

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

**Diplomová práce**

Bc. Jana Bönischová

Sociální rehabilitace osob se zrakovým postižením,  
s akcentem na prostorovou orientaci a samostatný pohyb

Olomouc 2016

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Kroupová, PhD.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala sama a použila jen uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne:

.....

Bc. Jana Bönischová

Touto cestou bych chtěla poděkovat PhDr. Kateřině Kroupové, Ph.D. za odborné vedení  
a cenné rady

## Anotace

Jméno a příjmení:	Jana Bönischová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PHDr. Kateřina Kroupová, Ph. D.
Rok obhajoby:	2016

Název práce:	Sociální rehabilitace osob se zrakovým postižením s akcentem na prostorovou orientaci a samostatný pohyb
Název v angličtině:	Social rehabilitation for persons with visual impairment with emphasis on spatial awareness and independent movement
Anotace práce:	Cílem práce je zjistit způsoby zvládnání samostatného pohybu a prostorové orientace u osob se zrakovým postižením získaným v dospělém věku. Teoretická část se věnuje vymezení pojmů zrakové postižení, sociální rehabilitace a prostorová orientace a samostatný pohyb. V praktické části jsou uvedeny informace získané během rozhovorů s několika respondenty z cílové skupiny.
Klíčová slova:	Zrakové postižení, prostorová orientace a samostatný pohyb, POSP, sociální rehabilitace, získané zrakové postižení, později osleplí
Anotace v angličtině:	The aim of the Diploma thesis is to find out the ways of spatial awareness and independent movement of persons with visual impairment acquired in adulthood. The theoretical part attends to the definitions of visual impairment, social rehabilitation, spatial awareness and independent movement. The survey part shows information acquired during interviews with several respondents.
Klíčová slova v angličtině:	Visual impairment, spatial awareness and independent movement, social rehabilitation, acquired visual impairment, blind adults

Přílohy vázané v práci:	-
Rozsah práce:	71 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

# Obsah

Anotace.....	9
Úvod.....	8
1 ZRAK.....	10
1.1 Anatomie zrakového ústrojí.....	10
1.2 Základní pojmy fyziologie a patofyziologie.....	12
1.3 Proces vidění.....	12
2 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ.....	14
2.1 Definice zrakového postižení.....	14
2.2 Klasifikace zrakového postižení.....	14
2.3 Nejčastější příčiny zrakového postižení.....	17
2.3.1 Centrální poruchy zraku.....	17
2.3.2 Katarakta – šedý zákal.....	18
2.3.3 Glaukom – zelený zákal.....	18
2.3.4 Myopie - krátkozrakost.....	18
2.3.5 Hypermetropie – dalekozrakost.....	19
2.3.6 Astigmatismus.....	19
2.3.7 Aniridie.....	19
2.3.8 Rozštěp duhovky.....	19
2.3.9 Retinoblastom.....	20
2.3.10 Retinitis pigmentosa – tapetoriální degenerace.....	20
2.3.11 Retinopatie nedonošených (ROP).....	20
2.3.12 Diabetická retinopatie.....	21
2.3.13 Věkem podmíněná makulární degenerace.....	21
2.3.14 Von-Hippel-Lindau syndrom.....	21
3 Ztráta zraku v dospělosti.....	23
3.1 Adaptace.....	24

3.2	Adaptace na ztrátu zraku.....	26
3.2.1	Stádia vyrovnávání se se ztrátou zraku.....	26
3.2.2	Samostatná orientace jako rys přizpůsobení.....	27
3.3	Kompenzace.....	28
3.3.1	Nižší kompenzační činitelé.....	28
3.3.2	Vyšší kompenzační činitelé.....	29
3.3.3	Kompenzační pomůcky.....	29
4	Sociální rehabilitace.....	31
4.1	Organizace poskytující služby sociální rehabilitace.....	31
4.1.1	Tyfloservis, o. p. s. ....	32
4.1.2	Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s. 33	
4.1.3	Tyflocentrum, o. p. s.....	34
4.2	Prostorová orientace a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením.....	34
4.2.1	Hlavní zásady a cíle POSP.....	36
4.2.2	Základní oblasti výchovy POSP.....	37
5	METODA VÝZKUMU.....	41
6	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	42
6.1	Výzkumné otázky.....	42
7	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	43
7.1	Kritéria pro výběr respondentů.....	43
8	METODA SBĚRU DAT.....	44
9	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	45
10	ZÁKLADNÍ ÚDAJE A DŮVOD ZTRÁTY ZRAKU.....	46
10.1	Důvod ztráty zraku.....	46
10.2	Průběh ztráty zraku.....	47
10.3	Shrnutí.....	49

11	Rodinné zázemí a vlastní motivace k posilování schopnosti samostatného pohybu.....	50
11.1	Rodinné zázemí.....	50
11.2	Vlastní motivace k samostatnému pohybu .....	51
11.3	Shrnutí.....	53
12	Vliv odborných organizací na sociální život lidí se získaným zrakovým postižením.....	54
12.1	Začátky prostorové orientace .....	54
12.2	Nejnáročnější aspekty prostorové orientace .....	56
12.3	Shrnutí.....	57
13	Využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené, srovnání jejich výhod a nevýhod.....	58
13.1	Vodící pes .....	58
13.2	Výhody a nevýhody bílé hole a vodícího psa .....	60
13.3	Shrnutí.....	62
14	Využití průvodcovských služeb a moderních technologií v životě lidí se zrakovým postižením.....	63
14.1	Využití průvodcovských služeb.....	63
14.2	Využití moderních technologií .....	63
14.3	Shrnutí.....	65
	Závěr.....	66
	Použité zdroje .....	67
	Seznam zkratk.....	69
	Seznam grafů .....	70
	Seznam tabulek.....	71



## Úvod

Mezi lidmi s různým druhem postižená se již pohybuji mnoho let. Během studia na vysoké škole jsem se rozhodla dále spolupracovat zejména v oblasti práce se zrakově postiženými. V komunitě zrakově postižených mám hodně přátel a vždy mě spolupráce s nimi bavila. Několikrát jsem měla možnost s nimi, jako průvodce, absolvovat rekondiční pobyty. V průběhu této spolupráce jsem si vždy všimla problematiky prostorové orientace a samostatného pohybu osob se zrakovým postižením. Proto jsem se rozhodla téma své diplomové práce zaměřit tímto směrem.

V teoretické části se budu věnovat vymezení pojmů, klasifikaci a nejčastějším příčinám zrakového postižení získaného v dospělém věku. Dále také problematice sociální rehabilitace osob se zrakovým postižením, zejména oblasti výuky prostorové orientace a samostatného pohybu.

V praktické části své práce se při výzkumu budu snažit sledovat, jak se vybraní respondenti po ztrátě zraku vyrovnávali s postižením a jaké způsoby nácviku volili v případě prostorové orientace a samostatného pohybu. Také budu zjišťovat, jaké služby a pomůcky využívají.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZRAK

Při zachování správné funkce je zrakem přijímáno až 80 % informací o okolním světě.

## 1.1 Anatomie zrakového ústrojí

Zrakové ústrojí člověka se skládá ze tří částí. Část **periferní** tvoří oční koule a pomocné orgány, další částí je zraková dráha, koncová část je zastoupena **zrakovým centrem** v korové oblasti okcipitálního laloku. (Řehůřek, 1999)

### Přídavné oční orgány

- Očnice. Pevná schránka tvořena sedmi navzájem propojenými kostmi do tvaru kuželu s hrotem směřujícím dozadu.
- Víčka. Zepředu chrání oko, při zavření tvoří oční štěrbinu. Z vnitřní strany jsou pokryta jemnou průsvitnou blankou (spojivkou), která přechází na oční bulbus.
- Slzné ústrojí. Tvořeno částí slzotvornou a slzovodnou. Slzy vytvořené v slzné žláze jsou slzovody odvedeny do oka, kde jsou rozprostřeny mrkáním. Dále jsou přes slzné body vedeny do slzných kanálků horních o dolních víček až do dutiny nosní.
- Okohybné ústrojí. Šest párů svalů každého oka upínajících se do bělimy zajišťuje souhru obou očí.

### Oční koule

- Vazivová část. Tvořena rohovkou a bělimou. Rohovka je čirá, bezcévná, lesklá, hladká, silně inervovaná přední část oka. Má optickou mohutnost 40 D. Bělina je bílá, neprůhledná, tuhá vrstva tvořící druhou část vazivové vrstvy stěny oka.
- Cévnatá vrstva. Uvea, neboli živnatka, je tvořena duhovkou, řasnatým tělískem a cévnatkou. Obsahuje hnědé pigmentové barvivo (melanin), které chrání oko před rušivými paprsky světla. Množství tohoto barviva také určuje barvu duhovky. Hlavní funkcí je výživa oka. Duhovka se nachází za rohovkou a přední oční komorou. V jejím středu se nachází kruhový otvor zornice, který svým stahováním a rozpínáním reguluje množství světla vstupujícího do oka. Řasnaté tělísko je prstenec umístěný za duhovkou, který zajišťuje akomodaci (přizpůsobení při zaostření) a produkuje komorovou vodu. Cévnatka je pokračování řasnatého tělíška vedoucí pod bělimou, vyživuje sítnici.
- Nervová vrstva. Sítnice je jemná blána tvořena základní vrstvou fotoreceptorů – tyčinek a čípků. Místo nejostřejšího vidění, žlutá skvrna, obsahuje čípky zajišťující

barevné vidění. Mimo žlutou skvrnu se nacházejí tyčinky, které zajišťují černobílé vidění a vidění za šera a za tmy. Na sítnici začíná samotný proces vidění.

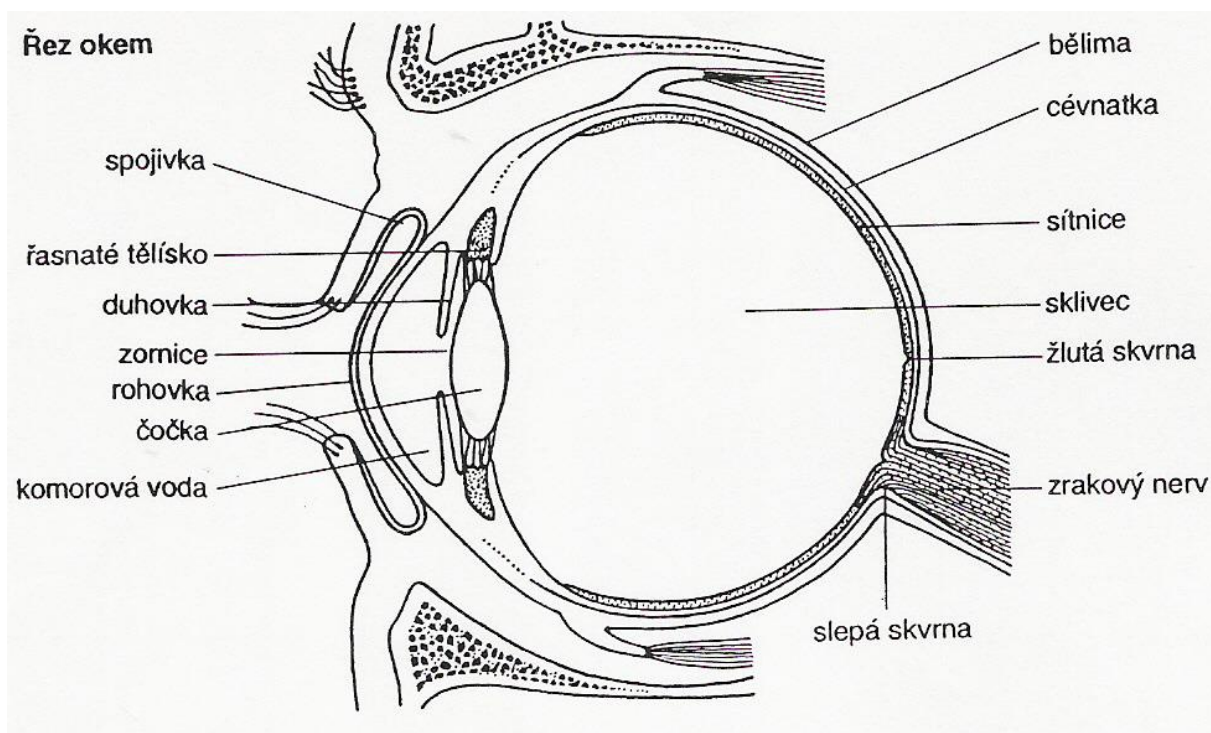
- Nitro oka. Je tvořeno očními komorami, čočkou a sklivcem. Oční komory jsou vyplněny komorovou vodou. Čočka je nenahraditelná při procesu vidění a akomodace. Její optická mohutnost je 20 D. Sklivec vyplňuje největší prostor bulbu a udržuje tvar oka. (Růžičková, 2006)

#### Zraková dráha

- Spojuje oči a zrakové centrum v kůře mozkové. Začíná v zadní části oka, výběžky nervových buněk sítnice, kde tvoří slepou skvrnu. Pokračuje jako zrakový nerv přes bělimu ven z oka a kanálkem do nitrolebního prostoru. Zde se na spodině mozku zrakové nervy obou očí setkávají a částečně kříží v místě označovaném jako chiasma. Dále pokračují až do zrakového centra.

#### Zrakové centrum

Je uloženo v kůře mozkové v týlním laloku. Vznikají zde zrakové vjemy. (Řehůrek, 1999)



Obr. 1 Řez okem

(Zdroj: <http://files.lidsketelo.webnode.cz/200000028-07d4308cd5/oko.jpg>)

## 1.2 Základní pojmy fyziologie a patofyziologie

**Adaptace.** Schopnost oka se přizpůsobit na světlo o různé intenzitě. Toto je podmínění funkcí tyčinek, které obsahují zrakový purpur citlivý na světlo.

**Akomodace.** Jde o schopnost oka se přizpůsobit při pohledu na různě vzdálené objekty. Přicházející paprsky světla se v oku lomí tak, aby se setkaly přesně na sítnici, k tomu je nutná emetropie, tedy správný poměr mezi lomivostí oka a délkou oční osy.

**Barvocit.** Schopnost rozeznávat barvy. Tuto schopnost mají čípky.

**Barvoslepost.** Narušení schopnosti rozeznávat barvy. Často vrozená, vyskytuje se častěji u mužů než u žen. Jde o dědičnou poruchu. Může jít o poruchu vnímání pouze některých barev, nebo všech. Úplná barvoslepost je označována jako daltonismus, při kterém postižená osoba vnímá vše pouze v odstínech šedi.

**Binokulární vidění.** Zorné pole obou očí se částečně překrývá. V korespondujících částech vzniká jednotlivý vjem.

**Hemeralopie.** Snížení schopnosti vidět za šera, též označována jako šeroslepost.

**Konvergence.** Souhyb očí při pohledu na blízký předmět, kdy se oční osy sbíhají.

**Presbyopie.** Fyziologický pokles zrakové ostrosti objevující se po 40. roce života. Projevuje se obtížemi zejména při vnímání blízkých předmětů, zvláště písma.

**Skotom.** Výpadek části zorného pole.

**Zorné pole.** Jde o část prostoru, který vidíme před sebou. Nejostřeji vnímáme předměty ve středu vnímaného prostoru, jelikož se promítají na makulární krajinu na sítnici. Směrem k okraji zorného pole ostrost vnímání klesá, jde o tzv. periferní vidění.

**Zraková ostrost.** Vizus. Nejostřejší vidění je v oblasti makuly, kde jsou čípky umístěny v pravidelné mozaice. Dva viděné body je možné rozlišit, pokud se zobrazí na dvou nikoli sousedních čípcích. Úhel svírající světelné paprsky, které oko vnímá již jako dva body, je měřítkem zrakové ostrosti. (Sovák, 1980)

## 1.3 Proces vidění

Světelný paprsek projde lomivými prostředními rohovky, přední oční komory naplněné komorovou vodou, čočky a dále přes sklivec až na sítnici. Na sítnici se světelné impulzy mění

v elektrické, které jsou pak přeneseny ke zrakovému nervu. Zrakový nerv pak informaci vede přes chiasma opticum, kde se nervová vlákna částečně kříží, až do primárního zrakového centra a dále do zrakových center v okcipitálním laloku. Zde pak dochází ke zpracování informace a interpretace zrakových vjemů, počitků. (Ludíková a kol., 2013)

*„Lidské oko je vybaveno k vnímání světelných podnětů různé vlnové délky, což je podstatou vidění. Světlo, které se do oka dostává, pochází soustavou průhledných tkání, které označujeme jako optická prostředí oka. Jde o rohovku, oční komorovou vodu, čočku a sklivec, které paprsky nejen propouštějí, ale i lámou přes pravidelně zakřivené plochy rohovky a čočky. Na sítnici pak vzniká obraz pozorovaného předmětu, v místě dopadu světla dojde k podráždění a vzniklý vzruch je převeden zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku.“* (Řehůrek, 1999, str. 18)

Oko má schopnost akomodace, tedy přizpůsobení se vidění na různou vzdálenost. Anatomickým předpokladem akomodace je správná funkce ciliárního svalu v řasnatém tělísku, pružná čočka a neporušený závěsný vazivový aparát fixující čočku k řasnatému tělísku. Při pohledu na blízko se ciliární sval stáhne, čočka se vyklene a stane se tak dle potřeby více lomivou. S postupem věku tato elasticita čočky klesá a zhoršuje se tak schopnost vidět do blízka, tento jev se nazývá presbyopie.

