

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Pavla Hůlková

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**PORADENSTVÍ U KLIENTŮ SE ZRAKOVÝM
POSTIŽENÍM Z POHLEDU ERGOTERAPIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

PLZEŇ 2013

(Místo pro zadání)

(Místo pro zadání – literatura)

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 27. 3. 2013

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Michaele Šrytové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Hůlková Pavla

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Poradenství u klientů se zrakovým postižením z pohledu ergoterapie

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Šrytrová

Počet stran: číslované 51, nečíslované 14

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 23

Klíčová slova: ergoterapie, kompenzační pomůcky, poradenství, zrakové postižení

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá využitím ergoterapeutického poradenství u klientů se zrakovým postižením. Práce se skládá ze dvou částí, z teoretické a praktické. Teoretická část je věnována popisu a klasifikaci zrakového postižení, dále ergoterapeutickému poradenství a kompenzačním pomůckám pro zrakově postižené. Praktická část je zaměřena na poradenství jako součást terapie. Jsou zde stanoveny cíle a hypotézy, které jsou ověřovány v praxi na základě spolupráce se čtyřmi klienty.

Annotation

Surname and name: Hůlková Pavla

Department: Department of physiotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Counselling for clients with vision disorder in the perspective of occupational therapy

Consultant: Mgr. Michaela Šrytrová

Number of pages: numbered 51, unnumbered 14

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 23

Key words: occupational therapy, mobility aids, counselling, visual impairment

Summary:

This thesis deals with the usage of occupational therapy counseling for clients with visual impairment. The work consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part elaborates the description and classification of visual impairment, occupational therapy counseling, and mobility aids for the visually impaired. The practical part focuses on counseling as part of the therapy. Objectives and hypotheses were set down, and practically tested in cooperation with four clients.

OBSAH

ÚVOD	10
1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ	11
1.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením	11
1.1.1 Charakteristika osob nevidomých	12
1.1.2 Charakteristika osob slabozrakých	12
1.1.3 Charakteristika osob se zbytky zraku	13
1.1.4 Charakteristika osob s poruchami binokulárního vidění	13
1.2 Klasifikace zrakového postižení podle WHO	14
1.3 Typy zrakových vad	15
1.3.1 Tupozrakost (amblyopie)	15
1.3.2 Šilhavost (strabismus)	15
1.3.3 Refrakční vady (myopie, hypermetropie, astigmatismus)	16
1.3.4 Nystagmus	16
1.3.5 Barvoslepost (daltonismus)	16
1.3.6 Šedý zákal (katarakta)	17
1.3.7 Zelený zákal (glaukom)	17
1.3.8 Světloplachost (albinismus)	17
1.3.9 Retinopatie	17
1.3.10 Pigmentová degenerace sítnice	18
1.3.11 Poruchy zrakové dráhy	18
2 PORADENSTVÍ V ERGOTERAPII	19
2.1 Poradenství u klientů se zrakovým postižením	20
2.1.1 Střediska rané péče	20
2.1.2 Speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené	20
2.1.3 Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých	21
2.1.4 Tyfloservis, o.p.s.	21
2.1.5 Tyflocentrum, o.p.s.	22
2.1.6 Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. 22	

2.2	Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené.....	22
2.2.1	Pomůcky pro domácnost.....	23
2.2.2	Pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb.....	23
2.2.3	Pomůcky pro práci s informacemi	24
2.2.4	Pomůcky pro volný čas a zábavu.....	26
3	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	27
4	HYPOTÉZY	28
5	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	29
6	KAZUISTICKÉ STUDIE.....	30
6.1	Kazuistika 1.....	30
6.2	Kazuistika 2.....	33
6.3	Kazuistika 3.....	37
6.4	Kazuistika 4.....	40
7	VÝSLEDKY	45
7.1	Výsledky kazuistiky 1	45
7.2	Výsledky kazuistiky 2	46
7.3	Výsledky kazuistiky 3	47
7.4	Výsledky kazuistiky 4	48
8	DISKUZE	49
	ZÁVĚR.....	51

ÚVOD

Zrak můžeme bezesporu považovat za jeden z nejdůležitějších a nejcennějších smyslů. Informuje nás o okolním prostředí a umožňuje nám bezpečnou orientaci v prostoru. Má rozhodující vliv na utváření představ, rozvoj paměti i řeči. Většina z nás považuje vnímání prostřednictvím zraku za samozřejmé. Bohužel význam tohoto smyslu člověk často ocení až v momentu, kdy o něj přijde.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace se dnes ve světě nachází 45 milionů nevidomých. Předpokládá se, že vlivem neustálého prodlužování délky lidského života, se toto číslo během následujících dvaceti let zdvojnásobí. Ztráta zraku, ať částečná či úplná, dokáže život člověku značně zkomplikovat. To však neznamená, že nadále nemůže žít dlouhý, plnohodnotný život. Život je přeci krásný, i když se na mnohé věci člověk nemůže podívat.

Důležité je, aby zrakově postižení v maximální míře spolupracovali s očními lékaři a aktivně se věnovali komprehenzivní tyflorehabilitaci. K procesu tyflorehabilitace neodmyslitelně patří také poradenství, které se odráží ve všech jejích složkách. Prostřednictvím poradenství může terapeut ovlivnit kvalitu života zrakově postiženého ve všech směrech.

Tato práce se věnuje poradenství z pohledu ergoterapie. Teoretická část má za úkol přiblížit čtenáři problematiku zrakového postižení a poradenství jako takového. Praktická část je zaměřena na využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené v oblasti sebeobsluhy. Cílem je dosáhnout maximální možné soběstačnosti ve vykonávání aktivit všedního dne, konkrétně sebeobslužných činností v kuchyni. Poradenství je klientům poskytováno individuálně a pomáhá najít nejvhodnější způsoby výkonu těchto činností.

Jak praví jedno české přísloví. Kdo chce, hledá způsoby, kdo nechce, hledá důvody.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Zrak můžeme bez nadsázky považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů. Zrakovou cestou člověk získává až 90% všech informací. Jakékoliv zrakové omezení může ovlivnit vývoj jedince i jeho další život. Nedostatky zrakových podnětů nebo dokonce jejich úplné vymizení se mohou stát příčinou sensorické deprivace, která velmi omezuje poznávací proces a jeho rozvoj. Z těchto důvodů je základem veškeré práce s osobou se zrakovým postižením individuální přístup. (Slowík, 2007; Renotiérová a kol., 2005)

„V tyflopédickém pojetí je za jedince se zrakovým postižením považována ta osoba, která po optimální korekci (např. medikamentózní, chirurgické, optické) své zrakové vady či poruchy má dále problémy při zrakovém vnímání a zpracování zrakového vnímaného v běžném životě.“ (Renotiérová a kol., 2005, s. 192)

Příčinou zrakového postižení může být vada nebo porucha v kterékoliv části zrakového ústrojí – tedy v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah spojujících oko s mozgovým centrem (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku. (Slowík 2007, s. 60)

1.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Oblast klasifikace osob se zrakovým postižením je stále nejednotná. V literatuře se setkáváme se spoustou kritérií, dle kterých lze tyto osoby rozčlenit. Zaměřme se na nejčastěji používaná kritéria a následné klasifikace.

Z hlediska doby vzniku zrakového postižení mluvíme o osobách se zrakovým postižením vrozeným či získaným. Z etiologického hlediska rozlišujeme osoby s vadou orgánovou či funkční. Z hlediska délky trvání dělíme zrakové postižení na akutní, chronické či recidivující. Podle stavu zrakové ostrosti stanovujeme normální zrak, slabozrakost a slepotu. Dále dle stupně postižení rozlišujeme čtyři kategorie osob se zrakovým postižením. Jedná se o osoby nevidomé, slabozraké, osoby se zbytky zraku a osoby s poruchami binokulárního vidění. Tato klasifikace je pro účely této práce nejužitečnější, proto se budeme jednotlivým kategoriím ještě podrobněji věnovat. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007; Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

1.1.1 Charakteristika osob nevidomých

„Osoby nevidomé jsou chápány jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem děti, mládež a dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty).“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 41)

„Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 1/60 až po ztrátu světlocitu. Nevidomost praktická je vymezena poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 1/60 – světlocit se správnou projekcí nebo omezeným zorným polem méně jak 5 stupňů kolem. Totální nevidomost (amaurosa) se pohybuje mezi zachovalým světlocitem s chybnou projekcí a ztrátou světlocitu. Etiologicky rozlišujeme nevidomost na vrozenou a získanou. U osleplých jedinců mají zachované zrakové představy v paměti významnou roli pro formování obrazového myšlení a prostorovou orientaci.“ (Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, s. 39)

Pro možnost maximálního rozvoje osobnosti nevidomého a utváření co nejdokonalejších představ o okolním světě je třeba, aby tito jedinci pracovali jak s nižšími kompenzačními činiteli, mezi které řadíme hmat, sluch, čich a chuť, tak současně i s vyššími kompenzačními činiteli, mezi které zejména patří myšlení, paměť, řeč, představivost a obrazotvornost. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

„Významnou roli v životě nevidomých osob hrají samozřejmě také kompenzační pomůcky, které jsou speciálně vyrobené pro potřeby těchto osob.“(Finková, 2011, s. 18)

1.1.2 Charakteristika osob slabozrakých

„Obecně v širokém pojetí je za slabozrakost považováno orgánové postižení obou očí, které i po optimální brýlové korekci činí jedinci problémy v běžném životě.“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 43)

„Dále je slabozrakost charakterizována jako nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně nebo je zorné pole zúženo na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost. Slabozrakost je odborníky dělena na lehkou a střední (6/18 – 6/60) a těžkou (6/60 – 3/60). K problémům se sníženým vizem se často přidružují problémy s poruchami zorného pole, objevují se skotomy (výpadky) v zorném poli.“ (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 37)

Slabozrakost se nepříznivě projevuje v rozvoji zrakového vnímání, kdy dochází k jeho snížení, omezení či deformaci. Slabozraké osoby často nepřesně vnímají předměty či jejich detaily, objevuje se i nedokonalá diferenciací barev, písmen, číslic

a dalších symbolických zobrazení a problémy se vyskytují i v oblasti prostorové orientace.

Práce s touto kategorií osob by měla být založena na využívání oslabeného zraku, na pravidelném střídání zrakové práce do blízka a do dálky a na využívání doplňkové optiky (lupy, turmony, atd.). Visuální nedostatky slabozrakých osob je třeba do určité míry kompenzovat zbylými smysly. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

1.1.3 Charakteristika osob se zbytky zraku

„Osoby se zbytky zraku představují skupinu na hranici mezi osobami slabozrakými a nevidomými. Vizus je snížený v rozsahu 3/60 – 1/60 nebo je zorné pole omezeno na 5 až 10 stupňů kolem centrální fixace. V některých případech je zraková vada ustálená, ale v jiných dochází k progresi nebo naopak k určitému zlepšení.“ (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 38)

Tito jedinci jsou výrazně limitováni v možnostech využívat zrak. Pro plnohodnotný rozvoj těchto osob je proto zapotřebí pracovat cestou tzv. dvojmetody. V praxi to znamená, že se jedinci učí číst a psát klasickým způsobem, ale zároveň si osvojují i Braillovo písmo. Dále je nutné, aby dodržovali zásady zrakové hygieny a využívali doporučených kompenzačních pomůcek. Prostorová orientace a samostatný pohyb činí těmto osobám velké potíže. (Finková, 2011)

1.1.4 Charakteristika osob s poruchami binokulárního vidění

Skupina osob s poruchami binokulárního vidění bývá označována za nejpočetnější. Tyto poruchy jsou specifikovány jako poruchy funkční a dělí se na tupozrakost (amblyopii) a šilhavost (strabismus). (Finková, 2011)

Binokulární vidění je získaná schopnost, která se začíná vyvíjet po narození s dozráváním sítnice a její žluté skvrny. Již v průběhu prvního roku života se vyvíjí reflex konvergence, schopnost zostřování předmětů, rozvíjí se mechanismy fúze a později i stereoskopického vidění. V průběhu prvních šesti let života postupně dochází k dalšímu zdokonalování, upevňování a stabilizaci jednoduchého binokulárního vidění.

Při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy na sítnici obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 46, 47). Lidé s těmito vadami mají potíže v prostorové orientaci, nejsou schopni plnohodnotně vnímat prostor.

