

**EDUKACE
A REHABILITACE
ZRAKOVĚ
POSTIŽENÝCH
NA PRAHU
NOVÉHO MILÉNIA**

**AKTUÁLNÍ
OTÁZKY
SPECIÁLNÍ
PEDAGOGIKY
SVAZEK 2**

**Edukace a rehabilitace
zrakově postižených
na prahu nového
milénia**

**GAUDEAMUS
2002**

Aktuální otázky speciální pedagogiky 2.

Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia

**Sborník příspěvků z vědecké konference
s mezinárodní účastí
Hradec Králové, 21. – 23. 9. 2001**

EDITOR:
Ján Jesenský a kol.

**UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
&
TYFLOSERVIS, o. p. s.**

Gaudeamus, Hradec Králové, 2002

EDIČNÍ ŘADA: AKTUÁLNÍ OTÁZKY SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY
SVAZEK 2

GARANT: KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY PdF UHK
EDITOR: doc. PaedDr. Ján Jesenský, CSc.

NÁZEV: EDUKACE A REHABILITACE ZRAKOVĚ
POSTIŽENÝCH NA PRAHU NOVÉHO MILÉLIA
Str.: 310, Obr.: 30, Příl.: 7

Tato publikace neprošla jazykovou úpravou.

LEKTOROVALA: doc. PhDr. Danuše Heřmanská, CSc.

© Katedra speciální pedagogiky PdF UHK a Tyfloservis, o. p. s.
ISBN 80-7041-041-8

O B S A H

<u>PŘEDMLUVA</u>	str. 11
<u>ÚVODNÍ JEDNÁNÍ V PLÉNU</u> (moderátorka prof. S. Heese - Solarová)	str. 13
- Vývoj, stav a strategie rozvoje v referenčním poli tyflogie (Ján Jesenský)	str. 14
<u>SEKCE OFTALMOLOGIE</u> (moderátorka prof. M. Vítková)	str. 35
- Komplexní péče o těžké a chronické oční pacienty Eva Bažantová	str. 36
- Glaukom jako jedna z nejčastějších příčin slepoty Veronika Gubková	str. 39
- Funkční vyšetření zraku malých pacientů v preverbálním období a pacientů s kombinovaným postižením Dagmar Moravcová	str. 42
- Zkušenosti s předpisem optických pomůcek u zrakově postižených Naděžda Pavlíčková, Helena Vorlíčková	str. 45
- Výsledky předepisování speciálních optických pomůcek v Centru zrakových vad Stanislav Rodný	str. 49
- Implantabilní nitrooční teleskop – roční zkušenosti Pavel Rozsíval, V. Korda, Marek Šimůnek	str. 51
- Diabetická retinopatie a věkem podmíněná makulární degenerace – nejčastější příčina slepoty ve vyspělých zemích Tomáš Sosna	str. 52
<u>SEKCE PSYCHOLOGIE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH</u> (moderátor prof. L. Požár)	str. 60
- Možnosti psychologické péče o těžce zrakově postižené Irena Jílková	str. 61
- Prevence sociálně patologických jevů na středních školách pro zrakově postiženou mládež Klára Konvičková, Zbyněk Galvas	str. 64
- Některé terminologické problémy Ladislav Požár	str. 68
- Úloha sociální pracovníce při poskytování sociálních služeb Marie Švejdová	str. 73

- **Sexuální výchova a zrakově postižení**
Martina Botošová str. 77

SEKCE TYFLOPEDIE

(moderátorka doc. L. Květoňová – Švecová) str. 79

- **Deset let rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením v ČR** Terezie Hradílková str. 80
- **Edukační strategie raného a předškolního věku z pohledu vysokoškolské přípravy** Lea Květoňová – Švecová str. 89
- **Spokojenost se službami ranné péče ve střediscích ranné péče pro zrakově postižené** Jiří Votava str. 94
- **Znevýhodňující faktory ve vzdělávání nevidomých dětí**
Iva Venclová str. 95
- **Sociální učení – předmět pro žáky se zrakovým postižením**
D. Güttnerová, Marie Vítková str. 100
- **Motorické kompetence zrakově postižených dětí v prepubescenci a pubescenci** Zbyněk Janečka str. 111
- **S Comeniem po Evropě** Ivan Antov str. 114
- **Současný stav a perspektivy integrovaného vzdělávání zrakově postižených na středních školách běžného typu ve Slovenské republice** Alexandra Rázusová str. 117
- **Filozofie podpory vzdělávání nevidomých na Univerzitě Komenského** Elena Mendelová str. 122
- **Integrace studentů v nové době – zkušenosti z univerzity v Dortmundu** Světlá Heese – Solarová str. 126
- **Univerzitní středisko speciálně pedagogické, psychologické a sociální rehabilitace pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami** Zdenka Šándorová str. 132
- **Centrum pomoci handicapovaným na Univerzitě Palackého**
Kateřina Vitásková str. 135
- **Ručně paličkovaná krajka jako volnočasová aktivita**
Helena Slouková str. 140

SEKCE EDUKACE A REHABILITACE MULTIHADICAPOVANÝCH

(moderátoři doc. L. Ludíková, doc. J. Jesenský) str. 145

- **Klíčové momenty v edukaci a rehabilitaci vícenásobně handicapovaných zrakově postižených osob** Libuše Ludíková str. 146
- **Hra a její význam pro hluchoslepé děti** Dita Heřmánková str. 150
- **Edukace hluchoslepých** Ilona Ireinová str. 156
- **Vizuálně motorické komunikační techniky u osob se současným postižením sluchu a zraku** Eva Suralová str. 170
- **Občanské sdružení LORM v řešení otázek hluchoslepých** Ota Pačesová str. 173
- **Kontinuální péče o multihandicapované ve Finsku a jejich komparace s českým systémem** Zita Sýkorová str. 182

SEKCE REHABILITACE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH

(moderátor PhDr. J. Cerha) str. 191

- **Postavení zrakově postižených v ČR** Pavel Belšan str. 192
- **Tyfloservis jako celostátní projekt rehabilitace nevidomých a slabozrakých (?)** Josef Cerha str. 196
- **Rehabilitace jako víceúrovňový systém služeb pro zrakově postižené** Milan Pešák str. 199
- **Projekt vlivu komprehenzivní reedukace na zvyšování vizuální výkonnosti dospělých zrakově postižených** Kamila Růžicková str. 203
- **Centrum zrakových vad – centrum komplexní rehabilitace zrakově postižených** Jitka Řehořová str. 209
- **Specifický přístup k rehabilitaci starších osob se ZP** Markéta Skalická str. 213
- **Podpora zaměstnávání a zvyšování zaměstnanosti ZP** Eva Tatarková str. 216

SEKCE TYFLOTECHNIKA

(moderátor M. Pešák) str. 221

- **Význam informačních a komunikačních technologií v edukačním a rehabilitačním procesu zrakově postižených** Hana Bubeníčková str. 222
- **Povelová souprava pro informování nevidomých v hromadné dopravě** Jaroslav Bárta, P. Roček str. 236
- **Problémy v oblasti úprav prostředí pro samostatný a bezpečný pohyb slabozrakých a nevidomých** Viktor Dudr str. 243

- Pokroky braillové techniky Jan Halousek	str. 245
- Pomůcky pro nevidomé na přelomu tisíciletí Marek Houška	str. 250
- Deset let podpory studia zrakově postižených v centru Tereza Jan Mareš	str. 252
- Gramotnost nevidomých a perspektivy hmatového kódování informací Petr Peňáz	str. 256
- Optimální používání lup a jiných optických pomůcek mladými lidmi i starší částí populace Albert Slager, Jaroslav Majerčík	str. 269
- Objektivní kritéria při hodnocení slepeckých holí Miloš Svárovský	str. 274
- Červeno–bílá hůl – symbol hluchoslepoty Iveta Langrová	str. 277

ZÁVĚREČNÉ JEDNÁNÍ V PLÉNU

(moderátor doc. J. Jesenský)	str. 281
-------------------------------------	----------

- Závěry sekce oftalmologie (M. Vítková)	str. 282
- Závěry sekce psychologie osob se ZP (L. Požár)	str. 282
- Závěry sekce tyflopédie (L. Květoňová – Švecová)	str. 283
- Závěry sekce edukace a rehab. multihandicapovaných (J. Jesenský)	str. 283
- Závěry sekce rehabilitace ZP (J. Cerha)	str. 284
- Závěry sekce tyflorechologie (M. Pešák)	str. 284
- Workshop (Z. Galvas)	str. 285
- Doporučení konference „Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia“	str. 286

PŘÍLOHY

	str. 289
- Jmenný rejstřík – přehled autorů	str. 290
- Oznámení o konferenci	str. 292
- Záštita a vedení konference	str. 293
- Program jednání	str. 294
- Doprovodné akce	str. 295
- Poděkování	str. 296

PŘEDMLUVA

Druhý svazek edice aktuální otázky speciální pedagogiky je zcela věnován příspěvkům a některým materiálům spojeným s konferencí věnovanou otázkám tyflopédie, tyflorehabilitace a jejím komplementárním vědním oborům: oftalmologii, psychologii jedinců se zrakovým handicapem a tyflotechnice.

Konference se zaměřila na problémy jediné ze skupin handicapovaných občanů. Vytvořila prostor pro první setkání českých a zahraničních odborníků pracujících v referenčním poli tyflogie o významných společensko ekonomických změnách, které odstartovaly události z listopadu 1989. Setkání se aktivně účastnili také poskytovatelé služeb pro zrakově postižené a představitelé občanských sdružení ZP. Velkou pozornost jednání konference věnovali četní představitelé politické scény a akademičtí funkcionáři UHK.

Iniciátorům a garantům konference, Katedře speciální pedagogiky PdF UHK a Tyfloservisu, o. p. s., se podařilo na vedení konference zainteresovat přední odborníky českých, slovenských i německých vysokých škol. V tak reprezentačním zainteresování na úzké tyflogické specializaci se v ČR podařilo shromáždit poprvé. Na konferenci jednoznačně zaznívalo, že byl nejvyšší čas, aby se tak stalo, a že by se tak mělo dít častěji.

Konference jednala o různých oblastech kvalit života zrakově postižených. Stručně rekapitulovala vývoj, kterým jsme v rozvoji teorie a praxe prošli, ale hlavně nastolila řadu, v nejednom případě vysoce naléhavých problémů, které bychom v dohledné době měli řešit. Jsou obsaženy v doporučení konference a není nutno opakovat je na tomto místě. Účastníci uvítali možnost znovu se vrátit k některým závažným myšlenkám, které na konferenci prozněly formou vydání sborníku příspěvků z konference.

Díky známým sponzorům konference a nakladatelství Gaudeámus, mohli pořadatelé dostát svému závazku v tomto směru. Sborník, který jsme z příspěvků sestavili, nereprodukuje sled vystoupení na konferenci v pořadí, v jakém byly předneseny. Učinili jsme tak po zvážení, jak se bude čtenář v celé tématice lépe orientovat. V podstatě se jedná pouze o drobnější změny. Sestavovatelům sborníku je líto, že se nepodařilo shromáždit úplně všechna vystoupení, která na konferenci prozněla. Čekání na jejich dodání v písemné formě mimo jiné znamenalo zdržení prací na redakci a vydání sborníku. Naopak můžeme poděkovat za technickou spolupráci Mgr. Šimůnkovi, panu Machovi, paní Simerské a v neposlední řadě pracovníkům nakladatelství Gaudeámus, kteří vydání nejenom umožnili, ale také urychlili.

Vedle tohoto sborníku pořadatelé zabezpečili vydání zvukového záznamu jednání konference na CD ROM. Byli vedeni snahou pomoci zrakově postiženým získat informace o konferenci vhodnou formou. Za tuto iniciativu děkujeme řediteli Tyfloservisu, o. p. s. a jeho spolupracovníkům.

J. Jesenský

ÚVODNÍ JEDNÁNÍ V PLÉNU

doc. PaedDr. Ján Jesenský, CSc.

Univerzita Hradec Králové

Vývoj, stav a strategie rozvoje v referenčním poli tyflogologie

Anotace:

Příspěvek vychází z charakteristiky specifík rozvoje osobnosti a aktivit života zrakově postižených, tak jak je teoreticky rozpracovává tyflogologie. Z konstalací tohoto druhu pak vychází dílčí charakteristiky kvalit života reprezentované problematikou poškození vidění, psychickými zvláštnostmi zrakově postižených, procesy a podmínkami jeho adaptace vyplývajících z poznatků rehabilitace, edukace, enkulturace, ergotizace a integrace. Z části naznačuje vývoj, kterým tyto oblasti prošly. Těžiště výkladu spočívá v charakteristice dosaženého stavu a z části i strategie dalšího vývoje.

KLÍČOVÁ SLOVA

Osobnost, kvality života, zrakově postižený, hodnoty, procesy, adaptace, rehabilitace, edukace, enkulturace, ergotizace, integrace, kurikulum, prostředky, instituce, tyflogotechnika, rehabilitačně edukační inženýring, tyflogologie, oftalmologie, tyflopédie, psychologie ZP.

Struktura příspěvku:

1. Úvod

2. Charakteristika kvalit života ZP a tyflogologie

3. Charakteristika situace v oblasti edukace ZP a tyflopédie

3.1. Vyrovnávání se s minulostí, nástup nových poměrů

3.2. Řešení otázek integrace ZP

3.3. Pojetí systémů a další rozvoj prostředků, technik a forem edukace, otvírání prostoru pro alternativní vzdělávání ZP

3.4. Charakteristika dalších významných problémů edukace ZP

3.4.1. Kombinovaná postižení

3.4.2. Diferenciace edukace ZP z hlediska věku

3.4.3. Reedukace vidění

3.4.4. Poznámky k rozvoji tyflopédie

4. Charakteristika situace v oblasti tyflorehabilitace

5. Poznámky ke komplementaritě tyfloidinženýringu s tyflogií, oftalmologií, psychologií ZP, tyflopédií a tyflorehabilitací
6. Závěry

1. Úvod

Posuzování otázek specifik edukace a rehabilitace ZP se v závěru minulého století v bývalém Československu a současné ČR i v zahraničí neslo v duchu výrazných posunů řešení ve dvou směrech:

- a) od dominantního postavení somatopatologie a školské institucionalizace k pluralitě paradigmat s dominancí kulturní antropologie
- b) řešení otázek diskriminace, svobody a nezávislosti směřující k formulaci specifických potřeb ZP jako hlavního příznaku poškozením zraku podmíněného handicapu.

První směřování nás přivedlo k ucelenějšímu pohledu na ZP jedince i podmínky akceptace postižení a jeho vývoje i utváření od narození přes školní věk a dospělost ke stáří a terminálovému období.

Druhé směřování nás přivedlo k odmítnutí exkluze (vylučování) ZP z hlavního proudu dění a k prosazování integrace ZP s intaktními i jinými skupinami občanů s postižením. Ukázalo se, že v řešení těchto otázek nelze natrvalo postupovat zjednodušující asimilací ZP. Že trvalé výsledky lze očekávat pouze od integrace chápáné jako koodaptace a partnerské soužití ZP s intaktními „ne jeden vedle druhého ale jako jeden pro druhého“ (Jesenský, 1995).

Pod tlakem těchto humanizujících a demokratizujících tendencí došlo k postupnému prosazování nových prvků jak v tyflorehabilitaci tak v tyfloedukaci a k nárůstu podpory a služeb ZP. Pluralita praktických postupů a institucí v těchto oblastech na jedné straně a nedostatek zdrojů pro financování těchto oblastí na straně druhé, evokují nezbytnost návratu k systémovému řešení všech otázek kvalit života zrakově postižených (KŽZP) včetně edukace a rehabilitace. V tomto směru jsme již v bývalé ČSR a dnes v ČR dokázali udělat mnoho užitečného, co ob stojí i ve srovnání s vyspělým světem. Odhalili jsme i nejednu překážku optimalizace rozvoje osobnosti i KŽZP. Mnohé ještě musíme udělat hlavně směrem ke:

- zdvojeným a kombinovaným postižením,
- potřebám jednotlivých věkových kategorií ZP,
- většímu uplatnění nových tyflo technických pomůcek a postupů,
- optimalizaci procesů, prostředků a podmínek komprehenzivní rehabilitace ZP a cílevědomého celoživotního učení se ZP.

V řešení těchto otázek se může významným pomocníkem normotvorné a výkonné moci stát objektivní vědecké poznání skutečnosti. Má proto zásadní význam, aby v řešení nazrálých otázek bylo více slyšet slovo odborníků. Aby se

i tito odborníci sjednocovali v názorech a přispívali tak k tvorbě nejenom teoretických systémů, ale také v systematickém přístupu k problémům každodenní praxe, aby tak optimalizovali legislativní zakotvení práva na podporu a služby vyplývající ze specifických potřeb ZP a usnadnili i vymahatelnost práva na specifické potřeby a podporu ZP u nezávislých soudů.

Na naší konferenci se sešli teoretici, vysokoškolští učitelé, odborníci z praxe, představitelé resortů, politici i mluvčí ZP občanů a jejich občanských sdružení. Záměrem konference je, aby společně posoudili, kam jsme v rozvoji a transformaci edukace a rehabilitace a dalších podpůrných procesů a faktorů axiologického, oftalmologického, psychologického, sociokulturního i technologického typu dospěli a kam máme dál směřovat.

Jsme na rozhraní dvou milénií. Začínáme nové století, do kterého UNESCO vstupuje s vizí učící se společnosti - celoživotního učení, měli bychom tuto vizi rozšířit i na společenskou vrstvu zrakově postižených. Měli bychom i u nás tuto vizi naplňovat a napomáhat tak k tomu, aby ČR na své cestě do Evropy a vyspělého světa i v oblasti rozvoje KŽZP mohla vystupovat jako rovnocenný partner.

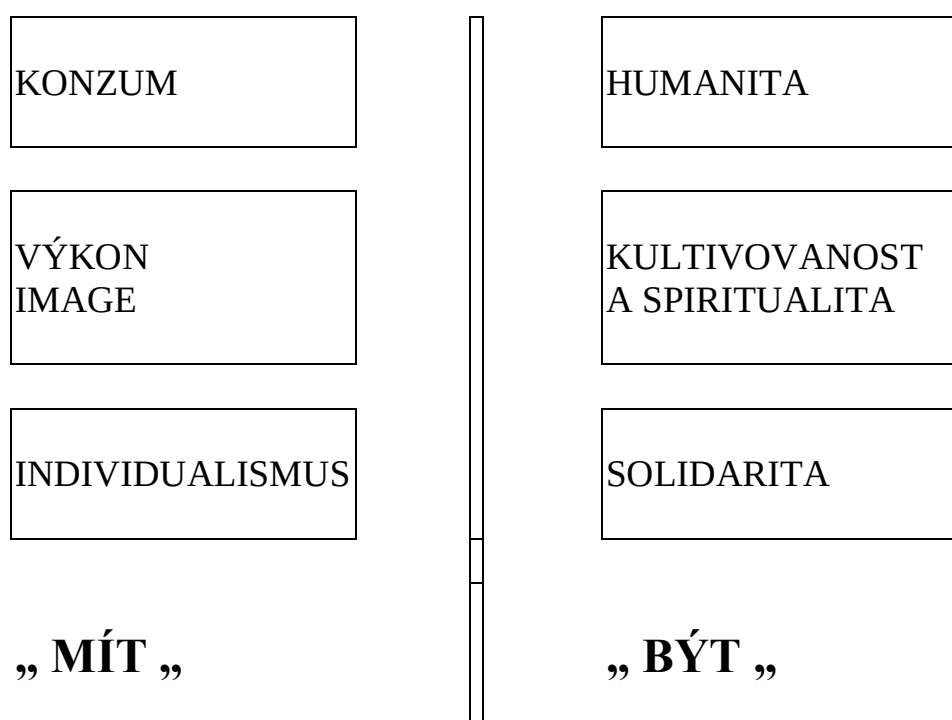
2. Charakteristika kvalit života zrakově postižených (KŽZP)

Kvality života ZP jedince představují v jevové podobě celou baterii faktorů vnitřního i vnějšího charakteru, které podmiňují existenci ZP v jeho somaticko léčebných, ekologických, psychologických, sociokulturních, civilizačně technických, pracovně ekonomických, spirituálních i edukačně rehabilitačních souvislostech. Významnou součástí těchto faktorů je hodnotová orientace, která dává zaměření i smysl existence těchto faktorů i jejich vztahů. Za normální, standardní považujeme, když většina těchto faktorů má pozitivní vyznění a v konečném důsledku směřuje k homeostáze, ke komfortu a pohodě umožňující seberealizaci ZP člověka.

Žijeme v období, kdy si uvědomujeme nezbytnost reorientace hodnot, najít novou smysluplnost našeho jednání, ke které bychom upínali potřebu seberealizace (obr. 1).

Změny, kterých jsme se dožili, ještě před dvaceti léty ústily do skepse postmodernismu. Skepse ale není východisko, v absolutním chápání směřuje k negativismu. Pozitivní program je zdánlivě v nedohlednu. Změny, které zažíváme, vytvářejí svou šíří a hloubkou velkou komplikaci pro naši reorientaci.

Obr. 1 BIPOLARITA HODNOTOVÝCH ORIENTACÍ ZP



Rozborům těchto otázek vzhledem ke ZdP (a tedy i ZP) se nejuceleněji věnuje naše publikace o andragogice a gerontagogice handicapovaných (2000). Při určité schematizaci vyusťují tyto rozборы do polarizace hodnot výkonu a konzumu spojenými s technizací života člověka na jedné straně, s hodnotami humanizace, solidarity, ušlechtilosti a kultivace člověka na druhé straně.

Je přirozené, že ZP jako lidem se sníženou zrakovou výkonností, budou více vyhovovat hodnoty druhého typu. Z hlediska integrace bude tento názor v jiné relaci. Je známo, že hodnoty prvního typu jsou i pro současnou společnost hodnotami obecně převládajícími. Když k tomu připočteme i rozpornost tržních a sociálních vztahů, tzn. problém financování sociálních výdajů, musíme konstatovat, že ani socialistický ani kapitalistický systém nenašly rozuzlení a obecný klíč budoucího vývoje.

Ať již budeme toto rozuzlení nazývat „třetí cesta“ (Giddens 2001, a. d.) nebo jakkoli jinak, ještě jsme k optimalizaci vztahů těchto fenoménů nedospěli. Přitom jak si ještě v dalším ukážeme, budou hodnotové orientace výrazně modifikovat pojetí edukace i rehabilitace ZP v jejich ideově instrumentální podobě (tj. v jejich podstatě) a ne jenom v jejich ekonomických a politických podmínkách. V rovině teoretického systému jsou KŽZP, vedle člověka, jeho osobnosti a identity, těžiskovou kategorií vědního oboru tyflogie. Tyflogie představuje aplikaci teorie člověka a kvalit jeho života na problematiku ZP (srovnej obr. 2).

Obr. 2 STRUKTURA REFERENČNÍHO POLE TYFLOLOGIE

č.	POLOŽKA	KOMPLEMENTÁRNÍ OBOR
1.	anatomie a patologie zraku a zdravotnické zabezpečení	fyzická antropologie oftalmologie
2.	funkce vidění a jeho patologie a zdravotnické zabezpečení	neurofyzilogie oftalmologie psychologie ergonomie ikonika
3.	psychické zvláštnosti ZP	psychologie ZP
4.	specifiky hodnotové orientace seberealizace ZP	axiologie psychologie tyflopédie sociologie politologie
5.	specifiky kultury ZP a enkulturace ZP	kulturologie antropologie
6.	rozvoj osobnosti a socializace ZP	psychologie ZP sociologie tyflopédie
7.	pracovně ekonomické zabezpečení ergotizace a sociální zabezpečení	tyflopédie tyflorehabilitace ekonomie sociální zabezpečení
8.	adaptace na technicko-civilizační prostředí	tyflotechnika tyflopédie tyflorehabilitace
9.	legislativní opatření a veřejná práva	managing právo politologie

Předmětem tyflogologie jako vědního oboru je studium ZP člověka a specifik kvalit jeho života včetně instrumentů a podmínek jejich rozvoje. Systém a struktura tohoto vědního oboru sleduje strukturu KŽZP (viz obr. 3).

Obr. 3 TYFLOGOLOGICKÉ PROCESY

č.	ZAŘAZENÍ	DRUH	
1.	Primární	1. 1 1. 2 1. 3 1. 4 1. 5 1. 6	rozvoj osobnosti ZP socializace ZP enkulturace ZP ergotizace a technologizace ZP rehabilitace ZP edukace
2.	Sekundární	2. 1 2. 2	reedukace vidění kompenzace vidění
3.	Terciální	3. 1 3. 2 3. 3 3. 4 3. 5 3. 6	vizualizace haptizace audializace kinetizace olfaktorizace gustizace

Je pro něj charakteristický určitý pojmový a kategoriální aparát. Z něj mimo jiné vyplývá, že tyflogopedie a tyflorehabilitace jsou vedle řady dalších oborů komplementární obory tyflogologie. Význam tyflogologie je v tom, že na rozdíl od komplementárních oborů, které studují určitou dílčí stránku existence ZP člověka, tyflogologie studie ZP člověka jako ucelenou jednotku s kohezí podmínek jeho existence (obr. 4). Tyflogopedie a tyflorehabilitace více nežli jiné obory potřebují pro rozvoj svého systému tyflogologické poznatky. Proto rozpracování tyflogologie tyflogopedagogové nejenom evokovali, ale v celé řadě aspektů jej přímo rozpracovali. V minulých létech vznikla i u nás publikace, která systém tyflogologie zevrubně nastínila (Jesenský, 1988). Do budoucna by systém tohoto oboru měl být dál prohlubován. Tento obor by měl být předmětem vysokoškolské přípravy přinejmenším tyflogopedů a tyflorehabilitologů. Na PdF UHK se již vyskytuje mezi propedeutickými disciplinami studijních programů spec. pedagogiky smyslově postižených.

Obr. 4 HLAVNÍ POJMY A KATEGORIE TYFLOLOGIE

- **Systém**
- **Potenciál ZP člověka**
- **Podmínky existence ZP člověka**
- **Hodnotové orientace ZP**
- **Principy**
- **Integrace ZP**
- **Komplementarita s jinými obory**
- **Úkoly**
- **Procesy**
- **Prostředky**
- **Metodologie zjišťování faktů**
- **Právní postavení a vědomí ZP**

3. Charakteristika situace v oblasti edukace ZP

Ve druhé polovině minulého století docházelo u nás i v zahraničí k výrazným koncepčním posunům v oblasti rozpracování specifik edukace ZP a její institucionalizace. V podmínkách bývalého Československa, když pomineme ideologické indoktrinace, které zasáhly především kurikulum, máme na mysli hlavně tyto klíčové oblasti:

- rozvoj sítě škol pro ZP budované na principu paralelizmu se školami pro intaktní
- rozpracování metodik vyučování a s nimi související vydávání speciálních učebnic pro ZP, i vývoj speciálních pomůcek pro ZP,
- kvalitativní posun ve využívání prostředků tyflografiky a některých dalších prostředků,
- speciální pozornost skupině se zbytky vidění,
- začátky péče o rodinu ZP v raném věku,
- pozornost hudební výchově, pracovní přípravě a prac. uplatňování ZP a některým aktivitám tělovýchovného a sportovního turisticko rekreačního charakteru
- zavedení vysokoškolského vzdělávání tyflopů a rozpracování řady teoretických problémů čsl. tyflopédie.

Tyto a některé další aktivity, které se dnes posuzují převážně ambivalentně, se dle mého názoru s odstupem času dostanou do relací objektivnějšího hodnocení a snahám řady tyflopů tohoto období se dostane patřičného uznání.

Posledních 10 let se vývoj v naší oblasti ubíral čtyřmi zásadními směry:

- c) vyrovnávání se s minulostí – nástup nových poměrů;
- d) nastolení otázek integrace ZP;
- e) další rozvoj prostředků, technik a systémů edukace ZP hlavně otvíráním prostoru pro alternativní vzdělávání
- f) rozvíjení tyflopédie jako vědního oboru

3. 1. Vyrovnávání se s minulostí – nástup nových poměrů

Z počátku měl tento vývoj radikalizující a hektický charakter, později došlo k určitému zklidnění. V každém případě šlo o akceleraci vývoje směrem k optimalizaci edukace ZP v nových společensko ekonomických a ideových podmínkách. Bylo by vhodné rozlišovat v něm mezi specifickými problémy čsl. tyflopédie a vývojovými problémy, které se obecně řešily v celém světě.

Pokud jde o první z uvedených oblastí, vyrovnávání se s minulostí – nástup nových poměrů, vyrovnávání se ideologickými indoktrinacemi minulého režimu, úsilí o rozvolnění etatizace a úsilí o humanizaci a demokratizaci vzdělávání ZP, se pomalu stává předmětem dějin naší tyflopédie. Je však zatím podrobována spíše publicistickým, nežli objektivně vědeckým hodnocením. Není to ku prospěchu věci. Nejednou se zatím obrazně dostáváme do situace kdy „vyléváme s vaničkou i dítě“. Nejedna nedostatek má na svědomí nerozpracovanost oblasti srovnávací tyflopédie. Nelze říci, že transformace v této oblasti je zcela ukončená.

3. 2. Řešení otázek integrace ZP

Integrace je snad nejfrekventovanějším směrem transformace vzdělávání ZP a našeho školství. Má nepochybně i širší souvislosti a s jejími prvky jsme se setkávali i minulosti.

Myšlenka integrace edukace ZP se prosadila v relativně velmi krátké době. Slabou stránkou těchto řešení je, že je chápána převážně jako problém institucionalizace (rušení úzce specializovaných škol, otevření prostoru pro ZP ve školách pro intaktní, působení SPC a další s nimi spojené okolnosti).

Není to náhodné. Mohutné impulsy pro řešení těchto otázek souvisí s lidskými právy, s řešením diskriminace ZP úsilím o odstraňování exkluze (vylučování) ZP a prosazování inkluze (začlenění) do hlavního proudu vývoje a existence společnosti (obr. 5). Během minulého období jsme se dokázali vyrovnat s filozofickou rovinou integrace ZP především díky pracím autorů - prof. Požára, prof. Vítkové, Keblové a některých dalších (1993, 2000, 1999, 1998, 1996).

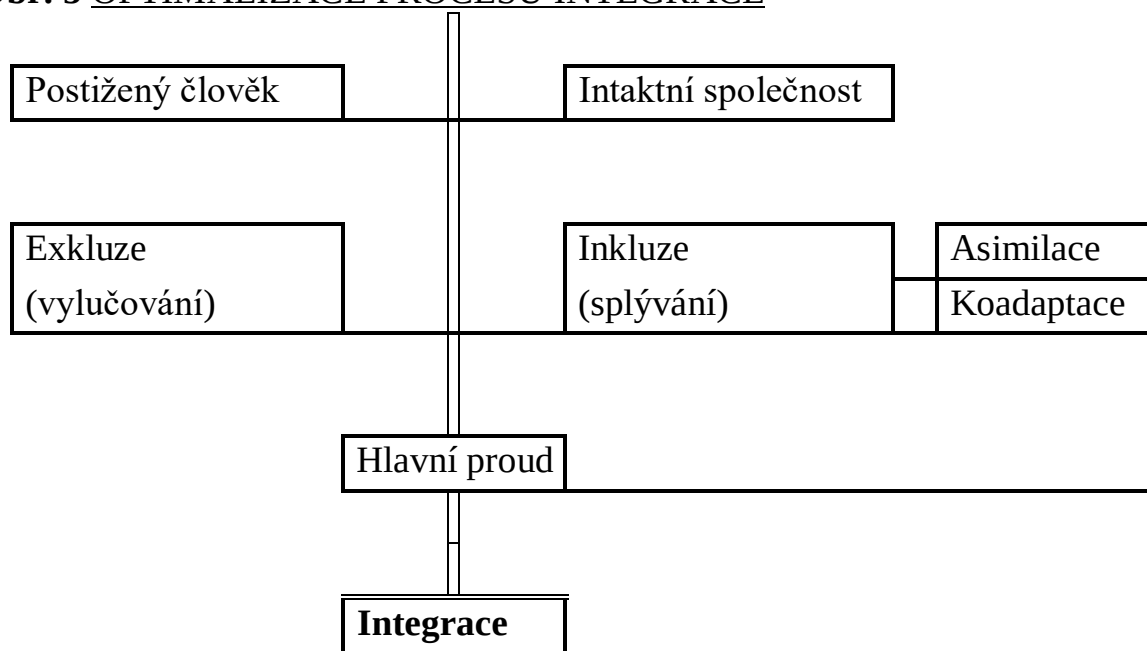
Díky tomu jsme poměrně daleko a vyváženě postoupili i v oblasti institucionalizace integrace ZP, zvláště pak v oblasti školství, ale i rehabilitačních služeb (srovnej z poslední doby Bílou knihu o systému vzdělávání v ČR, nebo práci autora z r. 1993).

Podstata integrace ale není dána jejími vnějšími formami, ke kterým patří i institucionalizace. Její podstata je v rozvoji schopností a potřeb žít integrovaně. Do tohoto hnutí by mělo cílevědomě vstoupit nesrovnatelně více činitelů nežli je tomu dnes.

Pokud se vrátíme ke škole, máme za prokázané, že jsou jedinci, kteří jsou schopni za účinné spec. podpory úspěšně absolvovat vzdělávání v zařízeních pro intaktní. Existují ale také ZP jedinci, u kterých je optimálnější program rozvoje integračních schopností realizovat prostřednictvím speciální školy, do značné míry segregativního typu. Podrobnosti těchto postupů jsou z našich prací (1993, 2000) a z prací dalších autorů dostatečně známy. Téměř nedotčenou zůstává otázka rozpracování metodik integrovaného vzdělávání ZP a součinnosti učitele a asistenta. To považujeme za velmi vážný nedostatek.

V naznačeném duálním směřování v řešení otázek integrace ještě stále zůstává celá řada technicko ekonomických, personálně managerských, kvalifikačních a legislativních problémů, které vyžadují dobrou vůli, finance a určitý čas na vyvážené a funkčně účinné dořešení.

Obr. 5 OPTIMALIZACE PROCESU INTEGRACE



3. 3. Pojetí systémů a další rozvoj prostředků, technik edukace, otvírání prostoru pro alternativní vzdělávání ZP

Tradiční a stále ještě standardní škola pracuje s mnoha prostředky autoritářského typu. Základem jejího pojetí je příkaz a zákaz. Partnerský vztah učitel – žák, akcent na „rovnost šancí“ jsou v počátcích a nemají převahu ve školách běžného typu, kde chceme integrovat ZP žáky. Speciální škola se od tohoto standardního pojetí také příliš neodlišuje. Jak k tomuto stavu došlo.

Minulý režim, ale i současná společnost, ovlivněná mimo jiné globalizací, akcentují výkonové hodnoty. Těmto tendencím podléhá i většina rodičů. Požadavků tohoto typu je mnoho – času poměrně málo. „Příkaz – zákaz“, vyložit učební látku a pak vyzkoušet vědomosti, frontální vyučování a některé další prostředky jsou nejkratší a nejjednodušší cestou, jak tento konflikt řešit. Tolik společenská objednávka. Z ní také vyplývá, čemu učit a čemu se učit. To není zanedbatelné. Jasně kurikulum tvoří ale jen část pojetí vzdělávání i sebevýchovy ZP.

Z poznání pedagogů a psychologů stále více vyplývají priority jiného charakteru: jak učit, jak se učit. Vyložit látku a odzkoušet ji se z mnoha stránek ukazuje jako nefunkční a kontraproduktivní, v konečném důsledku stresující a neurotizující. Zjevné či skryté memorování je žádoucí změnit ve kreativní učení. Již dávno se ví (Procházková, Bližkovský, 1992 ad.), že aktivita žáka v procesu učení je podstatná podmínka úspěchu. Formuluje se požadavek naučit myslit, rozhodovat se a jednat (Kotásek 1993 a. d.). To předpokládá, že vzdělávaný ZP jedinec není jenom příjemce, ale i partner, není objektem ale i subjektem vzdělávání.

Tyflopedagog by měl spíše navozovat problémové situace a pak konzultovat – radit – napovídat. ZP jedinec (dítě i dospělý), by sám měl nacházet řešení a ne je dostávat v hotové podobě od vyučujícího. Zde je jádro nového pojetí edukace ZP.

Jak docílit požadovanou aktivitu a radost z učení je nasnadě. Naše tyflopédie a zvláště pak tyflodidaktika a tyflometodiky nashromáždily relativně rozsáhlý inventář prostředků, metod, technik a forem udržujících pozornost, podporujících kreativitu a rozvoj kompenzačních a reedukačních schopností, dovedností a návyků. Poučení o tomto inventáři se najde v publikacích našich předních tyflopedů (Čajka 1980, Jesenský 1962, 1973, 2000, Květoňová-Švecová 1998, Ludíková 1988, Vágnerová – Flenerová 1980 a. d.)

V tomto inventáři je zakódováno mnoho poznatků o tom, jak probíhá proces učení ZP, co je pro něj charakteristické a specifické. Jde teď především o to, jak tyto tyfloedukační prostředky využívat a uplatnit s kreativními cíly v učení se poznávat, myslit, rozhodovat, konat, komunikovat a kooperovat a to vše s vysokou mírou samostatnosti. Nabízí se také uplatnění značného instrumentária alternativního vzdělávání (Průcha 1994, Rýdl 1994, Jesenský

2000 a. d.). Řada učitelů našich škol pro ZP již prvky tohoto instrumentaria úspěšně používá. Stojíme před úkolem skloubení těchto prvků do účinného systému. Zdaleka jsme jej nezvládli.

Když se pod zorným úhlem tohoto rozboru opět vrátíme k institucionalizaci i celkovému pojetí edukace je důležité, abychom tato pojetí chápali jako otevřený systém, integrační i segregáční cesty. Budeme přitom muset řešit i problém oboustranné průchodnosti těchto dvou cest. Nebude pak lhostejné, nakolik se programy těchto dvou cest vzdalují nebo přibližují k obecně uznávanému standardu, nakolik budeme alternativy prohlubovat nebo naopak tlumit. Neschopnost překlenout tento problém optimálně vyváženými programy může ZP žákům činit vážné problémy, mimo jiné při migraci rodičů, ke které bude docházet z různých důvodů.

3. 4. Charakteristika dalších z významných problémů edukace ZP

3. 4. 1. Problémy edukace ZP

Vedle uvedených dlouhodobě významných problémů edukace ZP existují i další klíčové, momentálně aktuální otázky v této oblasti. Jedním z těchto problémů je otázka zrakového postižení komplikovaného dalším postižením. Víme, že význam této problematiky narůstá téměř geometrickou řadou.

Jako pozitivum minulých 10ti let zaznamenáváme rozpracování a praktické řešení specifických potřeb skupiny hluchoslepých. Tato problematika je pertraktována v několika publikacích. Významný podíl na těchto řešeních má olomoucká katedra speciální pedagogiky (osobně doc. Ludíková - 2000) a přínos Tyfloservisu i občanského sdružení Lorm a Via.

V našich speciálních školách pro ZP se výrazně projevil kontinent žáků mentálně postižených, s potížemi v učení i v motorice, případně i dlouhodobě nemocných. Není vinou těchto škol, že tyflopeditická teorie se problémům těchto kombinací postižení samostatně nevěnuje. Do budoucnosti by tomu mělo být jinak.

Když mluvíme o edukaci dospělých a starých ZP, nemůžeme si neuvědomovat jejich vysokou, často trvalou nemocnost. Nejde jenom o často pertraktovaný diabetes. Neměli bychom zapomínat i na časté neurologické poruchy, alergie, postižení kardiovaskulárního systému, karcinomy, únavový syndrom, CMP a. d. chronická onemocnění starších ZP. V edukačně rehabilitačních intervencích působíme spíše náhodně. V každém případě v tomto směru nepostupujeme systematicky.

Tyto teze poznámky k souboru významných problémů edukace ZP a tyflopédie budou předmětem podrobnějších sdělení povolanějších odborníků v sekcích této konference.

3. 4. 2. Dalším z těchto problémů je diferenciaci edukace z hlediska věku ZP.

Za posledních 10 let jsme výrazně pokročili v péči o rodiče a ZP děti raného věku. Tato problematika byla rozvíjena již od osmdesátých let. Z těchto let, ale hlavně z posledního období máme pro její řešení řadu instruktivních publikací. Lze konstatovat, že dnes již v principu víme, co v této problematice dělat. Zápasíme s nedokonalou legislativou a financováním této péče.

S touto problematikou se do jisté míry překrývá edukace ZP dětí předškolního věku. Existují zde bohaté tradice tyflopedických intervencí, kdysi zpracované dr. Smýkalem (1988) a dr. Mrkosovou (1989). Žádala by si inovace, ale zatím k ní dochází jenom zčásti (Švecová – 1998).

Problematické edukace ZP dětí školního věku, pubescentů a postpubescentů jsme v předchozích rozborech věnovali poměrně dost prostoru. Vývojové trendy si vyžadují spíše prohlubování všeobecného vzdělání na středoškolské a vysokoškolské úrovni. Kombinovaná postižení jsou s tímto trendem povětšinou v rozporu. Výsledek je stoupající počet nezaměstnaných ZP. Zjevně bychom měli za těchto okolností věnovat také více pozornosti volnočasovým aktivitám ZP.

Pozitivním je stoupající počet ZP vysokoškoláků. Vysoké školy přijímají opatření pro podporu jejich studia. Známé potíže s financováním těchto škol ale představují limitování v uspokojování specifických potřeb v edukaci ZP vysokoškoláků. Tyto problémy pak výrazně posouvají do pozadí specifiky didakticko-metodických problémů studia ZP na VŠ: Za všechny uvedu jenom nedostatečný rozvoj E-learningu, který by mohl ZP více vyhovovat nežli stávající metody a formy vysokoškolské výuky.

V edukační problematice dospělých a starých ZP - v tyfloandragogice a tyflogerontagogice - nás čeká mnoho práce. Je zde mnoho možností pro SONS a jiná občanská sdružení: počínaje zaměřením na rekvalifikace, přes rozvoj volnočasových aktivit tyfloedukačního a integračně edukačního typu až k zapojení ZP do aktivit univerzit třetího věku.

Systém těchto řešení je nastíněn v naší publikaci o andragogice a gerontagogice handicapovaných (2000). Do budoucna bychom jej měli ve větším rozsahu implementovat i do situací ZP.

3. 4. 3. Reedukace zraku

V souboru významných problémů se nelze vyhnout otázkám reedukace vidění. V této oblasti zaznamenáváme velmi nevyrovnané výsledky.

Řešení u skupiny tupozrakých a šilhavých se pohybují již dlouhá léta na špičkové světové úrovni. Snad jenom pokles četnosti intervencí ve školním věku by si zasloužil přehodnocení stávajících tendencí.

U slabozrakých a z části i u skupiny se zbytky vidění se stále více sází na optické pomůcky a elektronické zvětšování nežli na systematické reedukační

cvičení. Řada problémů je sice řešena tradičními speciálními postupy didaktiky a metodiky škol pro slabozraké, případně pro děti se zbytky vidění, ale tyto postupy mají ve srovnání se systematickou reedukací (nebo stimulací zraku) tak jak je známe ze zahraničí i z literatury domácí (Jesenský, 1995, 1999, Vítková 1999) řadu bílých míst. Je žádoucí nově propracovat a institucionálně instalovat systém reedukace vidění u ZP dětí a nově propracovat systém školní reedukace vidění.

Pokud jde o skupinu dospělých ZP, zde nazrála situace k dopracování a k realizaci již vytvořeného systému reedukačních služeb a cvičení. Katedra speciální pedagogiky na PdF UHK ve spolupráci s Tyfloservisem v tomto směru připravuje postupnou změnu celé situace.

3. 4. 4. Poznámky k rozvoji tyflopédie

Celá řada problémů, které jsme v oblasti edukace ZP nastínili byla v bývalém Československu a je v současné době i v ČR povětšinou pečlivě sledována vysokoškolskými pracovišti spec. pedagogiky i představiteli tyflopedické teorie a výzkumu. Již od 60 tých let minulého století se rozvoj naší tyflopédie vyznačoval systémovým přístupem. Přes bariery ideologických indoktrinací dokázala povětšinou držet krok s vývojem tohoto oboru ve vyspělých zemích. Nejedno ze stávajících paradigmat naší současné tyflopédie (obr. 6), jsme uplatňovali již v předchozím období. To jsou příčiny, proč se po pádu ideologicko-politických bariér v listopadu 1989 relativně rychle vyrovnávala s novými trendy jak naše tyflopedická praxe, tak i tyflopedická teorie.

Počtem a v nejednom směru i v úrovni odborných tyflopedických publikací se pohybujeme v evropském průměru a systémovým přístupem jej významně přesahujeme. Mezi geopoliticky a ekonomicky srovnatelnými státy patříme k lepšímu průměru. Když tyto výsledky srovnáme, s jakým odborným potenciálem jsme jej dosáhly, nemusíme se stydět. Celý předchozí rozbor ukázal, kde všude máme bílá místa k řešení. V tomto směru je významné ještě jedno konstatování. T. č. v ČR působí 3 docenti tyflopédie. Pracuje se na 3 doktorských disertacích. Na množství otevřených problémů je to velmi nepočetný odborný potenciál. Mám za to, že do budoucna musíme směřovat jak v oblasti vysokoškolské výuky, tak v oblasti výzkumné produkce k těsnějšímu propojování naší práce s prací evropských odborníků. Jinak nám hrozí kolaps a totální závislost na zahraničních know-how. Že máme co přinést do integrace tohoto typu je naše přednost, ale i závazek nepolevit v tempu i úrovni růstu.

Obr. 6 PARADIGMATA DOMINANTNÍ

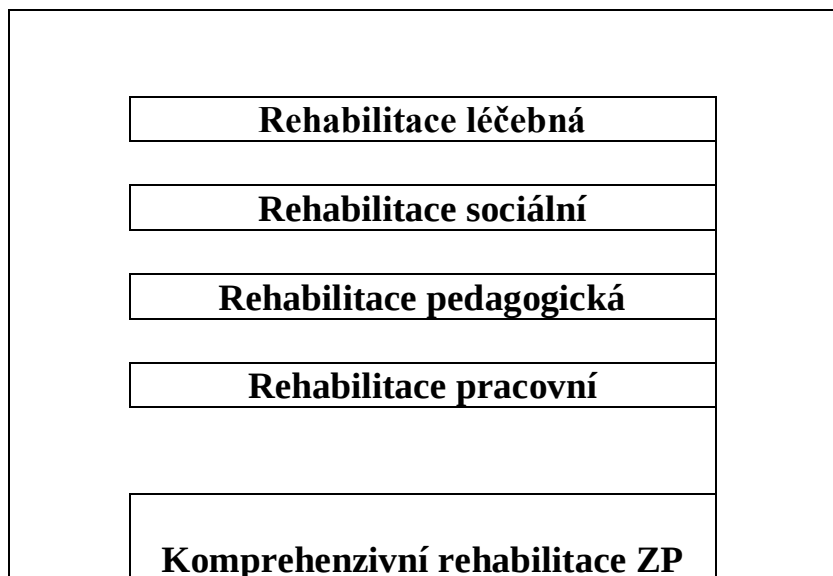
č.	TRADIČNÍ	č.	NOVÁ
1.	vada a porucha zraku	1.	člověk se zrakovým postižením
2.	zařazení do speciálních zařízení	2.	samostatnost, aktivita - nezávislost
		3.	integrace
		4.	technologizace
		5.	socializace
		6.	enkulturace
		7.	ergotizace
		8.	komunikace a kooperace
		9.	věkové zvláštnosti a celoživotní učení
		10.	legislativní podpora

4. Charakteristika situace v oblasti rehabilitace ZP

Rehabilitace ZP má řadu společných prvků s edukací ZP. V počátcích vývoje tyto dva jevy spolu splývaly, dodnes se navzájem prolínají. K jejich výrazné diferenciaci v našich podmínkách dochází od 60-tých let minulého století (obr. 7). O její rozvoj projevíly zájem především zájmové organizace ZP. Dodnes se na jejím rozvoji významně podílejí. Zásadní obrat v jejím rozvoji předznamenovalo zpracování programů sociální rehabilitace (PSR) koncem 70-tých let a příprava desítek instruktorů a konzultantů pro realizaci těchto programů. Realizace těchto programů se plně rozvinula v průběhu 80-tých let na bázi působení kvalifikovaných odborníků.

PSR ZP systematicky vycházely ze struktury specifík KŽZP. Měly strukturu znázorněnou na obr. 8. Jejich hlavním cílem bylo osamostatnění ZP, rozvoj dovedností, návyků a schopnosti soběstačně žít a vystupovat na veřejnosti. Prakticky šlo o to, co dnes vystupuje pod hesly integrace a nezávislého života ZP. Tyto skutečnosti ZP rychle pochopili a PSR ZP se setkaly s nebývalým ohlasem. Struktura PSR odpovídala i struktura diferencované přípravy kvalifikovaných instruktorů a konzultantů pro jednotlivé celky PSR ZP. Kvalifikace byla odstupňována do tří stupňů. V podstatě modelovala a předjímala vysokoškolskou přípravu bakalářského typu ve formách i nárocích (studijní plány, přednášky, semináře, praktická cvičení, zápočty, klauzurní práce, komisionální zkoušky). Tyto PSR ZP byly realizovány převážně ve skupinových formách.

Obr. 7 SLOŽKY KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE ZP



Kvalifikace měla výrazný pragmatický charakter. Dnešním tradicionalisticky zatíženým univerzitním vzděláním nebyla zcela překonána.

PSR ZP a příprava instruktorů a konzultantů je popsána v řadě studií publikovaných hlavně v Tyflologických listech, v několika publikacích a příručkách. Systém byl zpracován na podkladě výzkumů (Jesenský 1967, 1976, 1977, 1981, 1983) a širokého zobecnění zkušeností našich i zahraničních. Na začátku 90tých let tento systém získal uznání i na mezinárodní konferenci EBU. V té době byly již hluboce propracovány nejenom programy SR ZP, ale celý systém sociální rehabilitace ZP (J. J. 1989) a celý systém komprehenzivní rehabilitace ZdP (J. J. 1987).

Změny, které do tohoto systému přinesla polistopadová transformace, jsou odraženy v publikacích autora z r. 1992 a 1995 a v celé sérii metodických materiálů Tyfloservisu. Jádra původního systému programů SR ZP se nedotýkají. Dotkly se především forem realizace. Dnes je akcent v realizaci programů a celého systému rehabilitace ZP položen na individuální práci, na formy typu „home care“ a vysokou míru profesionalizace. Rehabilitací ZP se zabývá několik organizací. Povětšinou poskytují rehabilitační služby bezplatně na podkladě dotační politiky státu. Nejkomplexnější služby poskytuje Tyfloservis o. p. s. O jeho práci bude na konferenci jednáno samostatně.

Obr. 8 PROGRAMY SOCIÁLNÍ REHABILITACE ZP, JEJICH INOVACE
V PROGRAMECH KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE ZP

č.	Oblasti specifík KŽZP	Program SRZP	Program KRZP
1.	Rekonvalescence	-----	léčebně. rehab. intervence
2.	Informace	reedukace vidění relief. bodové písmo tyflografika audializace	reedukace vidění RBP a informatika tyflografika -----
3.	Samostatnost Soběstačnost	PO SP ZP Sebeobsluha	PO SP ZP Sebeobsluha
4.	Společenská prosperita a uznání (Status ZP)	Akceptace vady Společenské vystup. -----	Akceptace vady Společenské vystupování Občanská angažovanost a integrace
5.	Učení se - edukace	-----	Motivace sebevýchovy a sebevzdělávání
6.	Pracovní uplatnění	Pracovní motivace Pracovní příprava a adaptace	Pracovní motivace Pracovní příprava a adaptace
7.	Technologie a pomůcky	-----	Výcvik a zácvik v užívání kompenzač. reeduk. tyflotechniky
8.	Hodnotová orientace	-----	Výchova smysluplné existence

Do budoucna je žádoucí:

- **propracovat programy rehabilitace ZP z hlediska dětské populace a zabezpečit její institucionalizaci,**
- **inovovat PSR na bázi řešení otázek funkční gramotnosti ZP,**
- **dopracovat a realizovat programy reedukace vidění,**
- **rozpracovat a realizovat programy pracovní rehabilitace ZP,**
- **prohloubit a zabezpečit návaznost a kompatibilitu léčebné, rehabilitační, edukační a sociální péče o ZP,**
- **začlenit rehabilitaci ZP do systémů mandatorně ošetřené sociálně zdravotní a edukační péče,**
- **vytvořit státní normy pro oblast komprehenzivní rehabilitace.**

Jak jsme průběžně analyzovali vývoj v oblasti rehabilitace ZP v našich podmínkách, dotýkali jsme se i otázek výzkumu a teorie. Dnes chápeme tyflorehabilitaci jako specifickou součást samostatného vědního oboru

komprehenzivní rehabilitace ZdP. Na jiném místě jsme charakterizovali vztah KRZP k dalšímu oboru k tyflogologii.

Výzkum a teoretické zpracování systému tyflorehabilitace nebo také komprehenzivní rehabilitace ZP (KRZP) se rozvíjely ruku v ruce s řešením praktických problémů. Realizovaný systém SRZP v řadě aspektů minimálně snese srovnání se systémy realizovanými v nejvyspělejších státech. Nemělo by proto docházet k opatřením, která mohou tento systém rozkládat.

Tento systém nikdy neměl a dodnes nemá samostatné výzkumné pracoviště. V ucelené podobě nenašel prostor pro svůj rozvoj ani na vysokých školách. Na lékařských fakultách je uceleně zabezpečena převážně pouze léčebná rehabilitace. Ta nemá u ZP větší rozsah a tradici. Na fakultách humanitního charakteru není KRZP uceleně studována. Není tudíž zabezpečena vysokoškolská příprava rehabilitologů včetně tyflorehabilitologů. Do jisté míry se tak děje na UHK.

Rehabilitace je některými autory (Jesenský, Kábele) chápána jako významné paradigma speciální pedagogiky. Jeho plné proznění je otázkou dalšího rozvíjení tohoto oboru. Bude pochopitelně souviset i s rozvojem tyflogologie a jejich komplementárních oborů. Spolupráce se zahraničními odborníky je nezbytnou součástí úspěšných řešení v dané oblasti. Vytváření optimálních podmínek pro další rozvoj vědního oboru tyflorehabilitace je program, od kterého bychom neměli odstupovat.

5. Poznámky ke komplementaritě vývoje v oblasti tyflorehabilitačního inženýringu s oftalmologií, psychologií ZP, tyflopedií a tyflorehabilitací

V teorii a praxi všech oborů, které se věnují otázkám existence člověka se zrakovým postižením je dobře známo, že do jisté míry lze reparovat, upravovat a nahrazovat poškozené části zrakového analyzátoru a zabezpečit tak funkci dobrého nebo přijatelného vidění. Intervence tohoto druhu jsou doménou oftalmologie. Tam, kde reparacemi a náhradami dosáhneme pouze částečné obnovení funkce vidění, se pokoušíme cestou stimulace poškozených funkcí (zde jsme v doméně psychologických, tyflopeditických a tyflorehabilitačních intervencí) docílit jejich zlepšení a přiblížení se ke standardnímu vidění. Jde především o vizualizaci jako součást kognitivních funkcí ZP člověka. Tam, kde do rozvíjení vidění zapojujeme i nekognitivní složky osobnosti ZP člověka, mluvíme o intervencích komprehenzivní reedukace vidění.

Tam, kde je reedukační úsilí neúčinné, nebo jenom z části účinné, zapojujeme do edukačních a rehabilitačních aktivit také kompenzaci v podobě haptizace, kinetizace, audializace, olfaktorizace, gustizace a dalších neurofyzilogických a psychických komponent. Celý tento potenciál lze edukačně rehabilitačním cvičením rozvíjet. Kde se i tyto intervence ukazují jako neúčinné, nastupuje protetika a tyflo technika, která může některé funkce nebo jejich komponenty

nahradit, případně podpořit, zlepšit jejich funkčnost a tím celkově nebo diferencovaně, dotáhnout funkční potenciál ZP člověka na úroveň standardního výkonu.

Přímo tam, kde zvýšení nebo zkvalitnění výkonu ZP docílíme s pomocí určité pomůcky, mluvíme o tyflorehabilitaci, tyflorehabilitační pomůcce, zařízení nebo tyflorehabilitačním systému. Tam, kde je užívání určité tyflorehabilitační pomůcky nebo systému podmíněno i určitými technicko organizačními opatřeními, mluvíme o tyflorehabilitačním nebo o tyfloedukačním inženýringu. Charakter tyflorehabilitační pomůcky má např. bílá hůl, nebo indikátor hladiny tekutin apod. Tyfloinženýrský charakter mají např. rozmístění a ovládání zvukových majáček pro ZP v dopravních situacích, kombinace různého druhu vstupů a výstupů, převodníků a dalších součástí hardveru a softveru databází uzpůsobených schopnostem ZP apod.

Existuje celá řada kritérií a hledisek třídění v oblasti technologické podpory oftalmologických i edukačně rehabilitačních intervencí. KŽP je tak prohlubována mechanickými i elektronickými pomůckami, které díky převratnému vývoji v oblasti digitalizace a komputizace podstatným způsobem usnadňují život ZP člověka a pomáhají překonat omezení jeho výkonnosti.

Polistopadová transformace principiálně změnila možnost volného nákupu tyflorehabilitační pomůcky a akcelerovala zavádění celých tyflorehabilitačních systémů ve velkém rozsahu. Dotační a investiční politika sice tuto oblast do jisté míry stále limituje ale tato míra je nesrovnatelná s předlistopadovým obdobím.

Toto limitování se týká i některých oblastí, které např. omezují úplnou adaptaci některých pomůcek běžně používaných intaktními. Za všechny uvedu výstup z počítače. Brailickým řádkem nebo hlasovým výstupem je vyřešena práce s textovou informací. Nemáme ale k dispozici tyflografický displej, který by se vyrovnal grafice pro intaktní.

Jiným z problémů tohoto druhu je, že nemáme k dispozici simulátory a trenažéry, které by mohly prohlubovat, zkvalitňovat a hlavně zkracovat dobu rehabilitačních a edukačních výcviků a intervencí a podstatně měnit charakter tyflorehabilitace a tyflodidaktiky. K těmto problémům lze přiřadit i zavádění E-learningu u ZP posluchačů VŠ nebo různých kurzů pro dospělé ZP.

Jiné zaměření v oblasti inženýringu představuje uplatnění principů bioniky. Vedle syntetických i optických implantátů, se kterými oční chirurgie pracuje již dnes, zaznamenáváme i práce na vývoji oční protézy – umělého receptoru vidění. Rozvahy v tomto směru se dokonce zmiňují o projektech větší funkční dokonalosti, nežli má přirozeně vyvinuté oko. Projekty tohoto typu mají dlouhodobý charakter. Dlouhodobý charakter mají i projekty genetického inženýrství, které v případě vývojových i dalších poruch mohou v budoucnu podstatně měnit KŽ některých skupin ZP.

Víme, že finanční limity odsouvají některé ze jmenovaných i nejmenovaných problémů a projektů do střednědobé ale i dlouhodobé perspektivy. Neměli bychom ale z těchto důvodů ustoupit od iniciování těchto specifických potřeb.

6. Závěry

Na prahu nového milénia zvažujeme nové možnosti, které před námi stojí.

Jak jsem se pokusil naznačit, půjde o zvyšování kvalit života ZP jedinců, které představuje trvalý, bohatě strukturovaný program humanitárního charakteru. Edukace a rehabilitace ZP jej nastoluje více nežli jiné jeho složky a komponenty tyflogie, protože dlouhodobě pracují v podmínkách větší nouze, nežli je tomu např. u oftalmologie nebo tyflo techniky, které mají alespoň hlubší zázemí v medicíně nebo technice, které se již mohou opírat o fenomén velkých čísel, zainteresování velkých agregátů a společensko ekonomických, bezpečnostních i mocenských seskupení.

To neznamena, že bychom od tohoto programu měli ustupovat. Naopak. Má smysl, abychom podporou objektivního poznání, (ke kterému by měl dospět další rozvoj takových vědních oborů a disciplín jako je tyflogie, oftalmologie, psychologie ZP, sociologie ZP, kulturologie ZP, tyflopédie, tyflo rehabilitace i léčebně edukačně rehabilitační inženýring, právo a. d.) podpořily programy a úsilí našich ZP pro realizaci jejich specifických potřeb. Alespoň ve střednědobé perspektivě bychom měli podstatně zkvalitnit život ZP, odstranit i skryté diskriminace, dostat je do polohy nezávislosti a plnoprávných subjektů schopných z pozice partnerství rozvíjet občanskou společnost. V krátkodobé perspektivě můžeme dál postupovat drobnými kroky na plnění takových dokumentů, jako jsou Národní plán vyrovnávání příležitostí, Bílá kniha o vzdělávání a řada projektů MZ i MPSV.

V dlouhodobé perspektivě by situace ZP měla dospět do stádia, kdy těžiště naší práce bude spočívat v intervencích preventivního charakteru

- **kdy se budou uspokojovat všechny specifické potřeby těch občanů, které ještě společnost nedokáže ochránit před poškozením zraku a jeho důsledky, podpůrnými a nápravnými opatřeními vyloučí, nebo alespoň výrazně zmírní jejich handicap,**
- **kdy se na podkladě docenění multikulturality docílí inkluze ZP přirozenými cestami a případnou exkluzi bude nutné speciálně zdůvodňovat,**
- **kdy se docílí skutečně rovné podmínky pro rozvoj a učení se intaktních i ZP**
- **kdy hodnoty „být“ budou převládat nad hodnotami „mít“.**

Konkretizací těchto obecných postulátů by se měly zabývat jednotlivé sekce této konference. Tyto by se měly promítnout i do závěrů a doporučení naší konference.

BIBLIOGRAFIE:

1. Bližkovský, B.: Systémová pedagogika, Ostrava, 1992
2. Čajka, K.: Tyflopédia I., SPN, Bratislava, 1980
3. Giddens, A.: Třetí cesta, MF, Praha, 2001
4. Jesenský, J.: Andragogika a gerontagogika handicapovaných, Karolínium, Praha, 2000
5. Jesenský, J.: Tyflogické minimum a základy komplexního zabezpečení ZP, Horizont, Praha, 1988
6. Jesenský, J.: Prostor pro integraci, Comeniaconsult, Praha, 1993
7. Jesenský, J.: Základy komprehenzivní spec. pedagogiky, Gaudeamus, Hradec Králové, 2000
8. Jesenský, J.: Výběr z pedagogiky zrakovo chybných, SPN, Bratislava, 1973
9. Jesenský, J.: Nárys komprehenzivní reedukace zraku, SONS, Praha, 1999
10. Jesenský, J.: Antologie reedukace zraku I., SNS, Praha, 1995
11. Jesenský, J.: Tyflografické výzkumy a studie, SI, Praha, 1983
12. Jesenský, J.: Z výzkumů rehabilitace později osleplých, SI, Praha, 1977
13. Jesenský, J.: Uvedení do rehabilitace ZdP, Karolínium, Praha, 1995
14. Jesenský, J.: Rehabilitace ZP a způsoby její realizace, SNS, Praha, 1992
15. Keblová, A.: Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením, Praha, 1996
16. Kotásek, J.: Vize výchovy v postsocialistické škole, Pedagogika, 43, 1993
17. Květoňová-Švecová, L.: Oftalmopedie, Paido, Brno, 1998
18. Ludíková, L.: Vzdělávání hluchoslepých I., II., Scientia, Praha, 2000
19. Požár, L.: Školská integrácia detí a mládeže s poruchami zraku, Bratislava, 1996
20. Průcha, J.: Alternativní školy, Gaudeamus, Hradec Králové, 1994
21. Rýdl, K.: Alternativní pedagogická hnutí v současné společnosti, Paido, Brno, 1994
22. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese, Karolínium, Praha, 1999
23. Vítková, M.: Integrativní speciální pedagogika, Paido, Brno, 1998
24. Vítková, M. a kol.: Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení, Paido, Brno, 1999

SEKCE OFTALMOLOGIE

MUDr. Eva Bažantová

Oční lékařka – Úpice, KSP UHK

Komplexní péče o těžké a chronické oční pacienty

Nový pohled na komfort života chronicky nemocných očních pacientů s využitím pedagogických a medicínských prostředků.

Prolínání medicínských a pedagogických postupů v komplexním řešení problémů zrakově handicapovaných lidí při zpětné integraci do společnosti

Předmětem mého sdělení je zkušenost, kterou jsem si ověřila v praxi. Stále více se na mne obracejí pacienti s různě těžkým zrakovým handicapem o pomoc s řešením otázek, které souvisí s jejich zdravotním postižením. Jde však o otázky, které nelze řešit pouze medicínským přístupem. Týkají se psychické zátěže, pracovních a rodinných problémů, vlastních možností ovlivnění průběhu onemocnění atd. Jde tedy o otázky zpětné integrace do společnosti při probíhající chronické oční onemocnění, které ovšem svým průběhem neustále mění podmínky pro integraci handicapovaného člověka. Tito lidé narážejí, kromě jiného, na určitou informační bariéru, která se nalézá mezi medicínským a pedagogickým pojetím péče o oční handicapované pacienty. Pomyslná bariéra přetrvává z dob, kdy se oba vědní obory medicína i pedagogika vyvíjely paralelně a vědecké poznatky byly aplikovány izolovaně. Předkládám projekt, který má možnost propojit působení obou směrů ovlivnění situace handicapovaného člověka. Projekt má možnost rozvíjet své působení jak na úrovni vědecké, na úrovni výukové a výchovné, i na úrovni přímého působení na handicapované klienty v praxi. Jde o projekt komplexní péče o těžce postižené a chronické oční pacienty v novém pojetí spolupráce Oční léčebny Nové Zámky o. p. s. a Katedry speciální pedagogiky Univerzity Hradec Králové. Projekt má nespornou výhodu praktického vyzkoušení vědeckých metod s možností bezprostřední zpětné vazby. Při realizaci projektu jsme vycházeli z principů Evropské zdravotní strategie WHO.

Oční léčebna je zařízení, kde se již od 50. let právě proběhlého století zaměřila péče na těžce postižené či chronické oční pacienty. Vyvinutá léčebná metoda měla velké procento úspěšnosti a napomáhala navracet zrakově postižené do aktivního a produktivního života ve společnosti. To jsou motivy, které udržují myšlenku činnosti léčebny stále aktuální a potřebnou.

Spoluúčastníkem projektu je Katedra speciální pedagogiky Univerzity Hradec Králové.

Na Ústavu sociálních studií a nově vzniklé Katedře speciální pedagogiky se již od začátku 90. let budují studijní programy a obory, které jsou pro projekt nezbytné (např. obor Sociální práce nebo obor Sociálně výchovné péče o smyslově postižené). Jde převážně o bakalářské studium, což znamená velké zaměření na praxi.

Projekt je směřován převážnou měrou na dospělé pacienty s různě těžkým zrakovým handicapem.

Vychází se z poznatku, že pouze spolupráce očního lékaře a pacienta, byť na úrovni moderních poznatků očního lékařství nestačí ke zvládnutí chronického očního onemocnění.

Původní myšlenka Oční léčebny Nové Zámky, zaměřená na komplexní léčbu a rehabilitaci pacienta, založená na mezioborové spolupráci medicínských odvětví je zde rozvedena do spolupráce s obory pedagogickými a sociálními.

Jde o významný přerod v přístupu k řešení těžkých postižení a chronických onemocnění. Dosavadní způsob analýzy problému a řešení jednotlivých situací v rámci jednoho vědního oboru (zde medicíny) je zde již přiveden do formy syntézy vědeckých výsledků a postupů týkajících se stejného problému, ale nahlížených z úhlů různých společenských věd jako je speciální pedagogika, sociální pedagogika, psychologie, rehabilitologie.

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.

De facto jde o vytvoření nové systematiky v léčbě a následné péči o pacienta. Léčba pak probíhá zhruba podle následujícího schématu, kdy všechny čtyři součásti tvoří jeden neoddělitelný celek působící na pacienta.

Základními součástmi jsou čtyři procesy, na kterých se budou zúčastněné strany podílet.

Léčebná péče je zajištěna očními a interními odborníky a konziliárními mezioborovými kontakty.

Rehabilitace v medicínském pojetí je zajištěna rehabilitačním pracovníkem a psychoterapeutem.

Reedukace zraku. Jde velmi zjednodušeně o to, aby se pacient naučil z nedostatečných vjemů vytvářet co nejdokonalejší představu. Jde o maximální využívání možností vnímání a chápání. Katedra speciální pedagogiky by se podílela na praktickém prosazování moderních reedukačních a dalších pedagogických metod u chronicky nemocných a postižených.

Resocializace. Jde o opětovné začlenění do rodiny, práce, společnosti. Zde by se spolupracovalo, kromě státních úřadů, SONSu, Tyfloservisu a dalších organizací, též se studenty Ústavu sociálních studií a Katedry speciální pedagogiky.

Podstatou je aplikace veškeré péče v jednom místě a v jednom čase.

Můžeme tak tyto procesy ekonomicky zefektivnit a časově zkrátit. To je důležité jak pro obtížně se orientující zrakově handicapované, tak pro účelné užití nákladů na péči.

V oblasti diagnostiky můžeme lépe zaměřit a vyladit směry vyšetření a zamezit duplicitě nebo deficitu vyšetření.

Společné působení všech typů péče od počátku pobytu pacienta zlepší kvalitu výsledku a zkrátí nezbytnou dobu působení.

Nelze pominout výhody z možné aktuální změny postupu péče při průběžném odborném sledování pacienta.

Shromážděním handicapovaných pacientů se zlepší jejich plošná i hloubková informovanost a tím se navodí lepší spolupráce.

Důležité je pochopení toho, že chronické onemocnění nelze pouze léčit. Je nutné naučit pacienta a jeho nejbližší okolí s chronickým onemocněním žít.

Naučit se vlastním přičiněním nevyvolávat další ataky onemocnění. Uvědomit si vlastní možnosti a schopnosti ovlivnění chronického onemocnění.

Je velmi důležité položit základy změn žebříčku hodnot.

Dnešní lidé se stanou obětí chronického onemocnění často vlivem rodinného klimatu, pracovní zátěže, ale i nepřiměřeně provozované zábavě a sportu. Nepomíjím užívání alkoholu a drog.

Často se stává, že pacient žije v mylné představě zdravého způsobu života. Tato představa bývá častá u žen. Teprve v klidu oční léčebny poprvé vysadily ze svého soustavného přepínání jak v rodině, tak v práci a byly schopné si rozmyslet další způsob života.

Doufám, že jako úvodní informace toto sdělení stačilo a prosím kolegyně a kolegy, aby se zamysleli nad možnostmi, které současná společnost může poskytnout našim chronikům a které jsou již v zahraničí hojně rozvinuté. Myslím, že máme co dohánět.

MUDr. Veronika Gubková
FTN Praha

Glaukom jako jedna z nejčastějších příčin slepoty

Příspěvek se zabývá stručným přehledem patofyziologie a prevence progresu glaukomového onemocnění. Popisuje rozvoj postižení zrakových funkcí při onemocnění glaukomem.

Glaukomová ambulance očního odd. Fakultní Thomayerovy nemocnice, Praha 4

Úvod:

Problematika glaukomu se v posledních letech dostala do povědomí nejen lékařů, ale i laické veřejnosti. Je tomu tak zcela po zásluze, protože **glaukom je druhá nejčastější příčina nezvratné slepoty u lidí ve věku nad 40 let na světě**. Tento fakt sám osobě dokazuje, jak závažné a obtížně zvládnutelné je toto onemocnění.

Definice:

Definice glaukomu byla několikrát měněna a upravována, podle toho, jak se rozšiřovaly znalosti odborníků. V současné době se přikláníme k definici glaukomu jako chronického progredujícího onemocnění zrakového nervu, při němž dochází k poškození a odumírání nervových buněk sítnice a následně k ubývání až ztrátě zorného pole, v krajních případech k úplné slepotě.

Na rozdíl od věkem podmíněných degenerací centrální sítnice, kde je poškozeno centrální vidění, ale funkce periferie zůstává zachována, ztráta zraku u glaukomu je hluboká a úplná.

Příčiny vzniku glaukomu:

Glaukom je onemocnění, na jehož vzniku se podílí řada faktorů.

Stále platí, že jedním z hlavních rizikových faktorů je výška nitroočního tlaku, která u glaukomového onemocnění přesahuje **individuálně bezpečnou hranici**. Nitrooční tlak stoupá v důsledku nepoměru mezi tvorbou a odtokem nitrooční tekutiny.

Neméně důležitý je stav cévního řečiště a případně nedostatečné prokrvení sítnice a zrakového nervu.

Podíl zvýšeného nitroočního tlaku a cévní nedostatečnost se při vzniku glaukomového onemocnění v různém poměru kombinuje.

Řada dalších rizikových momentů sama o sobě onemocnění nezpůsobuje, ale významně zvyšuje pravděpodobnost vzniku onemocnění (nejrůznější oční i celková onemocnění, věk, rasa, kouření).

Dělení glaukomu:

Velmi zjednodušeně dělíme glaukomy na **primární a sekundární** (vzniklé na podkladě jiného onemocnění), které se dělí do dalších podskupin.

Primární glaukomy mohou být tzv. s otevřeným nebo uzavřeným úhlem.

Glaukom s uzavřeným úhlem se velmi často tzv. akutním glaukomovým záchvatem. Pacient přichází s bolestmi oka a hlavy, nevolností a s vysokým nitroočním tlakem. Tento stav je pro pacienta velmi nepříjemný, a pokud by měl trvat delší dobu, ohrožuje i zrak nemocného. Nezřídka se stává, že je pacient nejprve léčen pro bolesti hlavy a nevolnost na interním či neurologickém oddělení, než je určena správná diagnóza. Na druhou stranu na sebe glaukom takto upozorní a lékař včasným léčebným zásahem může zabránit závažnému poškození oka.

Mnohem komplikovanější situace je u ostatních typů glaukomu. Záludnost onemocnění spočívá v tom, že pacient dlouho nemá žádné obtíže. **Obvykle zachytíme onemocnění náhodně, při rutinním vyšetření.**

Poškození oka a zrakových funkcí u glaukomu:

Trvale zvýšený nitrooční tlak, popřípadě jeho výrazné kolísání během dne a špatné prokrvení sítnice a zrakového nervu vede k poškození a odumírání nervových buněk sítnice a nervových vláken. Tento stav se projeví změnami na zrakovém nervu, které můžeme zachytit oftalmoskopickým vyšetřením. Klinickým následkem jsou **výpady zorného pole**, zpočátku drobné, později se mohou rozšiřovat, splývat a v pokročilých nezvládnutelných případech vyústit až v úplnou ztrátu zraku.

Dispenzarizace:

Pacienty s podezřením na glaukom nebo s prokázaným onemocněním je třeba v pravidelných intervalech kontrolovat a vést důkladnou dokumentaci. Ta nám má umožnit včas zachytit případnou progresi onemocnění. Standardně sledujeme hodnotu nitroočního tlaku, stav zrakového nervu a zorného pole. V posledních letech se možnosti diagnostiky a dokumentace rozšířily o počítačové zobrazovací metody. Jejich rozlišovací schopnost je vysoká, ale vyšetření jsou náročná technicky i finančně, což nám zatím znemožňuje jejich širší využití.

Léčba glaukomu:

Stejně jako v diagnostice i na poli léčby glaukomu zaznamenala oftalmologie velký rozvoj.

V konzervativní léčbě máme možnost výběru z množství preparátů ve formě očních kapek. Účinek většiny z nich spočívá ve snižování tvorby nitrooční tekutiny, některé současně zlepšují její odtok.

Laserová léčba, ještě před několika lety velmi populární, dnes poněkud ustoupila do pozadí. Stále je však s úspěchem využívána při léčbě akutního glaukomového záchvatu, kde je její efekt výrazný a rychlý.

Chirurgicky zasahujeme v případech, kdy pacient přichází s pokročilejším nálezem nebo pokud selhává konzervativní terapie.

V zásadě platí, že léčba by měla být účinná a pacientovi co nejméně komplikovat život. Snažíme se volit lék tak, aby jej pacient nemusel aplikovat více než 2x denně.

Pokud je nutné léky kombinovat, mělo by se jednat o kombinaci maximálně dvou léků. Ne vždy je však možné dostát těmto zásadám.

Závěr:

I přes nesporný pokrok v oblasti diagnostiky a léčby glaukomu onemocnění stále zůstává závažným problémem, který vede v mnoha případech ke slepotě. Léčba i přes širokou škálu účinných látek a stále nové operační postupy u určitého procenta pacientů selhává.

Proto klademe důraz na **včasný záchyt choroby a prevenci.** V těchto případech je šance na udržení dobrých zrakových funkcí nesrovnatelně vyšší než u pokročilých forem glaukomových změn.

Literatura u autorky.

Mgr. Dagmar Moravcová, doc. MUDr. A. Filouš, CSc.

CZV FN v Motole Praha, Dětská oční klinika 2. LF a FN v Motole, Praha 5

Funkční vyšetření zraku malých pacientů v preverbálním období a pacientů s kombinovaným postižením

Funkční vyšetření zraku pacientů v preverbálním období a pacientů s kombinovaným postižením – prevence zrakové deprivace – zhodnocení funkcí, doporučení stimulačního programu – kontakt na SRP, návaznost na projekt Komplexní péče o děti s vrozeným šedým zákallem.

Klíčová slova: vizus, preferential looking, interokulární difference, preverbální období, pleoptický výcvik, zraková stimulace, zraková deprivace

Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením umožnil realizaci projektu Dětské oční kliniky 2. LF UK a FN Motol "Komplexní péče o děti s vrozeným šedým zákallem" koordinuje MZ ČR, blíže o projektu viz Česká a slovenská Oftalmologie 2000, ročník 56, č. 4. str. 258 - 261. Realizace projektu je možná díky týmové spolupráci jejich řešitelů.

Ošetřující lékař, po operaci vrozeného šedého zákalu u pacientů dále sleduje udržení volné optické osy, zajišťuje přesnou korekci refrakční vady speciálními kontaktními čočkami, řídí léčbu deprivační amblyopie a případných dalších komplikací.

Zrakové terapeutky v Centru zrakových vad prostřednictvím speciálních testů pro děti v preverbálním období " preferential looking" (spočívajících v měření fixace oka při preferenci zrakového stimulu v podobě černobíle pruhované plochy před neutrální šedou) měří co nejpřesněji vizus těchto pacientů. V případě zjištění interokulární difference upravuje ošetřující lékař korekci, okluzní režim a pleoptický výcvik, který zase zabezpečují zrakové terapeutky v Centru zrakových vad.

K testování vizu u dětí v preverbálním období máme k dispozici testy Lea Gratings, určené především do 18 měsíců věku dítěte, dále Teller Acuity Cards pro děti do tří let a Cardiff Acuity Cards také pro děti do 3 let (přechod mezi testy preferential looking a obrázkovým optotypem). K hodnocení kontrastní citlivosti používáme Heiding Heidy (karty s tváří děvčátka v rozdílném

kontrastu). Děti tříleté a starší spolupracují úspěšně na speciálních optotypech Ley Hyvärinen. Pro vyšetření a sledování vývoje vizu máme vytvořeny standardní podmínky: místnost se zatemněním, standardním osvětlením, standardní testovací vzdáleností s eliminací rušivých podnětů. Pokud testujeme vizus dítěte mimo tuto místnost použijeme k zajištění srovnatelných světelných podmínek expozimetr a vzdálenost naměříme svinovacím metrem.

