

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2014-2017

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Adéla Švorbová**

**Speciálně-pedagogická podpora osob se zrakovým postižením**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Janková

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**  
**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

2014-2017

**BACHELOR THESIS**

**Adéla Švorbová**

**Special educational support to people with visual defects**

Prague 2017

The Bachelor Work Supervisor:

Mgr. Jana Janková

**Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 3.3 2017

Adéla Švorbová .....

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Jankové za odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce pojednává o speciálně pedagogické podpoře osob s progresivním zrakovým postižením a přispívá k poznání osobnosti a životní situaci jedince s tímto postižením. První kapitola je věnována vymezení zrakového postižení. Druhá kapitola pojednává o progresivních zrakových onemocněních. Důležitou součástí práce je vliv progresivního zrakového postižení na osobnost jedince, speciálně pedagogická strategie akceptace, také organizace věnující se této problematice a následná rehabilitace.

## **Klíčová slova**

Progresivní zrakové postižení, zraková vada, tyflorehabilitace, speciálně pedagogická strategie akceptace

## **Annotation**

This bachelor thesis deals with the special educational support to people with progressive visual impairment and contributes to the understanding of personality and life situation of individuals with this disability. The first chapter is devoted to the definition of visual impairment. The second chapter deals with the progressive vision disorders. An important part of this thesis is the impact of progressive visual impairment on personality, special pedagogical strategies of acceptance, as well as organizations dealing with these problems and subsequent rehabilitation.

## **Keywords**

Progressive visual impairment, special educational strategies acceptance, tyflorehabilitation, visual defect

## Obsah

ÚVOD.....	8
1 Teoretické vymezení zrakového postižení.....	9
1.1 Vymezení pojmu .....	9
1.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením .....	10
2 Progresivní onemocnění oka.....	14
2.1 Progresivní onemocnění oka v dětském věku .....	15
2.1.1 Progresivní onemocnění oka v dětském věku z lékařského hlediska .....	16
2.2 Progresivní onemocnění oka v dospělém věku .....	19
2.2.1 Progresivní onemocnění oka v dospělém věku z lékařského hlediska .....	20
3 Vliv progresivního onemocnění na osobnost jedince .....	24
4 Speciálně pedagogické strategie akceptace progresivního zrakového postižení ....	25
4.1 Sociální poradenství .....	27
4.2 Sociální péče .....	28
4.3 Sociální prevence .....	30
5 Organizace poskytující podporu a intervenci .....	33
6 Rehabilitace osob při postupném zhoršování zraku .....	36
6.1 Vliv lékaře na rehabilitaci jedince se zrakovým postižením.....	36
6.2 Tyflorehabilitace osob se zrakovým postižením.....	38
7 Praktická část .....	42
7.1 Metody výzkumu .....	42
7.2 Výběr respondentů .....	43
7.3 Případové studie .....	43
7.3.1 První výzkumná otázka.....	44
7.3.2 Druhá výzkumná otázka .....	44
7.3.3 Třetí výzkumná otázka .....	45
7.4 Vyhodnocení metody .....	46
ZÁVĚR .....	48
ZDROJE.....	48
SEZNAM PŘÍLOH.....	51

## ÚVOD

Jako téma mé bakalářské práce jsem si zvolila speciálně-pedagogickou podporu osob se zrakovým postižením, zaměřenou na problematiku jedinců s progresivním postižením zraku ve všech věkových kategoriích. Hlavním cílem je podat ucelený přehled o speciálně-pedagogické podpoře a přispět k poznání osobnosti a životní situaci jedince s tímto postižením.

V teoretické části se nejprve věnuji definováním pojmů zrakového postižení a následnou klasifikaci. Dále vymezuji pojem progresivní zrakové postižení, jak v dospělém věku, tak i v dětském, jeho vymezení z lékařského hlediska a vliv na osobnost. Pozornost je také věnována speciálně-pedagogické strategii akceptace progresivního zrakového postižení, napomáhajícím organizacím a následné rehabilitaci.

V praktické části popisují metodologické postupy a výsledky rozhovorů a následně se zabývám jejich interpretací a diskusí. V závěru je opět stručné shrnutí výsledků práce. V příloze je uvedena ukázka rozhovorů.

K napsání bakalářské práce s tematikou progresivního zrakového postižení mě motivovala odborná praxe v různých zařízeních pro osoby se zrakovým postižením, ale především spolupráce s organizací SONS, kde jsem působila jako dobrovolník. Osobám s progresivní zrakovou vadou bych se ráda věnovala nadále, nejen profesně, ale i proto, abych veřejnost s tímto onemocněním více seznámila, jelikož ne každý ví, jakou problematiku přináší postupná ztráta zraku. Kimplová (2014) říká, že každá zraková vada či choroba má individuální průběh. V některých případech může člověk s těžkým zrakovým postižením mít navíc různou úroveň vidění v různém čase (např. vlivem únavy, jiných zdravotních problémů, stresu, ale také denní doby nebo bez jasných důvodů). Je na člověku se zrakovým postižením, aby o těchto stavech mluvil s lidmi okolo sebe, aby toto nepovažovali za rozmar, ale za normální projev spojený s oslabením zraku.



# 1 Teoretické vymezení zrakového postižení

## 1.1 Vymezení pojmu

Zrak je nejfrekventovanějším analyzátozem v rozvoji každé osobnosti. Podává maximum informací v minimálním čase, umožňuje orientaci v prostředí, rozlišování tvarů, barev, velikosti, vzdálenosti, hloubky, směru, pohybu a klidu v okolním prostředí. Má velký význam pro poznání i pro praktické jednání. Zrakový orgán je složen ze tří částí: receptor (zevní oko), dráha spojující oko s centrem-oční nerv, zrakové centrum v mozku. V každé z těchto částí může dojít k poškození (oční choroba, vada, poškození) s charakteristickými následky pro vidění. Viděním rozumíme schopnost zrakově vnímat, rozlišovat a představovat si prostředí.

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Úžeji se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku určitým způsobem ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž nepostačuje běžná optická korekce. Nezahrnujeme sem tedy např. člověka, který nosí dioptrické brýle a s nimi docela normálně vidí. Takový člověk má zrakovou vadu lehčího stupně a s brýlemi bez potíží zvládá každodenní činnosti, nemá omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti apod. (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Podle názoru Hamadové, Květoňové a Novákové (2007) se rozdělují osoby se zrakovým postižením pomocí tří hledisek – psychologického, medicínského a edukačního.

Psychologické hledisko považuje za osobu se zrakovým postižením tu, u které dojde, z důvodu nedostatečného přísunu informací, k negativnímu vlivu na její psychický i fyzický vývoj.

Medicínské hledisko udává zrakově postiženého tak, že postižení buď po ukončení medicínské léčby přetrvává, nebo je zajištěno optimální brýlovou korekcí.

Edukační hledisko se zaměřuje na výkon zrakově postižených dětí ve školním a jiném prostředí a tím za postižené dítě považuje to, které i po optimální korekci této vady, nedosahuje uspokojivých výsledků. Takovýto jedinec se zrakovým postižením by si běžně měl svůj handicap kompenzovat a naučit se s ním dále žít.

## 1.2 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Následující tabulka představuje mezinárodní klasifikaci zrakového postižení dle WHO.

Kategorie	Horní hranice	Dolní hranice
1.Slabozrakost Lehká a střední	$6/18 = 0,3$	$6/60 = 0,1$
2.Slabozrakost Těžká	$6/60 = 0,1$	$3/60 = 0,05$
3.Těžce slabý zrak	$3/60 = 0,05$	$1/60 = 0,02$
4.Praktická nevidomost	$1/60 = 0,02$	Světlocit + projekce
5.Nevidomost	Světlocit – projekce	Ztráta světlocitu

Na základě stupně zrakového postižení se člení osob se zrakovým postižením na:

1. osoby nevidomé,
2. osoby se zbytky zraku,
3. osoby slabozraké,
4. osoby s poruchami binokulárního vidění.

Osoby nevidomé

Osoby nevidomé jsou chápány jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Nevidomost je nevratný pokles centrální zrakové ostrosti pod  $3/60$  - světlocit.

Praktická nevidomost.

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod  $3/60$  do  $1/60$  včetně,

b) binokulární zorné pole menší než 10, ale větší než 5 kolem centrální fixace.

Skutečná nevidomost:

a) pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 - světlocit,

b) binokulární zorné pole 5 a méně i bez porušení centrální fixace.

Plná slepota: světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu (amauróza).

Nevidomost může být vrozená i získaná. Mezi nejčastější příčiny vrozené nevidomosti patří dědičnost, porušení plodu v době prenatální, infekční choroby matky v době gravidity - např. rubeola, pohlavní choroby matky - např. syfilis, virová onemocnění, toxoplazmóza, narkomanie matky a jiné. K častým příčinám nevidomosti získané se řadí progresse refrakčních vad, glaukom, katarakta, odchlípení sítnice, retinopatie, nádory, intoxikace, úrazy, komplikace při diabetes, meningitida a další.

Nevidomé osoby nemohou z okolního světa získávat informace zrakovou cestou, a tudíž jsou odkázány na využívání náhradních smyslů.

Z pohledu užití speciálně-pedagogických metod se hlavní stává kompenzace. Nevidomí pracují jak s nižšími kompenzačními činiteli, což jsou hmat, sluch, čich a chuť, tak současně i s vyššími kompenzačními činiteli, mezi které zejména patří myšlení, paměť, řeč, představivost, obrazotvornost (Renotírová, Ludíková et al., 2003).

Osoby se zbytky zraku

Osoby se zbytky zraku patří do skupiny osob s druhým nejtěžším stupněm zrakového postižení. Ve starší terminologii se tato kategorie označovala jako částečně vidící či těžce slabozrací.

Zbytky zraku jsou kategorie, která v některých případech může být ustálená, ale v jiných může dojít k progresi či naopak k částečnému zlepšení. Příčiny jsou analogické, jak byly popsány při vzniku nevidomosti. Stejně tak se může jednat o stav vrozený či získaný. Důsledkem tohoto postižení jsou snížené, omezené či deformované zrakové schopnosti, což vede k narušení představ a zapříčiňuje i snížení grafických schopností a omezuje pracovní možnosti (Kimplová, Kolaříková, 2014).

## Osoby slabozraké

Slabozrakost nelze vzhledem k různorodosti možného poškození jednotně vymezit. Může se projevit zhoršenou zrakovou ostrostí obou očí, potížemi s prostorovým viděním, výpadky v zorném poli, výskytem nystagmu, světloplachostí apod. Podle stupně postižení můžeme slabozrakost rozdělit na lehkou a těžkou. Poškozeno může být zevní i vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum. Tato vada může být stacionární i progresivní, vrozená i získaná. Mezi nejčastější příčiny slabozrakosti patří těžká krátkozrakost, astigmatismus, nystagmus, atrofie zrakového nervu, dalekozrakost, albinismus, afakie, glaukom, šedý zákal, microphthalmus, retrolentální fibroplazie, retinis, degeneratis retinae, hemeralopie a jiné (Květoňová-Švecová, 1998).

## Osoby s poruchami binokulárního vidění

Vývoj správného binokulárního vidění je podmíněn normálními anatomickými poměry a funkčními předpoklady a při jejich narušení nastává porucha binokulárního vidění. Při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splnutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění.

Osobami s poruchami binokulárního vidění je označována kategorie dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání narušeno na základě funkční poruchy. Poruchy binokulárního vidění jsou vrozené nebo vznikají obvykle v raném dětství. Při správné a včasné terapii jsou vesměs odstranitelné, nebo alespoň existuje možnost je zmírnit. V dospělosti tudíž může být klient bez potíží (Renotírová, Ludíková a kol., 2003).

Dalšími kritérii klasifikace osob se zrakovým postižením může být dle

Z hlediska doby vzniku zrakového postižení se jedná o osoby se zrakovým postižením:

1. vrozeným,
2. získaným.

Etiologické hledisko rozlišuje osoby se zrakovým postižením na jedince s poruchou:

1. orgánovou,
2. funkční.

Z pohledu délky trvání zrakového postižení se jedná o osoby se zrakovým postižením:

1. krátkodobým (akutním),
2. dlouhodobým (chronickým),
3. opakujícím se (recidivujícím), (Renotierová, Ludíková a kol., 2003).

## 2 Progresivní onemocnění oka

Oslabení či ztráta zraku významně ovlivní osobnost člověka se zrakovým postižením. Vrozené zrakové postižení má vliv na kvalitu utváření představ, pojmů, kvalitu řeči, abstraktního myšlení, na rozvoj pohybu a schopnosti orientace v interiéru i exteriéru, na rozvoj komunikace a vytváření sociálních vztahů. Čím později ke ztrátě či oslabení zrakového vnímání dojde, tím méně jsou oblasti vývoje osobnosti výše popsané zasaženy.

Každá zraková vada či choroba má individuální průběh. V některých případech může člověk s těžkým zrakovým postižením mít navíc různou úroveň vidění v různém čase (např. vlivem únavy, jiných zdravotních problémů, stresu, ale také denní doby nebo bez jasných důvodů). Je na člověku se zrakovým postižením, aby o těchto stavech mluvil s lidmi okolo sebe, a je na těchto pomáhajících osobách, aby toto nepovažovali za rozmar, ale za normální projev spojený s oslabením zraku. Zrakově postižený by měl být schopen přizpůsobit denní program svým zrakovým možnostem (Kimplová, Kolaříková, 2014).

Pro toho, kdo ztrácí nebo má velmi oslabený zrak, se najednou v jeho vlastním bytě objevují dříve neexistující překážky. Snadno přehlédne drobné předměty nebo předměty přibližně stejné barvy, jako je jejich okolí. Může zakopnout či bolestivě narazit do předmětů, které se vyskytují mimo jeho zorné pole, např. na zemi. Pomocí je vytvoření a respektování pořádku v umístění a odkládání věcí, využití kontrastních barev k označování předmětů nebo hmatných prvků, které je možno utvářet pomocí speciální pasty (konturpasta).