Důležitá je včasná diagnostika těchto vad, a to zejména v předškolním věku. Následná medicínská a speciálněpedagogická péče umožní danou vadu zmírnit nebo odstranit. (Finková, 2011)

1.2 Klasifikace zrakového postižení podle WHO

Světová zdravotnická organizace dělí zrakové postižení do následujících pěti kategorií. (SONS ČR, 2002-2013)

Tabulka 1 – klasifikace zrakového postižení dle WHO

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 nevidomost 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 nevidomost ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Zdroj: SONS

Pozn.: „Míru zrakové ostrosti vyjadřuje hodnota tzv. vizu - např. při hodnotě vizu 6/60 je postižené oko schopno vidět na cca 6 m to, co nepostižené oko vidí na vzdálenost 60 m.“ (Slowík, 2007, s. 62)

Medicínský náhled na třídění může rovněž vycházet ze skutečnosti, která část zrakového analyzátoru je narušena. Právě toto členění uplatňuje WHO v rámci desáté decentní revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů:

H00 – H06 nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice

H10 – H13 onemocnění spojivek

H15 – H22 nemoci sklery, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa

H25 – H28 onemocnění čočky

H30 – H36 onemocnění cévnatky a sítnice
H40 – H42 glaukom
H43 – H45 onemocnění sklivce a očního bulbu
H46 – H48 nemoci zrakového nervu
H49 – H52 poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
H53 – H54 poruchy vidění a slepota
H55 – H59 jiné nemoci a oční adnex
(Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s 39, 40)

1.3 Typy zrakových vad

V literatuře se setkáváme s velkým množstvím nejrůznějších zrakových vad a poruch. V této kapitole se zaměříme na nejčastější z nich.

1.3.1 Tupozrakost (amblyopie)

„Tupozrakost je podstatné snížení zrakové ostrosti jednoho oka. Důsledkem je nedostatečný rozvoj binokulárního vidění. Postižené oko je postupně vyřazováno z činnosti, oslabuje se, uhýbá ze svého směru a stává se tupozrakým.“ (Keblová, 2001, s. 33) Terapie amblyopie je možná pomocí pleoptiky, což znamená výcvik tupozrakého oka tím, že vyloučíme lepší oko z vidění prostřednictvím okluze. Léčba je velmi úspěšná do pěti let věku, po desátém roce se pozitivní efekt téměř nedostavuje. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

1.3.2 Šilhavost (strabismus)

Šilhavost je porucha rovnovážného postavení očí. Osy očí při strabismu nejsou rovnoběžné, proto obrázky na sítnicích obou očí nevznikají na stejných místech. Při spolupráci obou očí tedy nemůže dojít k úplnému překrytí těchto obrazů a objevuje se tzv. diplopie, tedy dvojitě vidění. V důsledku nedokonalého překrytí obrazů na sítnici nevzniká prostorový vjem. Léčba strabismu musí být vždy komplexní a musí být započata včas. Léčebný postup se obvykle skládá z konzervativní a chirurgické terapie. Cílem konzervativní terapie je dosáhnout normální zrakové ostrosti obou očí, centrální fixace a optimálního stupně binokulárního vidění. Chirurgická léčba má docílit normálního paralelního postavení očí a zlepšit podmínky pro rozvoj binokulárního vidění. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

1.3.3 Refrakční vady (myopie, hypermetropie, astigmatismus)

Vady refrakce se u slabozrakých vyskytují jako součásti očních chorob, syndromů, ale i jako samostatné poruchy. Jedná se o vady lomivosti světelných paprsků v oku. Vady se obvykle korigují brýlemi nebo kontaktními čočkami.

Myopie (krátkozrakost) je jedna z nejpočetněji zastoupených zrakových vad. Myopie se klinicky dělí na lehkou krátkozrakost (myopia levis) do 3 dioptrií, střední krátkozrakost (myopia modica) do 6 dioptrií a těžkou krátkozrakost (myopia gravis) nad 6 dioptrií. První dva stupně nejsou komplikovány žádným onemocněním očního pozadí a nečiní jiné potíže, než je ostré vidění do dálky bez brýlí. Těžká krátkozrakost není již zrakovou vadou, ale chorobou. Sítnice takového oka je křehká a může dojít k jejímu odchlípení.

Opakem myopie je hypermetropie (dalekozrakost). Oko má do jisté míry schopnost vadu kompenzovat akomodací (zvýšením optické mohutnosti oka). Závažnou dalekozrakost je nezbytné korigovat včas brýlemi, aby se tak předešlo šilhání a tupozrakosti.

Astigmatismus zpravidla vzniká nepravidelným zakřivením rohovky nebo čočky. Tím vzniká na sítnici neostrý a nepřesný obraz viděného, a to jak při pohledu do dálky, tak i do blízka. Je to způsobeno tím, že se bod nezobrazí na sítnici jako bod, ale jako čárka. Astigmatismus se napравuje cylindrickými skly. (Keblová, 2001, s. 34-37)

1.3.4 Nystagmus

Pod pojmem nystagmus rozumíme bezděčné rytmické pohyby většinou obou očí zároveň v několika nebo ve všech pohledových směrech. Jistý druh nystagmu je fyziologický (např. při únavě), jiné, intenzivnější formy označujeme jako patologický nystagmus (zde je střední frekvence cca 250 kmitů za minutu). Nystagmus významně zhoršuje zrakovou ostrost a ztěžuje fixaci. Léčba u této poruchy neexistuje. Při práci je důležité, aby dotyčný častěji nahrazoval vizuální aktivity auditivními, nebo jinou prací, aby si „zrakově“ odpočinul. (Keblová, 2001, s. 38; Zrakové vady, 1999)

1.3.5 Barvoslepost (daltonismus)

Barvoslepost je porucha schopnosti rozlišovat anebo vnímat barvy. Může být částečná nebo úplná. U částečné barvosleposti je poškozeno vnímání červené a zelené barvy, méně obvyklá je porucha vnímání modré a žluté. „Úplná barvoslepost je vidění v odstínech od bílé přes různé odstíny šedi po černou. Může být provázena sníženou

zrakovou ostrotí nebo nystagmem.“ Osobám s touto vadou činí potíže ostré světlo, proto často nosí tmavé brýle a jiné pomůcky proti oslnění. (Keblová, 2001, s. 38)

1.3.6 Šedý zákal (katarakta)

Šedý zákal vzniká v důsledku degenerace a odumírání lamel a buněk čočky. Jedná se o zakalení čočky. Podle doby vzniku rozlišujeme tři typy šedého zákalu. Vrozený, poúrazový a šedý zákal spojený se stářím. Při šedém zákalu je zraková ostrost snížena, zrakové pole zůstává beze změn. „Zakalení čočky bývá jednostranné nebo postihuje obě oči. Doprovodným jevem jsou další patologické změny na postižených očích (šilhání, atrofie zrakového nervu, nystagmus). Často musí být čočka operativně odstraněna a nahrazena brýlemi nebo kontaktní čočkou.“ Poté je třeba rychle začít s výcvikem operovaného oka. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 28; Keblová, 2001)

1.3.7 Zelený zákal (glaukom)

Glaukom je onemocnění, většinou oboustranné, způsobné zvýšeným nitroočním tlakem. Ten zhoršuje cévní výživu zrakového nervu a tím vede ke zhoršení zrakové ostrosti a ke ztrátě periferního vidění. Objevují se výpadky v zorném poli. Postižený má potíže s orientací v prostoru. Při čtení obtížně zaostřuje, písmo vnímá jako vybledlé, slova jsou vzhledem k výpadkům zorného pole špatně čitelná. Medikamentózní léčba je velmi málo účinná, postupu onemocnění může zabránit včasný chirurgický zákrok, který se mnohdy musí opakovat. Toto onemocnění může končit i trvalou slepotou. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007; Keblová, 2001)

1.3.8 Světloplachost (albinismus)

Světloplachost je dědičná porucha, která je způsobena nedostatkem či dokonce chyběním pigmentu v duhovce oka a v sítnici. Duhovka nemůže clonit světlo a informace přijímané oslněnou sítnicí jsou zkreslené. Zraková ostrost je snížena, často se objevuje nystagmus a strabismus. Vada se koriguje pomocí slunečních brýlí, které snižují ostrost světla. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007; Keblová, 2001)

1.3.9 Retinopatie

Pojmem retinopatie označujeme patologické změny sítnice a jejích cév. Nejčastěji se setkáváme s retinopatií diabetickou a retinopatií nedonošených.

Diabetická retinopatie je jednou z komplikací diabetu prvního i druhého stupně. Jedná se o velmi závažný stav, který může dotyčnému způsobit trvalou slepotu. Příčinou je poškození drobných cév sítnice vysokou hladinou cukru. Dochází k narušení

stěny a zvyšuje se propustnost cév. Pokud dojde k prasknutí cévy, krev se vylíje do oblasti sítnice a dojde k nevratnému poškození. Zraková ostrost takto postižené osoby je pak snížena a v zorném poli se objevují výpadky. U tohoto onemocnění je častá i ztráta centrálního vidění. Hlavní prevencí je správná léčba diabetu a udržování hladiny cukru co nejbližší normálu. (Keblová, 2001; Diabetická retinopatie, 1999)

Retinopatie nedonošených je stále nejčastější příčinou slepoty u dětí. Jde o onemocnění předčasně narozených dětí, které byly umístěny v inkubátoru s nepřiměřenou koncentrací kyslíku. Ohrožené jsou všechny nedonošené děti narozené před 32. týdnem a s porodní hmotností nižší než 1500 gramů. V nezralé sítnici dochází k tvorbě nových cév, které velmi mohutní. To má za následek odchlípení sítnice, které může vést úbytkům zorného pole s následnou úplnou ztrátou vidění. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007; Retinopatie nedonošenců, 1999)

1.3.10 Pigmentová degenerace sítnice

Pigmentová degenerace sítnice je dědičné onemocnění, které postihuje hlavně tyčinky na periferii očního pozadí. Jedná se o nevléčitelné onemocnění, které začíná již v dětském věku jako šeroslepost. Dále se soustředně zužuje zorné pole, až u dotyčného nastane trubicovité vidění. Z tohoto důvodu mají takto postižené osoby často potíže s orientací v prostoru. Onemocnění velmi často končí v dospělosti úplnou slepotou. (Hamadová, Květoňová, Nováková; 2007; Keblová, 2001)

1.3.11 Poruchy zrakové dráhy

Porušení zrakové dráhy se vždy odrazí v zorném poli. Může dojít k výpadku centrálního nebo periferního vidění. Pokud je výpadek v centru zorného pole, dotyčný bude mít problémy dívat se přímo před sebe, aby viděl zřetelněji, musí se dívat stranou. Výpadek periferního vidění může nastat v horním, dolním, nebo postranním úseku zorného pole, nebo se může projevit jako trubicovité vidění, vše podle místa postižení nervu. Osoby s výpadky zorného pole mají problémy s orientací v prostoru a často se čtením. Postižení se může objevit na jednom oku, častěji se však projevuje oboustranně. Zraková ostrost bývá v normálu. (Keblová, 2001; Keblová, 1996)

2 PORADENSTVÍ V ERGOTERAPII

Poradenství je nedílnou součástí pracovní náplně ergoterapeuta. Poradenská činnost směřuje jak ke klientovi samotnému tak k jeho rodině i ostatním pomáhajícím. V ergoterapii je poradenství zaměřeno hlavně na využití kompenzačních a technických pomůcek. Dále řeší úpravu domácího a pracovního prostředí dle potřeb klienta a dbá na prevenci možných budoucích následků či změn. Náplní je také nácvik praktických dovedností a poskytování asistence či pomoci při aktivitách, které klient sám nezvládá. (Klusoňová, 2011)

Novosad definuje poradenství jako „komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně, jejichž primární znevýhodnění (nemoc, postižení, porucha, dysfunkce) mívá dlouhodobý (chronický) či trvalý charakter a jimž hrozí vznik sekundárního handicapu nebo se mohou nacházet ve stavu životní nevýhody a sociálního vyloučení.“ (Novosad, 2009, s. 101)

Obecným cílem poradenství je pomoci lidem, kteří se nacházejí v obtížné životní situaci. Cíle poradenské práce lze rozdělit do tří kategorií. Rozlišujeme cíle obecné, cíle speciální a cíle individuální. Obecným cílem poradenské služby je „dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím – společenstvím, v němž žije.“ Cílem speciálním je „dosažení žádoucí změny v sociálním prostředí klienta.“ Jde o zastavení nepříznivého vývoje jedince a o navození příznivější situace. Cílem individuálním jsou již „konkrétní opatření, která se týkají daného klienta v jeho specifické situaci a osobní dimenzi. Tato opatření vycházejí z analýzy klientovi situace.“ (Novosad, 2009, s. 106-108)

Základním předpokladem pro úspěšnou poradenskou intervenci je vzájemná komunikace mezi klientem a poradcem. Komunikace by měla být založena hlavně na důvěře a vzájemném respektování. (Dryden, 2008)

V praxi rozlišujeme tři základní formy poradenské pomoci. Novosad je ve své publikaci uvádí následovně. „Vedení, informování (guidance).“ Tato forma poradenství se využívá spíše u větší skupiny klientů. Má výchovný a podpůrný charakter. Cílem této formy je poskytnout potřebné informace a podat impuls k tomu, aby klient dokázal svou situaci vyřešit sám. Jedná se o padávání poznatků ze strany poradce, nejčastěji formou přednášek či instruktáží. Další formou poradenské pomoci je „poradenství v užším smyslu (counselling)“. To již vede klienta k hlubšímu náhledu na problém. Vyžaduje obousměrnou komunikaci, při níž klient spolu s poradcem hledají příčiny vzniku

problému a možnosti jeho řešení. Poslední, třetí formou je „konzultační činnost“. Zde si poskytují rady odborníci mezi sebou, z důvodu kvalitní péče o klienta.

