

ŠKOLENÍ A VZDĚLÁVÁNÍ V CESTOVNÍM RUCHU

SPECIFIKA

PRO HANDICAPOVANÉ KLIENTY SLUŽEB CESTOVNÍHO RUCHU

www.vzdelavanivcr.cz



SPECIFIKA PRO HANDICAPOVANÉ KLIENTY SLUŽEB CESTOVNÍHO RUCHU

V.Hájková a kol.

Praha 2006

Specifika pro handicapované klienty služeb cestovního ruchu

Vydalo: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, Praha, 2006.
Staroměstské náměstí 6, 110 15 Praha 1, www.mmr.cz

Tato skripta byla vytvořena pro projekt „Školení a vzdělávání pracovníků v cestovním ruchu“ CZ.04.1.03/4.2.00.1/0001 Operační program Rozvoj lidských zdrojů (OP RLZ), Opatření 4.2., Specifické vzdělávání.

<p>Tento vzdělávací program je spolufinancován Evropským sociálním fondem (ESF) a státním rozpočtem ČR.</p>

ÚVODEM



Historické události posledních desetiletí potvrdily významné postavení České republiky mezi evropskými turistickými destinacemi a vzbudily zájem okolního světa o poznávání naší země.

Česká republika se stala součástí společného evropského prostoru kultury a vzdělanosti, v němž je základním měřítkem vyspělosti národa jeho vztah k nejslabším a ohroženým skupinám obyvatel. Tento vztah se projevuje v podpoře rovnosti šancí a přístupu do všech oblastí společenského života. K nejviditelnějším oblastem, kde mohou nastat rovné a ne-rovné příležitosti, jsou cestování, společné stravování, hotelnictví a celá oblast služeb v cestovním ruchu.

Údaje vyplývající z evropského průzkumu Johna Gilla, prováděného na sklonku minulého století (1999), zaměřeného na zlepšování podmínek pohybu osob s handicapem v Evropě, uvádějí přehled kategorií znevýhodněných osob, pro které je potřeba vytvořit specifickou nabídku služeb i v cestovním ruchu:

Na 800 milionů evropské populace připadají následující počty osob s handicapem:

Osoby na vozíku pro invalidy	3	mil.
Osoby neschopné chůze bez cizí pomoci	45	mil.
Osoby, které nemohou užívat prsty	1	mil.
Osoby neschopné užívat jednu ruku	1	mil.
Osoby s malou fyzickou silou	22	mil.
Osoby se sníženou koordinací pohybů	11	mil.
Osoby s postižením řeči	2	mil.
Osoby s omezenými vyjadřovacími schopnostmi	5	mil.
Dyslektici	25	mil.
Osoby s mentálním postižením	30	mil.
Osoby s úplnou ztrátou sluchu, neslyšící	1	mil.
Osoby s postižením sluchu, nedoslýchavé	80	mil.
Osoby s úplnou ztrátou zraku, nevidomé	1	mil.
Osoby s postižením zraku, slabozraké	11	mil.

Mnoho lidí v průběhu stárnutí získá více než jedno zdravotní postižení. Celkový počet osob s určitým stupněm omezené schopnosti pohybu a orientace se díky kategorii starších osob tedy celkem pohybuje v řádu 110 až 123 milionů z 800 milionů obyvatel Evropy..

I když uvedený výčet kategorií nemusí mít pro pracovníky ve službách v cestovním ruchu ústřední význam, umožňuje jim získat představu o početnosti znevýhodněné populace v Evropě a o početnosti speciální evropské klientely jejich služeb a umožňuje jim současně pochopit význam znalosti předložené problematiky pro jejich vlastní práci.



Odborný tým pracovníků Katedry speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy připravil následující distanční text pro pracovníky služeb v cestovním ruchu s cílem představit speciální potřeby osob s handicapem a jejich konkrétní odraz v nárocích na kvalitu služeb v cestovním ruchu.

Věříme, že tento distanční studijní materiál obohatí poznání všech, kteří svou práci v oblasti služeb vykonávají s potřebou jejího soustavného zdokonalování.

POTŘEBY TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ SLUŽEB V CESTOVNÍM RUCHU

PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

PRVNÍ KONTAKT S TĚLESNĚ POSTIŽENÝMI OSOBAMI



Klienti s tělesným postižením představují různorodou skupinu osob. Obvykle ale u nich najdeme jednu společnou vlastnost - omezenou schopnost samostatného pohybu. Pojem „tělesně postižený“ dnes také obecně slouží jako označení každého jedince, který trpí tělesnou a funkční změnou takového rozsahu, že je jí omezován v procesu běžné socializace.¹ Dříve byly osoby s tělesným postižením označovány jako „mrzáci“ a dnes je někdy velmi nepřesně označujeme jako „invalidy“.

Označení „mrzák“ (nebo z němčiny přejaté „kripl“) chápeme v současnosti víceméně už jen jako hanlivé slovo, nadávku. Přesto nám toto označení odhaluje snížený sociální status osob s tělesným postižením. Odráží totiž naše snížená očekávání vůči člověku s tělesným handicapem, skrytou nedůvěru v jeho schopnost uplatnit se ve společnosti, začlenit se do pracovního života a využít všech obvyklých sociálních příležitostí.

Vidíme-li před sebou klienta na vozíku, obvykle mu nepřisuzujeme vysoké společenské postavení, odbornou prestiž a neočekáváme ani, že by mohl být „VIP“ klientem. Tímto stereotypem v přístupu k postiženým se však můžeme sami diskvalifikovat, nebo dokonce poškodit renomé podniku (firmy), který (kterou) v jednání s klientem zastupujeme. Zvláště tehdy, pokud je náš podceňující přístup znát v našem chování vůči klientovi.

Vnímání jedinečných odlišností tělesně postižených osob zpravidla nepronikne pod náš celkový, poměrně stereotypně generalizovaný dojem odlišnosti. Tou je navenek nápadná neschopnost samostatně se pohybovat. Tato neschopnost bývá vyjádřena grafickým zástupným symbolem – vozíkem.



K ZAMYŠLENÍ...

Tělesně postižený jedinec je pro většinu z nás vozíčkář a tato naše ústřední představa slouží jako kotevní znak, ke kterému se poutají všechny další asociace. Označení vozíčkář abstrahuje z životní reality tělesně postižených jedinců jediný rys a nutí nás ke klasifikaci, která vychází z nezpůsobivosti pohybu těchto. Je nutné ale mít stále na zřeteli, že ve skutečnosti není v rámci minority tělesně postižených skupina vozíčkářů početně až tak výrazná.

Pro užití označení tělesně postižený ve vztahu ke konkrétnímu člověku nám obvykle stačí, pokud je tento člověk nápadný odlišností tělesného růstu či vzhledu nebo nápadný změnou pohybové funkce. Jedince trpící vnitřní chorobou, např. osoby s diabetem, kardiaky či osoby s obezitou, na jejichž početný výskyt v běžné populaci jsme si zvykli, osobami s tělesným postižením nenazýváme, jakkoliv jejich objektivní potíže (režimová a hybná opatření, somatické znaky a potíže) mohou být značně omezující a podobné těm, co prožívají tělesně postižení.

¹ socializace = vrůstání do společnosti skrze vytvořené sociální vazby a sítě a skrze plnění sociálních rolí, obvyklých pro příslušný věk a pohlaví

K ZAPAMATOVÁNÍ...



Osobnost tělesně postiženého je abstraktní pojem, který označuje identitu jedince s abnormální tělesnou vzhledu či funkce, měnící se v různých obdobích a kontextech života. Nositelem této abstrakce (osobnosti) je v každém případě konkrétní člověk, tj. lidský jedinec, který žije, vnímá, učí se, myslí, „chce“ a jedná.

Kontakt s tělesně postiženými lidmi v nás vyvolává celé spektrum pocitů, od lítosti či tendence se tomuto kontaktu vyhnout, až po pocit potřeby pomáhat a získat příležitost k jejich bližšímu poznání. Psychologové v té souvislosti hovoří o používání kognitivních schémat a určitých kognitivních prototypů. Máme-li pro sebe zpracovat vjemy působící na nás v kontaktu s neznámým jevem (v tomto případě s tělesnou abnormální, abnormální pohybu, komunikačních či jiných projevů druhého člověka) a máme-li se v této situaci adaptovat, využíváme myšlenkové představy z minulosti o příčinách i důsledcích těchto stavů, které jsme si vytvářeli od raného dětství, tzv. kognitivní schemata. Mohou to být představy o utrpení, bolesti, osamělosti, které spojujeme se situací tělesně postiženého člověka, ale i představy o původu jeho stavu (nemoc, úraz, autonehoda, nedodržení pravidla osobní bezpečnosti) a o prognóze jeho stavu. Někdy současně přemýšlíme o možnosti změn jeho stavu (možnosti vyléčení, chirurgického odstranění abnormality apod).

Kognitivní prototypy nemocí (více Křivohlavý J., 2002) existují v obecném povědomí lidí dané kulturní oblasti, ale také specificky v povědomí jedné konkrétní osoby. Vážou se na možnost identifikovat problém (např. na znalost názvu nemoci). Díky obecnému prototypu se nám v případě označení „rakovina“, „epilepsie“ nebo „obrna“ vybaví konkrétní obraz nemoci i životní souvislosti s ním spojené. Pod vlivem kognitivních prototypů nemocí máme tendenci paušálně hodnotit životní situaci osoby s konkrétní nemocí a změnou tělesného a funkčního stavu, očekávat u ní určité příznaky a projevy. Kognitivní prototypy se s vývojem lidského poznání, s vývojem vědy a s rostoucí vzdělaností a informovaností společnosti mění. Dnes už nežádáme „vymítat ďábla“ z duše epileptika nebo koktavého člověka, osoby s trpasličím vzrůstem nehodnotíme jako vzteklé či škodolibé, informace z lékařství a pokrok v sociálních vědách nám umožňují zbavovat se anxiózy (úzkosti) v kontaktu s těmito jedinci.



K ZAMYŠLENÍ...

Dalším faktorem, který působí na naše vnímání tělesně postižených je charakter našich zkušeností, získaných v dřívějším kontaktu s nimi. Člověk, který tráví řadu školních let v lavici se spolužákem s centrální poruchou hybnosti (např. dětskou mozkovou obrnou – viz dále) a má přesnou představu o možnostech soběstačnosti takového jedince, nebude ostýchavý a nejistý v jednání s ním, pokud s ním bude v pracovním nebo jiném společenském kontaktu.

Postoje nepostižených k postiženým mohou, někdy až šokujícím způsobem, ovlivnit předsudky. Předsudky vznikají na základě nepravdivých, zkreslených informací a vzbuzují u člověka negativní emoce a nepřátelské jednání vůči jiným osobám, aniž by se s nimi znal. K vytváření předsudků přispívá i sama společnost a kultura národa, která v každém historickém období vnímá a hodnotí lidské tělo jinak, vytváří jinou představu o kráse a ideál krásy. V každé historické etapě a kultuře funguje jakýsi sociokulturní stereotyp v oceňování krásy.

Již dlouhodobým evropským ideálem je štíhlost jako synonymum krásy a úspěchu (cca od 50.let min.stol), ve středověku (i později v mimoevropských kulturách) to mohla být plnost tvarů, která byla synonymem plodnosti, smyslnosti, úspěšnosti či bohatství. Odborníci na poruchy příjmu potravy dnes prohlašují, že nikdy a nikde v historii lidstva nebyla ideálem krásy traumatizována tak rozsáhlá část populace, jako je tomu v současné Evropě.

Dosud jsou i mezi vzdělanými lidmi rozšířeny představy o specifické osobnosti jedince s tělesným postižením, o jeho zvláštních charakterových rysech a vlastnostech vzniklých v důsledku tělesné abnormality. Vycházejí ob-

vykle z dílčích zážitků a zkušeností z kontaktu s postiženými, nejsou podloženy hlubším poznáním problematiky tělesného handicapu. Nejčastěji vycházejí z představy, že osoby s tělesným postižením pohlížejí se závistí na tělesnou integritu nepostižených osob a svůj vlastní pocit nedostačivosti transformuje do extrémních forem chování jako jsou agresivita nebo tendence se společensky izolovat. Obecně neexistují žádné prokazatelné souvislosti mezi změnami chování a tělesnou odlišností či přímo poruchou hybné funkce, a dosud nebyly prokázány ani neurotické poruchami vyskytující se výhradně u tělesně postižených jedinců.



SOUVISEJÍCÍ OTÁZKY:

1. *Kde a kdy jste se setkali s projevy postojových stereotypů ?*
2. *Jaké jsou Vaše vlastní pocity v kontaktu s tělesně postiženými?*
3. *Jak si vysvětlujete tyto pocity?*
4. *Jak na Vás působí současně propagované ideály tělesné krásy související životní styl?*



V klasické literatuře 19.století najdeme minimálně tři silné inspirativní zdroje pro podobné nevědecké závěry o povaze tělesně odlišných jedinců v Shakespearově Richardu III., v Hugově románu Zvoník od Matky Boží či ve Verdiho opeře Rigoletto. Na jejich základě se mohl formovat a šířit i příslušný společenský postoj vůči tělesně postiženým.

Jindy postoj k postiženým mohly ovlivnit vědecké teorie, které byly ve své době oceňovány a potvrzovány autoritami v oblasti vědy a výzkumu. Například podle zakladatele individuální psychologie (a současně slavného žáka světově známého psychoanalytika Sigmunda Freuda), tělesně postiženého rakouského lékaře Alfreda Adlera může dojít k takovému vývoji kompenzačních mechanismů v chování postiženého jedince, že u tělesně postiženého vedou až k překompenzovaným ambicím. Adler, který se opíral o vlastní zkušenost, došel k závěru, že ke konfliktnímu jednání a k přehnaným pokusům o kompenzaci postiženého jedince vede především jeho vědomí "orgánové méněcennosti", dále i jeho problematická ekonomická situace a nutnost podřízovat se od dětství vnější autoritě. Duševní život je podle něj závislý v největší míře na volné pohyblivosti organismu, neboť psychika člověka je předurčena k tomu, aby byla orgánem útoku, obrany nebo zajištění a ochrany podle požadavků životních podmínek.

Adler vycházel ze zkušenosti, že řada jeho pacientů, kteří nějak vynikali ve své profesi, dosáhla svých úspěchů tím, že byli nuceni překonat nějaký handicap z dětství. Vyvodil z toho dva podstatné závěry, které se staly základem jeho teorie: pocit méněcennosti není pouze patologický jev, ale může být i celoživotním motivačním zdrojem pro jedince a tvořit tak jeden ze základů dynamiky jeho osobnosti. V současné době je tento Adlerův pohled vnímán jako poněkud jednostranný, je však nesporné, že významnou měrou přispěl k obohacení psychologického poznání tělesně postižených osob.

Tělesná odlišnost člověka může být takového rozsahu, že to jeho samotného skutečně výrazně znevýhodňuje při sociální interakci, popřípadě prakticky vylučuje ze společnosti. Jedná se o případy, kdy u člověka dojde ke znetvoření sociálně exponovaných částí těla

(zejména obličejem a rukou). Pro životní situaci osob s extrémními vrozenými malformacemi toho typu (malus = špatný, forma = tvar) nebo později vzniklými deformacemi na hlavových, resp.obličejových částech se někdy užívá termínu „sociální smrt“. Sociálním handicapem mohou být i průvodní příznaky některých hybných poruch (inkontinence, nápadné mimovolní pohyby či neúmyslné grimasování osob s obrnou).

Jádrem osobní identity jedince s tělesným postižením bývají pocity „ kdo jsem“ a „kam patřím“ odvozované právě ze zkušeností, získaných v sociálních interakcích a potvrzovaných v sociálních vztazích. Osobní identita tedy vyplývá z psychofyzické identity (jak je sám „sžit“ s vlastním tělem) a ze sociální identity (jak je „zabydlen“ v sociálních vztazích a přijímán druhými lidmi). Osobní identita bývá považována za výsledek procesu individuace, tedy procesu, ve kterém se jedinec stává sebou samým. Ukazatelem individuace tělesně postiženého jedince není vysoké sebevědomí či úplná nezávislost na okolí a na sociálních vztazích, nýbrž osobní autonomie, akční samostatnost, názorová, citová a hodnotová vyhraněnost.

Životní perspektiva tělesně postiženého jedince nesmí být v žádném případě chápána a hodnocena jako uzavřená či podmíněná jeho vlastním úsilím o překonání nemoci či funkčního nedostatku. Jeho účast na všech složkách společenského života, např. i v turismu, je výrazně podmíněna faktorem prostředí, které může za určitých podmínek působit podpůrně, jindy naopak vytvářet bariéry.

K ZAPAMATOVÁNÍ...



Znalost problematiky tělesně postižených, možností podpory jejich potřeb při společném stravování, cestování, nároků na bezbariérové ubytování a služby pomáhá profesionálům v oblasti služeb cestovního ruchu identifikovat následující:

- bariéry a limitující faktory v oblasti cestovního ruchu
- prostředky skryté i zjevné diskriminace těchto klientů
- způsoby jejich překonávání a odstraňování
- možnosti přímé podpory tělesně postižených klientů cestou upravené nabídky
- konzultační poradenská pracoviště zaměřená na situaci znevýhodněných osob
- prostředky služeb ke změně
- nástroje k vyhodnocení nově přijatých opatření

V podstatě by dnes jakkoliv zjevný tělesný nedostatek neměl být sám o sobě překážkou účasti člověka ve většině forem provozovaného turismu (individuální, zájmová či kongresová turistika) ani překážkou jeho kulturního či sportovního a jiného zájmového využití.

NEJFREKVENTOVANĚJŠÍ TYPY HYBNÝCH A TĚLESNÝCH PORUCH A VYPLÝVAJÍCÍ POTŘEBY KLIENTŮ

CENTRÁLNÍ PORUCHY HYBNOSTI



Původ těchto poruch spočívá v poškození centrálního nervového systému (krátce CNS), tj. mozku nebo míchy. K tomuto poškození nejčastěji dochází během nitroděložního vývoje, během porodu či krátce po něm. Častou příčinou je nitrolební krvácení u plodu či novorozence vlivem těžkého porodu.

Nejznámější z těchto poruch, **dětská mozková obrna**, zaujímá dle incidence příznaků u živě narozených dětí v ČR i ve světě již mnoho let ústřední postavení mezi centrálními poruchami s trvalými, celoživotními důsledky pro hybnost postižených osob.

Je zapříčiněna „polyfaktoriálně“, tzn. že jeden či více z rizikových faktorů, negativně ovlivňujících vývoj plodu (nedostatečné okysličení tkání plodu, prodělané infekční onemocnění těhotné ženy, působení chemické látky, nejčastěji léků požitých matkou v době těhotenství, těžká psychická traumata) se navíc skombinuje s nedonošeností plodu, jeho předčasným narozením a výrazně nízkou porodní hmotností, nedostatečnou zralostí, někdy i těžkou novorozeneckou žloutenkou, poporodními komplikacemi - asfyxií novorozence, těžkým infekčním onemocněním, hnisavým zánětem, poporodním úrazem aj. a způsobí trvalé postižení hybnosti a vývoje hybnosti dítěte.

Dětská mozková obrna je dnes významným problémem v neurologii, jedinec s touto diagnózou vyžaduje celoživotní léčebnou rehabilitaci a komplexní podporu v oblasti vzdělávací, sociální, pracovní a psychologické.

U většiny forem DMO se působení zvýšeného či sníženého, popř. kolísavého svalového napětí odráží v hybnosti jedné, dvou či všech končetin, které člověk s DMO nedokáže náležitě využít k chůzi (v případě ochrnutí nohou) nebo sebeobsluhy (u znatelnějšího postižení hybnosti horních končetin) a k běžným úkonům a činnostem všedního dne. Na první pohled je zřejmé, že u osob s DMO trpí zejména volní hybnost, která je základem pro vůlí ovlivnitelné, plánované, záměrné pohyby.

Diparetická forma DMO se projevuje symetrickým postižením hybnosti obou dolních končetin, s jejich nesprávným držením, flekčním stažením (trvalým pokrčením v kolenním kloubu), tendencí k patologickému překřížení v oblasti stehen a vzájemným třením stehen při chůzi a někdy i equinózní chůzí. Pohyb osoby s touto formou DMO bývá nápadný, pokud je s použitím rehabilitačních pomůcek vůbec možný a vždy vzbuzuje pozornost okolí.

Častější bývá forma hemiparetická, kdy obrnou trpí horní a současně dolní končetina na jedné polovině těla. Horní končetina opět bývá ve flekčním držení (ohnutá) dolní končetina nepřírozeně napjatá s došlapem na špičku při chůzi. Současně bývá porušena i hybnost ruky a prstů, končetiny na postižené straně těla bývají slabší a kratší, menší bývá i příslušná polovina tváře. V extrémním případě může dojít k oboustrannému hemiparetickému postižení, tedy k postižení mozku v obou hemisférách. Všechny končetiny jsou pak výrazně postiženy a jedince se může pohybovat pouze na vozíku. Protože neovládá ani horní končetiny, bývá odkázán na asistenci druhé osoby. U hemiparetických forem DMO bývají častým příznakem i mentální postižení, snížené schopnosti vnímání a epileptické záchvaty. Kvadruparetická forma bývá považována za těžší formu diparetickou, neboť je stejně jako diparetická způsobena poškozením mozkového kmene. Opět se při ní setkáváme s postižením všech čtyř končetin. Výše jmenované formy se nejvíce projevují zvýšeným svalovým napětím (hypertoníí), existují ale i formy hypotonické, kdy je jedinec jakoby „bez vlády“.

Nejvíce nápadná je dyskinetická forma DMO. Osoba s touto obrnou vykonává časté, nápadné a vůlí nepotlačitelné pohyby, které u ní vznikají spontánně, někdy po silném (např. bolestivém) podnětu, při vzrušení, úlekem. Pohyby paží a ruky, které u ní můžeme sledovat, připomínají pohyb červa, jsou pomalé a vlnovité (atetózy). Jindy jsou to prudké, drobné záškuby (chorea), či velké odtřediivé rozmachy (balismy), drobné pohyby jednotlivých svalů (myoklonické pohyby), kmitavé třesy (tremor) aj. Tyto nepotlačitelné pohyby mohou zasahovat i obličej a přilehlé oblasti, působí na polykací, žvýkáci a obličejové svalstvo a způsobují na pohled nepěkné grimasy, tiky a záškuby na obličejí. Znesnadňují jedinci s DMO řeč a dýchání. Příčinou vzniku této formy DMO je poškození bazálních ganglií výše uvedenými způsoby.

PAMATUJTE...



Člověk s dyskinetickou formou obrny obvykle nemívá snížené intelektové schopnosti a velmi svou odlišností a nápadností vlastních projevů trpí. V přístupu k němu je nutno být tolerantní a trpělivý v komunikaci, nespěchat a nezervozňovat jej. Mimovolních pohybů, které budou v rámci navázaného hovoru dosti nápadné a mohou se i zesilovat, si nevšímáme. Jednáme-li s takto postiženým klientem v místnosti plné jiných lidí, nezvyšujeme hlas ani jiným způsobem na náš rozhovor nepřitahujeme pozornost okolí. Na vyjádření klienta nereagujeme překotně, neskáčeme mu do řeči, ani se nesnažíme hovořit za něj. Při přímé komunikaci „face to face“ udržujeme patřičný odstup, nevystavujeme se nebezpečí, že by nás mohl při svém neovladatelném souhybu ruky při řeči zasáhnout.

Většina dospělých klientů s dyskinetickou formou DMO bude mít zvládnuty základní nácviky vedoucí ke zklidnění mimovolních pohybů (pevné svírání předmětu či hrany stolu, dechový nácvik, uvolňovací cviky relaxačního charakteru apod.) Velké potíže mohou nastat, má-li se klient podepsat nebo vyplnit nějaký formulář. Pomocí v těchto případech je, pokud nám údaje nadiktuje a my je vyplníme za něj. O tuto službu by měl však sám požádat, nebo s ní aspoň souhlasit.



SOUVISEJÍCÍ OTÁZKY:

1. *Víte, v jakých školách se vzdělávají osoby s DMO a jakého vzdělání mohou dosáhnout?*
2. *Mohou takto lidé postižení hybnou poruchou cestovat a sportovat?*
3. *Jak bychom měli s těmito klienty jednat?*

Zájem o vzdělání, kulturu a vědu u osob s centrální poruchou hybnosti do velké míry kompenzuje omezení ve sportovních a pohybových činnostech. Po celém světě ale existují i sportovní kluby pro osoby s DMO, zejména pro "spastiky", v nichž se mohou takto postižení lidé věnovat běžným i speciálně určeným odvětvím sportu.

Druhým nejnápadnějším a život zatěžujícím projevem při dětské mozkové obrně bývá **postižení řeči**. Vývojová dysartrie je poruchou motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Při dysartrii klient mívá postižení v různé míře a v různém rozsahu základní složky řečového projevu - respiraci (dýchání), fonaci (tvorbu hlasu), rezonanci a artikulaci (výslovnost). Lidé s dysartrií mají potíže s poruchou svalového napětí v oblasti fonační, buko-faciální a orofaciální, k jehož uvolnění potřebují soustavnou rehabilitaci, logopedickou péči a fyzioterapii. Pomáhají jim dechová cvičení pro zvýšení kapacity plic, zlepšení koordinace dýchacích svalů a nácvik správných dechových vzorců. S logopedem provádějí fonační (hlasová) cvičení, kdy nacvičují sílu hlasových projevů, správné nasazení hlasu na počátku promluvy a dechovou koordinaci. Procvičují i funkci měkkého patra formou rezonančních cvičení, motorickou schopnost mluvidel formou artikulačních cvičení, prozodii formou intonačních a rytmických cvičení. Cílem soustavné péče logopedů zůstává, aby tito jedinci dosáhli maximálně srozumitelného a plynulého řečového projevu.

