

5. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu tyflopédie

Veronika Stoklasová

Na začátku této kapitoly považuji za nanejvýš vhodné ozřejmit již samotný pojem tyflopédie, neboť s ním, pojmy a osobami, jež pod něj spadají se bude operovat na následujících řádcích.

Tyflopédie je jedna ze speciálně pedagogických disciplín, která se zabývá výchovou, vzděláváním a všeobecným rozvojem všech zrakově postižených. Za zrakově postiženého v žádném případě nepovažujeme každou osobu se zrakovou vadou, ale pouze tu osobu, které její zraková vada, i při nejlepší možné korekci, brýlové, chirurgické..., činí problémy v běžném životě.

Tyflopédie se dělí, na základě výše zmíněného, např. podle věku – na tyflopédii věku předškolního, školního a tyfloandragogiku (tyflopédie dospělých zrakově postižených).

Další dělení zrakově postižených je podle stupně postižení zraku. Nejzákladnější dělení je rozdělení osob na nevidomé, se zbytky zraku a slabozraké.

Kraus definuje nevidomost jako „ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti 3/60 – světlocit.

Praktická nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně,
- b) binokulární zrakové pole menší než 10 stupňů, ale větší než 5 stupňů kolem centrální zrakové ostrosti.

Skutečná nevidomost:

- a) pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit,
- b) binokulární zrakové pole 5 stupňů a méně i bez porušení centrální fixace.

Plná slepota: světlocit s chybnou projekcí až do ztráty světlocitu (amauróza).“ (1, s. 317)

Osoby se zbytky zraku můžeme definovat jako ty osoby, jejichž stupeň zrakové vady se nachází na hranici mezi osobami nevidomými a slabozrakými.

Slabozrakost Kraus definuje jako „ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně.

Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6/60 včetně a těžkou – pod 6/60 do 3/60 včetně.“ (1, s. 317)

Je potřeba uvést, že předcházející klasifikace je pouze jedna z mnoha a ne každý autor považuje za nejdůležitější k posouzení a rozřazení zrakově postižených osob stav zrakové ostrosti (vizus). Zrakové postižení (ZP) je možno rozdělit také podle typu postižení na osoby se ztrátou zrakové ostrosti, postižením širě zorného pole, okulomotorickými problémy, obtížemi se zpracováním zrakových informací a poruchami barvocitu. (2, s. 15). Při různé kombinaci této typologie pak dochází k různým stupňům zrakového postižení.

Osoby zrakově postižené nemohou získávat, nebo obtížněji získávají, představy a informace ze svého okolí pomocí zraku. Aby se zrakově postižený mohl co nejlépe a s co nejmenšími problémy zařadit do intaktní společnosti, která ho obklopuje téměř na každém kroku, je třeba, aby se naučil místo zraku vhodně využívat jiné smysly a ostatní kompenzační činitele.

Tito činitelé pravděpodobně nikdy zcela nahradí ztrátu zraku, ale tuto ztrátu pomohou alespoň zmírnit a podle dispozic daného jedince ji zminimalizovat. Rozvoj zmíněných smyslů a činitelů se děje pomocí kompenzace.

S ohledem k zaměření této kapitoly uvádíme nejčastěji využívané kompenzační činitele u zrakově postižených. Při kombinaci zrakového postižení s postižením jiným, ať již smyslovým, pohybovým nebo mentálním, se u postižené osoby rozvíjí každý činitel jiným tempem a v jiné míře. Ačkoli ne každý činitel je schopný být u různých typů kombinovaných vad rozvinut, je velmi důležité, abychom se o to s postiženým jedincem alespoň pokusili.

Kompenzace

„Kompenzace: je souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené. Kompenzační metody se tedy zaměřují nikoli jenom na poruchu té činnosti, která je příčinou defektivitu, ale náhradní výkonnost funkcí jiných. ...“ (11, s. 6 a 7)

Kompenzační činitele ztráty zrakového vnímání je možno rozdělit na kompenzační činitele nižší (naše smysly) a vyšší (schopnosti a vlastnosti nositele).

Nižší kompenzační činitele

a) Sluch

Jedním z nejdůležitějších nižších kompenzačních smyslů je sluch, který je stejně jako zrak smyslem dálkovým. Již víme, že zrakově postižení se nerodí s lepším sluchem, ani ho zázračně nezískávají po náhlé ztrátě zraku, pouze se ho naučí lépe využívat a signály přicházející do ucha lépe zpracovávat. Můžeme říci, že zrakově postižení se stanou k sluchovým podnětům citlivější a vnímavější.

b) Hmat

Hmat je dalším z nižších kompenzačních činitelů, který hraje významnou úlohu v celém životě zrakově postiženého.

Hmat rukou je pro nevidomého jedince velmi důležitý nejen pro snadnější orientaci v prostoru, ale i pro jeho každodenní činnosti, zvláště pro dovednost čtení Brailleova písma.

Hmatové vnímání je, na rozdíl od vnímání zrakového, parciální, což značí, že nevidomý vnímá předmět po částech – od jednotlivých částí k celku (tzv. syntéza), ale vnímání zrakem je od celku k jednotlivým jeho částem (analýza) a na toto je třeba klást zvláštní pozornost při práci s nevidomým a při rozvíjení hmatu.