U některých zrakových vad se k oslabení zraku připojují tzv. klamně zrakové vjemy. Dotyčný z ničeho nic spatří něco jako stín, což vyhodnotí jako určitý předmět, siluetu člověka, dopravní prostředek apod. Může uhýbat "stínům", uskočit bez viditelného důvodu. Pokud to tak je, povzbud'te ho k používání bílé hole. Odborní instruktoři ho naučí, jak s ní relativně spolehlivě a bezpečně poznávat okolí, aniž by vyvolával pozornost nelogicky působícími pohyby.

Lidé s tzv. trubicovým viděním, tedy velmi úzkým zorným polem, mohou docela dobře vidět malou výseč okolí, a přesto jim může být utajena větší část prostoru kolem nich. To může být velmi nebezpečné, protože pokud se tento člověk při chůzi dívá před sebe, nevidí, co má pod nohama. A pokud se dívá pod nohy, nespatří možná strom nebo chodce před sebou. Opět zde platí, že je načase začít užívat bílou hůl. Ta umožní

kontrolovat prostor dole a chodec se může dívat před sebe. Bílá hůl zároveň plní i signalizační funkci pro okolí.

Lidé se silnou světloplachostí mohou být zcela oslepeni prudkým světlem, kterým pro ně ale může být například pouhý sluneční svit odrážející se na bílém předmětu. Při chůzi na ulici to může být nebezpečný stav, neboť se na chvíli vlastně stávají nevidícími. Pomocí opět může být složená bílá hůl v tašce, kterou v takovém případě na pár minut vyjmou a použijí.

Obecně lidé s oslabeným zrakem pro svou bezpečnost potřebují dobře viditelné prvky v jejich zorném poli. Mohou jimi být např. kontrastní barvy předmětů a nábytku v domácnosti nebo barevné pruhy ve výši zraku na průhledných dveřích budov (Michálek, Vondráčková, 2013).

## **2.1 Progresivní onemocnění oka v dětském věku**

Oslabení, nebo ztráta zraku v předškolním období bývá většinou lépe akceptována, jsou-li nablízku dostupné intervence rodiny a odborná pedagogická podpora. Ve věku školním a adolescentním v důsledku většího osamostatnění jedince zaznamenáváme větší zásah do jeho psychické stability. Snížené sebehodnocení a zvýšenou emocionální labilitu způsobenou konfrontací s prožitkem neúspěchu ve školní práci (nedostatečná rychlost v reakci na zrakové podněty, nekvalitní zrakové vjemy atd.) a nepřijetí sociální skupinou v důsledku selhávání při společných činnostech (skupinové hry, soutěže) je nutné včas podchytit a nepodcenit možnost vzniku těžších psychických poruch z důvodů neustálého vystavování jedince stresujícím prožitkům vedoucím k jeho neurotizaci. Citlivé řešení problémů, posilování osobnosti jedince (poskytnutí možnosti prožít úspěch v oblasti zájmů a nadání pro určitou činnost a předvedení svého přínosu pro skupinu), vyhledání odpovídajícího způsobu vzdělávání (například ve speciální škole) je opět předmětem péče odborníků speciálně pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden a také Centra zrakových vad.

Děti a dospívající, u kterých došlo ke ztrátě zraku v důsledku progresivního onemocnění, po operaci nebo po úraze, jsou vystaveni individuální traumatizující zkušenosti.

Proces přijetí zrakového postižení dítětem a adolescentem je stejně tak aktuální jako u dospělých později osleplých, protože se dotýká vývoje a fungování celkové psychologické osobnosti. V kladném případě, kdy je dítě i se svou vadou ze strany svých rodičů a dalších dospělých akceptováno, může být tato okolnost dobrou příležitostí k uplatňování nejvhodnějšího výchovného stylu, avšak jsou-li tyto vztahy deformovány nepřijetím vady (nebo i samotného postiženého dítěte) ze strany významných dospělých, mohou velmi pravděpodobně vzniknout závažná narušení jeho osobnosti, která se během dalšího vývoje už obtížněji uzdravují. Vývojově jsou nejvíce ohroženy děti s vrozeným zrakovým postižením, tedy od nejranějšího věku, kdy dochází k navazování vzájemného vztahu s matkou (rodičem). Proto by specializovaná psychologická pomoc měla následovat ihned po zjištění a oznámení oční diagnózy (Kimplová, Kolaříková, 2014)

### **2.1.1 Progresivní onemocnění oka v dětském věku z lékařského hlediska**

#### Degenerativní onemocnění sítnice

Do této skupiny patří celá řada postižení, která mají jeden společný rys. Jde o nezánětlivé, progresivní poškození nervových elementů sítnice, obvykle oboustranné. K progresivnímu zhoršování dochází v průběhu dětství nebo dospívání v závislosti na typu onemocnění. Degenerativní změny mohou být centrální nebo periferní a podle toho omezují v různé míře vidění nemocného (Vágnerová, 1995).

#### Stargardtova makulární juvenilní degenerace

Jedná se o centrální degenerativní onemocnění sítnice dětského věku. Potíže ve zrakové diferenciaci se začínají objevovat zhruba v době počátku školní docházky. Prvním projevem je snížení centrální zrakové ostrosti, dítě trpí paracentrálními a centrálními skotomy (výpadky zorného pole) a výpadky poruchami barvocitu. Choroba postihuje obě oči a pomalu progreduje. Zraková ostrost u tohoto postižení bývá ve školním věku snížena v průměru do pásma velmi těžké slabozrakosti až zbytků zraku, 2–4/50. V tomto směru je velmi značná variabilita v tempu zhoršování zrakových funkcí.



Samozřejmě musíme vzít v úvahu i centrální omezení zrakového pole. Onemocnění je výhradně dědičné, v naprosté převaze autosomálně recesivním způsobem, takže v rodině často bývají postiženi sourozenci, ale rodiče jsou zdravými přenašeči. Společným znakem všech degenerativních onemocnění je neodvolatelnost jejich progresu a skutečnost negativní perspektivy, působící jako stresor. Určitou výhodou zůstává, že je rozložena do relativně dlouhého časového úseku a dítě má dost času se adaptovat (Vágnerová, 1995).

#### Bestova choroba

Bestova choroba je velmi podobná Stargardtově degeneraci, takže jde také o makulární degeneraci, ale toto onemocnění se vyskytuje vzácněji. Na rozdíl od Stargardtovy degenerace je toto onemocnění dědičné autosomálně dominantním způsobem (Vágnerová, 1995). Je nutno poznamenat, že se centrální degenerativní onemocnění neprojevují viditelnými změnami oka, tyto děti upoutávají spíše pozornost při určitých aktivitách. Vágnerová (1995) uvádí, že choroba snižuje centrální zrakovou ostrost a postupně omezuje zorné pole, takže problémy se objevují zvláště při čtení, které se stává stále více obtížnějším.

#### Tapetoretinální degenerace (retinitis pigmentosa)

Je to dědičné onemocnění periferie sítnice. Projevuje se degenerativními změnami již v prvním desetiletí života. Subjektivně jde o pozvolné zužování zorného pole, později může zůstat zachováno jen tubicové centrální vidění (Vágnerová, 1995). Postižený touto vadou se začíná hůř orientovat v prostředí. Typická bývá porucha adaptace na tmou a šeroslepost související se zánikem tyčinek a čípků v sítnici. Centrální vidění nemocných dětí bývá ve druhé polovině školního věku sníženo v průměru do pásma těžké slabozrakosti a zbytků zraku, tj. 2–4/50, samozřejmě s omezeními danými zúžením zorného pole. Četnost tapetoretinální degenerace je udávána v rozmezí 1: 4 000–1: 20 000, v závislosti na populaci. Onemocnění je dědičné a jsou uváděny všechny tři typy genetického přenosu (Vágnerová, 1995).

V posledním stadiu je častou komplikací katarakta. Ve 4.- 5. dekádě života onemocnění končí slepotou.

#### Leberova vrozená slepota

Označení pro vrozenou retinální aplázi. Název není zcela přesný, protože děti mívají mnohdy zachovánu nějakou schopnost vidění, i když samozřejmě značně omezenou. Onemocnění může, i když velmi pomalu, progredovat. Takto postižené děti, pokud vůbec vidí, mají značně sníženou zrakovou ostrost, v průměru jen do pásma malých zbytků zraku, 1/50. Mívají zúžené zorné pole a poruchu barvocitu, takže se obtížně orientují v prostředí. (Vágnerová, 1995).

#### Myopia gravis (těžká krátkozrakost)

Těžká krátkozrakost je označením pro myopii, která bývá doprovázena dalšími změnami tkání v oku. Projevuje se již v předškolním věku a příčiny mohou být různé. Faktory, které ovlivňují růst oka, mohou být jak genetické tak hormonální, např. v těhotenství. Jako příčina růstu oka v předozadní ose se považuje především oslabení kolagenních vláken skléry. Chorioidea i sítnice jsou v důsledku roztahování skléry pod trvalým napětím a ztenčují se. Změny jsou proto ve tvaru oka (tvar vejce) a ve vyklenutí v jeho zadním pólu, v místě terče zrakového nervu a v oblasti makuly. Degenerativní změny v důsledku útlaku provázené i krvácením mají při pokročilých stavech za následek pigmentové zjizvení oblasti makuly, riziko odchlípení sítnice (amotio retinae) a patologické změny ve sklivci. Myopii korigujeme brýlemi s čočkami rozptylnými nebo kontaktními čočkami. Fyziologické hodnoty vizu ale při myopii gravis nelze dosáhnout z důvodů druhotných změn na sítnici a ve sklivci.

Pacienti s myopií gravis by se měli vyhnout činnostem, které zvyšují riziko amotio sítnice, např. těžká fyzická námaha, zvedání těžkých břemen, při sportovních aktivitách ve škole i mimo vyloučit činnosti, u kterých může docházet k překrvení hlavy, otřesy, údery do hlavy či oka, kotrmelce, stoje na hlavě, hluboké předklony (Moravcová, 2004).

Uveitida

Neboli zánět živnatky, může vzniknout prakticky kdykoliv v životě dítěte. Projevuje se světloplachostí, slzením a poruchou zrakových funkcí. Počátek onemocnění je někdy náhlý, s intenzivně rozvinutými všemi vyjmenovanými příznaky. Typická je bodavá bolest při pohledu do blízka, např. při pokusu o čtení nebo při zapalování cigarety. Jindy začíná onemocnění pomalu a z potíží je v popředí rychle se zhoršující vidění. Někdy mohou před okem pouze poletovat "mušky" (Pitrová, 1993).

Podle Harleyho (1983) bývají první projevy zhoršení zrakové ostrosti v tomto případě lokalizovány na počátek školní docházky, zhruba do 10. roku života. U těchto nemocných může dojít i k zakalování čočky či sekundárnímu glaukomu a v závislosti na tom k dalšímu zhoršování zrakové ostrosti. Vidění bývá v těchto případech značně sníženo, až do pásma zbytků zraku, 1-2/50. Výjimkou není ani nevidomost. U tohoto onemocnění nebyla prozatím jednoznačně prokázána účast dědičných faktorů (In: Vágnerová, 1995).

Zákaly rohovky

Vidění mohou značně zhoršovat i defekty rohovky, spočívající v jejich zakalování a narušení průhlednosti. Do této skupiny patří tzv. Petersova anomálie a dysgenesis iridocornealis typu Rieger. V obou případech jde o vzácná onemocnění. Zákal může postihnout i čočku, v této souvislosti nelze vyloučit ani sekundární glaukom. Postižení bývá obvykle oboustranné a zhoršuje vidění v průměru do pásma zbytků zraku (3/50) i závažněji. Uvedená onemocnění jsou dědičná. Z psychologického hlediska je zajímavá určitá možnost operativního úpravy v dospělém věku a transplantace rohovky. Představa pozdějšího zlepšení (která je sice nejistá, ale přece jenom má pozitivní význam) může měnit postoje rodičů již v dětství. Zároveň působí odklad pozitivního řešení jako stresor (Vágnerová, 1995).

## **2.2 Progresivní onemocnění oka v dospělém věku**

V produktivním věku může oslabení či ztráta zraku ovlivnit stabilitu jedince v možnosti vykonávat svou profesi a uspokojovat své záliby a potřeby. Emocionální prožívání zhoršení podmínek zrakové práce přináší také problémy ve vztazích jak na pracovišti, tak v osobním životě. Ztráta možnosti vykonávat profesi staví člověka do řešení svízelných ekonomických problémů, které se opět mohou negativně přenést i do úrovně partnerských vztahů. I když se jedinec po určité době vyrovná se ztrátou zraku a najde své nové uplatnění, každé další zhoršení zraku či další onemocnění (například diabetes) ohrozí jeho stabilitu a může jej vrhnout zpět na počátek cesty vyrovnávání se s postižením. Často je nutné začít úplně znovu (Čálek, 1988).

Potřeby využívat optické a neoptické pomůcky u těchto skupin pacientů většinou bývají diktovány požadavky na získávání kvalitních informací a na uplatnění potřeb pacientů k navození samostatnosti a nezávislosti.

Asi u 90 % osob lze po 60. roce věku zjistit výrazné zhoršení zrakového vnímání a asi u 30 % se výrazně zhoršuje sluch. Tyto okolnosti značně ovlivňují nejen pokles výkonu při některých pracovních činnostech, ale omezují i činnosti rekreační jako četbu, poslech hudby, cestování a další. Pokles zrakového a sluchového vnímání ztěžuje také samotnou schopnost komunikace s druhými lidmi, bývá provázeno roztrpčením, nejistotou, úzkostí, stavy bezmocnosti i zvýšenou agresivitou. V důsledku zhoršení zrakového a sluchového vnímání se zvyšuje riziko úrazů. Brýle, sluchadla a další pomůcky, zlepšující zrak a sluch jsou velkým přínosem stárnoucímu člověku a výrazným zkvalitněním jeho životních podmínek (Langmeier, Krejčířová, 1998).