Speciální poradenská činnost se již dnes považuje za součást ucelené rehabilitace. Má své místo ve zdravotnické, sociální i vzdělávací sféře. „Bez koordinované týmové poradenské činnosti nelze zabezpečit provázanost, posloupnost, variabilitu a oborovou vícečetnou jednotlivých oblastí rehabilitace a docílit tak její ucelenosti a komplexity.“ (Novosad, 2009, s. 92; Novosad, 2006; Hagedorn, 2001)

2.1 Poradenství u klientů se zrakovým postižením

Osobám zrakově postiženým, jejich rodinným příslušníkům a osobám blízkým je poskytováno základní a odborné sociální poradenství, které řeší nepříznivé životní situace, které již vznikly, nebo jejich vznik hrozí. Základní sociální poradenství je zaměřeno na podávání informací, které mohou pomoci řešit nepříznivou životní situaci. Odborné poradenství již řeší specifické, individuální problémy a potřeby zrakově postižených. (Sociální poradenství, 2003)

Poradenské služby zrakově postiženým poskytují následující organizace.

2.1.1 Střediska rané péče

Střediska rané péče poskytují podporu o pomoc rodinám, ve kterých se narodilo dítě se zrakovým nebo kombinovaným postižením. Poradenská péče a ostatní služby jsou tedy určeny rodičům a dětem do sedmi let věku. Cílem rané péče je „eliminovat nebo zmírnit důsledky postižení a podpořit rodinu a dítě v sociální interakci“ (Finková, 2011)

Střediska poskytují služby formou návštěv přímo v rodině, kde jsou konzultovány především přání a potřeby rodiny. A dále formou ambulantní, kde se provádí funkční zrakové vyšetření, zraková stimulace a posuzují se schopnosti a dovednosti dítěte. Střediska také pořádají odborné semináře a rehabilitační pobyty pro celé rodiny. Klientům poskytují sociálně-právní poradenství a pomáhají s výběrem předškolního a školního zařízení. (Finková, 2011; Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2.1.2 Speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené

„Speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené poskytují služby dětem a mládeži se zrakovou vadou od počátku školního vzdělávání až po ukončení školního

vzdělávání, jejich rodičům a školským pedagogickým pracovníkům.“ (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 70)

Činnost těchto center je ukotvena ve Vyhlášce MŠMT č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Mezi hlavní úkoly center patří připravit dítě s postižením na povinnou školní docházku, poskytnout mu odbornou péči a speciálně pedagogické poradenství a poskytnout metodické poradenství rodičům, pedagogům a škole.

2.1.3 Sjedená organizace nevidomých a slabozrakých

Posláním této organizace je „sružovat a hájit zájmy nevidomých a těžce zrakově postižených občanů a poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených občanů do společnosti.“ (Finková, 2011, s. 101)

Sjedená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS) má velmi širokou nabídku služeb. Co se týče služeb poradenských, poskytuje organizace „základní poradenství o možnostech kompenzace handicapu i poskytovatelích služeb takto postiženým lidem, dále nabízí speciální sociálněprávní a pracovněprávní poradenství.“ (Finková, 2011, s. 102) V neposlední řadě poskytuje technické poradenství při výběru kompenzačních pomůcek včetně nácviku jejich obsluhy. Veškerá poradenská péče je poskytována dospělým zrakově postiženým osobám.

SONS úzce spolupracuje s dalšími poskytovateli služeb pro osoby se zrakovým postižením. Mnohé z nich organizace sama zřídila. Spolu s nimi usiluje o to, aby jejich návaznost, dostupnost a kvalita byly co nejlepší. (Finková, 2011; Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2.1.4 Tyfloservis, o.p.s.

Tyfloservis se zabývá sociální rehabilitací zrakově postižených osob starších patnácti let. Poskytuje terénní i ambulantní rehabilitaci po celém území České republiky. Mezi základní služby Tyfloservisu patří nácvik samostatného pohybu a prostorové orientace, nácvik sebeobsluhy, vlastnoručního podpisu, psaní na počítači a mnoho dalších činností. Dále nabízí pomoc s výběrem vhodných kompenzačních pomůcek. Pomoc s jejich získáním a nakonec i proškolení v jejich užívání. Střediska poskytují i poradenské služby v oblasti úpravy prostředí a odstraňování architektonických bariér dle potřeb klienta. Během poskytování služeb je kladen důraz

na individuální přístup a práci s klientem. ((Finková, 2011; Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

2.1.5 Tyflocentrum, o.p.s.

„Jedná se o obecně prospěšnou společnost s krajskou působností, poradenské služby jsou určeny dospělým osobám se zrakovým postižením.“ (Finková. 2011, s. 106) Ke klientům se přistupuje individuálně a služby se poskytují buď v prostorách Tyflocentra nebo u klientů doma. Tyflocentra poskytují hlavně poradenské služby. Jedná se o sociální poradenství, technické poradenství, poradenství při získávání a zpracování informací, pracovněprávní poradenství a poradenství s úpravou domácnosti a pracoviště.

Tyflocentra poskytují klientům také asistenční služby. Jedná se především o průvodcovskou a předčitatelskou službu, pomoc s vyplňováním formulářů a pomoc při nákupech a výběru zboží. (Finková, 2011;Tyflocentrum, 2002-2011)

2.1.6 Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s.

Středisko Dědina, na rozdíl od všech výše uvedených, poskytuje služby klientům pobytovou formou. Služby využívají ti klienti, kteří momentálně nejsou schopni žít a pohybovat se samostatně v domácím prostředí, ale předpokládáme, že se do domácího prostředí vrátí.

„Středisko umožňuje nevidomým a těžce zrakově postiženým lidem absolvovat intenzivní kurzy v programu sociální rehabilitace, sociálně terapeutických dílen a pracovní rehabilitace, na které navazuje rekvalifikace s následným pracovním uplatněním.“ (Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko, 2010)

Ke klientům se přistupuje individuálně, jsou jim poskytovány komplexní služby včetně sociálního a pracovního poradenství. Cílem střediska je umožnit klientům samostatný a plnohodnotný život. (Finková, 2011; Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko, 2010)

2.2 Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené

Kompenzační pomůcky hrají v životě zrakově postižených velkou roli. Jejich prostřednictvím lze z části kompenzovat zrakový deficit. Dále mohou výrazně zlepšit kvalitu vnímání a celkově kvalitu života. V dnešní době se na trhu objevuje velké

množství speciálních pomůcek, které zrakově postižené provází celý život. Ti je využívají při velké většině běžných denních činností.

Klasifikace kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené není jednotná. V literatuře se setkáváme se širokou škálou dělení dle nejrůznějších kritérií. Nejjobecnější je dělení na pomůcky klasické a moderní. Dále je možné pomůcky třídit dle stupně zrakového postižení, a to na pomůcky pro osoby nevidomé, slabozraké a pro osoby s poruchami binokulárního vidění. Dle využitelnosti jednotlivých smyslů dělíme pomůcky na optické, akustické a haptické. Sjednocená organizace slabozrakých a nevidomých třídí pomůcky dle využitelnosti na pomůcky pro domácnost, pro odstraňování informační bariéry, pro usnadnění komunikace a orientace a pomůcky pro výuku a propagaci. Další Klasifikaci uvádí Matysková, ta dělí pomůcky do čtyř kategorií - pomůcky pro domácnost, pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb, pomůcky pro práci s informacemi a pomůcky pro volný čas a zábavu. (Finková 2011; Matysková 2009; Renotírová a kol, 2005)

Tato klasifikace nejvíce vyhovuje účelům této práce, proto se jí budeme ještě podrobněji věnovat.

2.2.1 Pomůcky pro domácnost

Tato skupina pomůcek pomáhá zrakově postiženým zvládat běžné sebeobslužné činnosti a je užitečná při zvládnutí domácích prací. Některé pomůcky lze sehnat v běžných obchodech, jiné je třeba zakoupit přímo ve specializované prodejně tyflopomůcek. Na některé pomůcky je možné získat dle vyhlášky 182/1991 Sb. jednorázový příspěvek. Pomůcky předepisuje oční nebo praktický lékař.

Vždy je třeba zvážit, zda bude pomůcka postiženému vyhovovat. Je dobré, aby si klient pomůcku před zakoupením nejprve vyzkoušel. Pomůcku si může zapůjčit například v tyfloservisu.

Mezi pomůcky pro domácnost řadíme například hmatové či mluvicí budíky a hodiny, váhy s hlasovým výstupem, indikátor hladiny, oddělovač žloutků, držák na cibuli, dávkovač potravin, zásobník na léky, půlič tablet, mluvicí teploměry a mnoho dalších. (Matysková, 2009)

2.2.2 Pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb

Tato skupina pomůcek umožňuje osobám s těžkým zrakovým postižením bezpečný pohyb v ulicích, usnadňuje cestování prostředky městské hromadné dopravy

a velmi napomáhá orientaci ve veřejných prostorách. Kromě pomůcek, které nosí zrakově postižení u sebe, je velmi důležité dbát na úpravu prostředí, které také usnadní zrakově postiženému pohyb a orientaci. Ve větších městech jsou již dnes běžné signalizační a varovné pásy na chodnících, které nevidomého navedou správným směrem, popřípadě ho varují před vstupem do vozovky. Dále jsou ve městech instalovány akustické orientační majáky, které usnadní zrakově postiženým jak cestování městskými hromadnými prostředky tak orientaci ve veřejných prostorách. Dále nevidomým pomáhají například ozvučené přechody pro chodce či vlakové přejezdy.

Hlavní pomůckou pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb zrakově postiženého je bílá hůl. Ta pomáhá nevidomému orientovat se v prostoru a upozorňuje ho na případné překážky. Dále plní funkci signalizační, aby okolí vědělo, že se v jejich blízkosti pohybuje nevidomá osoba. Rozlišujeme tři základní druhy bílých holí. Máme hole orientační, které nevidomí běžně užívají při chůzi, hole signalizační, které jsou kratší a mají upozornit ostatní, že uživatel má zrakovou vadu a hole opěrné, které slouží k zajištění větší stability a využívají je především osoby s dalšími zdravotními problémy. Na trhu jsou k dispozici hole skládací, neskládací, teleskopické a kombinované. Bílé hole jsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

Další užitečnou „pomůckou“ pro zrakově postiženého je vodící pes. Ten pomáhá člověku s orientací a bezpečným, samostatným pohybem. Před tím, než je pes předán zrakově postiženému, musí projít složitým výcvikem. Učí se obcházet překážky, zastavit na kraji chodníku, vyhledat dveře schody a mnoho dalších činností. Přestože vodící pes je pro zrakově postiženého velmi užitečný, je to živá bytost. Každý by před jeho pořízením měl důkladně zvážit všechna pro i proti.

Další vhodnou pomůckou pro nevidomé je dálkový ovladač VPN. Tato pomůcka na dálku aktivuje akustické orientační majáky, které jsou umístěny na dopravních prostředcích, ve stanicích metra a na veřejných budovách. Tato pomůcka velmi usnadňuje orientaci a cestování ve městech. (Matysková, 2009; Jesenský, 2007; Středisko výcviku vodících psů)

2.2.3 Pomůcky pro práci s informacemi

V oblasti těchto pomůcek došlo v posledních letech k velkému rozvoji a to díky rychlému vývinu stále nových informačních technologií. Dnes již existuje celá řada

možností v oblasti práce s textem a získávání informací, kdy zrakově postižené mohou využívat nejrůznějších počítačových programů.

Při práci s textem hrají důležitou roli optické pomůcky, které dokážou text optimálně zvětšit. Mezi speciální optické pomůcky řadíme lupy, hyperokuláry, dalekohledové systémy a filtry. Lupy a hyperokuláry jsou určeny k práci na blízko, dalekohledové systémy se většinou užívají k pohledu do dálky. Optické pomůcky jsou vhodné pro osoby slabozraké a pro osoby se zbytky zraku. „Při výběru vhodné optické pomůcky je nutné vzít v úvahu tři základní faktory: povahu a stupeň zrakové vady, potřeby klienta, jeho tělesnou a duševní schopnost pomůcku využívat“ (Matysková, 2009, s. 10)

Dále lze pro práci s informacemi využívat pomůcky elektronické. Elektronické pomůcky využívají u slabozrakých a prakticky nevidomých zbytky zraku, které rozvíjejí. Zároveň často mívají i zvukovou podporu pro vnímání sluchem. Mezi tyto pomůcky řadíme především kamerové lupy, kterých je na trhu nespočetné množství v nejrůznějších provedení. Kamerové lupy lze využít jak pro práci na blízko tak na dálku. Jsou vhodné pro práci s textem a usnadní i ruční práce.

