

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

2015

Iva Škardová

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Diplomová práce

Stigmatizace a (re)socializace nevidomých

Iva Škardová

Plzeň 2015

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta filozofická

Katedra antropologie

Studijní program Antropologie

Studijní obor Sociální a kulturní antropologie

Diplomová práce

Stigmatizace a (re)socializace nevidomých
Iva Škardová

Vedoucí práce:

PhDr. Tereza Zíková, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

Prohlašuji, že jsem práci zpracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

Plzeň, duben 2015

Ráda bych vyjádřila poděkování vedoucí mé práce PhDr. Tereze Zíkové, Ph.D. za trpělivost, ochotu a cenné rady při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat pracovnícím TyfloCentra v Plzni za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů.

.....

Obsah

1	ÚVOD.....	1
2	SPECIFIKA OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	3
2.1	Zrakově postižená osoba	3
2.2	Tělo a tělesnost.....	6
3	DĚLENÍ ZRAKOVÝCH VAD	11
3.1	Slabozrakost	12
3.2	Nevidomost.....	13
3.3	Klasifikace podle WHO.....	15
3.4	Zrakové vady podle příčiny vzniku	15
3.5	Zrakové vady podle zasažené funkce zraku.....	18
4	JINÝ POHLED NA POSTIŽENÍ.....	21
4.1	Disability studies	22
5	(RE)SOCIALIZACE.....	26
5.1	Akceptace vady.....	27
6	ZÁVĚR.....	29
7	ZDROJE.....	30
7.1	Literatura.....	30
7.2	Elektronické zdroje.....	32
8	RESUMÉ.....	34
9	PŘÍLOHY	35

1 ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na problematiku „postižených“, a to na příkladu lidí se zrakovým postižením. Nejčastější definice postižení vychází převážně z oborů sociální práce, speciální pedagogiky, terapeutických či medicínských přístupů, které s sebou často nesou negativní konotace. Lidé s postižením jsou opleteni různými předsudky a stereotypy. Na postižení se však dá pohlížet i jiným způsobem, a to skrz obor tzv. disability studies¹, jež z velké části čerpá ze sociální a kulturní antropologie. Tento vědní obor se snaží hledat nestigmatizující alternativy, jak zacházet s postižením a jeho úsilí je rovněž narušit problematičnost a samozřejmost pojmu postižení, která často vychází z jazyka.

První (teoretická) část práce se věnuje vymezení osob se zrakovým postižením a jeho charakteristikám a též otázkou těla a tělesnosti – jakou roli hraje pro postižené osoby. K této části bylo využito autorů z oborů sociální práce, speciální pedagogiky či speciální tyflopédické psychologie, ale i antropologie a filozofie. Navazuje kapitola o zrakových vadách, kde jsou pro ilustraci zmíněné nejzákladnější zrakové poruchy a jejich vznik. Zrakových vad je velké množství, ale pro potřeby práce postačí vybraný přehled. Další kapitola řeší znovu postižení, ale již ze zmíněného „jiného“ pohledu, a to s využitím teorií disability studies, které mohou být považované za stěžejní teoretické koncepce. Snahou je relativizovat pojetí, že na lidi s postižením se hledí jako na „jiné“, neodpovídající „normám“, nemocné atp. Následně bude věnována kapitola resocializaci lidí později osleplých a s tím souvisejícími činnostmi, např. akceptace vady, která hraje při resocializaci významnou roli. Poslední kapitola bude

¹ Termín záměrně nechávám v anglickém jazyce, jelikož český překlad výrazu „disability“ je komplikovaný. Pojem „disabilita“ je jakýsi zastřešující výraz pro znevýhodnění, překážky, které jsou spojeny se zdravotním postižením a jsou chápány jako důsledek společenských podmínek. Více bude zmiňováno v následném textu.

popisovat teorii stigmatizace, která je pokládána za jednu ze zásadních teoretických koncepcí předložené práce.

Druhá (praktická) část práce se zabývá vymezením informátorů, metodologickými postupy a samotnou analýzou dat. V práci se zaměřuji pouze na nevidomé lidi, kteří zrak ztratili v průběhu života, nikoli na nevidomé lidi od narození. Jedná se o lidi, kteří přišli o zrak, nebo se jim zrak výrazně zhoršil až v dospělosti, a tudíž nějakou část svého života viděli a mohli si tak utvářet představy o světě pomocí zraku. Pro výzkum byl zvolen účelový výběr informátorů, tedy výhradně lidi, kteří jsou klienty organizace TyfloCentrum v Plzni. Organizace je zaměřena na pomoc slabozrakým a nevidomým osobám, jsou zde poskytovány sociální služby zrakově postiženým (např. aktivizační a vzdělávací programy atp.). Při analýze dat budou interpretovány výpovědi z polostrukturovaných rozhovorů, které byly s informátory vedeny. Další metodou sběru bylo (zúčastněné) pozorování, kdy byly zjišťovány podoby možné stigmatizace ze strany majoritní společnosti.

Stěžejním tématem práce je pojem „postižení“ a jakým způsobem se k němu staví různé obory a společnost. Na danou tematiku se práce snaží převážně nahlížet z antropologické perspektivy za pomoci antropologických teorií (např. teorie stigmatu, teorie labellingu, antropologie smyslů, etnografie slepoty). Důležitou částí je taktéž kapitola o resocializaci. Zda se lidé později osleplí, kteří se musí vyrovnat se svým údělem, již znovuzачlenili do majoritní společnosti, do které sami patřili a dále co jim k resocializaci dopomohlo. V neposlední řadě je pro práci významná teorie stigmatizace, kdy je sledováno i jak stigmatizaci vnímají sami lidé se zrakovým postižením.

2 SPECIFIKA OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Již sám název diplomové práce naznačuje, čím nebo kým se práce bude zabývat. Práce se bude věnovat nevidomým lidem, a to konkrétně lidem se získanou vadou zraku, tedy osobami, kterým se v průběhu života zrak výrazně oslabil, nebo o zrak úplně přišli. Jedná se tedy o lidi, kteří po určitou část svého života viděli. Česká tyflopodka Flenerová-Wagnerová definuje tyto osoby následovně: „(o)soby později osleplé jako kategorie osob zřakově postižených jsou mladiství a dospělí, jejichž vada spočívá v poruše zřakového orgánu takového rozsahu, že dochází k postižení zřakového vnímání na stupni nevidomosti.“ [Flenerová 1985: 15]

2.1 Zřakově postižená osoba

Osoby se zřakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zřakových schopností, s různým stupněm a typem poškození zřakové percepce, jedná se o nedostatečnost či absenci kvality zřakového vnímání [Renotírová, Ludvíková 2005: 18, 192]. Lidé, u nichž poškození zraku ovlivňuje činnosti v každodenním životě. Zmiňované snížení zřakových schopností může vzniknout poškozením oka, očního nervu nebo centra zřakového vnímání přímo v mozku. Takovými lidem již nepostačuje běžná optická korekce (nebo jiné – medikamentózní a chirurgické korekce), čímž je myšleno, že lidem se zřakovým postižením již nepostačí nosit dioptrické brýle k plnému „normálnímu“ vidění. Někdy bývá hovořeno o lidech těžce zřakově postižených, aby byl zdůrazněn rozdíl proti lidem s lehčí zřakovou vadou, jimž brýle pomáhají k tomu, aby zvládali bez potíží každodenní činnosti, samostatný pohyb a orientaci, pracovní uplatnění atp. Lidé se zřakovým postižením mají v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zřakovou cestou [SONS 2002–2015; Slowík 2010: 6].

