

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

Sociální práce s klienty se zrakovým postižením

Social Work with Visually Impaired Clients

Diplomová práce

Vedoucí práce:

prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Autor:

Bc. Nela Šířlová

Praha 2016

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové, CSc. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a vlídné připomínky. Dále bych také chtěla poděkovat Domovu pro zrakově postižené Palata, zvláště pak Mgr. Evě Průchové, a samozřejmě všem klientům, kteří se mnou ochotně vedli rozhovor. Děkuji rovněž svým nejbližším za jejich trpělivost a podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Sociální práce s klienty se zrakovým postižením“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 29. 4. 2016

.....
Bc. Nela Šířlová

Anotace

Diplomová práce na téma Sociální práce s klienty se zrakovým postižením pojednává v teoretické části o zraku, jeho funkcích a možných vadách; o osobnosti zrakově handicapovaných, kvalitě jejich života. Text také přináší informace o sociálních službách, tyflorehabilitaci a jejích formách. Empirická část zjišťuje šetřením (polostrukturovaný rozhovor), jak konkrétně péče vypadá ve vybraném zařízení – Domově pro zrakově postižené Palata, jak jsou zde klienti se svým životem a službami subjektivně spokojeni, jak se s handicapem vyrovnávají a jaké jsou možnosti podpory. Celkový obraz doplňuje popis technického zajištění Domova, informace o poskytovaných službách i poznatky z pozorování.

Cílem diplomové práce je zmapovat možnosti sociální práce se zrakově postiženými klienty. Představit jejich osobnost i potíže, které handicap přináší. Zároveň také uvést, jak se s problémy vyrovnávají a jak s akceptací vady může pomoci jejich okolí.

Klíčová slova

Akceptace, asistence, domov pro zrakově postižené, kompenzační pomůcky, kompenzační smysly, orientační systém, prostorová orientace, schopnost samostatného pohybu, sociální služby pro zrakově postižené, tyflorehabilitace, zraková vada, zrakově postižený

Annotation

The thesis is focussed on social work with visually impaired clients. The theoretical part deals with eyesight, anatomy, physiology of the eye and various visual defects; further, on personality of handicapped individuals, quality of their lives, provided social assistance, methods of typhlo-rehabilitation and appropriate utensils. The application section searches by means of qualitative research, namely semi-structured interview and observation, complex functioning of an asylum for the handicapped – Home for Visually Impaired Clients PALATA, Prague. The dissertation presents, according to the findings, personalities of the interviewed, their subjective difficulties, the way they cope with the obstacles, their level of contentment, and considers bounds of assistance possibilities from the social background.

The objective of the thesis is to describe options of social work with visually impaired clients. To present their personalities and difficulties they deal with due to their handicap. And as well as to show how they cope with them and how their social environment can help with the acceptance of their impairment.

Keywords

Ability of unassisted movement, acceptance, assistance, asylum for the visually handicapped, compensation senses, compensation tools, eyesight defect, spacial orientation, social services for visually handicapped people, typhlo-rehabilitation, visually impaired person

Obsah

ÚVOD.....	8
1. ZRAK.....	10
1. 1 Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí.....	10
1. 2 Zrakové funkce	11
2. ZRAKOVÉ VADY	13
2. 1 Klasifikace zrakového postižení	13
2. 2 Přehled nejobvyklejších vad	14
3. OSOBNOST ZRAKOVĚ POSTIŽENÉHO A JEJÍ SPECIFIKA	19
3. 1 Psychosociální důsledky vrozené zrakové vady a vliv zrakové vady na raný vývoj dítěte.....	19
3. 2 Psychosociální důsledky zrakové vady získané v průběhu života člověka	22
3. 3 Specifika podpory vývoje člověka se zrakovým postižením a využití zbylých smyslů	26
3. 4 Problematika zaměstnanosti	31
3. 5 Specifika kvality života zrakově postižených.....	33
4. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY SE ZRAKOVOU VADOU DLE ZÁKONA 108/2006 Sb., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	36
4. 1 Podpora ze strany státu	37
4. 2 Role sociálního pracovníka v poskytování služeb zrakově postiženým.....	38
5. ZRAKOVÁ TERAPIE A TYFLOREHABILITACE.....	39
5. 1 Vliv na tyflorehabilitaci	41
5. 2 Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené	44
5. 2. 1 Optické pomůcky	44
5. 2. 2 Optoelektronické pomůcky	45
5. 2. 3 Výpočetní technika	46
5. 2. 4 Mobilní telefony	47
5. 2. 5 Pomůcky pro usnadnění mobility	47

5. 2. 6 Další neoptické pomůcky.....	49
5. 3 Výcvik soběstačnosti a sebeobsluhy.....	49
5. 4 Prostorová orientace a schopnost samostatného pohybu.....	52
5. 4. 1 Oblasti výchovy PO SP zrakově postižených.....	53
5. 4. 2 Technická úprava prostředí.....	54
5. 4. 3 Architektonické bariéry.....	56
6. ŠETŘENÍ POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, SPOKOJENOSTI KLIENTŮ DOMOVA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ PALATA A JEHO TECHNICKÉHO ZAJIŠTĚNÍ.....	58
6. 1 Cíl šetření.....	58
6. 2 Užití metody a metodika.....	58
6. 3 Domov pro zrakově postižené Palata.....	60
6. 3. 1 Technické zajištění.....	60
6. 3. 2 Poskytované služby.....	65
6. 4 Data získaná šetřením a jejich interpretace.....	66
6. 4. 1 Respondenti šetření.....	66
6. 4. 2 Úkoly šetření a jejich vyhodnocení.....	67
6. 5 Závěry šetření.....	90
ZÁVĚR.....	94
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	96
SEZNAM PŘÍLOH.....	100
PŘÍLOHY.....	101
SEZNAM OBRÁZKŮ.....	112
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....	113
SUMMARY.....	114

ÚVOD

Téma Sociální práce s klienty se zrakovým postižením jsem si pro svoji diplomovou práci zvolila hned z několika důvodů. Co mě však k výběru nejvíce přimělo, bylo absolvování praxe v Domově pro zrakově postižené Palata. Zařízení má jako svoji cílovou skupinu, jak název napovídá, zrakově postižené, kteří jsou s minimálními výjimkami v seniorském věku. Nezasvěcený člověk by si mohl říct, že u těchto klientů se musí jednat o velmi smutný a prázdný život v temnotě s potížemi stáří. Velmi mě však zaujalo, s jakou laskavostí a péčí přistupují k obyvatelům Domova jeho pracovníci, díky nimž a jejich práci, není život obyvatel Domova bezútešný. Velmi bohatý je i organizovaný program a další pořádané akce, které mohou obyvatelé Domova navštěvovat. Tím se dostávají do většího sociálního kontaktu a jejich život je barevnější.

Po delší době strávené se zrakově postiženými jsem si uvědomila, že si takto handicapovaní zaslouží pozornost. I přestože tyto osoby máme možnost potkávat ve svém okolí, na ulici či v prostředcích hromadné dopravy, myslím, že o nich přesto příliš nevíme. To je další důvod, proč jsem si dané téma zvolila. Mám osobní zkušenost s nevidomým, kterého jsem z dobré vůle chtěla upozornit na výkop, ke kterému mířil. Byl označen nedostatečně, protože jej ohraničovala pouze plastová páska ve výši pasu. Potom, co jsem pána varovala a nabídla mu pomoc, reagoval podrážděně a začal se nad nedostatečným zabezpečením výkopu rozčilovat. Cítila jsem se tehdy trochu dotčeně. Nedokázala jsem si ihned uvědomit, že handicapovaní a možná muži tím spíše, chtějí být často naprosto samostatní a překážka, kterou nečekají, je pro ně velmi nepříjemná. Nepřipouštíme si také někdy možná, že zrakově postižení naší pomoc vždy nemusí chtít.

Teoretická část diplomové práce v prvních dvou kapitolách představuje zrakový orgán, funkci zraku a zrakové vady. Třetí kapitola je pak věnována osobnosti zrakově postiženého. Zde se zabývám tím, jaké jsou odlišnosti v akceptaci vady u lidí s vrozenou vadou, či získanou během života. Následuje problematika zaměstnanosti zrakově znevýhodněných a specifika kvality jejich života, již ovlivňuje mnoho osobnostních, sociálních a dalších faktorů. Čtvrtá kapitola představuje sociální služby, kterých mohou zrakově postižení využívat, jaká je podpora ze strany státu a role sociálního pracovníka. Poslední kapitola teoretické části popisuje zrakovou terapii a tyflorehabilitaci a všimá si rovněž dostupných kompenzačních pomůcek, výcviku soběstačnosti, sebeobsluhy, prostorové orientace a schopnosti samostatného pohybu.

Empirická část práce je věnována šetření, které jsem v Domově provedla a jeho výsledkům. Cílem šetření bylo formou rozhovoru a pozorování zjistit, jak konkrétně probíhá každodenní život v Domově z hlediska zajištění náležitých specifických potřeb klientů. Cílem bylo objasnit, jak klienti vnímají technické zajištění Domova vzhledem k jejich handicapu, jak jsou spokojeni s poskytovanými sociálními službami včetně nabízeného programu, jak subjektivně hodnotí svůj život v Domově a jeho kvalitu. V rámci rozhovorů jsem si nad rámec zodpovězení uvedených otázek ráda vyslechla vyprávění klientů o životě v Domově, jejich vzpomínky na někdejší život v domácím prostředí, dobu vzniku vady a další osobní sdělení. Respondenti se ve většině případů velmi rozhovořili a zároveň jsem vycítila, že mají chuť sdílet se mnou své příběhy a osobní prožitky. Obvykle jsme se rozcházeli s úsměvy na tváři, a to splnilo i můj osobní nevyřčený cíl setkání.

Cílem celé diplomové práce, je pak zmapovat možnosti sociální práce se zrakově postiženými klienty, představit jejich osobnost a potíže, které handicap přináší. Zároveň také formou šetření zjistit, jak se s problémy vyrovnávají a jak s akceptací vady může pomoci jejich okolí.

1. ZRAK

Díky mozku a jeho funkci je možné definovat vjemy reálného světa kolem nás. Právě zrak nás informuje o vzájemných prostorových vztazích vjemů i vztazích předmětů k pozorovateli. Obecně se uvádí, že zrak zprostředkovává lidem okolo 70 – 90% informací, a právě proto je pro nás nejvýznamnějším smyslovým orgánem. Jeho ztráta znamená velký informační deficit, který je nutné kompenzovat jinými smysly, jako jsou především sluch nebo hmat. V individuální schopnosti vypořádat se s takovým deficitem jsou velké rozdíly. Záleží na tom, zda je osoba zrakově postižená již od narození, nebo během života. V druhém případě hraje významnou roli věk nebo období, v jakém ke ztrátě zraku došlo. Mimo to má samozřejmě velký vliv rovněž osobnost člověka, jeho zkušenosti a také dosažitelná reedukační péče v oblasti zrakového vnímání.

1. 1 Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí

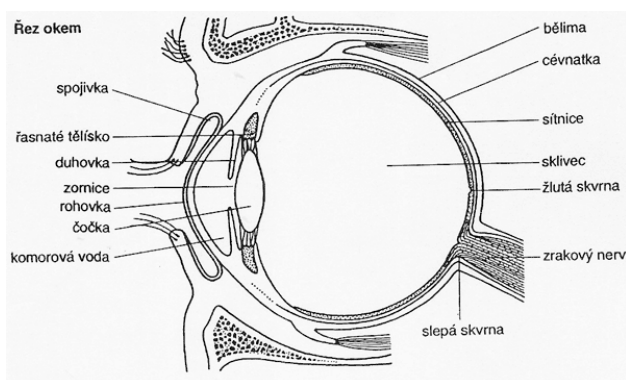
Jak popisuje Moravcová i Jesenský, zrakový orgán svoji funkci uplatňuje ve dvou hlavních složkách, a to sensorické, neboli zrakově smyslové, a dále motorické, tedy pohybové. Sensorickou složku dále dělíme na tyto úseky: periferní část, zrakovou dráhu a zrakové centrum. Pro správnou funkci zraku nesmí být žádná z těchto částí porušena či vyřazena. Periferní část tvoří oči s pomocnými orgány, konkrétně jsou to oční bulvy. Samotné oko spolu s pomocnými orgány je uloženo v očnici, kterou kryjí a uzavírají víčka. (Moravcová, 2004, s. 42) K ochraně oka slouží také řasy, které při přivření, například kvůli větru, omezují bezprostřední kontakt s okem. Očnice je kostěný prostor ve tvaru čtyřboké pyramidy, ve které je oko měkce uloženo díky tukové a vazivové tkáni. Nervy procházející otvory v očnici ovládají okohybné svaly a naopak ven otvorem z očnice vychází do dutiny lebeční zrakový nerv. Tenká průsvitná blanka, která pokrývá spodinu horního a dolního víčka se nazývá spojivka. Pokračuje volně i na přední část očního bulbu až k okraji rohovky, kde je pak pevně přirostlá. (Jesenský, 2007, s. 23 – 24) Vazivovou vrstvu, která je povrchovou částí oční bulvy, tvoří vpředu průhledná rohovka a v zadní části bělima, která je naopak neprůhledná. Tvar rohovky je mírně eliptický a je součástí oční koule v rozsahu asi 1/5. Střední část bulvy je tvořena cévnatkou, řasnatým tělískem a duhovkou, které dohromady tvoří živnatku, jež je součástí cévnaté vrstvy. Duhovka má tvar mezikruží. V centrální oblasti má pak otvor nazývaný zornice, kterou mohou paprskovitě uspořádané svalové buňky zvětšovat či zmenšovat. Vnitřní plochu stěny bulbu pokrývá sítnice. Kromě oční koule je součástí očnice také slzné ústrojí. Slzy jsou produkovány

slznými žlázami, které mají také ochranný charakter. Pohyby očních víček jsou slzy roztírány v kapilární vrstvě po povrchu oka. (Jesenský, 2007, s. 24 - 27)

Pomocí nervových vláken se vjemy ze sítnice obou očí převádí do zrakového nervu, čímž už mluvíme o zrakové dráze. Zraková dráha spojuje oči se zrakovým centrem mozkové kůry. Zrakový nerv proniká ven z oka přes bělimu, probíhá očnicí, kde se kanálkem zrakového nervu dostává do nitrolebního prostoru. Na spodině mozku se zrakové nervy setkávají a v místě označovaném jako chiasma se jejich vlákna částečně kříží. Sítnice, jediná součást nervové vrstvy stěny oka, je spojena s cévnatkou a dovnitř souvisí se sklivcem. „Celá sítnice je místem, kde dochází k transformaci světla na kódovanou informaci umožněnou biochemickou reakcí provázenou mnoha akčními potenciály.“ (Jesenský, 2007, s. 30) Právě na sítnici pak ve stáří ubývá počet čípků a tyčinek, což způsobuje zhoršení zrakové ostrosti. Nitro oka tvoří pod uvedenými vrstvami přední a zadní oční komora, čočka a čirá rosolovitá hmota, sklivec. (Moravcová, 2004, s. 42) Čočka umístěná za duhovkou je optický aparát, který díky tzv. akomodaci může měnit své zakřivení lomivých ploch. Změnou zakřivení čočky se obraz promítne na sítnici správně. (Jesenský, 2007, s. 25 - 26)

V týlním mozkovém laloku je uloženo zrakové centrum mozkové kůry, kde vznikají zrakové vjemy. Spojením zrakového centra s dalšími okrsky mozkové kůry je zajištěna schopnost na vjemy přiměřeně reagovat. (Moravcová, 2004, s. 42)

Obrázek 1: Stavba oka

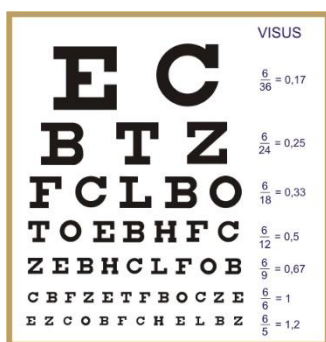


1. 2 Zrakové funkce

Vidění, nebo také zrakové vnímání, je dosti složitý proces, který je ovlivňován kvalitou funkcí zrakového analyzátoru. Mezi zrakové funkce patří zraková ostrost, zorné pole, barvocit, adaptace, akomodace, binokulární vidění a citlivost na kontrast.

Zraková ostrost je rozlišovací schopností lidského oka, která je nejdokonalejší v oblasti žluté skvrny sítnice. Vyšetřována a posuzována je pomocí optotypů neboli nástěnných tabulek, viz. obrázek 2. U malých dětí se pak používají obrázkové optotypy. Normální zraková ostrost je vyjádřena zlomkem, kdy v čitateli je vzdálenost, ve které by měl vyšetřovaný při čtení z tabulky stát, a ve jmenovateli vzdálenost, ze které by měl při správné zrakové ostrosti daný znak přečíst. Optotypy je vyšetřována zraková ostrost na dálku. Pro její určení na blízko, se využívají Jägerovy tabulky, což jsou souvislé texty s rozdílnou velikostí písma. U dětí se pak opět používají řady obrázků. Právě podle stavu zrakové ostrosti jsou definovány kategorie zrakových postižení, které klasifikuje WHO (Světová zdravotnická organizace). (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 14 – 16)

Obrázek 2: Optotypy



Zorné pole je široká část prostoru okolo určitého místa, které vnímáme, a které je oko schopno zachytit při pohledu přímo před sebe. Umožňuje nám tzv. periferní vidění, jež slouží k prostorové orientaci. Vyšetřování zorného pole je uskutečňováno pomocí perimetru. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 18)

Jako **barvocit** označujeme schopnost oka rozeznávat světlo různé vlnové délky, tedy barvy. V případě poruchy barvocitu dochází k částečné nebo úplné barvosleposti. Barvy vnímáme pomocí žluté skvrny a směrem do periferie sítnice se tato schopnost snižuje. Dále díky tzv. adaptaci je oko schopno přizpůsobit se různé intenzitě světla. Aby pak bylo oko schopno rozlišit rozdílný jas dvou ploch viděných v zorném poli současně, je nezbytná kontrastní citlivost. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 18 - 19)

Akomodací, která je umožňována pomocí zesílení nebo zeslabení lomivé síly čočky, nazýváme schopnost oka vidět předměty ostře na různou vzdálenost. Se zmíněnou akomodací pak úzce souvisí konvergence a zúžení zornic, tedy stav, kdy se osy obou očí při pohledu na blízký předmět sbíhají tak, že paprsek dopadá na žlutou skvrnu obou očí. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 19)

Schopnost oka vidět pozorovaný předmět oběma očima zároveň a jednoduše, je nazývána jako jednoduché **binokulární vidění**. Binokulární vidění umožňuje také vnímat hloubku prostoru a obrazy vnímané oběma očima, jak již bylo uvedeno, spojí v jeden. Tato schopnost se vyvíjí společně s vývojem sítnice a žluté skvrny především v období do jednoho roku dítěte. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 19)

2. ZRAKOVÉ VADY

2.1 Klasifikace zrakového postižení

Následující tabulka představuje klasifikaci závažnosti zrakových vad, která byla doporučena na základě závěrů Mezinárodního shromáždění oftalmologů (2002) a doporučení WHO (Světová zdravotnická organizace) porady pro „vývoj standardů pro charakteristiku ztráty zraku a zrakových funkcí“ (září 2003).

Tabulka 1: Klasifikace zrakového postižení dle WHO

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 (0.005) 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 – neurčená ztráta zraku (binokulární)	nezjištěna nebo nespecifikována	

* Nebo počítání prstů na vzdálenost 1 metru

Zdroj: Mezinárodní klasifikace nemocí – 10, dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/H53-H54>.

Z Klasifikace zrakového postižení podle WHO vychází i následující přehled druhu zdravotního postižení v tabulce č. 2, který zpracovala Sjednocená organizace nevidomých

a slabozrakých. Obecně rozlišuje závažnost zrakového postižení na základě úrovně zrakové ostrosti.

Tabulka 2: Druh zdravotního postižení

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

Kategorizace osob se zrakovým postižením může být dle oboru, v rámci kterého se dané pojmy používají i rozdílná. Například ve speciální pedagogice se hovoří o čtyřstupňové klasifikaci, která třídí jedince do kategorií, jakými jsou: osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 41)

2. 2 Přehled nejobvyklejších vad

Jako zraková vada je označován stav, kdy zrakové ústrojí plní svoji funkci pouze omezeně, nebo vůbec. Zrakové vady je možné rozdělit na vrozené, které bývají dědičné nebo jsou k nim určité dispozice a získané. Dále také odlišujeme vady převažující u dětských pacientů, vyskytující se u dospělých pacientů a provázející svými problémy

stáří. Lze je třídit i podle oblastí poruch zrakového vnímání. Těmi mohou být: zraková ostrost, okulomotorické poruchy, poruchy prostorového vidění, narušení zorného pole, obtíže při zpracování zrakových vjemů, poruchy barvocitu a další. (Moravcová, 2004, s. 58)

Na webových stránkách Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých je možné nalézt jednoduchý přehled základních nemocí a také přehled zrakových vad spolu se symptomy, kterými se projevují, viz. následující tabulka 3. Alespoň některé zrakové vady si tedy přiblížíme.

Tabulka 3: Zrakové vady a jejich symptomy

Symptomy	Možná zraková vada
snížená zraková ostrost	barvoslepost, katarakta, retinopatie, degenerace makuly, odchlípení sítnice, albinismus, nystagmus
světloplachost	barvoslepost, afakie, glaukom, retinopatie, degenerace sítnice, degenerace makuly, albinismus
nystagmus	barvoslepost
neostré vidění do dálky	myopie, astigmatismus
problémy s vnímáním hloubky, prostoru	myopie, astigmatismus, nystagmus
problémy s oslněním	myopie, astigmatismus, katarakta
vidění jako přes špinavé okno, v mlze	katarakta, glaukom
silná refrakční vada	afakie, albinismus
úbytky, výpadky, zúžení zorného pole	glaukom, retinopatie, degenerace sítnice, odchlípení sítnice
bolesti hlavy	glaukom
proměnlivé vidění	retinopatie
šeroslepost	degenerace sítnice
ztráta centrálního vidění (skotom)	degenerace makuly
světelné záblesky	odchlípení sítnice
"padající saze"	odchlípení sítnice
excentrické fixace	nystagmus

Mezi jednoznačně nejčasnější vady patří tzv. **refrakční vady**, kdy dochází k nepoměru mezi lomivostí oka a jeho délkou. Tyto vady jsou převážně osově, kdy je předozadní délka oka menší nebo větší vzhledem k lomivosti optických prostředí. Méně obvyklé jsou pak křivkové refrakční vady. Refrakční vady se dělí na malé, které si oko umí korigovat samo, a na velké, jež jsou doprovázeny snížením zrakové ostrosti, a je nutné tuto vady upravit korekční pomůckou. Tou jsou buď brýle, nebo kontaktní čočky. (Steringová, 2008, s. 9)

Jako **myopii** neboli **krátkozrakost** označujeme onemocnění, při kterém dochází k nesprávnému poměru mezi lomivostí optických prostředí a délkou oka. Symptomy jsou neostré vidění do dálky, problémy s vnímáním hloubky nebo s oslněním. Vada se koriguje buď medicínsky, a to operací, nebo brýlemi, čočkami rozptylkami. (Steringová, 2008, s. 9) Rozptylky se označují znaménkem – a jejich funkcí je mírné rozptýlení paprsků tak, aby obraz dopadal na sítnici. Světelné paprsky se totiž při myopii lámou do oblasti před sítnicí, a na sítnici tím vzniká neostrý obraz. (Jesenský, 2007, s. 26)

Opačnou vadou je **hypermetropie** neboli **dalekozrakost**. Rovnoběžné paprsky přicházející k oku mají při akomodačním klidu svoje ohnisko za sítnicí na rozdíl od myopie. (Steringová, 2008, s. 9) Jedná se tedy o poruchu vidění blízkých předmětů, kdy ostrý obraz vzniká až vzadu za sítnicí. Příčinou hypermetropie je nedostatečná síla lomivého aparátu oka nebo příliš krátká předozadní osa očního bulbu, což se člověk v takovém případě snaží nahrazovat usilovným zaostřováním. To však později nestačí, a proto se dalekozrakost upravuje čočkami spojkami, které jsou označované znaménkem +. (Jesenský, 2007, s. 26)

Další refrakční vadou je **astigmatismus**, který způsobuje nepřesné zaostření světla na sítnici. Je způsoben zakřivením rohovky, a tedy tím, že nemá pravidelný kulový tvar. Paprsky světla, které přicházejí ze všech směrů, se tak nespojí v jedno místo na sítnici, ale mimo ni. Na sítnici se pak projeví jako různě zakřivené a velké plošky. Může vyvolat rozostřený obraz. Vada se koriguje cylindrickými čočkami lomícími světlo v každé ose jinak, a tím nepravidelnost rohovky vyrovnávají. (Steringová, 2008, s. 9)

Jako **vrozený glaukom (neboli zelený zákal)** nazýváme onemocnění, při kterém jsou patologicky postiženy zrakové funkce kvůli zvýšenému nitroočnímu tlaku. V naprosté většině případů se onemocnění projeví již do jednoho roku věku dítěte, a to světloplachostí, slzením a dále lehce zašedlou rohovkou. Oči a především rohovka se začínají chorobně zvětšovat. Obvykle nestačí nitrooční tlak snižovat medikamentózně a pro zabrzdění dalšího postupu nemoci je nezbytný chirurgický zákrok. Bohužel nejméně polovina případů dětí s glaukomem končí i přes veškeré odborné snahy slabozrakostí a často i praktickou slepotou. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24) Gubková in Jesenský ještě doplňuje, že glaukom je na světě druhou nejčastější příčinou nezvrтанé slepoty u lidí ve věku 40 let. Definuje jej tak, že se jedná o chronické progredující onemocnění zrakového nervu, při kterém dochází k poškození a odumírání nervových buněk sítnice, následně k zmenšování zorného pole a v krajních případech až k úplné slepotě. (Gubková in Jesenský, 2002, s. 39)

Vrozený šedý zákal (neboli katarakta) je onemocnění, které způsobuje zákal čočky dětského oka. Bývalo jednou z nejčastějších příčin dětské slepoty a i dnes jím je diagnostikováno 15 – 20% dětí ze škol pro zrakově postižené. Příčinou šedého zákalu mohou být škodlivé noxy, ať již jde o virová onemocnění v začátcích těhotenství nebo o působení toxických vlivů včetně nevhodných léků v časném období vývoje plodu. Zkalení čočky může být jednostranné nebo postihuje i obě oči, přičemž rozsah postižení je částečný či celkový. Částečně zkalenou čočku není vždy nutné operovat, ale jakmile zkalení překáží v cestě obrazu do nitra oka, je chirurgický zákrok nezbytný. Otázka zrakové reedukace vyvstává i po drobném zákroku, protože zkalená čočka v oku dítěte přivodí rychle tupozrakost způsobenou neuvážením nemocného oka. Kongenitální kataraktu bohužel doprovázejí další chorobné změny postižených očí jako šilhání nebo nystagmus (třes očí). Ty samozřejmě ve svých důsledcích funkční výsledky léčby zhoršují. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24) Sosna in Jesenský uvádí, že katarakta byla (v roce 2002) nejčastější příčinou slepoty v rozvojových zemích, a protože je možné ji operovat, se označuje jako ekonomická slepota. (Sosna in Jesenský, 2002, s. 52)

Zánětlivá onemocnění žilnatky obvykle postihuje současně duhovku a řasnaté tělísko, což nazýváme iridocyklitidou. Iridocyklitida se projevuje světloplachostí, bolestí oka a slzením. Doprovází ho někdy až hnisavý zánětlivý výpotek objevující se v přední oční komoře. Zanícený zornicový okraj duhovky srůstá s čočkou a znemožňuje proudění oční komorové vody do přední komory oka, což vede k těžkému sekundárnímu glaukomu, tedy vysokému nitroočnímu tlaku. Při recidivách nebo po delším trvání nemoci dochází ke zkalení dosud čiré čočky. To vede ve svých důsledcích k těžké slabozrakosti až praktické slepotě. Často bývají příčinou zánětlivých onemocnění žilnatky somatické choroby jako tuberkulóza nebo angina. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24)

Když zánětlivé onemocnění zasahuje cévnatku, pak hovoříme o chorioretinitidě, která probíhá nebolestivě, ale již od počátku zhoršuje vidění. Při zánětech v oblasti žluté skvrny je zraková ostrost snížena nejvíce. Těžkou slabozrakost pak přivodí každý funkční výpadek centrální oblasti sítnice. Příčinou chorioretinidy může být vrozené zánětlivé onemocnění od infikované matky například toxoplazmózou. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24)

O **sítnicové degeneraci** mluvíme jako o vrozeném nezánětlivém onemocnění sítnice dědičné povahy. Choroba je oboustranná a nevléčitelná. Nejznámější je pigmentová degenerace sítnice, která postihuje především tyčinky a tzv. pigmentový list

sítnice. U dětí začíná jako šeroslepost, pokračuje zužováním zorného pole až do tubicového vidění a končí poklesem centrálního vidění. Průběh je takový, že onemocnění nejdříve přivodí slabozrakost, poté praktickou slepotu a nakonec v dospělosti úplnou slepotu. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24)

Ratinopatie nedonošených je onemocnění, které se objevuje u předčasně narozených dětí, kdy nejzranitelnější jsou děti narozené pod 28 týdnů gestačního věku a pod hranicí 1 250 g porodní hmotnosti. Při narození nemají děti dokončenou vaskularizaci sítnice; cévy ještě nedorostly do periferních sítnicových částí. V inkubátoru je pro dítě zvýšen přívod kyslíku, ale po jeho vysazení začínají v periférii sítnic bujet cévy, objevuje se krev, která ze sítnice proniká do sklivce. Tento stav se hojí tvorbou vaziva, což ale přivodí svráštěním odchlípení sítnice s následnou ztrátou vidění. Onemocnění může mít fatální následky praktické slepoty, ale existují i případy, kdy je onemocnění buď vhodnou léčbou, nebo spontánně zastaveno a vidění je více méně zachováno třeba jen s určitým poklesem zrakové ostrosti. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24)

Sosna in Jesenský hovoří o **diabetické retinopatii** jako nejčastější příčině slepoty prakticky ve všech rozvojových zemích ještě v roce 2002. Toto nebezpečné onemocnění nastává při neléčení cukrovky 1. i 2. typu, kdy jsou trvale poškozovány cévy sítnice. Zvládnutí diabetické retinopatie závisí především na její prevenci a tedy na optimální kontrole diabetu a nejzávažnějších rizikových faktorů. Zde je nutná úzká spolupráce mezi oftalmologem a diabetologem. (Sosna in Jesenský, 2002, s. 52 - 55)

Retinoblastom je onemocnění zhoubným nitroočním nádorem, který vyrůstá ze sítnice dětského oka. Z počátku se choroba příliš neprojevuje a nečiní dítěti obtíže, až do doby, kdy se objeví žlutavý svit v zornici nebo šilhání oka nádorem již osleplého. To se děje okolo druhého roku dítěte, po čtvrtém roce se nádor objevuje jen výjimečně. Obvykle je nádor tak rozsáhlý, že je nutné vyjmutí postiženého oka, aby se předešlo generalizaci onemocnění. V případě, že se jedná o oboustranný nádor, je snahou lékařů zachovat konzervativní léčbou alespoň jedno oko. (Vítková a kol., 1999, s. 22 - 24)

Achromatopsie je vrozená geneticky podmíněná aplazie neuroepitelu sítnice, která se projevuje sníženou zrakovou ostroší obvykle v pásmu slabozrakosti vedoucí k nystagmu, poruše barvocitu a světloplachosti. Postižené jsou čípky aktivující se za světla; proto při sníženém osvětlení, kdy se aktivují tyčinky, vidí pacienti lépe. Choroba není progresivní a osobám diagnostikovaným, se doporučuje nosit zatmavené brýle ideálně s kryty ze stran a shora. (Moravcová, 2004, s. 59)

Příčinou **albinismu** je defekt tyrozinázy v melanocytech a výsledkem porucha tvorby melaninu nutného k tvorbě pigmentu. Jednou z variant albinismu je oční albinismus, který postihuje jen oči, další pak okulotánní albinismus postihující oči i kůži. Různým stupněm hypoplazie žluté skvrny se může také porucha pigmentace projevit na očním pozadí. Vizus bývá obvykle bilaterálně v pásmu slabozrakosti a často je přítomen i nystagmus, což jsou rychlé mimovolní pohyby očí. Této skupině pacientů pomůže ke zlepšení zrakových funkcí použití filtrů. (Moravcová, 2004, s. 59 – 60)

3. OSOBNOST ZRAKOVĚ POSTIŽENÉHO A JEJÍ SPECIFIKA

Vzhledem k tomu, že zrak je dominantní smyslový orgán a zprostředkovává většinu informací z vnějšího světa, jeho částečná či úplná ztráta významně ovlivňuje osobnost člověka. Uvádí se dokonce, že člověk je formován jako tvor optický. Dle toho, v jakém životním období ke zmíněné ztrátě zraku dochází, jsou i jeho následky rozdílné. Štréblová potvrzuje, že: „Rozvoj sekundárních následků nezávisí jen na druhu a stupni poruchy, ale i na době, kdy zraková vada vznikla. Čím dříve se porucha projeví, tím méně zkušeností a zrakových představ dítě získá a to ovlivňuje nejenom vývoj kognitivních procesů, ale i jiné činnosti – př. v prostorové orientaci a samostatném pohybu.“ (Štréblová, 2002, s. 21) Tomuto faktu musí být samozřejmě také přizpůsobena práce se zrakově postiženým.