Další hojně využívanou pomůckou je digitální čtecí zařízení. Pod tímto pojmem se skrývá počítačová sestava doplněná o skener případně o braillový řádek. Nedílnou součástí jsou samozřejmě speciální programy, které slouží ke zpracování a čtení textů. Speciální počítačové softwary mohou buď zvětšovat, nebo ozvučovat pracovní plochu, případně kombinovat obojí. Naučit se pracovat s touto pomůckou není jednoduché, zrakově postiženému to zabere spoustu času a ne každý to zvládne.

Velmi vhodnou pomůckou jsou také elektronické zápisníky. Oproti notebookům mají tu výhodu, že jsou malé a lehké. Nemají obrazovku, mají pouze hlasový a někdy hmatový výstup. Jejich součástí je zabudovaná braillová nebo klasická klávesnice.

Nevidomé osoby dále využívají pomůcky pro psaní Braillova písma. Braillovo písmo je systém znaků složených z kombinace šesti bodů. Tento typ písma lze zaznamenávat na papír pomocí Pichtova psacího stroje, pražské tabulky a Braillové tiskárny. Do elektronické podoby pomocí počítače, Braillového řádku či elektronického zápisníku.

Pražská tabulka slouží k zaznamenávání krátkých textů. Je obdobou poznámkového bloku. Do této tabulky jsou znaky vytlačovány bodcem. Nevýhodou je, že se musí vytlačovat zrcadlově a zprava doleva. Psaní na Pichtově psacím stroji je poměrně jednodušší. „Umožňuje standardní rozložení bodů základního znaku

na jednotlivé klávesy stroje. K vytištění znaku odpovídajícímu danému písmenu dochází najednou, současným tlakem prstů na klávesy podle číselné kombinace znaku.“ (Finková, 2011) Braillovský řádek a elektronický zápisník jsou prakticky modernější „alternativy“ Pichtova psacího stroje. Oba přístroje lze připojit k počítači. (Finková, 2011; Matysková, 2009; Moravcová, 2004)

2.2.4 Pomůcky pro volný čas a zábavu

Do této kategorie pomůcek řadíme hlavně stolní deskové hry, hmatové a zvukové hry pro děti i dospělé, hmatové knihy, různé didaktické pomůcky a některé sportovní potřeby. Tyto pomůcky nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění a nelze na ně získat příspěvek.

Výše uvedené pomůcky jsou vhodné nejen pro zábavu, ale také pro rozvoj kompenzačních smyslů. Zlepšují hlavně hmat a sluch. Pomůcky jsou vyrobeny z nejrůznějších materiálů a obsahují kontrastní barvy, toho lze využít u osob slabozrakých nebo u osob se zbytky zraku. Velmi oblíbené jsou kombinované knihy, kde je vždy část textu doplněna reliéfním obrázkem.

I v životě zrakově postiženého může hrát sport důležitou roli. Přispívá k fyzické zdatnosti, zdokonaluje prostorovou orientaci a slouží k vyplnění volného času. Navíc přispívá k integraci zrakově postiženého do společnosti. U většiny sportovních aktivit je nutné, aby zrakově postižený měl u sebe vidícího průvodce. Průvodce může navigovat, řídit hru, do hry se zapojit, ale také zabránit možnému úrazu. I pro sportovní účely existuje na trhu řada speciálně upravených pomůcek. Jsou to například ozvučené míče mnoha druhů i velikostí. (Matysková, 2009)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Hlavním cílem této práce je představit ergoterapeutické poradenství u klientů se zrakovým postižením zaměřené na kompenzační pomůcky a soběstačnost.

Cílem dílčím je poukázat na to, jak poradenství může ovlivnit vykonávání IADL aktivit, konkrétně vykonávání sebeobslužných činností v kuchyni.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání **teoretických znalostí** z různých zdrojů o zrakových vadách, speciálním poradenství a kompenzačních pomůckách pro zrakově postižené.
2. Vybrání **sledovaných souborů** a zjištění **charakteristických znaků** těchto osob.
3. Uvědomit si a nastudovat vhodné **metody testování a pozorování** k potvrzení či vyvrácení mých hypotéz.
4. doporučit klientům vhodné kompenzační pomůcky pro zlepšení soběstačnosti v kuchyni a ověřit je v praxi

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány a diskutovány v závěru práce a budou konfrontovány s mými hypotézami.

4 HYPOTÉZY

- Předpokládám že, zrakově postižení znají kompenzační pomůcky využívané v kuchyni lépe, než kompenzační pomůcky sloužící pro práci s informacemi.
- Předpokládám že, když zrakově postižení klienti budou v kuchyni používat vhodně zvolené kompenzační pomůcky, zlepší se v přípravě pokrmů.
- Předpokládám že, když klienti aplikují poznatky načerpané z modelových činností do vykonávání IADL aktivit, zvýší se jejich soběstačnost.

5 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro účely výzkumného šetření byli vybráni celkem čtyři těžce zrakově postižení klienti. Jednalo se o tři dospělé ženy a jednoho dospělého muže. Problémy se zrakem se u všech objevily až v průběhu života. Práce s klienty probíhala individuálně. Celé výzkumné šetření trvalo cca jeden měsíc.

Výzkumná část je založena na kvalitativním sběru dat. Data byla shromážděna na základě přímého pozorování, testování, rozhovoru a vyplnění dotazníku. Vše bylo následně zaznamenáno do kazuistik.

Získání anamnestických údajů proběhlo metodou rozhovoru a následného vyplnění dotazníku s klienty. Dotazník byl sestaven na základě dotazníku publikovaném v knize Zrakově postižené dítě od Aleny Keblové. Pro hodnocení soběstačnosti byly použity dva standardizované testy a to Barthelův test základních všedních činností ADL a Test instrumentálních všedních činností IADL. Pro hodnocení kognitivních funkcí byl s klienty vyplněn test MMSE. V němž úkoly, které vyžadují zrakovou kontrolu, byly modifikovány.

Dále klienti absolvovali seminář, na kterém se zjišťovalo, do jaké míry znají kompenzační pomůcky pro zrakově postižené.

6 KAZUISTICKÉ STUDIE

6.1 Kazuistika 1

Úvod, základní informace

- **Klient:** žena
- **Lékařská dg:** praktická nevidomost
- **Věk:** 47 let
- **Další informace:** od 18 let postupné zhoršování zraku, před dvěma lety byla diagnostikována praktická slepota, klientka má zachovalý světlocit

Anamnéza

Osobní anamnéza: klientka prodělala běžné dětské nemoci, nyní dobrý fyzický i psychický stav

Sociální anamnéza: žije s přítelem, přítel je též zrakově postižený, mají upravený „bezbariérový“ byt, který se nachází ve třetím patře s výtahem

Rodinná anamnéza: svobodná, rodiče zdraví bez zrakové vady, sourozenci žádní

Pracovní anamnéza: nezaměstnaná

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedeno dne: 3. 12. 2012

- **Hodnocení soběstačnosti:**

V oblasti ADL je klientka zcela nezávislá. V testu získala plný počet bodů.

V oblasti IADL činností je klientka částečně závislá. Klientka není schopna samostatné jízdy dopravním prostředkem, potřebuje doprovod druhé osoby. Doprovod a pomoc potřebuje také při nakupování. Klientka není schopna samostatně uvařit. Doposud pro ni vařil někdo jiný, nebo se spoléhala na dovozkovou službu. Uklízení bytu nečiní klientce problém. Potřebuje pomoc roztřídit špinavé prádlo, pračku zapne, prádlo pověsí, vyžehlí jednoduché kusy oblečení. Telefonování zvládá, používá mobilní telefon s hlasovým výstupem. Samostatně také zachází s penězi.

- **Hodnocení mobility**

Klientka se v prostoru pohybuje a orientuje pomocí bílé hole. Ve známém prostředí se pohybuje samostatně. V neznámém prostředí potřebuje doprovod druhé osoby.

- **Hodnocení kognitivních funkcí**

Dle screeningového vyšetření nejsou u klientky kognitivní funkce poškozeny. V testu MMSE získala plný počet bodů. Obrazec nakreslila podle obrazce

vystřiženého z kartonu. Čtení a vykonání psaného příkazu bylo z testu vynecháno.

- Funkční hodnocení

Kloubní pohyblivost, svalová síla, úchopy – vše v normě.

Závěr vstupního vyšetření

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; test IADL – 55 bodů

Klientce činí potíže hlavně IADL aktivity. Největší problém vidím já i klientka v oblasti sebeobsluhy v kuchyni. Kognitivní funkce nemá klientka porušené. Natrénovat základní sebeobslužné činnosti v kuchyni by pro ni neměl být problém. Na základě vstupního vyšetření a rozhovoru s klientkou byl sestaven ergoterapeutický plán.

Ergoterapeutický plán

- Krátkodobý ergoterapeutický plán

Plán po dobu cca jednoho měsíce

- Seznámení s kompenzačními pomůckami využitelnými v kuchyni
- Návčik základních sebeobslužných činností v kuchyni
- Práce s nožem (krájení, loupání, mazání)
- Úklid nádobí a kuchyně

- Dlouhodobý ergoterapeutický plán

- Příprava celého hlavního jídla
- Najít vhodné zaměstnání

- Silné stránky klientky

- Motivace, chuť učit se nové věci

- Slabé stránky klientky

- Ztráta zraku v pozdějším věku

Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** najít nejlepší způsob jak nakrájet cibuli na kostičky
- **Náplň TJ:** klientka si vyzkouší dva postupy krájení cibule na kostičky dle modelové činnosti A a B
- **Modelová činnost A: Krájení cibule bez hřebenu**
 - a) Cibuli klientka nejprve oloupe, seřízne nať a kořen.
 - b) Cibuli rozkrojí podél na dvě poloviny. Položí půlku cibule řezem na prkénko.

- c) Do levé ruky uchopí cibuli mezi palec na jedné straně a ukazováček a prostředníček na druhé straně. Cibuli srovná rovnoběžně s pracovní deskou. Nůž drží tak, aby špička nože byla u kořene cibule.
- d) Krájí úzké podélné pruhy. Nůž vede pod klenutím zvednuté dlaně zleva doprava. Nedokrajuje až do konce. Cibuli drží pohromadě.
- e) Cibuli drží stále stejně. Nůž otočí o 90° a krájí napříč. Tím vzniknou malé kousky.

- **Modelová činnost B: Krájení s pomocí hřebenu**

- a) Oloupe cibuli, seřízne nať a kořen.
- b) Cibuli rozkrojí na dvě poloviny. Položí ji řezem na prkénko.
- c) Hřeben zapíchne napříč do poloviny cibule, kolmo dolů k prkénku.
- d) Krájí podél mezi jednotlivými drátky.
- e) Hřeben nechá zapíchnutý, drží ho v dlani a krájí napříč. Nejprve krájí od jedné strany k hřebenu, poté otočí prkénko a nakrájí druhou stranu.
- f) Vyndá hřeben.
- g) Zkontroluje velikost kostiček, případné velké kousky dokrájí.

- **Délka TJ:** 45 minut

- **Pomůcky využity při terapii:** protiskluzová podložka, prkénko, hřeben na cibuli, nůž

- **Rámec vztahu:** biomechanický

- **Přístup:** ADL, kompenzační, stupňovaných aktivit

- **Reakce klientky na terapii:** Klientka byla velmi soustředěná a pečlivá, více jí vyhovoval způsob krájení bez hřebenu

- **Doporučení:** Krájení nacvičujeme nejprve například na plastelíně, později na bramborách. Ke krájení cibule přecházíme až, když klient bezpečně zachází s nožem. Cibule je hladká, klouže a rozpadá se, proto je její nakrájení pro zrakově postiženého složité.

(Pozn. Postupy jsou převzaty a následně modifikovány do modelové činnosti z knihy JESENSKÝ, Ján a kol. *Prolegomena systému tyflor rehabilitace, metodiky tyflor rehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně – edukačních pracovníků tyflop edického spektra*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. 670 s. ISBN 978-80-86723-49-5.)

Výstupní vyšetření

Provedeno dne: 14. 1. 2013

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; test IADL – 60 bodů; test MMSE – 30 bodů

Zhodnocení terapie

Klientka byla seznámena s kompenzačními pomůckami a s možnostmi jejich využití v kuchyni. Zorientovala se v kuchyňských potřebách a naučila se zacházet se základními kuchyňskými elektrospotřebiči. Naučila se bezpečně manipulovat s nožem a zvládá základní úkony potřebné k přípravě pokrmů. Je schopná po sobě umýt nádobí a uklidit pracovní plochu.

Klientka si vyzkoušela dva způsoby krájení cibule na kostičky (viz terapeutická jednotka). Více jí vyhovoval způsob krájení bez hřebenu. Přestože hřeben držel cibuli pohromadě, byl problém trefit se nožem mezi jednotlivé drátky. Poté při příčném krájení, když klientka nakrájela jednu stranu cibule, druhá část začala z hřebenu vypadávat a cibule se začala rozpadat.