Zhoršení zraku, ať už ztráta zraku či oslabení zraku významně ovlivní osobnost člověka, avšak jakékoliv zdravotní postižení ovlivňuje zásadním způsobem život jak postiženého člověka, tak i jeho rodiny. Jak uvádí též Čálek [1978: 1]: „Ztráta, nebo vážné oslabení zraku v dospělosti představuje vysoce náročnou životní situaci. Její zvládnutí je velice složitým úkolem, ale je v možnostech každého postiženého.“ Čím později ke zrakovému postižení dojde, tím méně jsou oslabeny oblasti vývoje osobnosti, např. kvalita řeči, rozvoj komunikace, utváření si představ o věcech, schopnost orientace v prostoru, rozvoj pohybu nebo navazování kontaktů atp. Pokud ke ztrátě zraku (myšleno ztráta zraku, taktéž oslabení) dojde v předškolním věku, je pravděpodobnost akceptace větší. Čím je člověk starší, tím je pro něho ztráta zraku obtížnější. „Psychologická osobnost je ve zralých podobách své struktury a dynamiky zdrojem vědomého sebeřízení člověka.“ [Čálek et al. 1991: 42] Adolescent a ještě výrazněji dospělý člověk je samostatným jedincem, dokáže se sám o sebe postarat a jedná sám za sebe, v důsledku toho pak ztráta zraku znamená větší zásah do jeho psychické stability, což se může projevit snížením sebehodnocení, prožitkem neúspěchu, nepřijetí či vyloučení ze sociální skupiny, nemožnost uspokojovat záliby. U člověka produktivního věku je ohrožena možnost vykonávat svou profesi, jež se může projevit na ekonomické stránce a problémy se mohou přenést i do partnerského vztahu. Je možné, že vada je jen dočasná a v průběhu času se může dále zhoršovat, což může ohrozit probíhající akceptování vady a člověk je nucen se stále vyrovnávat s novými situacemi a často je nutné začít úplně od zнова [Moravcová 2004: 36–37; Tyflokabinet 2015].

U osob později osleplých se ztráta zraku projevuje v podstatném narušení struktury osobnosti, závažnou změnu v životních možnostech, dochází ke ztrátě svých dosavadních rolí. Dochází k zásadnímu narušení rozvoje kognitivní oblasti a schopnosti vytvářet sociální role. Těžkou nebo úplnou ztrátou zraku dochází ke změně či neschopnosti běžného praktického, pracovního a grafického výkonu. Se ztrátou zrakového

vnímání přichází i snížená orientační schopnost a částečná odkázanost na ostatní. Nová situace, která nastala, člověka zcela zaskočí, změní jeho samotného, jeho sebeuvědomění a vědomí, ale změní i jeho blízké a může se mu zdát, že okolní život se najednou stává cizí a často mu může připadat nepřátelský, nebo až nebezpečný [Schindlerová 2007: 17; Murphy 2001: 20, 24; Štréblová 2002: 35]. Ztrátou zrakového vnímání dochází k narušení osobnosti, i když zrak představuje pouze jednu složku sebeřízení a činnosti člověka, tak někdy bývá ztráta zraku u člověka chápána jako vyřazení člověka z aktivního smysluplného života vůbec. Je však nutné si říci, že osobnost člověka s jakýmkoli zdravotním postižením se vytváří ve vzájemném působení a styku s druhými lidmi, tedy v konkrétních a bezprostředních meziosobních vztazích. Tito lidé, mezilidské vztahy a činnosti na postiženého působí. Lidé ho určitým způsobem vnímají, hodnotí a jednají s ním, a to s sebou nese příjemné i nepříjemné dojmy. „Jestliže platí, že reálný – běžný svět je nevhodnější prostředí pro jedince, je nutno se soustředit na *zkoumání všech pozitivních stránek, jeho osobnosti a schopností* a nezaměřit se na zjišťování negativ a nedostatků.“ [Matulay 1986: 26 in Jesenský 2000: 62; zvýraznění v originále] Společenské prostředí utváří a ovlivňuje osobnost dotyčné znevýhodněné osoby. To, že postižený člověk nemůže vše vykonávat stejným způsobem jako ostatní lidé (lidé z majoritní společnosti), že se odlišuje od toho, co je pro zdravé lidi běžné, působí, že se k němu druzí začnou chovat a jednat s ním určitým způsobem. Neznamená to však, že by se člověk měl majoritní společnosti stranit. Mezilidská skutečnost ovlivňuje i vývoj a fungování osobnosti. Proto je velmi důležitá kvalita společenského prostředí, které by nemělo mít společensky degradující důsledky, jež by mohly zapříčinit negativní stigmatizaci dotyčného člověka. Lze říci, že pouze společenský vliv a mezilidské kontakty mohou zabránit plnému dopadu biologického defektu na psychiku postižené osoby [Čálek et al. 1991:5–10, 12; Jesenský 2000: 62].

V našem případě orgánový defekt, nebo-li úbytek, vada, porucha nebo nedostatek v anatomické stavbě organismu a porucha v jeho funkcích je chápán zpravidla jako nezvratný (ireverzibilní) a nenapravitelný (ireparabilní). Dle doby vzniku jsou defekty dělené na vrozené nebo získané, a tedy vzniklé v průběhu celého života, což se dotýká i informátorů, kteří mají defekt získaný a podle charakteru defekt orgánový. Ján Jesenský zdůrazňuje, že: „Míra (stupeň) defektu zdaleka nevyjadřuje míru obtíží v životní situaci handicapovaného, a proto dochází k velké názorové nejednotnosti při utváření různých skupin postižených osob a hlavně při stanovování norem, podle kterých se jedinci do té které skupiny handicapovaných řadí.“ [Jesenský 2000: 64] Nevidomí či slabozrací lidé mají zasažený jeden ze smyslových orgánů – oko. Jedná se o postižení v rovině fyzické, tj. na úrovni těla.² Pro určení závažnosti vzniklého defektu a jeho následků je v případě zrakově handicapovaného důležitá míra zrakové ostrosti, tedy přesnost vizuální diferenciací [Keblová 1996: 10; Renotírová, Ludvíková 2005: 19; Sovák 1984: 69], kterou se budeme zabývat v textu v části o zrakových vadách.

2.2 Tělo a tělesnost

Zdraví lidé své tělo berou jako samozřejmost, protože vidí, slyší, jedí, milují se a dýchají, jelikož mají všechny orgány fungující, jež jim všechny tyto potřeby umožňují. Mají dvě nohy a mohou chodit, mají sluch a zrak, nepřemýšlí o tom. „Tyto orgány a tělo jako takové patří k základům, na nichž stavíme své vědomí toho, kdo a co jsme (...)“ [Murphy 2001: 19]. Nemoc či postižení však toto nevnímání vlastního těla ruší, o těle už nadále nelze uvažovat jako o implicitní a axiomatické samozřejmosti, nyní se tělo stalo problémem. Najednou se naše tělesnost stává objektem vědomého uvažování, již není neuvědomovaným předmětem [Murphy 2001: 19].

² V rovině fyzické můžeme hovořit nejen o postižení spojeném s viděním, čemuž se tato práce věnuje, ale postižení může nastat i na dalších úrovních těla, jako je např. slyšení, hybnost, řečové či mentální funkce.

„Kvalita života se pojí s prožíváním tělesnosti v jiném smyslu než je zdravotní aspekt, vzniká zde obrovské pole existenciálního charakteru, v němž tělesnost začíná hrát rozhodující úlohu.“ [Hogenová 2002: 7]. Tělo – člověka zakořeňuje v prostoru, spojuje člověka s jinými lidmi, vykonává škálu pohybů. Díky jednotlivým pohybům a tělesným úkonům, které konáme vlastním tělem, si uvědomujeme, co jsme a co chceme. K dosažení cíle nás vedou motorické mechanismy, jež nás informují o funkčnosti našeho těla. Tyto akty spoluvytváří naše tělesné schéma, které můžeme chápat jako vlastní povědomost o tvaru a funkci vlastního těla. Tělo reflektuje sebe sama, ale i okolní svět, zabezpečuje poznání světa a umožňuje reflexi toho, jak naše pohyby a tělo jako takové působí na druhé lidi. Tělo se dokonce dá považovat za bytost, která cítí, vnímá, myslí a koná a tělesnost pak dává člověku pocit jistoty a evidence. Orgány a tělo jsou nástroje, s jejichž pomocí se potýkáme s realitou a vytváříme ji [Novosad 2011: 24–25; Hogenová 2002: 7].

Každý člověk nějakým způsobem vnímá své tělo, má jisté vnitřní sebenazírání. U lidí, jimž se přihodí nějaké tělesné postižení, se může vnímání svého těla změnit. Jejich tělesné schéma nemusí korespondovat s realitou, jelikož v pojetí vlastního těla ještě nemusí být zakořeněna případná odlišnost člověka. „Právě proto je tolik důležité aktuální tělesné schéma jako součást sebepojetí u lidí s tělesným, zejména poúrazovým postižením, kdy člověk ztrácí svou vizi vlastního těla, povědomost o svém těle, a učí se nacházet cestu k tělu, které je sice stále jeho, ale je funkčně, popř. sensoricky, pocitově i vzhledově jiné (...)“ [Novosad 2011: 25].

