

**UNIVERZITA  
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Magisterské/kombinované studium

2010 – 2012

**Diplomová práce**

Bc. Blanka Spolková

Péče o zrakově postižené v rámci resortů zdravotnictví,  
školství a sociální péče

**Praha 2012**

**Vedoucí diplomové práce:**

Mgr. Jana Janková

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Master Full - Combined Studies

2010-2012

**Diploma Thesis**

Bc. Blanka Spolková

Caring of visually impaired people within the  
ministries of health service, education and welfare

**Prague 2012**

**The Diploma Thesis Work Supervisor:**

Mgr. Jana Janková

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomové 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 použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Janě Jankové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

**Anotace:**

Tato diplomová práce přináší řadu informací z oblasti péče o osoby se zrakovým postižením v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče. Zjišťuje rozvoj, rozsah a hlavně využívání péče osob se zrakovým postižením v oblasti resortů zdravotnictví, školství a sociální péče a přístup zrakově postižených osob k životu.

**Klíčové pojmy:**

Kompenzační pomůcky, tyflo rehabilitace, komplexní služby, rehabilitace, sociální péče, sociální služby, systém vzdělávání osob se zrakovým postižením, Tyfloservis, TyfloCentrum, tyflogologie, zdravotní péče osob se zrakovým postižením, zrakové postižení

## **Annotation**

This diploma thesis provides a range of information about visually impaired people within the ministries of health service, education and welfare. This thesis tries to find out development, range and primarily utilization of the caring system of impaired people within the ministries of health service, education and welfare and the access of visually impaired people to the life.

## **Key words**

Compensating instruments, tyflorehabilitation, comprehensive services, rehabilitation, social welfare, education system for visually impaired people, Tyfloservice, TyfloCentrum, tyfology, healthcare of visually impaired people, visual impairment.

## OBSAH

ÚVOD .....	9
1. Teoretická část .....	11
1.1 Vymezení okruhu osob se zrakovým postižením .....	11
1.2 Klasifikace zrakových vad .....	12
1.3 Nejčastější příčiny zrakového postižení dětí .....	14
1.4 Nejčastější zrakové vady u dětí.....	15
1.5 Vybraná zraková postižení získaná v dospělosti a stáří .....	19
1.6 Komplexní služby pro osoby se zrakovým postižením.....	23
1.7 Resort ministerstva zdravotnictví .....	25
1.8 Resort ministerstva školství.....	29
1.9 Resort ministerstva práce a sociálních věcí .....	35
1.10 Neziskové organizace .....	48
1.11 Rehabilitace.....	51
1.11.1 Léčebná rehabilitace .....	51
1.11.2 Sociální rehabilitace .....	52
1.11.3 Pracovní rehabilitace .....	53
1.11.4 Pedagogická rehabilitace .....	53
1.12 Komprehenzivní tyflorehabilitace .....	54
2 Praktická část .....	56
2.1 Použitá metoda výzkumu .....	56

2.2	Cíl výzkumu .....	57
2.3	Technika sběru dat a charakteristika souboru .....	58
2.4	Případové studie .....	59
2.4.1	Případová studie č. 1 .....	59
2.4.2	Případová studie č. 2 .....	62
2.4.3	Případová studie č. 3 .....	64
2.4.4	Případová studie č. 4 .....	66
2.5	Vyhodnocení výzkumu .....	68
2.5.1	Shrnutí výzkumu .....	68
3	Závěr.....	70
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	76
	SEZNAM PŘÍLOH.....	77



## ÚVOD

Zdravotní postižení přináší lidem do života celou řadu omezení, problémů i komplikací. Zrakově postižené osoby jsou ochuzeny podle míry svého postižení o vnímání okolního světa a vnější podněty přijímají pomocí ostatních smyslů. Aby jejich zapojení do života bylo co největší a integrace co nejúspěšnější, je nutná podpora nejen rodiny a blízkého okolí, ale především podpora a pomoc celé společnosti. Proto je důležité všem zrakově postiženým, bez ohledu na věk nebo rozsah postižení pomáhat tak, aby jejich život byl smysluplný a aby se naučili se svým postižením žít, překonávat bariéry jak ty architektonické, tak i ty mezilidské.

Cílem práce bylo zjistit rozsah, rozvoj a využívání péče o zrakově postižené u nás, a to především v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče. Uvedené resorty se vzájemně doplňují při poskytování jednotlivých služeb a především se všechny obory vyvíjejí a mění tak, aby co nejlépe vyhovovaly všem osobám se zdravotním postižením. Největší změny jsou především v legislativě.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. Teoretická část přináší vymezení okruhu osob se zrakovým postižením, klasifikaci zrakových vad, včetně přehledu nejčastějších zrakových vad u dětí a dospělých a popisuje současné nejmodernější metody v očním lékařství. Přináší i podrobný popis legislativních změn v oblasti školství a především sociální péči, kde došlo v posledním roce k největším změnám v rámci zavedení Sociální reformy I., platné od ledna 2012. Práce se zaměřila i na neziskové organizace, které mají v rámci komplexní péče o zrakově postižené rovněž důležité místo.

V praktické části diplomové práce byl pro výzkumné cíle zvolen kvalitativní výzkum a to prostřednictvím osobních případových studií. Pro samotné zpracování výzkumu byl proveden záměrný výběr osob v různých věkových kategoriích a s různým zrakovým postižením. V empirické části výzkumu byly použity techniky rozhovoru, pozorování, doplněné studiem spisové dokumentace zrakově postižených osob.

# 1. Teoretická část

## 1.1 Vymezení okruhu osob se zrakovým postižením

Přesně charakterizovat osobu se zrakovým postižením je velice složité, protože v naší republice není jednotná terminologie, která by toto vymezovala. Zrakové vady a postižení můžeme rozdělovat do mnoha kategorií a dále je můžeme členit podle různých kritérií. Většinou se klasifikační přístupy kombinují a doplňují. Pouze při využití většího množství hodnotících přístupů je možno situaci člověka se zrakovým postižením komplexně zachytit.

Jesenský (2007, s. 17) uvádí: „*Zdravotní postižení je fenomén, který je od lidské existence neodtržitelný. Charakteristika tohoto fenoménu, jeho obsah se mění v souvislosti se změnami obrazu člověka té které společnosti. Obecně platná definice proto není možná. Protože postižení je druh lidské existence, upadá tento jev do měnícího se zájmu různých společenských systémů a oborů. Někdy je v popředí medicína, jindy sociologie, pak psychologie či filosofie, nebo ekonomika a technika.*“

Klasifikace osob se zrakovým postižením, vychází z celé řady kritérií, nejčastěji využívá hledisko oftalmologické, které vychází ze zrakové ostrosti a stavu zorného pole. Zrakové postižení ovlivňuje rozvoj celé osobnosti člověka, zasahuje i jeho psychický vývoj. To se promítá do oblasti kognitivní, motorické i sociálního vývoje jedince. Tento komplex vlivů se pro zrakově postiženého člověka stává další rovinou příčin nežádoucího vývoje.

Za zrakově postiženého jedince je považována osoba, která trpí oční vadou či chorobou, kdy po optimální korekci má stále zrakové vnímání narušeno natolik, že mu činí problémy v běžném životě (Ludíková, 2004).

Pokud se zaměříme na dospělost, je důležité vzít v potaz, jak jedinec přišel o zrak. Zda náhle po nějaké nehodě nebo v důsledku progresivní nemoci. Reakce jedince na ztrátu zraku bývá velmi individuální. Podobá se reakcím na jiné náročné životní situace: počáteční šok, deprese, popření reality, smlouvání, přijetí reality. Plná akceptace postižení otevírá jedinci možnost kvalitně žít svůj život i přes obtíže, které deficit ve zrakovém vnímání způsobují.

## **1.2 Klasifikace zrakových vad**

Jednotlivé země si určují vymezení kategorií postižení zraku, které mají návaznost především na legislativu, vzdělávání, volbu povolání, způsobilosti k výkonu určitých činností a oblast sociálního zabezpečení a sociální péče (Kuchynka, 2007).

V odborné literatuře se setkávám s řadou měřítek, podle kterých je kategorie osob se zrakovým postižením členěna. Podstatnými znaky pro klasifikaci vad jsou stupně, doba získání a typ postižení. Při rozlišování stupně postižení zraku je rozhodující vizus a zachování zorného pole.

Zrakové vady lze dále dělit podle Moravcové (2004) na vrozené a získané, dále na zrakové vady převažující v jednotlivých ontogentických obdobích, nebo podle následujících poruch zrakového vnímání:

- a) zraková ostrost,
- b) okulomotorické poruchy, poruchy prostorového vidění
- c) narušení zorného pole
- d) obtíže při zpracování zrakových vjemů,
- e) poruchy barvocitu,
- f) poruchy adaptace na tmou a světlo
- g) poruchy citlivosti na kontrast

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých on-line na internetové stránce <<http://www.sons.cz/klasifikace.php>>, (dostupné k 12. 12. 2011) uvádí tyto kategorie zrakového postižení:

Klasifikace zrakového postižení podle WHO:

1. Střední slabozrakost - zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
2. Silná slabozrakost - zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20, kategorie zrakového postižení 2
3. Těžce slabý zrak
  - a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3
  - b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
4. Praktická nevidomost - zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
5. Úplná nevidomost - ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Z hlediska druhu a stupně poškození zraku můžeme rozlišovat tyto hlavní skupiny osob se zrakovým postižením (Jesenský a kol., 2007)

- a) osoby nevidomé
- b) osoby se zbytky vidění

- c) osoby slabozraké
- d) osoby s poruchou binokulárního vidění
- e) osoby barvoslepé
- f) osoby kombinovaně postižené (multihandicapované)

### 1.3 Nejčastější příčiny zrakového postižení dětí

Etiologie zrakových vad je různá a liší se zraková postižení dětí a dospělých osob. Říčan a kol. (2008, s. 129) ve své publikaci uvádí, že: „V současné době je u nás i ve světě jednou z nejčastějších příčin zrakového postižení porucha sítnice u těžce nedonošených dětí (*retinopathia praematurorum*). Dále jsou to vrozené vady (např. *anophtalmus*, *microphthalmus*, *cataracta*, *hypoplasia nervi optici*, *tepetoretinální degenerace* aj).“

Mezi nejčastější příčiny zrakového postižení u dětí jsou podle oftalmologů uváděny:

- a) geneticky podmíněná onemocnění, kde jde nejčastěji o onemocnění s autosomálně recesivní dědičností. V nejrozvinutějších zemích představují geneticky podmíněná oční onemocnění 16-51 % příčin slepoty dětí. Ze studií prováděných ve školách pro zrakově postižené děti vyplývá, že nejčastěji se jedná o retinitis pigmentosa a Leberova amauroza (LCA) (Kuchynka, 2007 s. 9),
- b) onemocnění intrauterinního období, mezi nejčastější teratogeny jsou řazeny rentgenové a radioaktivní záření, léčiva a jiné chemické látky, ale i vliv celkového možného onemocnění matky (toxoplazmóza, zarděnky, fetální alkoholický syndrom a kokainové embryopatie),

- c) perinatální faktory, kde mezi nejčastější onemocnění v tomto období patří retinopatie nedonošených, postižení CNS, vrozený glaukom, kongenitální retinoblastom, vrozená katarakta,
- d) postnatální období a dětství většinou vykazují země s dobrou úrovní zdravotní péče minimální zraková postižení. Jinak je tomu v rozvojových zemích, kde přetrvává možnost trvalého postižení u dětí trpících nedostatkem vitamínu A a spalničkami,
- e) neznámá etiologie, kdy v určitém počtu případů se nepodaří příčinu zrakového postižení prokázat. (Ludíková, 2004).

#### **1.4 Nejčastější zrakové vady u dětí**

Nejčastější a nejpočetnější zrakové vady dětí, které způsobují podstatný a trvalý pokles zrakových funkcí na úroveň slabozrakosti a slepoty uvádí ve své publikaci L. Květoňová (2007).

Poruchy binokulárního vidění jsou vady funkční, které mají za následek špatné prostorové vnímání a dochází k problémům v koordinaci oko-ruka. Při včasné reedukační péči dochází k výraznému zlepšení či naprostému vykorigování. Vyšetření binokulárních funkcí se provádí nejčastěji za pomoci testu na Worthových světlech. Vyšetřovaný má červenozelené brýle, každé oko vidí jen ty terče, které jsou barevně shodné se sklem v brýlích. Cvičení binokulárních funkcí (ortoptika) se provádí na speciálních přístrojích v ortoptických stanicích a to na stereoskopu, troposkopu, synoptoforu a cheiroskopu. Stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v téže bodě, se nazývá strabismus (šilhavost). Nefunguje vzájemná spolupráce obou očí a každé oko míří jiným směrem. Dítě může šilhat jedním okem nebo tzv. střídat, kdy jedno oko se dívá

zpřímá a druhé se stáčí k nosu nebo ke spánku. Amblyopie (tupozrakost) je funkční porucha, kdy dítě na jedno oko vidí dobře, ale druhým okem vidí o mnoho hůře. Největší úspěchy při léčbě amblyopie jsou u dětí kolem 4 let věku. Léčba se provádí okluzí, zakrytím zdravého oka pomocí okluzoru na brýlích, náplastí nebo neprůhlednou kontaktní čočkou. Velmi důležitou roli při včasné diagnostice hraje i vědomí dědičnosti zrakových vad. Veškeré metody výcviku vidění tupozrakého oka se nazývají pleoptika.

Refrakční vady se mohou objevit jako samostatné oční vady nebo jako součást jiných očních vad. Refrakce oka vyjadřuje poměr mezi jeho délkou v optické ose a optickou mohutností lomivých prostředí. Mezi refrakční vady patří:

- a) Myopie (krátkozrakost) - člověk trpící myopií vidí dobře na blízko, ale špatně na dálku. Nejčastějším a pro okolí nejviditelnějším příznakem je typické mhouření očí a přílišné přibližování čteného textu k očím nebo samotným nakláněním při psaní až k samotnému textu.
- b) Hypermetropie (dalekozrakost) je refrakční vada kdy člověk trpící hypermetropií vidí lépe (ne však dobře) na dálku než nablízko. Oční čočka, aby dorovнала obraz na sítnici, musí více akomodovat (zaostřovat), tím více, čím blíže je pozorovaný předmět. Prakticky musí ostřit i při pohledu do dálky, kdy emetropické oko (oko bez refrakční vady) běžně „relaxuje“. Porucha se může projevit nejdříve jen slzením očí, později bolestí hlavy, pocitem zamlženého vidění nejdříve do blízka a později i do dálky.
- c) Astigmatismus je refrakční vada, která já nejčastěji způsobena nepravidelným zakřivením přední plochy rohovky. Pozorovaný předmět se tak nezobrazuje v jednom ohnisku, nýbrž určitém rozmezí ohniskových vzdáleností. Člověk trpící



astigmatismem vidí neostře jak do dálky tak i nablízko. Astigmatické oko vidí neostře a rozmazaně, což může způsobovat časté bolesti očí a hlavy.