Při terapiích se klientka velmi snažila, spolupracovala, byla pečlivá a projevila velký zájem o to, aby při přípravě pokrmů nebyla závislá na druhé osobě. Až doposud jí jídlo připravoval někdo jiný, nebo si ho nechávala dovážet.

Cíle krátkodobého plánu byly splněny. Pokud klientka bude dále v terapii pokračovat, doporučuji zaměřit se na cíle plánu dlouhodobého.

6.2 Kazuistika 2

Úvod, základní informace:

- **Klient:** žena
- **Lékařská dg:** diabetická retinopatie
- **Věk:** 59 let
- **Další informace:** problémy se zrakem se objevili v roce 2007

Anamnéza:

Osobní anamnéza: klientka má zachovalé zbytky zraku, při dobrém osvětlení rozezná obrysy

Sociální anamnéza: klientka žije v panelovém domě, ve druhém patře spolu s manželem

Rodinná anamnéza: klientka má dvě dcery, obě bez zrakové vady, manžel též žádnou zrakovou vadou netrpí

Pracovní anamnéza: nezaměstnaná od roku 2007, dříve pracovala jako švadlena

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedeno dne: 4. 12. 2012

▪ Hodnocení soběstačnosti

V oblasti základních denních činností je klientka nezávislá. Barthel test – plný počet bodů.

V oblasti instrumentálních denních činností je klientka částečně závislá. Klientka cestuje samostatně. Při chůzi využívá orientační bílé hole. Při cestování městskou hromadnou dopravou využívá dálkový ovladač VPN. Nakupuje s asistencí druhé osoby. Nevaří, jídlo připravuje manžel. Zvládá jednoduché domácí práce, udržuje byt v čistotě. Prádlo roztřídí, vypere a pověsí, nežehlí. Umí zacházet s mobilním telefonem s hlasovým výstupem. Léky užívá samostatně. Finance spravuje a účty platí za klientku manžel.

▪ Hodnocení mobility

Klientka cestuje samostatně. Orientuje se pomocí bílé hole a částečně pomocí zbytků zraku. Cestuje samostatně i městskou hromadnou dopravou.

▪ Hodnocení kognitivních funkcí

Klientka v modifikovaném MMSE testu získala 28 bodů. Dva body ztratila při odečítání. Nicméně kognitivní funkce nemá poškozené.

▪ Funkční hodnocení

Kloubní pohyblivost, svalová síla, úchopy – vše v normě.

Závěr vstupního vyšetření

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; Test IADL – 60 bodů

Klientčinou problémovou oblastí jsou IADL aktivity, hlavně práce v kuchyni. S přípravou pokrmů se spoléhá na manžela. Kognitivní funkce nejsou porušeny. Klientka je v dobrém fyzickém i psychickém stavu. Na základě vstupního vyšetření a rozhovoru s klientkou byl sestaven ergoterapeutický plán.

Ergoterapeutický plán

▪ Krátkodobý ergoterapeutický plán

Plán po dobu cca jednoho měsíce (frekvence terapie 3krát týdně)

- Seznámení s kompenzačními pomůckami využitelnými v kuchyni
- Návuk základních sebeobslužných činností v kuchyni
- Upečení moučníku (odměřování surovin, vážení)
- Úklid nádobí a pracovní plochy

Jak už bylo řečeno, pro klientku vaří manžel. Ta by mu chtěla v kuchyni více pomáhat a chtěla by mu upéci moučník. Na tento cíl se během terapie zaměříme.

- Dlouhodobý ergoterapeutický plán
 - Dosáhnou maximální možné samostatnosti klientky
 - Pomoci klientce najít vhodné zaměstnání

Klientka dříve pracovala jako švadlena, dnes dochází do rekvalifikačního kurzu tkalcovství ve středisku Dědina o.p.s. Cílem je pomoci najít klientce zaměstnání v tomto oboru.

- Silné stránky klientky
 - Motivace, dobrý fyzický i psychický stav
- Slabé stránky klientky
 - Částečná závislost na druhé osobě, ztráta zraku

Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** správně odměřit, odvážit množství surovin dle receptu (nutné pro upečení moučníku)
- **Náplň TJ:** vykonání aktivity na základě modelové činnosti A a B
- **Modelová činnost A: odvážení surovin pomocí digitální váhy s hlasovým**

výstupem

- a) Klientka si připraví váhu a suroviny, které bude vážit.
 - b) Na váhu postaví mísu, poté váhu zapne.
 - c) Suroviny do mísy přidává po lžících, dokud se nedostane na požadovanou váhu.
 - d) Odváženou jednu surovinu přesype do druhé již připravené mísy.
 - e) Zkontroluje, že z mísy na váze přesypala všechno (váha hlásí nula gramů).
 - f) Stejným způsobem odváží další potřebné suroviny.
 - g) Váhu vypne.
- **Modelová činnost B: Odvážení surovin pomocí odměrky s reliéfně vyznačenými stupni**
 - a) Klientka si připraví odměrku a suroviny a mísu.
 - b) Klientka si nahmatá, jaký reliéfně označený stupeň odpovídá požadovanému stupni gramů.

- c) Lžící postupně přidává ingredienci do odměrky, dokud se nedostane k požadované hranici.
 - d) Zkontroluje, jestli je surovina rovnoměrně rozmístěna v celé odměrce a opravdu odpovídá reliéfně vyznačenému stupni.
 - e) Přesype surovinu z odměrky do již připravené mísy.
 - f) Stejným způsobem odměří další potřebné suroviny.
- **Délka TJ:** 45 minut
 - **Pomůcky využity při terapii:** digitální váha s hlasovým výstupem, odměrka, dvě mísy, protiskluzová podložka, lžíce
 - **Rámec vztahu:** biomechanický
 - **Přístup:** kompenzační, ADL, stupňovaných aktivit
 - **Reakce klientky na terapii:** Klientka pracovala pečlivě a s výsledkem své práce byla spokojená. Zvládla oba dva způsoby odměřování. Více ji vyhovoval způsob vážení na digitální váze.
 - **Doporučení:** Klientce bych doporučila zakoupit si hrníčkovou kuchařku a péci podle ní. Odvažování pomocí odměrek nemusí být úplně přesné. Člověk se zrakovým postižením si může snadno splést gramáž na reliéfně vyznačených stupních. Vážení pomocí digitální váhy má také své zápory. Pořizovací cena váhy se pohybuje kolem 2000 korun. Pokud jsou ve váze slabé baterie, tak váží nepřesně.

Výstupní vyšetření

Provedeno dne: 14. 1. 2013

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; test IADL – 70 bodů; test MMSE – 30 bodů

Zhodnocení terapie

Klientka získala přehled o možnostech využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené v kuchyni. Naučila se základním dovednostem v odměřování surovin v sypké i tekuté formě. Podle receptu dokáže upéct moučník či připravit jednoduché jídlo. Pracovní plochu i použité nádoby po sobě uklidí. Nebude již v této oblasti závislá na manželovi.

Klientka si vyzkoušela dva způsoby odvažování sypkých surovin. Více jí vyhovoval způsob vážení na digitální váze s hlasovým výstupem.

Při práci se klientka velmi soustředila a práce v kuchyni se jí zalíbila. To, že se zorientovala v kuchyňských pomůckách a zvládla základní sebeobslužné činnosti v kuchyni, jí zvedlo sebevědomí.

Cíle krátkodobého plánu byly splněny. Na cíle dlouhodobého plánu je třeba se ještě dále zaměřit.

6.3 Kazuistika 3

Úvod, základní informace:

- **Klient:** muž
- **Lékařská dg:** zelený zákal
- **Věk:** 21 let
- **Další informace:** klient udává, že potíže se zrakem měl již od dětského věku. Dnes při dobrém osvětlení vidí ostrůvkovitě. Někdy se zrak ztrácí úplně.

Anamnéza:

Osobní anamnéza: klient prodělal běžné dětské nemoci, dnes je v dobrém fyzickém stavu

Sociální anamnéza: klient žije v rodinném domě spolu s rodiči

Rodinná anamnéza: prarodiče měli zrakovou vadu a postupně přišli o zrak (klient nezná jejich přesnou diagnózu), rodiče jsou zdraví bez zrakové vady, sourozenci žádní

Pracovní anamnéza: klient je nezaměstnaný, vystudoval školu pro zrakově postižené v oboru kartáčnické a košíkářské práce

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedeno dne: 4. 12. 2012

- Hodnocení soběstačnosti

V Barthelově testu získal klient plný počet bodů. V základních denních činnostech je zcela nezávislý.

V oblasti instrumentálních denních činností je klient částečně závislý na pomoci druhé osoby. Klient je schopen samostatně cestovat. Velmi dobře a rychle se zorientuje i v neznámém prostředí. Využívá prostředků městské hromadné dopravy. Klient není schopen samostatně nakoupit, potřebuje pomoc druhé osoby. Doma nevaří, vše mu připravují rodiče. Domácí práce nevykonává, ty také zastanou rodiče. Avšak lehčí domácí práce by zvládnul. Klient zvládá obsluhu mobilního telefonu s hlasovým

výstupem, umí zacházet i s počítačem. Uvědomuje si hodnotu peněz, účty neplatí, ale umí vybrat peníze z kreditní karty.

- **Hodnocení mobility**

Klient se pohybuje samostatně. Při chůzi využívá bílé orientační hole. Je schopen samostatně cestovat i městskou hromadnou dopravou. Naučené trasy zvládá velmi dobře.

- **Hodnocení kognitivních funkcí**

Kognice jsou dle screeningového vyšetření v pořádku. Klient získal 29 bodů. Nebyl schopen pouze překreslit obrazec na základě hmatového vnímání.

- **Funkční hodnocení**

Kloubní pohyblivost, svalová síla, úchopy – vše v normě.

Závěr vstupního vyšetření

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; Test IADL – 50 bodů

Problémovou oblastí tohoto klienta jsou hlavně IADL aktivity. Klient není schopen postarat se sám o sebe. Neorientuje se v kuchyni, nezvládá základní sebeobslužné činnosti, není schopen ani samostatného úklidu. Všechny tyto činnosti za něj vykonávají rodiče. Kognice má klient v pořádku. Jeho funkční stav je také dobrý. Při rozhovoru se klient svěřil, že již nechce být tak závislý na rodičích. Na základě vstupního vyšetření a rozhovoru s klientem byl sestaven ergoterapeutický plán.

Ergoterapeutický plán

- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Plán po dobu cca jednoho měsíce

- Orientace v kuchyni – seznámení s uložením jednotlivých věcí
- Seznámení s kompenzačními pomůckami využitelnými v kuchyni
- Příprava horkého nápoje (přelévání vody z konvice)
- Umytí a úklid nádobí

Klientovi vždy jídlo i nápoje připravovali i servírovali rodiče. Nemá tak žádné zkušenosti s běžnými samoobslužnými kuchyňskými činnostmi.

- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- Dosáhnout maximální možné samostatnosti
- Získat vhodné pracovní místo
- Sehnat si samostatné bydlení

Klient projevil velký zájem a to, být co nejvíce soběstačný. Chtěl by si v nejbližší době najít pracovní uplatnění. Jeho velkým snem je samostatné bydlení.

- Silné stránky klienta
 - Silná motivace, dobrý fyzický stav, neporušené kognice
- Slabé stránky klienta
 - Nulová soběstačnost v kuchyni, neznalost vykonávání domácích prací (např. praní prádla, žehlení)

Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** připravit čaj
- **Náplň TJ:** příprava čaje dle modelové činnosti A a B
- **Modelová činnost A: příprava čaje, odměření množství vody pomocí indikátoru hladiny**
 - a) Klient si připraví hrnek, sáček čaje, lžičku, indikátor hladiny, rychlovarnou konvici.
 - b) Do konvice napustí vodu. Množství vody odhadne podle tíhy konvice.
 - c) Konvici zapne a počká, až se voda uvaří
 - d) Do hrnku vloží čajový sáček a na okraj hrnku zavěsí indikátor hladiny.
 - e) Uvařenou vodu pomalu přelévá z konvice do hrnku, dokud neuslyší zvuk indikátoru, který hlásí, že hrnek je plný.
 - f) Sundá indikátor, nechá čaj cca 5 minut luhovat. Vyndá sáček.
 - g) Čaj osladí dle chuti.
- **Modelová činnost B: Příprava čaje, odměření množství vody bez indikátoru hladiny**
 - a) Klient si připraví hrnek, sáček čaje, lžičku, rychlovarnou konvici.
 - b) Do konvice napustí jen tolik vody, které bude potřebovat. Odměří si množství pomocí hrnku, do kterého bude čaj připravovat.
 - c) Konvici zapne a počká, až se uvaří voda.
 - d) Do hrnku vloží čajový sáček.
 - e) Opatrně přelije všechnu vodu z konvice do hrnku.
 - f) Nechá čaj cca 5 minut luhovat. Vyndá sáček.
 - g) Čaj osladí dle chuti.
- **Délka TJ:** 30 minut
- **Pomůcky využity při terapii:** rychlovarná konvice, protiskluzová podložka, hrnek, lžička, indikátor hladiny
- **Rámec vztahu:** biomechanický

- **Přístup:** kompenzační, ADL, stupňovaných aktivit
- **Reakce klienta na terapii:** Klient se bál manipulovat s rychlovarnou konvicí a měl strach, že se opaří. Z počátku byl nejistý. S postupem času vše zvládl.
- **Doporučení:** Přelévání tekutin trénujeme nejprve se studenou vodou. Klient se musí důkladně seznámit s nádobou, do které a ze které vodu lije. Množství vody v hrnku většina klientů odhaduje pomocí vloženého umytého prstu jedné ruky dovnitř hrnku. Tento způsob však není vhodný u přípravy horkých nápojů, neboť hrozí popálení. Dbáme na to, aby nádoba, do které klient vodu přelévá, stála vždy na stole na protiskluzové podložce. Nádoba pak neujíždí po hladkém stole. Nalévat vodu do hrnku může klient také přes například přes trychtýř.