Velkým problémem bývá u dětí kolem dvou let zajištění okluze při testování monokulárního vizu. Používáme náplastové okluzory, pásku a hru na piráta, případně jiné okluzory v podobě kytičky, škrabošky, zvířátka atd. K navození zájmu dítěte pro sledování tabulí volíme herní situaci s barevným ozvučeným míčkem, rolničkami, panenkami Lili a Gogo (autorek G. Jaritz a L. Hyvärinen) a dalšími vhodnými hračkami. Akceptujeme únavu dítěte (umožníme odpočinek), jeho potřeby (žízeň, hygiena), snažíme se sladit vyšetření s biorytmem dítěte a pohodlnou vyšetřovací polohou. Veškeré důležité údaje zaznamenáváme do záznamového archu. Podle grafu při opakovaných měřeních vizu může ošetřující lékař porovnat vývoj vizu a řídit další léčbu.

Pleoptická cvičení této skupiny pacientů se liší od běžných pleoptických cvičení (spočívajících na verbální komunikaci s dítětem a zrakové práci nablízko).

Protože se snažíme zabránit zrakové deprivaci amblyopického oka u malých dětí do tří let, spočívá pleoptika ve zrakové stimulaci oka slabozrakého a horšího a tím i výběru odpovídajících metod a pomůcek.

Těžiště pleoptického výcviku leží na rodičích dětí, kterým předvedeme způsob zrakové stimulace a motivace dítěte k rozvoji vizu slabšího oka. Pracujeme na světelném panelu v místnosti se zatemněním s materiálem Level I - III, se stimulačními deskami, hračkami v kontrastních barvách (černobílé, černožluté, sytě barevné, či v barvách fluorescenčních) i materiálem pro rozvoj zrakového vnímání Natalie Barraga. Většina pacientů po korekci kontaktními čočkami dosahují na lepším oku vizus nad pásmem slabozrakosti a tudíž nesplňují podmínky pro zařazení do evidence Středisek rané péče. Část pacientů k nám na zrakovou stimulaci a další rozvoj zrakového vnímání ambulantně dochází. Druhá část s námi konzultuje metody zrakové stimulace při kontrolním vyšetření na klinice.

Malé pacienty s horším vizem, v pásmu slabozrakosti, kontaktujeme na Střediska rané péče v místě bydliště. Pracovníci středisek vhodnou stimulací podpoří celkový rozvoj dítěte. Pacienty starší tří let s těžším zrakovým postižením směřujeme na Speciálně pedagogická centra, která mohou terénně podpořit výše uvedený pleoptický výcvik ve školských zařízeních a rodinách.

V Centru zrakových vad používáme speciálně vytvořených standardních podmínek, testů, materiálu pro rozvoj zrakového vnímání a pomůcek pro zrakovou stimulaci nejen k vyšetření pacientů po operaci katarakty, ale i multihandicapovaných nebo s jinými indikacemi např. pro vady refrakce, ROP, PHPV, glaukom, aniridii, kolobom, nystagmus, centrální postižení zraku a dalších. Včasné odhalení interokulární difference indikuje zahájení okluzní léčby. Neodkladná zraková stimulace je potom nejlepším předpokladem snížení dopadu zrakové deprivace, způsobené zrakovým postižením.

Protože k nám přicházejí malí pacienti s těžkým zrakovým postižením po propuštění z péče klinické, vždy hovoříme s rodiči o významu zrakové stimulace a předvedeme její techniku. Doporučíme úpravu kontrastu prostředí dítěte a výběr vhodných hraček. Nemůžeme však z titulu ambulantního zařízení zajistit terénní podporu v rodinách, která je pro zrakovou stimulaci a celkový rozvoj dítěte maximálně významná. Víáme proto možnost kontaktování našich pacientů na terénní pracoviště Středisek rané péče, která jsou schopna podporu rodiny zabezpečit a odborně vést rozvoj zrakových funkcí dítěte v období mezi kontrolními vyšetřeními u očních lékařů v Centru zrakových vad, na klinice či v místě bydliště.

MUDr. Naděžda Pavlíčková, MUDr. Helena Vorlíčková
Oční oddělení Nemocnice České Budějovice

Zkušenosti s předpisem optických pomůcek u zrakově postižených

Předepisování speciálních optických pomůcek zrakově postiženým v jihočeském regionu.

Vzhledem ke stále stoupající průměrné délce života množství pacientů zrakově postižených stoupá. Očekává se, že starší populace poroste i v dalších nadcházejících letech. Tím se také zvyšuje zájem o předpis optických pomůcek. Nabídka těchto pomůcek je závislá na sociálně ekonomickém stavu země a také vývoji sdělovacích prostředků.

Před deseti lety jsme byli s očním oddělením Nemocnice České Budějovice na návštěvě v rakouském Bad Hallu - lázeňském ústavu zaměřeném na oční choroby. Můžeme s potěšením říci, že výběr pomůcek, které jsme si tam s obdivem prohlíželi, máme nyní prakticky všechny už k dispozici pro naše pacienty.

Předepisují tyto pomůcky pro jihočeský region.

V následujících tabulkách statistika pacientů a přehled typů pomůcek, které jsme od roku 1994 předepisovali.

Rozdělení pacientů podle pohlaví		
Muži	175	41, 5 %
Ženy	247	58, 5 %
Celkem	422	100 %

Rozdělení pacientů podle věku		
do 30 let	17	4 %
do 60 let	55	13 %
nad 60 let	350	83 %

Seznam předepsaných optických pomůcek od 8. 2. 1994 do 11. 9. 2001	
lupa - zvětšení 2, 0x	1
lupa - zvětšení 3, 0x	3
lupa - zvětšení 3, 25x	1
lupa - zvětšení 3, 9x	2
lupa - zvětšení 4, 0x	152
lupa - zvětšení 4, 75x	1
lupa – zvětšení 5, 0x	30
lupa – zvětšení 5, 4x	42
lupa – zvětšení 6, 0x	77
lupa – zvětšení 7, 0x	8
lupa – zvětšení 7, 1x	18
lupa – zvětšení 8, 0x	28
lupa – zvětšení 8, 7x	1
lupa – zvětšení 9, 0x	2
lupa – zvětšení 10, 0x	13
lupa – zvětšení 12, 0x	11
lupa – zvětšení 15, 0x	3
lupa – zvětšení 20, 0x	2
Turmon	3
Dalekohledné brýle	5
lupové brýle na blízko	1
Monokulár - zvětšení 3, 0x	1
Monokulár - zvětšení 8, 0x	3
Monokulár - zvětšení 25, 0x	1

Pacienti jsou odesláni k předpisu optické pomůcky s visem 6/36 (z 80 %), do blízka nechtou tabulky Jäger č. 7 a menší. S pomůckou se visus do dálky zlepšuje asi v 30 % o dvě řádky a do blízka asi v 80 % o 2 až 3 stupně (Jäger č. 4-5).

Jaká onemocnění nejčastěji mají pacienti, kteří k nám přicházejí?

Jsou to: věkem podmíněná makulární degenerace, atrofie zrakového nervu z různých příčin vrozených i získaných, atrofie a dystrofie sítnice, degenerativní myopie, diabetická retinopatie, komplikovaný šedý a zelený zákal, který je z různých příčin nemožné operovat a podobně.

Věkem podmíněná makulární degenerace je v současné době nejčastější příčina slepoty ve vyspělých zemích. Výsledky léčby nejsou často uspokojivé a opakované konsultace v ambulancích optických pomůcek jsou jedinou možností pro tuto populaci. Největší uspokojení je dosahováno

elektronickými pomůckami, u starší populace ale již problematické. Pacienti přicházejí s tím, že nemohou číst knihy, háčkovat, plést, nevidí na televizi, nerozeznávají obličeje přicházejících osob, takže si o nich známí myslí, že je nezdraví. S použitím pomůcek stoupá zhruba v 70 % jejich spokojenost.

Zvětšovací lupy s rukojetí, binokulární lupy, stojánkové lupy jsou nejčastěji užívány nablízko, zatímco do dálky teleskopy Galileovy a Keplerovy.

Díky informovanosti se pacienti přicházejí poradit, vyzkoušet a předepsat si tyto pomůcky stále častěji, ale zdaleka nestačí jen pomůcku vlastnit. Následuje nácvik, který je obdivuhodně briskní u mladých pacientů. Ti se postaví k pomůckám velmi prakticky, velmi rychle začínají využívat možnosti pomůcky. U starších pacientů to bývá problém. Třesou se jim ruce, nemají již takovou trpělivost, jsou zvyklí používat málo osvětlení ve svých bytech, často svítí jen stropní žárovkou či stolní lampou se slabou žárovkou nebo velkým stínidlem. Záleží rovněž na výši rozumových schopností, předchozím povolání a zájmech pacienta a celkových schopnostech a zdravotním stavu pacienta vyššího věku. Jinak se staví k pomůckám hodinář a jinak pacient, který dříve četl minimálně a provozoval výhradně činnost méně náročnou na zrak. Pacienti se často doslechnou o možnosti předpisu pomůcky, nečetli ani nezabývali se jemnější prací několik let a najednou si přejí okamžitě vidět, aby to šlo samo. Setkáme se tak s pacienty, kteří sice pak pomůcky mají, jejich zrakové postižení není ještě tak rozsáhlé, ale plně ji nevyužívají, nebaví je se na čtení soustřeďovat. V jiném případě by naopak rádi četli, ale postižení center sítnice je tak rozsáhlé, že nelze těmito prostředky navodit lepší zrakové vnímání. Obraz předmětů si nejsou schopni vůbec spojit dohromady. Často je přidružena i porucha sluchu, onemocnění mozku, různé stupně demence, deprese a v těchto případech pak zisk je malý, a pokud je, tak jen za asistence druhé osoby. Nelze však brát přítomnost demence za omezení předpisu optické pomůcky, protože demence dle psychiatrů není výhradně organickým psychosyndromem, ale přidružuje se k ní řada funkčních poruch psychiky a zhoršení zraku u nich může hrát významnou roli, přítomnost druhé složky demence - z nečinnosti - se může zlepšením zraku např. pomocí optické pomůcky zmírnit neb odstranit. To platí i o rozhodování o očních operacích u těchto pacientů. Vždy by měl poradit psychiatr a psycholog o jaký stupeň demence se jedná.

Velmi také záleží na zázemí jedince, jeho zájmech o okolí, je-li pacient v kruhu rodinném neb v ústavní péči. Starší pacient, který je v dobré duševní pohodě se snaží z četby získat něco nového, informace v denním tisku apod. Na naší Jihočeské universitě třetího věku např. nyní studovalo 25 studentů věku 60-80 let s živým zájmem o dění, dokonce se naučili na počítači a vyhledávají si témata ke svým pracem. V těchto případech optická pomůcka padne na úrodné pole.

Nové milénium přináší nové technologie optických pomůcek někdy přímo, jakoby vstoupily rovnou ze science fiction mezi nás. Pacient může z toho jediné získat a jeho způsob života se může využitím optické pomůcky obohatit.

Zdůraznila bych, že nejdůležitější je instruovat pacienty zrakově postižené, jak pomůcky využívat. Je potřeba týmové práce, s pomocí rodinného zázemí, Tyfloservisu, pečovatelské služby, psychologů a psychiatrů, rehabilitačních pracovníků, aby se zajistila maximální nezávislost a kvalita života těchto pacientů.

MUDr. Stanislav Rodný (IN MEMORIAM)

CZV FN v Motole, Praha

Výsledky předepisování speciálních optických pomůcek v Centru zrakových vad

Výsledky předepisování speciálních optických pomůcek v Centru zrakových vad, přehled výsledků za poslední období.

Centrum zrakových vad FN Motol (CZV) představuje středisko komplexní péče o pacienty se zrakovým postižením všech věkových kategorií, jediné svého druhu v ČR.

Již téměř 60 let se toto samostatné pracoviště stará o pacienty se zrakovým postižením a v současné době v něm pracuje tým zkušených odborníků v oborech: oftalmologie, lékařské genetiky, klinické psychologie, zrakové terapie, speciální pedagogiky, sociálního a profesního poradenství a oční optiky, ve spolupráci se zkušeným týmem zdravotních sester.

CZV poskytuje svým pacientům tyto služby:

1. Precizní oftalmologické vyšetření, v mnoha případech superkonziliární, oftalmology se zkušenostmi v problematice těžce zrakově postižených.
2. Vyzkoušení a předpis speciálních optických pomůcek v prakticky kompletním sortimentu číselníku VZP – což činíme jako jediné pracoviště v ČR.
3. Vyzkoušení elektronických (tzv. televizních) zvětšovacích pomůcek - jak kamerových, tak i počítačových, včetně vystavení příslušných doporučení.
4. Nácvik dovedností nutných k efektivnímu využívání optických a elektronických pomůcek, prováděných v zahraničí vyškoleným zrakovým terapeutem s více než desetiletou praxí v oboru.
5. Nácvik schopností přizpůsobit běžné denní činnosti úbytku zrakových funkcí, doporučení na úpravu pracovního a domácího prostředí.
6. Stimulaci zraku dětí s těžkým a kombinovaným zrakovým postižením, poradenství o rané péči.

7. Specializované funkční vyšetření zraku u obtížně vyšetřitelných pacientů (v preverbálním období, kombinovaně a neurologicky postižených).
8. Statickou perimetrii na počítačovém perimetru Humphrey prováděnou pacientům z celé FN v Motole (oční, neurologická klinika, onkologie atd.) a pacientům privátních spádových očních lékařů.
9. Genetické poradenství prováděné jediným oftalmogenetikem ve střední Evropě pro zrakově postižené a jejich rodiny. V rámci genetické konzultace se řeší otázka genetického rizika opakování zrakové vady u potomků pacientů se zrakovým postižením, včetně komplexní prenatální péče u těhotných se zrakovou vadou.
10. Psychologickou diagnostiku a psychoterapii dětí a dospělých se zrakovým postižením poskytovanou klinickým psychologem specializovaným na oftalmologickou problematiku. Součástí programu je i podpora jejich rodin a nabídka stimulačních programů.
11. Sociální služby – řešení specifických sociálních problémů souvisejících se zrakovým postižením.
12. Speciálně pedagogické poradenství o vhodném vedení, typu a způsobu vzdělávání, kontakty na školy a speciálně pedagogická centra pro děti se zrakovým postižením
13. Profesní poradenství – doporučení nejvhodnějšího pracovního uplatnění, zprostředkování kontaktu na rehabilitační a rekvalifikační pracoviště.
14. Návaznost na specializovaná pracoviště organizací nevidomých a slabozrakých, zejména na střediska rané péče a krajská střediska Tyfloservis
15. Služby specializovaného očního optika (optometristy), který zajistí co nejrychlejší obstarání předepsané pomůcky přímo na našem pracovišti.

Všechny uváděné služby jsou poskytovány týmem vysoce specializovaných, odborně dobře fundovaných pracovníků, nadšených pro danou problematiku. Specifičnost a unikátnost pracoviště tkví i v tom, že všechny výše uvedené služby jsou poskytovány na jediném místě. Tato komplexní péče je ceněna i našimi odbornými zahraničními hosty.

**prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc., MUDr. V. Korda,
MUDr. E. Rencová, Mgr. Marek Šimůnek**
FN Hradec Králové (Rozsival, Korda, Rencová),
Tyfloservis o. p. s. (Šimůnek)

Implantabilní nitrooční teleskop – roční zkušenosti

Nitrooční teleskop (IMT – VISION CARE) je nová možnost pomoci pacientům s makulární degenerací. Indikace: stabilizovaná suchá forma degenerace makuly, visus 3/60 - 6/36, zlepšení visu s teleskopem, motivovaný pacient. Operace provedena u čtyř pacientů. S ročním odstupem lze konstatovat, že u tří ze čtyř se zlepšil visus do blízka i do dálky. Všichni nemocní jsou s výsledkem operace spokojeni. Nutná je komplexní edukace používání zraku po operaci. Autoři doporučují všem, kteří se s takovými nemocnými setkávají, aby na novou možnost pomoci mysleli.

MUDr. Tomáš Sosna, CSc.

Oční oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice
Oční ambulance centra diabetologie IKEM, Praha

Diabetická retinopatie a věkem podmíněná makulární degenerace – nejčastější příčina slepoty ve vyspělých zemích

Přednáška se zabývá patofyziologií, projevy a možnostmi prevence diabetické retinopatie a věkem podmíněné makulární degenerace, které jsou nejčastějšími příčinami slepoty pacientů ve vyspělých zemích. Podává stručný obraz diagnostických a terapeutických postupů při léčbě a prevenci tohoto závažného oftalmologického problému. Srovnává důsledky těchto onemocnění na zrakové funkce.

Úvod:

Zatímco šedý zákal – katarakta je nejčastější příčinou slepoty v rozvojových zemích, je **diabetická retinopatie** (DR) nejčastější příčinou slepoty v téměř všech vyspělých zemích. (*Katarakta je ale pouze příčinou relativní, neboť je možné ji operativně odstranit a po operaci je zraková ostrost normální. V rozvojových zemích můžeme hovořit o slepotě ekonomické.*) Nárůst slepoty následkem DR je dosud stálý a dramatický. V USA se odhaduje, že více než 50 000 osob je slepých následkem DR. Každý rok jich přibývá kolem 8000! Podobný stav je i v Anglii, kde 10 až 11 000 pacientů osleplelo následkem DR, a ročně jich přibude téměř 1000. V České republice bylo v roce 1999 téměř 2000 slepých diabetiků. Přes veškeré vynaložené úsilí světových zdravotnických organizací v programech Saint Vicentské deklarace či v americkém programu Diabetes 2000 se nedaří toto oslepující onemocnění eliminovat. Pouze Island, Švédsko a Dánsko zaznamenalo v minulém roce pokles množství slepých diabetiků následkem DR.

Obdobným závažným problémem je i **zelený zákal – glaukom**. o jehož problematice se zmiňuje další příspěvek dr. Gubkové.

Obě tato onemocnění mohou skončit praktickou nevidomostí tj. zrakovou ostrostí pod 3/60 či skutečnou nevidomostí tj. zrakovou ostrostí pod 1/60.

Třetí nejčastější příčinou poklesu zraku je „**věkem podmíněná makulární degenerace**“ (VPMD) sítnice. Toto onemocnění však většinou nevede k úplné slepotě, ale spíše k těžké slabozrakosti tj. ztrátě centrálního vidění a zrakové ostrosti 6/60 až 3/60.

V našich sděleních chceme popsat tato onemocnění, jejich příčiny i možnosti léčby a zdůraznit jejich prevenci.

Diabetická retinopatie (DR)

Přes všechny pokroky, které byly učiněny v prevenci, diagnostice i léčbě DR je to onemocnění ve svém průběhu velmi nevypočitatelné.

Laserová terapie, která je v podstatě destruktivní a mutilující metoda, zůstává i po 40 letech stále jedinou efektivní léčbou DR.

Velký krok dopředu udělala vitreoretinální chirurgie, která se však bohužel může zabývat až pokročilými, komplikovanými formami DR.

Přáním každého oftalmologa by bylo, aby k těmto zákrokům nedocházelo a léčba s jistými výsledky byla použita již v počátečních stádiích. K tomu pomůže i včasná diagnostika, protože DR je ovlivnitelná mnohdy již v asymptomatickém období. Podstatou nevypočitatelnosti průběhu DR a případně nepříznivých výsledků její léčby je velké množství vlivů, které na ni působí. Jejich vzájemné interakce jsou dosud předmětem zkoumání. Možnost přesnějšího definování rizikových i protektivních extraokulárních a okulárních faktorů povede zřejmě k lepším výsledkům prevence i terapie. **Prevence a léčba DR neleží ale výhradně v rukou oftalmologa. Vyžaduje nejtěsnější spolupráci s internistou -diabetologem. Jen tak je možno zajistit optimální terapii, která se musí řídit současnými vědomostmi a dostupnými prostředky.**

Termíny vyšetření diabetiků

Vzhledem k závažnosti DR je nezbytně nutné, aby byl diabetik **pravidelně** odeslán na oční kontroly!

Patogeneze onemocnění

Patogenezi je diabetes 1. a 2. typu výrazně rozdílný. Přesto je zřejmé, že pro oba tyto typy musí existovat základní a společný faktor, který je zodpovědný za vznik a rozvoj DR.

Tímto společným a nepochybným patologickým agens je **hyperglykémie**.

Hyperglykémie má za následek tři základní změny, které jsou charakteristické pro DR. Je to kapilární **hyperpermeabilita** spojená s kapilární dilatací, **vaskulární okluze a formace novotvořených cév**.

Klinická patologie diabetické retinopatie

Mikroaneuryzmata (MA) kapilár jsou považována za základní projev diabetické retinopatie, i když je nacházíme i u jiných onemocnění. Pro oftalmologa jsou důležitá z několika důvodů. Jsou vyšetřením snadno prokazatelná, vedou ke vzniku edému sítnice a prstencovitě uloženým tvrdým exsudátům. Jsou indikátorem ischemických zón sítnice které obkružují ve shlucích.

Jsou to okrouhlé, tmavě červené tečky. Jejich velikost kolísá. Příčina jejich vzniku je nejasná. Pravděpodobně vznikají v místech, kde je cévní stěna ztenčená. Je ale možné, že se jedná o primární pokus o revaskularizaci ischemických zón.

Hemoragie

Podle uložení v sítnici rozlišujeme hemoragie intraretinální a subretinální, dále pak preretinální a vitreální.

Mají různý charakter od tečkovitých po plaménkové, skvrnité až po difúzní. Preretinální hemoragie mají meniskovitý tvar a pokud jsou uloženy v oblasti centra, makuly, mohou významně zhoršit zrakovou ostrost. Hemoragie může způsobit vitreální krvácení. Častější příčina vitreální hemoragie, tedy vylití krve do sklivce je ale krvácení z novotvořené cévy. Hovoříme o tzv. **hemoftalmu** ten vede k závažnému poklesu zrakové ostrosti pacienta.

Exsudáty

Tvrdé exsudáty nejsou charakteristické jen pro DR, nalézáme je např. u hypertenze. Jsou to uloženiny lipidů a proteinů v různých vrstvách sítnice a doprovází je množství aktivních makrofágů. Jsou jedním ze základních znaků klinicky signifikantního makulárního edému (CSME). Při vyšetření očního pozadí mají zářící, žlutavý charakter. **Měkké vatovité exsudáty** byly považovány za charakteristický projev DR, ale nacházíme je i u jiných onemocnění. Vznikají následkem arteriolárních okluzí, a histochemicky jde o axoplazmatickou stázu.

Venózní abnormality

Hovoříme také o **diabetické flebopatii**. Je známkou progresu DR. Jsou dobře patrné na očním pozadí. Projevují se dilatacemi žilních segmentů dále reduplikací žil a jejich atypickými kličkami.

IRMA - intraretinální mikrovaskulární abnormality

Tento výraz používáme pro obecný popis patologicky změněné kapilární sítě. Jsou to dilatované spojky mezi diabetem poškozenými arterioly a venulami. Někteří autoři je považují za intraretinální neovaskularizace.

Ischémie střední periferie sítnice

Dalším znakem progredující DR je ischémie střední části periferní sítnice. Pokles až vymizení kapilární perfúze výrazně ohrožuje oko vznikem neovaskularizací.

Neovaskularizace

Nejzávažnější komplikací DR jsou novotvořené cévy. Z hlediska jejich polohy rozeznáváme **neovaskularizace preretinální**. Ty se vyskytují kdekoli

na sítnici. Objevují se na okrajích neperfundovaných zón. Derivují se především z retinálních žil, ale mohou vzniknout i z arteriál.

Dalším typem jsou **neovaskularizace epipapilární**. Vznikaly na papile zrakového nervu nejčastěji při snížené perfúzi více než 1/4 sítnice. Tyto neovaskularizace, pokud proniknou do sklivce, jsou prognosticky špatným znakem. Tahem polotekutého, kolabujícího sklivce může dojít k roztržení novotvořené cévy a k hemoftalmu. Oba uvedené typy může doprovázet fibrózní tkáň. Tento proces vede nezřídka k trakci, odchlípení sítnice a následně ke slepotě.

Diabetická makulopatie

Poškození makulární krajiny u pacientů s diabetem vede k výraznému porušení zrakové ostrosti. Je nejčastější příčinou poklesu zraku u diabetiků 2. typu. Je způsoben abnormální permeabilitou kapilár v oblasti žluté skvrny - makuly.

SOUČASNÁ ZÁKLADÍ KLASIFIKACE DIABETCKÉ RETINOPATIE

Diabetickou retinopatii hodnotíme podle množství, rozmístění a pokročilosti jednotlivých změn na sítnici. V zásadě ji dělíme na formu neproliferativní a proliferativní (NPDR a PDR). Obě tyto formy může doprovázet makulární edém, který je nejčastější příčinou poklesu zraku NPDR (u diabetiků 2. typu).

Léčba

Zvládnutí diabetické retinopatie je založeno především na její prevenci a optimální kontrole diabetu a nejzávažnějších rizikových faktorů.

Farmakologická terapie je stále diskutovanou otázkou. Nejčastěji používaným lékem je dobesilan vápenatý (Danium, Doxium, Dobica). Mezi lékaři v současné době nabývá velké obliby extrakt Ginkgo Biloba. Lék obsahující flavonoidové glykosidy a terpenické laktony. Lék má vasodilatační a mírně antiagregační účinek především vlivem na PAF (platelet activity factor). V experimentálních pracích pouze na modelech zvířat je zaznamenána určitá protektivita endotelových buněk těmito látkami.

Použití medikamentózní terapie bude jistě dlouhodobě velmi diskutovaným problémem. Léčba nikdy není kauzální. Je na oftalmologovi zda se pro ni rozhodne, a kdy. V žádném případě nemůže a především nesmí suplovat léčbu laserem.

Laserová léčba

Laserová léčba, patřící do rukou zkušenému oftalmologovi je v současné době již všude dobře dostupná. Indikaci k této léčbě určuje oftalmolog. Postup, který k léčbě zvolí, závisí na typu diabetu a stupni diabetické retinopatie a do značné míry i na jeho zkušenostech. Někdy indikuje před laserovou terapií

fluorescenční angiografii (FAG). Mechanismus účinku laserové koagulace není zcela jasný. Principem je pravděpodobně destrukce hypoxické tkáně, redukce spotřeby kyslíku v periférii a tím lepší oxygenace centra sítnice a zrychlení průtoku v její neošetřené části, vznik nových metabolických spojení mezi chorioideou a sítnicí v poškozeném RPE, atd. Jako každá invazivní terapie má svá rizika, se kterými musí lékař, ale i pacient počítat.

Laserová terapie je indikována u středně pokročilé a pokročilé formy neproliferativní DR. Dále pak u klinicky signifikantního makulárního edému a u počínající proliferativní DR.

Pacient musí být informován o tom, že je to jediná možná terapie, která je s vysokou pravděpodobností (ne 100 %) schopna **stabilizovat** DR. **Není ale schopna zlepšit zrakovou ostrost!!!** Laserová léčba je destruktivní a do jisté míry i mutilující zákrok. Bylo by optimální, kdyby se nám dobrou kompenzací vždy zdařilo tento zákrok co nejvíce oddálit.

Vitrektomie

Pokročilá proliferativní DR, hemoftalmus a odchlípení sítnice patří do rukou zkušeného vitreoretinálního chirurga.

Vzhledem k tomu, že je vitrektomie zákrokem, který se zabývá převážně velmi pokročilými stádii DR, jsou i výsledky těchto operací tím do značné míry limitovány.

Prevence

Dlouhodobé studie upozorňují na to, že základem prevence a léčby je dobře kompenzovaný diabetes (HbA_{1c} - do 7, 0 %), glykémie kapilární preprandiální do 6, 0 mmol/l, postprandiální do 9, 0 mmol/l, dobře korigovaná hypertenze (130/85) a optimální hladiny a cholesterol 4, 8 mmol/l, triacylglyceroly 1, 7, HDL více než 1, 2 a LDL do 3, 0 mmol/l

Závěr

Diabetická retinopatie zaujímá v oftalmologii obdobné postavení jako ICHS ve vnitřním lékařství. Naše znalosti patogeneze jsou již ale na takové úrovni, že můžeme do značné míry ovlivnit vznik i průběh tohoto onemocnění. Dobrá kompenzace diabetu, hypertenzní choroby, lipidového metabolismu může velmi zásadně ovlivnit vznik a průběh tohoto onemocnění. Stejně tak včasná laserová terapie může stabilizovat DR. I pokroky ve vitrektomii jsou velmi slibné, ale naší snahou musí být eliminovat vznik terminálních stádií DR. K tomu by měla pomoci i těsnější spolupráce mezi diabetology a oftalmology.

Doporučená literatura:

Sosna T., Bouček P., Fišer I.:

Diabetická retinopatie diagnostika, léčba, prevence (Praha 2001)

Věkem podmíněná makulární degenerace sítnice (VPDM)

Jak již bylo v úvodu tohoto sdělení řečeno je VPDM dalším závažným oftalmologickým problémem. Světové zdravotnické organizace uvádějí, že je toto onemocnění nejčastější příčinou poklesu zrakové ostrosti u lidí starších 60 let. Odhaduje se, že 2, 5 milionu lidí ve vyspělých zemích trpí tímto onemocněním a ročně jich přibývá více než 200 000.

Makula je centrální část sítnice, která je zodpovědná za tak zvané **centrální vidění**. Makulární vidění je potřebné k činnostem jakým je čtení, řízení motorového vozidla, sledování televize apod. (Hovoří se o tzv. slepotě „*straight ahead*“.)

Vliv tohoto onemocnění na zrakovou ostrost kolísá od lehké slabozrakosti až po slabozrakost těžkou. Na rozdíl od předchozích onemocnění je ale téměř vždy zachováno periferní vidění, které nemocnému umožňuje orientaci v prostoru a základní činnosti, tak že **je nemocný soběstačný**.

Typy věkem podmíněné makulární degenerace

Téměř 90 % nemocných má tzv. suchou atrofickou formu VPMD. Ta je charakterizována ztenčením – atrofií makulární oblastí sítnice. Vyvíjí se velmi zvolna. Nemocný si jí uvědomuje především při čtení. Většinou své potíže charakterizuje jako rozpadající se a pokroucené řádky občas i s výpadem písmen.

Druhým typem tohoto onemocnění je tak zvaná vlhká, exsudativní forma VPMD. Vzniká na podkladu abnormálního růstu cév pod makulární krajinou. Tyto cévy mají volnou strukturu stěny a dochází k prosakování – extravazaci - krevního séra a krevních elementů do okolní sítnice. Tento typ onemocnění je provázen poměrně rychlým poklesem zrakové ostrosti. Vždy je doprovázen rozsáhlým centrálním skotomem, výpadem v zorném poli. Tento typ onemocnění má výrazný vliv na zrakové funkce.

Příčiny onemocnění

Patogenetickým podkladem je, jak již sám název napovídá, stárnutí sítnice. Předpokládá se především vliv volných radikálů na apoptotické mechanismy sítnicových buněk. Věkem podmíněné snížení antioxidační schopnosti sítnice pak vede k následné degeneraci světločivných elementů.

Je znám i geneticky podmíněný výskyt tohoto onemocnění. Předpokládá se vliv ultrafialových paprsků na vznik a průběh tohoto onemocnění.

U pacientů s dalekozrakostí je toto onemocnění významně častější. Nepochybný je i vliv zánětlivých onemocnění především na suchou formu VPMD.

Léčba

Pokud se onemocnění objeví, **hlavním cílem léčby je stabilizace**. U **atrofické formy** onemocnění se používají především vazoaktivní látky,

vitaminy především skupiny A a E, a antioxidantia. Doporučovány jsou i větší dávky zinku, který je jako hlavní minerál obsažen v sítnici a to v koncentraci mnohonásobně vyšší než je běžné jinde v těle.

U **vlhkých forem** tohoto onemocnění se používá k destrukci novotvořených cév laser a v poslední době tzv. fotodynamická terapie. (PDT). Tato léčba předpokládá destrukci novotvořených cév pomocí látek aktivovaných v cévách světelnými paprsky.

Ani jeden z uvedených léčebných postupů však nemá absolutní výsledky.

Stejně tak prevence, která spočívá především v dietetickém režimu, není zárukou ochrany před tímto onemocněním. Jistě zajímavé jsou výsledky studií, které poukazují na vysoké riziko kouření a proti tomu na nižší riziko vzniku VPMD u jižních národů s vyšší spotřebou především červeného vína.

Závěr

Ačkoliv toto onemocnění nemá tak destruktivní účinky na zrakovou ostrost jako DR a glaukom, je závažným civilizačním problémem. Součástí řešení tohoto problému je péče o tyto nemocné a snaha jejich rehabilitaci.

Literatura u autora

**SEKCE PSYCHOLOGIE ZRAKOVĚ
POSTIŽENÝCH**

PhDr. Irena Jílková
CZV FN Motol, Praha

Možnosti psychologické péče o těžce zrakově postižené

Sledování vývoje, vývojová diagnostika a stimulace vývoje u těžce zrakově postižených dětí, integrace zrakově postižených do běžných škol, pomoc a podpora rodinám s těžce zrakově postiženým dítětem – rodinná terapie, volba povolání u zrakově postižených, psychologická pomoc při náhlé ztrátě zraku, spolupráce se SRP, se SPC a se speciálními školami pro zrakově postižené.

Centrum zrakových vad znají někteří pamětníci pod názvem Oftalmopedický ústav, později přejmenovaný na Ústav pro nápravu zrakových vad. Od června 1996 nese název Centrum zrakových vad. Je jediným zdravotnickým ambulantním zařízením s komplexní péčí pro těžce zrakově postižené jedince v České republice. Bylo a je součástí Fakultní nemocnice v Praze 5 - Motol.

V rámci komplexních ambulantních služeb pro zrakově postižené nabízí i psychologickou péči. V současnosti vlivem postupné privatizace a možností volby lékaře již nemá centrální evidenci těžce zrakově postižených jako kdysi, takže není v dnešní době možné ani zjistit přesný počet těžce zrakově postižených.

Díky řadě služeb a možností nabídky speciálních optických a elektronických pomůcek pečuje o zrakově postižené ze všech koutů republiky i funguje jako konzultační středisko. Kromě výběru a předpisu speciálních optických pomůcek, výběru a doporučení vhodných elektronických pomůcek nebo dalších kompenzačních pomůcek je možné si zde zajistit specializovaná oční vyšetření, genetické vyšetření u oftalmogenetika, sociální poradenství, speciálně pedagogické poradenství, nácvik speciálních zrakových dovedností a schopností zacházet s novou kompenzační pomůckou za pomoci zrakových terapeutů, psychologickou diagnostiku a psychoterapii - individuální či rodinnou. Služeb CZV využívají speciální školy pro zrakově postižené, střediska rané péče pro zrakově postižené, absolventi speciálních škol pro zrakově postižené a také děti a dospělí, kterým vlivem očního či jiného onemocnění začnou ubývat zrakové funkce a potřebují pomoc se s touto situací vyrovnat a integrovat do škol v bydlišti, znovu nalézt vhodné zaměstnání čili začlenit se opět do společnosti.

Jako psycholog patřící do týmu CZV pečuji jak o děti, tak o dospělé (od narození až do úmrtí), pokud psychologickou pomoc potřebují.

Co může psycholog těžce zrakově postiženým nabídnout?

Nejčastěji požadovanou je psychologická diagnostika a to zejména vývojová, tj. zda vývoj odpovídá danému věku, jaké je možno poskytnout vzdělání, zda a za jakých podmínek je možno dítě integrovat do školy v místě bydliště. U dětí s opožděným a nerovnoměrným vývojem připravujeme se speciálními pedagogy stimulační program pro rozvoj zrakových funkcí i pro stimulaci celkového rozvoje v jednotlivých oblastech, tj. v oblasti řeči, jemné i hrubé motoriky, grafomotoriky, sebeobsluhy, sociálních dovedností apod.

Kromě podpory a provázení rodiny vývojovými úskalími nabízím řešení formou rodinné terapie krátkodobé či dlouhodobější až do vyřešení problému. V případě potřeby poskytuji psychoterapii individuální. Nedílnou součástí psychologické pomoci je i směřování a volba povolání či nová profesionální orientace.

Zvláštní kapitolu tvoří psychologická pomoc při vyrovnávání se se ztrátou zraku či postupným oslabování zrakových funkcí. Je důležité vědět, v jaké fázi vyrovnávání 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. Délka jednotlivých fází vyrovnávání se se zrakovým handicapem je velmi variabilní, u každého postiženého je to individuální záležitost. Ale nejen z důvodu zrakového handicapu se lidé dostanou do krizové situace, často je spolu s onemocněním, s vrozenou vadou či úrazem na oku postihnou i další těžkosti či životní útrapy - ztráty partnera, blízkých, ztráta zaměstnání. Psycholog je ten, kdo poskytne krizovou intervenci a nabídne perspektivu či další směřování na odbornou pomoc.

Pro psychologickou pomoc těžce zrakově postiženým je důležité znát přesnou oční diagnózu, zda jde o onemocnění stacionární či zda má vývoj a jaká je jeho prognóza, proto je nezbytná úzká spolupráce s ošetřujícím očním lékařem i lékařem obvodním. Postoj postiženého k vlastnímu onemocnění je rovněž rozhodující pro psychologickou péči.

Psycholog potřebuje spolupracovat nejen s rodinou či dalšími blízkými zrakově postiženého, ale i s ostatními odborníky, kteří pomáhají zrakově postiženému. Jako psycholog potřebuji znát, jak vyšetřovaný využívá zrakových funkcí, jaké používá kompenzační pomůcky, abych mohla předkládat vhodně upravené testové metody a abych špatnou volbou metod či neadekvátní interpretací vyšetřovaného nepoškodila.

Psychodiagnostických metod pro těžce zrakově postižené je jen poskrovnu, neboť standardizace takových metod je realizačně náročnější pro velkou variabilitu zrakových postižení, stejná diagnóza má zpravidla různou úroveň zrakových funkcí. Přitom je třeba zrakově postižené posuzovat dle vývoje těžce zrakově postižených. Vývoj zcela nevidomého dítěte má své charakteristické zvláštnosti. Proto pomáhá při psychologickém vyšetření i dlouhodobější zkušenost z práce se zrakově postiženými.

Ti, kdo pracují se zrakově handicapovanými, vědí, o jak velké množství informací zrakově handicapovaní přicházejí při ztrátě funkcí tohoto smyslu (u člověka jde většina informací přes zrak) a jak těžké je zrak kompenzovat ostatními smysly. Některé informace zachytit jinak ani zprostředkovat nelze.

Při tak velkém věkovém rozpětí našich klientů nemohu řešit veškeré psychologické problémy, např. manželské problémy, řešení partnerských vztahů, některé problémy starých lidí apod., proto jim většinou poskytnu krizovou intervenci a snažím se je směřovat ke kolegům specializovaným na tyto problémy. Ti však většinou nemají vůbec zkušenost se zrakovým handicapem. Bylo by dobré, kdyby se někdo z psychologů začal více této problematice u zrakově postižených věnovat.

Vzhledem k tomu, že na centru jsem jako psycholog sama, cítila jsem potřebu setkávání se s kolegy, kteří pracují se zrakově postiženými, a tak od roku 1996 pravidelně 2 - 3 krát do roka pořádám semináře s různým zaměřením - přednášky na určité téma, kazuistiky. Je to zároveň možnost setkat se a vyměnit si zkušenosti.

Naše pracoviště předává své zkušenosti i studentům z vysokých škol - medikům, optometristům, speciálním pedagogům, psychologům. V současnosti mívám klinický seminář pro obor psychologie - speciální pedagogika.

V této konferenci vidím i příležitost pro další výměnu zkušeností, navázání nových kontaktů s odborníky a kolegy, kteří chtějí co nejvíce kvalifikovaně pomáhat těžce zrakově postiženým.

PhDr. Klára Konvičková, Ph. D, PhDr. Zbyněk Galvas

Gymnasium pro ZP, konzervatoř a ladičská škola pro ZP, Praha, Tyfloservis, o. p. s.

Prevence sociálně patologických jevů na středních školách pro zrakově postiženou mládež

Referát podává základní informace o projektu realizovaném od roku 2000 na pražských středních školách pro nevidomé a slabozraké. Autoři programu založeného na tréninku sociálních dovedností, jež vychází z principu sociálního učení, staví na hypotéze, že přechod na střední školu je pro zrakově postiženého v mnoha ohledech náročnější a psychicky více zatěžující než pro jejich intaktní vrstevníky.

Celý program je zaměřen na cílovou skupinu těžce zrakově postižené populace na prahu adolescence. Vycházíme z předpokladu, že slabozraký či nevidomý student přicházející do nového prostředí střední školy ve velkoměstě se setká s řadou problémů souvisejících s potřebou adaptace na toto prostředí, nový způsob výuky, život na internátě (pro některé), kontakt s novými osobami své vrstevnické skupiny s různě širokým spektrem sociálních zkušeností a dovedností. Osoby na krajních pólech tohoto spektra se pak mohou stát buďto předmětem obdivu a nereflektovaného napodobování nebo nezájmu kolektivu - vytlačeny na periferii by se případně mohly stát obětí šikanování nebo jiné sociální patologie. (Drogová závislost, kriminalita, náboženské sekty.)

Hlavním cílem programu je přispět k sebepoznání účastníků, k jejich přiměřenému sebeocenení a k rozvoji sociálních dovedností, které jim napomáhají účinněji vstupovat do sociálních interakcí, setrvávat v nich a náležitým způsobem je ukončit. V současnosti, kdy se radikálně mění hodnotová orientace společnosti je velmi nesnadné, zvláště pro osoby handicapované, nalézt své zakotvení a místo ve variabilních a mnohdy nestabilních sociálních situacích.

Předložený program vychází z teoretické báze aktivního sociálního učení a je určen pro studenty Gymnázia, Obchodní akademie a Obchodní školy pro zrakově postiženou mládež a studenty Konzervatoře a Ladičské školy Jana Deyla v Praze. Program byl dosud realizován skupinovou formou v prvních ročnících zmíněných škol, s možností využití určitých aspektů zákonitostí vrstevnických skupin. V současné době zpracováváme projekt, který by vytvořil

teoretické předpoklady pro realizaci započatého programu v průběhu dalších let studia až do jeho ukončení ve čtvrtém ročníku.

Program byl sestaven na základě běžně užívaných metod a technik, které byly tvůrci programu modifikovány pro potřebu těžce zrakově postižených dospívajících. Zrakově postižení řeší v období dospívání stejné vývojové úkoly jako jejich vrstevníci, avšak toto řešení je výrazně determinováno způsobem prožívání handicapu a mnohdy i minulými traumaty, které si dospívající postižení často přinášejí z dětství. Tyto skutečnosti pak výrazně omezují a mění způsoby jejich sociální interakce, takže se nezřídka stávají obětmi a výjimečně i pachateli sociálně patologických činů.

Na základě dosud uvedeného pak jasněji vystupují konkrétní cíle programu:

- vytvoření základních předpokladů pro následný rozvoj sociálních dovedností
- pomoc při adaptaci na nové výchovně vzdělávací prostředí
- vytvoření prostoru pro lepší vzájemné seznámení studentů z jednotlivých tříd pomocí posílení skupinové koheze a kooperativních technik s možností využití zpětnovazebných mechanismů
- vytvoření předpokladů pro adekvátní sebeprosazení ve vrstevnické skupině i ve společnosti
- posílení dovedností adekvátně zvládat konfliktní situace

Z konkrétních sociálních dovedností jsme se zaměřili především na následující:

- naslouchání a pochopení názorů, přání a požadavků jiných
- představení a obhájení svého názoru vhodným způsobem
- společné plánování a realizace činností
- hledání společných řešení
- předcházení vznikajícím konfliktům v jejich zárodku, řešení již existujících konfliktů

Pro ilustraci uvádíme příklad průběhu úvodního čtyřdenního soustředění pro studenty prvních ročníků. Práce probíhala střídavě v jedné velké skupině i v menších skupinách s měnícími se účastníky v prostředí internátu speciální školy.

První den programu byl zaměřen na vzájemné seznámení se studentů z jednotlivých tříd, kteří doposud vstupovali do kontaktu v omezené míře nebo vůbec ne. Skupinová dynamika byla také po celou dobu programu ovlivněna již existujícími vazbami mezi některými studenty, kteří společně absolvovali základní školu. My jsme sledovali cíl poznat účastníky programu v sociálních interakcích, vytvořit vzájemný rámec důvěry mezi studenty a námi a v případě potřeby jim nabídnout též individuální psychologickou pomoc. Již v počátku

programu si jeho účastníci prakticky samostatně stanovili vhodná pravidla pro jeho průběh. V rámci těchto pravidel studenti vyjádřili názor, že by pro ně bylo obtížné otevřeně se projevovat za přítomnosti pedagogických a výchovných pracovníků školy, proto jsme ustoupili od dříve zamýšlené spolupráce s některými pedagogickými pracovníky v rámci programu. Dále vyjádřili silnou obavu, aby některé skutečnosti důvěrnějšího charakteru nebyly sdělovány mimo rámec skupiny – a to jak vůči pedagogům, tak i vůči spolužákům z jiných tříd a na internátě. My sami považujeme důsledné respektování těchto pravidel pro možnost další spolupráce se skupinou za velmi důležité. Následně jsme věnovali pozornost technikám zaměřeným na vytvoření si jiného úhlu pohledu na sociální realitu.

Druhý den byl zaměřen na usuzování a jednání ve vztazích, srovnávání ideálů a skutečnosti a na posílení schopnosti najít společné řešení. Konkrétně jsme se zabývali mimo jiné tématem partnerských vztahů a vztahů s rodiči.

Třetí den byl zaměřen na práci s příběhem jako prvem, který odhaluje pohled účastníků na autoritu, prohlubuje morální usuzování a vztah k životním hodnotám. Mimo jiné jsme se zabývali vysoce aktuálním tématem drogové závislosti a asociálního jednání. V malých skupinách jsme diskutovali o přátelských vztazích.

Čtvrtý den studenti projevili zájem o problematiku práce psychologa a kladli četné dotazy týkající se pracovní náplně a etických aspektů naší profese. Závěr byl také věnován hodnocení programu samotnými účastníky a vzájemnému poskytování zpětné vazby. Kromě diskuse byli účastníci vyzváni k písemnému vyplnění anonymní ankety. Převážná většina účastníků hodnotila vysoce kladně program i atmosféru ve skupině, mj. oceňovali, že se studenti jednotlivých tříd mohli navzájem více poznat. V průběhu programu se rovněž projevíly latentní či dlouhodobě neřešené konflikty mezi některými jednotlivci, jimž jsme věnovali soustředěnou pozornost, což přispělo ke zlepšení vzájemné komunikace, která se stala otevřenější.

Domníváme, že program vedl k vzájemnému přiblížení jednotlivých studentů a že byl rovněž přínosem pro následnou práci školní psycholožky s výše zmíněnými studenty, neboť:

- studenty, kteří již na konzultace docházejí, jsme mohli hlouběji poznat, a to zejména z hlediska jejich projevů ve skupině vrstevníků
- ostatní studenti se mohli neformálně setkat se školní psycholožkou, což jim usnadní rozhodování o případné návštěvě u ní
- program rovněž představoval úsporu času školní psycholožky, který by musela věnovat individuální diagnostice studentů.

Z výše uvedeného vyplývá, že je nanejvýš vhodné v programu se studenty během následujících let jejich studia kontinuálně pokračovat. Mimo jiné hodláme věnovat pozornost problematice profesní orientace a volby povolání, prohlubování dovedností sebe prezentace, hlubšímu porozumění oblasti neverbální komunikace, umění přijímat kritiku a vhodně na ni reagovat. I následně budeme věnovat pozornost změnám ve skupinové struktuře a dynamice.

Program podobného typu na středních školách pro zrakově postižené dosud chyběl, a tak doufáme, že se nám podaří zaplnit onu citelnou mezeru.

prof. PhDr. Ladislav Požár, CSc.

PdF Trnava

Některé terminologické problémy

V příspěvku sa diskutujú niektoré terminologické problémy v oblasti psychológie jedincov s rôznym druhom postihnutia. Upozorňuje sa na nejednotnosť v označovaní týchto jedincov, čo má nielen teoretický negatívny dopad, ale aj veľmi dôležitý negatívny dopad v praxi. Konkrétne sa vymedzuje pojem *jedinec s postihnutím* a *psychológia postihnutých* (*patopsychológia*).

Kľúčové slová:

postihnutý jedinec, jedinec s postihnutím, zdravotne postihnutý, špeciálne potreby, patopsychológia, psychológia postihnutých.

Mohlo by sa zdať, že problémy s terminológiou majú azda iba teoretický význam. Kedysi som sa aj ja nazdával, že dôležité je pracovať v danej oblasti, robiť výskumy zamerané na niektoré psychické procesy a osobnostné charakteristiky postihnutých a názov disciplíny, ktorá sa týmito problémami zaoberá, sa mi nezdal byť až taký dôležitý. Podobne to bolo pokiaľ ide o označenie človeka s rôznym druhom postihnutia. V súčasnosti som si však uvedomil dôležitosť adekvátnej terminológie. Mnohí učitelia majú problémy s terminológiou v súvislosti so školskou integráciou postihnutých. Na školy prichádzajú rôzne pokyny a dotazníky, v ktorých sa niekedy vyskytnú aj tri označenia žiakov s postihnutím, resp. sú vymenované jednotlivé druhy postihnutia, ale nie všetky, takže učiteľ má problém so zaradením do kategórie postihnutých, povedzme, žiaka s narušenou komunikačnou schopnosťou.

Terminologické nejasnosti, ktoré sa týkajú označenia človeka s rôznym druhom postihnutia, sa vyskytovali už dávno. Určite si všetci pamätáte, že kedysi sa používal veľmi pejoratívny pojem „defektný“. U nás bol nahradený pojmom „jedinec vyžadujúci osobitnú starostlivosť“, čo je pojem pomerne výstižný, ale aj veľmi dlhý. Okrem toho tu vznikajú problémy s označením jednotlivých druhov postihnutia. Ako nazvať človeka, ktorý zle vidí alebo zle počuje atď.? Azda „jedinec vyžadujúci osobitnú zrakovú starostlivosť“? Je to zrejme problematické. Práve preto sa začal používať kratší pojem, **postihnutý**, aj keď nie je úplne bez negatívneho emocionálneho zafarbenia. Okrem toho, človek môže byť postihnutý aj iným spôsobom (napr. politicky, alebo v zmysle okradnutý a pod.). Odpadli však problémy s označovaním jednotlivých skupín -

zrakovo postihnutí, telesne postihnutí, mentálne postihnutí atď. Z USA k nám prenikol výraz „handicapovaný“, ktorý sme zvyčajne ani neprekladali (niekedy sa prekladal ako „znevýhodnený“) a doteraz ho sporadicky používame. Nemyslím si, že je to najvhodnejší pojem, lebo „znevýhodnený“ môže byť niekto aj napr. z dôvodov rasových, neznalosti reči (pristáholci) a pod. V Čechách sa často používa pojem „zdravotne postihnutý“. Má svoje výhody, pretože jednoznačnejšie určuje čím je postihnutie spôsobené, aj keď samozrejme záleží na tom, čo rozumieme pod pojmom „zdravie“. Je mentálne postihnutý alebo jedinec s narušenou komunikačnou schopnosťou **chorý**? Alebo i jedinec s menším zrakovým postihnutím - to by boli chorí veľmi mnohí. A z druhej strany, ak má niekto chrípku, je zrejme chorý, teda zdravotne postihnutý, ale určite nepatrí do skupiny ľudí, ktorými sa zaoberá špeciálna pedagogika alebo patopsychológia.

V poslednom čase sa u nás najčastejšie používa z anglosaskej literatúry prevzatý pojem „dieťa alebo žiak so špeciálnymi potrebami“, niekedy sa hovorí o „špeciálnych pedagogických potrebách“. Je to pojem veľmi široký (tak ho skutočne napr. vo Veľkej Británii chápu) a jeho výhodou je, že daný žiak do tejto skupiny patrí niekedy iba istý čas, kým sa tieto „špeciálne pedagogické potreby“ prejavujú. Samozrejme, že „špeciálne pedagogické potreby“ môže mať aj človek nepostihnutý, ale iba zanedbaný a pod. V súvislosti s týmto pojmom by som chcel poukázať na jednu závažnú skutočnosť. Nazdávam sa totiž, že preberáme pojmy z inej proveniencie bez toho, že by sme sa zamysleli nad tým, čo v našom jazyku znamenajú. Anglický pojem „need“ (potreba) má v slovenčine rad ekvivalentov (potreba, núdza, bieda, musieť, dôvod). Ktorý z týchto (a ešte ďalších) ekvivalentov majú Angličania na mysli? Ak zoberieme význam potreba v psychologickom zmysle, teda „prežívanie nedostatku alebo nadbytku niečoho v organizme“, potom základné biologické potreby majú všetci v podstate rovnaké a **základné psychické potreby**, medzi ktoré patrí aj potreba podmienok pre účinné učenie sa, majú tiež všetci ľudia spoločné. Maslow (1954) delí potreby na päť veľkých skupín: 1. fyziologické potreby, 2. potreba bezpečia, 3. potreba lásky a spolupatričnosti, 4. potreba úcty, 5. potreba sebaaktualizácie. Nemyslím si, že postihnutí majú nejaké iné alebo ďalšie potreby. Iný, odlišný je však **spôsob uspokojovania týchto potrieb**, a nie samotné tieto potreby. Práve preto sa nazdávam, že ani tento pojem nie je najvhodnejší.

J. Jesenský sa k tomuto problému vyjadruje v jednej zo svojich kníh (2000). Okrem už spomínaných termínov, ktoré sa používali a používajú v špeciálnej pedagogike a v psychológii postihnutých, veľmi správne vystihol, že iné rezorty používajú iné pojmy. Tak napr. v zdravotníctve sa okrem pojmu zdravotne postihnutý používajú pojmy chorý, zdravotne poškodený, anomálny, abnormálny, oslabený, patický, deformovaný, a pod. V rezortu spravodlivosti a vnútra sa používajú termíny deviantný, recidívny, kriminálny, antisociálny či asociálny. O niektorých postihnutých sa hovorí ako o sociálne neadaptovaných,

maladaptovaných, sociálne defektných, neintegrovaných a pod. V rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny sa v rade dokumentov hovorí o invalidoch, ale rovnako sa používajú pojmy postihnutý, poškodený, práce neschopný, so zmenenou pracovnou schopnosťou, zdravotne postihnutý, bezmocný, azylový, handicapovaný a pod.

Každý z uvedených a radu ďalších, v tomto príspevku neuvedených, pojmov je volený z istého hľadiska a je po istý čas vyhovujúci. Z iných hľadísk však nevyhovuje, a preto sa nepoužíva všeobecne. V školstve sa napr. vôbec nepoužíva pojem invalid, pojem sociálne zabezpečenie a v ostatnom čase sa vôbec nepoužíva termín vyžadujúci osobitnú starostlivosť, aj keď by, ako sme už uviedli, vecne zodpovedal. V rade prípadov sa časom upustilo od síce výstižných alebo všeobecne známych a zrozumiteľných označení, pretože v priebehu času nadobudli pejoratívny charakter. Napr. namiesto hluchý sme začali používať termín nepočujúci (aj keď hluchota ostala rovnako ako aj hluchoslepota), namiesto slepý pojem nevidiaci (aj keď pojem slepota ostal podobne ako pojem slepecká palica a niektoré ďalšie), namiesto invalid - zdravotne postihnutý a pod. Sám Jesenský v uvedenej publikácii uprednostňuje pojem postihnutý alebo handicapovaný, pričom v ďalšej svojej knihe, ktorá vyšla len nedávno (Jesenský, 2000) sa pokúša o členenie podľa druhu postihnutia (horizontálne členenie) a podľa veku (vertikálne členenie). Uvedomuje si však, že zrejme nebude možné za daného stavu poznania uviesť na spoločného menovateľa všetky kritéria a aspekty vymedzovania jednotlivých skupín postihnutia (a zrejme to ani nie je nutné). Vymedzuje spolu 10 skupín postihnutých. Mohli by sme uviesť i ďalších autorov, ktorí sa k problematike vyjadrujú. Napr. B. Titzl píše: „Človek znevýhodnený, resp. človek so špeciálnymi potrebami sú pojmy podstatne širšie a zahŕňujú i iných členov spoločnosti, než iba ľudí postihnutých zdravotnou vadou, chorých a svojim správaním vymykajúcich sa všeobecne uznávaným normám. Napriek tomu pojem *postihnutý človek* potrebujeme“ (1995, s. 10). Ako vidno, v konečnom dôsledku sa k pojmu *postihnutý* vracajú mnohí autori, dokonca aj tí, ktorí uprednostňujú iné pojmy. Príkladom môže byť Repková, ktorá vo svojej knihe (2000) uprednostňuje pojem *zdravotne postihnutý*, ale v texte knihy často používa kratší pojem *postihnutý*.

Aký pojem teda uprednostňujem? Všade kde je to možné, používam pojem žiak alebo dieťa či jednotlivec s niektorým druhom postihnutia. Napr. žiak so zrakovým postihnutím a nie zrakovo postihnutý. Samozrejme, že je možné o tomto pojme, ktorý sa už v našej, ale aj v českej odbornej literatúre začína objavovať, diskutovať. Mimochodom, najčastejšie možno v jedinej štúdii nájsť tri rôzne označenia, čo svedčí o nejednotnosti a nevyjasnenosti. Možno by bolo treba začať jednotne používať tento pojem v našich radoch (ak sa na tom zhodneme). Nie je to totiž iba teoretický problém. Rôzne označenia robia veľké problémy učiteľom v praxi, pričom mnohé tieto problémy vnášajú aj rôzne vyhlášky nášho ministerstva školstva.

Samozrejme, že každý pojem treba vysvetliť a aj tu zrejme bude podstatné to, v akom rezorte sa pojem používa. Uvediem definície z oblasti špeciálnej pedagogiky a z psychológie postihnutých (patopsychológie). Tak napr. v terminologickom a výkladovom slovníku Špeciálna pedagogika (Vašek a kol., 1994, s. 98) nájdeme iba pojem *mládež vyžadujúca osobitnú starostlivosť*, o ktorom sme už hovorili. Píše sa tam doslova: „Pod pojem m. v. o. s. sa zahrnujú deti a mládež mentálne, zrakovo, sluchovo či telesne postihnuté, trvalo zdravotne oslabené, rečovo chybné, emocionálno-vôľovo narušené, prípadne kombinovane chybné“. Jesenský v svojej už spomínanej knihe (2000a, s. 22) hovorí o handicapovanom človeku a píše, že „za handicapovaného človeka možno považovať každého jedinca, ktorý sa ocitá v nevýhodnej pozícii voči hlavnému prúdu. Najčastejšie sa radí k minoritným skupinám. Špeciálna pedagogika sa z hľadiska etiológie tradične venuje jednak jedincom a skupinám so somatickým poškodením spôsobujúcim vážnejšie - bežnými prostriedkami nezvládnuteľné obtiaže vo fyzických, psychických, sociokultúrnych i pracovných výkonoch a schopnostiach (disability). Ďalej sa špeciálna pedagogika venuje i skupinám, kde pôvod poškodenia má psychopatogénny a sociopatogénny, prípadne i pedagogopatogénny charakter. V oboch prípadoch ide o skupiny ohrozené exklúziou - vylúčením z hlavného prúdu“. Z tejto definície už vidieť snahu o hlbšie preniknutie do pojmu a nie iba i identifikovanie okruhu ľudí, ktorí pod daný pojem spadajú. V psychológii postihnutých sme sa tiež pokúsili pri vymedzení tohto pojmu hľadať hlavné charakteristiky takého človeka. Podľa našej definície za jedinca s postihnutím „považujeme jedinca s ťažkosťami v sociálnom uplatnení, ktoré vyplývajú z nedostatku alebo deficitu orgánu, jeho funkcie alebo procesu. Je to jedinec, u ktorého sa prejavujú zmeny a charakteristické ťažkosti pri poznávaní okolitého konkrétného sveta, v sociálnom styku. a u ktorého sa súčasne prejavujú špecifické osobitosti pri utváraní jeho osobnosti“ (Požár, L. a kol., 1984 alebo Jakabčic, I, Požár, L., 1996.). Samozrejme, že aj o tejto definícii možno diskutovať, možno ju vylepšovať, ale nemožno jej uprieť snahu o preniknutie do podstaty problému.

Ďalším pojmom, ktorý sme vlastne u nás zaviedli, je označenie psychologickkej disciplíny, ktorá sa jedincami s postihnutím zaoberá - patopsychológie. Napriek tomu, že tento pojem sa u nás už vžil a je vlastne inštitucionalizovaný, nie je práve najvhodnejší. Predovšetkým naznačuje, že človek s postihnutím je v čomsi „patologický“, a to rozhodne neplatí všeobecne. Možno si spomínate, že proti tomuto pojmu sa najsôr ozvali lekári. Pojem „patopsychológia“ existoval už predtým, než sa u nás zriadil Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie a časopis Psychológia a patopsychológia dieťaťa. V publikáciách (napr. Klinická psychológia od prof. Kondáša) nájdete tento pojem v chápaní „psychológia chorých“. Nepodarilo sa ho (možno práve preto) zaradiť ani do zoznamu psychologických disciplín. Pravdepodobne bude nutné porozmýšľať o inom, vhodnejšom pojme. Uvažovali sme o pojme

„psychológia postihnutých“, vzniká tu však rovnaký problém, ako pri pojme „postihnutý“. Nevie, či by bolo možné použiť pojem „psychológia detí a mládeže či jedincov s postihnutím“. Radi by sme sa s vami o týchto pojmoch poradili, a to bol aj dôvod na prednesenie tohto príspevku.

Literatúra:

- JAKABČIC, I., POŽÁR, L., Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých. Bratislava, IRIS 1996
- JESENSKÝ, J.: Andragogika a gerontagogika handicapovaných, Praha, UK 2000
- JESENSKÝ, J.: Základy komprehenzivní speciální pedagogiky. Hradec Králové, Gaudeamus 2000a
- MASLOW, A. H.: Motivation and Personality. N. Y., 1954.
- REPKOVÁ, K.: Zdravotné postihnutie. Bratislava, Epos 1999
- TITZL, B.: Postižený člověk ve společnosti. Praha, UK 1999
- VAŠEK, Š. a kol.: Speciální pedagogika. Terminologický a výkladový slovník. Bratislava, SPN 1994

Marie Švejdová

Tyflocentrum Brno

Úloha sociální pracovníce při poskytování psychologických služeb zrakově postiženým

Referát zdůrazňuje styčné body spolupráce sociální pracovníce a psychologa v poskytování pomoci zrakově postiženým klientům, v níž se preferuje systémově zaměřené pojetí a podpora maximální míry samostatnosti a odpovědnosti klienta v jeho každodenním životě.

Obsah:

1. Sociální práce a psychologie (1)
2. Nároky kladené na sociálního pracovníka (2)
3. Aspekty prvního kontaktu (3)
4. Úloha psychologa a psychologické intervence (4)
5. Literatura (5)

1. Sociální práce a psychologie

Sociální práce, stejně jako psychologie, náleží do oblasti pomáhajících profesí, takže mají určité styčné body, společné trendy, formy a přístupy. Oba obory však vykazují důležitou sobě vlastní logiku, kterou je nutno respektovat a smysluplně se jí přizpůsobit. Každá z těchto profesí má tedy svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, jež je nezbytné si osvojit pro výkon daného zaměstnání. Byť se oba obory liší svými metodami, technikami a jinými užívanými nástroji, stojí v centru jejich zájmu individuum a skupina ve svém systémovém kontextu. Obě profese tedy hájí zájmy klienta. Leč nejde tu jen o uplatnění zásady “primum non nocere”, jedná se spíše o vytvoření platformy pro sebeuskutečnění a další rozvoj klienta jako jednotlivce či posílení skupinových vazeb a kooperativních mechanismů v případě klienta ve skupinovém pojetí.

U obou zmíněných profesí hraje podstatnou roli též prvek vztahu mezi pomáhajícím a klientem založený na principu důvěry, lidského zájmu, úcty a vzájemných očekávání. Bez tohoto vztahu se výkon v obou profesích stává pouhým uplatňováním svěřených pravomocí. Takže velmi významným nástrojem užívaným oběma profesemi je osobnost pomáhajícího pracovníka.

Pokud jde o přístup pracovníků obou výše zmíněných profesí ke klientům se zrakovým postižením, nemůže ani jedna opomenout problematiku posilování adaptačních mechanismů v procesu akceptace vady, rozvíjení a posilování adekvátního sebehodnocení a sebeocenení klienta, snižování míry jeho závislosti na intaktním sociálním prostředí a v neposlední řadě (v současnosti stále častěji) i pomoc klientovi ve snaze udržet si dosavadní sociálně ekonomický status či obstát na trhu práce.

2. Nároky kladené na sociálního pracovníka

Sociální pracovnice se mnohdy setkává se zrakově postiženým klientem v závislém postavení či sociální nouzi, s narušenou důvěrou a pocitem ztráty bezpečí. Často pak záleží právě na ní, jak si klient v této nelehké životní situaci poradí a jak se bude dále jeho osud vyvíjet. Ve hře se ocitá několik významných skutečností, které na sociální pracovníci kladou následující požadavky:

- nezaleknout se progredující zrakové vady nebo dokonce slepoty
- akceptovat reálného klienta se všemi jeho přednostmi i nedostatky
- neodsuzovat osobu, nejvýše poukázat na nevhodnost způsobu jednání
- dát najevo, že klient není na obtíž
- svými osobnostními předpoklady i úpravou prostředí pro první setkání budovat u klienta pocit bezpečí, důvěry a jistoty a vytvářet tak klidnou, neuzúzkostňující a neagresivní atmosféru
- postřehnout, co je za slovy klienta (nejsou-li jeho aktuální potřeby jiné oproti verbálně prezentovaným)
- stimulovat klienta ke spoluúčasti na řešení jeho problémů a převzetí odpovědnosti
- naučit se rozlišovat čím pomáhá a čím kontroluje (obojí má svůj význam, ale těžkosti nastávají, pokud ony přístupy libovolně a nereflektovaně zaměňujeme).

Také v naší společnosti jsme přistoupili k ověření spolupráce kmenové sociální pracovnice a psychologa externisty, který dle avizované potřeby poskytuje odbornou pomoc zrakově postiženým klientům a jejich rodinným příslušníkům. Jak již z výše uvedeného plyne, zvolili jsme systémově zaměřený přístup, neboť jej považujeme za nejvhodnější.

3. Aspekty prvního kontaktu

První kontakt s klientem zajišťuje zpravidla sociální pracovnice, zjišťuje přání klienta (jeho objednávku) a poskytuje nabídku, která je v lepším případě odpovědí na klientovu objednávku, což umožňuje uzavření zakázky (kontraktu). Již tento krok přináší nejedno úskalí a dilema:

- je klientem předkládaná objednávka tím, co skutečně chce
- jak dalece dokáže klient svou objednávku formulovat
- je objednávka v souladu s možnostmi a cíli pracoviště, na němž sociální pracovníce působí
- je nabídka vždy uzpůsobena psychickým možnostem klienta
- je následné vytvoření kontraktu přijatelné pro obě strany
- je klientovi jasně ukázáno, že je aktivním činitelem odpovědným za řešení svých problémů
- co je možné dělat, pokud se objednávka a nabídka obsahově diametrálně liší.

4. Úloha psychologa a psychologické intervence

Uzavřením kontraktu se vytváří předpoklad pro následné sekvence interakcí klient x sociální pracovníce x další zaměstnanci pomáhajících profesí. Tato interakční síť může být rozličně široká. Ověřili jsme si, že je vhodné, aby sociální pracovníce měla přehled o této síti u jednotlivých klientů, což jí umožní kvalitnější nabídku dalších služeb.

Ne každý klient tedy vyžaduje pomoc psychologickou. Někdy je reakce klienta na nabídku psychologické pomoci striktně odmítavá. K tomu lze jen dodat, že jeho názory a požadavky musí sociální pracovníce respektovat, vycházejíc přitom z definice pomoci, jak ji uvádí Úlehla (1996, str. 11). „Pomoc pak je dojednaný způsob společné práce, kterou si klient přeje, pracovník ji nabídl a klient zvolil. Cestou k uskutečnění pomoci je její nabízení.“

Mnozí klienti však o psychologické služby zájem projeví, takže si mohou vybrat z následující nabídky:

- psychologická pomoc v krizi jednotlivcům a rodinám
- individuální psychologické poradenství
- krátkodobá podpůrná individuální psychoterapie
- individuální nácvik autoregulačních technik
- individuální nácvik komunikačních dovedností a asertivity
- skupinový nácvik sociálních dovedností pro ZP.

Při formulování zakázky týkající se služeb psychologické pomoci to bývá nejčastěji sociální pracovníce, která poskytne klientovi smysluplnou informaci a v případě zájmu zprostředkuje kontakt klienta s psychologem, jemuž předá tzv. tvrdá data klienta. Poradenských či psychoterapeutických sezení s klientem se pak účastní pouze s jeho výslovným souhlasem a samostatně z těchto sezení provádí zápis (rovněž se souhlasem klienta).

Ve skupinové práci v rámci nácviku sociálních dovedností plní sociální pracovníce následující úkoly:

- motivuje jednotlivé klienty k účasti na kurzu, objasňuje jeho význam pro seberozvoj klienta a pomáhá mu překonat počáteční nejistotu
- zajišťuje úpravu prostor, v nichž kurz probíhá
- sleduje skupinovou dynamiku a závěry svého pozorování po skončení sezení konzultuje s psychologem
- vybrané části programu pod odborným dohledem vede
- podílí se na zobecnění závěrů a koncepční přípravě kurzu.

Sociální práce je oborem celoživotního vzdělávání stejně jako psychologie. Pokud sociální pracovníce nechce ochuzovat nebo dokonce poškodit klienta musí si být této zásady vědoma. S etickými principy její činnosti souvisí však také otázka vztahující se k motivaci její práce, totiž z čeho u ní pramení potřeba pomáhat a jak dalece má reflektována svá narcistní zranění. S touto skutečností úzce souvisí nutnost supervize, bez níž nelze sociální práci vykonávat nebo alespoň ne dobře.

5. Literatura

Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Portál 1998

Novotná, V., Schimmerlingová, V.: Sociální práce její vývoj a metodické postupy. Praha 1992

Řezníček, I.: Metody sociální práce. Sociologické nakladatelství, Praha 1997

Schlippe, A., Schweitzer, J.: Systemická terapie a poradenství. Cesta, Brno 2001

Úlehla, I.: Umění pomáhat (učebnice metod sociální praxe). Renesance, Písek 1996

Mgr. Martina Botošová

Katedra speciální pedagogiky, UP Olomouc

Sexuální výchova a zrakově postižení

Referát je zaměřen na výsledky výzkumu, který autorka prováděla na školách pro zrakově postižené.

Problematikou sexuální výchovy se v dnešní době zabývá spousta odborníků, neboť je to téma velmi aktuální. Netýká se však jen nepostižených jedinců, ale i těch, kteří mají nějaký handicap. Přestože je tato problematika mnohdy aktuálnější než u nepostižených jedinců, je neustále odsouvána do pozadí a zabývá se jí jen velmi málo odborníků. Spousta z nás se totiž domnívá, že postižení jedinci si těžko dokáží uspokojit své základní potřeby, a proto jakýkoliv sexuální život je pro ně nepředstavitelný.

Prováděla jsem výzkum, týkající se této problematiky ve školách pro zrakově postižené. Pokládala jsem jim otázky, kterými jsem chtěla zjistit informovanost žáků o dané problematice. Srovnávala jsem rozdíly v informovanosti mezi nevidomými a slabozrakými žáky. Jak jsem předpokládala, výzkum ukázal rozdíly mezi těmito dvěma skupinami. Slabozrací žáci získávají méně informací od rodičů než nevidomí. Spíše chtějí získávat informace od přátel, zatímco nevidomí upřednostňují literaturu, ze které slabozrací mohou získávat informace běžně. Nevidomí se více spoléhají na přátele. Dále z výzkumu vyplynulo, že nezastupitelnou roli zde má škola. Obě skupiny chtějí od školy více informací o problematice sexuální výchovy. Tím poukazují na tento nedostatek ve školách.

Domnívám se, že je velmi důležité věnovat se oblasti sexuální výchovy i u postižených a to hned z několika důvodů.

Obecně platí, že u postižených je větší pravděpodobnost sexuálního zneužití, což může zanechat trvalé následky.

Přestože se situace již v mnohém změnila, zrakově postižení stále nemají možnost získávat některé informace. To, co je pro běžnou populaci přirozené, je nutné takto postiženým jedincům přiblížit. Stále existují momenty, kdy potřebují pomoc okolí např. plakátovací plochy, nápisy či nástěnky a různé vývěsky na chodbách.

Dalším problémem mohou být knihy či časopisy zaměřené na tuto problematiku, které jsou prokládány spoustou obrázků, neboť takový text nedokáže běžný počítač se scannerem dobře převést do podoby jim blízké. Zrakově postižení si mohou nechat daný text zpracovat do bodové či elektronické podoby, ale to je velmi nákladné.

Zrakově postižení jedinci mohou mít obtíže při navazování dlouhodobějších partnerských vztahů. To může být zapříčiněno různými problémy.

Často sami postižení nejsou vedeny, tím pádem ani dostatečně připraveni na to, aby na sebe vzali roli partnera a rodiče.

Obava nepostižené populace z postiženého jedince. Spousta lidí si myslí, že takto postižení jedinci musí být nutně odkázáni na druhou osobu. Často vnímají postižení tragicky a vzhledem k malé informovanosti si nemohou uvědomit, že pravidelnou péčí a rozvíjením jejich schopností, dokáží žít zcela samostatně. Tato situace je velmi obtížná hlavně pro samotné rodiče, kteří se jen těžce vyrovnávají s tím, že jejich dítě nevidí. Mají pocit, že mu musí stále pomáhat a ochraňovat jej. Nebo na něj kladou nároky, které nemůže dítě zvládnout. Chtějí pro své dítě jen to nejlepší, ale zároveň si neuvědomí, že mu tím spíše škodí.

Velmi obtížné pro ně je, když zrakově postižené dítě přestává být dítětem a začíná dospívat. Stejně jako v každém z nás se i v něm probouzí touha být se svými vrstevníky v partě, chodit na diskotéku či do klubu, ale i zájem o opačné pohlaví. Rodiče mají často tendenci rozhodovat o vztazích dítěte a tím dochází k narušení vzájemných vztahů. Často díky rodičům dochází k narušení partnerských vztahů, které by mohli normálně fungovat. Řada z nich se domnívá, že pro jejich dítě je nejlepší když bude žít s nepostiženým partnerem. Nechápují jej však jako rovnocenného partnera, ale jako někoho, kdo převezme jejich roli a bude se o zrakově postiženého jedince starat, což je téměř nereálné. Zužují tak dítěti možnost výběru partnera. Vyvolávají v něm pocit, že žít s postiženým partnerem je něco špatného. Takoví jedinci mohou mít pocity méněcennosti, úzkosti a často jsou frustrováni, neboť navazování dlouhodobých vztahů postižených jedinců s nepostiženými je jen málo pravděpodobné.

To vše vyplývá z nedostatku informací, kterým obě skupiny trpí.

Proto je velmi dobré, ba přímo nutné seznamovat takto postižené jedince již od jejich dětství s problematikou sexuální výchovy stejně jako děti nepostižené. A zároveň, je seznamovat s obtížemi, které jim může jejich postižení přinést. I takto postižení jedinci musí zvládnout roli partnera a rodiče. Špatná informovanost a nepřipravenost může jedince poznamenat na celý jeho život. Může mít však i dopad na celou společnost, pokud se takový jedinec rozhodne mít rodinu.

Takové dítě by mělo získávat informace od těch, kteří s dětmi pracují, rodičů, učitelů vychovatelů, ale i oni musí vědět jakým způsobem s ním mají pracovat. Stejně jako děti i okolí by mělo získávat informace o problematice těchto jedinců, aby nedocházelo k dalším nedorozuměním, která mohou mít dopad jak na jedince, tak i na společnost.

SEKCE TYFLOPEDIE

Mgr. Terezie Hradílková
Společnost pro ranou péči Praha

Deset let rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením v ČR

Podmínky, vznik a východiska programu "provázení" – programu rané péče pro rodinu dětí se zrakovým a kombinovaným postižením. Potřeby dětí, rodičů, rodin, jak jim odpovídat, zpětná vazba programu, partnerství s rodiči, mezioborový tým.

1. úvod
2. model rané péče „Provázení“ - kořeny a nové vlivy
3. tři programy modelu – podpora rodiny, podpora vývoje dítěte, působení na společnost
4. standardizace rané péče v ČR – principy služeb

1. Úvod

Chtěla bych nejdříve poděkovat iniciátorům a organizátorům tohoto setkání. Tento příspěvek k 10. výročí rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením v České republice, jsem přednášela vloni na mezinárodní konferenci Rady pedagogů zrakově postižených (ICEVI) v Krakově. Ta se koná každých 5 let. Když se tam mí zahraniční kolegové ptají, jak často se setkáváme u nás v České republice nad problematikou péče o osoby se zrakovým postižením, dosud jsem volila vyhybavé odpovědi. Nyní doufám, že budu moci říci, každých 10 let. Nebo...?

Můj příspěvek je spíš ohlédnutím, zamyšlením nad tím, co se u nás v oblasti rané péče povedlo. Čísla a fakta přednesl můj kolega, Jiří Votava, z pramenů nejpovolanějších – totiž z výsledků dotazníkového šetření o spokojenosti klientů služeb rané péče z let 1990/2000.

Raná péče pro rodiny dětí s postižením zraku vznikala v České republice již od poloviny osmdesátých let. Na rozdíl od většiny postkomunistických zemí jsme v době, kdy jsme se setkali s teoriemi a modely rané péče ze zahraničí, měli již za sebou kus vlastní cesty, znali jsme své klienty, věděli jsme už i něco o sobě, svých silách i omylech.

Náš současný model rané péče pro rodiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením nazýváme "Provázení". Považujeme jej za živou syntézu našich

kořenů s těmi poznatky a přístupy, které jsme poznávali díky spolupráci s mnohými zahraničními organizacemi a odborníky. Od vás jsme se učili, jak a kde sledovat nové trendy v psychologii, výchově i sociální práci, jak je propojit s našimi podmínkami a potřebami našich klientů.

2. Model „Provázení“

Kořeny:

Pokusím se několika slovy popsat podmínky, z kterých náš program rané péče vyrůstal:

- velké osobní nasazení poradců rané péče
- tradičně kvalitní odborná připravenost, zaměřená však především na nevidomé děti, nikoli na děti s kombinovaným postižením a na rodinu jako celek
- ochromená rodina bez kompetencí
- důvěra a otevřenost rodin k expertům
- uzavřenost rodiny vůči komunitě
- tradiční model rodiny, silná role prarodičů
- silný vztah mezi rodinou a poradcem
- neexistence funkčního víceoborového týmu

V následujících pár větách trochu rozvedu tyto body:

Počátky rané péče formou dobrovolnické práce nebyly odezvou na tlak ze strany rodičů ani odpovědí na jejich artikulované potřeby. Rodiče dostávali od státu signál, že péči o jejich nevidomé dítě zcela převezmou odborníci, ale až od nástupu do mateřské školy. Do té doby zůstávala většina rodin ochromená a čekající. Raná péče vznikala jako výraz zodpovědnosti a osobního nasazení profesionálů, kteří jednak přicházeli ve své učitelské práci do styku s nevidomými studenty a uvědomili si, co vše už bylo v jejich výchově nenávratně zanedbáno a že by spousta věcí v životě těchto dětí mohla být jinak, jednak měli možnost číst zahraniční odbornou literaturu a o rané péči se dozvěděli. Literatura dostupná v počátku osmdesátých let sice ještě neformulovala principy rané péče tak, jak je poznáváme dnes, přesto však způsobila v uvažování začínajících homevisitorů první obrovskou změnu v chápání toho, kdo je klientem RP - od krátkého období zaměřenosti na dítě došlo velmi rychle k tomu, že do péče byla zahrnuta celá rodina, zpočátku však ještě jako objekt péče, nikoli jako partner. Když říkám "celá rodina", jsou tím ve většině rodin míněni i prarodiče - obzvlášť role babiček bývá silná a jejich postoj k dítěti s postižením i ke službě rané péče je často v rodině určující.