Rozlišovací schopnost oka se nazývá zraková ostrost. Ta je nejdokonalejší v oblasti makuly. Vyšetření zrakové ostrosti probíhá pomocí nástěnných tabulek, optotypů, na kterých jsou číslice, písmena, znaky či obrázky sestaveny do řádků. Velikost znaků, která se postupně směrem dolů zmenšuje, je označena vzdáleností, ze které by mělo znak rozpoznat zdravé oko. Největší znak bývá označen číslem 50, nejmenší pak zpravidla číslem 5. Vyšetřovací vzdálenost je pak zpravidla 5 metrů. Zjištěnou zrakovou ostrost zapisujeme zlomkem, kdy v čitateli je vzdálenost vyšetřované osoby od optotypů v metrech a ve jmenovateli pak vzdálenost, ve které má být daný řádek přečten. Normální zraková ostrost pak odpovídá zlomku 5/5.

Pro vznik ostře viděného obrazu na sítnici je nutný správný poměr mezi předozadní délkou oka a lomivostí optických prostředí, který označujeme jako refrakci. V ideálním případě dochází ke spojení rovnoběžných paprsků po lomu rohovkou a čočkou přesně na sítnici. Odchyly od tohoto stavu označujeme jako refrakční vady, tedy krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus.

Schopnost přizpůsobit se na různou intenzitu světla označujeme jako adaptaci. Při poruše adaptace na šero, dochází ke zhoršení vidění při sníženém osvětlení, šerosleposti. V opačném případě jde o světloplachost.

Barvocit je schopnost rozeznávat barvy, tedy světla různé vlnové délky. Při poruchách barvocitu dochází k částečné nebo úplné barvosleposti. Vrozená porucha barvocitu se vyskytuje téměř výhradně u mužů a postihuje až 6 % mužské populace. K vyšetření barvocitu se používají pseudoizochromatické tabulky.

Zorné pole je oblast vnímání okolo bodu fixace. Při pohledu obou očí současně se pole uprostřed částečně překrývají a je tak umožněno prostorové vidění. Zorné pole jednoho oka je omezeno konfigurací obličeje, zejména na straně nosu, nahoře a dole, kde dosahuje okolo 60 stupňů. Na vnější straně dosahuje zorné pole šířky až 90 stupňů.

Nitrooční tlak udržuje normální kulovitý tvar oka a jeho pružnost. Má konstantní hodnotu, která se během dne mění jen nepatrně, ta je výsledkem rovnováhy mezi tvorbou nitrooční tekutiny a jejím odtokem. (Řehůrek, 1999)

## **2 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ**

### **2.1 Definice zrakového postižení**

*„Zrak můžeme bez nadsázky považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Využíváme jej jako primární smysl při získávání až 90% všech informací. Jakékoliv zrakové omezení ztěžuje především orientaci – a pokud jde o dlouhodobé nebo trvalé postižení, pak je jím výrazně ovlivněna také komunikace, psychická integrita a celkově i sociální existence lidského jedince.“* (Slowík, 2007, str. 59)

Za osobu se zrakovým postižením je považována osoba trpící oční vadou nebo chorobou, která i po optimální korekci narušuje zrakové vnímání natolik, že činí problémy v běžném životě. (Finková a kol., 2007)

### **2.2 Klasifikace zrakového postižení**

Slowík (2007) dělí zrakové vady podle různých kritérií:

- dle postižení zrakových funkcí
  - snížení zrakových funkcí
  - omezení zorného pole

- poruchy barvocitu
  - poruchy akomodace (vady refrakční)
  - poruchy zrakové adaptace
  - poruchy okoohybné aktivity
  - poruchy prostorového (hloubkového) vidění
- dle stupně zrakového postižení
    - slabozrakost
    - zbytky zraku
    - nevidomost
  - dle doby vzniku
    - vrozené
    - získané
  - dle etiologie
    - orgánové (vady čočky nebo sítnice)
    - funkční (poruchy binokulárního vidění)

Dle Světové zdravotnické organizace se zrakové postižení řadí v Mezinárodní klasifikaci nemocí do kategorie Nemoci oka a očních adnex (H00-H59). Klasifikaci dle Světové zdravotnické organizace uvádí Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých následovně:

<b>1.</b>	<p style="text-align: center;"><b>Střední slabozrakost</b></p> <p>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</p>
<b>2.</b>	<p style="text-align: center;"><b>Silná slabozrakost</b></p> <p>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</p>
<b>3.</b>	<p style="text-align: center;"><b>Těžce slabý zrak</b></p> <p><b>a)</b> 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</p>



	<b>b)</b> koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
<b>4.</b>	<b>Praktická slepota</b> zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
<b>5.</b>	<b>Úplná slepota</b> ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

(SONS ČR, 2014)

*Tab. 1 Klasifikace zrakového postižení*

Hycl Valešová (in Finková a kol., 2007) vycházejí v předpokladu, že stav, kdy je zraková ostrost (vizus) pod hranicí 6/18, jde o ztrátu zraku. Členění uvádějí následovně

- slabozrakost – vizus lepšího oka pod 6/18 až 3/60
- nevidomost – zraková ostrost pod 3/60 až světlocit
- praktická nevidomost – vizus pod 3/60 až 1/60, nebo binokulárně zorné pole mezi 10-5 stupňů
- skutečná nevidomost – vizus pod 1/60 až světlocit nebo zorné pole binokulárně pod 5 stupňů
- plná slepota – světlocit s chybnou projekcí až ztráta světlocitu

Řehůřek (1999) uvádí rozdělení na:

- Slabozrakost – zraková ostrost pod 5/15 (nebo 6/18) až po 3/50 (nebo 3/60).
- Praktická slepota – zraková ostrost pod 3/50 (3/60) až po světlocit s chybnou projekcí.
- Absolutní slepota – bez světlocitu.

Klasifikace z pohledu speciální pedagogiky

Dle stupně zrakového postižení

- Osoby nevidomé
- Osoby se zbytky zraku
- Osoby slabozraké

- Osoby s poruchami binokulárního vidění

Dle doby vzniku zrakového postižení

- Vrozené
- Získané

Dle etiologie

- Vady orgánové
- Vady funkční

Dle délky trvání

- Akutní
- Chronické
- Recidivující

(Ludíková a kol. 2013)

Pro účely této práce je také nutné blíže definovat osoby později osleplé. Ludíková (1988) uvádí, že jde o kategorii mládeže a dospělých, kteří se stali nevidomými později během života. Tedy až po dokončení školní docházky a přípravy na povolání. Jako nejčastější příčiny získaného zrakového postižení autorka uvádí úrazy, oční choroby, poruchy CNS, diabetes, meningitidu a intoxikaci.

Míra zrakového postižení je celosvětově u žen vyšší, než u mužů. Na jednoho nevidomého muže v průměru připadají dvě ženy se zrakovým postižením stejného stupně. O počtech osob se zrakovým postižením na území ČR dosud neexistují relevantní statistické údaje, celkový podíl občanů se zrakovým postižením se však odhaduje na 60 – 100 000. Z toho osoby nevidomé představují přibližně 7 – 12 000. (Ludíková, a kol., 2013)

## **2.3 Nejčastější příčiny zrakového postižení**

### **2.3.1 Centrální poruchy zraku**

Jde o poruchu funkce mozku a zrakových drah, ne o poruchu stavby oka. Příčina může být a různých úrovních zrakové dráhy. Etiologie i symptomatologie je značně variabilní, charakteristická je proměnlivá reakce na zrakové podněty. Vyskytují se u dětí i dospělých.

### **2.3.2 Katarakta – šedý zákal**

Zakalení čočky zapříčiněno dědičností, infekčním onemocněním matky či působením dalších teratogenních vlivů během těhotenství. Podle doby vzniku rozlišujeme šedý zákal vrozený a získaný. U populace ve věku nad 75 let je až 70% výskyt senilní katarakty. Ve složení čočky dochází k biochemickým změnám a následnému zhoršení zrakové ostrosti do blízka nebo do dálky. Vývoj onemocnění probíhá několik měsíců až let, vzniknout může také při dlouhodobém užívání některých léků, poleptání chemickými látkami, poranění elektrickým proudem, jako doprovodný jev chronických dermatitid, v důsledku poranění bulbu, nebo jako následek metabolických poruch, např. diabetes, galaktosémie, Wilsonova choroba.

Zákal lze léčit operativně, kdy dochází k vyjmutí celé čočky včetně pouzdra, nebo odsátí jádra a kortexu čočky a zachování pouzdra. Následně je implantována umělá měkká zadněkomorová čočka. Katarakta může být i součástí některých syndromů, nebo vzniká sekundárně jako důsledek komplikací dalších chorobných stavů oka či po operacích.

### **2.3.3 Glaukom – zelený zákal**

Progresivní, ireverzibilní postižení terče zrakového nervu projevující se specifickými změnami zorného pole. Skotom obkružující centrum fixace až na úroveň trubicovitého vidění. Bez včasné léčby může vést až do stádia nevidomosti. Vlivem poruchy odtoku nitrooční tekutiny dochází ke zvyšování nitroočního tlaku a ischemii zrakového nervu. Rozlišujeme glaukom primární a sekundární, vznikající jako následek jiného onemocnění či jako komplikace po operaci. Primární glaukom dělíme na glaukom s otevřeným úhlem (nejčastější), s uzavřeným úhlem a kongenitální glaukom. Pro glaukom s otevřeným úhlem je typický pomalejší postup bez počátečních subjektivních obtíží, častěji se vyskytuje u osob vyššího věku. U glaukomu s uzavřeným úhlem dochází k náhlému zhoršení, tzv. glaukomový záchvat, které může být vyvoláno i silně stresovou situací. Charakteristickými příznaky jsou bolest oka a hlavy, nevolnost, zvracení.

### **2.3.4 Myopie - krátkozrakost**

Refrakční vada charakteristická špatnou zrakovou ostroší do dálky. Světelné paprsky se střetávají před sítnicí, korekce rozptylkou. Dělíme myopii lehkou do -3 D, střední do -6 D a vysokou do -10 D. Nad -10 D jde zpravidla o těžkou progresivní myopii gravis s patologickými změnami ve sklivci a na sítnici.

### **2.3.5 Hypermetropie – dalekozrakost**

Refrakční vada, kdy se světelné paprsky sbíhají až za sítnicí, korekce spojkou. Částečně lze kompenzovat vyšším akomodačním úsilím. Dělení na hypermetropii lehkou do +3 D, střední do +7 D a vysokou nad +7 D. Bez včasné korekce je prokázán u osob trpících hypermetropií předčasný nástup presbyopie. Fyziologická hypermetropie se vyskytuje po narození až do pěti let věku v 90 %.

### **2.3.6 Astigmatismus**

Jde o osově nesymetrickou refrakční vadu zpravidla způsobenou změnami zakřivení rohovky. V některých případech se změny zakřivení nachází na čočce. Světelné paprsky se nelámou ve stejném bodě a obraz na sítnici je nejasný. Korekce cylindrickými či sférocylindrickými čočkami, které lámou světlo jen v jednom směru. Rozlišujeme astigmatismus pravidelný, podle pravidla či proti pravidlu, a nepravidelný, který vzniká při chorobných změnách nebo po úrazu rohovky. Rozeznáváme také astigmatismus přímý a šikmý, dále dle ametropie jednoduchý, složený nebo smíšený. Přirozený astigmatismus má až 95 % populace. Pouze 3-10 % populace trpí astigmatismem nad 2 D vyžadující korekci.

### **2.3.7 Aniridie**

Vrozené, dědičné, většinou bilaterální nedostatečné vyvinutí duhovky. Duhovka buď zcela chybí, nebo je u jejího kořene zachován rudiment. Tato vada je většinou stacionární, mohou se vak vyskytovat sekundární vady, např. glaukom až u 50 % a katarakta. Častým symptomem bývá nystagmus a světloplachost. Vizus se pohybuje na úrovni slabozrakosti až na úroveň praktické nevidomosti, patologické změny vedou až k odchlípení sítnice.

### **2.3.8 Rozštěp duhovky**

Vzniká při nedostatečném uzavření oční štěrbině během vývoje oka v embryonálním stádiu. Rozštěp může být jednostranný i oboustranný. Může zahrnovat i rozštěp řasnatého tělíska a cévnatky, čočky, sítnice a zrakového nervu. Viditelným příznakem je deformovaný, spíše hruškovitý tvar zornice namísto kulatého. Zraková ostrost je zpravidla na úrovni slabozrakosti. Častými sekundárními komplikacemi bývají katarakta, glaukom nebo amoce sítnice.

### **2.3.9 Retinoblastom**

Dědičný, zhoubný nádor sítnice, který vzniká z embryonálních retinoblastů. Nejčastěji bývá vrožený nebo vzniká během prvních let života. U malých nádorů probíhá léčba kryoterapií nebo termoterapií laserem. U velkých nádorů je nutná enukleace oka. Ve většině případů bývá diagnostikován až ve stádiu, kdy tumor vyplňuje sklivcový prostor a způsobuje žlutavý reflex v zornici (leukokorii), je o tzv. amaurotické kočičí oko. Výskyt je udáván 1 : 20 000 narozených dětí.

### **2.3.10 Retinitis pigmentosa – tapetoriální degenerace**

Geneticky podmíněná degenerace sítnice. Až kolem 10. nebo 20. roku života se projevují příznaky, zpočátku jako šeroslepost a snížená adaptabilita na tmou a oslnění. Postupně dochází k vytvoření prstencového skotomu a postupnému rozšiřování až na úroveň tubicovitého vidění, tedy rozsah zorného pole 5 – 10 °. Dochází k poklesu zrakové ostrosti z důvodu zasažení makulární oblasti. Kolem 40. – 50. roku zpravidla končí nevidomostí. Je součástí řady syndromů (např. Usher syndrom).

### **2.3.11 Retinopatie nedonošených (ROP)**

Nejčastější příčina nevidomosti u dětí v rozvinutých zemích. Jde o vazoproliferativní onemocnění sítnice, objevující se u předčasně narozených dětí s nízkou porodní váhou. Při předčasném narození je normální růst retinálních cév zastaven a dochází k neokysličování periferních částí sítnice. Z tohoto důvodu dochází k posílení signálů a následnému abnormálnímu růstu cév (neovaskularizaci). Tyto cévy prorůstají do sítnice a sklivce, mají oslabené stěny, mohou praskat a vytvářet praskliny na sítnici. Celý tento proces může končit až odchlípnutím sítnice. Podle míry a umístění poškození sítnice se zrakové funkce pohybují na úrovni slabozrakosti až nevidomosti. Z dalších komplikací je nejčastější odchlípení sítnice, myopie, strabismus, amblyopie a glaukom. Účinná léčba doposud neexistuje, jedinou efektivní terapií je kryokoagulace a laserová fotokoagulace, kdy dochází k destrukci bezcévné části sítnice, aby se omezil nebo zpomalil růst abnormálních cév. Pro včasné zachycení postižení a zahájení terapie se u předčasně narozených dětí provádí novorozenecký screening ROP. Jednou z nových forem léčby ROP je intravitreální injekce bevacizumab. Tako látka má za úkol zastavit celý proces neovaskularizace již v zárodku nebo zamezit dalšímu postupu retinopatických změn.

Proces probíhá v 5 stádiích

Stádium 1 – vaskulární a avaskulární část je oddělena tenkou, nízkou demarkační linií

Stádium 2 – růst demarkační linie do šířky a do výšky, vznik hřebenovitého valu

Stádium 3 – extraretinální fibrovaskulární proliferace, bujení vaziva a abnormálních cév

Stádium 4 – částečné odchlípnutí sítnice

Stádium 5 – úplné odchlípnutí sítnice

### **2.3.12 Diabetická retinopatie**

Jde o komplikaci při onemocnění diabetes mellitus, kdy dochází k oslabení stěn cév sítnice. V první fázi (neproliferativní) dochází k výskytu mikrovaskulárních anormalit a začíná se rozvíjet edém makuly. V druhé fázi (preproliferativní) se symptomy prohlubují a tato fáze je již označována za těžké stádium diabetické retinopatie. Ve třetí fázi (proliferativní) dochází k neovaskularizaci a tvorbě vaziva, tyto změny mohou vést a k odchlípnutí sítnice. Stejně jako u ROP neexistuje efektivní léčba, účinná je terapie laserovou fotokoagulací. Dle statistických údajů vzniká diabetická retinopatie již po třech až pěti letech trvání diabetu (zejména u I. typu). Výskyt po dvacetiletém trvání diabetu se blíží 100 %. Rozvoj diabetické retinopatie může urychlit současný výskyt hypertenze, anémie, hyperlipidémie a těhotenství.