Retinopatie nedonošených (ROP) postihuje především nedonošené děti s porodní hmotností kolem 1500 g, které se narodily před 32 gestačním týdnem, trpí pro onemocnění plic respirační nedostatečností a podstupují oxygenoterapii, kde jsou nebezpečné vysoké koncentrace kyslíku v inkubátoru - nad 40 %. Mezinárodní klasifikace dělí retinopatii nedonošených do pěti vývojových stádií (Kraus, 1997). V současné době se při zjištění aktivního stadia retinopatie nedonošených provádí kryopexa, případně laserová koagulace avaskulární sítnice. Principem obou metod je rozrušení avaskulární sítnice, které je zdrojem nově vzniklých prekursorů cév. Velmi často se u těchto dětí objevují i jiné potíže, především neurologické, a tím se zvyšuje pravděpodobnost vzniku kombinovaného postižení např. ve spojení s mentální retardací nebo DMO (dětská mozková obrna).

Atrofie zrakového nervu, kde hlavním klinickým znakem, který je společný pro všechny atrofie, je změna barvy papily, tj. terče zrakového nervu. Změna vzhledu terče zrakového nervu signalizuje závažnost postižení, která se projevuje snížením nebo úplnou ztrátou zrakové ostrosti. Postižení může být dědičné, ale mohou je vyvolat i některé jiné faktory působící prenatálně, perinatálně nebo postnatálně. Mezi nejznámější vrozenou formu atrofie patří tzv. Leberova atrofie zrakového nervu, kterou podle výzkumů onemocní častěji muži. Toto onemocnění postihuje obě oči zpravidla postupně v intervalu několika dnů až týdnů. Jedná se o dědičné onemocnění, které se objevuje kolem 20. roku věku.

Retinoblastom je nejzávažnější oční onkologické onemocnění u dětí, které se nejčastěji diagnostikuje kolem druhé roku dítěte. Onemocnění nejdříve probíhá skrytě a při zachycení časnějších stádií je šance na

částečnou záchranu zraku. Při rozsáhlém nádoru je nutné vyjmutí oka, protože jinak je ohroženo i druhé oko nebo zasažení další tkáně.

Albinismus je oční vada, kde se jedná se o vrozenou vadu s poruchou tvorby melaninu (pigmentového barviva) v těle i očích. Nejčastější je albinismus totalis a dále okulokutánní albinismus postihující jen oči a kůži. Charakter postižení je patrný již od narození, zejména u albinismu celkového. Takto postižené osoby jsou silně světloplaché, protože následkem nedostatku pigmentu v duhovce přichází do oka příliš mnoho světla. Oční albinismus postihuje jen oči, jedná se o oční vadu bez předpokladu progresu, kdy zraková ostrost bývá snížena do pásma slabozrakosti. Doporučenou pomůckou jsou tmavé samozabarvovací brýle.

Katarakta kongenitální nebo časně infantilní se v různé formě a stupni vyskytuje přibližně u 1 z 250 novorozenců. Při vyšetření v pozdějším věku (kolem 4 let věku dítěte) prevalence významných katarakt různého typu stoupá. Geneticky podmíněné kongenitální katarakty lze rozdělit do čtyř skupin a v současné době je známo nejméně 27 genů, jejichž mutace jsou spojovány s kongenitální kataraktou.

Kortikální postižení zraku (CVI – Cortical Visual Impairment), můžeme v odborné literatuře nalézt také pod pojmy mozková slepota, korová slepota nebo centrální postižení zraku. Jedná se označení pro jeden a týž problém, se kterým se setkáváme jak u dětí, tak dospělých po různých mozkových příhodách. Korová slepota nevystihuje plně podstatu poruchy, protože postižení může být lokalizováno v podkorových drahách. CVI není poruchou orgánovou (poruchou stavby oka), ale poruchou funkční (poruchou funkce mozku a mozkových drah). Často se CVI vyskytuje v kombinaci s neurologickými poruchami, jako je dětská mozková obrna, epilepsie a další. Příčiny CVI mohou být různé a v podstatě záleží na tom, ve kterém místě nervových drah k poškození došlo ať už úrazem, nebo onemocněním meningitidou, encefalitidou, mozkovým nádorem, nedostatečným

přísunem kyslíku k mozku, zástavou srdce, epileptickým záchvatem apod. Děti s CVI nevypadají jako děti se zrakovým postižením, ačkoliv jejich obličej bývá bez výrazu, často se dívají do země, nebo před sebe. Nejsou schopny cokoliv sledovat na dálku, ale zachytí detail, nikoliv celek, vážne koordinace oko-ruka, zrakem zaregistrují směr, ale zrakovou práci doplňují hmatem. Někdy tyto děti mívají problém i s rovnováhou.

## **1.5 Vybraná zraková postižení získaná v dospělosti a stáří**

V této kapitole jsou blíže popsána vybraná zraková postižení, se kterými se nejčastěji setkáváme v dospělosti a seniorském věku.“ *Mezi hlavní oční onemocnění postihující starší populaci patří katarakta (47,8 %), glaukom (12,3 %), věkem podmíněná makulární degenerace (8,7 %), onemocnění rohovky (5,1 %), diabetická retinopatie (4,8 %), a ostatní sítnicové choroby (7 %)*“ (Kuchynka, 2007, s. 2). Dobře léčitelná u naprosté většiny pacientů je katarakta, na druhé straně komplikovaná a méně úspěšná je léčba věkem podmíněná makulární degenerace, kde je největším problémem především včasné zachycení onemocnění.

Katarakta (šedý zákal) je onemocnění, při kterém se kalí čočka, která tak ztrácí na své průhlednosti. Člověk s kataraktou je obvykle velmi citlivý na světlo. Ve věku nad 65 let je zkalení čočky prokazatelné u 50 % obyvatelstva a nad 75 let je šedý zákal prokazatelný u 70 % obyvatel. Toto onemocnění má tři typy podle doby vzniku:

- vrozená
- pouřazová
- spojená se stářím (dříve pod názvem „senilní“).

Senilní katarakta označuje šedý zákal, který se objevuje po 50. roce věku. Typický je pomalý pokles zrakové ostrosti. Kataraktou není spojena bolest ani zčervenání oka. Zkalení čočky postihuje jednotlivé struktury čočky odlišnou intenzitou, která se může v čase vyvíjet.

Léčba je pomocí chirurgického zákroku čočky a implantace IOL (intraocular lense). Po zákroku se dle potřeby předepisují slabé brýle na čtení nebo do dálky. Operace katarakty je schopna výrazným způsobem ovlivnit kvalitu života, protože u 97 % operovaných lze očekávat zlepšení zrakové ostrosti. Operace se stále častěji provádějí ambulantně. Operaci katarakty podstupuje ročně cca 0,5 % populace (Kalvach a kol. 2004).

Glaukom (zelený zákal) je jedno z nejzávažnějších onemocnění, trpí jím 1 – 2 % lidí starších čtyřiceti let a 10 % postižených končí trvalou slepotou. Podstatou glaukomu je zvýšený nitrooční tlak, který způsobuje poškození nitroočních tkání, zejména sítnice jako nejcitlivější části oka. Některé formy glaukomu bývají bolestivé, tedy relativně i snadno odhalitelné. Většina však probíhá bez bolestí a doprovodné vnější příznaky (blesky v očích, občasné mlhavé vidění apod.) jsou často opomíjeny a přehlíženy jako vážná porucha, proto pokud se člověk nepodrobuje pravidelným očním prohlídkám, přichází k lékaři až v době, kdy jsou oční tkáně již trvale poškozeny. Neléčený glaukom je jednou z nejčastějších příčin slepoty. Další symptomy glaukomu - úbytky zorného pole, centrální vidění bývá postiženo zpravidla až ve finálním stadiu, světloplachost, dělají se kruhy (aureoly) okolo světelných zdrojů a někdy se vyskytne bolest hlavy. Léčba bývá v kombinaci léků a chirurgického zákroku. Typ a razance léčby závisí na diagnóze, pokročilosti onemocnění a na úrovni spolupráce pacienta.

Věkem podmíněná makulární degenerace (VPMD) je oční onemocnění, které postihuje centrální část oční sítnice, kterou nazýváme žlutá skvrna

neboli macula lutea, zkráceně makula. Toto onemocnění je v rozvinutých zemích nejčastější příčinou praktické slepoty lidí starších 55 let. Věkem podmíněná makulární degenerace vzniká zpravidla asymetricky v jednom oku, druhé oko bývá postiženo během dalších let s mírou rizika, narůstající každým rokem o 10 %. Po pěti letech je tedy druhé oko postiženo u poloviny nemocných a po deseti letech je oboustranné postižení jisté (Ernest, Fišer, Kolář, 2007).

Věkem podmíněná makulární degenerace má dvě formy:

- a) suchou (atrofickou), která je přítomna u 90 % případů VPMD, ale pouze u 10 % nemocných způsobí závažnější ztrátu zraku. Tato forma spočívá v atrofii (zániku) pigmentových i světločivých buněk sítnice (tyčinek a čípků) s postupným vznikem výpadu zorného pole, které postupuje relativně pomalu,
- b) vlhkou formu (exsudativní), která se vyskytuje u 10 % pacientů VPMD, ale u 90 % nemocných působí závažnou ztrátu zraku. Tato forma má za následek prorůstání novotvořených cév ze spodních vrstev pod sítnici, spojeným s jejich prosakováním s následným otokem sítnice. Průběh onemocnění je velmi rychlý a vede k praktické slepotě během několika měsíců.

Věkem podmíněná makulární degenerace je v současné době nejčastější příčinou ztrát zraku ve stáří. Cílem je stabilizace onemocnění s využitím optických pomůcek.

Diabetická retinopatie (DR) je oční komplikace cukrovky (diabetes mellitus).

Cukrovka je v civilizovaném světě nejčastější příčinou nově vzniklé slepoty u lidí v produktivním věku (20 až 65 let). Špatně kompenzovaná cukrovka postihuje v očích drobné cévičky. Tyto cévičky se ucpávají a

tím dojde k porušení prokrvení sítnice (vrstvy, která zajišťuje vidění). Druhý způsob postižení sítnice je ten, že cévy netěsní, vytéká z nich tekutina a způsobuje otok sítnice. Nedostatečné prokrvení i otok sítnice ničí schopnost vidění. Oko se snaží napravit situaci růstem nových cév (neovaskularizace). Ty jsou ale nekvalitní a škodlivé, praskají, mohou prokrvácet oko (hemoftalmus) a způsobit trakční odchlípení sítnice.

Diabetická retinopatie má dvě formy:

- a) neproliferativní (ještě nevznikly neovaskularizace),
- b) proliferativní (se vznikem neovaskularizací, je závažnější, má vyšší riziko vzniku slepoty).

Další jinou formou je diabetická makulopatie, která postihuje místo nejostřejšího vidění na sítnici a brzy způsobuje zhoršení vidění, které bývá často nevratné. Poruchu prokrvení i otok sítnice, pokud se zjistí včas (v době, kdy ještě nezhoršují vidění), lze léčit laserovým ošetřením sítnice. Prevencí vzniku diabetické retinopatie je především kompenzace celkového stavu. Diabetik by měl mít vyšetřeno oční pozadí každých 12 měsíců, pacient s prostou diabetickou retinopatií každých 6 měsíců, pacienti s diabetickou makulopatií nejméně jednou za 3 měsíce. Diabetická retinopatie při diabetu 2. typu se projeví po 5 letech trvání choroby u 25 až 45 % pacientů. Při trvání choroby 15 a více let má retinopatii již 60 až 85 % diabetiků. Po 20 letech trvání choroby je 6 % pacientů postiženo v důsledku diabetické retinopatie praktickou slepotou (Kalvach a kol. 2004). Základem preventivního opatření pro ochranu zraku je zavádění komplexních programů prevence diabetické retinopatie u diabetiků a sledováním dalších možných rizikových faktorů (perorální antikoncepce, léčba inzulinem, hladina a zastoupení sérových lipidů, složení stravy, požívání alkoholu a další).

## **1.6 Komplexní služby pro osoby se zrakovým postižením**

Komplexní služby pro postižené zahrnují celou řadu činností, opatření postupů a forem směřující především k prevenci zdravotního postižení, jeho trvalých důsledků, odstraňování nebo zmírňování takových důsledků. Jsou to opatření k normalizaci zdravotním postižením změněné kvality života invalidních občanů. Úkolem těchto služeb je především uspokojit zdravotně postižené. (Jesenský, 1995).

Komplexní služby se transformovaly z dřívějšího pojetí, které hovořilo o komplexní péči. Zásadním rozdílem je především skutečnost, že dříve byl postižený klient pouze pasivním příjemcem komplexní péče, ale nové pojetí komplexních služeb pohlíží na postiženého jedince jako na aktivní prvek, který se podílí na výběru a tvorbě komplexních služeb. Z pouhého příjemce se stal spolutvůrce těchto služeb, kdy si podle potřeby vybírá z nabídky služeb, který pro svůj rozvoj potřebuje (Ludíková, 2006).

V České republice se již několik let formuje ucelený systém služeb, který má poskytovat osobám se zrakovým postižením takový servis, aby tito jedinci mohli být ve společnosti maximálně samostatní a soběstační. Komplexní služby by tedy měly vytvářet ucelený soubor podpůrných opatření, která klienta se zrakovým postižením doprovázejí po celý jeho život – od zjištění jeho postižení až do jeho smrti.

V moderní společnosti je nutné, aby se nejen zrakově postižený, ale také jeho okolí navzájem pochopili a přizpůsobili. Proto jsou zrakově postiženým lidem nabízena veškerá opatření a především podpora, která jim umožní strávit život podle jejich představ. Žádný člověk, tedy ani osoby se zrakovým postižením, nechtějí být odkázáni pouze na pomoc ostatních lidí a snaží se být co nejvíce soběstační.

