

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Eliška Žáková

Role literatury v životě jedince se zrakovým postižením

Olomouc 2015

vedoucí práce: doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracovala samostatně, a že jsem čerpala pouze ze zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Chtěla bych tímto velmi poděkovat doc. Mgr. Ditě Finkové, Ph.D., vedoucí mé diplomové práce, za její odborné vedení, veškerou spolupráci a čas, který mně věnovala.

Obsah

Úvod	5
1 Osobnost člověka	6
1. 1 Vývojové etapy života	7
1. 2 Dospělost	13
1. 2. 1 Sociální role v dospělosti	18
2 Osoba se zdravotním postižením	20
3 Osoba se zrakovým postižením	23
3. 1 Klasifikace osob se zrakovým postižením	25
3. 2 Etiologie a důsledky zrakového postižení	30
3. 3 Dospělý jedinec se zrakovým postižením	32
Seznam zkratek	33
Seznam použité literatury a dalších odborných zdrojů	34
Seznam doporučené literatury a dalších odborných zdrojů	37

Úvod

Zrakové postižení bývá označováno za jedno z nejtěžších, protože většinu informací získává člověk právě zrakem. Přestože se tedy jedinci s omezeným či úplně chybějícím vizuálním vnímáním potýkají s řadou bariér, díky možnostem dnešní techniky mohou mnohé z nich alespoň částečně kompenzovat. Tento posun spatřujeme mimo jiné právě v oblasti literatury. Ta dnes může sloužit jako zdroj informací, jako prostředek sebevzdělávání či jako forma relaxace stejně dobře jak u osob intaktních, tak u osob se zrakovým postižením. K dispozici jsou jim texty v Braillově písmu nebo v elektronické podobě (elektronické texty pro využití hlasových výstupů či zvukové nahrávky). Pro účely této práce vycházím z hypotézy, že právě elektronická podoba je v dnešní době využívána v daleko vyšší míře, než Braillovo písmo.

Cílem této práce je tedy zhodnotit, jaký vztah k literatuře zaujímají osoby se zrakovým postižením, respektive osoby nevidomé, jaké mají možnosti přístupu k literatuře a jak těchto možností využívají.

1 Osobnost člověka

Pojem „osobnost“ bývá v mnoha oblastech i v různých kontextech chápán odlišně. V běžné řeči se jím většinou rozumí nějaký výrazný jedinec. V rámci psychologie se zkoumáním osobnosti, jejím utvářením, vývojem, charakteristickými rysy či hledáním nevhodnějších definic zabývalo velké množství autorů, ať už z řad psychologů, sociologů či filosofů. Např. Nakonečný tímto označením vyjadřuje „*organizovaný, dynamický a interindividuálně odlišný celek psychofyzických dispozic, determinující průběh a projevy psychických procesů (reakcí)*.“ (Nakonečný, 1995, s. 12) Osobnost můžeme charakterizovat také jako individuální strukturu a dynamiku chování nebo jako otevřený systém interakcí individua a jeho životního prostředí. (Nakonečný, 1995) G. W. Allport v roce 1937 definoval osobnost jako „*dynamickou organizaci psychologických systémů v jedinci, která určuje jeho adaptaci na prostředí a jeho charakteristické způsoby chování a prožívání*.“ (Allport, In: Hartl, Hartlová, 2000, s. 379) Další náhled na tento pojem uvádí např. H. J. Eysenck, dle něž se jedná o „*poměrně stálou jednotu charakteru, temperamentu, intelektu a těla, což umožňuje její jedinečnou adaptaci na prostředí*.“ (Eysenck, In: Hartl, Hartlová, 2000, s. 379) Nejčastěji je však osobnost definována jako celek duševního života člověka. Svůj původ má tento termín ve slově persona, což nejprve vyjadřovalo masku pro boha podsvětí, později tím byl označován stálý typ, charakter či role člověka. (Hartl, Hartlová, 2000)

Mezi základní biologické determinanty osobnosti patří evolučně preformované programy chování (tedy systémy vrozených reflexů a instinktů sloužících k uspokojování základních životních potřeb), mechanismy učení, druhově specifická stavba a funkce nervové a humorální soustavy a v neposlední řadě také dědičnost. Genetický základ individua, který vytvářejí vrozené vlastnosti neboli vlohy, vstupuje do interakce s vnějším životním prostředím (především s vlivy výchovy). Skrze tento proces dochází k utváření osobnosti jedince. (Nakonečný, 2009)

Co se týče sociálních aspektů, které ovlivňují osobnost každého z nás, mluvíme především o rodině a typu výchovy, dále pak o kulturním prostředí a o systému rolí, tedy závazném a očekávaném způsobu chování. „*Proces seznamování se člověka s konkrétním kulturním prostředím jeho rodiny a osvojování si kulturních způsobů chování, ale i cítění a interpretace skutečnosti, se nazývá socializace*.“ (Nakonečný, 1995, s. 27)

Chování jedince výrazně předurčuje také jeho temperament a charakter. První z nich definuje E. Kretschmer (1963) takto: „*Temperamentem nazýváme pro celou*

individualitu obecně charakteristické celkové projevy afektivity v obou jejích hlavních faktorech: dráždivosti a popudu.“ (Kretschmer, In: Nakonečný, 1995, s. 79) Charakterem se dle Allporta (1937) rozumí *„eticky zhodnocená osobnost; projevuje se ve vztazích zejména k lidem, práci, k sobě samému, k životním překážkám, k přírodě.*“ (Allport, In: Hartl, Hartlová, 2000, s. 207) P. Lersch (1956) jej pak stručně vymezuje jako *„úhrn duševních dispozic (vlastností).*“ (Lersch, In: Nakonečný, 2009, s. 458) V rámci psychologie se s pojmem charakter setkáváme ve dvou podobách – v čistě psychologickém smyslu jako *„individuální zvláštnost člověka“* a ve smyslu *„morálního charakteru“*, kdy mluvíme o pohotovosti či snížené pohotovosti člověka jednat dle daných etických principů. (Dietrich, Walter, 1972, In: Nakonečný, 2009) Můžeme zmínit také dvojí rozlišení charakteru podle I. Kanta. Ten vymezuje charakter *„základní, tj. čím člověk je ve své podstatě a empirický, tj. čím je „zde a nyní“, v dané situaci.*“ (Kant, In: Hartl, Hartlová, 2000, s. 207) Dále naše projevy, vnímání či prožívání ovlivňuje inteligence (jako souhrn celé řady dílčích složek), stupeň dráždivosti nebo naopak odolnosti nervového systému, ale i některé hlouběji zakotvené povahové rysy, jako jsou extraverte a introverte, dominance a submise apod. (Matějček, 2001)

1. 1 Vývojové etapy života

V životě jedince rozlišujeme několik období či životních etap, jež jsou charakteristické jak svými fyziologickými, tak i psychickými projevy, jsou provázeny určitým sociálním chováním a přijímáním daných rolí.

Dělením života na jednotlivé období se lidé zabývali už i v antice a středověku, tehdy jej členili po 7 letech. Staří Římané pak popisovali těchto 5 fází: 1. *pueritia* (dětství), 2. *adolescentia* (mládí), 3. *juventus* (mužný věk), 4. *virilitas* (zralý mužný věk), 5. *senectus* (kmetství). Obdobně se o této problematice zmiňuje také Goethe, jenž rozlišoval etapy dětství, jinošství, mužný věk a kmetství. Nemůžeme však opomenout fakt, že se v těchto členěních nesetkáme s žádnými věkovými hranicemi, které by jednotlivé etapy vymezovaly. (Boll, Künkel, Goethe, In: Löwe, 1977) Rovněž novodobější autoři, zvláště pak psychologové, se věnují tomuto tématu životních období a jejich mezníků. Např. Moersová (1953) uvádí 6 životních fází: fáze dětství a mládí (0–20 let), první fáze dospělosti – raný věk dospělosti (21–30 let), druhá fáze dospělosti – jádro lidského života (31–44 let), třetí fáze dospělosti – doba krize a sebeuvědomování (45–55 let), první fáze stáří

(56–68 let) a druhá fáze stáří (69 let – smrt). (Moersová, In: Löwe, 1977) Poněkud odlišné dělení uvádí např. Švancara. Ten považuje za první životní období čas od početí po narození, tedy období prenatalní. Dále popisuje novorozence (do 6 týdnů života), kojence (do 1 roku), batole (1–3 roky), dítě předškolního věku (3–6 let), dítě mladšího školního věku (6–11 let), pubescence (tuto životní etapu mezi 11. a 15. rokem života nazývá také jako období dospívání), dále zmiňuje adolescenta (15–20 let) a dospělého jedince. Období dospělosti pak člení na mladou dospělost (zhruba do 30–32 let), na střední dospělost, jež končí přibližně mezi 46. a 48. rokem života a na zralou dospělost, která přechází ve stáří kolem 65 let. Za poslední vývojovou etapu (od 75 let) pak považuje vysoký věk. (Švancara, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Prenatální období bylo dříve úplně opomíjeno, protože se za počátek života považoval teprve porod. Dnes jsou již tyto představy překonány a fyziologický, s čím dál větším zájmem však také psychický vývoj nenarozeného dítěte se zkoumá velmi intenzivně. Ze závěrů mnoha výzkumných studií (např. T. Verny, J. Kelly, Z. Matějček a další) pak vyplývá, že zásadní význam pro zdravé utváření psychiky dítěte spočívá ve vznikajícím vztahu matky ke svému potomku i ve faktoru chtění. Proto je dnes kladen důraz na dostatečný kontakt matky s dosud nenarozeným dítětem. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Přelomovým okamžikem je porod, kterým se dítě dostává do úplně jiného prostředí. Právě adaptace na nové prostředí bývá označována jako jeden ze základních cílů **novorozeneckého období**. Už v tomto raném stádiu života můžeme u dítěte pozorovat prosociální chování a schopnost učit se. Ta je spojována především s uspokojováním biologických potřeb. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Kojenecké období můžeme charakterizovat následovně: *„V následujícím období zbývajících měsíců prvního roku se dispozice rozvinou tak, že dítě je ve všech těchto směrech (interakce se světem okolních věcí a pro sociální interakce s lidmi) schopno záměrných aktivit řízených vůlí. Ovládá postupně své tělo tak, že na přelomu prvního a druhého roku je schopno specificky lidské lokomoce ve vzpřímeném postoji, dovede uchopovat a pouštět záměrně věci, rozvinulo svou praktickou inteligenci, je připraveno pro zahájení řečové komunikace, ..., a navázalo specifické vztahy k lidem, kteří o něj pečují.“* (Langmeier, Krejčířová, 1998, s. 46) Vidíme tedy, že během prvního roku života dítě udělá obrovský posun jak v motorické, tak v kognitivní a sociální oblasti.

