

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Oční onemocnění a základní rehabilitace

Vedoucí práce: Mgr. Radka Prázdna

Autor práce: Dobroslava Smolková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: Třetí - kombinované studium

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.

Čurková

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Radce Prázdne za cenné rady, připomínky
a metodické vedení práce.

Metodika práce

Při zpracování bakalářské práce jsem postupovala následně:

Nejprve jsem prostudovala literaturu z oblasti očních onemocnění.

Dalším krokem bylo prostudování literatury, která se týká problému sociální práce s jedinci se zrakovým handicapem.

Využití odborné literatury jsem konfrontovala s praxí, kterou jsem získala během své práce v Tyflokabinetu České Budějovice.

V příloze jsem doplnila kontakty na odborná pracoviště pro klienty se zrakovým postižením.

Obsah

Úvod	6
1. Zrakový handicap	7
1.1 Pojem handicap	7
1.2 Rozdělení zrakového handicapu	9
2. Zrak	10
2.1 Stavba oka	10
2.2 Základní funkce zraku	11
3. Oční onemocnění	13
3.1 Příznaky typické pro oční onemocnění	13
3.2 Nejčastější oční onemocnění	14
3.3 Závažné oční onemocnění	16
4. Důsledky onemocnění a ztráty zraku	22
4.1 Krize	22
4.2 Vliv postižení na jednotlivé složky osobnosti	23
4.3 Základní rysy sociálního postavení osoby s handicapem	23
5. Rehabilitace	24
5.1 Pojem a význam rehabilitace	24
5.2 Rozdělení rehabilitace	26
5.3 Pomoc a poradenství	26
5.4 Základní sociální rehabilitace	26
6. Praktická část	27
Závěr	31
Seznam literatury	32
I. příloha Seznam očních ordinací a pomáhajících organizací	34

Úvod

Prvním momentem mého zájmu o problematiku osob se zrakovým handicapem se stala přednáška Mgr. Janského v semináři Sociální komunikace, pořádané Teologickou fakultou v akademickém roce 2000/2001. Na této přednášce jsme si zavázali oči a spolu s průvodcem procházeli budovou fakulty. Ocitla jsem se ve tmě a odkázaná na cizí pomoc. Prvně jsem si hlouběji uvědomila, co znamenají důvěra, spolupráce a komunikace pro člověka, který si nemůže svoje poznatky ověřit zrakem.

V letech 2002 až 2004 jsem pracovala v neziskové organizaci Tyflokabinet České Budějovice, která poskytuje služby občanům se zrakovým postižením. Mezi základní služby patří klubová setkávání seniorů, průvodcovská služba, sociálně právní poradenství, doporučování kompenzačních pomůcek – optických lup, speciálně upravených počítačů a dalších elektronických pomůcek, způsob jejich obsluhy, výuku práce s počítačem.

Téma bakalářské práce „Oční onemocnění a základní rehabilitace“ jsem si zvolila, protože během své spolupráce s lidmi se zrakovým postižením jsem zjistila, jak důležitá je znalost této problematiky, která se netýká jen změny zdravotního stavu, ale jde o změny v komunikaci, v získávání informací, v mobilitě a v sociální kontaktech a vztazích.

Při spolupráci s lidmi s handicapem je nutné být vzdělaný v oblasti nejen sociální, být vstřícný a empatický, ale také mít základní znalosti z oboru očních nemocí, protože je dobré vědět, o čem se vlastně hovoří. Jsou situace, že člověk se zrakovým handicapem nejprve vyhledá kontakt v pomáhající organizaci, protože zaslechl informaci o službách pro zrakově postižené v autobuse MHD nebo dostal tento kontakt od svých známých. Otázky klienta jsou potom všeobecné, týkají se nejen projevů očního onemocnění a také, kde mu bude poskytnuta odborná pomoc, co bude následovat po залечení, kde mohou uplatnit různé žádosti o dávky a pomůcky. Lidé se potýkají s nejrůznějšími obavami a nejistotou, potřebují ventilovat své pocity, mluvit o tom, co se jim stalo, co mají dělat. Také při doprovázení klienta k lékaři se stalo, že zejména starší lidé mluvili o svých zdravotních obtížích a u lékaře z důvodu nejistoty a strachu nebyli schopni tyto obtíže popsat. Nejistí byli při vyřizování různých záležitostí na úřadech a potřebovali pomoc.

V první kapitole jsem se snažila vysvětlit pojem „handicap“. Druhá a třetí kapitola jsou věnovány očnímu onemocnění, snažila jsem se popsat příznaky očních onemocnění. Ve čtvrté a páté kapitole popisují krizi a rozdělení rehabilitace. V praktické části jsem se zaměřila na osoby se získaným handicapem, protože se domnívám, že tato skupina osob je více ohrožena výraznějším prožíváním krize a i možným rozpadem rodinných vztahů, poklesem sebehodnocení, ztrátou smyslu a cíle života.

1. Zrakový handicap

1.1 Pojem handicap

„Handicap“ je slovo, které se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem r. 1827 (z angl. „hand in cap“ – ruka v klobouku) a pochází z prostředí dostihového sportu.

„Ruka v klobouku“ označuje los, kterým se určuje, které z lehčích, starších či trénovanějších koní ponесou větší zátěž, resp. Poklušou delší distanci, aby byly podmínky pro všechny stejné a závod spravedlivý. 1

V současné době se tento termín používá u osob a znevýhodněné nějakým onemocněním, tělesnou vadou.

Jedná se o tělesné nebo duševní postižení, které bylo získáno geneticky nebo během života nebo negativním působením sociálních a sociálně-psychologických faktorů.

Problém handicapu není v primárním onemocnění, které handicap přináší, ale v jeho sociálním významu. Sociální status postiženého se snižuje a navázání vztahů je komplikovanější zejména proto, protože možnosti handicapovaných jedinců bývají vnímány spíše negativně a kompenzace daných nedostatků se jeví obtížná a možnosti omezené.

Sociální význam jednotlivých omezení a onemocnění není zcela generalizovaný, protože se liší v omezení a v počtu určitého postižení. Postižení můžeme z hlediska prožívání jedince chápat jako náročnou životní situaci, protože na něj dlouhodobě působí zatěžujícím vlivem, zvyšuje stres, způsobuje řadu konfliktů, z nichž jsou některé pro něj neřešitelné.

1.2 Rozdělení zrakového handicapu

Z průzkumu, uváděného v knize *Psychologie handicapu*, byl jako druhý nejhorší handicap uváděn zrakový handicap ve své nejtěžší formě - nevidomosti.

Jak těžké je žít bez zraku, si uvědomíme tehdy, když nás postihne nějaké onemocnění, které ani nemusí být závažné, abychom si uvědomili, v jaké situaci se ocitají lidé, kteří přišli o zrak částečně nebo úplně. Úplná ztráta zraku postihuje jen určitou část jedinců.

Procentuální výskyt osob s těžkým zrakovým postižením v běžné populaci bývá odhadován mezi 0,6 až 1,5 %. 2

Žijí v temnotě, v rozmazaném nebo mlhavém světě, často rozpoznají jen velká písmena nebo stín nebo těžko spočítají prsty ruky držené těsně před obličejem, někteří mají tunelové vidění.

Postižení oka může být, buď vrozené nebo získané v průběhu života. Získaná oční postižení jsou projevem nebo následkem celkových onemocnění nebo jsou to primárně oční choroby, dále pak úrazy oka a jejich následky a nakonec změny, které nastávají v důsledku stárnutí.

1 Vágnerová, M. *Psychologie handicapu*, str.33, Universita Karlova v Praze, Karolinum 2004, ISBN 80-7184-929-4

2 *Koncepce činnosti Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých České republiky* str. 5

Zrakový handicap podle doby, kdy k postižení dochází:

Zrakový handicap získaný od narození - jedná se o vady dědičné, které se nemusí vždy projevit při narození a rozvinou se teprve v pozdějším věku.

Prenatální - těžké postižení v důsledku onemocnění matky nebo plodu prodělaného v průběhu nitroděložního vývoje, předčasné porody dětí, které nemají dokončen vývoj zrakového orgánu.

Perinatální – komplikovaný dlouhý porod.

Postnatální – poškození sítnice nekontrolovaným příivodem kyslíku v inkubátoru (retrolentární fibroplazie).

Zrakový handicap získaný do 15 let – dědičné vady, úrazy, nádorová onemocnění.

Zrakový handicap získaný ve středním věku – dědičné vady, úrazy, nádorová onemocnění, spolu s dalšími onemocněními (diabetes melitus, kardiovaskulární onemocnění apod.), opotřebování organismu (krátkozrakost), nemoci z povolání (skláři, svářeči, chemici apod.).

Zrakový handicap získaný stárnutím jedince – nemoci, úrazy, nádorové onemocnění, opotřebování organismu.

Takovým onemocněním je šedý zákal, který většinou souvisí se stárnutím oka (u osob starších nad 70 let je to až 90 %). 3

Zrakový handicap podle stupně poruch visu:

Zraková ostrost – visus je schopnost oka rozeznat od sebe dva objekty, vyšetřuje se na různých typech optotypů (písmena, číslice, obrazce) v určité vzdálenosti zpravidla pěti nebo šesti metrů.

