

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**ČINITELÉ VÝUKY PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO
POHYBU A JEJICH VLIV NA OSOBY
SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V POZDNĚ
DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU**

Disertační práce

Mgr. Lenka Mitrychová

Školitelka: Bc. et Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala samostatně a pouze s využitím zdrojů uvedených v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Bordovicích 24. 4. 2014

.....

Mgr. Lenka Mitrychová

Při vzniku každé práce je nesmírným přínosem, pokud je její autor podporován svým okolím. Nejinak tomu bylo i v tomto případě.

Děkuji své školitelce Bc. et Mgr. Veronice Růžičkové, Ph. D. za důvěru, lidský přístup a rady po celou dobu studia.

Mé poděkování také patří prof. PaedDr. Libuši Ludíkové, CSc. za možnost konzultace práce.

Děkuji PhDr. Josefu Cerhovi za informace k historii lektorství výuky PO SP v České republice. Velké díky patří doc. PhDr. Josefu Konečnému, CSc. a doc. PhDr. Janě Kutnohorské, CSc. za možnost odborných konzultací k tématu.

V neposledním místě bych ráda poděkovala a vyjádřila vděk za láskyplnou a podporující pomoc své rodině, příteli Ivovi a jeho mamince. Také děkuji všem blízkým, kolegům a kolegyním za shovívavost a citlivý přístup v momentech, kdy jsem potřebovala oporu.

Zejména bych ráda poděkovala za spolupráci všem lektorům PO SP a respondentům zapojeným do samotné realizace výzkumu. Jsem vděčná za řadu příjemných setkání, které, kromě splnění poslání práce samotné, měly v mém životě hlubší rozměr.

Děkuji, velmi si toho vážím.

V Bordovicích, dne 24. 4. 2014

Mgr. Lenka Mitrychová

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 7 |
| Teoretická část..... | 11 |
| 1 TERMINOLOGIE DLE VĚKOVÉ PERIODIZACE..... | 12 |
| 2 OSOBA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM..... | 15 |
| 2.1 Definice a klasifikace osob se zrakovým postižením..... | 17 |
| 2.2 Etiologie získaného zrakové postižení..... | 22 |
| 2.3 Vymezení nevidomosti z pohledu paradigmat vědních disciplín..... | 24 |
| 2.4 Psychologické aspekty získaného ZP (psychologické charakteristiky, psychické zvláštnosti, specifika socializace)..... | 26 |
| 3 PROCES STÁRNUTÍ A JEHO DŮSLEDKY..... | 28 |
| 3.1 Pojetí a vymezení termínu stárnutí..... | 29 |
| 3.1.1 <i>Biologické pojetí stárnutí</i> | 29 |
| 3.1.2 <i>Sociální pojetí stárnutí</i> | 30 |
| 3.2 Determinující aspekty procesu stárnutí..... | 31 |
| 3.2.1 <i>Tělesné projevy stárnutí</i> | 31 |
| 3.2.2 <i>Kosterní soustava</i> | 32 |
| 3.2.3 <i>Pohybová soustava</i> | 33 |
| 3.2.4 <i>Cévní soustava</i> | 33 |
| 3.2.5 <i>Trávicí soustava</i> | 34 |
| 3.2.6 <i>Vylučovací soustava</i> | 35 |
| 3.2.7 <i>Dýchací soustava</i> | 37 |
| 3.2.8 <i>Nervová soustava</i> | 37 |
| 3.3 Psychické důsledky stárnutí..... | 41 |
| 3.3.1 <i>Oblast kognitivních procesů</i> | 42 |
| 3.3.2 <i>Vědomí a pozornost</i> | 43 |
| 3.3.3 <i>Emocionální a motivační oblast</i> | 44 |
| 3.3.4 <i>Změny v oblasti osobnosti</i> | 44 |
| 3.4 Sociální aspekty stárnutí..... | 47 |
| 3.4.1 <i>Společnost a stárnoucí jedinec</i> | 48 |
| 3.4.2 <i>Stárnoucí jedinec ve společnosti</i> | 52 |
| 4 REHABILITAČNÍ SLUŽBY V RÁMCI VÝUKY PO SP PRO OSOBY SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V POZDNĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU..... | 54 |
| 4.1 Ucelená rehabilitace, komplexní intervence..... | 57 |
| 4.2 Charakteristika služeb výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku..... | 60 |
| 4.2.1 <i>Školy výuky PO SP</i> | 60 |
| 4.2.2 <i>Školy lektorství PO SP</i> | 60 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 4.2.3 | <i>Možnosti výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku</i> | 66 |
| 4.3 | Další služby v souvislosti s rehabilitačním procesem | 71 |
| 4.4 | Srovnání se zahraničními trendy | 74 |
| 5 | VÝUKOVÝ PROCES PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO POHYBU OSOB SE ZÍSKANÝM ZP V POZDNĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU | 78 |
| 5.1 | Historické kontexty vzniku výuky PO SP | 80 |
| 5.2 | Výuka PO SP – pojmy, prvky, techniky | 83 |
| 5.2.1 | <i>Cíl PO SP a pojmové vymezení</i> | 83 |
| 5.2.2 | <i>Orientace</i> | 84 |
| 5.2.3 | <i>Mobilita</i> | 86 |
| 5.2.4 | <i>Elementární oblasti PO SP</i> | 88 |
| 5.3 | Organizace a realizace výuky PO SP v denních situacích (oblasti výuky) | 98 |
| 5.3.1 | <i>Termín Orientační analyticko-syntetická činnost versus Orientation & Mobility</i> | 98 |
| 5.3.2 | <i>Zásady výuky PO SP</i> | 99 |
| 5.3.3 | <i>Realizace výuky PO SP v denních situacích</i> | 99 |
| 5.3.4 | <i>Výběr, plánování a realizace trasy</i> | 102 |
| 5.4 | Teorie výuky a jejich využití při výuce PO SP u osob se získaným ZP 107 | |
| 5.4.1 | <i>Teorie vzdělávání dospělých</i> | 107 |
| 5.4.2 | <i>„Vedené a objevené“ učení v kontextu spolupodílení se na plánování výuky PO SP</i> | 109 |
| 5.4.3 | <i>Strategie výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením</i> <i>111</i> | |
| | Praktická část | 114 |
| 6 | IDEOVÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU | 114 |
| 7 | ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU | 116 |
| 7.1 | Cíle a zaměření výzkumu | 116 |
| 7.2 | Koncepce výzkumného šetření | 117 |
| 7.2.1 | <i>Kvantitativní přístup</i> | 117 |
| 7.2.2 | <i>Kvalitativní přístup</i> | 121 |
| 7.3 | Metody výzkumu | 122 |
| 7.4 | Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů | 124 |
| 7.5 | Organizace výzkumu a způsob zpracování získaných informací | 127 |
| 8 | ANALÝZA VÝSLEDKŮ A INTERPRETACE STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT | 128 |

| | | |
|-------------|--|------------|
| 8.1 | Statistický popis vzorku | 129 |
| 8.1.1 | Věkové složení | 129 |
| 8.1.2 | Zastoupení pohlaví | 131 |
| 8.1.3 | Prostředí (zařízení) | 132 |
| 8.2 | Výsledky standardizovaných testů | 133 |
| 8.2.1 | Výsledky testu základních všedních činností | 133 |
| 8.2.2 | Výsledky testu základních všedních činností | 138 |
| 8.2.3 | Výsledky testu Krátká škála mentálního stavu | 142 |
| 8.3 | Shrnutí výsledků standardizovaných testů | 146 |
| 8.4 | Verifikace stanovených hypotéz | 153 |
| 8.4.1 | Ověření vztahu mezi testy ADL a IADL | 153 |
| 8.4.2 | Ověření vztahu mezi testy ADL a MMSE | 157 |
| 8.4.3 | Ověření vztahu mezi testy IADL a MMSE | 159 |
| 8.4.4 | Ověření vztahu mezi věkem a proměnnými | 161 |
| 8.4.5 | Ověření vztahu mezi pohlavím respondentů a proměnnými | 165 |
| 8.4.6 | Ověření vztahu mezi prostředím a proměnnými | 169 |
| 9 | DISKUZE | 173 |
| 10 | KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, PŘÍPADOVÉ STUDIE | 181 |
| 10.1 | Způsob vedení rozhovorů | 182 |
| 10.2 | Závěry z případových studií | 183 |
| 10.2.1 | Případové studie a jejich závěry u cílové skupiny osob v domácí péči | 183 |
| 10.2.2 | Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči | 188 |
| 10.3 | Shrnutí informací z kazuistických studií | 193 |
| 11 | SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ | 198 |
| 12 | DOPORUČENÍ PRO PRAXI VÝUKY PO SP | 201 |
| | Závěr | 205 |
| | Použitá literatura a zdroje | 208 |
| | ANOTACE | 221 |
| | RESUMÉ | 222 |
| | SUMMARY | 223 |
| | ZUSAMMENFASSUNG | 224 |
| | Seznam tabulek | 226 |
| | Seznam grafů | 228 |
| | Seznam příloh | 229 |

Úvod

Následky zrakového postižení ovlivňují podstatnou měrou postavení jedince ve společnosti. Z hlediska míry samostatnosti a soběstačnosti jsou jeho limity předurčeny nejen závažností samotného zrakového postižení, ale významnou roli zde sehrává i doba a příčina vzniku postižení.

Integrativní trendy dnešní společnosti zpravidla významně podporují začlenění jedinců s postižením, zvyšují informovanost rodiny a okolí. Pozornost a potřebná podpora se však více zaměřuje na děti popř. populaci v produktivním věku. Nastíněný problém se samozřejmě týká nejen osob se zrakovým postižením.

S narůstajícím věkem přirozeně dochází k poklesu lidského potenciálu v důsledku úbytku fyzických sil. Zvyšuje se ohrožení onemocněními a zraněním. Stárnutí komplikují zhoršující se senzomotorické a paměťové dovednosti. Jedná se o charakteristiky, které nejsou v souladu s většinou společnosti proklamovaným konvenčním ideálem a přitom značně ovlivňují individuální sebepojetí, ekonomický status jedince a jeho závislost na okolí.

Závažnost všech okolností je mnohem náročnější, protože v rámci biopsychosociálních změn v lidském životě není vždy zcela možné odlišit přirozené pochody těla od projevů nemoci či postižení.

V případě, že dojde k výskytu zrakového postižení v pozdějším věku v rámci přirozeného procesu stárnutí či následkem úrazu, nově vzniklá situace výrazně ovlivňuje způsob dosavadního života. Výše popsané okolnosti související s fyziologickými procesy stárnutí jsou umocněny dalšími činiteli vyplývajícími z absence zrakového vjemu. Z těchto důvodů se předložená práce snaží popsané okolnosti sledovat v širším holistickém propojení, vzájemné souhře.

Cíleně jsme se v ní zaměřili na osoby se ztrátou zraku pohybující se na úrovni praktické a úplné nevidomosti, tedy ty, které díky absenci zrakového vjemu jsou nejvíce omezeny ve své dosavadní samostatnosti a jsou nuceny spoléhat na podporu a pomoc svého okolí. Vzhledem ke svým specifickým vyžadují pozornost i z hlediska prostorové orientace a samostatného pohybu.

Jelikož se jedná o získané postižení a jedinec do té doby žil jako vidící, musíme také posoudit způsob přijetí ztráty zrakového vnímání, identity statusu osoby se zrakovým postižením. Je velice individuální a záleží na mnoha okolnostech, jak se postižená osoba se ztrátou zraku vyrovnává. Akceptace postižení závisí na osobnostních rysech, na charakteristikách jednotlivce a na schopnosti vyrovnávat se s konflikty. Touha po znovunabytí samostatnosti je silným motivem k hledání východisek a přizpůsobení se životním okolnostem, v našem případě vzniklému zrakovému postižení. V tomto momentě hraje právě výuka prostorové orientace a samostatného pohybu několik klíčových rolí. Je prostředkem podporujícím soběstačnost a nezávislost, významně ovlivňuje kvalitu života a současně posiluje vůli jedince k víře v optimističtější vyhlídky a dalším krokům. Vzhledem k eminentnímu významu akceptace, příp. nonakceptace zrakové ztráty, je tomuto fenoménu věnována samostatná podkapitola.

V procesu rehabilitace osob se zrakovým postižením sehraje výuka prostorové orientace a samostatného pohybu (PO SP) jednu z klíčových úloh pro osobu postiženého i společnost. Pojem prostorová orientace označuje Wiener (2006) návyky, které zdokonalují přirozené schopnosti zrakově postiženého člověka a pomáhají mu k dosažení vysoké úrovně mobility, tedy i soběstačnosti. V případě osob se získaným postižením však otázka funkčního statusu jedince ve vyšším věku, tedy to jak mu jeho stav (zdravotní, psychický) umožňuje být samostatný, sehraje významnou úlohu činitele úspěšnosti výuky PO SP.

Výuka prostorové orientace je již dnes běžnou součástí výuky na školách pro zrakově postižené, existují vyškolení instruktoři i výuková zařízení prostorové orientace pro dospělé. Vyučování probíhá podle důkladně propracované metodiky, ve které je pečlivě zpracována a řešena technická stránka výuky. Otevřeným problémem ale zůstává individuální přístup k jedincům se zrakovým postižením, jelikož se nejedná o homogenní skupinu, ať již z hlediska míry postižení, věku či osobnostních specifik.

Člověk s postižením nemusí zapadat do norem společnosti, ve které před postižením žil a postižení samotné může mít vliv i na to, jak jedinec působí navenek. Jedinec s postižením zápasí s pocity viny, frustrací a dojmem nenaplněných životních tužeb. Popsané okolnosti ještě více umocňují pocit vyčlenění ze společnosti. Vliv na tento stav má samozřejmě také

osobnost, životní styl dotyčného jedince, jeho rodinné a ekonomické zázemí, kultura apod. Z uvedeného vyplývá jasná potřeba různorodosti přístupu, adekvátní míry podpory a pomoci při snaze o opětovné nabytí soběstačnosti a samostatnosti u této skupiny osob.

Nastíněné problematické situace, kombinace získaného zrakového postižení se všemi procesy probíhajícími v rámci involučních změn omezujícími pohybové, kognitivní a další schopnosti jedince, byly námětem k prvotnímu zamyšlení nad směřováním této práce. Konkrétněji je zaměřena na rozvoj speciálně pedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku.

Komplikovanou problematiku souhry více okolností vyjadřuje již vývoj samotného názvu práce: *Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku*. Pro explicitní vyjádření jejího zaměření na vztah mezi činiteli výuky a typem prostředí u dané specifické skupiny osob bychom název mohli blíže charakterizovat jako: rozdíly v (vnitřních a vnějších) činitelích pro výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na typu prostředí, ve kterém žijí.

Předložená disertační práce v sobě propojuje teoretická východiska s empirickou částí práce. V intencích problematiky PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se prolíná několik oblastí, kterým se věnují hlavní kapitoly teoretické části práce.

Vstupní kapitoly představují shrnutí užívaných pojmů v oblasti problematiky periodizace věku a osob se zrakovým postižením. Následně se teoretické poznatky zabývají procesem stárnutí, projevy a komplikacemi spojenými s involucí. Čtvrtá kapitola shrnuje v rámci výuky PO SP nabídku rehabilitačních služeb, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Samostatnou kapitolu, která je stěžejní pro naši empirickou část práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Empirická část disertační práce vychází ze získaných teoretických poznatků a dále prohlubuje jednotlivé oblasti v praxi. V této části, se snažíme nalézt odpověď na otázku, zda má různý

typ prostředí (ústavní nebo domácí), ve kterém dané osoby žijí, vliv na úroveň určených činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/ seniorském věku.

Na základě podrobné analýzy a hloubkové deskripce kvantitativních i kvalitativních dat věříme, že výsledky našeho výzkumného šetření pomáhají obohatit současnou teorii výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Praktickým přesahem získaných informací jsou aplikační doporučení k uplatňované metodice výuky PO SP. Vzhledem ke zvyšující se délce života a civilizačním trendům jsme pevně přesvědčeni o jejich aktuálnosti a přínosu nejen pro danou specifickou skupinu osob, ale širší zainteresované okolí.

Teoretická část

Jelikož, vzhledem k zaměření naší práce na problematiku involučních změn kombinovaných se získaným postižením zraku, se v rámci dostupné literatury a odborníků z daných oblastí setkáváme s rozmanitou terminologií, považujeme za nutné nejprve shrnout užívané názvosloví a vymezit tak pojmy, které v textu budeme užívat. K těmto účelům slouží první dvě kapitoly. Jejich posláním je zdůvodnit v naší práci užívané pojmenování: osoby se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jako označení respondentů, kteří splňují naše výzkumné parametry.

První pasáž se zabývá kategorizací osob dle věku. Je speciálně zaměřena na osoby s věkem 50 let a výše, jelikož tímto věkem je limitován náš výzkumný vzorek. Jedná se tedy o osoby dospělé, případně v seniorském věku.

V návaznosti na stanovený výzkumný vzorek respondentů, osob se získaným zrakovým postižením, navazuje druhá kapitola. Ta vymezuje zrakové postižení na úrovni nevidomosti z hlediska etiologie, míry a doby vzniku postižení. Jejím posláním je také přiblížit možné úhly pohledu na nevidomost a psychologickou problematiku.

Úvodní kapitoly tedy představují respondenty našeho výzkumu, osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém seniorském věku, z hlediska termínů, se kterými se můžeme setkat v odborné literatuře. Hledisko hlubšího popsání dané problematiky věkových specifik, získaného zrakového postižení a výuky PO SP pak přibližují navazující kapitoly.

1 TERMINOLOGIE DLE VĚKOVÉ PERIODIZACE

V naší práci se zajímáme o dospělé osoby se získaným postižením zraku, které jsou na hranici končícího produktivního a v postproduktivním věku, konkrétně starší 50 ti let včetně (viz Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů). Následující podkapitola by měla vymezit cílovou skupinu zkoumaných osob z hlediska označení jednotlivých period lidského věku.

Zmiňovat budeme pouze označení věkových skupin spadajících do období dospělosti a dále. Jelikož organizace i jednotliví odborníci užívají rozmanité periodizace co se pojmenování i časového vymezení týče, pro lepší přehlednost bude období, odpovídající věku našeho zkoumaného vzorku, v textu zvýrazněno tučným písmem.

Nejprve vycházíme z mezinárodně platných ujednání směřujících ke specifikaci věku. Světová zdravotnická organizace (WHO) se usnesla pro označení daného věkového rozmezí:

- **„45 – 60 let; střední věk,**
- **60 – 75 let; rané stáří,**
- **75 – 90 let; pokročilý věk,**
- **90 a více; vysoký věk, dlouhověkost.“** (Říčan 2004, str. 332)

Na toto věkové označení, v podobě patnáctileté periodizace, se také odkazují další autoři, např. Haškovcová (1990). Počátek stáří je datován od 60 let, na rozdíl od pojetí Organizace spojených národů (OSN), kde stáří začíná ve věku 65 let. Někteří gerontologové již nyní hovoří o věku 75 let. ([online], [cit. 2012-10-07] dostupné na [www: http://everest.natur.cuni.cz/konference/2011/prispevek/klir_prispevek.pdf](http://everest.natur.cuni.cz/konference/2011/prispevek/klir_prispevek.pdf))

Skupina osob se získaným zrakovým postižením tvořící náš výzkumný vzorek (viz. Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů) v tomto případě spadá do všech kategorií (míněno střední věk až vysoký věk). Pro použitelnost přesného označení v tomto textu (skupina osob spadá do období konce produktivního a začátku postproduktivního věku) jsme hledali ještě další možné periodizace.

Klasifikace podle Švancary (1978) a Vágnerové (2000) obdobně řadí počátek dospělosti do věku 20 let, rovněž užívané terminologické označení je stejné, nicméně se liší ve věkovém odstupu. Mírný posun je dle našeho názoru zapříčiněn demografickými změnami struktury obyvatelstva, kdy od doby prvního autora došlo k posunu náhledu na počátek stárnutí a to

i v souvislosti s prodlužující se délkou života. Budeme se tedy z hlediska adekvátnosti dané problematiky držet časového rozdělení novějšího dle Vágnerové (2000):

- 20 - 35 let; období mladší dospělosti,
- 35 – 45 let; období střední dospělosti,
- **45 – 60 let; období starší dospělosti,**
- **60 – 70 let; období raného stáří,**
- **70 a více; pravé stáří.**

Z uvedeného vyplývá, že budeme pracovat se skupinou spadající do kategorií dospělosti a stáří. Pro konkretizaci období dospělosti se jedná o dospělost pozdní (starší), po níž jedinec přechází do kategorie stáří.

Z hlediska psychosociální integrity a postihnutí všech jevů stárnutí typických pro danou skupinu je třeba zmínit období stáří dle sociální periodizace a jejích charakteristik, které užívá Mülpachr (2004) a také Alan (1989):

- **55 – 65 let; důchodový věk**

Člověk je na vrcholu sociálního postavení a autority. Přicházejí změny zájmů a proměny fyzických funkcí, stabilizace životních stereotypů a zhodnocování dosavadního života. Je to také období „prázdného hnízda“ a formování nové příbuzenské sítě po sňatku dětí.

- **66 – 74; stáří**

Projevují se změny sociálních a psychických funkcí, je oslabována životní aktivita a navíc počíná závislost. Toto období lze také nazvat „profesní prázdnotou“. Významným bodem se stává smrt partnera.

- **75 – 89 let; stařecký věk**

Přibývá nesoběstačnosti a tím pádem i závislosti na druhých. Mnoho lidí je v tomto období osamělých.

Jak už jsme zmínili výše, námi zkoumaná skupina bude pomalu končit s produktivním věkem a přecházet do věku důchodového (postproduktivního). Ve shodě s Vieweghem (1973), Hartlem (1993) i dalšími výše zmíněnými zdroji, lze věkovou hranici 60/65 let považovat jako počínající stáří, související s důchodovým věkem, změnami sociálního postavení, ekonomických aktivit apod. Toto potvrzuje i členění seniorů dle aktivity a projevů jednotlivých věkových období stáří dle Mühlpachra (2004):

- **65–74; mladí senioři**

Dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit a seberealizace.

- **75-84; staří senioři**

Změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob.

- **85 a více; velmi staří senioři**

Na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení.

V našem textu budeme pro věkovou kategorii 50 a více let, odpovídající našemu výzkumnému vzorku, tedy stárnoucí osoby nacházející se na hranici produktivního a postproduktivního věku, používat termín **osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku**. Toto označení respektuje výše uvedené zdroje, a byť je zdlouhavé, je shrnujícím názvem pro specifika dané zkoumané skupiny.

2 OSOBA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Skupina osob se zrakovým postižením je různorodou minoritou a jako takovou ji můžeme diferencovat do dalších podskupin. Pro potřeby této práce považujeme za přínosné přiblížit možná členění. Jelikož je celá naše práce zaměřena na zrakové postižení objevující se až na hranici postproduktivního věku a dále úžeji na osoby s nevidomostí, směřujeme obsah podkapitol k vyjasnění v dané oblasti užívané terminologie. Záměr zabývat se osobami se ztrátou zraku pohybující se na úrovni praktické a úplné nevidomosti, jak již bylo uvedeno v úvodu, vyplývá z předpokladu, že jsou díky absenci zrakového vjemu, v oblasti samostatnosti a soběstačnosti nejvíce postiženou skupinou oproti osobám, které mohou využívat alespoň zbytky zrakového vnímání.

Zrak zastává v životě člověka významnou informační úlohu. Umožňuje analyzovat a rozlišit vlastnosti předmětů, jejich vzdálenost, pohyb apod. Zrakem je možné vnímat jevy celostně a zároveň postřehnout jednotlivé detaily. Stejskalová (2010) uvádí, že množství podnětů z okolí, které vnímáme touto cestou, tvoří 75 – 90 % všech získaných informací.

Zrak patří mezi dálkové, distanční receptory. Má bezprostřední vliv na utváření a rozvoj všech složek osobnosti jedince, a to zejména jeho „správných představ, paměti, pozornosti, myšlení, řeči i sféry emocionálně volní.“ (Keblová 1996, s. 6) Jakékoli omezení či ztráta zrakové funkce má tedy zásadní vliv na kognitivní možnosti jedince se zrakovým postižením. Za zrakově postiženou osobu považujeme jen tu, jejíž zraková vada jí činí potíže v běžném životě i za nejlepší možné brýlové i chirurgické korekce. (Stoklasová In: Ludíková a kol., 2005)

V důsledku těchto skutečností vzrůstá společenská potřeba dát těmto lidem podporu jinými způsoby, a integrovat je tak do společnosti. Nejdříve je však nutno tuto kategorii osob nějak exaktně vymezit. K tomu slouží rozličné klasifikační parametry, které bychom mohli v širším pojetí rozdělit na dvě kritéria členění a to vymezení podle typu zrakového postižení a vymezení podle stupně zrakové vady, která podmiňuje míru zrakového postižení.

Předpokladem pro určení adekvátní intervence je často mezioborová spolupráce. Současná nejednotnost terminologie mezi jednotlivými vědami bohužel příliš nepřispívá k jasnější komunikaci zainteresovaných odborníků zabývajících se v různých souvislostech osobami se zrakovým postižením. Vymezení kategorií postižení zraku mají návaznost v rámci každé země na její legislativní opatření, systém vzdělávání, pracovní uplatnění i sociální zabezpečení. Jednotícím a v odborné literatuře nejčastěji se odkazovaným zdrojem jsou kategorie definované Světovou

zdravotnickou organizací (WHO), uplatňované ve většině výzkumů a studií. (srov. Pipeková In: Vítková (2006); MKN-10-Mezinárodní klasifikace nemocí WHO, 10. revize)

2.1 Definice a klasifikace osob se zrakovým postižením

V České republice je nejužívanější starší klasifikace WHO – International Classification of Diseases. Jedná se o tzv. Mezinárodní klasifikaci nemocí WHO, 10. revizi (MKN-10), která člení zrakové postižení podle stupně závažnosti na střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak, praktickou nevidomost a úplnou nevidomost. Toto rozdělení pak odpovídá kategoriím zrakového postižení v rozsahu 1 (střední slabozrakost) až 5 (úplná nevidomost). ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54))

Světová zdravotnická organizace používá jako hodnotící kritérium pro rozčlenění do kategorií zrakového postižení míru zrakové ostrosti měřenou pomocí optotypu vyjádřenou pomocí minimálního úhlu rozlišení a šíři zachovaného zorného pole. Pojem zrakové postižení spadá do kategorie označované jako H54. Celkové hodnocení je pak označeno podkategorií podle míry zrakového ztráty 0 až 5, kdy hodnota 0 představuje žádné nebo mírné postižení zraku. Pro nekvalifikované a obtížně určitelné druhy postižení zraku je vymezena kategorie 9. ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54))

1. „Slabozrakost lehkého až středního stupně
zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30), minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10-1/10, kategorie zrakového postižení 1.
2. Slabozrakost těžkého stupně
zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10)-minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10-10/20, kategorie zrakového postižení 2.
3. Těžce slabý zrak
 - a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05), minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20-1/50, kategorie zrakového postižení 3.
 - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů.
4. Praktická nevidomost
Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit s jistou projekcí světla nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4.

5. Úplná nevidomost

ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5.“ ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54>).

Převzetí této klasifikace WHO má své výhody nejen v univerzálnějším porozumění díky jednotné terminologii. Pět stupňů zrakového postižení umožňuje mnohem přesnější definování klientových zrakových možností, kdy i drobné odlišnosti v hodnotě zrakové ostrosti či šíři zorného pole mohou výrazně působit na kvalitu a kvantitu zrakového vnímání čili dopad zrakového postižení v interakci s ostatními faktory (procesem stárnutí), které se do celkové situace promítají. Je tedy mnohem komplexnější a přesnější než souběžně užívaná dělení na slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost aplikovaná v některých vědách.

Z pohledu rehabilitace je zajímavé také hledisko dopadů zrakového postižení na samostatnost a soběstačnost. Revidované hodnocení funkčního postižení z roku 2001 poskytuje WHO pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). ([online], [cit. 2012-07-03] dostupné na www: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>) V České republice nabyl účinnosti dne 1. července 2010 jako Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen "klasifikace MKF").

„Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.“ ([online], [cit. 2012-07-03] dostupné na www: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>)

Podle tohoto klíče se pak funkční hodnocení provádí ve třech úrovních:

1. „Porucha/poškození orgánové funkce (impairment).
2. Neschopnost/nezpůsobilost vykonávat konkrétní činnost/činnosti (disability).
3. Společenské znevýhodnění, které svému nositeli funkční postižení přináší (handicap), a omezení v účasti na běžných společenských aktivitách (participace).“ Topinková (2005, s. 7)

Jako kritérium disability považuje citovaná autorka neschopnost „...bez potíží nebo bez pomoci vykonávat tzv. hlavní, věku přiměřenou aktivitu.“ Topinková (2005, s. 7) Mezi jednu z příčin disability autorka řadí sensorická/zrakové postižení.

Funkční zrakové postižení se pak může projevit v těchto podle MKF definovaných funkcích zraku: „funkce zrakové ostrosti (monokulární/binokulární ostrost vidění do dálky/na blízko), funkce zorného pole, kvalita vidění (citlivost na světlo, barevné vidění, citlivost na kontrasty, kvalita vidění obrazu), kvalita vidění, jiné, kvalita vidění, blíže neurčené.“ ([online], [cit. 2012-07-03] dostupné na [www: http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf](http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf))

Zatímco první klasifikace MKN (ICD – 10) člení jedince s postižením pouze podle zrakového handicapu, klasifikace MKF (ICF) je mnohem komplexnější ve svém holistickém pojetí na situaci jedince. Hodnotí nejen stav tělesných funkcí a struktur, ale zabývá se z širšího hlediska také na možnosti aktivity a účasti na společenském životě. (srov. Topinková, 2005; Švestková, Pfeiffer, 2001; Vítek, Vítková In: Vítková, M. 2007; ICF – International Classification of Functioning Disability and Health, WHO 2001)

Sociální rozměr postižení pro práci s osobou se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku přináší lepší porozumění celkové situaci jedince z hlediska všech působících faktorů (viz dále) a umožňuje tak individualizaci přístupů, které se snažíme zohlednit v této práci.

Kromě stupně zrakového postižení, tedy úrovně zrakového vnímání, je pro následnou intervenci nutné rozlišit, jakým způsobem se postižení na vizu projevuje čili typ zrakové vady. Opět záleží na hodnotícím kritériu, kterým může být příčina, následky nebo např. čas vzniku postižení, přičemž tyto kategorie jsou prostupné a pomohou diagnostikovat zrakové postižení z více úhlů pohledu. Autoři přicházejí se stále novými možnostmi, jak přesněji zrakové vady vymezit pomocí projevů na zrakový vjem.

Termínem zrakové vady jsou označovány nedostatky zrakové percepce s rozličnou etiologií i rozsahem. Patří sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicko-fyziologické poruchy. (Květoňová-Švecová, 2000)

V odborné literatuře se setkáváme kromě pojmu zrakové vady také s ekvivalentním pojmenováním poruchy zraku. Oba uvedené termíny označují deficity zrakového vnímání. Autoři pak při jejich členění uplatňují rozličná možná hlediska.

Ludíková (In: Renotiérová 2003) klasifikuje zrakové poruchy z pohledu několika hledisek. Jedním z nich je časové hledisko, které dle doby vzniku zrakové vady vymezuje na vrozené (kongenitální, prenatální, perinatální) a získané (postnatální, juvenilní, senilní). Dalším hlediskem členění je etiologie zrakové poruchy na poruchy orgánové (slabozrakost, zbytky zraku, nevidomost) a poruchy funkční (tupoizrakost, šilhavost). Stupně zrakové vady pak podle Ludíkové (2003) lze dělit na poruchy binokulárního vidění, slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost/slepotu. Ludíková (2003) rovněž zmiňuje u vad i jejich dobu trvání. Tím dělí zrakové vady na krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) a opakující se (recidivující).

Dle Monatové (1994) rozčleňujeme zrakové vady na:

- a) vady refrakce (krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, vetchozrakost),
- b) barvoslepost a šeroslepost,
- c) tupoizrakost a šilhavost,
- d) slabozrakost (lehká, střední, těžká),
- e) slepotu (praktická, úplná).

Obdobně člení zrakové vady také Květoňová-Švecová (2000), která rovněž rozlišuje 5 skupin zrakových poruch.

- a) Ztráta zrakové ostrosti, charakteristická neostrým viděním, potížemi s rozlišováním detailů.
- b) Postižení šíře zorného pole, kdy osoba nevidí celý prostor (obvykle nedochází ke ztrátě zrakové ostrosti), má problémy s viděním za šera či při adaptaci na změnu osvětlení. Může být postiženo buď centrální, nebo periferní vidění.
- c) Okulomotorické problémy při vadné koordinaci pohybu očí. Mohou nastat problémy při sledování pohybujícího se předmětu nebo při jeho prohlížení. Osoba sleduje pohybující se předmět nejprve jedním, pak druhým okem. Při pohledu na blízký předmět se může jedno oko stáčet dovnitř, druhé zevně, nebo se obě asymetricky stácejí dovnitř. Objevují se také obtíže při uchopování předmětu a s přesně mířenými pohyby. Může dojít i k nystagmu (trhavé mimovolní pohyby očí).
- d) Obtíže se zpracováním zrakových informací u osob, které mají poškozena zraková centra v kůře mozku (sítnice ani zrakový nerv nejsou postiženy). Objevují se problémy s interpretací zrakové informace a jejím spojením s ostatními smyslovými vjemy při vytváření zrakového obrazu.
- e) Poruchy barvocitu, pro které je charakteristická snížená schopnost až úplná ztráta schopnosti rozlišit určité barvy.

Jiní autoři, např. Růžičková (2007), zachovávají obdobné dělení s poznámkou, že zařazení refrakčních vad (krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus) mezi postižení je možné až ve chvíli, kdy není možná náprava jinými způsoby.

Při posuzování typu vady bereme v úvahu rozličná kritéria. Nejčastější a pro další práci podstatné je rozlišit časové a etiologické hledisko, tedy zda se jedná o postižení vrozené či získané a zda se na zrakovém vnímání projevuje ztrátou zrakové ostroty, postižením zorného pole, okulomotorickými obtížemi, poruchou barvocitu či centrálního zpracování podnětů z oka.

2.2 Etiologie získaného zrakové postižení

Podle doby vzniku, jak již bylo uvedeno výše, je možno zraková postižení dělit na dědičná, vrozená a získaná během dospívání, dospělosti či stáří.

„Mezi získané příčiny zrakového postižení patří jak faktory perinatální, tak i faktory postnatální. Perinatální (kolem / během porodu) příčiny však někdy bývají řazeny také do předchozí skupiny získaných postižení, neboť je to z tyfopedického hlediska období osmi týdnů před a po porodu.“ (Růžičková In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2010)

S narůstajícím věkem dochází k oslabování fyzických funkcí člověka. Již po čtyřicátém roce života nastává u oka přirozený proces stárnutí, presbyopie, kdy dochází k postupnému zhoršování zrakového vnímání i vlivem opotřebování zrakového aparátu. Problémy se zrakem mají vliv a komplikují nejen soběstačnost a mobilitu, ale i psychickou a duševní rovnováhu. Zrakové problémy tak mohou být častou příčinou depresí a současně příčinou zvýšené úrazovosti.

Kuchynka (2007) se zmiňuje o závislosti míry zrakového postižení v populaci na věku a v této souvislosti uvádí, že až 82 % slepých osob je starších 50 let. Nárůst počtu zrakově postižených souvisí se zvyšující se kvalitou života, nárůstem populace a zvyšováním délky života.

Dle webových stránek RNIB, Národního královského institutu pro nevidomé, zajišťujícího podporu, pomoc a péči osobám nevidomým a slabozrakým ve Velké Británii, je ze dvou milionů lidí se zrakovým postižením ve Velké Británii 90 % starších 60 let. ([online], [cit. 2012-10-03] dostupné na [www:](http://www.rnib.org.uk/livingwithsightloss/copingwithsightloss/Pages/older_people.aspx)

http://www.rnib.org.uk/livingwithsightloss/copingwithsightloss/Pages/older_people.aspx) Autoři Orr a Rogers (2003) uvádějí, že 15 % osob ve věku nad 65 let má snížené schopnosti zrakového vnímání, které jim znemožňuje vykonávat běžné každodenní aktivity.

Z uvedeného faktu a dalšího očekávatelného zvyšování počtu osob se zrakovým postižením plyne jednoznačná nutnost připravenosti všech oblastí pomoci, podpory a přizpůsobení se nově objevujícím či měnícím se kauzálním skutečnostem.

Mezi celosvětové hlavní příčiny slepoty patří podle Kuchynky (2007): katarakta, glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace, opacity rohovky jako následek různých onemocnění, diabetická retinopatie, různá onemocnění u dětí, trachom, říční slepota a další onemocnění (degenerativního či genetického podkladu).

Připomeňme, že citované příčiny patří mezi prvních deset nejčastěji se vyskytujících. Následují onemocnění sice méně častá, ovšem s obdobnými následky.

Zajímavým faktem zmíněným Kuchynkou (2007) je souvislost výskytu určitého typu onemocnění na vyspělosti jednotlivých zemí. V rozvojových zemích jsou onemocnění jako trachom, říční slepota a jiné, způsobené většinou nedostatečnou hygienou, úspěšně potlačována a léčena antibiotiky, zatímco ekonomicky vyspělé země se potýkají s onemocněními zraku podmíněnými životním stylem, stravováním a dalšími civilizačními faktory.

Podle Růžičkové můžeme shrnout nejčastější příčiny zrakového postižení jako:

- progresi refrakčních vad,
- zákaly (glaukom i katarakta),
- důsledek jiného onemocnění (např. diabetes, roztroušená skleróza, meningitis, atp.),
- vliv stárnutí organismu na zrakový orgán (makulární degenerace sítnice, katarakta, stařecká vetchozrakost, atp.),
- úrazy hlavy či očí (např. triáda perforujících zranění – bodné, sečné a řezné rány, automobilové nehody, atp.),
- nádorová onemocnění jak samotných struktur oka, tak také v okolí zrakového nervu, či zrakového centra (např. retinoblastom, jako jediný nádor, který postihuje jen dětskou populaci, nádory očnice, atp.),
- chemické či fyzikální působení na oko (poleptání, popálení oka, vystavení oka záření atp.).

(Růžičková In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2010)

V celkovém výčtu možných příčin je patrná velká různorodost etiologie zrakového postižení. Vlivy se samozřejmě mohou kombinovat a také je možné v jejich důsledku dát za vznik i jinému než jen zrakovému postižení, popřípadě kombinaci více postižení, která budou mít nepříznivý dopad na život jedince.

2.3 Vymezení nevidomosti z pohledu paradigmat vědních disciplín

Praktická část této práce bude věnována výzkumu mezi osobami nevidomými, proto se i v tomto textu budeme věnovat již jen vymezením nevidomosti. Abychom zdůraznili rozdílnost hledisek jednotlivých vědních disciplín, uvádíme pro srovnání vymezení této kategorie osob z pohledu lékařského, speciálněpedagogického a sociálního.

Iniciátorem péče, diagnostikem a ošetřujícím osoby je v první řadě lékař, oftalmolog. Na základě jeho vyšetření je pak organizován další postup. Kroky ostatních spolupracujících odborníků vždy vycházejí z jeho přesné diagnostiky stavu zrakových funkcí. Jak již bylo popsáno výše, současná tendence k ucelenosti klasifikace vychází z definice Světové zdravotnické organizace WHO. Ta definuje osoby nevidomé jako ty, jejichž ostrost zraku, i s co nejlepší korekcí, se pohybuje od maxima 3/60 po stav, kdy jedinec nevnímá světlo. Slepotu rozdělujeme na praktickou (světlocit je zachován, příp. je zachována projekce) a totální (úplná absence vidění). Praktická nevidomost je v kategorii zrakového postižení dle WHO označovaná stupněm 4. a úplná nevidomost 5. Jedná se o těžké zrakové postižení způsobující nevidomost, které má za následek nemožnost běžného grafického vyjádření, ztěžuje také prostorovou orientaci a samostatný pohyb takto postižených osob.

Od stupně postižení se odvíjejí sociální výhody, které platí od ledna 2006 s ohledem na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením je dle přílohy nevidomost považována za těžké zrakové postižení a dále specifikována jako:

- „úplná nevidomost obou očí, ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí,
- praktická nevidomost obou očí, zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 1/60 (0,02) – světlocit s jistou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 – 10 stupňů od bodu fixace, bez omezení zrakové ostrosti.“

Z pohledu paradigmatu speciální pedagogiky, pak cílovou skupinu vymezujeme: „...jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem děti, mládež a dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty).“ (Ludíková, 2005, s. 198) Růžičková (2006) se ve své publikaci opírá o definici Flenerové (1985), která vymezuje nevidomost ve smyslu speciální pedagogiky jako vadu, projevující se úplným nevyvinutím, ztrátou

(částečnou či úplnou) výkonnosti zrakového analyzátoru a v důsledku toho i nemožností zrakového vnímání.

Předmětem speciální pedagogiky „...je zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a edukace jedinců se speciálními potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, možnosti aplikace speciálně pedagogických metod (reedukace, kompenzace, rehabilitace) a profylaxe neadekvátního vyrovnání znevýhodněných osob s postižením, narušením nebo omezení.“ (Renotírová In: Renotírová, Ludíková a kol., 2003, s. 14) Zmíněná citace nejlépe vystihuje komplexnost cílů speciálně pedagogické intervence, kterou můžeme sledovat i v zaměření naší práce při sledování edukačního procesu (určených činitelů) za účelem zlepšení kvality života, v našem případě prostřednictvím výuky PO SP u osob se získaným postižením na úrovni praktické a úplné nevidomosti v pozdně dospělém/seniorském věku, jelikož přístup podporující individualitu, samostatnost a soběstačnost je klíčovým východiskem našeho úsilí.

Posláním předešlého textu bylo stručně shrnout problematiku nevidomosti z pohledu paradigmat jednotlivých vědních disciplín. Z výše uvedeného je patrna rozdílnost náhledů odborníků dané oblasti na zrakové postižení. Medicínský pohled zdůrazňuje anatomicko-funkční hledisko, kategorizace nevidomosti v sociální oblasti napomáhá specifikovat finanční výhody a jiné úlevy. Předmětem speciálněpedagogického náhledu je člověk a jeho možnosti, schopnosti ovlivněné zrakovým postižením. Je samozřejmé, že ve výsledném působení je třeba se zabývat jedincem komplexně, jelikož nevidomost postihuje celou osobnost, sebepojetí a vnímání společností. Podstatný vliv má také doba, příčiny vzniku postižení a další možná kritéria. Pro komplexní působení na jedince, jako na biopsychosociální entitu, je třeba uplatňovat celostní pohled, který vychází z lékařské diagnózy, přičemž následná intervence směřuje k rozvoji a začlenění jedince s postižením ve společnosti.

Jak jsme se zmínili výše, námi vybraná skupina osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku má specifické potřeby a možnosti v oblasti samostatného pohybu, prostorové orientace a soběstačnosti obecně. Což plyne z důsledků obou hlavních vlivů, procesu stárnutí a dopadů absence zrakového vjemu. Jak bude zřetelnější z následujících kapitol zabývajících se psychologickou problematikou získaného postižení a charakteristikami procesu stárnutí, spolupodílí se na celkové situaci ve vztahu k rehabilitačnímu úsilí prostřednictvím výuky PO SP značné množství činitelů. Právě sledování významu vybraných činitelů jako vlivných proměnných výuky PO SP je ústředním motivem celého našeho vědeckého snažení.

2.4 Psychologické aspekty získaného ZP (psychologické charakteristiky, psychické zvláštnosti, specifika socializace)

Ztráta zrakového vnímání představuje v životě člověka nepříznivou situaci a vyrovnání se s ní je emočně náročné. Jelikož se jedná o postižení, které se projeví teprve v pozdní dospělosti/stáří, nenarušuje vývoj osobnosti a jedinec je obdařen zrakovou zkušeností. O to více si však jedinec změnu ve svém životě uvědomuje a prožívá. Zrakové postižení, kromě svého bezprostředního následku, sensorické deprivace, je silnou stresovou zátěží, která může vést k frustracím a depresivním stavům. (srov. Wiener, 1986; Čálek, 1992; Vágnerová, 2004)

Důležitým aspektem k překonání tohoto stavu je schopnost člověka vyrovnávat se s konflikty a řešit situace hledáním výhledů, kterak žít dál. Prožívání zrakové ztráty, proces vyrovnávání se, jednotlivé fáze akceptace, případně nonakceptace ztráty zrakového vnímání popisujeme v souvislosti se souběžnými vlivy stárnutí v kapitole Psychické důsledky stárnutí.

Touto podkapitolou bychom chtěli shrnout specifika získaného zrakového postižení z hlediska psychických procesů. Zrakové postižení postihuje integritu člověka. Jedinec je znenadání ztracen v prostředí, které jako vidící znal a tím se stává odkázán na pomoc okolí. Jak již bylo naznačeno v úvodu, kvalita života jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku bývá, kromě postižení samotného, omezena také souběžnými jinými vlivy, např. nemocemi. V souvislosti se ztrátou zraku a procesy stárnutí přichází mnoho dalších změn v jedincově životě, které jsou tímto podmíněné. Jedná se např. „o nenadálou nemožnost rozpoznat své blízké, ztrátu sociálních kontaktů, ekonomického zajištění, pracovní pozice, možnosti být aktivní a produktivní, změnu globálnosti vnímání, fyzické a/nebo psychosociální mobility vlastního přístupu, sebevědomí a soběstačnosti.“ (Orr In: Weber, 1991, s. 4)

Zrakové postižení narušuje zejména „kognitivní funkce, orientaci a mobilitu, ale také i emocionálně sociální vliv osobnosti.“ (Požár, 2007, s. 129) Jesenský (2007) zmiňuje stavy osobní demotivace, podrážděnosti, apatie, smutku, přičemž je potlačena vlastní iniciativa jedince být aktivní. Pro naši práci, ve které se zaměřujeme na činitele výuky PO SP, jsou tyto skutečnosti psychického rozpoložení významně důležité. Ačkoli zpracování těchto emocí je ovlivněno více vlivy, např. vhodným působením okolí, respektive motivací, je důležité tuto fázi útlumu a stažení respektovat. Její délka je zcela individuální a probíhá nespecifickou formou. (srov. Jesenský, 2007; Požár, 2007)

Popsané skutečnosti mají zásadní vliv nejen na výuku PO SP, v širším pojetí má posttraumatický stav dopady na celkovou rehabilitaci a resocializaci života jedince se získaným zrakovým

postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Pokud se změnila jeho možnost produktivity a výkonnosti, může se v měřítku společnosti tento jedinec cítit jako méněcenný. Výuka PO SP, možnost znovuzískání samostatnosti může být za těchto okolností významným motivačním činitelem.

Základním předpokladem pro úspěšnou rehabilitaci, a tedy i výuku PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, je aktivní spolupráce odborníků z medicínských, psychologických, sociálních, pedagogických a dalších profesí. Významným předpokladem je také kooperace samotné osoby s postižením, její touha hledat prostřednictvím výuky PO SP možnost znovuzískání zrakovým postižením ztracené samostatnosti.

Předešlý text mapuje terminologická hlediska věkové periodizace a klasifikace osob se zrakovým postižením. Se zacílením na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se v textu zaměřujeme detailněji na skupinu uvedené věkové kategorie s postižením zraku na úrovni praktické a úplné nevidomosti. Těžké postižení zraku způsobují informační deficit, komunikační bariéru, omezenost v samostatném pohybu a tvorbě sociálních vztahů. Zmiňujeme se také o psychologických aspektech získaného zrakového postižení jako významných činitelů výuky PO SP.

Jedinečné projevy zrakového postižení by měly být zahrnuty do systému podpory, tedy i výuky PO SP. V další části navazujeme náhledem do problematiky stárnutí a seniorského věku jakožto dalšího významného činitele ve výuce PO SP.

3 PROCES STÁRNUTÍ A JEHO DŮSLEDKY

Stárnutí je aktivní celoživotní proces, kdy po etapě růstu a zrání organismu dochází kvůli postupnému opotřebením k fyziologickým změnám, regresi orgánů a jejich funkcí. Jednotlivé fáze mají progredující charakter, změny probíhají víceúrovňově a ovlivňují lidský potenciál. Aspekty stárnutí mají individuální ráz, který se odvíjí jak od jedince samotného, jeho dispozic, tak také od prostředí, v němž se nachází.

Kapitola přináší detailnější vhléd do období lidského života na hranici pozdní dospělosti a začínajícího stáří. Zaobírá se otázkou, jak působící faktory stárnutí ovlivňují integritu člověka a blíže tato specifika komparuje s dalšími komplikacemi způsobenými ztrátou zraku. Souběh těchto jevů, jejich vzájemnou provázanost a podmíněnost nelze popsat pouze shrnutím a součtem faktů postižení a stárnutí, jedná se o novou skutečnost ovlivňující kvalitu života osoby. Posláním této části je také detailní vymezení výzkumem šetřené skupiny z hlediska periodizace lidského života.

3.1 Pojetí a vymezení termínu stárnutí

Exaktní časové vymezení, kdy proces stárnutí přesně začíná, neexistuje. Jedná se o velmi individuální proces a lze na něj pohlížet z různých hledisek. V každém případě zde mluvíme o involučních změnách daných genetickými dispozicemi jedince, jeho životním prostředím a životním stylem, tělesnou a duševní aktivitou, zdravotními omezeními a sociálními vztahy.

3.1.1 Biologické pojetí stárnutí

Dle Langmeiera a Krejčířové: „Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.“ (Langmeier In: Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202)

V širším kontextu, z pohledu biologického, začíná stárnutí již vznikem plodu a narozením jedince. (Kalvach a kol., 2004) Jedná se tedy o celoživotní proces charakteristický pro všechno živé. Obdobně se vyjadřuje i Stuart - Hamilton (1999). Podle něj úpadek biologických funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, neboť většina tělesných soustav vykazuje úbytek funkce po třicátém roce věku. Fyzické stárnutí se postupně projevuje poklesem počtu a výkonnosti buněk na jednotlivých orgánech, následkem čehož pak probíhají degenerativní, morfologické a funkční změny celého organismu. Pacovský (1990) mluví v této souvislosti o disociovaném, dezintegrovaném a asynchronním procesu. Existuje celá řada teorií o příčinách fyzického úpadku, např. teorie opotřebenosti těla jeho užíváním nebo buněčné teorie, kdy tělo stárne kvůli vystavení toxinům. Stárnutí v užším slova smyslu popisuje Pacovský (1990) jako fyziologický děj, neodvratnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím, přičemž strukturální a funkční změny v něm vzniklé jsou regresivní, nevrátelné a neopakují se. Dylevský (1990), kromě postupného zpomalování procesů v organismu a orgánových změn, považuje za typický projev stárnutí vráskovatění pokožky, šedivění vlasů, snižování ostrosti smyslů a větší náchylnost k nemocem.

V této souvislosti je třeba uvést rozdílnost v pojmání biologického a kalendářního pojetí stárnutí. Zatímco kalendářní věk je číselným vyjádřením chronologické dosažení určitého, arbitrárně stanoveného, věku, od něhož se podle Hartla (1996) empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny, biologický věk odpovídá funkčnímu stavu organismu bez ohledu na dobu jeho existence. Představuje tak souhrn charakteristik biologických, psychologických a sociálních a vyjadřuje míru soběstačnosti, sociální a psychické zdatnosti. Rozdílnost v míře samostatnosti

může jedince ukazovat jako mnohem mladšího než je jeho kalendářní věk a funkčnost a aktivita budou jedním z rozhodujících faktorů míry a způsobu intervence nejen při výuce POSP.

Se zřetelem k chronologickému věku vymezujeme jednotlivé periody lidského života. Náhled na možné periodizace v kontextu zaměření na věkovou skupinu nacházející se v období pozdní dospělosti a začínajícího stáří, dle směřování našeho výzkumu, přinese jedna z následujících podkapitol.

3.1.2 Sociální pojetí stárnutí

Sociální stárnutí představuje dle Mülpachra (2004) postupné změny sociálního postavení, tedy období vymezené kombinací několika sociálních událostí či splněním určitého kritéria. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stuart – Hamilton (1999) podmiňuje sociální věk společenským očekáváním chování adekvátně k biologickému věku. Dle autora je určité stáří, míněno jako životní věk, v tomto smyslu chápáno jako společenská událost, kdy věk je spojen s rolí ve společnosti a z něj vyplývajícími právy, povinnostmi a očekáváním. Jedinec dosažením tohoto věku by měl ve svém okolí plnit očekávané funkce.

V souvislosti se sociálním stářím (ve smyslu životního údobí) lze hovořit o sociální periodizaci života do 3 eventuálně 4 velkých období, tzv. věků. První věk je označován jako tzv. předproduktivní a vymezuje jej období dětství a mládí. Druhý věk, tzv. produktivní, představuje dospělost. Třetím věkem je míněno stáří a období označované jako postproduktivní. Někteří autoři vymezují následnou fázi závislosti jako čtvrtý věk. (Kalvach In: Kalvach, Mikeš, 2004)

Celkové stárnutí populace, nárůst počtu osob v postproduktivním věku, je jedním z celosvětových problémů, neboť v důsledku zkvalitnění zdravotnické péče, preventivním programům dochází k postupnému zvyšování délky života. S tím je také úzce spjata problematika péče a podpory této skupiny obyvatel. Zvyšování kvality života je tedy mimo jiné otázkou sociální a ekonomickou.

Na problematiku stárnutí a jeho vymezení je možné nahlížet v různých souvislostech. Z biologického pohledu se jedná o nezvratné změny v orgánech a funkcích, které postihují tělesnou stránku i psychiku jedince. Individualita v míře a projevech degenerativních změn je dána jedincem samotným, zejména genetickými dispozicemi a jeho životním stylem. Svou roli zde také hraje ovlivnění prostředím, ve kterém se vyskytuje. Okolní sociální prostředí, do něhož jedinec patří, pak na něj klade požadavky v plnění sociálních rolí, jejich postupné absolvování sleduje sociální periodizace života.

3.2 *Determinující aspekty procesu stárnutí*

Obdobně jako pojetí stárnutí, tak také jeho jednotlivé aspekty se projevují na fyzické (tělesné, psychické, emocionální) a sociální úrovni a rovněž mají individuální projevy a důsledky. V následujících podkapitolách se pokusíme vymezit determinující dopady stárnutí na tělesnou psychickou strukturu, míněno jednotlivé orgány, jejich funkce, dopady na schopnosti organismu, a popsat nefrekventovanější onemocnění provázející stárnutí, respektive stáří. Také se budeme zabývat sociálními dopady tohoto procesu na život jedince. Je nutno si uvědomit, že problematika působení jednotlivých faktorů je natolik složitá, že není vždy zcela možné odlišit počáteční vliv jednoho a následný vznik dalšího. Ve většině případů se jedná o složitý komplex spolupůsobení a nabalování mnoha aspektů současně. Naší snahou je postihnout proces stárnutí v co nejširším možném pohledu z hlediska jeho následků, které mohou působit komplikace při výuce PO SP.

3.2.1 *Tělesné projevy stárnutí*

Proces stárnutí s sebou nese řadu změn nejvíce patrných na fyziognomii těla a funkci jednotlivých orgánů. Zvyšující se věk přináší s sebou také vyšší riziko onemocnění a úrazů. Stárnutí se projevuje nejčastěji snížením či omezením funkce pohybového aparátu, kardiovaskulárního systému, dýchacího aparátu, funkce endokrinních žláz a termoregulačního systému těla. Typickým projevem jsou rovněž komplikace zažívacího traktu (záněty žlučníku, zácpa, apod.) a vylučovací soustavy (inkontinence, ledvinové kameny apod.). Involuční změny se negativně také projevují na senzitivnosti smyslových receptorů. Jelikož lidské tělo ve své komplexnosti je provázaný systém, projevy stárnutí orgánů se odráží na jejich funkci a rovněž ovlivňují psychiku dotyčného.

Hlavní vliv zde má pokles záložní (rezervní) kapacity orgánů. Orgán totiž v mládí pracuje pouze na 10 až 25 % svého maxima, postupně vlivem opotřebování tělesných systémů je nucen svůj výkon zvyšovat, čímž klesá jeho záložní rezerva, snižuje se výdrž a výkonnost, odolnost vůči chorobám, narůstá počet nádorových onemocnění, zpomaluje se hojení ran apod. ([online], [cit. 2012-10-03] dostupné na [www: http://www.sci.muni.cz/anthrop/soubory/IV_09.pdf](http://www.sci.muni.cz/anthrop/soubory/IV_09.pdf))

Není vždy zcela možné určit prvotní příčinu a tyto procesy od sebe jednoznačně oddělit. Naší snahou je v této podkapitole stručně přiblížit projevy tělesných obtíží, seznámit s nejběžnějšími onemocněními. Informace jsou čerpány, není-li uvedeno přímo, z prací autorů Dylevský (1999),

Mülpachr (2004), Kalvach (2009). Psychickým důsledkům se budeme věnovat v kapitole následující.

Tělesné funkce jsou tvořeny orgánovými soustavami a pro přehlednost je tedy na místě popsat projevy stárnutí právě na popisu změn v jednotlivých systémech orgánů tak, jak je rozlišuje medicína. Záměrem je shrnutí podstatných projevů jednotlivých onemocnění typických pro stárnutí tak, jak mohou ovlivňovat integritu a samostatnost osobnosti.

3.2.2 Kosterní soustava

Zajišťuje opěrnou a pasivní pohybovou funkci organismu. Kosterní tkáň nejdříve narůstá, kost se osifikuje, postupně věkem však začíná ztrácet na své síle a stává se křehkou, ztenčuje se. Příčinou je snižující se minerální kostní denzita (hustota), která vede k častějšímu výskytu zlomenin, především dolních končetin a obratlů.

Ve stáří častý úbytek svalové a především kostní hmoty, tzv. osteoporóza představuje závažnou komplikaci při banálních úrazech, kdy zdánlivě nevinná zlomenina může mít fatální následky. Řidnutí kostí se projevuje také v páteři, kdy v důsledku atrofie meziobratlových plotének se celková výška postavy snižuje o 1 – 3 cm. (Dylevský, 1990)

Významný vliv na pohybový aparát mají klouby a kloubní pouzdra. Dochází k degenerativním změnám kloubních chrupavek provázenými tvorbou kostních výrůstků – artrózám kloubů, které omezují jejich hybnost. Na opotřebování kloubů se také podílí přetěžování způsobené těžkou prací nebo vrcholovým sportem, nadváha, držení těla, nedokonalý srůst zlomených kostí, nedostačující látková výměna, ale i nedostatek pohybu. Následkem opotřevování kloubů dochází ke špatné a pomalé chůzi, shrbení postavy a časté jsou bolesti páteře a končetin.

Projevem popsaných změn je omezení pohybových aktivit, změna tělesné konstituce, ztráta adaptace na měnící se podmínky prostředí. Důsledkem je postižení schopnosti provádět jednotlivé činnosti komplexně (např. omezení schopnosti cestovat v důsledku bolesti kloubů), následně se omezení projevují také do sebeobslužných činností (samostatnost, chůze, vedení domácnosti) a může vést až k upoutání na lůžko a závislosti na okolí. Zmíněné pak může být umocněno a komplikováno vlivem zrakového postižení.

3.2.3 Pohybová soustava

V rámci opotřebování tělesných orgánů dochází i k úbytku svalové hmoty a síly. To je zapříčiněno atrofií samotných svalů spolu s porušením jejich inervace, ať už poškozením periferních nervů nebo úbytkem motoneuronů v mozkové kůře. Úbytek svaloviny ve stáří je progresivní a její místo zastupuje tuková tkáň, což způsobuje změny hmotnosti a snížení procent funkčních tkání. V devadesáti letech může objem klesnout na 30 procent původních hodnot. S uvedeným také souvisí celková proměna zastoupení látek v organismu, např. snížení objemu vody.

Změny ve svalové a kosterní soustavě mají za následek shrbení postavy a zmenšení tělesné výšky i délky kroku. Omezení pohybu, bolestivost a komplikace v prostorové orientaci způsobené zrakovým postižením, odkazují takto handicapovaného jedince k zvýšené míře podpory při výkonu činností běžného dne.

3.2.4 Cévní soustava

Oběhovou soustavu tvoří cévní systém a srdce, které se každou minutu (v klidovém režimu) asi 70krát stáhne a přečerpá přitom 5 litrů krve.

Stárnutí se projevuje snížením objemu přečerpané krve jednak v důsledku opotřebením srdeční pumpy, ale také v důsledku zúžení cév vlivem jejich zanášení a ucpávání, což vede k zhoršenému zásobování tkání krví se živinami a kyslíkem a následně k infarktu a cévním mozkovým příhodám. Dylevský (1990) uvádí, že sedmdesátileté srdce tak má za sebou už přes 2,5 miliardy stahů a přečerpalo 220 milionů litrů.

Infarkt myokardu je akutní ložisková ischemická nekróza srdečního svalu vznikající na podkladě náhlého uzávěru nebo progresivního extrémního zúžení koronární tepny, která zásobuje příslušnou oblast. Ve více než 95 % bývá příčinou ateroskleróza věnčité tepny s rupturou intimy a trombózou v místě plátu. Jen ojediněle mívá infarkt myokardu jinou příčinu, např. spasmus, arteritidy, embolie věnčitých tepen aj. (Aschermann 2004) Dle tohoto autora jsou možnou komplikací arytmie a srdeční selhání. Ucpaná koronární céva se musí co nejrychleji zprůchodnit, aby mohla zásobit postiženou část srdce kyslíkem. V závislosti na rozsahu a délce trvání infarktu je možné do krve vstříknout látku, která sraženinu rozpustí, v závažnějších případech je zaveden z třísel katétr s balónkem až k srdci do postiženého místa, kde se následně tlakem na krátký okamžik balónek nafoukne (angioplastika) a tepna se rozšíří, pro trvalost tohoto zákroku se zavádí tzv. stent. Za situace, kdy již není možné cévu zprovoznit, řeší se prokysličování postižené tkáně přemostěním zdravou cévou tzv. bypassesem. Extrémním řešením je transplantace srdce. Stav po infarktu výrazně

ovlivní životní styl postižené osoby. Kromě zákazu kouření a nutnosti respektování zdravých stravovacích návyků musí být pravidelně kontrolován krevní tlak. Člověk po infarktu by se měl věnovat adekvátnímu pohybu, nepřetěžovat se a vyhýbat se stresovým situacím. Všechny tyto skutečnosti musí být zohledněny i v případě výuky prostorové orientace v důsledku kombinace srdečních komplikací a zrakového postižení.

Onemocnění venózního systému označujeme jako ateroskleróza. Patří mezi civilizační onemocnění z nesprávné životosprávy, vysoké hladiny cholesterolu. Opotřebením cév může být i fyziologického charakteru, klesá jejich elasticita, mění se jejich obsah kolagenu. Změny kardiovaskulárního systému doprovázejí i změny krevního obrazu a poměru jednotlivých krevních elementů. Následkem změn ve složení a výkonu cévní soustavy je také pokles imunitní funkce a termoregulačního systému těla. Organismus se tak stává náchylnější na různá onemocnění.

Pokles výkonnosti kardiovaskulárního systému se všemi jeho důsledky ovlivňuje i fakt zrakového postižení. Nemluvě o častém výskytu vysokého krevního tlaku a komplikacemi při jeho měření. Například vyhrocená situace při problematické orientaci v prostředí působí negativně i na zvyšování tlaku krve, tím neblaze ovlivňuje zdravotní stav jedince.

3.2.5 Trávicí soustava

Zaživací ústrojí člověka reaguje citlivě na potraviny, také na citové rozpoložení, stresové situace apod. Pomocí trávicí soustavy dochází k vstřebávání živin pro potřeby organismu. Jednotlivé její části zpracovávají přijímanou potravu tak, aby se stala co nejvíce užitečná jako zdroj energie pro potřeby organismu. Podle Langmeiera (In: Langmaier, Krejčířová, 2006) bývají degenerativní změny a pokles základního metabolismu právě jedním z průvodních znaků stárnutí.

Typickým projevem stárnutí je opotřebením zubů a používání umělého chrupu k rozmělnění potravy, což více či méně znemožňuje jedinci si potravu vychutnat, ba dokonce někdy může vyvolat nechuť k jídlu. V kombinaci s nevhodnou skladbou potravy a pomalejším trávením pak zmíněné může vést k výživovým chybám, kdy tělo může strádat.

Po 65. věku života je důležité věnovat pozornost dostatečnému příjmu tekutin, pohybu, změnám ve složení kostí a imunitním systému. (Frej, 2006) Autor například doporučuje zvýšit podíl vápníku, vitamínu A, D, C ve stravě i potravinových doplňcích jako preventivní opatření degenerativních změn. Toto tvrzení, nicméně souvisí s životním stylem a návyky let předešlých.

Problematika metabolismu a výživy již přesahuje námi vytyčené hranice, přesto nám přišlo důležité se o ní alespoň zmínit. Zejména se jedná o onemocnění cukrovkou – diabetes mellitus II. typu, jenž má často negativní vliv na funkci zraku, viz výše. Spolu s nutností kompenzovat nedostatek inzulínu jeho injekční aplikací, musíme u diabetika také počítat se stavy hypoglykémie, kdy naopak je potřeba cukr tělu dodat. Hypoglykemické stavy může způsobit nadměrná fyzická aktivita a při práci diabetikem je nutno tento fakt brát na zřetel. Rovněž u této kategorie osob při kombinaci se zrakovým postižením je pravděpodobné, že budou pociťovat zejména z počátku obtíže s aplikací inzulínu a budou tak odkázáni na pomoc okolí.

Dalším kritickým momentem při posunu potravy trávicí soustavou je její polykání a problémy s ním související, nebezpečí udušení zbytky jídla, dysfagie. Mnoho osob odkázaných na lůžko je nuceno z rozličných důvodů přijímat potravu ve formě nutričních jídel, tzv. pitíček. V rámci onemocnění žlučníku, diabetu, poruchám funkce jater a ledvin, metabolismu jednotlivých složek potravy mohou být tyto osoby odkázány na speciální dietu. I tento fakt související nejen se způsobem obstarávání, ale také specifika připravované stravy, mohou být pro osobu se zrakovým postižením problematické.

Ve stáří se zpomaluje trávení a střevní peristaltika, což většinou směřuje k trvalým zácpám. (Kalvach, 1997, Dunovský, 1998) Častými komplikacemi trávicího traktu, charakteristickými nejen pro období stárnutí, jsou překyselení žaludku, plynatost, zácpa, či naopak průjemová onemocnění. O alergických reakcích z přijímané potravy se pouze zmiňujeme pro představu náročné situace takto postiženého. Faktem zrakového postižení dotyčné osoby se celý přístup při zmírnění nebo odstranění negativních následků zmiňovaných dysfunkcí trávicí soustavy, stává náročnějším, jak pro osobu postiženou, tak pro pečující okolí a velmi často může vést až k naprosté nesoběstačnosti.

3.2.6 Vylučovací soustava

Touto jsou odstraňovány odpadní a škodlivé látky z těla. Jedná se o produkty metabolismu, tedy ty látky, jež v těle vznikají. Hlavním orgánem vylučovací soustavy jsou ledviny, jejichž anatomická a funkční jednotka je nefron. Právě pokles počtu nefronů způsobuje, že vylučovací soustava zpomaluje svoji činnost, a tím dochází k vyššímu obsahu toxických látek v těle.

Kromě toho dochází na ledvině k dalším anatomickým změnám, např. ve stavbě stěn přívodových a odvodových tepének a k celkovému zmenšení. Následkem těchto změn pak dochází ke snížení průtoku krve ledvinami, omezení filtrační funkce, narušení rovnováhy sodíku v těle a změnám v množství produkované moči, což může vyústit až k ledvinovým selháním. S uvedeným souvisí i porucha vodního režimu těla, kdy osoby nepociťují žízeň, a tak hrozí nebezpečí dehydratace. Současně však nadbytečné množství vody bývá z těla odstraňováno mnohem pomaleji. ([online],

[cit. 2012-05-27] dostupné na [www:
http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=ledvina](http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=ledvina)

U mnoha osob (nejen) v rámci procesu stárnutí se vyskytují obtíže s udržení moči (močová inkontinence), dochází k nedobrovolnému úniku moči z důvodu různých nemocí a také jako následek ochabnutí svalstva v oblasti pánevního dna. Takto postižená osoba je nucena nosit inkontinenční pleny či mít zaveden katétr na odchod moči. Pocit konformity je silně narušen. Samotné nošení plen a jejich aplikace vyžaduje určitou zručnost.

U mužů nad 50 let se ve větší míře vyskytuje onemocnění prostaty, které je připisováno změnám hormonálních hladin, zejména pak hormonu testosteronu. Projevuje se zvětšením předstojné žlázy, která pak utlačuje močovou trubici, což způsobuje problémy při močení.

Stárnoucí osoba, které situaci komplikuje navíc fakt zrakového postižení, se tak bude potýkat s řadou kritických situací ovlivňujících nejen její samostatnost a soběstačnost, ale také pocit intimity. S touto skutečností musíme počítat i při výuce prostorové orientace. Osoby mohou častěji pociťovat potřebu jít na toaletu, případně jim může být nepříjemný pohyb s plenami.

Kromě ledvin vylučujících odpadní látky v podobě moči, tělo odstraňuje další velkou část produktů metabolismu kůží - potními žlázami ve formě potu.

Kůže na stáří prodělává kvůli poklesu své elasticity asi nejviditelnější změny. Mění se nejen její barva, pigmentace, ale také struktura, dochází k tvorbě vrásek. A právě vrásky jsou obecně uznávaným projevem stárnutí.

Uvádí se, že změny kožní regenerace přicházejí již okolo 25 roku s tím, že kolem 45 let se kůže vlivem hormonálních změn začíná ztenčovat, ubývá podkožní tuk a voda, kůže se stává volnější.

„Na místech vystavených slunci bývá ve starším věku porušeno také rovnoměrné rozložení pigmentu a na kůži zůstávají různě velké skvrny, ploché, hnědavé či šedé. Tyto skvrny, někdy také označované jako "jaterní", nevyžadují léčení, kromě kosmetické nápravy (zesvětlující nebo bělicí masti).“ ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www:](http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze)

http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze)

Fyzický vzhled sice nemá přímý vliv na výuku prostorové orientace, nicméně pocit sebedůvěry a spokojenosti sám ze sebe je jedním z motivujících faktorů a současně možný získaný cíl.

3.2.7 Dýchací soustava

Je tvořena systémem, jehož hlavním orgánem jsou plíce syntetizující přijímaný vzduch na pro tělo potřebný kyslík, který pak krevní řečiště roznáší po celém těle.

V důsledku stárnutí, opotřebením jednotlivých částí, zmenšení plic a jejich funkce, dochází i ke snížení přívodu vzduchu, resp. kyslíku do těla. Následkem poklesu vitální kapacity plic, která udává maximální množství vydechnutého vzduchu, tzv. „krátí“ dech, se člověk zadýchává, mohou se přidat komplikace plicními onemocněními, kašlem, alergickými onemocněními, astmatem.

Dechové obtíže mohou být komplikací při pohybu v prostoru a při výuce prostorové orientace budeme muset dechové schopnosti klienta zohlednit. Vyhraněnou, ale ne nemožnou situací, může být i klient odkázaný na příjem kyslíku z dýchacího přístroje.

3.2.8 Nervová soustava

Nervový systém tvořený mozkem a nervy zaznamenává ve stáří značných změn. Poslání zejména mozku spočívá v zajištění koordinace mezi jednotlivými orgány a jejich funkční spojení v jednotný celek, má zprostředkovávat vztahy mezi vnějším prostředím a organismem a současně je sídlem vyšší nervové činnosti a duševního dění, tyto změny mají dalekosáhlé následky na celý organismus. Spolu s ostatními orgány i mozek atrofuje a snižuje se jeho hmotnost. Počet nervových buněk a nervových přenašečů, tzv. neurotransmiterů postupně s věkem klesá, jelikož neurony nejsou schopny regenerace, během života se již nedělí a postupně zanikají. Tento proces urychluje ukládání tzv. stařeckého pigmentu lipofuscinu. Jedná se o nahnědlý pigment, který se kromě nervové tkáně ukládá také do jater a svalů. Snížení počtu nervových buněk a celkové zpomalení nervových vedení vede k prodloužení reakční doby, kterou si dotyčný může uvědomovat a pomalejší výkonnost v něm může vzbuzovat nepříjemné pocity. S tímto musíme počítat i při realizaci jednotlivých kroků výuky prostorové orientace. Atrofie mozku jako řídicího orgánu a mozkových částí bude mít vliv také na oblast porozumění, komunikace aj. O tomto se zmíníme v podkapitole zabývající se psychickými aspekty stárnutí.

Mezi typická onemocnění včetně úrazů a traumatických stavů patří cévní mozková příhoda (CMP). CMP můžeme charakterizovat jako akutní stav typický ložiskovým nebo povšechným poškozením funkcí mozku v důsledku poruchy mozkového krevního oběhu. (Kalvach, 1997) Příčina může být ischemické podoby v důsledku nedostatečného prokrvení způsobeného aterosklerózou mozkových

tepen, což je častější forma. Další příčina spočívá v krvácení způsobeném vysokým tlakem, tzv. hemoragická forma CMP.

Následky CMP jsou velmi variabilní podle místa a rozsahu poškození mozku. Při poškození mozkové kůry zpracovávající pohyb, dochází k ochrnutí končetin, poruchám hybnosti. Podle internetových stránek Sdružení CMP je typickým projevem prodělané CMP držení končetin s pokrčením v lokti, ohnutím a stočením zápěstí dovnitř a sevření ruky v pěst. Následky CMP jsou patrné i v řeči. Projevují se špatnou výslovností (dysartrie) nebo zhoršenou vyjadřovací schopností (expresivní afázie) či omezením schopnosti porozumět (receptivní afázie). Závažnost těchto onemocnění spočívá velmi často i ve změnách nálad, chování, dezorientací v čase i prostoru, depresí a možnou kombinací s epilepsií.

Mezi atroficko-degenerativní onemocnění řadíme Alzheimerovu chorobu, která se projevuje postupnou demencí. Tu můžeme pozorovat jako horší pamatování nového, ztrácení věcí, přechodnou časovou i prostorovou dezorientaci. Tyto projevy se postupně stupňují až do situace, kdy je osoba odkázána na péči okolí pro neschopnost plnění úkolů denní rutiny, neschopnost poznat rodinu, přátele. Tuto situaci umocňují těžké poruchy chování, záchvaty zlosti, agresivity a zmatenosti.

Mezi další neurodegenerativní onemocnění centrální nervové soustavy je řazena Parkinsonova choroba. Projevuje se úbytkem nervových buněk v části mozku nazvané Substantia nigra, které produkují neurotransmitter dopamin přenášející nervový vzruch (signál). Jeho nedostatek pak způsobí postupnou ztrátu ovládní pohybu těla. Nemožnost dávat pokyny svalům má nepříjemný dopad na komunikaci, artikulaci a mimiku obličejových svalů. Tyto jevy může navíc komplikovat pocit bezvýhodnosti situace, deprese.

Osoba se zrakovým postižením a s diagnózou CMP či degenerativních onemocnění centrální nervové soustavy typu Alzheimerovy demence či Parkinsonovy choroby pak v rámci projevů tohoto onemocnění bude mít problémy (nejen) ve výuce prostorové orientace (viz výše) k čemuž bude nutné při práci s ní přihlídnout.

Podle článku a výzkumu, zveřejněném v Kanadském časopise Neuropsychologie (2009), pojednávajícím o ohrožení obyvatel ve věku nad 65 let rizikem úrazu v důsledku pádu, byla prokázána souvislost s vizuálním vnímáním v levém zorném poli. Deficity v jádře neurokognitivního systému kůry mozku způsobují specifická neuropsychická omezení vizuálně-prostorové pozornosti, zvyšující riziko pádů, a mají tedy vliv na koordinaci a prostorovou orientaci stárnoucího jedince.

Stárnutí je možno vnímat velmi zřetelně v oblasti poklesu smyslového vnímání, zejména pak zraku a sluchu. Vlivem poklesu výkonnosti jednotlivých smyslových orgánů jsou smysly méně citlivé na podněty. K fyziologickému zhoršování zraku dochází již kolem 40. – 50. roku života, viz předcházející kapitola. Přibližně ve stejné době je možné zaznamenat i pokles sluchového vnímání, sníženou citlivost na vysoké tóny, klesá i schopnost porozumění mluvené řeči. Tento jev je u starších lidí typický, a proto při komunikaci s nimi je nutné zřetelně artikulovat a zmírnit řečové tempo. Nastíněné skutečnosti spolu se sníženou reaktivitou v důsledku změn nervového systému jsou závažné a komplikující nejen pro osobu samotnou, kterou uvádějí do pocitů zmatenosti a beznaděje, ale také pro okolí, kdy vzájemná spolupráce vychází z hledání společných možných cest k porozumění a dorozumění se.

Nervová soustava řídí činnost organismu také pomocí hypotalamu, hypofýzy a endokrinních žláz, produkuje hormony a působí na metabolismus těla. Mezi jeden z projevů stárnutí patří i snížení hladiny pohlavních hormonů.

U žen jsou to estrogeny, tvořené ve vaječnicích a v nadledvinkách, u mužů androgeny (především testosteron), tvořené ve varlatech, v nadledvinkách a v mozku. Pokles hladiny estrogenů u žen je typický pro menopauzy, poruchy menstruačního cyklu, provázející stárnutí každé ženy a vedoucí k vyhasnutí činnosti vaječníků. Přechod od aktivní funkce k pasivní se označuje jako klimakterium. Z hlediska projevů nedostatku estrogenů na organismus ženy má klimakterium řadu nepříjemných průvodních projevů jako jsou návaly horka, noční pocení, nervozitu, podrážděnost, plačtivost, pocity ublíženosti a nevyrovnanosti.

U mužů je úbytek androgenů pozvolnější, a proto také nástup potíží spojených s poklesem hormonálních hladin nebývá tak markantní. Jinými slovy neexistuje jednoznačná, na první pohled zjevná charakteristika projevů, typických pro pokles hladiny testosteronu. Návaly horka a pocení nejsou časté, převažuje spíše únava, nespavost, deprese, rozmrzelost, pasivita a zhoršení kognitivních funkcí. Převážná část těchto problémů je v obou případech řešitelná hormonální substituční léčbou.

Kapitola měla přiblížit změny, které postihují tělesné soustavy a ovlivňují výkonnost a funkčnost organismu. Naším cílem bylo nastínit možné zdravotní komplikace plynoucí z typických onemocnění stárnoucího věku, které bude třeba vzít v úvahu při práci s osobou se získaným zrakovým postižením v pozdním dospělém věku a počínajícím stáří, upozornit na skutečnosti změněné funkčnosti jednotlivých tělesných struktur i omezení z nich vyplývající. Při práci s osobou se získaným zrakovým postižením je tedy potřeba zohlednit, a to nejen v rámci výuky prostorové orientace, řadu kumulujících se faktorů plynoucích z podstaty jak zrakového, tak

souběžného postižení. Bude potřeba zohlednit pohybové možnosti z hlediska lokomoce, které mohou být omezeny artrózou kloubů, osteoporózou, poklesem svalové hmoty apod., bariéry způsobené odkázaností na pohyb s berlími či opěrnou holí a nepříjemnosti způsobené zavedením katétru, střevního vývodu apod. Současný vliv z hlediska tempa pohybu mohou mít srdeční onemocnění, omezení dýchavičností, astmatem, CMP. Významným vlivem, i z hlediska spolupráce, mají onemocnění degenerující cévní mozkovou soustavu, kdy kromě pohybových možností je porušena integrita osobnosti jako celku s dalšími psychosociálními důsledky, kterými se budeme nyní zabývat hlouběji.

3.3 Psychické důsledky stárnutí

Stárnutí je neodvratitelný proces lidského života. Můžeme na něj pohlížet jako opotřebování organismu se všemi důsledky na tělesné funkce. Je ovšem nepopíratelné, že v rámci biopsychosociální integrity člověka budou mít tělesné změny své projevy také na psychiku každého jedince. V důsledku stárnutí dochází ke změnám hormonální soustavy a zpomalování psychických činností. Individualita každého jedince se projevuje i v odlišnostech jeho psychiky, a tak i osobnostní rysy staršího člověka budou velmi rozmanité, nemluvě o rozdílném tempu stárnutí jednotlivých psychických složek. „V duševním stárnutí se prolínají vlivy biologického věku mozku i celého těla s vlivem zkrácené životní perspektivy, změněného vzhledu a dalších společenských faktorů, které s sebou věk nese a které determinují duševní involuci.“ (Říčan, 2006, s. 337)

Stárnutí se projevuje snížením psychické činnosti, úbytkem rychlosti reakce a kognitivním poklesem, současně musíme vzít také do úvahy komplikovanou situaci jedince v souvislosti s charakteristikami tohoto životního období (odchod do důchodu, odchod dětí z domácnosti, smrt partnera...). Tyto změny mohou člověka silně ovlivnit a jejich přijetí a vyrovnání se s nimi je otázkou jedinečnosti každého. Na místě je také podotknout, že jakékoli projevy stárnutí mají vliv na psychickou pohodu jedince, emoční stabilitu, pocit prospěšnosti a významně tak ovlivní jeho sebepojetí.

Na psychickou konformitu jedince kromě samotných znaků stárnutí má neblahý vliv získané postižení zraku, v kterém Požár (2007) vůči funkčnímu chování zdravého jedince spatřuje příčinu omezení, změny nebo narušení kognitivních funkcí, orientace a mobility i emocionálně-sociálního vývoje osobnosti.

V této podkapitole se zabýváme dopady stárnutí na kognitivní schopnosti organismu a projevy v psychice stárnoucího jedince, zamýšlíme se nad individuálním vnímáním, pohnutkami a adaptací na životní změny také v kontextu získaného zrakového postižení. Zpomalení psychické činnosti stárnoucího se projevuje snižováním senzomotorických funkcí a psychomotorického tempa, změnami emocí. Problematická je i vzájemná koordinace těchto částí. Z hlediska svých projevů mají nastíněné okolnosti významný vliv na exitační úroveň organismu. Duševní a intelektové schopnosti, mohou být umocněny dopady duševních poruch, demencí, onemocnění Alzheimerova či Parkinsonova typu a postižením (získaným zrakovým postižením). V nejednom případě dochází ke kombinaci výše zmíněného.

V následujících odstavcích se pokusíme blíže přiblížit změny jednotlivých oblastí. Z hlediska členění se držíme rozdělení dle Vágnerové (2004), která rozděluje psychické funkce a jejich poruchy na:

- oblast kognitivních procesů,
- oblast emocí a motivace,
- oblast vědomí a pozornosti,
- oblast osobnosti.

3.3.1 Oblast kognitivních procesů

Je možné pozorovat zpomalení vnímání, reakce organismu na podnět, jeho zpracování i zpětnou odpověď. Tedy odpovídající reakce, její volba a uskutečnění trvá déle, prodlužuje se i fáze rozhodování. Proto starším lidem nevyhovují činnosti vyžadující rychlé rozhodování v časovém presu, které jim způsobují stresové situace a neadekvátní emocionální rozpoložení. Tento charakteristický rys bude provázet i jednotlivé kognitivní funkce. Úpadek v reaktivitě organismu je pak nová situace, na kterou se stárnoucí jedinec musí adaptovat.

Při výčtu nepříjemných okolností v oblasti excitační a reakční úrovně vnímání si připomeňme omezení percepce zrakovým analyzátozem a nutnost kompenzace ostatními smysly, což bude mít za následek nejen psychickou náročnost z hlediska pozornosti, koncentrace a zaměření. Podnětová deprivace a omezení reakčnosti má depresivní vliv na osobnostní sebepojetí takto postiženého. Nedostatky v percepci mohou vyvolat řadu emočních problémů jako např. deprese, úzkost a výbušnost.

Snížení paměťové výkonnosti, zejména ve schopnosti smyslových orgánů registrovat jednotlivé podněty a převádět je do krátkodobé paměti a její výrazný funkční pokles postihuje především ukládání nových informací. Typickým projevem stárnutí je snížení všítipivosti a možnosti zpětného vybavení si informace. Tím se stává učení pomalejší a obtížnější, a bývá tak pro stárnoucí osobu náročnější se s touto skutečností vyrovnat. O důsledcích na paměťové schopnosti vlivem demence jsme hovořili v předcházející kapitole.

Intelligence a intelektové schopnosti osobnosti souvisí s dosud nabytými zkušenostmi a vzděláním. Hovoříme o postupné krystalizaci inteligence v průběhu života, což dokazuje řada absolventů celoživotního vzdělávání. Nicméně v důsledku zpomalení reaktivity a dalších schopností můžeme konstatovat jistý úbytek ve schopnosti řešit nové problémy, akceptovat měnící se situace, který podle Stuart-Hamiltona (1999) můžeme pojmenovat jako deficit v oblasti fluidní inteligence. Na druhou stranu tento jev může být vyvážen celoživotními

zkušenostmi, posilováním intelektových schopností v průběhu života. Tedy i ve stáří mohou mít intelektové schopnosti při adekvátním vedení stoupající charakter, nemluvě o pozitivním rozvoji osobnosti a její psychiky.

Zpomalenost ve vnímání, paměti i reaktivních schopnostech, celkové plasticitě organismu na nové životní situace pak vede jedince k větší míře rigidity a stereotypnosti, ulpívání na dosud známých technikách řešení problémů, dogmatickému jednání. Odmítáním nových možností řešení se jedinec chrání před nestabilitou a proměnlivostí vnějšího prostředí. Ne vždy jsou však tyto kroky efektivní a mohou vést k řadě komplikací. Jak uvádí Vágnerová (2007), starší lidé často také na nové zkušenosti předem rezignují, nezajímají je a někdy se jich dokonce bojí. Považují je za zbytečné, jelikož se v jejich dosavadním životě nevyskytovaly a oni se proto necítí nijak ochuzeni. Zaběhaný stereotyp je pro ně jistější a pohodlnější.

V návaznosti na výše popsané se zpomaluje i reakce v podobě řečového vyjádření. Delší dobu trvá, než stárnoucí osoba informaci zpracuje a zareaguje na ni vlastním prohlášením. Poruchy receptivní a expresivní formy řečového projevu jsme nastínili v kontextu afatických onemocnění způsobených např. cévní mozkovou příhodou.

Popsané skutečnosti, pomalost, ale i neochotu ve schopnosti uchopit a zapamatovat si novou informaci musíme zohlednit také při výuce prostorové orientace, kdy bude potřeba využít dříve nabitých informací a adekvátně je rozvinout do potřebné podoby. Je zřejmé, že podstatnou otázkou při učení nového bude také patřičná míra motivace; o té se zmíníme v rámci psychických procesů níže.

3.3.2 Vědomí a pozornost

„Vědomí představuje určitou syntetizující psychickou funkci, která sdružuje ostatní procesy, jako vnímání, myšlení aj.“ (Vágnerová, 2004)

Důsledkem zpomalení psychických funkcí je tedy sekundárně narušena i jejich jednotlivé funkce. Postiženo může být vnímání z hlediska kontinuity událostí i z hlediska celkového kontextu, což ovlivní myšlenkové operace ve směru postojů, aktivit a projevů stárnoucího jedince.

Zde bychom mohli zařadit také vlastní uvědomování si procesu stárnutí, pozitivní přístup k této etapě života a vědomí zodpovědnosti za sebe. Jelikož se jedná o individuální situace, ať už z hlediska charakteristik osobnosti jedince, jeho dosavadních zkušeností, schopností adaptace a mírou akceptace prostředím, velmi pravděpodobně bude tato oblast jakýmsi ukazatelem sebepojetí a spokojenosti z pohledu dané osoby. O vnímání fenoménu stárnutí z pohledu společnosti se zmíníme v samostatné podkapitole.

Pozornost sehrává důležitou úlohu v každodenním životě. Její míra souvisí s koncentrací, motivací a vykonávanou aktivitou. Pozornost a zaměřenost je uplatňována nejen při učení se novému, ale

zejména při výkonu aktivit a je nezbytnou podmínkou pro úspěšnou realizaci jednotlivých činností. Pozornost vzhledem k věku může ulpívat na zcela jiné podněty, bude mít tendence k stereotypům a rigiditě, což samozřejmě bude závislé na dosavadním způsobu života jedince, jeho samostatnosti a schopnosti přizpůsobit se. Na druhou stranu vlivem zkušeností a určité životní moudrosti může stárnoucí jedinec při výkonu svých aktivit uplatňovat vysokou míru tolerance a trpělivosti.

Při výuce prostorové orientace je třeba pozornost uplatňovat při všech krocích vzhledem k bezpečnosti a pokrokům.

3.3.3 *Emocionální a motivační oblast*

Všechny změny probíhající v popsáných oblastech výrazně ovlivňují lidskou emocionalitu a tedy i stabilitu projevů jedince. Na stárnoucího člověka budou mít vliv z hlediska prožívání jiné situace než v období mládí. Z hlediska zkušeností nemusí některé své emoce prožívat obdobně intenzivně jako v dřívějších letech a naopak některé podněty u něj mohou vyvolat dříve nečekané reakce, např. pláč a dojetí. Budeme tedy pozorovat změny emočního prožívání a emoční reaktivity, ta bývá ve stáří slabší, a současně emoční labilitu jako reakci na obtížně zvladatelné podněty, kdy kromě pláče může jedinec zareagovat negativisticky či podezřívavě. Zmiňme se na druhou stranu o zvýšené míře sugestibility stárnoucích osob vůči svým blízkým, které je mohou snadno ovlivnit jak pozitivním, tak také negativním směrem.