Případná verbální apraxie způsobuje těmto osobám někdy potíže v programování řečových segmentů. Projevuje se poruchou či neschopností artikulace dílčích úseků řeči, přičemž poruchy fonace a respirace nebývají – na rozdíl od dysartrie- přítomny. Z dalších řečových poruch provázejících DMO můžeme jmenovat koktavost, kdy jedinec zadržává či opakuje celé hláskové skupiny, provádí bezcílné souhyby těla, zejména končetin, červená se, potí se a trpí nadměrným stresem při řeči -logofobií. Klient trpící koktavostí úzkostně zaměřuje pozornost na vlastní řečový projev při veškerých veřejných projevech, nerad hovoří nahlas před ostatními lidmi. Patologické příznaky v jeho projevu se s jeho vzrůstající nervozitou zhoršují. Řečová fluence (plynulost) může být narušena i jiným způsobem – překotnou artikulací a enormě zrychleným tempem řeči, což je příznakem brebtavosti.

Nerytmický, trhaný a překotný řečový projev způsobuje, že je sdělovaná informace pro ostatní posluchače nerosrozumitelná..

Terapie řečových poruch bývá u tělesně postižených jedinců dlouhodobým a časově i metodicky náročným procesem. Cílem je dosáhnout u nich vlastní kontroly nad motorikou mluvidel, zlepšit srozumitelnost mluvy, zlepšit výkonnost v délce a kvalitě řečového projevu. Někdy sledujeme, že jsou tito klienti vybaveni speciálními elektronickými „mluvítky“ a že využívají moderních kompenzačních pomůcek, které jim pomáhají komunikaci handicap překonávat.

PORUCHY HYBNOSTI JAKO DŮSLEDKY JINÝCH ONEMOCNĚNÍ



Poruchou svalového napětí mohou podobně jako osoby s DMO trpět i osoby po cévních mozkových příhodách (CMP). V důsledku této diagnózy, mohou i po odeznění akutního stádia spojeného se ztrátou hybnosti, svalovou dystonií, snížení vitálních reflexů a neschopností komunikovat s okolím, přetrvávat problémy s volnými pohyby, s artikulovanou řečí, poruchy myšlení, problémy s koncentrací pozornosti, s pamětí, psychické problémy aj. Psychický stav těchto osob může být negativně ovlivněn reaktivními psychickými změnami, které prodělávají již v akutní fázi nemoci po čas hospitalizace, dlouhodobým odloučením od blízkých osob v době rehabilitace, neschopností návratu ke své dřívější práci, ke svým koníčkům a seberealizaci. Negativní reaktivní změny u nich vyvolává i neúspěch v sociální interakci, který je způsoben potížemi při slovním vyjadřování, nedostatečným ovládním volných a emočních projevů, poruchou mimiky a vnějších motorických projevů.

Problémovou kategorií klientů mohou být jedinci, u nichž **progresivní nervosvalové onemocnění** způsobuje postupnou ztrátu motorických schopností. Tito lidé, trpící např. myopatií (progresivní svalová dystrofie), spinální amyotrofií nebo roztroušenou sklerózou tvoří zkušenostní minoritu v lidské populaci, která prožívá stavy spojené s trvalým ohrožením soběstačnosti a často i života. U muskulárních dystrofií (myopatií) dochází k postupnému úbytku svalové tkáně a jejímu nahrazování nehodnotným vazivem a tukem. Početem v populaci tělesně postižených osob přesahují 7%. U nejprogresivnějších forem dystrofií dochází postupně i k poruše funkčnosti dýchacích svalů, k respiračním problémům a postupně i ke smrti udušením. I při menší progresi jde o skupinu lidí, kteří jsou těžce postiženi a v mnohém odkázáni na pomoc okolí. Jejich soběstačnost postupně ubývá, jejich duševní schopnosti však zůstávají nezměněny. Psychický stav těchto osob může být v důsledku tohoto procesu velmi narušen. Často

najdeme výskyt těchto progresivních chorob i v dětské populaci, kdy dítě přežívá 2 až 3 dekády života a jeho život i následná smrt jsou enormní zátěží pro blízké pečující osoby. Jindy prodělává myopatie jen mírný nárůst příznaků a dožívá se dospělosti, v níž progresse nemoci není rovněž výrazná.

Roztroušená skleróza je chronická neurologická nemoc, která propuká nejčastěji mezi 20. a 30. rokem věku. Součástí komplexu příznaků jsou ztráta hybnosti, výpadky zrakového či sluchového vnímání aj. Nesmírně důležité pro osoby s roztroušenou sklerózou je dodržování zásad životosprávy spojené s aktivním životem, samostatné bydlení, vytváření životních cílů, rodinný život a pracovní uplatnění.

Poruchou svalového napětí a volných pohybů je typická také **parkinsonova choroba**. Je to nemoc degenerativní povahy, projevující se svalovou ztuhlostí, pohybovou chudostí, omezenou mimikou a celkovou pomalostí. Velmi charakteristický je pro ni klidový třes (tremor). V pozdějších stádiích přináší tato choroba i změny psychické, člověka zcela invalidizuje a činí nesoběstačným.

Progresivní úbytek motorických schopností přináší i degenerativní onemocnění kostí a kloubů spojené s artritickými změnami kostí a kloubů, přinášejícími omezení rozsahu pohybů a bolestivost. Deformity a později i destrukce kloubů mohou být způsobeny i zánětlivými revmatologickými onemocněními, např. **Bechtěrevovou nemocí**, která vyžaduje farmakologickou léčbu a současně i systematickou rehabilitaci.

Juvenilní progresivní polyartritida je příkladem revmatologické nemoci, při níž zánět zachvacuje více kloubů v těle člověka současně. Bolestivé stavy u těchto osob je nutné tlumit léky. Postižení touto nemocí se mohou již v mladém věku ocitnout na vozíku.

ZÍSKANÉ PORUCHY HYBNOSTI



Příčinou získané poruchy hybnosti může být poúrazový stav mozku či míchy, poúrazová ztráta končetiny nebo její části, poúrazová deformita těla či tělesné části.

Nejtěžší úrazy CNS i hybného ústrojí bývají důsledkem dopravních nehod., zasažení elektrickým proudem, střelných zranění a výbuchů munice ve válečných konfliktech. Početně významnou skupinu tvoří v populaci adolescentní mládeže (chlapců) se získaným postižením hybnosti tzv. „skokani“ - jedinci s transversální míšní poruchou vzniklou postižením páteře po skoku do vody s neznámou hloubkou. Trvalé následky takových zranění i při ucelené a soustavné rehabilitaci negativně ovlivňují kvalitu celého dalšího života jedince, v případě „skokanů“ jde o celoživotní poruchy hybnosti (paraplegie či kvadruplegie), poruchy citlivosti a vegetativních funkcí.

Poškození míchy bývají nezvratná, neboť mícha nemá regenerační schopnost.

Jedná se o:

1. *poškození horní krční míchy* (na úrovni 1.-4.obratle) s následkem: spastické postižení všech končetin, poruchou citlivosti a citlivosti celého těla až ke krku.
2. *poškození dolní krční míchy* (na úrovni 5.-8. obratle) spastické postižení dolních, často i horních končetin s poruchou citlivosti na trupu i končetinách
3. *poškození hrudní míchy*, způsobující spastické postižení dolních končetin s poruchou citlivosti do výše léze
4. *poškození bederní a křížové míchy*, provázené chabou obrnou dolních končetin a poruchou citlivosti na dolních končetinách



K ZAMYŠLENÍ...

1. *Znáte případ trvale postiženého jedince po dopravní nehodě?*
2. *Znáte případ postiženého chlapce po skoku do mělké vody?*
3. *Víte, k čemu slouží spinální jednotky?*
4. *Znáte centrum „Paraple“ a víte, komu slouží?*

Úrazová poškození mozku přináší posttraumatické poruchy v rozsahu odpovídajícím rozsahu poškození mozkové tkáně. Nárazem na lebku může dojít ke *komoci* mozku (otřesu), nárazem či střelným poraněním ke *kontuzi* mozku (zhmoždění) či *dilaceraci* mozku (vyhřeznutí). Pokud poslední dva uvedené úrazy mozku jedinec přežije, dochází rozsáhlému neurotraumatu, s poruchou vědomí, a trvalými psychickými i hybnými následky. Vedle ochrnutí hrozí i poruchy vegetativních funkcí, k okohybným poruchám, k dvojitému vidění, někdy i k pouřazové epilepsii. Jedinci navíc trpí poruchou vnímání, myšlení, stresovými stavy, fatickými poruchami a duševními poruchami. Problémy s řečovou komunikací provázejí neurotraumata poměrně často.

Pro oblast psychiky přináší úrazem vzniklá postižení soubor negativních projevů, které označujeme jako posttraumatický psychosyndrom. Jeho součástí mohou být i výpadky paměti a osobnostní změny, výkyvy nálad a citových projevů.

Úrazová postižení periferních nervů mívají za následek hybnou poruchu příslušné části těla (jedné končetiny nebo její části, obličejové části, pažní pleteně aj.) Podobné poruchy vyžadují cílenou rehabilitaci, která důsledky pro hybnost i psychiku minimalizuje.

Pouřazová ztrátová postižení bývají důsledkem vážných úrazů, při nichž dochází k oddělení segmentu těla (nejčastěji horní či dolní končetiny, nebo jejich části) buď přímo v momentu úrazu (v kontaktu s vysokým napětím, s okružní pilou), nebo později, při nucené volbě amputací chirurgickou v případech, kdy chorobné změny na poškozené končetině svou progresí ohrožují život jedince.

MALFORMOVANÝ ZEVNĚJŠEK



Termín „malformace odvozujeme od „malus“ (=špatný), forma (=tvar). Porucha tvaru je v případě malformací vrozená, bývá způsobena tzv.vrozenou vývojovou vadou, vzniklou nejčastěji na základě působení teratogenu v nitroděložním vývoji. Porucha tvaru či velikosti se může týkat lebky i páteře, trupu v oblasti hrudní, bederní i křížové, všech končetin.

Lebky i páteře, trupu v oblasti hrudní, bederní i křížové, všech končetin.

Páteře a lebky, stejně jako patra a čelisti se mohou týkat rozštěpové vady, vzniklé nedokončením srůstu či uzavření některého kostěného segmentu v nitroděložním vývoji. Řadu těchto poruch dokáže současná neurochirurgie, čelistní a plastická chirurgie napravit, k operacím se přistupuje dnes již ve velmi nízkém věku dítěte. Na lebce někdy dochází k opačnému jevu – předčasnému srůstu švů, které za normálních okolností mívají chrupavčité spojení až do ukončení růstu lebky. Takové poruchy nazýváme craniostenózy. Pokud by nedošlo k chirurgickému zákroku na lebce v raném věku dítěte s craniostenózou, abnormálním růstem by lebka dosahovala netypického tvaru (peckovitá lebka, věžovitá lebky, člunkovitá aj.) Hrozilo by rovněž riziko útlaku vnitřní nervové tkáně, hromadění mozkomíšního moku a zvýšení nitrolebního tlaku vedoucího k mozkovému poškození, mentální retardaci, hydrocefalu.

Růstové odchylky končetin se projevují jako chybění celé končetiny (amelie), nebo její části (dysmelie), nasedání distální části ruky přímo k rameni (fokomelie), srůsty segmentů, zejména prstů (syndaktylie) či větvení prstů (polydaktylie). Achondroplázií nazýváme poruchu růstu a tvaru kostí vznikajících z chrupavky. Výsledkem bývá dysproporční růst končetin v poměru k tělu, tzv.trpasličí růst.

Obecně platí, že psychicky nejnáročnější jsou pro vnitřní prožívání jedince abnormality na sociálně frekventovaných a kontaktních místech těla (obličej, dlaně a ruce) Současná vysoce specializovaná plastická chirurgie dokáže nahrazovat či doplňovat chybějící části těla vysoce funkčními implantáty, téměř vždy je však potřeba doprovodit péči medicínskou péčí psychologickou a terapeutickou pomocí.



SOUVISEJÍCÍ OTÁZKY...

1. Znáte případy osob s transplantovaným obličejem? Co bylo jejich největším problémem po odeznění akutních zdravotních problémů a zhojení transplantátu?
2. Kdy je otázka tělesné deformace nejpálčivější? V kterém věku? Jaké části těla se týká?
3. Jaké změny tvaru lebky mohou nastat a jak vzniknou?
4. Co je to rozštěp páteře?

PROFESIONÁLNÍ PŘÍSTUP KE KLIENTŮM S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM VE SLUŽBÁCH V CESTOVNÍM RUCHU

PAMATUJTE...



Strategie profesionálního přístupu ke znevýhodněným klientům s tělesným postižením je založena na přesném chápání jejich speciálních potřeb. Na počátku úvah o potřebách tělesně postižených klientů je třeba mít na paměti, že tito klienti zdaleka netvoří, jak už bylo řečeno, stejnorodou skupinu osob.

K ZAMYŠLENÍ....



Z hlediska speciálních potřeb můžeme vycházet z obecné charakteristiky následujících skupin osob s tělesným postižením (Nosek K., 1996):

1. skupinu tvoří klienti s lehčím postižením hybnosti, s mírně zhoršenou orientací a lehce narušenou komunikační schopností. K této skupině můžeme řadit klienty s lehčími formami dětské mozkové obrny, poruchami růstu páteře a kostního skeletu, s periferními obrnami vzniklými po úrazech, osoby s růstovými odchylkami a funkčně méně významnými malformacemi. Poruchy hybnosti těchto osob sice vyžadují soustavnou rehabilitaci a léčebnou péči, ale „neodsuzují“ tyto osoby k jakékoliv formě závislosti na pomoci okolí a neomezují je v životních aktivitách. U podobných klientů se nesetkáme ani s problémy v komunikaci s okolím. Nebývají stigmatizováni a prožívají uspokojivou životní seberealizaci. Služby, které jim nabízíme v cestovním ruchu, hotelnictví a gastronomii, mohou mít prakticky standardní průběh a charakter.

2. skupinu osob a současně možných klientů služeb v cestovním ruchu s těžším postižením nosného a hybného ústrojí provázejí i další obtíže, trpí např. změnami percepce, transferu a koncentrace pozornosti, kolísání duševní výkonnosti. Do této skupiny patří osoby s kvadruparetickou či kvadruplegickou formou DMO, osoby po úrazech s poruchou míchy, klienti s nádorovým či degenerativním onemocněním CNS. U takto postižených osob pozorujeme vysokou míru závislosti na jejich průvodcích a blízkých osobách. V osobním životě totiž zůstávají v péči rodiny i v době dospělosti a jejich závislost nemusí být jen formální, nýbrž i citová a v některých případech ekonomická. Sociální zranění těchto osob je prohlubováno zpožděním oproti nepostiženým vrstevníkům, bývá provázeno krizemi a frustracemi, tzv. časná dospělost nastupuje s typickým zpožděním a nemá ani typický průběh. V sociální a zájmové sféře tito jedinci vyhledávají kompenzační příležitosti. Obvykle bývají členy komunity podobně postižených, udržují s ní četné kontakty, ztotožňují se s nabízenou skupinovou identitou. Součástí programu osobní samostatnosti a nezávislosti těchto osob by měla být schopnost mapovat a reálně hodnotit vlastní schopnosti a výkonnost a využívat pojistného algoritmu, tj. dovednosti adekvátně se zachovat v obtížné situaci, umět požádat o pomoc a podporu v okamžiku, kdy jsou jejich vlastních možnosti vyčerpány. Cestování jako nová životní příležitost může přinést takto postiženým osobám zpětnovazební zkušenost a příležitost k osamostatnění.

3.-skupinu specifické klientely tvoří osoby s progresivními nervosvalovými onemocněními, těžkými poruchami hybnosti na bázi mozkové obrny a po prodělaných neuroinfekcích a neurotraumatech, s poúrazovými stavy nervového a hybného systému, s kombinací tělesného a smyslového postižení, s rozsáhlým systémovým onemocněním kostí, s benigními tumory a s metabolickým onemocněním, s nekompenzovaným záchvatovým onemocněním (farmakoresistentní epilepsie, těžké formy astmatu, diabetu aj.

Rozsah a dlouhodobost podstatného omezení v životních aktivitách nevyhnutelně vede u těchto klientů ke ztrátě sociálních kontaktů a běžných příležitostí k cestování a turistice. Vyžadují obvykle osobní asistenci a pomoc v každodenních situacích, nejsou zcela soběstační v sebeobsluze (při jídle, osobní hygieně, při použití toalety aj.) Volný čas je u nich omezen z důvodu nutnosti absolvovat pravidelné léčebné, rehabilitační a terapeutické procedury, často i nutnosti dodržovat režimová opatření, předcházet náhlým příhodám (epileptickým či jiným záchvatům).

PAMATUJTE....



Výše uvedené skupiny od nás vyžadují nejen znalost etických přístupů a chování vůči znevýhodněnému člověku v nestandardní situaci, ale i znalost možností systematické podpory znevýhodněným osobám ve službách cestovního ruchu.



SOUVISEJÍCÍ OTÁZKY:

1. Dokážete popsat projevy osob s dětskou mozkovou ?
2. Jaká progresivní onemocnění způsobují postupnou invalidizaci?
3. Máme dávat najevo postiženým, že o jejich nemoci víme?

HLAVNÍ PRINCIPY V KOMUNIKACI S TĚLESNĚ POSTIŽENÝMI KLIENTY



Komunikace pracovníků služeb v cestovním ruchu s tělesně postiženými klienty přináší zvláštní obtíže v případě, kdy je mluvený projev klienta natolik narušen, že působí nápadně a je nesrozumitelný. Zvláštní bariéra v komunikaci s klientem na straně pracovníka vzniká také tehdy, když nápadné projevy a malformovaný vzhled postiženého klienta vzbuzují u pracovníka nechuť či přímo odpor ke komunikaci s ním. U jedinců s DMO, zvláště u dyskinetických forem DMO, mohou tuto psychickou bariéru pracovníků služeb vyvolávat už samotné nepotlačitelné pohyby, neuvědomělé posunkování a grimasování, potíže se salivací (nadměrné slinění), problémy s dýcháním a nedostatky ve fonaci (tvorbě hlasu) při hlasitém verbálním projevu těchto klientů. Z odborného, speciálně pedagogického hlediska hodnotíme podobné přídatné poruchy doprovázející hybné poruchy jako symptomatické poruchy řeči, tj. ty, které nejsou samy o sobě řečovým postižením, ale pouze přídatným projevem tělesné poruchy. Pod tímto názvem je také najdeme v odborné speciálně pedagogické literatuře.

DOPORUČENÍ...



Způsob, jakým jednáme se klienty s tělesným postižením vytváří pro ně i pro ostatní účastníky rozhovoru představu, jak je vnímáme. Často z toho sami tělesně postižení o sobě vyvozují představu. Je tedy velmi důležité znát přiměřené způsoby, které lze užívat při postojově neutrální komunikaci s jedincem s tímto znevýhodněním, ať už se tento jedinec pohybuje na vozíku nebo bez něj.

Lze je vyjádřit několika závaznými pravidly při komunikaci s tělesně postiženými:

- Při osobním jednání s tělesně postiženými klienty i při hovoru o nich bez jejich přítomnosti bychom neměli užívat „zobecňující nálepky“. Užívejme proto označení „klient“, „host“, či jmenovitěho označení včetně titulů namísto „vozíčkář“ nebo „postižený“ či „spastik“, nebo dokonce „invalida“.
- V rozhovoru o klientovi a nebo při jeho hodnocení se zaměřujeme na hodnocení schopnosti, nikoliv neschopnosti či omezení klienta. Nepoužívejme citově zabarvená hodnotící vyjádření typu „nešťasný“, „politováníhodný“, „chudák“, „chudinka“, neboť zdaleka nemusí vyjadřovat skutečný stav daného klienta.
- Nevěnujme nadměrnou pozornost životnímu příběhu klienta, a okolnostem vzniku jeho postižení, i kdyby nás do nich osobně zavedl, nenechávejme se jím dojímat (prožitými peripetiemi v osobním životě, prožitými nepříjemnými zážitky z absolvované léčby, příběhy o nevyčísitelných chorobách aj). Zaměřme se na smysl našeho fungování v rámci služeb a na standardní postupy v jejich poskytování a v komunikaci s klientem citlivě a současně asertivně odmiíjme veškerá témata spojená se vzpomínkami na minulost a s popisem postižení.

- *Nekomentujme projevy klienta a jeho zapojení do různých aktivit jako výsledek nadlidského úsilí. Nedávejme jej v tomto smyslu za vzor ostatním klientům. Heroizace výkonů postižených osob vytváří u okolí představu, že pouze výjimečný jedinec s daným typem postižení je sto jich dosáhnout.*
- *Vystupujme v roli poskytovatele služby nikoliv lékaře a ošetřovatele či osobního asistenta. a nejednejme s postiženým člověkem jako s nemocným.*
- *Opakem stavu jedince „s postižením“ je stav „bez postižení“, opakem „postiženého“ jedince není tedy člověk „zdravý“, ale také ne „normální“.*
- *Handicap není synonymem postižení, je to termín, který odpovídá českému pojmu „znevýhodnění“. Handicap je do velké míry determinován společensky. Pro klienta na vozíku nejsou v budově handicapem chybějící nohy, ale existující schody. Jeho handicap je v tomto případě eliminován zajištěním vhodného výtahu.*
- *Nerozhodujme za postiženého a neužívejme v rozhovoru s ním direktivního tónu. Působí to dojmem, že nevěříme v jeho autonomii při rozhodování.*
- *K rozhovoru s klientem sedícím na vozíku vyhledávejme příležitost k tomu, abychom sami také seděli a mohli vzájemně komunikovat „tváří v tvář“. Když už jinak nelze a musíme nad ním stát, hovořme na něj s takovým odstupem, aby mohl sledovat naši tvář bez vyvracení krku a záklonu hlavy.*
- *Neobracejme se v rozhovoru na doprovod klienta, hovořme vždy se klientem samotným, i kdyby to mělo být tlumočeno prostředníkem. Jednoznačně tak dávejme najevo, že komunikačním partnerem je pro nás samotný klient.*
- *Klient na vozíku, jehož síla rukou není nijak omezena, se skutečně dokáže pohybovat sám! Nepotřebuje tedy naši pomoc, dokud o ni sám nepožádá. Dovednost požádat vhodnou formou o pomoc okolí je otázkou osobního rozhodnutí a výrazem sociální zralosti klienta, spoléhejme proto na tuto zralost a nesnažme se klientovi jakékoliv služby „navíc“ a pomoc nabízet či vnucovat.*

K ZAPAMATOVÁNÍ...



V komunikaci s tělesně postiženým klientem se projeví také míra našeho respektu vůči jeho právům. Věřme, že lidé s tělesným postižením jsou si těchto práv většinou dobře vědomi a i pouhé náznaky jejich porušování jim mohou principiálně vadit a hluboce se jich dotknout.

SEBEURČENÍ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

V dalším společně nahlédneme do Charty práv tělesně postižených. Je to dokument deklaratorní povahy (je pouze eticky závazný), který formulovali sami tělesně postižení členové francouzské Assotiation des Paralyses de France.

Praeambule Charty uvádí:

„Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975.

V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoliv jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem po-

stižených osob přihlíží. Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně repektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát příležitost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život.

Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů, stejně jako výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpríznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.

K PROSTUDOVÁNÍ...



Prostudujte si několik níže uvedených článků Charty, které formulují práva tělesně postižených osob. Zaměřte se na ty, které můžete pomoci naplňovat při své práci ve službách cestovního ruchu.

Článek 1

Způsob života: Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a na místa, kde chce žít.

Článek 2

Rodina a okolí : Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet jí a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů

Článek 3

Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc : Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu důvěře a úctě.

Článek 4

Právo na lékařskou péči : Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci o osobní zdravotní situaci a podílet se na veškerém rozhodování o sobě.

Článek 5

Bydlení a okolí : Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout, žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

Článek 6

Právo na technickou pomoc : Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

Článek 7

Účast na společenském životě : Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Článek 8

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.“

(BEZ) BARIÉROVOST PROSTŘEDÍ, TÝKAJÍCÍ SE SLUŽEB V CESTOVNÍM RUCHU



Nejsou to pouze psychické bariéry, které blokují kvalitu služeb poskytovaných v cestovním ruchu tělesně postiženým klientům. Mohou to být bariéry architektonické, které znesnadňují pohyb osob s tělesným postižením v prostorách hotelových objektů, nádražních halách a na nástupištích, v informačních centrech a incomingových agenturách, po dopravních trasách.

Připomeňme proto **základní podmínky přístupnosti vnitřního i vnějšího prostředí pro osoby s omezenou schopností samostatného pohybu a orientace**, tak jak je uvádí ve své publikaci „Projektujeme bez bariér“ (ke stažení na www.filipiova.cz) česká architektka Ing. Daniela Filipiová.