3. 1 Psychosociální důsledky vrozené zrakové vady a vliv zrakové vady na raný vývoj dítěte

Jak popisuje Moravcová, období prvních šest týdnů **po narození dítěte** je označováno jako latentní fáze senzitivní periody. V tomto období je nutné řešit určitými zákroky překážky v optické ose a především včas odhalit různé další problémy, které brání fixaci oka. Fáze do konce vývoje oka a jeho binokulárních funkcí je nazývána **senzitivní periodou**. Pro toto období je velice podstatná správná a včasná diagnostika zrakového postižení a také využití správné zrakové stimulace, protože každý využitelný zbytek zraku je významný. Pokud k ní nedojde, vzniká v případě oboustranného postižení nystagmus či bloudivé pohyby očí, které vznikají po nedostatečné fixaci oka. Oko se tak stává amblyopickým, kvůli čemuž se v mozku nevytvářejí kvalitní nervové spoje. V důsledku faktu, že se dítěti nedostávají zrakové informace, jeho vývoj se tím začíná zpoždovat. (Moravcová, 2004, s. 32 - 33) Také Květoňová-Švecová již zmíněné potvrzuje, když říká,

že: „Raný vývoj dítěte je obdobím, kdy se vyvíjejí nervové dráhy a zraje nervová soustava a je tedy možné stimulací podpořit vývoj zrakových drah a zpracování zrakových vjemů.“ Dostatečná stimulace je pro kvalitu zrakového vnímání v budoucím životě rozhodující, a pokud dojde ke zmíněné smyslové deprivaci v raném vývoji dítěte, není možné už později tento vývoj ovlivnit. Potřebné nervové spoje se totiž při stálé smyslové deprivaci nemají šanci vytvořit. (Květoňová-Švecová a kol., 1999, s. 28) Jak upozorňuje Jesenský, problematické však na druhé straně může být to, že vyšetření vidění je možné až tehdy, kdy je dítě schopné reagovat alespoň na jednoduché požadavky: „Do té doby je možné určit jen velmi hrubý odhad, jak dítě reaguje na podněty spojené se zrakem.“ (Jesenský, 2007, s. 32)

Zrakové postižení má samozřejmě velký vliv na psychický i fyzický rozvoj dítěte, protože rozvoj pohybu je pro nedostatek informací omezen. „Psychický vývoj je závislý na podmínkách, které v interakci s prostředím ovlivňují velmi významně projevy chování zrakově postiženého dítěte. Dynamika vývoje osobnosti (rozvoj poznávacích funkcí, citový vývoj a morální vývoj) v jednotlivých životních obdobích se může jevit jako nerovnoměrný, zpomalený či odlišný.“, jak uvádí Štréblová. (Štréblová, 2002, s. 40) Autorka dále popisuje, co se u zrakově postižených konkrétně projevuje. První nepříjemností je **senzorická deprivace** kvůli omezenému přijímání zrakových podnětů a jejich diferenciaci. Při totální nevidomosti se pak využívají kompenzační techniky zacílené na cvičení ostatních smyslů jako hmat, sluch, čich a případně i chuť, jimiž se zrakové čítí alespoň částečně nahrazuje. S tím souvisí samozřejmě i emocionální stránka osobnosti, jak popisuje Moravcová, která je ovlivněna nedostatečným očním kontaktem dítěte s matkou či jinými pečujícími osobami. Poruchy v emocionalitě následně mohou vznikat jak na straně dítěte pocitem osamění, ale i matky, což ovlivňuje sociální vztahy v rodině i jejím okolí. Vhodná je tedy komplexní práce s celou rodinou se zrakově postiženým dítětem, včetně poradenství ohledně využití kompenzačních smyslů a dále i kompenzačních pomůcek, a samozřejmě včasné zahájení zrakové stimulace. Takovou pomoc je schopné poskytnout citlivě a s porozuměním Středisko rané péče. (Moravcová, 2004, s. 32 - 33) V tomto středisku také odborníci ukáží rodině, jak miminko stimulovat, aby nezůstávalo jen nečinně ležet v postýlce bez jakýchkoliv podnětů, což by brzdilo jeho přirozený vývoj. Jinak potřebu včasné práce s dítětem a rodinou potvrzuje Kudelová a Květoňová i tím, když uvádí, že: „Pohled z očí do očí je důležitým komunikačním signálem. Není-li jej možno vzhledem ke zrakovému postižení dítěte uskutečnit, může dojít k narušení citové vazby ze strany rodičů.“ (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 12) I pro

rodinu je tedy samozřejmě situace velmi zátěžová a je potřeba podporovat v rámci rané péče i ji. Odborný pracovník může rodinu navštívit doma, ale potřebné vybavení pro zrakovou stimulaci je k dispozici v prostorách střediska. Ceněna bývá také možnost kontaktu rodin s podobným osudem. (Květoňová-Švecová a kol., 1999, s. 29) Další charakteristikou, která se u zrakově postižených dětí objevuje, je již zmíněné **omezení samostatné lokomoce**, a sice opoždění pohybového vývoje a vůbec samostatného pohybu v okolním prostředí, dále **zdlouhavější vývoj řeči a poznávání** především na základě právě první zmiňované sensorické deprivaci. Se vším samozřejmě též souvisí **omezení sociálních zkušeností a komunikace** a v neposlední řadě i **komplikace při vývoji vlastní identity**. Vývoj identity souvisí s rozvojem samostatnosti a sebehodnocení s přímou vazbou na hodnocení okolí. (Štréblova, 2002, s. 40)

Období senzitivní periody sahá až do věku 6 – 8 let věku dítěte. V případě, že nejsou rozvíjeny stávající funkce zraku, v pozdějším věku již k jejímu zlepšení nedochází. (Moravcová, 2004, s. 32, 33)

Pro dítě **v předškolním věku**, tedy mezi třetím a šestým rokem, je velmi významné navazování vztahů s vrstevníky. Aby nebylo dítě izolováno, je vhodné podporovat získávání zrakových informací díky neoptickým pomůckám a zároveň stimulovat motorické dovednosti použitím vhodných hraček, které je mohou rozvíjet. Metodickou pomoc, mohou v tomto období poskytnout jak rodičům, tak i pedagogickým pracovníkům předškolních zařízení speciálně pedagogická centra. (Moravcová, 2004, s. 33 - 34) Co se týče výchovy dítěte, je důležité vyvarovat se nekritické lásce, protekční výchově nebo nadměrnému ochraňování, protože dítě pak může postrádat sebevědomí nebo se stát pasivním. Významnou roli hrají také sourozenci postiženého dítěte, protože vztahy mezi nimi jsou důležité pro rozvoj věkově přiměřené sociální zralosti. Ovlivňují i případný růst dovedností zrakově handicapovaného ve společenském styku, jak uvádí Finková a kol. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 63 - 64)

Pro **období školního věku** dítěte je charakteristické to, že nároky na zrakovou práci jsou vystupňovány na nejvyšší míru. Je zapotřebí včas řešit podmínky vzdělávání dítěte v souvislosti s jeho potřebami podpory a zajistit pro žáka optické i neoptické pomůcky. V této oblasti by mělo být rodičům k dispozici speciálně pedagogické centrum a jeho odborníci z řady pedagogů, kteří mají kontakty na příslušná oftalmologická pracoviště. Kontakt s vrstevníky dává zrakově postiženému dítěti možnost srovnávat se a zvyšující se nároky na školní práci mohou negativně ovlivnit jeho emocionální prožívání

a sebehodnocení. Dobrá spolupráce mezi rodiči, pedagogy, psychologem, oftalmologem či ještě jinými odborníky může samozřejmě jen napomoci k tomu, aby byly případné problémy řešeny především citlivě, ale zároveň i konstruktivně. Pro některé děti může být například používání optických i dalších pomůcek před zdravými spolužáky nepříjemné, protože se za ně stydí. Ne všichni jsou totiž dostatečně chápaví a tolerantní ke zdravotně postiženému spolužákovi. Právě v těchto situacích je citlivá práce pedagogů, jiných dospělých a zapojení rodičů pro zmírnění či zamezení problémů nezbytné. Doporučuje se také začít s používáním pomůcek nejdříve v domácím prostředí a při zájmových aktivitách, aby jejich zapojování do vyučování nastalo až po dobrém seznámení se s pomůckou. (Moravcová, 2004, s. 34 - 35) Co se týče, dá se říci, i životního přístupu, tak inteligentní zrakově postižené dítě si dovede vytvořit určitou strategii v přístupu k realitě, která mu pomůže vyvstalé omezení zvládnout. Obtížnější je to však samozřejmě v situacích, se kterými nemá jedinec zkušenosti, jak uvádí Finková a kol. Náročnější je také období puberty, periodě bouřlivých změn včetně hledání vlastní identity a osamostatnění se z vazeb rodiny, které bývá u zrakově postižených dětí složitější. Získaný handicap v tomto věku pak bývá velmi těžce přijímán a stává se traumatizujícím. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 65 - 66)

3. 2 Psychosociální důsledky zrakové vady získané v průběhu života člověka

Je potřeba připomenout, že oslabení či ztráta zraku významně ovlivní osobnost postiženého člověka (OZP). Autoři věnující se dané problematice se shodují, že na ztrátu zraku je potřeba nahlížet z ontogenetického hlediska; záleží tedy na tom, kdy k ní došlo. Jak uvádí Jesenský, rozdíl je, zda ke ztrátě došlo v dospělosti či dětství, přičemž zásadní je věk 5 – 7 let. „Pokud došlo ke ztrátě zraku v tomto věku, postupně se OZP z hlediska možnosti využití představ vizuální paměti přibližuje k člověku zcela nevidomému.“ (Jesenský, 2007, s. 71) Dříve vytvořené představy mají tendenci zmizet. Tento pohled doplňuje ještě Čálek a kol., když říká, že: „...jde totiž o to, zda ztráta zraku postihla jedince s osobností již plně zformovanou nebo jedince, u kterého se v obvyklé dospělé formě ještě nevytvořila.“ (Čálek a kol., 1991, s. 78)

Moravcová popisuje, že na lepší akceptaci ztráty zraku dítěte v předškolním věku má největší vliv intervence rodiny a odborná pedagogická podpora. Ve věku školním a adolescentním je možné zaznamenat větší zásah do psychické stability. V důsledku konfrontace s prožitkem neúspěchu ve školní práci dochází ke snížení sebehodnocení nebo zvýšení emocionální lability. Kvůli neustálému vystavování stresujícím prožitkům, je

zásadní nepodcenit možnost vzniku těžších psychických poruch. Posilování osobnosti jedince, vyhledávání odpovídajícího způsobu vzdělávání či citlivého řešení problému by se měli věnovat odborníci speciálně pedagogických center a také Centra zrakových vad. (Moravcová, 2004, s. 36 – 37) Více ohledně vzdělávání bylo již řečeno v předchozím oddílu, proto se budeme spíše věnovat ztrátě či oslabení zraku v dospělosti.

Dle Čálka a kol. na ztrátu zraku v dospělém věku můžeme nahlížet z dalších hledisek, a to jakým způsobem k ní došlo, v jakém stupni nebo jakou má formu. Její psychologický dopad na osobnost postiženého je samozřejmě individuální a ovlivněn tím, jak se osobnost člověka utvářela dříve. Velký vliv má i aktuální společenské prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Nejčastějšími příčinami těžké zrakové vady v dospělosti bývá glaukom, nádorová onemocnění CNS, nebo následky onemocnění diabetem. Záleží dosti na průběhu, a sice zda ke ztrátě, ať už úplné nebo částečné, došlo náhle nebo se jedná o progresivní vadu vyvíjející se postupně. **Náhlá ztráta**, ke které může dojít například během autonehody, vyvolává poměrně uniformní psychologickou odezvu, kterou Čálek a kol. vysvětluje ve třech fázích. První období, která nastává bezprostředně po sdělení diagnózy, nazývá počátečním šokem. V této fázi dochází k duševnímu otřesu, který se projevuje jako krajní pokles zájmu dané osoby o kontakt s okolním prostředím. Takto postižený člověk vykazuje lhostejnost i k uspokojování základních potřeb, proto je vhodné, aby byl pod dohledem. Dočasný šokový stádium může trvat jen několik hodin, ale v některých případech i několik dní. Ačkoliv je toto období opravdu velmi těžké, nedoporučuje se zasaženou osobu z tohoto stavu vytrhovat, protože si jí musí projít. Druhé období mívá podobu tzv. reaktivní deprese. Je v něm prostor pro projevení truchlení nad utrpěnou životní ztrátou. Strnulost z předchozího stádia již pominula a tato životní bolest může přinést i nebezpečí sebevražedných myšlenek. Jak uvádí Čálek a kol.: „Soudí se, že odeznění této živelné reakce je důležitou podmínkou další úspěšné rehabilitace a reorganizace života.“ Proto se opět doporučuje nechat tuto fázi víceméně volně proběhnout. (Čálek a kol., 1991, s. 79) Období truchlení může trvat až několik týdnů. Na místě často bývá uplatnění psychoterapie. Poslední, třetí období bývá nazýváno reorganizací, protože z předchozích dramatických fází přechází do určitého mezidobí uklidnění. V této fázi se zrakově postižená osoba začíná pokoušet o snížení absolutní závislosti na péči druhých. Poznává, že může být soběstačnější a není tak bezmocná. Pomalu se učí sebeobsluze a základní orientaci. Po této fázi již osoba přechází k celoživotnímu přizpůsobování se svému handicapu. **Postupná ztráta zraku**, která může probíhat mnoho let, způsobuje dlouhodobou psychickou zátěž, která je ještě vyšší pokud je

stav zraku střídavý. Dopad této náročné životní situace na osobnost člověka, jeho vztahy a činnosti je ovlivněn ve velké míře tím, jaký má postoj ke stavu krajního úbytku zraku. Pokud ho samozřejmě vnímá jako úplné vyřazení ze života, pak je deprese hlubší a nabízí se průběžné psychoterapeutické a poradenské působení ze strany odborníků. (Čálek a kol., 1991, s. 78 - 79) Ať se však jedná o ztrátu zraku náhlou či postupnou, alespoň částečná akceptace vady ze strany postiženého je velmi složitá a uvádí se, že důležitá je hned první fáze, kdy slábne emocionální odezva a osoba začíná brát situaci věcně. Ideální je přímá návaznost zakončení nezdařilé léčby a převedení klienta do odborné rehabilitační péče či alespoň odkázání na příslušnou službu jakou je Tyfloservis a podobná zařízení, kde se této osobě dostane odborné pomoci. Jak uvádí opět Čálek, velmi nešťastné je naopak, když lékaři udržují člověka mnohdy i dlouho dobu ve falešných nadějích na zázračné zlepšení zraku a následná rehabilitace je poté o mnoho obtížnější. Osobnost člověka je vždy ztrátou zraku velmi ovlivněna a negativní dopad se snižuje právě při dobře načasovaném započetí rehabilitace. Překážkou rehabilitace je nonakceptace vady ze strany zrakově postižené osoby a odmítání získávat nové dovednosti k používání kompenzačních pomůcek i jiné pomoci. Někteří osleplí lidé se mohou stydět například za používání bílé hole, která je však prakticky jediným možným prostředkem pro orientaci v prostoru a samostatný pohyb. Mezi významné činitele, které nonakceptaci mohou negativně ovlivnit, patří rodina, pokud má vůči stavu slepoty předsudky a nedokáže blízkého v rehabilitaci podpořit, nebo naopak péči přehánějí a nepovažují jej za kompetentního. Postoj rodiny a její citlivé působení je tedy zásadní a z toho vyplývá, že by rodina měla být vždy zapojena do rehabilitačního procesu. Při závažných formách nonakceptace je nutná kvalifikovaná přímá či nepřímá intervence odborníka. (Čálek a kol., 1991, s. 80 - 85) Více o rehabilitaci a kompenzačních pomůčkách přináší následující kapitoly. Ztráta zraku v produktivním věku nejen ovlivní zmíněné možnosti uspokojovat své zájmy a potřeby, ale znamená především ve většině případů ztrátu možnosti vykonávat svoji profesi. Tento fakt samozřejmě špatně působí na psychiku člověka, může narušit ekonomickou stránku rodiny a tím často i partnerské vztahy. (Moravcová, 2004, s. 37) Praktický pohled na psychické a sociální problémy, které s sebou nese zrakové postižení získané v průběhu života, přináší i Michálek a Vondráčková. Zmiňují samozřejmě narušení sebevědomí, vystavení problémům rodiny a dalších blízkých osob a zvýšení závislosti na pomoci, což již bylo popsáno dříve. Zajímavou skutečnost, kterou si však ihned neuvědomíme, je i nově nastalý střet rolí. K tomu dochází například v situaci, kdy zrakově postižený potřebuje pomoc od dětí, kteří ho však mají zároveň stále respektovat jako dospělého. Podobné nepříjemné problémy

mohou vznikat i mezi dospělými, kdy se prolíná rovný vztah partnerů s nerovným vztahem mezi pomáhajícím a tím, komu je pomáháno. Tento potenciálně nezdravý stav může bohužel vyústit až v rozvrat manželství. V takových situacích je vhodné obrátit se na psychologa. (Michálek, Vondráčková, 2013, s. 20)

Jak již vyplývá z popisu osobnosti člověka s vrozenou a naopak získanou vadou, je patrné, že i sociální práce a rehabilitace s těmito klienty musí probíhat individuálním způsobem.

Jak potvrzuje Hamadová a Horáková: „Člověk s vrozeným postižením nemá zkušenost s kvalitou života bez postižení a lépe se s ním vyrovnává.“ Nedostatek zrakových vjemů od narození je pro něj však velkou nevýhodou. Tento deficit silně ovlivňuje jeho další vývoj a získávání nových zkušeností. Informace o okolním světě musí získávat prostřednictvím ostatních smyslů, kterými je především sluch a hmat, ale také využíváním kompenzačních pomůcek. Naopak osoby se získanou vadou využívali plně zrakového vnímání do doby poškození zraku. Nejsou u nich tedy známky následků dlouhodobé zrakové deprivace a zásahu do vývoje funkcí osobnosti jako u vrozeně handicapovaných. Akceptace postižení a zároveň schopnost adaptace na život s postižením však hraje velkou roli. (Hamadová, Horáková, 2006, s. 10) Co se týče dítěte s vrozenou vadou, odbornou pomoc při výchově dítěte na doporučení oftalmologa poskytně již dříve zmíněné středisko rané péče. Tato střediska pak poskytují pomoc rodině a především podporu vývoje dítěte, a to od narození či zjištění rizika do přijetí dítěte vzdělávací institucí. Tato služba je tedy obvykle poskytována do věku sedmi let. Cílem rané péče je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Snaží se zvyšovat do školního věku vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Existuje mnoho organizací, které se zaměřují na služby pro zrakově postižené, a to samozřejmě ty s vrozenou zrakovou vadou i později získanou. Péče o později osleplé vyžaduje, což uvádí také Štréblová, speciálně pedagogické metody při výchově a vzdělávání, psychorehabilitaci nebo při vytváření schopností nahrazujících ztrátu zraku, jako je například čtení Braillova písma. (Štréblová, 2002, s. 36) Organizace, např. Tyfloservis nebo Tyflocentrum, poskytují rehabilitační kurzy jako je sebeobsluha, prostorová orientace a samostatný pohyb, nácvik vlastnoručního podpisu nebo nácvik sociálních dovedností. Poskytují dále speciální poradenství a pomáhají s výběrem vhodných pomůcek. Sociální práce s osobami s později získanou vadou je specifická

i v tom, že klienti využívají pomoci při rekvalifikaci či jiném řešení nově vzniklé situace, kdy obvykle jde bohužel ruku v ruce ztráta zraku se ztrátou zaměstnání. O této problematice bude však ještě řeč v následujících kapitolách. Sociální službu, kterou také navíc osoby, které o zrak přišli až v dospělosti, využívají, je krizová intervence. Ta jim také pomáhá náročnou životní situaci překonat.

Mezi osoby, u kterých dochází k zhoršení či ztrátě zraku až v průběhu života řadíme i seniory. Dnes se za počátek sociálního stáří považuje věk 65 let. Je to období, v němž lidé pomalu odcházejí do důchodu a s věkem často přichází například i porucha akomodace oka či jiné vady mající vliv na zrak. V současnosti se prodlužuje délka života, a tím přibývá i osob trpících degenerativním onemocněním zraku. Speciálně osobám této věkové skupiny se věnují i příslušné organizace a zařízení jim určená, jakými je například Domov pro zrakově postižené Palata. Sociální práce včetně rehabilitace musí být totiž přizpůsobena aktuálním možnostem klientů, protože jejich fyzické schopnosti či motivace jsou často odlišné. Často se přidruží i zhoršování sluchu, motorických či duševních schopností, a jedná se tak o kombinované postižení. Starší lidé se logicky hůře přizpůsobují nové těžké životní situaci, a je proto potřeba jim věnovat dostatek času, trpělivosti a psychické podpory. Často totiž cítí bezmoc z neschopnosti zvládnout základní péči o sebe a domácnost. Kontakt s terapeutem by měl být opakovaný a nácvik nových dovedností pozvolný. Jak uvádí i Skalická in Jesenský, vhodné je zajistit účast blízkých na motivaci klienta k nácviku a získání nových oblastí zájmů úměrných aktuálním možnostem jedince tak, aby byla zachována co nejvyšší kvalita života. Významná je zároveň i kvalitní zdravotní anamnéza zjišťující průběh zrakových potíží a další závažné zdravotní problémy, kterými může být například stav po mrtvici nebo diabetes. Svoji funkci má samozřejmě též sociální a rodinná anamnéza, protože důležité je znát klientovo rodinné zázemí či okruh blízkých ochotných spolupracovat a zároveň poznat profesní obor či zájmy, kterým se daná osoba před dostavením zdravotních potíží věnovala. Až na základě zjištění schopností k učení nového a také oblastí každodenního života, při kterých je zraková vada nevíce zatěžující, je možné doporučení kompenzačních pomůcek, vhodné sociální služby nebo druhu rehabilitace. (Skalická in Jesenský, 2002, s. 213)

3. 3 Specifika podpory vývoje člověka se zrakovým postižením a využití zbylých smyslů

Nezbytnou součástí vývoje osobnosti je výchova, kterou Květoňová-Švecová popisuje následovně: „...výchovu jako jednu ze základních sociálních funkcí spočívající

v permanentním formování osobnosti člověka a jeho přípravě pro výkon sociálních rolí, jakož i zjednávání podmínek pro život jedince jako společenské bytosti (zoón politikon), s možností konzumace kultury a seberealizace.“ (Květoňová-Švecová, 1999, s. 27) Rogers, významný zástupce humanistické psychologie, konstatuje, že handicap může ovlivňovat vlastní sebepojetí a zároveň, že právě ve vztahu k němu hodnotí jedinec každou svoji zkušenost. Lidé se pak dle vlastního sebeobrazu chtějí chovat. V dětství pomáhá s vytvářením sebeobrazu především rodina, a proto v tomto období je úlohou pracovníků rané péče pomoci rodičům předcházet utváření neadekvátního sebepojetí. Zrakové postižení může vytvářet nesoulad mezi sebepojetím a realitou, což v konečném důsledku může způsobovat úzkost a nespokojenost. Jako nejvhodnější ve výchově se jeví působení prostřednictvím pozitivního hodnocení. Protože jak uvádí opět Květoňová-Švecová: „Rodiče a pedagogové by měli umět dítěti pomáhat v budování adekvátního vztahu k vadě, umět ji přijímat, což je mnohdy pro ně i pro dítě samotné celoživotní úkol.“ (Květoňová-Švecová, 1999, s. 28) Důležitá je především včasná pomoc při cíleném rozvoji kompenzačních faktorů. Samozřejmě pokud je možné zachránit alespoň využitelné zbytky zraku, je tak potřeba činit co nejdříve, do doby kdy se přestanou vyvíjet nervové dráhy. Pokud je to však nemožné, nahrazují zrakové čítí zbylé smysly, které je potřeba cíleně cvičit pomocí kompenzačních technik. (Květoňová-Švecová, 1999, s. 27 - 29) Štréblová pak vhodně připomíná nezastupitelnou roli rodičů a blízkého okolí, protože psychický vývoj dítěte je závislý na procesu učení. Blízké osoby a jejich aktivita vůči zrakově postiženému dítěti mají nesmírný vliv na jeho schopnost učení a prostřednictvím toho vlastně i na jeho celkový vývoj. (Štréblová, 2002, s. 41) Dle Kudelové a Květoňové existuje několik obecných zásad, kterých by se měli rodiče při výchově držet. Patří mezi ně obecně stále s dítětem mluvit a zároveň se vždy ohlásit, když přicházíme, aby se neleklo dotyku. I v případě nějaké manipulace s osobou, je potřeba stále vše komentovat. Tato zásada pak samozřejmě platí i pro dospělé a kohokoliv nevidomého. Přístupujeme k dítěti klidně, nepřenášíme na něj nervozitu a vedle samozřejmého poskytování lásky a bezpečí mu však dáváme najevo, i když s jeho chováním nesouhlasíme. Zásadním je vedení k samostatnosti v sebeobsluze i samostatném pohybu, protože přehnaná péče může způsobovat pasivitu a pohodlnost, které pak vedou i ke snížení psychické aktivity. Opět také tento bod je platný pro péči o osoby s později získanou vadou. Pro dítě s omezeným zrakovým vnímáním jsou velice významné zvukové vjemy, proto je opravdu dobré všechny činnosti komentovat a zároveň nenechávat v místnosti jiné rušivé zvukové kulisy, jako je třeba rádio. Důležité je i umožnit dítěti pohyb po místnosti k poznávání prostředí

pomocí hmatu a dále případná omezení přiměřeně vysvětlovat, aniž by bylo dítě stavěno do role „chudinky“. (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 8 - 9)

Porušenou schopností zrakového vnímání je určitou mírou ovlivněn i tělesný a duševní vývoj jedince, jak vysvětluje Kudelová a Květoňová. Závažnost vady a období, kdy k němu došlo, ovlivňují dopad zrakového postižení. Abychom co nejvíce kompenzovali senzorickou deprivaci, kvůli které jsou samozřejmě omezeny i poznávací procesy, je potřeba pracovat s ostatními smysly dítěte. Vzhledem ke sníženému příjmu podnětů, informací a zkušeností, dochází k celkovému snížení aktivační úrovně. Pokud je možné využít alespoň částečného zraku, je vhodné, aby zrakové a hmatové informace přicházely zároveň. V případě, že se však může spolehnout jen na hmatové vnímání, nahradí právě to zrakové. Musíme si však uvědomovat jeho kvalitativní odlišnosti jako například to, že prostor nelze vnímat najednou. Vnímání se účastní i další psychické procesy jako je pozornost, myšlení a paměť. Tyto vyšší kompenzační faktory je důležité rozvíjet, a to především pomocí řeči. Pozornost je totiž díky absenci zraku a vizuálních podnětů významně omezena, což může vést k nižší úrovni mozkové činnosti. A aby bylo sníženo riziko pomalejšího či opožděného vývoje, je potřeba dodávat dítěti jiné než zrakové podněty a tak jej aktivizovat. Je zároveň důležité říci, že právě koncentrace pozornosti hraje významnou roli především v poznávacím procesu. Paměť je pak významná z toho důvodu, že je na ni často zrakově postižený odkázán, protože si nemůže například jen tak prostor kolem sebe zkontrolovat. „Z hlediska myšlení má omezené zrakové vnímání za následek nedostatečnou smyslovou zkušenost – tím je narušována diferenciací představ.“ (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 13) Dle charakteru vady přizpůsobujeme prostředky, jak přiblížit dítěti obsah jednotlivých pojmů. Slabozrakým dětem můžeme předkládat jednoduché obrázky s výrazným okrajem, ale nevidomým pak vkládáme do rukou rovnou samy předměty. V obou případech je však nezbytný jednoduchý komentář, o tom co právě vidí či vnímá. Využívají se i zrakově hmatové knihy, hračky i další předměty. U osob se získanou vadou od narození nebo v dětství se můžeme setkat s menší slovní zásobou. Je to dáno omezenými možnostmi získávání zkušeností, což se projevuje i v občasné neznalosti správného významu slov a jejich používáním v chybném kontextu. Právě toto je základem verbalismu. Co se týče řeči, ta má pro zrakově postižené především funkci komunikační a kognitivní, a je tedy také kompenzačním faktorem zrakového vnímání. Na kvalitu vjemů přicházejících touto cestou má zásadní vliv nejbližší okolí daného jedince, které musí výrazy a pojmy přizpůsobit věku a znalostem zrakově postiženého. (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 12 - 14)

V souvislosti se specifiky vývoje zrakově postižené osoby zmiňme ještě problematiku představivosti nevidomých od narození, kteří mohou jen velmi těžko vnímat svět v jeho celistvosti a zároveň členitosti. Náš svět totiž, jak popisuje Jesenský, není ani zdaleka pouze předmětným. Naopak je světem vztahů, nejrůznějších vazeb a jevů, o kterých si bez pomoci dalších osob nedokáže nevidomé dítě utvořit reálnou představu. Na základě opakovaného vnímání dítě nejdříve poznává předmětnou i sociální realitu, čímž se mu dostává specifických informací z prostředí. Komplexní a distanční poznání reality se mu však nedostává, protože to zajišťuje hlavně zrakový analyzátor. Těžké zrakové postižení neumožňuje vazby složitějších systémů a méně postřehnutelné prvky objektivně pojmout. Složité systémy, jakými může být například sociokulturní realita, je velmi náročné pojmout. Ke zkvalitnění a zároveň upřesnění základních představ slouží elementární nácvik představivosti prováděný systematicky na základě manipulace s předměty doplněné o komentář a jeho popis. Jedná se však o základní poznání, přičemž ke složitějším skutečnostem musí být využit jiný postup, kterým jsou často miniaturizované modely. Ty jsou však velmi nákladné. Velmi významné je uplatnění multisenzoriálního přístupu při nácviku představivosti, kdy je zároveň potřeba brát v úvahu zaměření nevidomého, které může být třeba spíše verbální nebo manipulačně názorné. Vlivy a jejich složitost na představivost vystihuje Jesenský následovně: „Nezanedbatelnou roli v rozvoji představivosti nevidomého hraje jeho dosavadní zkušenost, představy již nabyté, ochota a motivovanost vykonávat praktickou činnost, kombinační schopnosti, chápání prostorových vztahů, individuální zvláštnosti jedince a celá řada dalších skutečností.“ (Jesenský, 2007, s. 70) Jasným předpokladem rozvoje konkrétního a dále abstraktního myšlení jsou kvalitně vypracované představy odpovídající realitě. Je zřejmé z výpovědí některých nevidomých, že o určitých činnostech i předmětech mají jen nejasnou představu. (Jesenský, 2007, s. 69 – 71)

Jak již bylo několikrát zmiňováno, významné je rozvíjení kompenzačních smyslů, které hraje ještě důležitější roli u osob s vrozenou vadou, speciálně pak u dětí s diagnostikovanou oboustrannou slepotou. Nejdříve se zastavme u **sluchu**, který je pro nevidomého tak zásadní, že se samozřejmě snažíme o maximalizaci jeho rozvoje. K podpoře a urychlení rozvoje schopnosti využívat kompenzační funkce sluchu slouží takzvaná auditizace, kterou je dle Jesenského: „... aktivní cílevědomá činnost, která rozvíjí schopnosti poznávání prostředí, vnímání a představování, stimulací a aktivováním sluchového analyzátoru.“ (Jesenský, 2007, s. 303) Jak uvádí Kudelová a Květoňová: „Metodika rozvoje sluchového vnímání, vychází především z přirozené potřeby

sluchových podnětů, zejména lidské řeči.“ (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 22) Na dítě tedy hovoříme již od prvních dnů, ideálně již v prenatálním období, což nastávající maminky obvykle intuitivně dělají. Cílem je především vyvolat sluchové soustředění, protože obsah je samozřejmě miminku neznámý. Ideální je mluvení z blízkosti i větší vzdálenosti, kdy formou hry provádíme nácvik lokalizace zvuku tak, že na děťátko voláme z jedné či druhé strany, přičemž čekáme na jeho reakci. Svoji funkci mohou mít i ozvučené hračky, ale velký význam má stále maminčin zpěv. Hlavním úkolem rodičů by mělo být umožňovat miminku co nejčastější sluchový kontakt s okolním světem a zároveň komentovat veškerý nový zvuk. Ideální je pak možnost hmatového kontaktu se zdrojem zvuku, aby pocítilo například vibrace kytary nebo i lidského hlasu dotykem hrdla. Důležité je umožnit dítěti ťukání nebo bouchání do různých předmětů, sledovat s ním rozdíly v zabarvení zvuku, jeho intenzitě i rozdílnosti v různých prostředích. (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 21 - 22) Dle Štréblové pak sluchové vnímání diferencuje zvuky na ty s poznávacím a komunikačním smyslem, přičemž samozřejmě přináší nezbytné informace o okolním světě. Jeho nezastupitelnou úlohou je zároveň i orientace v prostoru. Zvuková stránka řeči prostřednictvím hlasitosti nebo melodie vyjadřuje i citové zabarvení, které na které je zrakově postižené dítě citlivější vzhledem k tomu, že mu částečně nahrazuje zrakové vjemy. (Štréblová, 2002, s. 41 - 42) Dalším významným kompenzačním smyslem je **hmat**, kdy v raném dětství je jeho nejdůležitějším orgánem dutina ústní spolu s rukama. Zhruba ve čtvrtém měsíci miminko začíná ohmatávat předměty a většinou si je po chvíli strčí do pusy. Prostřednictvím těchto orgánů se seznamuje s tvarem, velikostí, povrchem a dalšími vlastnostmi daného předmětu. Vzhledem k tomu, že zrakově postiženým dětem chybí vizuální kontrola, je důležité připravovat hmat na jeho důležitou roli tím, že umožňujeme dítěti se všeho dotýkat rukama, ale i povrchem dalších částí těla včetně citlivých chodidel. Ty při chůzi informují o povrchu a terénu, po kterém se dítě pohybuje. I zkoumání hmatem je potřeba učit, kdy si zpočátku pouze předměty „prohlíží“ tím, že mu vedeme ruce a upozorňujeme na změnu struktury povrchu nebo tvaru. Později je vhodné i třídění menších předmětů, či procházení hmatově zpracovaných pohádek, aby se dítě naučilo určitému systému prohlížení. (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 22 - 23) Tím, že má hmat tak důležitou roli, Štréblová ještě doplňuje, že výchovu k němu je potřeba rozvíjet příjemnými pocity a vyhýbat se naopak těm nelibým, které může vyvolat pro jemnou kůži dítěte drsný povrch. Dítě by taková zkušenost mohla odradit od hmatových aktivit, proto je potřeba postupovat citlivě. Zároveň autorka ještě připomíná, že hmatové vnímání oproti tomu sluchovému probíhá postupně od části k celku, přičemž některý velký předmět ani

není možné v reálném provedení poznat. Pro samostatný pohyb a dobrou orientaci v prostoru je právě rozvinuté sluchové a hmatové vnímání nezbytným předpokladem. (Štréblova, 2002, s. 42 - 43) Vnímání pomocí tělesných pohybů pak nazýváme kinestetické vnímání, jehož výsledkem je uvědomování si vlastní polohy. Co se týče čichu a chuti, tak pouze zkušeností se vytvářejí spoje mezi podněty čichovými, chuťovými či ještě dalšími. Tyto smysly jsou u dětí citlivější než u dospělých a jejich role je také velmi významná. Vedle běžných funkcí mají totiž funkci kontrolní, proto je nezbytné seznámit dítě s vůněmi signalizujícími přítomnost blízké osoby či přípravu pokrmu. Musíme ho však seznámit i se zápachem, aby dokázalo odhalit například zkažené jídlo, ale vhodné je i navést ho k čichnutí k rukám po příchodu ze hřiště a následně po umytí rukou. To vede k vytváření hygienických návyků. (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 22 - 23) V rámci zmíněných funkcí čichu a chuti je dobré říci, že v nás mohou vyvolat i různé představy a vzpomínky, které nám pak pomohou při identifikaci charakteristických pachů. Ty podávají informace jak v přírodě například vůní květů, tak ve městě rozpoznáním specifických vůní v různých obchodech. (Štréblova, 2002, s. 43)

V této souvislosti je vhodné připomenout jednu z fám, která okolo zrakově postižených, především s vrozenou vadou, panuje, a sice že mají automaticky zbylé smysly citlivější než lidé bez zrakové vady. Na tento předsudek je často poukazováno v materiálech věnovaných zrakově postiženým včetně toho od Cerhy a Langrové, kteří říkají: „I nevidomí lidé jsou více nebo méně nadaní. Svě smysly tříbí procvičováním. Ne každý má hudební sluch, ne každý se dokáže dobře orientovat v prostoru.“ (Cerha, Langrová, 2012)

3. 4 Problematika zaměstnanosti

Prakticky ve většině případů, vede vznik zrakového postižení k nutnosti změny pracovního místa, rekvalifikaci nebo minimálně úpravě pracoviště dané osoby. Protože jak uvádí Finková a kol., zdravotní postižení s sebou nese změnu pracovní schopnosti jedince. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 67) Právě to je jednou z velkých obtíží, protože možnost získat zaměstnání je pro zrakově postiženou osobu výrazně snížena, přičemž finanční nároky na život s handicapem jsou, jak uvádí Jesenský, vyšší. (Jesenský, 2007, s. 54) Zároveň tentýž autor ve své o poznání starší publikaci popisuje, že nevidomé je však potřeba stále považovat za pracovní sílu a ideálem by mělo být jejich navrácení do pracovního procesu. Jesenský říká, že: „Práce je nejen cílem, ale prostředkem rehabilitace zrakově defektního jedince; pro všestranný rozvoj osobnosti má speciální význam práce

a hlavní kritérium společenské užitečnosti jedince.“ (Jesenský, 1977, s. 9 – 10) Tato slova byla samozřejmě napsána v kontextu doby, ale pravdou je, že práce je velice důležitá s ohledem na psychiku člověka a její získání nebo ztráta může mít vliv na přijetí vady, nově nastoleného života i sebe samého.