Pro oblast práce se stárnoucím jedincem je typická problematičnost výběru vhodné motivace, kdy netečnost, změny nálad a celková neochota velmi znesnadňují jakoukoli snahu o pomoc či intervenci. Situace bude o to komplikovanější, pokud je způsobena kombinací se získaným zrakovým postižením.

3.3.4 *Změny v oblasti osobnosti*

Každý jedinec je charakteristický svými osobnostními rysy, které jsou jedinečné. Osobnost je formována v rámci svého vývoje vnějšími i vnitřními vlivy a i ve stáří prodělává změny. Ty souvisejí s individuální schopností jedince adaptovat se na změny životního stylu v důsledku procesu stárnutí.

Změny společenského postavení, rodinného zázemí i prostředí, ve kterém člověk v produktivním věku žil, jsou silně emotivní, souvisejí se ztrátou sebedůvěry a soběstačnosti a jsou závislé právě na míře a ochotě přizpůsobit se těmto novým vlivům. Stárnoucí jedinec si uvědomuje změny, potýká se s jejich důsledky a jeho reakce mohou vést k stáhnutí se do sebe a negativistickým postojům (viz výše).

Příhoda (1974) hovoří o sociální izolaci v důsledku změn ve věkové skladbě stárnoucího. V jeho okolí totiž postupně začínají převládat osoby mladší. Tento stav, kdy na jednu stranu může působit jako zkušený rádce, na druhou stranu jej tato skutečnost silně vyděluje od skupiny, mu nemusí vyhovovat a bude mít potřebu stáhnout se do sebe.

Jedná se tedy zejména o změny životního stylu, které poukazují na osobitost stárnoucího a jeho schopnosti je akceptovat a adaptovat se jim.

Ztráta zraku a omezení sociálních kontaktů jako jeden z důsledků je prvním rizikovým faktorem pro psychickou pohodu jedince. Současně zvyšující se věk a změny životního stylu společně s frustrujícími omezeními v samostatnosti jsou silně znevýhodňujícím vlivem. Vyrovnání se s faktem postižení a se změnami ve stárnutí je dáno osobnostními rysy jednotlivce a také flexibilitou přizpůsobit se novým skutečnostem.

Získané postižení ve svých následcích na psychiku se manifestuje individuálně podle toho, jak postižený tento fakt prožívá. Vágnerová (2002) uvádí tři typické fáze reakce a adaptace na ztrátu některé funkce organismu:

- fáze latence neboli „nedostatečné informovanosti“ – jedinec je zpravidla ještě přesvědčen, že se uzdraví, což může být způsobeno nedostatečnou informovaností, že ztráta je trvalá,
- fáze pochopení traumatizující reality – jedinec akceptuje informaci, že jeho stav je neměnný, z počátku může projevit neochotu k životu, postupně se začíná smiřovat s novou situací,
- fáze postupné adaptace – období učení se životu s postižením, postupná orientace v prostředí.

Obdobně autor Čálek (In: Čálek, Cerha, Holubář, 1992) rozčleňuje čas od faktu vzniku zrakového postižení do období, kdy je jedinec v „počátečním šoku“, po němž následuje dle autora období „reaktivní deprese“, spojené s truchlením a nebezpečím ztráty zájmu o život. Toto stádium končí pasivním přijetím skutečnosti a přichází do třetího období „reorganizace“, čímž autor míní ve shodě s Vágnerovou (2002) moment, kdy postižený jedinec má zájem o osvojení si dovedností vedoucích k znovu nabytí samostatnosti. Zahraniční autoři Tuttle a Tuttle (2004) rozdělují období po vzniku postižení podrobněji do sedmi fází, přičemž tyto fáze jsou postupné a jejich trvání je individuální. Autoři upozorňují, že z hlediska spolupráce, a tedy i výuky prostorové orientace se jedinec zajímá o své rehabilitační možnosti, pokud se dostane do fáze 5 „přehodnocení a opětovné utvrzení.“ (Griffin- Shirley a Welshe In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Podstatné je také časové hledisko vzniku zrakového postižení z hlediska progresu. Jak uvádí Jesenský (2007), pozvolná ztráta zrakového vnímání je přijímána odlišně a působí dlouhodobý stresový faktor oproti náhlé ztrátě zraku.

Změny duševní činnosti jsou jedním z průvodních jevů procesu stárnutí. Kromě zpomalení kognice, vědomí a pozornosti, lze sledovat i fyziologické změny na osobnost stárnoucího. Vnímání těchto progredujících nepříznivých změn je umocněno vstupem a vlivem zrakového prostředí. Je narušen pocit konformity, osobitosti, seberealizace i společenského postavení. Změna životního prostředí a společenských rolí má za následek vyšší míru sensitivnosti, uzavřenosti, v krajním případě i stagnace dané osoby. Speciálním případem, avšak častým, jsou duševní poruchy či demence, které také ovlivňují psychiku jedince, a komplikují tak intervenci.

Při výuce prostorové orientace se lektor bude potýkat s psychickými aspekty stárnutí, jako např. netečnost a nezáměr. Jeho úloha, ještě před samotným výkonem činnosti, je vycítit jemné rozdíly v potřebách jednotlivce a správně jej motivovat.

3.4 Sociální aspekty stárnutí

Jak již bylo zmíněno výše, postupné opotřebenění tělesných funkcí a zpomalení psychiky u stárnoucí osoby je ovlivněno a současně samo o sobě také determinuje sociokulturní proměny životních rolí, společenské postavení, zázemí. Omezení ve výkonu či funkci těla i psychiky odráží profesní a společenskou uplatnitelnost dané osoby. Tak jak je změna vnímána osobností a osobitostí stárnoucího jedince, je také vnímána okolím a společností, ve které se nachází. Dosažený věk reprezentuje podstatnou sociální charakteristiku z hlediska diferenciací a stratifikace.

V dřívějších dobách byla role staršího jedince ekvivalentem pro moudrost a zkušenosti, které mohl předávat dále. Dnešní společnost má tendence ulpívat k ideálům produktivity, kultu věčného mládí a krásy. Svě stárnoucí jedince pak o to spíše, kvůli nemožnosti naplnit tyto trendy, odsunuje do pozice neperspektivní, závislé a vyloučené. Situaci komplikuje kromě zvyšujícího se věku také větší pravděpodobnost kombinace se zdravotním postižením, které dle Sayoud Solárové (2010) omezuje handicapované osoby v míře sebeobsluhy a odkazuje je na pomoc druhých.

Zmíněné skutečnosti u této skupiny osob o to více umocňují pocity méněcennosti, zbytečnosti. Proto se také otázka prožívání etapy stáří stává velmi diskutovanou v odborných kruzích i v celé společnosti. Zatímco medicína tuto problematiku vymezuje z pohledu zdravého způsobu života, prodlužování věku, předcházení onemocnění a co nejdélejší možné udržení si tělesných funkcí a výkonnosti, psychologický pohled se snaží o hledání optimální míry přijatelnosti faktu stárnutí, jeho prožívání a udržení si kvality života. Sociologii zajímá stárnutí z pohledu demografického, tedy dopadu na společnost. Každý z těchto úhlů pohledu přináší část z komplexu problematiky stárnutí člověka.

Jedinec procházející procesem stárnutím je jedinečnou entitou a jeho existence ve společnosti je oboustranně přínosná. Tendencí dnešní společnosti je směřování k aktivnímu stárnutí i z hlediska podílení se stárnoucího jedince ve společnosti.

Tato kapitola pojednává o sociálních projevech procesu stárnutí, jak změna sociální situace na stárnoucího jedince působí a také jak ovlivňuje stárnoucí jedinec společenské klima. Zároveň bude nastíněna situace stárnoucího jedince se zrakovým postižením ze sociálního pohledu.

3.4.1 Společnost a stárnoucí jedinec

Fenoménem dnešní doby ve vyspělých zemích je prodlužující se délka života a snižující se porodnost. Tento fakt pak vede k demografickým změnám ve společnosti, zvyšování průměrného věku obyvatelstva a nutnosti řešení péče o stárnoucí občany a osoby v postproduktivním věku. Obdobně pak i v České republice se dle informací Českého statistického úřadu (ČSÚ) bude do roku 2050 počet osob starších 65 let intenzivně přibývat, počet dětí naopak ubývat. „Podle střední varianty projekce dojde do roku 2050 k více než zdvojnásobení počtu obyvatel ve věku nad 65 let, přičemž u nejstarších osob, tj. nad 85 let, dojde dokonce k zpětinásobení jejich dosavadního počtu. U počtu dětí ve věku 0-14 let dojde k poklesu o více než jednu čtvrtinu.“ ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34)

K postojům společnosti ke stárnoucímu členovi a problematice demografických změn přistupují autoři rozdílně. Někteří mluví o výrazných společenských změnách až atmosféře demografické paniky, revoluci všech aspektů společnosti (Kalache, Barreto, Keller 2005), jiní (Rabušic 2002, 2003), jsou spíše umírněnější a shodují se zprávou vydanou v roce 1991 Organizací spojených národů (OSN), která situaci považuje jako největší společenskou výzvu 21. století. Oba přístupy však zdůrazňují nutnost změny ekonomiky, politiky, sociologie, psychologie, medicíny a dalších; jejich připravenost na změny sociální struktury obyvatelstva.

Vnímání společnosti ve vztahu k stárnoucímu jedinci odráží její hodnoty a normy. Dle projektu WHO Zdraví 21 (viz dále) byly vymezeny prioritní oblasti přístupu k seniorům a prevence segregace této vrstvy obyvatel, jakožto ke skupině predisponovaně ohrožené chudobou, nezaměstnatelností, eventuálním zdravotním postižením, vypadáváním z myšlenkového kontextu, neznalosti a nezvládání nových technologií, sociální a prostorovou izolovaností, společenskými předsudky, nezájmem.

„K extrémním projevům sociální exkluze patří systémová segregace (vyčleňování „starých mezi staré“), systémová věková diskriminace a projevy hrubého zanedbání či násilného chování (problematika elder abuse and neglect).“ (Kalvach, 2006) Obdobně pak Vágnerová (2007) hovoří o viktimizaci stárnoucí osoby v souvislosti s nedodržováním jeho práv, násilím a kriminalitou, kdy je tato skupina osob v důsledku špatného zdravotního stavu, změnami emočního prožívání a reaktivity více ohrožena negativním jednáním okolí.

S předloženou problematikou využívání a zneužívání stárnoucích úzce souvisí i novodobě používaný termín ageismus označující diskriminující přístup společnosti k problematice stáří

a jejím stárnoucím členům. Sociální hledisko exkluze pojmu ageismus je v tomto smyslu míněno jako „věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“ (Vidovičová, 2005, s. 5)

Při snaze postihnout všechny negativní okolnosti ovlivňující společnost v přístupu ke stárnoucím, sehrává zrakové postižení významnou úlohu. Omezuje jedince v příjmu informací, komunikaci, společenském zapojení i prostorové orientaci. Skupina stárnoucích osob se získaným postižením zraku tak představuje z hlediska rizika sociálního vyloučení o to více ohrožený prvek společnosti potýkající se v praktickém životě s nevstřícnými podmínkami a postojí ve společnosti. Z hlediska ohrožení mechanismů ve společnosti jsou ohroženy celou řadou faktorů, přičemž míru ohrožení při roli stárnoucího jedince a současně zrakově postiženého nelze vyjádřit pouhým sečtením aspektů stárnutí a důsledků zrakového postižení. Jejich souvislost i dopad na jedince i společnost je individuální jak z hlediska přístupu dotyčné postižené stárnoucí osoby, tak společnosti ve které se nachází. Lze tedy hovořit o interakci. Nyní se pokusíme přiblížit společenské mechanismy tak, jak je popisuje Rákoczyová (2006), tedy jako možné rizikové faktory sociálního vyloučení, uplatnění a uplatnitelnosti z hlediska stárnoucího jedince se získaným postižením zraku a společnosti.

- Ekonomické faktory

Diskrepance mezi nabídkou trhu práce a možnostmi stárnoucích osob se zdravotním postižením znemožňují využít potenciál těchto lidí a dopřát jim tak pocit užitečnosti. Přitom zaměstnání je v životě člověka podstatné nejen jako zdroj příjmu, ale i uspokojení psychických a sociálních potřeb. Omezená nabídka odpovídajících pracovních míst, diskriminace ať již v důsledku předsudků či vyššího věku nebo horší kvalita zaměstnání kvůli nižšímu vzdělání těchto osob souvisí tedy nejen pouze s nižšími příjmy. Finanční stránka je jen jeden z aspektů dopadu sociální exkluze. Zejména však nedochází k naplnění individuálních potřeb. Rákoczyová (2006) hovoří o sociálním vyloučení v oblasti pracovního uplatnění s následkem hlubšího sociálního vyloučení i v jiných oblastech vedoucí k materiálnímu nedostatku, omezení v možnostech vzdělávání, podílení se na kulturním životě apod.

Otázky pracovního uplatnění zaměřeného na skupinu pracovníků staršího věku řeší strategie tzv. Age managementu. Dle elektronických stránek Asociace vzdělávacích institucí dospělých, o. s. (AIVD) k hlavním myšlenkám patří zejména “dobré znalosti o věkovém složení společnosti a firmy, spravedlivé postoje ke stárnutí, pochopení pro individualitu a rozmanitost či uplatňování strategického myšlení s cílem podporovat komplexní přístup k řešení demografické situace

a demografických změn na pracovišti.“ ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.aivd.cz/agemanagement-informace](http://www.aivd.cz/agemanagement-informace)) Otázky pracovního uplatnění osob s postižením jsou realizovány prostřednictvím podporovaného zaměstnávání. Dle vyjádření na webových stránkách České unie pro podporované zaměstnávání se jedná o službu „určenou lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou

a průběžně poskytovanou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce.“ ([online], [cit. 2012-05-30] dostupné na [www: http://www.unie-pz.cz/3-pz.html](http://www.unie-pz.cz/3-pz.html))

Oba projekty navazují na programy Evropského sociálního fondu, zejména na operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost (MŠMT) a operační program Lidské zdroje a zaměstnanost (MPSV).

- Politické faktory

Těmi je míněna zejména sociální politika vůči znevýhodněným vrstvám obyvatel, spočívající v konkrétních opatřeních jako prevence sociální exkluze. Pomoc a podpora může být realizována prostřednictvím státu a také pomocí nestátních neziskových organizací. Otázka demografického stárnutí obyvatel a výskyt postižení patří k významným celostátně diskutovaným otázkám. Ve snaze o rovnoprávnost, solidaritu a humanistický přístup má své místo i v nadnárodním měřítku.

Státní podpora je tvořena národními programy, legislativními opatřeními, ekonomickými nástroji a finančními dávkami, které mohou být plošné (pro vymezenou skupinu obyvatel) či adresné (individuálně nárokové).

V oblasti péče o stárnoucí obyvatelstvo vláda ČR přijala Národní program přípravy na stárnutí na období 2008 – 2012, zřídila také poradní orgán, Radu vlády pro seniory, v níž je široce zastoupena státní správa, samospráva, organizace a odborníci. Na tento plán navazují Národní strategie podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 – 2017. ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/cs/5480](http://www.mpsv.cz/cs/5480))

V oblasti péče o zdravotně postižené přijala od roku 1992 vláda soustavu Národních plánů, z nichž je nyní aktuální Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014. ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/](http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/))

Legislativní opatření týkající se skupiny stárnoucích osob se zrakovým postižením jsou zakotvena zejména právními předpisy: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších

předpisů a dále Zákonem č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, který pak zdůvodňuje přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku za pomoci své prováděcí Vyhlášky č. 388/2011. Zdravotně postižení jsou příjemci všech tří forem sociální ochrany, tedy sociálního pojištění, státní sociální podpory i sociální pomoci.

Sociální politika realizovaná prostřednictvím státních i nestátních neziskových organizací bude blíže nastíněna v kapitole Komplexní intervence a možnosti podpory.

- Sociální faktory

Subjektivnost ve vnímání stárnutí a postižení členů společnosti je možno dát do souvislosti s historickým, kulturním, hodnotovým systémem; je tedy pro různé society odlišná. Vyjadřuje postoj a solidaritu k osobám odlišným od majority, v našem případě osobám se zrakovým postižením v postproduktivním věku. Musíme si uvědomit, že obecný postoj společnosti k vymezené skupině má vliv a význam na dílčí postoje sociálních podskupin, např. zaměstnavatele, veřejnosti, blízkého okolí a současně postoje společnosti vůči jedinci v postproduktivním věku se získaným postižením ovlivňují jeho pocit sounáležitosti, sebepojetí a sebedřívjetí.

- Prostorové faktory

V rovině uzpůsobení prostoru se jedná o architektonické bariéry. Neuvážené stavební úpravy ovlivňují mobilitu i orientaci osob se zrakovým postižením, čímž způsobují jejich odkázanost na pomoc okolí, a tím podporují sociální vyloučení těchto osob. Situace je umocněna změněnými pohybovými možnostmi i v důsledku stárnutí organismu (viz Tělesné projevy stárnutí). Omezení stárnoucích osob se získaným poškozením zraku se projevuje v pohybu a přístupu do budov a okolního prostoru. Roli zde hraje podhodnocení důsledků postižení v důsledku nedostatečné informovanosti.

V ČR je otázka bezbariérovosti, jednotnosti v užívaných technologiích a dalekosáhlosti využití zakotvena v Zákonu č. 50/1976 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), jehož ustanovení provádí Vyhláška č. 174/1994 Sb., která stanovuje obecné technické požadavky zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. Osob s omezením mobility se týkají i předpisy vyhlášky č. 132/1998 Sb., kterou jsou prováděna některá ustanovení stavebního zákona a 137/1998 Sb., o obecných technických požadavcích na výstavbu.

Problematikou úpravy prostředí a zpřístupnění služeb těžce zrakově postižených lidí se zabývá také Metodické centrum odstraňování bariér zřízené při České unii nevidomých a slabozrakých (SONS). Podle oficiálních webových stránek SONS je jeho posláním shromažďovat informace a poskytovat konzultace o možnostech úpravy prostředí pro samostatný a bezpečný pohyb lidí s těžkým zrakovým handicapem, vyhledávat a iniciovat výrobce potřebných materiálů a zařízení pro

bezbariérovou přístupnost staveb. Prostřednictvím Vládního výboru pro zdravotně postižené osoby se snaží prosadit náměty do příslušné legislativy z této oblasti. ([online], [cit. 2012-05-30] dostupné na [www: http://www.sons.cz/](http://www.sons.cz/))

Společnost tedy může svými legislativními i občanskými aktivitami přispět velmi výrazně k integraci osob ohrožených sociální okluzí. Na přístupu k jedincům se získaným zrakovým postižením v postproduktivním věku se podílejí politické, kulturní, ekonomické a sociální faktory a rovněž přístup jedince samotného. Následuje pohled na situaci stárnoucího jedince se získaným postižením zraku z hlediska změny jeho sociálních rolí a životních pozic.

3.4.2 Stárnoucí jedinec ve společnosti

Tak jako společnost reaguje na změny sociálního postavení svých členů, také sami členové vnímají svou pozici a její vývoj vůči společnosti, ve které se nacházejí. Věk tedy nese určitý sociální význam, kdy s připsaným sociálním statutem dle věku souvisí určitá očekávání chování dle norem dané společnosti. (srov. Rabušic, 1995; Haškovcová, 2000; Sayoud Solárová, 2010) Vývoj životní dráhy z hlediska potenciálu, pracovní výkonnosti a ekonomického zajištění lze rozdělit do období předproduktivního (dětství a mládí), produktivního (dospělost) a postproduktivního (stáří).

Celou naši práci provází snaha o deskripci skupiny, která dle svého potenciálu a výkonnosti se nachází za zenitem. Tedy z hlediska věkové periodizace patří do skupiny pozdní dospělosti a stáří, období začínajícího a postproduktivního věku a současně je postižena získaným zrakovým postižením. Langmeier (In: Langmeier, Krejčířová (2006) popisuje tyto proměny z hlediska výkonu ve společnosti jako progresivní pokles výkonnosti směřující k roli „expresivní (společensko-citové).“

Na změny postavení jedince ve společnosti z hlediska jeho statusu, rolí a společenského zázemí, které zastupoval v produktivním věku, se z pohledu míry soběstačnosti, samostatnosti i výkonnosti neblaze odráží a celkovou situaci umocňuje následek vzniku zrakového postižení. Změny rolí sociálního postavení pak vyplývají jednak z věkových změn a současně z důsledků a okolností získaného postižení zraku, což představuje pro dotyčného jedince mnohem vyšší ohrožení diskriminací a sociální izolací.

Vágnerové (2007) popisuje roli seniora z hlediska interakcí v rámci sociálních skupin, rodina, přátelé a známí a širší společenství. Vycházejí z uvedené autorky, popisujeme v následujících řádcích, možné sociální faktory také v kontextu získaného zrakového postižení.

- Změny rodinné

Jako změnu rodinné konstelace bychom mohli uvést odchod dětí z domu (Syndrom prázdného hnízda) či vztahovou proměnu v partnerství (partnerská nuda, vzájemná podpora, úmrtí partnera). V souvislosti se vznikem nových rodinných celků děti přijímá stárnoucí jedinec i roli prarodiče. Dopad změn je vysoce individuální a souvisí s osobnostními charakteristikami jedince, jeho zkušenostmi, rodinnou výchovou a přístupem rodiny, eventuálně partnera.

- Změny v bližším okolí

Proměna v oblasti blízkých sociálních kontaktů souvisí s celkovým stárnutím vrstevníků. Jedinec si díky projevům změn v blízkém okolí (důchodcovská role, problémy v okolí, úmrtí přátel) o to více uvědomuje své postavení a stárnutí. Dochází k prohloubení introverze, pocitům osamělosti a závislosti a člověk má tendenci upínat se jen na známé, stejně staré osoby v okolí, nenavazovat vztahy nové, stranit se společnosti. Dle Jarošové (2006) má redukce meziosobních vztahů kvůli projevům stárnutí v podobě osamocení až izolace za následek další možné psychosomatické komplikace.

- Proměny v širším sociálním postavení

Tyto změny lze popsat jako projevy a následky společenských daností, typických pro určitý věk. Máme tím na mysli například odchod z aktivního života do starobního důchodu. Ztráta důležité role z produktivního věku Sayoud Solárová (2010) považuje jako potvrzení ztráty výkonnosti a společenské užitečnosti. V obdobném duchu ekonomické soběstačnosti či zajištění popisují změny sociálního postavení Rabušic (1995), Haškovcová (2000), Jarošová (2006) i Vágnerová (2007).

Další změny kladoucí nároky na jedince v období příchodu do seniorského věku souvisí s individuální flexibilitou, tedy schopností přizpůsobit se trendům ve společnosti. Máme na mysli např. zdokonalující se informační technologie a jejich široké využití. Bilance dosavadního způsobu života, měnící se postoj k hodnotovému systému, pocity nenaplněnosti, potřeba ocenění a hledání přijatelných strategií pro období stárnutí jsou jedny z mnoha vnitřních úvah stárnoucího vůči společnosti.

Osoba s odchodem do důchodu prožívá nejen tuto změnu společenského postavení, ale také finanční dopady, potýká se s diskriminujícími názory společnosti a s ním souvisí i očekávání určitého chování (nemocnost, pokles schopností a výkonu, nepotřebnost, obtížnost, zbytečnost). Jak se vyrovná riziku psychické deprivace, sociální izolace, dezorientace závisí na možnostech a schopnostech jedince přizpůsobit se společenským, politickým a technologickým změnám.

Pokud do okolností přicházejícího seniorského věku a s ním souvisejících determinant vstoupí další limitující proměnná, tedy např. zrakové postižení, lze pozorovat určité podobnosti v omezeních jím způsobené.

Zrakové postižení i stáří omezuje jedince v příjmu a práci s informacemi, v komunikaci, pohybu, samostatnosti i orientaci v prostředí. Společenská izolovanost, míra soběstačnosti, užitečnosti však nelze vyjádřit pouhým výčtem faktorů. Omezení se kombinují a navzájem ovlivňují.

Situace postiženého stárnoucího jedince se negativně odráží ve všech třech vyjmenovaných skupinách. Je potřeba si uvědomit, že jedinec je vystaven o to většímu tlaku a frustracím v oblasti rodinného zázemí (podpora a pomoc), blízkých přátel i širšího sociálního okolí (bydliště, instituce...), které se o to více mohou projevit na jeho pocitech méněcennosti, závislosti a zbytečnosti.

Nastíněné projevy stárnutí řešila také Světová zdravotnická organizace, která jako svůj příspěvek ke Druhému světovému shromáždění o stárnutí a stáří vydala v roce 2002 strategie aktivního stárnutí Active Ageing. Koncept aktivního stárnutí respektuje rozmanitost a různorodost stárnoucích osob, respektuje jejich individualitu, a tak usiluje o co nejsamostatnější život. ([online], [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html))

Použití pojmu aktivního stárnutí však podle WHO je širší než pouhé zdravé stárnutí, netýká se pouze zdraví a péče o zdraví, vychází ze zásad Organizace spojených národů pro seniory. Dle Heidelberského pokynu pro podporu tělesné aktivity mezi seniory (1996) je jejich hlavní myšlenkou nezávislost, účast na životě ve společnosti, důstojnost, péče a seberealizace, respektování práv starších lidí, rovnost příležitostí. V této souvislosti se také o 21. století hovoří jako o „Století starých lidí“ a rok 2012 byl vyhlášen Evropskou komisí jako rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity.

Projevy procesu stárnutí lze pozorovat z hlediska aspektu změn tělesných funkcí (zdraví), psychických determinant (sebepojetí, osobnostní charakteristiky, emočního prožívání, kognice) i sociálních faktorů, z nichž bychom mohli zvlášť vymezit ještě faktory ekonomické. Na dimenzi procesu stárnutí je však nutné pohlížet jako na komplex navzájem se ovlivňujících charakteristik, které z hlediska svého vlivu a dopadu na jedince mají individuální omezení. Obdobně je tomu i v situaci, kdy se k faktorům stárnutí přidruží získané zrakové postižení. Dochází k multiplikaci omezení vyplývajících z povahy obou postižení.

Popsaná problematika a snaha najít určitá specifika skupiny osob se získaným postižením v postproduktivním věku, které je nutno zohlednit při poskytování pomoci a péče, nás provázejí celou výzkumnou částí této práce.

4 REHABILITAČNÍ SLUŽBY V RÁMCI VÝUKY PO SP PRO OSOBY SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V POZDĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU.

Naše práce se zabývá situací osob, které v době dospělosti přišly z rozličných příčin o zrak a učí se žít s faktem postižení. Problematika v sobě tedy propojuje vliv zrakového postižení, věku a involučních změn v kontextu výuky prostorové orientace a samostatného pohybu. Hledání východisek spadá do kompetence především tyflopeditické andragogiky/gerontogagiky.

Cílem kapitoly je souhrn vybraných, poskytovaných rehabilitačních služeb se zřetelem k výuce PO SP nabízených osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v rámci komplexní intervence. V rámci zaměření naší práce na problematiku výuky PO SP se zejména zabýváme rehabilitačními službami, které obsahují prvky výuky PO SP. Současně má tento přehled sloužit jako sumář služeb nabízených pro cílovou skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Strukturou kapitoly nejprve vycházíme z komplexního rehabilitačního působení vymezením jednotlivých složek rehabilitace (viz následující subkapitola). Následuje text zaměřený na sociální rehabilitaci, charakteristiku zdravotně - sociálních služeb v kontextu výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Poslední část je věnována srovnání se zahraničními trendy.

Péče a podpora osobám se získaným zrakovým postižením je realizována zejména prostřednictvím rehabilitace. Slovo rehabilitace pochází ze starolatinského re - znovu a habilitas - schopnost, způsobilost. V širším slova smyslu rehabilitaci můžeme chápat jako návrat schopností, dosažení původního stavu. Světová zdravotnická organizace ve svých Zprávách z výboru odborníků WHO (Report of the WHO Expert Committee) z let 1969 a 1981 považuje rehabilitaci za soubor medicínských, sociálních, vzdělávacích a odborných opatření zaměřených na minimalizaci vlivu postižení za účelem dosažení co největší možné sociální integrace. (srov. [online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf); http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf). Termínem rehabilitace označujeme časově vymezený proces, cíleně zaměřený na odstranění (pokud je to možné), či alespoň zmírnění následků postižení za účelem (znovu)dosažení co největší

míry samostatnosti a soběstačnosti. (Renotiérová In: Ludíková, Renotiérová, 2003, 2004; srov. Vysokajová sec. cit. Sowík, 2007)

U jedince z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se jedná o cílený proces znovuzískání co největší možné míry soběstačnosti a samostatnosti na úrovni vztahů, ve kterých dotyčný žil před vznikem postižení. Hovoříme tedy o rehabilitaci, jejímž cílem je resocializace osoby se získaným zrakovým postižením.

Psychologickou problematiku akceptace příp. nonakceptace zrakové ztráty jsme již přiblížili v druhé kapitole této práce. Připomeňme však, že jedinec, žijící do této doby jako vidící, zastával v intaktní společnosti určité pozice, které je možné podle Vágnerové (1999) vymezit na roli:

- profesní,
- partnerskou,
- rodičovskou.

Podstatou rehabilitace osob se získaným postižením je podle uvedené autorky co největší možné zachování těchto rolí pomocí adekvátní úpravy pracovního prostředí (rekvalifikace) a podpory rodině jedince s postižením.

Jedním z posláním tyflorehabilitačního úsilí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je najít nový způsob, jak aktivity denního života vykonávat samostatně, případně s minimální pomocí. Je samozřejmé, že kvůli absenci zrakových vjemů a omezení, která z nich plynou, nebude pro osobu s postižením již možné některé kompetence realizovat (např. řídit automobil). Rehabilitaci pak také můžeme vnímat jako proces utváření a přijetí nové identity, jedince s postižením.

Vliv na úspěšnost rehabilitace u osob se zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku má řada faktorů, vycházejících ze schopnosti jedince přizpůsobovat se novým životním situacím. Podstatnou roli také hraje úroveň jeho motivace, podpora rodinného zázemí a širšího okolí. Nermalou komplikací rehabilitačního úsilí představují zdravotní omezení spojená s procesem stárnutí.

4.1 Ucelená rehabilitace, komplexní intervence

Rozměr vlivu intervenčního působení na osobu s postižením shrnuje pojem ucelená neboli také komplexní rehabilitace. Tento pojem má zdůraznit trend vnímat člověka jako jedinečnou biopsychosociální entitu. Na roveň medicínského působení je postaven i vliv dalších složek rehabilitace (viz níže). „O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav je trvalý či dlouhodobý, tedy nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit.“ (Votava, 2005, s. 15)

Z pohledu platné legislativy je rehabilitace zakotvena zejména v těchto zákonech a prováděcích předpisech:

- Zákon MZ č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), v novelizovaném znění.
- Zákon MŠMT č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), v novelizovaném znění.
- Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v novelizovaném znění.
- Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v novelizovaném znění.
- Zákon MPSV č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v novelizovaném znění.
- Zákon MPSV č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v novelizovaném znění.

Jesenský (1995) označuje holistický přístup, vyžadující týmovou spolupráci odborníků ekvivalentem komprehensivní rehabilitace. V rámci komplexního působení rehabilitace je podle autora možné vyčlenit jednotlivé složky rehabilitačního působení na složku:

- léčebnou,
- pracovní,
- sociální,
- pedagogickou.

Prostředkem ucelené rehabilitace je podle Novosada (2000) týmově koordinovaný soubor opatření a metod zdravotně sociální péče, které pomohou osobě s postižením k co největší možné sociální integraci. Zmíněný autor pak Jesenského členění ještě blíže specifikuje na složku:

- zdravotní,
- psychologickou,
- sociální,
- pedagogickou,
- rodinnou,
- pracovní,
- volnočasovou.

Vzhledem k prolínání zaměření jednotlivých složek (viz dále) se autoři této práce domnívají, že rozšířené pojetí složek je potřeba vnímat jako nadstavbu základního vymezení aplikovaného v daných situacích běžného života. Pro potřeby této práce si přiblížíme cíle a zaměření jednotlivých základních složek na jedince s postižením, tak jak je člení Jesenský (1995):

- složka léčebná - jak již samotný název napovídá, představuje léčbu medikamentózní, operativní a rehabilitační (míněny terapie, např. fyzioterapie),
- složka pracovní - zabývá se kvalifikací (rekvalifikací) a s tím souvisejícím rozvojem dovedností a návyků používaných v pracovním procesu,
- složka sociální - podporuje nezávislost v oblasti bydlení, zaměstnání, dopravě, kultuře ap.
- složka pedagogická - je zaměřena na výchovu, vzdělávání a poradenství v této oblasti s cílem profesní adjustace jedince s postižením.

Z uvedeného výčtu je patrné, že jednotlivé základní složky jsou provázány a neexistují mezi nimi ostré hranice. V zájmu ucelenosti a propojenosti jednotlivých rehabilitačních sil v komplexním působení by postupy a opatření měly navzájem korespondovat, tzn. jednotlivé složky by na sebe měly navazovat a přecházet (navazovat).

Jelikož výuka PO SP napomáhá osobám se zrakovým postižením orientovat se a pohybovat v prostředí samostatně, nezávisle, bez podpory splňuje zejména náplň sociální složky rehabilitace. Výsledkem edukačního procesu je zvládnutí dovedností a návyků, které osobu se zrakovým postižením učiní v maximální možné míře soběstačnou.

Pro naši práci je podstatné, že výuka PO SP spadá do sociální rehabilitace, která v sobě nese prvky pedagogického působení a konkrétně u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku má její zvládnutí markantní vliv také na další rehabilitační složky (zejména oblast pracovní, psychologickou, rodinnou).

Zejména při rehabilitaci osob se získaným zrakovým postižením, je nesmírně důležité dodržovat intervenční zásady, kterými jsou: včasnost, adekvátnost a komplexnost působení (srov. Jesenský, 2000; Kábele *sec. cit.* Renotiérová In: Ludíková, Renotiérová, 2003, 2004). Rehabilitace formou výuky PO SP u cílové skupiny osob musí být co nejvíce zaměřena na individuální potřeby jedince a současně vycházet z interdisciplinárního posouzení jeho možností, schopností a potřeb. Nutnou samozřejmostí je koordinace působících složek multidisciplinárního týmu.

V rámci užívaných pojmů ve vztahu k rehabilitaci autoři této práce považují za vhodné přiblížit termín Koordinovaná rehabilitace. Jedná se o název objevující se na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí, který dle tohoto ministerstva označuje: "...koordinovaný proces složený z rehabilitace léčebné, psychologické, rodinné, volnočasové, ale také sociální, výchovné, pracovní, a nově úrazové. Léčebnou složku považujeme za směrodatnou pro úspěšnost dalších navazujících procesů, tedy i rehabilitace sociální či pracovní a dalších." ([online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/cs/11618](http://www.mpsv.cz/cs/11618))

Jedná se o připravovaný věcný záměr vytvořit obdobně jako u léčebné rehabilitace síť lůžek včasné rehabilitace a síť rehabilitačních center, ve kterých bude realizována myšlenka vzájemně provázaného procesu léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace. Připravovaný věcný záměr v podobě legislativního zakotvení do Zákona o koordinované rehabilitaci však dosud není přijat. Stávající situace rehabilitace osob se zdravotním postižením podle MPSV vážne na tom, že odborná obec z rehabilitačního lékařství doposud nezajistila legislativní podporu ministerstva zdravotnictví. Na této garanci vážne dle MPSV naplňování článků Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením o ustavení zákonného systému koordinovaných rehabilitačních služeb pro zdravotně postižené občany, ke kterému se opakovaně vláda naší země zavázala. (srov. [online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/cs/11618](http://www.mpsv.cz/cs/11618); http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf)

Komplexní, kompresivní či ucelená rehabilitace představuje název pro intervenční působení, vedoucí k znovuoobnovení některých se zrakovým postižením ztracených kompetencí. Jeho podstatou je spolupráce mezi jednotlivými obory. Koordinovaná péče zaměřená na výuku PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku spočívá kromě medicínských zejména na systému služeb pro osoby se zrakovým postižením a službách pro seniory.

Následující kapitoly se tedy blíže zaměří na možnosti, které při své rehabilitaci může osoba se zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít.

4.2 Charakteristika služeb výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku

V následujícím textu se budeme zabývat, v době psaní této práce, existujícími rehabilitačními službami, zaměřenými na poskytování intervence osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku zejména v oblasti výuky PO SP. Jak již bylo napsáno výše, rehabilitační intervence pro cílovou kategorii osob v sobě propojuje služby pro osoby se zrakovým postižením a služby pro seniory. Jelikož v ČR doposud neexistuje servis výuky PO SP vysloveně zaměřený na kategorii osob ve vyšším věku se získaným zrakovým postižením, měla by být tato mezera překlenována koordinovanou spoluprací těchto dvou služeb. V současné době je výuka PO SP realizována (viz. Příloha 1) snahami, zkušenostmi a často "intuitivním" vnímáním lektorů PO SP, zejména z řad Tyfloservisů o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením. Autoři této práce se domnívají, že vzhledem k předpovědím o nárůstu osob spadajících do naší cílové kategorie, je potřeba této oblasti věnovat více pozornosti (viz Cíle práce).

4.2.1 Školy výuky PO SP

Jelikož se zaměření naší práce konkrétně zabývá výukou PO SP jako součástí rehabilitace osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku a specifickými činiteli, které mohou ovlivňovat její průběh a výsledek, naším prvotním záměrem je tedy zmapovat oblast institucí, které výuku PO SP v souvislosti s naší cílovou skupinou nabízejí. Považujeme za podstatné dále předávání a získávání vědomostí a dovedností (z) výuky PO SP blíže vymezit z hlediska cílového recipienta na znalost:

- lektorskou (tzn. vzdělávanými osobami jsou lidé pracující s osobami se zrakovým postižením),
- uživatelskou (tzn. vzdělávanou osobou je jedinec se zrakovým postižením).

4.2.2 Školy lektorství PO SP

Jak název této subkapitoly napovídá, zabýváme se v ní aktuálními možnostmi získání dostatečných kompetencí pro práci s osobami se zrakovým postižením v oblasti výuky PO SP. Aby bylo možné celou problematiku lépe pochopit, považujeme za nutné zkráceně přiblížit historii kurzů lektorství PO SP. K jednotlivým etapám vzniku organizované péče o osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se vztahuje kapitola pátá. Tato pasáž však má osvětlit přímo minulost získání kvalifikace lektora PO SP přímo či nepřímo související se současným stavem nabízeného studia v tomto oboru. Nabízené kurzy pro výuku lektorství PO SP je

možné rozčlenit z hlediska cílové skupiny (pracovníkům kterých profesí), již je studium určeno. Získání certifikátu instruktora PO SP v jednotlivých institucích blížeji objasňují následující řádky. Stručný exkurz do historie lektorských kurzů PO SP vznikl pro tuto práci na základě konzultace s ředitelem Tyfloservisu, o. p. s. PhDr. Josefem Cerhou.

Odborné vzdělávání pracovníků jako proškolení instruktorů a konzultantů PO SP probíhalo od roku 1978 v rámci Svazu invalidů. Porevoluční hnutí nevidomých a slabozrakých občanů bylo rozděleno na dvě uskupení. Prvním byla Česká unie nevidomých a slabozrakých ČR (ČUNS). Druhá Společnost nevidomých a slabozrakých v ČR (SNS), která vznikla v roce 1990. Rozštěpení organizované pomoci a podpory občanům se zrakovým postižením se podařilo překonat v roce 1996, kdy po společných úmluvách byly obě organizace sloučeny v Sjednocenou organizaci nevidomých a slabozrakých ČR (SONS), která zahájila svou činnost 1. 1. 1997.

Výuka a zaučování lektorů PO SP spadala od roku 1991 do kompetence Tyfloservisu, jenž byl původní koncepcí ČUNS. Po sjednocení ČUNS a SNS v SONS střediska Tyfloservisu kontinuálně navazovala na zkušenosti a zavedený systém výuky PO SP z let minulých. Školení lektorů PO SP, které měl Tyfloservis akreditováno z MŠMT, organizoval zejména pro své interní zaměstnance (viz dále) dle metodiky, která vycházela z teoretických i praktických poznatků profesora Jana Jesenského.

V roce 1993 požádal Mgr. Pavel Wiener Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy o schválení nové vyučovací metody výuky PO SP lege artis. Toto autorství mu bylo přiznáno. Následně bylo možné od roku 1994 navštěvovat pod MŠMT akreditovaný kurs PO SP ve Školicím centru základní rehabilitace zrakově postižených na Fakultě tělesné výchovy a sportu UK v Praze, jehož hlavním vedoucím se stal Mgr. Pavel Wiener. Od roku 1999 je toto pracoviště přejmenováno na Institut rehabilitace zrakově postižených (IRZP) a začleněno na Fakultu humanitních studií UK. Posláním Institutu bylo školení pracovníků pro práci s těžce zrakově postiženými, především v oblasti jejich způsobilosti k výuce PO SP. Institut rehabilitace zrakově postižených školil zejména pedagogické pracovníky. Jím vydaný certifikát bylo třeba po dvou letech obnovovat odborným přezkoušením opět v Institutu. Školení odborníků pro výuku PO SP trvalo v Institutu do roku 2008. ([online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.apogeum.info/tlex/heslo.php?id=1141](http://www.apogeum.info/tlex/heslo.php?id=1141))

Způsobilost odborného instruktora byla v obou organizacích (Institutu a Tyfloservisu) podmíněna absolvováním teoretického základu a praktických hodin pod supervizí pořadatelské organizace. Zájemci o lektorství v oblasti PO SP pak byli odborně přezkoušeni ze znalostí i dovedností. Po zániku Institutu vznikl problém s obnovením dvouleté platnosti certifikátů lektora PO SP.

Od roku 2001 do roku 2010 proběhla série kurzů při Speciálně pedagogickém centru Brno (SPC Brno) pod vedením PhDr. Michala Trhlíka. Dle jeho vyjádření se letech 2001 - 2006 uskutečnilo 11 týdenních kurzů a v letech 2008 - 2010 proběhlo 5 víkendových kurzů PO SP. Tato školení byla zaměřena především pro zaměstnance všech typů škol a školských zařízení pracujících s osobami se zrakovým postižením, zejména pro pracovníky speciálních škol pro žáky a studenty se zrakovým postižením a jiných speciálních škol, kde se vzdělávali žáci se zrakovým postižením, dále pro zaměstnance škol a školských zařízení, kteří pracují s integrovanými žáky a studenty se zrakovým postižením i zaměstnance jiných organizací pracujících s osobami se zrakovým postižením. Počet účastníků v kurzu byl vždy 12 osob.

Dle elektronické korespondence mezi autory této práce a doktorem Trhlíkem byl náplní kurzů zejména:

- prvotní nácvik dovednosti samostatného pohybu za podmínek uměle navozené slepoty (klapky) za použití různých technik bílé hole a získání prožitku určité zrakové vady prostřednictvím simulačních brýlí,
- vytvoření dovednosti popisu trasy jako základního prostředku orientace v prostoru,
- prokázání schopnosti práce se žákem (klientem) se zrakovým postižením při pohybu na trase,
- prokázání základních znalostí z oblasti teorie PO SP, základů oftalmologie a psychologie osob se zrakovým postižením.

Jak je z uvedeného výčtu patrné, kurzy byly zaměřeny spíše na pracovníky škol a zařízení pro žáky a studenty se zrakovým postižením, což plyne i z náplně činnosti zastřešující organizace SPC. Uvedený výčet zaměření výuky lektorského kurzu PO SP je svým obsahem v zásadě podobný všem v této práci zmiňovaným kurzům.

Vzniklou mezeru po zániku IRZP se snažilo, vedle již existujících kurzů Tyfloservis, SPC Brno využít více organizací. Od roku 2010, kdy byly kurzy pod SPC Brno ukončeny, bylo možné akreditované studium pro získání kvalifikace učitele (lektora) prostorové orientace a samostatného pohybu absolvovat na území České republiky pod vedením těchto organizací:

- Tyflosevisu o. p. s.,
- Centra celoživotního vzdělávání Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci,
- Celoživotního vzdělávání Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze,
- Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých (SONS).

Nabízené kurzy se liší zejména zaměřením na cílovou skupinu pracovníků s osobami se zrakovým postižením. Pro dostatečnou orientaci v problematice, předkládáme podrobnější přehled specifik jednotlivých kurzů právě také z tohoto pohledu.

- Tyfloservis, o. p. s.

Od 1. 1. 2001 došlo ke změně statusu Tyfloservisu na obecně prospěšnou společnost, jež se projevila i ve změně názvu.

Tyfloservis, o. p. s. je od roku 2001 samostatnou celostátně působící organizací se sídlem v Praze. Má 12 detašovaných krajských pracovišť. Hlavním posláním Tyfloservisu je poskytování ambulantní a terénní sociální rehabilitace lidem osleplým ve věku od 15 let výše. Tato je dle slov ředitele Tyfloservisu, o. p. s. PhDr. Josefa Cerhy realizovaná jak formou ambulantních návštěv ve středisku (např. při výběru vhodné pomůcky) tak také domácím prostředím klientů (výuka a nácvik nových tras).

Tyfloservis, o. p. s. se zaměřuje na školení lektorství výuky PO SP zejména pro své interní zaměstnance, pracovníky ze sociální oblasti organizací, které spadají pod SONS. Jelikož uživatelé služeb Tyfloservisů, o. p. s. jsou lidé od 15 let výše, školí Tyfloservis, o. p. s. své zaměstnance zejména pro práci s touto skupinou lidí se zrakovým postižením. V důsledku letitých zkušeností a od roku 1991 nepřetržitým a pravidelným konáním kurzů pro své zaměstnance má velmi dobře propracovány interní postupy a metodiku práce s osobami se zrakovým postižením i z hlediska individualit osobnosti. Z hlediska kurzů svým obsahem zaměřených na naši cílovou skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku školí lektory v době psaní této práce pravděpodobně nejvíce propracovaným a erudovaným způsobem.

- Centrum celoživotního vzdělávání Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Toto pracoviště nabízí akreditované kurzy lektorství PO SP v rámci celoživotního vzdělávání od roku 2010 tehdy pod názvem Instruktor prostorové orientace osob se zrakovým postižením. V současné době se jedná o jediný běžící kurz PO SP pro širší veřejnost. Probíhá jako placené rozšiřující studium pod názvem Specializovaná činnost v oblasti prostorové orientace zrakově postižených. Cílovou skupinou jsou pedagogičtí pracovníci, absolventi magisterských akreditovaných programů s aprobační pro výuku na základních a středních školách, kteří pracují s jedinci se zrakovým postižením. Během studia jsou studenti obeznámeni se základy oftalmologie, speciální pedagogiky a psychologie osob se zrakovým postižením. Dle anotací tohoto předmětu jsou studentům vštípeny elementární poznatky z hlediska specifik v přístupech a komunikaci

s osobami se zrakovým postižením z hlediska doby vzniku i míry postižení. ([online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: cev.upol.cz/cms_dokumenty/ipzp-2013.doc](http://www.cev.upol.cz/cms_dokumenty/ipzp-2013.doc))

Specifika práce při výuce naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku uvedené studium zmiňuje spíše okrajově, což je i dáno určením studia pro pedagogické pracovníky základních a středních škol. Aktuálně v době psaní této práce probíhající kurz bude v letošním roce poslední a momentálně se neuvažuje o jeho dalším otevření.

- Celoživotní vzdělávání Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Specializovaný placený kurz pod názvem Speciální pedagogika se zaměřením na mobilitu osob se zrakovým postižením byl zahájen na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v roce 2011. Dvousemestrální studium zakončené závěrečnou zkouškou a obhajobou závěrečné práce probíhalo v kombinované formě jednou měsíčně. Toto studium bylo určeno pro ty, kteří si v rámci již dosažené speciálně pedagogické kvalifikace chtěli rozšířit své odborné znalosti v oblasti péče o zrakově postižené klienty. Předpokladem bylo právě dokončené vzdělání v oboru speciální pedagogika, výsledkem vzdělávacího programu byla odborná kvalifikace speciální pedagog způsobilý vykonávat činnost zrakového terapeuta v oblasti školské, sociální a zdravotnické. V současné době se zatím neuvažuje o jeho dalším zahájení. ([online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584](https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584))

Uvedené rozšiřující studium předpokládalo zájem promováných speciálních pedagogů v další specifikaci a odborném zaměření na osoby se zrakovým postižením v oblasti instruktorství PO SP. Anotace předmětu uvádí, že certifikovaný lektor mohl po absolvování tohoto studia pracovat ve více resortech. Na výuku PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se však zaměřoval spíše okrajově. Dle informací hlavního garanta kurzu se díky nízkému zájmu v nejbližší době otvírat nebude.

- Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS)

Poměrně mladým projektem SONS, v současné době pozastaveným, byl akreditovaný kurz PO SP, který představuje na svých webových stránkách pod názvem Specializace pedagogických pracovníků na výuku prostorové orientace zrakově postižených. Jeho financování je hrazeno částečně za pomoci grantu Evropského sociálního fondu a současně za státního rozpočtu v rámci Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost. Odborným garantem se stala Fakulta tělesné výchovy a sportu UK v Praze v zastoupení PaedDr. Pavla Belšana, hlavním školitelem byl Mgr. Igor Slouka. Je třeba poznamenat, že tento kurs byl veden odděleně od školení pořádaných od SONS oddělených organizací Tyfloservis o. p. s. Zajímavostí tohoto kurzu bylo nejen to, že jeho dva první ročníky byly pro frekventanty z řad pedagogických profesí nabízeny zcela zdarma, ale

také fakt, že dle tvrzení pořadatelů nabízel zcela novou metodu výuky PO SP v podobě zařazení tzv. metodiky všestranného pohybového rozvoje osob se zrakovým postižením. Za tímto účelem byly dle pořadatelů v kurzu používány hmatové panely, trenažéry, různé didaktické pomůcky a audiostimulační programy, zaměřené na zdokonalování sluchových vjemů i jejich praktické využití při audiolokaci. ([online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.sons.cz/zora/text/index.php?id_casopis=zora1106&show_clanek=9593&filtr_casopis=zora&filtr_rok=2011](http://www.sons.cz/zora/text/index.php?id_casopis=zora1106&show_clanek=9593&filtr_casopis=zora&filtr_rok=2011))

Z pohledu výuky PO SP a naší cílové skupiny nám přijde zajímavé zmínit také Belšanovu "inovaci" v držení bílé hole, která připomíná, dle autora, držení kordu v šermu. Doktor Belšan přišel o zrak na prahu dospělosti, což u řady kritiků jeho metody evokuje i pro naši práci zajímavou myšlenku, že výuka osob se získanou nevidomostí je odlišná od výuky PO SP osob od narození nevidomých. (srov. [online], [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://konference.brailnet.cz/pipermail/bumerang/msg00221.html](http://konference.brailnet.cz/pipermail/bumerang/msg00221.html); <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/05/26.pdf>)

Zmiňovaný kurz dle informací SONS nabízel svým absolventům profilaci v práci se žáky a studenty. Vysloveně k naší problematice výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se nezmiňuje. Nábor do kurzu byl od roku 2013 pozastaven, nicméně dle webových stránek se uvažuje o znovuotevření v placené formě.

Získání certifikátu lektorství PO SP je možné také prostřednictvím Tyfloservisu, o. p. s. v Brně. Akreditované kurzy se zde otvírají narázově podle počtu zájemců.

Za zmínku také stojí kurzy pořádané pod Společností pro hluchoslepe LORM. Od roku 2008 až do roku 2010 nabízela tato organizace kurzy Osobní asistent pro hluchoslepe a zrakově postižené, jejichž speciálním obsahem je získání teoretických i praktických vědomostí a dovedností z PO SP, základů průvodcovství a sebeobsluhy. ([online], [cit. 2014-02-03] dostupné na [www: http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php](http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php))

I když limitací charakteristik našich respondentů jsme přidružené postižení ze zkoumaného vzorku vyčlenili, považujeme, vzhledem k možným kombinacím postižení v důsledku procesu stárnutí (viz kapitola Proces stárnutí a jeho důsledky), tento kurz jako velmi aktuální a perspektivní.

Pro kompletní informaci o stavu školení lektorů PO SP je třeba také dodat, že výuka základů PO SP v podobě teoretických i praktických hodin je také součástí studia tyflopédie či speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením na jednotlivých univerzitách. Tyto předměty jsou ve většině případů povinně volitelné a jejich absolvování nevede k získání certifikátu pro lektorství PO SP.

Součástí profesionálně vedeného komplexního rehabilitačního procesu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je výuka PO SP. Předešlý text se pokoušel zmapovat problematiku získání certifikátu instruktora (lektora) PO SP. Uvedená studia a kurzy (probíhající, či v nedávné době aktuální) dokládají, že na specifika výuky PO SP u naší cílové skupiny byl kladen menší zřetel. Většina kurzů se zaměřovala na pracovníky na školách a zařízení pro žáky a studenty se zrakovým postižením. Na problematiku výuky PO PS u osob se získaným postižením v dospělém a seniorském věku se zaměřuje zejména Tyfloservis o. p. s., který specifika práce s takovými uživateli zakomponoval také do svých interních materiálů. Její efektivnost je mimo jiné také v rukou lektora (viz také Příloha 1).

V době psaní této práce byla možnost získat certifikát odborného lektora PO SP pouze ve dvou institucích. Tyfloservis o. p. s. školí své zaměstnance a zaměstnance spřízněných organizací, má vypracovány interní postupy také pro práci s osobami ve vyšším věku. Rozšiřující studium na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého sice obecně hovoří o specifikaci a různorodosti skupiny osob se zrakovým postižením, individuální přístupy k naší cílové skupině osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsou však zmiňovány pouze okrajově.

4.2.3 Možnosti výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku

Prostorová orientace a samostatný pohyb představuje nedílnou součást výchovy a vzdělávání žáků a studentů s těžkým zrakovým postižením. Je základem učebních osnov na školách (mateřských, základních, středních odborných) pro osoby se zrakovým postižením a také v nabídce služeb Speciálně pedagogických center.

Námi sledovaná skupina však přišla o zrak mnohem později než v průběhu školní docházky, proto se v následujícím textu zaměříme na možnosti, kde se tyto osoby mohou dovednosti PO SP naučit. Jak již bylo mnohokrát uvedeno, výuka PO SP je významnou součástí rehabilitačního procesu.

Jedinec z naší cílové skupiny, který velkou část svého života prožil jako vidící, vykonával patřičné role s jeho postavením spojené (pracovní, partnerskou, rodičovskou). Se vznikem zrakového postižení se jeho pozice ve vztazích může velmi rapidně změnit. Následkem postižení je nyní do této doby samostatný jedinec limitován v mnoha aspektech svého života v různé míře. Omezení v soběstačnosti mohou působit deprimujícím způsobem natolik, že takto postižený jedinec přestane vyvíjet vlastní úsilí a stává se pasivním příjemcem pomoci ze svého okolí. Propojenost a podmíněnost flexibility jedince, jeho touhy se vyrovnat s nepříznivými

událostmi a adekvátní motivace okolí byla již probírána v předchozích kapitolách. Úspěšnost rehabilitačního úsilí v první řadě závisí na vlastním zapojení jedince s postižením.

Rozdíl mezi osobou se získaným zrakovým postižením a osobou s vrozeným postižením (či raně získaným) v rámci výuky PO SP je v jejím opodstatnění. Dítě, které se narodilo s vrozeným zrakovým postižením, je již od útlého věku podněcováno k využívání kompenzačních smyslů a alternativních metod, dostává i adekvátní vedení k získání dovednosti samostatně se pohybovat v prostoru (úměrně věku a schopnostem). Prvky výuky PO SP by jej v ideálním případě měly provázet již od nejranějšího věku. Rodiče se mohou obrátit na Střediska rané péče. Jak již bylo uvedeno, výuka PO SP je standardní součástí na školách pro žáky se zrakovým postižením. V případě integrovaného vzdělávání rozvíjejí žáci a studenti své dovednosti samostatnosti a soběstačnosti prostřednictvím Speciálně pedagogických center, které rovněž výuku PO SP standardně začleňují do své intervence.

Jedinec, který žil jako vidící a přišel o zrak v době dospělosti, nejprve prochází fází vyrovnání se vzniklým handicapem. Tato fáze je individuálně dlouhá a jejím výsledkem by mělo být přijetí nové identity jedince se zrakovým postižením, uvědomění si možných dovedností a limitů a hledání alternativních cest k vykonávání co nejširšího pole aktivit, tak jako v době před vznikem postižení.

Do situace osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku samozřejmě vstupují také limity způsobené procesem stárnutí a dalšími faktory. Takto postižený jedinec již nemusí vidět žádná východiska z jeho stavu, a nemusí tak ani mít touhu jim čelit, hledat nové způsoby. Je potřeba si uvědomit, že východiska sice existují v podobě rehabilitačních služeb, ale jedinec je prostě nehodlá využít. Druhou možností je, že o jejich existenci ani nemusí vědět.

Věkem odpovídající jedinci se získaným zrakovým postižením mohou v současné době využít dvě možnosti poskytovaných služeb rehabilitace. Tou první jsou služby Tyfloservisů o. p. s. a druhou komplexní služby domovů přímo zaměřených na osoby se zrakovým postižením. V prvním případě je zájem o výuku PO SP zcela dobrovolný, vychází ze zájmu jedince s postižením, v druhém případě je výuka PO SP pravidelnou součástí aktivizačních služeb domova pro osoby se zrakovým postižením (viz Příloha 1). Tato skutečnost je velmi podstatná i pro naši práci.

Nyní podrobněji ke službám výše zmíněných institucí:

- Tyfloservis o. p. s.

Tyfloservis o. p. s. poskytuje osobám z naší cílové skupiny respondentů mezi svými rehabilitačními službami (mimo jiné) kurzy prostorové orientace a samostatného pohybu (návčik chůze s bílou holí,

bez pomůcek, s průvodcem, výběr vhodných tras) a také kurzy na rozvoj sebeobsluhy (návik vaření, péče o oděvy, osobní hygienu, péče o děti a domácnost atd.). Zájem o tuto službu však musí vyplynout ze samotného uživatele. Pokud má zázemí, které mu pomáhá překlenout nedostatky způsobené zrakovým postižením, nemusí pociťovat potřebu být samostatný.

Jedinec se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku může díky těmto kurzům znovu získat většinu dovedností, které uměl před vznikem postižení. Výuka nejčastěji probíhá v blízkém prostředí uživatele služby dle jeho individuálních přání a potřeb. Konkrétními specifiky práce instruktorů (lektorů) PO SP jsou podrobněji popsány v Příloze 1.

- Palata - domov pro osoby se zrakovým postižením

Palata sídlí v Praze a poskytuje služby dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění osobám se zrakovým postižením. V rámci služeb sociální rehabilitace také nabízí výuku PO SP, ta je přizpůsobena možnostem a schopnostem uživatelů. Nejprve se učí orientovat se v prostoru svého pokoje, což podle slov temnější lektorky PO SP zvládají poměrně dobře. Následně se učí orientovat v budově a v zahradě. Ovšem vzhledem k tomu, jak uvádí paní lektorka, že věkový průměr uživatelů je 83 let a kromě zrakového postižení mají i jiné zdravotní problémy, většina z nich orientaci venku již nezvládne (hlavně z důvodů mobility). Potřebují tedy doprovod. Převažuje proto hlavně výuka PO SP po budově. Zde jsou k dispozici opěrná madla a různé orientační body, takže se podle nich uživatelé lépe zorientují. Při výuce PO SP uživatel nejdříve trénuje jednoduché trasy (jít podél madla chodbou, následně najít orientační bod a odbočit např. do jídelny atd.). Učí se také všimnout si povrchů, orientačních prvků a bodů, označení svého pokoje atd. Až poté (pokud je to v silách uživatele) je vyučována i chůze po schodech a venku. Orientaci v zahradě zvládne tak 10% klientů. I ta je však přizpůsobena pro uživatele se zrakovým postižením, jsou zde orientační body, vodící opěrná zábradlí. Výuka PO SP v Palatě probíhá postupně a trvá různě dlouho. Jak sama lektorka uvádí, někdo to zvládne do týdne, jinému to trvá rok a hodně také záleží, jestli se jedná o osobu s nově získaným zrakovým postižením. Tam trvá výuka déle. Většina uživatelů Palaty (95%) nevidí již dlouho. Tam jde hlavně o seznámení s prostorem. Dle námi zjištěných informací se výuka PO SP osob docházejících z domácího prostředí v Palatě nenabízí.

Osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mohou nalézt zázemí a nový domov právě v této instituci. Většinou se jedná o osoby, které z různých příčin nemají s kým bydlet a nemohou žít bez pomoci okolí v důsledku nepříznivé životní situace a ztráty zrakového vnímání.

- Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích

Centrum poskytuje služby sociální péče podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění osobám starším 18 let, které v důsledku svého těžkého zrakového postižení (popř. v kombinaci s jiným zdravotním postižením) mají sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pomoc a podporu jiné fyzické osoby. Součástí těchto služeb je také výuka prostorové orientace a samostatného pohybu uskutečňovaná v rámci základní sociální rehabilitace. Jejím cílem je "...umožnit uživatelům navrácení či nabytí maximální tělesné, duševní i pracovní výkonnosti, a tím jim pomoci k dosažení co největšího stupně samostatnosti, seberealizace a nezávislosti." ([online], [cit.2014-02-05] dostupné na [www: http://www.centrumchrlice.cz/socialne_rehabilitacni_odd.html](http://www.centrumchrlice.cz/socialne_rehabilitacni_odd.html))

Naše cílová skupina osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku může využít kromě jiného také celé řady služeb plynoucí z pobytové či ambulantní formy nabídky (viz také dále). Výuka PO SP je tedy povinnou součástí aktivizačních služeb pro uživatele, kterou zaměstnanci mají za úkol nabídnout. Je nutné si uvědomit potřebu "domovů" naučit své uživatele bezpečně se pohybovat alespoň v rámci budovy. Zejména nové uživatele je potřeba seznámit s novým prostředím, které obývají. Konkrétní specifika a modifikace výuky pro naši cílovou skupinu jsou popsána v Příloze 1.

- Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. (dále jen Dědina)

Dědina se svými službami sociální a pracovní rehabilitace, rekvalifikace a terapeutických dílen spíše zaměřuje na osoby mladší než je naše cílová kategorie osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Navíc v rámci služeb sociální prevence toto zařízení nepřijímá osoby starší 65 let, a tak splňuje naše parametry na charakteristiky uživatelů (eventuálních respondentů) pouze částečně. Službu výuky PO SP Dědina nabízí jako jednu z vyučovaných disciplín sociální rehabilitace. Pobyt je časově omezen, jeho délka vychází z individuálních potřeb a schopností konkrétní osoby. Na základě korespondence mezi autory této práce a paní ředitelkou Mgr. Marií Schifferovou se v ještě v roce 2011 mezi uživateli nenacházely osoby splňující limity pro vstup do výzkumného vzorku respondentů. V současné době jsou však do projektu sociální rehabilitace přijati 2 muži ve věku nad 50 let. Také v rámci případových studií se autoři této práce setkali s jedním mužem, který prodělal v Dědině masérský kurs. Je tedy možné, že řada osob, které ztrácely svůj zrak postupně a teprve nyní věkově a stupněm zrakového postižení splňují naše limity pro vstup do výzkumného souboru respondentů, byli dříve, v rámci svých zbytků zraku, uživateli služeb Dědiny.

Výše popsané shrnuje nabízené možnosti výuky PO SP, které jedinec z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku může využít v rámci služeb

sociální rehabilitace za účelem znovuzískání co největší možné míry samostatnosti a soběstačnosti. Výuka PO SP probíhá v rámci ambulantních i terénních služeb Tyfloservisů o. p. s. i pobytových služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením. O sociální rehabilitaci prostřednictvím výuky PO SP se musí jedinec z naší cílové skupiny přihlásit sám, případně projevit zájem prostřednictvím třetí osoby. I když je aktivizace pomocí výuky PO SP součástí individuální intervence v domovech pro osoby se zrakovým postižením, uživatel ji může odmítnout. Následující subkapitoly popisují další možnosti, které naše cílová skupina osob může využít v rámci rehabilitačních služeb.

4.3 Další služby v souvislosti s rehabilitačním procesem

V tomto textu bychom se rádi ve velmi zkrácené podobě věnovali rehabilitačním službám nabízeným naší cílové skupině osob. Stručně zmíníme instituce, o kterých nebyla řeč z hlediska nabídky výuky PO SP a svou nabídkou služeb se podílejí na aktivizaci jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Z hlediska místa poskytování bychom nabízené služby mohli vymezit na:

- služby, nabízené v rámci středisek a center rehabilitačních aktivit (nejčastěji terénní a ambulantní),
- služby, nabízené v rámci nabídek pobytových zařízení domovů pro osoby se zrakovým postižením.

Dále bychom mohli nabízené rehabilitační služby rozdělit také podle jejich charakteru z hlediska vymezení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění na služby:

- sociální prevence,
- sociální péče,
- sociálního poradenství.

Jelikož rozsah služeb jednotlivých institucí přesahuje prostorové možnosti této práce, její autoři se rozhodli pouze zmínit názvy organizací s tím, že konkrétní rozsah služeb je specifikován na webových stránkách, jejichž kontakt je možné nalézt v přehledu zdrojů této práce.

Služby podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění v rámci svých středisek a center rehabilitačních aktivit (s nejčastěji terénní či ambulantní působností) osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nabízejí:

- krajská TyfloCentra,
- Střediska integračních aktivit (SIA SONS),
- UnikaCentrum, o.p.s.

Nabídka služeb pro naši cílovou skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, které jsou poskytovány ambulantní či terénní formou je dána také působností dané organizace. Tedy podstatnou možností služby využívat je kromě zájmu osob z naší cílové skupiny také vzdálenost dané organizace od místa pobytu jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. V řadě měst mají Tyfloservisy o. p. s. společná sídla s TyfloCentry a střediska SIA SONS. Byť má každá organizace jiného zřizovatele, snaží se spolupracovat. Z hlediska orientace nového uživatele, jedince z naší cílové

skupiny, je jednotné sídlo nabídek podpory a pomoci v nepříznivé životní situaci velmi vhodné. Zcela ojedinělou organizací, která se přímo zaměřuje na naši cílovou kategorii osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, je karvinská společnost Unika Centrum.

Dále stojí za zmínku služba, nabízené v rámci zařízení služeb a služby podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., v planém znění. Rozsah a vymezení poskytovaných sociálních služeb se řídí uvedeným zákonem a příslušnými prováděcími předpisy. V rámci realizace našeho výzkumného šetření, pobýval jeden z respondentů v domově pro seniory. Péče a podpora speciálně zaměřená vzhledem k jeho zrakovému postižení však byla realizována prostřednictvím terénních služeb Tyfloservisu, o. p. s.

Zvláštní službou jsou byty a domy s pečovatelskou službou, které dle Zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů nejsou zařízeními sociálních služeb. Obyvatelům těchto bytů je poskytována sociální služba podle § 40. zákona o sociálních službách, tedy pečovatelská služba. Mezi našimi respondenty se nacházela jedna osoba, využívající možnost bydlení právě v domově s pečovatelskou službou.

Pro kompletní sumarizaci možností nabízených služeb ještě zmiňme Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené (dále jen Dům). Dle emailové korespondence s Domem se v něm jedinci z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nenachází. Vzhledem k tomu, že dle svého popisu náplně Charita Opava nabízí služby jak seniorům tak také osobám se zrakovým postižením, je možné, aby tuto nabídku využil také jedinec z naší cílové kategorie osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Samostatnost a soběstačnost při výuce PO SP osob z naší cílové kategorie je mimo jiné ovlivněna volbou vhodných zdravotních či kompenzačních pomůcek. Speciální pomůcky pro kompenzaci zraku je možné v České republice vyzkoušet a zakoupit v prodejnách tyflopomůcek v Olomouci a Praze, jejichž zřizovatelem je SONS. Osoby z naší cílové skupiny mohou z jejich nabídky využít pomůcky usnadňující výkon činností, které dříve samostatně prováděli (pomůcky pro domácnost, společenské hry, různá měřidla, hodiny). V rámci výuky PO SP pak řadu pomůcek k odstraňování informačních bariér a usnadňují orientaci v prostoru. ([online], [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.tyflopomucky.cz/praha.php](http://www.tyflopomucky.cz/praha.php))

Existuje také řada webových portálů, zabývajících se problematikou stárnutí, či osob s postižením, které zvyšují informovanost nejen zainteresovaných osob, ale i širšího okolí.

Tato pasáž se velmi stručně věnovala rehabilitačním službám, které se zaměřují také na naši cílovou skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku a rozšiřují

nebo doplňují výuku PO SP u této kategorie osob. Jedná se převážně o zařízení a služby dle Zákona č. 108/2006Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Subkapitola je dělí z hlediska místa poskytování na služby poskytované formou ambulantní a terénní a služby nabízené v rámci ústavní péče.

Jedinec z naší cílové kategorie může při své rehabilitaci využít služeb určených osobám se zrakovým postižením, osobám v seniorském věku, či služeb, které předešlé kombinují. Využití dané nabídky osobami z naší cílové skupiny, kromě jejich zájmu, spočívá také na přístupnosti a dosahu služby.

4.4 Srovnání se zahraničními trendy

Celosvětový trend zaměření se na narůstající populaci osob v postproduktivním věku se odráží také v systému podpory a péče osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Tato subkapitola, jako doplněk částí předešlých, má stručně seznámit se specifiky rehabilitačního procesu v kontextu výuky PO SP u naší cílové skupiny v rámci tendencí vybraných zahraničních institucí. Pro přehlednost uvádíme jednotlivé organizace dle země jejich působnosti. Odkazy na internetové stránky pak podle jména organizace je možné najít v použitých internetových zdrojích této práce.

- **Velké Británie**

Královský národní institut nevidomých (RNIB) je britskou organizací zastřešující osoby se zrakovým postižením. Dle webových stránek v rámci své nabídky služeb se zaměřuje také na osoby v pozdně dospělém a seniorském věku. Nabízí programy vyrovnání se ztrátou zraku a další pomoci v nepříznivé životní situaci, jako např. kurzy znovuzískání samostatnosti a soběstačnosti při činnostech v domácnosti i mimo ni. Zajímavostí je telefonická linka Helpline, kam se lidé v případě problémů mohou obrátit.

- **Německá spolková republika (NSR)**

Německá asociace nevidomých a slabozrakých Deutscher Blinden-und Sehbehindertenverband e.V. (DBSV) na svých webových stránkách nabízí osoby v seniorském věku se získaným zrakovým postižením prostřednictvím kurzů, mimo jiné i výuky PO SP, k znovuzískání řady dovedností jako prostředku nezávislého života. Pod zaštiťující organizaci pro pracovní rekvalifikaci a odborné vzdělávání: Die Deutschen Berufsförderungswerke (BFW) existují zařízení rehabilitace a rekvalifikace osob se zrakovým postižením. Kromě toho se v rámci služeb prevence zaměřují na osoby ohrožené potenciální ztrátou zraku. V rejstříku jejich služeb je možné najít techniky pomáhající při rozvoji kompenzačních činitelů, práci s prostředky umožňujícími samostatný pohyb a orientaci, nebo pomoc při nácviku sebeobslužných činností, vlastního podpisu, čtení a psaní Braillova písma, práce v domácnosti nebo psaní na stroji, či práci s počítačem. Tedy výuku dovedností vhodných pro naši cílovou skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

- Rakousko

V rakouském Grazu se nachází Odilien Institut. Toto středisko se zabývá nejen péčí o dospělé, ale nabízí i služby seniorům. Institut nabízí 46 míst k bydlení osobám, které chtějí svůj život dožít aktivní formou. V tomto domě se seniorům věnují kvalifikovaní odborníci jak v rámci lékařské péče, tak v rámci využití volného času.

- Itálie

Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti (UICI) je největší z organizací pro zrakově postižené působících v Itálii. Na svých webových stránkách se vymezuje k potřebám dětí se zrakovým postižením a jejich rodin. Současně však uvádí, že se také zaměřuje na podporu a znovuzískání samostatnosti v domácnostech osob, které o zrak přišly v průběhu života.

- Španělsko

Národní organizace nevidomých - Organización Nacional de Ciegos (ONCE) je jednou z organizací působících ve Španělsku. V rámci nabídky svých služeb zajišťuje také odlehčovací pobyty pro seniory se zrakovým postižením tzv. Vacaciones Sociales. Organizace podporuje dobrovolnictví a zájemce proškoluje v pěti programech: doprovod, přístup k informacím, kulturně/rekreační činnosti, sportovní aktivity a profesní poradenství. Dle webových stránek ONCE se na realizaci služeb pro osoby se zrakovým postižením podílí za rok více než 1300 dobrovolníků.

- Slovensko

Slovenská Unie nevidomých a slabozrakých (ÚNSS) dle svých webových stránek v rámci zvýšení kvality života seniorů realizuje projekt prevence vzniku či zhoršování zrakového postižení. Toto úsilí si klade za cíl předcházet postupnému zhoršování zraku formou preventivních vyšetření zrakových funkcí a volbou vhodných pomůcek. Součástí projektu jsou i školení pro pracovníky domovů a klubů pro seniory v SR.

- Polsko

Polská asociace nevidomých - Polski Związek Niewidomych (PZN) provádí rehabilitační služby prostřednictvím rehabilitačních středisek a nemocnic mimo jiné osobám s kombinovaným postižením (hluchoslepotou) a také osobám v pokročilém věku.

- Francie

Federace nevidomých a slabozrakých ve Francii - Fédération des Aveugles et Handicapés Visuels

de France (FAF) nabízí služby sociální rehabilitace prostřednictvím svého sídla a lokálních středisek. FAF se zaměřuje na předcházení vzniku a rozvoje zrakového postižení. V rámci prevence její rehabilitační programy cíleně působí na stimulaci zbytků zraku, omezování následků zdravotního postižení. Pomoc a podpora osob se zrakovým postižením je realizována za pomoci zdravotních středisek, domácí zdravotní péče a domovů s pečovatelskou službou. V rámci této organizace existuje na území Francie 6 domovů (ústavních středisek) nabízejících pobytové služby osobám se zrakovým postižením v dospělém a seniorském věku.

- Japonsko

Japonské sdružení DIFN se zaměřuje na sociální participaci osob se zdravotním postižením prostřednictvím informačních a komunikačních technologií. V rámci své publikační činnosti také vydala manuál pro pracovníky s osobami se zrakovým postižením v seniorském věku. Publikace se zabývá zejména specifiky komunikace při práci s osobami se zrakovým postižením v seniorském věku. Klade důraz na porozumění situaci a budování kladného vztahu mezi osobou seniora se zrakovým postižením a pracovníkem pomáhající profese. Tento manuál vyšel již v roce 1994 jako reakce na zvyšující se počet osob se zrakovým postižením v seniorském věku a obecně problematiku stárnutí populace.

- Čína

Honkongská společnost pro nevidomé na svých webových stránkách prezentuje výsledky odborného sympozia o výskytu kognitivních poruch u seniorů se zrakovým postižením, které se konalo pod záštitou Mezinárodní asociace organizací Asie a Tichomoří pro kognitivní poruchy. Dle jejich závěrů se mezi osobami se zrakovým postižením v seniorském věku prokázal 46% výskyt kognitivních poruch. V rámci tohoto sympozia proběhl také seminář, který představil holistický program integrace přístupů v rehabilitačních službách pro seniory s postižením zrakových a kognitivních funkcí "One-stop".

V rámci získávání finančních zdrojů se Honkongská společnost pro nevidomé v roce 2013 zapojila do veřejné charitativní sbírky, jejíž výtěžek má být použit k financování služeb pro seniory se zrakovým postižením.

- USA

Americká organizace American foundation for blind (AFB) se svými výukovými programy i publikační činností zaměřuje na osoby v seniorském věku se získaným zrakovým postižením. Jejich činnost je blíže popsána v kapitole 6 Ideová východiska výzkumu této práce.

Srovnáním situací v přístupu k osobám z naší cílové skupiny v rámci zahraničí jsme chtěli poukázat na zajímavosti v oblasti rehabilitace u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku a poukázat tak na zajímavosti, které by bylo možné aplikovat i u nás. Nejlépe propracovanou otázkou problematiky výuky PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsou materiály americké AFB, jak bude detailně popsáno v následující kapitole. Vzhledem k velikosti země a odlišnostem kultur jsou některá specifika přístupů u nás nevyužitelná, zůstává nám za vlastní hlavní myšlenka individualizace práce v oblasti intervence u osob se zrakovým postižením. Úžeji v oblasti PO SP, diferenciací a uzpůsobení metodiky PO SP pro rozdílné kategorie osob se zrakovým postižením.

Kapitola 4 se zabývala rehabilitací osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Tato intervence je velmi důležitým prvkem resocializace osoby se získaným zrakovým postižením. V rámci zaměření této práce jsme se úžeji zaměřili na možnosti služeb komplexní rehabilitace se zřetelem k výuce PO SP u osob z naší cílové skupiny. Text má hierarchicky předcházet pro naši práci stěžejní kapitole o výukovém procesu PO SP, proto tento oddíl práce vychází nejprve z úvodního vymezení pojmů, se kterými se v rámci rehabilitačního procesu můžeme setkat. Dále pokračujeme textem zaměřeným na sociální rehabilitaci, charakteristiku zdravotně - sociálních služeb pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Závěrečnou část tvoří stručné srovnání v rámci zahraničních trendů v oblasti práce s naší cílovou skupinou osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Hlavním úkolem tyflořehabilitačního úsilí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je najít nový způsob samostatného a soběstačného plnění co největšího možného počtu aktivit, které jedinec před vznikem postižení vykonával. Pravdou, ale zůstává fakt, že některé dříve vykonávané činnosti bez ztráty zraku dále vykonávat nezvládne. Přijetí této skutečnosti je také krokem v procesu přijetí nové identity jedince se zrakovým postižením.

Kromě existující nabídky služeb je na poli práce s osobami z naší cílové kategorie důležitá jejich informovanost o možnostech, které mohou využít. Rehabilitační úsilí vychází z předpokladu aktivní spolupráce a zájmu rehabilitovaného! Nedílnou součástí úspěšnosti je tedy také motivace a aktivizace osob z naší cílové kategorie. Vhodná stimulace se prolíná celým procesem rehabilitace, tedy i výukou PO SP, což je zřejmé i z následující kapitoly.

5 VÝUKOVÝ PROCES PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO POHYBU OSOB SE ZÍSKANÝM ZP V POZDNĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU

Mobilita a schopnost orientace v prostoru jsou předpokladem pro samostatnost a nezávislost jedince při výkonu denních aktivit, tedy faktorem ovlivňujícím kvalitu života. Se vznikem zrakového postižení je tato schopnost výrazně omezena, člověk se stává nesoběstačným a odkázaným na solidaritu ostatních. Obdobné následky v sobě nesou zdravotní indispozice preseniorského/seniorského věku, což celkovou situaci výrazně umocňuje. Absentování zrakových vjemů a okolnosti s věkem spojené mají vliv na dosavadní způsob života, postavení ve společnosti a pracovní uplatnění jedince, který do té doby žil jako intaktní. Vyrovnání se s komplikovanou životní situací souvisí, jak již bylo naznačeno výše, s osobnostními charakteristikami jedince, životními postoji, schopností flexibilně reagovat na životní změny. Zásadním způsobem může nepříznivé okolnosti pomoci překonat podpora užšího (rodinné zázemí) a širšího (společnost a její podmínky) okolí.

Pro řadu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je po překonání období vyrovnání se s komplikovanou životní situací výuka PO SP možností k znovuzískání předešlých dovedností, zejména schopnosti pohybovat a orientovat se v prostředí. „Problematika PO SP hraje klíčovou roli při prevenci defektivitu (či případně při jejím odstraňování). Ať je to oblast poznávání (pocitů, vjemů, představ), oblast osobnosti, nebo oblast vztahů k prostředí – všude zvládnutí této problematiky vystupuje jako zásadní podmínka úspěšného a harmonického rozvoje zrakově postiženého člověka.“ (Wiener, 1998 a 2006, s. 9)

Význam výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku spočívá v umožnění se opět pohybovat bezpečně a samostatně v prostředí, které znali jako vidící, a tak znovu vykonávat aktivity denního života dle svobodného uvážení a záměru s minimálními omezeními. Výuka PO SP je součástí procesu rehabilitace a nejde na ni pohlížet pouze jako na prostředek k znovuoživení pohyblivosti, mobility. Schopnost orientovat se v prostředí a vykonávat činnosti samostatně je významným motivujícím aktivizujícím činitelem, který pomáhá překonat komplikace způsobené involucí a zrakovou ztrátou. Je potřeba si však uvědomit, že problematika spolupůsobení vlivů (viz kapitola Proces stárnutí a jeho důsledky) je mnohem složitější.

Současná teorie výuky PO SP je velmi dobře propracována, nedořešena je otázka individuálního přístupu a způsobu výuky, což nás přivedlo k napsání této práce. Posláním této kapitoly je zaměřit se zejména na aplikaci metodiky výuky PO SP v rámci aktuálních andragogických přístupů a teorií

učení. Inspirací nám je publikace Americké nadace pro nevidomé (American Foundation for the Blind) Foundations of orientation and mobility, zejména její druhý díl (Volume II), jenž se zabývá instruktážními strategiemi a praktickou aplikací výuky PO SP v různých situacích a z hlediska individuálního přístupu k osobám se zrakovým postižením. Oslovila nás zejména kapitola zabývající je výukou PO SP u osob dospělých a v seniorském věku.

Naší snahou v této kapitole je poukázat na problematiku PO SP z širšího, obecného pohledu (historická východiska, teoretické zásady výuky PO SP) a postupně se cíleně zaměřit na teorie výuky a specifika využití v oblasti samostatnosti a soběstačnosti u konkrétní vybrané skupiny osob v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.1 Historické kontexty vzniku výuky PO SP

Subkapitola má objasnit historické souvislosti vedoucí k potřebě profesionalizace a individualizace výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Zaměřuje se zejména na historické milníky související s výukou prostorové orientace a samostatného pohybu. Jelikož raná strukturovaná výuka prostorové orientace má základy zejména v anglicky hovořících zemích, kde je výuka PO SP označována ekvivalentem Orientation & Mobility, užíváme v tomto textu i toto označení.

Mýtickou zmínkou o řešení pohybových omezení sahající do období starověkého Egypta je oslepení básníka Teiresiase, který byl oslepen bohyní Athénou, za to že ji viděl nahou. Darovala mu však berli, se kterou se pohyboval. ([online], [cit. 2013-03-20] dostupné na: <http://www.svarovsky.cz/historie.php>)

I když je dnes bílá hůl vnímána a spojována s osobami se zrakovým postižením jako jakýsi signifikantní rozlišovací znak, prostorová orientace a mobilita není uskutečňována pouze za její pomoci. Problematika přístupu k osobám s postižením z historického kontextu se vyvíjela od represivního, utilizačního přístupu přes charitativní postoje k novodobým humanistickým ideálům, akceptujícím člověka s postižením jako jedinečnou bytost. (srov. Monatová, 1996; Titzl, 1998; Slowík, 2007) Obdobně tomu bylo také v oblasti péče o osoby se zrakovým postižením. Za zmínku stojí zejména pokroková osobnost zakladatele historicky prvního výchovného a vzdělávacího ústavu pro nevidomé děti v Paříži. Koncem 18. století byly nevidomé děti vedeny ke hře na piano, čtení dotykem apod. Speciální průprava pro život bez zraku však byla ponechána na samotných postižených. Dovednosti, které bychom mohli označit jako orientace a mobilita (PO SP) osob se zrakovým postižením byly nazývány „cestování po nohou“ (food travel). (Bledsoe, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Přístupy připomínající strukturované učení prostorové orientace probíhaly v USA na Perkinsově škole pro slepé od roku 1832. Její zakladatel doktor Samuel Gridley Howe společně s jedním z učitelů Francisem Cambellem položili základy principů výuky prostorové orientace. Tvrdili, že učitel má pracovat s neutuchajícím úsilím, podporovat a motivovat žáka. Cambell, sám zrakově postižený, následně prováděl pokusy s dlouhou bílou holí za účelem samostatné chůze. První základy organizace výuky orientace a mobility osob se zrakovým postižením souvisely s okolnostmi I. světové války. Tehdy se ve Francii, Německu a později také USA věnovali výcviku vodících psů jako pomocníků pro osleplé válečné veterány. (Bledsoe, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Professionalizace a organizace přístupů ve výuce prostorové orientace je však datována ke konci II. světové války, kdy se opět vynořila potřeba standardizovaného systému rehabilitace značného

množství osleplých vojáků. V armádních nemocnicích Valley Forge a Hines Veterans Administration za pomoci instruktorů probíhaly výukové programy, které pomáhaly těmto osobám samostatně se pohybovat. Tyto počátky jsou spojovány se jmény Dorrothy Harrison Eustisové, zakladatelky výcviku vodících psů a doktorem Richardem E. Hooverem, iniciátorem výuky prostorové orientace a samostatného pohybu za pomoci bílé hole (1944). Techniku dlouhé hole popsal v knize P. Zahla „Blindness“ pod názvem „Cane and Travel Aid“. Hooverův nástupce, Russell Williams, sám zrakově postižený veterán z války, rozvinul myšlenky svého předchůdce a zavedl tréninkový program pro zaměstnance nemocnice Hines, která se následně stala první univerzitní fakultou pro výcvik. (Bledsoe, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Teorie výuky prostorové orientace (Orientation & Mobility) dle Wienera (1998 a 2006) se nejprve vyvíjela v anglicky mluvících zemích (USA a Velká Británie) se změnami v přístupech k osobám s postižením se postupně zaváděla také v ostatních zemích Evropy. V roce 1959 je Americkou nadací pro nevidomé (AFB) financována konference, která měla stanovit kritéria a základy rehabilitačního tréninku prostorové orientace včetně doporučení délky jejího trvání a odpovídajícího sponzorování. (Bledsoe, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Výsledkem byl první kvalifikační kurs pro lektory prostorové orientace (O&M trainers) uskutečněný v Bostonu v roce 1960. (srov. Wiener, 1998 a 2006; Bledsoe, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010) V naší republice má vlastní výuka prostorové orientace kořeny v 70. a zejména 80 letech. Kdy pod vedením doktora Čálka byl uskutečněn kurz prostorové orientace pro později osleplé. Další pokračování těchto úspěšných tendencí bylo blokováno tehdejším režimem, kdy výuka probíhala na školách pro zrakově postižené nahodile z iniciativy pedagogů. (Wiener, 1998 a 2006) K významným průkopníkům představitelů výuky PO SP patří Ján Jesenský a jeho žák Pavel Wiener. Ten se zasloužil od roku 1993 o zavedení výchovy PO SP do všech škol pro zrakově postižené. Současným stavem výuky PO SP v kontextu výuky PO SP osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se hodláme podrobněji zabývat v následující kapitole.

Historie vzdělávání instruktorů v dovednostech vedení výuky prostorové orientace tedy není prozatím dlouhá. Učení prostorové orientaci samotných postižených si vyžádaly okolnosti světových válek. Zprvu se tedy jednalo o systém podpory a péče o bývalé vojáky, kteří při válečných konfliktech přišli o zrak. Úspěch ve výuce orientace a mobility této skupiny podnítily rozvoj programů a přístupů pro širší zrakově postiženou veřejnost, zejména dětskou populaci. Na mezeru v sociálním systému poukázal v roce 1972 Douglas MacFarland, ředitel tehdejší Kanceláře pro nevidomé a zrakově postižené Správy rehabilitačních středisek v USA (Office for the Blind and Visually Handicapped in the Rehabilitation Services Administration of the U. S.). Přes nenáročnost úkonů potřebných služeb, které považoval za jednoduché, největší úskalí spatřoval v poskytování sociálních služeb starším zrakově postiženým osobám. Považoval za nutné náborů, trénování

a dohled nad velkým počtem nových dobrovolníků, aby jejich provedení bylo kvalitní a mělo patrný vliv na cílovou skupinu. (Griffin-Shirley, Welsh, In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Tyto úvahy společně se současnými trendy prodlužování průměrné délky života a civilizačními onemocněními svědčí o nárůstu počtu osob v pozdně dospělém/seniorském věku hlásících se k potřebě rehabilitace kvůli ztrátě zraku následkem onemocnění či úrazů. Žadatelé mohou využít stávající systém výuky PO SP, je však velmi pravděpodobné, že se zvýší poptávka po výuce POSP odpovídající specifikům věku a dalším okolnostem.

5.2 Výuka PO SP – pojmy, prvky, techniky

Výuka PO SP představuje součást sociálně rehabilitačních intervencí u osob se zrakovým postižením. Existující metodika výuky PO SP při přihlédnutí k věkem podmíněným omezením je aplikovatelná i na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Tato podkapitola je věnována shrnutí teoretických pojmů, zásad a oblastem výuky PO SP osob se získanou nevidomostí. Jako taková představuje podklad pro naši výzkumnou část, zabývající se specifickými činiteli výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.2.1 Cíl PO SP a pojmové vymezení

Potřeba samostatně se pohybovat a orientovat se ve svém okolí je člověku vlastní. Za pomoci jednotlivých receptorů si utváří představu o prostředí kolem sebe, a tak v něm může bezpečně existovat a rozvíjet se. Role percepce v každodenním životě je patrná zejména při absentování zraku, který je považován jako majoritní analyzátor podnětů z okolního prostoru. Nemožnost vnímání a dezorientace v prostoru v důsledku těžkého zrakového postižení mají za následek frustrující stavy plynoucí z neuspokojení základních lidských potřeb. (Jesenský, 2007)

Výuka osob se zrakovým postižením k dovednosti samostatně se orientovat a pohybovat v prostředí, jak již bylo napsáno výše, se označuje ekvivalentem Prostorová orientace a samostatný pohyb (Wiener, 1998 a 2006). Toto pojmenování vychází z Jesenského (1978, 1978, 1982, 2002 a 2007): Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených (PO S ZP), který v názvu upřesnil cílovou skupinu zaměření. Synonymem výuky PO SP v anglicky mluvících zemích je termín Orientation & Mobility.

Výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením vůči osobám intaktním představuje intervenční mechanismus kompenzující nemožnost vizualizace prostředí a následný pohyb v něm. Jejím posláním je podle Jesenského (1978, s. 6) zejména “...vnesení kultury pohybu do života zrakově postižených. K tomuto cíli dospíváme různými formami výcviku a činností.“ Podle autora se tedy nejedná o pouhou výuku osoby se zrakovým postižením k pohybu v prostoru. Realizaci této činnosti vidí v širších souvislostech rehabilitace a integrace osob se zrakovým postižením. Jesenský (2007) připisuje význam poznatkům o prostoru, pohybu, orientaci a čase při utváření teorie a komunikace v situacích výuky PO SP.

Ve svém názvu výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením skrývá dva podstatné momenty: orientaci a pohyb (mobilitu) osoby v prostoru s absencí zrakových vjemů.

5.2.2 Orientace

„Orientace je proces získávání a zpracování informací z prostředí za účelem skutečné nebo jen myšlenkové manipulace s objekty v prostoru nebo za účelem plánování a realizace přemístování se v prostoru. Předpokladem rozvíjení procesu prostorové orientace je mít dostatečnou celkovou představu o prostoru, o rozmístění orientačních bodů v prostoru a o jeho hranicích. Orientace se dělí na mikroorientaci a makroorientaci.

- „Mikroorientace je podmiňována charakterem konkrétně angažovaného analyzátoru. U kontaktního analyzátoru hmatového (např. ruky) je vymezena rozsahem bimanuálního nebo monomanuálního hmatového pole.
- Makroorientace se týká orientace v prostoru přesahujícího pole vnímání kontaktního analyzátoru a je zaměřena na relativně vzdálené prostory analyzátorů dálkových. Když se mluví o prostorové orientaci vzhledem k samostatnému pohybu, má se nejčastěji na mysli makroorientace. Jádrem specifiky prostorové orientace zrakově postižených z hlediska procesu poznání je v parciálnosti vnímání a s ní souvisejícími překážkami celkového pochopení (představy) prostorové situace.“ (Jesenský, 1978 In: Wiener, 2006, s. 16)

Rozsah informací o prostředí, v němž se osoba nachází, vychází z možnosti pohybovat se v něm. Za pomoci zrakové, sluchové a hmatové detekce se orientace v prostoru dynamicky přizpůsobuje vyhodnoceným informacím. Bezpečnost pohybu závisí na přizpůsobení se vnímaným charakteristikám. Pohyb v prostoru může být prováděn bezděčně. V rámci výuky PO SP osob zrakovým postižením hovoříme o záměrném, cílevědomém konání za účelem rekognoskování terénu a samostatném pohybu v něm. (srov. Wiener, 1998 a 2006; Jesenský, 2007; Guth, Rieser, Ashmead In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Pokud hovoříme o prostotu jako o prostředí okolo člověka, to musí být nějak vymezeno, ohraničeno a charakterizováno určitými prvky, které jej pomohou odlišit od jiných prostředí. Za pomoci těchto „znaků“ (bodů) pak dochází k orientaci v něm. Dle Jesenského (2007) nám naše poloha vůči orientačnímu bodu pomáhá určit výchozí i cílovou polohu a přesně určovat své místo v prostoru vzhledem k těmto bodům.

Teoretické základy vnímání, tvorby informací, paměti a učení o prostředí jsou stěžejní pro výuku PO SP, avšak přesahují prostor této práce. V našem textu proto vycházíme z Jesenského (2007), který aplikoval výsledky psychologických výzkumů v oblasti orientace organismů v prostředí. Autor se opíral zejména o objevy Tolmana (1949) a jeho teorie informačních systémů. V nich reakce na stimul z prostředí je ovlivněna významným osobnostním prvkem, který se následně ve vnímání prostoru individuálně manifestuje v podobě tzv. kognitivní mapy o prostředí, v němž se

osoba nachází. Vnímání předmětů a prostředí je u osob se zrakovým postižením na rozdíl od intaktní populace odlišné, tomu odpovídá i tvorba představ a způsob zapamatování. Tyto odlišnosti se pak projeví i na specifických tvorbách kognitivních map u osob se zrakovým postižením. (Jesenský, 2007)

U naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je tvorba kognitivních map a obecně výuka PO SP ovlivněna další významnou proměnnou, předešlou zrakovou zkušeností v podobě „...představ, pojmů a myšlenkových pochodů vznikajících při adaptaci na působení (stimuly-reakce) prostředí na člověka. Poznávací (kognitivní) mapa je produktem vědomí člověka. Umožňuje vytvářet hypotézy (předpoklady) pohyblivosti a aktivit v prostoru.“ (Miller a kol, 1980 In: Jesenský, 2007)

Long a Giudice vymezují čtyři základní aspekty pro orientaci v prostředí: „shromažďování informací, používání naučených strategií pro pohyb po známých trasách, využití kognitivních map, aplikace strategií vedoucích k řešení problematických situací.“ (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010, s. 45)

Percepce, znalosti a zkušenosti jsou funkčně propojeným celkem. Senzitivita a utváření paměťových map je v důsledku involučních změn u osob v pozdně dospělém/seniorském věku omezena na úkor míry životních zkušeností. Uvedené kontexty je potřeba si uvědomit při výuce PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Jak již bylo uvedeno výše, při pohybu terénem člověk zaměřuje svou polohu vůči znakům prostředí, které jej obklopují. Předměty, které jsou pro intaktního často bezděky vnímány, představují pro osobu se zrakovým postižením stěžejní vodítka, kterak se v prostředí zorientovat a pohybovat se v něm. Long a Giudice přejímají v kapitole o orientačních aspektech pohybu po trasách definici Hilla a Powela (1976), kteří vymezují tyto naváděcí značky („landmarks“) pro osoby se zrakovým postižením jako známé objekty, zvuky, vůně, teploty, které jsou pro své trvalé umístění a jednoznačný charakter průchozímu dobře známé a lehce rozpoznatelné. (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010) Tyto orientační prvky v prostředí bychom mohli dále diferencovat na: orientační body, znaky a vodící linie.

- **„Orientační body** jsou základními prvky trasy nevidomého. Jsou to trvalá místa při pohybu na trase snadno, rychle a zaručeně postižitelná hmatem (zprostředkovaným slepeckou holí, nášlapem apod.), ale i sluchem a čichem. Odlišují se jednoznačně od okolního prostředí.
- **Orientační znaky** jsou jevy, které určují jednoznačně situaci vnímatelnou smysly nevidomého či slabozrakého (především hmatem a sluchem), např. roh domu, začátek schodiště, zábradlí na mostě, šum stromořadí, hluk v blízkosti vstupu do školy, provoz na vozovce, zurčení vody ve fontáně, kuchyňské vůně v blízkosti restaurace apod.

- **Vodící linie** pro nevidomé a slabozraké spojují jednotlivé orientační body s jednoznačnými a pro celou linii stejnými charakteristickými orientačními znaky. Vodící linie pro samostatný pohyb a orientaci představují základní a nejdůležitější prvek. S vodící linií musí nevidomý prostřednictvím bílé hole udržovat nejen stálý kontakt, ale také si od ní musí udržet i určitý odstup, který průběžně kontroluje.“ ([online], [cit. 2013-04-02] dostupné na: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/bariery/mp1/uvod.html>)

Long a Giudice (2010) vymezují orientační znaky dle jejich charakteristik a obvyklosti výskytu na:

- **Primární znaky** představují konstantní prvky v prostředí, které je těžké minout (např. při chůzi podél obrubníku se jedná o změny v textuře po celé šíři chodníku).
- **Sekundární znaky** představují trvalé objekty, které jsou výrazně odlišné oproti okolí. Nachází se pouze na straně trasy (ne na ní) a jedinec ji musí identifikovat dotykem, holí, jelikož je možné věc minout (např. poštovní schránka).
- **Informační body** jsou prvky, které jsou v průběhu trasy běžným jevem (např. patníky), ale v kombinaci s dalšími se stávají jednoznačnými ukazateli místa lokace (např. patník a přilehlý vodní hydrant). (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Zatímco první dělení je vytvořeno na základě hierarchického vrstvení čitelnosti a vztahu znaků, druhé dělení porovnává hledisko výskytu, permanentnost a proměnlivost znaků v prostředí. Výuka PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku má svá specifika, která jsou podmíněna involučními změnami, a vyžaduje modifikaci přístupu. Pro osoby ve vyšším věku je častým problémem dezorientace i ve známém prostředí. Osobitý vztah jedince se získaným zrakovým postižením k jednotlivým prvkům (znakům) v prostředí napomáhá k rychlejšímu zapamatování a orientaci.

5.2.3 *Mobilita*

„Je základním předpokladem samostatného života zrakově postiženého jedince, jeho socializace (příp. rehabilitace a resocializace), začlenění do pracovního procesu i života společnosti vůbec. Nevidomý člověk je mobilní, když je schopen se s využitím naučených technik pohybu a získávání informací bezpečně a jistě přemísťovat v prostoru.“ (Wiener, 2006, s. 9 a 17) Wiener (1998, 2006) předpokládá, že úroveň mobility u zrakově postiženého člověka je dána cílevědomým vedením výuky PO SP, která záměrně rozvíjí jeho přirozené schopnosti.

Otázka provedení jednotlivých prvků PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se odvíjí zejména od somatických omezení plynoucích z procesu involuce. Ke konkrétním omezením se vrátíme u základních oblastí výuky PO SP (viz. Elementární oblasti PO SP).

Samostatný pohyb osob se zrakovým postižením představuje podle Jesenského (2007) cílevědomé chování v prostoru. K úspěšné realizaci tohoto kroku jsou nutné čtyři předpoklady (způsobilosti): motorická koordinace, senzorká diferenciaci, rozlišování a užívání prostorových pojmů a schopnost pohybovat se v prostoru.

Z pohledu výuky PO SP jsou úkony orientace a mobility navzájem provázené. Při pohybu osoby v prostoru probíhají oba děje současně. Jedinec se orientuje v prostředí, aby se v něm mohl pohybovat, a současně se pohybuje, aby jej mohl lépe prozkoumat. Jedná se tedy o sousled procesu vnímání a jednání, které se uzpůsobuje na základě vnímaných informací o povaze prostředí. Na základě zkušenosti a percepce si jedinec utváří kognitivní mapy o prostředí, ve kterém se pohybuje. Tyto mají vysoce individuální charakter podle asociací, které u člověka vyvolávají. Možnosti samostatného pohybu a orientace jsou ovlivněny funkčním statutem jedince, jeho schopnosti a omezeními.

Vědecké zaměření této práce si klade za cíl zodpovědět otázku jakým způsobem je třeba současné strategie výuky PO SP modifikovat, aby byly aplikovatelné i při výuce PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Funkční status, míra samostatnosti a soběstačnosti jedince jsou jedněmi z činitelů výuky PO SP, kterými se hodláme zabývat hlouběji ve výzkumném šetření.

5.2.4 *Elementární oblasti PO SP*

Naše práce se zaměřuje na charakteristiky osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku vzhledem k výuce PO SP. V současné době se v České republice uplatňuje metodický materiál Pavla Wienera *Prostorová orientace zrakově postižených* (2006), která je již třetím upraveným vydáním tohoto autora. Wiener v ní vychází zejména z Jesenského (1978, 1982) a tyto citace doplňuje také o informace z výzkumných šetření, která prováděl mezi osobami se zrakovým postižením. I když je tato metodika často diskutována a kritizována, tvoří ucelené pojednání k výuce PO SP, o které se opírají lektori výuky PO SP a v rámci svého působení ji obohacují o své zkušenosti z praxe. V přípravě je interní materiál k výuce PO SP od Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých (SONS), který však má sloužit pouze pro potřeby lektorů z krajských ambulantních středisek Tyfloservisů, o. p. s.

Abychom mohli demonstrovat podmínky individualizace v přístupu ve výuce PO SP, které tato specifická skupina osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku potřebuje, při vymezení jednotlivých složek výuky PO SP vycházíme ze současně uplatňovaného materiálu Pavla Wienera (2006). Autor pod pojmem prvky prostorové orientace a samostatného pohybu rozlišuje jednotlivé elementární části (kroky), které „...jsou pojmem pro základní návyky, jež rozvíjejí a zdokonalují přirozené schopnosti zrakově postiženého jedince a jejichž zvládnutí mu umožňuje dosáhnout poměrně vysokého stupně samostatné mobility.“ (Wiener, 2006, s. 17)

Osoby se zrakovým postižením mohou využít mnoho metod a přístupů, které jim mohou napomoci samostatně se pohybovat. Záleží na nich samotných, zda upřednostní při pohybu v terénu vidícího průvodce, bílou hůl, vodícího psa či elektronická orientační zařízení. Jednotlivé techniky je možno kombinovat dohromady, a tím maximalizovat bezpečnost pohybu. Za účelem detekce překážek a orientace v prostředí je možné jednotlivé způsoby pohybu v prostředí rozdělit do základních oblastí:

- **Základní techniky pohybu bez hole:**
 - chůze s vidícím průvodcem,
 - bezpečnostní držení (postoje),
 - kluzná prstová technika (trailing).
- **Techniku dlouhé hole**
- **Rozvíjení přirozených pohybově orientačních schopností**
 - omezování odchylek od přímého směru,
 - odhad vzdáleností,

odhad úhlů,
výchova ke vnímání sklonu dráhy,
výchova ke vnímání zakřivení dráhy,
rozvoj sluchové orientace,
rozvoj „smyslu pro překážky“,
chůze po schodišti,
posilování stability zrakově postiženého jedince. (Wiener, 2006)

5.2.4.1 Chůze s vidícím průvodcem

Technika pohybu a orientace v prostředí na základě provázení vidící osobou je jednou z možností, kterak uspokojit potřebu osoby se zrakovým postižením dostat se na vybrané místo. Jako podstatnou součást výuky PO SP ji shledává Wiener (2006) zejména proto, že osoby se zrakovým postižením se mohou poměrně často dostat do komplikované situace a být tak odkázáni na pomoc a informace od svého okolí. Podle toho zda průvodce náhodně vyplyne ze situace, či je cíleně vybrán osobou se zrakovým postižením, můžeme společníky dle autora vymežit na:

- **Náhodné průvodce**, jež představují lidé, kteří nabídnou svou pomoc v průběhu pohybu osoby se zrakovým postižením po trase.
- **Profesionální (stálé) průvodce**, které tvoří školené osoby, znalé zásad správného průvodcovství. (srov. zadu Wiener, 2006; Jesenský, 2007)

K dovednosti chodit v doprovodu průvodce jsou osoby se zrakovým postižením vedeny v rámci výuky PO SP jednak, aby ovládali standardizované techniky v přítomnosti profesionálního průvodce a také aby dokázali navést náhodného nezkušeného průvodce, kterak je vést.

Mezi hlavní zásady správné chůze s průvodcem patří správné držení. Osoba se zrakovým postižením se svého průvodce přidržuje na paži zezadu nad loktem a postupuje půl kroku za vidícím společníkem. V nebezpečných situacích (změny terénu, zúžený profil) jde vždy průvodce jako první, posunem ruky šikmo dozadu na záda a slovním komentářem upozorňuje osobu se zrakovým postižením na podstatné skutečnosti v terénu. Při změnách při výškových rozdílech tras navádí provázenou osobu se zrakovým postižením pokud možno kolmo (ke schodu, obrubníku). Svými pohyby a svým jednáním dává průvodce najevo podstatné skutečnosti měnící způsob pohybu (např. při chůzi po schodech, postupuje o krok (schod) před provázenou osobou, při průchodu dveřmi upozorní na stranu, na kterou se dveře otevírají, a pomocí vodící paže naznačí kliku, kterou vyhledá osoba se zrakovým postižením, a dveře otevře, podobně za pomoci polohy vodící ruky navádí

průvodce svého společníka i v případě usednutí na židli, do auta apod. (srov. Wiener, 2006; Jesenský 2007)

Podstatou provázení za pomoci vidícího průvodce je kooperace obou zúčastněných. Bezpečnost pohybu je založena na oboustranné důvěře a odborných kompetencích. Zde se právě skýtá nevýhoda využití průvodcovských služeb. I když je odvedená práce v souladu s obecnými zásadami průvodcovství, průvodce a osoba se zrakovým postižením si nemusí „lidsky“ sednout. V případě náhodného průvodce existuje riziko neodbornosti přístupu a ohrožení osoby se zrakovým postižením. Dalším znevýhodňujícím momentem je odkázanost osoby s postižením na služby svého průvodce. Může se cítit omezen či dokonce nesamostatně při realizaci aktivit svého života.

U osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je technika využití průvodce velmi častým způsobem prvotních kroků rehabilitace. Dle Griffin-Shirley a Welshe (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010) je výuka PO SP za pomoci průvodce strategií, která reflektuje aktuální potřebu osoby s postižením (po období vyrovnání se vznikem postižení). Výuku PO SP doporučují zorganizovat tak, aby vyplynula ze zájmu samotného postiženého a její cíle byly snadno dosažitelné. Tedy i při skutečnosti, že je daná osoba schopna se naučit samostatně se pohybovat, je primárně respektován požadavek chůze s průvodcem. Tento krok pak podle autorů navodí pocit bezpečí a podpoří osobu se zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku k dalším krokům směřujícím k její samostatnosti a soběstačnosti.

5.2.4.2 Bezpečnostní držení (horní a dolní bezpečnostní postoj).

Bezpečnostní postoj slouží jako prevence rizik úrazů v každodenních situacích jedince se zrakovým postižením. Techniky ochrany před nebezpečnými momenty osoba se zrakovým postižením využívá cíleně, zatímco intaktní jedinci reagují často bezděky pouze na základě informace vnímané zrakem. V praxi vidící jedinec reaguje flexibilně na změny v terénu (překážku na cestě, které se vyhne), kdežto nevidomý, kvůli nemožnosti vnímat zrakem, musí více předvídat a být tak připraven na možné komplikace v průběhu trasy.

Při horním bezpečnostním postoji se za pomoci dlaně chrání obličej a hlava před srážkami s předměty umístěnými v této výši. Paže zvednuté do výše ramen, ohnuté v lokti tak, aby se loket dostal před obličej a nadloktí krylo šikmo plochu obličej. Dlaň je obrácena ven, hřbet ruky je od obličej vzdálen na šířku dlaně, prsty jsou natažené a tvoří s druhým ramenem jednu linii. Horní bezpečnostní držení má také použití při shýbání a při hledání předmětů spadlých na zem. (srov. Wiener, 2006; Jesenský, 2007)

Dolní (spodní) bezpečnostní držení se užívá k ochraně před překážkami ve výši pasu, nebo ke zjištění jejich polohy (stoly, židle). Paže se napřáhne, tak hluboko, jak je možné. Předloktí se ohne

tak, aby prsty, které jsou mírně pokrčené, dosahovaly zhruba před stehno druhé nohy (pokryly celou šíři osoby). Při vzdálenosti ruky minimálně na šíři dlaně před tělem vzniká ochranný prostor, který umožňuje včasnost reakce na překážku. Bezpečnostní postoje je možné používat najednou nebo odděleně zejména v neznámém prostředí. (srov. Wiener, 2006; Jesenský, 2007)

5.2.4.3 *Kluzná prstová technika (trailing)*

Trailing představuje taktilní techniku průchodu zrakově postiženého rovnoběžně podél stěn. Užití tohoto způsobu pohybu předpokládá znalost prostředí, je tedy vhodný při pohybu ve známých lokacích, kdy napomáhá rozpoznat zrakově postiženému člověku orientačně důležité body či znaky (dveře, výklenky ve zdech atp.). Ruka je držena ve výši pasu a mírně předsunuta směrem vpřed. Prsty jsou ohnuty vzad a nehty kloužou po povrchu stěny. (srov. Wiener, 2006; Jesenský, 2007) Jesenský (2007) se odkazuje na informace Thortona a Armstronga (1976), kteří doporučují při trailingu využít volnou ruku (od stěny) k ochraně hlavy.

„Pravidlo pro nalezení kliky na neznámých dveřích: Zrakově postižený přijde ke dveřím, položí na ně dlaně zhruba ve výši prsou a horizontálním pohybem zjistí, zda jde o dveře jednoduché či křídlové. U jednoduchých dveří zrakově postižený horizontálním pohybem od středu ke krajům nalezne dveřní rám a svislým pohybem podle něj zjistí, na které straně a v jaké výšce je umístěna klika. Šířka dvoukřídlových dveří zpravidla přesahuje hmatové pole člověka. Tato šířka je tedy signálem k opačnému směru horizontálního pohybu – od krajů ke středu, kde zrakově postižený najde středovou lištu. Vertikálním pohybem podle této lišty pak zjistí polohu a výšku umístění kliky.“(Wiener, 2006, s. 57, 58)

U osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se orientace v známém prostředí opírá spíše o předešlou zrakovou zkušenost. Dle vyjádření lektorů (viz. Příloha 1) není velmi preferovanou metodou, ať již z prvního uvedeného důvodu a pak také proto, že vyžaduje ohyb v zápěstí, který u starších osob v rámci involučních změn je těžko dosažitelný. Znalost kluzné techniky však rozšiřuje možnosti osoby se získaným zrakovým postižením ubezpečit se v přesné lokaci znaků ve svém okolí a může být i využita při nácviku orientace v prostředí nových (např. z důvodu stěhování).

5.2.4.4 *Technika chůze za pomoci hole*

Bílá hůl patří mezi majoritní, veřejností vnímaný signalizační znak pro osoby nevidomé. Skutečností ale je, že bílou hůl nepoužívají pouze osoby se zrakovým postižením na úrovni

nevidomosti. Orientace a vyhledávání překážek za pomoci bílé hole využívají také osoby slabozraké a se zbytky zraku.

Technika užití bílé hole napomáhá rozpoznat objekty v bezprostředním okolí trasy, změny v jejím průběhu a v integritě povrchu cesty ještě předtím, než na ni chodec položí své chodidlo. Je považována jako nejdokonalejší prostředek orientace a samostatného pohybu, a to i vůči elektronickým zařízením. (Smith, Penrod In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

V této části podkapitoly se hodláme zaměřit zejména na výuku PO SP za pomoci užití tzv. dlouhé bílé hole (holí). Považujeme za podstatné shrnout podstatné informace o charakteristikách a dělení bílých holí.

Technika pohybu s dlouhou bílou holí byla zavedena doktorem Richardem E. Hooverem v roce 1944 a bílá hůl jako prostředek byla dále technologicky zdokonalována. Bílé hole jsou dnes vyráběny na základě požadavků zrakově postižených v různých provedeních, délkách a z rozličných materiálů. Existují krátké bílé hole, které jsou využívány spíše jako označení a doplňující pomůcka (např. při chůzi s vidícím průvodcem). Kromě holí označovaných jako dlouhá bílá hůl existují hole skládací, ortopedické, opěrné. Často jsou sestavovány na míru, dle individuálních potřeb uživatele. (srov. Wiener, 2006; Jesenský, 2007; Smith, Penrod In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010; [online], [cit. 2013-03-30] dostupné na: www.svarovsky.cz/rozdeleni.php)

Dle možnosti využití (funkcí) podle Jesenského (In: Wiener, 2006) je možné bílou hůl použít jako:

- prostředek opory (u starších a nemocných zrakově postižených),
- prostředek vyhmatávání terénu při prostorové orientaci,
- prostředek signalizující pohyb zrakově postiženého.

Wiener (2006) následně zdůrazňuje pořadí nejdůležitějších požadavků v problematice výuky PO SP. Úlohu opory bílé hole nezmiňuje, za její hlavní úkoly považuje:

- funkci ochrannou, bezpečnostní,
- funkci orientační,
- informativní, označující.

Autor zdůrazňuje, že funkčnost bílé hole a její charakteristiky jsou v rozporu s opěrnou funkcí. Obdobně Český výrobce bílých holí Svárovský (2002) uvádí, že nejlepší bílá hůl je taková, která má co nejnižší hmotnost, co nejvýše položené těžiště a co nejkratší dobu kyvu. Základní rozdělení bílých holí pak podle něj vychází z funkcí signalizace, ochrany, orientace a opory. Autor však zdůrazňuje, že každý typ bílé hole může plnohodnotně splňovat dvě až tři funkce. A tedy není

možné zkonstruovat univerzální bílou hůl, jelikož požadavky na funkce hole jsou ve vzájemném nesouladu. Z těchto důvodů se bílé hole rozdělují do tří skupin podle hlavní funkce, kterou má plnit (podle způsobu použití):

- **Hůl signalizační** představuje převážně „nesenou“ hůl, jejíž hlavní funkcí je ukázat (signalizovat), svému okolí zrakový handicap nositele. Lze ji využívat v těchto situacích pohyb v interiéru, chůze s vodícím psem, chůze s průvodcem, označení slabozrakých osob (např. v dopravě).
- **Hůl orientační** plní funkci signalizační, ale především orientační a ochrannou. Hůl je určena především k prostorové orientaci a samostatnému pohybu nevidomých lidí.
- **Hůl opěrná** je určena lidem s kombinovaným zrakovým a pohybovým handicapem, zpravidla starším lidem. ([online], [cit. 2013-03-30] dostupné na: www.svarovsky.cz/rozdeleni.php)

Správná délka dlouhé hole je tehdy, když hůl kolmo postavená na podložku dosahuje ke spodnímu konci sternu (hrudní kosti). Odchyly v délce by neměly přesahovat $\pm 5\%$ (Wiener, 2006).

U osob se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří je nutné zvážit zejména požadavek opěrné funkce bílé hole. V rámci omezení pohybového aparátu může být mobilita uživatele výuky PO SP snížena do té míry, že bude potřebovat při svém samostatném pohybu využít současně opěrnou a orientační hůl. Specifika výuky budou mít i osoby se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří, které využívají i jiné kompenzační pomůcky (vozik, protetické pomůcky). Existuje např. speciální protéza i s bílou holí, původně konstruována pro válečné invalidy a dále i speciální chodítka se zabudovanou bílou holí. (Smith, Penrod In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Dlouhá bílá hůl je jedním z hlavních a nejčastěji využívaných prostředků pro získávání informací. Zprostředkovává osobě se zrakovým postižením kontakt s trasou, po které se pohybuje. Dalším prostředkem pro získávání hmatových informací a analyzátozem polohy těla jsou plošky nohou respektive podrážky bot. Bílé hole se vyrábějí v různém provedení a mohou se navzájem kombinovat tak, aby se jejich funkce doplňovaly. Požadavkem na konstrukci bílé hole je její stabilita a skladnost.

Nácvik chůze s bílou holí patří k vyučovaným dovednostem v rámci PO SP. Mezi základy výuky bývá nejprve zařazen nácvik správného postoje těla.

- **Základní postoj** vychází ze vzpřímené pozice, horní část paže ruky držící rukojeť hole je buď před středem těla, ruka je mírně ohnutá v lokti. Hůl směřuje šikmo vpřed pod úhlem

zhruba 30-40° a dotýká se povrchu země přibližně 50 – 70 cm před špičkou chodidla. (srov. Wiener, 1998 a 2006; Jesenský, 2007)

K problematice držení hole se vyjadřuje Wiener (1998 a 2006), který prováděl výzkumy úchopu hole v souvislosti s realizací úkonů zkracování hole, diagonální technikou pohybu (viz. dále) a souhrou pohybů hole a našlapující nohy. Autor uvádí dva způsoby držení rukojeti bílé hole:

- **Základní držení**, kdy je hůl před středem těla, rukojeť je držena volně ze stran palcem a prostředníkem, shora je přiložený ukazovák směřující dolů. Konec rukojeti je volně opřen v dlani. Pohyb hole vychází ze zápěstí.
- **Tužkové držení** vychází ze základního držení hole a je využíván při zkráceném držení hole, diagonální technice a při zaujmutí bezpečnostního postoje. Hůl je držena obdobně jako tužka v její horní třetině palcem, prostředníkem a ukazovákem. Malíček a prsteník volně podpírají zespondu prostředník. Palec při této technice je aktivní, obchází horní zakončení hole, umožňuje tak jejímu zakončení se dobře usadit v dlani.

Způsob úchopu je možné měnit podle situace. Otázka správného držení hole má jistě své opodstatnění v procesu kompenzace pohybových omezení osob s vrozeným zrakovým postižením. Nácvik pohybových dovedností umožňuje takto postiženým osobám vytvořit si návyky, kterými ovládnou kulturu motoriky svého těla. Problematická situace však nastává u osob se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří, kdy procesy probíhající v rámci involuce znemožní, podobně jako u prstové techniky pohybu, dodržení správného držení hole (viz. Příloha 1).

Existuje několik technik vedení dlouhé hole terénem. Odlišují se od sebe podle trajektorie, kterou vykonává koncovka hole. Jednotlivé techniky je možno kombinovat podle situace terénu. „Technika hole se dá pozměnit, aby byla v souladu s převažujícími podmínkami.“ (Jesenský, 2007)

- **Kluzná technika** se požívá k prvotnímu mapování terénu, zjištění druhu a kvality povrchové struktury terénu. Hůl se drží v základním držení. Její spodní konec opisuje po povrchu před tělem oblouk v šíři ramen klouzavým pohybem. Rytmus a synchronizace pohybu jsou pro tuto techniku podstatné. Konce rozpětí hole jsou vždy před nohou, která došlápla vpředu.
- **Kyvadlová technika** je nejfrekventovaněji užívanou technikou chůze s dlouhou bílou holí. Základní postoj, držení i šíře opisovaného oblouku i rytmus chůze jsou stejné jako techniky kluzné. Spodní konec hole se mezi krajními body zvedá do mírného oblouku 5 – 10 cm nad povrch. Toto zvednutí koncovky vytváří od prostor mezi povrchem

a opisovaným obloukem, a vzniká tak nebezpečí nedokonalého prozkoumání plochy před chodcem.

- **Diagonální technika** je nazvána podle úhlopříčného způsobu držení hole. Hůl je držena tužkovitým úchopem před středem těla úhlopříčně (diagonálně), aby vykrývala plochu těla. Využívá se zejména pro chůzi po schodech. (Wiener, 1998 a 2006).

Způsob současného využití obou technik při orientaci v prostředí popsal Trhlík (2008) pod názvem kombinovaná a vícebodová technika. Vycházel z pozorování svých žáků se zrakovým postižením.

- **Kombinovaná technika** je využívána zejména ve venkovním prostředí, kde po použití kluzné techniky na hladkém povrchu, následuje úsek s nerovným povrchem a pohyb byl doprovázen technikou kyvadlovou.
- **Vícebodová technika** opět kombinuje jak prvky kluzné, tak kyvadlové techniky, ale klade větší nároky na jemnou motoriku ruky. Rukojeť hole je v dlani mírně nadlehčována, při držení shora palcem a prostředníkem ze stran, při držení z boku prostředníkem zesponu. Spodní konec hole opisuje před tělem oblouk těsně nad zemí (asi 1 cm), zhruba v šíři ramen, přičemž hůl se během jednoho kyvu přibližně pětkrát až desetkrát dotkne povrchu. Provedením a bezpečností se vícebodová technika blíží technice kluzné, její využití je možné však i na nerovném povrchu. (Trhlík, 2008)

Užití technik dlouhé bílé hole pomáhá osobám se zrakovým postižením realizovat nezávislý pohyb a aktivity denního života. Bílá hůl představuje kompenzační orientační pomůcku, kterou však jedinec musí neustále nosit při sobě, což může být značně omezující. Její využití osobami se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří je ovlivněno faktem přijetí této pomůcky. Pro řadu osob této specifické skupiny je akceptování ztráty zraku a užívání bílé hole stigmatizující znak jejich náhlé nesamostatnosti, se kterým se jen velmi těžko vyrovnávají. Proto, jak již bylo uvedeno dříve, alespoň ze začátku preferují pohyb za pomoci průvodce (většinou rodinného společníka). Po vyrovnání se s touto okolností je výuka PO SP orientována spíše na efektivnost dosažených cílů, než kvalitu provedení techniky.

5.2.4.5 Některé další prvky rozvíjení přirozených pohybově orientačních schopností

Samostatnost a pohyblivost jedince v terénu spočívá mimo jeho senzomotorických a koordinačních dovedností také na schopnosti udržet rovnováhu a přímý směr pohybu. Osoby se

zrakovým postižením mají situaci komplikovanou nemožností zpětné zrakové vazby. U osob se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří je informace o orientačních možnostech stěžejním krokem intervence. Studie pohybových možností a citu pro udržení stability je důležitá při stanovení plánu rehabilitace prostřednictvím výuky PO SP. Proto se v této podkapitole na některé pohybově orientační dovednosti stručně zaměříme.

Schopnosti koordinace a usměrnění pohybu bychom mohli dále vymezit jako dovednosti:

- udržení přímého směru,
- odhadu směru, vzdálenosti a úhlů od zdroje zvuku (v základním postoji),
- odhadu směru, vzdálenosti a úhlů v pohybu. (srov. Patočková, Trčalová, Trhlík, 2004; Wiener, 2006)

Dovednost udržení přímého směru při chůzi je důležitá v situacích, kdy zrakově postižený nemá k dispozici žádnou vodící linii např. pro přecházení z jedné strany vozovky na druhou. V této situaci bez orientačních bodů dochází k odchýlkám při chůzi vlevo či vpravo od původního přímého směru. (srov. Patočková, Trčalová, Trhlík, 2004; Wiener, 2006) U dětí s vrozeným zrakovým postižením dle Wienera (2006) je možné uvědomění přímého směru fixovat na bázi reflexu. Tento autor doporučuje postupný nácvik správné představy přímého směru za využití principu názornosti. Ve známém prostředí se zprvu malá vzdálenost pozvolna zvětšuje až na 5 – 8 m. Po úspěšném nácviku menších vzdáleností ve známém prostředí je vhodné přejít k nácviku venku a postupně délku chůze v přímém směru prodlužovat až na 15 m, což je šířka běžné vozovky, kterou by měl zrakově postižený zvládnout přejít za pomoci zvukového signálu. Zvyšování náročnosti, nácvik chůze v přímém směru i bez zvukových signálů vyžaduje přirozené podmínky s maximálně možným vyloučením okolních zvukových vlivů.

Obdobně se pokračuje i při nácviku odhadu vzdáleností, který zvyšuje míru „...subjektivního pocitu bezpečnosti a jistoty na trase, pro možnost přesnějšího určení vlastního stanoviště i pro celkově vyšší efektivitu výkonu zrakově postiženého člověka.“ (Wiener, 2006) Představa velikosti vlastního kroku a význam vzdálenosti jednoho metru jsou významným vodítkem pro orientaci při pohybu v prostoru.

Dle Wienera (2006) bychom další prvky rozvíjení přirozených pohybově orientačních schopností osob se zrakovým postižením mohli vymezit jako výchovu:

- ke sklonu dráhy,
- ke vnímání směru dráhy,
- k rozvoji sluchové orientace,

- k rozvoji smyslu pro překážky,
- k posilování stability.

Jedná se však o prvky, které vycházejí z předchozího nácviku udržení přímého směru a odhadu vzdálenosti. Při snaze o chůzi v přímém směru s minimální odchylkou by měla osoba se zrakovým postižením být schopna odhadnout i vzdálenost, kterou překonala. Při odbočení z původního směru by měla být schopna určit přibližné zaúhlení směru trasy (využívá se určování dle hodinových ručiček). Nácvik rozeznání zdroje a směru zvuku patří ke kompenzačním mechanismům intervence u osob se zrakovým postižením.

Specifika skupiny osob se získaným zrakovým postižením v období pozdní dospělosti/stáří se promítají i do této oblasti. Jak již bylo zmíněno v úvodu, v rámci involučních procesů a následkem onemocnění (pohybového aparátu, CNS) dochází také ke snížení úrovně lokomočních a koordinačních schopností. Tato skupina bude mít jistě značnou výhodu v dřívější zrakové zkušenosti, která jí umožňuje mít povědomí a představu o okolním prostředí. Významným činitelem však v této situaci bude náhlá ztráta a nemožnost opřít se právě o zrakové vjemy, strach z okolního prostoru. Při výskytu zrakového postižení v pozdějším věku se takto postižený musí naučit vnímat jinými způsoby a převést svou dřívější zrakovou zkušenost do aktuálních podmínek své existence. Testování koordinačně orientačních schopností, otázka posturologie je tedy významným vstupem při intervenci prostřednictvím výuky PO SP u této skupiny osob.

5.3 Organizace a realizace výuky PO SP v denních situacích (oblasti výuky)

V této subkapitole bychom se rádi hlouběji zaměřili na využití nabytých dovedností v rámci výuky PO SP, a to v konkrétních situacích denního života. Výuka technik (prvků) a jejich procvičování je následně v určitém momentu aplikována v podmínkách a okolnostech, kdy je jedinec má umět modifikovat úměrně dané situaci. Text také shrnuje strategie konkrétního plánování trasy včetně zásad, které je potřeba při výuce PO SP dodržovat.

5.3.1 Termín Orientační analyticko-syntetická činnost versus Orientation & Mobility

Na úvod bychom se rádi hlouběji zabývali termínem Orientační analyticko-syntetická činnost, který Wiener (2006, s. 119) označuje „...nejvyšší stádium výchovy prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených. Autor tento pojem přibližuje jako „...využívání informací všeho druhu, získaných všemi dostupnými prostředky a způsoby, při aplikaci základních technik pohybu v procesu prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených.“ (Wiener, 2006, s. 119) Autor dále definuje získané informace všeho druhu jako „informace získané využitím: a) zbylých smyslů; b) rozvinutých přirozených pohybově orientačních schopností; c) techniky dlouhé hole; d) plánek, map, modelů a jiných tyflografických pomůcek; e) ústního či písemného popisu trasy.“ (Wiener, 2006, s. 119) Dle autora je nutné tuto aktivitu u jedinců se zrakovým postižením podporovat a prohlubovat s cílem „...aby si zrakově postižený na základě jednotlivých jevů učinil o situaci správnou představu vedoucí k jejímu správnému a adekvátnímu řešení. Tuto činnost je třeba nacvičovat a rozvíjet na místě i za pohybu.“ (Wiener, 2006, s. 119)

Tento cíl je však shodný s obecným cílem výuky PO SP, jak upozorňují někteří kritici předešlé formulace. Ti zdůrazňují, že vnímání probíhá právě onou analyticko – syntetickou činností, která je tedy spíše podřadným pojmem. Pro pojmenování procesů vnímání, představování a pohybu osob se zrakovým postižením, které chtěl Wiener (2006) označit společným jmenovatelem, kritici doporučují převzít zahraniční název Orientation & Mobility, který explicitně vyjadřuje výše uvedené charakteristiky. ([online], [cit. 2013-03-20] dostupné na: <http://vechnocojstekdychtlivdtopwienerovi.blogspot.cz/2010/06/prvni-dopis-na-msmt.html>)

Pro práci s osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nám z pojetí Wienera (2006) přijde podstatná myšlenka získaných informací všemi dostupnými způsoby a prostředky, jelikož je zde naznačena nutnost modifikace v individuálních situacích. Výuka PO SP v podobě aplikací základních technik pohybu v procesu prostorové orientace a samostatného

pohybu pak splňuje kvality pojmu „nejvyšší stádium výchovy POSP“ (Wiener, 2006, s. 119) u této specifické skupiny osob se zrakovým postižením.

5.3.2 Zásady výuky PO SP

Wiener (2006) pojednává o zásadách výchovy prostorové orientace a samostatného pohybu, které mají obecnou platnost a uplatňují se v rámci celého průběhu výuky. Vymezuje je jako:

- Zásadu cílevědomého, účelného a nenápadného prolínání výchovy POSP všemi činnostmi zrakově postiženého člověka.
- Zásadu bdělé pozornosti.
- Zásadu kompenzační funkce ostatních smyslů.

Autor se v těchto principech snaží zdůraznit úlohu motivace, hry, podpory k samostatnosti, uvážlivých reakcí a kompenzačních smyslů (především hmatu a sluchu) při výuce PO SP.

Z pohledu specifik skupiny osob se získaným zrakovým postižením jsou tyto doporučení o to aktuálnější, což bude naznačeno i při řešení praktických situací (viz následující podkapitola).

5.3.3 Realizace výuky PO SP v denních situacích

Tato podkapitola mapuje aplikaci technik PO SP při praktickém výkonu některých denních činností a v situacích, se kterými se osoba se zrakovým postižením v rámci samostatného pohybu a orientace v prostředí může setkat. V textu jsou zmíněny postupy chůze po schodech, využití eskalátorů, přecházení ulic, postup práce při ztrátě vodící linie a obcházení překážek. Uvedené způsoby jsou následně komparovány se specifiky osob zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.3.3.1 Chůze po schodišti

Pro chůzi po schodech v obou směrech je možné využít techniky chůze bez hole i s holí. Wiener (2006, s. 18) řadí chůzi po schodišti mezi oblasti „Rozvíjení přirozených pohybově orientačních schopností a odstraňování nepříznivých důsledků zrakového postižení v oblasti PO SP.“ Předpokladem chůze po schodišti s holí je zvládnutí chůze po schodišti bez hole. Při nácviku se klade důraz na hmatovou diskriminaci plosek chodidel, při chůzi do schodů spíše špičky nohy, při scházení schodů celého chodidla. Za jejich pomoci je možné vyhledávání hrany schodu, odhad jeho hloubky a výšky. Při užití obou technik se doporučuje být v kontaktu s vodící linií, která tvoří buď okraj schodiště, nebo zábradlí.

S výukou chůze po schodišti se začíná teprve, až se osoba zrakovým postižením naučí bezpečně chodit po ploše (vodorovné i mírně nakloněné). Zprvu by jednotlivé schody neměly být příliš

vysoké. Pro stabilitu těla chodce je nejprve nacvičován pohyb do schodů a následně ze schodů za pomoci průvodce (lektora). K postupnému ovládnutí samostatné obousměrné chůze po schodech se využívá opory zábradlí (madel, zdi). Vědomé využití hmatové práce rukou i nohou zabrání nepříjemnému „kroku navíc do prázdna“, když schody končí. (srov. Wiener, 2006; Trhlík, 2008)

Při využití dlouhé bílé hole ke schodišti osoba se zrakovým postižením přichází za pomoci kyvadlové nebo kluzné techniky dlouhé hole. Holí schodiště vyhledá, dojde až k němu a hůl uchopí tužkovým držením. Osoba se postaví kolmo ke schodišti a koncem hole nalezne po hraně prvního schodu pravý okraj schodiště. Je také možné využít levý okraj v případě, že pravá strana schodiště obsahuje nějakou překážku, či je méně bezpečná. Spodní konec hole je položen na první schod a hůl zkrácena tak, aby byla ruka držící hůl ve výši pasu. Stoupání po schodech je realizováno za použití diagonální techniky, spodní konec hole se dotýká vždy hrany dalšího schodu až do okamžiku, kdy spodní konec hole signalizuje volný prostor. V tuto chvíli je hůl uchopena za pomoci základního držení a osoba se zrakovým postižením dále pokračuje kluznou nebo kyvadlovou technikou.

Při chůzi ze schodů se k vyhledání schodiště využívá kluzná technika dlouhé bílé hole. Při poklesu hole, se osoba se zrakovým postižením zastaví, určí hranu prvního schodu a obdobně jako v předchozím případě najde pravý či levý okraj schodu podle bezpečnosti situace. Z kolmého postavení vůči schodišti jedinec určí výšku schodu a sestupuje za užití diagonální techniky v základním držení. Spodní konec hole se dotýká hrany následujícího schodu a úhel v základním držení hole se zmenší. Konec schodiště hůl signalizuje tím, že se zvedne, a tak má chodec se zrakovým postižením informaci, že mu schází ještě jeden schod (krok) k dokončení schodiště.

U osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku může situace, kdy je vyžadován pohyb po schodišti, vyvolávat komplikace, se kterými je třeba počítat již při výuce PO SP. Z důvodu procesu stárnutí mohou být pohybové schopnosti natolik snižené, že chůze po schodišti se stane prakticky nemožnou. Pro osobu ve vyšším věku je také náročné udržet rovnováhu a stabilitu rytmického pohybu při absolvování jednotlivých schodů.

5.3.3.2 *Pohyblivé schody*

Transfer po eskalátoru pro osoby se zrakovým postižením představuje komplikovanou situaci. Pro odstranění psychických zábran z nestability pohybujících se schodů Wiener (2006) před samotným nácvikem jízdy doporučuje seznámení se schody v klidovém režimu (vypnutými). Tento krok je vhodné aplikovat také u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Byť jejich dřívější zraková zkušenost předpokládá povědomí o podobě pohyblivých schodů, situace bez podpory zrakové kontroly může z takto pohybujícího zařízení vyvolat obavy o vlastní bezpečnost.

Při výuce je po prvotním seznámení s částmi eskalátoru realizována jízda společně s instruktorem, který jednotlivé kroky slovně komentuje. Následně je uživatel veden k větší samostatnosti pouze pod dohledem instruktora. Mezi základní pravidla pohybu po eskalátoru patří vyhledání holí plechu před jezdícími schody a posléze i madla po jejich boku. Pomalými kroky chodec se zrakovým postižením vstoupí první nohou na prostor eskalátoru, pevně rukou uchopí madlo a přisune i druhou nohu. Konec eskalátoru signalizuje mírně vystouplé zakončení výstupní plošiny, na kterou narazí koncovka hole. Krokem vpřed za pomoci technik dlouhé hole pokračuje osoba se zrakovým postižením dále. (Wiener, 2006)

V případě pohyblivých schodů je situace osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku obdobná jako u schodiště s tím, že vyžaduje mnohem větší koordinaci, schopnosti předvídat a adekvátně včas reagovat na překážky v pohybu.

5.3.3.3 *Přecházení ulice*

Při pohybu trasou se osoba se zrakovým postižením často dostává do situace křížení více cest. Schopnost zorientovat se a zvládnout přejít na druhou stranu silnice souvisí s dovedností udržet přímý směr. Mezi momenty, kdy je možné zorientovat se za pomoci vodící linie přechodu pro chodce, se vyskytují i situace, které naváděcí body postrádají. V tu chvíli je bezpečnost jedince ohrožena nemožností zkontrolovat si dopravní situaci zrakem a chodec se zrakovým postižením je odkázán na sluchovou percepci.

Wiener (2006) doporučuje přecházet nejlépe několik metrů za rohem ulice, aby se jedinec se zrakovým postižením vyhnul křižovatce. Holí najde obrubník chodníku a ověří si, zda stojí kolmo. Ve vyčkávací pozici s holí opřenou o obrubník a její koncovkou položenou na vozovce vytváří jasný signál pro řidiče, že hodlá vstoupit do vozovky. Opět se ujistí, že je cesta volná a začne přecházet za pomoci kyvadlové techniky. Jakmile hůl signalizuje protější obrubník, jedinec k němu dojde, ověří si, zda se za ním neskrývá další překážka (lampa pouličního osvětlení) a vystoupí na chodník. (Wiener, 2006)

Problematická situace při přechodu cesty osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku může nastat v důsledku věkem podmíněného poklesu sluchového vnímání. Nejistota při ověřování bezpečnosti, nutnost plynulého, rychlého pohybu je jistě pro jedince silně stresujícím faktorem.

5.3.3.4 Obcházení překážek

V souvislosti s pohybem po ulici, doporučuje Wiener (2006) odstup od stěn domů ve vzdálenosti 30 – 40 cm. V situaci, kdy se překážka vyskytne přímo uprostřed trasy osoby se zrakovým postižením, je nutné změnit původní dráhu. Při zjištění bariéry holí Wiener (2006) doporučuje využít ochrannou vzdálenost mezi koncovkou hole a špičkami nohou, zůstat stát a následně za pomoci tužkovitého držení hole novou situaci ověřit a zjistit kudy je možné překážku obejít. K obcházení překážky se chodec se zrakovým postižením otočí o 90 stupňů. Uvědomit si, kterým směrem se jedinec vytočil a kolik kroků ušel, aby se mohl k původnímu směru vrátit, je nutné pro úspěšné absolvování překážky. (Wiener, 2006)

Právě náročnost na orientaci a kontrolu vlastního jednání může být problematická v případě osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.3.3.5 Postup při ztrátě vodící linie

Při pohybu po trase se jedinec může stát, že ztratí kontakt z vodící linií. Wiener (2006) doporučuje v tomto případě postupovat při jejím hledání oblouky holí (kluznou event. Kyvadlovou technikou) směrem od boku do strany. V případě, že vodící linie není v blízkosti, doporučuje autor obdobně jako při obcházení překážek obrát o 90 stupňů. Z hlediska bezpečnosti je nutné postupovat vždy za holí a tím se chránit před neobežnanými překážkami. (Wiener, 2006)

Ztráta orientace a snížení flexibility na změny jsou u osob ve vyšším věku častým jevem. Navíc řešení problematické situace je psychicky zatěžující a stresující, což může u této specifické skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku umocnit pocity nesamostatnosti a vést k prohloubení apatie a stagnace.

5.3.4 Výběr, plánování a realizace trasy

Výuka PO SP by měla vycházet zejména z požadavků a potřeb osoby se zrakovým postižením. Metodika výběru, popisu a nácviku trasy, označována jako tzv. trasování, spočívá v kooperaci jedince s postižením a lektora. Podstatou této spolupráce je optimální míra pomoci a podpory, kdy

se jedinec stává stále samostatnější a nezávislejší. Role instruktora spočívá nejen ve vytváření plánů trasy, jejich rozfázování, ale zejména v odhadu míry aktivizace a podpory, kterou uživatel se zrakovým postižením potřebuje k realizaci svých cílů v oblasti samostatnosti a pohybu.

Podle Trhlíka (2008) je tvorba jednotlivých tras tvůrčím aktivním procesem, na jehož počátku je výběr trasy, následuje její popis a konečnou fází je nácvik trasy.

5.3.4.1 Výběr trasy

Volba trasy je významným aktivizačním činitelem. Určit její cíl by měl sám jedinec s postižením, lektor by měl toto přání (pokud je to možné) respektovat a zvolit optimální průběh trasy prostorem. U skupiny osob, u kterých je úroveň motivace snížena, instruktor trasu volí tak, aby její úspěšný nácvik podpořil sebedůvěru a zájem jedince s postižením o další výuku. Optimální trasa a nacvičování pohybu po ní vychází z individuálního přístupu, splňuje bezpečnostní zásady a motivuje jedince s postižením k novým cílům. (srov. Wiener, 2006; Trhlík, 2008; Griffin- Shirley, Welsh In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

V případě, že existuje více stejně bezpečných variant průchodu trasou, instruktor všechny možnosti projde s osobou se zrakovým postižením a nechá ji vybrat nejvíce vyhovující variantu trasy. Zvolenou trasu lektor rozfazuje na tzv. etapy. Dle Wienera (2006) by toto dělení mělo proběhnout ne podle délky úseků, ale podle významu a komplikovaných situací, které se na něm vyskytují. Se zkušeností osoby se zrakovým postižením v momentech trasy se etapy prodlužují a klesá jejich počet. Většina tras je obousměrných, pohyb po nich zpět je plánován pokud možno zrcadlově obráceně. (Trhlík, 2008)

Výběr trasy je při výuce PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku velmi zásadní. Dle rozhovorů s lektory PO SP (viz. Příloha 1) se v tomto momentu výuky PO SP u této specifické skupiny osob můžeme setkat s dvěma typy reakcí. První je pasivní rezignace, která plyne z fázi vyrovnávání se s nepříjemnou životní situací. Druhou reakcí je stanovení nereálných cílů, kdy si osoba se získaným zrakovým postižením přeje zvládat dovednosti jako před vznikem handicapu. S oběma reakcemi musí lektor výuky PO SP počítat a usměrnit je správným směrem. V prvním případě překonat uživatelovu pasivitu vhodně nastaveným cílem trasy, v druhém případě přeměřovat motivaci na dosažitelné cíle výuky PO SP.

5.3.4.2 *Popis trasy*

Před samotnou realizací nácviku chůze po trase je nutné jedince se zrakovým postižením nejprve zorientovat pomocí popisu orientačních situací (znaků), se kterými se v jejím průběhu jako chodec setká.

V popisu trasy by měly zaznít podstatné momenty, které zachytí orientační body a kritická místa. Wiener (2006) doporučuje instruktorům vytvořit si plánec, kde tyto charakteristiky zachytí a dále zpřístupní jedinci s postižením. Právě v oblasti předávání a popisu trasy se Trhlík (2008) obává komunikačního šumu a nedorozumění. Jak uvádí, není možné vyjádřit všechny podstatné atributy prostředí. Srozumitelnost významu je odvislá od představ, které se s pojmy pojí. U osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku však se při deskripci charakteristik prostředí můžeme opřít o dřívější zrakovou zkušenost. Plánek trasy, kromě verbálního komentáře, nejlépe ve spojení s konkrétní situací v terénu, můžeme také zprostředkovat pomocí hmatových map či nahrát na diktafon. Oba záznamy jsou použitelné v pozdější době. U prvního však při práci s osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku musíme počítat se sníženou citlivostí na haptické podněty, v druhém případě může být poslech popisu trasy omezen sníženou úrovní sluchového vnímání. (viz. Příloha 1)

Popis trasy lze znázornit pomocí kritérií délky, počtu etap, použitých dopravních prostředků apod. Schéma však dle Wienera (2006, s. 136) by mělo „poučít, popsat, ale nezahltit!“

Trhlík (2008) doporučuje charakterizovat trasy i jejich jednotlivé etapy podle názvů, výchozích bodů, délek úseků v metrech, počtu změn směru dráhy, druhů povrchu a vodících linií.

Popis trasy dává jednotlivým charakteristikám průběhu jasnější podobu a osobě se zrakovým postižením poskytuje přehled a orientaci. V rámci výuky PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je možné pro popis trasy a jejich etap využít předešlou zrakovou zkušenost. Komplikace se mohou vyskytnout v případě nepochopení neznámým pojmům (např. na dosud neznámých trasách). Lektor tak popis trasy a jeho podobu (ústní deskripce, hmatový plán, sluchový záznam) musí uzpůsobit dovednostem osoby ve vyšším věku, vhodné je její přístupy kombinovat.

5.3.4.3 *Nácvik trasy*

Wiener (2006, s. 137) při samotném nácviku doporučuje postupovat od nejjednodušších kroků po složitější situace, cvičit ve „...vzájemné souvislosti a návaznosti.“ Instruktor před zahájením každé lekce by měl sám nejprve trasu projít, aby eliminoval nebezpečí ze změn, které mohly od doby

přípravy vzniknout. V úvodní fázi autor doporučuje seznámení s trasou, které lektor osobě s postižením zprostředkuje za pomoci plánu či ústního popisu trasy. Nejlépe dle autora je konfrontovat sdělované informace přímo s konkrétní podobou. Tedy celou trasou provázet jedince se zrakovým postižením jako průvodce a upozornit tak na důležité orientační body, zejména ty, které člení trasu na etapy. V této fázi nabídne lektor jedinci se zrakovým postižením všechny možné varianty trasy (pokud existují), aby si mohl zvolit tu, která mu nejvíce vyhovuje.

V další fázi výuky trasy se prochází jedinec se zrakovým postižením jednotlivými etapami za využití technik dlouhé bílé hole a je provázen instruktorem, který situaci opět komentuje. Tak dochází k lepšímu zapamatování důležitých momentů. Je tedy podstatné, aby lektor znal jednotlivé znaky trasy a dokázal je opětovně a stejným způsobem uživateli sdělit. Od přímého komentování postupně ustupuje až po pomocný dohled z většího odstupu, kdy je iniciativa v rukou jedince se zrakovým postižením. (Wiener, 2006)

Při výuce trasy je důležité pravidelné procvičování tak, aby se jednotlivé etapy a jejich absolvování stalo pro jedince se zrakovým postižením samozřejmostí. Schopnost učit se a zapamatovat si průběh trasy je vysoce individuální, u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ovlivněn sníženou úrovní paměťových schopností. Délka procvičování je tedy těmto charakteristikám úměrná. Instruktor by měl být při práci s touto specifickou skupinou trpělivý a opakovat popis dané etapy, kdykoli jedinec s postižením pocítí nejistotu. Výhodné při práci s osobami ve vyšším věku je pracovat se situacemi v souvislostech a individuálních významech. Wiener (2006) hovoří o pocitu psychické osamělosti na trase, kdy se jedinec cítí paradoxně v centru zájmu ostatních chodců, na druhou stranu pociťuje osamělost při realizování své trasy. Tento stav může pociťovat také osoba se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, která byla dříve samostatná a nyní se cítí být výskytem takového postižení v centru nepříjemné pozornosti svého okolí. Dle autora je otázkou zkušenosti, kdy osoba se zrakovým postižením se s touto situací vyrovná. Instruktor dává míru podpory a slovních komentářů úměrně potřebám provázeného chodce, vede jej postupně sebedůvěře a jistotě při vykonávání pohybu po trase.

Samostatné absolvování trasy předpokládá, že jedinec se zrakovým postižením se orientuje, ve kterém místě dané etapy nebo trasy se nachází, odkud přišel a kterým směrem má pokračovat. Instruktor pouze volně chodce se zrakovým postižením provází, a poskytuje mu tak jistotu zásahu v nebezpečných situacích. Pro využití naučené trasy v praktickém životě je však nutné dovednost neustále procvičovat.

K realizaci samostatného pohybu je možné také využít další kompenzační pomůcky např. vodícího psa, elektronické pomůcky usnadňující orientaci, akustické majáčky, systém GPS. Z pohledu výuky

PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je to však další dimenze, která svými nároky na flexibilitu a osobnostní charakteristiky jedince přesahuje prostor této práce. V následující podkapitole se zaměříme na výukové strategie uplatnitelné při výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.4 Teorie výuky a jejich využití při výuce PO SP u osob se získaným ZP

V předchozích podkapitolách jsme se zabývali obsahem a posláním výuky PO SP. Aby realizace výuky byla úspěšná, je třeba vhodně zvolit formu zprostředkování výukových informací uchopitelným a přijatelným způsobem. Předěšlé řádky již naznačily, že výukový přístup k osobám v pozdně dospělém/seniorském věku je odlišný než při práci s populací dětského věku. Nejinak je tomu i v případě vyučování osob této věkové kategorie se získaným zrakovým postižením. Obecné teorie procesu výuky a učební metody přesahují prostor naší subkapitoly. Následující řádky shrnují výukové principy a strategie, za pomoci kterých je možné současnou metodiku PO SP aplikovat u této specifické skupiny osob.

U nás se této problematice věnuje málo publikačního prostoru. Je tomu také proto, že publikované informace jsou směřovány spíše na společensky perspektivnější skupinu osob v dětském/mladém věku. Sám autor v naší práci často citované metodiky Wiener (2006) uvádí pouze, že výuka později osleplých, jak tuto skupinu označuje, se vymyká jeho uváděnému systému dělení a hierarchie výukových dovedností v rámci PO SP. Dále se domnívá, že jím publikovaný „... postup vytváření a rozvíjení dovedností a návyků potřebných v oblasti PO SP je přijatelný v plném rozsahu. Totéž platí o metodických postupech.“ (Wiener, 2006, s. 40) Podle autora celý výcvik probíhá v kratším časovém období, nicméně je nutné, aby každý ovládal plně rozsah látky.

Ve shodě si Wienerem se domníváme, že obsah lekcí výuky PO SP je u osob ve vyšším věku totožný jako u dětské populace, způsob výuky však musí odpovídat andragogickým principům. Jelikož však autor nevymezil věkovou hranici „později osleplých“ máme za to, že časová náročnost se dle věku a involučních změn bude lišit.

V následujícím textu jsme se inspirovali výše již zmíněnou publikací Americké nadace pro nevidomé (American Foundation for the Blind) Foundations of orientation and mobility, zejména její druhý díl (Volume II). Hodláme konkrétně zabývat behaviorální, kognitivní, sociálně kognitivní teoriemi v kombinaci s andragogickým přístupem a jejich vlivem na výuku PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

5.4.1 Teorie vzdělávání dospělých

Za pomoci učení se jedinec přizpůsobuje změnám okolí. Učení souvisí s vnímáním informací, pamětí, porozuměním a chováním. Učení probíhá na různých úrovních a v rozličných situacích. Existuje řada teorií učení, které se snaží objasnit, jak tento proces probíhá, jaká má specifika a jak je možné jeho prostřednictvím jedince ovlivnit ke změně chování. Shrnutím vhodných teorií, principů

učení a jejich možným upotřebením při výuce PO SP se zabývali Jacobson a Bradley. Vymezili tři hlavní proudy (teorie) učení:

- Behaviorální teorie (Behavioral Learning Theory).
- Kognitivní teorie (Cognitive Learning Theory).
- Sociálně kognitivní teorie (Social Cognitive Theory).

(In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

5.4.1.1 Behaviorální teorie

Vychází z reflexologie. Jedná se o typ učení, při kterém se vytváří podmíněný spoj na základě opakování, tzv. klasické podmiňování (classical conditioning). Tato metoda učení souvisí s procesem generalizace a diferenciací (diskriminací) a vyhasínáním (extinkcí), které je projevem útlumu nervové činnosti a vzniká, jestliže podmíněný podnět není posilován. Systematického vyhasínání spojů se využívá zejména v momentech, které dříve vedly u osob k úzkostným reakcím. Přizpůsobení podmínek výuky PO SP a vytvoření pocitu bezpečné atmosféry vytváří nové spoje, které je třeba neustálým opakováním prohloubit, zatímco ty staré (úzkostné reakce) nechat vyhasnout. Podmínky výuky PO SP jsou tedy nastaveny tak, aby z nich byl vyloučen negativní stimul spouštějící úzkostnou reakci u vyučované osoby. (Jacobson a Bradley In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

5.4.1.2 Kognitivní teorie učení

Je spojena s pojmy paměť, pozornost, jazykové schopnosti a flexibilita. Zabývá se způsoby chápání, zpracování a využívání informací. Na rozdíl od behavioralistické teorie vnímá posílení (opakování stimulu) jako zdroj zpětné vazby, který informuje o tom, co se přihodí, když se bude chování opakovat. Kognitivní učení je vnímání významu dané informace v individuálních souvislostech, které je dále kategorizováno. Při učení jsou tak vytvářeny vlastní kódovací systémy, které je možné využívat v různých situacích. Práci s pojmy v rámci výuky PO SP je možné demonstrovat na vysvětlování horizontálního, vertikálního a diagonálního pohybu, které jsou podstatné při orientaci v terénu. Lektor nejprve slovně vysvětlí rozdíly mezi jednotlivými pohyby v principech PO SP. Následně tyto pohyby předvede v reálném prostředí (stoupání po schodech - vertikální, krok samotný – horizontální, série kroků po schodišti – diagonální). Poté vyzve studenta, aby vyhledal obdobné příklady. Na konci lekce (lekcí) instruktor znovu zopakuje pravidla, která definují tyto tři pojmy. (Jacobson a Bradley In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

5.4.1.3 Sociálně kognitivní teorie učení

Ústřední myšlenkou této teorie učení je žák, který je aktivním činitelem. V procesu získávání informací vědomě zpracovává poznatky o sobě a o svém kontextu ve výukovém procesu. Hlavní podstata této teorie učení se dá dle Jacobsona a Bradleyho, kteří citují Zimmermana (1989) shrnout třemi principy:

- učení je vnitřní proces, který může, ale nemusí vést zejména ke změnám chování,
- chování je řízeno směrem k specifickým cílům,
- u většiny učících je učení samo regulováno. (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Právě aktivní přístup zrakově postiženého ve stanovení cílů, motivaci, sebekontroly a sebehodnocení je uplatňován i při výuce PO SP. Hovořili jsme o něm zejména při výběru trasy, podílu osoby se zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku na plánování a způsobu realizace rehabilitační intervence prostřednictvím výuky PO SP. Poskytuje jedinci s postižením aktivní možnost podílet se v dění, které se týká jeho osoby a regulovat jej pro něj přijatelnými způsoby.

Autoři Jacobson a Bradley (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010) názorně ukazují, význam výukových metod a zejména sociálně kognitivní teorie při výuce PO SP. Aktivní spolupodílení osoby se získaným zrakovým postižením napomáhá ve snahách o znovuzískání samostatnosti a soběstačnosti.

Zapojení kognitivních strategií je také patrné v oblasti výchovy a vzdělávání dospělých - andragogice. Ta se zaměřuje na zodpovědnost dospělých studentů k vlastnímu učení, které vychází z jejich schopností, přání a potřeb. Cíle andragogiky v mobilizaci lidského kapitálu a individuálním pohledu v sociálních souvislostech lze aplikovat také při výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. (srov. Bartoňková, Šimek, 2002; Welsh In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

5.4.2 „Vedené a objevné“ učení v kontextu spolupodílení se na plánování výuky PO SP

Uplatněním kognitivních teorií v andragogických přístupech jsou kompetence role lektora a uživatele výuky PO SP posunuty na stejnou úroveň. V souvislosti s mírou zapojení, spolupodílení se na plánování a realizaci výuky PO SP hovoří Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010) také o dvojím způsobu učení:

- „Vedené učení“ (**Guided Learning**) spočívá na aktivitě a angažovanosti učitele. Může se lišit v rozsahu, kterým poskytuje a demonstrovuje informace. Nicméně žák nemá pouze pasivní úlohu, přijímané informace aktivně zpracovává. „Vedené učení“ je typické zejména u začínajících uživatelů výuky PO SP, kdy osoba se zrakovým postižením potřebuje získat

dostatek informací z dané oblasti. Uvedené především platí pro osoby se získaným zrakovým postižením, kdy nepříznivá životní situace, přináší nové okolnosti, se kterými se musí nejprve seznámit.

- **„Objevné učení“ (Discovery Learning)** představuje posun od prvního způsobu učení, prezentace informací instruktorem, k aktivnímu vyhledávání dalších podnětů k učení prostřednictvím řešení problémů přímo osobou se zrakovým postižením. Dle Altmana a Cutter (2004), které Welsh cituje je angažovanost uživatele výuky PO SP jasným důkazem úspěšného vlivu PO SP v procesu rehabilitace.

Jak již při vymezení obou způsobů učení zaznělo, u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, je zejména v počátcích rehabilitace výukou PO SP nutné, aby lektor uživatele vedl, poskytl mu potřebné informace a podporu. Postupně s časem by se kompetence k hledání výukových podnětů měla přesouvat na uživatele. U této specifické skupiny osob se můžeme setkat se dvěma možnými reakcemi, které vycházejí z osobnostních charakteristik jedince a souvisejí s jeho způsobem života v době, kdy žil jako vidící. Velmi samostatní a sebevědomí lidé mohou mít problém přizpůsobit se nárokům prvotní etapy vedeného učení a odmítnou se „podrobit“ instrukcím lektora. Druhá skupina jedinců patří mezi submisivní jedince, kteří budou pozitivně reagovat na instrukce lektora, následně se však mohou cítit nejistě v momentech, kdy bude od nich vyžadována vlastní aktivita. Umění vyhnout se těmto extrémním reakcím spočívá ve schopnostech a empatii lektora.

5.4.3 Strategie výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením

Principy výuky PO SP postavené na andragogickém přístupu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku shrnují Griffin- Shirley a Welsh (2010) jako doporučení lektorům pod názvem O&M Strategies for Older Adults. Při práci s touto specifickou skupinou, kterou označují jako studenti, doporučují se zaměřit zejména na tyto oblasti výuky PO SP:

- uzpůsobit přístupy adekvátně současnému stavu osoby se zrakovým postižením, dle jeho možností a limitů,
- výuku cíleně zaměřit na oblasti, ve kterých má osoba se zrakovým postižením potřebu být samostatná,
- obsah jednotlivých lekcí má přispět k splnění co nejnáročnější dosažitelných cílů studenta,
- prováděné aktivity v rámci výuky PO SP mají být studentovi lehce přístupné, dosažitelné a využitelné v jeho životě, což jej motivuje k dalším krokům,
- každá lekce má vést ke splnění adekvátně nastaveného cíle,
- nastavení cílů každé lekce je neustále porovnáváno s přáním a cíli studenta, který evaluuje své úspěchy eventuelně neúspěchy. Společně s lektorem hledá další možnosti řešení vybraných cílů,
- volba tratí, jejich náročnost a způsob absolvování vychází z přání studenta a lektor ji pouze usměrňuje realizovatelným způsobem,
- student je veden k záznamu poznámek z průběhu každé lekce (diktafon, notebook). Tyto záznamy pak pomohou při sebehodnocení a řešení vyskytlých problémů,
- časové rozvržení a délka trvání každé lekce vyplývá z možností a potřeb studenta. Lekce jsou uzpůsobeny schopnostem a zdravotním a jiným limitům osoby se zrakovým postižením,
- podstatnou kooperace lektor – student je složka komunikace, která se prolíná celým procesem výuky PO SP. Oba účastníci spolu diskutují a vyměňují si své postřehy. Instruktor při komunikaci s osobou se získaným zrakovým postižením se na každém kroku ujišťuje, jestli mu student rozuměl a pokud ne, je nucen zprostředkovat informaci jiným způsobem,
- do procesu výuky lektor se souhlasem studenta uvádí také jeho rodinu a osoby blízké. Ti mohou mít zásadní vliv (pozitivní i negativní) na úspěšný průběh rehabilitace prostřednictvím výuky PO SP,

- lektor si při své práci musí dát pozor na překročení svých kompetencí v případě, že student mimo jiné vyžaduje také psychologickou pomoc,
- do výuky PO SP by měly být zařazeny materiály a pomůcky podporující studentovu touhu po samostatnosti,
- lektor také napomáhá uspořádat studentovo bezprostřední okolí tak, aby se v něm mohl samostatně a bezpečně pohybovat,
- lektor procvičuje u této specifické skupiny (mimo jiné) také paměťové schopnosti, které student při výuce PO SP upotřebí,
- lektor procvičuje bezpečnostní postoje a techniky zvyšující stabilitu studenta. (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010)

Uvedená doporučení jasně deklarují spolupráci osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku a její významnou roli v rehabilitačním procesu prostřednictvím výuky PO SP. Modifikace technik výuky PO SP za pomoci andragogických principů vzdělávání posunuje úlohu uživatele PO SP a jeho letora na úroveň partnerů, spolupodílejících se na stanoveném cíli.

V tomto se strategie výuky osob s vrozeným a získaným postižením zásadně odlišují. U osob s vrozeným postižením je vyučován samostatný pohyb za pomoci PO SP jako prostředku kompenzace zrakové ztráty. U osob se získaným postižením zraku je tento způsob výuky doporučen, ale jeho realizace vyplyne z potřeb samotného postiženého. I když je obsah vyučovaného u obou skupin přibližně stejný, liší se formou, kterou je zprostředkováván.

Kapitola v sobě hierarchicky propojuje teorii výuky PO SP spolu se specifiky osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Náš záměr zabývat se vymezenou kategorií osob a zvláštnostmi při výuce PO SP plyne z očekávaného nárůstu jedinců ve vyšším věku, u kterých v rámci involučních změn, úrazů a onemocnění dojde k ztrátě zraku. Oblast výuky PO SP této společensky (z hlediska ekonomického potenciálu) méně perspektivní věkové kategorie je doposud publikačně málo řešena. Text je rozčleněn do čtyř navzájem souvisejících bloků a představuje podklad pro naše výzkumné šetření v dané oblasti.

V první podkapitole se zabýváme historickými souvislostmi, které se zabývaly řešením problematiky prostorové orientace osob se zrakovým postižením. Cíleně se zaměřujeme na milníky, které podnítily zájem o osoby se získaným zrakovým postižením. Na základě historických kontextů

poukazujeme na fakt, že základy teorie výuky PO SP souvisely právě s touto skupinou osob, vojenskými veterány, kteří v průběhu války přišli o zrak.

Následující druhá subkapitola osvětluje terminologický aparát dané problematiky. Na základě citací uznávaných autorů této oblasti se snažíme doložit, že obecný cíl výuky PO SP má své opodstatnění také při výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Objasnění užívaných pojmů je aplikováno rovněž vůči naší cílové skupině. Prostor je také věnován pohybově orientačním možnostem u vybrané věkové kategorie osob se zrakovým postižením v souvislosti technikami samostatného pohybu. Z textu je zřejmá důležitost modifikace provedení jednotlivých technik důsledkem omezení a limitů způsobených involučním procesem.

Třetí část kompiluje výkon základů technik výuky PO SP v aplikaci na situace v prostředí. Zabývá se zásadami výuky PO SP, jejími bezprostředními etapami výuky a také kroky, kterak zvládat nečekané změny při pohybu po trase. Důraz je kladen na bezpečnost a jistotu vyučované osoby. Specifika přístupu k osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsou patrna zejména v oblasti plánování tras. Ty mají být realizovány na základě uživatelských přání a splňovat tak nároky na využitelnost.

Odlíšný přístup k výuce specifické skupiny a jejím nárokům je zdůrazněn zejména v poslední pasáži této kapitoly, která se zabývá vhodnými technikami učení. Podkapitola shrnuje teorie a přístupy, dle amerických autorů Griffin- Shirley a Welshe, kteří strategie učení analyzovali, hlouběji rozpracovali a zakomponovali je do výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Na základě jejich doporučení se odvíjí i naše směřování výzkumného šetření v oblasti specifických činitelů, kteří mají vliv na výuku PO SP u vymezení kategorie osob.

Domníváme se, že modifikace současné metodiky výuky PO SP za užití andragogických přístupů, efektivní komunikace a partnerské spolupráce mají zásadní vliv na úspěch intervenčního úsilí v procesu rehabilitace osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Praktická část

6 IDEOVÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU

Závěry z prezentovaných teoretických poznatků byly využity při projektování a následné realizaci výzkumného šetření popisovaného v této pasáži. Výuka prostorové orientace a samostatného pohybu je zcela běžnou a samozřejmou součástí edukace a podpory u osob se zrakovým postižením. Probíhá za pomoci proškolených lektorů, je také součástí výuky na školách pro žáky se zrakovým postižením a rovněž probíhá u integrovaných žáků.

Z předcházejících kapitol teoretické části je zřejmé, že skupina osob se zrakovým postižením není stejnorodá, co se týče míry postižení. Neméně podstatná je i doba, kdy k výskytu postižení došlo. Zcela jiná je totiž situace dítěte, které se narodilo s postižením a přijímá výuku prostorové orientace jako samozřejmou součást své přípravy k samostatnosti, než pro jedince, který přišel o zrak důsledkem zranění či nemoci v dospělém a seniorském věku. Významnou a jistě pozitivní roli zde bude sehrávat jeho předchozí zraková zkušenost. Je ovšem otázkou motivace a dalších faktorů, zda a v jaké podobě si osvojí dovednosti PO SP.

Instruktor prostorové orientace by měl přistupovat k takovému uživateli zcela odlišně, pečlivě zvážit jeho možnosti a schopnosti (tělesné, psychické,...). Na tento důležitý prvek individuálního přístupu a posouzení má poukázat i tato práce. Z předcházející kapitoly zabývající se procesem stárnutí a jeho důsledky na tělesné (a jiné) funkce je patrné, že se zaměříme jak na limity v orientačních schopnostech jedince se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, tak také na omezení v oblasti samostatného pohybu a mobility jako takové.

V současné době výuka prostorové orientace vychází z odborně propracované metodiky, bohužel však chybí diferenciaci vzhledem k věku klientely, získanému postižení a spolupůsobícím faktorům.

V zahraničí je problematice věkové diferenciaci osob s postižením zraku věnováno podstatně více pozornosti. Vycházejí zde knihy a tréninkové manuály zaměřené konkrétněji na specifika přístupů k osobám se zrakovým postižením v dospělém, v seniorském věku. Například v USA probíhá program National Aging Program of the American Foundation for the Blind, jehož součástí je i tréninkový manuál obsahující informace o získaných zrakových handicapech, přístupech a péči k takto postiženým osobám. Tento vzdělávací program je vytvořen přímo zaměstnanci pracujícími v programu a je zajímavý svým zacílením širokému spektru všech, kteří s touto problematikou a těmito lidmi přijdou do styku.

Uvedené skutečnosti, mezera v systému poskytované péče u nás z hlediska připravenosti a respektu k věkovým specifikům, individualitám osobnosti stárnoucího jedince, nás zaujaly. Uvědomili jsme si, že před formulací samotných specifických intervencí při výuce PO SP u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je nejprve potřeba charakterizovat tuto skupinu z hlediska jejich potřeb, požadavků a současně také schopností a možností. Z předešlého textu je patrné, že stárnutí je fenoménem postihujícím schopnosti a získané dovednosti člověka. Situaci komplikuje fakt značné nejednotnosti naší cílové skupiny osob z hlediska věku, aspektů stárnutí apod. Jak uvádí Willam, Wiener, Blasch a kol. (2010), kteří se odkazují na výzkum Bierrena (1959), skupina osob v seniorském věku vykazuje více rozdílností než podobností, a to i z hlediska projevů stárnutí.

Naše úvahy tedy vedly ke snaze vymezit determinující vlivy stárnutí, konkrétně je pojmenovat a hledat jejich vzájemné podobnosti a spolupůsobení. Kategorizace osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku do skupin dle těchto činitelů je nápomocná při hledání vhodných intervencí za účelem zkvalitnění života prostřednictvím výuky PO SP u této cílové skupiny osob. Prezentované poznatky o činitelích spolupůsobících při výuce PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mají svůj přínos pro teoretickou rovinu dané problematiky. Jako aplikační doporučení mají svůj význam pro praktickou část dané problematiky, výuku PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

7 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU

7.1 Cíle a zaměření výzkumu

Hlavním cílem práce je rozvoj speciálněpedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku.

Naše úsilí v praktické části se snaží nalézt odpověď na otázku, zda je různý typ prostředí (ústavní nebo domácí), ve kterém osoby žijí, ve vztahu s úrovní vybraných činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce prostorové orientace u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Výzkumným záměrem je sledovat rozdíly v hodnotách stimulativnosti-aktivizace osob výukou PO SP, rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích.

Jedná se o ověření platnosti vztahu proměnných, o kterých je již známo, že se v daném typu výuky mohou uplatňovat. Uvedené proměnné však nemusí plně odrážet konkrétní a individuální strukturu dalších činitelů, kteří mohou danou výuku u sledovaných osob různým způsobem rovněž ovlivňovat. Proto k výše uvedenému výzkumu připojujeme kvalitativní pohled, který může předchozí doplňovat či modifikovat. Pro potřeby našeho výzkumu jsme tedy stanovili dvojí cílové zaměření, které odpovídá komplexně pojímanému cíli celé práce:

1. Analyzovat rozdíly ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí, ve kterém se sledované osoby nacházejí. (kvantitativně orientovaný výzkum).
2. Identifikovat (postihnout, objevit) další činitele, příp. podmínky, kteří mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. (kvalitativně orientovaný výzkum).

7.2 Koncepce výzkumného šetření

V našem výzkumu je sledován, jako hlavní, vztah mezi prostředím, ve kterém žijí osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně seniorském věku a charakteristikami činitelů jejich výuky PO SP. Výzkumné šetření hodláme realizovat za pomoci kvantitativních a kvalitativních metod, tedy formou smíšeného výzkumu. Kombinaci obou metod volíme z důvodu dostatečné komplementace dané problematiky. (srov. Hendl, 2004; Gavora, 2000) Kvantitativní pohled v našem výzkumu představuje ověření efektu (vlivu) základních činitelů (samostatnost a soběstačnost, úroveň kognice), které hrají roli v procesu výuky PO SP a jejich působení je obecně platné (statisticky měřitelné). Kvalitativní rovina poskytuje doplňující pohled, jde o zmapování nahodilých specifických činitelů, kteří se mohou objevovat v individuálních případech, od kterých je v obecně zaměřeném kvantitativním šetření abstrahováno. Základním metodickým aparátem výzkumu je užití statistických testů a interview. (Dixon- Leach, 1979)

7.2.1 Kvantitativní přístup

Předpokládaný vztah vybraných proměnných v řešené problematice jsme zformulovali do podoby výzkumných problémů:

1. Existuje rozdíl ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti mezi jedinci se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří žijí v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí?
2. Existují rozdíly ve sledovaných psychosociálních markerech (kognitivních funkcích) mezi jedinci žijícími v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí?

Z teoretického přehledu činitelů stárnutí (viz teoretická východiska) a na základě rozhovorů s lektory PO SP (viz příloha 1) jsme se rozhodli z faktorů procesu stárnutí sledovat následující markery:

- kognitivní funkce (paměť, orientaci, pozornost, fatické funkce, gnostické funkce, praktické funkce),
- stupeň postižení samostatnosti a soběstačnosti (sebeobslužné a instrumentální činnosti),
- prostředí, v němž osoby žijí.

Sledované činitele v našem výzkumu dále můžeme rozdělit:

- nezávislé proměnné:

typ prostředí: a) rodinné b) zařízení pro osoby se zrakovým postižením

- závislé proměnné:

a) míra samostatnosti a soběstačnosti b) úroveň kognitivních funkcí

Vztah uvedených výukových předpokladů pak vyjadřují dvě hlavní odvozené věcné hypotézy:

H1: Existuje rozdíl mezi mírou závislosti a mírou soběstačnosti u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mezi respondenty žijícími v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

H2: Existuje rozdíl ve sledovaných kognitivních funkcích u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku žijících v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

Hlavní hypotézy byly následně rozpracovány do podoby šesti odvozených věcných hypotéz:

H1: Existuje rozdíl mezi stupněm závislosti a stupněm soběstačnosti u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H2: Existuje rozdíl mezi stupněm závislosti a úrovní kognitivních funkcí u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H3: Existuje rozdíl mezi stupněm soběstačnosti a úrovní kognitivních funkcí u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H4: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k věku respondentů.

H5: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k pohlaví respondentů.

H6: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

Věcné hypotézy byly následně pro potřeby statistického zpracování převedeny do statistické podoby:

H₀1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL neexistuje statisticky významný vztah.

H_A1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL existuje statisticky významný vztah.

H₀2: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

H_A2: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

H₀3: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

H_A3: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

H₀4: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k věku.

H_A4: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k věku.

H₀5: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k pohlaví.

H_A5: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k pohlaví.

H₀6: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

H_A6: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí závisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

Pro ověření prezentovaných hypotéz byla shromážděna odpovídající data za účelem statistického zpracování (viz kapitola 8).

7.2.2 *Kvalitativní přístup*

Snahou tohoto přístupu je doplnit reduktivní a abstrahující přístup kvantitativní o další významné činitele, kteří mohou rovněž vstupovat do procesu výuky PO SP, ale netvoří zatím uchopitelnou a stabilní proměnnou tohoto procesu. Sběr a hledání těchto dalších činitelů byl orientován prostřednictvím následujících otázek:

1. Které vnitřní faktory u sledovaných osob se podílely na rozhodnutí zapojit se do výuky PO SP?
2. Které vnější faktory u sledovaných osob podnítily rozhodnutí zapojit se do výuky PO SP?
3. Jak probíhal samotný proces rozhodování?
4. Které argumenty významně ovlivnily kladné stanovisko k výuce PO SP?
5. Jaká je spokojenost/ nespokojenost osob s výukou PO SP?
6. Co by mělo být změněno (upraveno) ve výuce PO SP z pohledu vyučovaných osob v závislosti na typu prostředí, kde žijí?
7. Jak vnímají přístup a osobnost lektora PO SP?
8. Jak prožívají neúspěchy ve výuce osoby z různého životního prostředí?
9. V čem vidí hlavní přínos, příp. nepříznivý vliv, prostředí, kde osoby žijí, pro danou výuku?
10. Co by si přály zainteresované osoby dále od výuky PO SP?

7.3 *Metody výzkumu*

V kvantitativní části jsme se pomocí statistických testů na sledované proměnné (viz definované markery) zaměřili na sledování rozdílů mezi osobami se zrakovým postižením v domácí a ústavní péči. Budou použity následující statistické metody (viz příloha 2, 3, 4):

- Test základních všedních činností podle Barthelové (test ADL),
- Test instrumentálních všedních činností podle Lawtona a Brodyho (test IADL),
- Krátká škála mentálního stavu (MMSE).

Nyní podrobněji k jednotlivým testům a zdůvodnění jejich užití:

Test základních všedních činností podle Barthelové, označovaný jako test ADL, představuje hodnocení funkčních schopností seniora, respektive jeho samostatnosti a soběstačnosti. Podle Topinkové (2005, s. 213) se tento test zaměřuje na „... základní, tzv. sebeobslužné činnosti nutné pro samotnou existenci (osobní hygiena, najedení, oblékání, chůze, kontinence moči a stolice).“

Test instrumentálních všedních činností podle Lawtona a Brodyho, označovaný jako IADL, se naproti tomu zaměřuje na sebeobslužné činnosti, které Topinková (2005, s. 213) charakterizuje jako „komplexní, tzv. instrumentální činnosti nutné pro samostatný život ve vlastní domácnosti.“

Oba testy slouží k zjištění funkčního statusu a míry postižení osob v seniorském věku z hlediska samostatnosti a potřeby pomoci. O těchto testech, které jsou standardizované a užívané v Evropě i USA, píše také Griffin – Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010), kteří v kapitole věnované výuce prostorové orientace u seniorů zmiňují výzkum Travise, Boenera, Reinharda a Horowitze z roku 2004. Tento výzkum mezi 155 zrakově postiženými seniory zjišťoval míru omezení samostatnosti a soběstačnosti v kontextu zrakového postižení a dalších zdravotních komplikací způsobených stárnutím a také vzájemnou souvislost těchto vlivů navzájem. Griffin – Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010, s. 289) reprodukují výsledky zkoumání následujícím zjištěním, že „...respondenti měli mnohem větší problémy s instrumentálními denními aktivitami, díky svému zrakovému postižení, jakkoli byli omezeni ve výkonu aktivit denního života svým zdravotním stavem.“ Jinými slovy řečeno a logicky vzato, osoby se získanou ztrátou zraku v období dospělosti se naučily být samostatní v běžných denních aktivitách (např. schopnost najít se), problémy jim činily, kvůli ztrátě zraku, instrumentální činnosti (např. omezení při přípravě jídla). Funkční status jako významný činitel při výuce PO SP vypovídá o míře samostatnosti a pohybových možnostech, které musí být v rámci výuky PO SP zohledněny. Právě tato myšlenka nás přivedla k dalšímu výzkumnému bádání. Pomocí testu ADL a IADL ověříme hlavní hypotézu

číslo 1 o existenci statisticky významného rozdílu v charakteristikách samostatnosti a soběstačnosti znovunabytých pomocí výuky PO SP mezi osobami žijícími v ústavním a rodinném prostředí.

Test MMSE, krátká škála mentálního stavu slouží jako „nejpoužívanější test pro hodnocení kognitivních funkcí starších osob v klinické praxi. Objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech.“ (Topinková, 2005, s. 216) Test hodnotí: orientaci, okamžitou paměť a její výbavnost, pozornost, fatické, gnostické a praktické funkce. Tento test se zaměřuje na regresi dosavadních funkcí a screening demence, což jsou projevy procesu stárnutí (viz teoretická část); přišlo nám vhodné aplikovat tuto metodu také u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jelikož se úkoly číslo 28, 29 a 30 opírají o zrakovou analýzu, budou, na základě konzultace s psychologem, vynechány. Rovněž v důsledku zrakového postižení budou úkoly číslo 22 a 23 modifikovány a zadání bude zpřístupněno pomocí hmatu. Místo oslovení pacient užíváme oslovení respondent a v úkolu číslo 6 se ptáme na místo pobytu respondenta obecně (blíže viz příloha č. 4). Splnění daného úkolu bude hodnoceno 1, jeho nesplnění 0 body. Po skončení testu sečteme celkovou hodnotu skóre. Porovnávali jsme pouze hrubá data, hodnotu získaného skóre mezi jednotlivými respondenty. Tento test nám posloužil k ověření hlavní hypotézy 2 o existenci statisticky významného rozdílu ve sledovaných psychosociálních markerech (kognitivních funkcích) u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, žijících v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

Kvalitativní rovinu výzkumu tvoří polostrukturované interview. (srov. Cháska, 2000; Miovský, 2006; Hendl, 2004; Gavora, 2010) „Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.“ (Cháska, 2007, s. 182) Osobní rozhovory proběhly podle předem určeného cílového zaměření (viz příloha 5). Tato rovina je pouze doplňková. Získané informace obohacují výsledky kvantitativního šetření, rozšiřují jej o další možné vlivy, na které se standardizované testy nezaměřují. Současně, jelikož se jedná o přímo zainteresované osoby, tedy ty, na něž se výzkum přímo zaměřuje, přináší svědectví o jejich spokojenosti a o podnětech v rámci výuky PO SP. Záznamy z těchto rozhovorů byly zajištěny (fáze fixace) prostřednictvím předem připravených formulářů (viz dále). Podmínkou realizace byl souhlas zúčastněných respondentů.

7.4 Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů

Naším záměrem bylo provádět výzkum mezi osobami se získaným postižením zraku ve věku nad 50 let a výše, tedy na hranici mezi končící pozdní dospělostí a stářím, osobami v končícím produktivním a postproduktivním věku. Hraniční mírou postižení pro výběr do zkoumaného vzorku byl stupeň praktické slepoty a níže. Stručný souhrn charakteristik zkoumané skupiny je následující:

- získané zrakové postižení bez přidruženého postižení,
- úroveň zrakové ztráty praktická nevidomost a níže,
- osoby ztratily zrak po 40 roce věku,
- v době provádění výzkumu jim bylo 50 a více let.