Pokud nemocný nerozezná ani největší znak na optotypu, nemáme ho počítat prsty na tmavé podložce, při ještě horším vizu se pohybuje rukou před okem. 4

Slabozrakost – je porucha, při které je vidění oběma očima i za pomoci brýlí natolik snížené, že jedinec nemůže číst písmo běžné velikosti.

Slabozrakost lehkého až středního stupně – visus 6/18 až 6/60

Slabozrakost těžkého stupně – visus 6/60 až 3/60

Těžce slabý zrak - visus 3/60 až 1/60

3 Pitrová Š. a kolektiv, *Chraňte svůj zrak*, str. 45, Grada Avicenum, Praha 1993, ISBN 80-7169-037-6

4 Jeřábek, J. *Oftalmologie pro pedagogy*, str.18, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta Pedagogická, Státní pedagogické nakladatelství Praha 1974, ISBN neuvedeno

Praktická nevidomost obou očí - visus 1/60, 1/50 až světlocit s jistou projekcí světla nebo omezení zorného pole do 5 stupňů.

Úplná nevidomost obou očí - stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou projekcí světla.

Amauróza – termín označující slepotu, trvalá, úplná a nevléčitelná ztráta zraku bez světlocitu. 5

2 Zrak

2.1 Stavba oka

Oko je párový orgán zraku uložené v kostěné prohlubni (očnici) na elastickém tukovém polštáři a je fixováno zevními očními svaly, ale může se i pohybovat. Oko má tvar koule, která se rozděluje na přední a zadní komoru. Přední komora je prostor mezi rohovkou a duhovkou. Zadní komora je prostor mezi duhovkou a čočkou. Jsou to malé prostory vyplněné komorovým mokem. 6

Prostor mezi čočkou a sítnicí je vyplněn sklivcem.

V zadní části oka se sbíhají nervová vlákna a tvoří zrakový nerv. Zrakový nerv a nervové buňky sítnice jsou předsunutou částí mozkové tkáně. Tudy také vystupuje žíla a vstupuje tepna.

Stěna oka je tvořena třemi základními vrstvami, od povrchu dovnitř jsou to: bělima, živnatka a sítnice.

Pevný obal oka tvoří: bělima a rohovka

Bělima (5/6) - kulovitá, tuhá, bílá, vazivová blána, kterou prostupují vlákna zrakových nervů a centrální sítnicové cévy.

Rohovka (1/6) - kulová úseč, je průhledná, propouští do oka světlo, její povrch je hladký a lesklý.

Schlemmův kanálek – probíhá v místech spojení bělimy s rohovkou, je důležitý pro odvod komorové vody.

Pod bělimou je živnatka, která slouží k výživě oka a je tvořena převážně cévami. Obsahuje pigment a funguje jako světelná izolace, světlo se dostává do oka jen zorničkou.

Živnatka se dělí na duhovku, řasnaté tělísko a cévnatku.

5 [http:// is.brailnet.cz:8080](http://is.brailnet.cz:8080), Zrakové vady, 21.10.2005

6 Machová, J., Biologie člověka pro učitele, str. 151, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum 2002, ISBN 80-7184-867-0

Duhovka - má tvar mezikruží, uprostřed se zorničkou (panenkou), která se smršťuje a roztahuje podle intenzity světla příslušnými svaly (svěrač a rozvěrač), přepažuje nitro oka na dvě nestejně velké části.

Řasnaté tělísko – tvoří prstenec při okraji duhovky, který je rozčleněn četnými výběžky, bohatě zásobenými cévami, tvoří se zde největší část nitrooční tekutiny – komorové vody.

Cévnatka – vystýlá zadní dvě třetiny vnitřního povrchu bělimy, vyživuje zevní vrstvy sítnice.

Sítnice - je nejdůležitější pro vnímání světla a zajišťování vidění, tvoří ji tři vrstvy nervových buněk

Nervové buňky, které jsou na zadní straně sítnice mají zvláštní výběžky, podle kterých je rozlišujeme na *čípky a tyčinky*.

Nervová vlákna vystupující a sbíhající se ve zrakový nerv se shromažďují v místě zvaném *terč zrakového nervu (papila)* – toto místo nemá světločivné buňky je slepé – slepá skvrna.

Žlutá skvrna je místo nejostřejšího vidění.

Čočka - průhledné těleso, patří k lomivému ústrojí oka, stejně jako rohovka, je zavěšena na vláčknech vybíhajících z řasnatého tělíska.

Sklivec – prostor mezi čočkou a sítnicí, průhledná, rosolovitá tkáň.

Pomocná ústrojí oka: víčka, spojivka, slzné ústrojí a okoohybné ústrojí

Víčka – horní a dolní, chrání oko zepředu.

Spojivka – slizniční blána, vystýlá zadní stranu víček a přechází na oko, kryje přední část bělimy až k rohovce.

Slzné ústrojí – skládá se ze slzné žlázy a slzných cest, slzy omývají přední úsek oka a chrání ho před prachem, bakteriemi.

Okohybné ústrojí – čtyři přímé svaly: zevní, vnitřní, horní, dolní
dva šikmé svaly: horní a dolní šikmý sval

Oční pohyby mají důležitou úlohu ve vnímání okolního světa. Oko se neustále pohybuje a tím „ohmatává“ okolní prostředí.

Ke zrakovému ústrojí člověka patří oči s jejich přídatnými orgány, zrakové dráhy a zraková centra v mozkové kůře.

2.2 Základní funkce zraku

Lidské oko je orgán, který našemu tělu zprostředkovává více než 70% (v některé literatuře je uvedeno 80-90 %) vjemů z okolního světa.

Zrakem vnímáme světlo v podobě elektromagnetického záření. Je to tedy smysl, který nám z okolního světa zprostředkovává světelné podněty. Vlnová délka takto přijímané energie je v rozsahu asi od 400 do 750 nanometrů. Na vlnové délce elektromagnetického záření závisí barva světla.

Světlo je prostředkem, který přináší informace z okolního světa, prostřednictvím buněk (čípky a tyčinky) jsou tyto informace přeneseny zrakovou dráhou až k mozku.

Světlo proniká do oka přes rohovku, oční čočku, sklivcový prostor až k oční sítnici (vnitřní vrstva očního bulbu). V sítnici je uloženo několik miliónů zrakových buněk:

asi 170 miliónů tyčinek a asi 7 miliónů čípků. Tyčinky zprostředkovávají vidění za šera a čípky barevné vidění. 7

Zrakový podnět je zpracován jako nervový vzruch, který je optickým nervem veden do specializované zrakové oblasti mozku. V mozku se nejprve tyto vzruchy analyzují a pak se dále odesílají k dalšímu zpracování.

Základní funkcí zraku je vidění, základem vidění je kontrola pohybu. Světelná energie se mění v energii nervovou a vzniklý vzruch se šíří do zrakového ústředí.

Vidění není izolovaná činnost, ale je spojeno s celým organismem.

Jeho kvalita závisí jak na periferním orgánu, zrakových drahách a centrech, ale na stavu celé ústřední nervové soustavy, která spojuje zrakové počítky s jinými v jednotný vjem.

K vidění patří

- 1) rozeznávání – světla, tvaru objektu a vzájemných vztahů objektů v prostoru
- 2) uvědomování si viděného a reakce na ně

V oftalmologii se hodnotí při posuzování chorobného stavu:

Zraková ostrost

Zorné pole

Barvocit

Adaptace

Akomodace

Okulomotorika

Zraková ostrost je schopnost oka rozeznat od sebe dva objekty. Podmínkou je, aby se ostrý obraz objektu promítl ve žluté skvrně oka.

Zraková ostrost se vyšetřuje na různých typech optotypů, zpravidla z pěti nebo šesti metrů.

Optotyp je deska na které jsou písmena, číslice nebo obrazce.

Normální zraková ostrost je označována zlomkem 6/6 až 6/4 nebo 5/5 až 5/4.

Zorné pole je část prostoru, kterou vidíme před sebou. Zorná pole obou očí se přibližně ze $\frac{3}{4}$ překrývají, největší ostrost je v makulární krajině, směrem k okrajům ostrost klesá. Zorné pole každého oka se vyšetřuje na perimetru a jeho rozsah vyjadřujeme ve stupních.

Výpad zorného pole – skotom způsobuje špatnou orientaci.

Barvocit je schopnost oka rozeznávat barvy nebo-li světlo o různé délce vlny.

Barvoslepost je neschopnost rozeznávat barvy, daltonismus – úplná barvoslepost.

Adaptace je schopnost oka přizpůsobit se různě intenzitě světla.

Vidění za denního světla fotopické, vidění za šera skotopické

Akomodace je schopnost oka přizpůsobit se různě vzdáleným předmětům. Rovnoběžné paprsky se lomí ve světlolomném prostředí tak, že dochází ke jejich spojení na sítnici.

Emetropie – správný poměr mezi lomivostí oka a délkou oční osy.

Amenotropie – všechny poruchy.

Poruchy lomivosti oka jsou:

Hypermetropie – dalekozrakost – obraz se spojí za sítnicí.

Myopie – krátkozrakost – obraz se nespojí na sítnici, ale před ní.

Astigmatismus- na sítnici vzniká neostří obraz při pohledu do dálky i do blízka, je to vada lomivosti oka způsobená nestejným zakřivením rohovky nebo čočky v důsledku nestejného poloměru zakřivení.

