

Zrakové postižení – vymezení

Zrakové postižení zpravidla znamená, že schopnost postiženého jedince přijímat vizuální informace je omezena nebo ztížena. U nevidomých osob, tj. s nejtěžší formou zrakového postižení, je tato schopnost úplně vyloučena. Zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince, má vliv na jeho psychický i fyzický vývoj (Nováková, in Pipeková, 2006).

Tyto osoby můžeme rozdělit do několika skupin na základě určitých společných znaků či různých kritérií. Z hlediska adiktologie je důležité přihlížet k době vzniku a příčině vzniku postižení. Při problémech s drogami je z hlediska doby vzniku zásadní, zda se jedná o vadu vrozenou či získanou. Zrakové postižení získané v pozdějším věku přináší trauma, je subjektivně hůře snášeno a nese s sebou vyšší riziko užívání návykových látek.

V České republice žije asi 60 000 osob s těžkým zrakovým postižením. Dvě třetiny těchto postižení vznikají vlivem šedého zákalu, glaukomu, diabetu, cévních onemocnění, úrazů a dědičnosti. Jedna třetina pak nemá jednoznačnou etiologii (Nováková, in Pipeková, 2006). Dle ČSÚ žije v ČR 87 tisíc osob se zrakovým postižením (Výsledky šetření o zdravotně postižených, 2007).

Užívání návykových látek u osob se zrakovým postižením

O lidech se zrakovým postižením a užívání drog existuje jen velmi málo informací, v ČR nebyly studie tohoto typu nikdy provedeny. Předpokládá se však, že tato skupina užívá návykové látky ve větší míře, než je tomu u obecné populace. Zvýšené riziko užívání návykových látek v této skupině je spojováno s izolovaností, nadbytkem volného času a vysokou nezaměstnaností (Nelipovich a Buss, 1991).

Následky užívání u zrakově postižených tak mohou být mírněny z důvod omezení daných samotným postižením, izolovaností nebo přítomností *umožňovačů* (osob, které zdánlivě pomáhají, ale touto zdánlivou “pomocí” řešení problému s drogou oddalují).

Rodina, přátelé i odborníci z řad pomáhajících profesí jsou často příliš zaměřeni na samotné postižení a přehlédnou tak varovné signály narůstajících problémů s drogami. Není ojedinělé, že lékaři předepisují takto postiženým mnoho psychofarmak. Jen velmi málo profesionálů pracujících v oblasti prevence a léčby závislostí na návykových látkách má zkušenosti s prací s klienty se zrakovým postižením. Jako velmi vhodná se proto jeví spolupráce služeb pro uživatele návykových látek s institucemi poskytujícími služby pro zrakově postižené (Ford a Moore, 1999).

Doporučení pro praxi

Před zahájením léčby závislosti u zrakově postižených je nutné zjistit, zda u klienta došlo nejprve ke zrakovému postižení a až posléze k rozvoji zneužívání návykových látek, nebo tomu bylo naopak. V případě, že je zrakové postižení vrozené a klient své postižení přijal, je vhodné zaměřit intervenci přímo na léčbu návykového chování. Pokud se však jedná o postižení získané v nedávné minulosti (např. po úrazu), je nutné intervenci zaměřit nejprve na přijetí (akceptaci) a přizpůsobení se vzniklému zrakovému postižení a až následně na léčbu závislosti.

Při vytváření plánu intervencí je vhodné se zaměřit na následující otázky:

1. Jakého stupně přijetí (akceptace) svého stavu klient dosáhl?

Klient se mohl vyrovnat se svým zrakovým postižením a nepřijmout problémy s drogou, nebo opačně. Nemusel také přijmout ani jednu situaci.

2. Jaké dovednosti (kompetence) ke zvládnání situace klient získal?

Prošel klient specializovanými rehabilitačními kurzy, které mu napomáhají zvládat zrakové postižení (např. prostorová orientace a samostatný pohyb, sebeobsluha, komunikace, čtení a psaní Braillova bodového písma, atd.)? Zvláštní pozornost by měla být při terapii návykového chování věnována schopnosti rozpoznávání svršků a vhodného oblékání. Nedostatky v této oblasti totiž mohou negativně zasahovat do sebepojetí klienta.

V souvislosti s užíváním návykových látek je nutné zhodnotit dovednosti vyrovnávání se s drogou, zda se mu dostává poradenských služeb a zda je členem svépomocné skupiny či doléčovacího programu.

3. Jaké znalosti má klient o své situaci (užívání návykových látek a zrakové postižení)?

Je třeba identifikovat, zda klient rozumí, o jaké onemocnění či k jakému úrazu u něj došlo a zná prognózu tohoto stavu. Dále je třeba zjistit, zda klient chápe své problémy s návykovými látkami či závislost jako onemocnění, nebo jako něco nemorálního. Odpovědi na tyto otázky nám opět napomohou při rozhodování, zda je nutné se primárně zaměřit na užívání návykových látek, či zrakové postižení.

Další nutností je identifikace způsobu komunikace, kterou daný klient preferuje. Během intervence je běžné, že jsou klientům poskytovány písemné materiály. Materiály v běžné tištěné podobě jsou však pro zrakově postiženého nedostupné a ten tak není do léčebného programu plně integrován. Jednou z možností je mít užívané materiály dostupné na audio zařízeních nebo pověřit vidící osobu přečtením těchto materiálů. Tyto přístupy jsou funkční, nebývají však nejlepším řešením. Daleko prospěšnější je, pokud může být slabozrakému klientovi poskytnuto zvětšovací zařízení nebo pokud jsou pro nevidomého převedeny základní texty programu do Braillova písma. Cílem je pomoci klientovi dosáhnout co největší samostatnosti ve všech činnostech.

Pokud je slabozraký nebo nevidomý klient přijat do residenčního zařízení pro léčbu závislostí, je třeba jej co nejdříve seznámit s prostředím jeho pokoje, sociálního zařízení, jídelny, kluboven a dalších užívaných prostor. Orientačnímu procesu je nutné věnovat patřičný čas a pozornost, tak aby se klient dokázal cítit v novém prostředí bezpečně. Jednou z možností je určit terapeuta nebo zodpovědného klienta, který bude zrakově postiženému po několik prvních dnů průvodcem (Ford a Moore, 1999).

Úkol:

Vysvětlete pojem „umožňování“ z adiktologického hlediska.