Na základě rozhovorů do dané oblasti zainteresovanými osobami (zejména lektory PO SP) v rámci pilotáže nám bylo doporučeno nestanovovat si horní věkovou hranici výzkumného vzorku. Důvodem jsou věkové periody, kdy se jedinci v určitém věkovém období příliš neodlišují ve svých potřebách i omezeních v souvislosti s výukou PO SP.

K získání potřebného vzorku jsme oslovili organizace pro osoby se zrakovým postižením: TyfloCentra, o.p.s., TyfloServisy, o.p.s. a domovy pro seniory po celé České republice: Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina v Praze, Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené v Opavě, Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích, Palata-domov pro zrakově postižené a další organizace s klientelou seniorského věku. Na základě jejich odpovědí jsme zjistili, že uživatele s námi hledanými charakteristikami mají zejména TyfloServisy, o. p. s. a domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR, jakožto zařízení zabývající se sociální rehabilitací. Výběr u respondentů nebylo možno provést formou náhodného ani kvótního výběru, neboť nebylo možné získat základní soubor (s jeho strukturálními znaky), od kterého by se odvíjely parametry výběrových souborů.

Z oslovených organizací jsme původně vyřadili Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina v Praze, jelikož dle jejich odpovědí svou klientelou, z hlediska věkového složení, nenaplnovalo požadavky na náš výzkumný vzorek. V současné době v rámci aktualizace informací však již 2 respondenty odpovídající našim parametrům pro vstup do výzkumného souboru mají. Jelikož je Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina svým charakterem služeb zařízení s omezenou délkou pobytu, osoby po ukončení rekvalifikace či rehabilitace se navracejí do rodinného prostředí.

V rámci zaměření této práce, porovnání proměnných v rámci ústavního a rodinného zázemí, jsou uživatelé Dědiny považováni za osoby z rodinného prostředí.

Na základě předešlých zjištění jsme oslovili všechny Tyfloservisy, o. p. s. a domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR za účelem zjištění počtu osob, které splňují naše limitní znaky. Tato etapa byla časově zdlouhavá, ne všechny zmíněné subjekty na nabídku spolupráce reagovaly od samotného počátku, a byla nutná častější urgence. Prvotní výzva ke spolupráci byla provedena emailovou korespondencí. V důsledku ne příliš vhodného období – doba dovolených – zareagovaly pouze dva Tyfloservisy, o. p. s. a oba domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR. Po čase vyčkávání jsme se rozhodli pro přímou telefonickou komunikaci. I tato cesta však byla komplikovaná, jelikož byli instruktoři na terénních výjezdech a kontaktovat je bylo možné pouze vzkazem na záznamníku. Přes všechny naše snahy, jak bude uvedeno níže, v době psaní tohoto textu některé Tyfloservisy, o. p. s. dosud neodpověděly, byť telefonicky účast přislíbily.

Zde tedy jednotlivými organizacemi uvedené počty uživatelů Krajských středisek Tyfloservisu, o. p. s.:

- Zlín – 9 osob,
- Ostrava – 7 osob,
- Jihlava – 8 osob,
- Liberec – 15 osob,
- Olomouc – 2 osoby,
- Hradec Králové – 5 osob.

Střediska Tyfloservisu, o. p. s. v Plzni, Českých Budějovicích, Brně uvedla nulový počet uživatelů splňujících parametry pro vstup do našeho výzkumného šetření. Středisko Tyfloservisu, o. p. s. v Karlových Varech pro pracovní vytíženost odmítlo spolupráci. Střediska Tyfloservisu, o. p. s. v Ústí nad Labem a Praze neodpověděla na naše výzvy.

Na území ČR se nacházejí dva Domovy pro osoby se zrakovým postižením, u kterých jsme na základě emailové komunikace zjistili tyto počty osob splňujících parametry našeho výzkumu:

- Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích - 15 osob,
- Palata - domov pro osoby se zrakovým postižením - 10 osob.

Uvedená čísla představují počet osob se zrakovým postižením splňujících námi zadané parametry. Je samozřejmě možné, že osob splňujících námi zadané parametry je ve skutečnosti v naší společnosti mnohem více. To, že nejsou doposud nikde evidováni, je možná způsobeno etapou vyrovnávání se s postižením (viz psychické důsledky stárnutí).

Na základě zjištěných údajů jsme organizace s uživateli splňující limity pro vstup do výzkumného vzorku vyzvali ke spolupráci a domluvě v dalším postupu realizace. Kontakt s osobami splňujícími parametry pro vstup do našeho výzkumného šetření byl zprostředkován instruktory PO SP. Podstatný byl souhlas zainteresované osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 43 respondentů, získáno bylo tedy 43 dotazníků. Z rodinného prostředí se do výzkumu zapojilo 20 osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, respondentů se zařízení pro osoby se zrakovým postižením bylo 23.

7.5 Organizace výzkumu a způsob zpracování získaných informací

Časový harmonogram tvorby této práce byl následující:

Teoretická část 2010 - 2013.

Příprava výzkumné části projektu 2012 - 2013.

Empirická část 09/2013 - 04/2014.

Pro potřeby výzkumného šetření byl sestaven formulář obsahující tabulky s testy ADL i IADL (viz Příloha 2, 3) i s bodovým skóre tak, aby při jejich vyplňování stačilo pouze zaškrtnout hodnocení provedení činnosti respondenta. Obdobně pak v případě testu MMSE bylo ve formuláři možné provést záznam o správném či nesprávném zodpovězení dotazu. Formuláře byly opatřeny také kolonkami pro vyplnění věku a pohlaví respondenta.

Postup realizace výzkumného šetření byl v rámci prostředí, ve kterém se osoby z naší cílové skupiny vyskytovaly, odlišný. V případě Tyfloservisů o. p. s. byli jejich uživatelé, na základě získání souhlasu o předání telefonického kontaktu, autory této práce osloveni přímo za účelem domluvení se na termínu návštěvy (výzkumného šetření). Uživatelé domovů pro osoby se zrakovým postižením byli vyzváni k zapojení se do výzkumu prostřednictvím lektorů PO SP. V předem domluvený den pro výzkumné šetření byli seznámeni s autory této práce.

Administrace testů probíhala na základě základních instrukcí k vyplnění u každého testu dle Topinkové (2005) formou osobního setkání se spoluautorkou této práce a jednotlivými respondenty. Pro zachování anonymity respondentů byly jednotlivé formuláře označeny pouze číslem vyjadřujícím pořadí, ve kterém byl s respondentem vyplněn a označen římskou číslicí I., II. podle prostředí z něhož respondent pocházel (ústavní/ domácí). Vyplněné formuláře byly dle těchto kódů roztříděny. Jejich výsledky zapsány do tabulky v programu Microsoft Excel 2010 a dále za pomoci statistických metod zpracovány (viz Výsledky statistického šetření).

V následujících kapitolách se nejprve budeme zabývat kvantitativní stránkou výzkumu, jakožto stěžejní částí naší práce. Jím sledované proměnné získávají svou obecnou váhu (význam) potvrzením jejich role ve stanovených hypotézách. Doplnující rovinou je kvalitativní část případové studie respondentů, která následuje po kvantitativní části. Cílem kvalitativního šetření je rozšíření odpovědí na původně stanovený problém o možné individuální variace.

Popis organizace sběru dat a jejich zpracování pro kvalitativní přístup je popsán v rámci kapitoly 10.

8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ A INTERPRETACE STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT

Kapitola představuje výsledky výzkumného šetření mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku za pomoci standardizovaných testů. Kvantitativně sledované proměnné získávají svou obecnou váhu (význam) potvrzením jejich role ve stanovených hypotézách.

Z hlediska struktury textu je osmá kapitola rozdělena do čtyř souvisejících částí, které na sebe kontinuálně navazují. První (8. 1) je věnována statistickému popisu respondentů a upřesňuje nám charakteristiky zkoumaného vzorku. Druhá část (8. 2) zahrnuje výsledky použitých tří standardizovaných testů. Shrnutí výsledků standardizovaných testů je obsaženo v třetí subkapitole (8. 3). Čtvrtá podkapitola (8. 4) nám poskytuje odpovědi ve vztahu ke stanoveným hypotézám.

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software SPSS verze 15, SPSS Inc. Chicago USA a program Microsoft Excel 2010. Všechny statistické testy byly provedeny na hladině signifikance 0,05.

Interpretace výsledků u jednotlivých otázek byla zpracována do tabulek četnosti a z nich pro lepší vizuální představu do grafů s legendami.

8.1 Statistický popis vzorku

První položky ve formuláři směřovaly k zjištění tzv. pevných dat, ke zjištění informací o věku, pohlaví a prostředí, v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí (rodinné, ústavní). Tato pasáž tedy popisuje náš výzkumný soubor respondentů z hlediska věkového složení, zastoupení mužů a žen a místa pobytu.

8.1.1 Věkové složení

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 43 respondentů ve věkovém rozmezí 50 – 95 let, průměrný věk byl 73,4 let se směrodatnou odchylkou 11,8 let. Ve věkovém rozmezí 50 – 59 let bylo 6 (14 %) respondentů, v rozmezí 60 - 69 let bylo 12 (28 %) respondentů, v rozmezí 70 -79 let 7 (16 %) a 18 (42 %) respondentů bylo starších než 80 let. Četnostní rozložení je patrné z tabulky 1 i výšečového grafu 1.

Tab. 1: Věkové složení

| | Četnost | Procenta |
|-------------|---------|----------|
| 50 - 59 let | 6 | 14,0 |
| 60 - 69 let | 12 | 27,9 |
| 70 - 79 let | 7 | 16,3 |
| více jak 80 | 18 | 41,9 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Graf 1: Věkové složení



Nejvíce respondentů patřilo do skupiny osob ve **věku od 80 let více**, procentuálně nejméně zastoupenou skupinou byli lidé na dolní hranici vstupu do výzkumného souboru. Proto i hodnota průměrného věku (**73,4 let**) je vzdálena dolní hranici pro vstup do našeho výzkumného souboru. Náš původní záměr získat do výzkumného souboru pro věkové vymezení ekvivalentní počet osob, tak jak je popsáno v koncepci výzkumu, nebylo možné realizovat. Výběr respondentů spočíval v první fázi na spolupráci organizací pro osoby se zrakovým postižením (nejčastěji oslovených lektorů PO SP). Druhá fáze se odvíjela od parametrů nastavených pro vstup do našeho výzkumného souboru. Skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je z hlediska všech osob se zrakovým postižením specifickou minoritou. Řada organizací uvedla, že osoby splňující limity pro vstup do našeho výzkumného souboru nemá v evidenci. Třetí fází byl souhlas vytipovaných osob s realizací výzkumu. Díky těmto důvodům nebylo možné provést výběr respondentů pomocí náhodného ani kvótního výběru. Do souboru respondentů byly přijaty všechny osoby splňující vymezené charakteristiky (viz 7. 3 Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů), které rovněž vyjádřili souhlas se zapojením do výzkumného šetření.

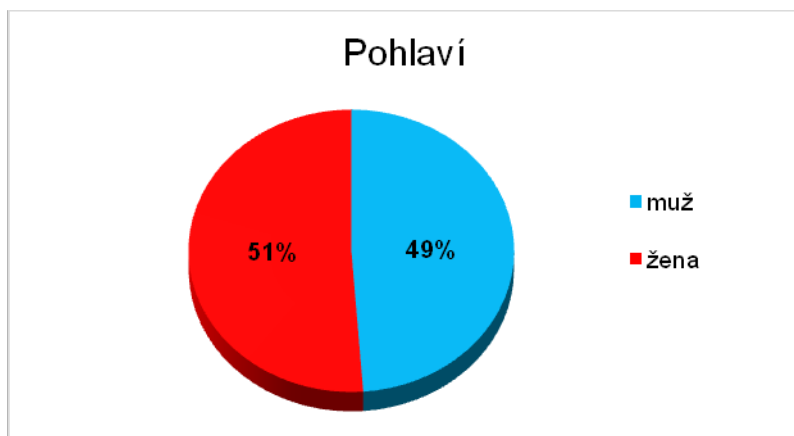
8.1.2 Zastoupení pohlaví

Jak je patrné z tabulky 2 a grafického znázornění pomocí grafu 2, výzkumný soubor respondentů tvořilo **21 (49 %) mužů a 22 (51 %) žen.**

Tab. 2: *Pohlaví*

| | Četnost | Procenta |
|--------|---------|----------|
| muž | 21 | 48,8 |
| žena | 22 | 51,2 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Graf 2: *Pohlaví*



Ze znázorněného je patrné, že **počet mužů a žen** ve zkoumaném vzorku byl **téměř vyrovnaný**, dá se tedy předpokládat, že odpovědi následujících položek standardizovaných testů jsou **zastoupeny rovnoměrně**.

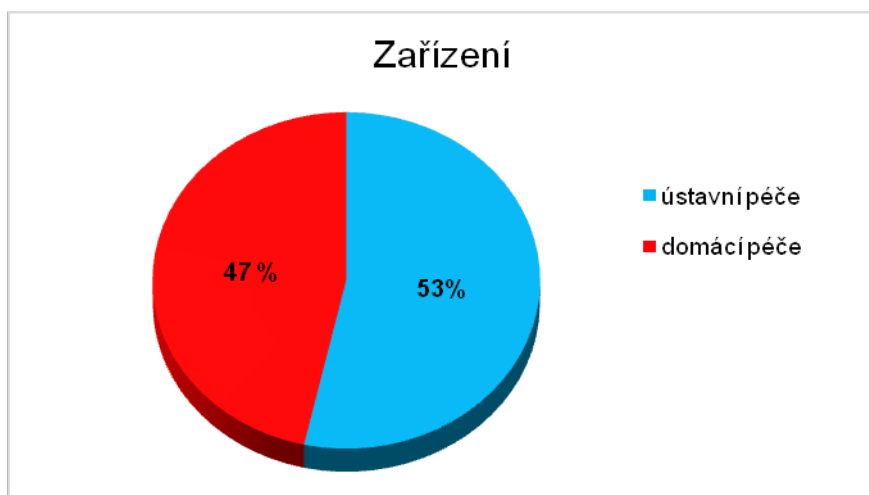
8.1.3 Prostředí (zařízení)

Tato položka formuláře zjišťovala poměr zastoupení počtu osob z hlediska prostředí, v němž se nacházejí. Jako taková je podstatná pro cílové zaměření naší práce. Z tabulky 3 je patrné, že náš výzkumný soubor tvořilo 23 (53 %) osob v ústavní péči (domovy pro osoby se zrakovým postižením) a 20 (47 %) osob v domácí (rodinné) péči. Pro přehlednost jsou data znázorněna také za pomoci výsečového grafu 3.

Tab. 3: Prostředí

| | Četnost | Procenta |
|--------------|---------|----------|
| ústavní péče | 23 | 53,5 |
| domácí péče | 20 | 46,5 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Graf 3: Prostředí (Zařízení)



Celkový poměr osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku z domácího prostředí je nižší (20 respondentů) než počet uživatelů domovů určených pro zrakově postižené (23 respondentů). To je dáno do značné míry tím, že nejvíce vyplněných dotazníků pochází od uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením a současně postupem v získávání respondentů popsaném u první položky 8. 1. 1 Věkové složení.

8.2 Výsledky standardizovaných testů

Tato pasáž se věnuje prezentaci a interpretaci výsledků tří standardizovaných testů, užitých v rámci realizace kvantitativní části výzkumného šetření. Odůvodnění jejich užití je uvedeno v kapitole 7. 2 Metody výzkumu. Plné znění testů se nachází v Příloze 2, 3, 4 této práce.

8.2.1 Výsledky testu základních všedních činností

První blok otázek tvořil test základních všedních činností (ADL) obsahující 10 položek sebeobslužných činností potřebných pro samostatnou existenci (viz Příloha 2). Hodnocena byla míra samostatnosti respondenta při konání činnosti formou bodového skóre, násobků 5. Nejvyšší hodnota představovala, že respondent je schopen činnost provádět sám, bez pomoci. Prostřední hodnota vyjadřovala potřebu dopomoci při konání činnosti, nulové bodové skóre pak stav, kdy respondent činnost neprovede a je při ní zcela odkázán na pomoc svého okolí. Četnost odpovědí pro jednotlivé činnosti jsme zaznamenali do tabulek (Tab. 4 - 13), které představují výsledky celého vzorku respondentů.

Tab. 4: 1. Příjem potravy a tekutin

| | Četnost | Procenta |
|-----------------------|---------|----------|
| samostatně bez pomoci | 40 | 93,0 |
| s pomoci | 3 | 7,0 |
| neprovede | 0 | 0 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 5: 2. Oblékání

| | Četnost | Procenta |
|-----------------------|---------|----------|
| samostatně bez pomoci | 37 | 86,0 |
| s pomoci | 5 | 11,6 |
| neprovede | 1 | 2,4 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 6: 3. Koupání

| | Četnost | Procenta |
|--------------------------|---------|----------|
| samostatně nebo s pomocí | 37 | 86,0 |
| neprovede | 6 | 14,0 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 7: 4. Osobní hygiena

| | Četnost | Procenta |
|--------------------------|---------|----------|
| samostatně nebo s pomocí | 40 | 93,0 |
| neprovede | 3 | 7,0 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 8: 5. Kontinence moči

| | Četnost | Procenta |
|----------------------|---------|----------|
| plně kontinentní | 32 | 74,4 |
| občas inkontinentní | 5 | 11,6 |
| trvale inkontinentní | 6 | 14 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 9: 6. Kontinence stolice

| | Četnost | Procenta |
|----------------------|---------|----------|
| plně kontinentní | 39 | 90,7 |
| občas inkontinentní | 2 | 4,7 |
| trvale inkontinentní | 2 | 4,7 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 10: 7. *Použití WC*

| | Četnost | Procenta |
|-----------------------|---------|----------|
| samostatně bez pomoci | 42 | 97,7 |
| s pomoci | 0 | 0 |
| neprovede | 1 | 2,3 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 11: 8. *Přesun lůžko- židle*

| | Četnost | Procenta |
|-----------------------|---------|----------|
| samostatně bez pomoci | 41 | 95,3 |
| s malou pomocí | 0 | 0 |
| vydrží sedět | 0 | 0 |
| neprovede | 2 | 4,7 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 12: 9. *Chůze po rovině*

| | Četnost | Procenta |
|-----------------|---------|----------|
| samostatně 50 m | 27 | 62,8 |
| s pomocí 50 m | 13 | 30,2 |
| na vozíku 50 m | 3 | 7,0 |
| neprovede | 0 | 0 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 13: 10. *Chůze po schodech*

| | Četnost | Procenta |
|-----------------------|---------|----------|
| samostatně bez pomoci | 25 | 58,1 |
| s pomoci | 11 | 25,6 |
| neprovede | 7 | 6,3 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Součtem bodového skóre jednotlivých položek jsme dostali celkové skóre testu základních všedních činností neboli indexu ADL (Activities of Daily Living). **Celkové skóre** mohlo nabývat hodnot **od 0 do 100 bodů**. U našich respondentů byly **zjištěny hodnoty v rozmezí 10 až 100 bodů**. Průměrná hodnota byla 89,4 se směrodatnou odchylkou 15,9 bodů. Hodnota mediánu byla 90 bodů. Celkové skóre je popsáno pomocí ukazatelů popisné statistiky v tabulce 14 Celkové skóre ADL.

Tab. 14: *Celkové skóre ADL*

| | |
|---------------------|------|
| Průměr | 89,4 |
| Medián | 90,0 |
| Směrodatná odchylka | 15,9 |

| | | |
|-----------|----|-----|
| Minimum | | 10 |
| Maximum | | 100 |
| Percentil | 25 | 85 |
| | 75 | 100 |

Dle hodnot celkového skóre byli respondenti klasifikováni jako:

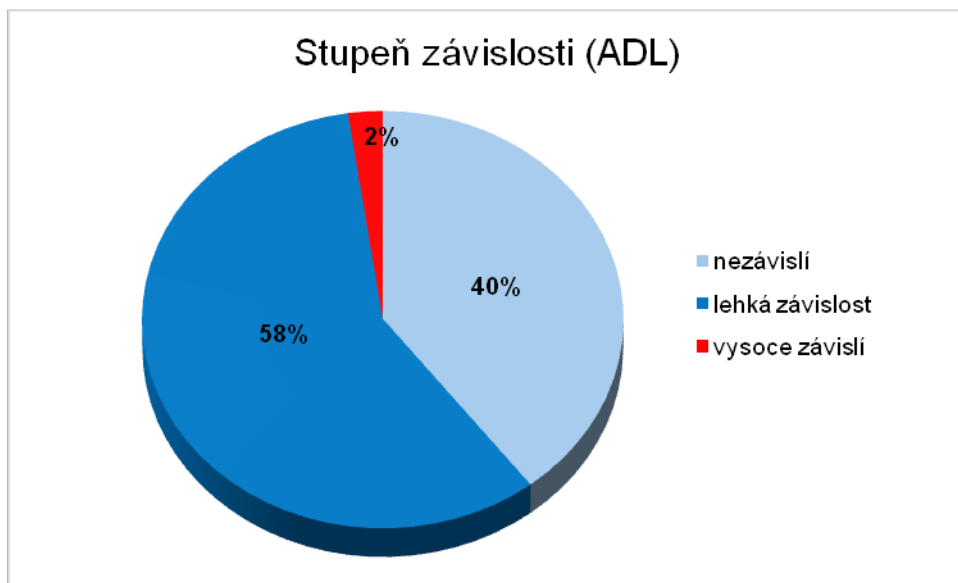
- nezávislí (celkové skóre ADL 96 – 100 bodů),
- lehce závislí (celkové skóre ADL 65 - 95 bodů),
- osoby se závislostí středního stupně (celkové skóre ADL 45 – 60 bodů),
- vysoce závislí (celkové skóre ADL 0 – 40 bodů).

Četnostní rozložení respondentů dle testu základních všedních čteností je ukázáno v tabulce 15. Stupeň závislosti (ADL) a ve výsečovém grafu 4.

Tab. 15: *Stupeň závislosti (ADL)*

| | Četnost | Procenta |
|----------------------------|---------|----------|
| nezávislí | 17 | 39,5 |
| lehká závislost | 25 | 58,1 |
| závislost středního stupně | 0 | 0 |
| vysoce závislí | 1 | 2,3 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Graf 4: *Stupeň závislosti (ADL)*



Funkční schopnosti respondentů z naší cílové skupiny v položkách testu ADL dosahovaly úroveň samostatnosti či lehké závislosti, která plynula z omezení způsobených nedostatkem zrakové percepce. Z uvedených výsledků plyne, že většina respondentů (**25**) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech **lehkou závislost**. **Nezávislých** respondentů z řad osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku bylo **17**. Pouze **jediný** z respondentů vykazoval **stupeň vysoké závislosti**. Jedná se o osobu upoutanou na lůžko. **Žádný** z respondentů ve výsledku testu ADL nedosahoval úroveň **závislosti středního stupně**.

8.2.2 Výsledky testu základních všedních činností

Druhý blok otázek tvořil test instrumentálních aktivit běžného života (IADL) obsahující 8 položek činností nutných pro samostatný život v domácnosti. Samostatnost v provedení jednotlivých instrumentálních aktivit byla hodnocena 10 body, aktivita provedená s dopomocí jiné osoby 5 body a 0 bodů byla hodnocena aktivita, kterou respondent nedokázal provést ani s pomocí.

Četnost odpovědí pro jednotlivé činnosti jsme opět zaznamenali do tabulek (Tab. 16 - 23), které představují výsledky celého vzorku respondentů.

Tab. 16: 1. Telefonování

| | Četnost | Procenta |
|---------------------------------------|---------|----------|
| vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 24 | 55,8 |
| zná několik čísel, odpoví na zavolání | 10 | 23,3 |
| nedokáže používat telefon | 9 | 20,9 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 17: 2. Transport

| | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| cestuje samostatně dopravním prostředkem | 7 | 16,3 |
| cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby | 35 | 81,4 |
| speciálně upravený vůz | 1 | 2,3 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 18: 3. Nakupování

| | Četnost | Procenta |
|--|---------|----------|
| dojde samostatně nakoupit | 5 | 11,6 |
| nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby | 25 | 58,1 |
| neschopen bez podstatné pomoci | 13 | 30,2 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 19: 4. Vaření

| | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| uvaří si samostatně celé jídlo | 11 | 25,6 |
| jídlo ohřeje | 12 | 27,9 |
| jídlo musí být připraveno druhou osobou | 20 | 46,5 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 20: 5. Domácí práce

| | Četnost | Procenta |
|--|---------|----------|
| udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací | 12 | 27,9 |
| provede pouze lehčí práce nebo je úklid | 15 | 34,9 |
| nedostatečný | | |
| potřebuje pomoc při většině prací nebo se | 16 | 37,2 |
| neúčastní | | |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 21: 6. Práce okolo domu

| | Četnost | Procenta |
|---------------------------------|---------|----------|
| provádí samostatně a pravidelně | 5 | 11,6 |
| provede pod dohledem | 6 | 14,0 |
| vyžaduje pomoc, neprovede | 32 | 74,4 |
| Celkem | 43 | 100 |

Tab. 22: 7. Užívání léků

| | Četnost | Procenta |
|--|---------|----------|
| samostatně v určenou dobu správnou dávkou, | 20 | 46,5 |
| zná názvy léků | | |
| užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 22 | 51,2 |
| léky musí být podány druhou osobou | 1 | 2,3 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Tab. 23: 8. Finance

| | Četnost | Procenta |
|--|---------|----------|
| spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje | 13 | 30,2 |
| zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi | 18 | 41,9 |
| neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 12 | 27,9 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Součtem bodového skóre jednotlivých položek jsme dostali celkové skóre testu instrumentálních aktivit běžného života neboli indexu IADL (Instrumental Activities of Daily Living). **Celkové skóre** nabývalo hodnot **od 0 do 80 bodů**. **Průměrná hodnota byla 39,2** se směrodatnou odchylkou 20,2 bodů. Hodnota mediánu byla 40 bodů.

Celkové skóre je popsáno pomocí ukazatelů popisné statistiky v tabulce 24 Index IADL.

Tab. 24: Index IADL

| | | |
|---------------------|----|------|
| Průměr | | 39,2 |
| Medián | | 40,0 |
| Směrodatná odchylka | | 20,2 |
| Minimum | | 0 |
| Maximum | | 80 |
| Percentil | 25 | 25 |
| | 75 | 55 |

Dle hodnot celkového skóre byli respondenti klasifikováni jako:

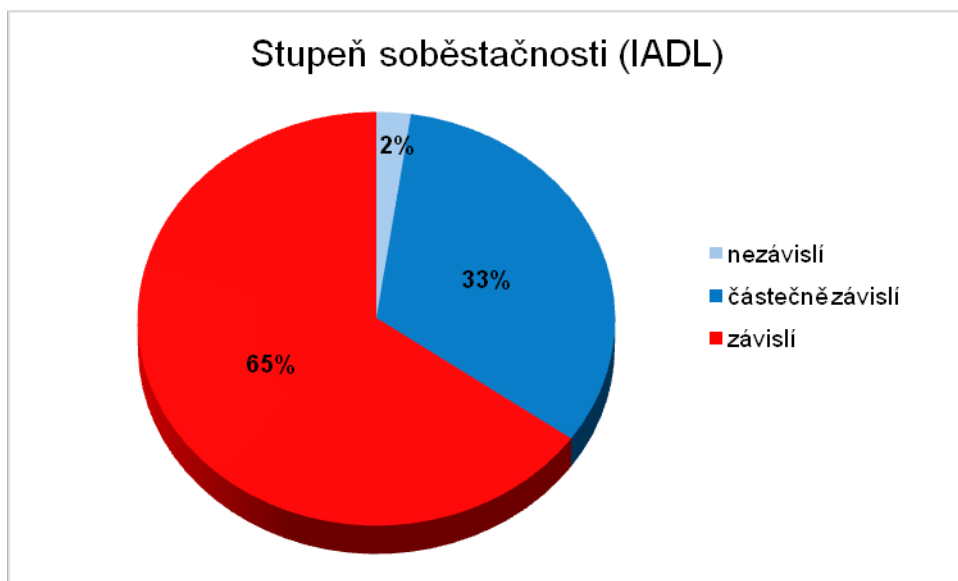
- nezávislí (celkové skóre IADL 76 – 80 bodů),
- částečně závislí (celkové skóre IADL 41 - 75 bodů),
- závislí (celkové skóre IADL 0 – 40 bodů).

Četnostní rozložení respondentů dle testu základních všedních čteností je ukázáno v tabulce 25 Stupeň závislosti (AIDL) a ve výsečovém grafu 5.

Tab. 25: *Stupeň soběstačnosti (IADL)*

| | Četnost | Procenta |
|------------------|---------|----------|
| nezávislí | 1 | 2,3 |
| částečně závislí | 14 | 32,6 |
| závislí | 28 | 65,1 |
| Celkem | 43 | 100,0 |

Graf 5: *Stupeň soběstačnosti (IADL)*



Test IADL vyhodnotil majoritní část (**28**) z našeho výzkumného vzorku respondentů, osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jako **závislé na pomoci v činnostech nutných pro samostatný život**. Částečně závislých na pomoci svého okolí je **14** respondentů. Jedná o osoby pocházející z rodinného prostředí. Pouze **jediný** respondent byl hodnocen jako schopný vykonávat aktivity ve vlastní domácnosti zcela **samostatně**, bez pomoci okolí. Oproti výsledkům předešlého testu ADL dosažené hodnoty v testu IADL dokládají **sníženou úroveň funkčních schopností v oblasti instrumentálních denních aktivit nutných pro samostatný život** ve vlastní domácnosti u respondentů z řad osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Tedy osoby z naší cílové skupiny jsou v těchto aktivitách nesoběstačné, závislé na pomoci svého okolí.

8.2.3 Výsledky testu Krátká škála mentálního stavu

Poslední blok otázek tvořil test mentálního skóre (MMSE) čítající pro naše potřeby 5 úseků a celkem 27 otázek zabývajících se kognitivními funkcemi. Správné zodpovězení bylo hodnoceno 1, nesprávné či žádné 0.

V tabulkách (Tab. 26 - 30) je uvedeno v absolutních i relativních četnostech, kolik respondentů na danou otázku odpovědělo správně. Graficky byly počty správných odpovědí zobrazeny pruhovým grafem 6.

Tab. 26: *I. Orientace*

| I. Orientace | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| 1. Který je rok? | 41 | 95 |
| 2. Které je roční období? | 41 | 95 |
| 3. Který je měsíc? | 42 | 98 |
| 4. Kolikátého je dnes? | 40 | 93 |
| 5. Který je den v týdnu? | 40 | 93 |
| 6. Kde se nyní nacházíte? | 43 | 100 |
| 7. Ve kterém městě jste? | 42 | 98 |
| 8. Jak se jmenuje čtvrť, kde nyní jsme? | 40 | 93 |
| 9. Ve kterém státě jsme? | 43 | 100 |
| 10. Ve kterém jsme poschodí? | 42 | 98 |

Tab. 27: *II. Registrace*

| II. Registrace | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| Řeknu Vám tři slova. Chtěla bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) se je zapamatovat, protože se na ně později zeptám ještě jednou. | | |
| 11. klobouk | 43 | 100 |
| 12. citrón | 43 | 100 |
| 13. auto | 43 | 100 |

Tab. 28: *III. Pozornost a počty*

| III. Pozornost a počty | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm. | | |
| 14. 93 | 43 | 100 |
| 15. 86 | 36 | 84 |
| 16. 79 | 37 | 86 |
| 17. 72 | 37 | 86 |
| 18. 65 | 37 | 86 |

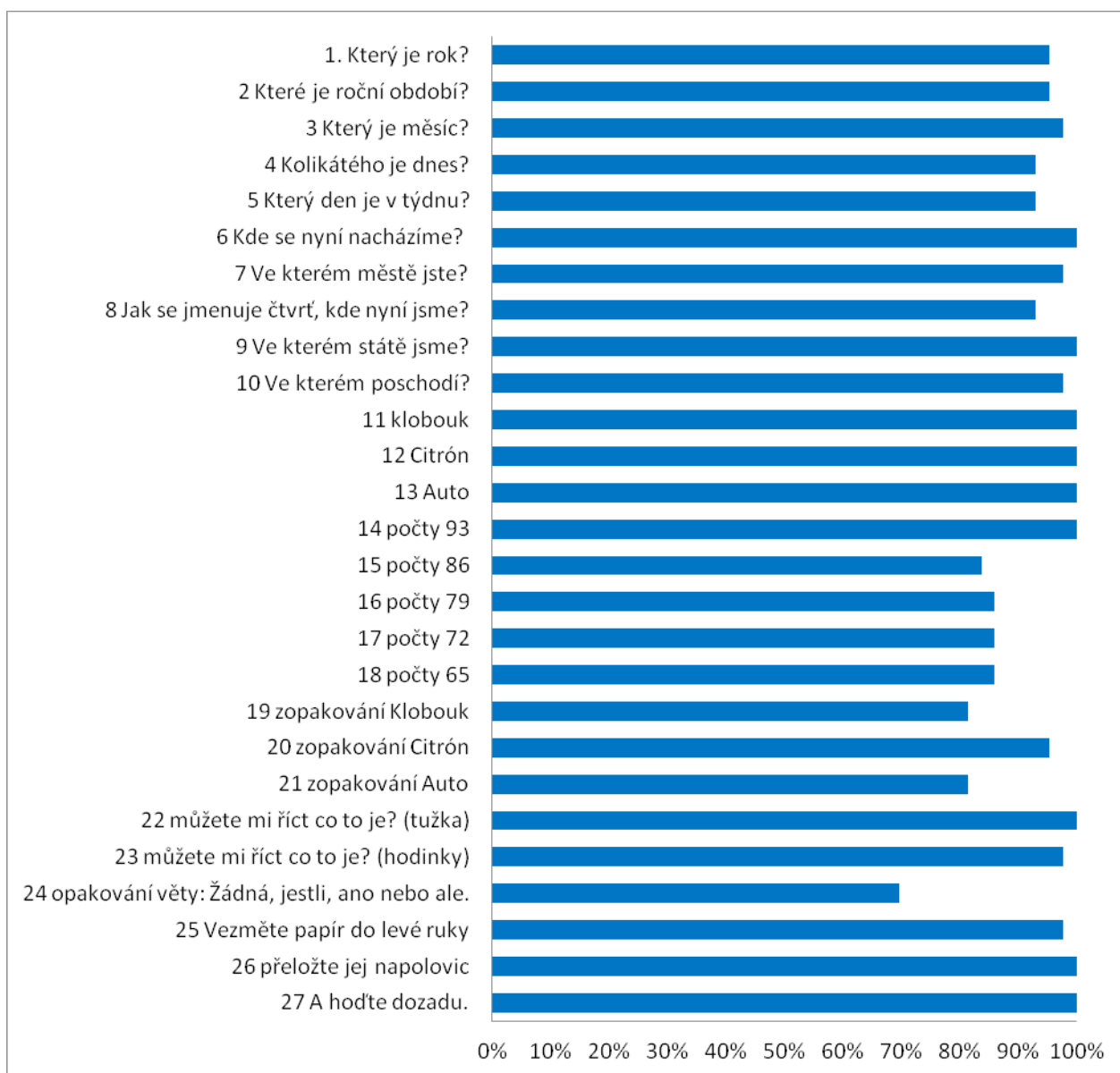
Tab. 29: *IV. Paměť*

| IV. Paměť | Četnost | Procenta |
|--|---------|----------|
| Zopakujte mi, prosím, ta tři slova, která jste měl(a) před chvílí opakovat a zapamatovat si. | | |
| 19. klobouk | 35 | 81 |
| 20. citrón | 41 | 95 |
| 21. auto | 35 | 81 |

Tab. 30: *V. Jazyk*

| V. Jazyk | Četnost | Procenta |
|---|---------|----------|
| Respondentovi bude vložena do ruky tužka. | | |
| 22. Můžete mi říci, co to je? | 43 | 100 |
| Respondentovi budou vloženy do ruky hodinky. | | |
| 23. Můžete mi říci, co to je? | 42 | 98 |
| Pozorně poslouchejte a opakujte po mně. | | |
| 24. žádná jestli, ano nebo ale | 30 | 70 |
| Respondentovi bude před něj na stůl položen list papíru, o jeho poloze bude informován kromě slovní informace také možností ohmatat si jej. | | |
| Pozorně poslouchejte, co Vám nyní řeknu. | | |
| 25. vezměte papír do levé ruky | 42 | 98 |
| 26. přeložte jej na polovic | 43 | 100 |
| 27. a hod'te dozadu | 43 | 100 |

Graf 6: Položky testu MMSE



Celkové skóre nabývalo hodnot **od 0 do 27 bodů**. **Průměrná hodnota** byla **25,3** se směrodatnou odchylkou 2 body. Hodnota mediánu byla 26 bodů.

Celkové skóre je popsáno pomocí ukazatelů popisné statistiky v tabulce 31 Celkové skóre testu kognitivních funkcí.

Tab. 31: *Celkové skóre testu kognitivních funkcí*

| | | |
|---------------------|----|------|
| Průměr | | 25,3 |
| Medián | | 26,0 |
| Směrodatná odchylka | | 2 |
| Minimum | | 19 |
| Maximum | | 27 |
| Percentil | 25 | 24 |
| | 75 | 27 |

Výsledky získané testem MMSE ukazují, že největší **obtíže** našim respondentům činily **úkoly z oddílů na paměť, počty**. V jazykové oblasti naši respondenti zvládli všechny úkony, pouze při opakování věty otázky č. 24 velmi často přehazovali pořadí vyslovených slov ve větě. Vzhledem k uzpůsobení testových položek absenci zrakového vnímání nemůžeme dosažené výsledky porovnávat s výsledky intaktní populace. Průměrná hodnota skóre byla **25,3**. Respondenti v rámci celkového skóre **nevykazovali známky kognitivní poruchy**, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění.

8.3 Shrnutí výsledků standardizovaných testů

Výzkumné šetření cílené na analýzu rozdílů ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí (rodinné, ústavní), ve kterém se sledované osoby nacházejí, bylo realizováno za použití tří standardizovaných testů.

Hlavním úkolem dotazníkového šetření aplikovaného mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku pomocí standardizovaných testů bylo sledovat rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly kognitivních funkcí.

Respondenti byli do našeho výzkumného vzorku získáni z řad uživatelů Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením v České republice. Stručný souhrn charakteristik zkoumané skupiny je následující:

- získané zrakové postižení bez přidruženého postižení,
- úroveň zrakové ztráty praktická nevidomost a níže,
- osoby ztratily zrak po 40 roce věku,
- jim je v době provádění výzkumu 50 a více let.

Dotazníkové šetření bylo administrováno autory této práce. Do výzkumného šetření se zapojilo 43 respondentů. Osob pocházejících z rodinného (domácího) prostředí bylo 20, osob z řad uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením (ústavní prostředí) bylo 23. Nejmladšímu respondentovi bylo 50 let, nejstaršímu 95 let. Průměrný věk respondentů byl 73, 74 let. Nejhojněji zastoupenou skupinou byly osoby s věkem nad 80 let. Výzkumný soubor tvořilo 21 mužů a 22 žen.

Prvním blokem otázek dotazníkového šetření byly položky testu ADL, který hodnotil samostatnost a soběstačnost respondentů v činnostech nutných pro samostatnou existenci. Samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto činnost provést byly hodnoceny bodovým skóre. Jeho hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala.

První položku (najedení, napití) dokázalo samostatně provést 40 respondentů, 1 respondent z řad osob z ústavní péče a 2 respondenti pocházející z rodinného prostředí potřebují při této činnosti pomoc. Nezvládnutí této činnosti nebylo dotazníkovým šetřením zaznamenáno.

Druhou položku (oblékání) zvládá samostatně 37 respondentů. 4 respondenti z rodinného prostředí a 1 respondent z ústavní péče vyžadují při oblékání pomoc další osoby. Jeden uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením tuto činnost nezvládá vykonávat ani s pomocí, a je tedy v této činnosti zcela závislý.

Třetí položku (koupání) ovládalo samostatně provést 37 respondentů. Neschopnost provést tuto činnost byla zaznamenána u 7 respondentů. 5 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent pocházející z rodinného prostředí jsou při výkonu této činnosti zcela závislí.

Čtvrtá položka (osobní hygiena) byla hodnocena u 40 respondentů jako provedena samostatně či s pomocí. 3 respondenti z řad uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením tuto činnost nezvládají provádět.

Pátá položka (kontinence moči) byla hodnocena maximálním počtem bodového skóre (plně kontinentní) u 32 respondentů. Občas inkontinentní bylo 5 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 3 respondenti z domácího prostředí. Plně inkontinentní bylo 5 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí. Šestá položka (kontinence stolice) byla hodnocena maximálním počtem bodového skóre (plně kontinentní) u 39 respondentů. Občas inkontinentní byl 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí. Plně inkontinentní byli 2 uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením.

Sedmou položku (použití WC) zvládá samostatně bez pomoci provést 42 respondentů. WC nedokáže použít 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením.

Osmou položku (přesun lůžko - židle) zvládá 41 respondentů samostatně bez pomoci. 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí tuto činnost neprovedou.

Devátá položka (chůze po rovině) byla vyhodnocena maximálním počtem bodů (samostatně nad 50 m) u 27 respondentů. Chůze s pomocí byla zaznamenána u 13 respondentů (8 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 5 respondentů z domácího prostředí). Na vozíku se pohybují 2 uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí.

Desátou položku (chůze po schodech) zvládá bez pomoci 25 respondentů. S pomocí tuto činnost provede 11 respondentů (9 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 2 respondenti z domácího prostředí). Pohyb po schodišti nevykoná 7 respondentů (6 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí).

Funkční schopnosti respondentů z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsme získali sečtením hodnot bodového skóre. V položkách testu ADL dosahovali respondenti úrovně samostatnosti či lehké závislosti. Většina respondentů (25) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech lehkou závislost. Nezávislých respondentů z řad osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku bylo 17. Jediný z respondentů vykazoval stupeň vysoké závislosti. Jedná se o osobu upoutanou na lůžko. Žádný z respondentů ve výsledku testu ADL nedosahoval úrovně závislosti středního stupně.

Druhý blok otázek tvořily činnosti testu IADL, které hodnotí tzv. instrumentální činnosti nutné pro samostatný život v domácnosti. Opět jako u testu ADL se hodnotilo samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto činnost provést za pomoci bodového skóre. Jeho hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala.

První položka (telefonování) byla hodnocena maximálním bodovým skóre (vyhledá samostatně číslo, vytočí je) u 24 respondentů. Znalost několika čísel a schopnost odpovídat na zavolání byla zaznamenána u 10 respondentů (6 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 4 respondenti z domácího prostředí). Používat telefon nedokáže 9 respondentů (8 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí).

Druhá položka (transport) byla hodnocena maximálním bodovým skóre (samostatně cestuje dopravním prostředkem) u 7 respondentů. Jedná se o osoby v rodinném prostředí. Většina z respondentů (35) vyžaduje při cestování doprovod. Jeden uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením vyžaduje při svém přesunu pomoc druhé osoby, příp. speciálně upravené vozidlo.

Třetí položku (nakupování) bylo schopno samostatně provést 5 respondentů (3 uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením a 3 respondenti z rodinného prostředí). 25 respondentů potřebuje při nakupování doprovod či radu druhé osoby. Bez podstatné pomoci jiné osoby tuto činnost neprovede 12 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 1 respondent z domácího prostředí.

Čtvrtou položku (vaření) zvládá s maximálním možným hodnocením (samostatně uvaří celé jídlo) 11 respondentů (3 uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením, 8 osob z rodinného prostředí). Jídlo si ohřát zvládne 12 respondentů (7 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením, 5 osob z rodinného prostředí). 20 respondentů (13 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením, 7 osob z rodinného prostředí) si nechává jídlo připravit druhou osobou.

Pátou položku (domácí práce) vykonává s maximálním bodovým skóre (udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací) 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením a 11 respondentů z rodinného prostředí. Pouze lehčí práce či nedostatečný úklid provede 15 respondentů (11 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 4 respondenti z rodinného prostředí). Pomoc či neúčast na domácích pracích byla zaznamenána u respondentů 11 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 5 respondentů z rodinného prostředí.

Šestou položku (práce okolo domu) vykonává samostatně 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením a 4 respondenti z rodinného prostředí. Práce provede pod dohledem 6 respondentů pocházejících z ústavního (3) i rodinného (3) prostředí. Pomoc či neúčast na pracích byla zaznamenána u většiny (32) respondentů. Mezi nimi bylo 19 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 13 respondentů z rodinného prostředí.

Sedmá položka (užívání léků) byla hodnocena jako samostatně prováděná u 22 respondentů (12 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 10 respondentů z rodinného prostředí). 10 osob z rodinného a 10 z ústavního prostředí užívalo léky na základě připomenutí osoby v okolí. Jednomu uživateli z prostředí domova pro osoby se zrakovým postižením bylo nutné léky podávat prostřednictvím personálu.

Osmá otázka (finance) se zabývala zacházením s finančními prostředky. Samostatně uvedlo, že své peníze spravuje 13 respondentů (6 z ústavního a 7 z rodinného prostředí). Potřebu pomoci s většími výdaji uvedlo 10 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 8 respondentů z rodinného prostředí. Nutnost pomoci při zacházení s penězi byla zaznamenána u 7 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením a 5 respondenty pocházejícími z rodinného prostředí.

Součet jednotlivých skóre položek testu IADL vyhodnotil 28 respondentů z našeho výzkumného vzorku, osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jako závislé na pomoci v činnostech nutný pro samostatný život. Částečně na pomoci svého okolí závislých je 14 respondentů. Jediný respondent pocházející z rodinného prostředí byl schopen vykonávat aktivity ve vlastní domácnosti zcela samostatně, bez pomoci okolí. Dosažené celkové hodnoty skóre v testu IADL dokládají sníženou úroveň funkčních schopností v oblasti instrumentálních denních aktivit nutných pro samostatný život ve vlastní domácnosti u respondentů z řad osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Osoby z naší cílové skupiny byly v aktivitách testu IADL (oproti výsledku testu ADL) vyhodnoceny jako nesoběstačné, závislé na pomoci svého okolí.

Třetím blokem proběhnutého dotazníkového šetření byl standardizovaný test MMSE, hodnotící kognitivní funkce a sledující přítomnost kognitivní poruchy v oblasti orientace, vybavnosti a paměti, pozornosti a jazykových kompetencí. Kvůli zrakové ztrátě respondentů a omezeními, z uvedeného plynoucími, byl tento test pro potřeby našeho výzkumného šetření modifikován. Pro celkem 27 otázek bylo zachováno rozčlenění do 5 úseků podle výše zmíněných oblastí. Správné zodpovězení otázky bylo hodnoceno 1, nesprávné či žádné 0.

V prvním úseku (orientace) byla zaznamenána správná odpověď od všech (43) respondentů při otázce č. 6 a 7. Otázku č. 3 nedokázal správně odpovědět 1 uživatel domova pro osoby se zrakovým postižením. Rovněž 1 respondent z řad uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením nesprávně zodpověděl otázku č. 7. Správně určit poschodí, ve kterém se respondent nachází (otázka č. 10), nedokázala jedna osoba pocházející z rodinného prostředí. Správně zodpovědět otázky č. 1 a 2 zvládlo 41 respondentů (nesprávně odpověděli 2 respondenti z řad uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením). Nejméně respondentů v tomto úseku (40) zvládlo odpovědět správně na otázky č. 4, 5 a 8.

V úseku druhém (registrace) u otázek č. 11 - 13 byla zaznamenána správná odpověď u všech (43) zúčastněných respondentů.

Úsek třetí (počty) byl rozdělen do 5 otázek na základě postupného odečítání čísla 7 od hodnoty 100. Otázku č. 14 odpověděli správně všichni (43) zúčastnění respondenti. Další odčítání čísla 7 u otázky č. 15 správně provedlo 36 respondentů. Výši čísla u otázek č. 16, 17, 18 správně vypočetlo 37 respondentů. Tento úsek patřil v testu k částem s nejnižším dosaženým skóre.

Ve čtvrtém úseku (paměť) si respondenti měli znovu vybavit slova z druhého úseku. Tato část opět patřila z hlediska počtu správných odpovědí k nejproblematičtějším, přesto se mezi respondenty nevyskytla osoba, která by si nezapamatovala minimálně jedno z opakovaných slov. Nejvíce respondentů (41) si zapamatovalo pojem citron. 35 respondentů si pamatovalo slov klobouk, stejný počet respondentů pak slovo auto.

Pátý úsek (jazyk) se zabýval porozuměním a expresivnímu vyjádření řeči. Rozpoznat a pojmenovat předmět vložený do ruky u otázky č. 22 (tužka) zvládli všichni (43) respondenti. Při rozpoznání předmětu hodinky u otázky č. 23 nebyla správnost provedení úkolu u jednoho respondenta do formuláře zaznamenána, proto je celková hodnota správných dosažených výsledků pouze 42. Odposlech věty a její následné správné zopakování v otázce č. 24 zvládlo pouze 30 respondentů. Tento úkol patřil k těm s nejnižším celkovým bodovým skóre v rámci tohoto úseku i celého testu. Rovněž v tomto případě nebyla správnost provedení úkolu u jednoho respondenta do formuláře zaznamenána. V úkonu otázky č. 25 byla v jednom případě zaznamenána chyba, respondent papír uchopil do ruky opačné, než bylo řečeno. Proto je celkový počet respondentů, kteří

tento úkol správně provedli 42. Úkony otázek č. 26, 27 byly provedeny bezchybně všemi (43) respondenty.

Výsledky získané testem MMSE ukazují, že největší obtíže našim respondentům činily úkoly z oddílů na paměť, počty. V jazykové oblasti naši respondenti zvládli všechny úkony, pouze při opakování věty otázky č. 24 velmi často přehazovali pořadí vyslovených slov ve větě. Vzhledem k uzpůsobení testových položek absenci zrakového vnímání nemůžeme dosažené výsledky porovnávat s výsledky intaktní populace. Průměrná hodnota skóre byla 25,3. Respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění.

Výsledky získané třemi dotazníky zaměřenými na oblast závislosti, samostatnosti a kognitivních funkcí u sledované skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku představují velmi podstatné informace z hlediska charakteristik této skupiny. Výzkum mezi 43 respondenty ukázal, že v základních sebeobslužných činnostech jsou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve většině případů nezávislé či lehce závislé na pomoci okolí, což může plynout z omezení způsobených zrakovou ztrátou. V aktivitách tzv. instrumentálních činností více než polovina respondentů (65%) vykazovala úroveň závislosti, a tedy bez podstatné pomoci by nezvládala samostatný život v domácnosti. Tyto informace jsou ve shodě s výsledky výzkumu

Travise, Boenera, Reinharda a Horowitz z roku 2004 (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) prezentovaného v podkapitole 7. 2 Metody výzkumu. Informace z našeho dotazníkového šetření potvrzují omezení samostatnosti a soběstačnosti (funkčního statusu) v kontextu zrakového postižení a dalších zdravotních komplikací způsobených stárnutím. Omezení funkčního statusu mají zásadní vliv na úspěšnost a obecně realizaci výuky PO SP a jako taková musejí být v rámci výuky PO SP zohledněna.

Informace získané testem MMSE neprokázaly u sledovaných osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku výrazné změny v oblasti kognitivních funkcí. Respondenti měli největší problémy v úkolech vyžadujících paměťové schopnosti, početní dovednosti a v reprodukci věty. V rámci získaného celkového skóre však vliv na paměťové a kognitivní dovednosti obecně pojené s procesem stárnutí nemůžeme potvrdit. Průměrná hodnota skóre byla 25,3 bodu. Nejnižší získané celkové skóre bylo v tomto testu 22 bodů z celkového počtu 27 bodů, což představuje ztrátu 5 bodů. Vzhledem k uzpůsobení testových položek absenci zrakového vnímání nemůžeme sice dosažené výsledky porovnávat s výsledky intaktní populace, nicméně ztráta 5 bodů v celkovém hodnocení představuje dolní hranici - bez

poruchy kognitivních funkcí. Naši respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění. V rámci výuky PO SP tyto závěry blíže rozvedeme v kapitole 9 Diskuze.

8.4 Verifikace stanovených hypotéz

Kvantitativně orientovaný výzkum pomocí standardizovaných testů v souladu s jeho cílovým zaměřením má za úkol analyzovat rozdíly ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí, ve kterém se sledované osoby nacházejí.

Zformulované výzkumné problémy se zabývaly rozdíly ve schopnostech potřebných pro výuku PO SP mezi osobami pocházejícími z domácího prostředí a osobami žijícími v domovech pro osoby se zrakovým postižením.

V následujících řádcích budou za pomoci statistických testů významnosti ověřeny statistické hypotézy prezentované v podkapitole 7. 1. 1 Kvantitativní přístup. Pro přehlednost a snadnější orientaci v textu jsme jednotlivé hypotézy rozčlenili do subkapitol.

8.4.1 Ověření vztahu mezi testy ADL a IADL

H₀1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL neexistuje statisticky významný vztah.

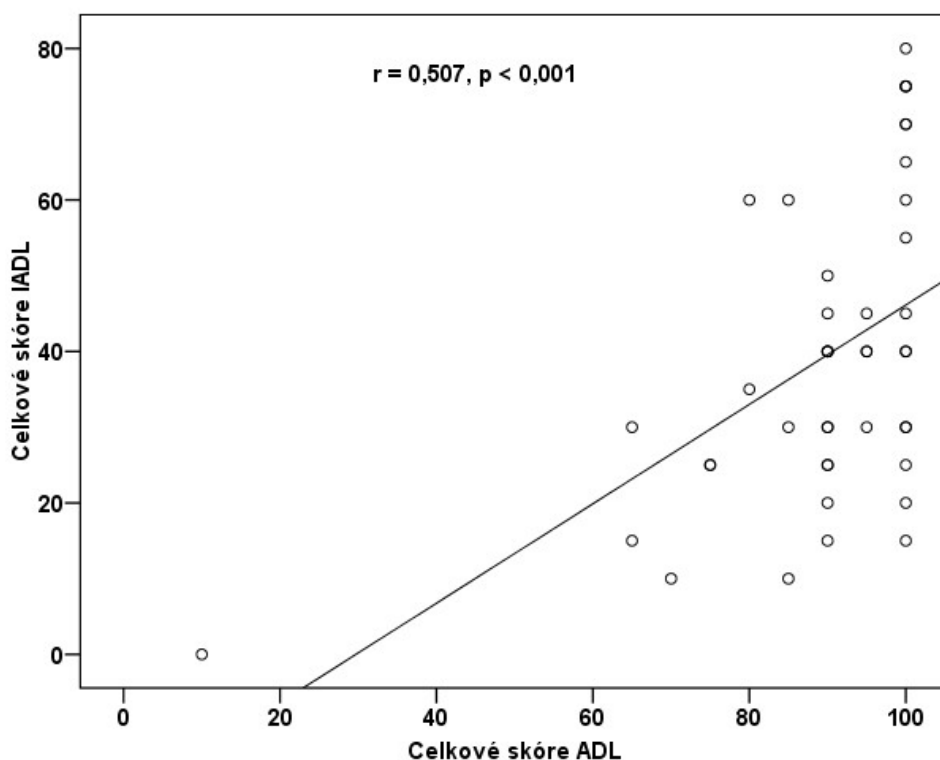
H_A1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL existuje statisticky významný vztah.

Hypotéza byla ověřena výpočtem korelačního koeficientu mezi celkovým skóre dotazníku ADL a celkovým skóre dotazníku IADL. Testem normality dle Shapira a Wilka bylo prokázáno, že zkoumaná veličina celkové skóre ADL nemá normální rozdělení. Proto byl ke korelační analýze použit neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Statisticky významně nenulová hodnota korelačního koeficientu $r = 0,507$, $p = 0,001$ vypovídá o pozitivní středně silné závislosti mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL. Nulovou hypotézu můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy. S vyššími hodnotami celkového skóre dotazníku ADL můžeme očekávat i vyšší hodnoty celkového skóre dotazníku IADL. Rozložení hodnot je ukázáno bodovým grafem s regresní přímkou, která naznačuje směr závislosti.

Tab. 32: Spearmanův korelační koeficient celkového skóre dotazníků ADL a IADL

| Korelace | | | Celkové skóre IADL |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|
| Spearmanovo ρ | Celkové skóre ADL | Korelační koeficient | ,507 |
| | | Oboustranná signifikance | ,001 |
| | | N | 43 |

Graf 7: Rozložení hodnot celkového skóre dotazníků ADL a IADL



Podle hodnot celkového skóre ADL a IADL byli pacienti zařazeni do kategorií nezávislí, lehká závislost, resp. částečně závislí a vysoce závislí, resp. závislí. Vztah mezi stupněm závislosti a stupněm soběstačnosti byl zhodnocen i McNemarovým-Bowkerovým testem symetrie, který je založen na četnostech v kontingenční tabulce.

Do řádků kontingenční tabulky byly zaznamenány kategorie stupňů závislosti dle ADL a do sloupců kategorie stupňů soběstačnosti dle IADL. McNemarovým-Bowkerovým testem byl prokázán statisticky významný posun v posuzování závislosti mezi oběma dotazníky, $p < 0,0001$. Pouze jeden respondent (2 %) byl oběma dotazníky hodnocen jako nezávislý, pět respondentů (12 %) bylo hodnoceno jako lehce, resp. částečně závislí a jeden (2 %) byl hodnocen oběma metodami jako vysoce závislý, resp. závislý. Dotazníkem ADL bylo 9 respondentů (21 %) hodnoceno jako nezávislí, ale dotazník IADL je hodnotil jako částečně závislé, a 7 respondentů (16

%) bylo dokonce hodnoceno dotazníkem IADL jako závislí, ačkoliv dle dotazníku ADL byli nezávislí. Největší část respondentů (20, 47 %) bylo hodnoceno dotazníkem ADL kategorií lehce závislí a dotazníkem IADL jako závislí.

Z tohoto rozložení je patrné, že hodnocení respondentů dotazníkem IADL bylo oproti testu ADL více pregnantní.

Tab. 33: Kontingenční tabulka celkového skóre dotazníků ADL a IADL

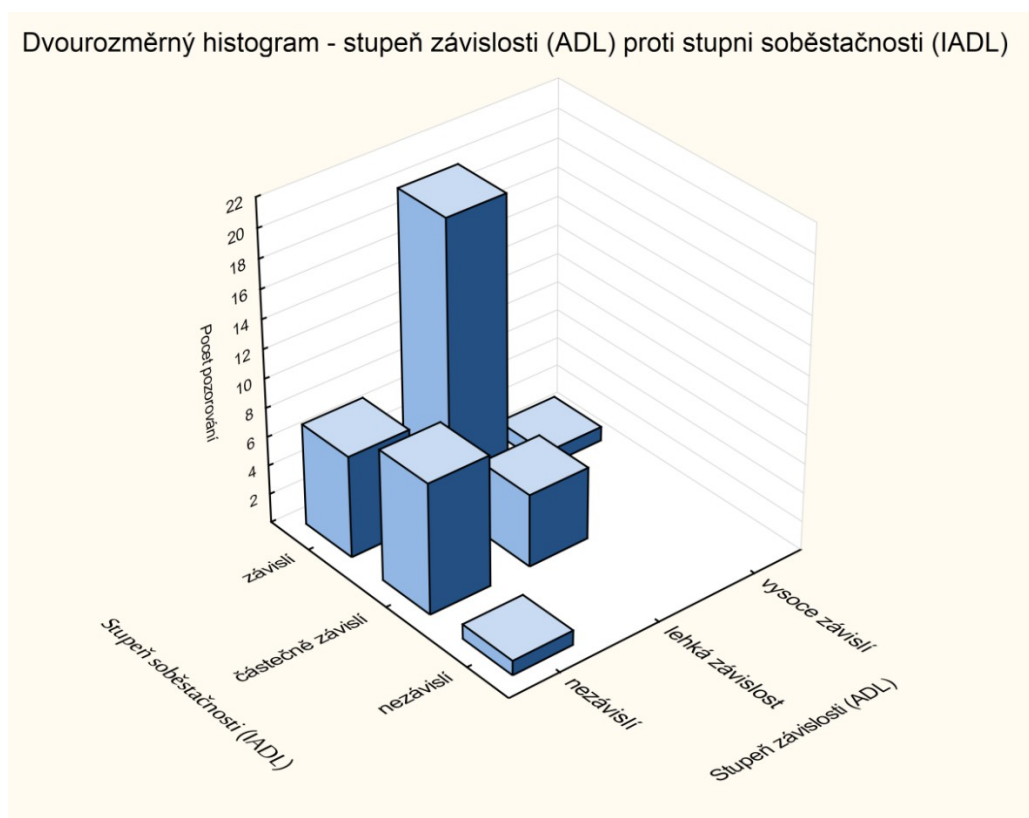
Konting

| | | Stupeň soběstačnosti (IADL) | | | Celkem |
|-------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|-------------|--------------|
| | | nezávislí | částečně závislí | závislí | |
| Stupeň závislosti (ADL) | nezávislí | Četnost 1 2,3% | 9 20,9% | 7 16,3% | 17 39,5% |
| | lehká závislost | Četnost 0 ,0% | 5 11,6% | 20 46,5% | 25 58,1% |
| | vysoce závislí | Četnost 0 ,0% | 0 ,0% | 1 2,3% | 1 2,3% |
| Celkem | | Četnost 1 2,3% | 14 32,6% | 28 65,1% | 43 100,0% |

Tab. 34: McNemar-Bowker test celkového skóre dotazníků ADL a IADL

| | Hodnota | Stupně volnosti | Asymptotická oboustranná signifikance |
|------------------------|---------|-----------------|---------------------------------------|
| McNemar-Bowkerův Test | 36,000 | 3 | <0,0001 |
| Počet platných případů | 43 | | |

Graf 8: Dvojměrný histogram celkového skóre dotazníků ADL a IADL



Jelikož byla pomocí statistických testů významnosti potvrzena středně silná závislost mezi testy ADL a IADL je možné přijmout alternativní hypotézu H_{A1} o existenci vztahu mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

8.4.2 *Ověření vztahu mezi testy ADL a MMSE*

H₀2: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

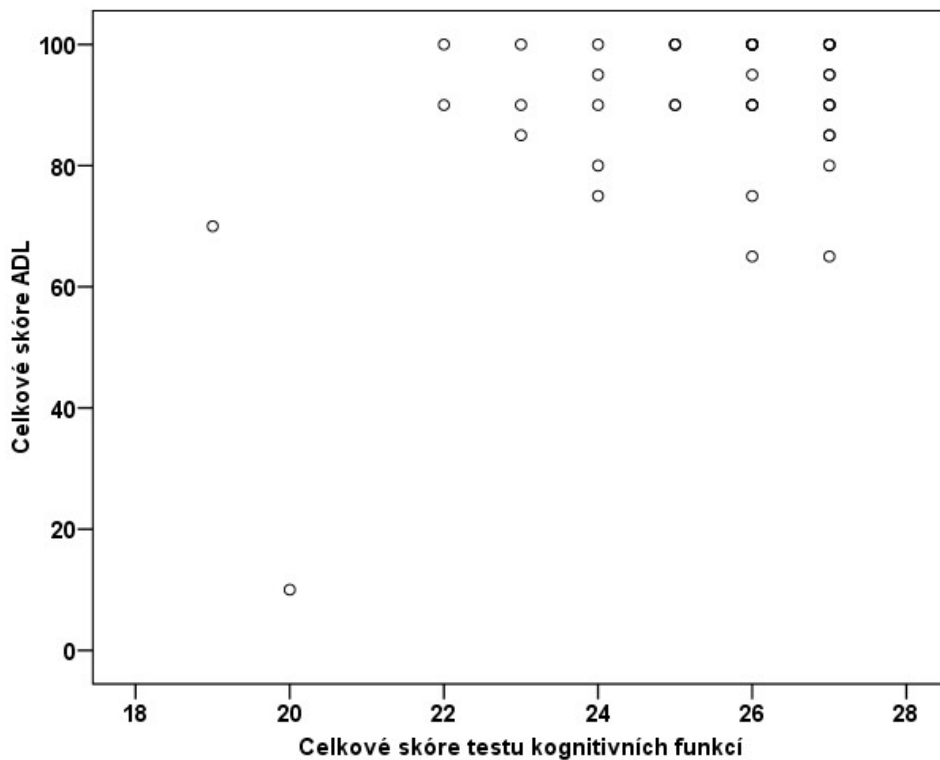
H_A2: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

Hypotéza byla ověřena výpočtem korelačního koeficientu mezi celkovým skóre dotazníku ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí. Testem normality dle Shapira a Wilka bylo prokázáno, že veličina skóre testu kognitivních funkcí nemá normální rozdělení. Proto byl ke korelační analýze použit opět neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Korelační analýzou nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi celkovým skóre dotazníku ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí, $r = 0,123$, $p = 0,432$. Je to patrné i z bodového grafu. Hypotézu H₀2 nemůžeme zamítnout.

Tab. 35: *Spearmanův korelační koeficient skóre dotazníků ADL a MMSE*

| Korelace | | | Celkové skóre testu kognitivních funkcí |
|-----------------|-------------------|--------------------------|---|
| Spearmanovo r | Celkové skóre ADL | Korelační koeficient | ,123 |
| | | Oboustranná signifikance | ,432 |
| | | N | 43 |

Graf 9: Bodový graf celkového skóre dotazníku ADL a MMSE



Pomocí statistického testu významnosti byla potvrzena platnost H_02 o neexistenci závislosti mezi stupněm závislosti a celkovým skóre testu kognitivních funkcí osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

8.4.3 Ověření vztahu mezi testy IADL a MMSE

H₀3: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

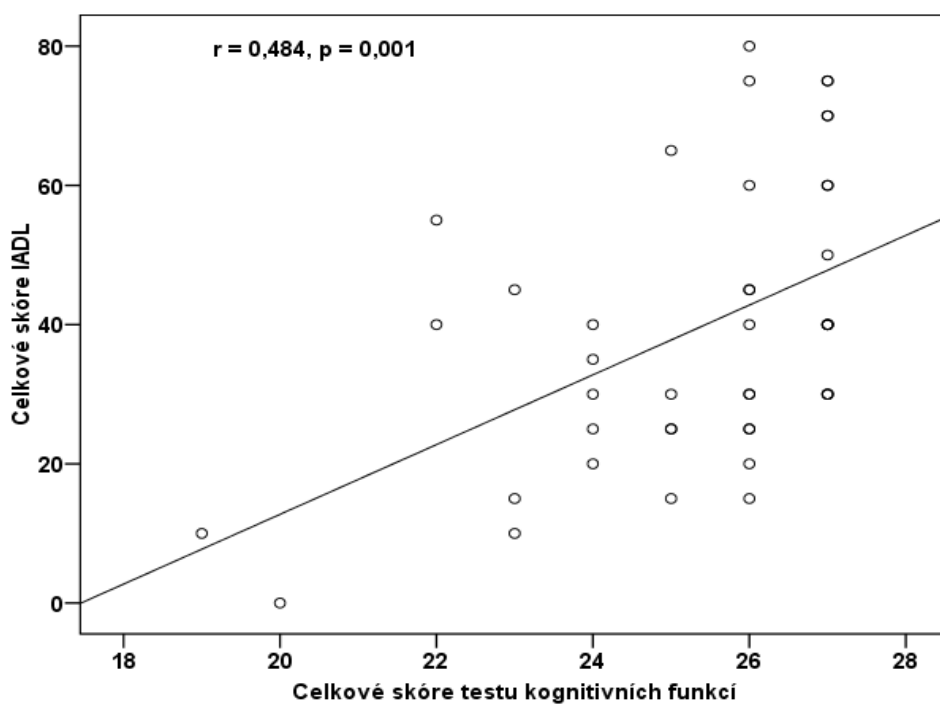
H_A3: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

Hypotéza byla ověřena obdobně jako hypotéza H₀2. Korelační analýzou byl prokázán statisticky významný středně silný vztah mezi celkovým skóre dotazníku ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí, $r = 0,484$, $p = 0,001$. I z bodového grafu s regresní přímkou je patrné, že se zvyšujícími se hodnotami celkového skóre testu kognitivních funkcí se zvyšují hodnoty celkového skóre testu ADL. Hypotézu H₀3 můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H_A3.

Tab. 36: Spearmanův korelační koeficient skóre dotazníků IADL a MMSE

| Korelace | | | Celkové skóre IADL |
|--------------------|---|--------------------------|--------------------|
| Spearmanovo ρ | Celkové skóre testu kognitivních funkcí | Korelační koeficient | ,484 |
| | | Oboustranná signifikance | ,001 |
| | | N | 43 |

Graf 10: Bodový graf celkového skóre dotazníků IADL a MMSE



Na základě zjištění středně silného vztahu mezi oběma proměnnými byla přijata H_{A3} potvrzující závislost mezi stupněm závislosti (resp. míře samostatnosti v instrumentálních činnostech) a celkovým skóre testu kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

8.4.4 Ověření vztahu mezi věkem a proměnnými

H₀4: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k věku.

H_A4: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k věku.

Hypotéza byla opět ověřena výpočtem Spearmanova korelačního koeficientu. Korelační analýzou byla prokázána pouze statisticky významná slabá závislost mezi věkem a hodnocením stupně závislosti dle dotazníku ADL, $r = 0,345$, $p = 0,024$. Z kontingenční tabulky je zřejmé, že se zvyšujícím se věkem se snižuje procentuální zastoupení nezávislých respondentů a narůstá procentuální podíl respondentů s lehkou závislostí. Přesné rozložení je patrné i z kontingenční tabulky a ze skládaného sloupcového grafu.

Tab. 37: Kontingenční tabulka skóre ADL a věku

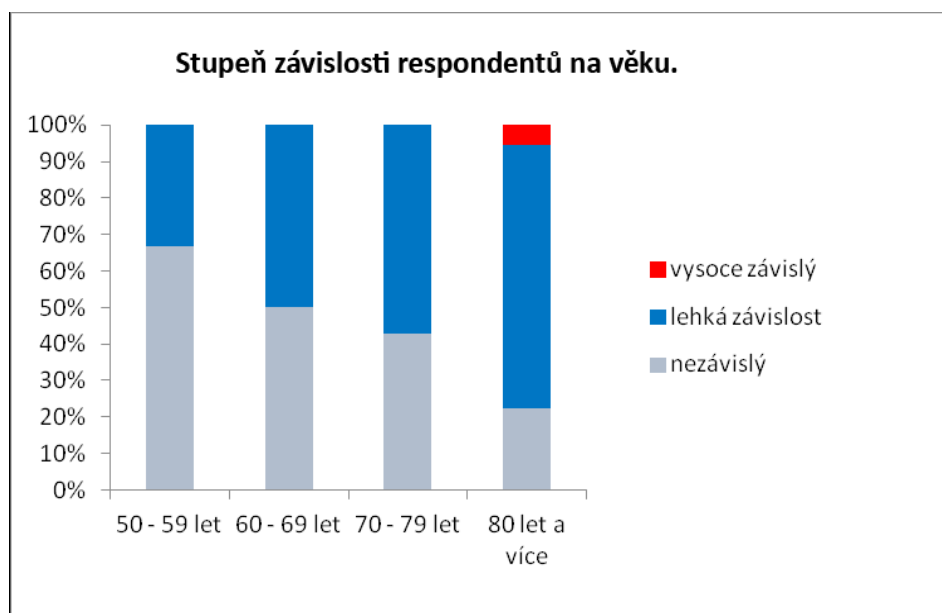
Kontingenční tabulka

| | | | Stupeň závislosti (ADL) | | | Celkem |
|--------|-----------------|---------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|
| | | | nezávislí | lehká závislost | vysoce závislí | |
| Věk | 50 - 59 let | Četnost | 4 | 2 | 0 | 6 |
| | | % | 66,7% | 33,3% | ,0% | 100,0% |
| | 60 - 69 let | Četnost | 6 | 6 | 0 | 12 |
| | | % | 50,0% | 50,0% | ,0% | 100,0% |
| | 70 - 79 let | Četnost | 3 | 4 | 0 | 7 |
| | | % | 42,9% | 57,1% | ,0% | 100,0% |
| | více než 80 let | Četnost | 4 | 13 | 1 | 18 |
| | | % | 22,2% | 72,2% | 5,6% | 100,0% |
| Celkem | | Četnost | 17 | 25 | 1 | 43 |
| | | % | 39,5% | 58,1% | 2,3% | 100,0% |

Tab. 38: Spearmanův korelační koeficient skóre ADL a věku

| | | Hodnota | Asymptotická standardní chyba | Signifikance |
|------------------------|---------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------|
| Ordinální závislost | Spearmanův korelační koeficient | ,345 | ,138 | ,024 |
| Počet platných případů | | 43 | | |

Graf 11: *Stupeň závislosti (ADL) na věku*



Závislost mezi stupněm soběstačnosti dle dotazníku IADL a věkem Spearmanovým korelačním koeficientem prokázána nebyla, $r = 0,232$, $p = 0,153$. Četnostní rozložení udává kontingenční tabulka a je zřejmé ze sloupcového skládaného grafu.

Tab. 39: *Kontingenční tabulka soběstačnosti (IADL) na věku*

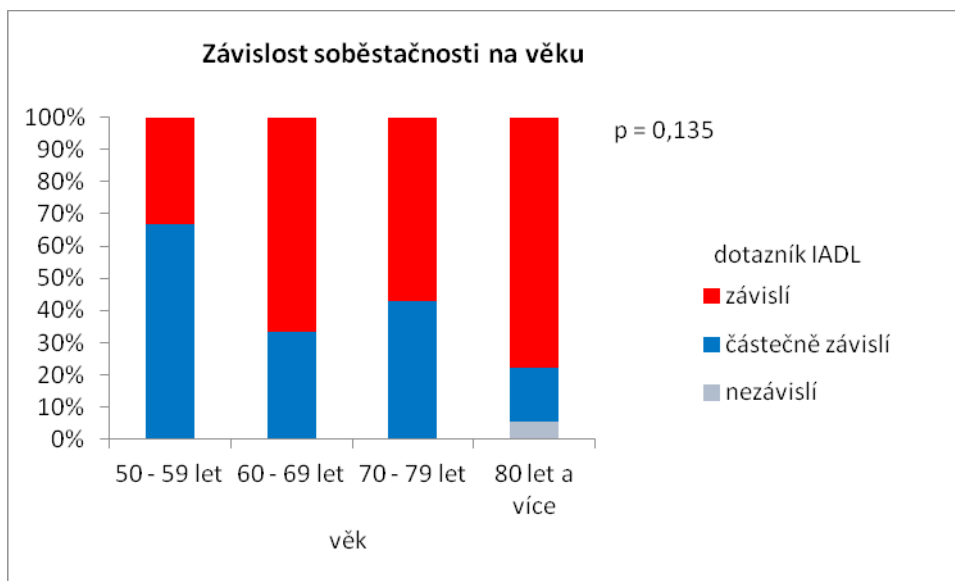
Kontingenční tabulka

| | | | Stupeň soběstačnosti (IADL) | | | Celkem |
|--------|-----------------|---------|-----------------------------|------------------|---------|--------|
| | | | nezávislý | částečně závislý | závislý | |
| Věk | 50 - 59 let | Četnost | 0 | 4 | 2 | 6 |
| | | % | ,0% | 66,7% | 33,3% | 100,0% |
| | 60 - 69 let | Četnost | 0 | 4 | 8 | 12 |
| | | % | ,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | 70 - 79 let | Četnost | 0 | 3 | 4 | 7 |
| | | % | ,0% | 42,9% | 57,1% | 100,0% |
| | více než 80 let | Četnost | 1 | 3 | 14 | 18 |
| | | % | 5,6% | 16,7% | 77,8% | 100,0% |
| Celkem | | Četnost | 1 | 14 | 28 | 43 |
| | | % | 2,3% | 32,6% | 65,1% | 100,0% |

Tab. 40: Spearmanův korelační koeficient soběstačnosti (IADL) na věku

| | | Hodnota | Asymptotická standardní chyba | Signifikance |
|------------------------|---------------------------------|---------|-------------------------------|--------------|
| Ordinální závislost | Spearmanův korelační koeficient | ,232 | ,153 | ,135 |
| Počet platných případů | | 43 | | |

Graf 12: Závislost soběstačnosti (IADL) na věku

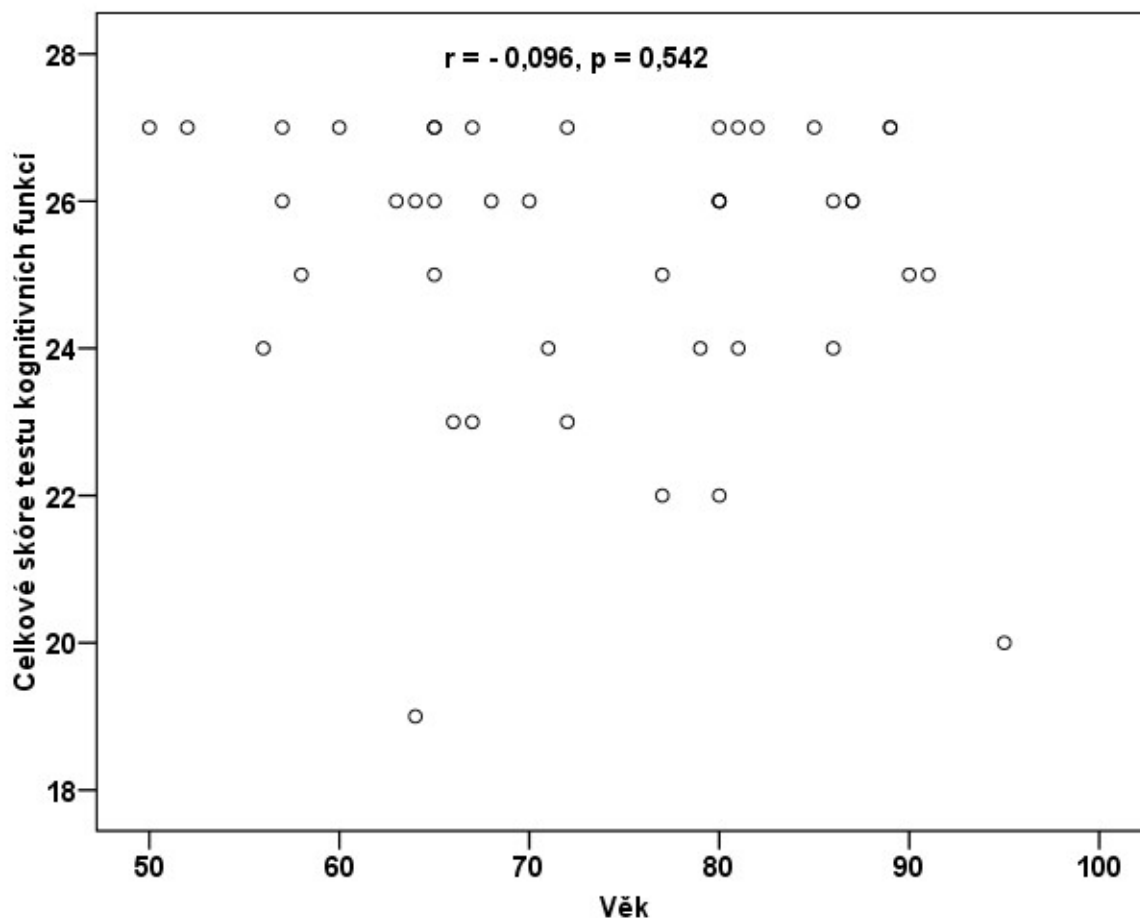


Nepodařilo se prokázat ani závislost celkového skóre testu kognitivních funkcí na věku. Hodnota Spearmanova korelačního koeficientu byla rovna -0,096, $p = 0,542$. Situace je ukázána bodovým grafem.

Tab. 41: Spearmanův korelační koeficient kognitivních funkcí na věku

| Korelace | | | Věk |
|---------------|---|--------------------------|-------|
| Spearmanovo r | Celkové skóre testu kognitivních funkcí | Korelační koeficient | -,096 |
| | | Oboustranná signifikance | ,542 |
| | | N | 43 |

Graf 13: *Závislost kognitivních funkcí na věku*



Ověřením vztahu věku a proměnných (závislosti, soběstačnosti a celkovým skórem kognitivních funkcí) pomocí standardizovaných testů významnosti se podařilo prokázat pouze velmi slabá závislost v případě stupně závislosti, měřeným v testu ADL, a věkem respondentů. Naopak nepodařilo se prokázat vztah mezi úrovní soběstačnosti a věkem a také celkovým skórem kognitivních funkcí a věkem osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Na základě těchto zjištění můžeme H_{A4} : Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí závisí na věku považovat za platnou pouze částečně, a to v případě hodnocení míry závislosti a věku.

8.4.5 *Ověření vztahu mezi pohlavím respondentů a proměnnými*

H₀₅: *Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k pohlaví.*

H_{A5}: *Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k pohlaví.*

Pro ověření nulové hypotézy byla data uspořádána do kontingenčních tabulek. Do řádků tabulek bylo zaznamenáno pohlaví respondentů, do sloupců hodnocení respondentů dle výsledků testů ADL a IADL. Následně byly provedeny Fisherovy přesné testy. Tyto testy neprokázaly statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami v hodnocení stupně závislosti pomocí testu ADL ($p = 0,440$) či pomocí testu IADL ($p = 0,747$). Četnostní rozložení mužů a žen v závislosti na stupni jejich soběstačnosti je ukázáno v kontingenčních tabulkách.

Porovnání mužů a žen v celkovém skóre testu kognitivních funkcí bylo provedeno pomocí Mann-Whitneyho U-testu. V tabulce popisné statistiky celkového skóre jsou uvedeny základní statistické ukazatele, které byly spočítány zvlášť pro skupinu mužů a žen. Hodnota mediánu celkového skóre (26 bodů) byla u mužů i žen stejná a Mann-Whitney U test neprokázal statisticky významné rozdíly, $p = 0,745$. Rozložení veličiny celkové skóre testu kognitivních funkcí u mužů a u žen je ukázáno box grafem.

Hypotézu H₀₅ nemůžeme zamítnout.

Tab. 42: *Kontingenční tabulka vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm závislosti (ADL)*

Kontingenční tabulka

| | | | Stupeň závislosti (ADL) | | | Celkem |
|---------|------|---------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|
| | | | nezávislí | lehká závislost | vysoce závislí | |
| Pohlaví | muži | Četnost | 10 | 11 | 0 | 21 |
| | | % | 47,6% | 52,4% | ,0% | 100,0% |
| | ženy | Četnost | 7 | 14 | 1 | 22 |
| | | % | 31,8% | 63,6% | 4,5% | 100,0% |
| Celkem | | Četnost | 17 | 25 | 1 | 43 |
| | | % | 39,5% | 58,1% | 2,3% | 100,0% |

Tab. 43: Fisherův přesný test vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm závislosti (ADL)

| | Hodnota | Oboustranná exaktní signifikance |
|------------------------|---------|----------------------------------|
| Fisherův přesný test | 1,799 | ,440 |
| Počet platných případů | 43 | |

Tab. 44: Kontingenční tabulka vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm soběstačnosti (IADL)

Kontingenční tabulka

| | | | Stupeň soběstačnosti (IADL) | | | Celkem |
|---------|------|---------|-----------------------------|------------------|---------|--------|
| | | | nezávislí | částečně závislí | závislí | |
| Pohlaví | muži | Četnost | 1 | 6 | 14 | 21 |
| | | % | 4,8% | 28,6% | 66,7% | 100,0% |
| | ženy | Četnost | 0 | 8 | 14 | 22 |
| | | % | ,0% | 36,4% | 63,6% | 100,0% |
| Celkem | | Četnost | 1 | 14 | 28 | 43 |
| | | % | 2,3% | 32,6% | 65,1% | 100,0% |

Tab. 45: Fisherův přesný test vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm soběstačnosti (IADL)

| | Hodnota | Oboustranná exaktní signifikance |
|------------------------|---------|----------------------------------|
| Fisherův přesný test | 1,222 | ,747 |
| Počet platných případů | 43 | |

Tab. 46: Popisná statistika celkového skóre testu MMSE

Popisná statistika celkového skóre testu kognitivních funkcí

| | Muži | Ženy |
|---------------------|------|------|
| N | 21 | 22 |
| Průměr | 25,5 | 25,1 |
| Medián | 26,0 | 26,0 |
| Směrodatná odchylka | 1,3 | 2,4 |
| Minimum | 23 | 19 |
| Maximum | 27 | 27 |
| Percentily | | |
| | 25 | 24 |
| | 75 | 27 |

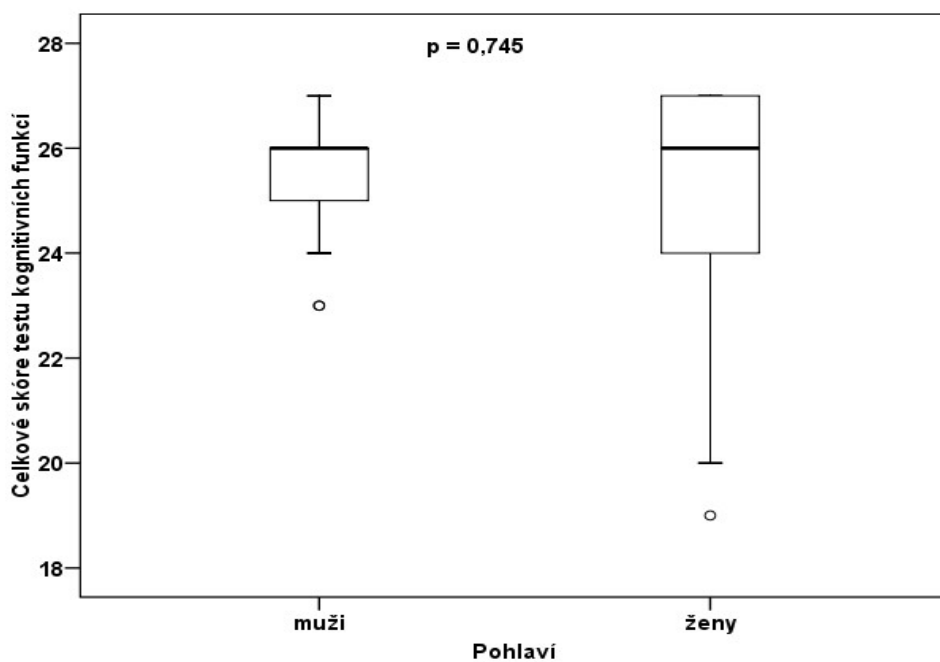
Tab. 47: Mann-Whitney U-test vztahu skóre testu MMSE a pohlaví respondentů

| Pořadí | | | | |
|---|---------|----|-----------------|---------------|
| | Pohlaví | N | Průměrné pořadí | Součet pořadí |
| Celkové skóre testu kognitivních funkcí | muži | 21 | 21,38 | 449,00 |
| | ženy | 22 | 22,59 | 497,00 |
| | Celkem | 43 | | |

Tab. 48: Testové statistiky vztahu skóre testu MMSE a pohlaví respondentů

| Testové statistiky | |
|------------------------|---|
| | Celkové skóre testu kognitivních funkcí |
| Mann-Whitney U | 218,000 |
| Z | -,326 |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | ,745 |

Graf 14: Box graf skóre testu MMSE a pohlaví respondentů



Box grafy:

Rozložení naměřených hodnot bylo znázorněno box grafy (vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu, horní hrana hodnotu 3. kvartilu, anténky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud byly v souboru nalezeny odlehle a extrémní hodnoty jsou zakresleny kroužky a hvězdičkami).

V rámci ověřování vztahu mezi pohlavím respondentů a proměnnými měřenými statistickými testy (ADL, IADL a MMSE) nebyla prokázána závislost. Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na pohlaví osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. H_05 můžeme považovat za platnou.

8.4.6 *Ověření vztahu mezi prostředím a proměnnými*

H₀6: *Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.*

H_A6: *Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí závisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.*

Hypotéza byla ověřena stejným způsobem jako hypotéza H₀5. Statisticky významný vztah mezi stupněm závislosti měřeným testem ADL a zařízením se prokázat nepodařilo, $p = 0,089$.

Byl nalezen pouze statisticky významný vztah mezi stupněm soběstačnosti, který byl měřen testem IADL, $p = 0,015$. Respondenti žijící v ústavu jsou statisticky významně častěji závislí (83 %) či lehce závislí (17 %). Polovina respondentů žijících v domácí péči je částečně závislých a 45 % respondentů je hodnoceno testem IADL jako závislí. Jeden respondent (5 %) byl hodnocen jako nezávislý.

Statisticky významný rozdíl mezi pacienty v domácí a ústavní péči v celkovém skóre testu kognitivních funkcí se najít nepodařilo, $p = 0,103$. U pacientů v ústavní i domácí péči byl medián skóre testu kognitivních funkcí stejný a byl roven hodnotě 26 bodů. Rozložení celkového skóre v závislosti na zařízení je ukázáno box grafem.

