

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Bc. Vraštilová Svatava**

II. ročník - kombinované studium

Speciálně pedagogická andragogika

**Rodičovství a rodinný život osob se zrakovým postižením**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.

OLMOUC 2011

**Prohlášení**

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

V Olomouci dne

podpis

Děkuji Mgr. Veronice Růžičkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, poskytování cenných rad a materiálůvých podkladů k práci.

# OBSAH

ÚVOD.....	6
1 Zrakové postižení.....	7
1.1. Vymezení pojmu .....	7
1.2. Typy zrakových vad .....	8
1.3. Klasifikace zrakových vad .....	8
2 Nejčastější diagnózy očních vad.....	11
2.1. Refrakční vady .....	11
2.2. Patologie čočky - lens .....	11
2.3. Glaukom.....	12
2.3.1. Klasifikace glaukomu .....	12
2.4. Nemoci a poškození sítnice.....	13
2.4.1. Pigmentová degenerace sítnice .....	13
2.4.2. Diabetická retinopatie .....	13
2.4.3. Odchlípení retiny .....	13
2.4.4. Degenerace makuly.....	14
2.4.5. Retinoblastom .....	14
2.5. Degenerativní onemocnění rohovky .....	15
2.6. Albinismus .....	15
2.7. Anaftalmus a mikroftalmus.....	15
2.8. Úrazy oka .....	16
3 Osoba se zrakovým postižením .....	17
3.1. Příčiny zrakového postižení .....	18
3.2. Projevy zrakového postižení .....	19
3.2.1. Osoby s poruchami binokulárního vidění .....	19
3.2.2. Osoby slabozraké.....	21
3.2.3. Osoby se zbytky zraku.....	23
3.2.4. Osoby nevidomé .....	24
3.3. Důsledky zrakového postižení .....	26
4 Rodina.....	28
4.1. Význam rodiny.....	28
4.1.1. Funkce rodiny .....	30
4.2. Rodičovství .....	31
4.2.1. Zraková vada a rodičovství.....	31

4.3.	Kvalita života .....	32
4.3.1.	Kvalita života a zdraví .....	33
5	Péče o dítě .....	34
5.1.	Zacházení s dítětem .....	34
5.2.	Zařízení dětského pokoje .....	35
5.3.	Denní hygiena a koupání .....	36
5.4.	Stravování .....	38
5.5.	Nákup oblečení .....	39
5.6.	Zásady bezpečnosti .....	39
5.7.	Tělesný vývoj .....	41
6	Předmět a cíl výzkumu .....	43
6.1.	Výzkumná metoda .....	43
6.2.	Charakteristika zkoumaného vzorku .....	44
6.3.	Průběh výzkumu .....	44
6.3.1.	Výzkumné problémy .....	44
7	Rozhovory .....	46
8	Diskuse .....	62
9	Poznatky pro praxi .....	64
	ZÁVĚR .....	66
	POUŽITÁ LITERATURA .....	67
	SEZNAM PŘÍLOH .....	69

# ÚVOD

Svět kolem nás je chápán jako velmi dokonalý, moderní a rychle se rozvíjející. Svět kolem nás je také na druhé straně chápán jako úplně normální a běžný.

Dá se říci, že všichni to potřebné k životu skutečně máme. Děti chodí do škol, studenti studují, dospělí pracují. Dospělí zakládají rodiny, starají se o děti, snaží se uspokojit potřeby vlastní i potomků.

Téměř každý má nezbytné zázemí, domov, rodinu, zaměstnání. Každý prostě někam patří. Každý se hlavně snaží někam patřit.

Všichni si žijí to „své“ tak, jak nejlépe umějí. Ne všem se to ale daří bez problémů, ne všichni mohou tuto cestu absolvovat bez různých překážek, nástrah a mnohdy bohužel i výsměchu okolí. Pro mnohé je tato cesta téměř nedosažitelná.

Možná bychom se měli jednou pokusit zastavit v každodenním spěchu a porozhlédnout se. Nejsme přece úplně všichni stejní. Jsou mezi námi i takoví lidé, pro které není vše tak samozřejmé, jednoduché a dostupné. Mají ale s majoritní společností jedno společné, chtějí také někam patřit a mít pevné zázemí jako ostatní.

Měla jsem možnost setkat se s osobami se zrakovým postižením. I mě možná na začátku napadla otázka, zda tito lidé mohou žít úplně stejný život, mít podobné starosti a radovat se stejně jako já. I já jsem možná zapochybovala o jejich dovednostech, schopnostech a dnes už mohu říct i vytrvalosti a zodpovědnosti.

Již v bakalářské práci jsem se zabývala problematikou osob se zrakovým postižením. V této diplomové práci chci pokračovat a poukázat zejména na to, že i jedinci se zrakovým postižením mají stejná práva jako majoritní společnost. Mají právo žít jako ostatní, vzdělávat se, pracovat, založit rodinu. I oni chtějí být součástí toho úplně normálního a běžného života. Je jen na nás, zda jim to umožníme, zda je pochopíme. A zda jim v případě potřeby poskytneme nezbytnou pomoc.

Diplomovou práci jsem rozdělila na dvě základní části. V první se zaměřím na teoretické poznatky o zrakových postiženích, nejčastějších nemocech, stručně popíšu pojmy jako rodina, rodičovství či kvalita života. V další se pak pokusím zjistit nejčastější problémy při péči o dítě u osob se zrakovým postižením.

Mým cílem práce tedy bude posoudit, jaké možnosti mají osoby se zrakovým postižením v roli rodičů a s jakými překážkami se musí v této souvislosti potýkat.

## 1 Zrakové postižení

Prostřednictvím smyslů získává člověk informace o dění v okolním světě. Významné postavení mezi nimi zaujímá zrak, který u jedinců zprostředkovává až 80% všech informací. Zrak je považován za jeden z nejdůležitějších smyslů, který využíváme téměř při každé činnosti v našem životě, ať se jedná o učení, práci, zájmové aktivity či hru.

Absence zraku s sebou přináší neblahý vliv na rozvoj osobnosti a negativně působí na jeho psychiku. Často také dochází k omezení interakce s prostředím, a proto je nutné rozvíjet i další smysly, které nám pomohou zrak nahradit. Mezi tyto smysly řadíme především hmat, který je pro zrakově postiženou osobu nepostradatelný.

Hmatem jedinec vnímá jednotlivé části a až jejich složením vzniká celek, oproti tomu zrakově vnímá nejprve celek a poté se až analyzuje na jednotlivé segmenty. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Zrak řadíme mezi telereceptory, které nám umožňují získávat informace v minimálním čase a jsou významné při orientaci v prostředí, na rozdíl od hmatu, který je smyslem kontaktním.

Osoby se zrakovým postižením získávají menší přísun podnětů z okolí, neboť postrádají informace vizuálního charakteru.

### 1.1 Vymezení pojmu

Zrakové postižení lze charakterizovat jako oční vadu či chorobu, kdy je zrakové vnímání narušeno natolik, že činí osobám problémy v běžném životě a to i po optimální korekci. Zrakové postižení ovlivňuje celkový rozvoj osobnosti člověka. Zasahuje do oblastí motorické, kognitivní a promítá se i do sociálního vývoje jedince. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Tyflopedie (tyflos – slepý, paidea – výchova) je disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců se zrakovým postižením.

Kolem tohoto pojmu probíhají neustálé diskuse, neboť je zřejmé, že se obor nezabývá pouze jedinci, kteří jsou slepí, ale soustředí se na mnohem širší oblast.

V současné době se pro účely speciální pedagogiky užívá také název oftalmopedie (oftalmos – oko, paidea – výchova), ale v literatuře je možné setkat se s těmito názvy současně.

Cílem tyflopedie je maximální rozvoj osobnosti jedince a zajištění podmínek adekvátních nejen pro edukaci, ale i pro přípravu na povolání a následné pracovní zařazení. Tyflopedie zkoumá zásady, metody, podmínky a organizační formy, kterými lze dosáhnout nejvyššího stupně socializace jedince, a to vždy s ohledem na jeho individuální zvláštnosti duševního i fyzického vývoje.

Tyflopedie samozřejmě úzce spolupracuje se společenskými i přírodovědnými obory a při zkoumání vlastního předmětu uplatňuje poznatky z celé řady oborů. (Renotiérová, Ludíková, 2004)

Zrakové postižení nemá jednotnou definici a pojem je pojímán rozdílně dle potřeb jednotlivých resortů. Jinak je na zrakové postižení nahlíženo ve speciální pedagogice, zdravotnictví či školství.

## 1.2 Typy zrakových vad

Zrakové vady dělíme podle toho, jaká oblast zrakových funkcí je porušena. Rozlišujeme pět skupin zrakových poruch:

- ztráta zrakové ostrosti – jedinec nevidí zřetelně. Zcela jistě má potíže s rozlišováním detailů, ale nemusí mít problémy s identifikací velkých předmětů,
- okulomotorické poruchy – objevují se při vadné koordinaci pohybu očí. Mohou se objevit obtíže při používání obou očí, při sledování pohybujícího předmětu nebo při jeho prohlížení. Osoba sleduje předmět nejprve jedním a pak druhým okem. Při pohledu na blízký předmět se může jedno oko stáčet zevně a druhé dovnitř nebo se obě asymetricky dovnitř stácejí (Květoňová – Švecová, 2000),
- postižení šíře zorného pole – omezení prostoru, který osoba vidí. Květoňová- Švecová (2000, s. 18) říká: „Při této vadě se může, ale také nemusí projevit omezení zrakové ostrosti. Ztrátu zorného pole je obtížné změřit, zejména u malých dětí praxe ukazuje, že spolupracovat na vyšetření je dítě schopno přibližně od pěti let věku. Pokud má dítě výpadek v centru zrakového pole, bude mít problémy při pohledu přímo před sebe a bude se dívat stranou, aby vidělo zřetelněji,“
- obtíže se zpracováním zrakových informací – jsou spojené s poškozením zrakových center v mozkové kůře. U jedinců se projevují problémy s interpretací zrakové informace a jejím spojením s ostatními smyslovými vjemy při vytváření zrakového obrazu,
- poruchy barvocitu – narušené barevné vnímání způsobuje poruchu částečnou, kdy jedinec nevidí jednu barvu nebo může vzniknout porucha čípků tak, že postižený má jen pigment pro základní barvu. (Květoňová – Švecová, 2000)

## 1.3 Klasifikace zrakových vad

Termínem zraková vada označujeme ztrátu nebo poškození anatomické stavby zrakového analyzátoru a poruchy v jeho funkcích. (Jesenský, 2002)



Zrakové vady lze dělit z různých pohledů i kritérií. Jedním z nich je dělení z etiologického hlediska, které je dle mého názoru velice rozmanité a zahrnuje příčiny již v pre, peri a postnatálním období, kde důležitou roli hraje převážně dědičnost. Další rozsáhlou oblast zrakových vad tvoří vady získané během života, do kterých lze zahrnout nejen nemoci, ale především úrazy oka.

Obor speciální pedagogika užívá nejčastěji dělení zrakových vad podle stupně, které vychází především z lékařské klasifikace. Patří sem:

- poruchy binokulárního vidění,
- slabozrakost,
- zbytky zraku,
- nevidomost.

V případě poruch binokulárního vidění se na sítnicích obou očí nevytváří dva rovnocenné obrazy na stejných místech, které by po splnutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění. Poruchy binokulárního vidění vznikají velmi často v raném dětství nebo jsou vrozené. (Renotierová, Ludíková a kol., 2004) Mezi poruchy binokulárního vidění patří amblyopie a strabismus.

Slabozrakost z hlediska oftalmologického definuje Dotřelová in Kraus (1997, s. 317): „Slabozrakost je ireverzibilní pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6 / 18 až 3 / 60 včetně. Z praktického hlediska dělíme slabozrakost na lehkou – do 6 / 60 včetně a těžkou – pod 6 / 60 do 3 / 60 včetně.“

Zbytky zraku je kategorie osob nacházející se na hranici mezi jedinci těžce slabozrakými a nevidomými. U postižených se zbytky zraku se téměř vždy jedná o těžké orgánové postižená zrakového analyzátoru, které je zapříčiněno buď vadami vrozenými nebo získanými. (Poledníková, 1995)

U osob se zbytky zraku může docházet ke zlepšování, ale i zhoršování stavu v závislosti na zrakovém postižení.

„Nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.“ (Dotřelová in Kraus, 1997, s. 317)

Nevidomost může být vrozená, kdy mezi časté příčiny patří infekční choroby matky v době těhotenství, porušení plodu v prenatalní době či dědičnost. Stejně tak může být získaná během života.

Z hlediska perspektivy spojené s profesionální přípravou a další výchovou u zrakově postiženého je významným faktorem přetrvávání vady a její časový rozměr. Zrakové vady se proto rozlišují jako:

- akutní vady – krátkodobé,
- chronické vady – dlouhodobé,
- opakované vady,
- funkční vady.

Podle toho, jak vada zasahuje zrakový orgán, jeho anatomickou strukturu nebo jednotlivé části, rozlišujeme:

- funkční vady,
- orgánové vady.

Mezi jedinci se zrakovým postižením se můžeme setkat i s jedinci, u kterých je možné prostřednictvím speciálně pedagogických a oftalmologických postupů dosáhnout zlepšení zrakové ostrosti. Jedná se o vady:

- reparabilní,
- ireparabilní.

U jedinců se zrakovým postižením se mohou objevit vady, které jsou v určitém stádiu zafixované bez dalšího zhoršování a vady, které se naopak postupně zhoršují. Dělíme je na:

- ustálené vady (stacionární),
- neustálené vady (progresivní). (Wolanská, 2009)

V první kapitole jsme vymezili základní terminologii, rozdělili typy zrakových vad a stručně je charakterizovali.

Nyní se můžeme zaměřit na skutečnost, že zraková vada či nemoc nás může postihnout kdykoliv během života, a proto je velice důležité, aby bylo zrakové postižení včas odhaleno a mohly se hledat možnosti, jakým způsobem osobám se zrakovým postižením dále pomoci.

## 2 Nejčastější diagnózy očních vad

Zrak je považován za nejcennější smysl člověka, který zprostředkovává množství informací a vjemů o světě kolem nás. Jeho vážné poškození může znamenat řadu problémů, s kterými se musí jedinec vyrovnat, i když se zpočátku mohou zdát neřešitelné. Spousta jedinců se zrakovým postižením však intaktní společnosti dokazuje, že i s poškozením zraku se dá žít plnohodnotným a spokojeným životem.

### 2.1 Refrakční vady

Jedná se o vady, při nichž dochází k chybné lomivosti dopadajících paprsků, které se v důsledku toho nezobrazí na sítnici a nevytvoří ostrý obraz. Jsou provázeny nepřesným nebo zamlženým viděním. Mezi refrakční vady patří:

- Krátkozrakost (myopie) - optická mohutnost čočky a rohovky je větší než by odpovídalo délce oka. Paprsky světla se setkávají před sítnicí a obraz na ní je neostrý.
- Dalekozrakost (hypermetropie) – světelné paprsky, které dopadají do oka se setkávají za sítnicí a obraz na ní je neostrý. Optická mohutnost rohovky i čočky je nižší než by odpovídalo délce oka.
- Astigmatismus – nepravidelné zakřivení rohovky způsobující, že část viditelného obrazu je rozmazaná. Vytváří se dvě různá ohniska, která mohou být před nebo za sítnicí. ([www.videni.cz/refrakcni-vady/ocni-vady](http://www.videni.cz/refrakcni-vady/ocni-vady))

### 2.2 Patologie čočky - lens

Jedná se především o kataraktu - vrozené onemocnění nazývané též jako šedý zákal. Jedinec trpící touto nemocí nemá bolesti a nedochází u něj ani k zčervenání oka. Typický je pokles zrakové ostrosti, který je zpočátku pomalý a trvá měsíce i roky. Vzniká během embryonálního vývoje následkem infekcí, při intoxikaci, během infekčních onemocnění matky v průběhu těhotenství nebo může být dědičné. (Hycl – Valešová, 2003)

Kuchynka in Kraus (2007) rozeznává:

- Zadní subkapsulární katarakta – bývá následkem traumatu, radiačního působení, ale může být spojován také se senilními změnami. Vizus se zhoršuje v situacích, které vyvolávají zúžení pupily. Jedinci si stěžují především na pokles vizu při čtení.
- Kortikální katarakta – velmi často vyvolává pocit rozostřeného oslňujícího obrazu při pohledu na světelné zdroje. Jedná se o typ katarakty, který bývá oboustranný, ale v různém stupni vývoje na obou očích.

- Maturní katarakta – charakteristická bílým, matně lesklým vzhledem. Je pokročilým stupněm zkalení čočky odpovídající tuhé sklerotizaci čočkových vrstev.
- Nukleární katarakta – způsobuje potíže při pohledu do dálky, kdy biochemické změny zvyšují index lomu a vedou k myopizaci oka. K větším poruchám barevného vidění dochází postupnou progresí.
- Intumescentní katarakta – při tomto typu se vytváří obraz perleťově lesklého bělavého zákalu.

## 2.3 Glaukom

Jedná se o skupinu chorobných stavů, při kterých dochází k poškození nervových vláken zrakového nervu. Poškození nervových vláken se projevuje jako změna zorného pole, pokles zrakové ostrosti či exkavace zrakového nervu.

Při tomto onemocnění je zvýšen nitrooční tlak. Stav oka ve většině případů vyžaduje chirurgický zákrok. (Hycl – Valešová, 2003)

Laické pojmenování pro glaukom je zelený zákal, který se vžil v minulosti, kdy lidé s pokročilým neléčeným glaukomem mívali bledou duhovku a šedavě zamlženou rohovku, což dohromady způsobilo zelený nádech oka. (Hycl, 2000)

### 2.3.1 Klasifikace glaukomu

Glaukom s otevřeným úhlem – jedná se o formu glaukomu, při kterém je zvýšen nitrooční tlak důsledkem poruchy v trabekulárním systému.