Rodiče dětí s postižením zraku nebyli iniciátory vzniku sítě Středisek rané péče, vnímali ji jako něco, vůči čemu necítili zodpovědnost. Naopak začínající homevisitori přicházeli do rodiny s velkým pocitem osobní odpovědnosti za vše

- za pokrok dítěte, za atmosféru v rodině, za svoji schopnost odpovědět na všechny otázky rodiny. Expertní přístup byl jediným modelem chování, podle kterého se poznal odborník. Rodina expertní přístup nepřímo vyžadovala, což se projevovalo mimo jiné i tím, že rodiče vyžadovali všechno speciální - hračky, pomůcky, přístupy... Kladná odezva na taková očekávání rodičů byla ze strany tehdejších homevisitorů přirozená, neboť jejich profesní vybavení bylo velice solidní v oblasti prostorové orientace, tyflografiky, sebeobsluhy atd. Vycházelo z téměř dvoustleté tradice kvalitní výuky nevidomých u nás. Je nám nyní jasné, že takový expertní přístup má svá omezení a hranice. Narazil -li na ně však tehdy začínající homevisitor, pokládal to za výraz vlastního selhání. Dodnes si pamatuji, jak jsem se ještě jako studentka - dobrovolnice špatně cítila, když jsem neuměla rodičům odpovědět, proč jejich nevidomý syn nechce jíst čočkovou polévku, kterou ostatní členové rodiny zbožňovali.

Míra spoléhání se na odborníky byla v rodinách vysoká. Z ní vyplývala i velká důvěra a otevřenost rodin vůči homevisitorům. Rodiče jim bez rozmýšlení poskytovali jakékoli lékařské zprávy i informace osobního rázu. Zákon o ochraně osobních dat začal v naší republice platit až letos, tedy po deseti letech fungování profesionální rané péče. Poradci rané péče se dosud často setkávají s pracovníky ostatních služeb, kteří vyžadují informace o našich klientech bez jejich svolení. Je často absurdní, když sami klienti považují naši ochranu důvěrných materiálů o nich za zbytečně přehnanou. Na druhou stranu rodina často neměla v ruce prakticky žádné lékařské zprávy ani neznala diagnózu dítěte. V takových situacích se opět posílila expertní role poradce rané péče, který za rodinu vyjednával s ostatními experty. Teprve v současné době začalo v naší republice svépomocné sdružení na ochranu pacientů požadovat automatické právo pacienta nebo rodiče na kopii lékařské zprávy.

S nízkou potřebou chránit osobní údaje vůči odborníkům kontrastovala častá uzavřenost rodin nejen vůči okolí, ale dokonce i vůči širší rodině. V praxi jsme se setkávali například s tím, že rodiče neradi dostávali od nás korespondenci s uvedeným názvem odesílající instituce, případně se cítili příliš nepříjemně nápadní, když naše označené služební auto parkovalo před jejich domem.

V takovéto izolovanosti, do které se rodina dostávala jednak v důsledku celkového postoje společnosti vůči osobám s postižením, ale často i na základě dobrovolné vlastní rezignace na změnu ve svém nejbližším okolí, se naopak vztah mezi rodinou a poradcem rané péče rozvíjel velmi rychle a intenzivně. To samozřejmě přineslo mnoho důsledků pro obě strany. Stačí se podívat na tyto důsledky z hlediska principu nezávislosti- v nezdravě úzkém vztahu s poradcem se rodina stávala na něm závislou, měla tendenci řešit s ním i situace nesouvisející s dítětem, často přijímala takové služby a terapie, které jí byly jím

doporučeny, bez možnosti či spíše snahy podílet se na individuálním plánu pro dítě. Rodina úzce navázaná na svého poradce nepovažovala za přirozené, když měla být v rámci služeb kontaktována i s dalšími členy týmu, naopak poradce měl tendenci kolegy nepřizvat ke společné práci s rodinou, v určitém smyslu se dá hovořit i o jisté žárlivosti mezi členy týmu.

Sice používám slovo tým, ale ve skutečnosti v počátcích rané péče šlo spíše o skupinu pracovníků, kteří ze stejného místa vyjížděli do svěřených rodin, ve kterých pracovali velmi autonomně.

Poradci rané péče zpočátku nepovažovali za důležité hned při prvních kontaktech vícekrát zdůrazňovat časový limit služby a rodina měla tendenci tuto informaci potlačit. Pro úzký vztah mezi poradcem a rodinou bylo později velmi obtížné mluvit o dočasném charakteru služby. Po nezbytném ukončení péče a přechodu rodiny do návazných institucí se v prvních letech mnohem více než dnes stávalo, že rodina se na ranou péči stále obracela a vyžadovala další pomoc.

Když uvádím popis situace rodin i poradců v počátcích rané péče, byla bych nerada, kdyby to vyznělo jen jako kritika nebo odsudek. Je to pouze konstatování toho, jací jsme byli a z jaké situace jsme vycházeli. Tradiční pocit rodin dětí s postižením, že "všechno je na nich", na chvíli nahradil pocit, že "všechno zmůže poradce rané péče". Nyní se společně dostáváme k tomu, že sice skutečně mnoho je na rodině, ale raná péče může posílit její kompetence a pomoci jí objevit vlastní zdroje.

Nové vlivy:

Ráda bych se teď věnovala tomu, co v průběhu 90-tých let náš model rané péče ovlivnilo, jaké změny a trendy nejvíce přispěly k jeho nynější podobě. Uvědomme si, že pro nás ve Východní a Střední Evropě to byly trendy přicházející ze západní Evropy a USA, které daly vznik dnešním formám rané péče a jednak bouřlivé společenské změny související s demokratizací naší společnosti.

Obecně se uvádí, že v Evropě a USA začaly být komplexní služby rané péče poskytovány od konce 60-tých let a jejich vznik ovlivnily zejména některé vědecké a společenské aspekty:

- a) teorie imprintingu, která vyzdvihla důležitost raného období života pro vytváření osobnosti a schopností dítěte a označuje jej jako období neurofyzického zrání
- b) poznatky o komunikační interaktivitě mezi matkou (rodičem) a dítětem. Původně byla dítěti prisuzována spíš pasivní role. Výsledky pozorování a výzkumů odhalily velikou responsibilitu dítěte hned od narození. Zesiluje se tak význam „základního – intuitivního rodičovského chování“ na vývoj komunikace a vztahů dítěte a rodičů.

- c) pro ranou péči se staly převratnými poznatky o významu stimulace v raném věku. Byly odhaleny obrovské kompenzační možnosti dítěte s postižením a ty daly základ novým metodám podpory vývoje dítěte, v oblasti tyflopédie stimulace zraku. Rychlý rozvoj této metody si dovolím tvrdit ovlivnil i přístupy k našim klientům ve zdravotnictví. Zejména v oblasti funkční diagnostiky.
- d) hnutí za práva osob s postižením, zejména pak rodičovská hnutí v 70. letech urychlilo změny v pojetí sociální práce a vzdělávání. Pro vznik nových služeb se tím uvolnil potenciál, který byl před tím svazován medicínským přístupem. (To je mimochodem síla, která se v naší zemi ještě příliš neprojevila).

Co přinesly tyto teorie a praktické výsledky nových postupů? Jaký to mělo vliv na naši situaci? Konkrétně to od nás, začínajících pracovníků rané péče znamenalo se naučit pracovat s novým přístupem k rodinám i k sobě navzájem. Zpětně vidím několik nutných změn, které naši práci ovlivnily:

- a) Zjistili jsme, že má-li být pomoheno dítěti s postižením, musí být pomoheno celé rodině. Znamenalo to, nejdříve pro poradce rané péče a postupně i pro další členy týmu, podstatnou změnu – změnu klienta! Jako učitelky, fyzioterapeutky, psycholožky... jsme byly zvyklé dítě vyšetřovat a „napravovat“, chtivé (lačné) aplikovat na něm rychle všechny metodiky a terapie, které jsme znaly. Nově jsme se učili pracovat s rodinou jako systémem, naslouchat potřebám rodiny a chápat její možnosti, pokaždé jiné, pokaždé jedinečné. A tak jsme formulovali, že klientem našeho programu je rodina.
- b) Museli jsme se dokonce naučit respektovat rodiče nejen jako klienty, ale i jako partnery a odborníky! To znamenalo vlastně změnu role profesionála – z vševědoucího experta, hrbícího se pod tíhou přebrané zodpovědnosti za klienty jsme se učili být naslouchajícími a tolerantními partnery. Učili jsme se poskytovat jen objektivní informace radit jen na požádání, ale i důsledně využívat vnitřní zdroje, tradice a síly rodiny. Abychom na to nezapomínali, formulovali jsme jako hlavní náš cíl: naši klienti by měli být „zodpovědní a sebevědomí rodiče“
- c) Velmi užitečný objev pro nás znamenala systemická terapie a její uplatnění v sociální práci. Tento přístup nás naučil rozlišovat mezi sociální kontrolou a sociální pomocí. Myslím, že to nejen pro nás, ale především pro rodiče byla velká úleva. Naučili jsme se dodržovat zásadu, že jsme tu proto, abychom nabízeli a poskytovali rodičům pomoc, kterou mohou, ale nemusí využít. A naopak, že nejsme kompetentní k tomu, abychom jim říkali, co je pro ně a děti to nejlepší a trvali na „domácích úkolech“ tréninkových programů a hodnotili rodiny podle jejich plnění. Znamenalo to skutečnou změnu postojů a dodržování neexpertního přístupu. To bylo těžké, byli jsme totiž vychovávaní a vzdělávaní v atmosféře uctívání expertů! Ale byla tu i odměna

pro chudáka profesionála – systemický přístup nám vyjasnil hranice profesionála v pomáhající profesi, učili jsme se je dodržovat a necítit se za to provinile. Zatímco jako bývalí dobrovolníci hnaní entusiasmem jsme byli ochotni rodičům chodit nakupovat a řešit za ně, jaký si mají koupit nábytek, teď jsme se naučili efektivně využívat naše síly, formulovat, co nabízíme a které služby jsme schopni a ochotni jim poskytovat. Nevím jak vy, ostatní kolegové, jste se naučili odpočívat a skončit v práci? My těžko, začali jsme tím, že nedáváme klientům číslo domů.

- d) Ale čekalo na nás další úskalí a další změna- týmová práce. Jak jistě víte, práce v týmu neznamena jen, že za mne někdo část práce udělá, nebo mi poskytne informace, které nemám. Ta změna je především v dělení, nebo lépe sdílení kompetencí. A přijít o kompetence, nebo se o ně dělit není ze začátku jednoduché. My jsme byli zvyklí pracovat jako cestující poradci rané péče pro nevidomé děti velmi samostatně. Každý odborníkem ve „své“ rodině. Co nás přimělo změnit zvyky samotářů scházejících se jednou týdně ve středisku? Myslím, že to, kolik nových metod a terapií a nových možností pomáhat k nám přicházelo zvenčí, od organizací a kolegů. Možnosti stáží a vzdělávání prostřednictvím Perkins School for the blind, RNIB, Theofaan International nám ukázaly, že jednoduše nejsme všichni schopni se naučit všechno a s dělbou studia podle zájmů se začal i rozrůžňovat tým a jednotlivé zodpovědnosti. Ale nesmím zapomenout možná na ještě důležitější učitele práce v týmu – těmi byly multihandicapované děti. Museli jsme totiž rychle reagovat na to, že po pádu segregace politiky se u nás začalo hlásit stále více rodičů multihandicapovaných dětí, kteří se rozhodli nedat dítě do ústavu. U těchto rodin jsme si nevystačili s vědomostmi učitelky nevidomých dětí. Museli jsme začít více spolupracovat s dalšími lékaři (zejména neurology) fyzioterapeuty, ergoterapeuty, museli jsme se více radit navzájem, prosté didaktické přístupy a požadavky na výkon zde nebyly užitečné. I s rodinou se muselo z hlediska budoucnosti dětí pracovat jinak. A tak vznikl tým a nám nezbylo, než se v něm naučit více a lépe spolupracovat.

Až nyní si uvědomuji další symboliku slova z názvu našeho modelu - „Provázení“. Vznikl totiž na naší cestě – na naší cestě od dobrovolníka, přes striktního experta pro děti, přes odborníka na rodinu až k nynějšímu průvodci.

3. Tři programy modelu „Provázení“

Abychom ale jen neteoretizovali, zmíním se jen krátce o obsahu modelu „Provázení“. Skládá se ze tří nezastupitelných programů, které ale nejsou v praxi oddělené a prolínají celou naší prací a navzájem se ovlivňují:

Je to program Podpora rodiny, program Podpora dítěte a program Podpora společnosti-osvěta:

program podpory rodiny znamená pomáhat rodičům v odpovědnosti, ale i v nezávislosti při výchově dětí. Úkolem tohoto programu je poskytnout rodičům takové množství informací, které jim umožní být partnery odborníkům a umět formulovat své potřeby. Začíná včasnou nabídkou pomoci a pomáhá s akceptací dítěte a s udržením nebo navázáním vztahů v komunitě. Je účinný pouze, když je respektován sociokulturní kontext rodiny a její tradice.

Zahrnuje proto metody krizové intervence, prvky rodinné terapie, různé způsoby informování a podpory rodinných příslušníků, sociálně právní poradenství, vzájemný přenos zkušeností a facilitace vzájemné podpory rodin a skupin rodičů.

Program podpory vývoje dítěte je souhrn metodik a terapií zaměřených zjištění, předcházení a minimalizaci důsledků postižení. Používáním těchto metod (přes rodiče nebo přímo terapeuty) se snažíme minimalizovat vzniklá nebo možná vývojová opoždění a zvyšovat dosažitelnou úroveň dítěte. Rozvrh a plán intervencí (zraková stimulace, fyzioterapie, terapie řeči, occupational therapy...) vychází z poznání a respektování rodiny.

Program působení na společnost, nebo jinak osvěty vychází z poznání, že praxe služeb rané péče je závislá na společenském a sociokulturním prostředí, v němž je poskytována. Jen pokud bude cílovou skupinou preventivních a vzdělávacích programů nejširší společnost, můžeme od ní očekávat toleranci a předpoklady sociální integrace pro lidi s postižením. Program obsahuje přednášky a semináře, vydávání publikací, mezioborovou spolupráci, publikování a vystupování v médiích, vzdělávací programy, legislativní iniciativy...

4. Standardizace rané péče v České republice

Naše organizace se poslední dva roky spolupodílela na formulování standardů rané péče. Dovolte, abych vám představila jen zlomek z výsledků. Vybrala jsem sice velmi krátkou a obecnou část, ale domníváme se, že velmi podstatnou. Je jí kapitola „**Principy rané péče**“ – považujeme je za něco jako etický kodex pro poskytovatele rané péče nebo ukazatel kvality poskytované služby:

Principy služeb rané péče/ intervence

Pracoviště rané intervence musí při poskytování služeb rané intervence naplňovat tyto principy:

důstojnosti

- Respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny.
- Jednat s klientem v každé situaci dle zásad partnerství.
- Prostor pro ambulantní programy má být zařízen a vyzdoben tak, aby klienty neurážel a nesnižoval jeho důstojnost.
- Dokumentace je vedena s ohledem na důstojnost klienta.

ochrany soukromí klienta

- Během konzultace v domácím prostředí klienta vstupuje pracovník služeb rané intervence pouze na ta místa, kam je zván.
- Veškeré informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem.
- S dokumentací o klientovi se nakládá jako s důvěrným materiálem.

zplnomocnění

- Pracovník respektuje právo klienta na kvalifikované a objektivní informace v množství, jaké si vyžádá a právo a zodpovědnost klienta rozhodovat o sobě.
- Při plánování a hodnocení programu služeb rané intervence jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu.
- Služby rané intervence podporují právní vědomí rodin a sounáležitost klientských skupin.

nezávislosti

- Služby rané intervence podporují u rodičů a dítěte nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí.
- Služby jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci, od níž musí být služby rané intervence obsahově, finančně i personálně odděleny.

práva volby

- Klient se může rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb.
- Služby rané intervence jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu.

týmového přístupu a komplexnosti služeb

- Spolupráce externích i interních členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost přináší ve svých důsledcích kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta a společnost.
- Klient je zván k rozhodujícím jednáním

přirozenosti prostředí

- Převážná část služeb je klientům (podle specializace pracoviště) poskytována v přirozeném prostředí dítěte, tj. v rodině.
- Služby rané intervence volí takové metody, které podporují přirozené prostředí v rodině i komunitě dítěte, kde je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba.
- Pracovník si domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny.

kontinuity péče

- V rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v regionu.
- Služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu.

Závěr:

Jestliže jsme se v poslední dekádě minulého století ubírali cestou od speciálního k obecnému, tyflopédagogika byla podkladem, základem pro hledání širších souvislostí oboru. Možná, že výzvou začínajícího milénia je ohlédnout se zpět, čerpat z kořenů a dobré praxe a věnovat se opět více tyflopédagogice. Pokud ano, je toto setkání dobře načasované a těším se s vámi na další.

doc. PhDr. Lea Květoňová – Švecová, Ph. D

UK Praha

Edukační strategie raného a předškolního věku z pohledu vysokoškolské přípravy

Příspěvek je zaměřen na aktuální edukační strategie u dětí raného a předškolního věku, u dětí se zdravotním, resp. zrakovým a kombinovaným postižením.

Příspěvek s názvem „Edukační strategie pro raný a předškolní věk z pohledu vysokoškolské přípravy“ by mohl být podnětem k zamyšlení a případné diskusi nad zkvalitňováním pregraduální magisterské přípravy speciálních pedagogů zaměřených na problematiku raného a předškolního věku.

Budu hovořit o situaci na PedF UK, kde působím v roli garanta studia tyflopédie a podle stávající koncepce studia také v roli garanta speciální pedagogiky dětského věku (raný a předškolní).

Abych se dostala k vytyčenému tématu, dovoluji mi, stručně připomenout koncepci studia speciální pedagogiky na PedF UK.

Studium je koncipováno do tří magisterských studijních programů, všechny jsou v trvání pěti let.

První je zaměřen na **učitelství pro speciální školy**, tento program v poněkud pozměněných variantách absolvovala většina stávajících speciálních pedagogů, tak jak byl dán na katedrách speciální pedagogiky v Praze a Olomouci, od roku 1994 v Brně.

Od akademického roku 1995-96 byl zaveden nový studijní program „dvojbor“ **psychologie – speciální pedagogika**. Program zajišťuje katedra školní psychologie a katedra speciální pedagogiky PedF. Absolventi studia mohou působit v pedagogicko - psychologických poradnách, nebo jako školní psychologové, či psychologové v SPC.

Varianta třetí představuje **Oborové studium speciální pedagogiky**. Student si volí jedno zaměření dle problematiky postižení („pedie“) a jednu z nabízených věkových kategorií. Věkové kategorie jsou rozděleny na raný a předškolní věk, školní věk a dospělost. Ve věkových kategoriích prostupuje problematika všech druhů postižení.

Počty studentů – prezenční studium 2000/2001

SPPG - učitelství		Psychologie - SPPG		SPPG - obor		Celkem
1. ročník	29	1. ročník	34	1. ročník	30	93
2. ročník	35	2. ročník	26	2. ročník	17	78
3. ročník	30	3. ročník	25	3. ročník	23	78
4. ročník	41	4. ročník	30	4. ročník	39	110
5. ročník	28	5. ročník	19	5. ročník	16	63

Přehled absolventů státních závěrečných zkoušek SPPG – obor 2000/2001

SPPG – věková kategorie	Pedie	Terapie / Poradenství
Školní věk	Tyflopedie	ZTV
Dospělý věk	Tyflopedie	Dramatická výchova
Dospělý Věk	Tyflopedie	Poradenství
Školní věk	Tyflopedie	Muzikoterapie
Předškolní věk	Tyflopedie	Poradenství
Školní věk	Tyflopedie	Muzikoterapie

Nyní se budeme věnovat náplni studia - modulu speciální pedagogiky dětského věku.

Ve studijním programu obsahuje tento modul následující tématické celky: „úvedení do předmětu“ a navazujícími bloky dle jednotlivých pedií. Pro ilustraci uvádím, že celkový počet hodin je 108 a to ve formě přednášek.

Lze konstatovat, že pokrytí teoretické roviny je vzhledem k široké nabídce odborné literatury (naši i zahraniční) dobré. Doporučovat lze literaturu z oblasti vývojové psychologie, psychologie handicapovaných nebo speciálně pedagogickou literaturu snad za všechny bych zmínila „Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí“ autorky L. Monatové. Kde autorka originálně zpracovává diagnostiku a pedagogické vedení dítěte ve věku kojeneckém, batolecím a předškolním.

V teoretické rovině by studium mohlo být posíleno o vzdělání speciálních pedagogů v rovině terapie, zejména herní terapie, jejíž prvky lze využít i při reedukaci a kompenzaci zraku. Speciální pedagog by měl být odborníkem na vývojovou psychologii, měl by rád pracovat s dětmi a hry by jej měly do určité míry bavit. Rezková (2001) upozorňuje na to, že terapeut (speciální pedagog) by neměl mít silnou potřebu být dětmi milován a hledat v práci s dětmi vlastní uspokojení, např. nenaplnění svých rodičovských potřeb. Měl by být dostatečně trpělivý a tolerantní. Stojí sice především na straně dítěte, ale musí pochopit i rodiče a vcítit se do jejich problémů. Doporučení speciálně pedagogickým pracovníkům pro jednání s rodiči zrakově postižených dětí. Nové vývojové

trendy v herní terapii spočívají na propojování terapie herní a terapie rodinné. Kemper in Vymětal, Rezková (2001) doporučuje práci s celou rodinou, rodina se přizpůsobuje prostředí, které je dítěti nejvlastnější, a při společné hře dochází k novým zážitkům a zkušenostem. Nová situace vede dospělé k tomu, že méně podléhají verbálním nálepkám a zavedeným způsobům vysvětlování dětského i vlastního chování.

Je to právě speciální pedagog, který vytváří vztah rodiče - dítě; ovlivňuje, jakým způsobem rodiče vnímají sami sebe, jejich sebedůvěru a způsob, kterým se dělí o informaci, ovlivňuje míru zapojení rodičů do vzdělávacího programu. Pedagogové mají i ve speciální pedagogice povinnost vzdělávat a nést odpovědnost vůči rodičům, stejně jako vůči dětem. Tím, že aplikují strategie pro dělbu zodpovědnosti, posilují účast rodičů, jejich podporu vzdělávacímu programu a budují pozitivní vztah rodič – speciální pedagog.

Beckett (1985), Featherstone (1982), Gorham (1975), Mori (1983) a Oster (1985) doporučují tyto zásady pro práci s rodiči:

- 1) Zapojte rodiče v každé fázi procesu
- 2) Hovořte s rodiči „z očí do očí“ a vyhněte se jakýmkoli fyzickým bariérám při komunikaci (jako např. hovoru přes desku stolu, nebo telefonem). Udržujte oční kontakt.
- 3) Zeptejte se rodičů, jaké mají potřeby.
- 4) Buďte pozorní a aktivně poslouchajte. Ukažte respekt a zájem jak o rodiče, tak o jejich dítě. Umění naslouchat je projevem respektu a ukazuje rodičům, že informace, kterou vám poskytují je důležitá. Dobře naslouchat znamená objevovat silné, ale i slabé stránky.
- 5) Dělte se o veškeré informace. Vyhněte se vývodům, co rodiny chtějí, a neposuzujte, zda jsou rodiče „připravení“ pro novou informaci či nikoli.
- 6) Při komunikaci buďte konkrétní a objektivní. Hovořte o tom, „jak na to“, včetně pomoci při tvorbě realistického plánu pro každodenní život.
- 7) Pomozte rodičům poznat schopnosti a dary, kterými dítě disponuje. Co dítě může dělat je jak pro dítě, tak pro rodiče mnohem důležitější, než co dělat nemůže. Podporujte pozitivní myšlení rodičů tím, že budete zdůrazňovat, že neexistuje „konečná diagnóza“.
- 8) Používejte běžný jazyk, vyhněte se v maximální míře žargonu a akronymům.
- 9) Na všechny dotazy odpovídejte pravdivě, ale vždy s citem. Přiznejte, že neznáte odpovědi na všechny dotazy.
- 10) Plánujte cíle a schůzky společně.
- 11) Vyjasněte a shrňte všechny výstupy z jakéhokoli setkání nebo semináře než přistoupíte k formulaci závěrů.
- 12) Kopie veškerých zpráv předávejte rodičům (mají-li zůstat zapojeni, musí je mít k dispozici). Mějte na paměti, že veškerý písemný materiál musí být

- v rodném jazyce rodičů a musí odpovídat možnostem rodičů komunikovat (v případě senzorického postižení).
- 13) Vytvářejte podmínky pro diskuse rodičů mezi sebou. Nejvíce reálná cesta, jak snížit úroveň izolace rodičů je umožnit jim komunikaci mezi sebou. Rodiče si navzájem poskytují podporu a respekt.
 - 14) Upozorněte rodiče na jakékoli mezery ve službách nebo jiné nedostatky vyskytující se při komunikaci.

Speciální pedagogové by měli vzbudit v nevidomých a zrakově postižených dětech pocit hrdosti a uvědomění si jedinečnosti každého individua a zároveň použít kurikula vytvořeného na bázi realistických životních perspektiv. Stejně tak je důležité, aby se při vzdělávacím procesu seznámili a učili ze zkušeností rodičů a zajistili tak, že proces bude stejně obohacující pro rodiče, jejich děti i učitele.

Z pohledu vysokoškolské přípravy lze zmínit jednu dosti podstatnou skutečnost, že totiž studentům i při sebelepší teoretické připravenosti chybí osobní zkušenost a do jisté míry osobnostní zralost pro práci s lidmi ve ztížených životních podmínkách.

Možnosti doplnění teoretických poznatků v praxi mají studenti prostřednictvím klinického semináře v rozsahu 39 (3/týden v jednom semestru), klinické praxe I, II, III (156) a terénní praxe I (26) a II (52). V náplni těchto výukových bloků vidím ještě jisté rezervy, které bývají oprávněně kritizovány především ze strany studentů ale i zařízení.

Tyto věci jsou však do jisté míry diskutovány na různých úrovních s více či méně úspěšnými výsledky řešení. Zjednodušení administrativy, elektronická podoba zápisů do jednotlivých kurzů a seminářů samotnými studenty by zřejmě přispěla ke zlepšení celé situace.

Vraťme se však obsahu klinického semináře.

V rámci tyflopédie raného a předškolního věku studenti navštíví Středisko rané péče v Praze, Speciální MŠ (Hradčany), MŠ Horáčkova, SPC (při spec. MŠ), Ortoptický stacionář v Kobylisích a Centrum zrakových vad ve FN Motol. Jedná se o jednorázovou návštěvu se zařízením a seznámení se s problematikou.

Zlepšení náplně a kvality klinického semináře by měl přispět grant z FRVŠ pro rok 2002.

V současné době v rámci přípravy grantu snažíme o bližší navázání kontaktu s Centrem pro děti s ohroženým vývojem ve FN v Motole a s Poradnou při Ústavu péče o matku a dítě v Podolí.

Naší snahou je, aby studenti (jedná se dvojice či trojice) měli možnost delšího pobytu v zařízeních, tak aby pronikli do problematiky. Bylo by zajímavé

uplatnit např. video, kdy by se dalo využít natočeného materiálu k rozboru některých situací či vlastní aktivity studenta ve formě videotréninku. Jedním z cílů zmiňovaného grantu je využívat studentů z kombinované formy studia (dříve dálkové studium) k diskusím se studenty prezenční formy. Situace na PedF by napovídala možnému využití studentek bakalářského studia sppg pro učitelky MŠ ve formě následků na zařízeních a odborných diskusích.

Jako další možný výstup grantu se jeví v rámci spolupráce mezi univerzitami (v našem případě) UK a MU Brno realizace tří přednášek s následnými besedami se zaměřením na péči o děti s více vadami (což je jeden ze studijních programů kombinované formy studia speciální pedagogiky na MU). Lze tedy využívat praktických zkušeností studentů kombinované formy, kteří v zařízeních pro děti kombinovaně postižené pracují a mají tak možnost plnohodnotně a aktuálně informovat studenty prezenčního studia.

Z výše uvedeného vyplývá, že snahou institucí připravujících speciální pedagogii je reflektovat potřeby praxe a poskytnout našim absolventům dostatečnou základnu, s níž by měli uspět v pestré šíři speciálně pedagogických zařízeních

Použitá literatura:

Ferrell, K. A. Working with Parents in Scholl, G. Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth. New York 1986.
Rogers. C. R.: Způsob bytí. Portál, Praha 1998.
Vymětal, J. Rezková, V.: Rogerovský přístup k dospělým a dětem. Portál, Praha 2001.

Mgr. Jiří Votava

SRP Praha

Spokojenost rodičů se službami rané péče ve střediscích rané péče pro zrakově postižené

V letech 1999 a 2000 proběhl výzkum mezi klienty SRP pro zrakově a kombinovaně postižené děti, který zjišťoval, jak jsou klienti spokojení s komplexem nabízených služeb. Projekt výzkumu vycházel z obdobných šetření, např. v Belgii či v Německu. Výsledky mimo jiné ilustrují aktuální potřeby rodin se zrakově postiženým dítětem a analyzují strukturu poskytované péče.

PaedDr. Iva Venclová

Pedagogická fakulta UK Praha

Znevýhodňující faktory ve vzdělání nevidomých dětí

Závislost kožní citlivosti, školního prospěchu, úrovně čtenářských dovedností na nízké porodní hmotnosti a dalších biologických faktorech. Problematika nezdařené integrace nevidomých dětí do škol běžného typu.

V posledních letech jsme byli svědky nebývalého rozmachu lékařských věd. Spolu s ním se zdokonalila péče a vybavení neonatologických pracovišť. Došlo také k rozšíření škály výkonů, bez nichž by se zpravidla další život novorozence neobešel. Záchrana života rizikového novorozence si nutně vyžaduje i vznik nových přístupů, metod péče, výchovy a vzdělání, nad nimiž bychom se měli zamyslet.

Ve školním roce 2000-2001 v měsících září až únor byl proveden výzkum žáků speciální školy Jaroslava Ježka pro zrakově postižené. V tomto zařízení jsou soustředěni žáci s těžkým zrakovým handicapem ve věku od 4 do 17 let. Výzkum byl zaměřen na zjištění negativních faktorů, které ovlivňují kvality života dítěte se zrakovým handicapem, včetně jeho školní úspěšnosti. V práci jsem řešila několik nových, u nás dosud nezpracovaných problémů, např. zjišťování kožní citlivosti na základě diskriminace dvou bodů, ověření velikosti rozdílového prahu potřebného pro rozlišení hmotnosti, tzn. Weber – Fechnerův zákon.

Kožní citlivost byla zjišťována vyšetřením diskriminace dvou bodů u žáků od 6 do 15 let. Vzhledem k použití esteziometru bylo možné výsledky číselně vyjádřit a porovnat s výsledky v literatuře a s výsledky výzkumu, který byl proveden u žáků téže školy před 16 lety. Zjištěné údaje byly zpracovány statistickými metodami, které poskytly výpočty intenzity závislosti jednotlivých sledovaných znaků, výpočty průměrných hodnot, směrodatných odchylek, F – testu k ověření shody rozptylu a T – testu k ověření statistické významnosti.

Hlavní pozornost byla věnována především nedonošeným dětem, které v důsledku celkové nezralosti potřebují větší speciálně pedagogickou podporu. Nedonošené děti se na základě současných psychologických studií /např. Lagmeier, Krejčířové, 1998/ jeví jako labilnější, dráždivější, ale zároveň méně reagující na smyslové a sociální podněty. Nedonošené dítě je pro vychovatele

méně srozumitelným sociálním partnerem. Z této skutečnosti také vyplývají obtíže ve vzdělávání.

Jako předčasně narozené jsou podle WHO označeny plody narozené před 37. týdnem gestace nebo vážící méně než 2500 g ve vztahu k délce gestace. Jako velmi nezralé jsou definovány plody vážící méně než 1500 g a extrémně nezralé vážící méně než 1000 g. Frekvence předčasných porodů v České republice kolísá mezi 5 – 6 % /Hájek, 1999/. V současné době ve Spojených státech rodí nedonošené dítě 7 – 9 % bílých matek, avšak až 17 % matek černé pleti /Encyklopedia Britannica, 2000/. Mezi dětmi se zrakovým postižením jsme shledali několikanásobně vyšší výskyt. Riziko postižení předčasně narozeného dítěte je tím větší, čím hlubší je nezralost a menší porodní hmotnost. Nejrizikovější skupinou jsou novorozenci s porodní hmotností pod 750 gramů, kde riziko úmrtí převyšuje 50 % a nebezpečí následného pohybového a psychického postižení je vysoké. U dětí s porodní hmotností nad 1500 gramů se pak přežívání blíží 100 % a rizika postižení jsou výrazně nižší. Nejčastějším problémem nedonošených dětí je kyslíková nedostatečnost plynoucí z plicní nezralosti. Neschopnost udržet bez pomoci dostatečný krevní tlak je důsledkem nezralosti srdce a krevního oběhu. Nejobávanejší komplikací je u těchto pacientů krvácení do centrálního nervového systému, které má zásadní vliv na další vývoj dítěte. Dochází k němu nejčastěji u nejmenších dětí a dále u těch, kteří vyžadují vysokou podporu životních funkcí.

Z uvedeného souboru 90 žáků byly získány údaje o porodní hmotnosti u 88 dětí, které byly rozděleny do dvou skupin: na děti donošené, narozené mezi 38. – 42. týdnem těhotenství, s porodní hmotností nad 2500 g a na děti nedonošené, narozené předčasně s porodní hmotností pod 2500 g.

Ze souboru 88 žáků byla zjištěna nedonošenost u 39 zřetelně handicapovaných jedinců, tj. 42, 32 %. Ve skupině 55 nevidomých dětí je 29 dětí, tj. 52, 73 % s nízkou porodní hmotností. U dětí slabozrakých je sice nedonošenost v porovnání s jejím výskytem v běžné populaci asi 6 násobně častější, avšak nedosahuje zde již tak vysoké četnosti jako u nevidomých. Ve skupině 33 těžce slabozrakých se vyskytla nízká porodní hmotnost u 10 dětí, tj. 30, 3 %.

Mezi zřetelně postiženými se vyskytuje převážně porodní hmotnost do 1500 g, a to v 76, 92 %. Stojí za povšimnutí, že u čtvrtiny všech nedonošených byla porodní hmotnost pod 999 g. Zjištěných 25, 64 % představují trojnásobně vyšší relativní četnost v této hmotnostní kategorii, než jaká byla zjištěna výzkumem žáků téže školy před 16 lety.

Průměrná porodní hmotnost donošených zrakově handicapovaných dětí se pohybuje kolem 3300 g. Na rozdíl od současného průměru zdravé populace, pro níž Liška /1999/ udává průměrnou hmotnost 3500 g, jsou zjištěné údaje spíše nižší.

Příčiny zrakového postižení byly zjištěny u 88 žáků sledovaného souboru. Rozbor očních diagnóz nepodává a ani nemůže podat přesný pohled na výskyt jednotlivých chorob v dětské populaci. Je zamyšlením nad četností výskytu určitých diagnóz, se kterými v současné době rodiče, učitelé a vychovatelé přijdou nejčastěji do styku a jejichž znalost je nezbytná pro adekvátní výchovné a vzdělávací působení.

Z 29 nevidomých nedonošených dětí je 28 žáků, tj. 96, 55 % postiženo retinopatií nedonošených. Retinopatie byla zjištěna ve III. až V. stádiu, většinou však v V. stádiu na obou očích. Od roku 1984 je možné konstatovat přibližně neměnný výskyt její četnosti. Pouze u jednoho nedonošeného žáka byl příčinou slepoty stav po pěti neurochirurgických operacích hydrocefalu. Neonatologická společnost /2001/ uvádí možnost snížení incidence retinopatie zavedením pulzní oxymetrie, která umožňuje podávání pouze takových frakcí kyslíku, které pacient skutečně potřebuje, neboť hyperoxie a kyslíkové radikály zvyšují incidenci retinopatií. Nejlepší prevencí se zdá být prevence nezralosti jako takové.

V souboru nedonošených slabozrakých žáků již nebyla jedinou příčinou zrakového handicapu retinopatie, i když byla stále ještě významně zastoupena, a to v 80 %. V ostatních případech, obvykle u nedonošených s porodní hmotností větší než 1 500 g, bylo postižení způsobeno jinými očními poruchami, často navzájem kombinovanými. Nejčastěji se jednalo o myopii, glaukom, nystagmus a kataraktu.

U donošených nevidomých dětí byl častou příčinou slepoty glaukom, atrofické procesy, degenerační poruchy sítnice a myopie.

Příčiny zrakového postižení u donošených slabozrakých dětí byly též většinou způsobeny kombinací několika očních vad. Velké zastoupení bylo shledáno u atrofických procesů, katarakty, glaukomu, nystagmu a myopie.

Velkým pedagogickým problémem jsou žáci s kombinovaným postižením. Ve sledovaném souboru je pouze 15 dětí, u nichž se oční vada nekombinuje s jiným postižením. Z celkového počtu 90 dětí se zrakovým postižením byl zaznamenán výskyt mentálního postižení u 31 dítěte. Výskyt mentální retardace ve skupině donošených představuje 32 %, zatímco u nedonošených bylo zjištěno 39 %.

K nejčastějším postižením dětí se zrakovým handicapem se řadí poruchy centrálního nervového systému, zvláště dětská mozková obrna a epilepsie. V současné době se na 1 000 živě narozených dětí rodí 2 až 4 děti s dětskou mozkovou obrnou /dále jen DMO/. DMO byla zaznamenána jak u dětí s normálním intelektem /16 % /, tak u žáků zvláštní školy /35 % /.

Dětská mozková obrna se u zrakově postižených neobjevuje pouze v souvislosti s nízkou porodní hmotností, jak by se dalo podle Lesného /1980/ předpokládat, neboť uvádí nedonošenost jako jeden z vedoucích etiologických činitelů DMO. Ve skupině dětí donošených se DMO vyskytuje v 18 %, u nedonošených v 26 %. Výzkum 2000 zjistil i mezi donošenými vzrůstající trend tohoto postižení. Od roku 1982 se relativní četnost výskytu DMO u donošených dětí zvýšila trojnásobně.

DMO se ve větší míře vyskytuje u žáků mentálně postižených / 35, 48 % /, než u žáků s normálním intelektem / 15, 68 % /
Významná jsou zastoupení i dalších poruch. Dítě se zrakovým handicapem je v 22 % tělesně postiženo, přibližně v 6 % je zrakové postižení kombinováno se sluchovým.

Kožní citlivost byla zjišťována na 25 místech těla, avšak hlavní pozornost jsem soustředila především na výsledky získané na posledních člancích prstů a na středu dlaně. Tyto kvality čítí na prstech a středu dlaně jsou v úzké spojitosti s praktickými potřebami nevidomého dítěte, jak ve vyučovacím procesu, tak i v běžném životě.

Ověřením Weberova – Fechnerova zákona bylo prokázáno, že má-li vyniknout rozdíl v hmotnosti, musí se hmotnost výchozího závaží zvýšit minimálně o 0, 25/25 výchozího podnětu.

Z výsledků, které jsme získali o diskriminačním čítí, vyplývá, že nedonošenost nemá podíl na vzniku poruch diskriminačního čítí. Porucha hmatového vnímání se může objevit jak při přijímání, tak při vedení nebo zpracování informace. Odhalit, kde se porucha vyskytla, je zřejmě velmi obtížné. Problémem každopádně zůstává spojení této poruchy s těžkým postižením zraku až nevidomostí, kde výrazně snižuje možnosti dítěte číst bodové písmo. V naší studii jsme vycházeli především ze zjištění Lesného, který se v 70. letech touto problematikou zabýval jak u žáků s DMO, tak i u žáků běžné školní populace.

Výzkum 2 000 byl zaměřen na výsledky diskriminačního čítí též u žáků s kombinovanými vadami. V současné době jsou ve škole pro zrakově postižené

4 multihandicapovaní žáci s poruchou diskriminačního čítí takového rozsahu, který jim znemožňuje četbu bodového písma.

Hodnocení školního prospěchu probíhalo zvláště u dětí s nízkou porodní hmotností a u dětí donošených s ohledem na mentální úroveň. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn v předmětech matematika a praktické činnosti, kde žáci s nízkou porodní hmotností vykazují jen průměrný prospěch. Na základě výsledků výzkumu je patrné, že se donošené děti narozené s normální porodní hmotností učí lépe než děti nedonošené. Tato skutečnost se téměř v plné míře vztahuje za nevidomé mentálně postižené žáky, i když statisticky významný rozdíl byl nalezen jen ve dvou případech. Zjištěné údaje potvrzují výsledky výzkumu, který jsme u žáků těžce školy provedli před 16 lety.

Problematikou školního prospěchu nedonošených se zabývala Svobodová /1967/. Ve své práci uvádí, že s klesající porodní hmotností stoupá neuspokojivý prospěch. Jako celkovou charakteristiku nedonošených udává: těkavost, neschopnost soustředit se, špatnou paměť, nezám, těžkopádnost, ojediněle i asociální chování.

Nižší socio – kulturní úroveň bývá též nezřídka příčinou horšího školního prospěchu. U sledovaného souboru žáků byl u 8 % rodičů zjištěn alkoholismus, 6 % dětí je umístěno v dětském domově, ve 4 % jsou rodiče dítěte se zrakovým handicapem ve výkonu trestu, a 3 % žáků jsou v péči prarodičů. Z celkového počtu 90 dětí je 13 žáků, tj. 14 % rómské etniky.

Předložený příspěvek nezachycuje a ani nemůže zachytit všechny negativní faktory, které ovlivňují úspěšnost edukace dítěte se zrakovým postižením, ale měl by být upozorněním pro všechny odborníky, kteří s těmito dětmi přijdou do styku. Zjištěné výsledky jsou v mnoha směrech alarmující, proto se domnívám, že by s nimi měla být více seznámena jak odborná, tak i laická veřejnost, neboť výchova dětí v širším slova smyslu je záležitostí nás všech.

Použitá literatura:

Hájek, Z.: Porodnictví. Grada-Avicenum Praha, 1999.

Lesný, I.: Poruchy citlivosti u dětské mozkové obrny. Sborník somatopedie 1973, PedF UK Praha, 1973.

Lesný, I.: Neurologie. Avicenum – Praha, 1980.

Liška, K.: Porodnictví. Grada-Avicenum Praha, 1999

Svobodová, E.: Školní prospěch jako kritérium mentálního vývoje donošených dětí. Čs. Pediat. 22, 1967, 9, s. 844.

Mgr. D. Güttnerová, prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.
Pedagogická fakulta MU Brno

**Sociální učení – předmět pro žáky se zrakovým postižením
ve speciální škole St. Michael ve Waldkirchu v Německu**

Úvod

Speciálně pedagogické kurikulum "**Sociální učení**" určené k **osvojení si osobních a sociálních kompetencí** vyvinula a vyzkoušela ve Státní škole pro zrakově postižené St. Michael v německém Waldkirchu **Roswit Strittmatter**.

S obsahem kurikula jsme měli možnost se seznámit jednak při stážích učitelů a studentů ve zmíněné škole (1996 -1999), jednak při přednášce autorky koncepce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně (1998) a z její disertační práce (STRITTMATTER, R. *Soziales lernen*. Frankfurt am Main: Erziehungskonzeption und Praxis, 1999). Na základě důkladnějšího studia uvedené problematiky byla zpracována diplomová práce na téma *Sociální učení - podpůrný koncept pro žáky se zrakovým postižením* (GÜTTNEROVÁ, D., VÍTKOVÁ, M., Brno: MU, 2001), jejíž součástí je i německo-český terminologický slovníček. Naší snahou je v tomto tématu dále pokračovat, rozšířit a ověřit možnost využití sociálního učení i u jedinců s jiným druhem postižení než je zrakové a připravit sylaby pro předmět sociální učení v rámci oborového studia speciální pedagogiky.

V dnešním vystoupení bychom se chtěli zaměřit na výklad **hlavních myšlenek koncepce sociálního učení**, uvést **charakteristiku** této koncepce a její **význam** v posílení **emocionálních a sociálních kompetencí** u žáků s těžším zrakovým postižením.

1. Obecná hlediska speciálně pedagogické podpory "Sociálního učení"

1. 1. Vady zraku a jejich působení na jedince

Každodenně probíhající situace vyžadují od žáků se zrakovým postižením (dodatečnou) sílu a energii navíc, aby byli schopni průběžně řešit problémy a konflikty, které se vyskytují v důsledku jejich postižení. **Následkem orgánové poruchy zraku** se u žáků objevuje typické **omezení vnímání, komunikační obtíže a interakční konflikty**, na které děti se zrakovými vadami **reagují nejistým** chováním, odchylkami v chování až **nápadným chováním**. Z toho se opět odvíjejí duševní konflikty, pocit méněcennosti, pesimistický sebeobraz a destruktivní sebekoncept. To vše se odráží v negativně laděných emočních pocitech.

Nežádka vedou zraňující zážitky získané už v nejranějším dětství k **psycho-sociálním bariérám**, a tím blokují **celkový pozitivní vývoj osobnosti**. **Diskriminující způsob chování, stigmatizující postoje a předsudky** sociálního prostředí ke zrakově postiženému dítěti mohou být příčinou nejrůznějších **obav, psychického stresu a pocitů úzkosti**.

V průběhu procesu vývoje si je zrakově postižené dítě stále více vědomo toho, že je **jiné**, a to nejen z **vlastních zkušeností** o svých limitovaných možnostech, nýbrž i z reakcí **okolí**. Zvláště v pubertě se začíná silněji projevovat problematika **hledání osobní identity**.

Permanentní **pocit stresu** může vést jak na straně postižených, tak na straně intaktních (normálně vidících) k četným nedorozuměním, frustraci, komunikačním těžkostem a **poruchám chování**. Tento jev může způsobovat enormní **vnitřní a vnější napětí**, které podstatně ztěžuje **mezilidské kontakty**.

1. 2. Hlavní idea koncepce "Sociálního učení"

Při podpoře individuálního vývoje osobnosti žáků ve Státní škole pro zrakově postižené ve Waldkirchu se učitelé opírají o nabídku koncepce "**Sociálního učení**" jako speciálně pedagogického podpůrného opatření již od roku 1978. Snaží se prostřednictvím **posilování "JÁ"**, koncepcí ovládání, podporovat jejich **dobrý duševní stav a růst**.

Pro osvojení si utvářených **emocionálních a sociálních kompetencí** je mimořádně významný **pozitivní psycho-fyzický stav**, který spoluzodpovídá za připravenost k učení a pracovní angažovanost. Dobrý duševní a tělesný zdravotní stav může být zrakovým postižením silně **omezen** a může dojít k **narušení psychické a fyzické rovnováhy**. **Deficit** (ztráta) energie a sil má často nevyhnutelné **následky na psychiku jedince**.

*"Školní den našich žáků vyžaduje stálou motivaci k učení, vysokou koncentraci, nejen kognitivní připravenost k výkonu a adekvátní pracovní chování, nýbrž i přiměřené sociální chování. Vyhovět takovým požadavkům předpokládá vnitřní vyrovnanost a zdravou pracovní angažovanost. Jestliže je dítě přetěžováno, dojde k "vnitřnímu tlaku problémů". To může vést ke ztrátě chuti ke škole, k poklesu výkonnosti až k selhání výkonů. Mohou tím být zapříčiněny **emocionální a psychosomatické poruchy**" (Strittmatter, R., Visus, 2/1995, s. 31).*

Pozitivním hodnocením sebe sama, odhalením a potvrzením individuálních kompetencí se vytváří cenné zdroje, které pomohou dítěti se svou poruchou, strachem, předsudkem (zaujatostí) a konfliktní situací se vyrovnat. Tímto způsobem je schopno vydržet zátěž, přijmout ji a nakonec ji překonat.

Pěstování **individuálních kompenzačních schopností a dovedností** u žáků napomáhá k vybudování jejich **sebedůvěry a sebevědomí** v myšlení, cítění a jednání. Pozitivní sebekoncept vyžaduje akceptaci (přijetí) sebe sama

a předpokládá na jedné straně optimistické sebehodnocení, na druhé straně kritickou sebereflexi a realistický obraz světa.

Snahou pedagogické činnosti je, aby žáci učení získali takové chování a byli vybaveni takovými **strategiemi jednání**, aby se mohli účastnit sociokulturního dění a **převzetím různého rozsahu zodpovědnosti** prokázat **schopnost integrace**. K tomu patří pracovní **angažovanost** a **připravenost** (pohotovost) jedinců podávat výkony a aktivně se postavit k úkolům, k povinnostem a každodenním požadavkům tak, aby si mohli osvojovat stále nové poznatky. Za tímto účelem je třeba žáky **doprovázet** a **společně** s nimi **zpracovávat** eventuální **požadované strategie**. Tím se podporuje jejich jistota v chování při zvládání různých těžkostí každodenních situací.

Obecným **cílem sociální výchovy** je připravenost k **vývoji schopnosti vytvářet vztahy zahrnující komunikační a kooperační schopnosti**, což má pro žáky velký význam při získání **emocionálních a sociálních kompetencí**.

Vnímané jevy ovlivněné zrakovým postižením způsobují právě v oblasti mezilidské komunikace nejistotu, nedorozumění, omyly a mohou vyvolávat **sociální konflikty**. Protože mimiku a gestiku svého interakčního partnera může zrakově postižené dítě poznat jen neúplně, reaguje od částečné odchylky v chování přes masivní nesamostatnost až k úplné bezmocnosti. Zde potřebuje **podporu v orientaci v prostředí a podporu mobility**. Toto opět předpokládá **připravenost technik plánování a organizace**, aby se dítě mohlo ve svém **okolí samostatně vyznat** a naučit se životně důležitým praktickým dovednostem. V první řadě k tomu patří adekvátní použití pomůcek a kompetentního jednání se zrakovým postižením. Teprve potom může být dosaženo **osobních a sociálních kompetencí v jednání**.

Mobilita, flexibilita a kreativita jsou důležitými stavebními kameny ve **vývoji společenských dovedností**. Předpisům, způsobu zacházení a psychosociálnímu porozumění rolím je třeba se naučit a vyzkoušet v průběhu běžných každodenních situací, aby se daly využívat při vlastním jednání.

Dalším důležitým **cílem socializace** v podpůrné koncepci "**Sociální učení**" je **nácvik a zvládnutí schopnosti kritiky a kompromisu**, což ulehčuje zrakově postiženým reflektovat a **následně korigovat vlastní psycho-sociálně nepřiměřené (neadekvátní) názory a způsoby chování**. **Přiměřená (adekvátní) schopnost řešení konfliktů** může být tedy úspěšně vybudována **vlastní konstruktivní aktivitou v různých interakčních oblastech**.

2. Charakteristika koncepce "Sociálního učení"

2. 1. Specifické vzdělávací potřeby

Určení **specifických vzdělávacích potřeb** se především opírá o různý stav podpůrných potřeb, které se týkají individuálních biogenetických dispozic dítěte, ovlivňují a zvýrazňují strukturu osobnosti s jejími psycho-fyzickými předpoklady.

Kromě toho je třeba diagnostikovat **individuální podmínky prostředí**, právě tak jako požadavky a očekávání sociálního prostředí ovlivněné stávajícím omezením. Určení specifických potřeb je proto zaměřeno také na **vztah k prostředí dítěte**. Důsledkem toho spočívá diagnostika speciálně pedagogických potřeb jak v **analyzování emocionálních** dispozic, tak ve vztahu k prostředí, což má platit jednak **obecně**, jednak **specificky pro zrakově postižené**.

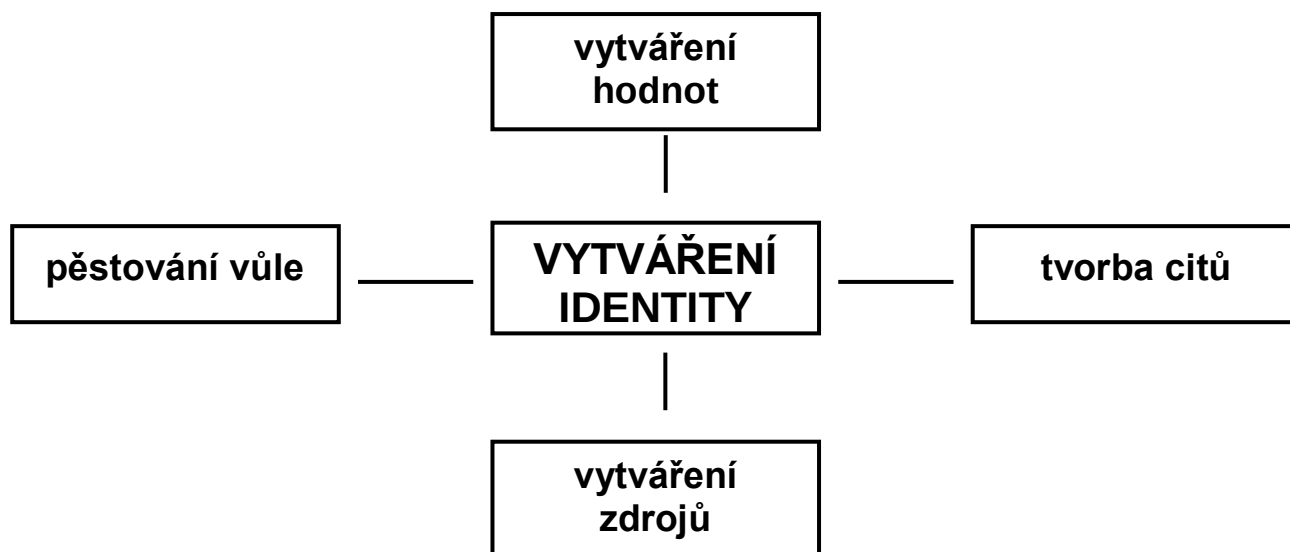
Teprve po všeobecném přijetí dítěte, takového jaké je, uznání a hájení jeho osobnosti, bude základní cíl naší pedagogické práce spočívat v tom, abychom eventuálně negativní dispozice dítěte pomohli změnit, pokud možno **zlepšili nepříznivé životní podmínky** a korigovali vyskytující se diskriminující očekávání a odchylky v chování. Při každé podpoře je rozhodující **vyrovnání zpoždění a odstranění zatěžujících problémů**. Nakonec se podaří postižení řídit se všemi svými důsledky, když jedinci disponují rozsáhlým repertoárem zvládání těžkostí. U stanovených potřeb musí být zavedena **dlouhodobá podpůrná opatření**, aby se předešlo psychickým a sociálním konfliktům.

Tyto individuální vzdělávací potřeby v rámci různých oblastí výchovy vedou k určení a **strukturaci oblastí potřeb - stěžejních úkolů podpory** a s tím spojených **obsahů podpory**. Realizace těchto obsahů požaduje odpovídající adekvátní principy, metody, media a organizační formy, stejně jako flexibilní místa jednání, aby se umožnilo vytvoření ucelené osobnosti.

Na níže uvedených obrázcích jsou prezentovány základní prvky, které mají význam pro vytvoření podpůrné koncepce. Patří k nim: utváření osobnosti, podpůrné oblasti a těžiště podpory. Kromě toho je uveden model vnějších a vnitřních bloků na interakční úrovni.

Celkové utváření osobnosti spočívá na **čtyřech základních výchovných principech**, které jsou nutné pro vývoj a osvojení si osobních a sociálních kompetencí: vytváření hodnot, pěstování vůle, tvorba citů a vytváření zdrojů pozitivním sebehodnocením (obr. 1).

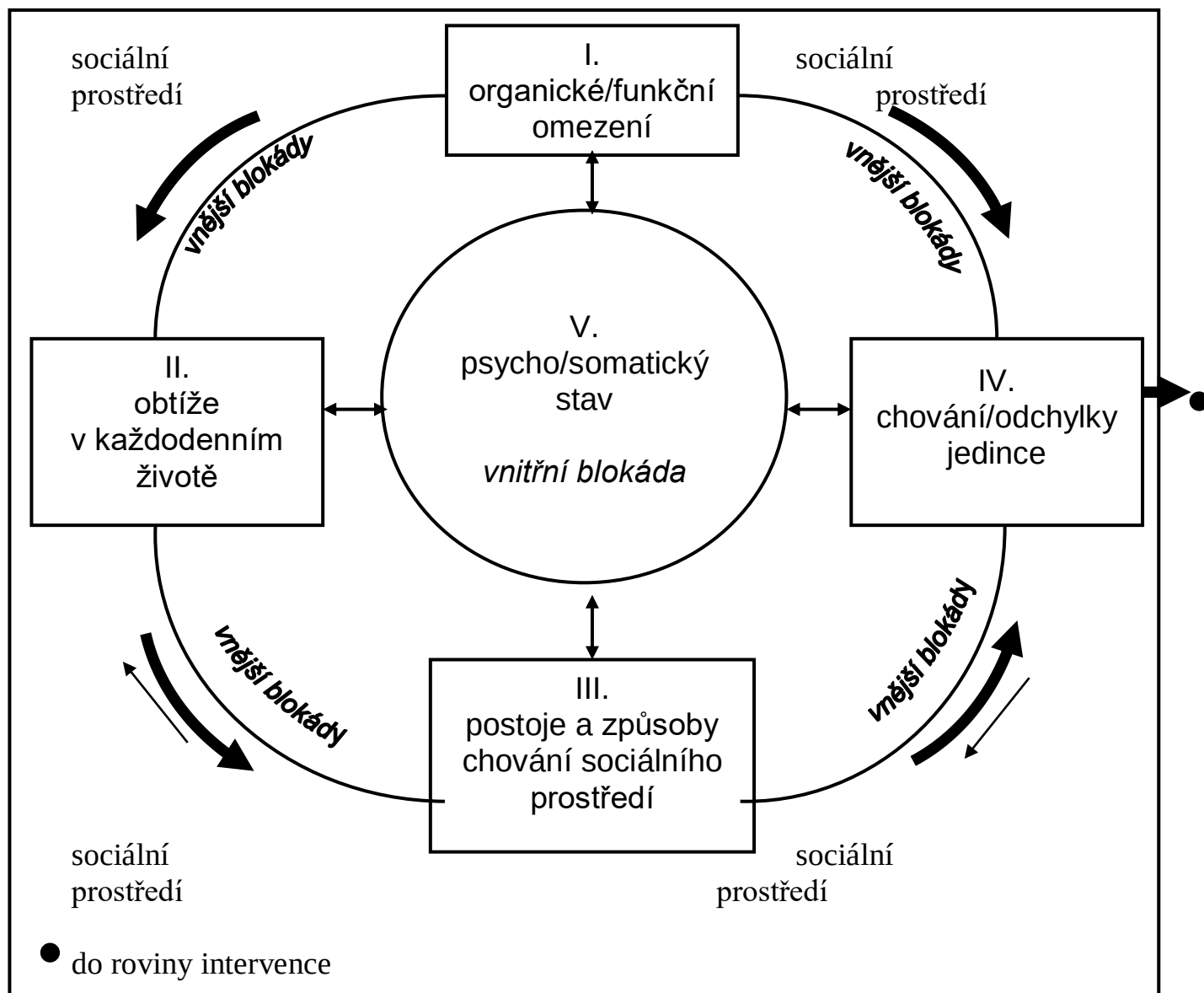
Obr. 1: Utváření osobnosti



Podpůrné oblasti se zakládají na existenci zrakového poškození a s tím spojenými důsledky. Na základě orgánového poškození dochází k různým životním obtížím, které vyžadují nejen kompenzační dovednosti a techniky k zabránění stigmatizace, nýbrž i osvojení si nutných **psychosociálních znalostí**, abychom mohli svými postoji a způsoby chování **adekvátně jednat v sociálním prostředí**. Odchylky chování vyplývají ze všech představovaných oblastí a ovlivňují pozitivní vývoj osobnosti dítěte s jeho celkovým psycho-fyzickým bytím.

Na tomto místě lze také hovořit podle R. Strittmatter (1995) o "**čtyřech vnějších blokáдах**" (1. blokáda = zrakové poškození, 2. blokáda = životní ztížení, 3. blokáda = postoj a způsoby chování sociálního prostředí, 4. blokáda = chování), které způsobují "**vnitřní blokádu**" (psycho-fyzického bytí), a tím "**celkovou blokádu**" při utváření osobnosti (obr. 2), z čehož pak vyplývá i schéma struktury podpůrných oblastí (obr. 3).

Obr. 2: Model blokády v interakční rovině



Obr. 3: Schéma struktury podpůrných oblastí



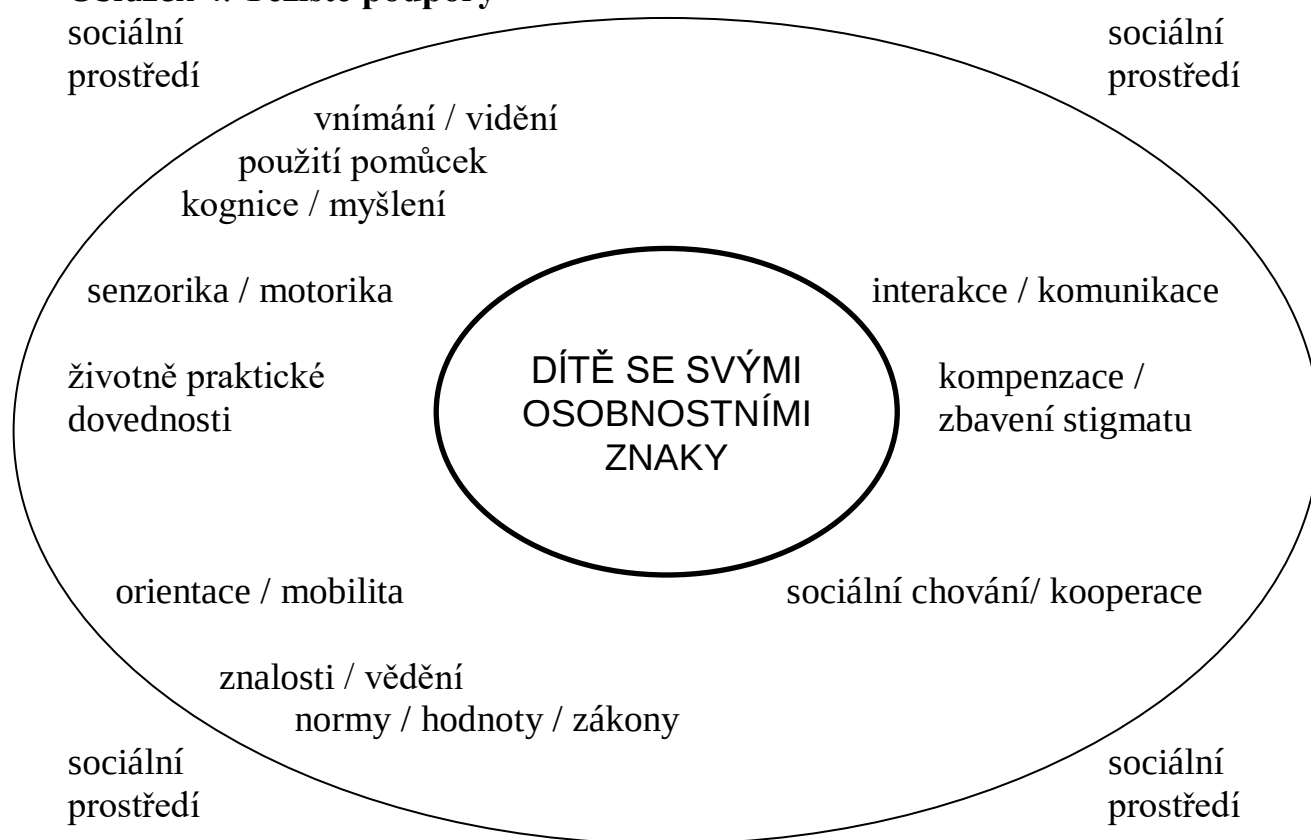
Celková problematika zrakově postižených se člení na základě modelu blokad do centrálních podpůrných oblastí. Na základě **určení podpůrných oblastí** - vycházíme-li z psycho-fyzického bytí dítěte, popř. skupiny, - lze vytvořit **těžiště podpory**.

V **centru** (vnitřní kruh) těžiště podpory (viz obr. 4) je **dítě**, popř. skupina, se svými osobnostními znaky: schopnosti, nadání, potřeby, zájmy, získané způsoby chování, vzor jednání a se svými emocionálně-sociálními oblastmi osobnosti.

Podpůrná těžiště ve vnějším kruhu tvoří **speciálně pedagogické zázemí** zaměřené na zrakově postižené tak, aby na jedné straně bylo možno cíleně podporovat dítě v centru se všemi výše uvedenými znaky osobnosti, a tím současně i "**vnitřní mobilitu**", na druhé straně slouží tato těžiště jako repertoár potřebný k **osvojení interakčních a integračních schopností** zobrazených vně druhého kruhu sociálního prostředí a k názornému objasnění toho, co se rozumí "**vnější mobilitou**".

Těžiště podpory se nedají nikdy považovat za izolovaná - jsou spolu **vzájemně propojena**. Přesto mohou a musí být podle aktuální situace jednotlivě vyvolána, ve vyučování speciálně pedagogicky zpracována a později realizována v určitém sociálním prostředí.

Obrázek 4. **Těžiště podpory**



2. 2. Obsah podpory

Při dlouhodobém zkoumání, detailním rozpracování a nepřetržitým dalším vývojem **obsahu speciálně pedagogické podpůrné koncepce "sociálního učení"**, se stále opět potvrzovalo, jak nutné je právě v běžném školním životě chápat rozsáhlou problematiku zrakově postižených speciálně pedagogicky (Strittmatter, R., 1999).

Obsah podpory se zakládá na psycho-sociálních procesech **uvědomování si a vyrovnání se**, které dítě získalo na jedné straně ze zkušeností v průběhu všedního dne v souvislosti se svým "bytím" (existencí), a na druhé straně se opírá o nastávající události ve formě budoucí perspektivy v rámci **vnitřních individuálních životních plánů**.

Zacházení se zrakovým postižením v mnohavrstevných interakčních oblastech a zvládnutí obtíží běžného dne v rámci různých životních situací nabízí v každém věkovém období podněty ke hledání **strategie řešení konfliktů**. Tématické oblasti vyplývají z individuálních zkušeností dětí, které získaly v průběhu vlastního života ve škole i mimo školu. Hodnoty, normy, pravidla a společenské způsoby sociálního prostředí, obvyklé společenské postoje způsoby chování a vzory jednání slouží jako **obsah výuky**, který odpovídá životnímu prostředí a zkušenostem.

Vývoj kompenzačních a nestigmatizujících konceptů chování a jednání je žádoucí vzhledem k nastupujícím odchylkám v chování a deficitním strategiím jednání (srov. Strittmatter, Kögel, Blind-Sehbehindert 3/89, s. 151).

Celkový **obsah podpory je zaměřený situačně a zážitkově** a orientuje se **podle věku** na individuální situaci potřeb a osobnostních znaků žáků. Obsah se zaměřuje jak na osobu, tak i na skupinu a zahrnuje současné životní podmínky a sociální danosti žáků.

2. 3. Principy

Zrakově postižené děti potřebují při utváření své individuální osobnosti speciálně pedagogickou podporu a podpůrné koncepty, které by jim ukázaly smysluplnou budoucí perspektivu jejich vlastního života. Pro vývoj duševního a tělesného zdraví má rozhodující význam **vnitřní vyrovnanost a pocit dobrého zdraví**.

Ústřední princip "**posílení já**" je základem veškeré podpory celé osobnosti zrakově postiženého dítěte. V atmosféře vzájemného porozumění, důvěry a přijetí zprostředkováváme dětem jistotu, poskytujeme jim **oporu a orientaci**. V takovém mezilidském klimatu "*emocionální blízkosti a vřelosti*", "*vážného přijetí a ocenění*" (srov. Bönsch, 1994, s. 69 an.) se mohou u zrakově postižených dětí **posílit oblasti kompetencí osobnosti**, což jim umožní v pozdějším plánování života pozitivní budoucí perspektivu a může jim to pomoci k vytváření osobnostních zdrojů.

Individualizace, diferenciacce, nestigmatizování, socializace, motivace a flexibilita jsou vyučovací principy překračující povinné předměty. Při veškeré

práci hledání identity a socializace je zvláště důležitá **vizualizace, strukturování a dokumentace zážitků**. Tím se probudí **schopnost reflexe osobnosti a zájem a porozumění sociálnímu interakčnímu partnerovi**.

"Ať je to ve formě školního nebo třídního časopisu, deníků, statí, novinových článků, programů, postrů nebo pomocí hrového či obrazového materiálu, počínaje videofilmy, přes fotografie, obrázky, kresby, skicy, malé výstavy, přes kooperativní projekty a nástěnky, stejně jako vlastnoručně vyrobené obrázkové knihy a prospekty názorně ukazují zkušenosti a prohlubují celkový účinek. Chronologickým uspořádáním, popisem a označením demonstračního materiálu mají např. také kooperující třídy možnost při setkáních navzájem se názorně a účinně informovat o svých radostech, učitelích, vychovatelích a rodičích" (Strittmatter, R., Blind/Sehbehindert, 2/95, s. 86 an.).

2. 4. Metody

Mezi metody "**sociálního učení**" patří rozhovory, hry, hry s úkoly, divadelní představení, výtvarné hry, zážitky a především realizace různých kooperativních představení se školními i mimoškolními partnery. To poskytuje bohaté podněty k pozorování individuálních strategií chování a reflexi o způsobech chování a event. vhodných korekturách chování. Vlastní zkušenosti a feed-back cvičení slouží k uvědomělému vypořádání se (vyrovnání) s vlastním i cizím hodnocením a rovněž pomáhají k **novým strategiím chování a jednání**.

Různé meditační formy, fantastické cesty a autogenní trénink slouží jako cvičení k uvolnění a navození klidu a způsobují vnitřní pokoj a vyrovnanost. Tak se starají o duševní a tělesné blaho, podporují schopnost senzorického uceleného vnímání, odstraňují stresové faktory a uvolňují novou energii. Tyto metody jsou nesmírně nápomocné pedagogickým opatřením, která motivují procesy sebenalezení (sebeobjevení). Senzibilizují smyslové vnímání a pomáhají k vnitřní spokojenosti.

3. Význam koncepce podpory "**Sociální učení**"

Všechna podpůrná opatření slouží ústřednímu cíli, to je, že zrakově postižené děti mohou podle svých možností zvládnout svůj život a stávají se tak "**vnitřně**" i "**navenek**" **mobilní**. Z toho vyplývající "celková mobilita" vede k "**vnitřní**" a "**vnější**" **volnosti**, umožňuje růst, vývoj a nalezení smyslu života, aby se člověk mohl sám realizovat se sociální spoluodpovědností:

"Vnitřní mobilita" je schopnost člověka - vlastními poznávacími, vývojovými a učebními procesy v závislosti na své osobnosti se **kreativně vyvíjet a seberealizovat s emocionálními a sociálními kompetencemi**.

"Jestliže je tato vnitřní mobilita jednou narušena, retardována, strnulá nebo statická, dají se předvídat následky pro jedince, např. vznik psychických a fyzických symptomů, přijetí a překonání postižení je ztíženo, je opožděno uvědomění si nebo vyrovnání se se skutečností a s takovým stavem, jaký je. Pak

je každá integrace do sociálního prostředí problematická" (Strittmatter, 1996, s. 277).

"**Vnější mobilita**" se skládá ze schopnosti, naučit se strategiím, technikám a přiměřeným vzorům chování, normám, stejně jako čistě mechanickým způsobům jednání, bez nichž by nebylo mobility.

Jestliže je "vnější mobilita" ztížena tak, jako v našem případě zrakovým postižením, je také ohrožena "vnitřní mobilita". Protože komunikace probíhá podle vzorů vidoucího a slyšícího světa, kdy princip běžné komunikace je určován neomezenou (nepostiženou) mimikou, gesty a řečí, působí zrakové postižení jako velký rušivý faktor v mezilidské oblasti. Zrakové postižení žáci reagují na tuto situaci s velkou sociální úzkostí, nejistým chováním nebo masivními chybami v chování. Proto je také ze strany školy důležité nabízet individuální pomoc pro zdravý vývoj osobnosti, aby se tak předešlo chybnému vývoji (Strittmatter, dtto).

Na konci výchovně-vzdělávacího procesu ve škole má být žák schopen, sám od sebe toužit po socializačním procesu tak, aby pomocí **získaných osobních a sociálních kompetencí** mohl realizovat **smysluplnou životní koncepci i v budoucím uvědoměném jednání**.

V Německu je snaha, aby se koncepce podpory "**Sociálního učení**" prosadila nejen ve speciálních školách pro zrakově postižené, ale obecně ve všech speciálních školách. Zájem o koncepci sociálního učení jako předmětu pro žáky ve speciálních školách je však i v dalších zemích, uveďme jako příklad Českou republiku, Polsko nebo Holandsko.

Literatura

- BÖNSCH, O. *Grundlegung sozialer Lernprozesse heute*. Weinheim, 1994, s. 45, 55
- GÜTTNEROVÁ, D., VÍTKOVÁ, M. *Sociální učení - podpůrný koncept pro žáky se zrakovým postižením*. Diplomová práce. Brno:MU, 2001
- STRITTMATTER, R., KÖGEL, F. *Möglichkeiten sozialen Lernens mit Sehbehinderten und blinden Schülern*. Blind/Sehbehindert, Hannover 3/89, s. 149
- STRITTMATTER, R. *Kooperation*. Blind/Sehbehindert, Hannover 2/95, s. 86
- STRITTMATTER, R. *Die psychisch-physische Befindlichkeit*. Visus, Aachen, Jahrgang 4, 2/1995, s. 31 an.
- STRITTMATTER, R. *St. Michael, eine Hausgemeinschaft, in der man sich wohlfühlen kann*. Monkel, Schulzeitung der Staatlichen Schule für Sehbehinderte, Waldkirch, Sommer 1996, s. 51 an.
- STRITTMATTER, R. *"Innere Mobilität" als Basis für die "Äußere Mobilität"*. In: LIEDKE, M. *Behinderung als pädagogische und politische Herausforderung*. Bad Heilbrunn, 1996, s. 277 an.
- STRITTMATTER, R. *Soziales lernen*. Frankfurt am Main: Erziehungskonzepte und Praxis, 1999
- VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999

PaedDr. Zbyněk Janečka

Katedra aplikované tělesné výchovy FTK UP Olomouc

Motorická kompetence zrakově postižených dětí v prepubescenci a pubescenci

- 1) Vývojové aspekty a motorická kompetence,
- 2) kvantitativní ukazatelé motorické kompetence,
- 3) kvalitativní ukazatelé motorické kompetence.

Výsledky šestiletého sledování žáků se zrakovým postižením v ČR a Polsku.

Klíčová slova: motorická kompetence jinak zrakově disponovaných dětí a její kvantitativní a kvalitativní ukazatele

ÚVOD

Začátek školní docházky je obdobím kdy se na dosud vytvořeném pohybovém základě začíná během 4-5 let modelovat komplex bohatě diferencované motoriky. Pro toto období je typická zvyšující se docilita a značná motorická senzibilita. Cílem naší práce bylo zmapovat metodami kvantitativního a kvalitativního výzkumu úroveň motorické kompetence zrakově postižených dětí a její srovnání s motorickou kompetencí normálně vidící populace. Protože důsledná analýza a zmapování projevů motoriky jsou předpokladem pro vytváření optimálního pohybového režimu člověka a jeho životního stylu. Správný pohybový režim je nutný nejenom v období ranné ontogeneze, ale i po celý život.

METODIKA

Sledované soubory

Sledování motorické kompetence, které jsme prováděli u zrakově postižených dětí, trvalo pět let. V první fázi jsme ověřovali použitelnost metod šetření, které musely být použitelné i u nevidomých. V průběhu šetření bylo testováno celkem 250 dětí. Z toho 115 zrakově postižených z České republiky a Polska. Populaci zrakově postižených dětí z Polska jsme zvolili pro její geografickou, sociální a kulturní podobnost. Velmi podobný je v Polsku i vývoj a stav speciálního školství. Stejně šetření jsme prováděli i u normálně vidících dětí na běžné základní škole. Těchto dětí bylo 135. Zrakově postižené děti jsme ještě rozčlenili podle stupně zrakového postižení na dvě kategorie B₁, B₂₋₃. V závěrečné části našeho výzkumu jsme se zaměřili pouze na skupinu

nevidomých kategorie B₁. Pro kategorizaci jsme použili klasifikaci IBSA (Mezinárodní asociace sportu pro zrakově postižené).

METODY

U sledovaných souborů jsme použili následující metody.

a) Antropologické metody:

- měření výšky a váhy, BMI, a hmotnostně výškových indexů

b) Motorické testy:

- Dynamometrie, výdrž ve shybu, leh sed, step test, sestava s tyčí, testy rovnováhových schopností – flamingo, stoj na jedné noze a dosahování v sedu

c) Škály:

- **Škála míry sportovní socializace „Kde si hraji a sportuji“.**
- Škála objemu pohybových dovedností „Co již umím a vím“.
- Škála úrovně sportovní socializace „S čím si hraji a sportuji

Dotazníky:

- „Jak se dostanu do školy“,
- „Kde mám kamarády“ a
- „Na táboře“

VÝSLEDKY

Vzhledem k rozsáhlosti našeho výzkumu uvádíme v našem příspěvku pouze shrnutí našich poznatků.

Kvantitativní část výzkumu

V této části jsme, mimo jiné, sledovali i antropometrické ukazatele. Zajímalo nás, zda se normálně vidící děti liší od dětí jinak zrakově disponovaných. Na základě výsledků můžeme konstatovat, že u výšky a váhy jsou obě skupiny srovnatelné. Statisticky významné rozdíly jsme nezjistili ani při porovnání mezi kategoriemi B₁ a B₂, 3. Statisticky významný rozdíl není ani při srovnání s normou pro tělesnou výšku a hmotnost, kterou sestavil Moravec (Moravec 1990). Na základě těchto zjištění můžeme konstatovat, že vývoj jinak zrakově disponovaných dětí se neodlišuje od normy. Jedna z hypotéz, kterou jsme vytyčili před zahájením kvantitativní části našeho šetření, konstatovala, že pokud budou srovnatelné antropometrické ukazatele, předpokládáme, že budou srovnatelné i pohybové schopnosti a pohybové dovednosti normálně vidící populace a populace jinak zrakově disponovaných dětí. Logickým předpokladem tohoto srovnání je výběr takových motorických testů, které neovlivňuje zraková kontrola.

Na základě našich zjištění můžeme konstatovat, že zrakově postižení chlapci jsou srovnatelní pouze ve step testu. A to pouze ve věku mezi 6 až 10 rokem života. V období od 10 do 16 let je patrná již jistá stagnace ve vývoji obecně vytrvalostních schopností. Obdobná situace je u dívek. Srovnatelných výsledků dosáhli zrakově postižení chlapci i dívky u dynamometrie, přičemž se

neprokázaly statisticky významné rozdíly mezi silou pravé a levé ruky. Statisticky významné rozdíly v neprospěch zrakově postižených dětí můžeme konstatovat u všech ostatních testů. Nevýraznější rozdíly byly u testů skok do dálky z místa u chlapců i dívek ve všech věkových kategoriích. Obdobně je tomu i u lehů sedů. Tyto statisticky významné rozdíly se projevily nejenom u testů vyžadující dynamickou sílu, ale i výdrže ve shybu, který prezentuje oblast statické síly. Statisticky velmi výrazné rozdíly lze konstatovat i u koordinačních schopností, prezentované v našem šetření sestavou s tyčí. Na základě těchto skutečností jsme tedy museli konstatovat neplatnost nulové hypotézy, a nahradit ji hypotézou alternativní, že mezi normálně vidícími a jinak zrakově disponovanými dětmi v námi sledovaných testech jsou statisticky významné rozdíly.