Tab. 49: *Kontingenční tabulka vztahu stupně závislosti (ADL) a prostředí (zařízení)*

Kontingenční tabulka

| | | | Stupeň závislosti (ADL) | | | Total |
|----------|--------------|-------------------|-------------------------|-----------------|----------------|--------|
| | | | nezávislí | lehká závislost | vysoce závislí | |
| Zařízení | ústavní péče | Count | 6 | 16 | 1 | 23 |
| | | % within Zařízení | 26,1% | 69,6% | 4,3% | 100,0% |
| | domácí péče | Count | 11 | 9 | 0 | 20 |
| | | % within Zařízení | 55,0% | 45,0% | ,0% | 100,0% |
| Total | | Count | 17 | 25 | 1 | 43 |
| | | % within Zařízení | 39,5% | 58,1% | 2,3% | 100,0% |

Tab. 50: Fisherův přesný test vztahu stupně závislosti (ADL) a prostředí (zařízení)

| | Hodnota | Oboustranná exaktní signifikance |
|------------------------|---------|--|
| Fisherův přesný test | 4,090 | ,089 |
| Počet platných případů | 43 | |

Tab. 51: Kontingenční tabulka vztahu stupně soběstačnosti (IADL) a prostředí (zařízení)**Kontingenční tabulka**

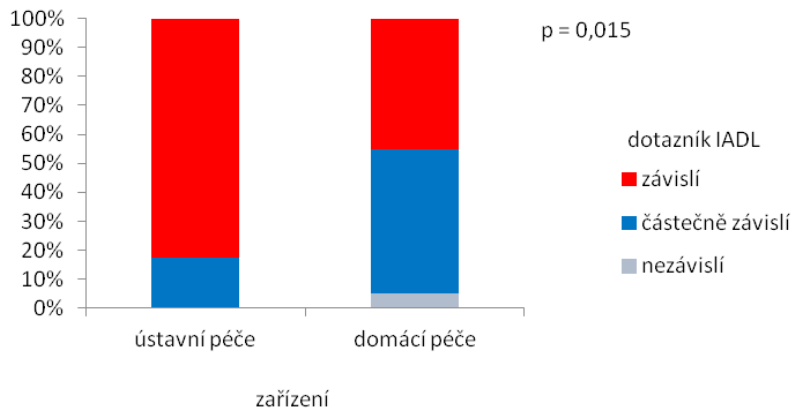
| | | | Stupeň soběstačnosti (IADL) | | | Celkem |
|----------|--------------|--------------|-----------------------------|---------------------|-------------|--------------|
| | | | nezávislí | částečně závislí | závislí | |
| Zařízení | ústavní péče | Četnost % | 0 ,0% | 4 17,4% | 19 82,6% | 23 100,0% |
| | domácí péče | Četnost % | 1 5,0% | 10 50,0% | 9 45,0% | 20 100,0% |
| Celkem | | Četnost % | 1 2,3% | 14 32,6% | 28 65,1% | 43 100,0% |

Tab. 52: Fisherův přesný test vztahu stupně soběstačnosti (IADL) a prostředí (zařízení)

| | Hodnota | Oboustranná exaktní signifikance |
|------------------------|---------|--|
| Fisherův přesný test | 6,765 | ,015 |
| Počet platných případů | 43 | |

Graf 15: Závislost soběstačnosti (IADL) na prostředí (zařízení)

Závislost soběstačnosti na zařízení



Tab. 53: *Popisná statistika celkového skóre kognitivních funkcí*

| | | Ústavní péče | Domácí péče |
|---------------------|----|--------------|-------------|
| N | | 23 | 20 |
| Průměr | | 24,7 | 25,9 |
| Medián | | 26,0 | 26,0 |
| Směrodatná odchylka | | 2,3 | 1,3 |
| Minimum | | 19 | 23 |
| Maximum | | 27 | 27 |
| Percentily | 25 | 24 | 25 |
| | 75 | 27 | 27 |

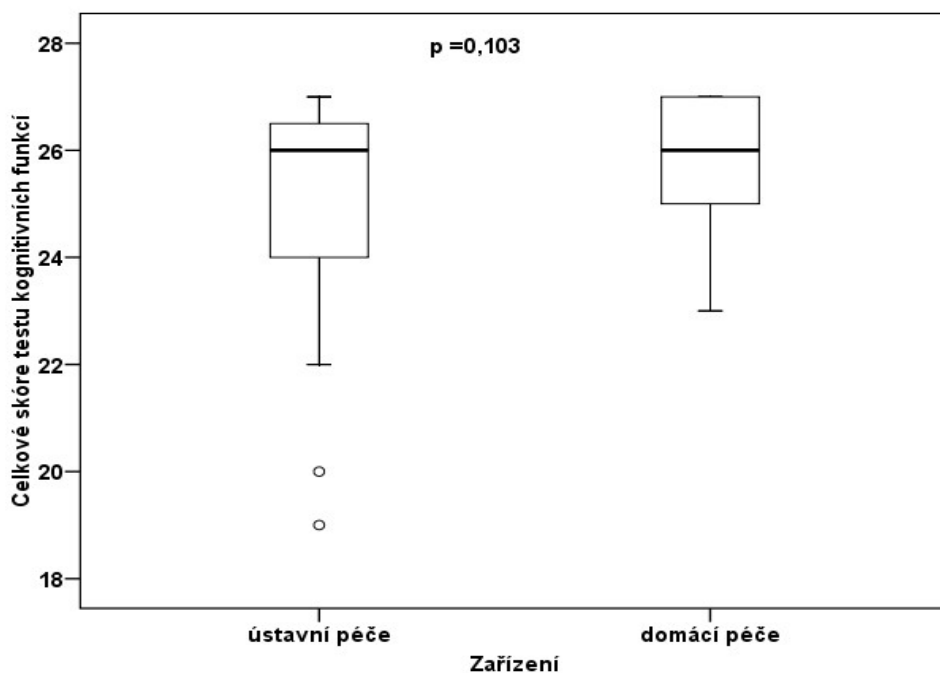
Tab. 54: *Mann-Whitney U-test celkového skóre kognitivních funkcí*

| Pořadí | | | | |
|---|--------------|----|-----------------|---------------|
| | Zařízení | N | Průměrné pořadí | Součet pořadí |
| Celkové skóre testu kognitivních funkcí | ústavní péče | 23 | 19,17 | 441,00 |
| | domácí péče | 20 | 25,25 | 505,00 |
| | Celkem | 43 | | |

Tab. 55: *Testové statistiky celkového skóre kognitivních funkcí*

| Testové statistiky | |
|---|---|
| | Celkové skóre testu kognitivních funkcí |
| Mann-Whitneyho U | 165,000 |
| Z | -1,632 |
| Asymptotická signifikance (oboustranná) | ,103 |

Graf 16: Box graf celkového skóre kognitivních funkcí



V rámci ověření vztahu mezi prostředím a proměnnými byl nalezen významný vztah pouze mezi výsledky testu IADL (míře samostatnosti) a prostředím, v němž se osoby nacházejí. Vztah mezi mírou závislosti a prostředím nebyl prokázán. Rovněž v případě výsledku celkového skóre v testu kognitivních funkcí a prostředím v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí nebyla prokázána závislost. H_06 můžeme přijmout za platnou pouze částečně. Neboť byla prokázána závislost mezi mírou samostatnosti a prostředím, ve kterém se osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském nacházejí. Respondenti žijící v domově pro osoby se zrakovým postižením jsou statisticky významně častěji závislí či lehce závislí oproti respondentům žijícím v domácí péči, kdy dokonce jeden respondent byl hodnocen jako nezávislý.

9 DISKUZE

V této části disertační práce vedeme diskuzi nad získanými výsledky dotazníkového šetření aplikovaného mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku pomocí standardizovaných testů. Vycházíme z kladených výzkumných problémů, stanovených výzkumných hypotéz a opíráme se o parciální analýzy jednotlivých dotazníkových položek prezentovaných v příslušných kapitolách dané práce.

Hlavním cílem praktické části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat šetření cílené na analýzu rozdílů ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí (rodinné, ústavní), ve kterém se sledované osoby nacházejí. Za pomoci tří standardizovaných testů byly sledovány rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích.

Do výzkumného šetření se zapojilo 43 respondentů ve věku od 50 do 95 let z České republiky (ČR). Byli do našeho výzkumného vzorku získáni z řad uživatelů Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením v České republice. Jednalo se o osoby, které splňují námi stanovená věková a další kritéria (viz 7. 3) a současně souhlasí se zapojením do výzkumného šetření. Počet respondentů je sice v rámci statistického zpracování relativně malý, na druhou stranu se jedná o úzce specifickou minoritu (končící produktivní a postproduktivní věk) v rámci celkového počtu osob se zrakovým postižením na území ČR. Rovněž limit pro vstup z hlediska míry postižení zraku bez kombinace z dalším postižením nám vymezil skupinu našich respondentů tak, aby se jednalo o osoby z nejtěžším stupněm zrakové ztráty, tedy nejvyššími potřebami z hlediska rehabilitace prostřednictvím výuky PO SP a současně aby na tuto výuku nepůsobili jiná omezení plynoucí z kombinace postižení (např. postižení sluchu, mentální postižení...). Osob pocházejících z rodinného (domácího) prostředí bylo méně (20) než osob z řad uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením (ústavní prostředí) (23). Tato skutečnost také plynula z dvojstupňového procesu získávání respondentů z řad osob v domácím prostředí. Nejprve byly požádány o spolupráci Tyfloservisy, o. p. s.; na základě jejich reakce (máme x nemáme uživatele se zadanými specifiky; jsme ochotni x nejsme ochotni spolupracovat) jsme je poprosili o kontakt na jejich uživatele a od nich pak teprve získali souhlas s účastí na výzkumném šetření. U osob z prostředí domova postačila spolupráce od lektora PO SP, který nás k jednotlivým uživatelům zavedl a vyčkal na jejich souhlas s realizací dotazníkového šetření.

Věkové kritérium pro vstup do výzkumného souboru bylo pečlivě zváženo. Rozhodli jsme se oslovit osoby, které jsou z hlediska pomoci a podpory spíše na okraji zájmu v končícím produktivním a v postproduktivním věku. Horní hranice věku nebyla stanovena. I když naší snahou bylo získat

ekvivalentní věkové rozložení respondentů, vzhledem k způsobu jejich získávání se nám toto nepodařilo. Nejhojněji zastoupenou skupinou byly osoby s věkem nad 80 let. Výzkumný soubor tvořilo 21 mužů a 22 žen.

V našem výzkumu se obecně zaměřujeme na vliv zvolených aspektů procesu stárnutí (viz Teoretická východiska a Příloha 1) v kontextu výuky PO SP. Řešenou problematiku vztahu vybraných činitelů k výuce PO SP jsme zformulovali do podoby výzkumných problémů (viz 7. 1. 1) o existenci rozdílů ve schopnostech samostatnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí mezi jedinci se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří žijí v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí. Pomocí tří statistických testů na zvolené proměnné jsme se zaměřili na sledování rozdílů mezi osobami se zrakovým postižením v domácí a ústavní péči.

K hodnocení samostatnosti a soběstačnosti respondentů v činnostech nutných pro samostatnou existenci byl zvolen test ADL. Položky testu se zabývaly provedením tzv. sebeobslužných činností. Samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto činnost provést byly hodnoceny bodovým skóre. Jeho hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala. Funkční schopnosti respondentů z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsme získali sečtením hodnot bodového skóre. V položkách testu ADL dosahovali respondenti úrovně samostatnosti či lehké závislosti. Většina respondentů (25) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech lehkou závislost. Nezávislých respondentů z řad osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku bylo 17. Jediný z respondentů vykazoval stupeň vysoké závislosti. Jedná se o osobu upoutanou na lůžko. Žádný z respondentů ve výsledku testu ADL nedosahoval úrovně závislosti středního stupně. Prezentované výsledky však mohly být ovlivněny více faktory. Prvním je otázka pravdivého zodpovězení jednotlivých položek respondentem samotným. Odpovědi na otázky intimního charakteru (např. inkontinence), byť byly před položením dostatečně zdůvodněny a respondent byl ubezpečen o anonymitě dotazníků, nebyly administrátory dále ověřovány. Výrok respondenta o úrovni jeho schopností při dané činnosti byl považován za pravdivý. Pouze v jediném případě, uživatelky domova pro osoby se zrakovým postižením, která trpěla poruchou krátkodobé a střednědobé paměti, byla pro vyplnění dotazníků oslovena tamní lektorka PO SP. Druhým důvodem získaných výsledků mohou být přednastavené volby v odpovědích na míru samostatnosti při provedení činnosti. Při vyplňování testů se vyskytly situace, kdy respondent váhal mezi dvěma možnostmi, jelikož provedení uvedené činnosti bylo proměnlivě ovlivněno celkovou situací, nebo nabízená odpověď přesně možnosti respondenta nevystihla. Např. respondent je schopen splnit položku 9 a zcela samostatně "ujít" vzdálenost nad 50 metrů ovšem za pomoci chodítka. Při hodnocení se proto autoři společně s respondentem snažili najít nejbližší možnou odpověď.

Hodnocení funkčního statusu formou testu ADL a IADL (viz dále) se dle Topinkové (2005) využívá hodnocení rozsahu a stupně postižení samostatnosti a soběstačnosti. Autorka uvádí, že hodnocení testem ADL by se mělo provádět zejména v případech těžšího postižení. Dle našich výsledků se osoby v dovednostech testu ADL respondenti dosahovali úrovně samostatnosti či lehké závislosti. Většina respondentů (25) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech lehkou závislost. Tento výsledek může být dán charakterem zrakového postižení a potřebou malé podpory z řad vidícího okolí. Celkově dosažený výsledek koresponduje s výzkumem Travise, Boerera, Reinharda a Horowitze z roku 2004 (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010), kteří uvádějí, že úkony základních všedních činností osoby se získaným zrakovým postižením zvládali při zachování vysoké míry samostatnosti.

K hodnocení samostatnosti a soběstačnosti respondentů v činnostech nutných pro samostatný život v domácnosti byl zvolen test IADL, který hodnotil tzv. instrumentální činnosti. Opět jako u testu ADL se hodnotilo samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto činnost provést za pomoci bodového skóre, jehož hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala.

V rámci hodnocení tohoto testu se blíže zaměříme na jeho jednotlivé položky. První položka se zabývala respondentovou samostatností při telefonování. Při hodnocení této činnosti se vedle respondentů používajících ozvučený telefon zcela samostatně a respondentů, kteří mají znalost několika čísel a schopnost odpovídat na zavolání, bylo zaznamenáno zajímavé zjištění. 8 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením telefon vůbec nevlastní a proto museli dle nabízených možností nulovým skóre (nedokáže použít telefon). Pouze jediný respondent z domácího prostředí z obav o zneužití své osoby prostřednictvím dealerů různého zboží nechává zvedat telefon svou manželku a rovněž ji nechává před plánovaným hovorem čísla vytočit. V případě třetí (nakupování) položky řada osob uvedla, že je schopna samostatně si nakoupit v pultovém obchodě s obsluhou, ale to prodejen typu "market" z důvodu nepřehlednosti volí doprovod a radu druhé osoby. Vzhledem k této skutečnosti byli respondenti hodnoceni 5 body skóre (nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby). Respondenti z prostředí domova pro osoby se zrakovým postižením byly dle svých tvrzení schopny zajít si do místního "kiosku", větší nákupy jim zařizují pracovníci. Proto byli v této činnosti hodnoceni 0 body (neschopen bez podstatné pomoci). Obdobně míra samostatnosti při činnosti vaření a úklidových činnostech se u respondentů z prostředí domova pro osoby se zrakovým postižením, vzhledem k charakteru tohoto zařízení v oblasti nabízených služeb, hodnotila těžce. Uživatelé byli dotazováni na teoretickou možnost, zda by činnost zvládli a v jakém rozsahu.

Hodnocení funkčního statusu formou testu IADL se dle Topinkové (2005) využívá hodnocení rozsahu a stupně postižení samostatnosti a soběstačnosti v případech lehčího postižení. Součet jednotlivých skóre položek testu IADL vyhodnotil 28 respondentů z našeho výzkumného vzorku,

osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jako závislé na pomoci v činnostech nutný pro samostatný život. Částečně na pomoci svého okolí je závislých 14 respondentů. Jediný respondent pocházející z rodinného prostředí byl schopen vykonávat aktivity ve vlastní domácnosti zcela samostatně, bez pomoci okolí.

Dosažené celkové hodnoty skóre v testu IADL dokládají sníženou úroveň funkčních schopností v oblasti instrumentálních denních aktivit nutných pro samostatný život ve vlastní domácnosti u respondentů z řad osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Osoby z naší cílové skupiny byly v aktivitách testu IADL (oproti výsledku testu ADL) vyhodnoceny jako nesoběstačné, závislé na pomoci svého okolí. Prezentované výsledky mohou být zkreslené nepřesnostmi v hodnocení popsány v předchozích řádcích a obdobně jako u testu ADL pravdivostí v odpovědích od samotných respondentů.

V aktivitách tzv. instrumentálních činností více než polovina našich respondentů (65%) vykazovala úroveň závislosti a tedy bez podstatné pomoci by nezvládala samostatný život v domácnosti. Závěry z těchto testů potvrzují výsledky výzkumu Travise, Boerera, Reinharda a Horowitze z roku 2004 (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) o existenci omezení samostatnosti a soběstačnosti (funkčního statusu) v oblasti instrumentálních aktivit v kontextu zrakového postižení a dalších zdravotních komplikací způsobených stárnutím oproti relativně vysoké míře samostatnosti při výkonu základních všedních činností. Omezení funkčního statusu mají zásadní vliv na úspěšnost a obecně realizaci výuky PO SP, a jako taková musejí být v rámci výuky PO SP zohledněna.

Pro hodnocení úrovně kognitivních funkcí a sledování možné přítomnosti kognitivní poruchy jsme zvolili test MMSE. Vybrán byl zejména proto, že poskytuje globální hodnocení v oblasti orientace, výbavnosti a paměti, pozornosti a jazykových kompetencí, což jsou oblasti, které mohou být zasaženy negativními dopady stárnutí.

Kvůli zrakové ztrátě respondentů a omezeními z uvedeného plynoucími jsme byli nuceni pro potřeby našeho výzkumného šetření modifikovat. Pro celkem 27 otázek bylo zachováno rozčlenění do 5 úseků podle výše zmíněných oblastí. Správné zodpovězení otázky bylo hodnoceno 1, nesprávné či žádné 0.

Výsledky získané testem MMSE ukazují, že největší obtíže našim respondentům činily úkoly z oddílů na paměť, počty. V jazykové oblasti naši respondenti zvládli všechny úkony, pouze při opakování věty otázky č. 24 velmi často přehazovali pořadí vyslovených slov ve větě. Dosažené výsledky sice nemůžeme srovnávat s výsledky intaktní populace, nicméně průměrná hodnota celkového skóre byla 25,3. Při zachování stejného hodnocení představuje ztráta 5 bodů dolní hranici hodnocení bez poruchy kognitivních funkcí. Nejnižší dosažené skóre mezi respondenty bylo 22.

Přestože se mezi respondenty nacházela jedna osoba s parciální poruchou paměti a jedna osoba s Parkinsonovou chorobou, v hromadných výsledcích celkového skóre se tato onemocnění neprojevila. Respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění.

Při administraci testem MMSE jsme zaznamenali mírné zpomalení reaktivity zejména při početních úkonech, respondenti se jakoby déle "rozpomínali". Vzhledem k instrukcím pro vyplňování tohoto testu (viz Topinková, 2005) však rozpětí odpovědí nepřesáhlo stanovených 10 sekund.

V rámci relativně malého vzorku respondentů a úvodním požadavkům pro výběr do zkoumaného vzorku (bez přidruženého postižení) je možné, že jsme osoby s výraznými projevy demence v rámci limitace těmito parametry eliminovali. Z tohoto důvodu také nemůžeme potvrdit vliv paměti a kognitivních dovedností jako činitele výuky PO SP, přestože z hlediska teoretických poznatků a výsledku výzkumů je souvislost s úrovní kognice, paměti a výuky PO SP zmiňována. Např. Griffin - Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) popisují výzkumy z roku 2006 zabývající se zdravotním stavem skupiny osob v období starší dospělosti, které potvrzují přítomnost středně těžké či těžké ztráty paměti. U 12, 7 % osob ve věku 65 a více let byla diagnostikována porucha paměti, která se vyskytovala častěji u mužů, než u žen. Podle Jonson, Bergtson, Coleman & Kirkwood (2005, sec. cit. Griffin - Shirley a Welsh In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) by měli lektoři PO SP pracující s takovouto kategorií osob individuální dopady na paměťové schopnosti jedince zohlednit zejména v oblasti procesní, episodické, explicitní paměti a zapamatovaných souvislostí v rámci jejich budoucího dokončení.

Další okolností, která se mohla do negativního výsledku v oblasti rozpoznání kognitivních poruch promítnout je globálnost testu pro více oblastí. Je možné, že volbou jiného testu, hlouběji zaměřeného na paměťové schopnosti bychom deficity v této oblasti zjistili.

Vztah měřených činitelů výuky PO SP v našem výzkumném šetření vyjadřovalo šest hypotéz. Pomocí statistických testů významnosti byla potvrzena středně silná závislost mezi testy ADL a IADL a byla přijata alternativní hypotéza o existenci vztahu mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL. Bylo potvrzeno naše očekávání, že s vyšší úrovní samostatnosti v základních denních činnostech můžeme očekávat i vyšší hodnoty samostatnosti v instrumentálních aktivitách. Při výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je tedy nutné počítat s těmito souvislostmi.

Mezi stupněm závislosti v základních denních činnostech (test ADL) a celkovým skóre testu kognitivních funkcí osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku

nebyl prokázán vztah. Nebyla potvrzena naše domněnka, že úroveň samostatnosti při výkonu základních denních činností souvisí s úrovní mentálního skóre osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. A tedy samostatnost osob z naší cílové skupiny je nezávislá na úrovni kognitivních funkcí. Tento výsledek může být ovlivněn nepřítomností osob s diagnostikovanou poruchou kognice v našem výzkumném vzorku. Dále stojí za úvahu dřívější zraková zkušenost respondentů při provedení jednotlivých činností.

Ačkoli se nepotvrdil vliv kognitivních schopností na samostatnost při výkonu základních denních činností, byla potvrzena závislost mezi mírou samostatnosti v instrumentálních činnostech a celkovým skóre testu kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Na základě zjištěného můžeme tedy předpokládat, že úroveň kognitivních funkcí osob z naší cílové kategorie odpovídá míře samostatnosti a soběstačnosti v instrumentálních aktivitách.

Z hlediska výuky PO SP je tedy potřeba úroveň funkčního statusu minimálně v některých aktivitách zohlednit v rámci úrovně kognitivních dovedností.

Oproti předpokladům plynoucím z determinujících vlivů procesu stárnutí byla v našem výzkumu prokázána pouze statisticky významná slabá závislost mezi věkem a úrovní soběstačnosti hodnocené dle dotazníku ADL. Je zřejmé, že se zvyšujícím se věkem se snižuje procentuální zastoupení nezávislých respondentů a narůstá procentuální podíl respondentů s lehkou závislostí. Zajímavou skutečností je, že se nepodařilo prokázat závislost na věku ani u soběstačnosti měřené testem IADL a ani u celkového skóre testu kognitivních funkcí. Což je vzhledem k nárůstu procentuálního podílu respondentů s lehkou závislostí v rámci testu ADL překvapivé. Vzhledem k tomu, že nejvíce našich respondentů má více jak 80 let, výsledky mohou být ovlivněny nerovnoměrným zastoupením v jednotlivých věkových rozmezích. Ztotožňujeme se s doporučením Griffin - Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) o nutnosti zohlednit možnou příčinu problémů funkčního statusu v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Ne všechny komplikace mohou být způsobeny pouhou absencí zrakového vnímání, přesahují kompetenci lektora PO SP a vyžadují multidisciplinární přístup.

Dle našich zjištění závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na pohlaví osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Celkové hodnocení v jednotlivých testech nebylo rozdílné v porovnání skupiny žen a mužů. Vzhledem k vyrovnanému počtu zástupců obou pohlaví můžeme tento závěr brát jako obecně platný.

V rámci ověření vztahu mezi prostředím a proměnnými byl nalezen významný vztah pouze mezi výsledky testu IADL (míře samostatnosti) a prostředím, v němž se osoby nacházejí. Respondenti žijící v ústavu jsou statisticky významně častěji závislí (83 %) či lehce závislí (17 %). Polovina respondentů žijících v domácí péči je částečně závislých a 45 % respondentů je hodnoceno testem IADL jako závislí. Jeden respondent (5 %) byl hodnocen jako nezávislý. Respondenti žijící v ústavu jsou statisticky významně častěji závislí či lehce závislí oproti respondentům žijícím v domácí péči, kdy dokonce jeden respondent byl hodnocen jako nezávislý. Lze očekávat, že uvedené výsledky plnou z charakteru služeb domova pro osoby se zrakovým postižením. Dá se očekávat, že jeho uživateli se stávají osoby, které nedokáží žít samostatně a potřebují pomoc v různých činnostech.

Vztah mezi mírou závislosti měřenou testem ADL a prostředím nebyl prokázán. Rovněž v případě výsledku celkového skóre v testu kognitivních funkcí a prostředím v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí nebyla prokázána závislost. Je možné, že tyto výsledky souvisí s výsledky v rámci hodnocení jednotlivých testů. Osoby v testu ADL byly hodnoceny jako nezávislé či lehce závislé, v úrovni mentálních schopností, jako osoby bez kognitivní poruchy. Dále předpokládáme, že v rámci předchozí zrakové zkušenosti a samostatného života před vznikem postižení byly osoby zejména v úkonech základních všedních činností (ADL - najedení, napití, použití WC...) naprosto samostatné. Se vznikem postižení dokázali provedení těchto činností přizpůsobit zrakové ztrátě. Instrumentální všední činnosti (IADL) naproti tomu předpokládají větší míru zapojení zrakového vnímání. Pro osobu se získaným zrakovým postižením je po jeho manifestaci problematické uvařit si, cestovat... dříve běžným způsobem. V rámci nutnosti pomoci pak vyhledávají služby domova pro osoby se zrakovým postižením. Otázkou také je, zda by pro prokázání souvislosti mezi proměnnými a prostředím, v němž se osoby nacházejí, nebylo potřeba získat větší počet respondentů.

Shrneme - li výše uvedená zjištění, spatřujeme vzájemný nepoměr ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve vztahu k prostředí, v němž tyto osoby žijí. Ačkoliv dovednosti základních sebeobslužných činností a úroveň kognitivních funkcí mají na značně vysoké úrovni, ve výkonu instrumentálních činností naopak potřebují pomoc svého okolí. Řada osob z naší cílové kategorie kvůli nesamostatnosti v těchto oblastech byla nucena využít služby domovů pro osoby se zrakovým postižením.

V rámci proběhlého výzkumu jsme prokázali souvislost úrovně funkčního statusu ve výkonu instrumentálních denních aktivit. Možné obtíže je tedy třeba zohlednit v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Další možná zdůvodnění vlivu činitelů na výuku PO SP z hlediska prostředí, v němž zkoumané osoby žijí, přináší kvalitativní úroveň pohledu Kapitoly 10.

10 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, PŘÍPADOVÉ STUDIE

Hlavním posláním této části je rozšířit soubor proměnných, které byly jako obecně a hromadně se vyskytující vybrány a staly se součástí ověřovaných hypotéz v kvantitativně orientovaném šetření, o další proměnné, které mohou rovněž na výuku PO SP působit, nikoliv však obecně či hromadně, ale jen v konkrétních ojedinělých případech. Přesto, že jsou ojedinělé, mohou v konkrétním případě působit rozhodujícím vlivem. Proto pokládáme za významné věnovat jim pozornost. Tyto proměnné, které jsou získány prostřednictvím kvalitativně orientovaného šetření, tak organicky doplní, po svém zpracování, výsledky kvantitativního šetření. Naší snahou bylo postihnout individuální odlišnosti jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v kontextu výuky PO SP.

Kvalitativní část této práce je tedy postavena na základě rozhovorů s jedinci z naší cílové kategorie, které mají dokreslit ústřední myšlenku této práce, existenci rozdílů mezi schopnostmi a dovednostmi z výuky PO SP osob v domácí péči a osob v ústavním prostředí. Proto také jsou uvedené kazuistické studie rozděleny do dvou částí. Výpovědi v nich nám také vysvětlují informace získané kvantitativním šetřením formou standardizovaných testů (viz Kvantitativní část výzkumného šetření, standardizované testy). Smyslem a funkcí kvalitativního přístupu bylo ověřit možnou přítomnost dalších proměnných, které se mohou při výuce PO SP vyskytovat ojediněle, individuálně (nemají hromadný charakter nezbytný pro statistické zpracování), a nemohly tak být ověřeny v rámci kvantitativní části.

Rozhovory byly uskutečněny s 25 osobami pocházejícími z domácího a ústavního prostředí. Kontakt se všemi respondenty byl navázán prostřednictvím lektorů PO SP (Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením), kteří vybrali a oslovili osoby splňující výzkumné parametry (viz Popis zkoumaného souboru, limitace skupiny respondentů). Po souhlasu uživatele služby, v případě osob žijících v domácím prostředí, byl k domluvě dalších kroků předán kontakt autorům této práce. V případě osob žijících v domovech pro osoby se zrakovým postižením je autorka navštívila po dohodě s lektorem PO SP přímo v domově. Rozhovory byly vedeny na základě opakovaného souhlasu uživatele služby.

Vytvořené kazuistiky nám přinášejí také postřehy a námítky přímo zainteresovaných osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

10.1 Způsob vedení rozhovorů

Přibližná délka rozhovoru byla hodina. Celé sezení by se dalo vymezit na dvě hlavní části. První tvořilo sbírání dat pro standardizované testy a ve druhé následoval polostrukturovaný rozhovor. Úvodem každé schůzky se tazatelka nejprve snažila navázat příjemnou a přátelskou atmosféru mezi ní a respondentem. Získání její důvěry napomohlo k urychlení vybudování vztahu mezi tazatelkou a osobou se získaným zrakovým postižením. V momentě adekvátní atmosféry tazatelka znovu stručně připomenula cíl směřování svého výzkumu a opětovně respondenty upozornila na anonymitu získaných odpovědí.

Výsledky jednotlivých testů i informace s rozhovorů zapisovala do předem připravených záznamových archů. Původně plánovanou metodu nahrávání výpovědí na diktafon pro značnou nedůvěřivost jednotlivých zúčastněných zavrhl. Je potřeba si uvědomit, že naši cíloví respondenti spadají do kategorie osob, která není zcela obeznámena s moderní technikou a její užití při rozhovoru by mohlo narušit hodnotu výpovědí. Pouze jediný respondent tazatelku vyzval k nahrávání. Poznámky na připravený záznamový arch (viz příloha 5) se staly velmi účinné, neboť zapisování do nich nerušilo výpověď a navíc si tazatelka mohla plynule dělat poznámky, které prostupovaly oběma částmi (standardizovaným testem i dotazníkem).

Postup práce s respondentem byl ve většině případů shodný. Po vzájemném seznámení a připomenutí výzkumného záměru se tazatelka respondenta zeptala na tzv. pevná data (věk, bydliště, rodinný stav...). Následoval sběr dat do dotazníku se zapisováním občasných připomínek a detailů, pokud k jednotlivým položkám testu zazněly. Poslední část byla věnována částečně řízenému rozhovoru podle předem připravených otázek (viz příloha 5), které tazatelka modifikovala dle aktuální situace respondenta. Důraz při dotazování byl kladen na problematiku výuky PO SP a možné postřehy, obtíže, které při ní respondent zaznamenal. Závěr setkání patřil poděkování a rozloučení.

10.2 Závěry z případových studií

V následujících řádcích bude uveřejněna obecná charakteristika respondentů, specifík vedení rozhovorů pro danou skupinu osob a závěry z provedených kazuistik, které jsou ve své úplné podobě prezentovány v Příloze 6, 7 této práce. V rámci návaznosti na kvantitativní část jsou respondenti, resp. závěry z případových studií, rozděleni podle prostředí (rodinné, ústavní), v němž se osoby nacházejí. Pro přehlednost budou činitelé ovlivňující výuku PO SP v textu zvýrazněny tučným písmem.

10.2.1 Případové studie a jejich závěry u cílové skupiny osob v domácí péči

Případové studie byly vytvořeny na základě informací z rozhovorů s 12 osobami spadajícími do naší cílové kategorie osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kontakt na ně byl získán prostřednictvím oslovených Tyfloservisů o. p. s., jejichž jsou uživateli. Výuku PO SP absolvovali, či u nich aktuálně probíhá. Na základě souhlasu o předání kontaktu byli jednotliví uživatelé telefonicky kontaktováni přímo spoluautorkou této práce, kterou v dalším textu budeme označovat termínem "tazatelka". Na základě telefonického hovoru, kdy tazatelka stručně představila sebe i svůj výzkumný záměr, bylo na základě souhlasu s rozhovorem domluveno místo osobního setkání (viz dále). Tazatelku zaujala při domlouvání místa setkání přesnost instrukcí cesty na místo určení včetně orientačních bodů a směru odbočení, což plyne z předchozí zrakové zkušenosti.

Věk respondentů v případových studiích se pohybuje od 57 do 91 let. Mezi jednotlivými dotazovanými jsou i dva respondenti s bydlištěm v domově zvláštního určení (domov pro seniory a domov s pečovatelskou službou). Charakterem nabízených služeb však vysloveně tyto domovy neodpovídají nabídce domovů pro osoby se zrakovým postižením, proto byli tyto dva respondenti ponecháni ve skupině osob se získaným zrakovým postižením v domácí péči.

Jednotlivé návštěvy probíhaly přátelsky a na mnohých respondentech byla znát radost, že si mohou popovídat s někým, kdo se o jejich problematiku zajímá. Velká část respondentů potřebovala vícekrát ujistit, že získané informace nebudou zveřejněny spolu s jejich jmény. Uváděli, že mají obavu ze snížení příspěvku na péči. V důsledku těchto faktů se tazatelka rozhodla zveřejnit pouze informace podstatné pro tento výzkum a jednotlivé respondenty odlišit pouze pořadovým číslem, dle pohlaví, věku a místa bydliště.

Předložené výsledky kazuistických šetření byly získány na základě osobního setkání mezi tazatelkou a jednotlivými osobami se zrakovým postižením. Místo rozhovoru bylo předem

domluveno. Ve většině případů dojela tazatelka za jednotlivými respondenty do místa bydliště. Ve čtyřech případech uvedených případových studií probíhal rozhovor v jednom z TyfloCenter, kam byli respondenti sezváni. Termín a místo návštěvy bylo předem telefonicky dohodnuto přímo s jednotlivými respondenty. Zajímavou skutečností bylo, že velká část respondentů reagovala na místo, odkud tazatelka pochází a měla k němu nějakou životní souvislost. Při většině rozhovorů byla přítomna další osoba blízká respondentovi. Většina respondentů projevila zájem o výsledky šetření a poprosila o jejich předání pracovníkům Tyfloservisů o. p. s.

Informace získané z rozhovoru s *respondentem 1* poukazují na zajímavou skutečnost. Osoby se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mohou ve výsledcích statistických testů instrumentálních všedních činností vykazovat nižší bodové skóre také proto, že sledované činnosti nejsou nuceni provádět. Jsou obklopeni osobami, které tak činí místo nich. Také z hlediska výuky PO SP nemusí tyto osoby pociťovat zájem o další výuku, protože ji kvůli spokojenosti s doprovodem průvodce nepotřebují. Činitelem ovlivňujícím průběh i cíle výuky PO SP je kromě zainteresované osoby samotné tedy také aspekt **rodinného zázemí**. Ve své hypotetické podobě může mít přílišná pomoc v plnění úkolů samostatnosti a soběstačnosti vliv na závislost osoby se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Ta pak nepociťuje potřebu rozšíření výuky PO SP o další schopnosti, neboť je spokojená s pomocí okolí.

Informace z druhé případové studie nám mohou lépe porozumět nutnosti respektovat při výuce PO SP individuální potřeby a zejména **fyzické limity** osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kvůli onemocnění pohybového aparátu *respondent 2* při přemísťování využívá **oporu chodítka**. Pohybuje se však pouze ve známém prostředí domova pro seniory, orientace je u něj zajištěna pomocí pevných prvků umístěných po budově. Základy kluzné techniky si zřejmě modifikoval dle své potřeby. Vzhledem k délce pobytu se orientuje velmi jistě a v terénu se vyzná. Při náročnějších úkonech využívá služeb personálu. Výuka PO SP byla pro něj přínosem v momentě seznámení se s novým bydlištěm, nyní služeb Tyfloservisů o. p. s. nevyužívá a potřebu učit se nové trasy nepociťuje.

Podstatnou informaci, kterou nám přináší třetí kazuistika je **vliv širšího okolí** na samostatnost a soběstačnost jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jelikož se tento *respondent 3* setkal s prvky násilí, stal se v obavě z opakování přepadení závislý na doprovodu druhé osoby. V rámci postupné progresy zrakového postižení si respondent vypěstoval dovednosti a návyky nejen v oblasti PO SP. V činnostech péče o sebe i náročnějších úkonech je zcela soběstačný, avšak při samostatném pohybu je limitován svou **negativní zkušeností**. V obavě z opakování raději využívá doprovodu pečovatelky, či bezpečného převozu taxislužbou do konkrétní destinace.

Respondentka 4 i přes svůj postupně zhoršující se zrakový handicap žila velkou část svého života samostatně. Velkou oporou jí byl manžel, od kterého se naučila kompenzační techniky užívané osobami se zrakovým postižením. Následkem **kombinace několika onemocnění** (diabetes, Parkinsonova choroba, srdeční obtíže) a s nimi spojených důsledků není respondentka v současné době schopna vykonávat všechny úkony v takovém rozsahu jako dříve. Výuku PO SP nyní považuje jako teoretickou možnost při zopakování či výuce nových tras. Tato kazuistická studie potvrzuje **vliv neurodegenerativních onemocnění** doprovázejících proces stárnutí také na schopnost samostatně se pohybovat. Osoba se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku s onemocněním Parkinsonovou chorobou, může mít značné obtíže při výuce PO SP zejména v **oblasti mobility (nebezpečí pádů) a orientace**.

Respondentka 5 díky době trvání a postupnému zhoršování ztráty zraku postupně přizpůsobovala výkon denních činností i pohybové a orientační aktivity. Je aktivní důchodkyní, pomáhající obdobně postiženým lidem. Služby výuky PO SP vzhledem k délce trvání svého postižení již nevyužívá. Jediné obtíže, které na svých trasách pociťuje, jsou problémy při **orientaci v rovině uzpůsobení prostoru** zejména v místech, kde je málo orientačních bodů např. u neoznačených přechodů cesty. Podstatným faktorem je také respondentčin **životní optimismus a podpora rodiny**, které jí pomáhají hledat východiska v životně náročných situacích.

Respondentka 6 pracuje pro SONS jako sociální pracovnice. Vzhledem k délce života s postižením a podporujícím rodinnému zázemí našla mechanismy, jak komplikace způsobené ztrátou zraku kompenzovat. K tomu jí napomohla i výuka PO SP. Často si však není jistá **správností provedení technik PO SP**, ráda by si některé dovednosti z výuky PO SP zopakovala. Informace získané z této kazuistiky poukazují na vliv osobnostních charakteristik jedince na celkové zvládnání nepříznivé situace, ztráty zrakového vnímání. Osoba se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se lépe vypořádá s komplikacemi způsobenými absencí zraku, pokud **se cítí pro společnost přínosná**.

Respondentka 7 působí submisivním dojmem a řadu činností nechá vykonávat manžela, případně má při nich **pasivní účast**. Výuka PO SP s ní probíhá pravidelně a postupně se zaměřuje také na rozšíření možností pohybu po trasách a rozvoj sebeobslužných činností. Respondentka ne všechny návrhy aktivit lektorky akceptuje. Rovněž **správné provedení technik PO SP** jí činí obtíže. Získané informace pomáhají lépe porozumět všem aspektům, které vstupují do procesu výuky PO SP. Kromě jedince se získaným zrakovým postižením jsou to také **faktory širšího okolí, rodinného zázemí**, které pokud nejsou dostatečně stimulující, mohou vyvolávat řadu nepříznivých situací. Současně tato kazuistika také vypovídá o **nutnosti akceptovat potřeby a přání při výuce PO SP**.

Respondent 8 je z hlediska výuky PO SP zcela samostatný. Zná elementární postupy pro pohyb i v novém prostředí, a umí si tak poradit i v nečekaných situacích, případně požádat o pomoc. Stimulujícím faktorem je respondentův **optimistický přístup ke ztrátě zraku**, kterou bere jako životní výzvu. Prostřednictvím soutěží v dovednostech vodících psů se seberealizuje. Tyto získané informace obohacují naše poznatky v oblasti výuky PO SP o význam a možnosti **využití kompenzačních pomůcek**, konkrétně služeb vodícího psa, což není pro naši cílovou skupinu osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku velmi časté.

Respondent 9 využívá řadu **moderních technologií**, přístupných pro osoby se zrakovým postižením. Instrukce popisu jednotlivých tras si nahrává na diktafon. Při samostatném pohybu je však velmi závislý na pomoci svého okolí. Základy se naučil s lektorem Tyfloservis o. p. s., nicméně kvůli **obavám z neznámého prostředí** se sám pohybuje pouze okolo svého domu. Velké **zázemí našel ve své rodině a místním TyfloCentru**, kam dochází, a účastní se rozličných aktivit. Informace z této případové studie opět poukazují na signifikantní **vliv rodinného zázemí** na samostatnost a soběstačnost jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Pokud není jedinec okolnostmi nucen, výkon části činností přenechává na svém okolí, byť jejich zvládnutí mu nečiní velké obtíže.

Respondent 10 není typickým zástupcem osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. **O svůj zrak přicházel postupně** a, jak sám uvádí, mohl se flexibilně přizpůsobovat změnám zrakového vnímání. Naučil se kompenzační techniky. Z hlediska limitace respondentů však spadá do našeho vzorku, protože o zbytky zraku přišel ve věku odpovídajícího našim vymezeným charakteristikám. Z hlediska výuky PO SP se jedná o uživatele, který nemá potřebu nových tras, protože je zná z předchozí zrakové zkušenosti. Pro naši práci je tato situace vhodná pro úvahy o další segmentaci vymezeného vzorku do blíže určujících podskupin.

Optimistický přístup *respondenta 11* mu pomáhá překonávat nepříznivé životní situace. Patří mezi osoby z našeho výzkumného souboru, které postupně přicházely o zrak, a měly tak delší čas vypěstovat si kompenzační návyky nejen v oblasti PO SP. Z hlediska výuky PO SP patří mezi uživatele s dlouholetou zkušeností. Aktuální potřebu výuky PO SP v rámci nových tras nemá. Pokud se vydává do neznámého prostředí, využívá doprovod blízkých. Nejvíce se cítí omezen **limity svého vodícího psa**, který je starší a některé úkony již nezvládne (vyskočit do vlaku, do schodů). Informace z této kazuistické studie vypovídají o možné přímé úměře mezi **délkou života se zrakovým postižením a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP**.

Výpověď *respondenta 12* potvrzuje, že **aktivní přístup** (nejen) k výuce PO SP pomáhá překlenout řadu limitů způsobených nedostatkem zrakového vnímání. Z hlediska výuky PO SP a našeho výzkumu je u tohoto respondenta zajímavé, že kromě základů zacházení s bílou holí se většinu tras učil sám za pomoci svých zbytků zraku. Získané informace nám pomáhají lépe porozumět výsledkům provedených statistických testů u tohoto respondenta. Díky svému aktivnímu přístupu k nepříznivým okolnostem postižení postupně zdokonaloval i své dovednosti v oblasti PO SP, což jej činí ve velké míře samostatným a soběstačným. Obtíže při samostatné orientaci a pohybu mu činí **architektonické a prostorové bariéry** (rozsáhlé prostory bez jasných a stabilních orientačních prvků), nesprávně zaparkovaná auta, velké množství lidí v trase. Pokud se vydává do neznámého prostředí, požádá o doprovod průvodce.

10.2.2 Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči

Předložené kazuistické studie byly vytvořeny na základě polostrukturovaných rozhovorů s 13 respondenty, uživateli služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením. Kvůli zachování jejich anonymity a existenci pouze dvou takovýchto zařízení na území ČR není v textu konkrétní domov uveden. V jednotlivých kasuistikách bude název domov pro osoby se zrakovým postižením zkrácen na domov.

Prostřednictvím lektorů PO SP, kteří předem vybrali a oslovili osoby, které spadají do námi stanovených kritérií osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku došlo k seznámení se spoluautorkou této práce (dále jen tazatelka). Za předpokladu, že uživatel souhlasil, bylo dohodnuto místo rozhovoru, nejčastěji přímo pokoj respondenta. V našem případě rozhovor odmítl pouze jediný uživatel domovů.

Věkové rozpětí vypovídajících uživatelů domova se pohybovalo mezi 56 a 90 lety. Nejkratší délka pobytu v domově byla jeden rok, nejdelší devatenáct let. Respondenti byli ubytováni dle svého zdravotního stavu a dalších potřeb. Mezi vypovídajícími se nachází osoby, které obývají samostatné pokoje s příslušenstvím i osoby žijící v pokoji pro dva uživatele. Osoby, které vyžadují zdravotní služby, jsou převážně umístěny na patře s ošetrovnou a lékařským personálem.

Jak již bylo popsáno v charakteristikách služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením, výuka PO SP je povinnou součástí aktivizačních služeb, které uživatelé mohou využít. Míra samostatnosti a způsob pohybu stejně jako využití naučených základů z výuky PO SP spočívá zejména na uživateli samotném. I když je na začátku pobytu každý uživatel seznámen s prostředím domova, další rozvoj schopností orientovat a pohybovat se např. po blízkém okolí domova, vychází s uživatelova zájmu. Tazatelka byla svědkem několika situací, kdy se uživatelé pohybovali v protisměru či uprostřed chodby, a tímto jednáním ohrožovali jiné uživatele. Jelikož se mezi obyvateli domova nacházejí také osoby se sluchovými obtížemi, může dojít k srážkám mezi jednotlivými uživateli.

Informace z kazuistických šetření byly získány na základě rozhovoru mezi tazatelkou a jednotlivými osobami se zrakovým postižením. Obdobně jako v případech osob pocházejících z domácího prostředí.

Respondent 1 je se svou samostatností a soběstačností spokojen. Výuka PO SP mu pomohla naučit se používat dlouhou, bílou hůl, zorientovat se po domově a vykonávat pro něj potřebné úkony samostatně. Pohybuje se především v **komunitě osob s podobným postižením**. Mezi osobami se zrakovým postižením našel také životní partnerku. Informace z této kazuistické studie poukazují na fakt, že lidé z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mohou nalézt zázemí a životní spokojenost v komunitě osob s podobným postižením. Na druhou stranu jistá uzavřenost prostředí nepodněcuje respondenta k dalšímu rozvoji dovedností, a to i v rámci výuky PO SP. V rámci teoretických východisek má potřeba výuky PO SP, její míra a specifika, vycházet s **potřeb a přání samotného uživatele**. Výpověď respondenta 1 je pro naši práci významná z hlediska zamyšlení, zda a jakým způsobem osoby z naší cílové skupiny motivovat k rozšiřování základních dovedností výuky PO SP, nutných pro jejich samostatnost, resp. k dalším možnostem.

Respondent 2 žije v uzavřeném prostředí domova **bez kontaktu s okolím a rodinou**. **Kontakt s bližším okolím** je zajištěn **pouze osobou lektora PO SP**. Výuka PO SP respondentu 2 napomohla zorientovat se (za pomoci madel a bílé hole) po novém prostředí domova. Z tras do **neznámého prostředí** má bez průvodce respondent 2 **obavy**. Informace z této případové studie dokládají rozličnost faktorů, které mohou působit na jedince z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. **Změny rodinné** (úmrtí bratra, odloučenost rodiny) a **proměna v oblasti blízkých sociálních kontaktů** mohou jedince z naší cílové skupiny vést k **pocitům osamělosti a izolace**. Tyto pak také mohou ovlivnit úspěšnost PO SP a obecně motivaci jedince reagovat na situaci vzniku postižení.

Respondent 3 má zachovány zbytky zraku. Vzhledem ke konzultaci s lektorkou domova, jeho věku a velmi pravděpodobnou progresí postižení poukazuje jeho výpověď na další možné limitující faktory. Zbytky zraku sice nyní umožňují respondentovi orientovat se samostatně po budově, jeho **pohybové možnosti** jsou však **omezeny následky CMP**. V případě, že dojde ke zhoršení vizu, bude muset být řešena **otázka souběhu hole orientační a opěrné**. Pro naši práci jsou podstatné i informace týkající se pracovního zařazení a **ekonomických faktorů**. Respondent 3 sice má práci, a tím i výdělek, obává se však jeho ztráty v exekučním řízení. Finanční stránka může být jednou z příčin (i důsledků) sociální exkluze, nenaplnování životních potřeb, jejichž vliv se pak také může promítnout jako faktor negativně ovlivňující výuku PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/ seniorském věku.

Respondentka 4 by uvítala další kroky ve výuce PO SP, aby dosáhla stejné míry samostatnosti jako před příchodem do domova. Vzhledem k postupnému zhoršování zraku se flexibilně přizpůsobovala v dovednostech, které potřebovala ke své soběstačnosti. Z této výpovědi je zřejmý **vliv rodinné**

a **osobní situace** respondentky, která ji společně s **ekonomickými faktory** vedla k rozhodnutí přestěhovat se do domova pro osoby se zrakovým postižením, přestože je schopna úkony péče o svou osobu provádět bez pomoci. Aspekt přijetí nového životního zázemí v souvislosti s dalšími změnami v respondentčině životě dokonce vedly k její hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Po přijetí nepříznivé životní situace respondentka **touží po prohloubení dovedností z výuky PO SP**, aby se cítila více nezávislá na svém okolí.

Výpověď *respondenta 5* představuje osobu se získaným zrakovým postižením jako vědomého uživatele rehabilitačních služeb. Do domova pro osoby se zrakovým postižením se přestěhoval z **rodinných a ekonomických důvodů**. Výuku PO SP prodělal v podobě seznámení se s novým prostředím. Dřívější **zrakovou zkušenost** s podobou domova využívá i nyní při pohybu po něm. Informace z této kazuistiky také ukazují, že respondent ačkoli by byl schopen samostatně se pohybovat a orientovat i v širším okolí, je limitován zdravotním stavem (**problémy s dechem**), a proto **raději setrvává**, dle svého mínění, v **bezpečnějším prostředí domova**.

Pohyblivost a samostatnost *respondentky 6* je omezena nepříznivým **zdravotním stavem, kombinací více onemocnění. Stabilita a rovnováha** respondentky při chůzi je **snížena** z důvodu amputace prstů na noze. Současně respondentka udává celoživotní **problémy s orientací v prostředí**. Jako další limitující činitel jsou respondentčiny **obavy ze samostatného pohybu** a případné srážky s jiným uživatelem domova. Upřednostňuje proto doprovod souseda, se kterým se v domově skamarádila. Informace z kazuistické studie 6 vypovídají o možné existenci osob z naší cílové skupiny, kteří **výuky PO SP** z různých příčin **odmítnou** a budou se svou situací snažit řešit jinými způsoby. Práce s takovou kategorií osob spočívá zejména ve vhodné motivaci a hledání oboustranně vyhovujících kompromisů.

Výpověď *respondenta 7* dokládá, že i přes získané schopnosti z výuky PO SP, dovednost samostatně se pohybovat a orientovat, v návaznosti na zhoršování se zrakové ztráty, klesá. I když respondent 7 dovednosti z výuky PO SP ovládá, samostatně pohybovat se mimo prostředí domova již nezvládá. Důvodem jsou **problémy v orientaci**. Se zhoršujícím se periferním viděním, které mu dříve orientaci usnadňovalo, klesá respondentův přehled o jevech v okolí. V momentech, kdy byl respondent zvyklý se ujistit za pomoci zraku, je nyní jeho orientace zhoršena. Při výuce PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je tedy také potřeba brát v úvahu **progresi zrakového onemocnění** a u uživatele pěstovat návyky, které zajistí orientaci i bez zrakové kontroly.

Z výpovědi *respondentky 8* je patrné, že velmi často svůj pokoj neopouští. Po úraze byla kromě zrakových funkcí zasažena také krátkodobá a střednědobá paměť. Informace získané

z této případové studie ukazují další z možných komplikací, které mohou jedince z naší cílové skupiny limitovat v samostatnosti a soběstačnosti. **Porucha paměti** má u respondentky za následek **sníženou schopnost orientovat se i ve známém prostředí**. Potřebuje asistenci personálu. Výuka PO SP v jejím případě má spíše terapeutický charakter, spočívá na opětovném připomínání orientačních prvků v bezprostředním prostředí pokoje a procvičování zachovaných schopností paměti.

Respondent 9 prodělal výuku PO SP v podobě seznámení se s prostředím domova. Jeho výpověď přináší informace o dvou podstatných složkách výuky PO SP. Jednou z nich je orientace v prostoru, kterou respondent po domově zvládá. Druhou složkou je pohyblivost: **rovnováha a stabilita**, kterou má však respondent 9 **sníženou absencí dolní končetiny**. I když nosí protézu, jsou jeho pohybové možnosti velmi omezeny. **Role stability** při výuce PO SP je významná. Snížená stabilita např. absencí končetiny, **ortopedickými problémy**, limituje jedince z naší cílové skupiny osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku při výuce PO SP potřebou opírat se. Často je také nutné řešit možný souběh opěrné a bílé hole.

Pohybové možnosti *respondentky 10* jsou ovlivněny **zhoršenou stabilitou** po CMP. Používá opěrnou hůl, ale po domově se pohybuje zapřená do madel na stěnách. S novým prostředím domova se seznámila ještě za pomoci zbytků zraku. Její situaci komplikuje fakt **progrese zrakového onemocnění**. V situaci, kdy je nyní nevidomá, má **strach z neznámého prostředí**, a je tak odkázána pouze na pohyb v uzavřených, ale známých prostorách domova. Bílou hůl nemá. Informace z této kazuistiky dokládají **vliv zdravotního stavu** na pohybové možnosti respondentky 10. **Kombinace více onemocnění** a souhra se ztrátou zraku neumožňují respondentce dosahovat samostatnosti nejen v pohybových aktivitách, ale také v orientaci.

Progresivní vliv onemocnění diabetes melitus na úroveň zrakové ztráty a komplikace s tím spojené přinutily *respondentku 11* naučit se kompenzační mechanismy a prostřednictvím výuky PO SP dosáhnout velké míry soběstačnosti. V současné době je **limitována zhoršenými pohybovými možnostmi a nutností opory chodítka**. Při samostatném pohybu je neobratná a nemůže vykonávat řadu činností tak, jak byla zvyklá dříve. Omezení plynoucí ze zdravotního stavu, nutnost opory chodítka, limitují respondentku v obratnosti při pohybu a musejí být zohledněna při výuce PO SP.

Kazuistika 12 přináší pro naši práci informace, které tak jako u respondentky 6, vypovídají o existenci osob, spadajících do naší cílové kategorie jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří **výuku PO SP z různých příčin odmítnou**. Na rozdíl od výpovědi respondentky 6 je *respondentka 12* pohybově velmi zdatná a **sama hledala možnosti**, jak se v novém prostředí zorientovat a pohybovat bez pomoci okolí. Využila při nich **zbytky svého**

zraku. I když nedodrží bezpečnostní postoje, techniky pohybu ani nepoužívá bílou hůl, cítí se samostatná a soběstačná. Do blízkého okolí však kvůli **přechodu přes silnici** si netroufá.

Respondentka 13 se po příchodu do domova zorientovala v novém prostředí díky **zbytkům zraku**. Výuku PO SP dle svých slov nepotřebovala. Orientační hůl využívat nemůže, protože potřebuje pro **oporu při chůzi hůl francouzskou**. Stěžuje si na bolest rukou v důsledku opírání se o hůl. Zbytky zraku využívá při orientaci v prostoru, vidí jen zblízka, číst už nemůže ani s využitím optických pomůcek. Při pohybu po domově využívá madel, kterých se přidržuje. Získané informace z této případové studie nám pomáhají lépe porozumět výsledkům ze standardizovaných testů. Respondentka v současné době není bez podstatné pomoci schopna vykonávat velkou část činností instrumentálních všedních činností, protože se spoléhala na zbytky zraku, které postupně ztrácí. Jelikož se vyskytuje v již známém prostředí domova, nemá potřebu rozšiřovat své pohybové a orientační dovednosti prostřednictvím výuky PO SP. Velký vliv na případný průběh možné výuky by mělo **omezení pohybových možností** a nutnost používat k opoře francouzskou hůl.

10.3 Shrnutí informací z kazuistických studií

Tato pasáž představuje souhrn uveřejněných závěrů kvalitativní části - případových studií cílové skupiny osob v domácím i ústavním prostředí. Jejím cílem je rozšíření odpovědi na původně stanovený problém sledovaný v kvantitativně orientovaném výzkumu o možná individuální hlediska, proměnné, které se v rámci výuky PO SP mohou vyskytovat ojediněle.

Díky případových studiím jsme získali informace o dalších možných činitelích, působících při výuce PO SP, přímo od respondentů. V rámci předešlého textu byl vliv dalších aspektů vstupujících do situace jedinců z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku zdůrazněn. Nyní bychom zvýrazněné činitele rádi blíže pojmenovali a shrnuli. Pro přehlednost a souvislost některých činitelů jsme se je pokusili vymezit do skupin s další specifikací možných vlivů (pozitivní x negativní).

V případových studiích *cílové skupiny osob v domácí péči* se jako stimulující či naopak limitující faktory při výuce PO SP objevovali tyto činitelé:

- **Aspekt rodinného zázemí** - podpora x hyperprotektivní přístup
- **Zdravotní stav a fyzické limity** - zdravotní stav odpovídající věku (bez závažných vlivů na PO SP) x kombinace několika onemocnění, vliv neurodegenerativních onemocnění, progresse zrakové ztráty, stabilizačně kinestetické problémů, nutnost opory chodítka, snížená mobilita (nebezpečí pádů) a zhoršená orientace, snížená orientace v rovině uzpůsobení prostoru.
- **Osobnostní charakteristiky jedince s postižením** - životní optimismus, pocit přínosu pro společnost, humor, optimistický aktivní přístup, přístup k ztrátě zraku x submisivní, pasivní přístup, strach z neznámého prostředí.
- **Vliv širšího okolí** - podpora organizací zaměřených na osoby se zrakovým postižením x architektonické a prostorové bariéry, negativní zkušenost.
- **Činitelé v rámci výuky PO SP** - (ne)správné provedení technik PO SP, nutnost akceptovat potřeby a přání při výuce PO SP, využití kompenzačních pomůcek, ICT, vodící pes.

Při shrnutí a zařazení jednotlivých faktorů jsme se snažili také dodržet pořadí výskytu jednotlivých činitelů. Aspekt rodinného zázemí, podpora členů rodiny nebo naopak přemíra péče, která jedince stavěla spíše do pasivní role, byla v kazuistikách respondentů pocházejících z domácího prostředí stěžejní. Pokud uvážíme, že zrakové postižení znemožňuje jedinci výkon některých činností, je potřeba, aby jej při nich někdo zastupoval. Dle výpovědí z kazuistik se většinou jedná o partnery,

ale také i o děti. Přiměřenost rodinného zázemí měly na osobu i její výuku PO SP stimulační vliv. Naopak přemíra podpory působí negativně, jedinec je odkázán na své okolí a znalosti z výuky PO SP nevyužívá, případně aktivně nerozvíjí.

Zdravotní stav respondenta, jeho onemocnění spojená s věkem i jinými příčinami, tvořily třetí významný blok činitelů ovlivňujících výuku PO SP. První skupinu reprezentovali jedinci z řad respondentů pocházejících z rodinného prostředí, žádné podstatné limity z hlediska zdraví, pohybových

a orientačních dovedností neuváděli a jejich zdravotní stav byl tedy odpovídající věku (bez závažných vlivů na PO SP). Druhou skupinu tvořili respondenti, u nichž se většinou vyskytovala kombinace několika onemocnění a omezení z nich plynoucí. Významným faktorem z hlediska samostatnosti a orientace byla progresivní ztráta zraku, která jedince v rámci flexibilního přizpůsobování se realitě postižení nutila k prohloubení a zdokonalení kompenzačních dovedností prostřednictvím výuky PO SP. Třetí podskupinou limitů, které respondenti v souvislosti s výukou PO SP uváděli, byly stabilizačně kinestetické problémy, snížená mobilita (nebezpečí pádů), snížená orientace v rovině uzpůsobení prostoru. Vliv neurodegenerativních onemocnění na orientační možnosti v terénu byl zaznamenán pouze u jedné respondentky.

Osobnostní charakteristiky jedince, jeho zvládnutí a vyrovnávání se s faktem postižení vyplývají z mnohých kazuistik jako velmi významný faktor pro výuku PO SP i pro další oblasti rehabilitace. Ve svém negativním smyslu nezvládnutí situace vzniku postižení, pasivní přístup jedince s postižením se promítá do výuky PO SP jeho nezájmem, obavami z neznámého prostoru, nesamostatností.

Stimulačním činitelem ze skupiny vlivů širšího okolí respondenta, usnadňujícím přijetí a vyrovnání se s faktem postižení, byla v rámci výuky PO SP podpora organizací zaměřených na osoby se zrakovým postižením. Z hlediska činitelů, ovlivňujících výuku a průběh PO SP negativně, patřily jednoznačně architektonické a prostorové bariéry. Rozsáhlé prostory, místa bez jasných orientačních prvků či změny zástavby (opravy chodníků...) kvůli své nepřehlednosti nutí jedince z naší cílové skupiny vyhledat pomoc okolí. V jednom případě respondent uvedl jako pro něj nejvíce limitující činitel opakovanou kriminální činnost. Negativní zkušenost spojená se strachem z opakování respondentovi zabraňuje využít naučené techniky z výuky PO SP.

Poslední skupinou jsou činitelé vyskytující se přímo v souvislosti s výukou PO SP. Respondenti v rámci svých výpovědí často uváděli, že v současné době výuku PO SP již nepotřebují, cítí se ve známém prostředí samostatní a soběstační. Na druhou stranu si byli vědomi možnosti konzultace nových tras či správného provedení technik PO SP. Relativně častým jevem bylo využití kompenzačních pomůcek nejen při výuce PO SP naší cílové skupiny osob v rodinném prostředí.

Dva respondenti využívali služeb vodícího psa. Z výpovědí také zazněla potřeba akceptovat individuální schopnosti a přání při výuce PO SP, které plynou také z výše jmenovaných činitelů.

V případových studiích *cílové skupiny osob v ústavní péči* se jako stimulující či naopak limitující faktory při výuce PO SP objevovali tyto činitelé:

- **Zdravotní stav a fyzické limity** - kombinace několika onemocnění, progresse zrakové ztráty, ortopedické problémy, poruchy paměti, absence částí či celé dolní končetiny, snížená stabilita a rovnováha, nutnost opory chodítka, francouzských holí, snížená schopnost mobility (nebezpečí pádů) a zhoršená orientace v rovině uzpůsobení prostoru, v důsledku stabilizačně kinestetických problémů, souběh hole orientační a opěrné, problémy s orientací v prostředí mimo domov.
- **Vliv širšího okolí** - osoba lektora, komunita osob s podobným postižením x proměny ve struktuře sociálních vztahů, architektonické a prostorové bariéry, negativní zkušenost.
- **Osobnostní charakteristiky** - strach z neznámého prostředí, pocity osamělosti a izolace, obavy ze samostatného pohybu.
- **Činitelé v rámci výuky PO SP** - prohloubení dovedností z výuky PO SP x odmítnutí výuku PO SP z různých příčin.
- **Finanční aspekt** - ekonomická situace, exekuční řízení.

Při shrnutí činitelů výuky PO SP a dodržení pořadí jejich výskytu byly na prvním místě (oproti osobám v rodinném prostředí) limity zdravotní, které omezovaly skupinu respondentů v ústavní péči při samostatnosti a soběstačnosti. Většina uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením jsou lidé, kteří neměli dostatečně podporující zázemí, aby situaci ztráty zraku a případně další zdravotní komplikace zvládali samostatně či s pomocí blízkého okolí. Tuto myšlenku také podporují výpovědi respondentů. Všichni shodně uváděli závažné zdravotní komplikace a omezení z něj plynoucí. Ty pak ve spojení s progresí zrakové ztráty a s proměnami v rodinném zázemí byly nejčastějším důvodem využití služeb domova pro osoby se zrakovým postižením. Mezi časté komplikace v samostatném pohybu patřil souběh opěrné hole (chodítka) a dlouhé, bílé hole, lokomoční a orientační problémy v neznámém prostředí. Většina respondentů proto opouštěla prostředí domova pouze v nutných případech a v doprovodu personálu. Stimulujícím vlivem pro respondenty z řad uživatelů domova byla osoba lektora (personálu obecně) a komunita osob s podobným postižením. Jelikož častým jevem vzhledem k věku respondentů jsou proměny ve struktuře sociálních vztahů (zejm. změny rodinné - rozvod, úmrtí partnera, odchod dětí

z domácnosti), prostředí podobně postižených osob a citlivý přístup personálu dřívější sociální role do jisté míry nahrazují. Mezi negativní činitele výuky PO SP pak patří nepříjemná zkušenost, strach ze samostatného pohybu po domově z důvodu obavy z kolize s dalšími uživateli. Jelikož se výuka PO SP u většiny respondentů (podle jejich schopností a možností) zabývá zejména seznámením se s novým prostředím po příchodu do domova, často zmiňovaným omezením jsou dle respondentů architektonické a prostorové bariéry mimo domov.

Ve výpovědích respondentů z řad uživatelů domova byl jako omezení zaznamenán strach z neznámého prostředí a neznalost orientačních prvků v terénu. Tato skutečnost společně s nedostatkem sociálních kontaktů podmiňovala pocity osamělosti a izolace.

Pouze jedna respondentka vypověděla, že by ráda prohloubila a rozšířila své dovednosti z výuky PO SP o znalost pohybu mimo prostředí domova. Ve dvou případech respondenti z různých příčin i výuku PO SP odmítli.

Zajímavým zjištěním, který se u respondentů pocházejících z rodinného nebyl prostřednictvím rozhovorů zaznamenán, byl finanční aspekt. Nepříznivá ekonomická situace, souvislosti s exekucním řízením donutily osoby z naší cílové skupiny využít služby domova pro osoby se zrakovým postižením. Jeden respondent dokonce hovořil o ekonomické výhodnosti využití služeb domova v ČR oproti péči v podobném zahraničním zařízení.

Uveřejněné případové studie dokládají rozmanitost činitelů, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Informace z kazuistik jsou ve shodě s teoretickými informacemi kapitoly Proces stárnutí a jeho důsledky. Potvrzují vliv somatických (pohybová a zdravotní omezení), psychických (strach z neznámého prostoru, nebezpečí) a sociálních (rodinné, ekonomické zázemí) faktorů jako determinant výuky PO SP jak z hlediska obsahu, tak také kvality. Zmiňují rovněž možnou součinnost jednotlivých činitelů, které mohou mít na osobu z naší cílové kategorie aktivizující či negativní vliv.

Zveřejněné kazuistiky také poskytují svědectví o vztahu mezi dobou od vzniku postižení a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP. Osoby, které ztrácely svůj zrak postupně, flexibilně reagovaly na snižující se úroveň vizu získáváním nových znalostí a kompenzačních technik a také zdokonalováním své samostatnosti prostřednictvím výuky PO SP. Kazuistiky rovněž objasnily, proč některé osoby z naší cílové skupiny vykazovaly nižší skóre ve statistických testech. Na základě zjištěných informací řada respondentů, přestože by danou činnost mohla zvládnout, spoléhala na

pomoc svého okolí, nejčastěji životního partnera či pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením.

Rozmanitost životních příběhů dokládá ústřední myšlenku naší práce a potvrzuje závěry Bierrena (1959, sec. cit. Willam, Wiener, Blasch a kol. 2010), že skupina osob v pozdně dospělém/seniorském věku vykazuje více rozdílností než podobností, a to i z hlediska projevů stárnutí. Výuka PO SP i přes dokonalost a systematičnost metod a technik výuky vyžaduje u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku maximální možné respektování individuálních možností a schopností uživatele dané služby.

11 SHRNU TÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ

Pro potřeby našeho výzkumu jsme stanovili dvojí cílové zaměření, které odpovídá komplexně pojímanému cíli celé práce:

3. Analyzovat rozdíly ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí, ve kterém se sledované osoby nacházejí. (kvantitativně orientovaný výzkum).
4. Identifikovat (postihnout, objevit) další činitele příp. podmínky, kteří mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. (kvalitativně orientovaný výzkum).

V této části bychom rádi shrnuli výsledky z obou rovin výzkumných šetření, které byly získány formou standardizovaných dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Do výzkumného šetření formou dotazníků, se zapojilo 43 respondentů ve věku od 50 do 95 let z České republiky (ČR). Byli do našeho výzkumného vzorku získáni z řad uživatelů Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením v České republice. Rozhovory byly uskutečněny s 25 osobami pocházejícími z domácího a ústavního prostředí. Kontakt se všemi respondenty byl navázán prostřednictvím lektorů PO SP (Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením).

Výzkum mezi 43 respondenty ukázal, že v základních sebeobslužných činnostech jsou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve většině případů nezávislé či lehce závislé na pomoci okolí, což může plynout z omezení způsobených zrakovou ztrátou. V aktivitách tzv. instrumentálních činností více než polovina respondentů (65%) vykazovala úroveň závislosti, a tedy bez podstatné pomoci by nezvládala samostatný život v domácnosti. Na základě rozhovorů s respondenty se nám podařilo zjistit, že se na prezentovaných výsledcích podílí několik faktorů. U osob z rodinného prostředí se jedná zejména o hyperprotektivní přístup rodinného zázemí, který neumožňuje osobě z naší cílové skupiny nabýt patřičné úrovně samostatnosti a soběstačnosti v úkonech, které by i přes své zrakové postižení mohla samostatně vykonávat. U osob z prostředí domovů pro osoby se zrakovým postižením je možnost samostatnosti limitována charakterem služeb, které domov nabízí. Výkon řady činností je pak u osob z obou prostředí limitován nepříznivým zdravotním stavem, který jejich provedení omezuje či dokonce zcela

znemožňuje (např. chůze po schodech při nutnosti opory o chodítko, problémy v udržení stability a rovnováhy). Mezi limity, které se promítly ve výsledcích standardizovaných testů, patřily také osobní charakteristiky respondentů. Jejich přístup ke ztrátě zraku, optimismus, obavy z neznámého prostředí se projevují při výkonu činností měřených standardizovanými testy. Podstatná byla i doba a postup vzniku postižení. Respondenti, kteří uváděli, že se flexibilně svými schopnostmi a dovednostmi přizpůsobovali úrovni zrakové ztráty, vykazovali vyšší bodové hodnocení z hlediska samostatnosti a soběstačnosti. Naopak nenadálá ztráta zraku u jedinců z naší cílové skupiny představovala větší míru závislosti na pomoci okolí či službách domova pro osoby se zrakovým postižením.

Informace získané testem MMSE neprokázaly u sledovaných osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku výrazné změny v oblasti kognitivních funkcí. Respondenti měli největší problémy v úkolech vyžadujících paměťové schopnosti, početní dovednosti a v reprodukci věty. Naši respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění. V rámci proběhlých rozhovorů jsme rovněž nezaznamenali žádné náznaky snížených mentálních schopností, kromě jediné uživatelky domova pro osoby se zrakovým postižením, která trpěla pouhými komplikacemi paměťových funkcí.

Případové studie doplňují měřené činitele (samostatnost, soběstačnost a úroveň kognitivních funkcí) o další, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Současně ozřejmují výsledky standardizovaných šetření o příčiny, které mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Shrnutí uvedených závěrů z kvantitativní a kvalitativní roviny také informuje o osobách z naší cílové skupiny, které dosahují úrovně samostatnosti a soběstačnosti, přestože výuku PO SP odmítnou a také o osobách, které služby domova pro osoby se zrakovým postižením vyhledají, přestože jejich míra samostatnosti a soběstačnosti je vysoká (finanční důvody, změny rodinného zázemí). Závěry obou částí potvrzují součinnost analyzovaných a identifikovaných činitelů, které mohou mít na osobu z naší cílové kategorie aktivizující či negativní vliv. Výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku musí předpokládat a akceptovat jedinečnost těchto vlivů u každého jedince. Zjištění míry závislosti a stupně soběstačnosti (funkčního statusu) se současným zjištěním úrovně kognitivních funkcí mají být prvotní informací při stanovování vhodné intervence

z hlediska výuky PO SP. Úspěšná realizace pak vychází z komplexního posouzení a zohlednění dalších možných proměnných, které mohou při výuce PO SP (spolu)působit.

12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI VÝUKY PO SP

Proces stárnutí a jeho determinující činitelé mají za následek snížení schopností a dovedností jedince. Vznik zrakového postižení ve věku pozdní dospělosti a stáří přináší další komplikace v souvislosti s mírou samostatnosti a soběstačnosti. Výuka PO SP, jako prostředek rehabilitace má osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku velkou míru nezávislosti opět navrátit, v praxi však je její realizace ovlivněna aspektem procesu stárnutí a limity s tím spojenými. Jednotliví činitelé mohou navíc své vlivy navzájem kombinovat a mít tak negativní dopad na průběh výuky PO SP. Determinující vliv vybraných činitelů v souvislosti s prostředím, v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí, mají zohledňovat naše doporučení pro praxi výuky PO SP, která se ponese v kontextu a návaznosti na analýzu výzkumných dat a diskuzi.

Jedním z činitelů procesu stárnutí, kterému jsme vzhledem k jeho důležitosti při výuce PO SP věnovali pozornost, byl tzv. funkční status osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Závislost zmíněných činitelů byla sledována i vůči stáří osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. V rámci procesu stárnutí dochází k úpadku fyzických a psychických schopností jedince.

Zjištění míry závislosti a stupeň soběstačnosti v aktivitách vztahujících se k nezávislé existenci a samostatnému životě ve vlastní domácnosti by měla být základním předpokladem pro intervenci nejen v oblasti výuky PO SP u osob z této kategorie. Tato by měla být hodnocena na základě multidisciplinární spolupráce a lektor PO SP by měl z jejích závěrů vycházet při stanovování plánu výuky PO SP.

Mezi limity, které se promítly ve výsledcích výzkumných šetření, patřily také osobní charakteristiky respondentů. Jejich přístup ke ztrátě zraku, optimismus, obavy z neznámého prostředí jsou stimulační či naopak limitující vliv. Práce lektora PO SP je v případě osob pocházejících z domácího prostředí odlišná od práce s uživateli domovů pro osoby se zrakovým postižením (viz Příloha 1). V rámci Tyfloservisů, o. p. s. je výuka PO SP realizována na základě požadavku samotného uživatele. Služba je mu nabídnuta a jsou s ním konzultovány možnosti a podoba výuky PO SP. U uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením je výuka PO SP povinnou součástí jejich aktivizace. Její rozsah a podoba nejčastěji souvisí se seznámením s novým prostředím, orientačními body. Další náplň vychází opět ze zájmu uživatele. Domníváme se, že v rámci psychických aspektů získaného zrakového postižení, je potřeba se více věnovat otázkám vyrovnání se zrakovou ztrátou, pracovat s motivací osob z naší cílové skupiny a jejich aktivizací k rozvoji

nových kompetencí. Domníváme se, že lektor PO SP v otázkách motivace a aktivizace jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku často vychází z vlastní intuice a zkušeností. Proto je dle našeho mínění nezbytné, aby do týmu rehabilitačních odborníků, stanovujících intervenční plán osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, byla povinně zařazena participace psychologa zaměřeného na problematiku osob se získaným zrakovým postižením a problematiku determinant působených procesem stárnutí. Vzájemná možnost konzultací mezi lektorem PO SP, psychologem a také přímo zainteresovanou osobou napomůže předcházet negativním vlivům nejen v rámci výuky PO SP.

Na základě rozhovorů s respondenty se nám dále podařilo zjistit, že se na prezentovaných výsledcích standardizovaného šetření podílí několik faktorů. U osob z rodinného prostředí se jedná zejména o hyperprotektivní přístup rodinného zázemí, který neumožňuje osobě z naší cílové skupiny nabýt patřičné úrovně samostatnosti a soběstačnosti v úkonech, které by i přes své zrakové postižení mohla samostatně vykonávat. U osob z prostředí domovů pro osoby se zrakovým postižením je možnost samostatnosti limitována charakterem služeb, které domov nabízí. Lektor PO SP by měl v rámci své práce s jedincem z naší cílové skupiny spolupracovat také s jeho okolím.

Domníváme se proto, že by bylo vhodné více se zaměřit na prostředí, v němž jedinec žije. Informacemi o adekvátních možnostech podpory svého člena by rodina jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku získala lepší přehled o optimálních možnostech podpory a pomoci, které mu poskytnout. Eliminovaly by se naopak negativní dopady hyperprotektivního působení na samostatnost a soběstačnost jedince z naší cílové skupiny. U uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením je otázka stimulace či limitace samostatnosti předurčena charakterem služeb a personálním obsazením. Usuzujeme, že by bylo vhodné hlouběji rozpracovat možnosti a limity samostatnosti u každého uživatele v kontextu činitelů, které na něj působí a vypracovat plán aktivizace, oblastí v kterých bude uživateli služby dopřáno více samostatnosti, které je schopen.

Dalším činitelem, který má dopad na úroveň výuky PO SP jsou kognitivní dovednosti jedince. Dopad paměťových, orientačních, registračních a dalších funkcí na orientaci v prostoru, rozpoznání jednotlivých orientačních prvků a zapamatování průběhu trasy má zásadní vliv na prostorovou orientaci a samostatný pohyb. Z tohoto pohledu velmi kladně hodnotíme snahy některých organizací pro zrakově postižené při pořádání kurzů tréninku paměti a považujeme tuto činnost jako vhodnou také pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Vzhledem k závěrům z kvalitativního šetření bychom obsah kurzů doporučili rozšířit o další nutné dovednosti napomáhající bezpečnému pohybu osoby v prostředí. Máme na mysli například trénink echolokace, citlivosti chodidel na změnu terénu a trénink rozpoznání prostorových prvků v terénu.

Domníváme se, že získání a prohloubení těchto znalostí by u části osob z naší cílové kategorie odbouralo strach ze samostatného pohybu a rozšířilo možnosti jejich pohybu bez nutnosti průvodce.

V souvislosti s hodnocením stupně závislosti a míry samostatnosti bylo potvrzeno naše očekávání, že osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku žijící v ústavním prostředí jsou statisticky významně častěji závislí či lehce závislí oproti respondentům žijícím v domácí péči, kdy dokonce jeden respondent byl hodnocen jako nezávislý. Bližší specifika dalších determinujících činitelů nám pomohly odhalit případové studie. I na základě rozhovorů s lektory PO SP v domovech pro osoby se zrakovým postižením se domníváme, že řada uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením by mohla etapu svého života po vzniku postižení prožít v rodinném prostředí, které znala jako vidící. Problém často tkví v jiných než fyzických omezeních samostatnosti a soběstačnosti a plynou spíše z nedostačujícího zázemí (finanční problémy, proměny v rodinných vztazích,...). Domníváme se, že tento problém přesahuje hranice speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením a je záležitostí postojů společnosti a meziresortních přístupů.

Naše skupina osob je vzhledem k zaměření intervence společnosti považována za méně perspektivní i přesto, že počet jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v souvislosti s trendy moderní společnosti narůstá. Dostatečná erudovanost lektora PO SP v oblasti elementárních základů z fyziologie člověka, degenerativních vlivů procesu stárnutí, omezení z nich plynoucích a základních potřeb osob z naší cílové kategorie společně se základy práce s osobami se zrakovým postižením jsou předpokladem pro úspěšnou výuku PO SP. Naše doporučení tedy směřují k rozšíření a intenzivnějšímu zaměření kurzů lektorství PO SP na problematiku osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

V této souvislosti bychom rádi zmínili časovou náročnost výuky PO SP a množství uživatelů této služby. Lektoři PO SP Tyfloservisů, o. p. s i lektoři PO SP v domovech pro osoby se zrakovým postižením často pracují nad rámec svých pracovních i časových možností. Na základě osobních setkání s řadou z nich je tato práce psychicky náročná a finančně neohodnocená. Chybí dostatek profesionálů, kteří by s osobami z naší cílové skupiny pracovali. Bez dostatečné edukace přístup k osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nemůže být adekvátní.

V souvislosti s hodnocením náročnosti této práce bychom neměli opomenout problematiku prevence syndromu vyhoření. Jako nezbytnou považujeme osvětovou činnost směrem k co nejširšímu okruhu veřejnosti. Zvýšení informovanosti o této problematice považujeme za vhodné i v zájmu preventivního působení na vznikem získaného zrakového postižení ohroženou skupinu obyvatel. Dalším vhodným opatřením je rozšířit informovanost pracovníků v pomáhajících

profesích o specifika práce s osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Informace o dané problematice využijí zejména zaměstnanci domovů pro seniory, domů s pečovatelskou službou a obecně pracovníci v sociálních službách. Toto opatření by rozšířilo osobám z naší cílové skupiny nabídku možností při hledání vhodné služby v situaci, kdy přišly o zrak a nemají podporující zázemí. Z rozhovorů víme, že část našich respondentů tuto možnost využívá, jedná se však o pouhý zlomek osob, pro které by tyto služby byly po patřičném zaškolení personálu vhodné. Pokud by pracovníci v sociálních službách byli erudovaní v problematice a specifických PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, snížil by se i počet uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením, protože by část z nich dala přednost např. bydlení v domově pro seniory.

Dále je podstatné zmínit, že samotní lektoři PO SP se v rámci náplně své práce a často mimo ni snaží zajistit optimální intervenci z hlediska výuky PO SP u naší cílové kategorie osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jejich úsilí je často velmi intuitivní a vychází ze zkušenosti, neboť v naší republice doposud neexistuje publikace cíleně zaměřená na výuku PO SP u osob z této kategorie. Materiály, které fungují v rámci organizací pro osoby se zrakovým postižením, jsou interní.

Za nezbytné pokládáme podporovat spolupráci mezi lektory PO SP a dalšími odborníky z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, medicíny apod. Informace o zážitcích z praxe by mohla směřovat k hlubšímu zájmu o tuto problematiku a k uvědomění si přínosů reciproční kooperace.

Domníváme se, že by bylo vhodné vytvořit, podobně jako při řešení problematiky stárnutí, radu odborníků nejen z řad lektorů PO SP. Vzájemnou spolupráci, zakomponováním dosavadních zkušeností v této oblasti a respektováním činitelů působících v rámci procesu stárnutí by bylo možné vytvořit ucelenou publikaci určenou pro lektory PO SP a šířeji všechny pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří se skupinou osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku pracují.

Cítíme celospolečenskou potřebu se problematice výuky PO SP v kontextu získaného zrakového postižení a procesu stárnutí cíleně věnovat. Hlubší zaměření se na diferenciaci a specifikaci konkrétních problémů současného stavu výuky PO SP dle možných působících činitelů v rámci jednotlivých kategorií osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku měla za cíl i tato práce.

Závěr

Disertační práce: *Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku* si kladla za cíl rozvoj speciálně pedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku. Konkrétně se zabývá rozdíly v (vnitřních a vnějších) činitelích pro výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na typu prostředí, ve kterém žijí.

Teoretická východiska disertační práce v intencích speciální pedagogiky představují základní témata a oblasti, kterými se řešená problematika prolíná. Vymezením užívané terminologie z hlediska cílové skupiny, seznámením s procesy probíhajícími v rámci involučních změn pak teoretické poznatky směřují k aktuálním možnostem výuky PO SP jako součásti rehabilitačních služeb, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Poslední kapitolu, která je stěžejní pro naši empirickou část práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Pro empirickou část, ve snaze postihnout zkoumanou problematiku co nejobsáhleji, jsme zvolili dvojí cílové zaměření. První představuje kvantitativní pohled, ověření vztahu proměnných, o kterých je známo, že se mohou v daném typu výuky uplatňovat. Ve snaze objevit konkrétní a individuální strukturu dalších činitelů výuky PO SP byl k uvedenému výzkumu připojen také kvalitativní pohled.

Cílem kvantitativní části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat šetření cílené na analýzu rozdílů ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí (rodinné, ústavní), ve kterém se sledované osoby nacházejí. Za pomoci tří standardizovaných testů byly sledovány rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích mezi osobami, které byly uživateli služeb Tyfloservisů, o. p. s. a mezi uživateli služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením. Výsledná interpretace získaných dat přináší podstatné informace o vlivu vybraných činitelů procesu stárnutí na jednu z komponent rehabilitace osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, výuku PO SP. Poukazuje na rozdíly a vzájemný nepoměr ve schopnostech samostatnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým

postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve vztahu k prostředí, v němž tyto osoby žijí. Ačkoliv dovednosti základních sebeobslužných činností a úrovni kognitivních funkcí mají na značně vysoké úrovni, ve výkonu instrumentálních činností naopak potřebují pomoc svého okolí. Řada osob z naší cílové kategorie kvůli nesamostatnosti v těchto oblastech byla nucena využít služby domovů pro osoby se zrakovým postižením. Byla rovněž prokázána souvislost úrovně funkčního statusu ve výkonu instrumentálních denních aktivit. Možné obtíže je tedy nutné zohlednit v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Posláním kvalitativní části bylo identifikovat (postihnout, objevit) další činitele příp. podmínky, které mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Naším záměrem bylo na základě rozhovorů s respondenty (uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením a osobami z rodinného prostředí) rozšířit soubor proměnných s hromadným výskytem o další proměnné, které mohou rovněž na výuku PO SP působit v konkrétních ojedinělých případech. Přestože jsou ojedinělé, mohou v konkrétním případě působit rozhodujícím vlivem. Získané informace prostřednictvím případových studií poskytují svědectví o vztahu mezi dobou od vzniku postižení a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP. Osoby, které ztrácely svůj zrak postupně, flexibilně reagovaly na snižující se úroveň vizu získáváním nových znalostí a kompenzačních technik a také zdokonalováním své samostatnosti prostřednictvím výuky PO SP. Kazuistiky také objasnily některé výsledky skóre ve statistických testech. Řada respondentů, přestože by mohla činnost samostatně zvládnout, spoléhala na pomoc svého okolí, nejčastěji životního partnera či pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením. Uveřejněné případové studie dokládají rozmanitost činitelů, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Potvrzují vliv somatických (pohybová a zdravotní omezení), psychických (strach z neznámého prostoru, nebezpečí) a sociálních (rodinné, ekonomické zázemí) faktorů jako determinant výuky PO SP jak z hlediska obsahu, tak také kvality.

Výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku i přes dokonalost a systematičnost metod a technik výuky vyžaduje maximální možné respektování individuálních možností a schopností uživatele dané služby.

Význam a přínos obou částí našeho výzkumu spatřujeme v aktuálnosti řešené problematiky. Získané výsledky z obou částí výzkumného šetření společně s doporučeními obohacují současnou teorii a praxi výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jako takové představují také inspiraci k stanovení dalších výzkumných problémů v této oblasti.

Použitá literatura a zdroje

AFB SENIOR SIDE, *Expanding possibilities for people with vision loss* [online]. [cit. 2012-05-27]

© 2010 dostupné na [www: http://www.afb.org/seniorsitehome.asp](http://www.afb.org/seniorsitehome.asp)

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038- 044-6.

APOGEUM, *Tyflolexikon jmenný, Wiener Pavel* [online]. ©2005 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www:](http://www.apogeum.info/tlex/heslo.php?id=1141)

<http://www.apogeum.info/tlex/heslo.php?id=1141>

ASCHERMANN, Michael. et al. *Kardiologie I. a II. díl*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80–7262–290-0.

ASOCIACE INSTITUCÍ VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR, o. p., *O age managementu* [online],

[cit. 2012-05-27] © 2010 dostupné na [www: http://www.aivd.cz/agemanagement-informace](http://www.aivd.cz/agemanagement-informace)

BARTOŇKOVÁ, Hana a Dušan ŠIMEK, D. *Andragogika*. 1. vyd. Olomouc 2002. ISBN 80-244-0394-3.

BRAILLNET, *Úvod* [online], [cit. 2013-04-02] © 2010 dostupné na [www:](http://www.brailnet.cz/sons/docs/bariery/mp1/uvod.html)

<http://www.brailnet.cz/sons/docs/bariery/mp1/uvod.html>

BRAILNET, *Konference, Bumerang, Jak se do lesa volá - tak se z lesa ozývá* [online]. ©2005 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www:](http://konference.brailnet.cz/pipermail/bumerang/msg00221.html)

<http://konference.brailnet.cz/pipermail/bumerang/msg00221.html>

BWR, *Berufliche Rehabilitation heute* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na [www:](http://www.arge-bfw.de/berufliche-rehabilitation/)

<http://www.arge-bfw.de/berufliche-rehabilitation/>

CENTRUM CHRLICE, *Sociálně - rehabilitační oddělení* [online]. ©2011 [cit. 2014-02-05] dostupné na

[www: http://www.centrumchrlice.cz/socialne_rehabilitacni_odd.html](http://www.centrumchrlice.cz/socialne_rehabilitacni_odd.html)

ČÁLEK, Oldřich, Josef CERHA a Zdeněk HOLUBÁŘ. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*.

Praha: SPN, 1992.

ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ, *Co je to PZ* [online]. [cit. 2012-05-30]

© 2008 dostupné na [www: http://www.unie-pz.cz/3-pz.html](http://www.unie-pz.cz/3-pz.html)

DBSW, *Senioren* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na [www:](http://www.dbsv.org/ratgeber/betroffenengruppen/senioren/?style=0%252529)

<http://www.dbsv.org/ratgeber/betroffenengruppen/senioren/?style=0%252529>

DEGENERCE MAKULY, *Dvě formy VPMD* [online]. © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://degeneracemakuly.cz/dve-formy-makularni-degenerace-VPMD](http://degeneracemakuly.cz/dve-formy-makularni-degenerace-VPMD)

DEGENERCE MAKULY, *Příznaky VPMD* [online] © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD](http://degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD)

DEMOGRAFIE, *Analýza: Stárnutí populace podle výsledků ČSÚ* [online]. © 2004 - 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34

DĚDINA, O. P. S., *Rehabilitace* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.dedina.cz/barva/rehab.html](http://www.dedina.cz/barva/rehab.html)

DĚDINA, O. P. S., *Rekvalifikace* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.dedina.cz/barva/rekva.html](http://www.dedina.cz/barva/rekva.html)

DINF, *A "komunikovat" průvodce kniha pro lidi, které pomáhají zrakově postiženým starým lidem* [online]. ©2007 - 2014 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www: http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/blind/z04001/z04001.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/blind/z04001/z04001.html)

DIXON, C. J. a Bridged LEACH. *Questionnaires and Interviews in Geographical Research*. catmog 18. Regency House: Norwich, Geo Books, 1979.