Hmatové a zrakové vnímání mají přesto něco společného, oba tyto smysly mohou odrážet kteroukoli z následujících kategorií: tedy tvar, velikost, směr, trojrozměrnost, vzdálenost, pohyb a klid. Pouze zrakem, rozeznává člověk, mimo jmenované kategorie, barvu. Pouze hmatem pro změnu tvrdost, váhu, teplo a chlad.

Na základě používaných postupů a nástrojů můžeme hmatové vnímání rozdělit na:

aa) Pasivní hmat: který nevidomému umožňuje vnímání jednotlivých vlastností předmětů. Vnímání pasivní se děje za klidu jak předmětu, tak hmatového receptoru.

bb) Aktivní hmat (haptika): pomocí tohoto hmatu získává nevidomý představu nejen o jednotlivých vlastnostech předmětu, ale také o jeho celkové podobě a jeho umístění v prostoru.

cc) Instrumentální hmat: nevidomý při něm používá určitý předmět k poznávání okolí (např. slepecká hůl).

U nevidomého či těžce zrakově postiženého však nerozvíjíme pouze hmat na rukou, ale také na ploskách nohy. Dítě, a později dospělý člověk, se pomocí chodidel orientuje v prostoru – chůze na rozhraní chodníku a travnaté plochy lépe napomáhá udržení směru.

c) Čich a chuť

Mimo sluchu a hmatu jsou dalšími kompenzačními smysly i čich a chuť, které se vyvíjí jako naše první smysly. Čichem navazuje dítě první kontakty s matkou, a tu podle tohoto smyslu také ze začátku poznává, např. při kojení.

Čich a chuť jsou tzv. „chemické smysly“. Člověk patří mezi organismy, které mají slabě vyvinutý čich a chuť. Proto je význam vnímání těmito smysly v porovnání se zrakem poměrně malý. Avšak je třeba je také rozvíjet, neboť díky nim je nevidomý, či zrakově postižený později schopen dešifrovat známá místa či varovné signály z okolí.

Vyšší kompenzační činitelé:

Kromě nižších kompenzačních činitelů, kterými jsou především naše vlastní smysly, rozeznáváme i kompenzační činitele vyšší, které hrají nemalou úlohu ve vzdělávání a v dalším životě nevidomého. Vyšší kompenzační činitelé jako pozornost, paměť, představivost, koncentrace, myšlení či řeč, o kterých se zmíníme, nevidomému usnadňují orientaci, učení, komunikaci a zapojují jej tak do života okolní společnosti.

a) Pozornost

„Výběrová zaměřenost pozornosti zajišťuje obzvláštní zřetelnost a přesnost uvědomování si objektu. Zapojení pozornosti do toho či onoho psychického procesu ho podstatně pozměňuje tím, že ho mění v záměrnou činnost.“ (6, s. 38)

Pozornost počítáme mezi vyšší kompenzační činitele nejen proto, že ve velké míře ovlivňuje styl a způsob vzdělávání, ale také ze zřejmého důvodu a to, že by měla být účastna při většině činností v našem životě. U zrakově postižených musí být pozornost přítomna téměř pořád, neboť to co člověk bez zrakové vady vykonává s naprostou samozřejmostí (např. chůze v neznámém prostoru) je pro nevidomého situací, jež vyžaduje aktivizaci téměř celé jeho osobnosti.

b) Paměť

Pro nevidomé má velký význam samozřejmě také paměť, protože tam, kde se člověk bez zrakové vady může spolehnout na svůj zrak, musí zrakově postižený použít svou paměť. Rozvoj paměťových schopností podléhá stejným zákonitostem vývoje jako u vidících. U dětí se zrakovým postižením se může objevit zmenšení množství zapamatovaných vjemů a menší rychlost zapamatování. Ovšem objem paměti i rychlost zapamatování jsou u dětí i dospělých zrakově postižených, stejně tak jako osob z intaktní společnosti, velmi individuální.

c) Koncentrace

Z hlediska prostorové orientace je důležité, aby se zrakově postižený dokázal soustředit na vlastní pohyby a na polohu svého těla v prostoru, aby si v daném okamžiku uvědomoval svou pozici při pohybu ve známém prostoru a po známé trase.

d) Představivost

Představivost hraje v životě nevidomého velmi významnou roli. Na schopnosti představit si určitou věc, pohyb či abstraktní pojem závisí, jak nevidomý jedinec daný problém, věc či činnost pochopí nebo vysvětlí ostatním.

Je však zřejmé, že vzhledem k zrakovému postižení mají představy odlišné kvality a je jich zároveň užší počet. Litvak (6, s.104) udává, že charakteristické pro představy zrakově postižených je jejich schematičnost, zlomkovitost, nízký stupeň zevšeobecnění a verbalismus.

e) Myšlení

„Myšlení, které je zobecněným a zprostředkovaným odrazem podstatných znaků, spojů a vztahů objektivního světa a vyšším stupněm poznávací činnosti, vzniká a rozvíjí se na základě smyslového odrazu.“ (6, s. 138)

Rozvoj myšlení nastává v úzké spolupráci s rozvojem řeči. Rozvoj řeči, od broukání, dětského brumlání a žvatlání až po srozumitelnou řeč, záleží na podnětnosti prostředí a vnitřní výbavě dítěte.