Pracovní uplatnění nejen zrakově, ale obecně zdravotně postižených je stále velkým tématem, protože statistiky uvádějí, že až 80% z nich je nezaměstnaných. Těžce zrakově postižení spadají do vůbec nejohroženější skupiny zdravotně postižených občanů. Někteří samozřejmě práci nehledají, a náplň života našli ve svých koníčcích nebo například v péči o domácnost, ale na druhé straně mnoho práci usilovně hledá. Zájemci o práci absolvují různé motivační a rekvalifikační kurzy a jejich nároky se postupně, když práci nenacházejí, snižují. Leckdy se spokojí s jakoukoliv prací neodpovídající jejich kvalifikaci. Největší potíže s pracovním uplatněním mají lidé s nízkou kvalifikací bez znalosti práce s výpočetní technikou a cizích jazyků. I přes to, že někteří nevidomí mají kvalifikaci vysokou, zaměstnavatelé se jim bojí dát příležitost, protože se obávají, že by svěřené úkoly nezvládli. Vliv na úspěšnost při hledání práce má samozřejmě i druh a závažnost zrakového postižení, kdy nevidomí mají samozřejmě situaci ztíženu. (Michálek, 2007, s. 16) Sociologický průzkum, který byl proveden mezi občany ČR v roce 2001 na objednávku Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých (SONS), potvrdil, že zrakové postižení nejvíce omezuje nevidomé a slabozraké právě při uplatnění na trhu práce. U zcela nevidomých lidí v produktivním věku panuje obava, že procento jejich zaměstnanosti není ani dvojciferné. Tato závažná situace má několik příčin. Jednou z nich je leckdy nízké dosažené vzdělání u osob s vrozenou vadou, ale především náročnost a délka rehabilitace později osleplých. Dalšími faktory jsou také obavy zaměstnavatelů handicapované zaměstnat, kteří si leckdy ani nedokáží představit, že by zrakově postižený mohl pracovat a už vůbec ne efektivně. Cílem ať už rekvalifikačních, ale i všech dalších vzdělávacích aktivit by tedy mělo být nejen naučit určitou dovednost, ale naučit ji tak, aby se efektivita při jejím vykonávání alespoň přibližovala té u lidí v běžné populaci. To pak může pomoci uspět handicapovaným kandidátům na trhu práce. Mezi tradiční povolání, která nevidomí vykonávali, byla pozice telefonisty v ústředně. Jako samostatná činnost však již zanikla a byla nahrazena digitálními ústřednami. V současnosti je provázána i s jinými činnostmi, jako je například funkce recepčního nebo pracovníka podatelny. Dalším povoláním, kde se zrakově postižení dobře uplatňovali, bylo masérství. I nadále je pro ně tento obor vhodný a nabízejí se příslušné kurzy, ale konkurence i v tomto prostředí je velká. Mezi další frekventované profese patří učitel hudby a ladič pian a klavírů. Co se

týče manuálních profesí, je pak tradičním povoláním keramik nebo košíkář. Vysokoškolsky vzdělaní zrakově postižení pak běžně zastávají povolání právníka, programátora, tlumočníka - překladatele nebo psychologa. K uplatnění se ve všech zmíněných a dalších oborech je však nelehká cesta a nezbytnou podmínkou je, když nemluvíme o kvalifikaci, jak schopnost sebeobsluhy na vysoké úrovni a zvládnutí prostorové orientace, tak především i velká osobní angažovanost. (Bubeníčková, 2007, s. 80 - 81) To, že osoby zrakově handicapované mohou být kvalitní pracovní sílou, potvrzuje i v zajímavé brožurce Kavalírová. Uvádí, že před rokem 1989 byla představa, že mohou nevidomí či slabozrací pracovat pouze jako telefonisti, maséři či ladiči. Možnosti vzdělání, kterých se jim dostávalo, byly však velmi omezené oproti těm současným, kdy děti s handicapem mohou navštěvovat i běžné školy a dále navázat i dalším studiem. Možnosti jsou otevřenější a také kompenzační pomůcky se stále zdokonalují. Snad tedy toto vše přispěje k tomu, aby se v budoucnu dostávalo zrakově postiženým více šancí v pracovním uplatnění. (Kavalírová, 2012, s. 36)

Co se týče rekvalifikace, kvalitním specializovaným rekvalifikačním centrem pro zrakově postižené je Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. sídlící v Praze. Účastníky rekvalifikace jsou zrakově postižení občané, kteří jsou zaregistrováni na úřadu práce jako nezaměstnaní. Úřad práce na základě dohody tuto rekvalifikaci uhradí. Případně ji může hradit i zaměstnavatel zrakově postiženého nebo také sponzor. V rámci rekvalifikačních kurzů jsou maximálně zohledněny schopnosti klienta a požadavky na danou pozici, i proto jsou realizovány formou individuálních rekvalifikačních programů s různou délkou trvání. Například kurz Nevidomý a slabozraký masér je v délce 17 týdnů. Pomocné práce v keramické dílně 9 týdnů a kurz obsluhy osobního počítače trvá 5 týdnů. Podobná rekvalifikační centra jsou také v Brně.

3. 5 Specifika kvality života zrakově postižených

Vědní obor, jehož předmětem je studium zrakově postiženého člověka a specifík kvalit jeho života včetně instrumentů a podmínek jejich rozvoje, se jmenuje tyflogologie. „Tyflogologie představuje aplikaci teorie člověka a kvalit jeho života na problematiku zrakově postižených.“ (Jesenský, 2002, s. 17 – 18) Psychickými a sociálními následky zrakového postižení se zabývá obor tyflopsychologie. Je tedy psychologickou disciplínou, jejímž předmětem je psychika těžce zrakově postiženého člověka prožívajícího svůj defekt v jejich vnitřních i vnějších souvislostech. Cílová skupina je ale rozmanitá - v tom smyslu, že je nutné brát ohled na stupeň zrakové vady, dobu vzniku poškození zraku, životní

podmínky, ve kterých se daná osoba nachází i připravenost sociálního okolí. V neposlední řadě je vhodné ještě poznamenat, že se zvyšuje procento lidí, jejichž zraková vada je ještě komplikována dalším defektem. Nově vzniklý stav pak samozřejmě velmi ovlivňuje kvalitu života jedince. „Kvality života představují souhrn okolností, které vymezují možnosti existence člověka.“, tak popisuje daný pojem Jesenský. (Jesenský, 2003, s. 22) Složitost a návaznosti kvality života ještě Jesenský vysvětluje následovně: „Kvalita života jednotlivého člověka je tak závislá na systémové provázanosti, souladu a funkčnosti ve spolupůsobení organismu včetně jeho dědičných dispozic a možností, osobnosti člověka, jeho životního prostředí a životního stylu, sociálních, ekonomických, sociologických, pracovních, kulturních i spirituálních podmínek.“ (Jesenský, 2007, s. 55) Hlavními doménami, které kvalitu života ovlivňují, jsou z hlediska psychologie psychické funkce, sociální vztahy a úroveň nezávislosti. Bylo již řečeno, že ji ovlivňují sociální vztahy, ale Jesenský zmiňuje další specifika: „Kvality života zrakově postižených se ale ještě vyznačují i dalšími specifiky podmiňovanými jednak specifiky učení se při snížené nebo vyloučené kontrole zrakovou cestou a jednak možnosti zrakově postižených existovat v prostředí vizuálně silně poznamenané majoritní kultury intaktních.“ Vyhybat se kontaktu s touto kulturou však není možné ani účelné. (Jesenský, 2003, s. 22) Ačkoliv se může zdát, že kvalita života u zrakově postižených nemůže být dle různých definic, kde fyziologický deficit hraje významnou roli, vysoká, autoři i výzkumy se shodují na tom, že ano. Je jen velice těžké ji opravdu určit a vyhodnotit, protože měřit se dá dvěma způsoby. Buď z pohledu odborníka či druhé osoby vyhodnocením jednotlivých dimenzí, nebo na druhé straně subjektivním pohledem individua na jednotlivé stránky života a spokojenost s nimi. Oba způsoby jsou však samozřejmě velice subjektivní, proto je snaha vytvořit standardizované dotazníky pro určení kvality života, jako je například v České republice rozpracovaný Jaro Křivohlavým dotazník SEIQoL. (Jesenský, 2007, s. 80 - 82)

Systematická práce se zrakově postiženým je individuální a náročná, a vyžaduje multidisciplinární přístup. Nezbytná je kooperace s dalšími odborníky, jakými jsou oční lékař, psycholog nebo sociální pracovník a zároveň i příbuznými. Nutnost komplexní péče potvrzuje též Bažantová in Jesenský, když uvádí, že: „Medicína si dnes již uvědomuje, že vyléčením poškození fyzické stránky člověka nemusí být ještě vyhráno. Je nutné zabývat se psychikou pacienta a jak se v dnešní době stále více ukazuje i jeho sociální povahou.“ (Bažantová in Jesenský, 2002, s. 37) Cílem zúčastněným pomoci by měla být snaha přispět nejvyšší možné míře kvality života nevidomého či slabozrakého člověka a zároveň pomoc při využívání všech jeho schopností a dovedností k dosažení vysoké míry samostatnosti,

a tím i pocitu sebeuspokojení. Zde mohou hrát svou roli kompenzační pomůcky, hlavně elektronická zařízení, která jak se ukazuje, stimulují zrakově postiženého. Je to dáno tím, že se jejich prostřednictvím snižuje informační deficit, dopomáhají k vyšší míře nezávislosti a v neposlední řadě poskytují žádoucí možnost interpersonální komunikace. Veškerá správně cílená pomoc má směřovat k tomu, aby se zrakově postižený sám cítil dobře nebo byly alespoň minimalizovány negativní pocity. Zásadní je, aby i sama handicapovaná osoba projevila úsilí po zvýšení kvality svého života, k čemuž může napomoci už samotný zájem okolí a dobře načasovaná nabídka pomoci. Taková pomoc nevede ihned ke zlepšení stavu, ale přinejmenším zabrání jeho zhoršování. Ti, kteří chtějí pomoc poskytovat, by měli pamatovat na několik zásad. Mezi ty nejdůležitější patří to, že postižení není samo o sobě nemocí, uskutečnění změn je výlučně na samotném postiženém a o tom, které skutečnosti modifikují kvalitu jeho života, rozhoduje sám. Dále, že každá osoba má své fyzické, psychické, sociální i spirituální potřeby, které je nutné respektovat, a v neposlední řadě, že důsledkem nedostatečné stimulace a nečinnosti bývá apatie a stres. Ze všeho dosud zmíněného vychází, že v psychologické a sociální rehabilitaci zrakově postižených je nezbytný komplexní, individualizovaný a systematický přístup, který vychází z fyzického a psychického stavu daného jedince tak, aby se cítil v rámci možností co nejlépe. Tento stav se může často měnit, proto je potřeba jej citlivě vnímat. U některých nevidomých či slabozrakých je problémem sociální izolace, kdy v důsledku nezvládnuté mobility či nevyužívání kompenzačních pomůcek nevycházejí z domova a jejich komunikace s okolím je tak prakticky minimální. K pocitu osamělosti přispěje i to, když si na ně jejich příbuzní neudělají čas, což může vést k prohloubení pasivity, depresivně, či dokonce k touze zemřít. Kvalitu života samozřejmě ovlivňuje i skutečnost, jak jedinec sám pohlíží na svůj život a jak vnímá realitu. Aktivita a mentální otužilost přispívají k prožitku vyšší kvality života a všechny cílevědomé činnosti jako například posilování kondice, cvičení paměti či tvořivosti hrají významnou roli. Nezbytnou prevencí devalvace kvality života je motivace zrakově postiženého ke společenským aktivitám, zapojení se do různých kurzů či klubů, což bezpochyby vede k větší chuti do života i zvýšení sebevědomí. Jesenský (2003) uvádí, že: „Schopnost navazovat a udržovat partnerské a společenské vztahy, samostatně i asertivně jednat a vystupovat na veřejnosti a prosazovat svá práva jsou dalšími nezbytnými předpoklady růstu společenské prestiže zrakově postižených.“ (Jesenský, 2003, s. 23 – 24) K dosažení vyšší míry soběstačnosti a nezávislosti lze dojít také skrze nácvik speciálních dovedností, jakými jsou sebeobsluha nebo schopnost prostorové orientace a samostatného pohybu v rámci sociální rehabilitace. Lze se

samozřejmě setkat s nižší motivací u osob starších nebo těch, které utrpěli poškození zraku v nedávné době. Ovlivňuje ji však i nedostatek sebedůvěry, obava ze selhání nebo určitá osobní rigidita. Jak již bylo dříve řečeno, kvalitu života zvyšuje i odbourávání informačního deficitu, proto je zrakově postiženou osobu vhodné dobře informovat o službách knihoven pro nevidomé či obeznámit ohledně příspěvku na kompenzační pomůcky. Nespornou roli však mezi faktory ovlivňující spokojenost a kvalitu života mají mezilidské vztahy a komunikace, které mohou být negativně ovlivňovány někdy hůře zvládnutými sociálními dovednostmi, na kterých proto musejí také odborníci se zrakově postiženými pracovat. (Jesenský, 2007, s. 85 - 88)

4. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO KLIENTY SE ZRAKOVOU VADOU DLE ZÁKONA 108/2006 Sb., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Mezi nejčastěji zaregistrované sociální služby pro zrakově postižené dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách patří určitě **sociální poradenství** (§ 37), **průvodcovské a předčitatelské služby** (§ 42), **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** (§ 66) a také **sociální rehabilitace** (§ 70). Tyto služby poskytují organizace typu obecně prospěšné společnosti TyfloCentum, Tyfloservis o.p.s nebo SONS, z. s.

Zmíněné organizace poskytují pro své klienty konkrétně služby jako základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu zrakového postižení i poskytovatelích služeb takto postiženým lidem, dále speciální sociálně právní, pracovní právní poradenství, technické poradenství při výběru pomůcek pro zpracování informací včetně náviku obsluhy takových zařízení nebo služby osobní asistence, se kterými souvisí i průvodcovská a předčitatelská služba.

Dalšími sociálními službami jsou i již zmíněná **osobní asistence** (§ 39), jejíž součástí je pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Lidem se zrakovým postižením je poskytována také sociální služba dle § 48 Zákona č. 108/2006 Sb. **domovy pro osoby se zdravotním postižením**. Tuto službu provozuje například Palata - Domov pro zrakově postižené, příspěvková organizace. V Domově jsou poskytovány poradenské služby, terapeutické služby, ale jak i název napovídá, především ubytování, stravování a pomoc při péči o vlastní osobu. Jedná se o pobytovou službu, takže

jsou součástí i zdravotnické služby, protože klienty jsou z většiny senioři, a Domov zároveň zajišťuje kontakt se společenským prostředím. Dalším zařízením podobného typu je například také pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. Jak opět z názvu vyplývá, jedná se o středisko zaměřující se na rehabilitaci a rekvalifikaci. Konkrétně rehabilitaci sociální, ale především pracovní, čímž je poměrně unikátní. Nabízí také rekvalifikační kurzy pro zrakově postižené občany, kteří jsou zaregistrováni u úřadu práce jako nezaměstnaní, a to formou individuálních rekvalifikačních programů.

Prvotní péče pro děti a jejich rodiny od narození do věku sedm let je zajišťována prostřednictvím **rané péče** dle § 54. Jedná se terénní sociální službu, která může být doplněná o ambulantní formu. Je určena obecně pro zdravotně postižené nebo dítě, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba se zaměřuje na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Její náplní jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a sociálně terapeutické činnosti. Zároveň také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Pro úplnost je ještě dle Hradílkové in Jesenský vhodné doplnit, že raná péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením u nás vznikala již od poloviny 80. let ve formě dobrovolnické práce. To však samozřejmě nebylo dostačující. Raná péče vlastně vznikla jako výraz zodpovědnosti a osobního nasazení profesionálů, kteří si uvědomovali, že nejdůležitější je práce se zrakově postiženým do věku 3 let. Stát totiž do té doby dával najevo, že odborníci se o dítě postarají od nástupu do mateřské školy, kdy však bylo již mnohé ve výchově nenávratně zanedbáno. (Hradílková in Jesenský, 2002, s. 80 - 81) První profesionální pracoviště pak vzniklo v Praze v roce 1989. Konkrétním současným příkladem sociální služby rané péče je veřejně prospěšná organizace EDA nebo Společnost pro ranou péči.

4. 1 Podpora ze strany státu

Stát podporuje zdravotně postižené občany v několika podobách; jednak financuje plně nebo z části provoz různých zařízení poskytujících sociální služby a speciální vzdělávání. Dále se jedná o přímou finanční podporu pro zrakově postiženou osobu, kterou je zejména invalidní důchod. Žádost vyřizují dle místa trvalého bydliště příslušné správy sociálního zabezpečení. Zákon rozlišuje podle závažnosti postižení tři stupně invalidity. Další formou adresné finanční pomoci státu je příspěvek těm, kteří potřebují pomoc jiné

osoby při zvládání základních životních potřeb z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Žádost vyřizuje krajská pobočka Úřadu práce ČR. Existují čtyři stupně závislosti. Dále stát poskytuje dávky pro osoby se zdravotním postižením, který je poskytován jednou za měsíc. Zahrnuje pak příspěvek na mobilitu a na zvláštní pomůcky, jenž je určený v tomto případě pro pořízení konkrétní kompenzační pomůcky. Žádost o dávku opět vyřizuje krajská pobočka Úřadu práce ČR. Stát také pomáhá právními normami v různých oblastech, jako jsou bezbariérové úpravy, úlevy na dani nebo průkazem osoby se zdravotním postižením, který opravňuje k určitým výhodám. (Michálek, Vondráčková, 2013, s. 31)

4. 2 Role sociálního pracovníka v poskytování služeb zrakově postiženým

V poskytování služeb zrakově postiženým mají významné postavení sociální pracovníci. Základním předpokladem efektivity asistence sociálního pracovníka je získání důvěry klienta. Je tomu tak, že se sociální pracovníci často setkávají s nevidomým či slabozrakým klientem, který je v závislém postavení nebo sociální nouzi s narušeným pocitem bezpečí a důvěry. Sociální pracovník může hrát dokonce i klíčovou roli v tom, jak daná osoba v těžké životní situaci obstojí. Mezi úkoly sociálního pracovníka ve spolupráci s dalšími odborníky, jako je například psycholog, je věnovat se také problematice posilování adaptačních mechanismů v procesu akceptace vady, posilování kladného sebehodnocení klienta a snižování jeho míry závislosti na sociálním prostředí. Součástí by měla být i pomoc s udržením si dosavadního sociálně ekonomického statusu, s čímž souvisí též obstání na trhu práce. Nároky a skutečnosti, které se specificky při práci s danou cílovou skupinou objevují, jsou: nezaleknutí se progredující vady či slepoty, akceptace klienta se všemi jeho přednostmi i nedostatky, v žádném případě neodsuzování osoby, naopak ujistit klienta, že není na obtíž. Dále se jedná o schopnosti rozlišovat, čím pracovník pomáhá a čím kontroluje a v neposlední řadě také budovat u klienta pocit bezpečí úpravou prostředí pro první setkání a zároveň i pocity jistoty a důvěry vytvářením klidné a příjemné atmosféry. Jak ještě uvádí Švejdová, jako nejvhodnější považuje systémově zaměřený přístup ke klientovi a podporu k maximální samostatnosti a odpovědnosti v jeho každodenním životě. (Švejdová in Jesenský, 2002, s. 73)

5. ZRAKOVÁ TERAPIE A TYFLOREHABILITACE

Jak uvádí Moravcová, zraková terapie je ekvivalentem termínu „Low vision therapy“, který obvykle používají zahraniční autoři. „Low vision therapy“ představuje soubor cvičení, speciálních metod a podpory využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro zlepšení využití stávajícího zrakovému potenciálu.“ (Moravcová, 2004, s. 20) V této souvislosti bývá v literatuře používán také nadřazený obecný pojem rehabilitace. Jesenský ji definuje následovně: „Rehabilitace představuje procesy znovuoschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.“ (Jesenský, 1995, s. 24) Moravcová uvádí opět anglický termín specifikovaný již pro skupinu zrakově postižených, a sice „low vision rehabilitation“. Zmíněný pojem zahrnuje celou oblast rehabilitace jakou je, mimo zrakové terapie, rehabilitace sociální zahrnující oblast sebeobsluhy nebo například nácvik vlastnoručního podpisu, pedagogická či pracovní. (Moravcová, 2004, s. 20) Pojem rehabilitace obsahuje opravdu poměrně širokou škálu významů a nejedná se jen o rehabilitaci sociální, na což upozorňuje Jesenský vzhledem k tomu, že mnoha lidmi byl daný pojem pouze takto dosud chápán. Když bychom však hovořili o sociální rehabilitaci, tak Jesenský připomíná, že: „Posláním základní sociální rehabilitace je poskytnout klientovi možnost získat určité úrovně dovedností; cílem doplňkových forem sociální rehabilitace je rozvíjet již získané dovednosti a především motivovat k jejich užívání v běžné denní praxi.“ (Jesenský, 2002, s. 201) Jesenský a kol. se dále věnuje pojmu tyflorehabilitace a říká, že může vystupovat jako víceméně otevřený, dostatečně uspořádaný soubor poznatků o situacích a referenčním poli tyflorehabilitace. Představuje také její dělení na sociální, pedagogickou, pracovní a léčebnou. Základní cíle **sociální rehabilitace** byly již představeny, ale obecně je ještě potřeba říci, že tento typ tyflorehabilitace obsahuje soubor programů a prostředků, které jsou zaměřené na rozvoj schopností umožňující socializaci a ukotvení sociálního statusu zrakově postiženého jedince. **Pedagogická tyflorehabilitace** je pak zaměřená na rozvoj poznávacích schopností a dovedností, a schopnosti učit se. Zároveň se také věnuje rozvoji emotivity a volných vlastností člověka, a to i formou psychoterapie, ergoterapie nebo například arteterapie. Spíše než na poznávací složky učení je důraz kladen právě na složky emotivně - volní, protože cílem moderního pojetí zdraví je dosažení stavu životní pohody. Jak již název předesílá, skrze **pracovní tyflorehabilitaci** by měl být podpořen zájem a motivovanost zrakově postižených a zároveň posílena obnova rozvoje jejich pracovních schopností. Nezařazujeme zde profesní přípravu, která je spíše součástí pedagogické rehabilitace, ani pracovní poradenství, týkající se uplatnitelnosti na trhu práce, které by měla obsahovat

sociální práce. **Léčebná tyflorehabilitace**, která však zatím není vědní disciplínou, by se měla věnovat rozvíjení schopností k dosažení pocitu životní pohody pomocí ozdravných aktivit různého druhu. Zároveň také doléčování po očních operacích nebo rehabilitaci při kombinaci jiných onemocnění a diagnóz s tím zrakovým. Vzhledem k tomu, že se jednotlivé složky tyflorehabilitace prolínají, je nezbytné ji chápat jako součást většího celku, tedy jako Komprehenzivní tyflorehabilitaci, jak ji označuje Jesenský. (Jesenský, 2007, s. 119 - 121) Dalším podřazeným pojmem, tentokrát zrakové terapie, je reedukace zraku, který je užíván ve smyslu zrakového výcviku. (Moravcová, 2004, s. 20) Existuje mnoho výkladů pojmu reedukace od různých autorů, ale dle Defektologického slovníku in Jesenský se jedná o „... speciálně pedagogické metody, které rozvíjejí nevyvinuté funkce nebo upravují či napravují porušené funkce a činnosti v oblasti postiženého analyzátoru, a to se zřetelem k celé osobnosti člověka.“ (Jesenský, 2007, s. 201) Podobné jednoduché přiblížení tohoto pojmu najdeme u Bažantové in Jesenský, která potvrzuje, že: „Jde velmi zjednodušeně o to, aby se pacient naučil z nedostatečných vjemů vytvářet co nejdokonalejší představy. Jde o maximální využívání možností vnímání a chápání.“ (Bažantová in Jesenský, 2002, s. 37)

Co se týče ještě rehabilitace, tak oční lékař, který se specializuje na rehabilitaci očních poruch, vyšetří pacienta a vyhodnotí závažnost a rozsah zrakového postižení. Na tomto základě navrhne možnosti kompenzace jinými smysly, náhradu cílenou výchovou rehabilitačních programů tyflopédie či výcvikem paměti pro využití při prostorové orientaci. Součástí rehabilitačních programů je rovněž i posouzení limitovanosti při jednotlivých aktivitách odborníkem a úroveň, na jaké je rehabilitant provádí. Cílem je samozřejmě takové nastavení cvičení, aby se minimalizovaly omezující situace. Ohled je brán na různé faktory, jako to, kdy zraková vada vznikla nebo jakým způsobem, a další. (Jesenský, 2007, s. 50)

Jesenský také představuje následující širokou strukturu programů tyflorehabilitace; dělí je na dvě oblasti (Jesenský, 2007, s. 121 - 122):

1. Akceptace vady zraku a poruchy vidění
 - identita zrakově postižených
 - psychoterapie – motivace k tyflorehabilitaci
2. Kompenzace a reedukace zraku
 - Rozvoj schopností: vizualizace, haptizace, auditizace, kinetizace a další
 - Rozvoj rozumových a komunikačních schopností
 - Rozvoj pracovních schopností

- Rozvoj schopností kulturního chování, vystupování, image a statusu
- Rozvoj hodnotové orientace
- Rozvoj právního a občanského vědomí a schopností sebeobhajoby
- Rozvoj funkční gramotnosti sebeobslužné a každodenní činnosti:
 - Čtení a psaní RBP (reliéfní bodové písmo) / černotisku
 - Tyflografika – čtení a kreslení / kontrastní kresby
 - Používání PC, elektronických zápisníků, zvukových majáčků a orientačních a navigačních technik či pomůcek (GPS a další)
 - Používání technik bezpečné samostatné chůze, chůze s průvodcem nebo s vodícím psem
- Rozvoj pracovních schopností mentálního, intelektuálního, umělecko - kreativního charakteru.

5. 1 Vliv na tyflorehabilitaci

Jesenský vyjmenovává vnější a vnitřní faktory, které oblast tyflorehalitace významně ovlivňují. Mezi vnitřní řadíme veškeré jevy osobnostního vybavení zrakově postiženého člověka, jako je anatomie a fyziologie včetně poškození, vizualizační, haptizační a další schopnosti, vlastnosti člověka, jeho schopnost komunikace, myšlení. Součástí je také kvalita emotivity a volních vlastností, socializace, ale například i spiritualita. Mezi vnější činitele patří jevy, které představují podporu pro tyto osoby, jako je informační, společensko politická, legislativní, dále léčebná, rehabilitační, edukační, asistentská asistence a další formy podpory. (Jesenský, 2007, s. 117)

Když se hovoří o tyflorehabilitaci, tak mnoho úvah se zaměřuje na člověka, který ztratil zrak v dospělosti. Nutností ale je obsáhnout veškeré věkové kategorie, a proto v následujících větách přiblížíme to, jak Jesenský vidí specifika věku a jeho vlivu na tyflorehabilitaci. Dítě **v raném a předškolním věku** si plně neuvědomuje důsledky poškození zraku, a proto u něj obvykle není nutná psychoterapie. Ta je pak vhodná u rodičů či blízkých příbuzných, kteří by sami měli projít kurzem psychoterapie a tyflorehabilitačním výcvikem, aby byli schopni dítěti věnovat adekvátní péči. Důležité je udržení dítěte v aktivitě a maximální soběstačnosti, proto by měli věnovat pozornost hlavně smyslové výchově, technikám bezpečného pohybu, reedukace či kompenzace vidění. Vhodné je využívat služeb středisek rané péče, protože nejprve jde čistě o výchovu a rehabilitaci v rodinném prostředí. V předškolním věku je ideální, když dítě navštěvuje

speciální či integračně vybavenou mateřskou školku. Dítě **školního věku** má možnost navštěvovat školy pro zrakově postižené děti; proto rozhodně není osvobozeno od školní docházky. Tyto specializované školy jsou vybaveny speciálními pomůckami, učebnicemi a výuka zahrnuje i tyfloredhabilitační znalosti a dovednosti. Nelze však pokrýt všechny potřebné znalosti a dovednosti, kdy největší deficit Jesenský vnímá v oblasti tyflotechnik. Uvádí také problematiku schopnosti posouzení míry handicapovanosti v období raného mládí a puberty, kdy je mnohdy nutná i součinnost psychologů a psychoterapeutů vedle tyflopodagogů. U **mladých** zrakově postižených je nutné zmínit v rámci specifických edukačně -rehabilitačních problémů pomoc v rámci partnerských vztahů, profesní přípravy nebo komplikace při trávení volného času. V těchto otázkách lze využít upravené programy sociální tyfloredhabilitace. V období **dospělosti** hrají nejružnější rehabilitační zařízení velkou roli, protože se jedná o životní období, kdy osoba vstupuje do mnoha rolí souvisejícími s rodinným životem, socializací, společenským uplatněním a v neposlední řadě uplatněním na trhu práce a přípravou na povolání. Hlavní charakteristikou pro **stáří** je, že různé zdravotní komplikace se v tomto životním období kumulují a poškození zraku je kombinováno se zhoršením pohybových či mentálních schopností včetně obvyklých sluchových potíží a podobně. Vhodné jsou proto specifické programy, metody a techniky tyfloredhabilitace se zapojením somatoredhabilitace nebo surdoredhabilitace. (Jesenský, 2007, s. 113 - 115) Stran starších lidí se zrakovým postižením ještě Skalická in Jesenský doplňuje, že je potřeba kvalitní anamnéza, a to samozřejmě zdravotní, ale také sociální a rodinná. Je vhodné znát zázemí klienta, povolání, kterému se v produktivním věku věnoval, a poznat, v jaké z činností mu zraková vada přináší nejvíce potíží. Na základě všech těchto informací je pak možné doporučit vhodnou kompenzační pomůcku, zajistit nácvik techniky práce s ní a další možnosti rehabilitace. (Skalická in Jesenský, 2002, s. 214)

Další faktor, který ovlivňuje proces tyfloredhabilitace, především tu sociální, je doba, kdy k poškození zraku došlo. Proces rehabilitace u osob se **získaným poškozením** vidění Jesenský vysvětluje dle fází, které nastaly po snížení normální kvality života. První je fáze narušeného vývoje, která nastává při vzniku vady, a tím i narušení normálního vývoje osobnosti a kvality života. Aktuální je zde léčení a rehabilitace i resocializace. V akutní fázi nastává proces akceptace vady, kdy je součástí přestavba schopností a vlastností dané osoby nebo poznávání společnosti postižených prostřednictvím resocializace. Nezbytná je v této fázi pozitivní motivace a podpora, bez které není prakticky možné dosáhnout stupně samostatnosti a seboredhabilitace, k níž dochází ke konci

akutní fáze. Pomoc poskytuje především léčebná a sociální rehabilitace v dané fázi, končící vyrovnáním se s vadou. Na fázi akutní navazuje postakutní, přičemž se k závěru značně prolínají. V postakutní fázi se rozvíjí reintegrace, při níž jsou upevňovány schopnosti a vlastnosti osobnosti zrakově postiženého, zvyšuje se snaha o soběstačnost a průčeschnost. Končí také reintegrace s rodinou. Stále je potřeba motivovanost a podpora zvenčí. Poskytována je hlavně sociální a pracovní rehabilitace. Ke konci fáze se s vadou smiřuje i sociální okolí postiženého. Poslední je fáze permanentního, potencionálně ohroženého vývoje a začíná integrace dané osoby do společnosti. I nadále probíhá proces socializace i osobního rozvoje, i když samozřejmě vzhledem k vadě specificky. Defektivita je minimalizována a běžné problémy je jedinec schopný řešit sám. Postaakutní fáze má opodstatněně svůj název, protože hrozí recidiva defektivy například z důvodu nějaké těžké životní situace a narušení kvality života, jako je ztráta zaměstnání, rozchod s partnerem nebo úmrtí v rodině. V takové situaci je opět potřeba vnější pomoc především formou sociální, případně pracovní či léčebné rehabilitace. (Jesenský, 2007, s. 170 - 171) Délka jmenovaných fází je různá případ od případu. Doplňujeme ještě poznámkou psycholožky Jílkové in Jesenský: „Je důležité vědět, v jaké fázi vyrovnání se se zrakovým handicapem je daný jedinec a v jaké fázi jsou jeho rodiče či jiné blízké osoby. Jen tehdy mohu volit vhodné způsoby pomoci.“ (Jílková in Jesenský, 2002, s. 61) Poznámka o tom, že je důležité pro další práci znát, jak přijímají smutný fakt i nejbližší postiženého, je podstatná pro vhodnou podobu rehabilitace. Co se týče osob s poškozením zraku **od narození**, nedochází u nich k náhlému narušení kvality života, ale říkáme, že jsou v latentním ohrožení kvality života. Znamená to, že na ně působí mnoho faktorů, které vyvolávají zvýšenou zátěž. Jsou to situace jako přechod do nové instituce či různé náročné životní situace. Střídají se tak období ohrožení a remis, což se projevuje i v rehabilitaci tím, že se střídají fáze zmíněné u osob se získaným postižením zraku. Fázím odpovídá i střídání stupňů reakceptace vady nebo dezintegrace a reintegrace. Rehabilitace by měla na všechny změny pružně reagovat. (Jesenský, 2007, s. 171 - 172)

Ze všech zmíněných okolností je patrné, že nastavení procesu rehabilitace je velice rozličné a musí být maximálně přizpůsobeno individualitě a potřebám klienta. Na velkou složitost práce, jakou je zraková terapie, upozorňuje i Moravcová. Plán rehabilitace je sestavován podle individuálních potřeb klienta, přičemž není možné se obejít bez znalostí oftalmologie, psychologie, rehabilitace a pedagogiky. Nezbytnou podmínkou pro úspěšnost je zároveň aktivní zapojení klienta na reedukaci zraku. Autorce se jeví jako velice inspirativní švédský model centra komplexní péče, kdy široký tým odborníků tvoří

oftalmolog, zrakový terapeut, optometrista, instruktor pohybové orientace a samostatného pohybu, speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník. (Moravcová, 2004, s. 30)

5. 2 Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

„Kompenzační pomůckou pro těžce zrakově postižené se rozumí nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití alespoň částečně kompenzovalo nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením.“ (Bubeníčková a kol., 2012, s. 9) Existuje velká řada kompenzačních pomůcek usnadňujících zrakově postiženým každodenní běžný život. Jejich rozvoj a zdokonalování je velmi rychlé, a to především těch elektronických nebo optických. Pro jejich obsluhu je nezbytné představit je co nejlépe uživateli, aby mu mohly dobře sloužit. Jejich hlavním cílem je zpřístupnit nebo poskytnout informace, protože právě omezení schopnosti přijímat informace je hlavním dopadem zrakové vady. Jednotliví autoři pro jejich výčet používají rozdílná dělení například podle závažnosti vady, jejich užitku a další. Nejvíce vycházíme z publikace, kterou vydalo TyfloCentrum Brno, o.p.s. jejíž členění pomůcek je nejpřehlednější. Kromě základního členění se ještě pomůcky rozlišují dle konstrukce na mechanické a elektronické, podle způsobu použití na samostatné a přídavné. Kompenzačních pomůcek je skutečně velký výběr, proto není možné je představit všechny.

5. 2. 1 Optické pomůcky

Mezi optické pomůcky řadíme různé druhy lup, které jsou využívány především pro čtení textu. Jsou to buď **lupy stojánkové**, nebo **do ruky**. Lupy stojánkové mohou mít i ohebný stojánek, který umožňuje nastavení lupy podle potřeby. Existují také **lupy stojanové s kloubovým a tvarovatelným ramenem**, které nejsou příliš složité na obsluhu, a pod čočkou vzniká velký pracovní prostor. Čočku lze otáčet kolem ramene, které se dá upevnit například ke stolu. K dispozici jsou **lupy s osvětlením** nebo **bez osvětlení**. Lupy s osvětlením jsou nezávislé na denním světle. Některé lupy jsou ještě doplněny o sklopný řádek nebo přídavnou lupu, která ve žlutém probarvení zvyšuje kontrast mezi textem a pozadím. Speciální je **lupa předsádková na brýle laboclip**, která také slouží na čtení. Na brýlovou obrubu se upevní obdélníkové nebo kruhové čočky zabudované do ramene. Další ze speciálních druhů jsou **lupy hlavové**, které využívají především ti, kteří potřebují při práci volné obě ruce a vyhovují jim malá zvětšení. Zmíním ještě **lupy závěsné vyšívací**, které umožňují dobrou orientaci v textu i možnost využití při ručních pracích díky velkému zornému poli. Existují dále **hyperkulární čočky**, **řádkové**

lupy, hranoly a polokoule. Zvětšení lup je různé, a to zhruba v rozmezí mezi 3 až 20krát. Pro dívání se do dálky lze využít **monokulár**, který je určen například pro čtení nápisů, cedulí atd. ve větší vzdálenosti. Tato pomůcka má několik variant. Dívání se do blízka i dálky umožňuje **Galileiho systém**. K dívání do dálky je využíván dalekohled zabudovaný pevně do brýlí. Pro čtení je pak možné nasadit předsádku tvořenou ze spojené čočky. Náročnost práce s lupou je rozdílná podle jejího druhu. Ty, které vyžadují dobrou jemnou motoriku a systematickou orientaci v textu, jsou například méně vhodné pro seniory. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 13 – 30)

Obrázek 3: Lupa hlavová



Obrázek 4: Lupa stojánková s osvětlením



5. 2. 2 Optoelektronické pomůcky

Mezi optoelektronické pomůcky patří přenosné nebo nepřenosné lupy, které jsou opatřené kamerou a obvykle připojitelné k počítači nebo televizi. Existují kamerové lupy různého typu s ramenem nebo naopak ve velikosti kreditní karty s názvem Maggie. Lup tohoto typu je velké množství v nejrůznějších velikostech a druzích konstrukce. Například Fusion je specifický přístroj skládající se z ručně vedené kamery propojené kabelem s výklopným TFT displejem, které jsou součástí plastového kufříku. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 31 – 40)

Obrázek 5: Maggie



Obrázek 6: Fusion



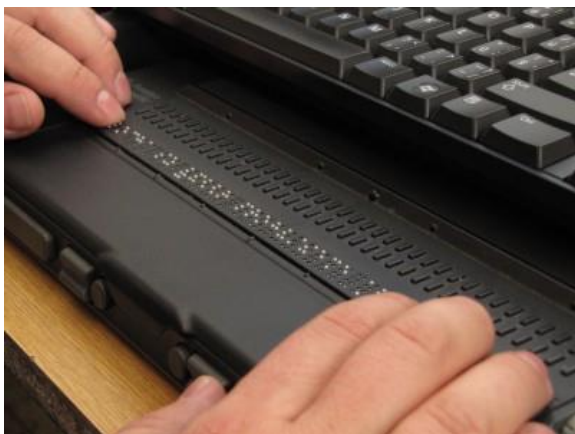
5. 2. 3 Výpočetní technika

Zpřístupnění a neustálé vylepšování výpočetní techniky hraje u zrakově postižených uživatelů velkou roli v jejich gramotnosti, protože mohou informace nejen pasivně přijímat, ale také je vytvářet a editovat. Počítač zároveň slouží ke komunikaci, zaznamenávání informací, studiu, ale i trávení volného času. Obrovskou výhodou PC pomůcek je jejich multifunkčnost a také možnost kompenzace zrakového postižení zbylými smysly, především samozřejmě hmatem a sluchem pomocí hmatových a sluchových výstupů. Práce na PC u zrakově postižených je specifická. Liší se samozřejmě podle závažnosti zrakového postižení. Slabozraký uživatel například potřebuje pozměnit nastavení barevného schématu obrazovky nebo musí pracovat s tím, že pomocí softwarové lupy vidí jen malou část obrazovky. Pro nevidomého musí být speciálně nastaven operační systém i některé aplikace, PC obsluhuje výhradně pomocí klávesnice a pracuje s ním analyticky, podle konkrétních naučených postupů. Výpočetní technika ve smyslu kompenzační pomůcky slouží ke zvýšení samostatnosti a nezávislosti handicapovaných osob a tím i zmírnění negativních dopadů zrakového postižení. Ovládání počítače je nezbytné i v rámci mnoha profesí.