Primární glaukom s otevřeným úhlem, prostý glaukom – jde o nejčastější formu glaukomu, kdy se postupně zvyšuje nitrooční tlak.

Sekundární glaukom s otevřeným úhlem: „Komorový úhel je rovněž otevřený, ale patologický materiál z jiného očního onemocnění či změny omezuje odtok nitrooční tekutiny.“ (Kraus, 1997, s. 162)

Glaukom s uzavřeným úhlem – odtokové cesty jsou uzavřeny a nitrooční tekutina se do trabekulární tkáně nedostává. Glaukom s uzavřeným úhlem může být primární, angulární glaukom, u kterého se objevuje funkční pupilární blok vyvolávající uzávěr komorového úhlu a sekundární, který vzniká uzávěrem komorového úhlu patologickým materiálem pocházejícím z jiného onemocnění.

Dále rozeznáváme vrozený glaukom a smíšené formy glaukomu. Při vrozeném glaukomu anomálie předního segmentu zvyšují nitrooční tlak prostřednictvím odtoku nitrooční tekutiny. Smíšené formy vznikají většinou kombinací uzávěru úhlu. (Kraus, 1997)

## 2.4 Nemoci a poškození sítnice

„Sítnice (retina) je průhledná blanka o síle 0,1 – 0,25 mm, která tvoří vnitřní vrstvu stěny oka. Její zadní část – pars optica – obsahuje světločivé buňky – tyčinky a čípky, přední část sítnice – pars caeca retina – pokrývá vnitřní stranu řasnatého tělesa a zadní plochu duhovky.“ (Karel in Kraus, 1997, s. 137)

### 2.4.1 Pigmentová degenerace sítnice

Je nejznámějším a velice rozšířeným představitelem sítnicových heredodegenerací a postihuje smyslový a pigmentový epitel sítnice. Příznaky jsou změny zorného pole, nález na pozadí a hemeralopie.

Onemocnění se většinou projevuje od dětství šeroslepostí, kdy nemocný vidí v šeru i za soumraku velice špatně a má sníženou adaptační schopnost. V pozdějším stádiu bývá častou komplikací katarakta a onemocnění končí převážně slepotou. (Kraus a kol. , 1997)

Hycl (1999, s. 69 – 70) popisuje pigmentovou degeneraci sítnice: „dědičná degenerace smyslového a pigmentového epitelu sítnice. Projevuje se šeroslepostí a zužováním zorného pole. Na sítnici dochází k přesunu pigmentu do ložisek tvaru kostních buněk. Léčba neexistuje. Častou komplikací bývá katarakta.“

### 2.4.2 Diabetická retinopatie

Jedna z komplikací diabetu neboť bývá příčinou slepoty u 2-5% diabetiků. Rozlišují se 2 základní formy:

- prostá (benigní) – postihuje starší osoby nemocné diabetem II typu. Riziko oslepnutí je nízké. Bývá příčinou trvalého poklesu zrakové ostrosti,
- preproliferativní a proliferativní (maligní) – obě tyto formy komplikují především dětský a juvenilní diabetes. U preproliferativní fázi často dochází k edému sítnice. Projevuje se valovitými ložisky hemoragiemi a flebopatií. Druhá forma má nepříznivou prognózu, protože asi u 50% nemocných způsobuje slepotu do 5 let. (Kraus a kol., 1997)

### 2.4.3 Odchlípení retiny

Stav, při kterém se sítnice odděluje od vyživující tkáně cévnatky. Důsledkem bývá atrofie způsobená nedostatkem živin, při které dochází ke ztrátě vidění. Existuje mnoho forem odchlípení retiny od částečné až po úplné odchlípení s totální slepotou. (Květoňová – Švecová, 2000)

Formy odchlípení retiny dle Hycl (1999):

- regmatogenní odchlípení sítnice – vzniká na základě díry nebo trhliny v sítnici. Projevuje se poklesem zrakové ostrosti, periferním výpadem zorného pole nebo prodromy v podobě fotopsií a padajících sazí,
- trakční odchlípení sítnice – vzniká tahem jizevnatých pruhů, které mohou být následkem krvácení, proliferativní diabetické retinopatie nebo úrazu,
- u nádorů a uveitid dochází hromaděním exsudátu v subretinálním prostoru k exsudativnímu odchlípení sítnice.

#### 2.4.4 Degenerace makuly

Onemocnění, které je způsobené degenerací části sítnice a bývá nejčastější příčinou slepoty u lidí nad 50 let. Při makulární degeneraci dochází k poruše oblasti ve středu sítnice (žlutá skvrna), která umožňuje schopnost barevného vidění a ovládá centrální zorné pole.

Znemožňuje čtení v důsledku postižení centrálního vidění. „S rostoucím počtem aktivních seniorů se stává velkým celospolečenským zdravotním problémem. Zraková ostrost postupně klesá, pacienti si stěžují na metamorfopsie a mlhový flek v centru zorného pole.“ (Hycl, 1999, s.70)

Rozeznáváme dvě formy této poruchy – suchá makulární degenerace a hemoragická (vlhká) makulární degenerace. Při první formě se ztenčuje makula a hromadí se pod ní kousky rozpadlé tkáně. U druhé formy degenerace se vytváří cévy pod sítnicí, cévy se rozpínají a sítnici trhají. Příčinou onemocnění je především poškození buněk volnými radikály. ([www.belina.cz/onemocneni/makularni-degenerace-poruch-zlute-skvrny/](http://www.belina.cz/onemocneni/makularni-degenerace-poruch-zlute-skvrny/))

#### 2.4.5 Retinoblastom

Primární zhoubný nádor sítnic vycházející z embryonálních nediferencovaných i diferencovaných retinoblastů. Může se vyvíjet během prvních let života nebo bývá vrozený. Hlavními příznaky jsou strabismus, nitrooční zánět, glaukom. (Kraus kol., 1997)

Hycl (1999) označuje retinoblastom jako nádor dětského věku, kdy je asi u jedné třetiny osob postižení oboustranné. Mezi hlavní příznaky patří bílá zornice (leukorie), nitrooční zánět, strabismus a glaukom. Léčbou je enukleace, kdy u oboustranných retinoblastomů se enukleuje oko s pokročilejším nálezem a druhé se léčí konzervativně. Neléčený retinoblastom je v 99 procentech fatální.

## 2.5 Degenerativní onemocnění rohovky

Onemocnění související se stárnutím organismu, kdy se na jeho vzniku podílí i vlivy zevního prostředí. Degenerace se mohou objevovat samostatně nebo v souvislosti s celkovou chorobou, záněty či traumaty oka. Degenerace bývají převážně oboustranná, ale mohou se vyskytnout i jednostranné. Nebývají dědičné ani nevznikají v období embryonálního vývoje oka.

- Gerontoxon – proužkovité bělavé depozitum lipidů objevující se nejdříve nahoře a dole v periferii rohovky a postupně ji obkružuje celou. Vyskytuje se u lidí starších 50 let.
- Tuková degenerace – „Bělavá nebo žlutavá tuková depozita ve stromatu rohovky se objevují většinou po zánětech spojených s vaskularizací rohovky,“ (Kraus, 1997, s. 92)
- Sferoidální degenerace – projevuje se malými kapkovitými depozity na rohovce. Etiologie zde není jasná,
- Salzmannova nodulární degenerace – hlavním znakem bývají modrobílé uzlíky, které se objevují na povrchu ve střední periferii rohovky. (Kraus a kol., 1997)

## 2.6 Albinismus

Jedná se o vrozenou dědičnou vadu, kde je hlavním znakem nedostatek pigmentu.

- Celkový albinismus – postižení charakteristické nedostatkem melaninu nejen v očích, ale i v těle. Vízus okolo 6/60, někdy bývá snížený.
- Nekompletní albinismus – autosomálně recesivní postižení charakterizováno nedostatkem melaninu. Barevné vidění i zorné pole bývají v normě,
- Oční albinismus – při této vadě chybí pigment v oku, ale barva vlasů i kůže je normální. Zorné pole a barevné vidění je normální. (Květoňová – Švecová, 2000)

Vágnerová (1995) označuje albinismus jako vadu, která bývá patrná již od narození. Patří mezi vrozené vady metabolismu aminokyselin s následnou poruchou tvorby melaninu. Onemocnění se projevuje světloplachostí a snížením centrálního vidění. Jedná se o vadu bez předpokladu progresu, což znamená, že se zraková ostrost v průběhu života nemění.

## 2.7 Anaftalmus a mikroftalmus

Velice vážná vrozená postižení, která se objevují jednostranně nebo mohou postihnout obě oči. Důsledkem výskytu bývá převážně dědičnost, případně infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství. Při anaftalmu buď bulbus zcela chybí nebo se vytváří jen některé části. Velikost bulbu při mikroftalmu je různá, kolísá od úplně malého útvaru až po téměř normální velikost oka. (Květoňová – Švecová, 2000)

## 2.8 Úrazy oka

Úrazy oka nelze opomenout a jistě bychom se o nich měli alespoň ve zkratce zmínit. Nebezpečí úrazu hrozí během celého našeho života. Zřejmě nejkritičtější období pro úrazy je dětství. Zde je nebezpečná především manipulace s hračkami či ostrými předměty při hře.

V dospělosti se jedná o úrazy při autonehodách, práci či při nesprávné manipulaci s chemikáliemi.

Úrazy oka často vedou k závažným, někdy i celoživotním komplikacím. Jedná se o poúrazové stavy jako je například posttraumatická katarakta. Mnohdy ani není úraz tak závažný, jako komplikace, které mohou nastat při fázi hojení. Vzhledem k sympatickému propojení očí v oblasti chiasmatu může dojít k přenosu nemoci do oka nepostiženého. Na základě této hrozby je doporučováno vynětí (enukleace) postiženého oka. Z estetického hlediska nevzniká žádný problém, ale nastává komplikace z hlediska funkce, protože člověk přichází o prostorové vidění. (Ludíková, 1989)

Poškození zraku úrazem či nemocí během života s sebou přináší spoustu problémů, které se mohou zdát od počátku bezvýchodné a neřešitelné. Zrakové vady mají vliv na celkový rozvoj osobnosti člověka a především na jeho psychiku.



### 3 Osoba se zrakovým postižením

Vzhledem k situaci, kdy v našem systému neexistuje přesná evidence počtu osob zrakově postižených (pouze odhad), ani jednotná mezioborová definice osob se zrakovým postižením, je pro potřeby třídění osob se zrakovým poškozením v této práci nejbližší charakteristikou definice:

„Pro potřeby speciální pedagogiky je za jedince se zrakovým postižením chápána osoba, která trpí oční vadou či poruchou, kdy po optimální korekci má stále zrakové vnímání narušeno natolik, že jí činí problémy v běžném životě.“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 37)

Jako každé poškození jedince se i zrakové poškození promítá do každodenního života jedince a omezení, které z něj vyplývá, má výrazný dopad na jeho vývoj po stránce psychické, sociální, motorické a dalších. Jeho vliv je zvláště výrazný s jeho nabytím ve vyšším věku, kdy vědomí si snížení schopností je především náparem na psychickou stabilitu jedince. Pro potřeby třídění osob se zrakovým poškozením je pak nutné zahrnout nejen charakteristiku poškození, ale i věk postiženého.

V odborných publikacích se uvádějí (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) členící kritéria s ohledem na :

- dobu vzniku onemocnění – vrozené nebo získané,
- stupeň postižení – osoby nevidomé, osoby se zbytky zraku, osoby slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění,
- trvání zrakové vady – krátkodobé, dlouhodobé či opakující se.

K běžné praxi je k nejčastěji užívaným kategorizacím řazeno dělení dle Světové zdravotnické organizace uváděné Kuchynkou (2000):

- normální zrak – zraková ostrost je větší než 6 / 18,
- zrakové postižení – zraková ostrost je v intervalu 6 / 18 až 6 / 60,
- vážné zrakové postižení – zraková ostrost je v intervalu 6 / 60 až 3 / 60,
- slepota – zraková ostrost je menší než 3 / 60.

dělení dle ostrosti menší než 6 / 18, hodnocené jako ztráta zraku, kdy Hycl, Valešová (2003) rozlišují:

- slabozrakost – vizus lepšího oka je pod 6 / 18 až 3 / 60,
- nevidomost – pokles zrakové ostrosti pod 3 / 60 až po světlocit,
- praktická nevidomost – pokles vizu pod 3 / 60 do 1 / 60 včetně nebo binokulární omezení zorného pole mezi 5 až 10 stupňů,

- skutečná nevidomost – vizus je pod hranicí 1 / 60 až světlocit nebo binokulární omezení zorného pole pod 5 stupňů,
- plná slepota – od světlocitu s poruchou projekce světla po jeho ztrátu.

dělení pro účely posudkového lékařství:

- slabozrakost lehkého až středního stupně při vizu 6 / 18 až 6 / 60,
- slabozrakost těžkého stupně při vizu 6 / 60 až 3 / 60,
- těžce slabý zrak při vizu 3 / 60 až 1 / 60,
- praktická nevidomost při vizu 1 / 60 až světlocit s jistou projekcí světla nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, když centrální zraková ostrost není postižena,
- úplná nevidomost obou očí při světlocitu s nepřesnou projekcí až naprostá ztráta světlocitu. (Rozsival, 2006)

### 3.1 Příčiny zrakového postižení

„Nejčastější příčiny zrakového postižení u dětí jsou řazeny podle náhledu oftalmologů:

- geneticky podmíněná onemocnění – jde nejčastěji o onemocnění s autosomálně recesivní dědičností a dystrofie sítnice,
- onemocnění intrauterinního období – mezi nejčastější teratogeny jsou řazeny radioaktivní a rentgenové záření, infekční agens, léčiva a jiné chemické látky, vliv celkového onemocnění matky (nejčastější je syndrom kongenitální rubeoly, kongenitální toxoplasmóza, letální alkoholický syndrom a kokainová embryopatie),
- perinatální faktory – mezi nejčastější onemocnění v tomto období (28.týden těhotenství až 28. den po porodu) patří v rozvinutých zemích retinopatie nedonošených, a postižení CNS a v zemích rozvojového světa ophthalmia neonatorum,
- postnatální období a dětství – v zemích s dobrou úrovní zdravotní péče jsou minimální počty dětí, u kterých se vyskytne zdravotní postižení, ale v rozvojových zemích přetrvává možnost trvalého postižení u dětí trpících deficitem vitamínu A a spalničkami,
- neznámá etiologie – v určitém počtu případů se nepodaří příčinu zrakového postižení prokázat. Hovoří se většinou o multifaktoriálních příčinách.“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007, s. 40 – 41)

Obecně lze hovořit především o příčinách:

vrozené: dědičné změny,

změny na podkladě intrauterinní infekce.

získané: náhlé – úrazy, vaskulární léze,

postupné – retinopatie, záněty, nádory, odchlípení sítnice, intoxikace, diabetes, senilní katarakta, senilní degenerace sítnic.

Do tohoto členění bývají řazeny (Finková, Růžičková, Stejskalová, 2010) vrozené vady: dědičnost (šeroslepota, Usherův syndrom), nepravidelné uložení plodu v děloze matky, infekční (rubeola, toxoplasmóza) a pohlavní choroby matky (HIV pozitivní, syfilis) či její drogová závislost v období těhotenství. Mezi vrozené se dále zahrnují i předporodní příčiny vlivu prostředí (rentgenové záření, radioaktivita) a mechanické poškození plodu (stlačení pásem při autonehodě, náraz či pád na břicho).

U získaných postižení jsou nejčastějšími příčinami stárnutí orgánů, odchlípení sítnice, nádorová onemocnění, cukrovka, zánět mozkových blan, chemické či fyzikální poškození (poleptání, ozáření) a v neposlední řadě poškození po úrazu.

## 3.2 Projevy zrakového postižení

Při hodnocení projevů zrakového postižení je současné členění charakteru postižení rozděleno do čtyř základních kategorií.

### 3.2.1 Osoby s poruchami binokulárního vidění

Poledníková (1995, s. 20) definuje: „Binokulární vidění je koordinovaná činnost obou očí, která spolu s fuzní činností korového centra vede k vytvoření jednoduchého prostorového vjemu.“

Binokulární vidění se vyvíjí postupně od narození při dozrávání sítnice a žluté skvrny podle některých autorů do dvou let, dle jiných až do konce předškolního věku.

Stupně binokulárního vidění (Poledníková, 1995):

- současné vidění – simultánní percepce - superpozice je schopnost vnímat současně oběma očima nestejně obrazy. (V praxi např. před pravé oko postaven obraz kytice, před levé oko obraz okna, vyšetřovaný tak vnímá obrazy obou očí spojené jako kytka v okně. Toto vyšetření lze provádět na speciálních přístrojích pro diagnostiku a výcvik binokulárních funkcí, jakými je troposkop, stereoskop, synoptofor apod.),

- fúze – je schopnost spojit stejné obrazy pravého a levého oka v jeden vjem. (Vyšetřovanému se předloží před každé oko stejný obraz s rozličnými detaily pro levé a pravé oko. Při spojení se utvoří jeden vjem.),
- stereopse – hloubkové (prostorové) vidění – je schopnost vytvořit hloubkový vjem spojením lehce horizontálně disparátních obrazů, jehož výsledkem je trojrozměrné vnímání.

Do poruch binokulárního vidění řadíme především strabismus a amblyopii.

Strabismus (šilhání) definuje Ludíková (1989, s. 22): „Strabismus je porucha rovnovážného postavení očí. Osy očí nejsou rovnoběžné, obrázky v pravém a levém oku nevznikají na stejném místě na sítnici a nemohou tedy splynout, ale vznikne takto dvojitý obrázek (diplopie). Toto dvojité vidění působí rušivě a proto je jeden z obrázků opět potlačen. Oko se takto postupně může stát tupozrakým.“

Rozlišujeme strabismus paralytický, manifestní, konkomitující, latentní, alternující, divergentní. Příčiny strabismu jsou různé, např. porucha v oblasti zrakových nervů, obrna okohybných svalů, nestejná optická lomivost očí. Léčba je možná u malých dětí s cílem jejího ukončení před nástupem do školy. Je tedy potřeba ji zahájit ihned po zjištění, většinou se kombinují postupy chirurgické spolu s konzervativní terapií.