Víme, že část zabývající se kompenzací je vzhledem k rozsahu této publikace relativně obsáhlá. Do takové šíře byla rozvedena především proto, že na znalostech z ní vycházíme později při popisu jednotlivých kombinací postižení s postižením zrakovým.

Zrakem získáváme přibližně 80% informací potřebných k co nejvíce bezproblémovému životu ve společnosti. Již výše jsme se zmínily, že u zrakově postiženého se snažíme, aby v každé chvíli svého dne využíval co nejvíce kompenzačních činitelů, mezi něž řadíme i ostatní smysly a u osob kombinovaně postižených to platí v ještě vyšší míře. Pokud si však uvědomíme kdo všechno a s jakou zrakovou vadou bývá zařazován mezi zrakově postižené, je naprosto evidentní, že kromě ostatních smyslů rozvíjíme v co nejvyšší míře také funkce zrakové.

Pokud má zrakově postižený alespoň zachovalý světlocit, snažíme se jeho zrak nadále rozvíjet. Snažíme se, aby svůj zrak i nadále využíval, naučil se dívat se a tomuto postupu říkáme zraková stimulace.

Zraková stimulace

„Zraková stimulace představuje soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme naučit dítě využívat i sebemenší zbytek zraku – nejen vidět, ale i dívat se.“ (3, s. 18)

Při zrakové stimulaci se doporučuje, aby všichni jeho účastníci byly v dobré psychické i fyzické pohodě. Toto předpokládá, že dítě nebude unavené, bude najezené a bude ochotné spolupracovat. Je samozřejmé, že dítě nebude spolupracovat s někým koho nezná, a proto je třeba, aby se s pracovníkem, jež bude provádět zrakovou stimulaci, již předem pomocí rodičů seznámil a tento člověk pro něj nebyl cizí.

V první fázi stimulace je třeba u dítěte vyvolat jakoukoli reakci na libovolný podnět, kdy se může jednat jak o hmatový (drsný, hladký), sluchový (hlasitý, tichý zvuk, písnička,..), čichový, chuťový nebo i zrakový stimul, při jejichž střídání sledujeme, zda a jak dítě zareagovalo, a který z podnětů byl dítěti nejpříjemnější. Pokud je dítě zároveň tělesně, mentálně či sluchově postižené, sledujeme jeho obličej, zda se v něm objeví nějaká reakce na světlo, zda reagují zorničky, či se za zrakovým podnětem otáčí, jestli se nezměnila jeho mimika atp.. Fakt, že si dítě uvědomilo změnu ve svém okolí, mohou napovědět pohyby jeho víček, končetin, nebo třeba pouze zrychlená tepová frekvence.

Během zrakové stimulace se snažíme dodržovat jednotlivé fáze vývoje zraku např. blízko -daleko, světla – lidé – předměty, od periferního vidění ke středovému atd. tak, aby dítě, jehož zrak se nevyvíjí spontánně, ale pod „vedením“ specialisty, procházelo stejnými vývojovými fázemi zrakového vnímání.

Podnět, který u dítěte vyvolal nejbouřlivější reakci se poté snažíme propojit se zrakem. Oblíbený impuls pomalu odbouráváme až po fázi, kdy pro potřebu naší práce zbude pouze stimul zrakový.

Na předchozí fázi motivační navážeme fázi uvědomovací, kdy si má dítě uvědomit případné změny ve svém bezprostředním okolí. Dítě může změnu vnímat, ale nemusí vědět, že je tento impuls určen jemu, proto bychom tento stimul měli předkládat pravidelně, vždy ve stejnou dobu a se stejnou intenzitou.

V lokalizační fázi se snažíme, aby dítě našlo stimul, o kterém ví, ale doteď ho nedokázalo najít.

V etapě, kterou nazýváme fixace, se dítě snaží ovládnout své oční pohyby natolik, aby svou zrakovou pozornost dokázalo zaměřit na jeden předmět (světelný bod).

Pokud se nám podaří úspěšně zvládnout fixaci, dostáváme se k přenášení pozornosti a dále přes sledování předmětů v pohybu, orientaci v prostoru a na ploše až k senzomotorické koordinaci a zobecňovací fázi.

Na závěr k tomuto tématu je třeba říci, že ne každé dítě se zrakovou vadou má schopnost dostat se až do poslední fáze stimulace, tak aby svůj zrak používal již běžným způsobem. Ke které fázi stimulace se terapeut s dítětem dostane, záleží nejen na stupni postižení, ale také na jiných vlastnostech dítěte. To znamená, že pro někoho může být úspěchem již to, že si dokáže uvědomit změnu světelného klimatu a tu využít ve svůj prospěch.

Během kterékoli fáze zrakové stimulace se samozřejmě nezaměřujeme pouze na zrak, ale celkovou osobnost dítěte, musíme vždy přihlížet individualitě dítěte.