Výstupní vyšetření

Provedeno dne: 7. 1. 2013

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; test IADL – 60 bodů; test MMSE – 29 bodů

Zhodnocení terapie

Klient se seznámil s kompenzačními pomůckami, které se běžně využívají v kuchyni. Dále se zorientoval v jednotlivém rozmístění elektrospotřebičů v kuchyni a v uložení nádobí v kuchyňské lince. Naučil se nalévat tekutiny do hrnku či skleničky z láhve nebo z konvice. Je schopen připravit a naservírovat čaj či kávu. Nádobí po sobě umyje, utře a uklidí na příslušné místo.

Klient si vyzkoušel dva způsoby, jak nalít vodu do hrnku, aby nepřelil. Více mu vyhovoval způsob s indikátorem hladiny.

Zpočátku si klient udržovat odstup a moc nemluvil. Při terapii udělal vždy jen to, co musel a nedbal na výsledek. Postupem času ho terapie začali bavit a velmi aktivně se zapojoval. Všechny zadané úkoly plnil velmi pečlivě.

Cíle krátkodobého plánu byly splněny. Dále doporučuji zaměřit se na plán dlouhodobý.

6.4 Kazuistika 4

Úvod, základní informace:

- **Klient:** žena
- **Lékařská dg:** úplná nevidomost
- **Věk:** 31 let

- **Další informace:** klientka ztratila zrak ve 20 letech po podstoupení operace hlavy

Anamnéza:

Osobní anamnéza: prodělala běžné dětské nemoci, v roce 2001 autonehoda, podstoupila operaci hlavy, následně přišla o zrak, nyní je v dobrém fyzickém stavu

Sociální anamnéza: klientka žije sama v bytě 2+1, 3krát týdně za ní dochází rodiče

Rodinná anamnéza: klientka je bezdětná, rodiče jsou oba zdraví, sourozenci žádní

Pracovní anamnéza: klientka vystudovala obchodní akademii, od doby úrazu je nezaměstnaná

Vstupní vyšetření ergoterapeutem

Provedeno dne: 6. 12. 2012

- **Hodnocení soběstačnosti**

V oblasti ADL činností je klientka nezávislá. Barthelův test vyšel na plný počet bodů.

V oblasti IADL aktivit je klientka částečně závislá na druhé osobě. Není si jistá v cizím prostředí a špatně se orientuje na hlučných místech. Cestuje s doprovodem druhé osoby a hojně využívá průvodcovských služeb. Nakupuje s pomocí, nebo jí na nákupy chodí matka a potraviny jí donáší. Matka pro ni také vaří, navštěvuje ji třikrát týdně a uvařené jídlo klientce přinese. Ta je pak schopná samostatně jídlo ohřát. Lehké domácí práce klientka zvládá. Prádlo na vyprání a vyžehlení dává matce. Klientka vlastní mobilní telefon s hlasovým výstupem. Je schopna zavolat i poslat textovou zprávu. Klientka neužívá žádnou medikaci. Finance si spravuje sama.

- **Hodnocení mobility**

Klientka se orientuje pomocí bílé hole. Je schopna samostatně chůze. Pokud potřebuje jít delší vzdálenost, cizí trasu nebo potřebuje jet městskou hromadnou dopravou, využívá průvodcovských služeb.

- **Hodnocení kognitivních funkcí**

Kognitivní funkce nemá klientka nijak poškozené. V testu získala maximum bodů.

- **Funkční hodnocení**

Kloubní pohyblivost, svalová síla, úchopy – vše v normě.

Závěr vstupního vyšetření

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; Test IADL – 55 bodů

Klientce činí problém vykonávat některé IADL aktivity. Mnoho věcí za klientku dělá matka. V době před úrazem klientka vykonávala samostatně veškeré činnosti. Vařila, uklízela, prala, žehlila. Od té doby co přišla o zrak, nevykonává kromě lehkého úklidu žádnou z těchto činností. Klientka je mladá a chtěla by se opět o vše postarat sama.

Klientka v dobré fyzické formě. Její psychický stav je také dobrý. Kognice nejsou poškozeny. Dle vstupního vyšetření a rozhovoru s klientkou byl sestaven ergoterapeutický plán.

Ergoterapeutický plán

- **Krátkodobý ergoterapeutický plán**

Plán po dobu cca jednoho měsíce

- Seznámen s kompenzačními pomůckami využitelnými v kuchyni
- Zopakování základních dovedností nutných pro přípravu pokrmů (krájení, loupání, škrábání atd.)
- Obsluha elektrického sporáku
- Úklid nádobí a pracovní plochy

Klientka projevila zájem o znovunabytí již dříve získaných zkušeností v oblasti sebeobsluhy v kuchyni. Klientka od ztráty zraku nevařila. Buď si ohřála donesené jídlo, nebo si namazala chléb.

- **Dlouhodobý ergoterapeutický plán**

- Zlepšit prostorovou orientaci
- Překonat strach z pohybu na rušných místech

Klientka má strach ze samostatného pohybu na rušných místech ve městě či v nákupních centrech. Má strach samostatně nastoupit do tramvaje. Udává, že do ní jednou někdo strčil a ona upadla, od té doby se bojí.

- **Silné stránky klientky**
 - Motivace, neporušené kognice, nízký věk
- **Slabé stránky klientky**
 - Strach

Terapeutická jednotka

- **Typ terapie:** individuální
- **Cíl TJ:** oškrábat a nakrájet brambory
- **Náplň TJ:** klientka si vyzkouší loupání brambor dle modelové činnosti A a B a vybere si způsob, který jí více vyhovuje

- **Modelová činnost A: oloupání brambor pomocí škrabky**
 - a) Klientka brambory nejprve umyje a odstraní největší nečistoty
 - b) Bramboru pevně uchopí do jedné ruky. Drží ji ukazovákem a prostředníčkem na jednom konci a palcem na druhém.
 - c) Do druhé ruky vezme škrabku. Ukazováček nechá ležet na tupé straně čepele.
 - d) Palec ruky, ve které drží škrabku, položí vedle druhého palce na spodní straně brambory. Poté zařízne čepel škrabky těsně pod slupku na horním okraji brambory.
 - e) Ukazováčkem tlačí proti čepeli a sjede škrabkou směrem dolů. Takto oloupe jeden proužek slupky.
 - f) Poté bramboru pootočí a opakuje postup, dokud neoloupe bramboru kolem dokola.
 - g) dále odstraní slupku na místech, kde bramboru držela.
 - h) Nakonec bramboru umyje a zkontroluje, jestli na ní nezůstaly nějaké nečistoty. Ty případně odstraní.
- **Modelová činnost B: Oloupání brambor pomocí nože**
 - a) Klientka z brambor nejprve odstraní velké nečistoty.
 - b) Bramboru uchopí do dlaně a na horní okraj položí ukazováček.
 - c) Do druhé ruky uchopí nůž. No horním okraji brambory zařízne nůž pod slupku v hodně plochém úhlu, aby slupka byla co nejtenčí.
 - d) Palec ruky, ve které drží nůž, určuje jeho pohyb. Nožem sjede ze shora dolů a odřízne jeden pruh slupky.
 - e) Bramboru pootočí a stejným způsobem pokračuje, dokud ji neoloupe kolem dokola.
 - f) Nakonec bramboru umyje a zkontroluje, jestli na ní nezůstala někde slupka nebo nějaké nečistoty. Případně je odstraní.
- **Délka TJ:** 45 minut
- **Pomůcky využity při terapii:** protiskluzová podložka, prkénko, nůž, škrabka na brambory, mísa
- **Rámec vztahu:** biomechanický
- **Přístup:** kompenzační, ADL, stupňovaných aktivit

- **Reakce klienta na terapii:** Klientka byla se svým výkonem spokojená. Vyzkoušela si oba dva postupy loupání. Více jí vyhovoval postup se škrabkou. Z loupání nožem měla strach.
- **Doporučení:** Velmi důležité je nejprve natrénovat pohybový stereotyp ruky při loupání. Nacvičit lze například na salátové okurce, která se loupe snadněji než brambory. Během loupání je pro klienta lepší bramboru několikrát opláchnou, snáze pak pozná, jestli někde nezapomněl oloupat nebo jestli na ní někde nejsou nečistoty. Loupání brambor pomocí škrabky je bezpečnější. S klientem je dobré vyzkoušet obě verze loupání a také různé druhy škrabek a nožů. Sám si poté vybere, jaký způsob mu vyhovuje nejvíce. Nové brambory je možné očistit pouze ve vodě kartáčkem nebo drátěnkou. Další možnost je uvařit brambory ve slupce a oloupat je když vychladnou.
- **Výstupní vyšetření**

Provedeno dne: 14. 1. 2013

Výsledky testů: Barthel test – 100 bodů; test IADL – 60 bodů; test MMSE – 30 bodů.

Zhodnocení terapie

Klientka se seznámila s možnostmi využití kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené v kuchyni. Zopakovala si všechny základní dovednosti, které jsou nezbytné pro přípravu pokrmů a které již před ztrátou zraku vykonávala. Opět si oživila krájení, loupání, strouhání atd. Naučil se bezpečně manipulovat s elektrickým sporákem. K označení jednotlivých knoflíků jsme využili konturovací pastu. Klientka je schopna po sobě uklidit pracovní plochu, umýt použité nádoby a uklidit ho na svoje místo.

Během terapie si klientka vyzkoušela dva způsoby loupání brambor. Více jí vyhovoval způsob loupání pomocí škrabky. Z loupání nožem měla strach, bála se, že by se mohla pořezat.

Klientka byla se svým výkonem během terapie spokojená. Pracovala velmi pečlivě a do všech mnou navržených činností se aktivně zapojovala. Požádala matku, aby jí uvařené jídlo nenosila, že si zkusí vařit sama.

Cíle krátkodobého ergoterapeutického plánu byly splněny. Při další terapii doporučuji zaměřit se na cíle dlouhodobého ergoterapeutického plánu.

7 VÝSLEDKY

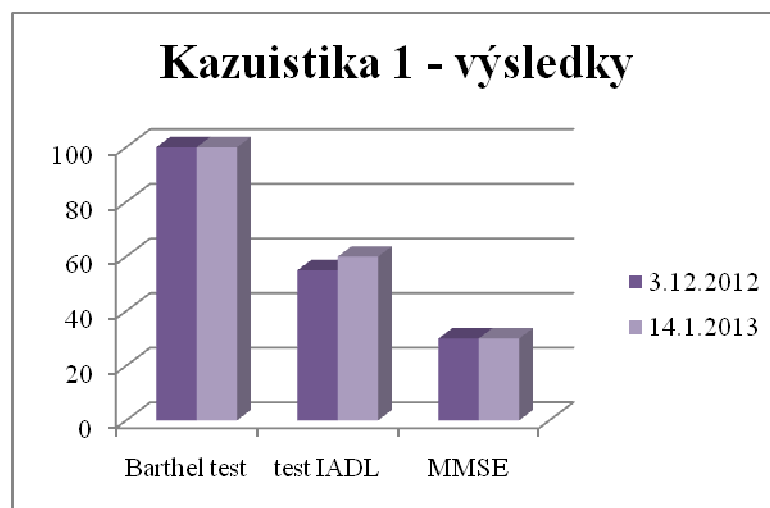
V této kapitole jsou zrekapitulovány výsledky testů, provedených při vstupním a výstupním vyšetření. Výsledky jsou zaznamenány v tabulkách a znázorněny v grafech.

7.1 Výsledky kazuistiky 1

Tabulka 2 - výsledky testů kazuistiky 1

	3. 12. 2012	14. 1. 2013
Barthel test	100	100
test IADL	55	60
MMSE	30	30

Graf 1 – výsledky kazuistiky 1



Zdroj: vlastní

Cílem terapie bylo zvýšení soběstačnosti v IADL aktivitách. Terapie byla konkrétně zaměřena na nácvik sebeobslužných činností v kuchyni a na přípravu pokrmů. Své uplatnění zde mělo i poradenství, které spočívalo v doporučení kompenzačních pomůcek, navrhování postupů a vedení při terapii.