Přístupové cesty k veškerým centrům služeb, ať již vozovky, chodníky nebo rampy, by měly být zbaveny všech překážek, např. sloupů osvětlení, laviček, odpadních košů, stojanů na kola, sebeobslužných automatů a mobiliářů. Rozměry přístupových cest by měly respektovat minimální potřebný prostor pro částečně pohyblivé (o berlích chodící) osoby, tj. 90 cm šíře se 60 a 160 cm výšky dosahu manipulačních prvků (samoobslužných semaforů, svítidel aj.) i min. prostor pro osoby pohybující se na vozíku, tj. 58-70 cm šíře potřebné pro průjezd vozíku, 120 cm délky vozíku *bez doprovodu* a 140 cm s *doprovodem*, 170 cm délky na 140 cm šířky manipulačního prostoru pro obrat vozíku o 180 stupňů a 170 cm na 170 cm při obratu o 360 stupňů, 140 cm výšky průjezdu pod vodorovnou plochou a 120-140 cm dosažitelné výšky z vozíku.

Přístupové komunikace by měly být rovné a upravené, dobře osvětlené s jasně označenými okraji. Případné schody do budov by měly mít alternativu v plošině či nájezdní rampě, měly by mít kontrastní okraje (zvláště první a poslední schod) a odlišnou povrchovou úpravu čela a nášlapu. Zábradlí pomáhají rozlišit směr a změnu úrovň povrchu, osobám s poruchou lokomoce slouží i jako opora. Obrubníkové kameny chodníků vysoké 5-12 cm jsou pro většinu vozíků překonatelné. U přechodů pro chodce by měl být chodník svažité (snížený v max. sklonu 10%).

U budov a center služeb by měla být rezervována **parkovací místa** pro vozíčkáře, označená symbolem ICTA, a to co nejbližší vchodu do budovy, ne dál než 40m od něj. Šířka rezervovaného parkovacího místa by měla činit 3,00- 3,60 m, délka minimálně 6 m. Přístup ze strany řidiče musí být zajištěn volnou plochou v šíři 1,40m.

Nájezdní rampy pro vozíčkáře by měly vně i uvnitř budov a zařízení splňovat požadavky minimálních rozměrů: šířka 1,50-2,00 m, sklon max. 6%, souvislé zábradlí o max. výši 0,90 m s oválným průměrem 0,05 m, poskytující pevnou oporu a snadné uchopení. Rampy by měly být zakončeny pevným a neklouzavým povrchem.

Schodiště a schody by měly být povolovány pouze v místech, která by jinak vyžadovala rozsáhlé stavební úpravy. Dva nebo více schodů představují překážku, kterou je vozíčkář schopen překonat jen za pomoci schodolezu či jiných osob. Schody by neměly být vyšší než 0,18 m s minimální hloubkou 0,27 m. Všechna schodiště v budovách by měla být dobře viditelná, přístupná a bezpečná. Měla by být opatřena souvislým zábradlím na každé straně. Zábradlí by měla o 0,40 m přesahovat začátek a konec schodiště. Úchopová část zábradlí by měla mít oválný či kruhový profil. V místech, kde je schodiště jedinou přístupovou cestou do budovy či její části, musí být nainstalována zdvihací plošina. Točité schodiště jsou neschůdná a neprůjezdná.

Dveře budov nesmí být v žádném případě otáčivé nebo automaticky se zavírající s velkým odporem. Vrstvené dveře by měly být řazeny od sebe s dostatečnou vzdáleností pro manipulaci s vozíkem, případně pro jeho otočení (140-170 cm). Dvojité, ručně ovládané zasouvací dveře by měly být min. 2m široké, jednoduché vchodové dveře by měly být min. 80 cm široké. Vedle dveřní kliky musí být volná stěna v šíři min 0,50 m. Venkovní zvonek a zvonek k přivolání obsluhy by měl být umístěn nejvýše 130 -140 cm nad zemí. Pro vozíčkáře jsou zvláště obtížné přejezdy dveřních prahů. Prahy by neměly vyčnívat nad úroveň podlahy.

Zádveří by mělo být dostatečně prostorné, aby skýtalo volný průjezd vozíku i manipulaci s ním.

K **vnitřním úpravám budov** lze vznést z hlediska bezbariérovosti řadu požadavků. Jakékoliv pevné součásti chodeb a schodišť by měly být přehlednutelné, tj. ne vyšší než 0,60 m. **Chodby** ve vnitřních částech budov by měly být široké 1,50 m., aby umožňovaly i doprovod vedle vozíku. Madla, ovládací prvky, kliky aj. by měly být umístěny ve výši 0,90 m, sklon chodeb by neměl přesahovat 6%. Podlahy by měly mít protiskluzovou povrchovou úpravu, pokud možno i vodící linie. V delších chodbách by měla být umístěna odpočívadla a vhodná sedadla pro osoby s postižením hybnosti. Pro osoby s postižením by měl být přístupný minimálně jeden dostupný telefonní přístroj. Pokud je umístěn v telefonní budce či ve vymezeném prostoru, měl by tento splňovat minimální rozměry: 1,20m x 1,25 m, s umístěním otvoru pro vzhazování mincí (vkládání karet) ve výšce max. 1,30 m od podlahy. Pod aparátem či poličkou by měl být průjezdný prostor 0,70 m.

Skleněné vnitřní dveře v budovách by měly být označeny barevnými pruhy ve výšce očí sedící osoby (1,00-1,40m), jejich dolní část by měla být chráněna proti nárazu vozíku. Dveře s automatickým otvíráním by měly být nainstalovány všude, kde je to jen možné.

Nejméně jeden **výtah** v budově by měl být přístupný tělesně postiženým osobám. Hloubka kabiny výtahu by měla přesáhnout min. 1,40 m a šířka by měla být větší než 1,10 m. Dveře výtahu musí být posuvné o šíři nejméně 0,80 m, opatřené čidlem, které je otevře i při velmi slabém dotyku. Veškeré ovládací prvky ve výtahu by měly být zdvojeny, tj. umístěny oboustranně, neměly by vyčnívat a měly by být umístěny horizontálně ve výšce 0,80-1,40 m. Podél vnitřního obvodu kabiny by měla být umístěna madla ve výši 0,90 m. Mechanismus zajišťující přesnost zastavení výtahu v podlažích by měl mít toleranci max. 2cm.

Toalety pro tělesně postižené by měly být umístěny vždy ve stejných prostorách jako toalety běžné. Na toaletách běžných by měla být alespoň jedna kabinka určena a uzpůsobena pro osoby s handicapem. Kabinka by měla být prostorná pro zajištění průjezdu i manipulace s vozíkem. Měly by být vybaveny tak, aby vozíčkář mohl použít toaletu různými způsoby. Není tedy nezbytné, aby byl vozík vůči toaletě vždy v boční pozici. Jen málo vozíčkářů se dokáže posadit na toaletu z této pozice. Volný prostor by měl být tedy ze všech stran kolem toaletní mísy. Dveře kabinky o min. šíři 0,80 m se mají otvírat směrem ven z kabiny. Výška toaletní mísy se sedátkem by neměla přesáhnout 46 cm. Má být upevněna ke stěně a vyčnívat nejméně 65 cm. Splachovací systém se doporučuje zezadu se snadnou přístupností. Podlaha kabiny by měla být neklouzavá bez volných textilních předložek. Upevnění madel lze řešit mnoha způsoby. Uvnitř kabinky by mělo být umístěno i umyvadlo s jednoduchou mísicí pákovou baterií. Umyvadla na běžných toaletách by měla sloužit všem uživatelům, proto by měla být instalována dorůzné výšky (70, 80, 90 cm). Alespoň jedno ze zrcadel na toaletách by mělo být umístěno do výšky obličeje sedící osoby, tj. cca 1,00-1,20m.

Souhrn parametrů vozíků je velice důležitý při stanovování norem zpřístupňování. Jejich konstrukce, váha a velikost by měly odpovídat odsouhlasenému standardu a měly by ovlivnit požadovaný prostor uvnitř vozidla. Stále se zvyšující se počet elektrických vozíků pro invalidy přináší nové problémy z hlediska velikosti, váhy a bezpečnosti. Ve srovnání s ručně obsluhovanými vozíky může být jejich celková hmotnost (pasažér + vozík) dvojnásobná, což zvyšuje potenciaální riziko při nehodách či náhlém brždění. Stejně tak se oproti ručním vozíkům snižuje schopnost překonat horizontální a vertikální proluky, vzhledem ke větší hmotnosti a tím pádem menší možnosti náklonu. Z hlediska potřeb osob s omezenou schopností pohybu a orientace jde rovněž o možnost přípravy plánované cesty předem, to znamená především získání informace o bezbariérovosti dopravních cest a dopravních prostředků včetně jejich konkrétního nasazení (např. garantované spoje apod.) Informace o dopravních službách přístupné (například na internetu) veřejnosti musí obsahovat údaje o přístupnosti dopravní cesty (řešení zastávek, stanic, objektů dopravních služeb) i dopravních prostředků (garantované spoje s nízkopodlažními autobusy či tramvajemi, přístupné spoje na železnici apod.) pro pohybově postižené.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. *Považujete Vaše pracovní prostředí za bezbariérové?*
2. *S jakými typy architektonických bariér se můžeme setkat ve veřejném prostoru před Vaším pracovištěm?*
3. *Kde najdete informace o bezbariérových linkách hromadné dopravy ve městech?*
4. *Doslechli jste se o bezbariérových turistických trasách v českých horách?*
5. *Který český architekt napsal knížku „Projektujeme bez bariér“ a kde si ji můžeme přečíst?*

STUDIJNÍ LITERATURA:

Gill, J.: Improving Transport for People with Mobility Handicaps, ECMT Paris.1999

FILIPIOVÁ,D.: Projektujeme bez bariér. Praha: MPSV, 2002

HÁJKOVÁ, V.: Integrativní pedagogika. Praha: IPPP ČR, 2005. ISBN 80-86856-05-4

KŘIVOHLAVÝ,J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002 ISBN 80-247-0179-0

RENOTIÉROVÁ,M.: Somatopedické minimum. Olomouc: Univrzita Palackého, 2002 ISBN 80-244-0532-6

VOTAVA,J a kol.: Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2005 ISBN 80-246-0708-5

ŽIVNÝ,B: Dětská mozková obrna (DMO)- základní informace pro nemocné a rodiče dětí s DMO. Dostupne na <http://neurochirurgie.cz>, poslední aktualizace 2006

POTŘEBY KLIENTŮ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Doc.PhDr. Lea Květoňová, Ph.D.

PhDr. Josef Cerha



Předmětem kapitoly bude pojednání o „člověku se zrakovým postižením“. Jak vlastně vymezit pojem člověka se zrakovým postižením? V první řadě jde o *člověka* a zvláštnosti, které vyplývají z jeho *individuality*.

Naším záměrem je vymezení potřeb klientů se zrakovým postižením ve sledované oblasti a zejména zabezpečení standardních popř. nadstandardních služeb v cestovním ruchu. Otázkou k diskusi mohou být komunikační bariéry se zrakově postiženým klientem. Pokusíme se dát i na toto oblast optimální odpovědi.

Co je těžké zrakové postižení? Za závažné postižení zraku je většinou považována taková úroveň vizuální percepce, při které je zrak užíván se značným omezením.

Co je slepota? Mnoho lidí se domnívá že nevidomí jedinci nemají žádné vidění, a tudíž žijí v naprosté tmě. Představy o slepotě si spojují intaktní jedinci s tmou, kdy „šátrají“ po věcech nebo zakopávají o nábytek. Ve skutečnosti jen 10% všech lidí, kteří jsou diagnostikováni jako nevidomí jsou totálně nevidomí. Většina nevidomých reaguje na světelné podněty nebo pohybující se objekty, a nežijí tedy ve světě totální tmy - řadí se do kategorie „prakticky nevidomých“.

Postoje ke zrakově postiženým mohou být často ovlivněny předsudky jako např. „zrakové postižení je trestem za hříchy jedince, nebo jeho předků“. Tento názor se objevoval častěji v minulosti, ale můžeme jej zaznamenat i v dnešních dnech. Podobný postoj býval zřejmý v klasické i moderní literatuře. Dalším mýtem je, že slepota je výsledkem venerologické nákazy. Některé pohlavní nemoci mohou způsobit zrakové postižení, současná medicína však dokáže tyto nemoci včas léčit (vyjma postižení zrakové percepce při AIDS, což vyžaduje globální přístup k syndromu selhání imunity organismu).

Lidé se často ptají: Proč nevidomí vlastně cestují? Co z toho mohou mít? Odpověď nemusí být až tak složitá. Zamyslíme-li se nad tím, jakým způsobem naši dobře vidící známí líčí své zážitky z cest, můžeme si brzy uvědomit, kolik z toho se týká sluchu, čichu, chuti nebo hmatu. Jistě, že zrakové vjemy chybí, ale mnohé lze zprostředkovat nebo nahradit (kompenzovat). Je-li však osobní zkušenost možná, pak je její informační nebo zážitková hodnota mnohem vyšší, než by tomu bylo například u zprostředkovaného popisu. Ryba v přístavní krčmě chutná a voní (nebo zapáchá) jinak, než ryba v restauraci u nás na růžku. Moře zní jinak, má jiné slunce, jinak voní, jeho vlny s námi jinak zacházejí a jeho voda je prostě jiná, než voda u nás ve vaně nebo v Tálínském rybníku. Své zvuky, pachy a chutě (mnohdy jedinečné) mají tržiště, města, pole, lesy, hory, lidé a celé země a kontinenty.

Mnohé věci lze vzít do ruky, na mnohé si lze sáhnout. Je tedy co poznávat a prožívat, i když člověk nevidí. Mnozí lidé s těžkým zrakovým postižením mohou, byť v omezené míře, přece jen leccos vnímat zrakem. Mohou se třeba podívat zblízka. Zážitek umožněný vnímáním všemi dostupnými smysly může mít, stejně jako u všech ostatních lidí, objektivně nebo subjektivně velmi vysokou hodnotu.

PAMATUJTE...



Předchozí informační příprava, představitivost, dosavadní zkušenosti a schopnost prožívat mohou přinést jedinečný zážitek bez ohledu na zrakové postižení. Génus loci může oslovit každého. Vždyť: Co vnímá oko nepřipraveného turistu na území starověké Tróje nebo velkomoravského Pohanska? Louky, příkopy a hromádky kamení.

K ZAMYŠLENÍ...



Zamysleme se nad názory, které mají intaktní jedinci na zrakově postižené, resp. nevidomé. Nevidomí bývají charakterizováni intaktními jako skvělí hudebníci nebo naopak třeba jako závislí, bezmocní jedinci, příp. jako žebráci. Mnohé z těchto předsudků pocházejí z našeho kulturního dědictví, mnohé jsou spojeny s omezenými zkušenostmi se zrakově postiženými.

Postoje k člověku se zrakovým postižením, tak jako postoje k lidem s dalšími druhy postižení, mají resp. měly tendenci být spíše negativní, tj. zaměřeny na to, co člověk s postižením dělat neumí, či nemůže. Vyrovnat se s negativními postoji okolí může být mnohdy pro nevidomé větším problémem než přijmout postižení (slepotu). Úkolem vědního oboru speciální pedagogiky je odbourávání negativních názorů na život a schopnosti jedinců se zrakovým postižením. Na straně druhé je nutno střežit zbytnění nereálného očekávání ze strany společnosti vůči některým schopnostem a dovednostem nevidomých. V minulosti bývali často lidé nevidomí považováni za proroky. Ještě i dnes se jim mnohdy přisuzují paranormální schopnosti, či fenomenální sluch, hmat aj. Odbornou veřejností (srv. Scholl (1986)) nebyl prokázán žádný důkaz, který by potvrdil mimořádné schopnosti nevidomých jedinců z důvodů slepoty. Tato neadekvátní očekávání mohou rovněž znevýhodňovat vnímání zrakově postižených lidí intaktní populací, zejména pokud nevidomý očekávání nesplňuje.

Kvalifikovaný pracovník služeb v cestovním ruchu by měl relevantními postoji k minoritě zrakově postižených, vyvracet mýty a mylné názory na lidi se zrakovým postižením.

OSOBNOST A ZRAKOVÝ HANDICAP



Zrakem získáváme 80 - 90% informací o okolním světě, je to tedy jeden ze základních smyslů člověka. Z hlediska chování jedince narušuje zrakové postižení především kognitivní funkce, orientaci v prostoru a samostatný pohyb. Psychické důsledky zrakového handicapu mají dle Požára (1987) několik rovin. První je spjata s postižením zraku a kvalitou vizuální percepce, zde jde o oblast poznávání, různé formy počítků, vjemů a představ. Druhá rovina představuje postižení osobnosti ve všeobecném pohledu, vlivem postižení resp. přístupu k postiženému mohou být narušeny složky osobnosti v oblasti emocionality, volní sféry a charakteru. Poslední rovinu Požár vymezuje z oblasti vztahů jedinec a sociální prostředí. Z výše uvedeného vyplývá prolínání druhé a třetí roviny.

Prakticky to znamená, že ve vývoji jedince jsou období a situace, kdy při diferenciaci příčin chování a jednání je důležitější brát v úvahu poznávací procesy omezené zrakovou vadou a jsou situace, kdy je důležitější zohledňovat osobnostní nebo sociální důsledky projevující se v chování zrakově postiženého.

Oblasti omezení v důsledku těžkého zrakového postižení:

1. informační deficit

Těžce zrakově postižený resp. nevidomý člověk je po celý život vystaven informačnímu deficitu. V rovině psychiky lze toto dlouhodobé neuspokojování potřeby vizuálních podnětů nazývat senzoričnou deprivací. Vliv senzoričké deprivace lze dokázat např. opožďováním psychomotorického vývoje těžce zrakově postiženého dítěte. V pozdějším věku stále pociťuje zrakově postižený své znevýhodnění. Toto tvrzení lze doložit údajem o tom, že 80-90% informací přicházejících z okolí vnímáme zrakem, tudíž při jeho absenci nebo značném omezení má jedinec méně zkušeností se světem jako takovým.

2. schopnost pohybu - mobility

Již jen představa, že nám někdo zaváže oči a nechá nás stát na méně známém či neznámém místě, vzbuzuje pocit bezradnosti v dané situaci. Zrakově postižený jedinec se musí naučit vyrovnávat se s maximální závislostí na člověku, který jej „vodí“ - průvodce nevidomého. Nebo se rozhodne pro zvládnutí a překonání vnitřní bariéry - strachu - a započne s pozvolným osamostatňováním prostřednictvím nácviku mobility. Známé trasy může zvládat bez průvodce. Jsou však situace a trasy, kdy je vhodné o pomoc požádat.

3. kontrola prostředí a vlastní osoby v prostředí

Toto omezení má spíše „sociální“ charakter. Pomůže možná malá zkouška nebo představa. Jste ve společnosti, v učebně, zavřete oči a zkuste identifikovat lidi po hlase, nebo se pokuste zapojit se do hovoru - bez vizuální kontroly okolí. Zjistíte, že postrádáte oční kontakt, gesta.

Tato „komunikační“ bariéra může být i ze strany intaktních jedinců, kteří nevědí jak se mají chovat k těžce zrakově postiženému člověku. Mnohdy přiznávají pocit studu zřejmě z neznalosti. Každopádně hodnocení lidí nevidomými je značně odlišné, jiné jsou i parametry sympatie a antipatie. Vycházejí z vnímání sluchového, z dotyků a vůní.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. *Mají nevidomí nějaké zvláštní smyslové schopnosti?*
2. *Kolik informací získává člověk zrakem?*
3. *Co je to senzorická deprivace?*
4. *Z čeho vyplývají naše sympatie či antipatie k nevidomým osobám?*

VÝSKYT A PŘÍČINY ZRAKOVÝCH VAD



Výskyt zrakového postižení závisí na úrovni životních podmínek, zdravotnické péči na jedné straně a na zvolených kritériích zrakového postižení na straně druhé.

Většina odhadů na vážné zrakové poškození u dětí se pohybuje v rozmezí 5 - 20 případů na 1 000 dětí. Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků postižení uvádí v ČR 60 000 těžce zrakově postižených osob všech věkových kategorií, z toho 17 000 velmi těžce.

NĚKTERÉ PRAKTICKÉ DŮSLEDKY POSTIŽENÍ ZRAKU



Na tomto místě se nemůžeme zabývat klinickým obrazem jednotlivých onemocnění, funkčních poruch nebo typů úrazů zrakového analyzátoru. Chtěli bychom pouze obecně nastínit jejich praktické důsledky v oblasti zrakového vnímání.

Uvádí se, že lidí s těžkým zrakovým postižením, tedy nevidomých a slabozrakých, je v České republice 1 - 2 procenta populace. Jde tedy přibližně o 150 000 osob. Je pochopitelné, že se s nimi můžeme setkávat v mnoha situacích, tedy i při využívání služeb cestovního ruchu.

Základním kritériem posuzování stupně zrakového postižení je míra snížení zrakové ostroty (vizus). Platí, že čím je nižší zraková ostrota, tím větší jsou potíže při čtení a psaní, při poznávání lidí podle obličeje, při identifikaci drobných předmětů atd. Extrémním případem nulové ostroty je slepota, případně slepota s různým stupněm světlocitu. Světlocit neumožňuje identifikaci detailů, může ale významně napomáhat při orientaci v prostředí např. s využitím výrazných zdrojů osvětlení (žárovka, okno, slunce). Výraznější snížení zrakové ostroty vede samozřejmě také k problémům při orientaci a samostatném pohybu v prostředí.

Dalším významným kritériem je velikost a lokalizace zachovaného zorného pole. Došlo-li k jeho výpadku v oblasti nejostřejšího vidění, pak se samozřejmě výrazně snižuje i zraková ostrota. Zachovaná šířka zorného pole, někdy i při velmi nízké zrakové ostroty, umožňuje ale poměrně dobrou orientaci v prostoru. Na orientaci v prostoru má rovněž velký vliv obeznámenost člověka s prostředím nebo světelné podmínky.

Došlo-li ovšem k výpadku zorného pole na periférii, pak může být zachována i velmi dobrá zraková ostrota. Takový člověk může např. číst i drobný tisk, omezené možnosti při orientaci a pohybu v prostoru ho ale mohou řadit do kategorie prakticky nevidomý.

K zásadnímu snížení zrakové ostroty dochází také u osob s nadměrnou citlivostí na intenzitu osvětlení. Je-li intenzita osvětlení vyšší, než je individuální potřeba člověka, a dojde-li v důsledku toho k nepřiměřenému snížení

zrakové ostrosti nebo podráždění receptoru, hovoříme o světloplachosti. Takový člověk se v prostředí, kde jsou pro něho příznivé světelné podmínky, může pohybovat jistě a bezpečně. Vstoupí-li ale do místnosti, kde je pro něho nadměrná intenzita osvětlení, může se dostat do pozice prakticky nevidomého.

Šeroslepost je svým způsobem jevem opačným, kdy dojde k nepřiměřeně vysokému snížení zrakové ostrosti, octne-li se v prostředí s intenzitou osvětlení nižší, než je jeho individuální potřeba. Při vstupu do méně osvětlené místnosti se tak např. ze slabozrakého může stát osoba prakticky nevidomá. Nechová-li se dotýčný v takové situaci přiměřeným způsobem, nebo není-li mu poskytnuta potřebná pomoc, zvýší se riziko kolize s okolními předměty, nebezpečí úrazu a možnost dezorientace.

U velké části lidí s těžkým zrakovým postižením, nejen u těch, kde se nejedná výslovně o světloplachost nebo šeroslepost, dochází k výrazně zpomalené adaptaci na změny intenzity osvětlení (při srovnání s běžnou populací).

Existuje poměrně velké množství poruch rozlišování jednotlivých barev. Porucha centrálního vidění vede také k porušení barvocitu.

Komunikace „z očí do očí“ se slabozrakým nebo nevidomým člověkem je často problematická, nebo nemožná, přesto nevidomý může zaregistrovat směr, kterým se jeho partner při komunikaci dívá (kterým hovoří). Měl by hovořit obvyklým způsobem, tedy směrem k naslouchajícímu.

Při výrazném snížení zrakové ostrosti v centru zorného pole může dojít k tzv. excentrickému vidění. Oči (zornice) pacienta jsou nasměrovány tak, aby obraz dopadal na místo nejostřejšího vidění na sítnici, mimo centrum. Partner při komunikaci takovou situaci vnímá, jako kdyby se postižený člověk díval jinam (stranou). Ten ovšem způsob svého dívání nemusí subjektivně vnímat jako excentrický, ale jako běžný. Lze si představit, že taková situace může přinášet různá nedorozumění při komunikaci s lidmi.

Prakticky všechny výše uvedené obtíže se mohou u jednotlivých lidí vyskytovat v nejrůznějších kombinacích. Velmi výrazné je to především v pásmech: těžká slabozrakost – praktická nevidomost.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. *Jakou část populace v ČR tvoří osoby s těžším zrakovým postižením?*
2. *Musí tyto osoby vždy trpět sníženou zrakovou ostrostí?*
3. *Jak se navenek projeví excentrické vidění?*

OBEČNÁ PRAVIDLA KONTAKTU S NEVIDOMÝM A SLABOZRÁKÝM ČLOVĚKEM

Následující pravidla a doporučení pomohou usnadnit kontakt a komunikaci s nevidomým člověkem. Svou pomoc nabízíme, ale nevnučujeme. Nevidomý má samozřejmě právo naši pomoc odmítnout. Případná specifika týkající se pouze slabozrakých jsou přímo naznačena, nebo je čtenář dovede jistě odvodit. Je na místě si také uvědomit, že mnozí slabozrací se v určité situaci dostávají do pozice prakticky nevidomého (míra osvětlení, pokles pozornosti při únavě, stres, atp.).