Okulomotorika – hybnost očí, nejkomplicovanější funkce, poruchy jsou buď vrozené nebo získané.

Diplopie – dvojité vidění

Amblyopie – tupozrakost

Astenopie – jednoduché vidění, které jedinec udržuje jen s velkou námahou, při zatížení se může objevit případná diplopie.

3. Oční vady

3.1 Příznaky typické pro oční onemocnění

Oční onemocnění se projevuje subjektivními potížemi nejrůznějšího charakteru a stupně. Tyto příznaky mohou být typická pro dané onemocnění nebo jsou doprovodným jevem banálního onemocnění.

Příznaky typické pro závažná onemocnění:

Bolest oka a nebo jeho okolí může signalizovat zánět oka a jeho okolí, zelený zákal.

Světloplachost bývá přítomna u poranění a jiných povrchních onemocnění rohovky, u zánětu duhovky, případně u zánětu spojivek, někdy v počátku šedého zákalu.

Slzení doprovází jakékoliv podráždění oka, výrazné slzení může být způsobeno alergií, překážkou v slzných cestách, ochablostí dolních víček.

Zarudnutí oka nebo jeho okolí – zčervenání oka je reakce na podráždění jakoukoliv škodlivinou, které není trvalé. U trvalého zčervenání oka jsou příčinou většinou záněty spojivek, duhovky nebo bělimy. Někdy se zarudnutím projevuje i glaukom. Za zčervenání víček mohou záněty mazových žlázek (ječné a vlčí zrno) nebo zanesení infekce do drobné ranky.

Pokles vidění je způsoben nějakou z refrakčních vad a nebo je charakteristické pro onemocnění nebo poranění rohovky. Postupně klesající schopnost vidění je příznakem postižení centrální oblasti sítnice senilní makulární degenerací. Náhle zamlžené vidění se vyskytuje u glaukomu.

Při poruchách krevního zásobování zrakového nervu nebo sítnice, pro úrazu, při odchlípení sítnice může dojít k náhlé ztrátě vidění – je nutné ihned vyhledat lékaře.

Plovoucí „mušky, saze, pavučinky“ jsou drobné tmavé tečky vznášející před okem nebývají vážnější poruchou. Jejich příčinou jsou změny sklivce, které souvisí s jeho stárnutím. Ve větším množství je příčinou krvácení, které souvisí s trhlinou do sítnice.

Světelné vjemy „blesky, jiskření“ jasné světelné záblesky na periferii vidění mohou být první příznaky trhlin nebo odchlípení sítnice nebo doprovodným příznakem sítnicových a sklivcových degenerací.

3.2 Nejběžnější oční onemocnění

I. Nemoci víček

Záněty očních víček:

Ječné zrno – hnisavý akutní zánět žlázy víčka, bolest, otok, vyklenutí s hnisavou čepičkou. Léčba: antibiotiky – oční kapky a masti.

Vlčí zrno – hnisavý zánět jedné z meibomských žlázek, které zabraňují tvorbou mazu přetékání slz na tvář, bolestivý, zarudlý otok víčka.

Léčba: antibiotiky, někdy pomůže injekce kortikoidu k ložisku zánětu, neustupující zánět je nutné chirurgicky odstranit.

Zánět víčkových okrajů – chronický průběh, onemocnění způsobují přemnožené stafylokoky, trvalé zarudnutí okrajů víček, tvorba drobných šupinek mezi řasami, po stržení místo drobně krvácí, neléčené a těžké formy vedou k zjizvení víčkových okrajů a ztrátě řas.

Léčba: dlouhodobá, antibiotiky a kortikoidy, úprava hygieny a životosprávy.

Převíslá víčka – s věkem ztráta pružnosti kůže, u malého procenta jedinců tato vada způsobuje zúžení zorného pole a zhoršení vidění.

Léčba: chirurgicky.

Pokles horního víčka - při obrně svalů, které víčka zvedají, důvodem jsou zánětlivé pochody nebo nádory, iktus, infekce (ruže, pásový opar, spála), otravy, porucha štítné žlázy.

Léčba: po provedení komplexního lékařského vyšetření a zjištění příčiny se stanoví léčba buď konzervativní nebo chirurgická.

Kožní útvary na víčka a v okolí oka

Běžně se tvoří bradavice, stopkaté útvary a cysty.

Nádory víček bazaliom – plošný vrídek se stroupkem, který snadno krvácí.

Léčba. chirurgicky. Nutné přijít včas, protože jestliže je defekt rozsáhlý může vést k poškození rohovky.

II. Onemocnění spojivky

Cizí tělísko na spojivce nebo rohovce - působí tlak nebo i bolest.

Léčba: výplach oční vodou, při bolestech, které neustávají vyhledat lékaře.

Krevní výron pod spojivkou - ke krvácení pod spojivku dochází, když praskne některá z drobných povrchních cévek, vytvoří se červená skvrnka v oku. Ke krvácení dochází spontánně při během úporného kašle, smrkání, během porodu, při zácpě, při potápění.

Záněty spojivek – běžné, infekční onemocnění, vysoká nakažlivost.

Príznaky. Řezání, zčervenání, otok víčka, světloplachost, výtok hlenu až hnisu podle intenzity.

Léčba : antibioticky kapkami a mastmi, případně směsi antibiotik a kortikoidů, vymývání očí borovou vodou, tmavé brýle.

Degenerativní onemocnění :

Pinguecula – žlutavá skvrnka, vyskytuje se u lidí nad 40 let, degenerace hlubokých vrstev spojivky, kosmetická vada.

Pterygium – přerůstání spojivky až na rohovku, neprůhledná, napjatá blanka, může se zvětšovat až ke středu rohovky a tím zhoršuje vidění.

Léčba: chirurgicky, zakrytí oka, antibiotická mast.

III. Syndrom suchého oka

Príznaky: pálení a bodání, pocit písku v očích, svědění, pocit suchosti a drhnutí, zarudnutí, světloplachost, tvorba vazkého hlenu, nadměrné slzení

Faktory, které podporují vznik syndromu suchého oka jsou – pokles produkce slz, snížení schopnosti dokonale roztírat mrkáním slzná film po celém povrchu oka, změna složení slz, oční infekce, nošení kontaktních čoček, některé léky, některé drogy, zevní prostředí (suchý vzduch, vítr, horko).

Léčba: umělé slzy – speciální oční kapky (Lacrisyn)

IV. Herpes oka

Onemocnění, které postihuje víčka nebo oko – rohovku.

Herpes simplex – virus shodný s oparem rtu, jako doprovodná reakce při chřipce, nachlazení, zánětech horních cest dýchacích. Rohovkový herpes se vyskytuje také při nemocech z nachlazení.

Príznaky: bolest, zrudnutí, slzivost, světloplachost, zhoršení vidění, projevuje se drobnými puchýřky, pokud se rozšíří do hlubších vrstev rohovky může vzniknout rohovkový vřed.

Léčba: léky s antivirotickými účinky, antibiotika, onemocnění dlouhodobé jizvy, *keratoplastika* - transplantace rohovky.

Pásový opar – virové onemocnění, virus (stejný jako plané neštovice) napadá nervový kmen nebo uzel.

Příznaky: úporné bolesti poloviny hlavy včetně oka, teplota, zarudnutí kůže a otok.

Léčba: kožní projevy – vysušování prasklých puchýřů, antibiotické masti, bolest tlumit léky, oko zakrýt obvazem, keratoplastika.

V. Rohovkový vřed

Neporušený povrch rohovky a slzný film zabraňují pronikání infekce do oka.

Při mechanickém porušení rohovky může dojít proděravění rohovky a infekce se šíří do nitra oka.

Příznaky: hnisavý vřed se jeví jako šedobílá později nažloutlá skvrna, přes kterou není vidět duhovka, oko bolí, je světloplaché, slzí.

Léčba: včasná odborná pomoc, při neléčení může dojít k perforaci rohovky, aplikují se antibiotika na zánět, pobyt v nemocnici, transplantace rohovky.

VI. Zánět žilnatky

Onemocnění může postihnout všechny tři části : duhovku, řasnaté těleso, cévnatku.

Příznaky: světloplachost, zhoršené vidění (ojediněle až slepota), zarudnutí, bolest.

Příčiny exogenní – zanesení infekce do oka (bakteriální, virová, plísňová, parazitární)

Příčiny endogenní - přehnaně vystupňovaná reakce organismu

Léčba: včasné diagnostikování nemoci, speciální vyšetření (krev, moč, kožní testy, rentgenové snímky), kortikoidy, předejít srůstům zornice – léky rozšiřující zornici, pobyt v nemocnici.

VII. Katarakta – šedý zákal

Úbytek průhlednosti - zkalení čočky. Dříve toto onemocnění vedlo až k slepotě, dnes se dá chirurgicky odstranit.

Příznaky: snížená zraková ostrost, zamžené vidění, světloplachost, šeroslepost.

Zornice je vlivem zakalení šedavá.

Tři typy vzniku:

Vrozená

Pouřazová

Spojená se stářím

Léčba: chirurgické odstranění zkalené čočky a náhrada umělou, krátkodobý pobyt v nemocnici, aplikace kapek a masti s kortikoidy, vyvarování fyzické námahy, brýle

Afakie – chybění čočky

Důsledek chirurgického zákroku (např. při operaci katarakty), ztráta schopnosti akomodace, silná refrakční vada, světloplachost.