Na komplexní služby lze nahlížet z dvojího úhlu:

1. vertikálního, což jsou služby poskytované jedinci se zrakovým postižením a jeho blízkým od zjištění zrakové vady až po smrt klienta,
2. horizontálního, kdy se na službách podílí mnoho institucí jednotlivých ministerstev, především ministerstva zdravotnictví, školství a ministerstva práce a sociálních věcí. Důležitou úlohu má i nestátní sektor, který jednotlivé instituce svými službami dobře doplňuje

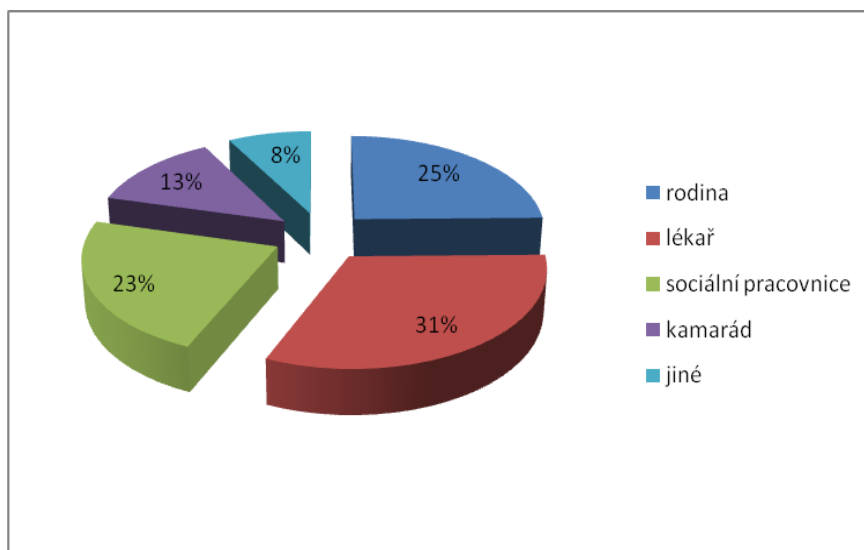
Propojení jednotlivých resortů a vzájemná spolupráce je důležitá a dokazují to i údaje zjištěné v dotazníkovém šetření při mapování kvality života seniorů se zrakovým postižením, které bylo provedeno v roce 2010. Zrakově postižení senioři v odpovědích uváděli, že se s problémy (osobními, zdravotními a jinými) převážně obracejí na svého lékaře, rodinu nebo sociálního pracovníka. K těmto lidem mají největší důvěru a hledají v nich oporu a především pomoc při řešení svých každodenních problémů. Zjištěné údaje z dotazníkového šetření jsou zpracovány v níže uvedené tabulce včetně grafického znázornění. (Spolková B., 2010).

**Tabulka 1 – řešení problému zrakově postiženého seniora**

Rodina	25 %
Lékař	31 %
sociální pracovnice	23 %
Kamarád	13 %
Jiné	8 %



**Graf 1 řešení problému zrakově postižených seniorů**



Tabulka s grafem vypovídá, že největší důvěru zrakově postižení senioři mají k lékařům, dále se s problémy svěřují svým rodinným příslušníkům nebo sociálním pracovníkům, ale pomoc hledají i u svých přátel. Osloveni byli senioři se zrakovým postižením žijící v rodinném prostředí, ale i v sociálním zařízení.

Ze zjištěných informací vyplývá nutnost multidisciplinárního přístupu ke zrakově postiženým a rozvíjení spolupráce ve všech oblastech, které se na pomoci zrakově postižených podílejí, včetně rodinných příslušníků.

## **1.7 Resort ministerstva zdravotnictví**

Základem zdravotních služeb je preventivní péče, do které spadá především genetické poradenství jak pro rodiče zrakově postižené, tak i rodičům intaktním. Speciální služby v této oblasti zajišťuje Centrum zrakových vad, při oční klinice dětí a dospělých v Praze – Motol. Toto Centrum poskytuje především poradenství pro osoby se zrakovým postižením, a jejich rodiny, včetně komplexní prenatální péče u těhotných se zrakovou vadou (Ludíková, 2004). Další péče přichází pro

matku i její dítě během porodu, která zahrnuje především prokápnutí očí dítěte ihned po porodu, aby se předešlo infekčním onemocněním. V případě podezření, že se u dítěte vyskytují problémy s viděním, je pediatrem odesláno k odbornému vyšetření k oftalmologovi. V současné době standardní vyšetření u pediatra probíhá následujícím způsobem. U novorozence se vyšetřuje přítomnost, velikost a poloha očí. Od 4. měsíce do 18. měsíce vyšetřuje pediatr postavení očí, nystagmus, motilitu (pohyb očí), od 3 let visus (monokulárně), od 5 let se přidává vyšetření barvocitu. Od 7 let pediatr pravidelně provádí tato základní vyšetření pravidelně každé dva roky.

Lékař v počátečním údobí života dítěte při stanovení zrakového stavu musí vycházet pouze z objektivního nálezu a příznaků. Sleduje při tom zejména rohovkový reflex v zornici, barvu a šíři zornice a souběžnost očních pohybů. Oftalmolog ke stanovení zrakové ostrosti u dětí od jednoho roku do doby, než jsou ochotny spolupracovat, může použít metody preferenčního vidění, jejímž principem je předpoklad, že dítě bude sledovat strukturované podněty, pokud je dostatečně upoutají a rozliší jejich podobu. Existuje celá řada přístrojů a pomůcek, jejich strukturované proužky na terčích (Tellerův test) nebo stylizované obrázky (Cardffův test), které jsou rozdílné šíře, čímž jsou srovnatelné s ekvivalentem Snellenových optotypů. Každý z těchto proužků je porovnatelný sytostí s okolní šedavou plochou. Vyšetřující zaznamenává nejjemnější šíři podnětů, kterou dítě ještě zafixuje a ta odpovídá hodnotě předpokládaného stupně vidění. (Kuchynka, 2007). Po ukončení druhého roku života je možné u dětí zjišťovat zrakovou ostrost pomocí Pflügerových háků (model písmene E) a u starších dětí se vyšetřuje zraková ostrost pomocí Snellenových optotypů.

U dětí se v současné době využívá i screeningové vyšetření přístrojem Plusoptix, který je schopen včas diagnostikovat a orientačně určit některé oční vady. Tento přístroj lze použít k orientačnímu vyšetření u dětí od šesti měsíců, což má za výhodu včasného odhalení zrakové

vady, kterou lze pak snadněji léčit a dokonce i odstranit. Vyšetření je pro dítě bezbolestné a není nutné dítě uspávat a vyšetření trvá jen několik málo vteřin. Jedinou podmínkou je, že dítě se musí dívat do trubice, která svítí a počítač pak vyhodnotí a určí výsledek. V případě oční vady je dítě odesláno k očnímu lékaři. Vyšetření tímto přístrojem zatím zdravotní pojišťovna nehradí a cena vyšetření se pohybuje kolem 250,- Kč. Přístroj se hojně využívá především u předškolních dětí a u rodičů je o toto vyšetření velký zájem.

V dospělém věku na vyšetření očí oftalmolog používá tonometr na měření nitroočního tlaku, perimetr na měření zorného pole a refraktometr. V seniorském věku se provádí i screeningové vyšetření, a to pomocí stále dokonalejších přístrojů jako je například ITrace, který je kombinací několika přístrojů (aberometru, keratometru, refraktometru, pupilometru a rohovkového topografu). Tento přístroj dokáže udělat několik vyšetření najednou a z nich pak vyhodnotit celkový závěr. ITrace umí provést kompletní analýzu optického systému oka. Dokáže s předstihem diagnostikovat šedý zákal už v době, kdy je čočka ještě čirá. Řada očních lékařů ze specializovaných klinik pořádá pro seniory zajímavé přednášky, o které je velký zájem. Senioři jsou seznamováni s nejčastějšími očními vadami a s jejich úspěšnou léčbou pomocí moderní techniky. Dostupné z WWW: <<http://ocnivady.cz/refrakcni-zakrok=0>> /20.11.2011/

Medicína je věda, která se stále vyvíjí a zdokonaluje. Přináší zdravotně postiženým pacientům celou řadu nových a moderních metod léčení. V posledních letech došlo k velkému pokroku především na poli operativní terapie. Zlepšila se předoperační diagnostika, operace se provádějí pod mikroskopem, jsou k dispozici velice jemné materiály při šití operačních ran bez rizika jizev. Při operacích se používají nové, nedráždivé materiály z umělých hmot, kterými lze kompenzovat nebo nahradit periferní orgány oka jako fyzikálního média. Provádí se celá řada nových operací, především za pomoci laserů. Výsledky moderních

laserů jsou dány především kratší dobou operace a vyšší přesností výsledku. Celková plocha ošetřena laserem je větší (hlavně u korekci astigmatismu) a respektuje se přirozený tvar rohovky. Laser, který má v sobě všechny tyto faktory, je například Allegretto. Tento laser se využívá u nás na řadě očních klinik. Současná moderní mikrochirurgie nabízí bezbolestnou operaci šedého zákalu úzkým řezem ultrazvukem s implantací umělé nitrooční čočky. Aby mohl být řez co nejmenší, muselo dojít i k vyvinutí ohebných nitroočních čoček z měkkého biomateriálu. Prvním měkkým materiálem použitým pro výrobu čoček byl silikon, který je v posledních letech nahrazován akrylátem a za vůbec nejvhodnější materiál je očními lékaři považován collamer. Měkké nitrooční čočky oko i lépe snáší a v současné době je k dispozici více jak dva tisíce různých typů. Řada očních lékařů používá při operaci především mladších pacientů čočky asférické, které zlepšují kvalitu vidění v obtížných světelných podmínkách. Tyto čočky chrání makulu žlutým filtrem a rovněž dovolují implantaci minimálním řezem. Do skupiny refrakčních operací patří i implantáty řešící presbyopii a navracejí vidění do blízka i do dálky. V současné době se rovněž stále častěji používají multifokální čočky, se kterými oko vidí jak na blízko, tak do dálky. Řada lidí se proto stává nezávislymi na brýlích. Tyto čočky mají UV filtry a často také filtr proti nebezpečné části modrého světla. Velkou novinkou je i používání unikátní nitrooční čočky LAL (light adjustable lens), jejíž optické vlastnosti lze po zákroku neinvazivně nastavit pomocí ultrafialového světla podle individuálních potřeb pacienta, což u ostatních typů čoček možné není.

Mezi unikátní operace v očním lékařství patří i implantace umělé rohovky. Těmito operacemi se vrací lidem zrak, kteří byli mnoho let slepí (například po poleptání). Tímto způsobem byl vrácen i zrak pacientovi, který byl slepý 53 let, což je nejdéle trvajícím slepota na světě kterou se podařilo vyléčit.

K zásadnímu posunu došlo i při léčbě makulární degenerace, a to především pomocí biologické léčby, kdy se do sklivce pomocí injekce vpravuje Avastin. Léčba nitroočními injekcemi lékem Avastin je vhodná především pro léčbu senilní makulární degenerace (vlhká forma, čímž se rozumí forma s krvácením nebo otokem sítnice), diabetické proliferativní retinopatie (následek cukrovky), krve ve sklivci nebo otoku sítnice (např. po nitroočních operacích nebo v případě nitroočních zánětů). Avastin je převratem v léčbě uvedených nemocí, především vlhké formy senilní makulární degenerace, která byla dosud neléčitelná. Dostupné z WWW: <<http://www.gemini.cz/>> (10. 11. 2011)

Oční lékaři se rovněž stále častěji zabývají různými úrazy očí. Mezi nejčastější typy úrazů patří úrazy domácí a pracovní, na třetím místě pak sportovní. U starších lidí to bývají úrazy způsobené pádem, u mladších pacientů se jedná o úrazy vznikající při úderu kovu na kov, při práci s vrtačkou a hodně úrazů přibývá především v důsledku dopravních nehod, kdy vznikají především kombinované úrazy se zlomeninami kostí obličeje a zhmoždění oka. Přestože jde medicína v tomto oboru opravdu rychle kupředu, některé nemoci nebo úrazy se stále ještě nedaří úplně vyléčit. Lékaři jsou první, se kterými se zrakově postižený a také jeho rodina setkávají a očekávají jeho pomoc. Své služby poskytuje resort ministerstva zdravotnictví ve všech etapách lidského života.

## **1.8 Resort ministerstva školství**

Resort školství pomáhá při zařazení dětí se zrakovým postižením do vhodných školských zařízení. Pomocí nařízení, metodických pokynů, vyhlášek a zákonů se ministerstvo školství snaží o zajištění rovného přístupu ke vzdělání, a to s ohledem na schopnosti, dovednosti, cíle a přání zrakově postiženého dítěte či jeho rodičů. Legislativa, která v současné době řeší vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů se zrakovým postižením je obsažena v zákoně č. 561/2004 Sb.,

o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a ve vyhlášce MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. (novelizována vyhláškou č. 147/2011 Sb.) o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Zmíněná novela vyhlášky definuje vedle dosavadního pojmu „podpůrných opatření“ pojem „vyrovňovací opatření“. Jejich cílem je vyrovnání zdravotního nebo sociálního znevýhodnění žáků, aby se mohli vzdělávat zejména v běžných školách. Obsah těchto opatření není nový, ale přináší některá podpůrná opatření. Jde o využívání speciálně pedagogických metod a postupů, poskytování individuální podpory při výuce a přípravě na ni a využívání individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Vyrovnávací opatření škola poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka. Krokem správným směrem je rozšíření hlavních činností asistenta pedagoga, kdy vyhláška zavádí mezi jeho základní činnosti nezbytnou pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze jak během vyučování, tak při všech akcích pořádaných školou. Toto ustanovení představuje určitý průlom, neboť by mohlo vyřešit jeden ze základních problémů dětí integrovaných do běžných škol, tedy diskriminující nutnost zajištění osobního asistenta i na dobu vyučování. Je bohužel omezeno jen na žáky s těžkým zdravotním postižením. Další změnu přináší § 9 vyhlášky 147/2011Sb., převod žáka do jiného vzdělávacího programu a povinný informovaný souhlas rodičů i dítěte, který seznámí s rozdíly ve vzdělávacích programech a o organizačních změnách, které mohou v rámci převodu do jiného vzdělávacího programu nastat.

