

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

System of care for people with deafblindness in the Czech Republic

System of care for people with deafblindness in the Czech Republic

Bc. Gabriela Obselková

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kotvová

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Systém péče o jedince s hluchoslepotou v České republice vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 15. dubna 2016

.....

Bc. Gabriela Obselková

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Miroslavě Kotvové za cenné rady, připomínky a metodické vedení. Také děkuji všem organizacím a respondentům za vstřícné jednání a ochotnou spolupráci při realizaci empirické části této práce.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá osobami s hluchoslepotou a jejich životem. Práce zjišťuje, jak funguje v České republice systém péče o tyto jedince a jak jsou samotní uživatelé s touto péčí spokojeni. Úvodní, teoretická část práce přináší základní informace o problematice duálního sensorického postižení, vysvětluje samotný pojem „hluchoslepota“, popisuje její klasifikaci, etiologii i diagnostiku. Pozornost je rovněž věnována několika základním pilířům péče o osoby s hluchoslepotou, tedy komunikaci, vzdělávání, sociálním službám, pracovnímu uplatnění, socializaci, pomůckám, atd. Další část práce tvoří vlastní výzkumné šetření, jež bylo realizováno pomocí dotazníků s cílem zjistit, jak je v České republice realizována péče o jedince s hluchoslepotou a jak ji hodnotí někteří uživatelé. Výsledky šetření přinášejí osobní poznatky jedinců s hluchoslepotou o službách, organizacích a pomůckách, o jejich frekvenci využití a dostupnosti.

Klíčová slova

Duální sensorické postižení, hluchoslepota, chráněné bydlení, komunikační systémy, organizace, osoby se zrakovým a sluchovým postižením, pomůcky, pracovní uplatnění, sociální péče, vzdělávání.

Abstract

This thesis deals with deafblind people and their lives. The work investigates how the system of care for these people works in the Czech Republic and how the clients themselves are satisfied with this care. The introductory theoretical part provides basic information about dual sensory impairment, it explains the concept of "deafblindness", describes its classification, etiology and diagnosis. Attention is also given to several fundamental pillars of care of people with deafblindness, such as communication, education, social services, career success, socialization, aids, etc. Second part of this thesis consists of research that has been done using questionnaires with aim to determine how the care of the deafblind is implemented in the Czech Republic and how it is evaluated by particular clients. Survey results have provided personal reference of deafblind individuals about services, organizations and aids, about their frequency and availability.

Keywords

Dual sensory impairment, deafblindness, sheltered housing, communication systems, organization, people with visual and hearing impairments, aids, employment, social welfare, education.

Obsah

1	Úvod	8
2	Hluchoslepota jako duální smyslové postižení.....	9
2.1	Vymezení termínu hluchoslepota	9
2.2	Klasifikace hluchoslepoty	13
2.2.1	Problematika sluchového postižení	15
2.2.2	Problematika zrakového postižení.....	18
2.3	Etiologie hluchoslepoty	20
2.4	Diagnostika hluchoslepoty	22
2.5	Charakteristika osob s hluchoslepotou	25
3	Systém péče o jedince s hluchoslepotou.....	28
3.1	Komunikace osob s hluchoslepotou	28
3.2	Vzdělávání osob s hluchoslepotou.....	33
3.2.1	Poradenství	35
3.3	Možnosti pracovního uplatnění a socializace	39
3.4	Sociální péče pro osoby s hluchoslepotou	42
3.5	Organizace a instituce zaměřené na osoby s hluchoslepotou	48
3.6	Pomůcky pro osoby s hluchoslepotou	50
4	Výzkumné šetření	52
4.1	Cíl výzkumu.....	52
4.2	Metodika šetření	52
4.3	Charakteristika výzkumného vzorku	53
4.4	Průběh výzkumu	55
4.5	Analýza získaných údajů	56
4.5.1	Komunikace.....	56

4.5.2	Vzdělávání	58
4.5.3	Pracovní uplatnění	60
4.5.4	Bydlení	60
4.5.5	Sociální služby.....	62
4.5.6	Organizace	63
4.5.7	Pomůcky	64
4.6	Dílčí výsledky	65
5	Závěr	68
6	Seznam informačních zdrojů	70
7	Seznam příloh	80

1 Úvod

Hluchoslepotu je velice širokou, ale poměrně opomíjenou problematikou. V minulosti se životem takto postižených lidí nikdo nezabýval, rovněž i legislativa hluchoslepotu úplně opomíjela. Rodiče takto postižených dětí se neměli s kým poradit, děti vyrůstaly zcela izolovaně od majoritní společnosti a jejich výchova probíhala pouze intuitivně. Postupně se ale začalo rozšiřovat povědomí o této kategorii postižení a s tím začal i rozvoj péče o jedince s duálním smyslovým postižením. Odborníci začali hledat způsoby komunikace s těmito jedinci, postupně se vybuchovala koncepce výchovy a vzdělávání jedinců s hluchoslepotou a publikační činností se rozšiřovala informovanost o tomto postižení. Již brzy poté, co se začalo o hluchoslepotě hovořit, se přišlo na komplexnost této problematiky, nejedná se totiž pouze o kombinaci zrakové a sluchové vady, ale jde o specifický druh postižení, který jedincům přináší zcela jiné obtíže, a proto je nutné u těchto osob uplatňovat jiné postupy, metody a prostředky jako u jedinců se sluchovou nebo zrakovou vadou. I přes to všechno se ale ani v současné době o tomto problému velmi nehovoří, laická veřejnost se s ním běžně neseťkává, a proto může docházet k různým nedorozuměním.

Ke zpracování tohoto tématu mě vedly především osobní zkušenosti s dítětem s hluchoslepotou. Setkala jsem se s ním před několika lety na praxi a zjistila jsem, že si vůbec nevím rady, jak s ním pracovat. Proto mě tato problematika začala zajímat, a když jsem po menším průzkumu zjistila, že se o této oblasti příliš nemluví, rozhodla jsem se zpracovat toto téma ve své diplomové práci.

Cílem této práce bude zjistit, jak je v České republice realizována péče o jedince s hluchoslepotou a jak ji hodnotí samotní uživatelé.

S ohledem na cíl práce se její teoretická část zaměří nejdříve na samotnou hluchoslepotu, kdy bude vysvětlen daný pojem, klasifikováno toto postižení a popsána také jeho diagnostika a etiologie. Poté budou vytyčeny jednotlivé pilíře systému péče o jedince s hluchoslepotou a ty charakterizují.

V další části práce pak bude analyzováno výzkumné šetření, jež bude zjišťovat data od respondentů s hluchoslepotou formou kvalitativní strategie výzkumu prostřednictvím dotazníků.

2 Hluchoslepota jako duální smyslové postižení

2.1 Vymezení termínu hluchoslepota

Pojem hluchoslepota označuje specifické kombinované postižení, které je podle Vaška (2003) nejtěžší formou vícenásobného postižení. Jedná se o duální sensorické postižení zraku a sluchu, jež aktuálně vymezuje Valenta (2015, s. 61), kdy je *„hluchoslepota (deafblindness, taubblindheit) duální kombinované smyslové postižení sluchu a zraku s variabilní etiologií, variabilním stupněm postižení obou složek a z nich pramenících rozmanitých specifických a komunikačních potřeb. Nejnovější česká definice z roku 2006 vymezuje hluchoslepotu jako jedinečné postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu. Způsobuje především potíže v komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Zabraňuje hluchoslepému člověku plnohodnotně se zapojit do společnosti a vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí.“*

Kromě termínu hluchoslepota se můžeme setkat i se zastaralým pojmem slepohluchota. Tu definoval již Sovák (2000) či Hartl (2010) jako ztrátu zraku a sluchu, ke které došlo v pozdějším věku, kdy již byla vytvořena řeč. Oba uvádí rovněž pojem slepohluchoněmota, který označuje kombinované postižení sluchu a zraku vniklé od narození či v raném dětství. S tímto termínem se můžeme setkat i u Dvořáka (1998).

V současné době stále neexistuje žádná jednotná definice hluchoslepoty. Liší se verze z jednotlivých zemí i od různých autorů. Obecně lze v problematice tohoto kombinovaného postižení nalézt dva proudy, které se hluchoslepotu snaží popsat. První směr bývá označován jako lékařský a tyto definice *„specifikují hluchoslepotu jednostranně z pohledu stavu a fungování zrakového a sluchového analyzátoru, tedy poměrně přesně vymezují ztráty sluchu a zraku“* (Ludíková, 2005, s. 106), přináší konkrétní číselné hodnoty poškození zraku a sluchu, což je výhodné především pro stanovení diagnózy (Ludíková, 2000). Paradoxem však zůstává, že hluchoslepota není Světovou zdravotnickou organizací považována za specifickou diagnózu. Podle Pellanta (2013, s. 114-115) by ale hluchoslepota měla být *„z hlediska*

medicínského, zvláště pak z hlediska posudkového lékařství, přesně vymezeným terminologickým pojmem a diagnózou vycházející z objektivního současného postižení zraku a sluchu s přihlédnutím na další zjištěné zdravotní hendikepy. (...) Nepřesně definovaná kritéria se mohou na jedné straně odrazit negativně při přiznávání sociálních výhod, na straně druhé vést k jejich zneužívání.“ Druhou skupinu tvoří tzv. funkční definice, které se zabývají člověkem jako celkem a přihlížejí na charakteristiku komplikací a specifik, které s sebou hluchoslepotu přináší, např. vztah k okolí, schopnost komunikace s ním, možnost socializace, kvalita života, schopnost výdělečné činnosti, apod. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2005; Pellant, 2013). Takovouto definicí je i tzv. severská definice, která definuje hluchoslepotu jako výrazné, kombinované postižení zraku a sluchu, omezující činnosti člověka a zabraňující jeho plnému zapojení se do společnosti do takové míry, které vyžaduje od společnosti usnadnění specifických služeb, úprav prostředí a technologie (Nordic definition of deafblindness, 2006).

Hluchoslepotu podle Jakeše (2003) lze definovat rovněž matematickým vzorcem. Jedná se totiž o zvláštní postižení, které je výsledkem vzájemného průniku poškození zraku a sluchu, a dalších komponent. Hluchoslepotu (H) lze tedy vyjádřit vzorcem $H = f(S \times Z \times r \times Q \times P)$, kde "f" označuje funkci neboli vztah závislosti hluchoslepoty na komponentách, "x" je znak pro logický součin; "S" znamená stav sluchu; "Z" znamená stav zraku; "r" označuje koeficient (součinitel) hluchoslepoty, který vyjadřuje, nakolik je omezena či znemožněna přirozená schopnost kompenzace sluchové nedostatečnosti zrakem a naopak. "Q" označuje množinu všech důsledků a okolností kombinovaného postižení sluchu a zraku, které mají vliv na kvalitu života člověka, tedy aspekty zabezpečování a uspokojování základních životních potřeb člověka a "P" označuje množinu požadavků a potřeb lidí s hluchoslepotou, které jsou potřebné k jejich sociálnímu začlenění do společnosti. (podrobněji viz Příloha č. 1)

Ani zákonné vymezení však není přesně dané a jednotné. V zákoně č. 155/1998 Sb., (resp. č. 423/2008 Sb.) o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů, se *„za hluchoslepe (...) považují osoby se souběžným postižením sluchu a zraku různého stupně, typu a doby vzniku, u nichž rozsah a charakter souběžného sluchového a zrakového postižení neumožňuje plnohodnotný rozvoj mluvené řeči, nebo neumožňuje plnohodnotnou komunikaci*

mluvenou řečí.“ Pro přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku je v zákoně č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, definována těžká forma hluchoslepoty jako *„kombinované těžké postižení sluchu a zraku, funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu v rozsahu 56 - 69 dB, ztráta slyšení 65 - 84 % až ztráta sluchu v rozsahu oboustranné hluchoty a ztráta zraku v rozsahu těžké slabozrakosti obou očí, kterou se rozumí zraková ostrost s optimální korekcí v intervalu 3/60 (0,05) - lepší než 1/60 (0,02).“* Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů, vymezuje hluchoslepotu pro účely přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením jako jedno z podstatných omezení na úrovni těžkého funkčního postižení, a to tak, že se jedná o *„kombinované postižení sluchu a zraku (hluchoslepotu) funkčně v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65%, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena.“* Rovněž je v této vyhlášce definována hluchoslepotu jako omezení na úrovni zvlášť těžkého funkčního postižení nebo úplného postižení, jako *„kombinované těžké postižení sluchu a zraku (těžká hluchoslepotu) funkčně v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65%, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60.“* Vyhláška č. 359/2009 Sb., kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity), definuje pro hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti čtyři formy hluchoslepoty, *„1a lehčí forma, v rozsahu oboustranné středně těžké nedoslýchavosti (ztráta slyšení podle Fowlera 40 až 65 procent) a oboustranné silné slabozrakosti (vizus 6/60-3/60) nebo oboustranné koncentrické omezení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena. 1b těžká forma, v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty a oboustranné těžké slabozrakosti. 1c hluchoslepotu s postižením intelektu (podle tíže postižení).*

Id praktická nebo úplná hluchota s praktickou nebo úplnou nevidomostí.“ Memorandum pro poskytování kompenzačních pomůcek z titulu hluchoslepoty (2001) uvádí definici hluchoslepoty pro účel předepisování sluchadel a dalších kompenzačních pomůcek, kdy *„hluchoslepým je pacient se současnou vadou zraku a sluchu, jejichž kombinace výrazně ztěžuje orientaci v prostoru.“* Dále jsou zde popsána přesná kritéria pro posouzení zrakové a sluchové vady, dle kterých se stanovuje hluchoslepoty. Vadou sluchu je jednostranná ztráta minimálně 40 dB HL či oboustranná průměrná ztráta minimálně 30 dB HL na lepším uchu na frekvencích 500, 1000 a 2000 Hz. Zraková vada je definována jako vizus s optimální korekcí 6/60 na lepším oku a horší, koncentrické zúžení zorného pole na lepším oku ke 30 stupňům bez ohledu na vizus, vizus s optimální korekcí 6/60 – 6/24 na lepším oku, změny na zorném poli vážnějšího charakteru bez ohledu na vizus či vizus s optimální korekcí 6/18 na lepším oku nebo méně vážné změny na zorném poli bez ohledu na vizus. V prvních dvou bodech je stanovena hluchoslepoty, další dvě možnosti jsou považovány za hluchoslepoty po posouzení oftalmologa a u poslední kategorie rozhoduje o hluchoslepotě na návrh oftalmologa psycholog, jež posuzuje funkční hledisko podle uvedené definice: *„Hluchoslepoty je zdravotní postižení vyvolané souběhem (kombinací) sluchového a zrakového postižení. Je to kategorie vyznačující se nutností individuálního a specifického přístupu, a to ať již v otázce výchovy, tak následně v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Omezení, ztráta a trvalá absence přirozeného sluchového a zrakového kontaktu s okolím jsou příčinou závažných poruch v oblasti mezilidské komunikace, prostorové orientace, fyzického, psychického a sociálního zdraví, a to bez ohledu na věk pacienta. Řešení těchto problémů vyžaduje včasnou specifickou péči a pomoc oftalmologa, foniatra, psychologa a speciálního pedagoga.“* Na Evropské úrovni je hluchoslepoty vymezena v Písemném prohlášení č. 1/2004, o právech hluchoslepých lidí (Jakeš, 2004b) jako *„zásadní postižení, které představuje kombinaci zrakového a sluchového poškození, jež vede k problémům v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě. (...) Někteří z těchto lidí jsou zcela neslyšící a nevidomí, ale většina má zbytky jednoho nebo obou smyslů.“* V mnoha dalších zákonech je pojem „hluchoslepoty“ zmíněn, ovšem bez žádného vysvětlení a vymezení tohoto termínu.

Většina současných definic se ale shoduje v tom, že hluchoslepoty jako duální smyslové postižení, je zastřešujícím pojmem pro kombinaci sluchové a zrakové vady

v různém stupni, které svým součinem způsobuje jedinci celou řadu specifických obtíží a je tedy nutné na něj nahlížet jako na specifickou kategorii postižení.

2.2 Klasifikace hluchoslepoty

Hluchoslepotu je různorodé postižení projevující se značnou variabilitou a individuálností. Závisí především na době vzniku, stupni zrakového a sluchového postižení, inteligenci a dalších osobnostních vlastnostech a schopnostech každého jedince, apod. Podle těchto hledisek se hluchoslepotu může klasifikovat.

Prvním kritériem pro členění hluchoslepoty je stupeň postižení. Zraková vada může být zastoupena slabozrakostí, zbytky zraku či slepotou (viz kapitola 2.2.2). Za sluchovou vadu je považována nedoslýchavost, zbytky sluchu nebo hluchota (viz kapitola 2.2.1). Osoba s hluchoslepotou je tedy osoba, která je současně alespoň slabozraká a alespoň nedoslýchavá. Podle těchto údajů pak můžeme podle Ludíkové (2000, s. 16; 2005, s. 107) a Hlaváčové (2007, s. 2) rozlišit jedince do pěti kategorií na osoby totálně hluchoslepé, prakticky hluchoslepé, slabozraké neslyšící, nedoslýchavé nevidomé a slabozraké nedoslýchavé. Kowalik, Baňka (2000, s. 35) naopak rozlišuje podle stupně poškození obou smyslů pouze čtyři kategorie, a to osoby zcela hluchoslepé, tedy s úplnou hluchotou a slepotou, hluchoslepé s úplnou hluchotou a slabozrakostí, s nedoslýchavostí a úplnou slepotou a s nedoslýchavostí a slabozrakostí. Langrová (1998) pak uvádí členění Jesenského, který rozlišuje kategorií devět (viz Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 – Klasifikace hluchoslepoty dle dominanty druhu a stupně postižení

Dominance zrakové vady	Rovnováha obou vad	Dominance sluchové vady
Slepý / zbytky sluchu	Slepý / hluchý	Zbytky zraku / hluchý
Slepý / nedoslýchavý	Zbytky zraku / zbytky sluchu	Slabozraký / hluchý
Zbytky zraku / nedoslýchavý	Slabozraký / nedoslýchavý	Slabozraký / zbytky sluchu

Zdroj: Langrová (1998)

Druhým kritériem členění je doba vzniku postižení, podle níž Kowalik, Baňka (2000, s. 35) a Souralová s Horákovou (2008, s. 13) uvádějí 4 kategorie, osoby s vrozenou hluchoslepotou, osoby s vrozeným poškozením sluchu a poškozením zraku získaným v pozdějším věku, osoby s vrozeným poškozením zraku a získaným poškozením sluchu a osoby se získaným poškozením sluchu a zraku. Ludíková (2005) uvádí rozdělení Sirotkina a Schakenové, kteří podle doby projevení příznaků člení hluchoslepotu do devíti skupin, hluchoslepí od narození, prvotně hluší se ztrátou zraku v raném období, tj. mezi 6. a 9. rokem věku dítěte, prvotně hluší s pozdní ztrátou zraku, prvotně nevidomí s ranou ztrátou sluchu, prvotně nevidomí s následnou, postlingvální ztrátou sluchu, prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v raném věku, prvotně vidící i slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v postlingválním období, prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu a prvotně nedoslýchaví s následnou ztrátou zraku. Langrová (1998) ovšem těchto devět kategorií považuje za nepřesné a tudíž nesprávné, jelikož je pracováno krom doby vzniku postižení i s jeho stupněm, díky čemuž některé jedince nelze zařadit do žádné z uvedených skupin. Proto sestavila vlastní dělení, ve kterém užívá obecného označení sluchová a zraková vada a dobu vzniku vymezuje do tří úseků, narození, rané období do zhruba 7 let a zralé a pozdní období od 7 let. Tím definovala devět rozdílných skupin:

- hluchoslepí od narození,
- prvotně sluchově postižení se zrakovou vadou v raném věku,
- prvotně sluchově postižení se zrakovou vadou v pozdním věku,
- prvotně zrakově postižení se sluchovou vadou v raném věku,
- prvotně zrakově postižení se sluchovou vadou v pozdním věku,
- prvotně vidící a slyšící s následnou vadou zraku i sluchu v raném věku,
- prvotně vidící a slyšící s následnou vadou zraku a sluchu v pozdním věku,
- prvotně vidící a slyšící s následnou vadou sluchu v raném věku a vadou zraku v pozdním věku,
- prvotně vidící a slyšící s následnou vadou zraku v raném věku a vadou sluchu v pozdním věku.