V **batolecím období** se tělesný vývoj zpomaluje, stále se zdokonaluje stavba mozku a dítě si začíná uvědomovat své „já“. Rozvíjí se řečové schopnosti a dovednosti (i když jsou stále agramatické), pomocí otázky „Co to je?“ si pak dítě rozšiřuje svou slovní

zásobu. Myšlení je elementární, egocentrické a prekauzální, batole ještě nechápe příčinu, ale spíš účel. Fantazie dítěte je velmi živá, mnohokrát ji nedokáže odlišit od reality. Kolem 18. měsíce života se objevuje tzv. první období vzdoru, které trvá zhruba do tří let. Tehdy se dítě osamostatňuje a prosazuje samo sebe i na úkor ostatních. City bývají labilní, ale velmi intenzivní, chování se často označuje jako proměnlivé, v tomto období se také vytvářejí základy povahových vlastností dítěte. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Pro další vývojovou etapu – **předškolní věk** je nejcharakterističtější činností hra, a to převážně hra s vrstevníky či dospělými. Dítě při nich projevuje svou aktivitu, tvořivost i spontánnost. Myšlení se neřídí logickými pravidly, je intuitivní, objevují se také magické či antropomorfní představy (dítě věří v kouzelný svět pohádek, polidšťuje si neživé věci apod.). Pro toto období je typická otázka „Proč?“, předškolák si také často povídá sám pro sebe a sám si odpovídá. Nesmíme opomenout ani dětskou kresbu, která se dle Příhody nachází ve fázi schématického (lineárního) náčrtu. (Příhoda, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) U dítěte předškolního věku se dotváří sebepojetí a osobní identita, položeny jsou také základy charakteru. Přestože se jedná o období, kdy jsou děti velmi citově ovlivnitelné, začínají se právě tehdy diferencovat vyšší city (např. city sociální, morální nebo také pocit viny). Přibližně ve čtyřech letech zažije chlapec či dívka první odpoutávání se od matky, tzv. vývojovou emancipaci, zájem se poté přesouvá na otce nebo na vrstevníky dítěte. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Nástupem do školy začíná další zásadní změna v životě jedince, opět je potřeba přizpůsobit se novému prostředí, osvojit si nové sociální role a začlenit se do kolektivu. Kromě hry má nyní **dítě mladšího školního věku** také spoustu povinností. Učením si pak stále více prohlubuje své poznávací procesy, probíhá u něj intelektualizace a psychické činnosti, jako je např. formování záměrné paměti a pozornosti, se stávají uvědomělejší. Zdokonalují se řečové schopnosti, ale také se zdvojnásobuje slovní zásoba. Žák postupně začíná chápat základní příčinné vztahy a respektovat zákony logiky. Mezi charakteristické prvky této etapy patří mimo jiné i rozvoj motoriky, zejména pak jemné, obecně má však dítě mladšího školního věku vysokou potřebu pohybové aktivity, která by vzhledem ke zdravému fyziologickému vývoji měla být saturována v co největší míře. Kresba bývá podstatně realističtější, jejím typickým znakem je také množství detailů. Dle různých autorů (např. Matějček, 1991) se tedy období mladšího školního věku nazývá obdobím realistickým. (Matějček, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) Přestože city a emoce jsou ještě dosti jednoduché a mělké, stávají se postupně trvalejšími a stálejšími. Dítě je v tomto věku vystaveno častému hodnocení a srovnávání svých výkonů s vrstevníky, což při úspěšných

počinech mívá kladný vliv na rozvoj jeho sebedůvěry, v opačném případě to však může způsobit pocity méněcennosti, stres a frustraci. U většiny školáků bývá tato vývojová etapa ale klidná, optimistická a bezproblémová. Erikson (1963) ji označuje za fázi píce a snaživosti, Freud zase jako věk latence (Erikson, Freud, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Období pubescence (z latinského *pubescere*, tzn. obrůstat chmýřím, dospívat) začíná změnami v pohlavních funkcích, končí pak plnou pohlavní zralostí. Můžeme jej také rozčlenit na dílčí fáze prepubescence (u dívek zhruba mezi 11. a 13. rokem) a pubescence (13–15 let, chlapci většinou dozrávají přibližně o 1,5–2 roky později). Vývoj biologických, psychických, emočních aj. procesů je velmi variabilní a naprosto individuální. Kvůli hormonálním změnám se u pubescentů často setkáváme se spíše labilnějším emočním prožíváním, výjimkou nejsou ani různé afekty či konflikty, v mnoha případech směřované vůči autoritám a rodičům, což souvisí s pubertálním radikalismem (tedy snahou něco změnit) a krizí rodičovské autority. I proto hrají v tomto období velmi důležitou roli vrstevníci, jejichž přijetí má pro mladého člověka nepopíratelný význam. Hlavně však musí dotyčný umět přijmout sám sebe. To ale nebývá mnohdy jednoduché, ať už z důvodu již zmíněných individuálních vývojových změn, nebo z přílišného zaujetí vlastní osobou (egocentrismem). Dříve neobvyklou pozornost věnují mladí lidé také svému zevnějšku, se kterým však zvláště dívky nejsou moc často spokojeny. To se ale zásadním způsobem může promítnout do utváření osobní identity, protože právě tělesné „já“ je její nedílnou součástí. Téma hledání sebe sama spojené s úvahami nad tím, jakým by člověk chtěl být a především pak jakým by být nechtěl, bývá pro pubescenty často stěžejním. S tím je také spjata silná touha po přátelství a intimním vztahu. Intelekt začíná v tomto věku dosahovat svého vrcholu, myšlení, které se výrazně opírá o logiku, je systematické, důsledné, ale i pružné a tvořivé. Dospívající člověk běžně mívá řadu mimoškolních zájmů a aktivit, které mu pomáhají uvolňovat přebytečné napětí (patří mezi ně např. hra na hudební nástroj, studium cizích jazyků nebo sport). V rámci množství změn, jež s pubertou souvisí, nesmíme opomenout ani nové strukturování potřeb. Pubescent má velkou potřebu samostatnosti, potřebu rozvíjet své schopnosti, potřebu svobodně rozvíjet své zájmy, potřebu citové odezvy, bezpečí a lásky a potřebu morálního vědomí. (Laaser, 2004, Lisá, Kňourková, 1986, In: Valenta, Müller et al., 2013) Spolu s adolescencí pak můžeme tuto životní etapu charakterizovat jako přechod mezi dětstvím a dospělostí. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Právě **adolescence** (z latinského *adolescere*, tedy vyrůstat, mohutnět), která bývá nejčastěji specifikována jako období mezi 15. a 20.–22. rokem života, má totiž s pubescencí mnoho společného. Objevují se zde stejné či podobné charakteristické prvky, nyní

však v ještě intenzivnější formě. „*Teprve v této době je postupně dosahována reprodukční zralost a dokončován tělesný růst. Rychle se mění postavení ve společnosti, začínají erotické vztahy, mění se zásadně pojetí sebe sama.*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, In: Valenta, Müller et al., 2013, s. 200) Ono hledání a nacházení sebe sama je jedním z primárních úkolů tohoto životního období, které můžeme také označit výrazem „mládí“. Pokračuje zvýšený zájem o vlastní tělesný vzhled, spojený s adolescentním egocentrismem, psychická úroveň bývá stabilizována, vývoj intelektu je již většinou také dokončen. Obdobně i fyzická výkonnost dosáhla svého vrcholu. Adolescent oplývá množstvím fyzických sil a lehce se přizpůsobuje zátěži. Jeho způsoby řešení bývají často novátorské, netradiční až radikální, někdy však mohou působit zbrkle a vůči ostatním necitlivě. Významnou úlohu zaujímají také morální hodnoty a mravní normy, dle nichž mladý člověk často kriticky hodnotí své okolí. Výjimkou nejsou ani úvahy o smyslu života a filosofické otázky. Mladý člověk se rozhoduje pro budoucí povolání a v rámci systému vzdělávání se na něj připravuje. Čím dál tím více ztrácí na významu rodina a rodiče adolescenta, naopak potřeba trávení času s vrstevníky a navázání intimních kontaktů s druhým pohlavím je stále silnější. Na rodičovství ale ještě většina lidí tohoto věku připravena není. Souhrnné uspořádání hlavních vývojových úkolů adolescence nacházíme např. u Havighursta (1964). Ten považuje za nejzásadnější přijetí vlastní fyzické struktury a role svého pohlaví, dále se zmiňuje o vytvoření nových vztahů k vrstevníkům obojího pohlaví a o emocionální nezávislosti na rodičích a ostatních dospělých. Velký význam spatřuje také v získání jistoty o ekonomické nezávislosti, ve výběru povolání a přípravě na ně a v neposlední řadě v přípravě na manželství a rodinný život. (Havighurst, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) V tomto období jsou typické také intersexuální rozdíly, dívky se většinou zaměřují na budování vztahů, kooperaci a péči o druhé, u chlapců se zase setkáváme se soupeřením a s orientací na výkon. (Steinberg, Belski, 1991, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) Adolescencí, kterou někteří autoři (např. V. Příhoda, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) nazývají také postpubescencí, je pak dovršeno tzv. integrační období, jež v sobě zahrnuje jak dětství, tak i dospívání. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

Vývojovou etapu **dospělosti** neboli kulminační periodu budeme blíže specifikovat v následující podkapitole, proto ji nyní pouze zmiňujeme.

Závěrečnou (involuční) fází života se potom rozumí **stáří**. Také tuto etapu můžeme ještě dále členit např. dle Příhody na senescenci (60–74 let), kmetství (75–89 let) a patriarchum (od 90 let) nebo podle Pacovského na rané stáří, vlastní stáří a vysoký věk, přičemž věkové rozmezí je stejné jako u autora předchozího. (Příhoda, Pacovský,