### **2.2.1 Progresivní onemocnění oka v dospělém věku z lékařského hlediska**

#### **Glaukom**

Glaukom je onemocnění, které je na jedné z prvních příček v příčinách slepoty u nás. Jestliže je glaukom diagnostikován včas, je v naprosté většině případů slepotě možné předejít. Český název-zelený zákal je zavádějící, jelikož ve skutečnosti nejde o žádný zákal, neboli poruchu průhlednosti některého z čirých očních optických médií. Název byl v minulosti odvozen od nazelenalé barvy, kterou mívá duhovka postižená druhotnými

změnami v pokročilých stadiích glaukomového onemocnění. Podstatou onemocnění je vysoký nitrooční tlak, který poškozuje zrakový nerv. Tlak uvnitř oka stoupá při nepoměru mezi tvorbou nitrooční tekutiny a jejím odtokem.

Ve většině případů se glaukom rozvíjí nepozorovaně, bez subjektivních potíží až do doby, kdy se zhorší centrální vidění, až v dosti pokročilé fázi onemocnění. Této formě nemoci se říká vzhledem k dlouhodobému průběhu chronický glaukom. Jinak se označuje též jako glaukom s otevřeným úhlem. Tento název vyjadřuje lépe patofysiologii onemocnění. Komorový úhel, místo hrající klíčovou úlohu v odtoku nitrooční tekutiny, je u chronického glaukomu volný, otevřený, a překážka v odtoku tkví v ultramikroskopických změnách trámčiny úhlu (Pitrová, 1993).

#### Diabetická retinopatie

Retinopathia diabetica je nejčastější komplikací diabetu. Objevuje se zhruba po 8–10letém trvání této choroby. Změny, ke kterým dochází ve stěnách cév, postihují cévy různých orgánů v těle, tedy i v oku. Ke změnám dochází především na sítnici, vyskytnout se může i šedý zákal. Všechny komplikace mohou negativně ovlivnit vidění (Moravcová, 2004). Zapříčiňuje až 18 % případů získané slepoty. Pouze u mladistvých se může dostavit dříve. Ze subjektivních příznaků vystupují do popředí výpadky zorného pole, při postižení centrální krajiny snížení zrakové ostrosti (Kraus et al., 1997).

#### Zánět rohovky

Nazývá se keratitida a bývá velmi často spojena se současným zánětem spojivky (keratokonjunktivitida). Všechna tato onemocnění byla v minulosti osudová. Ztráta průhlednosti vedla k praktické slepotě. V současnosti, pokud dojde ke zkalení rohovky, lze ji nahradit transplantátem. Operace se nazývá keratoplastika. Velký pokrok nastal objevem kontaktních čoček. V některých případech je možná též operace laserovým paprskem. Tím se ale může korigovat jen lomivá mohutnost rohovky (Jesenský et al., 2007).

#### Degenerace rohovky

Degenerativní onemocnění rohovky je charakterizované kónickým vyklenováním obvykle v centru rohovky nebo paracentrálně spojeným se vznikem astigmatismu. Jedná se o onemocnění zvolna progredující, projevující se klinicky v období puberty, nebo i později. Přibližně v 85% případů je oboustranné. Jedná se pravděpodobně o dědičné onemocnění s neúplnou penetrací genu. Může se vyskytovat samostatně nebo v souvislosti s jinými chorobami-atopická dermatitis, Downův syndrom, Turnerův syndrom, Marfanův syndrom a další.

Projevuje se nárůstem myopie či astigmatismu, obvykle bez možnosti korekce brýlemi a vede až k akutnímu zhoršení vidění. V počátečních stádiích lze korigovat astigmatismus brýlovou korekcí, pokud již nestačí, pak dochází k aplikaci tvrdé kontaktní čočky. Při jejich nesnášenlivosti či progresi degenerace rohovky je nutná operace (Rozsival et al., 2006).

#### Věkem podmíněná makulární degenerace sítnice

Je nejčastější příčinou praktické slepoty u lidí nad 60 let a představuje závažný zdravotně-sociální problém. Onemocnění je projevem stárnutí a je charakterizováno postupným progresivním úbytkem kapilár v druhé vrstvě cévnatky, která zajišťuje látkovou výměnu makulární oblasti sítnice. Pokud je úbytek kapilár nadměrný, výživa makuly trpí a následně nezvratně klesá zraková ostrost.

Rozeznáváme dvě formy:

Suchá (atrofická) forma je způsobena zánikem kapilár v druhé vrstvě cévnatky makulární krajiny. Mezi první příznaky patří rozmazané vidění, zhoršené vidění za tmy nebo za soumraku, zhoršení možnosti čtení nebo zaostření na jeden objekt. Příčinou je zánik pigmentových buněk a buněk citlivých na světlo. Na tuto formu neexistuje funkční léčba, lékaři doporučují potravinové doplňky s obsahem luteinu, vitamínu E, zeaxantinu a zinku (Rejmont, Moravcová, 2004).

Druhou formou je vlhká, exsudativní věkem podmíněná makulární degenerace, která vzniká na podkladě abnormálního růstu cév pod makulární krajinou, které způsobují prosakování krevní plazmy a elementů pod sítnici, otok sítnice a vznik jizvy ve tvaru

koláče. Vyskytuje se u 10- 15 % pacientů s VPMD, může se ale postupně vyvinout i ze suché formy. U tohoto typu dochází poměrně rychle k poklesu zrakové ostrosti, což je doprovázeno centrálním skotomem a jsou výrazně omezeny zrakové funkce. K příznakům vlhké formy patří zprohýbané vidění - linie nebo obličej člověk vidí zprohýbané, vlnité. K rapidnímu zhoršení dochází v průběhu několika týdnů a k praktické slepotě dochází již během pár i i měsíců. Toto onemocnění je v současné době jedna z nejčastějších příčin ztráty zraku ve stáří v hospodářsky rozvinutých zemích. Možnost léčby spočívá v potlačování růstu novotvořených cév (Rejmont, Moravcová, 2004).

### 3 Vliv progresivního onemocnění na osobnost jedince

Oslabení zraku a omezení s tím spojená mohou narušit sebevědomí a přístup k životu člověka takto zaskočeného. Je proto důležité, aby dotyčný věděl, že pro vás je stále stejnou hodnotnou lidskou bytostí s plným právem na úctu a respekt a že neoddělitelně patří do stejného okruhu blízkých osob, kam patřil dříve. Že ho prostě máte rádi takového, jaký je, bez ohledu na to, jak vidí a jaké činnosti může či nemůže vykonávat (Michálek, Vondráčková, 2013).

Někdy se dokonce uvádí, že život se zbytkem zraku je složitější než život člověka zcela nevidomého, neboť nevidomý člověk už na svůj zrak nespolehá a zbytek jeho vidění ho tedy nemůže "zklamat" či "oklamat". Člověk, který už nevidí vůbec nic, si za čas osvojí dovednosti, které mu umožní jinými postupy a s pomocí pomůcek zvládat řadu běžných úkonů. Člověk postupně, avšak poměrně rychle ztrácející zrak (např. v rozpětí měsíců nebo několika let) je ale vlastně neustále vystavován novým situacím a musí si stále osvojovat nové postupy a práci.

Postupná, pozvolná ztráta zraku, která může probíhat i desítky let, má na psychiku postižené osoby odlišný účinek než ztráta náhlá. Jde o dlouhodobou psychickou zátěž, která se ještě zvyšuje, je-li stav zraku střídavý. Depresivní nálady jsou zde dlouhodobé, mohou se postupným zhoršováním stavu prohlubovat a opakují se. Každý další pokles zrakové schopnosti, objevený sebepozorováním, se tedy promítá do prožívání a musí být duševně zpracován. Účinek této protahované náročné životní situace na osobnost postiženého člověka a na jeho vztahy a činnost ovšem závisí na tom, jaký postoj ke stavu krajního úbytku zraku, který daného jedince pravděpodobně čeká, si průběžně utváří. Pokud absenci zraku považuje za úplné vyřazení ze života, bývají ovšem deprese a pocity zoufalství a beznaděje o to hlubší. I zde je možno hovořit o obdobích reorganizace, ke které dochází, když se osoba, ztrácející pozvolna zrak, rozhodne, že tomuto stavu přizpůsobí svůj styl života a činnosti, zejména v oblastech, kde je to již nutné (Čálek, 1992). Lidé s výrazně oslabeným zrakem často zbytečně přicházejí o zaměstnání i v těch profesích, ve kterých by s pomocí zvětšovacího softwaru na počítači (třeba jen s několika organizačními opatřeními) mohli dále pracovat. Pokud toto hrozí, mohou odborná pracoviště, jako jsou poradenská centra zaměstnavateli pomoc při zpřístupňování prostředí člověku se zrakovým postižením (Michálek, Vondráčková, 2013).



## 4 Speciálně pedagogické strategie akceptace progresivního zrakového postižení

Přijetí vlastní vady a životní situace spočívá v tom, že se postižený člověk rozhodne dělat to, co může, a vzdá se nemožného. Tento proces je složitý, dlouhodobý a náročný, někdy plný zvrátů. Získává svůj význam a smysl tehdy, když se ptáme, jak tyto postoje ovlivňují život a osobnost postiženého člověka. Důraz klademe na jev a pojem tzv. primární akceptace zrakové vady. Je to časový a psychologický moment, kdy postižená osoba začíná svou situaci brát věcně, emocionální odezva slábne a ustupuje stranou. Je to moment, kdy postižený ztrátu zraku uzná jako realitu, které je vhodné se nějak přizpůsobit (Čálek, 1988).

Dle Květoňové-Švecové (1998) lze dopad zrakového postižení na jedince a jeho osobnost rozdělit do několika rovin. Jednak se jedná o průběžné vyrovnávání se s vrozeným nebo v raném dětství získaným handicapem, jednak o vyrovnávání se s postižením v dospělosti a jeho akceptování, a to jak v situaci např. oslepnutí, tak při postupné ztrátě zrakových kvalit při progresivní oční diagnóze. Všechny uvedené situace ohrožují v obecné rovině uspokojování základních psychických potřeb, zejména potřeby otevřené budoucnosti v souvislosti s naplněním života formou rodiny, kterou se mnohdy nedaří založit. Jde zde zejména o vybudování plnohodnotného partnerského vztahu a následné splnění rodičovské funkce. V případě ztráty zraku v dospělosti, kdy postižený již má rodinu a děti, je této situaci vystaven ve smyslu změny sociálního statusu v rodině. Samostatnou pozornost je třeba věnovat pozici zrakově postiženého v zaměstnání, resp. v situaci uspokojování potřeb ve smyslu pracovní aktivity, kterou mnohdy obtížně uplatňuje, byť má kvalifikační předpoklady pro výkon dané profese.

Na adaptaci postiženého mají značný vliv postoje, a to jak jeho osobní postoje k vadě, ke stejně postiženým i ke světu nepostižených, tak také opačně (především postoje blízkých osob bez zrakové postižení a jejich pohled na slepotu i nevidomé). S těmito postoji pak úzce souvisí pojem "akceptace vady" i jeho protipól "non-akceptace vady", které jsou vymezeny následovně:

Akceptace vady

Čálek (1988) definuje akceptaci vady jako poznávací, citové a jednající osvojení všech životních možností a omezení, které tato vada zanechává. Při převodu tohoto výrazu do češtiny navozuje představu "přijetí vady", smíření s ní. Akceptace vady má stěžejní význam pro to, co označuje jako „kompenzace zrakového postižení" a co lze v případech těžké či úplné ztráty vidění stručně určit jako částečnou náhradu zrakové informace v činnosti postiženého jedince cestou informací jiného druhu. Projevuje se v tom rozhodující úloha prožívání a vědomého řízení vlastní činnosti. Kompenzace defektu se uskutečňuje v konkrétních formách činnosti a v jejich naučení, zapamatování a využívání má, jako každá záměrná činnost, také svou neodmyslitelnou složku motivační a volní. Člověk se pro činnost vědomě rozhoduje a vytrvává v ní a pomocí určitého úsilí v dané činnosti musí mít nějaký motiv, tj. musí mít v jeho životě smysl, vést k určitému cíli, který má pro jedince dostatečnou hodnotu přímou nebo nepřímou, Má-li činnost proběhnout úspěšně, nemůže být pouze vnucena z vnějška, člověk za ni musí vstřícně převzít určitou odpovědnost, musí mu na jejím průběhu a výsledku záležet. Pokud o konkrétní činnost (nebo okruhu činnosti) nemá zájem nebo dokonce prožívá odpor a pod., je učení touto činností, její trvalé zapamatování i praktické využívání více či méně narušeno, zbrzděno, blokováno. Člověk tuto činnost buď nevykonává vůbec nebo jen značně nekvalitně.

V případě zrakové vady, tj. těžké nebo úplné ztráty zraku, to znamená osvojení všech podstatných zbývajících životních možností a jejich způsobů uskutečňování při souběžném zohledňování všech životních omezení, která toto zdravotní postižení přináší. V tomto širokém smyslu je akceptace vady součástí nebo spíše předpokladem celkového zdravého a činorodého životního přizpůsobení postižené osoby.

### Non-akceptace

Protipólem prve definované "akceptace vady", je psychologický jev non-akceptace vady. Projevy non-akceptace vady jsou velmi rozmanité a rovněž složitější než poměrně jednoznačná akceptace. Často jde o projevy skryté či zkresleně vnímané, patří sem i složitá tematika předsudků a tzv. sociálních stereotypů, jako zvláštního druhu postojů. Na druhé straně však je nutné právě tyto psychologické jevy do hloubky poznat, protože v jejich pedagogicko-psychologické ovlivňování většinou spočívá významná

složka odborné práce na poli speciální pedagogiky, rehabilitace, resocializace, poradenství atd.

Non-akceptaci vady lze určit jako nepřijímání a neuznávání životních možností a omezení, které vada zanechává. Vedoucí úlohu zde má konec konců citová složka tohoto postoje, která bývá zbarvena odmítavostí a záporností. Ve spojitosti s jednostranným hodnocením životní situace zrakově těžce postiženého člověka brání pravdivému poznání jeho možností i omezení a tím pochopitelně brzdí také jejich uskutečnění a respektování ve prospěch postižené osoby samé i jejího okolí (Čálek, 1988).