Důsledky ztráty zrakového vnímání

Pokud dojde u osoby ke ztrátě zrakového vnímání, dochází k důsledkům především v oblasti informačního deficitu, který se dá v dnešní době počítačů a různorodých technických pomůcek určitým způsobem zmírnit nebo dokonce zcela odstranit.

Další obtíže se u ZP jedince mohou objevit v oblasti prostorové orientace nebo v navazování kontaktů v jeho sociálním okolí. Jedinci ZP mají také specifické požadavky, potřeby a s tím spojené problémy během školní docházky (třeba úpravy pomůcek, školního prostředí,...) a později při hledání vhodného zaměstnání.

Kombinované vady z pohledu tyflopédie

Neboť se tato kapitola týká jen a pouze kombinovaných vad z pohledu tyflopédie, je evidentní, že jednou z vad, která bude vystupovat v kombinaci s jinou, a tak výrazným způsobem ovlivňovat osobnost, je vada zraku.

Zrakové postižení se v tomto případě může spojit s postižením mentálním, řečovým, sluchovým, tělesným, ale také např. sociálním.

Dle doby vzniku kombinované vady rozlišujeme postižení vrozené či získané. Mezi nejčastější příčinu získaných kombinovaných vad počítáme zarděnky, cytomegalovirus, syphilis matky, toxoplazmózu, FAS, DMO, syndrom CHARGE či Usherův syndrom.

Za získané kombinované vady považujeme většinou to, kdy se k jedné vrozené vadě v průběhu doby přidruží postižení další např. následkem úrazů, progresí vad, vedlejším působením nádorových onemocnění, virových infekcí, nebo diabetu (např. degenerace sítnice, amputace končetiny v důsledku špatného prokrvování) atd.

Alternativní a augmentativní komunikace u osob s kombinací ZP

Jak jsme se již na výše položených řádcích zmínili, mívají ZP osoby ztížené navazování sociálních kontaktů v sociálním prostředí. S tímto úzce souvisí i specifika v komunikaci ZP. Osoby s „čistou“ zrakovou vadou mívají velmi často obtíže při komunikaci s ostatními, a to nejen při počátečním navazování kontaktu v běžné situaci, ale především v písemném projevu. Všechny bariéry se však dají, při často požadované snaze obou stran, překonat.

Problémy o kterých je však třeba se zmínit, vzhledem k zaměření kapitoly, opět nacházíme v případech, že je třeba při komunikaci přihlížet nejen k samotnému ZP, ale i k jeho kombinaci s postižením jiným. Za takových okolností je možné, že běžně využívané komunikační kanály mohou být silně narušeny či dokonce zničeny a je třeba vyhledat jiné, pro daného jedince vhodné.

Komunikaci můžeme všeobecně rozlišit na komunikaci

- a) **verbální** – jde o slovní komunikaci. Tedy o komunikaci zprostředkovanou mluveným, psaným či znakem vyjádřeným slovem. Mezi slovní komunikaci řadíme artikulovanou řeč, psanou řeč, dotyky prstů, značky, atd.
- b) **nonverbální** – jde o komunikaci, která je vyjadřována a zprostředkována mimoslovním působením. Za základní považujeme např. komunikaci proxemikou, mimikou, gestikou, atp.

Který komunikační kanál a která komunikace z dále uvedených je pro tu kterou osobu s kombinovanou vadou ta nejvhodnější, záleží nejen na specifikách jednotlivých kombinací, ale také na samotné osobě postiženého, na jeho vlastnostech, schopnostech či inteligenci.

Neboť vzájemná komunikace mezi lidmi není nic jiného než neustálý koloběh informací, může být tento koloběh narušen v některé z jeho fází jako je percepce, dekódování, uložení, následné vybavení či adekvátní použití. Důvodem pro ztížení či znemožnění (ať již částečné nebo úplné) komunikace mohou být zábrany v sensorické či kognitivní oblasti, nebo nedostatky v motorické a emočně volní oblasti.

U osob s narušenou komunikační schopností, v rámci kombinovaných vad, je možno využít augmentativní (u jedinců, kde je zachována jistá komunikační způsobilost, ale je jí třeba určitým způsobem navýšit či zdokonalit, např. při kombinaci zrakového a tělesného či řečového postižení.) nebo alternativní komunikace (náhrada mluvené řeči), která se dále dělí na systémy dynamické (prstová abeceda, posunky, Makaton, používané např. při kombinaci zrakového a sluchového, nebo tělesného postižení) a statické (piktogramy, obrazy, Bliss systém, např. při kombinaci ZP s mentálním postižením)

Zrakové postižení v kombinaci s postižením řečovým

Řeč se začíná rozvíjet především s podporou sluchu avšak nemůžeme opominout důležitost dokonalého mluvního vzoru, nápodobu pohybu mluvidel, už jen z toho důvodu,

že zrakem přijímáme, již výše zmíněných přibližně 80% informací. Není tedy nic zarážejícího na odhadu, že vliv zraku se podílí na vývoji řeči až z 30%. Zrakově postižený jedinec musí proto velmi často během svého života „bojovat“ zároveň s řečovým postižením.

Během rozvoje kompenzačních činitelů dbáme na to, aby byly rozvíjeny nejen nižší kompenzační činitelé, nýbrž také kompenzační činitelé vyšší, mezi něž řadíme i řeč. Pomocí řeči a sluchu zrakově postižená osoba nejen získává a předává informace a myšlenky, ale také navazuje a udržuje kontakty se svým okolím.