Léčba: umělá nitrooční čočka, brýle, úprava světelných podmínek.

3.3 Závažné zrakové vady

I. Porucha barvocitu

Neschopnost vidění barev v celém spektru, zpravidla dědičná porucha, neprogresivní, jsou porušeny čípky a jejich funkce.

Příznaky: snížená zraková ostrost, světloplachost.

Léčba: není, ochrana tmavými brýlemi před oslněním.

II. Myopie, Astigmatismus – refrakční vady

Refrakce – lom

Myopie – krátkozrakost

Nejpočetněji zastoupená vada, neostře vidění do dálky, problémy s vnímáním hloubky, problémy s oslněním, u těžších případu i výpadky zorného pole až slepota.

Opak myopie je *hypermetropie* – dalekozrakost

Presbyopie – stařecká dalekozrakost

Léčba: korekce brýlemi, chirurgicky

Astigmatismus – nepravidelné zakřivení rohovky, rozostřený obraz

Léčba: brýlemi

III. Albinismus

Dědičná porucha, nedostatek pigmentu. Duhovka propouští světlo, nystagmus.

Příznaky: snížená zraková ostrost, silná refrakční vada spojená s astigmatismem.

Léčba: medicínsky žádná, snížení ostrosti světla pomocí tmavých brýlí, korigování optickými pomůckami.

IV. Poruchy binokulárního vidění

Porucha binokulárního vidění způsobuje:

šilhavost oka (motorika)

změny ve zrakovém vnímání (senzorika)

Šilhání – strabismus je porucha spolupráce očí.

Dělí se na::

sbíhavé šilhání - oko se stáčí do vnitřního očního koutku

rozbíhavé šilhání – oko se stáčí do zevního koutku

oko může šilhat vertikálně – nahoru i dolů

Šilhání může být jednostranné nebo oboustranné.

Tupozrakost – amblyopie, je snížení zrakové ostrosti způsobené útlumem z nečinnosti oka.
Příznaky: zhoršení orientace, odhadu, kontaktu se světem.

U tupozrakého, utlumeného oka a u ztráty jednoho oka se musí počítat s omezením zorného pole.

Léčba: chirurgicky úprava šilhání, *pleoptika* (přinucení nemocného oka k činnosti okluzí), *ortoptika* (cvičení binokulárních funkcí).

V. Glaukom – zelený zákal

Závažné onemocnění, kterým trpí 1-2 z 5 lidí starších 40-ti let a 10% končí trvalou slepotou.
Příznaky: zvětšený tlak v oku, úbytky zorného pole, vidění zamlžené, snížená ostrost, dělají se kruhy okolo světelných zdrojů, bolest oka a jeho okolí, zamlžené vidění, celková nevolnost až zvracení.

Dva typy zeleného zákalu:

Otevřeného úhlu – nadprodukce komorového moku v oku

Zavřeného úhlu – zablokování odtokových cest

Vyšetření u očního lékaře- oftalmoskopie (oční pozadí), perimetrie (zorné pole), tonometrie (nitrooční tlak).

Léčba kapkami, chirurgicky, laserem.

VI. Retinopatie

Označení pro patologické změny sítnice a jejích cév, nejčastějšími příčinami jsou oběhové poruchy, cukrovka nebo koncentrace kyslíku v inkubátorech.

Diabetická retinopatie

Změny v očních cévách, výlevy krve na sítnici, případné odchlípení sítnice, světloplachost, proměnlivé vidění, výpadky zorného pole, zhoršování zraku.

Léčba: dieta, laserová terapie někdy vynětí sklivce.

Retinopatie nedonošenců

Nejčastější příčina slepoty u dětí – koncentrací kyslíku dojde k odchlípení sítnice.

Citlivost na oslnění, zúžení zorného pole, snížení zrakové ostrosti až slepota.

Léčba: žádná, úprava osvětlení, optické pomůcky.

VII. Degenerace sítnice

Pigmentová degenerace sítnice – šeroslepost, zužování zorného pole (trubicové vidění), světloplachost, problémy s adaptací při přechodu ze tmy do světla a opačně.

Léčba: žádná, optické pomůcky, které rozšiřují zorné pole.

VIII. Degenerace žluté skvrny

Ztráta centrálního vidění, snížení zrakové ostrosti v centrální oblasti, nevede k úplné slepotě.

Tři typy choroby:

Bestova makulární degenerace – u dětí

Stargartova makulární degenerace – u mládeže

Senilní makulární degenerace – většinou podmíněná makulární degenerace má dvě podoby:

Vlhkou – výlevy krve v makule

Suchou – postupná atrofie kapilár

Léčba: při výlevech krve laserová chirurgie, nácvik vidění mimo makulu, optické pomůcky a úprava osvětlení.

IX. Záněty sítnice

Zanesení infekce do sítnice krví, infekce virem, parazity, průvodní jev některých onemocnění. Zkalení sítnice, může dojít k nekróze sítnice, trhlinám a odchlípení.

Záněty způsobené parazity:

Toxokaróza – od psí tasemnice

Onchocercosis – bodnutím mouchy se přenose parazit vlasovec kožní.

Léčba: antibiotiky

X. Odchlípení sítnice

K odchlípení sítnice od podpůrných vrstev může dojít po úrazu, výlevu tekutiny pod sítnici, vysokou myopie, afakií, degenerativní změnu sítnice při cukrovce a pod. Odchlípená část sítnice odumírá pro nedostatek živin.

Příznaky: výpadky zorného pole, světelné záblesky, vidění jako padajících sazí, snížená zraková ostrost.

Léčba: laserová fotoagulace nebo kryoterapie (přimražení), optické pomůcky, úprava osvětlení, zabránit dalšímu odchlípení sítnice vyloučením sportů s možností úrazu.

XI. Změny terče zrakového nervu

Degenerace terče zrakového nervu, otok

Některé formy jsou dědičné, nebo způsobené diabetem, jedy (metylalkohol), poranění, nitrolební nádory.

Příznaky: výpadky zorného pole až slepota.

Léčba: medicínsky žádná, optické pomůcky, mimomakulární vidění, úprava osvětlení.

XII. Aniridie – chybění, anomálie duhovky

Vrozená, dědičná vada, projevuje se světloplachostí, špatnou adaptací na světelné podmínky.

Léčba: kontaktní čočky, sluneční brýle a úprava světelných podmínek.

XIII. Kolobom

Vrozená vada, kdy chybí část duhovky nebo sítnice.

Chybění duhovky (nepravidelný tvar) – světloplachost, nystagmus

Chybění sítnice – slepé místo

Léčba: kontaktní čočky, úprava osvětlení.

XIV. Keratokonus

Vyklenutí, zašpičatění rohovky, ztenčená rohovka může prasknout, změny refrakce oka, kruhy kolem světelných zdrojů.

Léčba: tvrdé kontaktní čočky, transplantace rohovky, úprava osvětlení.

XV. Mikroftalmie

Nevyvinuté, malé oko, krátkozraké, rohovka více zakřivená, sekundární postižení.

Léčba: není specifická.

XVI. Nystagmus

Bezděčné rytmické pohyby většinou obou očí, ve všech směrech.

Získaná nebo vrozená vada, zhoršuje zrakovou ostrost.

Léčba: žádná, trénink fixace.

XVII. Nedokončený vývoj oka u dětí předčasně narozených

Nedokončený vývoj oka, sítnice - poruchy funkce oka, slepota.

Léčba : léky na prokrvení sítnice, operační zákrok, nedokonalou cévní síť nelze nahradit, kompenzační pomůcky.

Retrolentární fibroplazie vzniká u nedonošených dětí v inkubátorech s nekontrolovatelným přívodem kyslíku.

Oboustranné postižení oka – speciální školy pro děti se zrakovým handicapem, speciální výchova, kompenzační pomůcky.

XVIII. Úrazy oka

Poranění oka a jeho okolí:

Tupé úrazy vznikají nárazem předmětu na oko, celistvost oka zůstává neporušená a dochází k porušení tkání uvnitř.

Perforující poranění stěna očního bulbu je porušena, jednotlivé tkáně mohou vyhřeznout, oko je ohroženo vznikem infekce.

Poranění ostrými předměty do oka pronikne cizí tělísko a uvízne v něm.

Popálení nebo poleptání oka chemickými či fyzikálními škodlivinami – závažná poranění, záleží na množství a koncentraci chemikálie, době působnosti a rychlosti ošetření.

Z fyzikálních škodlivin je to ultrafialové záření – onemocnění fotokeratitida.

Léčba: okamžité vyhledání očního specialisty, u chemického zasažení okamžitý výplach oka, u cizích předmětů v oku nevytáhnout, přikrýt sterilním obvazem a vyhledat lékaře.

XIX. Nádory a vynětí oka (enukleace)

Vynětí oka se provádí při nádorovém onemocnění nebo u perforujících poranění oka, kdy by druhé oko bylo tím ohroženo nebo u očí slepých, které bolí.

Léčba: není, umělé oko (protéza) se dává z důvodu vzhledu, ale především zabránění vpadávání víček dovnitř a zabránění zánětů.

Některá oční onemocnění se mohou vyhojit zcela bez následků, u chronických onemocnění a u opakujících se onemocnění mohou zůstat trvalé následky.