Existuje velké množství PC pomůcek, softwarů a dalších. Například **hlasová syntéza** je program schopný převádět vstupní text na mluvenou podobu nebo třeba **odečítač obrazovky** zase software, který automaticky ohlašuje významné změny na obrazovce. Převádí tedy informace z prostředí operačního systému do podoby alternativního výstupu, který buď hlasový, nebo hmatový ve formě Braillova písma. Dále existují **softwarové lupy** zvětšující informace zobrazované na monitoru, **softwarový**

zjednodušující práci na PC, Braillový řádek umožňující zobrazení textových informací pomocí Braillova bodového písma, **Braillová tiskárna** nebo **tiskárna reliéfních obrázků – Fuser**. Využívané je i digitální čtecí zařízení, digitální zvětšovací lupy nebo také speciální zápisníky ve formě speciálních zařízení sloužících jako diář, adresář, úkolníček, kalkulačka a další. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 41 – 58)

Obrázek 7: Braillový řádek



Obrázek 8: Zápisník Gin



5. 2. 4 Mobilní telefony

Zpřístupnění mobilního telefonu těžce zrakově postiženým pozitivně ovlivňuje jejich samostatnost. Užívání mobilního telefonu i nevidomými je v současnosti možné díky screen-readeru, neboli odečítači obrazovky, který zpřístupňuje prostředí operačního systému telefonu a další aplikace a informace jsou následně uživateli předčítány. Ozvučeny jsou nejen všechny běžné funkce telefonu, ale i většina pokročilých funkcí včetně přístupu k internetu nebo map. Důležitým aspektem je hmatnost klávesnice. V současnosti však začínají převládat telefony s dotykovým displejem, u kterých je podstatné, aby byl telefon kompatibilní se zvoleným odečítačem obrazovky. Existují další speciální programy do mobilních telefonů podobná těm na PC včetně softwarové lupy. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 59 – 64)

5. 2. 5 Pomůcky pro usnadnění mobility

Mezi pomůcky pro usnadnění pohybu řadíme především hole, které rozlišujeme na orientační, signalizační a opěrné. Hole jsou v bílém nebo červenobílém provedení. Ty červenobílé signalizují osobu s kombinovaným postižením zraku a sluchu. Vyrábějí se v několika provedeních jako pevné, skládací, teleskopické nebo kombinované. **Orientační**

hole jsou dlouhé hole zakončené robustnější koncovkou, které svou délkou zajišťují bezpečný odstup od překážek. Využívány jsou při vyhledávání orientačně významných míst i k udržení směru daného výraznými liniovými prvky, například obrubníku. Jsou zdrojem nejen hmatových, ale i sluchových informací. **Signalizační hole** jsou naopak krátké a tenké s jednoduchou koncovkou. Jejich využití je především při chůzi s průvodcem nebo vodícím psem a slouží k informování okolí o přítomnosti zrakově postiženého. Primárním účelem **opěrné hole** je zajištění stability při chůzi díky její masivní konstrukci, protiskluzové koncovce a odpovídající délce.

Další významnou pomůckou je **povelový vysílač VPN 01 a VPN 03**, které slouží k ovládní orientačních majáčků radiovým signálem. Stisknutím příslušného tlačítka je vyvolán povel, který aktivuje například informace o názvu objektu, směru jízdy eskalátorů nebo o čísle a směru jízdy dopravního prostředku. Vysílač VPN 01 je vlastně krabička do ruky s šesti tlačítky, které vyvolávají potřebný povel. Je spíše využíván slabozrakými. Nevidomí uživatelé častěji využívají VPN 03, který je zabudovaný pod rukojeť hole a skládá se ze tří tlačítek. **Orientační majáčky**, které zmíněné zvukové a hlasové informace podávají, jsou umístěny na orientačně významných místech, jako jsou například úřady a podobně.

Pomocníkem při pohybu v neznámém prostředí je **navigační jednotka**, která slouží k určení polohy nevidomého. Základem je GPS přijímač, kterým jsou vysílány pravidelně informace o poloze nevidomého. Ty se dostávají do počítačů v Navigačním centru SONS. Operátor se tedy může následně s osobou prostřednictvím mobilního telefonu spojit a pomoci jí. Upozornit na překážku pak dokáže **ultrazvukový vyhledávač překážek**, který prostřednictvím vibračního nebo hlasového signálu dokáže upozornit zrakově postiženého na překážku vyskytující se převážně ve výši nad úroveň pasu, kde neposlouží orientační hůl. Wiener ještě mezi Bubeníčkovou vyjmenované pomůcky doplňuje laserovou elektronickou orientační pomůckou, která má podobnou funkci jako ultrazvukový vyhledávač překážek. Výhoda laseru je jeho větší citlivost, a tedy i přesnost. U ultrazvukového přístroje je totiž indikováno vše, co se byť jen na krátký okamžik před zrakově postiženým objeví. Pro tuto osobu je příliš mnoho informací především ve městech zatěžující. Konkrétním příkladem laserové pomůcky je Ultra Body Guide, který má poněkud odlišnou funkci. Je totiž možné do přístroje uložit přímý směr, a když se od něj zrakově postižený odchýlí, je o této skutečnosti akusticky informován. Nevýhodou všech pomůcek tohoto typu je však jejich cena. (Wiener, 2006, s. 142 - 143)

Vodící pes je pak posledním z řady pomocníků v rámci mobility. Je potřeba říci, že není náhradou hole a osoba, která jeho služby bude využívat, se nejprve musí sama naučit pohybovat v terénu. Psovi vydává příslušné povely, ale musí dané prostředí znát a vědět, co v něm má pes hledat. Pes je však velmi užitečným průvodcem, protože urychlí a především zjednoduší pohyb zrakově postiženého po orientačně nepřehledných trasách. Při pohybu se psem se jeho majitel drží kovového nebo popruhového vodiče. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 67 – 76) Společnost psa vedle své praktické funkce znamená pro člověka částečně izolovaného od vnějšího světa významnou psychologickou podporu – stane se mu kamarádem.

5. 2. 6 Další neoptické pomůcky

Psací stroje pro nevidomé jsou pomůcky pro zápis Braillova písma. **Tabulky na psaní Braillova písma** slouží k rychlému zápisu. Tvoří je dva pláty z kovu nebo plastu, které se dají rozevírat. Bodátkem se ve vymezeném prostoru vytlačují jednotlivé znaky.

Často využívanou pomůckou jsou **hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem**, protože nepříjemnou součástí nevidomosti je to, že nevidomí nerozeznají den a noc. Hmatové náramkové hodinky mají odklopné víčko, ale nejsou příliš vhodné pro lidi se špatným hmatem ani pro seniory. Dále existují ještě speciálně upravené digitální nebo hmatové minutníky.

Pomocníky v domácnosti jsou **kuchyňské váhy** nebo **odměrky s hlasovým výstupem, navlékače jehel, indikátory světla** nebo **barev** či **čtečky hlasových etiket**. (Bubeníčková a kol., 2012, s. 77 – 90)

Různých dalších pomůcek pro domácnost, pro volný čas nebo sport je nepřehledné množství a není možné zde vyjmenovat všechny.

5. 3 Výcvik soběstačnosti a sebeobsluhy

Když hovoříme o sebeobsluze, jedná se širokou škálu běžných každodenních činností a dovedností. Jesenský uvádí, že: „Sebeobsluha je pevnou součástí funkční gramotnosti osob se zrakovým postižením a jako jeden z edukačních programů pro tyto osoby patří jednoznačně k nejnaléhavějším a nejdůležitějším.“ (Jesenský, 2007, s. 420) Sebeobsluha je součástí sociální rehabilitace, dokládá Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., konkrétně § 70 odstavec 1). Mimo jiné zde stojí, že: „Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností,

posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“ Slovo sebeobsluha bylo již několikrát zmíněno. Je to proto, že je v dané souvislosti v naší zemi nejpoužívanějším termínem. Právě nad terminologií se však zamýšlí Wiener, který uvádí, že anglickým ekvivalentem pro sebeobsluhu je výraz „Activities of the Daily Living“ (ADL) a v němčině pojem zní „Lebenspraktische Fertigkeiten“ (LPF). Tyto termíny mají podle Wienera mnohem větší přesah, protože se v nich nejedná pouze o „obsluhu sebe samého“; podotýká: „... zejména o dovednostech důležitých pro normální život – tedy o tom, jak i člověk těžce zrakově postižený může zvládat nároky běžného života zcela sám a jak může poskytnout pomoc i „těm okolo“, tedy lidem „zdravým“.“ (Wiener, 2006, s. 5) Tématu „Activities of the Daily Living“ se ve studii, zkoumající vliv rehabilitačních programů na samoobslužné činnosti zrakově postižených, široce věnuje B.C. Stephens. Předmětem jeho zkoumání byla otázka, jak se změní výkon a nezávislost při vykonávání samoobslužných činností u osob zrakově postižených. Výzkum probíhal u 1194 občanů USA starších 65 let. Jeho výsledkem je poznatek, že zásluhou rehabilitačních programů dochází k významnému nárůstu samostatnosti i výkonu každodenních aktivit. Věk není v tomto případě faktorem, který by zmiňovaný výkon a nezávislost nějakým způsobem ovlivňoval. (Wahl, 2001, s. 93 – 103) Velmi zasvěceně přibližuje zásah zrakové vady právě do běžného života Schindlerová. Uvádí, že přestávají fungovat zavedené mechanismy, všechno i jednoduché činnosti, jako je namazání chleba, se zdají být složitější, nebezpečnější a především zdlouhavější. Člověk, jenž ztratil částečně nebo úplně zrak až v dospělosti, se musí učit a osvojit si nové návyky pro veškeré úkony, ale i přes to, že se vše zdá neznámé, je možné navázat především za pomoci nejbližšího okolí na dřívější zkušenosti. Schopnost sebeobsluhy je nezbytným krokem k samostatnosti a hraje významnou roli i v sebehodnocení zrakově postiženého. Musí však počítat s jistými omezeními, a tedy i přijmout fakta, jako že: vše bude minimálně zpočátku vyčerpávající a trvat déle; nezbytné je využití zbylých smyslů, je také zapotřebí vytvořit si nové dynamické stereotypy a organizaci činností. A dále vytvořit si záchytné orientační body, naučit se dobře využívat hmat a zvýšit obezřetnost, protože při sníženém příjmu informací narůstají rizika. Respektování zmíněných zásad je potřebné pro nácvik dalších technik a postupů při běžných činnostech. (Schindlerová, 2007, s. 7) Wiener potvrzuje, že zpočátku se zrakově handicapovaným i jejich okolí zdá řada věcí neproveditelná a limit se zdá někdy až mezní. Je také možné, že si postižený vytvoří k některým činnostem až odpor z důvodu strachu

z jejich nezvládnutí nebo z obavy, že se zraní. Jak říká Wiener: „Teprve ve chvíli, kdy se člověk kousek po kousku, od jednoho malého úspěchu k druhému učí svět poznávat a ovládat (resp. znovu poznávat a znovu ovládat), se začne ukazovat, že onen „limit handicapu“ je věc velmi relativní.“ (Wiener, 2006, s. 5) Samotné plánování programu sebeobsluhy se provádí s klientem, protože je nezbytné brát v potaz všechna specifika a individualitu zájemce o daný program. I zde svojí roli hrají vnitřní i vnější faktory týkající se zrakově postižené osoby. Jak již bylo několikrát zmíněno, na úspěšnost výsledku bude mít vliv osobní nastavení klienta a celý program musí být přizpůsoben závažnosti a době vzniku postižení. (Jesenský, 2007, s. 424 – 425) Ohled je brán i na věk klienta a jeho další potřeby, očekávání a podobně. Neměl by však být třeba právě kvůli věku od nějakých činností odrazován, protože jak připomíná Schindlerová: „Zisk totiž nemusí být pro člověka s těžkým zrakovým postižením vyjádřen sumou zvládnutých dovedností, ale může být i v oblasti psychické (i když činnost nebude dělat, ví, že ji zvládne.“ (Schindlerová, 2007, s. 8) Podle Wienera platí několik důležitých pravidel: co nejméně nejistot a obav při práci. Znamená to, že zrakově postižený potřebuje přesně znát, jak vypadají a k čemu jsou určeny jednotlivé pomůcky nebo nástroje, aby pro postiženého bylo prostředí bezpečné a měl činnosti pod kontrolou. Dalším je: nutnost provedení určitých úprav prostředí, v němž zrakově postižený žije či pracuje. To obnáší optimalizaci prostoru s cílem odstranit všechny možné zdroje nepříjemných zážitků či nebezpečí. Jako třetí uvádí: osvojení potřebných dovedností rodinných příslušníků zrakově postiženého. Na mysli má především schopnost průvodcovství, základní pravidla komunikace s handicapovaným a další. (Wiener, 2006, s. 6) Jinak mezi samoobslužné činnosti, které jsou do programu zařazeny, patří: zajišťování chodu domácnosti, vaření, nakupování, hygiena, péče o prádlo a úklid domácnosti, šití, péče o dítě, drobné údržbářské práce a v neposlední řadě koníčky. (Jesenský, 2007, s. 427) Dosud byla řeč o soběstačnosti a sebeobsluze u dospělých, ale jak je to u dětí? Finková a kol. uvádí, že pokud jsou zvoleny metody adekvátní vývoji dětské osobnosti a zároveň také i přiměřený výchovný styl ze strany rodičů, nemusí být dítě se zrakovou vadou v této oblasti pozadu za svými vrstevníky. Připravovat dítě s postižením na základy sebeobsluhy je možné rozvojem jeho manuálních a rozumových schopností. Dobře využitelným prostředkem pro rozvoj osobnosti je také hra, a to s reálnými předměty, s hračkami připomínajícími skutečné předměty nebo i hrami slovními. Ty však musí odpovídat ztrátě jeho zrakového vnímání a být zaměřeny na rozvoj ostatních smyslů a dalších důležitých dovedností. Cílem všech her a cvičení by měl být nácvik sebeobslužných činností, aby mělo dítě možnost získat

stejně dovednosti a návyky jako jeho nepostižení vrstevníci. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 95 - 97)

5. 4 Prostorová orientace a schopnost samostatného pohybu

Obtíže spojené s prostorovou orientací a samostatným pohybem (dále PO SP) jsou jedním z nevýznamnějších důsledků zrakového postižení. Zhoršená schopnost samostatného pohybu se netýká jen nevidomých, ale i slabozrakých nebo lidí se zbytky zraku. (Finková, Ludvíková, Růžičková, 2007, s. 115) Jak uvádí Wiener, mobilita je základním předpokladem samostatného života zrakově postiženého včetně socializace a zařazení do pracovního procesu. Nejedná se však o jediný prvek zajišťující samostatnost a integrace zrakově handicapovaných. V souvislosti s mobilitou Wiener říká, že: „Nevidomý člověk je mobilní, jestliže je schopen shromažďovat a využívat dostatečné informace o svém životním prostředí tak, aby předešel úrazům a aby dosáhl zamýšleného cíle bez větší námahy.“ (Wiener, 2006, s. 17) Schopnost PO SP mající vliv i na utváření osobnosti výrazně ovlivňuje psychický stav zrakově postiženého, přičemž jeho závislost na okolí při nezvládnutí PO SP má negativní vliv na sociální vztahy i sebepojetí jedince. Z již řečeného tedy vyplývá, že pro úspěšný a harmonický život zrakově postiženého je zásadní podmínkou zvládnutí PO SP. (Wiener, 2006, s. 9) Před samotným popisem prostředí, architektonických podmínek a také tyflorehabilitace by bylo vhodné si ještě představit pojem prostor. Jedná se, jak popisuje Jesenský, o mnohoznačný pojem a složitý jev, jehož význam spočívá v tom, že je v něm umožněno realizovat pohyb a orientaci. Prostor je spojován s časem a pohybem, přičemž přesné poznatky o něm včetně jeho popisu jsou základem terminologie a komunikace v situacích PO SP zrakově postižených. Jesenský ještě dále uvádí, že se pro praktické potřeby orientace rozlišuje mikroprostor a makroprostor. V mikroprostoru se jedná se o pole vnímání a chování, kdy přemísťování v něm nepřesahuje 5 kroků, takže jeho charakterem jsou především sebeobslužné činnosti nebo například práce v kuchyni. Vztahuje se k němu zároveň většina tyflorehabilitačních technik. Naopak makroprostor představuje oblast vnímání, kde se přemísťování pohybuje v pěti a více krocích. (Jesenský, 2007, s. 584 - 586) Orientace je pak dle Jesenského in Wiener: „... proces získávání a zpracování informací z prostředí za účelem skutečné nebo jen myšlenkové manipulace s objekty v prostoru nebo za účelem plánování a realizace přemísťování v prostoru.“ (Jesenský in Wiener, 2006, s. 16) Úlohu zde také hraje osobnostní prvek, který ovlivňuje schopnost orientace, a tím jsou poznávací mapy. Jedná

se dle Jesenského o rozumové struktury, kterými je vnímán prostor, předměty i prostředí. Je tomu samozřejmě odlišně než u vidící osoby včetně představování a zapamatování. Poznávací mapy vznikly jako synergie kompenzačních smyslů, především hmatu a sluchu, ale promítá se do nich i předchozí zkušenosti nevidomého v podobě představ nebo pojmů a je tak produktem vědomí člověka. (Jesenský, 2007, s. 587)

Instruktořem PO SP zřakově postižených může být ten, který je kvalifikovaným pro tuto činnost a absolvoval příslušný kurz. Instruktoř dle Wienera nese odpovědnost za zdraví a bezpečnost účastníků výcviku. Další jeho funkcí je stimulace rozvoje osobnosti klienta. Pomáhá totiž při zvládnutí nepřijemných důsledků handicapu. Dále pak musí být instruktoř schopný adekvátně aplikovat teoretické poznatky v praxi. Vhodná je kombinace praktického výcviku a teoretického studia. (Wiener, 2006, s. 125 - 126)

5. 4. 1 Oblasti výchovy PO SP zřakově postižených

Mezi oblastmi výchovy PO SP patří nejprve její prvky, které jsou dle Wienera základními návyky, které rozvíjejí a zdokonalují přirozené schopnosti zřakově handicapovaného a vedou k vyššímu stupni mobility při jejich zvládnutí. Dělí je dvě základní oblasti, kterými jsou zvládnutí základních technik pohybu bez hole, kam patří chůze s vidícím průvodcem, bezpečnostní držení a kluzná prstová technika a tou druhou je rozvíjení přirozených pohybově orientačních schopností zřakově postiženého a odstraňování nepříznivých důsledků zřakového postižení v oblasti PO SP. Do této druhé oblasti pak patří odhad vzdáleností nebo úhlů, omezování odchylek od přímého směru, výchova ke vnímání sklonu dráhy, rozvoj sluchové orientace a další. (Wiener, 2006, s. 17, 18)

Další z oblastí výchovy PO SP je technika dlouhé hole. Tím je podle Wienera označováno cílevědomé a zároveň poučené používání bílé hole, která zřakově postiženým poskytuje subjektivní jistotu při pohybu a tím zároveň pocit bezpečnosti. Hůl pak musí mít délku odpovídající postavě. Příliš dlouhá hůl by měla negativní důsledky zvláště při jízdě v městské hromadné dopravě nebo v místech s velkou koncentrací osob. Hlavní funkcí slepecké hole je, jak uvádí Wiener, bezpečnostní nebo také ochranná, protože hůl snižuje nebezpečí střetu s překážkou. Dále je to funkce orientační vzhledem k vyhledávání orientačních bodů a také funkce informativní. Bílá hůl totiž informuje okolní osoby, že je v jejich blízkosti zřakově postižený, na kterého je potřeba brát ohled. (Wiener, 2006, s. 18 – 19) Instruktoř v rámci výuky dále učí zřakově postižené klienty jednotlivým technikám držení hole, využívání hole při chůzi, překonávání překážek a dalšímu pohybu.

Nejvyšším stádiem výchovy PO SP zrakově postižených je orientační analyticko – syntetická činnost. Tento pojem dle Wienera označuje: „využívání informací všeho druhu, získaných všemi dostupnými prostředky a způsoby, při aplikaci základních technik pohybu v procesu prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených.“ (Wiener, 2006, s. 20) Získané informace pochází od zbylých smyslů využitím orientačních pomůcek včetně bílé hole a také typografických pomůcek, jako jsou různé plánky nebo využitím popisu trasy v ústní či písemné podobě. Nezbytná je diferenciací metod užívaných při výchově PO SP vzhledem k tomu, že je potřeba vnímat rozdíl mezi zrakově postiženými s odlišnou závažností vady. Často se ale zmíněné rozdílnosti pomíjejí a na problematiku je pohlíženo paušálně. I přes to, že nejvýznamnější a nejpotřebnější je v této oblasti práce s nevidomými, týká se i slabozrakých. Ti se však často považují za vidící a podobný výcvik odmítají. (Wiener, 2006, s. 119, 20, 21)

5. 4. 2 Technická úprava prostředí

Technickým zabezpečením veřejných prostor pro dobrou PO SP zrakově postižených se zabývá především předpis č. 398/2009 s., Vyhláška o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. Tento předpis definuje přesné požadavky, které jsou kladeny dle § 2 na nové stavby pozemních komunikací a veřejného prostranství, občanského vybavení v částech určených pro užívání veřejnosti a dalších. Příloha č. 1 k vyhlášce č. 398/2009 Sb. pak konkrétně definuje technické požadavky zabezpečující bezbariérové užívání staveb včetně například schodišť nebo výtahů. Body 1.2., 2.2. a 3.2. se věnují řešení pro osoby s omezenou schopností orientace – osoby se zrakovým postižením. Požadavků a úprav je opravdu mnoho, proto zmíníme jen ty nejvýznamnější a dále se zastavíme ještě u architektonických bariér, se kterými se zrakově postižení potýkají.

Bod 1.2. se zabývá povinnými orientačními body a vychází i z užívání speciálních orientačních kompenzačních pomůcek. Uvádí se zde nezbytnost **vodící linie**, a to jak přirozené, kterou je například stěna domu, ale také umělé, jakou jsou podélné drážky. Zároveň se hovoří o tom, že to platí jak pro interiér, tak exteriér. Je přesně dáno, jak mají vodící linie vypadat a na jakou maximální délku mohou být přerušeny. Do průchozího prostoru podél vodící linie se neumísťují žádné předměty. Dalším orientačním bodem je **signální pás**, který označuje místo odbočení z vodící linie k orientačně významnému místu. Určuje například přístup k přechodu pro chodce a současně určuje směr přecházení, přístup k místu nástupu do vozidel veřejné dopravy nebo přístup ke schodům do podchodu

a podobně. Opět je přesně popsáno, co musí signální pás splňovat včetně jeho nezaměnitelné struktury a povrchu. K orientaci zrakově postižených při přecházení slouží speciální **vodící pás přechodu**. Vizually kontrastní **varovný pás** pak zase ohraničuje místo, které je pro osoby se zrakovým postižením trvale nepřístupné nebo nebezpečné, jako je například hranice vstupu na železniční přejezd. Existují i další druhy speciálních varovných pásů. **Akustickým prvkem** je myšlena buď akustická signalizace pro chodce, nebo orientační majáček s příslušným trylkem a popřípadě také s hlasovou frází. Dálkové ovládání akustických prvků je zabezpečeno prostřednictvím přijímače elektronických kódovaných povelů. V tomto bodě je také uvedeno, co jaký povel aktivuje. Musí být důsledně dodržena vodící linie a do průchozího prostoru podél vodící linie se neumísťují žádné překážky, jako jsou informační nebo reklamní zařízení, letní zahrádky a podobně. Podle dalšího bodu musí být dodržen i vizuální kontrast sloupů veřejného osvětlení, světelného signalizačního zařízení pro chodce, celoskleněných ploch atd.

Obrázek 9: Varovný pás



Obrázek 10: Umělá vodící linie



Bod 2.2., který je opět věnován úpravám prostředí pro zrakově postižené, hovoří o zabezpečení a označení schodišť. V bodě 2.2.1. se uvádí, že: „Stupnice nástupního a výstupního schodišťového stupně každého schodišťového ramene nebo vyrovnávacích schodů musí být výrazně kontrastně rozeznatelná od okolí.“ Přesně je dáno, že schody s určitou šířkou musí být ve stavbách veřejné dopravy označeny žlutým pruhem s jasnými parametry. Druhý podbod pak udává, že schodiště vyběhající do prostoru musí mít buď pevnou zábranu, či sokl, opět s danými parametry pro bílou hůl. Ve výši 1100 mm nad pochozí plochou pak musí mít zajištěno pevnou ochranu, jako je tyč zábradlí nebo horní díl oplocení, aby bylo zabráněno možnosti vstupu.

Bod 3.2. přílohy pak klade pozornost na úpravu výtahů a pohyblivých schodišť. Ovladače v kleci výtahů musí vyčnívat nad povrch, reliéfní značky nesmí být vryté a musí

být opatřeny znakem Braillova písma. Dále například tam, kde je před vstupem signalizován směr jízdy, musí být zajištěna informace i hlasovou frází. V této části se též říká, že chod pohyblivých schodů s určením jejich polohy a směru jízdy musí být signalizován hlasovým zařízením, které mohou pomocí dálkového ovládání spouštět osoby se zrakovým postižením.

5. 4. 3 Architektonické bariéry

Jako architektonické bariéry označujeme dle Wienera jevy: „které někomu ztěžují pohyb, brání mu v dosažení určitých míst, nebo jej dokonce ohrožují.“ (Wiener, 2006, s. 141) Největší problémy zrakově postižený v rámci orientace přináší velké prostory a obecně místa, kde je nedostatek informací s nebezpečím ohrožení či úrazu. Mezi hlavními nedostatky, které vnímají slabozrací, můžeme jmenovat nedostatečnou přehlednost prostoru a také kontrastního zvýraznění překážek nebo i třeba schodů. (Wiener, 2006, s. 141) Další, co může konkrétně způsobovat slabozrakým problémy, jsou prosklené plochy bez výrazného pásu na skle, stěny pokryté zrcadly, nedostatek světla, či naopak oslnění očí. Dále je to někdy příliš pestrobarevné prostředí například v regálech obchodů nebo na druhé straně nedostatečné barevné rozlišení prostor, které pak splývají, jako jsou například toalety. (Karásek, 2007) Jako zlaté pravidlo úspěšné orientace ve svém letáku uvádí Macháček a Grillová: „Využívat a vytvářet barevně kontrastní prostředí a používat vhodné osvětlení.“ (Macháček, Grillová, 2009) U nevidomých představují nebezpečí zvláště překážky vyčnívající ve výši prsou nebo hlavy, kde hůl nepomůže. Dalším ohrožením jsou také výkopy a zábery chodníků označené pouze zábranou ve výši pasu nebo šikmo. Další problémy způsobují velké plochy bez orientačních bodů, kde nejsou k dispozici vodící linie. (Wiener, 2006, s. 141 - 142) Karásek ve svém informačním letáku potvrzuje, že velké problémy činí nedostatek hmatově výrazných orientačních bodů a již zmíněných vodících linií. Dalším rizikem jsou výkopy a například z boku nechráněná schodiště bez vhodného označení. Autor dále doplňuje problémové záležitosti snižující bezpečnost při přecházení ulice. Jedná se o nedostatečnou intenzitu zvukových signálů semaforu, nedostatek orientačních bodů a vodících linií nebo nemožnost určit přesně rozhraní mezi chodníkem a vozovkou například u bezbariérových přechodů. (Karásek, 2007) Macháček a Grillová, věnující se především úpravě domácího prostředí, přidávají i své zlaté pravidlo úspěšné orientace pro nevidomé: „Každá věc má své místo. Jen tak ji nevidomý snadno a bezpečně nalezne. ...“ (Macháček, Grillová, 2009)

Obrázek 11: Správně označené prosklené dveře Obrázek 12: Nebezpečný výkop



6. ŠETŘENÍ POSKYTOVANÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, SPOKOJENOSTI KLIENTŮ DOMOVA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ PALATA A JEHO TECHNICKÉHO ZAJIŠTĚNÍ

6. 1 Cíl šetření

Cílem šetření je zjistit, jak konkrétně probíhá každodenní život v Domově pro zrakově postižené Palata (dále Domov) z hlediska zajištění náležitých specifických podmínek pro své klienty. Zaměřila jsem se na tři hlavní oblasti, a to: jak klienti vnímají technické zajištění Domova vzhledem k jejich handicapu, jak jsou spokojeni s poskytovanými sociálními službami včetně nabízeného programu a veškerých dalších aktivit. Poslední oblastí je, jak klienti subjektivně hodnotí svůj život v Domově a jeho kvalitu. Šetření bylo, jak dále popisujeme, provedeno metodou rozhovoru s klienty a pozorováním. Pozorování probíhalo v rámci návštěv v době sběru materiálu pro praktickou část diplomové práce. Bylo možné se rovněž opřít o starší zkušenosti z období vysokoškolské studijní praxe.

6. 2 Užití metody a metodika

Pro šetření byl zvolen kvalitativní přístup umožňující zjistit, jak vybraní klienti vnímají život v Domově po všech stránkách. Právě to považuje Hendl, za velký klad tohoto přístupu, když říká, že: „Výhodou kvalitativního přístupu je získávání hloubkového popisu případů.“ (Hendl, 2005, s. 53) K tomu ještě dodává, že v rámci něj je citlivě zohledňováno působení kontextu, lokální situace a podmínek. Jak potvrzuje také Reichel, základním principem kvalitativního přístupu je: „... zkoumat určitý prvek, proces, fenomén ad. V přirozených podmínkách, snažit se mu porozumět a vytvořit pokud možno jeho komplexní obraz.“ (Reichel, 2009, s. 62) Doplnuje zároveň obdobně jako Hendl, že výhodou kvalitativního přístupu je jeho flexibilita. Mnohé se dá průběžně upravovat a zpřesňovat. Je pro něj také typické, že základní otázky jsou upravovány a doplňovány v průběhu zkoumání. Je to možné i vzhledem k tomu, že vyhodnocování dat probíhá současně s jeho sběrem, proto je možné zamýšlet se v průběhu nad dalším postupem. (Reichel, 2009, s. 64) Hlavní metodickou technikou sběru dat byl zvolen polostandardizovaný rozhovor. Hendl tento typ interview nazývá rozhovor pomocí návodu. Návod zahrnující soubor otázek má zajistit, že se dostane na všechna dle tazatele zajímavá témata, která osvětlí daný problém. Vedle toho, že pomáhá udržet zaměření rozhovoru, jeho větší volnost umožňuje respondentovi uplatnit vlastní zkušenosti a perspektivy. (Hendl, 2005, s. 174) Jak dodává Reichel, tato forma interview se vyznačuje tím, že

v rámci souboru otázek, které jsou předmětem rozhovoru, není striktně stanoveno jejich pořadí. Formulace pokládaných otázek může být částečně modifikována. V tomto duchu se návodné rozhovory uskutečňovaly, aby respondent otázkám jasně rozuměl a bylo pro něj snadné odpovídat. Takové úpravy byly nutné zejména vzhledem ke zhoršenému sluchu některých respondentů. Vhodnost vybrané metody šetření potvrzuje Reichel: „... jistá volnost se jeví jako vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem, do jisté míry se dají akceptovat jeho osobnostní specifika, komunikace může lehčeji plynout atp.“ (Reichel, 2009, s. 112)

Cílovou skupinou a hlavním předmětem diplomové práce jsou osoby se zrakovým postižením. Obecným metodickým východiskem šetření byly informace shrnuté v teoretické části diplomové práce. Velmi přínosná byla také schůzka s pracovníci organizace Tyfloservis v jejím pražském středisku, protože přinesla poznatky o sociální práci v praxi, o poskytovaných službách a byla zde také možnost prohlédnout si množství kompenzačních pomůcek. Tehdy došlo zároveň k rozhodnutí uskutečnit studijní praxi v Domově pro zrakově postižené Palata. Probíhala v květnu 2015. Zástupkyni ředitele tohoto zařízení jsem následně požádala o možnost spolupráce s klienty Domova v rámci praktické části své diplomové práce. Na všem jsme se tedy společně domluvily. Výběr vhodných respondentů byl proveden na základě rozhodnutí kompetentní pracovnice Domova. Bylo tak učiněno i z toho důvodu, že klienti jsou v naprosté většině senioři. Ne každý by měl samozřejmě o rozhovor zájem a zároveň bylo nezbytné vyloučit klienty s jinými obtížemi, které může stáří přinášet, jako je například demence, aby bylo šetření v tomto smyslu relevantní. Pro šetření bylo tedy vybráno 10 klientů Domova; jednalo se o heterogenní skupinu respondentů, jejíž složení ještě později představím. Po potvrzení spolupráce mezi mnou a zástupkyní ředitele Domova, ke kterému došlo v červnu 2015, jsem započala s plánováním a sestavováním šetření. Jak jsem již zmínila, jako hlavní metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, k němuž byl sestaven záznamový list s otázkami viz. příloha 3. Tato přípravná fáze probíhala na podzim 2015. Samotné rozhovory s klienty se uskutečnily v lednu a únoru 2016. Dostala jsem velký prostor pro komunikaci s klienty a jejich pozorování při společných aktivitách. Zároveň jsem měla možnost důkladně si prohlédnout všechny prostory Domova včetně velkého exteriéru a sama se tak zamyslet nad systémem podpory prostorové orientace a samostatného pohybu. Všimla jsem si jednotlivých orientačních bodů, které jsem i vyfotografovala a v další podkapitole prostory Domova uzpůsobené handicapu klientů krátce popíši zároveň i se sociálními službami, které jsou zde nabízeny. Jednotlivé

rozhovory probíhaly samozřejmě individuálně a v dostatečném soukromí. Obvykle to bylo v pokoji klienta Domova; jeden rozhovor se na přání klienta uskutečnil v klidném zákoutí chodby. Na začátku každého sezení jsem respondenty informovala o cíli setkání, tématu diplomové práce a požádala je o možnost nahrávky rozhovoru, se sdělením, že bude anonymní. Všechny rozhovory jsem si zapisovala zjednodušeně do záznamového archu a zároveň jsem si je po svolení nahrávala na záznamové zařízení. Doba, kterou jsem s respondenty strávila, se pohybovala většinou mezi 45 minutami a hodinou. V několika případech déle. Záleželo samozřejmě na sdílnosti respondentů, bohatosti odpovědí a míře vstřícnosti. Všichni byli nicméně velmi ochotní. Je samozřejmé, že i přes bohatý společenský program nemají všichni klienti možnost jej plně využívat a chybí jim tak sociální kontakt. Ráda jsem jim tedy za jejich ochotu věnovala svůj čas a nad rámec otázek jsme si v několika případech s klienty dlouze popovídali. Musím říci, že rozpravy byly velmi milé a obohacující. Následně jsem každý rozhovor přepsala, abych ho případně mohla poskytnout k nahlédnutí, ale především proto, aby bylo snazší data zpracovat a interpretovat. Využila jsem i několika citací respondentů. Zmíněný přepis rozhovorů je velice dlouhý, protože jeden rozhovor v tištěné podobě představuje průměrně 3 – 4 stránky. Protože se v něm však objevují tak osobní záležitosti, se kterými se mi někteří respondenti svěřili, že jsem se rozhodla je proto do diplomové práce nezařadit. K dispozici samozřejmě jsou. Konečné zpracování dat následně probíhalo zodpovězením vytyčených úkolů šetření, které korespondují se stanovenými otázkami pro rozhovor. Následovalo závěrečné shrnutí šetření a interpretace dat.