Vyhláškou č. 116/2011 Sb. je s účinností k 1. 9. 2011 novelizována vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Hlavní změny se objevují v § 1, kde došlo ke vložení nových odstavců 4 a 5. Odstavec 4 obsahuje pravidla pro zahájení poskytování poradenství a odstavec 5 určuje formy a obsah jeho diagnostických výsledků. Přestože

ustanovení si klade za cíl posílit práva žáků a jejich zákonných zástupců, žádný nový obsah nepřináší. Platnost doporučení je vždy dána na dobu určitou. Pokud jde o doporučení zařazení žáka do školy či vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením, je tato platnost maximálně 1 rok, pak by měla následovat opakovaná diagnostika. Tento roční přezkum je však kritizován, především pro svou příliš krátkou dobu. Navíc není řešen postup pro případ, že se žák nebo zákonný zástupce se žákem k přezkoumání v tomto termínu nedostaví. Pravidelný přezkum je žádoucí zejména u žáků vzdělávajících se ve speciálních školách a třídách, neboť u nich není jinde zakotvena povinnost sledovat adekvátnost a účinnost navržených opatření ve vztahu k jejich aktuálním vzdělávacím potřebám.

Rodiče se už v období předškolního vzdělávání rozhodují, jak dítě bude vzděláváno, zda v běžných mateřských školách, tedy cestou integrace nebo ve speciálních mateřských školách pro děti se zrakovým postižením. Návštěva mateřské školy není u nás povinná, přesto se obecně doporučuje i dětem se zrakovým postižením, aby alespoň rok před nástupem do školy do mateřské školy chodily. Mezi hlavní důvody patří především potřeba dítěte přizpůsobit se kolektivu a přijímat jiné autority než rodiče.

Nástup do školy je důležitým obdobím života dítěte i jeho rodiny a to jak pro rodiny se zdravým dítětem, tak i po zrakově postižené děti. V tomto období je velmi důležitá správná diagnostika školní zralosti dítěte a adekvátní postoj rodičů ke schopnostem dítěte (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007). Dále autorky ve své knize upozorňují na skutečnost, že dítě raného školního věku se velmi identifikuje se svým učitelem a tato identifikace bývá ještě silnější, pokud dítě zůstává na internátu a kontakt s rodiči je omezen. Pedagogové by měli proto citlivě vnímat postavení dítěte s postižením v kolektivu, pomoci mu začlenit se co nejvíce mezi ostatní a vyvarovat se útěku dítěte „pod křídla autority“. Ve speciálních školách pro zrakově postižené získají žáci základní

vzdělání v rozsahu běžném jako na základní škole. Zvláštní pozornost je věnována při výchově zrakově postiženého dítěte především v tělesné výchově (nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu), pracovnímu vyučování (důležitá složka při zdokonalování hmatového vnímání), hudební výchově (hra na hudební nástroj) nebo hodinám informatiky (výcvik na moderních elektronických pomůckách). Do speciálních škol jsou žáci přijímáni na základě doporučení speciálně pedagogického centra nebo psychologicko pedagogické poradny a se souhlasem zákonného zástupce. Žák se zrakovým postižením může být přijat i na tzv. diagnostický pobyt, který předchází definitivnímu přijetí dítěte. Při tomto pobytu se sleduje vhodnost zařazení do zvoleného typu školy. Jiná možnost vzdělávání dětí se zdravotním postižením je vzdělávání žáka s více druhy postižení v některé ze speciálních škol, kde je žák pro zbývající druhy postižení integrován.

Dítě s menší zrakovou vadou může být integrováno do základní školy mezi zdravé žáky. Výhodou takové integrace je podle odborníků možnost setkávání se zrakově postižených dětí s jejich intaktními vrstevníky, které vede k bližšímu seznámení obou skupin. Nevýhodou může být nepřipravenost školy a pedagogů na tuto situaci, která může vést k degradaci zrakově postiženého žáka. Integrace žáka se zrakovým postižením je složitý proces, na kterém se podílí řada faktorů:

- a) samotný zrakově postižený žák a jeho připravenost na integraci, jeho schopnosti, dovednosti a vlastnosti,
- b) rodina zrakově postiženého žáka a její připravenost na zcela nové situace, které budou vyplývat z faktu, že jejich dítě bude ve společnosti zdravých vrstevníků,
- c) školské zařízení a především vedení školy a pedagogů, kteří si musí uvědomit nutnost změny přístupu, zařazení nových didaktických postupů, metod a forem práce,



- d) spolužáci, kteří by měli být informováni, co zrakové postižení obnáší a jak mohou zrakové postiženému spolužákovi pomoci,
- e) poradenská zařízení, která při integraci poskytují odbornou pomoc,
- f) Individuálně vzdělávací plán (IVP), který je nutnou součástí výchovně vzdělávacího procesu žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, který obsahuje především seznam kompenzačních, edukačních pomůcek a rehabilitačních pomůcek, eventuální nutnost dalšího pedagogického pracovníka (asistenta pedagoga) ve výuce (Finková, 2007).

V České republice mohou žáci se zrakovým postižením po ukončení základní školy studovat na běžných středních školách, pokud jejich vady nemají charakter, který by jim znemožňoval uplatnění v praxi v oblasti studovaného oboru, nebo si mohou zvolit některou ze středních škol pro zrakově postiženou mládež. Do těchto škol jsou studenti přijímáni stejně jako do středních škol běžného typu. Na těchto středních školách je menší počet studentů ve třídách a výchovně vzdělávací činnost se organizuje podle stupně zrakového postižení. Technické vybavení těchto škol je zajišťováno prostřednictvím využívání různých kompenzačních pomůcek, jedná se především o zvětšovací pomůcky a přístroje (lupy) a různé podpůrné pomůcky jako plastické mapy, plastické makety doplněné textem v braillovém písmu (příloha č. 1).

Pro zrakově postiženou mládež jsou zřizovány následující typy škol:

- a) gymnázium pro zrakově postiženou mládež,
- b) konzervatoř pro zrakově postiženou mládež,

- c) obchodní akademie pro zrakově postiženou mládež,
- d) střední odborné učiliště pro zrakově postiženou mládež,
- e) odborné učiliště pro zrakově postiženou mládež.

Studenti se zrakovým postižením dnes mohou běžně studovat i na vysokých školách, jednotlivé fakulty i katedry se jim snaží zajistit vhodné podmínky pro studium. Na některých školách vznikla centra na podporu studia zrakově postižených studentů (Centrum Tereza v Praze, Středisko Teiresiás v Brně, Univerzitní středisko pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami v Hradci Králové a při Ostravské univerzitě).

V posledních letech dochází na vysokých školách k nárůstu počtu studentů se zrakovým postižením i k rozšíření spektra oborů, které studují. Při výběru studijního oboru je nutné zohlednit nejen zájem a studijní předpoklady, ale i vhodnost oboru vzhledem k typu zrakového postižení a možnost dalšího uplatnění po skončení studia. Zrakově postižený student se může úspěšně účastnit výuky na terciálním stupni vzdělávání pouze v případě, že jsou zajištěny materiální podmínky a metodické postupy, které umožňují překonávat informační deficit způsobený senzorickým postižením. Informace studenti přijímají především akusticky, dále prostřednictvím materiálů v Braillově písmu nebo ve zvětšeném tisku.

Zvukové nahrávky textů i texty samotné si může student zapůjčit v knihovně pro zrakově postižené (knihovna pro nevidomé K. E. Macana v Praze). K dispozici mají studenti zvukové nahrávky i knihy v bodovém písmu a hudebniny (speciální Braillová notace).

Pro zpracování studijních materiálů do bodového písma je nezbytná kvalitní kopie textů, případně text na disketě s minimálními grafickými úpravami. Pro přepis do Braillova písma se pak využije počítač se čtecím zařízením. Po kontrole textu se s použitím speciálního softwaru

přeloží text z černotisku do Braillova písma a vytiskne na tiskárně (Everest) přímo do bodového písma. Studenti často využívají pro své studium počítače Eureka, Aria nebo Gin, což jsou malé přenosné počítače s hlasovým výstupem. Pro tisk je možné je připojit ke klasické tiskárně nebo bodové tiskárně.

*„Děti a mladí lidé s postižením mají potenciál, který můžeme rozvíjet specifickou podporou a spoluprací s rodiči a jinými odborníky. V současné době mohou žáci a studenti se zrakovým postižením navštěvovat školy pro zrakově postižené nebo být integrováni do běžných škol. V obou případech by mělo být cílem připravit je na fungování ve společnosti a životě a to tak, aby jej mohli prožít co nejšťastněji a nejkvalitněji.“* (Hamadová, 2007, s. 115,116)

## **1.9 Resort ministerstva práce a sociálních věcí**

Velkou měrou se na komplexních službách pro zrakově postižené podílí Ministerstvo práce a sociálních věcí, a to především v rámci poskytování sociálních služeb, čerpáním sociálních dávek, zřizováním Domovů pro zrakově postižené občany, nebo zajišťování podporovaného zaměstnávání osob se zrakovým postižením.

Sociální služby jsou legislativně zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon byl několikrát novelizován a stále se upravuje tak, aby byl co nejpřijatelnější pro osoby, které potřebují pomoc, tak i pro samotné poskytovatele sociálních služeb. Poslední novela zákona je platná od ledna roku 2012 a přináší rozšíření a upřesnění poskytování sociálních služeb.

Základní druhy sociálních služeb zahrnují

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,

- služby sociální prevence.

Formy poskytovaných sociálních služeb jsou pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (Domovy pro seniory pro zrakově postižené např. Palata, nebo Dědina, Domovy se zvláštním režimem apod.). Ambulantní služby jsou takové, za kterými osoba dochází (např. denní stacionář) a součástí této služby není ubytování. Terénní sociální služby jsou služby, které jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí uživatele (pečovatelská služba, osobní asistence, raná péče apod.).

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou především pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, ale i pomoc při osobní hygieně nebo poskytování stravy, ubytování, pomoc při zajišťování chodu domácnosti, sociální poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a ostatní činnosti, které vedou k sociálnímu začleňování podle individuálních potřeb uživatele.

Mezi poskytovatele sociálních služeb, které nejvíce využívají osoby se zrakovým postižením, řadíme ranou péči, pečovatelskou službu, domovy pro seniory a osobní asistenty.

Rodiče se zrakově postiženým dítětem nejčastěji využívají služeb rané péče (§ 54 zákona č. 108/2006 S., o sociálních službách), což je terénní sociální služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena především na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována se souhlasem rodičů, především v přirozeném domácím prostředí rodiny. Cílem je umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a podpořit jeho vývoj. Tato služba je pro rodiče bezplatná. Ve střediskách rané péče jsou zrakově postižené děti

nejprve odborně vyšetřeny a na základě vyšetření se postupuje s dítětem individuálně. Pracovnice rané péče současně provádí instruktáž pro rodiče a doporučují úpravy v domácnosti, které jsou vhodné pro konkrétní dítě. Výchovní program rané péče popisuje Štrébllová (2002, s. 49): „*výchovný program speciálně pedagogické činnosti pro zrakově postižené dítě v raném věku je složen ze tří složek působení:*

- a) ovlivňování široké veřejnosti (a jeho vztahu k postiženým ve smyslu přijetí postižení),*
- b) ovlivňování rodiny (podpora rodičovské role a její důležitost ve výchově zrakově postiženého dítěte),*
- c) metodika práce se zrakově postiženým dítětem (kompenzace zraku, reedukace zraku, rozvoj hrubé a jemné motoriky, prostorová orientace, sebeobsluha, atd.).“*

Pracovnice rané péče zajišťují přímo ve středisku ambulantní služby a to především komplexní posouzení, což je vstupní setkání rodičů s týmem odborníků. Tým odborníků je složen z poradkyně rané péče, fyzioterapeutky, psychoterapeutky a zrakového terapeuta. Odborníci rané péče ambulantně provádějí funkční vyšetření zraku dítěte, stimulace zraku, psychoterapeutické služby (konzultace s psychoterapeutem a videotrénik interakcí dle potřeb a zájmu klientů). Mezi další poskytované služby rané péče rodinám dětí se zrakovým postižením patří půjčování specializovaných pomůcek, hraček a literatury. Jedná se např. o zvukové hračky pro rozvoj sluchu, povrchově upravené hračky pro rozvoj hmatu (hmatové pexeso, hmatové desky, hmatové knížky) a speciálně zrakově stimulační hračky. Počítačové programy na míru pro děti se zbytky zraku (světelný box, DVD Fernoména atp.). Pro děti s kombinovaným postižením se jedná o pomůcky podporující nejen rozvoj zbylých smyslů, ale i možností komunikace (pomůcka Komunikátor pro děti nemluvící)

a hrubé a jemné motoriky. Řada pomůcek pro stimulaci zraku nebo podporu vývoje dětí s kombinovaným postižením není běžně dostupná, ale je upravena či přímo zhotovena dítěti „na míru“ (příloha č. 5). Pořízení takovýchto pomůcek bývá zpravidla velmi nákladné a pro rodiče tak často nedostupné, proto půjčovny hraček a pomůcky jsou tímto k dispozici všem klientům.

Osoby se zrakovým postižením, které se snaží osamostatnit, využívají nejčastěji služeb osobní asistence (§ 39 zákona č. 108/2006 o sociálních službách). Osobní asistence je služba člověku, který k životu potřebuje pomoc druhé osoby, aby zvládl prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl. Služba osobní asistence se poskytuje bez omezení času a místa a je to sociální služba, u níž je podstatnou součástí rovnocenný vztah uživatele s osobním asistentem. Osobní asistenci si uživatel hradí sám a je mu účtována maximální částka 100,- Kč za jednu hodinu podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. Osobní asistence bývá často kombinována s dalšími poskytovateli sociálních služeb. Nejčastěji s pečovatelskou službou. Záleží jen na klientovi, jak využívání sociální služby bude vzájemně kombinovat.

Pečovatelská služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením nebo seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí nebo ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti či zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Služba se poskytuje za úplaty podle ceníku vyhlášky 505/2006 Sb.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl podstatné změny v kvalitě poskytované péče a také větší možnosti při výběru péče ze strany příjemce. Ústavních forem sociální péče ubývá ve prospěch neústavních, je tendence jít za klientem do jeho přirozeného prostředí

a tam mu zajistit potřebnou pomoc, než vytvářet prostředí umělé. Aktuální potřebou je profesionalizace profese, neboť praxe ukazuje, že dobrá vůle a citová angažovanost zcela nestačí.