K ZAPAMATOVÁNÍ...



** Svou pomoc nabízíme nenápadně a přirozeně, ale jasně tak, aby nevidomý bezpečně poznal, že hovoříme s ním; můžeme ho oslovit jménem, případně se lehce dotkneme jeho předloktí. Jednáme přirozeně a prakticky.*

* *Nevidomého netlačíme před sebou, ani jej nevtlačíme. Kráčíme přibližně o půl kroku před ním, uvolněně a klidně, po rovném terénu, v přírodě, stejně tak i na schodech. Nevidomý uchopí svého průvodce za paži, v místě nad loktem.*

* *Jdeme vždy po té straně nevidomého, která je méně bezpečná. Nevidomý se může přidržovat zábradlí.*

* *Při doprovázení podáváme nevidomému informace o okolním prostředí. Při popisu nepoužíváme směrové výrazy typu „tamhle“ nebo „tady“, ale jasně vyjadřujeme polohu - „vlevo z vaší strany“ nebo „2 metry přímo před vámi“.*

* *Při komunikaci s nevidomým se nemusíme vyhýbat slovům jako: podívejte se. Můžeme též popisovat pomocí barev.*

* *Na obrubník nebo na schodiště je zapotřebí vstupovat kolmo, před vstupem zpomalit nebo zastavit. Nevidomého slovně informujeme o směru schodiště, nebezpečných místech a dalších zvláštích prostředí.*

* *Nevidomého nikdy nenecháme stát na nebezpečném nebo jinak nevhodném místě (např. čelem ke zdi). Vhodné je nalézt místo k sezení a krátce popsat okolí.*

* *Při sedání ke stolu přicházíme s nevidomým k židli zezadu. Židli nastavíme tak, aby se opěradlo nacházelo rovnoběžně s hranou stolu a nebylo od ní příliš vzdáleno. Na opěradlo položíme ruku, za kterou se nás drží nevidomý. Ten pak může snadno samostatně vyhledat židli i stůl, odsunout židli a posadit se. Teprve poté se usadíme na své místo, nejlépe vedle nevidomého. Taktně mu sdělíme, jací lidé u stolu sedí a kde. Již během příchodu ke stolu upozorníme nevidomého na předměty, které by mohl shodit.*

* *Při použití WC seznámíme nevidomého s typem zařízení (mušle, toaletní mísa, žlábek). Pomůžeme mu je nalézt při zachování zásad hygieny, ukážeme, kde je toaletní papír, umyvadlo, mýdlo a ručník.*

* *Pokud vstupujeme do místnosti, ve které je nevidomý, je vhodné dát najevo svou přítomnost. Stejně tak je důležité oznámit svůj odchod, aby později nevidomý nemluvil do prázdna.*

* *Při komunikaci s nevidomým není vhodné dodržovat některé obvyklé konvence. Při setkání by měl jako první pozdravit ten, kdo lépe vidí a to bez ohledu na věk nebo pohlaví. Do nového prostředí (místnosti) by měl jako první rovněž vstupovat ten, kdo lépe vidí.*

* *Člověk s těžkým zrakovým postižením nám bude vděčný, upozorníme-li ho na některé nepříjemné záležitosti, jako je znečištěný oděv apod. Samozřejmě uvítá i naši pomoc při nápravě.*

* *Základní zásadou je, že průvodce nevidomého pouze doprovází – nejedná a nerozhoduje za něj.*

PRAVIDLA KOMUNIKACE S NEVIDOMÝM NEBO SLABOZRÁKÝM KLIENTEM V ZAŘÍZENÍCH CESTOVNÍHO RUCHU

PAMATUJTE...



Zvyšující se samostatnost lidí s těžkým zrakovým postižením a vyšší stupeň jejich integrace do běžné společnosti vedou také k jejich většímu zájmu o využívání služeb cestovního ruchu. Stále častěji se můžeme setkat se slabozrakými, ale i se zcela nevidomými lidmi s vysokou mírou samostatnosti při řešení osobních záležitostí, v péči o svou osobu, při pohybu v prostoru, zpracovávání informací nebo komunikaci s ostatními lidmi.

Je pochopitelné, přesto však připomínáme, že nevidomí a slabozrací jsou obecně osobnostmi svébytnými

a jedinečnými, stejně jako ostatní lidé. Obdobně jako jinde i mezi nimi potkáváme lidi více či méně sympatické, informované, chápavé, pomalé, dochvilné, milé, nepříjemné, výřečné, zamlklé, protivné, přátelské nebo agresivní. Jak s různými typy klientů jednat, je problém obecný. Na tomto místě se věnujeme specifické komunikaci, tedy tomu, co souvisí s postižením zraku. Pro přehlednost se tématem budeme zabývat z následujících hledisek:

STUPEŇ ZRAKOVÉ VADY

Stupeň postižení zraku sám o sobě určuje míru obtíží spojených s využíváním služeb cestovního ruchu. Lehce slabozraký klient se může většiny akcí zúčastnit bez větších problémů. Při zvládnutí situace se mnohdy řídí chováním dalších účastníků akce. Při orientaci v prostředí, resp. při rozlišování blízkých, ale i velmi vzdálených objektů (kopce, věže, výrazné budovy) využívá zrak, někdy za pomoci speciálních optických pomůcek (lupy, monokuláry). Zvláštní pomoc nepotřebuje, i když doporučujeme, aby pracovník instituce o jeho obtížích, byť malých, věděl. V extrémních situacích (živelné pohromy nebo téměř nečitelné informace na vývěskách) se mohou jeho obtíže nepříjemně zvýšit.

Těžce slabozrací nebo nevidomí klienti, kteří se akcí účastní samostatně (bez svého doprovodu), mohou mít při využívání služeb cestovního ruchu zásadní problémy. Bylo by z jejich strany neseriózní, kdyby okolnosti týkající se zdravotního stavu s institucí předem neprojednali a nedohodli se na případné úpravě podmínek. Měli bychom rozlišovat situaci, kdy poskytnutá pomoc je srovnatelná s nabídkou kterémukoliv účastníkovi akce, nebo pomoc, která je již nad rámec obvyklé míry, na úkor ostatních účastníků nebo kvality služeb poskytovaných pracovníky instituce (cestovní kanceláře, hotelu atd.) Je ovšem dobrou vizitkou poskytovatele služeb, naleznou-li oboustranně přijatelné řešení. Lépe je řešitelná situace na akcích pobytových ve srovnání s aktivitami poznávacími.

POMOC PRŮVODCE (DOPROVODU)

Termínem „průvodce“ je tradičně označována osoba, která nevidomému pomáhá zvládnout obtíže související s postižením zraku. Jde např. o pomoc při chůzi, při poskytování informací atd.

V tomto smyslu jsou také v textu týkajícím se nevidomých užívány pojmy „průvodce“ nebo „doprovod“ (Nutné odlišit od funkce „průvodce cestovní kanceláře“.) Rozlišujeme průvodce náhodného a průvodce stálého.

Náhodný průvodce poskytuje pomoc jednorázově. Nepředpokládá se u něj znalost pravidel poskytování takové pomoci. Nevidomý musí s tímto faktem počítat, a tak např. i při chůzi s ním užívá bílou hůl.

Stálým průvodcem nevidomého může být jeho partner, příbuzný, známý nebo speciálně proškolený asistent. Roli průvodce může spolehlivě, zvláště na pobytových akcích, zastat i dítě předškolního věku.

Sehranost dvojice (nevidomý a jeho stálý průvodce) může být velmi vysoká. Umožňuje bez větších potíží zvládnout i náročnější poznávací akce. Drobnější nesnáze mohou nastat, jsou-li nevidomý a průvodce různého pohlaví, např. při potřebě navštívit WC, ale i s touto situací si dovede zkušená dvojice většinou dobře poradit. Jejich koexistence bývá nenápadná. Nevidomý v takové situaci často neužívá ani bílou hůl.

Můžeme předpokládat, že prohlídka nějaké expozice může takové dvojici trvat déle, než je obvyklé. Déle může trvat informativní popis ze strany průvodce, delší čas si vyžádá prohlížení objektů hmatem, nebo i očima. Těžce slabozraký musí přistupovat k objektům svého zájmu na blízkou vzdálenost. Mělo by být samozřejmé, že nevidomý se svým průvodcem mají v autobuse místa vedle sebe a sedí u jednoho stolu. Zpravidla chtějí být ubytováni na jednom pokoji nebo v jednom kupé vagonu.

Nejen z těchto důvodů, ale i s ohledem na možné nepředvídané události (např. onemocnění průvodce), by měl být poskytovatel služeb o vážných zdravotních obtížích klienta předem informován.

K ZAMYŠLENÍ...



Lze poznat na první pohled, jestli průvodce nevidomého je jeho stálým průvodcem či jen náhodným průvodcem? Zajímali jste se někdy o to, které agentury či neziskové organizace zajišťují průvodce nevidomým osobám? Jak byste si poradili v případě, že se Váš nevidomý klient ocitne náhle bez průvodce?

POBYTOVÉ AKCE

Delší pobyt na jednom místě je z hlediska samostatného pohybu a orientace v prostředí pro nevidomé výhodnější, než časté střídání nových prostředí.

Poměrně snadno si zkušený nevidomý může osvojit samostatné zvládnání nepříliš komplikované trasy: pokoj – restaurace – pláž. Může mu postačovat úvodní jednorázová instruktáž ze strany personálu. Uvítá, bude-li jeho lůžko v pokoji v blízkosti dveří, skříně nebo umyvadla, bude-li jeho pokoj snadno k nalezení (např. na začátku chodby) a bude-li jeho místo u stolu v restauraci také snadno k nalezení (v blízkosti vstupních dveří) a bude-li v blízkosti WC. Pro seznámení s prostředím a lepší orientaci by měly postačovat jednorázové instruktáže ze strany personálu, přičemž je nutné dbát na přiměřené množství nově poskytovaných informací. Nesnáze způsobuje měnící se rozmístění nábytku nebo místa u stolu.

Psané nebo tištěné informace jsou pro těžce zrakově postižené klienty bez průvodce nedostupné, proto by jim měly být zprostředkovány jiným (alternativním) způsobem, zpravidla ústně. Vyloučeny nemusí být ani informace nahrané na magnetofonových kazetách nebo vytištěné zvětšenými písmeny či v bodovém písmu.

Nevidomý by měl být včas upozorněn na tzv. architektonické bariéry, které mu mohou nejen zneprůjemňovat pobyt, ale které dokonce mohou zapříčinit jeho zranění (neohrazený výkop, z boku nekryté schodiště, lampa visící do výše hlavy atd.). Samostatnou orientaci lze rovněž vylepšit některými přechodnými opatřeními, jako např. nalepením pásky nebo obtočením šňůrky kolem kliky dveří, aby nevidomý snadno našel svůj pokoj.

Nevidomý nebo těžce slabozraký klient využívající služeb cestovního ruchu bez svého stálého průvodce by měl některé obtížnější situace řešit samostatně, bez zbytečného zatěžování dalších účastníků akce. Jak se např. po koupeli v moři vrátit na svou pláž a ke své dece?

Vedle bílé hole a optických pomůcek lidé s vážným postižením zraku používají i další kompenzační pomůcky.

POZNÁVACÍ AKCE

Poznávací zájezdy a výlety patří k těm aktivitám, které jsou velmi náročné z hlediska jejich možného samostatného zvládnutí nevidomými. Lehce slabozrací je mohou zvládnout bez větších obtíží. U těžce slabozrakých a nevidomých ovšem doporučujeme účast se svým stálým průvodcem.

Větší časovou náročnost spojenou s vnímáním objektů a prostředí lze částečně kompenzovat vyšší informovaností. Předběžné znalosti o prostředí, které člověk navštívuje, jsou ostatně vítány u každého klienta, ať vidí nebo ne. Lze předem doporučit četbu konkrétních knižních titulů z oblasti beletrie a cestopisů nebo další informační zdroje.

POUŽÍVÁNÍ BÍLÉ HOLE



Téměř tři čtvrtě století je bílá hůl jednou ze základních pomůcek pomáhajících usnadnit život lidem s těžkým zrakovým postižením. Její podoba a způsob použití se postupně vyvíjejí. Jakožto pomůcka při prostorové orientaci a samostatném pohybu může v různé míře plnit následující funkce:

1. Funkce signalizační

Bílá hůl signalizuje okolí, že její držitel je osobou s vážným postižením zraku. Nemusí ji ale stále používat, například křáčí-li se známým důvěryhodným průvodcem (doprovodem). Někteří slabozrací ji užívají jen v případech zvýšeného nebezpečí, například při přecházení vozovky nebo za šera.

2. Funkce orientační

Jde vlastně o prodloužený hmat umožňující získávat mnohé informace z prostředí.

3. Funkce bezpečnostní

Hůl pomáhá zabránit některým nepříjemným a nebezpečným střetům s překážkami v prostředí. Ani při obvyklém použití však nezabrání střetům s objekty nacházejícími se například pouze před obličejem a nikoli před holí. Vyčnívající větve, z boku nekrytá schodiště nebo atypicky nízké dveřní rámy mohou způsobit i velmi těžká zranění. Stávají se architektonickými bariérami.

4. Funkce opěrná

Je požadována těmi, kteří vedle vážného postižení zraku, mají ještě problémy s udržením stability. Jde zpravidla o běžné typy opěrných holí s bílým povrchem.



Nevidomý a těžce slabozrací mají k dispozici celou řadu typů bílých holí. Jednoduchých nebo různým způsobem skládacích. Jejich výběr se řídí stupněm zrakové vady uživatele, preferováním některé z funkcí a situací, v níž je hůl využívána.

Zavedena je zvláštní barevná úprava holí pro osoby u nichž je současně postižen zrak i sluch. Jde o pravidelně se střídající deseticentimetrové červené a bílé pruhy.

SPECIFICKÉ SLUŽBY

Stává se, že se akce účastní větší skupina osob s těžkým zrakovým postižením. Může jít o součást běžné akce, tedy spolu s dalšími, dobře vidícími, účastníky, nebo jde o skupinu víceméně homogenní, kde účastníky jsou pouze klienti s vážným postižením zraku a jejich průvodci. Počet průvodců by měl být přiměřený. Jeden průvodce může pomáhat i několika slabozrakým. Při pobytu může pomoci i dvěma zcela nevidomým. Při poznávacích akcích ale nedoporučujeme překročit počet: 1 průvodce – 1 nevidomý.

Ve většině případů bývá pro klienty s postižením přijatelný běžný program s běžným výkladem. V homogenních skupinách lze po předběžné dohodě (na základě přání a nabídek) program speciálně sestavit a přizpůsobit, přitom je třeba dbát na :

- větší důraz na kvalitní popis při výkladu,
- vyhledání bezbariérového zařízení s ohledem na způsob orientace nevidomých a slabozrakých,
- zdůraznit možnosti kompenzačního vnímání (hmat, sluch, čich, chuť),
- zpřístupnit dle možnosti alespoň některé expozice pro vnímání hmatem.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. *Jaké funkce plní bílá hůl?*
2. *Jak dlouho je v historii lidstva nevidomými osobami využívána bílá hůl?*
3. *Jaké typy bílé hole znáte?*
4. *Jaký poměr průvodců a nevidomých osob se doporučuje při zájezdech, exkurzích a jiných poznávacích akcích?*



Čas od času se stává, že si zahraniční zrakově postižení návštěvníci ČR (jednotlivci i skupiny) přejí setkat s pracovníky některých institucí, které se zabývají problematikou zrakového postižení, případně tato zařízení navštívit. Uvádíme kontakty na některé z nich. Jejich poslání je většinou zřejmé již z ná-

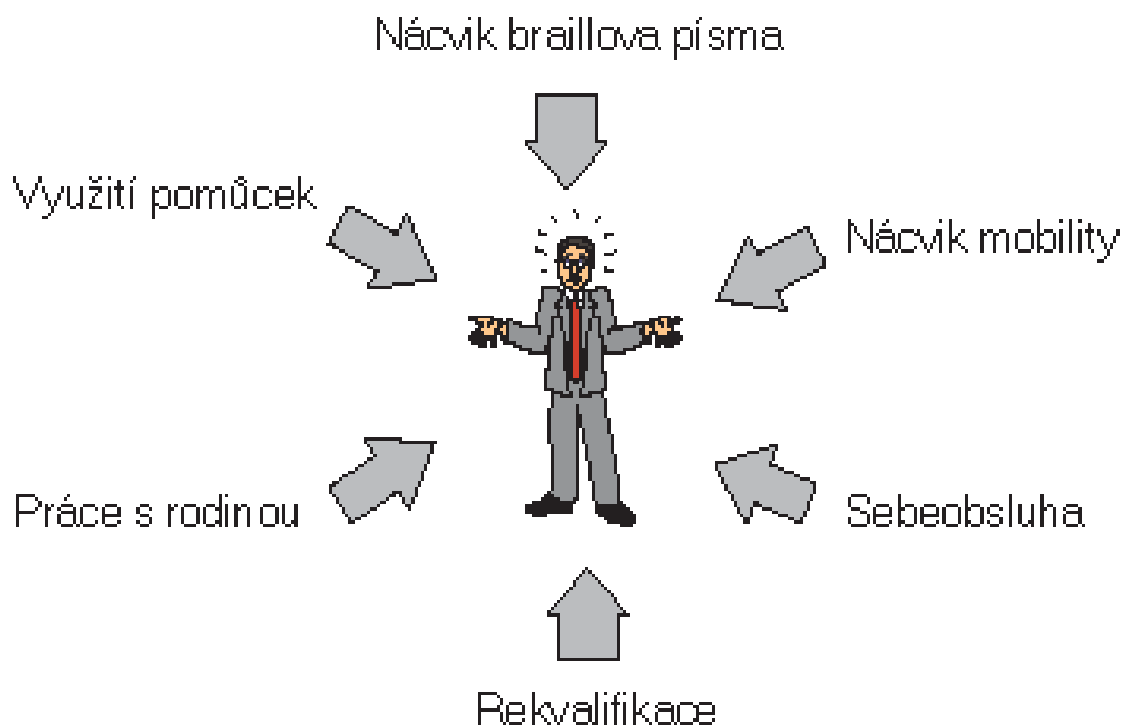
zvu instituce. Pro úplnost ještě dodáváme, že např. ve střediscích společnosti Tyfloservis (téměř ve všech krajích) je možné absolvovat proškolení v oblasti komunikace a kontaktu s nevidomým a slabozrakým člověkem.

- **Společnost pro ranou péči**
Haštalská 27, Praha 1, tel.: 224 826 858
centrum@ranapece.cz, www.ranapece.cz
- **Škola Jaroslava Ježka – školy pro zrakově postižené**
Loretánská 19, Praha 1, tel.: 220 515 264
info@skolajj.cz, www.skolajj.cz
- Katedra speciální pedagogiky Pedagogické fakulty UK v Praze
M. D. Rettigové 4, Praha 1, tel.: 221 900 279, 221 900 246
www.pedf.cuni.cz/ksppg/
- **Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina o.p.s.**
Šmolíkova 866, Praha 6, tel.: 235 301 194, 235 325 353
dedina@dedina.cz, www.dedina.cz
- **Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. E. Macana**
Ve Smečkách 15, Praha 1, tel.: 222 210 492, 222 211 523, www.ktn.cz
- **Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR**
Krakovská 21, Praha 1, tel.: 221 462 462
sons@sons.cz, www.sons.cz
- **Tyfloservis, o.p.s.**
Krakovská 21, Praha 1, tel.: 221 462 365
centrum@tyfloservis.cz, www.tyfloservis.cz

SYSTÉM PÉČE O ZRAKOVĚ POSTIŽENÉ V ČR

Na péči o lidi se zrakovým handicapem lze nahlížet ze dvou rovin. První představuje rovinu, kde současně působí složky medicínská, psychologická, speciálně pedagogická a sociální v tomtéž čase.

Ilustrativně uvádíme příklad. Muž 43 let, vzdělání VŠ - humanitního směru. Po ukončení gymnázia v 19 letech byl diagnostikován glaukom levého oka, sympatickým přenosem bylo postiženo i oko pravé, následná enukleace levého oka a léčení oka pravého, vizus pravého oka na úrovni zbytku zraku, stálá medicínská péče. Po prodělání počátečního šoku ze ztráty zraku, na úroveň praktické slepoty, absolutorium rekvalifikace na telefonního manipulanta, výcvik v užívání bodového písma, základní dovednosti v oblasti mobility. Rodina - rodiče byli skeptičtí k možnosti samostatného, a tím plnohodnotného života. Ve 36 letech ztráta zaměstnání - digitalizace telefonní ústředny. Zůstává doma v plném invalidním důchodu v pesimistické vizi vlastní budoucnosti. Po zjištění možností vysokoškolského studia kontaktuje Tyfloservis, aby si zajistil pomoc při vybavování potřebnou technikou ke studiu (skener, braillový řádek, Euréka, PC s příslušenstvím), vyžívá i odborné nabídky k zaškolení s jejím využitím. V současnosti úspěšně zakončil kombinované (dálkové) studium na teologické fakultě. Dále užívá služeb Tyfloservisu - zejména nácvik sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu - po úmrtí otce žije s matkou, rád by si zajistil větší nezávislost. Již dva roky pracuje na částečný pracovní úvazek jako terapeut na „telefonní lince bezpečí“ a pobírá částečný invalidní důchod.



Rovina druhá představuje systém speciálně pedagogické péče o zrakově postiženého jedince v jednotlivých etapách jeho života (obr.2).

Ve věku od narození po nástup do MŠ nebo stacionáře se rodiče na základě informace očního lékaře mohou kontaktovat se Střediskem rané péče, kde speciální pedagogové - poradci napomáhají rodině s vedením dítěte, důležitou roli zde sehrává intervence při vytváření adekvátních rodičovských postojů k dítěti. Předmětem speciálně pedagogického působení je celá rodina, s níž se pracuje individuálně dle programu „Provázení“. Vlastní podpora vývoje dítěte vychází ze speciálně pedagogické diagnostiky, která mimo základní charakteristiky obsahuje i vyšetření funkčního vidění, což může provádět speciálně kvalifikovaný poradce na ranou péči. U dítěte, kde se předpokládá alespoň částečná zraková percepce, je důležité co nejdříve započít se zrakovou stimulací. Nevidomé děti jsou rozvíjeny především cestou sluchového a hmatového vnímání.

Formy rané péče (návštěvy v rodinách, rehabilitační pobyty, ambulantní péče) a metody (reedukace - zraková stimulace a kompenzace) jsou blíže popsány v Květoňová-Švecová(1998), Kudelová,I., Květoňová,L.(1996), Hradilková a kol.(1999).

Speciálně pedagogická podpora vývoje zrakově postiženého dítěte se po ukončení rané péče ubírá různými směry.

Dítě je ve speciální mateřské škole, nebo je v běžné mateřské škole, či speciální třídě běžné mateřské školy. Odbornou pomoc zejména v situaci integrace zrakově postiženého dítěte učitelkám, ale i rodičům dítěte kontinuálně s ranou péčí přebírá speciálně pedagogické centrum (SPC). Dítě lze ponechat v domácím prostředí, v tomto případě je rodičům nabídnuta pomoc SCP obdobnou formou jako raná péče, tedy návštěvy v rodinách či ambulantní služby v centru.

Školní docházka se realizuje buď na speciální škole pro zrakově postižené nebo formou integrace na běžných základních školách, či ve speciálních třídách základní školy. Speciálně pedagogické centrum se stává odborným garantem pro výuku zejména v případech integrace. SPC metodicky vede učitele v těch předmětech, které vyžadují speciální přístup. Obsah výuky na speciální škole se neliší od obsahu výuky na základní škole, jisté výjimky jsou vedeny při výuce některých předmětů jako je tělesná a výtvarná výchova, kde je redukce učiva, na rozdíl od jistého navýšení, které představuje nabídka výuky samostatného pohybu a prostorové orientace, hudební výchovy (hra na hudební nástroj) aj.

Je zapotřebí zmínit odlišnost typu písma u žáků nevidomých, a to nejen samotný kód Braillova písma, ale i metodiku nácviku čtení a psaní pomocí hmatu. Pozornost je věnována rovněž tyflografickému výcviku.

Speciálně pedagogická pomoc je zajišťována i v období po ukončení základní školy, tedy od 15 let výše.

Předprofesní a profesní příprava se realizuje ve formě středoškolského studia.

Lze doporučit speciální střední školy jako je gymnázium pro zrakově postižené, mezi laickou veřejností je známá konzervatoř, a dále střední školy s maturitními i nematuritními obory. Středoškolská studia lze absolvovat i na běžné střední škole.

Odborná pomoc zrakově postiženým starším 15 let, případně osobám osleplým je nabízena ze středisek Tyfloservisů. O jejich existenci je zrakově postižený informován očním lékařem. Nabízené služby jsou široce koncipovány. Jednak ambulantní střediska Tyfloservisu, která poskytují pomůcky a to jak optické (lupy, televizní lupy), tak neoptické (drobné pomůcky v domácnosti, pomůcky k prostorové orientaci) dále pak technické vybavení jako je Ária, PC s hlasovým výstupem nebo Braillovým řádkem skener aj., speciální pedagog provádí zaškolení uživatele těchto pomůcek, včetně výuky bodového Braillova písma. Velmi důležitou službou je nácvik sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu. Tyto důležité dovednosti odborný pracovník nacvičuje s klientem v přirozeném - konkrétním prostoru, to jest u něj v bytě. V širším prostředí než je domácnost se realizuje nácvik trasy z domu do zaměstnání, k lékaři nebo do obchodu. Všechny tyto aktivity podporují nezávislost zrakově postiženého na okolí.