S mírou akceptace vady pak souvisí i motivovanost jedince ztrácejícího zrak k dosahování vyšší úrovně specifických dovedností a tím i vyšší kvality jeho života, což může mít opětovný motivační význam k dosahování ještě vyšší úrovně dovedností. Jinými motivačními činiteli mohou být sociální služby pro osoby se zrakovým postižením, kam můžeme zařadit podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.:

- sociální poradenství
- sociální péči
- sociální prevenci – raná péče, sociální rehabilitace

Formy poskytování sociálních služeb:

- pobytové (služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb)
- ambulantní (služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování)
- terénní (služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí)

## **4.1 Sociální poradenství**

Sociální poradenství zahrnuje

- a) základní sociální poradenství,

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

b) odborné sociální poradenství.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

## **4.2 Sociální péče**

Napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Příklady některých služeb:

Průvodcovské a předčitatelské služby

Tyto služby jsou terénní nebo ambulantní poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány také jako součást jiných služeb. Z hlavních činností, které služba poskytuje může být doprovázení do školy, do zaměstnání, k lékaři apod., pomoc při vyřizování běžných záležitostí, předčítání nebo jiné zprostředkování informací.

#### Osobní asistence

Je to terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje, jako je pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy a chodu domácnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí.

#### Pečovatelská služba

Forma pečovatelské služby je terénní nebo ambulantní poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb určité činnosti, například pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí stravy, pomoc při hygieně.

#### Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Je to ambulantní nebo terénní služba, která zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

#### Psychologická pomoc

Ztráta nebo oslabení zraku jsou náročné životní situace. Lidé, kteří takovým obdobím procházejí, mohou potřebovat také pomoc psychologickou. Služby psychologů a psychoterapeutů jsou často placené, někteří však mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Nabízí se také možnost využít telefonickou krizovou pomoc, což je také sociální služba (Michálek, Vondráčková, 2013).

### 4.3 Sociální prevence

#### Raná péče

Služby rané péče jsou určeny pro dítě a jeho rodiče, jestliže u dítěte bylo zjištěno zdravotní postižení nebo jeho zdravý vývoj je ohrožen v důsledku sociálního prostředí. V případě zrakového postižení je určena pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením (0-4 roky), nebo také pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením (0-7 let).

Pro většinu dětí prvním společenstvím, do kterého vstupují, je rodina. Zjištění, že dítě je postižené, je pro jeho rodiče těžce traumatizující událostí, se kterou se pochopitelně obtížně

vyrovnávají. Pochopitelně obvykle nemají adekvátní představy o dalším vývoji dítěte, o jeho specifických potřebách, zvláštnostech výchovy a často ani fungování rodiny.

Základem úspěšného vývoje dítěte s postižením v rodině je vztah, který se vytváří mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Od samého počátku se jedná o interakci, tj. vzájemné působení a ovlivňování mezi dítětem a jeho okolím.

Pro zdárný vývoj dítěte s postižením má rozhodující význam to, jaký postoj a jaká očekávání vůči němu zaujmou rodiče. Tyto postoje a očekávání mají vliv již v nejranějším stádiu vývoje a výchovy a jejich působení trvá prakticky po celý život, i když třeba jen nepřímo. Bez správného porozumění projevům a potřebám dítěte se pak silně zhoršují i možnosti jeho vhodného výchovného vedení a podněcování.

Pro optimálnější zvládnutí nelehké situace, ve které se rodina s dítětem s postižením nachází, může výrazně pomoci systém rané péče, který se i v České republice postupně stále více rozvíjí a prosazuje.

Cíle rané intervence je možné charakterizovat v následujících čtyřech bodech:

1. snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj,
2. zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy,
3. posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech,
4. vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace (Renotiérová, Ludíková et al., 2003).

Existence a činnost střediska rané péče bývá prezentována na odborných seminářích oftalmologů, případně osobními návštěvami poradců ve zdravotnických zařízeních. Je však zapotřebí zmínit se o tom, že rodina má možnost se rozhodnout, zda nabízených služeb využije.

Formy rané péče jsou:

1. Návštěvy speciálního pedagoga v rodině
2. Rehabilitační pobyty
3. Ambulantní péče pro edukaci zraku (zraková stimulace)
4. Odborné semináře pro rodiče

Personální obsazení představuje spolupráci speciálních pedagogů, instruktora zrakové stimulace, psychologa a rehabilitační pracovnice. Kvalifikace pracovníka rané péče předpokládá absolutorium speciální pedagogiky, případně sociální pedagogiky, psychologie nebo fyzioterapie a následné specializační studium akreditované MŠMTV, které pořádá Středisko rané péče v Praze.

Vlastní kontakt rodiny s odborným speciálně pedagogickým pracovištěm bývá navázán buď formou nahlášení adresy postiženého dítěte do kartotéky střediska lékařem, nebo rodiče získají informace o možnosti využití střediska rané péče od lékaře a kontakt si zajistí sami (Květoňová-Švecová, 2000).

Sociální rehabilitace

Programy sociální rehabilitace pro zrakově postižené jsou zaměřeny na rozvoj zrakových funkcí, výcvik čtení a psaní Braillova písma, rozvíjení představ a tyflografického výcviku, prostorovou orientaci a samostatný pohyb, sebeobsluhu a vedení domácnosti, pěstování rodinného života, společenského styku a vystupování na veřejnosti, včetně doplňujících programů.

Institucionálně uvedené programy zaštiťují a samy realizují občanská sdružení. Pro zrakově postižené jsou to Tyfloservisy, které spadají pod Sjednocené organizace zrakově postižených v ČR (Květoňová-Švecová, 2000).



## 5 Organizace poskytující podporu a intervenci

Jedinec s progresivní zrakovou vadou se může obrátit na mnoho organizací poskytující podporu a intervenci, ale nejvýznamnější organizací je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. Dále to může být Tyfloservis, TyfloCentra, nebo pobytové rekvalifikační a rehabilitační středisko Dědina.

### SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

Je to spolek s celorepublikovou působností, s více než stoletou tradicí svých svépomocných předchůdců, spolek s téměř desetitisícovou členskou základnou nevidomých a slabozrakých občanů, jejich rodinných příslušníků, přátel a příznivců. Posláním organizace je jednak sdružovat nevidomé a jinak těžce zrakově postižené osoby a hájit jejich zájmy, jednak poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti. Prioritami jsou vyhledávání a kontaktování těžce zrakově postižených občanů včetně osob v akutním stádiu po ztrátě zraku, podpora zaměstnanosti nevidomých a slabozrakých občanů, podpora setkávání, navazování kontaktů a vzájemná motivace v aktivizačních klubech, odstraňování architektonických a informačních bariér pro těžce zrakově postižené občany, ověřování nových forem pomoci těžce zrakově postiženým občanům včetně popularizace a osvětlování problematiky zrakového postižení. Ve spolupráci s dalšími poskytovateli služeb, z nichž mnohé SONS zřídila jako dceřiné obecně prospěšné společnosti, usilují o to, aby síť služeb, jejich návaznost, kvalita a dostupnost, byly co nejlepší (SONS, 2015).

Tyfloservis, o.p.s.

Obecně prospěšná společnost Tyfloservis nabízí podporu, informace a nácvik dovedností lidem, kteří přes vážné zrakové potíže hledají cestu k co možná nejsamostatnějšímu životu. Působí též na společnost, aby dokázala k jejich samostatnosti přispívat a pomohla tam, kde je to třeba. Tyfloservis se snaží vybavit zrakově postiženého člověka staršího patnácti let takovými dovednostmi a informacemi, aby byl schopen v maximální možné míře samostatně naplňovat své životní potřeby, získal

přiměřené sebevědomí, zaměřil se na možnosti svého dalšího rozvoje, ale dokázal též rozpoznat své meze a požádat o pomoc. Vybavuje okolní společnost dovednostmi a informacemi, aby byla schopna odstraňovat a nevytvářet nové architektonické ani mezilidské bariéry, které by nadbytečně ztěžovaly situaci nevidomých a slabozrakých, aby byla schopna rozpoznat jejich možnosti a limity a v případě potřeby jim poskytnout konkrétní pomoc. Podporuje u klientů převzetí odpovědnosti za vlastní život, samostatnost a aktivitu, využívání všech potenciálů, kterými je člověk vybaven, a celospolečensky podporovat zájem o druhé, toleranci a pomoc (Tyfloservis, o. p. s., 2005).

Tyflocentrum, o. p. s.

Tyflocentrum je také obecně prospěšná společnost pro zrakově postižené. Činnost je celkově velmi pestrá od vzdělávání přes volnočasové aktivity po poradenskou činnost a podporované zaměstnávání či se účastní veřejných akcí, kde provádějí osvětovou činnost. Také rozvíjení a docvičování dovedností získaných v programech základní rehabilitace (vaření, stolování, nakupování, práce v domácnostech, čtení atd.) Tyflocentrum nabízí pomoc také tím, že zapůjčuje pomůcky potřebné pro plnohodnotný život – například hmatové hodinky bílé hole, hmatové kompas, měřič krevního tlaku s hlasovým výstupem, mluvicí kalkulačka, teploměry s hlasovým výstupem, dokonce i deskové a stolní hry (Tyflocentrum, 2002).

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.

Je jediné svého druhu v České republice. Posláním střediska je minimalizovat důsledky zrakového postižení a zamezit tak sociálnímu vyloučení. Umožňuje nevidomým a těžce zrakově postiženým lidem absolvovat intenzivní kurzy v programu sociální rehabilitace, sociálně terapeutických dílen a pracovní rehabilitace, na které navazuje rekvalifikace s následným pracovním uplatněním.

Metodou práce je individuální přístup ke klientům a práce v malých skupinách. Služby pomáhají zrakově postiženým naučit se žít a pracovat dle své vlastní volby, cílem je samostatný a plnohodnotný život zrakově postižených (Dědina, o. p. s., 2010).

Mezi organizace, které pomáhají zrakově postiženým, můžeme zařadit i domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné dílny a domovy pro seniory a také nadace které získávají finanční prostředky, jak pro jednotlivce, tak pro organizace na jejich činnost a pomoc, kam patří jeden z nejznámějších projektů nadační fond Českého rozhlasu Světluška, finančně podporuje zrakově postižené, přispívá na kompenzační pomůcky, studium, podporuje ranou péči a vytváří osvětové projekty.

Další nadací je nadace prof. Vejvodského, podporuje vzdělávání a péči o děti a mládež se zrakovým postižením a lékařskou péči o dospělé zrakově postižené. Lumen Christi, což je nadační fond pro nevidomé a těžce zrakově postižené, je oporou pro sociální projekty a sféry zájmově-umělecké činnosti nevidomých, také podporuje vydávání a distribuci křesťanské literatury pro nevidomé a těžce zrakově postižené.

Získávání finančních prostředků a věcných darů na podporu školní a mimoškolní činnosti studentů Gymnázia a Střední odborné školy pro zrakově postižené zajišťuje nadační fond Viděno hmatem.

Velmi známou nadací, která pomáhá dětem a studentům se zrakovým postižením, jejímž posláním je umožnit těmto dětem integraci do společnosti, je nadace Leontinka (Bártová, Borská, Matyasková, 2008).

## 6 Rehabilitace osob při postupném zhoršování zraku

### 6.1 Vliv lékaře na rehabilitaci jedince se zrakovým postižením

Doba, kdy si člověk začne uvědomovat, že jeho zrakové schopnosti se výrazně zhoršily do té míry, že přestává stačit na většinu dříve samozřejmě vykonávaných činností (nákupy, doprava do práce a zpět, čtení atd.), představuje nesmírnou psychickou zátěž. Zvyšující se závislost na jiných, strach z budoucnosti, ztráta perspektiv (Wiener, Rucká, 2006). Svou úlohu mají psychologové a pedagogové na všech úrovních a ve všech institucích jimiž osoba prochází, jim náleží pečovat o nejlepší možnou duševní kondici jedince a rozvíjet jeho schopnosti. Ale svou úlohu mají i zdravotničtí pracovníci, kteří střeží zdravotní stav jedince a snaží se mu zajistit co nejlepší tělesnou kondici (Matějček, 2001).

V těchto případech je včasnost zahájení terapeutické a rehabilitační péče zásadně důležitá. To ovšem umožní pouze informovaná a kvalifikovaná spolupráce oftalmologů s odborným rehabilitačním pracovištěm.

Za hlavní body k řešení této až mezní životní situace se považuje sdělení, ale především vysvětlení diagnózy a očekávatelného průběhu onemocnění. Jde o krok zásadní důležitosti. Málokterý lékař si udělá dostatek času, aby pacientovi diagnózu srozumitelně vysvětlil včetně očekávatelné prognózy. Má to mnoho příčin, jako je obecně známá přetíženost odborných pracovišť, nechuť vědecky myslících a pracujících odborníků, přemýšlet o dalším průběhu, někdy i lidské zklamání z nemožnosti poskytnout řešení, které lékaři považují za jediné správné obnovení funkce.

Pacient tak většinou zaslechne nějaká (jemu nepřilíš srozumitelná) cizí slova a začíná kombinovat-samozřejmě za "účinné pomoci" rodiny i širšího okolí. Čím déle toto období trvá, tím je situace horší. Na prognózy-zejména katastrofického charakteru-je každý laik odborníkem. Hlavními rysy v této fázi jsou hrůza z budoucnosti (a neodvratitelného oslepnutí) a skrývání problému před okolím, úporná snaha zvládnout všechno tak, "aby si nikdo nevšiml". Zároveň však významně přibývá negativních zkušeností, zejména vrážení do věcí a lidí včetně příslušných reakcí ("To nevidíš?"; "Jsi opilej?" apod.). Když dokonce člověk při podobné kolizi připustí, že opravdu vidí špatně-následuje: "A proč teda nenosíš brejle?" (Wiener, Rucká, 2006). Matějček (2001)

zdůrazňuje, že aby rodiče postiženého dítěte nebo samotný postižený pozitivně přijali danou skutečnost, je třeba, aby měli možnost plně poznat realitu. Proto by měl lékař vysvětlit rodičům nebo dospělému zrakově postiženému příčiny a mechanismy postižení, anatomicko-fyziologické podrobnosti a samozřejmě by měl být výklad přizpůsoben podle míry vzdělání a vnímavosti rodičů či samotného zrakově postiženého.