„Ze začátku jsem tomu nechtěla uvěřit. Když mi bylo 28, měla jsem s manželem nehodu v autě, ale nic vážného se nám naštěstí nestalo. Po nějakém čase mi přišlo, že jsem začala hůř vidět, ale nevěnovala jsem tomu moc pozornost. Když jsem pak šla na oční, tak mi pan doktor řekl, že mám porouchanou sítnici na jednom oku a ptal se, zda jsem neměla nějaký úraz. Bylo to už ale dávno a tak jsem mu nic neřekla a té nehodě jsem ani nepřikládala žádnou velkou váhu. Oko mi pan doktor na podzim

operoval, ale operace se moc nezdařila a tak jsem podstoupila po Vánocích druhou, ale oko už mi nezachránili. Najednou jsem viděla všechno napůl. S tímto prvním manželem, co mi to zavinil, jsme se nakonec rozvedli. Netrvalo to však dlouho a do druhého oka se mi dostal zelený zákal a zjistili, že i tam se mi sítnice uvolnila, ale kvůli té sítnici mi oko nechtěli operovat, že by se mohla úplně utrhnout a nemusela bych vidět nic. S druhým manželem a po jeho smrti i s druhem jsem byla dost nesamostatná. Všechno jsem nechávala na ostatních. Pořád jsem taky brečela, prostě když mi najednou něco nešlo, tak jsem to obrečela. Bylo hrozně těžký vnímat svoje tělo. Manžel a později druh za mě dělali dost věcí. Dost mě taky podporovali, druh se mnou začal jezdit na rekondice, kde nás naučili spoustu věcí, jak co dělat v domácnosti, jak se pohybovat se slepeckou holí a tak. I jsem se naučila Braillovo písmo. V tu dobu jsem to ještě až tak nepotřebovala, pořád jsem věděla, že mám druha, který mi se vším pomůže a na jedno oko jsem ještě jakž takž viděla. Postupně se mi zrak ale zhoršoval, takže jsem nakonec byla moc ráda, že jsem se něco naučila už dříve. Po smrti druha, když jsem zůstala sama, tak se mi to všechno hodilo. Dnes už téměř nevnímám ani světlo a stín.“

pani Alena, 70let, praktická nevidomost až slepota

Člověk se stává cizincem ve svém těle. „Tváří v tvář ‚postižení‘, jež hrozí narušit hranice mezi vlastním já a ‚tím druhým‘, je pak reakcí zakořeněná úzkost“ [Shildrick 2011: 191], ta ohrožuje integritu vlastního já. Postižení má schopnost narušit normativní očekávání a má za následek destabilizování identity subjektu. Schildrick se svým pojmem postižení neodkazuje k jinakosti těla, nýbrž ke stigmatizaci a vylučování, které postihuje osoby, jejichž tělesnost neodpovídá „univerzálně“ platným a zdánlivě platným „přirozeným“ parametrům normality [Kolářová 2012: 11; Shildrick 2011: 191]. „Právě tělo může být imaginárním prostorem, například ikonou nacionality³, nositelem hegemonních typifikací; diskurzivním objektem představ o vyhovující a správně užívané

³ Autorka se v práci zabývá touto ikonou nacionality na příkladu árijského těla a „zdravé národní společnosti“.

tělesnosti. Prostřednictvím určitých způsobů zobrazené tělo jedná jako *symbol společnosti*; tělo je prostředkem, který může vyjadřovat libovolný hraniční systém.“ [Šlesingerová 2004: 101; zvýraznění v originále] Tímto hraničním systémem se může myslet sociální konstrukce „my“ a „oni“, k čemuž se dostaneme v pozdější části práce. Ztrátou zraku člověk zároveň ztrácí určitou jistotu, oporu ve svém těle. Nezměnilo se pouze tělo postiženého, ale hluboce se transformoval také způsob uvažování o sobě, o svém těle, které se najednou přeměnilo, je jiné oproti majoritní společnosti, i když v případě ztráty zraku není změna tak markantní (myšleno viditelná pro okolí), jako může nastat u jiného postižení, např. upoutání na invalidní vozík. Na lidech později osleplých mnohokrát podle očí zprvu nepoznáte, že nevidí. Když se na ně zadíváte, vypadá to, jakoby se dívali do jednoho místa a často ti, co mají zbytky zraku, nosí velmi silné dioptrické brýle, takže nejsou příliš rozpoznatelní pro své okolí. Viditelní pro společnost jsou v případě, když využívají jednu z kompenzačních pomůcek, a to bílou slepeckou hůl či vodícího psa. Naproti tomu lidé, co nemají zrak celý život, mají oči povětšinou zavřené či nosí zatmavené brýle, jelikož se jejich vada týká vlastního oka či jeho okolí, se kterými se jedinec rodí, a to zanechává na oku viditelné známky poškození.

„U mě to prostě není vidět, když si sundám brejle, tak mi pořád zůstalo takovýto těma očima, že ty oči mi jdou tam, kam já potřebuju, jako kdybych viděla. To mi naštěstí zůstalo, zaplať pánbůh. Když jdu se psem po ulici, tak mě lidi zastavujou a říkají mi, že trénuju psa, ale já říkám, že ho netrénuju, že mě vede. Já nevidím a oni jsou prostě v šoku, říkají si, jako vždy kouká. No já koukám, ale nevidím přes ty voči. Zatím to mám, jak kdybych normálně koukala.“

paní Jitka, 47 let, praktická slepota

Ale i přesto, že si jich okolí často nemusí všimnout, a ještě více, když jdou s vidícím člověkem, tak se často potýkají s myšlenkami o jejich možnostech, o budoucím žití, o lidech, a věcech okolního světa. Žití

spočívá v realizaci našich možností, jež vznikají ze situace, z našeho těla a rozhodnutí našeho jáství. „Protože žijeme v zaujetích, v zájmech, jsou nám mnohé možnosti dokonale skryty, odkrytost těchto možností je podmíněna výstupem ze zájmů, interesů, které nám zakrývají vše ostatní, než jsou denotáty jich samých.“ [Hogenová 2002: 17]. Tím, že postižení přijdou o zrak, jako oporu, kterou se doposud řídili, začnou uvažovat jinak. Musí změnit přístup ke světu, sobě samému, své priority a začnou tak odkrývat možnosti, které mu byly skryty, nebo o které se spíše ani nikdy nezajímal.

S poruchou tělesnosti, u zrakově postiženého týkající se defektu zraku, souvisí snížená výkonnost, neboli „disaptibilita“, která se vyznačuje sníženou či omezenou možností nebo úplnou nemožností vykonávat běžné, normální lidské činnosti. Je považována za odklon od normy vyjádřený výkonem jedince. Pojem disaptibilita se vztahuje ke sdruženým a integrovaným činnostem, jaké se očekávají od zdravého člověka [Jesenský 2000: 60, 63]. Týká se takových činností, které představují úkoly a schopnosti jednat v určitých situacích každodenního života. Zrakově postižený člověk se musí naučit využívat možnosti, jaké má. Je potřeba rozvíjet sluch, hmat a čich a naučit se používat všemožné kompenzační pomůcky, které mu poslouží k usnadnění aktivit. Ne všichni lidé se orientují v kompenzačních pomůckách, které mohou nevidomí využívat, co vnímají i sami postižení.

„Nejdříve jsem hůlku nechtěla nosit, myslela jsem si, že na mě budou všichni koukat, ale po čase jsem zjistila, že bez ní to už nepůjde. Taky se mi stalo, že jsem v krámě potkala svoji bývalou spolužačku a ona se mě tak „přítrouble“ zeptala, co to mám za hůl, i když to moc dobře věděla, že mám špatný zrak. Tak mi došlo, že hůlka nebude zas takový problém (smích).“

paní Alice, 71 let, praktická nevidomost – slepota

3 DĚLENÍ ZRAKOVÝCH VAD

„Lidské oko je orgánem nejdůležitějšího smyslu – zraku.“ [Autrata, Vančurová 2002: 32] „Zrak je nesporně nejúčinnějším nástrojem získávání informací o okolním světě a vnější praktická činnost se fakticky ponejvíce opírá o řízení tělesných pohybů pomocí zraku. Lze tvrdit, že civilizace je ‚vizuocentrická‘, tedy zaměřená na využívání zraku, zatímco ostatní způsoby a možnosti smyslového vnímání ustupují do pozadí.“ [Čálek 1991: 9] Je jedním z nejdůležitějších smyslů. Člověk vnímá zrakiem přibližně 80% všech informací [Slowík 2010: 64]. Zrakový analyzátor je nejdůležitějším koordinačním a orientačním orgánem při pohybu v prostoru. Vyšetřením zraku nemusí lékař odhalit pouze zrakovou vadu, ale např. i zda máte vysoký krevní tlak anebo cukrovku.⁴ Kvalita vašeho zraku je indikátorem kvality vašeho zdraví i života. V důsledku ztráty zraku se může u člověka objevit informační deficit, který je postižený člověk nucen nahradit, a to jak sluchem, hmatem, čichem, tak kompenzačními pomůckami [Moravcová 2004: 17].