Rovněž je možné klasifikovat osoby s hluchoslepotou dle způsobu komunikace s okolím. Ludíková (2000) takto vymezuje osoby využívající slovní formu řeči, kteří plynule a kvalitně ovládají slovní formu řeči, kdy se nemusí jednat o orální hlasitou řeč. Další je skupina znaková, do které se řadí osoby, jež dávají přednost znakovému jazyku, zpravidla se jedná o osoby se ztrátou sluchu v raném věku. Poslední skupinu, němých, tvoří jedinci neovládající ani slovní, ani znakový jazyk, jedná se nejčastěji o hluchoslepé s mentálním postižením, jedince s vrozenou či raně získanou hluchoslepotou prozatím nevzdělávané nebo dospělé osoby s hluchoslepotou, jež prožili život v izolaci. Tyto tři kategorie lze podrobněji rozdělit na podskupiny, na osoby s normální zřetelnou řečí, osoby s nezřetelnou, ale všem pochopitelnou řečí, osoby s nesrozumitelnou řečí, kterou chápou pouze blízcí a známí a osoby se zcela nesrozumitelnou řečí.

Podle kontaktu hluchoslepých s okolním světem lze vymezit skupinu taktilní, skupinu vizuální a skupinu auditivní. V taktilní skupině jsou jedinci odkázáni pouze na hmatový kontakt s okolím, vizuální skupinu charakterizuje převládající zbytkové vidění a členové auditivní skupiny využívají pro kontakt zachovaný sluchový analyzátor. Velmi často ovšem dochází ke kombinaci předchozích skupin a tito lidé využívají více popsaných způsobů. Vzniká tak skupina taktilně-vizuální s převládající rolí hmatu, vizuálně-taktilní s dominancí zraku, vizuálně-auditivní a taktilně-auditivní. (Ludíková, 2000)

Další možnou klasifikaci hluchoslepoty od Alvareze uvádí Kowalik, Baňka (2000). Rozlišuje osoby hluchoslepé s nízkou úrovní činnosti a nízkou intelektuální úrovní, což jsou osoby, které potřebují realizovat edukační program ve speciálních podmínkách a osoby hluchoslepé s průměrnou nebo vysokou úrovní činnosti a s průměrnou nebo vysokou intelektuální úrovní, tyto osoby mají potenciální možnosti vést nezávislý nebo částečně nezávislý život a zapojit se do pracovního a společenského života.

2.2.1 Problematika sluchového postižení

Za sluchovou vadu lze podle Potměšila (2005) označit poškození orgánu, nebo jeho funkce, způsobující snížení kvality či kvantity slyšení. Podle velikosti ztráty sluchu (uváděné v decibelech) rozlišujeme normální sluch (ztráta 0-25 dB), lehkou

nedoslýchavost (26-40 dB), střední nedoslýchavost (41-55dB), středně těžkou vadu sluchu (56-70 dB), těžkou vadu sluchu (71-90 dB) a velmi závažné poškození sluchu, neboli hluchotu (91 a více dB). Ve speciálně pedagogické praxi se často užívá terminologie vycházející z oblasti medicínské, kde je jako sluchová vada označována:

- ohluchlost, tedy sluchová ztráta vznikající nejdříve v období dokončování vývoje mluvené řeči,
- hluchota, již charakterizujeme jako vrozenou nebo v časném věku získanou ztrátu sluchu spojenou s vývojovou nemluvností,
- zbytky sluchu neboli neúplná ztráta sluchu s vývojovou nemluvností,
- nedoslýchavost, tedy vrozená či získaná částečná ztráta sluchu.

Nedoslýchavost se dále člení na velmi těžkou, těžkou, střední a lehkou. Velmi těžká nedoslýchavost umožňuje vnímat mluvenou řeč v deformované podobě v těsné blízkosti ucha, osoba s těžkou nedoslýchavostí slyší mluvenou řeč do vzdálenosti jednoho metru od ucha, střední nedoslýchavost umožňuje poslech a rozumění mluvené řeči na vzdálenost jeden až tři metry od ucha a s lehkou nedoslýchavostí může člověk využívat sluch pro běžnou komunikaci s omezením například v rušném prostředí nebo při šeptání. (Potměšil, 2003; Potměšil, 2005)

Světová zdravotnická organizace, WHO, již v roce 1980 stanovila mezinárodní škálu stupňů sluchových poruch. Rozlišuje lehkou sluchovou poruchu (26–40 dB), střední sluchovou poruchu (41–55 dB), středně těžkou sluchovou poruchu (56–70 dB), těžkou sluchovou poruchu (71–91 dB) a úplnou ztrátu sluchu. (Souralová, Langer, 2005) Současná klasifikace sluchových vad podle WHO v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (© 2008) rozlišuje devět kategorií poruch sluchu spadajících pod převodní a percepční nedoslýchavosti, ztráty sluchu a dalších šest poruch vymezených jako jiné nedoslýchavosti, ztráty sluchu.

Hlaváčová (2007) rozděluje sluchové postižení na nedoslýchavost, což je stav při sluchové ztrátě 20 dB (lehká nedoslýchavost) až 90 dB (těžká nedoslýchavost), praktickou hluchotu neboli zbytky sluchu, která odpovídá sluchové ztrátě větší než 91 dB a totální hluchotu, jež představuje naprostou ztrátu sluchu.

Souralová, Langer (2005) mezi osoby se sluchovým postižením zahrnují osoby neslyšící, které ani s největším zesílením nemohou vnímat zvuky mluvené řeči, osoby nedoslýchavé, jejichž slyšení je ztrátou sluchu omezeno jen částečně a lze kompenzovat pomůckami a osoby ohluchlé, u nichž ke ztrátě sluchu došlo v období dokončování vývoje řeči nebo po jeho ukončení. Zároveň sem zařazují i osoby s kochleárním implantátem (viz kapitola 3.6).

Hrubý (1999) mezi sluchově postižené řadí:

- nedoslýchavé,
- ohluchlé, tedy osoby s vadou sluchu získanou až po rozvoji mluvené řeči,
- osoby s prelingvální úplnou hluchotou,
- neslyšící,
- osoby s kombinovanou sluchovou a zrakovou vadou,
- „šelestáře“,
- rodiče sluchově postižených dětí.

Pod nedoslýchavost řadí každé zhoršení sluchu oproti běžné populaci různého stupně, od lehké až po velmi těžkou nedoslýchavost. Značnou část nedoslýchavých tvoří staří lidé se zhoršeným sluchem v důsledku stárnutí, neboli stařeckou nedoslýchavostí či presbyakuzií. Jako „šelestáře“ označuje jedince se specifickou sluchovou vadou, ušními hluky či šelesty, též tinnitus. Jedná se o trvalý či záchvatovitý sluchový vjem v jednom či v obou uších bez vnějšího podnětu v různé síle a formách, např. hučení, syčení, cvrlikání, šustění, a další (Hrubý, 1998). Dále Hrubý (1998) rozlišuje sluchové vady podle fyziologického hlediska na vady převodní, percepční či kombinované. Převodní vada vzniká porušením mechanické části sluchové vady, tedy vnějšího nebo středního ucha. Je tedy narušen převod zvukových vibrací do hlemýždě. K vadě percepční, nebo též senzoneurální, dochází při poškození vnitřního ucha či vyšších částech sluchové dráhy, kdy je narušeno vnímání neboli percepce zvuku.

2.2.2 Problematika zrakového postižení

Za zrakové postižení je označována taková oční vada či choroba, jež i po optimální korekci narušuje zrakové vnímání natolik, že činí osobě problémy v běžném životě. Tyto nedostatky zrakové percepce mohou být různého rozsahu a etiologie. Poruchy zraku lze rozdělit do pěti skupin:

- ztráty zrakové ostrosti,
- postižení šíře zorného pole,
- okulomotorické problémy,
- obtíže se zpracováním zrakových informací,
- poruchy barvocitu.

Jedinci se zrakovým postižením však mohou mít problémy současně v několika z těchto oblastí. Ztráta zrakové ostrosti, též vizu, se projevuje nezřetelným viděním, kdy je problematické rozlišování detailů, ale nemusí být problém s identifikací velkých předmětů. Zraková ostrost se uvádí ve zlomku, který udává, z kolika metrů jedinec rozliší daný znak. Čitatelem zlomku je vzdálenost jedince od optotypů, na kterých je vizus měřen a jmenovatelem je vzdálenost, z níž by měl být daný řádek optotypu přečten (Řehůrek in Vítková, 1999). Poškození zorného pole znamená pro osobu omezení prostoru, který jedinec vidí, a to buď výpadek centrálního vidění či periferního vidění v různých částech zorného pole. Okulomotorické poruchy nastávají při vadné koordinaci pohybu očí projevující se při používání obou očí, při sledování pohybujícího se předmětu, při pohledu na blízký předmět, apod. či stáčením jednoho či obou očí do stran. Problémy se zpracováním zrakových informací vznikají poškozením zrakových center v mozkové kůře. Poruchy barvocitu se mohou projevit narušeným vnímáním jedné nebo více barev současně, ale i totální barvoslepotou. (Květoňová-Švecová, 2000)

Kromě již uvedených typů zrakových vad lze vymezit i stupně postižení zraku, při nichž se nejčastěji vychází ze stavu zrakové ostrosti, případně z míry ztráty zorného pole. Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (© 2008) rozlišuje osm typů zrakových

vad spadajících do kategorie poškození zraku včetně slepoty, a to slepotu binokulární a monokulární, těžkou zrakovou vadu binokulární a monokulární, středně těžkou zrakovou vadu binokulární, mírnou nebo žádnou zrakovou vadu binokulární, mírnou zrakovou vadu monokulární a neurčenou ztrátu zraku. Pro definování jednotlivých kategorií uvádí i tabulku s přesnými údaji ztráty zrakové ostrosti (viz Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 – Kategorie zrakových vad

Kategorie zrakové vady	Uváděný rozdíl zrakové ostrosti	
	horší než	stejně nebo lepší než
Mírná nebo žádná zraková vada 0		6/18 3/10 (0,3) 20/70
Středně těžká zraková vada 1	6/18 3/10 (0,3) 20/70	6/60 1/10 (0,01) 20/200
Těžká zraková vada 2	6/60 1/10 (0,01) 20/200	3/60 1/20 (0,05) 20/400
Slepota 3	3/60 1/20 (0,05) 20/400	1/60 * 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)
Slepota 4	1/60 * 1/50 (0,02) 5/300 (20/1200)	Vnímání světla
Slepota 5	Žádné vnímání světla	
9	Nezjištěna nebo nespecifikována	

* Nebo počítání prstů na vzdálenost 1 metru

Zdroj: MKN-10 (© 2008)

Řehůřek (in Vítková, 1999) rozlišuje slabozrakost, které připisuje pokles zrakové ostrosti menší než 5/15 nebo 6/18 až po 3/50, resp. 3/60, praktickou slepotu, jež definuje poklesem zrakové ostrosti pod 3/50 či 3/60 až po zbytky světlocitu s vadnou světelnou projekcí a absolutní slepotu, kdy není vůbec vnímáno světlo.

Finková (2011) uvádí Kuchynkovu klasifikaci zrakových vad, která rozlišuje normální zrak se zrakovou ostroostí větší než 6/18, zrakové postižení se zrakovou ostroostí v rozmezí 6/18 až 6/60, vážné zrakové postižení, kdy je zraková ostrost v intervalu 6/60 až 3/60 a slepotu, při níž je zraková ostrost menší než 3/60.

Hlaváčová (2007) člení zrakové postižení na slabozrakost, tedy snížení zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60, praktickou slepotu, která odpovídá poklesu zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 nebo zúžení zorného pole při zachování percepce v intervalu 5-10 stupňů a totální slepotu, což je pokles zrakové ostrosti pod 1/60 se zachovalým světlocitem s chybnou projekcí až po ztrátu světlocitu.

Finková, Ludíková, Růžičková (2007) a Hamadová, Květoňová, Nováková (2007) uvádějí čtyřstupňovou klasifikaci zrakového postižení, kterou nejčastěji užívá soudobá speciální pedagogika. Charakterizují tak osoby slabozraké, se zbytky zraku, nevidomé a osoby s poruchami binokulárního vidění. Slabozrakost je v tomto případě nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně a je možno odlišit lehkou a střední (do ztráty 6/60) a těžkou (pod 6/60 až do 3/60). Zbytky zraku představují ztráty zrakové ostrosti od 3/60 do 1 až 0,5/60 nebo omezení zorného pole na 5 až 10 stupňů. Nevidomé osoby s vizem pod 1/60 je možné dále rozdělit na osoby s praktickou nevidomostí, jež mají pokles zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 až zachovalý světlocit či omezené zorné pole méně než 5 stupňů, a osoby s totální nevidomostí (amauróza), u kterých je zachován světlocit s chybnou projekcí či je i světlocit ztracen. Poruchy binokulárního vidění jsou funkční poruchy omezující zrakové funkce oka. Mezi tyto poruchy lze zařadit například tupozrakost, čili amblyopii, u níž mají lidé výrazně sníženou zrakovou ostrost, dále šilhavost, neboli strabismus, při kterém je narušena vzájemná spolupráce obou očí a tudíž se při fixaci na určitý předmět osy očí neprotínají v témže bodě, a další poruchy.

2.3 Etiologie hluchoslepoty

Současné postižení zraku a sluchu může způsobovat hned celá řada příčin. Bylo jich objeveno již přes padesát, což ovšem není konečné číslo. Etiologie tohoto postižení je velmi široká a zjistit příčinu vzniku hluchoslepoty u konkrétního jedince může být mnohdy velice obtížné, neboť může dojít i ke kombinaci způsobujících faktorů. U mnoho diagnostikovaných případů zůstává i v současné době etiologie neznámá. Příčinou tohoto postižení mohou být syndromy a onemocnění, při kterých je hluchoslepoty dominantním příznakem či sekundárním jevem. Mezi etiologické

faktory lze zařadit hereditární vlivy, virové i neviróvé infekce, traumata, progresivní zrakové a sluchové vady, apod. Některé příčiny jsou poměrně časté, s jinými se setkáváme spíše sporadicky. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2005; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

Mezi nejčastěji uváděné příčiny hluchoslepoty patří např. biologická nezralost, způsobená předčasnými porody a nízkou porodní hmotností pod 1500 gramů, meningitida, neboli bakteriální zánět mozkových plen, zánětlivý proces postihující mozkovou tkáň, čili encefalitida, kongenitální toxoplazmóza vyvolaná parazitickým prvokem u matky v prvním trimestru těhotenství, kongenitální rubeola, neboli zarděnky prodělané v prvním trimestru těhotenství matky, cytomegalovirus (CMV), syfilis, apod. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2005; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

Mezi nejčastější syndromy způsobující hluchoslepotu patří Usherův syndrom, CHARGE syndrom, dále syndrom Goldenharův, Moebiov, Patauův, Rosenbergův, syndrom Cogan I., Goldův syndrom, syndrom De Toni-Fankoni, atd. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2005; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012). Usherův syndrom je jednou z genetických příčin, která způsobuje asi 50% všech případů hluchoslepoty. Oboustranné poškození sluchu v pásmu od lehké vady až po hluchotu v důsledku odumírání buněk Cortiho orgánu se projevuje při narození nebo krátce po narození a postupnou poruchou zraku způsobenou pigmentovou degenerací sítnice. Zrakové postižení začíná nejdříve v předškolním věku noční slepotou, postupně progreduje a může končit až totální slepotou. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2001; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012) Typickým příznakem této degenerace je šeroslepost, ztráta periferního vidění, nález na očním pozadí, atp. Častým jevem jsou denní výkyvy, kdy mají jedinci pocit, že vidí lépe či hůře. Typ I. Usherova syndromu se vyznačuje těžkým postižením sluchu, u Typu II. kolísá sluchová ztráta od lehké nedoslýchavosti až po úplnou ztrátu sluchu. (Ludíková, 2001) CHARGE syndrom je málo známá příčina hluchoslepoty, kdy je postižení zraku a sluchu doprovázeno i dalšími vadami. Jedná se o skupinu vrozených malformací, kdy každé písmeno v názvu představuje jeden symptom. „C“ duhovka nebo rohovka nejsou zcela uzavřeny, „H“ srdeční abnormality, „A“ vrozená neprůchodnost nosního otvoru, „R“ fyzické či mentální postižení, „G“ nedostatečný vývoj genitálií a „E“ postižení sluchu různého stupně, výskyt až v 85%. (Ludíková, 2000; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

Při Moebiově syndromu, který se objevil zhruba u dvou set případů, dochází k faciální paralýze, kdy se oči nemohou pohybovat ze střední linie. Oboustranná sluchová vada je převodního či smíšeného charakteru. Někdy se projeví i polykací problémy, či mentální postižení. Patauův syndrom způsobený dědičnou trizomií třináctého páru chromozomů je typický hluchotou, slepotou, rozštěpem rtu i patra, mikrocefalií, vrozenými srdečními vadami, polydaktylií, volnou kůží v záhybech, mentálním postižením, apod. Rosenbergův syndrom se projevuje v raném dětství nedoslýchavostí, která je progredující a postupně přechází až v hluchotu. Kolem dvacátého roku života se přidává i progredující vada zraku a dále se může objevit i atrofie svalů dolních končetin. U syndromu Cogan I. dochází k zánětu rohovky s poruchou osmého hlavového nervu, nedoslýchavosti, závratím a tinnitu. Goldenharův syndrom doprovázejí vrozené anomálie očí i uší, vrozená katarakta, anomálie žeber, obratlů a další. U Goldova syndromu se objevuje k poruše sluchu sekundárně i degenerativní změna na sítnici. Při syndromu De Toni-Fankoni dochází k progredující ztrátě sluchu a zánětlivým procesům na sítnici, končící často hluchotou a slepotou. Dalším příznakem jsou vrozená ledvinová selhání, zpomalení růstu, apod. (Ludíková, 2000)

K nejčastějším příčinám hluchoslepoty vzniklé během života lze zařadit infekční onemocnění, úrazy, progrese zrakových a sluchových vad, infekční meningitida, a další. Zapomenout nesmíme ani na fyziologický proces stárnutí, který může rovněž zásadně zhoršit vidění a slyšení některých jedinců. (Ludíková, 2000; Ludíková, 2005; Souralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