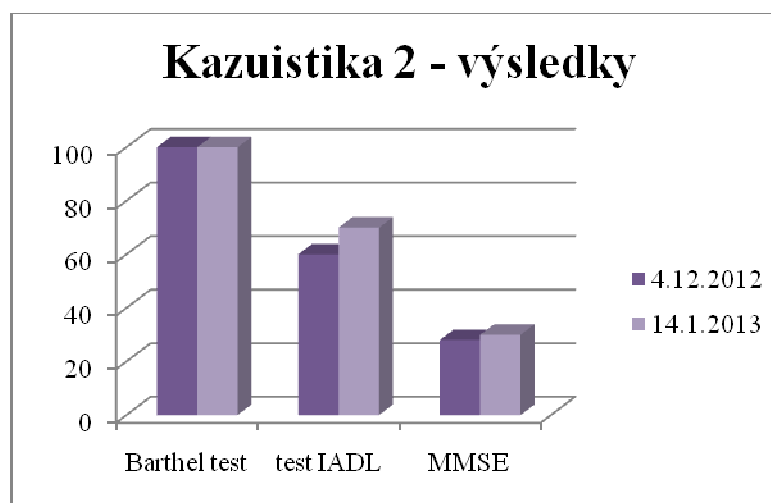
Terapie byla úspěšná. Dokazují to i výsledky IADL testu.

7.2 Výsledky kazuistiky 2

Tabulka 3 - výsledky testů kazuistiky 2

	4. 12. 2012	14. 1. 2013
Barthel test	100	100
test IADL	60	70
MMSE	28	30

Graf 2 – výsledky kazuistiky 2



Zdroj: vlastní

Cílem terapie bylo naučit klientku zacházet s kompenzačními pomůckami využívanými při pečení. Dále vytvořit modelové činnosti, ty aplikovat do praxe a tím dosáhnout zvýšení soběstačnosti v IADL aktivitách. Poradenská činnost spočívala v pomoci zvolit vhodné kompenzační pomůcky, v instruktaži o používání pomůcky a následném vedení během uplatňování modelových činností v praxi.

Terapie byla úspěšná. V testu IADL došlo k vylepšení o 10 bodů.

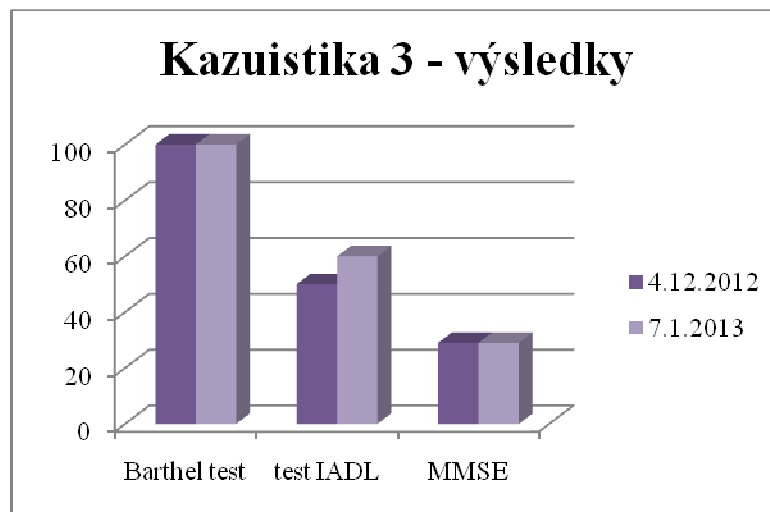
Dle grafu došlo také ke zlepšení výsledků v testu MMSE. Kognitivní funkce klientky byly v pořádku při vstupním i při výstupním vyšetření. Při vstupním vyšetření ztratila dva body za nesprávné odečítání. Při výstupním již odečítala správně.

7.3 Výsledky kazuistiky 3

Tabulka 4 - výsledky testů kazuistiky 3

	4. 12. 2012	7. 1. 2013
Barthel test	100	100
test IADL	50	60
MMSE	29	29

Graf 3 – výsledky kazuistiky 3



Zdroj: vlastní

Cílem terapie bylo zvýšení soběstačnosti v IADL aktivitách, konkrétně se jednalo o sebeobslužné činnosti v kuchyni. Terapie probíhali nejčastěji formou modelových činností. Načerpané ponatky z terapií klient aplikoval do praxe. I zde hrálo poradenství svou roli a to při doporučování pomůcek a při konzultacích během modelových činností.

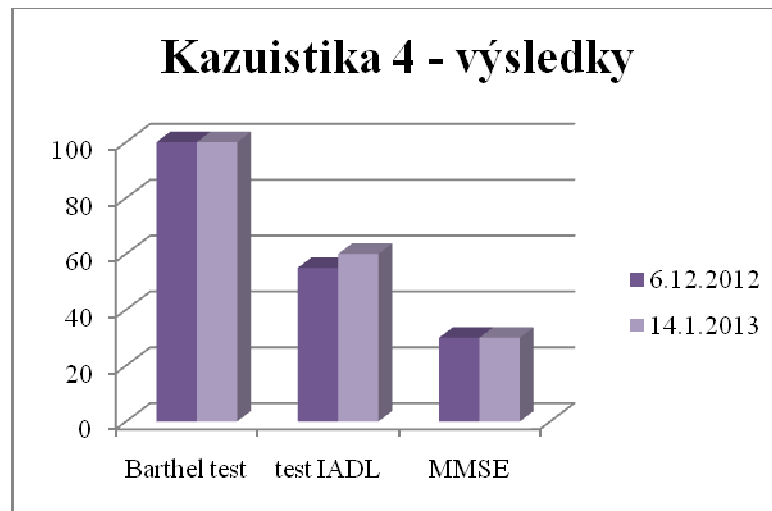
Cíl terapie byl splněn a potvrzen lepším bodovým ohodnocením ve výstupním testu IADL.

7.4 Výsledky kazuistiky 4

Tabulka 5 - výsledky testů kazuistiky 4

	6. 12. 2012	14. 1. 2013
Barthel test	100	100
test IADL	55	60
MMSE	30	30

Graf 4 – výsledky kazuistiky 4



Zdroj:vlastní

Cílem terapie bylo zvýšení soběstačnosti v IADL aktivitách a to dosažením maximální možné samostatnosti při práci v kuchyni. Terapie probíhaly prostřednictvím modelových činností, které byly později aplikovány do praxe. Poradenství se zde uplatňovalo zejména během převádění poznatků načerpaných z modelových činností do praxe.

Terapie byla úspěšná, cíl byl splněn.

8 DISKUZE

Poskytování poradenských služeb je nedílnou součástí péče o zrakově postižené klienty. Poradenství může pozitivně ovlivnit klientův současný stav i jeho budoucí život.

Tato práce se zabývá využitím ergoterapeutického poradenství v praxi. Je zaměřena především na oblast kompenzačních pomůcek, které mají za úkol minimalizovat u klientů míru zrakového handicapu a následně zlepšit jejich soběstačnost v IADL aktivitách. Konkrétně byl čas aktivně věnován obzvláště sebeobslužným úkonům v kuchyni, přípravě pokrmů a v neposlední řadě bezpečné manipulaci s kuchyňskými předměty.

Každý klient je individuální a ne každému vyhovuje stejná kompenzační pomůcka. Při doporučování pomůcek je vždy nutné přihlížet na klientovi schopnosti, potřeby a požadavky. Z tohoto důvodu byly klientům vždy navrženy dva způsoby, kterými je možné určitou činnost vykonávat. Následně byly převedeny do modelových činností, na jejichž základě si klienti mohli vyzkoušet a zjistit, jaký ze způsobů jim vyhovuje více. Vybraný způsob dále aplikovali v praxi. Cílem bylo rozšířit klientům obzor v možnostech využití kompenzačních pomůcek a mechanismů a docílit maximální možné samostatnosti při práci v kuchyni.

Před samotným začátkem výzkumného šetření byly stanoveny tři hypotézy. Jedna po druhé budou následně rozebrány, abychom zjistili, jestli se potvrdily či nikoliv.

Hypotéza 1

- Předpokládám že, zrakově postižení znají kompenzační pomůcky využívané v kuchyni lépe, než kompenzační pomůcky sloužící pro práci s informacemi.

Na počátku výzkumného šetření byl pro klienty uspořádán seminář na téma kompenzační pomůcky pro zrakově postižené. Cílem bylo zjistit, do jaké míry jsou klienti seznámeni s kompenzačními pomůckami dostupnými na trhu a kde je možné si je půjčit, vyzkoušet, či zakoupit.

Hovořilo se o pomůčkách pro samostatný pohyb a prostorovou orientaci, pomůčkách pro domácnost, dále o pomůčkách pro práci s informacemi a nakonec a pomůčkách pro volný čas a zábavu. Nejvíce se klienti vyznali v pomůčkách pro samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Naopak nejmenší znalosti měli klienti v kategorii pomůcky pro domácnost, které zahrnují i pomůcky do kuchyně.

Tato hypotéza se tedy nepotvrdila. Klienti znali lépe pomůcky pro práci s informacemi, než pomůcky, které se využívají v kuchyni.

Hypotéza 2

- Předpokládám že, když zrakově postižení klienti budou v kuchyni používat vhodně zvolené kompenzační pomůcky, zlepší se v přípravě pokrmů.

Klienti měli možnost v průběhu výzkumného šetření vyzkoušet si přípravu pokrmů či horkých nápojů a to vždy dvěma způsoby. Jeden způsob byl zaměřen na využití konkrétně zvolené kompenzační pomůcky, v druhém šlo o kompenzační mechanismus, který se obejde bez využití konkrétní pomůcky.

Všichni klienti zvládli oba dva způsoby a vybrali si ten, který jim více vyhovoval. Třem klientům více vyhovoval způsob s využitím konkrétní pomůcky. Jeden z klientů zvolil kompenzační mechanismus bez využití speciální pomůcky. Všichni klienti se zlepšili v přípravě pokrmů.

Hypotéza 2 se tedy potvrdila.

Hypotéza 3

- Předpokládám že, když klienti aplikují poznatky načerpané z modelových činností do vykonávání IADL aktivit, zvýší se jejich soběstačnost.

Terapeutické jednotky probíhali zejména formou modelových činností. Klienti byli vždy nejprve seznámeni s prostředím, s druhem činnosti, s pomůckami a s postupem činnosti. Pak přicházel samotný trénink jednotlivých aktivit. Poznatky a zkušenosti načerpané během vykonávání modelových činností se poté převáděly do praxe.

Všichni klienti zvládli natrénovat během modelových činností různé aktivity. Ty pak také úspěšně převedli do praktického života. Všichni klienti se stali více soběstačnými. To dokazuje také srovnání výsledků testů IADL, které byly provedeny na začátku a na konci výzkumného šetření.

Tímto se tato třetí a zároveň poslední hypotéza potvrdila.

Šance, že se člověk, který přišel o zrak v průběhu života, stane opět úplně soběstačným, je velmi vysoká. Základem je najít sílu a postavit se problému čelem, být aktivní a spolupracovat s těmi, kteří se snaží pomoci.

Jak pravil jeden známý řečník. „Člověk jedná tak, jaká je jeho duševní jakost, ani chudoba a nízký rod, ani vady tělesné, slepota a hluchota nejsou sto, aby zničili člověka." [Marcus Tullius Cicero]

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo představit čtenářům, v čem spočívá ergoterapeutické poradenství u klientů se zrakovým postižením zaměřené na kompenzační pomůcky a soběstačnost. Dále jsem chtěla poukázat na to, jak může poradenství ovlivnit vykonávání IADL aktivit, konkrétně vykonávání sebeobslužných činností v kuchyni.

Ztráta zraku a to především v pozdějším věku působí na člověka velmi stresově až úzkostně. Člověk se ocitá v naprosto nové životní situaci, která je pro něj velmi frustrující a přináší s sebou strach a obavy. Je obklopen tmou, a jelikož nevidí nic kolem sebe, cítí se sám. Právě v této situaci je pro něj velmi důležité vedení, motivace a podpora. Poradce se tak pro nevidomého většinou stává průvodcem v tomto „neznámém“ světě a pomáhá mu řešit nejrůznější problémy.

Základním posláním ergoterapeuta je pomoci klientovi dosáhnout maximální možné soběstačnosti a pomoci mu vrátit se zpět do plnohodnotného života. U klientů se zrakovým postižením je většinou třeba začít s tréninkem všech činností od začátku. Klient se musí naučit vykonávat vše bez zrakové kontroly a spolehnout se pouze na kompenzační smysly. Terapeut tak prostřednictvím poradenství může klientovi pomoci s odstraněním architektonických bariér v místě bydliště, pomůže mu vybrat a sehnat vhodné kompenzační pomůcky a pomůže mu najít kompenzační mechanismy k vykonávání nejrůznějších činností.