6. 3 Domov pro zrakově postižené Palata

Domov poskytuje službu lidem se zrakovým postižením, kteří z důvodu ztráty soběstačnosti nemohou nebo nechtějí žít ve svých domovech. Nachází v klidné části Prahy – Smíchova. Budova připomínající zámeček, je obklopena velkým parkem v anglickém stylu a byla postaven v roce 1893 jako ústav pro nezaopatřené slepce. V současnosti je Domov moderně zrekonstruován a dostaveny byly i nové pavilony. Hlavní budova má tři nadzemní podlaží a její kapacita je nyní 133 lůžek. Je bezbariérová, se třemi výtahy a s hlasovými výstupy pro handicapované.

6. 3. 1 Technické zajištění

Vhledem k tomu, že budova má 3 patra, jsou výtahy nezbytné vzhledem ke zhoršené mobilitě mnoha klientů i členitosti budovy. Jednotlivé místnosti, ve kterých

probíhá kulturní či jiný program, jsou v různých částech budovy a musí být dobře dostupné. Nejnavštěvovanějšími místnostmi budovy jsou pravděpodobně jídelna a hlavní kulturní místnost, které se nacházejí v prvním patře v blízkosti hlavního výtahu.

Nyní bych již především formou obrázků představila konkrétní orientační body, které se v Domově objevují. Nejprve začnu s interiérem. Nejvýraznějším prvkem jsou jednoznačně výrazné tmavé pruhy v kontrastu se světlými boky na podlaze vyznačující cestu, které zároveň vedou k jednotlivým pokojům i dalším místnostem viz. obrázek 13 a 14. Jsou takto opatřeny podobným způsobem i místa, kde je podlaha dlážděná. Tento základní prvek je ohromně nápomocný mnoha klientům se zbytky zraku, kteří jsou právě schopni rozlišovat už jen světlé, tmavé a obrysy. Součástí všech chodeb jsou i všudypřítomná madla, která je také možno vidět na obrázku. Klientům s alespoň zbytky zraku kontrastní pruhy na podlaze velmi při orientaci pomáhají. Nevidomí se pak mohou pohybovat buď s pomocí bílé hole, kterou však využívají minimálně nebo právě za pomoci madel. Ty jim dodávají jistotu, protože jejich největším nepřítelem jsou velké prostory. Madla jsou navíc opatřena vždy před vstupem do pokoje hřebíčky, podle jejichž počtu, klient pozná, zda je u svého pokoje. Samozřejmě mohou sloužit i jako podpora vzhledem k seniorskému věku klientů. Oba zmíněné prvky si klienti velmi pochvalují.

Obrázek 13: Výrazné pruhy na podlaze a madla



Obrázek 14: Pruhy u výtahu



Vystouplé číslice a označení Braillovým písmem u výtahu i vně jsou samozřejmostí. Co se týče označení, tak každý pokoj má své číslo, které je zhruba uprostřed dveří ve výši rukou. Číslice jsou opět velké, plastické a na cedulce jsou provedeny také slepeckým písmem viz obrázek č. 15. Stejně jsou označeny i další místnosti v Domově číslem nebo popiskem. Domov je vybaven i velkými tabulemi se seznamem místností a směrovkami

v daném patře či úseku. Ty však slouží především pro návštěvy, ale samozřejmě i klienty, jejichž zrakové postižení jim je dovolí přečíst. Na obrázku je možné vidět i to, že si někteří klienti označují své dveře nejrůznějšími dekoracemi, aby pro ně byly snadněji rozpoznatelné. Novinkou v systému prostorové orientace je v poslední době i výrazné označení velkých ploch, jako jsou dveře výtahu nebo jídelny. Opatřeny jsou zhruba v jejich polovině širokým výrazně modrým nápisem tak, aby se klientům velká plocha z jejich pohledu neslila.

Obrázek 15: Označení kiosku



Obrázek 16: Označení pokoje



Po chodbách Domova se objevují mnohé další orientačně dekorační prvky, jako jsou plastické obrázky na stěnách, keramické nápisy s označením daných prostor na zdech nebo i například zavěšený plyšový pes na křižovatce chodeb, viz obrázek 18. Těchto z našeho pohledu dekorací si vidící člověk ani příliš nevšimne. Pro klienty jsou však velmi nápomocné. Měla jsem možnost doprovázet jednu prakticky nevidomou klientku, pro kterou bylo například právě pohlazení plyšového psa potvrzením správného směru trasy k jejímu pokoji. K dekoracím bych ještě zmínila, že součástí chodeb je i květinová výzdoba, která samozřejmě dle ročního období může přinášet příjemnou vůni. I nevidomí si však mohou „hmatově prohlédnout“ například výstavu štuků od akademického sochaře. Zajímavou dekorací a zároveň i orientačním bodem díky zvukovým podnětům jsou klece s ptáčky umístěné v prostoru před jídelnou. Když je klient uslyší, potvrdí si tím správnost své cesty na oběd či večeři. Součástí systému PO SP jsou také dva orientační majáčky. Jsou umístěny tak, aby zrakově postižený dostával potřební informace. Uživatel povelového vysílače například po příchodu do areálu Domova dostává přesné informace, jak se dostat ke vstupním dveřím a jak dále pokračovat na recepci Domova.

Vedle zmíněných orientačních prvků, bych ještě ráda zmínila překrásná zákoutí chodeb, která jsou vybavena nábytkem k posezení, ale zároveň i takovými dekoracemi jako je knihovna, vitrínka s porcelánem a podobně. Každý koutek je v určitém stylu a připomíná klientům jejich původní domovy. Jedná se o součást reminiscenční terapie a pro klienty je posezení v těchto intimních a krásně vybavených koutcích velice příjemné.

Obrázek 17: Označení klubovny



Obrázek 18: Plyšový orientační bod



Obrázek 19:

Kachel



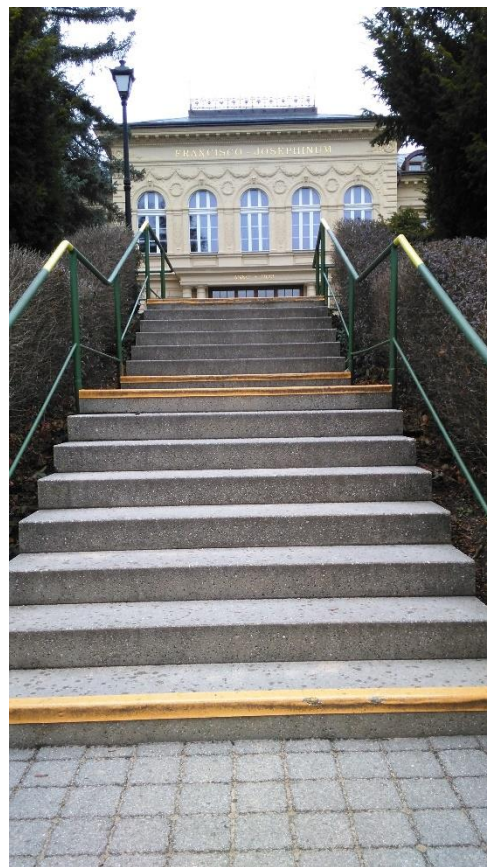
Ráda bych ještě pohovořila o venkovních prostorách areálu Domova. Součástí Palaty je totiž i rozlehlý park, který byl při rekonstrukci s pečlivostí navržen tak, aby byl pro klienty Domova co nejpříjemnější a také nejpřístupnější. Mnoho z klientů má totiž zároveň sníženou schopnost pohybu. Výstup z budovy do parku je tedy opatřen nájezdy pro invalidní vozíky, s kterými je možno se dostat cestičkami prakticky do všech zákoutí areálu. Součástí parku je mnoho cestiček, kde je možné korzovat a zároveň i laviček pro klidné posezení a rozmluvu. Ty jsou v teplých měsících využívány i pro posezení s návštěvami klientů. Samozřejmostí je také označení hran prvních a posledních schodů, zábradlí i obruby chodníků viz následující obrázky. Střídána je také struktura a materiál

povrchu ploch. Využita je zámková dlažba, mlatová cesta, ale i drcená kůra nebo jemné kamínky.

Obrázek 20: Hlavní příchodová cesta



Obrázek 21: Zábradlí, schodiště



Obrázek 22: Chodníčky se zábradlím



Park nabízí bohaté možnosti využití funkčních smyslů, jako je především čich, sluch a hmat. Jak je na obrázcích výše vidět, chodníčky lemují vonné byliny, keře a různé květiny. Ty jsou vybírány také s rozmyslem. Pro klienty se zbytkovým viděním jsou důležité velké a barevné skvrny. Zároveň jsou upřednostňovány žluté květiny, protože tato barva je poslední, kterou člověk vidí před tím, než oslepne. Vhodná je dále i bílá, ostře oranžová, jasně červená, a to ideálně na kontrastně tmavém pozadí. Součástí parku je bylinková zahrádka, která se nachází ve vyvýšených záhoncích. Květináče s bylinkami a jinými květinami můžeme najít přímo u vchodu do budovy. U vchodu do budovy je dále fontána, která tedy čeká na rekonstrukci. Sluch ale může i tak potěšit zvuk vody díky jezírku. To je dostupné velmi zblízka, protože přes něj vede dřevěný mostek, jak je možné vidět na obrázku 24. Živé prvky jsou doplňovány i drobnými zvonkohrami nebo i různými zajímavými předměty z přírodních materiálů, na které si zas mohou klienti sáhnout. Navštívit je možné také ohrádku s malým domečkem, ve které trvale žije několik domácích zvířat, jako jsou ovce nebo králíci - obrázek 23. Ty mohou být brány i jako určitá forma

reminiscenční terapie, protože mnoho klientů vyrůstalo na vesnicích právě ve společnosti domácích zvířat.

Obrázek 23: Domácí zvířata v ohradě



Obrázek 24: Jezírko



6. 3. 2 Poskytované služby

V Domově jsou vedle samozřejmých služeb, jako je **ubytování** a **stravování**, poskytovány dále bohaté sociální služby. Každý z klientů má určeného svého klíčového pracovníka. Ten se mu pak věnuje na individuální bázi a pomáhá mu dle domluvy například s nácvikem sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu nebo se mu snaží vyřizovat osobní přání. Tento pracovník je klientovi k dispozici při jeho nástupu do Domova a pomáhá mu také při adaptaci po zahájení služby. Co se týče sociálních služeb, poskytováno je **základní sociální poradenství**. Jsou zde podávány informace klientům v nepříznivé sociální situaci, které směřují k řešení problémů prostřednictvím sociální služby. Odborníci informují o možnostech výběru služby a jsou schopni doporučit tu nejvhodnější. Informace jsou však podávány také rodinám klientů, ale i těm, kteří nově přišli o zrak; těm je v Palatě nabízeno poradenství v rámci úprav interiéru vlastních bytů. Dále se jedná o **pomoc při péči o vlastní osobu**. Pracovníci Domova poskytují dle potřeb klientů pomoc s činnostmi, jako je oblékání, svlékání, vstávání z lůžka nebo polohování na něm. Zajišťuje také podporu při podávání jídla a pití. Pokud je to potřeba, pomáhají pracovníci při osobní hygieně, používání toalety či koupání. Další z činností Domova je **pomoc při uplatňování práv** klientů. Jedná se především o překonávání komunikačních bariér, ale také osobní asistenci při zajišťování individuálních služeb klientům, jako je doprovod k lékaři, vyřizování osobní korespondence a další. Zajišťován je také **kontakt se společenským prostředím**, a to formou bohatého kulturního a společenského programu v Domově a mimo něj. Kromě připravených koncertů a jiných akcí klienti také oslavují svá

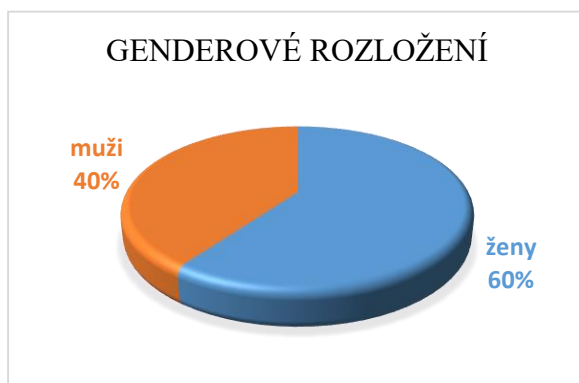
životní jubilea. Možná nejzajímavějšími pro stávající klienty i žadatele o pobyt v Domově jsou **terapeutické služby**. Tyto služby zajišťují aktivizační pracovníci specializovaní na práci s klienty se zrakovým postižením. Nabízena je široká paleta terapií, které zřejmě není potřeba hlouběji popisovat. Jedná se o pracovní terapii, muzikoterapii, rekondiční cvičení, canisterapii, arteterapii a reminiscenční terapii. Dále sem patří čtení knih, denního tisku nebo časopisů, které je pro klienty vzhledem k jejich handicapu i věku velmi žádané. Další velmi oblíbenou terapií, jež je vhodná zejména pro seniory, je trénování paměti. Klienti se scházejí ve skupině, která zábavnou formou trénuje pohotovost paměti a formulování myšlenek. Toto cvičení snižuje riziko rozvoje demence, a je tedy vhodnou prevencí. Jako poslední bych uvedla taneční terapii, která přináší účastníkům velkou radost. Umožňuje zároveň i širší vzájemnou komunikaci, která také zlepšuje psychický stav. Mnoho klientů absolvuje taneční terapii s nemenším zážitkem na invalidním vozíku. Několikrát ročně si také účastníci taneční terapie spolu se svým učitelem připraví i krátké představení.

6. 4 Data získaná šetřením a jejich interpretace

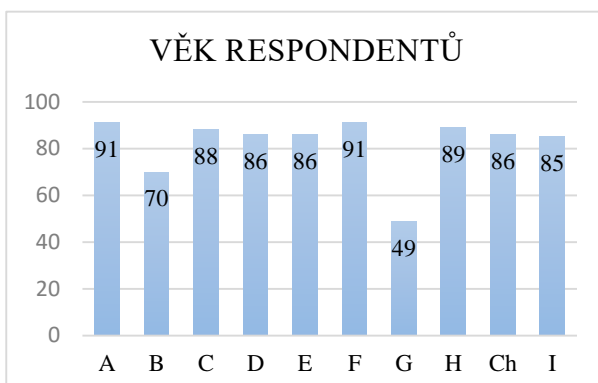
6. 4. 1 Respondenti šetření

Rozhovor se uskutečnil s šesti dámami a čtyřmi muži, takže genderové rozložení respondentů je v šetření poměrně rovnoměrné. V Domově však ženy výrazně převažují v důsledku delší průměrné délky dožití žen. Věk jednoho z respondentů je „pouhých“ 49 let. Jedná se také o nejmladšího klienta Domova. Jinak je věkové rozložení respondentů od 70 do 91 let viz graf 2. Tabulka pod nimi uvádí diagnózu zrakové vady, kterou jednotliví respondenti trpí, a zároveň také dopad, jenž to na jejich schopnost vidění má. Doplněna je i o dobu, od kdy je daný respondent v Domově. Ráda bych ještě poznamenala, že vzhledem k odlišným diagnózám, a z nich vyplývajících potížím, byly rozhovory vedeny rozdílně, což ostatně polostrukturovaný rozhovor umožňuje. Poslední z rozhovorů byl vzhledem k tomu, že klientka trpí vadou, která ji prakticky neomezuje, velmi krátký, a tedy ne příliš informačně přínosný.

Graf 1: Genderové rozložení respondentů



Graf 2: Věk respondentů



Tabulka 4: Zrakové vady respondentů a jejich následky

Respondent	Diagnóza	Projev zrakové vady	V domově od
A	Oční skleróza	Schopnost rozeznat světlé a tmavé a pouze obrysy	Srpen 2012
B	Poškozená sítnice v důsledku cukrovky, potrhání cév	Nevidomost	Únor 2015
C	???	Na jedno oko nevidomost, na druhé pouze matné vidění	Červen 2015
D	Degenerativní poškození oční makuly	Na jedno oko nevidomost, na druhé pouze mlhavé vidění	Březen 2015
E	Zhoršující se krátkozrakost	Na jedno oko nevidomost, na druhé velmi slabé vidění	Listopad 2015
F	Degenerace očních sítnic a začínající šedý zákal	Nemožnost čtení veškerého textu ani čísla tramvaje apod.	Srpen 2013
G	Diabetická retinopatie	Nevidomost	Březen 2012
H	Nedokrvení očního nervu	Schopnost rozeznat světlé a tmavé pouze a obrysy	Listopad 2012
CH	Ucpaná cévka vyživující oko vedla k poškození sítnice	Nevidomost	Říjen 2013
I	Dalekozrakost	Horší možnost čtení	Květen 2014

6. 4. 2 Úkoly šetření a jejich vyhodnocení

1. Zjistit, v jakém životním období a za jakých okolností došlo k poškození či ztrátě zraku respondentů.

Je samozřejmé, že odpověď na otázku vzniku vady je velmi individuální. Každý z respondentů mi poměrně detailně popsal, jak se u něj zraková vada začala projevovat a v jakém životním období se zrovna nacházel. Nikdo z respondentů netrpí vrozenou

zrakovou vadou, ale u všech se projevila v průběhu života. Nejnižší věk, ve kterém se vada projevila, byl u **respondenta G**, který přišel o zrak ve 25ti letech. Jak sám uvádí: „Nevidím vůbec. Je to diabetická retinopatie od cukrovky.“ Popisuje zároveň, jak probíhal okamžik zjištění ztráty: *„Přijel jsem večer domů, strčil jsem auto do garáže - v pátek. V sobotu jsem se probudil a začal jsem vidět špatně jako hůř a říkám si co to je. Tak nic, probudil jsem se v neděli a už jsem neviděl. Tak jsem volal v pondělí do práce, že už nepřijedu.“* Onen okamžik byl jistě velice traumatizující. Respondent však uvedl, že více než tento fakt, snad ještě hůře prožíval následné bolestivé operace. Úplnou ztrátu zraku prodělala též **respondentka B**. Příčinou její nevidomosti je rovněž diabetes, kdy u ní prý došlo k potrhání cév a poškození sítnice. Vzhledem k tomu, že ke ztrátě zraku u respondentky došlo, teprve před dvěma lety, její psychika je dosud negativně poznamenaná a zároveň si dostatečně neosvojila schopnost orientace, a tak je odkázaná na doprovod pracovníků. Pokud lze subjektivně hodnotit z výpovědí, největší trauma prodělala poslední respondentka z dotazovaných, která přišla náhle o zrak. Jedná se o **respondentku CH**, která velmi sugestivně popisuje situaci a své pocity, které šokující zjištění doprovázely. O jedno oko přišla nešťastnou náhodou již v útlém věku. Tento handicap a potíže s ním spojené však po celý svůj život dokázala bez problémů zvládat. Osudný okamžik, ke kterému došlo zhruba před dvěma lety, popisuje takto: *„No a přesně za týden (od návštěvy oční lékařky – pozn. autorky) z pondělka na úterý večer jsem šla spát zdravá, nic mě nebolelo, hlava ani nic. A usnula jsem a potom jsem se vzbudila a viděla jsem jen tmu. A já jsem si říkala, večer byla bouřka, tak možná pozhasínali elektrické světlo, tak si rozsvítím baterku. Takže jsem si zapnula baterku, ale stejně nic. Tak jsem si říkala, že je to špatné. Tak jsem ještě zkoušela vypínače a prostě nic. Tak jsem se domotala z druhého poschodí, držela jsem se zábradlí a šla jsem zazvonit tam k našim dobrým známým. A tam měli i klíče od našeho bytu a já jsem tam přišla a zvonila jsem a pán mi otevřel a já jsem se ptala kolik je hodin a aby se na mě nezlobil, ale zavolal mi jeho paní, protože se mnou se něco stalo. Já jsem přestala vidět. Bylo čtvrt na 6 ráno. A tak ona hned rychlou sanitku. Chtěli mi dát léky na uklidnění, protože já jsem seděla na křesle v obýváku a nohy a ruce se mi klepaly. A tak mi dali nějakou pilulku a říkali, že to mi bude postačovat.“* Toto hrozné zjištění bylo pro tuto dámu tak závažné, že v daném okamžiku neměla o další život s tímto handicapem ani zájem. Ztrátu zraku stále těžce nese, protože říká, že má „smutno na duši“. U zbylých sedmi respondentů se zrak do současné kvality vidění zhoršoval, takže negativní změny byly postupné. Zároveň mají všichni tito zbylí respondenti zachovány alespoň zbytky zraku. Dvě respondentky mají schopnost vidění

relativně zachovánu s omezeními hlavně při čtení. 5 respondentů, konkrétně A, C, D, E a G, popisovalo kvalitu zbývajícího vidění velmi podobně s tím, že prakticky nevidí barvy. Jsou schopni rozlišit pouze tmavé a světlé a vidí obrysy postav a předmětů. Někteří z respondentů jsou schopni zmíněného dosahovat oběma očima, někteří na jedno z očí nevidí vůbec, a jsou tak odkázaní pouze na to druhé.

Co se týče nástupu do Domova, šest z respondentů uvedlo, že se o ně bohužel nemohl již v domácím prostředí nikdo starat, a to obvykle vzhledem ke ztrátě životního partnera, u nejmladšího respondenta G rodiče nebo i dítěte. Sebeobsluha nebyla vzhledem k postižení v domácím prostředí možná, proto vyhledali s pomocí adekvátní zařízení. Za zmínku stojí výpověď **respondentky D**, která po zhoršení zrakové vady žila spokojeně u dcery. Náhle se pak ale rozhodla pro „dobrovolný“ odchod do Domova. O panující situaci hovoří o takto: *„Já jsem byla u dcery, nechali mi upravit pokoj, takže jsem tam měla malou kuchyňku, to bylo všechno v pohodě. Ale když už to bylo pátý rok, tak jsem si řekla, že nemůžu být dál u dcery a přidělovat jí starosti. Po Vánocích v roce 2015 jsme se všichni jako rodina sešli a tam jsem jim oznámila, že si chci najít domov důchodců, kde bych mohla být. No oni byli všichni překvapení a hlavně dcera. Tak se mě ptali, mami vážně a já říkám, ano vážně a pomozte mi k tomu, prosím. Chtěla jsem jim ulehčit a povedlo se.“* Tato klientka se tedy rozhodla pro odchod do Domova sama k překvapení své rodiny, která byla připravena se o ni starat i nadále. Slovo dobrovolný je v uvozovkách záměrně, protože je zřejmé, že všichni klienti Domova se pro přihlášení rozhodli sami, ale troufnu si říci, většina z nich k tomu byla dohnána okolnostmi - neměla jinou možnost než odejít do specializovaného sociálního zařízení. Podporu ze strany rodiny však paní D pocítuje i v Domově; je často příbuznými navštěvována. Velmi si podpory rodiny cení, protože také říká že: *„Jsou tu totiž i lidé smutní, kteří byli vytaženi z rodin, ale já jsem tady dobrovolně.“* Zázemí v rodině pocítuje i **respondentka CH**, která popisovala, co nastalo po ztrátě zraku, takto: *„Potom mě vzali z té Kolínské nemocnice asi po týdnu, vzala mě dcera do Prahy. Musím se teda ale přiznat, že rodina se ukázala strašně skvělá i dříve, ale v takovémto momentě se přesvědčíte, jak kdo je k vám. Tak jsme usoudili teda, že u dcery jsem měla všechno pohodlí, ale z důvodu toho, že máte pořád před očima tmu, oni chodí do práce, jsou ještě mladí, nemůžou si dovolit zůstat doma. No takže mi začali toto shánět a na veliké štěstí, tam jsem asi setrvala dva měsíce a týden a pak jsem nastoupila sem.“* I když o možnosti nástupu do Domova hovoří stejně jako respondentka D jako o velkém štěstí, odchod od rodiny samozřejmě nebyl jednoduchý.

2. Zjistit, jak dlouho trvalo, než si respondenti na nové prostředí Domova zvykli a jak probíhala jejich adaptace.

Podporu rodiny někteří respondenti, kteří mají to štěstí a jsou obklopeni pečujícími příbuznými, vyzdvihují jako velmi nápomocnou při počáteční adaptaci v Domově. 4 respondenti uvedli, že je do Domova zavedly jejich děti a pomohly jim s poznáním prostředí. Tuto pomoc především vzhledem k orientaci po prostorech nového bydlení, uvítal **respondent C**, který uvádí: „*Přišel jsem sem poprvé se svými dětmi, teda oni už to jsou taky dědkové. A oni si vyslechli, kde co je, jak všechno funguje, a pak se mnou všechno prošli. Ti mi tedy ze začátku moc pomohli. Zjistili jsme tak, kolik je tu kde výtahů, kde je kiosek, kde je jaká místnost a podobně. Tím jsem se vlastně zorientoval pro tu první chvíli.*“ Doprovázena rodinou byla také **respondentka CH**, pro kterou ale nebylo lehké loučení s blízkými, a při nástupu do Domova měla plno obav. Popisuje první okamžiky po příchodu: „*No teď nahoru po schodech nebo výtahem, teď nevím, tak jsem si říkala, no jak já to tady všechno překonám. Nové prostředí, noví lidé, tma před očima. No bylo to hrozné. Ale dostala jsem se tedy sem, tady jsem od začátku.*“ Tato dáma ocenila zpočátku především pomoc a podporu od své spolubydlící, paní XY, jak také popisuje: „*Paní XY, ta mi hlavně v těch začátcích hrozně pomohla. Ona mi pomáhala a i mě tak podpořila, bych řekla, slovy. Takže mi nejenom řekla, tady máte tohle a támhleto, ale i mě slovně podpořila.*“ Vypráví také emotivně, že zpočátku byla poměrně skeptická a obávala se, že v Domově nebude moci být šťastná. Upínala se ke vzpomínkám na svůj původní domov. Vyličila i co zažívala a cítila v prvních dnech: „*To bylo 14., kdy jsem nastoupila a 15. bylo úterý a měli jsme ve velké kulturce Kavárničku. A to je dvouhodinové posezení, kávičku si můžete dát. Tak já jsem tam přišla, paní XY mě tam odvedla a dodnes tam všichni spolu sedáváme. A tam mě jako představila, že jsem nová klientka a že budu s ní sedávat. A já jsem si říkala, tak co je tu za lidi, jsou nešťastní stejně jako já, a oni si zpívají a tancují a hrají si. A mě padaly takové slzy. A dneska vám povím, že zpívám s nimi.*“ Začátky pro ni nebyly jednoduché, ale říká, že: „*... poznala jak mezi klienty, tak i mezi pečovatelkami takových hodných lidí, tak to mě jako povzbuzovalo, že musím dál a musím dál.*“ Pomoc ze strany druhých osob podobně vnímala i **respondentka A**. Pociťovala zpočátku hlavně podporu ze strany pracovníků Domova, jak také následovně líčí: „*Já jsem si zvykla celkem dobře. Ze začátku mi (pracovnice – pozn. autorky) pomohly. Když teda mi ze začátku řekly, dneska bude paměť. Tak mě odvedly, poslechla jsem si to, a když jsem něco věděla, tak jsem se přidala.*“ Pomoc od své klíčové pracovnice dostal především v rámci orientace po budově i **respondent G**, který také vzpomíná na svůj první den: „*Přišel jsem sem*

dopoledne, tak mi přinesly jídlo – oběd sem na pokoj. Pak mi přinesli večeři a druhý den, že už půjdu do jídelny. Tak mě vedly a takový a já říkám už v poledne vás nechci, půjdu sám. No ale oni, že to nejde, že nemůžu jít sám kvůli výtahu a tak. A já prostě řekl, že půjdu sám. Oni teda, že půjdou tajně za mnou, a kdyby něco, že mi pomůžou. A od té doby jsem chodil sám.“ Obdobnou podporu samozřejmě dostávají všichni nově příchozí klienti jako ti stávající. Zajímavě o své spokojenosti po příchodu do Domova hovoří i **respondent H**, který hodnotí, že se zde má mnohem lépe než doma. Žil totiž s družkou, která na něj byla podle jeho slov zlá a on jako skoro nevidomý se musel více starat o ni než ona o něj. Říká: *„Tady je líp a jsem spokojenej. Ani domů nikam nechci. To víte jako je to všude, někde lidi jsou, někde nejsou. Ale kdybych měl říct, tak tady je tak 90% lidí dobrých.“* Většina z respondentů se však nakonec shoduje, že schopnost zvyknout si na nový domov berou vzhledem ke svému zrakovému postižení jako nezbytnost a tomu, že neznají jiné lepší východisko. Za daných podmínek jsou zde velmi spokojeni. Například **respondentka B** říká: *„No zvykla jsem si, nic jiného ti ani nezbyde. To jako je nutnost. To víš že, doma je doma no. Ale můžu říct, že jsou tady hodní na nás.“* Podobný pohled má i **respondent C**. Vnímá to, že schopnost adaptability ovlivňuje hned několik faktorů, z čehož je zřejmě nejvýznamnější osobnost člověka, jeho psychické naladění. Zasahují do toho však i různé okolní faktory, jako právě již zmínění lidé pohybující se v okolí klienta. **Respondent C**, však vysvětluje svůj pohled takto: *„Já jsem se za život stěhoval mnohokrát po celé republice. Proto jsem adaptabilní. Musím si zvykat, navazovat kontakty s lidmi. Brzo se to zvládlo. Zvykám si na to vcelku už s přemýšlením, logikou, že už nic jiného být nemůže.“* Doplnuje ještě: *„Na něco jsem si samozřejmě zvykl dřív, na něco později. Nejpozději si zvykám furt ještě na kuchyni a na doktora. To je tak asi a jinak už jsem si všechno logicky vysvětlil.“* Velice pozitivní **respondentka F** také potvrzuje to, co řekli jiní, že jí nic jiného než zvyknout si nezbyvá, ale doplňuje ještě, co jí přeci jen pomohlo: *„No celkem mi to nedalo žádnou práci, protože jsem věděla, že mi nic jiného nezbyvá, a tady ty zájmové činnosti pro mě byly tak zajímavý, že jsem byla až překvapená, že je to tu velice příjemné bydlení.“* Právě bohatá nabídka programu a činností pro ni byla velmi potěšující. Dále si také klientka velmi pochvaluje obyvatelku, která s ní sdílí pokoj, protože se z nich staly přítelkyně a krásně si ve všem vyhoví. Navázané vztahy mezi klienty a pracovníky jsou jedním z nejdůležitějších faktorů ovlivňujících kvalitu života klientů a rychlost jejich adaptace.

3. Zjistit, při kterých činnostech respondenti potřebují a využívají asistenci či jinou pomoc pracovníka Domova.

8 respondentů uvedlo, že nepotřebují pomoc ze strany pracovníků Domova v základních každodenních sebeobslužných činnostech. To znamená, že zvládají hygienické úkony, oblékání, stlaní postele nebo například dolévání si pití. Pomoci využívají tedy pouze sporadicky, a to buď v rámci nějakého nadstandardního lékařského ošetření, nebo nějakých speciálních přání. **Respondentka F** například uvádí, že někdy službu svého oddělení žádá o vyhledání možnosti koupě vstupenek na internetu na koncerty vážné hudby. Zajímají ji třeba lístky na koncerty Pražského jara. Vzápětí však dodává, že v nabitém programu organizovaném Domovem jsou i obdobné koncerty zařazené. **Respondent G** uvedl, že ostatně jako všem zbylým klientům, je mu donášen pravidelně čaj a vzpomněl si také následující asistenci: „*Jo a teď jsme byli spolu s klíčovou pracovnící nakupovat v Kauflandu na Vypichu, protože kiosek je hrozně drahý.*“ Jiní respondenti využívají kromě drobných pomoci či asistence také například rehabilitace, ale hlavně doprovodu, o čemž ještě bude řeč. Nevidomá **respondentka B** pak hovoří o schopnosti sebeobsluhy následovně: „*Na záchod jdu sama, to trefím. Obleču se. Připraví mi tady na židli vždycky oblečení, a to já už si najdu a obleču. Co tady mám, to hledám, hledám visačku tu cedulku, abych poznala kde je předeek a kde zadek. Taky sahám na švy, jestli to nemám opačně. Když si oblečení sundávám, tak se snažím, abych to nepřetočila. Na mytí mě doprovodí do koupelny, ale umyju se sama. Jenom záda mi někdy umyjí.*“ Zrovna tato klientka využívá právě zmíněného doprovodu, protože se mimo svůj pokoj sama nepohybuje. V některých činnostech je zastoupí na přání klientů i jejich děti. **Respondent H** říká: „*A přitom sem chodí syn a ten mi dělá takovou veškerou hygienu. Ostríhání nehtů, oholení nebo ostríhání vlasů.*“ Všichni respondenti se však maximálně snaží být co nejvíce soběstační a jak říkají, co mohou, to si udělají sami. Na jednu stranu je to i tím, že osoby s těžkou zrakovou vadou potřebují mít samozřejmě vše na svém místě a nemají tudíž rádi, když jim jejich věci někdo uklízí, na což upozorňuje i právě **respondent H**: „*Ale fakt je to, že jako těžko vidím a těžko se jako orientuji. Takže když mi někdo něco přendá nebo mi jenom řekne, že to přendal, tak to nenajdu. Najdu, ale třeba po třech dnech, náhodně.*“ Tento fakt připomíná své dceři i **klientka CH**, která ji vždy kontroluje při ukládání věcí do šatníku. Pomoci s hygienou využívá jen **klientka I**, která má problémy s mobilitou, a také **respondentka A**. Ta popisuje své schopnosti takto: „*Jo, jednou týdně nás koupou, mě sprchují. Já stojím a oni mě namydli a sprchují, ale jinak to zvládám sama. Na záchod chodím sama, obleču se sama. Poznám světlý a tmavý oblečení*

a taky nahmatám cedulku a poznám podle ní, co za oblečení mám v ruce. To už všechno poznám. Já nechám většinou pootevřené dveře na záchod, aby to pro mě bylo jednodušší.“ Na svůj vysoký věk a závažnost zrakové vady je však opravdu neobyčejně soběstačná.

4. Zjistit, jaké používají respondenti kompenzační pomůcky a zda se jim dostalo při jejich převzetí kvalifikovaného poučení.