Jednou ze základních sociálních služeb, která je zakotvena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je i sociální poradenství. Sociální poradenství lze rozdělit na základní a odborné. Oba typy pomoci poskytují státní i nestátní subjekty sociální pomoci. Základní sociální poradenství poskytuje informace o nárocích, službách a možnostech, které mohou vyřešit, nebo zmírnit obtížnou situaci člověka. Poskytované informace vyplývají ze systému sociální ochrany občana, patří sem pojištění, podpora či pomoc. Odborné sociální poradenství poskytuje přímou pomoc lidem při řešení jejich sociálních problémů. Tato odborná pomoc je zaměřena na konkrétní situaci a praktické řešení obtížné sociální situace člověka.

Zákon o sociálních službách umožňuje osobám se zdravotní postižením žádat a využívat na poskytované sociální služby příspěvek na péči. Žádost o příspěvek na péči lze od ledna 2012 podat na Úřadu práce ČR. Pracovnice úřadu práce po podání žádosti vykonají sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele a požádají posudkové lékaře o stanovení stupně závislosti. Na základě vyjádření posudkových lékařů se vydá ve správním řízení rozhodnutí o stanovení stupně závislosti a přiznání výše příspěvku. Od ledna 2012 je výše příspěvku na péči rozdělena do následujících stupňů podle závislosti na pomoci jiné osoby.

U osob do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,

- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb,

Při stanovení stupně závislosti u osoby do 18 let věku se nepřihlíží k potřebě péče, která vyplývá z věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádnou péčí se rozumí péče, která svým rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje péči poskytovanou osobě téhož věku.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,



- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb,  
  
a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Výše příspěvku pro osoby nad 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

V posuzování zdravotního stavu a stanovení stupně závislosti dochází k výraznému zjednodušení a větší efektivitě při stanovení stupně závislosti pro účely přiznání příspěvku na péči podle mezinárodního modelu hodnocení zdravotního stavu. Posudkoví lékaři popisují jen 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života člověka, jak dokáže zvládnout základní životní potřeby, a to namísto původních 36 úkonů.

Zdravotní stav se od ledna 2012 posuzuje podle těchto 10 základních životních potřeb:

- mobilita,

- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Vymezení a přesný popis zvládnání těchto základních životních potřeb je popsán v příloze č. 1 Vyhlášky č. 391/1011Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006., Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

V případě, že rodina bude pečovat o zdravotně postižené dítě, které bude mít přiznán příspěvek na péči a rodina předloží na Úřadu práce své příjmy, může být příspěvek na péči po přepočítání zvýšen. Toto opatření nahrazuje zrušený sociální příspěvek, který byl vyplácen do konce roku 2011 rodičům dětí, se zdravotním postižením. Tento sociální příspěvek byl využíván především tam, kde o dítě matka pečovala sama.

Zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, přináší rozšíření pečujících osob o asistenta sociální péče, což je jiná fyzická osoba než osoba blízká, která může poskytovat péči

osobě, která je na péči jiné fyzické osoby závislá. U asistenta sociální péče není vyžadována registrace jako u poskytovatelů sociálních služeb. Asistent sociálních služeb může být osoba starší 18 let, zdravotně způsobilá a musí s osobou, o kterou pečuje sepsat smlouvu o poskytnutí pomoci. Jedná se o smlouvu na základě občansko-právních principů, která musí mít základní náležitosti – označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výši úhrady za pomoc.

V roce 2011 byla schválená Sociální reforma I, která pro osoby se zrakovým postižením i ostatní zdravotně postižené osoby přináší od ledna 2012 řadu změn. Ze současného spektra dávek pro zdravotně postižené, které byly poskytovány samostatně u několika orgánů státní správy, respektive samosprávy tak od ledna roku 2012 vznikají pouze dvě dávky, a to příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka, která je poskytována osobám starším jednoho roku, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility, nebo orientace výše příspěvku na mobilitu bude v jednotné výši 400 Kč měsíčně a o dávce rozhodne Úřad práce ČR, respektive krajské pobočky Úřadu práce. Na příspěvek na mobilitu mají nárok osoby, které se v kalendářním měsíci opakovaně dopravují nebo jsou dopravovány a nejsou jim poskytovány sociální služby v domovech pro osoby zdravotně postižené, v domově pro seniory nebo domově se zvláštním určením nebo zdravotnickém zařízení ústavní péče. Tato nová dávka nahrazuje dříve vyplácené dávky - příspěvek na individuální dopravu a příspěvek na provoz motorového vozidla. Tyto příspěvky vyplácely sociální odbory obce s rozšířenou působností.

Příspěvek na zvláštní pomůcky je jednorázová nároková dávka, která je určena osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením nebo těžkým

mentálním postižením a o dávatelce rozhodne Úřad práce ČR. Příspěvek na zvláštní pomůcku se poskytuje:

- a) na zvláštní pomůcku, pokud cena pořízení zvláštní pomůcky je nižší než 24 000,- Kč a příjem osoby (osob společně posuzovaných) je nižší než osminásobek životního minima, stanoví se výše příspěvku tak, aby spoluúčast osoby činila 10 % předpokládané ceny pomůcky, nejméně však 1000,- Kč. Pokud cena pořízené pomůcky je vyšší, než 24 000,- Kč je spoluúčast rovněž 10%, ale pokud osoba nemá dostatek finančních prostředků, přihlédne úřad práce k celkovým sociálním a majetkovým poměrům osoby (osob společně posuzovaných) a může určit výši spoluúčasti, minimálně však 1 000,- Kč. Maximální výše příspěvku je 350 000,- Kč
- b) na pořízení motorového vozidla se příspěvek stanoví s přihlédnutím také k příjmu osoby (osob společně posuzovaných) podle zákona o životním a existenčním minimu a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na pořízení motorového vozidla činí 200 000,- Kč, opakovaně lze příspěvek přiznat po uplynutí 10 let.

Součet vyplácených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč (z vyplácených částek se při součtu odečítají ty částky, které osoba v tomto období vrátila nebo jejichž vrácení bylo prominuto).

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením v příloze č. 1 vyhlášky se přímo stanoví přesný seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením. Na jejich pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku. U osob se zrakovým postižením se jedná o kalkulační desku s hlasovým výstupem,

digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillovým displejem, speciální programové vybavení pro zrakově postižené. Mezi další pomůcky uvedené ve vyhlášce patří slepecký psací stroj, DYMO kleště, elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé, indikátor barev pro nevidomé, měřicí přístroj pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem, braillový displej pro nevidomé, tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé, hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé, diktafon, kamerová zvětšovací lupa, digitální zvětšovací lupa a vodící pes.

Příloha č. 2 vyhlášky 388/2011 Sb., popisuje dovednosti vodícího psa potřebné k vodění osoby se zrakovým postižením a to:

- a) zahájení a udržení směru a tempa chůze,
- b) změna směrů chůze,
- c) změna tempa a přerušování chůze,
- d) označení chodníku,
- e) převádění přes vozovku,
- f) chůze po schodech,
- g) vyhýbání překážkám po pravé straně,
- h) vyhýbání překážkám po levé straně, průchod zúženým prostorem,
- i) vyhýbání vysokým překážkám,
- j) překážky pod úrovní terénu, terénní nerovnosti,
- k) pohyblivé překážky,
- l) jízda na eskalátoru nebo travelátoru,
- m) vyvedení z nepřehledné situace,

n) schopnost chůze mimo chodníky a na venkově.

Mezi dovednosti vodícího psa dále vyhláška stanoví poslušnost, ovladatelnost a chování psa a to především ovladatelnost na vodítku za klidu, na místě, za pohybu, aport, odložení a ponechání psa o samotě, přivolání, chování psa na veřejných prostranstvích, chování psa při průchodu skupinou osob, lhostejnost psa vůči zvukovým vjemům, lhostejnost psa při zvukových vjemech. Mezi vyhledávací schopnosti vyhláška stanoví nalezení přechodu pro chodce, nalezení eskalátorů nebo travelátoru, nalezení dveří, zastávky hromadné dopravy, nalezení chodníku nebo výtahu. Dovednosti při cestování v dopravních prostředcích vodící pes musí splňovat např. nástup do dopravních prostředků, výstup i samotné cestování v dopravním prostředku. Mezi dovednosti v místě bydliště se pes musí naučit potřebné trasy pro osobu se zrakovým postižením. Základní je trasa domů, do obchodu (včetně nalezení prodejního pultu) do parku, nalezení lavičky, cesta k lékaři, na poštu a další podle potřeby zrakově postižené osoby.

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravilo i zásadní změny v zaměstnávání osob se zdravotním postižením a od ledna 2012 přináší vyhláška číslo 390/2011 Sb., kterou se mění vyhláška číslo 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon číslo 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, řadu změn. Nově může zaměstnavatel požádat o vymezení chráněného pracovního místa na těch pracovních místech, kde již pracují zaměstnanci se zdravotním postižením a získat nárok na příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů v maximální výši 48 000,- Kč ročně. Změny v poskytování příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (§ 78 zákona o zaměstnanosti) lze rozdělit do dvou oblastí:

- a) podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce, kdy příspěvek je poskytován i nadále zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců.

Příspěvek je nově poskytován pouze na zaměstnance, kteří pracují na vytvořených nebo vymezených chráněných pracovních místech (potřebný počet chráněných pracovních míst vymezí nebo vytvoří příslušný úřad práce). Příspěvkem jsou hrazeny prostředky vynaložené na mzdy v měsíční výši 75 % skutečně vynaložených finančních prostředků (maximálně 8 000,- Kč). Po 12 kalendářních měsících obsazení chráněného pracovního místa vzniká zaměstnavateli nárok na zvýšení příspěvku o částku odpovídající prokázaným dalším nákladům vynaloženým na zaměstnávání osob se zdravotním postižením (nejvýš 2 000,- Kč na jednu osobu za měsíc). V oblasti chráněného trhu práce dochází ke sloučení nástroje chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna. Novela definuje nově chráněné pracovní místo. Je jím pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osoby se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Úřad práce na toto místo poskytuje zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let,

- b) podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném trhu práce, kdy zaměstnavatel nezaměstnává více, než 50 % osob se zdravotním postižením, se spektrum podpory nemění. Zaměstnavatel má možnost požádat úřad práce o poskytnutí nenárokových příspěvků na vytvoření chráněného pracovního místa a na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa.

Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje sociální reformu II a III. Tyto reformy by měly přinést změny v sociální oblasti od ledna 2013 a 2014. Od roku 2013 by měl například začít fungovat nový systém dlouhodobé péče, který zkombinuje zdravotní a sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s ministerstvem zdravotnictví proto připravují nový zákon o dlouhodobé péči, který by

měl dlouhodobou péči přesunout z neosobních léčeben do domácího prostředí. V rámci tohoto systému bude také významně posilována role sociálního pracovníka při vyhledávání osob vyžadující dlouhodobou péči a při následném odborném řešení jejich nepříznivé sociální situace, což se bude týkat i osob se zrakovým postižením.

Resort ministerstva práce a sociálních věcí není prvním, se kterým se zrakově postižení nebo jeho příbuzní setkávají, ale je jedním z resortů, který s nimi zůstává po celou délku jejich života.

### **1.10 Neziskové organizace**

Nedílnou součástí komplexních služeb jsou i jednotlivé programy neziskových organizací, které se svou činností podílejí na zlepšování kvality života osob se zrakovým postižením. Mezi nejznámější patří především Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS), která hájí zájmy zrakově postižených a je zřizovatelem TyfloCentra, Tyfloservisu a Dědiny. Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina pořádá intenzivní kurzy pracovní rehabilitace, na které navazuje rekvalifikace s následným pracovním uplatněním. Další neziskovou organizací je sdružení Okamžik, který byl založen v roce 2000 a zaměřuje se především na poskytování osobní asistence, kterou vykonávají profesionálně vedení dobrovolníci.

TyfloCentrum je obecně prospěšná společnost, která těžce zrakově postižené klienty podporuje v jejich integraci do společnosti. Pomáhá jim zvládat konkrétní každodenní problémy a překonávat náročné situace, poskytuje jim příležitosti k seberealizaci. Snaží se minimalizovat psychologické, zdravotní, sociální a ekonomické důsledky zrakového postižení. Poradenská činnost probíhá jako individuální konzultace s klienty nebo jejich rodinnými příslušníky. Zrakově postižení rovněž využívají i průvodcovské a předčitatelské služby. Nejde jen o doprovod z místa srazu na cílové místo a zpět, ale



i o pomoc při orientaci v budově, při vyplňování dokumentů a během nákupu i výběru potřebného zboží. Předčitatelská služba usnadňuje práci s tištěnými texty. Asistent čte nahlas klientem vybranou literaturu, denní tisk, korespondenci apod. pomáhá se studiem a vyhledáváním informací.