Speciálně pedagogická podpora existuje pro dospělé zejména pokud ztráta či pozvolné slábnutí zraku vedoucí ke slepotě změní pracovní možnosti jedince. Pro zrakově postižené dospělé resp. osleplé existuje Rehabilitační a rekvalifikační centrum pro zrakově postižené v Praze. Toto odborné pracoviště nabízí pobyt rehabilitační (výcvik mobility, sebeobsluhy, psaní a čtení bodového písma, v indikovaných případech psychoterapie) a pobyt rekvalifikační (telekomunikační pracovník, základy PC, masér, keramik, košíkář, tkadlec). Pokud je možné, vychází rekvalifikace ze stávajícího vzdělání resp. zaměstnání klienta. Smutnou skutečností zůstává nedostatek pracovních míst resp. neochota přijímat do pracovního poměru lidi jakkoli handicapované.

Pro seniory se zrakovým postižením existují v ČR ústavy sociální péče, kde je pozornost mj. věnována zrakovému handicapu. Humanizací ústavní péče a odpovídající terapeutickou a psychoterapeutickou činností jako je ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, logopedická péče, fyzioterapie se speciálně pedagogická podpora přenesla i do těchto zařízení. Na tento fakt, tedy potřebu z praxe, reagují v současné době teoretické disciplíny, které připravují odborníky na práci s klienty této věkové kategorie.

NÁMĚTY K SAMOSTUDIU:

1. *na internetu vyhledejte tzv.centra rané péče a seznamte se s jejich úlohou v podpoře rodin s těžce zrakově postiženým dítětem*
2. *Najděte speciální školy pro zrakově postižené v seznamu speciálních škol na internetu a seznamte se s jejich programem.*
3. *Najděte rekvalifikační centrum Dědina na internetu a seznamte se s jeho nabídkou.*

PÍSMO ZRAKOVĚ POSTIŽENÝCH



Z hlediska vyhledávání rozdílů při procesu vzdělávání zrakově postižených a nepostižených je mimo prostorové orientace důležitým faktorem čtení a psaní resp. typ písma pro nevidomé.

Osoby slabozraké a osoby se zbytky zraku čtou běžný černotisk, který v případě potřeby zvětšují pomocí lupy nebo televizní lupy. Při psaní používají psací potřeby, které zanechávají širší stopu a píší větším písmem.

Osoby nevidomé čtou a píší bodovým písmem Braillovy abecedy.

Psaní nevidomých předpokládá jisté „technické“ vybavení a to Pichtův psací stroj, nebo Pražskou tabulku. Již téměř standardní pomůckou je Eureka nebo Aria, což jsou počítače pro nevidomé.

Nevidomí čtou pomocí hmatu, nejčastěji ukazováky obou rukou.

Abeceda je tvořena kombinací šesti bodů, přičemž se vynechává 1 až 5 bodů. Základní šestibodí je tvořeno dvěma tříbodovými sloupci vedle sebe. Soustava se skládá ze 63 kombinací. Abeceda je rozdělena do řádků po deseti písmenech (obr.3). Tvorba jednotlivých písmen je řízena tzv. Braillovým klíčem.

1. řádek klíče užívá znaku sestaveného z bodů 1,2,4,5
2. řádek využívá 1. řádku a přidává bod 3.
3. řádek vychází z druhého řádku s bodem 6.
4. řádek je tvořen body třetího řádku, přičemž vynechává bod 3.
5. řádek je sestaven kombinací bodů 3, 4, 5, 6 (neužívá bodů 1, a 2)
6. řádek je sestaven z bodů 2, 3, 5, 6 (vynechávají se body 1 a 4)

Klíč poskytuje znaky pro celou abecedu včetně diakritických znamének, použití pro naznačení velkého písmene zaznamenává speciálním znakem, který je předsunut před písmeno, jenž míníme označit jako velké. Abeceda nerozlišuje tiskací a psací písmo.

Číslice využívají prvních deseti písmen (první řádek), před něž je předzazen číselný znak (body 3, 4, 5, 6,). Braillovou abecedou lze zaznamenat i složité matematické zápisy, chemické vzorce a existuje i braillovský notopis.

PROSTOROVÁ ORIENTACE A SAMOSTATNÝ POHYB



Orientace v prostoru je proces, při němž člověk určuje na systému souřadnic svoji polohu v prostoru. K tomu je zapotřebí lokalizovat sebe sama v určitém bodě a vzhledem k tomuto bodu prostorově vnímat i okolní předměty. Proces orientace v prostoru vyžaduje řešení úkolů, jako je volba směru, udržení směru a dobrání se cíle. Důležité je připomenout, že do vnímání jsou zapojeny téměř všechny smysly, zejména však zrak. Absence toho analyzátoru omezuje a komplikuje orientaci.

Nevidomí proto mají ztíženou orientaci v prostoru. Samostatný pohyb je dovednost, kterou je proto zapotřebí cvičit a neustále rozvíjet.

Wiener (1986 s. 18) prostorovou orientaci a samostatný pohyb blíže vymezuje pojmem mobilita, kde cituje J. Armstronga: "Nevidomý člověk je mobilní, jestliže je schopen shromažďovat a využívat dostatečné informace o svém životním prostředí tak, aby předešel úrazům a aby dosáhl zamýšleného cíle bez větší námahy."

Wiener dále upozorňuje na potřebu zvládnutí základních technik (viz níže), které jsou cílem vyučovacího procesu, neboť mobilita není vrozenou dovedností a vyžaduje metodické vedení rozvoje přirozených schopností.

Metodika rozvoje resp. nácviku mobility je členěna do následujících oblastí.

Jedná se o techniky:

a/ „bez hole“ -

- chůze s vidícím průvodcem
- bezpečnostní postoje
- kluzká prstová technika (trailing)

b/technika dlouhé hole,

což lze popsat jako: "cílevědomé a poučené užívání bílé hole přesně stanoveného poměru její délky k postavě, takové užívání hole, které poskytuje zrakově postiženému plnou bezpečnost i subjektivní jistotu při dodržování základních fyziologických i estetických pravidel pohybu." Wiener /1986,s.20/.

Pro úplnost dodáváme přehled potřebných dovedností, které je zapotřebí rozvíjet: omezování odchylek od přímého směru, odhad vzdálenosti, odhad úhlů, schopnost vnímání sklonu a vnímání zakřivení dráhy, rozvoj sluchové orientace, rozvíjení „smyslu pro překážky“, chůze po schodišti a celkové posilování stability zrakově postiženého.

Proces výuky prostorové orientace a samostatného pohybu je podmíněn pravidelností v rámci odborně koncipovaného individuálního plánu. Speciální pedagog má všechny předpoklady, aby po absolvování odborného kurzu prostorové orientace a samostatného pohybu na FTVS působil jako instruktor mobility.

SOUČASNÁ TEORETICKÁ VÝCHODISKA PŘÍSTUPU K ČLOVĚKU SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM



Pokoušíme-li se o vymezení potřeb výchovy jedince v příštím tisíciletí, opíráme se mj. o stávající teorie osobnosti. Z těchto teorií je ve druhé polovině dvacátého století frekventován psychoanalytický a behaviorální přístup, od konce šedesátých let se začíná prosazovat humanistická psychologie, která je také převládající teorií, jíž lze aplikovat na přístup k jedinci se specifickými potřebami. Humanistická psychologie svými kořeny spadá do fenomenologie, jejíž stoupenci nepopírají, že biologické proměnné a proměnné prostředí determinují chování, ale zdůrazňují vlastní roli jedince při vymezování a utváření svého osudu. Zastánci fenomenologického přístupu stanovují zvláště vysoké kritérium pro duševní zdraví, které může být v důsledku somatického či smyslového defektu v průběhu života ohrožováno. Fenomenologický přístup svým zaměřením na jedinečné vnímání a interpretaci událostí každého člověka vrátil do studia osobnosti úlohu osobní zkušenosti.

Handicap může ovlivňovat vlastní sebepojetí. Jedinec dle Rogerse in Atkinsonová (1995) hodnotí každou zkušenost ve vztahu k vlastnímu sebepojetí. Lidé se chtějí chovat způsobem, který je konzistentní s jejich sebeobrazem. Utváření sebeobrazu napomáhá v dětství především rodina. Již v tomto období, tedy v dětství, by měla odborná pomoc rodičům postiženého dítěte vysvětlit, jak předcházet utváření neadekvátního sebepojetí.

Rogers (tamtéž) upozorňuje na dvojí rozkol, a to jednak mezi sebepojetím - self a realitou a rozkol mezi ideálním self a reálným self. V prvním případě se jedincovo sebepojetí neshoduje s osobními pocity a zkušenostmi, jedinec se musí bránit proti pravdě, protože pravda by vyvolala úzkost. Při narůstajícím rozkolu se obrany mohou prolomit a prohlubující se úzkost může vést k jiným formám psychických poruch. Ve druhém případě, kdy je v nesouladu reálné a ideální self, člověk se cítí nespokojený a nešťastný.

Na tomto místě se lze zastavit a zhodnotit možný sebeobraz jedince s nějakým typem handicapu. Zrakové postižení může vytvářet nesoulad mezi ideálním self a reálným self, dále pak také nesoulad mezi sebepojetím a realitou. Z hlediska doporučeného přístupu k postiženému a jeho výchovnému formování je vhodné působit prostřednictvím pozitivního hodnocení. To znamená, že děti cítí, že rodiče a další lidé je pozitivně oceňují i tehdy, když jejich pocity, postoje a chování nejsou ideální. Sem lze zařadit i prožívání vlastního handicapu. Speciální pedagog by měl napomáhat budování adekvátního vztahu k vadě, umět ji přijímat, což je mnohdy pro zrakově postižené dítě, jeho rodiče i dospělé ZP klienty celoživotní úkol.

DOPORUČENÁ LITERATURA:

- ATKINSON, L.R. a kol.: *Psychologie*. Praha, Victoria Publishing 1995.
- ČÁLEK, O. a kol.: *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha, SPN 1985.
- EDELSBERGER, K., Kábele, F.: *Defektologický slovník*. Praha, SPN 1984.
- HROMÁDKOVÁ, L.: *Šilhání*. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno, 1995.
- JESENSKÝ, J.: *Hmatové vnímání informací s pomocí tyflografiky*. Praha, SPN 1988.
- KEBLOVÁ, A.: *Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené žáky ZŠ*. Praha, Septima, 1996.
- KRAUS, J. a kol.: *Kompendium očního lékařství*, Praha Grada 1997.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L.: *Oftalmopedie*. Brno, Paido 1998..
- LITVAK, A. G.: *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha, SPN 1979..
- RIEBEL, O.: *Vybrané kapitoly oftalmologie*. Praha, SPN 1985.
- ŘEHŮŘEK, J.: *Zrak a jeho funkční vady*. In Vítková, M.: *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno, Paido 1999.
- SCHOLL, G.T. (ed.): *Foundations of Education for Blind and Visually Handicapped Children and Youth*. New York, American Foundation for the Blind, INC. 1986.
- SMÝKAL, J.: *Tyflogopedické kalendárium*. Praha, ČUNS..
- WIENER, P.: *Prostorová orientace a samostatný pohyb*. Praha, Avicenum 1986

POTŘEBY KLIENTŮ S POSTIŽENÍM SLUCHU

PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.



Mezi klienty služeb v cestovním ruchu se občas vyskytují i lidé s postižením sluchu. Sluch spolu se zrakem jsou pro život člověka jedním z nejdůležitějších smyslů, má prvořadý význam pro komunikaci, při navazování a udržování společenských vztahů. Má zásadní význam i pro rozvoj řeči, jazyka a myšlení, psychiky, pro podporu emocionální vazby na okolí i pro získávání tělesných dovedností. Na základě sluchu se vytvořila řeč jako sluchový reflex, proto jedinec s těžkým sluchovým postižením od narození se nenaučí sám orální řeči. Sluch působí jako součást zpětnovazebního systému, který kontroluje řeč ve všech jejích složkách – segmentální i suprasegmentální, melodii, dynamice a rytmu řeči.

Slyšící člověk si mnohdy ani neuvědomuje, kolik informací získává sluchovou cestou. Teprve při setkání se sluchově postiženým jedincem zjišťujeme, jak jeho vada omezuje přísun těchto informací. Omezený je zvláště přísun běžných sdělení, potřebných ke každodennímu životu.

Sluchová vada je na rozdíl od sluchové poruchy stavem trvalým, který se léčbou nedá zlepšit. Sluchová vada se může vyskytovat jako vrozená vada dědičná nebo získaná v časných měsících těhotenství v důsledku nějaké nemoci matky, Rh inkompatibility, ozáření rentgenem, podáváním ototoxických antibiotik (streptomycin, gentamycin, kanamycin, neomycin) atd. Získané sluchové vady vznikají po komplikovaném porodu, po úrazech hlavy, po některých infekčních chorobách, po užívání některých léků, po zánětech mozkových blan, ale i po chronických zánětech středního ucha.

TYPY SLUCHOVÝCH VAD

Periferní (mohou být jednostranné nebo oboustranné):

Převodní, nebo-li konduktivní – způsobené poruchou od zevního zvukovodu k oválnému okénku středního ucha. Je-li porušena činnost převodního ústrojí, klient slyší špatně zvuky hluboké. Z mluvních celků se ztrácejí nepřízvučná slova, ze slov se vytrácejí hlavně koncové slabiky. Takovýto klient slyší málo řeč hlasitou, ale šeptanou slyší dobře. Jde o poruchu kvantitativního rázu. V současné době lze většinu převodních poruch operativně řešit. Proto se tento typ postižení považuje za poruchu, která není trvalého charakteru oproti vadě.

Nitroušní, nebo-li percepční – postižen je blanitý labyrint vnitřního ucha, vláskové buňky nebo sluchový nerv. V tomto případě, který bývá častější, ztrácí klient slyšitelnost vysokých tónů postupně k nižším. V mluvené řeči hlasitě pronášené slyší hlas, ale nerozeznává jednotlivé elementy řeči. Jde o vadu kvalitativního rázu, která nikdy nemá tendenci ke zlepšení, spíše naopak.

Smíšené, kombinované – kombinované z obou předchozích typů.

Centrální vady:

Jsou způsobeny poškozením centrálního nervového ústrojí sluchového analyzátoru.

STUPNĚ SLUCHOVÝCH VAD

Podle hloubky sluchového postižení se sluchové vady dělí na:

- **nedoslýchavost** (lehká, střední, těžká),
- **hluchotu** (praktickou, úplnou neboli totální),

- **ohluchlost**. (je stav, kdy dochází ke ztrátě sluchu v průběhu života. Pokud dojde k ohluchnutí po ukončení základního vývoje řeči, tj. po 7. roce života, řeč se již zpravidla neztrácí, ale zůstává zachována pouze při soustavné péči).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala v roce 1980 doporučenou klasifikaci stupňů sluchového postižení. Sluchové ztráty se vypočítávají jako průměr hodnot audiogramu (výsledek audiometrického vyšetření sluchu, jako jednoho ze základních vyšetření vjemu čistých tónů) na kmitočtech 500, 1000, 2000 Hz.

Intaktní sluchová funkce - (0-25 dB),

lehké sluchové postižení (lehká nedoslýchavost) – (26-40 dB),

střední sluchové postižení (střední nedoslýchavost) – (41-55 dB),

středně těžké sluchové postižení – (56-70 dB),

těžké sluchové postižení (těžká nedoslýchavost) – (71-90 dB),

velmi těžké sluchové postižení až **úplná hluchota** – (nad 91 dB).

PAMATUJTE...



Sluchové postižení představuje nejtěžší bariéru v komunikaci a následně se odráží do celého vývoje osobnosti. Sluchová vada je pouze primárním problémem a nese s sebou potíže především ve vývoji mluvené řeči, v oblasti poznávacích procesů, psychických vlastností, navazování sociálních vztahů, orientace v prostoru, zhoršení pohybové koordinace, ztráta zvukového pozadí snižuje pocit sebejistoty a bezpečnosti a zvyšuje pocit úzkosti.

Spektrum možností k překonávání komunikačních bariér na základě individuálních schopností sluchově postižených je veliké, v současnosti již existuje otevřený systém diferencovaných edukačních a rehabilitačních programů pro sluchově postižené, přesto musí každý ovládat standardní řeč – mluvenou a její psanou podobu, která je hlavním předpokladem pro fungování komunikačních systémů při telefonování, psaní, elektronické komunikaci, sledování televize..., aby došlo k porozumění.

POZNÁME OSOBNOST SLUCHOVĚ POSTIŽENÉHO KLIENTA?



Mezi sluchově postiženými, tak jako mezi slyšícími, jsou velké individuální rozdíly. Obecně lze však říci, že osobnost těžce sluchově postiženého se odlišuje od slyšící populace velkou závislostí na okolí, zvláště na které je zvyklé, nesamostatností, velkou důvěřivostí, a tím náchylností k nebezpečným vlivům, určitou sociální izolací, snížením altruismu a schopností empatie, odlišným morálním vývojem, což vede ke zkreslenému pohledu na normy a postoje okolí, k psychickým problémům, např. neurotickým potížím, emočním poruchám, pocitům méněcennosti a vztahovačnosti.

To zapříčiňují zcela jednoznačně již zmiňované komunikační problémy, nedostatečná slovní zásoba, a s tím spojený nedostatek informací o světě, a s tím spojená určitá sociální zaostalost. Dále s tím souvisí i určité odlišnosti ve vývoji myšlení, zaostávání v zobecňování, a naopak ulpínání na detailech a již osvojených postojích a jedinci přijatelných řešení, zpomalení vývoje abstrakce.

Nemožnost slyšení nebo omezená možnost slyšení způsobuje také nedostatky v mimovolním učení, které vedou právě k sociálním problémům.

Podstatná a zapříčiňující mnoho problémů je sociální separace, separace od slyšícího prostředí, která je dána komunikační bariérou nejen ze strany neslyšících, kteří se komunikaci se slyšícími často vyhýbají, protože jejich řeč je pro laiky obtížně srozumitelná, ale i ze strany slyšících, kteří se komunikace se sluchově postiženými obávají a neberou je za rovnocenné partnery. Obousměrná komunikace je předpokladem i důsledkem mezilidských vztahů.



CO JE TO KOMUNIKACE ?

Termín komunikace vznikl z latinského výrazu *communicatio* a *communicare*, který označuje spojování, přenášení, sdělování, dorozumívání a je základem interakce. „Komunikace = dorozumívání, sdělování. Obecně komunikace není specificky lidským jevem, existuje i u živočichů, na rozdíl od jazyka, v psychologii především přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby ke druhé.“ (Hartl, 1994, str. 89)

PAMATUJTE...

„Mezilidskou komunikací“ označujeme složitý proces, jímž člověk přijímá, zpracovává, uchovává, vytváří a vydává informace. Zdrojem informací je prostředí hlavně společenské, v němž vytvářené informace zase zpětně směřují. Výměna informací je jednou ze základních potřeb společenského života.“ (Sovák, 1978, s.112)

„Přijímání a předávání informací je nejen podmínkou společenského života, ale je dokonce i biologickou potřebou jedinců.“ (Sovák, 1978, s.112)

„Intraindividuální, extraindividuální a interindividuální komunikace znamená obousměrný tok informací uvnitř jediného subjektu, zachycení signálů ze zevního světa a obousměrný tok informací mezi lidmi. Komunikace se uskutečňuje sdělovacím procesem, jímž individuum vzhledem k jiným lidem projevuje své city (složka projevovalá), svou vůli (složka vybavovací) a své myšlenky (složka dorozumívací). Její úkol je informační a usměrňovací.“

Zpětnou vazbou je jakýkoliv druh reakce na obdrženou informaci. Tyto reakce mohou být slovní, emocionální nebo jako tělesné projevy. (Krahulcová, 1996, s. 12)

K DISKUSI...

Komentujte následující poznatky, argumentujte příklady ze společenské praxe:

Komunikace, její způsoby, komunikační prostředky a cesty jsou základem pro vytvoření efektivního lidského společenství. Je základem lidského soužití, předpokladem pro duševní stabilitu, jestliže se v životě nedaří nalézat druhé lidi, kteří jsou potřební k utvoření spolehlivé identity, k uvědomění si vlastního já, pak vznikají frustrace.

FORMY KOMUNIKACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH KLIENTŮ

Komunikace slovní, řečová, verbální – výraz je odvozen od latinského „*verbum*“ = slovo. Je jednak orální (hlasitá či šeptaná, bezhlasá) a jednak psaná (čtená). Mluvená řeč je bezprostřední a obohacovaná – i zpětnovazebně – neslovními formami. To řeč psaná postrádá. Verbální komunikace je většinou vědomý proces; nevědomé bývají slovní klišé, podvědomé jsou tendence v takzvaných chybných výkonech mluvení i naslouchání. Slovními prostředky argumentujeme, interpretujeme, dotazujeme se a odpovídáme, žádáme a poskytujeme vysvětlení. Zásadní rozdíl mezi oběma formami je v procesu osvojování. Osvojování schopnosti písemně komunikovat je řízený proces, zatímco osvojování mluvené řeči probíhá spontánně.

„Schopnost řeči je dána individuální výkonností nervového systému, orgánů smyslových i hybných a rozvíjením této výkonnosti v podmínkách společenského bytí, vlivem výchovy a učení, na podkladě vrozených dispozic. Je to schopnost jak individuální, tak i zároveň obecně lidská.“ (Sovák, 1978, s.23)

Charakteristické změny ve vývoji mluvené řeči sluchově postižených lze zjišťovat už od hranice 60 dB ztráty sluchu. (Krahulcová, 2002) Dýchání těchto klientů postrádá plynulost a koordinaci mezi výdechem a vdechem. Hlas je nevyrovnaný, s neustálenou mluvní polohou. Dochází ke kolísání tónové výšky hlasu, síly hlasu, barvy hlasu, přízvuk i tempo řeči jsou narušené - některé hlásky vyslovují zkráceně, jiné prodlouženě, kolísání melodie, rytmu, v neposlední řadě bývá deformovaná výslovnost. U těžce sluchově postižených je výslovnost

obvykle velmi nápadná, narušená, namáhavá, nepřírozená. U nedoslýchavých percepčního typu se sluchové ztráty promítají do zhoršené výslovnosti sykavek, souhlásek F,CH,R,Ř, samohlásek E,I a hlásek s podobnou artikulací, ale rozdílnou znělostí. Po stránce obsahové přetrvávají dysgramatismy, menší slovní zásoba, stavba vět je jednodušší.

U klientů s lehkým sluchovým postižením je ontogeneze řeči specifická. Prvním příznakem je opožděný vývoj řeči a snížená sluchová pozornost. V průběhu vývoje řeči se vyskytují charakteristické změny ve výslovnosti, změny modulačních faktorů řeči, změny v gramatické a syntaktické stavbě řeči, změny kvality hlasu. Používají krátké věty, omezují dorozumívání s prostředím. Při těžších stupních se mění výška hlasu, tempo řeči je zpomalené, rytmus nepravidelný, řeč monotónní.

Klienti ohluchlí po ukončeném vývoji řeči postupně ztrácejí kontrolu a regulaci vlastní řeči, postupně získávají vlastnosti a charakteristiku řeči klientů s lehkým sluchovým postižením až neslyšících. Slovní zásoba se snižuje, výslovnost zhoršuje, mění se modulační faktory řeči, dorozumívání s okolím se omezuje, zhoršuje. Důležitá je pravidelná a systematická logopedická péče. Platí pravidlo, čím dříve ke sluchovému postižení v ontogenezi řeči klienta dojde, tím těžší jsou následky.

Moderní česká surdopedická (speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá teorií a praxí rozvoje sluchově postižené osobnosti, výchovou a vzděláváním sluchově postižených osob, prevencí a důsledky, speciálně pedagogickými metodami) literatura řadí k **verbální komunikaci i český znakový jazyk**. Ten se od mluveného českého jazyka liší pouze sdělovacím kanálem. Zákon o znakové řeči č.155/1998 Sb. ze dne 21. 5. 1998 o znakovém jazyce „Neslyšících“ píše: „Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojitý členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.“ Charakterizuje tedy znakový jazyk jako jazyk s vlastní gramatikou, je tedy možné jej zapisovat, překládat do mluvené podoby jazyka a není tedy možné považovat jej dále za příklad neverbální komunikace. Je to **plnohodnotný komunikační systém**. Znakový jazyk i prstová abeceda (viz dále) patří mezi vizuálně pohybové způsoby verbální komunikace. (Strnadová, 1998)

Neslovní, neverbální, nonverbální komunikace – podle Sováka (1988) je velmi rozmanitá. Do nonverbální komunikace řadí komunikaci pohybovou, zrakovou, komunikaci uměním, čichovou komunikaci, ale i hlasové popřípadě bezhlasé projevy v modulacích, ve smíchu, v pláči atp.

Neverbální formy komunikace jsou vesměs reflexní činnosti nevědomé. Neverbálními prostředky sdělujeme převážně city a postoje a zdůrazňujeme nebo popíráme jimi obsah toho, co jsme řekli slovy.