Respondenti obecně nevyužívají příliš mnoho kompenzačních pomůcek vzhledem k tomu, že se převážně pohybují pouze po Domově a jejich schopnost čtení je ve většině případů minimální. Nejvyužívanější základní pomůckou jsou mezi respondenty hlasové hodinky, a to buď ve formě malého přístroje, který kromě aktuálního času a data hlásí i mnoho dalších informací. Takový mají alespoň 3 respondenti. Naopak náramkové hodinky mají dvě respondentky. Chválila si je například **respondentka CH**, která uvádí: *„Využívám tedy jenom ty mluvící hodinky. Ty mi dcera koupila hned, jak jsem k nim přišla z Čáslavi. Šli hned do města a tam mi je koupili a je to strašná výhoda, že se nemusím nikoho ptát a mám je pořád k dispozici.“* Pomůcku pro usnadnění mobility, konkrétně orientační hůl, využívá jen nevidomý respondent G. Ten s ní chodí po vnitřních prostorech Domova. Zvládl by to podle svých slov i bez ní, ale chce na sebe pomocí ní upozornit i ostatní klienty, kteří i když je jejich zrak také poškozen, ve většině případů červenobílé pruhy zaznamenají. Tento klient zároveň využívá jako i jiní hlasové hodinky a navíc také speciální počítač s hlasovým výstupem pro nevidomé. Svoje schopnosti práce s ním popisuje takto: *„Počítač, to je taky kompenzační pomůcka – kalendář, píšu tam, emaily posílám. Ono to mluví. Já píšu všema deseti. Ono to normálně říká ty písmenka. Na internetu mě hledat lektor nenaučil a vypalovat cd mě taky nenaučil, jenom posílat a přijímat emaily. Když přijde email s přílohou, tak si ji můžu uložit. Měl jsem tady učitele z Krakovské. Každý pátek docházel a učil mě. Trvalo to asi 3/4 roku, než mě to naučil. Ten počítač jsem si sem přinesl, mám ho už přes 5 let.“* Poměrně využívanou optickou pomůckou je všem dostupná digitální lupa. Využívá jí například **respondentka D**: *„Jenom tedy tu digitální lupu, s kterou čtu knihu. Je to v takové schůzové místnosti. To může kdokoliv použít, nejsou tam zamčené dveře. Je tam vstup normálně kdykoliv. Jinak zatím nic jiného nevyužívám.“* Tuto místnost navštěvuje ráda i **respondentka F**, která si ještě sama jezdí půjčovat do Ústřední Městské knihovny půjčovat knížky a právě pod digitální lupou si je může číst. Svoji drobnou lupu má pak **respondentka A**, která se s ní dívá pouze do kalendáře, protože více schopná přečíst již není. **Respondent C** mi popisoval a následně i ukázal vybavení svého pokoje: *„Mám tam televizi, a jak říkám, televizní lupu.“*

Má to rameno, takhle si dám knížku a můžu číst, prohlížet to na televizi. Stálo to tehdy asi 30 tisíc. To používám už hodně let.“ Jako používanou pomůcku, ne pro zrakově postižené, uváděli respondenti i klasickou opěrnou hůl pro osoby se ztíženou hybností. Například **respondent E** jí však i tak trochu jako kompenzační pomůcku vnímá, protože říká: *„Využívám jenom hůl, a tu hůl na tu nohu i na zrak, protože já kdybych šel okolo vás tady v místnosti, vy byste byla zticha, tak nebudu vědět, že tu sedíte na židli. Nebo někdo sedí. To se musí ohmatat tím, tou holí. To je těch 95% slepoty. Přechodně jsem pak používal brýle, které mě pomohly jenom v úzkém okruhu práce. Lupy se změnou kvality vidění používám velmi málo, poněvadž ten okruh, který vidím jen tím jedním okem, je asi tak v průměru otevření oka 45 stupňů ne víc, nevidím víc, což se pomalu zhoršuje a vidění přes lupy, zvětšovací skla a tak dále pomáhalo jen velmi krátkou dobu, než se to všechno začínalo znepřesňovat a blednout to v kontrastech.“*

5. Zjistit, jestli respondentům vyhovuje uzpůsobení jejich pokoje a jak by bylo možné jej pro lepší orientaci a větší pohodlí v pokoji případně změnit.

Všichni respondenti uvedli, že jsou se svými pokoji, ve kterých jsou buď sami, či ve dvou, spokojeni. Nenalézají příliš ani nápady, jak by bylo možné prostor zlepšit vzhledem k snadnější prostorové orientaci. Některé pokoje jsou menší, jiné rozlehlejší, podle toho, v jaké části budovy se pokoj nachází. Prostorné pokoje jsou, obzvláště když je obývají dva klienti, velmi pohodlné, na druhou stranu zrakově postižení se neradi pohybují ve velkých volných prostorech, proto větší plochu ani nevyužívají. To, co respondenti nejvíce chválili, byla dobrá dostupnost sociálních zařízení, jejíž součástí je sprcha i toaleta. Potvrzuje to **respondentka D**, když říká: *„Mám to kousíček do koupelny, takže to je všechno v pořádku.“* Prakticky všichni respondenti se shodují, že jsou spokojeni, protože už jsou na prostředí zvyklí, jak potvrzuje i **respondentka A**: *„Ano vyhovuje, už jsem zvyklá, jak to tady mám. Tady mám křeslo, v kterém sedím, to mi koupila sestřenice. Víím, že kolem stolku dojdu ke dveřím, držím se za futro. Mám spočítané kolik kroků je to do koupelny. Takže v pokoji se orientuju dobře.“* Přesně takhle zmapovaný pokoj má také nevidomá **respondentka B**, která popisuje, jak se na základě znalosti prostředí a paměti pohybuje po pokoji: *„Jo na záchod teda chodím sama. To víím, že tady mám u postele židli, zvednu se z postele, nahmatám jednu židli, druhou židli, pak jsou dveře a už jsem v koupelně. To už víím, jak je všechno zhruba daleko.“* Obdobnou výpověď podala i **respondentka CH**, která pohyb po pokoji popisuje takto: *„Já už mám svojí trasu. Projdu si okolo toho nábytku a na to WC a tam je to dobře řešené. Když jsem u dveří, chytím se umyvadla a druhou rukou už*

jsem na WC a nazpátek zase do skříně trefím. Tam vím, kde mám co uložené. Zavěšené vím, že mám na třech ramíncích kalhoty, potom halenky.“ Z těchto výpovědí je patrné, že se respondentky pohybují podél nábytku a zdí přesně tak, jak to mají nacvičené, a do volného prostoru v pokoji prakticky nevstupují. Je tedy zřejmé, že by o úpravy ve svém pokoji neměly zájem, protože se pohybují již spolehlivě po paměti. **Respondent D** zmínil, že by se mu líbilo, kdyby měl pokoj větší, protože ho má již plný nábytku a další kus jako je například lednice, by se mu tam již nevešel. Větší pokoj mu nabídnut byl, ale vzhledem k tomu, že se nachází v dostavěné části budovy, kam svítí hodně sluníčko, rozhodl se zůstat ve svém. Obává se příliš velkého tepla. **Respondent H** zase k úpravám pokoje uvádí, že: *„Tak já jsem se to snažil udělat, jak se říká, k svému a vždycky, když chci dělat nějaké úpravy, tak se domluvím s tím údržbářem. Já tady dělám hodně sám si všechno, pokud můžu. Nejhorší je, když člověku něco upadne a nemůže to najít.“* Pokud mají klienti nějaké přání týkající se úpravy pokoje, je jim, pokud je to jen trochu možné, vyhověno, jak se o tom přesvědčila i **respondentka D**: *„Jinak jsem si tedy nechala přinést schůdky. Je tady totiž to podkrovní okno a klika od něj hodně vysoko, kam jsem předtím nedosáhla. Ten pokoj původně neměl ty schůdečky a ty jsem si opravdu přála a po několika týdnech jsem se jich domohla. Ale nechali je udělat, nechali jich udělat více. Ale jsou opravdu bytelné, nejsou hladké, takže se na ně dobře vylezu.“* Několik respondentů zmínilo dále, že byli buď oni, nebo jejich spoluobytelé přestěhováni v případě nespokojenosti buď s daným prostorem, nebo se spolubydlícím. Z jiného úhlu, se na tuto otázku dívá **respondent E** vzhledem ke své celoživotní profesi, který uvedl, že první, co v místnosti začíná vnímat je její výška, šířka a hloubka. Hovoří zároveň o vybavení pokoje takto: *„... nijak to neovlivňuje mojí řekněme příslušný zájem být v té místnosti nebo ne, poněvadž na to nevidím zase.“* Dále také doplňuje: *„To, co se mi líbí nebo považuju za vhodné, ať už je to třeba ústřední topení nebo snadný přístup k výtahům a schodištím, tak to je stále stejné a mám o to stálý zájem hlavně jako projektant, poněvadž už projektovat moc nemůžu.“* To co mi dále respondenti popisovali, bylo vybavení pokoje. Klienti totiž mají možnost si přinést svojí televizi, kterou v mnoha případech mají, pokud jim ještě slouží spolehlivě sluch a také opět klienti splňující toto kritérium, rádi poslouchají rádio. To je také pak součástí jejich pokoje. Dále mají pokoj vybaven i vlastním menším nábytkem, jako je třeba stolek nebo pohodlná židle. Zajímavý kus nábytku přišel do Domova spolu s **respondentkou F**, která to popisuje následovně: *„...moje hobby bylo odjakživa vážná hudba, tak když přišla paní Průchová se podívat k nám, když jsem podala přihlášku, co jsem vůbec za osobu, a když tam viděla, že mám piano, tak mi říkala, že jestli ho nebudu*

chtít prodávat, že by si ho moc rádi vzali to piano. No já jsem byla ráda, protože na něj hraju a tady si na něj taky můžu hrát. A mám tady svoje vlastní piano.“ Respondentka D ještě uvedla k vybavení pokoje to, že byla po příchodu do Domova velice překvapena tím, že má každý klient polohovatelnou postel s kvalitní matrací, což považuje za nadstandardní. Také si velice chválí úklid, když říká: *„A uklizeno je tady, každý den se vytírá, je tady čist'ounko. Denně máme vytřeno, utřený prach.“* Potvrzuje to i **respondent E**: *„Nevím, jak je to s čistotou pro instituty zdravotní, ale já potkávám někdy jednu dobu jedny druhy týdnů třeba, kdy ta posluhovačka jednou až dvakrát denně je v mé místnosti a pracuje tam. To považuji až za přehnané třeba.“*

6. Zjistit, jaké konkrétní orientační prvky respondentům v každodenním životě nejvíc pomáhají a zda je možné nějaké jejich vylepšení.

Jako nevíce vyzdvihovaná a zmiňovaná byla mezi respondenty dřevěná madla, jak potvrzuje i **respondent H**: *„Tady je výborné zábradlí, nejlepší, co tady může být.“* Podobně hovoří i nevidomá **respondentka CH**: *„Ty madla jsou důležité, protože třeba když jdu na ošetřovnu, tak mám ráda, když někdo je z této strany, abych já mohla se chytit. Tady je madlo, pak jsou dveře a zase další madlo. To jako si myslím, že je důležité pro tyto nevidomé, že mají lepší orientaci.“* I přes to, že tato dáma potřebuje k pohybu po budově doprovod, chůze podél madla ji dodávají klid a jistotu. Madlo je však ještě specifické v tom, že je opatřeno hřebíčky, které určují číslo pokoje, jak popisuje i **respondentka A**: *„Jenom třeba jak jsou na madle puntíky. Když jdu, držím se madla, dojdou k pokoji, nasahám tři puntíky, říkám to je můj a jdu dovnitř.“* Popisuje ještě dále, jak vstupuje do pokoje a jak je schopná rozeznávat osoby: *„No a už vím, že se rozsvěcí, to už nahmatám podle dveří. Já poznám akorát, když je někdo oblečený v bílém, tak vím, že jsou to zdravotníci a podle hlasu znám i některé sestry nebo zdravotníky.“* Dalším nezbytným a velmi chváleným prvkem jsou tmavé pruhy na podlaze oproti světlým krajům. Tento prvek sice samozřejmě nevidomí nevyužívají, ale pro mnohé zmíněné klienty, jimž zrak dovoluje rozeznat pouze tmavé a světlé, je klíčovým. **Respondentka D** to potvrzuje: *„Je tady opravdu všechno s myšlenkou na to, že všichni špatně vidíme ne-li vůbec. Třeba ty černé pruhy na podlaze, ty nás navádějí, že jo. Okolo je bílé lino.“* Označení cesty na podlaze pomáhá i **respondentce A**: *„Jakmile vidím tmavé černé pruhy na podlaze, tak si říkám tady je černé, takže je pokoj.“* **Respondentka D** pak ještě připomněla i novinky, které jsou dány nově vybudovaným systémem prostorové orientace: *„Nebo teď nám tady*

přidělali zrovna nově cedulky na dveře pokojů a člověk si může přečíst i tím Braillovým písmem, jestli je, kde potřebuje. Takže to je úžasné, jak je to všechno přizpůsobené.“

Na další zajímavé prvky, které mohou některým klientům pomáhat, upozornil i **respondent E**. Ten jako nápomocný prvek pro orientaci vnímá světlo a doplňuje z odborného hlediska, že je skoro zázrak, kolik je v tak staré budově světla. To, co ovlivňuje jeho orientaci v prostoru, ve kterém se zrovna nachází, je i hluk, který buď slyší, nebo neslyší právě podle toho, kde je. Nevidomý **respondent G** pak dokazuje to, že každý zrakově postižený má takový svůj systém, jak se orientovat, když říká: *„Já chodím po Domově vždycky jenom s holí. Oni ty, co třeba vidí jenom obrysy nebo světlou a tmavou barvu, tak si jí většinou i všimnou tý hole. Jinak mám takový svůj systém. Chodím podle výklenků. Já si třeba dveře vůbec nepočítám, ale vím, kde jsou přesně jak výklenky. No a toho madla se nedržím, jenom se ho trochu dotýkám zespona hřbetem ruky.“*

Dva respondenti pak jako hlavního pomocníka v orientaci vnímají vlastní paměť a zkušenost s prostředím, jak potvrzuje **respondent H**: *„No tak mě pomáhá paměť jako hlavní věc. Já si zapamatuji, že tady budou schody a odpočítám si je a jdu. Přitom mám hůl, tak si to můžu případně ohmatat.“* Obdobnou zkušenost má i **respondent C**: *„Kde se jednou zabydlím, tak se naučím to poznávat. Tady jsem našel dlaždice, podle kterých poznám prostor, pomáhá mi někdy tvary. Já o sobě ještě tvrdím to, že mám fotografickou paměť. Takže to co jsem měl jednou v ruce, já zcela určitě poznám. Proto lituji toho, kdo je mladý a k těmhle věcem se nedostal, který je nikdy neviděl. Toho strašlivě lituju, ten neví, o co jde.“*

Místo, kde mají někteří z respondentů problém se orientovat, je prostor před jídelnou a samotná jídelna. Popisuje je to například **respondentka A** následovně: *„Někdy mám problém, když jdu do jídelny. Nemám se totiž kousek cesty, tam u těch ptáčků, čeho chytit. Ale většinou se naskytne někdo, kdo tam sedí na židli a pomůže mi. Jinak tam musím šmátrat, tam se nemám čeho chytit. Tam na tom rohu. To nemám moc ráda.“* Drobný nedostatek byl ještě do nedávné doby u druhého vchodu do jídelny, jak upozorňuje **respondentka D**: *„Výborné je i to madlo, které nikde neschází, i když na jednom místě v jídelně nebylo a tam docházelo i k pádům, tak to teda potom rychle opravovali no. V jídelně jsou takové větší prostory, kde se hůře chodilo.“* Co se týče prostoru přímo uvnitř jídelny, pro některé klienty je složité se ve velkém a zahuštěném prostoru orientovat. Například nevidomé **respondentky B** a **CH** by se dle svých slov nikdy do jídelny samy nepustily, protože by se v ní netroufily pohybovat. Jídelna je však i dle výpovědi

respondenta E přesně dělená nábytkem tak, aby bylo možné uličkami projet i s vozíky nebo chodítky. Orientaci a možná i klidné posezení v ní ale drobně narušuje velký hluk, na kteří alespoň dva respondenti upozornili.

7. Zjistit, zda a v jakém rozsahu se respondenti pohybují po Domově sami nebo zda a v jaké míře využívají doprovodu pracovníků.

Nevidomé **respondentky B** a **CH** se pohybují pouze za doprovodu pracovníc. **Respondentku B** jsem měla možnost také doprovázet, a tedy i vyzorovat z jejího pohybu to, že je mimo svůj pokoj poměrně nejistá a nervózní i s doprovodem. Má ráda, když se jí hlásí strana, do které se bude odbočovat. Její pokoj se nachází v patře, kde je také jídelna a hlavní kulturní místnost. Využívá ale i výtah při cestě do kuřárny, kam ji samozřejmě pracovníce také musí pravidelně vodit. Právě když jsem ji jednou doprovázela z kuřárny, všimla jsem si, že ji velmi rozrušila nerovnost při výstupu z výtahu. Z tohoto projevu je patrné, že zřejmě i vzhledem k tomu, že ztrátu zraku utrpěla zhruba před dvěma lety, jí pohyb působí problémy. Obdobně je na tom se samostatným pohybem i **respondentka CH**, která se také pohybuje pouze s doprovodem. Tato dáma má tedy naučenou trasu ze svého pokoje do velké kulturní místnosti, která je opravdu kousek jen podél madla. Dovnitř ji pak na židličku či potřebné místo zavede pracovníce. Ostatní respondenti se pohybují sami. **Respondentka A** pak popisuje, jaké trasy zná a kde po Domově se pohybuje: „*Já dokážu dojít sama do jídelny, do kulturní. Když jdu do jídelny, jdu podle madla, u sesterny přehmátnu rukou na druhu stranu a nasahám dveře. To když přijdu, tak se držím futra a říkám: jedno futro, přehmátnu, druhý futro. Jsou tam 4. Pak se tady procházím, ale to je tady u dveří před pokojem. Držím se madla. Abych si ale stoupla a šla někam jinam sama, to nemůžu. Sama nechodím do výtahu. To jsem i podepsala, že sama do výtahu nepůjdu.*“ Ostatní respondenti jsou schopni se i navzdory mnohdy těžkým zrakovým vadám pohybovat po prostorách Domova poměrně bez problému. Pohybují se v místech, kde je nějaký program nebo se nachází jejich pokoj, jak vysvětluje i **respondentka D**: „*Jinde, kde nepotřebuji, tam nechodím. Nemusím, proč bych tady šmejdila, že jo?*“ To, že je k lepší orientaci nezbytné poznat prostředí, potvrzuje **respondent E**, který říká: „*... když je používám trvale nebo to prostředí, kde to dělám a používám ho trvale, tak je to velmi snadné i při špatné viditelnosti nebo otevřenosti mého oka se tam dostat a dělat, co potřebuji. Když je to nová místnost nebo jsou to výtahy, ve kterých jsem ještě nebyl, tak se doptám. Ty první dny se doptám těch příslušných dalších frekventantů toho příslušného prostoru, kde se může používat.*“ To, že je možné si nechat

poradit od ostatních klientů, zmínil i **respondent H**: „*Ne, já jdu, i když to nevím, tak to zjistím. Ještě mám hubu, jak se říká, tak se zeptám. Jinak já chodím po celém objektu tady.*“ Třetí z respondentů, který je nevidomý, a to již od 25ti let, je od svého příchodu zvyklý se pohybovat po Domově sám. Je to tím, že zrakovým postižením trpí tak dlouho, a když byl ještě v domácím prostředí, cestoval i po městě sám. V Domově je opatrnější, protože ven z budovy chodí jen za doprovodu. Je však zajímavé, jak respondent G popisuje svoji cestu z pokoje do kulturní místnosti a nazpět: „*Na kulturu a všude vevnitř chodím sám no a můžu jít tady po schodech nahoru a potom okolo sesterny, pak jdu celý ten velký kus ke kultuře anebo jdu z velké kultury na sloup, tam je řetěz a ptáčci, dojdou k dalšímu sloupu, tam se otočím zády, šup chytnu se zábradlí a schody, dojdou ke kiosku a doleva no a už jsem, jako když jdu zvenku. Já už znám i zkratky.*“

8. Zjistit, zda se respondenti pohybují v přílehlých prostorách Domova sami či za asistence pracovníků, a co by jim případně usnadnilo orientaci v parku.

Se samostatným pohybem respondentů v parku, který je součástí Palaty, je to již horší. Přesto 5 respondentů se po něm pohybuje samo. Jedním z nich je **respondent H**, který je však dle svých slov opatrný: „*Do parku chodím také sám. Fakt je ten, že když třeba co špatně někdy vidím, jdu, jak se říká s takovým strachem. No, ale jelikož chodím pomalu, takže jako nepotřebuji zatím. Zatím se orientuji sám.*“ Jako možnost zlepšení tento pán vidí pouze v nějakém výtahovém zařízení tak, aby po něm mohli vyjíždět vozíčkáři a nemuseli je dle jeho slov „*tahat pracovnice do kopce*“. **Respondent C** pak vidí prostor pro zlepšení orientace v metrickém označení na zemi – na cestičkách tak, aby klienti dle označení poznali, kolik toho ušli. Říká: „*Určitě bych to udělal, určitě by to ostatním nebo mě osobně pomohlo. Já bych doporučil tohle označení.*“ Respondentka D, která se pohybuje také samostatně po parku, dokonce někdy i mimo něj, vidí pozitiva parku v následujícím: „*... když upravovali ten prostor jako park, tak po louce udělali takové spirály, chodničky, které mají malý nízký jako okraj, takže těm, kteří to aspoň trochu vidí, tak mezi tou loukou a cestičkou žlutou jsou obruby. Takže ta zahrada je dost velká, abychom byli spokojeni.*“ Jako velký klad vnímá **respondent E** i povrchy cestiček, které jak říká, jsou dobře zvoleny, aby byly rozličné a zároveň neklouzaly. Park hodnotí ještě takto: „*Jsou tam rampy místo schodů a to rampy velmi příjemné, pak je téměř naprostá absence schodů, pak jsou to různá další zábradlí, která pomáhají k tomu, když se přechází nějaký potok nebo prohlubina v terénu a je to také orientace podle budov zahradnických, které jsou okolo tohoto paláce, a které jsou tak typické tou velikostí a profilem, že nejste*

ztracena v té zahradě.“ Velmi ráda park navštěvuje i **respondentka A**. Má již drobné potíže také s chůzí do kopce a z konce, ale za doprovodu se vždy ráda projde. Návštěvy parku popisuje takto: *„Kvůli zraku si sama dojít někam nemůžu. Třeba ven vůbec jít nemůžu, to jenom s doprovodem sestry. Když vyjdeme ven, říkám fontána. To oni mi pak řeknou, tady jsou muškáty zasazený tady tulipány, když něco kvete.*“ Výlety do parku popisuje je i **respondentka CH**: *„Do parku mě zavedou a tam si buď s někým jako trošku abych se i prošla nebo ve skupinkách sedáváme a tam nám buď něco čtou, vypravujeme si nebo luštíme křížovky. No a nazpátek nás zase postupně odvedou. Sama bych si netroufla. Možná, že bych přišla, ale s úrazem.*“ Park by sama tato dáma nenavštívila, ani kdyby se stran systému prostorové orientace cokoliv změnilo. Uvedla, že občas slyší o tom, jak někteří klienti upadnou a nechtěla by si způsobit nějaké další těžkosti.

9. Zjistit, zda si respondenti dle vlastní zkušenosti myslí, že úroveň schopnosti orientace v prostoru souvisí s délkou zrakového postižení, a jak ji to ovlivňuje.

Odpověď na otázku souvislosti mezi délkou zrakové postižení a schopností orientace není jednoznačná. Je do ní zapojen samozřejmě subjektivní pohled. Ten bude rozdílný právě i podle toho, jak dlouho již zrakově postižený trpí vadou a podobně. **Respondent C** to vnímá takto: *„Na jednu stranu je orientace snadnější podle mého názoru, ale je nutné si na druhou stranu uvědomit, že se ta schopnost snižuje. Bude určitě ubývat. Zatím to já nepocituju, ale určitě bude ubývat.*“ Upozorňuje tedy na to, že pokud člověk žije s vadou déle, je se stavem více „sžitý“, pak může být orientace lepší. Naráží ale na fakt, že v rámci stárnutí a přibývání dalších zdravotních potíží, jako je především zhoršování sluchu, se schopnost orientace začíná snižovat. Znalost prostředí vnímá jako klíčovou **respondent H**: *„Jestli se pohybuje ve stejném prostoru jo, tak na tom nezáleží, jak je to dlouho. Poněvadž než si na to zvykne, tak to chvíli trvá.*“ Svůj názor na tuto souvislost má i nevidomý **respondent G**, který spatřuje hlavní faktor schopnosti prostorové orientace jinde: *„Nevím, myslím si, že ne. Že to je v člověku a oni tyhle starý lidi už prostě, už ten mozek jim to prostě nevezme. Nebo nevím no, je to velký handicap. U mě teda ne. Tak nevím. Je to asi buď v genech, nebo dar od Boha. To asi nebude v tom, že jste v pozdním věku přišla o zrak. To asi ne.*“ Trochu do jiné roviny tuto otázku přenáší **respondentka D**. Ta hovoří spíše o schopnosti smířit se s nastalou situací, vyrovnat se s ní. Pak jdou i mnohé další činnosti lépe a nezáleží příliš na tom, jak dlouho jedinec s vadou žije. Vyjadřuje se takto: *„No tak, že si na to člověk zvykne, jak se říká i na šibenici si člověk zvykne, ale to jsem ještě nemusela, ale rozhodně se s tím smírjuje, že to tak je a když*

chce někam jít, tak žádá o pomoc. Samozřejmě čas působí na ten zvyk, ale s tím faktem, že nevidíme, se musíme smířit, a když chceme někam jít, tak to k tomu potřebujeme někoho, doprovod.“ O nezbytnosti smíření se s faktem nevidomosti proto, aby mohl člověk žít alespoň částečně spokojený život, hovoří **respondentka CH**: *„Já myslím, že tu souvislost to má, protože ze začátku se mi hůře žilo. Dneska už jsem konečně pochopila, že není žádné pomoci v tom, že i kdybych šla kamkoliv na světě, tak mi nikdo nepomůže, takže se s tím musím smířit. A tím, že se s tím smíříte, tak se vám usnadňuje všechno ostatní.“*

Respondent E vnímá potřebu akceptace zrakové vady také jeho nezbytnou, ale zároveň se zabývá myšlenkou, jaký psychický dopad má získané postižení. Jemu samotnému se zrak zhoršoval postupně, již od mládí. Velice negativně ale hovoří o získaném postižení a především o jeho dopadu psychiku a schopnost smíření se s ním. Vyjadřuje se následovně: *„To určeno ano, poněvadž to získání je velký negativ životní a ten je brán vždycky se skepsí, nezájmem nebo nenávisť nebo smutkem, že třeba náhle nebo postupně nevidím. Ale když se někdo narodí s vadou, ať už sluchovou nebo zrakovou nebo fyzickou, tak je jeho život dán tím, že začal tímto handicapem.“* Myslí si tedy, že narodit se s vadou je snazší pro její akceptaci, protože handicapovaný to přijmout musí jako fakt a nic jiného nezná. Říká, že to již není tak děsivé, jako ji získat v průběhu života. Doplňuje ještě, že: *„To je obrovský rozdíl ve schopnosti orientace. Obyčejně to jde k tomu horšímu, že jo, když ztratím zrak, tak neříkám, že je to lepší, ale horší, ale ty zhoršeniny ať už jsou fyzické, mentální nebo nějaké detailní problémy, deformace těla, tak to je vždycky hrůza, když se to získává postupně.“*

10. Zjistit, jak dle zkušenosti respondentů obtíže, které přináší vyšší věk, ovlivňují ve srovnání se zrakovým postižením jejich soběstačnost a schopnost sebeobsluhy.

To že stáří s sebou přináší další potíže, které mohou k již vzniklé zrakové vadě negativně přispět a ovlivnit tak soběstačnost, je jasný fakt. Mnoho z respondentů se zhoršujícího zdravotního stavu obává. Mají totiž snahu i chuť zůstat co možná nejvíce samostatní, aby na pomoci pracovníků či příbuzných nebyli závislí. **Respondent C** si také uvědomuje, že životní síly ubývají a vyjadřuje se takto: *„Není to jen očima, ale někdy i celkovou fyzickou zdatností nebo nedostatečností. Někdy to pociťuji.“* O problémech s chůzí hovoří **respondentka B**, která říká: *„No podívej se, to je jasná věc, že to bude horší. Protože ta chůze, ten pohyb nebude pořád takový, to bude čím dál horší. Cítím právě i tu nestabilitu právě.“* To, co ale dále 2 respondenti zmínili, je velmi závažné, a sice úbytek sluchu. Jedná bohužel o poměrně běžný jev, který s sebou stáří nese. U vidících

osob jeho silné zhoršení není tak tragické a jeho dopad je řešitelný. Pro zrakově postižené, či dokonce nevidomé má však fatální následky. Hovoří o tom **respondentka A**, jejíž zraková vada jí umožňuje vidět pouze obrysy a rozeznávat světlé a tmavé. Zmiňuje tedy, že sestry pozná jen podle hlasu a pokud přijde o sluch, tak už jí podle jejích slov ani hlas nepomůže. Zároveň si pochvaluje paměť, která jí ještě dobře slouží. Velmi ráda totiž navštěvuje trénování paměti. Sluch je však bohužel i při této činnosti nezbytným. Na špatný sluch a jeho omezení v mnohých aktivitách upozorňuje rovněž **respondent H**, který říká: „*Já špatně slyším a já už teď, třeba jsou tady různé akce, já chodil na všechny. Dneska já to neslyším, co říkají. Takhle když se třeba bavíme, tak to jde, ale jak je tam více lidí, tak neslyším. Nevím, co dělají. Já očihuji podle pohybu nebo třeba změny barvy, co dělá.*“ Uvědomuje si tedy, že dva nejdůležitější smysly má oslabené a těší se z toho, že mu ještě alespoň částečně slouží: „*Takže já jsem odkázaný teď hodně na ten zbytek zraku a částečně na ten zbytek sluchu. A to až ztratím, tak nikam chodit nebudu.*“ Osoby, které však pozbyly schopnost vidět i slyšet se bohužel v Domově také nacházejí a jejich úděl je tedy krutý. **Respondent H** takto hovoří o své sousedce: „*Tady vedle je paní, ta nevidí a neslyší. A ona se mě třeba ptá, kolik je hodin. Ona mluví. A my si to píšeme. Já vezmu její prst, píšu a ona to opakuje. Takhle se domluvíme. Taky jí jinak nevidíte, než že sedí tady samotná, poněvadž když nevidí a neslyší a mluvit může, tak je to těžké.*“ Vyjadřuje zároveň obavu z toho, že tato situace nastane i u něj. Uvědomuje si také, že je jeho smyslové schopnosti ubývají, když říká: „*A to mě čeká, jestli tady vydržím. A toho se bojím. No to zhoršování byste viděla. Když jsem sem přišel, tak jsem slyšel nádherně a jsou to 4 roky.*“ Žít se zrakovým postižením je obrovsky náročné a to ještě o to více, pokud se k tomu přidají jakékoliv další zdravotní problémy. **Respondent E** hovoří o tom, že je potřeba si daný fakt připustit a uvědomit si, že ke zhoršování zdravotního stavu bude zákonitě docházet. On sám říká, že zrakové postižení do jisté míry očekával, protože se obdobně vyskytlo u jeho prarodičů. Vyjadřuje se k tomu takto: „*A to mi dalo určitou řekněme výbavu, obranu, že už jsem to skoro čekal. Nebo jsem se zájmem pozoroval lidi, co už to mají nebo špatně nevidí nebo se jim to zhoršuje, tak ty už se myslím dostávají na pokraj nějaké psychiky, jak s tím jednat, a když to vyjde dobře, tak to snášejí velmi dobře. Berou to jako fakt.*“ Výhodu toho, když se člověk dokáže s očekávaným faktem smířit, vyjadřuje jasně: „*Když to není příprava psychická, tak to může vést k hluboké depresi a smrti.*“ **Respondentka D** ještě k této problematice doplňuje, že s vyrovnáním se může postižené osobě pomoci nejvíce její okolí: „*My si uvědomujeme a okolí si to uvědomuje, že jsme někdy otrávení. Chceme a vyžadujeme víc tu pozornost. Říkáme si, já už jsem teď*“

pracovala dlouho pro druhé a teď chceme, aby se zase někdo staral o nás. Jsme citliví na to, jak se s námi mluví, jak se s námi jedná a někdy možná nárokuje víc než normálně. Někteří klienti jsou náročnější.“ Zmiňuje dále také, že důležitá je také rodina. Ona sama říká, že je pořád v kruhu rodiny, protože ji stále někdo z jejích čtyř dětí navštěvuje. Smutnější jsou samozřejmě, jak i sama uvádí, případy osob, které rodinu nemají a návštěvy za nimi tedy nechodí. To pak působí depresivně.

11. Zjistit, jak hodnotí respondenti péči a podporu ze strany pracovníků Domova a jaká je jejich spokojenost v této oblasti.

Všichni respondenti hodnotí péči ze strany pracovníků kladně. Ať už jsou to sociální pracovníce, pracovníce v sociálních službách, aktivizační pracovníce nebo pečovatelky. Každý z respondentů si je nazývá tak trochu po svém. Jedna respondentka například všechny nazývá sestra, jiná zase pojmenovává aktivizační pracovníce „aktivistky“. Shodují se však, že jejich péče je v naprosté většině kvalitní. **Respondentka D**, která během rozhovoru několikrát zmínila i potřebnou trpělivost ze strany pracovníků, hodnotí jejich práci velmi kladně: *„No ty placené pracovníce jsou ochotné, milé, udělají hned, co by si člověk přál, když je to rozumné přání. Že bych je tu kritizovala, že by třeba řekly, že něco udělají, a pak to neudělaly, tak to ne. No jinak by tu práci nedělaly, kdyby to už neměly v sobě, že musí občas strpět naší nevoli nebo mrzutost nebo opakování našich požadavků. Nebo jak bych to řekla, že jsme otravní s tím, co pořád chceme. Ale nemůžu nikoho kritizovat, že by třeba neměl vztah k nám.“* Vzpomněla si zároveň, že již probíhal v Domově určitý průzkum spokojenosti organizací Srdce na dlani. Všechny výpovědi jsou, jak jsem již zmínila, kladné. Uvedu jen některé. Respondentka A: *„Já bych jim určitě dala jednotku, starají se o nás moc dobře.“* Tato respondentka také dále kladně hodnotí kuchařky. Pro jiné dva respondenty bylo zvyknout si na místní kuchyň obtížnější, ale v zásadě si na ní nestěžují. Kladné hodnocení pracovníků přidává i **respondentka B**: *„Tak já bych jim dala výbornou, opravdu jsou holky hodný. Já říkám, že nemůžete jednoho vynášet na nebesa a druhého zahazovat. Oni to dělají, jak můžou, ochotní jsou, sprostí na nás nejsou. Dělají, co můžou. Mě teda aspoň jo, já si nestěžuju.“* To, že pomoc pracovníce nepodávají všechny a úplně vždy se stejnou ochotou vnímá **respondent H**. Je to ale samozřejmě, že každý člověk je jiný a přistupuje trochu jinak ke klientům. Jejich péči ale přesto chválí: *„No tak všechny jsou hodné. Některé jsou ochotnější, jiné méně. Ale nezlobte se, ale ty starší to berou úplně jinak zodpovědně než ty mladší. Nebo prostě jsou některý až úsečný, poněvadž oni si to neuvědomují. Já se na ně nezlobím. Jinak jsou tady velmi dobré.“*

Vysoce je hodnotím tedy.“ **Respondent E** vnímá pomoc ze strany pracovníků, zároveň uvádí, že někdy se mu ta péče zdá až moc velká. Pomoc s koupáním třeba považuje za zbytečnou, ale na druhou stranu říká, že to není špatně, že mu chtějí pracovníci pomoci. Zmínil například i úklid, který je dle jeho pohledu přehnaný. Dodává ale: *„Ty důležité funkce bych řekl, že jsou dobře osazeny, co do množství lidí nebo zájmu o detaily toho druhu, že ten člověk už má nějakou představu, co bude dělat nebo čím stráví ten čas, který mu byl určen a to myslím, že funguje.*“ Péči ze strany prakticky veškerého personálu si pochvaluje i **respondent G**: *„No tak to dostanou výbornou všichni. I kuchyň, paní pokladní, sociální i paní Průchová, co vás sem přivedla. Ta mi půjčuje dokonce DVD, protože já mám televizi s DVD.*“ Na další pracovníky zlepšující prostředí i pobyt v Domově si vzpomněla i **respondentka F**, která velmi chválí výzdobu na chodbách. Její zrak není natolik poškozen, takže dokáže příjemně prostor vnímat. Oceňuje práci zahradnice, a to nejen v přilehlém parku, ale těší jí i vázy s květinami podle ročního období, které jsou umístěny na chodbách. Drobně si povzdechl jen jeden z respondentů nad přístupem lékaře, na kterého si tedy dle jeho slov nezvykl. Respondentka I si pak trochu postěžovala, že by uvítala, kdyby s ní rehabilitační sestra více chodila. **Respondentka CH** ještě na závěr uvádí, že péče o osoby handicapované je náročnější a zde v Domově je plněna kvalitně, jak vyplývá z jejích slov: *„Je to těžké vzhledem k našemu postižení, ale je to tu zařízené tak, že nám to ulehčují.*“

12. Zjistit, zda se respondenti cítí při pohybu uvnitř Domova i v parku bezpečně a co by případně k jejich lepšímu pocitu bezpečí a jistoty mohlo přispět?