### **2.3.13 Věkem podmíněná makulární degenerace**

Nezánětlivé degenerativní onemocnění makuly, při kterém dochází ke zhoršování centrální zrakové ostrosti. Periferní vidění je zachováno v normě. Mezi symptomy se řadí zhoršení vidění, zpočátku metamorfopsie typická zkreslením a deformací obrazu, mikroskotomy, dále absolutní centrální skotom se zhoršením vizu do dálky i do blízka. Vyskytují se dvě formy onemocnění. Suchá forma, atrofická, se projevuje pozvolným zhoršováním centrální zrakové ostrosti. Tako forma se vyskytuje u 85 % pacientů. Vlhká forma, exsudativní, vzniká jako důsledek abnormálního růstu cév pod oblastí makuly a prosakování krevní plazmy a dalších krevních elementů pod sítnici. Tato forma je typická rychlým postupem zhoršení zrakové ostrosti. Není známá žádná efektivní léčba, pouze prostředky ke stabilizaci stavu. (Ludíková, a kol., 2013)

### **2.3.14 Von-Hippel-Lindau syndrom**

Vzácná, geneticky podmíněná choroba související s vysokým výskytem vzniku zhoubných i nezhoubných nádorů. Ke vzniku dochází na základě mutace genu na 22.

chromozomu. Vlivem poškození genu je zvýšená schopnost buněk množit se. Tato mutace může vznikat buď nově, nebo je přenášena geneticky. U osob nemocných Von-Hippel-Lindauovou chorobou je zvýšené riziko vzniku míšních a mozkových hemangioblastomů (nezhoubných nádorů vycházejících z cév), mozkových nádorů, feochromocytomů (nádor nadledvin), rakoviny ledvin a mnoha dalších. Obvyklý je také výskyt vysokého tlaku a dalších neurologických obtíží jako bolestí hlavy, slabost. Množením drobných cévek v oku a jejich krvácením může dojít k poškození sítnice až na úroveň nevidomosti. Při včasném zachycení je možné tato místa ošetřit laserem. (Štefánek, 2011)

### 3 Ztráta zraku v dospělosti

Osoba po ztrátě zraku často bývá z počátku v šoku, který přechází do pocitů zoufalství. Projevy se různí, časté jsou stavy zamlklosti a lítosti, či výbušnost a podrážděnost. V tomto období potřebuje postižená osoba zázemí u svých blízkých. Potřebuje duševní oporu i pomoc při péči o své základní životní potřeby. Nelze dělat, že se vlastně nic nestalo. Nutné je zvolit přístup otevřené budoucnosti. Východiskem z toho to zoufalství není doufání v zázračný lék či zlepšení stavu, potřebné je přijetí reality a dosažení stavu, kdy postižený je v mezích svých schopností samostatný a nezávislý na pomoci ostatních. V případě že ke ztrátě zraku dojde náhle a ztráta je kompletní, je postižený z počátku často odkázán na pomoc okolí ve všech úkonech. Je narušena i pohybová koordinace při chůzi i sebeobsluze. Toto období by však mělo být co nejkratší. Při všech činnostech byl člověk zvyklý spoléhat se zejména na zrak. Nyní si potřebuje začít uvědomovat informace z mimozrakových smyslů a spoléhat se na ně. Je nutné začít od nejjednodušších a nenutnějších úkonů. Především jde o samostatnou orientaci a pohyb ve známém prostředí a základy sebeobsluhy, tedy osobní hygienu, oblékání a stravování. Toto je usnadněno tím, že má člověk většinu úkonů zautomatizovanou a při troše soustředění je lze provádět i bez zrakové kontroly. Při orientaci v prostoru v bezprostředním dosahu osoba osleplá postupuje podle zrakové vzpomínky, své pohyby však musí zpřesňovat pomocí sluchu a hmatu. Vůdčí úlohu přebírá hmat. Při ukazování uspořádání věci např. v koupelně, uchopíme osobu osleplou za ruku a vedeme ruku od předmětu k předmětu. Tento proces je občas nutné opakovat několikrát, než dojde k propojení zrakových vzpomínek s novými hmatovými zkušenostmi. Ve srovnání s minulostí jsou mnohem větší nároky kladeny na paměť, přemýšlení a logickou úvahu. Toto se týká všech oblastí sebeobsluhy (např. oblékání, péče o vlastní zevnějšek, stravování, opětovné zvládnutí používání příboru), hmatové orientace na stole a ve známém prostředí – byt, dům, zahrada. S nácvikem samostatného pohybu začíná osleplá osoba až po získání rovnováhy a jistoty ve vzpřímené poloze. Nejdříve se pohybuje podél stěn či nábytku. Zpočátku dochází ke střetům nevidomého s překážkami, tento jev však s přibývajícimi zkušenostmi vymizí. Důležité je stále uspořádání a pořádek. U osoby osleplé se také musí probudit schopnost orientace v prostoru sluchem, tedy vnímat ozvěny od stěn a volný prostor. Například hluk od okna nebo z televize slouží jako stálé orientační body pro určení polohy. Další potřebnou dovedností je hledání věcí na zemi. Při počátečním vycházení ven by měl nevidomého vždy doprovázet průvodce. Pro další možnosti rehabilitace je možné vyhledat odborné služby.



Při zachování zbytků zraku se lze při POSP a sebeobsluze částečně spolehnout i na částečnou zrakovou kontrolu. Je však nutné se naučit optimálně zbylé vidění využívat s podporou optických pomůcek. V těchto případech je také nutno přihlídnout k rozdílné náročnosti jednotlivých úkolů a individuální schopnosti a možnosti využití zbytků zraku v různých situacích. (Čálek, 1987)

### **3.1 Adaptace**

Jde o proces přizpůsobení na nově vzniklý stav věcí. Člověk se po ztrátě zraku musí naučit dělat věci jinak a naučit se s těmito změnami žít. Psychologický slovník definuje proces adaptace z více hledisek. Například z biologického hlediska jako základní vlastnost živé hmoty, schopnost organismu nebo jeho jednotlivých orgánů se přizpůsobit vnějším, dříve neobvyklým podmínkám. Z psychologického hlediska jako přizpůsobení chování, myšlení, vnímání a postojů. Nebo z hlediska sociálního jako proces postupného přizpůsobování se sociálním podmínkám. Adjustace je definována jako specifický proces adaptace. Jde o proces vpravování se do nových životních situací. (Hartl, Hartlová, 2010)

V psychologii se adaptace osobnosti rozlišuje dále na adaptaci objektivní a subjektivní. Objektivní adaptace bývá posuzována zpravidla podle toho, jak zdařile je člověk zabydlen a zakořeněn ve své rodině, mezi lidmi a ve světě práce. Subjektivní adaptace je pak vyjádřena vlastním pocitem spokojenosti či nespokojenosti člověka v daných vztahových oblastech. (Smékal, 2002)

Smékal (2002) dále uvádí teorii adaptace dle Lazara, který uvádí, že součástí pracovní podnětů je vždy hodnocení významu těchto podnětů pro osobnost člověka. Tato hodnocení rozdělují podněty na neutrální, příznivé a stresující. Významné je dále hodnocení situace jako stresující, dle tohoto hodnocení je možné rozlišit tři varianty zpracování. První variantou je ublížení a poškození, které se vztahuje zejména k dolehnuvšímu zlu, například smrt blízké osoby, ztráta zaměstnání či vážné onemocnění nebo úraz. Druhou variantou je ohrožení, které se týká také negativních událostí, ale ještě ne aktuálních. Jde tedy o jakési očekávání zla doprovázené napětím a úzkostí. V obou případech je zde předpoklad nepřátelského či nebezpečného okolí a člověku chybí prostředky k jeho ovládnutí. Třetí variantou je výzva. V případě výzvy je situace vyhodnocena jako náročná, ale stále zvládnutelná.

Většina technik využívaných při řešení náročných situací je však odvozena ze dvou základních reakcí organismu agrese a úniku. Ve své původní podobě jsou tyto reakce

u člověka spíše vzácné. Vlivem společnosti a norem chování se spíše staly prvotním impulsem pro další chování jedince v reakci na nastalou situaci. V některých případech je pak velmi těžko rozlišitelný původní impuls, například v reakci sebevraždou, ta může být totiž jak krajním případem úniku, tak i krajní agresí obrácenou proti sobě samému.

Techniky odvíjející se z agrese jsou pak označovány jako techniky aktivního řešení. Tyto jsou pak:

- Přímé agresivní řešení, které však nemusí mít pouze podobu fyzického násilí. Může jít také o různé formy verbální agrese. Tato přímá agrese pak může být zaměřena na okolí a ostatní lidi, nebo na sebe samého.
- Upoutání pozornosti a agresivní sebeprosazování, které je doprovázeno značným egocentrismem. S touto formou se lze často setkat u deprivovaných dětí.
- Negativismus, kdy jedinec není vůbec schopen situaci řešit pozitivně ale má silnou potřebu sebeprosazování. Tato forma souvisí s předchozím typem.
- Hledání viníka. Tato technika spočívá v přenášení vlastních problémů na okolí, čímž se jedinec vlastně vyhýbá zodpovědnosti za vlastní jednání.
- Identifikace se silnější osobností, skupinou či institucí. Původně jde o jeden z mechanismů socializace, který pomáhá dítěti ve vývoji od raného dětství. V situacích, kdy však jedinec pocítuje vlastní slabost a nejistotu je často využíván i v dospělosti.
- Kompenzace deficitu v jedné oblasti zvýšenou aktivitou v jiné oblasti. Zde se může jednat o přesun zájmů, zvýšení výkonů v dostupné oblasti vlastních činností a tím následné překonání omezení. Zde je významné riziko hyperkompenzace, ta může vést až k patologické fixaci na určitý cíl a působit jedinci další potíže.

Techniky odvíjené z úniku je možné obecně charakterizovat jako pasivní. Často se jedná o rezignaci na dosažení cíle či vůbec řešení situace.

- Přímý únik není jen fyzické vyhýbání se náročné situaci, ale může jít také i o ztrátu vědomí nebo činnosti, které pomáhají na problémy zapomenout. Například zneužívání návykových látek, denní snění či vášnivé zaujetí a provozování koníčků.
- Izolace je formou úniku, při níž se jedinec přímo nebo alespoň vnitřně uzavírá před vnějším světem, který se jeví jako zraňující.
- Únik do nemoci se objevuje v případech, kdy jedinec produkuje psychosomatické symptomy, které mu tak dávají záminku k tomu, aby své problémy neřešil. Tato

technika může zahrnovat i agresivní prvky, kdy jedinec může tímto způsobem vyhledávat pozornost a péči okolí.

- Racionalizace se snaží vysvětlit a zdůvodnit rezignaci na dosažení cíle a to mnohdy i silně iracionálním způsobem.
- Regrese, tedy návrat na nižší vývojovou úroveň chování. Zpravidla se jedinec vrací na takovou úroveň, kdy byly jeho potřeby uspokojovány preferovaným způsobem. V některých případech je tato reakce způsobená nenadálou změnou, například onemocněním, duševním otřesem či prudkými změnami v pubertě.
- Popření či potlačení skutečnosti se objevuje zejména v souvislosti se vztahem jedince k vlastnímu postižení. Tato technika mu pak umožňuje obtížnou situaci ignorovat a vůbec ji neřešit. Takové potlačení problému může vést k přecitlivělé a nepřiměřené reakci při jakékoliv zmínce či nepřímé narážce na problém. Dochází tak ke vztahovačnosti při sociálních interakcích. (Vágnerová a kol., 1999)

## **3.2 Adaptace na ztrátu zraku**

Z předchozího textu víme, že proces adaptace se individuálně liší. Stejným způsobem se pak liší i jednotlivé fáze vyrovnávání se při oslabení nebo ztrátě zraku.

### **3.2.1 Stádia vyrovnávání se se ztrátou zraku**

Jesenský (2007) ve své publikaci rozvádí myšlenku J. Součka, který se zmiňuje o dvou na sebe navazujících fázích vyrovnávání se se ztrátou zraku

První fáze, fáze krize, se projevuje citovou rozbouřeností, kdy převažuje nejistota a strach. Toto období bezprostředně navazuje na trauma z oslepnutí. Délka trvání tohoto období se individuálně liší, dle osobnosti postiženého. V počátcích této fáze je typické období zmatku, který se zdá být bezvýchodným. Během této doby se často objevují pocity strachu z budoucnosti a úzkosti, které ochromují myšlení a vedou až k negaci všech původně potěšujících aktivit. Tento stav je často označován také jako psychické zhroucení, které bývá doprovázeno příslušnými fyziologickými příznaky. Jedinec také často prožívá strach z izolace a ztráty sociálního postavení. To je dáno omezením kontaktu s okolním prostředím na vjemy výhradně jen sluchové. Postižený si během této fáze uvědomuje i vjemy čichové a pocity tepla, zatímco o poloze vlastního těla jej informuje pouze statický smysl, přičemž stále chybí přímý styk s věcmi, které se jej bezprostředně nedotýkají. Také je narušena navyklá rutina při

běžných činnostech. Zejména během této doby je potřeba psychologické pomoci velmi aktuální nejen pro samotnou osobu s postižením, ale také rodinným příslušníkům.

Druhá fáze, uklidnění, se projevuje zvýšením pocitu jistoty, emocionálním uklidněním a zvládnutou adaptací. Ani druhá fáze se však neobejde bez potů smutku a lítosti. Během tohoto období sehraává mimořádně důležitou roli zejména sociální prostředí jedince. Osoby v bezprostředním okolí mu totiž umožňují lepší orientaci a urychlují tak adaptaci. Důležité je také povzbuzení a podpora, které mají pozitivní vliv na citovou stránku postiženého. Toto období je typické postupnou adaptací a učením se novým postupům a dovednostem, potřebným pro další život postiženého. Dochází také k přijetí nové reality a hledání nového smyslu života.

### **3.2.2 Samostatná orientace jako rys přizpůsobení**

Jedním ze zásadních rysů přizpůsobení osoby na ztrátu zraku je, když alespoň v určité míře zvládá samostatnou orientaci a pohyb v otevřeném prostoru, jako chůze po ulici i v terénu. V dovednosti prostorové orientace a samostatného pohybu existují velké individuální rozdíly, které jsou způsobeny různou mírou předpokladů pro tuto dovednost u jednotlivých osob. Problematické může být u některých osob také využití bílé hole, která je, navzdory mnohým pokusům o zkonstruování elektronických pomůcek, stále nejspolehlivějším nástrojem pro prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením. U některých osob bílá hůl budí pocit označení a vydělení ze společnosti. Dalším velice častým faktorem omezující samostatný pohyb nevidomých, může být úzkostlivý vliv příbuzných. Jejich strachování o to, co by se mohlo stát, tak může brát odvahu i nevidomému. Další velice přínosnou pomůckou pro orientaci a pohyb osob nevidomých je cvičený vodící pes, jehož výhody jsou velmi vysoce ceněny. Neméně důležitou oblastí přizpůsobení po ztrátě zraku, je oblast písemné komunikace a získávání informací jinak než zrakem. Zde je také nutné se přeorientovat na vnímání sluchové a hmatové. V případě poškození zraku v takové míře, že již není možné číst běžný tisk, je na místě zvládnutí Braillova písma. Velmi rozšířeným názorem sice je, že toto hmatové písmo není efektivní, zkušenost však ukazuje, že i nedokonalé zvládnutí tohoto písma je pro nevidomého člověka velkým přínosem. I když je možné nutnost využití hmatového písma díky moderním technologiím snížit na minimum, brání-li se člověk po ztrátě zraku alespoň pokusu o zvládnutí tohoto písma, nebo staví-li se k této dovednosti laxně, je možné v tom spatřovat projevy silné nepřizpůsobení na život po oslepnutí. Dalšími možnostmi pro získávání a záznam informací mohou být zvukové složky

vysílání (rozhlas, rádio, televize) a praktickým se jeví zejména využití diktafonu. Nahrávání informací pomocí mikrofonu je mnohdy pohodlnějším a rychlejším způsobem záznamu, než využití hmatového písma. (Čálek, 1978)

### **3.3 Kompenzace**

Aby se jedinec po ztrátě zraku mohl dále zařadit do intaktní společnosti, je potřeba, aby se u něj v co nejvyšší míře rozvinuly kompenzační činitele. (Růžičková, 2006)

Sovák (1980) ve své publikaci definuje kompenzaci jako souhrn speciálně pedagogických postupů, které mají za cíl zlepšit a zdokonalit výkonnost funkcí jiných, než ty jež jsou postiženy. Metody kompenzace se tedy zaměřují nejen na činnost, která je narušena, ale i na náhradní výkonnost dalších funkcí. Důležitý je multisenzoriální přístup a celistvost při nahrazování a doplňování vnímání a výkonů při kompenzaci.

Nevidomý nepoznává svět kolem sebe audiovizuální cestou, ale cestou audio-taktilní. Kompenzačními činiteli jsou hmat, sluch, čich i chuť. Tyto smysly nejsou vrozeně nijak zesíleny. Vynikající rozlišovací úroveň lze dosáhnout záměrným systematickým rozvojem a cvičením. Souhrnem sluchových, hmatových a čichových vjemů je možné získat schopnost orientace a představ o prostoru. Nevidomý nabývá pohybové sebejistoty a pocitu bezpečí. Dochází k rozvíjení náhradních analyzátorů (nižších kompenzačních činitelů) a vyšších psychických funkcí (vyšších kompenzačních činitelů). (Ludíková, 1989)

#### **3.3.1 Nižší kompenzační činitelé**

Jako nižší kompenzační činitelé jsou označovány smysly využívané pro získávání informací z prostředí.