Oči a zrak vyžadují tu nejlepší péči, protože podcenění zdravotních problémů vede ke zhoršení zraku nebo k jeho ztrátě. Do popředí nejen lékařského zájmu se tedy dostává prevence, která může předcházet různým vadám a onemocněním.

Následky těžkého očního postižení přináší ztížení společenského uplatnění a způsobují takto postiženému jedinci velké psychické zatížení - krizi.

Statisticky je uváděno, že těžké onemocnění způsobuje krizi v 53 %. 8

4 Důsledky onemocnění a ztráty zraku

4.1 Krize

Krize z řeckého slova *krisis* – znamenalo soudní proces, ve kterém vrcholil spor a docházelo k rozsudku. Nastává obrat k lepšímu nebo horšímu. 9

V posledních letech se pojem krize stále více používá v kontextu jevů psychologického, sociálního a ekologického charakteru.

Krize označuje nejvyšší bod, bod obratu, zvrát v dění. Jedná se o psychickou změnu, kdy prožíváme naléhavé situace, kdy už nevidíme žádné východisko, kdy nastává nerovnováha mezi vznikajícím problémem a možností řešení. Je to situace, kdy člověk zvažuje hodnoty a nachází řešení, jakým způsobem lze situaci vyřešit.

Krize mění náš dosavadní způsob života a dochází k ohrožení naší identity. Čas krize je životním obdobím, které většinou bývá poznamenáno značnou tísní, zúžením. V krizi je důležité nejprve zmírnit paniku a potom formulovat hlavní problém. 10

Stádia krize:

1. *Fáze popření:* šok - snaha popřít ztrátu, nemožnost vnímání čehokoliv jiného, strnulost, je psychomotoricky neklidný nebo je netečný vůči svému okolí.

2. *Fáze propukání emocí:* postižený prožívá strach, tenzi, tíseň, zmatek, hledá viníka, převládají primitivní citové reakce, které signalizují silný pocit ohrožení, při mimořádné úzkosti může dojít i k vybití agrese a to formou verbální či brachiální proti druhému nebo k autodestrukci, kritický stav, ztráta sebekontroly, je vyřazena rozumová složka sebekontroly. Fáze trvá dny, týdny někdy i měsíce.

3. *Fáze hledání:* přemítání o tom, co bylo doposud, hledání vztahu k sobě, k ostatním.

4. *Fáze nového vztahu k sobě a světu:* uvědomování si smyslu nemoci jako nových možností a příležitostí. Zájem o rehabilitaci a nové zapojení. Integrace, mobilizace sil, přeorientování se na nové činnosti.

Krize jsou šancí k většímu rozvoji osobnosti, nové způsoby řešení vytvářejí novou identitu, vytváří se nový model v chování jedince, probíhá kreativní proces. Pro zdárné překonání krize je důležitá pomoc okolí, pomoc odborníka. Je důležité mít možnost komunikace, pomoc rodiny a především smysluplnou životní náplň. Krize se vždy týká člověka jako celku a náhle se mohou objevit starší, nezvládnuté konflikty a traumata nebo nedůsledná řešení starších krizí.

9 Linhart, J. a kolektiv, Slovník cizích slov pro nové století, Dialog 2003, ISBN 80-85843-61-7

10 Kastová, V., Krize a tvořivý přístup k ní. (Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence), str.19, přeložila Vašková, J., Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-365-X

U definitivní ztráty zraku je situace velmi náročná.

„Ztráta zraku je vždy velký zásah do života člověka, protože zrakem jsme zvyklí získávat až 90% informací z okolí. Netýká se to jen nemožnosti vidět věci kolem sebe, takový člověk není ani schopen porozumět svému okolí. Nevidomý člověk se musí naučit řadu činností bez zrakové kontroly.“ 11

Každý člověk si nebude umět najít správný přístup k ostatním lidem, neporozumí si se svojí rodinou, možná se bude bát samostatně chodit ven, bude odkázán na pomoc druhých. Nebude umět svými silami ani za pomoci blízkých lidí zvládat v přijatelném čase a navykým způsobem nové situace.

Ztráta zraku znamená pro člověka nutnost proměny jeho činností, na které byl zvyklý: ve stravování, v sebeobsluze, v mobilitě, v přístupu k informacím. Téměř vždy přináší ztrátu zaměstnání, úbytek sebeúcty a snížení sociálního statusu spolu se snížením finančních prostředků.

K minimalizaci přímého důsledku zrakového handicapu slouží rehabilitace.

4.2 Vliv postižení na jednotlivé složky osobnosti

Osobnost je složitá, mnohonásobně podmíněná struktura psychických jevů, které se vyvíjejí vzhledem k individuální situaci, ve které jedinec žije a vzhledem k vývojovým možnostem a omezením. 12

Různé faktory mají rozdílný vliv na jednotlivé složky osobnosti, biologická podmíněnost se mění méně než závislost na sociálních jevech.

Rozdíly ve vlivu postižení na jednotlivé složky osobnosti jsou způsobeny také v čase, ve kterém handicap vznikl, vrozené postižení mění podmínky vývoje a odlišuje vývojové možnosti dítěte, získaná postižení mění emoční prožitky jedince.

Na postižení od narození se jedinec lépe adaptuje, získaný handicap méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, ale způsobuje větší trauma.

Celkově se dá říci, že pokud se jedinec se svým handicapem vyrovná, akceptuje omezení a rozvine své možnosti, nemusí dojít k výrazným změnám ve struktuře osobnosti.

Často se stane, že se jedinec naučí reagovat na své postižení takovým způsobem, že jeho reakce má za následek vznik určitých specifických rysů osobnosti.

Osobnostní rysy jsou získané dispozice, podmíněné biologickým základem a ovlivněné vnějšími vlivy. Pro jedince s handicapem je mnohem obtížnější přizpůsobit se podmínkám okolí.

Negativně působí zejména postoje společnosti – labelizace handicapovaného jedince, kdy z handicapu se stává identifikační znak. 13

11 Jílková, I., Psychologie dnes, Vidět lze nejen zrakem, červen 2004, číslo 10, str.2, vydává Portál

12,13 Vágnerová, M. a kolektiv, Psychologie handicapu, str. 64, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum 2004, ISBN 80-7184-929-4

Egocentrismus – upozorňování na sebe, vztahovačnost a přecitlivělost na domnělé narážky na handicap, výkonnost a vzhled.

Závislost a nesamostatnost – způsobená povahou postižení a potřebou uchovat si oboustrannou závislost (určitá jistota ve vztazích).

Malá sociabilita – obtíže v sociálním styku, uzavírání se do sebe – ochrana před zraňujícími nebo náročnými kontakty.

Negativismus a agresivita – jedinec s handicapem má zvýšenou potřebu sebeprosazení (kompenzace snížených schopností).

Málo aktivní životní styl – omezení se vytváří zejména ve specializovaných zařízeních, kde dochází k ochraně před nadměrnou zátěží a především není možnost individuálního přístupu ke každému.

Pocity méněcennosti - vyplývají z odlišností možnosti realizace ve výkonech v běžných normách, protože je často stanoven příliš náročný a nedosažitelný cíl.

Poznávací procesy bývají nejčastěji ovlivněny postižením, protože dochází k jejich změně. Je důležité mít možnost získávat nové zkušenosti. U zrakově postižených je to náhrada zraku pomocí hmatu, sluchu, čichu a velmi důležitou je paměť.

Schopnosti jsou oblastí, která je handicapem významně ovlivněna, Tento vliv se projevuje u vrozených postižení.

Schopnosti se vyvíjí podle zdroje podnětů - kompenzace náhradními způsoby.

Motivace je dynamický proces jehož cílem je uspokojování potřeb.

Potřeby člověka se dělí na primární (vegetativní) a sekundární. 14

Primární funkce zajišťují základní činnosti organismu.

Sekundární potřeby zahrnují: potřebu uznávání, úspěchu, potvrzování vztahů mezi lidmi, pocitu jistoty.

Na motivaci záleží další rozvoj člověka a je spojena s učením.

K motivaci osob se získaným zrakovým postižením je nutná pomoc odborníka.

4.3. Základní rysy sociálního postavení osoby s handicapem

Těžce zrakově postižený jedinec získává určitou sociální roli, vyplývající z jeho onemocnění.

Nebývá zpravidla považován za viníka svého stavu, ale není si sám schopen pomoci.

Má určitá privilegia - zproštění určitých povinností, ale nemá dostupná stejná práva jako zdraví lidé.

Předpokládá se, že se chce uzdravit a bude spolupracovat při léčbě, pokud to nedělá, společnost jej přestává tolerovat, protože nemocný nechce respektovat pravidla, která určila.

Možnou nápravu by měla umožnit rehabilitace.

5. Rehabilitace

5.1 Pojem a význam rehabilitace

„Rehabilitace -latinsky *habilis* – schopný a *re* –znovu, je procesem znovu uschopňování při ztrátě, poškození nebo nerozvinutí schopností člověka.“ 15

Rehabilitace se původně rozvinula na půdě zdravotnické, ale samozřejmě patří do pedagogiky a sociální péče.

Rehabilitace by měla podpořit schopnosti člověka řešit problém, zprostředkovat mu kontakt s organizacemi, které poskytují služby a potřebné příležitosti, napomáhat tomu, aby se mu dostalo co nejvíce pomoci.

Jejím cílem je návrat ztracené funkce nebo její náhrada a vhodné začlenění jedince s handicapem do společnosti.