Osoby se zrakovým postižením jsou heterogenní skupinou, a to nejen z pohledu typu a stupně zrakového postižení, ale i etiologie zrakových vad, která může být pestrá, tak i doby vzniku postižení nebo věku klientů. Je nesnadné přesně a hlavně jednotně vymezit pojem slepoty, jelikož se názory na kritéria různí. V posuzování následků vady zraku hraje roli nejen vědecké kritérium, ale uplatňuje se i hledisko společenských, ekonomických a právních vztahů, jelikož lze říci, že rozvojové země užívají kritéria jiná, pravděpodobně tvrdší než se hranice slepoty posuzují v technicky vyspělých zemích.

Dle trvání zrakového postižení existují poruchy krátkodobé (akutní), opakující se (recidivující) a dlouhodobé (chronické). Dle doby vzniku zrakové postižení rozdělujeme na vrozené (kongenitální, prenatální, perinatální) a získané (postnatální, juvenilní, senilní), z etiologického

⁴ Irisdiagnostika je alternativní metoda vyšetření zdravotního stavu celého těla z oční duhovky, panenky a očního bělma.

hlediska dále na orgánové a funkční. Stěžejní měřítko zrakového postižení je stav centrální zrakové ostrosti do dálky a rozsah zorného pole [Autrata, Vančurová 2002: 220–221; Renotiérová, Ludvíková 2005: 192, 198].

Centrální zraková ostrost (*visus centralis*) je schopnost oka jasně a ostře vnímat předměty a jejich detaily [Moravcová 2004: 47]. Zraková ostrost je míra nejmenšího sítnicového (retinálního) obrazu, je vyjádřena tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku [Štréblová 2002: 25]. Vyšetření zrakové ostrosti se u lékaře provádí nejčastěji na Snellových optotypech⁵ – obr. 1 (viz příloha). Osoba se zdravým zrakem má vizus např. 6/6. První číslo zlomku znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný znaky čte a druhé číslo pak udává stejnou vzdálenost, ze které tu samou velikost znaku čte člověk se zdravým (nepostiženým) zrakem [SONS 2002–2015]. Rudolf Autrata s Janou Vančurovou ve své knize uvádí, že z hlediska sociálně kulturního, lze ztrátu zraku považovat v případě poklesu centrální zrakové ostrosti pod 6/18. Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké, dle míry poklesu zrakové ostrosti a zúžení zorného pole [Autrata, Vančurová 2002: 220]. Slabozrakost stejně jako nevidomost a osoby se zbytky zraku se řadí z hlediska speciální pedagogiky mezi zrakové vady orgánové, tedy poruchy vzniklé na základě snížení nebo nevyvinutí zrakového ústrojí (oko, dráhy, centrum) [Štréblová 2002: 24].

3.1 Slabozrakost

Slabozrakost je nezvratný (ireverzibilní) pokles zrakové ostrosti pod 6/18 až 3/60 včetně. Jedná se o orgánovou vadu zraku, která se může projevit částečným nevyvinutím oka nebo sníženou či zkreslující

⁵ Snellovy optotypy jsou tabulky s řadami čísel, písmen či různých tvarů, kdy se jednotlivé znaky postupně zmenšují, které slouží při měření vizu do dálky. Vizus do blízka se testuje z cca 30 cm pomocí Jaegerových tabulek (viz obr. 2 a obr. 3) nebo podobných testů, velikost písma J (Jaeger) = 6 odpovídá velikosti běžného tisku.

činností zrakového analyzátoru obou očí a tím poruchou zrakového vnímání. Lehká slabozrakost je definována jako snížení zrakové ostrosti do 6/60 včetně a těžká slabozrakost pak pod 6/60 do 3/60 včetně (v USA tzv. "*legal blindness*"). Slabozrakost se projevuje ve vytváření zrakových představ, které mohou být v důsledku snížených či omezených zrakových možností nepřesné, neúplné či zkreslené. Slabozraký člověk má snížené vidění s brýlemi natolik, že nemůže přečíst text běžné velikosti, nevidí detaily, nevidí vzdálené předměty a též častokrát špatně rozeznává barvy [Štréblová 2002: 25, 32; SONS 2002–2015; Aufrata, Vančurová 2002: 220].

3.2 Nevidomost

Nevidomost je stejně jako slabozrakost ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až po světlocit⁶. Do této kategorie řadíme osoby s částečným viděním, které zbytků zraku mohou využívat za pomoci speciálních pomůcek. Kategorie nevidomosti se dále dělí:

a) *praktická nevidomost* – charakteristická poklesem centrální zrakové ostrosti pod 3/60 do 1/60 včetně a binokulární⁷ zorné pole⁸ je menší než 10 stupňů, ale větší než 5 stupňů kolem centrální fixace. Lidé s praktickou nevidomostí se špatně orientují v neznámém prostředí. Jsou však ještě schopni rozeznávat světlo a tmou, stíny, ostře jasné osvětlené barvy, předměty, tvary, mají tedy zachované světlocit. Avšak číst černočerný text už u nich není možný s žádnou brýlovou korekcí.

b) *skutečná nevidomost* – se vymezuje poklesem zrakové ostrosti pod 1/60 až světlocit a binokulární zorné pole je 5 stupňů a méně i bez

⁶ Světlocit = vnímání světla a stínu. U světlocitu je třeba rozlišit světlocit se zachovanou správnou projekcí zdroje světla a bez projekce [Schindler 1997].

⁷ Binokulární vidění – vidění oběma očima zároveň – znamená to, že se obrazy vnímané simultánně oběma očima spojí v jeden a navíc nám umožňuje vnímat hloubku prostoru (Bubeníčková, Karásek, Pavlíček 2012).

⁸ Zorné pole – část prostoru, který fixujeme okem, pohybem očí a hlavy a fixací oběma očima rozlišujeme rozsah zorného pole [Štréblová 2002: 66].

porušení centrální fixace. Postižený již nevnímá světlo, k psaní a čtení používá především Braillovo písmo. Při orientaci je důležitý rozvoj ostatních smyslů, hlavně sluchu a hmatu. Není však pravdou, že nevidomí mají lepší sluch než vidící, mylný dojem vzniká z důvodu tréninku kompenzačních smyslů.

c) *plná slepota* – která je charakterizována od světlocitu s chybnou světelnou projekcí až po ztrátu světlocitu. Osoby s plnou ztrátou zraku musí rozvíjet kompenzační smysly a naučit se využívat kompenzačních pomůcek, které mu usnadní žití [Autrata, Vančurová 2002: 220; SONS 2002–2015].

Každý resort (školství, zdravotnictví, sociální věci atd.) má trochu odlišné dělení zrakově postižených a jejich zrakových vad. Některé odvětví vymezují ještě kategorie – osoby se zbytky zraku, která podle Štréblové zaujímá v ČR samostatnou skupinu osob, která se řadí mezi osoby slabozraké a osoby nevidomé. Osobou se zbytky zraku označujeme člověka s viděním v rozsahu těžké slabozrakosti až praktické slepoty. Z oftalmologického hlediska bývají též řazeny k nejtěžší slabozrakosti nebo přímo k nevidomým osobám (kam je například řadí Německo či USA) [Štréblová 2002: 33]. „Osoby se zbytky zraku jako kategorie zrakově postižených jsou děti, mladiství a dospělí, jejichž vada zraku spočívá ve vadě nebo poruše zrakového rozsahu, že dochází k postižení zrakového vnímání na stupni zbytku zraku.“ [Flenerová 1985: 13] U takto postižených osob se objevuje velmi vysoké omezení orientace v prostoru, stejně tak závažné omezení ve správném vytváření zrakových představ. Problém se dostavuje i při nemožnosti používat a číst texty s běžnou velikostí písma. Jejich zrakové schopnosti jsou výrazně snižené, omezené až úplně znemožněné [Štréblová 2002: 25, 33].

3.3 Klasifikace podle WHO

Závažnost zrakového postižení podle oftalmologického vyšetření a podle mezinárodní stupnice zavedené organizací WHO (World Health Organization) je klasifikována do 5 kategorií (více viz obr. 4):

- kategorie 1: střední slabozrakost
- kategorie 2: silná slabozrakost
- kategorie 3: těžce slabý zrak
- kategorie 4: praktická nevidomost
- kategorie 5: úplná nevidomost [SONS 2002–2015].