In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) Livečka (1979) zase popisuje věk starého dospělého člověka (od 65/67–70 do 80 let) a senium neboli stařectví (od 80 let). (Livečka, In: Valenta, Müller et al., 2013) Ač se mnoho vědců snaží zdůvodnit příčiny a složitý proces stárnutí, obecně můžeme konstatovat, že se jedná o přirozený biologický jev, který probíhá zhruba $\frac{3}{4}$ našeho života. Projevuje se jak změnami v organismu, tak i v psychice jedince. Mezi tělesné aspekty stárnutí, které bývají většinou výraznější než psychické, patří např. degenerativní změny kosterního systému a svalstva. Řídnutím kostí se zvyšuje riziko úrazů, atrofie meziobratlových plotének způsobuje zmenšování postavy, problém činí také udržení rovnováhy a snížení celkové úrovně pohyblivosti. Vlasy šedivějí a vypadávají, kůže ztrácí pigment a elasticitu. Horší schopnost termoregulace úzce souvisí s poklesem tělní teploty. Ubývá žaludečních šťáv i slin, což spolu s nedostatečným chrupem způsobuje problémy s trávením. Ve starší populaci nejsou výjimkou ani četná onemocnění, jako např. rakovina, revma, nemoci oběhového systému, stařecká cukrovka aj. To způsobují involuční změny ve všech našich orgánech. Nejvýrazněji se však ochabování funkcí projevuje v orgánech smyslových. Zrak se podstatně hůře přizpůsobuje změnám v prostředí, snižuje se zraková ostrost, citlivost na barvy i schopnost akomodace, dochází k oslabení očních svalů nebo k degenerativním změnám na sítnici. Podobně také sluchové vnímání bývá značně omezeno. Řeč je pomalejší, méně dynamická, může působit až nesrozumitelně. Právě problémy v senzorní oblasti způsobují horší možnost přístupu k informacím, a tím stále větší izolovanost od okolí. Jako obecné biologické znaky stáří lze tedy uvést sníženou výkonnost, horší koordinovanost tělesných funkcí a výraznou opotřebovanost orgánů. Psychické aspekty stárnutí se ve většině případů projevují pomaleji a skrytěji. Velmi častým problémem bývají poruchy paměti, a to především paměti bezprostřední a krátkodobé. Tyto nedostatky se mohou promítnout v chování starého člověka, v pocitech nejistoty a zmatenosti, ale také v inteligenci, protože omezená paměť do značné míry ovlivňuje schopnost učit se. Myšlení je pomalejší, méně pohotovější, ubývá abstraktních soudů. Vzpomínky a myšlenky osob staršího věku se uchylují spíše do minulosti; přítomnost, ještě více však budoucnost bývá totiž často spojena s tématem smrti. Emoční prožívání je úzce spjato se zdravotním stavem dotyčného. Zvyšuje se labilita, sklon k melancholii, úzkosti i depresi. Objevují se pocity méněcennosti a neschopnosti, snižuje se sebedůvěra. Starý člověk se již hůře adaptuje na nové podmínky, které jsou však nevyhnutelné např. při ztrátě partnera či dalších blízkých lidí. Právě postupné ubývání přátel spojené s osamoceností vede často k vnitřním monologům, jimiž si jedinec kompenzuje nedostatek kontaktů. Často se setkáme také se stařeckým egocentristem. Mění se mimo jiné i osobnost člověka, na povrch se dostávají dříve skrývané

charakterové rysy jako např. závistivost, popudlivost, lakota, naopak k přednostem stáří patří moudrost, nadhled a větší klid. Psychosexuální rozdíly se vlivem hormonálních změn začínají stírat, muži se stávají mírnější, ženy zase rozhodnější. Již zmiňované nemoci spojené se stářím nemusí mít striktně pouze somatickou příčinu, objevují se i psychosomatické obtíže. Výjimkou v tomto období nejsou ani stavy zmatenosti, poruchy vědomí, snížená schopnost orientace, pomalejší reakce, poruchy identity, demence, deprese či dokonce sebevraždy. Pokud má ale dotyčný dostatečnou motivaci, je zdravý a ve svém počínání spatřuje smysl, může prožít aktivní, tvořivé a naplněné stáří i navzdory involučním změnám. Jde tedy, podobně jako u předešlých vývojových etap, o naprosto individuálně a specificky prožívané období. Závěrem můžeme konstatovat, že vzhledem k prodlužování lidského života se problematika stárnutí stává velmi aktuální. (Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004)

1. 2 Dospělost

„Dospělost lze definovat jako období svobody rozhodování spojeného s odpovědností za svá rozhodnutí a schopností získat a plnit příslušné role.“ (Vágnerová, 2012, s. 183)

Dospělost však můžeme vymezit také z mnoha dalších hledisek, někteří autoři vycházejí z biologických aspektů, pro jiné jsou rozhodující psychické procesy, postavení ve společnosti či ekonomický status. Také filosofie, právo, pedagogika a andragogika mají v rámci pojetí dospělosti své místo. Jde tedy o celou řadu faktorů (např. fyzická zralost, ukončení školní docházky, partnerské a přátelské vztahy, manželství, rodičovství, výběr profesního zaměření a následné uplatnění na trhu práce, stereotypy společnosti, ekonomická nezávislost apod.), jež jedince v této fázi života ovlivňují a formují. (Šiška, 2005, In: Valenta, Müller et al., 2013)

Při bližším popisu dospělosti z pohledu různých vědních disciplín můžeme uvést, že po biologické stránce se za dospělost považuje fyzická zralost, opomenuta však nesmí být ani proměna významu sexuality, neboť v této životní etapě je sexualita velmi důležitým faktorem partnerského vztahu. (Vágnerová, 2007) Právně se dospělostí rozumí nabytí plných práv a povinností (jedná se např. o volební právo, právo uzavřít sňatek, právní odpovědnost apod.). Ty jedinec získává při dosažení zletilosti (tato hranice je v našich geograficko-kulturních podmínkách stanovena na 18 let). Z hlediska sociologie mluvíme o dospělosti při převzetí nových sociálních rolí, a to především role manželské, rodičovské a profesní. Psychologie udává, že v dospělosti dochází ke stabilizaci chování, myšlení, prožívání, ale také ke stabilizaci osobnosti. V rámci pedagogiky a konceptu celoživotního vzdělávání

se na dospělost pohlíží, jakoby vůbec neexistovala. Ekonomicky se stává jedinec dospělým tehdy, když je po finanční stránce soběstačný. A co se obecně andragogického pohledu týče, pak lze konstatovat, že „*dospělý člověk je ten, který ukončil svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému a jehož hlavní sociální role se dají charakterizovat statusem dospělého.*“ (Beneš, 2003, In: Valenta, Müller et al., 2013, s. 200) Různé druhy dospělosti zmiňují také Hartl, Hartlová ve svém Psychologickém slovníku. Dle nich můžeme za dospělost považovat „*období vrcholu zrání určité funkce nebo souboru funkcí, obvykle je dělena na dospělost biologickou, emocionální, sociální, kognitivní.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 120) Dospělost psychickou následně charakterizují jako „*dospělost, která se projevuje tím, že je člověk schopen samostatně myslet a jednat, má celkovou myšlenkovou a pracovní stabilitu, umí si svůj život reálně plánovat, je vytrvalý a zejména si je vědom odpovědnosti za své činy.*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 120)

Problematické definování nejproduktivnější periody nám dokládá také nejednotnost věkového určení. Např. již zmíněná Moersová (1953) považuje za dospělost období mezi 21. a 55. rokem. Castner (1963) zase přisuzuje zásadní význam dvěma krizím, a to „*krizi ze zkušenosti*“ (ke konci 3. dekády) a „*krizi stáří*“ nazývané také „*krizí odpoutávání*“ (v polovině 6. dekády). Dospělost pak chápe jako období mezi těmito krizemi (přibližně od 26 do 56 let). (Moersová, Castner, In: Löwe, 1977)

Vzhledem k tomu, že se obecně jedná o nejdelší životní etapu, bývá tato dále členěna na několik specifických období. Nejčastěji jsou to 3 období lišící se u různých autorů především věkovým rozmezím. Např. Moersová (1953) popisuje první fázi dospělosti – raný věk dospělosti v rozmezí 21–30 let, druhou fázi dospělosti – jádro lidského života v období 31–44 let a třetí fázi dospělosti, kterou nazývá také dobou krize a sebeuvědomování mezi 45–55 lety. (Moersová, In: Löwe, 1977) Rozčleněním kulminační periody se zabývá mimo jiné i Švancara. Ten nejprve zmiňuje mladou dospělost (zhruba do 30–32 let), dále střední dospělost, jež končí přibližně mezi 46. a 48. rokem života a následně zralou dospělost, která přechází ve stáří kolem 65 let. (Švancara, In: Novotná, Hříchová, Miňhová, 2004) Obecná andragogika zase vychází z kategorizace Livečky (1979). V jeho pojetí, které je specifické dosti rozvolněnou věkovou hranicí, se setkáváme s označením raný věk dospělosti (mladý dospělý) – asi od 16–18 do 25–30 let, střední věk dospělosti (zralý dospělý) – asi od 25–30 do 45–50 let a pozdní věk dospělosti (stárnoucí dospělý nebo také plná zralost dospělého) – asi od 45–50 do 65–70 let. (Livečka, In: Valenta, Müller et al., 2013) Další dělení v rámci své Vývojové psychologie předkládají Langmeier a Krejčířová. Dle nich můžeme mluvit o etapě časně dospělosti, a to zhruba od 20 do 25 let, o etapě střední dospělosti (25–45 let),

kteřou dále dělí na střední dospělost I. a střední dospělost II. a následně pak o etapě pozdní dospělosti, která bývá dovršena kolem 60. až 65. roku života. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Také z jejich vymezení budeme vycházet při následující bližší specifikaci jednotlivých etap.

Pro vývojovou fázi **časné dospělosti** je typické upevnění identity a ztotožnění se s rolí dospělého. Právě přijetí této nové životní role ale nebývá vždy jednoduché, vědomí větších závazků a požadavků, nárůstu odpovědnosti a povinností, které omezují svobodu člověka, nemusí být pro 20leté lidi vždy atraktivní. Mladý dospělý se také v rámci svých plánů a představ dostává do konfrontace s názory okolí, jež ho tlačí do naplňování společností daných norem. Pokud však dojde k harmonizaci mezi individuací a socializací, může to pozitivně ovlivnit jeho další životní vývoj a přispět k naplňování jeho potřeb. (Vágnerová, 2007) V tomto období si jedinec stanovuje osobní cíle, ve většině případů se osamostatňuje a odchází od rodiny, což souvisí také s hledáním životního partnera. Počátky v zaměstnání bývají spojeny nejen se získáním přesnější představy o dané činnosti, ale také s přijetím profesní odpovědnosti. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Vedle pracovní náplně by neměla zůstat opomenuta ani náplň volného času, i když dle některých autorů (např. Tuček 2000, In: Vágnerová, 2007) v porovnání s významem rodiny a zaměstnání jeho hodnota v tomto životním období klesá. Langmeier, Krejčířová naopak činností ve volném čase přikládají velký osobnostní význam. Dostatečný prostor pro setkávání s přáteli, pro zábavu a vlastní zájmy, pro odpočinek (ať už jde o jeho aktivní či pasivní formu) nebo pro rozvíjení svého talentu či další sebevzdělávání, je pro mnoho lidí nezbytným předpokladem jejich psychické pohody. (Langmeier, Krejčířová, 1998) Každý člověk v této fázi života touží po emočním přijetí, po stabilním vztahu plném důvěry, jež pro něj bude představovat nejen citové zázemí a bezpečí, ale také perspektivu budoucího manželství a rodiny. Proto bývá časná dospělost nazývána fází intimity. Další označení, fáze generativity, je spojeno s potřebou pracovních výsledků či zplození potomstva, tedy s nějakou tvůrčí činností. (Vágnerová, 2007) Vzhledem k tomu, že si je člověk v tomto věku již plně vědom svých možností a schopností, bývá jeho jednání oproti předchozím obdobím uvážlivější a střízlivější. Také rady a doporučení rodičů pozbývají na váze, mladý dospělý se tak může rozhodovat sám za sebe a přijmout s tím i odpovědnost za svá rozhodnutí. (Finková, Ludíková, 2013) Někdy ale, z důvodu své nezkušenosti, reagují mladí dospělí spíše zkratkovitě a nad důsledky svého chování příliš nepřemýšlejí. Faktor získané zkušenosti či učení hraje právě v této životní fázi, na rozdíl od biologického zrání, zásadní roli a má velký vliv na rozvoj myšlení i všech složek lidské psychiky. Zkušenost s dospělými vzory z období dětství pak významným způsobem ovlivňuje vnímání vlastní dospělosti.