2.4 Diagnostika hluchoslepoty

Vstupní diagnostika je jednou z nejdůležitějších, ale současně nejobtížnějších fází péče o hluchoslepé jedince. Úkolem diagnostiky je přesné a včasné stanovení druhu a rozsahu poškození a omezení. Pro vytvoření co nejpřesnějšího obrazu o daném jedinci je nutné zajistit diagnostikování foniatrické, logopedické, oftalmologické, neurologické, psychologické a psychiatrické, pediatrické, a další. Kromě jmenovaných odborníků se na diagnostikování účastní i rodiče, kteří pomohou především se stanovením rodinné anamnézy. Proces tvorby diagnostiky a prognostiky je dlouhodobý, neboť je třeba

delšího intervalu vyšetřování, užití nestandardních prostředků a technik, apod. (Ludíková, 2000; Ludíková, Suralová, 2002; Ludíková, 2005)

Pro diagnostikování hluchoslepoty je stěžejní posouzení a klasifikace sluchové vady. Nejprve je třeba zjistit, zda vada sluchu vůbec existuje a poté zjistit její závažnost. Popsání úrovně poškození sluchu je podstatné i pro zvolení vhodného způsobu komunikace pro hluchosleпého jedince. Diagnostikou sluchu se zabývá medicínský obor audiologie. Má k dispozici celou řadu vyšetřovacích metod umožňujících velmi přesně odhalit případnou poruchu sluchu a navrhnout optimální technickou kompenzaci. Včasné odhalení vady sluchu v prvních měsících života je předpokladem úspěšné rehabilitace dítěte, přesto ale v České republice není povinné provádět v porodnicích screening sluchu. Naštěstí ho ale mnohé nemocnice provádějí. Jedná se o měření otoakustických emisí (OAE), které lze provést již druhý či třetí den po narození. Tato metoda měří odpověď vláskových buněk hlemýždě na zvukové podráždění. K dalším orientačním screeningovým metodám užívaných do tří let věku dítěte patří např. vyšetření nepodmíněných reflexů sledující reakce dítěte na zvukový signál, a to reflex orientační, Froschelsův kochleovestibulární a kochleofaciální, psychogalvanický reflex, Morův, Stapedidův, zornicový reflex, víčkový reflex, atp.) Vyšetření některých zmiňovaných reflexů nemusí být u některých hluchoslepých jedinců úspěšné, neboť u nich mohou být oči poškozené natolik, že není možné daný reflex sledovat. Sluch je rovněž možné vyšetřit tympanometrií, která měří tlak před a za bubínkem. Vyšetření evokovaných sluchových potenciálů ERA (Electric Response Audiometry) je možné provádět na různých místech sluchové dráhy a podle toho se mění i zkratka této vyšetřovací metody (EcoG pro oblast kochley, BERA pro oblasti sluchového nervu a mozkového kmene, CERA pro oblasti podkorových center a mozkové kůry). Metoda CERA však již není pro hluchosleпé příliš vhodná, neboť mozková kůra je ovlivnitelná únavou, apod. U některých starších hluchoslepých s menší sluchovou vadou lze využít také tónovou audiometrii, což je standardizovaná subjektivní zkouška sluchu, která zjišťuje nejnižší zachytitelnou intenzitu zvuku u konkrétního jedince. Slovní audiometrie obvykle nelze použít. Pokud má hluchosleпé dítě zachované alespoň zbytky zraku, je možné použít podmíněné audiometrie, Visual reinforcement audiometry (VRA), kdy jedinec odměnou za reakci na zvuk dostává pohyblivý obraz nebo CORA (Orienting reflex audiometry), která vyšetřuje schopnost

rozeznání směru zvuku. Výsledky prvotní diagnostiky sluchu je nutné postupně doplňovat a upřesňovat, což spočívá v opakování vyšetření, ale i pozorování jedince v běžných situacích. (Hrubý, 1998; Ludíková, 2000; Ludíková, Suralová, 2002; Suralová, Langer, 2005; Horáková, 2012)

Diagnostika hluchoslepoty je závislá také na posouzení zrakové vady. Úkolem oftalmologické diagnostiky je určení druhu a rozsahu zrakového poškození, k čemuž se využívá celá řada metod. Okamžitě po porodu lze určit stav viditelných částí oka a odhalit tak pouhým pohledem některé malformace, např. velikost oční bulvy, stav rohovky a čočky, tvar víček, kvalitu spojivek, atd. Další posouzení zrakového analyzátoru a jeho funkčnosti je možné až v pozdějším období pomocí speciálních vyšetřovacích metod, pomůcek a elektrofyziologických testů. Vždy se však musí přihlížet na individuální parametry jedince a na možné komplikace vyšetření vzhledem ke ztíženému dorozumívání hluchoslepých. Oční pozadí lze například kontrolovat pomocí oftalmoskopu, krevní oběh v sítnici a cévnatce můžeme sledovat díky fluorescenční angiografii, refrakci lze vyšetřit skiaskopií, keratometrií či refraktometrií, výši očního tlaku zjistíme očním tonometrem, k měření vzdálenosti okrajů rohovky od okrajů očnic je užíván exophthalmometr, k vyšetření očnic slouží skiasgrafie, apod. Zrakový vizus, důležitý pro klasifikaci zrakové vady (viz kapitola 2.2.2) a následně i klasifikaci hluchoslepoty se zjišťuje na optotypech různého typu (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007). Mezi elektrofyziologické vyšetřovací metody patří elektroretinografie (ERG), vhodná např. při posouzení degenerativních onemocnění sítnice, elektrookulografie (EOG) sloužící pro diagnostikování pigmentových změn sítnice, magnetic resonance imaging (MRI), počítačová tomografie (CT), a další. Oční lékař na základě výsledků jednotlivých vyšetření určuje vhodné ošetřování, indikuje možný chirurgický zákrok, doporučuje druh osvětlení a užívání optických pomůcek, apod. Kromě medicínských vyšetření existuje i mnoho dalších technik a testů k posouzení zraku, užívaných především terapeutů. Vypořádat lze například úroveň světlocitu, tedy to, zda je hluchoslepý schopen rozlišit světlo a tmou, využívání zraku v sociálních situacích, tedy rozlišování osob a navazování očního kontaktu, úroveň zrakové ostrosti, čili rozpoznávání předmětů, využitelnost zraku při prostorové orientaci a pohybu v prostoru, atp. (Ludíková, 2000; Ludíková, Suralová, 2002)

Kromě posouzení zraku a sluchu je nutné se při diagnostice a prognostice věnovat i struktuře osobnosti jedince, jeho vlastnostem a schopnostem, posouzení intelektových předpokladů, sociabilitě, tedy schopnosti žít ve společnosti, atp. Stanovení psychomotorického vývoje hluchosleпého dítěte je však velice obtížné, neboť nikde ve světě neexistují žádné jednoznačné, objektivní vyšetřovací metody. Rovněž posouzení intelektuálních schopností je složité, jelikož nelze pracovat s běžně užívanými testy díky omezeným či absenci dorozumivacích prostředků. Rovněž hraje při zkoumání inteligence roli sensorická deprivace, která způsobuje nedostatek podnětů a tím působí na kognitivní projevy, jež může zkreslit natolik, že se dítě projevuje obdobně jako dítě mentálně postižené. Diferenciální diagnostika těchto sekundárních projevů zrakové a sluchové deprivace a skutečného organického poškození mozku je tedy přímo nutností. Nejčastěji využívanou vyšetřovací metodou ke stanovení diagnózy je pozorování, jehož prostřednictvím se u hluchosleпých může sledovat úroveň komunikace, interpersonální vztahy, kognitivní funkce, aj. (Ludíková, 2000; Ludíková, Souralová, 2002)

2.5 Charakteristika osob s hluchoslepotou

Charakterizovat osoby s hluchoslepotou je velice složitý počín, neboť lidé s tímto druhem postižení jsou mezi sebou navzájem velmi rozmanití. Zásadním hlediskem této diverzity je typ hluchoslepoty, ale i v jednotlivých kategoriích tohoto postižení je každá osoba nějakým způsobem odlišná, jedná se totiž o velmi heterogenní skupinu, jež se výrazně diferencuje i uvnitř jednotlivých podskupin (jak již bylo řečeno v kapitole 2.2). Rozdílnost ovšem nesmí tvořit překážku pro vytváření společenství hluchosleпých lidí a pro jejich jednotu. Mělo by platit heslo jednota v mnohosti, unitas in pluralitate. (Jakeš, 2008)

U velkého množství osob s hluchoslepotou se projevuje deprivace, strádání z nedostatku nejrůznějších podnětů. Citová deprivace se objevuje při nedostatečně stabilním citovém vztahu dítěte s hluchoslepotou s jeho matkou či jiným příbuzným. Sociální deprivace pak vzniká z nedostatku interpersonálních kontaktů s okolím. Nedostatek zrakových a sluchových podnětů bývá doprovázen tzv. kognitivní deprivací

způsobenou nedostatečnou možností získávat obecné poznatky, informace. (Souralová, Horáková, 2008) Tato kognitivní, též informační deprivace může ovlivnit některé psychické procesy člověka, např. vnímání, poznávání, schopnost orientace v sociálním i fyzickém prostředí, schopnost adaptace a adekvátní reakce, apod., jež mají dopad na schopnost interakce s prostředním a mohou vyvrcholit až ztrátou schopnosti reprodukce individuálního bytí člověka. Do sensorické, smyslové deprivace se jedinec dostává omezením stálého přílivu určitého množství stimulace. Tato deprivace je spojena s rozvratem psychické činnosti a chování, zhoršuje se zapamatování, myšlení, objevují se vtíravé představy, v krajním případě až halucinace. Výsledkem toho jsou časté deprivační poruchy, jako např. pasivita, citové a sociální problémy, apod. (Jakeš, 2004a)

Osoby s částečnou hluchoslepotou mohou získávat informace zachovalými zbytky zraku či sluchu, popřípadě oběma smysly. Je proto nutné tyto zbytky vnímání aktivovat a rozvíjet. (Kowalik, Baňka, 2000) Hluchoslepý s převahou sluchového postižení preferuje příjem informací zrakem, jež mu do určité míry kompenzuje sluchovou ztrátu. Důležitým informačním zdrojem jsou ale i vibrační počítky, které mohou sloužit hluchoslepému k rozeznání chůze jednotlivých osob, určení druhu a směru pohybu dopravních prostředků, atd. Při interakci s okolím využívá obvykle přirozená gesta, znakový jazyk, apod. Tito hluchoslepi obvykle nemívají problémy s orientací v prostoru, s hrubou ani jemnou motorikou. Hluchoslepý s převahou zrakového postižení nahrazuje nedostatečnou funkci zraku a sluchu především hmatovým vnímáním. Značný informační charakter mají i čichové vjemy. V komunikaci preferuje mluvenou řeč, Braillovo bodové písmo, atd. Jedinci mohou mít problém s koordinací pohybu, například při chůzi a podobně, neboť pohyb nemají pod zrakovou kontrolou. Obtíže bývají i v oblasti jemné motoriky, typická je hmatová neobratnost i odmítavý postoj k manipulaci s předměty. (Ludíková, Souralová, 2002; Souralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

Totální hluchoslepota bývá označována jako postižení s nejtěžšími následky. Tito jedinci mají omezenou možnost normálního rozvoje poznávacích, emocionálních i sociálních funkcí. Bez terapeutické péče se mohou nacházet ve vegetativním stadiu života. Často bývají nedostatečně vyvinutí z důvodu obtíží při přijímání potravy, motorická aktivita bývá omezena na stereotypní kývavé pohyby, v sociální oblasti

se projevují egocentricky, s omezeným uvědomováním dalších osob a někdy mají sklony k sebepoškozování. Osoby s vrozenou totální hluchoslepotou bývají lhostejné, netečné vůči svému okolí, špatně snáší tělesný kontakt, preferují polohu vleže, mohou se vyskytovat problémy s defekací, rytmus spánku bývá nepravidelný, atd. (Ludíková, Suralová, 2002; Suralová, Horáková, 2008; Horáková, 2012)

Kowalik, Baňka (2000) charakterizují osoby s vrozenou hluchoslepotou jako jedince, kteří jsou od počátku svého života zbaveni možnosti získávat informace zrakem a sluchem a kontaktovat tak okolí. Typická je velká míra pasivity a apatie, obvykle častěji leží, málokdy konají cílené pohyby rukou, časté jsou různé formy stereotypního chování, apod. Základní potřeby těchto osob ústí k vytvoření podmínek pro psychofyzický i sociální rozvoj.

U osob se získanou hluchoslepotou záleží na době vzniku postižení, na stupni postižení, zda se jedná o osoby s vrozenou ztrátou jednoho smyslu nebo o osoby ohluchlé i osleplé v průběhu života, aj. Tito jedinci se v průběhu života setkali se zrakovými či sluchovými vjemy a díky této zkušenosti dosáhli určité úrovně psychofyzického a společenského rozvoje. Jejich vývoj probíhal v intaktním prostředí, popřípadě v prostředí jednoho či druhého postižení, mají tak určité znalosti o světě, jež je možné využít jako základnu pro rozvoj dalších schopností. (Kowalik, Baňka, 2000)

3 Systém péče o jedince s hluchoslepotou

Vzhledem k velké heterogenitě skupiny osob s hluchoslepotou je i systém péče o tyto osoby velice různorodý. Ne všechny níže uváděné kapitoly se proto týkají celé skupiny osob s hluchoslepotou. Vždy je nutné přihlížet k tomu, že každý jedinec má velmi individuální potřeby v souvislosti se stupněm jeho postižení, dobou vzniku poškození zraku a sluchu, osobností jedince, apod.

3.1 Komunikace osob s hluchoslepotou

Při jakékoli interakci s lidmi s hluchoslepotou je důležité zvolit vhodný způsob dorozumívání, jelikož každý jedinec preferuje jiný druh komunikace, podle stupně a struktury postižení, doby vzniku postižení, dle svých schopností a dovedností, apod. U osob se získanou hluchoslepotou bývá volba vhodného komunikačního systému jednodušší, jelikož tito jedinci již mají vybudované základy komunikace, z nichž se může vycházet. Při ztrátě jednoho či obou smyslů pak dochází pouze k jisté „rekvalifikaci“ na jiný způsob komunikace, jež bývá podobný systému původnímu. Lidé s vrozenou hluchoslepotou si ovšem musí vytvořit komunikaci zcela od začátku a je proto důležité zvolit nejvhodnější formu. K budování komunikace u těchto dětí je nutné začít s nimi co nejdříve pracovat, a proto je zapotřebí včasná a správná diagnostika. Již od raného věku dítěte bychom se měli snažit o to, aby vnímalo co nejvíce věcí a činností ze svého okolí, takže ho necháme vše osahat. Rovněž je vhodné dodržovat pravidelnost v činnostech, aby dítě získalo jistotu, co se s ním a kolem něho děje. Dále je nutné dítěti určitým způsobem věci a činnosti pojmenovávat, zvolíme tedy určitý komunikační systém, který se následně může vyvíjet či zcela změnit. Tyto informace dítě zpočátku pouze pasivně přijímá, a proto musí komunikační partner postupovat velice empaticky, volit správné množství pojmů, trpělivě vyčkávat jejich pochopení, atd. Postupně komunikace může přejít k vyjadřování vlastních přání dítěte, kdy dítě naučíme odpovídat na otázky a volit ze dvou možností, ano/ne. Postupně lze přejít i ke složitějšímu výběru mezi dvěma činnostmi, apod. V další fázi je nutné naučit dítě vyjadřovat vlastní potřeby a přání tak, že nečeká na otázku, ale samotné

začne komunikovat. Aby bylo dítě lépe motivované ke komunikaci, musíme mu poskytovat zpětnou vazbu a dát mu možnost komunikovat. Je proto vhodné zapojit více lidí s širšího okolí, kteří ale musí používat pouze komunikační systém, jenž byl pro dítě zvolen. (Rosulková, 2006)

V zákoně č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů, je vymezena celá řada komunikačních systémů, jež mohou osoby s hluchoslepotou využívat. Je to český znakový jazyk, znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči, Lormova abeceda, daktylografika, Braillovo písmo s využitím taktilní formy, taktilní odezírání a vibrační metoda Tadoma. Kromě svobodné volby nejvhodnějšího způsobu komunikace připisuje rovněž výše uvedený zákon všem osobám s hluchoslepotou právo na možnost využití vybraného dorozumívacího systému ve všech běžných situacích, např. u lékaře, ve škole, na úradech, apod.

Jedním z vymezených komunikačních systémů je například znakový jazyk, což je dorozumívací systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou a prstů, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicí hlavy a horní části trupu. Je vhodný pro hluchoslepé osoby se zbytky zraku a jedince, kteří prelingválně přišli o sluch, a později se u nich objevilo zrakové postižení. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Rosulková, 2006; Hlaváčová, 2007; Suralová, Horáková, 2008; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů) S ohledem na zrakové indispozice je někdy vhodné znakový jazyk modifikovat, např. omezit počet pohybů ve znaku, vyhnout se asymetrickým obouručním znakům, využívat u znaků spíše celou ruku, ne jen její části či pouze prsty, zmenšit znakovací prostor dle zorného úhlu jedince s hluchoslepotou, apod. (Suralová, 2000; Suralová, Horáková, 2008) Rovněž můžeme znakový jazyk upravit tak, aby každý jeho znak začínal a končil na těle, tzv. znakování na tělo. Využívá se především u lidí s vrozenou hluchoslepotou. (Rosulková, 2006) Nedostatečná zraková vazba některých osob s hluchoslepotou lze nahradit vazbou dotykově kinestetickou a využít taktilní znakování, někdy též nazývané jako tzv. znakování ruku v ruce. Tato metoda se užívá především u lidí primárně sluchově postižených, kteří přišli o zrak až v pozdějším období, jelikož se navazuje na znalost znakového jazyka. Lidé vnímají běžné znaky tak, že drží svého komunikačního partnera za ruce a takto odhmatávají tvar, polohu a pohyb rukou. Užívat lze jednoruční

i dvouruční podobu taktilního znakového jazyka. Nemanuální prvky znakového jazyka, např. pohyb hlavy, výraz obličeje, apod., jsou převedeny do znaků. Taktilní komunikace může probíhat lineárně (též paralelně), kdy jsou komunikující vedle sebe, nebo frontálně, tedy proti sobě. Langer, Suralová, Horáková (2010) uvádějí ještě třetí typ komunikace, využívající se především při výuce taktilního znakování, jímž je pozice dorzální, při které je vidící mluvčí za zády člověka s hluchoslepotou. Při taktilním znakovém jazyku je nutné přizpůsobit tempo komunikace, dbát na zpětnou vazbu, kterou zjišťujeme porozumění osoby s hluchoslepotou, atd. Tento způsob komunikace je vhodný pro hluchoslepé osoby s praktickou či totální slepotou. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Rosulková, 2006; Hlaváčová, 2007; Suralová, Horáková, 2008; Slowík, 2010)

Znakovanou češtinu vymezuje zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, ve znění pozdějších předpisů, jako systém využívající gramatické prostředky češtiny, kdy je spolu s jednotlivými českými slovy ukazován znak, převzatý z českého znakového jazyka. V taktilní formě může být užívána u jedinců s hluchoslepotou, kteří ovládají český jazyk. Slowík (2010) uvádí, že tento systém komunikace je vhodný především pro osoby s hluchoslepotou, u kterých se sluchové postižení objevilo až v pozdějším věku.