Doporučujeme proto, věnovat rozvoji pohybových schopností a dovedností jinak zrakově disponovaných dětí větší pozornost, jak na prvním tak i na druhém stupni základních škol.

Kvalitativní část výzkumu

Během našeho šetření se ukázalo, že sledování kvantitativních ukazatelů fyzického rozvoje je sice důležité, ale pro komplexní posouzení motoriky zrakově postižených dětí je příliš hrubé. V kvalitativní části našeho šetření jsme se zaměřili na typické odlišnosti v motorice zrakově postižených. Nejvýrazněji se projevují rozdíly v držení těla a postuře. Nápadné rozdíly je možné konstatovat v rytmu a plynulosti pohybů. Samostatnou kapitolu by mohly tvořit blindismy, tj kývavé pohyby zrakově postižených. Na základě výsledků našeho sledování v této oblasti můžeme konstatovat, že není dostatečně rozpracován model rozvoje psychomotoriky obzvláště od narození nevidomých dětí. Protože pokud v typických senzitivních obdobích nemá dítě dostatek podnětů k rozvoji motoriky, dochází k její stagnaci, a na nedostatečně vybudovaném základě nelze budovat nadstavbu složitějších pohybů. Což společně s nedostatkem sensorických podnětů může u zrakově postiženého člověka vybudovat bariéry bránící jeho všestrannému a harmonickému rozvoji

Závěr

Motorika a její rozvoj mají v životě člověka velký význam. Je důležitá nejenom jako základ motorických schopností a motorických dovedností, ale i z hlediska zdraví a duševní pohody. Proto její správný rozvoj v období základní školní má je nejenom nutností, ale i životní nezbytností.

PhDr. Ivan Antov

Gymnázium pro ZP, Praha

S Comeniem po Evropě

aneb účast na projektu EU a vzdělávání zrakově postižené mládeže

Dané vystoupení je spíše souhrnem několika podstatných postřehů z práce na vzdělávacím projektu (1) Evropské unie než uceleným pojednáním o dané otázce. Pozornost je věnována všem významným aktivitám projektu, důraz je však kladen na přístup z hlediska naší školy.

Volba přístupu

Již v samotném počátku stály budoucí partnerské školy – Royal Blind School v Edinburghu, Landesschule für Blinde und Sehbehinderte a Gymnázium, Obchodní akademie a Obchodní škola pro zrakově postiženou mládež v Praze – před důležitou volbou.

Mohli jsme zvolit globální přístup, který by v obecné míře postihl zvolené téma v celém spektru vzdělávacího procesu. Výsledkem by mohla být užitečná expertíza, jednalo by se však o dílo samotných pedagogů.

Další možností byl interdisciplinární přístup se zaměřením na rozvoj tvůrčích schopností pedagogů a studentů při práci na projektu. Výsledek by nepředstavoval jediný výstup, ale několik vzájemně propojených finálních produktů.

Třetí variantu představovalo soustředění se na specifický dílčí problém, přičemž by šlo o jednooborový přístup.

Jako nejprůhodnější se z pohledu možnosti zapojení širokého okruhu studentů a pedagogů do projektu jevil druhý přístup. Ten také nejlépe vyhovoval záměrům projektu.

První krok

V prvním roce projektu jsme se pokusili o nesmělý vstup do světa jazyka a myšlení národů našich partnerů. Studenti německého jazyka připravili recitační pásmo z básní Christiana Morgensterna, které se stalo základem pro knížku doplněnou ilustracemi studentů. Na závěr školního roku byl uspořádán Německý den, kde byly promítány videokazety o naší partnerské škole a vystaveny jejich materiály a produkty.

Podobnou cestu k poznávání kultury, tradic i každodenního života národa obývajícího sever ostrova Británie zvolili i studenti anglického jazyka. Vytvořili

hudební, taneční a recitační podívanou O Why The Deuce Should I Repine, kterou předvedli ve dvou vystoupeních ve škole během Skotského dne. Jejich představení nebylo tradičním recitačním pásmem, ale spíše kabaretem, ve kterém zazněly básně a písně Roberta Burnse. S nimi pracovali dále, přebásnili je do češtiny a vydali jako útlou knížečku se zrcadlovým překladem a překrásnými ilustracemi. Pro hlubší vtažení studentů do této aktivity měl obrovský význam týdenní pobyt hostujících učitelek z Royal Blind School pojatý jako tvůrčí dílna výtvarného umění a dramatu.

Již v prvním roce projektu se nám podařilo uplatnit interdisciplinární přístup. Jazyky (mateřský i cizí, literární i gramatický aspekt), estetická výchova, pohybová výchova i výtvarné umění spolu s využitím práce s počítačovou technikou se navzájem prolínaly při práci na projektu. Přitom se jedná o předměty, které mají nezastupitelnou úlohu při rozvoji komunikačních dovedností studentů se zrakovým postižením a to jak z pohledu nabývání a upevňování znalostí, tak i z hlediska vystupování a chování v běžných životních situacích.

Aktivity projektu se odehrávaly jak v rámci samotné výuky (přitom nikoli na úkor učiva daného osnovami, ale jako doplněk) i ve volném čase studentů a pedagogů.

Osobní kontakt

Podpora ze strany národních agentur Socrates-Comenius se stala předpokladem pro rozvoj nezbytných osobních kontaktů realizovaný prostřednictvím výměny učitelů. Tato forma kontaktů umožnila seznámení se s činností partnerských speciálních škol, používanými metodami i přístupy a jejich vybavením. (2) Velmi přínosná pro naše učitele byla možnost vyučovat v cizím jazyce na partnerské speciální škole a získat tak další zkušenost pro svůj profesní růst.

Přestože naše škola od počátku preferovala i návštěvu studentů, partnerské školy v této oblasti musely překonat určitou bariéru, která spočívala nejen v materiální oblasti (pro financování studentských návštěv je třeba hledat sponzorskou podporu), ale i v určitých administrativních překážkách. Průlomem byla v tomto ohledu návštěva skotských studentů a jejich doprovodu v červnu 2000 v Praze. Program jejich pobytu měl přes svou rozmanitost jednotnou koncepci – vzájemné osobní poznání studentů doprovázené poznáváním kulturních a historických tradic i přítomnosti a příprava společného vystoupení v rámci 2. Skotského dne v Nových Butovicích. (3) Za dobu trvání projektu se nám podařilo uskutečnit dvě návštěvy našich studentů v Neuklosteru a jednu v Edinburghu a po jedné návštěvě skotských a německých studentů v Praze. Návštěvu našich studentů v Německu podvakrát sponzoroval česko-německý Fond budoucnosti, na částečné pokrytí cestovních nákladů do Skotska přispěly České aerolinie.

Kromě navázání přátelských kontaktů tyto návštěvy umožnily výrazně motivovat řadu studentů, aby zlepšili své komunikační dovednosti v cizím jazyce a tím i získali větší míru nezávislosti a soběstačnosti.

Velké téma

Tematicky se projekt postupně soustředil na skotské, severoněmecké a české pověsti, které v mnohém představují kulturně historickou a sociální reflexi národa. Jejich prostřednictvím se studenti seznámili s tím, co je od raného věku součástí národního povědomí většiny příslušníků daného národa.

Kromě převyprávění pověstí studenty byla z každého národa vybrána jedna pověst a zdramatizována. Studenti a pedagogové nyní připravují představení, které se bude konat před vánočními prázdninami ve všech partnerských školách. Prakticky ve stejnou dobu budou na třech místech předvedeny vždy tři dramatizace pověstí, přirozeně ve specifických úpravách z hlediska potřeb té které školy.

Finále projektu umožnilo tématickou koncentraci založenou na širokém spektru jednotlivých aktivit. Projekt se stal základem spolupráce tří speciálních škol z různých evropských regionů. Svými výsledky však projekt nezůstal uzavřen do sebe, ale umožnil i veřejnou prezentaci jeho výsledků a to nejen v národním měřítku. Její skromnou součástí chtěl být i tento referát.

Poznámky:

- (1) Jedná se o projekt Comenius CA1-98-I-11 s názvem The Cultural Development of our Three Nations Delivered Through the Expressive Arts Curriculum, realizovaný v letech 1998-2001.
- (2) Paní prof. Kubátová mj. díky zkušenostem z Royal Blind School prosadila a zařídila studio estetické výchovy v naší škole. Dramatická výchova se sice u nás nevyučuje jako předmět, ale na její prvky je kladen větší důraz zejména při výuce jazyků. Pozitivním odrazem tohoto zájmu byla v letošním školním roce předvedená představení vánoční hry a velikonoční hry.
- (3) Na přípravě programu aktivně pracovali studenti i pedagogové. Jeho součástí bylo seznámení s řemeslnými tradicemi v českých zemích (papírna Velké Losiny, novoborské sklářské hutě, pivovar U Fleků – vždy s možností hmatové prohlídky výrobního zařízení), příprava a společné vystoupení skotských a českých studentů v téměř hodinovém hudebním, tanečním a literárním pásmu The Flower of Scotland i společenské události (vernisáž hmatové výstavy, diskotéka na parníku).

Mgr. Alexandra Rázusová
ÚNSS, Trenčín

Současný stav a perspektivy integrovaného vzdelávání zrakově postižených na středních školách běžného typu ve Slovenské republice

Seznámení odborné veřejnosti s výsledky výzkumu zaměřeného na mapování pedagogických a psychologických podmínek integrovaného vzdělávání zrakově postižených na středních školách běžného typu v SROV. Návrh řešení zkvalitnění integrovaného vzdělávání, které vyplývá z výsledků výzkumu.

Problemátike integrácie zrakovo postihnutých žiakov do škôl bežného typu sa u nás v minulom desaťročí venovali viacerí odborníci, najmä z radov psychológov a pedagógov (L. Požár, I. Učeň, M. Špotáková, M. Zvalová, V. Kováčová, E. Mendelová, K. Trlicová a ďalší). Uvedená problematika je stále aktuálna, jedným z cieľov v Koncepcii rozvoja výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike, Projekte MILÉNIUM, je „vytvárať podmienky pre integráciu zdravotne alebo inak znevýhodnené deti do hlavného prúdu vzdelávania v bežných školách a triedach“.

V našich výskumoch sme sa zamerali za zistenie podmienok štúdia zrakovo postihnutých študentov na stredných školách bežného typu so zameraním na pedagogické a psychologické aspekty. Do výskumu bolo zapojených 6 stredných škôl, na ktorých študujú zrakovo postihnutí študenti. Výskumnú vzorku tvorilo 31 učiteľov, ktorí vyučujú na príslušných školách.

Výskumné výsledky potvrdili, že pripravenosť škôl a učiteľov nie je dostatočná a nezodpovedá teoretickým požiadavkám:

- ani jedna zo stredných škôl nespolupracuje so špeciálnym pedagógom, 58, 06 % učiteľov uvádza spoluprácu s Úniou nevidiacich a slabozrakých Slovenska, 22, 58 % so ZŠI pre nevidiacich a slabozrakých, 12, 90 % s Rehabilitačným strediskom pre nevidiacich v Levoči, 9, 67 % s Podporným centrom pre zrakovo postihnutých na MFF UK v Bratislave, 6, 45 % so školským psychológom, 3, 22 % s pedagogicko-psychologickou poradňou a 3, 22 % uvádza, že spolupráca nie je zatiaľ potrebná
- informovanosť učiteľov o zrakovo postihnutom študentovi pred príchodom do triedy bežnej školy je nízka, 35, 48 % učiteľov uvádza, že neboli vôbec,

alebo nedostatočne informovaní, 12, 90 % učiteľov bolo informovaných od riaditeľa školy, 12, 90 % od triednych učiteľov, 12, 90 % malo k dispozícii hodnotenie študenta so základnej školy, 12, 90 % bolo informovaných na pedagogickej rade, 12, 90 % na školení, 6, 45 % získalo informácie od rodičov, 6, 45 % od spolužiakov, 6, 45 % malo k dispozícii zdravotný záznam študenta ako zdroj informácií, 6, 45 % bolo informovaných len o študijných výsledkoch a 3, 22 % o zdravotnom stave

- informácie učiteľov o zrakovej diagnóze a funkčných dôsledkoch zrakového postihnutia, ktoré sú dôležité pre prácu so zrakovo postihnutým študentom na vyučovaní považujeme za nedostatočné, 22, 58 % učiteľov uvádza, že tieto informácie nemajú vôbec alebo sú nedostatočné, 29, 03 % uvádza, že tieto informácie získavajú od rodičov, 25, 80 % získava informácie od zrakovo postihnutých študentov, 25, 80 % od triednych učiteľov, 16, 12 % od riaditeľa školy, 3, 22 % má k dispozícii lekárske správy a 3, 22 % získava informácie od Únie nevidiacich a slabozrakých Slovenska
- učitelia pri práci v triede, kde je zrakovo postihnutý študent uvádzajú nasledovné problémy: 29, 03 % žiadne, 25, 80 % rozdielne tempo práce, 12, 90 % problémy s názornosťou, 12, 90 % pasivita zrakovo postihnutého študenta, 9, 67 % problém pri vysvetľovaní vzorcov, 6, 45 % hlučnosť pichtovho stroja, 6, 45 % nedostatok pomôcok, 6, 45 % problém zvládnuť rozsah učiva, 3, 22 % problémy s čítaním a písaním
- pri riešení horeuvedených problémov sa učitelia obracajú: 16, 12 % na vedenie školy, 12, 90 % na triednych učiteľov, 12, 90 % na rodičov zrakovo postihnutého študenta, 12, 90 % na ostatných spolužiakov, 9, 67 % na samotného zrakovo postihnutého študenta, 9, 67 % na kolegov, 6, 45 % na pedagogickú radu, 3, 22 % na Úniu nevidiacich a slabozrakých Slovenska, 25, 80 % učiteľov sa k danej otázke nevyjadrilo
- veľká časť zrakovo postihnutých študentov používa na vyučovacej hodine kompenzačné pomôcky a tak sme sa učiteľov pýtali, či poznajú kompenzačné pomôcky pre zrakovo postihnutých: 51, 66 % učiteľov uvádza znalosť kompenzačných pomôcok pre zrakovo postihnutých, 19, 33 % nepozná kompenzačné pomôcky, 9, 67 % pozná len niektoré pomôcky, 9, 67 % sa s nimi oboznámilo na školení a 9, 67 % sa nevie vyjadriť, napriek tomu, že až polovica učiteľov uvádza znalosť kompenzačných pomôcok, musíme konštatovať, že učitelia často vedia len to, že študent na vyučovaní pracuje s určitými pomôckami, ktoré sú preňho nevyhnutné, avšak využitie týchto pomôcok nepoznajú dostatočne a chýba im prehľad o kompenzačných pomôckach, čo sme zistili pri rozhovoroch s učiteľmi.

Uvedené výsledky nás nútia sa zamyslieť nad otázkou, akým smerom sa budeme uberať. Ak hovoríme o pripravenosti školy, hovoríme najmä o pripravenosti pedagogických pracovníkov, ale zamyslieť sa tiež musíme aj nad materiálno-technickým vybavením školy. Bezbariérovosť školy, adaptácia pracovného

prostredia vyplývajúca zo zrakového postihnutia - nepredstavujú veľké finančné náklady. Vybavenie študenta kompenzačnými pomôckami, ak sa jedná o študenta s ťažkým zdravotným postihnutím je možné získať cez Okresný úrad, odbor sociálnych vecí, kde si môže študent (alebo jeho zákonný zástupca, ak študent nemá 18 rokov) požiadať o peňažný príspevok na zakúpenie kompenzačnej pomôcky (zákon o sociálnej pomoci č. 195/1998 Z. z v znení neskorších predpisov). Ak sa jedná o kompenzačnú pomôcku, ktorú študent používa doma i ve škole, a túto je možné „prenášať“ (napr. prenosný špeciálne upravený počítač pre zrakovo postihnutých) nevzniká problém. Ak sa jedná o kompenzačnú pomôcku, ktorú nie je možné „prenášať“ (napr. televízna čítacia lupa, ktorú študent používa doma), vzniká problém, pretože zakúpenie takejto kompenzačnej pomôcky predstavuje pre školu veľké finančné náklady. Chceme upozorniť ešte na jeden dôležitý fakt a to, že v súčasnosti stále u nás chýba inštitúcia, ktorá by systematicky zabezpečovala zrakovo postihnutým študentom stredných a základných škôl spracovávanie literatúry do vhodnej formy (čiastočne tento problém supljuje Únia nevidiacich a slabozrakých Slovenska, Podporné centrum pre zrakovo postihnutých študentov na MFF UK Bratislava a taktiež rodina zrakovo postihnutého študenta načítavaním literatúry na kazety).

Problémy súvisiace s nedostatočnou pripravenosťou učiteľov je možné riešiť prizvaním odborníkov na školu (jedna zo škôl, ktorá bola zapojená do výskumu zvolila opačný postup, ktorý je tiež možný, dvaja pedagogickí pracovníci danej školy navštívili Úniu nevidiacich a slabozrakých v Bratislave, kde získali potrebné informácie) a zorganizovaním odborného seminára, určeného pre učiteľov, ktorí vyučujú v danej triede. Tu je veľmi dôležitá aj spolupráca s rodinou a samotným zrakovo postihnutým študentom. Na seminár odporúčame prizvať očnému lekára, alebo očnému optika (prípadne rehabilitačného pracovníka Krajského strediska Únie nevidiacich a slabozrakých Slovenska, ďalej len KS ÚNSS), ktorý môže učiteľom vysvetliť funkčné dôsledky zrakového postihnutia študenta a ich vplyv na prácu študenta. Uvedené dôsledky učitelia najlepšie pochopia cez simuláciu zrakovej diagnózy – využitím simulačných okuliarov. Prizvanie špeciálneho pedagóga, alebo učiteľa zo špeciálnej školy môže byť prínosom pre učiteľov bežnej triedy v oblasti špeciálnopedagogických postupov a uvedení odborníci môžu učiteľov upozorniť na zvláštnosti vo vyučovaní s ohľadom na špeciálne potreby zrakovo postihnutého študenta. Školský psychológ, alebo poradenský psychológ môže vstúpiť do procesu integrácie zrakovo postihnutého študenta tým, že sa bude podieľať na príprave triedy v ktorej má byť študent integrovaný (napr. prostredníctvom dlhodobějších programov, besied, zisťovaním sociálnych vzťahov v triede a využitie tohto poznania na ovplyvnenie daných vzťahov). Rehabilitačný pracovník KS ÚNSS môže oboznámiť učiteľov a pedagogických pracovníkov so zásadami sprevádzania zrakovo postihnutých, zásadami ako komunikovať so zrakovo postihnutými, s kompenzačnými pomôckami pre

zrakovo postihnutých, s možnosťami spracovania literatúry, s adaptáciou pracovného prostredia apod. Jedno alebo viacdňový seminár určený pre učiteľov nenahradí v plnej miere špeciálnopedagogickú prípravu, alebo prítomnosť špeciálneho pedagóga na škole, ale môže pomôcť predísť rôznym ťažkostiam a problémom.

Na jednej strane je dôležitá pripravenosť učiteľov na školskú integráciu a na strane druhej pripravenosť zrakovo postihnutých študentov po stránke sebaobsluhy, priestorovej orientácie a samostatného pohybu, technických zručností (aké pomôcky používa študent), spôsoboch učenia a v neposlednom rade sociálnych zručností (prezentácia seba ako zrakovo postihnutého, zručnosť požiadať o pomoc a pod.). Pri príprave študenta, môžeme opäť osloviť tím odborníkov, napr. rehabilitačný pracovník KS ÚNSS môže pomôcť študentovi pri zvládnutí priestorovej orientácie a samostatného pohybu (napr. zvládnuť priestory školy, cestu do školy), základy sebaobsluhy, prácu s kompenzačnými pomôckami. Sociálny pracovník KS ÚNSS môže ponúknuť výcvik sociálnych zručností, pri adaptácii na nové prostredie môže svoje služby poskytnúť školský psychológ a pod. Pripravenosť študenta je dôležitá aj pre úspešné pokračovanie v štúdiu na vysokej škole alebo pri uplatnení v živote, zamestnaní. Za veľmi dôležité považujeme určiť kontaktnú osobu, ktorá pracuje priamo na škole (napr. výchovný poradca, triedny učiteľ), ktorá v prípade potreby môže kontaktovať odborníka a na ktorú sa môže obrátiť zrakovo postihnutý študent, prípadne jeho rodičia.

Uvedená problematika je veľmi široká (v príspevku nevenujeme pozornosť psychologickým aspektom integrácie) a problematiku nie je možné v našom príspevku rozpracovať podrobne. Našou snahou je upozorniť na existujúci stav a ponúknuť návrhy na zamyslenie a riešenie. Ako vyplýva z nášho príspevku, pri školskej integrácii zrakovo postihnutých študentov je veľmi dôležitá spolupráca viacerých odborníkov.

Použitá literatúra:

Kováčová, V.: Integrovaná škola a učiteľ. In: Zborník Medacta 95, Nitra VŠPg, 1995, s. 147 – 150

Mendelová E.: Študenti so špeciálnymi potrebami. Učiteľské noviny, 1996, č. 5, s. 8

Požár L.: Školská integrácia detí a mládeže s poruchami zraku, Bratislava UK **1996**

Požár L.: Niektoré psychologické aspekty integrácie detí a mládeže s poruchami zraku. Efeta, 1997, č. 3, s. 2 - 4

Rosa V., Turek, I., Zelina M.: Návrh koncepcie rozvoja výchovy a vzdelávania v Slovenskej republike. Projekt „Milénium“. In: Príloha učiteľských novínč. 3/2000

Špotáková, M., Zvalová, M.: Vzdelávanie postihnutých – od segregácie a k integrácii. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 27, 1992, č. 1, s. 45 – 60

Trlicová, K.: Sociálny status postihnutého žiaka medzi zdravými. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 30, 1995, č. 3, s. 302 – 307

Učeň, I.: Postoje k integrácii postihnutých detí do bežných škôl. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 30, 1995, č. 1, s. 126 -126

Učeň, I.: Postoje rodičov k integrácii postihnutých detí do bežných škôl. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 32, 1997, č. 3, s. 255 – 261

Učeň, I.: Sociálna integrácia v hodnotení učiteľov základných a špeciálnych škôl. Psychológia a patopsychológia dieťaťa, 33, 1998, č. 3, s. 241 – 246

Zákon č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov

PaedDr. Elena Mendelová, CSc.

Podporné centrum pre zrakovo postihnutých študentov na FMFI UK Bratislava

Filozofie podpory vzdelávania nevidomých na Univerzite Komenského

Příspěvek se věnuje programu zabezpečení studia zrakově postižených na Univerzitě Komenského. Důraz se klade na přípravu na studium v oblasti sociálních, komunikačních, technických a akademických zručností v mobilitě a v sebeobsluze. Spolupráce s fakultami (katedrami) směřuje ke zvyšování náročnosti na zrakově postižené studenty a k posilňování jejich kompetencí. Postavení a úlohy koordinátora pro práci se studenty se zdravotním postižením.

Podporné centrum pre zrakovo postihnutých študentov na Univerzite Komenského v Bratislave si kladie za cieľ pomáhať pri vytváraní vhodných podmienok pre štúdium nevidiacich a zrakovo ťažko postihnutých mladých ľudí v integrovaných podmienkach vysokých škôl. Ide najmä o:

- technickú pomoc (počítačová učebňa so špeciálnym periférnym zariadením, umožňujúcim prístup nevidiacich k informáciám v elektronickej forme a prácu s nimi),
- zabezpečenie vzdelávania v oblasti informatiky (vyučovanie predmetov o práci s PC, ktoré sú súčasťou študijného programu na jednotlivých fakultách, v učebni podporného centra; štúdium informatiky pre nevidiacich; počítačové krúžky pre nevidiacich, slabozrakých a nepočujúcich),
- výskum a vývoj v oblasti sprístupnenia matematických textov pre nevidiacich a v oblasti sprístupnenia web-stránok pre nevidiacich,
- spracovanie študijnej literatúry do vhodnej formy pre nevidiacich študentov, vrátane tlače do bodového písma (napr. na skúšky, na prijímačky a pod.),
- poskytovanie informácií o špecifikách štúdia zrakovo postihnutých v integrovanom prostredí vysokých škôl, poradenstva pre uchádzačov o štúdium, resp. študentov so zrakovým postihnutím, pre ich rodičov, stredoškolských učiteľov a vysokoškolských pedagógov.

V súčasnosti využíva služby centra 11 nevidiacich, 4 prakticky nevidiaci a 5 slabozrakí študenti. Okrem zrakovo postihnutých k nám chodia aj študenti s telesným a sluchovým postihnutím, s poruchami psychického zdravia, ale aj s kombinovaným postihnutím. Každý z nich prichádza s určitým osobnostným

vybavením a s celým radom problémov, potrieb a požiadaviek, každý z nich potrebuje informáciu, resp. nejaký druh pomoci.

Ťažisko našej práce je na začiatku štúdia. Na základe osemročných skúseností sa však naša pozornosť posúva aj nižšie - do obdobia pred vstupom na univerzitu. Ukazuje sa totiž, že začínať u nevidiaceho so samostatnosťou až príchodom na vysokú školu je často veľmi neskoro. Neznáme prostredie, odlišný systém štúdia, dôraz na samoštúdium, zvýšené nároky na objem učiva a na schopnosť menežovať si každodenný študentský život - to všetko sú prvky, ktoré predpokladajú určitú úroveň schopností a zručností, v mnohých prípadoch predprípravu.

Spravidla poznáme uchádzačov o štúdium so zrakovým postihnutím už niekoľko rokov pred vstupom na univerzitu. Osvedčilo sa organizovanie týždňových sústrezení (minimálne rok pred maturitou), ktoré sú zamerané na testovanie zručností potrebných na úspešné zvládnutie štúdia a života v integrovanom prostredí vysokých škôl. Zameriavame sa na zručnosti v orientácii a samostatnom pohybe, v sebaobsluhe, ďalej na zručnosti sociálne a komunikačné (napr. pozitívna sebaaprezentácia, prezentácia vlastného postihnutia a spôsobov zvládania jeho dôsledkov, schopnosť nadväzovať a udržiavať kontakty, prezentovať a obhájiť vlastný názor, požiadať a odmietnuť pomoc, byť iniciatívnym v prekonávaní predsudkov a bariér, atď.). Podčiarkujeme význam a dôležitosť akademických zručností (vhodné techniky učenia, systém v štúdiu, práca s informáciami, produkovanie písomných prác, formy poznámkovania prednášok). Nakoniec - veľmi významné je technické vybavenie a zodpovedajúce technické zručnosti vhodné pre charakter univerzitného vzdelávania. Účastníci sústrezenia dostanú podrobné informácie o možnosti využitia zákona o sociálnej pomoci pre účely vysokoškolského štúdia, informácie o špecifikách štúdia na vysokej škole, navštívia aktuálne fakulty a katedry, poradíme im vhodné technické vybavenie, absolvujú sociálno-psychologický výcvik. V posledný deň sústrezenia analyzujeme s každým účastníkom a s jeho rodičmi, ktorých na záver prizývame, úroveň jeho pripravenosti pre samostatný život a štúdium a poskytujeme mu odporúčania pre ďalšiu prácu na sebe.

Doteraz sme organizovali dve takého sústrezenia. Mali veľmi pozitívny ohlas a takmer všetci účastníci sú už študentmi vysokých škôl. V tomto roku sme - na základe podnetov z viacerých miest - organizovali celodenné stretnutie s uchádzačmi o vysokoškolské štúdium s rôznymi druhmi zdravotného postihnutia (ZP). Program bol zredukovaný na poskytnutie informácií a odporúčaní zvlášť podľa jednotlivých druhov ZP. Podčiarkli sme dôležitosť včasného nakontaktovania sa na vybranú fakultu a na koordinátora pre prácu so študentmi so ZP.

Takíto koordinátori pôsobia takmer na každej fakulte. Prax ukazuje, že najľahšie sa problémy riešia v rámci každej konkrétnej vysokoškolskej vzdelávacej inštitúcie. Preto podľa vzoru zahraničných univerzít v rámci dvojročného spoločného slovensko - britského projektu, zastrešeného MŠ SR a podporovaného Britskou radou, Univerzitou Komenského a Nadáciou otvorenej spoločnosti, sme v roku 2000 vytvorili sieť koordinátorov práce so študentmi so ZP na všetkých fakultách slovenských univerzít. Koordinátor je menovaný dekanom fakulty a kontakt naňho je uvedený v informačnej príručke pre uchádzačov o štúdium na vysokých školách *Ako na vysokú školu*.

Medzi základné úlohy koordinátora patrí:

- Poznať stratégiu vzdelávacej inštitúcie v otázkach štúdia mládeže so zdravotným postihnutím a podnecovať jej vývoj.
- Oboznamovať akademickú verejnosť so špecifikami štúdia jedincov so zdravotným postihnutím.
- Prehodnocovať podmienky pre štúdium jedincov so zdravotným postihnutím a navrhovať možné alternatívy.
- Identifikovať potreby a limity študentov so zdravotným postihnutím a hľadať najvhodnejšie cesty ich zohľadnenia v rámci existujúcich možností inštitúcie.
- Udržiavať kontakty so študentmi so zdravotným postihnutím a pomáhať im pri riešení problémov spojených s pobytom na univerzite.
- Nadväzovať kontakty s inými organizáciami, ktoré môžu poskytnúť študentovi pomoc.

Všetky nové aktivity majú aj svoje "detské choroby". Problémy nájdeme i v práci koordinátorov:

- zatiaľ je to formálna funkcia, poverení ľudia nemajú túto prácu vyjadrenú vo svojom úväzku a nie sú za ňu platení,
- stretávame sa s častým striedaním osôb na tomto poste bez posúvania informácií,
- fakulty nemajú finančné prostriedky na zabezpečenie podmienok štúdia pre študentov so zdravotným postihnutím,
- absencia legislatívneho riešenia problematiky zabezpečenia podmienok štúdia ZP študentov.

Na záver by som sa chcela dotknúť posledného uvedeného bodu - legislatívy. Nakoľko legislatívne riešenie pokladáme za základnú podmienku uplatňovania práva na vzdelanie u ľudí so zdravotným postihnutím, v rámci verejnej diskusie k návrhu nového Zákona o vysokých školách navrhujeme zákonne upraviť:

- vytvorenie zvláštneho fondu pre vysoké školy, ktorý bude slúžiť na zabezpečenie podmienok štúdia ZP,

- povinnosť vysokej školy vytvárať podmienky pre štúdium ZP s ohľadom na ich špeciálne študijné potreby bez znižovania požiadaviek na študijný výkon,
- prednostné akceptovanie uchádzačov o štúdium so ZP, ktorí vyhoveľi prijímacím podmienkam, pred rovnako úspešnými zdravými uchádzačmi.

Veríme, že všetky uvedené kroky prispejú k zlepšovaniu podmienok štúdia pre študentov so zdravotným postihnutím na slovenských univerzitách.

Za osem rokov nášho pôsobenia ukončilo štúdium na univerzite viacero mladých ľudí so zrakovým postihnutím. Takmer všetci majú zamestnanie v odbore, ktorý študovali - absolventka žurnalistiky pracuje v redakcii časopisov pre nevidiacich, absolvent psychológie pracuje ako psychológ v psychiatrickej liečebni, absolvent teologickej fakulty ako farár, absolventka pedagogickej fakulty učí históriu na gymnáziu, iná pracuje ako prekladateľka z anglického a latinského jazyka, absolvent informatiky pracuje v Siemense, atď.

prof. PhDr. Světlá Solarová-Heese

Univerzita Dortmund

Integrace postižených studentů v nové době – zkušenosti univerzity v Dortmundu

Teze k tématu:

1. Integrace zdravotně postižených musí být principem na všech stupních vzdělávacího procesu, tedy i na vysokých školách.
2. Zdravotně postižený člověk má právo na stejné šance úspěšného studia jako všichni ostatní studující, ne on se musí přizpůsobit běžnému stylu studia, ale univerzity musí vytvořit podmínky, které mu tyto šance neomezují.
3. Zdravotně postižení studující musí mít možnost volby oborů a místa studia.
4. Všechny univerzity musí zřídit team expertů např. ve formě poradny, který v kooperaci s postiženými studujícími podmínky studia vytvoří.
5. Poradny se neomezují na aktivity spojené bezprostředně se studiem, zahrnují do svých služeb informace a poradenství v rámci celé životní situace studujících
 - poradenství pro maturanty
 - osvětu a poradenství personálu univerzit a úřadů
 - iniciují modifikace vnějších podmínek studia (např. financování vybavení pracovního místa elektronickými pomůckami)
 - organizují a zajišťují tutorý a osobní asistenty
 - organizují právní a psychologickou péči
 - koncipují modifikace studia a zkoušek
 - spolupracují se skupinami a institucemi zdravotně postižených (např. peer groups) a univerzitními (např. univerzitní knihovnou).
6. Poradny koncipují a zařizují pomocná zařízení (např. centrum pro výrobu pomůcek, pracovní místnosti vybavené moderními přístroji, které si mohou též studující zapůjčit.
7. Poradny musí průběžně provádět výzkum a publikovat.

Zdravotně postižení a studium

Pojem integrace tj. samozřejmé splynutí zdravotně postižených osob se společenskými systémy a jejími institucemi se během posledních 30ti let stal uznávaným paradigmatem. Žádný odborník dnes nepochybuje, že integrace je ve výchově a socializaci cíl a současně nejúspěšnější metoda postiženým osobám umožnit žít plnohodnotným životem, tzn. životem charakterizovaným samostatností a sebeurčením, bez diskriminace a poručnictví.

V konkrétní pedagogické práci se zdravotně postiženými se integrace převážně prosadila. Ovšem potřeba integrace byla dlouho ve vysokoškolském studiu ignorována. Pokud se o ní vůbec uvažovalo, vycházelo se z předpokladu, že člověk, který má schopnosti ke studiu musí způsob života na univerzitě sám od sebe zvládnout, čili se absolutně přizpůsobit jejím podmínkám. Samozřejmá konsekvence byla, že mnozí se o studium vůbec nepokusili nebo ztroskotali, ne na obtížích vlastního studia, ale na pro ně absolutně nevhodných studijních podmínkách.

Tento stav jsme se pokusili na univerzitě v Dortmundu změnit a nyní můžeme referovat o cca 25 letých zkušenostech.

Vycházeli jsme z několika zásad:

1. Integrace musí být principem na všech stupních vzdělávacích institucí, tedy i na vysokých školách.
2. Postižený člověk musí smět zůstat postiženým člověkem. Instituce, tedy univerzita musí své podmínky studia přizpůsobit zdravotně postiženým studujícím a ne, (aby se zdravotně postižení studující přizpůsobili těmto pro ně nevhodným podmínkám).
3. Tyto podmínky se musí zavést na všech univerzitách, nesmí být vázány na jeden obor nebo centralizovaně existovat jen na některých univerzitách. Jen tak je zaručena volná volba studijních oborů a studijních regionů, aby postižení nemuseli být vytrženi z navyklého prostředí, nebo nemuseli přizpůsobit volbu studia podmínkám nabídky té či oné univerzity v místě, na které jsou zvyklí. Jako příklad lze uvést univerzitu v Marburgu, kde je tradiční gymnázium pro nevidomé a univerzita je na nevidomé studující zvyklá. Zde ale není možné studovat např. speciální pedagogiku, takže mnozí volí prostě obor, který vlastně studovat nechtěli. Jiným příkladem je univerzita v Karlsruhe, kde je vybudován studijní program informatiky pro nevidomé, ale jiné obory nejsou adaptovány,

takže nevidomí studující studují informatiku, ačkoliv by třeba měli zájem i o jiné obory.

4. Univerzity musí zřídit poradenské instituce, které podmínky studia pro zdravotně postižené ve spolupráci s postiženými studujícími vůbec registrují, popíší a iniciují jejich zavedení.

5. Poradny se nesmí omezit jen na řešení problémů souvisejícími bezprostředně s vlastním studiem, např. vytvoření sítě tutorů a předčitatelů, ale musí se pokusit do svých aktivit zahrnout celé pole potíží, které postiženým studujícím ve srovnání s ostatními studujícími omezují šance úspěšného studia. To začíná jmenovkami v bodovém písmu na dveřích docentů a jídelním lístkem menzy a jde přes problémy ubytování a orientace až k osobním rozhovorům s vyučujícími a osvětě celého univerzitního provozu.

Naše poradna v Dortmundu pracuje na základě:

1. Principu sebeurčení zdravotně postižených studujících.
2. Kooperace profesionálních odborníků a zdravotně postižených, kteří jsou definováni jako experti ve vlastních záležitostech.
3. Nabídky různých forem pomoci, které jsou volitelné.

Jedna z vhodných alternativ, jak studium úspěšně organizovat, je forma osobní asistence. Jde o kooperaci, kde zdravotně postižení studující jsou zaměstnavateli a nikoliv závislé vděčné objekty poskytované pomoci. I zde musí být možnost volby, např. do jaké míry chci aktivity spojené se studiem samostatně zvládat a kdy chci zaměstnat asistenta, např. při záznamech přednášek.

K práci s osobní asistencí je nutné osvojení určitých kompetencí:

1. Instruktažní – umět dávat jasné instrukce, co má asistent dělat, např. co a jak vyhledat v knihovně.
2. Organizační – umět organizovat, např. týdenní program
3. Personální – asistenta otypovat, je-li vhodný pro mě
4. Finanční – mít finanční zajištění

Takto koncipovaná osobní asistence je nemyslitelná bez organizovaného institucionálního managementu.

Institucionální management je příslušný pro:

Zajištění a organizaci asistence (např. mezi spolužáky stejného oboru ve stejném semestru).

Ambulantní služby (např. jízdy službou taxi na vzdálenější místa, kde se koná praktikum).

Stálé služby např. kurzy práce s počítačem.

Poradenství včetně organizace terapie, tréninku mobility apod.

Organizaci finančního zajištění v osobním rozpočtu

Kontrolu potřeb klientů a úkonů asistentů

Finanční stránka konceptu asistence je velice důležitá. Dobrovolné služby jsou sice vítané, ale snadno vedou k závislostem a manipulacím. Proto je vždy lepší dát přednost placené asistenci.

Poradna zdravotně postižených na univerzitě Dortmund nabízí následující služby:

- poradenství a informační aktivity pro maturanty
- poradenství a osvětu personálu univerzity
- modifikace vnějších podmínek studia jako např. finanční koncepty, formulace různých žádostí, odstranění bariér tzn. ve studiu např. včasný přepis seznamu přednášek do bodového písma
- poradenství právnické
- modifikace studijních a zkouškových podmínek (atest)
- nábor a organizace tutorů a asistentů
- organizování finančního zajištění kompenzace nevýhod vyplývajících z okolností zdravotního postižení (např. kazetový přehrávač, kazety k nahrávání přednášek, vybavení pracovního místa apod.)
- poradenství ve styku s úřady, nadacemi apod.
- zajištění vhodného bydlení
- zajištění studijního místa v oborech, kde je numerus clausus
- iniciativy pro vznik peer groups a peer counselling
- spolupráce s univerzitními zařízeními např. s provozním oddělením, univerzitní knihovnou
- výzkum a vědeckou práci k tématu

Důležitým spoluhráčem naší poradny je centrum pro vývoj a výrobu pomůcek ke studiu a univerzitní knihovna.

Centrum pomůcek má pracovní místnost vybavenou počítači s příslušenstvím, kde nevidomí a slabozrací studenti mohou kdykoliv pracovat. Toto centrum nabízí též pravidelné kurzy práce s počítači, které vede nevidomá spolupracovnice. V nabídce jsou též převody textů a studijních materiálů do bodového písma, jak pro studenty, tak pro vyučující a možnost si různé přístroje zapůjčit.

Univerzitní knihovna nabízí stálou službu osobní asistence při práci v knihovně, hlavně v oblasti rešerší. Organizuje a neustále doplňuje vědeckou literaturu v bodovém písmu a na kazetách. V katalogu je příslušná pro vědeckou literaturu celého Německa, na základě poštovního zasílatelství je katalog k dispozici na disketě. Vůjčinní lhůty nejsou pro zrakově postižené studující omezené.

Naše poradna v Dortmundu vznikla v roce 1977 jako první svého druhu v Německu. Na začátku se potýkala s velkými obtížemi, protože personál a vedení univerzity se s koncepcí a požadavky této poradny setkali zcela nepřípravené.

Dnes má tato poradna a její dependance modelový charakter a patří k institucím, na které je univerzita Dortmund hrdá.

Literatura:

Solarová, S.: Behinderung und Studium. Bochum 1999

Studium in Dortmund. Ein Leitfadens für behinderte Studierende. Dortmund. Universität Dortmund 2000

Drolshagen, Klein, Rothenberg, Tillmann: Designing a university suitable for students with special needs: A project based on practical application and research at the University Dortmund, přednáška na ICCHP 2000 – International Conference on Computers Helping People with Special Needs, July 17-21, 2000.

Atest potřeby modifikace zkoušky

- osobní data kandidátky/kandidáta
- krátká charakteristika zdravotního postižení a zvláštních potřeb kandidátky/kandidáta
- modifikace zkoušky, které pomohou překonat nevýhody vyplývající ze zdravotního postižení kandidátky/kandidáta (např. časové prodloužení o ... %, velikost písma, zvětšeniny schémat dané pro řešení úkolů)
- seznam pomůcek, které kandidátka/kandidát během, např. klauzurní zkoušky použije

Příklad:

Paní Veselá, narozena 10. 9. 1979, je těžce slabozraká. Zná ji od začátku studia. Pro slabozrakost může texty psané běžným písmem jen pomalu číst. Musí přečtené opakovaně kontrolovat. Jmenovaná je odkázána na určitou kvalitu tisku:

Písmo: Arial

Velikost: 16

Řádkování: 1, 5

Tučný tisk

Pro optimální kontrast je nutno používat texty psané na bílém papíře. Kandidátka musí používat lampy se studeným světlem. Doporučuji jako kompenzaci obtíží spojené s jejím postižením při dvouhodinové klauzuře prodloužení času o 25 %, tj. 30 minut. Jsou-li požadované úkoly spojené s vypracováním tabulek nebo schémat, je čas nutno přiměřeně prodloužit.

PaedDr. Zdenka Šándorová

Katedra speciální pedagogiky PF UHK

Univerzitní středisko speciálně pedagogické, psychologické a sociální rehabilitace pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami

Příspěvek podává základní informace o projektu univerzitního centra speciálně pedagogické, psychologické a sociální rehabilitace pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami.

Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové vznikla k 1. 9. 1999. Je tedy nejmladší katedrou a během dvou let její pracovníci zdokonalovali obsahovou náplň bakalářského studijního programu Speciální pedagogika – studijní obory Sociálně výchovná péče o smyslově postižené v prezenční formě a Výchovná práce ve speciálních zařízeních v prezenční i kombinované formě.

Odborný tým pracovníků pod vedením doc. PaedDr. Jesenského, CSc. se se svým působením snaží prosazovat inkluzi studentů se specifickými vzdělávacími potřebami i ve vysokoškolských studijních programech v rámci Univerzity Hradec Králové dle litery Listiny základních práv a svobod či Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (schválený usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998. V souladu s posledně jmenovaným dokumentem je cílem katedry:

1. „Vytvořit všechny potřebné podmínky pro zvýšení počtu občanů se zdravotním postižením dosahujících středoškolského a vysokoškolského vzdělání. “
2. „Rozšířit počet příležitostí pro celoživotní vzdělávání zdravotně postižených. “
3. Přístupnost prostředí spočívající v odstraňování architektonických i komunikačních bariér.
4. Přístup k informacím a možnosti komunikace dle potřeb zdravotně postižených.

Národní plán je rozveden v kapitole 6 – Vzdělávání odstavcem 6. 1. Poradenství. Zde se uvádí: „Poradenství zahrnuje širokou škálu služeb, pomáhajícím občanům se zdravotním postižením při řešení osobních problémů a krizí, vyplývajících z jejich zdravotního postižení. “

„Pod poradenstvím rozumíme doporučení týmu odborníků
Účinné poradenství musí být široce dostupné a bezplatné. “

V průběhu plnění NPO byl v České republice vytvořen základní systém poradenství zdravotně postiženým a jejich rodičům. “ Z vysokých škol se k plnění těchto úkolů přidaly: Univerzita Karlova Praha, Univerzita Palackého Olomouc, Masarykova univerzita Brno, Jihočeská univerzita České Budějovice, Technická univerzita Liberec, na kterých působí poradenská centra pro zdravotně postižené posluchače.

Záměrem katedry speciální pedagogiky na UHK je vytvořit vysokoškolské pracoviště s celouniverzitním působením a zařadit tak UHK mezi vysoké školy plnící humanitární úkoly vůči zdravotně postiženým občanům. Jde o univerzitní středisko speciálně pedagogické, psychologické a sociální rehabilitace pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami

Univerzitní středisko pedagogicko psychologického poradenství a sociální rehabilitace pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami reaguje na stále větší poptávku po vzdělávání studentů se specifickými vzdělávacími potřebami i ve vysokoškolských studijních programech. Vychází z požadavků Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením z roku 1998, kde v cílech rehabilitace je stanoven úkol

„Rozvíjet a všestranně podporovat rozvoj rehabilitace specializované na jednotlivé skupiny a věkové kategorie zdravotně postižených občanů“.

**Nedílnou součástí rehabilitace jsou
komplexní poradenské služby, které zahrnují:**

- informace o možnostech studia na Univerzitě Hradec Králové a ostatních vysokých školách, včetně informací o bezbariérovosti jednotlivých fakult
- možnosti konzultací při volbě vhodné formy studia i vhodného studijního zaměření, včetně zpracování doporučení k žádostem o přijetí ke studiu a k provedení přijímacího řízení
- studijní poradenství v průběhu celého studia
- studijní poradenství pro studenty se specifickými vývojovými poruchami učení
- poradenství profesní, vhodný výběr zařízení pro výkon povolání
- speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku
- konzultace při zpracování návrhu individuálních či rozvolněných studijních plánů
- konzultace při výběru volitelných předmětů v rámci kreditního systému
- konzultace pro vyučující z jiných kateder a ústavů

- psychologické vztahové a partnerské poradenství
- základní sociálně právní konzultace
- zprostředkování zdravotně sociální péče
- zprostředkování osobní asistence, tlumočnických služeb (pro klienty se sluchovým postižením)
- kontakt na odborná lékařská a léčebně rehabilitační pracoviště
- zprostředkování reedukačních, kompenzačních a dalších technických pomůcek, kontakt na jejich servis a prodej
- informace o sdruženích zdravotně postižených, jejich aktivitách
- informace o státních i nestátních subjektech zdravotně sociální péče
- konzultace pro širší veřejnost v oblasti výchovy, vzdělávání a pracovního uplatnění zdravotně postižených občanů
- přednáškovou a osvětovou činnost
- aktivity peer counsellingu (předávání zkušeností mezi postiženými)
- předávání zkušeností mezi vysokoškolskými poradenskými pracovišti v oblasti péče o studenty se specifickými vzdělávacími potřebami
- zpracování projektů v rámci rozvoje vysokých škol

Univerzitní středisko

- je součástí poradenské psychosociální sítě v regionu Hradec Králové
- monitoruje možnosti vysokoškolského studia pro studenty se specifickými potřebami
- spolupracuje se středními či vyššími odbornými školami, které vzdělávají studenty se specifickými potřebami, informuje výchovné poradce o možnostech studia těchto studentů
- monitoruje odstraňování bariér, přístupnost prostředí, přístup k informacím a možnostem komunikace studentů se specifickými potřebami
- spolupracuje se speciálními i integrovanými školami, se sdruženími zdravotně postižených, s lékaři, s orgány státní správy a dalšími institucemi.
- garantem práce střediska je katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové. Středisko působí jako její specializované oddělení.

Mgr. Kateřina Vitásková, Ph. D

Katedra speciální pedagogiky UP Olomouc

Centrum pomoci handicapovaným na Univerzitě Palackého

Úvod

Plán pro vyrovnání Klíčové normy upravující činnost vysokých škol (např. zákon č. 11/1998 Sb. O vysokých školách či Národní příležitosti pro osoby se zdravotním postižením) ukládají činit všechna možná opatření pro zpřístupnění vysokoškolského studia studentům se zdravotním postižením. Zákodárce uložil vysokým školám zpřístupnit přijímací řízení a umožnit studium na vysokých školách studentům s tělesným či smyslovým postižením. V Národním plánu se např. uvádějí požadavky na organizační, materiální, stavební, personální a další podpůrná opatření, která umožní studentům se zdravotním postižením studovat a úspěšně absolvovat studium na vysokých školách.

Z vybraných podpůrných prostředků je možno zejména uvést:

- a) potřebné stavební úpravy - zajištění bezbariérovosti,
- b) zabezpečení zpřístupnění forem přijímacího řízení i pro studenty se zdravotním postižením,
- c) zabezpečení potřebného přístrojového a materiálového vybavení umožňujícího studia studentům se zdravotním postižením,
- d) zabezpečení dostupných služeb tlumočnicků, asistentů, předčitatelů ad. odborníků, umožňujících studium studentům s jednotlivými druhy zdravotního postižení,
- e) školení a příprava pracovníků vysoké školy na práci se studenty se zdravotním postižením,
- f) zlepšování informovanosti studentů středních škol se zdravotním postižením o možnostech studia na příslušné vysoké škole,
- g) organizaci poradenství (psychologické, sociálně právní, profesní, speciálně pedagogické) pro studenty se zdravotním postižením při přípravě na zkoušky i v průběhu studia.

Na překonávání následků zdravotního postižení se kromě kvality sociálního zázemí rodiny podílí institucionální edukační složky (srovnej Novosad, 2000; Schlippe, Schweitzer, 2001). Stupeň a kvalita dosaženého vzdělání hraje rozhodující úlohu v souboru nejdůležitějších předpokladů pro uplatnění na trhu práce a umožňuje zdravotně postiženému jedinci samostatnou výdělečnou činnost, tedy menší závislost na finanční sociální podpoře a organizační pomoci státu.

Z poznatků zemí, kde jsou na univerzitách servisní pracoviště pro handicapované běžnou součástí výchovně vzdělávacího systému, lze odvodit, že i u nás se míra “přístupnosti” vysoké školy pro zdravotně postižené stane ukazatelem její úrovně a kvality. Podmínky pro studium zdravotně postižených, (stejně jako vysoce talentovaných studentů) jsou v zemích Evropské unie vnímány jako neoddělitelná součást image moderní vzdělávací instituce. Z dlouhodobého hlediska jsou navíc prostředky vynaložené společností do realizace uvedených podpůrných opatření efektivní a návratné.

Zpřístupňování vysokých škol uchazečům ze skupiny osob se zdravotním postižením předpokládá odstraňování všech typů bariér, mezi kterými v této souvislosti obzvláštní roli hrají bariéry informační. Je nepochybné, že i Univerzita Palackého musí vytvářet studijní podmínky pro vysokoškolské studium handicapovaných studentů, a to s přihlédnutím k jejich specifickým potřebám respektujícím charakter zdravotního postižení. Jedná se zejména o studenty se smyslovým a tělesným postižením, eventuálně studenty s narušenou komunikační schopností.

Vznik Centra pomoci handicapovaným a jeho specifika

Od roku 1996 je při katedře speciální pedagogiky na základě řešení grantu Fondu rozvoje vysokých škol zřízeno Centrum pomoci handicapovaným (dále též jako Centrum). Toto účelové zařízení je prostřednictvím svých pracovníků odborně i personálně způsobilé poskytovat konkrétní služby speciálně pedagogického zaměření všem handicapovaným studentům, kteří se objevují mezi uchazeči o vysokoškolské studium na fakultách UP. V rámci celorepublikové působnosti jsou tyto služby ojedinělé svou šíří, protože na rozdíl od obdobných center na jiných vysokých školách Centrum na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého zprostředkovává poradenské služby všem kategoriím postižených.

Činnost Centra

Handicapovaným studentům Univerzity Palackého poskytuje vysoce odborný, kvalitní a komplexní poradenský, technický a terapeutický servis, vyvíjí spolupráci se studijními odděleními jednotlivých fakult, poskytuje poradenské služby pro vyučující a spolupracuje i se středními školami, na nichž studenti se zdravotním postižením studují. Kontakty s praktickými aspekty života handicapovaných, zprostředkovaných v rámci Centra, přispívají k udržování vysoké odborné úrovně vysokoškolských pedagogů studijního oboru Speciální pedagogika a dalších příbuzných oborů. Prioritou Centra je poradenská pomoc handicapovaným studentům Univerzity Palackého, popřípadě uchazečům o přijetí ke studiu. Všichni poradenští pracovníci vykonávají svou činnost v rámci své vlastní vědecko-pedagogické práce bez

nároku na zvláštní finanční ohodnocení. Pracovníci Centra jsou odpovědní za dodržování právních předpisů v oblasti ochrany osobních údajů klientů.

Centrum sídlí v prostorách Pedagogické fakulty. Provoz Centra je organizován vždy od září do června každého školního roku. Poradenské služby jsou poskytovány na základě osobní žádosti klienta, zpravidla po telefonické domluvě. Konzultační hodiny v rámci jednotlivých oddělení centra jsou stanovovány v průběhu příslušných semestrů, zejména však v odpoledních hodinách. V případě individuální potřeby může poradenská činnost probíhat i mimo prostory Centra.

Oddělení Centra a jejich základní činnost

V jednotlivých odděleních Centra jsou poskytovány speciální poradenské služby především pro osoby:

- ⇒s narušenou komunikační schopností,
- ⇒se zrakovým postižením,
- ⇒se sluchovým postižením,
- ⇒s poruchou hybnosti,
- ⇒se specifickými poruchami učení a chování,
- ⇒s více vadami.

Smyslem činnosti uvedených oddělení je vzájemná spolupráce v poradenské činnosti reflektující aktuální a konkrétní potřeby jednotlivých klientů. Především se jedná o poradenství zaměřené na zvládání komunikačních bariér ve vztahu k sociální komunitě studenta, získání a využití speciálních reedukačních a kompenzačních pomůcek, problémy školní úspěšnosti atd. Součástí práce oddělení je zpracování rozvrhů studijního programu a informační konzultace s příslušnými vyučujícími.

Volný čas klienti využívají k navazování individuálních kontaktů s ostatními studenty, kteří doprovázejí zdravotně postižené klienty nejen na kulturní a sportovní akce, ale také např. na setkání akademické obce a obdobná důležitá setkání. Tato činnost je koncipována jako zcela dobrovolná. V akademickém roce 2000/2001 zajišťuje Centrum pomoci handicapovaným pouze na Pedagogické fakultě výše uvedené služby 37 těžce zdravotně postiženým studentům v různých studijních oborech.

Studenti se zrakovým postižením

Studentům se zrakovým postižením je poskytován servis v podobě pomoci při digitalizaci učebních textů pro výukové potřeby těžce zrakově postižených studentů (převod černotisku do Braillova písma, úprava textu v černotisku s následnou optimalizací tisku). Pravidelně probíhá také individualizovaná výuka práce s počítačovou technikou (manipulace se speciálními softwarovými komponenty, práce s internetem). Součástí péče o nevidomé studenty byly průvodcovské služby poskytované studentům i jiným dospělým zrakově postiženým a osobní asistence při přijímacích zkouškách.

Při zpřístupňování studia zrakově postižených se jedná zejména o zajištění technické podpory, která umožňuje těmto studentům přístup ke studiu textů, převodem černotisku do zvětšené podoby nebo do Braillova písma, možnost samostatně zpracovávat texty prostřednictvím zvětšovacího softwaru, ozvučení či Braillovského řádku. Obtíže v této oblasti paradoxně spatřujeme snad jen ve vysokém tempu technologického pokroku, který nám během tříměsíčního období nabízí zcela odlišné parametry nabídky softwarového zázemí, přičemž student většinou nárokuje ten nejnovější.

Zajištění materiálního a technického vybavení je bohužel pouze jedním z předpokladů, které ovlivňují efektivitu vysokoškolské poradenské péče v této oblasti. Z činitelů, které se nám jeví v současné době jako problematičtější a obtížnější či pomaleji ovlivnitelné, jmenujme např. personální zajištění v podobě minimálně jednoho stálého pracovníka, který by byl schopen zajišťovat požadované služby (především při digitalizaci textů a optimalizaci aktivit Centra) a problémy vyplývající z obtížného přístupu k elektronicky zpracovaným učebním textům (především přednáškám). Zde se nabízí prostor pro informační a konzultační aktivní postoj poradenských Center, které mohou ovlivnit postoje pedagogů a postupně je vést k větší kreativě a iniciativě, která by umožnila studentům i poradenským pracovníkům snadnější přístup k informacím.

Právě ve větší flexibilitě v prezentaci učiva pedagogem a v adaptaci systému průběžné a finální kontroly výsledků práce studentů na podmínky konkrétního obrazu studenta se zdravotním postižením vidíme další otevřené možnosti v rámci vysokoškolského studia osob se zdravotním postižením na univerzitách v České republice.

Prospěšným by bylo také intenzivnější zapojení studentů (především speciální pedagogiky) do poradenských aktivit a využití jejich spolupráce k rozvíjení širších sociálních vazeb.

Závěr

Systematická poradenská činnost Centra koresponduje se současnými trendy, které se distancují od diskriminačních tlaků vyvíjených na tuto minoritní skupinu v minulosti a uznávají specifické postavení zdravotně postižených v majoritní společnosti. Reaguje na vyhlášení dlouhodobých záměrů vzdělávací a vědecké, výzkumné, vývojové, umělecké nebo další tvůrčí činnosti vysokých škol, konkrétně na 4. část Rámcových osnov “Studijní programy a vzdělávání”, která doporučuje podporu studia zdravotně postižených studentů.

Zajištěním komplexních servisních služeb handicapovaných se UP stala jednou z mála univerzit v ČR, které jsou schopny v tak širokém odborném spektru zajistit adekvátní studijní podmínky zdravotně postiženým posluchačům. V rámci celosvětového měřítka by se tak vyrovnala současným progresivním

trendům, které jsou realizovány na všech významných univerzitách světa, protože právě péče společnosti o zdravotně postižené je jedním ze základních ukazatelů jejího mravního klimatu.

Literatura:

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

SCHLIPPE, A. V., SCHWEITZER, J. *Systematická terapie a poradenství*. Brno: Cesta, 2001. ISBN 80-7295-013-4.

Mgr. Helena Slouková

Katedra spec. pedagogiky a technické výchovy UK Praha

Ručně paličkovaná krajka jako volnočasová aktivita zrakově postižených

Prezentace práce, která vychází z hypotézy, že zrakově postižení jsou schopni (stejně jako řadu jiných ručních prací) ovládnout i techniku paličkované krajky, pro kterou je za běžných podmínek nutná zraková kontrola. Jsou zde stanoveny specifické podmínky (metody a pomůcky apod.) umožňující plnou kompenzaci hmatem pro nevidomé a úpravy běžných podmínek pro slabozraké. Dále je zde popsán význam ručně paličkované krajky pro zrakově postižené, který může hrát významnou roli v jejich volnočasových aktivitách, seberealizaci, sebepřijetí a tím zvýšit kvalitu jejich života.

Tento příspěvek pojednává o metodice výuky paličkované krajky upravené pro osoby se zrakovým postižením. Nejprve několik slov o paličkované krajsce.

Paličkovaná krajka

Krajka je průhledná vzdušná textilie se vzorem. Existují krajky pletené, háčkové, síťované, drhané a šité. Paličkovaná krajka je pak ta, která vzniká prohazováním nití namotaných na paličkách. Níť se postupně z paliček odmotávají a přišpendlují se na předkreslený vzor - podvinek. Podvinek je připevněn na podušce, tzv. herdule.

V knize M. Kubátové "Náhrdelník z motýlků" je umělecky ztvárněná definice krajky: „...není to nic než díra lapena do nitě jak ftáče do sítě, a jaká je to kráska!...“

Kolébku paličkované krajky je Itálie koncem 15. a v 16. století. V této době byla krajka vizitkou bohatství a moci. V 16. století se také objevují zmínky o paličkování i na území Čech v oblastech Krušnohoří, Domažlicka a Vamberecka. V 18. století se začala paličkovaná krajka užívat i v lidovém prostředí.

Paličkovaná krajka je využívána v několika textilních oblastech a to: stolničení, krajková bižuterie, oděvní krajka a obrazová krajka chápaná jako výzdoba interiéru. Patří sem i krajka prostorová.

Podstata projektu

Při sestavování hypotézy jsem vyšla ze skutečnosti, že osoby se zrakovým postižením zvládají v rámci nadstandartních dovedností i některé druhy ručních prací jako např. síťování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, či košíkářství. Na základě toho jsem postavila pravděpodobnost, že zrakově postižení za přesně určených specifických podmínek zvládnou i minimálně 25 % z běžně užívaných technik paličkované krajky, pro kterou je za běžných podmínek zraková kontrola nezbytně nutná.

Cílem diplomové práce bylo ověřit hypotézu za pomoci vytvoření specifických metodik a podmínek, které umožňují zrakovou kontrolu komplexně kompenzovat kontrolou hmatovou, eventuálně běžné metodiky a podmínky upravit pro osoby, které mají využitelné zbytky zraku. Vedle zvládnutí vybraných technik paličkování, bylo také cílem dosažení maximální samostatnosti při paličkování od přípravných po dokončovací práce.

Vzhledem k navrženému projektu jsem rozdělila základní techniky paličkované krajky do 4 skupin zhruba po 25 %, které dohromady tvoří 100 % běžně užívaných technik. První skupina obsahuje základní techniky paličkované krajky navržené v projektu. Patří sem elementární techniky umožňující vyrobit základní nejjednodušší paličkovanou strukturu. Druhá skupina zahrnuje techniky rozšiřující a rozvíjející techniky předešlé. Ty jsou již složitější a umožňují vyrobit jednoduché krajky. Třetí skupina je zaměřena na nadstavbové a náročné základní techniky, u kterých je ještě předpoklad zvládnutí nevidomými. Jsou to techniky, které vyžadují náročnější postupy, díky kterým lze vyrobit již bohatší krajky. V poslední čtvrté skupině jsou obsazeny techniky paličkované krajky, jejichž zvládnutí nevidomými je spíše nepravděpodobné či zcela vyloučené.

Kurz paličkování probíhal pod záštitou Střediska integračních aktivit Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR jednou týdně po třech hodinách. Navštěvovaly jej tři nevidomé klientky po dobu jednoho a půl roku. Středisko poskytlo prostory, pomohlo při tištění příruček v Braillově písmu, reliéfních obrázků a některých pomůcek. K zakoupení a výrobě pomůcek byla využita finanční podpora ve formě grantu poskytnutého Pedagogickou fakultou Univerzity Karlovy.

Mezi hlavní zásady výuky patřila názornost, přiměřenost, individuální přístup včetně dostatečné časové rezervy a slovního doprovodu veškerých činností. V jednotlivých lekcích byla zastoupena jak část teoretická (nové techniky, informace z oblasti kraje, historie, novinky, předčítání), tak i část praktická v podobě vlastní práce.

Základní vybrané techniky klientky zvládly již po 5 měsících, přičemž dosáhly postupně velmi dobrých výsledků včetně automatizace práce a částečně i opravování chyb.

Pomůcky

Navržené pomůcky k paličkování pro zrakově postižené se dají rozdělit do následujících skupin:

- A) běžné pomůcky např. herdule, paličky, nitě, špendlíky, „žebříček“;
- B) upravené pro potřeby zrakově postižených např. reliéfní obrázky, vzorníky, ukázkové krajky;
- C) specifické pomůcky např. reliéfní podvinky včetně technických značek ve slepeckém písmu, pomůcky k nácviku orientace.

Příručka jako doplňující učební materiál obsahuje část teoretickou (historie krajky, školství) i praktickou (orientace, pracovní postupy, pojmy apod.). Příručka je vytištěna v reliéfně bodovém písmu.

Reliéfní obrázky jsou nákresy základních prvků a pojmů v reliéfní podobě. Jsou vyrobeny s pomocí infrapícky nazývané *Fuser*. Reliéfní obrázky jsou určeny jako pomocný materiál pro pochopení dané techniky. Využívají se společně s příručkou a vzorníky při nové technice k dosažení maximální názornosti.

Vzorníky jsou vzory krajek, které jsou pro zrakově postižené upraveny pro snadné hmatové rozlišení použitých technik. Předkládají se při seznamování s novou technikou či vzorem.

Folie pro nácvik orientace na paličce obsahuje korkový model paličky včetně braillovského popisu jednotlivých částí.

Folie pro nácvik orientace na podvinku obsahuje vyobrazení jednotlivých částí podvinku, se kterými se lze shledat, a poté je vyobrazen podvinek, ve kterém jsou zachyceny všechny možnosti zakreslení.

Ukázkové krajky jsou využitelné pro motivaci a poznání možností užití krajky. Jsou rovněž vyrobeny s ohledem na vnímání nevidomých či slabozrakých.

Poduška - herdule je pro zrakově postižené nejvhodnější v plochém provedení. Zatímco u herdule tvaru válce paličky volně visí dolů, musí se stále držet v ruce a často dochází k jejich zpřeházení, na ploché herduli lze paličky rozložit či odložit podle potřeby.

Paličky jsou nejvhodnější jednodušší, bezplástíkové. Paličky s plástíkem se skládají ze dvou dílů (což může způsobit problémy) a zároveň neumožňují tvarovou rozmanitost. Pro snazší rozlišení při práci se užívá více tvarově různých párů paliček.

Nitě se rovněž používají s různým povrchem a silou, díky čemuž lze hmatem snadněji rozeznat dílčí úkony i konečný výsledek.

Podvinek (vzor, podle kterého se paličkuje) je vypracován v reliéfní podobě na foliích. Folie je vybraná záměrně, neboť je trvanlivější a odolnější, než papír. Podvinek je vyroben kombinací reliéfních linií a bodů tak, aby byl dodržen standard reliéfních čar v tyflografice. Na každé folii je mimo vlastní podvinek uveden název vzorníku či výrobku, zápis technických značek v Braillově písmu, potřebný počet párů paliček a délka jejich návin.

Špendlíky musí nezbytně mít větší hlavičku např. skleněnou, či plastovou, neboť malé, zejména kovové hlavičky poškozují kůži na bříscích prstů, což může vést ke zjizvení a následné snížené citlivosti, a to v konečných důsledcích může zapříčinit problémy při čtení reliéfního bodového písma a při dalších činnostech vyžadujících jemnou hmatovou kontrolu.

„Žebříček“ slouží k uchycení paliček na podušce při přenášení nedodělané práce, aby nedošlo k jejich zpřeházení. Žebříček je háčkový, nebo jej lze nahradit např. kovovou spirálou z kalendáře.

Mezi další pomůcky patří např. nůžky, tužidlo apod.

Technické značky se v podvincích zakreslují pro ulehčení a přehlednost, a nahrazují tak mnohdy dlouhé slovní názvy jednotlivých technik. Značky jsou převedeny do Braillova písma a sice tak, aby byly co nejkratší a nejvýstižnější. Při sestavování technických značek jsem vyšla z **podobnosti**. Tato podobnost se dá rozdělit do tří skupin:

- 1) využití prvního písmene názvu technického prvku či pojmu - např.:
 - **lístkovina/ lístek** má na začátku písmeno „l“, tedy body 123;
 - **pavouček** začíná písmenem „p“, body 1234.
- 2) seskupení bodů je podobné zakreslení technického znaku v černotisku, např.:
 - pojem „**na očka**“ pro pravý kraj je vyjádřen písmenem „o“ body 135;
 - pojem „**za dva páry**“ pro levý kraj je vyjádřen písmenem „r“ body 1235;
 - **plátno** je vyjádřeno „**horními uvozovkami**“, to jest body 2356.
- 3) písmeno jako ekvivalent černotiskového technického znaku, např.:
 - **polohod** v černotiskové podobě se zakresluje malé psací „e“, v přepisu body 15;
 - **řetízek** se zakresluje „x“, body 1346.

Kontraindikace

Existují určité poruchy, onemocnění či postižení, které v kombinaci či souvislosti se zrakovou vadou mohou působit jako kontraindikace pro předložený projekt. Patří sem například poruchy hmatového vnímání (porucha diskriminace dvou bodů, alergická onemocnění kůže, problémy s hojivostí a citlivostí při diabetu apod.). Paličkování může znemožnit také např. kombinace s těžkou sluchovou vadou (komunikační bariéry), či s tělesným a mentálním postižením.

Rozšíření a využití projektu

Projekt lze rozšířit několika směry. Jednou z možností je rozšířit samotný projekt o další techniky ručně paličkované krajky, využití již naučených technik paličkované krajky v podobě výrobků. Dále sem patří návštěva krajkářských trhů, četba literatury, časopisů, internetových stránek, knih apod.

Projekt lze modifikovat a využít i pro osoby s jinými typy postižení a pro různé věkové kategorie. Krátce se zmíním jen o hlavních bodech úpravy projektu pro slabozraké. Slabozrací mohou využívat pomůcky a postupy jak

běžné, tak specifické v mnohem širší míře, včetně speciální optiky. Zvýšenou pozornost je třeba věnovat kontraindikacím a zrakové hygieně. Mezi úpravy prostředí patří např. osvětlení, rozlišení za pomoci zvětšení, kontrastu, barev a kontur.

Význam celého projektu spočívá v pracovním či zájmovém uschopnění zrakově postiženého, včetně rozvoje jeho tvořivosti, fantazie a estetického vnímání. Projekt tak může výrazně přispět k seberealizaci zrakově postiženého a zvýšení jeho kvalit života.

**SEKCE EDUKACE A REHABILITACE
MULTIHANDICAPOVANÝCH**

doc. PhDr. Libuše Ludíková, CSc.

Katedra speciální pedagogiky UP Olomouc

Klíčové momenty v edukaci a rehabilitaci vícenásobně handicapovaných zrakově postižených osob

Příspěvek se zabývá otázkami nejednotnosti terminologického vymezení problému, diagnostikou a úlohou rodiny a poradenských pracovníků v klíčových úsecích edukace a rehabilitace vícenásobně handicapovaných zrakově postižených osob.

Skupina vícenásobně handicapovaných zrakově postižených osob představuje heterogenní skupinu. Klienti reprezentující tuto kategorii mají postižení nejrozumnějšího druhu i stupně, může se jednat např. o DMO v rozsahu od velmi silného ochrnutí až po relativně lehké postižení hybnosti, nebo mentální retardaci, v kterémkoli stupni, či vadu sluchu od lehké nedoslýchavosti až po úplnou hluchotu a řadu další postižení vždy v kombinaci se zrakovým postižením, jež zasahuje stav od lehkého stupně slabozrakosti až po totální slepotu.

V situaci, kdy má zrakově postižené dítě jeden či více přidružených postižení, je jejich vliv na vývoj jedince v každém případě tak specifický, že nelze hovořit o stavu, kdy vedle sebe stojí tato dvě či více postižení, ale vždy vzniká zcela nová kvalita, které je třeba od prvopočátku přizpůsobit výchovný přístup.

Přes skutečnost, že v České republice v posledním desetiletí se otázkám péče o osoby s vícenásobnými handicapem věnuje mnohem větší pozornost, než tomu bylo dříve, stále ještě nemůžeme říci, že bychom měly vytvořenou ucelenou koncepci přístupu k těmto klientům.

Stále více škol reaguje na vzniklou situaci a začíná se zabývat výchovou zrakově postižených dětí, které mají další přidružené postižení. Mnohá zařízení otvírají třídy či oddělení pro vícenásobně handicapované děti a vytvářejí pro ně i specifické výchovně vzdělávací plány, ale stále ještě široká laická, ale někdy i odborná veřejnost není dostatečně informována.

Ke zlepšení situace by jistě velmi přispělo, kdyby došlo k sjednocení terminologie, neboť stav, kdy se používají rozdílné pojmy k označení dané kategorie ve školství, zdravotnictví i v resortu práce a sociálních věcí, poměry spíše komplikují. Označení, která jsou používána v daných resortech jsou vždy volena z určitého hlediska a z tohoto aspektu jsou pro určitou dobu vývoje či

obor vyhovující. Z jiných zorných úhlů však nevyhovují, a proto se obecně nepoužívají.

Pro možnost volby adekvátního přístupu ke každému jedinci je bezesporu nutná včasná diagnostika, přičemž je třeba si uvědomit, vstupní diagnostika je jednou z nejdůležitějších, ale současně nejobtížnějších fází. Dostatečně spolehlivá diagnóza a prognóza je věcí dlouhodobějšího procesu a odborného pozorování a posuzování stejně jako hlubokých odborných poznatků a zkušeností. Jde o klíčovou oblast, která musí počítat s delším časovým intervalem vyšetřování, s nestandardními prostředky a technikami. K diagnostikování vícenásobně handicapovaných zrakově postižených osob je třeba zabezpečit spolehlivé diagnostiky řady odborníků z širokého spektra sfér vědního poznání a to vždy s ohledem na ty které konkrétní oblasti, jež jsou u jedince narušeny. Současně je třeba si uvědomit, že vzájemné informace o diagnostických nálezech v jednotlivých oblastech jsou nevyhnutelné, neboť jinak by nemohl vzniknout objektivní a ucelený pohled na diagnostikovaného klienta. Vysokou míru pozornosti je nutno věnovat diagnostice a prognostice struktury osobnosti, poznávacích, komunikativních a konativních schopností a sociability každého jedince s vícenásobným postižením.

Prognostika vývoje vícenásobně handicapovaného zrakově postiženého by měla být vysoce individualizovaná. Měla by najít konkrétní výraz v rozpracování a v pravidelném korigování individuálního plánu obsahujícího pokrytí všech položek kvalitativního života daného jedince s rozdělením kompetencí a osobní odpovědnosti za plnění jednotlivých úkolů v definovaných časových intervalech.

S diagnostickými i prognostickými výsledky by měli být seznámeni všichni, kteří s jedincem přicházejí do kontaktu, včetně rodičů, pedagogů, poradenských pracovníků, zdravotnického personálu a řady dalších zainteresovaných osob.

Základem úspěšného vývoje každého dítěte tedy i dítěte s vícenásobným postižením v rodině je vztah, který se vytváří mezi dítětem a ostatními členy rodiny. Od samého počátku se jedná o interakci, tj. vzájemné působení a ovlivňování mezi dítětem a jeho okolím. Narození dítěte s postižením a jeho projevy působí na jednotlivé příslušníky rodiny i celkovou rodinnou situaci, přitom je známo, že pro zdárný vývoj dítěte s postižením má rozhodující význam to, jaký postoj a jaká očekávání vůči němu zaujmou zejména rodiče. Tyto postoje a očekávání mají vliv již v nejranějším stadiu vývoje a výchovy a jejich působení trvá prakticky po celý život i když třeba jen nepřímo.

Při zvládání nelehké situace, do které se rodina s dítětem s postižením dostává, by nikdy neměla zůstat osamocena, ale měla by mít možnost využívat poradenských služeb odborně vyškolených pracovníků.

Rodiče by samozřejmě měli dostávat rady, ale tyto by neměly být formou hotových neměných pouček, ale vždy by měly být individuálně adresované způsobem, který vyhovuje konkrétnímu dítěti, jeho okolí a způsobu života rodiny.

Velmi důležité je, aby rodiče prožívali úspěchy nejen z toho, jak se o své dítě starají, ale především z toho, jak se jejich dítě zdokonaluje, na základě příležitostí, které mu jeho rodina připravuje.

Často se uvádí, že rodiče jsou nejdůležitější osoby v životě dítěte. Stejně tak se hovoří o tom, že rodiče nejlépe ví, co dítě potřebuje, co chce dělat. Tato tvrzení jsou samozřejmě v pořádku, ale rodiče by se měli chtít dovědět více, aby byli schopni pomoci svému dítěti v situacích, kdy které se jim zdají být neřešitelné, ale ony jsou zvládatelné za předpokladu, že jsou známy jednotlivé kroky a postupy, tedy pečující osoba je vybavena potřebnými vědomostmi. Okolnost, že se rodiče stali rodiči dítěte s postižením, neznamena, že automaticky budou vybaveni i potřebnými znalostmi.

Při poskytování rad rodičům bychom neměli myslet jen na vazbu, která existuje mezi dítětem a rodiči, ale i na vazby dítěte k širšímu okolí a následně i ke společnosti jako celku.

Vědecká poznání, která byla dosud učiněna ve vztahu k výchově dětí s vícenásobnými handicap, budou mít význam pro jejich rozvoj jen tehdy, když je dokážeme předat rodičům. Pro informování rodičů je třeba využít všechny druhy médií, včetně videozáznamů i jejich vlastních dětí.

Dalším klíčovým momentem je volba adekvátní vzdělávací cesty pro daného jedince. V této fázi jistě hraje významnou roli opět rodina, ale neměla by se rozhodovat bez dostatečného penza informací o dalším vývoji dítěte, jeho možnostech zapojení do pracovního procesu a společnosti jako celku.

Pro řešení nastalé situace je vhodné, aby se rodiče spojili s odbornými pracovníky. Diskuse s rodiči nad další cestou je třeba považovat za nezbytné. Odborníci by měli velmi pozorně naslouchat zkušenostem rodičů, jejich názorům i doporučením. Odborník by měl být schopen objektivně posoudit situaci dítěte a nabídnout řešení. Mělo by tedy jít o proces nejen plný pochopení obou zúčastněných stran, ale i s jednotou vytýčených cílů, kterými by mělo být adekvátní zařazení dítěte s vícenásobným postižením do vzdělávací instituce, která je schopna připravit dítě co nejlépe pro život ve společnosti s přihlédnutím k jeho možnostem a schopnostem, které jsou limitovány postižením.

V každém případě, ať je dítě zařazeno do speciálního zařízení či do tzv. běžné školy, by mělo být vychováváno a vzděláváno podle individuálního plánu, na jehož tvorbě, plnění a kontrole se podílí celý tým osob, které jsou v kontaktu s daným dítětem. Při sestavování, ale zejména při plnění programu je třeba mít vždy na paměti, že dítě nesmí být pouhým pasivním článkem procesu, ale mělo by vždy hrát aktivní roli.

Individuálním přístupem je třeba řešit i další etapu vývoje, kdy by mělo dojít k přípravě klienta na pracovní zařazení a tedy vlastně aktivní zapojení do života, aby v následných letech nebyl zcela závislý pouze na pomoci okolí. Bohužel v současné době v České republice tato oblast není uspokojivě koncepčně řešena a často se sekáváme s velmi neutěšeným stavem, kdy klient získá na jisté úrovni vzdělání, ale další cestu se již nepodaří najít a končí tak v lepším případě v péči

rodiny nebo v horším v ústavní péči, což přináší nedozírné následky zejména na psychiku klienta, který je postaven do role nepotřebného a neschopného jedince. Právě tato sféra je jednou z těch, kde by naše republika mohla čerpat ze zahraničních modelů, neboť jich existuje celá řada, které optimálně řeší otázky přípravy a zaměstnávání osob s vícenásobnými handicap. Pozitivní výsledek by nejen přinesl zlepšení situace samotných osob, ale měl by i celospolečenský dopad a to nejen ekonomický.

Při tvorbě koncepce intervenčních opatření ve prospěch osob s vícenásobným postižením je třeba vždy vycházet z postulátu, že je třeba včasný zásah, odborná pomoc by měla být směřována k cílevědomé, promyšlené výchově, jež odpovídá schopnostem a možnostem jedince a která ho připraví tak, aby se mohl stát samostatný, což mu následně otevře větší možnosti vzdělání, pracovního a společenského uplatnění, aktivního a nezávislého života v pozdějším věku. A právě maximální možná nezávislost by měla být cílem veškerého snažení všech, kteří se podílí na péči o osoby s vícenásobnými handicap.