Neslovní komunikace má oproti slovní komunikaci daleko širší škálu dorozumívacích prostředků. Je to vývojově starší způsob dorozumívání, tím je přirozenější, spontánnější, a je tedy velmi těžko ovládána vůlí.

nebo také mimoslovní komunikace umožňuje člověku přijímat informace více smysly. Člověk nejen slyší, ale také vidí, případně se dotýká.



K ZAMYŠLENÍ A K DISKUSI....

BEZE SLOV SDĚLUJEME:

- *city, pocity, sympatie, nálady,*
- *zájem o sblížení, navázání kontaktu,*
- *určitý dojem o druhém člověku,*
- *snahu o záměrné ovlivnění názoru partnera.*

„Neverbální komunikační kódy a systémy mohou tvořit také samostatné jazykové jednotky, využitelné k hodnotné mezilidské komunikaci. Nejvíce používanými neverbálními jazykovými systémy jsou soubory piktogramů.“ (Neubauer, 1997, str. 260)

V jeho podání neverbální komunikační prostředky tvoří:

- verbální zvukové projevy (melodie, intonace, dynamika hlasového projevu),
- manuální jazykové kódy,
- soubory komunikačních symbolů (piktogramy, obrazová symbolika).

Podle Křivohlavého (1980) pojem neverbální komunikace zahrnuje tyto podskupiny:

Mimika – výrazy obličeje jsou tvořeny různým postavením obličejových svalů. V mimickém výrazu jsou nejlépe vyjádřeny vnitřní psychické stavy. Bohužel jsme často natolik uchvázeni slovy, že nám výraz obličeje uniká. Rozlišujeme emoce pravé (skutečně prožívané) a emoce hrané (stylizované, záměrně vytvářené). Žádný jiný druh mimoslovního sdělení není tak často předstírán, jako právě výraz lidské tváře.

Řeč očí – zrakový kontakt bývá obvykle prvním prostředkem k navázání kontaktu. Ještě dříve než druhého pozdravíme, podíváme se mu nejprve do očí. S tím, kdo se na nás nedívá, se kontakt navazuje špatně.

Proxemika (fyzické oddálení nebo přiblížení) – fyzická vzdálenost mezi osobami bývá pocítována jako vzdálenost psychická. Sociální psychologové rozlišují čtyři základní vzdálenosti mezi lidmi: intimní, osobní (přátelskou), pracovní (formální) a veřejnou. Nejlepší pro navázání dobrého osobního kontaktu je vzdálenost osobní (přibližně na délku natažené paže).

Posturologie – zahrnuje sdělování prostřednictvím postoje. Postoj je dán rozložením váhy těla na nohy a orientací páteře. Je velký rozdíl v tom, jestliže s druhým hovoříme otočení celou přední plochou těla k němu, nebo jsme natočení bokem, či dokonce na druhého člověka hovoříme na odchodu, otočení zády. Základní postoje jsou dva: otevřený (přátelský) a uzavřený (odmítavý). Pokud stojíme čelem k druhému, ruce mírně rozpažené s dlaněmi natočenými dopředu, nohy mírně rozkročené a hlava trochu nakloněná k rameni, pak máme pravděpodobně přátelský vztah k tomu, s kým hovoříme – otevřený přátelský postoj.

Kinestetika – zahrnuje různé pohyby rukou, nohou (způsob chůze) a hlavy. Pohyby výrazně charakterizují osobnosti mluvčího a jeho temperament.

Gestika – jde o sdělování pohyby rukou, gesty. Gesta by měla být používána úměrně a především ve shodě s verbálním obsahem sdělení. Bez rukou nelze navázat fyzický kontakt.

Haptika – jde o bezprostřední dotyk. Některé části těla jsou dotýkány a vyhledávány častěji (vlasy, ramena, ruce...), jiné jsou víceméně opomíjeny (břicho, krk, nohy...). Mezi nepsaná pravidla haptiky patří také fakt, že více a častěji se dotýkají lidé s přátelským vztahem, než ti, co si jsou navzájem nepříjemní, lhostejní apod. Tělesný kontakt je dnes často opomíjený a podceňovaný, ale „jeden laskavý dotyk je za desetky slov“.

Paralingvistika – představuje vše, co doprovází slovní projev, tj. hlasitost, výška a barva hlasu, intonace, rychlost řeči, výskyt a četnost pazvuků (slovních parazitů), přestávky (pomlky) v řeči, ale i vzájemný poměr dialogu. Intonace je jedním z nejdůležitějších neverbálních prostředků, protože díky ní můžeme dávat větám s naprosto stejným obsahem zcela odlišný význam. Tón (výška) hlasu vyjadřuje zájem o předmět, vztah k posluchači (emoce) a vnitřní jistotu. S jistotou souvisí také tempo řeči.

Celkový vzhled – jde o upravenost, úroveň oblečení, účes atd. je chybou, když se na tyto znaky zapomíná nebo se jim nepřikládá dostatečná důležitost.

„Šestý smysl“ – je „dovednost integrovat vše viděné do smysluplného a význam nesoucího celku“. Pokud se člověk nenaučí správně dešifrovat to, co druzí sdělují, bude neustále mimo kontext, protože nebude ve skutečnosti nikdy reagovat na to, co druhá strana míní a chce, ale na své vlastní falešné představy.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. Co lze sdělit gestem, postojem či mimikou?
2. Co je to paralingvistika?
3. Co lze sdělovat vzhledem a úpravou zevnějšku? Znáte společenské skupiny, které tohoto prostředku sdělování užívají?

SLUCHOVĚ POSTIŽENÍ KLIENTI A JEJICH ROZDÍLNÉ POTŘEBY



V současné době respektujeme „neslyšící“ jako kulturní a jazykovou menšinu. Přesto jsou sluchově postižení lidé jednou z nejohroženějších skupin vzhledem k určité společenské izolaci, způsobené komunikačními problémy.

V průběhu života sluchově postižených klientů dochází k řadě situací, kdy je jejich život znevýhodněn sluchovým handicapem a kdy dochází ke komplikacím, které se promítají především v oblasti sociální, a tím také v oblasti profesní a zájmové.

Z důvodu komunikační bariéry se sluchově postižení klienti setkávají každodenně dostávají se do řady situací, které vyžadují pomoc ze strany slyšících. Sluchově postižený klient je tak vystaven neustálému stresu.

Skupina klientů, jejichž sluchové ztráty se pohybují v pásmech lehké, střední a středně těžké ztráty sluchu a kteří svou vadu úspěšně kompenzují kvalitními technickými pomůckami nebo se od malička pohybují ve slyšícím prostředí a komunikují orální cestou, bude potřebovat jinou míru našeho pochopení a pomoci, než klienti s těžkými vadami, kteří jsou odkázáni na komunikaci ve vizuálně – motorickém kódu.

Klienti s lehčím stupněm vady, s kochleárním implantátem nebo ohluchlí v dospělosti (po ukončeném vývoji řeči), kromě částečné kompenzace sluchové vady technickými pomůckami, mluvenou řeč odezírají (vnímání mluvené řeči zrakem). Při komunikaci je důležitou podmínkou dobrá viditelnost odezíraného (viz dále).

Pro těžce sluchově postižené klienty je komunikace v odlišném komunikačním kódu, než je jejich mateřský znakový jazyk, kterým se vzdělávali i na speciálních základních a středních školách, obzvláště náročné. Mnohé problémy vyplývají z nepochopení řady situací a nepřesného, zkresleného porozumění přijímaných informací, daných odlišným jazykovým kódem, nikoliv z inteligence.

Neslyšící mají právo na vzdělávání ve znakové řeči (ve vlastním znakovém jazyce a ve znakované češtině) podle zákona č.155/1998 Sb. ze dne 11.června 1998 o znakové řeči a o změně dalších zákonů. Znakovou řečí se pro účely tohoto zákona rozumí český znakový jazyk a znakovaná čeština. (Znakovaná čeština je umělý jazykový systém, který usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími, využívá gramatické prostředky češtiny, která je současně hlasitě nebo bezhlasně artikulována.)

Znakový jazyk je pro neslyšící a těžce sluchově postižené základním dorozumívacím jazykem. Je to přirozený a plnohodnotný komunikační systém s vlastním slovníkem a vlastní gramatikou, tvořený specifickými vizuálně – motorickými prostředky (tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní částí trupu), produkován v trojrozměrném prostoru (vymezen zhruba rozpaženými lokty, temenem hlavy, pasem), nemá psanou podobu. Znakový jazyk má dvě základní složky, které mohou existovat simultánně. Manuální složka je vše, co se produkuje rukama, jsou to znaky (morfémy) znakového jazyka. Tyto morfémy se mohou dále členit na fonémy, které rozlišují význam (místo, kde se znak artikuluje, tvar ruky/rukou, která/které znak artikulují, vztah ruky/rukou k tělu – orientace dlaně a prstů, vzájemná poloha rukou a pohyb/pohyby ruky/rukou). Součástí znakového jazyka je i nemanuální složka, což je vše, co vytváří hlava, obličej (obočí, oči, tváře, ústa a rty, jazyk), ramena a trup. Tyto komponenty se mohou mezi sebou různě kombinovat, jejich produkce je různě dlouhá, opakovaná. Nemanuální složka znakového jazyka je důležitým prostředkem gramatiky znakového jazyka a funguje jak v rovině lexikální, tak syntaktické. Objevuje se jako povinná součást některých znaků, jako výběrový modifikátor znaků (rychlost, velikost, stupeň, způsob atd.), jako prostředek gramatické stavby věty (zásadní význam má při produkci různých druhů vět).

Pro neslyšící klienty je důležité poskytnutí přísunu informací v přijatelném komunikačním kódu a tak se orientovat v dané problematice. Přesun informací mezi dvěma komunikačními kódy zajišťují tlumočníci znakového jazyka. Tlumočení je jednoznačný převod smyslu sdělení z výchozího jazyka do jazyka cílového. Při tomto převodu musí být respektována, jak odlišnost obou jazyků, tak i odlišnost kultury Neslyšících a kultury slyšících. Je důležité tlumočit věrně způsob vyjádření, neměnit význam, ani obsah sdělení.

Tlumočení nelze považovat v žádném případě za úlevu nebo zvyhodňování, ale pouze za zprostředkování komunikačního kódu, který je pro Neslyšící vlastní a přirozený, a naopak mluvený jazyk cizí. Tlumočník by se měl orientovat v daném oboru.

Každý tlumočník je vázán tzv. etickým kodexem tlumočnicka. Etický kodex určuje základní práva a povinnosti

tlumočnicka znakového jazyka při výkonu a v souvislosti s výkonem tlumočnické profese, je vytvořen za účelem naplnění práva Neslyšících na plnohodnotnou komunikaci. Každý neslyšící má ze zákona nárok na bezplatné poskytnutí tlumočnické služby při návštěvě lékaře a vyřizování úředních záležitostí v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok.

ZPŮSOBY KOMUNIKACE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝCH OSOB

V teoriích komunikace sluchově postižených existuje více dorozumívacích systémů. Důležitým faktorem je potřeba obousměrně přijatelného kódu informace, je důležitá komunikace mezi matkou a dítětem, mezi učitelem a žákem, Hledáním optimální komunikace se zabývá historie i současnost speciálně - pedagogické péče o sluchově postižené. Hlavním problémem je vysoká individuální odlišnost jedinců se sluchovým postižením.

Z velmi široké škály komunikačních metod můžeme jmenovat :

- orální komunikaci
- simultánní komunikaci
- bilingvální (bilingvní) komunikaci
- totální komunikaci

Orální komunikace

Je založena na využití osvojené mluvené řeči. K tomu je jedinec veden výchovou a vzděláváním, založenými na systematické výstavbě jazyka, nebo na hovorových metodách osvojování jazyka s určitou podporou tzv. vizuálně - motorických komunikačních systémů.

Termín vizuálně - motorické systémy je u nás nadřazen především :

- vlastnímu znakovému jazyku neslyšících,
- znakovému národnímu - českému jazyku (tzv.znakovaný jazyk),
- daktylní (prstové) abecedě (soustava poloh prstů, doplněných pohyby ruky, znázorňující jednotlivá písmena; existuje prstová abeceda jednoruční, obouruční, smíšená),
- daktylografii (psaní písmen ukazováčkem jedné ruky do dlaně druhé ruky),
- pomocným artikulačním znakům (splňují funkci daktylních znaků při analýze a syntéze slov, jsou spjaté s hláskami, podporují správnou artikulaci).

Součástí vizuálně - motorické výpovědi jsou gesta, mimika, situační významový kontext, pantomima, obrazy, logické souvislosti, intuice, významným doplňkem je i psaná podoba jazyka.

Simultánní komunikace (bimodální model vzdělávání)

Simultánní komunikace je založena na využití národního mluveného jazyka (většinového jazyka) a paralelně s ním i nejrůznějších dalších komunikačních forem, nejčastěji vizuálně - motorických. Jejich funkcí je zpřesňování výpovědi. Simultánní komunikační formy jako - znakovaný český jazyk, vlastní znakový jazyk neslyšících, prstové abecedy, pomocné artikulační znaky, psaná podoba jazyka, gesta, mimika, pantomima - splňují základní požadavek, kterým je **vizualizace národního (většinového) jazyka**. Zdůrazňuje se oboustranná potřeba slyšících a neslyšících se dorozumět. Simultánní komunikace je takový systém předávání informací, při kterém je dominantní mluvený (zvukový, orální) jazyk, a ten je **simultánně podporován pomocnými komunikačními prostředky** zaměřenými na vizualizaci a gramatické zpřesňování výpovědi.

Bilingvální (bilingvní) komunikace

Bilingvální komunikace sluchově postižených užívá jako vzdělávací prostředek dvou jazyků - **menšinový - vlastní znakový jazyk neslyšících a většinový - mluvený, orální jazyk**, přičemž se preferuje **psaná podoba národního jazyka**. V raném věku dítěte se upřednostňuje znakový jazyk. S dětmi se tedy od útlého věku komunikuje znakovým jazykem a jazyk svého okolí se dítě musí učit pomocí čtení a psaní. Mluvení je poslední fází, která přichází až poté, co dítě rozumí mateřskému jazyku čtením, což přichází na řadu až po dosažení dorozumívání ve znakovém jazyku. Důsledně se dodržují mateřské metody výuky jazyka, např. neslyšící učitel

používá k výuce výhradně znakový jazyk neslyšících a naopak slyšící učitel orální řeč. Oba jazyky se používají odděleně, nedochází k přímému překladu mezi jazyky. Tato komunikace sluchově postižených se začala používat ve skandinávských státech.

Totální komunikace

Termín totální komunikace pro vzdělávání sluchově postižených spojuje v sobě všechny komunikační formy, použitelné k dosažení účinného a obousměrného předání informace, systém představuje komplexnost, a tím vysokou účinnost. Výběr komunikačních forem je přísně individuální.

Totální komunikace podporuje lidské právo neslyšícího dítěte na optimální a neomezený rozvoj. Bere zřetel na individualitu každého dítěte, proto vytváří možnost volby přístupu a volby forem pro každého jedince tak, aby nebyl veden pouze jedním směrem, ale aby byla respektována jeho omezení a jeho přednosti.

Totální komunikace znamená použití všech dostupných a dosud známých komunikačních metod a prostředků. Osoby v okolí dítěte musí vždy používat všechny komunikační prostředky. **Orální a manuální komunikační prostředky** jsou naprosto **rovnocenné**. Totální komunikace se musí uskutečňovat od co možná nejranějšího věku dítěte. Tento systém vznikl a rozšířil se v USA a odtud i na další kontinenty.

Současný otevřený systém komunikačních forem (podle Krahulcové, 1996) :

1. hlasitá orální, zvuková řeč,
2. znakové jazyky neslyšících,
3. odezírání,
4. sluchová výchova a reedukace sluchu,
5. gestikulace, mimika, pantomima,
6. prstová abeceda,
7. pomocné artikulační znaky,
8. Cued speech - doplňující řeč,
9. psaná řeč
10. film, televize, videoprogramy, počítačové didaktické programy i komerční programy.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. Čemu říkáme totální komunikace?
2. Co je to simultánní komunikace?
3. Co je to bilingvní komunikace?

PODPŮRNÁ OPATŘENÍ PŘI KOMUNIKACI SE SLUCHOVĚ POSTIŽENÝM KLIENTEM

K ZAPAMATOVÁNÍ...

1. Při komunikaci se sluchově postiženým klientem, kterému není tlumočeno, je důležité především zajištění tzv. vnějších podmínek pro odezírání neboli vizuální perцепci řeči (jako hlavního zdroje informací).
2. Důležitý je **postoj mluvícího a odezírajícího**, oči odezírajícího by měly být na úrovni úst mluvícího a **navázání tzv. zrakového kontaktu**. Pro mluvícího by mělo platit – nemluvit z profilu, neotáčet se, raději se nepohybovat. Optimální vzdálenost je **0,5m – 3m (maximálně 4m)**. Důležité pro odezírání je **osvětlení místnosti**, které by mělo být **centrální**.
3. Tzv. **vnitřní podmínky odezírání** jsou závislé na klientovi, na jeho dosažené úrovni vývoje řeči, emocích, stavu

organismu, zrakovém analyzátoru. Odezírání je pro sluchově postižené velmi náročné z hlediska vyčerpávající koncentrace pozornosti a náročnosti pochopení obsahu. Sluchově postižení uvádí, že vydrží odezírát 20 – 30 minut. Těžší je odezírání při usmívání se, při rozčilení, spěchu, přílišném pohybu hlavou, žvýkání, plnovousu, chybění zubů, únavě, kdy dochází ke změně mluvního stylu a při nesprávné výslovnosti a jakékoliv narušené komunikační schopnosti.

4. Způsob mluvení může odezírání usnadňovat, nebo naopak omezovat. **Řeč** mluvící osoby by měla být srozumitelná, zřetelná, ale nepřehánět artikulaci, **tempo** přiměřené, nemluvit příliš monotónně, dělat pauzy.
5. Pro komunikaci se sluchově postiženým klientem je významná slovní zásoba – pokud je to možné raději se vyhýbat cizím slovům, případně použít prstovou abecedu. Vhodné je ověřit si, zda tato slova znají a v případě potřeby význam těchto slov vysvětlit. Není účelné jedno slovo opakovat několikrát (pokud sluchově postižený nerozumí), je vhodnější použití synonyma, nebo celou větu přeformulovat jednodušeji.
6. Důležitým doprovodem mluvení je mimika a gestikulace – dokresluje, podbarvuje význam mluveného slova.
7. Při jednání se sluchově postiženým klientem je důležité předem informovat o tématu hovoru i o jeho případné změně.
8. Všechny požadavky kladené na sluchově postiženého klienta musí být stanoveny jasně a v případě potřeby dát tyto informace v písemné podobě.
9. Pokud je to možné, vyvarovat se ústní prezentaci a neuvádět tak sluchově postiženého klienta do rozpaků a zbytečných nejistot.
10. Pokud je pro sluchově postiženého klienta nezbytný systém komunikace za přítomnosti tlumočnicka znakového jazyka, nebránit se této situaci, na kterou mají neslyšící ze zákona právo. Pro neslyšící klienty je tlumočnick nepostradatelným elementem při poskytování přísunu informací v přijatelném komunikačním kódu, a tak lze omezit problémy s neporozuměním slyšícím.
11. Tlumočnick do určité míry kompenzuje narušenou nebo chybějící funkci sluchového analyzátoru, tlumočí do znakové řeči nejen výklad mluvící osoby, ale i všechny dodatky, postřehy, zajímavosti, připomínky, které se v dané situaci řeší. Tlumočnick většinou stojí vedle mluvícího, případně může sedět před sluchově postiženým klientem.
12. Při dlouhotrvajícím vnímání znakového jazyka platí též únava, jak pro sluchově postiženého klienta, plynoucí z usilovné zrakové percepce, tak pro tlumočnicka, proto je nutné dělat častější pauzy.
13. Důležitou zásadou je neodmítat používání technických kompenzačních pomůcek, pomocí nichž je možné vytvořit mnohem srozumitelnější mluvenou řeč. Zde se jedná o pomůcky typu FM systému (viz dále), které vyžadují nošení jejich částí i od mluvící intaktní osoby.

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY

Sluchadla

Nejdůležitější individuální pomůckou pro všechny nedoslýchavé klienty, kteří mají zachovány alespoň malé zbytky sluchu jsou elektronická **sluchadla**. Účelem sluchadla je zvuk zesílit. Slabé zvuky, které dopadají na mikrofon sluchadla, se mění na elektrický proud, proud je zesilovačem zesílen, upraven podle individuální sluchové vady a přiveden do reproduktoru, kde se elektrický proud opět mění na zvukové vlny. Velmi silný zvuk je přiváděn do zvukovodu ucha, který je utěsněn tzv. individuální ušní tvarovkou, která sluchadlo zakončuje a brání vzniku akustické zpětné vazby. Zdrojem jsou baterie nebo akumulátory. Druhů sluchadel je v současné době celá řada, podle způsobu zpracování signálu se rozlišují sluchadla analogová a existují velmi kvalitní sluchadla digitální, která umožňují stále větší skupině nedoslýchavých integrovat se do běžných škol. Jenom skutečně neslyšícím ani sebedokonalejší sluchadlo nepomůže. Podle způsobu, jakým se zavádí zesílený zvuk do vnitřního ucha, se rozeznávají sluchadla se vzdušným vedením a sluchadla s kostním vedením (u převodních typů poruch, kde se obchází středoušní systém přes kost skalní za boltcem pomocí kostního vibrátoru). Podle tvaru se sluchadla dělí na krabičková, brýlová, závěsná, zvukovodová a boltcová.

Indukční smyčka

Pro nedoslýchavé klienty je pro poslech se sluchadlem velice užitečným zařízením **indukční smyčka**, která mění zvukový signál na elektromagnetické pole. Ve většině sluchadel je kromě mikrofonu tzv. indukční snímač (cívka), který není citlivý (na rozdíl od mikrofonu) na dopadající zvuk, ale na elektromagnetické pole, které se v rytmu zvuku mění. Magnetické pole je uvnitř celé plochy, která je indukční smyčkou ovinuta. Při posle-

chu se tedy můžeme v místnosti volně pohybovat. Výhodou poslechu přes indukční smyčku, oproti poslechu přes mikrofon sluchadla, je mnohem věrnější zvuk, který není zkreslen odrazy zvuku v místnosti a sluchadlo přepnuté na indukční snímač je možné nastavit na mnohem větší zesílení, aniž by hrozilo nebezpečí vzniku akustické zpětné vazby (aniž by se sluchadlo rozpískalo). Příkladem může být poslech v sálech divadel, kin, poslech telefonu, rádia, televize, magnetofonu, přehrávače kompaktních disků. Tzv. *sálovou indukční smyčku* tvoří asi 3 až 7 závitů drátu rozvinutého okolo místnosti, smyčka se zapojuje na výstup zesilovače, který zesiluje zvuk z mikrofonu, televizoru, atd.

Kochleární implantáty

Od 90.let minulého století se můžeme i u nás setkávat s pomůckou, která usnadňuje vnímání mluvené řeči neslyšícím a ohluchlým. **Kochleární implantát** (kochleární neuroprotéza) je zařízení, které do určité míry umožňuje obejít nefunkční vnitřní ucho (kochleu). Je to elektronická funkční smyslová náhrada, která neslyšícím přenáší sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýždě vnitřního ucha a obchází tak poškozené vláskové buňky. Informace jsou následně přenášeny do mozku, kde jsou rozpoznány jako zvuk.

KULTURA NESLYŠÍCÍCH

Neslyšící se považují a jsou považováni za jazykovou a kulturní minoritu, odtud také plyne používání velkého písmene „N“.

Lze vůbec vymezit Neslyšící jako minoritu?

Jestliže můžeme definovat minoritu jako „*část určité společnosti, lišící se zpravidla od majority původem (rasou), národností, náboženstvím, kulturou, jazykem apod.*“ a také jako skupinu lidí, kterou spojuje společná pozitivní identita (program, kultura, jazyk, náboženství apod.), můžeme také Neslyšící vymezit jako menšinu na základě jejich jazyka a kultury.

Neslyšící jsou tedy považováni za příslušníky jazykové a kulturní menšiny. Tuto menšinu z nich dělá užívání znakového jazyka, který je **rovnocenný všem mluveným jazykům**, podobné osudy a problémy, zkušenosti, společná kultura, historie a často i „společní vnější nepřítel“. Neslyšící jsou jednou z **nejsoudržnějších menšin** vůbec, protože je stmeluje velmi snadná vzájemná komunikace a naopak velmi nesnadná komunikace a tíse každodenních nedorozumění s vnějším světem.

Kultura je množina naučeného chování skupiny lidí, kteří mají svůj vlastní jazyk, hodnoty, pravidla chování a tradice. Člověk se do kultury může narodit; je pak vychováván podle kulturních hodnot dané kultury a jeho osobnost a chování se formují na základě jeho kulturních hodnot. Nebo může člověk vyrůst v jedné kultuře (neslyšící dítě slyšících rodičů) a později se naučit jazyk, hodnoty a zvyklosti odlišné kultury (kultury Neslyšících).

Zvláštní charakteristikou kultury Neslyšících jsou jejich **kulturní hodnoty**. Ty určují, jak se Neslyšící chovají a v co věří. Základními hodnotami v kultuře Neslyšících jsou: **český znakový jazyk**, jako nejdůležitější hodnota kultury Neslyšících, **sociální vztahy**, a **umělecká tvorba** Neslyšících autorů.