Daktylotika neboli prstová abeceda využívá ustálená postavení prstů a dlaně jedné či obou rukou k vyjádření jednotlivých písmen abecedy. Užívá se především u hluchoslepých osob se zachovanými zbytky zraku. (Ludíková, 2000; Rosulková, 2006; Hlaváčová, 2007; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Daktylotika do dlaně je modifikovaná prstová abeceda pro hluchoslepé osoby s praktickou či totální slepotou. Znaky pro jednotlivá písmena se ukazují do dlaně a příjemce je vnímá svým hmatem. Tento způsob komunikace je poměrně pomalý, jelikož je nutné rozpoznat jednotlivá písmena podle tvaru ruky, z písmen složit slovo, které musí být odděleno dostatečnou pauzou a následně rozlišit i věty. Navzdory časovému omezení je však tato komunikace považována za efektivní, neboť je příjemce schopen porozumět až 80 % informací. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Hlaváčová, 2007; Suralová, Horáková, 2008; Langer, Suralová, Horáková, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Daktylografika je systém, kdy se velká tiskací písmena vpisují do dlaně osoby s hluchoslepotou. Bývá preferováno lineární postavení komunikujících osob, aby nedocházelo k zrcadlovému zkreslování písmen. Je nutné jednoznačně oddělovat jednotlivá slova, věty ukončovat interpunkčními symboly, volit jednoduché věty pro snadnější zapamatování, atd. Většinou se tento způsob komunikace využívá u osob se získanou hluchoslepotou v pozdějším věku. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Hlaváčová, 2007; Langer, Suralová, Horáková, 2010; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Braillovo písmo se skládá z šesti reliéfních bodů seřazených do obdélníku o dvou sloupcích a třech řádcích. Kombinací těchto bodů jsou tvořena jednotlivá písmena, diakritická znaménka, apod., která lze číst hmatem. Tento systém je vhodný pro hluchoslepé osoby s praktickou či totální slepotou. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Hlaváčová, 2007; Suralová, Horáková, 2008) Pro osoby s hluchoslepotou existují další dvě varianty Braillova písma. U jednoručního bodového písma do dvou prstů se jednotlivé kombinace bodů vpisují do jednotlivých článků ukazováčku a prostředníčku. Při využívání dvouručního Braillova písma do prstů má osoba, která sděluje informaci, své ruce položené na prstech osoby s hluchoslepotou tak, jako by psala na psacím stroji pro bodové písmo, tzv. Pichtův stroj. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Suralová, Horáková, 2008; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Osoby s hluchoslepotou mohou též využívat dlaňové komunikační systémy. Patří mezi ně abecedy, v nichž každému písmenu odpovídá část prstu nebo dlaně, na který je při artikulaci působen tlak mírným stiskem či pohybem v dané části ruky. Každá země si dlaňovou abecedu modifikovala dle vlastních jazykových potřeb. (Ludíková, 2000; Suralová, 2000; Suralová, Horáková, 2008) Nejznámější je Lormova abeceda, při níž se jednotlivá písmena vyjadřují pohyby a doteky na pravé či levé ruce s mírně roztaženými a napjatými prsty. Doteky na dlaň, zápěstí a prsty bývají většinou artikulovány ukazováčkem. Výhodou této abecedy je fakt, že k ní nepotřebujeme žádné speciální pomůcky, je relativně snadno naučitelná, je rychlejší než prstová abeceda, ovšem stále pomalejší než mluvený jazyk. Lormovu abecedu preferují převážně osoby s hluchoslepotou, kteří ovládají český jazyk, ale v důsledku těžkého smyslového postižení ho nejsou schopni vnímat sluchem a zrakem. Tuto abecedu ovšem mohou

používat i lidé bez znalosti běžné české abecedy, ti pak jednotlivá slova čtou globálně jako shluk určitých dotyků. (Rosulková, 2006; Souralová, Horáková, 2008; Langer, Souralová, Horáková, 2010; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Vizualizace mluvené češtiny spočívá ve zřetelné artikulaci českých slov ústy pro snadnější odezírání mluveného projevu. Odezírání neboli čtení ze rtů je méně využívaná forma komunikace, neboť vyžaduje velmi dobré zbytky zraku. (Ludíková, 2000; Hlaváčová, 2007; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Taktilní odezírání, též taktiling či rozumění hmatem, je založeno na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek mluvčího. Osoba s hluchoslepotou má položenou ruku na rameni mluvčí osoby a palcem se dotýká jejího krku. Tato metoda je většinou využívána jen mezi nejbližšími členy rodiny či přáteli. (Ludíková, 2000; Souralová, 2000; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

U vibrační metody Tadoma jedinec s hluchoslepotou odhmatává hlasový projev mluvčího na jeho rtech, tvářích a krku. Vnímá takto lze vibrace a pohyby čelisti, lícnic a krčních svalů. Tato metoda není příliš využívaná, může sloužit jako doplněk k odezírání u hluchoslepých osob se zbytky zraku či zcela nahradit odezírání u hluchoslepých jedinců s totální slepotou. (Ludíková, 2000; Souralová, 2000; Souralová, Horáková, 2008; Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Některé osoby s hluchoslepotou mohou preferovat písemný záznam mluvené řeči. Jedná se o převod řeči do písemné podoby pomocí zvětšeného písma či Braillova písma. (Slowík, 2010; Zákon č. 155/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Rosulková (2006) uvádí i některé další možné formy komunikace, například pomocí zástupných předmětů či fotografií, piktogramů, reliéfních piktogramů, apod.

V současné době je však celosvětovým trendem tzv. totální komunikace osob s hluchoslepotou, kdy jsou různé jazykové i nejazykové projevy považovány za rovnocenné a vzájemně se doplňující formy dorozumívání. Využívá se tak kombinace různých technik, například mimika a znakový jazyk, odezírání a přirozená gesta, atd. (Ludíková, 2000)

3.2 Vzdělávání osob s hluchoslepotou

Cílem výchovně vzdělávacího procesu osob s hluchoslepotou v České republice je snaha o výchování samostatných jedinců, kteří se v co největší možné míře zapojují do společnosti. Celá koncepce vzdělávání tedy směřuje od segregáčního pojetí péče o tyto jedince, snaží se neponechávat děti pouze v péči rodiny, ale naopak je začleňovat do příslušných zařízení, která umožní jejich osamostatnění. (Ludíková, 2000)

Děti s hluchoslepotou mají možnost dle vyhlášky 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, být vzdělávány, jakožto děti se zdravotním postižením, formou individuální či skupinové integrace, ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením nebo kombinací těchto uvedených forem. Integrace může probíhat v běžné škole či ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, připisuje dětem s hluchoslepotou právo na vzdělávání odpovídající jejich možnostem a potřebám, tedy i vzdělávání pomocí zvoleného komunikačního systému. Vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ještě doplňuje podpůrná opatření pro vzdělávání žáků se zdravotním postižením, kterými jsou např. speciální metody, formy a prostředky vzdělávání, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, předměty speciálně pedagogické péče, služby asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě, atd. Od 1. září 2016 vejde v platnost vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která tato podpůrná opatření kategorizuje do pěti stupňů a uvádí přesná kritéria k jejich užití u konkrétních žáků. Školský zákon dále dětem s hluchoslepotou, jakožto žákům se souběžným postižením více vadami, umožňuje připravovat se na vzdělání v přípravném stupni základní školy speciální.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zmiňuje mezi školami samostatně zřízenými pro žáky se zdravotním postižením i školy speciálně určené pro osoby s hluchoslepotou, jimiž jsou mateřská škola pro hluchoslepé a základní škola pro hluchoslepé. V adresáři služeb pro hluchoslepé (© 2015) jsou uvedeny dvě

konkrétní školy, a to Dětský domov a Mateřská škola speciální Beroun a Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené v Olomouci.

Mateřská škola v Berouně je školské zařízení existující již od roku 1993, nejdříve jako součást Institutu pro neslyšící, poté postupně pod názvy Speciální mateřská škola pro děti s více vadami a Mateřská škola speciální. Až v roce 2007 se zařízení přestěhovalo do nových prostor a přejmenovalo se na současný název. Tato příspěvková organizace poskytuje komplexní péči v bezbariérovém prostředí dětem s postižením sluchu, s postižením sluchu v kombinaci s dalším postižením a s narušenou komunikační schopností. Účelem této školy je poskytovat předškolní vzdělávání přednostně dětem s nařízenou ústavní výchovou a zdravotním postižením. Kapacita MŠ speciální je 18 dětí, třídy jsou naplňovány nejvýše do počtu 6 dětí, ale skutečný počet dětí závisí na míře potřeby speciálně pedagogické podpory. Děti mají vypracované individuální vzdělávací plány a při vzdělání se využívají metody alternativní a augmentativní komunikace, prvky znakového jazyka, logopedická prevence, metody strukturovaného učení, apod. (DDMSBEROUN, © 2016)

Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené v Olomouci byla založena již v roce 1894. Nejprve fungovala jako Zemský ústav pro hluchoněmé, poté jako ZŠ pro žáky se zbytky sluchu a až v roce 1999 se přestěhovala na současné místo, kde působí až do současnosti. Součástí školy je mateřská škola pro sluchově postižené, vzdělávající děti se sluchovým postižením, kombinovaným postižením a narušenou komunikační schopností. Další součástí je základní škola pro sluchově postižené, kde se jako základní vyučovací metoda využívá totální komunikace. Od školního roku 2008/2009 byla zřízena i praktická škola dvouletá, jež nabízí studijní program Ruční práce a příprava pokrmů, pro žáky se sluchovým, zrakovým, mentálním a tělesným postižením či žáky s kombinovaným postižením, včetně hluchoslepoty. Hlavním cílem praktické školy je rozvoj a upevňování sebeobslužných, komunikačních a sociálních schopností a dovedností. Škola je ukončena závěrečnou zkouškou. (Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené, Kosmonautů 4, Olomouc, © 2014) Tzv. experimentální třída pro hluchoslepé byla na této škole zřízena kolem roku 1992/1993, nejprve v mateřské, později na základní škole. Běžnou součástí základní školy se třída stala až v roce 1996. Vyučovalo se v ní podle speciálních osnov pro hluchoslepé, školní docházka byla desetiletá a využívali ji žáci z celé republiky.

(Langer, 2003; Langer, 2006) Již několik let ovšem na Střední škole, základní škole a mateřské škole pro sluchově postižené v Olomouci nejsou vzdělávání žádní žáci s hluchoslepotou.

3.2.1 Poradenství

Nedílnou součástí soudobé koncepce vzdělávání je i poradenský systém, který je určen nejen osobám s postižením, ale i jejich rodinám, atp. Poradenské služby v České republice zajišťují školy prostřednictvím školních poradenských pracovišť a školská poradenská zařízení, mezi něž patří např. pedagogicko-psychologické poradny (dále též PPP či poradny) a speciálně pedagogická centra (dále též SPC či centra). Účelem poradenských služeb je dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, přispívat k utváření podmínek pro tělesný, psychický i sociální vývoj a rozvoj osobnosti, pomáhat v naplňování vzdělávacích potřeb a rozvoji schopností, dovedností a zájmů, přispívat k prevenci a řešení výukových a výchovných obtíží, pomáhat při volbě vzdělávací cesty a později i profesního uplatnění, přispívat k vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání dětí se zdravotním postižením, zdravotním či sociálním znevýhodněním, dětí z jiných kulturních či etnických skupin i dětí nadaných a mimořádně nadaných, snažit se zmírňovat důsledky postižení i znevýhodnění, rozvíjet pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické znalosti a dovednosti pedagogických pracovníků, apod.

Školní poradenské pracoviště

Poradenské služby ve škole zajišťuje výchovný poradce a školní metodik prevence, případně i školní psycholog a školní speciální pedagog. Tyto služby na jednotlivých školách odpovídají počtu a potřebám žáků dané školy a zaměřují se na prevenci školní neúspěšnosti, prevenci sociálně patologických jevů, kariérové poradenství, odbornou podporu při integraci a vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, metodickou podporu učitelům, atd. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Výchovný poradce na škole provádí poradenské, metodické a informační činnosti, žákům s hluchoslepotou může tedy například poskytovat kariérové poradenství, zajišťovat či zprostředkovat diagnostiku speciálních vzdělávacích potřeb, připravit podmínky pro integraci, koordinovat poskytování poradenských služeb školou a poradenských zařízení, aj. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Školní metodik prevence vykonává informační, poradenské, metodické a koordinační činnosti, věnuje se především oblasti prevence sociálně patologických jevů, které se mohou týkat i žáků s hluchoslepotou. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Školní psycholog má na škole dle vyhlášky č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, za úkol diagnostiku, depistáž, konzultační, poradenské a intervenční práce, metodickou práci a vzdělávací činnost. S žáky s hluchoslepotou souvisí hned několik jeho úkolů, např. zjišťuje sociální klima třídy, pečuje o integrované žáky, pomáhá při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, poskytuje kariérové poradenství, věnuje se prevenci školního neúspěchu, poskytuje konzultace ohledně vhodných technik a hygieny učení, atp.

Náplní práce školního speciálního pedagoga jsou depistážní, metodické a koordinační činnosti. V souvislosti s žáky s hluchoslepotou speciální pedagog např. diagnostikuje speciální vzdělávací potřeby, shromažďuje údaje o žákovi, stanovuje individuální plán podpory, připravuje a upravuje podmínky pro integraci, realizuje intervenční činnosti, tedy provádí či zajišťuje individuální i skupinové práce s žáky, podílí se na vytváření individuálního vzdělávacího plánu, zajišťuje úpravy prostředí školy a speciální pomůcky, metodicky pomáhá asistentovi pedagoga, a další. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Školská poradenská zařízení

Školská poradenská zařízení dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, kromě poradenských služeb vykonávají též činnost informační, diagnostickou a metodickou, poskytují odborné speciálně-pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči, apod.

Pedagogicko-psychologická poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pomoc při výchově a vzdělávání žáků. Tyto činnosti se uskutečňují ambulantně v poradně či formou návštěv ve školách a školských zařízeních. PPP zjišťuje připravenost žáků na školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků, na základě diagnostiky vypracovává odborné posudky, doporučuje návrhy podpůrných či vyrovnávacích opatření, zařazení žáků do přizpůsobených vzdělávacích programů, případně do odpovídající školy a třídy, poskytuje metodickou podporu škole, atd. Mezi standardní činnosti patří komplexní či záměrná psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, psychologická a speciálně pedagogická intervence, informační a metodická činnost, příprava podkladů pro vzdělávací opatření, dokumentace, a další. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Hlavním úkolem poraden je poskytnutí pomoci při řešení výukových a výchovných problémů dětí, ale rovněž poskytují pomoc při profesní orientaci žáků. V praxi se poradny zaměřují především na diagnostiku bez přímé návazné speciálně pedagogické péče. (Renotiérová, Ludíková, 2004) Do týmu odborníků PPP patří psychologové, speciální pedagogové a sociální pracovníci. (Opatřilová, Procházková, 2011)

Speciálně pedagogické centrum poskytuje poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením, ev. žáků se zdravotním znevýhodněním, ve věku od 3 let do ukončení školní docházky. Činnost centra je prováděna ambulantně na pracovišti nebo návštěvami ve školách a školských zařízeních či v rodinách i v zařízeních pečujících o žáky se zdravotním postižením. SPC poskytuje metodickou pomoc škole, poradenství zákonným zástupcům, zjišťuje připravenost žáků s postižením na povinnou školní docházku, zpracovává podklady k integraci těchto žáků, zajišťuje jim speciálně pedagogickou péči a vzdělávání, provádí speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku, atd. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Ve speciálně pedagogických centrech pracují speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci. Také může být pracovní tým doplněn dalšími odborníky dle konkrétního zaměření centra. (Opatřilová, Procházková, 2011) Každé centrum totiž zaměřuje své služby na jeden či více druhů zdravotního postižení, ale zároveň vykonává i standardní činnosti, které jsou společné pro všechna centra. Mezi společné činnosti všech center patří např. vyhledávání žáků se zdravotním

postížením, diagnostika žáka, individuální a skupinová přímá práce s žákem, kariérové poradenství, sociálně právní poradenství, konzultace pro pedagogické pracovníky i rodiny, zapůjčování odborné literatury a pomůcek, spolupráce na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu, pomoc při integraci, zajištění komplexní péče pro všestranný rozvoj žáků v duchu tzv. ucelené rehabilitace, aj. Další činnosti center se již odvíjejí od jejich zaměření na konkrétní druh postižení. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Žáci s hluchoslepotou mohou využívat služeb speciálně pedagogických center pro žáky hluchoslepé, případně SPC pro žáky s více vadami, pro žáky se sluchovým či zrakovým postižením. Centrum poskytující služby žákům se sluchovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky, pomáhá při budování a rozvoji komunikačních dovedností žáka, zajišťuje či zprostředkovává kurzy znakového jazyka pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky, provádí nácvik používání kompenzačních pomůcek a využívání nepostižených smyslových funkcí, atd. Centrum poskytující služby žákům se zrakovým postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky, se zaměřuje na nácvik používání kompenzačních pomůcek, smyslovou výchovu, rozvoj zrakových funkcí a zrakovou stimulaci, zrakovou hygienu, nácvik čtení a psaní bodového písma a zvětšeného černotisku, nácvik orientace a samostatného pohybu, nácvik sebeobsluhy, atp. (Vyhláška č. 72/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Náplní činnosti SPC pro hluchoslepé je depistáž dětí s hluchoslepotou, evidence těchto dětí, práce v rodině s dítětem s hluchoslepotou, spolupráce s třídami pro děti hluchoslepé, spolupráce s ostatními centry a dalšími zařízeními a organizacemi, aj. V týmu odborníků v těchto centrech by měl být alespoň jeden speciální pedagog se specializací na surdopedii a jeden se specializací na oftalmopedii. (Ludíková, 2000)

V České republice je cca 120 speciálně pedagogických center zřízených převážně Krajskými úřady, nebo Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy či soukromými subjekty. Neexistuje ovšem žádný přesný soupis SPC. (Michalík, 2013) V současné době u nás neexistuje žádné centrum zaměřené pouze na jedince s hluchoslepotou, proto tyto děti využívají SPC pro osoby se zrakovým či sluchovým postižením nebo SPC pro osoby s více vadami. Pouze dvě centra však uvádějí v cílové skupině přímo osoby s hluchoslepotou, a to Speciálně pedagogické centrum při Dětském domově

a mateřské škole speciální Beroun a Speciálně pedagogické centrum pro sluchově postižené při střední škole, základní škole a mateřské škole pro sluchově postižené v Olomouci. (Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené, Kosmonautů 4, Olomouc, © 2014; SPC Beroun, © 2016)

3.3 Možnosti pracovního uplatnění a socializace

Po absolvování školní docházky se osoba s hluchoslepotou začne potýkat s problematikou pracovního uplatnění. Práce je pro každého člověka, rovněž tedy i pro jedince se zdravotním postižením, důležitým prvkem života, ať už z hlediska ekonomického, tak i z pohledu neocenitelných benefitů, které práce a uspokojení z ní přinášejí. (Ludíková, 2013) Práce představuje jistou možnost odpoutání se od rodičů, osamostatnění se, přináší nový status ve společnosti, člověk se stává výdělečně činným, užitečným pro společnost, což může mít vliv i na jeho sebevědomí, sebedůvěru, motivaci, atd. (Opatřilová, Procházková, 2011)

Lidé se zdravotním postižením patří mezi rizikové či ohrožené skupiny na trhu práce, bývají označovány jako osoby znevýhodněné na trhu práce. Existuje u nich velká míra nezaměstnanosti, někteří nejsou schopni práci najít, jiní mají problém si ji udržet. Pro zlepšení situace osob znevýhodněných na trhu práce proto slouží legislativně ukotvené podmínky a povinnosti. (Opatřilová, Procházková, 2011) Pro účely této práce byla vynechána zákonná opatření, týkající se obecně všech zaměstnanců, tedy i těch intaktních, jako např. otázky pracovní doby, práce přesčas, poskytování platu a mzdy, odměny za pracovní pohotovost, aj., které upravuje především v zákoně č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. Tato opatření se samozřejmě týkají i osob s postižením, jelikož je zakázána jakákoliv diskriminace, ale v této práci jim není věnována pozornost.

Osobám se zdravotním postižením se ze zákona poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Mezi takové osoby se řadí jedinci invalidní v prvním, druhém či třetím stupni (viz kapitola 3.4) a zdravotně znevýhodnění. Zvýšená ochrana dává např. právo na pracovní rehabilitaci, která je zaměřena na získání a udržení vhodného zaměstnání. Jedná se o soustavnou činnost zahrnující poradenství zaměřené na volbu povolání,

zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, přípravu pro výdělečnou činnost, vytváření vhodných podmínek pro výkon práce, atp. V rámci přípravy k práci se jedinec s postižením zapracovává na vhodné pracovní místo a získává znalosti a dovednosti pro výkon tohoto zaměstnání. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců, provádí se přímo na pracovišti, kde může být podporována i asistentem nebo ve vzdělávacích zařízeních. Dokladem o absolvování přípravy k práci je osvědčení. Osoby se zdravotním postižením jsou někdy také nuceny reagovat na změny na trhu práce a zvyšovat či měnit svou kvalifikaci, proto je jim umožněno absolvovat specializované rekvalifikační kurzy pro osoby zdravotně postižené. (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů)

Pro zvýšení zaměstnanosti osob se zdravotním postižením přispívá též povinnost zaměstnavatelů vyhrazovat pracovní místa osobám se zdravotním postižením a rovněž jim přizpůsobovat pracovní místa a podmínky a tím jim dávat možnost zaměstnání. Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci jsou ze zákona povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu 4 % těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců. Tuto povinnost lze splnit třemi možnými způsoby, uvedenými v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Jedinci se zdravotním postižením se mohou uplatnit na volném, otevřeném trhu práce či na chráněném trhu práce v rámci chráněného pracovního místa. (Opatřilová, Procházková, 2011) Chráněné pracovní místo je místo zřízené pro osobu se zdravotním postižením, na které poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Toto místo musí být po dobu tří let obsazeno osobami s postižením. Zaměstnavatel s více než 50 % osob se zdravotním postižením na chráněných pracovních místech z celkového počtu zaměstnanců má nárok na speciální příspěvek na vynaložené prostředky na mzdy či platy a další náklady. (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů)

Pro osoby, které se v důsledku závažného zdravotního stavu neuplatní ani na jednom z uvedených trhů práce, existují sociálně terapeutické dílny. (Opatřilová, Procházková, 2011) Jedná se o zařízení sociálních služeb, poskytující ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního stavu. Účelem těchto služeb je dlouhodobá pravidelná podpora pracovních návyků a dovedností

prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Mezi základní činnosti patří např. pomoc při osobní hygieně a zajištění stravy, nácvik soběstačnosti a s ní spojených činností, vytváření a zdokonalování pracovních návyků a dovedností, atd. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

U jedinců s hluchoslepotou je nutné při výběru pracovní pozice přihlížet na druh a stupeň zrakového a sluchového postižení. Obecně lze ovšem říci, že úspěšné uplatnění pro tyto osoby se nachází převážně v intelektuálních, resp. duševních oborech, kde většinou není vyžadováno zrakové a sluchové vnímání. Mezi vytipované pracovní pozice patří např. administrativní pracovník, IT pracovník, právník, psycholog, sociální pracovník či speciální pedagog. V úvahu mohou také přijít pozice vytipované pro osoby se zrakovou či sluchovou vadou, jakými jsou např. čalouník, kartáčník, keramik, knihař, košíkář, masér, aj. (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, © 2011)

Bydlení

Pro dospělé osoby s hluchoslepotou je rovněž důležitou otázkou bydlení. Jakeš ([2010]) uvádí hned několik způsobů bydlení dospělých osob s hluchoslepotou, se kterými se setkal, a to buď společně s rodiči, nebo s jedním z nich, nebo společně s některým z blízkých příbuzných, například se sourozencem nebo v rodině sourozence, zejména po smrti rodičů, či společně s životním partnerem, nebo společně s dospělými dětmi, případně s rodinou svých dospělých dětí, či samostatně ve vlastním domově nebo v zařízeních sociálních služeb, jakými jsou např. chráněné či podporované bydlení.

Chráněné bydlení je sociální služba, která představuje alternativu k institucionální péči. Nabízí uživatelům možnost bydlet v běžném prostředí v bytě či domě, dle svých individuálních možností se starat o domácnost, žít co nejvíce samostatně, ale zároveň mít možnost asistence a podpory. (Opatřilová, Procházková, 2011) Jedná se o pobytovou službu pro jedince vyžadující pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení může mít formu skupinového či individuálního bydlení. Mezi základní činnosti této služby patří např. poskytování ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně a zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společností, atd. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) První a jediné chráněné bydlení pro osoby s hluchoslepotou bylo v České republice otevřeno v říjnu roku 2015. Tato služba je poskytována osobám s duálním smyslovým postižením

v kombinaci s mentálním postižením a prvky autismu v bezbariérovém rodinném domě se speciálními úpravami v Pržně v Moravskoslezském kraji. Za vznikem této specializované sociální služby stojí sdružení ZÁBLESK a organizace Náš svět. (Náš svět – příspěvková organizace, © 2011; Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí, [© 2015])

Podpora samostatného bydlení je terénní služba pro osoby se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba zajišťuje pomoc při chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt s okolím, poskytuje sociálně terapeutické činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, apod. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Podrobné vymezení činností těchto služeb uvádí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

3.4 Sociální péče pro osoby s hluchoslepotou

Sociální péči lze charakterizovat jako souhrn právních, finančních a organizačních nástrojů a opatření kompenzujících nepříznivé finanční a sociální důsledky. Systém sociální péče v České republice můžeme rozdělit na několik samostatných systémů. V každém tomto systému existují některé kompenzační nástroje a opatření, které se týkají obecně všech osob, tedy i jedinců bez zdravotního postižení, např. zdravotní pojištění, starobní důchody, pěstounské dávky, služby pro nezaměstnané, apod. Těmito opatřeními se však tato práce nezabývá. Pozornost je věnována opatřením speciálně určeným pro osoby se zdravotním postižením, tedy i lidem s hluchoslepotou. (Sociální zabezpečení v sociálním systému společnosti, [© 2012])

Prvním samostatným systémem sociální péče je sociální pojištění, které řeší takové situace, na něž se může občan nějakým způsobem připravit, pojistit. Jedná se tedy o zdravotní a sociální pojištění. Pod sociální pojištění spadá nemocenské pojištění, upravující případy dočasné pracovní neschopnosti, nařízené karantény, těhotenství

a mateřství, ošetřování člena domácnosti, atd., a důchodové pojištění, upravující případy stáří, invalidity a úmrtí živitele. (Sociální zabezpečení v sociálním systému společnosti, [© 2012]) Hluchoslepých osob se týká především invalidní důchod. Na ten má osoba nárok pokud nedosáhla věku 65 let či důchodového věku a stala se invalidní, tedy z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles pracovní schopnosti. Podle poklesu pracovní schopnosti lze rozdělit invaliditu do tří stupňů. Pokles pracovní schopnosti představuje omezení tělesných, smyslových a duševních schopností člověka, vychází se tedy ze zdravotního stavu člověka. (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů) Podle vyhlášky o posuzování invalidity, č. 359/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů, je u lidí s hluchoslepotou při hodnocení míry poklesu pracovní schopnosti rozhodující rozsah omezení smyslové funkce zraku a sluchu a dopad na schopnost orientace a komunikace. Rozlišují se poté 4 formy hluchoslepoty podle míry poklesu pracovní schopnosti (viz kapitola 2.1).

Dalším samostatným systémem sociální péče je státní sociální podpora, díky níž se stát podílí na pokrytí nákladů na výživu a ostatní základní osobní potřeby dětí a rodin a rovněž pomáhá i v některých dalších sociálních situacích. Mezi dávky státní sociální podpory patří přídavek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné, rodičovský příspěvek či pohřebné. (Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů)

Posledním systémem je sociální pomoc, jež řeší obtížné situace, které osoba nemůže vyřešit samostatně nebo s pomocí rodiny. Jedná se o stavy hmotné a sociální nouze. Sociální pomoc je poskytována ve dvou základních formách, a to formou sociálních služeb a dávek, mezi něž patří dávky pomoci v hmotné nouzi, příspěvek na péči a dávky pro zdravotně postižené. (Sociální zabezpečení v sociálním systému společnosti, [© 2012])

Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Rozlišujeme čtyři stupně závislosti, podle počtu nezvládnutých potřeb, kterými jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon

fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Výše příspěvku na péči se liší podle věku a stupně závislosti. U osob do 18 let věku činí za kalendářní měsíc u lehké závislosti 3 000 Kč, u středně těžké závislosti 6 000 Kč, u těžké závislosti 9 000 Kč a u úplné závislosti 12 000 Kč. U osob starších 18 let činí příspěvek za kalendářní měsíc u lehké závislosti 800 Kč, u středně těžké závislosti 4 000 Kč, u těžké závislosti 8 000 Kč a u úplné závislosti 12 000 Kč. Ve zvláštních případech může být částka navýšena o 2 000 Kč. Nárok na příspěvek na péči nemá osoba mladší 1 roku. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

K dávkám pro osoby se zdravotním postižením patří příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Tyto peněžité dávky slouží ke zmírnění sociálních důsledků zdravotního postižení a k podpoře sociálního začleňování. Příspěvek na mobilitu se poskytuje osobě starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením s označením ZTP nebo ZTP/P a jež se opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována. Výše tohoto příspěvku činí za kalendářní měsíc 400 Kč. Nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením, které omezuje schopnost pohyblivosti nebo orientace. Průkaz označený symbolem TP je nárokován osobám se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, osoba je schopna samostatné pohyblivosti a orientace v domácím prostředí, ale chůze v exteriéru má snížený dosah, problematická je i chůze na nerovném terénu a okolo překážek, nebo je zhoršená orientace v exteriéru. Tyto osoby mají nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejné hromadné dopravě a přednost při projednávání osobních záležitostí vyžadujících čekání, atd. Nárok na průkaz ZTP má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, kdy je osoba schopna samostatné pohyblivosti a orientace v domácím prostředí, ale v exteriéru je schopna chůze s obtížemi a pouze na krátké vzdálenosti, orientace v exteriéru má značné obtíže. Tyto osoby mají, kromě výhod plynoucích i pro osoby s průkazem TP, nárok na slevu ve vlacích a autobusech a bezplatnou přepravu v místní hromadné dopravě, aj. Průkaz ZTP/P se vydává osobám se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce. Osoba v domácím prostředí není schopna chůze či je schopna chůze se značnými obtížemi, v exteriéru je možný pohyb zpravidla jen

na invalidním vozíku, orientace je zhoršená do takové míry, že osoba není schopna samostatné orientace v exteriéru. Tento průkaz umožňuje osobám využívat výhod plynoucích i pro osoby s průkazem ZTP, a navíc z něho plyne nárok na bezplatnou dopravu ve vnitrostátních vlacích a autobusech, bezplatnou dopravu vodícího psa, apod. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů) Hluchoslepotu je pro přiznání průkazu pro osoby se zdravotním postižením zmíněna ve vyhlášce č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů jako jedno z těžkých a zvláště těžkých funkčních postižení pohyblivosti a orientace (viz kapitola 2.1). Příspěvek na zvláštní pomůcku patří osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí nebo těžkého sluchového či zrakového postižení. Podle toho, na co přesně je tento příspěvek poskytován, jsou vymezeny další nárokové podmínky, například věk, apod. Výše příspěvku na zvláštní pomůcku se odvíjí od ceny konkrétní pomůcky. Spoluúčast osoby na ceně pomůcky činí 10 % z ceny, nejméně však 1 000 Kč. Maximální výše příspěvku činí 350 000 Kč, výjimku tvoří příspěvek na pořízení schodišťové plošiny, jehož maximální výše příspěvku je 400 000 Kč, a příspěvek na pořízení motorového vozidla, kdy je maximální výše stanovená na 200 000 Kč. Součet všech vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních po sobě následujících měsících přesáhnout částku 800 000 Kč. Pokud byl v tomto období poskytnut příspěvek na pořízení schodišťové plošiny, je tato celková částka o 50 000 Kč vyšší. (Zákon č. 329/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Seznam zvláštních pomůcek, na které je možné využít tento příspěvek, obsahuje vyhláška č. 388/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služba je činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění a prevence sociálního vyloučení. Rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, vycházet z individuálních potřeb jedinců, podporovat osoby k samostatnosti, motivovat je a posilovat jejich sociální začlenění. Sociální služby se mohou poskytovat jako služby pobytové, spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, ambulantní, za kterými osoba dochází a terénní, jež jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují speciální zařízení, např. centra denních

služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová centra a zařízení, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, pracoviště rané péče, intervenční centra, zařízení následné péče, a další. Kombinací těchto zařízení lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra. Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří např. pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, základní sociální poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, atd. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství lze rozdělit na základní a odborné poradenství. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, neboť poskytuje potřebné informace potřebné k řešení nepříznivé situace člověka. Odborné sociální poradenství se již zaměřuje na potřeby konkrétních sociálních skupin v občanských poradnách, jako je např. manželská a rodinná poradna, poradna pro seniory, poradna pro osoby se zdravotním postižením, aj. Tato odborná poradenství pomáhají při uplatňování práv, zprostředkování kontaktu s prostředím a provádějí též sociálně terapeutické činnosti. Služby sociální péče pomáhají lidem zajistit soběstačnost, podporují život v jejich přirozeném prostředí, umožňují co nejvyšší míru zapojení do běžného života, případně zajišťují důstojné prostředí a zacházení. Mezi tyto služby patří např. osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení či sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Dalšími sociálními službami jsou služby sociální prevence, které napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení rizikových osob. Riziko vyloučení může vzniknout díky krizové sociální situaci, životním návykům, způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, atd. Cílem těchto služeb je napomáhat osobám v překonávání nepříznivé sociální situace a chránit tak společnost před vznikem nežádoucích společenských jevů.

Mezi služby sociální prevence patří např. raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty kontaktní centra intervenční centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, noclehárny, služby následné péče, terénní programy, sociálně terapeutické dílny, a další. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů všech sociálních služeb je popsán ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služby musí být zapsané v registru služeb. Pro osoby s hluchoslepotou poskytuje registrované služby např. organizace LORM – Společnost pro hluchoslepé (viz kapitola 3.5). Tato organizace nabízí např. odborné sociální poradenství pro osoby s hluchoslepotou, což je bezplatná ambulantní či terénní služba pomáhající uživatelům s výběrem kompenzačních pomůcek, žádostmi o příspěvky, atd. Další nabízenou službou je sociální rehabilitace osob s hluchoslepotou, která uživatelům zajišťuje nácvik komunikace, sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu, doprovody na úřady či k lékaři, apod. Rovněž jsou nabízeny tlumočnické služby pro osoby s hluchoslepotou, které ambulantní či terénní formou zajišťují tlumočení ve znakovém jazyce, taktilním znakovém jazyce, Lormově abecedě, pomocí prstové abecedy do dlaně či orálně. Mezi nabízené služby patří i sociálně aktivizační služby pro osoby s hluchoslepotou, v rámci kterých organizace pořádá edukačně-rehabilitační pobyty, klubová setkání či víkendová setkání s kulturním a sportovním zaměřením. (LORM - Společnost pro hluchoslepé, © 2015)

Pačesová (2004) uvádí několik sociálních služeb pro osoby s hluchoslepotou, které v České republice chybí. Je mezi nimi např. podporované zaměstnávání, tlumočnický znakového jazyka pro hluchoslepé, raná péče pro hluchoslepé děti, atd. Potřebu zavedení těchto služeb vysvětluje tím, že ve všech uvedených případech má člověk s hluchoslepotou sice možnost využít služby pro zrakově či sluchově postižené, ale jeho postižení vyžaduje jiný, specifický přístup.

3.5 Organizace a instituce zaměřené na osoby s hluchoslepotou

Pro usnadnění života mohou osobám s hluchoslepotou pomoci různé dobrovolnické instituce a organizace. Lidé s hluchoslepotou mohou využívat činnost organizací primárně určených osobám se zrakovým postižením, např. Asociace rodičů a přátel dětí nevidomých a slabozrakých v ČR, Brailcom, Kafira, Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. E. Macana, Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, Organizace nevidomých, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR (SONS), Společnost pro ranou péči, Tyfloservis, TyfloCentrum, atd., nebo organizace určené jedincům se sluchovým postižením, jako například Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel (ASNEP), Centrum pro dětský sluch Tamtam, Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící, Česká unie neslyšících, Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci, Svaz neslyšících a nedoslýchavých osob v České republice, Tichý svět, apod. Zároveň ale v České republice existují i organizace určené přímo pro osoby s hluchoslepotou, kterými jsou např. LORM – Společnost pro hluchoslepé, Klub přátel červenobílé hole, VIA hluchoslepých, Záblesk – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí. (Adresář služeb pro hluchoslepé, © 2015)

LORM - Společnost pro hluchoslepé je zapsaný spolek sdružující již od roku 1991 osoby s hluchoslepotou, jejich rodinné příslušníky a zájemce o problematiku hluchoslepých osob. Poradenská centra této organizace jsou rozmístěna po celé České republice. Tato společnost poskytuje lidem s hluchoslepotou registrované sociální služby, a to odborné sociální poradenství, sociální rehabilitaci v podobě výuky komunikace, prostorové orientace a samostatného pohybu s červenobílou holí a nácvik sebeobsluhy a dále též průvodcovské a tlumočnické služby. Jako doplňkovou službu nabízí i pracovní rehabilitaci. Rovněž LORM pořádá nejrůznější pobytové akce, klubová setkání, umělecké a sportovní soutěže a další. Tato společnost také čtvrtletně vydává časopis Doteky a shromažďuje odbornou literaturu o problematice hluchoslepoty. V roce 2014 evidovalo sdružení 222 osob s hluchoslepotou, jimž byly nabídnuty sociální služby, z toho 150 lidí využívalo služeb pravidelně. (LORM – Společnost pro hluchoslepé, © 2015)

Klub přátel červenobílé hole (KPČH) je občanské sdružení fungující od roku 2005 se sídlem v Praze, ale s celorepublikovou působností. Osobám s hluchoslepotou nabízí bezplatné poradenství a zprostředkování některých služeb, např. tlumočení do znakového jazyka, předčítání, doprovod k lékaři, poradenství o kompenzačních pomůckách, právní poradnu ze sociální oblasti, atp. Klub rovněž pořádá pobytové akce, návštěvy kulturních a společenských akcí, poznávací výlety či tematické výstavy. Klub také poskytuje osobám s hluchoslepotou zázemí k setkávání, povídání a vyměňování osobních zkušeností. Dále toto sdružení vydává občasník Paprsek ze tmy. Členem klubu se může stát každý občan starší 18 let. V současné době má klub asi 51 členů, mezi nimiž jsou osoby se zrakovým postižením, lidé s hluchoslepotou, jedinci s kombinovanou hluchoslepotou a mentálním postižením a intaktní jedinci z řad rodinných příslušníků či dobrovolníků. (KPČH o.s., © 2007)

VIA hluchoslepých je zapsaný spolek vzniklý v roce 1999. Jedná se o svépomocnou iniciativu hluchoslepých lidí, kteří se snaží hledat řešení problémů spojených s hluchoslepotou, pomáhat osobám s hluchoslepotou překonávat zdravotní a společenské znevýhodnění, aj. Tato organizace rovněž pořádá pobytové rehabilitační kurzy a setkávání. Cílem všech činností této organizace je podporovat svépomocné aktivity, seberealizaci, emancipaci a rozvíjení identity lidí s hluchoslepotou. (Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, © 2010)

Záblesk – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí je občanské sdružení založené z iniciativy rodičů dětí s hluchoslepotou v roce 2001. Cílem tohoto sdružení je zkvalitňovat péči o děti s duálním sensorickým postižením, prosazování práv a potřeb těchto dětí, zabezpečení důstojných životních podmínek v dospělém věku, maximální integrace do společnosti, zajištění budoucnosti pro děti s hluchoslepotou. Záblesk rovněž organizuje různé výchovně vzdělávací akce, programy a aktivity pro hluchoslepé děti a jejich rodiny. Členové této organizace pracují na bázi dobrovolnosti a jsou z řad rodičů, přátel a odborníků. Sdružení Záblesk se zasloužilo o vybudování chráněného bydlení pro mladé lidi s hluchoslepotou (viz kapitola 3.3), které se v říjnu roku 2015 otevřelo v Moravskoslezském kraji. (Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí, [© 2015])

3.6 Pomůcky pro osoby s hluchoslepotou

Osoby s hluchoslepotou mohou v průběhu svého života využívat různé rehabilitační a kompenzační pomůcky, které jim usnadní sebeobsluhu, získávání informací, vzdělávání, styk s okolím, apod. Při výběru vhodné pomůcky je nutné přihlídnout ke stupni zrakového a sluchového postižení, ale také k individuálním schopnostem ovládat jednotlivé pomůcky. Osoby s hluchoslepotou mohou využívat pomůcky speciálně určené pro hluchoslepe, ale i pomůcky pro lidi se zrakovým postižením či sluchovým postižením. (Souralová, Horáková, 2008)

Speciálně pro hluchoslepe osoby je určena pouze jedna kompenzační pomůcka, a to červenobílá hůl. Tato pomůcka je uzákoněna již od roku 2001 a slouží jako speciální označení osob s hluchoslepotou. Jedná se o hůl s bílými a červenými pruhy o šířce 100 mm, kterou mohou využívat hluchoslepe osoby při pohybu po veřejných prostranstvích, ulicích, na přechodech pro chodce, aj. Existují tři hlavní skupiny červenobílých hůlí, rozlišující se podle jejich užití. Signalizační červenobílá hůl slouží k upozornění na hluchoslepeho člověka a používá se pro chůzi s průvodcem, s vodícím psem či v interiéru. Orientační červenobílá hůl je určena k prostorové orientaci a samostatnému pohybu, a proto chrání hluchoslepeho před architektonickými bariérami, atp. Opěrná červenobílá hůl je určena pro lidi se sníženou pohyblivostí a má tedy opěrnou funkci. Každá hůl může být ve formě skládací i neskládací, variantu lze zvolit s ohledem na to, jak ji bude majitel využívat i dle zvyku každého jedince s hluchoslepotou. (Hlaváčová, 2007)

Mezi pomůcky určené pro osoby se zrakovým postižením, které mohou využívat i lidé s hluchoslepotou, patří různé pomůcky s hlasovým či hmatovým výstupem, např. kalkulačka, digitální čtecí přístroj, digitální zápisník, speciální programové vybavení, slepecký psací stroj, elektronická orientační pomůcka, elektronická komunikační pomůcka, indikátor barev, měřicí přístroje pro domácnost, braillový displej, tiskárna reliéfních znaků, hlasové popisovače, dále též vodící pes, diktafon, zvětšovací lupy, a další. (Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů)

Osoby s hluchoslepotou mohou využívat i pomůcky určené pro sluchově postižené, které využívají zbytky sluchu nebo mají světelný či vibrační, popř. jiný hmatový, výstup. Mezi pomůcky primárně pro sluchově postižené patří např. speciální programové vybavení telefonu a počítače, vizuální signalizace zvonku či pláče dítěte, individuální indukční smyčka, zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení, signalizace telefonního zvonění, telefonní zesilovač, apod. (Vyhláška č. 388/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů) Nejčastěji využívanou pomůckou jsou ovšem sluchadla. Ta využívají zbytky sluchu, zesilují zvuk a tím pomáhají k účinnějšímu přenosu zvuku do vnitřního ucha. Jedná se o miniaturní elektronický zesilovač zvuku, kdy zvuky z okolí dopadají na mikrofon, ve kterém se mění na elektrický proud, který je zesílen a upraven zesilovačem a převeden do reproduktoru, kde se opět mění na zvukové vlny. Podle konstrukčního provedení můžeme dělit sluchadla na kapesní též krabičková, závěsná, brýlová, sluchadla do boltce a sluchadla do zvukovodu. U dětí s hluchoslepotou je rovněž možné využít kochleárních implantátů. Kochleární implantát je zařízení, které umožňuje do určité míry obejít nefunkční vláskové buňky v hlemýždi, stimuluje elektrickým proudem sluchový nerv a pomáhá tak neslyšícím lidem vnímat zvuk. Kochleární implantát se skládá ze dvou hlavních částí, implantabilní části umístěné pod kůží na hlavě a z vnější části. Vnější část je tvořena mikrofonem, který zachycuje zvuky z prostředí a posílá je do řečového procesoru, jenž zvuk analyzuje a digitalizuje na kódované signály. Ty jsou poté vysílací cívkou odeslány přes kůži do vnitřní části implantátu. Tato část obsahuje indukční smyčku, přijímač a svazek elektrod implantovaných do hlemýžďe, kde dráždí sluchový nerv. (Hrubý, 1998) Děti s kombinovaným těžkým postižením zraku a sluchu jsou vhodnými kandidáty implantace především z důvodu zlepšení kvality jejich života a usnadnění jejich výchovy. Do roku 2010 bylo v České republice operováno devět dětí se současnou sluchovou a zrakovou vadou. Ze studie, která byla provedena u pěti implantovaných dětí s hluchoslepotou, vyplývá, že kochleární implantace u těchto dětí může zlepšit kvalitu jejich života, ale vždy je nutné o operaci rozhodovat individuálně, zvážit očekávaný přínos operace a předem zajistit pooperační rehabilitaci. (Aksenovová, Kabelka, 2010)

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak je v České republice realizována péče o jedince s hluchoslepotou a jak ji hodnotí samotní uživatelé. Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky.

Otázka č. 1: Jakým způsobem nejvíce ovlivňuje život jedinců s hluchoslepotou jejich postižení?

Otázka č. 2: Jaké je využití služeb, organizací a institucí pro osoby s hluchoslepotou?

Otázka č. 3: Jak jsou spokojeni se systémem péče o jedince s hluchoslepotou jeho uživatelé?

4.2 Metodika šetření

Pro realizaci empirické části této práce byla zvolena kvalitativní strategie výzkumu. Tento přístup se zabývá hloubkovým zkoumáním problému s cílem přinést o něm maximální množství informací a získat tak o daném jevu ucelený obraz. (Švaříček, Šedřová, 2007) U kvalitativního výzkumu jsou nejprve stanoveny výzkumné otázky, jež je možné během šetření doplňovat či měnit, a které se snaží výzkum osvětlit. (Hendl, 2005) Kvalitativní strategii lze využít při zkoumání života lidí, chování, chodu společenských hnutí či organizací, vzájemných vztahů, apod. (Strauss, Corbinová, 1999)

Výběr metody pro sběr dat závisí na požadovaném typu informací a rovněž na tom, od koho tyto informace budeme získávat. (Hendl, 2005) Pro účely této práce, s přihlédnutím na komunikační potřeby respondentů, bude ke sběru potřebných dat zvolen dotazník s otevřenými otázkami. Tento typ dotazování přináší podrobné odpovědi od respondentů, jež mají na vyplnění dostatek času. (Hendl, 2005)

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Základní soubor výzkumu této práce tvoří osoby s hluchoslepotou žijící v České republice. Výzkumný soubor byl zvolen záměrným výběrem, díky němuž jsou zvolené osoby pro výzkum vhodné, jelikož mají potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí a mohou tak o něm podávat bohaté a pravdivé informace (Gavora, 2010). Pro tuto práci byl využit záměrný, účelový výběr přes instituce, jež pracují s cílovou skupinou, která nás výzkumně zajímá. Tato metoda je velice efektivní, ovšem může přinášet trochu zkreslený výběr, jelikož nemusí cílovou skupinu zasahovat v celé její šíři. Proto je vhodné tuto metodu kombinovat s některou další. V této práci byla jako doplňková metoda zvolena metoda samovýběru, jež je založena na principu dobrovolnosti, resp. aktivního projevení zájmu o zapojení do výzkumu. (Miovský, 2006).

Pro účely této práce byly osoby s hluchoslepotou zkontaktovány přes instituce zaměřující se na osoby s hluchoslepotou a dále pomocí výzvy na sociálních sítích. Jelikož ovšem neexistuje žádný oficiální registr jedinců s hluchoslepotou či žádná instituce, kde by se všichni tito jedinci sdružovali, nepodařilo se bohužel rozšířit výzkumné šetření mezi všechny hluchoslepe. Všem potenciálním respondentům byla nabídnuta možnost výběru komunikačního systému, tedy možnost využití tlumočení, přepisu do Braillového písma, atp. Tuto možnost však nevyužil ani jeden z respondentů. Pro snadnější zapojení do výzkumu bylo dále umožněno vyplnit dotazník rodinným příslušníkům či zákonným zástupcům namísto jedince s hluchoslepotou, což využili dva respondenti. Celkem se tedy výzkumu účastnilo 8 žen a 5 mužů, čili 13 osob s hluchoslepotou ve věkovém rozmezí od 27 do 82 let z celé České republiky. Respondenti byli pro účely výzkumu z důvodu zachování anonymity označeni čísly a každému z nich byla přidělena značka R1-13. (viz Tabulka č. 3)

Tabulka č. 3 – Přehled rozmanitosti respondentů výzkumu

Značka	Věk	Pohlaví	Etiologie hluchoslepoty	Zrakové postižení	Sluchové postižení	Další postižení
R1	27	Žena	Vrozená	Nevidomost	Praktická hluchota	
R2	27	Muž	Vrozená	Zbytky zraku	Praktická hluchota	Středně těžké mentální postižení, autismus
R3	30	Muž	Vrozená	Zbytky zraku	Úplná hluchota	Dětská mozková obrna
R4	32	Žena	Vrozená	Zbytky zraku	Praktická hluchota	
R5	34	Žena	Vrozená, Usherův syndrom	Jiné: zúžení zorného pole, šeroslepost	Těžká nedoslýchavost	
R6	57	Žena	Získaná	Zbytky zraku až nevidomost	Těžká nedoslýchavost až hluchota	
R7	58	Žena	Vrozené postižení sluchu a získané postižení zraku, Usherův syndrom	Nevidomost	Těžká nedoslýchavost	

R8	61	Muž	Vrozené postižení sluchu a získané postižení zraku	Nevidomost	Středně těžká až těžká nedoslýchavost	
R9	66	Muž	Vrozené postižení sluchu a získané postižení zraku	Nevidomost	Praktická hluchota	
R10	73	Žena	Získaná	Nevidomost	Středně těžká nedoslýchavost	
R11	76	Muž	Získaná	Zbytky zraku	Praktická hluchota	
R12	82	Žena	Získaná	Jiné: nutnost nošení brýlí na dálku i na čtení	Úplná hluchota	
R13	82	Žena	Získaná	Slabozrakost	Těžká nedoslýchavost	

Zdroj: Vlastní výzkum

4.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu let 2015 a 2016. Nejdříve byli osloveni zástupci škol, organizací a institucí pro osoby s hluchoslepotou, kteří byli požádáni o spolupráci ve formě zkontaktování s jejich hluchoslepými uživateli a žáky. Těmto zástupcům následně byly elektronicky rozeslány dotazníky (viz Příloha č. 2) s prosbou o jejich rozšíření mezi jedince s hluchoslepotou. K elektronickým dotazníkům byly

přiloženy i základní údaje o diplomové práci, tématu prováděného výzkumu a instrukce k vyplňování dotazníku. Výzva k účasti na výzkumu byla rovněž rozeslána na sociální síť, které jsou určitým způsobem spojené s lidmi s hluchoslepotou.

Celkem bylo osloveno 9 zástupců institucí a rozvěšeny 3 žádosti na sociální síť. Z tohoto počtu rozeslaly dotazník svým klientům 3 organizace, jelikož dvě organizace s hluchoslepými momentálně nespolupracují, další instituce nemohla z důvodu personálního oslabení v množství klientů vyhledávat kontakty na osoby s hluchoslepotou, jedna organizace má pro spolupráci se studenty přesně nastavená pravidla, která se nepodařilo splnit a s jednou institucí se nezdařilo navázat žádný kontakt. Na sociálních sítích na výzvu zareagovali dva jedinci s hluchoslepotou. Dotazník tedy celkem vyplnilo 13 hluchoslepých osob s různým typem a stupněm zrakové a sluchové vady.

4.5 Analýza získaných údajů

V následující části práce jsou uvedeny výsledky získané v rámci kvalitativního výzkumu prostřednictvím dotazníků od osob s hluchoslepotou.

4.5.1 Komunikace

Možnost komunikace s okolím je jedním z problémů, se kterými se musí osoba s hluchoslepotou ve svém životě potýkat. Na otázku „V čem Vás ztráta zraku a sluchu nejvíce omezuje?“ uvedlo komunikaci hned osm respondentů, R1, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R11. Další dva jako odpověď uvedli „všechny činnosti“ bez jakékoliv další specifikace, takže není možné určit, zda pod toto slovní spojení spadá právě i komunikace.

V Tabulce č. 4 jsou uvedeny užívané komunikační systémy jednotlivých respondentů, kteří jsou označeni značkou R1-13. Symbol „•“ označuje skutečnost, že respondent daný systém ve svém životě využívá. Z této tabulky vyplývá, že nejužívanějším systémem komunikace u respondentů je mluvená řeč, kterou se dorozumívá 10 jedinců. Dalším hojně se vyskytujícím systémem je psaná forma řeči,

kteřou zvolilo 6 osob, a rovněž odezírání a taktilní znakový jazyk, jež označili 4 respondenti. Žádný z jedinců nekomunikuje pomocí systému Tadoma. Respondent 5 jako jiný způsob komunikace uvedl simultánní přepis mluvené řeči.

Tabulka č. 4 – Využití komunikačních systémů u respondentů

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13
Mluvená řeč		•			•	•	•	•	•	•	•	•	•
Psaná forma		•			•	•		•			•	•	
Znakový jazyk (ZJ)		•		•				•					
Taktilní ZJ	•		•				•	•					
Lormova abeceda							•	•					
Braillovo písmo								•					
Tiskací písmena do dlaně							•	•					
Prstová abeceda		•						•					
Daktylotika do dlaně	•							•					
Tadoma													
Odezírání		•			•	•						•	
Jiné:					•								

Zdroj: Vlastní výzkum

4.5.2 Vzdělávání

Respondenti tohoto výzkumu navštěvovali během svého života školy běžného typu, školy zřízené pro osoby s hluchoslepotou, nebo školy pro zrakově či sluchově postižené. Jeden respondent uvedl i školu pro žáky s mentálním postižením. Někteří jedinci vystřídal více druhů těchto škol, jiní navštěvovali pouze jeden druh. (viz Tabulka č. 5) Symbol „•“ označuje navštěvovanou školu u konkrétních respondentů.

Tabulka č. 5 – Vzdělávání respondentů s hluchoslepotou

Školy	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13
Běžného typu					•	•	•		•	•	•	•	•
Pro hluchoslepé	•	•	•	•									
Pro zrakově postižené							•						
Pro sluchově postižené		•				•		•	•				
Pro mentálně postižené		•											

Zdroj: Vlastní výzkum

Z Tabulky č. 5 vyplývá, že nejvíce respondentů navštěvovalo školy běžného typu, což je ovlivněno i tím, že mezi respondenty jsou i lidé, u kterých se hluchoslepotu projevila až v pozdějším věku. Rovněž návštěvnost škol pro osoby se sluchovým postižením je ovlivněna dobou vzniku zrakové a sluchové vady a také jejím stupněm, neboť školy pro sluchově postižené navštěvovali respondenti, u kterých se zraková vada objevila později než vada sluchová nebo byla zraková vada lehčího stupně. Školu pro mentálně postižené označil pouze respondent 2, který má zároveň s hluchoslepotou i mentální postižení.

Respondenti z tohoto výzkumu dosáhli různého stupně vzdělání. R 1, 3, 4 a 10 byli vzdělávání pouze na základní škole, R2 studoval na dvouleté praktické škole,

respondent 6, 8 a 11 jsou vyučeni, R12 navštěvoval vyšší odbornou školu a respondenti 5, 7, 9 a 13 studovali na vysoké škole. Mezi studovanými obory, které respondenti uvedli, se nachází obor knihovnictví, cukrář či sociální práce.

Respondenti v dotazníku uváděli také spokojenost se školou, její dostupnost a popisovali i samotný průběh vzdělávání. Respondenti R1-4, jež navštěvovali školu pro hluchoslepy v Olomouci, se shodli v názoru, že škola jim pomohla v rozvoji komunikace, samostatnosti a sebeobsluhy. Žáci zde byli vzděláváni na základě individuálních vzdělávacích plánů, učivo bylo přizpůsobováno „na tělo“, jak uvedl respondent 4. Respondent 1 uvedl, že dostupnost školy byla dobrá, jelikož bydlel poměrně blízko, cca jednu hodinu jízdy autem. Ostatní respondenti naopak uváděli velkou vzdálenost školy od místa bydliště a tudíž i nedostupnost školy, neboť rodinní příslušníci museli za žáky dojíždět několik desítek i stovek kilometrů. Všichni tito respondenti rovněž využívali přes týden i školní ubytovací zařízení. Na toto ubytovací zařízení bylo nutné se přizpůsobit, což činilo respondentu 4 velké obtíže, a proto se nakonec musela část rodiny přestěhovat do Olomouce, aby mohl R4 navštěvovat školu, ale zároveň bydlet s rodinou. Problém s přizpůsobením měl i respondent 2, proto nakonec školu opustil a začal navštěvovat školu pro sluchově postižené, později pro mentálně postižené, v místě bydliště.

Respondenti navštěvující školy pro sluchově postižené uváděli jako výhodu tohoto vzdělávání možnost pracovat se speciálními pomůckami, rovněž zmiňovali pozitivum speciálně pedagogických předmětů, například hodin logopedie, atd.

Respondenti z běžných typů škol, kteří již při studiu měli diagnostikovanou hluchoslepotu nebo se u nich během studia projevila, se shodují na některých problémech, se kterými se museli při vzdělávání potýkat. Je jím např. ztížená možnost sledovat zároveň výklad učitele a poznámky na tabuli, dále problém s odezíráním od učitelů, kteří se pohybují po třídě či se otáčejí k tabuli, obtížné pochopení látky z důvodu zhoršeného sluchového vnímání, aj. Respondenti rovněž oceňovali pomoc spolužáků a možnost individuálních konzultací s vyučujícími. Přesto respondent 5 uvedl, že je studium s hluchoslepotou náročné „na čas a paměť“, je k němu potřeba více studovat odbornou literaturu a nestačí pouze poznatky z výuky. R9 díky nedostatku studijních materiálů a literatury musel dokonce po roce studia

opustit vysokou školu a začít studovat jiný obor, neboť měl problémy s pochopením látky právě jen díky poznatkům, předávaných ve škole.

4.5.3 Pracovní uplatnění

Pracovní místo mají v současné době pouze dva z respondentů. R5 pracuje ve svém oboru a je spokojený, R6 dříve pracoval ve vystudovaném oboru, nyní má jiné místo, ale je s prací rovněž spokojen. Respondent 7 nyní studuje, ale dříve již pracovní místo měl. Respondenti 1, 2, 3 a 4 práci nemají a nikdy ani neměli. R1 pouze pomáhá s péčí o domácnost v chráněném bydlení a R2 pracuje v dílnách u chráněného bydlení. Respondent 8 je z důvodu hluchoslepoty v invalidním důchodu, ostatní respondenti jsou ve starobním důchodu, ale všichni z nich dříve pracovali.

U respondenta 13 se hluchoslepota objevila až v důchodovém věku, takže s prací neměl žádné obtíže. Respondent 12 uvádí jako komplikace spojené s hledáním práce, se kterými se musel potýkat, „ztíženou komunikaci a absence telefonování.“ R5 uvádí, že se často zaměstnavatelé „bojí přijmout člověka s hluchoslepotou, neboť mají strach ze špatné komunikace a z toho, že s ním bude více práce“. R5 ale zároveň vysvětluje, že tento strach pramení většinou pouze z nevědomosti, a stačilo by zaměstnavatele více informovat. R8 dále zmiňuje obtížnost najít práci v oboru v blízkosti svého bydliště. Jako člověk s postižením neměl velký výběr ani mezi vzdělávacími obory, z čehož pramení i obtíže v daném oboru najít vhodnou práci. Pro R6 naopak nebylo hledání práce nijak obtížné, s prací je spokojen, ale uvítal by „změnu zákonů v oblasti finančního ohodnocení“. Další specifikace této změny nebyly vysvětleny.

4.5.4 Bydlení

V Tabulce č. 6 je uvedeno, jak jednotliví respondenti bydlí. Nejčastěji se objevuje bydlení s jedním či oběma rodiči, dále s partnerem, manželem či manželkou, anebo samostatné bydlení. Ani jeden z uvedených způsobů bydlení však výrazně nedominuje. V chráněném bydlení žijí pouze dva respondenti, neboť je v České republice pouze jedno takovéto zařízení pro osoby s hluchoslepotou. Respondent 8 uvedl, že bydlí

s manželkou, ale oba společně využívají ubytovacího zařízení Centra sociálních služeb. Symbol „•“ uvádí způsob bydlení jednotlivých klientů.

Tabulka č. 6 – Způsob bydlení respondentů

	S rodiči	S partnerem	Samostatně	V chráněném bydlení	Se spolubydlicí
R1	•			•	
R2	•			•	
R3	•				
R4	•				
R5					•
R6		•			
R7	•				
R8		•			
R9			•		
R10		•			
R11		•			
R12			•		
R13			•		

Zdroj: Vlastní výzkum

Problematiku bydlení zmiňovali někteří respondenti i jako jeden z problémů celkového systému péče o osoby s hluchoslepotou v České republice. Například R1 se domnívá, že by mělo být v každém kraji vybudováno chráněné bydlení pro tyto osoby. Rovněž respondentům 3 a 11 chybí po republice chráněné bydlení pro hluchoslepé. Potřebu vybudovat více chráněného bydlení zmiňuje i R4, jež vnímá toto bydlení jako „úlevu rodiny, která se nemusí obávat, co se stane s hluchoslepým, až se o něho nebude mít kdo postarat“. Jako další důvod pro vybudování uvádí to, že hluchoslepý jedinec „nebude muset do ústavů, kde mu většinou nikdo nerozumí.“ Respondent 9 zmiňuje nutnost zajištění pobytových služeb pro hluchoslepé, jelikož po smrti opatrovatele, jímž

může být rodič, partner a další, zůstane osoba s hluchoslepotou „sama v bytě, bez jakékoliv pomoci a kontroly.“ Proto by podle něho bylo dobré zřídit ve všech krajích domovy pro hluchoslepe.

4.5.5 Sociální služby

Nejčastěji využívanou sociální službou mezi respondenty je doprovod k lékaři, na úřady, nákupy, apod. Tuto službu využívají respondenti 6, 7, 8 a 9. Další využívanou službou je asistence, u R3 a R9. Respondenti 1 a 2 využívají služeb chráněného bydlení, R5 a R12 zase služby simultánního přepisu. Respondent 9 dále využívá služeb zajišťování stravy a nechává si domů dovážet jídlo. Služby pro sluchově postižené využívá R12 a služby pro zrakově postižené zase respondent 10. Respondenti 4, 11 a 13 nevyužívají žádné sociální služby.

Respondenti v dotaznících také odpovídali na otázky týkající se dostupnosti služeb a spokojenosti s nimi. Respondenti 1, 8 a 9 například uvedli svůj názor, že je nedostatek sociálních pracovníků a asistentů. R1 rovněž zmiňuje i jejich ne příliš dobré finanční ohodnocení. Otázkou financí se zabýval i respondent 5, který by chtěl od státu více podpořit především simultánní přepis, aby byl lépe dostupný a mohl se častěji využívat. Špatnou cenovou dostupnost služeb zmiňuje rovněž i R9, který by uvítal i navýšení příspěvku na péči. Dalším problémem, který se často vyskytl v odpovědích respondentů, je dostupnost služeb. R2 by ocenil lepší dostupnost služeb, jelikož v současné situaci se za službou musí mnohdy dojíždět velké vzdálenosti. R9 uvádí, že „mimo Prahu jsou služby téměř nedostupné.“ R4 dokonce uvádí svou ideu, ve které by pro každého jedince s hluchoslepotou uvítal osobního asistenta. Respondentům 7 a 9 dále vadí dlouhé lhůty čekání na některé služby a nutnost předchozího objednání. Uvítali by služby fungující nonstop, nebo alespoň po celý den, což by mohlo vyřešit zřízení „asistenční agentury“ či „profesionální agentury“, která by zajišťovala po celé České republice služby trvalého i akutního charakteru. Potom by se dle R9 nestávalo, že by byl hluchoslepý jedinec „v případě náhlé potřeby, např. nemoci, bolesti zubů, poruchy sluchadla, apod., nucený čekat na vyřízení jeho žádosti. R8 by uvítal zřízení pečovatelské služby pro osoby s hluchoslepotou, aby jim bylo umožněno samostatné bydlení s celodenní podporou této služby. Respondentu 12 by zase

vyhovovalo více titulků v televizním vysílání a „sloučení roztržitých služeb do jednoho centra služeb.“ R13 naopak postrádá v České republice služby denního stacionáře pro hluchoslepé.

4.5.6 Organizace

Tabulka č. 7 uvádí, že mezi nejčastěji navštěvované organizace zabývající se osobami s hluchoslepotou patří Klub přátel červenobílé hole (KPČH), LORM – Společnost pro hluchoslepé, VIA hluchoslepých a dále též Záblesk – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí. Pokud respondent danou organizaci navštěvuje, je v příslušné kolonce symbol „•“. Alespoň jednu z těchto organizací využívají všichni respondenti, kromě R1 a R5. Respondent 1 v minulosti navštěvoval organizaci pro mentálně postižené, konkrétně tedy denní stacionář Kopretina. R4 uvedl mezi jinými organizacemi školu, kterou několikrát ročně i po jejím absolvování rád navštěvuje a dále slovenskou organizaci Maják, zabývající se hluchoslepými. Respondent 12 navštěvuje kromě již zmíněných organizací též Český klub ohluchlých.

Tabulka č. 7 – Organizace zaměřující se na osoby s hluchoslepotou

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13
KPČH			•			•		•				•	•
LORM			•			•	•	•					•
VIA			•				•		•	•	•		
ZÁBLESK		•	•	•									
Jiné:	•			•								•	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tyto organizace nejčastěji respondenti využívají k setkávání s přáteli, s lidmi se stejným postižením, k vyměňování informací, zkušeností a rad, účastní se pořádaných výletů, pobytů, besed, apod. Dostupnost organizací je podle respondentů 2, 6 a 7 dobrá. Respondent 9 uvádí dobrou dostupnost pouze v Praze, “mimo ní a především na venkově jsou organizace prakticky nedostupné.“ K názoru

o nedostupnosti organizací se připojují respondenti 3, 4 a 8. Tento názor potvrzuje i výpověď R10, pro něhož jsou organizace dostupné pouze díky partnerovi a jeho autu. Respondent 3 zmiňuje fakt, že většina organizací je „určena spíše pro více schopné jedince s hluchoslepotou.“ R12 je nespokojený především s množstvím organizací, které preferují znakový jazyk, který jakožto osoba ohluchlá neovládá. Z tohoto důvodu „ohluchlým chybí společenské akce, klubové centrum, apod.“ Zajímavou myšlenku zmiňuje respondent 9, kterému se nelíbí, že v řadě organizací rozhodují lidé intaktní, nebo lidé se zrakovým či sluchovým postižením. Tito lidé podle něho „nemohou mít adekvátní představu o skutečných potřebách osob s hluchoslepotou, a proto jsou často jejich činnosti a projekty spíše samoúčelné.“

4.5.7 Pomůcky

Každý respondent využívá jiné pomůcky s ohledem na stupeň svého postižení, dostupnost pomůcky, apod. Někteří respondenti užívají pouze pomůcky pro zrakově postižení, např. R2 využívá pouze brýle, jiní respondenti užívají naopak pomůcky pro sluchově postižené, R5 uvedl pouze kochleární implantát, R11 pouze sluchadla. Většina respondentů ovšem využívá kombinaci různých pomůcek. Respondent 4 využívá brýle a digitální naslouchadla, R12 brýle a kochleární implantát, R6 sluchadla, počítač a lupu, R8 sluchadla a počítač se zvukovým programem, respondent 10 červenobílou hůl a počítač s hlasovým výstupem, R13 užívá počítač s hlasovým výstupem a zvětšovací programem, lupu s hlasovým výstupem, sluchátka k televizi, respondent 7 užívá např. sluchadla, FM systém k zesílení zvuků, počítač s hlasovým výstupem i Braillovým řádkem, vibrační budík, slepecké hodinky, indikátor barev, kuchyňskou váhu s hlasovým výstupem, vibrační indikátor hladiny, Pichtův psací stroj, atd. a R9 zmínil např. digitální čtecí přístroj s hlasovým výstupem, červenobílou hůl, sluchadla, mincovník, indikátor hladiny, teploměr pro nevidomé, braillový displej, telefon s hlasovým výstupem, aj. Respondent 1 využívá pouze červenobílou hůl a R3 pouze pomůcky pro přepravu, tedy jízdní kolo a vozík. Nejčastěji zmiňovanou pomůckou byla sluchadla.

Respondent 8 by si přál pořídit ještě Braillový řádek, ale brání mu v tom finanční nedostupnost. Tento problém má i R7, který si proto nemůže dovolit pořídit bezdrátový

vysílač a přijímač pro sledování televize a rovněž R9, který by chtěl notebook s braillovým výstupem. Finanční náročnost pomůcek dále zmiňuje i respondent 4. Dalším problémem u některých pomůcek je ten, že jsou určeny pouze pro sluchově postižené, a proto nemusí plně vyhovovat potřebám osoby s hluchoslepotou. Tento fakt uvádí respondent 9 a respondent 7, který popisuje i konkrétní případ, kdy mu nevyhovuje vibrační budík, jelikož už nevidí na jeho displej a k nastavení času potřebuje tudíž asistenci druhé osoby. Díky svému postižení by potřeboval vibrační budík s hlasovým výstupem, který bohužel neexistuje.

4.6 Dílčí výsledky

Výsledky práce přináší náhled na systém péče o jedince s hluchoslepotou v České republice. Uvádějí názory osob s hluchoslepotou, kteří tento systém využívají. Dotazníky přináší poznatky o užívaných službách, vzdělávacích institucích, organizacích či pomůckách, o jejich dostupnosti a o spokojenosti jejich uživatelů. Hodnocení systému je u jednotlivých respondentů velice individuální, jelikož jej ovlivňuje řada faktorů, např. stupeň a typ postižení, doba vzniku postižení, místo bydliště respondenta, povaha jedince, rodinné zázemí, apod. V souvislosti se stanoveným cílem této diplomové práce byly vytvořeny tři výzkumné otázky, na které byly hledány adekvátní odpovědi.

Výzkumná otázka č. 1 zjišťovala, jakým způsobem nejvíce ovlivňuje život jedinců s hluchoslepotou jejich postižení. Pro zjištění těchto údajů sloužily především otázky č. 5 a 6 v sestaveném dotazníku. Výzkum provedený u 13 osob s hluchoslepotou ukázal, že mezi největší omezení řadí jedinci s hluchoslepotou zhoršenou prostorovou orientaci, pohyb v domácnosti i exteriérech, nebezpečí úrazu při pohybu, sníženou možnost sebeobsluhy a samostatnosti, obtížnější komunikaci s okolním prostředím, přístup k informacím, omezené možnosti vykonávat volnočasové aktivity, apod. Lidé s těžším stupněm postižení, stejně tak jako lidé s vrozenou hluchoslepotou, uváděli více kategorií omezení, se kterými se musí v životě vyrovnávat. Jeden z respondentů uvedl jako omezující i určitý druh neohleduplnosti intaktních lidí, kteří mnohdy považují osoby s hluchoslepotou za nevychované či hloupé. Jako příklad této skutečnosti uvedl

respondent 5 příhodu ze svého života, kdy díky svému postižení neuvolnil cestu vystupujícím z autobusu a ti ho poté označili jako hulváta, který nebere ohled na druhé. Přitom se jednalo pouze o to, že respondent tyto osoby neviděl ani neslyšel, a tudíž neměl důvod cestu uvolňovat.

K výzkumné otázce č. 2, jaké je využití služeb, pomůcek, organizací a institucí pro osoby s hluchoslepotou, výzkum také přinesl mnoho poznatků. Pro zjištění těchto informací sloužily v dotazníku hlavně otázky č. 8, 9, 10, 13, 15, 16, 20, 23, 24, 25 a 28. Ze získaných údajů vyplynulo, že z komunikačních systémů je nejvíce využívána mluvená řeč, dále pak psaná forma řeči, odezírání a taktilní znakový jazyk. Během života většina respondentů navštěvovala pouze 1 druh škol, nejvíce osob chodilo do školy běžného typu, méně už pak do škol pro hluchoslepé a škol pro sluchově postižené. Výběr škol závisel především na tom, zda již byla či nebyla diagnostikována hluchoslepotu a také na stupni postižení. U množství respondentů se totiž velký regres jedné či obou vad objevil až v pozdějším věku. Pracovní uplatnění na chráněném pracovním trhu nevyužívá ani jeden z respondentů a práci na otevřeném trhu mají 2 respondenti. Pobytová zařízení využívají tři respondenti, dva u nich bydlí v chráněném bydlení a jeden respondent k bydlení využívá centrum sociálních služeb. Ostatní jedinci bydlí samostatně, se spolubydlícími, v rodinách či s partnery. Nejčastěji využívanými sociálními službami mezi respondenty jsou doprovody k lékaři, na úřady, nákupy, apod., služby osobní asistence, simultánního přepisu, zajišťující stravu, apod. Tři z respondentů nevyužívají žádné služby. Mezi nejčastěji navštěvované organizace zabývající se osobami s hluchoslepotou patří Klub přátel červenobílé hole (KPČH), LORM – Společnost pro hluchoslepé, VIA hluchoslepých a dále též Záblesk – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí. Pouze 2 respondenti nenavštěvují ani jednu organizaci. Pomůcky využívá každý respondent jiné, podle stupně postižení, dostupnosti pomůcek, apod. Někteří mají pouze pomůcky určené pro zrakově postižené, jiní pomůcky pro sluchově postižené. Většina z respondentů ovšem využívá kombinaci všech dostupných pomůcek bez ohledu na cílovou skupinu, pro kterou jsou určeny. Nejčastěji uváděnou pomůckou byla sluchadla.

Výzkumná otázka č. 3, jak jsou spokojeni se systémem péče o jedince s hluchoslepotou jeho uživatelé, byla rovněž zodpovězena výsledky provedeného výzkumu. Tato data byla uváděna v dotazníku především v odpovědích na otázky č. 11,

12, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31 a 32. Bylo zjištěno, že respondenti navštěvující školu pro hluchoslepé s ní byli spokojeni, jen by uvítali její větší dostupnost, tedy otevření takovýchto škol ve více krajích, aby žáci nemuseli využívat ubytovacích služeb školy a nemuseli dojíždět obrovské vzdálenosti. S ohledem na pracovní uplatnění by někteří respondenti chtěli docílit lepší informovanosti zaměstnavatelů i spolupracovníků, aby nedocházelo k obavám ze zaměstnání jedince s hluchoslepotou. Jeden z respondentů by také chtěl změnit legislativu v oblasti finančního ohodnocení. Problematiku bydlení zmiňovali mnozí respondenti jako jeden z hlavních problémů celkového systému péče o osoby s hluchoslepotou v České republice. Většina z nich se domnívá, že je nutné vybudovat více ubytovacích zařízení určených pro osoby s hluchoslepotou, ať už chráněná bydlení, či podporovaná bydlení, a to nejlépe v každém kraji. V oblasti sociálních služeb respondentům nejvíce chybí více sociálních pracovníků, služby dostupné po celé republice a po celý den, možnost akutního využití služby bez čekání a lepší finanční dostupnost. Jeden z respondentů by také uvítal zřízení pečovatelské služby pro hluchoslepé, další naopak zřízení denního stacionáře pro tyto jedince. Respondent 6 také ve svých odpovědích zmínil problematiku zdravotnických služeb, kde by uvítal navýšení časové dotace pro vyšetření hluchoslepých osob. Spokojenost s organizacemi je u všech respondentů relativně kladná. Někteří by pouze zlepšili jejich dostupnost po republice. Zajímavou myšlenku vyjádřil R9, kterému se nelíbí, že v řadě organizací rozhodují lidé intaktní, nebo lidé se zrakovým či sluchovým postižením. Tito lidé podle něho „nemohou mít adekvátní představu o skutečných potřebách osob s hluchoslepotou, a proto jsou často jejich činnosti a projekty spíše samoučelné.“ V otázce pomůcek je největší problém s jejich velkou finanční náročností a pro mnohé až nedostupností. Další omezení u některých pomůcek spočívá v tom, že jsou určené pro osoby se zrakovým postižením nebo se sluchovým postižením, a proto nemusí plně vyhovovat lidem s hluchoslepotou.