S pojmem rehabilitace se spojují aspekty společenské a výchovné.

Jedná se o komplexní služby pro lidi s handicapem, které se opírají o různé pomocné prostředky při aktivní účasti samotných jedinců s handicapem.

Význam rehabilitace:

Vytváří předpoklady a akceptace a všestranného rozvoje osobnosti zrakově postiženého. Umožňuje jeho seberealizaci a růst jeho sebevědomí.

Umožňuje jeho socializaci a integraci, čímž přispívá k vytváření životní pohody.

Přispívá ke zkracování doby pracovní neschopnosti a destabilizace kvalit života.

Uvolňuje pečovatelské kapacity a snižuje nároky na řadu služeb.

Má být předpokladem pracovního začleňování a společenské prestiže.

5.2 Rozdělení rehabilitace

Rehabilitaci rozdělujeme na přechodnou a permanentní podle doby rehabilitace a další dělení je z hlediska dílčích úkolů.

Rehabilitace přechodná - krátkodobá, jednorázová

Je to péče bezprostředně navazující na léčení, která vede k upevnění nebo obnovení zdraví a normální kvality života.

Řeší se převážně na úrovni léčebné rehabilitace ve zdravotních zařízeních.

Rehabilitace dlouhodobá - permanentní

Týká se osob s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením těžších stupňů, při narušení kvality života.

Řeší se léčením, ale hlavně prostředky sociální a pracovní rehabilitace, má charakter širokospektrální, komplexní a integrální.

15 Jesenský, J., Pfeiffer, J., Uvedení do rehabilitace, str. 26, Učební texty ústřední školy svazu invalidů, sv. IV, Praha 1987, 40-087-87

Rozdělení rehabilitace z hlediska dílčích úkolů:

Rehabilitace léčebná
Rehabilitace sociální
Rehabilitace pracovní

Rehabilitace léčebná – vychází z léčení, odstraňuje poruchy funkcí organismu, vytváří nové předpoklady pro rozvoj nejrůznějších schopností.

Rehabilitace sociální – vychází z poznatků o rozvoji osobnosti a resocializaci. Usiluje o rozvoj schopností člověka a odstranění možných společenských handicapů v jeho zapojování. U forem těžkého zrakového handicapu je nejdůležitější a může snížit závislost na pomoci jiných lidí.

Rehabilitace pracovní – navazuje na výsledky obou předchozích rehabilitací, rozvíjí pracovní návyky a dovednosti a bývá předstupněm rekvalifikace. Je důležitá pro ty, jejichž míra schopností neumožňuje zapojení do práce v plném rozsahu. Rozvíjí speciální vědomosti a dovednosti, potřebné ve zvolené profesi.

U dětské populace nelze zapomenout na *rehabilitaci pedagogickou – obor speciální pedagogika*.

Psychorehabilitace – má nezastupitelné místo při vyrovnávání se s vadou, v rozvoji motivace, vůle a životních postojů.

Samotný handicap může mít totální charakter nebo se bude týkat jen některých stránek života osob zrakově postižených. Pomocí komplexní rehabilitace člověka přiblíží co nejvíce běžnému standardu.

V koncepci ucelené rehabilitace pro osoby se zrakovým postižením se vychází ze dvou základních situací:

Osoby se zrakovým postižením získaným od narození nebo v dětství
Osoby se zrakovým postižením se získanou vadou v průběhu života

První skupina osob se zrakovým postižením má svoje institucionální zabezpečení, permanentní rehabilitací, která začíná v oftalmologických zařízeních a pokračuje docházkou do speciálních škol a pracovní přípravou pro budoucí povolání.

V druhém případě také začíná v oftalmologickém zařízení, pokračuje rehabilitací v rehabilitačních střediscích nebo jako případové rehabilitace v místě bydliště a to soustavou kursů a dalších aktivit sociální rehabilitace a má končit pracovním a společenským zařazením.

V obou případech se předpokládá angažovaná účast rodiny a spolupráce dalších organizací.

5.3 Pomoc a poradenství

Pomoc a poradenství mají velkou váhu při motivaci ke změnám u osob se zrakovým postižením, měly by lidem s handicapem pomoci určit a objasnit, jakého cíle by chtěli dosáhnout. Jsou velkou podporou pro člověka ve stresové situaci a měly by být lidem poskytovány ihned.

Podávání jednoduchých věcných informací – nedostatek informací staví člověka do nevýhodné až bezvýchodné situace (pomoc při vyplňování formulářů, poskytnutí seznamu pomáhajících organizací apod.).

Poskytování rad – názor odborníka, jak by si měla osoba lépe počínat.

Učení – získat určité znalosti a dovednosti.

Psychologický náhled – odstranit problematické situace, nastínit jak se lépe chovat, zmobilizování vlastních sil.

Přímá pomoc – přímá akce druhé osoby, zastupování a vyjednávání za jinou osobu, asistence.

Změna systému – pomoc při změně rituálů, organizační úpravy.

5.4 Základní sociální rehabilitace

Základní sociální rehabilitace občanů s těžkým zrakovým postižením obsahuje především:

nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu

nácvik vykonávání sebeobslužných činností a činností nezbytných pro samostatný život (stravování, hygiena, starost o oděvy a domácnost)

nácvik čtení a psaní Braillova písma

nácvik čtení tyflografických plánek

nácvik psaní na kancelářském psacím stroji a počítačové klávesnici

nácvik vlastnoručního podpisu

nácvik dovedností sociálního kontaktu a komunikace

nácvik efektivního využívání zbytku zraku a kompenzace absence zraku jinými smysly
získání vhodných kompenzačních pomůcek a nácvik jejich obsluhy

Kompenzační pomůcky rozdělujeme na dvě základní části:

1. pomůcky denní potřeby (jednoduché pomůcky)

2. pomůcky pro zpracování textů a informací (náročné elektronické pomůcky)

Prostřednictvím terénní a ambulantní rehabilitace má klient možnost získat návyky a dovednosti ve výše zmíněných oblastech v místě, kde trvale žije a pracuje.

Pobytová rehabilitace má za cíl především naučit člověka se zrakovým postižením novým znalostem – rekvalifikovat ho a tak mu umožnit nové možnosti v pracovním zapojení, protože hmotné zabezpečení je nezanedbatelnou podmínkou odpovídající existence člověka.

Sociální rehabilitace je procesem složitým a dlouhodobým. Dovednosti, které klient získá v rámci základní sociální rehabilitace je třeba doplňovat a rozvíjet.

6. Praktická část

V praktické části jsem se zaměřila na skupinu dospělých osob se získaným zrakovým postižením. Zajímala mě jejich sociální a psychologická rehabilitace, kterou absolvovali, případně možnosti rehabilitace pracovní, jejich akceptace vady a zpětné zapojení do společnosti.

Použila jsem metody rozhovoru a pozorování u skupiny osmi osob se zrakovým handicapem. Rozhovory s klienty probíhaly opakovaně. Někteří klienti nechtěli o svém handicapu hovořit, což jsem akceptovala.

Paní P. České Budějovice, 77 let, ve starobním důchodu, vdova, žije sama v bytě v rodinném domku bez sociálního zařízení, vzdělání základní.

Ve 20 letech upadla, způsobila si úraz hlavy a následkem krvácení do mozku přestávala vidět. Léčba v Praze (operace) byla bez úspěchu, slepota - stav neměnný (visus 0).

V současné době jsou oči malé, zapadlé, ale nebolí.

Somaticky dobrý zdravotní stav, lehká cukrovka, psychicky je vyrovnaná.

Sociální a pracovní rehabilitaci neabsolvovala, sebeobsluhu se naučila sama, v domácím prostředí se pohybuje s dobrou orientací, ale neumí chodit s bílou holí, proto nemůže chodit samostatně ven bez doprovodu.

Po úraze ještě pracovala na statku, na doporučení lékaře jí byl dán invalidní důchod, protože při vykonávané práci si způsobovala úrazy, které byly zaviněny slepotou.

Starost a poskytování nezbytné péče ležící matce byla motivací k překonání handicapu.

Finančně je zajištěna starobním důchodem, vdovským důchodem a další sociálními dávkami, nějaké finanční prostředky má z prodeje nemovitosti, žije velmi chudě.

Je osamělá, přímé příbuzné nemá.

Nezbytnou péči jí poskytuje sousedka, obědy jí vozí pečovatelská služba.

Do Tyflokabinetu jí sousedka doveze 1x týdně na klub seniorů. Za veškerou péči platí (sousedka, pečovatelská služba) a musí se spolupodílet na opravách rodinného domu, který jí z ¼ patří. Do domova důchodců nechce, je zvyklá na svůj způsob života.

Přestože je vitální, potřebovala by častější kontakt s lidmi, také si stěžuje na malé porce dováženého jídla a nedostatek peněz.

Pan T. České Budějovice, 76 let, v invalidním důchodu, ženatý, žije v činžovním domě ve druhém patře bez výtahu, vzdělání střední odborné.

V 55 letech při zvedání těžšího břemene u něj došlo k odchlípení sítnice u obou očí, v nemocnici v Českých Budějovicích podstoupil operaci a potom ještě asi rok viděl, po roce se mu sítnice odchlípla znovu a přestal vidět. Léčení trvalo celkem asi 3 roky, operace v té době prováděné nepomohly, slepota bez světlocitu (visus 0), dnes by operace novou technologií byly pravděpodobně úspěšné. (Před tím než došlo k odchlípení sítnice nosil brýle, tedy měl už určité oslabení – onemocnění zraku.)