(Vágnerová, 2007) Říčan (2004) spatřuje nejdůležitější vývojový úkol tohoto období v „dosažení následujících znaků dospělosti: vykonávání produktivní práce (případně další studium), podávání dobrého pracovního výkonu bez výkyvů, schopnost spolupráce, samostatné hospodaření, vyspělé jednání vůči nadřízeným a kolegům, vytvoření realistických plánů do budoucna (s přihlédnutím k osobním sklonům), navázání přátelských a partnerských vztahů, samostatné bydlení (...), cílevědomé rozšiřování orientace v okolí a aktivní péče o blaho rodiny, širšího okolí.“ (Říčan, In: Valenta, Müller et al., 2013, s. 203) Pokud není jedinec schopen tento úkol naplnit, může u něj dojít až k deprivaci. Vágnerová (2007), která vývojovou fázi mladé dospělosti vymezuje od 20 do 40 let (tedy jako výrazně delší etapu, než jak ji specifikují jiní autoři) se zmiňuje také o tzv. období prvního bilancování, jehož projevy se začínají objevovat zhruba po 30. roce života. Člověk během této doby hodnotí svůj dosavadní život a míru naplnění dosažených rolí. Skrze toto bilancování si dotyčný mnohdy uvědomí potřebu změny (ať už partnera, zaměstnání či bydliště). Během 30. let se člověk zaměřuje spíše na dlouhodobější cíle, a to ne pouze v rámci své rodiny, ale také širšího okolí. V tomto věku dochází zároveň ke stabilizaci zodpovědnosti, což se může projevit např. potlačením osobních potřeb ve prospěch investice do trvalejších hodnot. Tím dochází k seberealizaci jedince, tedy k naplnění podstatného prvku života této vývojové etapy. (Vágnerová, 2007)

V období rané dospělosti dochází také ke **změně myšlení**. Ze začátku může ještě převládat myšlení abstraktní, kde se předpokládá jediné správné řešení. Postupně se však myšlení stává integrovanější, člověk si stále více uvědomuje, že na různé životní situace nelze nahlížet pouze z jednoho úhlu pohledu, a tudíž ani jejich způsoby řešení nemohou být jednoznačné. Mnozí autoři (např. Sternberg (2002), Berger a Thompson (1998)) hovoří o postformálním myšlení, tzn., že dotyčný „bere v úvahu různé aspekty problému, jeho mnohoznačnost i celkový kontext.“ (Vágnerová, 2007, s. 19) Dospělý člověk si dokáže klást otázky, bývá sebekritičtější, sebejistější a vyrovnanější, umí pracovat s protiklady i nejednoznačností problému. Oproti předchozím vývojovým etapám je také schopen vnímat limity svého uvažování, přijmout názor někoho jiného, a přistoupit na kompromis. Také striktní členění situací na dobré a špatné je již překonáno (kontextuální dualismus tedy přechází v komplexní kontextuální relativismus). Uvažování mladého dospělého bývá komplexnější a flexibilnější, jedinec se neorientuje pouze na přítomnost, ale přemýšlí o důsledcích svého rozhodnutí i v rámci budoucnosti. Rozvíjí se také praktická inteligence neboli pragmatické uvažování, kdy dotyčný uplatňuje své schopnosti v konkrétních situacích každodenního života. (Vágnerová, 2007)

Emoční prožívání je oproti adolescenci již značně stabilnější, zvýšená precitlivělost spojená s labilitou se obvykle objevuje pouze u těhotných žen a matek v šestinedělí. Své city, ať už pozitivní nebo negativní, projevuje mladý dospělý většinou se zřejmou jednoznačností a výraznou intenzitou, teprve v průběhu dalších let dochází k jejich komplexnosti a nejednoznačnosti. Ne před každým je ale dáva najevo. Díky lepší schopnosti emoční regulace si tak dotyčný chrání své soukromí. Přílišná zdrženlivost v projevech vnitřního prožívání se ale může negativně promítnout ve vzájemné komunikační bariéře mezi blízkými osobami. Více než na harmonizaci a optimalizaci emocionality je v tomto období kladen důraz na rozvoj její poznávací složky. To však souvisí s ochotou k otevřenosti vůči novým podnětům a situacím, které ale nutně nemusí vést k aktuálnímu uspokojení či osobní pohodě. Mladý dospělý člověk se tak mnohokrát setkává i s negativními prožitky, jež se učí zvládat a zpracovávat. Často pak vyhledává podporu blízké osoby, jejíž názor nabízí objektivnější posouzení vlastních emocí. Co se míry emocionality a empatie týče, většinou se udává, že se tyto vlastnosti výrazněji projevují u žen, muži však bývají mnohokrát stejně citliví jako jejich protějšky, jenom to hůře přiznávají. Svědčí to však o odlišnostech v prožívání emocí obou pohlaví, což je dáno primárně hormonálními rozdíly. (Vágnerová, 2007)

První období střední dospělosti bývá většinou klidné, dochází k dalšímu upevnování osobní identity včetně odpoutávání se od dřívějších „rádců“ a k naplňování životních cílů. Kromě práce, kde jedinec dosahuje vrcholu své produktivity, se člověk v těchto letech věnuje především manželovi/manželce a svým dětem. Právě odpovědnost za rodinu a výchovu dětí bývá pro tuto vývojovou etapu typická. Pro mnohé je také manželství a rodina nejdůležitější životní náplní. Ke konci tohoto období se ale poměrně často můžeme setkat i s tzv. krizí středního věku. Ta může souviset s nespokojeností nad dosaženými výsledky v zaměstnání či dokonce se syndromem vyhoření, s problémy v manželství nebo také s blížícím se odchodem dětí z domova. Výjimkou nejsou ani úvahy o vlastní smrtelnosti. Ve **druhém období střední dospělosti** bývá člověk opět naplněn energií a chutí do života, dochází k nové integraci jeho osobnosti i k upevnění manželství. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Závěrečná etapa dospělosti, tedy **pozdní dospělost**, se vyznačuje především koncem profesní činnosti a odchodem do důchodu. Objevují se první známky poklesu výkonnosti, které úzce souvisí s úbytkem fyzických sil, člověk se častěji než dříve musí potýkat také s různými nemocemi a chorobami. Změny se projevují i v hormonální oblasti, což je patrné zejména u žen, neboť právě v tomto období procházejí menopauzou. Jednoduché není ani přijetí odchodu dětí z domova. Tento stav, kdy se především matky cítí být nepotřebné, bývá nazýván syndromem „prázdného hnízda“. Často se tato životní fáze označuje za dobu

nejzákladnějších krizí, jiní autoři (např. Brim) mluví naopak o „zlatém období“, kdy si rodiče, po odchodu dětí z domova, znovu užívají volného času a kdy řeší méně starostí. Nejvýstižněji však můžeme pozdní dospělost charakterizovat jako období bilancování. Člověk se začíná kriticky zaobírat výsledky dosavadního života, hodnotí správnost volby povolání i životního partnera, zkoumá naplnění svých cílů, pokouší se napravit dřívější chyby a omyly. Mnohdy právě nemožnost uskutečnění nápravy či nenaplnění životních představ a cílů může vést k oněm výše zmíněným krizím. (Langmeier, Krejčířová, 1998)

Člověk by se měl vzdělávat v průběhu celého života. V dospělosti má však proces učení svá specifika. *„V učení při porovnání s dětmi potřebuje mít dospělý větší naději na úspěch, nerad podstupuje větší riziko a zřídka je ochoten soutěžit jen pro potřebu výzkumníka; pokud je zahrnut faktor rychlosti, může mít značný vliv na zkreslení výkonu.“* (Hartl, Hartlová, 2000, s. 120)

1. 2. 1 Sociální role v dospělosti

Mezi základní role, jejichž zvládnutí neodmyslitelně patří ke statusu dospělosti, řadíme roli profesní, partnerskou a rodičovskou.

V rámci profesní role hraje velkou úlohu spokojenost v zaměstnání. Ta výrazným způsobem koreluje s následujícími faktory: výše platu, druh a charakter práce, možnost pracovního/kariérního postupu, podmínky pracovního prostředí a pracovní kolektiv. Problémy se však mohou vyskytnout již ve výběrovém řízení. Uchazeči o práci se totiž poměrně často setkávají s diskriminací na základě jejich věku, tedy ageizmem. Tímto fenoménem jsou nejvíce ohroženi absolventi, ale také osoby nad čtyřicet pět let. (Farková, 2009)

Co se výběru partnera týče, můžeme konstatovat, že se obecně lidé řídí těmito aspekty: *„společná příslušnost k určité sociální skupině či vrstvě – pak pocity spřízněnosti a blízkosti, tlak nesouhlasu, pokud hledáme někoho mimo vlastní skupinu či vrstvu, představy o ideálním partnerovi, psychologická podoba partnera s jedním z rodičů, homogamie, tedy tendence k výběru ve stylu: „Vrána k vráně sedá, rovný rovného si hledá.“, tendence výběru podle charakteru prostoru pro společná setkání – homogamie dle sociálně ekologických faktorů.“* (Farková, 2009, s. 45) Dále hrají důležitou roli také tzv. atributy partnerské intimity. Mezi ně řadíme něhu, sebeotevření, důvěru bez výhrad, úctu a respekt, pravdivost poznání, pravdivost v emocích, humor, budoucnost, objevování a výlučnost. (Farková, 2009)

Rozhodnutí se pro naplnění rodičovské role nebývá vždy jednoduché. Mnohokrát jsou partneři konfrontováni s nepříznivou ekonomickou situací nebo jsou příliš zaujatí svou kariérou. Následující výčet pak shrnuje faktory, jež ovlivňují porodnost. Patří sem: demografické faktory (věk ženy při prvním porodu, počet žen v plodném období v dané populaci), populační klima (společnost s orientací na tržní princip má většinou problémy v oblasti sociální demografické reprodukce), vzdělání ženy (ženy, které absolvovaly vysokou školu (VŠ) mívají nižší průměrný počet dětí), tradiční role (pracovní povinnosti x role ženy v domácnosti), ekonomické faktory (pokles životní úrovně páru/rodiny po narození potomka) a kulturní faktory (postoje, hodnoty, normy, náboženství, výchova). (Farková, 2009)

2 Osoba se zdravotním postižením

Pro přesnější uchopení této problematiky uvádíme na úvod terminologické vymezení pojmů zdravotní postižení, disability či handicap/hendikep.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF; International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) pojímá termín disability jako naprosto stěžejní. Definuje ji jako „*snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“ (WHO. MKF, 2001, s. 9) Postižení dle této klasifikace „*označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní).*“ (WHO. MKF, 2001, s. 221) Tento pojem je chápán jako zastřešující výraz pro poruchy¹, hranice aktivit² a omezení participace³. Poslední zmiňovaný výraz nahrazuje termín „handicap“ používaný v Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů (MKPDH; International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH) z roku 1980, kterou MKF reviduje.