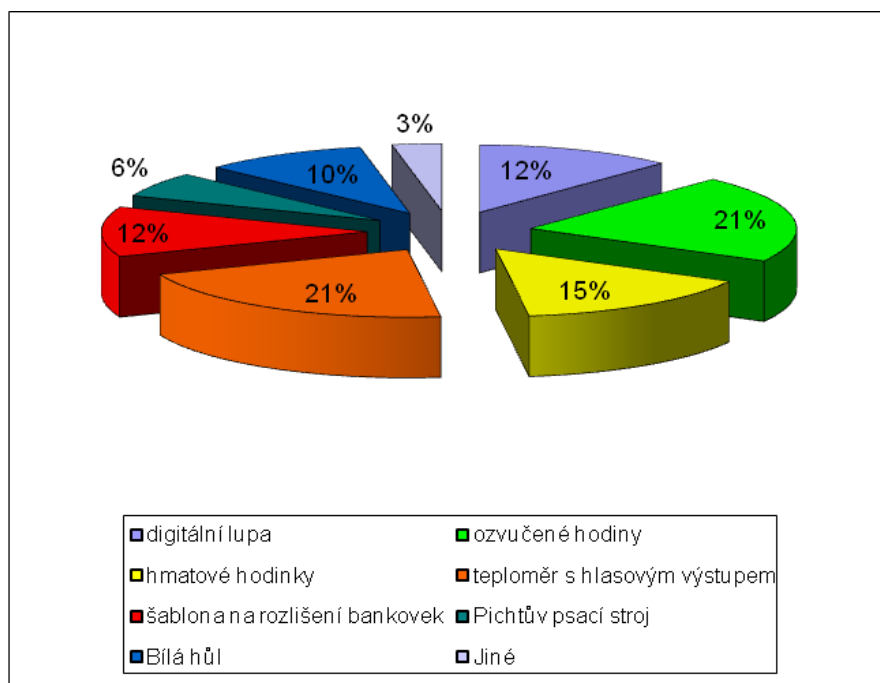
Tyfloservis poskytuje již 20 let terénní i ambulantní sociální rehabilitaci. Pro zrakově postižené osoby jsou v rámci sociální rehabilitace zajištěny služby, jako jsou prostorová orientace a samostatný pohyb, sebeobsluha, nácvik Braillova písma pomocí řady pomůcek (příloha č. 2), nácvik vlastnoručního podpisu, psaní na psacím stroji a klávesnici PC, používání zvětšovacích pomůcek (příloha č. 4), reedukace zraku, zraková terapie a další činnosti. V rámci sebeobsluhy učí instruktoři Tyfloservisu podle individuálních potřeb a zájmu zrakově postiženého klienta. Sebeobsluha je často primárně spojována s používáním různých kompenzačních pomůcek (mluvící hodinky, různé indikátory, zvětšovací lupy, váhy a další), neměly by však být přeceňovány a shromažďovány uživateli bez rozmyslu. Kurz sebeobsluhy může trvat pár týdnů, např. nácvik obsluhy nového mobilního telefonu může trvat až několik měsíců. Kurz se rozrůstá podle toho, jak klient „dospívá“ nebo prochází různými životními etapami. Dostupné na WWW: <[www.brailnet.cz/sons/](http://www.brailnet.cz/sons/)>, (10. 9. 2011).

Všichni zrakově postižení využívají často řadu kompenzačních pomůcek, které jim pomáhají při jejich každodenním životě. Nejčastěji používané kompenzační pomůcky, které využívají zrakově postižení senioři, byly zjišťovány při mapování kvality života zrakově postižených seniorů v roce 2010 v rámci bakalářské práce. Tabulka č. 2 a graf č. 2 uvádějí v procentech používání nejběžnějších pomůcek využívaných zrakově postiženými seniory, kteří žijí v domácím prostředí, ale i v pobytových zařízeních pro seniory (Spolková, 2010).

**Tabulka 2 – využívání kompenzačních pomůcek zrakově postiženými seniory**

digitální lupa	12 %
ozvučené hodiny	21 %
hmatové hodinky	15 %
teploměr s hlasovým výstupem	21 %
šablona na rozlišení bankovek	12%
Pichtův psací stroj	6%
Bílá hůl	10%
Jiné	3%

**Graf 2 – využívání kompenzačních pomůcek**



## **1.11 Rehabilitace**

Rehabilitace má specifické, ale velmi důležité postavení v souboru služeb. V nejrůznějších podobách navazuje na řadu z nich a je předpokladem rozvíjení dalších činností a forem zabezpečení kvalitního života zrakově postižených osob (Jesenský, 1995). V právním řádu České republiky není systém komplexní rehabilitace dosud nijak právně zakotven. Existují však jednotlivé právní úpravy některých jejích složek. Podmínky poskytování léčebné rehabilitace upravují právní předpisy vydané v působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví. Sociální rehabilitace upravuje jako jeden z druhů sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Právní předpisy upravující oblast vzdělávání dětí, žáků nebo studentů se zdravotním postižením neznají sice pojem „pedagogická rehabilitace“, avšak upravují celou uvedenou oblast velmi podrobně.

Několik let existuje snaha o vytvoření legislativy, která by komplexní rehabilitaci přesně formulovala a sjednotila do jednoho zákona.

Podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření je možné rehabilitaci rozdělit do následujících čtyř základních složek.

### **1.11.1 Léčebná rehabilitace**

Léčebná rehabilitace je nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. Léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní a lůžkové péče (nemocnice, odborné léčebné ústavy, včetně lázeňských). Měla by být zahajována již v období poskytování akutní zdravotní péče na všech odděleních klinických oborů, a to včetně zahájení možných a potřebných rehabilitačních opatření. Je-li léčebná rehabilitace poskytnuta klientovi včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo těžkém onemocnění se vrací zpět do původního prostředí,

tedy do původní kvality života. Rehabilitaci za ideálních podmínek zabezpečuje tým zaměstnanců a to především - rehabilitační lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeutové, ergoterapeutové, psycholog, speciální pedagog, ale i logoped a sociální pracovník.

### **1.11.2 Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich individuálních schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných situací pro samostatný život. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. V posledních deseti letech došlo v České republice k výraznému rozvoji sociální rehabilitace. Přispěly k tomu zejména nestátní neziskové organizace, a to především občanská sdružení osob se ZP, některá zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy), nadace aj., které začaly provozovat střediska, kde mají osoby se ZP možnost naučit se základním dovednostem v oblasti sebeobsluhy, soběstačnosti, nácviku orientace apod. Výrazné zlepšení právního stavu v oblasti sociální rehabilitace představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve kterém je jako jeden z druhů sociálních služeb upravena i sociální rehabilitace. Zákon upravuje základní činnosti, mezi které patří nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, nácvik soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, základní sociální poradenství. V centrech sociálně rehabilitačních služeb je navíc poskytováno ubytování, strava a osobní hygiena.

### **1.11.3 Pracovní rehabilitace**

Pracovní rehabilitaci upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se ZP, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce. Pracovní rehabilitace je opatřením aktivní politiky zaměstnanosti, k vyrovnání příležitostí osoby se ZP na trhu práce a součástí komplexu činností a opatření vedoucích k její plné integraci. Zařazení osoby se zdravotním postižením do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení jejího zdravotního stavu, její pracovní způsobilosti, dosaženého vzdělání a získaných dovedností a situace na trhu práce.

Od ledna 2012 přináší vyhláška číslo 390/2011 Sb., kterou se mění vyhláška číslo 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon číslo 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů řadu změn v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

### **1.11.4 Pedagogická rehabilitace**

Stávající právní úpravou jsou vytvořeny podmínky pro uspokojování vzdělávacích potřeb dětí předškolního věku, žáků ve věku plnění povinné školní docházky, žáků středních škol a studentů vyšších odborných škol se zdravotním postižením, resp. se speciálními vzdělávacími potřebami. Možnost zabezpečování rehabilitace ve školství upravují právní předpisy – vyhláška ministerstva školství č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů v § 11 odst. 4 uvádí: „Ředitel speciální školy může pro žáky se zdravotním postižením zajistit léčebně preventivní a rehabilitační péči.“ V praxi to znamená, že ředitel příslušné školy má možnost ve prospěch svých žáků vytvářet podmínky pro činnost poskytovatelů jiných složek rehabilitace.

Hlavním účelem zavedení systému rehabilitace osob se zdravotním postižením je vytvoření podmínek pro poskytnutí určité specifické (rehabilitační) péče těm osobám, jejichž zejména nepříznivý zdravotní stav jim znemožňuje nebo značně omezuje jejich integraci do společnosti.

## **1.12 Komprehenzivní tyflorehabilitace**

Definici najdeme v publikaci PROLEGOMENA systému tyflorehabilitace a metody tyflorahabilitačních výcviků, kde Jesenský (2007, s. 101) uvádí: *„Komprehenzivní tyflorehabilitace v praktické (jevové) podobě představuje množinu prvků uspořádaných tak, aby plnily účely rozvoje lidských zdrojů zrakově postižených v případě genetického, raného nebo v průběhu života vzniklého poškození zrakového orgánu a jeho funkcí.“*

Komprehenzivní tyflorehabilitace rozlišuje tyto složky

- akceptace poškození zraku,
- osobnost a společenský status v identitě, samostatnosti, nezávislosti a asertivitě člověka se zrakovým postižením,
- komunikace zrakově postiženého se stejně postiženými a intaktními osobami,
- utváření image zrakově postižených vylučujícího nebo alespoň snižujícího nepříznivý dojem kontroly svého zevnějšku,
- sebeobsluha představující schopnosti plnit denní životní úkoly vyplývající z genové závislosti i společensko kulturní závislosti,
- prostorová orientace i samostatný bezpečný pohyb,

- informační techniky a technologie reedukačního typu a rozvoj schopností číst, psát, a rozumět informacím obrazového a funkčně předmětového charakteru s použitím porušeného vidění,
- pracovní rehabilitace a pracovní profesní výkon směřující k ekonomické produktivitě a rentabilitě,
- sociální rehabilitace, tj. kulturní, občanskoprávní a hodnotové orientace i adaptace člověka se zrakovým postižením,
- pedagogická rehabilitace, tj. cílevědomé, speciální výchovně vzdělávací ovlivnění osobnosti člověka se zrakovým postižením a rozvoj jeho lidských zdrojů včetně profesní přípravy, případně rekvalifikace (Jesenský, 2007).

Vztah pedagogické a sociální tyflorehabilitace je velmi těsný a jak Jesenský (2007, s. 103) uvádí: *„Jejich programy jsou do značné míry v celé řadě položek a prvků stejné (např. funkční gramotnost, zabezpečovaná tyflopédickými prostředky), přispívá k rozvoji schopností a vlastností osobnosti, ale současně plní i další účel: zabezpečuje růst sociální prestiže jedince se zrakovým postižením a růst jeho sociálního statusu jako součásti osobnosti a identity osoby zrakově postižené, nebo se navzájem překrývají.“*

Komprehenzivní tyflorehabilitace není proces uzavřený, ale stále se mění a zdokonaluje a je podobně jako učení celoživotním procesem, který by měl vést především ke zkvalitnění života osob se zrakovým postižením.

## 2 Praktická část

### 2.1 Použitá metoda výzkumu

Pro výzkumné cíle diplomové práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Někteří metodologové chápou kvalitativní výzkum jako pouhý doplněk kvantitativních výzkumných strategií, avšak v poslední době získává kvalitativní výzkum rovnocenné postavení s ostatními formami výzkumu. Kvalitativní výzkum je široké označení pro rozdílné přístupy. Výhodou kvalitativního výzkumu je získání hloubkového popisu případů. Hendl ve své publikaci (2005, s. 61) uvádí: *„Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativního pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa. Kvalitativní výzkum je orientován na explodování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí. Plán výzkumu má pružný charakter, to znamená, že plán daného výzkumu se z daného základu rozvíjí a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných informací“.*

Pro praktickou část diplomové práce byl zvolen jeden z přístupů kvalitativního výzkumu, a to osobní případové studie. Případová studie je jedním ze základních přístupů kvalitativního výzkumu, používá se především, když je nutné podrobně popsat a analyzovat jeden nebo několik málo případů. V případové studii jde především o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Osobní případová studie si klade za cíl podrobně zkoumat určitý aspekt u jedné osoby. Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojům, které předcházely určité události (Hendl, 2005).



## 2.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit z prezentovaných případových studií rozsah, rozvoj a využívání péče o zrakově postižené u nás, a to především v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče.

Výzkum by měl přinést odpovědi na následující otázky:

1. Je dostatečný rozsah péče o zrakově postižené osoby v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče?
2. Dochází k rozvoji péče o zrakově postižené osoby v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče?
3. Využívají zrakově postižené osoby ve svém životě péče poskytované resorty zdravotnictví, školství a sociální péče?

Pro naplnění výzkumných cílů byly stanoveny tyto výzkumné teze:

1. Rozsah péče pro zrakově postižené osoby je dostačující ve všech oblastech – zdravotnictví, školství a sociální péče.
2. K rozvoji péče o zrakově postižené osoby dochází jak ve zdravotnictví, školství, tak i v sociální oblasti.
3. Zrakově postižené osoby využívají ve svém životě komplexní péči, která je jim poskytována resorty zdravotnictví, školství a sociální péče.

## **2.3 Technika sběru dat a charakteristika souboru**

V empirické části byly využity techniky pozorování, rozhovorů a studium spisové dokumentace osob se zrakovým postižením.

Rozhovor byl veden v přirozeném prostředí osob se zrakovým postižením (v domácím prostředí, v zařízení domu s pečovatelskou službou), což přineslo fakticky podložené informace, například ve využívání kompenzačních pomůcek nebo využívání konkrétních sociálních služeb.

Pro zpracování kvalitativního výzkumu byl proveden záměrný výběr osob s těžkým zrakovým postižením, v různých věkových kategoriích a s různým zrakovým postižením. Vybrané osoby jsou klienty Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu Říčany, kdy byla k dispozici spisová dokumentace klientů.

Všichni vybraní jedinci souhlasili s využitím informací ze své spisové dokumentace vedené na Odboru sociálních věcí a zdravotnictví Městského úřadu v Říčanech pro vytvoření případové studie a byli nápomocni při sestavování své případové studie a často navrhovali a doplňovali skutečnosti, které považovali za důležité. Jejich připomínky a návrhy jsou součástí případových studií.

Sběr dat pro sestavení případových studií proběhl v období říjen až prosinec 2011.

## 2.4 Případové studie

### 2.4.1 Případová studie č. 1

Uvedení do případu

Slečně Evě je 17 let a je prakticky nevidomá. Rozsah poškození zraku je podle jejích slov na rozmezí praktické a úplné nevidomosti. Eva je velice vstřícná a komunikativní slečna, která se snaží být co nejvíce soběstačná.

Rodinná anamnéza

Eva žije se svojí matkou a babičkou v rodinném domku v malém městě nedaleko Prahy. Matka má středoškolské vzdělání v technickém oboru a otec měl vysokoškolské vzdělání také technického směru. Otec Evě zemřel pře 5 lety po dlouhé těžké nemoci. Ztráta otce ji hodně zasáhla, protože spolu s matkou jí byli velkou oporou.

Osobní anamnéza

Slečna Eva se narodila v roce 1994 císařským řezem ve 33 týdnu těhotenství. Matka měla v těhotenství vážné zdravotní problémy, docházelo u ní před porodem k selhávání ledvin. Z tohoto důvodu hrozily vážné zdravotní komplikace jak matce, tak nenarozenému dítěti. Lékaři doporučili okamžitý porod, a to císařským řezem. Po narození Eva měla malou porodní hmotnost (1500 g) a při porodu došlo i k přidušení dítěte. Po porodu musela být umístěna do inkubátoru a byl sledován její zdravotní stav. Ve 4 týdnech došlo k první operaci obou očí, protože dítěti byla diagnostikována nedonošenecká retinopatie (ROP). V případě Evy byla provedena laserová koagulace avaskulární sítnice. Principem této metody je rozrušení vaskulární sítnice, která je zdrojem nově vzniklých preskurzorů cév. Hrozilo, že by dítě přišlo o zrak úplně.