Hmat je jako zdroj informací omezen pouze na vzdálenost dosahu končetin jedince. Jde o jeden ze smyslů, kterým získáváme informace jen zřídka a často neuvědoměle. Pro osoby nevidomé je však jedním ze zásadních kompenzačních činitelů pro získávání informací o okolí. Hmatové vnímání je však pouze parciální, předmět je tedy možné poznávat jen po částech. Pro orientaci na ploše a čtení je pro nevidomé zásadní rozvíjení hmatového vnímání rukou. Pro další činnosti, zejména pro POSP je však také důležité hmatové vnímání na chodidlech. (Růžičková, 2006)

Hmatovým vnímáním je možné vnímat tvar, velikost, směr, vzdálenost, pohyb i trojrozměrnost. Dále také tvrdost, váhu, teplotu a charakter povrchu. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Sluch. Pomocí sluchu je možné vnímat okolí na dálku. Jde o důležitý sociální smysl, jelikož díky němu můžeme vnímat řeč a rozeznávat známé hlasy. Pro nevidomé jde také o jeden z prostředků orientace v prostoru, zejména v provozu. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Čich a chuť. Nejde jen o varovné a orientační vjemy při stravování. Čich pomáhá nevidomému také při orientaci v prostoru, například ve městě podle charakteristické vůně obchodů. (Růžičková 2006)

### **3.3.2 Vyšší kompenzační činitelé**

Vyššími kompenzačními činiteli jsou schopnosti, vlastnosti a dovednosti.

Pozornost. Získaná vlastnost organismu. Je to nezbytný předpoklad pro práci, samostatný pohyb i každodenní fungování člověka ve společnosti. Délku trvání záměrné pozornosti je možné cvikem prodloužit. Díky pozornosti je člověk schopen reagovat na změny v prostředí.

Představivost. V životě člověka hraje utváření představ důležitou roli, která je u nevidomých složitou záležitostí. Výsledkem jsou představy neboli obrazy tvořené v mysli člověka. Tyto představy jsou uchovatelné a znovu vyvolatelné i v době, kdy předmět přímo nevnímáme. Díky představám je vlastně možné myslet. Představa předmětu není nikdy vlastně úplně stejná jako předmět samotný. V představách je vždy vyvolán jen zlomek vlastností předmětu. Představy o světě si člověk vytváří stále, během každodenních činností.

Myšlení. Proces složený z jednotlivých fází, myšlenkových operací jako srovnávání, zobecňování a usuzování. Myšlení může být jak záměrné, tak bezděčné, nebo dokonce probíhá proti vůli člověka. Myšlení je možné vůlí usměrnit. V případě nevidomých je na myšlení kladen větší nárok pro udržení pozornosti. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Koncentrace. Jde o schopnost jedince se na činnost či jev soustředit během požadované doby. Z hlediska POSP je koncentrace velice důležitá. Schopnost soustředit se na vlastní pohyby a polohu ve vztahu k okolnímu prostředí. Na koncentraci je u osob se zrakovým postižením kladen větší nárok téměř u každé činnosti. (Růžičková, 2006)

### **3.3.3 Kompenzační pomůcky**

Osobám se zrakovým postižením mnoho činností usnadňují kompenzační pomůcky. Ty jsou potřebné při vzdělávání, sebeobsluze, POSP i různých volnočasových aktivitách. Jde o nástroje, přístroje nebo zařízení, které je speciálně vyrobené nebo upravené aby svými

vlastnostmi či možnostmi využití kompenzovalo omezení způsobené zrakovým postižením. Tyto pomůcky mohou být optické, hmatové, akustické a hlasové, také je můžeme rozdělit na mechanické a elektronické. Na některé pomůcky může zrakově postižená osoba získat finanční příspěvek.

Podle účelu užití dělíme pomůcky následovně.

Pomůcky usnadňující nebo umožňující orientaci a pohyb nevidomých. Zde se řadí bílá hůl, signální pásy a vodící linie, VPN vysílačky a hlásiče

Pomůcky pro každodenní použití a domácnost. Zde můžeme zařadit budíky, hodinky, měřicí přístroje se zvukovým i hlasovým výstupem určené pro určení hladiny, váhy, teploty nebo tlaku. Dále také drobné mechanické pomůcky například pro krájení cibule, oddělování žloutků či šablona na bankovky.

Pomůcky usnadňující komunikaci a práci s informacemi. Do této kategorie patří například Pichtův psací stroj, zvětšovací i hlasové software pro počítač a mobilní telefon, diktafon, braillovský řádek a tiskárna reliéfních znaků. (Bubeníčková, 2002)

Specifickou pomůckou pro podporu POSP nevidomých je pak vodící pes. Tito psi jsou speciálně cvičeni pro asistenci nevidomým při pohybu zejména v exteriéru. Mezi dovednosti vodícího psa patří mimo jiné bezpečné převádění přes vozovku, označení schodů a chůze po nich, označení semaforů na křižovatce, identifikace a obcházení překážek, vyhledávání dveří a volných míst k usednutí. (Povely, 2012)

## 4 Sociální rehabilitace

*„Pod pojem rehabilitace nejčastěji myslíme obnovení původního stavu orgánu nebo funkce, jakož i odstraňování defektivity, tj. psychických a společenských důsledků zrakové vady, které se léčením nebo jiným opatřením nemohly upravit na normu. Cílem rehabilitace je jak odstraňování defektu, tak odstraňování defektivity a správné společenské zařazení postiženého jedince do společnosti.“ (Jesenský J., 1977)*

Podle Sováka (1980) je rehabilitace souhrnem speciálně pedagogických postupů, kterými se upravují společenské vztahy, možnosti pracovního uplatnění i subjektivní uspokojení osoby s postižením.

Rehabilitační proces reaguje na obecné předpoklady v kombinaci se specifickými potřebami cílové skupiny. V ČR je rehabilitace osobám se zrakovým postižením poskytována systémem služeb a péče dle věkových skupin. V případě rehabilitace dospělých osob se zrakovým postižením je primární strategií dosažení splnitelných seberealizačních cílů. Mezi další cíle pak patří znovuzískání strategií k získávání informací. Ucelená rehabilitace by pak měla poskytnout osobám se zrakovým postižením podporu při získávání kompetencí potřebných pro opětovné zapojení do žádoucích aktivit a sociálních rolí. Nejvýznamnějšími oblastmi jsou pak snižování informačního deficitu, zvyšování samostatnosti a soběstačnosti a zapojení do prostředí sociálního i pracovního. (Růžičková, 2015)

*„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)*

### 4.1 Organizace poskytující služby sociální rehabilitace

V České republice poskytuje služby pro osoby se zrakovým postižením mnoho organizací. Pro účely této práce se omezíme na Tyfloservis, o. p. s., Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o. p. s., a Tyflocentrum, o. p. s.



### 4.1.1 Tyfloservis, o. p. s.

Posláním společnosti Tyfloservis je podpora integrace osob slabozrakých a nevidomých. Poskytuje intervence zaměřené na samotné nevidomé a slabozraké, osoby jim blízké. Také se snaží zvyšovat informovanost široké laické i odborné veřejnosti. (Ludvíková a kol., 2013)

Obecně prospěšná společnost, která nabízí podporu, informace a nácvik dovedností osobám s vážným zrakovým postižením starším patnácti let, prostřednictvím terénní a ambulantní sociální rehabilitace. Své služby Tyfloservis nabízí na celém území České republiky díky síti krajských středisek, které se nacházejí v Brně, Českých Budějovicích, Hradci Králové, Jihlavě, Karlových Varech, Liberci, Olomouci, Ostravě, Pardubicích, Plzni, Praze, Ústí nad Labem a ve Zlíně.

Tyfloservis byl založen Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých ČR v roce 2000 a svou činnost zahájila od roku 2001. Jde o nástupnickou organizaci, která po svém vzniku převzala služby terénní a ambulantní rehabilitace nevidomých a slabozrakých. Tyto služby byly původně provozovány občanským sdružením České unie nevidomých a slabozrakých do roku 1996, a občanským sdružením s názvem Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých do roku 2000. Základním zdrojem financování je již od počátku dotace Ministerstva zdravotnictví ČR. Své služby tedy Tyfloservis poskytuje bezplatně.

Díky službám, které Tyfloservis nabízí, může osoba se zrakovým postižením v maximální možné míře naplňovat samostatně své životní potřeby, získat přiměřené sebevědomí, zaměřit se na možnosti svého dalšího rozvoje, dokázat rozpoznat své meze a v případě potřeby požádat o pomoc. Tyfloservis svým klientům také pomáhá k převzetí odpovědnosti za vlastní život, samostatnost a aktivitu a využití všech svých potenciálů. (Základní údaje o Tyfloservisu, 2011)

Mezi nabízené služby patří jednorázová intervence, určené pro okamžité získání informací, ukázky a procvičení, poradenství, výběr vhodných pomůcek a práce s nimi, případně nácvik drobných dovedností. Dále Tyfloservis nabízí rehabilitační kurzy, pro zvládnutí dovedností nezbytných pro život. K dispozici je kurz prostorové orientace a samostatného pohybu, obsahující nácvik chůze bez pomůcek, s průvodcem, s bílou holí, nácvik tras včetně využití dopravních prostředků a veřejných budov. Kurz sebeobsluhy zahrnuje nácvik vaření, péče o domácnost a oděvy, péče o osobní hygienu a péče o děti. K dispozici jsou také kurzy čtení a psaní Braillova písma, psaní na psacím stroji nebo

počítačové klávesnici, kurz rehabilitace zraku, nácvik vlastnoručního podpisu a nácvik chování v různých společenských situacích. (Služby Tyfloservisu, 2011)

Před vznikem Tyfloservisu se o osoby se zrakovým postižením staral Svaz invalidů. Tato dobrovolná společenská organizace a zájmová organizace trvale zdravotně postižených, byla založena v roce 1952. Touto organizací byl pro zrakově postižené vypracován rámcový návrh rekvalifikačních programů, který zahrnuje rehabilitační programy pro oblast informace, oblast samostatnosti osob se zrakovým postižením a programy pracovního a společenského uplatnění. Svým členům Svaz invalidů také poskytoval také služby právní pomoci, vydával doporučení pro různé úlevy, poskytoval půjčky účelového jmění, a také poskytoval kompenzační pomůcky pro studenty vysokých škol. Pro členy byly také další kompenzační pomůcky prodávány se slevou 20-80 %. Svaz invalidů také původně zřizoval Slepickou tiskárnu a knihovnu v Praze a v Levoči a vydával speciální časopis Zora jak ve zvětšeném černotisku, tak v Braillově písmu.

Ve spolupráci se Svazem invalidů pracovalo od roku 1977 speciální zařízení sociální péče Rehabilitační středisko pro zrakově postižené v Levoči, které mělo celostátní působnost. Zde byly po ztrátě zraku zařazovány osoby mezi 18. a 45. rokem věku. Zde se jim dostávalo pracovní i sociální rehabilitace. Tento proces probíhal intenzivně ve třech cyklech po pěti měsících. První cyklus základní rehabilitace zahrnoval psychorehabilitaci, použití kompenzačních a reedukačních prostředků, sebeobsluhu, prostorovou orientaci a samostatný pohyb a vzbuzení zájmu o okolí a práci. Během druhého cyklu probíhala předpracovní rehabilitace, tedy příprava na povolání manuální i intelektuální. Třetí cyklus, pracovní rehabilitace, sloužil zejména osobám, které se kvůli postižení nemohly vrátit do svého původního zaměstnání. Byla zde poskytována rekvalifikace v oboru masér, montér a telefonní manipulát. (Ludíková, 1988)

#### **4.1.2 Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé**

##### **Dědina, o. p. s.**

Toto středisko, které je v České republice ojedinělé, nabízí nevidomým a těžce slabozrakým možnost absolvovat intenzivní kurzy sociální a pracovní rehabilitace. Na tyto základní kurzy pak následně navazuje rekvalifikace umožňující následné pracovní uplatnění osob se zrakovým postižením. (Ludíková a kol., 2013)

### **4.1.3 Tyflocentrum, o. p. s.**

Obecně prospěšná společnost poskytuje osobám se zrakovým postižením sociální služby po celé České republice díky síti krajských středisek. Uživatelé zde mohou navštěvovat kurzy používání PC pomůcek, včetně poradenství při výběru pomůcek. Střediska také nabízejí aktivizační a vzdělávací programy. Svým klientům poskytuje základní poradenství o možnostech kompenzace i o dalších poskytovatelích služeb pro zrakově postižené. Dále nabízí sociálně-právní poradenství, technické poradenství a nácvik obsluhy pomůcek, základní a nástavbové kurzy práce s PC, služby osobní asistence jako průvodcovství, předčitatelské služby apod., pomoc při odstraňování architektonických bariér a další služby. (Ludíková a kol., 2013)

## **4.2 Prostorová orientace a samostatný pohyb osob se zrakovým postižením**

Jesenský (in Finková a kol., 2007, str. 155) charakterizuje orientaci jako *„proces získávání a zpracování informací z prostředí za účelem skutečné nebo jen myšlenkové manipulace s objekty prostoru nebo za účelem plánování a realizace přemísťování v prostoru.“*

Orientace v prostoru je tedy způsob chápání toho, kde právě jsme, jaká je souvislost mezi tímto místem a okolím a kudy se odtud dostaneme. Využívány jsou k tomu poznatky uložené v paměti. Velikost vnímaného prostoru se může lišit. Člověk se nejdříve učí orientaci na vlastním těle, následně nejbližšího okolí a postupně prostoru místnosti, bytu či domu až po celé ulice a větší prostory. Dovednostem a znalostem potřebným pro orientaci v prostoru je třeba se postupně učit. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Vzhledem k převaze zrakového vnímání při získávání informací z okolí, je u osob zrakově postižených nutné hledat náhradní systémy, s jejichž pomocí bude pro tyto osoby bezpečné se v prostoru pohybovat. Nejvýznamnějším kompenzačním činitelem při prostorové orientaci se stává hmat, především aktivní a instrumentální, včetně hmatové práce nohou, a sluch. (Finková a kol., 2007)

Mezi prvky prostorové orientace a samostatného pohybu patří zvládnutí technik bez hole. Pohyb s vidícím průvodcem, horní a dolní bezpečnostní držení a kluznou prstovou techniku doplňuje rozvoj přirozených pohybově-orientačních schopností jako odhad vzdáleností, úhlů, vnímání sklonu a zakřivení dráhy a minimalizace odchylek od přímého směru. Dalším prvkem pro samostatný pohyb a prostorovou orientaci je technika bílé hole.

Bílá hůl má funkci informační, bezpečnostní a orientační (v některých případech i opěrnou). Posledním prvkem je orientační analyticko-syntetická činnost, tedy využití informací všeho druhu, které se podařilo získat všemi dostupnými prostředky, při aplikaci technik pohybu a orientace v prostoru. (Finková a kol., 2007)

Problémy při POSP omezují zrakově postiženého v možnostech poznávání objektivní reality a mají také vliv i na utváření osobnosti. Nadbytečná závislost na vidících osobách, která vyplývá z nevládnutí problémů při POSP, také výrazně komplikuje sociální vztahy, sebepojetí a v podstatě postiženému znemožňuje samostatný život.

U nás se první pokusy o výuku POSP objevily v 70. letech, kdy Miroslav Vosoba se spolupracovníky uspořádal dva letní dvouměsíční kurzy pro nově osleplé. V roce 1976 pak byl zahájen docházkový kurz POSP pro později osleplé, které vedl dr. Čálek. V roce 1983 pak, po pozitivních zkušenostech s výukou na některých školách, byli vyškoleni první čtyři instruktoři.

POSP, tedy základní návyky rozvíjející a zdokonalující přirozené schopnosti nevidomých osob, jejichž zvládnutí jim umožňuje dosáhnout poměrně vysokého stupně mobility. Tyto lze dělit do dvou základních oblastí:

- Zvládnutí technik pohybu bez hole. Zde se řadí chůze s vidícím průvodcem, bezpečnostní držení a kluzná prstová technika.
- Rozvíjení přirozených pohybově orientačních dovedností a odstraňování nepříznivých důsledků zrakového postižení. Zde radíme omezování odchylek od přímého směru, odhad vzdáleností a úhlů, výchovu ke vnímání sklonu a zakřivení dráhy, rozvoj sluchové orientace, rozvoj „smyslu pro překážky“, chůzi po schodišti a posilování stability člověka se zrakovým postižením.

Technika bílé hole je cílevědomé a poučené užívání bílé hole, které poskytuje plnou bezpečnost a subjektivní jistotu nevidomému při dodržování základních fyziologických i estetických pravidel pohybu. Mezi hlavní funkce hole patří funkce ochranná a bezpečnostní, funkce orientační a funkce informační a signalizační. Bílá hůl tedy slouží jak k vyhledávání orientačních bodů a překážek, tak k označení nevidomé osoby v provozu.

Každý pohyb při prostorové orientaci znamená pro nevidomého pohyb vědomý, cílený a vyžaduje plné soustředění. Totéž platí i při pohybu ve známém prostředí, například ve vlastním bytě. Dlouhodobé soustředění však velmi vyčerpává, proto je nutné činnosti fixovat

na úroveň perfektně osvojených dovedností a návyků. Každý člověk po oslepnutí se musí zbavit strachu z prostoru a neznáma. S problematikou POSP úzce souvisejí také sebeobslužné činnosti. V případě výuky POSP u osob nově osleplých se postupuje ve třech fázích. Prvotní fáze, minimum, se zaměřuje na úkol trefit na konkrétní místa a najít určité věci v bytě a v okolí bydliště. Druhá fáze, optimum, má za úkol naučit osobu osleplou samostatně se orientovat a provádět různé úkony doma, na pracovišti a v okolí za běžných podmínek. Třetí fáze, maximum, pak finálně učí nevidomého dovednostem nutným pro vyřešení náročné orientační situace, cestovat do jiných měst či zemí, používat různé dopravní prostředky a provozovat náročnější sporty. U osob osleplých je však výcvik většinou intenzivnější a probíhá v kratší době. Toto není způsobeno jen snahou vrátit člověka co nejvíce zpátky do běžného života, ale také již některými naučenými základními pohybovými návyky, které se již jen automatizují a upevňují. Toto je zjednodušeno i větší zásobou zrakových představ, která umožňuje snazší orientaci v prostoru na mentální úrovni.

#### **4.2.1 Hlavní zásady a cíle POSP**

Zásada cílevědomého, účelného a nenápadného prolínání POSP všemi činnostmi člověka se ZP. Dodržování této zásady zaručuje vysokou úroveň motivace. U dětí volíme většinou metodu hry. U dospělých je vhodné zapojení do běžných domácích prací.

Zásada bdělé pozornosti. Nejedná se o stav vnitřního napětí, základním předpokladem pro zvládnutí POSP je dostatek vnitřního klidu. V případě, že je nevidomý na trase příliš nervózní, je také snáze narušena jeho pozornost v případě nečekaných překážek a může dojít až ke ztrátě orientace. Naproti tomu v případě, že je klidný a soustředěný, nenechá se příliš rozptylovat a má větší předpoklad ke zdárnému vyřešení problému. Není vhodné obtíže a nebezpečí podceňovat, ale ani přeceňovat. Dle této zásady je optimální klid, soustředění a pozornost.

Zásada kompenzační funkce ostatních smyslů. Pro nevidomé je důležité procvičovat a zpřesňovat rozlišovací a poznávací funkce ostatních smyslů. Velmi důležitý je sluch, jako dálkový analyzátor okolí, který umožňuje identifikovat různé zvuky v okolí a jejich umístění vzhledem k poloze člověka. Zvládnutí této činnosti umožňuje nevidomému získávat potřebné informace o charakteru prostředí i o směru vlastního pohybu. Z tohoto vyplývá i schopnost echolokace, tedy odhalování překážek prostřednictvím ozvěny. Tato schopnost není samozřejmostí, jde o schopnost naučenou a podporovanou systematickým a cílevědomým výcvikem. Dalším významným smyslem je hmat. Jde o kontaktní analýzu a získávání

informací z nejbližšího okolí člověka. Výhodou hmatu je vysoká konkrétnost a přesnost vnímání, nevýhodou je pak omezení rozsahu vnímaného okolí. V problematice POSP se hmat týká především využití bílé hole a hmatové práce nohou. Využití hmatové práce rukou je omezeno spíše na pohyb v budovách, vzhledem ke skutečnosti, že při pohybu v exteriéru by měl nevidomý tendence spíše k vadnému držení těla a takový pohyb by byl také značně neestetický. Využití čichu při POSP se týká zejména poznávání známých míst, případně osob, podle charakteristické vůně či zápachu. Toto přispívá zejména k upřesnění polohy na trase při pohybu ve městě, kde lze rozlišit například obchody s typickou vůní jako pekařství či květinářství.

## **4.2.2 Základní oblasti výchovy POSP**

Vzhledem k obsáhlosti problematiky v následující části pouze shrneme základní techniky a pravidla POSP.

Podle obsahu rozeznáváme tři základní oblasti POSP. Jde o prvky POSP, techniku dlouhé hole a orientační analyticko-syntaktickou činnost.

### **4.2.2.1 Prvky POSP**

Zde patří chůze s vidícím průvodcem, bezpečnostní postoje a kluzná prstová technika, neboli trailing. Během chůze s vidícím průvodcem je možné rozlišit mezi průvodci stálými, rodina, přátelé, pracovníci, a náhodnými, kolemjdoucí a trase. Mezi hlavní zásady při chůzi s vidícím průvodcem patří správné držení, kdy se nevidomý drží průvodce zezadu za paži kousek nad loktem. Nevidomý tak jde asi půl kroku za průvodcem, čímž je zajištěna větší bezpečnost a jistota nevidomého při pohybu, jelikož na překážky a změny na trase reaguje průvodce dříve a nevidomý má možnost tyto reakce zachytit. Obecně platí zásada aktivní spolupráce, kdy se zrakově postižený neustále aktivně podílí na chůzi po trase. To znamená, že včas a správně reaguje na pokyny průvodce, sleduje terén a je stále v bdělé pozornosti. Nevidomý by také měl jít po bezpečnější straně trasy. V případě procházení zúženým prostorem jen průvodce pohne paží vzad, což je po nevidomého pokynem k zařazení za průvodce. Při chůzi ze schodů či do schodů je možné stoupání či klesání upřesnit pohybem paží, nebo zastavit a nevidomého slovně informovat. Při procházení dveřmi uchopí průvodce kliku rukou, za kterou se nevidomý drží a nechá jej kliku převzít a dveře otevřít. Následně průvodce prochází dveřmi jako první a nevidomý dveře i zavírá. Při usedání na židli naprosto stačí, když průvodce položí ruku, za kterou ho nevidomý drží, na opěradlo. Nevidomý pak již sám volnou rukou zjistí umístění stolu a nohou při obcházení výšku sedadla, následně sám

usedá. Podobně tomu je při usedání do auta, kdy průvodce opět položí ruku na kliku dveří. Nevidomý pak již sám dveře otevírá, druhou rukou pohybem po hraně dveří zjistí jejich výšku a sám poté usedá.

#### **4.2.2.2 Bezpečnostní postoje**

Ve většině případů je možné pozorovat jakési tápání osoby po oslepnutí při pohybu v místnostech, kdy jsou obě ruce předpažené. Tento způsob pohybu je však nejen neestetický, má také negativní vliv na správné držení těla, kdy často dochází k předklánění. Toto držení ani neposkytuje dostatečnou bezpečnost při pohybu a jeho následkem jsou pak nepříjemné zkušenosti a drobné zranění. Naproti tomu je pohyb s využitím horního a dolního bezpečnostního držení mnohem bezpečnější a efektivnější. Horní bezpečnostní držení chrání oblast obličeje a hlavy. Spočívá v pozvednutí paže do výše ramen a ohnutí loktu tak, aby část předloktí a dlaň, obrácená směrem vpřed, kryla plochu obličeje. Dolní bezpečnostní držení chrání zejména před překážkami na úrovni pasu. Během tohoto držení je paže podél těla a loket ohnutý tak, aby předloktí krylo oblast břicha a dlaň dosahovala přibližně před stehno druhé nohy. Při shýbání je vhodné dávat jednu ruku do horního ochranného držení, jako obranu před hranami nábytku. Kluzná prstová technika, neboli trailing, se užívá zejména při pohybu ve známých budovách. Nevidomý se pohybuje podél stěny a má tak možnost najít dveře, okna či jiné orientační body. Během této techniky je ruka držena přibližně ve výšce pasu a předsunuta mírně vpřed. Hřbet prstů ohnutých vzad a nehty pak kloužou po povrchu stěny. V případě očekávání překážek je pak možno tuto techniku kombinovat s horním či spodním bezpečnostním držením.

#### **4.2.2.3 Technika dlouhé hole**

*„Dlouhá hůl by měla být skládací, ovšem konstruována tak, aby při rozložení do plné délky byla maximálně stabilní a lehce ovladatelná.“ (Wiener, 1998, s. 100)*

Při základním držení hole je ruka, která hůl drží, ve výšce pasu před středem těla. Hůl pak směřuje šikmo vpřed a její spodní konec se dotýká podložky. Hůl se se drží volně mezi palcem a prostředníčkem ze stran, ukazovák položený shora směřuje dolů po holi. V případě potřeby zkrácení hole se používá tužkové držení hole. Při chůzi s bílou holí je používána technika kluzná, technika kyvadlová a technika diagonální. Při kluzné technice je spodní konec hole stále položen na podložce a opisuje před tělem mírný oblouk odpovídající přibližně šíři ramen. Tuto techniku nejčastěji využívají začátečníci. Později je často využívána pro zjištění charakteru povrchu terénu nebo na nebezpečných místech. Rytmus pohybu hole

odpovídá chůzi, takže hůl je v krajním bodu oblouku vždy před nohou, která právě došlápla. Kyvadlová technika se od kluzné liší tím, že spodní konec hole nezůstává na podložce, ale opisuje nad ní nízký oblouk. Před nohou, která právě došlápla, se pak dotkne země. V případě chůze podél vodící linie, například zdi budovy, je pak možné použít kyvadlovou techniku trojbodovou, kdy se hůl dotkne zdi, nechá se podél ní klesnout a následně opíše oblouk v šíři ramen a na krajním bodu se opět dotkne podložky. Při kluzné i kyvadlové technice se pohyby hole řídí pouze zápěstím, nikoliv pohybem celé paže. Diagonální techniku užívá nevidomý hlavně ve známých budovách a při chůzi po schodišti. Hůl je držena, zpravidla tužkovým držením, diagonálně před středem těla. Ruka je přibližně ve výši pasu takže horní konec hole je v úrovni ramene a spodní na úrovni protilehlého kolene. Při chůzi po schodech je hůl vždy o jeden schod napřed, aby byla umožněna kontrola výšky schodu, případně konec schodiště. Stejná technika je využita při jízdě na eskalátoru, kdy spodní konec hole, položený na stupni před nevidomým, také kontroluje konec eskalátoru.

#### **4.2.2.4 Orientační analyticko-syntetická činnost**

Jde o využívání informací všeho druhu, které nevidomý získal všemi dostupnými způsoby a prostředky, při aplikaci základních technik pohybu. Je to nejvyšší stádium POSP, kdy ZP využívá zbylé smysly, přirozené pohybové a orientační schopnosti, techniky dlouhé hole, případně jiných pomůcek, plánek, map a modelů spolu s ústním či písemným popisem trasy. Cílem této činnosti je utvoření správné představy o situaci, která vede k adekvátnímu řešení. Nevidomý shromažďuje informace o prostředí, podle kterých se může na trase pohybovat. Jedná se zejména o orientační body, linie a znaky. Orientační bod je dobře a rychle rozeznatelný jev, který nemění své místo v prostoru ani tvar. Orientační linie je pak průmět horizontálních linií na rovinu pohybu. Orientační znaky jsou jevy charakterizující celkovou orientační situaci. Zvyšují jistotu nevidomého při pohybu a přispívají k vytvoření správné představy o okolí, čímž pomáhají určit stanoviště na trase. Znaky mohou být sluchové (typické zvuky), hmatové (povrch terénu), čichové (charakteristické vůně či zápachy), tepelné (vnímání slunce či větru), vertikální (členitost a sklon trasy) a horizontální (změny zakřivení trasy vlevo nebo vpravo). (Wiener, 1998)



# **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODA VÝZKUMU

Pro účely této diplomové práce jsme zvolili metodu kvalitativního výzkumu.

Strauss a Corbinová (1990) popisují kvalitativní výzkum jako metodu, díky které získáme taková data, která by se nám kvantitativní metodou získat nepodařilo.

Disman (2005) uvádí, že kvalitativní výzkumná metoda nám umožní získat mnoho informací o menším počtu jedinců, přičemž generalizace na širší společnost je problematická. Zároveň také tvrdí, že „posláním kvalitativního výzkumu porozumění lidem v sociální situaci.“ (Disman, 2005, s. 289)

Poněkud odbornější náhled na problematiku kvalitativního výzkumu nabízí Miovský (2006, s. 17) „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principu jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“

## **6 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Cílem diplomové práce je zmapovat proces sociální rehabilitace osob se zrakovým postižením, určit jeho silné stránky, definovat prostor pro zlepšení a navrhnout možnosti řešení nedostatků v praxi.

K naplnění tohoto cíle nám pomohou odpovědi na základní výzkumné otázky, které zároveň tvoří hlavní tematické celky praktické části práce.

### **6.1 Výzkumné otázky**

1. Jaké jsou základní znaky osob se získaným zrakovým postižením a jaké podobnosti lze nalézt v procesu ztráty zraku?
2. Jaký vliv mělo rodinné zázemí a vlastní motivace k posilování schopnosti samostatného pohybu osob se zrakovým postižením?
3. Jak se liší sociální život osob se zrakovým postižením, které se obrátily na odbornou organizaci a osob, které odborných sociálních služeb nevyužily?
4. Jaké kompenzační pomůcky zrakově postižení nejčastěji využívají k samostatnému pohybu a jaké jsou jejich výhody a nevýhody?
5. V jaké míře využívají lidé se zrakovým postižením průvodcovské služby a moderní technologie při pohybu v neznámém prostředí?

## **7 VÝZKUMNÝ SOUBOR**

Pro výběr účastníků výzkumu jsme zvolili techniku sněhové koule. Princip je přirovnáván ke kutálející se sněhové kouli, která na sebe postupně nabaluje vrstvy sněhu, dokud nedosáhne potřebné velikosti. Tato technika byla pro účely našeho výzkumu nejvhodnější, hlavně z důvodu, že komunita osob se zrakovým postižením je úzce propojená a její členové udržují častý kontakt.

Výzkumný soubor tvoří celkem 7 respondentů. Ve čtyřech případech jde o muže a ve třech o ženy.

### **7.1 Kritéria pro výběr respondentů**

- Osoba se získaným zrakovým postižením, klasifikovaným podle WHO jako praktická slepota až úplná slepota.
- Nevidomý alespoň 3 roky
- Ztráta zraku po 18 roku života

## 8 METODA SBĚRU DAT

Jako nejvhodnější metoda sběru se nám pro naše účely jevil polostrukturovaný rozhovor. Tazatel má připraven základní okruh otázek, které následně předkládá všem respondentům. Výhodou této formy rozhovoru je, že je snadno přizpůsobitelná různým okolnostem. Lze tedy měnit pořadí otázek, strukturu celého rozhovoru, přidávat otázky či klást otázky doplňující (Miovský, 2006).

V první fázi jsme vytvořili okruhy otázek, které byly postupně řazeny tak, aby vedly respondenty k téměř samostatnému vyprávění a zároveň určovaly strukturu rozhovoru.

Pomocí otevřených otázek jsme pak naváděli všechny dotazované, aby sami, vlastními slovy popsali svůj život, od období, ve kterém již bylo zřejmé, že hrozí ztráta zraku, až po současnost.

Rozhovory se všemi respondenty jsem provedla prostřednictvím telefonního rozhovoru, nebo rozhovoru přes Skype. Ze všech těchto rozhovorů byly pořízeny digitální nahrávky. Všichni dotazovaní udělili ústní souhlas s pořízením záznamu.

## 9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části diplomové práce provedeme interpretaci výstupů z polostrukturovaných rozhovorů. Při sestavování struktury jsme se soustředili na to, aby byly jednotlivé otázky formulovány jednoduše, srozumitelně a měly tematickou návaznost.

Pro větší přehlednost jsme veškerá data, získaná z rozhovorů seřadili do pěti tematických okruhů:

1. Základní údaje a důvod ztráty zraku
2. Rodinné zázemí a vlastní motivace k posilování schopnosti samostatného pohybu
3. Vliv odborných organizací na sociální život osob se získaným zrakovým postižením
4. Využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené, srovnání jejich výhod a nevýhod
5. Využití průvodcovských služeb a moderních technologií v životě osob se zrakovým postižením

V každém z těchto okruhů interpretujeme data získaná z rozhovorů s osobami se zrakovým postižením. Pro zachování autenticity uvádíme četné citace respondentů, které jsou vždy doplněny krátkým komentářem. V závěru každého tematického celku se nachází shrnutí, které rekapituluje a pokud je to možné, generalizuje daná zjištění. Tento souhrn na konci každého z pěti témat také postupně odpovídá na předem stanovené výzkumné otázky.

## 10 ZÁKLADNÍ ÚDAJE A DŮVOD ZTRÁTY ZRAKU

Úvodní část všech rozhovorů byla tvořena několika otázkami, které pomohly definovat, v kolika letech přišli jednotliví dotazovaní o zrak, jak dlouho jsou již nevidomí a jaká je jejich aktuální úroveň zraku. Základní informace přehledně shrnuje Tabulka č. 1. Tematický okruh dále obsahuje údaje o příčině a průběhu ztráty zraku.

ZÁKLADNÍ ÚDAJE					
	Pohlaví	Věk	Ztráta zraku	Nevidomý/á	Aktuální úroveň ztráty zraku
<b>Respondent A</b>	Muž	58	ve 33 letech	25 let	Světlocit
<b>Respondent B</b>	Muž	25	ve 20 letech	5 let	Světlocit
<b>Respondent C</b>	Žena	52	ve 35 letech	17 let	Světlocit (pouze u jednoho oka)
<b>Respondent D</b>	Muž	54	ve 30 letech	24 let	Bez světlocitu
<b>Respondent E</b>	Muž	41	ve 27 letech	14 let	Bez světlocitu
<b>Respondent F</b>	Žena	33	ve 28 letech	5 let	Světlocit
<b>Respondent G</b>	Žena	40	ve 26 letech	14 let	Světlocit

Tab. 2 Základní údaje

Z údajů v tabulce č. 1 je patrné, že výzkumný soubor tvořili muži i ženy ve věku od 25 do 58 let. Nejdéle nevidomý je Respondent A, který ztratil zrak ve věku 33 let a v současnosti je tedy nevidomý již 25 let. Nejmladším účastníkem výzkumu je Respondent B, který ztratil zrak v 19 letech. U většiny dotazovaných zůstal zachován alespoň světlocit.

Poslední z úvodních otázek, se týkala důvodu ztráty zraku a délky průběhu celého procesu. Vzhledem k množství možných důvodů vedoucích ke ztrátě zraku v průběhu života bylo překvapivé, že se sešly i dvě stejné diagnózy.

### 10.1 Důvod ztráty zraku

**Respondent D** uvedl, že: „Tahle ztráta zraku je zaviněna chorobou, docela vzácnou genetickou poruchou. Ta choroba se jmenuje Von-Hippel-Lindau syndrom a ten se může projevit třeba poškozením různých orgánů v těle a mně to poškodilo mimo jiné i ty oči.“

**Respondentka F** popisuje stejnou diagnózu: „*Já mám genetickou nemoc Von-Hippel-Lindau syndrom. Je to docela vzácná nemoc, kdy se dělají hlavně nádorky na cévách. A u těch očí to právě bylo tak, že se udělal ten nádorek na cévě pod sítnicí.*“

U **respondentky G** šlo o vrozenou oční vadu: „*Jsem měla vrozenou oční vadu, která se zhoršovala v průběhu života. Byl to zelený zákal, glaukom.*“

**Respondentka C** popisuje: „*V pětatřiceti letech po operaci sítnice, vlastně po operaci šedého zákalu – to je výměna čočky, se mi odchlípla sítnice na jednom oku, pak na druhém oku a v podstatě toto vedlo k důvodu toho nevidění*“

Rozsáhlé a vleklé problémy se sítnicí popisuje i **respondent B**, u kterého bylo důvodem oslepnutí popraskání sítnice a následné časté operace. Po poslední operaci se jeho stav rapidně zhoršil: „*Jak sem se probudil, to sem ještě viděl, jako něco sem málo viděl nějaký obrysy, ale den vodu dne to bylo horší a horší. Až to došlo do toho stádia, kdy teďka vidím světlo, tmů.*“

**Respondent D** se vyjádřil velmi obecně: „*Tam to šlo jako ráz na ráz. Tam jsem přestal vidět ihned.*“

Další důvod ztráty zraku popisuje **respondent A**: „*Speciální vyšetření, no a tam se právě zjistilo, že mám pigmentální degeneraci oční sítnice, a to v pětadvaceti procentech postižení na každém oku. A že tam je prostě regrese, že se to bude zhoršovat*“

## 10.2 Průběh ztráty zraku

Otázka na celkový průběh ztráty zraku byla kladena záměrně za účelem „rozmluvení“ dotazovaných a také nám pomůže vytvořit představu o tom, čím si lidé postupně přicházející o zrak často musejí procházet. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že většinu z nich na této cestě doprovázeli, kromě jejich blízkých, pouze lékařští pracovníci. Přesto, že příčiny ztráty zraku jsou u každého z dotazovaných rozdílné, lze vysledovat některé společné znaky.

Nadpoloviční většina dotazovaných uváděla při popisu průběhu ztráty zraku přibližně stejný časový údaj, a to 1 – 2 roky.

**Respondent A** trpěl degenerativním onemocněním, které se táhlo několik let, nicméně nemoc gradovala v průběhu necelých dvou let: „*V roce 89 sem šel do práce se svým spolupracovníkem, to byl dobrý kamarád, jak se říká na život a na smrt. A protože to bylo v zimě, v noci, a protože v pět hodin ještě byla černá tma, takže sem přehlíd rozjetej kamion,*



*kteřej prej byl vosvícenej jak vánoční stromeček. Kdyby mě ten kamarád prostě nechyt a nestrh zpátky, tak už tady dneska nejsem. Takže sem se dostal opět do Hradce Královýho a tam bylo zjištěno, že už mám pouze 18 % zraku a že se to prostě velice horší, takže mě dali do pracovní neschopnosti. V roce 91 mě šoupli do plného invalidního důchodu s tím že, mám nějakých 15 % zraku akorát.“*

**Respondent B** popisuje incident na internátu: *„To byl ten rok 2010, když sem byl vlastně na škole no a my sme stěhovali na intru nábytek a já si myslím, že to je z toho, ale těžko říct, to se můžu jen dohadovat, to nevím já, ani nikdo jinej. Já myslím, že to je tím, jak jsme stěhovali nábytek a no jak sem zabral, tak mi prostě popraskala sítnice. Praskla mi sítnice.“* Pak, dle jeho slov, následovalo asi 6 operativních zákroků, na jejichž konci mu zůstal pouze světlocit.

**Respondentka C** uvádí také časový údaj shodný s předchozími dotazovanými: *„V pětatřiceti letech po operaci sítnice, vlastně po operaci šedého zákalu – to je výměna čočky, se mi odchlípla sítnice na jednom oku, pak na druhém oku a v podstatě toto vedlo k důvodu toho nevidění. U toho jednoho oka to bylo tak do 3 měsíců a u druhého se mi zachránilo na rok a pak odešel oční nerv. Po operaci jsem viděla ještě tak rok, protože jsem dostala silikonovej olej do oka, ta sítnice se držela, ale vznikl tam velkej vnitrooční tlak a odešel mi oční nerv. Takže tak do roku, do roku a půl.“*

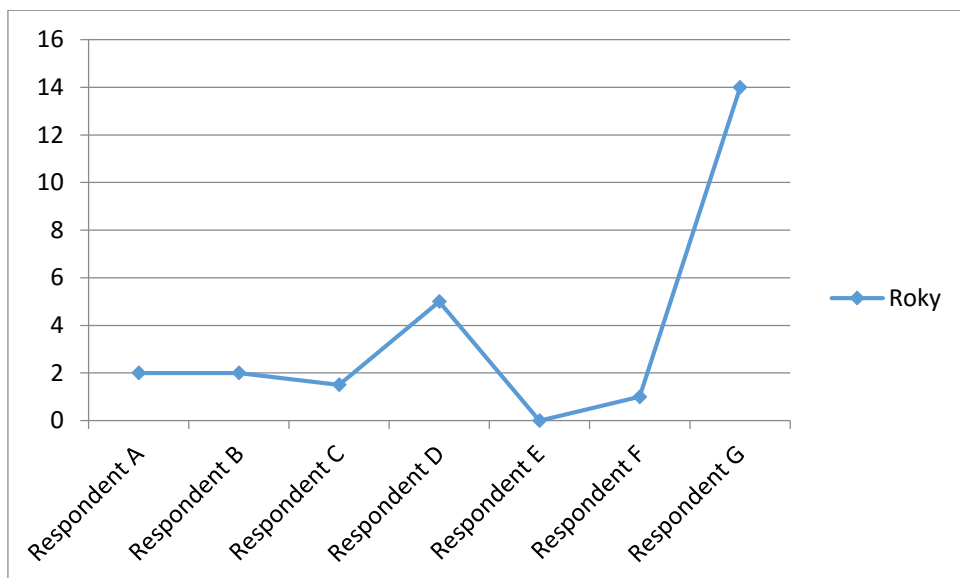
**Respondentka F** přišla o zrak během jednoho roku: *„Já na jedno oko nevidím od malička a na tom druhém, tam se mi strhla sítnice. Tam byl takový skok, že jsem začala vidět hodně špatně, ale pak se to postupně zhoršovalo až do v podstatě úplna.“*

Delší časový údaj se poprvé objevuje až u **respondenta D**: *„O zrak jsem přišel postupně, během asi 5 roků. Začal jsem ztrácet zrak v 25 a nevidím od 30.“*

Také u **respondentky G** byl proces ztráty zraku velmi vleklý: *„Od narození do sedmi let jsem prodělala nějakých 14 operací. Ještě jsem vychodila běžnou školu, protože ten zrak byl ještě docela dobrej. Bílou hůl jsem začala používat až v 35 letech.“*

Naprosto odlišnou zkušenost od ostatních dotázaných popisuje pouze **respondent E**: *„To šlo jako ráz na ráz. Přestal jsem vidět ihned.“*

Údaje přehledně shrnuje Graf č. 1.



*Graf 1 Průběh ztráty zraku v čase*

### 10.3 Shrnutí

Příčin ztráty zraku je nepřehledné množství. Od vrozených vad, přes degenerativní onemocnění až po oslepnutí následkem úrazu. Z výše uvedených informací vyplývá, že všichni dotazovaní utrpěli ztrátu zraku z důvodu vzácné choroby nebo degenerativního či jiného onemocnění. Z hlediska časového období lze říci, že naprostá většina respondentů přišla o zrak v krátkém čase, v průměru pak během jednoho roku až dvou let. Výjimku tvoří respondentka G, u které to bylo 14 let.

## 11 Rodinné zázemí a vlastní motivace k posilování schopnosti samostatného pohybu

Ve druhé tematické části zjišťujeme, jaké měli respondenti rodinné zázemí ve chvíli, kdy přicházeli o zrak. Zajímáme se také o úroveň vlastní motivace, která respondenty vedla k posilování a rozvoji samostatnosti v pohybu.

### 11.1 Rodinné zázemí

Z výpovědí dotazovaných vyplývá, že většina z nich se prvotně obracela a o podporu „žádala“ své nejbližší. Ať už to byli rodiče, partneři či blízcí přátelé. Společným znakem všech respondentů je fakt, že se v první fázi obraceli pouze na své nejbližší okolí. Pomoc odborné organizace nevyhledal před úplnou ztrátou zraku téměř nikdo z nich.

Oporu v rodičích nacházel **respondent B**, který si jejich pomoci velmi váží a doplňuje, že jsou mu nápomocni dodnes: *„To víš, že mě podpořili tak jako jo. Navařeno, vypráno, vyžehleno mám (smích), takže jako já prakticky když sem potřeboval, tak dycky mi pomohli. Jako ne že by mně podstrojovali pod nos všechno, to vůbec, ale prostě v takovýchdle věcech, v kterejch si to prostě nedám, nebo nemůžu si nějakým způsobem poradit, tak mi prostě pomůžou no. Zázemí jo, to tady mám perfektní“*

**Respondent D** (*„To jsem bydlel s otcem, kterej už se o mě defacto staral, než jsem získal nějaký ty dovednosti a tak.“*) a **respondentka G** (*„V době, kdy jsem přicházela o zrak, jsem bydlela ještě u rodičů.“*) také shodně uvádějí, že prvotní zázemí poskytovali jejich rodiče.

**Respondentka F** sice zpočátku nebydlela s rodiči, ale poté co o zrak přišla definitivně, se k nim vrátila: *„No já jsem nebydlela doma. Já jsem měla těšně po studiu farmacie a bydlela jsem s partnerem někde u Prahy v podstatě, když jsem postupně o ten zrak přicházela, ale zase v tu dobu, my jsme potom jeli na půl roku do ciziny, pak jsme se vrátili, během toho roku vlastně, že se to tak všechno stihlo, než jsem o ten zrak přišla úplně a pak jsem se vlastně vrátila spíš už k našim, teda. Takže to jsem snad proběhla všechno za tu dobu, co jsem přicházela za ten rok o zrak.“*

*„A zázemí jinak já myslím, že v pohodě. Jako, nebyl žádný problém. Spíš můžu říct, že jako, jako by z toho byli takový trošičku jako že jako by vyděšení, že. A já jsem se pasovala*

vlastně do té role, že je všechno v pohodě. Jakože se vlastně nic neděje. Jako spíše jsem utěšovala já je. “

Specifický je v této oblasti **respondent E**: „No, já jsem byl, počítám asi půl roku doma a pak jsem se přestěhoval pryč. Pak jsem cestoval po České Republice a pak jsem se zase vrátil domů. Takže teď momentálně jsem doma a zase se budu stěhovat za chvíli pryč. Když to vyjde. “

Přesto, že **respondentka C** měla v době ztráty zraku vlastní rodinu, uvedla, že byla na vše sama: „Měla jsem manžela, měla jsem dospívající děti i rodiče. Bohužel ta rodina, no moc mě nepomohli. Neměla jsem zázemí. Byla jsem hozena do toho zvládnout všechno sama. Děcka v pubertě, manžel na rozvod. Takže teďka zpětně to jsem mockrát ocenila, protože jsem si musela všechno udělat sama, takže zvládám. “

**Respondent A** měl rodinnou situaci komplikovanější: „Já sem v době oslepnutí bydlel sám, ale po asi dvou měsících se ke mně nastěhoval kamarád. Protože rodiče, vlastně matka ta měla rakovinu, takže tam to bylo problematický, ta zemřela v roce 94. No a táta, protože ten vlastně do té doby byl, plně závislej na mámě, protože ten si ani pomalu neuměl uvařit čaj. Takže vlastně toho sem dostal potom na hrb já, protože já sem ho potom uváděl do života, co se týče jídla, praní, protože von za čtyřicet let manželství prostě na to nebyl zvyklej. A já, protože sem se v patnácti letech díky babičce naučil vařit jo, no takže tím sem byl za vodou. “

## 11.2 Vlastní motivace k samostatnému pohybu

Smíření a vnitřní motivace nejen k samostatnému pohybu, ale k samostatnosti obecně jsou dva základní kroky dle všech dotazovaných. Proces uvědomení si nově vzniklé situace probíhal u každého individuálně, různě dlouhou dobu a byl prožíván s různou intenzitou. Typické pro toto období jsou deprese, strach a obavy.

Přesto, že **respondent A** trpěl degenerativním onemocněním, což znamená, že ztráta zraku nebyla náhlá, trpěl tento muž silnými depresemi a jeho cesta ke smíření s novým způsobem života byla náročná: „V roce 92 sem si pořídil střelnou zbraň, byla to Berretta devítka a chtěl sem ukončit život. Ale to se mi bohužel nepodařilo, protože mě načapal ten kamarád, no a tomu už taky došla trpělivost, takže mně upravil fasádu. Já sem se dostal díky tomu do nemocnice, kde sem teda měl čas rozjímat. No a tam sem prostě jako prohlásil, že ten dotyčněj má pravdu, že přijít o voči není zas taková tragédie, ale že prostě se musím začít

*učit to, co se učí slepci, když se s tím narodí vlastně od malinka. Takže sem se vrátil z nemocnice a začal sem využívat služeb Tyfloservisu. “*

**Respondent B** také sváděl vnitřní boj: *„Sem se s tím spíš srovnával, že budu někde lítat s bílým klackem, že to bylo ještě takový složitější, ale pak sem, se rozhodl, že jako není na co čekat a prostě tu prostorovou orientaci si udělám s tou bílou holí. Než jsem vyrazil z vesnice, to trvalo ten rok, než sem se s tím aji tak nějak srovnal. “*

Strach a obavy vyjádřily spíše ženy. **Respondentka C:** *„V podstatě jsem se hrozně bála chodit. Do poslední chvíle, kdy ještě to šlo kouskem oka něco ukoukat, jsem chodila bez hole a pak s hůlkou. V podstatě jako s hůlkou samostatně jsem jenom tak po místech, kde jsem to znala. Ale nějak vypravit se jako až s vodícím psem no. “* A **respondentka F:** *„Noo, jako, sama jsem to zkoušela v podstatě hned, protože já jsem přicházela o ten zrak vlastně ten rok. Takže jsem chodila v podstatě hned. A pak, když to přišlo úplně do tmy, tak jsem pak, musím říct, aspoň rok až tak sama nikam nechodila, protože mě to přišlo moc náročný. Nechtělo se mi to až tak řešit, protože jsem neměla naučený trasy. Sama jsem moc nechodila v tu dobu. A pak přišel pes a už jsem zase začala chodit. Protože já jsem schopná se ztratit na dvou metrech čtverečních, že jo. Já se otočím a nevím jako. “* Obě ženy shodně uvádějí, že k samostatnému pohybu venku se odhodlaly až s vodícím psem.

Dlouho se k samostatnému pohybu odhodlávala i **respondentka G:** *„Samostatně pohybovat jsem se začala pozdě, asi až v roce 2007 jsem se odstěhovala od rodičů. Počítám, že mi to trvalo takových pět let, ale chodila jsem s bráchou a jeho kamarádama, takže pořád s doprovodem vidícím. Ze začátku to bylo i z toho, že jsem žila na malý vesnici, takže člověk měl pocit, že na něj všichni koukaj. “*

Dva z dotázaných mužů si se ztrátou zraku zpočátku poradili po svém. **Respondent E** se s pomocí kamarádů odhodlal k samostatnému pohybu venku rychle: *„Tak mě tady hodně pomohli kamarádi, takže asi dva měsíce. Oni vždycky pojd' ven, jdeme se někam podívat. Takže asi po dvou měsících jsem naostro vyšel ven. No a pak mimo město, to můžou být taky ty dva měsíce. To jsem začal jezdit potom do Olomouce na počítačový kurz.. Takže taky asi tak dva, tři měsíce. Plus mínus. “* **Respondent D:** *„Když jsem po těch operacích už přestal vidět, tak jsem začal chodit po domě, nebo spíš po zahradě a venku na dvoře na zahradě s holí, kterou jsem si vlastně udělal sám z nějaké tyčky. Nebyla to pravá hůl, ale byla to nějaká dřevěná hůlka, se kterou jsem chodil po zahradě a tak. A asi během půl roku se o mě dověděli v Tyfloservisu v Olomouci. A nevím, od koho se to dozvěděli, protože když jsem byl*

*na operacích v Brně, tak jsem nedostal kontakt na žádnou organizaci. Prostě nevidomýho propustili dom a hotovo šmitec. Bylo mi teda řečeno, že za mnou přijde rehabilitační sestra nebo něco takovýho, ale než mě pustili, tak za mnou vůbec nikdo nepřišel no a byl jsem propuštěnej dom. No a tady doma jsem byl a neviděl jsem nic. Pak během toho půl roku mi moje teta donesla bílou hůl, kterou jí dala nějaká paní v její práci, protože se dozvěděli, že nevidím.“*

### **11.3 Shrnutí**

Ztráta zraku neznamena pouze absenci vizuálního kontaktu s okolním světem, ale komplexní narušení dosavadního světa člověka. Adaptace na novou životní situaci je natolik psychicky náročná, že podpora rodiny či blízkých přátel je zde naprosto klíčová. Většina dotázaných uvedla, že měli ve své rodině pevné zázemí, díky kterému pro ně byla adaptace na nové životní podmínky snadnější. Paradoxně u respondentky C vedla nedostatečná opora v rodině k posílení její resilience. Tuto skutečnost ve výsledku sama vnímá jako pozitivní.

## 12 Vliv odborných organizací na sociální život lidí se získaným zrakovým postižením

Ve třetí tematické části popisujeme, jak dotazované osoby se zrakovým postižením vnímají začátky orientace v prostoru. Zajímali jsme se zejména o to, co jednotlivým respondentům přišlo při výuce prostorové orientace snadné a co pro ně bylo naopak nejobtížnější.

### 12.1 Začátky prostorové orientace

Podrobný popis situace poskytl **respondent A**, který přišel o zrak v roce 1991: „*Ne, ne ne ne ne, to sem nezvládal sám, to sem právě zvládal za pomoci Tyfloservisu, protože do té doby prostě nevidomost pro mě byla španělská vesnice. Já sem do toho spadnul rovnějma nohama. Vlastně sem nevěděl co jak nějak, jo, já prostě sem tenkrát, jako když eště za bejvalýho režimu, taklenc člověk přišel o zrak, takže vlastně oni ho poslali na Slovensko do Levoče, kde byl právě takovej ústav, jako sou Kralupy pro tělesňáky. A tam byl minimálně 6 měsíců a tam se vlastně učil žít se slepotou. Ale po té slavné sametové revoluci, prostě todle všeko padlo. Jo, takže když si sám člověk nesehnal informace, nezačal se prostě sám jako starat vo to, co jak nějak, tak vlastně ten člověk byl jako kůl v plotě. Nikde prostě neměl informace, co má dělat nebo nemá dělat, jo, až se teda potom třeba přes to Sdružení zdravotně postižených, přes bejvelej Svaz invalidů, tady ve Strakonících právě fungovala Společnost nevidomejch a slabozrakejch. Takže vlastně přes tu sem se dostal na ten Tyfloservis, kterej bohužel v tej době patřil pod Českou unii nevidomejch a slabozrakých, to byla jakoby konkurenční organizace. Tady byly v tej době byly dvě organizace, který se potom sloučily v roce 96 v jednu celorepublikovou a to je ten SONS, jo, to je ta Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. Takže vlastně to bylo vlastně to první pouto s tím, s tím Tyfloservisem, protože to byl jedinej podnik, kterej měl služební vozidlo a moh jezdit za těma klientama do místa bydliště a tam s nima pracovat.“*

**Respondent B** byl iniciativní a sám kontaktoval Tyfloservis v Jihlavě: „*Spojil sem se vlastně s Tyfloservisem a tady za mnou dojížděl a učil mě tady vlastně trasy, který sem se chcel naučit. Já sem se to chcel naučit kvůli tomu, protože sem chcel vodícího psa, takže kvůli tomu sem si musel udělat ten kurz prostorový orientace a pak na základě toho sem moh dostat toho psa“*

Respondentka C i respondent D se zúčastnili pouze rekondičního pobytu.

**Respondentka C:** „Já jsem prostorovku nedělala. Nepotřebovala jsem to. Všechno jsem dělala sama. Jako byla jsem třeba na rekondici, kde nás učili ty hole držet v ruce, ale nebylo to oficiálně nikde napsaný. Oni dojíždí za klienty, ale za mnou nikdo nedojížděl, já jsem byla na pobytu, kde byla výuka prostorové orientace. To bylo v roce 2000, to ještě něco částečně jsem viděla.“

**Respondent D:** „No a prostorovou orientaci, taky to nebyl žádný speciální kurz, že by jezdili sem za mnou nebo...ne. Na té rekondici jedné jsem prodělal kurz té prostorové orientace, takovej ten týden, ta rekondice a víc vlastně nic. S prostorovkou jsem začínal sám. Přišla mně ta bílá hůl po půl roce a vlastně jsem ji jenom vyměnil za tu dřevěnou hůl, co jsem měl a ale stou bílou už jsem normálně vylezl ven tady před barák a začal jsem chodit po vesnici. A neměl jsem s tím problém jako psychickéj, protože první trasy, který jsem začal chodit, už když jsem špatně viděl, tak jsem si tou hólí jenom pojistil a šel jsem tak jakoby se špacírkou a jen tak jsem si semtam ťuknul. No a postupně po té operaci, to už jsem vůbec neviděl, tak to už jsem si hlídal hlavně schody a tak. Nějak jsem se to naučil s tou hůlkou sám, ještě než jsme jeli na tu rekondici, protože tam mě potom paní říkala, že to skoro umím, že to dělám celkem dobře. Když jsem řekl, že nikdo, tak celkem koukala. Nevím, nějak tak přirozeně jsem se to naučil, tam to teda zdokonalili.“

**Respondent E** sice obdržel kompenzační pomůcku, ale praktická výuka už byla pouze v jeho režii: „Z naší SONS mně přeposlali bílou hůl, tady přes tu tetu. Ale pořád mě nikdo nenavštívil. Tady mě přišla bílá hůl, ale víc nic. No a asi za dalšího půl roku se tady objevila paní z Tyfloservis Olomouc a začala se mnou dělat tu rehabilitaci.“

**Respondentka F** výuku prostorové orientace, dle jejích slov, moc neřešila a hlavním iniciátorem byla její maminka: „No, takhle. Mamka, když viděla, že už mám nějaký problém, tak přišla s tím, že existuje Tyfloservis, A tam mi ukázali nějaký pomůcky. Já jsem to zatím teda neřešila, ani jsem jako nechtěla, protože jsem viděla rozmazaně, ale v podstatě ještě jakoby dostatečně. Až jsem se vrátila zpátky vlastně do Šumperka (z ciziny) a začla jsem být ve spolupráci s tím Tyfloservisem. Chodila za mnou paní každý týden. Naučila mě prostorovku a Brailla a myslím, že už počítač, už jsem řešila vlastně, a tak.“

**Respondentka G** se výcviku prostorové orientace nezúčastnila, protože o nic neměla zájem: „Prostorovku jsem nešla dělat, já jsem si pak žádala o psa rovnou. A jak jsem s tou hólí nechtěla, tak jsem říkala, že jestli budou chtít po mě potvrzení, tak si nevezmu psa. Tak to



*po mně nakonec nechtěli naštěstí. Jako jednou jsem s paní z Tyfloservisu šla, ale vyložení prostorovku dělanou nemám.“*

## **12.2 Nejnáročnější aspekty prostorové orientace**

Pro **respondenta A** bylo nejnáročnější naučit se zacházet s bílou holí obecně: *„Tak samozřejmě, nejhorsí je seznámení se s tím klackem, jak by tomu říkáme (smích), s tou holí. Potom nácvik techniky, protože na určitý jakoby typy chůze potřebujete taky určitéj typ chůze s tou holí. (...) Takže začít s bílou holí, samozřejmě, naučit se s ní pracovat.“*

**Respondent B** je vzhledem ke své přidružené sluchové vadě při používání bílé hole značně omezen: *„Tak totiž, jelikož já sem ještě nahluchlej tak třeba to echolokování, já s tím prostě pracovat třeba nemůžu.“*

**Respondentka C** nespatřuje největší problém v některé z technik, ale naopak ho vidí v psychice právě osleplého člověka: *„Největší potíže... už jen taková ta věc, přiznat si, že nevidím a že opravdu budu muset vzít tu hůl do ruky. Taková ta psychická stránka věci. Že teď už nevidím a musím se nějak označit, aby i lidi viděli, že nevidím, abych někde nespadla, nezakopla. Hlavně psychika. Zvládnout to po psychické stránce.“*

**Respondent D** vnímá své nedostatky především v oblasti vedení domácnosti: *„V té prostorovce, jako chůze s holí, vyhrávat ten terén, to mně šlo taky dobře. Největší problém, no, já nevím, že bych měl nějaký velkej problém něco se naučit kolem té prostorové orientace. Jako spíš problémy s domácností, s domácima pracema. Vařit neumím no, ale běžný věci v domácnosti zvládám. Manuálně jsem byl zručnej vždycky, takže nějaký velký problémy jsem neměl s ničím. Problémy mám teda, když se vyjede do úplně cizího prostředí, tak tam si nejsem jistej. Ale to je asi normální, člověk jde pomalu a musí si to daleko víc hlídat.“*

**Respondent E** uvádí, že celá záležitost je o zvyku: *„Mmm, chodit s tou bílou holí ze začátku, to byl takový problém docela. Ale člověk, jak si potom na to zvykne, tak to bylo v pohodě.“*

**Respondentka G** měla problém s překonáním strachu při chůzi s bílou holí: *„Já prostě holi nevěřím, mám strach. Na rozdíl od toho psa, mám pocit, že s ní nemůžu ohlídat všechno.“*

**Respondentce F** nepřišlo podstatné se prostorovou orientaci učit detailně. Spoléhala na to, že se to nějak naučila sama a s tím si vystačí. *„Až tak jako jsem to neřešila, protože ani doted' nepoužívám třeba všechny ty jejich techniky, protože mi to přijde zbytečně jako by složitý“*

### **12.3 Shrnutí**

Přesto, že existuje několik organizací nabízejících prvotní sociální rehabilitaci, tak se na některou z nich obrátila většina respondentů až ve chvíli, kdy již byli nevidomí. V průběhu ztráty zraku vyhledaly odbornou pomoc pouze respondentka C a respondentka F. Ostatní dotázaní shodně uváděli, že nejnáročnější částí výuky prostorové orientace, pro ně byla chůze s bílou holí. Před realizací jednotlivých rozhovorů jsme předpokládali, že bude rozdíl mezi osobami, které se s výukou prostorové orientace obrátily na některou z pomáhajících organizací. Tento předpoklad se však plně nepotvrdil a nelze jej tedy generalizovat. Z nasbíraných dat vyplynul spíše fakt, že více než na pomoci organizace záleží na psychickém stavu osoby, která ztratila zrak, na ochotě a vlastním odhodlání překonat strach z nového způsobu orientace v prostoru. Dalo by se tedy říci, že sociální život osob se získaným zrakovým postižením nejvíce ovlivňuje míra vlastního přijetí nové sociální role ve společnosti.

## 13 Využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené, srovnání jejich výhod a nevýhod

Ve čtvrté tematické části zjišťujeme zastoupení různých kompenzačních pomůcek pro osoby se zrakovým postižením. Konkrétně se zaměřujeme na pomůcky usnadňující samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Nejčastěji využívanými pomůckami v této oblasti jsou vodící pes a bílá hůl.

### 13.1 Vodící pes

**Respondent A** popisuje své zkušenosti s vodícími psy: „V roce 93 sem si pořídil svého prvního vodícího psa, což byl kříženec boxera a briarda. Toho sem měl do roku 2006. V roce 97 mě zbyl po bráchovi další pes. To byla čistokrevná fena boxera, rok stará. Kamarádi kynologové mi ji vycvičili, takže od roku 97 sem měl druhého vodícího psa. Takže sem měl dva psy najednou. A tu sem měl do roku 2008 tu druhou čubičku. Pak sem 7 měsíců byl bez psa. Nicméně v roce 2008, v srpnu sem tady pořádal jako předseda SONSu takový setkání držitelů vodících psů a přijel pan Dvořák a přivez mi teda nynějšího mého vodícího psa, kterému tenkrát bylo 7 měsíců. V roce 2009 v tom březnu mi ji předal“

**Respondent B** stručně uvádí: „Vodícího psa toho sem dostal v únoru, v únoru 2013. Teďka je 2016 a mám ho 3 roky.“

**Respondentka C** sděluje, jak se její život změnil poté, co si ji našel její první vodící pes: „Vodícího psa jsem měla od roku 2007, takže po nějakých 8 letech. Do té doby jsem si nikam netroufla, jenom v prostředí známém. První pes byl labradorský retrívr, ten už je ve výslužbě a teď mám křížence labradorskýho retrívra a zlatýho retrívra. Tak toho budu mít za chvíli rok. Tím, že člověk přestane vidět, tak je zoufalej a až postupně tak nějak jsem získávala informace. Postupem času, neplánovala jsem nic, postupně si mě to tak nějak našlo. Začala jsem se informovat o možnosti mít toho pejska, protože s tím pejskem je ten pohyb rozhodně jednodušší. Teď bych si taky netroufla vyrazit nikam vyjet jenom tak s holí. Obdivuju lidi, který s hůlkou někam vyrazí, já bych to nezvládla.“

Specifický je **respondent D**, který jako jediný ze všech dotázaných vlastního vodícího psa nemá, přesto jej někdy využívá: „Já chodím s bílou holí, ale když jdeme s manželkou, tak já si беру toho vysloužilýho pejska a jdeme za nima spolu, takže jdu i s tím vodícím psem. Ale nikam bych s ním nešel sám jo, že bych jel někam do města, to ne. S Ginou, s tou starší, s tou si troufnu tady jít do obchodu sám. Vlastně takhle, po vesnici tady jo. Troufnu s tím vodícím

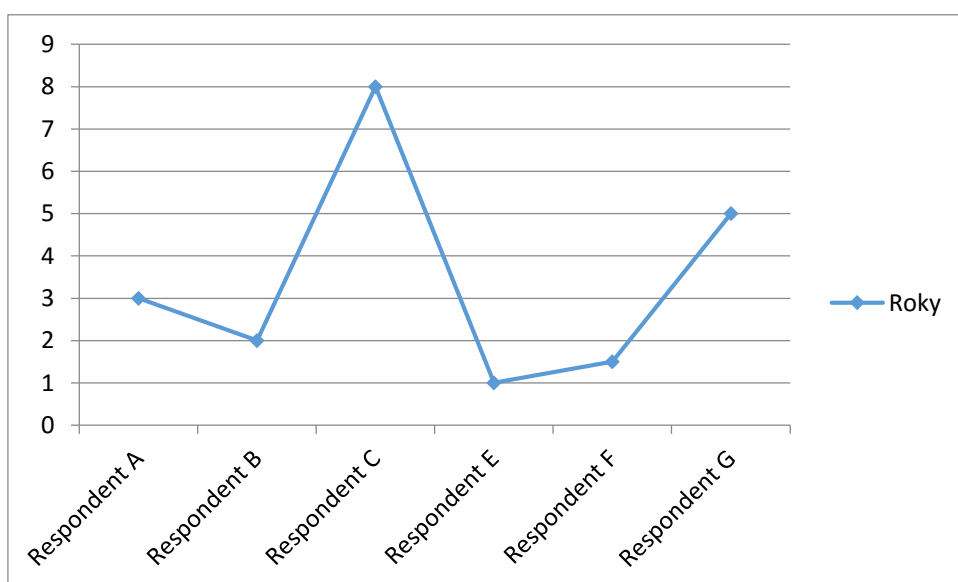
*psem, ale sám bych s ňou nejel nikam do města, kde to neznám. Svýho vodícího psa nemám, protože mě nebaví cestování, takže já bych toho pejska nevyužil. Aby mně ležel tady doma, to mě připadá zbytečný. Prostě ho nepotřebuju no, tak bych to řekl. Protože manželka má pejska a máme dva ted'ka, tak vlastně ten další pes není potřeba. A neobstarávám takový ty věci, jako nákupy, kdy manželka vezme toho psa a ty nákupy, který neuděláme tady, obstará třeba tam a je tam sama s tím vodícím psem.“*

**Respondent E** uvádí: „Psa jsem pořídil po roce. Rok jsem chodil s tou bílou holí a pak jsem si pořídil vodícího pejska. Ted' mám druhýho vlastně, už to bude třináct let. Mám druhýho psa ted'ka. A od té doby jsem bez hole nechodil, bílé. Teda takhle, nepoužíval jsem bílou hůl na chození. To už byla jiná bílá hůl k tomu“

**Respondentka F** se několik let spoléhá pouze na vodícího psa: „S tou hůlkou jsem chodila vlastně tak já nevím, rok a půl a pak jsem si už vzala psa. Já mám ted'ka psa třetí rok.“

**Respondentka G** se stejně jako respondentka F plně spoléhá na svého psa: „Já jsem začla v roce 2007 s tím psem a to jsem byla tejdén na předání, kde jsme se učili chodi a pak už jsem věřila jen tomu psovi“

Pro větší přehlednost shrnujeme nasbíraná data o vodících psech v Grafu č. 2. Ten zobrazuje, po jak dlouhé době od ztráty zraku si jednotliví dotázaní psa pořídili. Ve výčtu chybí respondent D, který sice psa příležitostně využívá, ale žádného vlastního nemá.



Graf 2 Pořízení vodícího psa

## 13.2 Výhody a nevýhody bílé hole a vodícího psa

Při srovnání výhod a nevýhod vodícího psa i bílé hole se jednotlivých respondenti názorově setkávali. Ne všichni dotazovaní aktivně využívají obě kompenzační pomůcky, proto uvádíme pouze výčet relevantních odpovědí. Výhody a nevýhody bílé hole popisuje pouze respondent A. Ostatní se zaměřili na výčet výhod, případně nevýhod vodícího psa.