DOMOV PALATA, *Poskytované služby* [online]. ©2012 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www: http://www.palata.cz/poskytovane-sluzby.html](http://www.palata.cz/poskytovane-sluzby.html)

DYLEVSKÝ, Ivan a Stanislav TROJAN. *Somatologie*. Praha: Avicenum, 1999. ISBN 80-201-0026-1

EDELSBERGER, Luddvik a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FINKOVÁ Dita, Kateřina. STEJSKALOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. [CD], Olomouc: UP, 2010. ISBN 978-80-244-2517-7.

FNF, *Accueil et Accompagnement* [online]. [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.faf.asso.fr/article/accueil-et-accompagnement#top>

FREJ, David. *Dietní sestra dieta ve zdraví a nemoci* vyd. 1. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-537-X

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 1993, ISBN 80-7178-803.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HKSB, *Novinky* [online]. ©2009 [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.faf.asso.fr/article/accueil-et-accompagnement#top>;

http://www.hksb.org.hk/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=4

HYCL, Josef. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-827-1.

HYCL, Josef a Lucie VALEŠOVÁ. *Atlas oftalmologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-382-2.

CHARITA OPAVA, *Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=14&Igen=11>

CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: 2000, ISBN 8067076679869.

INOVACE ČINNOSTI SPC PŘI POSUZOVÁNÍ VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB DĚTÍ A ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, *Dopis od PhDr. Moravcové* [online]. © 2010 cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/05/26.pdf>

INSTITUTE FOR OPHTHALMIC RESERCH, *Retina Implant project* [online]. [cit. 2012-05-27] © 2008 – 2010 dostupné na www: <http://www.eye.uni-tuebingen.de/retina-implant-project>

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská universita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, ISBN 8067368611062.

JESENSKÝ, Ján. *Organizace a řízení rozvoje prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených*. Praha: Malá Tyflologická knižnice, 1982.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: KAROLINUM, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

JESENSKÝ, Ján. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-041-8.

JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

JIRÁSKOVÁ, Nad'a a Pavel ROZSÍVAL. *Kazuistiky z oftalmologie II*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2008. ISBN 978-80-87009-44-4.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997, str. 193. ISBN 80-7174-366-0.

KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ. *Základní pojmy - stáří, gerontologie a geriatrie* In KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 47. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc* In Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnosti", Praha:MPSV, 2006.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 2. vyd. Praha: SPN, 1983.

KLÍR, Vladimír, *Senioři a možnost e – learningu* [online]. © 2011[cit. 2012-10-07] dostupné na [www: http://everest.natur.cuni.cz/konference/2011/prispevek/klir_prispevek.pdf](http://everest.natur.cuni.cz/konference/2011/prispevek/klir_prispevek.pdf)

KOLÍN, Jan. *Oční lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1325-3.

KRAUS, Hanuš a kol. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-079-1.

KUCHYNKA, Pavel a kol. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.

KVAPILÍKOVÁ, Květa. *Anatomie a embryologie oka*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-313-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. Vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1284-0.

LORM, *Kurz: Osobní asistent pro hluchoslepé a zrakově postižené, Informace k akreditovanému kurzu* [online]. ©2011 [cit. 2014-02-03] dostupné na [www: http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php](http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php)

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie*. Olomouc: UP, 1988.

LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Tyflopedie II*. Olomouc: UP, 1989.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie předškolního věku*. Olomouc: UP PdF, 2004. ISBN: 80-244-0955-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno. Paido, 1996. ISBN 80-85931-20-6.

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

MPSV, *Senioři – naše šance* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-30] dostupné na www: <http://www.mpsv.cz/cs/5480>

MPSV, KALVACH, Zdeněk, *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf

MPSV, *Co to je koordinovaná rehabilitace* [online]. ©2012 [cit. 2014-01-20] dostupné na www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf

MPSV, *Osud koordinované rehabilitace* [online]. ©2011 [cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004, ISBN: 80-210-3345-2.

NAGAMATSU, S. L., T. Y. LIU – AMBROSE, P. CAROLAN a C. T. HANDY. *Are impairments in visual – spatial attention a critical faktor for increased falls risk in seniors? An event potential study*. Canada: Elsevier: Neuropsychologia, Volume 47, Issue 13, November 2009, s. 2749 – 2755, ISSN: 0028 – 3932.

NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000, ISBN80-7083-383-1.

ODILIEN INSTITUT, *Odilien Institut* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.odilien.at/odilien-institut/>

ONCE, *Bienestar Social* [online]. ©2014 [cit. 2014-03-20] dostupné na www: <http://www.once.es/new/otras-webs/english/social-services-onces-main-reason/social-well-being>

ORDINACE. CZ, *Diabetická retinopatie* [online]. © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://www.ordinace.cz/clanek/diabeticka-retinopatie/>

ORR, Alerta L. a Priscilla ROGERS. *Solution for Access. A Training manual for Working with Older people Who are Visually impaired*. New York: AFB Press, 2003, ISBN 0-89128-859-7.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1 vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 136
ISBN 80-201-0076-8.

PATOČKOVÁ, Helena, Marta TRČALOVÁ, Michal TRHLÍK. *Prostorová orientace a samostatný pohyb*, Podkladový materiál ke kurzům pro učitele zrakově postižených dětí, Brno: Pedagogické centrum Brno, 2004.

PATOČKA, Josef, *Všechno, co jste kdy chtěli vědět o Pavlu Wienerovi a báli jste se zeptat*, Blog [online]. © 2009 - 2010 [cit. 2013-03-20] dostupné na [www: http://vechnocojstekdychtlivdtopwienerovi.blogspot.cz/search?updated-min=2010-01-01T00:00:00%2B01:00&updated-max=2011-01-01T00:00:00%2B01:00&max-results=5](http://vechnocojstekdychtlivdtopwienerovi.blogspot.cz/search?updated-min=2010-01-01T00:00:00%2B01:00&updated-max=2011-01-01T00:00:00%2B01:00&max-results=5)

PAULÍK, Karel. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: OU, 2005. ISBN 80-7368-039-4.

PDF UK PRAHA, *Studijní informační systém* [online]. ©2014 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584](https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584)

PDF UP OLOMOUC, CENTRUM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, *Specializovaná činnost v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením* [online]. ©2013 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://ccv.upol.cz/cz/rubriky/programy-celozivotniho-vzdelavani/](http://ccv.upol.cz/cz/rubriky/programy-celozivotniho-vzdelavani/)

POŽÁR, Ladislav. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. 1 vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnavienis, 2007, ISBN: 978-80-8082-147-0.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974.

PZN, *Projekty realizowane* [online]. [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.pzn.org.pl/en/dzialania-projekty.html](http://www.pzn.org.pl/en/dzialania-projekty.html)

RÁKOCZYOVÁ, Milada. *Začleňování na pracovní trh jako součást procesu sociálního začleňování v ČR*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Disertační práce. Dostupné z: http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?lang=en;furl=%2Fth%2F9286%2Ffss_d%2F;info=>

RATH, Waldtraut. *Pädagogik der Blindern und Sehebehinderten*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1985.

RENOTIEROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: VUP, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

REPRACHEM, *Oftalmologie* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://www.rephachem.cz/cz/oftalmologie.html>

RNIB, *Starší lidé* [online] © 2012 [cit. 2012-10-03] dostupné na www: http://www.rnib.org.uk/livingwithsightloss/copingwithsightloss/Pages/older_people.aspx

ROZSÍVAL, Pavel, et al. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

RUBIN G. S. et al. *A comprehensive assessment of visual impairment in a population of older Americans: the SEE study*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1997;38:557–568.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*, Portál, Praha, 2004, str. 390. ISBN 80-7178-829-5.

SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických přístupů speciálně andragogických k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 238 s. neuveden. ISBN 978 -80 -210 -5287 -1.

SENIOR INTERNET KLUB, *Informace a rady k fyziologii stárnutí* [online]. © 2000 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze

SDRUŽENÍ CMP, *Mozkové příhody lze předcházet* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2012-05-30] dostupné na www: <http://sdruzenicmp.cz/cz/pruvodce-cmp/>

SONS, *SONS* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2012-05-30] dostupné na www: <http://www.sons.cz/>

SONS, ČASOPIS ZORA, *Nový projekt na výuku prostorovky* [online]. © 2002 - 2014 [cit. 2013-01-20] dostupné na [www: http://www.sons.cz/zora/text/index.php?id_casopis=zora1106&show_clanek=9593&filtr_casopis=zora&filtr_rok=2011](http://www.sons.cz/zora/text/index.php?id_casopis=zora1106&show_clanek=9593&filtr_casopis=zora&filtr_rok=2011)

SONS, *Střediska integračních aktivit - SIA SONS* [online]. © 2002 - 2014 [cit. 2013-03-05] dostupné na [www: http://www.sons.cz/sia/](http://www.sons.cz/sia/)

SONS, *Tyflopomůcky Praha, O nás* [online]. © 2002 – 2014 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.tyflopomucky.cz/praha.php](http://www.tyflopomucky.cz/praha.php)

STEJSKALOVÁ, Kateřina In JURKOVIČOVÁ, P. (ed.) a kol. *Komunikace a Lidé se smyslovým postižením*. Olomouc: UP Olomouc, 2010. s. 56 – 94. ISBN 978-80-244-2649-5.

STOKLASOVÁ, Veronika. *Osoby s kombinovanými vadami z pohledu tyflopedie*. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: UP Olomouc, 2005. s. 67 – 80. ISBN 80-244-1154-7.

STRAUS, Alan a Jane CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-274-2.

SVÁROVSKÝ, *Historie bílé hole* [online]. © 2002 – 2012 [cit. 2013-03-20] dostupné na [www: http://www.svarovsky.cz/historie.php](http://www.svarovsky.cz/historie.php)

SVÁROVSKÝ, *Rozdělení bílých holí* [online]. © 2002 – 2012 [cit. 2013-03-20] dostupné na [www: http://www.svarovsky.cz/rozdeleni.php](http://www.svarovsky.cz/rozdeleni.php)

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 978-80-7367-313-0.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: PdF UK, 1998. ISBN 86039-30-7.

TRHLÍK, Michal: *Prostorová orientace a samostatný pohyb*. Interní materiál kurzu akreditovaného MŠMT. Brno: SPC pro ZP, 2008.

TYFLOCENTRUM, *Registrované sociální služby poskytované společnostmi typu TyfloCentrum* [online], [cit. 2014-02-05] dostupné na [www:http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php](http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php)

TYFLONET, *TyfloCentrum* [online]. ©2010 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www:http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/tyflocentrum](http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/tyflocentrum)

TYFLOSERVIS, O. P. S. , *Základní údaje o Tyfloservisu* [online]. ©2005 - 11 [cit. 2014-02-04] dostupné na [www: http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php](http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php)

TYFLOSERVIS, O. P. S. , *Služby Tyfloservisu - Bližší popis poskytování služeb* [online]. ©2005 - 11 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www: http://www.tyfloservis.cz/popis-poskytovani-sluzeb](http://www.tyfloservis.cz/popis-poskytovani-sluzeb)

UNCI, *Chi siamo?* [online]. ©2014 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.genitoriucroma.objectis.net/chi-siamo](http://www.genitoriucroma.objectis.net/chi-siamo)

UNIKA CENTRUM, O. P. S., *O společnosti* [online]. ©2012 [cit. 2014-03-05] dostupné na <http://www.unikacentrum.cz/o-spolecnosti/>

ÚNSS, *Zaostřujeme na seniorov* [online]. ©2013 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.unss.sk/aktuality/2013/2013-zaostrojeme-seniori.php](http://www.unss.sk/aktuality/2013/2013-zaostrojeme-seniori.php)

ÚSTAV ANTROPOLOGIE PŘÍRODOVĚDECKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY, *Elektronické studijní materiály, 9. Stáří* ([online], [cit. 2012-10-03] © 2004-2007 dostupné na http://www.sci.muni.cz/anthrop/soubory/IV_09.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)* [online]. [cit. 2012-07-03] © 2010 - 2012 dostupné na [www: http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf](http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf)

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie a Ladislav RABUŠIC. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005.

VÍTEK, Jiří a Marie VÍTKOVÁ. *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví/ International Classification of Functioning, Disability and Health*. In VÍTKOVÁ, M, et. al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. / Education of Pupils with Special Needs I*. Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-163.8.

VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN80-7315-071-9.

VIEWEGH, Josef. *Psychologie stárnutí*. Brno 1974.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014* [online]. © 2009 – 2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/](http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovných-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/)

VOTAVA, J., (et) *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0708-5.

WIENER, Pavel, *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. Praha, Avicenum, 1986.

WIENER, Pavel, *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. Praha, MŠMT, 1998.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.

WIENER, R. William, Richard WELSH, Bruce B. BLASCH. *Foundatin of orientatin and Mobility*, 3rd edidion, Volume 1: History and Theory, AFB Press, 2010, ISBN: 978-0-89128-448-2.

WIENER, R. William, Richard WELSH, Bruce B. BLASCH. *Foundatin of orientatin and Mobility*, 3rd edidion, Volume 2: *Instructional Strategies and Practical Applications*, AFB Press, 2010. ISBN: 978-0-89128-448-2.

WHO, *Ageing and life course* [online]. ©2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html)

WHO, *ICD – 10 version: 2010* [online]. © 2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54)

WHO, ICF WHO [online], [cit. 2012-07-03] © 2012 dostupné na [www: http://www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)

WHO, *Report of the WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation - 1969* [online]. ©2012 [cit. 2012-01-20] dostupné na [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf)

WHO, *Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation - 1981* [online]. ©2012 [cit. 2012-01-20] dostupné na [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf)

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2005.

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2005.

Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2011.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2004.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách., v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2013.

Zákon č. 329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením., v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2011.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), v novelizovaném znění. Praha: MZ, 2011.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2012.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2006.

ANOTACE

Název práce:

Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Jméno a příjmení: Mgr. Lenka Mitrychová

Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Bc. et Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Počet stran: 270

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2014

Klíčová slova: získané zrakové postižení, pozdní dospělost, seniorský věk, výuka PO SP, proces stárnutí, samostatnost a soběstačnost, kognitivní funkce.

Key words: Acquired visual impairment, late adulthood, senior age, orientation & mobility training, ageing process, self-reliance and self-sufficiency, cognitive functions.

Schüsselwörter: erworbene Sehbehinderung, späte Reife, Rentenalter, Unterricht zum Thema räumliche Orientierung und eigenständige Bewegung von Personen mit Sehbehinderung (nachfolgend nur „Unterricht PO SP“), Alterungsprozess, Selbständigkeit und Selbstgenügsamkeit, kognitive Funktion.

RESUMÉ

Disertační práce se zaměřuje na problematiku vlivu činitelů procesu stárnutí při výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Z hlediska své struktury je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce představuje sumarizaci základních poznatků. Vymezuje terminologii užívaných pojmů v oblasti problematiky periodizace věku a osob se zrakovým postižením a zabývá se procesem stárnutí, jeho projevy a komplikacemi spojenými s involucí. Následuje shrnutí nabídky služeb v rámci výuky PO SP, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Samostatnou kapitolu, která je přechodem k empirické části práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Empirická část disertační práce dále prohlubuje zmíněné teoretické oblasti v praxi. Z důvodu dostatečné komplementace dané problematiky bylo výzkumné šetření realizováno za pomoci kvantitativních a kvalitativních metod, formou tzv. smíšeného výzkumu. Kvantitativní pohled se formou standardizovaných testů snaží nalézt odpověď na otázku, zda má různý typ prostředí (ústavní nebo rodinné), ve kterém dané osoby žijí, vliv na úroveň určených činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kvalitativní rovinu tvoří případové studie vzniklé na základě polostrukturovaného rozhovoru se zainteresovanými osobami. Shrnutí závěrů z obou rovin kromě proměnných s hromadným výskytem zohledňuje také činitele, kteří v rámci výuky PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mají jedinečný a individuální charakter výskytu.

Závěry našeho výzkumného šetření pomáhají obohatit současnou teorii výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Praktickým přesahem získaných informací jsou aplikační doporučení k uplatňované metodice výuky PO SP u dané skupiny osob. Jejich aktuálnost a přínos je v rámci současných civilizačních tendencí je zřejmá.

SUMMARY

The Ph.D. thesis is focused on the effect of ageing process factors in the training of orientation & mobility in persons with acquired visual impairment, in late adulthood / senior age. The thesis is structured in two parts, theoretical and practical.

The theoretical part provides essential knowledge in a summarized form. This part defines the terminology used in the field of age periodization and for persons with visual impairment, and it discusses the ageing process, its manifestations and complications related to involution. Subsequently, the offer of services in orientation & mobility training is summarized as utilizable by persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. A separate chapter serving as a bridge to the empirical part of the thesis discusses present points of departure and orientation & mobility training strategies in the context of our target group of persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age.

The empirical part of the thesis further deepens the above mentioned theoretical fields in practice. The research investigation was implemented using both quantitative and qualitative methods, in the form of the so called mixed research, for the reason of sufficient complementation of the explored issues. The quantitative point of view uses standardized tests to seek an answer to the question whether different types of environments (institutional or family) the given persons live in have any impact on the level of the determined factors (self-reliance and self-sufficiency levels; cognitive functions) that may be applied in the observed orientation & mobility training in persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. The qualitative level comprises case studies developed based on semi-structured interviews with involved persons. The summary of conclusions of both levels, in addition to variables with mass occurrence, also takes account of factors exhibiting a unique and individual nature of occurrence in orientation & mobility training focused on persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age.

The conclusions of our research investigation help to enhance the contemporary theory of orientation & mobility training with more detailed information about the training of persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. Practical outreach of the new information is reflected in application recommendations for methodologies applied in orientation & mobility training focused on the given group of persons. Their current relevancy and benefits are evident in the context of contemporary civilization tendencies.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Dissertation befasst sich mit der Frage des Einflusses von Faktoren des Alterungsprozesses beim Unterricht PO SP bei Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter. Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil unterteilt.

Der theoretische Teil fasst die bisherigen grundlegenden Erkenntnisse zusammen. Hierbei wird die Terminologie der verwendeten Begriffe im Bereich der Problematik der Periodisierung von Alter und von Personen mit Sehbehinderung definiert und der Alterungsprozess, seine Äußerungsformen und Komplikationen in Verbindung mit der Involution thematisiert. Es folgt eine Zusammenfassung des Angebots an Dienstleistungen im Rahmen des Unterrichts PO SP, die Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter nutzen können. Ein eigenständiges Kapitel, das einen Übergang zum empirischen Teil der Arbeit darstellt, bilden die bisherigen Ansätze und Strategien des Unterrichts PO SP in Zusammenhang mit unserer Zielgruppe von Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter.

Der empirische Teil der Dissertation vertieft die erwähnten Theoriebereiche in der Praxis. Aus Gründen einer zureichenden Vervollständigung der gegebenen Problematik wurde die Forschungsuntersuchung unter Zuhilfenahme quantitativer und qualitativer Methoden durchgeführt, und das in Form einer sog. Mischuntersuchung. Der quantitative Ansatz versucht in Form standardisierter Tests eine Antwort auf die Frage zu finden, ob unterschiedliche Typen der Umgebung (Institut oder Familie), in der die gegebenen Personen leben, Einfluss auf das Niveau der bestimmten Faktoren (Niveau der Selbständigkeit und der Selbstgenügsamkeit, der kognitiven Funktionen) haben, die beim beobachteten Unterricht PO SP bei Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter angewandt werden können. Die qualitative Ebene besteht aus Fallstudien, die auf der Grundlage eines halbstrukturierten Gesprächs mit den teilnehmenden Personen zustande kamen. Die Zusammenfassung der Schlüsse aus beiden Ebenen berücksichtigt neben den „massenhaft“ vorkommenden Variablen auch die Faktoren, die im Rahmen des Unterrichts PO SP von Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter einen einzigartigen und individuellen Vorkommenscharakter aufweisen.

Die Schlüsse unsere Forschungsuntersuchung helfen dabei, die heutige Theorie des Unterrichts PO SP um detailliertere Informationen über den Unterricht für Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter zu bereichern. Ein praktisches Übergreifen der erworbenen Informationen stellen Anwendungsempfehlungen zur angewandten

Methode des Unterrichts PO SP bei einer gegebenen Personengruppe dar. Ihre Aktualität und ihr Beitrag im Rahmen der aktuellen zivilisatorischen Tendenzen sind offensichtlich.

Seznam tabulek

| | |
|--|-----|
| Tab. 1: Věkové složení..... | 129 |
| Tab. 2: Pohlaví..... | 131 |
| Tab. 3: Prostředí..... | 132 |
| Tab. 4: 1. Příjem potravy a tekutin..... | 133 |
| Tab. 5: 2. Oblékání..... | 133 |
| Tab. 6: 3. Koupání..... | 134 |
| Tab. 7: 4. Osobní hygiena..... | 134 |
| Tab. 8: 5. Kontinence moči..... | 134 |
| Tab. 9: 6. Kontinence stolice..... | 134 |
| Tab. 10: 7. Použití WC..... | 135 |
| Tab. 11: 8. Přesun lůžko- židle..... | 135 |
| Tab. 12: 9. Chůze po rovině..... | 135 |
| Tab. 13: 10. Chůze po schodech..... | 135 |
| Tab. 14: Celkové skóre ADL..... | 136 |
| Tab. 15: Stupeň závislosti (ADL)..... | 136 |
| Tab. 16: 1. Telefonování..... | 138 |
| Tab. 17: 2. Transport..... | 138 |
| Tab. 18: 3. Nakupování..... | 138 |
| Tab. 19: 4. Vaření..... | 139 |
| Tab. 20: 5. Domácí práce..... | 139 |
| Tab. 21: 6. Práce okolo domu..... | 139 |
| Tab. 22: 7. Užívání léků..... | 139 |
| Tab. 23: 8. Finance..... | 140 |
| Tab. 24: Index IADL..... | 140 |
| Tab. 25: Stupeň soběstačnosti (IADL)..... | 141 |
| Tab. 26: I. Orientace..... | 142 |
| Tab. 27: II. Registrace..... | 142 |
| Tab. 28: III. Pozornost a počty..... | 143 |
| Tab. 29: IV. Paměť..... | 143 |
| Tab. 30: V. Jazyk..... | 143 |
| Tab. 31: Celkové skóre testu kognitivních funkcí..... | 145 |
| Tab. 32: Spearmanův korelační koeficient celkového skóre dotazníků ADL a IADL..... | 154 |
| Tab. 33: Kontingenční tabulka celkového skóre dotazníků ADL a IADL..... | 155 |

| | |
|--|-----|
| Tab. 34: McNemar-Bowker test celkového skóre dotazníků ADL a IADL..... | 155 |
| Tab. 35: Spearmanův korelační koeficient skóre dotazníků ADL a MMSE..... | 157 |
| Tab. 36: Spearmanův korelační koeficient skóre dotazníků IADL a MMSE..... | 159 |
| Tab. 37: Kontingenční tabulka skóre ADL a věku..... | 161 |
| Tab. 38: Spearmanův korelační koeficient skóre ADL a věku..... | 161 |
| Tab. 39: Kontingenční tabulka soběstačnosti (IADL) na věku..... | 162 |
| Tab. 40: Spearmanův korelační koeficient soběstačnosti (IADL) na věku..... | 163 |
| Tab. 41: Spearmanův korelační koeficient kognitivních funkcí na věku..... | 163 |
| Tab. 42: Kontingenční tabulka vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm závislosti (ADL) | 165 |
| Tab. 43: Fisherův přesný test vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm závislosti (ADL) | 166 |
| Tab. 44: Kontingenční tabulka vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm soběstačnosti (IADL)..... | 166 |
| Tab. 45: Fisherův přesný test vztahu mezi pohlavím respondentů a stupněm soběstačnosti (IADL) | 166 |
| Tab. 46: Popisná statistika celkového skóre testu MMSE..... | 166 |
| Tab. 47: Mann-Whitney U-test vztahu skóre testu MMSE a pohlaví respondentů | 167 |
| Tab. 48: Testové statistiky vztahu skóre testu MMSE a pohlaví respondentů | 167 |
| Tab. 49: Kontingenční tabulka vztahu stupně závislosti (ADL) a prostředí (zařízení)..... | 169 |
| Tab. 50: Fisherův přesný test vztahu stupně závislosti (ADL) a prostředí (zařízení)..... | 170 |
| Tab. 51: Kontingenční tabulka vztahu stupně soběstačnosti (IADL) a prostředí (zařízení) | 170 |
| Tab. 52: Fisherův přesný test vztahu stupně soběstačnosti (IADL) a prostředí (zařízení) | 170 |
| Tab. 53: Popisná statistika celkového skóre kognitivních funkcí..... | 171 |
| Tab. 54: Mann-Whitney U-test celkového skóre kognitivních funkcí..... | 171 |
| Tab. 55: Testové statistiky celkového skóre kognitivních funkcí..... | 171 |

Seznam grafů

| | |
|---|-----|
| Graf 1: Věkové složení..... | 129 |
| Graf 2: Pohlaví..... | 131 |
| Graf 3: Prostředí (Zařízení)..... | 132 |
| Graf 4: Stupeň závislosti (ADL)..... | 137 |
| Graf 5: Stupeň soběstačnosti (IADL)..... | 141 |
| Graf 6: Položky testu MMSE..... | 144 |
| Graf 7: Rozložení hodnot celkového skóre dotazníků ADL a IADL..... | 154 |
| Graf 8: Dvojměrný histogram celkového skóre dotazníků ADL a IADL..... | 156 |
| Graf 9: Bodový graf celkového skóre dotazníků ADL a MMSE..... | 158 |
| Graf 10: Bodový graf celkového skóre dotazníků IADL a MMSE..... | 160 |
| Graf 11: Stupeň závislosti (ADL) na věku..... | 162 |
| Graf 12: Závislost soběstačnosti (IADL) na věku..... | 163 |
| Graf 13: Závislost kognitivních funkcí na věku..... | 164 |
| Graf 14: Box graf skóre testu MMSE a pohlaví respondentů..... | 167 |
| Graf 15: Závislost soběstačnosti na prostředí (zařízení)..... | 170 |
| Graf 16: Box graf celkového skóre kognitivních funkcí..... | 172 |

Seznam příloh

Příloha 1 – Faktory působící při výuce PO SP

Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností (ADL – Activities of Daily Living)

Příloha 3 – Test instrumentálních všedních činností (test IADL)

Příloha 4 – Krátká škála mentálního stavu (MMSE)

Příloha 5 – Formulář pro polostrukturované rozhovory

Příloha 6 – Případové studie cílové skupiny osob v domácí péči

Příloha 7 – Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči

Činitelé působící při výuce PO SP u osob se ZP ve věku pozdní dospělosti

Na základě rozhovoru s:

Mgr. Eliškou Rozbořilovou, lektorkou PO SP ÚSP pro ZP Chrlice.

- pobytové zařízení pro osoby se ZP

Mgr. Danou Růžičkovou, lektorkou PO SP Tyfloservisu o. p. s, Olomouc

- terénní a ambulantní sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých

Bc. Petrem Machem, lektorkou PO SP Tyfloservisu o. p. s, Zlín

- terénní a ambulantní sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých
-

Při realizaci výuky PO SP obecně se uplatňují, prolínají, navzájem ovlivňují a do sebe zasahují dva stěžejní prvky. Zda a jak bude výuka PO SP úspěšná, ovlivňuje osoba zúčastněného a prostředí na něj působící.

Pozn. Jelikož se jednotlivé oblasti prolínají a navzájem ovlivňují, jejich názvy jsou jenom informativní a dále jsou v textu rozpracovány jejich konkrétní podoby při práci s osobami se získaným ZP v období pozdní dospělosti/stáří.

PO SP – v textu užívaná zkratka dle Wienera pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb

ZP – osoba se zrakovým postižením

Dispozice individuality osobnosti a dispozice prostředí. Mezi nimi prostupná oblast předešlé zkušenosti, jelikož ZP se projevilo až v průběhu života jedince.

I. Dispozice osobnosti

Osobnostní dispozice jsou z hlediska výuky PO SP dále upřesnitelné a dělitelné na složky ***pohybové, psychických procesů***, s prostupnou oblastí ***komunikace***.

Ad) pohybová složka

U osob se ZP ve vyšším věku při výuce PO SP se z hlediska nácviku instruktor potýká se ***somatickými a motorickými dispozicemi***. Jejich případné obtíže pak mají vliv nejen na výkon pohybu jako takového, ale současně i na způsob provedení, konkrétně způsob držení hole, úchop při vedení apod. Pohyb v prostoru není jen pohybem, míněným jako přemísťování, ale také o

rozpoznávání vodících znaků, bodů a linií viz provázanost s motorickými dispozicemi, kognitivními funkcemi.

Konkrétní projevy somatických dispozic:

- vliv na pohyb v prostoru, souvisí s pohyblivostí a čítím, udržení rovnovážné polohy,
- jedním z projevů ZP je omezení nebo úplná ztráta kontroly pozice zrakem,
- komplikací pohybu u osob se získaným ZP v nastupujícím a seniorském věku může být obezita, diabetes (omezení taktilního vnímání), dyspraxie, obrna po CMP, další přidružené postižení, omezující lokomoci,
- častá nutnost opírat se, chůze podél zábradlí např. problematika úchopu vodící a opěrné hole, nemožnost chůze s užitím obou, zaměstnání obou rukou, nemožnost taktilní kontroly.

Konkrétní projevy motorických dispozic:

- míněna je schopnost a zručnost vnímat a všímat si a diskriminovat prvky v prostředí, manuální dispozice jedince pomocí receptorů i vyšších mozkových funkcí,
- bývá ovlivněna předešlou (vidící) zkušeností (viz vliv prostředí),
- hmatová diskriminace povrchů a prvků, která u osob se získaným ZP není tak rozvinuta jako u osob s vrozeným ZP,
- u osob se vzniklým zrakovým postižením v průběhu života se při nácviku těchto oblastí můžeme setkat s nevolí a nezájmem (viz komunikace).

Držení a úchop:

- projevem obtíží somatické či motorické oblasti je např. nemožnost správného ohnutí dlaně při trailingu v důsledku např. obrny (viz konkrétní úpravy prvků PO SP),
- způsob úchopu a závěsu každého uživatele souvisí s jeho individuálními dispozicemi, např. U osoby se ZP v kombinaci s postižením sluchovým, je potřeba, aby lektor při výuce chodil po straně, kde uživatel nosí sluchadlo.
-

Ad) složka psychických procesů

Touto oblastí je míněna oblast individuálních profilových charakteristik jedince, jeho temperamentové vlastnosti, schopnost vnímání, prožívání, utváření představ, způsob myšlení, paměťových a emočních schopností a dovedností.

U osob se ZP je vnímání zrakem omezeno nebo úplně znemožněno. Tento fakt bude mít rozhodující vliv na utváření představ a další oblasti (paměť, pozornost, motivace...). Nejinak je tomu u osob se získaným ZP v průběhu života. Skutečnost předešlé zrakové zkušenosti sehrává svou roli. Má pozitivní vliv v oblasti přibližování a popisování prostředí, předmětů, zejména pokud se jedná známé, osobě blízké prostory. Na druhou stranu skutečnost ztráty zraku a její vyrovnání se s ní úzce souvisí s mírou spolupráce a motivace při rehabilitaci, výuce nového a tedy i návratu k samostatnosti a soběstačnosti (alespoň jisté úrovně) jedince s postižením. Tento vliv je také podmíněn faktory nastupujícího seniorského věku a omezení biologických a psychických funkcí.

Konkrétně bude výuku PO SP (u osob se ZP v období pozdní dospělosti) ovlivňovat zejména:

Aktuální psychické rozpoložení – v tomto názvu je míněna schopnost jedince vyrovnat se se skutečností ZP, také s ostatními skutečnostmi jeho života např. odchod dětí do vlastních rodin, rozvod, vyrovnání a přijetí procesu stárnutí a objevujících se projevů stáří, odchod ze zaměstnání do důchodu, apod. V souvislosti s výukou PO SP se lektor velmi často setkává u těchto osob s pocitem studu, psychickým blokem k chůzi s bílou holí. Jedinci jsou celkově apatičtí, propadají depresím a na výuku „nemají myšlenky“. Rozpoložení a vyrovnání se ztrátou zraku souvisí se schopností jedince se vyrovnávat s překážkami a životními těžkostmi, tedy i s jeho mírou soběstačnosti a schopnosti se o sebe postarat.

Paměťové schopnosti – schopnost zapamatovat a znovu vybavit si informaci sehrává v procesu výuky POSP důležitou úlohu. U osob ve vyšším věku je velmi pravděpodobný výskyt omezené schopnosti vštěpovat si prvky PO SP. Paměťové schopnosti je nutno utvrzovat trénováním, zde mají osoby se ZP nevýhodu, jelikož je na ně kladen nárok na schopnost vnímat nové informace (např. všimnout si vodících znaků), zapamatovat si je a znovu vybavit. Jednotlivci obecně jsou predisponováni různou měrou talentu schopnosti vštěpovat si informace. V souvislosti s degenerativními onemocněními např. Alzheimerovy choroby dochází k postupnému ústupu mozkových funkcí.

Intelekt - souvisí s paměťovými schopnostmi, nicméně úroveň IQ sehrává také podstatnou úlohu při práci s uživatelem, způsob komunikace a užití výrazů (viz komunikace).

Zkušenost – o vlivu zkušenosti zrakové na představivost a výuku PO SP bylo popsáno výše. Obecně míněným pojmem je předchozí uživatelova zkušenost míry a způsobu samostatné existence a soběstačnosti. Odlišná je práce s člověkem, který v rámci hyperprotektické výchovy nebyl nucen

vykonávat téměř žádné či minimální úkony soběstačnosti a nyní se dostal do pobytového zařízení. U osoby zvyklé vést samostatný a plnohodnotný život se instruktor PO SP zaměří na znovuoobnovení úkonů, na které již jedinec byl zvyklý před postižením.

Výše zmíněné vlastnosti jedince pak také souvisejí s jeho kognitivními schopnostmi v kontextu představy prostoru kolem, což je podstatné zejména při počátečním seznamování s trasami.

Ad) složka komunikace

Pro potřeby našeho výzkumu (textu) je tato oblast zmíněna a dále rozpracována samostatně, spadá do všech oblastí jako interakce jedince s okolím, je dána emočním rozpoložením, kognitivními funkcemi, zkušenostmi, motorickými i somatickými dispozicemi (mluvního aparátu) a dále i podněty a reakcemi prostředí.

Lektor při výuce PO SP se u osob se získaným ZP v průběhu života jedince může vnímat a reagovat na projevy v oblasti:

Kontaktu – jeho navázání, vytvoření důvěry eventuelně uživatelovy nedůvěry, ochoty spolupracovat, motivace a chuti učit se. Zde má velký vliv také emoční složka a schopnost klienta naladit se na spolupráci. Instruktor musí postupovat velmi individuálně, s ohledem na zmíněná specifika a působit na uživatele motivujícím způsobem. Oblast spolupráce prolíná celou výuku PO SP a způsob komunikace prochází neustálým vývojem vzhledem k možnostem, potřebám a aktuálním schopnostem uživatele.

Komunikačních schopností – narušení v oblasti komunikačních schopností má vliv na dorozumění a porozumění nejen při výuce PO SP. U osob se získaným ZP jsou vlivem vrozených omezení časté dyslalie a dysartrie bez součinnosti ZP. Rovněž častým výskytem jsou obrny, afázie, zejména jejich expresivní podoba v důsledku CMP a kardiovaskulárních onemocnění.

Oblast sociální inteligence – zmiňovaná již výše a myšlena jako schopnost uživatele vyjádřit své přání a požadavky a patřičně je interpretovat. Lektor může působit jako jakýsi prostředník, indikátor a pomocník v realizaci (v rámci PO SP) uživatelových tužeb, což pozitivně ovlivňuje jejich spolupráci a motivaci klienta např. nácvik trasy na oblíbené místo.

II. Dispozice prostředí

Okolním prostředím a jeho vlivem je osobnost jedince se získaným ZP formována a ovlivňována po celou dobu jeho existence a tato interakce samozřejmě probíhala také před vznikem postižení. Tvůrčí působnost zázemí, ve kterém se jedinec vyskytuje je možné z hlediska výuky PO SP rozdělit na věcné a personální obsazení.

Materiální vybavení – zejména užití kompenzačních pomůcek nejen pro ZP usnadňuje lektorovi práci s uživatelem. Na optimální korekci přidruženého handicapu např. sluchadlem pak dále může navazovat výuka PO SP. Současně s kompenzací postižení je třeba i vhodná úprava prostředí, jeho bezbariérovost, bezpečnost a tvorba vodících bodů, znaků jako prvků orientace v prostředí. Jedná se opět o vysoce individuální potřeby každého jedince, které vyplývají nejen z jeho možností, ale také přání a dalších upřednostňovaných specifík (viz výuka při výuce konkrétních prvků POSP).

Sociální zázemí – skutečnost předchozího způsobu života uplatňovaného před výskytem ZP. Tato oblast by se dala dále členit na užší pojetí rodinného prostředí, o jehož podnětnosti je psáno výše a širší společenské uplatnění míněné jako soubor všech společenských vazeb, v nichž se jedinec doposavad vyskytoval. Souvisí s pracovním uplatněním, ekonomickým statutem, sociálním postavením. Celkově shrnuty všechny vlivy, které ovlivňovaly uživatele samostatnost ještě před výskytem postižení. Je třeba si uvědomit, že v důsledku nepříznivé životní situace, výskytu ZP, některé již nebude možno obnovit. Na některých je ale možno stavět jako na zdroji motivace a podnětů např. fungující rodinné vztahy.

Osobnost lektora – je stěžejním prvkem při výuce PO SP. Jeho zkušenosti, znalosti, nabité vědomosti jsou významnou esencí pro zajištění uživatelské spolupráce. Odborné znalosti jsou vyžadovány nejen v oblasti výuky, tedy metodiky a prvků POSP, ale současně jsou vyžadovány znalosti o potřebách ZP a jejich naplňování. Specifika průvodce a lektora ve spolupráci s osobními charakteristikami jedince s postižením výrazně ovlivňují míru spolupráce a v konečném důsledku také úspěšnost výuky PO SP.

Konkrétní specifika prvků POSP uplatňovaných při výuce osob se získaným ZP v pobytové službě ÚSP Chrlice

V následujících řádcích budou popsány konkrétní úpravy a způsoby běžně využívaných prvků PO SP při práci s uživateli v pokročilém věku se ZP dle Bc. Elišky Rozbořilové

Nácvik chůze s průvodcem - vychází z přirozenosti člověka a zkušenosti instruktora rozpoznat potřeby uživatele, respektovat specifika nastupujícího seniorského věku (motorika, úchop – viz výše), průběh trasy je třeba náležitě komentovat, vybírat vhodné orientační body, tyto úkony zvládá jen skutečně dobře vyškolený průvodce.

Trailing – u osob s výskytem ZP v pozdějším věku se setkáváme s averzí vůči této technice, ať již pro jejich předešlou zrakovou zkušenost, ale současně také nedostatečné schopnosti ohnout zápěstí např. v důsledku zdravotního omezení s následkem tvorby vlastního stylu způsobu „ohmatu a ohybu zápěstí“.

Nácvik techniky bílé hole – souvisí s pohybovými možnostmi uživatele a dalšími kompenzačními pomůckami, kdy vzájemná souhra může být pro uživatele náročná na koordinaci.

Usměrnění a odstraňování negativních důsledků ZP - omezení v pohybu a samostatnosti souvisí na nácviku soběstačnosti, u osob v seniorském věku se v důsledku bio psychosociálních změn sebeobsluha zhoršuje, její kvalita závisí na mimo jiné na pravidelnosti vykonávaných činností. Jedním ze specifík nastupujícího a seniorského věku je že úkony soběstačnosti mohou být vykonávány s jistými obtížemi, déle, nicméně pobyt v důchodu těmto osobám poskytuje potřebný prostor.

Procvičení (rozvoj)kompenzačních smyslů – jedná se skutečně o procvičení, udržení smyslů alternujících zraku, jelikož jde o postižení vzniklé v průběhu života a smysly měly možnost se patřičně rozvinout. Prvotní diagnostika nového uživatele se zabývá právě schopnostmi a možnostmi jejich využití se využití při výuce PO SP.

Překonání pasivity klienta a jeho motivaci – při práci uživatelem pobytové služby je orientace po budově stěžejní pro jeho pocit bezpečí a zázemí. Jelikož je uživatel často nově příchozím má výuka PO SP přinést z počátku nejnütnější a také nejpříjemnější informace o prostoru a umístění předmětů. Základem je orientace po vlastním pokoji, schopnost návštěvy hygienického zařízení,

sesterny. K nalezení vlastního pokoje jsou využívány různé hmatné prvky např. vlněné bambulky, korálky, provázky podél zábradlí jako vodící linie jednotlivých tras. Nadstavbou samostatnosti a soběstačnosti je nácvik chůze na oblíbená místa např. kantýna. Je potřeba u uživatele vyvolávat stále nové podněty zájmu o prostor a orientaci v něm, aby se jeho touha učit se podpořila.

Konkrétní průběh výuky PO SP vyplývá z individuality uživatele. Za tímto účelem je zjišťována jeho dosavadní zraková zkušenost, míra soběstačnosti a možnosti zapojení kompenzačních smyslů. Seznámení se s novým prostředím je zprostředkováno hmatovými plánky, průvodcovstvím a slovní instrukcemi dle vhodnosti a možností pro každého uživatele individuálně. Diagnostika a výuka orientace v novém prostředí je provázána a změny pružně reagují na aktuální stav a potřeby uživatele. Stává se, že uživatel vědomě zamlčí skutečnost dalších obtíží např. inkontinence, diabetes, epilepsie, prognózu postižení, nebo své postižení vydává za horší než je skutečnost, ze strachu o nepřijetí do pobytové služby. Nově zjištěné skutečnosti je třeba zapracovat do individuálního plánu péče a samozřejmě také výuky PO SP.

Konkrétní specifika prvků PO SP uplatňovaných při výuce osob se získaným ZP v terénní a ambulantní službě sociální rehabilitace Tyfloservisů Olomouc a Zlín

V tomto textu budou popsány postřehy a připomínky k výuce POSP u osob se získaným ZP v období pozdní dospělosti z rozhovoru s Mgr. Horákovou a Petrem Machem.

Obecně platným a podstatným faktem při výuce PO SP v Tyfloservisů je prvotní iniciace přímo uživatelem. Tedy, že potřeba samostatného pohybu vychází na základě požadavku jedince se získaným ZP, který chce se naučit znovu pohybovat a orientovat po (dříve známém) prostředí (rozdíl od pobytové služby viz výše). Motivace klientem je na základě míry informovanosti (jeho vlastní i okolí). Tyfloservis přímo aktivně své uživatele nevyhledává, přesto jeho působení v oblasti depistážní činnosti lze spatřovat v osvětě odborníků (zejména lékařů) a širší veřejnosti. Častým jevem dle získaných informací je prvotní návštěva zrakově postiženého s konkrétním požadavkem, který může mít vzhledem k míře jeho postižení neadekvátní podobu. Je tedy otázkou odbornosti a vhodného jednání potencionálního uživatele usměrnit a nabídnout mu dostupné možnosti seberealizace a samostatnosti, vyplývající jednak z povahy postižení a také osobitosti klienta.

Na základě prvotního seznámení uživatele s možnostmi služeb Tyflocentra, pak dle jeho zájmu jsou nabídnuty také jednotlivé prvky PO SP, které se ve fázi učení nikterak neliší od osob v mladším věku. Zde je potřeba si uvědomit, že středisko osloví pravděpodobněji osoby, informované

o existenci takovéto služby a ke stěžejním činnostem Tyfloservisu o.p.s, tedy patří zejména informační a konzultační činnost.

Konkrétní postřehy k jednotlivým prvkům PO SP:

Trailing – potvrzena individuálnost stylu úchopu i ohybu dlaně, tak jak to uživateli vyhovuje vzhledem k jeho tělesným a pohybovým dispozicím.

Seznámení a provázení trasou – osoba instruktora zajišťuje mimo výše popsané také bezpečný přesun osoby z místa na místo, to se děje i na základě komentování průběhu trasy. Množství sdělených informací musí odpovídat aktuální potřebě uživatele, aby nebyl slovním popisem zahlcen natolik, že se nebude moci soustředit na výkon. Zejména u osob ve vyšším věku musíme počítat se zhoršením paměťových schopností a pozornosti obecně, nemluvě o komplikacích v důsledku psychiatrických onemocnění, např. roztroušené sklerózy. Seznámení s trasou je odvislé od uživatele a jeho požadavků. Vytváření hmatových mapek a plánek je spíše otázkou komplikovanějších tras. Uživatel musí být schopen zmenšeninu prostoru převést do představy reálného prostředí a být schopen nahmatat a rozlišit jednotlivé body a linie na plánu, což klade nároky na jeho schopnosti čítí. Oplatila se tvorba itinerářů průběhů trasy v komentované podobě, které si uživatel může pohodlně vzít s sebou a přehrávat v průběhu pohybu trasou. Slovní komentáře jsou rovněž obsahově stručné a využívají slovního popisu, který uživatel sám používá, a jsou mu tedy osobnostně blízké. Alternativou itineráře je pak zápis bodovým písmem za předpokladu, že si jej jedinec umí přečíst.

Chůze do a ze schodů – tempo a technika pohybu je uzpůsobená pohybovým možnostem uživatele. Využívá se rychlá nebo pomalá technika chůze.

Usměrnění a odstraňování negativních důsledků ZP a motivace zájemce o výuku POSP – jak již bylo popsáno u charakteristiky zájemců kurzů výuky POSP, počáteční iniciativa vychází z jejich zájmu a potřeb. Aktivizace a podpora uživatelů je pak realizována v rámci rekondičních pobytů a setkání obdobně postižených, kteří se již s faktem postižení vyrovnali a mohou mluvit o svých zkušenostech nejen v rámci samostatného pohybu ale soběstačnosti a návratu k běžným životním úkonům obecně. Tato psychická podpora je velmi stěžejní v momentě, kdy osoba s ZP, získaným v dospělém věku, pociťuje existenciální krizi. Pomáhá překonat pocitu studu a nezájmu o další žití.

Frekventanty kurzů PO SP lze rozdělit na skupinu těch, kteří již zkušenosti s Tyfloservisem, o. p. s. mají, v rámci služeb sociální rehabilitace a mají zájem o výuku nové trasy a těch, kteří přicházejí nově a ještě službu a její možnosti neznají. U každého zájemce je zjišťována v rámci komplexní

diagnostiky také jeho potřeba místa (prostředí, tras, které se chce naučit), času (časová dotace jednotlivých hodin) a frekvence výuky PO SP. Pro orientaci ve známém prostředí jsou u osob slabozrakých a se zbytky zraku doporučovány kontrastní označení. Při výuce nových tras jsou užívány znaky, body i vodící linie běžně zakomponované v prostředí. Při orientaci je doporučován majáček. Jeho obsluha je ale pro osoby ve vyšším věku často obtížná, a proto se raději nechávají vodit průvodcem, či volí pro vyřízení svých záležitostí zástup jiné osoby.

Barthelův test základních všedních činností

(ADL – Activities of Daily Living) převzato z Topinkové (2005, s. 214)

| | Činnost | Provedení činnosti | Bodové skóre* |
|-----|---------------------------------|---------------------------|----------------------|
| 1. | Příjem potravy a tekutin | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| 2. | Oblékání | neprovede | 0 |
| | | samostatně bez pomoci | 10 |
| 3. | Koupání | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 4. | Osobní hygiena | samostatně nebo s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| 5. | Kontinence moči | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 6. | Kontinence stolice | plně inkontinentní | 10 |
| | | občas inkontinentní | 5 |
| | | trvale inkontinentní | 0 |
| 7. | Použití WC | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| 8. | Přesun lůžko – židle | neprovede | 0 |
| | | samostatně bez pomoci | 15 |
| | | s malou pomocí | 10 |
| 9. | Chůze po rovině | vydrží sedět | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| | | samostatně nad 50 m | 15 |
| | | s pomocí 50 m | 10 |
| 10. | Chůze po schodech | na vozíku 50 m | 5 |
| | | neprovede | 0 |
| | | samostatně bez pomoci | 10 |
| | | s pomocí | 5 |
| | | neprovede | 0 |

Celkem

Hodnocení stupně závislosti: **

| | | |
|--------------|---------------|-----------------------------------|
| ADL 4 | 0 – 40 bodů | vysoce závislý |
| ADL 3 | 45 – 60 bodů | závislost středního stupně |
| ADL 2 | 65 – 95 bodů | lehká závislost |
| ADL 1 | 96 – 100 bodů | nezávislý |

* zaškrtněte jednu z možností

** zaškrtněte stupeň závislosti dle výsledku

Test instrumentálních všedních činností

Podle Lawsona a Bodyho (IADL-Instrumental Activity Daily Living) převzato z Topinkové
(2005, s. 215)

| Činnost: | Hodnocení: | Bo dy: |
|--------------------------------|--|-------------------|
| 01 Telefonování | Vyhledá samostatně číslo, vytočí je | 10 |
| | Zná několik čísel, odpovídá na zavolání | 05 |
| | Nedokáže používat telefon | 00 |
| 02 Transport | Cestuje samostatně dopravním prostředkem | 10 |
| | Cestuje, je-li doprovázen, vyžaduje pomoc druhé osoby | 05 |
| | Speciálně upravený vůz | 00 |
| 03 Nakupování | Dojde samostatně nakoupit | 10 |
| | Nakoupí s doprovodem a radou druhé osoby | 05 |
| | Neschopen bez podstatné pomoci | 00 |
| 04 Vaření | Uvaří samostatně celé jídlo | 10 |
| | Jídlo ohřeje | 05 |
| | Jídlo musí být připraveno druhou osobou | 00 |
| 05 Domácí práce | Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací, provede pouze | 10 |
| | lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu | 05 |
| | Provede pouze lehčí práce nebo neudrží přiměřenou čistotu | 05 |
| | Potřebuje pomoc při většině prací nebo s v domácnosti prací neúčastní | 00 |
| 06 Práce okolo domu | Provádí samostatně a pravidelně | 10 |
| | Provede pod dohledem | 05 |
| | Vyžaduje pomoc, neprovede | 00 |
| 07 Užívání léků | Samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků | 10 |
| | Užívá, jsou-li připraveny a připomenuty | 05 |
| | Léky musí být podány druhou osobou | 00 |
| 08 Finance | Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje | 10 |
| | Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími | 05 |
| | operacemi Neschopen bez pomoci zacházet s penězi | 00 |
| Hodnocení | Závislí | 00-40 bodů |
| | Částečně závislí | 41-75 bodů |
| | Nezávislí | 76-80 bodů |

Krátká škála mentálního stavu Test MMSE

Převzato a upraveno dle Topinkové (2005, s. 217),
namísto oslovení pacient hovoříme o respondentovi.

I. Orientace

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?
6. Kde se nyní nacházíte?
7. Ve kterém městě jste?
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde nyní jsme?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

II. Registrace

Řeknu Vám tři slova. Chtěla bych, abyste mi je zopakovala a pokusila se je zapamatovat, protože se na ně později zeptám ještě jednou.

11. Klobouk
12. Citrón
13. Auto

III. Pozornost a počty

Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

IV. Paměť

Zopakujte m prosím ta tři slova, která jste měl(a) před chvílí opakovat a zapamatovat si.

19. Klobouk

20. Citrón

21. Auto

V. Jazyk

22. Respondentovi bude vložena do ruky tužka.

Můžete mi říci, co to je?

23. Respondentovi budou vložena do ruky hodinky.

Můžete mi říci, co to je?

24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně:

Žádná, jestli, ano nebo ale.

25. Respondentovi bude před něj na stůl položen list papíru, o jeho poloze bude informován kromě slovní informace také možností ohmatat si jej.

Pozorně poslouchajte, co Vám nyní řeknu:

Vezměte papír do levé ruky.

26. Přeložte jej na polovic.

27. A hod'te dozadu.

28. Úkol vynechán.

29. Úkol vynechán.

VI. Praxe

30. Úkol vynechán.

Splnění úkolu se hodnotí 1, jeho nesplnění 0. Ve výsledku se získané body sečtou.

Po provedení testu dojde pouze k porovnání výsledného skóre mezi jednotlivými respondenty.

Formulář pro polostrukturované rozhovory

Kasuistická studie č.

Jméno:

Věk:

bydliště: velkoměsto/středně velké město/ vesnice/ jinde....

ANAMNESTICKÉ ÚDAJE

Osobní anamnéza

vystudoval:

povolání:

pracuje?:

doba od vzniku postižení:

Rodinná anamnéza

rodinný stav:

bydlí: sám/ s partnerem/ jiná ...

Počet dětí:

úroveň komunikace (dle rozhovoru):

Úroveň motoriky, samostatného pohybu a orientace v prostoru (dle pozorování):

Sebeobsluha (dle pozorování):

výuka PO SP: ANO/ NE (jak):

Kde:

Jak jste o ní dozvěděl (a):

Dotazník

- Zdá se vám frekvence hodin dostatečná?
- Domníváte se, že by měla být větší, stejná nebo menší a proč?
- Pokládáte počet hodin v měsíci za dostatečný?
- Co byste v tomto směru změnil (a), případně ponechala stejné?
- Jak se cítíte v hodinách výuky?
- Připadají vám příliš snadné nebo právě zvládnutelné nebo příliš obtížné a proč?
- Měnila byste jejich časovou délku, v případě, že ano, tak proč?
- Jste spokojen(á) s průběhem nácviku jednotlivých etap trasy, co se vám zdá dobré a s čím jste případně nebyl(a) zcela spokojena?
- V jaké míře (v čem) splnila výuka prostorové orientace a samostatného pohybu Vaše očekávání?

- V kterých oblastech Vám výuka pomáhá být samostatný(á) a jakou měrou?

Další poznámky:

Případové studie cílové skupiny osob v domácí péči

Respondent 1, muž, 91 let

bydliště: krajské město ČR do 100 tis. obyvatel

Respondent 1 žije se svou manželkou a synovou rodinou v přízemí rodinného domu na předměstí. Vystudoval elektrostrojirenský obor na Českém vysokém učení technickém v Brně a později studia dokončil v Praze. Je vojákem z povolání s hodností podplukovník.

Potíže se zrakem zaznamenal již v roce 1972, kdy byl v důsledku sníženého vidu donucen opustit armádu a přesídlit do místa svého současného pobytu. Diagnostikován mu byl glaukom a následkem jeho progresu přišel respondent 1 o zrak před čtyřmi lety. Již v té době však využíval služeb Tyfloservisů o. p. s. a TyfloCentra v místě bydliště.

Setkání bylo domluveno po několika telefonických rozhovorech, kdy telefon zvedla manželka a předala jej respondentovi. Při osobním setkání respondent 1 projevuje velkou radost a na rozhovor se těší. Jeví se jako velmi společenský a komunikativní. Sám aktivně pokládá otázky tazatelce, zajímá se o problematiku výzkumu. Rád o sobě mluví, ulpívá do vyprávění o sobě a své minulosti. Upozorňuje na sluchové obtíže na levém uchu (nenosí sluchadlo) a prosí o zřetelnější artikulaci a hlasitější dotazování. Po chvíli je přerušen manželkou, která pomáhá následně koordinovat rozhovor a jeho odpovědi doplňuje.

Úroveň motoriky dle pozorování se jeví adekvátní věku, respondent 1 uvádí, že pravidelně cvičí okolo domu. Sám zvládá vykonávat řadu základních sebeobslužných činností. Jeho zálibou je domácí kutilství, opravuje také rádia. Ve složitějších úkonech jako je např. vaření, úklidové činnosti spoléhá na pomoc manželky či blízkého okolí. Po domě se orientuje a pohybuje díky své předchozí zrakové zkušenosti sám. Samostatně se také vydává na malé procházky bezprostředně v okolí domu (po zahradě) za použití jím speciálně vyrobené tenké a krátké hůlky, kterou si "naťukává" rohy domu. Ostatní trasy je vždy doprovázen manželkou, synem či dobrovolnicí z TyfloCentra. S tou také rád absolvuje turistické výlety. Bílou hůl nosí spíše jako identifikační prvek osoby se zrakovým postižením. I když jsou mu známy základní techniky chůze s dlouhou bílou holí, využívá je jen sporadicky a ve známém prostředí. V současné době služeb výuky PO SP od Tyfloservisů o. p. s. nevyužívá, ale je s lektorkou v telefonickém kontaktu. Jedná se tedy o situaci, kdy osoba se získaným zrakovým postižením je podporována blízkými.

Respondent 1 sice základy PO SP ovládá, je schopen zvládnout základní úkony soběstačnosti, náročnější úkony však za něj řeší okolí. Byť je pohybově zdatný a zjevně by se za pomoci techniky bílé hole mohl pohybovat samostatněji, jak sám uvádí, vzhledem k svému věku spoléhá na pomoc

průvodce. Zajímavostí je jeho vlastní "inovace" samostatného pohybu kolem domu za pomoci krátké hůlky (tenké kovové tyčky). Vzhledem k tomu, že využívá průvodce, necítí potřebu prohlubovat své znalosti a dovednosti výukou PO SP.

Respondent 2, muž, 72 let

bydliště: obec do 10 tis. obyvatel

Respondent 2 žije v Domově pro seniory již čtvrtým rokem, kam se odstěhoval poté, co byl propuštěn z léčby na LDN. Dříve bydlel sám v rodinném domě, který si postavil. Vyučil se jako zedník a toto povolání také dlouhodobě vykonával. Je svobodný, do domova za ním na návštěvu dojíždí bratr s rodinou a přítelkyně.

Obtíže se zrakem začaly před 7 lety, kdy přestal vidět na jedno oko, před 5 lety ztratil zrak i u druhého oka. Diagnózu nezná, respektive nemůže si vzpomenout. Uvádí, že je schopen za dobrých podmínek rozeznat světlo a stín.

Rozhovor byl domluven na základě komunikace s personálem domova, který respondentovi informaci o příjezdu tazatelky vyřídil. Setkání bylo zkomplikováno menším zdržením, kdy si respondent odešel zakouřit a personál domova jej nemohl najít. Tato humorná situace velmi napomohla navázání důvěry mezi respondentem 2 a tazatelkou. Rozhovor byl uskutečněn v soukromí tzv. obývací místnosti domova. Hned z počátku je respondent 2 velmi sdílný, komunikuje již při cestě na pokoj a popisuje prvky trasy, podle kterých se orientuje.

Pohybové možnosti respondenta 2 jsou omezeny problémy v pravé kyčli. Uvádí, že odmítl operaci. Dříve se samostatně pohyboval za pomoci bílé hole, nyní kvůli zhoršení motoriky a stability využívá chodítko, o které je zapřen v loktech a tím odlehčuje zátěž na kyčelní kloub. Dle jeho slov pohybové obtíže se zhoršují se změnami počasí. V důsledku zaměstnání obou rukou, bílou hůl nevyužívá. Po domově se orientuje za pomoci pevně umístěných běžných prvků v prostředí např. vypínač, dveře, uzávěr elektriny..., které si nahmatá způsobem připomínajícím kluznou techniku. Schody kvůli chodítku nevyužívá, do přízemí jezdí výtahem. Úkony péče o vlastní osobu zvládá sám. Díky pobytu v domově není nucen vykonávat náročnější činnosti např. přípravu jídla (dostává jej naservírované v jídelně), úklidové činnosti (zajišťuje personál). Snaží se ukládat věci na stejné místo, pokud něco nemůže najít, využívá služeb personálu. Po domově se pohybuje suverénně a sám. Jak vypovídá, největší problém zažívá, když se střetne s uživatelem domova, který jej hlasem neupozorní na svou přítomnost v trase. Sama tazatelka zažila moment, kdy v trase respondenta 2 stála do chodítka zapřená žena v předklonu, respondenta neviděla a bez slovního upozornění tazatelky by pravděpodobně došlo ke kolizi obou lidí. Mimo domov se respondent

pohybuje zřídka. Vypráví, že dříve chodíval s dalšími uživateli a případně i v doprovodu personálu do blízkého kiosku na nákupy a na pivo. Nyní, dle vyprávění je to kvůli problémům se stabilitou bez pomoci téměř nemožné. Základy výuky PO SP, zejména kluznou techniku a techniku chůze za pomoci hole, absolvoval pod vedením lektorky Tyfloservisu o. p. s. Dle jeho slov mu výuka PO SP pomohla zorientovat se v novém prostředí domova a vyhledat stabilní orientační prvky, dle kterých se v něm může svobodně pohybovat. Uvádí, že bez výuky PO SP by se sám nezvládl nikam vydat a byl by odkázán pouze na pomoc ostatních.

Kvůli onemocnění pohybového aparátu respondent 2 při přemísťování využívá oporu chodítka. Pohybuje se však pouze ve známém prostředí domova pro seniory, orientace je u něj zajištěna pomocí pevných prvků umístěných po budově. Základy kluzné techniky si zřejmě modifikoval dle své potřeby. Vzhledem k délce pobytu se orientuje velmi jistě a v terénu se vyzná. Zajímavostí je, že nezná přesnou adresu svého bydliště. Při náročnějších úkonech využívá služeb personálu. Výuka PO SP byla pro něj přínosem v momentě seznámení se s novým bydlištěm, nyní služeb Tyfloservisu o. p. s. nevyužívá a potřebu učit se nové trasy nepocituje. Kontakt je udržován občasnými telefonáty lektorky.

Respondent 3, muž, 63 let

bydliště: město do 50 tis. obyvatel

Respondent 3 žije v domově s pečovatelskou službou, kde také pracuje jako masér. Vystudoval střední školu obchodního směru a profesně se tomuto oboru věnoval. Je rozvedený a má dva syny.

Komplikace se zrakem započaly již v respondentových 17 letech, kdy utrpěl na jednom oku úraz. Situace se zkomplikovala v dospělosti diagnostikou glaukomu na zdravém oku. Jeho progresí je respondent 3 již 12 let nevidomý.

Rozhovor byl dohodnut telefonicky, tazatelka byla pozvána do pracovny. Dotazování bylo uskutečněno v přítomnosti pečovatelky. Respondent 3 působil spíše zdrženlivě, tiše. Prolomení nedůvěry došlo v momentě, kdy se tazatelka začala nejprve bavit s pečovatelkou. Respondentovy odpovědi byly stručné, část výpovědí rozvedla podrobněji pečovatelka.

Respondent 3 je velmi samostatný, zkušeně se orientuje po své pracovně, aktivně komunikuje se svými klienty apod. K pohybu po domově využívá speciálně upravenou bílou hůl s rotačním zakončením velkou koncovkou. Nedávno se rozešel po sedmileté známosti s přítelkyní, se kterou i bydlel. Jak sám vypovídá, nyní je nucen obnovit řadu činností, které dělala za něj. I když je pohybově zdatný a znalý technik chůze s bílou holí, sám se mimo domov často nepohybuje. Má

špatnou zkušenost, byl ve dne na ulici třikrát přepaden a okraden. K přesunu např. k doktorovi či na úřady využívá služeb taxislužby. Uvádí, že je však schopen sám dojít na autobusové nádraží a využít městskou hromadnou dopravu. Výuka PO SP mu dle jeho slov pomohla k větší samostatnosti v oblasti nakupování (uvádí, že si chodí sám do obchodů s pultovým prodejem) a ve využití volného času (za kamarády do hospody).

Vzhledem ke své profesi si v nedávné době rozšířil své znalosti o kurs Dornovy a Breussovy masáže. Využil nabídky pro intaktní populaci, jelikož podmínky (ubytování a vedení kurzu) byly přístupné i osobám se zrakovým postižením.

Respondent 3 ačkoli je v činnostech péče o sebe i náročnějších úkonech zcela samostatný, je limitován svým negativním prožitkem a obavami z jeho opakování. Z důvodu větší jistoty bydlí v domově s pečovatelskou službou. Samostatně se pohybuje velmi nerad. Využívá doprovodu pečovatelky či bezpečného převozu taxislužbou do konkrétní destinace. Služeb výuky PO SP Tyfloservisu o. p. s. již dle jeho slov nepotřebuje využívat, zůstává však v občasném telefonickém kontaktu. Jako aktivně pracující důchodce však rozvíjí své znalosti v oboru masérství, na jednotlivé kurzy však jezdí sám.

Respondent 4, žena, 82 let

bydliště: město do 40 tis. obyvatel

Respondentka 4 žije sama v 4. patře cihlového domu. Je vdovou, s manželem měli tři děti, které za ní každý den dojíždějí. Coby vystudovaná zdravotní sestra pracovala jako pěstounka v jeslích.

Ve věku rané dospělosti jí byla diagnostikována progresivní oční vada. V důsledku nedokrvení oční čočky podstoupila operaci a následkem pooperačních obtíží, vznikem sekundárního glaukomu, přišla před 11 lety zcela o zrak. Velkou oporou jí byl manžel, který byl sám zrakově postižený a respondentku vedl ke kompenzačním technikám. Díky tomu umí respondentka 4 aktivně číst i psát braillovým písmem, bezpečnostní techniky pohybu a ostatní dovednosti většinou vštěpované dětem s vrozeným zrakovým postižením.

Respondentka 4 přijímá tazatelku ve svém bytě za přítomnosti dcery, která se zpočátku rozhovoru účastní, poté odchází (telefonát). Respondentka se hned úvodem ptá po objasnění východisek výzkumu a co bude od ní očekáváno. Tazatelkou je rovněž zabezpečena o anonymitě odpovědí a ochraně osobních údajů.

Respondentka 4 svým zjevem působí jako velmi charismatická dáma, velmi pečlivá a soběstačná, což potvrzuje i její dcera. Většinu činností i okolo domu zvládá bez pomoci. Do loňského roku se

také samostatně pohybovala s bílou holí po známém okolí, nakupovala v pultovém prodeji a docházela do Klubu pro osoby se zrakovým postižením při místním pracovišti TyfloCentra. S omezeními způsobenými Parkinsonovu chorobou (točení hlavy, pády) se nyní raději nechá doprovázet od dcer. V důsledku srdečního onemocnění jí činí obtíže chůze do schodů, zadýchává se. Schopnost rozeznání znaků braillova písma a jemného hmatu obecně zachována v důsledku měření glukometrem pouze na ukazováčku levé ruky. Respondentka 4 v důsledku inkontinence moči nosí pleny, neuvádí však, že by jí nějak omezovaly v pohyblivosti.

Služby výuky Tyfloservisu o. p. s. využila naposledy před třemi lety, kdy potřebovala naučit novou trasu od autobusu do klubu. S výukou byla spokojena i proto, že lektorka jí poskytla dostatečný prostor, aby si novou trasu mohla zapamatovat. Výuka PO SP jí napomohla k větší samostatnosti a umožnila rozvinout dovednosti, které se naučila od manžela. Jak sama uvádí, bylo pro ni velkou výhodou, že s výukou PO SP začala ještě v době, kdy měla zachovány zbytky zraku, což jí umožnilo lepší představu o trase. Největší obtíže jí činil přechod parkoviště a obecně volných prostranství, kdy se nemohla orientovat podle stabilních prvků v prostředí, případně jí situaci komplikovala špatně zaparkovaná auta. V současné době v důsledku zdravotního stavu je pro jistotu všude doprovázena rodinným příslušníkem, hůl v tu chvíli nepoužívá. Pokud jde k doktorovi, bere si s sebou bílou hůl s rotační koncovkou.

Respondentka 4 i přes svůj postupně zhoršující se zrakový handicap žila velkou část svého života samostatně. Velkou oporou jí byl manžel, od kterého se naučila kompenzační techniky užívané osobami se zrakovým postižením. Následkem kombinace několika onemocnění (diabetes, Parkinsonova choroba, srdeční obtíže) a s nimi spojených důsledků není respondentka v současné době schopna vykonávat všechny úkony v takovém rozsahu jako dříve. Výuku PO SP nyní považuje jako teoretickou možnost při zopakování či výuce nových tras.

Respondent 5, žena, 70 let

bydliště: obec do 5 tis. obyvatel

Respondentka 5 žije v bytě cihlového domu se svým manželem, s kterým má 2 děti. Je vyučenou švadlenou a tomuto povolání se také věnovala do doby manifestace zrakového postižení. Byla jí diagnostikována degenerace sítnice, která se postupně zhoršovala. Komplikujícím faktorem byl také druhý porod, kdy došlo k dalším degenerativním změnám. Od roku 1981 nastoupila do invalidního důchodu. V současné době pracuje jako zaměstnanec TyfloCentra, kam samostatně pravidelně dojíždí.

Respondentka 5 přijímá dle telefonické domluvy tazatelku doma za přítomnosti manžela. Již z telefonátů je velmi sdílná a komunikativní. S manželem působí dojmem optimistického a sehraného páru.

Jak sama uvádí, dokáže být samostatná ve všem, pouze jí to déle trvá a musí se soustředit. Při chůzi po známých trasách využívá bílou hůl. Uvádí, že bez hole by chodit nemohla. Pohybové možnosti respondentce komplikují problémy s kolenem, zády a zánětem žil. Považuje však tyto okolnosti za méně významné. Pravidelně také chodí na zahrádku. Jediné obtíže, které na svých trasách pociťuje je nedostatečný výskyt orientačních bodů v místě neoznačených přechodů cesty. Snaží si však poradit i v těchto situacích, a tak poprosila manžela, aby jí pro trasu na zahrádku umístil kovovou tyč jako orientační bod. Služby výuky PO SP vzhledem k délce trvání svého postižení již nevyužívá. Je si však vědoma této možnosti v případě, že by potřebovala naučit novou trasu. S délkou a frekvencí hodin výuky byla naprosto spokojena stejně jako s jejich obsahem a formou výuky. Také vypráví o kladných zkušenostech s lidmi v jejím okolí, kteří jí nabízejí pomoc.

Respondent 6, žena, 65 let

bydliště: obec do 7 tis. obyvatel

Respondentka 6 žije v rodinném domě s rodinnou svého syna. Je rozvedená, má 2 děti. Vystudovala střední průmyslovou školu sklářskou a aktivně pracovala v oboru figurkárka. V současné době pracuje v oblasti sociálně - právního poradenství pro SONS daného kraje.

Potíže se zrakem zaznamenala ve svých 45 letech, kdy jí následně byla diagnostikována pigmentová degenerace sítnice.

Respondentka přijímá tazatelku v domluveném termínu ve svém domě, sama. Zprvu je lehce nejistá nepřítomností dalších rodinných příslušníků. Po chvíli komunikace je důvěra navázána. Respondentka upozorňuje tazatelku, že hůře slyší, chystá si pořídit sluchadlo a prosí o zřetelnější mluvu.

Při výkonu domácích prací je samostatná, velkou část z nich však může přenechat manželce svého syna. Uvádí, že umí naskládat nádobí do myčky, sama si uvařit, vyprat, úklidové činnosti. Po domě se pohybuje suverénně. Naučila se pracovat na počítači s hlasovým výstupem. Z hlediska výuky PO SP uvádí, že se zprvu velmi styděla používat bílou hůl, později si na ni zvykla a nyní jej jejím běžným společníkem na známých trasách. V rozhovoru několikrát upozorňuje na nutnost pro osoby se zrakovým postižením nosit bílou hůl také jako identifikační prostředek. Samostatně dojíždí do své práce, využívá městskou hromadnou dopravu. Při pohybu v terénu jí činí největší obtíže

neznámá schodiště, zejména jezdící schody a to i poté, co se s nimi obeznámí holí. S průběhem výuky PO SP byla spokojena, přiznává však, že by si ráda některé dovednosti opět zopakovala a zrevidovala i vzhledem k tomu, že pracuje s podobně postiženými, kterým má jít příkladem.

Respondentka 6 vzhledem k délce života s postižením a podporujícímu rodinnému zázemí našla mechanismy, jak komplikace způsobené ztrátou zraku kompenzovat. K tomu jí napomohla i výuka PO SP. Vzhledem k tomu, že pracuje pro SONS, cítí se přínosná. Ráda by si některé dovednosti z výuky PO SP zopakovala.

Respondent 7, žena, 65 let

bydliště: město okolo 6 tis. obyvatel

Respondentka 7 žije v prvním patře rodinného domu spolu se svým manželem. Přízemí obývá syn s rodinou. Manželé mají ještě dceru. Respondentka se vyučila jako švadlena, toto povolání vykonávala do zhoršení vizu, kdy následně pracovala jako úřednice.

Obtíže se zrakem u respondentky začaly již ve 25 letech, kdy absolvovala operaci čočky, což bylo důvodem ke změně zaměstnání. Ve věku 60 let absolvovala respondentka dva operativní zákroky šedého zákalu. Pooperační komplikace vyústily v rozvoj glaukomu. Poslední tři roky má respondentka vizus zhoršený do pásma nevidomosti.

Tazatelka navštívila respondentku 7 přímo v jejím bydlišti. Respondentka jí přišla sama otevřít, rozhovor probíhal za přítomnosti manžela, který místy do odpovědí vstupoval. Respondentka byla velmi komunikativní, často odbíhala od tématu a dávala najevo radost, že si má s kým povykládat.

Respondentka 7 je samostatná v úkonech péče o sebe a náročnější sebeobslužné činnosti vykonává za pomoci manžela. Naučila se bez zrakové kontroly provádět drobné domácí práce (zametání, mytí nádobí). Při pohybu pocituje občasné problémy s rovnováhou. Uvádí, že když se zohne, zatočí se jí hlava a nemůže se po narovnání zorientovat v prostoru. V důsledku alergie se jí také hůře dýchá. Po domě se dle pozorování tazatelky pohybuje nejistě, v jednom momentě naráží do rámu dveří, nevyužívá bezpečnostní postoj ani kluznou techniku. Venku je schopná dojít podél plotu na zahradu. Uvádí, že má strach, když se nemá čeho chytit. Chodí nejčastěji bez hole. Do širšího okolí se bez doprovodu sama nepouští. Průvodcem jí bývá nejčastěji manžel, který v řadě případů dle výpovědi respondentky nedodrжуje průvodcovské techniky (např. nastupování do auta, pohyb v neznámém prostředí). Při tomto vyprávění se rozpláče. Respondentku také velmi trápí, že prozatím není schopná dojít za synem, který bydlí v sousedství. Má obavy z přecházení cesty.

Zhoršujícím faktorem celé situace je respondentčina nemocná maminka, kterou hospitalizovali v nemocnici.

Od výuky PO SP v současné době také očekává rozvoj sebeobslužných dovedností. Ráda by se naučila vařit a krájet chléb. Hodiny výuky PO SP jí připadají dostatečné. Má výhradu ke zbytečnosti výuky vaření čaje (už umí) a k přístupu lektorky, která je dle respondentčiných slov "suverénní"

a učí respondentu i dovednosti, o které nemá zájem.

Respondentka 7 působí submisivním dojmem a řadu činností nechá vykonávat manžela, případně má při nich pasivní účast. Výuka PO SP s ní probíhá pravidelně a postupně se zaměřuje také na rozšíření možností pohybu po trasách a rozvoj sebeobslužných činností. Respondentka ne všechny návrhy aktivit lektorky akceptuje.

Respondent 8, muž, 67 let

bydliště: vesnice do 400 obyvatel

Respondent 8 žije se svou manželkou v rodinném domě, který postavil. Společně vychovali 2 děti. V současné době je respondent 8 důchodce. Dříve však pracoval jako pracovník sklepního hospodářství v podniku na zpracovávání ovoce a zeleniny. V rámci této pozice si po základní škole při práci dodělal dálkový kurz potravinářství.

Práci vykonával i po diagnostice degenerace sítnice, jelikož mu pobyt v prostorách s umělým osvětlením vyhovoval. Před 11 lety se zrakové funkce zhoršily do pásma nevidomosti.

Respondent 8 přijímá tazatelku velmi přátelsky spolu se svou manželkou, která je přítomna rozhovoru. Upozorňuje, že hůře slyší na jedno ucho, rozhovor je však možné vést bez zvláštního důrazu na artikulaci a hlasitost mluvy.

Po odchodu do důchodu se respondent 8 stará sám o drobné domácí hospodářství (slepice, králíci). Úkony samostatnosti a soběstačnosti ovládá, sám v domě topí a vykonává práce v jeho okolí. V místním TyfloCentru se naučil obsluhovat ozvučený počítač i telefon. Pro zlepšení svých pohybových možností si před 11 lety pořídil vodícího psa. V současné době má již druhého. Aktivně se účastní soutěží a školení v dovednostech vodících psů. Uvádí, že je schopen si dojet do města, vyřídit nutné záležitosti na úřadech. I přes doprovod psa si uvědomuje nutnost orientace v terénu a prostředí, kde se nachází. K detekci překážek, rovné chůzi používá poslední rok bílou hůl. Dříve chodil pouze se psem. Má absolvovány kurzy chůze s bílou holí, jelikož to také byla podmínka získání vodícího psa. V současné době výuku PO SP nepotřebuje. Jak uvádí, má

vypěstovány návyky, jak se v novém prostředí zorientovat, potřebuje jen prvotní údaje o něm (pomáhá manželka). Vzhledem k délce postižení však nových situací je málo a nastávají zejména ve chvíli, kdy dojde např. ke stavebním úpravám na trase.

Respondent 8 je z hlediska výuky PO SP zcela samostatný. Zná elementární postupy pro pohyb i v novém prostředí a umí si tak poradit i v nečekaných situacích. Případně požádat o pomoc. Stimulujícím faktorem je respondentův přístup k ztrátě zraku, kterou bere jako životní výzvu. Prostřednictvím soutěží v dovednostech vodicích psů se seberealizuje.

Respondent 9, muž, 80 let

bydliště: krajské město do 80 tis. obyvatel

Respondent 9 žije v rodinném domě se svou manželkou, s níž má dvě děti. Jako vystudovaný strojař (střední průmyslová škola strojařská) se profesně věnoval konstruktérství v gumárenském průmyslu. V současné době je důchodce.

Zrakové obtíže zaznamenal již v roce 1972, kdy, jak sám popisuje, zaznamenal na levém oku zúžené vidění, které se velmi rychle zhoršovalo. I přes lékařskou péči na toto oko oslepl. Uvádí, že se jedná o poruchu vyživování sítnice. Před dvěma lety tento stav postihl také druhé oko. Respondent uvádí, že tento stav byl pro něj silně deprimující a uvažoval o odchodu ze života. Pomoc a podporu mu v té době poskytlo, kromě rodinného zázemí, také místní TyfloCentrum.

Na rozhovor dochází na domluvené místo v doprovodu vnuka, který však není znalý průvodcovských technik a tak se tazatelka, po svém představení, muže ujímá sama. Tato situace napomohla k získání důvěry a navázání optimálního stavu po rozhovor. Respondent 9 je velmi komunikativní a místy zabíhá do vzpomínek, jež barvitě vypráví. Uvádí, že jej mrzí, že přišel o zrak, protože nemůže plně využívat všechny moderní technologie. Tazatelce ukazuje práci s diktafonem. Zajímá se o českou historii a čte zvukové knihy pomocí ozvučeného počítače, který aktivně používá. Ke čtení černotisku využívá také čtečku.

Respondent 9 popisuje, v kterých oblastech denního života je samostatný (oblékání, ukládání věcí do skříně). Chod domácnosti však zajišťuje manželka. Fyzická zdatnost respondenta je odpovídající věku, nestěžuje si na žádné obtíže. Z hlediska výuky PO SP uvádí, že základy se naučil s lektorem Tyfloservisu o. p. s., nicméně sám si troufne pouze okolo svého domu. Údajně se dále bez doprovodu neodvází, sám ale zkusí chodit s lektorem za zády. Instrukce popisu jednotlivých tras si nahrává na diktafon. Bílou hůl využívá převážně k zjištění lokace pravé a levé strany chodníku a také jako identifikační prvek v případě, že využívá průvodce. Na dotaz o přínosu výuky PO SP

odbíhá k výuce práce s ozvučeným počítačem. Z řeči je znát, že techniku má velmi v oblibě. Na opakovaný, jinak položený dotaz uvádí, že by si potřeboval některé lekce výuky zopakovat.

Respondent 10, muž, 57 let

bydliště: krajské město do 80 tis. obyvatel

Respondent 10 je ženatý a má jedno dítě, přesto bydlí sám v bezbariérovém bytě. Vyučil se jako švec. V důsledku zrakového postižení podstoupil rekvalifikační kurz a nyní se živí jako masér.

Zrakové postižení se u něj začalo projevovat již od narození. Vypráví, že pro kombinaci progresivní krátkozrakosti kombinovanou s pozdější degenerací sítnice, sedával již na základní škole v první lavici. Uvádí, že podobné postižení má i jeho o rok mladší bratr. Před necelými třemi lety podstoupil operaci šedého zákalu a jeho vizus se snížil do pásma nevidomosti. S dobrými světelnými podmínkami údajně částečně vnímá periferně.

Společnou schůzku s tazatelkou zahajuje velmi nervózně, nečekaně si u něj někdo objednal masáž a bojí se, že to nestihne. Nakonec se ale velmi rozpovídá o svých zájmech a aktivně se zapojuje do tematiky výzkumu. Ve volném čase se věnuje jak aktivitám přizpůsobeným osobám se zrakovým postižením (kuželky, laserová střelba), tak poměrně pro ztrátu zraku netradičním koníčkům (rybolov). Také hraje v country kapele na kytaru.

Vzhledem k typu bydlení nemusí některé úkony dělat (úklid společných prostor), ve všech ostatních oblastech se cítí samostatný. Vaření je jeho koníček. Dle jeho slov je výhodou, že žije ve městě, kde se narodil, zná jej a zrak ztrácel postupně. Mohl se tedy přizpůsobovat. Základy výuky PO SP absolvoval již před dlouhou dobou a nyní necítí potřebu k učení nových tras. Největší problémy mu činí nepravidelná schodiště s plochami, na kterých mu nevychází krok. Bílou hůl nosí vždy také jako identifikační prostředek a upozorňuje na nutnost jejího nošení, i když přiznává, že ji jistý čas sám nenosil. Pokud potřebuje zajít někam, kde to nezná, činí tak v doprovodu dcery či matky. Sám se zamýšlí na téma výzkumu výuky PO SP u osob se získaným postižením v období pozdní dospělosti/seniorském věku. Dle jeho slov má oproti lidem, kteří přišli o zrak náhle výhodu. Mohl se postupně zdokonalovat v kompenzačních dovednostech. Navíc má dobrou fyzičku a nebojí se pádů, rád riskuje, lidé ve vyšším věku podle něj mají strach z neznáma.

Respondent 10 není typickým zástupcem osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. O svůj zrak přicházel postupně, a jak sám uvádí, mohl se flexibilně přizpůsobovat změnám zrakového vnímání. Naučil se kompenzační techniky. Z hlediska limitace

respondentů však spadá do našeho vzorku, protože o zbytky zraku přišel ve věku odpovídajícího našim vymezeným charakteristikám.

Respondent 11, muž, 58 let

bydliště: místní část a katastrální území krajského města, do 8 tis. obyvatel

Respondent 11 je podruhé ženatý, má dvě děti a společně s druhou ženou bydlí v rodinném domě na okraji krajského města. Vyučil se jako čalouník a posléze vykovával povolání vrátného a skladníka.

Za jeho zrakovými komplikacemi stojí úraz, který respondent 11 připravil o jedno oko, nosí protézu. Druhé oko bylo rovněž zasaženo a respondent prodělal několik zánětů rohovky v důsledku infekce. Před 6 lety postihl funkční oko šedý zákal, od té doby je respondent 11 nevidomý.

Na rozhovor je doprovázen vodícím psem, kterého má 10 let. Hned z počátku je veselý a sdílný, na rozhovor se těší a výpověď prokládá vtipy. V řeči používá hovorové a expresivní výrazy. Vypráví také o tom, že od dětství zná respondent 10 i jeho bratra.

Respondent 11 udává, že je soběstačný ve všech denních činnostech, přiznává však, že kvůli úrazu přišel o čich i chuť a vaření přenechává na manželce. Rovněž úklidové práce okolo domu nevykonává, ale uvádí, že by je zvládl s dopomocí. Díky doprovodu vodícího psa chodí ve známém prostředí sám s bílou holí. Uvědomuje si, že jeho čtyřnohý pomocník je pouze prostředek signalizující prvky v trase a jako podstatnou věc při samostatném pohybu zdůrazňuje orientaci samotné osoby se zrakovým postižením. Dříve chodil bez hole, ale nyní považuje hůl za vhodný prostředek upozorňující společnost, že je osobou se zrakovým postižením. Lekce výuky PO SP vzhledem k délce svého postižení již nepotřebuje, uvádí, že za 42 let života se zrakovou ztrátou jich bylo dost. Nicméně by uvítal kurz práce s počítačem. Pokud se vydává do neznámého prostředí, využívá doprovod blízkých. Nejvíce se cítí omezen limity svého psa, který je starší a některé úkony již nezvládne (vyskočit do vlaku, do schodů).

Respondent 11 dle svých slov žije plnohodnotný život, ztrátě zraku se postupně přizpůsobil. Z hlediska výuky PO SP patří mezi uživatele s dlouholetou zkušeností. Aktuální potřebu výuky nových tras nemá. Jako prvek našeho výzkumného souboru patří mezi respondenty, kteří postupně přicházeli o zrak a měli tak delší čas vypěstovat si kompenzační návyky nejen v oblasti PO SP.

Respondent 12, muž, 80 let

bydliště: krajské město do 80 tis. obyvatel

Respondent 12 je svobodným důchodcem žijícím samostatně v jednopokojovém bytě. Vystudoval chemickou průmyslovku, pracoval v gumárenském průmyslu.

Zrakové postižení, degenerativní onemocnění sítnice, bylo u něj diagnostikováno již na vojně. V té době, jak respondent vypráví, však měl dostatečné zbytky zraku a informace o chorobě a jejím průběhu si nastudoval, aby se mohl "připravit" na stav, kdy nebude vidět úplně. Vizus na úroveň nevidomosti klesl před 26 lety.

Respondent 12 působí velmi charismaticky, vyrovnaně a spokojeně. Hůře slyší, místy je nutné dotaz zopakovat. V expresivní stránce řeči lze slyšet zhoršenou výslovnost, která může být způsobena nošením zubní protézy.

Respondent 12 je velmi aktivní, využívá nabídky služeb místního TyfloCentra a i přes jeho relativně vyšší věk se učí lézt na horolezecké stěně. Rád poslouchá rádio a zvukové knihy. Uvažuje o výuce obsluhy ozvučeného počítače. Aktivním přístupem k situaci progresu svého postižení respondent 12 usiloval o maximální samostatnost ve všech sférách běžného života. Uvádí, že se základy chůze s bílou holí učil v Tyfloservisu o. p. s. Díky zbytkům zraku se však většinu tras učil sám. Vypráví, že denně nachodí 4 - 5 km. Obtíže při samostatné orientaci a pohybu mu činí rozsáhlé prostory bez jasných a stabilních orientačních prvků a velké množství lidí. Také nesprávně zaparkovaná auta v trase mu působí komplikace. Dle jeho slov se snaží v takových případech udělat odhad, jak situace vypadá. V případě, že se nemůže zorientovat (což se podle jeho slov stává zřídka) mu ochotně pomáhají lidé okolo, protože jej dlouhodobě znají. Pokud se vydává do neznámého prostředí, požádá o doprovod průvodce.

Výpověď respondenta 12 potvrzuje, že aktivní přístup (nejen) k výuce PO SP pomáhá překlenout řadu limitů způsobených nedostatkem zrakového vnímání. Z hlediska výuky PO SP a našeho výzkumu je u tohoto respondenta zajímavé, že kromě základů zacházení s bílou holí se většinu tras učil sám za pomoci svých zbytků zraku.

Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči

Respondent 1, muž, 63 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 12 let

Respondent 1 se vyučil jako zahradník a toto povolání také vykonával. Žije v domově společně se svou manželkou, rovněž osobou se zrakovým postižením. Poznali se zde, seznámila je místní lektorka PO SP.

Narodil se s vrozeným oboustranným šedým zákalem, který mu byl operován. Vizus na pravém oku se i přes operaci nepodařilo obnovit. Levé oko bylo plně funkční do 40 let, kdy jak respondent 1 uvádí, došlo k odchlípení sítnice.

Setkání s respondentem 1 se odehrálo v košíkářské dílně. Po vzájemné dohodě s tazatelkou se rozhovor uskutečnil přímo v dílně za přítomnosti terapeutky. V průběhu rozhovoru respondent pokračoval v obplétání misky pedikem.

Z hlediska svého zdravotního stavu, kromě občasné bolesti kloubů, respondent nepocítuje závažná omezení limitující jej v pohyblivosti. Uvádí však, že je diabetik a má anginu pectoris. Obojí je stabilizováno léky.

Respondent 1 uvádí, že po příchodu do domova ihned zažádal o výuku PO SP a také čtení a psaní Braillova písma. Dle své výpovědi si přál být v domově samostatný. Informace o poskytovaných službách si zjistil sám. Braillovo písmo není již díky snížené citlivosti prstů schopen rozeznat, proto využívá ke čtení nabídku zvukových knih, které jsou do domova měsíčně zasílány. Uvádí, že výuka PO SP byla pro něj přínosná a je s jejím průběhem spokojen. Naučil se chodit s dlouhou bílou holí po domově, používat výtah. Nejčastěji se orientuje podél madel, která jsou hmatově rozlišena (viz Příloha 1). Mimo prostředí domova a do zahrady se vydává dle svých slov jen v doprovodu manželky či pracovníka domova. Nakupovat chodí sám pouze do místní "Kantýny". O další rozšíření dovedností z výuky PO SP neuvažuje. Svůj volný čas naplňuje zejména prací v košíkářské dílně.