Rozvoj řeči nastává u dítěte již s prvními sluchovými kontakty, které zpozoruje ve svém okolí. Řeč je rozvíjena pomocí nápodoby mluvy rodičů, později pomocí vyprávění pohádek, vlastního přednášení říkanek a básniček. Rozvoj řeči zrakově postiženého dítěte podléhá ve velké míře podnětnosti rodinného prostředí.

Poruchy ve vývoji řeči si rodiče všimnou relativně brzo, neboť díky nemožnosti odezírat pohyby mluvidel se řeč dítěte, například podle Litvaka, opoždí. V pozdějším věku je však namísto toho kompenzována rychle nastupující akcelerací.

Zrakově postižené děti mívají většinou problémy ve všech oblastech řečového projevu, tedy jak v rovině morfologicko – syntaktické, pragmatické, tak i foneticko – fonologické a lexikálně - sémantické. Tyto obtíže se však většinou daří do 7 roku, pod vlivem školní docházky, úspěšně upravit.

„Absence zraku se nápadně projevuje zejména při diferencování hlásek, které jsou akusticky příbuzné, ale artikulačně a především opticky je jejich tvoření nápadně odlišné.“ (5, s. 128)

Další kompenzační činitelé však nemusejí být při kombinaci těchto dvou postižení vůbec narušeni a proto se pro zrakově postiženého stávají mnohem významnější. Ale i při jejich významu je třeba dbát na skutečnost, že jsou ovlivňovány zrakovou vadou. Z nižších kompenzačních činitelů je třeba beze strachu využít jak sluch tak i hmat, čich a chuť.

Důsledky zrakového postižení na vývoj řeči jsou dle autorů (Litvak, Lechta) velmi významné. Někteří autoři totiž udávají, že zrakové postižení může mít za následek až 1,5x - 6x častější výskyt řečových vad.

Zrakově postižené děti se příliš neodlišují od dětí bez zrakové vady a i u nich je nejčastěji pozorovanou vadou dyslálie – častá je např. interdentalní výslovnost některých

hlásek. Děti se zrakovým postižením častěji zaměňují hlásky artikulačně blízké, na rozdíl od dětí bez zrakové vady, jež běžněji zaměňují hlásky zvukově blízké.

Asi nejčastějším a nejhůře odstranitelným problémem z oblasti řečových vad jsou tzv. verbalismy. Verbalismy se vyskytují v hojně míře jak u dětí tak u dospělých. Zrakově postižení, na základě nemožnosti obsáhnout některé pojmy zrakem, využívají svou paměť a učí se bez snahy pochopit význam některých slov. Tedy přesněji, výrazy dokáží bez problémů použít ve správném významu ve správné větě, ale bez schopnosti vytvořit si o nich konkrétní představu eventuálně je použít ve větě odlišné.

Kromě již výše zmíněných důsledků můžeme konstatovat, že kombinace řečového a zrakového postižení ovlivňuje také písemný projev takto postižených žáků. Udává se, že tento typ postižení má vliv až na 25% gramatických chyb v písemném projevu.

Významnou konsekvencí zrakového postižení jsou také specifika v komunikačním chování osob se zrakovou vadou – neudržování zrakového kontaktu, provádění jiné činnosti během hovoru, otáčení se zády atp. Z této příčiny je velmi důležité již malým dětem vysvětlovat zásady dobrého chování a zásady při komunikaci s jinou osobou. Dítě by mělo být schopno již ve věku přibližně tří až čtyř let požádat o to co požaduje. Zároveň by mělo znát zásady správného a slušného způsobu komunikace, tedy např. umět oslovit osobu, po níž něco požaduje, ale také k té osobě hovořit čelem. Vše se dítě učí v komunikaci s ostatními a záleží především na nejbližším okolí dítěte zda a kdy naleznou správný okamžik jak dítěti zmíněné zásady vysvětlit.

U ZP dětí je velmi důležité, aby do jejich každodenního programu byla včas zařazena výchova logopedická. Logoped by měl pomoci se správným nácvikem chybně vyslovovaných hlásek i se špatnou modulací hlasu.

Během vzdělávání v mateřských školách zřízených pro žáky s vadou zraku probíhá v rámci smyslové jazykové výchovy individuální logopedická péče. V tomto dobře započatém „trendu“ a snažení se poté i nadále pokračuje v rámci individuálních logopedických hodin na základních školách primárně určených pro zrakově postižené.

Zrakové postižení kombinované s postižením sluchovým

O kombinaci těchto dvou postižení se zmiňujeme v jiné části této knihy.

Zrakové postižení v kombinaci s postižením mentálním

Kombinace zrakového a mentálního postižení převažuje na poli kombinovaných postižení spojených se zrakovým postižením. Toto je dáno nejen neustále se zdokonalující diagnostikou, ale také tím, že v dnešní době přežívají, díky velmi dobré lékařské péči, děti, které by ještě před pár lety neměly žádnou šanci. „Pozůstatkem“ toho, že se lékařům již daří tyto děti zachránit, většinou bývá porucha CNS, syndrom ROP, DMO, ..., nebo jejich kombinace.