Mgr. Dita Heřmánková

Katedra speciální pedagogiky UP Olomouc

Hra a její význam pro hluchoslepé děti

Příspěvek podává přehled o možnosti využití hraček jako pozitivního prostředku pro rozvoj hluchoslepeho dítěte. Hry a hračky jsou pojímány jako formy pozitivního působení na hluchoslepé děti a jako výukový, diagnostický a psychoterapeutický prostředek.

1 Úvod

V průběhu celé historie lidstva hrály různé pomůcky a potřeby velmi důležitou roli v otázce přežití a v otázce vývoje. Postupně si lidé vyrobili pomůcky, díky kterým se stal jejich život pohodlnější a praktičtější, a jiné, které jim život zpříjemňovaly. Po celé generace vyráběli lidé nástroje, stavěli domy, dělali nábytek a hračky pro děti na stále vyspělejší úrovni. V poslední době můžeme do tohoto vývoje zahrnout také speciální pomůcky a hračky pro postižené děti. Některé děti si mohou osvojit základní dovednosti s použitím stejných materiálů a hraček, jaké používají děti zdravé, zatímco jiné postižené děti, například hluchoslepé, reagují lépe na hračky a pomůcky vyrobené zvlášť pro ně. Bylo zjištěno, že pomůcky vyrobené pro usnadnění učení jsou pro děti nezbytné buď proto, aby jim nahrazovaly věci, s jejichž pomocí se učí dítě bez postižení, nebo proto aby jim umožnily využít těchto pomůcek později.

Některé specifické potřeby a hračky se vyrábějí sériově, takže jsou dostupné širokému okruhu postižených dětí. Jiné specifické pomůcky jsou například i vyráběny doma, či některým obětavým pedagogem v dílně školy. Je to tedy proto, že jejich výroba je snadná, nebo proto, že jsou nezbytné pouze pro malou skupinu dětí (například právě pro třídu dětí hluchoslepých).

Postižené dítě navíc potřebuje na procvičení určité činnosti daleko více času než dítě bez postižení. To znamená, že potřebuje širší škálu různých pomůcek, potřeb a hraček vhodných pro určitý vývojový stupeň.

2 Dětská hra a její význam

Hra, ať už s hračkou nebo bez ní, je nejpřirozenějším prostředkem, jímž se dítě vyjadřuje. Pro dítě je hra dobrovolnou spontánní činností, přináší mu radost, uspokojení, uklidnění, vzrušení, odpočívá při ní od jiné pro něj namáhavé činnosti. Představuje však i příležitost k nácviku řady dovedností, aniž by si to dítě uvědomovalo. Jejím prostřednictvím se dítě nenásilně učí nové způsoby

zvládání okolního světa. Není úkolem, jehož splnění je spojeno s vědomím odpovědnosti, není činností na rozkaz, jelikož nařízená hra není hrou ve vlastním slova smyslu.

Hru nelze považovat za libovolnou činnost, protože má svůj řád. Probíhá v určitém vymezeném prostoru a čase a má pravidla, která jsou závazná pro každého účastníka hry. Dítě potřebuje ke hře takové prostředí, ve kterém se cítí bezpečně a potřebuje takovou atmosféru, v níž jsou veškeré jeho projevy přijímány, kdy samo cítí, že mu dospělý rozumí.

Ve hře se promítá vztah ke skutečnosti, přiblížení se ke skutečnosti, a to tím, že dítě něco či někoho představuje a přijímá tak určitou roli, proniká hlouběji do reality, poznává lépe své okolí i sebe samo a tím vším obohacuje svou vlastní osobnost.

Hra nemá význam jen pro jednotlivce, ale je důležitým činitelem společenského vývoje, neboť dává možnost účastníkům hry projevit se ve vzájemné interakci.

Také z hlediska vlivu na psychický vývoj dítěte, jak uvádí Matějček, je hra velmi významná, protože ovlivňuje a naplňuje všech pět základních psychických potřeb. Tyto psychické potřeby musí být bezpodmínečně uspokojovány, aby se dítě mohlo vyvíjet ve zdravou osobnost.

Smysl hry se uspokojuje za předpokladu, že dítě prostřednictvím hry hledá řešení vnitřně vytyčeného úkolu anebo problému, nalezne metodu, jak jej řešit a pochopí podstatu tohoto řešení. Dítě užívá hry jako prostředku zvládnutí podnětů z okolního světa a k jeho porozumění. Nezáleží na výsledku hry, ale důležitý je samotný proces, tedy činnost sama o sobě.

3 Hmatové vnímání a jeho důležitost v učení hluchoslepého dítěte prostřednictvím hraček

Orgánem hmatového vnímání je u člověka ruka. Hmat v plném smyslu tohoto slova, jako schopnost kožního a pohybového analyzátoru odrážet četné prostorové a fyzikální vlastnosti a kvality objektů, je vlastní pouze člověku. Ruka je orgánem poznání, protože odráží svět, který člověka obklopuje.

Funkce rukou je rozdělena (pravá, levá) a svou charakteristickou úlohu mají i jednotlivé prsty. Jako například je možno vést proces čtení a psaní Braillova písma nevidomými, kde rozdělení funkcí rukou a specializace prstů je nanejvýš výrazná.

U hmatového vnímání se mohou současně uplatňovat různé druhy citlivosti: pro dotek, teplotu, bolest a citlivost svalově kloubní.

Podle toho, jaké analyzátory jsou včleněny do procesu hmatového vnímání, vymezují se formy hmatu lišící se mezi sebou mírou úplnosti a přesnosti odrazu objektivní skutečnosti.

Rozlišujeme pasivní, aktivní a instrumentální neboli zprostředkovaný hmat.

Pasivní hmatání – pasivní hmat se realizuje za relativního klidu povrchu receptoru a předmětu, který s ním přichází do styku. Vjemy, které vznikají jako výsledek dotyku, odrážejí celou řadu fyzikálních, prostorových a časových vlastností předmětu. Celkový obraz předmětu však při pasivním hmatu nevzniká.

Aktivní hmat (haptika) – tato forma hmatu vzniká jako výsledek aktivního ohmatávání objektů. Díky aktivním ohmatávacím pohybům rukou je umožněn nejen odraz jednotlivých vlastností a kvalit, ale i vyčlenění tvaru a obrysů objektu a na základě toho se vytváří celý vjemový obraz.

Instrumentální hmat – Zprostředkovaný hmat je způsob hmatu, při kterém se ohmatávání objektu děje rukou za pomoci nějakého nástroje nebo náradí. Příkladem může být oťukávání holí při orientaci nevidomých v terénu, čtení Braillova bodového písma pomocí bodátka, ...atd.

Uvedené formy hmatového vnímání se mohou uskutečňovat různými způsoby:

- Jednoruční (monomanuální)
- Obouruční (bimanuální)

Jak při prvním, tak při druhém způsobu vzniká ve vědomí obraz, který je přiměřený ohmatávanému předmětu, ale obouruční ohmatávání má před jednoručním velké přednosti (je přesnější a rychlejší).

4 Klasifikace hraček

Vzhledem ke skutečnosti, že existuje široké spektrum her, dochází k různorodé diferenciaci podle nejrozličnějších kritérií. Jako vhodné se jeví třídění podle Mišurcové, autorka uvádí dvě základní hlediska, v jejichž rámci probíhá další dělení:

- **Psychologické** – rozlišuje hry na nepodmíněně reflexní (intuitivní), senzomotorické, intelektuální a kolektivní.
- **Pedagogické** – dělí hry do dvou velkých skupin: na *hry tvořivé* a *hry s pravidly*.

Hry tvořivé - volné čili spontánní, jsou takové, při nichž si dítě samo volí námět i její průběh. Vztahují se k materiálnímu světu dítěte.

- *Předmětové* – dítě manipuluje s předměty, které jej obklopují, rozvíjí své smysly a poznává vlastnosti těchto předmětů.

- *Úlohové* (námětové) – dítě bere na sebe známou sociální roli dospělého, hraje si na někoho, napodobuje činnost a vztahy mezi lidmi.

- *Dramatizační* (snové) – dítě ve svých představách vytváří děje, postavy, prožitky a hovoří s vymyšlenou osobou.

- *Konstruktivní* – dítě záměrně manipuluje s přirozeným nebo umělým materiálem, předměty a pomůckami, jež připomínají skutečnost svým vzhledem nebo funkcí.

Hry s pravidly – navazují na hry tvořivé a vztahují se k sociálnímu chování a jenání dítěte vzhledem k ostatním účastníkům hry. Podle druhu aktivity je lze rozdělit:

- *Pohybové* – hra na schovávanou, na kočku a na myš, míčové hry, pohybové hry, tanečná hry apod.
- *Intelektuální* (didaktické) – rozvíjí především rozumové schopnosti dítěte, jde například o skládky, doplňovačky, stolní hry apod.

Význam hry je v životě dítěte nepopíratelný. Většina dětí je do hry vtaženy spontánně. Ne však dítě hluchoslepé. Proto je nezbytné herní činnost takto postižených dětí plánovat a chopit se každé možnosti, aby se jeho hraní smysluplně rozvíjelo. Ve hře objevuje hluchoslepé dítě všechny své schopnosti. Nejprve se učí hrát si. Je třeba ukázat mu, co se dá s různými předměty dělat a cvičit ho, jak si s nimi hrát. Teprve mnohem později si bude hrát spontánně jako ostatní děti.

U hluchoslepeho dítěte je dobré využívat každé příležitosti, aby si mohl hrát v přítomnosti jiných dětí (paralelní hra) nebo spolu s ostatními dětmi (sociální zkušenost, komunikace). Sociální význam hry samozřejmě nelze opomenout.

Vtažením do nejrozličnějších her, jako je např. hra s panenkou, společné stavění, budování chaloupky, schovávání se, schovávání různých předmětů, pohybové hry, atd. Dítě zažívá úspěch, učí se vycházet s ostatními a získává správný náhled na ostatní osoby. Hra má přinášet potěšení všem bez rozdílu.

5 Hračky a předměty

Hračky a předměty předkládané dítěti by měly být v souladu s jeho stupněm vývoje, ale v některých rysech by měly být přiměřené následujícímu stupni učení. Dítě by mělo mít k dispozici dostatečné množství hraček a předmětů, aby mohlo jednotlivé věci srovnávat a vybírat si. Hračky a předměty by také měly poskytovat dítěti hmatové, zrakové, sluchové a čichové vjemy. V souladu se stupněm vývoje dítěte by hračky měly stimulovat dítě k tomu, aby je bralo do ruky, experimentovalo s nimi, otáčelo je, rozebíralo je, skládalo je dohromady, dávalo je do sebe, stavělo na sebe, měnilo a znovu sestavovalo jejich tvar.

Nevidomé či hluchoslepé dítě se učí především na základě sluchových a hmatových prožitků. Proto je pro něj obtížné zobecnit zkušenosti získané při hře s abstraktními hračkami a spojit je s konkrétními nástroji, které bude používat ke konkrétním účelům v každodenní činnosti. Přínosem pro hluchoslepé dítě je, když si občas hraje také se skutečnými předměty, nástroji, kterých pak použije k učení na vyšší úrovni. Pokud hluchoslepé dítě tyto předměty a pomůcky dostatečně nepozná, nebude schopné abstraktní hračky uvést do spojitosti se skutečnými předměty.

Při hledání či vyrábění hraček pro hluchoslepé dítě bychom měli mít na paměti, že to musí být hračky, které budou pro dítě přínosem. Hračky by tedy měly splňovat určitá kritéria:

- *věk dítěte*
- *nezbytnost plného využití dětské fantazie při hře*
- *variabilita*
- *srozumitelnost hračky*
- *velikost hračky*
- *množství a skladba hračky*
- *vhodnost materiálu*
- *tvár a barva hračky*
- *pevnost a trvanlivost hračky*
- *bezpečnost hračky*
- *cena hračky*

6 Závěr

V současnosti se stále častěji setkáváme se snahou odborníků, zaměřit svou pozornost na život a životní podmínky hluchoslepých jedinců. Toto postižení patří mezi nejtěžší, se kterými se můžeme ve společnosti setkat.

Existuje také řada diagnostických a rehabilitačních pomůcek, které pomáhají hluchoslepým, alespoň jistou formou, začlenit se do společnosti.

Tento příspěvek je zaměřen na oblast hry, tedy na jednu z nejpřirozenějších lidských aktivit, která je součástí výchovně vzdělávacího procesu v životě dítěte, ať jde o dítě zdravé či postižené. Hra právě u hluchoslepých v podstatě supluje standardní výchovné postupy.

Můžeme si jen přát, aby bylo více a více různých her a hraček, které by usnadnily rozvoj a zpříjemnily práci hluchoslepým dětem, ať už ve škole či doma.

7 Literatura

KOLOVRATNÍK, M. Dřevěná hračka jako rehabilitační pomůcka v životě hluchoslepého dítěte. Diplomová práce. Olomouc: PdF UP, 2001.

LUDÍKOVÁ, L. Edukace hluchoslepého dítěte raného věku. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0250-5.

LUDÍKOVÁ, L. SOURALOVÁ, E. Hluchoslepí mezi námi. Olomouc: UP.

SEVEROVÁ, M. MIŠURCOVÁ, V. Děti, hry a umění. Praha: 1997.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: 2000.

TAXOVÁ, J. Kapitoly z pedagogické psychologie. Praha: 1983.

MATĚJČEK, Z. Praxe dětského psychologického poradenství. Praha: SPN, 1991. ISBN 80-04-24526-9.

Mgr. Ilona Ireinová

Katedra speciální pedagogiky UP Olomouc

Edukace hluchoslepých v neškolských zařízeních

Ošetřující personál v neškolských zařízeních není kvalifikován v péči o hluchoslepé děti. Lékařská diagnostika se rozchází s diagnostikou speciálně pedagogickou, z čehož analogizuje i výchovná péče v neškolských zařízeních. Metodické pokyny a pravidelný kontakt spec. pedagoga bude moci zajistit kvalitativní pokroky v péči o hluchoslepé děti a v rozvoji jejich samostatnosti.

V České republice nejsou evidována všechna neškolská zařízení. Neškolským zařízením rozumíme zařízení sociální péče. Jedná se o zařízení státní, nestátní a církevní. Mohou být s denním, týdenním, měsíčním nebo ročním pobytem.

Statistické údaje uvádějí: „V roce 1998 bylo v ČR evidováno 864 zařízení sociální péče. Ve srovnání s rokem 1996 se tato oblast sociálních péče rozrostla o dalších 31 zařízení. Zařízení zřizovaná státem, těch je 50. 8 %, obce jsou zřizovateli 35 % zařízení a církve 9 %. Nejvíce zařízení sociálních péče je na Severní Moravě, kde se jedná o 184 zařízení.

V Jižních Čechách je jich 57 a v Praze 31“ (3, s. 1).

Sbírka zákonů ve vyhlášce č. 182/ 1991 o zdravotním postižení se zmiňuje o podmiňujícím přijetí do ústavů pro smyslově postižené dospělé občany s postižením senzorických funkcí, která způsobují značné omezení nebo ztrátu orientace a běžného dorozumívání. Tím činí postiženého zpravidla závislým na pomoci jiné osoby při některých nezbytných životních úkonech. Tato vyhláška se však nezmiňuje o umístění smyslově postižených dětí a na tuto skupinu populace není v žádné vyhlášce pamatováno.

Osoby s hluchoslepotou tvoří samostatnou kategorii vyznačující se nutností individuálního a speciálního přístupu v otázkách výchovy i v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Takto postižené osoby tvoří různorodou skupinu, kde postižení každého jedince závisí na délce projevů smyslového poškození a na jeho stupni.

V současné době neexistuje v České republice neškolské zařízení, kde by tým odborníků poskytoval výchovnou péči hluchoslepým dětem. Hluchoslepé děti jsou i dnes většinou umístěny do ústavů sociální péče, kojeneckých ústavů a podobně. Tato zařízení nejsou k tomuto působení připravena profesionálně, materiálně, ale zejména postrádají ideu stávající koncepce výchovy a vzdělávání dětí s duálním senzorickým postižením.

V roce 1999 probíhalo šetření, které bylo rozděleno do třech etap.

I. ETAPA - výchozí - vytvoření vhodného dotazníku, obeslání všech zařízení a zpracování výsledků.

II. ETAPA - následná - vytvoření podrobného dotazníku, obeslání zařízení vykazující hluchoslepé klienty a zpracování výsledků.

III. ETAPA - praktická - navázání kontaktu s vhodným zařízením a zahájení výchovné péče s hluchoslepými dětmi; konkrétní šetření. Vytváření a ověřování metodiky v praxi.

K šetření bylo použito kvalitativních i kvantitativních metod. Jednalo se o dotazník, pozorování, rozhovor a případové studie.

Na základě studia odborných výzkumů bylo zjištěno, že první depistáž hluchoslepých dětí v České republice byla provedena v roce 1990. Tyto údaje se pro aktuální výzkum jevily poněkud zastaralé, proto bylo nezbytné provést depistáž novou, na níž by mohl výzkum navazovat.

Za účelem depistáže všech dětí se souběžným zrakovým a sluchovým postižením bylo na začátku roku 1999 provedeno šetření formou dotazníku.

Celkový počet obeslaných neškolských zařízení činil 159. Pro přehlednost, zpracování získaných údajů byl tento počet rozdělen na dvě sledované oblasti: Jednotlivá členění kontaktovaných zařízení jsou přehledně zpracovány v tabulce č. 1.

tabulka č. 1

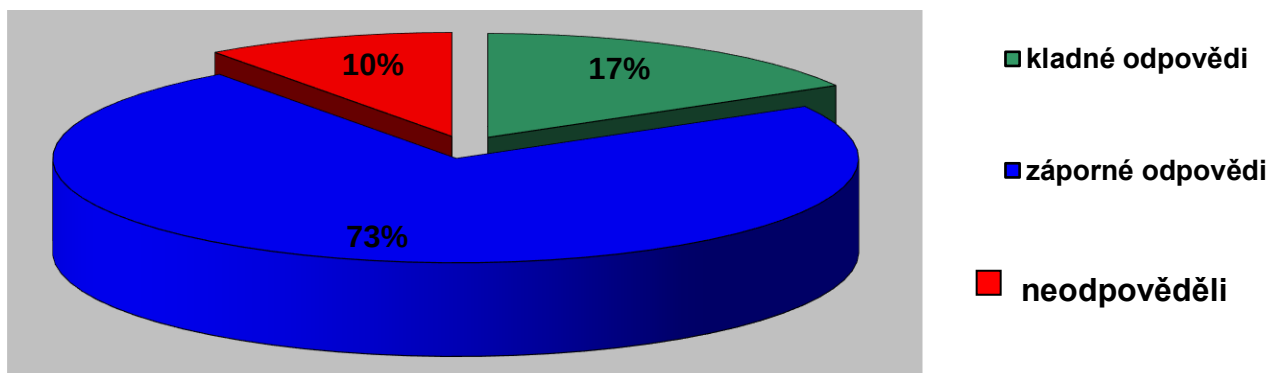
Dotazovaná zařízení	kladně	záporně	neodpovědělo
ústav sociální péče	15	66	9
středisko rané péče	2	3	0
diagnostický ústav	5	2	0
kojenecký ústav	6	18	0
dětský domov	4	23	0
centra pro postižené a ohrožené děti	0	1	0
stacionář	1	2	0
charita	0	2	0
celkem odpovědí	33	117	9

Odpovědi, kde bylo zaznamenáno, že v daném zařízení jsou hluchoslepé děti, byly hodnoceny jako kladné, v opačném případě šlo o odpovědi záporné, což lze shlédnout v tabulce č. 1 a současně v grafické podobě (graf č. 1).

Návratnost dotazníků byla 90 %. Zbývající odpovědi nepřišly vyplněny (zobrazeno červenou položkou v grafu), poněvadž k odeslání ÚSP bylo použito adres evidovaných zařízení, která ve stávajícím období změnila adresy, nebo byla uzavřena.

Graf č. 1 depistáž hluchoslepých dětí v ČR

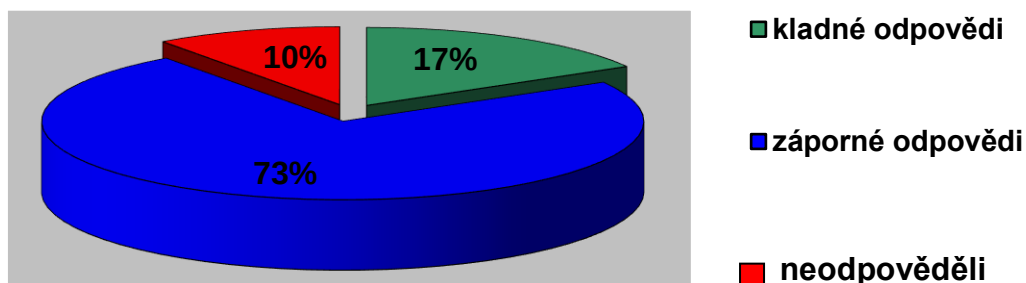
Graf č. 1



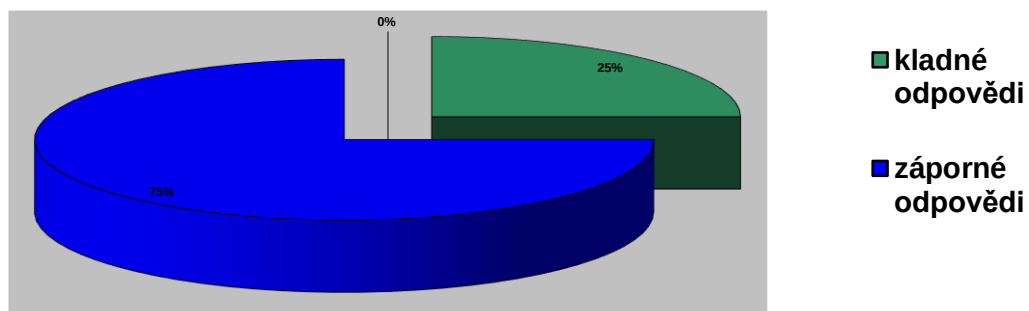
Z grafu č. 1 je patrné, že 17 % hluchoslepých dětí je v současné době umístěno do neškolských zařízení v České republice.

Následně jsou vybrána tři neškolská zařízení, viz graf č. 2, 3, 4, kde je největší četnost výskytu hluchoslepých dětí. Počet dětí umístěných v ÚSP, kojeneckých ústavech a dětských domovech je vyjádřen jako kladná odpověď (zelená barva), kde v ÚSP, kojeneckých ústavech a dětských domovech hluchoslepé děti nebyli je bráno jako záporná odpověď (znázorněná modrou barvou) a pokud jsme odpověď nedostali je to znázorněno pouze v případě ÚSP jako položka neodpověděli (červená barva). Z ostatních zařízení odpovědi přišly, proto položku neodpověděli, nebylo nutno použít.

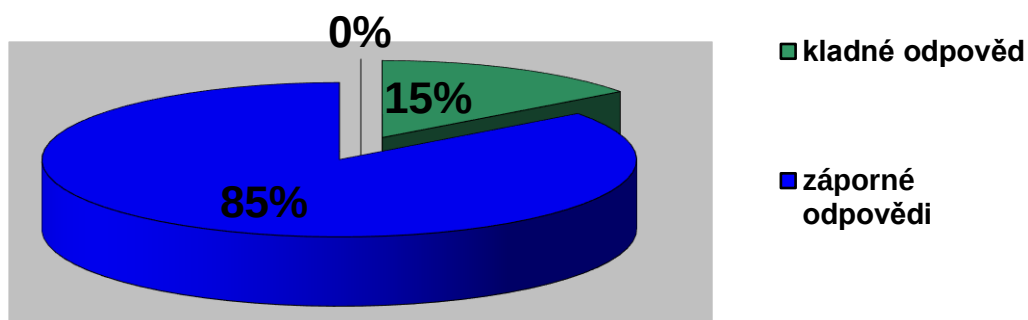
Graf č. 2 - hluchoslepé děti v ÚSP



Graf č. 3 - hluchoslepé děti v kojeneckém ústavu

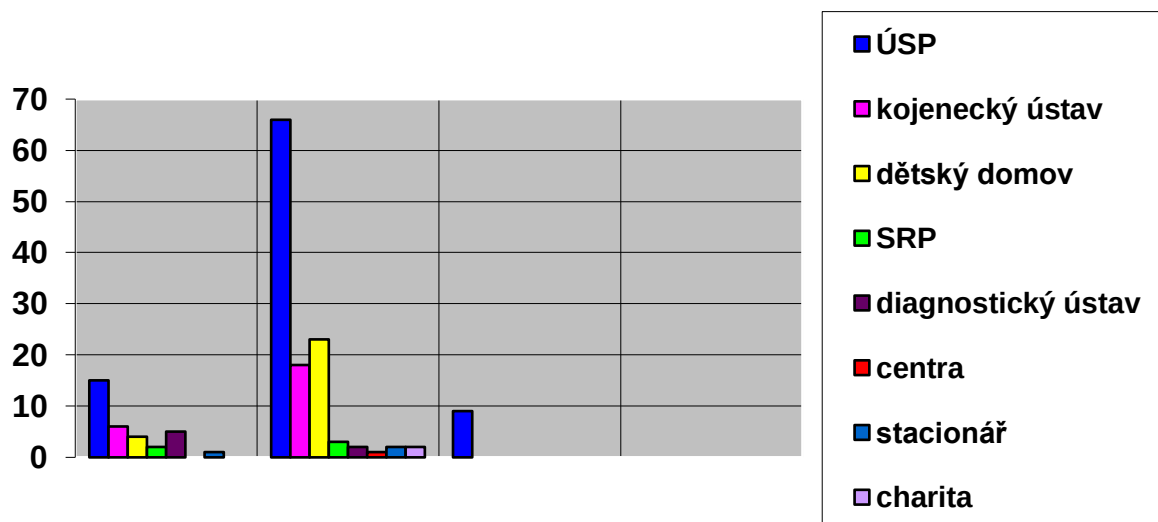


Graf č. 4 - hluchoslepé děti v dětských domovech



Množství depistážovaných dětí v neškolských zařízeních udává plošný graf č. 5, z něhož je patrné, že největší množství hluchoslepých dětí je umístěno v ÚSP, což je pochopitelné vzhledem ke klientele.

Graf č. 5 depistážované děti



Z předchozích grafů je jasné patrné, že i v dnešní době jsou hluchoslepé děti převážně soustředěny v ÚSP. V mnohých případech jsou vedeny jako mentálně postižené s přidruženým zrakovým nebo sluchovým postižením. Proto i mezi uvedenými 73 % (graf č. 2) je možno nalézt děti hluchoslepé. Výchova k těmto dětem je shodná s výchovou k mentálně retardovaným. V některých případech si nejsou pracovníci vědomi zrakového nebo sluchového postižení, případně kombinace postižení obou analyzátorů. Jestliže má dítě zrakové postižení, stupeň sluchového postižení není vyšetřen, ovšem je diagnostikováno jako mentální postižení. Poněvadž dítě nemá sluchovou a zrakovou kontrolu, je opožděn jeho vývoj. Nejedná se o jednoznačný ukazatel mentálního postižení, což není bráno v úvahu.

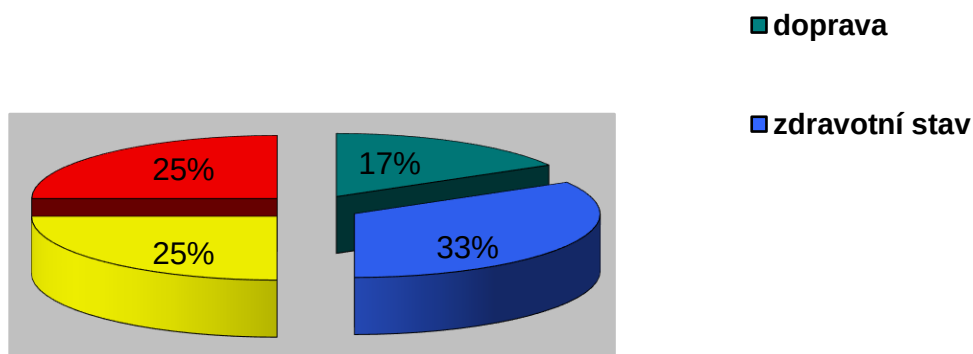
Druhá etapa šetření spočívala v získání již podrobnějších informací. Zajímali jsme se zejména o věk, stupeň zrakového a sluchového postižení, případně jejich kombinací s jiným postižením.

Poněvadž lékařské diagnostické výpovědi nelze považovat za konečné, zařízení byly opětovně kontaktovány a následně navštíveny ve zmiňovaných místech. Tato skutečnost vycházela z diagnostiky, která se neopírá pouze o lékařské vyšetření, ale i o psychologické a speciálně pedagogické výsledky.

U navštívených klientů s duálně senzorickým postižením převládala těžká srdeční vada, hydrocefalus, maligní karcinom, status epilepticus a DMO.

V grafu č. 6 je možno shlédnout příčiny, které byly důvodem vyloučení některých klientů.

Graf č. 6



Setkáním s klienty a zhodnocením zdravotního stavu bylo nezbytné vyloučit 45 % z vybraného vzorku na základě druhé etapy šetření.

Poslední etapa šetření spočívala v konkrétním šetření. Jednalo se o zahájení výchovné péče s hluchoslepými dětmi; vytváření a ověřování metodiky v praxi.

Průběh šetření poslední etapy:

Ošetřující personál vyčlenil místnost pro individuální práci s hluchoslepými. S dětmi se pracovalo celý den. Na další dny byly předvedeny činnosti a dány pokyny ošetřujícímu personálu do další návštěvy.

Pro praktické výsledky činnosti s hluchoslepými dětmi bylo nutné si vytyčit hlavní cíl, co a jak pozorovat, jak výsledky hodnotit, abychom se vyvarovali povrchnosti a nevyvozovali předčasné závěry. Vhodnějším se jevílo dlouhodobé pozorování. Při pozorování hluchoslepých dětí byly respektovány principy, které stanovil Robbinsn.

Jednalo se o následující principy:

- princip zrání dítěte po stránce psychické, fyzické a emocionální
- princip motivace hluchoslepečho dítěte k učení
- princip aktivní účasti dítěte při výchovné péči
- princip prosazování individuality dítěte (1).

Metodický návod byl podrobně popsán a vysvětlen po jednotlivých krocích a následně aplikován v neškolských zařízeních.

Na základě předložené metodiky s hluchoslepým dítětem nejprve pracoval odborník – speciální pedagog (tyflopéd, surdopéd). Pracovní postup byl vysvětlen ošetřujícímu personálu a následně se zapojili k výchovné složce za koordinující činnosti speciálního pedagoga. Vytvořený metodický postup byl postupně aplikován u hluchoslepých dětí.

Observací chodu neškolských zařízení, komparací přístupu ošetřujícího personálu k dětem, interakcí dětí na personál bez přímé účasti observátora bylo možno hodnotit a zaznamenat výsledky pozorování.

Centrem pozorování bylo hluchoslepé dítě, proto pozorování bylo zaměřeno na:
- práci s dětmi, vztahy - vzájemné interakce pečující osoba - dítě, dítě - dítě, spolupráci mezi nimi, samostatnost dětí, přístup k výchově ze strany ošetřujících a dítěte.

Následující část hodnocení byla zaměřena na oblast reakce na podněty. Sledovanými oblastmi byly zrakové, sluchové a řečové podněty.

Pro vlastní sledování samostatnosti hluchoslepých dětí bylo nezbytné vybrat adekvátní škálové hodnocení v oblasti sociální vyspělosti. Nebylo možno použít např. škálové hodnocení sociální vyspělosti podle Maxfieldové-Buchoholtzové, poněvadž je určeno pro nevidomé děti v předškolním věku.

Vlastní sledování obsahovalo položky, které byly považovány za důležité pro poznání samostatnosti hluchoslepého a postupných změn. Počet veškerých úloh ve sledované oblasti bylo sedm. Tyto položky byly upraveny na základě I. C. A. N. funkčního testu pro hluchoslepé. Dosažená úroveň schopností jednotlivce v každé dovednostní oblasti byla zaznamenána písmeny.

Kdy platilo:

S = samostatně – dovednost je zvládnuta jako součást běžných každodenních úkonů

Z = za pomoci nebo s nápovědou – započetí nebo provedení úkonu vyžaduje několik nápovědních podnětů (pro informaci je možno uvést počet nápověd, případně o které nápovědné fáze šlo, pro celkové hodnocení)

P = pomoc – splnění úkolu vyžaduje podstatné slovní nebo fyzické zásahy (jedná se více než o polovinu pomoci)

N = dovednost je bezpředmětná nebo se jejím zvládnutím dítě s hluchoslepotou doposud nezabývalo;

Výsledné hodnocení zvládnutých činností v sociální oblasti bylo slovně hodnoceno a pro přehlednost znázorněno v grafické podobě.

Následně bude uvedena část hodnocení v případových studiích. Nejprve bude hodnocena oblast reakcí na podněty (tabulkové s grafickým vyjádřením).

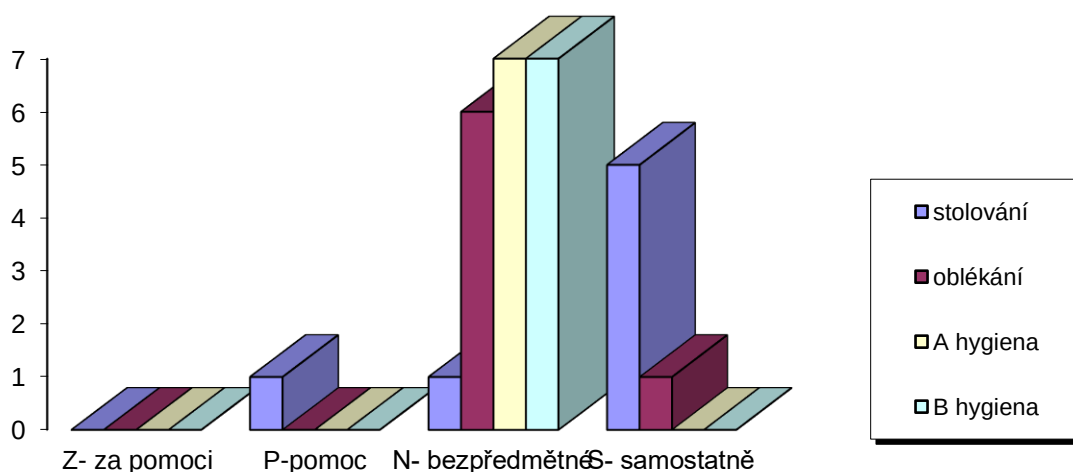
Studie č. 1, reakce na podněty, tabulka č. 2

datum provedení úkolu	chronologický věk	reakce na podněty	vyjádření												
		reakce na světlo	ne												
grafické vyjádření		fixace předmětu	ne												
Graf č. 7 <table><thead><tr><th>Kategorie</th><th>podněty zrakové</th><th>podněty sluchové</th><th>řeč</th></tr></thead><tbody><tr><td>ano</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td></tr><tr><td>ne</td><td>4</td><td>1</td><td>7</td></tr></tbody></table>		Kategorie	podněty zrakové	podněty sluchové	řeč	ano	1	1	3	ne	4	1	7	sledování pohybujícího se předmětu	ne
		Kategorie	podněty zrakové	podněty sluchové	řeč										
		ano	1	1	3										
		ne	4	1	7										
		sahá po zajímavých předmětech, které vidí	ne												
		reakce na výrazné zvuky	ano												
		reakce na lidský hlas	ne												
		vokalizace	ano												
		výslovnost samohlásky i souhlásky	ne												
		žvatlání slabiky	ano												
		opakování slabiky	ano												
		vyslovení smysluplného slova	ne												
		provedení pohybu na výzvu	ne												
poznání jmenovaného předmětu	ne														
sledování znaků	ne														
		porozumění znakům	ne												
		zkoušení nápodoby znaků	ne												

Hodnocení zvládnutých činností v sociální oblasti bude zobrazeno graficky. V grafu by bylo nepřehledné, který úkol dítě v sociální oblasti splnilo a který nesplnilo, bylo by tudíž neúplné, proto se doplňuje o slovní popis. Grafické znázornění je však velmi adekvátní pro komparaci jednotlivých fází.

Dívka v případové studii č. 1 se zajímala o předměty v okolí, uchopí lžici jako každý jiný předmět, aniž by věděla, že se jedná právě o lžici. Lžici ohmatá, strká si ji do úst. Koordinace obou rukou byla nacvičována, proto je schopna si lžici předávat z ruky do ruky. Je-li krmena a v ruce si drží svoji lžici, po ohmatání hrnečku, misky nebo talíře se s pomocí pokouší o nabírání. Pokus není vždy úspěšný. Nácvič úchopu, stisku a jemné motoriky je velmi dobrý, vyhledává předměty, proto je i v druhé fázi možno hovořit o úchopu oděvu. Úspěšnost v dalších oblastech sociálních dovedností byla bezpředmětná.

Graf č. 8

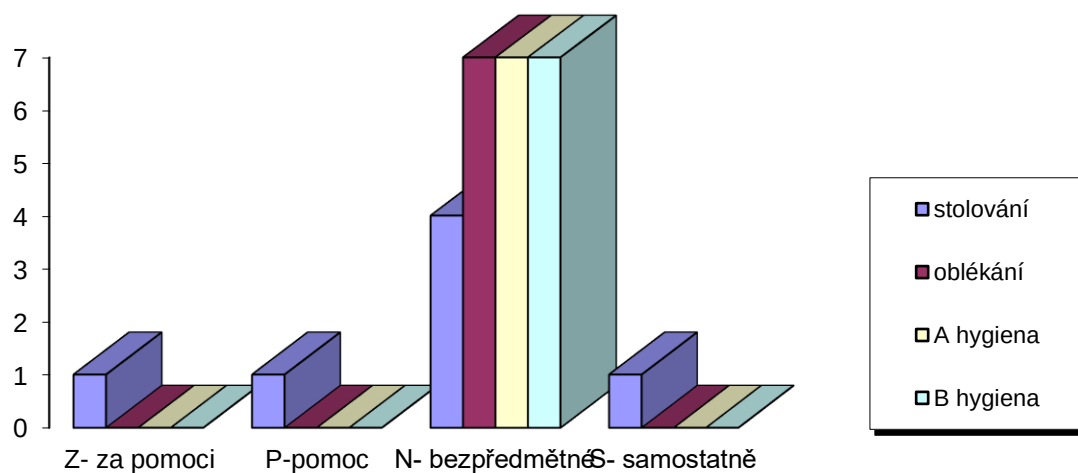


Studie č. 2, reakce na podněty, tabulka č. 3

datum provedení úkolu	chronologický věk	reakce na podněty	vyjádření												
		reakce na světlo	ne												
grafické vyjádření		fixace předmětu	ne												
Graf č. 9 <table><thead><tr><th>Podnět</th><th>ano</th><th>ne</th></tr></thead><tbody><tr><td>podněty zrakové</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>podněty sluchové</td><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>řeč</td><td>2</td><td>8</td></tr></tbody></table>		Podnět	ano	ne	podněty zrakové	2	4	podněty sluchové	1	1	řeč	2	8	sledování pohybujícího se předmětu	ne
		Podnět	ano	ne											
		podněty zrakové	2	4											
		podněty sluchové	1	1											
		řeč	2	8											
		sahá po zajímavých předmětech, které vidí	ne												
		reakce na výrazné zvuky	ano												
		reakce na lidský hlas	ne												
		vokalizace	ano												
		výslovnost samohlásky i souhlásky	ne												
		žvatlání slabiky	ano												
		opakování slabiky	ne												
vyslovení smysluplného slova	ne														
provedení pohybu na výzvu	ne														
poznání jmenovaného předmětu	ne														
sledování znaků	ne														
		porozumění znakům	ne												
		zkoušení nápodoby znaků	ne												

Hodnocení studie č. 2 udává graf č. 10. Je nezbytné však dodat, že úchop u dívky nebyl zcela pevný, lžící uchopí, pokud je v dosahu a ví-li o ní. Všechny předměty strká do úst, tedy i lžící bez vědomí, že se jedná o lžici. Za pomoci a krátkodobě si předá lžící z jedné ruky do druhé. Ostatní položky v pozorování samostatnosti jsou bezpředmětné.

Graf č. 10

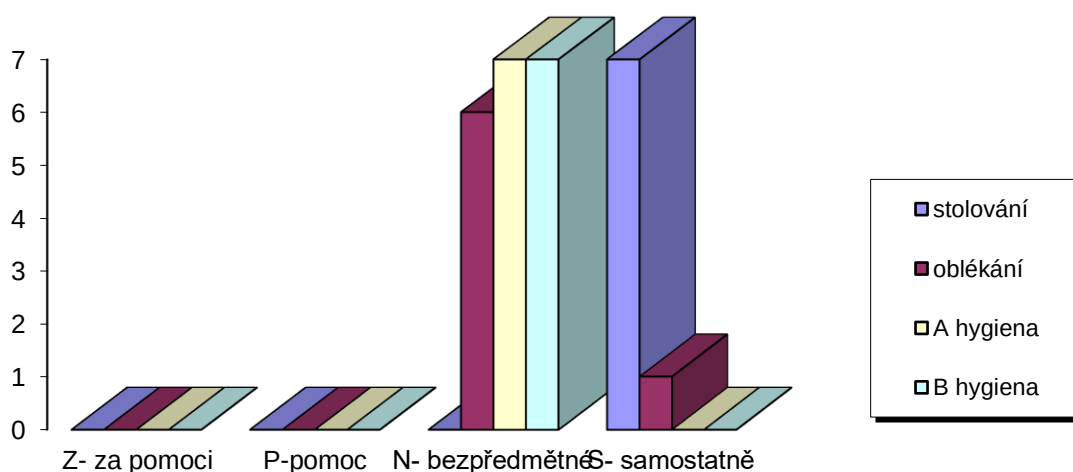


Studie č. 3, reakce na podněty, tabulka č. 4

Datum pro-vedení úkolu	chronologický věk	reakce na podněty	vyjádření												
		reakce na světlo	ano												
Grafické vyjádření		fixace předmětu	ne												
Graf č. 11 <table><thead><tr><th>Kategorie</th><th>podněty zrakové</th><th>podněty sluchové</th><th>řeč</th></tr></thead><tbody><tr><td>ano</td><td>2</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>ne</td><td>2</td><td>2</td><td>7</td></tr></tbody></table>		Kategorie	podněty zrakové	podněty sluchové	řeč	ano	2	2	3	ne	2	2	7	sledování pohybu-jícího se předmětu	ano
		Kategorie	podněty zrakové	podněty sluchové	řeč										
		ano	2	2	3										
		ne	2	2	7										
		sahá po zajímavých předmětech, které vidí	ne												
		reakce na výrazné zvuky	ano												
		reakce na lidský hlas	ano												
		vokalizace	ano												
		výslovnost samohlásky i souhlásky	ne												
		žvatlání slabiky	ano												
opakování slabiky	ne														
		vyslovení smysluplného slova	ne												
		provedení pohybu na výzvu	ano												
		poznání jmenované-ho předmětu	ne												
		sledování znaků	ne												
		porozumění znakům	ne												
		zkoušení nápodoby znaků	ne												

Hodnocení studie č. 3 udává graf č. 12, které je nutno doplnit podrobnějšími údaji. V tomto případě se jednalo o chlapce, který aktivním úchopem s uvědoměním si předmětu, lžící strkal do úst. Vzhledem k somatickému postižení koordinace obou rukou byla obtížná. Aktivně zvládl předávání si lžice z ruky do ruky. Lžící ťuká o talíř, vnímá zvuk a vibrace. Poněvadž jedl samostatně, i následující položky I. fáze pozorování lze hodnotit úspěšnými. Ve II. fázi úkolů v samostatnosti uchopil oděv, avšak zde všechna aktivita končila, tudíž i následující položky této i III. fáze byly bezpředmětné.

Graf č. 12



Výsledky výsledného rozhovoru

Setkáváme se s odlišnými přístupy ošetřovatelských týmů. Na základě polostandardizovaného rozhovoru v ÚSP, kojeneckých ústavech s ošetřovatelskými týmy byly sestaveny následující závěry:

Ošetřující tým v převážné většině tvoří lékař, zdravotní sestry s mnohaletou zkušeností, sanitární sestry akceptující zdravotní sestry a dále pracovníci, kteří absolvovali zdravotnický kurz nebo kurz první pomoci.

V době jejich studia nebyla otázka kombinovaných postižení řešena, proto neví, jak k této problematice přistupovat. Většinou se snaží uplatnit mateřské zkušenosti s ošetřovatelskými, které však neakceptují senzorické postižení dítěte. Jestli je v jejich péči hluchoslepé dítě, neví si rady, ale pokud v daném zařízení pracují několik let, přistupují k dítěti stále stejným způsobem. To jim však nikdo nemůže mít za zlé, ovšem touha vědění po informaci jak pracovat s dítětem, které je v její péči a má kombinované postižení by měla být v každém člověku.

Ošetrovatelský pracovník by si měl být vědom, že chce pomoci dítěti, s představou posunu dítěte ve výchovně vzdělávací oblasti dopředu. Musí být především přístupný k novým informacím s vůlí je aplikovat u hluchoslepých dětí. Na těchto bodech je postavena následující činnost. Přístupnost a akceptace nových rad a informací není vlastní každému a zde nalézáme největší problém.

Závěr:

Přestože počátek péče hluchoslepým dětem v České republice je datován rokem 1993, doposud neexistovala taková metodika pro práci s hluchoslepými dětmi v neškolských zařízeních, která by respektovala výchovně vzdělávací potřeby hluchoslepých dětí. Prvními předpoklady pro úspěšnou socializaci hluchoslepých dětí v neškolských zařízeních je zákonné zakotvení náplně neškolských zařízení pro práci s hluchoslepými dětmi, připravit podmínky v oblastech technického vybavení, personálního zabezpečení a adekvátního vzdělání pečujících osob o hluchoslepe děti.

Použitá literatura:

1. ROBBINSN, N. *Les premiers pas dans l'éducation des enfants sourdsaveugles. Perkins School for the Blind.* Watertown: 1960.
2. Sbírka zákonů č. 242/1991 část II. *Druhy a úkoly zdravotnických zařízení odd. 6 §20.*
3. www.mujweb.cz/pension

PaedDr. Eva Suralová

Katedra speciální pedagogiky UP Olomouc

Vizuálně motorické komunikační techniky u osob se současným postižením sluchu a zraku

Postižení sluchu, k němuž se přidružuje postižení zraku, představuje pro jedince problémy především v komunikační sféře. Omezení nebo úplná ztráta funkce sluchu a zraku se negativně projevuje zejména při interakci s prostředím, do jejíž kvality se promítají individuální rozdíly mezi jednotlivými postiženými. Ty jsou dány nejen různorodostí stupně a druhu postižení a intelektovými dispozicemi, ale také úrovní celkového rozvoje, který je ovlivňován různými vnějšími faktory. K nim nejčastěji patří prostředí, které postiženého obklopuje, včasnost a adekvátnost výchovně vzdělávací péče a způsoby zprostředkování informací.

Sociální interakce jako jedna ze struktur sociálního kontaktu je základem pro formování komunikačního systému. Nedostatek vnějších podnětů a informací z okolního světa, zapříčiněný závažnou senzorickou bariérou způsobenou nedostatečnou funkcí sluchového a zrakového analyzátoru, téměř vždy vyúsťuje v dysfunkční komunikaci. Ta zpětně omezuje vývoj osobnosti postiženého po stránce emocionální, intelektuální i sociální. Zaostává především expresivní složka komunikace, postižený je schopen spíše rozumět informacím, které jsou mu vytvořeným komunikačním systémem předávány, než sdělovat svá přání a potřeby.

Jedním z dorozumívacích systémů používaných sluchově postiženými osobami se současným zrakovým postižením jsou vizuálně motorické komunikační systémy. Jsou to soubory vizuálně pohybových signálů tvořených pohyby jedné nebo obou rukou, které ukazují, napodobují nebo symbolizují jednotlivé předměty, pojmy a činnosti. Představují poměrně široké spektrum různě definovaných možností, z nichž nečastěji jsou využívány znakové jazyky, znakové jazyky, prstové abecedy a jejich různé kombinace.

Jazyky znakové představují uměle vytvořené systémy závislé na mluveném národním jazyce každé země. Jsou určitým kompromisem mezi majoritním jazykem mluveným a vlastním znakovým jazykem neslyšících, protože využívají znakovou zásobu znakového jazyka, ale jednotlivé znaky řadí podle gramatických pravidel mluveného jazyka.

Znakový jazyk, který je považován za přirozený jazyk neslyšících, je zcela nezávislý na mluveném jazyce, má vlastní slovník i gramatiku. Jeho

nejmenší významovou jednotkou je znak, jenž má složku manuální a nemanuální. Manuální složka je reprezentovaná místem, kde se znak ukazuje, tvarem ruky, kterou je znak tvořen, orientací ruky a pohybem znakovací ruky nebo rukou. Nemanuální složku tvoří především mimika a gestikulace doplněná dalšími nonverbálními prostředky. Obě tyto složky při komunikaci existují simultánně, to znamená, že vzhledem k trojrozměrnosti artikulačního prostoru lze jednotlivé znaky provádět současně. Do šedesátých let minulého století panoval názor, že znakový jazyk neslyšících není možné zahrnout mezi přirozené jazyky a porovnávat ho s jazykovými systémy mluvených jazyků. Výzkum zahraničních a v současné době i českých lingvistů však učinil pokroky a přiznal znakovému jazyku atribut přirozeného, svébytného jazyka.

Prstové abecedy patří k grafémově definovaným manuálním systémům, které mohou reprodukovat řeč v plném rozsahu. Používají se souběžně s orální a psanou formou řeči. Celý systém je založen na různých polohách a postavení prstů ruky, které zastupují písmena abecedy. Jednoruční i dvouruční prstová abeceda slouží především ke vzdělávání sluchově postižených, pro jedince s přidruženým zrakovým postižením je modifikována jako tzv. daktylotika do dlaně. Znaky se neukazují v prostoru, nýbrž se artikulují do dlaně, jednotlivé polohy a postavení prstů jsou vnímány plochou dlaně.

Sluchově postižení se závažnou či progredující zrakovou vadou, kteří preferují při dorozumívání některý z vizuálně motorických systémů, jsou nuceni nedostatečnou zpětnou zrakovou vazbu kompenzovat vazbou dotykově kinestetickou. To znamená, že znakování v prostoru by mělo být nahrazeno znakováním na těle, nebo znakováním tzv. ruku v ruce. Převedení místa znakování z prostoru na tělo musí být promyšlené, aby nedošlo k překrytí již existujícího artikulačního místa jiného znaku. K modifikaci nebo redukci jednotlivých parametrů znaků většinou nedochází, protože již vybudovaný dorozumívací systém je natolik zafixován, že případné změny manuální složky znaku (tvaru, orientace a pohybu ruky či rukou) by vzájemné pochopení spíše znesnadnilo.

Nemanuální složka znakového jazyka reprezentovaná širokou škálou nonverbálních prostředků představuje pro jedince se současným sluchovým a zrakovým postižením velký problém. Jak důležitá je zraková percepce řeči dokazují četné výzkumy slyšících. Zjistilo se, že partneři v komunikaci kladou větší důraz na nonverbální složku než na lexikon a syntax. Jsou-li verbální a neverbální prostředky vůči sobě v opozici, má při interpretaci převahu informace neverbální. S narůstáním vzdálenosti však klesá důležitost neverbálních prostředků a vzrůstá důležitost verbální složky - při vzdálenosti nad 3, 6 m je kladen větší důraz na spisovnost výpovědi a na intonační členění projevu.

Nedostatečná vizuální percepce nemanuální složky znakového jazyka může při komunikaci způsobit četná nedorozumění, protože v některých případech je mimika nositelem lexikálního významu u znaků, které mají jinak

všechny parametry stejné. Omezené zrakové vnímání vede k redukci simultánní projekce znakového jazyka a tím ke snížení možnosti diferenciací výrazových prostředků při identifikaci např. míry vlastnosti. Sluchově postiženým se lépe identifikuje ta informace, která je doprovázena odpovídající mimikou, koresponduje-li výraz obličeje s obsahem sdělení, dojde k pochopení mnohem snadněji. U osob se současným sluchovým a zrakovým postižením lze často pozorovat posun od simultánního projevu k lineárnímu, který je charakteristický pro mluvené jazyky. Pro jedince zvyklého přijímat simultánní znakový jazyk, může být převážně lineární řazení znaků zdrojem nepřesných a zkreslujících informací které mohou vést k nechuti ke komunikaci.

Populace osob se současným postižením sluchu a zraku představuje velmi variabilní skupinu, u níž se jen obtížně specifikují reedukační a kompenzační postupy. S rozvojem vědy lékařská vyšetření stále přesněji diagnostikují jednotlivá postižení, ovšem mnohdy nejasná prognóza či progredující forma postižení znesnadňuje edukační postupy. Odborná připravenost, lidské pochopení i kreativní invence je proto jedním z hlavních předpokladů všech, kteří na péči o jedince se současným postižením sluchu a zraku participují.

Ota Pačesová

Lorm – společnost pro hluchoslepé, Praha

Občanské sdružení LORM v řešení otázek hluchoslepých

Současný stav hluchoslepých z hledisek léčebné péče, rehabilitace, služby, přístupnost prostředí, vzdělávání, zaměstnávání, rodinný život a integrita, kultura, rekreace a sport, náboženství, legislativa, asistence.

Občanské sdružení LORM působí v ČR od roku 1991. Jeho posláním je pomáhat hluchoslepým lidem, jejich rodinám a i jejich okolí, ve kterém žijí a pracují, překonávat problémy související s tímto těžkým handicapem. LORM poskytuje odbornou pomoc po celé republice a to především díky dotacím MPSV. Dotace mohou být čerpány pouze za předpokladu, že se LORM na těchto nákladech podílí alespoň 30 % z vlastních zdrojů.

Koho lze považovat za hluchoslepotou osobu. Tato definice není zatím zakotvena v žádném zákoně, není definována ani klasifikována. Z funkčního hlediska lze použít definici uvedenou v diplomové práci Mgr. Husákové, která zní:

Hluchoslepota je takové současné postižení sluchu a zraku, které je závažné do té míry, že svému nositeli způsobuje problémy ve sféře psychické, sociální v situacích všedního života. Je samostatnou kategorií, vyznačují se nutností individuálního a specifického přístupu k osobám takto postiženým a to ať již v otázce výchovy, tak následně v oblasti vzdělávání a sociální rehabilitace. Takto postižené osoby tvoří různorodou skupinu, kde postižení každého jedince závisí na délce projevu smyslového poškození a na jeho stupni. Z praktického hlediska považujeme tuto definici hluchoslepoty pro její srozumitelnost a komplexnost za dobrou.

Je nutné ještě definovat stupeň hluchoslepoty z hlediska lékařské diagnózy pro bodovou klasifikaci. Skloubit tak stav sluchu se stavem zraku. Při tomto stanovení je nutné přihlédnout k tomu, že při postižení sluchu se i lehká slabozrakost jeví těžší.

V současnosti lze konstatovat, že v naší republice došlo u některých typů postižení k určitému pokroku především při vytváření podmínek pro integraci, naopak lze pozorovat zhoršení oproti původnímu stavu v sociální oblasti, zaměstnávání, či léčebné péči. Hlavní důvody spatřuji především v tom, že

současný vývoj není příznivý a na názory a požadavky neziskového sektoru není brán téměř žádný zřetel.

Organizace LORM se ocitá do značné míry na okraji zájmu státu a společnosti. Pro media jsme příliš malou skupinou. Mnozí úředníci, ale i odborníci, např. i lékaři často neví, že takové duální postižení vůbec existuje. Nevědomost, nevšímavost, předsudky a strach izolují osoby s tímto postižením. Velice těžko se nám za těchto podmínek daří u hluchoslepých definici „vyrovnání příležitostí“ prosazovat. Hluchoslepota není vymezena jako jednotná vada, ale postižený je klasifikován dle dominantní vady (neslyšící s poruchou zraku a naopak). Hluchoslepota je zcela jinou kategorií než slepota a než hluchota, nelze ji považovat za prostý součet zrakové a sluchové vady. Jedná se o jedno specifické postižení a odtud pramení veškeré problémy při posuzování tohoto handicapu (viz Jesenský).

Pokud budu hodnotit plnění jednotlivých standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schválených Valným shromážděním OSN v roce 1993 z pozice hluchoslepých neskončím určitě se známkou výborný.

K hodnocení plnění těch nejdůležitějších standardních pravidel:

Pravidlo č. 1 – Zvyšování uvědomění

Smyslem tohoto pravidla je zvýšit všeobecnou úroveň znalostí o problematice postižení, pozitivně prezentovat osoby se zdravotním postižením.

V tomto směru víceméně tuto úlohu plně přebírá naše organizace. Je to práce časově velice náročná.

V posledním roce se nám podařilo několikrát prezentovat LORM v rozhlasovém vysílání, v ČT a vyšlo několik článků o naší organizaci v tisku a o hluchoslepých. Upozorňuji na velice pěkný článek v časopise Týden od redaktorky paní Kamily Klausové. Aktivně jsme se zapojili do akce „30 dní neziskového sektoru“ a to v Praze, v Brně a Liberci, kde máme oblastní pracoviště. Vyhlásili jsme kampaň – „červenobílá hůl“, která probíhá v tomto roce, za pomoci reklamní agentury Men on the Moon.

Také pořádáním benefičních koncertů je veřejnost informována o problematice hluchoslepých občanů.

Naše práce je programově zaměřena mimo jiné na zvyšování uvědomění klientů prostřednictvím vlastních aktivit. Naše klienty vedeme k aktivitě, provokujeme je k interakci a snažíme se zvyšovat jejich sebevědomí. Za vydatné pomoci instruktorů zvyšují tak svojí aktivitu. Plně podporujeme jejich integraci.

Zvýšenou sebedůvěrou a pocitem vlastní síly mohou někteří dokázat a s tímto postižením mnohdy pro zdravou veřejnost neuvěřitelné, např. získání vysokoškolského vzdělání a uplatnění v zaměstnání.

Pravidlo č. 2 - Léčebná péče

Velké problémy hluchoslepým, kteří jsou bezesporu nejhůře sociálně zabezpečeni, způsobuje kombinace růstu obecných nákladů a úhrady zdravotní péče, a to zejména u osob osamělých nebo rodin s jedním příjmem. Nikde v zákoně jak již výše uvádím, se neobjevuje v klasifikaci vad postižení „hluchoslepota“, a tím dochází k nepříjemným situacím při předepisování určitých kompenzačních pomůcek, např. sluchadel, kdy hluchoslepá osoba potřebuje sluchadla na obě uši a je hrazeno pouze jedno. V případě brýlí jsou hrazena také skla na obě oči nikoliv pouze na jedno. Jak zdůvodnit, že do věku 18 let je nárok na dvě sluchadla a po té je jedno sluchadlo odebráno. (týká se i neslyšících) Nemá snad po ukončení školní docházky člověk nárok na dobré slyšení. Proč?..... Tato otázka mi byla zodpovězena erudovanou osobou, že již získal dostatek informací pro život ve škole a dále už pro běžný život mu stačí jen sluchadlo jedno. A co v případě studia na vysoké škole?

Tím, že podle stávajících zákonů se jednotlivá postižení nesčítají, jsou osoby hluchoslepe krajně znevýhodněny. Analogová a digitální sluchadla jsou považována za nadstandard, což v případě osoby, která současně nevidí, je mnohdy nutnost pro zajištění směrového slyšení a zřetelnější porozumění. Hluchoslepá osoba třeba slyší, ale v případě nekvalitního sluchadla nerozumí.

Vzhledem k absenci zraku chybí pomoc odezírání.

Jistě nemusím zdůrazňovat, že částka doplatku na tato sluchadla je pro mnohé naše klienty částkou nedostupnou.

Od 1. 2. 2001 mají hluchoslepe osoby důležitou pomůcku pro pohyb po veřejných prostranstvích, ulicích, na přechodech, a to červenobílou hůl. Uzákoněna byla vyhláškou č. 30/2001 Sb. Ministerstva dopravy a spojů jako speciální označení osoby hluchoslepe.

Jedním z problémů osob s duálním postižením zrak. a sluch. orgánu je, že pokud se ocitnou ve zdravotnickém zařízení, narazí na nepřekonatelné komunikační bariéry. Zdravotnický personál neovládá komunikační techniky hluchoslepých. Zájem o jejich osvojení je ojedinělý a závisí pouze na osobní iniciativě personálu. Tento problém se týká i personálu z ÚSP. Hluchoslepi lidé pak často v těchto zařízeních psychicky strádají. Jsou trvale deprimováni izolací. Vznikají problémy ve vztazích s personálem i s ostatními pacienty, či obyvateli. Adaptace na nové prostředí je u těchto osob vždy velice problematická a těžká.

Je náplní našich terénních pracovníků, pomáhat právě v těchto situacích klientům.

Vzhledem ke specializaci našich pracovníků jsme schopni tyto znalostní mezery ve zdravotnických a dalších zařízeních vyplnit či přímo odstranit systematickým proškolením zaměstnanců.

Za současného personálního stavu pracovníků našeho občanského sdružení pro celou ČR – 6, 75 pracovníka, je situace více než tristní. Přesto šíříme osvětu a snažíme se získávat dobrovolníky pro tuto práci. Např. průvodce, společníky, odborníky pro přednášky z různých oborů lidské činnosti apod.

Pravidlo č. 3 - Rehabilitace

Rehabilitace hluchoslepých je mimo občanská sdružení rozvíjena pouze pro děti a mládež.

Budu se zde zabývat pouze rehabilitací pro osoby starší 15ti let.

Hovořím o rehabilitaci dlouhodobé, permanentní a komplexní.

Obsahem naší péče je:

1) *Rehabilitace léčebná* (pomoci zajistit pro klienty např. vhodná sluchadla, kompenzační pomůcky) v úzké spolupráci s odborníky.

2) *Rehabilitace pracovní* (pomoci zajistit klientům práce v chráněných dílnách, rekvalifikační kurzy apod.)

3) *Rehabilitace sociální*

V této oblasti je největší díl činnosti LORMU - spadá sem výuka komunikačních technik, prostorové orientace, sebeobsluhy. Nácvik práce s kompenzačními pomůckami. Návštěvy kulturních akcí, turistika.

Pořádáme edukačně - rehabilitační pobyty, které však chce v budoucnu MPSV vyloučit z financování. Domnívám se, že u postižení jako je hluchoslepota, by měla být učiněna výjimka. Tyto pobyty rozhodně nejsou rekreací, jak je to ze strany MPSV ke avizováno.

Pro mnohé naše klienty je to jediná možnost kontaktu s jinými osobami a prostředím. Je to pro ně jediná možnost se sejt se stejně postiženými a sdělit tak své dojmy a pocity tam, kde je jim porozuměno.

Pobyty jsou koncipovány tak, že jsou skutečným přínosem pro hluchoslepe, naučí se zde, nebo si zdokonalí, komunikační techniky, orientaci v prostoru, získají vždy nové informace a to z oblasti kompenzačních pomůcek, sociálně právní, kulturně – společenské. Učí se zde poznávat různé materiály a pracovat s nimi. Je rozvíjena jejich fyzická zdatnost. Je jim zvyšováno sebevědomí pomocí různých soutěží a her, které jsou propracovány tak, aby se mohli zapojit všichni účastníci bez ohledu na různost komunikačních technik a zrakového, sluchového postižení.

Každý pobyt je nutné přizpůsobit podle složení přihlášených klientů. Není vždy jednoduché vypracovat program tak, aby vyhovoval všem, neboť co klient, to různá komunikační technika, stupeň zrakového a sluchového postižení, mentální úroveň a jiný věk. Jen při skutečně dobře vypracovaném programu jsme schopni zajistit spokojenost našich klientů.

Pravidlo č. 4 - Služby

Některé úkoly uvedené v tomto pravidle jsou zajišťovány buď formou zdravotního pojištění (již zmíněné pomůcky), nebo sociální zákonodárství (pečovatelská služba).

Většinu služeb pro hluchoslepé zajišťuje právě LORM. Rozvoji a zlepšování těchto služeb však brání ekonomická slabost občanského sdružení a nedostatečná legislativa, zejména u služby osobní asistence a dobrovolnictví.

Co nám ztěžuje naši činnost?

Nestabilita finanční situace, nízká finanční motivace a přitom nutné celoživotní vzdělávání zaměstnanců. Psychická náročnost a duševní vypětí zaměstnanců. Úbytek zaměstnanců do podnikatelských sfér.

Navrhovaný zákon o sociálních službách bohužel zatím otázku financování neřeší. Rovněž tak není řešena otázka pojištění dobrovolníků, právní vztah apod.

Naše občanské sdružení je vlastně poskytovatelem služeb pro hluchoslepé z celé ČR. Nemáme však pokryty všechny kraje. Důvodem je již výše zmiňovaný nedostatek finančních prostředků. V současné době poskytujeme služby prostřednictvím našich terénních pracovníků v Praze, Liberci, Brně a na Ústecku. Pobytů se zúčastňují klienti z celé ČR.

Pro názornost uvádím vzorovou pracovní náplň terénních pracovníků.

- poskytují, případně zajišťují sociálně – rehabilitační péči (návuk komunikačních dovedností, prostorové orientace, sebeobsluhy),
- jednájí s klientem na úřadech, u lékařů, zpracovávají mu písemnosti,
- informují o stavu klienta nejbližší příbuzné,
- kontrolují stav sluchadel, jsou nápomocni při drobné údržbě, případně zajistí pomoc odborníka,
- informují klienta o novinkách:
 - a) v oblasti kompenzačních pomůcek, případně provádí nebo zajišťují zacvičení,
 - b) v oblasti sociálně - právní,
- školí zdravotnický personál a pracovníky ÚSP,
- kontaktují odborníky (přednášky),
- zajišťují kulturní a společenské vyžití (divadla, výstavy),
- provádějí propagaci ve školách,
- oslovují sponzory a pořádají benefiční akce,
- provádějí ve své oblasti depistáže (šetření v terénu).

Z výše uvedeného je zřejmé o jak náročnou a různorodou práci se jedná. Pracovník musí mít znalosti jak z tyflopédie, tak surdopedie, psychologie, spec. pedagogiky, sociálně právní oblasti a ovládat další praktické dovednosti.

Poskytované služby z hlediska počtu osob:

LORM má v evidenci cca 340 osob.

Informace podává všem, kteří o to projeví zájem formou nepravidelných informačních bulletinů.

Za současného stavu pracovníků (6, 75) jsme schopni pracovat a poskytovat služby 23, 5 % z těchto evidovaných (tj. 80 osobám).

Dalším cca 40 osobám poskytujeme služby příležitostně podle jejich potřeb a požadavků.

Z tohoto počtu má kombinaci:	Dává přednost komunikaci pomocí:
nevidomý - neslyšící 2, 5 %	LORM-ova abeceda nebo různá dotyková (rodinná)
nevidomý- zbytky sluchu (používá sluchadlo) 17 %	Indukční smyčka Mluvená řeč
prakticky nevidomý – neslyšící 10 %	LORM-ova abeceda Znaková řeč
prakticky nevidomý - 40 % zbytky sluchu (používá sluchadlo)	Indukční smyčka Mluvená řeč
těžce slabozraký - neslyšící 2, 5 %	LORM-ova abeceda Znaková řeč Odezírání
těžce slabozraký – zbytky sluchu 28 % (používá sluchadlo)	Indukční smyčka Mluvená řeč Odezírání

V zařazení klientů nepoužívám rozlišení podle stupňů ztráty sluchu či zraku, ale podle možnosti a využívání komunikačních technik. U hluchoslepých je co jedinec, to jiná varianta. Důležitý vliv na kvalitu rozumění a poslechu má prostředí, osvětlení, okolní hluk, počasí, psychický stav, tónina – posazení hlasu mluvícího, způsob řeči (zřetelnost a pomalost), forma a složitost vyjadřování.

Pravidlo č. 5 - Přístupnost prostředí

Přístupnost prostředí z hlediska komunikačních bariér a prostorové orientace je bez osobních asistentů minimální. Pouze u velice schopných jedinců, kteří mají kvalitní sluchadla a jsou pouze těžce slabozrací nebo prakticky nevidomí je možné. Hluchoslepí mají možnost rozšiřovat své znalosti při poznávání jiného prostředí právě prostřednictvím terénních pracovníků LORM, na pobytech, které LORM pořádá, a klubových setkáních, či při individuální práci.

Pravidlo č. 6 – Vzdělávání

U hluchoslepých je řešeno pouze do 15 let, a dále částečně ve školách pro neslyšící nebo zrakově postižení do 18 let.

V ČR není zařízení, které by se dospělými s tímto postižením zabývalo. Naši snahou je zřídit azylová centra, případně docházková centra, kde by i takto znevýhodněná mládež a dospělí se mohli rozvíjet po všech stránkách.

Problémem je i studium střední školy nebo učebního oboru. Ve školách pro zrakově postižené mají potíže ti, u nichž převažuje sluchová vada, ve školách pro sluchově postižené nejsou zařízení pro zrakové vady a tyto žáky odmítají přijímat. Přístup samotných žáků vůči našim klientům se projevuje nezřídka šikanou a vyčleněním z kolektivu.

Při středoškolském nebo vysokoškolském studiu by měl mít hluchoslepý člověk možnost získání osobního asistenta.

Mládež s tímto duálním postižením má problém zařadit se do pracovního procesu. Většinou zůstanou po ukončení školy (studia, školní docházky) doma, pokud mají dobré rodinné zázemí, v horším případě v ÚSP mezi mentálně postiženými, případně starými lidmi.

Pravidlo č. 7 - Zaměstnávání

Problematika zaměstnávání je u občanů postižených hluchoslepotou obrovská. Dle našich informací mají v ČR vysokoškolské vzdělání dvě osoby. Jedna osoba studuje speciální pedagogiku. Pouze mimořádně schopni jedinci se uplatní na pracovním trhu. Přitom by mladší a fyzicky zdatnější skupina takto postižených byla schopna vykonávat různé práce, např. v chráněných dílnách nebo pod dohledem osobního asistenta. Rekvalifikace je sice velice náročná a obtížná, ale ne nemožná.

Zaměstnanost osob se současným postižením sluchu a zraku:

(z počtu 80 osob)

Zaměstnáno	13 % osob
Předpoklad být zaměstnání	33 % osob
V důchodovém věku	54 % osob

Pravidlo č. 8 - Rodinný život a integrita osobnosti

Většina našich klientů žije sama, v ústavech nebo se svými rodiči, dětmi. Navázání partnerských vztahů je velice obtížné, zvláště u starších jedinců. Pokud se jedná o manželské páry, jsou to buď starší manželství, kde během

života došlo k postižení u jednoho z partnerů, druhý partner toto akceptoval a se svým druhem zůstal. Bohužel jsou i případy, kdy zdravý partner svého druha opustil. Dále jsou zde manželské páry, kdy hluchoslepotou různého stupně trpí oba manželé. Hluchoslepí lidé jsou vystaveni samotě daleko více, než lidé s jiným postižením. Proto opět upozorňuji na nutnost zachování klubových setkání a edukačních pobytů. Je to jen malé zrníčko v poli prázdnoty k vytržení z předlouhé odloučenosti, ticha a tmy.

Zde vidím řešení v možnosti osobní asistence pro ty, kteří žijí sami nebo již s rodičem v pokročilém věku. Tím by jim byla zajištěna odpovídající péče, nevytržení z okruhu svých známých a domácího prostředí a současně by byl odstraněn deprimující přechod do ústavu. Také chráněná bydlení a dílny by byly řešením stávajícího neutěšeného stavu.

V rodině žije: 52 % osob z toho

U rodičů nebo dětí: 16 % osob

V manželství: 36 % osob

Samo žije: 33 % osob

V ÚSP žije: 15 % osob

Pravidlo č. 9 - Kultura

Kulturní aktivita hluchoslepých je především rozvíjena na edukačních pobytech a formou klubové činnosti jednotlivých regionálních pracovišť. Je kladen důraz jak na společenské vyžití (hry, soutěže), kulturní (návštěvy divadel) a vzdělávací akce (poznávací výlety, přednášky, muzea, výstavy).

Je vypracován systém her a soutěží tak, aby nikdo nebyl pasivní a všichni se kulturního programu zúčastnili. Během pobytu jsou klienti podněcováni k aktivitě a k seberealizování a to především při arteterapii, muzikoterapii a dramatické tvorbě. Je to pro ně určitá dávka společenského vyžití.

Na pořádaných benefičních koncertech je dán prostor i hluchoslepým (recitace, pantomima, hudba). I když se nejedná o profesionální vystoupení, mají odpovídající úroveň a především nevšední kouzlo.

Návštěvy kulturních zařízení jsou podmíněny instalací indukční smyčky. LORM se snaží ve spolupráci s pořadatelem umožnit i tato vyžití. Ve svém programu má návštěvy různých haptických výstav. Návštěvy hradů a zámků. Různé kulturní přednášky. Tím se snaží u svých klientů rozšířit obzor jejich vědomostí a vnímání.

Kulturní aktivity u nejtěžších případů jsou jinak značně omezeny komunikační bariérou. Zde právě nastupuje náročná práce našich zaměstnanců, kteří využitím speciálních dorozumívacích metod zprostředkují klientovi dění, o němž by byl jinak vinou nefunkčnosti zraku a sluchu ochuzen.

Pravidlo č. 10 – Rekreační a sport

Vzhledem k postižení je sportovní vyžití omezeno. Nejvíce je oblíbena turistika, plavání, koupání, tanec, jízda na koni, jízda na lodičkách. To vše za osobní asistence.

Rekreace většinou formou edukačně – rehabilitačních pobytů, které jsou pro tuto skupinu celkem cenově ještě dostupné. Zájezdy a rekreace určené pro zdravou veřejnost jsou pro většinu osob s tímto postižením téměř nedostupné jak z důvodů finančních, tak komunikačních.

Pravidlo č. 11 – Informace a výzkum

Informace o hluchoslepých lze získat na internetu, většinou se však jedná o informace ze zahraničí. Ucelený informační systém o hluchoslepých v ČR neexistuje. Informace o dětech lze získat ve speciálním pedagogickém centru v Olomouci a Institutu pro neslyšící v Berouně.

O cíleném a komplexním výzkumu nelze hovořit.

Situaci hluchoslepých v ČR velice dobře popisuje doc. Dr. Libuše Ludíková, CSc. ve své publikaci „Vzdělávání hluchoslepých“ I. Tuto publikaci používá občanské sdružení LORM – společnost pro hluchoslepy při řešení a zajišťování dodržování pravidel vyrovnání příležitostí osob hluchoslepých

Použitá literatura:

Jakeš, Jan - Hluchoslepí a možnosti integrace,

Jesenský, Ján Prolegomema tyflosurdopedagogické praxe

Husáková, V. Diplomová práce UK

Ingrišová, M. Diplomová práce

Legislativa pro zdravotně postižené a jejich integrace do společnosti, VIII. celostátní seminář

Ludíková, L. Výchova hluchoslepých I.

Mgr. Zita Sýkorová

Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty MU Brno

Kontinuální péče o multihandicapované ve Finsku a její komparace s českým systémem

Problematika multihandicapovaných je stejně aktuálním problémem ve skandinávských zemích jako u nás. Finsko je zemí, jejíž systém probíhající kontinuálně v této oblasti, má mnoho podobností s ČR, ale zároveň se v určitých specifikách liší, počínaje zaměřením rané péče, vývojem školského vzdělávání, konče dobře rozvinutou základnou chráněných dílen. Hlavním tématem finského systému péče o multihandicapované se stává jejich rehabilitace a integrace do společnosti. Příspěvek se zabývá nalezením stejných linií s českou sítí a objevením hlavních rozdílů. Budou nastíněny některé možnosti rozvoje našeho systému dle finského, ale zároveň poukázána pozitiva problematiky u nás.

Považuji za účelné přiblížit své výzkumné zkušenosti ze svých několika stáží ve Finsku. V této severské zemi jsem se postupně přes zkoumání celého speciálního školského systému dopracovala až k mapování reprezentantů (organizací, zařízení) poskytujících edukační a rehabilitační služby pro klienty se zrakovým a kombinovaným postižením a to z pohledu kontinuity této péče a dalších společných či rozdílných organizačních či obsahových prvků. Finsko jsem původně volila z důvodů popularity skandinávských speciálně pedagogických systémů a jejich vysoké úrovně školské integrace. Až na místě, konkrétně ve finském městě Jyväskylä a v Helsinkách jsem si uvědomila, jak moc se podobáme historickým vývojem, charakterem národa, a v současné době i procesem decentralizace, kterým Finsko prošlo v osmdesátých a devadesátých letech. Nejdůležitějším ale přesto bylo zjištění, že i přes několikaletý deficit jsme si podobní úrovní kvality školství a služeb na poli edukace jedinců s postižením, a že se i na severu Evropy manažeři zařízení, pedagogové i rodiče potýkají se stejnými problémy a řeší stejné situace jako v České republice. Téma multihandicapovaných jedinců se zrakovým postižením mne nejen zajímá osobně, ale progrese posledních let ve vzdělávání těžce mentálně retardovaných dětí, existence středisek rané péče a propracovanost služeb bývalých subjektů SONS jasně naznačila paralelu se sítí služeb Finské Federace zrakově postižených a nových finských školských zařízení a organizací speciálních škol.

Ve Finsku žije 5 miliónů obyvatel, ze kterých je 6 % švédsky mluvících. Švédština je druhým oficiálním jazykem Finska. Vše z důvodů historických. Do roku 1809 bylo Finsko v područí Švédska, do roku 1917 bylo autonomií Ruska. Dnes jsou skandinávské země všeobecně na dobré ekonomické úrovni a dobře stavěná sociální politika v sobě zahrnuje i dobrou úroveň speciálního vzdělávání a rehabilitačních služeb pro postižené občany. V osmdesátých letech bylo Finsko na krátkou dobu nejbohatší skandinávskou zemí svým hrubým národním produktem, především díky obchodování s tehdejšími Sovětským svazem.

Vzdělávací politika všech skandinávských států a tedy i Finska je ovlivněna Německem, jehož vliv logicky upadl po II. světové válce, aby opět, díky integračnímu procesu do západní Evropy, posléze vzrostl. Vzdělávací systém skandinávských zemí má zároveň hodně společného se systémem severní Ameriky, kde pravidelně stáží mnoho finských výzkumníků. Nordické země se staly průkopníky školské integrace, o které se diskutovalo již mnohem dříve než v šedesátých letech. Na tomto poli integrační trendy částečně ovlivnily i právě mainstreamingovou ideologii v USA. Finská speciální pedagogika využívá různých systémů klasifikace postižení, nejvíce však klasifikace WHO z roku 1980. Termín "mentálně retardovaný" byl zrušen a do školního kontextu se zavedla tendence západoevropských zemí zaměřující se na "potíže s učením – learning disabilities".

Ve Finsku není dobře vyvinut systém školních psychologů, ale je vybudována síť rodinných poradenských center (Family centre), jež jsou spíše napojena na systém medicínský a rodinu než na školu. Ve Finsku nastupují děti do školy ve věku 7 let.

Po decentralizačním procesu bylo Finsko rozděleno na 6 provincií, které se dále dělí na 452 místních samospráv. Tyto samosprávy pak mohou mít různou velikost, od 130 000 až po 0, 5 miliónů obyvatel. Poté, co došlo ve Finsku k novému samosprávnímu rozdělení, byla zodpovědnost a rozhodování přenesena na lokální úroveň, z čehož vyplývá, že míra pro celkové hodnocení speciálně pedagogického systému se stala problematickou. Oproti centrálnímu systému, který spoléhal na zkušené státní úředníky a jejich úsudky, byla ohrožena i garance kvality speciálně pedagogické podpory.