Nikdo z respondentů nevedl, že by se cítil při pohybu po Domově nějak hodně nejistě. Pohybují se ideálně v místech, která znají, a tak pro ně prostředí není cizí, je bezpečné. Vyvarují se zároveň místům, kde naopak nikdy nebyli, ale i když se někdy ve spleťtých uličkách zamotají, vždy si buď svépomocí, nebo za podpory někoho jiného pomůžou. Jen nevidomé **respondentky B a CH**, které se pohybují pouze za doprovodu, se k této otázce z jasného důvodu příliš nevyjadřovaly. **Respondentka B** jen zmínila, že se s doprovodem cítí bezpečně a že jí vyhovuje to, když je upozorňována na změnu směru nebo nějakou nerovnost. **Respondentka CH** se pak cítí nejlépe, když je z jedné strany zavěšena do rámě pracovníce nebo jiné klientky a z druhé strany se může dotýkat madla. **Respondentka A** pak uvedla, že se bezpečně cítí. Jistotu jí dodává i hůl, o kterou se opírá. Připomněla jen méně příjemné úseky po cestě do jídelny, kde je delší prostor mezi madly, který je nutné překonat. I když se **respondent H** cítí v prostorách areálu Palaty bezpečně,

jsou okamžiky, kdy si úplně jistý v pohybu není. V takovém případě se ale neváhá zeptat jiných klientů nebo požádat o pomoc. Popisuje také obavy ze samostatného pohybu některých klientů následovně: „*To se cítím bezpečně. Někdo se třeba bojí. Někdo je slepý a někdo se snaží té slepoty zbavit a být samostatný, ale jsou tady i takový pohodlný, který se nechají vodit. Jestli mám tady ty vodítka a bojím se překročit jenom ty dveře, tak to je chyba. To se nikam nedostanu. Když ale přidám trošku svoji vůle. Jsou tady lidé, které obdivuji, a jsou tady lidé, kteří jsou pohodlní. Já se tady ale cítím moc dobře.*“ Na to, že i osoba znalá prostředí, se může někdy v přeci jen rozlehlé budově Domova ztratit, upozorňuje **respondent G**, když říká: „*No, cítím se bezpečně, na nic si nestěžuji. Taky jsem se tady kolikrát zamotal a ztratil. Já jsem třeba šel a najednou zapnuli rozhlas, tak jsem poslouchal ušima a najednou šup a už jsem byl někde jinde, než jsem si myslel no a tak co. Tak jsem volal o pomoc, no ale říkal jsem si, že se z toho musím dostat sám. Tak jsem si poradil, ale nějakou dobu mi to trvalo. Ale když se ztratíte, tak vždycky na něco narazíte, třeba ty lítačky, tak si řeknete, že by ale měly být nalevo, tak se otočíte a je to.*“ Znalost prostředí dodává v rámci orientace velkou jistotu, jak i uvádí **respondent C**: „*Bezpečně se cítím, protože to už znám.*“ Potvrzuje to zároveň dále **respondent E**, který popisuje to, že když se člověk dostane do nového prostředí, musí si ho nejdříve „osahat“. Když si pak pohyb v něm natrénuje, je pro něj relativně snadné se v něm pohybovat. Říká: „*No bezpečnost je daná cvikem. Jsem se dostal do zcela nového prostředí tady, tak vím, že to nejdřív musím vyzkoušet, než se dotknu třeba zábradlí nebo na záchodě jsou některá zařízení sklopná nebo pohyblivá. Já o tom nevím, chytnu se zábradlí a ono uhne. To jsou hrůzy tohle. A když něco takového začnu používat, tak pokud se o tom přesvědčím detailně, jak to funguje, co to je, jak to můžu použít a tak dále, tak si na to zvykám a nepovažuji to za žádný handicap toho, že mám ty problémy fyzické.*“

13. Zjistit, jak vnímají respondenti vlastní pokrok ve schopnosti prostorové orientace a samostatného pohybu od jejich příchodu do Domova ve srovnání s dneškem.

Přílišný rozdíl mezi schopností orientace po příchodu do Domova a nyní nevnímá **respondentka B**. Zmiňovala jsem již, že je nevidomá a samostatně se pohybuje jen ve svém pokoji. Na ten si již zvykla a pohybuje se v něm bez problémů. „*No to je zhruba stejný. Nemění se to.*“, říká i **respondent G**. Ten je také nevidomý, ale naopak byl zvyklý se v domácím prostředí pohybovat sám, a tedy po tom, co mu bylo prostředí Domova a všechny trasy představeny, rychle se zorientoval. Třetí z nevidomých respondentů, **paní CH**, věc hodnotí následovně: „*No je to lepší. Vnímám pokrok. Ze začátku pro mě byl těžký*

krok, jeden krok, ale tím že jsem se tak jako trošku naučila a snažím se. I když někdy je to hrozně kruté.“ K faktu, že zdravotní stav se vyvíjí, a u mnoha klientů dochází bohužel ke zhoršení, dodává **respondent H**. Je pro něj těžké srovnávat pokrok, protože jeho aktuální zdravotní stav je s tím při nástupu nesrovnatelný. Říká: *„No tak to je těžké zhodnotit, poněvadž když jsem sem přišel, tak jsem viděl trošku. Já jsem viděl a slyšel všechno. Takže jsem to vlastně proběhl všechno rychle a já se o všechno zajímám. Tak jsem se třeba na všechno zeptal. Já jsem to zkoušel, kam až dojdu. Byl jsem prostě zvědavý. Jinak mi to tady nikdo neukázal. Někdo mi třeba řekl, jo tady je to a to. Když jsem měl jít třeba poprvé na ambulanci, tak to mě museli odvézt, protože já vůbec nevěděl, kde ambulance je, to bych kecal. Stačilo mi to ale jednou ukázat a už jsem to věděl.*“ Jak z výpovědi vyplývá, opět se potvrzuje, že když klient prostředí pozná, je pro něj snadnější se v něm orientovat. S tím souhlasí i **respondentka A**: *„No určitě to všechno líp znám, dělám všechno po paměti. Člověk už si musí zvyknout, smířit se s tím. Teď je to můj jediný domov.*“ Potřebu zvyknout si potvrzuje též **respondentka D**. Chtělo to čas, aby se všechno naučila a poznala, jak se v prostorech orientovat. Musela se dle svých slov samozřejmě i naučit, jak se obsluhuje výtah, kde se konají jednotlivé akce nebo terapie, jak vypadají chodby a podobně. Některé úseky jako druhý vstup do jídelny, který nebyl až tak dobře zajištěn, byl opatřen vodícím řetězem. Vnímá tedy jistá vylepšení, která v Domově stále probíhají. Popisuje také, že zpočátku v chodbách někdy zabloudila: *„Tady jsou ty lomené chodby a já jsem se třeba otočila a za sebou máte zase ten černý pruh, je stejná. Tak teď jsem nevěděla, kde jsem, jestli jít doleva nebo doprava.*“ I v této oblasti se ale stále vymýšlejí nějaká zlepšení, která prý v rámci nového systému prostorové orientace pan ředitel ještě slíbil. Podobně o zvyku hovoří i **respondent E**: *„No to je docela jasné, proč to je různé. Když začínám bydlet tu, tak to je nezvyk na věci, na které nejsem zvyklý.*“ Respondent dále uvádí, že může nastat: *„... dočasné zklamání toho, že se nedovedu orientovat, ale na to si člověk zvykne, poněvadž má paměť a cvičí ji a pokud je středně nebo pozitivně orientován k životu, tak se snaží o to, aby to ovládl. Když si na to zvykám, mám pozitivní přístup k životu, tak to jsou věci, které jdou naučit, anebo jde dokázat tomu postiženému, že není jiné cesty než se to naučit.*“ Vnímá tedy pokrok v tom, že prostředí již poznal. Zpočátku mu v tom nejvíce pomáhalo, když mu někdo vysvětlil dle jeho slov určité technické disproporce a zároveň také: *„Nejvíce pomohl asi fakt, že to musím používat. Že nemám žádnou jinou volbu.*“

14. Zjistit, jakých aktivit a programů pořádaných v Domově klienti využívají a zda se zúčastňují i akcí organizovaných mimo areál Domova. Zjistit, co je případně důvodem jejich neúčasti.

Nabídka akcí, terapií, výletů i dalšího kulturního programu pořádaného Domovem je opravdu velmi bohatá. Jako možnost trávit volný čas vnímají respondenti v teplých měsících i procházky a posezení v zahradě. Nabídku, jak využít volný čas, si respondenti bez výhrady velmi chválí a říkají, že jim rozhodně zpříjemňuje život a naplňuje volné chvíle. Co si však minimálně 5 respondentů nejvíce chválí, je cvičení paměti. Je to jak z důvodu toho, že mají chuť zaměstnávat mozek, ale stráví zde vždy příjemné chvíle, jak taky říká **respondent H**: *„Moje oblíbená je paměť. Poněvadž já tam nechodím, že bych se něco naučil, ale že se tam pobavíme a ztratím tam čas.“* Další **respondent E** tuto formu tréninku myšlení také navštívil a hovoří o ní takto: *„Velmi zajímavá je hodina je jednou až dvakrát týdně cvičba paměti. To je velmi zajímavé. To je dáma, která to ovládá už jako svoji záležitost. A ta má rychlý program, který musíte ztraceně rychle reagovat na věci, které čerstvě znáte na tu hodinu třeba. Ona už mluví taky hodně rychle a odpočítává těch 20 lidí co tam je a pak říká: „Ty seš Jan, ty seš Aleš“ a už to držte tu celou hodinu. A potom nemluví a najednou řekne: „Tak Aleš to řekne“. Já jsem na tom dvakrát byl a bylo mi ztraceně horko.“* Ostatní respondenti, kteří se „Paměti“ účastní, ji navštěvují rádi, protože se prý vždy něco nového dozví. Dva respondenti také uvedli, že mají rádi křížovky a kvízy, které se také hromadně v Domově luští. Co je opravdu velmi oblíbené, jsou nejrůznější přednášky odborníků, které jsou organizovány ve velké kulturní místnosti. Témata jsou rozmanitá. Přednášejícím je například historik Palaty, literární odborník nebo třeba cestovatelé. Respondenti se rádi obohacují o nové informace. Obvykle hovoří přednášející do mikrofону a zároveň hůře slyšícím klientů jsou ještě poskytována sluchátka, do kterých jde zvuk. Sluchátka jsou nezbytná například pro **respondenta H**, který, jak říká, dříve chodil na všechny programy, ale nyní chodí, jen když ví, že se budou rozdávat sluchátka. Vysvětluje: *„Já bych tam rád šel, ale když neslyším, tak bych tam seděl a čuměl do blba? To nemusím, to se radši natáhnu.“* Všechny přednášky tohoto typu navštěvuje i **respondentka F**, která vždy po skončení programu, s odborníkem ráda hovoří, ať už se jedná o epizody z historie nebo básně známých autorů. V Palatě probíhají také hodiny muzikoterapie. Ty navštěvuje také 5 respondentů. Poslouchá se v rámci ní především vážná hudba. Muzikoterapii navštěvuje i **respondentka CH**, která si našla cestu k vážné hudbě až v Domově. Kromě toho je také součástí místního pěveckého sboru Sluníčko, který připravuje i vlastní koncerty. Se sborem byla tato dáma i na soutěži

v Kobylisích. Jinak na výlety mimo Domov nejezdí. **Respondentka CH** ještě spolu s dalšími dvěma respondentkami chodí také na taneční terapii. Nyní nacvičuje spolu s ostatními tango, které bude součástí připravovaného představení v září. To, co si ještě respondenti chválí, je čtení na pokračování. I přes to, že si někteří ještě mohou s pomocí digitální lupy knížky sami přečíst, je to pro ně obtížné. Někteří respondenti si stěžují, že je z toho rychle bolí hlava. Velice proto ocení, když jim někdo knížky předčítá, protože tato činnost jim obvykle velmi chybí. Tuto aktivitu popisuje i **respondentka D**: „*Jinak jsme měli třeba zrovna dneska od deseti hodin taky aktivitu, která se jmenuje klub a tam se čte to, na čem se společně domluvíme. Je to jednou týdně. Dneska jsme si povídali o městě Brnu, co o něm kdo ví, jestli tam někdo byl, co třeba tam prožil.*“ Když bych se ale vrátila ještě k pohybu, cvičit rádi chodí 3 respondenti, z čehož jeden se těší, až mu, jak říká, tělocvik lékař opět dovolí. **Respondentky F** a **CH** také dochází na ruční práce. **Respondentka CH** vysvětluje: „*Takovéto copánky dělám. Před chvílkou jsem to zrovna dělala. To mám klubička různých druhů, a když jdeme do té dílny, tak se zaměřuji tady na to háčkování. To můžu dělat i tady na pokoji, když se mi chce. A když cítím, že už mám takový smutek v duši, že potřebuji se něčím zaměstnat, tak si to vezmu a vidím, že jsem teda alespoň něco dokázala.*“ Z této výpovědi je patrné, že různé programy a terapie pomáhají klientům také psychicky.

Z kulturních akcí byly zmíněny přednášky na nejrůznější témata. Každé úterý se pak v kulturní místnosti koná takzvaná Kavárna. V rámci této události hraje vždy buď živá, nebo reprodukováná hudba. Klienti si mohou popovídat ve svých oblíbených skupinkách nad kafičkem a dortíkem. Vždy si ještě zaspívají a obvykle i zatancují. Kromě zmíněných koncertů živé hudby nebo třeba divadla jednoho herce, se trvale nabízí program i mimo prostor Domova. Některé akce vyjmenovává **respondentka D**, která dle svých slov jezdí všude: „*Byli jsme v Národním divadle, v Hybernii na nějakém muzikále, na koncertě ve Smetanově síni v Obecním době, byli jsme na parníku v létě se projet a to teda byla účast dost velká.*“ Doplnuje ji ještě ve výčtu **respondentka F**, když říká: „*Ted' jsme měli například i návštěvu v kostele, protože tam byl velikonoční koncert. Hradní stráž tam jako měla koncert a dětský církevní sbor pěvecký tam měl vystoupení, takže to bylo krásné. Ale to nás tam vezli těmi speciálními mikrobusey na Hradčany.*“ Pracovnice Domova, které mají přípravu kulturního programu na starosti, tedy klientům připravují různé zážitky. Někteří respondenti, zvláště ti nevidomí, se však akcí mimo Palatu nezúčastňují, jak vysvětluje **respondentka CH**: „*Na výlety ven ale nejezdím. Už mají nějaké plánované v průběhu léta, ale já nepojedu. Protože to, co mi bude někdo vyprávět, tam je velký kopec, tam jsou*

stromy, tak to máte takový poloviční zážitek. A za druhé do takového terénu se nechci pouštět, protože mám pořád tmou. I když mě bude někdo vodit, tak je takové no prostě nemůžu.“ Nevidomý **respondent G**, který některé výlety absolvoval, říká: *„No teď bude parník, tam už jsem byl dvakrát, ale tam už mě nikdo nedostane. To je každého věc, já si radši pouštím CD. Když nevidím, tak nevím, jak se změnilo nábreží a podobně. Špatný to není, ale už tam být nemusím.*“ Výletů na parníku nebo například do Telče, se naopak rád účastní **respondent H**. Dříve jezdil na všechny akce, ale teď si spíše vybírá a ty kulturní již neabsolvuje, jak uvádí: *„Na ty výlety jsem taky jezdil. Byl jsem všude, ale přestal jsem. Jednak když jedeme třeba do divadla, já nevidím, já neslyším, já tam zabírám místo. Někdo by tam třeba rád jel. No prostě je to pro mě škoda, není to využitý. Tak jsem přestal chodit, poněvadž já to tam odseděl, ale neviděl jsem, neslyšel jsem nic. To jediné, že jsem seděl. Tak to už teď nechodím. Na parníky a další výlety rozhodně jezdím.*“ Postoji nevidomých, kterým slouží sluch, ale nemají chuť se kulturních akcí účastnit, příliš nerozumí **respondentka D**, když říká: *„A jedna kamarádka se zdráhá a nechce jít ani do divadla, i když slyší. Má velmi dobrý sluch, pozná už podle kroků, že jsem to já a přitom nic nevidí. Sluch má dobrý a já jí přemlouvám, budeš jenom poslouchat, ale ona říká, co bych z toho měla, když to nevidím. To je škoda, já teda zatím takhle neuvažuji. Já ještě chci něco prožít.*“ Téma lze pěkně uzavřít výpovědí **respondentky CH**, která si nabídky aktivit opravdu váží: *„Takže, když shrnu všechny ty akce, které jsou nám tu umožněné za pomoci těch pečovatelek a aktivistek, co to mají na starosti, tak musím říct, že nic lepšího v mé situaci zdravotní se mi nemohlo dostat, jako se mi dostává tady.*“

Doplňme ještě několika zajímavými získanými poznatky. Několik z respondentů, ač sdělili, že jsou v Domově spokojeni, navštěvují různé programy a mají dobré vztahy s ostatními klienty, zmínili, že jim nebude vadit, až přijde konec jejich života. Mohla jsem například slyšet věty jako: *„No, ale abych ti řekla pravdu, tak kdyby přišla ta zubatá, tak bych se vůbec nezlobila. Co z toho mám, když nic nevidím.*“ nebo *„A mám určitou naději řekněme, i když toto nemyslím stoprocentně, že se mi zkrátí život o nemožnost práce ledvin.*“ Má to samozřejmě velkou souvislost se zrakovým postižením i ubývajícím silami ve stáří. Bohužel myšlenky na smrt někdy od seniorů slycháme.

Pozitivnější poznatek je takový, že mnoho z respondentům vyprávělo o vzájemné pomoci a podpoře mezi klienty. Panují zde opravdu hezké vztahy. Například **respondent C** říká: *„A já do závorky řeknu, že mi nikdy není zatěžko, když mám někomu zvednout nebo*

popostrčit vozíček. Dokážu jednou rukou posunout svůj a druhou jeho.“ To, že klienti cítí sounáležitost a snaží se o vzájemnou podporu, potvrzuje i následující výrok **respondentky D:** *„Zůstala jsem tady i na Vánoce, i když mě děti zvaly do rodin, ale já jsem řekla ne, chci si to tady prožít v tomhle kolektivu, jak to vypadá, jak to proběhne. No neproběhlo to nějak extra parádně, ale dobře, dobře a nelituju toho, že jsem tady zůstala.*“ **Respondentka F** pak vyprávěla, že jí bylo nabídnuto samostatné apartmá, o které měla původně zájem, ještě než přišla její současná spolubydlící. Odmítla ho však z toho důvodu, že se s druhou dámou skamarádily a navíc si navzájem vypomůžou. Její spolubydlící je totiž nevidomá a tato respondentka ji často doprovází. Vznikají zde nová přátelství, vzájemné náklonosti i party, jak vypráví **respondent H:** *„My máme tady takovou partu. My jsme 4 ženský a já. My se vždycky scházíme, my tomu říkáme na chatě, poněvadž je tam obrázek chaty. Zaspíváme si, popovídáme i něco oslavujeme vždycky takhle. Že nám to ubíjí čas vždycky takhle a ta parta je dobrá.*“ Je samozřejmé, že na sebe klienti působí a ovlivňují se navzájem. To, jak se budou v Domově cítit je tedy hlavně na nich. Potvrzuje to i **respondentka CH:** *„... závěrem bych chtěla říct, že od začátku, co jsem sem přišla, když jsem tak přemýšlela, je to neštěstí u těch lidí, co chodí okolo mě, i když trošku vidí, ale jsou třeba i postihnutí jinak, jsou na vozících, ale pověděla bych, že mě učili i oni. Oni o tom ani nevědí. Nebo učila jsem se od nich a od našich pečovatelek a aktivistek hlavně, ti mě učili, že život se dá překonávat i za takovýchto těžkých podmínek. Opravdu za to všechno jsem jim všem vděčná.*“ To, že život se zrakovým postižením je opravdu těžký vyjadřuje tato respondentka tím, když říká: *„Myslím si, že nejhorší je pro mě ráno, když vstanu a povím si: tak zase do tmy. Ale řekla bych, že kolektivem, který je okolo nás, s mojí rodinou, která je jedinečná ne proto, že je to moje rodina, ale opravdu, že se ke mně pěkně chovají, tak si myslím, že to zvládnou.*“

6. 5 Závěry šetření

Cílem šetření bylo zjistit, jak konkrétně probíhá každodenní život v Domově pro zrakově postižené Palata z hlediska zajištění náležitých specifických potřeb jeho klientů. Na základě rozhovorů s respondenty, pozorováním i poznáním technického zázemí Domova bylo zjištěno, že poskytované služby jsou zde na velmi vysoké úrovni a respondenti jsou s pobytem v Domově spokojeni. Shodují se, že za daných podmínek a v souvislosti s jejich postižením, je pobyt zde nejlepším východiskem. Doplňují však ve většině případů, že pokud by jim to zdravotní stav dovolil, tak by raději, což je

pochopitelné, trávili stáří v domácím prostředí. Nyní již ke konkrétnímu zhodnocení jednotlivých oblastí, které byly na začátku šetření stanoveny k prozkoumání.

První otázkou, bylo to, jak je technicky zajištěno prostředí Domova vzhledem k handicapu klientů. Odpovědi částečně přináší kapitola 6. 3. 1, kde jsou představeny jednotlivé orientační body a úpravy prostředí, které jsou v Palatě provedeny. Z tohoto popisu prostředí je zřejmé, že jak především vnitřní prostory, ale i ty venkovní jsou pro orientaci zrakově postižených uzpůsobeny náležitě a vhodně. Nejvýznamnější jsou kontrastní pruhy na podlaze a madla, jež nalezneme všude. Právě i tyto orientační body respondenti ve svých výpovědích nejvíce zmiňovali. Systém prostorové orientace respondenti hodnotí velmi kladně a nenašli zásadní možnost pro jeho zlepšení. Ve vnitřních prostorech většina z respondentů prakticky až na dvě klientky, které jsou nevidomé a o zrak přišly relativně před nedávnem, je schopna se pohybovat sama. Ne vždy ve všech částech budovy, ale alespoň částečně, kam potřebují. Se samostatným pohybem ve venkovních prostorech pak mají problémy i někteří z těch, co se uvnitř budovy pohybují sami. Je to dáno jak leckdy zároveň zhoršenou schopností mobility, ale především orientací v prostoru. Nejhorší jsou totiž pro klienty otevřené prostory, proto se i neradi pohybují sami ve velké jídelně, hlavní kulturní místnosti a zejména v parku. Vzhledem k tomu, že až na jednoho respondenta dotazovaní přišli částečně či úplně o zrak až v pozdějším věku, využívají kompenzační pomůcky minimálně.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jak jsou respondenti spokojeni s poskytovanými sociálními službami včetně nabízeného programu a veškerých dalších aktivit. Rozhovory i pozorováním bylo zjištěno, že je velice bohatá. Co se týče terapií a „kroužků“, jak je označují někteří respondenti, nejvíce oblíbené je trénování paměti, čtení knih nebo denního tisku a také muzikoterapie. Klienti, kterými jsou senioři, mají ve velké oblibě činnosti zpívání a čtení. Někteří z těch, co si již psaný text přečíst nemůžou nebo jen s velkými obtížemi zmínili, že by ocenili, kdyby bylo čtení ještě více a někdo jim předčítal právě jejich oblíbenou knihu. Písničky si pak zpívají jak v malých partách při odpoledním posezení, tak i v rámci programu Kavárna. Tu respondenti velmi rádi navštěvují, protože si zde společně jednou týdně vypijí kávu, sní něco sladkého, zazpívají a obvykle i zatancují. Všichni respondenti mají v oblibě také časté přednášky na nejrůznější témata. Zmiňují, že se stále rádi něco nového dozvídají, přičemž získávání informací u většiny klientů přichází v úvahu pouze formou mluveného slova. Ohled je brán i na další potíže, která se u mnoha klientů objevuje vzhledem k věku, a sice zhoršený sluch. Je tak možné využít sluchátka, do

kterých jde zesílený zvuk z mikrofonu. Přípravují se také externí akce, jako návštěva hudebního koncertu, divadla nebo například výlet parníkem. Podniků pořádaných mimo Domov se dotazovaní, kteří jsou zcela nevidomí, nezúčastňují. Uváděli, že to pro ně není takový zážitek, nestojí o to tolik, když jim zrak neslouží vůbec, a mají k tomu obavu z pohybu v cizím prostředí. Myslím si, že kulturní program i příslušné terapie jsou opravdu velmi dobře voleny vzhledem k věkové skupině klientů i jejich postižení. Velkou přidanou hodnotou společného setkávání v rámci programu je udržování sociálního kontaktu.

Posledním předmětem zájmu bylo to, jak respondenti subjektivně hodnotí svůj život v Domově a jeho kvalitu, zda jsou zde spokojeni. Odpověď na tuto otázku nelze úplně jednoznačně shrnout, protože prožívání každého z klientů je opravdu velice individuální. Všichni se však shodli bez výjimky na jednom. Respondenti uváděli, že jsou v Domově spokojeni a za současné situace je pro ně život zde nejlepší možností. Někteří dodali, že pokud by jim to zdravotní stav dovoloval, byli by samozřejmě raději v domácím prostředí. Jedna respondentka však naopak dobrovolně odešla do Domova od dcery, v jejímž bytě již několik let se zrakovou vadou žila v pohodě a s veškerou péčí. Chtěla tak ulehčit rodině, která z toho nejdříve byla v rozpacích, ale nyní když vidí, jak je klientka spokojená, jsou prý všichni šťastní. Velký podíl na spokojenosti klientů má kvalitní personál, který všichni respondenti chválí. Velice respondenti vyzdvihují aktivizační pracovnice, které pro ně připravují jednotlivé terapie a aktivity, protože říkají, že jim tím pomáhají zkracovat čas a hlavně zpříjemňují život v Domově. Dále kladně hodnotí zdejší prostředí, které je velice čisté a příjemné. S vlastním pokojem jsou všichni dotazovaní spokojeni; nenapadlo je nic zvláštního, co by bylo potřeba upravit nebo zlepšit. Utvořili si v něm vlastní orientační body, na které jsou zvyklí. Na chodbách je mnoho možností pro posezení v klidných zákoutích nebo ve společenské místnosti, která je stejně jako ostatní zmíněné prostory pro relaxaci vybavena v duchu reminiscenční terapie dobovým nábytkem. Velkým benefitem je pro některé klienty park v areálu Palaty. Několik respondentů zmínilo, že jsou rádi za setkávání s panem ředitelem, které probíhá vždy jednou za měsíc. Mají zde prostor vyjádřit se k fungování Domova, podat podněty pro zlepšení vyslechnout si, jaké nové technické úpravy se připravují. Je zde také přednesen kulturní program na celý měsíc a také řečeno, kdo bude slavit v daném měsíci narozeniny. To, co však dle mého názoru nejvíce ovlivňuje spokojenost klientů, je celkově dobré klima, které v Palatě panuje. Mají na tom svůj podíl již zmínění pracovníci, prostředí, ale i klienti samotní. Funguje mezi nimi velké porozumění, sounáležitost a jsou ochotní si navzájem pomoci. Zmiňovali to samotní respondenti, ale měla jsem možnost také

pozorovat, jak jsou mnohdy přirozeně mezi nimi vytvořeny dvojice, které se vzájemně doplňují. Nevidomý klient vozí na oběd svého souseda, který je na vozíčku, a svého kolegu naviguje. Dále klientka s méně závažnou zrakovou vadou vodí svojí spoluobvatelku pokoje, která je nevidomá. Je to až pozoruhodné, jak kladná atmosféra panuje mezi takto často těžce handicapovanými lidmi. Uzavřeme podle mého soudu shrnující citací respondentky F, která za sebe i ostatní celkovou spokojenost jasně vyjádřila, když řekla: „Palata je na světové úrovni, možno říci.“

ZÁVĚR

Diplomová práce pojednává o klientech ze zrakovým postižením a možnostech sociální práce s touto cílovou skupinou. V teoretické části je pak uvedeno, jak významným smyslem zrak je, jaké jsou jeho funkce a nejfrekventovanější vady. Dále je představena osobnost zrakově postiženého, včetně schopnosti akceptace vady a pomoci ze strany nejbližších i příslušných odborníků. Poukázáno je dále na druhy sociálních služeb a v neposlední řadě také na tyflorehabilitaci a její formy. V navazující empirické části je pak představen jeden druh sociální služby pro zrakově postižené, konkrétně Domov pro zrakově postižené Palata. Šetření se zabývá fungováním Domova jak po stránce zajištění specifického technického zázemí pro klienty, tak i sociálních služeb. Zjišťováno bylo především, jak svůj pobyt v Domově vnímají a hodnotí dotazovaní respondenti.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat možnosti sociální práce se zrakově postiženými klienty. Představit jejich osobnost i potíže, které handicap přináší. Zároveň také uvést, jak se s problémy vyrovnávají a jak s akceptací vady může pomoci jejich okolí. Domnívám se, že cíl byl splněn jak stran teoretických poznatků tak získáním výpovědí klientů a jejich rozborem.

Mým osobním cílem nebylo jen předložit teoretické informace dostupné v poměrně bohaté literatuře, ale chtěla jsem porozumět osobám zrakově postiženým, jejich vnímání a prožívání zrakové vady. Proto pro mě bylo nejzajímavější zpracování kapitol teoretické části věnující se osobnosti zrakově postiženého, jeho kvalitě života a následně si v rámci často velmi osobních a emocionálních rozhovorů porovnat teoretické poznatky s osobní zkušeností.

Závěrem bych chtěla říci, že zrakové postižení má velmi velký vliv na psychiku člověka. Záleží pak samozřejmě na osobnosti člověka a zároveň na podpoře ze strany druhých lidí, jak se s ním vyrovná. Významným faktorem je, v jakém prostředí se postižený pohybuje a zda se v něm cítí bezpečně. Jsem proto vděčná za to, že jsem mohla poznat tak dobře fungující zařízení, jakým Domov pro zrakově postižené Palata je. Možná je nedostatkem práce, že jsem nenalezla příliš vad v poskytovaných službách nebo zázemí Domova a námětů na zlepšení. Můžu ale upřímně říci, že mne to nemrzí.

V rámci zpracování diplomové práce jsem se hlouběji ponořila do problematiky sociální práce se zrakově postiženými klienty a získala tak nové znalosti a zkušenosti.

Psaní této práce pro mě však mělo především velký osobní přínos. Příběhy vyprávěné jednotlivými klienty mě zasáhly a nikdy na ně nezapomenu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Literatura:

CERHA, J., ČÁLEK O., HOLUBÁŘ Z. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991, 132 s. ISBN 80-7066-341-3.

CERHA, J., LANGROVÁ I. *Špatně vidím (nevidím), můžete mi pomoci?* 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2012, 16 s. ISBN 978-80-904063-7-7 (brož.).

BAŽANTOVÁ, E. *Komplexní péče o těžké a chronické oční pacienty*. In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 36 - 38. ISBN 80-7041-041-8.

BUBENÍČKOVÁ H., KARÁSEK P., PAVLÍČEK R. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, o.p.s., 2012, 136 s. ISBN 978-80-260-1538-3. Dostupné na: <http://www.centrumpronevidome.cz/doc/kompenzacni-pomucky.pdf>

FINKOVÁ D., LUDVÍKOVÁ L., RŮŽIČKOVÁ V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie. Texty k distančnímu studiu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HRADÍLKOVÁ, T. *Deset let rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením v ČR*. In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 80 - 88. ISBN 80-7041-041-8.

JESENSKÝ J. *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia: sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí, Hradec Králové, 21.-23.9.2001*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. 310 s. ISBN 80-7041-041-8.

JESENSKÝ, J. a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně – edukačních pracovníků tyflopeditického spektra*. 1. vydání. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. 657 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-70066-941-1.

JESENSKÝ, J. *Z výzkumu rehabilitace později osleplých*. Praha: Ústřední výbor svazu invalidů v ČSR, 1977. 97 s.

JÍLKOVÁ, I. *Možnosti psychologické péče o těžce zrakově postižené*. In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 60 - 62. ISBN 80-7041-041-8.

KAVALÍROVÁ, K. *Nevidomý ve vaší firmě*. Praha: Okamžik, 2012. 51 s. ISBN 978-80-86932-29-3.

KUDELOVÁ I., KVĚTOŇOVÁ L. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku: raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido, 1996. 41 s. ISBN 80-85931-24-9.

MICHÁLEK, M. a kol. *Nahlédnutí do života beze zraku aneb Jak se vyhnout diskriminaci lidí se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik, 2007. 48 s. ISBN 978-80-86932-15-6.

MORAVCOVÁ, D. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vize*. Praha: TRITON, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.

REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.

SCHINDLEROVÁ, O. a kol. *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. 1. vyd. Praha: Tyfloservis, 2007. 96 s. ISBN 978-80-239-8822-2. Dostupné na: <http://www.tyfloservis.cz/doc/kapitoly-ze-sebeobsluhy.pdf>

SKALICKÁ, M. *Specifický přístup k rehabilitaci starších osob se zrakovým postižením*. In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 213 - 215. ISBN 80-7041-041-8.

ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: Úvod do tyflopédie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2002. 67 s. ISBN 80-7044-448-7.

ŠVEJDOVÁ, M. *Úloha sociální pracovnice při poskytování psychologických služeb zrakově postiženým*. In *Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002. s. 72 - 75. ISBN 80-7041-041-8.

VÍTKOVÁ, M., ŘEHŮŘEK, J., KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L., MADLENER, I. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. 94 s. ISBN 80-85931-75-3.

WAHL, Hans-Werner a Hans-Eugen SCHULZE. *On the special needs of blind and low vision seniors: research and practice concepts*. Tokyo: Ohmsha, 2001. ISBN 4274904237.

WIENER, P. *Praktická výchova zrakově postižených*. 1. vyd. Praha: [Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS], 2006. ISBN 80-239-6773-8.

WIENER, P. *Prostorová orientace zrakově postižených*. 3. upravené vyd. Praha: [Institut rehabilitace zrakově postižených UK FHS], 2006. ISBN 80-239-6775-4.

Další zdroje:

BUBENÍČKOVÁ, H. Česká oční optika. *O zrakovém postižení a zrakově postižených*. [online]. 1/2007 [cit. 8.1.2016]. Dostupné na [www: http://www.centrumpronevidome.cz/doc/opt5.pdf](http://www.centrumpronevidome.cz/doc/opt5.pdf)

HAMADOVÁ P., HORÁKOVÁ R. *Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně*. Brno: 2006. 82 s. [online]. [cit. 31-12-2015]. Dostupné na: http://socialnipecce.brno.cz/useruploads/files/expert%C3%ADza_-_osoby_se_smyslov%C3%BDm_posti%C5%BEen%C3%ADm.doc.

Karásek, P. *Architektonické bariéry pro nevidomé a slabozraké*. Jihomoravská kraj: Tyfloservis, o.p.s. za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, 2007. (leták)

Macháček, P., Grillová V. *Úpravy interiéru pro slabozraké a nevidomé*. Tyfloservis, o.p.s. za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, 2009. (leták)

Ministerstvo práce a sociálních věcí - Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Ministerstvo pro místní rozvoj - Předpis č. 398/2009 Sb., Vyhláška o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. aktualizované vydání k 1.1.2013, vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

STERINGOVÁ, J. *Služby pro zrakově postižené děti a mládež v Českých Budějovicích* (výťah z obhájené diplomové práce). Průvodce pro rodiče zrakově postižených dětí a mládeže sociálními službami, které jsou poskytovány v Českých Budějovicích. 2008. Zpracováno: Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. [online]. [cit. 20-9-2015]. Dostupné na: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/dokumenty/pruvodce.pdf>.

Elektronické zdroje:

Dědina. [online]. [cit. 22-11-2015]. Dostupné na: <http://www.dedina.cz/barva/rekva.html>

Nejčastější problémy stěžující orientaci a samostatný pohyb zrakově postiženým osobám v Brně. Centrum pro nevidomé. [online]. [cit. 15-12-2015]. Dostupné na: <http://bariery.centrumpronevidome.cz/bariery/problemy.htm>

O zrakových vadách. Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. [online]. [cit. 20-9-2015]. Dostupné na: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/zrak.htm>

Palata – Domov pro zrakově postižené. [online]. [cit. 2-3-1016]. Dostupné na: <http://www.palata.cz/>

Společnost pro ranou péči. [online]. [cit. 20-10-2015]. Dostupné na: www.ranapece.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Záznamový list s otázkami	101
Příloha 2: Ukázka jednoho z rozhovorů	103
Příloha 3: Etický kodex zaměstnanců Domova pro zrakově postižené Palata	110
Příloha 4: Pokyny pro kontakt s nevidomým	111

PŘÍLOHY

Příloha 1: Záznamový list s otázkami

ZÁZNAMOVÝ LIST pro rozhovor č. ...