Zásadně důležité je vysvětlit klientovi, že horšení zraku nemusí být kontinuální a že ona "neodvratná slepota" vůbec nastat nemusí. Snažit se odstranit onu typickou větu "co zatím ještě vidím" a vysvětlit pacientovi, proč je to kontraproduktivní. Tato vazba totiž v pacientovi jeho obavy, strach a nejistoty jen posiluje. Mnohdy lidé vyprávějí o tom, jak se ráno bojí otevřít oči, či s větším časovým odstupem navštěvovat známá místa, z obavy, co už zase neuvidí, o kolik bude jejich vidění horší (Wiener, Rucká, 2006). Dalším problémem je stále se zhoršující možnost vykonávat do té doby rutinní úkony (obsluha domácích spotřebičů, některé domácí práce, čtení a psaní), což mnohdy začíná ohrožovat i pracovní uplatnění takto postiženého člověka. Původní pocit ztráty určité části nezávislosti se začíná měnit v reálné poznání-člověk je skutečně stále závislejší na svém okolí (Rucká, 2004).

Ještě horší však jsou představy toho, co přijde a jaké to bude. Největší nebezpečí pro člověka spočívá většinou v jeho představách. Člověk si připadá jako hlavní postava z antické tragédie. Bez východiska, bez možnosti volby a ovlivnění svého osudu. Proto je zásadně důležité přesvědčit klienta o tom, že tyto problémy budeme řešit, až ve chvíli kdy nastanou. Zároveň je však třeba začít řešit ty, které již objektivně existují. To ve většině případů znamená za určitých okolností použít bílou hůl. A to většinou představuje velmi vážný problém. Většina klientů totiž nechce vědomě připustit, že by se jich něco takového opravdu mohlo týkat. Je to situace plná paradoxů: na jedné straně člověk zažívá stále více nepříjemných zážitků a reakcí okolí, a také jde i o pocit určité přehnanosti a nepatřičnosti - "bílou hůl přece užívá jenom ten, kdo opravdu vůbec nic nevidí".

Teprve na závěr, je možno zařadit spojení pohybu s holí s reálnými zrakovými možnostmi klienta. V této fázi už je třeba zorganizovat činnost tak, aby mohla probíhat ve světelných podmínkách pro klienta již kritických.

Dříve či později je dosaženo limitu, zrakové problémy jsou už velmi vážné, nebo dotyčný nevidí vůbec a dochází k poznání, že tento stav je definitivní a nemůže se zlepšit, nastává šok vedoucí k těžké krizi (Wiener, Rucká, 2006).

Je velmi důležité, aby vliv lékaře, nebo jiného odborného pracovníka měl své odborné pokračování. Nestačí totiž jenom zvítězit nad negativními tendencemi a přiklonit se k životu. Je třeba zvládnout každodenní život, tak, aby handicap přestával vadit (Rucká, 2004).

## **6.2 Tyflorehabilitace osob se zrakovým postižením**

Komprehenzivní tyflorehabilitace v praktické podobě představuje množinu prvků uspořádaných tak, aby plnily potřeby osob se zrakovým postižením v případě genetického, ranného nebo v průběhu života vniklého poškození zrakového orgánu a jeho funkcí (Jesenský, 2007).

Podle Jesenského (2007) se rozděluje komprehenzivní rehabilitace do následujících složek: rehabilitace léčebná, pracovní, sociální a pedagogická. Mezi jednotlivými složkami nelze určit jednoznačné hranice, avšak obtíže nastávají v přetrvávající oborové roztržiténosti (podílejí se zde zdravotnický, sociální a školský resort), což jinou legislativou i celkovým přístupem působí obtíže ve vztahu ke klientovi.

Úkolem léčebné rehabilitace je obnovit původní plně hodnotný zdravotní stav za co možno nejkratší dobu, anebo alespoň dosáhnout maximálně možné úpravy zdravotního stavu pacienta. S léčebnou rehabilitací je potřebné začít co nejdříve, aby mohlo dojít k systematickému uspořádání souborů rozvíjení schopností dosahovat pocit životní pohody s pomocí ozdravných aktivit různého druhu a zaměření (Renotierová, Ludíková et al., 2003).

Pracovní rehabilitace představuje proces obnovy pracovního potenciálu a proces přípravy na produktivní práci, přičemž obnovený pracovní potenciál dává možnost pracovního uplatnění a pracovní uplatnění umožňuje, aby se práce stala prostředkem i dalších rehabilitačních procesů a účinků. Pracovní rehabilitace přináší pozitivní dopady na psychiku postižených, jako je motivace, získání asertivity, společenské prestiže a v neposlední řadě i ekonomickou nezávislost. Pracovní rehabilitační postup má následující

fáze: Jde především o zhodnocení uchovaných pracovních funkcí, následně probíhá analýza pracoviště, dále se vystaví pracovní doporučení, případně pracovní výcvik, dosažení rekvalifikace, cílem veškerého úsilí je zabezpečení pracovní příležitosti a uvedení do pracovního procesu. I zde není, respektive neměl by být postižený ponechán "osudu", ale je nanejvýš vhodné sledovat nejen jeho zdravotní stav, ale i působení výkonu práce, případně koordinovat pracovní zatížení (Květoňová-Švecová, 2000).

Z hlediska sociální rehabilitace pak uvažujeme o nácviu specifických dovedností osob s progresivní zrakovou vadou (prostorová orientace a samostatný pohyb, sebeobsluha, výuka alternativních forem čtení a psaní, obsluha kompenzačních pomůcek včetně elektronických atd.), které jim umožní dosažení vyšší míry soběstačnosti, čímž vzroste jejich nezávislost (Jesenský, 2007).

Pedagogická rehabilitace je zajišťována až v době, kdy se dítě dostane do péče speciálně-pedagogického centra. Pedagogická rehabilitace je jak na úrovni institucionalizace, tak i na úrovni příslušných teoretických systémů, konkrétně jako systém profesní přípravy osob se zrakovým postižením realizovaný v institucích odborných škol pro osoby se zrakovým postižením a představený teorií tyfloedukace v těchto školách (Jesenský, 2007).

Podle Votavy (2003) je reakce na postupné zhoršování zraku individuální, někdo je schopen se i s těžkým postižením vyrovnat poměrně dobře, jiný se nemůže vyrovnat s mnohem menším postižením. Také záleží na stupni a typu postižení, na míře informace, kterou člověk o svém zdravotním stavu dostane, ale také na včasném začátku rehabilitace ve všech jejích složkách. Významná specifika na rehabilitaci mají podle Votavy (2003) také tyto oblasti:

1. Podpora optimálního vývoje dítěte se zdravotním postižením. Probíhá obvykle v rodinách na základě konzultací se střediskem rané péče. Dítě je aktivováno s použitím speciálních ozvučených hraček. Druhotně bývá porušen i vývoj hybnosti, v některých případech může být postižení kombinované. Proto je třeba působit na vývoj hybnosti cíleným cvičením.

2. Sebeobsluha v bytě. I osoba se zrakovým postižením může bydlet samostatně, pokud je k tomu vytrénovaná a byt má vhodně upravený. Používá kompenzační pomůcky, např. pro práci v kuchyni (indikátor výše hladiny, zařízení na krájení cibule, mluvicí váha a pod). V bytě musí i spolubydlící zachovávat úzkostlivý pořádek, aby všechny předměty bylo možno snadno nalézt.

3. Prostorová orientace se cíleně nacvičuje ve školách a pro osoby s postupnou ztrátou zraku v kursech. V budovách se nevidomý může orientovat dotykem zdí, má systém pro hledání upadlých předmětů. Snazší je pochopitelně chůze v známém nežli v neznámém prostředí. Pro tento účel je základní pomůckou bílá hůl, kterou nosí nejen nevidomí, ale i osoby s výrazně omezeným zrakovým polem. Bílá hůl slouží k dotykovému sledování tzv. vodící lišty, např. okraje chodníku či rýhy podél nástupiště v metru. Při poklepu holí o chodník nevidomý současně vnímá sluchem odrazy od nejbližších zdí a tím i prostor. Hůl také na nevidomého upozorňuje další chodce.

Dalšími pomůckami pro orientaci jsou v některých zemích vzorované dlaždice, po nichž nevidomý jde a vnímá je přes podrážku. Některé informační nápisy jsou provedeny i v Braillově písmu. Další živou pomůckou jsou vodící psi, kteří jsou zároveň společníky nevidomých, ale na druhé straně vyžadují jejich soustavnou péči.

4. Pracovní uplatnění zrakově postižených má dlouhou tradici, která se však v současnosti mění. Tradičně to byli např. kartáčníci, košíkáři, telefonisté, maséři. Přitom však kartáčnictví poškozuje jemný hmat na dlaních, který je pro postižené prostředkem komunikace. Nyní je pro nevidomé dostupné vysokoškolské vzdělání a také užívání počítačů. Proto pracují někteří jako právníci, překladatelé, psychologové. Absolventi konzervatoře pro zrakově postižené pracují jako hudebníci či učitelé hudby, z připojené ladičské školy vycházejí ladiči.

5. Komunikace-vzdělávání: Základem komunikace je čtení a psaní v Braillově písmu, kde každému písmenu odpovídá vyražení 3–5 bodů ze šestibodové sestavy. Pro psaní se používá šablona, ale běžněji Pichtův stroj, na němž nevidomý mačká jednou rukou klávesy a druhou kontroluje napsané. Stále více jsou k dispozici knihy, přemluvené známými herci na kazetách. Počítač je pro nevidomého upraven tak, že má výstup buď



hmatový nebo sluchový. Hlasový výstup, tedy ovládání počítače řečí, je již složitější, a ne běžně dostupné zařízení. Slabozrakým usnadňují komunikaci např. dalekohledy a tzv. televizní lupy, které snímají text kamerou a prezentují v podstatném zvětšení na obrazovku.

6. Volný čas: Osoby se zrakovým postižením provozují rekreační i závodní sporty v různé míře přizpůsobené, případně přímo pro nevidomé navržené. Hračky bývají speciálně přizpůsobeny, především ozvučením. Existuje dlouhá tradice letních táborů pro zrakově postižené děti, stejně i lyžařských kursů. Krom hudby a literatury mohou zrakově postižení vnímat i výtvarné umění. Pořádají se výstavy haptického umění, tedy soch, které jsou vnímány hmatem. Některé osoby se zrakovým postižením se věnují keramice.

7. Potřeba asistenčních služeb: Osoby zrakově postižené jsou v některých ohledech závislí na jiných osobách. Za určitých okolností v neznámém prostředí potřebují doprovod a mívají proto osobní asistenty. Samozřejmě nemohou řídit osobní auto, proto je pro ně velkým problémem mobilita.

## 7 Praktická část

Cílem je podat ucelený přehled o speciálně pedagogické podpoře osob s progresivním zrakovým postižením ve všech věkových kategoriích a přispět k poznání osobnosti a životní situaci jedince s tímto postižením.

V dostupné literatuře není příliš informací o progresivním zrakovém onemocnění, jak se sním jedinci vyrovnávají, nebo jakou mohou vyhledat pomoc s vyrovnáním s touto situací, jelikož u nás žijí v poměrně malém počtu, proto se tomuto tématu mnoho autorů nevěnuje. I přesto se objevují drobné úryvky o reakci postiženého jedince na vznik handicapu, ale z psychologického hlediska není tato problematika hlouběji popsána, proto se většina osob s progresivní zrakovou vadou musí s nastalou situací vyrovnat sama, bez jakékoli podpory okolí, nebo odborné pomoci.

Hlavním cílem bylo zjistit za pomoci analýzy rozhovorů, jakým způsobem, nebo popřípadě za pomoci čeho účastníci rozhovoru přijali postupnou ztrátu zraku. K získání hlavního cíle jsem použila 3 dílčí cíle. První dílčí cíl zjišťoval typ zrakové vady a stupeň zrakového postižení. Další dílčí cíl se týkal zejména životních cílů, osobní spokojenosti v životě a budoucnosti. Třetí dílčí cíl se zabýval odbornou pomocí pro osoby s progresivní zrakovou vadou, zda ji respondenti vyhledávali, či nikoli.

### 7.1 Metody výzkumu

V praktické části jsem se zaměřila na podporu osob s progresivním zrakovým postižením, na jejich osobnost a jak své postižení přijali. Pro záměry zkoumání mé práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, s využitím zejména metody polostrukturovaného rozhovoru. Podle Reichela (2009) nejlépe vystihuje polostrukturovaný rozhovor v němž jsou určena jak otázky, které je třeba položit, tak jejich pořadí. Jsou to otázky většinou volné, často ovšem v předem určené, a tedy závazné formulaci.

Výzkumu se zúčastnili 4 respondenti. Snahou bylo, setkat se v jejich přirozeném prostředí a to doma. U tří respondentů se to povedlo, u čtvrtého respondenta byla sjednána schůzka v prostorech organizace nevidomých a slabozrakých. Protože šlo o relativně volný rozhovor s pevně stanovenou tematikou, trvaly minimálně půl hodiny, u některých rozhovorů byla doba podstatně delší. Rozhovory jsou zaznamenány na digitální

záznamník. Záznamy jsou uchovávány v digitální podobě. Všichni respondenti byli předem seznámeni s použitím získaných dat a také s anonymizací. Jména účastníků rozhovorů nejsou uvedena.