Přesto, že je termín handicap z MKF již vyjmut, v odborné literatuře i v běžném společenském styku se s ním stále setkáváme, proto jej zde také uvádíme. Vágnerová (2012) pod tímto pojmem rozumí „*psychosociální kategorii, která označuje míru zatížení daného nejen biologicky.*“ (Vágnerová, 2012, s. 161) Zdravotní postižení pak pojímá „*jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení, či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí.*“ (Vágnerová, 2012, s. 161) Tato autorka dále uvádí, že kterékoli zdravotní postižení se promítá nejen v narušení dané funkce, ale také v celkovém rozvoji osobnosti. To se odráží i do sociální situace jedince a jeho společenského postavení. Míra znevýhodnění je rovněž dána subjektivními faktory jako je sociální pozice či míra frustrační tolerance a odhodlání složitou životní situaci zvládnout.

¹ „*Porucha (impairment) je ztráta nebo abnormalita tělesné struktury nebo fyziologické funkce (včetně funkcí mentálních). Abnormalita je zde striktně chápána jako signifikantní odchylka od statisticky stanovených norem (tj. jako odchylka od střední hodnoty statisticky stanovených norem dané populace) a může být používána jen v tomto smyslu.*“ (WHO. MKF, 2001, s. 221)

² „*Hranice aktivit (activity limitation) jsou obtíže jedince, které může mít, když provádí nějaké aktivity. Hranice aktivity mohou být od lehké až po těžkou odchylku v pojmech kvality nebo kvantity při vykonávání aktivity způsobem nebo v rozsahu, který se očekává u lidí bez zdravotního problému.*“ (WHO. MKF, 2001, s. 221)

³ „*Omezení participace (restrictions) jsou problémy, které člověk může prožívat, když se zapojuje do životních situací. Přítomnost omezené participace je určována srovnáním participace jedince s tím, co se očekává od jedince bez překážek v téže kultuře nebo společnosti.*“ (WHO. MKF, 2001, s. 221)

Vymezení pojmů „zdravotní postižení“ a „handicap“ najdeme např. také v Defektologickém slovníku. Zde se udává, že zdravotní postižení „*se používá jako shrnující označení pro všechny vady či poruchy, defekty⁴ či anomálie⁵.*“ (Edelsberg et al., 2000, s. 272) Výraz handicap/hendikep (z anglického *hand in cap* = ruka v klobouku) pak v přeneseném slova smyslu vyjadřuje „*znevýhodnění, které výrazně ztěžuje výkon nebo plnění nějakého významného úkolu pro jedince, ztěžuje soutěžení s vrstevníky, dosažení běžných životních cílů, určitého zaměstnání apod.*“ (Edelsberg et al., 2000, s. 114)

Pro komplexnost terminologického vymezení uvádíme rovněž legislativní náhled na „zdravotní postižení“. Např. pro účely tzv. antidiskriminačního zákona se tímto pojmem rozumí „*tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.*“ (Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů – Zákon č. 198/2009 Sb., § 5)

Na osobu se zdravotním postižením lze tedy nahlížet z různých úhlů pohledu. Např. jenom v oblasti legislativy je toto či obdobné označení mnohokrát uváděno za různými účely podle zaměření daných dokumentů. Na mezinárodní úrovni je jedním ze stěžejních Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Ta byla přijata Valným shromážděním OSN (Organizace spojených národů; United Nations – UN) koncem roku 2006, v platnost pak vstoupila v květnu 2008. V České republice (ČR) tato Úmluva nabyla platnosti v říjnu 2009. Ač se v tomto dokumentu nesetkáme přímo s definicí zdravotního postižení či osob se zdravotním postižením, můžeme z článku 1 vyčíst, že „*osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“ (OSN. ÚPOZP, 2006, s. 3)

Zákon o zaměstnanosti definuje osoby se zdravotním postižením jako „*fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (osoba s těžším zdravotním postižením), invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo zdravotně znevýhodněnými.*“ (Zákon o zaměstnanosti – Zákon č. 435/2004 Sb., § 67) Toto vymezení

⁴ „Defekt (z latinského *defektus* = úbytek, vada, nedostatek, porucha) lze chápat jako vadu, chybění, ztrátu, nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích.“ (Sovák, 1983, In: Renotírová et al., 2003, s. 18)

⁵ „Anomálie (z řeckého *a* = zápor, *nomos* = pravidlo, zákon) je chápána jako relativně trvalá negativní odchylka od normy v oblasti somatické, psychické nebo v jejich kombinaci, ale není považována za patologický stav“ (Renotírová et al., 2003, s. 19)

vychází ze Zákona o důchodovém pojištění. Zde se v § 39 dočteme, že „*Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti⁶ nejméně o 35%. Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla* a) *nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně,* b) *nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu druhého stupně,* c) *nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně.*“ (Zákon o důchodovém pojištění – Zákon č. 155/1995 Sb., § 39)

Dle Zákona o sociálních službách pak nemluvíme o osobě se zdravotním postižením, ale o osobě závislé na pomoci jiné fyzické osoby. (Zákon o sociálních službách – Zákon č. 108/2006)

V rámci celkového pojetí pak můžeme uvést, že „*lidé se zdravotním postižením tvoří vnitřně silně diferencovanou skupinu obecně však definovanou existencí znaku, přítomností postižení, které vlivem nedostatků ve společenském prostředí může způsobovat složité handicap.*“ (Krhutová et al., 2005, s. 22)

Do této široce pojaté kategorie můžeme zařadit osoby s mentálním postižením (mezi něž patří také osoby s pervazivní vývojovou poruchou či s duševní nemocí), osoby s omezením hybnosti, osoby se smyslovým postižením (tedy zrakovým či sluchovým), dále pak osoby s narušením komunikační schopnosti, s poruchami chování, se specifickými vývojovými poruchami učení a osoby s kombinovaným postižením. Někteří autoři (např. Krhutová et al.) mezi osoby se zdravotním postižením řadí také nemocné civilizačními chorobami jako je diabetes, epilepsie či psoriáza (lupenka). Jedná se totiž o početně silně zastoupenou, a tudíž nezanedbatelnou skupinu občanů. Speciální péče by měla být věnována také pečujícím osobám a rodinám těchto lidí, neboť (i když samy postiženy nejsou) se jich zdravotní postižení a jeho důsledky přímo dotýká.

V této práci se však úžeji zaměříme pouze na kategorii osob se zrakovým postižením.

⁶ „*Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.*“ (Zákon o důchodovém pojištění – Zákon č. 155/1995 Sb., § 39)

3 Osoba se zrakovým postižením

Na začátku této kapitoly považujeme za důležité blíže specifikovat pojmy zrak, zraková vada a zrakové postižení.

Zrak je jeden z pěti lidských smyslů, obecně je považován za nejdůležitější, protože přináší do mozku zhruba 75–80% (někteří autoři (např. Valenta, Müller et al., 2013) udávají až 90%) smyslových vjemů. Jedná se o dálkový analyzátor, který zprostředkovává maximum informací v minimálním časovém úseku. (Stejskalová, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009) Špačková definuje zrak jako „*schopnost vnímat světlo, barvy, tvary, kontrast, hloubku, adaptovat se na světlo a tmou.*“ (Špačková et al., 2012, s. 31) Obdobně vymezuje Ludíková pojem vidění, které nám zrak umožňuje; vidění je „*schopnost rozlišovat zejména světlo, tmou, barvy, tvary, rozměry, polohy a pohyby předmětů, trojrozměrnost, hloubku prostoru.*“ (Ludíková, In: Valenta et al., 2003, s. 179) Jestliže dojde ke snížení funkčnosti zrakového analyzátoru, přebírá jeho úlohu sluch a následně pak hmat.

Termín zraková vada definuje hned několik autorů. Flenerová uvádí, že „*vada zraku je ve smyslu speciální pedagogiky defekt, který se projevuje nevyvinutím, snížením nebo ztrátou výkonnosti zrakového analyzátoru⁷ a tím poruchou zrakového vnímání, orientace v prostoru, pracovních činností závislých na výkonnosti zraku a narušením vytváření sociálních vztahů.*“ (Flenerová, 1982, s. 8) Jako „*nedostatky zrakové percepce různé etiologie a rozsahu*“ vymezuje tento pojem Květoňová-Švecová (Květoňová-Švecová, 2000, s. 18) Dále pak tato autorka specifikuje 5 skupin poruch zraku a to: ztrátu zrakové ostrosti, postižení šíře zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracováním zrakových informací a poruchy barvocitu. (Květoňová-Švecová, 2000) Definici zrakové vady předkládá také Jesenský jako „*ztrátu nebo poškození anatomické stavby zrakového analyzátoru a poruchu v jeho funkcích.*“ (Jesenský, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009, s. 10) Obdobně se o tomto termínu zmiňuje také Ludíková. Dle ní je zraková vada „*ztráta, poškození nebo omezení zrakového orgánu.*“ (Ludíková, In: Valenta et al., 2003, s. 179)

„*Zrakové postižení lze definovat jako absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání.*“ (Ludíková, In: Renotírová et al., 2003, s. 186) Vzhledem k tomu, že zrak velmi významně a téměř nezastupitelně ovlivňuje utváření našich představ o světě i rozvoj kognitivních funkcí jako jsou pozornost, paměť, myšlení či řeč, ovlivňuje zrakové postižení celou osobnost jedince, včetně jeho psychického vývoje nebo emocionálně volní oblasti.

⁷ „*Zrakový analyzátor je tvořen oční koulí, přídatnými očními orgány, zrakovou dráhou a zrakovými centry v mozku.*“ (Špačková et al., 2012, s. 11)

(Ludíková, In: Valenta et al., 2003) Množství vizuálních podnětů z důvodu zrakového postižení bývá často nedostatečné nebo dokonce nulové, což může vést k senzoricke deprivaci, a tím i k omezení rozvoje poznávacího procesu. (Ludíková, In: Renotierová et al., 2003)

Problémy se zrakovým vnímáním má v naší společnosti spousta lidí, většinou se však jedná pouze o refrakční vady, které se dají dobře vykorigovat dioptrickými brýlemi, popřípadě chirurgickým zákrokem či medikamentózní léčbou. Tyto jedince tedy nelze považovat za osoby se zrakovým postižením, jelikož jim jejich zraková vada nezpůsobuje vážnější problémy v oblasti sebeobsluhy, v prostorové orientaci, v sociální oblasti, v rámci pracovního uplatnění apod.