Rozsival (2006, s. 134-135) strabismus rozděluje následovně: „Podle etiologie strabismu můžeme většinu typů strabismu rozdělit do dvou velkých skupin:

- konkomitující (souhybný) strabismus – úhel šilhání je stejný ve všech pohledových směrech očí. Motilita očí není přerušena. Příčinou je porucha koordinace motility očí centrálním nervovým systémem,
- inkomitantní (paralytický) strabismus – úhel šilhání se mění v různých pohledových směrech očí. Motilita očí je porušena. Příčinou je většinou obrna jednoho nebo několika okohybných svalů.

Podle směru strabismu:

- esotropie (strabismus convergens) – šilhající oko je uchýleno směrem dovnitř,
- exotropie (strabismus divergens) - šilhající oko je uchýleno směrem zevním,
- hypertrofie a hypotropie (strabismus sursumverges nebo desumverges) – šilhající oko je uchýleno směrem vzhůru nebo dolů.

Podle preference fixace:

- monokulární (strabismus monocularis) – šilhání je vždy u jednoho oka,
- alternantní (strabismus alternans) – oči se v šilhání střídají.

Podle stability úhlu strabismu:

- konstantní (manifestní, tropie) – šilhání zjevné a trvalé,
- intermitentní - šilhání je zjevné buď jen do dálky, nebo jen do blízka,
- latentní (forie) - šilhání je zjevné pouze při disociaci očí (zrušení fúze).“

Amblyopii (tupozrakost) Ludíková (1989, s. 21) definuje: „Amblyopie je funkční vada zraku, při které se jedná o snížení zrakové ostrosti obvykle jednoho oka, způsobené útlumem zrakového vnímání. Při amblyopii se obvykle nevyskytuje orgánová příčina, jestliže však orgánová vada je, neodpovídá stupeň snížení zrakového vnímání stupni vady.“

Dle Krause (1997, s. 273): „Amblyopii – tupozrakostí - podle jedné z nejnovějších definic rozumíme abnormální vývoj vidění, které je klinicky definováno jako snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek oční nemoci.“

Zraková ostrost může být snížena různě, bez prokázané anomálie, v nejtěžších případech až na hranici praktické slepoty. Z fyziologického a psychologického hlediska jde o nedostatečné rozvinutí binokulárního vidění, které je způsobeno rozdílem ve zrakové ostrosti pravého a levého oka. Tupozraký jedinec na základě různé ostrosti potlačuje obrázek hůře vidícího oka a preferuje obrázek s lepší zrakovou ostroší. Tupozrakost vzniká obvykle již v útlém věku.

U jedinců postižených šilháním a tupozrakostí se pomaleji utvářejí představy, motorické reakce, narušeno je vnímání prostoru a prostorových vztahů, osoby se zrakovým postižením nevnímají třetí rozměr (hloubku). Děti mají potíže při výuce. Čtení způsobuje rychle únavu, slzení, problémy jsou i při psaní. Je narušena také analyticko-systematická činnost, diferenciací. Tyto nedostatky ovlivňují výsledky dítěte ve výuce, jeho postavení ve třídě a prohlubují efektivitu. (Ludíková, 1989)

Pokud se začne s úpravou těchto funkčních zrakových vad včas, je možné šilhání i tupozrakost ve většině případů odstranit nebo alespoň zmírnit. Počáteční fáze spočívá v překrytí lepšího oka (náplastí, brýlovým okluzorem) a to celodenně, v následující fázi se doba překrytí krátí úměrně dosaženým výsledkům. Nejúspěšnější je opět léčba do nástupu školní docházky, pozdější obnova zrakových funkcí je pomalejší s menším efektem až nulová.

### 3.2.2 Osoby slabozraké

Poledníková (1995, s. 33) definuje slabozrakost: „Jedná se o postižení organické, při kterém je sníženo vidění oběma očima i po optimální nápravě optickou korekcí, zúžení zorného pole u některých onemocnění včetně výskytu skotomů až hemianopsií, které se objevují zvláště u onemocnění zrakové dráhy.“

Podle autorky se za slabozraké považují osoby, u kterých je binokulární vizus s optimální korekcí 6/18 až 6/60. Rozlišuje 3 stupně slabozrakosti :

- slabozrakost lehká (myopia levis),
- slabozrakost střední (myopia medica),
- slabozrakost těžká (myopia grevis).

Dále rozlišuje slabozrakost na :

- stacionární – stálá, neměnná,
- progredující - v průběhu života se zhoršuje.

Slabozrací mívají problémy v běžném životě, velmi často se objevují problémy se zúžením zorného pole až po tubicové vidění, objevují se problémy v prostorové orientaci, mají snížené vidění do blízka i do dálky, špatně rozlišují barvy, objevují se potíže při čtení běžného černotisku. Z výše uvedených potíží pak u slabozrakých často dochází k vytváření zkreslených představ o okolním prostředí, jejichž důsledkem jsou problémy se soustředěním, sníženým pracovním výkonem či menší pozorností. Dopadem je pak obtížné uplatnění slabozrakých osob v běžném, natož pracovním životě.

Ke korekci zraku používají slabozrací různé optické prostředky od běžných dioptrických brýlí, dalekohledových brýlí a turmonů až po různé druhy lup (Poledníková, 1995). Okolní prostředí musí být dostatečně osvětleno, soustředěnost zraku by měla být střídána činnostmi do blízka a do dálky.



*Obr. 1 Televizní lupa stacionární*



*Obr. 2 Televizní lupa přenosná*



*Obr. 3 Manuální lupy*

### 3.2.3 Osoby se zbytky zraku

U osob se zbytky zraku se vždy jedná o těžké orgánové postižení zrakového analyzátoru, které je zapříčiněno vadami buď vrozenými nebo získanými (Poledníková, 1995). Postižení osob se nachází na hranici mezi těžce slabozrakými a nevidomými. U osob se zbytky zraku může docházet ke zlepšování, ale i zhoršování stavu v závislosti na zrakovém postižení. Oblast zbytku zraku je oftalmologicky definována v mezích zrakové ostrosti 3 / 60 až 0,5 / 60.

Důsledkem tohoto postižení jsou omezené, snížené či deformované zrakové schopnosti, což vede k narušení představ a zapříčiňuje i snížení grafických schopností a omezuje pracovní možnosti. Pro práci s nimi se používají metody, využívané u nevidomých, spolu s postupy, používanými u osob se zbytky zraku. Při rozvíjení schopností se tak vedle Braillova písma používá i patřičně zvětšený černotisk, vše při maximálním dodržení zrakové hygieny.

Při práci s osobami se zbytky zraku má jít vždy o plné využívání a rozvíjení zrakových schopností. Přiměřené zatížení zraku jedinci neublíží, ale naopak mu prospěje, protože cvičením při plném dodržování zásad zrakové hygieny se zrakové schopnosti rozvíjejí (Poledníková, 1995).

### 3.2.4 Osoby nevidomé

Praktickým projevem nevidomosti je pokles zrakové ostrosti k hranici světlocitu. Jedná se o jedince ze všech věkových kategorií, jejichž zrakové schopnosti jsou na stupni slepoty.

Ještě v nedávné době existovalo 65 národních definic slepoty. Pipeková (1998, s.165) ji definuje takto: „AMAURÓZA (slepota) je neschopnost jedince vnímat zrakem, i když je zachováno určité zrakové čítí (světlocit).“

Nevidomost může postihnout jedno nebo obě oči. U nevidomých se mohou vytvářet nevhodné zlozvyky, jakými jsou různé grimasy, tiky apod., neboť vlivem nevidomosti buď nemohou kontrolovat svou mimiku zrakem, nebo se jedná o určitou formu autostimulace. (Výjimkou jsou osoby s později získanou nevidomostí, které si ve větší či menší míře mimické pohyby uvědomují). Bývají málo pohybliví, často se bojí nárazu do svého okolí. U nevidomých je narušena tvorba představ o okolním světě, je omezeno jejich pracovní uplatnění. Orientační schopnost nevidomých je závislá na souhře zbylých smyslů – sluchu, hmatu, chuti, čichu, a kožních pocitů. Při rozvoji myšlení mohou postrádat nedostatek konkrétních názorů. S řečí se nevidomí s vrozenou vadou seznamují nejdříve sluchovou cestou, mají občas sklon k verbalismu (Poledníková,1995).

Z hlediska oftalmologického rozlišujeme skupiny osob s těžkým zrakovým postižením, které patří do kategorie nevidomých jedinců:

- absolutně nevidomí - totální ztráta vidění - pokles zrakové ostrosti pod 1 / 60 a pokles binokulárního zorného pole pod 5 stupňů,
- prakticky nevidomí - pokles zrakové ostrosti na lepším oku mezi 3 / 60 do 1 / 60 včetně a pokles binokulárního zorného pole v rozmezí od 10 stupňů po 5 stupňů;
  - a) mají světlocit i správnou projekci světla,
  - b) mají světlocit, ale už ne správnou projekci světla.

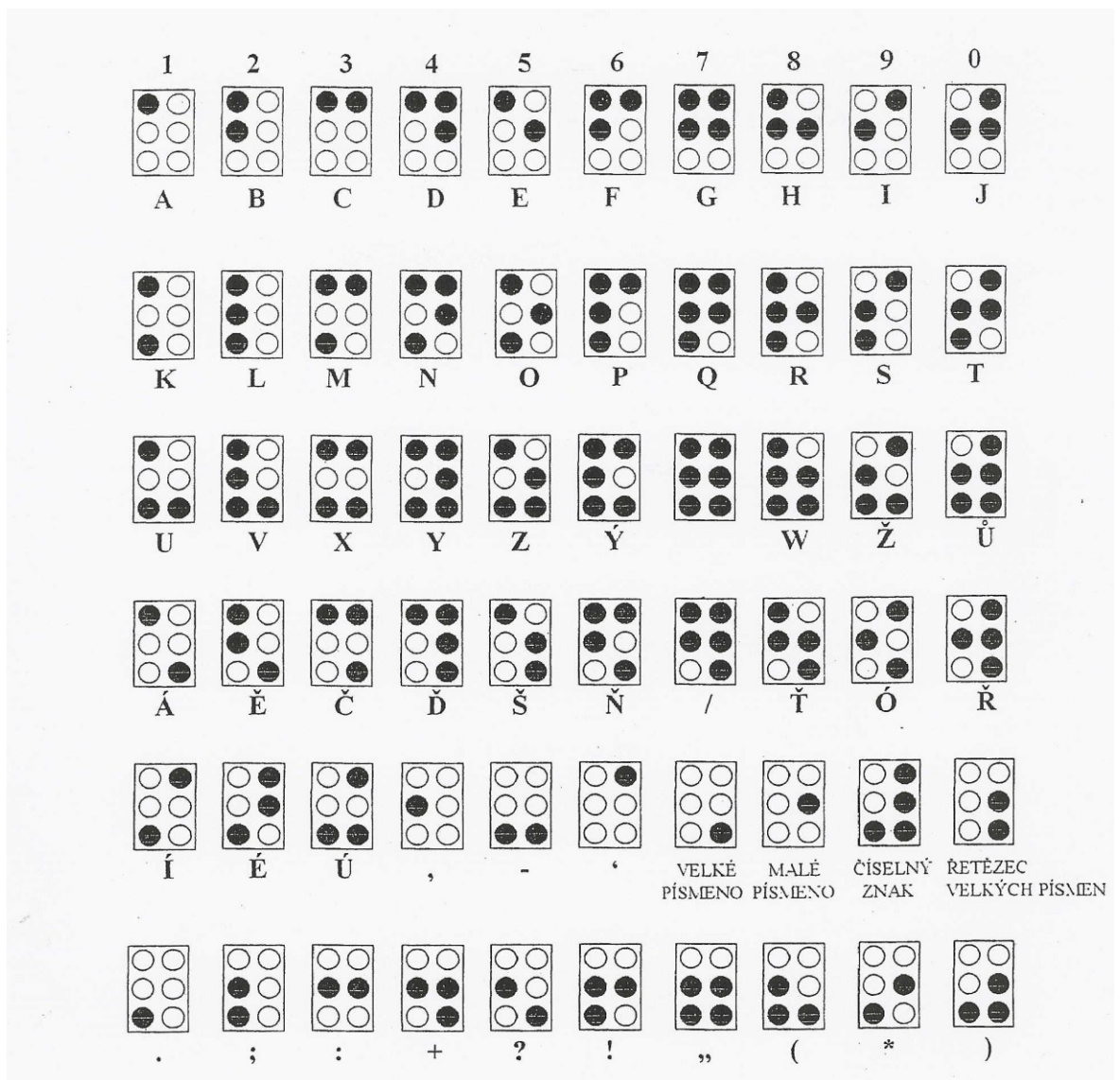
Dále nevidomost rozlišujeme podle doby, kdy vznikla :

- nevidomost od narození,
- nevidomost vzniklá v době do 7 let (v období před zpevněním zrakových představ),
- nevidomost od 7 let (v období po zpevnění zrakových představ),
- později osleplí – ztráta zraku po ukončení vzdělání a přípravy na zaměstnání vlivem, úrazu, progresu zrakové vady, těžké onemocnění apod.

Postižení má velmi výrazný dopad na rozvoj jednotlivce přes existující rozdíly mezi osobami s vadou vrozenou a získanou. Pro psaní i čtení jsou nuceni používat Braillovo písmo, speciálně

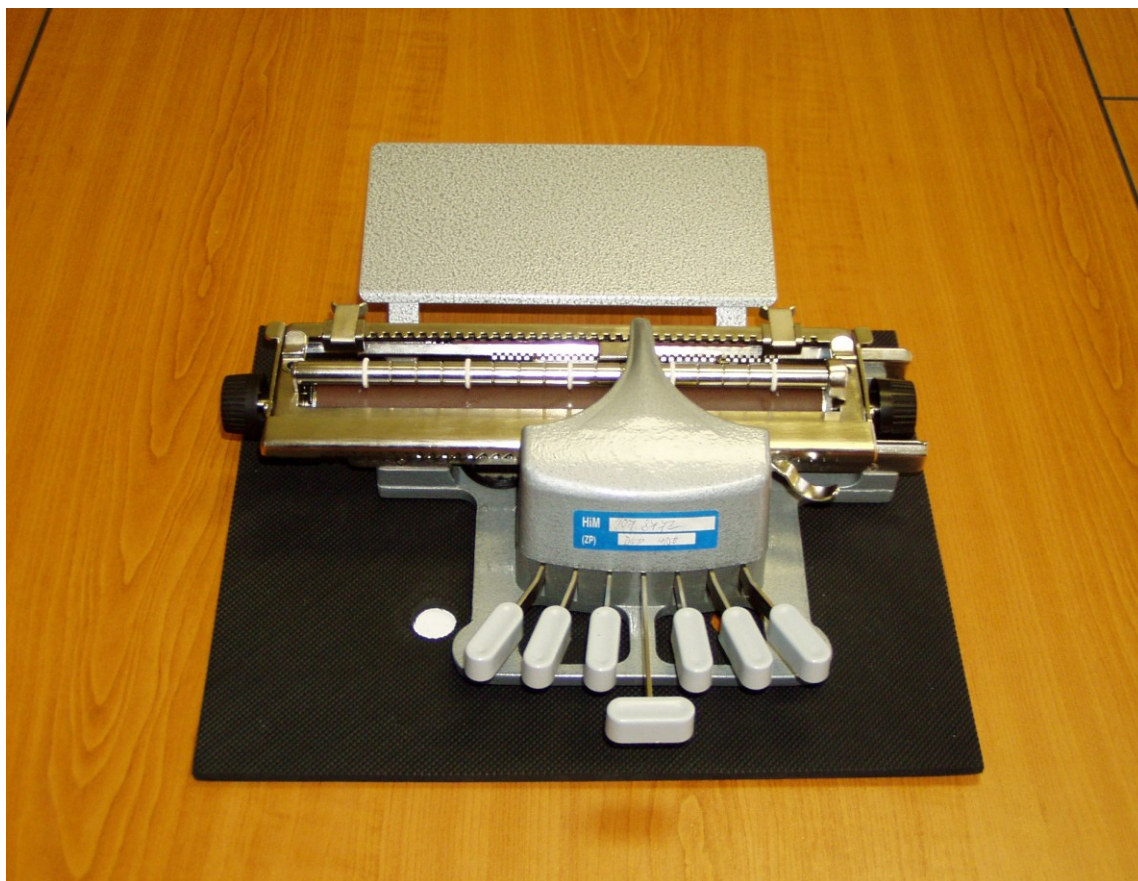


vytvořené pro jejich potřeby. Braillova písmena jsou tvořena šesti body ve dvou vertikálních sloupcích po třech bodech. Soustava je skutečnou abecedou v plném rozsahu. Má znaky pro interpunkce, velká písmena a je plně ortografická a tedy schopna použití v každém světovém jazyce. (Braille také vytvořil základní znaky pro matematiku i hudební notaci.)



Obr.4 Současná podoba bodového písma pro nevidomé (Braillovo písmo)

Pro psaní Braillovým písmem se dnes používá Pichtův psací stroj z roku 1899, který po mnoha modernizacích tvoří tisk okamžitě použitelný pro čtení a současně kromě běžných použití pro psaní i matematické text je na něm možno psát i bodovou hudební notaci (Smýkal, 1986).



*Obr. 5 Pichtův stroj*

Pro potřeby osob nevidomých existuje další škála pomůcek a to pro prostou orientaci (hole, akustická zařízení na přechodech či akusticky značené trasy apod.), případně pro pohyb v exteriéru, kdy je k doprovodu a orientaci nevidomých využíváno speciálně vycvičených psů.