Motivací k překonání ztráty zraku se stala starost o nemocného otce.

Sociální a pracovní rehabilitaci absolvoval u SONS Praha, absolvoval kurz prostorové orientace a sebeobsluhy.

Byl členem Svazu invalidů, Unie nevidomých, nyní SONSu, Tyflokabinetu a Národní rady zdravotně postižených v Jihočeském kraji.

V současné době pracuje na vedoucí pozici v organizaci, která poskytuje služby zrakově postiženým, na plný pracovní úvazek.

Je mobilní – má vodícího psa, zvládá chůzi s bílou holí. Je velmi aktivní.

Zdravotní stav adekvátní k věku – artróza kolenního kloubu, trombóza žil, oči jsou slzavé, vypouklé, zavřené, nemocné oči kryje z estetických důvodů tmavými brýlemi.

Finančně je zajištěn z invalidního důchodu, platu, sociálních dávek a větší finanční částky z prodeje nemovitostí.

Psychicky je vyrovnaný, ale projevuje se u něj určitá rigidita a nedůvěra k okolí, zejména s mladší generací si nerozumí.

Pan M. Trhové Sviny, 40 let, v invalidním důchodu, vdovec, žije v rodinném domě s přítelkyní a jejím synem. Vlastní dospělý syn s ním v současné době nežije. Má středoškolské vzdělání.

V 39 letech diagnostikován zelený zákal u obou očí, kterému předcházela bolest a únava očí.

Protože pracoval celý den na počítači odvozoval od toho i zrakové problémy. Během roku došlo k zúžení zorného pole a trubcovému vidění, narážel do objektů mimo zorné pole.

Při návštěvě lékaře zjištěn zelený zákal, doporučena standardní léčba a invalidní důchod.

LO - praktická nevidomost, PO –zúžení zorného pole, trubcové vidění, rozeznává obrisy.

Nemocné oči kryje brýlemi s barevnými skly, jinak zdravotní stav dobrý.

Psychicky je labilní, má obavy z budoucnosti. Zatím se nevyrovnal se snížením sociálního

statusu způsobeného ztrátou zaměstnání z důvodu invalidity a také snížením finančního

standardu, na který byl zvyklý. Nemůže se také věnovat svému hobby – malování obrazů.

Sociální a pracovní rehabilitaci zatím neabsolvoval, nezbytnou péči mu poskytuje jeho

přítelkyně a její syn. Se svým synem si v současné době nerozumí. Finančně je zajištěn plným invalidním důchodem.

Navštívil Tyflokabinet České Budějovice, kde mu byly nabídnuty kompenzační pomůcky.

Má zájem se znovu zapojit do zaměstnání, ale překážkou je, že se sám neumí pohybovat.

Práci mu pomáhá najít Koník České Budějovice.

Paní K. České Budějovice, věk 77 let, ve starobním důchodu, svobodná, žije sama v bytě v panelovém domě, vzdělání základní.

V 75 letech diagnostikován šedý zákal obou očí u očního lékaře, kterého navštívila pro bolest oka, mlhavé vidění, slzení očí, světloplachost.

Somatický stav není dobrý, má problémy s hypertenzí, užívá léky na srdce, obezita, špatně se pohybuje z důvodu obezity a skoliózy páteře.

Po psychické stránce je na tom špatně, protože žije sama, zvykla si vyplňovat svůj čas čtením, sledováním televize. V době, kdy u ní došlo k onemocnění očí, nemohla číst ani se dívat na televizi.

Operace očí byla provedena v průběhu dvou let. Po operaci očí se jí vidění během tří měsíců zlepšilo (výměna čočky), ale přetrvává strach z oslepnutí, stěžuje si na bolesti, slzení, rozmazané vidění. Z lékařského hlediska je vyléčena, problémy jsou spíše posuzovány jako psychické.

Intenzivně prožívá velký strach z oslepnutí, viní za svůj zdravotní stav lékaře, odmítá si připustit fyzické změny z důvodu stáří organismu. Velmi negativně se na ní projevuje samota. Jediné řešení, které jí bylo obvodní lékařkou nabídnuto byl domov důchodců, do kterého jít nechce.

Nemá přímé příbuzné, nezbytnou péči jí poskytuje Český červený kříž. Pečovatelská služby jí vozí obědy, nakupuje, uklízí, po operaci se podílela na doléčování (kapání do očí) a odvozy na kontrolu k lékaři. Poskytované služby se musí platit.

Finančně je zajištěna starobním důchodem a nějaké finanční prostředky má z prodeje nemovitosti.

Největším problémem u ní je pocit osamění a strach z možné ztráty zraku.

Pan M. Týn nad Vltavou, věk 26 let, do současného bydliště v Týně nad Vltavou se přistěhoval s matkou ze Slovenska, má částečný invalidní důchod, je svobodný, žije s matkou v panelovém domě, vzdělání středoškolské, dlouhodobě v evidenci úřadu práce.

V 17 letech po autohavárii oslepl na jedno oko.

Absolvoval rekvalifikační masérský kurz v Levoči ve SR, která mu v ČR nebyla uznána. Úřad práce v Českých Budějovicích mu zaplatil rekvalifikaci na masérskou činnost, kterou ale může provozovat pouze pod záštitou odborného pracovníka. Velmi špatně hledá práci v oboru i v souvislosti s tím, že trpí epileptickými záchvaty při větším psychickém a fyzickém zatížení. Zkoušel pracovat jako ostraha v objektu, ale cítil se velmi vyčerpan. V současné době je nezaměstnaný a finančně zabezpečený pouze z částečného invalidního důchodu z mládí.

Somaticky se projevuje velká únavnost způsobená epilepsií, ale také psychosomaticky na tom není dobře (v poslední době velmi zhubl), sociální problémy se promítají i do psychiky. Po psychické stránce je nespokojený, chybí mu životní perspektivita, chybí mu motivace, nevidí cíl.

Oči jsou klidné bez zánětů, nosí brýle.

Rád by našel odpovídající zaměstnání v místě bydliště, osamostatnil se, našel si přítelkyni a přátele.

Pan L., věk 50 let, Jindřichův Hradec, plný invalidní důchod, rozvedený, žije sám v domě s pečovatelskou službou, dosažené vzdělání nevedl.

Je plně nevidomý, nevedl přesně onemocnění, které prodělal.

Absolvoval rehabilitaci a rekvalifikaci v Pobytovém rekvalifikačním a rehabilitačním středisku v Praze – Dědině. Rekvalifikoval se v oboru tkadlec, práci nemá. Je samostatný, chodí s bílou holí a vodícím psem. Práci v novém oboru nemůže v místě bydliště sehnat.

Je osamělý, nemá dobré vztahy s rodinou, s dcerou se nestýká, s matkou si nerozumí, sestra, ke které má nejbliž, bydlí v jiném městě.

Somaticky ve velmi dobrém zdravotním stavu. Po psychické stránce je labilní, nespokojený, chybí mu pocit sounáležitosti, nemá cíl a smysl života. Z hlediska pomáhajících organizací je jeho chování hodnoceno jako nezodpovědné, z mého pohledu je to způsobeno tím, že mu chybí zázemí a rodina, přátele a životní perspektivita, z tohoto důvodu nemá zájem ani o elektronické kompenzační pomůcky, protože nevidí jejich význam pro změny ve svém životě.

Dá se říci, že je zklamán nabídkou společnosti. Měl zájem pracovat v organizaci pro zrakově postižené, ale zaměstnání nesehnal.

Finančně je zajištěn plným invalidním důchodem a sociálními dávkami.

Pan K., věk 55 let, České Budějovice, plný invalidní důchod, rozvedený, žije sám v panelovém domě, vyučen.

Je těžce slabozraký a velmi špatně slyší, nosí naslouchadlo. O zdravotním stavu nechtěl hovořit, stejně jako o svých potřebách. S vlastní rodinou se nestýká, má blíže k dětem své sestry.

O nově vyvíjené kompenzační pomůcky má zájem, přestože s nimi neumí pracovat, podle mého zjištění bere získání elektronické pomůcky spíše jako zvyšování svého sociálního statusu.

Finančně je zajištěn z plného invalidního důchodu a sociálních dávek. Za zrakový handicap se pravděpodobně stydí, nechce chodit s bílou holí ani být jinak za zrakově handicapovaného označován. Velmi touží po uznávání, hledá svoje uplatnění v pomoci ostatním lidem se zrakovým handicapem.

Paní D., věk 49 let, Horní Planá, plný invalidní důchod, vdaná, žije s manželem v panelovém domě.

Ve 27 letech při odstranění nezhoubného nádoru mozku došlo k poškození zrakového a čichové centra.

Rozpadlo se jí manželství a ona zůstala sama s malým dítětem, starost o dítě byla její motivací do dalšího života. Absolvovala rehabilitaci a rekvalifikaci v Pobytovém rekvalifikačním a rehabilitačním středisku v Praze – Dědině v oboru spojovatelka. Později se znovu vdala.

Chodí samostatně s bílou holí a vodícím psem, stará se o domácnost, pracuje v organizaci pro zrakově postižené, učí se zvládat nové kompenzační pomůcky, pomáhá manželově matce s domácností.