O osobě se zrakovým postižením můžeme dle Ludíkové mluvit až v takovém případě, kdy jedinec *„trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci je zrakové vnímání narušeno do té míry, že mu činí potíže v běžném životě.“* (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 37) Další definici uvádí např. Flenerová: *„Osoby zrakově postižené jako kategorie osob vyžadujících zvláštní péči jsou z hlediska speciální pedagogiky děti, mladiství a dospělí, jejichž defekt spočívá v poruše zrakového analyzátoru a to v takovém rozsahu, že dochází k postižení zrakového vnímání v důsledku vady zraku.“* (Flenerová, 1982, s. 10) Většina lidí si pod tímto pojmem představí člověka nevidomého, který bývá spojován s nápadnými znaky, jako je bílá hůl nebo vodící pes. Dle medicínského ale i speciálněpedagogického hlediska však mezi osoby se zrakovým postižením řadíme už i ty jedince, kteří mají zrakovou ostrost (neboli vizus) horší než 6/18.

Co se týče počtu osob se zrakovým postižením, neexistují žádné přesné statistické údaje, můžeme vycházet pouze z odhadů. Např. britská organizace RNIB (Royal National Institute of Blind) uvádí, že podíl těchto osob by mohl být zhruba 1,5–2% obyvatel dané země. V rámci naší republiky by se tak jednalo přibližně o 150 000 lidí. (Finková, 2011) Dle Řehořové se počty osob s těžkým zrakovým postižením na území našeho státu pohybují mezi 60–100 000, z čehož je asi 7–12 000 jedinců nevidomých. Řehořová dále v odkazu na údaje Světové zdravotnické organizace (SZO; World Health Organization – WHO) udává, že ve světě žije přibližně 180 milionů lidí se zrakovým postižením, přičemž asi 45 milionů z nich je nevidomých a 135 milionů s těžkým zrakovým postižením. (Řehořová, In: Rozsival et al., 2006) Z poněkud odlišných odhadů WHO vychází ve své publikaci Kuchynka et al. Ten uvádí, že celkový počet osob se zrakovým postižením se v celosvětovém měřítku pohybuje okolo 161 milionů, z toho 37 milionů je osob s nevidomostí a 124 milionů osob se slabozrakostí, přičemž tyto údaje nezahrnují osoby s refrakčními vadami. Obecně

lze však říci, že větší procento v této kategorii osob zaujímají ženy, a že riziko oslepnutí narůstá s věkem (až 82% nevidomých osob je starších 50 let). Mnohem ohroženější jsou také lidé žijící v rozvojových zemích světa (oproti ekonomicky vyspělým státům je zde četnost zrakového postižení 5–10krát vyšší). (Řehořová, In: Rozsival et al., 2006) Vzhledem k aktuálním celosvětovým tendencím nárůstu populace (zvláště pak v zemích tzv. třetího světa) a stále se zvyšujícího věku lidí lze předpokládat, že také osob se zrakovým postižením bude markantně přibývat. (Kuchynka et al., 2007)

3. 1 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Obdobně jako je nejednotnost v terminologických aspektech vědního oboru speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením, není a nemůže být jednotný ani systém klasifikace těchto osob. Jedná se totiž o různé pohledy několika vědních disciplín s odlišným zaměřením i rozdílným účelem klasifikování. Vzájemně se však jednotlivé klasifikace o sebe opírají, prolínají se a doplňují.

Jako první uvádíme **klasifikaci z pohledu medicínského**. WHO v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10) vymezuje kategorii „Nemoci oka a očních andex“ pod kódy H00 – H59. V rámci označení H54 Poškození zraku včetně slepoty (binokulární nebo monokulární) se objevuje klasifikace závažnosti zrakových vad, která vychází ze závěrů Mezinárodního shromáždění oftalmologů (2002) a z doporučení SZO porady pro „Vývoj standardů pro charakteristiku ztráty zraku a zrakových funkcí“ (2003). Pokud je zraková ostrost lepší než 6/18, jedná se o mírnou nebo žádnou zrakovou vadu (kategorie 0), jestliže je zraková ostrost v rozmezí 6/18 až 6/60, můžeme mluvit o středně těžké zrakové vadě (kategorie 1). Těžkou zrakovou vadu (kategorie 2) nám vymezuje vizus 6/60 a 3/60. Následující kategorie již MKN – 10 nazývá slepotou: do kategorie 3 patří jedinci s vizem 3/60–1/60 (nebo počítání prstů na vzdálenost 1 metru), řadíme sem také osoby, jejichž zorné pole je menší než 10° kolem centrální fixace. Kategorie 4 zahrnuje osoby se zrakovou ostroostí 1/60 až po vnímání světla, do kategorie 5 pak spadají ti, kteří již žádné světlo nevnímají. (WHO. MKN – 10)

Z oftalmologických poznatků čerpá mimo jiné např. i Dotřelová (In: Kraus et al.) Ta, stejně jako další autoři lékařské literatury (např. Kuchynka (2000), Hycl, Valešová (2003)) vychází z úrovně zrakové ostroosti a ze stavu zorného pole. Na základě těchto aspektů následně vymezuje stěžejní stupně zrakového postižení, tedy slabozrakost a nevidomost.

„Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně – a těžkou – pod 6/60 do 3/60 včetně.“ (Dotřelová, In: Kraus et al., 1997, s. 317) Nevidomost je pak v jejím pojetí chápána jako „ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.“ (Dotřelová, In: Kraus et al., 1997, s. 317) Také tento stupeň zrakového postižení blíže diferencuje, a to na nevidomost praktickou, skutečnou a na plnou slepotu. Nevidomost praktická je charakterizována jako pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60–1/60 včetně, binokulární zorné pole je menší než 10°, ale větší než 5° kolem centrální fixace. Skutečnou nevidomost definuje autorka jako pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit, binokulární zorné pole 5° a méně i bez porušení centrální fixace. Plná slepota je potom světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu. (Dotřelová, In: Kraus et al., 1997) Tato autorka vymezuje také obecný pojem ztráta zraku: „Z hlediska sociálně-zdravotnického je pokles centrální zrakové ostrosti pod 6/18 na lepším oku s optimální korekcí hodnocen jako ztráta zraku.“ (Dotřelová, In: Kraus et al., 1997, s. 317)

Pro účely této práce považujeme za důležité zmínit rovněž **klasifikaci dle posudkového lékařství**. Ta „je využívána pro posouzení míry poklesu schopnosti soustavné vředělečné činnosti. Stanovuje se podle dosažené zrakové ostrosti s korekcí do blízka i do dálky, zorného pole a případných potíží s přihlédnutím k intelektovým schopnostem a postižení sluchu.“ Tato kategorizace vychází z vyhlášky 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění. V rámci posudkového lékařství rozlišujeme:

- *střední slabozrakost*: zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 6/18–6/60,
- *silná slabozrakost*: 6/60–3/60,
- *těžce slabý zrak*: 3/60–1/60, či zúžení zorného pole obou očí pod 20°, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45°,
- *praktická nevidomost*: 1/60 až světlocit, nebo omezení zorného pole do 5° kolem centrální fixace,
- *úplná nevidomost*: ztráta zraku se zachováním světlocitu s chybnou světelnou projekcí až naprostá ztráta světlocitu,
- *vady zorného pole*: například defekty zorného pole sektorové, omezení zorného pole pod 45°, oboustranné centrální skotomy,
- *ztráta jednoho oka*: úrazová nebo jiná etiologie, nebo ztráta vidění na jednom oku,
- *obrna horního víčka*: s úplným uzávěrem oční štěrbin, nebo například lagophtalmus atd.,
- *obrny očních svalů na jednom oku*: kdy oko je vyloučeno z vidění,

- *jiné poruchy vidění*: například ztráta binokulárního vidění, trvalá diplopie,
- *jiné poruchy a nemoci oka*: například vleklé nebo ustálené formy částečně poškozující funkci oka, ať jsou jednostranné či oboustranné,
- *stavy po nitroočních operacích, stavy po implantaci čočky,*
- *nádory oka.*

V rámci **speciálněpedagogické klasifikace** vymezujeme čtyři základní skupiny osob se zrakovým postižením, a to osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění.

„Osoby nevidomé jsou chápány 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, In: Renotiérová et al., 2003, s. 191) Právě kategorie osob nevidomých je pro účely této práce stěžejní, její bližší specifikaci se budeme zabývat dále.

Kategorie **osob se zbytky zraku** bývá uváděna pouze ve speciálněpedagogických textech a to především z praktického hlediska, neboť právě tyto osoby potřebují intenzivní speciálněpedagogickou intervenci. Postupem času u nich totiž může docházet k progresi zrakové vady, je tedy vhodné, aby se již ve školním věku učili číst a psát pomocí dvojmetody (černotisk i Braillovo písmo), při výuce prostorové orientace a samostatného pohybu by pak neměl chybět nácvik chůze s bílou holí. V rámci vědního oboru speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením je *„skupina osob se zbytky zraku brána jako mezní skupina mezi těžce slabozrakými a prakticky nevidomými osobami. Číselně lze zbytky zraku vymezit z hlediska zrakové ostrosti 3/60–0,5/60.“* (Finková, 2011, s. 20)

Další velkou skupinou jsou **osoby slabozraké**. Dle Ludíkové *„kategorie osob slabozrakých představuje skupinu dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání na stupni slabozrakosti.“* (Ludíková, In: Renotiérová et al., 2003, s. 192) Tyto jedince můžeme podle stupně postižení dále rozdělit na lehce, středně a těžce slabozraké.

Do poslední a patrně nejpočetnější skupiny v rámci speciálněpedagogické kategorizace řadíme **osoby s poruchami binokulárního vidění**.