Zmínění klasifikace dělí osoby se zrakovým postižením do kategorií dle stupně jejich vady. Tyto kategorie pro nás budou výchozí a stěžejní.

3.4 Zrakové vady podle příčiny vzniku

Nyní v krátkosti představíme zrakové vady podle příčiny vzniku, které jsou buď *vrozené* či *získané*. Zrakovou vadou je chápán stav, kdy zrakové ústrojí neplní svou funkci, nebo jí plní jen omezeně.

a) **Vrozené a dědičné** – etiologie může být různá, mohou vzniknout v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. „Vrozené vady jsou způsobeny patologickými noxy, jež zapříčiňují různé vývojové anomálie oka.“ [Hamadová, Květoňová, Nováková 2007: 24]. Nalezením příčiny vyvolávající příslušnou poruchu organismu (tzv. noxy), budeme moci určit i projev anomálie. Mezi hlavní příčiny vývojových vad oka patří exogenní a endogenní příčiny.

- **Exogenní** – jsou způsobeny fyzikálními, chemickými či mechanickými poruchami organismu, poruchami výživy a metabolismu matky. Většina anomálií vzniknou následkem chorobných změn plodu, které

vznikly vlivem onemocnění matky (rubeola, toxoplazmóza⁹, někdy stačí i virové onemocnění bez výraznějších vnějších projevů). Další působení může být nesprávné chování matky, např. užívání alkoholu a tabákových výrobků během těhotenství. V perinatálním stádiu vývoje může dojít k poruše v důsledku hypoxie (nedostatku kyslíku), např. při dlouhotrvajícím porodu. Velmi těžké postižení zraku může nastat u nedonošených dětí, které byly delší čas v inkubátoru, což může vést ke vzniku retinopatie nedonošených, nebo-li patologickým změnám sítnice zapříčiněné vlivem tlaku kyslíku v inkubátoru. Po prodělání zarděnek v období těhotenství může u dítěte vzniknout katarakta (šedý zákal). Exogenní vlivy dále mohou zapříčinit anoftalmus, mikroftalmus, barvoslepost, aniridie (absence nebo anomálie duhovky), afakie (chybění čočky v oku) a achromatopsie (snížená zraková ostrost, mimovolné pohyby očí, porucha barvocitu a dítě je světloplaché, což znamená, že lépe vidí v šeru, jelikož ho i běžné denní světlo oslňuje) a další.

- **Endogenní (dědičné)** – za dědičné vady lze označit ty vady, kterými trpěl nebo trpí někdo z rodiny a jsou geneticky prokazatelné. Endogenní příčiny tvoří přibližně 20% vrozených vad. V prenatalním období vlivem dědičnosti může vzniknout např. šeroslepost (může být i vrozená, která vzniká v důsledku pigmentové degenerace na sítnici; ale i získaná), mezi další vady, které sem spadají, jsou např. těžká krátkozrakost, astigmatismus (porucha vidění vyvolaná nesprávným zakřivením rohovky), retinoblastom (jedná se o nejzávažnější dědičné onkologické onemocnění dětského věku, nádor vzniká na sítnici), konkomitující šilhání (doprovodné či průvodné šilhání), vrozený glaukom (zelený zákal), vrozený šedý zákal, albinismus a další

⁹ Rubeola = zarděnky, toxoplazmóza = parazitární nemoc přenosná ze zvířat na člověka [ABZ 2005–2015].

[Hamadová, Květoňová, Nováková 2007: 24–25; Moravcová 2004: 59–62, 76–77; Vágnerová 1995: 13].¹⁰

b) **Získané** – etiologie získaných vad je možná dvěma způsoby, mohou vzniknout v důsledku působení celkových chorob nebo jako následek úrazu.

- **Důsledek nemoci** - Nejčastější onemocnění, které působí na vznik očního postižení je účinek metabolického onemocnění cukrovky (diabetes mellitus) – diabetická retinopatie – je nejčastějším cévním onemocněním sítnice, ke změnám tedy dochází především na sítnici, ale může se vyskytnout i šedý zákal. Tyto komplikace významně ovlivňují schopnost vidění. Další choroby působící na stav oka jsou revmatické onemocnění, anginy, tuberkulóza, roztroušená skleróza. Se stářím se pak objevuje pokles zrakové ostrosti. Věchozrakost (presbyopie) postihuje osoby po 45. roku věku. Její příčinou bývá „skleróza oční čočky“. Projevuje se obtížemi při čtení na blízko, které souvisí se sníženou elasticitou čočky (a tím schopnosti zaostřit). Nedostatkem vitamínu A, otravou a onemocněním jater souvisí získaná šeroslepost (která v jiných případech bývá vrozená či dědičná). Degenerace oční sítnice (věkem podmíněná makulární degenerace) – jde o vadu podmíněnou věkem, objevuje se většinou u lidí po 60. roce života). Porucha může končit i slepotou. Dochází ke změnám přímo v centru sítnice, v tzv. žluté skvrně, která je nejdůležitější pro vidění. Zrak postupně slábne a může to dojít až k praktické slepotě. Onemocnění se nejprve objeví na jednom oku a u druhého oka se objeví během několika let. Rozlišují se dvě varianty – suchá atrofická forma a vlhká, exsudativní forma. A v neposlední řadě vznikají získané oční vady také v závislosti na přidružení civilizačních chorob.

¹⁰ Více o jednotlivých vadách, např. viz Moravcová 2004: 58–83. Další popis nejčastějších zrakových poruch a onemocnění v dětském věku viz Vágnerová 1995:11–37 či Aufrata, Vančurová 2002.

- **Důsledek úrazu** – zrakový handicap může vzniknout i v důsledku úrazu. Můžeme hovořit o poranění oka, zrakového nervu nebo zrakového centra. Celá řada úrazů se stane např. při autonehodách, práci, při manipulaci s pyrotechnikou atd. Častokrát však samotný úraz není tak závažný oproti tomu, jaké komplikace mohou nastat při hojení. Při zasažení jednoho oka může dojít k přenosu nemoci do druhého zdravého oka apod. Na základě hrozby přenosu se lidem doporučuje vynětí postiženého oka (enukleace), člověk se pak stává jednookým. Do očnice se umístí oční protéza a z estetického hlediska nevzniká žádná komplikace. Problém však vzniká z hlediska funkce, jelikož má pouze jedno oko vidící, přichází o prostorové vidění, s čím může souviset i neschopnost vykonávat stávající práci. Úrazy oka bývají velkým zásahem pro člověka, často vedou k závažným mnohdy celoživotním následkům na psychiku člověka. Jedná se o pouřazové stavy, kdy se může projevit posttraumatická katakarta (šedý zákal) a další. Poranění vzniká na základě různých vlivů:

- mechanické vlivy: vypíchnutí, vniknutí cizího tělesa do oka, řezná, sečná bodná rána, zvýšený nitrooční či nitrolebeční tlak.
- chemické vlivy – poleptání chemickými látkami, popáleniny, staré léky.
- fyzikální vlivy – světelné, ultrafialové, rentgenové paprsky, blesk, popálení, ozáření [Květoňová-Švecová 2000: 33–34; Hamadová, Květoňová, Nováková 2007: 25; Moje rodina 2005–2008].