Zvyky a chování jsou vnějšími projevy kultury, ale je zde i důležitý tzv. „vnitřní faktor“, tedy to, nakolik se člověk cítí být součástí té které kultury a nakolik mu tyto zvyky vyhovují. Kulturní identita znamená těsné vztahy s ostatními, překonávání vzájemných bariér a potřebu dohodnout se na normách chování. Je to sdílená životní zkušenost. Je to identita Neslyšícího.

Neslyšící mají svou vlastní kulturu, která byla špatně chápána a byla pronásledována desítky let. U nás teprve v poslední době dochází k uvědomění si Neslyšících svého jedinečného postavení mezi jinými zdravotně postiženými i slyšícími.

Kromě zmíněných charakteristik kultury Neslyšících existují i jiné aspekty komunity Neslyšících. Např.:

Příchod a odchod

Jestliže někdo přijde do místnosti, musí se s každým přítomným pozdravit, to samé musí udělat při odchodu. Opomenutí tohoto nepsaného pravidla, je bráno jako neslušnost a odmítnutí.

Upozornění a dotek

Když chce slyšící navázat komunikaci, obvykle svého partnera osloví. Neslyšící svého partnera upozorní dote-
kem či máváním v zorném poli partnera či partnerů. Dotek bývá jemný a běžně se Neslyšící v tomto případě
dotýkají ruky, paže, předloktí a ramen. Není vhodné kontaktovat Neslyšícího dote-
kem na záda, tento dotek
může vyvolat zlostnou reakci. Stejně tak je nevhodný dotek na hlavu. Komunikacího partnera se tedy dotý-
káme jemně a v jeho zorném úhlu.

Upoutání pozornosti vibracemi a pomocí světla

Dalším způsobem upoutání pozornosti partnera je využívání vibrací. Například dupnutí do podlahy nebo jem-
né Źukání do stolu, které se používá také při přání dobré chuti (tři jemné poklepání pěstí do stolu). Upoutání
pozornosti pomocí světla se používá v případě, že chceme upoutat pozornost více partnerů, např. na schůzi.
Jednou nebo dvakrát za sebou se rozsvítí a zhasne.

Vzít někoho za ruku

Vzít někoho za ruku, když znakuje, je velice agresivní akt, který lze přirovnat k zakrytí úst u slyšícího během
hovoru.

Komunikace u stolu

Komunikace Neslyšících při různých jednáních probíhá většinou (když je možné) u kulatého stolu. Není vhod-
né u na stole stáły velké vázy, či jiné předměty, které brání Neslyšícím ve výhledu na komunikačního partnera.

Společenské zvyky

Neslyšící rádi chodí do klubů, neboť zde padají veškeré komunikační bariéry, které mají jinde. Rádi také pořá-
dají různé oslavy narozenin a večírky. Hry na těchto oslavách jsou založené na znakovém jazyce nebo na jejich
zvycích a chování.

Potlesk

Neslyšící při potlesku zvedají paže a kroutí (třepou) rukama, aby bylo dobře vidět, že dávají najevo svou spo-
kojenost.

Klasický humor

Humor je další oblastí, do které slyšící nemůže jen tak proniknout. Některé z vtipů Neslyšících se nedají přeložit
do mluvené češtiny, neboť existují pouze ve znakovém jazyce.
Často mají formu hádanek.

Umělecká tvorba neslyšících autorů je odlišná od umělecké tvorby slyšících. Tvorba je spojena většinou s tím,
co komunitu Neslyšících vyhraňuje vůči slyšícímu světu – se znakovým jazykem. Právě znakový jazyk a zamě-
řenost Neslyšících na vizuální část světa odlišuje uměleckou tvorbu Neslyšících. Neslyšícím může dát zážitek
vše, co je možné vnímat očima a vibrací. Jde např. **o pantomimu, divadlo, poezii ve znakovém jazyce, zpěv
a hudbu ve znakovém jazyce, tanec, film.**

Po roce 1990 u nás vznikla celá řada organizací, které podporují kulturu Neslyšících a poskytují své služby těm-
to lidem. Také u nás vychází časopisy české komunity Neslyšících, např. Gong, Unie, Info Zpravodaj atd.

Kromě tlumočení televizních zpráv a některých pořadů, titulování filmů, uvádí Česká televize i pravidelný
čtrnáctideník Televizní klub neslyšících, který přináší informace nejen Neslyšícím, ale i slyšícím ze světa slu-
chového postižení.

Mezi tradice české komunity Neslyšících patří např. Mezinárodní den Neslyšících, Festival kultury Neslyšících
Mluvící ruce, Mezinárodní festival pantomimy neslyšících, soutěž Miss neslyšících, plesy, deaflympiády, spor-
tovní hry, Stodůlecký jarmark atd. Ale také nelze opomenout prózu, pohádky ve znakovém jazyce, technické
pomůcky (kompenzační, vibrační, světelné, fax, mobil, internet).



OTÁZKY A ÚKOLY K ZAMYŠLENÍ:

1. U kterého typu sluchové vady může být porušen mechanický převod zvukových vln, způsobený různými překážkami v oblasti zevního a středního ucha? Je to stav trvalý nebo přechodný?
2. Jak se nazývá sluchová vada, která vznikla před narozením jedince?
3. Mají Neslyšící právo na tlumočnicka dané ze zákona?
4. Co je zdrojem energie ve sluchadlech?
5. Jaký je princip kochleárního implantátu?
6. Mohou používat Neslyšící e-mail a sms zprávy?

LITERATURA

1. BALÁŽ, J. *Interpersonálna komunikácia a jej poruchy*. Bratislava : SPN, 1988. ISBN 067-416-88 IKA.
2. BAREŠOVÁ, J., HRUBÝ, J. *Didaktické a technické pomůcky pro sluchově postižené v MŠ a ZŠ*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-105-9.
3. EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Praha : H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
4. HARTL, P. *Psychologický slovník*. Praha : Budka, 1994. 297 s. ISBN 80- 901549-0-5.
5. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 2.díl*. Praha : FRPSP, 1998. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.
6. HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 1.díl*. Praha: FRPSP, 1999. 395 s. ISBN 80-7216-096-6.
7. KRAHULCOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: Karolinum, 1996. 218 s. ISBN 80-7184-239-7.
8. KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha : Karolinum, 2002. 303 s. ISBN 80-246-0329-2.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. a kol. *Logopedie a komunikace*. Praha : ČLS, 1980.
10. NEUBAUER, K. *Logopedie*. Hradec Králové. Gaudeámus, 2001. ISBN 80-7041-098-1.
11. NEUBAUER, K. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. Praha : AKL, 1997.
12. NOVÁK, A. *Foniatrie a pedaudiologie I. Poruchy komunikačního procesu způsobené sluchovými vadami*. Praha : UNITISK, 1994.
13. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha : Panorama, 1989. ISBN 80-7038-078-0.
14. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
15. SOVÁK, M. *Logopedie*. Praha : SPN, 1978, 1988.
16. SOVÁK, M. *Uvedení do logopedie*. Praha : SPN, 1978.
17. STRNADOVÁ, V. *Současné problémy české komunity neslyšících I. Hluchota a jazyková komunikace*. Praha : FF UK, 1998. ISBN 80-85899-45-0.
18. ŠLAPÁK, I., FLORIÁNOVÁ, P. Brno : Paido, 1999. ISBN 80-85931-67-2.
19. Zákon o znakové řeči č. 155/1998 Sb.
20. www.cktjz.com

POTŘEBY KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

PhDr. Iva Strnadová, Ph.D.

ÚVOD

Tato kapitola se zabývá problematikou osob s mentálním postižením jakožto uživatelů služeb cestovního ruchu. Lidé s mentálním postižením jsou lidmi jako my – nepostižení. Lidmi, kteří v mnoha aspektech života překonávají náročnější podmínky, a to vnitřní i vnější. Tuto skutečnost brilantně vyjádřil Wright (1960 in Černá a kol. 1995), když hovořil o výjimečné hodnotě duševních výkonů u člověka s mentálním postižením, který realizuje své schopnosti a dovednosti v podmínkách několikanásobně těžších než osoby bez zdravotního postižení.

Jak uvádí OSN a Světová zdravotnická organizace, současnou světovou populaci tvoří ze 19,64% spoluobčané se zdravotním postižením. Osoby s mentálním postižením představují 3,15% této skupiny obyvatel. To odpovídá i situaci u nás, kde je uváděn výskyt 3 – 4% osob s mentálním postižením v populaci. Tato nezanedbatelná skupina obyvatel si zaslouží větší pozornost poskytovatelů služeb ve společnosti. (Krejčířová 1998, s.9)

MÝTY O MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM



Přestože snaha zlepšit osvětu veřejnosti ohledně problematiky mentálního postižení je již běžnou součástí politiky státu, existuje celá řada mýtů a nepravdivých představ o lidech s mentálním postižením.

Mezi nejběžnější patří následující mýty:

- Rodiče osob s mentálním postižením jsou také mentálně postižení.
 - Narodí-li se člověku s mentálním postižením dítě, bude také mentálně postižené.
 - Mentální postižení je stejně jako řada jiných nemocí nakažlivé.
 - Lidé s mentálním postižením nejsou schopni samostatného života. Potřebují po celý život péči a ochranu.
- Tyto názory mohou působit směšně a jejich neopodstatněnost byla více než dokázána řadou odborníků z různých oblastí. Dudley (1987 in Mackelprang, Salsgiver, 1999) uvádí tři hlavní mylné představy o lidech s mentálním postižením, které jsou rozšířené nejenom mezi laickou veřejností, ale – což je alarmující – i mezi některými odborníky.

Předsudek č. 1 Lidé s mentálním postižením si své postižení neuvědomují.

- Velké množství osob s mentálním postižením naopak dokáže popsat svůj problém a překážky, se kterými bojuje.

Předsudek č. 2 Lidem s mentálním postižením nevdá pejorativní označování jejich postižení.

- Většina lidí s mentálním postižením tento termín nemá ráda z důvodu „nálepky“, jež se s ním pojí. Navíc bývají citliví na vtipy a posměšné poznámky, jimiž jsou z legrace znázorňováni.

Předsudek č. 3 Lidé s mentálním postižením si neuvědomují dětský způsob zacházení, se kterým se ze strany okolí (včetně odborníků) setkávají.

- Nejenom že si takovéto zacházení uvědomují, ale mnozí z nich by raději své životy prožívali bez toho, aby jim někdo neustále říkal, co, kdy a jak mají dělat!

Můžeme se však setkat i s „pozitivními“ mylnými představami založenými na shlédnutí filmů typu *Forrest Gump*. Příslušníci majoritní společnosti tak mohou získat mylný dojem, že pro lidi s mentálním postižením je život vskutku jako „krabička čokoládových bonbonů“ a že pokud se hodně snaží a mají rodiny, které je podporují, potom budou finančně i sociálně úspěšní a dokonce se možná seznámí s prezidentem. Pro většinu lidí s mentálním postižením však může být život naplněn nepochopením a omezeními ze strany okolí.

Je nezbytné, abychom si uvědomily vlastní předsudky a falešné představy o těchto lidech. Pro poskytovatele služeb cestovního ruchu je toto obzvláště klíčovým krokem, který jim umožní zkvalitnění poskytovaných služeb osobám s mentálním postižením a jejich rodinám, a tím i důstojnější život.



CÍLEM TÉTO KAPITOLY JE SEZNÁMIT:

- s terminologií spojenou s problematikou mentálního postižení i s vlivem používání nevhodných termínů, které vede k negativním postojům vůči lidem s mentálním postižením;
- s definicemi mentálního postižení, které odhalují problematiku mentálního postižení jako problém podstatně komplexnější, neomezený pouze na výši inteligenčního kvocientu;
- s klasifikacemi mentálního postižení, které nám ukáží variabilitu projevů mentálního postižení, především z hlediska jeho hloubky;
- s etiologií mentálního postižení, která více než jasně dokazuje, že toto postižení není dědičné;
- s diagnostickým procesem, který rozhodně není otázkou škatulkování osob s mentálním postižením, ale naopak nástrojem k objevení jejich silných stránek i stránek, jež je třeba rozvíjet, a tak jim umožnit co nejvyšší míru zapojení se do společnosti a plnohodnotné prožití života;
- s doporučeními/ pravidly, jak jednat s lidmi s mentálním postižením, aby byla zachována jejich důstojnost a zároveň naplněny jejich potřeby;
- s problematikou rodičovství osobám s mentálním postižením a seznámením s jejich náročnou životní situací.

TERMINOLOGIE



Pojmy používané k označení lidí s mentálním postižením reflektují nejen v dané době platné definice, ale i postoje většinové společnosti k těmto lidem. Mezi termíny běžně používané v 19. a na počátku 20. století běžně patřily: „slabomyslný“, „mentálně deficitní“, „mentálně zaostalý“, „mentálně nevyлéčitel-ný“, „intelektově postižený“, atd. Pozdější kritika těchto označení byla postavena především na jejich zdůrazňování abnormality, nemoci a nedostatečnosti.

Postoj daného období lze treffně ilustrovat citací guvernéra Butlera z Massachusetts z roku 1883: „Poskytněte jim útulek s laskavým a vhodným zacházením, ale ne školu. Nakrmený, opečovávaný idiot je šťastné stvoření. Idiot uvědomující si svůj stav je stvořením ubohým.“ (Cock 1989, s.9)

Jiné používané pojmy naopak reflektovaly fyzický vzhled lidí s mentálním postižením – např. „mongol“, „hydrocefalík“ a „kreton“. Některé dodnes používané termíny jsou spojené se jmény objevitelů nejrůznějších typů mentální retardace – např. Downův syndrom či Prader-Williho syndrom.

V současné době jsme konečně dospěli k tomu, že lidé s mentálním postižením jsou v první řadě lidé. Z toho vyplývá posun od označení „mentálně postižený“ k pojmu „člověk s mentálním postižením“. Spisovatel věnující se problematice speciálních vzdělávacích potřeb, Perske, vyjadřuje tuto myšlenku následovně:

„Všichni máme nedostatky těla i intelektu. Všichni jsme nedokončení. Někteří z nás skrývají své nedostatky lépe než ostatní. Žádný z nás nikdy nedosáhne dokonalosti. Ti z nás, kteří si myslí, že jsou dokonalosti nejbližší, pravděpodobně stáhnou lidský rod k novým poklesům.“ (Perske in Cocks 1989, s.12)

A jaký je názor osob s mentálním postižením, jež jsou vlastně uživateli výše uvedené odborné terminologie? Resa Hayes, 37letá aktivistka z hnutí sebeobhájců People First, k tomu říká:

“Před několika lety jsem našla práci u People First. Máme moto, které zní, ‘Jsme v první řadě lidé, a teprve na druhém místě jsou naše postižení.’ Neradi používáme slova postižení. Raději používáme termín odlišné schopnosti, protože my všichni jsme odlišní a my všichni máme schopnosti.” (Mackelprang, Salsgiver, 1999, s.163)

DEFINICE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ



Pojem mentální retardace (z latinského mentis = mysl a retardare = zdržet, zaostávat) zavedla Americká společnost pro mentální deficienci ve třicátých letech 20. století.

Mentální retardace byla definována mnoha autory. Někteří z nich ve své definici zdůrazňují inteligenční kvocient (např. Richterová, Langer), jiní biologické (Rubinšteinová, Sovák) či sociální faktory (Mercerová, Kanner) a konečně jsou tu definice obsahující více hledisek. Mezi ně patří v odborné literatuře často uváděná definice UNESCO z roku 1983: „Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé:

- * z pomalého tempa dospívání,
- * ze snížené schopnosti učit se,
- * z nedostatečné sociální přizpůsobivosti., (UNESCO in Černá a kol. 1995, s.12-13).

Mentální postižení je ve většině definic charakterizováno jako stav „celkově podprůměrných intelektuálních funkcí nerovnoměrně se projevujících v průběhu vývoje jedince a majících za následek poruchy v oblasti adaptivního chování a orientace v životě“ (Černá 1995, s.1). Tyto oblasti adaptivního chování jsou následující: komunikace, sebeobsluha, bydlení, vzájemné vztahy, využívání komunitních zdrojů, rozhodování, zdraví a bezpečnost, vzdělávání, volný čas a zaměstnávání (DSM-IV- TR 2000, s.41).

Zdrojem odlišnosti mezi majoritní společností a lidmi s mentálním postižením a předpokladem jinakosti způsobu myšlení a jednání lidí s mentálním postižením je tedy snížení intelektuálních funkcí těchto lidí. Z tohoto hlediska je mentální postižení otázkou jinakosti, které musíme pomoci.

Je potřebné upozornit i na definici, podle které termín mentální retardace „charakterizuje skupinu jedinců s nerovnoměrným (zpomaleným) duševním vývojem.“ (Edelsberger, F. 2000, s.302) Důvod, proč se o této definici zmiňují, je prostý – duševní vývoj tu není viděn jako deficitní, nýbrž jako nerovnoměrný. Jinými slovy tato definice ukazuje na to, že co lidem s mentální retardací chybí v jedné oblasti, bývá často vyváženo v oblasti jiné. To krásně vyjadřují následující slova: „Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu neodhalených možností, zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, apod.“ (Krejčířová 1998, s.35)

Posun ve vnímání lidí s mentálním postižením můžeme zaznamenat např. u Lackesson (1993 in Černá a kol. 1995), který MR charakterizuje jako vadný důsledek vycházející ze vzájemné součinnosti člověka s mentálním postižením a jeho okolí.



KONTROLNÍ OTÁZKY:

1. *Kdy a kým byl zaveden termín mentální retardace?*
2. *Čím může být mentální retardace zapříčiněna?*
3. *Podle čeho vzniklo označení „mongoloidní“?*
4. *Čím se liší mentálně postižení od běžné populace?*
5. *Proč je adaptivní chování pro člověka důležité a o čem vypovídá?*

KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ



Mentální postižení bývá v odborné literatuře rozdělována podle doby vzniku, stupně postižení a druhu chování. Autoři věnující se problematice mentálního postižení (Pipeková 1998, Monátová 1996) jej podle doby vzniku dělí následovně

1. *Vrozené mentální postižení* (dříve oligofrenie) – do této skupiny spadají postižení, která vznikla v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do dvou let života dítěte. Setkáváme se tu s anomáliemi ve vnějším vzhledu, se stereotypními pohyby, s poruchami pozornosti a paměti, s vadami řeči. Nejčastější příčiny jsou odchylky ve skladbě chromozómů (Downův syndrom, Klinefelterův syndrom², Turnerův syndrom³), hormonální poruchy (endemický kretenismus⁴), vrozené metabolické poruchy (fenylketonurie⁵, galaktosémie⁶, Wilsonova choroba⁷), onemocnění či úraz matky v průběhu těhotenství, ozáření budoucí matky rentgenovými, radiovými či jinými paprsky apod. Zvláštní kapitolou je pseudooligofrenie neboli sociální oligofrenie, která je zapříčiněna nedostatečně podnětným prostředím. Projevuje se především v logickém a abstraktním myšlení a někdy i poruchami v oblasti chování. Nejedná se tu o neměnný stav, neboť při změně prostředí a vhodnou stimulací lze dosáhnout zlepšení stavu.
2. *Získané mentální postižení* (demence) – rozdíl mezi oligofrenií a demencí spočívá především v tom, že demence zasahuje celou mozkovou kůru člověka. Demence vzniká kdykoliv po druhém roce života člověka, a tudíž neovlivňuje vnější vzhled postiženého. Jejimi příznaky jsou poruchy paměti a myšlení a občas i afázie⁸, alexie⁹, agrafie¹⁰ a akalkulie¹¹, dále zvýšená dráždivost, únava a emocionální labilita. Jejimi příčinami mohou být meningitidy, encefalitidy, mozková nádorová onemocnění, nedostatek kyslíku při operaci, krvácení do mozku či nedostatečné prokrvení mozku při mozkové embolii a úraz hlavy, jehož následkem je kontuze mozku. Demence může a nemusí mít progresivní tendenci.
3. *Stařecká demence* – jedná se o patologickou poruchu postihující stárnoucího člověka. Příčinou může být vrozená dispozice, degenerativní změny vedoucí k atrofii mozku (ty bývají vyvolané životem v nevhodném prostředí), nedostatečné léčení duševní choroby. Projevuje se úbytkem intelektu, poruchami paměti a zvýrazněním nepříjemných povahových vlastností.



K ZAPAMATOVÁNÍ...

Z hlediska stupně postižení rozlišuje Světová zdravotnická organizace (WHO) od roku 1992 sedm kategorií mentálního postižení, a to hluboké, těžké, střední, lehké, podprůměru, jiné a nespecifikované.

F70 Lehké mentální postižení

Lehké mentální postižení se začíná nápadněji projevovat mezi třemi až šesti lety, a to malou slovní zásobou, opožděným vývojem řeči, vadami řeči a stereotypem ve hře. V období školní docházky se začíná projevovat nerovnoměrný rozvoj psychických funkcí – konkrétní názorné mechanické myšlení, problémy s analýzou a synté-

² Trizomie XXY. Vyskytuje se jen u mužských potomků, kteří mají snížený intelekt, malá varlata a jsou neplodní.

³ Monozómie X. Postihuje pouze ženské potomky. Vyznačuje se malým vzrůstem (pod 150 cm), sexuálními infantilismem, nepřítomností vaječnicků a z toho vyplývající sterilitou, primární amoreou a někdy nápadnou kožní řasou na krku a srdeční vadou.

⁴ Jedná se o hormonální poruchu vázanou na určité území vyvolanou nedostatkem jódu ve vodě, ve vzduchu a v půdě.

⁵ Vadný metabolismus bílkovin. Pro vrozený nedostatek jaterního enzymu tu nedochází k rozložení aminokyseliny fenylalaninu. Ta se hromadí zejména v mozkomíšním moku a tím v mozku, čímž vzniká oligofrenie. Děti takto postižené potřebují speciální dietu, ve které se nahrazují všechny bílkoviny.

⁶ Vadný metabolismus cukrů.

⁷ Vadný metabolismus minerálních látek (např. mědi).

⁸ Ztráta nebo porucha řeči vzniklá narušením řečových oblastí mozku.

⁹ Chorobná neschopnost čtení, ztráta schopnosti chápat psané.

¹⁰ Chorobná ztráta schopnosti psát při zachované inteligenci.

¹¹ Neschopnost počítat, příčinou je poškození kůry dominantní hemisféry.

zou a menší schopnost zapamatovat si. Jemná motorika bývá lehce opožděna. Co se citové oblasti týče, objevuje se tu popudlivost, úzkostnost, impulsivnost a zvýšená sugestibilita.

Je-li osobám s lehkým stupněm mentálního postižení poskytnut dostatečný stupeň podpory a dostane-li se jim možnosti rozvíjet své schopnosti a dovednosti v rodině i ve škole, potom pro ně není problém uplatnění na úrovni Kvalifikovaných či částečně kvalifikovaných pracovních míst. Jsou schopni fungovat nezávisle, mít své vlastní domovy a většinou rodiny.

F71 Středně těžké mentální postižení

Lidé se středním mentálním postižením mívají zpomalený vývoj jemné i hrubé motoriky. Setkáváme se u nich s nápadnou nekoordinovaností pohybů a omezeným vývojem řeči charakterizovaným malou slovní zásobou, jednoduchými větami či slovními spojeními a častými agramatismy. V citové oblasti se projevuje značná labilita a zkratkovité jednání. Lidé se středním mentálním postižením mohou dosáhnout vlastní obživy v nekvalifikované či někdy částečně kvalifikované práci v uzpůsobeném pracovním prostředí. Obvykle žijí ve své rodině nebo využívají služeb chráněného bydlení.

F72 Těžké mentální postižení

Pro osoby s těžkým stupněm mentálního postižení je charakteristická pohybová neobratnost, motorické poruchy a minimální rozvoj komunikativních dovedností, což znamená používání izolovaných slov. Je tu časté střídání nálad. Vlivem výchovy jsou tyto lidé schopni naučit se sebeobsluhy, základním hygienickým návykům a jednoduchým pracovním činnostem, při kterých však vyžadují stálou kontrolu. Mají problémy se soustředěním pozornosti. Lidé s těžkým mentálním postižením jsou schopni pomáhat při svém vlastním zabezpečení, ale většinou vyžadují dohled při práci i v prostředí, ve kterém žijí.

F73 Hluboké mentální postižení

Lidé takto postižení většinou nejsou schopni sebeobsluhy. Vyskytují se u nich nápadné stereotypní automatické pohyby. Řeč tu není vůbec rozvinuta, což řešíme nonverbální komunikací. Často se tu vyskytuje sebepoškozování.

Lidé s hlubokým mentálním postižením mohou dosáhnout ohraničené dovednosti pečovat o sebe a potřebují rozsáhlou doprovodnou či zdravotní péči.

F78 Jiné mentální postižení

Stanovení stupně mentálního postižení je v tomto případě ztíženo kombinací se senzoryckým postižením, somatickým postižením, poruchami chování a autismem.

F79 Nespecifikované mentální postižení

Zde je mentální postižení prokázáno, ale nepatří do žádné z předchozích skupin.