Termín binokulární vidění (BV) specifikuje např. Špačková: *„Binokulární vidění je schopnost vidět oběma očima najednou, tedy z pozorovaného obrazu každého oka vytvořit jeden smyslový vjem.“* (Špačková et al., 2012, s. 37) Tento druh vidění se vyvíjí již od 3. měsíce života dítěte, kdy se objevuje reflex konvergence (sbíhavost) a divergence

(rozbíhavost), dále se pak vytváří akomodace⁸. Schopnost fúze neboli splynutí vzniká až kolem 1. roku života. Rozvoj binokulárního vidění, během nějž charakterizujeme vývojová stadia simultánního vidění, fúze a stereopse (tedy prostorové vidění), souvisí s dozráváním sítnice a její žluté skvrny (makuly) a bývá ukončen zhruba mezi 5. a 6. rokem života. Aby však mohlo dojít k jeho správnému vytvoření, je potřeba dobré funkčnosti a vzájemné spolupráce těchto tří složek: optické, motorické a senzorycké. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007; Špačková et al., 2012)

Z uvedeného vyplývá, že poruchy binokulárního vidění se projevují jako poruchy, při nichž nedochází k vytvoření dvou rovnocenných obrazů na stejných místech sítnic obou očí, nemůže tudíž vzniknout prostorový vjem a člověk tak pozbývá schopnosti hloubkového neboli stereoskopického vidění. Vzhledem k tomu, že se však jedná o funkční poruchy, lze při včasné diagnostice, optimální léčbě (medikamentózní, chirurgické nebo pleopticko-ortoptické) a při důsledné spolupráci rodiny s odborníky zamezit dalšímu rozvoji těchto vad nebo je dokonce odstranit. (Ludíková, In: Renotierová et al., 2003) Toto je však možné pouze zhruba do 7–8 let věku dítěte. (Finková, 2011)

Mezi poruchy binokulárního vidění řadíme amblyopii a strabismus. Palečková (In: Kraus et al.) uvádí, že „*rovnovážné postavení očí a jejich dokonalá pohybová souhra jsou předpokladem binokulárního vidění. Porucha vzájemné spolupráce očí (svalová i senzorycká) se nazývá strabismem neboli heterotropií.*“ (Palečková, In: Kraus et al., 1997, s. 271) Dále udává, že amblyopií se rozumí „*abnormální vývoj vidění, které je klinicky definováno jako snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek oční nemoci.*“ (Palečková, In: Kraus et al. 1997, s. 273) Květoňová-Švecová vymezuje tyto poruchy následovně: „*Amblyopie (tupožrakost) je funkční porucha, kterou představuje snížení zrakové ostrosti různého stupně při normálním anatomickém nálezů na oku. V důsledku toho vzniká na sítnici jednoho oka ostřejší obraz vnímaného předmětu než na sítnici oka druhého. Tím je narušeno binokulární vidění.*“ „*Strabismus je stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v témže bodě.*“ (Květoňová-Švecová, 2000, s. 49, 50) Další definiční vymezení těchto pojmů předkládá např. Flenerová. Dle ní je amblyopie „*ve smyslu speciální pedagogiky funkční vada zraku, která se projevuje snížením zrakové ostrosti obvykle jednoho oka v důsledku útlumu zrakového vnímání.*“ a strabismus „*je ve smyslu speciální pedagogiky vada zraku, která se projevuje poruchou rovnovážného postavení očí a tím poruchou při zrakovém vnímání.*“ (Flenerová, 1982, s. 8, 9)

⁸ „*Akomodace je schopnost oka zaostřit na různě vzdálené předměty pomocí změny zakřivení lomivých ploch oční čočky.*“ (Špačková et al., 2012, s. 37)

Původ těchto pojmů pochází z řečtiny: amblyopie – *amblyos* = tupý, *opópe* = zrak; strabismus – *strabos* = šilhavý, *strabidzein* = šilhati (místo strabismu se můžeme setkat také s termínem heterotropie – *heteros* = jiný, *teropein* = zahýbati). Obě tyto poruchy můžeme dále dělit na několik druhů, podrobné členění najdeme převážně v lékařské literatuře (např. Kraus et al., 1997), pro účely této práce však uvádíme pouze stručné vymezení. Např. Špačková člení amblyopii na kongenitální neboli vrozenou, na anizotropickou (u velkého refrakčního rozdílu očí), na ametropickou (při vyšší hypermetropii či astigmatismu), na amblyopii při vyřazení funkce oka a při strabismu. (Špačková et al., 2012) Strabismus samotný pak můžeme rozdělit podle několika hledisek: dle úhlu šilhání na konkomitující (souběžný, tzn., že úchylka šilhajícího oka je ve všech pohledových směrech stejná) či inkonkomitující (jinak nazývaný též paralytický, vzniká narušením funkce některého okohybného svalu nebo jeho nervu, odchylka je odlišná), dle směru šilhání na exotropický, esotropický, hypertropický a hypotropický, dle preference fixace na monokulární nebo alternující, dle četnosti na konstantní či periodický a konečně dle zjevnosti na manifestní a latentní. (Edelsberger, 2000; Finková, 2011; Špačková et al., 2012)

Z výše uvedených faktorů tedy vyplývá, že „*osobami s poruchami binokulárního vidění je označována kategorie dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání narušeno na základě funkční poruchy.*“ (Ludíková, In: Renotiérová et al., 2003, s. 194)

Mezi další kritéria klasifikace osob se zrakovým postižením, která jsou důležitá z hlediska speciálněpedagogické praxe patří doba vzniku (zrakové postižení může být vrozené nebo získané), dále etiologie (ta nám udává, zda se jedná o vadu funkční nebo orgánovou) a délka trvání zrakového postižení (můžeme mluvit o postižení akutním (krátkodobém), chronickém (dlouhodobém) a recidivujícím neboli opakujícím se). (Ludíková, In: Renotiérová et al., 2003)

Dále se můžeme setkat s **klasifikací školskou**, která vychází ze zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání nebo s **klasifikací pro účely sportu**. Tu mohou provádět pouze oční lékaři, tzv. klasifikátoři pověřeni Českým svazem zrakově postižených sportovců (ČSZPS).

V oblasti klasifikací jsem se blíže zaměřila na klasifikaci speciálněpedagogickou. Ta specifikuje jednotlivé kategorie osob se zrakovým postižením a nabízí prostor pro jejich další uchopení včetně možností práce s těmito lidmi, což v rámci své diplomové práce považuji za důležité.

3. 2 Etiologie a důsledky zrakového postižení

Příčiny zrakového postižení mohou být různé, liší se podle zasažené oblasti zrakového ústrojí, ale také podle sociálně-ekonomického statusu dané země. Za základní etiologické kritérium však bývá považována doba vzniku postižení či vady. Z tohoto pohledu rozlišujeme postižení vrozené či získané (můžeme se však setkat také s členěním na prenatální, perinatální a postnatální postižení). Mezi **vrozené příčiny** zrakového postižení řadíme dědičnost (ta může způsobovat např. hemeralopii, Usherův syndrom aj.), infekční nemoci matky v době gravidity (jako toxoplasmóza, rubeola apod.), pohlavní choroby (syfilis, AIDS), toxické vlivy jako drogy či nadměrné užívání alkoholu, dále se může jednat např. o radioaktivitu, rentgenové záření, mechanické poškození plodu, záněty dělohy atd. (Lopúchová, 2008, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009) Opomenout nesmíme ani předčasně narozené děti (zvláště ty, které přijdou na svět před 32. gestačním týdnem a s porodní váhou menší než 1 500 g), jež jsou ohroženy rychlým růstem a novotvorbou cév na sítnici. Tento stav, který nazýváme retinopatií nedonošených (ROP – retinopathy of prematurity), se díky novým technologiím jako jsou fotokoagulace (za použití diodového laseru) nebo kryokolaguace, při které se využívá zmraženého tekutého dusíku, dá relativně úspěšně léčit. I přesto ale retinopatie nedonošených zůstává nejčastější příčinou slepoty dětí ve vyspělých zemích světa. (Špačková et al., 2012) Zrakové postižení může být způsobeno také komplikacemi při porodu.

Ačkoliv můžeme tyto faktory označit za příčiny zrakového postižení obecně, uvádějí je někteří autoři (např. Ludíková (2003), Finková (2011)) primárně u kategorie nevidomosti: „*K častým příčinám nevidomosti získané se řadí progresivní refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida a další.*“ (Ludíková, In: Renotierová et al., 2003, s. 192)

Při pohledu na četnost etiologických faktorů, musíme vycházet především z ekonomické situace dané země či oblasti. V rámci celosvětového měřítka ale můžeme uvést, že nejčastější příčinou nevidomosti je katarakta (téměř 50%), výrazně méně je pak zastoupen glaukom, věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD), opacity rohovky, diabetická retinopatie (DR), různá dětská onemocnění, trachom, říční slepota, genetické vlivy, traumata a degenerativní procesy. V zemích Evropské unie (EU) se však procentuální zastoupení příčin nevidomosti podstatně liší: se stále se prodlužujícím životem souvisí věkem podmíněná makulární degenerace (57%), další příčinou může být glaukom (20%), diabetická retinopatie (17%) či katarakta (6%). (Kuchynka et al., 2007)

Přesto, že pro speciálního pedagoga nejsou příčiny zrakového postižení natolik stěžejní jako pro oftalmologa, nesmějí být opomenuty ani v této oblasti. Úzce totiž souvisí s následnou speciálněpedagogickou, resp. tyflopédickou diagnostikou a vychází se z nich při hledání a nacházení možností a způsobů speciálněpedagogické intervence. (Ludíková, In: Valenta et al., 2003)

Pokud bychom se chtěli zaměřit na **důsledky** vyplývající ze zrakového postižení, musíme vycházet ze samotného narušení zrakových funkcí, tedy hloubkového a prostorového vidění, lokalizace, analýzy a syntézy či vizuomotorické koordinace. Na hloubce postižení těchto funkcí dále závisí všechny důsledky ostatní. (Růžičková, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009)

Vzhledem k tomu, že většinu informací získává člověk právě zrakovou cestou, je omezení či dokonce vyloučení přísunu zrakových podnětů naprosto zásadním faktorem, který ovlivňuje celou osobnost jedince, včetně jeho psychického rozvoje. *„Závažné zrakové postižení vytváří situaci senzorické, resp. informační deprivace. Jedinec se zrakovým postižením nemůže snadno a přesně vnímat všechny vizuální informace, resp. pro něho tato dimenze vnějšího světa vůbec neexistuje.“* (Vágnerová, 2012, s. 195) Při včasné diagnostice a důsledné a pravidelné péči je však možno tyto deprivace zmírnit, ať už využíváním zbytků zraku či kompenzačními činiteli. V dnešní době plné moderních výtvarných nástrojů nesmíme opomenout ani oblast tyflorechtechniky. Ta se zabývá technickými pomůckami, jež lidem se zrakovým postižením výrazně napomáhají při vykonávání jejich běžných denních aktivit. (Ludíková, In: Valenta et al., 2003) I přes všechny tyto možnosti se ale osoby se zrakovým postižením stále setkávají s překážkami, které jim způsobuje jejich handicap. Problémy mohou nastat při vykonávání sebeobslužných činností nebo v rámci prostorové orientace a samostatného pohybu. V této oblasti bývá běžně využíváno bílé hole, služeb vidících průvodců, ozvučených prvků v prostředí či speciálně vycvičených vodících psů. (Ludíková, In: Renotierová et al., 2003)

Negativní důsledky zrakové vady se zásadním způsobem dotýkají také výběru školského zařízení a následného hledání profesního uplatnění. Dobrá zraková percepce je totiž u mnohých oborů nezbytným předpokladem, člověk se zrakovým postižením má tedy velmi omezený okruh pro výběr povolání. Komplikace ale mohou nastat i ze strany zaměstnavatelů. Ti většinou nemívají dostatečné povědomí o možnostech osob se zrakovým postižením, často se však setkáváme také s jejich neochotou při úpravě pracovních podmínek nebo s obecnými předsudky společnosti. (Ludíková, In: Valenta et al., 2003) Úplné začlenění do intaktní

společnosti ztěžuje mimo jiné i pomalejší pracovní tempo a rychlejší unavitelnost při zátěži. (Růžičková, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009)

Nemožnost či omezená možnost očního kontaktu je pak příčinou problematičtějšího navazování a udržování sociálních kontaktů. Tím má jedinec se zrakovým postižením také výrazně ztíženou pozici při hledání a výběru partnera. (Růžičková, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009)

U osob nevidomých musíme zaměřit pozornost také na důsledky, které jsou typické speciálně pro tuto kategorii. Řadíme sem nemožnost číst černotisk (čímž je dán také podstatně ztížený přístup k informacím) a nemožnost odezírat děje kolem sebe. S tím souvisí mimo jiné i absence zrakové kontroly při nácviku složitějších aktivit. Toto omezení bychom měli kompenzovat podrobným slovním popisem činností či prostoru společně s rozvíjením nižších i vyšších kompenzačních činitelů. (Růžičková, In: Finková, Růžičková, Stejskalová, 2009) V uvedené publikaci nalezneme také specifické důsledky pro ostatní kategorie osob se zrakovým postižením, v této práci je však blíže nerozvádíme.