### **3.3 Důsledky zrakového postižení**

Osobnost jedince se vytváří v průběhu celého života a to především vnějšími vlivy. Kromě geneticky získaných dispozic a informací je rozvoj osobnosti od raného věku výrazně podmíněn získáváním nových informací a jejich zpracováním pro potřeby dalšího poznání a současně jejich ukotvení v chování a jednání.

Osoba s jakýmkoliv postižením je oproti jedincům, kteří nejsou omezeni žádnou smyslovou či tělesnou vadou, ve značné nevýhodě. Zvláště viditelný je pak tento handicap u osob se zrakovým postižením, neboť zrakové vjemy přinášejí od příchodu jedince na svět nejen vizuální poznání okolí i sebe sama, ale také umožňují prostorové rozlišení, orientaci a zařazení do kontextu okolí. Tato smyslová vada velmi výrazně vede k omezení vlastních aktivit osoby se zrakovým postižením, ale především také k omezení v zařazení do aktivního života společnosti.

Úplná či částečná ztráta zrakových schopností znemožňuje výrazně vnímání a to především v:

- poznání barevného spektra,
- tvaru a velikosti živých i neživých objektů,
- poznání statických i dynamických procesů – pohyb, klid,
- poznání prostorových dispozic a s tím souvisejícími parametry směru a vzdálenosti.

Důsledky zrakového postižení pak Finková, Ludíková, Růžičková (2007, s. 61-62) definují takto: „Důsledky postižení zraku na vývoj a projevy psychiky osob slabozrakých a nevidomých mají kvalitativní i kvantitativní charakter.

Kvantitativní změny se vyskytují převážně ve sféře smyslového poznání, značně nebo úplně odpadají zrakové počitky a vjemy, a tomu odpovídá omezené množství představ, omezené formování obrazů ve fantazii atd.

Kvalitativní zvláštnosti osob se zrakovým postižením se projevují téměř ve všech oblastech psychické činnosti, změny v systému vzájemného působení analyzátorů, typu vnímání, vzniku specifických zvláštností v procesu formování obrazů a pojmů, narušení vzájemného vztahu smyslového a pojmového v myšlenkové činnosti, změny v emocionální sféře a vlastnostech osobností.“

Důsledky zrakového postižení, které se projevují v běžném životě je možné zmírnit či úplně zvládnout. Důležité je především vlastní přesvědčení jedince, ale také pomoc ze strany okolí, především rodiny, která je na překonávání překážek většinou nejlepším pomocníkem.

## 4 Rodina

Pro každého jedince tvoří rodina základ pro budování vlastních názorů, postojů i vztahů. Rodina přináší pocit bezpečí, lásky, sounáležitosti a stává se po celý život naším místem pohody.

Rodina představuje první přirozené prostředí, do kterého jedinec přichází, kde získává základy pro své budoucí chování, jednání i postoje.

Rodina je považována za základní stavební kámen společnosti, ale také za základní výchovné prostředí, které se výrazně podílí na formování osobnosti dítěte. (Janiš, 2008)

V literatuře se můžeme setkat s celou řadou definic pojmu rodina. Pro srovnání jich několik předkládáme.

Podle sociologické definice je rodina skupinou osob navzájem spojených pokrevními svazky, manželstvím nebo adopcí, jejíž členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Existuje několik variant uspořádání rodiny. Základní (jádrovou) rodinu tvoří žena, muž a jejich děti. Rozšířená rodina zahrnuje také prarodiče, tety, strýce a bratrance. Můžeme se setkat i s dalšími pojmy jako je například neúplná rodina (pouze jeden rodič) nebo polygamní rodina (obvykle patriarchální). (<http://cs.wikipedia.org/wiki/rodina>)

Jedna z nejjednodušších definic popisuje rodinu jako malou skupinu osob, které jsou navzájem spojeny manželstvím, příbuzenskými nebo jinými obdobnými vztahy a zvláště společným způsobem života. (Lovasová, 2006)

Dle Hartla, Hartlové (2004, s. 512) je rodina: „společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.“

Autoři shodně popisují rodinu jako skupinu spojenou manželstvím či pokrevními svazky.

Poněkud odlišné vymezení pojmu rodina nabízí Kirkpatrick (1955, s. 13-14), který definuje rodinu jako: „Instituci, která se řídí v dané kultuře vlastními normami regulujícími sexuální chování, reprodukci druhu, výchovu dětí a vzájemné vztahy různých skupin, rozlišovaných podle věku, pohlaví a příbuzenských vztahů.“

Zjednodušeně lze říci, že rodina je skupina lidí, kteří jsou nám nejbližší, máme k nim největší důvěru a můžeme se na ně kdykoliv spolehnout. Fungující rodina se vyznačuje upřímností a vzájemnou pomocí.

### 4.1 Význam rodiny

Největší význam má rodina pro dítě. Má silný vliv na rozvoj jeho osobnosti. Dítě si vytváří svůj vlastní obraz světa, který většinou odpovídá tomu, jak mu rodiče předkládají realitu a je samotné do této reality zahrnují.

Dítě si v rodině osvojuje základní vzorce chování, jednání, návyky i dovednosti, které jsou později rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti i interpersonálních vztazích. Rodina musí být schopna uspokojit jeho základní potřeby a zajistit dítěti optimální vývoj po všech stránkách. (Lovasová, 2006)

Prostředí, ve kterém dítě žije, zájmy či psychiku dítěte, znají nejlépe rodiče. Rodiče se výrazným způsobem podílí na formování vzorců chování, na rozvoji osobnosti dítěte, na druhé straně však mají své vlastní představy a cíle, jak na dítě působit.

K hodnocení prostředí rodiny z pohledu výchovných postupů, existuje celá řada možných kritérií. Jedním z nejběžnějších členění je:

- autoritativní prostředí – hlavním znakem je vyžadování poslušnosti dítěte. Rodič je nadřízený a dítě je stavěno do podřízené role. Nedochozí k respektování individuality dítěte, rodiče na něm vyžadují splnění všech požadovaných nařízení a příkazů. Úplně zde chybí diskuse o případných rozhodnutích a k nejčastějším výchovným prostředkům patří zákaz a příkaz,
- liberální prostředí – prostředí, které se nevyznačuje velkým řádem. Vše je postaveno na volbě dítěte, rodiče pojmají svou roli spíše jako dozor a rozhodnutí ponechávají na ostatních. Dětem je ponechána velká volnost bez přímého nařizování a zákazů,
- demokratické prostředí – považováno za ideální výchovné prostředí. Rodiče znají zájmy, charakter i schopnosti dítěte a v tomto duchu jej také vychovávají. Výchova předpokládá respektování vztahů k rodině, spolupráci či společné řešení problémů. (Janiš, 2008)

Nejspíš nelze jednoznačně určit, který výchovný styl je správný či špatný. Záleží na přesvědčení rodičů, jaký způsob výchovy upřednostní.

Podle mého názoru by se měly kombinovat vybrané prvky ze všech výše uvedených stylů.

V literatuře se uvádí i další klasifikace typů výchovy v rodinném prostředí. Pro zajímavost uvádíme dělení dle Gillernové (2005):

- autoritářský styl – působení kontrolujících, náročných a zároveň odmítajících rodičů,
- autoritativně vzájemný styl – působení kontrolujících a náročných rodičů, ale současně i podporujících zájem dítěte,
- shovívavý styl – kladení malých nároků, působení bez požadavků,
- zanedbávající styl – přístup rodičů je lhostejný.

#### 4.1.1 *Funkce rodiny*

Rodina plní celou řadu nezastupitelných funkcí. Nejčastěji se setkáváme s následujícími funkcemi, které uvádí Janiš (2008):

- biologicko – reprodukční – jedna z nejzákladnějších funkcí, jejíž úlohou je udržení života početím a narozením lidského jedince. Pouze v rodinném prostředí nabývá plného významu a vytváří základ pro naplnění funkcí ostatních,
- výchovná – funkce, která sleduje zájem o dítě a o jeho výchovu. Jedná se o komplexní rozvoj osobnosti na základě znalostí jeho psychických a fyzických zvláštností. Důležité je uspokojování základních potřeb, zvolení nejoptimálnější výchovné strategie s cílem připravit dítě co nejlépe do budoucího života,
- socializačně výchovná – zahrnuje základ pro budoucí vzorce společensky žádoucího chování, realizace naplnění role matky a otce v budoucnosti či výchovné modely. Někdy bývá tato funkce doplněna o funkci ochrannou, která sleduje ochranu dětí před negativními sociálně patologickými jevy,
- emocionální – sleduje zabezpečení pocitu bezpečí, jistoty i stability mezi jednotlivými členy rodiny,
- ekonomická – souvisí s ekonomickým zabezpečením celé rodiny. Netýká se pouze oblasti materiální, ale přechází i do oblasti sociální a duchovní. V nejširším pojetí má tedy poskytovat svým členům životní jistoty.

Ovšem ne každá rodina všechny požadované funkce naplňuje. Pokud se tato situace objeví, mluvíme o poruchách funkcí rodiny.

V případě poruchy biologicko – reprodukční funkce se může projevit bezdětnost nebo neplánované rodičovství.

Hmotný nedostatek – porucha ekonomické funkce může vést k celkovému strádání. Vzniká v případě, že se rodiče dlouhodobě nemohou nebo nechtějí zapojit do pracovního procesu.

Porucha socializačně výchovné funkce může vycházet ze tří situací, kdy se rodiče:

- nedovedou starat o dítě například z důvodu věkové nezralosti rodičů, z neschopnosti se vyrovnat s narozením dítěte s postižením, nejsou schopni se vyrovnat s rolí rodiče,
- nemohou o dítě starat. Příčiny mohou být vnitřní i vnější. Mezi vnitřní lze zařadit nemoc, výkon trestu, pracovní překážky či chronické postižení a za vnější příčiny můžeme považovat nezaměstnanost, přírodní katastrofy nebo epidemie,
- nechtějí se starat o dítě - dávají přednost jiným hodnotám než svým dětem, vzdají se dítěte ihned po narození.

## 4.2 Rodičovství

Jak již bylo uvedeno výše, rodina je přirozené prostředí, které výrazně ovlivňuje formování osobnosti.

Rodiče dětem poskytují základní identifikační vzory, určují počáteční směr dítěte, ovlivňují jeho další život i životní cíle. V prostředí rodiny se rozvíjí, vyvíjí nebo potlačují schopnosti a zájmy, vznikají zde modelové situace a na základě jejich řešení dochází k posilování vhodných či nevhodných reakcí. (Janiš, 2008)

Domníváme se, že rodičovství je jedním z nejtěžších, ale zároveň nejvíce obohacujících posláních. Rodičovství začíná dnem, kdy se dítě narodí a již od prvního okamžiku je velmi důležité začít utvářet láskyplný vztah s dítětem. Důležitá je komunikace, důvěra a především vzájemný respekt.

Být rodičem není jednoduchá věc, kterou automaticky zvládne každý. Jistým způsobem se jedná o dovednost, k níž ti šťastnější mají přirozené vlohy a zbytek se jí musí naučit. (Lovasová, 2006)

Každý rodič se snaží předat svým dětem nejlepší vlastnosti, hodnoty i postoje, usiluje o rozvinutí sebevědomí dítěte i o jeho kladné sebehodnocení.

Vychováváme podle našeho nejlepšího vědomí a vlastního přesvědčení. O dítě se s láskou staráme od narození, bojíme se o něj, předáváme mu nové poznatky. Jako rodiče jsme zkrátka nepostradatelní. Snažíme se vytvářet pocit lásky, bezpečí, uspokojovat potřeby i zájmy, učíme je řádu i povinnostem a především směřujeme výchovu k rozvoji samostatnosti.

### 4.2.1 Zraková vada a rodičovství

Většina partnerů touží jednoho dne založit rodinu. V dnešní době, i když je stále plná předsudků a odsouzení, není důvod proč by i lidé se zrakovým postižením nemohli mít dítě, pokud po něm opravdu touží. Jen před nimi stojí mnohem náročnější úkol než před jedinci intaktními, neboť k získání nových informací musí vynaložit mnohem větší úsilí.

Výchova vlastního dítěte a péče o něj znamená pro mnohé dle Schindlerové (2, 2007) vlastní seberealizaci a pokračování sebe sama. Výchovu lze chápat jako schopnost rozvíjet mentální i tělesnou úroveň dítěte.

Důležitá je i schopnost postarat se o dítě bez pomoci druhých a zajistit dítěti dostatečně podnětné prostředí a zodpovídat se za jeho zdravý vývoj.

Pokud mají v partnerské dvojici jeden nebo oba zrakové postižení, měli by ještě před rozhodnutím mít dítě zcela objektivně:

- posoudit úroveň vlastní samostatnosti a soběstačnosti,
- zvážit schopnosti, možnosti i omezení dítěte vychovávat,

- zhodnotit vliv smyslového postižení na rodičovský život,
- zjistit případné riziko přenosu genetických vad a přenosu postižení na dítě.

Zanedbány by neměly být ani informace z oblasti sociální, poradenské či zdravotní. Problematikou péče o dítě se zabývá sociální rehabilitace. V jejím rámci by se pak střediska Tyfloservisu měla zaměřit na otázku vybavenosti lidí se zrakovým postižením pro výkon rodičovských funkcí. Pracovníci Tyfloservisu ve spolupráci s pracovníky školství, poraden i sociálních úřadů musí poskytnout rodičům informace řešící otázky péče o dítě, vybavit rodiče vhodnými vědomostmi, dovednostmi i pomůckami. Také by měly zajistit informační servis z oblasti služeb (průvodcovská služba, osobní asistence, sociálně právní poradenství a spoustu dalších). (Schindlerová 1, 2007)

### 4.3 Kvalita života

Slovo kvalita – z latinského „qualis“ znamená jakost. Například dobrá, prvotřídní či špatná. Slovem život je vyjádřen život obecně, jedná se o život lidí.

Abychom byli šťastni, musíme si sami určit priority. Co je důležité pro nás, může se zdát bezvýznamné pro ostatní. Smysl života si zkrátka určujeme sami podle svého žebříčku hodnot, který se v průběhu našeho žití několikrát změní.

Kvalita života je velice široký pojem. Může zahrnovat hledání a pochopení smyslu života i světa, týká se samotného bytí a lidské existence, a v neposlední řadě se dotýká i sebeepochopení.

Kvalita života je předmětem zájmu nejen medicíny, psychologie či sociologie, ale i politologie, ekonomie nebo technologie. V minulosti byla pozornost spíše věnována odstraňování a zmírňování útrap nemocných, chudých, později byla více zkoumána spokojenost s životem a prací, v současné době je středem zájmu měření a analýza pohody štěstí, kvality života. (<http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>)

Podle WHO je kvalita života pojímána podle toho, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu své kultury a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým psychickým stavem, fyzickým zdravím, osobním vyznáním a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí. (Vaňurová, Muhlpačr, 2005)

Kvalita života je především o hodnotách, potřebách a jejich uspokojování. Člověka nejvíce motivují jeho vnitřní potřeby, které se mění v čase i ve vztahu k prostředí a hlavně jsou individuální.

Obecně lze ke konceptu kvality života přistupovat ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního. Objektivní hledisko sleduje především sociální podmínky, materiální



zabezpečení, sociální status a fyzické zdraví. Oproti tomu subjektivní kvalita života se týká toho, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti v kontextu hodnotového systému a jeho kultury. (Vaňurová, Muhlpačr, 2005)

V současné době se odborníci přiklánějí spíše k subjektivnímu hodnocení kvality života jako určujícímu a zásadnímu pro život člověka.

#### 4.3.1 *Kvalita života a zdraví*

Na předchozích řádcích jsme stručně popsali základní body k problematice kvality života, což je velice obsáhlé téma, ale pro účely naší diplomové práce dostačující.

Nyní je na místě zaměřit se aspoň stručně na kvalitu života a zdraví.

Zdraví je pro člověka velice důležité a bývá prostředkem k dosažení cílů, splnění si svých plánů či přání. Člověk musí být zdravý, aby toho všeho mohl dosáhnout. V případě výskytu nemoci, člověk nemůže dosahovat svých cílů ani realizovat své záměry.

Podle WHO je zdraví definováno jako: „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“

Zdraví je považováno za jednu ze základních kategorií kvality života a je klíčové pro pocit pohody, spokojenosti i štěstí, který pramení z duševní tělesné a sociální vyrovnanosti každého jedince.

Dle Nepožítkové (2009) je pojem kvalita života stejně multidimenzionální jako lidský život. Pokud si stanovíme dimenze v zaměření člověka vůči sobě i světu, dělení bude na kvalitu života v dimenzi prožitkové (duševní), v dimenzi fyzické (tělesné) a v dimenzi duchovní. Tělesná dimenze poukazuje na zdraví člověka, v duševní dimenzi sledujeme prožívané slasti a duchovní dimenze odkazuje na prožitek smysluplnosti vlastního života.

Kvalita života zaměřená na zdraví bývá většinou rozdělována do čtyř kategorií:

- psychický stav a pocit pohody,
- tělesný stav a funkční schopnosti,
- sociální vztahy,
- zaměstnání a ekonomická situace. (Vaňurová, Muhlpačr, 2005)

Tato kapitola je zaměřená především na téma rodina a rodičovství. Jsou zde stručně popsány typy výchovných stylů, vymezeny základní funkce rodiny a charakterizována oblast rodičovství, to vše s ohledem na osobu se zrakovým postižením.

Důležitou součástí je i oblast týkající se péče o dítě u osob se zrakovým postižením, které bude věnována samostatná kapitola.

## 5 Péče o dítě

Schindlerová (1, 2007, s. 199) uvádí na téma rodičovství postižených: „Stát se matkou či otcem je přání většiny žen a mužů na světě, a to nejen těch mladých, zdravých a zaopatřených, ale i těch, kteří prožívají ve spojení s rodičovstvím určité nejistoty. Existuje mnoho skutečností, kvůli kterým může být rodina v nevýhodě proti jiným rodinám. Ať už je to zdravotní postižení obou rodičů či některého z nich, pokročilejší věk, skromné příjmy, nevyhovující bydlení či nepřítomnost prarodičů nebo přátel, kteří občas s dětmi rádi vypomohou.“

Rozhodování osoby s těžkým zrakovým postižením o pořízení vlastního dítěte ovlivňuje celá řada aspektů, které musí před plánovaným rodičovstvím zvážit. Na prvním místě při touze po rodičovství musí být jednoznačná touha, zájem a jistota opory v partnerovi postiženého.

Při vzájemné shodě o budoucím rodičovství je nutné především přizpůsobení bytového zázemí. I když byl prostor již připraven pro život osoby se zrakovým postižením, je nutno jej upravit s ohledem na pohybová omezení budoucí matky a především s ohledem na přípravu příchodu dítěte. V praxi, kromě zavedeného systému dosavadních domácích potřeb a vybavení, je nutné stávající nábytek doplnit o vhodně umístěné police (na příruční pleny, oblečení či drogistické potřeby), místo pro dětskou postýlku a skříňky pro nové potřeby, spojené s dítětem. Současně je potřeba vytvořit vhodný přebalovací prostor pro péči o dítě, opatření v koupelně apod.

Důležitou roli, často v přípravě opomíjenou, je i změna dispozičního uspořádání bytových prostor pro vytvoření vhodných odpočinkových a relaxačních prostor pro budoucí rodičku, aby atmosféra před porodem pro ni byla co nejméně stresující a neharmonická, neboť u postižených je psychická pohoda podstatně důležitější než u zdravých či zrakově nepostižených rodiček.

Po stránce psychické je také velmi důležitá vlastní předporodní příprava. S ohledem na skutečnost, že většina přípravných kurzů budoucích maminek je prakticky vždy založena na vizuálním předvádění situací, je vhodné využít buď specializovaných zařízení s odbornými instruktory nebo kontaktu na porodní asistentku, která nabízí proškolení jednotlivým párům v jejich domácím prostředí, což je pro osoby se zrakovým postižením významná pomoc.

### 5.1 Zacházení s dítětem

„Dítě je většinou spokojenější, zachází-li se s ním s jistotou. Rodiče se musí naučit, jak své dítě správně držet nejen proto, aby se dobře cítilo, ale také kvůli sobě, aby je úspěšně vykoupali, nakrmili,.....“ (Schindlerová 2, 2007, s. 80).

Samotná příprava budoucích rodičů na zacházení s dítětem probíhá obdobně jako u osob intaktní společnosti. I zde je nutná aktivita budoucích rodičů zajistit si dostatek informací o tom, co rodičovství přináší. Po porodu, patřičném proškolení a poučení v lékařském zařízení a návratu do bytových prostor musí osoby se zrakovým postižením pečovat o dítě stejně, tzn. vykonávat veškeré běžné postupy. Pouze je nutné zvýšit zapojení zbývajících smyslů, především sluchu a posléze čichu, který jsou v prvních měsících života dítěte nejvýznamnějšími informátory o stavu a potřebách dítěte. Dítě v batolecím věku, kdy se rozvíjí jeho motorické schopnosti, je nutné umisťovat do herního prostoru, který musí zamezit jeho samovolnému opuštění dítětem. V opačném případě by hrozila nejen možnost jeho zranění s ohledem na chybějící vizus rodiče, ale i zranění rodiče při neočekávaném střetu s dítětem. V případě přesunu uvnitř obytných prostor je nejvhodnější přenášení dítěte ve vertikální poloze na hrudi tak, že dítě má o rodičovské rameno opřenou hlavu a jednou rukou je obejmuto po obvodu a jištěno na zádech či pod nimi. Při horizontální poloze při přesunu, kdy dítě leží na ruce rodiče těsně u jeho těla, je riziko dáno chybějícím vizem pro kontrolu přesahu hlavy či končetin mimo tělo rodiče a hrozí tedy zvýšená možnost poranění. Při posezení v dětské židličce je nutno dbát na popruhové upevnění dítěte, což umožní i snadnější podávání stravy. Popruhy jsou samozřejmě i nutností při přesunech dítěte v kočárku a to jak miminka v hlubokém, tak později ve sportovním typu. V případě používání hole či vodícího psa by rodič měl vozit kočárek za sebou.

Se stoupajícím věkem dítěte, je nutné od prvních samostatných pohybů mimo vymezený prostor dítě poučit o rizicích, které vyplývají z běžného života. Jedná se zejména o zavírání či otevírání dveří, uzavírání dvířek či zásuvek u nábytku, neponechávání věcí na podlaze apod. Tato výchova k pořádku a dodržování stavu jej omezí pouze při navykání a později přejde v automatické chování. Při pohybu dítěte po vlastních nohou je při pobytu mimo bytové prostory nutné důsledně trvat na držení za ruku, v případě používání slepecké hole či vodícího psa nosit vše potřebné v zavazadle na zádech. Pro samostatný pohyb dítěte v prověřeném prostoru poslouží pro orientaci o jeho pohybu např. našití rolničky na spodní část nohavice či obuv. Přesto je však jistější mít s sebou osobu vidící. (Schindlerová 1, 2007)

## **5.2 Zařízení dětského pokoje**

Vybavení dětského pokoje není okamžitou prioritou po narození, ale jeho příprava by neměla být podceňována a řešena až v okamžiku rozhodnutí o jeho využívání dítětem. Dítě v dětském pokoji potřebuje již s prvními vjemy získat pocit vlídného a bezpečného prostředí.

Osvětlení pro potřeby dítěte (bez ohledu na zrakovou vadu rodiče) by mělo být centrální s doplněním lampičky s nižší světelnou intenzitou pro snadnější usínání dítěte a silnější lampou pro prohlížení leporel či malování.

Povrch pokoje by měl být pokryt vhodným kobercovým povrchem, a to nejen s ohledem na pády dítěte a jeho tepelnou pohodu při pobytu, ale i z důvodu snížení hluku při odchodu rodiče z pokoje či kontrole dítěte v době spánku.

Malba pokoje by měla být klidová a přitom pohledově přitažlivá, z praktických důvodů je vhodné použít omyvatelné, ale přitom prodyšné nátěry. Výzdoba by měla podněcovat dětskou fantazii a přitahovat pohled. Vhodné je umístění nábytku tak, aby zrakově postižený rodič měl kromě snadného přístupu také v bezprostřední blízkosti postýlky prostor, vymezený pro hraní dítěte mimo postýlku, a pro oboustranné bezpečí omezený vhodným ohrazením. V první fázi je vhodné mít kojence nejlépe v mobilním košíku či postýlce (do cca 3 měsíců), s přibývajícím pohyblivostí a fyzickými projevy dítěte je nutná minimálně jednou stranou fixovaná postýlka. Samotná postýlka musí umožňovat vertikální polohování v závislosti na růstu dítěte a být dostatečně hustá v konstrukci bočních stěn (zabránit prostrčení hlavy). Její umístění nesmí být v silně osluněném místě a také mimo oblast průvanu.

Standardním doplňkem – zvláště v případě rodiče se zrakovým postižením – by mělo být sluchové spojení dnes již běžně používanou „elektronickou chůvičkou“. S ohledem na riziko zástavy dechu je vhodné pořízení přístroje, sledujícího dechovou frekvenci a upozorňující na výraznou prodlevu dechu zvukovým alarmem. (Schindlerová 1, 2007)

### **5.3 Denní hygiena a koupání**

Hygienické nároky by měli rodiče se zrakovým postižením plnit stejně jako rodiče vidící. Přesto je možné pomoci si např. zvýšenou ohrádkou či lemem plochy, která byla vybrána pro přebalování a jednoduchou hygienu. Povrch by měl být snadno omyvatelný. V blízkosti by měly být vhodně umístěny odkládací prostory a to pro hygienické ubrousky, pleny, dětskou kosmetiku, léky atd. Uložení těchto potřeb částečně vyřeší přebalovací pult na konstrukci, který lze dle potřeby přemísťovat a do jeho spodních částí uložit nejnnutnější potřeby.

Základní potřebou hygieny nejmenších je dětská plena. K nevýhodám klasických bavlněných plen patří především nutnost rychlé výměny po znečištění vzhledem k jejich nízkým absorpčním schopnostem a z toho vyplývající propustnosti spolu s nutností jejich namočení před vypráním. Dnes se většinou používají jednorázové plenkové kalhotky, které jsou nabízeny v různých cenových relacích, velikosti balení a především plynule navazujících velikostech. Odpadá nutnost údržby a vzhledem ke svým absorpčním vlastnostem jsou ideální pro použití u rodičů se zrakovým postižením. Je však nutné sledovat možnou alergickou reakci dětské pokožky

a v takovém případě zvolit jiného výrobce. Pro osoby se zrakovým postižením je praktické použití plenkových kalhot se suchými zipy, neboť v případě nepřesného nasazení je lze opakovaně rozepnout a upravit, což nelze v případě kalhotek s lepicí páskou. Nezbytnou pomůckou jsou vlhčené ubrousky, které mimo hygienu intimních míst lze použít i na utření zašpiněných úst či ručiček.

Co se týká vlastního postupu při přebalování, jedná se o individuální, většinou naučený přístup rodiče (dle instruktáže odborné – z porodnice či předporodní přípravy či laické – od přítelkyně, příbuzné, apod.). Většinou jsou po rozeptnutí pleny jednou rukou dítěti zvednuty nožky tak, aby lehce zvednutý zadeček miminka umožnil snadné vytažení pleny. Následuje očištění intimních míst vlhčeným ubrouskem nebo vhodnou vlhkou látkou (u chlapců od zadečku k přirození, u děvčátek opačným směrem), které se v případě pocitu nedokonalosti opakuje. Následně je vhodné použít zásyp či mast proti opruzení z důvodu chybějící vizuální kontroly (hmatem lze rozeznat až v situaci silného opruzení, kdy je takto postižené místo teplejší a drsnější). Po podložení nové pleny a po položení zadečku se plena upevní s následnou hmatovou kontrolou těsnosti. Po kratší praxi rozezná i zrakově postižený čichem (stolice) či hmatem (zvětšení hmotnosti, objemu i teploty pleny) její opětovné použití. Použitou bavlněnou plenu je nutno namočit, jednorázovou zlikvidovat. Při přebalování je u zrakově postižených nutno mít dítě po celou dobu pod hmatovou kontrolou. (Schindlerová 1, 2007)

V období po 15. měsíci si dítě začíná uvědomovat pocit fyzické potřeby vyměšovat a v cca 30. měsíci již dítě své svalstvo prakticky ovládá a je schopno svou potřebu sdělit. V těchto obdobích je rodič se zrakovým postižením v jen mírně obtížnější situaci než rodič bez postižení. I zde platí naslouchat především zvukovým projevům a následně při užívání nočníku – nejlépe plastového – kromě zvuku i hmatem zjistit teplotu dna nočníku a tedy stav vyměšování. Se stoupajícím věkem a dokonalým zvládnutím nočnickové fáze se dítě začíná učit na používání klasické mísy – nutná dětská vložka na prkénko.

U osobní mokré hygieny platí běžná pravidla, jedinci se zrakovým postižením jen musí dbát na zachování zvýšené opatrnosti – vždy je nutný fyzický kontakt s dítětem a zamezení jeho snahám o regulaci toku vody – hrozí riziko opaření. U koupání je opět individuální volbou použití vaničky nebo koupel pod tekoucí vodou (opět pozor na dosah rukou dítěte). Při koupeli je zvláště u osob se zrakovým postižením důležitá vlastní příprava – vše musí být na naučeném místě v blízkém dosahu, dbát na stabilitu koupajícího. Je doporučováno dávat vaničku na podlahu. Vhodná je protiskluzová podložka ve vaničce, s přibývajícím věkem i ve vaně s využitím vanové plastové stoličky či sedátka – vše v dostatečné vzdálenosti od vodovodní baterie. (Optimální je baterie s přednastavenou maximální teplotou vody.) Při mytí hlavy pak dotykem neustále kontrolovat ochranu očí, u větších pak naučit dítě mírně zaklánět hlavu. Po

koupání položit dítě na osušku nejlépe na přebalovací plochu, cípkiem vhodné látky (plena apod.) vyčistit obličejovou část a ouška, zbytek těla ošetřit klasicky – po osušení naolejovat, případně v citlivějších místech použít zásyp či mast.

Pro první období čištění zoubků jsou vhodné tzv. prstové kartáčky (silikonová násada na prst s krátkými štětinami), která neporaní ústní dutinu a i pro rodiče se zrakovým postižením je snadno použitelná a lehce očistitelná. Vzhledem k nemožnosti vizuální kontroly je vhodné o kontrolu stavu dětského chrupu požádat vidící osobu (při návštěvě pediatra apod.). Vzhledem k rizikům, spojeným se stříháním nehtů, se rodičům se zrakovým postižením doporučuje tuto činnost přenechat osobám vidícím a pouze hmatem kontrolovat stav a délku nehtů. I stříhání však lze nacvičit:

- dítě s ohledem na stáří položit na podložku nebo posadit do klína, nejlépe po koupeli, kdy jsou nehty změkklé,
- do dlaně vložit ručku dítěte tak, že palec a prostředník jsou v dětské dlaní a ukazovák podpírá zastříhávaný prst a kontroluje stav úpravy,
- druhou rukou stříhat. (Schindlerová 2, 2007)

Je-li dítě příliš aktivní, je vhodnější dobu stříhání odložit na období silného spánku dítěte. Ztratí se sice výhoda měkkých nehtů, ale omezí riziko poranění. Pilování provádět vždy až u suchých rukou. Jak vlastní stříhání, tak pilování je vhodné přerušovat, aby se dítě nenudilo a nehledalo jiné aktivity.

## **5.4 Stravování**

Stravování dětí rodičů se zrakovým postižením nemá proti běžnému způsobu žádné odchylky, pouze je nutné dbát s větším důrazem na správnost kojení, péči o prsa, a další úkony s kojením spojené, přičemž tyto návyky by si rodička měla důkladně osvojit během poporodního pobytu v lékařském zařízení (odsávání odsávačkou, péče o bradavky atd.). V případě krmení pomocí odstříkaného mléka v láhvi je pro zrakově postiženou matku výhodné pro přehled rozlišit jednotlivé lahve, případně dudlíky a to nejlépe značkami, zjištělnými pohmatem. Při krmení z láhve rodič sedí a dítě je uloženo do klína tak, aby jeho hlava spočívala na paži. Tato poloha umožní i osobě zrakově postižené jednoduché nalezení dětských úst, kdy při vlastním sání hmatem podložené ruky kontroluje prostor okraje úst a brady. Ostatní péče – otření po kojení, odříhnutí dítěte apod. se neliší od běžných procesů. Při pozdějším příkrmování kašovitější či tekutější stravou se rodičům se zrakovým postižením doporučuje používat lžice spíše ploché, protože chybějící vizus neumožňuje kontrolu vyprázdnění lžice dítěte. Z téhož důvodu by také vzdálenost mezi ústy dítěte a nádobou se stravou měla být co nejmenší. S ohledem na zvědavost

děti a omezenou schopnost rodiče by měly být používány nádoby se spodními přísavkami. Automaticky by měl být při krmení používán omyvatelný bryndák s korýtkem, který jednak zabrání znečištění oblečení, ale současně osobě se zrakovým postižením umožní hmatem zkontrolovat množství stravy, kterou dítě nepozřelo. Používané nádoby by vždy mělo být pouze z nerozbitných hmot.

Samostatnou kapitolou je podávání léků respektive používání mastí. Lékařem poučená matka nemá problém podat lék ve formě pilulky a s pomocí hmatu nanést potřebnou mast na postižené místo. Daleko obtížnější je aplikace tekutých léčiv, kdy hlavní problém je především v dodržení správného dávkování. Zde se velmi uplatní sluch, případně u sirupů zásoba vhodných plastových stříkaček, pomocí nichž se tekutina správně nadávkuje. Pro měření teploty se používá (i přes delší dobu měření) teploměr s hlasovým výstupem.

S ohledem na bezpečnost a zabránění záměny je důležité lék vždy vrátit ihned po použití na místo, na které je osoba se zrakovým postižením zvyklá.

## **5.5 Nákup oblečení**

Při samostatném nakupování je osoba se zrakovým postižením v počáteční fázi odkázána na pomoc prodávajících, s postupem času jí k nakupování poslouží oblečení, ze kterého již dítě odrostlo a jež je schopna porovnat. Velikost může také případně přiložit k dítěti a manuálně porovnat. Jako praktické se jeví nakupování více párů stejných ponožek a preference nežehlivých materiálů. V kojeneckém i batolecím období, kdy dítě není schopno samostatného oblékání, by měly být zvoleny oděvy, umožňující snadný přístup k plenám – tedy se suchými zipy nebo druky v oblasti rozkroku a stehna. Nejmenší dítě je nejvhodnější oblékat na přebalovacím prostoru. S přibývajícím věkem – cca od jednoho roku – je již dítě samo schopno i ochotno provlékat končetiny příslušnými otvory v oblečení a je už možno je oblékat i při posezení na rodičovském klíně. Pro rodiče se zrakovým postižením je vhodné zapínání oblečení dítěte vpředu, ramenní i zádové zapínání jsou pro ně obtížnější. U kalhot či tepláků pak stažení v pase na gumu, ne knoflíky či zdrhovadla. (Schindlerová 2, 2007)

## **5.6 Zásady bezpečnosti**

Dle Schindlerové (1, 2007) je bytové prostředí nutno z pohledu bezpečnosti připravit na příchod dítěte, které nemá žádné zkušenosti a jejich předávání osobou se zrakovým postižením bude obtížnější. Využívají se běžná opatření, používaná vidícími rodiči. Je vhodné aplikovat již zpočátku úpravy, zahrnující i postupný vývoj dítěte – lezení, přidržování při vstávání a prvních krůčcích. Pro veškeré prostory jsou společná tato opatření:

- zabezpečení zárážek, bránících dětem v individuálním otevření vnitřních dveří,
- v případě dveří otevřených při běžném denním provozu zabezpečit fixaci jejich polohy (nezvyklé pootevření ohrožuje i zrakově postiženého rodiče),
- zabezpečení oken a dveří balkónových, koupelnových a dveří na toaletu proti jejich otevření,
- opatření všech elektrických zásuvek ochrannými kryty,
- umístění všech těžkých, křehkých (sklenice, vázy) a z malých kousků se skládajících předmětů do výšky mimo dosah dítěte,
- odstranění vybavení domácnosti s ostrými rohy respektive jejich vhodná ( plastová) ochrana,
- důsledné uložení všech drobných předmětů, jež by mohly být požitý nebo zastrčeny do tělesných otvorů,
- odstranění všech nestabilních předmětů vybavení bytu – vázy, květinové stolky, krbové nářadí, stojanový věšák apod.,
- ochranu radiátorů kryty,
- v případě schodového přechodu v bytových prostorách zamezit možnosti vstupu uzamykatelnou brankou.

V kuchyňském prostoru je důležité dbát na:

- umístění ostrých předmětů (např. nože a příbory, nůžky a potřeby pro šití, domácí nářadí) do dostatečné výšky s tím, že nižší prostory využijeme pro neškodné vybavení domácnosti – umožní dítěti hru a seznámení s novými podněty,
- zajištění ovladačů mikrovlnné - i běžné trouby, sporáku, myčky atd. před dětskou manipulací ,
- zabezpečení odpadkového koše před jednoduchým otevřením,
- vytvoření bezpečných ploch pro odložení horkých kuchyňských produktů,
- uložení rizikových surovin (sůl, pepř, paprika, ocet ), zápalek, zapalovačů a potřeb kuchyňské chemie mimo dosah dítěte. (Schindlerová 1, 2007)

Orientace v kuchyňském prostoru musí být dobře zvládnutá. Důležité je znát především umístění jednotlivých druhů surovin, koření, nádobí atd. K zajištění bezpečnosti a přehledu při práci je nutné správně rozčlenit pracovní plochu. Měla by být vymezena odkládací plocha pro nástroje, místo na suroviny i vlastní pracovní plocha. Vždy je také nutné nádobí, ve kterém budeme suroviny zpracovávat zajistit tak, aby po pracovní desce neklouzalo. (Wiener a kol., 2006)



V koupelně a na toaletě je třeba dbát na:

- vhodnou protiskluzovou ochranu podlahy,
- pomocnou desku na vanu a to jak pro odkládání dítěte, tak pro umístění koupacích potřeb,
- zajištění otevírání poklopu záchodové mísy,
- uložení osobní drogerie, rizikových hygienických potřeb a sanitární chemie mimo dosah dítěte.

Wiener (2006) zdůrazňuje, že koupelna by měla být zařízena účelně a jednoduše tak, aby se v ní osoba se zrakovým postižením dobře a snadno orientovala. Neměl by zde chybět dostatek odkládací plochy či háčky na zavěšení ručníků nebo oblečení.

## 5.7 Tělesný vývoj

Každé dítě potřebuje mít pro rozvoj svých schopností, dovedností i znalostí rodiče v co nejčastější blízkosti, což u rodiče se zrakovým postižením není v prvních obdobích života dítěte vážnějším handicapem.

Držení dítěte v náručí, společný pobyt v posteli, verbální komunikace, pocit blízkosti i v době pobytu dítěte v košíku či kočárku jsou vlastní vtažum každému rodiči k dítěti. Pro správný vývoj je nutné neposazovat dítě do období kolem sedmého měsíce, ale položit jej na vhodnou podložku. Při lezení a batolení je vhodné umístit – nejlépe na zádovou část oděvu – přívěsek, reagující na zvukový signál – slovo, tlesknutí, pískání pro snadné nalezení dítěte.

Motorické a poznávací schopnosti dítěte vzhledem k zvýšené hmatové schopnosti rodiče se zrakovým postižením je možné rozvíjet téměř klasicky – podávání předmětů s jejich verbálním popisem, sestavování kostek či jiných herních pomůcek odpovídajících věku dítěte atd. Je pouze nutné důsledněji než u vidících rodičů zamezit dostupnosti předmětů malé velikosti s ohledem na riziko jejich požití či vsunutí do tělesných otvorů, a samozřejmě ostrých předmětů.

Zrakové schopnosti se u dítěte rozvíjí postupně, zpočátku vidí ostře do cca 25 centimetrů, ve třech měsících do půl metru. Osoba se zrakovým postižením a odborně poučený rodič tak může rozvíjet zrak dítěte ukazováním a předváděním hraček či jiných předmětů ve své ruce, neboť postižení mu neumožňuje reagovat na předmět, který dítě v tomto období života zaujme. Standardní je používání chraštítek, kousátek či předmětů zavěšených nad postýlkou. Ve věku cca jednoho roku nastává přirozený zájem dítěte o knihy s velkými obrázky či leporela. Tyto pomůcky by měla mít zrakově postižená osoba vhodně označená pro hmatové rozlišení. (Schindlerová 1, 2007)

I když je pro rodiče se zrakovým postižením obtížnější nonverbální komunikace, přesto lze především hlasovou intonací rozvíjet smysly a chápání dítěte. U gest a obličejové mimiky je to pro osobu se zrakovým postižením obtížnější a zvláště v případě vrozené vady prakticky nemožné. Rodič je však schopný rozvíjet schopnosti vhodně zvolenými společnými hrami, vyprávěním pohádek či hrou na hudební nástroj. Také manuální zručnost je možné rozvíjet postupným zapojováním dítěte (dle věku) do drobného úklidu, pomoci při přípravě jídla (míchání těsta) apod. Další rozvoj pak přinese venkovní pobyt na zahradě, pískovišti. Rodič se zrakovým postižením by měl také zabezpečit rozvoj dítěte prostřednictvím sportovních či jiných aktivit, kdy odpovědní vedoucí rozšíří schopnosti dítěte bez ohledu na postižení rodiče. Využití těchto kroužků je možné v řadě případů i v předškolním věku.

## II. Výzkumná část

Spolupráce s respondenty, kteří se podíleli na výzkumu byla na velmi dobré úrovni a probíhala pro všechny v přirozených podmínkách domova.

### 6 Předmět a cíl výzkumu

Předmětem výzkumu je schopnost, dovednost pečovat o dítě u osob se zrakovým postižením.

Cílem výzkumu je posoudit a zjistit nejčastější problémy související s péčí o dítě u osob se zrakovým postižením.

Porovnat jednotlivé zkušenosti osob se zrakovým postižením při jednání s jedinci intaktní společnosti.

#### 6.1 Výzkumná metoda

Při výzkumu jsme použili metodu rozhovoru (interview). Rozhovor je charakterizován přímou sociální interakcí, z čehož vyplývají významné možnosti, neboť navazování osobního kontaktu usnadní lépe proniknout do postojů a motivů respondentů.

Jedná se o pružnou metodu, kterou se lze přizpůsobit zvláštnostem různých situací. Při této metodě lze zachytit i vnější reakce dotazovaného, nejen sdělovaná fakta. Dle počtu osob rozlišujeme rozhovor individuální a skupinový. (Skalková a kol., 1985)

Obsahem rozhovoru jsou otázky i odpovědi. V rozhovoru se používají otázky otevřené, uzavřené nebo polouzavřené. V průběhu rozhovoru výzkumník může otázky přeformulovat. V případě, že se mu zdá respondentova odpověď nedostatečná, může požádat o vysvětlení, popřípadě může klást otázky dodatečné.

Rozhovor je dobrým nástrojem na zmapování problematiky, se kterou neměl výzkumník zatím zkušenosti nebo která není rozpracována ani v literatuře.

Rozhovor může být:

- strukturovaný (standardizovaný) – otázky a alternativy odpovědí jsou přesně stanoveny,
- nestrukturovaný (nestandardizovaný) – přináší často nové, nepředpokládané informace,
- polostrukturovaný – kompromis mezi těmito dvěma možnostmi, u kterého se respondentovi nabídnou alternativy odpovědí. (Gavora, 2000)

Jak již bylo uvedeno výše, při rozhovoru (interview) jde o interpersonální kontakt – tváří v tvář, i když někdy se používá i interview telefonické. A právě tuto formu rozhovoru jsme využili při výzkumu. Zvolili jsme moderní techniku skype, kterou lze vymezit jako rozhovor přes počítač.

Pro tuto metodu jsme se rozhodli z důvodu větších vzdáleností respondentů, ale v úvahu jsme brali i časovou vyčíženost. Navíc jsme se domnívali, že pokud bude respondent ve svém přirozeném prostředí a bude mít klid i čas na otázky, budou jeho odpovědi efektivnější.

Při výzkumu jsme použili rozhovor nestrukturovaný, kdy jsme měli připravené otázky, ale odpovědi byly zcela ponechány na respondentech.

## **6.2 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Na výzkumu se podílelo 5 respondentů ve věku 29 – 38 let. Všechny respondentky byly ženy, které se starají o 1 nebo 2 děti.

Mezi typy zrakového postižení se objevila:

- praktická slepota,
- nevidomost,
- těžká slabozrakost.

## **6.3 Průběh výzkumu**

Výzkum probíhal prostřednictvím počítačové komunikace. Nejprve byly respondentky osloveny prostřednictvím e-mailu, ve kterém byla specifikována prosba o poskytnutí rozhovoru. Nastínili jsme základní požadavky a ujistili respondenty, že jejich jména nebudou nikde zveřejňována.

V případě souhlasu s rozhovorem jsme si společně domluvily konkrétní datum a hodinu, kdy se spolu spojíme prostřednictvím skypu.

Překvapením pro nás byla ochota i vstřícnost respondentek při rozhovorech. Pouze v jednom případě bylo vyžádáno zaslání otázek předem.

Na začátku rozhovoru jsme se domluvily na časovém horizontu, který se pokusíme dodržet. Pak byla vždy položena otázka a respondentka odpovídala. Vždy byly všechny otázky zodpovězeny, nesetkali jsme se s případem, že by respondentka odmítla odpovědět.

Některé odpovědi však byly stručné a respondentky je dále rozvíjet nechtěly.

### *6.3.1 Výzkumné problémy*

Jako velký problém výzkumné části se ukázalo získávání respondentů ochotných odpovídat na otázky.

Zpočátku bylo domluveno kolem 11 rozhovorů, ale nakonec se jich podařilo uskutečnit jen pět. Někteří dotazovaní odpověděli, že se nechtějí zúčastnit, další účast sice přislíbili, ale v závěru se vůbec neozvali.

Při prvním oslovení respondentů, byla nabídnuta také možnost osobního setkání, ale všichni dali přednost komunikaci přes počítač.

## 7 Rozhovory

### Rozhovor č. 1

Paní X

Věk: 33

Typ zrakové vady: nitrooční tlak (glaukom) – nevidomá

Počet dětí: 1

Věk dítěte: 2 roky

#### **Otázka č. 1: Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?**

Moji nejbližší známí mi fandili a byli rádi, že jsem těhotná. Ani s lékaři jsem neměla nijak velké problémy. Můj pan gynekolog mi nekladl žádné překážky a naopak mi fandil. Jediný problém, který jsem v této oblasti pocítovala, byl ze strany předporodní přípravy, kde mi zařízení pro to určená dávala najevo, že neví, co se mnou a cítila jsem jejich otažitost a strach, což mě hodně mrzelo, protože jsem měla o předporodní přípravu velký zájem.

#### **Otázka č. 2: Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?**

V tomto ohledu se situace dost změnila. Ti nejbližší vědí, že dítě zvládáme a hodně nám fandí a podporují nás. Daleko horší situace je od lidí, kteří nás neznají. Ti si nedokáží představit, jak bychom mohli dítě zvládnout a nepokrytě nám to dávají najevo různými netaktními dotazy či komentáři typu jak jen to můžeme zvládnout, zda je dítě moje, jak můžu jako slepá s dítětem na ulici a tak.

#### **Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše zkušenosti při jednání s lékaři, když jdete s dítětem např. na prohlídku?**

Se svojí dětskou lékařkou problémy nemám, ale pokud musíme jít náhodou na nějaké jiné vyšetření, je to problém. To se setkávám s dotazy zda není protiprávní, když mají dva nevidomí děti, jak poznám, že je láhev prázdná, jak poznám, je náš synek pokakaný atd. Jsem z toho už taková unavená. Nejhorší to bylo v porodnici, kdy mi lékaři pořád říkali, že když jsme nevidomí, tak nepoznáme, co se vše může dítěti stát. Bylo to hodně těžké a náročné období, které bych už nechtěla zažít.

#### **Otázka č. 4: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?**

Nejtěžší pro mě bylo vyjet si samotná s miminkem ven. Synek se nám narodil v listopadu, takže byla už zima. Ven jsme proto jezdili s kočárkem. Hodně mě mrzelo, že jsem neměla odvalu vyjet sama. Bydlíme v paneláku a tak ten výjezd byl komplikovaný. Odhodlala jsem se k tomu sama až v březnu, kdy už bylo počasí lepší. Sebrala jsem všechnu sílu a řekla jsem si, že prostě chci jet sama a ne být stále na někom závislá. Zvládli jsme to napoprvé a od té doby už to nebyl problém. Po čase jsem si koupila i nosičku, pak krosničku a golfáček. Teď už chodíme za ručičku, tak je to úplně super.

#### **Otázka č. 5: Z čeho jste měli největší strach?**

Když se nám synek narodil, měl novorozeneckou hypoglykémii a tak jsme byli skoro měsíc v nemocnici. Hodně mě tam strašili, co se všechno může stát a co jako nevidomí nezvládneme, tak jsem měla strach z toho, že nám synek přestane dýchat, a že se budeme muset znovu vrátit do nemocnice. Naštěstí se nic z toho nestalo.

#### **Otázka č. 6: Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste něčí pomoc?**

Máme oba rodiny přes sto kilometrů daleko, tak ještě dodneška si platím asistentku, která mi pomáhá. Ze začátku to bylo náročnější a teď už jak je synek větší, tak to docela jde.

#### **Otázka č. 7: Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?**

Synek blinkal docela často, ale většinou jsme to sluchem poznali a víc jsme jej hlídali a kontrolovali. Co se týká toho lezení, tak z úplného začátku jsem to řešila tak, že pokud jsem potřebovala něco dělat, byl malý v ohrádce nebo postýlce. Potom když už jsem měla volno, tak jsem se mu věnovala. Synek lozil a já lozila s ním, abych věděla, co dělá. Pak jsme mu zřídili pokoj, kde měl prostředí přizpůsobené tak, že si mohl v pohodě ložit a já tam s ním seděla na koberci a jen ho sluchem hlídala a nemusela za ním ložit, protože jsem věděla, že je v bezpečném prostředí. Teď už běhá po bytě jako drak a já mám celý den uši napjaté abych měla přehled o tom, kde se pohybuje a co dělá. Večer jsem však úplně vyřízená, protože je to náročné na soustředění i pozornost.

### **Otázka č. 8: Jak jste řešili krmení?**

Kojila jsem bohužel jen krátce a to jsme museli dokrmit. Na kojení samotným problémem nebyl. Ze začátku mi trošku dělaly problém různé polohy, ale pak jsme si našli tu svoji a docela to šlo. Příprava mléka nám nedělala vůbec problém. Asistentka mi pomohla najít vhodnou odměrku, abych si mohla vodu na mléko nadávkovat a vše šlo hladce a já přesně podle množství mléka v lahvičce věděla, kolik vypil a kolik zbylo. Nejprve jsem krmila na kojícím polštáři. Později mě asistentka naučila krmit v náručí a pak kolem jednoho roku tak, že jsem seděla na posteli a měla synka posazeného před sebou tak, aby se o mě opíral jako v křesle. Teď už pije mlíčko krásně sám a tak přes půl roku pomoc maminky nepotřebuje.

Příkrmy jsem nekupovala. Moje paní asistentka mě je naučila vařit, tak jsem si je připravovala doma. Ani dávkování kaše nebyl problém. Opět pomocí odměrky a hustoty kaše jsme množství vody odhadli. Jen když jsme se krmili, tak to vypadalo jak po boji, ale synek hlady netrpěl. Teď už se snaží jíst sám. Nechávám ho, i když to vypadá dost bojově. Je to náročné to pak uklidit. Snažím se to zvládnout co nejlépe a s ostatním mi pomůže paní asistentka.

### **Otázka č. 9: Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?**

Těžko se mi na tohle odpovídá. Domnívám se, že každé období má svá specifika, která je zapotřebí nějak řešit, je ale pravdou, že batolecím období mi přijde náročnější než kojenecké, právě kvůli tomu pohybu a zvědavosti dítěte, což u kojence nehrozilo. Teď však ale už synek docela slušně mluví, tak naopak se lépe domluvíme a víc vím, co přesně potřebuje. S přebalováním jsem problémy neměla. Daleko horší je pro mě teď ohlídat synka, aby se nevyčural nebo nevykakal někde na koberec, což je jeho hobby. Tohle mi přijde hodně náročné a šílené a dost nepříjemné. Dost špatně se mi to bez kontroly zraku uklízí. Když tu mám asistentku, nechám si vždy pomoci. Pevně se modlím, aby už tohle období bylo za námi.

### **Otázka č. 10: Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?**

Mnoho speciálních pomůcek jsme nevyužívali, ale snažila jsem se, i teď se snažím kupovat pro synka věci (dětský stoleček, nosičku, kočárek) tak, aby byly hlavně praktické a ne pouze pro efekt. Využívala jsem hodně rozlišovač barev a to při oblékání, aby byl synek hezky sladěn. Využívám jej i u sebe.



### **Otázka č. 11: Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?**

Přiznám se, že si nyní nijaký velký problém nejsem schopna vybavit. Asi s tou mobilitou, že člověk musel všude tahat kočárek. Dalším problémem bylo krmení lžičkou v terénu. Na to si netroufnu ani teď. Vždy to řeším jinou alternativou. Nejsem schopna krmit tak, abychom zůstali čistí.

Komentář: Paní X se setkala s negativními postoji ze strany intaktní společnosti. Dokonce měla i zkušenost s dotazem zda není protiprávní, aby nevidomí rodiče měli dítě. Tento dotaz se mi zdá absolutně nevhodný a netaktní.

Neochota ze strany pracovníků předporodní péče paní X velice mrzela, neboť na tohle období se těšila a příprava na péči o dítě pro ni byla důležitá.

Největší potíží, kterou respondentka řešila po příchodu z porodnice domů, bylo odhodlání vyjít bez pomoci druhé osoby na procházku s kočárkem. Přes počáteční nejistotu vše zvládla a dále již tento problém nemusela řešit.

Při péči o dítě i starost o domácnost paní X dodnes využívá pomoc asistentky.

Respondentka považuje batolecí období za náročnější než kojenecké především z důvodu větší zvědavosti a samostatnosti pohybu dítěte.

## **Rozhovor č. 2**

Paní L

Věk: 38

Typ zrakové vady: praktická slepota

Počet dětí: 2

Věk dětí: 10 a 16 let

### **Otázka č. 1: Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?**

Myslím si, že úplně normálně. Nikdo to moc neřešil v rámci mého postižení.

### **Otázka č. 2: Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?**

Nyní už jsou děti velké a samostatné, takže s okolím nemám problém. Když ale byly děti malé, občas mi lidé dávali najevo, že si myslí, že starost o děti nemůžu pořádně zvládat.

### **Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše zkušenosti při jednání s lékaři, když jdete s dítětem např. na prohlídku?**

Myslím si, že při jednání u lékařů jsem nikdy žádný problém neměla. Vše si umím vykomunikovat a svoji vadu vždycky preventivně sdělím.

### **Otázka č. 4: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?**

Nejspíš situace, kdy jsem nevěděla zda není dítě špinavé. Například u jídla jsem si nikdy nebyla jistá, jestli už jsem děti dostatečně utřela. Nebo když jsme spolu kreslili, nikdy jsem nevěděla, kde všude kromě papíru ještě fixa skončila.

Také bylo dost nepříjemné, že jsem nevěděla jestli nemá někde omotaný můj vlas – třeba kolem prstíků nebo na dudlíku.

### **Otázka č. 5: Z čeho jste měli největší strach?**

Největší strach jsem měla z toho, že bude syn také špatně vidět. Sama mám totiž vrozenou vadu. Máme to v rodině – mamka, děda a já. Všichni máme šedý zákal. Tohle mi dělalo asi největší starosti. Jinak jsem věděla, že vše zvládnou.

**Otázka č. 6: Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste někdy pomoc?**

Myslím si, že tady problém nebyl. Zvládala jsem vše. Sice jsem někdy byla pomalejší, ale vždy to nějak šlo.

Pomoc jsem nevyužila, jsem typ, že si se vším poradím sama.

**Otázka č. 7: Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?**

Syn zvracel skoro z každého mléka, takže jsem ho víc hlídala a sledovala. Když začal ložit, bylo pro mě náročné stále sledovat, kde se pohybuje. Musela jsem se hodně soustředit a byla jsem dost unavená.

V roce 2000 jsem přišla díky zelenému zákalu o levé oko. Bylo to v době, kdy měl syn 3 roky. Sem tam jsem na něj šlápla nebo do něho vrazila, když šel po levé straně a to se mi stává i nyní, ale děti už jsou teď rozumné, chodí vedle mě po pravé straně.

**Otázka č. 8: Jak jste řešili krmení?**

Musela jsem se na tuto činnost více soustředit a být hodně pečlivá. Špatně jsem rozpoznávala zda je pobryndaný nebo ne. Jinak si myslím, bylo vše v pořádku.

**Otázka č. 9: Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?**

Vše jsem zvládala, nic z toho mi nedělalo větší potíže. Těžší byla zřejmě starost o batole. Syn se naučil chodit a pak byl zvědavý, chtěl všechno vidět, všechno si osahat. V té době jsem se musela opravdu hodně soustředit a hlídat ho.

**Otázka č. 10: Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?**

Nemusela jsem využívat žádné. Snad jen v některých případech lupu. Nehtíky stříhal dětem manžel.

**Otázka č. 11: Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?**

Nejspíš četba pohádek. Řešila jsem to nahranými pohádkami. Také jsem třeba vůbec nepoznala nové zoubky nebo nemoci jakou jsou neštovice.

**Otázka č. 12: Jak jste zvládli nástup dítěte do školy? Jaké máte zkušenosti při jednání s učiteli?**

Učitelům jsem oznámila, že mám zrakovou vadu. Obtížné bylo zvládání psaní a čtení dětí. Psaní jsme řešili vždy nejprve nanečisto a při čtení jsem slabikáře či knihy skenovala a písmo si pak zvětšovala. Později děti četly z počítače.

Komentář: Paní L se téměř s žádnými negativními zkušenostmi v době těhotenství ani později ze strany společnosti nesetkala. Několikrát však byla dotazována, zda je schopna dobře zvládat péči o děti.

Největší obavy měla respondentka z toho, aby syn také neměl špatný zrak, neboť ona sama trpí vrozenou vadou.

Žádné větší potíže paní L při péči o děti nezaznamenala. Vše zvládala sama, potřebovala na činnosti jen více času.

Péči o batole vyhodnotila paní L jako náročnější než starost o kojence, protože dítě již samo chodí a o vše se zajímá, takže vyžaduje neustálou pozornost.

Obtížný byl pro respondentku i nástup dětí do školy, kdy musela začít řešit psaní a čtení. Zde si vypomohla skenováním a zvětšováním textu.

### **Rozhovor č. 3**

Paní E

Věk: 30

Typ zrakové vady: těžká slabozrakost, nevidomost u otce

Počet dětí: 1

Věk dítěte: 2 roky

#### **Otázka č. 1: Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?**

Po počátečním údivu okolí, často provázeném pichlavými poznámkami, se utvořila skupinka, která mě podporovala a podle možností mi i pomáhala – při výběru oblečení, kočárku, ale i při úpravě bytu. Velkou pomoc poskytla především maminka, která naštěstí bydlí kousek od našeho bytu.

#### **Otázka č. 2: Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?**

Pokud se týká období po porodu, začala jsem s malou vycházet ven až asi po měsíci a to jen v doprovodu. Přece jen chůze s kočárkem byla velkou změnou – jak v orientaci, tak návykem vození kočárku za sebou. Kromě maminky mi hodně pomohla i ochotná sousedka (vidící - její syn se narodil o šest měsíců dříve).

#### **Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše zkušenosti při jednání s lékaři, když jdete s dítětem např. na prohlídku?**

Naprosto v pořádku.

#### **Otázka č. 4: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?**

Nejhorší po návratu domů bylo navyknutí na přítomnost malé dcery – zpočátku každé zaplakaní bylo doslova poplachem. Ale vše se upravilo během cca 6 dnů.

#### **Otázka č. 5: Z čeho jste měli největší strach?**

Největší strach jsem měla z toho, zda budu schopná na potřeby malé rychle zareagovat – poznat, zda má hlad, potřebuje vyměnit plínku nebo má bolení břicha. Ale vše se člověk naučí a po zhruba 3 týdnech už jsem podle tónu a intenzity pláče poznala, co malá potřebuje.

**Otázka č. 6: Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste něčí pomoc?**

Jak jsem se již zmínila, měla jsem vydatnou pomoc v mamince a také v sousedce. S manželem jsme si od počátku rozdělili úkoly – po jeho návratu z práce si vzal malou a já měla alespoň chvíli pro sebe, odpočinek, relaxaci. Nákupy jsem zvládala dopoledne, vše se zaběhlo relativně v klidu.

**Otázka č. 7: Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?**

Pro volný pohyb malé jsme měli podle poučení v poradně pro budoucí maminky připravený pokoj s měkkou podložkou na celé podlaze a po prvním plazení jsme jí nachystali ohrádku, kde měla vše po ruce- kousátka, hračky, balonky.

**Otázka č. 8: Jak jste řešili krmení?**

Vařit vodu na kašičky jsem cvičila ještě před porodem včetně zkoušení teploty prstem. Po ½ roce kojení jsem začala kašičky vařit, mixovat zeleninu apod. Vše jsme zvládli, myslím, dobře.

**Otázka č. 9: Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?**

Jednodušší bylo naučit se dítě přebalovat – pomohl nácvik z poradny. Při prvních krůčcích jsme ji vodili mezi rukama, horší bylo vstávání na nohy – nalézt ji na zemi bylo někdy horší než to vodění.

**Otázka č. 10: Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?**

Nezastupitelná byla chůvička – měla jsem bezprostřední kontakt a byla rychle schopná reagovat na vrtění či zaplakaní. Na převážení v bytě jsme měli zapůjčený koš na kolečkách, který pomáhal při přejíždění po místnostech. Dále byl nezastupitelný pultík na přebalování – kamarád mu zvýšil okraje a opolstroval, takže jsem měla větší jistotu hlavně při počátečním přebalování a hygieně. Jednoznačně se potvrdila výhoda používání plen na suchý zip – když jsem se zpočátku netrefila, šlo to velmi rychle spravit.

**Otázka č. 11: Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?**

Největší problém byl naučit se jezdit s kočárkem za sebou a holí rozpoznat cestu. Ale naučila jsem se poskládat si nákup pod kočárek a veškeré potřeby pro dítě jsem měla v tašce na ručce nebo v batohu na zádech. Problém byl také naučit se vyjít s dítětem v náruči do druhého patra,

ale po získání jistoty o přesné poloze hlavičky dítěte jsem už s tím neměla problém. Manželovi to trvalo déle, ale také to zvládl.

Komentář: Paní E se zpočátku obávala toho, že nebude schopná rychle reagovat na potřeby miminka, což se samozřejmě nevyplnilo.

Péči o dítě i starost o domácnost zvládá bez větších obtíží sama, občas jí pomoc poskytne maminka a ochotná sousedka.

Paní E považuje za největší problém naučit se jezdit s kočárkem za sebou a zároveň si holí identifikovat cestu.

## **Rozhovor č. 4**

Paní A

Věk: 29

Typ zrakového postižení: praktická slepota

Počet dětí: 2

Věk dětí: 7 a 1 rok

### **Otázka č. 1: Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?**

Známí a rodina mě velmi podporovali a při rozhodnutí mít dítě jsem od nich cítila podporu. Lidé, kteří mě neznali se na mě moc pozitivně nedívali. Spíš byli udivení a mysleli si, že starost o dítě nebudu dobře zvládat.

### **Otázka č. 2: Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?**

Stále jsou někteří udivení a nechápou, že mám děti dokonce dvě.

### **Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše zkušenosti při jednání s lékaři, když jdete s dítětem např. na prohlídku?**

Při lékařských prohlídkách jsem nikdy nezaznamenala negativní postup lékařů. Dětská paní doktorka o mé zrakové vadě ví a při návštěvě jiného lékaře se o své vadě raději vždy zmíním.

### **Otázka č. 4: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?**

Za nejtěžší považuji asi noční vstávání. Přes den jsem totiž byla hodně unavená a trvalo mi docela dlouho než jsem si na tohle zvykla. Potíže jsem ze začátku měla i s přebalováním, to jsem však časem nacvičila a bylo to v pořádku.

### **Otázka č. 5: Z čeho jste měli největší strach?**

Myslím si, že strach jsem asi neměla. Na děti jsem se moc těšila a strach jsem si nepřipouštěla. Doufala jsem, že vše zvládnou.



**Otázka č. 6: Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste něčí pomoc?**

Žádnou zvláštní pomoc jsem nepotřebovala. Občas mi vypomohla manželova maminka a hodně se zapojoval i manžel.

**Otázka č. 7: Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?**

Tohle bylo docela náročné. Když se dítě pozvracelo, poznala jsem to pouze v případě, že pozvracelo mě. Nejhorší bylo uhlídat dítě, aby něco nespolklo.

Období, kdy dítě začínalo ložit pro mě bylo dost vyčerpávající. Musela jsem být stále ve střehu, abych věděla, kde se dítě pohybuje. Snažila jsem se prostory přizpůsobit tak, aby se nemohlo nic stát.

**Otázka č. 8: Jak jste řešili krmení?**

Dlouho jsem kojila, takže vše v pohodě. Pozdější příprava pokrmů mi potíže nedělala.

**Otázka č. 9: Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?**

Snadnější byla rozhodně péče o kojence. Dítě ještě klidně leží, takže není žádný větší problém. Když však začne dítě chodit a objevuje nové věci, chce si všechno vyzkoušet a uhlídat ho dá mnohem více práce. Stále se musíte soustředit na to, co dítě dělá a kde se nachází.

Všechny situace se snažím zvládat sama. Jestliže někdy nastala nějaká krizová situace, řešila jsem jí vždy s rodinou.

**Otázka č. 10: Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?**

Nejčastěji jsem používala lupové brýle při kontrole růstu zubů. Nehty stříhá dětem manžel, na to já nemám odvalu.

Od listopadu mám vodícího psa, který je můj velký pomocník.

**Otázka č. 11: Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?**

Největším problémem bylo nejspíš uhlídat děti, aby se neporanily nebo abych je náhodou díky své vadě neporanila já.

**Otázka č. 12: Jak jste zvládli nástup dítěte do školy? Jaké máte zkušenosti při jednání s učiteli?**

Paní učitelka mou zrakovou vadu zná a není s tím problém.

Potíže mi dělají úkoly, především psaní, takže tuhle činnost nechávám většinou na manželovi.

Komentář: Paní A měla vždy podporu u své rodiny, která jí ve všem pomůže a podpoří. Jakmile se objeví nějaký problém, řeší jej všichni společně.

Žádné výrazné negativní zkušenosti ze strany okolí nepoznala a případné udivené pohledy či nepříjemné dotazy raději přehlížela.

Období, kdy děti začaly lozit, považuje za docela náročné. Musela neustále soustředit, aby věděla, kde se děti nachází, což vyžadovalo neustálou pozornost.

## **Rozhovor č. 5**

Paní J

Věk: 30

Typ zrakového postižení: nevidomá

Počet dětí: 1

Věk dítěte: 3

### **Otázka č. 1: Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?**

Bydlím v malé vesničce a věděla jsem, že se setkám s odmítavou reakcí okolí. Moji nejbližší věděli, že mám děti moc ráda a že si je ze srdce přeji. Proto, když jsem otěhotněla, snažili se mi ve všem pomáhat. Sousedé a další lidi z vesnice mi ale říkali, jestli jsem se rozhodla správně, že to budu mít těžké, že to nezvládnu a vlastně, že by slepý člověk neměl mít děti, protože se o ně nedovede dobře a řádně postarat.

### **Otázka č. 2: Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?**

Moje dcera má 3 roky a všichni v mém okolí vidí, že péči o dítě zvládám dobře. Samozřejmě jsou situace, kdy to není lehké, ale s pomocí manžela a rodiny se to dá zvládnout.

### **Otázka č. 3: Jaké jsou Vaše zkušenosti při jednání s lékaři, když jdete s dítětem např. na prohlídku?**

S lékaři mám jen dobré zkušenosti. Zatím se mi nestalo, že bych musela řešit nějaký konflikt. Naopak se mi vždy snažili pomoci.

### **Otázka č. 4: Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?**

Po příchodu z porodnice bylo nejtěžší zvyknout si na jiný režim dne, uspořádání nábytku, a vlastně přizpůsobit se děťátku a jeho potřebám.

### **Otázka č. 5: Z čeho jste měli největší strach?**

Největší strach jsem měla z toho, že nepoznám, co mé dítě potřebuje, proč brečí, jestli ho něco bolí, jestli je nemocné. Ale tyto obavy se brzy vytratily, protože tak jako zdravá máma pozná, co jejímu děťátku je, poznala jsem to taky. A velmi brzy jsem se naučila rozpoznat pláč – byl jiný když měla hlad, když měla bolení a když mě jenom chtěla mít nablízku.

**Otázka č. 6: Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste někdy pomoc?**

Starost o dítě a domácnost zvládám s pomocí rodiny a asistentky. Hodně mi pomáhá moje a manželova maminka, moje sestra a 2 x za týden asistentka. Teď už je to podstatně lepší, protože dcera má 3 roky a je dost samostatná. Sama se nají, obleče, umyje, vezme si hračku, kterou chce.

**Otázka č. 7: Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?**

S blinkáním jsme potíže neměly, co se týče plazení a vůbec pohybu, to bylo horší. Ale máme velký dětský pokoj, kde jsem měla samé bezpečné pomůcky – žíněnku na ležení, ohrádku. Když se začala otáčet, tak jsem využila žíněnku na zemi a tam ležela – to jsem měla jistotu, že nespadne. Když jsem potřebovala něco udělat nebo si jen odskočit, tak byla v ohrádce.

**Otázka č. 8: Jak jste řešili krmení?**

Já jsem ji kojila do 2 a půl let, takže to byla obrovská výhoda. Kdykoliv měla hlad, žízeň, jídlo bylo po ruce. Bylo to velmi pohodlné a rychlé. Plně jsem ji kojila do půl roku, potom jsem začala mixovat zeleninu, brambory....

**Otázka č. 9: Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?**

Přebalování mi problémy nedělalo, to jsem zvládala docela dobře. Horší to bylo, když začínala chodit. V dětském pokoji byla ohrádka pevně přišroubovaná k zemi, tam jsem měla jistotu, že při zvedání nebudu mít problém, tak jako při zvedání např. u židle, kde hrozilo spadnutí i s židlí. Hodně jsem využívala i chodítko s pultíkem, kde měla dcera hračky a dovedla si pěkně pohrát.

**Otázka č. 10: Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?**

Pomůcky jsem používala asi klasické – bryndáčky s kapsou, plastové talíře s protiskluzovou úpravou, hrníčky s vrškem a cucátkem, chodítko, chůvičku, rozlišovač barev na oblečení.

**Otázka č. 11: Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?**

Největší problém asi byl hlídat dítě, když loží a začíná chodit. To jsme museli být moc opatrní a v bytě odstranit všechny překážky.

A ještě si vzpomínám na další nepříjemnou věc – v zimě, když to venku pěkně klouže, je velmi nesnadné se pohybovat. Když ještě nechodila, bylo to jednodušší, protože seděla v kočárku.

Potom, když byla starší a měla tendenci utíkat, chodívala na procházky s babičkami a mojí sestrou. Teď, když už je rozumná, zvládáme to i samy dvě.

Komentář: Největší obavy měla paní J z toho, že nepozná, co její dcerka potřebuje, že nebude vědět, proč pláče, co jí bolí nebo zda jen nevyžaduje její pozornost. Brzy však nejistotu překonala jako každá máma.

    Za problémové období považuje paní J dobu, kdy dítě začíná lozit či chodit.

    Starost o dítě i domácnost zvládá respondentka bez větších obtíží, pomáhá jí asistentka nebo ostatní členové širší rodiny.

    Během období těhotenství se paní J setkala i s odmítavou reakcí ze strany společnosti, kdy si musela vyslechnout názor, že slepý člověk by neměl mít děti, protože se o ně nedovede řádně starat. V těchto nepříjemných situacích ji opět podpořila její rodina a přátelé, na které se může vždy spolehnout.

## 8 Diskuse

Během výzkumu jsme zjistili, že všechny námi dotazované respondentky měly bohužel negativní zkušenosti ze strany intaktní společnosti. Z odpovědí jsou patrné stále přežívající předsudky o tom, jak vůbec mohou mít lidé ze zrakovým postižením děti. Většině majoritní společnosti připadá nemyslitelné, aby se osoba se zrakovým postižením starala a postarala nejen o sebe, ale zejména o vlastní dítě.

Jedna z respondentek se dokonce setkala s velmi nevhodnými otázkami typu zda není protiprávní, aby dva nevidomí měli dítě. Jak vůbec mohou zvládat výchovu, jak může slepá vyjít s dítětem na ulici.

Pouze v jednom případě se respondentka setkala s nepříjemným jednáním lékaře. Dokonce již v porodnici zdravotnický personál pochyboval o tom, zda může poznat, co vše se může dítěti stát.

Ostatní respondentky špatné zkušenosti nezaznamenaly.

U otázky, co bylo nejtěžší po příjezdu z porodnice domů, se odpovědi docela odlišují. Paní X považuje za nejhorší vyjet sama s miminkem ven na procházku. Další respondentka uvedla, že těžké pro ni byly situace, kdy nepoznala, jestli je její dítě špinavé nebo nevěděla, zda nemá někde omotaný její vlas. Pro paní E bylo náročné vůbec si zvyknout na přítomnost miminka a měla pocit, že nebude schopná rychle reagovat na potřeby dítěte. Stejný pocit uvedla i paní J, která se obávala, že nepozná, co její dítě potřebuje. Naopak pro paní A se stalo nejtěžší noční vstávání a s tím související únava během dne.

Největší strach respondentky většinou pociťují z obavy, zda vše zvládnou. Zda se budou umět správně postarat o dítě, jestli poznají, co dítě zrovna potřebuje, z jakého důvodu pláče. Pouze jedna respondentka uvedla, že strach neměla, protože si ho vůbec nepřipouštěla. Setkali jsme se i s odpovědí, že dotazovaná měla největší strach z toho, aby její syn také špatně neviděl, protože sama trpí vrozenou vadou.

Předpokládali jsme, že největší potíže bude respondentkám činit období, kdy děti začnou ložit, chodit, pohybovat se po bytě. Předpoklad se potvrdil, neboť toto období považují všechny dotazované za poměrně náročné. Zejména si stěžují na velkou únavu, protože musí celý den sledovat, kde se dítě pohybuje. To vyžaduje neustálou pozornost a soustředění. Děti jsou v tomto období velice zvědavé, vše je zajímavé, vše chtějí prozkoumat. Jejich hlídání je tedy velmi obtížné.

Péči o dítě i starost o domácnost zvládaly respondentky bez větších potíží. Některé z nich využily pomoc blízké osoby z rodiny, kdy nejčastěji vypomáhal manžel, jiné mají do dnešního dne asistentku, která jim pomáhá nejen s úklidem bytu, ale je nápomocná i při péči o dítě.

Všechny dotazované se shodly, že pro ně byla mnohem jednodušší péče o kojence než starost o batole. Vysvětlují to především tvrzením, že kojeneček většinou jen klidně leží a nevyžaduje neustálou pozornost.

Všechny respondentky si velmi dobře poradily i s krmením dítěte. Většina z nich měla výhodu, že docela dlouhou dobu kojila, ostatní se během několika dnů naučily připravovat mléko. Přejít na tuhou stravu také nečinil potíže, protože příprava příkrmů nebyla nijak složitá.

Problém, se kterým se dotazované ještě celkem často setkávaly, bylo blinkání dětí. Tyhle situace byly nepříjemné a řešení složité. Občas se stalo, že neměly ani tušení, že se dítě poblínalo. Mnohem více pak musely děti hlídat a být stále s nimi.

Dvě respondentky již mají děti, které navštěvují základní školu a musí se vypořádat se psaním úkolů i četbou. Paní L vyřešila psaní úkolů vždy nejprve nanečisto a při čtení slabikáře si stránky skenovala a písmo zvětšovala.

Z výše uvedeného vyplývá, že všechny dotazované zvládly překonat všechny problémy, které jsou s péčí o dítě spojené. Nenastala žádná situace, kterou by dokázaly vyřešit.

Největší přínos spatřujeme především v pomoci rodiny a její důvěře. Důvěra a pochopení, že i člověk se zrakovým postižením může vést plnohodnotný život, ze strany intaktní společnosti však stále ještě chybí.

## 9 Doporučení pro praxi

Na závěr výzkumné části je na místě podrobněji rozepsat, jaká fakta námi realizovaný výzkum zjistil.

V první řadě je důležité zmínit, že osoby se zrakovým postižením zvládají péči o dítě stejně dobře jako osoby bez postižení. V některých případech lze dokonce bez jakýchkoliv pochybností tvrdit, že jsou schopny přistupovat k výchově dítěte zodpovědněji než někteří zástupci majoritní společnosti. Náš výzkum samozřejmě ukázal mnoho problémů, se kterými se musejí potýkat, které musejí zvládat, ale také prokázal, že na kvalitu výchovy to nemá vůbec žádný vliv.

Intaktní společnost ve většině případů stále považuje osoby se zrakovým postižením za někoho, kdo se neumí postarat sám o sebe. Bohužel současně nechápe, že i jedinci se zrakovou vadou jsou schopni starat se o dítě.

Osoby se zrakovým postižením přitom mají stejná práva jako všichni ostatní, což znamená, že mají právo žít plnohodnotným životem, do kterého spadá i rodičovství.

Otázkou stále zůstává, co je potřeba učinit pro to, aby se lidé intaktní společnosti začali dívat na osoby se zrakovým postižením bez předsudků.

Důležitým cílem je v první řadě naučit intaktní společnost komunikovat s jedinci se zrakovým postižením. Osvěta by měla začínat již na základní škole, aby později nedocházelo k nepříjemným situacím, kdy děti ani netuší, že se mezi námi mohou pohybovat i osoby se zrakovou vadou, že mezi námi žijí.

Dalším doporučením by mohlo být, aby ve všech institucích (nemocnice, úřady, obchody...), kde se ještě s osobou se zrakovým postižením nesešli, byli na takové setkání připraveni. Měli by již předem počítat s takovou možností a připravit se na ni, aby později nebyli zaskočeni. Aby zbytečně nedocházelo k odmítavému přístupu ze strany majoritní společnosti.

Důležité je nedávat lidem se zrakovým postižením najevo, že se odlišují od ostatních. Je také důležité brát je zcela přirozeně. Nic jiného od nás ani neočekávají. Sami si umí říct o pomoc, buďme tedy připraveni ji poskytnout.

Z rozhovorů, které jsme uskutečnili je patrné, že jednání ze strany společnosti je stále odmítavé a často negativní.

Velkým přínosem by jistě bylo, aby se společnost začala k osobám se zrakovým postižením chovat zcela běžně, přirozeně a bez rozpaků. Aby již překonala své naučené dogma, že slepota se rovná nemožnost a neschopnost. Aby místo svých předsudků raději otevřeli svá srdce, zapojili rozum a byli otevřeni k tomu, co jim osoby se zrakovým postižením sdělují. Společnost by se konečně měla snažit pochopit fakt, že i se zrakovým postižením se dá zcela normálně žít.



Kdyby se společnost alespoň pokusila tato doporučení dodržet, bude to pro obě strany jistě daleko příjemnější. Komunikace by se tak mohla obejít bez vážnějších nedorozumění, což by vyhovovalo nejen lidem se zrakovým postižením, ale jistě by to uvítala i většinová společnost, která by se tímto nedostávala do zbytečných rozpaků.

Pokud by se jedinci intaktní společnosti snažili více porozumět osobám se zrakovou vadou, lépe by se také vyrovnávali s případnou ztrátou zraku nejen u sebe, ale i u svých blízkých.

V těchto případech by pak dokázali blízkou osobu podpořit a rozvinout tak, aby nezůstala odkázána pouze na pomoc druhých. Umožnili by ji, aby se stala osobou samostatnou a plnohodnotnou, která má ze života radost.

## ZÁVĚR

V samotném závěru bych ráda shrnula a popsala, co vše výzkum prokázal.

V první řadě jsem se snažila získat kontakty na rodiče se zrakovým postižením, což nebylo jednoduché. Podařilo se mi zajistit celkem jedenáct takových kontaktů z celé České republiky. I když po mém oslovení přislíbili spolupráci téměř všichni, ve finále se mi podařilo uskutečnit rozhovor pouze s pěti respondentkami. Díky jejich obsáhlým odpovědím jsem ale mohla shromáždit důležitá fakta o rodičovství osob se zrakovým postižením. O jejich životních peripetiích, starostech a problémech, které souvisejí s výchovou dítěte v rodinách, kdy aspoň jeden z rodičů patří do kategorie těchto osob.

Počet otázek v jednotlivých rozhovorech byl závislý na věku dítěte. Pokud se jednalo o dítě, které zatím nenavštěvuje základní školu, bylo otázek celkem jedenáct, pokud bylo dítě již žákem, bylo otázek celkem dvanáct.

Všechny otázky jsem se snažila směřovat do důležitých oblastí lidského života souvisejících s narozením dítěte. Ať už se jednalo o reakce okolního světa, potřebnou pomoc, kontakt se zdravotnickým personálem nebo konkrétními úkony, které jsou nezbytné při péči o dítě.

Vyhodnocením odpovědí všech zúčastněných respondentek jsem bohužel nezískala uspokojivé poznatky. Současná majoritní společnost se nedokáže na spoluobčany se zrakovým postižením dívat jako na rovnocenné partnery, nedokáže je brát jako jedny z nás. Jevy samozřejmé a běžné se najednou stávají nesamozřejmými a neobvyklými.

Můj názor se s názorem většiny neztotožňuje. Všem osobám se zrakovým postižením, které se svědomitě a zodpovědně starají o domácnost a děti, patří můj velký obdiv.

Všude se hovoří o stejných právech, možnostech. Ano, osoby se zrakovým postižením by měli mít stejné možnosti jako my ostatní. Tak jim je konečně dejme. Přestaňme je podceňovat, nedívejme se na ně jako na něco zvláštního. Stačí, když jen budeme trpělivě vnímat a naslouchat. Stačí, když jim připravíme potřebné podmínky a poskytneme požadovanou pomoc. Stačí, když nebudeme „slepí“ !

## POUŽITÁ LITERATURA

1. FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
2. FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením*. Olomouc : UP, 2010. ISBN 978-80-244-2517-7.
3. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6 .
4. GILLERNOVÁ, I. *Charakteristika výchovných interakcí dospělých a dětí*. Trenčín: 2005. ISBN 80-8775-0904.
5. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2008. ISBN 80-7178-303- X .
6. HORÁČKOVÁ, J. *Speciální pomůcky pro zrakově postižené z hlediska historického vývoje*. Závěrečná práce. Olomouc: 2004.
7. HYCL, J. *Oftalmologie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-827-1.
8. HYCL, J. *Oftalmologie*. Praha: Triton, 1999. ISBN 80-7254-065-3.
9. HYCL, V., VALEŠOVÁ, L. *Atlas oftalmologie*. Praha : Triton, 2003. ISBN 80-7254-382-2 .
10. JANIŠ, K. *Učební text k problematice rodinné a sexuální výchovy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. ISBN 978-80-7041-898-7.
11. JESENSKÝ, J. *Přehled komprehenzivní tyflopédie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2002.
12. KRAUS, H., a kol. *Kompendium očního lékařství*. Praha : Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-079-1.
13. KUCHYNKA, P. *trendy současné oftalmologie*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-404-6.
14. KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-50-8
15. KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Praha: Paido, 2000. ISBN 80-244-1189-X.
16. LOVASOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací instituce ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-66-0.
17. LUDÍKOVÁ, L. *Tyflopédie I*. Olomouc: UP, 1988.
18. LUDÍKOVÁ, L. a kol., *TyflopédieII*. Olomouc: UP, 1989.
19. NEPOŽITKOVÁ, J. *Kvalita života a subjektivní charakteristiky zdraví*. Diplomová práce. Brno: 2009.

20. PIPEKOVÁ, J. a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
21. POLEDNÍKOVÁ, L. *Oftalomopedie*. Ostrava: Ústav celoživotního vzdělávání a rozvoje při PdF OU, 1995.
22. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : 2003. ISBN 80-244-0873-2.
23. ROZSÍVAL, P., a kol. *Oční lékařství*. Praha : Galén a Karolinum, 2006. ISBN 80-7262-404-0.
24. SCHINDLEROVÁ, O. 1 *Na ruce si nevidím*. Praha: Sdružení pro podporu nejen nevidomých, 2007. ISBN 80- 86932-10-9.
25. SCHINDLEROVÁ, O. 2 *Kapitoly ze sebeobsluhy nevidomých a slabozrakých*. Tyfloservis, 2007 .
26. SKALKOVÁ, J. a kol., *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha : 1985. ISBN 14-275-85.
27. SMÝKAL, J. *Vznik a vývoj písma pro nevidomé*. Praha: SPN, 1986.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-053-X.
29. VÍTKOVÁ, M., a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.
30. VÍTKOVÁ, M., a kol. *Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-85931-65-6.
31. WIENER, P. *Praktická výchova zrakově postižených*. Praha: Mascom, 2006. ISBN 80-239-6773-8.
32. WOLANSKÁ, H. *Pracovní uplatnění osob se zrakovým postižením*. Diplomová práce. Olomouc: 2009

Internetové zdroje:

<http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>

<http://cs.wikipedia.org/wiki/rodina>

<http://tyflokabinet-cb.cz/zrak.htm>

[www.videni.cz/refrakcni-vady/ocni-vady](http://www.videni.cz/refrakcni-vady/ocni-vady) [cs.wikipedia.org/wiki/refrakcni-vada](http://cs.wikipedia.org/wiki/refrakcni-vada)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Otázky k rozhovorům

Ukázka bezpatkového písma

Ukázka nové české abecedy

1. Jak se na Vás dívalo okolí během těhotenství?
2. Jak se na Vás okolí dívá nyní, když vidí, že dítě zvládáte?
3. Jaké jsou vaše zkušenosti při jednání s lékaři?
4. Co pro vás bylo nejtěžší, když jste si přivezli miminko z porodnice?
5. Z čeho jste měli největší strach?
6. Jakým způsobem jste skloubili péči o dítě a starost o domácnost? Využili jste něčí pomoc?
7. Jak jste zvládali situace, když dítě např. blinkalo, začalo se plazit?
8. Jak jste řešili krmení?
9. Bylo pro Vás jednodušší naučit se miminko přebalovat (péče o kojence) nebo starost o batole (první krůčky...)? A jakým způsobem jste tyto situace řešili?
10. Jaké pomůcky jste nejčastěji využívali?
11. Jaký byl podle Vás největší problém do 1 roku dítěte?
12. Jak jste zvládli nástup dítěte do školy? Jaké máte zkušenosti při jednání s učiteli?

UKÁZKA BEZPATKOVÉHO PÍSMÁ

ABCDEFGHI  
JKLMNOPQRSTU  
VWXYZ&ĀĚÖÜ  
abcdefghijklmnopq  
rstuvwxyzáěötů!?  
1234567890

# NOVÁ ČESKÁ ZNAKOVÁ SADA BRAILLOVA PÍSMŦA

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	
k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	
						(1)				
u	v	x	y	z	ý	(1)	w	ž	ú	
						/				
á	ě	č	ď	š	ň	/	ť	ó	ř	
,	;	:	+	?	!	"	(	*	)	
				(2)	-	' (3)	(4)	(5)		
.	í	é	ú	(2)	-	' (3)	(4)	(5)		

(6) (7) (8) (9)

(1) - plný znak, (2) - číselný znak, (3) - apostrof, (4) - prefix řecké písmeno malé, (5) - prefix řecké velké, (6) - malé písmeno latinské abecedy, (7) - řetězec velkých písmen, (8) - velké písmeno, (9) - prázdný znak - mezera



## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Vraštilová Svatava
<b>Katedra:</b>	Ustav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D
<b>Rok obhajoby:</b>	2011

<b>Název práce:</b>	Rodičovství a rodinný život osob se zrakovým postižením
<b>Název v angličtině:</b>	Family and family live of people with wisual impairment
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce charakterizuje zrakové postižení, typy zrakových vad, vymezuje pojmy rodina, rodičovství, kvalita života a popisuje problémy související s péčí o dítě u osob se zrakovým postižením.
<b>Klíčová slova:</b>	zrakové postižení, rodina, rodičovství, péče o dítě,
<b>Anotace v angličtině:</b>	The thesis characterizes the visual handicaps, type of visual impairment, defines the term of family, parenthood, life quality and describes the problems related to child care of people with visual handicaps.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	visual handicap, family, parenthood, child care
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Otázky k rozhovoru Ukázka bezpatkového písma Ukázka nové české abecedy
<b>Rozsah práce:</b>	69 stran, 3 strany příloh
<b>Jazyk práce:</b>	český jazyk