Orgány místní správy jsou odpovědné za poskytování speciálně pedagogického vzdělávání jako běžné součásti normálního vzdělávání. První alternativou je integrace do běžného vzdělávacího proudu, pokud to nejde či nelze uskutečnit, poté lze přistoupit k alternativě druhé, speciální třídě, skupině či škole.

I přes jasné směřování k integraci, ve Finsku stále existují speciální školy a speciální třídy. Právě speciální třídy jsou častou formou finského typu integrace. Co se týče speciálních škol, dochází k jejich postupnému rušení a přetváření v tzv. resource centres – obdoba speciálně pedagogických center. Koncem osmdesátých let se počet integrovaných žáků zvýšil a speciální školy se začaly otevírat pro těžce kombinovaně postižené. Zavedení povinné školní

docházky pro všechny děti bylo uzákoněno v roce 1985 Školským zákonem. I přesto velkým problémem speciální pedagogiky ve Finsku nadále zůstává zařazení dětí s těžkou mentální či kombinovanou vadou do škol. Do roku 1997 bylo vzdělávání těžce mentálně a kombinovaně postižených dětí organizováno sociální správou. Od roku 1997 se tento fenomén týká resortu školství.

Jak bylo již uvedeno, finské orgány místní správy odpovídají za poskytování vzdělávacích, sociálních a zdravotnických služeb.

Tyto služby mohou být samosprávami poskytovány ve třech určitých formách:

- samotnými samosprávami
- formováním určitých federací samospráv, které pak zmíněné služby poskytují společně nebo
- najmutím či „zakoupením“ služeb od jiných samospráv či privátního sektoru, neziskové organizace (např. Finská federace zrakově postižených)

Zákon o místních samosprávách se zmiňuje o určitých základních službách, které musí být samosprávami poskytovány. Služby jsou tak kryty místními daněmi a státními příspěvky, které se řídí dle různých ukazatelů, jako např. počet obyvatel, finanční situace jednotlivých samospráv apod.

Centrální nemocnice se stávají prvním důležitým článkem v podpoře a diagnostice multihandicapovaného dítěte a jeho rodiny.

Dle níže uvedeného schématu lze vidět, že diagnostickým článkem jsou tzv. dětská centra, ve Finsku velmi rozšířená, u nás ekvivalentní kojeneckým poradnám. Do těchto center docházejí maminky již v těhotenství a procházejí základním těhotenským screeningem. Po narození dítěte matky docházejí opět do těchto poraden, kde jsou dítěti prováděna základní vyšetření. V případě podezření na určité postižení či chorobu poradna odesílá rodinu s dítětem do **centrální nemocnice** na hlubší a obsáhlejší vyšetření. Centrální nemocnice slouží klientele určité provincie nebo většího seskupení samosprávních obcí. Diagnostika, především medicínská, je provedena týmem pediatriů a neurologů, kteří vytvoří (re) habilitační plán. V plánu jsou vymezeny podpůrné terapie, postupy, jsou určeni pracovníci či organizace, na které se rodina má obrátit. Nemocnice zaměstnávají či si „kupují“ tzv. rehabilitační instruktory, kteří plán obsahem své práce plní a jsou tedy prvními poradenskými pracovníky, se kterými se rodina s dítětem s postižením setkává. Může tak dojít k napojení různých subjektů, viz schéma, z nichž pro multihandicapované dítě se zrakovým postižením mohou být nejdůležitější nejen terapeutické služby či vhodná předškolní zařízení, ale především služby Finské federace zrakově postižených. Souběžně s těmito službami je možné v rodinách s dětmi s mentální retardací potkat pracovníky – přímé zaměstnance místních samospráv, kteří provádějí návštěvy v rodinách, nebo pracovníky přicházející z jakýchsi speciálně pedagogických center fungujících při ústavech sociální péče.

RANÝ VĚK

Finská Federace zrakově postižených poskytuje již 30 let prostřednictvím tzv. **rehabilitačních center** ranou péči pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením. V současnosti existuje ve Finsku pět středisek, z nichž každé má jednoho zaměstnance. Dalších 12 středisek pracuje se staršími klienty. Klienty jsou rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením od 0 do 16 let, kde děti s multihandicapem tvoří podle odhadu jedné z pracovníků asi 30 %. V České republice klientela středisek rané péče přesahuje v oblasti multihandicapu až 50 %. Nejčastějším věkem pro nástup rodin s dětmi s multihandicapem jsou 1-2 roky. Nejaktivnější podporu dodává poradkyně právě v období raného věku dítěte, tj. do 7 let věku.

V případě Jyväskylského rehabilitačního centra, na jednu pracovníci spadá asi 120 klientů z různých samosprávních oblastí soustředěných kolem tohoto města. Počet klientů není počtem aktivních klientů. Ve srovnání s českými středisky rané péče by takovýto počet v případě aktivní celé skupiny vyžadoval i pětinasobný počet poradkyň. V předškolních a školních letech, kdy je dítě ve Finsku již evidováno speciálně pedagogickým centrem při speciální škole pro děti se zrakovým postižením, se finská poradkyně víceméně stává prostředníkem mezi dítětem a nemocnicí, většinou za účelem získávání pomůcek. Lze sledovat paralelu s českým Tyfloservisem.

Vzdělání poradkyň je buď sociální pracovníce, nebo zdravotní sestra. U nás jsou to téměř výlučně speciální pedagogové, kdy ve Finsku se může profilace poradců odvíjet od dané legislativy. Formy práce jsou podobné jako ve střediscích rané péče v ČR – konzultace v rodinách, rehabilitační pobyty, ambulance.

Raněporadenská podpora je zaměřena na sociální poradenství - program LA-KU využívaný v posledních letech finskou federací je převzat z oregonského programu AEPS - je oproti českému programu středisek rané péče více centrován na dítě a nácvik jeho schopností. Úkolem poradkyně je také doprovázet rodinu s dítětem k předškolnímu a školnímu zařízení, být účastníkem multidisciplinárního týmu při diagnostice a rozhodování o dalším vzdělávání. Často se stává, že matky umísťují děti do předškolních zařízení již od 1. roku věku dítěte, což obsah práce poradkyně rané péče ve Finsku může směřovat více do oblasti konzultace s pedagogy předškolských zařízení. Nárok na ranou péči – rehabilitaci – je ve Finsku uzákoněn Zákonem o lékařské rehabilitaci. U nás zatím zákon o rané péči neexistuje.

Všeobecně, co se týče rané péče, je dle finských odborníků zabývajících se raným poradenstvím v poradenském systému více negativ než pozitiv. Služby jsou roztroušené a jejich koordinace působí místním samosprávám určité potíže, natož pak rodinám, jež by se měly stát nezávislými a samostatnými ve vyhledávání příštích odborných služeb. Celkový model rehabilitační podpory koordinované nemocnicemi je příliš medicínský, příliš mnoho spočívá ve zdravotnických, terapeutických službách, chybí pedagogičnost služeb,

promítající se ve vzdělání daných terapeutů, širokém záběru jednotlivých poradců či sociálních pracovníků. Problémy mohou nastat i v předškolním umístění postiženého dítěte, kdy komplexnost služeb u dítěte s více vadami ztrácí smysl, pokud je dítě pro každou terapii vytahováno z předškolního prostředí a posíláno za svými určitými terapeuty.

Poradkyně rané péče mají ale přesto ve Finsku dobré renomé mezi lékaři, daří se depistážovat díky kooperaci s neurology a pediatry, poradkyně je úzce navázána na další speciální pedagogy díky multidisciplinárním týmovým schůzkám, výborná je spolupráce se speciálně pedagogickým centrem při škole pro zrakově postižené.

PŘEDŠKOLNÍ A ŠKOLNÍ VĚK

Běžné mateřské školy mohou spadat jak pod sociální tak školský odbor orgánů místní správy. Již skoro deset let je většině dětem s lehkým stupněm vady, dříve umisťovaných ve speciálních mateřských školách, umožněna integrace v běžných mateřských školách a to buď přímou integrací, nebo ve speciální třídě. Tento vývoj přináší prozatím mnoho negativ, a to v nedostatku personálu, platech učitelů, financování provozu a nedostatek času pro speciálně pedagogickou práci. Jak jsem již uvedla, mnoho dětí, i s více vadami, přichází do MŠ již před druhým rokem, nejčastějším nástupem však bývá věk kolem tří let. Děti s postižením jsou v počtu jednoho až dvou integrovány v běžné třídě, případně je vytvořena speciální třída mateřské školy. Školka spolupracuje především s poradenskými službami skrze sociální pracovníci místní samosprávy.

Zákon z roku 2000 posunuje ve Finsku možnost předškolní přípravy u dětí s postižením již na pátý rok a umožňuje ji vykonávat i školským zařízením.

Tendence ve většině případů finských dětí se středně těžkou a těžkou mentální retardací a zrakovým postižením je docházet do speciálních škol, případně integrovat do příslušného typu speciální třídy v místě bydliště. V těchto školských zařízeních je jim poskytnuta i předškolní výchova a příprava. Záleží samozřejmě i na závažnosti zrakové vady, dle které je dítě případně umístěno do speciální školy pro zrakově postižené.

Jyväskylská škola pro zrakově postižené plní tedy funkci jak předškolního tak školního zařízení pro děti s kombinací lehkého až středně těžkého stupně mentální retardace a těžkého postižení zraku. Škola spadá přímo pod Ministerstvo školství Finska, stejně jako některé české speciální školy stále spadají pod MŠMT. Školy tak působí zároveň jako modelové. Finská škola zároveň prodává své služby samosprávám a to hlavně v rámci speciálně pedagogického centra, ve kterém pracují učitelé školy. Počet dětí vedených pod speciálně pedagogickým centrem je větší než v podobném zařízení u nás, důvodem může být jedinečnost takového centra ve Finsku a větší výskyt integrovaných žáků. Nástupový věk do této školy je šest let, kde první dva roky jsou věnovány předškolní přípravě, u nás pak bychom podobnost viděli při

odkladu školní docházky nebo při vstupu dítěte do přípravného stupně pomocné školy. I v českých speciálních školách tohoto typu, pokud jde o dítě s kombinovaným postižením, dochází tedy k nástupu do ekvivalentního zařízení ve stejném věku. Třetina žáků finské speciální školy pro zrakově postižené má přidruženu lehkou mentální retardaci a zde dochází ke statisticky stejnému stavu i v České republice. Žáků jak ve finských, tak českých speciálních školách ubývá vlivem integrace. Např. ve Finsku v předškolním oddělení již nejsou druhým rokem žádní žáci, v české škole jsou spojováni slabozrací s nevidomými žáky v prvních třídách. Ke změně ve složení žáků finské školy (vstup žáků s kombinovaným postižením) začalo docházet po roce 1984, kdy přišla legislativní změna umožňující vzdělávání multihandicapovaných žáků na speciální škole pro zrakově postižené. Na brněnské škole začaly třídy zvláštní školy vznikat pouze o tři roky později. Počty žáků ve třídách jsou stejné v obou zemích. Na obou školách se skoro ze 100 % jedná především o mobilní žáky. Metody vyučování a skladba předmětů jsou stejné, u obou si modifikace kurikul školy vytvářejí samy.

U obou škol dochází k problémům s financováním speciálně pedagogických center. Návaznost na školu je mírně problémová, daří se ji zatím zajistit či děti zůstávají po vykonání povinné školní docházky doma.

Pro žáky se středně těžkým a těžkým kombinovaným a zrakovým postižením ***od roku 1997 oficiálně ve Finsku fungují speciální třídy. Do té doby existovaly např. při Jyväskylské Speciální škole pro děti s více vadami modelové třídy, jež byly vedeny od r. 1986 pod sociálním odborem jyväskylské samosprávy. Třídy naprosto odpovídají experimentu rehabilitačních tříd, jež byl v České republice odstartován v roce 1998. Do finského zařízení děti nastupují v šesti letech, přicházejí z integrace, jako ve výše uvedené škole, zatímco v paralelní české škole již děti přicházejí do školy v rámci speciální mateřské školy z domova. Jak ve finské tak české škole jsou žáky především děti s těžkou formou DMO a funkčními poruchami zraku. V obou školách jsou pozitiva v dobrých personálních stavech, i vnitřní kurikula spolu s hodnocením individuálně vzdělávacích plánů jsou na stejné bázi. Práce je náročná a není finančně ohodnocena, ředitelé v obou zemích zařízení mají námitky. V metodických postupech se školy neliší, zaměřují se na jednotlivé stránky osobnosti dítěte, dle kterých pak jsou vytvářeny IVP. Návaznost na tento systém ve Finsku je v současné době podporován v oblasti chráněného bydlení, pracovištích, domácí péči. Zde je situace v ČR velmi rozdílná. Je ale zcela možné, že situace ve Finsku je stejná s návazností, pouze tendence vytvářet chráněné dílny a pracoviště je silnější a více se o ní diskutuje a objevuje se v povědomí speciálních pedagogů.***

ADOLESCENCE, DOSPĚLOST, STÁŘÍ

V současné době ve Finsku není žádná speciální střední škola či odborné učiliště pro zrakově postiženou mládež, případně mládež s více vadami. Je tedy na

středních školách, gymnáziích, středních odborných učilištích a odborných učilištích, aby studenty integrovaly. Pro podporu integrace v rámci středních škol a středních odborných učilišť se v sedmdesátých vytvořilo z bývalé školy v Helsinkách speciálně pedagogické centrum pro střední školy a odborný výcvik - **Institut ARLA** v Helsinskách. Je to jediné speciálně pedagogické zařízení ve Finsku, které se zabývá odborným vzděláváním zrakově postižených, rekvalifikacemi pro občany se získaným zrakovým postižením a hluchoslepé občany, dále nabízí odborné kurzy pro profesionály pracující se zrakově postiženými lidmi, materiální a technické zabezpečení integrovaných středoškolských studentů. Repertoár rekvalifikačních kurzů se pohybuje od sociální a pracovní rehabilitace k vlastní pracovní rekvalifikaci (programování, masérství, čalounictví, ladič pian, základní opravárenství, podnikatelství). Pro hluchoslepé občany jsou kurzy pořádány přímo v Arle nebo v chráněných bydleních koordinovaných Arlou po celém Finsku. Zde vidíme určitou odlišnost systému od českého systému. Mnoho služeb se v tomto bodě prolíná, integrace adolescentů nemusí být vždy úspěšná. Podobnost s rekvalifikačním střediskem Dědina volá po srovnání, ale v důsledku dalších služeb Arly nelze, kromě poskytovaných kurzů, tato dvě zařízení srovnávat. Stejně tak je problematické srovnání se střední speciální školou v České republice, nabídkou se blíží Arla speciálně pedagogickým centrům.

Podporu této věkové skupině také dodává 12 středisek **Finské Federace zrakově postižených**, které nemají pro multihandicapované samostatné metodické centrum, jako např. Tyfloservis, o. p. s. - centrum Multihandicap.

V posledních letech vzniklo několik **chráněných bydlení** pro hluchoslepé občany díky projektu Institutu Arla, stejně tak již pět let funguje chráněné bydlení ve Vlašovičkách u Opavy, kde převážnou většinu klientely také tvoří občané se kombinovaným a zrakovým postižením. Obě zařízení kladou důraz na pracovní rehabilitaci a klienty se musí zúčastňovat nějaké formy práce.

Ve Finsku stále existuje **14 velkých ústavů sociální péče**. Reagují na změny velmi nepružně, vláda plánuje jejich postupné rozpuštění a převedení na chráněná bydlení či menší celky. V této oblasti má Česká republika ojedinělé institucionální zařízení pro zrakově postižené - ÚSP pro zrakově postižené v Chrlicích, jež se nabídkou služeb přibližuje ambulantním službám pro dospělé občany jak českým tak finským.

JEDINCI HLUCHOSLEPÍ

Finská Asociace hluchoslepých je nestátní organizací, podléhající také Finské Federaci zrakově postižených. **Jyväskylské rehabilitační centrum pro hluchoslepé** je jedním ze dvou finských center, fungujících již 30 let, jež podporují klienty hluchoslepé od 0 let po smrt.

Jyväskylské centrum se zaměřuje na klienty především vrozeně hluchoslepé a jejich rehabilitaci – klienti jsou především v rozmezí od 0 do 64 let. Plní také funkci speciálně pedagogického centra pro hluchoslepé děti. Centrum

v Tampere poskytuje služby klientům se získatnou hluchoslepotou až po smrt. V jyväsckylském centru pracují 4 poradci, v tamperském 10 regionálních pracovníků. Polovina jyväsckylské klientely jsou lidé v ústavech a chráněných bydleních. Stěžejní činností centra jsou návštěvy u klientů (zhruba 3-4/1 rok), ambulance a organizace rehabilitačních kurzů – nejvíce při nástupu a výstupu klienta z péče. Při vstupu jsou organizovány kurzy rodinné, zaměřené na komunikační techniky. Pracovníci mají buď psychologické, speciálně pedagogické nebo sociální vzdělání. I přes značné pravidelné financování má Asociace finanční problémy. Pozitivní jsou opět kontakty s lékaři. Rehabilitace je především směřována na komunikaci. Centrum využívá Nordického školícího centra a Nafstadové a Rodbroe – Co-creating communication, strukturovaného učení, videotréninku. Návaznost probíhá v integraci do běžných škol, do speciální třídy pro hluchoslepy při speciální škole pro sluchově postižené (již druhým rokem nenastoupili žáci), chráněných dílnách, chráněných bydleních, případně i ústavech.

SHRNUTÍ

Obtíže komparace finského a našeho systému se objevují v oblasti úzké integrace finského speciálního školství do běžného vzdělávacího systému, v oblasti financování a organizování služeb vlivem decentralizace na lokální úroveň a také rozdílnou distribucí speciálně pedagogických zařízení vlivem nízké hustoty obyvatel především v severských částech skandinávských zemí.

V oblasti rané péče je historicky Finsko tradiční zemí s ranou péčí, oblast rané péče v ČR se vyvíjí ale velmi progresivně, a úroveň je po všeobecné stránce minimálně srovnatelná.

Největší podobnosti shledávám v oblasti školství a vývoje edukace multihandicapovaných žáků se zrakovým postižením, statut zbavování školní docházky byl ve Finsku zrušen v osmdesátých letech. Ve všech oblastech edukace a rehabilitace používají jak Finsko, tak ČR podobné metody, metodiky a techniky práce či výuky. V oblasti edukace a rehabilitace adolescentů, dospělých a starších občanů lze registrovat mezi Finskem a ČR nutné rozdíly vlivem uspořádání obyvatel, ve Finsku je podstatně méně speciálních středních škol, je nutná centralizace v jednom velkém zařízení a míra integrace tento fakt kompenzuje. I v naší republice je u jedinců s lehkým stupněm kombinace zrakové a jiné vady možnost vhodné integrace do příslušného typu školy.

Úroveň chráněných dílen a chráněného bydlení v ČR není na tak vysokém stupni rozvoje jako ve Finsku, existence ÚSP Chrlice stále supluje tento typ nabídky. V ČR existuje pouze jedno chráněné bydlení pro občany s kombinovaným a zrakovým postižením. Je zcela možné, že další klienti jsou roztroušeni po nezmapovaných chráněných dílnách a bydleních a že velká část se nachází v ÚSP Chrlice či ÚSP Palata. Tendence zakládat chráněné dílny a chráněná bydlení je v současné době ve Finsku velmi silným tématem.

Velkou tradici má Finsko v systému podpory hluchoslepých, dvacet let náskoku ale nemění nic na kvalitě našich dostupných služeb.

Použitá literatura:

Lappalainen, A.: The finnish education system: from centralization to decentralization, Life and education in Finland, s. 30-33, 4/1997,

Laukkanen, R., Linstrom, A. “ A comprehensive evaluation of special education in Finland, National Board of Education, 1996

Tuunainen, K.: Finland, Norway and Sweden, Comparative studies in Special Education, 1994, Gallaudet University, USA

OECD: Early Childhood Education and Care Policy in Finland, 2000 OECD Internet Home Page

**SEKCE REHABILITACE
ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH**

PaedDr. Pavel Belšan

SONS ČR a GfK Praha s. r. o.

Postavení zrakově postižených lidí v ČR

1. ÚVOD

Všestranně založené poznání životní praxe zrakově postižených lidí v České republice, jejich skutečných podmínek, možností a potřeb ke zlepšení jejich integrace v současných společenských podmínkách vyžaduje nové podněty a novou iniciativu. Proto se řídicí subjekty SONS ČR hodlají nadále opírat v oblasti sledovaných problémů nejenom o empirické poznatky, ale principiálně prosazovat i vědecké přístupy a vědecky ověřená fakta. Hlavním smyslem takového postupu je objektivizovat vlastní přístupy k řešeným problémům, získat nové důkazy a argumenty pro překonání přetrvávajících schematických názorů i přístupů ke zrakově postiženým ve veřejnosti obecně a specificky při jejich řešení v různých článcích státní správy.

Protože složitý proces naplňování integrace zdravotně postižených spoluobčanů bude vždy ve svém průběhu i výsledcích závislý na postojích veřejnosti a na úrovni akceptace a osobní angažovanosti každého jednotlivce při naplňování humanizačních principů rovných příležitostí pro zdravotně postižené, iniciovalo vedení SONS výzkum, jehož smyslem je možnost komparace hypotetických názorů motivovaných subjektivní zkušeností s objektivním stavem vědomí naší veřejnosti. Výsledky výzkumu zcela potvrdily koncepčnost záměru a možnosti posilování prestiže nestátní zájmové organizace zrakově postižených, respektive jejich řídicích struktur.

Při našem záměru jsme našli velikou podporu a pochopení vedení GfK Praha s. r. o., který je fakticky Institutem pro výzkum trhu. Jde o jednu z nejvýznamnějších světových agentur s dokonale propracovanou metodologií výzkumu a s profesionalizovanou tazatelskou sítí.

2. CÍL A METODA VÝZKUMU

Cílem předkládaného kvantitativního výzkumu bylo zmapovat povědomí o situaci zrakově postižených lidí v naší společnosti, zjistit, jak lidé vnímají nevidomé a slabozraké občany v ČR. Jedná se o první část plánovaného průzkumu s touto tematikou, která byla zaměřena na populaci ČR.

Otázky v dotazníku byly formulovány tak, aby zjistily:

- činnosti, jejichž výkon způsobuje dle běžné populace zrakově postiženým lidem nejvíce potíží, zrakové postižení je při výkonu této činnosti nejvíce omezuje
- okruh činností, které může zrakově postižený člověk sám vykonávat
- názory populace na společnost zrakově postižených lidí, postoj společnosti k této sociální skupině, aktivity státu
- motivace k získání zaměstnání ze strany zrakově postižených občanů
- motivace zaměstnavatelů zaměstnávat nevidomé a slabozraké
- znalost organizací na pomoc nevidomým a slabozrakým občanům působících v ČR
- počet zrakově postižených lidí v ČR

K dosažení těchto cílů bylo využito metody osobního dotazování (Face to Face) prostřednictvím pravidelně školených tazatelů GfK Praha. Strukturovaný dotazník byl zařazen do (vícetematického dotazování) Omnibusu GfK Praha, jehož terénní část proběhla 19. – 29. ledna 2001.

Pro tvorbu výběrového souboru respondentů pro Omnibus GfK Praha je využíváno metody stratifikovaného náhodného výběru (Random address), a to z obyvatel ČR ve věku 15 - 79 let. Celkem bylo uskutečněno 1041 rozhovorů.

Získaná data jsou vícefaktorově převážena podle posledních výsledků sčítání lidu ČSÚ, a to na soubor 1. 000 respondentů. Převážením dat je dosaženo shody struktury výběrového souboru se strukturou základního souboru (populace České republiky).

3. VÝSLEDKY VÝZKUMU

V jakých činnostech zrakové postižení člověka nejvíce omezuje? Téměř dvě třetiny respondentů (62 %) se shodly na tom, že zrakové postižení omezuje člověka nejvíce při uplatnění v zaměstnání. Jako druhý největší problém pro zrakově postižené označili lidé samostatný pohyb a chůzi (59 %). Další činnosti byly jmenovány procentuálně nižším počtem respondentů (>30 %).

Přibližně čtvrtina dotázaných se domnívá, že zrakové postižení omezuje zejména při přípravě pokrmů (27 %), při získávání, zpracování a využívání informací (26 %) a při péči o domácnost (23 %). Za velký problém považuje 17 % respondentů navazování nových vztahů a založení rodiny. Více než desetina dotázaných (15 %) je názoru, že zrakové postižení brání lidem ve vzdělání a vlastním seberozvoji, omezuje je při řešení osobních a rodinných problémů (13 %). Shodně 12 % respondentů jmenovalo „kulturní aktivity“ a „zahájení komunikace“. Celá desetina populace vidí problém u slabozrakých a nevidomých občanů i při výchově dětí.

Jaké činnosti může zrakově postižený člověk sám, bez pomoci dalších osob vykonávat? Nejčastěji se respondenti shodli na tom, že nejméně problémů budou mít zrakově postižení lidé při provádění osobní hygieny a v komunikaci s jinými lidmi. Naopak největším problémem podle nich pravděpodobně bude příprava pokrmů, získávání, zpracování a využití informací a uplatnění v zaměstnání.

Většina dotázaných je názoru (71 %), že v ČR nejsou vytvořeny dostačující podmínky pro začlenění zrakově postižených osob do běžného života.

Každý devátý dotázaný je přesvědčen, že člověk se zrakovým postižením potřebuje na jedné straně pomoc, ale na straně druhé je schopen se samostatně rozhodovat o svých záležitostech a sám si řídit svůj život.

Necelé tři čtvrtiny dotázaných (74 %) se domnívají, že veřejnost není schopna objektivně posoudit problémy lidí se zrakovým postižením.

Podle názoru více než poloviny respondentů (56 %) jsou lidé k nevidomým občanům nevšímaví.

Téměř 90 % dotázaných se shodlo, že zaměstnavatelé by měli více podporovat zaměstnanost zrakově postižených občanů.

Naprostá většina respondentů se domnívá, že snaha nevidomých o získání zaměstnání je oprávněná.

S výrokem „člověk, který přišel v průběhu svého života o zrak, by se měl pokoušet o návrat do života běžného občana“ souhlasilo 93 % dotázaných.

Naprostá většina lidí (95 %) zastává názor, že stát by měl podporovat organizace zaměřené na řešení problémů zrakově postižených lidí.

Necelé dvě pětiny respondentů jsou přesvědčeny o tom, že v uplynulých letech se postavení zrakově postižených občanů díky zásahům státu i jeho aktivitám významně zlepšilo.

Polovina dotázaných si nemyslí, že by stát byl k nevidomým občanům nevšímavý.

S názorem, že problematika nevidomých a těžce zrakově postižených občanů by měla být jednou z hlavních priorit státu o péči o zdravotně znevýhodněné skupiny, souhlasilo 77 % dotázaných.

Úroveň opatření pro začleňování zrakově postižených lidí do života společnosti odpovídá reálným možnostem našeho státu podle názoru 46 % respondentů.

Téměř dvě třetiny dotázaných (61 %) se domnívají, že těžce zrakově postižení občané mají i přes svůj handicap motivaci k získání zaměstnání. Záporné stanovisko zaujalo 28 % respondentů a přibližně desetina (11 %) odpověděla „nevím“.

Na druhé straně pouze 6 % dotázaných se domnívá, že jsou zaměstnavatelé dostatečně motivováni k zaměstnávání těžce zrakově postižených lidí. Naprostá většina respondentů (80 %) je názoru zcela opačného.

Více než pětina dotázaných (21 %) má ve svém okolí zrakově postiženého člověka.

Představy o počtu zrakově postižených lidí v České republice jsou velmi různé. Nejvíce respondentů (19 %) uvedlo odhad, že je v ČR 20 – 50 tis. zrakově postižených občanů.

4. DISKUSE

Uskutečněný výzkum potvrdil záměr vedení SONS ČR - totiž získat objektivní fakta o úrovni mravního vědomí, specifických poznatků, i zkušeností veřejnosti, která bude vždy zásadním způsobem ovlivňovat proces integrace zrakově postižených občanů v ČR. Významným přínosem je zjištění a vyhodnocení socio-demografických údajů, které zatím nemají u nás obdoby. Získané výsledky výzkumu bude možné využít v koncepční i realizační činnosti SONS, zejména při obhajobě uplatňovaných návrhů a doporučení u zainteresovaných subjektů státní správy. Vedle toho ovšem i při ovlivňování chování a jednání samotných zrakově postižených občanů pro dosažení jejich vyšší společenské prestiže.

5. ZÁVĚR

Pro vlastní koncepční realizační činnost získalo vedení SONS řadu nových podnětů. Získané poznatky zatím nemají v ČR obdoby. Mohou být přínosem i objektivizujícím prostředkem pro výkon státní správy.

Vlastní realizace výzkumu je důkazem, že SONS ČR má svoji společenskou prestiž, kterou vedení tak významného mezinárodně uznávaného výzkumného subjektu podpořilo nezištnou spoluprací.

PhDr. Josef Cerha

Tyfloservis, o. p. s.

Tyfloservis jako celostátní projekt rehabilitace nevidomých a slabozrakých (?)

Příspěvek představuje Tyfloservis jako ucelený systém sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých dospělých osob. Seznamuje s jeho posláním, funkcí a strukturou. Obsahuje stručný nástin jeho desetileté historie. Uvádí důvody vzniku a inspirační zdroje. Charakterizuje skupiny klientů a formy rehabilitačního působení. Vymezuje místo Tyfloservisu v systému služeb pro nevidomé a slabozraké v ČR. Příspěvek obsahuje také hodnocení úrovně služeb poskytovaných Tyfloservisem. Zvažuje jeho perspektivy i v některých celospolečenských souvislostech.

Tyfloservis poskytuje své služby lidem ve věku od patnácti let výše.

Nejčastější formou naší práce je terénní individuální rehabilitace. V praxi má zpravidla podobu jednoho dvouhodinového setkání s klientem týdně. Z hlediska aktuální potřeby, intenzity a kvality osvojování si požadovaných dovedností považujeme tuto formu za nejvhodnější, samozřejmě vyjma nácviku některých dovedností sociální komunikace. Práce v terénu, to je v bytě, kde klient žije, v jeho okolí nebo na pracovišti přináší nejen osvojení si obecných dovedností, ale zároveň i zvládnutí konkrétních úkonů požadovaných konkrétním klientem. Učí se chodit po trasách, po kterých opravdu chodit potřebuje nebo se znovu učí zacházet s vybavením své domácnosti, což je jedna z výhod oproti rehabilitaci pobytové. Ta naproti tomu umožňuje například intenzivnější každodenní práci s klientem.

Paradoxně k předchozímu někdy přistupujeme k rehabilitaci ambulantní. Je pro nás výhodnější z hlediska využití pracovní doby instruktora. Odpadá doba potřebná na dojíždění ke klientovi. Ale hlavně: žije-li klient sám v sociální izolaci nebo má-li nechtěně nadbytek volného času, má pro něj nezanedbatelnou sekundární psychorehabilitační hodnotu změna prostředí, tedy jeho návštěva v našem středisku. A není zvláštností, že to pro něho bývá jedinečná událost za celý týden. Zde se nabízí otázka: neměli bychom více podporovat kvalifikované služby, které by řešily tento problém, až například skončí rehabilitace nebo souběžně s ní?

Se skupinovou rehabilitací se naši instruktoři setkávají jen výjimečně. Nejčastěji na rekondicích pořádaných jinými organizacemi, kde zajišťují sociálně rehabilitační složku pobytu. Možnost využití dynamiky skupiny a lepšího poznání klienta a vzájemné motivování klientů a jejich průvodců, většinou partnerů nebo jiných rodinných příslušníků, je nenahraditelným ziskem rekondičních pobytů, i když z hlediska osvojení si nových dovedností nebývají tak efektivní. Občas slyšíme úvahy o tom, která z forem rehabilitace je nejlepší. Osobně se domnívám, že všechny uvedené formy, a patrně i některé další, jsou potřebné. Jejich konkrétní výběr by měl vycházet vstříc přáním, potřebám a možnostem klienta a měl by brát do úvahy i odborné posouzení jeho celkové životní situace, fyzických, psychických a dalších předpokladů.

Právě přání a potřeby klienta na jedné straně a objektivní možnosti instruktora na straně druhé jsou východiskem pro sestavení individuálního rehabilitačního programu. Klient může absolvovat celý kurz nebo jen jeho část, popřípadě může jít o nácvik jen jedné dílčí dovednosti.

Služby Tyfloservisu jsou až doposud poskytovány bezplatně. Domnívám se, že by tomu tak mělo být v zásadě i do budoucna, neboť až na pár výjimek, které by snad bylo možné označit jako nadstandardní, pomáhají snížit negativní dopad vážného defektu. Pomáhají snížit handicap v důležitých a mnohdy podstatných sférách lidské existence.

Klienty Tyfloservisu můžeme členit do skupin podle různých hledisek. Jde ovšem o dělení rámcové, neboť důsledná snaha pomoci nás téměř vždy vede k individualizaci rehabilitace. Pro představu uvedu některé důležité proměnné:

- stupeň zrakové vady
- další charakteristiky zrakového postižení
- doba vzniku zrakového defektu
- charakter zrakového defektu z hlediska jeho neměnnosti nebo progresu
- rychlost případných změn
- výskyt a míra dalších zdravotních obtíží (kombinované vady)
- psychické problémy
- problémy v mezilidských vztazích
- věk
- sociální zázemí
- ekonomické zajištění
- zaměstnání
- úroveň psychických a dalších schopností
- úroveň praktických dovedností
- vzdělání
- vitalita, kreativita a další osobnostní vlastnosti
- duchovní život
- zájmy

■ dosavadní životní zkušenost atd.

Uvedený výčet není samoúčelný. Všechny proměnné na straně klienta, stejně jako odborná a lidská úroveň instruktora, mohou mít zásadní vliv na úspěch či neúspěch rehabilitace.

Jako obecný trend můžeme označit nárůst počtu těžce slabozrakých klientů vyššího věku. Více než 65 % tvoří lidé ve věku nad 60 let. Dalším výrazným jevem je nárůst počtu kombinovaně postižených.

Projekt Tyfloservis byl zpracován v roce 1990 a na základě dotace Ministerstva zdravotnictví byl postupně realizován od počátku roku 1991 na půdě občanských sdružení. Nejprve České unie nevidomých a slabozrakých a později Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých. Zde byly velmi dobré podmínky pro postupné budování oblastních středisek, školení pracovníků a formování stylu práce.

* * *

Teoretickým východiskem pro koncipování projektu byly jednoznačně práce docenta Jesenského. Cennou inspirací pak zkušenosti pracovníků nebo dobrovolných spolupracovníků tehdejšího Svazu invalidů (Šarbach, Čálek, Jesenská) a činnost rehabilitačního střediska v Levoči (manželé Ličkovi, Franer, Zoričák). Tyfloservis se stal součástí uceleného systému služeb budovaného v rámci občanských sdružení a přímo navazujícího na služby poskytované jinými institucemi.

V posledních letech narůstající ekonomický tlak vyústil v nutnost redukce některých služeb. Jako pokus o udržení Tyfloservisu jakožto celostátního systému sociální rehabilitace nevidomých a slabozrakých lze také vysvětlit založení samostatné obecně prospěšné společnosti Tyfloservis vyvíjející svou aktivitu od počátku tohoto roku.

Obecně věřím v prospěšnost přesunu některých kompetencí, včetně financování, z celostátní úrovně do krajů. Obávám se nicméně, aby tento trend nevedl k rozpadu služeb, jako je Tyfloservis. U malých klientských skupin nebo u vysoce specializovaných činností bude těžké zajistit potřebnou kvalitu služeb na krajské úrovni. Možné rozdíly ve financování jednotlivých středisek, v hodnocení odborné úrovně a práce instruktorů a v neposlední řadě i v jejich odměňování by mohly vést k velkým rozdílům úrovně nabízených služeb v jednotlivých krajích, na což by samozřejmě doplatili jen a jen klienti.

Možná, že taková vize je příliš pesimistická, ale současný stav příslušné legislativy neumožňuje činit konkrétnější závěry.

Milan Pešák

SONS ČR, Praha

Rehabilitace jako víceúrovňový systém služeb pro zrakově postižené

V oblasti rehabilitace a edukace nevidomých bylo v uplynulém desetiletí vykonáno mnohé. Pojem "rehabilitace" je však u této skupiny občanů velmi často zužován pouze na jednu z jeho složek – rehabilitaci sociální. Pokrok v oblasti teoretického bádání na poli rehabilitace, snaha v zemích Evropské unie v této oblasti i diskuse okolo možného legislativního zakotvení ucelené rehabilitace u nás vybízejí k širšímu pohledu na existující, nově se rozvíjející i dosud zcela chybějící aktivity ve prospěch těžce zrakově postižených občanů. Pohled na možné zařazení jednotlivých aktivit, jejich vzájemné vztahy a možnosti jejich financování se budu snažit stručně charakterizovat ve svém referátu.

Je nesporné, že v oblasti rehabilitace a edukace nevidomých a slabozrakých občanů bylo v uplynulém desetiletí vykonáno mnohé. Ve svém příspěvku se však nechci zabývat hodnocením tohoto období; raději bych se soustředil na výzvy, které před nás klade vývoj, jehož jsme svědky i účastníky.

Praxe v oblasti rehabilitace a edukace v naší zemi, trůfám si tvrdit, výrazně předběhla vymezení a stav legislativního prostředí v této oblasti. Nejde ani tak o to, že legislativní nezakotvenost těchto činností by přímo bránila jejich realizaci; spíše jde o to, že odpovídajícím způsobem není řešeno jejich financování. Na státní dotace totiž není právní nárok a i v případě jejich získání je třeba pracně shánět další finanční zdroje, jejichž získáním je poskytnutí dotace podmíněno. Toto hledání a získávání finančních zdrojů je nejen poměrně obtížné, ale hlavně stojí dost času lidí, jejichž kvalifikace pro poskytování specifických služeb pro zrakově postižené pak nemůže být plně a účelně využívána.

Že je stávající stav legislativy v oblasti rehabilitace a dalších sociálních služeb nedostatečný, si uvědomuje i MPSV. Proto již dlouhé roky pracuje na zákoně o sociální pomoci, později o sociálních službách. Je paradoxem a hlavně velkou škodou, že léta práce na tomto zákoně mu na kvalitě spíše ubírají, než přidávají. Kromě toho, že v něm nikdy nebyla oblast rehabilitace dostatečně popsána, resp. později se v oblasti služeb tato oblast vůbec neobjevila, a to i přes naše opakované urgency a připomínky, v posledním období z něj vymizela jakákoli snaha definovat okruh oprávněných osob a způsoby financování těchto

činností. Tím se tento legislativní záměr stal zcela bezcenným. Jaká je to škoda, vyplyne zcela názorně, srovnáme-li naši situaci se situací ve Slovenské republice, která dlouhá léta za naší zemí v oblasti terénních služeb výrazně zaostávala. Po přijetí zákona v roce 1998 vznikla nová pracoviště nejen ve všech krajích, ale i v některých okresech. Sociální rehabilitace je tam financována v rámci „sociální prevence“, což je nejen správné, ale hlavně to umožňuje velmi potřebný rozvoj oblasti, která u nás v posledních letech spíše stagnuje nebo dokonce její úroveň klesá.

O to více jsme v rámci Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ocenili vznik materiálu „Ucelená rehabilitace“, který ve II. čtvrtletí 2001 vypracoval odbor 23 MPSV. V další části tohoto příspěvku budu na oblast rehabilitace či služeb, jejichž cílem je začlenit člověka s těžkým zrakovým postižením do běžné společnosti, nahlížet právě ve světle tohoto veskrze pozitivního a moderně pojatého materiálu.

Máme-li hovořit o ucelené rehabilitaci osob se zrakovým postižením, je třeba si definovat, které činnosti do tohoto systému patří a které nikoli. Před tím však bude vhodné odpovědět si na otázku „Co konkrétního si představíte pod pojmem rehabilitace zrakově postižených osob?“ Odpovědi, které jsem na tuto otázku získal v soukromém miniprůzkumu, který jsem si udělal mezi 15 zrakově postiženými lidmi a 10 profesionálními pracovníky, pracujícími v této oblasti lze shrnout do následujících bodů:

- nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu;
- nácvik vykonávání sebeobslužných činností a činností nezbytných pro samostatný život;
- nácvik čtení a psaní slepeckého Braillova písma;
- nácvik psaní na kancelářském psacím stroji;
- nácvik vlastnoručního podpisu;
- nácvik dovedností sociálního kontaktu a komunikace;
- reedukace schopnosti vidění;
- poradenství při výběru pomůcek pro kompenzaci zrakového handicapu

Bylo pro mě zajímavé, že nikdo z dotázaných do oblasti rehabilitace nezařadil třeba nácvik práce s informacemi za pomoci moderních pomůcek založených na bázi počítače nebo jiné činnosti, s nimiž se jako klienti běžně setkávají nebo jako profesionálové je dokonce vykonávají. Z uvedeného dle mého názoru plynou nejméně dva závěry.

- a) rehabilitace zrakově postižených občanů je v chápání převážné většiny lidí zúžena pouze na rehabilitaci sociální, a to ještě spíše jen na základní prvky této oblasti.

- b) činnosti, které ve svém souhrnu vytvářejí systém ucelené rehabilitace nevidomých a jinak těžce zrakově postižených osob je třeba nejen nově definovat, ale představu o něm rozšířit do odborné i klientské veřejnosti.

Skutečnost, že realizace pouze základní sociální rehabilitace nestačí, jsme si v SONS uvědomili již před mnoha lety. Asi poprvé jsme ji vyjádřili v Konceptu činnosti Sjedené organizace nevidomých a slabozrakých ČR po jejím 2. celostátním shromáždění, která vznikla v roce 1998. Tehdy jsme přišli s konceptem sociální rehabilitace občanů s těžkým zrakovým postižením jako dvouúrovňového systému, kdy první úroveň představuje základní rehabilitace realizovaná profesionály formou individuální práce s klientem a druhou úroveň představují formy doplňkové resp. rozvíjející, realizované především formou skupinové terapie, přičemž profesionálem je pouze facilitátor. Posláním základní sociální rehabilitace je poskytnout klientovi možnost získání určité úrovně dovedností; cílem doplňkových forem sociální rehabilitace je rozvíjet již získané dovednosti a především motivovat k jejich užívání v běžné denní praxi.

S postupem času a rozvojem jednotlivých typů služeb je zřejmé, že další kvalitativní úrovní sociálně rehabilitačního procesu je zvládnutí práce s informacemi v jejím celku; to znamená nejen na úrovni základní gramotnosti (čtení a psaní Braillova písma či ovládání alfanumerické klávesnice psacího stroje či počítače). Tato oblast je z procesu sociální rehabilitace vyčleňována zřejmě zejména z důvodů specifických nároků na instruktora a velmi rychlého a dynamického rozvoje využívaných technologií.

Obsah pracovní rehabilitace je v současném pojetí chápán především jako práce v chráněných dílnách, případně rekvalifikace. Dokument Ucelená rehabilitace konstatuje, že „tzn. není do důsledku naplněno doporučení Mezinárodní organizace práce, podle kterého by výstupem z pracovní rehabilitace mělo být pokud možno plné obnovení pracovních schopností až k získání zaměstnání na otevřeném trhu práce“. Máme-li tohoto cíle dosáhnout, musíme značně rozvinout další složky přípravy klientů na získání pracovního místa (např. komunikační schopnosti a tzv. měkké dovednosti nutné k úspěšnému absolvování přijímacího řízení u zaměstnavatele) a v neposlední řadě též přímou poradenskou podporu na pracovišti. O tom, že součástí ucelené rehabilitace je navržení či dokonce vytvoření individuální pomůcky pro konkrétního klienta, se obecně nepochybuje. Proč se tedy pochybuje o nutných úpravách pracoviště, odstranění bariér či poradenství při sestavování optimální pracovní náplně?

Ještě neprobádanější je situace na poli pedagogické rehabilitace. Výjimkou je známá práce doc. Jesenského. V tomto smyslu se dnes mluví jen o vzdělávání ve speciálních školách; někdy je sem řazena oblast nácviku práce s informacemi. Někdy je tendence řadit sem všechny dovednosti uváděné v části věnované sociální rehabilitaci. Nejsem přítelem marných terminologických diskusí; proto konstatuji, že dle mého názoru před námi stojí spíše výzva naplnit

konkrétním obsahem dnes velmi často používaný pojem celoživotního vzdělávání a rozvoje obecného rozhledu, který bývá velmi často v důsledku informačního deficitu zrakově postiženého člověka neúnosně zúžen.

Konkrétním obsahem v současnosti neumíme naplnit ani oblast léčebné rehabilitace těžce zrakově postižených občanů. Na základě zkušeností Společnosti pro ranou péči a Centra pro nápravu zrakových vad bych si dovolil poukázat na oblast stimulace zraku, možná též reedukace schopnosti vidění, v níž však bezesporu jsou velmi silné prvky edukační práce. Možná by právě zde našla uplatnění v minulých letech tak rozporupně diskutovaná oblast klimatické léčby některých akutních očních onemocnění.

Ucelená rehabilitace těžce zrakově postižených osob nikdy nebude moci stát izolovaně bez dalších služeb, z nichž některé možná do tohoto systému někdy zařazeny budou, jiné určitě ne. Mám na mysli především sociálně intervenční služby, jako je sociální práce (vyhledávání, první kontakt s klientem), poradenství - základní (o obecných možnostech a omezeních) i speciální (sociálně právní, technické atd.). Velmi důležité je rovněž motivační působení v rámci tzv. „rekondičních“ pobytů či zájmových klubů. Větší pozornost než dosud by měla být věnována také kvalitní psychorehabilitaci, která však musí být realizována kvalitními odborníky z řad psychologů.

Ačkoli tato konference je věnována tématu rehabilitace a edukace, musím připomenout, že systém pomoci lidem s těžkým zrakovým postižením by nebyl úplný také bez služeb, které byly v terminologii starších návrhů zákona o sociální pomoci označovány jako „služby sociální péče“. Jedná se zejména o služby osobní asistence zahrnující především průvodcovskou a předčitatelskou službu, možná též digitalizaci černočerných textů a další služby, služby chráněného bydlení různých úrovní (od klasických ústavů přes domy či penziony s pečovatelskou službou po zvláštní byty určené pro podporu komunitního bydlení či bydlení osamostatňujících se osob. Máme-li se však k optimálnímu stavu alespoň přiblížit, zjevně se neobejdeme jak bez kvalitního legislativního předpisu podporujícího ucelenou rehabilitaci, tak také kvalitní a moderní sociální služby.

Mgr. Kamila Růžičková

Katedra speciální pedagogiky PdF UHK, Tyfloservis, o. p. s.

Projekt vlivu komprehenzivní reedukace na zvyšování vizuální výkonnosti dospělých zrakově postižených

Príspevek informuje o výzkumném projektu v oblasti reedukace zraku dospělých zrakově postižených. Základní hypotézou je zlepšení funkčního vidění na základě účasti na speciálním výcvikovém programu a působení komprehenzivní speciálně–pedagogické podpory.

Klíčová slova: komprehenzivní, reedukace zraku, funkční vidění, zrakový výcvik, zrakově postižení se získanou vadou

Úvod

V naší zemi jakož i ve světě bylo již mnoho řečeno k problematice zrakového postižení (dále jen ZP) a jeho rehabilitace. Mohutnou skupinu u nás dostupných teoretických publikací tvoří problematika vývojového charakteru (vývoj, výchova a výcvik postižených od dětského věku).

Výzkum, který nese název tohoto článku, má za úkol pracovat předně s lidmi, jejichž postižení vzniklo v dospělosti, tedy s **osobami se získanou vadou** (dále jen ZV).

V oblasti sociální rehabilitace a edukace dospělých zrakově postižených došlo v posledních deseti letech ke znatelnému kvalitativnímu i kvantitativnímu posunu vlivem změny politického a s ním i humanistického pojetí.

Teoretické základy reedukace zraku a dalších disciplín v oboru tyflopédie položily v naší zemi v 50. letech Dostál, Hronek, Jesenský. Později na ně navázali, Vítková, Požár, Vágnerová, Ludíková, Květoňová-Švecová, a další. Z jejich poznatků chceme vycházet, doplnit je o poznatky zahraniční a o výsledky výzkumného projektu. Zvláště se chceme ¹ přidržet komprehenzivního pojetí celé problematiky, kterou rozpracoval ve svých pracích doc. Jesenský.

¹ Jediným oficiálním pracovištěm zabývajícím se reedukací zraku ZPD je dle nám dostupných informací „Centrum zrakových vad v Praze Motole. “

V praktické rovině svou celorepublikovou i oblastní činností významně přispívá Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, Rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, Centrum zrakových vad v Praze Motole.

V období posledních deseti let výrazně přispěl k rozvoji sociální rehabilitace zrakově postižených dospělých (dále ZPD) také **Tyfloservis** o. p. s., který svým plošným dosahem, obsahem a formami poskytovaných služeb zabezpečuje snadnou dostupnost pro každého zájemce na celém území ČR.

K velkému kvalitativnímu i kvantitativnímu rozmachu dochází také v oblasti elektronických komunikačních systémů, v možnosti využívání televizních lup a optických pomůcek, odstraňování architektonických bariér, kompenzačních pomůcek.

V oblasti reedukace zraku dospělých ZP osob však v naší republice oproti některým tyflopedicky vyspělým zemím dosud výběrově přetrvává snížená funkční gramotnost. Jedním z možných důvodů je **nedostatečné rozpracování speciálně edukačních programů zrakového výcviku a následné uvedení do praxe formou proškolení pracovníků regionálních sociálně rehabilitačních pracovišť**.

Mezi další možné důvody snížené gramotnosti v reedukaci ZPD mohou patřit potíže s dalšími onemocněními, která možnosti a chuť k dalším aktivitám komplikují. Vysoká četnost těchto obtíží je dána poměrně vysokým věkovým průměrem pacientů.

Posledním ze zmíněných, leč neméně důležitým důvodem mohou být problémy psychologického charakteru (akceptace vady, nízký stupeň motivace, rezignace, obavy z neúspěchu a další).

Z tohoto hlediska se mimo jiné jeví jako nutná inovace vytvořených speciálně reedukačních programů zaměřených na těžce zrakově postižené klienty a následné sestavení souborů prostředků reedukace vidění.

Studií, kterou v současné době připravujeme (pilotní výzkum probíhá v r. 2001), chceme přispět k poznatkům o tvorbě a optimalizaci didaktických výcvikových programů, intervencí a podpory v oblasti reedukace zraku ZPD.

Na základě poznatků z této studie bude realizován výzkumný projekt zkoumající praktické dopady reedukačního zrakového výcviku na funkční zvyšování vizuální výkonnosti těžce zrakově postižených.

Stručný nástin odborné problematiky výzkumného projektu.

Vymezení pojmu reedukace zraku

Reedukace zraku je soustava tyflopédicko-rehabilitačních postupů jejichž cílem je rozvinout potenciál vidění (soubor metod, které vedou k posílení postižených funkcí, Vítková, 1999). **V komprehenzivní reedukaci zraku (dále jen KRZ) je akcent položen na celou smyslovou výchovu s oporou o myšlení a řeč.**

Charakteristika ZPD se získanou vadou

V porovnání s ZP od raného věku prožívají ZPD se získanou vadou část svého produktivního života s převahou vizuálních počitků, jejich mozková činnost je tedy k vizuálnímu přijímání informací přizpůsobena a naopak k přijímání počitků a následnému zpracovávání informací jinými (náhradními) smysly přizpůsobena není. ZPD se získanou vadou nejsou seznámeni se speciálně pedagogickými technikami reedukace a kompenzace ztracených funkcí z doby před vznikem postižení a nemají návyk jich využívat. Mají reálné představy o světě kolem sebe (prostorové, proporcionální, předmětové, sociálně-vztahové) čehož lze v reedukačním výcviku efektivně využívat.

Specifikace postupů reedukace zraku u dospělých

Východiskem je míra potřeby a použitelnosti v praktickém životě ZP:

- * stěžejní potřebou je čtení a psaní,
- * rozeznávání obrazu nabývá díky své hutnosti sdělení stále většího významu
- * rozlišení a porozumění standardizovaným symbolům (může mít až existenční charakter),
- * zvládnutí vnějšího předmětového prostředí na základě koordinace (oko-ruka, oko-noha).

Multisenzoriálním přístupem

chceme usilovat o zapojení ostatních smyslů, což má za následek urychlení a prohloubení reedukace i rehabilitace jako takové.

Multifaktorový přístup

v reedukaci zraku je zabezpečen využíváním poznatků z pedagogiky, psychologie, oftalmologie, optiky, optometrie, ikoniky. Pracuje s vizualizací, rehabilitačním a pedagogickým inženýringem a dalšími disciplínami.

Cílem reedukace zraku ZPD v širším smyslu je prevence a odstranění disaptibility vidění.

V užším smyslu se jedná o součinnost funkce zrakové s funkcí mozkovou (využívání vizuálních představ, zkušenosti, racionality, dedukce...) V tomto smyslu je cílem „**vytvářet z parciálních zrakových vjemů co nejdokonalější**

zrakové představy a následně pak pozitivně ovlivňovat kvalitu zrakových vjemů“ (Jesenský).

Výzkumný soubor projektu

bude reprezentován klienty Tyfloservisu v Hradci Králové a pacienty oftalmologických pracovišť primáře MUDr. K. Havlíčka a MUDr. L. Krátké.

Závěr

Cílem této práce je vytvoření a ověření speciálně pedagogických programů a souborů prostředků reedukační intervence a podpory a vypracování odborných materiálů pro proškolení instruktorů reedukace zraku dospělých osob se získanou vadou.

Ty budou využívány k realizaci Kurzů reedukace zraku dospělých a přispějí tak ke zkvalitnění sociálně rehabilitační práce s klienty Tyfloservisu na celém území naší republiky, případně i na jiných odborných pracovištích.

Literatura:

Jesenský, J.: Nárys komprehenzivní reedukace zraku, Praha, 1997

Jesenský, J.: Antologie reedukace zraku, Praha, 1994

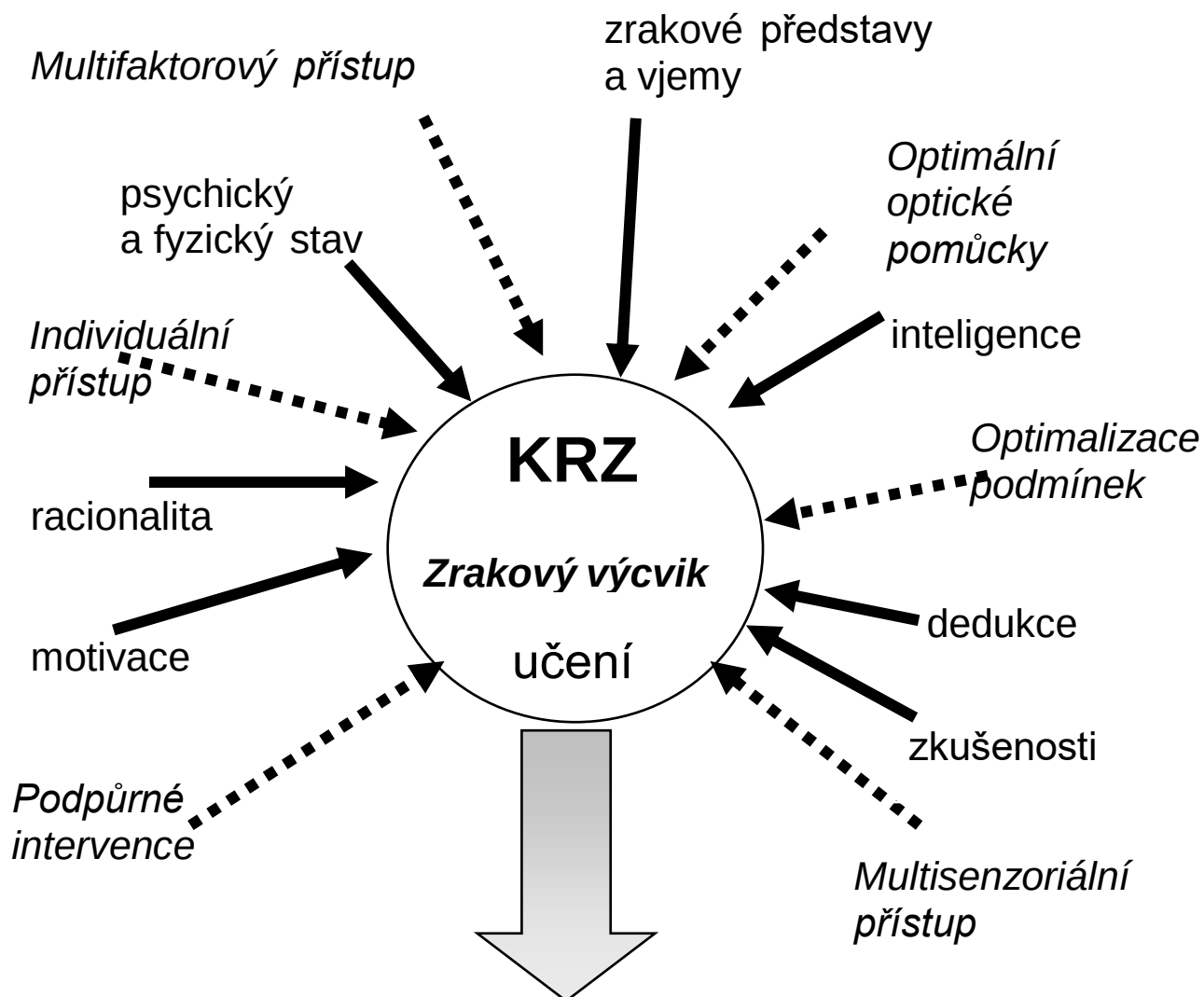
Jesenský, J., Hronek, J.: Kapitoly z didaktiky a metodiky škol pro tupozraké a šilhavé, Praha, 1968

Kudelová, J., Květoňová – Švecová, L.: Malé dítě s těžkým poškozením zraku, Brno, 1996

Vítková, M. a kol.: Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení, Brno, 1999

Diagram č. 1:

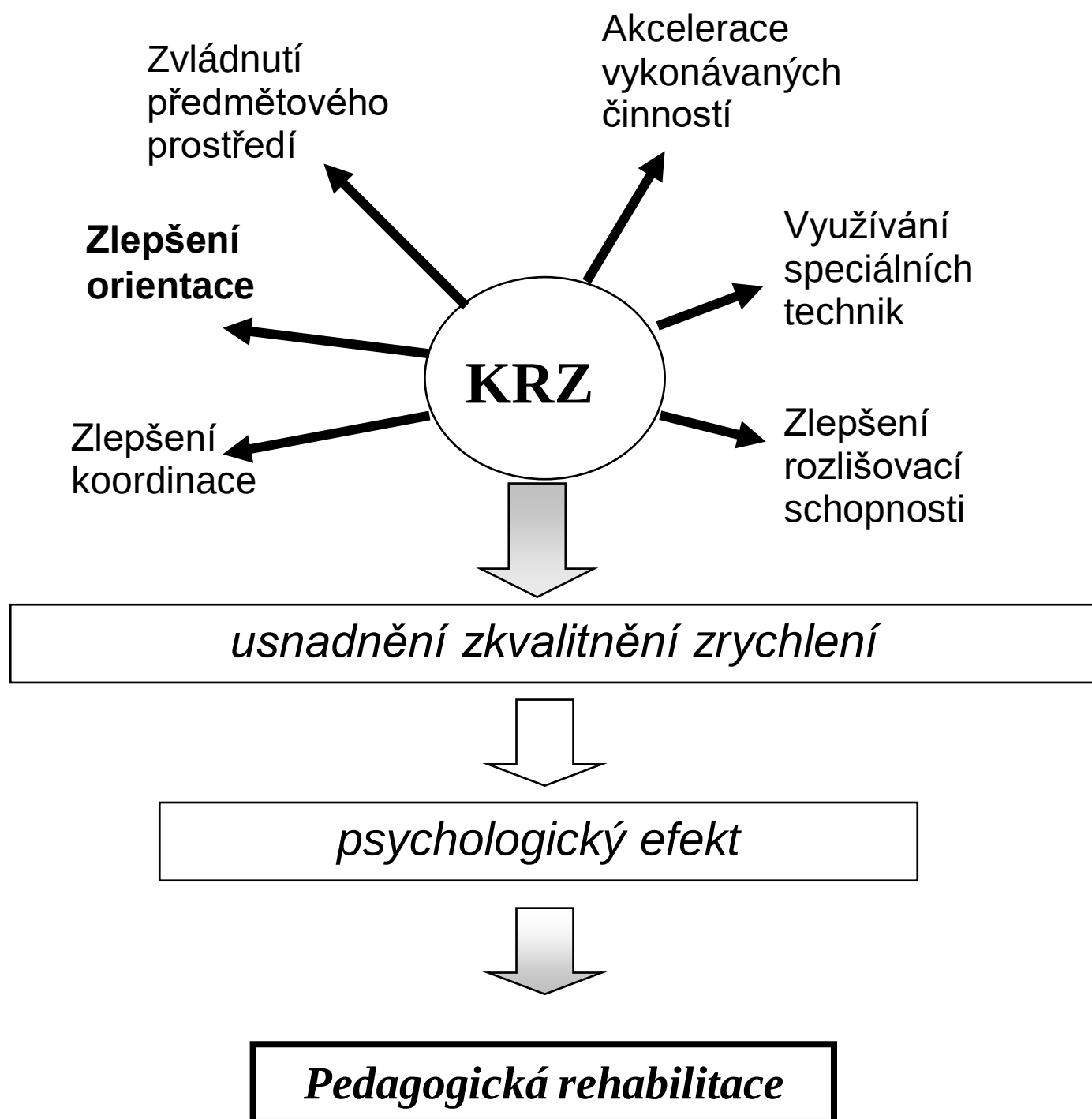
Exogenní a endogenní vlivy vstupující do procesu KRZ



Funkční zvyšování vizuální výkonnosti

Diagram č. 2:

Aspekty funkčního zvyšování vizuální výkonnosti jako výsledek KRZ



MUDr. Jitka Řehořová

Centrum zrakových vad FN Motol, Praha

Centrum zrakových vad – centrum komplexní rehabilitace zrakově postižených

Centrum zrakových vad: centrum komplexní rehabilitace zrakově postižených, metodika předepisování speciální optiky, systém zajištění regionů S4, proškolení v CZV, úhrady pojišťoven.

CZV je jediným zdravotnickým zařízením v České republice, specializovaným na komplexní péči o zrakově postižené všech věkových kategorií.

Pacientům přicházejícím do CZV se dostane pečlivého oftalmologického vyšetření poskytovaného oftalmology se zkušenostmi s problematikou zrakově postižených. Slabozrakým pacientům jsou vyzkoušeny a předepsány SOP v prakticky kompletním sortimentu číselníku VZP. SOP označené v číselníku S4 je oprávněno předepisovat jen 16 očních lékařů v celé České republice. Na našem pracovišti v CZV FN Motol 2 lékaři, v Brně 2 lékaři - MUDr. Kafková a MUDr. Richter, v Českých Budějovicích - MUDr. Pavlíčková, v Hradci Králové - MUDr. Krátká, v Jihlavě - MUDr. Sedláková, v Karlových Varech - MUDr. Prokop, v Liberci - MUDr. Homolková, v Olomouci - MUDr. Látalová a doc. MUDr. Vymazal, v Opavě - MUDr. Vašáková, v Ostravě - prim. MUDr. Horáková, v Plzni – MUDr. Toufar, v Šumperku - MUDr. Šinclová, v Ústí nad Labem - MUDr. Hoza, a ve Zlíně prim. MUDr. Machová. Všichni tito lékaři jsou vybaveni kompletními sadami zkušebních lup a dalekohledů od firem Eschenbach a Coil, aby mohli individuálně vybrat tu nejvhodnější SOP. Naše pracoviště slouží jako metodické centrum pro oftalmology, kteří se touto problematikou zabývají – začínající lékaře zaškolíme v předepisování SOP, pro zkušenější jsme konzultačním centrem.

Pro úplnost uvedu nyní druhy optických kompenzačních pomůcek:

Hyperkorekce

Je nejjednodušší možností zvětšení obrazu do blízka. Užívá se u jen lehkého snížení visu do blízka, většinou přidáváme maximálně + 2, 0D ke stávající korekci do blízka.

Lupy

Spojná skla zvětšující do blízka ve zvětšení od 1, 5 x do 20x. Od zvětšení 4x jsou asferické, což odstraní zobrazovací vady. Většinou jsou lehké, plastové.

Typy lup

hyperokuláry = lupy zasazené do brýlových obrouček, používají se pouze monokulárně a jsou ve zvětšení 4x – 12x. Výhodou jsou volné ruce, nevýhodou malá pracovní vzdálenost.

Předsádkové lupy, tzv. Labo – Clipy, nasazují se na pacientovy brýle do blízka a lze je podle potřeby odklopit ze zorného pole.

Ruční lupy s rukojetí. Do zvětšení 4x mají velký průměr, což umožňuje binokulární užití. Zvětšení až 12, 5 x, vyrábí se i s přídatným přisvětlením na baterie. Výhodou je skladnost, přesnost a možnost používání mimo domov, např. při nákupech. Nevýhodou je nutnost držení v ruce v konstantní vzdálenosti, což může při delším čtení unavit.

Stojánkové lupy = stojánek určuje fixní vzdálenost od textu, uživatel je pouze posunuje. Nabídka obsahuje lupy s osvětlením i bez, bateriové i do sítě, s běžným žárovkovým osvětlením nebo halogenovým, ve zvětšení 4 x – 20x.

Dalekohledové systémy

Na pohled především do dálky, v menší míře i do blízka. Konstrukčně se jedná o dva typy.

Dalekohledy na základě Galileiho systému (spojka a rozptylka). Používají se do dálky nebo do blízka se zvětšením 1, 5 x – 4x. Lze je používat i binokulárně. Systém do dálky lze doplnit předsádkami do blízka, což jsou spojné čočky, které se nasazují na objektiv dalekohledu. Výsledné zvětšení do blízka je součinem zvětšení základního systému a předsádky. Některé typy těchto dalekohledových brýlí vyrábí optik individuálně podle předpisu oftalmologa a může do nich zabudovat pacientovu vlastní korekci, což je výhodné hlavně u vyšších ametropií.

Dalekohledy na základě Keplerova systému (spojka + spojka). Základní provedení pouze do dálky, Zvětšení 3x – 8x, užití jen monokulární (PM). Moderní typy mají tzv. zoom – je možno zaostřovat na objekty od nekonečna asi do 20 cm. Některé typy je možno doplnit předsádkovou lupou do blízka, kde dosáhne zvětšení až 24x.

Výhodou těchto PM proti Galileiským je mnohem větší zvětšení, nevýhodou větší váha a rozměry a užší zorné pole. Manipulace s nimi je obtížnější, takže je používají spíše mladší pacienti.

Připomínám ještě způsob úhrady SOP zdravotními pojišťovnami:

Lupy do zvětšení 4x může předepsat každý oftalmolog a úhrada je 100 Kč.
Všechny ostatní SOP předepisuje pouze určený lékař a schvaluje je RL:

Hyperokuláry: plná úhrada, 1x za 3 roky, dětem 1x ročně

Lupy zvětšující 4x a více: úhrada 1 500 Kč, 1x za 5 let

Dalekohledový systém do dálky: úhrada 8000 Kč, 1x za 7 let

Dalekohledový systém do blízka: úhrada 8 000 Kč, 1x za 7 let.

Pokud pacient v důsledku dalšího zhoršení zrakových funkcí potřebuje pomůcku více zvětšující, pojišťovna schválí její úhradu i před uplynutím směrné doby užívání.

Výsledky předepisování speciálních optických pomůcek (SOP) v CZV

Za rok 2000 jsme na našem pracovišti předepsali speciální optické pomůcky 623 pacientům. Nejčastější diagnóza, pro kterou jsme pomůcku předepsali, byla věkem podmíněná makulární degenerace – celkem v 321 případě.

Tabulka nejčastějších diagnóz:

SMD - H 35. 3	321	51, 52 %
Myopia gravis degener. - H44. 2	42	6, 74 %
TRD – H35. 5	40	6, 42 %
DR – H 36. 0	36	5, 78 %
Atrofie zrak. nervu – H 47. 2	29	4, 65 %
Afakie. artef. (po cong. cat.) – 27. 0	25	4, 01 %
Primární glaukom – H 40. 1	24	3, 85 %
ROP – H 35. 1	18	2, 89 %
Vrozená vada disku – Q 14. 2	14	2, 25 %
Albinismus – H 70. 3	12	1, 93 %
Cong. toxopl. chorioid. – H 32. 0	8	1, 28 %
Sekundární glaukom – H 40. 5	7	1, 12 %
Leukom rohovky – H 17. 9	5	0, 80 %
Nystagmus – H 55	5	0, 80 %
Vrozený glaukom – Q 15. 0	5	0, 80 %
Achromatopsie – H 53. 5	4	0, 64 %
Okluze sítnicových vén – H 34. 8	4	0, 64 %
Aniridie – Q 13, 0	3	0, 48 %
Vrozená ektopie čoček – Q 12. 1	3	0, 48 %
Ostatní		18 2, 89 %
Celkem		623 100 %

Další diagnózy (ostatní), vyskytující se v našem souboru u 2 pacientů: kolobom duhovky, mikroftalmus, vrozená dystrofie rohovky, chron. iridocyklitida, okluze centrální sítnicové arterie, poúrazové jizvy makuly. U 1 pacienta se vyskytly tyto diagnózy: Riegrova anomálie, vrozená katarakta, AION, vrozená vada sklivce, kolobom sítnice, keratokonus.

Předeepsali jsme celkem 766 SOP, z tohoto počtu bylo 565 lup (74 %) a 201 dalekohledů (26 %).

PaedDr. Skalická Markéta

Centrum zrakových vad, FN v Motole, Praha

Specifický přístup k rehabilitaci starších osob se zrakovým postižením

S prodloužením průměrné délky života se zvyšuje počet osob, které trpí ve vyšším věku degenerativními onemocněními zraku. Většinou postižení zraku není jediným problémem, často jde o kombinaci postižení sluchu, motoriky a zhoršování duševních schopností. Starší lidé se hůře přizpůsobují novým životním situacím, proto je nutný specifický přístup respektující jejich aktuální možnosti. Je nutné věnovat dostatek času motivaci a psychologické podpoře. Kontakt s terapeutem by měl být opakovaný, nácvik nových dovedností pozvolný. Je vhodné zajistit účast širší rodiny na motivaci pacienta k nácviku nových dovedností a v realizaci nových oblastí zájmů a činností úměrných aktuálním možnostem a schopnostem pacienta při zajištění pokud možno stejné kvality života, na kterou dosud byl zvyklý.

Ve své praxi zrakové terapeutky se setkávám v lidmi, kteří se stávají občany s těžším zrakovým postižením až ve vyšším věku. Tito lidé celý svůj aktivní život byli zvyklí se spoléhat na svůj zrak. Najednou se ocitají v situaci, kdy vedle dalších zdravotních problémů je postihne závažná ztráta: ztráta ostrého vidění. Cítí se bezmocní, neschopní i základní péče o domácnost. Některým velmi chybí ztráta schopností čtení. Mnozí si plánovali, že si přečtou v důchodu to, co nestíhali v době pracovního nasazení v zaměstnání a při péči o rodinu.

Do Centra zrakových vad jsou doporučováni v situaci, kdy jejich ošetřující lékař již nemá k dispozici žádné léčebné prostředky ke zlepšení jejich zraku.

Často čekali delší dobu na operaci katarakty s nadějí, že po operaci se jejich vidění vrátí. U mnohých z nich došlo však zároveň k rozvoji makulární degenerace sítnice a operace katarakty a implantace nitroočních čoček nepřinesla očekávaný efekt. Tito lidé často i 2 či více roků už nečetli, nemohli psát dopisy, dělat ruční práce. Jsou posláni na specializované pracoviště pro předpis speciální optiky. Někteří přicházejí s nadějí, že konečně dostanou ty správné brýle, jiní přicházejí se skepsí, že jim už stejně nic nepomůže.

Pro zajištění efektivní rehabilitační pomoci těmto pacientům je důležité, aby pracovníci centra měli na pacienta dostatek času, dali mu najevo, že jsou tu pro

něho, připraveni mu pomoci. Důležitá je kvalitní anamnéza. Jednak zdravotní, se zjištěním nejen dosavadního průběhu zrakových potíží, ale je nutné zjistit i další závažné zdravotní problémy: hypertenze, stav po mrtvici a další potíže v oblasti kardiovaskulární, diabetes mellitus, potíže s motorikou.

Významná je sociální a rodinná anamnéza. Je třeba vědět, jakému profesnímu oboru se pacient v produktivním věku věnoval, jaké měl zájmy, než se dostavily potíže se zrakem. Důležité je znát, jaké má pacient rodinné zázemí, přátele ochotné pomoci, spolupracovat.

Je třeba zjistit, v jaké oblasti každodenního života zrakové postižení pacientovi vadí nejvíce, pro jakou oblast potřebuje pomoc.

Je třeba velmi taktně zjistit jejich schopnosti učit se novému, jejich motorické možnosti (třes rukou, změny hybnosti kloubů ruky).

Teprve pak můžeme přistoupit k uvažování o doporučení a vyzkoušení vhodné optické či kompenzační pomůcky, k doporučení vhodné služby, nácviku techniky práce s pomůckou či dovednosti zvládnout činnost bez zrakové kontroly.

Pacientovi dáme vybrat z nabídky optických pomůcek tak, aby odpovídaly jeho potřebám. Například pacientovi, který v životě nikdy moc nečetl a stačí mu, že poslouchá rozhlas a dopis mu přečte partner nebo soused, nevnučujeme optickou pomůcku, i když by s ní byl schopen číst běžný text. Na druhé straně stojí za to, věnovat náročný zácvik pacientovi, který je motivovaný ke čtení, byť je schopen číst s optickou pomůckou jen zvětšený text či jen nadpis článků v novinách.

U pacientů, kteří delší dobu nečetli, a mají potíže se zapomínáním, je třeba prověřit aktuální schopnost čtení. Ta se nejlépe zjišťuje při využití výrazného zvětšení cvičného textu tištěného bezpatkovým písmem na televizní lupě. Zde lze provést diferenciální diagnostiku: k určení zda neschopnost číst je dána jen zrakovým postižením, či jde primárně o centrální postižení schopnosti čtení, zda je možno dovednost číst obnovit či zda je lepší pacienta orientovat na auditivní získávání informací.

Při anamnestickém rozhovoru a úvodním čtení na televizní lupě lze také pozorováním zjistit, jak pacient využívá extrafoveální fixace, jak je schopen a ochoten se řídit instrukcí.

Pokud se pro pacienta najde vhodná optická pomůcka, je po jejím obdržení pozván na zácvik. I když si mnozí myslí, že techniku použití pomůcky zvládnou, tak jak si to vyzkoušeli při výběru pomůcky, ve většině případů je technika chybná a mnohdy pacient sám po 14 dnech či měsíci přichází s tím, že dostal něco jiného, než si původně zkoušel.

Každý pacient potřebuje jinou délku zácvičku a opakování instrukcí. Mnozí ztrácí při náročnosti techniky práce s pomůckou trpělivost a chtějí to vzdát. Tehdy je důležité je povzbudit, hledat jednodušší texty či objekty ke sledování.

Velmi se osvědčuje, když při zácvičce v práci s pomůckou je přítomen někdo z rodiny či přítel, soused, který pak může v domácím prostředí připomenout instrukci, povzbudit k potřebě učit se novým způsobům zrakové práce. Nikdy nesmíme na pacienta spěchat, mají pocit, že obtěžují, že už jsou k ničemu.

Je třeba užívat pochvaly za dílčí úspěchy. Starší pacienti oceňují zájem o jejich osobu, ochotu vyslechnout jejich příběh, to pak pomůže jejich motivaci i v jejich věku zkoušet něco nového, učit se.

Jsou pomůcky, které mohou dostat pacienti na lékařský předpis (lupy, dalekohledové brýle, prismatický monokulár), na jiné však musí mobilizovat finanční rezervy rodiny, či žádat dávku sociální péče či příspěvek nadace (televizní lupy, filtrové brýle, magnetofon).

V zájmu zachování kvality života člověka by proto nemělo být kritériem poskytnutí příspěvku na pomůcku datum narození pacienta, ale jeho aktuální potřeba. Pacient, který dokáže přečíst krátký odstavec v novinách, či vylustí pod televizní lupou křížovku, se udržuje v dobré duševní kondici. Je to stejně důležité jako zajistit studentovi možnost přístupu k studijní literatuře.

Mgr. Eva Tatarková

ÚNSS Bratislava

Podpora zamestnávania a zvyšovania zamestnatelnosti zrakovo postihnutých

Príspevok analyzuje trendy týkajúce sa podporovaného zamestnávania zrakovo postihnutých, ktoré vznikajú v ekonomicky prosperujúcich zemích, popisuje vznik a náplň práce center podporovaného zamestnávania a zabýva sa implementáciou uvedených trendov v podmienkach Slovenskej republiky.

Zamestnávanie v živote človeka je významným sebaurčujúcim faktorom, ktorý sa v živote postihnutého človeka iba znásobuje. Ak spoločnosť dokáže využiť existujúce schopnosti postihnutých ľudí a oceniť ich kvality, prestane ich pociťovať ako príťaž a samostatní postihnutí prestanú na seba pozeráť ako na osoby s obmedzeným právom na plnohodnotný život.

Naša technicky rýchlo rozvíjajúca sa spoločnosť kladie aj v otázke zamestnávania vysoké nároky, ktoré prevažná väčšina postihnutých ľudí v celej svojej komplexnosti nedokáže splniť. A práve preto v súvislosti so zamestnávaním postihnutých na dnešnom trhu práce začíname sa čoraz častejšie stretávať s novým pojmom - podporované zamestnávanie (ďalej len PZ).

PZ je zamestnávanie postihnutých v prirodzenom integrovanom prostredí za pravidelnú mzdu, pričom v závislosti od individuálnych potrieb je postihnutému i jeho zamestnávateľovi poskytovaná podpora rôznymi formami tak dlho, ako je to len potrebné.

V poslednom desaťročí vo vyspelých európskych krajinách vznikli sprostredkovateľské centrá zamestnávania pre postihnutých, ktorých hlavnou pracovnou metódou je metóda podporovaného zamestnávania. Ich cieľom je zaradenie postihnutého jednotlivca na bežné pracovné miesto, na základe jeho kvalifikačných, osobnostných a fyzických predpokladov a limitov. Zámer je, aby klient všetko robil sám a agentúra mu bola iba poradcom, spolupracovníkom, oporou, v prípade nutnosti i právnym zástupcom. Pracovnou náplňou týchto agentúr je profesionálne poradenstvo a tréning, vďaka ktorým sa postihnutý človek dozvie o sebe a o pracovnom zaradovaní na bežný trh toľko, aby sa v ďalšom procese uchádzania o zamestnanie vedel „predať“ sám. Predpokladom úspešnosti uvedeného procesu je kvalitná vstupná diagnostika, špecializované poradenstvo a presne zameraný tréning.

Forma práce, ktorú volia mnohé z týchto agentúr podporovaného zamestnávania je rôzna.