Pokud bychom měli uvést přesnou klasifikaci osob s kombinovaným postižením, z nichž jedno je mentální a druhé zrakové, je zapotřebí upozornit na fakt, že různé stupně a typy zrakového postižení se mohou spojovat s různými stupni postižení mentálního. Takto vzniká spousta kombinací jako např. lehká mentální retardace se slabozrakostí nebo nevidomost s hlubokou mentální retardací atp. Na základě stupně kombinace pak dále závisí další vývoj a vlastní specifická jedince.

Mezi vrozené příčiny zrakového postižení s postižením mentálním je možno zařadit následky infekcí a intoxikací (FAS, syphilis), anomálie chromozomů, úrazy, poruchy výměny látek, růstu nebo výživy, DMO, ale také syndrom CHARGE.

Syndrom CHARGE – toto postižení v sobě kombinuje zrakovou vadu s vadou sluchu, retardací růstu, mentálním postižením, neprůchodností nosní dutiny a genitální hypoplazií.

Syphilis matky – „Po porodu se může objevit slepota nebo progresivní zánět očí vedoucí ke slepotě později. Toto postižení rovněž doprovází hluchota, v některých případech se setkáváme také s mentální retardací.“ (8, s. 14)

Toxoplazmóza – „Vrozená t. může vést k potratu, závažná mohou být postižení oka (mikroftalmus, chorioretinitida) a CNS (hydrocefalus).“ (19) Ludíková dodává, že příznaky t. se příliš neodlišují od nákazy syphilis, kdy navíc může dojít ještě i k poškození jater.

Fetální alkoholový syndrom – je další z vrozených postižení, u kterého se dá předpokládat, že bude mít za následek vícenásobné postižení u svého nositele. FAS vzniká následkem nadužívání alkoholu matkou během těhotenství. Postižené děti se poté rodí menší, hůře prospívají, mají nižší inteligenci a časté organické postižení CNS.

DMO – je neurologické onemocnění vzniklé v období pre-, peri- a postnatálním, jehož důsledkem je poškození CNS, často kombinované s poruchami řeči, zraku, sluchu, epilepsie atp.

Dle předchozího již víme, že další vývoj, a také komunikace osob s kombinovanou vadou mentálního a zrakového postižení záleží především na stupni mentálního postižení přidruženého k těžké zrakové vadě. V některých případech, kdy má dítě kombinaci „pouze“ lehké slabomyslnosti se slabozrakostí, je možno s úspěchem rozvinout, běžné komunikační kanály – tedy artikulovaná i psaná podoba řeči, a to vždy s ohledem na skutečnost, že dítě je zároveň mentálně i zrakově postižené se všemi dalšími specifiky těchto postižení.

Při psané podobě řeči je třeba dávat pozor na rozvoj a procvičování jemné motoriky, kdy nedostatek v této oblasti může dále vést ke školní neúspěšnosti a tím způsobit nechuť a absenci vůle k další školní docházce a ke správně prováděné domácí přípravě.

Pokud však dojde k závažnějším a těžším kombinacím těchto dvou postižení, bývá rozvíjení slovní podoby řeči velmi ztíženo a je nutno použít tzv. totální komunikaci. Během totální komunikace se snažíme, aby se dítě naučilo vyjadřovat své potřeby a pocity jakýmkoli mu vyhovujícím způsobem. Při zachované schopnosti alespoň minimálně použít k navazování kontaktů zrak, může být pro dítě, opět s ohledem na jeho individuální vlastnosti, vhodná kombinace Makatonu, Bliss systému nebo gestikulace s mluveným slovem (to se samozřejmě snažíme rozvíjet v nejvyšší možné míře). Při psané podobě slova se snažíme u těchto dětí o naučení se běžné latinky.

Pokud je ztráta zraku natolik vysoká, že již neumožňuje jakýkoli oční kontakt, je na řadě snaha o rozvoj mluveného slova v kombinaci třeba s Bliss systémem převedeným do reliéfní podoby, který můžeme v psané podobě doplnit Brailleovým písmem.

Při kompenzaci ztráty zraku s mentálním postižením vystupují do popředí samozřejmě jak sluchové tak i hmatové čítí, která jsou pro osoby s kombinací těchto dvou handicapů velmi významná.

Při rozvoji hmatu je třeba dbát zvýšené pozornosti na volbu materiálů, který bývá u pomůcek používán, ne každému mentálně zrakově postiženému je všechen materiál příjemný a je možné, že by ho mohl místo o krůček vpřed posunout o hodný krok zpět.

Rozvoj nižších kompenzačních smyslů je vhodné doplnit současně o zrakovou stimulaci. Doporučujeme použít např. tzv. Little room, kde má dítě zavěšeny hračky nebo předměty denní potřeby, které mohou při samotném dotyku vydávat určitý zvuk, nebo tento zvuk vydává přímo stěna tohoto „pokojíčku“.

Při kompenzaci smyslů je třeba vždy dbát na to, aby ukazované předměty byly názorné a co nejvíce odpovídaly realitě.