3.5 Zrakové vady podle zasažené funkce zraku

Zrakové vady se dále dělí podle toho, jaká oblast zrakových funkcí je porušena. „Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu.“ [Květoňová-Švecová 2000: 18] Oblasti poruch zrakového vnímání jsou:

a) **ztráta zrakové ostrosti** – lidé s touto poruchou nevidí zřetelně a mají obtíže s rozlišováním detailů. Jedná se o *refrakční vady*¹¹ – hypermetropie (dalekozrakost – lidé neostře vidí blízké předměty), myopie (krátkozrakost – nejčastější oční dioptrická vada, lidé nevidí dobře do dálky), astigmatismus (zakřivení čočky); *slabozrakost*, *nevidomost* – praktickou, skutečnou, úplnou – o nichž už jsme hovořili výše.

b) **narušení zorného pole** – způsobuje omezení viděného prostoru. U dětí špatně měřitelné, mohou se současně projevit obtíže s rozlišováním barev, zhoršovat se vidění za šera a při adaptaci na změnu osvětlení.

c) **okulomotorické poruchy** – nastávají při vadné koordinaci pohybu očí (*strabismus* = šilhavost, *amblyopie* = tupozrakost, *nystagmus* = mimovolní trhavé, rytmické pohyby očí). Obtíže s přesně mířenými pohyby a s uchopováním předmětů. Tupozrakost a šilhavost se z pohledu speciální pedagogiky dá zařadit ještě mezi zrakové vady funkční, tj. poruchy binokulárního vidění.

d) **problémy se zpracováním zrakových podnětů**, vjemů – *kortikální slepota* (poškození zrakových center v kůře mozku). Problémy s interpretací zrakové informace a propojením s dalšími smyslovými vjemy při vytváření zrakového obrazu.

e) **postižení kvality zrakového vnímání** – *barvoslepost* (červená protanopie (úplná), protanomalie (částečná); zelená deuteranopie, deuteranomalie; modrá tritanopie, tritanomálie; monochromatismus; achromazie); *šeroslepost* (nedostatečná adaptace na snížené osvětlení)¹²

¹¹ Refrakční vada je stav, kdy dochází k nepoměru mezi lomivostí osy a jeho délkou, je to vada zraku, při které se obraz vytváří za úrovní sítnice [Moravcová 2004: 79].

¹² Červená protanopie = porucha barvocitu, omezená schopnost až neschopnost vnímat červenou barvu, resp. červené světlo; protanomálie = menší míra závady či poruchy ve vnímání a rozeznávání červené nebo zelené barvy; zelená deuteranopie = druh částečné barvosleposti, snížení schopnosti až neschopnost vnímat zelenou barvu, deuteranomálie = menší míra závady či poruchy ve vnímání zelené; modrá tritanopie = velmi vzácná porucha vnímání modré barvy, modroslepota, omezená schopnost vidět modrou barvu; tritanomálie = menší míra závady či poruchy rozeznávání modré barvy; monochromatismus = pigment jen pro jednu barvu, v jejíchž odstínech vnímá (monochromat pro barvu modrou,

[Moravcová 2004: 59; Novohradská 2013: 43–44, 46–48, Květoňová-Švecová 2000: 17–19; Štréblová 2002: 24; Tyflokabinet 2015].

Výše uvedené přehledy prezentují pouze zlomek z širokého spektra očních onemocnění, nicméně se jedná o výčet nejfrekventovanějších poruch a pro naši práci je více než postačující.

4 JINÝ POHLED NA POSTIŽENÍ

Jedním z atributů zdravotního postižení je různost a rozmanitost, z čehož vyplývá, že nelze stanovit univerzálně platnou definici, která by zahrnovala vše typické a vyhovující všem. Antropoložky Faye Ginsburg a Rayna Rapp vymezují postižení jako silně relační kategorii. Je utvářeno sociálními podmínkami a zdůrazňují, že to co „my“ považujeme za postižení je v různých sociokulturních podmínkách však vysoce variabilní [Ginsburg, Rapp 2013: 53]. Většina definic postižení a vymezení lidí s postižením¹³ jsou nicméně definované z majoritní, mocenské pozice a jsou orientovány primárně na vady, neschopnosti či nedostatky. Je potřeba si ovšem uvědomit, že člověk s postižením je stále a především člověk, osobnost a jeho postižení by mělo být až druhotné. Stále je to jedinec jako každý jiný, který musel změnit styl života, naučit se mnoho věcí znovu, aby mohl žít „plnohodnotný“ život. Kolářová k tomu „(...) razí heslo ‚člověk především‘ (*people-first*), (které – pozn. autora) se vymezuje vůči tendencím redukovat jedince na jeho či její ‚hendikep‘“ [Kolářová 2011: 59; zvýraznění v originále]. Lze tedy říci, že chybný není jedinec, nebo jeho postižení, ale traumatizující je prostředí. U člověka s postižením by se měly vyzdvihovat a stavět na první místo jejich přednosti, neporušenou část jejich schopností, místo jejich postižení a disaptibilit¹⁴. Takováto vymezení „(...) staví problém na stranu jedince s postižením a pomíjí situace, kdy důvod jeho ztíženého sociálního fungování nespočívá primárně v postižení na úrovni těla (*impairment*) či osobních dispozic, nýbrž v bariérách prostředí“ [Krhutová 2013: 20], jež představují architektonické, psychologické a sociální překážky, které brání postiženým v integraci do veřejného života. Z takto formulovaných definic lze nabýt dojmu, že definice staví problém na stranu jedince a již pomíjí situaci sociální diskriminace. Jde o „fakt

¹³ Převážně i definice, které jsem využila v kapitole 1. Jsou to definice vycházející ze speciální pedagogiky, sociální práce a psychologických a zdravotnických oborů. Proto je potřeba se na definici zdravotního postižení podívat z pozice antropologie.

¹⁴ Disaptibilita – snížení, omezení nebo nemožnost vykonávat normální činnosti [Jesenský 2000: 60].

a způsob omezování nebo poškozování určitých (...) **společenských skupin** v jejich právech a nárocích“ [Linhart et al. 1996: 213; zvýraznění v originále]. Projevuje se jako omezení či odmítnutí práv postiženým osobám (v našem případě), opírá se o stereotypy a předsudky o těchto lidech, může docházet k bránění jejich seberealizaci či přístupu k povolání, práci atp. a vytváření nerovných podmínek v oblasti právní, politické a hospodářské. Velký sociologický slovník dále uvádí, že „(k)aždé soc. znevýhodnění se může proměnit v diskriminaci, tedy v záměrné vnější omezování možností a realizace potřeb. [Linhart et al. 1996: 213] Kulturní geografka a antropoložka Devva Kasnitz s Russellem Shuttleworthem, který se věnuje disability studies, zastávají názor, že zdravotní postižení existuje tehdy, když lidé pociťují diskriminaci na základě vnímaných funkčních omezení. Postižení nemusí být handicap či znevýhodnění, vše pramení ze závislosti na řízení společenské diskriminace a internalizovaného útlaku [Kasnitz, Shuttleworth 2001].

4.1 Disability studies

Obor disability studies se v cizině etabloval od 80. let minulého století [Krhutová 2013: 10] a zatímco definice vycházející z oborů sociální práce, speciální pedagogika, psychologie, terapeutických, medicínských, klinických přístupů atp. se tento nový interdisciplinární vědní obor snaží hledat nestigmatizující alternativy, jak zacházet s postižením a jeho snaha je rovněž narušit sémantické prevalence¹⁵ problematičnosti a samozřejmosti pojmu postižení. Jednou z klíčových strategií k uznání lidí, jejichž těla se vymykají majoritní ideji „normality“ a „přirozenosti“, je zasazena v jazyce, je proto velmi důležité, aby osoby stigmatizované přídomky jako „invalidní“, „abnormální“, „neschopní“, „retardovaný“ atp.

¹⁵ Prevalence v biologii znamená převládání, převaha některých znaků, vlastností či charakteru bytosti nad znaky jinými [Klimeš 1981: 555]. V případě této práce je prevalence braná z hlediska převažování negativních pocitů, myšlenek a pojmenovávání lidí, kteří mají nějaké postižení.

byli uznány a zrovnoprávněny. Není snadné „(...) překročit minoritní perspektivu dominující v současnosti společenským debatám o ‚postižení‘ a hendikepu“ [Kolářová 2011: 30]. Je složité proměnit způsob nahlížení na lidi s tělesnou nebo mentální jinakostí, znevýhodněním a zbavit se negativního českého přídomeku „postižení“, ale i tato práce s tímto pojmem pracuje, využívá k vysvětlení i další, jako např. „vada“, „jinakost“, „porucha“, ale nikterak nechce vysílat negativní či stigmatizující světlo, které by pramenilo z tělesné nebo mentální poruchy.