## 7.2 Výběr respondentů

Pro výběr respondentů vhodných pro sběr dat jsem použila záměrný výběr. Tato metoda mi umožnila výběr případů bohatých na informace pro zkoumání do hloubky, také museli odpovídat potřebám a zaměření výzkumu. Díky těmto zdrojům dat jsem mohla získat takové informace, které souvisí s poznávacím cílem. Zkoumanými respondenty byly tři ženy a jeden muž, kteří splňovali podmínky progresivní zrakové vady a využívající některou speciálně pedagogickou podporu. Také bylo při výběru vhodné, aby to byly osoby s těžším stupněm zrakové vady, protože je u nich změna životních podmínek výraznější.

Charakteristika respondentů:

Respondent	Věk	pohlaví	Současný stav zraku	Diagnóza
A	46	Žena	Těžce slabý zrak	Myopia gravis
B	34	Muž	Praktická nevidomost	Retinitis pigmentosa
C	62	Žena	Praktická nevidomost	Myopia gravis, glaukom
D	28	Žena	Praktická nevidomost	Retinitis pigmentosa

## 7.3 Případové studie

V závěrečné části bakalářské práce provedu analýzu a interpretaci získaných dat z rozhovorů s respondenty a pokusím na základě výpovědí odpovědět na dílčí výzkumné otázky. Rozhovory jsem provedla se čtyřmi respondenty. Rozhovory byly polostrukturované, respondenti proto dostali dostatek prostoru pro vlastní sdělení. Následně se rozhovory odvíjely na základě předem připravených otázek, které se

přizpůsobovaly jednotlivým účastníkům a průběhu rozhovoru. Některé otázky byly z mé strany doplňující. Naopak respondenti mimoděk sdělili některé další informace, které nebyly obsaženy v otázkách, ale mohli jistým způsobem doplnit výzkumné otázky. Ke zpracování rozhovorů jsem si stanovila 3 výzkumné otázky, které souvisí s dílčími cíli. Níže shrnu poznatky, které jsem získala díky rozhovorům.

### **7.3.1 První výzkumná otázka – Jaká je životní situace osob s progresivní zrakovou vadou?**

V této kategorii jsem zvolila otázky, které se týkali jejich zrakové vady. Kdy si poprvé uvědomili, že něco není v pořádku a kdy došlo k potvrzení vady a popřípadě v jakém je stádiu. Také mě zajímalo, jaké subjektivní důsledky z toho pro ně plynou. Zrakové vady se u respondentů projevily již v raném dětství, nebo při nástupu do školy.

U respondentky A k tomu došlo až při nástupu na konzervatoř Jana Deyla, kde si uvědomila v přítomnosti dalších zrakově postižených osob, že něco není v pořádku, při vyhledání odborné pomoci ji byla diagnostikována Myopia gravis, současný stav zraku je těžce slabý, doprovázený glaukomem a kataraktou. Stejnou diagnózu má i respondentka C, ale před pár lety došlo k velké změně, když ji praskla sítnice a velmi ji to poznamenalo, nyní je prakticky nevidomá.

Respondentům B a D byla zjištěna Retinitis pigmentosa při nástupu do školy. Hůře viděli na tabuli, na psaní, a také měli problémy s geometrií. Respondent B se s diagnózou smířil, ale respondentka D to odmítala přijmout, přesvědčovala sama sebe, že je vše v pořádku, jen trochu hůře vidí na tabuli, bohužel se vidění začalo zhoršovat a diagnózu přijala. V současné době jsou oba respondenti s onemocněním Retinitis pigmentosa prakticky nevidomí.

### **7.3.2 Druhá výzkumná otázka – Zjistit, jak progresivní zraková vada ovlivnila osobnost**

Ke zjištění tohoto cíle jsem využila otázky týkající se představy o životě před zjištěním zrakové vady a jestli se liší od současných, jestli museli slevit ze svých nároků

a vzdát se hodně věcí. Zjišťovala jsem, zda žijí plnohodnotný a samostatný život a v čem vidí největší omezení a co je naopak motivuje. Co jim schází ztrátou zraku a před čím by chtěli varovat toho, kdo ztrácí zrak. Také jedna z otázek byla, jak jejich handicap přijali lidé v okolí a čeho by se měli, popřípadě, vyvarovat.

Respondenti museli určitě slevit ze svých nároků, život si představovali jinak. Někteří respondenti tvrdí, že když viděli ještě relativně dobře, nedokázali si představit život osob, které nevidí vůbec. Dnes už se do těchto situací, nebo pocitů vžívají daleko lépe, jelikož většina bohužel dosáhla toho, že už se v té situaci ocitli. Na otázku, zda žijí plnohodnotný život, mi všichni respondenti odpověděli kladně. I když jim zrak něco vzalo, tak jim to naopak i něco dalo.

Největším problémem je však mobilita. Osoba s těžkou zrakovou vadou se velmi obtížně někam dopravuje. To poznali i respondenti a také to byla jejich nejčastější odpověď na otázku, co jim schází ztrátou zraku. Pokud se chtějí někam dopravit, musí být závislí na jiné osobě, což například činí velké obtíže ženám, které si velmi nerady říkají o pomoc.

Na otázku, jak lidé jejich handicap přijali, odpovídali velmi různorodě. Respondentka A odpověděla, že i když vyrůstala mezi zdravými jedinci, nikdy to nijak neřešili. Respondent B předpokládá, že většinou to přijali jako fakt a nemají s tím problém. Někdo se nad tím pozastavuje, někdo tomu až tak nevěří nebo si to nějakým způsobem ověřuje. Podobně odpovídala respondentka C i D.

Před čím by chtěli varovat, nebo pomoci tomu, kdo také ztrácí zrak, se respondenti shodli. Hlavně neupadat do deprese, že ztrátou zraku život nekončí. Pomalu se připravovat na ztrátu zraku, například, že každá věc má svoje místo, aby se to lépe hledalo, to pak naučit i své okolí.

### **7.3.3 Třetí výzkumná otázka – Zjistit, jakou odbornou pomoc, instituce, sociální služby, či rehabilitace osoby s progresivní zrakovou vadou využívají**

Zjišťovala jsem, zda vyhledávali odbornou pomoc, co v době zhoršování zraku nejvíce potřebovali. Kde se dozvěděli o možnostech rehabilitace a o institucích. Jaké z

nabízených služeb využívají, a jestli pobírají invalidní důchod, nebo sociální příspěvky. Co jim nejvíce pomohlo a pomáhá.

Respondenti odbornou pomoc příliš nevyhledávali, jelikož jim byla stanovena taková diagnóza, která je spíše neléčitelná, proto tu potřebu neměli. Obraceli se na ni pouze tehdy, kdy potřebovali nějakou kompenzační pomůcku, nebo se neobešli bez pomoci s jejím seznamováním. Naopak potřebovali pomoc od rodiny, pochopení, realistický přístup, pomoc s běžnými úkony, jako je třeba nakupování, úklid, a také podporu při vyrovnávání se se situací postupné ztráty zraku.

O možnostech rehabilitace, popřípadě o institucích se respondenti seznámili ve speciální škole pro zrakově postižené, kterou většina respondentů navštěvovala. Respondentka C přišla do styku s institucí až díky audioknize, kterou si chtěla vypůjčit a bylo ji nabídnuto, tak učinit v Sjedenocené organizaci nevidomých a slabozrakých, poté se stala jejich členkou.

Všichni respondenti pobírají invalidní důchod a jsou držiteli průkazu ZTP/P. K využívání služeb nejvíce patří průvodcovské služby, nebo i jiné služby, které nabízejí různé organizace. K sociálním příspěvkům patří především příspěvek na mobilitu.

Nejvíce respondentům pomohlo a dále pomáhají kompenzační pomůcky, jakou jsou například hladinky, elektronická čtecí zařízení, šablonky a další. Ale také k pomoci patří psychická podpora okolí, bez které by se asi neobešli.

## **7.4 Vyhodnocení metody**

Rozhovory byly poměrně rozsáhlé a přinesly velké množství dat a zajímavých informací. Tato kvalitativní metoda byla rozdělena do tří kategorií.

V první kategorii jsem se zaměřila na získání informací o zrakové vadě respondentů, jaký má průběh a jak na ně působí. Nebylo to pro ně lehké, popisovat zážitky, kdy se museli smířit se zrakovou, která má zhoršující se průběh, většinou končící slepotou. Ale tohoto úkolu se zhostili dobře a podali informace, jak zhruba může probíhat progresivní zraková vada.

V druhé kategorii zjišťuji, jak progresivní zraková vada ovlivnila osobnost. Postupná ztráta zraku respondentům komplikuje život, každý den a mnohokrát, ale většinou už je neberou jako komplikace. Naučili se žít tak, aby měli radost ze života.

Třetí kategorie je věnována zjišťování, jakou odbornou pomoc, instituce, sociální služby, či rehabilitace osoby respondenti využívají. Došla jsem k závěru, že až na kompenzační pomůcky, které jim výrazně ulehčují život, se spíše obracejí na pomoc a podporu rodiny, nebo blízkých přátel.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na speciálně-pedagogickou podporu osob se zrakovým postižením, zejména s progresivní zrakovou vadou.

V teoretické části se první kapitola zabývá vymezením zrakového postižení a následnou klasifikací osob se zrakovým postižením. Druhá kapitola je věnována progresivnímu onemocnění oka, a to jak v dětském věku, tak následně i v dospělém věku. Progresivní onemocnění oka je zde nastíněno i z medicinského hlediska. Vliv progresivního onemocnění na osobnost jedince je zmíněn ve třetí kapitole. Čtvrtá kapitola pojednává o speciálně-pedagogické akceptaci progresivního zrakového onemocnění. Tato kapitola se snaží zmapovat sociální služby, kam patří sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. V další kapitole jsou zmíněny organizace, které poskytují podporu a intervenci zrakově postiženým osobám. V šesté kapitole je pozornost věnována rehabilitaci osob při postupném zhoršování zraku, a to především tyflorehabilitaci a jaký má lékař na rehabilitaci vliv.

Poslední kapitola, praktická část, se zabývá analýzou rozhovorů s respondenty s progresivní zrakovou vadou. Cílem bylo podat ucelený přehled o speciálně pedagogické podpoře osob s progresivním zrakovým postižením ve všech věkových kategoriích a přispět k poznání osobnosti a životní situaci jedince s tímto postižením. Důraz byl kladen na zjištění za pomoci analýzy rozhovorů, jakým způsobem, nebo popřípadě za pomoci čeho, účastníci rozhovoru přijali postupnou ztrátu zraku.

Z výpovědí respondentů plyne následující doporučení. Jedincům s progresivní zrakovou vadou lze doporučit, aby nepropadali depresi při zjištění jejich onemocnění. Zrakovou vadou život nekončí a mohou žít plnohodnotný život. Navrhují, aby se nebáli vyhledávat si informace o poskytovaných službách pro zrakově postižené, vytvářet si nový systém činností atd.

Z výzkumu vyplývá, že se respondenti nejprve obrací na lékařskou pomoc. Po diagnostikování progresivního zrakového postižení je velmi důležité, aby vyhledali odbornou pomoc. Nestačí totiž jenom zvítězit nad negativními tendencemi a přiklonit se k životu. Je třeba zvládnout každodenní život, tak, aby handicap přestával vadit. Proto je také pro respondenty důležitá rodina a chápající okolí.



## ZDROJE

### Použitá literatura

BÁRTOVÁ, A., K. BORSKÁ a K. MATYSKOVÁ. *Adresář poskytovatelů služeb pro osoby se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik, 2008. ISBN neuvedeno. Dostupné z: [http://www.okamzik.cz/main/okamzik/Publikace/adresar\\_2.html](http://www.okamzik.cz/main/okamzik/Publikace/adresar_2.html)

ČÁLEK, O. *Akceptace vady jako produkt sociálních vztahů postiženého jedince*. 1. vyd. Praha: Svaz invalidů, 1988. ISBN neuvedeno.

ČÁLEK, O., J. CERHA a Z. HOLUBÁŘ. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Achát, 1992. ISBN neuvedeno.

HAMADOVÁ, P., L. KVĚTOŇOVÁ a Z. NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1

JESENSKÝ, J., et al. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně-edukačních pracovníků tyflopedického spektra*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5.

KIMPLOVÁ, T. a M. KOLAŘÍKOVÁ. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením? Souhrn (nejen) psychologické problematiky*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KRAUS, H. et al. *Kompendium očního lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-079-1

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. In *Oftalmopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-58-8.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.

LANGMEIER, J. a KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7

MICHÁLEK, M. a J. VONDRÁČKOVÁ. *Praktická pomoc lidem ztrácejícím zrak: a všem, kteří jim pomáhají*. 1. vyd. Praha: Okamžik-sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2013. ISBN 978-80-86932-35-4.

- MORAVCOVA, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. 1.vyd. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4.
- PITROVÁ, Š. *Chraňte svůj zrak*. 1.vyd. Praha: Grada-Avicenum, 1993. ISBN 80-716-9037-6.
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: GRADA publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RENOTIÉROVÁ, M. a L. LUDÍKOVÁ, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. 1. vyd. Praha: Galén-Karolinum, 2006. ISBN 978-80-7262-404-1.
- RUCKÁ, R. *Bestseller o životě*. 1. vyd. Praha: Nut's Production, 2004. ISBN 80-239-3593-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-X.
- VOTAVA, J., et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- WIENER, P. a R. RUCKÁ. *Terapie zrakového handicapu*. 1. vyd. Praha: Institut rehabilitace zrakově postižených UK, 2006. ISBN 80-239-6774-6.

## **Internetové zdroje**

- Dědina o.p.s. *Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.* [online]. © 2010 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://www.dedina.cz/>
- SONS. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR* [online]. © 2012-2017 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/>
- Tyflocentrum. *Rozcestník společností poskytujících služby zrakově postiženým v jednotlivých krajích* [online]. © 2002-2015 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: [www.tyflocentrum.cz](http://www.tyflocentrum.cz)
- Tyfloservis. *Rehabilitace nevidomých a slabozrakých* [online]. © 2005-2011 [cit. 2017-02-14]. Dostupné z: <http://www.tyfloservis.cz/>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – přepis rozhovorů .....	I
Respondent A.....	I
Respondent B.....	IV
Respondent C.....	VIII
Respondent D.....	X

## Příloha A – přepis rozhovorů

### Respondent A

Kdy jste si poprvé uvědomila, že něco není v pořádku?

- No...upřímně řečeno až sem byla na střední škole, to že blbě vidím sem začala řešit až když sem nastoupila na Deylák. Až nás tam bylo víc slepců, tak sem si uvědomila, že to nebylo v pořádku. To, že sem měla asi 10 dioptrií jsem brala jako normální věc, protože sem chodila na normální školu.

Jaká je Vaše zraková vada a její stupeň, popřípadě stádium?

- Moje zraková vada je myslím Myopia gravis, aspoň se to tak píše. Vidím v podstatě dobře, až na ty dioptrie. Ale díky špatné sítnici sem ve stádiu vyčkávání. O zrak přijdu, může to být za hodinu, měsíc, nebo za rok.

Kdy došlo k potvrzení Vaší diagnózy?

- Pravděpodobně ve školce Úplně přesně si pamatuji, kdy sem dostala první brejle, bylo to asi ve třech letech a prožívala sem naprosté štěstí, najednou sem začala vidět.

Jaké subjektivní důsledky z toho pro Vás plynou?

- Nějak zvlášť to neřeším

Čeho by se měli vyvarovat lidé v okolí?

- Litování. Ty si chudák, ty špatně vidíš. To prostě ne.

Co Vám dělalo největší problémy?

- Mám problém večer chodit sama, vyhýbám se tomu. Kdybych eventuálně mohla někde zůstat sama, že někomu zůstanu na krku, že se o mě bude muset starat. Když se třeba trochu setmí, nebo jsou jiné světelné podmínky, tak si musím říct o

pomoc, což se mi moc nelíbí. Lidi to nechápou. Vidím relativně dobře, když dojde k této situaci, tak se někomu obtočím kolem krku.

Myslíte si, že se Vaše představy o životě před zjištěním zrakové vady liší od současných?

- No...samozřejmě. Nechtěla sem dělat to, co teď dělám. Ne že by mě to nebavilo, dělám to ráda, ale představu sem měla jinou. Chtěla bych k policii. Moc o tom nemluví, ale chtěla bych dělat třeba policejní vyjednávačku.

Musela jste hodně slevit ze svých nároků a vzdát se hodně věcí?

- Ano, to sem musela.

Máte pocit, že žijete plnohodnotný a samostatný život?

- Ano.

V čem vidíte největší omezení a co Vás naopak motivuje a žene vpřed?

- Nejsem mobilní, nemám auto. To mi vadí. Vpřed mě asi žene moje práce. Baví mě to a neustále mě to žene se nějakým způsobem vzdělávat a i okolí

Co nejvíce schází postupnou ztrátou zraku

- Řidičák a policejní uniforma.

Před čím bych chtěl varovat toho, kdo ztrácí zrak?

- Aby se nezavřeli doma a něco s tím dělali, aby to nebyl styl, já nevidím, tak se starejte. Nevidím, tak mě někam dovezte. Ztrátou zraku život nekončí. Jsou i horší handicapy, ztrátu zraku za takový handicap nepovažuji.

Vyhledala jste odbornou pomoc při vyrovnání se a přijetí nově vzniklé role?

- Ne. Vzhledem k tomu že moje mamka špatně viděla, tak to prostě nikdo neřešil. Ani já to neřeším.

Co jste v době zhoršování zraku nejvíce potřebovala?

- Já bych asi nejvíc řekla, že pomoc toho okolí. Najednou sem nedokázala, když mi praskla sítnice, vyrovnat s výrazným zhoršením, potřebovala sem pomoc zdravých jedinců.

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřebovala od rodiny?

- Já bych řekla, že možná takovou tu pomoc, co se týká běžného života, jako při nákupu a tak podobně. Potřebovala sem na všechno mnohem více času, tak aby měli trpělivost. Maminka s tatškou byli vstřícní, naopak bych spíš řekla, že to možná bylo i proto, že mamka špatně viděla, tak mě přehnaně nelitovali. Prostě řekli, že to klidně udělat můžu. Tím mi i pomohli. Nebylo to takové, že by řekli: „ukáž, já ti ten chleba radši namažu” a tak podobně. Strach měli, třeba, když sem šla ven, ale zkrátka nějak to neřešili.

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval od odborníků?

- No... asi takoví to, aby ti řekli pravdu, jaký to bude. Bude to a tak, nebo čekejte toto a toto.

Jak a kde jste se dozvěděl o možnostech rehabilitace a o institucích pro ZP?

- Na střední škole. Ale bylo to těžké, když sem rostla, tak byl těžký socialismus. Ale nejvíc sem se dozvěděla na střední škole

Kontaktoval jste nějakou instituci pro ZP a jaké z nabízených služeb využíváte?

- Momentálně asi nejvíc využívám navigaci, kterou poskytuje SONS. Můžu tam zavolat a říct, kde sem a oni mě pak zavedou, myslím si, že je to pro mě ideální a maximální pomoc.

Pobíráte invalidní důchod a jste držitelem průkazu ZTP nebo ZTPP?

- Invalidní důchod pobírám a sem držitelka průkazu ZTP/P.

Využíváte sociální příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, kompenzační pomůcku či vodícího psa, také možnost příspěvků od nadací)?

- Některé sociální příspěvky pobírám, třeba příspěvek na mobilitu, nebo kompenzační pomůcky, ale příspěvky od nadací nevyužívám.

Jak váš handicap zvládali lidé ve vašem okolí?

- No já doufám, že naprosto bez problému. Byla sem mezi zdravýma a nijak to prostě neřešili. Nikdo to nikdy neřešil.

## **Respondent B**

Kdy jste si poprvé uvědomil, že něco není v pořádku?

- Asi v 11 letech. Špatně jsem viděl na domácí úkoly, hlavně na rýsování, geometrii.

Jaká je Vaše zraková vada a její stupeň, popřípadě stádium?

- Pigmentová degenerace sítnice a praktická nevidomost

Kdy došlo k potvrzení Vaší diagnózy?

- K potvrzení diagnózy došlo více méně v zápětí, po návštěvě očního lékařství.

Jaké subjektivní důsledky z toho pro Vás plynou?

- Subjektivní důsledky byli ty, že jsem musel začít navštěvovat speciální internátní školu v Praze pro děti se zbytky zraku a bylo to hlavně vytržení z rodinného prostředí, vytržení z kolektivu a hledat si nové přátele a kamarády a zvykat si na nové prostředí. Učit se využívat některé kompenzační prostředky, vůbec, seznamovat se s kompenzačními pomůckama a pomalu se seznamovat se světem těžkého zrakového postižení

Čeho by se měli vyvarovat lidé v okolí?

- Jako vůči mně? Vyvarovat se dávat věci na různá místa, přesouvání věcí, nějakých překážek, při komunikaci nepoužívat slova: sem, tam, je to takhle veliký. Používání hlavně takových těch ukazovacích zájmen, to je asi tak nejhorší.

Co vám nejvíce pomohlo a pomáhá?

- Nejvíce kompenzační pomůcky asi. Mluvicí počítač, mluvicí mobilní telefon, mluvicí metr, mluvicí váha a tak dál, ale zkrátka všechny kompenzační pomůcky, ať už na elektronické bázi nebo klasické, jako je třeba podpisová šablona, šablona na peníze

Co Vám dělalo největší problémy?

- Já nevím. Já si nedělal vyloženě problémy, tak nějak nic. Jeden z problémů třeba je asi ten, třeba rozhodnutí, kdy už ten zrak je natolik špatnej, že je potřeba začít chodit s bílou holí. Jo, čili toto rozhodnutí, jako začít používat bílou hůl, myslím si, je jedno z takových těch těžších, takkové to zlomové. Jinak takový i zase třeba přijmout nebo zvyknout si na to, když je v tom zhoršení třeba nějaký rychlejší skok, tak jakoby zvyknout si na to, přijmout to, že už to není tak, jak to bylo třeba ještě nedávno. To je dycky taky takový psychicky trochu horší.

Myslíte si, že se Vaše představy o životě před zjištěním zrakové vady liší od současných?

- Myslim si že určitě. Když ta zraková nebyla ještě tak silná, tak určitě sem si nedokázal představit do podrobností, jakým způsobem funguje člověk, kterej třeba nevidí vůbec, nedokázal sem se do toho samozřejmě vžít. Dneska zase se do těchto situací nebo do těchto pocitů vžívám daleko líp, protože se mě to většinou týká a už na vlastní kůži, kdy opravdu sem odkázanej převážně na ten sluch, cit, hmat a samozřejmě člověk potom uvažuje, přemejšlí už úplně jinak.

Musel jste hodně slevit ze svých nároků a vzdát se hodně věcí?

- Asi jo, ale na druhou stranu, tím jak ta vada postupovala pomalu, tak tím sem si dycky našel nějaký svůj způsob, jak věci, který sem chtěl, jak jich dosáhnout. Takže ani to nebylo spíš takové to slevování, jako hledání těch způsobů, jak jinak



dosáhnout té samé věci, ale samozřejmě i nějaká ta úleva tam musela být, to samozřejmě bez toho by to nešlo, no ale spíš sem takovej, kterej hledá ty způsoby.

Máte pocit, že žijete plnohodnotný a samostatný život?

- Mám, stoprocentně.

V čem vidíte největší omezení a co Vás naopak motivuje a žene vpřed?

- Spíš odpovím na to, co mě žene vpřed, co mě motivuje je zkrátka moje povaha dokázat všechno, dokázat i to nemožné a zkrátka všechno nějakým způsobem de a když to nejde zprava, tak to pude zleva. To je takovej ten motor, kterej mě žene dopředu a první část otázky byla jaká? “Co je největší omezení“ Největší omezení je to, že ve spoustě věcech sem okázanej na zkrátka řídicího člověka, kdy opravdu to jinak nejde, kdy, já nevím, někde se nedostanu rukama, je to moc malí nebo na něco je opravdu třeba vidět je potřeba rozeznat barvy a mnohdy na to opravdu kompenzační pomůcky nestačí, tak je potřeba k tomu ten řídicí člověk.

Co Vám nejvíce schází postupnou ztrátou zraku?

- Samostatnej pohyb bez nějakého omezení, co se týče cestování, ježdění autem, to je asi nejvíc. Nebral bych to jako vyloženě něco zásadního, ale kdybych si měl něco vybrat, tak asi toto mě napadne jako jedna z prvních věcí.

Před čím bych chtěl varovat toho, kdo ztrácí zrak?

- No...toho kdo ztrácí zrak bych chtěl varovat hlavně ať nepropadá nějaké bezmoci, beznaději, aby zkrátka neházel flintu do žita. Jeden slogan je: Ztrátou zraku život nekončí nebo slepotou život nekončí. |Dá se dělat spoustu věcí, takže hlavně bych chtěl varovat před opravdu tou skepsí, bezmoci.

Vyhledal jste odbornou pomoc při vyrovnání se a přijetí nově vzniklé role?

- Tak odborná pomoc byla v té škole, to byla součást, to bylo to vyhledání odborné pomoci.

Co jste v době zhoršování zraku nejvíce potřeboval?

- Jenom ten respekt toho, že mám tu zrakovou vadu, aby počítali s tím, že občas něco nevidím. V té době nic zvláštního ještě, protože opravdu ta vada sice už byla tenkrát těžká, ale v té době se dá říct, že já sem si připadal, že vidím téměř normálně.

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval od rodiny?

- Od rodiny? Tam asi hlavně klidnej, realistickej přístup. Jako nic speciálního, ale ano, pomoc zase s kompezačníma pomůckama, pomoc při zvykání si na ten handicap, pomoc s předčítáním třeba, pomoc při učení a domácímá úkolama a tak dále, a tak dále

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval od odborníků?

- Hlavně jak přistupovat ke studiu, seznámit se s kompezačníma pomůckama, jak se s nima pracuje, speciální přístup ve škole.

Jak a kde jste se dozvěděl o možnostech rehabilitace a o institucích pro ZP?

- V té době nějaký instituce moc nebyli čili bylo to na základní škole, která nám prakticky sdělovala všechno, neměli sme nic, žádnou další potřebu.

Kontaktoval jste nějakou instituci pro ZP a jaké z nabízených služeb využíváte?

- Ne

Pobíráte invalidní důchod a jste držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P?

- Držitelem průkazu ZTP/P jsem asi od začátku těch jedenácti let asi a invalidní důchod mám od 18-ti let.

Využíváte sociální příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, kompenzační pomůcku či vodícího psa, také možnost příspěvků od nadací)?

- Ano, příspěvek na péči, mobilitu, na zvláštní pomůcku, na kompenzační pomůcky. Samozřejmě v té době se to všechno jmenovalo jinak, ale v dnešní terminologii takto.

Jak váš handicap zvládali lidé ve vašem okolí?

- Myslím si, že většinou to přijali jako fakt a nemají s tím nějaký problém. Někdo se nad tím pozastavuje, někdo tomu až tak nevěří třeba nebo si to nějakým způsobem si to ověřuje, ale já osobně nemám pocit, že by s tím měl někdo až tak problém.

## **Respondent C**

Kdy jste si poprvé uvědomila, že něco není v pořádku?

- Jsem silně krátkozraká téměř od narození, ale ztrátu zraku v této podobě vnímám asi od roku 2010, kdy jsem byla na oslavě mého kamaráda a všimla jsem si, že když přede mě postavili talířek, měla jsem před očima mlhu. Říkala jsem si, že asi došlo ke zhoršení. Doktor potom zjistil, že mi praskla sítnice.

Kdy došlo k potvrzení Vaší diagnózy?

- Na podzim roku 2010

Jaké subjektivní důsledky z toho pro Vás plynou?