Vyšší kompenzační činitele mají u takto postižených jedinců odlišnou podobu aplikace a využitelnosti, neboť např. pozornost u žáků s mentální retardací je náhodná, nestálá a snadno unavitelná. Také paměť se u osob s mentální retardací odlišuje od jedinců z intaktní společnosti. Kysučan udává, že u paměti je narušena především fáze zapamatovací a vybavovací, logická paměť je potlačována do pozadí a je používána především paměť mechanická. Myšlení jedinců zůstává především v oblasti konkrétního.

Na základě předchozího je evidentní, že pokud budeme chtít u osob s kombinací těchto dvou postižení dosáhnout pokroku a úspěchu, je třeba je správně motivovat, vymezit si dostatečně dlouhé časové úseky na splnění úkolů, používat co nejvíce konkrétních předmětů a příkladů, ale zároveň se nevzdávat při prvním nezdaru.

Během výchovy a vzdělávání osob s lehkým a středním stupněm kombinace zrakového a mentálního postižení se dá přepokládat, že vývoj bude mírně zpomalen, ale jistě ne zastaven.

Při přechodu z mateřské školy do zařízení pro povinnou školní docházku se můžeme opírat o Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, kde je uvedeno, že pro žáky se zrakovou vadou, kteří jsou též mentálně postižení jsou určeny: základní škola praktická. Pro žáky se zrakovým postižením, kteří by nebyli schopni zvládnout ani upravené osnovy základní školy praktické (dříve zvláštní škla) jsou určeny a zřizovány třídy základních škol speciálních (dříve pod názvem pomocné školy).

Při určování počtu dětí ve třídách je reflektováno hledisko kombinovaných vad a třídy mají nižší počet žáků. Kdy v MŠ by mělo být max. 10 dětí ve třídě, na prvním stupni – přípravný, 1. a 2. ročník by měl mít max. počet 10 dětí ve třídě a ve vyšších ročnících je povoleno až 10 dětí.

Učební plány na těchto školách vychází z učebních plánů ZVŠ, jsou však modifikované vzhledem k zrakovému postižení žáků. V hodinách je dbáno na výcvik kompenzačních smyslů a na dodržování zrakové hygieny u slabozrakých a žáků se zbytky zraku.

Po ukončení povinné školní docházky mají žáci možnost, opět vzhledem k míře svého postižení, navštěvovat odborné učiliště a praktickou školu pro zrakově postiženou mládež.

Pro osoby velmi těžce mentálně a zrakově postižené jsou určeny, pokud se o ně nejsou schopni, či ochotni postarat příbuzní, Ústavy sociální péče. V naší republice se nacházejí zatím dva.

Zrakové postižení v kombinaci s postižením tělesným

Příčinami této kombinace postižení bývají většinou vrozené nedostatky v celkové osobnosti jedince. K nejčastějším typům kombinovaných vad patří především postižení zraku (různého typu a stupně) v kombinaci DMO či epilepsií. Dětská mozková obrna se dále může vyskytovat ve spastických (diparéza, hemiparéza a kvadruparéza) nebo nespastických (dyskinetická a hypotonický typ) formách.

Opět se mohou vyskytnout také formy získané, kdy se k jednomu z těchto postižení přidruží postižení jiné. K těmto případům dochází často následkem automobilových úrazů, úrazů oka (poleptání, popálení), nebo ztráty zraku v důsledku nádorů či diabetické retinopatie. Konsekvencí diabetu, může být však také ztráta končetin.

Orální komunikace osob s tělesným postižením nemusí být odlišná od jedinců s „čistou“ zrakovou vadou, pokud ovšem nedochází k paréze lícních svalů.

Rozdílnosti však mohou nastat při komunikaci písemné, především pokud se tělesné postižení týká horních končetin. Pokud dítě nevidomé přijde o možnost číst Braillovo písmo pomocí bříšek prstů, je zde možnost využití dalších citlivých částí jeho těla, např. pahýlu, špičky nosu, někteří nevidomí používají i jazyk. Při psaní je třeba upravit psací náčiní natolik, aby mohlo být handicapovaným jedincem využíváno v maximální možné míře.

V případě, že bychom chtěli vyjádřit důsledky kombinace těchto dvou postižení, je třeba se zaměřit především na omezenou pohyblivost dítěte a tím způsobené ztížené dosahování po předmětech v okolí. Dítě zrakově postižené je již samo o sobě omezeno v pohybu, a to díky nedostatku odpovídajících stimulů. V případě, že se k tomuto postižení nadále přidruží i postižení tělesné, je pohyb mnohem víc ztížen a záleží nejen na podnětech, které se snaží dítěti poskytnout rodiče, ale také na vlastní potřebě a motivaci dítěte. V pozdějším věku dochází, vzhledem k omezené pohyblivosti, k problémům s navazováním společenských kontaktů i hledání odpovídajícího pracovního uplatnění.

Co se týká povinné školní docházky, nachází postižený jedinec opět oporu v Zákoně 561/2004 a s ním souvisejících vyhláškách. Za předpokladu, že není ke kombinaci těchto dvou postižení přidruženo i postižení mentální, bývají jedinci zařazováni většinou do základních škol primárně určených pro zrakově postižené. Po absolvování povinné školní docházky mohou mladiství navštěvovat jakoukoli střední školu v České republice, předpokladem však zůstává vhodnost zamýšleného povolání s ohledem na vlastní postižení, možnost dalšího uplatnění a úspěšné absolvování přijímacích zkoušek.