Pojmem „disabilita“ se často raději nepřekládá, aby nezískal skrze jazyk negativní konotace, primárně není orientován na člověka jako jedince s postižením, avšak je zastřešujícím výrazem pro překážky, které jsou chápány jako důsledek společenských podmínek. Jelikož jak již bylo naznačeno, v různých definicích „(...) je pravidlem, že ‚zdravotně postižený‘ je definován postižením, člověk a postižení splývá v jedno“ [Krhutová 2010: 51], čemuž se snaží disability studies zabránit nebo spíše předejít. Na základě kritických a konstruktivistických paradigmat má sloužit sociální změně, chce „(...) narušit hegemonní způsoby uvažování o formách, funkcích a vzhledu těl, tělesnosti jako proměnlivé, nedokonalé, neovladatelné a neuspořádané“ [Kolářová 2010: 15]. Ján Jesenský do své definice nezahrnuje hledisko bariérovosti společenských okolností a pojmem „disabilita“ rozumí omezení, snížení až znemožnění některých fyzických, psychických či sociálních funkcí a činností vykonávat „normální“ lidské činnosti. Opakem je pojem „abilita“ jako schopnost, zdatnost, dovednost, způsobilost, obratnost atp., kterou ve vztahu k postižení chápe jako schopnost vykonávat činnosti určitým způsobem a rozsahu, v jakém jsou u člověka považované za „normální“ [Jesenský 2000: 59–60]. Mezinárodní klasifikace WHO do definice „disability“ zahrnuje kromě faktoru těla také i hledisko společenských podmínek. „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni *těla, jedince* nebo *společnosti*, která vznik, když se člověk se svou *zdravotní kondicí* setká s *bariérami prostředí*“ [Krhutová 2000: 52; zvýraznění v originále].

Disability studies je interdisciplinární a multiparadigmatický obor, který integruje vědecké poznatky z různých disciplín, zejména sociologie, historie, práva, ekonomie atp. a významnou roli na poli disability studies hraje i antropologie [Krhutová 2013: 11]. Lze říci, že právě antropologie zaštiťuje teoretický rámec pro studium postižení a znevýhodnění. Oblast zdravotního postižení přitahuje antropology, protože se jedná o sociálně a kulturně konstruovanou kategorii, která má významné dopady na to, jak různě společnost rozděluje svoji moc. Antropologický přínos pochází jak z kulturní, tak lékařské antropologie. Její teorie ovlivnily veřejné diskuse o zdravotním postižení se zaměřením na kulturní pojetí postižení [Kasnitz, Shuttleworth 2001; Reid-Cunningham 2009: 99]. Znevýhodnění (*disabilita*) je hluboce relační kategorie, je utvářeno sociálními podmínkami, které vylučují plné zapojení do společnosti. Je důležité si uvědomit, že to, co je považováno za postižení, je v různých sociokulturních prostředích vysoce variabilní. Řady fyzikálních a behaviorálních rozdílů jsou vykazovány ve všech společnostech, ale reakce na tyto rozdíly se velmi liší mezi kulturami a komunitami [Reid Cunningham 2009: 100; Ginsburg, Rapp 2013: 54]. Stejné postižení nemusí nutně ve všech kulturách vést k funkčním omezením. David B. Hershenson uvádí příklad s epilepsií, kdy říká, že v některých kulturách může být epilepsie viděna jako božský dar („druhý pohled“), spíše než jako potenciálně nebezpečné postižení [Hershenson 2000]. Lidé si určitá postižená vysvětlovali po svém, např. nevidomým bývala přisuzována jakási zvláštní schopnost „šestý smysl“ a atributy s nádechem nadpřirozena [Goffman 2003: 13].

„Člověk s postižením je vnímán jako ‚nemocný a nezdravý‘ jedinec, je definován postižením. Model je založen primárně na vadě, postižení, funkčním limitu, patologii, předjímá závislost člověka s postižením na rozhodnutí jiných bez možnosti jeho přímé účasti či podílu na rozhodování. Charakteristickým principem je *rozhodování z pozice moci*, paternalistický a protektorský postoj.“ [Krhutová 2010: 54; zvýraznění v originále] Takto je charakterizován medicínský model

postižení na základě tzv. starého paradigmatu.¹⁶ Lidé s postižením jsou často společností vnímáni jako nemocní či nezdraví, ale oni sami se tak necítí. Svůj handicap nepovažují za nemoc.

¹⁶ Více o medicínském modelu viz Brading, Curtis 1999; Hiranadani 2005.

5 (RE)SOCIALIZACE

Socializací chápeme „celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kulturu a začleňuje se tak do společnosti.“ [Průcha, Walterová, Mareš 2003: 216] V situaci lidí později osleplých se dá hovořit spíše než o slovu socializace o pojmu resocializace, neboli znovuuvedení do společnosti či znovuzачlenění jedince do „normální“, majoritní společnosti. „Za určitých okolností může u dospělých jedinců docházet k **resocializaci**, která je charakterizována rozpadem dosud přijímaných hodnot a vzorců chování (...)“ [Giddens 1999: 58; zvýraznění v originále], po němž následuje přijetí nových. U lidí, kteří nebyli nevidomí od narození, se lze setkat s opětovnou socializací, jinak řečeno, „(...) socializace u jedince, který podobným procesem již jednou prošel [Linhart et al. 1996: 924]. I když socializace probíhá po celý život, nejdůležitější je v období dětství a mládí, kdy se člověk učí sociálním rolím, osvojuje si hodnoty a normy. V těchto etapách se jedná o socializaci primární, jež se odehrává především v rodině a následně o socializaci sekundární „(...) ve které si dospívající, který už je hotovou osobností a internalizoval vnější svět, osvojuje společenské hodnoty a vlastní sebepojetí – *self-image* [Jandourek 2012: 209; zvýraznění v originále]. Jako poslední se uvádí socializace terciální, která navazuje na předešlé dvě a trvá po celý život. Jedinec se učí dostát novým požadavkům, např. v zaměstnání, manželství, ale např. i z důvodu zdravotní situace člověka, kdy u něho může nastat nová společenská situace. V důsledku úrazu či nemoci, kdy člověk přestane vidět, se mění jeho život, s čímž mohou souviset mnohé obtíže.

Resocializace a s ní spojený i proces přijetí své vady zraku je velice individuální. Na základě výzkumu jsem došla k závěru, že nelze jednoduše a jasně říci, kdy člověka můžeme považovat za znovu začleněného do společnosti. Prvním předpokladem je akceptace vady, od níž se odvíjí další činnosti. Každému člověku k sebevyrovnaní

dopomůže něco jiného, někomu příbuzní, jinému např. vodící pes. Jedná se o subjektivní záležitost, u které významně hraje roli, kdy se vada objevila a v jakém rozsahu. Zda se člověku „pouze“ zrak zhoršil, což mohlo přicházet postupně a dotyčná osoba tak měla možnost se s tím postupně sžívat. Horší varianta je, když člověk oslepne úplně a bez předchozího upozornění.

Důležitou roli při resocializaci postižených hraje i doba, ve které žijí. Dnes se na ulici běžně setkáme s vozíčkářem, člověkem s bílou holí nebo s vodícím psem či mentálně postiženým. Lidé z mladé generace si však často neuvědomují, že tomu tak kdysi nebylo. Za dob socialismu, kdy žili naši rodiče a prarodiče, tomu bylo jinak, ať už v oblasti viditelnosti lidí s postižením běžně na ulicích, se vzděláním, pracovním zapojením nebo např. těhotenstvím postižených. Celkově lze říci, že společnost k lidem s postižením přistupovala jinak než dnes. Lidé o žití za socialismu většinou razí dvě teze, buď byli spokojeni, což argumentují, že „všichni měli práci a museli pracovat, všichni měli i bydlení. Studenti po škole měli uplatnění.“ Jako další pozitivní atribut doby je vnímána myšlenka, že si v této době nikdo nic nezáviděl atp. Druhý názor je opačný, „za komunistů se žilo špatně, kdo něco měl, tomu to sebrali a už nevrátili; nesmělo se cestovat; strach před brutální silou; nerovné možnosti v dostání se na vysokou školu; nesmělo se vyčínat z řady.“ Tyto dvě obecně vžité představy znázorňují značnou ambivalentnost v pohledu, jak se za socialismu opravdu žilo. Nikdo si však neuvědomuje, jak se žilo lidem s postižením a jaký je jejich pohled na tuto dobu.

5.1 Akceptace vady

„Není jednoduché vyznat se, vědět něco naprosto jistě, mít evidenci o tom, že žijeme správně. Tato nejistota nás provází denně“ [Hogenová 2002: 7], a to jak zdravého člověka, tak tím více člověka, kterého v životě potkala změna, která mu narušila jeho dosavadní žití. Pro lidi později osleplé (což se ale týká samozřejmě všech postižení) je proto velice

důležité akceptovat svoji vadu, přijmout ji za svou, jelikož se jejich zrak již nenavráťí, a proto je „jednodušší“ se s tímto údělem smířít, aby znovu mohli jasně myslet na své žití ve světě.