### **Bílá hůl – výhody**

**Respondent A:** „*No tak bílá hůl, samozřejmě mně jako slepému dává signály, že se něco přede mnou děje, že tam mám nějaký překážky nebo něco takového okolo. A samozřejmě že způsob chůze, nebo teda technika chůze potom tomu člověku umožňuje chodit s tou bílou hůlí a mít možnost pohybovat se sám.*“

### **Bílá hůl – nevýhody**

**Respondent A:** „*Bohužel technika bílé chůze je trošku problematičtější, protože bílá hůl nevykryje stoprocentně takové ty překážky, jako jsou „áčka“, protože jsou na nožičkách, takže když člověk jde, tak se třeba tou hůlkou může dostat mezi ty nožičky, takže stejně tělem narazí do té hůlky. Jsou to telefonní budky, schránky na dopisy, neohraničený zahrádky, nebo neohraničený výkopy a tak dále a tak dále.*“

### **Vodící pes – výhody**

**Respondent A** zde spatřuje následující výhody: „*Ten pes je speciálně cvičenější, takže v tu chvíli člověk slepej nemá ánunek o počtu popelnic, o počtu lamp, o počtu odstavených kočárků, kol, malejch motorových vozidel a tak dále, který se nacházej na chodníku, protože todle všechno mu ten vodící pes vykreje a provede ho prostě tak, že ten slepej člověk absolutně nemá ánunek co na tom chodníku stojí nebo je. Jestliže tam je nějaká překážka, kterou musí slepej řešit, tak ten pes mu zastaví, slepej má vod toho to tykadlo, tu hůlku, zjistí si, o co jde, no a potom patřičným příkazem, ten pes začne dál pracovat. Takhle ten pes signalizuje konec, začátek chodníku, signalizuje začátek a konec jakéjkoli schodů, nebo jakékoliv změny povrchu. To znamená, že ten pes je schopnější prostě zastavit, jestliže tam bude končit eee třeba asfalt, bude tam výkop, kterej je jenom zasypanej štěrkem, takže i ten pes prostě při tom dletom zastaví a tím vám dává najevo, že tam je něco, co je prostě jako změna. Takže slepej si vystrčí tykadlo, zjistí, že tam je teda šotolina, žejo, že může teda přejít. Takže dá příkaz vpřed, jo a ten pes ho přes tu šotolinu prostě převede. Takže vlastně pomáhá tomu slepému v co*

*nejbezpečnější chůzi po chodníku, po polních cestách, dokonce i po silnicích bez chodníku, protože ten pes je na to cvičenej.“*

Stejné výhody, jako respondent A popisují i respondentky C a E.

**Respondentka C:** *„Výhodu vodícího psa spatřuji v jistotě. Člověk se nemusí tak soustředit na cestu, protože lidi když chodí s tou holí, tak potkají ty překážky, ale ten pes se těm překážkám vyhne. Já ani nevím, že támhle je popelnice, nebo značka, prostě ten pes ty překážky tak obejde, že já o nich nevím, že tam jsou.“*

**Respondent B** oceňuje psa nejen jako kompenzační pomůcku: *„Je to parťák, ten se na tebe nikdy zlobit nebude, i taková ta morální podpora na tý cestě i doma. Prostě je to taková ta větší jistota, na těch cestách.“*

**Respondent E** srovnává chůzi se psem a chůzi s bílou holí: *„Připadám si víc bezpečnější s tím psem. Ta cesta je rychlejší, svižnější. Nemusím se zastavovat kvůli každé značce a ceduli. I vlastně ti lidi, co jsou proti mně, tak ten pes to vyhýbá. Je to lepší, ta chůze. O sto procent.“*

Chůzi s vodícím psem preferuje také **respondentka G:** *„Já prostě holi nevěřím, mám strach. Na rozdíl od toho psa, mám pocit, že s ní nemůžu ohlídat všechno.“*

**Respondentka F** uvádí, že díky vodícímu psovi vnímá více své okolí a zároveň má pocit, že okolní lidé si více všimají jí: *„Když jdu teďka s tím psem, tak mám víc prostoru sledovat, co se kolem mě děje vlastně a ti lidi se mi daleko líp zastaví. Nehledě na to, že jsme daleko míň přehlédnutelní, takže někdy ti lidi si i všimnou.“*

### **Vodící pes – nevýhody**

**Respondent B** vnímá jako nevýhodu pohyb se psem v cizím prostředí: *„Nevýhoda je taková, že když jedeš někam do cizího města. Třeba když se vypravím do Prahy, tak ten pes ti je překážkou akorát naopak, protože von taky je z toho vyhukanej, kde se zase ocitl. A je to starost, jako starost o zvíře, ale s tím sem do toho šel. To je spíš potřeba než nevýhoda.“*

**Respondentka C** z praktických důvodů uvádí: *„Všude plno chlupů, musí se často uklízet, musí se o něho člověk starat, ale tak to je něco za něco. Musí se častěji uklízet, protože ten pes potřebuje péči.“*

**Respondent E** zmiňuje případné onemocnění: *„Jsou tam třeba jako nevýhody, když ten pejsek je někdy třeba nemocnej. To už prostě k tomu patří a člověk to tak bere, že jo.“*

**Respondentka F** nabízí příklad vyplývající z konkrétní zkušenosti: „*Když jdu s lidským průvodcem, tak ten pes, spíš bych řekla, mi trošku překáží. Když už mám průvodce jako člověka, tak ten pes je jakoby starost navíc. Ale zase mám jistotu, že když ten člověk odejde nebo já nevím, stát se může cokoliv, tak ten pes prostě tam je, no.*“

### **13.3 Shrnutí**

Protože se v celé práci zaměřujeme na samostatný pohyb a prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením, je nasnadě, že nejčastěji zmiňovanými pomůckami byla bílá hůl a vodící pes. Přesto, že všichni respondenti mají alespoň základní zkušenost s bílou holí, preferuje většina z nich při pohybu venku spíše vodícího psa. Největší výhodou chůze s vodícím psem je dle většiny dotázaných komfortnější pohyb. Ten je dán tím, že pes je díky výcviku schopen rozpoznat překážky a včas je signalizovat. Zmiňované nevýhody tvořily drobné starosti vyplývající z péče o zvíře jako takové. Výhody a nevýhody chůze s holí zmínil pouze respondent A. Výhody spatřuje v lehkosti a jednoduchosti použití a nevýhodou pro něj je setkání s některými typy překážek.

## 14 Využití průvodcovských služeb a moderních technologií v životě lidí se zrakovým postižením

V poslední tematické části se zaměřujeme na využití průvodcovských služeb a moderních technologií při pohybu v neznámém prostředí. V dnešní době zažívají technologické pomůcky, usnadňující život všem lidem bez rozdílu, velký rozmach. Zajímalo nás tedy, do jaké míry jsou tyto technologie využívány právě skupinou osob se zrakovým postižením.

### 14.1 Využití průvodcovských služeb

**Respondent A** stručně shrnuje: „Když je třeba, no tak si řeknu“

**Respondenta B** doprovází v neznámém prostředí spíše přátelé: *„Když jedu do tý Prahy, nebo do Brna, tak mi pomůže sestra nebo se domluví s kamarádkou a ta mě vždycky doprovodí. Jako takže si to vždycky nějak domluví. Když někam jedu, tak to hodně využívám. Tak vlastně mám kamarády, se kterými se domluví.“*

**Respondentka C** se spoléhá na sebe: *„Nevyužíváme vůbec. Když potřebujeme nějakou novou trasu, tak buďto známí, protože tady bydlíme na vesnici a všechno je tak nějak nedostupné pro nás. Takže když potřebuju něco nového, tak buďto zkusím sama s tím pejskem nebo s někým z blízkých no.“*

**Respondent D** se stejně jako respondent B obrací na kamarády: *„No průvodce jako z Tyflocentra ne, ale využíváme tady jako naše kamarády a známý.“*

**Respondent E** občas služby průvodce využívá: *„Když to jde, tak jdu sám. Když to nejde, tak si objednávám průvodce, no ale to je málokdy. Jsem asi tak naposledy 6 měsíců zpátky potřeboval.“*

**Respondentka F** zkouší chodit sama: *„Spíš ty známý teda. Jinak zkouším spíše sama. Většinou tam první jdu s někým, nebo i se psem. Třeba i se psem, ale i s někým a když tam s tím někým a se psem jdu podruhé nebo potřetí, tak ten pes se to naučí sám, tu trasu. Ale z Tyfloservisů jsem průvodce ještě nepoužila“*

### 14.2 Využití moderních technologií

**Respondent A** předkládá výčet zařízení, se kterými přišel do kontaktu: *„Já sem vlastně od roku 97 přešel na výpočetní techniku, kdy sem teda začal komunikovat pomocí*



počítače s hlasovým výstupem. Přešel sem na diktafony s hlasovým výstupem, a tak sem vlastně si dělal poznámky, nebo sem prostě komunikoval. V roce 2000 sem si pořídil, protože to začlo bejt možno, mobilní telefon. Jo, jenže to eště nebyly telefony s hlasovým výstupem. Nicméně sem měl mobilní telefon. V roce 2005 sem získal svůj první mobilní telefon, kterej byl ozvučeněj a byla to Motorela. A vod roku 2010 sem přešel na Nokie a ty sem vlastně měl až do roku 2015, kdy sem přešel na „ajfona“ bezdotykovýho a s ním se peru do dneška. Protože jak mám ten poškozeněj cit, tak tam je problém pohybovat se po displeji toho „ajfonu“ nicméně prostě snažím se s tím poprat. “

**Respondent B** zatím navigaci nevyužil: „Když chodím, tak s průvodcama, to si říkám, to mě dovedou. Spíš s lidma. Jako navigaci ve městě při chůzi, to jsem ani snad ještě nevyužil. “

**Respondentka C** využívá navigaci sporadicky, spíše se spoléhá na navigační centrum: „Navigaci moc nepoužívám, spíše si nechávám popsat cestu od lidí. Nebo je možnost navigační centrum, který zpracuje trasu. Takže vlastně ta organizace má navigační centrum, kde oni můžou vyhledat trasu na internetu a vlastně popsat, poslat mailem. Takže tohleto je pro mě jednodušší. “

**Respondent D** stejně jako respondent B zatím navigaci nevyužil. „Navigaci přes telefon, to tady máme, toho „ajfona“, ale ještě jsme to nikdy nevyužili. Ale do budoucna to asi vyzkoušíme no, nebráníme se novým věcem. “. Stejně tak **respondent E**: „To spíš se doptávám lidí. Já jsem na to ještě nějak nepřišel, jak to funguje. Takže víceméně když nevím, tak se zastavím, počkám, když někdo jde, zeptám se. Ti lidi opravdu jsou schopni pomoci navést. “

**Respondentka F** má pozitivní přístup k moderním technologiím, ale s využitím GPS navigace má negativní zkušenost a ta ji do budoucna odradila: „No hrozně jsem chtěla. Měla jsem hrozně velkej zájem o GPS pěšky. Zkoušela jsem to. Zradilo mě to ve městě, třeba že jsem neměla signál nebo takhle, protože já jsem to neměla online. A nevím přesně, jak to funguje. Nejsm tak technicky zdatná, abych byla schopná to až tak jako řešit. Docela by mně hodně lákalo, kdyby to fungovalo. Fakt se mi to líbilo, ale zase mě nebaví se tomu až tak věnovat, tak používám lidi kolem sebe. “

**Respondentka G** dle svých slov využívá navigaci převážně při cestování: „Jako navigaci hodně třeba při cestování, v dotykovým telefonu jsou různý GPSky a takový. Vysílačky na MHD. “

### 14.3 Shrnutí

Naprostá většina respondentů uvádí, že místo odborných průvodcovských služeb využívá spíše pomoci členů rodiny, kamarádů či známých. Ať už na odborníky, nebo na své okolí se osoby se zrakovým postižením obracejí pouze v případech, kdy cestují na neznámá místa. Oproti tomu moderní technologie nabízejí větší formu samostatnosti v rámci pohybu. Všichni respondenti shodně uvádějí, že je pro ně nejatraktivnější GPS navigace, kterou lze instalovat do chytrých telefonů. Respondent A i respondentka C také kladně hodnotili služby navigačního centra. Přes tyto nesporné výhody technologií a aplikací určených pro osoby se zrakovým postižením je jejich využití touto cílovou skupinou nízké. Příčiny sami respondenti spatřují hlavně ve větší náročnosti na technickou zdatnost uživatele. Neméně podstatný je také fakt, že s sebou nesou i riziko technického selhání.

## Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem se dotazované osoby po oslepnutí vyrovnávaly se změněnou situací zejména v oblasti samostatného pohybu. Zjišťovali jsme, také, jaké měli v období po ztrátě zraku rodinné a sociální zázemí a jaké odborné služby se rozhodli využít. Z šetření vyplynulo, že většina dotazovaných po oslepnutí vyhledala odbornou pomoc pouze pro prvotní zvládnutí prostorové orientace a samostatného pohybu. Dále však již většinou k průvodcovství nevyužívají služby organizací, ale obracejí se na rodinu a známé. Většina respondentů také k samostatnému pohybu a orientaci v prostoru využívá cvičené vodící psy.

Psaní práce bylo pro mne cennou zkušeností a získala jsem velké množství informací o problematice mne blízké. Měla jsem možnost sama mluvit s respondenty a zjistit, jaký má ztráta zraku vliv na znovuzískání schopnosti samostatného pohybu osob.

Při psaní jsem si uvědomovala přínos této práce, zejména pro vedení výcvikových kurzů prostorové orientace a samostatné orientace osob později osleplých, při kterém je nutné brát individuální ohled na psychiku klienta. Další možné uplatnění je možné jako informační materiál, který shrnuje problematiku pohybu později osleplých i s autentickými výpověďmi několika osob.

## Použité zdroje

- BUBENÍČKOVÁ, Hana. *Význam informačních technologií a edukačním a rehabilitačním procesu zrakově postižených*. In: JESENSKÝ, Jan. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí. Gaudeamus, Hradec Králové, 2002
- ČÁLEK, Oldřich. Jak pomoci při oslabení nebo ztrátě zraku? Podíl rodiny při rehabilitaci těžce zrakově postiženého. *Novinář*, 1987, 29 s.
- ČÁLEK, Oldřich. *Možnosti přizpůsobení na oslabení nebo ztrátu zraku v dospělosti*. Malá tyflogická knižnice, Svazek 5., Svaz invalidů. Praha 1978
- DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0139-7.
- FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-802-4418-575
- HARTL, Pavel, Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd., Portál, Praha. 2010, 797 s., ISBN: 978-80-7367-686-5
- JESENSKÝ, Ján. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopédického spektra*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5
- JESENSKÝ, Jan. *Z výzkumu rehabilitace později osleplých*. Malá tyflogická knižnice, Svazek 4., Svaz invalidů. Praha 1977
- KOCHOVÁ, Klára, Markéta SCHAEFEROVÁ. *Dítě s postižením zraku. Rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. 1. vyd., Portál, Praha, 2015, 176 s., ISBN: 978-80-262-0782-5
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie I*. 1. vyd. Olomouc, 1988, 70 s.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Tyflopedie II*. 1. vyd. Olomouc, 1989, 70 s.
- Povely. 2012 [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.vycvikvodicichpsu.cz/cs/vodici-psi/povely.php#bezpecne-prevadeni-pres-vozovku>> [cit. 2016-04-19]

- RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. 1. vyd., Gaudeamus, Hradec Králové, 2015, ISBN: 978-80-7435-383-3
- RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Integrace zrakově postiženého žáka do základní školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 73 s. ISBN 80-244-1540-2
- ŘEHŮŘEK, Jaroslav, 1999, Zrak a jeho funkční vady. In: VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, s. 13-26, ISBN 80-85931-75-3
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333
- Služby Tyfloservis, 2011 [online]. Dostupné z WWW: <http://www.tyfloservis.cz/popis-poskytovani-sluzeb> [cit. 2016-04-18]
- SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. Studium. ISBN 80-85947-80-3
- SONS Klasifikace zrakového postižení dle WHO. In: SONS ČR [online]. 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>
- SONS Klasifikace zrakového postižení dle WHO. In: SONS ČR [online]. 2014 [cit. 2014-04-21]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Vyd. 4. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980, 234 s. Knižnice speciální pedagogiky.
- STRAUSS, Anselm L a Juliet M CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠTEFÁNEK, Jiří, MUDr. 2011 [online]. Praha. Dostupné z WWW:< <http://www.stefajir.cz/?q=von-hippel-lindau-syndrom>> [cit. 2016-03-25].
- VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-929-4. JESENSKÝ, Jan.
- WIENER, Pavel. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 2. vyd., MŠMT, Praha 1998
- Základní údaje o Tyfloservis, 2011 [online] Dostupné z WWW: <http://www.tyfloservis.cz/zakladni-udaje.php> [cit. 2016-04-18]
- Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách

## **Seznam zkratek**

CNS – centrální nervová soustava

ČR – Česká republika

POSP – prostorová orientace a samostatný pohyb

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

WHO – World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ZP – zrakové postižení

## **Seznam grafů**

Graf 1 Průběh ztráty zraku v čase.....	49
Graf 2 Pořízení vodícího psa .....	59

## **Seznam tabulek**

Tab. 1 Klasifikace zrakového postižení.....	16
Tab. 2 Základní údaje .....	46