Respondent 1 je se svou samostatností a soběstačností spokojen. Výuka PO SP mu pomohla naučit se používat dlouhou, bílou hůl, zorientovat se po domově a vykonávat pro něj potřebné úkony samostatně. Pohybuje se především v komunitě osob s podobným postižením. Mezi osobami se zrakovým postižením našel také životní partnerku.

Respondent 2, muž, 66 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 6 - 7 let

Respondent 2 se vyučil jako tesař, pracoval jako řidič v osobní a nákladní dopravě. Je dvakrát rozvedený, má dvě dcery. Po hospitalizaci na LDN, bydlel se svým bratrem na pronajaté chatě. Po úmrtí bratra byl za pomoci sociálních pracovníc přemístěn do domova, kde bydlí v dvojlůžkovém pokoji společně s dalším uživatelem. S nikým z rodiny se nestýká.

Dle svých slov přišel o zrak před 6 či 7 lety, přesně si nevzpomíná, diagnózu nezná. Uvádí, že prodělal několik operací na každém oku.

K rozhovoru došlo přímo na pokoji respondenta 2. Z počátku působí respondent negativisticky, říká, že nic neumí, nezná. Po chvíli se rozovídá. V řeči užívá často expresivní výrazy.

Jeho pohybové možnosti jsou omezeny bolestmi páteře, které jsou údajně následkem nevhodného sezení při řízení v dopravě. Respondent 2 vypovídá, že velmi často se musí kvůli bolestem nahrbit, aby páteř odlehčil. Další zdravotní komplikace neuvádí.

S výukou PO SP se seznámil až v domově, kdy se učil orientovat po budově za pomoci orientační hole. Dle výpovědi respondenta 2 je schopen se pohybovat po budově domova samostatně, orientací jsou madla po stěnách. K přesunu mezi patry však zásadně využívá výtah, po schodech se bojí. Jediné schodiště, které zvládá, vede na místní kuřárnu. Respondent zdůvodňuje, že na tomto schodišti je méně schodů než na ostatních. Obdobně má obavy ze samostatného pohybu venku, okolo domova. Uvádí, že je pro něj pocitově bezpečnější, když je doprovázen. Nákupy mu provádí pracovníci domova.

Svůj volný čas respondent 2 naplňuje posloucháním rádia a televize. Také navštěvuje místní terapeutické dílny, kde lepí magnetky na kartičky. Respondent 2 uvádí, že se cítí sám, protože za ním do domova nikdo z rodiny nedochází. Spřátelil se s jedním zaměstnancem domova (lektorem PO SP), který za ním pravidelně dochází a rozmlouvá, což respondentovi vyhovuje.

Respondent 2 žije v uzavřeném prostředí domova bez kontaktu s okolím a rodinou. Výuka PO SP mu napomohla zorientovat se (za pomoci madel a bílé hole) po novém prostředí domova, z tras mimo něj má bez průvodce respondent 2 obavy.

Respondent 3, muž, 56 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 4 roky

Respondent 3 po základní škole pracoval jako dělník ve stavebnictví. Tuto pozici musel opustit v důsledku vzniku zrakové postižení a v současné době je zaměstnán na chráněném místě (dříve chráněných dílnách) přímo v domově, kde převážně vyrábí zakázky pro firmy (lepení, skládání krabic, kolektování kartiček). V domově bydlí sám, na pokoji je s respondentem 2. Je svobodný.

Obtíže se zrakem se u respondenta 2 projeví již v pubertě, kdy mu popraskala sítnice obou očí, a po operačním zásahu nosil silné dioptrické brýle. Před 14ti lety se odchlípnutí sítnice opakovalo, komplikaci způsobil pooperační šedý zákal. Z důvodu poškození sítnice a nervů na levém oku, je toto oko v současné době osleplé. Pravé oko, dle výpovědi respondenta, má zachovány malé zbytky zraku, které pomáhají respondentovi se orientovat. Jedná se však o minimální rozlišovací schopnosti rozeznání světla a stínu a obrysu předmětů v bezprostřední blízkosti.

K setkání mezi tazatelkou a respondentem došlo v kanceláři jedné z pracovnic domova, poblíž chráněného místa respondenta. Hned z počátku respondent obsáhle vypráví o vzniku svého postižení. Srozumitelnost jeho sdělení zhoršuje nepřítomnost zubů v dolní čelisti a také obrna lícního svalu jako následek CMP.

Z důvodu mozkové příhody je zhoršena celková lokomoce respondenta 3. Při samostatném pohybu je nucen se opírat o tzv. francouzské hole. Používá jednu, v případě, že se má kde opřít o madlo či jinou pevnou podpěru. Také si stěžuje na kloubní potíže, zejména při změně polohy ze sezení se mu hůře vstává a chvíli trvá, než se rozejde.

Výuka PO SP u něj proběhla seznámením se s prostředím domova. Uvádí, že používal orientační bílou hůl pouze na začátku pobytu. Nyní se potřebuje při svém pohybu více opírat, proto používá již jen francouzské hole (hůl) a těmi si možné překážky v cestě v případě potřeby "vytřuká". Po domově se orientuje dle madel a na základě zbytků zraku na pravém oku. Dle respondentových slov je díky těmto zbytkům zraku další prohlubování dovedností z výuky PO SP zbytečné. Na zahradu či do neblížšího okolí domova si však samostatně respondent netroufá.

Ve volném čase poslouchá rádio či televizi. Uvádí, že byl schopen číst za pomoci kamerové lupy, nyní však již vidící oko nechce namáhat, proto poslouchá zvukové knihy.

Respondent 3, dle jeho slov je v exekčním řízení, obává se, že peníze vydělané na chráněném místě, mu budou zabaveny. Uvádí, že velkou oporou v této situaci je mu ředitel domova, který se snaží celou problematiku řešit.

Respondent 4, žena, 52 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 1 rok

Respondentka 4 je vyučenou kuchařkou, toto povolání však nevykonávala a věnovala se práci v oblasti telekomunikace. V domově se ocitla po rozvodu s manželem, se kterým má jedno dítě. Zde také v současné době pracuje na chráněném místě.

Důvodem vzniku zrakového postižení je dle respondentčiny výpovědi dědičné degenerativní onemocnění sítnice, které se u ní projevilo v 31. roce věku, kdy byla nucena odejít na invalidní důchod. Po 40. roce věku se vizus ještě více zhoršil. Respondentka je prakticky nevidomá.

Na společné setkání s tazatelkou dochází v doprovodu pracovnice domova, v jejíž kanceláři se rozhovor odehrává. Respondentka hned v úvodu rozhovoru uvádí, že je v domově z finančních důvodů. S manželem se rozvedla kvůli zadlužení jeho firmy. Přála si poté bydlet v chráněném bydlení, ale nezvládala platit z příjmů nájem. O domově hovoří jako o domově pro seniory. Říká, že jsou tu spíše starší lidé, mezi nimiž jen těžko naleznou partnera. Z rozhovoru s respondentkou vyplynulo, že hned po nástupu byla internována 3 měsíce v psychiatrické léčebně. Uvádí, že porozchodové komplikace a nucenou změnu bydliště nesla těžce.

Respondentka vypovídá, že je samostatná v mnoha denních činnostech, umí si rozeznat oblečení, uvádí, že by zvládla úklid domácnosti i okolo domu. Se základy výuky PO SP se seznámila pod vedením lektorky z Tyfloservisu o. p. s., učila se používat orientační bílou hůl, jelikož kurz byl jedním z požadavků pro přidělení vodícího psa. Respondentka přiznává, že se však následně pohybovala pouze se psem. Uvádí, že zacházet s bílou hůlí se opět učila až v domově. Vodícího psa zde nemá, údajně se ostatní klienti domova psů bojí, a proto jej ponechala u své sestry. Dle svých slov již plně zvládá orientovat se po domově i místní zahradě. Ráda by rozšířila své dovednosti o možnost procházet se mimo domov, jelikož dříve byla zvyklá pohybovat se v širším okolí svého předchozího domova. V současné době je tato možnost pouze s průvodcem (personálem) do kterého musí být zavěšena. Stěžuje si také, že jí největší obtíže činí uživatelé, kteří se po chodbách pohybují bez hole a v protisměru, čehož byla svědkem i tazatelka.

Respondentka 4 by uvítala další kroky ve výuce PO SP, aby dosáhla stejné míry samostatnosti jako před příchodem do domova. Vzhledem k postupnému zhoršování zraku se flexibilně přizpůsobovala v dovednostech, které potřebovala ke své soběstačnosti.

Respondent 5, muž, 79 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 2 roky

Respondent 5 je absolventem filmové fakulty v Praze, pracoval jako produkční v televizi. V souvislosti s politickými změnami ve svých 42 letech emigroval s rodinou do Švédska, kde prožil velkou část svého produktivního života. Je ženatý, má dvě děti. Jeho rodina však zůstala ve Švédsku, pravidelně si telefonují.

K manifestaci zrakového postižení došlo ve věku 57 let, postupné zhoršování zraku vedlo k snížení vizu na úroveň praktické slepoty. Respondent 5 vypovídá, že vizus pravého oka je lepší, rozezná světlo a tmou, ale nepozná, zda je ráno či podvečer.

K setkání s respondentem došlo na jeho pokoji, kde bydlí sám. Z komunikace jsou zřejmé obtíže při dýchání, které respondent potvrzuje. Ve výpovědích často odbíhá od tématu, často se zamýšlí, popadá dech.

K myšlence přestěhovat se zpět do Čech jej vedla rodinná a finanční situace. Jeho manželka onemocněla Alzheimerovou nemocí a je hospitalizována ve Švýcarsku. Vzhledem k nízkému příjmu se respondent rozhodl využít služeb domova.

Uvádí, že je zvyklý se sám o sebe postarat nebýt potíží při dýchání, proto musí dobře zvážit jakoukoli pohybovou aktivitu. Dechové obtíže jej limitují při chůzi do schodů, rychlejším pohybu a také při předklonu. Chůzi mu také komplikují ortopedické problémy. Díky dřívějším zbytkům zraku se v prostředí nového bydliště rychle zorientoval. Pokládá se za osobu nezávislou, pouze využívající komfort poskytovaných služeb domova. K pohybu po domově respondent 5 používá opěrnou hůl a vodící linie madel po chodbách. Zmiňuje se o tom, že by byl schopen zajet si sám do blízkého města, které velmi dobře zná, nicméně se bojí dechových komplikací.

V jeho pokoji se nalézá kamerová zvětšovací lupa, kalkulačka se zvětšenými čísly a další pomůcky hojně využívané slabozrakými osobami. Na dotaz zda je respondent používá, odpovídá, že již v současné době není schopen. Uvádí, že podstata jeho problému se ztrátou zraku spočívá zejména v nemožnosti číst a řídit auto. Respondent 5 dle svých slov velmi často spí a poslouchá rádio, neboť mu to nepůsobí problémy s dechem. Zpívá v místním sboru.

Respondent 6, žena, 86 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 2 roky

Respondentka 6 vystudovala vyšší chemickou školu. Pracovala však jako soukromá lektorka jazyků. Výukou si přivydělává i nyní. Je vdovou, byla dvakrát vdaná. Děti ani z jednoho manželství nemá.

Komplikace se zrakem zažila již jako třináctiletá, kdy jí byla diagnostikována krátkozrakost, která byla korigována dioptrickými brýlemi. V 60. letech byla operována pro glaukom obou očí. Před čtyřmi lety ji srazilo auto a úraz způsobil mimo jiné také přerušení očních nervů s následným zhoršením viděním a nutnou opětovnou operací čočky. Toto zhoršení vyústilo rok poté následně ke krvácení oka (trpí sníženou krevní srážlivostí) a v současné době nosí respondentka oční protézu.

Pohyblivost a samostatnost silně omezuje artróza kloubů a celoživotní problémy s orientací, které respondentku, dle jejích slov, donutily k změně bydliště a využívání služeb domova. Kromě výše zmíněné snížené srážlivosti krve má respondentka 6 silnou hypertenzi a je inkontinentní. Držení rovnováhy je pro ni problematické i kvůli amputaci prstů pravé nohy. Uvádí, že je schopna provádět všechny úkony péče o vlastní osobu s výjimkou mytí vlasů, kde potřebuje asistenci. Při pohybu po domově nosí bílou, opěrnou hůl avšak potřebuje průvodce. Vypovídá, že se několikrát srazila s neslyšícím uživatelem, chodícím v protisměru a má obavy z opakování tohoto zážitku. Výuku PO SP zprvu odmítla, protože byla, dle svých slov v šoku z místního prostředí. Upřednostňuje proto doprovod souseda, s kterým se v domově skamarádila.

Respondenta 6 je díky součinnosti několika závažných zdravotních komplikací velmi limitována zejména v oblasti udržení stability a rovnováhy. Situaci neprospívá ani strach ze srážky s jiným uživatelem domova.

Respondent 7, muž, 87 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 7 let

Respondent 7 se vyučil jako malíř porcelánu a tomuto povolání se také aktivně věnoval. Kvůli zrakovým obtížím později pracoval jako ekonom v tehdejší JZD. Je vdovec, s manželkou měli čtyři děti, dvě jim zemřely. Nyní žije sám v podkrovním pokoji domova.

Problémy se zrakem zaznamenal respondent 7 již v dětství, kdy musel sedět v první lavici, aby viděl na tabuli. Již v té době nosil brýlovou korekci. Zrakové komplikace ještě více podnítila respondentova práce, kdy při malování detailů na porcelán, namáhal oči tak, že došlo ke krvácení do sítnice levého oka. Respondent uvádí, že pro následné zkreslené vidění musel pracovní pozici

opustit a přijal práci ekonoma. Stal se členem SONS v místě svého dřívějšího bydliště. Práci ekonoma vykonával do svých 40. let, kdy se odchlípla sítnice i na pravém oku. Přes operativní zásah je respondent prakticky nevidomý, uvádí, že má zachováno periferní vidění v koutku pravého oka. Vypovídá, že kdysi byl schopen pracovat s kamerovou lupou, nyní ke ctění textu používá čtečku Easy Read.

Základy výuky PO SP respondent získal jako uživatel služeb Tyfloservisu o. p. s. Uvádí, že po přesídlení do domova se naučil trasu na autobusové nádraží a mohl tak dojíždět na členské schůze SONS do svého bydliště, kde jej po příjezdu vyzvedli. V současné době toto však již nezvládá. Uvádí, že je schopen samostatně se orientovat a pohybovat po domově i blízkém okolí, zajít si např. do lékárny. Do širšího okolí si již netroufá, údajně nemá přehled o orientačních prvcích, které se v prostředí nacházejí. Do jisté míry je to dáno také tím, že byt respondent 7 používá orientační, bílou hůl, zapojuje ke své orientaci také zbytky zraku, i když se jedná jen o velmi malou část periferního vidění. Tato schopnost však postupně klesá a respondent tak ztrácí přehled.

Respondent 8, žena, 64 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 19 let

Respondentka 8 je doktorkou psychologie. Pracovala jako sociální kurátorka. Je rozvedená, má dva syny, kteří za ní do domova dojíždějí.

Ztráta zraku byla způsobena úrazem. Respondentka se při pádu uhodila do zátylku. Kromě poškozeného vizu, byla postižena také krátkodobá a střednědobá paměť. V domově bydlí na patře se sesternou. Má diabetes a je plně inkontinentní, pro občasnou dezorientaci potřebuje pomoc personálu.

Tazatelka navštívila respondentku přímo na pokoji. Srozumitelnost sdělení ovlivňují chybějící zuby v dolní čelisti. Respondentka místy působí zmateně, zamýšlí se. Obtíže s pamětí jsou zřejmé. Respondentka je schopna velmi detailně popsat náplň své práce. Orientovat se ale v bezprostřední současnosti a blízké minulosti nedokáže, tazatelky se ptá, zda by jí mohla říct, kde tady mají umístěnu toaletu. Uvádí, že nastoupila do domova ihned o úrazu, a to před třemi lety. Také ve standardizovaném testu MMSE vykazuje velké rozdíly v jednotlivých oblastech. Neví, jaké je roční období, ani den v týdnu. Dokáže určit, kde se nachází, ale partu, kde je umístěn její pokoj nezná. V úkonu na pozornost a počty odečítá s malým zamyšlením zcela bezchybně. V paměťovém úkolu si zapamatovala pouze jeden pojem. Tazatelka zaznamenala obvázanou levou dlaň respondentky, ta však důvod nedokázala vysvětlit.

Respondentka 8 uvádí, že se pohybuje po domově vždy v doprovodu personálu. Z výpovědi je patrné, že velmi často svůj pokoj neopouští. Nechodí ani na oběd do jídelny, jelikož jí jídlo nosí přímo na pokoj. Bílou hůl nepoužívá. Na dotaz, zda by zvládla chůzi po schodech, uvádí, že asi ano, ale ještě to nezkoušela. V pokoji má umístěn rotoped, který respondentka dle svých slov používá, aby měla nějaký pohyb. Ve volných chvílích nejraději poslouchá rádio. Uvádí, že v terapeutických dílnách nebyla, protože ji tam nikdo nevzal.

Z důvodů nejasností byla výpověď respondentky 8 posléze doplněna o informace od lektorky PO SP. Ta uvedla, že respondentka je uživatelkou služeb již 19 let, kdy následkem úrazu oslepla. Výpověď je dále lektorkou PO SP doplněna o zdravotní stav respondentky, zejména souvislost s neúčastí na terapeutickém programu dílen pro silný ekzém rukou.

Respondent 9, muž, 81 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 8 let

Respondent 9 se vyučil v oboru výroby bižuterie. Kvůli nedostatku pracovních příležitostí po roce odešel pracovat jako horník. Je svobodný, v domově bydlí v samostatném pokoji.

Potíže se zrakem zaznamenal respondent již na vojně, ale údajně nebyly velmi omezující, nevěnoval jim pozornost. Zrakové postižení se manifestovalo v respondentových 40. letech jako poúrazová komplikace. Byl zavalen v dole, současně se ztrátou zraku přišel o pravou nohu. Do domova se dostal na základě doporučení sociálních pracovníků. Uvádí, že do té doby žil sám v bytě s pečovatelskou službou.

Schůzka s respondentem proběhla na jeho pokoji. Při rozhovoru je patrná zhoršená artikulace, respondent natáčí hlavu k tazatelce, aby lépe porozuměl, sluchadlo však nemá.

Respondent 9 prodělal výuku PO SP v podobě seznámení se s prostředím domova. Bílou hůl má, ale v domově ji nepoužívá. Vypovídá, že jeho největším problémem je snížená stabilita v důsledku amputace nohy v koleni. I když nosí protézu, jsou jeho pohybové možnosti velmi omezeny. Po domově se pohybuje samostatně, stabilitu si zajišťuje opíráním o madla. Stává se, že jej pahýl nohy bolí natolik, že si protézu respondent nemůže nasadit. Proto používá francouzské hole. Mimo domov ani do zahrady nechodí. Ven z domova chodí pouze za účelem návštěvy lékaře, využívá sanitní přepravu a doprovod.

Výpověď respondenta 9 přináší informace o dvou podstatných složkách výuky PO SP. Jednou z nich je orientace v prostoru, kterou respondent po domově zvládá. Druhou složkou je pohyblivost, kterou má však respondent 9 sníženu absencí dolní končetiny.

Respondent 10, žena, 64 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 2 roky

Respondentka 10 po základní škole pracovala většinu svého produktivního života v obuvnictví. Je vdovou 22 let, děti nemá.

Snížený vizus se u respondentky začal projevovat před sedmi lety po cévní mozkové příhodě. Před třemi lety prodělala respondentka ledvinový kolaps, což úroveň vizu opět snížilo. Respondentka je diabetička. Vypovídá, že se zrakové schopnosti mění od možnosti rozeznat světlo a stín až na úroveň absolutní ztráty. V současné době je po laserové operaci a očekává návrat alespoň malé části rozlišovacích schopností.

Setkání se uskutečnilo přímo na pokoji respondentky. Ta uvádí, že se rozhodla přesídlit do domova z důvodu snížené soběstačnosti. Údajně se nezáměrně předávkovala léky, které nedokázala bez zraku správně určit.

Pohybové možnosti respondentky jsou ovlivněny zhoršenou stabilitou po CMP. Používá opěrnou hůl, ale po domově se pohybuje zapřená do madel na stěnách. Výuku PO SP neabsolvovala, protože, dle svých slov, částečně viděla, a mohla se tak s novým prostředím seznámit za pomoci zbytků zraku. Bílou hůl nemá. Mimo domov nechodí ani v doprovodu, údajně se bojí neznámého prostředí. Po operaci karpálního tunelu již nemůže vykonávat činnost v místních terapeutických dílnách, proto dává přednost předčítání a poslechu rádia. S kamarádkami z domova také navštěvuje místní klubovnu.

Respondent 11, žena, 80 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 4 roky

Respondentka 11 pracovala jako dělnice ve zbrojovce, později jako prodavačka v obchodě. Je vdova, má tři děti. V domově bydlí v samostatném pokoji na patře s ošetrovatelskou službou.

Ztráta zraku je následkem progresivního onemocnění diabetem, který byl respondentce diagnostikován ve 40. letech. I přes pravidelné kontroly očního pozadí a laserovou operaci, je na levé oko nevidomá zcela, na pravém jsou zachovány v oblasti periferie rozlišovací schopnosti světla a tmy.

Respondentka přijala tazatelku na svém pokoji. Hned v úvodu prosí o hlasitější dotazování, protože hůře slyší, sluchadlo nepoužívá.

S výukou PO SP se respondentka seznámila prostřednictvím služeb Tyfloservisu o. p. s. Naučila se pohybovat samostatně za pomoci bílé hole, ovládat braillové písmo, psát na pichtově psacím stroji.

Tyto dovednosti také využívala při seznámení se s novým prostředím domova. V současné době kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu jich však nemůže plně využívat. Citlivost v prstech se vlivem diabetu snížila, k pohybu musí respondentka využívat oporu chodítka. Dříve dokonce byla na vozíku, ale díky rehabilitaci, začala opět chodit. Pohyblivost s chodítkem je dle slov respondentky velmi neobratná. Nedostane se s ním na toaletu a proto má v pokoji speciální židli s WC. Rovněž docházet s chodítkem do terapeutických dílen, jak byla respondentka dříve zvyklá, neumí. Vypovídá, že by si velmi přála, aby ji lektorka naučila, trasu do dílen tak, aby ji mohla absolvovat sama za pomoci chodítka. Úkony sebeobsluhy (koupání, osobní hygienu) zvládá s pomocí personálu.

Progresivní je vliv onemocnění diabetes melitus na úroveň zrakové ztráty a komplikace s tím spojené. Respondentka se naučila kompenzační mechanismy a prostřednictvím výuky PO SP dosáhla velké míry soběstačnosti. V současné době je limitována zhoršenými pohybovými možnostmi a nutností opory chodítka. Při samostatném pohybu je neobratná a nemůže vykonávat řadu činností, tak jak byla zvyklá dříve.

Respondent 12, žena, 90 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 5 let

Respondentka 12 studovala rodinnou školu, a poté pracovala jako úřednice a prodavačka. Je 16 let vdova, má dceru, se kterou si dle svých šlo, každý den telefonuje.

Ztrátu zraku u respondentky podnítila kombinace zeleného a šedého zákalu. Vizus se dle její výpovědi zhoršoval od 84. roku věku.

K seznámení s tazatelkou došlo v přízemí domova, odkud se po vzájemné dohodě přemístily do společenské místnosti v prvním patře. Respondentka 12 je velmi komunikativní, zvědavá. Pohybové možnosti vzhledem k věku respondentky jsou velmi dobré.

Výuku PO SP dle svých slov odmítla, protože v době přestěhování do domova měla ještě dostatečné zbytky zraku, aby se zorientovala v novém prostředí sama. Dle pozorování tazatelky chodí respondentka 12 s opěrnou holí a s předpaženou rukou, aby identifikovala prostor před sebou. Opěrnou hůl má respondentka, dle svých slov, pouze jako doplněk. Bílou hůl nepoužívá. Uvádí, že chodí sama do zahrady, do blízkého okolí však kvůli přechodu přes silnici si netroufá. Volný čas tráví v terapeutických dílnách a také povídáním s kamarádkou, uživatelkou domova.

Respondent 13, žena, 87 let

Délka pobytu v domově pro osoby se zrakovým postižením: 4 roky

Respondentka 13 po ukončení základního vzdělávání pracovala jako dělnice ve výrobě sportovních potřeb. Je vdova, má dvě děti.

Zrakové obtíže se začaly projevovat před 10 lety zvýšeným slzením, vizus se postupně zhoršoval. Na jedno oko již 4 roky nevidí vůbec. A je řazena mezi osoby prakticky nevidomé.

Setkání s tazatelkou se uskutečnilo ve společenské místnosti domova, kam respondentka přichází opírající se o francouzskou hůl. Kvůli nedoslýchavosti nosí sluchadlo. Po operaci štítné žlázy je její zvukový projev deformován, ale srozumitelný.

Respondentka vypovídá, že při příchodu do domova se zorientovala v novém prostředí díky zbytkům zraku. Výuku PO SP dle svých slov nepotřebovala. Orientační hůl využívat nemůže, protože potřebuje pro oporu při chůzi hůl francouzskou. Stěžuje si na bolest rukou v důsledku opírání se o hůl. Zbytky zraku využívá při orientaci v prostoru, vidí jen zblízka, číst už nemůže ani s využitím optických pomůcek. Při pohybu po domově využívá madel, o které se přidržuje. Volný čas tráví v terapeutické dílně, vypovídá však, že se jí zhoršila citlivost rukou.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Mgr. Lenka Mitrychová

**ČINITELÉ VÝUKY PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO
POHYBU A JEJICH VLIV NA OSOBY
SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V POZDNĚ
DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU**

Autoreferát disertační práce

Olomouc 2014

Autor: Mgr. Lenka Mitrychová

Název práce: Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Školitel: Bc. et Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.
Pedagogická fakulta Univerzita Palackého v Olomouci

Oponenti: doc. PaedDr. Jana Lopúchová, Ph. D.
Pedagogická fakulta Univerzita Komenského v Bratislavě

doc. PhDr. Lea Květoňová, Ph. D.
Pedagogická fakulta Univerzita Karlova v Praze

Místo a termín obhajoby: PdF UP v Olomouci

Místo, kde bude práce vystavena: PdF UP v Olomouci

S podrobnostmi o termínu obhajoby disertační práce je možno se seznámit na Referátu vědy a výzkumu PdF UP v Olomouci, Žižkovo nám. 5.

OBSAH AUTOREFERÁRU

| | |
|--|-----------|
| Úvod..... | 4 |
| 1 OBSAH DISERTAČNÍ PRÁCE..... | 8 |
| 2 EXKURS DO ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY..... | 10 |
| 3 CÍL VÝZKUMU, KONCEPCE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ..... | 12 |
| 3.1 Cíle a zaměření výzkumu | 12 |
| 3.2 Koncepce výzkumného šetření..... | 13 |
| 3.2.1 Kvantitativní přístup | 13 |
| 3.2.2 Kvalitativní přístup..... | 17 |
| 4 METODY KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ ROVINY VÝZKUMU.. | 18 |
| 5 CHRAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU | |
| A REALIZACE VÝZKUMU..... | 21 |
| 5.1 Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů..... | 21 |
| 5.2 Organizace výzkumu a způsob zpracování získaných informací | 23 |
| 6 DISKUZE..... | 25 |
| 7 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, PŘÍPADOVÉ STUDIE..... | 34 |
| 7.1 Způsob vedení rozhovorů..... | 35 |
| 7.2 Závěry z případových studií..... | 36 |
| 7.2.1 Případové studie a jejich závěry u cílové skupiny osob v domácí péči..... | 36 |
| 7.2.2 Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči..... | 41 |
| 7.3 Shrnutí informací z kazuistických studií..... | 46 |
| 8 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ..... | 51 |
| 9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI VÝUKY PO SP..... | 54 |
| Závěr..... | 59 |
| Použitá literatura a zdroje..... | 62 |
| Seznam publikační a odborné činnosti autorky disertační práce.. | 76 |
| ANOTACE..... | 80 |
| RESUMÉ..... | 81 |

| | |
|-----------------------------|-----------|
| SUMMARY | 82 |
| ZUSAMMENFASSUNG..... | 84 |

Úvod

Následky zrakového postižení ovlivňují podstatnou měrou postavení jedince ve společnosti. Z hlediska míry samostatnosti a soběstačnosti jsou jeho limity předurčeny nejen závažností samotného zrakového postižení, ale významnou roli zde sehrává i doba a příčina vzniku postižení.

Integrativní trendy dnešní společnosti zpravidla významně podporují začlenění jedinců s postižením, zvyšují informovanost rodiny a okolí. Pozornost a potřebná podpora se však více zaměřuje na děti popř. populaci v produktivním věku. Nastíněný problém se samozřejmě týká nejen osob se zrakovým postižením.

S narůstajícím věkem přirozeně dochází k poklesu lidského potenciálu v důsledku úbytku fyzických sil. Zvyšuje se ohrožení onemocněními a zraněním. Stárnutí komplikují zhoršující se senzomotorické a paměťové dovednosti. Jedná se o charakteristiky, které nejsou v souladu s většinou společnosti proklamovaným konvenčním ideálem a přitom značně ovlivňují individuální sebepojetí, ekonomický status jedince a jeho závislost na okolí.

Závažnost všech okolností je mnohem náročnější, protože v rámci biopsychosociálních změn v lidském životě není vždy zcela možné odlišit přirozené pochody těla od projevů nemoci či postižení. V případě, že dojde k výskytu zrakového postižení v pozdějším věku v rámci přirozeného procesu stárnutí či následkem úrazu, nově vzniklá situace výrazně ovlivňuje způsob dosavadního života. Výše popsané okolnosti související s fyziologickými procesy stárnutí jsou umocněny dalšími činiteli vyplývajícími z absence zrakového vjemu. Z těchto důvodů se předložená práce snaží popsané okolnosti sledovat v širším holistickém propojení, vzájemné souhře.

Cíleně jsme se v ní zaměřili na osoby se ztrátou zraku pohybující se na úrovni praktické a úplné nevidomosti, tedy ty, které díky absenci zrakového vjemu jsou nejvíce omezeny ve své dosavadní samostatnosti a jsou nuceny spoléhat na podporu a pomoc svého okolí. Vzhledem ke svým specifickým vyžadují pozornost i z hlediska prostorové orientace a samostatného pohybu.

Jelikož se jedná o získané postižení a jedinec do té doby žil jako vidící, musíme také posoudit způsob přijetí ztráty zrakového vnímání, identity statusu osoby se zrakovým postižením. Je

velice individuální a záleží na mnoha okolnostech, jak se postižená osoba se ztrátou zraku vyrovnává. Akceptace postižení závisí na osobnostních rysech, na charakteristikách jednotlivce a na schopnosti vyrovnávat se s konflikty. Touha po znovunabytí samostatnosti je silným motivem k hledání východisek a přizpůsobení se životním okolnostem, v našem případě vzniklému zrakovému postižení. V tomto momentě hraje právě výuka prostorové orientace a samostatného pohybu několik klíčových rolí. Je prostředkem podporujícím soběstačnost a nezávislost, významně ovlivňuje kvalitu života a současně posiluje vůli jedince k víře v optimističtější vyhlídky a dalším krokům. Vzhledem k eminentnímu významu akceptace, příp. nonakceptace zrakové ztráty, je tomuto fenoménu věnována samostatná podkapitola.

V procesu rehabilitace osob se zrakovým postižením sehraává výuka prostorové orientace a samostatného pohybu (PO SP) jednu z klíčových úloh pro osobu postiženého i společnost. Pojmem prostorová orientace označuje Wiener (2006) návyky, které zdokonalují přirozené schopnosti zrakově postiženého člověka a pomáhají mu k dosažení vysoké úrovně mobility, tedy i soběstačnosti. V případě osob se získaným postižením však otázka funkčního statusu jedince ve vyšším věku, tedy to jak mu jeho stav (zdravotní, psychický) umožňuje být samostatný, sehraává významnou úlohu činitele úspěšnosti výuky PO SP.

Výuka prostorové orientace je již dnes běžnou součástí výuky na školách pro zrakově postižené, existují vyškolení instruktoři i výuková zařízení prostorové orientace pro dospělé. Vyučování probíhá podle důkladně propracované metodiky, ve které je pečlivě zpracována a řešena technická stránka výuky. Otevřeným problémem ale zůstává individuální přístup k jedincům se zrakovým postižením, jelikož se nejedná o homogenní skupinu, ať již z hlediska míry postižení, věku či osobnostních specifíků.

Člověk s postižením nemusí zapadat do norem společnosti, ve které před postižením žil a postižení samotné může mít vliv i na to, jak jedinec působí navenek. Jedinec s postižením zápasí s pocity viny, frustrací a dojmem nenaplněných životních tužeb. Popsané okolnosti ještě více umocňují pocit vyčlenění ze společenství. Vliv na tento stav má

samozřejmě také osobnost, životní styl dotyčného jedince, jeho rodinné a ekonomické zázemí, kultura apod.

Z uvedeného vyplývá jasná potřeba různorodosti přístupu, adekvátní míry podpory a pomoci při snaze o opětovné nabytí soběstačnosti a samostatnosti u této skupiny osob. Nastíněné problematické situace, kombinace získaného zrakového postižení se všemi procesy probíhajícími v rámci involučních změn omezujícími pohybové, kognitivní a další schopnosti jedince, byly námětem k prvotnímu zamyšlení nad směřováním této práce. Konkrétněji je zaměřena na rozvoj speciálně pedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku.

Komplikovanou problematiku souhry více okolností vyjadřuje již vývoj samotného názvu práce: *Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku*. Pro explicitní vyjádření jejího zaměření na vztah mezi činiteli výuky a typem prostředí u dané specifické skupiny osob bychom název mohli blíže charakterizovat jako: rozdíly v (vnitřních a vnějších) činitelích pro výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na typu prostředí, ve kterém žijí.

Předložená disertační práce v sobě propojuje teoretická východiska s empirickou částí práce. V intencích problematiky PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se prolíná několik oblastí, kterým se věnují hlavní kapitoly teoretické části práce.

Vstupní kapitoly představují shrnutí užívaných pojmů v oblasti problematiky periodizace věku a osob se zrakovým postižením. Následně se teoretické poznatky zabývají procesem stárnutí, projevy a komplikacemi spojenými s involucí. Čtvrtá kapitola shrnuje v rámci výuky PO SP nabídku rehabilitačních služeb, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Samostatnou kapitolu, která je stěžejní pro naši empirickou část práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Empirická část disertační práce vychází ze získaných teoretických poznatků a dále prohlubuje jednotlivé oblasti v praxi. V této části, se snažíme nalézt odpověď na otázku, zda má různý typ prostředí (ústavní nebo domácí), ve kterém dané osoby žijí, vliv na úroveň určených činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/ seniorském věku.

Na základě podrobné analýzy a hloubkové deskripce kvantitativních i kvalitativních dat věříme, že výsledky našeho výzkumného šetření pomáhají obohatit současnou teorii výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Praktickým přesahem získaných informací jsou aplikační doporučení k uplatňované metodice výuky PO SP. Vzhledem ke zvyšující se délce života a civilizačním trendům jsme pevně přesvědčeni o jejich aktuálnosti a přínosu nejen pro danou specifickou skupinu osob, ale širší zainteresované okolí.

1 OBSAH DISERTAČNÍ PRÁCE

| | |
|--|------------|
| <u>Úvod.....</u> | <u>10</u> |
| <u>Teoretická část.....</u> | <u>14</u> |
| <u>1 TERMINOLOGIE DLE VĚKOVÉ PERIODIZACE.....</u> | <u>15</u> |
| <u>2 OSOBA SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....</u> | <u>18</u> |
| <u>2.1 Definice a klasifikace osob se zrakovým postižením.....</u> | <u>20</u> |
| <u>2.2 Etiologie získaného zrakové postižení.....</u> | <u>25</u> |
| <u>2.3 Vymezení nevidomosti z pohledu paradigmat vědních disciplín.....</u> | <u>27</u> |
| <u>2.4 Psychologické aspekty získaného ZP (psychologické charakteristiky, psychické zvláštnosti, specifika socializace).....</u> | <u>29</u> |
| <u>3 PROCES STÁRNUTÍ A JEHO DŮSLEDKY.....</u> | <u>31</u> |
| <u>3.1 Pojetí a vymezení termínu stárnutí.....</u> | <u>32</u> |
| <u>3.2 Determinující aspekty procesu stárnutí.....</u> | <u>34</u> |
| <u>3.3 Psychické důsledky stárnutí.....</u> | <u>44</u> |
| <u>3.4 Sociální aspekty stárnutí.....</u> | <u>50</u> |
| <u>4 REHABILITAČNÍ SLUŽBY V RÁMCI VÝUKY PO SP PRO OSOBY SE ZÍSKANÝM ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM V POZDNĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU.....</u> | <u>59</u> |
| <u>4.1 Ucelená rehabilitace, komplexní intervence.....</u> | <u>61</u> |
| <u>4.2 Charakteristika služeb výuky PO SP pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.....</u> | <u>64</u> |
| <u>4.3 Další služby v souvislosti s rehabilitačním procesem.....</u> | <u>75</u> |
| <u>4.4 Srovnání se zahraničními trendy.....</u> | <u>78</u> |
| <u>5 VÝUKOVÝ PROCES PROSTOROVÉ ORIENTACE A SAMOSTATNÉHO POHYBU OSOB SE ZÍSKANÝM ZP V POZDNĚ DOSPĚLÉM/SENIORSKÉM VĚKU.....</u> | <u>82</u> |
| <u>5.1 Historické kontexty vzniku výuky PO SP.....</u> | <u>84</u> |
| <u>5.2 Výuka PO SP – pojmy, prvky, techniky.....</u> | <u>87</u> |
| <u>5.3 Organizace a realizace výuky PO SP v denních situacích (oblasti výuky).....</u> | <u>102</u> |
| <u>5.4 Teorie výuky a jejich využití při výuce PO SP u osob se získaným ZP.....</u> | <u>102</u> |

| | |
|---|------------|
| <u>Praktická část.....</u> | <u>118</u> |
| <u>6 IDEOVÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU.....</u> | <u>118</u> |
| <u>7 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY VÝZKUMU.....</u> | <u>120</u> |
| <u>7.1 Cíle a zaměření výzkumu</u> | <u>120</u> |
| <u>7.2 Koncepce výzkumného šetření.....</u> | <u>121</u> |
| <u>7.3 Metody výzkumu.....</u> | <u>126</u> |
| <u>7.4 Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů.....</u> | <u>128</u> |
| <u>7.5 Organizace výzkumu a způsob zpracování získaných informací.....</u> | <u>131</u> |
| <u>8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ A INTERPRETACE STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ DAT.....</u> | <u>132</u> |
| <u>8.1 Statistický popis vzorku.....</u> | <u>133</u> |
| <u>8.2 Výsledky standardizovaných testů.....</u> | <u>137</u> |
| <u>8.3 Shrnutí výsledků standardizovaných testů.....</u> | <u>152</u> |
| <u>8.4 Verifikace stanovených hypotéz.....</u> | <u>159</u> |
| <u>9 DISKUZE.....</u> | <u>180</u> |
| <u>10 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, PŘÍPADOVÉ STUDIE.....</u> | <u>188</u> |
| <u>10.1 Způsob vedení rozhovorů.....</u> | <u>189</u> |
| <u>10.2 Závěry z případových studií.....</u> | <u>190</u> |
| <u>10.3 Shrnutí informací z kazuistických studií.....</u> | <u>200</u> |
| <u>11 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ.....</u> | <u>205</u> |
| <u>12 DOPORUČENÍ PRO PRAXI VÝUKY PO SP.....</u> | <u>208</u> |
| <u>Závěr.....</u> | <u>212</u> |
| <u>Použitá literatura a zdroje.....</u> | <u>215</u> |
| <u>ANOTACE.....</u> | <u>228</u> |
| <u>RESUMÉ.....</u> | <u>229</u> |
| <u>SUMMARY.....</u> | <u>230</u> |
| <u>ZUSAMMENFASSUNG.....</u> | <u>231</u> |
| <u>Seznam tabulek.....</u> | <u>233</u> |
| <u>Seznam grafů.....</u> | <u>235</u> |
| <u>Seznam příloh.....</u> | <u>236</u> |

2 EXKURS DO ZKOUMANÉ PROBLEMATIKY

Zrak zastává v životě člověka významnou informační úlohu. Umožňuje analyzovat a rozlišit vlastnosti předmětů, jejich vzdálenost, pohyb apod. Zrakem je možné vnímat jevy celostně a zároveň postřehnout jednotlivé detaily.

S narůstajícím věkem dochází k oslabování fyzických funkcí člověka. Po čtyřicátém roce života nastává u oka přirozený proces stárnutí, presbyopie, kdy dochází k postupnému zhoršování zrakového vnímání i vlivem opotřebování zrakového aparátu. Kuchynka (2007) se zmiňuje o závislosti míry zrakového postižení v populaci na věku a v této souvislosti uvádí, že až 82 % slepých osob je starších 50 let. Nárůst počtu zrakově postižených souvisí se zvyšující se kvalitou života, nárůstem populace a zvyšováním délky života. Ztráta zrakového vnímání představuje v životě člověka nepříznivou situaci a vyrovnání se s ní je emočně náročné. Jelikož se jedná o postižení, které se projeví teprve v pozdní dospělosti/stáří, nenarušuje vývoj osobnosti a jedinec je obdařen zrakovou zkušeností.

Se vznikem zrakového postižení je samostatnost a nezávislost jedince výrazně snížena. Zejména v oblasti mobility a orientace v prostoru je odkázán na solidaritu ostatních. Obdobné následky v sobě nesou zdravotní indispozice preseniorského/seniorského věku, což celkovou situaci výrazně umocňuje. Absentování zrakových vjemů a okolnosti s věkem spojené mají vliv na dosavadní způsob života, postavení ve společnosti a pracovní uplatnění jedince, který do té doby žil jako intaktní. V důsledku těchto skutečností vzrůstá společenská potřeba nabídnout těmto lidem adekvátní podporu.

Výuka prostorové orientace a samostatného pohybu (PO SP) je zcela běžnou a samozřejmou součástí edukace a podpory u osob se zrakovým postižením. Probíhá za pomoci proškolených lektorů, je také součástí výuky na školách pro žáky se zrakovým postižením a rovněž probíhá u integrovaných žáků.

V naší práci se zajímáme o dospělé osoby se získaným postižením zraku, které jsou na hranici končícího produktivního a v postproduktivním věku, konkrétně starší 50 ti let včetně. Pro tuto skupinu osob spočívá význam výuky PO SP v umožnění se opět pohybovat bezpečně a samostatně v prostředí, které znali jako vidící, a tak znovu vykonávat aktivity denního života dle svobodného uvážení a záměru s minimálními omezeními.

Výuka PO SP je součástí procesu rehabilitace a nejde na ni pohlížet pouze jako na prostředek k znovu obnovení pohyblivosti, mobility. Schopnost orientovat se v prostředí a vykonávat činnosti samostatně je významným motivujícím aktivizujícím činitelem, který pomáhá překonat komplikace způsobené involucí a zrakovou ztrátou. Situaci komplikuje fakt značné nejednotnosti naší cílové skupiny osob z hlediska věku, aspektů stárnutí apod. Jak upozorňují Willam, Wiener, Blasch a kol. (2010), kteří se odkazují na výzkum Bierrena (1959), skupina osob v seniorském věku vykazuje více rozdílností než podobností, a to i z hlediska projevů stárnutí. Instruktor prostorové orientace by měl přistupovat k takovému uživateli zcela odlišně, pečlivě zvážit jeho možnosti a schopnosti (tělesné, psychické,...).

Současná teorie výuky PO SP je velmi dobře propracována, nedořešena je otázka individuálního přístupu a způsobu výuky. V rámci předpovědím o nárůstu počtu osob se zrakovým postižením v seniorském věku, je věkové diferenciaci přístupů k osobám se získaným postižením zraku věnováno stále více pozornosti. V USA probíhá program National Aging Program of the American Foundation for the Blind, jehož součástí jsou i tréninkové manuály u aplikující metody výuky PO SP v rámci aktuálních andragogických přístupů a teorií učení.

3 CÍL VÝZKUMU, KONCEPCE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

3.1 Cíle a zaměření výzkumu

Hlavním cílem práce je rozvoj speciálněpedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku.

Naše úsilí v praktické části se snaží nalézt odpověď na otázku, zda je různý typ prostředí (ústavní nebo domácí), ve kterém osoby žijí, ve vztahu s úrovní vybraných činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce prostorové orientace u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Výzkumným záměrem je sledovat rozdíly v hodnotách stimulativnosti-aktivizace osob výukou PO SP, rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích.

Jedná se o ověření platnosti vztahu proměnných, o kterých je již známo, že se v daném typu výuky mohou uplatňovat. Uvedené proměnné však nemusí plně odrážet konkrétní a individuální strukturu dalších činitelů, kteří mohou danou výuku u sledovaných osob různým způsobem rovněž ovlivňovat. Proto k výše uvedenému výzkumu připojujeme kvalitativní pohled, který může předchozí doplňovat či modifikovat. Pro potřeby našeho výzkumu jsme tedy stanovili dvojí cílové zaměření, které odpovídá komplexně pojímanému cíli celé práce:

- Analyzovat rozdíly ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí, ve kterém se sledované osoby nacházejí. (kvantitativně orientovaný výzkum).
- Identifikovat (postihnout, objevit) další činitele, příp. podmínky, kteří mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. (kvalitativně orientovaný výzkum).

3.2 Koncepce výzkumného šetření

V našem výzkumu je sledován, jako hlavní, vztah mezi prostředím, ve kterém žijí osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně seniorském věku a charakteristikami činitelů jejich výuky PO SP. Výzkumné šetření hodláme realizovat za pomoci kvantitativních a kvalitativních metod, tedy formou smíšeného výzkumu. Kombinaci obou metod volíme z důvodu dostatečné komplementace dané problematiky. (srov. Hendl, 2004; Gavora, 2000) Kvantitativní pohled v našem výzkumu představuje ověření efektu (vlivu) základních činitelů (samostatnost a soběstačnost, úroveň kognice), které hrají roli v procesu výuky PO SP a jejich působení je obecně platné (statisticky měřitelné). Kvalitativní rovina poskytuje doplňující pohled, jde o zmapování nahodilých specifických činitelů, kteří se mohou objevovat v individuálních případech, od kterých je v obecně zaměřeném kvantitativním šetření abstrahováno. Základním metodickým aparátem výzkumu je užití statistických testů a interview. (Dixon- Leach, 1979)

3. 2. 1 Kvantitativní přístup

Předpokládaný vztah vybraných proměnných v řešené problematice jsme zformulovali do podoby výzkumných problémů:

- Existuje rozdíl ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti mezi jedinci se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří žijí v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí?
- Existují rozdíly ve sledovaných psychosociálních markerech (kognitivních funkcích) mezi jedinci žijícími v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí?

Z teoretického přehledu činitelů stárnutí (viz teoretická východiska) a na základě rozhovorů s lektory PO SP (viz příloha 1) jsme se rozhodli z faktorů procesu stárnutí sledovat následující markery:

- kognitivní funkce (paměť, orientaci, pozornost, fatické funkce, gnostické funkce, praktické funkce),
- stupeň postižení samostatnosti a soběstačnosti (sebeobslužné a instrumentální činnosti),
- prostředí, v němž osoby žijí.

Sledované činitele v našem výzkumu dále můžeme rozdělit:

- nezávislé proměnné:
typ prostředí: a) rodinné b) zařízení pro osoby se zrakovým postižením,
- závislé proměnné:
a) míra samostatnosti a soběstačnosti b) úroveň kognitivních funkcí.

Vztah uvedených výukových předpokladů pak vyjadřují dvě hlavní odvozené věcné hypotézy:

H1: Existuje rozdíl mezi mírou závislosti a mírou soběstačnosti u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mezi respondenty žijícími v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

H2: Existuje rozdíl ve sledovaných kognitivních funkcích u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku žijících v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

Hlavní hypotézy byly následně rozpracovány do podoby šesti odvozených věcných hypotéz:

H1: Existuje rozdíl mezi stupněm závislosti a stupněm soběstačnosti u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H2: Existuje rozdíl mezi stupněm závislosti a úrovní kognitivních funkcí u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H3: Existuje rozdíl mezi stupněm soběstačnosti a úrovní kognitivních funkcí u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

H4: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k věku respondentů.

H5: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k pohlaví respondentů.

H6: Stupeň závislosti, soběstačnosti a celková úroveň kognitivních funkcí je ve vztahu k zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

Věcné hypotézy byly následně pro potřeby statistického zpracování převedeny do statistické podoby:

H₀1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL neexistuje statisticky významný vztah.

H_A1: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL existuje statisticky významný vztah.

H₀2: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

H_{A2}: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

H₀₃: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí neexistuje statisticky významný vztah.

H_{A3}: Mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem IADL a celkovým skóre testu kognitivních funkcí existuje statisticky významný vztah.

H₀₄: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k věku.

H_{A4}: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k věku.

H₀₅: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí není ve statisticky významném vztahu k pohlaví.

H_{A5}: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí je ve statisticky významném vztahu k pohlaví.

H₀₆: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

H_{A6}: Závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí závisí na zařízení (prostředí), ve kterém respondenti žijí.

Pro ověření prezentovaných hypotéz byla shromážděna odpovídající data za účelem statistického zpracování (viz kapitola 8).

3. 2. 1 Kvalitativní přístup

Snahou tohoto přístupu je doplnit reduktivní a abstrahující přístup kvantitativní o další významné činitele, kteří mohou rovněž vstupovat do procesu výuky PO SP, ale netvoří zatím uchopitelnou a stabilní proměnnou tohoto procesu. Sběr a hledání těchto dalších činitelů byl orientován prostřednictvím následujících otázek:

- Které vnitřní faktory u sledovaných osob se podílely na rozhodnutí zapojit se do výuky PO SP?
- Které vnější faktory u sledovaných osob podnítily rozhodnutí zapojit se do výuky PO SP?
- Jak probíhal samotný proces rozhodování?
- Které argumenty významně ovlivnily kladné stanovisko k výuce PO SP?
- Jaká je spokojenost/ nespokojenost osob s výukou PO SP?
- Co by mělo být změněno (upraveno) ve výuce PO SP z pohledu vyučovaných osob v závislosti na typu prostředí, kde žijí?
- Jak vnímají přístup a osobnost lektora PO SP?
- Jak prožívají neúspěchy ve výuce osoby z různého životního prostředí?
- V čem vidí hlavní přínos, příp. nepříznivý vliv, prostředí, kde osoby žijí, pro danou výuku?
- Co by si přály zainteresované osoby dále od výuky PO SP?

4 METODY KVANTITATIVNÍ A KVALITATIVNÍ ROVINY VÝZKUMU

V kvantitativní části jsme se pomocí statistických testů na sledované proměnné (viz definované markery) zaměřili na sledování rozdílů mezi osobami se zrakovým postižením v domácí a ústavní péči. Budou použity následující statistické metody (viz příloha 2, 3, 4):

- Test základních všedních činností podle Barthelové (test ADL),
- Test instrumentálních všedních činností podle Lawtona a Brodyho (test IADL),
- Krátká škála mentálního stavu (MMSE).

Nyní podrobněji k jednotlivým testům a zdůvodnění jejich užití:

Test základních všedních činností podle Barthelové, označovaný jako test ADL, představuje hodnocení funkčních schopností seniora, respektive jeho samostatnosti a soběstačnosti. Podle Topinkové (2005, s. 213) se tento test zaměřuje na „... základní, tzv. sebeobslužné činnosti nutné pro samotnou existenci (osobní hygiena, najedení, oblékání, chůze, kontinence moči a stolice).“

Test instrumentálních všedních činností podle Lawtona a Brodyho, označovaný jako IADL, se naproti tomu zaměřuje na sebeobslužné činnosti, které Topinková (2005, s. 213) charakterizuje jako „komplexní, tzv. instrumentální činnosti nutné pro samostatný život ve vlastní domácnosti.“

Oba testy slouží k zjištění funkčního statusu a míry postižení osob v seniorském věku z hlediska samostatnosti a potřeby pomoci. O těchto testech, které jsou standardizované a užívané v Evropě i USA, píše také Griffin – Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010), kteří v kapitole věnované výuce prostorové orientace u seniorů zmiňují výzkum Travise, Boerner, Reinharda a Horowitz z roku 2004. Tento výzkum mezi 155 zrakově postiženými seniory zjišťoval míru omezení samostatnosti a soběstačnosti v kontextu zrakového postižení a dalších zdravotních komplikací způsobených stárnutím a také vzájemnou souvislost těchto vlivů navzájem. Griffin – Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch, 2010, s. 289) reprodukuje výsledky zkoumání následujícím zjištěním, že „... respondenti měli mnohem větší problémy s instrumentálními denními aktivitami, díky svému zrakovému postižení, jakkoli byli omezeni ve výkonu aktivit denního života svým zdravotním stavem.“ Jinými slovy řečeno a logicky vzato, osoby se získanou ztrátou zraku v období dospělosti se naučili být samostatní v běžných denních aktivitách (např. schopnost najíst se),

problémy jim činily, kvůli ztrátě zraku, instrumentální činnosti (např. omezení při přípravě jídla). Funkční status jako významný činitel při výuce PO SP vypovídá o míře samostatnosti a pohybových možnostech, které musí být v rámci výuky PO SP zohledněny. Právě tato myšlenka nás přivedla k dalšímu výzkumnému bádání. Pomocí testu ADL a IADL ověřujeme hlavní hypotézu číslo 1 o existenci statisticky významného rozdílu v charakteristikách samostatnosti a soběstačnosti znovunabytých pomocí výuky PO SP mezi osobami žijícími v ústavním a rodinném prostředí.

Test MMSE, krátká škála mentálního stavu slouží jako „nejpoužívanější test pro hodnocení kognitivních funkcí starších osob v klinické praxi. Objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech.“ (Topinková, 2005, s. 216) Test hodnotí: orientaci, okamžitou paměť a její výbavnost, pozornost, fatické, gnostické a praktické funkce. Tento test se zaměřuje na regresi dosavadních funkcí a screening demence, což jsou projevy procesu stárnutí (viz teoretická část); přišlo nám vhodné aplikovat tuto metodu také u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jelikož se úkoly číslo 28, 29 a 30 opírají o zrakovou analýzu, budou, na základě konzultace s psychologem, vynechány. Rovněž v důsledku zrakového postižení budou úkoly číslo 22 a 23 modifikovány a zadání bude zpřístupněno pomocí hmatu. Místo oslovení pacient užíváme oslovení respondent a v úkolu číslo 6 se ptáme na místo pobytu respondenta obecně (blíže viz příloha č. 4). Splnění daného úkolu bude hodnoceno 1, jeho nesplnění 0 body. Po skončení testu sečteme celkovou hodnotu skóre. Porovnávali jsme pouze hrubá data, hodnotu získaného skóre mezi jednotlivými respondenty. Tento test nám posloužil k ověření hlavní hypotézy 2 o existenci statisticky významného rozdílu ve sledovaných psychosociálních markerech (kognitivních funkcích) u osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, žijících v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a respondenty žijícími v rodinném prostředí.

Kvalitativní rovinu výzkumu tvoří polostrukturované interview. (srov. Cháska, 2000; Miovský, 2006; Hendl, 2004; Gavora, 2010) „Interview je metoda shromažďování dat o pedagogické realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného

pracovníka a respondenta.“ (Cháska, 2007, s. 182) Osobní rozhovory proběhly podle předem určeného cílového zaměření (viz příloha 5). Tato rovina je pouze doplňková. Získané informace obohacují výsledky kvantitativního šetření, rozšiřují jej o další možné vlivy, na které se standardizované testy nezaměřují. Současně, jelikož se jedná o přímo zainteresované osoby, tedy ty, na něž se výzkum přímo zaměřuje, přináší svědectví o jejich spokojenosti a o podnětech v rámci výuky PO SP. Záznamy z těchto rozhovorů byly zajištěny (fáze fixace) prostřednictvím předem připravených formulářů (viz dále). Podmínkou realizace byl souhlas zúčastněných respondentů.

5 CHRAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

A REALIZACE VÝZKUMU

5.1 Popis zkoumaného výzkumného souboru, limitace skupiny respondentů

Naším záměrem bylo provádět výzkum mezi osobami se získaným postižením zraku ve věku nad 50 let a výše, tedy na hranici mezi končící pozdní dospělostí a stářím, osobami v končícím produktivním a postproduktivním věku. Hraniční mírou postižení pro výběr do zkoumaného vzorku byl stupeň praktické slepoty a níže. Stručný souhrn charakteristik zkoumané skupiny je následující:

- získané zrakové postižení bez přidruženého postižení,
- úroveň zrakové ztráty praktická nevidomost a níže,
- osoby ztratily zrak po 40 roce věku,
- v době provádění výzkumu jim bylo 50 a více let.

Na základě rozhovorů do dané oblasti zainteresovanými osobami (zejména lektory PO SP) v rámci pilotáže nám bylo doporučeno nestanovovat si horní věkovou hranici výzkumného vzorku. Důvodem jsou věkové periody, kdy se jedinci v určitém věkovém období příliš neodlišují ve svých potřebách i omezeních v souvislosti s výukou PO SP.

K získání potřebného vzorku jsme oslovili organizace pro osoby se zrakovým postižením: Tyflocentra o.p.s., Tyfloservisy o.p.s. a domovy pro seniory po celé České republice: Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina v Praze, Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené v Opavě, Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně – Chrlicích, Palata-domov pro zrakově postižené a další organizace s klientelou seniorského věku. Na základě jejich odpovědí jsme zjistili, že uživatele s námi hledanými charakteristikami mají zejména Tyfloservisy o. p. s. a domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR, jakožto zařízení zabývající se sociální rehabilitací. Výběr u respondentů nebylo možno provést formou náhodného ani kvótního výběru, neboť nebylo možné získat základní soubor (s jeho strukturálními znaky), od kterého by se odvíjely parametry výběrových souborů.

Z oslovených organizací jsme původně vyřadili Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina v Praze, jelikož dle jejich odpovědí svou klientelou, z hlediska věkového složení, nenaplnovalo požadavky na náš výzkumný vzorek. V současné době v rámci aktualizace informací však již 2 respondenty odpovídající našim parametrům pro vstup do výzkumného souboru mají. Jelikož je Rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina svým charakterem služeb zařízení s omezenou délkou pobytu, osoby po ukončení rekvalifikace či rehabilitace se navracejí do rodinného prostředí. V rámci zaměření této práce, porovnání proměnných v rámci ústavního a rodinného zázemí, jsou uživatelé Dědiny považováni za osoby z rodinného prostředí.

Na základě předešlých zjištění jsme oslovili všechny Tyfloservisy o. p. s. a domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR za účelem zjištění počtu osob, které splňují naše limitní znaky. Tato etapa byla časově zdlouhavá, ne všechny zmíněné subjekty na nabídku spolupráce reagovaly od samotného počátku, a byla nutná častější urgence. Prvotní výzva ke spolupráci byla provedena emailovou korespondencí. V důsledku ne příliš vhodného období – doba dovolených – zareagovaly pouze dva Tyfloservisy a oba domovy pro osoby se zrakovým postižením v ČR. Po čase vyčkávání jsme se rozhodli pro přímou telefonickou komunikaci. I tato cesta však byla komplikovaná, jelikož byli instruktoři na terénních výjezdech a kontaktovat je bylo možné pouze vzkazem na záznamníku. Přes všechny naše snahy, jak bude uvedeno níže, v době psaní tohoto textu některé Tyfloservisy dosud neodpověděly, byť telefonicky účast přislíbily.

Zde tedy jednotlivými organizacemi uvedené počty uživatelů Krajských středisek Tyfloservisu, o. p. s.:

- Zlín – 9 osob,
- Ostrava – 7 osob,
- Jihlava – 8 osob,
- Liberec – 15 osob,
- Olomouc – 2 osoby,
- Hradec Králové – 5 osob.

Střediska Tyfloservisu, o. p. s. v Plzni, Českých Budějovicích, Brně uvedla nulový počet uživatelů splňujících parametry pro vstup do našeho výzkumného šetření. Středisko Tyfloservisu, o. p. s. v Karlových Varech pro pracovní vytíženost odmítlo spolupráci. Střediska Tyfloservisu, o. p. s. v Ústí nad Labem a Praze neodpověděla na naše výzvy.

Na území ČR se nacházejí dva Domovy pro osoby se zrakovým postižením, u kterých jsme na základě emailové komunikace zjistili tyto počty osob splňujících parametry našeho výzkumu:

- Centrum sociálních služeb pro osoby se zrakovým postižením v Brně-Chrlicích - 15 osob,
- Palata - domov pro osoby se zrakovým postižením - 10 osob.

Uvedená čísla představují počet osob se zrakovým postižením splňujících námi zadané parametry. Je samozřejmě možné, že osob splňujících námi zadané parametry je ve skutečnosti v naší společnosti mnohem více. To, že nejsou doposud nikde evidováni, je možná způsobeno etapou vyrovnávání se s postižením (viz psychické důsledky stárnutí).

Na základě zjištěných údajů jsme organizace s uživateli splňující limity pro vstup do výzkumného vzorku vyzvali ke spolupráci a domluvě v dalším postupu realizace. Kontakt s osobami splňujícími parametry pro vstup do našeho výzkumného šetření byl zprostředkován instruktory PO SP. Podstatný byl souhlas zainteresované osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Výzkumného šetření se zúčastnilo 43 respondentů, získáno bylo tedy 43 dotazníků. Z rodinného prostředí se do výzkumu zapojilo 20 osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, respondentů se zařízení pro osoby se zrakovým postižením bylo 23.

5. 2 Organizace výzkumu a způsob zpracování získaných informací

Časový harmonogram tvorby této práce byl následující:

Teoretická část 2010 - 2013.

Příprava výzkumné části projektu 2012 - 2013.

Empirická část 09/2013 - 04/2014.

Pro potřeby výzkumného šetření byl sestaven formulář obsahující tabulky s testy ADL i IADL (viz Příloha 2, 3) i s bodovým skóre tak, aby při jejich vyplňování stačilo pouze zaškrtnout hodnocení provedení činnosti respondenta. Obdobně pak v případě testu MMSE bylo ve formuláři možné provést záznam o správném či nesprávném zodpovězení dotazu. Formuláře byly opatřeny také kolonkami pro vyplnění věku a pohlaví respondenta.

Postup realizace výzkumného šetření byl v rámci prostředí, ve kterém se osoby z naší cílové skupiny vyskytovaly, odlišný. V případě Tyfloservisů o. p. s. byli jejich uživatelé, na základě získání souhlasu o předání telefonického kontaktu, autory této práce osloveni přímo za účelem domluvení se na termínu návštěvy (výzkumného šetření). Uživatelé domovů pro osoby se zrakovým postižením byli vyzváni k zapojení se do výzkumu prostřednictvím lektorů PO SP. V předem domluvený den pro výzkumné šetření byli seznámeni s autory této práce.

Administrace testů probíhala na základě základních instrukcí k vyplnění u každého testu dle Topinkové (2005) formou osobního setkání se spoluautorkou této práce a jednotlivými respondenty.

Pro zachování anonymity respondentů byly jednotlivé formuláře označeny pouze číslem vyjadřujícím pořadí, ve kterém byl s respondentem vyplněn a označen římskou číslicí I., II. podle prostředí z něhož respondent pocházel (ústavní/ domácí). Vyplněné formuláře byly dle těchto kódů roztříděny. Jejich výsledky zapsány do tabulky v programu Microsoft Excel 2010 a dále za pomoci statistických metod zpracovány (viz Výsledky statistického šetření).

Popis organizace sběru dat a jejich zpracování pro kvalitativní přístup je popsán v rámci kapitoly Kvalitativní část výzkumného šetření, případové studie.

6 DISKUZE

V této části disertační práce vedeme diskuzi nad získanými výsledky dotazníkového šetření aplikovaného mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku pomocí standardizovaných testů. Vycházíme z kladených výzkumných problémů, stanovených výzkumných hypotéz a opíráme se o parciální analýzy jednotlivých dotazníkových položek prezentovaných v příslušných kapitolách dané práce.

Hlavním cílem praktické části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat šetření cílené na analýzu rozdílů ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí (rodinné, ústavní), ve kterém se sledované osoby nacházejí. Za pomoci tří standardizovaných testů byly sledovány rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích.

Do výzkumného šetření se zapojilo 43 respondentů ve věku od 50 do 95 let z České republiky (ČR). Byli do našeho výzkumného vzorku získáni z řad uživatelů Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením v České republice. Jednalo se o osoby, které splňují námi stanovená věková a další kritéria (viz 7. 3) a současně souhlasí se zapojením do výzkumného šetření. Počet respondentů je sice v rámci statistického zpracování relativně malý, na druhou stranu se jedná o úzce specifickou minoritu (končící produktivní a postproduktivní věk) v rámci celkového počtu osob se zrakovým postižením na území ČR. Rovněž limit pro vstup z hlediska míry postižení zraku bez kombinace z dalším postižením nám vymežil skupinu našich respondentů tak, aby se jednalo o osoby z nejtěžším stupněm zrakové ztráty, tedy nejvyššími potřebami z hlediska rehabilitace prostřednictvím výuky PO SP a současně aby na tuto výuku nepůsobili jiná omezení plynoucí z kombinace postižení (např. postižení sluchu, mentální postižení...). Osob pocházejících z rodinného (domácího) prostředí bylo méně (20) než osob z řad uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením (ústavní prostředí) (23). Tato skutečnost také plynula z dvojstupňového procesu získávání respondentů z řad osob v domácím prostředí. Nejprve byly požádány o spolupráci Tyfloservisy, o. p. s.; na základě jejich reakce (máme x nemáme uživatele se zadanými specifiky; jsme ochotni x nejsme ochotni spolupracovat) jsme je poprosili o kontakt na jejich uživatele a od nich pak teprve získali souhlas s účastí na výzkumném šetření. U osob

z prostředí domova postačila spolupráce od lektora PO SP, který nás k jednotlivým uživatelům zavedl a vyčkal na jejich souhlas s realizací dotazníkového šetření.

Věkové kritérium pro vstup do výzkumného souboru bylo pečlivě zváženo. Rozhodli jsme se oslovit osoby, které jsou z hlediska pomoci a podpory spíše na okraji zájmu v končícím produktivním a v postproduktivním věku. Horní hranice věku nebyla stanovena. I když naší snahou bylo získat ekvivalentní věkové rozložení respondentů, vzhledem k způsobu jejich získávání se nám toto nepodařilo. Nejhojněji zastoupenou skupinou byly osoby s věkem nad 80 let. Výzkumný soubor tvořilo 21 mužů a 22 žen.

V našem výzkumu se obecně zaměřujeme na vliv zvolených aspektů procesu stárnutí (viz Teoretická východiska a Příloha 1) v kontextu výuky PO SP. Řešenou problematiku vztahu vybraných činitelů k výuce PO SP jsme zformulovali do podoby výzkumných problémů (viz 7. 1. 1) o existenci rozdílů ve schopnostech samostatnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí mezi jedinci se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří žijí v zařízeních pro osoby se zrakovým postižením a jedinci se stejným postižením, kteří žijí v rodinném prostředí. Pomocí tří statistických testů na zvolené proměnné jsme se zaměřili na sledování rozdílů mezi osobami se zrakovým postižením v domácí a ústavní péči.

K hodnocení samostatnosti a soběstačnosti respondentů v činnostech nutných pro samostatnou existenci byl zvolen test ADL. Položky testu se zabývaly provedením tzv. sebeobslužných činností. Samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto činnost provést byly hodnoceny bodovým skóre. Jeho hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala. Funkční schopnosti respondentů z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jsme získali sečtením hodnot bodového skóre. V položkách testu ADL dosahovali respondenti úrovně samostatnosti či lehké závislosti. Většina respondentů (25) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech lehkou závislost. Nezávislých respondentů z řad osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku bylo 17. Jediný z respondentů vykazoval stupeň vysoké závislosti. Jedná se o osobu upoutanou na lůžko. Žádný z respondentů ve výsledku testu ADL nedosahoval úrovně závislosti středního stupně. Prezentované výsledky

však mohly být ovlivněny více faktory. Prvním je otázka pravdivého zodpovězení jednotlivých položek respondentem samotným. Odpovědi na otázky intimního charakteru (např. inkontinence), byť byly před položením dostatečně zdůvodněny a respondent byl ubezpečen o anonymitě dotazníků, nebyly administrátory dále ověřovány. Výrok respondenta o úrovni jeho schopností při dané činnosti byl považován za pravdivý. Pouze v jediném případě, uživatelky domova pro osoby se zrakovým postižením, která trpěla poruchou krátkodobé a střednědobé paměti, byla pro vyplnění dotazníků oslovena tamní lektorka PO SP. Druhým důvodem získaných výsledků mohou být přednastavené volby v odpovědích na míru samostatnosti při provedení činnosti. Při vyplňování testů se vyskytly situace, kdy respondent váhal mezi dvěma možnostmi, jelikož provedení uvedené činnosti bylo proměnlivě ovlivněno celkovou situací, nebo nabízená odpověď přesně možnosti respondenta nevystihla. Např. respondent je schopen splnit položku 9 a zcela samostatně "ujít" vzdálenost nad 50 metrů ovšem za pomoci chodítka. Při hodnocení se proto autoři společně s respondentem snažili najít nejbližší možnou odpověď.

Hodnocení funkčního statusu formou testu ADL a IADL (viz dále) se dle Topinkové (2005) využívá hodnocení rozsahu a stupně postižení samostatnosti a soběstačnosti. Autorka uvádí, že hodnocení testem ADL by se mělo provádět zejména v případech těžšího postižení. Dle našich výsledků se osoby v dovednostech testu ADL respondenti dosahovali úrovně samostatnosti či lehké závislosti. Většina respondentů (25) vykazovala v potřebě pomoci a péče při základních sebeobslužných činnostech lehkou závislost. Tento výsledek může být dán charakterem zrakového postižení a potřebou malé podpory z řad vidícího okolí. Celkově dosažený výsledek koresponduje s výzkumem Travise, Boerner, Reinharda a Horowitz z roku 2004 (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010), kteří uvádějí, že úkony základních všedních činností osoby se získaným zrakovým postižením zvládali při zachování vysoké míry samostatnosti.

K hodnocení samostatnosti a soběstačnosti respondentů v činnostech nutných pro samostatný život v domácnosti byl zvolen test IADL, který hodnotil tzv. instrumentální činnosti. Opět jako u testu ADL se hodnotilo samostatné provedení, nutnost pomoci či neschopnost tuto

činnost provést za pomoci bodového skóre, jehož hodnota se v závislosti na míře pomoci snižovala.

V rámci hodnocení tohoto testu se blíže zaměříme na jeho jednotlivé položky. První položka se zabývala respondentovou samostatností při telefonování. Při hodnocení této činnosti se vedle respondentů používajících ozvučený telefon zcela samostatně a respondentů, kteří mají znalost několika čísel a schopnost odpovídat na zavolání, bylo zaznamenáno zajímavé zjištění. 8 uživatelů domova pro osoby se zrakovým postižením telefon vůbec nevlastní a proto museli dle nabízených možností nulovým skóre (nedokáže použít telefon). Pouze jediný respondent z domácího prostředí z obav o zneužití své osoby prostřednictvím dealerů různého zboží nechává zvedat telefon svou manželku a rovněž ji nechává před plánovaným hovorem čísla vytočit. V případě třetí (nakupování) položky řada osob uvedla, že je schopna samostatně si nakoupit v pultovém obchodě s obsluhou, ale to prodejen typu "market" z důvodu nepřehlednosti volí doprovod a radu druhé osoby. Vzhledem k této skutečnosti byli respondenti hodnoceni 5 body skóre (nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby). Respondenti z prostředí domova pro osoby se zrakovým postižením byly dle svých tvrzení schopny zajít si do místního "kiosku", větší nákupy jim zařizují pracovníci. Proto byli v této činnosti hodnoceni 0 body (neschopen bez podstatné pomoci). Obdobně míra samostatnosti při činnosti vaření a úklidových činnostech se u respondentů z prostředí domova pro osoby se zrakovým postižením, vzhledem k charakteru tohoto zařízení v oblasti nabízených služeb, hodnotila těžce. Uživatelé byli dotazováni na teoretickou možnost, zda by činnost zvládli a v jakém rozsahu.

Hodnocení funkčního statusu formou testu IADL se dle Topinkové (2005) využívá hodnocení rozsahu a stupně postižení samostatnosti a soběstačnosti v případech lehčího postižení. Součet jednotlivých skóre položek testu IADL vyhodnotil 28 respondentů z našeho výzkumného vzorku, osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku jako závislé na pomoci v činnostech nutných pro samostatný život. Částečně na pomoci svého okolí je závislých 14 respondentů. Jediný respondent pocházející z rodinného prostředí byl schopen vykonávat aktivity ve vlastní domácnosti zcela samostatně, bez pomoci okolí.

Dosažené celkové hodnoty skóre v testu IADL dokládají sníženou úroveň funkčních schopností v oblasti instrumentálních denních aktivit nutných pro samostatný život ve vlastní domácnosti u respondentů z řad osob se získaným zrakovým postižením v pozdně

dospělém/seniorském věku. Osoby z naší cílové skupiny byly v aktivitách testu IADL (oproti výsledku testu ADL) vyhodnoceny jako nesoběstačné, závislé na pomoci svého okolí. Prezentované výsledky mohou být zkreslené nepřesnostmi v hodnocení popsány v předchozích řádcích a obdobně jako u testu ADL pravdivostí v odpovědích od samotných respondentů.

V aktivitách tzv. instrumentálních činností více než polovina našich respondentů (65%) vykazovala úroveň závislosti a tedy bez podstatné pomoci by nezvládala samostatný život v domácnosti. Závěry z těchto testů potvrzují výsledky výzkumu Travise, Boernerera, Reinharda a Horowitze z roku 2004 (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) o existenci omezení samostatnosti a soběstačnosti (funkčního statusu) v oblasti instrumentálních aktivit v kontextu zrakového postižení a dalších zdravotních komplikací způsobených stárnutím oproti relativně vysoké míře samostatnosti při výkonu základních všedních činností. Omezení funkčního statusu mají zásadní vliv na úspěšnost a obecně realizaci výuky PO SP, a jako taková musejí být v rámci výuky PO SP zohledněna.

Pro hodnocení úrovně kognitivních funkcí a sledování možné přítomnosti kognitivní poruchy jsme zvolili test MMSE. Vybrán byl zejména proto, že poskytuje globální hodnocení v oblasti orientace, výbavnosti a paměti, pozornosti a jazykových kompetencí, což jsou oblasti, které mohou být zasaženy negativními dopady stárnutí.

Kvůli zrakové ztrátě respondentů a omezeními z uvedeného plynoucími jsme byli nuceni pro potřeby našeho výzkumného šetření modifikovat. Pro celkem 27 otázek bylo zachováno rozčlenění do 5 úseků podle výše zmíněných oblastí. Správné zodpovězení otázky bylo hodnoceno 1, nesprávné či žádné 0.

Výsledky získané testem MMSE ukazují, že největší obtíže našim respondentům činily úkoly z oddílů na paměť, počty. V jazykové oblasti naši respondenti zvládli všechny úkony, pouze při opakování věty otázky č. 24 velmi často přehazovali pořadí vyslovených slov ve větě. Dosažené výsledky sice nemůžeme srovnávat s výsledky intaktní populace, nicméně průměrná hodnota celkového skóre byla 25,3. Při zachování stejného hodnocení představuje ztráta 5 bodů dolní hranici hodnocení bez poruchy kognitivních funkcí. Nejnižší dosažené skóre mezi respondenty bylo 22. Přestože se mezi respondenty nacházela jedna osoba s parciální poruchou paměti a jedna osoba s Parkinsonovou chorobou, v hromadných

výsledcích celkového skóre se tato onemocnění neprojeví. Respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění.

Při administraci testem MMSE jsme zaznamenali mírné zpomalení reaktivity zejména při početných úkonech, respondenti se jakoby déle "rozpomínali". Vzhledem k instrukcím pro vyplňování tohoto testu (viz Topinková, 2005) však rozpětí odpovědí nepřesáhlo stanovených 10 sekund.

V rámci relativně malého vzorku respondentů a úvodním požadavkům pro výběr do zkoumaného vzorku (bez přidruženého postižení) je možné, že jsme osoby s výraznými projevy demence v rámci limitace těmito parametry eliminovali. Z tohoto důvodu také nemůžeme potvrdit vliv paměti a kognitivních dovedností jako činitele výuky PO SP, přestože z hlediska teoretických poznatků a výsledku výzkumů je souvislost s úrovní kognice, paměti a výuky PO SP zmiňována. Např. Griffin - Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) popisují výzkumy z roku 2006 zabývající se zdravotním stavem skupiny osob v období starší dospělosti, které potvrzují přítomnost středně těžké či těžké ztráty paměti. U 12, 7 % osob ve věku 65 a více let byla diagnostikována porucha paměti, která se vyskytovala častěji u mužů, než u žen. Podle Jonson, Bergtson, Coleman & Kirkwood (2005, sec. cit. Griffin - Shirley a Welsh In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) by měli lektoři PO SP pracující s takovouto kategorií osob individuální dopady na paměťové schopnosti jedince zohlednit zejména v oblasti procesní, episodické, explicitní paměti a zapamatovaných souvislostí v rámci jejich budoucího dokončení.

Další okolností, která se mohla do negativního výsledku v oblasti rozpoznání kognitivních poruch promítnout je globálnost testu pro více oblastí. Je možné, že volbou jiného testu, hlouběji zaměřeného na paměťové schopnosti bychom deficity v této oblasti zjistili.

Vztah měřených činitelů výuky PO SP v našem výzkumném šetření vyjadřovalo šest hypotéz. Pomocí statistických testů významnosti byla potvrzena středně silná závislost mezi testy ADL a IADL a byla přijata alternativní hypotéza o existenci vztahu mezi stupněm závislosti měřeným dotazníkem ADL a stupněm soběstačnosti měřeným dotazníkem IADL. Bylo potvrzeno naše očekávání, že s vyšší úrovní samostatnosti v základních denních činnostech

můžeme očekávat i vyšší hodnoty samostatnosti v instrumentálních aktivitách. Při výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je tedy nutné počítat s těmito souvislostmi.

Mezi stupněm závislosti v základních denních činnostech (test ADL) a celkovým skóre testu kognitivních funkcí osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nebyl prokázán vztah. Nebyla potvrzena naše domněnka, že úroveň samostatnosti při výkonu základních denních činností souvisí s úrovní mentálního skóre osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. A tedy samostatnost osob z naší cílové skupiny je nezávislá na úrovni kognitivních funkcí. Tento výsledek může být ovlivněn nepřítomností osob s diagnostikovanou poruchou kognice v našem výzkumném vzorku. Dále stojí za úvahu dřívější zraková zkušenost respondentů při provedení jednotlivých činností.

Ačkoli se nepotvrdil vliv kognitivních schopností na samostatnost při výkonu základních denních činností, byla potvrzena závislost mezi mírou samostatnosti v instrumentálních činnostech a celkovým skóre testu kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Na základě zjištěného můžeme tedy předpokládat, že úroveň kognitivních funkcí osob z naší cílové kategorie odpovídá míře samostatnosti a soběstačnosti v instrumentálních aktivitách.

Z hlediska výuky PO SP je tedy potřeba úroveň funkčního statusu minimálně v některých aktivitách zohlednit v rámci úrovně kognitivních dovedností.

Oproti předpokladům plynoucím z determinujících vlivů procesu stárnutí byla v našem výzkumu prokázána pouze statisticky významná slabá závislost mezi věkem a úrovní soběstačnosti hodnocené dle dotazníku ADL. Je zřejmé, že se zvyšujícím se věkem se snižuje procentuální zastoupení nezávislých respondentů a narůstá procentuální podíl respondentů s lehkou závislostí. Zajímavou skutečností je, že se nepodařilo prokázat závislost na věku ani u soběstačnosti měřené testem IADL a ani u celkového skóre testu kognitivních funkcí. Což je vzhledem k nárůstu procentuálního podílu respondentů s lehkou závislostí v rámci testu ADL překvapivé. Vzhledem k tomu, že nejvíce našich respondentů má více jak 80 let, výsledky mohou být ovlivněny nerovnoměrným zastoupením v jednotlivých věkových rozmezech.

Ztotožňujeme se s doporučením Griffin - Shirley a Welsh (In: Wiener, Welsh, Blasch 2010) o nutnosti zohlednit možnou příčinu problémů funkčního statusu v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Ne všechny komplikace mohou být způsobeny pouhou absencí zrakového vnímání, přesahují kompetenci lektora PO SP a vyžadují multidisciplinární přístup.

Dle našich zjištění závislost, soběstačnost a celková úroveň kognitivních funkcí nezávisí na pohlaví osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Celkové hodnocení v jednotlivých testech nebylo rozdílné v porovnání skupiny žen a mužů. Vzhledem k vyrovnanému počtu zástupců obou pohlaví můžeme tento závěr brát jako obecně platný.

V rámci ověření vztahu mezi prostředím a proměnnými byl nalezen významný vztah pouze mezi výsledky testu IADL (míře samostatnosti) a prostředím, v němž se osoby nacházejí. Respondenti žijící v ústavu jsou statisticky významně častěji závislí (83 %) či lehce závislí (17 %). Polovina respondentů žijících v domácí péči je částečně závislých a 45 % respondentů je hodnoceno testem IADL jako závislí. Jeden respondent (5 %) byl hodnocen jako nezávislý. Respondenti žijící v ústavu jsou statisticky významně častěji závislí či lehce závislí oproti respondentům žijícím v domácí péči, kdy dokonce jeden respondent byl hodnocen jako nezávislý. Lze očekávat, že uvedené výsledky plnou z charakteru služeb domova pro osoby se zrakovým postižením. Dá se očekávat, že jeho uživateli se stávají osoby, které nedokáží žít samostatně a potřebují pomoc v různých činnostech.

Vztah mezi mírou závislosti měřenou testem ADL a prostředím nebyl prokázán. Rovněž v případě výsledku celkového skóre v testu kognitivních funkcí a prostředím v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí nebyla prokázána závislost. Je možné, že tyto výsledky souvisí s výsledky v rámci hodnocení jednotlivých testů. Osoby v testu ADL byly hodnoceny jako nezávislé či lehce závislé, v úrovni mentálních schopností, jako osoby bez kognitivní poruchy. Dále předpokládáme, že v rámci předchozí zrakové zkušenosti a samostatného života před vznikem postižení byly osoby zejména v úkonech základních všedních činností (ADL - najedení, napití, použití WC...) naprosto samostatné. Se vznikem postižení dokázali provedení těchto činností přizpůsobit zrakové ztrátě. Instrumentální všední činnosti (IADL)

naproti tomu předpokládají větší míru zapojení zrakového vnímání. Pro osobu se získaným zrakovým postižením je po jeho manifestaci problematické uvařit si, cestovat... dříve běžným způsobem. V rámci nutnosti pomoci pak vyhledají služby domova pro osoby se zrakovým postižením. Otázkou také je, zda by pro prokázání souvislosti mezi proměnnými a prostředím, v němž se osoby nacházejí, nebylo potřeba získat větší počet respondentů.

Shrneme - li výše uvedená zjištění, spatřujeme vzájemný nepoměr ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve vztahu k prostředí, v němž tyto osoby žijí. Ačkoliv dovednosti základních sebeobslužných činností a úroveň kognitivních funkcí mají na značně vysoké úrovni, ve výkonu instrumentálních činností naopak potřebují pomoc svého okolí. Řada osob z naší cílové kategorie kvůli nesamostatnosti v těchto oblastech byla nucena využít služby domovů pro osoby se zrakovým postižením.

V rámci proběhlého výzkumu jsme prokázali souvislost úrovně funkčního statusu ve výkonu instrumentálních denních aktivit. Možné obtíže je tedy třeba zohlednit v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Další možná zdůvodnění vlivu činitelů na výuku PO SP z hlediska prostředí, v němž zkoumané osoby žijí, přináší kvalitativní úroveň pohledu - případové studie.

7 KVALITATIVNÍ ČÁST VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, PŘÍPADOVÉ STUDIE

Hlavním posláním této části je rozšířit soubor proměnných, které byly jako obecně a hromadně se vyskytující vybrány a staly se součástí ověřovaných hypotéz v kvantitativně orientovaném šetření, o další proměnné, které mohou rovněž na výuku PO SP působit, nikoliv však obecně či hromadně, ale jen v konkrétních ojedinělých případech. Přesto, že jsou ojedinělé, mohou v konkrétním případě působit rozhodujícím vlivem. Proto pokládáme za významné věnovat jim pozornost. Tyto proměnné, které jsou získány prostřednictvím kvalitativně orientovaného šetření, tak organicky doplní, po svém zpracování, výsledky kvantitativního šetření. Naší snahou bylo postihnout individuální odlišnosti jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v kontextu výuky PO SP.

Kvalitativní část této práce je tedy postavena na základě rozhovorů s jedinci z naší cílové kategorie, které mají dokreslit ústřední myšlenku této práce, existenci rozdílů mezi schopnostmi a dovednostmi z výuky PO SP osob v domácí péči a osob v ústavním prostředí. Proto také jsou uvedené kazuistické studie rozděleny do dvou částí. Výpovědi v nich nám také vysvětlují informace získané kvantitativním šetřením formou standardizovaných testů (viz Kvantitativní část výzkumného šetření, standardizované testy). Smyslem a funkcí kvalitativního přístupu bylo ověřit možnou přítomnost dalších proměnných, které se mohou při výuce PO SP vyskytovat ojediněle, individuálně (nemají hromadný charakter nezbytný pro statistické zpracování), a nemohly tak být ověřeny v rámci kvantitativní části.

Rozhovory byly uskutečněny s 25 osobami pocházejícími z domácího a ústavního prostředí. Kontakt se všemi respondenty byl navázán prostřednictvím lektorů PO SP (Tylfoservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením), kteří vybrali a oslovili osoby splňující výzkumné parametry (viz Popis zkoumaného souboru, limitace skupiny respondentů). Po souhlasu uživatele služby, v případě osob žijících v domácím prostředí, byl k domluvě dalších kroků předán kontakt autorům této práce. V případě osob žijících v domovech pro osoby se zrakovým postižením je autorka navštívila po dohodě s lektorem PO SP přímo v domově. Rozhovory byly vedeny na základě opakovaného souhlasu uživatele služby.

Vytvořené kasuistiky nám přinášejí také postřehy a námitky přímo zainteresovaných osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

7.1 Způsob vedení rozhovorů

Přibližná délka rozhovoru byla hodina. Celé sezení by se dalo vymezit na dvě hlavní části. První tvořilo sbírání dat pro standardizované testy a ve druhé následoval polostrukturovaný rozhovor. Úvodem každé schůzky se tazatelka nejprve snažila navázat příjemnou a přátelskou atmosféru mezi ní a respondentem. Získání její důvěry napomohlo k urychlení vybudování vztahu mezi tazatelkou a osobou se získaným zrakovým postižením. V momentě adekvátní atmosféry tazatelka znovu stručně připomenula cíl směřování svého výzkumu a opětovně respondenty upozornila na anonymitu získaných odpovědí.

Výsledky jednotlivých testů i informace s rozhovorů zapisovala do předem připravených záznamových archů. Původně plánovanou metodu nahrávání výpovědí na diktafon pro značnou nedůvěřivost jednotlivých zúčastněných zavrhl. Je potřeba si uvědomit, že naši cíloví respondenti spadají do kategorie osob, která není zcela obeznámena s moderní technikou a její užití při rozhovoru by mohlo narušit hodnotu výpovědí. Pouze jediný respondent tazatelku vyzval k nahrávání. Poznámky na připravený záznamový arch (viz příloha 5) se staly velmi účinné, neboť zapisování do nich nerušilo výpověď a navíc si tazatelka mohla plynule dělat poznámky, které prostupovaly oběma částmi (standardizovaným testem i dotazníkem).

Postup práce s respondentem byl ve většině případů shodný. Po vzájemném seznámení a připomenutí výzkumného záměru se tazatelka respondenta zeptala na tzv. pevná data (věk, bydliště, rodinný stav...). Následoval sběr dat do dotazníku se zapisováním občasných připomínek a detailů, pokud k jednotlivým položkám testu zazněly. Poslední část byla věnována částečně řízenému rozhovoru podle předem připravených otázek (viz příloha 5), které tazatelka modifikovala dle aktuální situace respondenta. Důraz při dotazování byl kladen na problematiku výuky PO SP a možné postřehy, obtíže, které při ní respondent zaznamenal. Závěr setkání patřil poděkování a rozloučení.

7. 2 Závěry z případových studií

V následujících řádcích bude uveřejněna obecná charakteristika respondentů, specifík vedení rozhovorů pro danou skupinu osob a závěry z provedených kazuistik, které jsou ve své úplné podobě prezentovány v Příloze 6, 7 této práce. V rámci návaznosti na kvantitativní část jsou respondenti, resp. závěry z případových studií, rozděleni podle prostředí (rodinné, ústavní), v němž se osoby nacházejí. Pro přehlednost budou činitelé ovlivňující výuku PO SP v textu zvýrazněny tučným písmem.