Existuje model, v ktorom jeden poradca, nazývaný aj job coach (termín kauč sa v slovenčine v sociálnej praxi používa neprekladaný) vedie svoj prípad od začiatku až do konca. Títo kaučovia - poradcovia sú špeciálne dlhodobejšie pripravovaní a robia s klientom vstupnú diagnostiku, vedú základné tréningy (vedia stanoviť, kedy je už potrebné odporučiť na špecializovanejšie), pripravujú klienta na úvodné interview, v prípade potreby ho absolvujú spolu s ním, vyjednávajú so zamestnávateľom a priamymi nadriadenými o úprave pracovnej náplne a o pracovnom režime, o plate, na požiadanie klienta absolvujú spolu s ním prvé vovedenie do nového kolektívu, vykonajú spolu s ním potrebný zácvik na pracovisku, a keď je nutné, v dobe pracovného zácviku zaň dokončujú stanovenú pracovnú úlohu. Ak pracovný proces už prebieha, prichádzajú na pár kontrolných návštev ku klientovi a jeho nadriadeným, aby sa uistili, že začlenenie postihnutého do pracovného procesu prebehlo. Toto je model, ktorým pracujú napr. v Holandsku.

Iným modelom je forma, kedy celý proces je riadený tímom odborníkov, ktorí si delia svoje kompetencie v jednotlivých fázach procesu. Kauč tu funguje tiež, ale jeho kompetencie sú trochu iné. Kauč v tomto modele funguje rovnako ako osobný asistent - pomáha postihnutému s prepravou na pracovisko a späť, pomáha pri rutinnom opakovaní úkonov v zácviku a keď je nutné, v dobe pracovného zácviku zaň dokončuje stanovenú pracovnú úlohu. Rovnako ako osobný asistent postihnutému pomáha riešiť všetky pracovné situácie, ktoré postihnutý vďaka svojmu handicapu nedokáže zvládnuť úplne sám. Kaučom – asistentom sa môže stať ktokoľvek, koho by tento typ práce tešil, pretože táto práca nepotrebuje žiadnu dlhotrvajúcu špecializovanú prípravu (zvyčajne stačí krátky úvodný kurz). Tento model je uplatňovaný napr. v USA.

Otázka integrovaného zamestnávania postihnutých je horúcou témou všade.

Nepoznám presne situáciu v Českej republike, ale viem, že aj u vás už pracuje Agentura pro podporované zaměstnavání - OZ Rytmus ktorého cieľovou skupinou podporovaného zamestnávania sú ľudia z rôznych dôvodov potrebujúci dlhodobú priamu podporu na pracovisku. Zatiaľ väčšina užívateľov ich služieb sú ľudia s mentálnym postihnutím. Na Slovensku od r. 1999 pracuje prvá Agentúra podporovaného zamestnávania v Bratislave, ktorá vyrástla zo Združenia pre mentálne postihnutých, ale svoje pôsobenie neobmedzuje iba na túto skupinu. Minulý rok sa tejto agentúre podarilo zamestnať 33 postihnutých osôb.

ÚNSS v roku 2000 v rámci programu PHARE LIEN rozbehla dvojročný projekt „Podpora zamestnávania nevidiacich ľudí“, v ktorom sa má docieľiť vypracovanie komplexného systému podpory integrovaného zamestnávania pre zrakovo postihnutých (ďalej len zrakovo postihnutých). Naším partnerom je Sensis (do r. 2001 pod názvom Theofaan). Táto organizácia má sieť

regionálnych centier na juhu Holandska, ktoré poskytujú rehabilitačné a poradenské služby ZP osobám príslušného regiónu. Pretože projekt je zameraný na zamestnávanie, Sensis zorganizoval spoluprácu s partnerskými holandskými organizáciami, napr. so Start Kansom, organizáciou zaoberajúcou sa podporovaným zamestnávaním. V Start Kanse je to už štvrtý rok, čo pribrali do svojej klientely aj ZP uchádzačov o zamestnanie a majú kaučov, ktorí sa venujú iba tejto cieľovej skupine.

Riešenie otázky zamestnávania u zrakovo postihnutého v sebe zahŕňa množstvo dielčích úloh. Nemecký odborník R. Hetzer (1991) uvádza, že odborné vzdelanie vytvára len predpoklad na vykonávanie určitej činnosti. ZP jedinec však na pracovisku nie je akceptovaný ako anonymný odborník, ale ako človek, osoba. Nemecké skúsenosti dokazujú, že tí ZP, ktorí mali dostatočnú kvalifikáciu, ale neprešli žiadnym výcvikom mobility, sebaobsluhy, Braillovho písma a výcvikom technických zručností a ktorých sociálne zručnosti boli na nízkej úrovni, si nedokázali získať či udržať zamestnanie. Úspešné pracovné zaradenie sa do bežného kolektívu u osôb, ktoré stratili zrak počas života sa skôr podarilo v prípade, keď absolvovali rehabilitačné zručnosti bez rekvalifikácie. V prípade kvalifikačného preškolenia bez rehabilitácie bola pracovná integrácia do bežného kolektívu neúspešná. „Ani odborne zdatného spolupracovníka nik neakceptuje, ak nie je v osobnej oblasti istý a samostatný.“ (Hetzer, 1992, s. 62) Nevidiaci kolega, ktorý stále potrebuje cudziu pomoc je veľmi rýchlo kolegami obchádzaný a nadriadený ho odmietajú, pretože jeho správanie nie je správanie sa rovnocenného kolegu, ale správanie sa „sociálneho prípadu“ signalizujúceho očakávanie, že iní vyriešia jeho problémy.

Čo sa teda stáva podmienkou, aby ZP jedinec obstál v konkurencii na dnešnom trhu práce?

Skúsenosti ukázali, že

a) kvalitné vzdelanie

b) rehabilitácia – POSP, sebaobsluha, Braille, práca s kompenzačnou technikou – klávesnicové zručnosti, práca s hlasovým výstupom, práca s braillovským riadkom, skenerom, práca so zväčšovacím softwarom, používanie lúp/CCTV a pod.

c) sociálne zručnosti – v našich podmienkach výrazne nedocenené a prehliadané sú zložky, ktoré musia byť v rovnováhe a sú rovnako dôležité.

Rovnako nevyhnutná ako kvalitná rehabilitačná služba je aj kvalitná sociálna pomoc a poradenstvo. Sociálni pracovníci ZP učia:

- pracovať s faktom, že sa stretne s predsudkami a skreslenými predstavami o možnostiach a schopnostiach nevidiacich a slabozrakých. ZP uchádzač o zamestnanie by mal poznať reakcie vidiacich na slepotu a je potrebné, aby sa naučil s nimi v rozličných situáciách vhodne vysporiadať,

- ako sa možno pozitívne prezentovať, a tak sa ako potenciálna pracovná sila, „predať“. V rámci uvedenej zručnosti sa robia nácviky vstupných, konkurzných rozhovorov,
- požiadať o pomoc, ale aj ju odmietnuť (asertivita).
- Kvôli zdravým vzťahom v kolektíve sa ZP musia naučiť hovoriť o svojom postihnutí -o tom čo vidí, ako vidí, čo mu prekáža a čo, aby mohol fungovať, potrebuje. Je nutné prekonať nepatričnú introvertnosť a vyhnúť sa sebaľútosti.
- Nevidiaci od narodenia sa učia základné informácie o reči tela; o tom, aké signály vysiela ľudské telo, ako sa v podvedomí partnera pri komunikácii lúšťa, a na základe týchto poznatkov sa učia si uvedomovať vlastné reakcie.
- Zlepšujú si písomný styk (zostavovanie žiadostí, životopisov, sťažností).
- Učia sa stratégie pri hľadaní si pracovného miesta – znalosť štruktúr, najvýznamnejších úradov, informácie o zdrojoch informácií.
- Dostávajú právny prehľad o tom, ako si možno požiadať o financie na kompenzačné pomôcky, aby si mohli prispôbiť a zariadiť svoje (chránené) pracovné miesto; ďalej o tom, na čo ako postihnutí zamestnanci majú a nemajú právo a aj o tom, aké bude mať výhody/nevýhody ich zamestnávateľ, ak ich zamestná.

Zamestnávanie ZP sa v prípravnej fáze neobíde bez dvoch základných pilierov – kvalitnej rehabilitačnej služby a bez kvalitného sociálneho poradenstva.

Avšak pre nás, aj napriek tomu, že sme v rámci projektu prostredníctvom úzko špecializovaných kurzov zlepšili kvalitu rehabilitačných služieb a aj napriek tomu, že sme vytvorili základ pre novú a potrebnú profesnú špecializáciu v našej štruktúre – sociálny pracovník pre ZP, nám ešte ostala veľká nepokrytá oblasť, ktorú v niektorých krajinách pokrývajú práve už vyššie spomínaní kaučovia alebo pracovní asistenti, ktorí sa zaoberajú priamym sprostredkovaním práce – oslovovaním zamestnávateľov s ponukou na spoluprácu a vyjednávaním s nimi. Je to výzva nielen pre nás, ale aj pre novovznikajúce agentúry podporovaného zamestnávania a pre našu vzájomnú spoluprácu a deľbu práce.

Nie je v našej kompetencii možnosť ovplyvniť mieru zamestnanosti v našej krajine, ale našim cieľom je zlepšiť náš štandard služieb natoľko, aby ZP človek s odbornou podporou skutočne dostal reálnu možnosť včleniť sa na bežný trh práce.

Literatúra

Hetzer, R.: Sociálna rehabilitácia ako základ zmysluplného vzdelávania a začlenenia sa na pracovisku. In: Európska konferencia o zamestnávaní ZP v podmienkach trhovej ekonomiky. Zborník materiálov 18. -21. 11. 1991. Bratislava, Federácia nevidiacich a slabozrakých ČSFR, ÚNSS 1991, s. 61 – 66.

SEKCE TYFLOTECHNIKA

RNDr. Hana Bubeníčková

Tyflocentrum Brno, o. p. s.

Význam informačních a komunikačních technologií v edukačním a rehabilitačním procesu zrakově postižených

Význam odborného poradenství a individuálního posouzení vhodnosti speciálního softwaru a hardwaru pro těžce zrakově postižené uživatele; metody výuky práce s PC, připravenost školství na používání těchto technologií v procesu vzdělávání; význam těchto technologií pro zrakově postižené a jejich pracovní uplatnění.

Obsah:

- I. úvod (2)
- II. poradenství a individuální posouzení vhodnosti kompenzačních pomůcek s důrazem na pomůcky založené na bázi PC (3)
- III. školení v obsluze osobního počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižení je nutný vzdělávací proces (5)
- IV. připravenost školství nejen k integraci ZP dětí, ale i k používání PC ve výuce (6)
- V. PC nejen ke vzdělávání, k výkonu povolání, ale i pro poučení, informovanost a sebevzdělávání (7)

Příloha č. 1 - Kompenzační pomůcky pro nevidomé a těžce zrak. postižené (9)

I. Úvod

Informační a komunikační technika je v dnešním světě fenoménem doby a tvářit se, že se nás to netýká, by byla osudová chyba. Je mi potěšením konstatovat, že nevidomí tuto dobu rozhodně nezaspali a zejména přístup České unie nevidomých a slabozrakých k této problematice v první polovině let devadesátých minulého století způsobil, že si nevidomí uživatelé zajistili důstojné místo mezi uživateli této techniky.

Negativní důsledky těžkého zrakového postižení se projevují takřka ve všech činnostech lidského konání. Je možné rozdělit působení negativních důsledků do 3 základních oblastí:

1. oblast uspokojování základních životních potřeb (sebeobsluha, příprava pokrmů, jednoduché domácí práce, péče o blízké),

2. oblast orientace v prostoru a schopnost samostatného pohybu v prostoru,
3. oblast získávání a zpracování informací.

Do všech tří oblastí účinně zasahuje proces sociální rehabilitace s výukou specifických postupů a s použitím některých jednoduchých základních pomůcek, jako jsou jednoduché elektronické pomůcky – kalkulačky, budíky a hodinky s hmatovým nebo hlasovým výstupem, různé měřicí přístroje s hmatovým nebo hlasovým výstupem a jednoduché mechanické pomůcky s hmatovými značkami a bílé hole, které dosud nenahraditelným způsobem zajišťují „prodloužené oko“ při chůzi.

Používání jednoduchých základních pomůcek obvykle nevyžaduje zvlášť náročné zaškolení, jejich použití je součástí nácviku základních dovedností v procesu sociální rehabilitace. Jednoduchost zde však nemusí znamenat cenovou nenáročnost, např. měřicí přístroje (kuchyňské váhy, teploměr, tlakoměr s hmatovým nebo hlasovým výstupem) jsou jednoduché, jednoúčelové, nenahraditelné avšak poměrně drahé kompenzační pomůcky.

V oblasti 3 se již setkáváme s nejrůznějšími pomůckami jedno a víceúčelovými a funkčně i obslučně poměrně náročnými - pomůcky sloužící k tomu, aby těžce zrakově postižený uměl číst, psát, prostě získávat a zpracovávat textové informace. Jedná se o proces **vzdělávací a sociálně pracovní a rehabilitační**:

- pomůcky na získávání a zpracování informací pomáhají osleplému člověku vrátit se mezi gramotné občany a uvažovat o možnosti pracovního uplatnění a rekvalifikace.
- i když se zařazení do pracovního procesu nezdaří, i tak návrat mezi gramotné může mít kladný vliv na psychiku takto těžce postiženého člověka.

Pomůcky pro zpřístupnění a zpracování informací jsou popsány v příloze č. 1. Dříve, než tu byly počítače uzpůsobené pro nevidomé, musel nevidomý pracovat s více pomůckami a práce s textovou informací byla nesmírně pracná a zdaleka ne efektivní, jak to dnes umožňuje počítač.

II. Poradenství a individuální posouzení vhodnosti kompenzačních pomůcek s důrazem na pomůcky založené na bázi PC.

Odborné poradenství v oblasti kompenzačních pomůcek je významná služba pro nevidomé a slabozraké uživatele. Její význam spočívá v možnosti:

- seznámení s nabídkou kompenzačních pomůcek,
- odzkoušení jednotlivých typů kompenzačních pomůcek,
- individuálního posouzení vhodnosti kompenzačních pomůcek.

Odborník na kompenzační pomůcky by měl:

- již podle diagnózy, závažnosti a stupně zrakového postižení stanovit okruh kompenzačních pomůcek,
- ukázat funkci pomůcek, které přicházejí v případě konkrétního klienta v úvahu k alespoň částečné kompenzaci,
- upozornit na nedostatky, omezení a přednosti kompenzačních pomůcek,
- informovat o způsobech a podmínkách získání finančních prostředků na zakoupení kompenzačních pomůcek.

Význam kvalitního odborného poradenství a individuálního posouzení vhodnosti kompenzačních pomůcek stoupá s finančními i technickými nároky na pomůcku. Tento význam prudce stoupl v době zpřístupnění práce nevidomých a těžce slabozrakých uživatelů s osobními počítači.

Do procesu posuzování vhodnosti pomůcky vstupuje v případě osobních počítačů se speciálním vybavením snadno zneužitelná a velmi nákladná pomůcka, u které individuální posouzení hraje nesmírně citlivou záležitost. Kromě výše uvedených zásad je nutné v daleko větší míře zkoumat:

- zdravotní stav a míru a stupeň postižení, a to nejen zrakový, ale i motorický, mentální a jiný zdravotní (např. diabetes nebo sluchové postižení).
- používání jiných pomůcek a kombinací pomůcek
- dosavadní způsob získávání a zpracování informací
- význam kvalitativní změny při novém získávání a zpracování informací (profesní zájem, potřeba pomůcky)

Samotné těžké zrakové postižení a možnost alespoň částečné kompenzace postižení pro osobní a občasné použití pro tyto pomůcky na bázi PC již nestačí.

Důležitým hlediskem je a musí být

- nutné (nikoliv dostačující) předpoklady zvládnutí obsluhy pomůcky (používání klávesnice jako jediného vstupního nástroje obsluhy, perfektní znalost bodového písma pro použití hmatového displeje, dobré sluchová analýza umělého syntetického projevu),
- schopnost naučit se obsluhu a následného samostatného používání pomůcky.

Příklad: Hlasový nebo hmatový výstup?

Srovnání hmatového a hlasového výstupu pro potřeby nevidomých uživatelů

Hledisko porovnání	Hmatový displej	Hlasový výstup
Cena	4 (160 až 230 tisíc)	1 (10 až 50 tisíc)
Smysl	Hmat	Sluch
Orientace v textu	1	2 – 3
Editace textu	1	2 – 3
Čtení textu	1 – čtu, neposlouchám	1 – poslech
Práce s gramatikou a speciálními znaky	1	3 – 4
Použití ve škole	1	3 – 4
Použití doma	1	2 – 3
Použití později osleplými	3 – 4	1
Použití nevidomými od narození	1 – přirozené	2
Kombinované postižení zraku a sluchu	1	4 – 5

Hodnocení:

1 – výborné, **2** – chvalitebné, **3** – dobré, **4** – těžko dostačující, **5** – nedostatečné

III. Školení v obsluze osobního počítače se speciální úpravou pro těžce zrakově postižení je nutný vzdělávací proces

Tento nutný vzdělávací proces je potřebný ke zvládnutí základů práce s osobním počítačem ať už jako s kompenzační pomůckou

- pro osobní použití,
- pro vzdělávání a studium,
- nebo pracovní uplatnění.

Tento vzdělávací proces musí být specializovaný nebo poskytován speciálně zaškoleným pracovníkem, neboť:

- se aplikují speciální časově náročné postupy
- individuální přístup je ideálním vzhledem k časovým nárokům na zpracování výstupu

Existence sítě nestátních specializovaných školicích pracovišť:

- je jedinou možností zaškolení nevidomých a slabozrakých s touto technikou přizpůsobené jejich potřebám,

- osvobozuje firmy, dodávající pomůcky na bázi PC, od nutnosti organizovat vlastní nákladné zaškolení, které by nikdy svým rozsahem nemohlo nahrazovat školení specializovaných pracovišť,
- ve spolupráci s firmami umožňuje kvalitní testování pomůcek a průzkum nových možností a námětů na zdokonalování zpřístupňujících mechanismů (software, hardware) a tím i vývoj a zdokonalování těchto pomůcek.

Základní požadavky na zpřístupnění práce pro nevidomé a jinak těžce zrakově postižené s PC, obsah základního kurzu:

- práce se systémem a s některými standardními programy dodávanými se systémem, zejména správa datových souborů, orientace a pohyb v systému, nastavení základních parametrů, práce s okny.
- práce s textovým editorem, především orientace po textu, úprava textu bez kontroly zrakem
- práce s programovým vybavením pro převod běžně tištěných textových informací do zvětšeného obrazu pro slabozraké nebo do digitální podoby, čtené hlasovým výstupem pro nevidomé

IV. Přípravenost školství k integraci ZP dětí, k používání PC ve výuce

Možnost integrace zrakově postižených dětí a používání moderních kompenzačních pomůcek při výuce, zejména osobních počítačů se speciální úpravou pro zrakově postižené jsou spojitě nádoby.

Integrace zrakově postižených dětí do vzdělávacího procesu na běžných školách byla umožněna právě mohutným rozvojem těchto kompenzačních pomůcek. Integrační aktivity však předběhly připravenost školství a tak první integrované zrakově postižené děti rozhodně neměly na různých ustláno. Většina pedagogického sboru na běžných školách výpočetní techniku ve škole vůbec nepoužívala, a pokud se ve školách osobní počítač vyskytoval, rozuměl mu jen jediný učitel – „hobista“. O speciálním softwaru nebo hardwaru pro zrakově postižené nemá na běžných školách tušení drtivá většina pedagogů.

Jen o něco málo lepší jsou na tom školy speciální. Dodnes se však můžeme setkat s tím, že v sedmé třídě základní speciální školy neumí nevidomý žák základní dovednost a to psaní na psacím stroji (klávesnici). Pokud ve škole existuje učebna s počítači, docházejí sem žáci maximálně v rámci nepovinného předmětu či kroužku. Pokud na škole existuje povinný předmět Výpočetní technika nebo Informatika, náplň hodin je spíše teorie než praxe. O úrovni vybavenosti počítačů a využití v jiných hodinách vůbec nemá smysl se zmiňovat. Žáci a studenti („hobisté“) v praktickém používání osobního počítače mohou „učit“ učitele.

Pokud se na speciální střední škole pro zrakově postiženou mládež setkávám v maturitních otázkách pro Informatiku s tematikou zpracování graficky a obrázků, kterou má řešit nevidomý student, tiše si zoufám.

Naše školství není řádně připraveno přijímat žáky a studenty s těžkým zrakovým postižením. Většina těchto žáků a studentů končí v oněch nestátních specializovaných školících pracovištích. Čest výjimkám potvrzující toto pravidlo.

V. PC nejen ke vzdělávání, k výkonu povolání, ale i pro poučení, informovanost a sebevzdělávání

Význam osobního počítače se speciálním programovým a technickým vybavením pro zrakově postižené spočívá

- v samostatnosti při získávání a zpracování informací
- ve víceúčelovosti použití (čtení, psaní, aktualizace, vyhledávání)
- v mnohostranném použití:
 - pomáhá právě osleplým v účelném naplnění volného času po ztrátě či při přerušení zaměstnání
 - pomáhá v následné rekvalifikaci, případně studiu
 - pomáhá při výkonu zaměstnání

Počítač se speciální úpravou - KVALITATIVNĚ JINÁ POMŮCKA - umožňuje

- editaci textu – nejen pořizování textu jako u běžného kancelářského stroje, ale i jeho prohlížení, možnost kontroly (pohyb po textu), vyhledávání a záměn a obměny (rušení částí textu, vpisování textu), od konceptu až po finální podobu
- čtení běžně tištěných knih – samostatně bez cizí pomoci
- využití Internetu
 - informace na dosah (noviny, celorepublikový telefonní seznam, jízdní řády, informace, ...)
 - komunikace v digitální podobě (elektronická pošta, výměna dat v digitální podobě)
 - knihovna digitalizovaných textů (pro nevidomé)

Získávání učebních textů pro nevidomé žáky a studenty

Dříve: • načtení na magnetofonové pásky • vytištění slepeckým bodovým písmem čekací doba – měsíce až celá léta	Dnes: • digitalizace a korektura tištěných textů • <u>získávání digitální podoby textů přímo od vydavatelů a nakladatelů</u> čekací doba – několik týdnů
--	--

Míra pracnosti při zpracování a získávání textových informací

Pomocí několika starších pomůcek	pomocí informační a komunikační technologie
Pichtův slepecký psací stroj, běžný kancelářský psací stroj, magnetofon, diktafon.	PC se speciální hardwarovou a softwarovou úpravou s tiskárnou a modemem
90 – 100 %	50 – 65 %

Porovnání pomůcek z hlediska použití náhradního smyslu,
prostředku a možností

Náhradní smysl	Prostředek	pomůcka	umožňuje:	služba sociální intervence	nevýhody daného způsobu
Sluch	Audiokazeta	magnetofon diktafon	poslech záznam hlas. informace	<i>poradenství</i>	obtížné hledání, nemožnost editace
Hmat	slepecké písmo	slepecký psací stroj	čtení hmatem, psaní a tisk slepeckým písmem	výuka čtení a psaní	objemnost tisků, vidící nepřečte
	běžně tištěný text	OPTACON (již se nevyrábí)	čtení (velmi náročné)	nácvik práce	nesmírně obtížný nácvik, umí jen několik jedinců
Zbytek zraku	běžně tištěný text	lupa (optická, kamerová)	čtení zbytkem zraku	zácvik obsluhy	jen čtení jen pro slabozraké
-	běžně tištěný text	kancelářský psací stroj	zápis a tisk bez jakékoliv kontroly	nácvik práce	nemožnost zpětné kontroly a oprav
Sluch, hmat i zbytek zraku	digitální podoba informace	spec. vybavený osobní počítač	čtení, zápis, EDITACE , tisk běžný i slepeckým písmem	<i>odborné poradenství</i> výuka obsluhy	individuální nácvik, náročný a dlouhý*)

*) samotnému nácviku obsluhy PC pro nevidomé a slabozraké předchází nácvik psaní na klávesnici
(je potřeba u téměř 50 % klientů, u hmatových displejů je nutný nácvik hmatového vnímání nebo sluchové analýzy syntetické řeči).

Kompenzační pomůcky pro nevidomé a těžce zrakově postižené

1. Definice kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůckou pro těžce zrakově postižené rozumíme nástroj, přístroj nebo zařízení, speciálně vyrobené nebo speciálně upravené tak, aby svými vlastnostmi a možnostmi použití kompenzovalo nějakou nedostatečnost způsobenou těžkým zrakovým postižením.

2. Dělení kompenzačních pomůcek pro těžce zrakově postižené

Drtivá většina kompenzačních pomůcek pro těžce zrakově postižené (dále jen TZP) slouží ke zmírnění informační bariéry. Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené jsou koncipovány tak, aby podávaly informaci buď za pomoci zvětšení obrazu (lupy) nebo alternativním způsobem pomocí dvou dalších smyslů - hmatu a sluchu.

Jsou tedy pomůcky:

- **optické**
- **hmatové**
- **akustické (zvukové)**
- **hlasové**

Dále dělíme pomůcky na:

- **mechanické**
- **elektronické**

Jiné hledisko může být funkční:

- **jednoduché** (jednoúčelové) pomůcky jsou určeny nejširšímu použití s jedinou funkcí, s jednoúčelovým použitím a obvykle i s jednoduchou, nenáročnou obsluhou,
- **náročné** (víceúčelové) pomůcky poskytují uživateli dostatečné množství funkcí a široké použití.

Podle způsobu možného získání pomůcky:

- **hrazené zdravotní pojišťovnou** (bílé hole, některé optické pomůcky)
- **příspěvkové – ze sociálních fondů** (finančně náročné)
- **bezpříspěvkové**

Podle účelu použití:

- **pomůcky usnadňující nebo umožňující orientaci a pohyb nevidomého** (bílá hůl, vodící linie a signální pásy – využívající hmat, vysílačka pro aktivaci akustických majáčků a hlásičů – využívající zvukové nebo hlasové výstupy)

- **pomůcky pro každodenní použití a do domácnosti**
(hodinky, budíky, měřicí přístroje – hladinka, mluvicí váhy, teploměry, tlakoměry, drobné mechanické pomůcky – držák na krájení cibule, oddělovač žloutku od bílku, šablonka na bankovky, mincovník, atd.)
- **pomůcky na zpřístupnění a zpracování informací**
(magnetofony, diktafony, speciální i klasické psací stroje, kamerové lupy, speciálně upravené osobní počítače, speciálně konstruované elektronické pomůcky)

3. Náročné elektronické kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

Náročné elektronické kompenzační pomůcky pro zrakově postižené (dále jen NEP) jsou víceúčelové pomůcky založené na bázi výpočetní techniky, které nabízejí širokou škálu možností, kombinací a využití. Takovou pomůcku považujeme za náročnou nejen z hlediska její ceny, ale především z hlediska nároků na její obsluhu. Potřeba zvládnout obsluhu takové pomůcky je časově náročná, neboť vyžaduje zvládnutí teoretických základů z oblasti informatiky a výpočetní techniky. Bez pochopení těchto základů pomůcka víceúčelově použitelná obvykle slouží pouze k jednostrannému využívání a k degradaci pomůcky. Pochopení těchto základů zvládá každý průměrně inteligentní jedinec.

Zrakově postižený uživatel využívá osobní počítač se speciální úpravou standardním i specifickým způsobem. Běžnému vidícímu uživateli osobní počítač usnadňuje a ulehčuje práci s informacemi, zatímco nevidomý nebo jinak těžce zrakově postižený uživatel by bez této techniky některé činnosti sám nemohl provádět nebo by je prováděl značně ztíženým způsobem. Například editace textu, tj. vpisování do textu a jeho další úprava (mazání a přepisování) byla nevidomému nepřístupná do té doby, než mohl používat osobní počítač se speciální úpravou.

3. 1. Členění náročných kompenzačních pomůcek

Náročné elektronické kompenzační pomůcky (NEP) dělíme na dvě základní skupiny:

- **základní**
- **přídavné**

3. 1. 1. **Základní náročné kompenzační pomůcky**

Základní náročné kompenzační pomůcky jsou samostatné NEP, které si TZP uživatelé pořizují obvykle jako první, jejich základem je celý osobní počítač (stolní nebo přenosná verze) - vlastní základní jednotka, monitor (pro slabozraké a uživatele se zbytky zraku obvykle větší), klávesnice a další standardní součásti (myš) a specifická výbava pro TZP (skener, zvuková karta, aktivní reproduktory či sluchátka, hmatový display). Pomůcka je dále vybavena standardním a především specifickým softwarem.

Jedná se o tyto položky přílohy č. 4 bod III Vyhlášky č. 182/91 Sb ve znění pozdějších úprav č. 206/95:

- ***digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem*** (položka č. 5)

Hardware: osobní počítač, skener, zvuková karta a reproduktory, resp. sluchátka

Software: program hlasového výstupu (program hlasové syntézy + screenreader), program rozpoznávání naskenovaného tištěného textu, vhodný textový procesor zpřístupněný hlasovým výstupem, program pro správu a organizaci dat a jiné vhodné standardní aplikace včetně operačního systému, vše zpřístupněné hlasovým výstupem.

- ***digitální zvětšovací lupa pro slabozraké*** (položka č. 7)

Hardware: osobní počítač, skener, větší monitor (nejméně 17“)

Software: program pro zvětšení obrazu, program pro zvětšení naskenované předlohy, vhodný textový procesor zpřístupněný zvětšovacím programem, program pro správu a organizaci dat a jiné vhodné standardní aplikace včetně operačního systému zpřístupněné zvětšovacím programem.

- ***digitální zvětšovací lupa pro uživatele se zbytky zraku a prakticky nevidomé s podporou hlasového výstupu*** (položka č. 7)

Hardware: osobní počítač, skener, větší monitor (nejméně 17“), zvuková karta a reproduktory, případně sluchátka

Software: program pro zvětšení obrazu, program hlasového výstupu, program pro zvětšení naskenované předlohy nebo program rozpoznávání naskenovaného tištěného textu, vhodný textový procesor zpřístupněný hlasovým výstupem a zvětšovacím programem, program pro správu a organizaci dat a jiné vhodné standardní aplikace včetně operačního systému zpřístupněné hlasovým výstupem a zvětšovacím programem.

Dnes běžnou součástí výše uvedených sestav bývají i další komponenty:
CD-ROM mechanika, ZIP mechanika.

- **elektronický zápisník s hlas. nebo hmat. výstupem pro nevidomé** (pol. č. 13)

typ A: speciální zařízení konstruované pro potřeby nevidomých uživatelů, obvykle velmi uživatelsky přívětivá a vhodná pro široké spektrum uživatelů, např. Aria, Gin.

typ B: notebook jako zápisník pro pokročilé studenty (vysokoškoláky nebo studenty začleněné do integrované výuky na běžných typech středních škol), nebo duševně pracující (právníky, překladatele, manažery) s hlasovým výstupem nebo zvětšovací softwarem, případně i ve spojení s hmatovým displejem, pokud jeho profese vylučuje použití hlasového výstupu. Hlavní předností tohoto zařízení je přenosnost a přitom profesionální výbava.

3. 1. 2 Přídavné náročné kompenzační pomůcky

Přídavné náročné kompenzační pomůcky mají také základ ve výpočetní technice, ale jedná se o softwarové nebo hardwarové komponenty nebo přípojné zařízení, které se kompletují se základní NEP a bez ní nemohou fungovat. Komponent znamená, že je zabudován a nainstalován v PC, přípojné zařízení znamená, že se prostřednictvím kabelů připojí k PC a z CD nebo disket je nainstalován ovladač zařízení.

Nejsou však žádným nadstandardem, ale významným způsobem rozšiřují možnosti základní NEP a některé vyžadují také zaškolení s obsluhou. Jedná se o tyto položky přílohy č. 4 bod III Vyhlášky 206/1995 Sb.:

- **čtecí přístroj pro nevidomé s hmatovým výstupem** (položka č. 4) – přípojné zařízení

na našem trhu jsou dvě pomůcky tohoto typu:

První typ pomůcky nemá základ ve výpočetní technice a je ryze optickou pomůckou. Jedná se o tzv. Optacon jehož princip spočívá v převodu grafické podoby běžného tištěného textu do reliéfní hmatové podoby. Jeho výhodou je možnost přečíst si téměř jakýkoliv černotisk, nevýhodou je nesmírná náročnost tohoto způsobu čtení. Tyto pomůcky se k nám již nedováží.

Druhý typ pomůcky je hmatový displej neboli tzv. braillovský řádek. Jedná se o speciální zařízení - jednořádkový hmatový zobrazovač, který se připojuje k základní NEP, a nevidomému uživateli zobrazuje jeden řádek nebo jeho část na obrazovce v Braillově písmu. K tomuto zařízení je dodáváno i speciální programové vybavení - ovladač v prostředí MS DOS. Ovladač pro grafické prostředí (Windows) je nutné zakoupit samostatně. Základem obsluhy této pomůcky je aktivní znalost slepeckého bodového písma. Výuka obsluhy této pomůcky

probíhá současně s výukou daného prostředí, které je tímto zařízením zpřístupněno, nebo až poté, kdy účastník kurzu umí dané prostředí ovládat pomocí jiného alternativního výstupu pro nevidomé (hlasový výstup). Vyžaduje zaškolení.

- ***adaptér hlasového syntetizátoru*** (položka č. 8) – komponent

Hardware: zvuková karta a reproduktory, případně sluchátka

Software: program hlasového výstupu (program hlasové syntézy + screenreader). Jedná se o přídatné zařízení k základním NEP. Komponenty adaptéru se volí podle dosavadní vybavenosti základní NEP. U digitálních čtecích přístrojů pro nevidomé (položka č. 5), se jedná o nové typy adaptérů, digitální zvětšovací lupy se vybavují touto přídatnou NEP při zhoršení zrakového stavu klienta. Vyžaduje zaškolení.

- ***programové vybavení pro digitální zpracování obrazu*** (položka č. 9) – komponent

Jedná se o programové vybavení. Umožní TZP uživatelům zpracovávat informace kvalitnějším nebo novým způsobem, který přináší nové možnosti pomůcky. Může se jednat o nové verze dosavadního programového vybavení, a nebo o nové programové vybavení, které uživatel nezbytně potřebuje a tato potřeba se projevila v době, kdy již vlastnil základní NEP. Vyžaduje zaškolení.

- ***tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé*** (položka č. 10) – přípojně zařízení

Jedná se o speciální tiskárny, které tisknou texty nebo obrázky ve speciální hmatové podobě. Nejznámějším zařízením této kategorie jsou braillovské tiskárny, které tisknou text ve slepeckém bodovém písmu.

- ***jednobarevná tiskárna*** (položka č. 11) – přípojně zařízení

Jedná se o standardní tiskárnu, která umožňuje běžný tisk. Pro těžce zrakově postižené však významně doplňuje sestavu pomůcky tak, že umožňuje zrakově postiženému uživateli samostatně pořizovat dokumenty pro korespondenci, do zaměstnání, a nebo pro studium.

- ***zařízení pro přenos digitálních dat*** (položka č. 12) – komponent nebo přípojně zařízení

Je významným přídatným zařízením usnadňující uchování, zálohování a přenos digitálních dat. Vzhledem k velmi různorodé škále jsou definovány 3 typy této pomůcky:

typ A: faxmodem – komponent i přípojně zařízení

typ B: teletext – komponent

typ C: CD-ROM, HD, FD, Zip atd. – komponent

Srovnání základních PC pomůcek

Hledisko porovnání	Čtecí zařízení	Digitální lupa	Digitální lupa s hlas. podporou	Elektro-nický zápisník **
Rozpětí cen (uváděno v tisících Kč)	90 – 120	100 – 130	110 - 140	90 – 140
Monitor (v palcích)	15“ – 17“	17“ – 21“	17“ – 21“	-
Zvuková karta + CD	Ano	Ano	Ano	Ano
Hlasový výstup	Ano	Ne	Ano	Ano
Zvětšovací program pro Windows	Ne	Ano	*	Ne
Zvětšovací program pro skener	Ne	Ano	*	Ne
Rozpoznávací program pro skener	Ano	Ne	*	Ne
Textový editor (Word)	Ano	Ano	Ano	Ano ***

* Stanoví se dle potřeby.

** notebook nebo speciální zařízení

*** u speciálních zařízení není Word

Ing. Jaroslav Bárta, Ing. Pavel Roček

APEX spol. s r. o., Praha

Povelová souprava pro informování nevidomých v hromadné dopravě

Povelová souprava pro nevidomé představuje účinný aktivní prostředek k zvýšení nezávislosti nevidomých během jejich pohybu v městské zástavbě. Slouží k lepší orientaci a k informování nevidomých na stanicích městských a železničních dopravních prostředků, v metru, na křižovatkách, na úradech, v supermarketech a na letišti v Ruzyni. Souprava se skládá z kapesního vysílače VPN 01 nebo VPN 03, který je integrován ve slepecké holi a z přijímače s digitálním hlásičem.

Telematika pro nevidomé, zrakově a tělesně postižené.

Nasazení řídicích, odbavovacích a informačních systémů ve veřejné hromadné dopravě v posledních 10 letech umožnilo aktivně začlenit do procesu informování a rozhodování též zrakově a tělesně postižené spoluobčany a poskytnout jim možnost větší mobility a nezávislosti.

Ve vyspělých zemích je v provozu mnoho komunikačních systémů, které akusticky informují nevidomé ve velmi omezeném lokálním prostředí, např. v obchodním domě, na křižovatce, na zastávce městské hromadné dopravy a pod. Tyto systémy jsou koncipovány jednoúčelově a nejsou většinou slučitelné. Dosud nedošlo ke standardizaci a harmonizaci základních systémových principů, jejich rozhraní a datových formátů. Příkladem nejrozšířenějšího systému informování nevidomých v Evropě je např. Easy Walker, který dodává holandská firma FAME electronics v. o. f. Nevidomý je vybaven kapesním přijímačem se sluchátky. Pohybuje-li se v prostoru pokrytí vyzářeným signálem, což není příliš často, slyší ve sluchátku akustické informace pro orientování se v nejbližším okolí.

Vlivem nejednotnosti jednotlivých svazů nevidomých a tělesně postižených, a to nejen na mezinárodní úrovni, ale i na úrovni národní, nedošlo zatím k jasnému stanovení funkčních a technických požadavků na akustické informační systémy pro nevidomé a tělesně postižené. Ze stejného důvodu nemohlo dojít ani k postupnému procesu harmonizace a slučitelnosti.

Vyjímkou je Sjedená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, která definovala funkční požadavky na telematiku (telekomunikaci

a informatiku) systému pro akustické informování nevidomých v hromadné dopravě a městské zástavbě. Podařilo se jí prosadit jednotný systém s parametry závazně platnými pro výrobce, dodavatele i uživatele na území celé České republiky. Ve spolupráci se Sjednocenou organizací nevidomých a slabozrakých České republiky (SONS) a podle jejich požadavků vyvinula a v současné době vyrábí společnost APEX s r. o. systém pro akustické informování nevidomých v hromadné dopravě a městské zástavbě pod názvem Povelová souprava pro nevidomé. Povelová souprava pro nevidomé je v provozu v Praze, Ústí nad Labem, Českých Budějovicích, Olomouci a v Plzni. V roce 2002 je plánováno její postupné rozšíření i v Hradci Králové, Mostu, Chomutově a okolí.

Systémy pro informování nevidomých a tělesně postižených rozdělujeme na dva základní typy:

Pasivní systémy.

Signál s akustickou informací je vysílán jednosměrně pouze od zdroje informací k nevidomému. Nevidomý informace pouze přijímá a nemůže jejich strukturu ovlivnit. Výhodou tohoto systému při použití sluchátek je jeho anonymita a nerušení okolí. Příkladem je systém Easy Walker. Tento systém není vhodný pro nasazení v městské hromadné dopravě.

Aktivní systémy.

Nevidomý je vybaven miniaturním vysílačem rádiového signálu, jehož snadnou aktivací sám vstoupí do procesu informování a rozhodování. Vyžádá si např. na zastávce městské hromadné dopravy venkovní akustické hlášení čísla a směru linky příjíždějícího dopravního vozidla. Rozhodne-li se nevidomý nastoupit do očekávaného vozidla městské hromadné dopravy, potvrdí nástup aktivací jiným tlačítkem svého povelového vysílače. Řidič dopravního prostředku uslyší z vnitřního reproduktoru akustickou zprávu o nástupu nevidomého. Systém je založen na obousměrné komunikaci rádiového dotazu a akustické odpovědi. Tento systém je vhodný pro nasazení v hromadné dopravě i pro městské informační a orientační systémy.

Povelová souprava PPN, VPN pro informování nevidomých a zrakově postižených.

Slouží k snadnému akustickému informování nevidomých na zastávkách o provozu městské hromadné dopravy, k orientaci v metru, na křižovatkách, v podchodech, v obchodních domech, na nádražích a na letišti v Praze Ruzyni. Snahou Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých je, aby všechny vizuální informace na tablech a informačních sloupech městských informačních systémů byly v akustické podobě k dispozici též pro potřebu nevidomých. Povelová souprava PPN, VPN je pro tyto požadavky otevřená a neustále rozvíjena.

Povelová souprava pro nevidomé se skládá ze dvou verzí vysílače povelů VPN 01 a VPN 03 a tří verzí přijímačů povelů PPN 01, PPN 02, a PPN 24A.

VPN 01 - vysílač pro nevidomé a pohybově postižené se šesti tlačítky

VPN 03 - vysílač ve slepecké holi s třemi tlačítky

PPN 01 - přijímač povelů pro napájení stejnosměrným napětím 4, 7 až 9V
a s výstupy typu otevřený kolektor a relé pro ovládání orientačních
majáků

PPN 02 - přijímač povelů pro napájení stejnosměrným napětím 18 až 33V
a s výstupy typu otevřený kolektor a relé pro ovládání zařízení v dopravě
a pod.

PPN 24A - přijímač povelů pro napájení stejnosměrným napětím 18 až 33V
a s výstupem na sběrnici IPIS (integrovaný palubní informační systém)
do dopravních prostředků

Vysílač VPN 01

Vysílačem VPN 01 je možno vyslat šest povelů. Trvalým stiskem tlačítek TL2 až TL6 lze po dobu držení vyvolat opakované vysílání příslušného povelu s periodou asi 2 vteřiny (autorepeat). Mezi tlačítky TL1 a TL2 je umístěna slepecká značka pro jednoduchou orientaci na klávesnici. Jednotlivá tlačítka plní tyto funkce:

TL2 - vyvolání doplňkové informace akustického majáčku

TL3 - vyvolání hlasové informace o číslu linky a směru jízdy dopravního
prostředku

TL4 - potvrzení nástupu nevidomého (tělesně postiženého) do dopravního
prostředku a případné otevření dveří, nebo vysunutí plošiny u nových typů
dopravních prostředků, pro tělesně postižené

TL5 - aktivace akustického návěstí na křižovatkách

TL6 - rezerva

Vysílaný kmitočet..... 86. 790	MHz Dosah..... min. 30 m
Výkon vysílače..... 10 mW	Teplotní rozsah.. -20 °C až +60 °C
Modulace..... FSK	Rozměry... 46x21x85 mm (se sponou)
Kmitočtový zdvih..... ±3 kHz	Váha..... cca 60 g
Napájecí napětí 3 V (2 x 1. 5V LADY)	Ovládání..... šestitlačítkové

Povelový vysílač VPN 03

Tímto vysílačem je možno vyslat žádané povelu pomocí tří tlačítek. Vysílač je umístěn v horní části slepecké hole. Tlačítko TL1 je nejbližší rukojeti hole.

Funce jednotlivých tlačítek je následující:

TL1 - **krátký stisk** - vyslání povelu pro jednorázovou aktivaci akustického orientačního majáčku

dlouhý stisk (déle než vteřinu) - vyvolání režimu opakované periodické aktivace akustického majáčku po dobu jedné minuty s intervalem 3 vteřiny (režim opakování lze kdykoli ukončit stiskem libovolného ze zbývajících tlačítek TL2, TL3).

TL2 - krátký stisk - potvrzení nástupu nevidomého do vozidla a případné otevření dveří

TL3 - krátký stisk - vyslání povelu pro dotaz na číslo linky a směr jízdy dopravního prostředku a povelu pro vyvolání doplňkové informace z akustického majáčku.

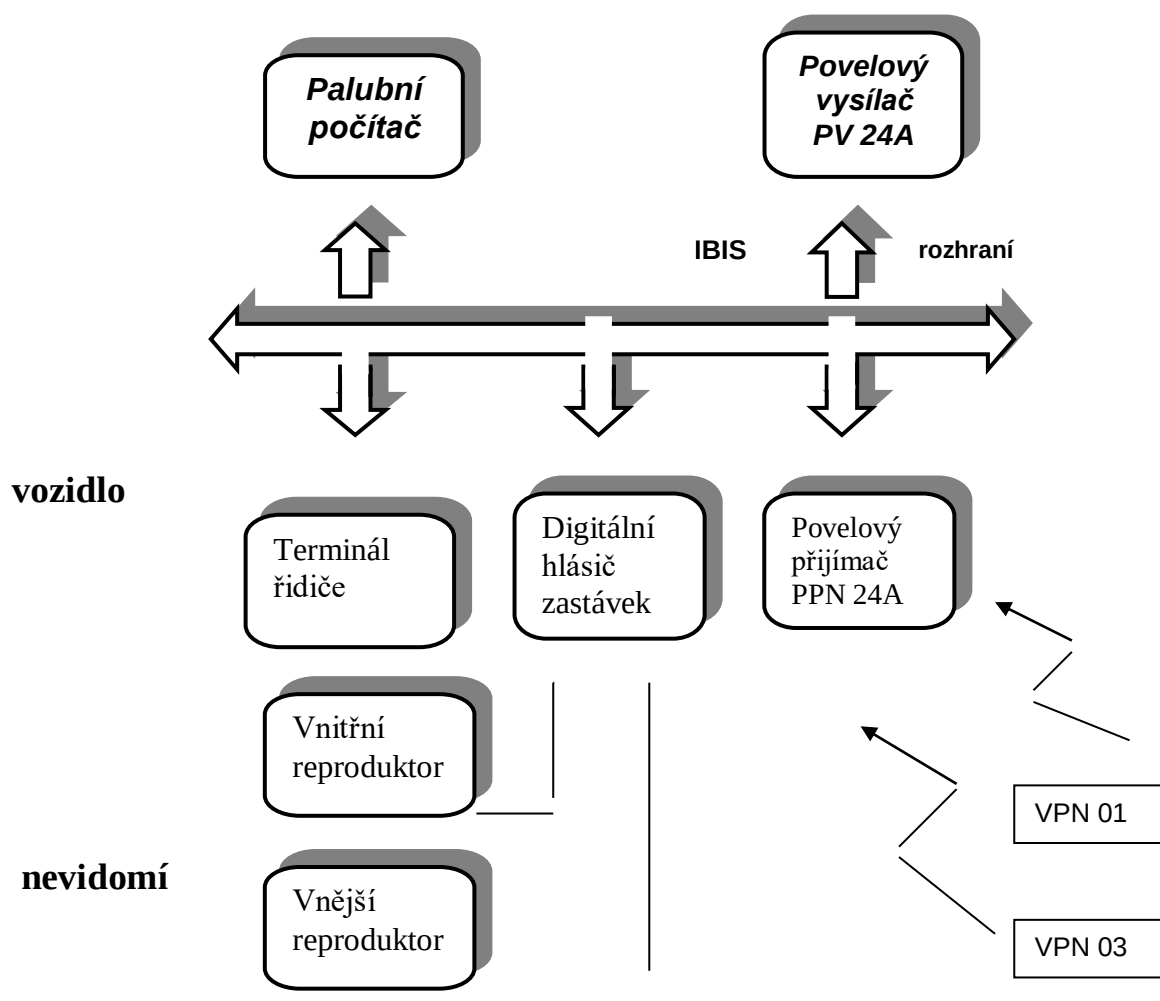
Přijímač povelů PPN 24A

Přijímač PPN 24A je určen k zabudování do dopravních prostředků (případně jiných zařízení) s možností napájení 24V (18 až 30V), které jsou vybaveny systémem se sběrníci IPIS.

Přijímač je vybaven sběrníci IPIS, po které komunikuje s řídicím systémem, a předává mu informace o přijatých povelích a informace o datu a přesném centrálním času. Pomocí přijímače je také případně možno zablokovat označovače revizorem DP při kontrole jízdenek a pod.

Přijímaný kmitočet.....	86. 790 MHz
Vstupní impedance.....	50 Ohm
Anténa.....	drátová, nebo spirálová
Citlivost.....	0. 3 μ V (BER= 10^{-3})
Napájecí napětí.....	18-33V
Proudový odběr.....	typ. 7 mA
Rozsah pracovních teplot.....	-20 °C až +60 °C
Rozsah skladovacích teplot.....	-40 °C až +70 °C
Rozměry.....	34 x 82 x 140 mm
Váha.....	cca 170 g
Mechanické upevnění.....	WAGO příchytkami na WAGO lištu
Vstup.....	vř TNC konektor
Napájení, sběrnice IPIS, relé.....	CANNON 9

Vybavení vozidla městské hromadné dopravy povelovou soupravou pro nevidomé



Postup při komunikaci nevidomého v městské hromadné dopravě, systém dotaz/odpověď.

- * nevidomý aktivuje tlačítko povelového vysílače při příjezdu dopravního prostředku (autobus, tramvaj, trolejbus) na zastávku.
- * z vnějšího reproduktoru dopravního vozidla je hlasově oznámeno číslo linky a směr jízdy, tj. konečná stanice.
- * nevidomý se rozhoduje, zda nastoupí nebo nenastoupí.
- * rozhodne-li se nevidomý nastoupit, aktivuje další tlačítko na povelovém vysílači.
- * na vnitřním reproduktoru řidiče je oznámeno, nástup nevidomého.

Postup při komunikaci nevidomého v městské zástavbě.

- * nevidomý aktivuje tlačítko povelového vysílače na přechodu křižovatky, v podchodu, v metru, v obchodním domu, na letišti v Ruzyni.
- * z instalovaných majáků se ozve zvukový přerušovaný tón, který určí orientaci nevidomému, v metru akustická informace o provozu eskalátorů (pravý jede nahoru, levý jede dolů, střední je mimo provoz a o odjezdu navazujících dopravních prostředků (autobusů na zastávce Černý most).
- * nevidomý aktivuje tlačítko povelového vysílače u městských informačních sloupů.
- * ozve se hlasová informace magistrátu, o dosažitelnosti např. nemocnic, úřadů a o dopravní situaci.

Přínos provozovaných systémů

- * zvýšení mobility, nezávislosti a samostatnosti nevidomých.
- * zvýšení bezpečnosti a plynulosti hromadné dopravy.

Důvod dosud omezeného nasazení

- * zvýšení investičních prostředků pro vybavení vozidel.

Systém je v provozu více jak 5 let

Vybaveno je asi 3000 vozidel v Praze, Českých Budějovicích, Ústí nad Labem, Olomouci a Plzni.

Vybaveno je asi 1500 majáků po celé České republice, mezinárodní letiště v Ruzyni (hlasová informace o vstupech do celních prostorů a o odletech letadel).

Ekonomické důsledky

Neochota soukromých dopravců investovat do vozidlové výbavy vedla výrobce k rozšíření provozních schopností systému zavedením obousměrné rádiové komunikace pro přenos:

- reálného času do vozidla při výjezdu a vjezdu do garáže (korekce času podle DCF)
- evidenčního čísla vozidla při výjezdu a vjezdu do garáže, automatická lokalizace vozidla, depo – trasa.
- ovlivňování světelných signálů na křižovatkách s cílem upřednostnit městskou hromadnou dopravu. Systémové navázání na radiče firem Signal Bau Huber, Siemens nebo ELTODO.

Snaha o standardizaci a harmonizaci v Evropě.

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky se snaží systém pro informování nevidomých propagovat v Evropě s cílem přispět ke standardizaci a slučitelnosti existujících systémů. Jedná se především o stanovení národního kmitočtu v dohodnutém kmitočtovém pásmu

a standardizaci rádiového rozhraní a jeho formátu dat podle Schengelských dohod o volném přístupu výrobců na trh.

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých společně s firmami APEX spol. s r. o. a Svárovský budou Povelovou soupravu VPN a PPN a další pomůcky pro nevidomé a zrakově postižené vystavovat na mezinárodním veletrhu REHACARE 2001 v Düsseldorfu od 2. do 5. října. Snaha výrobce a dodavatele o technické zlepšování a rozšiřování systému vyzní naprázdno, pokud nevidomí sami nebudou aktivně spolupracovat a tento nebo obdobný systém důrazně požadovat.

Mgr. Viktor Dudr
SONS ČR, Praha

Problémy v oblasti úprav prostředí pro samostatný a bezpečný pohyb slabozrakých a nevidomých lidí

Příspěvek poukazuje na některé problémy spojené s úpravami prostředí pro nevidomé a slabozraké osoby. Vyzývá ke spolupráci při jejich řešení.

Předpokladem samostatnosti při pohybu nevidomých a slabozrakých je důkladný a kvalifikovaný trénink v mobilitě v rámci sociální rehabilitace. O tom se na této konferenci dostatečně hovoří. Ukázalo se, že jsou možné technické úpravy prostředí pro usnadnění orientace. Od roku 1990 se v naší republice vytvořil systém těchto úprav, který se ukázal jako dostatečně účinný. Využívá, jak hmatných úprav pochozích ploch, tak i informačních popisků v Braillově písmu. Zvlášť efektivní se ukázal systém akustické navigace a informace na přechodech pro chodce, pomocí dálkově ovládaných akustických orientačních majáků a povelových souprav do vozidel MHD. V přiměřené míře se podařilo prosadit povinnost realizace těchto opatření na nových stavbách a přestavbách v legislativě v resortu stavebnictví a dopravy. Vzhledem k laci a flexibilitě se často daří uplatnit tato opatření i jako dodatečná nad rámec předpisu. Rozšíření zmíněných opatření je již značné, přesto však existují problémy, které by bylo třeba řešit na teoretické a experimentální úrovni.

Úvodem je nutno poznamenat, že systém úprav prostředí musí být jednoduchý, přitom však musí přinášet dostatek potřebných informací, s minimem informací redundantních. Zdá se, že to se podařilo u úprav hmatných pro slepeckou hůl a nášlap. Dovolte nejprve výčet: umělá vodící linie, signální pás, varovný pás, vodící pás přechodu, hmatný pás v obytné zóně a na cyklistické stezce. Signální a varovné pásy, s výjimkou mozaikových dlažeb, jsou snadno zjistitelné, jejich účel je zřejmý i ne zcela informovanému, ale zkušenému samostatnému slepému chodci. **Metodika výuky začátečníků k využívání těchto opatření není, podle mých informací, dosud zpracována.**

Problémy pro projektanty přinášejí umělé vodící linie. Spočívá v jejich správném situování. Zakončení musí umožňovat jejich jednoznačnou identifikaci, musí tedy být v definovaném orientačním bodu. To je snadno realizovatelné na nástupištích metra a železnice, ale již nesnadno dosažitelné na volných prostranstvích pěších zón, nákupních středisek apod. Důvodem je špatná dostupnost informací projektantům. Ostatní jmenovaná opatření v dlažbě

nepřinášejí při projektování ani při realizaci zásadní problémy - díky příslušným stavebním předpisům je i při své stručnosti dostatečně srozumitelná.

Systém akustické orientace byl v podstatě cestou do neznáma, nebyl totiž k dispozici dostatek teoretických podkladů o sluchovém vnímání vhodných pro tento praktický účel, přesto se ukázalo, že myšlenka označení orientačního bodu akustickým signálem, je vhodná. Určení směru polohy zdroje zvuku a odhad jeho vzdálenosti je totiž u většiny lidí dostatečně přesný. Praxe to potvrdila. Rovněž diplomní práce na MU v Brně v roce 1999 na malém vzorku osob ve věku od 12 do 60 let to naznačila. Ukázalo se však, že existují jedinci, kteří polohu zdroje zvuku určují obtížně a navíc zvuky vydávané stávajícími majáčky jsou jim nepříjemné. Jsou to vesměs lidé s dobrým hudebním sluchem a lidé, kde sluch hraje významnou roli v jejich profesi (např. zvukař v rozhlasovém studiu). Rovněž není prozkoumáno, jak je to s lidmi s různými vadami sluchu. Domnívám se, že by to zasloužilo zpracování na úrovni doktorandské práce. Není mi rovněž známo, že by existovala metodika výuky ve využívání akustických orientačních zařízení

Přínosem pro další zlepšení pro samostatné nevidomé a slabozraké chodce by byla dostupnost informací s elektronických informačních panelů ve velkých dopravních stavbách, jako jsou železniční a autobusová nádraží a terminály městské povrchové dopravy ve velkých městech. Technicky zcela analogickým problémem jsou pak stojany s pořadníkem služeb v peněžních ústavech, poštách apod. Uživatelské požadavky jsou v podstatě formulovány, dál však problém není řešen. Případné řešení by bylo možno v relativně blízké době prosadit do stavební legislativy a do technických předpisů.

Rovněž se setkáváme s informacemi z vědeckých institucí ve světě o nově vyvinutých informačních a orientačních systémech pro nevidomé a o nových kompenzačních pomůckách k tomuto účelu. V naší republice se nikdo systematicky nezabývá jejich posuzováním, resp. testováním a porovnáním.

Například se objevily nové momenty v úpravě slepeckých holí. Jde o otočné koncovky, popřípadě až kolečka a rovněž o experimentování s tvarem hole. To by rovněž zasloužilo dobrý průzkum. Zmíněné úpravy by zásadním způsobem měnily techniku chůze s holí, takže nepřicházejí v úvahu pro konzervativní samostatné slepé chodce, ale pro výuku začátečníků by mělo být v této otázce jasno. Čeští výrobci pomůcek tohoto typu jsou schopni podobné požadavky akceptovat, realizovat a nabídnout.

Dovolil jsem si vás oslovit několika problémy, pokud někoho z vás některý z těchto problémů zaujal, vyzývám vás ke spolupráci. Formy mohou být nejrozličnější podle charakteru otázky od diplomových a doktorandských prací až po výzkumné úkoly.

Ing. Jan Halousek, CSc.

MERIT, Praha

Pokroky braillové techniky

Braillové tiskárny – přehled, perspektivy; braillový papír – objektivizace hodnocení, parametry; optické rozpoznávání braillových textů, nová oblast komunikace; hmatové zobrazovače – vývojové trendy; převod černotiskových not do braillovu; hmatová grafika – současné možnosti.

Klíčová slova: technika braillových tiskáren, měření kvality braillového papíru, optické rozpoznávání braillovu a optické rozpoznávání not scannerem, braillové hmatové zobrazovače („řádky“), hmatová technika.

0. Úvod

Hmatová komunikace je sama o sobě nepochybně náročná. Cílem technického vývoje je hmatové vnímání zrakově postiženým co nejvíce usnadnit zlepšováním kvality zobrazení, zlepšováním jeho ekonomické dostupnosti a rozšiřováním vzájemného propojení mezi hmatovými a ostatními způsoby komunikace. Následující kapitoly shrnují aktuální informace o tomto technickém vývoji.

1. Braillové tiskárny

Soudobé braillové tiskárny používají k vytvoření hmatového bodu - zpravidla na papíru nebo i na plastové folii - následující techniky:

a/ Bod je vytvářen elektromagneticky poháněným kladívkem, upevněném na pojezdové tiskací hlavě před papírem. Za papírem je pevně stojící matrice celého mikrořádku bodů. Úder kladívka je načasován tak, aby nastával právě proti bodům pevné matrice. To je nejlevnější, ale velmi pomalé řešení, konstrukčně náročné na "soutisk" a proto vhodné jen pro velmi omezený provoz (tiskárny Blazie, Brailletech).

b/ Bod je vytvářen sadou elektromagneticky poháněných kladívek na pojezdové tiskací hlavě oproti sadě koválinek, umístěné na téže pojezdové tiskací hlavě, papír prochází skrze pojezdovou tiskací hlavu. Toto řešení se osvědčuje od osobních tiskáren až po výrobu braillových tisků středního rozsahu (tiskárny Index).

c/ Bod je vytvářen velkou sadou elektromagneticky poháněných kladívek na pevném tiskacím mechanismu oproti pevné velké sadě kovádek, papír prochází skrze tiskací mechanismus. Toto drahé řešení bylo používáno pro výrobu braillovských tisků středního rozsahu (Thiel).

d/ Celá mikrořádka bodů je vytvářena sadou tiskacích jehel, elektromagneticky přednastavených, která je vačkovým mechanismem tiskacího lisu současně vtlačena do papíru. Toto řešení přináší až nejvyšší rychlosti tisku, avšak nejenom za vysokou cenu tiskárny, ale i za cenu nižší kvality - zejména nižší trvanlivosti - vytvářených bodů. Důvodem je mimořádně velké namáhání papíru při současném tvarování bodů v těsném vzájemném sousedství (tiskárny Braillo a Elekul).

e/ Body jsou vytvářeny nanášením přídavného materiálu na povrch papíru. Roztavené kapičky vosku jsou vystřikovány v několika vrstvách z pohyblivé hlavy podobně jako u "ink-jet" černotiskových tiskáren. Výhodou je tichý provoz za cenu vyšších pořizovacích i provozních nákladů na materiál. (Blista Brailletech)

Současné vývojové tendence spějí k dosažení rychlostí tisku, vhodných i pro vydavatelské účely, při zachování výhod kvality tisku, dosahované při tvarování kladívky více od sebe vzdálenými s využitím pohyblivé tiskací hlavy a tím i s příznivými cenami tiskárny (Index).

Podařilo se objektivizovat hodnocení kvality vytvářeného braillovského bodu: speciální mikroskopické digitální snímky bodů spolu s metodami měření odolnosti bodu na deformaci (DDR - viz dále) umožnily další pokrok ve vývoji tvarovacích matic elektromagnetických kladívek a kovádek. Výsledkem jsou body vyšší o 30 % a současně stabilnější o 14 % oproti předchozímu řešení, porovnáno na stejně kvalitním papíru (Index).

2. Braillovský papír

Braillovský papír býval hodnocen pouze subjektivně uživateli a to zpravidla značně rozporuplně. V současné době došlo k výraznému pokroku: Užité vlastnosti braillovského papíru byly technicky specifikovány třemi parametry, které kvantifikují stabilitu braillovského bodu, spolehlivost funkce automatického podavače listů a nebezpečnost poškozování tiskárny papírem.

Metody objektivní kvantifikace těchto parametrů fyzikálními měřeními je stručně popsána v dalších odstavcích.

2. 1. Deformační odolnost - (Dot Deformation Resistivity) - je objektivní mírou stability a trvanlivosti braillovského tisku. Měří odolnost proti poškozením

způsobovaným opakovaným čtením, skladováním a manipulací. Standardně tvarovaný braillovský bod je při měření DDR stlačován silou kolmou k povrchu papíru. Hodnota DDR pro danou plošnou hmotnost papíru je dána poměrem změny výšky bodu k síle, která změnu způsobila. Čím vyšší je hodnota DDR, tím lepší je papír pro uživatele a tím vyšší je i hospodárnost při tisku, protože potřebná trvanlivost může být dosažena při nižší plošné hmotnosti papíru. Hodnoty deformační odolnosti běžných materiálů jsou podstatně nižší (asi 3, 5 až 5, 5 [Newton/mm]) než hodnoty pro nově vyvinutý papír ExTaP (> 7, 0 [Newton/mm]) při stejné plošné hmotnosti.

2. 2. Poměr statického a dynamického tření je kvantifikovanou mírou odolnosti proti podání více listů papíru najednou u tiskáren s automatickým podavačem listů. Jeho hodnota je počítána ze dvou různých měření sil: Jeden list je tažen proti druhému, upevněnému, silou rovnoběžnou s plochou listu. Síla, která způsobí začátek posouvání listu je úměrná statickému tření, menší síla potřebná k udržení posuvného pohybu je úměrná tření dynamickému. Posouvané plochy jsou při tom stlačovány k sobě trvalou homogenní specifickou silou kolmou k povrchu papíru - zhruba mezi 100 až 1000 [Newton/sq. meter]. Čím vyšší je hodnota poměru těchto sil pro daný braillovský papír, tím vyšší je spolehlivost automatického podavače papíru na braillovské tiskárně.

2. 3. Obsah popela je kvantifikovanou mírou obsahu složek potenciálně poškozujících tiskárnu svým abrasivním vlivem, protože tvarující součástky tiskáren - jejich matrice a patrice - se postupně ničí otěrem. Obsah popela se měří vážením vzorku papíru před a po spálení. Váha zbytku po spálení menší než 1 procento prakticky vylučuje obsah abrasivních látek v papíru. Tato vlastnost je důležitá pro dlouhodobou hospodárnost při výrobě braillovských tisků, poněvadž opravy braillovských tiskáren při opotřebení tvarujících součástí jsou nákladné.

3. Optické rozpoznávání braillovských textů - nová oblast komunikace

Informace vytištěná v braillovu bývala dekodovatelná pouze citlivými prsty nevidomého čtenáře. Nyní, s použitím programového vybavení OBR - Optický Braillovský Rozpoznavač - a standardního scanneru je již možno braillovské tisky snadno číst a dále počítačově zpracovávat: je možno pořídit kopii z braillovu do braillovu, černotiskovou versi, posílat text e-mailem nebo ho prezentovat syntetickou řečí. Program OBR umožňuje i efektivně obnovit staré, opotřeбенé tisky nebo je archivovat v počítači namísto jejich nákladného skladování.

4. Optické rozpoznávání not

Pracný převod černotiskového notopisu do brailu je výrazně usnadněn s využitím scanneru a počítače: Program Toccata převede noty sejmuté scannerem do počítače, zobrazí je i v brailu a ulehčí editaci a doplnění o případné detaily. Současně je převedena i textová písňová část originálu. Brailský zápis je formátován dle světových zvyklostí do několika řádků nad sebou, narozdíl od specificky české zvyklosti "seriového" zápisu v řádku.

5. Hmatové zobrazovače - ("brailské řádky")

Moduly elektromechanických brailských zobrazovačů dnes převážně využívají piezokeramické bimorfy pro převod elektrického signálu na mechanické vysunutí čtecího hrotu. K výraznému pokroku došlo v užitných parametrech vývojem technologie: Moderní zobrazovací moduly (Metec) mají vyšší, stabilnější a rovnoměrné vystavovací síly, delší životnost a vyšší odolnost na náraz.

Celky hmatových zobrazovačů jako periferie počítačů doznaly zásadnějšího vývoje jen pokud se týká ergonomie obsluhy (F. H. Papenmeier) a programové slučitelnosti s operačním systémem Windows.

Novinkou je zobrazovač ovládaný krokovým mikro-motorem a vačkou. (). Výhodami jsou nižší cena, nulová spotřeba v klidovém stavu, body pevné - nepružné, malé rozměry. Nevýhodou je, že v době přestavování informace nesmí být body zatěžovány dotekem - to je však automaticky sledováno světelnou závorou.

6. Hmatová grafika

Hmatové zobrazení grafických předloh je v současné době dostupné pouze ve formě "tisků". Zobrazení dynamické, podobné brailským zobrazovačům - "řádkům" - je dosud ekonomicky i technicky neschůdné.

Grafika bodová je realizovatelná moderními brailskými tiskárnami spolu s příslušným programovým vybavením. I nejjemnější bodová struktura 2 mm poněkud omezuje rozlišovací schopnost, avšak zhotovení grafiky je rychlé a levné.

Moderní SW zpracují i fotografii do formy, vhodné pro tisk.

Grafika čárová doznala výrazného pokroku používáním tepelně nadouvaných materiálů, nanesených ve formě mikrokuliček na papírový nebo plastový nosič. Grafický obrazec je zpravidla černotiskově vytvořen na povrchu mikrokuliček a pak jsou působením infrazářiče zahřáta právě jen černá místa obrazce nad teplotu, při které se kuličky nadují a zůstanou zvětšené i po vychladnutí.

Obrazec je možno vytvářet také přímou kresbou na povrchu černým fixem nebo dokonce přímo tepelným perem.

Výhodou je maximální operativnost a rychlost, nevýhodou je cena nadouvacích materiálů.

Klasické metody čárové grafiky s tepelným formováním plastu dle náročně vytvořené mechanické předlohy jsou sice usnadněny s použitím nových zařízení, avšak jejich využití je ekonomické jen pro větší počty kopií.

7. Závěr

Současný stav vývoje technických prostředků hmatové komunikace pro nevidomé v podstatě pokrývá současné požadavky - problem je nyní v jejich ekonomické dostupnosti. Vývoj techniky se nyní soustřeďuje na zlepšování ekonomických parametrů, produktivity a ergonomie, na obzoru se nejeví žádná nová, zcela převratná řešení.

Marek Houška

GALOP

Pomůcky pro nevidomé na přelomu tisíciletí

Nikdo asi nepochybuje o tom, že nevidomý, který se chce v dnešní době zapojit do nějaké intelektuální činnosti, musí být schopen využít všech prostředků k získávání informací, jež jsou mu nabízeny. Pokud takový člověk chce pak získané poznatky využít ke svému pracovnímu uplatnění, nesmí jeho spolupracovníci, obchodní partneři či klienti nijak pocítit, že jednají s nevidomým nebo těžce zrakově postiženým.

Toho lze dosáhnout pouze skloubením využití běžných informačních technologií se speciálními pomůckami pro zrakově postižené. Takovým příkladem je už spoustu let kombinace běžných PC, hlasových výstupů, braillovských řádků a screenreaderů (program, který posílá potřebná data hlasovému výstupu, braillovskému řádku nebo oběma najednou). Braillovské řádky byly donedávna u nás používány velmi zřídka pro svou vysokou cenu. V současné době se situace začala zlepšovat. Je třeba zdůraznit, že braillovský řádek je nezastupitelným pomocníkem při práci s cizojazyčným textem nebo informacemi odborného charakteru, kde je potřeba klást velký důraz na přesnost.

Asi před deseti lety se na americkém trhu objevila pomůcka, která nevidomému nahrazovala poznámkový blok. Byl to BrailleLite. Tato pomůcka se časem v omezené míře dostala i na evropský trh a stala se velmi oblíbenou. Co je však nejdůležitější, prošla za dobu své existence velkým vývojem a současné modely nabízejí svým uživatelům neuvěřitelné možnosti.

BrailleLite je zápisník s hmatovým i hlasovým výstupem, který nevidomému nahrazuje vše od poznámkového bloku přes kalkulačku, budík, elektronický diář až po braillovský řádek nebo dokonce přenosný osobní počítač s připojením na Internet.

V současné době se vyrábějí dva modely, které se od sebe liší pouze počtem braillovských znaků – dvacet a čtyřicet. Oba typy mají kromě vestavěné paměti i možnost použití paměťových karet, jejichž kapacita se může blížit kapacitě pevného disku běžného PC. BrailleLite je vybaven vlastním modemem a programem, který umožňuje odesílat a přijímat běžné e-maily. Jeho textový editor umožňuje načítat texty z PC a naopak texty pořízené na BrailleLite

nahrávat do PC. Může též sloužit jako plnohodnotný braillský řádek při práci s osobním počítačem. Mezi funkcemi braillského řádku a zápisníku je možné se jednoduše přepínat i během práce.

Velmi podobnou pomůckou je TypeLite, který se od čtyřicetiznakového BrailleLite liší pouze klávesnicí. Zatímco BrailleLite má klávesnici pro zápis osmibodového braillova písma TypeLite má klávesnici jako běžný přenosný osobní počítač. Z této skutečnosti je asi zřejmé, že TypeLite je o málo větší, ale zkušenému uživateli se na něm píše rychleji a přesněji.

Jedná se tedy o pomůcky, které mohou být platným pomocníkem už pro žáka základní školy, ale budou asi brzy nepostradatelné pro studenty, právníky, psychology, překladatele a všechny ty, kteří potřebují pracovat s informacemi nebo delšími texty, doma, v kanceláři, ve škole či někde v terénu.

doc. RNDr. Jan Mareš, CSc.

Katedra matematiky, Fakulta jaderná a fyzikálně inženýrská ČVUT v Praze

Deset let podpory studia zrakově postižených v centru Tereza

V článku jsou shrnuty zkušenosti z téměř desetileté činnosti centra Tereza (působícího na ČVUT) s podporou studia zrakově postižených. Je podán přehled technického vybavení centra, jsou popsány jeho základní aktivity a zkušenosti s prací s nevidomými a slabozrakými studenty.

Článek pojednává o desetileté zkušenosti s činností centra TEREZA. Jméno TEREZA se již několik let užívá jako označení centra pro podporu vysokoškolského studia zrakově postižených na Fakultě jaderné a fyzikálně inženýrské Českého vysokého učení technického v Praze. Centrum bylo otevřeno v roce 1992 po asi ročních přípravných pracích. Vzniklo na katedře matematiky, na pracovišti bez jakýchkoli předchozích zkušeností se zrakově postiženými studenty. Ty jsme získávali až při budování učebny a zejména během provozu centra.

Jedním z prvních poznatků bylo a stále je možná poněkud překvapivé zjištění, že je většinou snadnější sehnat peníze na aktivity centra než zajistit lidi, kteří by byli schopni a ochotni v centru pracovat. A není to vždy jenom otázka mzdy, kterou můžeme nabídnout.

První léta provozu, včetně vybavení učebny nákladným speciálním zařízením, byla plně financována v rámci projektu TEMPUS ze zdrojů EU. Zhruba druhých pět let existence centra jsou náklady kryty účelovou dotací MŠMT ČR. Navíc se nám několikrát podařilo získat podporu z grantů a sponzorských darů. Personálně je provoz centra již dlouhá léta zajišťován (s jedinou výjimkou) pouze částečnými úvazky. O to více je třeba ocenit úsilí pracovníků centra, za kterými stojí jeho dobré výsledky a pozitivní ohlas, kterému se těší.

V současné době je činnost centra koncipována jako program celoživotního vzdělávání Informační technologie pro zrakově postižené. To umožňuje nabízet služby centra širšímu okruhu uživatelů. Velký zájem ze strany zrakově postižených je na jedné straně potěšující, na druhé straně však naráží na omezenou kapacitu centra.

Studenti

V evidenci centra je padesát studentů, účastnících se pravidelně aktivit zajišťovaných v rámci studijního programu. Dalších asi deset zájemců využívá služeb centra spíše příležitostně.

Pokud jde o složení frekventantů, převažují studenti pražských vysokých škol. Vedle toho studovnu navštěvují studenti z nižších stupňů škol, především z Gymnázia a obchodní akademie pro zrakově postiženou mládež. Další skupinu tvoří zrakově postižení, kteří již studium na střední či vysoké škole ukončili a služeb studovny využívají k rozšíření svého vzdělání a jako specializovaného střediska v oblasti výpočetní techniky pro zrakově postižené.

Na naší fakultě studují nyní pouze dva zrakově postižení studenti. Mezi frekventanty z jiných vysokých škol převažují posluchači humanitních oborů. V tomto směru tedy projekt do jisté míry nesplnil očekávání, které bylo spojeno s možností podpory vysokoškolského studia také a především v technických a přírodovědných oborech. Zkušenosti ukázaly, že je to sice principiálně možné (nakonec i na naší fakultě máme několik zrakově postižených absolventů včetně zcela nevidomého). Problém je však v tom, že pro studium takových disciplín, jako je matematika, fyzika, chemie a další přírodovědné obory jsou požadavky zejména na odbornou asistenci pro nevidomého studenta prakticky nad síly stávajícího pracoviště.

Přesto, nebo spíše právě proto, se snažíme problematice pomoci nevidomým studentům při studiu na vysokých školách věnovat mimořádnou pozornost, včetně asistence na obecné úrovni. Ta může výrazným a nezastupitelným způsobem ovlivnit kvalitu studia nevidomého studenta. Asistent pomáhá nevidomému studentovi s orientací v neznámém prostředí (dokud je to nutné, tj. dokud se nevidomý s prostředím v dostatečné míře neobeznámí), v případě potřeby ho doprovází do knihovny, pomáhá mu při vyhledávání jednotlivých studijních titulů a může pomoci i při digitalizaci studijní literatury.

Organizaci asistentské služby nelze zajišťovat přímo na fakultě, neboť by se jen těžko hledaly prostředky na její ohodnocení a z povahy věci by asistenti nezapadali ani do struktury centrem poskytovaných služeb. Proto jsme se ve spolupráci s komunitním střediskem OKAMŽIK rozhodli jít cestou vyhledávání dobrovolných asistentů, kterým chceme poskytnout zázemí (evidenci, pravidelná setkání věnovaná problematice asistence, kontaktní webovou stránku apod.).

Technické vybavení centra

Při otevření učebny v roce 1992 bylo technické vybavení centra na slušné evropské úrovni. Jako v celé oblasti informačních technologií, tak také ve specializovaném okruhu zařízení pro podporu zrakově postižených dochází k rychlému morálnímu, ale i fyzickému zastarání. Proto jsme museli pravidelně

zařízení učebny obnovovat. V současné době máme k dispozici následující elektronické hardwarové a softwarové pomůcky:

- čtyři hmatové displye (Thymus 40, Alva Delphi 440 MM, Braillex Tiny) ;
- braillská tiskárna Index Everest;
- fuser - přístroj umožňující převod běžné grafické informace (obrázek, diagram, graf funkce apod.) do reliéfní podoby, „čitelné“ prsty nevidomého studenta;
- speciální "studená" kopírka k přípravě předlohy pro fuser;
- TV-lupa DUO pro současné zobrazení na monitoru počítače předlohy nebo souboru z paměti počítače;
- scanner se speciálním SW MENU umožňující scannování i nevidomému uživateli;
- čtyři hlasové výstupy KUK pod DOS;
- Jaws screenreader (hlas a řádek) pro Windows;
- český wintalker;
- devět PC s velkými monitory (17 a 19 palců).

Semináře a kurzy

Studovna nabízí kurzy základů práce s počítači, operační systémy DOS, WINDOWS, ovládání hmatových displayů tří různých typů, hlasový výstup KUK a různé aplikace (Pegasus Mail, Outlook, editory WORD PERFECT, WORD, prohlížeč LYNX, INTERNET EXPLORER, vše s braillským řádkem i s hlasovým výstupem).

Důraz je kladen na individuální přístup k novým zájemcům o služby centra, jejich seznámení s prostředím studovny a s instalovanou technikou, u nevidomých potom i na detailní orientaci ve studovně, v budově a v nejbližším okolí.

Digitalizace textů

Centrum TEREZA digitalizuje pro zrakově postižené studenty učebnice a skripta včetně následné korektury podle předloh. Tato služba je velmi vyhledávaná a vysoce oceňovaná. Celkový objem převedené a opravené literatury činil např. v roce 2000 téměř 5500 stran, což představuje 28 titulů a téměř 10. 5 MB dat.

Zásadního zlomu bylo dosaženo v poskytování digitalizovaných textů zájemcům z řad nevidomých studentů. Na webovských stránkách byl zveřejněn systém umožňující zrakově postiženým odebírat digitalizované texty z jakéhokoli místa republiky.

Největším problémem v této oblasti je skutečnost, že neexistují jednoznačná pravidla pro pořizování a archivaci digitalizovaného textu. Jednotlivé archívy textu jsou obvykle v dané instituci originální, přizpůsobené skladbě klientů, kteří k archívu přistupují. Klient, který využívá služeb více archívů digitalizované literatury, se pak v praxi setkává s tím, že:

- a) digitalizovaný text nemá vždy standardní kvalitu (to je dáno různými požadavky jednotlivých archívů na kvalitu výsledného textu);

b) digitalizovaný text je nejednotně kódován a komprimován.

V tomto směru iniciovalo naše centrum několik setkání s dalšími institucemi, nabízejícími digitální texty, ve snaze nalézt řešení této nejednotnosti. Výsledkem těchto jednání je projekt Portál - vývoj a správa vhodného rozhraní digitalizovaných textů. Portál ovšem neřeší formát ukládaných dat, nýbrž jen jejich jednotný způsob vyhledání. Samotná archivace i nadále zůstává v kompetenci jednotlivých archivů.