Rodině po narození Evy a jejím propuštění z nemocnice pomáhaly pracovnice rané péče, které pomáhaly rodině v celé řadě oblastí, především s konkrétní péčí o Evu. Pomáhaly s výběrem vhodných hraček i při integraci do mateřské školy. Pracovnice rané péče poskytovaly rodině odborné poradenství, zajišťovaly vhodné hračky pro celkový rozvoj dítěte i vhodné kompenzační pomůcky.

Od 7 let matka vozila pravidelně svou dceru do speciální školy do Prahy, kde Eva dosahovala výborných výsledků. Do třídy chodila společně s dalšími dvanácti dětmi, které měly podobná zraková postižení jako ona. Ve škole děti využívaly celou řadu pomůcek, měly při výuce individuální přístup. Eva při výuce nejvíce používala lupu, dalekohled a počítač s hlasovým výstupem. Nejvíce jí bavila matematika a fyzika, při které využívala česky mluvící kalkulačtor Doublecheck, který umožňuje základní aritmetické operace a pokročilé aritmetické operace včetně převádění měn, výpočty úroků a v kalkulačce jsou zabudovány i funkce hodin a budík. V současné době studuje Eva střední školu v Krči, kde jí nejvíce baví studium jazyků. Matka ji do školy nevozí, protože Eva se snaží být co nejvíce soběstačná a pro dopravu využívá krabičku s hlasovým výstupem – Vysílač VPN 01, který umí na zastávce sdělit, jaké číslo tramvaje jede a kterým směrem. Současně řidiče tramvaje upozorní, že na zastávce je zrakově postižená osoba. Vysílač VPN 01 má šest tlačítek a informuje například o režimu chodu eskalátorů nebo signalizuje na přechodech se světelnou signalizací přechod pro chodce. Při cestování používá Eva i slepeckou hůl. Z dalších pomůcek Eva pravidelně používá indikátor barev pro nevidomé Colorino a to především při výběru vhodného oblečení, osobní váhu s českým hlasovým výstupem, hodinky s hmatovým výstupem a budík s hlasovým výstupem. Všechny pomůcky si postupně zakoupila přes Tyfloservis v Praze.

Rodina se na sociální odbor obrátila poprvé, když Evě bylo pět let a posudkový lékař ji uznal jako těžce zrakově postižené dítě vyžadující celodenní a osobní péči. Matce byl přiznán příspěvek při péči o osobu blízkou a současně byl Evě přiznán průkaz mimořádných výhod III. stupně. Matka pobírala příspěvek při péči o osobu blízkou až do roku 2007, kdy došlo k legislativním změnám, a příspěvek o osobu blízkou byl změněn na příspěvek na péči. Od ledna 2007 je tedy Evě vyplácen příspěvek na péči ve III. stupni, současně sociální odbor pomohl matce finančně při zajišťování kompenzačních pomůcek, především počítače a lupy, který Eva nejvíce využívá při studiu a komunikaci s okolím. Sociální odbor pomáhal rodině i v době úmrtí otce, kdy bylo nutné požádat o vdovský a sirotčí důchod.

Slečna Eva by po ukončení střední školy ráda dále studovala na vysoké škole a hledá vhodný typ školy a hlavně obor, který by jí bavil. Informace o dalším možném studiu na vysokých školách získává jak na stávající střední škole, tak pomocí internetu. Navštívila i Centrum pro podporu samostatného studia zrakově postižených TEREZU, která díky široké paletě specifiky zaměřených aktivit a využívání nejmodernějších prostředků výpočetní techniky nabízí své služby studentům, kteří se připravují na vysokou školu nebo ji už studují.

Jako velký problém vidí Eva ve svém budoucím povolání, protože ani v současné době nemá možnost najít příležitostnou brigádu, proto hledá i vhodný typ dalšího studia, aby problém se zaměstnáním oddálila. V současné době si nedovede představit, jakou práci by mohla dělat, tak aby pro ni byla dostupná a která by jí bavila. V budoucnu plánuje žít samostatně bez matky i babičky a chce se co nejvíce osamostatnit a založit svou vlastní rodinu s dětmi.

## 2.4.2 Případová studie č. 2

### Uvedení do případu

Paní Marie je jednou z nejstarších obyvatelek Domu s pečovatelskou službou Senior v Říčanech, je jí 82 let a je úplně nevidomá. Žije v garsonce a využívá v současné době pečovatelskou službu i osobní asistenci. Je to žena plná energie, která má ráda společnost, ale pouze ve svém bytě. Ráda si povídá a vypráví příběhy ze svého života. Dbá velmi na svůj zevnějšek, především na své oblečení a účes.

### Rodinná anamnéza

Paní Marie žila se svými rodiči a sestrou na vesnici, kde všichni tvrdě pracovali na svém poměrně rozlehlém statku. Sestra i matka zemřely na onkologická onemocnění a bratr po mozkové příhodě. Otec zemřel tragicky. Paní Marie do svých 25 let neměla žádné zdravotní potíže, které se ukázaly až v tomto věku. Rodina ji byla velkou oporou po celý její život.

### Osobní anamnéza

Paní Marie se narodila v roce 1929, po ukončení školní docházky se vyučila švadlenou a šila na zakázky v různých salonech. Práce jí nesmírně bavila a šila řadu modelů pro sebe i svou sestru. Věnovala se aktivně atletice, ráda cestovala a chodila tancovat. Zdravotní potíže začala pociťovat v 25 letech. Trpěla nechutenstvím a začala nepřiměřeně hubnout, byla čím dál více unavená a začala špatně vidět na jedno oko. Podstoupila řadu odborných vyšetření a lékaři jí diagnostikovali zánět sítnice a později se ukázalo, že onemocněla oční formou tuberkulózy. Toto onemocnění způsobuje *Mykobacterium tuberculosis*. Tuberkulóza se vyskytuje nejčastěji v plicní formě, ale postižen může být jakýkoliv orgán. Paní Marie byla léčena pomocí solných injekcí, které byly hodně bolestivé a v léčbě moc nepomáhaly. Během několika měsíců přišla o zrak úplně a byla zcela závislá na

pomoci druhých. Velkou oporu našla v celé své rodině, která se jí snažila pomoci. Matka ji pomohla dostat se do Sdružení zrakově postižených, kde se naučila Braillovo písmo a dokonce začala být ve sdružení sama aktivní a pomáhala ostatním. Naučila se hrát na housle jen podle sluchu a ještě dnes si s velkou chutí zahraje. Když jí zemřela maminka, která byla po celý život tou největší oporou, přistěhovala se k ní sestra, která byla vdovou a nechtěla rovněž žít sama. Když začala mít sestra zdravotní problémy, rozhodly se obě sestry podat žádost do domu s pečovatelskou službou. Paní Marie se ve svých 72 letech nastěhovala se sestrou do domu s pečovatelskou službou a obě začaly využívat pečovatelskou službu. Sestra bohužel po třech letech zemřela a paní Marie zůstala sama. Přesto, že žila celý život s někým, kdo jí pomáhal, zvládá řadu úkonů sama a byla zvyklá matce i sestře pomáhat např. při vaření. V současné době využívá pečovatelskou službu, především donášku obědů i nákupu či přípravy stravy. Pečovatelky jí pomáhají při koupání i úklidu. Sociální odbor pomohl vyřídit paní Marii průkaz mimořádných výhod (byl jí přiznán III. stupeň) a výplatu příspěvku na péči, kdy jí je vyplácen příspěvek na péči ve II. stupni. Nabízené pomůcky (například signalizaci při nalévání vody, hlasové hodiny, indikátor barev) odmítá s tím, že si umí poradit i bez těchto pomůcek a na „novinky“ si ve svém věku nechce zvykat. Svůj volný čas věnuje poslechu pořadů v rádiu, nebo psaním dopisů přátelům na mechanickém psacím stroji. Nerada opouští svoji garsoniéru, protože je zde plně orientovaná a má strach z cizího prostředí, především ze špatné orientace v cizím prostředí. V případě potřeby ji navštěvuje její ošetřující lékař přímo v bytě. Na případná vyšetření jí doprovází pečovatelka nebo osobní asistent. Nejvíce paní Marii mrzí, že se nemohla víc věnovat své profesi švadleny, protože práce ji velice bavila. Po oslepnutí žádnou vhodnou práci nenašla. Pracovní uplatnění osob se zrakovým postižením v době jejího aktivního života nebyla téměř žádná a pár pracovních míst, který byl pro tyto osoby se zrakovým postižením vhodný (např. telefonní

spojovatelka), bylo málo. Největší obavy má paní Marie v současné době z hospitalizace v nemocnici, kde by byla úplně závislá na pomoci cizích lidí.

### **2.4.3 Případová studie č. 3**

#### Uvedení do případu

Pan Tomáš je 52 letý muž, který žil se svou manželkou a synem v malém městě nedaleko Prahy. Před dvěma lety oslepl. Protože se nedokázal smířit s pocitem být závislý na pomoci rodiny, odstěhoval se od rodiny, které nechtěl být na obtíž. V současné době žije na Šumavě v garsoniéře a využívá pouze místní pečovatelskou službu.

#### Rodinná anamnéza

Pan Tomáš je ženatý, ale se svoji manželkou ani synem nežije, protože nechce být rodině na obtíž a omezovat je v jejich životě a především kariéře. Manželka je úspěšná dětská lékařka a syn úspěšný klavírista a sbormistr. Rodiče pana Tomáše nežijí, matka zemřela na onkologické onemocnění před pěti lety a otec na mozkovou příhodu v šedesáti letech. Oba rodiče se léčili na diabetes. Syn pana Tomáše má rovněž diagnostikován diabetes a je pod lékařským dohledem.

#### Osobní a zdravotní anamnéza

Pan Tomáš se narodil v roce 1960 a vystudoval vysokou školu pedagogického směru. Řadu let působil jako ředitel střední školy. Ve třiceti letech mu byl diagnostikován diabetes, měl častá diabetická kóma s poruchou vědomí. Zdravotní stav se zhoršoval a i přes pravidelné a časté kontroly u očního lékaře byla po deseti letech zjištěna diabetická retinopatie, bohužel proliferativní forma se vznikem neovaskularizací. Pan Tomáš prodělal řadu operací obou očí laserem. Laserová koagulace sítnice je právě vhodná u pokročilejších stupňů diabetické retinopatie, kdy bylo cílem zajizvit neprokrvené části sítnice a zabránit prosakování z cév. Výsledkem léčby není zlepšení vidění, ale



snaha o zpomalení průběhu diabetické retinopatie. Pan Tomáš prodělal řadu operací, ale pře dvěma lety oslepl. Požádal o invalidní důchod, přestal pracovat a odstěhoval se od rodiny. Těžko se smířoval, že musí opustit práci i řadu aktivit, které před úplným oslepnutím měl. Působil jako sbormistr malého hudebního tělesa, se kterým úspěšně koncertoval u nás i v zahraničí. Navštěvoval v Praze pravidelně celou řadu koncertů, rád četl a sledoval staré filmy. Jeho nemoc ho o všechny jeho oblíbené aktivity připravila a s tím se nemohl a nemůže ještě dnes úplně vyrovnat. Proto ve svém životě udělal zásadní rozhodnutí a odstěhoval se. V současné době žije v garsoniéře na Šumavě a využívá pečovatelskou službu spolu s osobní asistencí. Se svým osudem se velice těžce smířuje a odmítá pomoc rodiny, přátel i příbuzných. Uzavřel se do svého světa a jedinou radost a potěšení mu dělá hudba. Poslední dobou si v knihovně půjčuje akustické knížky. V domácím prostředí se orientuje poměrně dobře. Nerad sám opouští místa, která zná a nejvíc se bojí hospitalizací v nemocnici, kde je závislý na pomoci cizích osob. Tyto změny jsou pro něj hodně stresující, proto lékařskou péči sám nevyhledává, i když se jeho zdravotní stav zhorší. Hospitalizován bývá často ve vážném zdravotním stavu v důsledku kolapsu.

Pan Tomáš se na sociální odbor obrátil v době, kdy hledal vhodné bydlení a to v oblasti Šumavy, kam rád jezdil. Současně požádal o přiznání mimořádných výhod a příspěvek na péči. Sociální odbor mu přiznal mimořádné výhody III. stupně a příspěvek na péči ve III. stupni. V době, kdy se mu zrak zhoršoval, požádal o lupu a využíval počítač s hlasovým výstupem. V poslední době se jeho zdravotní stav opět zhoršil, má komplikace se srdcem a je často hospitalizován v nemocnici. S rodinou i přáteli odmítá komunikovat a všechny problémy řeší se sociálními pracovníky nebo lékaři. Přes veškerou snahu sociálních pracovníků i lékařů se nedaří pana Tomáše motivovat, tak aby se alespoň částečně smířil se svým zdravotním stavem.

#### 2.4.4 Případová studie č. 4

##### Uvedení do případu

Paní Jana je 22 letá vdaná žena, která ztratila zrak v patnácti letech. Vdala se před rokem a vzala si o rok staršího spolužáka ze střední školy, který je rovněž zrakově postižený.

##### Rodinná anamnéza

Paní Jana je 22 letá žena, které byla diagnostikována atrofie zrakového nervu, který vedl k slepotě. Stejnou diagnózu má i její otec a měla ji i její babička. Nemoc u nich neměla tak progresivní nástup a nevedla ke slepotě. Matka i sestra paní Jany jsou zdravé. Manžel paní Jany, 23 letý Petr, nevidí od svých deseti let, kdy prodělal zánět mozkových blan. Jeho rodiče i sestra jsou zdraví. V současné době manželům v rodině dělají společnost a pomáhají na každém kroku dva slepečtí psi. Manželé žijí v garsonce a s domácností jim pomáhá rodina a pečovatelská služba.

##### Osobní a zdravotní anamnéza

Paní Jana se narodila v roce 1989, od dětství měla problém se zrakem. Vzhledem k rodinné zátěži byla od dětství v péči očních lékařů a do svých patnácti let viděla špatně nablízko, pak se zdravotní stav zhoršil a vedl ke slepotě. Základní školu navštěvovala se zdravými spolužáky, ale střední školu musela volit z důvodu zhoršení zraku, speciální pro zrakově postižené (Gymnázium pro zrakově postižené). Ve škole měla Jana k dispozici řadu pomůcek, např. plastické mapy, ozvučené kalkulatory, počítač s hlasovým výstupem a další. Škola jí bavila, především výuka jazyků i matematika. Později si udělala paní Jana rekvalifikační masérský kurz, ale marně hledá vhodnou práci. Na střední škole se seznámila se svým současným manželem Petrem, který o zrak přišel v deseti letech a musel nastoupit do základní školy Jaroslava Ježka pro zrakově postižené. Vystudoval Gymnázium pro

zrakově postižené, udělal si masérský kurz a v současné době se snaží za podpory svého kamaráda začít v této oblasti podnikat, protože jinou vhodnou práci nemůže najít.

Manželé se seznámili při hře showdown (ping-pong pro zrakově postižené). Oba říkají, že to byla láska na první dotek. Nejdříve spolu začali žít samostatně bez rodičů a do roka se vzali. Oba by rádi studovali vysokou školu, ale vzhledem k tomu, že by neměli po studiu žádné uplatnění a nenašli vhodnou práci tak se na školu nepřihlásili. Manželé žijí v garsonce, kde využívají řadu pomůcek – indikátor světla, ozvučené váhy, šablonu na peníze a podpis, počítač s hlasovým výstupem, teploměr s hlasovým výstupem, hodinky i budík s hlasovým výstupem a řadu dalších věcí. S domácností jim pomáhá rodina, pečovatelská služba a řada přátel.

Jana i Petr mají přiznán invalidní důchod, mimořádné výhody III. stupně a příspěvek na péči ve druhém stupni. Sociální odbor jim pomáhal i při získání slepeckého psa a při zajišťování pečovatelské služby i osobní asistence. Kompenzační pomůcky, které využívají v běžném životě, získaly prostřednictvím Tyfloservisu.

Manželé volné chvíle tráví spolu, mají rádi společnost přátel i rodiny a aktivně se zúčastňují různých kulturních i sportovních akcí. Společně rádi poslouchají hudbu. Jana se věnuje aktivně horolezectví a lyžování v tandemu se svou sestrou a její manžel Petr závodně jezdí na kole a také se věnuje horolezectví. Oba mají k sobě velice hezký vztah a vzájemně se doplňují. Manželé by rádi založili rodinu a touží po dítěti, nebojí se, že by péči o dítě nezvládli, ale bojí se předsudků ostatních.

## 2.5 Vyhodnocení výzkumu

Výzkum přinesl konkrétní odpovědi na zadané otázky.

1. Rozsah péče o zrakově postižené osoby v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče je velký, ale není dostatečný. Převážně v oblasti sociální i přes řadu změn není dostatečně ošetřeno pracovní uplatnění zrakově postižených osob.
2. K rozvoji péče o zrakově postižené osoby v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče prokazatelně dochází ve všech resortech, a to především v posledním roce, kdy došlo k novele vyhlášek ve školství, tak především k velkým změnám v sociální oblasti (Sociální reforma I).
3. Osoby se zrakovým postižením ve svém životě využívají plně péče, které poskytují resorty zdravotnictví, školství a sociální péče podle svým potřeb i možností.

### 2.5.1 Shrnutí výzkumu

Případové studie přinesly celou řadu informací, které potvrzují, že dochází jak k rozvoji zdravotní péče (minimální výskyt onemocnění tuberkulózou, velký pokrok ve včasné diagnostice), tak i k rozvoji školství, kde je kromě stále častější integrace žáků se zrakovým postižením, možné vystudovat se zrakovým postižením speciální střední školy, gymnázia, ale i vysoké školy. Případové studie rovněž ukazují rozvoj sociální péče a služeb, které mohou zrakově postižení využívat. Včetně využívání stále se zdokonalujících se kompenzačních pomůcek určených právě pro osoby se zrakovým postižením, což vede k větší samostatnosti a soběstačnosti těchto osob.

Velký problém je stále v malém pracovním uplatnění zrakově postižených, i když i v této oblasti dochází k řadě změn, především k podpoře při zřizování pracovních míst. Přesto najít vhodné a dostupné

zaměstnání pro osoby se zrakovým postižením je stále problém, který se nedaří dostatečně vyřešit. Zařazení do pracovního procesu by pomohl těmto osobám k lepší integraci do společnosti.

Přes velký rozvoj zdravotní péče se nedaří úplně vyléčit nebo zastavit zhoršení zdravotního stavu u některých zrakových vad, v některých případech se dá operativně pouze ztráta zraku oddálit. Ve zdravotnictví chybí i dostatečná informovanost personálu při péči a ošetřování osob se zrakovým postižením. Proto se osoby se zrakovým postižením obávají hospitalizací, protože nejsou informováni (co s nimi personál bude dělat, kam jsou převáženi, jak vypadá pokoj, ve kterém jsou hospitalizováni apod.). Často nevědí, kdo s nimi v nemocnici hovoří, protože nedokáží rozeznat personál (zdravotní sestru nebo lékařku). V těchto případech chybí správná a především dostatečná komunikace s osobou se zrakovým postižením.

Případové studie dokazují, že každý člověk se svým zrakovým postižením vyrovnává jinak, někteří jedinci se snaží být soběstační bez ohledu na věk a žít aktivní život, ale někdy dochází k situaci, že zrakově postižený se nedokáže se svým postižením vyrovnat a chybí mu snaha se situaci přizpůsobit a hledat nový smysl života. Pokud člověk sám nechce svoji situaci řešit, je snaha všech institucí i samotné rodiny nenaplněna.

Výzkum ukázal na konkrétních případech, jak je nutná komplexní péče všech oborů – zdravotnictví, školství i sociální péče, ale ukázal i nutnost propojení s nestátními organizacemi, které přinášejí pro zrakově postižené osoby řadu nezbytně nutných informací i konkrétní pomoci. Nejdůležitější však stále je a bude podpora samotné rodiny, která má pro život osob se zdravotním postižením velký význam.

### 3 Závěr

Cílem práce bylo zjistit rozsah, rozvoj a využívání péče osob se zrakovým postižením v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče. Výzkum potvrdil, že všechny služby v rámci jmenovaných resortů se stále rozvíjejí a osoby se zrakovým postižením je využívají podle své individuální potřeby.

Zdravotnictví je obor, který se velmi rychle vyvíjí a přináší celou řadu změn ve všech oborech. Zrakově postiženým pacientům přináší především zdokonalení v oblasti screeningového vyšetření, nové, stále se zdokonalující metody léčení a zdokonalování biologické léčby. Všechny novinky v očním lékařství přináší nutnost stálého celoživotního vzdělávání oftalmologů, kteří se vzdělávají v rámci pravidelných oftalmologických kongresů, seminářů nebo studií odborných publikací.

Změny a rozvoj probíhá i v resortu školství i sociální péče. Všechny změny přinášejí zrakově postiženým celou řadu možností, pro jejich lepší integraci do společnosti a především zlepšení kvality jejich života. Mění se legislativa v těchto oblastech přináší rovněž nutnost celoživotního vzdělávání jak pedagogům, tak i sociálním pracovníkům.

Kromě resortů zdravotnictví, školství a sociální péče je nutné i propojení s nestátními organizacemi, které v naší společnosti mají pro zrakově postižené osoby rovněž důležitou a neopomenutelnou pozici.

Společnost se snaží všem osobám se zdravotním postižením zajistit rovné možnosti a umožnit jim co nejlepší integraci a zapojení do společnosti. Integrace by ale nebyla úspěšná bez pomoci rodiny i ostatních blízkých osob, ale především bez snahy samotných zrakově postižených osob, kteří se musí se svým zrakovým postižením vyrovnat a sami hledat pro sebe tu nejlepší cestu životem.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AUTRATA, R. Dětská oftalmologie. Brno: Masarykova univerzita Brno, 2008. ISBN 978-80-210-4678-8

ERNEST, J., FIŠER, I., KOLÁŘ, P. *Věkem podmíněná makulární degenerace*. Praha: Česká vitreoretinální společnost, 2007. ISBN 978-80-239-8609-9

FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RUŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5

GAVORA, P., *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6

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

HANDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485

HYCL, J. *Oftalmologie (minimum pro praxi)*. Praha: TRITON, 1999. ISBN 80-7254-065-3

JESENSKÝ, J. a kol. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. ISBN 80-7041-041-8-

JESENSKÝ, J. a kol. *PROLEGOMENA systému tyflorehabilitace a metodiky tyflorehabilitačních výcviků*. Praha: UJAK, 2007. ISBN 978-80-86723-49-5

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1

JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1

KALVACH, Z. a kol. *GERIATRIE A GERONTOLOGIE*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6

KLUGEROVÁ, J., PRÁZOVÁ, I., VACÍNOVÁ, T. *Jak vypracovat bakalářskou, diplomovou, rigorózní a disertační práci*. Praha: UJAK, 2009. ISBN 978-80-86723-72-3

KOLÍN, J. a kol. *Oftalmologie praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-861-X

KRAUS, H. a kol. *Kompendium očního lékařství*, Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-079-1

KRHUTOVÁ, L., MICHALÍK, J., POTMĚŠIL, M., NOVOSAD, L., VALENTA, M. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: PdF UP, 2005. ISBN 80-244-1168-7

KUCHYNKA P. a kol., *Oční lékařství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1163-8

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

LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie – andragogika*. Olomouc: PdF UP, 2006. ISBN 80-244-1191-1

LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie předškolního věku*. Olomouc: PdFUP, 2004. ISBN 80-244-0955-0

MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vize*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-476-4

NÉMETH, O. *Slabozrakost' ako pedagogický problém*. Bratislava: SEPTIMA, 1999, ISBN 80-967180-5-3

POŽÁR, L. *Psychologia deti a mládeže s poruchami zraku*. Trnava: PdF TU, 2000, ISBN 80-88774-74-8



ŘÍČAN, P. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2008, ISBN 80-247-1049-8

SCHINDLEROVÁ, O. *Na ruce si nevidím*. Praha: Okamžik, 2007, ISBN 80-86932-10-9

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

SMÝKAL, J. *Pohled do dějin slepeckých spolků*, Brno, Slepecké muzeum v Brně 2000

SPOLKOVÁ, B. *Kvalita života zrakově postižených seniorů*, Praha: UJAK, 2010, Bakalářská práce

ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením – úvod do tyflopédie*. Ústí nad Labem: PF UJEP, 2002. ISBN 80-7044-448-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

## **Zákonné normy**

*Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů*

*Zákon č. 561/2004., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*

*Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů*

*Zákon č. 366/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*

*Vyhláška č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*

*Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*

*Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*

*Vyhláška č. 390/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů*

*Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*

## **Periodika**

Ošetřovatelská péče, Brno: CIVILIANIA ročník 2011, ISSN 1213-2330

Sociální služby, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, ročník 12, ISSN 1803-7348

ZORA pro zrakově postižené, Jihlava: EKON, ročník 2011, ISSN 0231-6382

Česká a slovenská oftalmologie, Praha: Česká lékařská společnost. J. E. Purkyně, ročník 67/2011, ISSN 1211-9059

## **Internetové zdroje**

<http://www.sons.cz/klasifikace.php>, dostupné 12. 12. 2011

[www.brailnet.cz/sons/docs/tl99ú01.html](http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl99ú01.html), dostupné 10. 9. 2011

<http://www.gemini.cz/>, dostupné 10. 11. 2011

<http://ocnivady.cz/refrakcni-zakrok=0>, dostupné 20. 11. 2011

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

TABULKA 1 – ŘEŠENÍ PROBLÉMU ZRAKOVĚ POSTIŽENÉHO SENIORA .....	24
TABULKA 2 – VYUŽÍVÁNÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK ZRAKOVĚ POSTIŽENÝMI SENIORY .....	50

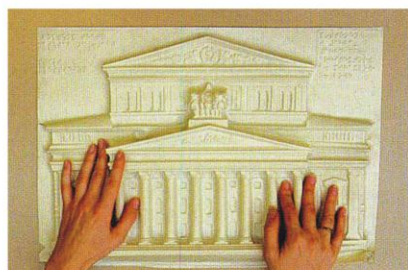
## Seznam grafů

GRAF 1 ŘEŠENÍ PROBLÉMU ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH SENIORŮ .....	25
GRAF 2 – VYUŽÍVÁNÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK .....	50

## SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č 1 – POMŮCKY PRO VÝUKU ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH .....	I
PŘÍLOHA Č. 2 – POMŮCKY PRO VÝUKU BRAILLOVA PÍSMÁ.....	II
PŘÍLOHA Č. 3 – POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ.....	III
PŘÍLOHA Č. 4 – ZVĚTŠOVACÍ POMŮCKY PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ.....	IV
PŘÍLOHA Č. 5 – POMŮCKY VYUŽÍVANÉ RANOU PÉČÍ .....	V

<sup>1</sup> Příloha č 1 – pomůcky pro výuku zrakově postižených



---

<sup>1</sup>Jesenský,PROLEGOMENA 2007

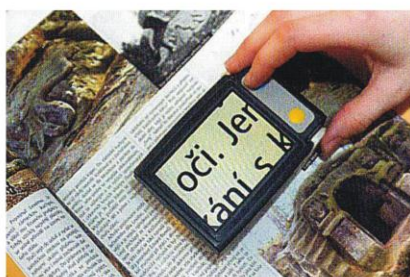
<sup>2</sup> Příloha č. 2 – pomůcky pro výuku Braillova písma



---

<sup>2</sup> Jesenský, PROLEGOMENA 2007

### 3 Příloha č. 3 – pomůcky pro zrakově postižené



---

<sup>3</sup> Jesenský, PROLEGOMENA, 2007



**4** Příloha č. 4 – zvětšovací pomůcky pro zrakově postižené



---

<sup>4</sup> Jesenský, PROLEGOMENA 2007

Příloha č. 5 – pomůcky využívané ranou péčí



## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Bc. Blanka Spolková**

**Obor: speciální pedagogika**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Péče o zrakově postižené v rámci resortů zdravotnictví, školství a sociální péče**

**Rok: 2012**

**Počet stran bez příloh: 77**

**Celkový počet stran příloh: 5**

**Počet titulů české literatury a pramenů: 41**

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2**

**Počet internetových zdrojů: 4**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Janková**