7. 2. 1 Případové studie a jejich závěry u cílové skupiny osob v domácí péči

Případové studie byly vytvořeny na základě informací z rozhovorů s 12 osobami spadajícími do naší cílové kategorie osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kontakt na ně byl získán prostřednictvím oslovených Tyfloservisů o. p. s., jejichž jsou uživateli. Výuku PO SP absolvovali, či u nich aktuálně probíhá. Na základě souhlasu o předání kontaktu byli jednotliví uživatelé telefonicky kontaktováni přímo spoluautorkou této práce, kterou v dalším textu budeme označovat termínem "tazatelka". Na základě telefonického hovoru, kdy tazatelka stručně představila sebe i svůj výzkumný záměr, bylo na základě souhlasu s rozhovorem domluveno místo osobního setkání (viz dále). Tazatelku zaujala při domlouvání místa setkání přesnost instrukcí cesty na místo určení včetně orientačních bodů a směru odbočení, což plyne z předchozí zrakové zkušenosti.

Věk respondentů v případových studiích se pohybuje od 57 do 91 let. Mezi jednotlivými dotazovanými jsou i dva respondenti s bydlištěm v domově zvláštního určení (domov pro seniory a domov s pečovatelskou službou). Charakterem nabízených služeb však vysloveně tyto domovy neodpovídají nabídce domovů pro osoby se zrakovým postižením, proto byli tyto dva respondenti ponecháni ve skupině osob se získaným zrakovým postižením v domácí péči.

Jednotlivé návštěvy probíhaly přátelsky a na mnohých respondentech byla znát radost, že si mohou popovídat s někým, kdo se o jejich problematiku zajímá. Velká část respondentů potřebovala vícekrát ujistit, že získané informace nebudou zveřejněny spolu s jejich jmény. Uváděli, že mají obavu ze snížení příspěvku na péči. V důsledku těchto faktů se tazatelka

rozhodla zveřejnit pouze informace podstatné pro tento výzkum a jednotlivé respondenty odlišit pouze pořadovým číslem, dle pohlaví, věku a místa bydliště.

Předložené výsledky kazuistických šetření byly získány na základě osobního setkání mezi tazatelkou a jednotlivými osobami se zrakovým postižením. Místo rozhovoru bylo předem domluveno. Ve většině případů dojela tazatelka za jednotlivými respondenty do místa bydliště. Ve čtyřech případech uvedených případových studií probíhal rozhovor v jednom z TyfloCenter, kam byli respondenti sezváni. Termín a místo návštěvy bylo předem telefonicky dohodnuto přímo s jednotlivými respondenty. Zajímavou skutečností bylo, že velká část respondentů reagovala na místo, odkud tazatelka pochází a měla k němu nějakou životní souvislost. Při většině rozhovorů byla přítomna další osoba blízká respondentovi. Většina respondentů projevila zájem o výsledky šetření a poprosila o jejich předání pracovníkům Tyfloservisů o. p. s.

Informace získané z rozhovoru s *respondentem 1* poukazují na zajímavou skutečnost. Osoby se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mohou ve výsledcích statistických testů instrumentálních všedních činností vykazovat nižší bodové skóre také proto, že sledované činnosti nejsou nuceni provádět. Jsou obklopeni osobami, které tak činí místo nich. Také z hlediska výuky PO SP nemusí tyto osoby pociťovat zájem o další výuku, protože ji kvůli spokojenosti s doprovodem průvodce nepotřebují. Činitelem ovlivňujícím průběh i cíle výuky PO SP je kromě zainteresované osoby samotné tedy také aspekt **rodinného zázemí**. Ve své hypotetické podobě může mít přílišná pomoc v plnění úkolů samostatnosti a soběstačnosti vliv na závislost osoby se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Ta pak nepocítuje potřebu rozšíření výuky PO SP o další schopnosti, neboť je spokojená s pomocí okolí.

Informace z druhé případové studie nám mohou lépe porozumět nutnosti respektovat při výuce PO SP individuální potřeby a zejména **fyzické limity** osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kvůli onemocnění pohybového aparátu *respondent 2* při přemísťování využívá **oporu chodítka**. Pohybuje se však pouze ve známém prostředí domova pro seniory, orientace je u něj zajištěna pomocí pevných prvků umístěných po budově. Základy kluzné techniky si zřejmě modifikoval dle své potřeby. Vzhledem k délce

pobytu se orientuje velmi jistě a v terénu se vyzná. Při náročnějších úkonech využívá služeb personálu. Výuka PO SP byla pro něj přínosem v momentě seznámení se s novým bydlištěm, nyní služeb Tyfloservisu o. p. s. nevyužívá a potřebu učit se nové trasy nepocítuje.

Podstatnou informaci, kterou nám přináší třetí kazuistika je **vliv širšího okolí** na samostatnost a soběstačnost jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jelikož se tento *respondent 3* setkal s prvky násilí, stal se v obavě z opakování přepadení závislý na doprovodu druhé osoby. V rámci postupné progrese zrakového postižení si respondent vypěstoval dovednosti a návyky nejen v oblasti PO SP. V činnostech péče o sebe i náročnějších úkonech je zcela soběstačný, avšak při samostatném pohybu je limitován svou **negativní zkušeností**. V obavě z opakování raději využívá doprovodu pečovatelky, či bezpečného převozu taxisloužbou do konkrétní destinace.

Respondentka 4 i přes svůj postupně zhoršující se zrakový handicap žila velkou část svého života samostatně. Velkou oporou jí byl manžel, od kterého se naučila kompenzační techniky užívané osobami se zrakovým postižením. Následkem **kombinace několika onemocnění** (diabetes, Parkinsonova choroba, srdeční obtíže) a s nimi spojených důsledků není respondentka v současné době schopna vykonávat všechny úkony v takovém rozsahu jako dříve. Výuku PO SP nyní považuje jako teoretickou možnost při zopakování či výuce nových tras. Tato kazuistická studie potvrzuje **vliv neurodegenerativních onemocnění** doprovázejících proces stárnutí také na schopnost samostatně se pohybovat. Osoba se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku s onemocněním Parkinsonovou chorobou, může mít značné obtíže při výuce PO SP zejména v **oblasti mobility (nebezpečí pádů) a orientace**.

Respondentka 5 díky době trvání a postupnému zhoršování ztráty zraku postupně přizpůsobovala výkon denních činností i pohybové a orientační aktivity. Je aktivní důchodkyně, pomáhající obdobně postiženým lidem. Služby výuky PO SP vzhledem k délce trvání svého postižení již nevyužívá. Jediné obtíže, které na svých trasách pocítuje, jsou problémy při **orientaci v rovině uzpůsobení prostoru** zejména v místech, kde je málo orientačních bodů např. u neoznačených přechodů cesty. Podstatným faktorem je také respondentčin **životní optimismus a podpora rodiny**, které jí pomáhají hledat východiska v životně náročných situacích.

Respondentka 6 pracuje pro SONS jako sociální pracovnice. Vzhledem k délce života s postižením a podporujícímu rodinnému zázemí našla mechanismy, jak komplikace způsobené ztrátou zraku kompenzovat. K tomu jí napomohla i výuka PO SP. Často si však není jistá **správností provedení technik PO SP**, ráda by si některé dovednosti z výuky PO SP zopakovala. Informace získané z této kasuistiky poukazují na vliv osobnostních charakteristik jedince na celkové zvládnání nepříznivé situace, ztráty zrakového vnímání. Osoba se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku se lépe vypořádá s komplikacemi způsobenými absencí zraku, pokud **se cítí pro společnost přínosná**.

Respondentka 7 působí submisivním dojmem a řadu činností nechá vykonávat manžela, případně má při nich **pasivní účast**. Výuka PO SP s ní probíhá pravidelně a postupně se zaměřuje také na rozšíření možností pohybu po trasách a rozvoj sebeobslužných činností. Respondentka ne všechny návrhy aktivit lektorky akceptuje. Rovněž **správné provedení technik PO SP** jí činí obtíže. Získané informace pomáhají lépe porozumět všem aspektům, které vstupují do procesu výuky PO SP. Kromě jedince se získaným zrakovým postižením jsou to také **faktory širšího okolí, rodinného zázemí**, které pokud nejsou dostatečně stimulující, mohou vyvolávat řadu nepříznivých situací. Současně tato kazuistika také vypovídá o **nutnosti akceptovat potřeby a přání při výuce PO SP**.

Respondent 8 je z hlediska výuky PO SP zcela samostatný. Zná elementární postupy pro pohyb i v novém prostředí, a umí si tak poradit i v nečekaných situacích, případně požádat o pomoc. Stimulujícím faktorem je respondentův **optimistický přístup ke ztrátě zraku**, kterou bere jako životní výzvu. Prostřednictvím soutěží v dovednostech vodících psů se seberealizuje. Tyto získané informace obohacují naše poznatky v oblasti výuky PO SP o význam a možnosti **využití kompenzačních pomůcek**, konkrétně služeb vodícího psa, což není pro naši cílovou skupinu osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku velmi časté.

Respondent 9 využívá řadu **moderních technologií**, přístupných pro osoby se zrakovým postižením. Instrukce popisu jednotlivých tras si nahrává na diktafon. Při samostatném pohybu je však velmi závislý na pomoci svého okolí. Základy se naučil s lektorem Tyfloservisu o. p. s., nicméně kvůli **obavám z neznámého prostředí** se sám pohybuje pouze

okolo svého domu. Velké **zázemí našel ve své rodině a místním TyfloCentru**, kam dochází, a účastní se rozličných aktivit. Informace z této případové studie opět poukazují na signifikantní **vliv rodinného zázemí** na samostatnost a soběstačnost jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Pokud není jedinec okolnostmi nucen, výkon části činností přenechává na svém okolí, byť jejich zvládnutí mu nečiní velké obtíže.

Respondent 10 není typickým zástupcem osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. **O svůj zrak přicházel postupně** a, jak sám uvádí, mohl se flexibilně přizpůsobovat změnám zrakového vnímání. Naučil se kompenzační techniky. Z hlediska limitace respondentů však spadá do našeho vzorku, protože o zbytky zraku přišel ve věku odpovídajícího našim vymezeným charakteristikám. Z hlediska výuky PO SP se jedná o uživatele, který nemá potřebu nových tras, protože je zná z předchozí zrakové zkušenosti. Pro naši práci je tato situace vhodná pro úvahy o další segmentaci vymezeného vzorku do blíže určujících podskupin.

Optimistický přístup *respondenta 11* mu pomáhá překonávat nepříznivé životní situace. Patří mezi osoby z našeho výzkumného souboru, které postupně přicházely o zrak, a měly tak delší čas vypěstovat si kompenzační návyky nejen v oblasti PO SP. Z hlediska výuky PO SP patří mezi uživatele s dlouholetou zkušeností. Aktuální potřebu výuky PO SP v rámci nových tras nemá. Pokud se vydává do neznámého prostředí, využívá doprovod blízkých. Nejvíce se cítí omezen **limity svého vodícího psa**, který je starší a některé úkony již nezvládne (vyskočit do vlaku, do schodů). Informace z této kazuistické studie vypovídají o možné přímé úměře mezi **délkou života se zrakovým postižením a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP**.

Výpověď *respondenta 12* potvrzuje, že **aktivní přístup** (nejen) k výuce PO SP pomáhá překlenout řadu limitů způsobených nedostatkem zrakového vnímání. Z hlediska výuky PO SP a našeho výzkumu je u tohoto respondenta zajímavé, že kromě základů zacházení s bílou holí se většinu tras učil sám za pomoci svých zbytků zraku. Získané informace nám pomáhají lépe porozumět výsledkům provedených statistických testů u tohoto respondenta. Díky svému aktivnímu přístupu k nepříznivým okolnostem postižení postupně zdokonaloval i své dovednosti v oblasti PO SP, což jej činí ve velké míře samostatným a soběstačným. Obtíže při

samostatné orientaci a pohybu mu činí **architektonické a prostorové bariéry** (rozsáhlé prostory bez jasných a stabilních orientačních prvků), nesprávně zaparkovaná auta, velké množství lidí v trase. Pokud se vydává do neznámého prostředí, požádá o doprovod průvodce.

7. 2. 2 Případové studie cílové skupiny osob v ústavní péči

Předložené kazuistické studie byly vytvořeny na základě polostrukturovaných rozhovorů s 13 respondenty, uživateli služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením. Kvůli zachování jejich anonymity a existenci pouze dvou takovýchto zařízení na území ČR není v textu konkrétní domov uveden. V jednotlivých kazuistikách bude název domov pro osoby se zrakovým postižením zkrácen na domov.

Prostřednictvím lektorů PO SP, kteří předem vybrali a oslovili osoby, které spadají do námi stanovených kritérií osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku došlo k seznámení se spoluautorkou této práce (dále jen tazatelka). Za předpokladu, že uživatel souhlasil, bylo dohodnuto místo rozhovoru, nejčastěji přímo pokoj respondenta. V našem případě rozhovor odmítl pouze jediný uživatel domovů.

Věkové rozpětí vypovídajících uživatelů domova se pohybovalo mezi 56 a 90 lety. Nejkratší délka pobytu v domově byla jeden rok, nejdelší devatenáct let. Respondenti byli ubytováni dle svého zdravotního stavu a dalších potřeb. Mezi vypovídajícími se nachází osoby, které obývají samostatné pokoje s příslušenstvím i osoby žijící v pokoji pro dva uživatele. Osoby, které vyžadují zdravotní služby, jsou převážně umístěny na patře s ošetrovnou a lékařským personálem.

Jak již bylo popsáno v charakteristikách služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením, výuka PO SP je povinnou součástí aktivizačních služeb, které uživatelé mohou využít. Míra samostatnosti a způsob pohybu stejně jako využití naučených základů z výuky PO SP spočívá zejména na uživateli samotném. I když je na začátku pobytu každý uživatel seznámen s prostředím domova, další rozvoj schopností orientovat a pohybovat se např. po blízkém okolí domova, vychází s uživatelova zájmu. Tazatelka byla svědkem několika situací, kdy se uživatelé pohybovali v protisměru či uprostřed chodby, a tímto jednáním ohrožovali jiné

uživatelé. Jelikož se mezi obyvateli domova nacházejí také osoby se sluchovými obtížemi, může dojít k srážkám mezi jednotlivými uživateli.

Informace z kazuistických šetření byly získány na základě rozhovoru mezi tazatelkou a jednotlivými osobami se zrakovým postižením. Obdobně jako v případech osob pocházejících z domácího prostředí.

Respondent 1 je se svou samostatností a soběstačností spokojen. Výuka PO SP mu pomohla naučit se používat dlouhou, bílou hůl, zorientovat se po domově a vykonávat pro něj potřebné úkony samostatně. Pohybuje se především **v komunitě osob s podobným postižením**. Mezi osobami se zrakovým postižením našel také životní partnerku. Informace z této kazuistické studie poukazují na fakt, že lidé z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mohou nalézt zázemí a životní spokojenost v komunitě osob s podobným postižením. Na druhou stranu jistá uzavřenost prostředí nepodněcuje respondenta k dalšímu rozvoji dovedností, a to i v rámci výuky PO SP. V rámci teoretických východisek má potřeba výuky PO SP, její míra a specifika, vycházet s **potřeb a přání samotného uživatele**. Výpověď respondenta 1 je pro naši práci významná z hlediska zamyšlení, zda a jakým způsobem osoby z naší cílové skupiny motivovat k rozšiřování základních dovedností výuky PO SP, nutných pro jejich samostatnost, resp. k dalším možnostem.

Respondent 2 žije v uzavřeném prostředí domova **bez kontaktu s okolím a rodinou**. **Kontakt s bližším okolím** je zajištěn **pouze osobou lektora PO SP**. Výuka PO SP respondentu 2 napomohla zorientovat se (za pomoci madel a bílé hole) po novém prostředí domova. Z tras do **neznámého prostředí** má bez průvodce respondent 2 **obavy**. Informace z této případové studie dokládají rozličnost faktorů, které mohou působit na jedince z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. **Změny rodinné** (úmrtí bratra, odloučenost rodiny) a **proměna v oblasti blízkých sociálních kontaktů** mohou jedince z naší cílové skupiny vést k **pocitům osamělosti a izolace**. Tyto pak také mohou ovlivnit úspěšnost PO SP a obecně motivaci jedince reagovat na situaci vzniku postižení.

Respondent 3 má zachovány zbytky zraku. Vzhledem ke konzultaci s lektorkou domova, jeho věku a velmi pravděpodobnou progresí postižení poukazuje jeho výpověď na další možné

limitující faktory. Zbytky zraku sice nyní umožňují respondentovi orientovat se samostatně po budově, jeho **pohybové možnosti** jsou však **omezeny následky CMP**. V případě, že dojde ke zhoršení vizu, bude muset být řešena **otázka souběhu hole orientační a opěrné**. Pro naši práci jsou podstatné i informace týkající se pracovního zařazení a **ekonomických faktorů**. Respondent 3 sice má práci, a tím i výdělek, obává se však jeho ztráty v exekučním řízení. Finanční stránka může být jednou z příčin (i důsledků) sociální exkluze, nenaplňování životních potřeb, jejichž vliv se pak také může promítnout jako faktor negativně ovlivňující výuku PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/ seniorském věku.

Respondentka 4 by uvítala další kroky ve výuce PO SP, aby dosáhla stejné míry samostatnosti jako před příchodem do domova. Vzhledem k postupnému zhoršování zraku se flexibilně přizpůsobovala v dovednostech, které potřebovala ke své soběstačnosti. Z této výpovědi je zřejmý **vliv rodinné a osobní situace** respondentky, která ji společně s **ekonomickými faktory** vedla k rozhodnutí přestěhovat se do domova pro osoby se zrakovým postižením, přestože je schopna úkony péče o svou osobu provádět bez pomoci. Aspekt přijetí nového životního zázemí v souvislosti s dalšími změnami v respondentčině životě dokonce vedly k její hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Po přijetí nepříznivé životní situace respondentka **touží po prohloubení dovedností z výuky PO SP**, aby se cítila více nezávislá na svém okolí.

Výpověď *respondenta 5* představuje osobu se získaným zrakovým postižením jako vědomého uživatele rehabilitačních služeb. Do domova pro osoby se zrakovým postižením se přestěhoval z **rodinných a ekonomických důvodů**. Výuku PO SP prodělal v podobě seznámení se s novým prostředím. Dřívější **zrakovou zkušenost** s podobou domova využívá i nyní při pohybu po něm. Informace z této kazuistiky také ukazují, že respondent ačkoli by byl schopen samostatně se pohybovat a orientovat i v širším okolí, je limitován zdravotním stavem (**problémy s dechem**), a proto **raději setrvává**, dle svého mínění, v **bezpečnějším prostředí domova**.

Pohyblivost a samostatnost *respondentky 6* je omezena nepříznivým **zdravotním stavem, kombinací více onemocnění**. **Stabilita a rovnováha** respondentky při chůzi je **snížena** z důvodu amputace prstů na noze. Současně respondentka udává celoživotní **problémy**

s orientací v prostředí. Jako další limitující činitel jsou respondentčiny **obavy ze samostatného pohybu** a případné srážky s jiným uživatelem domova. Upřednostňuje proto doprovod souseda, se kterým se v domově skamarádila. Informace z kazuistické studie 6 vypovídají o možné existenci osob z naší cílové skupiny, kteří **výuky PO SP** z různých příčin **odmítnou** a budou se svou situací snažit řešit jinými způsoby. Práce s takovou kategorií osob spočívá zejména ve vhodné motivaci a hledání oboustranně vyhovujících kompromisů.

Výpověď *respondenta 7* dokládá, že i přes získané schopnosti z výuky PO SP, dovednost samostatně se pohybovat a orientovat, v návaznosti na zhoršování se zrakové ztráty, klesá. I když respondent 7 dovednosti z výuky PO SP ovládá, samostatně pohybovat se mimo prostředí domova již nezvládá. Důvodem jsou **problémy v orientaci**. Se zhoršujícím se periferním viděním, které mu dříve orientaci usnadňovalo, klesá respondentův přehled o jevech v okolí. V momentech, kdy byl respondent zvyklý se ujistit za pomoci zraku, je nyní jeho orientace zhoršena. Při výuce PO SP u naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku je tedy také potřeba brát v úvahu **progresi zrakového onemocnění** a u uživatele pěstovat návyky, které zajistí orientaci i bez zrakové kontroly.

Z výpovědi *respondentky 8* je patrné, že velmi často svůj pokoj neopouští. Po úraze byla kromě zrakových funkcí zasažena také krátkodobá a střednědobá paměť. Informace získané z této případové studie ukazují další z možných komplikací, které mohou jedince z naší cílové skupiny limitovat v samostatnosti a soběstačnosti. **Porucha paměti** má u respondentky za následek **sníženou schopnost orientovat se i ve známém prostředí**. Potřebuje asistenci personálu. Výuka PO SP v jejím případě má spíše terapeutický charakter, spočívá na opětovném připomínání orientačních prvků v bezprostředním prostředí pokoje a procvičování zachovaných schopností paměti.

Respondent 9 prodělal výuku PO SP v podobě seznámení se s prostředím domova. Jeho výpověď přináší informace o dvou podstatných složkách výuky PO SP. Jednou z nich je orientace v prostoru, kterou respondent po domově zvládá. Druhou složkou je pohyblivost: **rovnováha a stabilita**, kterou má však respondent 9 **sníženu absencí dolní končetiny**. I když nosí protézu, jsou jeho pohybové možnosti velmi omezeny. **Role stability** při výuce PO SP je významná. Snížená stabilita např. absencí končetiny, **ortopedickými problémy**, limituje

jedinice z naší cílové skupiny osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku při výuce PO SP potřebou opírat se. Často je také nutné řešit možný souběh opěrné a bílé hole.

Pohybové možnosti *respondentky 10* jsou ovlivněny **zhoršenou stabilitou** po CMP. Používá opěrnou hůl, ale po domově se pohybuje zapřená do madel na stěnách. S novým prostředím domova se seznámila ještě za pomoci zbytků zraku. Její situaci komplikuje fakt **progrese zrakového onemocnění**. V situaci, kdy je nyní nevidomá, má **strach z neznámého prostředí**, a je tak odkázána pouze na pohyb v uzavřených, ale známých prostorách domova. Bílou hůl nemá. Informace z této kazuistiky dokládají **vliv zdravotního stavu** na pohybové možnosti *respondentky 10*. **Kombinace více onemocnění** a souhra se ztrátou zraku neumožňují *respondentce* dosahovat samostatnosti nejen v pohybových aktivitách, ale také v orientaci.

Progresivní vliv onemocnění diabetes melitus na úroveň zrakové ztráty a komplikace s tím spojené přinutily *respondentku 11* naučit se kompenzační mechanismy a prostřednictvím výuky PO SP dosáhnout velké míry soběstačnosti. V současné době je **limitována zhoršenými pohybovými možnostmi a nutností opory chodítka**. Při samostatném pohybu je neobratná a nemůže vykonávat řadu činností tak, jak byla zvyklá dříve. Omezení plynoucí ze zdravotního stavu, nutnost opory chodítka, limitují *respondentku* v obratnosti při pohybu a musejí být zohledněna při výuce PO SP.

Kazuistika 12 přináší pro naši práci informace, které tak jako u *respondentky 6*, vypovídají o existenci osob, spadajících do naší cílové kategorie jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, kteří **výuku PO SP z různých příčin odmítnou**. Na rozdíl od výpovědi *respondentky 6* je *respondentka 12* pohybově velmi zdatná a **sama hledala možnosti**, jak se v novém prostředí zorientovat a pohybovat bez pomoci okolí. Využila při nich **zbytky svého zraku**. I když nedodrhuje bezpečnostní postoje, techniky pohybu ani nepoužívá bílou hůl, cítí se samostatná a soběstačná. Do blízkého okolí však kvůli **přechodu přes silnici** si netroufá.

Respondentka 13 se po příchodu do domova zorientovala v novém prostředí díky **zbytkům zraku**. Výuku PO SP dle svých slov nepotřebovala. Orientační hůl využívat nemůže, protože potřebuje pro **oporu při chůzi hůl francouzskou**. Stěžuje si na bolest rukou v důsledku

opírání se o hůl. Zbytky zraku využívá při orientaci v prostoru, vidí jen zblízka, číst už nemůže ani s využitím optických pomůcek. Při pohybu po domově využívá madel, kterých se přidržuje. Získané informace z této případové studie nám pomáhají lépe porozumět výsledkům ze standardizovaných testů. Respondentka v současné době není bez podstatné pomoci schopna vykonávat velkou část činností instrumentálních všedních činností, protože se spoléhala na zbytky zraku, které postupně ztrácí. Jelikož se vyskytuje v již známém prostředí domova, nemá potřebu rozšiřovat své pohybové a orientační dovednosti prostřednictvím výuky PO SP. Velký vliv na případný průběh možné výuky by mělo **omezení pohybových možností** a nutnost používat k opoře francouzskou hůl.

7. 3 Shrnutí informací z kazuistických studií

Tato pasáž představuje souhrn uveřejněných závěrů kvalitativní části - případových studií cílové skupiny osob v domácím i ústavním prostředí. Jejím cílem je rozšíření odpovědi na původně stanovený problém sledovaný v kvantitativně orientovaném výzkumu o možná individuální hlediska, proměnné, které se v rámci výuky PO SP mohou vyskytovat ojediněle.

Díky případových studiím jsme získali informace o dalších možných činitelích, působících při výuce PO SP, přímo od respondentů. V rámci předešlého textu byl vliv dalších aspektů vstupujících do situace jedinců z naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku zdůrazněn. Nyní bychom zvýrazněné činitele rádi blíže pojmenovali a shrnuli. Pro přehlednost a souvislost některých činitelů jsme se je pokusili vymezit do skupin s další specifikací možných vlivů (pozitivní x negativní).

V případových studiích *cílové skupiny osob v domácí péči* se jako stimulující či naopak limitující faktory při výuce PO SP objevovali tyto činitelé:

- **Aspekt rodinného zázemí** - podpora x hyperprotektivní přístup
- **Zdravotní stav a fyzické limity** - zdravotní stav odpovídající věku (bez závažných vlivů na PO SP) x kombinace několika onemocnění, vliv neurodegenerativních onemocnění, progresse zrakové ztráty, stabilizačně kinestetické problémů, nutnost

opory chodítka, snížená mobilita (nebezpečí pádů) a zhoršená orientace, snížená orientace v rovině uzpůsobení prostoru.

- **Osobnostní charakteristiky jedince s postižením** - životní optimismus, pocit přínosu pro společnost, humor, optimistický aktivní přístup, přístup k ztrátě zraku x submisivní, pasivní přístup, strach z neznámého prostředí.
- **Vliv širšího okolí** - podpora organizací zaměřených na osoby se zrakovým postižením x architektonické a prostorové bariéry, negativní zkušenost.
- **Činitelé v rámci výuky PO SP** - (ne)správné provedení technik PO SP, nutnost akceptovat potřeby a přání při výuce PO SP, využití kompenzačních pomůcek, ICT, vodící pes.

Při shrnutí a zařazení jednotlivých faktorů jsme se snažili také dodržet pořadí výskytu jednotlivých činitelů. Aspekt rodinného zázemí, podpora členů rodiny nebo naopak přemíra péče, která jedince stavěla spíše do pasivní role, byla v kazuistikách respondentů pocházejících z domácího prostředí stěžejní. Pokud uvážíme, že zrakové postižení znemožňuje jedinci výkon některých činností, je potřeba, aby jej při nich někdo zastupoval. Dle výpovědí z kazuistik se většinou jedná o partnery, ale také i o děti. Přiměřenost rodinného zázemí měly na osobu i její výuku PO SP stimulační vliv. Naopak přemíra podpory působí negativně, jedinec je odkázán na své okolí a znalosti z výuky PO SP nevyužívá, případně aktivně nerozvíjí.

Zdravotní stav respondenta, jeho onemocnění spojená s věkem i jinými příčinami, tvořily třetí významný blok činitelů ovlivňujících výuku PO SP. První skupinu tvořili jedinci z řad respondentů pocházejících z rodinného prostředí, žádné podstatné limity z hlediska zdraví, pohybových a orientačních dovedností neuváděli a jejich zdravotní stav byl tedy odpovídající věku (bez závažných vlivů na PO SP). Druhou skupinu tvořili respondenti, u nichž se většinou vyskytovala kombinace několika onemocnění a omezení z nich plynoucí. Významným faktorem z hlediska samostatnosti a orientace byla progresivní ztráta zraku, která jedince v rámci flexibilního přizpůsobování se realitě postižení nutila k prohloubení a zdokonalení kompenzačních dovedností prostřednictvím výuky PO SP. Třetí podskupinou limitů, které respondenti v souvislosti s výukou PO SP uváděli, byly stabilizačně kinestetické

problémy, snížená mobilita (nebezpečí pádů), snížená orientace v rovině uzpůsobení prostoru. Vliv neurodegenerativních onemocnění na orientační možnosti v terénu byl zaznamenán pouze u jedné respondentky.

Osobnostní charakteristiky jedince, jeho zvládnání a vyrovnávání se s faktem postižení vyplývají z mnohých kazuistik jako velmi významný faktor pro výuku PO SP i pro další oblasti rehabilitace. Ve svém negativním smyslu nezvládnání situace vzniku postižení, pasivní přístup jedince s postižením se promítnou do výuky PO SP jeho nezájmem, obavami z neznámého prostoru, nesamostatností.

Stimulujícím činitelem ze skupiny vlivů širšího okolí respondenta, usnadňujícím přijetí a vyrovnání se s faktem postižení, byla v rámci výuky PO SP podpora organizací zaměřených na osoby se zrakovým postižením. Z hlediska činitelů, ovlivňujících výuku a průběh PO SP negativně, patřily jednoznačně architektonické a prostorové bariéry. Rozsáhlé prostory, místa bez jasných orientačních prvků či změny zástavbě (opravy chodníků...) kvůli své nepřehlednosti nutí jedince z naší cílové skupiny vyhledat pomoc okolí. V jednom případě respondent uvedl jako pro něj nejvíce limitující činitel opakovanou kriminální činnost. Negativní zkušenost spojená se strachem z opakování respondentovi zabraňuje využití naučené techniky z výuky PO SP.

Poslední skupinou jsou činitelé vyskytující se přímo v souvislosti s výukou PO SP. Respondenti v rámci svých výpovědí často uváděli, že v současné době výuku PO SP již nepotřebují, cítí se ve známém prostředí samostatní a soběstační. Na druhou stranu si byli vědomi možnosti konzultace nových tras či správného provedení technik PO SP. Relativně častým jevem bylo využití kompenzačních pomůcek nejen při výuce PO SP naší cílové skupiny osob v rodinném prostředí. Dva respondenti využívali služeb vodícího psa. Z výpovědí také zazněla potřeba akceptovat individuální schopnosti a přání při výuce PO SP, které plynou také z výše jmenovaných činitelů.

V případových studiích *cílové skupiny osob v ústavní péči* se jako stimulující či naopak limitující faktory při výuce PO SP objevovali tyto činitelé:

- **Zdravotní stav a fyzické limity** - kombinace několika onemocnění, progresse zrakové ztráty, ortopedické problémy, poruchy paměti, absence částí či celé dolní končetiny, snížená stabilita a rovnováha, nutnost opory chodítka, francouzských holí, snížená schopnost mobility (nebezpečí pádů) a zhoršená orientace v rovině uzpůsobení prostoru, v důsledku stabilizačně kinestetických problémů, souběh hole orientační a opěrné, problémy s orientací v prostředí mimo domov.
- **Vliv širšího okolí** - osoba lektora, komunita osob s podobným postižením x proměny ve struktuře sociálních vztahů, architektonické a prostorové bariéry, negativní zkušenost.
- **Osobnostní charakteristiky** - strach z neznámého prostředí, pocity osamělosti a izolace, obavy ze samostatného pohybu.
- **Činitelé v rámci výuky PO SP** - prohloubení dovedností z výuky PO SP x odmítnutí výuku PO SP z různých příčin.
- **Finanční aspekt** - ekonomická situace, exekuční řízení.

Při shrnutí činitelů výuky PO SP a dodržení pořadí jejich výskytu byly na prvním místě (oproti osobám v rodinném prostředí) limity zdravotní, které omezovaly skupinu respondentů v ústavní péči při samostatnosti a soběstačnosti. Většina uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením jsou lidé, kteří neměli dostatečně podporující zázemí, aby situaci ztráty zraku a případně další zdravotní komplikace zvládali samostatně či s pomocí blízkého okolí. Tuto myšlenku také podporují výpovědi respondentů. Všichni shodně uváděli závažné zdravotní komplikace a omezení z něj plynoucí. Ty pak ve spojení s progresí zrakové ztráty a s proměnami v rodinném zázemí byly nejčastějším důvodem využití služeb domova pro osoby se zrakovým postižením. Mezi časté komplikace v samostatném pohybu patřil souběh opěrné hole (chodítka) a dlouhé, bílé hole, lokomoční a orientační problémy v neznámém prostředí. Většina respondentů proto opouštěla prostředí domova pouze v nutných případech a v doprovodu personálu.

Stimulujícím vlivem pro respondenty z řad uživatelů domova byla osoba lektora (personálu obecně) a komunita osob s podobným postižením. Jelikož častým jevem vzhledem k věku respondentů jsou proměny ve struktuře sociálních vztahů (zejm. změny rodinné - rozvod,

úmrtí partnera, odchod dětí z domácnosti), prostředí podobně postižených osob a citlivý přístup personálu dřívější sociální role do jisté míry nahrazují. Mezi negativní činitele výuky PO SP pak patří nepříjemná zkušenost, strach ze samostatného pohybu po domově z důvodu obavy z kolize s dalšími uživateli. Jelikož se výuka PO SP u většiny respondentů (podle jejich schopností a možností) zabývá zejména seznámením se s novým prostředím po příchodu do domova, často zmiňovaným omezením jsou dle respondentů architektonické a prostorové bariéry mimo domov.

Ve výpovědích respondentů z řad uživatelů domova byl jako omezení zaznamenán strach z neznámého prostředí a neznalost orientačních prvků v terénu. Tato skutečnost společně s nedostatkem sociálních kontaktů podmiňovala pocity osamělosti a izolace.

Pouze jedna respondentka vypověděla, že by ráda prohloubila a rozšířila své dovednosti z výuky PO SP o znalost pohybu mimo prostředí domova. Ve dvou případech respondenti z různých příčin i výuku PO SP odmítli.

Zajímavým zjištěním, který se u respondentů pocházejících z rodinného nebyl prostřednictvím rozhovorů zaznamenán, byl finanční aspekt. Nepříznivá ekonomická situace, souvislosti s exekucním řízením donutily osoby z naší cílové skupiny využít služby domova pro osoby se zrakovým postižením. Jeden respondent dokonce hovořil o ekonomické výhodnosti využití služeb domova v ČR oproti péči v podobném zahraničním zařízení.

Uveřejněné případové studie dokládají rozmanitost činitelů, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Informace z kazuistik jsou ve shodě s teoretickými informacemi kapitoly Proces stárnutí a jeho důsledky. Potvrzují vliv somatických (pohybová a zdravotní omezení), psychických (strach z neznámého prostoru, nebezpečí) a sociálních (rodinné, ekonomické zázemí) faktorů jako determinant výuky PO SP jak z hlediska obsahu, tak také kvality. Zmiňují rovněž možnou součinnost jednotlivých činitelů, které mohou mít na osobu z naší cílové kategorie aktivizující či negativní vliv.

Zveřejněné kazuistiky také poskytují svědectví o vztahu mezi dobou od vzniku postižení a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP. Osoby, které ztrácely svůj zrak postupně,

flexibilně reagovaly na snižující se úroveň vizu získáváním nových znalostí a kompenzačních technik a také zdokonalováním své samostatnosti prostřednictvím výuky PO SP. Kasuistiky rovněž objasnily, proč některé osoby z naší cílové skupiny vykazovaly nižší skóre ve statistických testech. Na základě zjištěných informací řada respondentů, přestože by danou činnost mohla zvládnout, spoléhala na pomoc svého okolí, nejčastěji životního partnera či pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením.

Rozmanitost životních příběhů dokládá ústřední myšlenku naší práce a potvrzuje závěry Bierrena (1959, sec. cit. Willam, Wiener, Blasch a kol. 2010), že skupina osob v pozdně dospělém/seniorském věku vykazuje více rozdílností než podobností, a to i z hlediska projevů stárnutí. Výuka PO SP i přes dokonalost a systematičnost metod a technik výuky vyžaduje u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku maximální možné respektování individuálních možností a schopností uživatele dané služby.

8 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÝCH ŠETŘENÍ

Pro potřeby našeho výzkumu jsme stanovili dvojí cílové zaměření, které odpovídá komplexně pojímanému cíli celé práce:

- Analyzovat rozdíly ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí, ve kterém se sledované osoby nacházejí. (kvantitativně orientovaný výzkum).
- Identifikovat (postihnout, objevit) další činitele příp. podmínky, kteří mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. (kvalitativně orientovaný výzkum).

V této části bychom rádi shrnuli výsledky z obou rovin výzkumných šetření, které byly získány formou standardizovaných dotazníků a polostrukturovaných rozhovorů mezi osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Do výzkumného šetření formou dotazníků, se zapojilo 43 respondentů ve věku od 50 do 95 let z České republiky (ČR). Byli do našeho výzkumného vzorku získáni z řad uživatelů Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením v České republice. Rozhovory byly uskutečněny s 25 osobami pocházejícími z domácího a ústavního prostředí. Kontakt se všemi respondenty byl navázán prostřednictvím lektorů PO SP (Tyfloservisů, o. p. s. a domovů pro osoby se zrakovým postižením).

Výzkum mezi 43 respondenty ukázal, že v základních sebeobslužných činnostech jsou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve většině případů nezávislé či lehce závislé na pomoci okolí, což může plynout z omezení způsobených zrakovou ztrátou. V aktivitách tzv. instrumentálních činnostech více než polovina respondentů (65%) vykazovala úroveň závislosti, a tedy bez podstatné pomoci by nezvládala samostatný život v domácnosti. Na základě rozhovorů s respondenty se nám podařilo zjistit, že se na prezentovaných výsledcích podílí několik faktorů. U osob z rodinného prostředí se jedná zejména o hyperprotektivní přístup rodinného zázemí, který neumožňuje osobě z naší cílové skupiny nabýt patřičné úroveň samostatnosti a soběstačnosti v úkonech, které by i přes své

zrakové postižení mohla samostatně vykonávat. U osob z prostředí domovů pro osoby se zrakovým postižením je možnost samostatnosti limitována charakterem služeb, které domov nabízí. Výkon řady činností je pak u osob z obou prostředí limitován nepříznivým zdravotním stavem, který jejich provedení omezuje či dokonce zcela znemožňuje (např. chůze po schodech při nutnosti opory o chodítka, problémy v udržení stability a rovnováhy). Mezi limity, které se promítly ve výsledcích standardizovaných testů, patřily také osobní charakteristiky respondentů. Jejich přístup ke ztrátě zraku, optimismus, obavy z neznámého prostředí se projevují při výkonu činností měřených standardizovanými testy. Podstatná byla i doba a postup vzniku postižení. Respondenti, kteří uváděli, že se flexibilně svými schopnostmi a dovednostmi přizpůsobovali úrovni zrakové ztráty, vykazovali vyšší bodové hodnocení z hlediska samostatnosti a soběstačnosti. Naopak nenadálá ztráta zraku u jedinců z naší cílové skupiny představovala větší míru závislosti na pomoci okolí či službách domova pro osoby se zrakovým postižením.

Informace získané testem MMSE neprokázaly u sledovaných osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku výrazné změny v oblasti kognitivních funkcí. Respondenti měli největší problémy v úkolech vyžadujících paměťové schopnosti, početní dovednosti a v reprodukci věty. Naši respondenti v rámci celkového skóre nevykazovali známky kognitivní poruchy, úroveň jejich mentálních schopností byla velmi vysoká oproti předpokladům plynoucích z aspektů stárnutí a vzniku věkem podmíněných degenerativních onemocnění. V rámci proběhlých rozhovorů jsme rovněž nezaznamenali žádné náznaky snížených mentálních schopností, kromě jediné uživatelky domova pro osoby se zrakovým postižením, která trpěla pórůzovými komplikacemi paměťových funkcí.

Případové studie doplňují měřené činitele (samostatnost, soběstačnost a úroveň kognitivních funkcí) o další, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Současně ozřejmují výsledky standardizovaných šetření o příčiny, které mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Shrnutí uvedených závěrů z kvantitativní a kvalitativní roviny také informuje o osobách z naší cílové skupiny, které dosahují úrovně samostatnosti a soběstačnosti, přestože výuku PO SP

odmítnou a také o osobách, které služby domova pro osoby se zrakovým postižením vyhledají, přestože jejich míra samostatnosti a soběstačnosti je vysoká (finanční důvody, změny rodinného zázemí). Závěry obou částí potvrzují součinnost analyzovaných a identifikovaných činitelů, které mohou mít na osobu z naší cílové kategorie aktivizující či negativní vliv. Výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku musí předpokládat a akceptovat jedinečnost těchto vlivů u každého jedince. Zjištění míry závislosti a stupně soběstačnosti (funkčního statusu) se současným zjištěním úrovně kognitivních funkcí mají být prvotní informací při stanovování vhodné intervence z hlediska výuky PO SP. Úspěšná realizace pak vychází z komplexního posouzení a zohlednění dalších možných proměnných, které mohou při výuce PO SP (spolu)působit.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI VÝUKY PO SP

Proces stárnutí a jeho determinující činitelé mají za následek snížení schopností a dovedností jedince. Vznik zrakového postižení ve věku pozdní dospělosti a stáří přináší další komplikace v souvislosti s mírou samostatnosti a soběstačnosti. Výuka PO SP, jako prostředek rehabilitace má osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku velkou míru nezávislosti opět navrátit, v praxi však je její realizace ovlivněna aspektem procesu stárnutí a limity s tím spojenými. Jednotliví činitelé mohou navíc své vlivy navzájem kombinovat a mít tak negativní dopad na průběh výuky PO SP. Determinující vliv vybraných činitelů v souvislosti s prostředím, v němž se osoby z naší cílové skupiny nacházejí, mají zohledňovat naše doporučení pro praxi výuky PO SP, která se ponesou v kontextu a návaznosti na analýzu výzkumných dat a diskuzi.

Jedním z činitelů procesu stárnutí, kterému jsme vzhledem k jeho důležitosti při výuce PO SP věnovali pozornost, byl tzv. funkční status osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Závislost zmíněných činitelů byla sledována i vůči stáří osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. V rámci procesu stárnutí dochází k úpadku fyzických a psychických schopností jedince.

Zjištění míry závislosti a stupeň soběstačnosti v aktivitách vztahujících se k nezávislé existenci a samostatnému životě ve vlastní domácnosti by měla být základním předpokladem pro intervenci nejen v oblasti výuky PO SP u osob z této kategorie. Tato by měla být hodnocena na základě multidisciplinární spolupráce a lektor PO SP by měl z jejich závěrů vycházet při stanovování plánu výuky PO SP.

Mezi limity, které se promítly ve výsledcích výzkumných šetření, patřily také osobní charakteristiky respondentů. Jejich přístup ke ztrátě zraku, optimismus, obavy z neznámého prostředí jsou stimulující či naopak limitující vliv. Práce lektora PO SP je v případě osob pocházejících z domácího prostředí odlišná od práce s uživateli domovů pro osoby se zrakovým postižením (viz Příloha 1). V rámci Tyfloservisů, o. p. s. je výuka PO SP realizována na základě požadavku samotného uživatele. Služba je mu nabídnuta a jsou s ním konzultovány možnosti a podoba výuky PO SP. U uživatelů domovů pro osoby

se zrakovým postižením je výuka PO SP povinnou součástí jejich aktivizace. Její rozsah a podoba nejčastěji souvisí se seznámením s novým prostředím, orientačními body. Další náplň vychází opět ze zájmu uživatele. Domníváme se, že v rámci psychických aspektů získaného zrakového postižení, je potřeba se více věnovat otázkám vyrovnání se zrakovou ztrátou, pracovat s motivací osob z naší cílové skupiny a jejich aktivizací k rozvoji nových kompetencí. Domníváme se, že lektor PO SP v otázkách motivace a aktivizace jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku často vychází z vlastní intuice a zkušeností. Proto je dle našeho mínění nezbytné, aby do týmu rehabilitačních odborníků, stanovujících intervenční plán osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, byla povinně zařazena participace psychologa zaměřeného na problematiku osob se získaným zrakovým postižením a problematiku determinant působených procesem stárnutí. Vzájemná možnost konzultací mezi lektorem PO SP, psychologem a také přímo zainteresovanou osobou napomůže předcházet negativním vlivům nejen v rámci výuky PO SP.

Na základě rozhovorů s respondenty se nám dále podařilo zjistit, že se na prezentovaných výsledcích standardizovaného šetření podílí několik faktorů. U osob z rodinného prostředí se jedná zejména o hyperprotektivní přístup rodinného zázemí, který neumožňuje osobě z naší cílové skupiny nabýt patřičné úrovně samostatnosti a soběstačnosti v úkonech, které by i přes své zrakové postižení mohla samostatně vykonávat. U osob z prostředí domovů pro osoby se zrakovým postižením je možnost samostatnosti limitována charakterem služeb, které domov nabízí. Lektor PO SP by měl v rámci své práce s jedincem z naší cílové skupiny spolupracovat také s jeho okolím.

Domníváme se proto, že by bylo vhodné více se zaměřit na prostředí, v němž jedinec žije. Informacemi o adekvátních možnostech podpory svého člena by rodina jedince se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku získala lepší přehled o optimálních možnostech podpory a pomoci, které mu poskytnout. Eliminovaly by se naopak negativní dopady hyperprotektivního působení na samostatnost a soběstačnost jedince z naší cílové skupiny. U uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením je otázka stimulace či limitace samostatnosti předurčena charakterem služeb a personálním obsazením. Usuzujeme, že by bylo vhodné hlouběji rozpracovat možnosti a limity samostatnosti u každého uživatele

v kontextu činitelů, které na něj působí a vypracovat plán aktivizace, oblastí v kterých bude uživateli služby dopřáno více samostatnosti, které je schopen.

Dalším činitelem, který má dopad na úroveň výuky PO SP jsou kognitivní dovednosti jedince. Dopad paměťových, orientačních, registračních a dalších funkcí na orientaci v prostoru, rozpoznání jednotlivých orientačních prvků a zapamatování průběhu trasy má zásadní vliv na prostorovou orientaci a samostatný pohyb. Z tohoto pohledu velmi kladně hodnotíme snahy některých organizací pro zrakově postižené při pořádání kurzů tréninku paměti a považujeme tuto činnost jako vhodnou také pro osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Vzhledem k závěrům z kvalitativního šetření bychom obsah kurzů doporučili rozšířit o další nutné dovednosti napomáhající bezpečnému pohybu osoby v prostředí. Máme na mysli například trénink echolokace, citlivosti chodidel na změnu terénu a trénink rozpoznání prostorových prvků v terénu. Domníváme se, že získání a prohloubení těchto znalostí by u části osob z naší cílové kategorie odbouralo strach ze samostatného pohybu a rozšířilo možnosti jejich pohybu bez nutnosti průvodce.

V souvislosti s hodnocením stupně závislosti a míry samostatnosti bylo potvrzeno naše očekávání, že osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku žijící v ústavním prostředí jsou statisticky významně častěji závislí či lehce závislí oproti respondentům žijícím v domácí péči, kdy dokonce jeden respondent byl hodnocen jako nezávislý. Bližší specifika dalších determinujících činitelů nám pomohly odhalit případové studie. I na základě rozhovorů s lektory PO SP v domovech pro osoby se zrakovým postižením se domníváme, že řada uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením by mohla etapu svého života po vzniku postižení prožít v rodinném prostředí, které znala jako vidící. Problém často tkví v jiných než fyzických omezeních samostatnosti a soběstačnosti a plynou spíše z nedostačujícího zázemí (finanční problémy, proměny v rodinných vztazích,...). Domníváme se, že tento problém přesahuje hranice speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením a je záležitostí postojů společnosti a meziresortních přístupů.

Naše skupina osob je vzhledem k zaměření intervence společnosti považována za méně perspektivní i přesto, že počet jedinců se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v souvislosti s trendy moderní společnosti narůstá. Dostatečná erudovanost lektora PO SP v oblasti elementárních základů z fyziologie člověka,

degenerativních vlivů procesu stárnutí, omezení z nich plynoucích a základních potřeb osob z naší cílové kategorie společně se základy práce s osobami se zrakovým postižením jsou předpokladem pro úspěšnou výuku PO SP. Naše doporučení tedy směřují k rozšíření a intenzivnějšímu zaměření kurzů lektorství PO SP na problematiku osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

V této souvislosti bychom rádi zmínili časovou náročnost výuky PO SP a množství uživatelů této služby. Lektoři PO SP Tyfloservisů, o. p. s i lektoři PO SP v domovech pro osoby se zrakovým postižením často pracují nad rámec svých pracovních i časových možností. Na základě osobních setkání s řadou z nich je tato práce psychicky náročná a finančně neohodnocená. Chybí dostatek profesionálů, kteří by s osobami z naší cílové skupiny pracovali. Bez dostatečné edukace přístup k osobám se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku nemůže být adekvátní.

V souvislosti s hodnocením náročnosti této práce bychom neměli opomenout problematiku prevence syndromu vyhoření. Jako nezbytnou považujeme osvětovou činnost směrem k co nejširšímu okruhu veřejnosti. Zvýšení informovanosti o této problematice považujeme za vhodné i v zájmu preventivního působení na vznikem získaného zrakového postižení ohroženou skupinu obyvatel. Dalším vhodným opatřením je rozšířit informovanost pracovníků v pomáhajících profesích o specifika práce s osobami se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Informace o dané problematice využijí zejména zaměstnanci domovů pro seniory, domů s pečovatelskou službou a obecně pracovníci v sociálních službách. Toto opatření by rozšířilo osobám z naší cílové skupiny nabídku možností při hledání vhodné služby v situaci, kdy přišly o zrak a nemají podporující zázemí. Z rozhovorů víme, že část našich respondentů tuto možnost využívá, jedná se však o pouhý zlomek osob, pro které by tyto služby byly po patřičném zaškolení personálu vhodné. Pokud by pracovníci v sociálních službách byli erudovaní v problematice a specifikách PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, snížil by se i počet uživatelů domovů pro osoby se zrakovým postižením, protože by část z nich dala přednost např. Bydlení v domově pro seniory.

Dále je podstatné zmínit, že samotní lektoři PO SP se v rámci náplně své práce a často mimo ni snaží zajistit optimální intervenci z hlediska výuky PO SP u naší cílové kategorie osob se

získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jejich úsilí je často velmi intuitivní a vychází ze zkušenosti, neboť v naší republice doposud neexistuje publikace cíleně zaměřená na výuku PO SP u osob z této kategorie. Materiály, které fungují v rámci organizací pro osoby se zrakovým postižením, jsou interní.

Za nezbytné pokládáme podporovat spolupráci mezi lektory PO SP a dalšími odborníky z oblasti speciální pedagogiky, psychologie, medicíny apod. Informace o zážitcích z praxe by mohla směřovat k hlubšímu zájmu o tuto problematiku a k uvědomění si přínosů reciproční kooperace.

Domníváme se, že by bylo vhodné vytvořit, podobně jako při řešení problematiky stárnutí, radu odborníků nejen z řad lektorů PO SP. Vzájemnou spolupráci, zakomponováním dosavadních zkušeností v této oblasti a respektováním činitelů působících v rámci procesu stárnutí by bylo možné vytvořit ucelenou publikaci určenou pro lektory PO SP a šířeji všechny pracovníky z řad pomáhajících profesí, kteří se skupinou osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku pracují.

Cítíme celospolečenskou potřebu se problematice výuky PO SP v kontextu získaného zrakového postižení a procesu stárnutí cíleně věnovat. Hlubší zaměření se na diferenciaci a specifikaci konkrétních problémů současného stavu výuky PO SP dle možných působících činitelů v rámci jednotlivých kategorií osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku měla za cíl i tato práce.

Závěr

Disertační práce: *Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku* si kladla za cíl rozvoj speciálně pedagogického poznání v oblasti činitelů, kteří mohou ovlivňovat výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získanou ztrátou zraku v pozdně dospělém/seniorském věku. Konkrétně se zabývá rozdíly v (vnitřních a vnějších) činitelích pro výuku prostorové orientace a samostatného pohybu u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na typu prostředí, ve kterém žijí.

Teoretická východiska disertační práce v intencích speciální pedagogiky představují základní témata a oblasti, kterými se řešená problematika prolíná. Vymezením užívané terminologie z hlediska cílové skupiny, seznámením s procesy probíhajícími v rámci involučních změn pak teoretické poznatky směřují k aktuálním možnostem výuky PO SP jako součásti rehabilitačních služeb, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Poslední kapitolu, která je stěžejní pro naši empirickou část práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Pro empirickou část, ve snaze postihnout zkoumanou problematiku co nejobsáhleji, jsme zvolili dvojí cílové zaměření. První představuje kvantitativní pohled, ověření vztahu proměnných, o kterých je známo, že se mohou v daném typu výuky uplatňovat. Ve snaze objevit konkrétní a individuální strukturu dalších činitelů výuky PO SP byl k uvedenému výzkumu připojen také kvalitativní pohled.

Cílem kvantitativní části disertační práce bylo na základě teoretických východisek realizovat šetření cílené na analýzu rozdílů ve sledovaných činitelích výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku v závislosti na prostředí (rodinné, ústavní), ve kterém se sledované osoby nacházejí. Za pomoci tří standardizovaných testů byly sledovány rozdíly ve schopnostech samostatnosti a soběstačnosti a rozdíly v kognitivních funkcích mezi osobami, které byly uživateli služeb Tyfloservisů, o. p. s. a mezi uživateli služeb domovů pro osoby se zrakovým postižením. Výsledná interpretace získaných dat

přináší podstatné informace o vlivu vybraných činitelů procesu stárnutí na jednu z komponent rehabilitace osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku, výuku PO SP. Poukazuje na rozdíly a vzájemný nepoměr ve schopnostech samostatnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku ve vztahu k prostředí v němž tyto osoby žijí. Ačkoliv dovednosti základních sebeobslužných činností a úrovně kognitivních funkcí mají na značně vysoké úrovni, ve výkonu instrumentálních činností naopak potřebují pomoc svého okolí. Řada osob z naší cílové kategorie kvůli nesamostatnosti v těchto oblastech byla nucena využít služby domovů pro osoby se zrakovým postižením. Byla rovněž prokázána souvislost úrovně funkčního statusu ve výkonu instrumentálních denních aktivit. Možné obtíže je tedy nutné zohlednit v rámci výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Posláním kvalitativní části bylo identifikovat (postihnout, objevit) další činitele příp. podmínky, které mohou významně ovlivňovat proces výuky PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Naším záměrem bylo na základě rozhovorů s respondenty (uživatelé domova pro osoby se zrakovým postižením a osobami z rodinného prostředí) rozšířit soubor proměnných s hromadným výskytem o další proměnné, které mohou rovněž na výuku PO SP působit v konkrétních ojedinělých případech. Přestože jsou ojedinělé, mohou v konkrétním případě působit rozhodujícím vlivem.

Získané informace prostřednictvím případových studií poskytují svědectví o vztahu mezi dobou od vzniku postižení a mírou znalostí a dovedností z výuky PO SP. Osoby, které ztrácely svůj zrak postupně, flexibilně reagovaly na snižující se úroveň vizu získáváním nových znalostí a kompenzačních technik a také zdokonalováním své samostatnosti prostřednictvím výuky PO SP. Kazuistiky také objasnily některé výsledky skóre ve statistických testech. Řada respondentů, přestože by mohla činnost samostatně zvládnout, spoléhala na pomoc svého okolí, nejčastěji životního partnera či pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením. Uveřejněné případové studie dokládají rozmanitost činitelů, které mohou limitovat skupinu osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém seniorském věku nejen ve výuce PO SP. Potvrzují vliv somatických (pohybová a zdravotní

omezení), psychických (strach z neznámého prostoru, nebezpečí) a sociálních (rodinné, ekonomické zázemí) faktorů jako determinant výuky PO SP jak z hlediska obsahu, tak také kvality.

Výuka PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku i přes dokonalost a systematičnost metod a technik výuky vyžaduje maximální možné respektování individuálních možností a schopností uživatele dané služby.

Význam a přínos obou částí našeho výzkumu spatřujeme v aktuálnosti řešené problematiky. Získané výsledky z obou částí výzkumného šetření společně s doporučeními obohacují současnou teorii a praxi výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Jako takové představují také inspiraci k stanovení dalších výzkumných problémů v této oblasti.

Použitá literatura a zdroje

AFB SENIOR SIDE, *Expanding possibilities for people with vision loss* [online]. [cit. 2012-05-27] © 2010 dostupné na www: <http://www.afb.org/seniorsitehome.asp>

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. Praha: Panorama, 1989. ISBN 80-7038- 044-6.

APOGEUM, *Tyflolexikon jmenný, Wiener Pavel* [online]. ©2005 [cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://www.apogeum.info/tlex/heslo.php?id=1141>

ASCHERMANN, Michael. et al. *Kardiologie I. a II. díl*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-290-0.

ASOCIACE INSTITUCÍ VZDĚLÁVÁNÍ DOSPĚLÝCH ČR, o. p., *O age managementu* [online], [cit. 2012-05-27] © 2010 dostupné na www: <http://www.aivd.cz/agemanagement-informace>

BARTOŇKOVÁ, Hana a Dušan ŠIMEK, D. *Andragogika*. 1. vyd. Olomouc 2002. ISBN 80-244-0394-3.

BRAILLNET, *Úvod* [online], [cit. 2013-04-02] © 2010 dostupné na www: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/bariery/mp1/uvod.html>

BRAILLNET, *Konference, Bumerang, Jak se do lesa volá - tak se z lesa ozývá* [online]. ©2005 [cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://konference.brailnet.cz/pipermail/bumerang/msg00221.html>

BWR, *Berufliche Rehabilitation heute* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.arge-bfw.de/berufliche-rehabilitation/>

CENTRUM CHRLICE, *Sociálně - rehabilitační oddělení* [online]. ©2011 [cit. 2014-02-05] dostupné na www: http://www.centrumchrlice.cz/socialne_rehabilitacni_odd.html

ČÁLEK, Oldřich, Josef CERHA a Zdeněk HOLUBÁŘ. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: SPN, 1992.

ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ, *Co je to PZ* [online]. [cit. 2012-05-30] © 2008 dostupné na www: <http://www.unie-pz.cz/3-pz.html>

DBSW, *Senioren* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.dbsv.org/ratgeber/betroffenengruppen/senioren/?style=0%252529>

DEGENERACE MAKULY, *Dvě formy VPMD* [online]. © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://degeneracemakuly.cz/dve-formy-makularni-degenerace-VPMD>

DEGENERACE MAKULY, *Příznaky VPMD* [online] © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://degeneracemakuly.cz/priznaky-makularni-degenerace-VPMD>

DEMOGRAFIE, *Analýza: Stárnutí populace podle výsledků ČSÚ* [online]. © 2004 - 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34

DĚDINA, O. P. S., *Rehabilitace* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.dedina.cz/barva/rehab.html>

DĚDINA, O. P. S., *Rekvalifikace* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.dedina.cz/barva/rekva.html>

DINF, *A "komunikovat" průvodce kniha pro lidi, které pomáhají zrakově postiženým starým lidem* [online]. ©2007 - 2014 [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/blind/z04001/z04001.html>

DIXON, C. J. a Bridged LEACH. *Questionnaires and Interviews in Geographical Research*. catmog 18. Regency House: Norwich, Geo Books, 1979.

DOMOV PALATA, *Poskytované služby* [online]. ©2012 [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.palata.cz/poskytovane-sluzby.html>

DYLEVSKÝ, Ivan a Stanislav TROJAN. *Somatologie*. Praha: Avicenum, 1999. ISBN 80-201-0026-1

EDELSBERGER, Luddvik a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FINKOVÁ Dita, Kateřina. STEJSKALOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. [CD], Olomouc: UP, 2010. ISBN 978-80-244-2517-7.

FNF, *Accueil et Accompagnement* [online]. [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.faf.asso.fr/article/accueil-et-accompagnement#top>

FREJ, David. *Dietní sestra dieta ve zdraví a nemoci* vyd. 1. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-537-X

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 1993, ISBN 80-7178-803.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

HKSB, *Novinky* [online]. ©2009 [cit. 2014-02-05] dostupné na www: <http://www.faf.asso.fr/article/accueil-et-accompagnement#top>;

http://www.hksb.org.hk/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=4

HYCL, Josef. *Oftalmologie: minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-827-1.

HYCL, Josef a Lucie VALEŠOVÁ. *Atlas oftalmologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-382-2.

CHARITA OPAVA, *Dům sv. Cyrila a Metoděje pro zrakově postižené* [online]. ©2010 [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.charitaopava.cz/?page=texty&id=14&Ilgem=11>

CHRÁSKA, Miroslav. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: 2000, ISBN 8067076679869.

INOVACE ČINNOSTI SPC PŘI POSUZOVÁNÍ VZDĚLÁVACÍCH POTŘEB DĚTÍ A ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM, *Dopis od PhDr. Moravcové* [online]. © 2010 cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/05/26.pdf>

INSTITUTE FOR OPHTHALMIC RESERCH, *Retina Implant project* [online]. [cit. 2012-05-27] © 2008 – 2010 dostupné na www: <http://www.eye.uni-tuebingen.de/retina-implant-project>

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská universita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, ISBN 8067368611062.

JESENSKÝ, Ján. *Organizace a řízení rozvoje prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených*. Praha: Malá Tyflogická knihovna, 1982.

JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: KAROLINUM, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

JESENSKÝ, Ján. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-041-8.

JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

JIRÁSKOVÁ, Naďa a Pavel ROZSÍVAL. *Kazuistiky z oftalmologie II*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus HK, 2008. ISBN 978-80-87009-44-4.

KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatricie*. Praha: Karolinum, 1997, str. 193. ISBN 80-7174-366-0.

KALVACH, Zdeněk a Zoltán MIKEŠ. *Základní pojmy - stáří, gerontologie a geriatricie* In KALVACH, Z., Z. ZADÁK, R. JIRÁK et al. *Geriatricie a gerontologie*. Praha: Grada, 2004, s. 47. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk, *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc* In Sborník z konference "Gerontotechnologie a technologie pro handicapované - směr budoucnosti", Praha:MPSV, 2006.

KLIMEŠ, Lumír. *Slovník cizích slov*. 2. vyd. Praha: SPN, 1983.

KLÍR, Vladimír, *Senioři a možnost e – learningu* [online]. © 2011[cit. 2012-10-07] dostupné na www: http://everest.natur.cuni.cz/konference/2011/prispevek/klir_prispevek.pdf

KOLÍN, Jan. *Oční lékařství*. 2. přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1325-3.

KRAUS, Hanuš a kol. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-079-1.

KUCHYNKA, Pavel a kol. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.

KVAPILÍKOVÁ, Květa. *Anatomie a embryologie oka*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-313-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. Vyd. Praha: Grada, 2006, ISBN 978-80-247-1284-0.

LORM, *Kurz: Osobní asistent pro hluchoslepé a zrakově postižené, Informace k akreditovanému kurzu* [online]. ©2011 [cit. 2014-02-03] dostupné na [www: http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php](http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality/kurz-osobni-asistent-2010.php)

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie*. Olomouc: UP, 1988.

LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Tyflopedie II*. Olomouc: UP, 1989.

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie předškolního věku*. Olomouc: UP PdF, 2004. ISBN: 80-244-0955-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno. Paido, 1996. ISBN 80-85931-20-6.

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

MPSV, *Senioři – naše šance* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-30] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/cs/5480](http://www.mpsv.cz/cs/5480)

MPSV, KALVACH, Zdeněk, *Aktivní stáří, geriatrická křehkost a technická pomoc* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3483/01_Kalvach.pdf)

MPSV, *Co to je koordinovaná rehabilitace* [online]. ©2012 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13505/publikace_ZD.pdf)

MPSV, *Osud koordinované rehabilitace* [online]. ©2011 [cit. 2014-01-20] dostupné na www: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: MU, 2004, ISBN: 80-210-3345-2.

NAGAMATSU, S. L., T. Y. LIU – AMBROSE, P. CAROLAN a C. T. HANDY. *Are impairments in visual – spatial attention a critical faktor for increased falls risk in seniors? An event potential study*. Canada: Elsevier: *Neuropsychologia*, Volume 47, Issue 13, November 2009, s. 2749 – 2755, ISSN: 0028 – 3932.

NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000, ISBN80-7083-383-1.

ODILIEN INSTITUT, *Odilien Institut* [online]. [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.odilien.at/odilien-institut/>

ONCE, *Bienestar Social* [online]. ©2014 [cit. 2014-03-20] dostupné na www: <http://www.once.es/new/otras-webs/english/social-services-onces-main-reason/social-well-being>

ORDINACE. CZ, *Diabetická retinopatie* [online]. © 2008 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://www.ordinace.cz/clanek/diabeticka-retinopatie/>

ORR, Alerta L. a Priscilla ROGERS. *Solution for Access. A Training manual for Working with Older people Who are Visually impaired*. New York: AFB Press, 2003, ISBN 0-89128-859-7.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. 1 vyd. Praha: Avicenum, 1990, s. 136 ISBN 80-201-0076-8.

PATOČKOVÁ, Helena, Marta TRČALOVÁ, Michal TRHLÍK. *Prostorová orientace a samostatný pohyb*, Podkladový materiál ke kurzům pro učitele zrakově postižených dětí, Brno: Pedagogické centrum Brno, 2004.

PATOČKA, Josef, *Všechno, co jste kdy chtěli vědět o Pavlu Wienerovi a báli jste se zeptat*, Blog [online]. © 2009 - 2010 [cit. 2013-03-20] dostupné na [www: http://vechnocojstekdychtlivdtopwienerovi.blogspot.cz/search?updated-min=2010-01-01T00:00:00%2B01:00&updated-max=2011-01-01T00:00:00%2B01:00&max-results=5](http://vechnocojstekdychtlivdtopwienerovi.blogspot.cz/search?updated-min=2010-01-01T00:00:00%2B01:00&updated-max=2011-01-01T00:00:00%2B01:00&max-results=5)

PAULÍK, Karel. *Základy vývojové psychologie*. Ostrava: OU, 2005. ISBN 80-7368-039-4.

PDF UK PRAHA, *Studijní informační systém* [online]. ©2014 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584](https://is.cuni.cz/studium/ekczv/index.php?do=detail&cid=584)

PDF UP OLOMOUC, CENTRUM CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, *Specializovaná činnost v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením* [online]. ©2013 [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://ccv.upol.cz/cz/rubriky/programy-celozivotniho-vzdelavani/](http://ccv.upol.cz/cz/rubriky/programy-celozivotniho-vzdelavani/)

POŽÁR, Ladislav. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. 1 vyd. Trnava: Typi Universitatis Tyrnavienis, 2007, ISBN: 978-80-8082-147-0.

PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: SPN, 1974.

PZN, *Projekty realizowane* [online]. [cit. 2014-01-20] dostupné na [www: http://www.pzn.org.pl/en/dzialania-projekty.html](http://www.pzn.org.pl/en/dzialania-projekty.html)

RÁKOCZYOVÁ, Milada. *Začleňování na pracovní trh jako součást procesu sociálního začleňování v ČR*. Brno: Masarykova univerzita, 2006. Disertační práce. Dostupné z: [<http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?lang=en;furl=%2Fth%2F9286%2Ffss_d%2F;info=>](http://is.muni.cz/dok/rfmgr.pl?lang=en;furl=%2Fth%2F9286%2Ffss_d%2F;info=>)

RATH, Waldtraut. *Pädagogik der Blindern und Seheebhinderten*. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 1985.

RENOTIEROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Olomouc: VUP, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

REPRACHEM, *Oftalmologie* [online]. © 2009 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.rephachem.cz/cz/oftalmologie.html](http://www.rephachem.cz/cz/oftalmologie.html)

RNIB, *Starší lidé* [online] © 2012 [cit. 2012-10-03] dostupné na [www: http://www.rnib.org.uk/livingwithsightloss/copingwithsightloss/Pages/older_people.aspx](http://www.rnib.org.uk/livingwithsightloss/copingwithsightloss/Pages/older_people.aspx)

ROZSÍVAL, Pavel, et al. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha: Galén, 2006. 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

RUBIN G. S. et al. *A comprehensive assessment of visual impairment in a population of older Americans: the SEE study*. Invest Ophthalmol Vis Sci. 1997;38:557–568.

ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*, Portál, Praha, 2004, str. 390. ISBN 80-7178-829-5.

SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických přístupů speciálně andragogických k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 238 s. neveden. ISBN 978 -80 -210 -5287 -1.

SENIOR INTERNET KLUB, *Informace a rady k fyziologii stárnutí* [online]. © 2000 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze](http://sik.vse.cz/ozdravisenioru_radyadoporuceni_detail.php?da=kuze)

SDRUŽENÍ CMP, *Mozkové příhody lze předcházet* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2012-05-30] dostupné na [www: http://sdruzenicmp.cz/cz/pruvodce-cmp/](http://sdruzenicmp.cz/cz/pruvodce-cmp/)

SONS, *SONS* [online]. © 2002 - 2012 [cit. 2012-05-30] dostupné na [www: http://www.sons.cz/](http://www.sons.cz/)

SONS, ČASOPIS ZORA, *Nový projekt na výuku prostorovky* [online]. © 2002 - 2014 [cit. 2013-01-20] dostupné na www: http://www.sons.cz/zora/text/index.php?id_casopis=zora1106&show_clanek=9593&filtr_casopis=zora&filtr_rok=2011

SONS, *Střediska integračních aktivit - SIA SONS* [online]. © 2002 - 2014 [cit. 2013-03-05] dostupné na www: <http://www.sons.cz/sia/>

SONS, *Tyflopomůcky Praha, O nás* [online]. © 2002 - 2014 [cit. 2014-03-05] dostupné na www: <http://www.tyflopomucky.cz/praha.php>

STEJSKALOVÁ, Kateřina In JURKOVIČOVÁ, P. (ed.) a kol. *Komunikace a Lidé se smyslovým postižením*. Olomouc: UP Olomouc, 2010. s. 56 – 94. ISBN 978-80-244-2649-5.

STOKLASOVÁ, Veronika. *Osoby s kombinovanými vadami z pohledu tyflopedie*. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: UP Olomouc, 2005. s. 67 – 80. ISBN 80-244-1154-7.

STRAUS, Alan a Jane CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, Boskovice: Nakladatelství Albert, 1999.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-274-2.

SVÁROVSKÝ, *Historie bílé hole* [online]. © 2002 – 2012 [cit. 2013-03-20] dostupné na www: <http://www.svarovsky.cz/historie.php>

SVÁROVSKÝ, *Rozdělení bílých holí* [online]. © 2002 – 2012 [cit. 2013-03-20] dostupné na www: <http://www.svarovsky.cz/rozdeleni.php>

ŠVAŘÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007, 978-80-7367-313-0.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: PdF UK, 1998. ISBN 86039-30-7.

TRHLÍK, Michal: *Prostorová orientace a samostatný pohyb*. Interní materiál kurzu akreditovaného MŠMT. Brno: SPC pro ZP, 2008.

TYFLOCENTRUM, *Registrované sociální služby poskytované společnostmi typu TyfloCentrum* [online], [cit. 2014-02-05] dostupné na [www:http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php](http://www.tyflocentrum.cz/sluzby.php)

TYFLONET, *TyfloCentrum* [online]. ©2010 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www:http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/tyflocentrum](http://www.tyflonet.cz/socialni-sluzby/tyflocentrum)

TYFLOSERVIS, O. P. S. , *Základní údaje o Tyfloservis* [online]. ©2005 - 11 [cit. 2014-02-04] dostupné na [www: http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php](http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php)

TYFLOSERVIS, O. P. S. , *Služby Tyfloservis - Bližší popis poskytování služeb* [online]. ©2005 - 11 [cit. 2014-02-05] dostupné na [www: http://www.tyfloservis.cz/popis-poskytovani-sluzeb](http://www.tyfloservis.cz/popis-poskytovani-sluzeb)

UNCI, *Chi siamo?*[online]. ©2014 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.genitoriucroma.objectis.net/chi-siamo](http://www.genitoriucroma.objectis.net/chi-siamo)

UNIKA CENTRUM, O. P. S. , *O společnosti* [online]. ©2012 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.unikacentrum.cz/o-spolecnosti/](http://www.unikacentrum.cz/o-spolecnosti/)

ÚNSS, *Zaostřujeme na seniorov*[online]. ©2013 [cit. 2014-03-05] dostupné na [www: http://www.unss.sk/aktuality/2013/2013-zaostrujeme-seniori.php](http://www.unss.sk/aktuality/2013/2013-zaostrujeme-seniori.php)

ÚSTAV ANTROPOLOGIE PŘÍRODOVĚDECKÉ FAKULTY MASARYKOVY UNIVERZITY, *Elektronické studijní materiály, 9. Stáří* ([online], [cit. 2012-10-03] © 2004-2007 dostupné na http://www.sci.muni.cz/anthrop/soubory/IV_09.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY, *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)* [online]. [cit. 2012-07-03] © 2010 - 2012 dostupné na www: <http://www.uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi-mkf>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie a Ladislav RABUŠIC. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, 2005.

VÍTEK, Jiří a Marie VÍTKOVÁ. *Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví/ International Classification of Functioning, Disability and Health*. In VÍTKOVÁ, M, et. al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I. / Education of Pupils with Special Needs I*. Brno: Paido, 2007, ISBN 978-80-7315-163.8.

VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VIEWEGH, Josef. *Psychologie stárnutí*. Brno 1974.

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014* [online]. © 2009 – 2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na www: <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvareni-rovnych-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010---2014-70026/>

VOTAVA, J., (et) *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0708-5.

WIENER, Pavel, *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. Praha, Avicenum, 1986.

WIENER, Pavel, *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*. Praha, MŠMT, 1998.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.

WIENER, R. William, Richard WELSH, Bruce B. BLASCH. *Foundatin of orientatin and Mobility*, 3rd edidion, Volume 1: History and Theory, AFB Press, 2010, ISBN: 978-0-89128-448-2.

WIENER, R. William, Richard WELSH, Bruce B. BLASCH. *Foundatin of orientatin and Mobility*, 3rd edidion, Volume 2: *Instructional Strategies and Practical Applications*, AFB Press, 2010. ISBN: 978-0-89128-448-2.

WHO, *Ageing and life course* [online]. ©2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html)

WHO, *ICD – 10 version: 2010* [online]. © 2012 [cit. 2012-05-27] dostupné na [www: http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54](http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H53-H54)

WHO, ICF WHO [online], [cit. 2012-07-03] © 2012 dostupné na [www: http://www.who.int/classifications/icf/en/](http://www.who.int/classifications/icf/en/)

WHO, *Report of the WHO Expert Committee on Medical Rehabilitation - 1969* [online]. ©2012 [cit. 2012-01-20] dostupné na [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_419.pdf)

WHO, *Report of the WHO Expert Committee on Disability Prevention and Rehabilitation - 1981* [online]. ©2012 [cit. 2012-01-20] dostupné na [www: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf)

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2005.

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2005.

Vyhláška MPSV č. 388/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2011.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon), v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2004.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách., v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2013.

Zákon č. 329/2011Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením., v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2011.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách), v novelizovaném znění. Praha: MZ, 2011.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v novelizovaném znění. Praha: MPSV, 2012.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů, v novelizovaném znění. Praha: MŠMT, 2006.

Seznam publikační a odborné činnosti autorky disertační práce

Publikované práce:

MITRYCHOVÁ, L. *Výběr povolání a užívaná tyflotechnika středoškolských studentů se ZP.* s. 79 – 86. In kol. autorů Social Networking – Proceedigs of International Conferences. ICT Bridges. Sunflower 2009. Silesian Moodle Moot 2009. Ostrava: VŠB TU Ostrava, 2009. ISBN 978-80-248-2117-7.

MITRYCHOVÁ, L. *Reflection to consultation work as trachet's assistant.* 28 – 31. In kol. autorů Antropotechnika-kulturotechnika-socjotechnika w pedagogice specjalnej – Tom drugi-Katovice: Uniwersytet Ślaski, 2010. ISBN 978-83-87819-10-1.

MITRYCHOVÁ, L. *Výcvik psů jako pomocníků pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením,*In Azor, příloha časopisu Zora,č. 4, Praha, SONS, 2010, ISSN 0231-6382

MITRYCHOVÁ, L. *Využití možností biblioterapie u osob se zrakovým postižením,* In Reflexe současných trendů ve speciální pedagogice, str. 14 – 17, Ostrava: Ostravská univerzita, 2011, ISBN : 978 – 80 – 7368 – 942 – 1.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Možnosti rozvoje řeči u osob se zrakovým postižením,* In Komunikace a handicap, Sborník textů mezinárodní vědecké konference, Hradec Králové, 2012, ISBN 978-80-7435-161-7.

MITRYCHOVÁ, Lenka, *Role asistenta pedagoga v kontaktu s rodiči integrovaného nevidomého studenta.* s. 553 – 559. In E-Pedagogium (<http://epedagog.upol.cz>), 2. mimořádné vydání/2010. ISSN 1213-7499.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Využití terapeutických technik hry u osob se zrakovým postižením.* s. 481 - 491. In Teorie praxi - praxe teorii, sborník z mezinárodní konference, Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-2966-3.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Možnosti rozvoje řeči u osob se zrakovým postižením*. s. 324-333. In *Komunikace a handicap, sborník textů z mezinárodní vědecké konference*, Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-161-7.

MITRYCHOVÁ, Lenka a Jana Kitlinská. *Význam speciálněpedagogické andragogiky v současném systému věd*. s. 58-64. In kol. autorů *Nowe tendencje w pedagogice specjalnej- wykładnia teoretyczna i empiryczna – Tom trzeci-* Katowice: Uniwersytet Śląski, 2012. ISBN 978-83-63268-14-5.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Projevy stárnutí jako determinanty výuky prostorové orientace a samostatného pohybu*. s. 84-89. In *Speciální a inkluzivní vzdělávání a role speciální pedagogiky, sborník z XII. Mezinárodní a tyfopedické konference*, Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3364-6.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Efektivní komunikace, kritérium úspěšnosti výuky prostorové orientace a samostatného pohybu seniorů se získaným zrakovým postižením*. s. 147-155. In *Vojtech Regec et al. Posilování informačních technologií mladých vědeckých pracovníků při práci s osobami se zdravotním postižením, sborník z konference*, Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3190-1.

MITRYCHOVÁ, Lenka. in FINKOVÁ, D., L. MITRYCHOVÁ, K. STEJSKALOVÁ. *Terapeutické působení na osoby se zrakovým postižením*. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3181-2.

MITRYCHOVÁ, Lenka. in FINKOVÁ, D., L. MITRYCHOVÁ, V. RŮŽIČKOVÁ, K. STEJSKALOVÁ. *Osoby se zrakovým postižením v procesu komunikace*. Olomouc: UP, 2012. ISBN 978-80-244-3082-9.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Podpora rozvoje zrakového vnímání dětí předškolního věku*. s. 119 - 125. In *Speciální a inkluzivní vzdělávání a role speciální pedagogiky, sborník z XIV.*

Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami a II. Tyflopédické konference, Olomouc: UP,ISBN: 978-80-244-3823-8

Recenze:

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Úvod do speciální pedagogiky osob se ZP*, s. 176 – 179. In E-Pedagogium (<http://epedagog.upol.cz>), III./2010. ISSN 1213-7499.

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Edukační proces u osob se ZP*, s. 188 – 191. In E-Pedagogium (<http://epedagog.upol.cz>), III./2011. ISSN 1213-7758

MITRYCHOVÁ, Lenka. *Sociální pedagogika*, In Sociální práce: Školská sociální práce 2/2013. ISSN: 1213-6204.

Projektová činnost:

Inovace distančních textů pro výuku speciálních pedagogů-tyflopedů, Univerzita Palackého v Olomouci. 2010/2011. Funkce: řešitel 1.

Aktivní vystoupení na konferencích:

- 4 – 6 listopadu 2009, Ustroň

IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu Specjalne potrzeby edukacyjne: „Antropotechnika, socjotechnika, kulturotechnikaw pedagogice specjalnej”(Příspěvek – reflexe na poradenství při práci asistenta pedagoga).

- 11. - 12. 11. 2009, Čeladná

Konference Slunečnice aneb Zpřístupňování vzdělávání, 3. ročník Mezinárodní konference (Příspěvek – Výběr povolání a užívaná tyflo technika středoškolských studentů se ZP).

- 3. - 4.3 2010, Olomouc

XI. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami (Příspěvek – Role asistenta pedagoga v kontaktu s rodiči integrovaného nevidomého studenta).

- 23. 2. 2011, Ostrava

Reflexe současných trendů ve speciální pedagogice (Příspěvek - Využití možností biblioterapie u osob se zrakovým postižením).

- 2. – 3. 3. 2011, Olomouc

Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami (Příspěvek - Využití terapeutických technik hry u osob se zrakovým postižením).

- 16. – 18. listopadu 2011, Ustroň

IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu Specjalne potrzeby edukacyjne: „Nowe tendencje w pedagogice specjalnej- wykładnia teoretyczna i empiryczna” (Příspěvek - Význam speciálněpedagogické andragogiky v současném systému věd).

- 6. – 7. 9. 2011, Hradec Králové

Komunikace a handicap (příspěvek – Možnosti rozvoje řeči u osob se sluchovým postižením).

- 6. – 18. 11. 2011, Ustroň

IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa z cyklu Specjalne potrzeby edukacyjne: „Nowe tendencje w pedagogice specjalnej- wykładnia teoretyczna i empiryczna” (Příspěvek - Význam speciálněpedagogické andragogiky v současném systému věd)

- 14. 3. 2012, Olomouc

Tyflopedická konference (Příspěvek - Projevy stárnutí jako determinanty výuky prostorové orientace a samostatného pohybu)

- 10. 5. 2012, Olomouc

POSIT (Příspěvek - Efektivní komunikace, kritérium úspěšnosti výuky prostorové orientace a samostatného pohybu seniorů se získaným zrakovým postižením)

- 8. 3. 2013, Olomouc

II. Tyflopédická konference (Příspěvek - Podpora rozvoje zrakového vnímání dětí předškolního věku).

ANOTACE

Název práce:

Činitelé výuky prostorové orientace a samostatného pohybu a jejich vliv na osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Jméno a příjmení: Mgr. Lenka Mitrychová

Katedra: Ústav speciálněpedagogických studií

Obor: Doktorský studijní program Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Bc. et Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

Počet stran: 270

Počet příloh: 7

Rok obhajoby: 2014

Klíčová slova: získané zrakové postižení, pozdní dospělost, seniorský věk, výuka PO SP, proces stárnutí, samostatnost a soběstačnost, kognitivní funkce.

Key words: Acquired visual impairment, late adulthood, senior age, orientation & mobility training, ageing process, self-reliance and self-sufficiency, cognitive functions.

Schüsselwörter: erworbene Sehbehinderung, späte Reife, Rentenalter, Unterricht zum Thema räumliche Orientierung und eigenständige Bewegung von Personen mit Sehbehinderung (nachfolgend nur „Unterricht PO SP“), Alterungsprozess, Selbständigkeit und Selbstgenügsamkeit, kognitive Funktion.

RESUMÉ

Disertační práce se zaměřuje na problematiku vlivu činitelů procesu stárnutí při výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Z hlediska své struktury je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část práce představuje sumarizaci základních poznatků. Vymezuje terminologii užívaných pojmů v oblasti problematiky periodizace věku a osob se zrakovým postižením a zabývá se procesem stárnutí, jeho projevy a komplikacemi spojenými s involucí. Následuje shrnutí nabídky služeb v rámci výuky PO SP, které mohou osoby se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku využít. Samostatnou kapitolu, která je přechodem k empirické části práce, tvoří dosavadní východiska a strategie výuky PO SP v kontextu naší cílové skupiny osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku.

Empirická část disertační práce dále prohlubuje zmíněné teoretické oblasti v praxi. Z důvodu dostatečné komplementace dané problematiky bylo výzkumné šetření realizováno za pomoci kvantitativních a kvalitativních metod, formou tzv. smíšeného výzkumu. Kvantitativní pohled se formou standardizovaných testů snaží nalézt odpověď na otázku, zda má různý typ prostředí (ústavní nebo rodinné), ve kterém dané osoby žijí, vliv na úroveň určených činitelů (úroveň samostatnosti a soběstačnosti, kognitivních funkcí), kteří se mohou uplatňovat při sledované výuce PO SP u osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Kvalitativní rovinu tvoří případové studie vzniklé na základě polostrukturovaného rozhovoru se zainteresovanými osobami. Shrnutí závěrů z obou rovin kromě proměnných s hromadným výskytem zohledňuje také činitele, kteří v rámci výuky PO SP osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku mají jedinečný a individuální charakter výskytu.

Závěry našeho výzkumného šetření pomáhají obohatit současnou teorii výuky PO SP o detailnější informace k výuce osob se získaným zrakovým postižením v pozdně dospělém/seniorském věku. Praktickým přesahem získaných informací jsou aplikační

doporučení k uplatňované metodice výuky PO SP u dané skupiny osob. Jejich aktuálnost a přínos je v rámci současných civilizačních tendencí je zřejmá.

SUMMARY

The Ph.D. thesis is focused on the effect of ageing process factors in the training of orientation & mobility in persons with acquired visual impairment, in late adulthood / senior age. The thesis is structured in two parts, theoretical and practical.

The theoretical part provides essential knowledge in a summarized form. This part defines the terminology used in the field of age periodization and for persons with visual impairment, and it discusses the ageing process, its manifestations and complications related to involution. Subsequently, the offer of services in orientation & mobility training is summarized as utilizable by persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. A separate chapter serving as a bridge to the empirical part of the thesis discusses present points of departure and orientation & mobility training strategies in the context of our target group of persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age.

The empirical part of the thesis further deepens the above mentioned theoretical fields in practice. The research investigation was implemented using both quantitative and qualitative methods, in the form of the so called mixed research, for the reason of sufficient complementation of the explored issues. The quantitative point of view uses standardized tests to seek an answer to the question whether different types of environments (institutional or family) the given persons live in have any impact on the level of the determined factors (self-reliance and self-sufficiency levels; cognitive functions) that may be applied in the observed orientation & mobility training in persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. The qualitative level comprises case studies developed based on semi-structured interviews with involved persons. The summary of conclusions of both levels, in addition to variables with mass occurrence, also takes account of factors exhibiting a unique and individual nature of occurrence in orientation & mobility training focused on persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age.

The conclusions of our research investigation help to enhance the contemporary theory of orientation & mobility training with more detailed information about the training of persons with acquired visual impairment in late adulthood / senior age. Practical outreach of the new information is reflected in application recommendations for methodologies applied in

orientation & mobility training focused on the given group of persons. Their current relevancy and benefits are evident in the context of contemporary civilization tendencies.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Dissertation befasst sich mit der Frage des Einflusses von Faktoren des Alterungsprozesses beim Unterricht PO SP bei Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter. Die Arbeit ist in einen theoretischen und einen praktischen Teil unterteilt.

Der theoretische Teil fasst die bisherigen grundlegenden Erkenntnisse zusammen. Hierbei wird die Terminologie der verwendeten Begriffe im Bereich der Problematik der Periodisierung von Alter und von Personen mit Sehbehinderung definiert und der Alterungsprozess, seine Äußerungsformen und Komplikationen in Verbindung mit der Involution thematisiert. Es folgt eine Zusammenfassung des Angebots an Dienstleistungen im Rahmen des Unterrichts PO SP, die Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter nutzen können. Ein eigenständiges Kapitel, das einen Übergang zum empirischen Teil der Arbeit darstellt, bilden die bisherigen Ansätze und Strategien des Unterrichts PO SP in Zusammenhang mit unserer Zielgruppe von Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter.

Der empirische Teil der Dissertation vertieft die erwähnten Theoriebereiche in der Praxis. Aus Gründen einer zureichenden Vervollständigung der gegebenen Problematik wurde die Forschungsuntersuchung unter Zuhilfenahme quantitativer und qualitativer Methoden durchgeführt, und das in Form einer sog. Mischuntersuchung. Der quantitative Ansatz versucht in Form standardisierter Tests eine Antwort auf die Frage zu finden, ob unterschiedliche Typen der Umgebung (Institut oder Familie), in der die gegebenen Personen leben, Einfluss auf das Niveau der bestimmten Faktoren (Niveau der Selbständigkeit und der Selbstgenügsamkeit, der kognitiven Funktionen) haben, die beim beobachteten Unterricht PO SP bei Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter angewandt werden können. Die qualitative Ebene besteht aus Fallstudien, die auf der Grundlage eines halbstrukturierten Gesprächs mit den teilnehmenden Personen zustande kamen. Die Zusammenfassung der Schlüsse aus beiden Ebenen berücksichtigt neben den „massenhaft“ vorkommenden Variablen auch die Faktoren, die im Rahmen des Unterrichts

PO SP von Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter einen einzigartigen und individuellen Vorkommenscharakter aufweisen.

Die Schlüsse unsere Forschungsuntersuchung helfen dabei, die heutige Theorie des Unterrichts PO SP um detailliertere Informationen über den Unterricht für Personen mit erworbener Sehbehinderung im späten Erwachsenen- bzw. Rentenalter zu bereichern. Ein praktisches Übergreifen der erworbenen Informationen stellen Anwendungsempfehlungen zur angewandten Methode des Unterrichts PO SP bei einer gegebenen Personengruppe dar. Ihre Aktualität und ihr Beitrag im Rahmen der aktuellen zivilisatorischen Tendenzen sind offensichtlich.