- Dost složité pro mě bylo, že jsem musela zůstat doma z práce, protože jsem pracovala s dětmi což mi strašně chybělo. Ale dneska už jsem se s tím vyrovnala. Ze začátku mě ani nenapadlo hledat nějakou odbornou pomoc. Dokonce se mi i hlavou běžely myšlenky na sebevraždu, ale lidé v okolí mně pomohli.

Čeho by se měli vyvarovat lidé v okolí?

- Řekla bych, že by měli být více ohleduplní. Dokonce bych řekla, že studenti jsou dnes ohleduplnější než střední generace.

Co vám nejvíce pomohlo a pomáhá?

- Kompenzační pomůcky a samozřejmě okolí je velkou podporou

Co Vám dělalo největší problémy?

- Největším problémem bylo vyrovnat se s tím, že nevidím.

Myslíte si, že se Vaše představy o životě před zjištěním zrakové vady liší od současných?

- Ano, nějaká změna tady určitě je.

Musela jste hodně slevit ze svých nároků a vzdát se hodně věcí?

- Částečně samozřejmě ano, hlavně si netroufnu se někam vydat, takže mě to omezuje v cestování. Ale na druhou stranu postupem času zjišťuji, že spousta věcí se dá dělat s pomocí různých pomůcek.

Máte pocit, že žijete plnohodnotný a samostatný život?

- Poté co jsem se naučila žít s tím, že nevidím, tak už bych řekla, že mám plnohodnotný život.

V čem vidíte největší omezení a co Vás naopak motivuje a žene vpřed?

- Omezením je určitě to, že se musím spoléhat na pomoc druhých. Motivuje mě klubové setkávání na SONSu a zpěv, to už se vždy velmi těším až bude další zkouška.

Co nejvíce schází postupnou ztrátou zraku

- Teď bych řekla, že už mi nic neschází.

Před čím bych chtěla varovat toho, kdo ztrácí zrak

- Chtěla bych jim říct, že není důvod propadat depresi. A říct jim, že tady existuje SONS a aspoň v mém případě jsou tu fajn lidi, kteří člověka podrží a dodají mu energii.

Vyhledala jste odbornou pomoc při vyrovnání se a přijetí nově vzniklé role?

- Ze začátku mě ani nenapadlo hledat nějakou odbornou pomoc.

Co jste v době zhoršování zraku nejvíce potřebovala?

- Nejvíc jsme se potřebovala naučit orientovat kolem sebe

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřebovala od rodiny?

- Od rodiny jsme potřebovala, aby pochopila moji situaci. Celá rodina se musela naučit jiným návykům, ze začátku se třeba stávalo, že zůstala židle v cestě a já do ní vrazila apod.

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval od odborníků?

- V první chvíli jsem se snažila si všechno zařídit sama, ale moc jsem nechodila mezi lidi. Teprve poté mi byla doporučena bílá hůl na kterou jsem si musela zvyknout, protože jsem se s ní cítila jako mrzák. Další pomůcka byla hladinka.

Jak a kde jste se dozvěděl o možnostech rehabilitace a o institucích pro ZP?

- O SONSu jsem se dozvěděla vlastně náhodou, když jsem si šla půjčit audioknížky.

Kontaktoval jste nějakou instituci pro ZP a jaké z nabízených služeb využíváte?

- Využívám hlavně služby SONS a využívám poradenství, jak ohledně pomůcek, tak ohledně nároků.

Pobíráte invalidní důchod a jste držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P?

- Ano pobírám a jsem i držitelkou průkazu ZTP/P

Využíváte sociální příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, kompenzační pomůcku či vodícího psa, také možnost příspěvků od nadací)?

- Mám příspěvek na mobilitu i na péči. Vodícího psa nemám, ale velmi využívám mobil a počítač. Nyní uvažuji a pořízení PenFriendu.

Jak váš handicap zvládali lidé ve vašem okolí?

- Myslím si, že dobře. Mám zkušenosti, že mi i pomůžou, když potřebuji.

## **Respondent D**

Kdy jste si poprvé uvědomila, že něco není v pořádku?

- Těch začátků bylo. Jako dítěti mi říkali, že nevidím na tabuli, když sem na ni neviděla, tak sem si to nechtěla moc přiznávat a pak se to začalo zhoršovat a pak sem si jednou uvědomila, že už je to jako hodně blbý. A začala sem si to uvědomovat, když sem neviděla něco co viděly moje kamarádky třeba hodně daleko, takže tam sem začala zjišťovat, že to asi není úplně vono.

Jaká je Vaše zraková vada a její stupeň, popřípadě stádium?

- Pigmentová degenerace sítnice, praktická slepota.

Kdy došlo k potvrzení Vaší diagnózy?

- Mezi osmým, devátým rokem a v deseti letech už sem šla do Prahy do speciální školy pro zrakově postiženou mládež. To byla základní škola, šla sem tam do páté třídy. Čili v osmém až devátém roku života sem byla na očním vyšetření v nemocnici, kde mě poskytli hnedka do speciálního ústavu v Praze a tam zjistili, že to skutečně je vada degenerativního zaměření a že ta léčba je nulová.

Jaké subjektivní důsledky z toho pro Vás plynou?

- No, takže sem přerušila docházku do základní školy v místě bydliště a nastoupila sem do speciální školy pro děti se zbytky zraku do Prahy no a tím pádem sem zůstala i na internátě, protože to bylo 60 kilometrů od místa bydliště a totálně se změnil celý můj život v deseti letech.

Čeho by se měli vyvarovat lidé v okolí?

- Co vopravdu nemám ráda, tak nemám ráda to, že mě neznámý člověk vnímá jako chudáka a ke mně i tak mluví, jako k chudákovi, to je asi taková největší potupa, kterou zažívám. Co se týče rodiny a lidí blízkých, že mi dávají věci na své místo, jak oni si myslí, ale je to třeba 15 – 20 centimetrů vedle, tak to mě trošičku vadí. To jsou takové nepříjemné záležitosti, kdy já vím, že to tam je, ale musím šátrat hodně kolem, abych to teda našla.

Co vám nejvíce pomohlo a pomáhá?

- To by se dalo rozdělit na dvě věci, v té situaci fyzický občas asi lepší asistence k nákupu nebo častější nákupy s nějakým vidícím a s pomocí, tak to mě trošku chybí. A druhá stránka co mě nejvíce pomohlo, taková ta psychická podpora mých blízkých a hlavně kamarádky, která mě dycky nahodí zpátky na tu správnou cestičku.

Co Vám dělalo největší problémy?

- Lidí, který nemluvěj, protože se nějak tvářej a nevím jak, který se třeba snaží něco vyjádřit pohybem, nevím jakým, tak to mě asi jako vadí. Protože mám pocit, že se dokomunikuju s kýmkoliv, kdo se nějak vyjádří, i když člověk má třeba špatnej

názor, tak se s ním domluvim, protože já ho třeba mám jinej a snažim se buď přizpůsobit já jemu, nebo mu vysvětlit proč to nejde, ale pro mě je opravdu nepřítel ten, kdo je ticho a nedokážu odhadnout, co se děje.

Myslíte si, že se Vaše představy o životě před zjištěním zrakové vady liší od současných?

- Já sem tehdy neměla žádný představy, v těch osmi, devíti letech. Jestli se to nějak lišilo, asi jenom to že sem si myslela, že budu normálně vidět, že budu fungovat, jako každej normální zdravěj člověk a tam sem brzo pochopila, že to tak asi nebude.

Musela jste hodně slevit ze svých nároků a vzdát se hodně věcí?

- No tak jo, ale já sem člověk pružnej a spoustu věcí sem si vynahradila nebo užila prostě jinak a třeba nakonec si i pamatuju, že sem si spustu věcí i užila, dokud sem viděla, jezdila sem na kole, na lyžích, na koni, kamarádka mi dokonce i půjčila auto, tak sem řídila i auto, sice jen na poli a i tak. Nemám pocit, že bych nějak trpěla, že sem něco nemohla, na spoustu věcí sem si šáhla a spusta věcí ke mně přišla tak blízko, že sem mohla si to aspoň vyzkoušet.

Máte pocit, že žijete plnohodnotný a samostatný život?

- To docela jo. Člověk je závislej pořád, ale na druhou stranu, kdo je samostatnej, kdo je svobodnej. Já si dokážu vytvořit podmínky takový, že sem samostatná. Spíš je to o tom pocitu toho člověka, jestli trpí nebo netrpí, jestli je svobodnej nebo ne.

V čem vidíte největší omezení a co Vás naopak motivuje a žene vpřed?

- V tom pohybu, že se nejsem schopná přemístit z místa na místo, jak bych potřebovala, že nemám k dispozici to auto, že si nemůžu vzpomenout třeba teď že něco potřebuju a dojet si pro to nebo dojít si pro to někam. Vpřed mě žene hlavně moje práce, nějaký akce a kulturní projekty, že mě někdo osloví a něco má chuť se ode mě naučit, tak to je taková rovina tý práce, že je člověk schopnej a užitečnej. A co mě žene vpřed v rodině, takový ten pocit že tu rodinu zvládám kočírovat.

Co nejvíce schází postupnou ztrátou zraku

- Někdy trochu toho pochopení. Třeba to že mi lidi nepopisovali ty věci, co mám kolem sebe, na sobě. Že třeba látka má na sobě kytičky já sem je nemohla poznat hmatem, na druhou stranu je to nepříjemný, že sem se někde vopřela, umazala kalhoty třeba vo auto a mě sem na sobě šmouhy, a to člověk hmatem taky nepozná, a to mi vadilo, že se mi to lidi třeba i báli říct, oni mě radši nechali chodit s tím flekem a řekli si vona to nevidí, tak jí to nevádí a my to vydržíme. To mě vadí do teďka.

Před čím bych chtěl varovat toho, kdo ztrácí zrak

- Hlavně že nesmí propadnout depresi a uzpůsobovat si svět kolem sebe, jako nachystávat si věci, vono se to špatně říká, člověk neví, do čeho de, neví, co až neuvidí. Užívat si toho světa a co vidím, tak si ukládat do paměti. A pak z tý materialistický stránky, prostě přemejšlet vo tom, aby ty věci měl, aby si naučil dávat na svoje místo. Dát si třeba věci do lahviček pod víčko, protože, když to schodí, tak to schodí a nevysype se to nebo nevylije. Prostě se učit takovýhle drobnosti, takovou tu sebekázeň, sebedisciplínu.

Vyhledala jste odbornou pomoc při vyrovnání se a přijetí nově vzniklé role?

- Ne

Co jste v době zhoršování zraku nejvíce potřebovala?

- Ono se to hošilo dost pomalu a plíživě, takže tam naštěstí nebyl žádný skok, kdy by ze dne na den něco nastalo, za což sem ráda, protože to plíživý je sice takový nejistý pořád je člověk v takovém tom stavu, tohle vidím, támhle to už nevidím co sem ještě loni viděla, to je takový zjištění nepříjemný, ale sem schopná nad tím mávnout rukou.

Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval/a od rodiny?

- Vědět, že jsem šikovná, že to dobře zvládám, to mě těší, to mě pomáhá.



Co jste v době zhoršení zraku nejvíce potřeboval od odborníků?

- Tam sem čekala, že mi řeknou, že se to zastaví nebo že oni to budou umět zastavit, ale oni mi řekli, že se to už bude jen zhoršovat, tak tomu sem trošku nerozuměla a ani sem to nechtěla slyšet.

Jak a kde jste se dozvěděla o možnostech rehabilitace a o institucích pro ZP?

- V tom specializovaném pracovišti na oční klinice, kdy sem věděla, že můžu navštívit v Praze dědinu, kde vlastně to rehabilitační centrum, kde učí lidi prostorové orientaci, sebeobsluze. A na základní i pak střední škole, obě byli speciální, pro zrakově postižené lidi, člověk prošel drobným kurzem nebo nějakou informační schůzkou, nebo měl spolužáky nevidící, a tenkrát ještě docela schopně vidící sem pozorovala kolem sebe právě tyhle lidi a říkala sem si, jak to oni dělají, jak oni zjistějí co mají kolem sebe, jak se oblíkají. Tenkrát už mě to zajímalo a tenkrát už mi to dávalo ty signály, starej se o to, dej si pozor, vnímej ty lidi, ptej se jich a zkoušej si třeba totéž co oni.

Kontaktoval jste nějakou instituci pro ZP a jaké z nabízených služeb využíváte?

- Nekotaktovala sem nikoho, vobčas sem použila akorát asistenci při dopravě a na základní škole sem měla kurz prostorové orientace s bílou holí a v podstatě chodím sama s bílou holí málo, ale všechno, co sem potřebovala sem si z toho pamatovala. Akorát si občas zajdu do tyflo centra, kde se třeba zeptám na pomůcky, které bych mohla doma využít nebo si tam koupím nové mluvící hodinky, hladinku, co se týče nalévání a vobčas se zeptám třeba na noviky ještě. Využívám ještě jednoho prostředku po internetu a mailem mi chodí příspěvky ohledně krájení chleba, mytí oken, kde mají lidi různý vychtávky.

Pobíráte invalidní důchod a jste držitelem průkazu ZTP nebo ZTP/P?

- Ano

Využíváte sociální příspěvky (příspěvek na péči, mobilitu, kompenzační pomůcku či vodícího psa, také možnost příspěvků od nadací)?

- Ano. Kompenzační pomůcky sem zatím využila jen dvakrát.

Jak váš handicap zvládali lidé ve vašem okolí?

- To je různé. Co člověk to názor. Co člověk, to debata, dříve či později. Rodiče to zvládli dobře, protože vyhodnotili, že vlastně, když půjdu do té speciální školy, tak to bude lepší, než když nás budou učit a opečovávat sami, když neměli žádné zkušenosti. I když tehdy jako desetiletý dítě sem to brala, jako propadák a že to úplně nezvládli.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Adéla Švorbová**

**Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství**

**Forma studia: prezenční**

**Název práce: Speciálně-pedagogická podpora osob se zrakovým postižením**

**Rok: 2017**

**Počet stran bez příloh: 50**

**Celkový počet stran příloh: 15**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 21**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 4**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Janková**