Výskyt osob s mentálním postižením podle stupně tohoto postižení bývá uváděn následovně:

- hluboké mentální postižení: 1,5%
- těžké mentální postižení: 3,5%
- střední mentální postižení: 6%
- lehké mentální postižení: 89%. (Krejčířová 1998, s.9)

Kódování podle MNK-10	Kódování podle MNK-10	Stupeň mentálního postižení	IQ (jakýkoliv test se standardní odchylkou 16)*	IQ (jakýkoliv test se standardní odchylkou 15)*	Přibližný mentální věk v dospělosti*	Přibližné % osob s MR daného stupně*
F 70	317	Lehké mentální postižení	67 – 52	69 – 55	8,3 – 10,9	85,0
F 71	318	Středně těžké mentální postižení	51 – 36	54 – 40	5,7 – 8,2	10,0
F 72	318.1	Těžké mentální postižení	35 – 20	39 – 25	3,2 – 5,6	3,5
F 73	318.2	Hluboké mentální postižení	< 20	< 25	< 3,2	1,5

Tabulka Klasifikace mentálního postižení (*Sattler, 2002, s.337)

Podle druhu chování rozlišuje Monatová (1996) mentální postižení následovně:

- Typ eretický (verzatilní, neklidný)* - pro osoby s tímto typem mentálního postižení je charakteristický neustálý pohyb (často rytmický), prchlivost, rychlé střídání nálad, slabá vůle, snížená schopnost soustředit se, nedisciplinovanost. V tomto případě se osoba pracující s daným jedincem snaží přizpůsobit okamžité náladě a hledá činnost, která by zaujala alespoň na chvíli.
- Typ torpidní (apatický, netečný)* - zde je problém opačného rázu. Tito lidé se chovají tiše, nic je neupoutá, i jejich pohyby jsou zpomalené.
- Typ přechodný

PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE



V období prenatálním může být vznik mentálního postižení zapříčiněn infekcí, virovým onemocněním a pohlavními chorobami (syfilis), zářením, hypoxií, anoxií plodu, toxickými látkami, úrazy a metabolickými poruchami matky. Rizikovým obdobím z hlediska možného vzniku mentálního postižení je i období perinatální. Rizikové jsou z tohoto hlediska abnormality plodu, abnormality porodních cest a porodu. Často uváděnou komplikací při porodu bývá rodiči uváděno přidušení dítěte, použití kleští či protrahovaný porod.

V období postnatálním (po narození) bývají příčinou vzniku mentálního postižení infekce, horečnatá onemocnění (zánět mozku, zánět mozkových blan, atd.) či například úrazy. (Pipeková 1998)

Mezi nejčastěji uváděné faktory způsobující vznik mentálního postižení podle Pipekové (2004 in Vítková 2004) patří:

- dědičnost
- sociální faktory – objevují se v souvislosti se špatnými materiálními podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy, nezájmem rodičů apod.
- další environmentální faktory – jedná se o infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství, ozáření dělohy, alkoholismus, špatnou výživu matky, infekční onemocnění novorozence (např. meningitidou, encefalitidou, apod.) a porodní traumata
- specifické genetické příčiny:
 - dominantně podmíněné (např. neurofibromatóza¹²⁾)
 - recesivně podmíněné (fenylketonurie, galaktosemie)
 - podmíněné poruchou sex chromozomů (syndromy Klinefelterův, Turnerův, Lesch-Nyhanův¹³⁾)
 - podmíněné chromozomálními abnormalitami (např. Downův syndrom)
- nespecificky podmíněné poruchy – příčina zůstává nevyjasněna.

¹² ?

¹³ Jedná se o mentální retardaci, jejíž příčina je metabolická – hyperurikémie (tj. zvýšené množství kyseliny močové). Charakteristickým znakem je autoagrese (kousání prstů, rtů apod.) a heteroagrese. Projevuje se ve druhém půlroce života. V pozdějším věku se připojuje dna vlivem zvýšeného množství kyseliny močové.

Zajímavý pohled na příčiny vzniku mentálního postižení nám umožňuje lékařská klasifikace Americké Asociace Mentální Retardace (AAMR), jež člení mentální postižení do deseti popisných kategorií na základě její příčiny (Cocks 1989):

Infekce a intoxikace

Tato kategorie se týká mentálního postižení vzniklého následkem infekce matky, jakou jsou např. zarděnky. Také se týká virových infekcí, jež může dostat matka či dítě po narození. Intoxikace zahrnují otravu olovem či fetální alkoholový syndrom.

Trauma a fyzikální faktory

Příčinou mentálního postižení je v tomto případě poranění dítěte při porodu či poranění vzniklá během vývojového období (tedy přibližně do 18 let), např. následkem dopravní nehody.

Metabolismus či výživa

Mentální postižení může být způsobeno dysfunkcí, která tělu nedovolí vstřebat nebo zpracovat různé chemické složky, které se nacházejí v potravě a které jsou pro zdraví celého těla nezbytné. Typickým příkladem je tu kreténismus či fenylketonurie.

Nemoci velkého mozku

Okolnosti vzniku těchto nemocí vycházejí z genetických faktorů a týkají se růstu určitých částí mozku. Do této kategorie patří bezesporu tuberózní skleróza.

Neznámý prenatální vliv

Tato kategorie je vymezena pro stavy, u kterých nelze určit přesnou příčinu a které existovaly v době porodu, po něm nebo před ním. To platí např. pro hydrocefalii, mikrocefalii, makrocefalii a anencefalii.

Chromozomální abnormality

Nejznámějším zástupcem této kategorie je Downův syndrom a syndrom Klinefelterův.

Další okolnosti mající původ v období před narozením

Tato kategorie zahrnuje případy vyskytující se buď při porodu či před ním, jako např. předčasný porod, příliš vysoká či příliš nízká novorozenecká váha apod.

Psychiatrické poruchy

Mnohé duševní nemoci mohou vést až k mentálnímu postižení, zvláště trvá-li nemoc příliš dlouho a ztrácí-li postižená osoba své schopnosti.

Vlivy prostředí

Zde se jedná především o mentální postižení spojené se psychosociálním znevýhodněním, a dále o smyslovou deprivaci, jež může být výsledkem nedostatku lidské péče či vážné izolace.

Jiné okolnosti

Tato obsáhlá kategorie zahrnuje všechny stavy, jejichž příčina je neznámá, a mentální postižení v kombinaci s postižením zraku a sluchu.



KOTROLNÍ OTÁZKY A NÁMĚTY K ZAMYŠLENÍ...

1. Jak početné jsou jednotlivé subkategorie osob s různou mírou mentální retardace ve společnosti?
2. Jaké typy mezi mentálně retardovanými rozeznáváme?
3. Jaké příčiny způsobují narození člověka s mentální retardací?



K ZAPAMATOVÁNÍ...

PRAVIDLA PRO JEDNÁNÍ S OSOBAMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lidé s mentálním postižením jsou klienty stejně jako ostatní. Zaslouží si stejný respekt a úctu. Následující přehled „zlatých“ pravidel při jednání s těmito lidmi může být návodem, jak tento respekt a úctu přivést k životu.

1. *Dospělým osobám s mentálním postižením zásadně vykáme. Ve společnosti někdy převládá názor, že ve své podstatě zůstávají neustále malými dětmi. Je sice pravda, že v některých oblastech mohou dosahovat výsledků, které vývojově odpovídají dětem v raném či předškolním věku. Nicméně musíme mít neustále na paměti, že se jedná o osoby se zkušenostmi dospělého člověka. Jsou to lidé s životními zkušenostmi, které přináší věk a životní okolnosti. Vykání je projevem úcty a tito lidé si jej bezesporu zaslouží.*
2. *Při jednání s těmito lidmi se prvotně obracíme přímo na ně a nikoliv na jejich doprovod (rodiče, prarodiče, asistenty). V případě, že jedinec s mentálním postižením z jakéhokoliv důvodu nereaguje, jeho doprovod nám zajisté pomůže.*
3. *Stane-li se, že nám jedinec s mentálním postižením nerozumí, je vhodné dotaz či komentář přeformulovat, zjednodušit.*
4. *Může se stát, že Váš komentář či otázku bude zapotřebí zopakovat. Prosím, číňte tak s respektem a bez ironie.*
5. *Dáváme-li člověku s mentálním postižením na výběr z více možností, je vhodné podpořit možnost volby i vizuálně – tedy obrázky, piktogramy, fotografiemi, reálnými předměty.*
6. *U osob s mentálním postižením se často setkáváme se znanou bezprostředností. Jejich chování bývá velmi bezprostřední. Jsou většinou dětsky přímí, upřímní, bezelstně naivní. To však neznamená, že jsou dětinšší.*
7. *Lidé s mentálním postižením často postrádají sebekontrolu ohledně většinově přijatých norem. I způsob sebevyjadřování je nastaven jinak než u majoritní společnosti. Jsou většinou důvěřiví a není obtížné je zmanipulovat či jim něco vsugerovat. Upřímnost v projevech těchto lidí spočívá především v nedomýšlení důsledků jejich jednání. To však neznamená, že tito lidé nejsou schopni jednat účelově. Přitom si musíme přiznat, že mnohé myšlenky, které se lidé s mentálním postižením snaží uskutečnit, napadají i nás samé. Rozdíl je v tom, že my většinou tyto myšlenky po zvážení všech důsledků neuskutečníme.*
8. *Nápisy je vhodné uvádět přehledně, čitelně v heslech. Je-li to možné, je ideální je doprovázet obrázky/piktogramy.*
9. *Mezi ostatními klienty Vámi poskytovaných služeb se můžete setkat s posměchem, předsudky či dokonce s neochotou sdílet Vámi poskytované služby společně s osobami s mentálním postižením. Zde je zajisté v zájmu zachování profesionality s ostatními klienty pohovořit, situaci jim vysvětlit. Od věci nejsou ani osvětové aktivity z Vaší strany ve formě brožurek, letáků, atd. Po vstupu do EU jsme přijali i platné normy pro ostatní evropské státy ohledně přístupu k lidem s mentálním postižením i jiným typem zdravotního postižení a znevýhodnění. Reflektujte tento postoj i Vy.*



Blízké osoby jedinců s mentálním postižením často uvádějí, jak těžce na ně dopadají reakce okolí. Za všechny uvádíme několik výpovědí rodičů postižených dětí:

„To bylo nejhorší. To, že máte postižený dítě, si člověk zvykne, ale ta neznalost okolí. (...) já přesně si pamatuju, my jsme zkoušeli školku, synovi se tam teda nelíbilo a vím, že vždycky, když jsme jeli domů, to bylo hrozný.“
„My jsem jezdili tři čtvrtě hodiny s přestupem a tehdy to tam prořval, snad dvě hodiny ležel na rohoži, já byla psychicky úplně hin a ještě cestou na tramvaj jsem ho zvedala na schodech, všude a on hrozně rád jezdí tramvaj, vlezli jsme do tramvaje, spokojenej, já tam teda seděla jak umučení, a on tedka takovou tou, neuroložka říká, že to není čínština, že je to spíš japonština, radostně vyřvával na tu tramvaj. My jsme seděli vedle sebe a před náma tam seděla taková starší paní a furt „tst“, ale štramanda tak kolem pětáctyřiceti padesáti, a furt „tst“. Já jsem tam teda koukala, nekope, tak jsem ho nechala, já jsem byla vyfluslá totálně, totálně vyfluslá, jako dvě hodiny mi tam dítě řvalo, leželo na rohožce, no a furt „tst“. Deset minut jsem to vydržela a povídám: „On vám

něco dělá?“ Říkám:“ Kope vám do židle, kope?“ Já říkám: „on je autista, je autista, má radost a já ho kvůli vám za to mlátit nebudu“. Ze mě to najednou šlo ven, prostě říkám, pak jsem začala i brečet samozřejmě, tohle já špatně zvládám, já jsem vystupovala a říkám: „Nikdy nevíte, jaký se vám narodí dítě.“ I ta mladá, vedle ní seděla tak dvacítka a taky furt tak „tst“, prostě hnusný pohledy. Ježíšmarija, dyť slyšej, že to dítě nemluví normálně, že tady je problém, že ten kluk je krásnej, já když ho nemám na kočáru...tak by člověk ani nic nepoznal.“ „ Takže říkám, pro mě i ten kočár je takový, že mám klid. Mám klid, oni viděj velký dítě na kočáru, vezu postižený dítě, hotovo.“ (M A)

„Tam já vidím problém s okolím. Pokud rodiče nejsou dost silný na to, aby si řekli takovýto – na všechny se můžu vykašlat, je to moje dítě – a hodně vnímají ty reakce okolí, tak to může být docela potíž, si myslím. A možná na těch menších městech, vesnicích, je to větší problém než v Praze. Protože taky si celkem člověk řekne – vlezte mi všichni na záda, ale na těch vesnicích, já jsem z menšího města původně, takže vím, že tam to okolí s tím mělo větší problém. Tam jak se lidi znají od narození, jak znají ty vztahy mezi rodinama, tak docela asi tam to není tak jednoduchý.“ (M B)

„Já jsem se bála třeba to, že se synovi budou třeba posmívat nebo tak. Dodneška jsem se s tím nesetkala, to musím říct. Občas on jezdí v metru zásadně s otevřenou pusou a strašně rád pozoruje to okolí, tak občas vidím, že jako lidi na něj... hned je to upoutá. Ale jinak jako nějaký posmívání nebo to, to jsem nikdy nezažila. Naštěstí pro nás.“(M C)



K ZAMYŠLENÍ...

Jak je vidět z uvedených zkušeností matek dětí i dospělých s mentálním postižením, reakce okolí na postižení jejich dítěte je faktorem, který jim přinejmenším znepříjemňuje již tak náročný životní úděl. Zde je na místě zdůraznit nutnost profesionálního jednání ze strany poskytovatelů služeb cestovního ruchu. Rodiče osob s mentálním postižením nepotřebují naši lítost, ale zcela normální lidské jednání oproštěné od kradmých pohledů stejně tak jako odvracení hlavy, oproštěné od napomínání za „nevychovanost“ jejich dítěte.

Na tomto místě je vhodné připomenout, že rodiče dětí s postižením, ať již lehčího či závažnějšího stupně, mají kromě práv stanovených zákonem i práva další, jak uvádí např. Gorgon (in Černá, 1997, s. 178):

- právo na lítost a smutek, sebelítost i sebemučení,
- na přesvědčení, že dělají pro své dítě to nejlepší,
- na to, aby je odborníci nezastrašovali a nevinili je za neúspěchy dítěte,
- kdykoliv vědět, co se s jejich dítětem děje,
- přijímat pomoc bez pocitů vděčnosti a závislosti,
- rozhodovat za sebe i za své dítě,
- příležitostně fabulovat, vymýšlet si, retušovat skutečnost
- očekávat zázraky.

ZÁVĚR

Pozornost věnovaná problematice mentálního postižení nemá být podkladem pro hledání toho, co nás rozděluje, ale naopak toho, co nás spojuje.

Úkolem společnosti je otevřít lidem s mentálním postižením jejich možnosti nebo jim pomoci je kompenzovat. Není to však proces jednostranný, neboť lidé s mentálním postižením naopak otvírají intaktní společnosti možnosti, které nezná či které ve spěchu a zdůrazňování jen některých oblastí života zapomněla. Příkladem takové možnosti je např. radost ze „samozřejmých věcí“. Naším společným cílem je vzájemně se poznat a porozumět si, aby svět byl pro všechny.

LITERATURA

1. AINSWORTH, P., BAKER, P.C. *Understanding Mental Retardation*. University Press of Mississippi, 2004.
2. COCKS, E. *An Introduction to Intellectual Disability in Australia*. Canberra : Australian Institute on Intellectual Disability, 1989. ISBN 0-9599103-7-9.
3. ČERNÁ, M. *A KOL. Kapitoly z psychopedie*. Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
4. ČERNÁ, M. Rodina s mentálně postiženým dítětem. In LECHTA, V., MATUŠKA, O., ZÁSZKALICZKY, P. *Nové cesty k postihnutým lidem : Rozvoj systému, poradenství a integrácie*. Bratislava : Liečreh Gúth, 1997, s. 173-180. ISBN 80-967 383-7-2.
5. DALE, N. (2004) *Working with Families of Children with Special Needs*. Brunner-Routledge, London. ISBN 0-415-11411-X.
6. DE SINGLY, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha : Portál 1999. ISBN 80-7178-249-1.
7. EDELSBERGER, F. *Defektologický slovník*. 2000, s.302
8. DSM-IV-TR. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text revision*. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2000. ISBN 0-89042-025-4.
9. HANÁK, P. a kol. *Diagnostika a edukace dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha : IPPP, 2005. ISBN 80-86856-10-0.
10. KREJČÍŘOVÁ, O. *Estetická výchova mentálně retardovaných*. Přešov : Netopejř, 1998. ISBN 80-86096-12-2.
11. MACKELPRANG, R., SALSGIVER, R. *Disability: a diversity model approach in human service Practice*. California, Brooks/ Cole Publishing Copany, 1999. ISBN 0-534-34494-1.
12. MEYEN, E., SKRTIC, T. *Special Education. Student Disability*. USA : Love Publishing Copany, 1995. ISBN 0-89108-231-X.
13. MKN-10. *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Světová zdravotnická organizace, Ženeva*. Praha : Psychiatrické centrum, 1992. ISBN 80-85 121-37-9.
14. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-86-9.
15. PIPEKOVÁ, J. *A KOL. Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido 1998. ISBN 80-85931-65-6.
16. PIPEKOVÁ, J. *Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie*. In VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
17. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
18. SATTLER, J.M. *Assessment of Children. Behavioral and Clinical Applications*. Jerome M. Sattler, Publisher, Inc. : San Diego, 2002. ISBN 0-9618209-8-5.
19. SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
20. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie problémového dítěte školního věku*. Univerzita Karlova v Praze : nakladatelství Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-488

ADRESY, KTERÉ BY SE MOHLY HODIT ...



V následujícím Vám přinášíme přehled státních i nestátních organizací, poraden, informačních systémů atd. se zaměřením na občany se speciálními potřebami:

Agentura neziskového sektoru, Praha <http://www.agnes.cz>

Amod, internetový server pro zdravotně postižené <http://amod.aznet.cz/>

Asistence, o.s. při JÚ v Praze <http://www.asistence.org>

Asociace informačních systémů pro občany se specifickými potřebami <http://www.aiso.cz>

Asociace občanských poraden <http://www.obcanske-poradny.cz>

Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel ASNEP <http://www.gong.cz>

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR <http://www.arpzpd.cz>

Bez bariér, o.s. <http://www.bezbarier.cz>

Centrum pomoci handicapovaným na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci <http://ksp.upol.cz>

Centrum pro komunitní práci <http://www.cpkp.cz>

Centrum Slunečnice – Diakonie Církve bratrské, Praha <http://www.cb.cz/diakonie/>

Centrum Tereza při Katedře matematiky Fakulty fyzikální a jaderně inženýrské ČVUT v Praze <http://www.tereza.fifi.cvut.cz>

Centrum zprostředkování tlumočnicků pro neslyšící, Praha <http://www.gong.cz/tlumoceni>

Česká abilympijská asociace, Pardubice <http://www.abilympics.cz>

Česká rada humanitárních organizací <http://www.crho.cz>

Česká unie neslyšících <http://www.cun.cz>

Česká unie pro podporované zaměstnávání <http://www.unie-pz.cz>

České centrum znakového jazyka Pevnost, Praha <http://www.pevnost.com>

Český klub ohluchlých, Praha <http://www.sweb.cz/ohluchli>

Český svaz tělesně postižených sportovců <http://www.cstps.cz>

Handicap Help – informační systém <http://www.handicaphelp.cz>

INEX – sdružení dobrovolných aktivit <http://www.inexsda.cz/cze>

Informace o dobrovolnictví <http://www.dobrovolnik.cz>

Informace o MHD v Hradci Králové <http://www.dpmhk.cz>

Informace o MHD v Plzni <http://www.pmdp.cz>

Informace o MHD v Praze <http://www.dpp.cz>

Informační portál pro osoby se specifickými potřebami <http://www.helpnet.cz>

InternetPoradna.cz, o.s. <http://www.internetporadna.cz>

Kafira, o.s., Severomoravský kraj <http://www.kafira.cz>

Klub aktivních vozíčkářů, Liberec <http://www.kav.cz>

Klub invalidní mládeže KIM, Praha <http://www.czechia.com/kim>

Kontakt bB – o.s. pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér, Praha <http://www.kontaktbb.cz>

Kontakt, infocentrum sociální pomoci MCSSP, Praha <http://www.mcssp.cz/infokontakt.htm>

Kormidlo – katalog odkazů občanské společnosti <http://www.kormidlo.cz>

Křižovatka, vyhledávač pro sociální a zdravotní oblast <http://www.krizovatka.cz>

Lenio, sdružení postižených dětskou obrnou, Praha <http://www.brailnet.cz/lenio>

Liga za práva vozíčkářů, Brno <http://www.ligavozic.cz>

Městské centrum sociálních služeb a prevence (MCSSP) Praha <http://www.mcssp.cz>

Ministerstvo práce a soc. věcí ČR <http://mpsv.cz>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR <http://www.msmt.cz>

Ministerstvo zdravotnictví ČR <http://www.mzcr.cz>

Mládež, česká národní agentura <http://www.youth.cz>

Mobilis, o.s., Svobodný pohyb – život bez omezení <http://www.mobilityforall.cz>

Můžeš, internetové noviny pro osoby se zdravotním postižením <http://www.muzes.cz>

Nadace Divoké husy <http://www.divokehusy.cz>

Nadace Charty 77 – konto Bariéry <http://www.bariery.cz>

Nadace Jedličkova ústavu

Nadace Open Society Found <http://www.osf.cz>

Nadace rozvoje občanské společnosti <http://www.nros.cz>

Nadace Václava a Dagmar Havlových <http://www.vize.cz>

Nadace VIA <http://www.nadacevia.cz>

Národní dobrovolnické centrum Hestia <http://www.hestia.ecn.cz>

Národní rada zdravotně postižených ČR <http://www.nrzp.cz>

Okamžik, o.s., Praha <http://okamzik.cz>

Orfeus, o.s., Praha <http://www.orfeus-cr.cz>

Ostravská organizace vozíčkářů <http://www.vozickari-ostrava.cz>

ParaCENTRUM Fénix, Brno <http://www.paracentrum-fenix.cz>

Parník, centrum pro vozíčkáře, Pardubice <http://www.parnik.org>

Pobytové a rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s., Praha <http://www.brailnet.cz/dedina>

Podporné centrum pre zrakovo postihnutých študentov při Fakultě matematiky, fyziky a informatiky Univerzity Komenského v Bratislavě <http://cezap-www.fmph.uniba.sk>

Poradenské centrum Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci

Poradenské centrum pro sluchově postižené Stodůlky, Praha <http://www.frpsp.cz>

Portál neziskového sektoru Econnect <http://www.ecn.cz>

Portál veřejné správy <http://portal.gov.cz>

Právník, cz <http://pravnik.cz>

Pražská organizace vozíčkářů <http://www.pov.cz>

Projektujeme bez bariér (Ing. arch. D. Filipiová) <http://www.filipiova.cz>

Prosaz – společnost pro soc. rehabilitaci občanů se zdr. postižením, Praha <http://www.prosaz.cz>

První krok – internetové informační centrum pro klienty se zdravotním omezením <http://www.prvnikrok.cz>

Q Klub – klub kvadruplegiků

Remedium, o.s., Praha <http://www.remedium.cz>

Sdružení CMP – pomoc lidem postiženým cévní mozkovou příhodou, Praha <http://sdruzenicmp.cz>

Sdružení nadací – fórum dárců <http://www.donorsforum.cz>

Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci SAAK, Praha
<http://www.alternativnikomunikace.cz/saak>

Sdružení zdravotně postižených občanů a jejich přátel, Ostrava <http://www.brailnet.cz/szpoajp>

Sdružení zdravotně postižených v ČR <http://www.czechia.com/szdp>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR <http://www.sons.cz>
<http://www.brailnet.cz>

Society for Accessible Travel and Hospitality <http://www.sath.org/>

Speciální univerzitní poradenské centrum – Poradna pro soc. integraci a zpřístupňování studia lidem se zdravotním postižením při Technické univerzitě v Liberci <http://www.rdv.vslib.cz/poradna/poradna.html>

Spiralis, o.s. pro PR neziskového sektoru, Praha <http://www.spiralis-os.cz>

Společnost pro hluchoslepe LORM, Praha <http://www.lorm.cz>

Spolek vozíčkářů Trend, Olomouc <http://www.brailnet.cz/trend>

Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR <http://www.snnscr.cz>

Svaz paraplegiků – Centrum Paraple, Praha <http://www.paraple.cz>

Svaz tělesně postižených <http://www.svaztp.cz>

Teiresiás, středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky na Masarykově univerzitě v Brně
<http://www.teiresias.muni.cz>

Tyflocentrum, o.p.s. <http://www.tyflocentrum.cz>

Tyfloservis, o.p.s. <http://www.tyfloservis.cz>

Unie Roska, česká MS společnost <http://www.roska-czmss.cz/>

Užitečný život, o.s., Praha <http://www.uzitecny-zivot.cz>

Vládní výbor pro zdr. postižené občany Úřadu vlády ČR
<http://www.vlada.cz/1250/vrk/vybory/vvzpo/vvzpo.il2.shtml>

Vlastní cestou, o.s., Praha <http://www.vlastnicestou.cz>

Zdraví a zdravotnictví <http://www.zdrav.cz>

Život bez bariér, o.s., pro vzdělávání, sport a odstranění bariér, Nová Paka <http://sweb.cz/zivotbezbarier>

Tato skripta jsou spolufinancována
Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky