

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

**PŘÍNOS RANÉ INTERVENCE PRO RODINY S DÍTĚTEM SE  
ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM POHLEDEM RODIČŮ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Lucie Votípková**

*Učitelství pro mateřské školy*

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Káňová

**Plzeň, 2016**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně  
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 30. 3. 2016

.....

vlastnoruční podpis

### **Poděkování**

Na tomto místě chci poděkovat Mgr. Šárce Káňové za vedení bakalářské práce, za cenné rady a čas, který mi věnovala. Můj dík patří také všem účastníkům výzkumného šetření, kteří byli ochotni podělit se o své zážitky, protože bez nich by tato práce nevznikla.

ZDE SE NACHÁZÍ ORIGINÁL ZADÁNÍ KVALIFIKAČNÍ PRÁCE

# Obsah

ÚVOD .....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1. RANÁ INTERVENCE.....</b>	<b>8</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU RANÁ INTERVENCE .....	8
1.2 HISTORIE A TEORETICKÁ VÝCHODISKA RANÉ INTERVENCE .....	9
1.3 ORGANIZACE RANÉ INTERVENCE V ČR .....	10
1.3.1 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ .....	11
1.3.2 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU SOCIÁLNÍM .....	12
1.3.3 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU ŠKOLSKÉM.....	13
<b>2. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>15</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	15
2.2 VZNIK ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	16
2.3 RODINA DÍTĚTE S POSTIŽENÍM .....	17
2.4 DRUHY ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ .....	19
<b>3. ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ .....</b>	<b>20</b>
3.1 VYMEZENÍ POJMU ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ .....	20
3.2 PŘÍČINY VZNIKU ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ.....	20
3.3 KLASIFIKACE ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ .....	21
3.4 DIAGNOSTIKA ZRAKOVÝCH VAD .....	24
3.5 KOMPENZACE A REEDUKACE ZRAKU .....	25
3.6 VÝVOJ DÍTĚTE SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	28
3.6.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ.....	29
3.6.2 KOJENECKÉ OBDOBÍ.....	29
3.6.3 BATOLECÍ OBDOBÍ.....	30
3.6.4 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ .....	31
3.6.5 OBDOBÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU.....	32
<b>EMPIRICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
<b>4. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>35</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU .....	35
4.2 VÝZKUMNÁ STRATEGIE .....	36
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	38
4.4 VÝZKUMNÉ METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT .....	39
<b>5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>44</b>
5.1 KAZUISTIKY A ANALYTICKÉ KATEGORIE .....	44
5.2 DISKUSE NAD VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	54

5.2.1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	54
5.2.2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI SOCIÁLNÍ PÉČE.....	56
5.2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI PEDAGOGICKÉ PÉČE .....	59
5.2.4 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	60
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>61</b>
<b>SHRNUÍ.....</b>	<b>62</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ: .....</b>	<b>65</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH:.....</b>	<b>I</b>
<i>PŘÍLOHA A .....</i>	<i>II</i>
<i>PŘÍLOHA B .....</i>	<i>III</i>
<i>PŘÍLOHA C.....</i>	<i>VI</i>
<i>PŘÍLOHA D .....</i>	<i>VII</i>

# Úvod

Tématem předkládané práce je raná intervence u dětí s postižením zraku z pohledu rodičů, kteří mají s ranou intervencí osobní zkušenosti. Podnětem k výběru tématu práce se staly moje osobní zážitky s ranou intervencí, kterou jsme prošly společně s první dcerou. Naše zkušenost mě vedla k zamyšlení co je to vlastně postižení a co je normální, zda postižení nevzniká až na základě běžně přijímaných norem. Tato problematika mne oslovila, proto zpracování bakalářské práce z oboru speciální pedagogiky bylo jasnou volbou.

Teoretická část práce podává relevantní informace o rané intervenci a o zdravotním postižení čerpané z dostupné odborné literatury. V první kapitole je rozebrán a definován pojem rané intervence. Následující kapitola se zabývá teoretickými východisky, vznikem a historií rané intervence u nás i v zahraničí a dále je zde podrobně popsána organizace rané intervence v České republice.

Další část práce je věnována pojmu zdravotní postižení. V obecné rovině jsou zde popsány příčiny vzniku zdravotního postižení, jeho druhy a také se zde dotýkáme pojmu rodina a problematiky rodin s dítětem se zdravotním postižením.

Poslední úsek teoretické části práce se podrobněji zabývá postižením zraku. Nalezneme zde nejen definování tohoto pojmu, ale také příčiny vzniku, možnosti kompenzace či reedukace zraku. Důležitou pasáž tvoří také charakteristika vývoje dítěte se zrakovým postižením od novorozeneckého věku do období mladšího školního věku.

Empirická část navazuje na teoretické poznatky a věnuje se otázce, jakým způsobem vnímají popsanou podporu rodiče, kteří pečují o dítě s postižením zraku. V úvodních kapitolách je popsána metodologie výzkumného šetření, výzkumná strategie, výzkumný soubor, použité metody sběru a analýzy dat a především stanovení výzkumného problému a cílů této práce. Následuje popis analytických kategorií jednotlivých respondentů, vzniklých kódování rozhovorů, a v závěrečné diskusi nalezneme celkové shrnutí výsledků výzkumného šetření. Veškerá zjištění a výsledky výzkumného šetření vychází z výpovědí rodičů, kteří mají s ranou intervencí osobní zkušenost.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. RANÁ INTERVENCE

V následujících kapitolách je popsán pojem raná intervence, její vznik, historie a teoretická východiska. Tato část se dále podrobněji zabývá zákonnými podmínkami a organizací rané intervence v České republice.

### 1.1 Vymezení pojmu raná intervence

Existuje několik termínů používaných v souvislosti s ranou intervencí, které se objevují i v této práci. Raná intervence zahrnuje širší okruh služeb zdravotních, pedagogických a také sociálních, které mají vést k podpoře rodin s dítětem s postižením. Součástí rané intervence je i raná péče, která se zaměřuje pouze na poskytování sociálních služeb prostřednictvím středisek rané péče. Protože se ale v České republice termín raná péče vžil jako adekvátní k mezinárodně používanému „early intervention“, v mnoha odborných publikacích se tedy tyto dva pojmy nerozlišují. Raná intervence tedy označuje celou soustavu služeb, nikoli pouze péči ve smyslu zabezpečování základních životních potřeb konkrétní osoby. Je to komplexní systém služeb, které zahrnují léčebnou péči, sociální péči, raně-poradenské služby i vzdělávání. Tyto služby nejsou zaměřeny pouze na jednotlivce, dítě s postižením, ale na celou rodinu. Rodiče či jiné blízké pečující osoby jsou zároveň klienty a zároveň členy multidisciplinárního týmu, do něhož dále patří pracovník poradenský, administrativní, sociální, speciální pedagog, psycholog a mnoho dalších odborníků z lékařských oborů. Pro efektivitu je důležitá koordinace a týmová spolupráce všech pracovníků výše jmenovaných oblastí (Hradilková a kol. autorů, 1998).

Dle Oldřicha Matouška (2008, s. 168) je raná péče „*soubor propojených sociálních, zdravotnických a psychologických služeb. Poskytuje se předškolním dětem, které jsou smyslově, fyzicky nebo mentálně postižené nebo je z jiného důvodu vážně ohrožen jejich vývoj. Péče zahrnuje i rodiny těchto dětí. V ideálním případě se kontakt profesionálů s rodinami odehrává v přirozeném prostředí rodiny.*“

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách §54 (2006, s. 22) definuje ranou péči následovně: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené,*



*nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“*

Pojem rané intervence lze tedy stručně shrnout jako veškerou podporu, která se dostává dítěti se zdravotním postižením a jeho rodině v raném věku, jejímž cílem je nejen snížit dopad postižení na dítě, ale také posílit kompetence rodičů a podporovat integraci rodiny do většinové společnosti.

## **1.2 Historie a teoretická východiska rané intervence**

Raná intervence začala být cíleně poskytována na počátku 60. let v USA a na její vznik měly vliv poznatky z psychologických, neurologických a sociologických výzkumů. Na základě těchto výzkumů začala být raná intervence chápána jako pomoc celé rodině dítěte, u něhož se dá očekávat atypický vývoj. V průběhu času byly cíle rané intervence zpracovávány detailněji, systematicky, a kromě péče o dítě s postižením a jeho rodinu má raná intervence také zmírnit důsledky postižení v takové míře, aby byl dítěti usnadněn vstup do majoritní společnosti.

Mgr. Terezie Hradilková (1998) dále vymezuje dvě oblasti, které tvoří základ teorie rané péče. Jedná se o biologické a sociální hledisko vývoje dítěte. Výzkumy v oblasti neurobiologie potvrdily, že mozek a nervová soustava má největší schopnost rozvoje a přizpůsobení se v období prvních tří let života dítěte. Právě v tomto období je tedy možno u dětí s postižením nejlépe využít kompenzační možnosti mozku. Hledisko sociální pak vyzdvihuje klíčovou roli pozitivního vztahu mezi dítětem s postižením a jeho rodinou, a to zejména v období prvních tří let života, kdy je rodina základním přirozeným prostředím dítěte a má tak zásadní vliv na jeho vývoj.

Od konce 80. let je raná péče přednostně poskytována v přirozeném domácím prostředí klienta, přestává být zaměřena pouze na jednotlivce, ale zahrnuje celou rodinu. V této době se také ustupuje od expertního přístupu a dává se přednost přístupu partnerskému (Hradilková a kol. autorů, 1998).

V České republice se raná intervence, vlivem politické situace před rokem 1989, vyvíjela odlišně od západních zemí. Rodičům dětí s postižením byla nabízena ústavní péče, jako nejlepší varianta péče o dítě. Iniciativy směřující ke změnám v této oblasti vycházely především od speciálních pedagogů, kteří se problematikou osob s postižením zabývali.

V počátku se odborníci zaměřovali pouze na zdravotní problém dítěte s postižením, v průběhu času ale začali zohledňovat potřeby všech členů rodiny. Rodiče se postupně stávají plnohodnotnými partnery týmu odborníků a jejich názory a přání by měli být respektovány. Po roce 1989 u nás vznikají podle zahraničního vzoru různá sdružení a nadace zaměřené na pomoc rodinám a jedincům s postižením nebo znevýhodněním. Zároveň se zvyšuje obecné povědomí o uvedené problematice a také zájem veřejnosti je díky médiím vyšší (Hradilková a kol. autorů, 1998).

V současné době služby rané péče vychází především z potřeb dítěte s postižením a jeho rodiny. Z jeho aktuálního zdravotního stavu, z jeho možností a schopností, a také z cílů, které si rodina stanovuje. Dále samozřejmě z potřeb společnosti, z možností podpory v sociálním systému, z daných pravidel a standardů (Kudelová, 2013).

### **1.3 Organizace rané intervence v ČR**

Následující kapitola popisuje způsob rozložení a průběh podpory pro děti s postižením v raném věku a jejich rodiny, nebo pro samotné jedince s postižením. Obsah této kapitoly vychází z údajů uvedených v různých dokumentech jako je Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (1998), Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení (1993), Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením (2005), dále pak publikace Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku (Opatřilová a kol. autorů, 2012) nebo sborník střediska rané péče Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením (Hradilková a kol. autorů, 1998).

Proces rané péče začíná vyhledáváním klienta tzv. depistáží, jeho přijetím do péče, pokračuje definováním potřeb dítěte a rodiny, poskytnutím potřebné podpory a navazuje přechodem dítěte do vzdělávacího zařízení. Celý proces by měla prostupovat mezioborová komunikace a spolupráce odborníků na všech úrovních.

Zde je nutno zmínit, že příjemcem a koordinátorem služeb je rodina dítěte s postižením, dítě samo pak patří v raném věku do kompetence Ministerstva zdravotnictví, poté přechází pod Ministerstvo školství, ale o případných peněžitých podpůrných dávkách rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí. To může znamenat určitý problém v dostupnosti a pružnosti podpory potřebným rodinám.

V souvislosti s podpůrným systémem, který poskytuje, zajišťuje či vyvíjí služby rodině s dítětem s postižením, lze na ranou intervenci nahlížet skrze systém zdravotní, sociální a školský.

### 1.3.1 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

První částí zdravotní péče je prevence vzniku zdravotního postižení, v jejímž rámci by měla být zajištěna lepší informovanost budoucích rodičů o rizicích vzniku postižení. Mezi tato rizika patří životospráva matky v těhotenství, alkohol, drogy, léky, dále infekční nemoci, genetika. V období po porodu pak životospráva dítěte, ale také nebezpečí úrazu. Pokud již k poškození zdraví dojde, je potřeba co nejdříve zajistit péči diagnostickou, následně pak poradenskou činnost pro rodiny s dítětem s postižením. *„Poradenstvím rozumíme doporučení týmu odborníků, ve kterém hrají stejně důležitou roli psycholog, lékař, právník, speciální pedagog, fyzioterapeut, sociální pracovník, technik a konečně i úspěšní občané s postižením jako názorné příklady pro rodiče a pedagogy a identifikační modely pro dítě s postižením. Neopominutelnou součástí týmu jsou rodiče dítěte s postižením, resp. sám dospělý občan s postižením, jichž se doporučení týmu má týkat. Účinné poradenství musí být široce dostupné a bezplatné“* (Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998, s. 20). Systém poradenství v České republice zajišťují pracoviště rané péče, instituce pedagogicko-psychologického poradenství a občanská sdružení zdravotně postižených.

Klíčovou částí zdravotní péče je léčebná rehabilitace, která má za úkol v co největší míře snížit dopady postižení na člověka, obnovit schopnosti jednotlivce zabývat se normální činností a zvyšovat vývojovou úroveň jednotlivce především v oblastech, které jsou postižením ohroženy. *„Velmi specifická je z tohoto hlediska situace u dětí. U řady z nich je nemoc či postižení vrozené. Proto návrat k původnímu stavu v dětství je nelogický – dítě se naopak neustále vyvíjí, jeho schopnosti se zvětšují. Cílem rehabilitace v dětství je podporovat přirozený vývoj a přiblížit ho u postiženého dítěte vývoji jeho zdravých vrstevníků, případně dosáhnout zcela fyziologického vývoje“* (Votava a kol., 2003, s. 9-10). To se děje mimo jiné prostřednictvím posilování zbytkových funkcí organismu, získáváním vědomostí a také nácvikem dovedností nezbytných pro život jedince. Léčebná rehabilitace je poskytována v rehabilitačních centrech, dále kvalifikovanými terapeuty na úrovni ambulantní a dlouhodobě také prostřednictvím proškolených rodinných příslušníků nebo dalších dobrovolníků přímo v domovech rodin dítěte s postižením.

### 1.3.2 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU SOCIÁLNÍM

Legislativně u nás byla raná péče uznána jako sociální služba v roce 2006 zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, jehož znění bylo v roce 2009 pozměněno zákonem č. 206/2009 Sb. Sociální rehabilitace úzce navazuje, nebo se prolíná s rehabilitací léčebnou. Jejím smyslem je naučit osoby s postižením, u dětí také jejich rodiny, překonávat nepříznivé dopady postižení, naučit se trvale žít postižením. Stát se v co největší míře samostatnými a nezávislými na pomoci okolí díky rozvoji vlastních specifických schopností a dovedností a nácvikem výkonu běžných činností alternativním způsobem, který využívá zachované schopnosti a kompetence. Sociální podpora tedy zahrnuje širokou škálu sociálních služeb, které pomáhají řešit problémy související s postižením, a další pomoc ve formě peněžitých dávek.

Rodina dítěte s postižením může získat různé druhy peněžitých dávek, ať už jednorázových nebo pravidelných. Podrobný přehled a podmínky získání těchto příspěvků a dávek upravuje vyhláška 182/1991 Sb. ministerstva práce a sociálních věcí České republiky ze dne 26. dubna 1991, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

Cílem sociálních služeb je pomoc v těch oblastech, které člověk s postižením není schopen zvládnout sám, nebo v případě dítěte s pomocí rodiny, ani po absolvování komplexního rehabilitačního procesu a v neposlední řadě také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Mezi sociální služby řadíme například poskytování zdravotních pomůcek a prostředky zdravotnické techniky, kam patří technické pomůcky, vedoucí ke zlepšení kvality života postiženého. Tyto pomůcky částečně či zcela nahrazují ztracenou funkci, obvykle však bývají pro rodiny s postiženým dítětem nebo občany s postižením finančně nedostupné. Proto byla zřízena Centra technické pomoci, kde je možné vyzkoušet různé rehabilitační a kompenzační pomůcky, které se na přechodnou dobu půjčují do domácnosti klienta. Tato centra zároveň zajišťují poradenskou činnost v oblasti používání pomůcek a poskytují informace o nabídce pomůcek plně či částečně hrazených zdravotními pojišťovnami. Dále se k těmto službám řadí osobní asistence, která spočívá v tom, že osobní asistenti pomáhají člověku se zdravotním postižením dělat to, co není schopen následkem svého postižení dělat sám. Zkušenosti států, kde byla nasazena osobní asistence, ukazují, že tento způsob pomoci umožňuje i lidem s těžkým postižením žít v domácím prostředí. V raném věku jsou

nejpřirozenějšími asistenty rodiče a jiné blízké osoby, které by měly být všestranně podporovány, aby ani děti s těžkým postižením nemusely být umisťovány do ústavů sociální péče, ale mohly zůstat ve svých rodinách. Ale i přes lékařský pokrok, snahu o integraci občanů s postižením do společnosti a vznik mnoha jiných forem péče o občany s postižením, je stále celá řada osob, které potřebují dlouhodobě ústavní péči. Umístění do ústavu sociální péče by však v žádném případě nemělo znamenat ztrátu lidské důstojnosti, práv a respektu k individualitě člověka. Děti s postižením mohou být umístěny do ústavní péče v případě, že stav dítěte je natolik závažný, že rodina péči o dítě nezvládá, nebo v případech, kdy rodina péči o dítě odmítá. Mezi další služby řadíme služby řešící dopravu žáku s postižením do škol nebo za jinými účely, pečovatelské služby a domácí ošetřovatelskou službu, služby chráněného bydlení nebo respitní péči. To je krátkodobá úlevová péče pro rodinu pečující o osobu s těžkým postižením, jejímž cílem je poskytnout pečujícím osobám prostor a čas k načerpání nových sil. Je poskytována buď přímo v domácnosti klientů, nebo krátkodobým umístěním člověka s postižením do určitého pobytového zařízení (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, 2015).

V širším slova smyslu sociální péče zahrnuje i přípravu odborníků na práci s postiženým člověkem. Při studiu lékařských oborů je nutné zdůraznit důležitost včasné diagnózy a možnosti rehabilitace. V pedagogických oborech je žádoucí vzdělávání v oblasti speciální pedagogiky. Lidé pracující s občany se zdravotním postižením by měli mít odpovídající kvalifikaci, ať už se jedná o profesionály v oblasti lékařské, pedagogické, psychologické, právní, administrativní, nebo technické, dopravní či stavební. Protože postavení občanů se zdravotním postižením je významným způsobem ovlivňováno tím, jak jsou svým okolím přijímáni, je velmi důležitá také výchova veřejnosti, protože problémem nemusí být samotné fyzické, mentální či jiné zdravotní postižení, ale také přijímání osob se zdravotním postižením jako integrální součást společnosti. (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, 2015).

### 1.3.3 RANÁ INTERVENCE V SYSTÉMU ŠKOLSKÉM

Poslední oblastí podpory pro dítě s postižením v raném věku je podpora při zařazení a docházení do školského zařízení. Fáze vzdělávání přirozeně navazuje nebo může probíhat současně s léčebnou a sociální péčí.

Ve věku od narození po nástup do mateřské školy se rodiče na základě informací lékařů mohou prostřednictvím Středisek rané péče setkat se speciálními pedagogy, kteří v tomto období pomáhají rodičům s vedením dítěte. Vlastní podpora vývoje dítěte vychází ze speciálně-pedagogické diagnostiky a na jejím základě se může ubírat různými směry. Dítě je ve speciální mateřské škole, v běžné mateřské škole či ve speciální třídě běžné mateřské školy, nebo může zůstat v domácím prostředí. Odbornou pomoc přebírají speciálně-pedagogická centra. V případě volby domácího prostředí se odborná pomoc uskutečňuje prostřednictvím ambulantní služby poradenských zařízení (Speciálně-pedagogické centrum nebo Pedagogicko-psychologická poradna), nebo návštěvami pracovníka těchto zařízení přímo v rodinách dítěte s postižením. Obdobně je také realizována školní docházka. Buď na speciálních školách, nebo formou integrace na běžných základních školách, či ve speciálních třídách základní školy, případně formou domácího vzdělávání. Pracovníci poradenských zařízení zajišťují metodické vedení učitelů, především při docházce dětí s postižením do běžné základní školy (Šumníková, 2014).

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (1998) hovoří o výrazném posunu od segregovaného vzdělávání ve speciálních školách k integraci dětí s postižením do běžných mateřských, základních i středních škol, také o podpoře přednostního umístění dítěte s postižením do běžné školy se speciálně-pedagogickou podporou, o posílení práv rodičů při výběru vhodné formy vzdělávání, o odstranění bariér a přizpůsobení prostředí docházce dětí s postižením do běžných vzdělávacích institucí. Akční plán inkluzivního vzdělávání 2016-2018 potvrzuje, že je v České republice snaha o intenzivní zavádění inkluzivního vzdělávání, jehož cílem je vzdělávání všech dětí v hlavním vzdělávacím proudu.

Lze tedy říci, že existují četné snahy odborníků zabývajících se problematikou dětí s postižením i snahy rodičovské, aby děti s postižením nebyly umístovány přednostně do speciálních škol, protože většina těchto dětí může absolvovat školní docházku společně se zdravými dětmi. Jejich umístování do speciálních zařízení často vede k odloučení od většinové společnosti a narušení přístupu společnosti k jedinci s postižením již od raného věku.

## 2. ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Následující kapitoly se zabývají zdravotním postižením, jeho vznikem, jsou zde charakterizovány druhy zdravotního postižení a dotýkáme se i tématu rodin, jejichž členem se stane jedinec s postižením. Tato problematika je velice rozsáhlá a její podrobný popis není tématem této práce, proto jsou zde uvedeny informace pouze v obecné rovině.

### 2.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Pro termín zdravotní postižení existuje velké množství definic, které se vzájemně doplňují a zároveň nejsou zcela jednotné. Uvádíme jich několik, pro vytvoření co nejpřesnější představy o významu tohoto pojmu.

Na mezinárodní úrovni se o definici zdravotního postižení pokusila Světová zdravotnická organizace v roce 1980 vydáním dokumentu Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů. Ten byl v roce 2001 nahrazen novější verzí s názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Oba dokumenty popisují základní součásti a podmínky zdraví a jeho poruch. Novější verze se více zaměřuje na schopnosti jedinců s postižením a možnost jejich spoluúčasti na společenském životě. Konkrétní omezení a postižení již není kladeno do popředí.

V první verzi dokumentu jsou vymezeny tři základní pojmy. A to porucha neboli impairment definována jako funkční nebo orgánová ztráta či abnormalita lidského těla. Další pojem je postižení, v anglickém jazyce disability, který označuje omezení či ztrátu schopnosti člověka vykonávat obvyklé aktivity a poslední pojem handicap znamenající omezení sociálního charakteru, které člověk zažívá v důsledku svého postižení. Tyto tři pojmy se vzájemně prolínají, protože např. přítomnost poruchy může zavádět vznik postižení a může v důsledku toho vést i ke znevýhodnění, čili handicapu (Švestková, 2001).

Dle Mezinárodní zdravotnické organizace, tzv. Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (2001, s. 9) je „*disabilita snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.*“

Z výše uvedené definice vyplývá, že tento dokument již poukazuje na postižení jako na pojem zahrnující nejen funkční, orgánovou či psychickou poruchu lidského těla nebo

osobnosti, ale i na nemožnost vykonávat běžné životní aktivity také z důvodu existence bariér vytvořených v prostředí, ve kterém zdravotně postižení žijí.

S tímto modelem se ztotožnila i Organizace spojených národů. V Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením (2007, s. 3) se uvádí tato definice: „*Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.*“

V České republice definuje zdravotní postižení např. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách, který uvádí: „*Zdravotním postižením se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (2006, s. 2).

Školský zákon pak hovoří o dětech se speciálními vzdělávacími potřebami. Mezi ně řadí děti nadané, děti se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování) a děti se zdravotním či sociálním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc, zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy). Dále zákon uvádí, že „*speciální vzdělávací potřeby dětí, žáků a studentů zajišťuje školské poradenské zařízení*“ (Školský zákon, 2004, § 16).

Dle Pedagogického slovníku je jedinec s postižením „*jedinec postižený nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci víceméně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a proudu*“ (Průcha a kol. autorů, 2003, s. 171).

Z rekapitulace výše uvedených definic je patrné, že se pojem postižení stále mění a vyvíjí, netýká se pouze zdravotního stavu, ale mnoha oblastí života a je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a společenským prostředím se všemi vytvořenými bariérami, které poukazují na odlišnost konkrétních jedinců. Je tedy potřeba na něj nahlížet jako na problematiku celé společnosti, ne pouze jejích jednotlivých členů.

## **2.2 Vznik zdravotního postižení**

Vznik jakéhokoli postižení, ať už smyslového, mentálního či pohybového, může mít různé příčiny a vzniknout v jakémkoli období života. Určitý podíl představují poruchy



genetických dispozic, tzn. dědičnost a vlivy působící v prenatalním či perinatálním období. Může se ale vytvořit i v průběhu života, a to v důsledku onemocnění či úrazu. Obecně lze tedy rozlišit dvě základní kategorie dle období vzniku postižení (Vágnerová, 2004).

Vrozená, nebo časně získaná postižení, která ovlivňují vývoj dítěte ve smyslu omezení či absence získání určitých životních zkušeností, vznikají v prenatalním a perinatálním období. Na vzniku vrozených postižení se mohou podílet genetické dispozice jedince, ale i fyzikální (úrazy, škodlivé záření), chemické (léky, drogy), psychické a sociální (stres, sociálně patologické prostředí) vlivy nebo také biologické (infekce) vlivy z vnějšího prostředí působící na matku v období těhotenství. K časně získaným postižením patří poškození zdraví dítěte následkem porodních komplikací, jako je infekce, nedostatek kyslíku či mechanické poškození dítěte. U této kategorie postižení je jedinec s postižením na svůj handicap adaptován a není pro něj tak subjektivně traumatizující, přestože si postupně uvědomuje, že ostatní lidé mají možnosti, které on sám nemá. Vrozená a časně získaná postižení existují tedy od narození dítěte nebo od časného dětství, řada z nich se ale rozvíjí postupně a nejsou tedy hned po narození patrná (Vágnerová, 2004).

Později získaná jsou postižení, ke kterým dochází v postnatálním období nejčastěji následkem úrazu nebo nemoci. Příčiny později získaných postižení jsou vnější a působí přímo na organismus daného jedince, nikoli skrze organismus matky. Získaná postižení jsou spojena s větším emočním napětím, ale je zde výhoda zachování dřívějších zkušeností. V raném dětství je reakce na nově vzniklé postižení ovlivněna především tím, jak tuto situaci zvládají a přijímají rodiče dítěte postižením (Vágnerová, 2004).

## **2.3 Rodina dítěte s postižením**

Dle Matouška (2008) je rodina vnímána jako nejstarší základní instituce, jejímž prostřednictvím se člověk začleňuje do společenské struktury. V minulosti byli za rodinu považováni pouze lidé spojení pokrevními pouty, nebo právními svazky jako je sňatek či adopce. V průběhu času se ale tento model rozvolňuje a dochází ke změnám v chápání koncepce rodiny. V současné době směřuje interpretace pojmu rodina spíše k určitému společenství lidí, které plní funkci rodiny a jehož členové se za rodinu považují na základě vzájemné náklonnosti. Hlavní funkcí rodiny nadále zůstává výchova dětí, uspokojování jejich potřeb a poskytování základních jistot, emocionální podpory a péče všem jejím členům (Matoušek, 2008).

Na rodinu s dítětem s postižením je nutno nahlížet v několika rovínách. První z nich je životní situace konkrétní rodiny, tzn. jak rodina prožívá a zpracovává narození dítěte s postižením a jaké úkoly spojené s vývojem takového dítěte plní. Teprve na podkladě těchto zjištění lze stanovit odbornou pomoc, která by měla být realizována nejen na úrovni konkrétních rodin, ale na úrovni celospolečenské, protože právě společenské poměry působící na rodinu výrazně ovlivňují rodinné klima, ve kterém se dítě vyvíjí (Pipeková, 2006).

Matka s dítětem jsou ve vzájemném vztahu již během těhotenství, rodiče mají řadu představ o budoucnosti, o dítěti. Narození dítěte s postižením tak pro většinu rodičů představuje neočekávanou zátěž, dostávají se do situace, kterou neočekávali, na kterou nejsou připraveni. Prožívají hluboké zklamání, pocity ztráty zdravého dítěte, na které se těšili. *„Dítě s postižením má omezenou celou řadu společenských aktivit (kulturních, sportovních, pracovních). Nemůže si hrát rovnocenně se svými vrstevníky, společně navštěvovat předškolní a školní zařízení, mít nejrůznější zájmy. Tím se porušuje sociální integrace. Dítě s postižením vyžaduje péči svého okolí, své rodiny a zároveň je pro ni značnou psychickou, sociální i ekonomickou zátěží“* (Velemínský a kol., 2009, s. 165). Každý z rodičů se musí s touto situací vyrovnat individuálně. Vždy však rodina prochází určitými fázemi.

První sdělení diagnózy vede k rozvoji obranných mechanismů a vyvolává u rodičů šok, zmatek, odvrácení od skutečnosti, popření celé situace. Pak přichází smutek a úzkost a pocity viny. Typická v této fázi bývá agresivita nebo útěk před společností, stáhnutí se do ústraní. Agrese může vyústit až do stavu depresí. Zde je velmi důležité, aby rodiče mohli otevřeně vyjádřit své pocity a byl jim poskytnut dostatek informací a času na vysvětlování při rozhovorech o jejich situaci, o stavu jejich dítěte. Postupem času se intenzita úzkosti a depresivních stavů snižuje a rodiče se pokoušejí o racionální hodnocení situace. Ve stadiu rovnováhy rodiče hledají podporu u rodin v obdobné situaci, snaží se aktivně pomoci svému dítěti. Poslední fází je stadium reorganizace kdy se rodiče plně vyrovnávají se svou situací a přijímají dítě s postižením takové, jaké je. Uspořádání rodinného života se přizpůsobuje životu s dítětem s postižením, v ideálním případě tak, že jsou akceptovány nejen potřeby dítěte s postižením, ale všech ostatních členů rodiny. Mezi základní potřeby těchto rodin patří dostatek informací o stavu a možnostech dítěte, finanční a sociální podpora a emocionální podpora všech členů rodiny, která může být poskytnuta i na odborné úrovni např. formou psychoterapie.

Posledního stadia ale nedosáhnou všechny rodiny, mnohdy přetrvávají pocity viny a protichůdné citové postoje k dítěti. Někteří rodiče ustrnou ve fázi popření, u některých rodin není vyloučené ani úplné odmítnutí dítěte s postižením (Pipeková, 2006).

## **2.4 Druhy zdravotního postižení**

Vzhledem k charakteru bakalářské práce se v této kapitole nebudu pokoušet popsat druhy zdravotního postižení v celé šíři, ale zaměřím se pouze na obecné dělení a postižení, které se může objevit v kombinaci s postižením zraku. Podle Květoňové-Švecové (2004) je možno postižení rozdělit podle oblastí poškození či omezení jedince na postižení tělesné, mentální, smyslové a kombinované. Jedinci s určitým druhem zdravotního postižení vyžadují specifickou péči také v oblasti výchovy, vzdělávání a socializace, proto také vznikla různá odvětví speciální pedagogiky se zaměřením na příslušný druh postižení. Pipeková (2006) uvádí následující speciálně-pedagogické disciplíny: Psychopedie (pedagogika osob s mentálním postižením), somatopedie (pedagogika osob s tělesným postižením, s chronickým a dlouhodobým onemocněním), logopedie (pedagogika osob s narušenou komunikační schopností), surdopedie (pedagogika osob se sluchovým postižením), oftalmopedie (pedagogika osob se zrakovým postižením), etopedie (pedagogika osob s poruchami chování), edukace jedinců s kombinovaným postižením, specifickými poruchami učení nebo chování.

### 3. ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

V této části práce je podrobně popsáno postižení zraku, které je jedním ze smyslových zdravotních postižení. Vzhledem k zaměření bakalářské práce je mu věnována samostatná kapitola.

#### 3.1 Vymezení pojmu zrakové postižení

Zrakové postižení je někdy označováno také jako zraková vada. Tyto dva pojmy se v literatuře často zaměňují nebo nerozlišují. „*Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu. Spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech, vrozené či získané anatomicko-fyziologické poruchy*“ (Květoňová-Švecová, 2000, s. 18). Někteří autoři naproti tomu pod pojmem zraková vada uvádí pouze vady refrakční jako např. krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus.

Na definici termínu zrakové postižení lze nahlížet z různých hledisek. Odlišné je vymezení z hlediska zdravotnického, pedagogického, či z pohledu sociální sféry. Tento fakt vychází z toho, že v různých oblastech se nahlíží na osobu se zrakovým postižením s jiným záměrem. Lékařská věda se snaží odhalit příčiny zrakového postižení, vyléčit je nebo alespoň co nejvíce napravit. Na postižení zraku nahlíží jako na „*snížení, případně zánik schopnosti vnímat svět zrakovým analyzátozem*“ (Kudelová, Květoňová, 1996, s. 3). Cílem speciální pedagogiky je připravit jedince se zrakovým postižením na zvládání běžného života ve společnosti intaktních. „*Pro potřeby speciální pedagogiky je za jedince se zrakovým postižením chápána osoba, která trpí oční vadou či chorobou, kdy po optimální korekci má stále zrakové vnímání narušeno natolik, že jí činí problémy v běžném životě*“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 37).

Vzhledem k odlišnostem ve vnímání jedinců se zrakovým postižením v různých oblastech, přesná definice zrakového postižení v podstatě neexistuje.

#### 3.2 Příčiny vzniku zrakového postižení

Odborná literatura dělí nejčastější příčiny zrakového postižení do dvou základních kategorií. Členění vychází z předpokladu, že některé z příčin souvisí se získáním a některé s vrozeností.

K vrozeným příčinám vzniku zrakového postižení může dojít v období prenatálním, případně perinatálním. Velkou roli zde hraje dědičnost, rodinné dispozice. Mezi geneticky podmíněná onemocnění patří např. katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal), degenerativní onemocnění sítnice, zákal rohovky a další. Vrozené zrakové vady se ale také mohou vyvinout v důsledku působení škodlivých vlivů působících na plod během těhotenství či v období okolo porodu. Mezi nejčastější škodlivé vlivy patří užívání léků, alkoholu a drog, dále virové či bakteriální infekce nebo účinek rentgenového záření během těhotenství a také nedonošení dítěte. Nedonošené děti jsou náchylné ke vzniku retinopatie (Pipeková, 2006). Jsou jí ohroženi všichni nedonošenci narození před 32. týdnem těhotenství s porodní hmotností pod 1.500g. Retinopatie představuje patologickou změnu sítnice a jejích cév. Jedním ze symptomů je proměnlivost vidění, postupně dochází ke zhoršování zraku, které je provázeno zúžením až výpadky zorného pole. Retinopatie nedonošených se jeví jako nejčastější příčina slepoty dětí (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

Získaných příčin vzniku zrakového postižení je velké množství. Může se jednat o úrazy, důsledky jiného onemocnění (diabetes, revmatická onemocnění, nádorová onemocnění apod.), zákaly a další. Dominantním faktorem získaných příčin zrakového postižení se ale jeví stárnutí organismu. Rozsival (2006) uvádí, že v současné době je v České republice okolo 100000 lidí s těžkým zrakovým postižením. Zhruba 35 – 40% je nezletilých nebo v produktivním věku, 60-65% lidí jsou pak lidé ve věku nad 60 let.

Vnímání ztráty či oslabení zraku je v každém období lidského života jiné. Vrozené postižení zraku je pro vývoj jedince velikou překážkou. Zrak je velice důležitý faktor pro rozvoj osobnosti, myšlení, představ, získávání informací o okolním světě, orientace, zařazení do společnosti, vytváření sociálních vazeb a dalších dovedností. Čím později tedy zrakové postižení vznikne, tím méně jsou tyto oblasti vývoje postiženy. Na druhé straně jedinec se získaným postižením si plně uvědomuje, o co přišel, což způsobuje neadekvátní psychickou zátěž (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

### **3.3 Klasifikace zrakového postižení**

Díky rozdílnostem ve vnímání osob se zrakovým postižením se v odborné literatuře setkáváme zároveň s odlišným členěním kategorií osob se zrakovým postižením. Ve Slowíkově publikaci (2007) se uvádí, že se klasifikační přístupy většinou kombinují a doplňují. Klasifikace zrakových vad vychází z různorodých hodnotících kritérií a žádné

jednotlivé dělení není schopno dostatečně charakterizovat všechny projevy a okolnosti zrakového postižení. Pouze při využití většího množství hodnotících přístupů je možno zrakové postižení komplexně zachytit.

Nejčastěji užívanou klasifikací, je klasifikace soudobé speciální pedagogiky. Ta rozděluje jedince se zrakovým postižením do čtyř základních kategorií. Jedná se o osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění (Finková; Ludíková; Růžičková, 2007).

Osoby nevidomé se řadí do skupiny osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení. Tato skupina zahrnuje jedince s narušeným zrakovým vnímáním na stupni nevidomosti. Podle schopnosti využití zorného pole, stupně zrakové ostrosti a také možnosti rozlišit světlo od tmy se nevidomost dále rozděluje na praktickou nevidomost, skutečnou slepotu a plnou slepotu. Důsledky nevidomosti se projevují v nemožnosti vytváření zrakových představ, ve značném omezení a ztížení samostatného pohybu a prostorové orientace, v nemožnosti či omezení běžných praktických a pracovních výkonů. Toto postižení také znemožňuje běžný grafický výkon. Ke čtení a psaní tedy používají nevidomé osoby tzv. Braillovo písmo. Písmo funguje na principu bodů vyražených do materiálu, které nevidomí vnímají hmatem (Pipeková, 2006). Jak ukazuje příloha A, celá abeceda se skládá z 63 kombinací bodů.

Jedinci se zbytky zraku jsou vnímáni jako skupina, která se vyskytuje mezi těžce slabozrakými a prakticky nevidomými osobami. Tato skupina se vydělila z psychologických a speciálně-pedagogických důvodů, protože z hlediska pedagogiky je každý zachovaný zbytek zraku využitelný pro vývoj dítěte, i když ve srovnání se zdravým jedincem je zachované vidění nepatrné (Kudelová, Květoňová, 1996). Tato kategorie může být stabilní, ovšem někdy může dojít k progresi nebo naopak ke zlepšení. Osoby s tímto typem postižení mají značně deformované, snížené zrakové vnímání, které provází narušení představ. Pohyb v prostoru je pro ně velmi obtížný, protože nejsou schopni orientovat se při chůzi zrakem. Dalším negativním důsledkem spojovaným s touto vadou je snížení grafické schopnosti a určité omezení pracovních schopností. Děti jsou přesto schopny osvojit si za pomoci kompenzačních pomůcek čtení a psaní zvětšeného černotisku a Braillova písma (Pipeková, 2006).

Slabozrakost nazýváme „*nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 a 3/60 včetně, nebo zúžení zorného pole na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost*“ (Pipeková, 2006, s. 233). Autorka dále uvádí, že tato vada je orgánová,

poškozeno může být jak zevní, tak i vnitřní oko, dále pak zrakové dráhy nebo zrakové centrum. Lidem se slabozrakostí způsobuje jejich vada potíže v rozvoji zrakového vnímání. V důsledku toho mají osoby se slabozrakostí sníženou schopnost pracovního a grafického výkonu a celou řadu dalších omezení. Důležitým faktorem při práci se slabozrakými osobami je tedy dodržování zásad zrakové hygieny, především střídání zrakové práce do blízka i do dálky, vyšší světelná intenzita centrálního osvětlení i komplementárního přisvícení, využívání doplňkové optiky, zajištění dostačující velikosti a barevné kontrastnosti předmětů, odstranění nadbytku detailů, správné umístění sledovaného předmětu, či zvětšování textů.

*„Jednoduché binokulární vidění, tj. vidění oběma očima současně, je schopnost vidět oběma očima pozorovaný předmět nezdvojený, jednoduchý. Jednoduché binokulární vidění není vrozené, ale vyvíjí se společně se sítnicí oka do jednoho roku věku dítěte a asi do šesti let se upevňuje. K jeho stabilizaci nedojde před šestým rokem“* (Keblová a kol. autorů, 2000, s.6). Autorka také uvádí, že je-li normální vývoj přerušen a pokračuje patologicky, vznikají poruchy binokulárního vidění. Jedná se o funkční poruchy, které vznikají částečným omezením funkce jednoho oka. Charakteristickým důsledkem této poruchy je narušené prostorové vidění a porozumění prostorovým vztahům. Při včasné používání korekčních brýlí a aktivní spoluúčasti dítěte při speciálních cvičení, je možné dosáhnout obnovení zrakové ostrosti postiženého oka a uvést binokulární vidění do normálního nebo normě blízkého stavu. Pokus o nápravu v pozdějším věku většinou nebývá efektivní.

Rozlišujeme dva druhy binokulárních poruch, tupozrakost (amblyopie) a šilhání (strabismus). Šilhání je patologická spolupráce obou očí, při níž oči nejsou v rovnovážném postavení. Dítě, které šilhá, pozoruje předmět pouze jedním okem, druhé oko se stáčí. Výsledkem je, že obrazy z obou očí nesplynou v jeden vjem a dítě vidí dvojitě. Postupně se učí potlačovat obraz z vychýleného oka, až toto oko v podstatě vyřadí z činnosti. Tupozrakost vzniká snížením zrakové ostrosti jednoho oka. Potlačováním zrakového vjemu z tohoto oka se postupem času zraková ostrost ještě více snižuje a dítě se pak dívá trvale pouze lepším okem, což vede k nevyvinutí prostorového vidění, které je výsledkem spolupráce obou očí.

### 3.4 Diagnostika zrakových vad

Diagnostika je soubor různých metod, které pomáhají zjistit nemoc, poruchu nebo vadu jedince s postižením. Slovo samotné pochází z řeckého slova „diagnósis“, které znamená poznávání (Defektologický slovník, 2000).

Ihned po porodu je lékař schopen posoudit stav viditelných částí zrakového analyzátoru, tedy může ihned diagnostikovat zjevné malformace, určit zda je oko správně umístěno v oční dutině, jeho velikost, stav rohovky a čočky, tvar očních víček a kvalitu spojivek. Ale většinou nelze každou zrakovou vadu rozpoznat pouhým pohledem nebo hned po narození dítěte. V takových případech prvními lidmi, kteří zjišťují, že se dítě odchyluje od normy, jsou jeho rodiče. Nebývá také výjimkou, že na odchylku poukáže pedagog po nástupu dítěte do školského zařízení. Poté se rodiče obrací na pediatra či oftalmologa. Další posouzení zraku a jeho funkčnosti probíhá až v pozdějším období za pomoci speciálních vyšetřovacích metod, testů a přístrojů, které se neustále zdokonalují a vyvíjejí a jejich využití i vyhodnocení patří do rukou odborníků. Oftalmologická diagnostika má za úkol určit druh a rozsah poškození zraku. Komplexní vyšetření by mělo stanovit funkční stav oka, nervových drah a zrakového centra, je zaměřeno na vyšetření zrakové ostrosti na dálku i na blízko, na rozsah zorného pole, binokulární vidění, barvocit, světlocit a citlivost na kontrast (Keblová, 2001).

Na základě stanovené diagnózy by měl lékař podrobně informovat klienta a jeho rodinu o závažnosti a rozsahu daného postižení, jeho prognóze a stanovit možnosti kompenzace, rehabilitace a doporučit využívání speciálních optických pomůcek, vhodný druh osvětlení atd. (Autrata; Vančurová, 2002).

Kromě lékařských vyšetření existuje i celá řada jednoduchých technik, které mohou využít rodiče či osoby pečující o dítě se zrakovým postižením. Prostřednictvím pozorování dítěte lze získat orientační informace o stavu zraku dítěte a o jeho schopnosti využívat zrak především v běžných životních situacích. Rodič, či osoba pečující o dítě, může sledovat jeho reakce na světlo, čímž získává představu o úrovni světlocitu. Dítě při prudké změně osvětlení reaguje pohybem, výrazem tváře. Od silného světla se odvrací. Z chování dítěte lze také vypožorovat, zda dítě využívá zrak v sociálních situacích, zda je schopno navázat zrakový kontakt, a pokud ano, tak z jaké vzdálenosti, zda rozeznává známé osoby. Orientačně se také dá vypožorovat úroveň zrakové ostrosti podle toho, na jakou vzdálenost a jak velké předměty dítě rozeznává při běžných denních činnostech. Důležitá je také



využitelnost zraku při prostorové orientaci, jak se dítě ve známém prostoru orientuje, jestli je schopno vizuálně lokalizovat předmět spadlý na zem a podobně (Ludíková, 2005).

U oftalmologické diagnostiky je důležitá její včasnost. Čím dříve dojde k určení postižení, které se u dítěte objevilo, tím dříve lze vhodnou léčbou, využitím speciálně pedagogických metod či rehabilitací napravit již vzniklé škody, nebo alespoň zastavit jejich prohlubování.

### **3.5 Kompenzace a reedukace zraku**

Aby mohl jedinec se zrakovým postižením co nejlépe a s co nejmenšími problémy žít ve společnosti, v prostředí, které ho obklopuje, je nezbytné, aby se naučil mimo zrak využívat i jiné smysly a činitele, které mu pomáhají chybějící zrak nahradit. Pokud se jedná o osoby zcela nevidomé, hovoříme o kompenzaci zraku, tedy náhradě za chybějící smysl. Má-li osoba se zrakovým postižením zachovány, alespoň částečně, zrakové funkce, pak je nutno, kromě kompenzace, provádět reedukaci zraku, tedy rozvíjení zachovalých funkcí tak, aby jedinec mohl zrak využít v co nejvyšší možné míře (Kudelová, Květoňová, 1996).

Reedukace zraku je soubor oftalmopedických cvičení a speciálně pedagogických postupů, které směřují ke zlepšení funkce zrakového ústrojí, a v mezích daných možností zdokonalují výkonnost v oblasti postižených zrakových funkcí. Do reedukace náleží také rozvíjení těch složek zrakového vnímání, které jsou druhotně ovlivněny zrakovou poruchou, jako např. zraková představivost, paměť apod. Základem reedukace zraku je nácvik schopnosti vyhledávání a identifikace objektů a sledování objektů v pohybu, tedy učení se používat svůj zrak (Defektologický slovník, 2000). Pokud má jedinec se zrakovým postižením zachovány alespoň zbytky zraku, snažíme se jeho zrak rozvíjet, aby se ho naučil využívat v nejvyšší možné míře. K tomu využíváme soubor technik, metod a postupů, který nazýváme zraková stimulace.

Zraková stimulace je specifickou metodou rehabilitace. Zrak je třeba cíleně a systematicky stimulovat podněty upravenými a přizpůsobenými typu a stupni postižení zraku. Vzhledem k tomu, že k největšímu rozvoji funkce zraku dochází v prvních třech letech života, je žádoucí se stimulací zraku začít v co nejranějším věku, ovšem je třeba zrak stimulovat po celý život. Při tomto postupu se doporučuje především psychická pohoda všech účastníků, provádění stimulačních činností formou hry s ohledem na množství a přiměřenost podnětů a zachování poslušnosti všech fází (Kudelová, Květoňová, 1996). V první, motivační fázi stimulace se snažíme dítě přivést k reakci na podnět, jakýkoli smyslový stimul. Může se

jednat o podnět pohybový, zvukový, dotykový, chuťový či čichový, ale také zrakový. Podnět, který u dítěte vyvolal pozitivní reakci, se poté snažíme propojit s podnětem zrakovým. Původní oblíbený impuls pak pomalu odbouráváme, až zbyde pouze podnět zrakový. Další fáze je fáze uvědomovací, jejímž cílem je, aby si dítě uvědomilo změnu ve svém bezprostředním okolí. Na ní navazuje fáze lokalizační, při které se snažíme, aby dítě našlo stimul, o kterém ví, ale dosud ho ještě nebylo schopno nalézt. Ve fázi fixační se dítě pokouší fixovat předmět či světelný bod. Po úspěšném zvládnutí této fáze může následovat sledování předmětů v pohybu, přenášení pozornosti z jednoho předmětu na druhý, orientace na ploše či v prostoru, senzomotorická koordinace, rozlišování dvojrozměrných podnětů, geometrických tvarů a poznávání známých předmětů zobrazených v ploše. Poslední je fáze zobecnění, kdy dítě rozpoznává předměty pomocí podstatných znaků pro daný předmět typických. Ludíková (2005) dále uvádí, že ne každé dítě se zrakovým postižením je schopné dostat se až do poslední fáze stimulace. Do jaké fáze se dítě dostane, záleží na stupni postižení, způsobu práce s dítětem a také jeho osobnostních vlastnostech. Je proto nutné vždy přihlížet k individualitě dítěte.

Kompenzace zraku znamená poskytnutí náhrady za chybějící smysl. Představuje jak aktivní způsob vyrovnávání se člověka se svým postižením, tak i nahrazování chybějícího smyslu úpravou nebo zvýšením funkce jiného smyslu. Kompenzace se tedy zaměřuje na rozvoj, zdokonalení výkonnosti jiných funkcí, než funkce postižené, prostřednictvím kompenzačních činitelů (Defektologický slovník, 2000).

Ludíková (2005) rozděluje kompenzační činitele na nižší a vyšší. Do nižších zařazuje náhradní smysly a k vyšším pak různé psychické stavy a procesy jako myšlení, pozornost, představivost, paměť apod., které mohou usnadňovat nevidomému vstup do okolní společnosti. Z náhradních smyslů je při využití kompenzace zraku nejdůležitější sluch a hmat, ale zaměřujeme se také na rozvoj čichu a chuti.

Sluch je stejně jako zrak smyslem dálkovým, hraje velmi důležitou roli v procesu prostorové orientace a samostatného pohybu zrakově postižených. Rozvíjení sluchového vnímání umožňuje zrakově postiženým získávat dostatek informací o charakteru prostředí, ve kterém se pohybují i o směr vlastní pohybu. Lidé s postižením zraku se nerodí automaticky s lepším sluchem, ale naučí se ho lépe využívat a zvukové signály lépe zpracovávat.

Dalším velmi důležitým kompenzačním smyslem je hmat. Jedná se o dotykový smysl,

který umožňuje jedinci získávat informace o věcech ve svém nejbližším okolí. Je nezbytný nejen pro orientaci v prostoru, ale i pro jiné každodenní činnosti a hraje primární roli v dovednosti čtení Braillova písma. „*Hmatové vnímání je, na rozdíl od vnímání zrakového, parciální, což značí, že nevidomý vnímá předmět po částech – od jednotlivých částí k celku, ale vnímání zrakem je od celku k jednotlivým jeho částem a na toto je třeba klást zvláštní pozornost při práci s nevidomým a při rozvíjení hmatu*“ (Ludíková, 2005, s. 68-69). Přesto však má hmatové a zrakové vnímání i společné rysy. Prostřednictvím obou smyslů je možné vnímat tvar, velikost, směr, trojrozměrnost, vzdálenost, pohyb či klid. Zrakem navíc dokážeme vnímat barvu, hmatem pak tvrdost, hmotnost, teplotu. V dětství je nejdůležitějším orgánem hmatu sliznice ústní dutiny, později se dítě se zrakovým postižením seznamuje s předměty pomocí rukou. Důležitá pro hmatové vnímání jsou i chodidla, protože předávají informaci o terénu, po kterém se zrakově postižený pohybuje a pomáhají tak s orientací v prostoru.

Čich a chuť nemá lidský organismus příliš vyvinuté, proto je jejich význam ve srovnání se zrakem nepatrný. Jejich rozvoj je přesto důležitý, protože slouží člověku se zrakovým postižením jako pomoc s rozeznáváním varovných signálů z okolí, či poznávání známých míst a osob. Mají tedy pro zrakově postižené především kontrolní funkci (Ludíková, 2005).

Kompenzace a stejně tak i reedukace zraku by se neobešla bez tzv. kompenzačních pomůcek, které umožňují jedinci s postižením využít buď zbytky zraku, nebo náhradní smysly. Jedná se o zařízení, přístroj či nástroj speciálně vyrobený či upravený tak, aby svými vlastnostmi nahrazoval určitou nedostatečnost způsobenou daným postižením. Klasifikace těchto pomůcek může být provedena z různých úhlů pohledu, v odborné literatuře není uváděna jednotně. Bubeníčková a kol. autorů (2012) ve své publikaci uvádí podrobné dělení kompenzačních pomůcek pro jedince se zrakovým postižením. Patří mezi ně pomůcky optické, jako jsou různé druhy lup, sklopných desek, stojanů a osvětlení a také různé optické systémy. Další skupinou tvoří optoelektronické pomůcky, tedy různé druhy kamerových lup. Kompenzační pomůcky můžeme nalézt také v oblasti informačních technologií. Sem patří speciální hardware, software, ale i mobilní telefony, digitální záznamníky, diktafony či CD přehrávače. Používané jsou také pomůcky k usnadnění mobility, jako bílé hole, vodící pes, či elektronické orientační pomůcky. Důležitou skupinou jsou i pomůcky pro zápis Braillova písma. Nabídka pomůcek pro čtení i psaní Braillova písma je velmi široká, zaleží na technických a finančních možnostech každého nevidomého. Autoři uvádějí i celou řadu dalších drobných pomůcek využívaných

v běžném životě. U dětí se jedná o různé hmatové a zvukové hry a hračky jako hmatové knížky, počítačové hry pro nevidomé a slabozraké, nebo tandemové kolo v oblasti sportovní. Ale i hračky běžně dostupné pro zdravou populaci, jsou často vyhotoveny ve výrazných barvách, kontrastním provedení a se zvětšenými vizuálními prvky, hodí se proto i pro děti s postižením zraku. Stejným způsobem pak mohou posloužit i běžné hlavolamy či stavebnice. Kromě výše uvedených se využívají také školní pomůcky, přizpůsobené a upravené učebnice, které jsou základními pomůckami při učení. Atlasy, reliéfní plánky a 3D modely bývají efektivnější, než samotný slovní popis daného předmětu. Jako další využíváme sešity pro slabozraké a fixy s širokou stopou, rýsovací kolečko, pravítko a kružítko uzpůsobené pro nevidomé, nebo kalkulačku s hlasovým výstupem a další. Pro efektivní využití pomůcek je také nutné vytvořit či upravit pracovní místo s ohledem na potřeby konkrétního dítěte.

### **3.6 Vývoj dítěte se zrakovým postižením**

Na vzniku osobnosti člověka se podílí mnoho faktorů. Mezi ty nejdůležitější můžeme zařadit vnější a vnitřní vlivy, biologicko-genetickou výbavu jedince, tělesný vzhled a také sociální faktor, který se rozvíjí při styku s ostatními lidmi. Určitý dopad na vývoj jedince má nepochybně i zdravotní postižení, u kterého je podstatná doba vzniku.

*„Charakter a tempo individuálního psychického vývoje i jeho zvláštnosti jsou dány dynamickým vztahem – vzájemným působením vlastností určitého organismu a určitého prostředí. Porušená schopnost zrakového vnímání do určité míry ovlivňuje tělesný i duševní vývoj dítěte. Nedostatek vizuálních podnětů způsobuje takzvanou senzorickeu deprivaci. Dopad zrakového postižení je dán závažností vady a věkem, v němž k poškození zraku došlo“ (Kudelová, Květoňová, 1996).*

V souvislosti se zrakovým postižením je míra impulsů z okolí vzhledem k postiženému snížena, což může změnit i vlastní aktivitu a prožívání zrakově postiženého. Zrak nám zprostředkovává až 90% všech informací z okolí. Ve vývoji jedince tedy představuje velkou změnu, pokud se zrak nevyvíjí podle předpokládaných norem. Ztráta zraku, ať už částečná nebo úplná, způsobuje často nenahraditelné ztráty v oblasti smyslového vnímání. V důsledku chybějících zrakových vjemů je narušena také oblast psychických procesů jako je myšlení, představivost a dále také oblast emoční (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007).

Potřeby zrakově postiženého dítěte se téměř neliší od potřeb dětí bez postižení, má základní fyzické, intelektuální i citové potřeby a navíc ještě potřeby speciální, vyplývající

z jeho postižení. Jeho psychický vývoj prochází stejnými vývojovými fázemi jako vývoj zdravého dítěte, ale má určitá specifika, kterými se odlišuje od obecné normy. Nejvíce odlišností se projevuje v raném a předškolním věku (Jílková, 1998). Aby bylo možné odhalit zrakové postižení, je nutné znát normální vývoj zrakového vnímání a jeho odlišnosti v případě zrakového postižení.

Vývoj každého jedince je individuální záležitost a neexistuje žádná striktní předloha, podle které by se dalo jednoznačně určit, co přesně musí dítě zvládat v určitém věku. Následující informace jsou tedy pouze orientační.

### 3.6.1 NOVOROZENECKÉ OBDOBÍ

Novorozenecké období je období od narození do šesti týdnů věku dítěte. V tomto období získává dítě informace především ústy. Během tohoto období dostává dítě se zrakovým postižením téměř totožný počet zrakových informací jako dítě zdravé, protože význam zraku v tomto věku není velký. Dítě vnímá zdroje světla, dokáže se krátce dívat do tváře přiblížené k jeho obličejí. Oči se otáčejí na opačnou stranu, než se otáčí hlava. Na konci období může vztahovat ruce k předmětům v jeho zorném poli. Normálně vidící dítě sleduje dospělého, pokud je v pohybu, zrakově postižené dítě může tento kontakt udržovat pouze hmatem (Kudelová, Květoňová, 1996).

### 3.6.2 KOJENECKÉ OBDOBÍ

Toto období je vymezeno do jednoho roku dítěte. Mezi druhým a třetím měsícem se dítě zaměřuje na sledování lidského obličejí, objevuje se úsměv při pohledu do směřující se tváře, přidává se schopnost sledovat kontrastní obrazce, geometrické vzory a předměty s výraznými barvami. Sbíhavé pohyby očí umožňující sledovat blízké předměty, tzv. konvergence, se daří u předmětů na vzdálenost asi 15 cm. Dítě očima hledá zdroj zvuku, oči se již pohybují v souladu s pohybem hlavy, ale zatím nemusí být dobře koordinované. U nevidomých dětí se objevuje úsměv jako reakce na matčin hlas, tento sociální projev ale postupem času mizí. „*Celkově chudší mimické projevy a odlišný způsob komunikace může ztěžovat vzájemnou komunikaci mezi matkou a dítětem, a tím i přirozené vytváření vztahů. U dětí se zbytky zrakových funkcí je důležité přiblížení na optimální vzdálenost, aby mohly vnímat i některé detaily*“ (Jílková, 1998).

Asi od tří měsíců se stává zrak nejdůležitějším zdrojem pro získávání informací z větší vzdálenosti. Dítě dokáže přenášet pohled z ruky na předmět a zpět, zaostřuje předměty ve

vzdálenosti 12 až 50 cm, od šestého měsíce věku se také rozvíjí prostorové vidění. Pokud je zrak narušen nebo zcela chybí, musí dítě vnímat svět pouze na základě informací ostatních smyslů. Nevidomé dítě se tedy učí chápat prostor za použití svých rukou a za pomoci sluchu. Sluchová informace je ale velmi odlišná od informace zrakové, což vede k velkým obtížím při chápání trojrozměrného prostoru. Dítě s postižením zraku trpí menším přísunem podnětů, dochází k opoždění motoriky, není ostatečně motivováno k pohybovým činnostem či samostatnému zkoumání okolí. Z těchto důvodů se mnoho dětí s postižením zraku naučí pohybovat až relativně pozdě (Kudelová-Květoňová, 1996).

### 3.6.3 BATOLECÍ OBDOBÍ

Období batolete je charakterizováno především prudkým rozvojem zrakového a sluchového vnímání, rozvojem hrubších i jemných pohybových schopností a dovedností, rozvojem řeči a myšlení, fantazie, samostatnosti (Havrdová, 2002).

V období od jednoho to tří let dítě začíná poznávat podobnosti a rozdíly, dokáže ukázat pojmenovaný předmět, prohlíží si obrázky, věnuje se výtvarným aktivitám. Ve druhé polovině tohoto období je již také vyvinuta představa o prostoru, dítě ale ještě nemusí přesně odhadnout vzdálenost předmětů. Děti se stávají samostatnější v sebeobsluze, rozpoznávají a pojmenovávají známé předměty, barvy, vnímají rozdíly ve velikosti.

Velkou roli v tomto období hraje rozvoj řeči, která u zrakově postižených začíná kompenzovat základní zrakovou vadu dítěte a podporuje socializaci i rozvoj poznávacích procesů. Řeč by měla dítě zaujmout a motivovat. Měla by být v souladu s věkovými možnostmi dítěte. U dětí postižením zraku se v oblasti řeči objevují jisté nápadnosti, které jsou spojené s chybějícími zrakovými vjemy. Jedná se o projevy, které dítěti slouží k získání představy o prostoru nebo k navázání kontaktu a udržení pozornosti okolí (Jílková, 1998).

Úkolem konce batolecího věku je také dosažení separace od matky či mateřské osoby. K dosažení těchto mezníků je potřebná určitá rozumová a citová zralost a samozřejmě také samostatný pohyb. Dítě s postižením zraku ale v důsledku nedostatku informací z okolního prostředí, omezení orientace a nedostatečné motivace, má ve většině případů opožděnou chůzi a také u něj může přetrvávat závislost na matce (Kudelová a Květoňová, 1996).

### 3.6.4 PŘEDŠKOLNÍ OBDOBÍ

Za období předškolního věku, navazující na věk batolecí, se zpravidla chápe poměrně široké období od 3 do 6 let. V tomto období dochází k mnoha vývojovým změnám, které se uskutečňují na základě biologických či sociálních vlivů, případně působením jejich vzájemné interakce. I dítě s postižením zraku by v předškolním období mělo dosáhnout zvládnutí sociálních úkolů jako je respektování pravidel společnosti či nalezení místa ve skupině vrstevníků. Děti s postižením zraku vyžívají zpravidla pomaleji, jejich vývoj je méně rovnoměrný. Vidící dítě předškolního věku poprvé zažívá při zařazení do mateřské školy kolektiv dětí a snaží se v něm prosadit, uvědomuje si svou pozici mezi ostatními, zatímco u těžce zrakově postižených dětí k sebeprosazování často nedochází, potřebné kompetence se nerozvíjejí, dítě poprvé zažívá přístup zdravých k postižení a k postiženým, který může být spojen se stigmatizací jedinců s postižením (Vágnerová, 1995).

Velký význam pro rozvoj osobnosti dítěte má hra, která je dominantou předškolního období. Mimo jiné pomáhá k rozvoji myšlení, představivosti, vnímání, ale také k rozvoji sociálních vztahů. Vidící děti mají v oblibě napodobování, což se ve hře dětí se zrakovým postižením objevuje v minimální míře, upřednostňují naopak manipulativní aktivity, konstrukční hry, z čehož plyne snížení komunikace a úroveň sociálního chování. Vývoj kresby u dětí se zrakovým postižením prochází stejnými fázemi jako u dítěte zdravého, dochází ale k opoždění. Jeho míra je závislá na typu a stupni zrakového postižení. „*Kresba bývá méně přesná, schematictější, s menším počtem detailů a nepřesným napojením čar*“ (Jílková, 1998, s. 37).

K dalšímu rozvoji dochází také v oblasti řeči. Dítě se dokáže vyjadřovat srozumitelněji, roste slovní zásoba, tvoření slov a chápání vztahů mezi pojmy. U dítěte s lehkým zrakovým postižením k opoždění vývoje řeči většinou nedochází. V případě jedinců s těžkým postižením zraku pozorujeme problémy v rovině fonetické, protože nejsou schopny odezírat správné postavení mluvidel při vytváření jednotlivých hlásek, a také v rovině chápání pojmů. Dítě se zrakovým postižením používá slova, která nemá spojena s významem. „*Umožňujeme mu proto co nejvíce se prakticky seznamovat s přírodou a předměty každodenního života i vykonávání některých drobných domácích prací a dovolíme, aby při práci dospělých pomáhalo. Tak získává dítě s těžkým postižením zraku co nejvíce praktických zkušeností a může si utvářet přesnější představy o okolním světě*“ (Jílková, 1998, s. 37).

S rozvojem řeči souvisí také rozvoj motoriky, pohyblivosti dítěte. Zejména u dětí s vrozenou slepotou jsou odchylky a opožděný vývoj v oblasti hrubé motoriky. K získání jistoty při pohybu je nutné, aby mělo dítě rozmanité příležitosti k pohybu, mohlo při hrách skákat a běhat a tím se naučilo pohybovat rychleji a s větší jistotou. Dítě se postižením zraku se velmi rychle naučí vnímat části svého těla a až později se učí vztahy mezi tělem a prostředím, jako je označení směrů. Je pro něj velice důležité, aby se cítilo v okolním prostředí bezpečně (Jílková 1998).

Lze tedy říci, že nejdůležitějším vývojovým úkolem tohoto období je zapojení dítěte do širšího sociálního prostředí. Dítě je připraveno navazovat vztahy mimo rodinu, ze kterých může získávat to, co nemá v rodině, může realizovat své aktivní sebeprosazení ve skupině vrstevníků, což je předpokladem k úspěšnému zařazení do společnosti i v dalších vývojových obdobích.

### 3.6.5 OBDOBÍ MLADŠÍHO ŠKOLNÍHO VĚKU

Je to období od vstupu do školy do začátku tělesného a psychického dospívání (asi 11-12 let). Zpravidla se kryje s prvními pěti lety školní docházky. Pokračuje rozvoj poznávacích procesů, dítě postupně opouští dřívější magické myšlení, zajímá se již i o encyklopedické informace. Dítě začíná myslet logicky, i když ještě v úzké vazbě na konkrétní realitu. U dětí se zrakovým postižením je přechod na tuto fázi ztížen omezenými možnostmi aktuálního vnímání reality. Různým podobám skutečnosti se učí postupně. Poznávání okolních věcí je komplikováno tím, že dobře nevidí a nerozeznává, co mají objekty společného a jaký je mezi nimi rozdíl (Vágnerová, 1995).

V životě dítěte přestává dominovat hra, hlavní činností se postupně stává učení. Pro dítě je důležité postavení v dětském kolektivu. Zpočátku je dítě závislé na tom, co mu sdělí autority, později je vůči autoritám kritičtější a ověřuje si poznatky vlastním prozkoumáváním informací. Kolem 6-7 let se dítě začíná učit číst, psát a počítat. Zlepšuje se jemná a hrubá motorika, pohyby jsou koordinovanější. Vnímání je přesnější, dále se rozvíjí slovní zásoba. Jedná se o relativně psychicky klidné období, emoce jsou stabilnější a vyváženější než v předškolním věku, charakteristická pro mladší školní věk je přetrvávající radostná nálada (Havrdová, 2002).

Období nástupu do školy je dle Vágnerové (1995) také nejnáročnějším obdobím pro dítě se zrakovým postižením. Dítě získává roli školáka a s ní spojenou větší sociální prestiž. Tyto dva prvky vyžadují nejen rodiče zdravých dětí, ale také rodiče dětí s postižením, protože je



pro ně nástup do školy potvrzením nebo alespoň přiblížením se normalitě. Pro období mladšího školního věku je charakteristické ovlivňování dítěte jak rodiči, tak i učiteli. Dochází k rozvoji sebehodnocení a sebevědomí. Děti se zrakovým postižením si vytvářejí individuální strategii chápání reality, jež jim umožňuje zdravotní omezení zvládnout. Většinou však nedokážou řešit konkrétní situace, se kterými doposud nebyly konfrontovány. Obvykle také mívají nerovnoměrně rozvinuty schopnosti a dovednosti potřebné pro zvládnutí školních nároků, jejichž úspěšné zvládnutí je závislé na celé řadě faktorů, které jsou spojeny jak s genetickou dispozicí, tak se zkušenostmi z prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. V případě jedinců se zrakovým postižením mohou být různým způsobem a v různé míře ovlivněny obě dvě složky. Na podaném výkonu pak závisí sebehodnocení dítěte. Pokud dítě zažívá mnoho neúspěchů, může si trvale fixovat pocit vlastní nedostatečnosti. Přitom platí, že dítě vnímá úspěch dle hodnocení pro něj důležité osoby, výsledek samotný pro dítě nemá nejdůležitější význam (Vágnerová, 1995).

Důležitým úkolem pro rodiče je tedy vhodná volba typu vzdělávacího zařízení, do kterého bude dítě docházet. Kromě správné diagnostiky školní zralosti zde hraje klíčovou roli také odpovídající postoj rodičů ke schopnostem dítěte. Je možné volit mezi speciální školou pro zrakově postižené a docházkou dítěte do běžného typu základní školy. Integrace zrakově postiženého dítěte do běžné školy klade velké nároky na dítě, rodinu i školské zařízení, a to nejen materiální, ale především výchovně vzdělávací. Pomoci rodičům s volbou typu vzdělávacího zařízení by měli pracovníci speciálně pedagogických center. U dětí s těžkým poškozením zraku je zapotřebí nadále věnovat pozornost rozvoji sluchu a hmatu. Obtíže v získávání informací vedou tyto děti k tendenci zapamatovat si co nejvíce informací mechanicky. Významným kompenzačním prostředkem je u dětí se zrakovým postižením řeč. V průběhu dalšího vývoje jsou při poznávání znevýhodňovány čím dál méně, protože v poznávání nejbližšího okolí přestávají dominovat zrakové funkce (Vágnerová, 1995).

Popis vývojových období člověka je zde ukončen mladším školním věkem, protože další vývojová období jako je starší školní věk, dospělost a stáří již nejsou předmětem této bakalářské práce.

Souhrnně lze říci, že chybění nebo nedostatek zrakových podnětů jsou příčinou smyslového strádání. Rozhodující je míra snížení zrakové ostrosti dítěte a dále rozsah zorného pole. Velký význam pro vývoj osobnosti má období, ve kterém došlo ke vzniku zrakové vady. Čím dříve ztratí dítě zrak, tím méně zrakových představ má. Zraková zkušenost je závislá na kvalitě vidění před ztrátou nebo zhoršením vidění. Obecně platí, že

jakákoliv zraková zkušenost, i krátkodobá a nepřesná, je přínosem pro další psychický vývoj dítěte. Zrakové představy usnadňují orientaci v prostoru, umožňují lepší smyslové poznávání i přesnější obsah některých pojmů. Dítě se zrakovým postižením vnímá okolní svět neúplně a nepřesně. Neschopnost rychle a pohodlně vnímat prostor zrakem se odráží v omezení samostatného pohybu. Pro dítě se zrakovým postižením je často charakteristická pasivita, nezájem o okolí a z toho vyplývající snížená úroveň sociálního chování. Z tohoto hlediska je velmi důležitý rozvoj řeči. Nevidomé dítě získává mnohé informace také na základě slovního vysvětlení, mnohdy děti upřednostňují poznávání prostřednictvím řeči před hmatovým, protože je rychlejší.

Dítě se zrakovým postižením je sice limitováno v mnoha oblastech života, ale mělo by se učit stejným dovednostem jako zdravé dítě v daném věku a nedostatek v oblasti zraku se snažit kompenzovat zbývajícími smysly. Jako kompenzační smysly využívají jedinci se zrakovým postižením především sluch a hmat, ale posiluje se také čich a chuť, důležitý je rozvoj řeči a samostatného pohybu.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4. METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato část práce podrobně popisuje výzkumné šetření. Je zde formulován výzkumný problém a cíl, z něhož jsou odvozeny dílčí cíle. Dále se seznámíme s výzkumnou strategií, použitými metodami a v neposlední řadě také s výsledky výzkumného šetření.

### 4.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Stanovení výzkumného problému a operacionalizace cílů výzkumu hraje klíčovou roli ve výzkumném šetření, protože spolurozhoduje o zaměření celého výzkumu. Prostřednictvím operacionalizace výzkumník určuje a zpřesňuje, co bude v datech obsaženo, jaké metody a prostředky použije ke sběru a analýze dat a jaký soubor zkoumání zvolí (Buriánek, 1994).

Aby mohlo být výzkumné šetření vůbec započato, je potřeba určit výzkumný problém a cíle výzkumu. Jak samotný název práce naznačuje, výzkumným problémem této práce je *„raná intervence u dětí se zrakovým postižením“*. Tento výzkumný problém bude dále popsán z úhlu pohledu rodičů dítěte se zrakovým postižením, kteří mají s ranou intervencí vlastní zkušenost.

Hlavní cílem výzkumu předkládané práce bylo *„zmapovat subjektivní vnímání rané intervence rodiči s dítětem se zrakovým postižením, kteří tuto podporu čerpali“*.

Dalším krokem výzkumného šetření bývá stanovení dílčích cílů a konkrétních výzkumných otázek. Formulace výzkumného problému i cílů výzkumu koresponduje s fenomenologickým přístupem, u kterého se předem udává pouze základní směr zkoumání a konkrétní výzkumné otázky vznikají často v průběhu sběru dat ze snahy výzkumníka porozumět zkoumanému jevu (Hendl 2005). Z tohoto důvodu jsem pouze odvodila základní oblasti zkoumání, které navazují na teoretickou část práce a o které jsem se mohla v průběhu výzkumného šetření opřít. Tyto oblasti korespondují s dílčími cíli výzkumného šetření odvozenými z hlavního výzkumného cíle.

Dílčí cíle výzkumného šetření:

1. „Zmapovat vnímání rané intervence rodiči s dítětem se zrakovým postižením v oblasti zdravotní péče“;
2. „zmapovat vnímání rané intervence rodiči s dítětem se zrakovým postižením v oblasti sociální péče“;
3. „zmapovat vnímání rané intervence rodiči s dítětem se zrakovým postižením v oblasti pedagogické péče.“

Oblast zdravotní péče zahrnuje také očekávání rodiny, období před zjištěním postižení, diagnostickou péčí, rodinnou péčí a také prevenci vzniku zdravotního postižení či léčebnou rehabilitaci. Do oblasti sociální patří služby, které pomáhají řešit problémy související s postižením, peněžité dávky, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytování kompenzačních pomůcek, osobní asistence a také poradenská činnost. Poslední je oblast pedagogická a s ní spojený nástup do školského zařízení, spolupráce s pedagogickými institucemi, speciálně pedagogickými centry, asistenty pedagoga, výchova, vzdělávání a také volnočasové aktivity. Všechny oblasti se vzájemně prolínají a není mezi nimi daná žádná pevná hranice. Těchto oblastí jsem se držela nejen při sběru dat, ale také při jejich následné analýze.

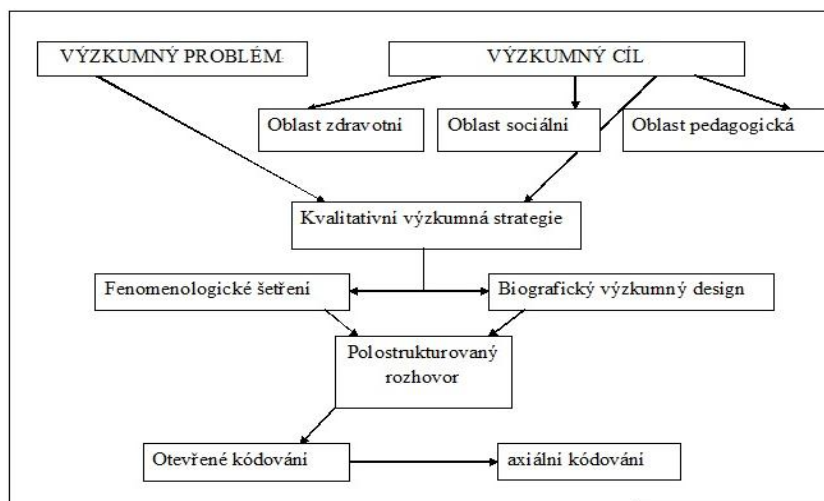
Z výzkumného šetření by mělo vyplynout, jak ranou intervencí vnímají rodiče dětí, kteří se s ní setkali. Jak s nimi odborníci pracovali, zda se jim dostalo jasných a prospěšných doporučení. Jak by souhrnně charakterizovali své zkušenosti, zda vnímají ranou intervencí jako přínos a v jakém ohledu, případně s čím nebyli spokojeni a proč.

## 4.2 Výzkumná strategie

V pedagogických výzkumných šetřeních se zpravidla setkáváme se dvěma základními přístupy zkoumání konkrétních skutečností a to s kvantitativním a kvalitativním přístupem. Jejich rozdíl můžeme najít ve filozofických proudech, ze kterých tyto přístupy vychází, v pozitivismu a fenomenologii. *„Zatímco pozitivismus přímo nabádá ke kvantifikaci a manipulaci s předmětem výzkumu, fenomenologie navrhuje, aby výzkumník nechal jev sám, aby se před ním ve své plné šíři a hloubce odhalil“* (Ferjenčík, 2010, str. 243). Autor dále uvádí, že rozhodnutí o zvolení konkrétního přístupu by mělo být provedeno až po stanovení výzkumného problému a cílů výzkumu s ohledem na povahu dat, která je možné získat.

Na základě výše stanovených oblastí, cíle a výzkumného problému a vzhledem k potřebě hlubšího poznání tématu jsme k provedení výzkumu zvolili kvalitativní výzkumnou strategii. Podstatou kvalitativního výzkumu je sběr dat bez toho, aby byla předem stanovena určitá hypotéza. Výzkumný problém zároveň není závislý na žádné předem vybudované teorii. Jedná se o prozkoumání určitého jevu a zjištění co největšího množství informací o něm. Kvalitativní výzkum je do značné míry proměnlivý, dochází při něm běžně k tomu, že výzkumník provádí změny svého původního plánu. Ale i přesto, že původní plán není vždy zcela přesně dodržen, je důležité předem stanovit cíle výzkumu, definovat výzkumné okruhy nebo přímo otázky a rozhodnout se o metodách sběru dat a jejich analýzy. Toto plánování slouží ke zpřesnění představy výzkumníka o předmětu, cílech zkoumání a cestách k jejich dosažení. Plán tedy zahrnuje stanovení výzkumného problému, cílů výzkumu, metod sběru dat, jejich analýzy a dále také rozhodnutí o výběru výzkumného souboru (Švaříček, Šedřová 2007). Cílem kvalitativního výzkumu je mimo jiné porozumět lidem a konkrétním událostem, které se odehrály v jejich životě. Výzkumníci se zaměřují převážně na subjektivní svět zkoumaných osob, tedy na svět, který konstruují ve své mysli (Gavora, 2010).

Z různých typů kvalitativního výzkumu jsme dále vybrali biografický výzkumný design a výzkumné šetření se také opírá o fenomenologické zkoumání. Cílem fenomenologického zkoumání je popsat zkušenost člověka nebo skupiny s určitým jevem. V rámci tohoto typu zkoumání se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků, přičemž výzkumník musí dbát na skutečnost, že hlavním expertem na zkoumanou problematiku je vždy dotazovaný respondent (Hendl, 2005). K biografickému designu autor uvádí, že se zaměřuje na vnitřní perspektivy jedince, na vzájemné působení jedince ve společenském kontextu a také na jeho zkušenost v různých rolích v průběhu života. Jedná se o interpretaci průběhu života nebo určité životní epizody jedince někým druhým, výzkumníkem. Pro názornost a jednodušší orientaci ve výzkumné strategii bylo vytvořeno následující schéma.



Zdroj: Vlastní analýza 2015

### 4.3 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného vzorku jsem zvolila metodu záměrného výběru, při kterém cíleně vyhledáváme účastníky podle určitých kritérií. V tomto případě jsou těmito kritérii rodiče, kteří mají dítě se zrakovým postižením. Konkrétní rodiče jsem se snažila získat přes instituce a zařízení, která jsou pravděpodobně navštěvována rodinami s dětmi se zrakovým postižením. Obrátila jsem se na středisko rané péče pro děti se zrakovým postižením, oční kliniku, speciálně pedagogické centrum spojené se speciální mateřskou a základní školou pro děti se zrakovým postižením, běžné mateřské školy a internetové portály určené osobám se zrakovým postižením. Tyto instituce či skupiny rodičů jsem našla přes internet, následně jsem osobně, telefonicky nebo elektronickou poštou, kontaktovala kompetentní osoby, a požádala je o spolupráci. V případě přislíbení pomoci v podobě oslovení potřebného vzorku, jsem předala informační dopis se žádostí o účast na výzkumném šetření. Tato fáze získávání respondentů probíhala od srpna do listopadu 2015. Protože se mi ale nepodařilo nalézt dostatek respondentů, kteří by odpovídali kritériím na výzkumný soubor, zopakovala jsem podobný postup znovu od listopadu 2015 do ledna 2016. Před druhým kolem jsem vytvořila krátký dotazník, který měl pomoci získat rychleji a jednodušším způsobem kontakty na další respondenty. Dotazník a informační dopis jsou součástí přílohy B.

Na obě výzvy zareagovalo celkem 19 rodičů, z nichž jsem vybírala respondenty vhodné pro provedení výzkumného šetření. Kritérii pro výběr byl věk dítěte a zkušenosti s ranou intervencí. Věk a závažnost postižení jsem zjistila již z dotazníkového šetření. Vyloučila

jsem z další spolupráce všechny rodiny s dítětem mladším 4 let a starším 10 let. Tyto rodiny byly celkem tři. Zároveň jsem si označila nejvhodnější případné respondenty. Mezi ně patří rodiče dětí v nižších ročnících základní školy se zrakovým postižením v pásmu nevidomosti až střední slabozrakosti. Kritéria výběru výzkumného vzorku jsou zpracovány v následující tabulce.

Věk dítěte	4-10 let
Typ zrakového postižení	Praktická nebo úplná nevidomost
	Těžká až střední slabozrakost
Zkušenosti s ranou intervencí	Využití zdravotní péče
	Využití sociálních programů a služeb
	Docházka do školského zařízení

*Zdroj: Vlastní analýza 2015*

Po získání kontaktů jsem se telefonicky spojila se všemi rodiči, kteří byli ochotni se účastnit rozhovoru, abych jim poděkovala, upřesnila svá očekávání a zároveň získala více informací o míře využití rané intervence. Na základě informací získaných z dotazníku a následných telefonických rozhovorů jsem pro další spolupráci vybrala čtyři možné respondenty, kteří vyhovovali výše uvedeným kritériím a s nimiž pak proběhly rozhovory.

#### **4.4 Výzkumné metody sběru a analýzy dat**

Jako metodu sběru dat jsme zvolili polostrukturovaný rozhovor. K tomuto typu jsem se přiklonila především proto, že byly předem stanovené oblasti, kterých se výzkumné šetření a rozhovory týkaly. Zároveň jsme ale nechtěla být jakýmkoli schématem příliš svázána a vstupovat nevhodně do vyprávění respondentů. Považovala jsme za přínosné dát respondentům možnost sdělovat své příběhy v jejich vlastní režii, podělit se o to, co oni sami považují za důležité.

Rozhovory probíhaly během ledna 2016. Každý z rozhovorů se uskutečnil na předem domluveném místě, ve všech případech to bylo v domácnosti respondenta. Volba místa i termínu setkání byla ponechána na respondentovi. Před započítím každého rozhovoru byli respondenti vždy seznámeni s tématem bakalářské práce, byl jim vysvětlen účel

rozhovoru a také byli poučeni o tom, že veškerá jimi poskytnutá data budou zpracována anonymně, nebudou předávána dalším osobám a nebudou žádným způsobem zneužita. Od všech respondentů byl pro zaznamenání rozhovoru na diktafon získán jejich poučený souhlas, jehož vzor nalezneme v příloze C.

Díky záznamu rozhovoru na diktafon jsem se v jeho průběhu mohla plně věnovat naslouchání a případnému citlivému vstupování do rozhovoru a také jsem měla možnost sledovat neverbální komunikaci. Na začátku jsem vždy požádala respondenta o vyprávění jeho příběhu, jeho života s dítětem se zrakovým postižením, pokud respondent nevěděl jakým způsobem začít, položila jsem otázku týkající se zcela obecných věcí, jako je složení rodiny, narození dítěte, jeho zájmy apod. Do vyprávění respondenta jsem vstupovala pouze s doplňujícími otázkami, abych zachytila problematiku podrobněji, nebo abych se přesvědčila, zda jsem správně pochopila odpověď respondenta. Držela jsem se předem připravených oblastí výzkumu, které ve všech případech korespondovaly s vyprávěním rodičů. Pokud se respondent zcela odklonil od tématu, nebo nevěděl jak pokračovat, citlivě jsem ho navedla zpět k oblastem výzkumu. Při provádění přepisů rozhovorů jsem si zapisovala své největší nedostatky ve vedení rozhovoru, abych se jim v dalších rozhovorech mohla vyvarovat. Většina respondentů poskytla k nahlédnutí lékařské zprávy či zprávy z poradenských center, pokud je měla, dále rodiče sdíleli fotoalba s dítětem a v jednom případě jsem měla možnost se s dítětem setkat osobně. To vše přispělo k hlubšímu ponoření a dokreslení situace, kterou respondenti popisovali v rozhovorech. Rozhovory trvaly v rozmezí mezi 50 a 70 minutami a všechny proběhly v uvolněné, přátelské atmosféře. Vnímala jsem velkou potřebu respondentů o tématu mluvit. Na konci každého rozhovoru jsem respondenty požádala o další spolupráci, pokud při analýze dat zjistím, že mi není jasný význam řečeného, případně objevím-li oblast, které jsme se nedotkli. Tuto možnost jsem následně ve všech případech využila a v průběhu analýzy dat proběhly ještě upřesňující či doplňující telefonické rozhovory. Informace z nich jsem v jednom případě doplnila do přepisu rozhovoru, v dalších se jednalo pouze o vysvětlení situace a nebylo potřeba je k přepisům rozhovoru doplňovat.

Při samotné analýze rozhovorů jsem se inspirovala autory Šiška, Latimier a Káňová (2012), kteří ve svém článku charakterizují významné koncepty používané jako analytické nástroje v biografickém výzkumném šetření. Autoři uvádějí čtyři základní koncepty a to *trajectories* (životní dráhy), *pathways* (trať, cesta), *turning points* (zlomové body) a *resources and capital* (zdroje a kapitál). Cesty dle výše zmíněných autorů lze popsat jako



směry, kterými se ubírají životy respondentů nebo se očekává, že se ubírat budou. Trajektorie utvářejí různé okolnosti v životě jedince, které mu mohou bránit v řízení života, nebo naopak urychlovat tempo životních změn. Spouštěčem těchto změn mohou být rozhodnutí konkrétních osob či institucí, zdravotní stav jedince nebo jeho ekonomická či sociální situace. Trajektorie zůstávají atributem jednotlivce, zatímco cesty se odvíjí od společenského systému a jsou spojovány s uspořádáním, fungováním institucí, s bariérami, ale i s příležitostmi a výzvami, které spojují nebo rozdělují cesty jednotlivců v rámci celé společnosti. Zdroje a kapitál jsou dle uvedených autorů lidské a materiální zdroje, které člověk na cestě využívá. Může jít například o podporu rodiny či širší společnosti, o vzdělávací, kulturní či sociální kapitál. Posledním významným konceptem jsou tzv. zlomové okamžiky, které představují klíčové zlomové události v životě jedince nebo skupiny, zlom, který významně naruší životní dráhu. Nemusí se jednat pouze o událost, ale může jím být i určitý životní úsek. Těchto čtyř konceptů jsem se držela v průběhu analýzy rozhovorů a interpretace výsledků výzkumného šetření.

V praxi jsem postupovala tak, že nejprve byly provedeny jednotlivé rozhovory, které byly se souhlasem respondentů nahrány na diktafon a následně přepsány. Poté jsem data z rozhovorů rozdělila na jednotlivé segmenty a přiřadila je dle obsahu k jednotlivým dílčím cílům, oblastem zdravotní, sociální a pedagogické péče. V každé z nich jsem pak hledala výroky vztahující se k výše popsaným konceptům a tyto výroky jsem barevně odlišila pro lepší orientaci v přepisu rozhovorů. Dalším krokem bylo seskupení jednotlivých segmentů z každé oblasti do kategorií stanovených konceptů.

Jednotlivé segmenty jsem označila tak, aby nebylo nutné se v průběhu analýzy vždy vracet k celé transkripci rozhovoru. Seg.ZO.1 označuje koncept zlomové okamžiky v rozhovoru s respondentem číslo 1, zdroje a kapitál jsou označovány písmenem Z, cesty C, a trajektorie písmenem T.

Na tomto místě uvádím ukázkou dělení dle příslušných konceptů, která demonstruje způsob vedení výzkumného šetření a zároveň dbá na etický přístup. V žádné části této práce nelze nalézt celkový přepis ani shrnující údaje k rozdělení dle konceptů, či kódování rozhovorů s ohledem na etické principy sběru a analýzy dat. Použité pasáže z jednotlivých rozhovorů, které jsou v práci použity, nebyly z důvodu zachování autentičnosti nijak gramaticky ani stylisticky upravovány.

*„Nakonec nám řekli, že má, teda vlastně jako že nemá, oční nervy a je to asi genetický. To stačí vědět až když to je, to se člověku potom úplně obrátí život.“ (Seg.ZO.2.23)*

*„Učitelka tam je skvělá, že sama projevila zájem naučit se protězu nandávat...“ (Seg.Z.4.170)*

*„Tak holky jsou x let slepý a člověk musí každý tři měsíce na oční a před komisi, co tam tak asi vykomisujou?! Pak s tím letíte zase na úřady, nepochopitelný v dnešní době, kdy si to můžou poslat emailem.“ (Seg.C.2.53)*

*„...hned ten první den ho posadili do poslední lavice. Nepřesadili ho víc dopředu, prej to musí nějak zvládnout.“ (Seg.T.3.124)*

V další fázi analýzy jsem přistoupila k metodě otevřeného kódování, jež, jak uvádí Hendl (2005), odhaluje v datech témata vztahující se k cíli výzkumného šetření. Autor popisuje otevřené kódování jako proces, při kterém výzkumník přiřazuje označení k tématům v textu. Důležité přitom je mít na paměti cíl kódování tedy tematické otevření a rozkrytí textu. Kódy označují jednotlivé jevy a dále se výzkumník zaměřuje na identifikaci obecnějších kategorií a hledání přídavných jmen, které je charakterizují.

Konkrétně jsem postupovala tak, že jsem v dokumentu s jednotlivými segmenty pomocí funkce umožňující vkládání komentářů vpisovala na okraje textu odpovídající kód, který měl podobu několika slov či věty a vycházel z obsahu kódované části textu. Jakmile se během kódování objevilo další téma s podobným obsahem, označila jsem ho podobným, popřípadě stejným kódem. V další úrovni kódování jsem tak dokázala určit, že se jedná o stejný obsah. Na tomto místě uvádím ukázkou otevřeného kódování opět s ohledem na etické principy výzkumného šetření.

*„... a pak už jsem s tím na dalších prohlídkách nechtěla otravovat a znovu se ptát.“  
Seg.T.1.4*

Tento výrok jsem označila kódem „obava klást otázky“. Dále jsem stejným kódem označovala veškerý text s podobným obsahem např.: *„...nám nikdo pořádně nic neodpověděl, tak jsme se už příště ani radši neptali.“ Seg.T.1.63. „Takže tam to bylo takový napjatý, doktoři taky zrovna nebyli příjemní, takže to vůbec nebylo možný ještě se chtít na něco ptát.“ Seg.T.3.40*

Další fázi otevřeného kódování je kategorizace pojmů, při níž dochází k seskupování kódů podle jejich významu do kategorií. Jednotlivé kategorie reprezentují určité jevy, které je

nutné pojmenovat. Díky pojmenování je pak snazší určit, které kódy přísluší určité kategorii (Hendl, 2005).

V této části kódování jsem seskupila kódy, které jsem shledala jako tématicky podobné, do širších kategorií. Pokud se objevil kód zapadající do více skupin, byl zapsán do všech, ke kterým přísluší. V některých obsáhlejších kategoriích bylo možné nalézt další skupiny tématicky podobných kódů. V rámci dané skupiny byly dále vytvořeny podkategorie. Jednotlivé kódy i kategorie jsem několikrát přesouvala a upravovala, aby konečný seznam korespondoval s obsahy rozhovorů. Již během tvoření kategorií jsem si všimla možných vzájemných souvislostí mezi jednotlivými kódy i kategoriemi, proto jsem u každého respondenta vytvořila jednoduché schéma, které sloužilo k lepší orientaci ve vzájemném propojení jednotlivých kódů, oblastí i kategorií. Ukázka schématu je v příloze D.

Proces nalézání spojitostí a vazeb mezi kódy, získanými otevřeným kódováním, se nazývá axiální kódování. Jedná se o určitý soubor postupů, jejichž prostřednictvím se údaje získané otevřeným kódováním znovu uspořádávají do nově vzniklého celku (Miovský, 2006). Celý proces je velmi složitý a v této práci je pouze naznačen.

## 5. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pro specifikaci respondentů a uvedení jejich příběhu do kontextu jsou součástí této kapitoly také kazuistiky jednotlivých rodin vzniklé na základě informací z rozhovorů a poskytnuté dokumentace. Další částí kapitoly jsou seznamy stěžejních výzkumných kategorií vzniklých na základě kódování kvalitativních dat získaných vedením rozhovorů s respondenty. V následující diskusi jsou shrnuty výsledky výzkumného šetření a v samotném závěru je reflektováno splnění cílů této práce. Veškerá výzkumná data byla získána podle předem stanovených metodologických postupů a vycházejí z informací poskytnutých účastníky výzkumného šetření.

### 5.1 Kazuistiky a analytické kategorie

Tato kapitola obsahuje stručné kazuistiky jednotlivých rodin a také popis kategorií a podkategorií vzniklých kódováním dat. Přímé citace částí rozhovorů jsou uvedeny až v závěrečné diskusi a nejsou gramaticky ani stylisticky upravovány. Pro přehlednost jsou k popisům analytických kategorií zpracována schémata.

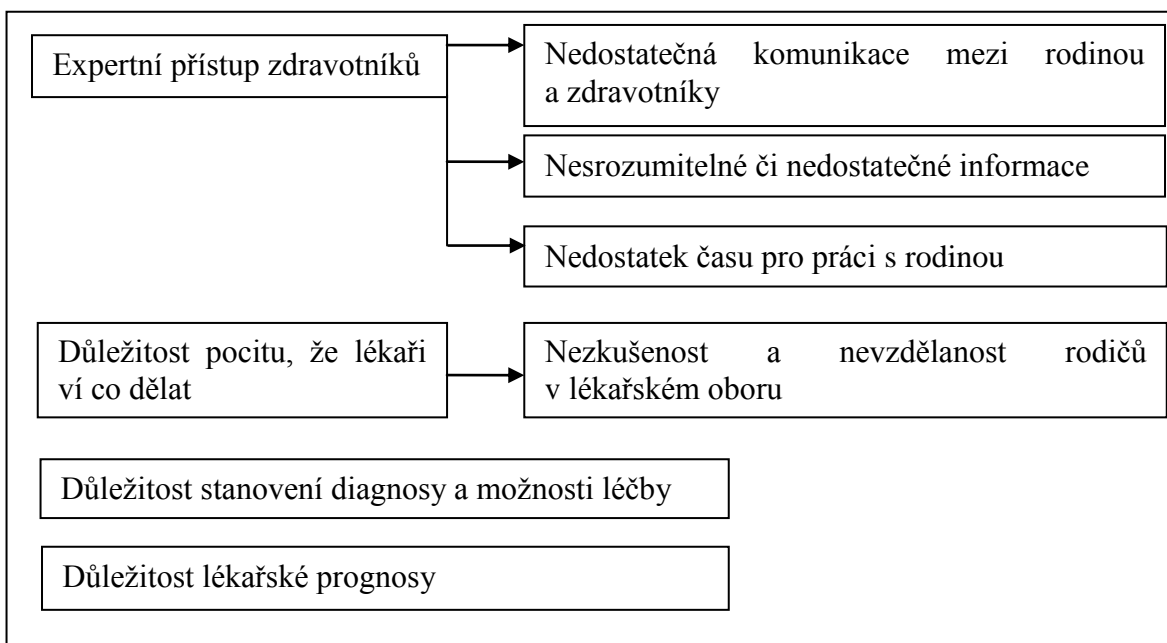
#### **Kazuistika č. 1**

Dítě ve věku 7 let, od narození trpí strabismem, v roce diagnostikována těžká slabozrakost, dítě nosí brýle. Po úspěšném chirurgickém zákroku navštěvuje běžnou mateřskou školu, dochází na oční kliniku a do speciální mateřské školy na oční cvičení. Nyní je v prvním ročníku základní školy a je lehce slabozraké, strabismus přetrvává, matka uvažuje o dalším chirurgickém zákroku.

*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

#### **Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti lékařské péče**

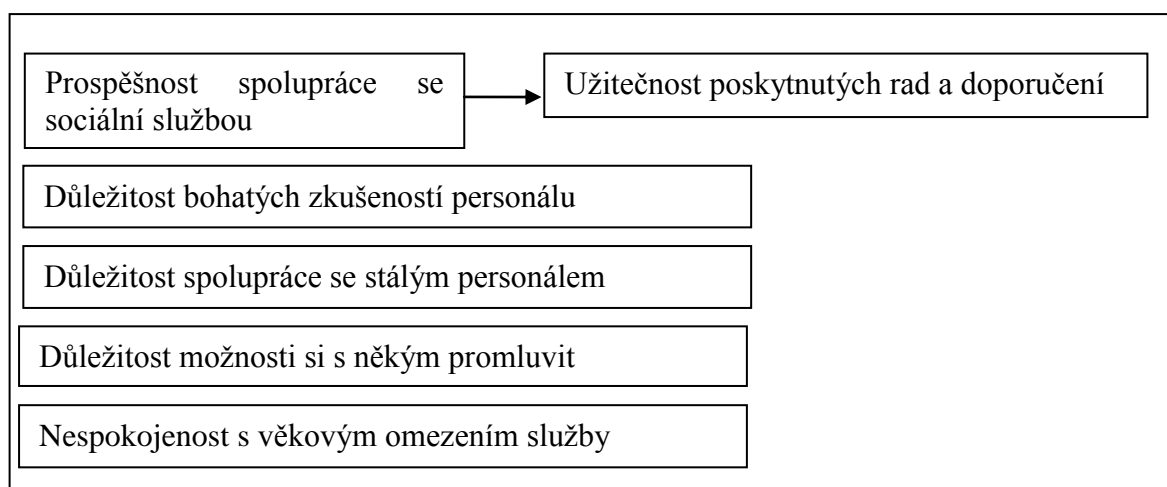
V oblasti zdravotní péče vznikly čtyři základní kategorie. Pro rodiče dítěte bylo stěžejní stanovení diagnózy a především možnost léčby zrakového postižení, která byla částečně úspěšná. Stejně významná se jeví také dobrá prognosa do budoucna, která přináší dítěti i rodině naději na zlepšení stávajícího stavu. Protože rodiče nejsou vzděláni v lékařském oboru, bylo pro ně důležité vnímat, že lékaři jsou odborníci, kteří vědí jakým způsobem dítěti pomoci. Jako negativní je hodnocen pouze přístup zdravotníků. Rodiče zde vnímali nedostatek času na práci s rodinou, dále pak nedostatečnou komunikaci a podávání nesrozumitelných či nedostatečných informací.



Zdroj: Vlastní analýza 2016

### Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti sociální péče

Kategorie v oblasti sociální péče u prvního respondenta vychází především ze spolupráce s oční klinikou a docházení dítěte na pravidelná oftalmopedická cvičení. Zde rodiče velmi oceňují stálost personálu a také jeho bohaté zkušenosti s dětmi se zrakovým postižením. Matka dítěte také vnímala osobní podporu, pokud potřebovala mluvit o problémech plynoucích ze zrakového postižení a nejvíce oceňuje viditelné zlepšení stavu na základě dodržování rad a doporučení, které byly rodině poskytnuty. V této oblasti rodina uvádí jediný negativní aspekt, a to je věkové omezení služby, protože by rádi pokračovali ve spolupráci i nadále.

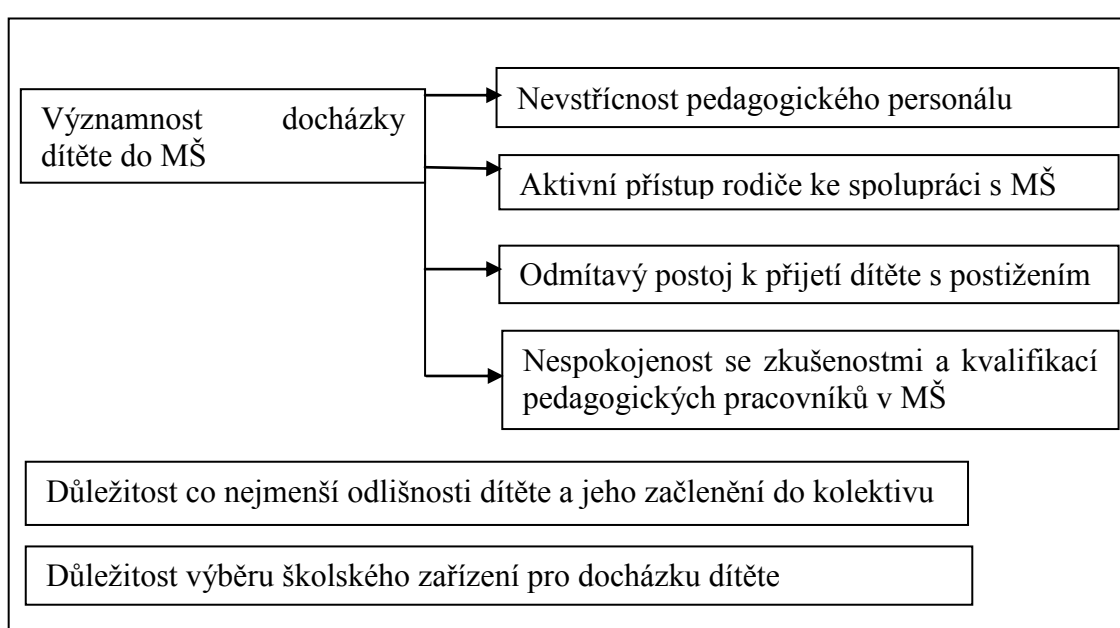


Zdroj: Vlastní analýza 2016

## Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti pedagogické péče

V pedagogické oblasti bylo pro rodiče důležité, aby dítě docházelo do mateřské školy. V této kategorii rodiče vnímají větší množství negativ jako je odmítnutí přijetí dítěte do vybrané mateřské školy, nevstřícnost pedagogického personálu, nebo nekvalifikovanost pedagogických pracovníků. Tato negativa se snaží matka kompenzovat aktivním přístupem ke spolupráci s mateřskou školou.

Za klíčové rodiče považují, aby se jejich dítě co nejméně lišilo od dětí bez zrakového postižení. Vzhledem k negativním zkušenostem s klimatem třídy a přístupem pedagogů při nástupu povinné školní docházky, také vyzdvihují důležitost výběru školského zařízení.



Zdroj: Vlastní analýza 2016

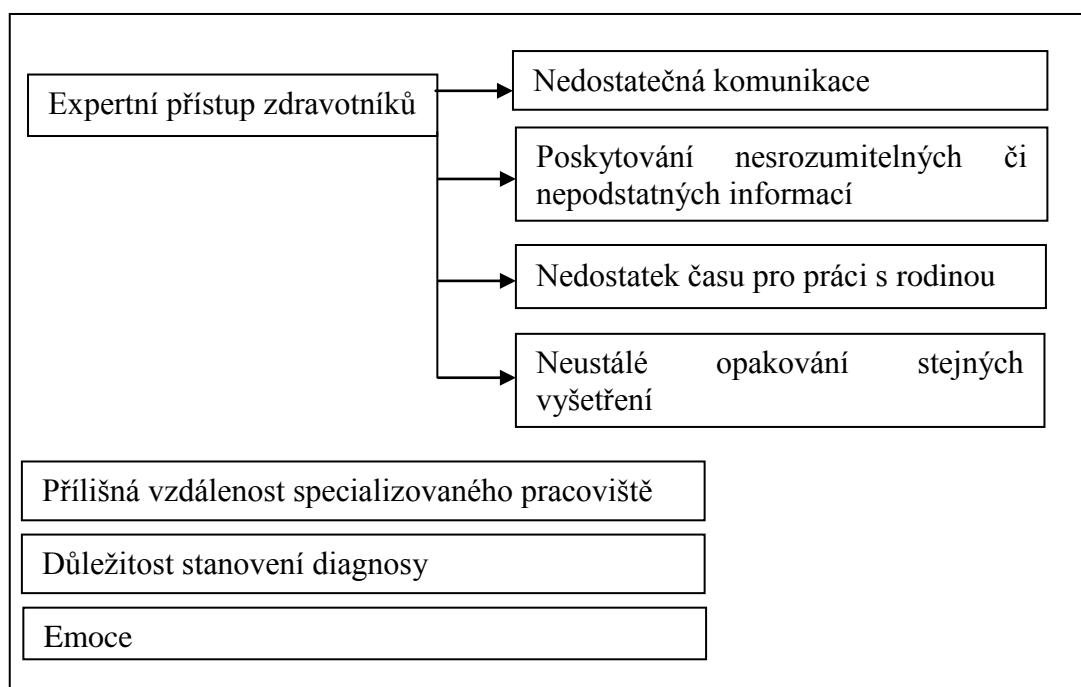
### **Kazuistika č. 2**

Dítě ve věku osm let, nejmladší ze tří dětí, jeden sourozenec má stejné postižení zraku, druhý je zdravý. Ve dvou měsících věku diagnostikována Leberova kongenitální amauroza. Dítě je nevidomé. Rodina byla klientem střediska rané péče, dále spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem, jehož prostřednictvím našla vhodnou mateřskou a později základní školu. Rodina dále využívá programy dobrovolnických organizací v oblasti volnočasových aktivit a má zkušenost i s čerpáním finanční podpory.

Zdroj: Vlastní analýza 2016

### Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti lékařské péče

U druhého respondenta bylo klíčovým hlediskem v oblasti lékařské péče stanovení diagnózy závislé na návštěvách, pro rodinu vzdáleného, specializovaného pracoviště. Negativně je hodnocen přístup zdravotníků, kdy rodiče vnímali nedostatek času pro práci s rodinou a poskytování nepodstatných nebo nesrozumitelných informací ze strany zdravotníků. Vzhledem ke vzdálenosti specializovaného pracoviště se negativně jeví také časté opakování stejných vyšetření. Z kódování rozhovorů dále vyplynula nedostatečná vzájemná komunikace mezi rodinou a zdravotním personálem. Životní situace rodiny je spojena se silnými emocemi, rodiče prožívají nejistotu, obavy z budoucnosti, zklamání i pocity nespravedlnosti, které se postupně učí zpracovávat.

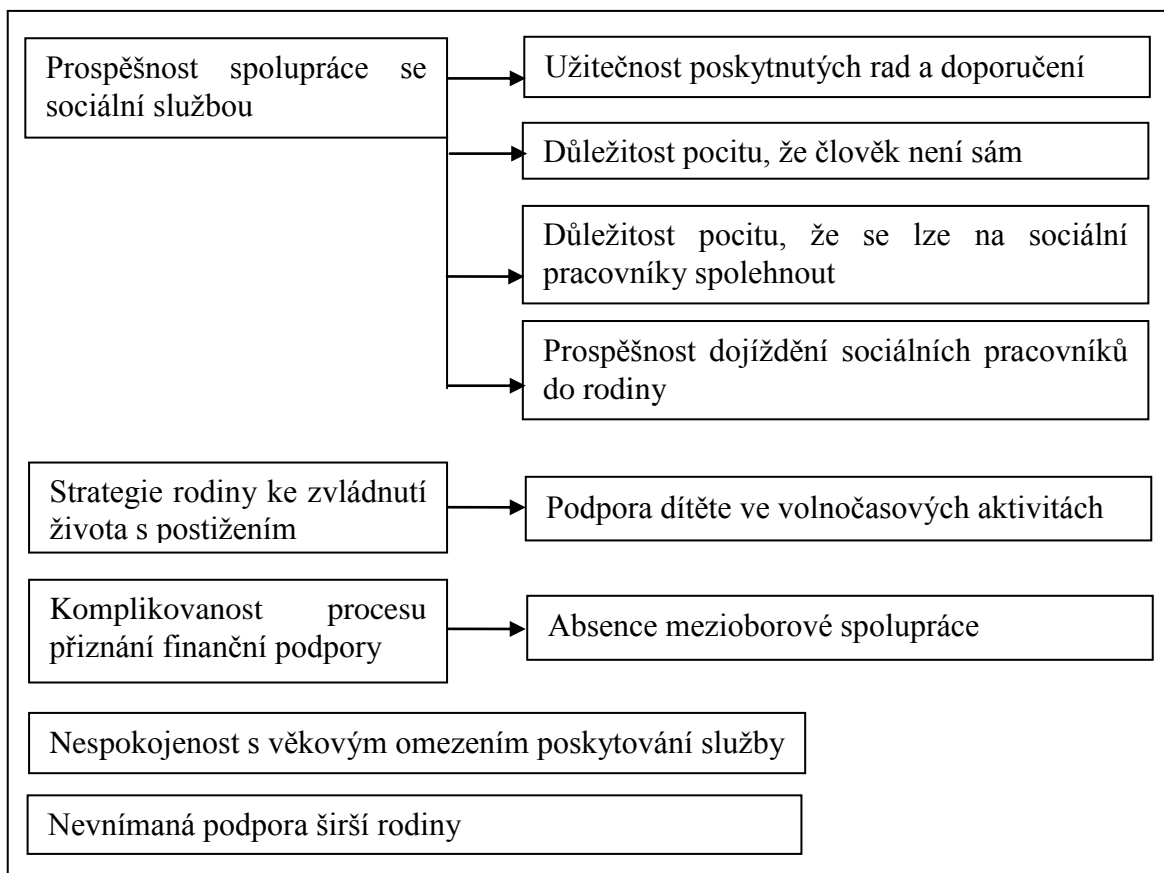


Zdroj: Vlastní analýza 2016

### Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti sociální péče

V oblasti sociální péče je nejvýznamnější kategorií prospěšnost spolupráce se sociální službou. Rodiče byli velmi spokojeni se službami střediska rané péče. Jako velkou podporu vnímali dojíždění pracovníků přímo do rodiny a také užitečnost poskytnutých rad a doporučení. Velmi důležitý byl také pocit, že pracovníci sociálních služeb jsou zkušení, lze se na ně spolehnout a díky jejich pomoci se rodiče necítily na všechno sami. Jediným negativem služby střediska rané péče zůstává věkový limit pro její poskytování. Rodiče by velmi rádi spolupracovali i nadále. Další kategorií je rodinná strategie zvládnání života

s postižením, kdy je dítě podporováno ve vybraných volnočasových aktivitách. Za nejvíce negativní aspekt rané intervence vůbec označuje matka komplikovanost procesu přiznání finanční podpory, v němž poukazuje na absenci mezioborové spolupráce. Přestože prarodiče projevují zájem pomoci s péčí o dítě, rodiče jejich účast necítí jako podporu.



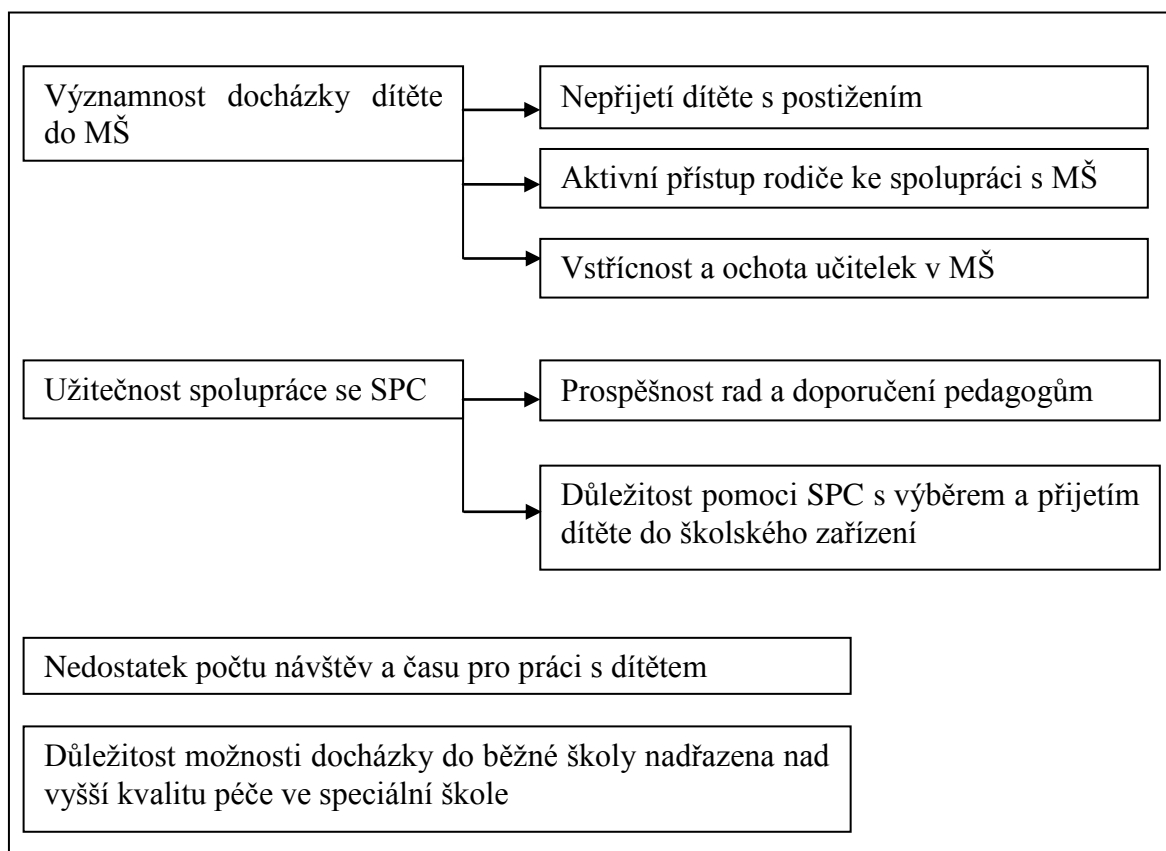
*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

### **Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti pedagogické péče**

V oblasti pedagogické péče se ukazuje jako jedna z nedůležitějších kategorií významnost docházky dítěte do mateřské školy. Pro rodiče bylo velmi důležité, aby dítě mohlo mateřskou školu navštěvovat. Rodina se setkala jak s odmítavým postojem k přijetí dítěte s postižením do mateřské školy, tak se vstřícností učitelek v mateřské škole, kterou dítě nakonec navštěvovalo. Celou předškolní docházku provázal aktivní přístup rodičů ke spolupráci s mateřskou školou. Další významnou kategorií je užitečnost spolupráce se SPC, jehož prostřednictvím se podařilo najít vhodné školské zařízení pro dítě. Rodiče oceňují prospěšnost rad a doporučení, které pracovníci SPC poskytují pedagogům ve školských institucích. Nevyhovující je pouze nízký počet návštěv pracovníků SPC ve školském zařízení a nedostatek času pro práci s dítětem. Rodiče také vyzdvihují možnost



docházky dítěte do školského zařízení běžného typu s dětmi bez zdravotního postižení, i přesto, že by se dítěti ve speciální škole dostalo kvalifikovanější péče.



*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

### **Kazuistika č. 3**

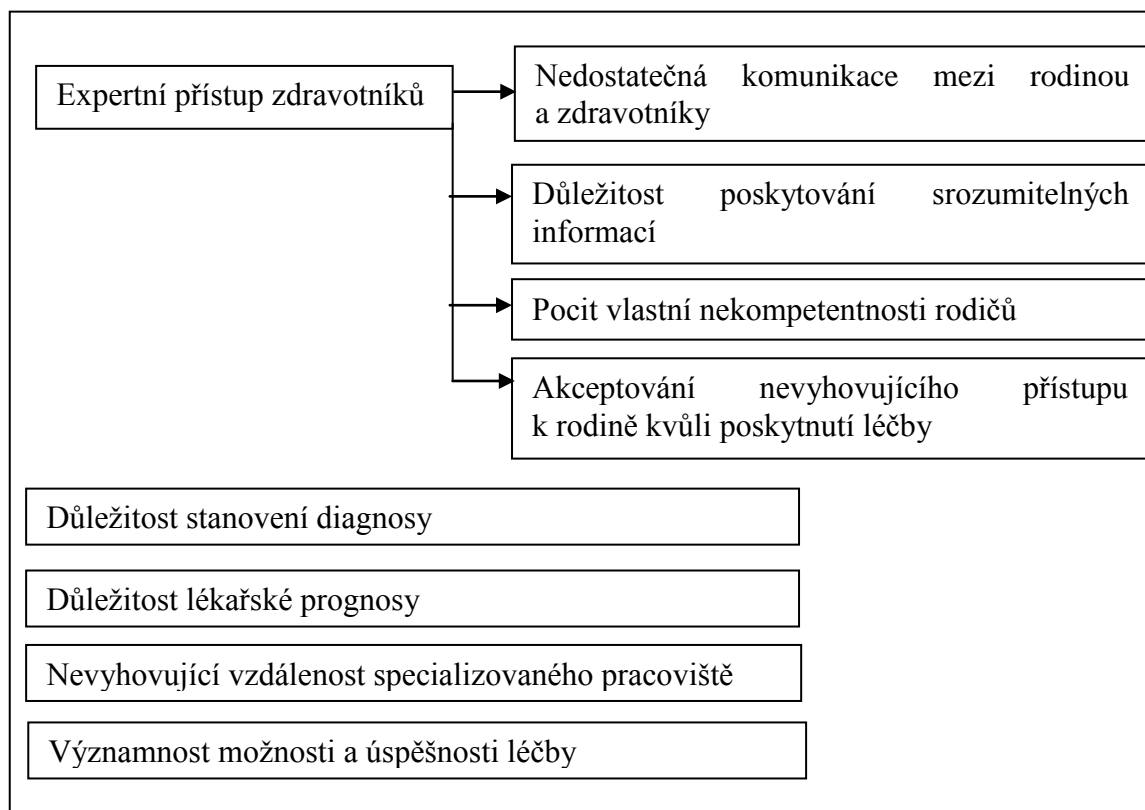
Dítě nyní sedmileté, dva sourozenci bez postižení. Rodiče bez předchozích zkušeností zpozorovali problém až před třetím rokem. Dítěti diagnostikována ektopie čoček, a těžká slabozrakost. Následovalo chirurgické vyjmutí očních čoček a korekce brýlemi. Vzhledem k věku dítěte rodina nebyla klientem střediska rané péče. Následně se přidružila tupozrakost. Rodiče pravidelně dochází na oční cvičení, zde doporučena spolupráce se SPC a umístění do speciální mateřské školy. Rodiče ale upřednostňují školská zařízení běžného typu.

*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

### **Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti lékařské péče**

I tato rodina se setkala s expertním přístupem lékařů. Jejich přístup ale akceptuje především kvůli pocitu vlastní nekompetentnosti v rozhodování o vedení léčby dítěte. Rodiče vnímají jako velmi důležité poskytování informací, které jsou pro ně srozumitelné,

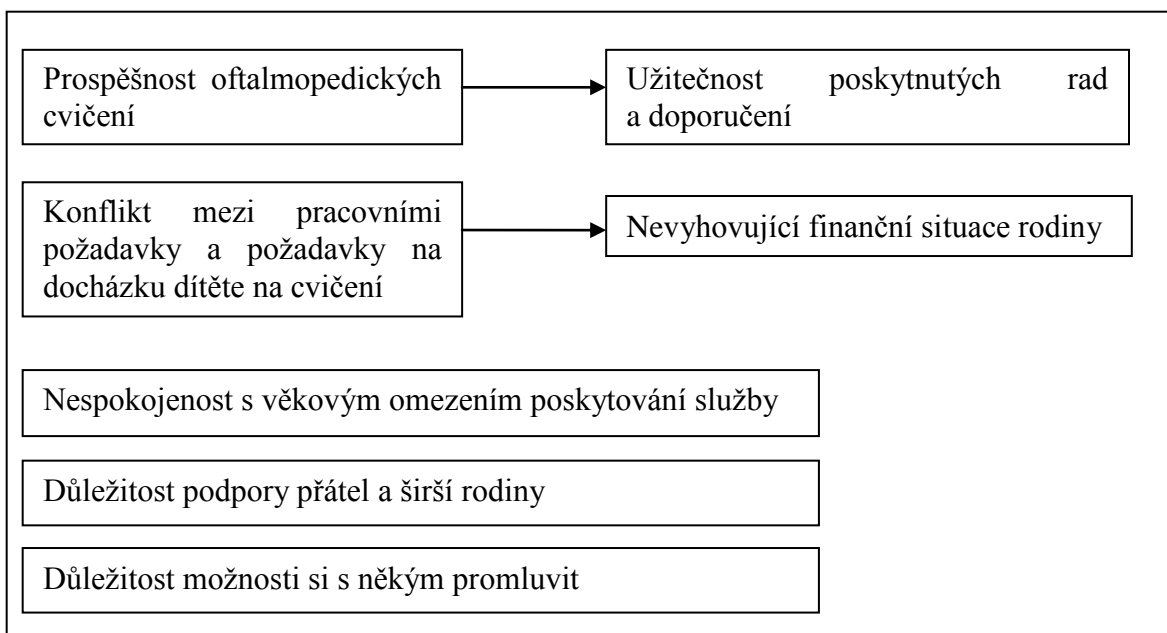
i když z analýzy rozhovorů vyplývá nedostatečná komunikace mezi zdravotníky a rodiči. Jako klíčovou kategorii rodiče vnímají stanovení diagnózy a také významnost možnosti léčby postižení, s níž je spojená i dobrá prognosa do budoucna. Kromě přístupu lékařů je pro rodiče nevyhovující také vzdálenost specializovaného pracoviště.



*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

### **Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti sociální péče**

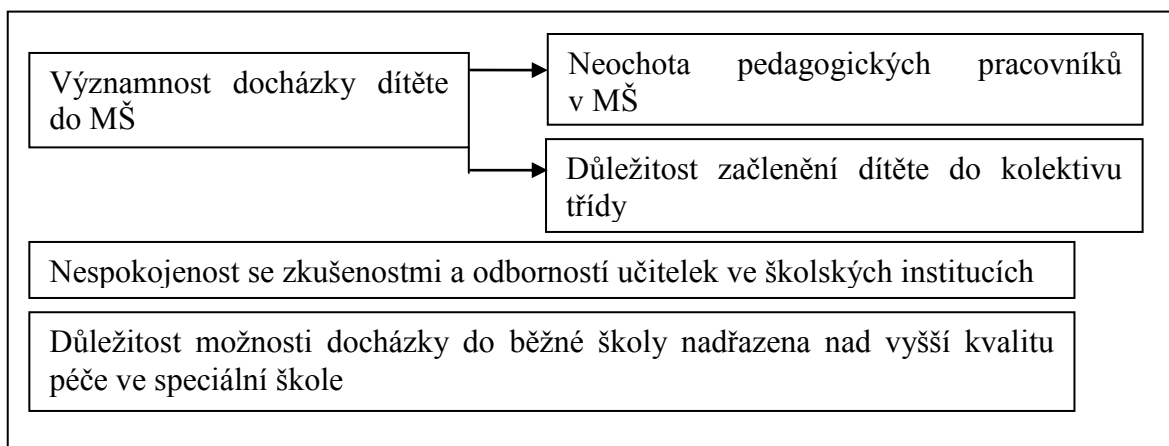
V oblasti sociální péče rodiče považují za největší přínos docházku na oční cvičení a užitečnost poskytnutých rad a doporučení. Stejně tak oceňují možnost si o problémech se zrakovým postižením dítěte s někým promluvit. Rodičům nevzniká nárok na finanční podporu a vzhledem ke konfliktu mezi pracovními požadavky a požadavky na docházku dítěte na oční cvičení, se rodina ocitá v nevyhovující finanční situaci. V této situaci se stává velmi důležitá podpora širší rodiny a přátel. Negativně rodina hodnotí věkové omezení poskytování služeb střediska rané péče, protože kvůli věku dítěte v době stanovení diagnózy se již nemohli stát jeho klienty.



Zdroj: Vlastní analýza 2016

### Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti pedagogické péče

Ve vzdělávání rodiče preferují docházku do školského zařízení běžného typu, tedy začlenění dítěte do kolektivu dětí bez postižení. Tento aspekt považují za důležitější než kvalifikovanější péči ve specializovaném zařízení. Významná je docházka do mateřské školy, kde se ale rodiče setkávají s neochotou pedagogických pracovníků dodržovat lékařská doporučení v péči o dítě. Vzhledem k těmto okolnostem se u nich objevuje nespokojenost s kvalifikací a zkušenostmi pedagogů ve školských institucích.



Zdroj: Vlastní analýza 2016

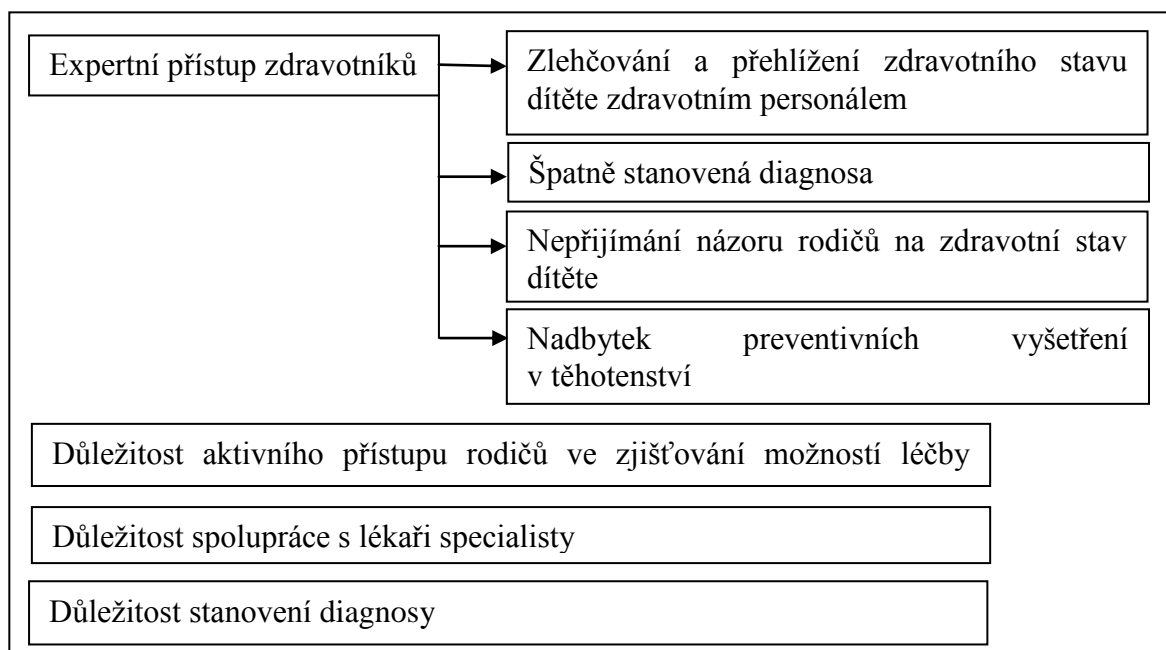
#### **Kazuistika č. 4**

Dítě nyní devítileté, narozené se zjevnou oční vadou, starší sourozenci zdraví. Po narození diagnostikován mikroftalmus. Postižené oko je nevidomé se šedým zákalem. Vzhledem k častým úrazům po nástupu do mateřské školy provedeno další vyšetření. Diagnostikován astigmatismus a těžká slabozrakost na zdravém oku. Navázána spolupráce se SPC. Dítě navštěvuje běžnou základní školu, kde má individuální vzdělávací plán a přizpůsobené pracovní prostředí. Zrak se stále postupně zhoršuje.

*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

#### **Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti lékařské péče**

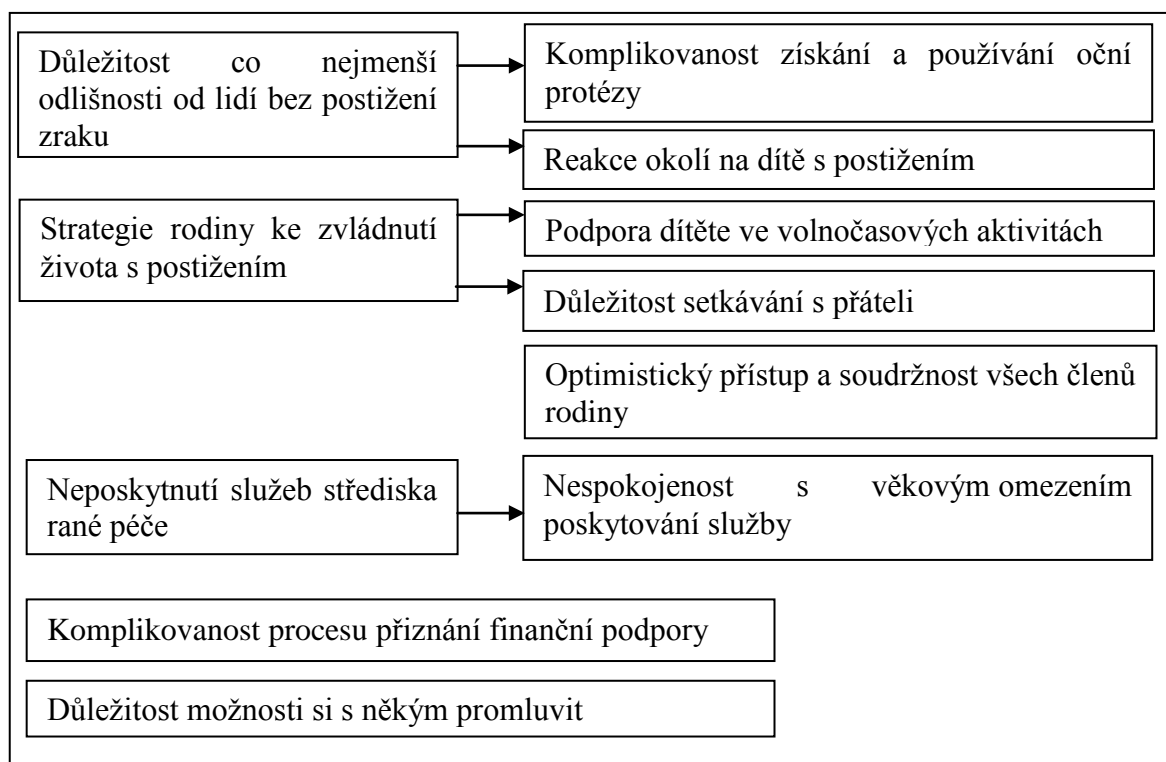
Stejně jako v předchozích případech se i poslední rodina setkala s expertním přístupem lékařů. V tomto případě zdravotní personál nepřijímal názor rodičů na zdravotní stav dítěte, stav přehlížel a zlehčoval. Diagnosa byla stanovena až na opakované naléhání matky. Matka také v průběhu těhotenství vnímala nadbytek preventivních vyšetření. Vzhledem k přístupu zdravotníků se jako velmi důležitý ukázal aktivní přístup rodičů ke zjišťování možností léčby a také spolupráce s lékaři specialisty. I přes expertní přístup lékařů bylo pro rodinu stanovení diagnosy klíčové.



*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

## Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti sociální péče

V sociální oblasti rodina klade důraz na co nemějš odlišnost od dětí bez postižení, protože reakce okolí na vzhled dítěte byly rodičům nepřijemné. Rodiče považují získání a používání oční protézy, díky níž není postižení na první pohled patrné, za zdlouhavé a komplikované. Za náročný považují také proces žádání o finanční podporu. Ke zvládnutí nastalé životní situace rodina vyvíjí různé strategie, jako plnou podporu dítěte ve volnočasových aktivitách, optimistický přístup a soudržnost všech členů rodiny a také pravidelné setkávání s přáteli. Významná připadá rodičům možnost si s někým promluvit. Negativně je hodnoceno věkové omezení služby rané péče, protože kvůli pozdě stanovené diagnóze se rodina nestala klientem střediska rané péče, i když by tuto možnost uvítala.

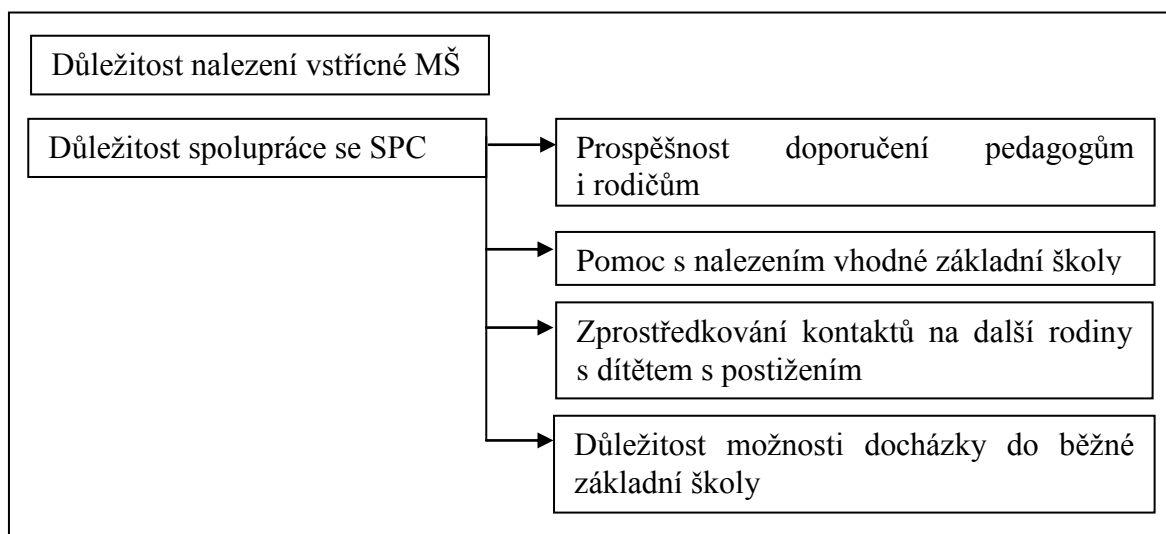


Zdroj: Vlastní analýza 2016

## Kategorie a podkategorie vzniklé v oblasti pedagogické péče

V oblasti vzdělávání rodina vnímá jako důležitou docházku dítěte do mateřské školy, jejímž prostřednictvím navázala spolupráci se SPC pro zrakově postižené. Tato spolupráce přinesla mnoho prospěšných rad a doporučení nejen pedagogům, ale i rodičům. Prostřednictvím programů SPC měla rodina také možnost získat kontakty na další rodiny s dětmi postižením zraku. Pro rodinu je velmi důležitá možnost docházky do běžné

základní školy a začlenění dítěte do kolektivu dětí bez postižení. SPC pro zrakově postižené pomohlo i v tomto ohledu s výběrem vhodné školy.



Zdroj: Vlastní analýza 2016

## 5.2 Diskuse nad výsledky výzkumného šetření

V této části práce jsou popsány výsledky kvalitativního výzkumného šetření, které bylo prováděno pomocí výše popsaných metodologických postupů. Účastníky výzkumu byly čtyři rodiny s alespoň jedním dítětem se zrakovým postižením ve věku od sedmi do devíti let. Data získaná v rozhovorech byla pomocí transkripce převedena do písemné podoby a vyhodnocena pomocí otevřeného kódování. Ve všech oblastech vzniklo při procesu kódování množství různých kategorií v závislosti na zážitcích respondentů. V závěrečné diskusi jsou popsány významné kategorie, které se zpravidla objevují u všech respondentů. Každá kapitola v diskusi je pro přehlednost doplněna schématem.

### 5.2.1 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Klíčovou kategorií v oblasti zdravotní péče je kategorie „Důležitost stanovení diagnózy dítěte“. Tato kategorie se objevuje u všech respondentů, jak bylo možno nalézt ve výpovědích.

*„...až zjistili přesně co a jak, a řekli, že jde na operaci, to byla úleva po všech těch vyšetřeních vědět co mu vlastně je.“ Seg.ZO.3.65 nebo „...zjistili, že teda skoro nevidí, že má asi dvacet šest dioptrií na jednom oku a na druhém podobně a tak řekli, že bude nosit brýle, ale aspoň už jsme to konečně věděli.“ Seg.ZO.1.15*

Pro většinu rodičů se právě určení diagnózy a postupu léčby stalo zlomovým životním okamžikem, kterému přiřkládají velký význam, protože pro ně znamenal ukončení nejistoty a možnost začít se orientovat na pomoc a podporu dítěte. Tato kategorie je zmiňována jako významná dokonce i respondenty, u kterých není dostupná možnost léčby postižení dítěte.

*„...a to z vlastní zkušenosti můžu říct, když vám konečně řeknou o co jde, že je to obrovská úleva, nejhorší je ta nejistota. Myslím, že je pak už jedno co se s tím dá nebo nedá dělat, ale už se podle toho můžete nějak zařídit. To vnímám jako obrovské pozitivum, to z vás najednou spadne balvan.“* Seg.ZO.4.191

V polovině případů bylo zdravotní postižení možno léčit. U těchto respondentů lze možnost léčby a její úspěšnost považovat za ještě významnější aspekt než stanovení diagnózy, což potvrzují i uvedené úryvky z rozhovorů.

*„...oproti tomu před operací to se nedá srovnávat vůbec, už jí to hlavně nijak neomezuje...“* Seg.Z.1.157

*„Takže to, že to zjistili a že s tím něco udělali, to bylo určitě nejvíc, protože to by člověk sám nemohl, to prostě bez nich nejde.“* Seg.Z.3.188

Další kategorie, kterou respondenti často zmiňují, je „Expertní přístup zdravotníků“, kam spadají podkategorie jako „poskytování nedostatečných nebo nesrozumitelných informací“ či „nedostatek času na práci s rodinou“. Ani jeden z respondentů se necítí být přijímán jako partner v procesu léčby či diagnostiky, a téměř ve všech případech jsou pro respondenty poskytované informace nesrozumitelné, tedy i nedostatečné. Tento přístup pak zvládají respondenti různým způsobem, od absolutní důvěry v lékaře a přenechání rozhodování o dítěti zcela do kompetence zdravotníků *„To musí vědět oni přeci. Já jsem laik, tomu nerozumím, tak jsem to brala, že rozhodují oni, to mě vůbec nenapadlo o tom nějak víc přemýšlet“* Seg.Z.1.97, až po aktivní vstupování do procesu léčby a diagnostiky: *„Tak jsem se pořád ptala, ozývala na vizitách, upozorňovala na to. Už to bylo třetí dítě a viděla jsem, že to není v pořádku. Tak dlouho, dokud nás neposlali na speciální vyšetření.“* Seg.Z.4.15

I přes odlišné strategie rodičů je kategorie přístupu lékařů vnímána negativně všemi respondenty.

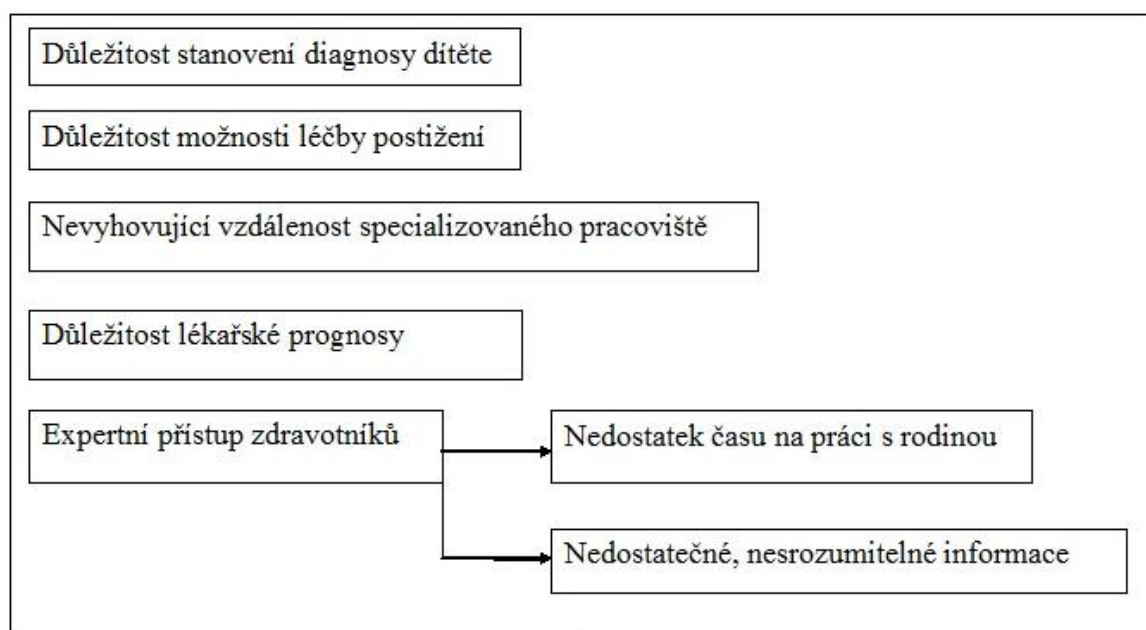
Jako významná kategorie se ukázala také „Vzdálenost specializovaného pracoviště“, která ani v jednom případě není vyhovující. Jak ale můžeme objevit ve výpovědích rodičů,

negativní zabarvení této kategorie je zapříčiněno spíše přístupem zdravotního personálu nebo zvoleným postupem.

„...kdyby to šlo zjistit nějak najednou nebo nedělat zbytečné návštěvy tak daleko, to by určitě bylo lepší“ Seg.T.3.143 nebo „A taky tím, že ten čas nemají, tak pak chtějí abyste tam jezdili zbytečně pořád dokola a stejně se nic nedozvíte.“ Seg.C.2.174, „Pak řeknou, že tohle dělat nebudou, že to je moc drahý, nebo tamto že nejde, že mají rozbitý přístroj a vy tam pořád jezdíte a pořád nic nevíte, jen že tam zase máte jet a zase a zase.“ Seg.T.2.17.

Na závěr je uvedena kategorie „Důležitost lékařské prognosy“, která je v některých případech zdrojem naděje na zlepšení či vyléčení, a v jiných zůstává zdrojem obav a nejistoty z budoucnosti. V obou případech ale představuje významnou kategorii, k níž se respondenti v rozhovorech opakovaně vraceli.

Schéma kategorií v oblasti zdravotní péče



Zdroj: Vlastní analýza 2016

## 5.2.2 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI SOCIÁLNÍ PÉČE

Kategorie v oblasti sociální péče se u jednotlivých respondentů liší v závislosti na čerpání poskytované podpory a také v závislosti na vlastních prioritách a způsobu života.

Jednou z nejvýznamnějších kategorií, objevující se téměř u všech respondentů, je „Důležitost možnosti si s někým promluvit“. Všichni respondenti považují tuto možnost za



klíčovou podporu rodičů, nikoli přímo dítěte s postižením. Tuto potřebu je možné pozorovat nejen ve výňatcích z rozhovorů, ale také při osobním kontaktu s respondenty.

*„Já si pořád stěžuju, vidíte, to vás asi moc nezajímá, ale víte, on si člověk o tom nemá s kým promluvit, tak jsem ráda, když teď můžu.“* Seg.Z.2.61

*„Doufám, že Vás moc nezahlcuju, on to člověk moc nemá komu říct a mně to docela pomáhá. Třeba naše dětská doktorka, ta o tom vůbec nic neví, tak si to nechává vyprávět jako pohádku, a já jí to vyprávím ráda.“* Seg.Z.4.143

Další významnou kategorií je „Prospěšnost spolupráce se sociálními službami“. V jednom případě se jedná přímo o službu rané péče pro zrakově postižené, ostatní respondenti mají zkušenosti s dobrovolnickými programy či docházkou na oftalmopedická cvičení. Zde jednoznačně vyplývá velký přínos těchto služeb nejen pro dítě se zrakovým postižením, ale i pro celou rodinu. Jako negativní je hodnoceno pouze věkové omezení čerpání těchto služeb.

*„...tam to (cvičení) bylo jen do tří let a pak už nás teda přendali do speciální školky...“*  
Seg.C.1.29

*„...právě že tam můžete být jenom do třech let, jinak bych ráda s nima spolupracovala dál.“* Seg.C.2.98

*„...ale jak malému padl sedmý rok, tak už nás pak nikam nepozvali, pak už se v tom musíte plácet sama.“* Seg. ZO.4.151

Většina rodičů považuje možnost spolupráce s pracovníky sociálních služeb jako jednu z nejpřínosnějších aspektů rané intervence. Kladně hodnotí zkušenosti, přístup odborníků i jejich kvalifikovanost a především navázání osobního kontaktu s rodinou prostřednictvím dlouhodobé spolupráce.

*„...nikdo jinej než ona (personál na cvičení) nebyl, aby nám něco poradil. My bysme to sami nezvládli jí takhle dobře naučit s tím okem pracovat.“* Seg.Z.1.175

*„...pomohli s tím cvičením, pomůckami, s tím, že k nám jezdili a ukazovali co dělat, to hodnotím jako největší přínos, že člověk se mohl někam obrátit...“* Seg.Z.2.177

Jedna z dalších kategorií v této oblasti je „komplikovanost procesu přiznání finanční podpory“, kterou zmiňují všichni respondenti. Polovina respondentů se dostala do finančních problémů, ale nevznikl u nich nárok na finanční podporu.

*„Já jsem tam byl se ptát na úřadech, na pojišťovně a všude, neexistuje, vás odpálkujou a na nic nárok nemáte, akorát čočky teď, to je jediný, co nám proplatili.“ Seg.C.3.186*

*„...vůbec nic jsme nedostali, ještě platit nemocnici to bylo taky složitý, naštěstí muže nevyhodili, i když v práci víc nebyl, než byl.“ Seg.T.1.83*

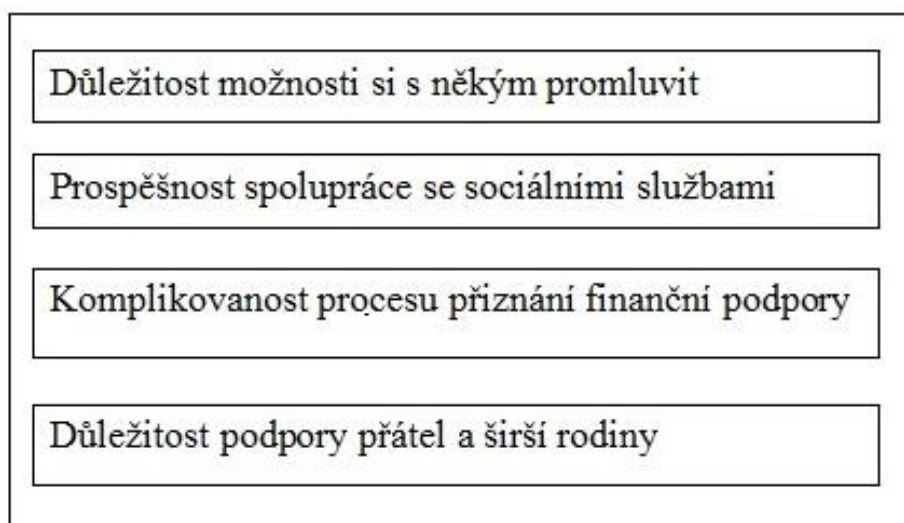
Další respondent odmítl žádat o finanční podporu, částečně kvůli složitosti procesu, ale také z důvodu finanční soběstačnosti rodiny. Poslední respondent opakovaně tímto procesem prochází, i když je s ním velmi nespokojen a poukazuje zde i na chybějící mezioborovou spolupráci.

*„...pak jsem teda musela vyplňovat nějaké papíry a posudky od doktora a jaký máme platy a já nevím co všechno ještě, a pak to právě nesete na nějaký úřad. To musím do jednoho města na komisi, do druhého na oční, do třetího na úřad. Tak holky jsou x let slepý a člověk musí každý tři měsíce na oční a před komisi, co tam tak asi vykomisujou?! Pak s tím letíte zase na úřady, nepochopitelný v dnešní době...“ Seg.C.2.53*

*„...a to mi teda přijde opravdu hrozný na tom všem, že máte toho tolik co dělat a ještě vás otravujou s něčím úplně nesmyslným, co si můžou klidně sami poslat emailem, nebo jednou zaznamenat a mít to pak napořád.“ (komise pro potvrzení zdravotního stavu) Seg.T.2.57*

Poslední kategorie, která je zmiňována respondenty, je „Důležitost podpory rodiny a přátel.“ Tuto kategorii považují za důležitou jak respondenti, kteří jí skutečně vnímají, tak i respondenti, kteří jí ve vlastním případě hodnotí jako nedostatečnou.

#### **Schéma kategorií v oblasti sociální péče**



Zdroj: Vlastní analýza 2016

### 5.2.3 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V OBLASTI PEDAGOGICKÉ PÉČE

V oblasti pedagogické péče se jako velmi významná ukazuje kategorie „Možnost docházky do běžné školy nadřazena nad vyšší kvalitu péče ve speciální škole“. Rodiče ve všech případech usilují o docházení dítěte do školských zařízení běžného typu a začlenění dítěte do kolektivu dětí bez zdravotního postižení.

*„Takhle to bylo lepší, sice by tam s ní pracovali určitě nějak intenzivněji, ale takhle zase byla v normální školce mezi normálníma dětma a zvládali jsme to taky.“* Seg.T.2.136

V mnohých případech se ale setkávají s odmítavým postojem školských institucí k přijetí dítěte s postižením.

*„...protože třeba ve školce tady, tak tam vůbec ani slyšet o tom nechtěli, že jako v žádném případě ne. I když jsem jim nabízela, že jsem doma, že si pro ní můžu kdykoli přijít, že třeba jenom na dvě hodinky kdyby mohla chodit, tak prostě rezolutně ne, neexistuje.“* Seg.T.2.118

*„V několika školkách nás dost nevybíravě odmítli. Nakonec jsme uspěli v malé školce pro 25 dětí.“* Seg.Z.4.85

Vzhledem k různým problémům, které popisují respondenti nejen s přijetím, ale i s následnou docházkou do školských institucí, lze za jednu z nejdůležitějších kategorií považovat kategorii „spolupráce se SPC“. Právě díky podpoře pracovníků SPC pro zrakově postižené ve školách s dítětem s postižením, jejich radám a doporučením, se velmi zlepšila péče o tyto děti ze strany pedagogického personálu, a zároveň rodiče vnímali pomoc při hledání a umístění dítěte do vhodné školy.

*„...já bych snad bez nich ani nesehnala pro holky žádnou školu, s tím zase na druhou stranu pomáhají hodně...“* Seg.Z.2.115

*„...a hlavně co si cením a určitě bylo důležité, že radili učitelkám i nám, jak se synem pracovat.“* Seg.Z.4.101

Jako jednu z negativních kategorií v oblasti vzdělávání lze popsat kategorii „nedostatečná kvalifikovanost pedagogických pracovníků“, se kterou se setkali všichni respondenti jak v mateřských, tak na základních školách.

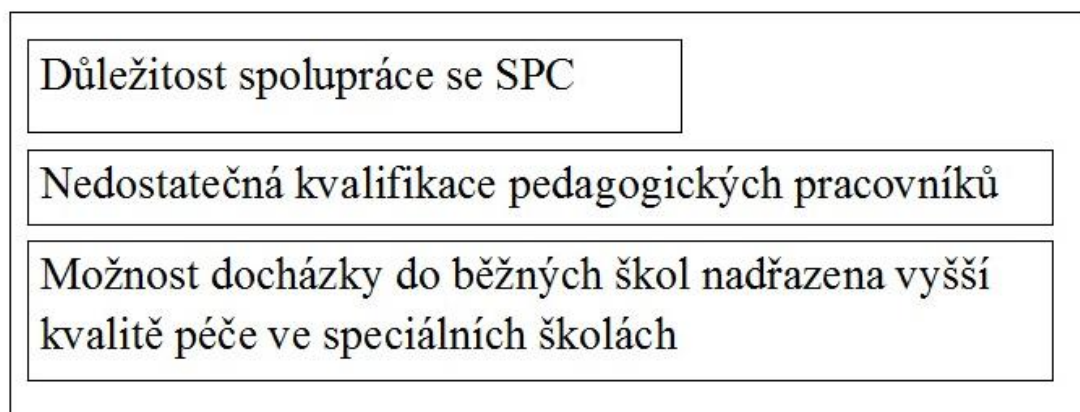
*„...učitelky ve školce, že s tím neměly žádnou zkušenost, nic o tom nevěděly“* Seg.Z.4.160

*„Já jsem jim tam často nosila ty úkoly, co dostávala na cvičení, tam o tom vůbec nic nevěděli, ale naštěstí byly ochotné jí to dát.“ Seg.T.1.44*

*„Akorát teda hned ten první den ho posadili do poslední lavice. Nepřesadili ho víc dopředu, prej to musí nějak zvládnout.“ Seg.T.3.124*

V mnohých případech byl tento nedostatek kompenzován vstřícností pedagogického personálu, v některých případech se ale přidružila ještě i neochota a nevstřícnost učitelů.

#### **Schéma kategorií v oblasti pedagogické péče**



*Zdroj: Vlastní analýza 2016*

#### **5.2.4 SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Ve všech oblastech výzkumného šetření se objevují jak pozitivní, tak negativní hlediska procesu rané intervence. Přesto se všichni respondenti shodují v tom, že bez rané podpory, která jim byla poskytnuta, by se kvalita péče o dítě s postižením snížila, že jim poskytnutá podpora skutečně pomohla. Jak dokazují uvedené výroky,

*„Víte co, určitě bych šla zase k doktorům i na tu péči i to espécéčko, i když třeba vím, že jí vlastně doktoři nijak pomoci nemůžou, ale to člověk o tom v té době nepřemýšlí a já bych nic neměnila. Být na to sami, tak je to určitě horší.“ Seg.T.2.170*

*„To překousnete i to chování, prostě překousnete všechno, jen aby teda vám nějak pomohli. To nevím, co bysme dělali bez nich, vždyť my bysme sami vůbec nevěděli, to si nedovedu ani představit.“ Seg.Z.3.186*

negativní aspekty objevující se ve výpovědích respondentů jsou převáženy přínosy, které využívání rané intervence rodinám přineslo.

## Závěr

Tématem předkládané bakalářské práce je raná intervence u dětí se zrakovým postižením a jejím hlavním cílem bylo přinést informace o přínosech rané intervence, a jejich možných negativech, jak je subjektivně vnímají rodiče dětí s postižením zraku. Prostřednictvím dílčích cílů jsme měli zjistit, jak rodiče vnímají ranou intervenci v jednotlivých, oblastech zdravotní, sociální, a pedagogické péče. Výzkumné šetření probíhalo podle předem stanovených metodologických postupů, které vedly ke splnění hlavního cíle i dílčích cílů práce. Výsledky výzkumného šetření jsou popsány v závěrečných kapitolách této práce a vycházejí z informací poskytnutých rodiči dětí se zrakovým postižením, jejich vlastních zkušeností a prožitků.

Pojetí rané intervence, jak ho předkládá teoretická část práce, ukazuje tento proces jako spolupráci odborníků v mnoha oborech s rodinou, jejímž členem se stal jedinec s postižením zraku, přičemž všichni členové této skupiny jsou plnohodnotnými partnery. Empirická část pak podkřývá, že současný reálný model tohoto systému trpí personálními, ale i organizačními či legislativními nedostatky. Nicméně tyto nedostatky jsou z pohledu rodičů převáženy přínosy, které raná intervence přináší v podobě snahy o eliminování dopadů zdravotního postižení v mnoha oblastech života.

Jsem si vědoma, že vzhledem k rozsahu práce výzkumné šetření samo o sobě nepřináší závěry, které by bylo možné generalizovat. Práce by však mohla sloužit jako inspirace pro hlubší propracování tématu rané intervence dalšími výzkumníky.

## **Shrnutí**

Bakalářská práce se zabývá tématy rané intervence a zdravotního postižení, se zaměřením na postižení zraku. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem vnímají proces rané intervence rodiče dětí se zrakovým postižením. V teoretické části práce jsou vymezeny všechny základní pojmy, na které navazuje empirická část, jež popisuje výzkumné šetření. To bylo provedeno s respondenty, kteří pečují o dítě postižením zraku a mají s ranou intervencí osobní zkušenost. Výsledky výzkumného šetření vychází z provedených rozhovorů a jejich následné analýzy.

## **Klíčová slova**

raná intervence, zdravotní postižení, zrakové postižení, rodina, kompenzace a reedukace zraku, vývoj dítěte postižením zraku

## **Summary**

This bachelor's thesis deals with early intervention and disability topics focusing on visual impairment. The aim of this work is to find out how parents of children with visual impairment perceive the process of early intervention. All basic concepts are defined in the theoretical part of this thesis followed by the empirical part, which describes the research. The survey was conducted with respondents who take care of children with visual impairment on daily basis and who are personally experienced with early intervention. The main outcome of the research are based on face-to-face interviews and subsequent analysis.

## **Keywords**

early intervention, disability, visual impairment, family, compensation and reeducation of the vision, visual impaired child development

## **Seznam použitých zkratk:**

IVP	Individuální vzdělávací plán
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
OSN	Organizace spojených národů
SPC	Speciálně-pedagogické centrum
WHO	Světová zdravotnická organizace

V seznamu jsou uvedeny všechny zkratky používané v textu, včetně všeobecně známých.



## Seznam použitých zdrojů:

- 1) *Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2016 – 2018*. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR [online]. 2015 [cit. 2016-01-05]. Dostupné z: [http://www.vzdelavani2020.cz/images\\_obsah/dokumenty/apiv\\_2016\\_2018.pdf](http://www.vzdelavani2020.cz/images_obsah/dokumenty/apiv_2016_2018.pdf)
- 2) AUTRATA, Rudolf a Jana VANČUROVÁ. *Nauka o zraku*. Vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-701-3362-7.
- 3) BUBENÍČKOVÁ, Hana, Petr KARÁSEK a Radek PAVLÍČEK. *Kompenzační pomůcky pro uživatele se zrakovým postižením*. 1. vyd. Brno: TyfloCentrum Brno, 2012. ISBN 978-80-260-1538-3.
- 4) BURIÁNEK, Jiří. *Systémová sociologie: Problém operacionalizace*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1994, 135 s. Acta Universitatis Carolinae. ISBN 80-7066-842-3.
- 5) *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.
- 6) FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 255 s. ISBN 978-80-7367-815-9.
- 7) FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika STOKLASOVÁ. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
- 8) GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- 9) HAVRDOVÁ, Kateřina. *Sylabus z vybraných témat vývojové psychologie: pracovní texty pro studenty doplňkového pedagogického studia č. 2*. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002, 53 s. ISBN 80-7041-185-6.
- 10) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 11) HRADILKOVÁ, Terezie. *Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením: vybrané příspěvky z kurzu "Poradce rané péče"*. Praha: Středisko rané péče, 1998, 113 s. ISBN 80-238-3267-0.
- 12) KEBLOVÁ, Alena. *Zrakově postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001, 67 s. ISBN 80-7216-191-1.
- 13) KEBLOVÁ, Alena, Ivan NOVÁK a Lydie LINDÁKOVÁ. *Náprava poruch binokulárního vidění*. 1. vyd. Praha: Septima, 2000, 46 s. ISBN 80-7216-121-0.

- 14) KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea (ed.). *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004, 126 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-063-8.
- 15) KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido, 2000, 70 s. ISBN 80-85931-84-2.
- 16) KUDELOVÁ, Ivana a Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku: raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido, 1996, 41 s., 9 barev. obrazových příloh. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-24-9.
- 17) LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 18) MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- 19) *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
- 20) *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 - 2009* [online]. Praha, 2005 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/nppi2007.pdf>
- 21) *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020*. In: *Národní rada osob se zdravotním postižením* [online]. Praha, 2015 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/informace-predsedy-nrzp-cr/1379-informace-c-41-2015--narodni-plan-podpory-vyrovnavani-prilezitosti-pro-ozp-2015-2020.html>
- 22) *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení* [online]. Praha, 1993 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/npo93.pdf>
- 23) OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
- 24) OPATŘILOVÁ, Dagmar a Lucie PROCHÁZKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.
- 25) OPATŘILOVÁ, Dagmar, Zita NOVÁKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.

- 26) PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 27) PRŮCHA, Jan, Jiří MAREŠ a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- 28) ROZSÍVAL, Pavel. *Oční lékařství*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2006, 373 s. ISBN 80-246-1213-5.
- 29) Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. Praha, Copyright©2002-2016 [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/>
- 30) ŠIŠKA, Jan, Camille LATIMIER a Šárka KÁŇOVÁ. "Do školy se chodit musí": aplikační možnosti holistického přístupu při studiu životních drah mladých dospělých se zdravotním postižením [online]. 2012 [cit. 2016-01-28]. Dostupné z: [http://www.academia.edu/7516901/\\_Do\\_%C5%A1koly\\_se\\_chodit\\_mus%C3%AD\\_Aplika%C4%8Dn%C3%AD\\_mo%C5%BEnosti\\_holistick%C3%A9ho\\_p%C5%99%C3%ADstupu\\_p%C5%99i\\_studiu\\_%C5%BEivotn%C3%ADch\\_drah\\_mlad%C3%BDch\\_dosp%C4%9BI%C3%BDch\\_se\\_zdravotn%C3%ADm\\_posti%C5%BEen%C3%ADm](http://www.academia.edu/7516901/_Do_%C5%A1koly_se_chodit_mus%C3%AD_Aplika%C4%8Dn%C3%AD_mo%C5%BEnosti_holistick%C3%A9ho_p%C5%99%C3%ADstupu_p%C5%99i_studiu_%C5%BEivotn%C3%ADch_drah_mlad%C3%BDch_dosp%C4%9BI%C3%BDch_se_zdravotn%C3%ADm_posti%C5%BEen%C3%ADm)
- 31) Školský zákon č. 561/2004. In: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplnenzeni-zakona-c-561-2004-sb>
- 32) ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 33) ŠUMNÍKOVÁ, Pavla. Doporučení pro sociální pracovníky. In: *Šance dětem* [online]. Praha, 2010 [cit. 2016-01-01]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-se-zrakovym-postizenim/doporuceni-pro-socialni-pracovniky.shtml>
- 34) ŠVESTKOVÁ, Olga. *Mezinárodní klasifikace následků onemocnění a úrazů WHO, její vývoj, základní principy a praktický využití. Politika státu v oblasti rehabilitace* [online]. 2001 [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: [http://www.recepis.cz/ke\\_stazeni/tezesvestkova.recepis.pdf](http://www.recepis.cz/ke_stazeni/tezesvestkova.recepis.pdf)
- 35) Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha, 2007 [cit. 2015-01-11]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva\\_CJ\\_rev.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf)
- 36) VÁGNEROVÁ, Marie. *Oftalmopsychologie dětského věku*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 182 s. ISBN 80-7184-053-x.

- 37) VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 38) VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2009, 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
- 39) VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 40) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]., [cit. 2015-011-14]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf).

## **Seznam příloh:**

Příloha A	Braillova abeceda
Příloha B	Průvodní dopis a dotazník
Příloha C	Vzor informovaného souhlasu
Příloha D	Schéma propojení kategorií

# Příloha A - Braillova abeceda



Vidět, když oči nestačí

## ABECEDA BRAILLOVA BODOVÉHO PÍSMÁ PRO NEVIDOMÉ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
K	L	M	N	O	P	chyba	Q	R	S
U	V	X	Y	Z	Ý	W	Ž	Ů	
Á	Ě	Č	Ď	Š	Ň	/	Ť	Ó	Ř
í	é	ú	,	-	'	velké písmeno	malé písmeno	číselný znak	řetězec velkých písmen
.	;	:	+	?	!	"	(	*	)

www.tyfloservis.cz

Zdroj: Převzato z [www.tyfloservis.cz](http://www.tyfloservis.cz)

## ***Příloha B - Průvodní dopis rodičům a dotazník***

Lucie Votípková

Lucievoti@email.cz

724 125 314

Vážení rodiče,

jsem studentkou oboru Učitelství pro mateřské školy na Fakultě pedagogické ZČU v Plzni, a v současné době vypracovávám bakalářskou práci na téma Raná intervence u dětí se zrakovým postižením. Jsem zároveň matkou dvou dětí a se starší dcerou jsme prošly odbornou péčí. Na základě naší zkušenosti jsem se rozhodla zabývat se tímto tématem a nahlédnout na problematiku rané intervence právě z pohledu rodičů.

Chci Vás touto cestou požádat o rozhovor. Hledám rodiče dětí se zrakovým postižením, kteří jsou ochotni podělit se o své zkušenosti s podporou dítěte i rodiny ze strany různých institucí (lékařskou, psychologickou, pedagogickou apod.), o své potřeby, o životní cestu.

Rozhovory proběhnou po předchozí domluvě v lednu až únoru roku 2016. Délka nepřesáhne dvě hodiny. Osobní údaje zachovám v anonymitě, nebudou předávány žádným dalším osobám, jména budou změněna. Získané informace použiji pouze pro potřeby své bakalářské práce.

Pokud Vás toto téma zaujalo, vyplňte prosím krátký dotazník na <https://www.vyplnto.cz/databaze-dotazniku/deti-se-zrakovym-postizenim/>, nebo mne prosím přímo kontaktujete na výše uvedeném emailu či telefonu. Vyplnění dotazníku zabere méně než pět minut a nezavazuje Vás k uskutečnění rozhovorů.

Předem děkuji za Vaši ochotu.

Lucie Votípková

Vážení rodiče,

děkuji za zájem o vyplnění krátkého vstupního dotazníku sloužícího pouze pro potřeby mé bakalářské práce, není veřejný a zadané údaje nejsou publikovány. Bakalářská práce se týká péče o děti se zrakovým postižením. Vyplnění dotazníku Vás nezavazuje k uskutečnění následného rozhovoru. Po vyplnění dotazníku se s Vámi spojím na Vámi uvedeném kontaktu a domluvíme si podrobnosti a případný termín a místo rozhovoru, který bude sloužit ke získání informací o Vašich osobních zkušenostech s odbornou podporou. Rozhovory budou probíhat v lednu až únoru 2016 a jejich délka by neměla přesáhnout dvě hodiny.

#### OTÁZKY DOTAZNÍK:

1. Kontakt na zákonného zástupce dítěte se zrakovým postižením (email, telefonní číslo)
2. Jaký je věk dítěte se zrakovým postižením?
3. Zrakové postižení je:
  - a) vrozené
  - b) získané
  - c) nevím
4. Jaký je stupeň zrakového postižení
  - a) slabozrakost
  - b) zbytky zraku
  - c) praktická nebo úplná slepota
  - d) prostá zraková vada
  - e) jiné
5. Napište prosím konkrétní stanovenou diagnosu dítěte.
6. Dítě navštěvuje (navštěvovalo) mateřskou školu:
  - a) speciální pro děti s postižením zraku
  - b) běžnou MŠ
  - c) dítě MŠ nenavštěvovalo



d) dítě Mš zatím nenavštěvuje

7. Dítě navštěvuje základní školu:

a) běžnou ZŠ

b) speciální ZŠ pro děti s postižením zraku

c) dítě je v individuálním (domácím) vzdělávání

d) dítě ZŠ zatím nenavštěvuje

8. Jste ochotni se zúčastnit rozhovoru?

a) ano

b) ne

c) rozhodnu se až po domluvě

Děkuji za informace a Váš čas.

## ***Příloha C - Souhlas s poskytnutím informací***

Souhlasím s poskytnutím údajů, které budou podkladem výzkumného šetření v rámci bakalářské práce „Přínos rané intervence pro rodiny s dítětem se zrakovým postižením pohledem rodičů“ s tím, že veškerá data budou zpracována anonymně, nebudou předávána dalším osobám a nebudou žádným způsobem zneužita. Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně poučen/a, za jakým účelem tyto údaje poskytuji.

Podpis účastníka výzkumu

Podpis výzkumníka

Datum a místo podpisu

**Příloha D - Schéma vzájemného propojení kategorií u jednoho z respondentů**