Po dokončení vytouženého oboru nastává další častý problém, a to zařazení do pracovního procesu, neboť je takřka nemožné najít práci osobě s jedním druhem postižení z této kombinace, natožpak s druhy oběma.

Kombinace zrakového postižení a psychosociálního ohrožení

Mezi kombinací zrakově postižených a osobami, které spadá do péče sociálních pracovníků nebo speciálních pedagogů – etopedů je asi nejvolnější vazba. Tento jev vyplývá především z faktu, že zrakově postižení jsou většinou klidnější povahy a nemají tendence stát se např. mladistvými pachateli. U zrakově postižených dětí a mládeže působí kladně, vzhledem k poruchám chování, rovněž skutečnost, že ZP jsou neustále, v jejich výchovném a vzdělávacím procesu, pod něčí kontrolou a ochranou.

Osoby s poruchou zraku také bývají zřídkakdy kontaktovány „špatnou“ partou a „nuceny“ do nezákonných či protispolečenských činností.

Naopak přehnaná snaha některých mladistvých zrakově postižených o zařazení do některé ze sociálních skupin, může vést až k asociálnímu chování, především k nadužívání alkoholických nápojů a zneužívání drogových látek. Pro relativně snadnou dostupnost se jedná především o léky na předpis, převážně hypnotika.

Naproti tomu, se osoby se zrakovým postižením, především děti, stávají častěji obětmi některých trestných činů. Vzhledem k vadě, se kterou s musejí jak děti tak i jejich rodiny potýkat, dochází v častějších případech k zanedbávání dětí a to jak fyzickému, tak i psychickému. S přihlédnutím k přece jen větší bezbrannosti a závislosti zrakově postiženého dítěte na rodinném prostředí musíme konstatovat častější případy týrání a zneužívání lidmi z blízkého okolí dítěte. Dospělé osoby, se s ohledem na jejich handicap, stávají častěji (s porovnáním četnosti zastoupení ve skupině intaktní společnosti) oběťmi kapesních krádeží. Osoby důchodového věku, bývají s ohledem na zrakové postižení v kombinaci s pokročilejším věkem čím dál častěji přepadávány i ve svých vlastních domovech, které by pro ně měly představovat přístav bezpečí. Tento fakt může vést až ke ztrátě důvěry v okolní společnost a tím ke snaze o zpřetrhání dosavadních sociálních vazeb.

Při zaměření pozornosti na děti z rodin sociálně slabých a romských se zmíníme především o neochotě některých rodičů spolupracovat na rozvoji zraku pomocí zrakové stimulace. Při nácviku zrakové stimulace je třeba důslednosti, častého opakování, dodržování zrakové hygieny a vhodné motivace ke spolupráci.

Také rozvoj jemné motoriky a jiných kompenzačních činitelů se zdá těmto rodičům zbytečný a u dětí jsou tyto stránky osobnosti zanedbávány a nerozvíjeny.

Zanedbávání rozvoje kompenzačních činitelů, jako jsou hmat, řeč, představivost nebo pozornost, vede velmi často ke školním neúspěchům a obtížím s tímto spojeným. Tyto obtíže se v pozdějším věku vygradují až do nemožnosti nalezení vhodného pracovního uplatnění.

Neúspěch ve škole na sebe může u citlivějších jedinců vázat nemožnost navázání běžných společenských kontaktů, a tím rozvíjení sociální komunikace.

Seznam použité a doporučené literatury:

1. KRAUS, H. at. al. *Kompendium očního lékařství*. Praha: Grada, 1997.
2. KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2000.
3. KUDELOVÁ, I., KVĚTOŇOVÁ, L. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku*. Brno: Paido, 1996.
4. KYSUČAN, J. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: VUP, 1982.
5. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002.
6. LITVAK, A. G. *Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých*. Praha: SPN, 1979.
7. LUDÍKOVÁ, L. *Edukace hluchoslepého dítěte raného věku*. Olomouc: VUP, 2001.
8. LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých I*. Praha: Scientia, 2000.
9. LUDÍKOVÁ, L. *Vzdělávání hluchoslepých III*. Praha: Scientia, 2001.
10. LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopedie I*. Olomouc: VUP, 1988.
11. LUDÍKOVÁ, L. a kol.: *Tyflopedie II*. Olomouc: VUP, 1989.
12. NIELSENOVÁ, L. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV, 1998.
13. RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: VUP, 2003.
14. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1995.
15. SMÝKAL, J. *Výchova nevidomého dítěte předškolního věku*. Praha: ÚV SI v ČSR, 1986.
16. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999.
17. VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. a kol. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999.
18. VÍTKOVÁ, M., ŘEHŮŘEK, J., KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L., MADLENER, I. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999.
19. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2003.
20. <http://www.brailnet.cz/sons/docs/t198/studie5.htm> (DIJK, J. van *Tyflopedické listy*. Praha: SONS, 19. 10. 2004.)

1. Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