Získané údaje z výzkumu poskytují poznatky o systému péče o jedince s hluchoslepotou v České republice. Výsledná data naznačují, že by mnozí jedinci uvítali menší či větší změny v systému. Problém vidí především v nedostupnosti péče v menších městech a na vesnicích, v omezeném časovém rozsahu služeb a nutnosti jejich objednávání, v nedostatku ubytovacích zařízení pro osoby s hluchoslepotou a také ve financování pomůcek, služeb a organizací.

5 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak je v České republice realizována péče o jedince s hluchoslepotou a jak ji hodnotí samotní uživatelé. Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. Otázka č. 1: Jakým způsobem nejvíce ovlivňuje život jedinců s hluchoslepotou jejich postižení? Otázka č. 2: Jaké je využití služeb, organizací a institucí pro osoby s hluchoslepotou? Otázka č. 3: Jak jsou spokojeni se systémem péče o jedince s hluchoslepotou jeho uživatelé?

První část práce se zabývala teoretickým vymezením hluchoslepoty a systému péče o jedince s tímto postižením. Vymezen byl samotný pojem „hluchoslepoty“, dále klasifikace tohoto postižení, jeho diagnostika a charakteristika osob s duálním senzoričným postižením. Rovněž zde byly popsány jednotlivé pilíře systému péče o jedince s hluchoslepotou, kterými jsou např. vzdělání, pracovní uplatnění, sociální péče, instituce a organizace zabývající se těmito osobami, a další.

Empirická část této práce byla provedena kvalitativní strategií výzkumu. K získání potřebných dat byl použit dotazník s otevřenými otázkami. Základní soubor výzkumu této práce tvořily osoby s hluchoslepotou žijící v České republice. Výzkumný soubor byl pak zvolen záměrným výběrem, výběrem přes instituce a jako doplňková metoda sloužila metoda samovýběru. Všem potenciálním respondentům byla nabídnuta možnost výběru komunikačního systému, tedy možnost využití tlumočení, přepisu do Braillového písma, atp. Tuto možnost však nevyužil ani jeden z respondentů. Pro snadnější zapojení do výzkumu bylo dále umožněno vyplnit dotazník rodinným příslušníkům či zákonným zástupcům namísto jedince s hluchoslepotou, což využili dva respondenti. Výzkumný vzorek celkem tvořilo 13 osob s hluchoslepotou. Odpovědi jednotlivých respondentů byly velice individuální, jelikož je ovlivňuje řada faktorů, např. stupeň a typ postižení, doba vzniku postižení, místo bydliště respondenta, povaha jedince, rodinné zázemí, apod.

Ze zjištěných výsledků vyplývá, že osoby s hluchoslepotou jejich postižení nejvíce omezuje v oblasti komunikace, prostorové orientace a pohybu, samostatnosti a sebeobsluhy, apod. Výzkum potvrdil, že i chování intaktní společnosti může být považováno do jisté míry za omezující. Výsledky výzkumu též ukazují, že nejvíce

respondentů chodilo do školy běžného typu, méně už pak do škol pro hluchoslepy a škol pro sluchově postižené. Výběr škol závisel především na tom, zda v daném věku byla či nebyla diagnostikována hluchoslepoty a také na stupni postižení. U škol pro hluchoslepy byla často zmiňována jako negativum její nedostupnost z hlediska velkých vzdáleností pro dojíždění. Zjistilo se také, že ze všech respondentů v současnosti pracují pouze dva, ostatní práci ani nehledají nebo jsou v důchodu. Při hledání práce by respondenti uvítali větší informovanost zaměstnavatelů a spolupracovníků. Zjištěná data též ukazují, že by respondenti s hluchoslepotou ocenili více pobytových zařízení, přestože mnozí z nich bydlí s partnery či s rodinami. Nejvíce využívanou sociální službou je podle výsledků šetření doprovodná služba k lékařům, na úřady, nákupy, apod. Tuto, ale i ostatní služby by respondenti chtěli rozšířit, aby byla více dostupná po celé republice a s kratšími čekacími lhůtami. Výsledky rovněž ukazují, že mezi nejčastěji navštěvovanými organizacemi zabývajícími se osobami s hluchoslepotou patří Klub přátel červenobílé hole (KPČH), LORM – Společnost pro hluchoslepy, VIA hluchoslepých a dále též Záblesk – Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí. Pomůcky využívá dle výsledků každý respondent jiné, podle stupně postižení, dostupnosti pomůcek, apod. Většina z respondentů využívá kombinaci dostupných pomůcek jak pro osoby se sluchovým postižením, tak pro osoby zrakově postižené.

Výsledky výzkumného šetření naznačují, že současný systém péče o jedince s hluchoslepotou by bylo možné upravit, aby s ním byli jeho uživatelé více spokojeni. Největším přínosem by podle respondentů výzkumu bylo zřízení většího množství škol, služeb, organizací a institucí, zabývajících se hluchoslepy, aby byly uživatelům více dostupné. Nejvíce by respondenti uvítali ubytovací zařízení a služby poskytované nonstop. Rovněž by bylo vhodné upravit financování služeb, organizací a pomůcek.

Tato diplomová práce přináší poznatky o systému péče o jedince s hluchoslepotou v České republice. Mohla by tedy sloužit jako informační materiál pro osoby z odborné i laické veřejnosti, které se o tuto problematiku zajímají. Výsledky práce by také mohly být použity jako náměty k dalšímu zkoumání tohoto tématu či jako náměty do diskuze ohledně možných změn tohoto systému péče.

6 Seznam informačních zdrojů

Literatura

- DVOŘÁK J., 1998. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum. Edice Logopaedia clinica. [ISBN 80-238-2655-7].
- FINKOVÁ, D., 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2742-3.
- FINKOVÁ, D., L. LUDÍKOVÁ a V. RŮŽIČKOVÁ, 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1857-5.
- GAVORA, P., 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. české vyd. Brno: Paido. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HAMADOVÁ, P., L. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Z. NOVÁKOVÁ, 2007. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HLAVÁČOVÁ, J. et al, 2007. *Hluchoslepí mezi námi*. [Praha]: Občanské sdružení LORM - Společnost pro hluchoslepé. [ISBN 80-239-2578-4].
- HORÁKOVÁ, R., 2012. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0084-0.

- HRUBÝ, J., 1998. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 2. díl. 1. vyd.* Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-075-3.
- HRUBÝ, J., 1999. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl. 2., přeprac. a rozš. vyd.* Praha: Federace rodičů a přátel sluchově postižených. ISBN 80-7216-096-6.
- JAKEŠ, J., 2004a. Osobnost hluchoslepeho člověka a sociálně psychologický výcvik. In. *Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2003 a Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2004: Sborník příspěvků.* Olomouc: Univerzita Palackého.
- JAKEŠ, J., 2008. Poznání – oslava rozmanitosti a jednota. In: MACHOVIČOVÁ, M. et al. *Kultura hluchoslepých aneb každý je něčím výjimečný: sborník Klubu přátel červenobílé hole o.s.* 1. vyd. Praha: Klub přátel červenobílé hole. ISBN 978-80-254-3190-0.
- KOWALIK, S. a A. BAŇKA, 2000. *Perspektivy rehabilitace hluchoslepých.* Vyd. 1. Přeložila H. FUTEROVÁ. Praha: Wagner Press. ISBN 80-903019-0-8.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2000. *Oftalmopedie. 2., dopl. vyd.* Brno: Paido. ISBN 80-85931-84-2.
- LANGER, J., 2003. Vznik a vývoj třídy pro hluchoslepé v Olomouci. In. *Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2003 a Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2004: Sborník příspěvků.* Olomouc: Univerzita Palackého.
- LANGER, J., 2006. Vznik a vývoj třídy pro hluchoslepé v Olomouci a význam setkávání rodin dětí s hluchoslepotou. In ŠTĚRBOVÁ, D. *Hluchoslepoty: lidé s ní a kolem ní.* 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 103 s. ISBN 80-244-1433-3.

- LANGER, J., E. SOURALOVÁ a R. HORÁKOVÁ, 2010. *Taktilní znakový jazyk: manuál a CD-ROM k výuce a studiu*. Vyd. 1. Praha: LORM – Společnost pro hluchoslepé. 33 s. ISBN 978-80-254-8457-9.
- LUDÍKOVÁ, L. a E. SOURALOVÁ, [2002]. *Úvod do výchovy hluchoslepých*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- LUDÍKOVÁ, L., 2000. *Vzdělávání hluchoslepých I*. 1. vyd. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-225-1.
- LUDÍKOVÁ, L., 2001. *Vzdělávání hluchoslepých III*. 1. vyd. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-256-1.
- LUDÍKOVÁ, L., 2005. Hluchoslepota. In: LUDÍKOVÁ L. et al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, L. et al, 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 240 s. ISBN 978-80-244-3827-6.
- MICHALÍK, J. et al, 2013. *Speciálně pedagogické centrum: informační brožura o činnosti speciálně pedagogických center*. 2., rozš. a dopl. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 116 s. ISBN 978-80-244-3487-2.
- MIOVSKÝ M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- OPATŘILOVÁ, D. a L. PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.
- PAČESOVÁ, O., 2004. Současné možnosti pracovního uplatnění a sociální péče o osoby s hluchoslepotou v ČR. In: *Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2003 a Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR - 2004: Sborník příspěvků*. Olomouc: Univerzita Palackého.

- POTMĚŠIL M., 2003. *Čtení k surdopedii*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0766-3.
- POTMĚŠIL M., 2005. Problematika kombinovaných vad z pohledu surdopedie. In: LUDÍKOVÁ L. et al. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.
- RENOTIÉROVÁ, M., L. LUDÍKOVÁ et al, 2004. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- ROSULKOVÁ, P., 2006. Komunikace lidí s hluchoslepotou. In ŠTĚRBOVÁ, D. *Hluchoslepotá: lidé s ní a kolem ní*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 103 s. ISBN 80-244-1433-3.
- ŘEHŮŘEK J., 1999. Zrak a jeho funkční vady. In: VÍTKOVÁ, M. et al. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-75-3.
- SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1. Praha: Portál. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SOURALOVÁ, E. a J. LANGER, 2005. *Surdopedie: studijní opora pro kombinované studium*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1084-2.
- SOURALOVÁ, E. a R. HORÁKOVÁ, 2008. *Problematika osob s hluchoslepotou a kontaktní tlumočení u hluchoslepých preferujících český znakový jazyk*. 2., opr. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. ISBN 978-80-87218-08-2.
- SOURALOVÁ, E., 2000. *Vzdělávání hluchoslepých II*. 1. vyd. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-226-X.
- SOVÁK, M. et al, 2000. *Defektologický slovník*. 3., upr. vyd. Jinočany: H & H. ISBN 80-86022-76-5.

- STRAUSS, A. L. a J. CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Brno: Sdružení Podané ruce. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- ŠVAŘÍČEK R., a K. ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VALENTA, M. et al, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál. 317 stran. ISBN 978-80-262-0937-9.
- VAŠEK, Š., 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiencia.

Legislativa

- Vyhláška č. 72 ze dne 9. únor 2005, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 490. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=59741&nr=72~2F2005&rp=15#local-content>.
- Vyhláška č. 73 ze dne 9. únor 2005, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20, s. 503. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=59742&nr=73~2F2005&rp=15#local-content>.
- Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopad 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 164, s. 7021. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=63146&nr=505~2F2006&rp=15#local-content>.

- Vyhláška č. 359 ze dne 9. říjen 2009, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 113, s. 5014. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=69487&nr=359~2F2009&rpp=15#local-content>.
- Vyhláška č. 388 ze dne 29. listopad 2011, o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 136, s. 5018. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75673&nr=388~2F2011&rpp=15#local-content>.
- Vyhláška č. 27 ze dne 21. leden 2016, o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 10, s. 234-312. [cit. 29. 2. 2016]. Dostupné také z: <https://www.sbirka.cz/POSL4TYD/NOVE/16-027.htm>.
- Zákon č. 117 ze dne 26. květen 1995, o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 31, s. 1634. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=43008&nr=117~2F1995&rpp=15#local-content>.
- Zákon č. 155 ze dne 30. červen 1995, o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 41, s. 1986. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=43085&nr=155~2F1995&rpp=15#local-content>.
- Zákon č. 155 ze dne 11. červen 1998, o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 54, s. 6707. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z:

<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=46706&nr=155~2F1998&rp=15#local-content>.

- Zákon č. 435 ze dne 13. květen 2004, o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 143, s. 8270. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=58235&nr=435~2F2004&rp=15#local-content>.
- Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 190, s. 10262. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=58471&nr=561~2F2004&rp=15#local-content>.
- Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 37, s. 1257. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62334&nr=108~2F2006&rp=15#local-content>.
- Zákon č. 262 ze dne 21. dubna 2006, zákoník práce. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 84, s. 3146. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62694&nr=262~2F2006&rp=15#local-content>.
- Zákon č. 423 ze dne 8. prosince 2008, o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 138, s. 6980. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=423&r=2008>.
- Zákon č. 329 ze dne 13. říjen 2011, o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 115, s. 3970. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné také z: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75290&nr=329~2F2011&rp=15#local-content>.

Elektronické zdroje

- Adresář služeb pro hluchoslepé, pro sluchově a zrakově postižené © 2015. *LORM. Společnost pro hluchoslepé* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/adresar-sluzeb/>.
- AKSENOVOVÁ, Z. a Z. KABELKA, 2010. Výsledky kochleárních implantací u hluchoslepých dětí. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Roč. 59, č. 2, s. 51-54. [cit. 11. 11. 2015]. ISSN 1805-4528. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/vysledky-kochlearnich-implantaci-u-hluchoslepych-deti-33316>.
- DDMSBEROUN, © 2016. *Dětský domov a mateřská škola speciální Beroun, Mládeže 1102* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.ddmsberoun.cz/>.
- JAKEŠ, J., 2003. Jak definovat hluchoslepotu?. *Speciální pedagogika. Časopis pro teorii a praxi* [online]. Praha: Univerzita Karlova. Roč. 13, č. 4, s. 304-311. [cit. 11. 11. 2015]. ISSN 1211-2720. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/511/304-311.pdf?sequence=1>.
- JAKEŠ, J., 2004b. Evropská deklarace o právech hluchoslepých lidí. *Speciální pedagogika. Časopis pro teorii a praxi* [online]. Praha: Univerzita Karlova. Roč. 14, č. 3, s. 257-260. [cit. 11. 11. 2015]. ISSN 1211-2720. Dostupné z: <http://dspace.specpeda.cz/bitstream/handle/0/644/257-260.pdf?sequence=1>.
- JAKEŠ, J., [2010]. Dospělý člověk s hluchoslepotou, bydlení a sociální služby. *Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých*. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: http://www.okamzik.cz/view/okamzik/VIA/zpravy_a_dokumenty/Dospely_bydleni_socialni_sluzby.pdf.
- KPČH o.s., © 2007. *Klub přátel červenobílé hole* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.klubpratel.wz.cz/index.html>.

- LANGROVÁ, I., 1998. Vymezení pojmu hluchoslepota. *Tyflologické listy. Sborník odborných statí pro tyflologickou teorii a praxi* [online]. Praha: Tyfloservis SONS. Roč. 2, č. 1-2. [cit. 11. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docd/t198/studie4.htm>.
- LORM. *Společnost pro hluchoslepé*, © 2015. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz>.
- Memorandum pro poskytování kompenzačních pomůcek z titulu hluchoslepoty, © 2015. LORM. *Společnost pro hluchoslepé* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/dokumenty/memotandum-pro-poskytovani-kompenzacnich-pomucek/>.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. MKN-10: aktualizovaná verze s platností od 1. dubna 2014*, © 2008. World Health Organization. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Náš svět – příspěvková organizace, © 2011. Chráněné bydlení pro nevidomé a neslyšící. *Náš svět – příspěvková organizace*. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.centrumprzno.cz/index.php?s=67&d=762>.
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, © 2011. Hluchoslepota. *Praceprozp.cz* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/hledam-praci/vhodne-pracovni-pozice/hluchoslepota>.
- Nordic definition of deafblindness, 2006. *Nordic Centre for Welfare and Social Issues*. [online]. [Cit. 11. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/992/Nordic%20Definition%20of%20Deaf%20blindness.pdf>.
- Okamžik – sdružení pro podporu nejen nevidomých, © 2010. *VIA hluchoslepých z. s.* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.okamzik.cz/main/okamzik/VIA/index.html>.

- PELLANT A. et al, 2013. Hluchoslepota ze zdravotně-sociálního a legislativního pohledu. *Otorinolaryngologie a foniatrie: časopis České společnosti pro otorinolaryngologii a chirurgii hlavy a krku* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. Roč. 62, č. 3, s. 111-116. [cit. 11. 11. 2015]. ISSN 1805-4528. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/otorinolaryngologie-foniatrie-clanek/hluchoslepota-ze-zdravotne-socialniho-a-legislativniho-pohledu-41640>.
- Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí, [© 2015]. *Záblesk. Sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.zablesk.olomouc.com/>.
- Sociální zabezpečení v sociálním systému společnosti, [© 2012]. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: http://www.pomahamekvalitne.cz/files/file/elearning/5%20modul/!skripta%206_%20lekce.pdf.
- SPC Beroun, © 2016. *Speciálně pedagogické centrum při Dětském domově a mateřské škole speciální Beroun, Mládeže 1102* [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.ddmsberoun.cz/spcberoun/>.
- Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené, Kosmonautů 4, Olomouc, © 2014. *Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené*. [online]. [cit. 11. 1. 2016]. Dostupné z: <http://www.sluch-ol.cz/sluch.ol/www.sluch-ol.cz/index.html>.

7 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Vzorec definice hluchoslepoty

Příloha č. 2 – Dotazník výzkumného šetření

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Klasifikace hluchoslepoty dle dominanty druhu a stupně postižení.....	13
Tabulka č. 2 – Kategorie zrakových vad	19
Tabulka č. 3 – Přehled rozmanitosti respondentů výzkumu	54
Tabulka č. 4 – Využití komunikačních systémů u respondentů	57
Tabulka č. 5 – Vzdělávání respondentů s hluchoslepotou.....	58
Tabulka č. 6 – Způsob bydlení respondentů	61
Tabulka č. 7 – Organizace zaměřující se na osoby s hluchoslepotou.....	63