Respondent

Den a čas:.....

Věk:

V domově od:

Pohlaví:

Dg. zrakového postižení:

-
1. Kdy u Vás došlo k poškození či ztrátě zraku?
 2. V jakém Vašem životní údobí se to stalo?
 3. Jak dlouho Vám trvalo, než jste si na nové prostředí Domova zvykl/la?.....
 4. Potřebujete při někt. činnostech jako např. při hygieně asistenci?.....
 5. Při jakých činnostech – v jakých situacích využíváte pomoc pracovníka domova?.....
 6. Jaké používáte kompenzační pomůcky?
 7. Dostalo se Vám při jejich převzetí kvalifikovaného poučení?
 8. Vyhovuje Vám uzpůsobení Vašeho pokoje?
 9. Co byste případně pro lepší orientaci a větší pohodlí v pokoji změnil/la?.....
 10. Jaké konkrétní orientační prvky Vám v každodenním životě nejvíc pomáhají?.....
 11. Napadá Vás v této souvislosti nějaké možné vylepšení?
 12. Jste zvyklý/á se pohybovat po všech prostorách Domova nebo raději chodit jen po místech, kde to dobře znáte?.....
 13. Které trasy znáte?.....
 14. Využíváte doprovod asistentů – např. na oběd – nebo chodíte sám/ sama?
 15. Chodíte do parku v areálu Domova sám /sama, nebo využíváte asistenci?
 16. Pokud ne, je to ze zdravotních či jiných důvodů?
 17. Vyhovuje Vám uzpůsobení venkovních prostor z hlediska snadné orientace?.....
 18. Co by vám stran snadnější orientace a pohybu uvnitř i venku mohlo ještě pomoci?.....
 19. Myslíte si podle Vaší vlastní zkušenosti, že úroveň schopnosti orientace v prostoru souvisí s délkou zrakového hendikepu?

20. Opět z Vaší zkušenosti; jak obtíže, které přináší vyšší věk, ovlivňují **ve srovnání se zrakovým postižením** vaši soběstačnost a schopnost se sám/ sama obsloužit?
21. Jak hodnotíte péči a podporu ze strany pracovníků Domova? Nejdříve dejte známku jako ve škole a pak prosím vyjádřete slovy
22. Cítíte se při pohybu uvnitř i v parku bezpečně? Pokud ne, co by k Vašemu lepšímu pocitu bezpečí a jistoty mohlo přispět?
23. Zhodnoťte prosím pokrok v zajištění i vaší osobní schopnosti prostorové orientace od začátku Vašeho pobytu ve srovnání s dneškem.
24. Co Vám z toho nejvíc pomohlo v orientaci v areálu Domova?.....
25. Jaké zajímavé aktivity/programy pořádané zde v Domově využíváte? Zúčastňujete se i akcí organizovaných mimo areál Domova?

Příloha 2: Ukázka jednoho z rozhovorů

Respondent D

Tak já se už předem omlouvám, že nebudu mluvit jako velmi vzdělaná ženská. Já jsem xy a vaše jméno? Buďte tak hodná a tady mi napište své jméno, příjmení a datum, ale hodně velce, abych to viděla vůbec. Mám 86 let a jsem tady 11 měsíců. Já jsem si sedala ve škole vždycky do první lavice, jednak abych dobře viděla, ale i slyšela. Oči se samozřejmě časem zhoršovaly. Pak se a od jedné dioptrie krátkozrakost jo, trápí mě. Tak se to zhoršovalo až k 3 a 3/4 dioptrie a to už byla potíže, ale to už jsem měla vychované děti a už jsem šla do důchodu. A důchod jsem mohla trávit na chalupě, na venkově, kde jsem byla sama, ale troufala jsem si se obstarat sama. Interiér chalupy jsem dobře znala, zahradu jsem znala, tak jsem se toho jako osamění vůbec nebála. Bylo to ve vesničce Štěpánovice u města Třebíč a Jaroměřice nad Rokytnou dvě města spojená velmi často autobusem. Ta naše dědina nemá dosud ani obchod ani hospodu, takže obyvatelé jsou odkázáni, na to aby si všechno přivezli z města a to buď z Třebíče, která je ale 13 km vzdálená nebo 4 km Jaroměřice nad Rokytnou, kam jsem taky jezdila si všechno nakoupit i já a starala jsem se o sebe. Až došlo k tomu, že jsem měla nějaké potíže. Říkala jsem si, jestli snad nemám hemeroidy, ale nebolelo mě nic. Jela jsem teda do Třebíče na středisko, kde mě vzal pak doktor pod péči. Udělal mi kolondoskopii a poslal do Brna vzorky. Do 14 dní přišly výsledky. Bylo to na podzim a pan doktor potvrdil, že je doporučena co nejdřív operace, neotálejte. Tak jsem ale zároveň začala chodit na vyšetření očí. Paní doktorka mi řekla, že pravé už nejde zachránit. Tak jsem si řekla, že takhle to nemůže jít dál. Od podzimu mě už ale nic až na ten zrak nezužuje. Lidi dost napadá revmatismus nebo klouby, ale to nemám nic. Jenom se mi teď hůř chodí. Já jsem byla u dcery, nechali mi upravit pokoj, takže jsem tam měla malou kuchyňku, to bylo všechno v pohodě. Ale když už to bylo pátý rok, tak jsem si řekla, že nemůžu být dál u dcery a přidělovat jí starosti. Já si ještě troufám, jezdím někdy sama k Andělu. Já ještě nechci mít průvodce, nechci chodit s hůlkou, já chci být soběstačná. Slyším, jak cvaká přechod a lidé jsou většinou hodní, že mě převedou, když je požádám. To je taky důležité, že já ještě slyším, já sice se nemůžu spolehnout na zrak. Po Vánocích v roce 2016 jsme se všichni jako rodina sešli a tam jsem jim oznámila, že si chci najít domov důchodců, kde bych mohla být. No oni byli všichni překvapení a hlavně dcera. Tak se mě ptali mami vážně a já říkám ano vážně a pomozte mi k tomu, prosím. Chtěla jsem jim ulehčit a povedlo se. Pak jsem byla operována v Motole, doktor mi do něj napsal doporučení. V listopadu jsem byla operována. Od té doby mám vývod, tak mě to i dceru naučili ošetřovat. Byla jsem pak ještě u dcery do konce roku, ale to už jsem si hledala ten domov důchodců. Už jsem si nemohla chodit nakupovat. Vidím mlhavě. Ale nepřechtu si, už ani toto nepřechtu, tak si představte jaká je to mlha. Tuhle knihu čtu, chodím do místnosti, kde je velká lupa, ale přečtu třeba dvě stránky a už mě bolí oči. Tady ten dům Palata je opravdu připravený pro to, aby tady žili lidé se zrakovým postižením. Takže já jsem jela na úřad Prahy 5, tak mě poslali přes ulici, že sociální úřad je tam na rohu. Měli tam teda zrovna hodně práce, ale věnovali se mi. Sociální pracovnice mi začala psát názvy domovů a pak jsem si vyndala tužku, ale nemohla jí na stole najít a ona se mě zeptala, vy špatně vidíte? Tak jsem potvrdila, že se s tím léčím, tak ona říkala, tak to pozor, to tu máme ještě jeden domov, protože mezi těmi, co psala předtím, Palata nebyla. A když viděla, že špatně vidím, tak řekla, tak to zkuste. Já jsem šla z toho úřadu rovnou sem a představte si, že jsem měla to úžasné štěstí, že měli možnost mě rovnou přijmout. Tak jsem

tady přišla a říkala si takový krásný dům, zahrada hezká, že bych měla šanci se tady snad i zabydlet, měla jsem malou naději. Ona tady dole v přízemí byla zrovna i paní Dvořáková a ta mě přijala rovnou, a když slyšela, že jsem rozhodnutá jít dobrovolně z domácí péče, tak se mě začala vypyávat, jestli to utáhnu finančně s důchodem, že mají takové a takové podmínky a mě to vycházelo mým důchodem. No tak říkala, že tady mají volní tyhle podkrovní pokoje, ty jsou relativně nové, dříve tady byla jen půda, že se tu odkládaly věci. Jsou tu pokoje dvoulůžkové nebo jednolůžkové, ale třílůžkový ani jeden. No a teď teda kolik to vychází a mě to s důchodem vycházelo. Vychovala jsem čtyři děti, mohla jít dříve do důchodu, ale zdraví mi sloužilo, tak jsem ještě přesluhovala. Já jsem si vydělala ne proto, že bych snad už počítala se zadníma kolečkama, ale chtěla jsem být pořád soběstačná i jako teď. No a od té doby jsem tady, protože o Vánocích jsem to dětem řekla, v lednu už jsem věděla o Palatě a na únor jsme měli naplánovanou rodinou dovolenou, tak to jsem tady nahlásila, že do 14. jsem na horách s dětma a jejich rodinama. To že sobota a po neděli, že bych přišla. No a děcka jsou rádi, že jsem tak blízko, protože dcera bydlí na Homolce, takže mě tady navštěvují. Ale chci Vás upozornit, že nejsem typický obyvatel. Jsou tu totiž i lidé smutní, kteří byli vytaženi z rodin, ale já jsem tady dobrovolně. No to jak mi paní Dvořáková vysvětlila, že se tady ráno svoláváme, v sedm hodin chodíme na snídani a k obědu, večeri a že je tady výběr ze dvou hlavních jídel a že je tady jídlo pro dietáře. Pak je tady péče i o nemohoucí, jako moje sousedka, která je v bezmocném stavu. Sestřičky jí ošetřují, minimálně třikrát denně jí převlékají plenečky, očistí ji vždycky, namažou. No zkrátka kůžičku má jako miminko a žádné proleženiny. Takže ta péče je opravdu perfektní. Zůstala jsem tady i na Vánoce, i když mě děti zvali do rodin, ale já jsem řekla ne, chci si to tady prožít v tomhle kolektivu, jak to vypadá, jak to proběhne. No neproběhlo to nějak extra parádně, ale dobře, dobře a nelituju toho, že jsem tady zůstala.

1. Kdy u Vás došlo k poškození či ztrátě zraku? Viz. předchozí vyprávění.
2. V jakém Vašem životní údobí se to stalo? Viz. předchozí vyprávění.
3. Jak dlouho Vám trvalo, než jste si na nové prostředí Domova zvykl/la?

Musela jsem si na to prostředí zvyknout. Třeba na to, jak se mačká knoflík u výtahu nebo ve výtahu. Víím, že nahoře nad dveřmi svítí digitálně číslo, v jakém patře zrovna výtah je, ale to už já nevidím. Je tady opravdu všechno s myšlenkou na to, že všichni špatně vidíme neli vůbec. Třeba ty černé pruhy na podlaze, ty nás navádějí že jo. Okolo je bílé lino. Pak jsem si dlouho nevěšila, že ty madla nejsou obyčejná, až když jsem viděla jednu slepou paní, jak jde s hůlkou a pravou rukou se přidržuje madla a počítá jedna, dva a tři, jestli je u svého pokoje. Nebo teď nám tady přidělali zrovna nově cedulky na dveře pokojů a člověk si může přečíst i tím braillovým písmem, jestli je, kde potřebuje. Takže to je úžasné, jak je to všechno přizpůsobené.

4. Potřebujete při některých činnostech jako např. při hygieně asistenci?

Ne, zatím naštěstí nic nepotřebuji, jenom my tedy pomáhají s ošetřováním toho vývodu. Nenechávám se koupat. Já se sprchuju každý den.

5. Při jakých činnostech – v jakých situacích využíváte pomoc pracovníka domova?

Naštěstí jsem opravdu pořád soběstačná. Já bych chtěla ještě letos s tou hůlkou červenou ne ještě bílou chodit do města. No až narazím někde a říkám to i dětem, že někde zjistím, že takhle už to opravdu nejde, tak s tím budu muset skončit.

6. Jaké používáte kompenzační pomůcky?

Ne nepoužívám. Jenom tedy tu digitální lupu, s kterou čtu knihu. Je to v takové schůzové místnosti. To může kdokoliv použít, nejsou tam zamčené dveře. Je tam vstup normálně kdykoliv. Jinak zatím nic jiného nevyužívám. Jinak já tady mám na svém kontě asi 15% z důchodu jo. Protože je to tak, že nám musí z důchodu těch 15% zbývat. Mě to vychází, ale kdybych měla málo, tak by mi to někdo musel doplácet. No z toho účtu na mém jméně si musím ostatní speciální služby platit. Je tady například pedikúra, kam chodím. Je tady teda jednou týdně pedikúra, kadeřník. A to už jsou takové mimořádnosti, které jsou nějak finančně vyhodnocené, a to si platíme z toho kapesného, a kdyby mi to nestačilo, tak bych si to musela platit nějak jinak. Ale zatím mi to ten rok, jedenáct měsíců stačilo. Jinak platím něco málo za pronájem lednice, máme tady kiosky, kde mají nějaké sladké, ale i pohlednice tady Palaty. Ale tam mají něco mimořádného spíše na chuť, protože jinak tady jídlo máme. Nebo praní prádla, to se také platí z toho kapesného. Ono se to zdá hodně to kapesné, ale přeci jen ho takhle využíváme. Kdybysme ale byli ve městě a nechali si udělat tu hlavičku, dali bysme ještě více. Ty ceny tady jsou vstřícné k nám, takže jsem spokojená.

7. Dostalo se Vám při jejich převzetí kvalifikovaného poučení?

8. Vyhovuje Vám uzpůsobení Vašeho pokoje?

Mám to kousíček do koupelny, takže to je všechno v pořádku. Jinak jsem si tedy nechala přinést schůdky. Je tady totiž to podkrovní okno a klika od něj hodně vysoko, kam jsem předtím nedosáhla. Ten pokoj původně neměl ty schůdečky a ty jsem si opravdu přála a po několika týdnech jsem se jich domohla. Ale nechali je udělat, nechali jich udělat více. Ale jsou opravdu bytelné, nejsou hladké, takže se na ně dobře vylezu. Topení je poměrně dlouhé, topí se tady hodně. Ta polička tady už byla, tak jsem ráda. Máme tu dokonce polohovatelné postele, tak to jsou určitě velmi drahá lůžka. Jednou když jsem byla za zetěm ve vojenské nemocnici, tak jsem takové viděla a byla překvapená, jak se dají zvednout na záda i dole. Mají velkou krásnou matraci. Televizi jsem si vzala z bytu, i rádijko a ručníky. Támhleten obraz patří paní. A uklizeno je tady, každý se vytírá je tady čist'ounko. Denně máme vytřeno, utřený prach. Tímhle rozhlasem nám všechno hlásí, je v každém pokoji a do každé místnosti. Obsluhuje ho pan vrátný. Buď je to zpráva pro všechny obyvatele, nebo pro zaměstnance, že třeba ta a ta uklízečka by měla přijít do nějakého pokojíčku, kde se třeba něco přihodilo, tak to ohlásí.

9. Co byste případně pro lepší orientaci a větší pohodlí v pokoji změnil/la?

Ne, světla je všude dost, za dobu co jsem tady, tak ještě přibýly na chodbě hodiny, ale ty jsou teda moc vysoko, na ty já nevidím. Jinak jsem ještě k těm akcím chtěla říct, že já se teda zúčastňuji skoro všeho. Byli jsme v Národním divadle, v Hybernii na nějakém muzikále, na koncertě ve Smetanově síni v Obecním době, byli jsme na parníku v létě se projet a to teda účast dost velká. Jede i třeba 14 nebo víc těch vozičkářů. Já ještě chodím, opírám se jen o tu hůlku. A to jsou tady skoro jenom ženy, jenom jeden bratr, ale všem klientům pomůžou. Jedeme v takovém velkém autě, kde může jet až 8 cestujících, tak oni nám pomáhají, pomůže nastoupit a vystoupit i řidič. Ty vozičky se dají zmáčknout.

Pracovnice pomohou dostat se na ten vozíček a pak zase rejdujou do toho divadla, no mají s tím práce. Kdo to neprožil, tak si to nedovede představit, protože teď se těm lidem třeba chce na záchod. No samozřejmě zdraví se pořád zhoršuje, ale kéž by mi to zdravotníčko vydrželo, abych mohla všechno sama dělat. Já mám ten vývod teda, ale já nemám žádné bolesti. Na každém patře je jeden zdravotník, no je nás tu na něj hodně. Co třetí den mi musí ošetřit tu stому. Vyměňují mi jak podložku i ten pytlíček, do kterého se tlačí ta stolice. To je tady pořád jeden zdravotník na patro, který se stará o všechny obyvatele toho patra. No dneska už to mám za sebou. Milá moje, ze mě spadl takový kámen starostí, co se mnou bude až.. Vždyť i moje dcera stárne a musí se taky věnovat svým vnoučatům a nemohla by se pořád věnovat jenom mě. Ulevilo se mi moc i mé rodině, když za mnou přijíždějí a vidí, jak jsem spokojená.

10. Jaké konkrétní orientační prvky Vám v každodenním životě nejvíc pomáhají?

Výborná je ta podlaha, o které jsem už mluvila. Výborné je i to madlo, které nikde neschází, i když na jednom místě v jídelně nebylo a tam docházelo i k pádům, tak to teda potom rychle opravovali no. V jídelně jsou takové větší prostory, kde se hůře chodilo. No jsou tam ty vozíky, kam se odkládaly táce a to nádobí a to bylo dříve vždycky někde jinde. Třeba kuchaři nebo servírky, jak to uklízeli, tak s tím vždycky nějak posunovali. No a jak je ten výklenek, ten nebyl oddělen ničím od té jídelny a tam upadla klientka, která přicházela do té jídelny. Jinak nenacházím teď už nic k doplnění nebo ke zlepšení. Je tam dole automat na kávu nebo na kakao, čokoládu. No a to už umíme taky obsluhovat sami jinak pan vrátný, který na to vidí, že tam někdo tápe, tak hned přijde pomoci. Jinak já vím, že jsem ve třetím patře, mám na dveřích číslo.

11. Napadá Vás v této souvislosti nějaké možné vylepšení? Viz. předchozí otázka.

12. Jste zvyklý/á se pohybovat po všech prostorách Domova nebo raději chodit jen po místech, kde to dobře znáte?

Jsou tady hezky označené všechny místnosti, pokojíčky mají svoje čísla velká, takže si může každý zkontrolovat, jestli je správně. Jinde, kde nepotřebuji, tam nechodím. Nemusím, proč bych tady šmejdila, že jo.

13. Které trasy znáte?

Je to z budovy, když se vejde do budovy, tak tím hlavním výtahem až k nám do třetího patra. Jsou teda ještě boční výtahy. Dá se dojít i schodami, ale těmi já nechodím. Raději si tedy počkáme u výtahů, než přijede, abychom se nechali vytáhnout těma výtahama. Ty jsou veliké, prostorné, tam najedou i sestry s těma vozíčkama, jak vozí ty čaje. V tom přízemí jsem jednou také byla. Říkají, že je to takové technické tam, my tam nesmíme. Nevěděla jsem to ale a jednou tam šla se zeptat do prádelny, protože se mi nevrátilo nějaké prádlo. Řekli nám ale, že tam nemáme co dělat a že se to řeší jinak - telefonicky. Přišlo se ale na to, že to daly druhé paní se stejným příjmením, tak se mi to vrátilo. Takže vím, že se tam nesmí, všude se nesmí, to je proti pravidlům.

14. Využíváte doprovod asistentů – např. na oběd – nebo chodíte sám/ sama?

Ne, chodím sama.

15. Chodíte do parku v areálu Domova sám /sama, nebo využíváte asistenci?

Do parku chodím také sama, ano.

16. Pokud ne, je to ze zdravotních či jiných důvodů?

17. Vyhovuje Vám uzpůsobení venkovních prostor z hlediska snadné orientace?

Je to až kupodivu teda, úmyslně když se ten dům, který má nad vchodem tam napsáno, že je to Francisco Josephinum jo, tak se ta budova nazývá od roku 1893, tak když upravovali ten prostor jako park, tak po louce udělali takové spirály, chodníčky, které mají malý nízký jako okraj, takže těm, kteří to aspoň trochu vidí, tak mezi tou loukou a cestičkou žlutou jsou obruby. No to jsem si ani nedokáža. Takže ta zahrada je dost veliká, abychom byli spokojení. Tady je zaměstnaná zahradnice, tam v tom domku, jak se vchází, bydlí a je celoročně placená. Přesně jak je placená nebo jaké má povinnosti to nevím, ale sezóně jsou tady zváni a opravdu přicházejí, nad námi tady drží finančně ruku Česká spořitelna a oni se tady rok co rok ve výroční den otevření domu přicházejí na takovou schůzi jako. Pan ředitel je přijme a vypráví, co se tady za rok udělalo, co se chystá a oni zase přinesou takovou tu ceduli, kde je částka. A pan ředitel hned řekne, jak se využije třeba na koupi těch postelí nebo je tady to podkroví ještě část nevyužitá půdy. Mohli by se udělat ještě další pokoje. No a takovej pokojíček, který má koupelnu se sprchou, záchodem, umyvadlem a kolikeré dveře, to stojí moc peněz a tady se opravdu pořád něco vylepšuje. No a na té zahradě ty cestičky pro slepé přizpůsobené tím obrubníkem, laviček je tu dost a jen co vím, tak za léto, které už jsem tady prožila celé, přibyly dvě místa, kde je kovový jakoby stůl a pro čtyři osoby ještě čtyři křesílka také kovová. Teď tady nejsou, protože je uklidili na zimu. Takže i pro návštěvy, když v létě přijdou tak s nima nemusíme být tady v pokojíčku nebo budově, tak můžeme zůstat venku. No a kolik jsme tady už prožili hezkých kulturních odpolední. Oni vždycky pozvou nějakou partu hudebníků a oni pak říkají, že už tady byli loni a přijedou zas.

18. Co by vám stran snadnější orientace a pohybu uvnitř i venku mohlo ještě pomoci?

Ne. Jedině by mohlo přibýt ještě pár laviček, ale to není z pohledu té orientace, ale spíš k našemu pohodlí, naší spokojenosti. Je tady jezírko pěkné, které je ošetřované. A kolik brigádníků sem chodí, to jsem neřekla od těch sponzorů. Na podzim to je tolik listí a ono jich přijede třeba osm a zametají a hrabou no a prostě. Ona by to ta zahradnice sama nestačila. Ale má tady i dobrý takový dopravní prostředek traktůrek má, ona si ho sama obhospodařuje, jezdí na něm a on je to i takový metač sněhu. Ona v tom sněhu jezdila a ono to házelo sníh stranou na louku. Takže je tu i tohle opatření. Je tu i hodně luceren, když se setmí. Po celém parku máme ty lucerny v určité vzdálenosti od sebe. Tady když se po večeri, my jí máme večeri už pět hodin. Teď v zimě to bylo takové normální, ale v létě je ještě sluníčko vysoko, dlouho se bude stmívat. Mnozí mají tedy televizor, já ne, protože mě vadí, já na něj ani nevidím, ale já si jednou týdně dovolím, to mi nabídnou sestry, jestli si nechci přijít poslechnout tu všchnopárty, ale to je od deseti hodin. Tak si někdy poslechnu, o co se jedná, co tam je. Takže to je pro moje pohodlí, to k životu nepotřebuji.

19. Myslíte si podle Vaší vlastní zkušenosti, že úroveň schopnosti orientace v prostoru souvisí s délkou zrakového handicapu?

No tak, že si na to člověk zvykne, jak se říká i na šibenici si člověk zvykne, ale to jsem ještě nemusela, ale rozhodně se s tím smíruje, že to tak je a když chce někam jít, tak žádá o pomoc. Je nezbytné, aby tady byli všichni tolerantní, protože člověk třeba nechťc něco

shodí nebo rozbije, rozlije a už se to musí uklidit. Takže tyhle klientky, co jsou jako Jiřinka, která přišla o zrak naráz, tak se už domů vrátit nemůže, protože doma sama absolutně nemůže existovat, to je někde u Davle. Ona už nic sama nevidí. Když už to jinak nejde, tak se s tím musíme smířit, ale máme tady právě ten domov pro slepé a slabozraké. Lidé jsou tady v tak dobrém zaopatření. Samozřejmě čas působí na ten zvyk, ale s tím faktem, že nevidíme, se musíme smířit, a když chceme někam jít, tak to tomu potřebujeme někoho, doprovod. A jedna kamarádka se zdráhá a nechce jít ani do divadla, i když slyší. Má velmi dobrý sluch, pozná už podle kroků, že jsem to já a přitom nic nevidí. Sluch má dobrý a já jí přemlouvám, budeš jenom poslouchat, ale ona říká, co bych z toho měla, když to nevidím. To je škoda, já teda zatím takhle neuvažuji. Já ještě chci něco prožít.

20. Opět z Vaší zkušenosti; jak obtíže, které přináší vyšší věk, ovlivňují **ve srovnání se zrakovým postižením** vaši soběstačnost a schopnost se sám/ sama obsloužit?

My si uvědomujeme a okolí si to uvědomuje, že jsme někdy otrávení. Třeba sedíme a dlouho čekáme, než nám přinesou polívku. Chceme a vyžadujeme víc tu pozornost. Říkáme si, já už jsem teď pracovala dlouho pro druhé a teď chceme, aby se zase někdo staral o nás. Jsme citliví na to, jak se s náma mluví, jak se s náma jedná a někdy možná nárokuje víc než normálně. Někteří klienti jsou náročnější. Za některými nepříjde návštěva, to na ně samozřejmě také působí. Já jsem ale pořád v kruhu své rodiny. To přijde syn, to přijde dcera, druhý syn, druhá dcera i s vnoučaty. Já jsem tady spokojená, jsem až překvapená, jak se tu mám dobře. Já prostě nejsem průměrná, musíte se zeptat i jiných lidí.

21. Jak hodnotíte péči a podporu ze strany pracovníků Domova? Nejdříve dejte známku jako ve škole a pak prosím vyjádřete slovy.

Měli jsme tady takový dotazník, že snad existuje Srdce na dlani, taková národní a možná i vlastně mezinárodní průzkum spokojenosti v takových zařízeních. Tak tam jsme se už vyjadřovali. No ty placené pracovnice jsou ochotné, milé, udělají hned, co by si člověk přál, když je to rozumné přání. Že bych je tu kritizovala, že by třeba řekly, že něco udělají, a pak to neudělaly, tak to ne. No jinak by tu práci nedělaly, kdyby to už neměly v sobě, že musí občas strpět naší nevoli nebo mrzutost nebo opakování našich požadavků. Nebo jak bych to řekla, že jsme otrávní s tím, co pořád chceme. Ale nemůžu nikoho kritizovat, že by třeba neměl vztah k nám. Když se tady někomu udělá špatně, tak je tady dvakrát týdně lékař, který je jako na středisku a když si mu někdo posteskně, že ho třeba bolí dlouho rameno, tak on doporučí rehabilitaci a ta tady je. Je tady osoba zdravotnice, vyškolená terapeutka, která dělá masáže nebo koupání v teplé vodě. Takže ta péče je výborná.

22. Cítíte se při pohybu uvnitř i v parku bezpečně? Pokud ne, co by k Vašemu lepšímu pocitu bezpečí a jistoty mohlo přispět?

23. Zhodnoťte prosím pokrok v zajištění i vaší osobní schopnosti prostorové orientace od začátku Vašeho pobytu ve srovnání s dneškem.

Tak vylepšilo se to konkrétně tím, že opravdu ten kout, který byl volný, že tam někdy objevilo něco, o čem člověk nevěděl a pak se stalo, že do toho omylem kopl. To už se ale vyřešilo, teď je tam takový dlouhý řetěz a my okolo něj chodíme, protože tam není to madlo. Určitě jsem si lépe zvykla. Tady jsou ty lomené chodby a já jsem se třeba otočila a za sebou máte zase ten černý pruh, je stejná, tak teď jsem nevěděla kde jsem, jestli jít

doleva nebo doprava. To nám ale pan ředitel slíbil, že bude spolu s těma číslama, protože nám teď montovali nová čísla na dveře a současně se myslí na to, že budou nějak lépe označeny i ty chodby, abysme tady nebloudili. Protože to je velká budova je možné ji obejít takhle. No ale ani vy byste tady za týden si nebyla jistá, že jdete správně. Ale takhle to je v těch velkých objektech, jako je třeba Motolská nemocnice, ty velikánské prostory s dlouhýma chodbama.

24. Co Vám z toho nejvíc pomohlo v orientaci v areálu Domova?

To chtělo čas. Já jsem používala jeden druh výtahu, to je ten hlavní výtah dolů do přízemí a vedle do parku. Když se ale řeklo, že třeba nějaká akce bude v té a té místnosti od tří hodin, tak jsem potřebovala nápovědu, kde ten pokoj je, když to nebylo v rámci té mé krátké pochůzky jo, výtah, chodba, .. No ale to jsem se musela naučit. Je dobře, že na chodbách jsou tady v podkroví, to je dáno tím, že jsou tu skosené stropy a vznikl tady ten prostor, že proti dveřím můžeme mít konferenční stůl a křesílka a tam můžeme sedět a povídat si. Ale na každém patře to tak hezké není, není ten prostor tak hluboký. Když je tam rovnou ta zeď. Tam to není tak útulné.

25. Jaké zajímavé aktivity/programy pořádané zde v Domově využíváte? Zúčastňujete se i akcí organizovaných mimo areál Domova?

Zúčastňuji se opravdu všeho možného. Máme tady hodně těch kroužků. Tomu se říká aktivity jo. Máme tady kroužek pěvecký, canisterapie, to je tedy vynechávám, protože to sem přijdou s různými pejsky vychovanými, ale to já ne. Raději bych využila službu, že by mi někdo četl, ale co já chci, aby mi četl. Jinak jsme měli třeba zrovna dneska od deseti hodin taky aktivitu, která se jmenuje klub a tam se čte to, na čem se společně domluvíme. Je to jednou týdně. Dneska jsme si povídali o městě Brnu, co o něm kdo ví, jestli tam někdo byl, co třeba tam prožil. No ale já bych třeba chtěla tu knihu, já si jí pomaličku čtu pod tou lupou, co tady je k dispozici a ta mnohokrát zvětšuje.

Příloha 3: Etický kodex zaměstnanců Domova pro zrakově postižené Palata

ETICKÝ KODEX ZAMĚSTNANCŮ DOMOVA PRO ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ PALATA

1. ÚVODNÍ PREAMBULE

Etický kodex zaměstnanců Palaty - Domova pro zrakově postižené (dále jen domova Palata) formuluje základní pravidla chování zaměstnanců ke klientům, spolupracovníkům, zaměstnavateli a společnosti. Vychází při tom z obecných zásad demokracie a deklarace lidských práv.

2. ETICKÉ ZÁSADY

Ve vztahu ke klientům

Zaměstnanec při své práci respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost nebo náboženského vyznání. Ke svým pracovním úkolům přistupuje s maximální profesionální odpovědností. Respektuje právo každého jedince na seberealizaci a dbá na to, aby současně nedocházelo k omezování takového práva druhých osob.

Zaměstnanec vede klienty k odpovědnosti za vlastní život, chrání důstojnost a lidská práva klientů. Chrání a respektuje klientovo právo na soukromí a intimitu a s taktem a pochopením respektuje důvěrnost jeho sdělení. Informace, které klientům v zákonném rozsahu poskytuje jsou úplné, nezkreslené, pravdivé a srozumitelné. Zachovává mlčenlivost o informacích, se kterými přichází do styku při výkonu své činnosti.

Ve vztahu ke spoluzaměstnancům

Zaměstnanec respektuje znalosti, zkušenosti a názory svých kolegů a kritické připomínky vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

Ve vztahu k zaměstnavateli

Zaměstnanec se podílí na vytváření dobrých pracovních a mezilidských vztahů na pracovišti. Ve veřejném vystupování dbá zaměstnanec zájmů zaměstnavatele a vyvaruje se jakékoliv činnosti či jednání, jež by poškozovaly jeho dobré jméno. Vyvaruje se jednání, které by mohlo být označeno jako korupční.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Zaměstnanec dbá na zvyšování odborné úrovně své práce prostřednictvím celoživotního výcviku a vzdělávání a dbá na zvyšování prestiže svého povolání.

Ve vztahu ke společnosti

Podle svých pravomocí informuje širokou veřejnost o poskytovaných službách osobním vystupováním i prostřednictvím médií (internet, rozhlas, TV, tisk apod.)

3. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

Etický kodex je vypracován v souladu s dalšími právními předpisy a normami a každý zaměstnanec domova Palata má povinnost se s obsahem seznámit a řídit se jím. Je k dispozici na každém úseku v čermotisku (v Braillově slepeckém písmu a na audio kazetách je uložen u sociální pracovnice domova Palata).

Zásadní porušení ustanovení tohoto Etického kodexu zaměstnancem domova Palata může být považováno za zvlášť hrubé porušení pracovní kázně zejména ve smyslu §§ 52 a 55 Zákonníku práce.

Tento etický kodex byl projednán a schválen na schůzi zaměstnanců domova Palata dne 28. června 2004 a nabývá účinnosti dnem 1.7.2004.

Aktualizován v souladu s ustanoveními nového Zákonníku práce platného od 1. 1. 2007.

Ing. Jiří Procházka
ředitel domova Palata

Palata – Domov pro zrakově postižené, Na Hřebenkách 5, 150 00 Praha 5

Pokyny pro kontakt s nevidomým

1. před každým kontaktem /slovním i fyzickým/ mne oslovte, abych věděl/a, že se sdělení týká mne. Představte se mi jménem. Mluvte přímo na mne, dávejte mi jasné pokyny /vpravo, vlevo.../
2. ukažte a popište mi mé okolí, proved'te mne po pokojí, popište mi situaci, dovolu'te mi, abych si mohl/a důležité věci prohlédnout /rukama/
3. nespěchejte na mne
4. nepřesunujte mi mé věci bez mého vědomí
5. ponechte věci v místnosti ve stejném uspořádání
6. nemanipulujte se mnou, ale vždy slovně informujte
7. hlase'te mi každý odchod během komunikace
8. dejte mi pozitivní i negativní zpětnou vazbu – „zrcadlo“ /např. máte hezký účes, máte naruby, obráceně svetr/
9. jděte vždy přede mnou, dovolu'te mi, abych se vás držel/a/

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Stavba oka.....	11
Obrázek 2: Optotypy.....	12
Obrázek 3: Lupa hlavová.....	45
Obrázek 4: Lupa stojánková s osvětlením.....	45
Obrázek 5: Maggie.....	46
Obrázek 6: Fusion.....	46
Obrázek 7: Braillský řádek.....	47
Obrázek 8: Zápisník Gin.....	47
Obrázek 9: Varovný pás.....	55
Obrázek 10: Umělá vodící linie.....	55
Obrázek 11: Správně označené prosklené dveře.....	57
Obrázek 12: Nebezpečný výkop.....	57
Obrázek 13: Výrazné pruhy na podlaze a madla.....	61
Obrázek 14: Pruhy u výtahu.....	61
Obrázek 15: Označení kiosku.....	62
Obrázek 16: Označení pokoje.....	62
Obrázek 17: Označení klubovny.....	63
Obrázek 18: Plyšový orientační bod.....	63
Obrázek 19: Kachel.....	63
Obrázek 20: Hlavní příchodová cesta.....	64
Obrázek 21: Zábradlí, schodiště.....	64
Obrázek 22: Chodníčky se zábradlím.....	64
Obrázek 23: Domácí zvířata v ohradě.....	65
Obrázek 24: Jezírko.....	65

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1: Klasifikace zrakového postižení dle WHO	13
Tabulka 2: Druh zdravotního postižení.....	14
Tabulka 3: Zrakové vady a jejich symptomy.....	15
Graf 1: Genderové rozložení respondentů.....	67
Graf 2: Věk respondentů.....	67
Tabulka 4: Zrakové vady respondentů a jejich následky.....	67

SUMMARY

Main focus of the thesis is on social work with visually impaired clients. In the theoretical part it speaks about eyesight, anatomy, physiology of the eye and various visual defects. After, it deals with personalities, quality of lives, social assistance etc. of handicapped people.

Primary basis for the application section was qualitative research. Particularly the semi-structured interviews and observation in the asylum for the visually impaired clients. The key objective of the thesis was to present the options of social work with handicapped persons, to show their personalities and difficulties connected to their handicap. And to reveal how they deal with it and how can others help with the acceptance.

The results presented in the empiric part has revealed the fact that the residents of the Home for Visually Impaired Clients are, in spite of their difficulties, after a period of adjustment, contented. This conclusion corresponds with the complexity and high quality of provided care.