Podobná nejednotnost panuje také při přípravě reliéfních obrázků (na zařízení fuser). V poslední době se do ČR dovezla řada těchto zařízení, zatím však neexistuje spolupráce mezi jednotlivými středisky, která by si vyměňovala informace o hotových (povedených) reliéfech a rovněž zkušenosti (i na tomto poli se snažíme ovlivňovat naše partnery a další organizace s cílem zlepšení tohoto stavu).

Spolupráce

V posledních dvou letech se úspěšně rozvinula spolupráce s centrem TEIRESIÁS na Masarykově univerzitě v Brně. V rámci uvedené spolupráce připravují pracovníci obou center projekt směřující k vybudování celostátní digitální knihovny pro nevidomé vysokoškolské studenty. Na tento projekt byla v roce 2001 získána podpora FRVŠ.

Velmi úspěšnou aktivitou je i již řadu let provozovaná e-mailová konference FANDA pro zrakově postižené uživatele výpočetní techniky z České republiky i ze Slovenské republiky. Počet jejích účastníků stoupl již na 140.

Literatura

J. Mareš: Opening Address. Proc. International Conference on University Studies of Visually Handicapped Students. Prague, Czech Rep., 10-13 (1992).

J. Mareš: TEREZA - Centrum pro usnadnění vysokoškolského studia zrakově postiženým. Pokroky matematiky, fyziky a astronomie, roč. 41 (1996), č. 6.

J. Mareš, R. Seifert: Pět let TEREZY. Bulletin ČVUT č. 6 (1997).

J. Mareš, L. Musílek: Curriculum Design and Technological Support for Visually Handicapped University Students. In Proc. Global Congress on Engineering Education, Cracow, Poland, 1998, pp. 118-121.

J. Mareš: Co je nového v Tereze. Pražská technika (01) 1999/2000, str. 18.

J. Mareš: Centrum Tereza. Pražská technika roč. 2000, čís. 1, str. 17.

J. Mareš: Informační technologie pro univerzitní studium zrakově postižených. In Sborník mezinárodní konference Modernizace vysokoškolské výuky technických předmětů, Hradec Králové 2000, 121-123.

PhDr. Petr Peňáz

*Středisko Teiresiás pro pomoc nevidomým a slabozrakým studentům
MU Brno*

Gramotnost nevidomých a perspektivy hmatového kódování informací

Autor hodnotí stav českých hmatových tisků a elektronické literatury určené k hmatové četbě a dospívá k závěru, že je přes deklarované technologické úspěchy alarmující. Nedostatek kódovacích a formátových konvencí vede k neustálým ortografickým a typografickým improvizacím, k čemuž přistupuje nedostupnost techniky pro běžné hmatové zobrazení. Česká zrakově postižená inteligence je tak odkázána na málo kvalitní četbu hlasovou syntézou, což má velmi negativní vliv na celkovou gramotnost.

Středisko Teiresiás pro pomoc nevidomým a slabozrakým studentům Masarykovy univerzity v Brně, v jehož čele druhým rokem stojím, je podle statutu schváleného Akademickým senátem univerzity orgánem zodpovědným rektorovi za to, že informace, které univerzita nebo kterákoliv její složka nabízí, budou přístupné i zrakově postižené veřejnosti. Když jsem se před lety rozhodl jako vysokoškolský učitel profesionálně věnovat organizaci studia nevidomých na Masarykově univerzitě v Brně, věřil jsem docela upřímně, že informační a komunikační technologie, které tak výrazně ovlivňují charakter společnosti v posledním desetiletí, vytvořily i zcela nové podmínky pro vzájemnou komunikaci vidoucích a nevidomých. I dnes jsem nadále přesvědčen, že změna, k níž došlo, je plně srovnatelná s důsledky přijetí Brailleova písma na přelomu 19. a 20. stol., které nevidomým nabídlo možnost přijímat textovou informaci, a tím i základní vzdělání. Informační společnost na přelomu 20. a 21. století nabízí konečně nevidomým vzdělání srovnatelné svou strukturou se vzděláním vidoucích, a na vysokých školách proto přibývá nevidomých studentů. Školy nyní stojí před povinností využít existujících technologií k tomu, aby se nevidomým požadovaného vzdělání skutečně dostalo a aby se v největší možné míře snižovala bariéra, která společenství vidoucích a nevidomých od sebe odděluje a která staví jejich zájmy proti sobě.

Pravda na druhé straně je, že přes objem finančních prostředků, které byly v průběhu 90. let vynaloženy na to, aby přístup zrakově handicapovaných ke vzdělání a k informacím vůbec měl úroveň srovnatelnou s možnostmi, které

mají vidoucí, jsme od tohoto cíle velmi daleko, a budeme-li k sobě upřímní, řekl bych, že v některých ohledech dále než dříve. Informační technologie umožňující komunikaci nevidomým jsou v českých zemích nabízeny malou skupinou lidí, jejichž vazby na akademické prostředí jsou jen malé. Běžný vysokoškolský učitel je v lepším případě schopen nabídnout studentům informace v podobě digitalizované běžným komerčním způsobem (textové soubory a databáze zpracované nejčastěji programy Microsoftu), nemá však žádnou představu o tom, na jakém principu pracují čtečky obrazovky pro komerčně distribuované hlasové nebo hmatové výstupy, a zda tedy nabízená informace je nebo není nevidomému skutečně dostupná. Většina učitelů (včetně speciálních pedagogů) se těmito otázkami nezabývá nebo dokonce vůbec zabývat odmítá, protože je chápou jako neřešitelné a okrajové.

Nevidomí zájemci o vysokoškolské studium jsou v lepším případě schopni samostatně zpracovávat jednoduché informace středoškolského typu (hladké texty, elementární matematické zápisy), nejsou však téměř nikdy připraveni na informace kódované tak složitým způsobem, jaké vyžaduje vysokoškolské studium (speciální abecedy, grafická zobrazení). Studium nevidomých je navíc na vysokých školách nekoordinováno. Problém komunikace s nimi řeší každý učitel a každá fakulta vlastním způsobem, a podle našich zjištění často upadá do dvou extrémů:

1. Nejčastějším jevem je snaha o vstřícnost, v jejímž důsledku nevidomí studují převážně konverzačním způsobem. Stovky a tisíce stran textových informací, které oficiálně tvoří studijní penzum pro vidoucí, se při tomto přístupu redukuje na amatérské poznámky z několika desítek hodin přednášek a konzultací. Tato vstřícnost je podporována jednak nedostatkem času na analýzu dostupných metod a zpřístupňování textových informací, jednak nekonstruktivním druhem soucitu, který nevidomí studenti v učitelích vzbuzují, a konečně i speciálněpedagogickou tezí o individuálním přístupu, interpretovanou ovšem tak, že na zrak vázané části látky jsou v rámci individualizace vypouštěny. Protože tento přístup z pochopitelných důvodů vítají a podporují nevidomí studenti sami, je běžným jevem, že výsledné schopnosti zrakově postižených absolventů nesnesou srovnání se schopnostmi vidoucích. Doprovodným jevem této vstřícnosti bývá zvláštní druh nevraživé ctižádosti pedagogů – cítí se dotčení nabídnutou spoluprací se servisními centry a chápou ji jako zpochybnění vlastních pedagogických schopností. Protože tito vstřícní pedagogové nemohou pochopitelně sledovat vývoj digitálních textových a grafických formátů, slepeckého hardwaru a softwaru, tyflografických technik apod., spokojují se často s informacemi, které jim o podmínkách čitelnosti a dostupnosti dokumentů poskytují sami nevidomí, ačkoli u vidoucích studentů by tento postup pokládali za naivní a nevidomí mají velmi omezenou možnost vyjadřovat se ke zpřístupňování učebního materiálu, s jehož strukturou ani dílčími prvky se do té doby nemohli setkat. Typickou představou této skupiny učitelů je, že nevidomí disponují speciálními pomůckami, s jejichž pomocí

mohou tištěné (a tím spíše elektronické) informace číst; neuvědomují si, jak úzké jsou ve skutečnosti meze pro funkční využití takových pomůcek. Zmiňovaná vstřícnost umožňuje nevidomým studium ukončit, nikoli však nabýt vzdělání. Řada studentů získala takto v minulosti diplom v oborech, které předpokládají znalost tištěných a zrakových informací, aniž by přitom tyto informace byly zpřístupněny a dostupné pro ty, kdo o totéž vzdělání usilují dnes. Jako garant dostupnosti univerzitní studijní literatury vím, že bývá bezpředmětné ptát se středoškolských i vysokoškolských učitelů, zda existuje v přístupném formátu studijní literatura, na základě níž jejich nevidomí absolventi nabyli pod jejich vedením vzdělání, nebo dokonce, kde je taková literatura uložena.

2. Druhým extrémem je apriorní nedůvěra vůči vzdělávání nevidomých a neochota hledat cesty odlišné od stereotypu. Učitelé, kteří na rozdíl od stoupenců prvního případu na objemu znalostí trvají, ale k jejich získání vidí jenom klasickou zrakovou cestu, jsou nedůvěřiví vůči možnostem otevřít plošně vysokoškolské studium nevidomým. Jejich typické námitky mají buď formálně byrokratický charakter (s individuálním studijním plánem nepočítají nebo ho odmítají schválit), nebo míří k praktické neuplatnitelnosti takto vzdělaných osob (lékařství, přírodní vědy, psychologie, učitelství apod.). Neuvědomují si přitom, že ani vidoucím studentům ve většině oborů nikdo praktickou uplatnitelnost negarantuje, a vedení škol se omezuje na formální statistiku zapojení absolventů do praxe. Navíc je naivní pokoušet se odhadovat vývoj požadavků na pracovníky všech relevantních oborů. Je do značné míry věcí absolventů samotných, aby svým jednáním pomáhali vytvářet prostor pro vlastní profesní uplatnění, třeba i tlakem na odlišnou dělbu práce a restrukturalizaci popisů práce. Přestože ve vstupních fázích jednání vyslovují tito nedůvěřiví učitelé skutečně nesplnitelné podmínky pro zpřístupnění svých oborů, jsou-li pod tlakem okolností nuceni nevidomé vzdělávat, jednají z pragmatických důvodů často podobně jako stoupenci metody první.

Kromě právě popsaných překážek ve vzdělávání nevidomých na vysokých školách je třeba zmínit další dvě, které mají příčiny obecně informatické:

1. Informační technologie zajišťují přístup k informacím způsobem natolik odlišným od dosavadního, že výsledkem jejich masového rozšíření je pokles gramotnosti v klasickém slova smyslu: četba souvislého textu a jeho zpracování pro vlastní potřebu se nahrazuje vyhledáváním a kopírováním hotových informací ze sítě. U nevidomých má tento obecný rys navíc jeden mnohem tragičtější dopad: četba je nahrazována poslechem, takže se skutečná gramotnost v průběhu střední školy zcela vytrácí. Znam ze své praxe zrakově postižené studenty vysokých škol, kteří nedokáží použít bodové písmo a při psaní na základě hlasové navigace se dopouštějí pravopisných, morfologických, syntaktických i stylistických chyb prakticky v každém slově, neboť jim není bezpečně znám rozdíl mezi textem mluveným a psaným. K masové preferenci

hlasu před hmatem, která velmi snižuje kvalitu vzdělání, vlastně přispívá i rozšíření brailleských tiskáren a skenerů: tisk, který vznikl obvyklou řadou skener – OCR – brailleská tiskárna, je sice pohodově k dispozici, ale má obvykle otřesnou kvalitu nejen jazykovou, ale i typografickou. Tím, že se sazby postupně ujali lidé nekvalifikovaní v brailleské typografii, byl brailleský tisk degradován na účelový prostředek, jehož kvalita není posuzována, a nevidomí sami se nebrání, protože vlastně nemají srovnání a texty, které dostávají, pokládají za standardní. Přes svůj nikoli ještě vysoký věk bývám obviňován z konzervativnosti, když upozorňuji, že studium bez brailleského displeje a tisku není myslitelné.

2. Druhý problematický bod je rovněž založen na paradoxním sepětí pokroku se ztrátou. Samozřejmostí se totiž postupně stává vzdělání integrované, což umožňuje handicapovaným studentům trvale se konfrontovat s běžnou realitou. Tento nesporný zisk znamená i nikoli malou daň: student příliš brzy pochopí, že vlastně není kontrolován, protože jeho okolí nemá zájem seznamovat se s informačními technologiemi natolik specifickými – student si v choulostivém věku zvyká na to, že není v detailech a v použitých postupech veden, že předmětem kontroly je pouze výsledek nebo dokonce jen ústní referát o výsledku. Důsledkem tohoto stavu je ztráta smyslu pro přesnost, důslednost a zodpovědnost.

3. Výše zmíněný důsledek je podporován ještě jiným krizovým jevem: historická roztržičnost vzdělávacích programů pro nevidomé se dnes kombinuje s roztržičností vývoje humanitárních informačních technologií a kontraproduktivním konkurenčním bojem softwarových a hardwarových koncepcí. Smutnou skutečností je proto naprostý nedostatek norem ve způsobech zápisu, typech hardwaru a softwaru. Pokud jde o normu bodového písma, je situace tragická:

a) nejenže existují rozdíly mezi záznamy těchto latinkových znaků v jednotlivých jazycích do brailu (což je vzhledem k odlišné struktuře jazyků pochopitelné);

b) existují dokonce zásadní rozdíly v kódování interpunkce, obecně platných symbolů, brailleských prefixů apod.; pro záznam tak elementárních skutečností jako jsou matematické vztahy, nejenže není nadnárodní řešení, ale na území některých států existuje mnoho dílčích řešení; v extrémních případech je brailleský zápis pokládán za zcela soukromý problém jednotlivého uživatele;

c) kromě rozdílů v brailleském zápise existují navíc rozdíly v kódovém přiřazení brailleských hodnot hodnotám ASCII;

d) fakt, že rozdíly v brailleském zápise jednotlivých jazyků se neshodují s rozdíly v černotisku, vede při současném způsobu využívání brailleských zobrazovačů a tiskáren k nespočetnému množství chaotických variant: nejenže téměř nikdy nebývá respektována pravopisná norma jednotlivých jazyků v textech vícejazyčných, ale dokonce ani u jednojazyčných textů nebývá

respektována kódová norma příslušného jazyka; nevidomý je nucen si zvykat na příjem informace kódované téměř jakkoliv;

e) horizontální a vertikální členění, jehož výrazem bývají ve složitě strukturovaném odborném textu typografické rozdíly mezi písmy a soustavy odrážek a odsazování odstavců na řádku nebo soustavy poznámek pod čarou, se do hmatových a hlasových textů zpravidla nepromítá a texty jsou v důsledku toho velmi nepřehledné.

Situace není vlastně lepší ani v oblasti hlasové: naprostá většina studentů českých středních a vysokých škol aplikuje na všechny texty pouze jediný typ hlasové syntézy – českou, bez ohledu na jazyk, který má být čten. Texty obsahující odbornou symboliku nebo zapisované zcela odlišnými abecedami (azbuka, řečtina), nejsou pro běžného uživatele čitelné vůbec.

Připomeňme stručně, jaké jsou na prahu třetího milénia praktické možnosti českého nevidomého studenta pracovat s písemným textem.

Nejběžnější typy četby:

1. Zvuková četba:
 - a) četba přirozeným hlasem (asistent předčítá)
 - b) analogový (nebo vzácně: digitální) záznam četby přirozeným hlasem („zvuková kniha“)
 - c) reprodukce digitálního textu hlasovou syntézou („hlasový výstup“)
2. Hmatová četba:
 - a) klasický výtisk bodovým písmem tištěný z matric
 - b) výtisk bodovým písmem z elektronické tiskárny
 - c) zobrazení digitálního textu na hmatovém displeji
3. Hybridní četba:
 - a) souběh hlasové syntézy se zobrazením na hmatovém displeji (*Jaws*, *Supernova*, nově *WinMonitor*)
 - b) souběh přirozeného hlasu se zobrazením na hmatovém displeji („hybridní kniha“)

Nejběžnější typy digitálního vstupu pro četbu typu 1–3:

1. Opis:
 - a) **opis reprodukující formát předlohy (metoda receptivní)**
 - b) **opis respektující formát výstupu (metoda transpoziční)**
2. Sken:
 - a) **automatické optické rozpoznávání typografické struktury (implicitní varianta v sestavách pro nevidomé)**
 - b) **poloautomatické optické rozpoznávání typografické struktury (zónování)**
 - c) **korektura receptivní nebo transpoziční**
3. Autorský zdroj:
 - a) **prostý textový soubor bez formátování**
 - b) **soubor formátovaný v textovém editoru (Word, WordPerfect)**
 - c) **soubor formátovaný v typografickém editoru (PageMaker, QuarkPress, TeX)**

V naprosté většině případů (nekončí-li studium u pouhé konverzace nad výroky učitele) čte český nevidomý student metodou 1c, přičemž text získává metodou 2a nebo 3b. Pro orientaci dodávám, že v případě Masarykovy univerzity v Brně, jejímiž řádnými studenty je v tuto chvíli 15 zcela nevidomých studentů, se vlastnictví brailleského displeje týká pouze 2 studentů (další 3 mají displej dlouhodobě zapůjčen od univerzity). Tento stav pokládám za alarmující v porovnání se stavem obecně evropským (se zvláštním zřetelem k situaci rakouské, německé, holandské, dánské a švédské, což je přibližně ten kulturní okruh, do kterého se vzdělaný Čech cítí náležet).

Pokud jde o tisk, znám pouze 2 studenty, kteří sami vlastní brailleskou tiskárnu; ani oni však nepokládají za běžné ji samostatně využívat, což v případě knižních monografií určených ke studiu chápu jako rozumné. Uvádím-li tento postoj jako rozumný, jde mi o to, že není normální, aby student byl současně sazečem, korektorem a vydavatelem literatury, kterou má studovat. Tiskárna mu má sloužit jako prostředek k tisku osobních poznámek a korespondence, kdežto literaturu má získávat z distribuční sítě jako každý jiný občan. Co proto za rozumné už nelze pokládat, je fakt, že studenti nepoužívají brailleský tisk ani jako servis nabízený vysokoškolskými středisky, speciálními školami nebo organizacemi nevidomých (TyfloCentrum apod.)

Uvedme jako příklad, že z 5 nevidomých studentů, kteří skládali přijímací zkoušky na Masarykovu univerzitu v roce 2001, měl pouze jeden zájem o tištěný výtisk (přičemž během jednání s příslušnou přijímací komisí nebyl původně ani informován, že na něj má nárok). Protože je mi přibližně znám objem tisků, který produkují partnerská střediska, ať už jde o střediska vysokoškolská nebo o občanská sdružení, mohu konstatovat, že na ostatních vysokých školách je situace stejná nebo dokonce horší, nejde-li o studenty, kteří

se vzhledem ke svému studijnímu oboru a svým schopnostem mohou při studiu opřít o zahraniční fondy (anglistika, nederlandistika apod.)

Ještě znepokojivější je ovšem skutečnost, že pro velkou část vysokoškolských učebních textů (ne-li pro jejich většinu) platí, že i kdyby se student o jejich výtisk zajímal, nemůže být uspokojen, protože vybavení a know-how v české asistenční síti v podstatě tisky tohoto druhu neumožňuje. Ilustrujme tuto situaci několika ukázkami z běžné školské praxe. Jako základ pro ukázkou vezmeme nejprve text určený svou náročností spíše pro střední školy: **J. PEPRNÍK, S. NANGONOVÁ, D. SPARLING. Angličtina pro jazykové školy III. Praha, Fortuna 1995, s. 14.** V dolní polovině strany nacházíme v citované učebnici následující text:

...
knock over ['nok 'əuvə] převrátit
lend, lent lent [lend, lent]: **lend me a hand** pomoz mi
luxury [lakšəri] luxus; luxusní;
luxusní věc
matter [mÆtə]: **as a matter of fact** vlastně
middle class [midl 'kla:s] buržoazie, střední vrstvy
mind [maɪnd] **st** dát pozor na něco
move house ['mu:v 'haus] stěhovat se
naughty [no:ti] rozpustilý, nezbedný
nowadays [nauədeɪz] v dnešní době, nyní
nursery school ['nə:sri sku:l] brit. mateřská škola (*od 2 do 5 let*)
obedience [ə'bi:diəns] poslušnost
other [əjə]: **the other day** onehdy
outside [aut'saɪd] mimo
per [pə]: **per family** na rodinu

...
take, took, taken [teɪk, tuk, teɪkn]:
take a job jít do práce, nastoupit do zaměstnání; **take a summer job** jít v létě na brigádu; **take sb's side** být na něčí straně, někoho se zastávat
trend [trend] tendence, trend
twice [twais] dvakrát
upper [apə] horní; **upper class** vyšší vrstva, horní třída; **upper-middle class** horní střední vrstva, vyšší buržoazie
value [vælju:] hodnota
want [wɒnt] strádat, trpět nedostatkem
way [wei]: **the way sb does it** tak, jak to někdo dělá
whereas [weə'rɪz] kdežto
working class [wə:ki- 'kla:s] dělnická třída
youth [ju:...] mládež; mládí

Vlastní jméno: **Andrew** [ændru:] Ondřej

**He's twelve or so
marrying age
start a family**

Je mu asi dvanáct.
věk, kdy se ženíme/vdáváme
mít rodinu (*první dítě*), založit
rodinu

It cost me a fortune.

Stálo mě to spoustu peněz. Stálo mě
to celé jmění.

**I manage all right with my money.
We have no money to waste.**

S penězi vyjdu dobře.
Nemáme peněz nazbyt. Nemáme na
vyhazování.

Citovaný text zahrnuje dva jednoduché jevy typické pro odbornou literaturu: střídání jazykových kódů (v daném případě čeština/angličtina) a textové sloupce s různou interpretací (nejprve novinové, poté paralelní – rozlišení mezi oběma typy je přitom sémantické). Pokud se zájemce o hlasovou nebo hmatovou četbu citovaného úryvku pokusí použít běžné prostředky k jeho digitalizaci, dospěje k následujícímu výsledku (FineReader) :

také a summer Job jit v létě na brigádu;
také sb's šidě být na něčí straně, někoho se zastávat **trend** [trend] tendence, trend
twice [twais] dvakrát
upper [apa] horní; **upper class** vyšší vrstva, horní třída; **upper-middle class** horní
střední vrstva, vyšší buržoazie **value** [vaelju:] hodnota **want** [wont] strádat, trpět
nedostatkem **way** [wei]: **tne way sb does it** tak, jak to někdo dělá
whereas [wealraez] kdežto **working class** [|W3:kin lkla:s] dělnická třída **youtii**
[ju:e] mládež; mládí
Vlastní jméno: Andrew [aendru:] Ondřej
He's twelve oř so. niarrying age start a family It cost mé a fortuně.
I manage all rigbt with my money. We háve no money to waste.
Je mu asi dvanáct. věk, kdy se ženíme/vdáváme

Text je v této podobě už prakticky nesledovatelný. Pokud je nepoučeným uživatelem odeslán na hmatovou tiskárnu pomocí běžně distribuovaného programu WinBraille, je výsledný formát tento:

také a summer \$job jit v létě na brigádu; také sb's
šidě být na něčí straně, někoho se zastávat **trend**
(trend) tendence, trend **twice** (twais) dvakrát **upper**
(apa) horní; **upper class** vyšší vrstva, horní třída;
upper-middle class horní **střední** vrstva, vyšší
buržoazie **value** (vaelju:) hodnota **want** (wont) strádat,
trpět nedostatkem **way** (wei) : **tne way sb does it** tak,
jak to někdo dělá **whereas** (wealraez) kdežto **working**
class (|Sw#c:kin lkla:s) dělnická třída **youtii** (ju:e)
mládež; mládí \$vlastni jméno: \$andrew (aendru:) \$ondřej

She's twelve or so. niarrying age start a family Sit
cost me a fortune. Si manage all right with my money.
We have no money to waste.

Podobný nebo i horší charakter má podstatná část textů vzniklých amatérskou digitalizací, ať už tím pojmem označujeme práci studentů samotných nebo práci digitalizačních středisek, která nezaměstnávají brailleské redaktory a tiskaře. Jestliže uživatelé bez velkých protestů takto tištěné texty přijímají, je to především dokladem míry jejich rezignace, resp. jejich nepoučenosti o rozdílu v přehlednosti a jednoznačnosti originálu oproti textu, se kterým se setkávají ve zvukové nebo hmatové podobě.

Avšak ani v tom případě, že se student setká s pracovištěm ochotným věnovat jeho objednavce profesionální péči a zpracovat ji v souladu s platnými konvencemi, nedojde zpravidla uspokojení. Důvod se stane zřejmým, pokud uvažíme, že vysokoškolský a vědecký odborný text má běžně následující strukturu (jako příklad slouží stránka z nejběžnější latinské normativní gramatiky) : **RUBENBAUER, Hans – HOFMANN, Johann Baptist. *Lateinische Grammatik*. Buchners Verlag 1989¹¹, § 73 (s. 67n) :**

2. Der Perfektstamm

§ 73

1. Vom Perfektstamm aus werden sämtliche aktiven Formen des Perf., Plusqupf., und Fut. II gebildet (Perfektsystem).

2. In der Bildungsart stellt das lat. Perf. teils eine Fortsetzung idg. Perfekt-, teils idg. Aoristformen (§ 69 Nr. 4) dar, z. T. sind auch neue Bildungen entstanden:

a) Formen der **Reduplikation**: Sie gehen größtenteils auf das idg. Perf. zurück, vgl. *me-min-ī*, mit grch. (hom.) *μεμونا*. Der Reduplikationsvokal ist ursprünglich überall e. Im Latein wird er dem Wurzelsvokal angeglichen, wenn dieser im Präsens und Perfektstamm gleich ist: z. B. *pungō, pupugī; tondē, totondī* (aber grch. *φενγω, πεφευγα; κῶπτω, κεκοφα*), dagegen *tangō, tetigī; canō, cecinī* (zur Vokalschwächung vgl. L14). Komposita verlieren in der Regel die Reduplikation: z. B. *cadō, cecidī*, aber *dēcidō, dēcidī*. Reste der ursprünglichen Reduplikation sind erhalten z. B. in *repperī, reppulī, rettulī, reccidī* (vgl. L35).

b) Formen auf **-sī**: Sie setzen den idg. s-Aorist fort, vgl. *dīc-ō*, *dīxī* mit grch. δεῖκνυμι, δειξα. Durch Hinzufügung von -s werden verschiedene Lautveränderungen bewirkt wie Dehnung (*māneō*, *mānsī* L32), Konsonantenannäherung (*scrib-ō*, *scripsī* u. a. L42), Assimilation und Vereinfachung von Doppelkonsonanz (**ārd-sī* nach L42 zu **arssī*, nach L47 zu *arsī*), Vereinfachung mehrfacher Konsonanz (*fulcīre*, *fulsī* aus **fulcsī* nach L48).

Jak je zřejmé z ukázky, vyžaduje sazba odborného textu řešení otázek v tuto chvíli nezodpovězených. Středisko pro pomoc nevidomým na Masarykově univerzitě v Brně bylo přitom za krátkou dobu své existence nuceno řešit sazbu těchto typů speciálních publikací:

- sazba vícejazyčných publikací obecně
- sazba alfabety moderní i klasické, azbuky moderní a církevněslovanské, v menší míře hebrejštiny a arabštiny
- sazba mezinárodní fonetické abecedy a symbolů historickosrovnávací jazykovědy
- sazba metrických schémat veršů
- sazba vysokoškolské matematiky a programových skriptů
- sazba organické chemie a fyzikální chemie

V každém z těchto oborů jsme oslovili postupně Knihovnu a tiskárnu K. E. Macana, partnerská pracoviště na českých a německých vysokých školách, tiskárnu v Marburku, v Drážďanech, v Paříži, v Moskvě, brailleská střediska v Británii a ve Spojených státech. Obecně největší pomoc nám zatím byli ochotni poskytnout kolegové z Braille Authority of North America; naopak z diskusí s českými pracovišti víme, že se podobnými problémy nezabývají. Většina pracovišť, která české veřejnosti nabízejí digitalizaci a tisk, pod pojmem „znalost Brailleova písma“ rozumějí prostou znalost základních písmen, číslic a interpunkce, tedy intelektuální výbavu umožňující zápis textů pro mladší školní věk. To nám umožňuje udělat závěr, že tam, kde jsme k určitému řešení dospěli, jde bohužel o řešení individuální, přičemž individuálním řešením – to je největší paradox – je v našich podmínkách dokonce prosté dodržování existující normy (zvláště pokud jde o zápis nealfabetických symbolů a typografických příznaků). Na rozdíl od systematiky německé nebo anglické přitom v českém prostředí stále chybí transkripční norma typografických struktur, tedy pravidla pro transkripci základních sazebních žánrů: hlavičky, patičky, záhlaví kapitol, odrážky a odsazování zleva i zprava, sazba

poezie, bibliografické soupisy, obsah, matematické vzorce a důkazy, poznámky pod čarou a na konci textu, tabulky, sloupcová sazba, rodokmeny, chronologická schémata, personální dotazníky apod. Případní zájemci o sazbu se tedy mohou řídit pouze existující literaturou anglickou nebo německou.

Individuální řešení přepisu je ostatně mezi nevidomými vůbec oblíbená metoda, která přitom brání jakékoliv obecnější gramotnosti. Servisní střediska buď prostě vytisknou soubor určený k černotisku za pomoci některé standardní tabulky na tiskárně Everest (to je zpravidla to nejhorší řešení), nebo text zredigují podle návodu, který dodá nevidomý sám. Protože však nevidomý obvykle není kompetentní k tomu, aby vydával informace o tom, jak tisknout znaky v oboru, který má teprve začít z daného výtisku studovat, dochází k bludnému kruhu negramotnosti. Ti nevidomí, kteří intuitivně cítí potřebu gramotnosti, tj. obecnější zápisové konvence, která by garantovala univerzálnost a nadčasovost záznamu, projevují spíše respekt vůči nekodifikované tradici KTN. Jako příklad uveďme zvýraznění slova nebo spojení pomocí hvězdičky (bodový znak 2-5) nebo pomocí pomlčky (bodový znak 3-5) těsně přiřazené k zvýrazňovanému pojmu. Takový postup je tradiční a mezi sčertlými nevidomými známý (na dotaz jej proto sami navrhuji), je však v přímém rozporu s normativní instrukcí, že brailleský přepis má korespondovat s černotiskem – v černotisku nelze příslušný ekvivalent k danému účelu použít.

Uvažujeme-li o nevidomých jako o budoucích vědeckých a odborných pracovnících, jeví se nutně jako neúnosná a tragická ta skutečnost, že se národní zápisy (a často i dílčí instituce a vysoké školy) neshodnou v brailleském zápise interpunkce a odborné symboliky, která v odborném černotisku právě zaručuje internacionalitu a zvláště v přírodních vědách umožňuje se orientovat v textu bez ohledu na jazyk.

Jaké z této situace můžeme na prahu nového milénia vyvodit závěry? Pokládám za úkol prvořadé důležitosti vyvolat jednání všech zainteresovaných institucí a dospět co nejrychleji k uznávanému standardu (přinejmenším českému tam, kde není v dohledné době reálné dosáhnout standardu mezinárodního) v těchto oblastech:

- a) zápis základní interpunkce a odborné symboliky, která má v černotisku univerzální charakter
- b) začlenění brailleských znaků do soustavy Unicode, tak aby konverze do bodového písma mohla mít jednoznačný výstup
- c) bezbariérový formát pro webové zveřejnění, který by zaručoval, že informace, které mají mít univerzálně přístupné (webové stránky státních a veřejnoprávních institucí apod.), nebudou obsahovat navigační prvky výlučně zrakové – vítaná je v tomto směru iniciativa SONS (Blind Friendly Web)

- d) formát odborných publikací, ve kterém budou budovány mezinárodně přístupné knihovny elektronických textů; tento formát (pravděpodobně XML/MathML) musí být interpretovatelný komerčními čtečkami obrazovky a ovladači hmatových displejů, tak aby všechny části sledovaného textu byly vždy přečteny a zobrazeny korektně, tj. ve shodě s pravidly pro výslovnost a pro zápis příslušného jazyka, resp. příslušného symbolu
- e) elektronický formát pro ochranu dokumentů, jejichž distribuce je vázána na autorský souhlas; stávající praxe předpokládající nechráněný textový soubor, znamená nekonečné přesvědčování autorů a nakladatelství, aby souhlasili s porušením autorského zákona
- f) podpořit vznik legislativy, která umožní vznik národních elektronických knihoven s právem povinné elektronické kopie, tak aby se zrakově postižený mohl spolehnout, že publikace s přiděleným ISBN je mu vždy k dispozici stejně jako vidoucím.

Albert Slager, Ing. Jaroslav Majerčík

SAGITTA

**Optimální používání lup a jiných optických pomůcek mladými lidmi
i starší částí populace**

Vážené dámy a pánové,

je mi velikou ctí být přítomen na této konferenci, děkuji Vám za pozvání a omlouvám se, že nemluvím Vaší řečí. Jmenuji se Albert Slager, jsem z Amsterdamu a odpovídám za péči o slabozraké v Evropě. Ve 22 zemích zastupuji anglickou společnost, která navrhuje a vyrábí množství čoček, jež se ve velké míře používají pro výrobky určené slabozrakým, jako jsou například lupy nebo silné čtecí čočky pro zrakově postižené.

Když slyšíte mluvit o zrakovém postižení, většina lidí si myslí, že lidé takto postižení nemůžou vidět téměř nic nebo jsou úplně nevidomí. Ve skutečnosti výraz slabozraký znamená, že nemůžete provádět běžné denní činnosti bez využití optických pomůcek nebo korekčních brýlí. Když stárnete a netrpíte žádnou zvláštní oční chorobou, začnete používat čtecí brýle s hodnotou čoček 0, 5 anebo 1 D. Vaše okolí Vám říká, že se Vaše ruka začala prodlužovat. Je to běžný fyziologický proces souvisící s věkem, který nemá nic společného se skutečnou oční nemocí.

OKO:

Jsem si jist, že víte, že oko je jedním z nejdokonalejších optických přístrojů, dodnes nemůže být nahrazeno žádným jiným výrobkem ani přístrojem, který by pracoval stejně dobře jako lidské oko. Například můžete sledovat vlak ve vzdálenosti 1000 m a pak ve zlomku vteřiny se zadíváte na sklenku nebo knihu ležící před Vámi na stole.

Tak jako jakákoli věc (dům, auto, letadlo) i tělo se může porouchat. Můžete se narodit s nějakou poruchou nebo nemocí, havárií či oční chorobou, která Vás připraví zčásti nebo úplně o zrak. Často je nutná operace a pro Vás je důležité vědět, jaký bude visus nebo jaké bude zbytkové vidění Vašeho oka. Oftalmolog spolu se specialistou pro slabozraké dokáže rozhodnout, jaký druh optické pomůcky budete

potřebovat, abyste mohl pokračovat ve své běžné každodenní činnosti do takové míry, jak je to jen možné.

WHO (Světová zdravotnická organizace):

WHO vydává takzvaný seznam visusu, podle kterého visus 0, 8 znamená perfektní vidění do dálky i na blízko, při kterém nepotřebujete žádnou optickou pomůcku. Když dosáhnete visus 0, 01, jste oficiálně nevidomý. S visusem 0, 3 se dostáváte do kategorie zrakově postižených lidí.

S přibývajícím věkem se Váš visus postupně zhoršuje a v určitém momentu potřebujete zvláštní pomůcku především pro čtení malého písma. Tento problém Vám vyřeší slabší lupy. Když se tento problém zhoršuje, potřebujete silnější lupy, nesmíte však zapomenout, že lupy můžete používat vždy pouze v kombinaci s korekčními brýlemi. Korekční brýle se předepisují a používají pouze proto, aby se dostal obraz na Vaši sítnici, která vše zpracuje a odešle dále do mozku. Do dalších detailů nepůjdu, protože by má prezentace trvala příliš dlouho.

LUPA:

Už jsem se zmínil o tom, že slovo lupa znamená pomůcku pro mladé nebo i starší lidi. Bez výjimky je to první pomůcka pro lidi se sníženým viděním po korekčních brýlích. Lupa je současně jednoduchou a lehkou pomůckou a v podstatě každý ví, jak se s ní pracuje. Minimální výcvik je však nutný proto, aby uživatel věděl, jak najít správnou vzdálenost předmětu od lupy. Každá čočka má svou vlastní ohniskovou vzdálenost (focal length – f. l.) a při správném použití lupy dosáhnete optimálního výsledku. Je to stejné jako u korekčních brýlí, u kterých musíte použít správnou hodnotu čoček. I u lupy musíte použít správnou hodnotu zvětšení. Bez ohledu na to, jestli bude lupa příliš silná nebo slabá, v obou případech nebude pacientovi vyhovovat. Vy se tak stanete svědky situace, kdy si uživatel začne myslet: „Lupa není pro mne vhodnou pomůckou.“

Když se zeptáte lidí na to, jakou by chtěli lupy, každý chce lupy velkou a silnou. Optické zákony však toto neumožňují. Tak například čočka se zvětšením 10, 12 nebo 15x má malý průměr asi 28 – 24 mm. Čočka o průměru 100 nebo 125 mm má však zvětšení pouze 1, 5 až 2x.

Zvětšení menší než 2, 5x požadují nejčastěji lidé pro své koníčky, čtení map atd. anebo lidé, kteří potřebují pouze minimální pomoc na to, aby viděli detaily trošku lépe.

Svět slabozrakých stále roste, protože neustále přibývá starších lidí, kteří mají kromě problémů s tělem i jiné potíže, například takové, že visus těchto lidí se

neustále snižuje. Makulární degenerace, katarakt, retinus pigmentosa jsou nejběžnější zdravotní problémy postihující zrak lidí. Slabozrakým postiženým kataraktem můžeme dnes pomoci velice lehko výměnou čočky.

Ani zde bych nechtěl zacházet do podrobností souvisejících s těmito očními nemocemi. Musím však připomenout, že mnozí mladí i starší lidé by si ulehčili a zjednodušili život, kdyby používali optické pomůcky, a tak by si mohli mnohé věci zařizovat sami. Přáním lidí je, aby mohli zůstat nezávislí tak dlouho, jak je to možné.

Aby bylo pomoheno těmto lidem, existují 3 skupiny lup:

ruční lupy: je s nimi jednoduchá manipulace, dají se lehce vkládat do kapsy nebo zavazadla. Mají zvětšení mezi 1, 6 – 6x a jsou bez osvětlení,

stojánkové lupy: jsou určeny především pro starší lidi, kteří mají často fyzické problémy se chvěním rukou, avšak se stojánkovou lupou dokáží pracovat lehce a bez potíží. Ohnisková vzdálenost je už nastavena a uživatel lupu pouze posouvá po papíře. Též mladým lidem by dělalo potíže používat silnější lupu se zvětšením např. 10x, držet ji v ruce a současně dodržovat správnou ohniskovou vzdálenost, i kdyby to mělo být na krátký čas. Proto jsou téměř všechny lupy se zvětšením vyšším než 6x vyráběny jako stojánkové lupy,

lupy s osvětlením: osvětlení nebo světlo jsou často jediným důvodem, že něco vidíme. V úplné tmavé místnosti nevidíme nic, se zápalkou už něco vidět můžeme, se svíčkou trochu víc. S plným světlem, které vytváří dokonalý kontrast, začne být funkční vidění lidí a čím je větší kontrast, tím je větší schopnost vidění. Pro zrakově postižené a starší lidi je světlo mimořádně důležité. Proto mnoho výrobců věnuje velikou pozornost lupám s osvětlením pro dosažení většího kontrastu. Při dosažení většího kontrastu můžete dokonce pracovat s menším zvětšením, což v tomto případě znamená možnost použití větší a pohodlnější čočky na čtení.

Dalším důležitým prvkem je kvalita samotné čočky. Původně byly čočky vyráběny ze skla a vypadaly jako „dna od marmeládových láhví“, byly sférické a měly značné zkreslení. Dnes patří čočky k velice dobrým výrobkům pro slabozraké a jsou asférické. To znamená, že takovéto čočky nemají žádné zkreslení. Pro zrakově postižené lidi je velmi důležité, aby se dívali přes čočky „bez tančících písmen“. V případě, že dobře nevidíte a výrobek nemá stoprocentní kvalitu, začne Vás bolet hlava. Tím je člověk demotivován pro používání takovéto zrakové pomůcky. Nezapomínejte, že zrakově postižení lidé používají optické pomůcky v průměru 30 minut až 2 hodiny denně. Základní podmínkou je dobrá kvalita čočky.

V případě, že slabozrakému přestane vyhovovat lupa, jsou k dispozici další optické pomůcky znázorněné na nákresu.

SPECIÁLNÍ SYSTÉMY:

Patří k nim Galileovy nebo Keplerovy systémy, hyperokuláry, binokulární brýle nebo dokonce speciální filtry, které snižují např. UV záření.

TELEVIZNÍ LUPY (CCTV – Camera Conducted T. V.) :

Velmi dobré pomůcky pro domov nebo pracoviště. Pomocí televizních kamer můžete dosáhnout zvětšení 1 – 30x tím, že položíte list papíru pod kameru.

Už jsme řekli, že všechny tyto pomůcky jsou určeny pro slabozraké, kteří mají alespoň zbytkový visus, aby jim pomáhaly dělat jejich práci co nejlépe. Musí být samozřejmě motivováni pro používání všech těchto pomůcek, protože není vždy lehké ani jednoduché číst s postižením. Možnosti tu však jsou.

Závěrem bych rád připomenul, že například v Indii žije mnoho nevidomých. Mnozí z nich mají zbytkový visus, mnoho z nich je bohužel ve špatné sociální situaci, jsou chudí, a tak mohou jako jedinou optickou pomůcku použít pouze rameno své dcery nebo syna.

Děkuji Vám za pozornost. Máte-li nějaké otázky, obraťte se prosím přímo na mne anebo na mého přítele Jaroslava Majerčíka.

CCTV (televizní lupy)
speciální systémy
hyperokuláry
teleskopy
prismat. lupy atd.

l u p y

První pomůckou pro všechny slabozraké je VŽDY lupa.

(Převzato: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, Geneva 1980)

Poškození zraku
Terminologie poškození zrakové ostrosti

Kategorie vidění podle WHO	Stupeň poškození	Vizuální přesnost (s nejlepší korekcí)	Synonyma nebo alternativní definice
Normální vidění	žádné	0, 8 nebo lepší (5/6, 6/7, 5, 20/25 nebo lepší)	oblast normálního vidění
	lehké	menší než 0, 8 (< 5/6, 6/7, 5, nebo 20/25)	téměř normální vidění
Slabé vidění	mírné	méně než 0, 3 (< 5/15, 6/18, nebo 6/20, nebo 20/80 a 20/70)	mírně snížené vidění
	silnější	méně než 0, 12 (< 5/40, 6/48, nebo 20/160)	silněji snížené vidění-ofic. nevidomost
Nevidomost**		(< 0, 1, 5/50, 8/80, 20/200) *	v někt. zemích možno počítat prsty na 8 m nebo méně
	hluboká	méně než 0, 05 (< 5/100, 3/60, nebo 20/400)	hluboká slabozrakost nebo mírná nevidomost-nevidomost v ICD-9, prsty je možno počítat méně než na 3m, počítání prstů NDS
	téměř celková	méně než 0, 02 (< 5/300, 1/80, nebo 3/200)	silná nebo téměř celková nevidomost, počítání prstů na 1 m nebo méně, nebo pohyb ruky na 5 m nebo méně, nebo pohyb ruky NDS, nebo slabé vnímání
	celková	žádné vnímání světla (NLP)	celková nevidomost (včetně absence oka)

*Tato alternativní úroveň vizuálního poškození je méně přesná. Na tabulkách bez linek je 0, 16 a 0, 12, co znamená běžně méně než 0, 2.

**jedno nebo obě oči

Ing. Miloš Svárovský

Slepecké hole, Brno

Objektivní kritéria při hodnocení slepeckých holí

Slepecké hole, hmotnost, moment síly, moment setrvačnosti, zkouška pevnosti v ohybu, mez pevnosti v ohybu, mez pružnosti v ohybu, povrchová úprava.

Chceme-li hodnotit slepeckou hůl, musíme se zabývat otázkou, podle jakých kritérií (pozn. - srovnej Jesenský, 1982). Vedle hledisek, která vycházejí z pocitů a zvyklostí jednotlivých lidí a jsou subjektivní, existují i kritéria, která lze měřit a jsou tedy objektivní.

První takovou vlastností, která hned každého napadne, je **hmotnost hole** m . Pro vyjádření pocitu z držení hole v klidné vodorovné poloze (obr. 1) však hmotnost nestačí a je nutné stanovit tzv. **moment síly** M , který vedle hmotnosti hole zohledňuje i **polohu těžiště**. Moment síly M je pak dán součinem **síly** F vyvolané hmotností hole m a soustředěné v jejím těžišti a vzdálenosti r tohoto těžiště od místa uchopení hole (nejlépe od horního okraje hole) v metrech:

$$M = F \cdot r \text{ [N} \cdot \text{m]}$$

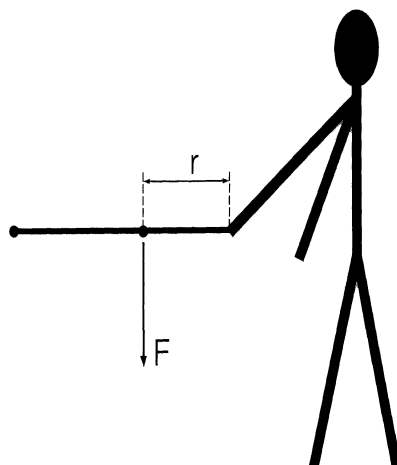
Sílu F přitom stanovíme vynásobením hmotnosti hole m v kilogramech **tíhovým zrychlením** g , jehož hodnota je přibližně 10 m/s^2 :

$$F = m \cdot g \text{ [N]}$$

Pro názornost si uveďme příklad:

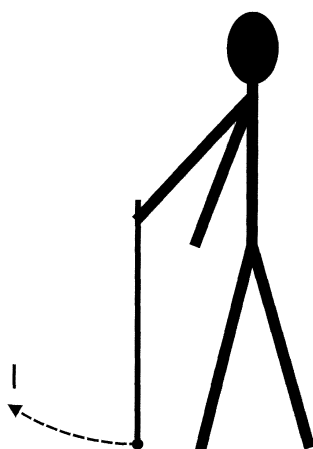
Máme-li hůl, která váží 200 gramů a těžiště má ve vzdálenosti 60 cm od horního okraje hole, pak moment síly takové hole je dán součinem:

$$M = 0,2 \cdot 10 \cdot 0,6 = 1,2 \text{ N} \cdot \text{m}.$$



Obr. 1: Klidná horizontální poloha

Kdo chce jít ve svém hodnocení dál, může si určit i tzv. **moment setrvačnosti** I , což je dynamický údaj, který velmi dobře popisuje chování hole při jejím vykývnutí ze svislé rovnovážné polohy (obráz. 2) a je tedy i úměrný námaze, kterou při této manipulaci musíme vykonat.



Obr. 2: Vykývnutí z rovnovážné vertikální polohy

Matematický výpočet momentu setrvačnosti slepecké hole je poměrně složitý a vyžaduje integrovat hmotnost hole po její délce. Tomuto způsobu výpočtu je možné se vyhnout a stanovit moment setrvačnosti experimentálně za pomoci **doby kyvu** t , ve které je informace o rozložení hmotnosti obsažena. Moment setrvačnosti slepecké hole je pak dán zlomkem, kde v čitateli je součin hmotnosti hole m ,

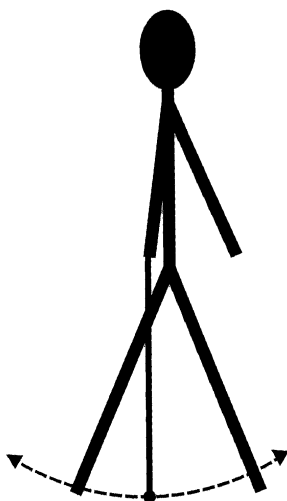
tíhového zrychlení g , vzdálenosti těžiště od horního konce hole r a druhé mocniny doby kyvu hole t a ve jmenovateli je $4\pi^2$:

$$I = (m \cdot g \cdot r \cdot t^2) / 4 \pi^2$$

Součin hmotnosti hole m , tíhového zrychlení g a vzdálenosti těžiště r je nám již známý moment síly M a lze jej tedy použít:

$$I = (M \cdot t^2) / 4 \pi^2$$

Zbývá nám stanovit dobu kyvu. Ta se dá určit tak, že zavěsíme hůl za horní konec, dolní konec rozkýveme a změříme dobu jednoho kyvu (tzn. tam a zpátky – obr. 3). Z důvodu větší přesnosti měření je vhodnější nechat hůl prokývnout třeba třikrát a takto odečtený čas podělit třemi.



Obr. 3: Kývání hole

Opět si pro názornost uveďme příklad a vyjdeme přitom ze stejné hole, u které jsme naměřili dobu kyvu 2 sekundy. Pak moment setrvačnosti takové hole je:

$$I = (0,2 \cdot 10 \cdot 0,6 \cdot 2^2) / 4 \pi^2 = (1,2 \cdot 2^2) / 4 \pi^2 = 0,12 \text{ kg} \cdot \text{m}^2$$

Pro toho, komu se uvedený rozbor zdá složitý, můžeme zobecnit následující závěr:

Nejlepší hůl je taková, která má co nejnížší hmotnost, co nejvýše položené těžiště a co nejkratší dobu kyvu.

Iveta Langrová

Tyfloservis, o. p. s.

Červeno-bílá hůl – symbol hluchoslepoty

Příspěvek upozorní na platnost vyhlášky č. 30/2001Sb., která účastníky silničního provozu informuje o označení hluchoslepých osob červeno-bílou holí. Pojedná o historii legislativního zakotvení speciální hole v ČR, zdůrazní výhody předpokládané obtíže spojené s užíváním červeno-bílé hole a vyjádří se k aktuálnímu stavu a dosavadním zkušenostem s propagací a reakcemi společnosti. Příspěvek neopomene stručně nastínit problematiku speciálního označení v zahraničí.

Ve svém příspěvku upozorňuji na legislativní změnu, kterou přinesl počátek letošního roku. Tato změna se úzce dotýká nejen hluchoslepých osob, ale svým charakterem oslovuje celou širokou veřejnost v České republice. Vyhláška Ministerstva dopravy a spojů č. 30/2001 Sb., kterou se provádí zákon č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, obsahuje v §27 odstavec 2 text následujícího znění: (cituji) Speciální označení osoby nevidomé je bílá hůl, označení osoby hluchoslepé je hůl s bílými a červenými pruhy o šířce 100 mm. (konec citace) Tato vyhláška nabyla účinnosti dne 31. 1. 2001. Teoreticky vzato se tedy od prvního února tohoto roku může kdokoli z nás v každodenním pouličním ruchu setkávat s lidmi, jejichž bílá slepecká hůl bude doplněna o červené pruhy.

Dovolte, abych Vás alespoň stručně seznámila s úlohou Tyfloservisu v procesu, který, dá se říci, vyústil v toto legislativní opatření, a s kroky, které následovaly po zveřejnění vyhlášky.

Já osobně jsem se s problematikou dospělých hluchoslepých lidí poprvé seznámila v listopadu roku 1994 na dni otevřených dveří Tyfloservisu. Bylo to několik měsíců po vzniku specializovaného metodického oddělení nazvaného Servis hluchoslepým, se kterým jsem začala záhy úzce spolupracovat. Před námi tehdy stála celá řada úkolů, na jejichž počátku bylo shromáždění všech dostupných tuzemských i zahraničních poznatků o hluchoslepotě. Nastalo pro mne zajímavé období studia pramenů, účasti se stážích a konferencích a nezbytné individuální i skupinové práce se samotnými hluchoslepými klienty.

První ucelenější písemná práce, která podrobněji rozpracovávala právě specifika prostorové orientace a samostatného pohybu hluchoslepých, byla napsána v roce 1996. Upozornila na stěžejní roli komunikace v procesu sociální rehabilitace, na značnou interindividuální rozdílnost dospělých hluchoslepých osob a na konkrétní potíže, které je třeba mít v rámci kurzu POSP na paměti a které je možné částečně či plně překonávat. V závěru poukázala také na skutečnost, že tehdejší pravidla silničního provozu umožňovala označit zrakově postiženou osobu pouze bílou slepeckou holí, která ovšem v případě kombinované vady neplnila dostatečně informační funkci, neboť neupozorňovala okolí na sluchové obtíže těžce zrakově postiženého. Přitom v některých zemích, jako je Anglie a Francie již tehdy měli hluchoslepi lidé možnost používat k odlišení červeno – bílou hůl. Vyzývali tak své okolí k větší ohleduplnosti, k toleranci v rámci komunikace a k pomoci v náročných situacích, ke kterým patří např. přecházení vozovky, a to i na místech označených zvukovou signalizací.

Okruhy problémů stručně nastíněných v této práci se staly základem pro sepsání komplexního metodického materiálu, který se zabýval definicemi a klasifikací hluchoslepoty, její etiologií, který připomenul význam zraku a sluchu v životě člověka, popsal reedukační a

kompenzační možnosti u smyslově postižených, nastínil bio-psycho-sociální rozdíly mezi hluchoslepy a upozornil na existenci služeb pro takto postižené. V září 1997 tak Tyfloservis, tehdy odborné oddělení Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých ČR, vydal interní bulletin s názvem: Hluchoslepota a formy pomoci dospělým osobám s kombinovanou zrakovou a sluchovou vadou. V dané problematice byli proškoleni všichni pracovníci Tyfloservisu tak, aby byli schopni nabízet adekvátně uzpůsobené sociálně rehabilitační programy rovněž dospělým hluchoslepým klientům na celém území České republiky.

Rok 1998 byl věnován důkladnějšímu rozpracování nejrůznějších druhů komunikace. O speciálním označení hluchoslepých lidí červeno-bílou nebo jinou holí bylo diskutováno při setkáních s klienty i v rámci přednášek a seminářů pro studenty vyšších odborných a vysokých škol.

Vzhledem k tomu, že jsme na jedné z výstav věnované kompenzačním pomůckám pro zdravotně postižené, zaregistrovali návrh hole pro hluchoslepy, která byla tvořena modro-žlutou kombinací barev, začali jsme se hlouběji zajímat o zahraniční trendy řešení tohoto speciálního označení. Naším hlavním záměrem bylo v případě zavádění odlišné hole pro hluchoslepy v České republice podpořit spíše návrhy

obdobné těm, která byly v té době již ve světě užívány. V průběhu roku 1999 jsme postupně od většiny členských zemí EBU (European blind union, Evropské unie nevidomých) obdrželi odpovědi na dotazník, který zjišťoval typ užívané hole, její charakteristické znaky, barvu, způsob výroby, ale dotazoval se také na další pomůcky a programy, které hluchoslepým samostatný pohyb usnadňují. V březnu roku 2000 jsme tak mohli z těchto údajů sestavit souhrnnou zprávu, ve které jsme uvedli rovněž informace získané na internetu a v dostupných zahraničních katalozích pomůcek. Byli jsme nuceni konstatovat, že v členských zemích EBU doposud nedošlo ke sjednocení pravidel pro užívání specifických znaků pro hluchoslepé a podle nejnovějších informací se o takovém kroku zatím ani neuvažuje. V zemích, které zavedly různobarevné označení holí pro hluchoslepé, pak jednoznačně převládá trend červeno bílé kombinace. Pro Českou republiku se nám jevil přijatelným postoj, který ve své odpovědi na dotazník uvedla Francie: (cituji) hluchoslepý člověk má mít možnost označit podle daných pravidel svou bílou hůl červenými pruhy. V závěru tohoto materiálu jsme tedy navrhli umožnit hluchoslepým v České republice užívat speciálně označenou hůl, sjednotit barevné provedení a technické parametry takové hole a doporučit způsob její výroby. Dodržování stanovených pravidel jsme považovali za jednoznačně prospěšný krok k rozlišování hluchoslepých osob ze strany poučené veřejnosti. Přiklonili jsme se rovněž k červeno-bílé kombinaci, která je symbolem hluchoslepoty zejména v Anglii a Francii, a k zavedení červených pruhů o šířce alespoň 10 cm. Neopomněli jsme ani předložit návrh vhodného technického řešení dlouhé hole skládací pětídílné, dlouhé hole neskládací pevné, krátké hole skládací čtyřdílné a opěrné hole pevné. Vycházeli jsme při tom z diskusí o reálnosti provedení jednotlivých variant červeno-bílé hole s výrobcem slepeckých holí, panem Svárovským, který vyrobil rovněž zkušební prototypy takových holí. Písemná stat', o které jsme se právě zmiňovali, byla záhy poskytnuta právníkům, kteří byli zapojeni do jednání o legislativních změnách v silničním provozu, a to za účelem prosazení speciálního označení hluchoslepých osob červeno-bílou holí do zákona a prováděcí vyhlášky. Na sklonku roku 2000 jsme obdrželi k připomínkování příslušné paragrafové znění vyhlášky, ve kterém bylo ovšem uvedeno označení osob hluchoslepých holí se žlutými a červenými pruhy o šířce 150 mm. Námi vznesená námitka proti tomuto odstavci byla akceptována a po zveřejnění vyhlášky č. 30/2001 Sb. jsme již v paragrafu 27 odstavec 2 mohli skutečně číst o holi s bílými a červenými pruhy o šířce 100 mm.

Vyhláška tedy byla, jak se říká, na světě... ale co se dělo dál. Na nejbližší možný termín bylo svoláno setkání představitelů Tyfloservisu, o. p. s. a Lormu, společnosti pro hluchoslepé. Toto setkání mělo za cíl mimo jiné oficiálně přijmout konkrétní variantu technického řešení červeno-bílé hole a přerozdělit jednotlivé

úkoly vyplývající z nové právní úpravy mezi obě hlavní neziskové organizace, které se problematikou hluchoslepých osob v České republice dlouhodobě zabývají. V rámci možností byla zahájena propagace červeno-bílé hole. Opět byl kontaktován výrobce holí, pan Svárovský, který obdržel závazný pokyn pro technické řešení hole a zahájil jednání se zdravotní pojišťovnou o zavedení hole pro hluchoslepé do číselníku hrazených kompenzačních pomůcek. Vyrobil zkušební vzorky pětidílných skládacích a dlouhých pevných holí, které prošly podrobným testováním. Se žádostí o spolupráci, ve smyslu distribuce červeno-bílých holí od výrobce k hluchoslepým klientům, byla oslovena prodejna tyflopomůcek v Olomouci. O historii i aktuálním stavu zavádění červeno-bílé hole v České republice byli na společném setkání informováni všichni pracovníci Tyfloservisu. Každé z dvanácti krajských středisek Tyfloservisu bylo vybaveno červeno-bílou holí a obesláno krátkou tiskovou zprávou. Červeno-bílá hůl tak byla začleněna do souboru kompenzačních pomůcek, o nichž jsou nevidomí a těžce slabozrací klienti a jejich rodinní příslušníci v rámci poradenství informováni, které slouží propagaci problematiky na akcích pořádaných pro širokou laickou i odbornou veřejnost, při prezentacích na školách i v médiích. Z jednotlivých regionů se současně scházejí objednávky na tyto speciální hole. V červnu 2001 byla také dopsána stručná informační brožura, která si klade za cíl upozornit na existenci vyhlášky, která popisuje vzhled červeno-bílé hole, uvádí přehled přístupu evropských zemí, sděluje veřejnosti, kdo je považován za hluchoslepého, s jakými potížemi se hluchoslepý při samostatné chůzi s červeno-bílou holí může potýkat a jakým způsobem je možné s hluchoslepými na veřejných prostranstvích a ve veřejných budovách komunikovat. Tato brožura v současné době čeká na oficiální vytištění a hromadné rozšíření.

ZÁVĚREČNÉ JEDNÁNÍ V PLÉNU

1. ZÁVĚRY SEKCE OFTALMOLOGIE

V sekci bylo předneseno 8 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- je třeba vytvářet podmínky k udržení světové úrovně oftalmologické péče, dále rozvíjet týmovou spolupráci oftalmologů, psychologů, rehabilitologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků a zajistit tak komplexní odpovídající druh intervencí u všech věkových skupin zrakově postižených,
- v současné době se s úspěchem provádí funkční vyšetření zraku malých dětí v preverbálním období a u dětí s více vadami. Tato skutečnost významně přispívá k včasnému odhalení stupně zrakové vady a možnosti optimální stimulace rozvoje zrakových funkcí i ranou intervencí pro podporu psychomotorického vývoje zrakově postižených dětí.

prof. PhDr. Marie Vítková, CSc.

2. ZÁVĚRY SEKCE PSYCHOLOGIE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

V sekci bylo předneseno 6 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- přesná a jednotná terminologie má teoretický i pragmatický význam, je pro další rozvoj tyflogologie nezbytná,
- je třeba věnovat zvýšenou pozornost sociálně patologickým jevům, které se vyskytují i v populaci zrakově postižených jedinců. V rámci prevence je třeba dopracovat a realizovat programy sociálních dovedností, které jsou již ve stádiu pilotního testování a stanou se součástí nabídky služeb Tyfloservisu,
- problém kterému je v budoucnu třeba věnovat náležitou pozornost, je sexuální výchova ZP,
- poradenské služby jsou důležité nejen pro samotné zrakově postižené, ale i pro rodiče ZP dítěte hned od jeho narození,
- péče o ZP seniory zaměřená zejména na zlepšování kvality života patří k aktuálním otázkám současnosti,
- kladně lze hodnotit skutečnost, že psychologická intervence přešla od zkoumání jednotlivých psychických procesů ZP k oblasti problémů s bezprostředním vztahem k praxi.

prof. PhDr. Ladislav Požár, CSc.

3. ZÁVĚRY SEKCE EDUKACE A REHABILITACE MULTIHANDICAPOVANÝCH

V sekci bylo předneseno 7 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- surdotyflopedická rozpracování zaznamenala u nás v posledním desetiletí významný pokrok. Podstatná změna nastala v samotném chápání tohoto duálního postižení jako kvalitativně specifické - samostatné skupiny,
- sekce konstatovala výrazný nárůst různých dvoj i trojkombinací zrakového postižení. Vedle tradičně upřednostňované kombinace ZP s mentálním postižením výrazně stoupá také počet kombinací se sluchovým či tělesným postižením, s dlouhodobou nemocí, poruchami učení a pod. Tyto okolnosti naznačují, aby tyflopédie a KSP v budoucnu věnovaly intervencím a speciálně pedagogické podpoře těchto skupin výraznou pozornost.

doc. PaedDr. Ján Jesenský, CSc.

4. ZÁVĚRY SEKCE TYFLOPEDIE

V sekci bylo předneseno 13 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- v rámci Středisek rané péče byl představen program "provázení". Na základě výsledků výzkumných šetření bylo konstatováno, že znevýhodňující faktory (např. nedonošenost) negativně ovlivňují úspěšnost edukace žáků se zrakovými vadami a že motorická kompetence dětí je výrazně ovlivněna zrakovým postižením a vyzdvihuje význam rané motorické stimulace dítěte,
- podmínky úspěšné edukace žáků se zrakovým postižením nejsou dosud dostačující. To se dále negativně odráží při studiu na VŠ,
- je třeba i nadále podporovat rozvoj center pomoci handicapovaným studentům na VŠ,
- potřebnou péči je třeba věnovat také edukaci zrakově postižených dospělých a seniorů.

doc. PhDr. Lea Květoňová - Švecová, Ph. D.

5. ZÁVĚRY SEKCE REHABILITACE ZP

V sekci bylo předneseno 8 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- v posledních letech proběhla v naší republice řada teoretických výzkumů i sociologických průzkumů, z nichž některé byly prezentovány i v plénu konference. Je třeba vyzdvihnout důležitost těchto prací z hlediska dokládání záměrů nových aktivit realizujících se pro zvýšení kvality života zrakově postižených,
- účastníci konference vyjadřují obavu o existenci řady tyflorehabilitačních služeb a o udržení jejich progredujícího standardu (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, Tyfloservis, Centrum zrakových vad, Tyflocentra a další),
- účastníci konference kladou důraz na předcházení duplicity v poskytování rehabilitačních služeb, přičemž zdůrazňují, že existuje řada dosud nezastoupených služeb v praxi,
- reedukace zraku je jednou ze standardních služeb rehabilitace ZP, a proto je nutné dopracovat program reedukace do praktické roviny,
- hlavním cílem rehabilitace ZP byl konstatován osobní spokojený život a zaměstnanost zrakově postižených, z čehož plyne důležitý úkol pro rehabilitology a další zainteresované pracovníky na zvyšování zaměstnatelnosti ZP.

PhDr. Josef Cerha

6. ZÁVĚRY SEKCE TYFLOTECHNIKY

V sekci bylo předneseno 5 příspěvků.

Dospěla k těmto závěrům:

- v oblasti mobility ZP dochází v současné době k vývoji prostředků odbourávajících architektonické bariéry. V tomto trendu je potřeba pokračovat i nadále, je však nezbytná standardizace těchto systémů,
- digitalizace ve zpřístupňování informací ZP s sebou nese i negativní důsledky, především sociální desintegraci a snížení gramotnosti (zejména v písemném projevu) v důsledku přednostního využívání akustické formy přijímání informací,
- účastníci sekce věnovali pozornost diskusi nad řešením problému nedokonalé funkčnosti některých náročných kompenzačních pomůcek.

Milan Pešák

7. WORKSHOP

Součástí konference byl také workshop. Byl zaměřený na nácvik sociálních dovedností ZP a těšil se velké pozornosti. Vedl jej PhDr. Zbyněk Galvas (Tyfloservis, o. p. s., FF UK Praha).

Prakticky demonstroval význam sociálních dovedností při rehabilitaci ZP i hlavní oblasti jeho výcviku.

Doporučení konference

EDUKACE A REHABILITACE ZP NA PRAHU NOVÉHO MILÉLIA

Konference byla uspořádána katedrou speciální pedagogiky PdF UHK, Tyfloservisem o. p. s. s vydatnou podporou kateder speciální pedagogiky na MU Brno, na PU Olomouc a UK Praha. Vytkla si za úkol zhodnotit vývoj v oblasti podmínek existence zrakově postižených občanů v ČR a nastínit směry v trendy dalšího rozvoje v této oblasti.

Konference důstojně připoměla 10. výročí působení významné české edukačně rehabilitační instituce Tyfloservisu a transformačního úsilí v tyflopédii i dalších komplementárních vědních oborů.

Sešli se na ní představitelé vysokoškolských pracovišť českých i zahraničních odborníků různých profesí i mluvčí ZP (SONS). Entuziazmus účastníků, pozornost a podpora, kterou konferenci věnovali čelní představitelé politické scény, státní správy i akademických kruhů opravňuje k naději, že závěry konference nezapadnou a budou dále rozvíjeny.

Účastníci konference se shodli na těchto doporučeních.

1. Považujeme tuto konferenci za užitečný začátek spolupráce odborníků různých profesí operujících v referenčním poli tyflogie. Víáme skutečnost, že konference našla přiměřený ohlas u představitelů politické scény státní správy a akademických kruhů i našich přátel ze zahraničí.
V průběhu konference se ukázalo, že mnohé problémy v této oblasti jsou společné jak v České tak Slovenské republice a setkáváme se s nimi i v zemích EU.
2. Optimalizace edukačně rehabilitačních a dalších procesů existence zrakově postižených by spíše měla směřovat k postulátu „BÝT“, smysluplně žít, seberealizovat se, nežli k postupátu „MÍT“, vlastnit, bez ohledu na principy humanity a solidarity.
3. Edukace a rehabilitace zrakově postižených by se měla nést v duchu celospolečenských programů – antidiskriminace, nezávislost, partnerství, integrace a životní pohody zrakově postižených. Zvláštní pozornost by měla být věnována rodině a partnerům zdravotně postižených jedinců.

4. Považujeme z mnoha hledisek za vysoce účelné plně implantovat ideu celoživotního učení do prostředí ZP a z tohoto aspektu dospět k hlubšímu rozpracování tyflopédie z hlediska hlavních věkových kategorií.
5. ZP mají právo na sobě vlastní kulturu, její rozvoj by měl být považován za součást rozvoje majoritní kultury.
6. Dále vytvářet podmínky, aby oftalmologická péče mohla udržovat krok se světovou špičkovou úrovní. Dbát přitom na včasnou diagnostiku a komplexní a opakovanou diagnostiku zrakových vad i ranou intervenci pro podporu psychomotorického vývoje zrakově postiženého dítěte. Tento druh intervencí by měl být s větším důrazem aplikován také u generace zrakově postižených seniorů.
7. Pojetí školní edukace ZP by mělo vyznít ve prospěch odstranění neurotizace a stresování ZP dětí a mládeže, ve prospěch chápání zrakově postiženého ne jako pasivní objekt, ale jako aktivní objekt edukace. To předpokládá důsledně optimalizovat odbornou podporu a technologické zabezpečení. Speciální pozornost v těchto směrech věnovat středoškolskému, zvláště pak vysokoškolskému vzdělávání zrakově postižených a rozvoji center pomoci ZP vysokoškoláků na všech vysokých školách ČR.
8. Vyvinout maximální úsilí pro snížení nezaměstnanosti ZP, docílit, aby její procento nebylo vyšší nežli u intaktních
Těmto cílům by mělo odpovídat působení edukačně rehabilitačních zařízení.
9. Považovat tyflorehabilitaci za integrální součást následné zdravotní péče a její vysokou úroveň zabezpečit mimo jiné tím, že náklady na ní budou považovány za obligatorní.
10. Trendy zvyšování kompenzačního a reedukačního potenciálu ZP s pomocí tyflorehabilitačního inženýringu je důležité dál prohlubovat tak, aby se žádná z technologických vymožeností sloužících intaktním nestala nedostupnou i pro ZP. Prohlubování rizik tohoto druhu považovat za diskriminaci zdravotně postižených.
11. Vážným problémem edukace i rehabilitace je kombinované zrakové postižení. Napříč věkovými kategoriemi se pocítuje jako postižení svého druhu, které si zaslouží nemenší pozornost a specifické služby nežli je tomu u běžné ZP populace.

12. Zabezpečit další rozvoj a nedopustit, aby vědecko výzkumný potenciál sloužící potřebám ZP nebyl schopen držet krok se světovým děním ve vývoji a výzkumu.
 13. Propojovat výzkum s přípravou kvalifikovaných odborníků především dalším rozvojem kvalitní vysokoškolské přípravy mladých adeptů tyflopédie, tyflorehabilitace i tyfloinženýringu. Tam, kde kapacity ČR tomuto úkolu nemohou učinit zadost, koordinovaně a urychleně vytvářet podmínky pro mezinárodní, minimálně celoevropskou spolupráci a kooperaci na tomto poli. Zvláštní pozornost v tomto směru věnovat spolupráci se slovenskými pracovišti.
 14. Mezioborová i mezinárodní spolupráce si vyžaduje podnikat systematické kroky ke standardizaci opatření tyflopedického typu, k unifikaci terminologie, jejího výkladu a zveřejňování.)
 15. Zavázat odborné kruhy v referenčním poli tyflogologie, aby se v pravidelných intervalech scházeli a hodnotili kooperaci a její výsledky.
- Doporučuje se pořadatelům konference převzít iniciativu, obrátit se na představitele vysokoškolských a dalších autoritativních pracovišť v oblasti tyflopédie a jejich komplementárních oborů, aby:
- a) vytvořili specializované týmy pro řešení klíčových problémů ZP
 - b) zabezpečit kooperaci takových týmů a pořádání odborných konferencí v pravidelných intervalech.
 - c) připravili inovaci projektu „Kompendium edukace a rehabilitace zrakově postižených“, které popíše klíčové problémy i jejich řešení a zabezpečili jeho postupnou realizaci v průběhu 3 - 4 let.

PŘÍLOHY

Jmenný rejstřík (seznam autorů) :

Antov Ivan	str. 114
Bárta Jaroslav	str. 235
Bažantová Eva	str. 36
Belšan Pavel	str. 192
Botošová Martina	str. 77
Bubeníčková Hana	str. 221
Cerha Josef	str. 196
Dudr Viktor	str. 242
Galvas Zbyněk	str. 64
Gubková Veronika	str. 39
Gúttnerová D.	str. 100
Halousek Jan	str. 244
Heřmánková Dita	str. 150
Houška Marek	str. 249
Hradílková Terezie	str. 80
Ireinová Ilona	str. 156
Janečka Zbyněk	str. 111
Jesenský Ján	str. 14
Jílková Irena	str. 61
Konvičková Klára	str. 64
Korda V.	str. 51
Květoňová – Švecová Lea	str. 89
Langrová Iveta	str. 276
Ludíková Libuše	str. 146
Majerčík Jaroslav	str. 268
Mareš Jan	str. 251
Mendelová Elena	str. 122

Moravcová Dagmar	str. 42
Pačesová Ota	str. 173
Pavlíčková Naděžda	str. 45
Peňáz Petr	str. 255
Pešák Milan	str. 199
Požár Ladislav	str. 68
Rázusová Alexandra	str. 117
Rencová E.	str. 51
Roček Pavel	str. 235
Rodný Stanislav	str. 49
Rozsival Pavel	str. 51
Růžičková Kamila	str. 203
Řehořová Jitka	str. 209
Skalická Markéta	str. 213
Slager Albert	str. 268
Slouková Helena	str. 140
Solarová – Heese Světlá	str. 126
Sosna Tomáš	str. 52
Souralová Eva	str. 170
Svárovský Miloš	str. 273
Sýkorová Zita	str. 182
Šándorová Zdenka	str. 132
Šimůnek Marek	str. 51
Švejdová Marie	str. 73
Tatarková Eva	str. 216
Venclová Iva	str. 95
Vitásková Kateřina	str. 135
Vítková Marie	str. 100
Vorlíčková Helena	str. 45
Votava Jiří	str. 94

ZÁŠTITA KONFERENCE

prof. MUDr. Bohumil Fišer, CSc. ministr zdravotnictví ČR,
Ing. Karel Březina, ministr a vedoucí Úřadu vlády ČR,
doc. MUDr. Karel Barták, CSc. místopředseda Sociálního a zdravotního
výboru Senátu Parlamentu ČR,
Ing. Pavel Bradík, hejtman Královéhradeckého kraje,
Ing. Josef Potoček, náměstek primátora Hradce Králové,
prof. Ing. Pavel Cyrus, CSc. rektor Univerzity Hradec Králové,
prof. PhDr. Vladimír Wolf, děkan Pedagogické fakulty Univerzity Hradec
Králové,
prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc. přednosta oční kliniky Fakultní
nemocnice Hradec Králové a předseda České oftalmologické
společnosti

CÍLE KONFERENCE

Zhodnocení vývoje v oblasti tyflopédie a nastínění perspektiv dalšího
rozvoje edukace a rehabilitace zrakově postižených v České republice a ve
vyspělých evropských státech.

PŘÍPRAVNÝ VÝBOR

- PhDr. Josef Cerha, předseda
- doc. PaedDr. Ján Jesenský, místopředseda
- PhDr. Zbyněk Galvas, vědecký tajemník
- Mgr. Marek Šimůnek, hlavní manažer

PROGRAMOVÁ RADA

- doc. PaedDr. J. Jesenský, Univerzita Hradec Králové (předseda)
- PhDr. Zbyněk Galvas, Tyfloservis, o. p. s. (vědecký tajemník)
- prof. PhDr. S. Solarová – Heese, Univerzita Dortmund,
- prof. PhDr. M. Vítková, Masarykova univerzita, Brno,
- prof. PhDr. L. Požár, Komenského univerzita, Bratislava,
- doc. PhDr. L. Ludíková, Palackého univerzita, Olomouc,
- doc. PhDr. L. Květoňová - Švecová, Univerzita Karlova, Praha.

PROGRAM JEDNÁNÍ KONFERENCE

PÁTEK 21. 9. 2001 (AULA UHK)

- 09. 00 – 14. 00 Registrace účastníků
- 14. 00 – 14. 30 Zahájení, projevy hostů
- 14. 30 – 16. 00 VÝVOJ, STAV A PERSPEKTIVY ROZVOJE
V REFERENČNÍM POLI TYFLOLOGIE
- 16. 00 – 16. 30 Přestávka
- 16. 30 – 18. 00 SEKCE: OFTALMOLOGIE (moderuje prof. M. Vítková)
- 18. 00 – 18. 15 Přestávka
- 18. 15 – 19. 30 Odborná prezentace firem
- 19. 30 – 20. 30 Večeře
- 20. 30 – 22. 00 Společenský večer

SOBOTA 22. 9. 2001 (AULA UHK)

- 08. 00 – 09. 30 SEKCE: TYFLOTECHNIKA (moderuje M. Pešák)
- 09. 30 – 10. 00 Přestávka
- 10. 00 – 12. 30 SEKCE: TYFLOPEDIE
(moderuje doc. L. Květoňová - Švecová)
- 12. 30 – 15. 00 Oběd
- 15. 00 – 16. 30 SEKCE: PSYCHOLOGIE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH
(moderuje prof. L. Požár)
- 16. 30 – 17. 00 Přestávka
- 17. 00 – 19. 00 SEKCE: MULTIHANDICAP
(moderuje doc. L. Ludíková)
- 19. 00 Večeře, volný program

NEDĚLE 23. 9. 2001 (A1, AULA)

- 08. 00 – 09. 00 Workshop – Nácvik sociálních dovedností (posluchárna A1)
- 09. 00 – 10. 30 SEKCE: REHABILITACE ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH
(aula - moderuje PhDr. J. Cerha)
- 10. 30 – 11. 00 Přestávka
- 11. 00 – 12. 00 Závěrečné jednání (aula)
- 12. 00 Oběd

DOPROVODNÉ AKCE

- ☐ *Výstava pomůcek pro zrakově postižené*
- ☐ *Společenský večer účastníků konference*

**ORGANIZÁTOŘI KONFERENCE UPŘÍMNĚ DĚKUJÍ VŠEM
SPONZORŮM, DÁRCŮM A DOBROVOLNÝM
SPOLUPRACOVNÍKŮM, BEZ JEJICHŽ VSTRÍCNOSTI
A POCHOPENÍ BY REALIZACE KRÁLOVÉHRADECKÉHO
TYFLOLOGICKÉHO SETKÁNÍ NEBYLA MOŽNÁ**

**APETITO
APEX
DIOPTRA
ELVOS
ESCHENBACH
GALOP
HAAS A CZIZEK
HRADECKÁ PEKÁRNA
JAN BECHER – KARLOVARSKÁ BECHEROVKA
KARLOVARSKÉ MINERÁLNÍ VODY
KARLOVARSKÝ PORCELÁN
MAGISTRÁT HRADCE KRÁLOVÉ
Mc DONALD ´S ČR
MERIT
METZLER OPTIK PARTNER
OPTIKA ADÁMEK
PETROF
SAGITTA
SPEKTRA
VZP ČR
ZNOVÍN**

Aková Nikol, Buriánková Olga, Fajmonová Jitka, Fišerová Jana,
Haiclová Veronika, Ježková Veronika, Křivdová Hana, Mach Petr,
Růžičková Kamila, Simerská Helena, Šándorová Zdenka,
Šonská Martina, Šporová Saša, Šrámková Ludmila, Tužilová Iveta

Název: Edukace a rehabilitace zrakově postižených na prahu nového milénia

Sborník příspěvků z vědecké konference s mezinárodní účastí

Hradec Králové, 21. – 23. 9. 2001

Editor: doc. PaedDr. Ján Jesenský, CSc.

Návrh obálky: doc. PaedDr. Ján Jesenský, CSc.

Rok a místo vydání: 2002, Hradec Králové

Poč. sazba: Ing. Miloslav Prokeš

Vydání: první

Náklad: 600

Vydalo nakladatelství GAUDEAMUS, Univerzita Hradec Králové

Jako svou 378. publikaci.

ISBN 80-7041-041-8