Dle mého názoru je poradenská činnost nedílnou součástí péče o zrakově postižené a věřím, že tento názor potvrdila i tato práce. Právě poradenství přispívá k tomu, že se zrakově postižený člověk zvládne vrátit zpět do kvalitního života a do společnosti.

Myslím si, že stanovené cíle se podařilo splnit a jsem ráda, že právě poradenství má v ergoterapii své místo.

Doufám, že poznatky z této práce budou přínosné nejen pro studenty ergoterapie, ale také pro všechny ostatní, kteří jakýmkoliv způsobem zrakově postiženým pomáhají.

LITERATURA A PRAMENY

DRYDEN, Windy. *Poradenství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. 117 s. Stručný přehled. ISBN 978-80-7367-371-0.

FINKOVÁ, Dita. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 119 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2742-3.

FINKOVÁ, Dita, LUDÍKOVÁ, Libuše a RŮŽIČKOVÁ, Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.

HAGEDORN, Rosemary. *Foundations for practice in occupational therapy*. New York: Churchill Livingstone, 2001. 187 s. ISBN 0-443-06470-9.

HAMADOVÁ, Petra, KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea a NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

JESENSKÝ, Ján a kol. *Prolegomena systému tyflorehabilitace, metodiky tyflorehabilitačních výcviků a přípravy rehabilitačně – edukačních pracovníků tyflopeditického spektra*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2007. 670 s. ISBN 978-80-86723-49-5.

KEBLOVÁ, Alena. *Zrakově postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. 67 s. ISBN 80-7216-191-1.

KEBLOVÁ, Alena. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Septima, 1996. 100 s. ISBN 80-85801-65-5.

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN: 978-80-7013-535-8.

MATYSKOVÁ, Kateřina. *Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením*. 1. vyd. Praha: Okamžik, 2009. 60 s. 978-80-86932-24-8.

MORAVCOVÁ, Dagmar. *Zraková terapie: slabozrakých a pacientů s nízkým vizelem*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2004. 203 s. ISBN 80-7254-476-4.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

RENOTIÉROVÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1073-7.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko pro nevidomé Dědina, o.p.s. [online]. 2010 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.dedina.cz/index.html>>.

Retinopatie: diabetická retinopatie [online]. 1999 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/6.htm>>

Retinopatie: Retinopatie nedonošenců [online]. 1999 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak>>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR: Klasifikace zrakového postižení podle WHO [online]. c2002-2013. [cit. 2013-01-18]. Dostupný z WWW: <<http://www.sons.cz/klasifikace.php>>.

Sociální poradenství [online]. 2003 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyflocentrum-ova.cz/sluzba-osp-2010.php>>

Středisko výcviku vodících psů SONS ČR [online]. [cit. 2013-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.vodicipsi.cz>>.

Tyflocentrum: Poslání a náplň činností těchto společností [online]. 2002-2011 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.tyflocentrum.cz/poslani.php>>.

Zrakové vady: Nystagmus [online]. 1999 [cit. 2013-01-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.brailnet.cz/sons/docs/zrak/16.htm>>.

SEZNAM ZKRATEK

ADL – aktivity každodenního života (activities of daily living)

DG – diagnóza

IADL – instrumentální činnosti každodenního života (instrumental activities of daily living)

MMSE – test kognitivních funkcí Mini-Mental State Examination

o.p.s. – obecně prospěšná společnost

SONS – Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých

TJ – terapeutická jednotka

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – klasifikace zrakového postižení dle WHO

Tabulka 2 – výsledky testů kazuistiky 1

Tabulka 3 – výsledky testů kazuistiky 2

Tabulka 4 – výsledky testů kazuistiky 3

Tabulka 5 – výsledky testů kazuistiky 4

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – výsledky kazuistiky 1

Graf 2 – výsledky kazuistiky 2

Graf 3 – výsledky kazuistiky 3

Graf 4 – výsledky kazuistiky 4

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – stavba oka

Příloha 2 – ukázka z terapeutické jednotky (kazuistika 1)

Příloha 3 – ukázka z terapeutické jednotka (kazuistika 4)

Příloha 4 – pomůcky využité během terapeutických jednotek (kazuistika 2 a 3)

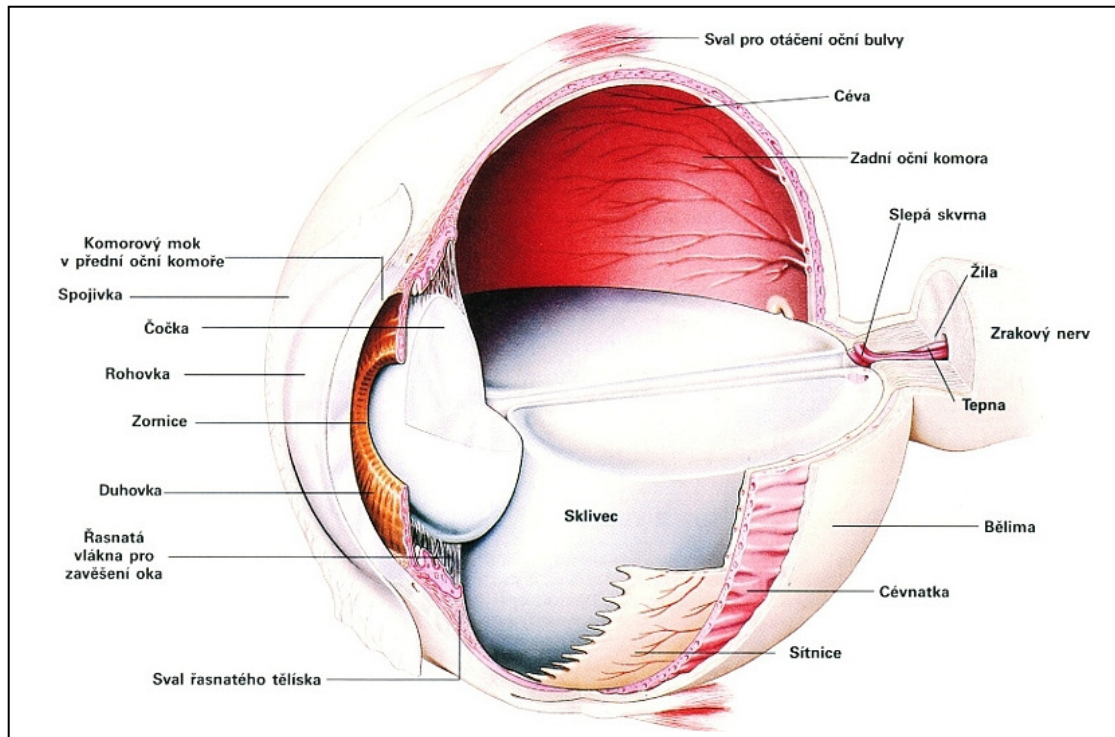
Příloha 5 – dotazník (záznamový arch)

Příloha 6 – upravená verze testu MMSE

Příloha 7 – hmatné obrazce pro MMSE test (kreslení)

PŘÍLOHY

Příloha 1 – stavba oka



Zdroj: <http://vyuka.zsjarose.cz/data/swic/lessons/851.jpg>

Příloha 2 – ukázka z terapeutické jednotky (kazuistika 1)



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Příloha 3 – ukázka z terapeutické jednotky (kazuistika 4)



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní



Zdroj: vlastní

Příloha 4 – pomůcky využívané během terapeutických jednotek (kazuistika 2 a 3)

Kuchyňská váha s hlasovým výstupem



Zdroj: <http://pomucky.blindfriendly.cz>

Odměrka s hmatnými značkami



Zdroj: <http://pomucky.blindfriendly.cz>

Indikátor hladiny - vibrační



Zdroj: <http://is.brailnet.cz>

Příloha 5 – dotazník (záznamový arch)

Záznam vstupních informací o osobě se zrakovým postižením

1. Osobní údaje

Pohlaví:

Datum narození:

2. Rodinné údaje

Otec:

Matka:

Sourozenci:

Ostatní:

3. Zdravotní stav

Stupeň zrakové vady:

Slabozraký Prakticky nevidomý Nevidomý

Diagnóza:

Levé oko

Pravé oko

Doba vzniku zrakové vady:

Zraková vada je kombinovaná s další vadou:

Sluchovou

Tělesnou

Mentální

Poruchou interního charakteru

Jinou (jakou?)

4. Používaný typ písma

Výhradně černotisk

Zvětšený typ černotisku

Dvojitá technika (bodové písmo a tisk)

Výhradně bodové písmo

5. Získávání informací

Z knih a časopisů v bodovém písmu

Z knih a časopisů ve zvukovém formátu

Z rozhlasu a televize

Z internetu

6. Schopnost prostorové orientace

Zrakem se orientuje:

Částečně převážně vůbec

Ve známém prostředí se orientuje:

Dobře s menšími těžkostmi špatně

V neznámém prostředí se orientuje:

Dobře s menšími těžkostmi špatně

Orientuje se pomocí bílé hole:

Převážně

Převážně s průvodcem a bílou hůl využívá zřídka

Po paměti (nepoužívá bílou hůl) a s průvodcem

S pomocí vodícího psa

V novém prostředí se orientuje:

Rychle po delším cvičení

7. Schopnosti sebeobsluhy

Bezpečně manipuluje s nožem, nůžkami, při stolování využívá příbor

Ano ne

Umí zacházet s plynem, elektřinou

Ano ne

Umí si udržet svoje věci v pořádku, přeprat si prádlo, vyžehlit jednoduché věci, přišít knoflík

Ano ne

Rozlišuje bankovky a mince

Ano ne

8. Kompenzační pomůcky, které využívá

Pomůcky pro domácnost:

Pomůcky pro prostorovou orientaci a samostatný pohyb:

Pomůcky pro práci s informacemi:

Pomůcky pro volný čas a zábavu:

9. Využívá služeb:

TyfloCentrum o.p.s.

Tyfloservis o.p.s.

Dědina o.p.s.

SONS ČR

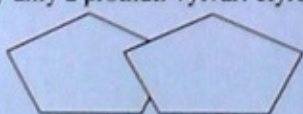
Speciálně pedagogická centra pro zrakově postižené

10. Problémy – obtíže (v důsledku vady zraku)

11. Zájmy a záliby

Zdroj: Dotazník byl sestaven na základě dotazníku publikovaném v KEBLOVÁ, Alena. *Zrakově postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. 67 s. ISBN 80-7216-191-1.

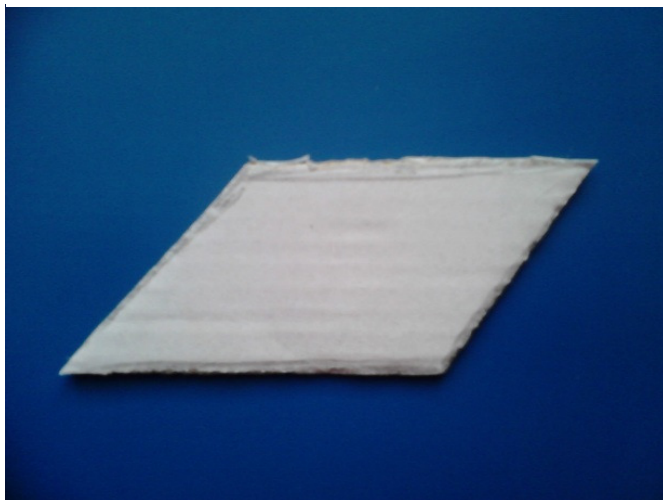
Příloha 6 – upravená verze testu MMSE

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)		Max. skóre:
Oblast hodnocení:		
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.		
- Který je teď rok?		1
- Které je roční období?		1
- Můžete mi říci dnešní datum?		1
- Který je den v týdnu?		1
- Který je teď měsíc?		1
- Ve kterém jsme státě?		1
- Ve které jsme zemi?		1
- Ve kterém jsme městě?		1
- Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)		1
- Ve kterém jsme poschodí?(pokojí?)		1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka) a vyzve pacienta,aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod		3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.		5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)		3
5. Reč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. <i>PŘEDHĚTY KLIENT OHNATA</i>		2
Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval:		1
- Žádná ale		1
- Jestliže		1
- Kdyby		1
Dejte nemocnému tříступňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“		1
Dejte nemocnému předst papír s nápisem „Zavřete oči“. <i>DÁNE SLOVNÍ PŘÍKAZ</i>		1
Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl) <i>KLIENT PÍŠE NA POČÍTACÍ / STROJI</i>		1
Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod Jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. <i>KLIENT NAKRESLIL</i> <i>OBRAZEC PODLE</i> <i>OHNATU</i>		1
		
Hodnocení:		
00 – 10 bodů	těžká kognitivní porucha	
11 – 20 bodů	středně těžká kognitivní porucha	
21 – 23 bodů	lehká kognitivní porucha	
24 – 30 bodů	pásmo normálu	

Zdroj: <http://ddalbrechtice.cz/data/ext-21.pdf>

Příloha 7 – hmatné obrazce pro MMSE test (kreslení)

Obrazec jednoduchý



Zdroj: vlastní

Obrazec složitější



Zdroj: vlastní