3. 3 Dospělý jedinec se zrakovým postižením

„Dospělý postižený člověk prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap, a počítá s omezeními, která mu přináší. Jestliže to dokáže, může usilovat o dosažení dalšího vývojového stupně, stadia intimacy, to znamená, že může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem a není jen závislým objektem něčí péče). Dospělost potvrzuje i schopnost generativity, tj. vytváření a rozvíjení něčeho užitečného. Dosažení této úrovně je nezbytné pro přijatelné zvládnutí rodičovské i profesní role.“
„Postižený jedinec není vždycky schopen zvládnout všechny požadavky dospělosti.“
(Vágnerová, 2012, s. 184)

Seznam zkratek

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome = Syndrom získaného selhání imunity
BV	binokulární vidění
ČR	Česká republika
ČSZPS	Český svaz zrakově postižených sportovců
DR	diabetická retinopatie
EU	Evropská unie
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví = ICF
MKN – 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize
MKPDH	Mezinárodní klasifikaci poruch, disabilit a handicapů = ICIDH
OSN	Organizace spojených národů = UN
RNIB	Royal National Institute of Blind = Královský národní institut nevidomých; v České republice se používá název Britská organizace nevidomých
ROP	retinopathy of prematurity = onemocnění sítnice předčasně narozených dětí; v rámci České republiky se toto onemocnění nazývá retinopatie nedonošených dětí
SZO	Světová zdravotnická organizace = WHO
UN	United Nations
ÚPOZP	Úmluva o právech osob se zdravotním postižením
VCIZP	Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených
VPDM	věkem podmíněná makulární degenerace
VŠ	vysoká škola
WHO	World Health Organization

Seznam použité literatury a dalších odborných zdrojů

- EDELSBERG, Ludvík et al. *Defektologický slovník*. 3. upravené vydání. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- FARKOVÁ, Marie. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2480-5.
- FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-224-2742-3.
- FINKOVÁ, Dita; Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN: 978-80-244-1857-5.
- FINKOVÁ, Dita; Veronika RŮŽIČKOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením [CD]*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. ISBN 978-80-244-2517-7.
- FINKOVÁ, Dita a Libuše LUDÍKOVÁ. *Specifika v přístupu k dospělým a seniorům se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3743-9.
- FLENEROVÁ, Helena. *Kapitoly z tyflopédie I. díl: Základy tyflopédie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1982.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
- KRAUS, Hanuš et al. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-079-1.
- KRHUTOVÁ, Lenka et al. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-903658-0-9 (VCIZP), ISBN 80-244-1168-7 (Univerzita Palackého v Olomouci).
- KUCHYNKA, Pavel et al. *Oční lékařství*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. doplněné vydání. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-84-2.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vydání (v Grada Publishing vydání 1.). Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

- LÖWE, Hans. *Úvod do psychologie učení dospělých*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977. Edice Pedagogická teorie a praxe.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přepracované vydání. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Nakladatelství Academia, 1995. ISBN 80-200-0525-0.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Nakladatelství Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
- NOVOTNÁ, Lenka; Miloslava HŘÍCHOVÁ a Jana MIŇHOVÁ. *Vývojová psychologie*. 3. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2004. ISBN 80-7043-281-0.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše LUDÍKOVÁ et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- ŘEHOŘOVÁ, Jitka. Slepota. In: ROZSÍVAL, Pavel et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-404-0 (Galén), ISBN 80-246-1213-5 (Univerzita Karlova v Praze).
- ŠPAČKOVÁ, Kateřina et al. *Základy oftalmologie pro speciální pedagogy [CD]*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3063-8.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: Dospělost a stáří*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vydání. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
- VALENTA, Milan et al. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, Milan, Oldřich MÜLLER et al. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 5. vydání. Praha: Nakladatelství PARTA, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

Internetové zdroje

ČESKÁ SPOLEČNOST AIDS POMOC. *Co je AIDS? Rozdíly HIV a AIDS: Význam a vysvětlení zkratky AIDS* [online]. [cit. 2015-04-14].

Dostupné z: <http://www.hiv-prevence.cz/co-je-aids-rozdily-hiv-a-aids.html>

ČESKO. *Zákon o důchodovém pojištění*. Zákon č. 155/1995 Sb. v platném znění [online]. Praha 1995, aktualizace 1. 1. 2015 [cit. 2015-04-22]. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z155_1995_1

ČESKO. *Zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*. Zákon č. 198/2009 Sb. v platném znění [online]. Praha, 2008 [cit. 2015-04-21]. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/ppropo.php?ID=z198_2009#par1

ČESKO. *Zákon o zaměstnanosti*. Zákon č. 435/2004 Sb. v platném znění [online]. Praha, 2004, aktualizace 1. 1. 2015 [cit. 2015-04-21]. Dostupné také z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zoz_-_22._1._2015.pdf

MAKOVCOVÁ, Stanislava. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2015-04-21].

Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf

UNITED NATIONS. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [online]. New York, 2006. *Překlad*. 30. 3. 2007 [cit. 2015-04-21].

Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* [online]. Praha: Grada Publishing, 2001 [cit. 2015-04-15]. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf. ISBN 978-80-247-1587-2.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* [online]. 10. revize. Geneva, 2008, aktualizace 1. 4. 2014 [cit. 2015-03-28]. Dostupné také z: www.uzis.cz/cz/mkn/index.html. ISBN 978-80-904259-0-3.

Seznam doporučené literatury a dalších odborných zdrojů

- BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta. *Kapitoly z andragogiky I*. 3. vydání. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3248-9.
- BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta. *Kapitoly z andragogiky II*. 3. vydání. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3249-6.
- BENEŠ, Milan. *Andragogika*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2580-2.
- ČESKO. *Vyhláška, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění*. Vyhláška č. 284/1995 Sb. v platném znění.
- ČESKO. *Vyhláška, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity)*. Vyhláška č. 359/2009 Sb. v platném znění.
- ČESKO. *Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*. Zákon č. 329/2011 Sb. v platném znění.
- ČESKO. *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. Zákon č. 561/2004 Sb. v platném znění.
- ČESKO. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. v platném znění.
- EAGLETON, Terry. *Úvod do literární teorie*. 2. vydání. Praha: Plus, 2010. Edice Speculum. ISBN 978-80-00-02587-2.
- FINKOVÁ, Dita et al. *Edukace jedinců se zrakovým postižením v kontextu kvality vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3262-5.
- FINKOVÁ, Dita et al. *Osoby se zrakovým postižením v procesu komunikace* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3082-9.
- FINKOVÁ, Dita et al. *Speciální pedagogika se zaměřením na možnosti rozvoje a podpory osob se zrakovým postižením* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3085-0.
- FINKOVÁ, Dita; Hana JOKLÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Otázky rehabilitace osob později osleplých* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3084-3.
- FINKOVÁ, Dita; Lenka MITRYCHOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Terapeutické působení na osoby se zrakovým postižením* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3081-2.

- FINKOVÁ, Dita; Veronika RŮŽIČKOVÁ a Kateřina STEJSKALOVÁ. *Mimoškolní aktivity a speciálněpedagogické působení na osoby se zrakovým postižením* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3083-6.
- HYCL, Josef a Lucie VALEŠOVÁ. *Atlas oftalmologie*. Praha: Triton, 2003. ISBN 8072543822.
- JESENSKÝ, Ján. *Poznávací význam tyflografiky*. Praha: Universita Karlova, 1970. Československá defektologie I.
- JESENSKÝ, Ján. *Hmatové vnímání informací s pomocí tyflografiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988.
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Univerzita Karlova – vydavatelství KAROLINUM, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KREJČÍ, Karel. *Sociologie literatury*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2623-6.
- KUCHYNKA, Pavel et al. *Trendy soudobé oftalmologie. Svazek 1*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-043-6.
- LITVAK, A. G. *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979.
- LOPÚCHOVÁ, Jana. *Pedagogika zrakovo postihnutých: Vybrané kapitoly*. Bratislava: Malag, 2008. ISBN 978-80-89113-53-8.
- LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Speciální pedagogika – andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1207-1.
- LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3286-1.
- LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MICHALÍK, Jan. *Legislativa handicapovaných*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3678-4.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Nakladatelství Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- ŘEHOŘOVÁ, Jitka. *Hygiena zraku. Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené*. In: ROZSÍVAL, Pavel et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-404-0 (Galén), ISBN 80-246-1213-5 (Univerzita Karlova v Praze).
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. přepracované vydání (v Portálu vydání 1.). Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

SCHINDLEROVÁ, Olga. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik, komunitní centrum sociálních a kulturních služeb pro nevidomé, 2007. ISBN 978-80-86932-10-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

VÁGNEROVÁ, Marie; Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4.

WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. upravené vydání. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6775-4.

WIENER, Pavel et al. *Praktická výchova zrakově postižených*. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS, 2006. ISBN 80-239-6773-8.

WILLERTON, Julia. *Psychologie mezilidských vztahů*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3924-3.

Internetové zdroje

<http://is.brailnet.cz/>

<http://www.centrumchrlice.cz/>

<http://www.dedina.cz/>

<http://www.ktn.cz/>

<http://www.neviditelnaolomouc.cz/>

<http://www.palata.cz/>

<http://www.sons.cz/>

<http://www.tactus.wz.cz/>

<http://www.tyflocentrum.cz/>

<http://www.tyflokabinet.cz/>

<http://www.tyfloservis.cz/>

<http://www.vodicipsi.cz/>