„Když se změnil zdravotní stav, změnil se i život. Nic jiného nezbyde. Já jsem se s tím nevyrovnal, ale přizpůsobil jsem se tomu. Chuť do života mě vedla.“

pan Martin, 62 let, úplná slepota

Osobnost člověka je spoluutvářena jak pod vlivem společenských vztahů a meziosobních kontaktů, tedy společenskou podstatou, ale stejně tak pod vlivem biologickým, tedy tělesnými vlastnostmi daného člověka. Tím spíše to platí pro jedince se zdravotním postižením či s tělesnou výjimečností v jeho akceptování svého postižení, v našem případě v přijetí zrakové vady [Čálek 1991: 9].

Snahou všech lidí, kteří mají nějaký defekt, je akceptace své vady, smíření se s ní a s tím spojené životní znovupřizpůsobení. Přijetím defektu – ztráty zraku se dotyční snaží osvojit všechny podstatné zbývající životní možnosti a zohlednit všechny omezení, která s sebou postižení přináší. Veškeré úsilí má směřovat k tomu, aby byl nevidomý člověk co nejvíce soběstačný a nezávislý na svém okolí. U osob se zrakovým postižením je důležité, kdy ke zhoršení, či ztrátě zraku došlo. Práce se věnuje lidem, kteří oslepli v dospívání a převážně lidem osleplým až v dospělosti. Tito lidé mají znalosti, zkušenosti a dovednosti z doby, kdy viděli a většinou určité činnosti dobře znají nebo mají o nich aspoň nějaké povědomí, ví, jak to v jejich okolí vypadá atd., což se jim stává do určité míry výhodou oproti lidem slepým od narození. S trochou nadsázky se dá říci, že teď už jen zbývá naučit se to, co znali, dělat poslepu [Čálek et al. 1991: 44, Murphy 2001: 24, Schindlerová 2007: 15–17].

6 ZÁVĚR

Práce na téma stigmatizace a (re)socializace nevidomých je založena na kvalitativním výzkumu, v rámci něhož byly jako základní metody sběru dat zvoleny polostrukturované rozhovory a pozorování. Rozhovory byly vedeny s třinácti informátory, kteří přišli o zrak v průběhu života z různých důvodů – ztráta zraku následkem nemoci, jako příčina úrazu (autonehoda, výbuch), v důsledku nevhodného zaměstnání (zahradnice), následek pozdní operace při nádoru mozku atp. Polostukturované rozhovory sledovali informátorův životní příběh. Místo rozhovorů bylo stanoveno na základě preferencí informátorů. Pozorování probíhalo během jednoho roku, a to při mnohých doprovodech nevidomých (na nákup, k lékaři, na poštu, úřad, kurzy atp.), při různých výletech či týdenní rekondici, kdy jsem sledovala majoritní společnost, jak k lidem se zrakovým postižením přistupuje, jak s nimi jedná a celkově, zda je vůbec registruje. Své poznatky z terénu jsem se snažila reflektovat s výpověďmi z rozhovorů – jak sami nevidomí vnímají přístup společnosti k nim. Nevidomé informátory jsem měla možnost sledovat i v jejich domácím prostředí a zjišťovat, jak zvládají pohyb a různé činnosti v bytě.

7 ZDROJE

7.1 Literatura

Autrata, R., J. Vančurová. 2002. *Nauka o zraku*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Čálek, O. et al. 1991. *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Čálek, O. 1978. *Možnosti přizpůsobení na oslabení nebo ztrátu zraku v dospělosti*. Praha: Svaz invalidů.

Flenerová-Wagnerová, H. 1985. *Kapitoly z tyflopédie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Giddens, A. 1999. *Sociologie*. Praha: Argo.

Ginsburg, F., R. Rapp. 2013. „Disability World.“ *The Annual Review of Anthropology* 42(1): 53 - 56.

Hamadová, P., Květoňová, L., Nováková, Z. 2007. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělání*. Brno: Paido.

Hogenová, A. 2002. *Kvalita života a tělesnost*. Praha: Karolinum.

Jandourek, J. 2012. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada.

Jesenský, J. 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum.

Keblová, A. 1996. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha: Septima.

Klimeš, L. 1981. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

Kolářová, K. 2011. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Krhutová, L. 2010. „Teorie a modely zdravotního postižení.“ *Sociální práce/Sociálna práca* 10 (4): 49–60.

Krhutová, L. 2013. *Úvod do disability studies*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Květoňová-Švecová, L. 2000. *Oftalmopedie*. Brno: Paido.

Linhart, J., M. Petrusek, A. Vodáková, H. Maříková. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

Moravcová, D. 2004. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton.

Murphy, R. F. 2001. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství.

Novohradská, H. 2013. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita.

Novosad, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.

Reid-Cunningham, A. R. 2009. „Anthropological Theories of Disability.“ *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 19 (1): 99–111.

Renotiérová, M., L. Ludvíková, et al. 2005. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého.

Shildrick, M. 2011. „Mimo řád: genealogie zrůdnosti.“ *Dějiny – Teorie – Kritika* 2: 189-202.

Schindlerová, O., K. Gůrová. 2007. *Na ruce si nevidím: praktické dovednosti pro život se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik.

Slowík, J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.

Šlesingerová, E. 2004. „Žádoucí těla, paměť a vymístění.“ *Sociální studia* 2: 93-105.

Štréblová, M. 2002. *Poznáváme svět se zrakovým postižením: úvod do tyflopédie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně.

Vágnerová, M. 1995. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum.

7.2 Elektronické zdroje

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: achromázie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=achromazie.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: deuteranopie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/deuteranopie>.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: protanomalie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=protanomalie.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: protanopie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=protanopie.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: rubeola“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=rubeola.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: toxoplazmóza“. [online]. [cit. 11. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=toxoplazm%C3%B3za+.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: tritanomálie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=tritanom%C3%A1lie.

ABZ slovník cizích slov. 2005–2015. „Pojem: tritanopie“. [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=tritanopie.

Bubeníčková, H., P. Karásek, R. Pavlíček. 2012. „Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením“. [online] Brno: TyfloCentrum Brno, o. p. s. [cit. 14. 02. 2015]. Dostupné z: <http://pomucky.blindfriendly.cz/>.

Kasnitz, D., R. P. Shuttleworth. 2001. „Introduction: Anthropology and disability studies.“ [online] *Disability Studies Quarterly* 21(3): 2–17 [cit. 28. 03. 2015]. Dostupné z: <http://dsq-sds.org/article/view/289/327>.

Moje rodina. 2005–2008. „Poruchy zraku.“ [online]. [cit. 12. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.moje-rodina.cz/tema-tydne/poruchy-zraku>.

Schindler, R. 1997. „Zrakové vady – Hodnocení vizu.“ [online]. [cit. 13. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/viz.htm>.

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS). 2002–2014. „Kdo je zrakově postižený.“ [online]. [cit. 10. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>.

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS). 2002–2014. „Klasifikace zrakového postižení podle WHO.“ [online]. [cit. 09. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>.

Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. 2015. „O zrakových vadách.“ [online]. [cit. 09. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/zrak.htm>.

Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. 2015. „Úvod.“ [online]. [cit. 09. 02. 2015]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/index.htm>.

8 RESUMÉ

The main topic of this work is the problems of the „disabled“, specifically people with sight handicap. The most common definition of disability comes from fields as social work, special pedagogy, therapeutical and medicine approaches, which often carries negative connotations. This work hence tries to use anthropological point of view, supported by anthropological theories and theories from the field of disability studies, which are influenced by social and cultural anthropology. This position is to foreshadow non-stigmatizing alternatives, how to use the term „disability“ and then I try to relativize the notion of looking at disabled people as „different“, „abnormal“, sick and so forth.

This work is divided into two parts. First one (theoretical) deals with determination of basic theories and conceptions connected to problems of the blinds (definition of the individual with sight problem; sight problem itself, body and bodiment, anthropological perspective on disability; stigma and stigmatization; resocialization etc.). Second part (practical) deals with characteristics of informants, methodology and data analysis. As methods semistructured interviews with blind people who lost their sight during their life were elected, and also participant observation of their everyday life, specifically forms of possible stigmatization from others. This observation was carried out during accompanying them to the doctor´s, on trips, while shopping and so forth.

9 PŘÍLOHY

E	1	6/60
F P	2	6/36
T O Z	3	6/24
L P E D	4	6/18
P E C F D	5	6/12
E D F C Z P	6	6/9
F E L O P Z D	7	6/6
D E F P O T E C	8	6/5
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L C F T D	11	

Obr. 1. Snellenovy optotypy (tabule). Dostupný na: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/zrak.htm>

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

Obr. 4. Klasifikace zrakového postižení podle WHO. Dostupný na:

<http://www.sons.cz/klasifikace.php>