Somaticky je zdravá, psychicky ve velmi dobrém stavu. Má plno zájmů, vše jí baví.

Finančně je zajištěná ze svého a manželova důchodu a sociálních dávek, práce v organizaci pro zrakově postižené není placená.

Závěr

Zdraví je jedna z nejcennějších věcí, kterou máme. Zdraví si přejeme k narozeninám, k novému roku a podobně. Je také mnoho lidí, kteří si ho dostatečně neváží, podceňují příznaky onemocnění, zlehčují i nemoc samotnou. Důsledky onemocnění potom ale prožívají stejně těžce jako každý jiný člověk, hledají možnost nápravy a říkají často, co by bývali mohli udělat pro své zdraví. Je plno závažných zrakových postižení, které skutečně nelze napravit žádnou prevencí, ale u některých očních onemocnění při včasné vyhledání odborné pomoci a dodržení doporučených postupů, lze díky technice vývoj nemoci zpomalit nebo úplně zastavit.

Ve své práci jsem se zaměřila na vážná i běžná onemocnění zraku a jejich dopad na celkové zdraví člověka, změny v komunikaci a v sociálních vazbách, finanční znevýhodnění (malé procento zaměstnaných lidí s handicapem). Naše společnost na jedné straně poskytuje těmto lidem zvýšenou zdravotní péči, ochranu, pomoc, ale na druhé straně se vytvářejí bariéry, které automaticky vznikají tím, že člověk onemocní a najednou nemůže plnit to, co plnil dřív.

Je samozřejmě důležité dát lidem se zdravotním handicapem adekvátní finanční zajištění a pochopení, ale jako mnohem důležitější je - nepřipravit je o tolik potřebný pocit sounáležitosti, potřebu úcty a sebedůvěry a zabránit pocitu osamění.

Mezi základní lidské potřeby nepatří jen zajištění tělesných potřeb jako je jídlo, přístřeší, bezpečí, zdravotní péče a ochrana, ale také potřeba osobního naplnění - dosažení úspěchu, emociální potřeba – pocitu sounáležitosti a adekvátní sebepojetí – sebedůvěra, sebeúcta.

Pomoc při naplnění role člověka ve společnosti, umožněním kontaktů s okolím, se stává tím pravým odstraňováním bariér mezi zdravou a ostatní populací.

V příloze uvádím kontakty na místa, kam se může člověk se zrakovým handicapem obrátit. Mým cílem bylo tedy přispět k větší informovanosti všech, kteří potřebují pomoc a nebo mají zájem se dozvědět základní informace o možnostech pro osoby se zrakovým handicapem.

Seznam použité literatury:

- Čálek, O., Cerha, J., Holubář, Z., *Vývoj osobnosti zrakově těžce postižených, Společnost nevidomých a slabozrakých v ČR*, Praha: Achát 1992, ISBN neuvedeno
- Jankovský, J., *Etika pro pomáhající profese*, Praha: Triton 2003, ISBN 80-7254-329-6
- Jeřábek, J. *Oftalmologie pro pedagogy*, Univerzita Karlova v Praze, Fakulta pedagogická, Státní nakladatelství Praha 1979, ISBN neuvedeno
- Jesenský, J., *Rehabilitace zrakově postižených a způsoby její rehabilitace*, Společnost nevidomých a slabozrakých v ČR, Praha: 1992, ISBN 80-900950-1-1
- Jesenský, J., Pfeiffer J., *Uvedení do rehabilitace*, Učební texty Ústřední školy Svazu invalidů, sv. IV, Praha 1987, 40-087-87
- Jílková, I., *Vidět lze nejen zrakem*, Psychologie dnes, červen 2004, 6.číslo, 10. ročník, vydává Portál s.r.o.
- Kastová, V., *Krize a tvořivý přístup k ní (Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence)*, překlad Vašková, J. Praha: Portál 2000, ISBN 80-7178-365-X
- Kovařík, Z., *Šeroslepost porušení adaptace oka na tmu*, Moje zdraví, 9/2005, ročník 3, vydává Mladá fronta
- Linhart, J. a kolektiv, *Slovník cizích slov pro nové století*, Litvínov, Dialog 2003, ISBN 80-85843-61-7
- Long, M., *Encyklopedie medicíny a zdraví*, překlad a odborná spolupráce Lukáč, M. 1999
Čestlice: Rebo productions, dotisk 1. vydání 2005, ISBN 80-7234-074-3
- Machová, J., *Biologie člověka pro učitele*, Univerzita Karlova v Praze, Karolinum 2002, ISBN 80-7184-867-0
- Matoušek, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-548-2
- Nakonečný, M., *Encyklopedie obecné psychologie*, 2. rozšířené vydání, Praha: Academia 1997, ISBN 80-200-625-7
- Nakonečný, M., *Psychologie osobnosti*, 2. vydání, Praha: Academia 1997, ISBN 80-200-0628-1
- Pitrová, Š. a kolektiv, *Chraňte svůj zrak*, Praha: Grada Avicenum 1993, ISBN 80-7169-037-6
- Renotierová, M., Ludvíková, L. a kolektiv, *Speciální pedagogika*, Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Olomouc 2004, ISBN 80-244-0873-2

Sovák, M., *Nárys speciální pedagogiky*, Knížnice speciální pedagogiky, Praha 1974
SPN 06-40-1376

Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z., Štěch, S., *Psychologie handicapu*,
Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum 2004, ISBN 80-7184-929-4

Vybíral, Z., *Psychologie lidské komunikace*, Praha: Portál 2000, ISBN 80-7178-291-2

Wiener, P., *Prostorová orientace a samostatný pohyb zrakově postižených*,
Praha: Avicenum 1986, ISBN neuváděno

Koncepce činnosti Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých České republiky,
schválená jako Základní programový dokument SONS ČR, jejím 2. celostátním
shromážděním, které se konalo v Ostravě dne 27.6.1998

Přehled základních sociálněprávních informací pro nevidomé a slabozraké občany, vydává
Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých, zpracoval Judr. Pavel Ptáček, 6. vydání
aktualizované k 31.1.2004

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanů se zdravotním postižením, schválená
usnesením vlády ČR ze dne 16.června 2004, číslo 605, ISBN 80-86734-22-6

[http:// is.brailnet.cz:8080](http://is.brailnet.cz:8080), Informační systém pro zrakově postižené BrailNet provozuje
Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 21.10.2005, Zrakové vady

I. Příloha

Seznam míst zdravotní pomoci pro osoby se zrakovým handicapem:

Oční ordinace v Českých Budějovicích:

Mudr. Kostohryzová, Matice školské 1786/17 (PK jih), dětská oftalmologie, 386 353 621
 Mudr. Kopecká, Matice školské 17, (PK jih) 387 730 359

Mudr. Pavlíčková, Lidická 112/25, okresní oftalmolog, 386 360 776
 Mudr. Kaslová, Na sadech, (PK sever) 387 435 808
 Mudr. Svobodová Dr. Bureše 1251/9A (PK Máj), 385 342 485
 Mudr. Veselá, Mudr. Tříška, Mudr.Sedová, Poliklinika u Tří lvů, U tří lvů 294/4
 386 355 747
 Mudr.Talířová, Nádražní 12, (Nádražní poliklinika), 942 924 330
 Mudr. Brůhová, Česká 29, 387 318 573
 Mudr. Matušková, Lidická 14/9, 386 352 263
 Mudr. Behemská, Strádova 4, 385 342 485

Nemocnice České Budějovice a.s. B. Němcové 585/54, 387 871 111 spojovatelka

Střediska výchovné pomoci pro děti a mládež se zrakovým handicapem:

Středisko rané péče, Jizerská 4, České Budějovice 385 520 088
 Speciální pedagogické centrum, Zachariášova 2089/5, České Budějovice, 387 435 831
 Speciální mateřská škola pro děti zrakově postižené, Zachariášova 2089/5, České
 Budějovice, 387 331 574
 Speciální mateřská škola pro děti zrakově postižené, U Trojice 784/11, České Budějovice,
 387 316 447
 Základní škola Máj II, M. Chlajna 1347/23, České Budějovice, 385 344 629

Střediska doporučení kompenzačních pomůcek a realizace sociální rehabilitace:

Tyfloservis o.p.s. Zachariášova 5, České Budějovice, 387 331 598
 Tyflokabinet o.p.s. Roudenská 18, České Budějovice, 386 460 660

Sociální dávky a zabezpečení:

Magistrát města České Budějovice, nám. Př. Otakara II č.1,2
 odbor sociálních věcí 386 801 601
 odbor stání sociální podpory 387 724 535

Okresní správa sociálního zabezpečení, A. Barcala 1461, České Budějovice
 Důchodové oddělení 387 755 103
 Lékařská posudková služba 387 755 137

Další významná pracoviště pro osoby se zrakovým handicapem:

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých, Krakovská 21, Praha 1, 221 462 146

Pobytové rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina, Praha

Středisko pro výcvik vodících psů, Klikatá 2A, Praha 5 - Jinonice, 251 611 154

Škola pro výcvik vodících psů, Bezručova 2, Adamov, 506 446 450

Institut rehabilitace zrakově postižených Fakulty humanitních studií, Karlova univerzita
v Praze

Tyflopomůcky Olomouc, I.P. Pavlova 69, Olomouc, 585 415 130