

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Ústav speciálněpedagogických studií**

## **Diplomová práce**

Bc. Lada Kutějová

**Rozvoj dítěte se zrakovým postižením v raném věku jako  
dobrý start**

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jsem jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne: ..... Podpis: .....

## **Poděkování:**

Děkuji vedoucímu diplomové práce, paní doc. Mgr. Ditě Finkové, Ph.D., za odborné vedení, rady, připomínky a pomoc při zpracovávání diplomové práce.

# Obsah

Úvod .....	6
1. Dítě se zrakovým postižením .....	8
1.1. Osoba se zrakovým postižením .....	8
1.3. Odlišnosti ve vývoji.....	13
1.4. Problematika sebeobsluhy a samostatného pohybu.....	17
2. Rodina.....	23
2.1. Typy rodin .....	23
2.2. Funkce rodiny .....	25
2.3. Postoje ve výchově .....	29
2.4. Rodinná resilience .....	33
2.5. Rodinné prostředí .....	35
3. Raná péče.....	36
3.1. Historie rané péče v České republice .....	36
3.2. Definice rané péče podle zákona o sociálních službách.....	37
3.3. Definice rané péče podle různých zdrojů .....	39
3.4. Poslání, cíle a zásady rané péče.....	40
3.5. Linka EDA.....	44
3.6. Služba rané péče pro děti s těžkým zrakovým postižením.....	47
3.7. Hra .....	50
4 Praktická část.....	52
4.1. Hlavní cíl .....	52
4.2. Dílčí cíle .....	52
4.3. Metodologie výzkumu.....	53
4.3.1 Výzkumné metody.....	53
4.3.2. Popis zařízení.....	54

4.3.3. Výzkumný vzorek .....	55
4.4. Průběh a interpretace výzkumu .....	55
4.4.1. Spojování stejného dílu s podložkou podle hmatu (hmatová hra) .....	55
4.5. Kazuistika .....	58
Závěr .....	60
Seznam literatury .....	62
Seznam tabulek .....	65
Seznam příloh .....	66
Přílohy .....	67
Anotace .....	68

## Úvod

Rozvíjet dítě v raném věku je nejdůležitějším úkolem rodičů. Pokud se na daný úkol podíváme z pohledu dítěte s postižením, je to pro jeho rodiče nutností, která je ovšem velmi namáhavá. Proto je potřeba rodiny dětí s postižením podporovat, poskytovat ranou péči. V případě, že rodiče s podporou poradkyně rané péče, dítě rozvíjejí už od útlého věku, můžou očekávat lepší budoucnost svého dítěte. Důvodem proč jsem si vybrala téma rané péče u rodin s dětmi se zrakovým postižením, je velmi prostý, zjistila jsem, že ve Zlínském kraji, odkud pocházím, není raná péče, která by se věnovala dětem se zrakovým postižením, i když je to možná vzhledem k posunu v dané oblasti k nevíře. Když jsem měla možnost se setkat se sociální pracovnící odbočky SONS ve Vsetíně, zjistila jsem, že je často kontaktují rodiče ze Vsetínska, kteří by od jejich organizace chtěli rady v oblasti rané péče. Pracovnice říkala, že je vždy odesílají do střediska rané péče v Olomouci, a několikrát jí rodiče řekli, že je to pro ně velmi daleko. Mým třetím impulsem pro výběr daného tématu, byla zkušenost s tím, že když jsem chtěla jít před třemi lety na praxi do pobočky rané péče pro děti se zrakovým postižením z Olomouce ve Zlíně, bylo mně sděleno, že to nelze, protože zde dojíždí nepravidelně. Rozhodla jsem se, že pomocí diplomové práce poukážu na nedostatečnost pracovišť rané péče pro zrakově postižené v České republice, se zaměřením zejména na Zlínský kraj.

Za hlavní cíle práce můžeme stanovit objasnění důležitosti rané péče pro rozvoj dítěte se zrakovým postižením s cílem, co možná největším zapojením do běžného života a zároveň seznámení nedostatkem jejich pracovišť v České republice, zejména pro děti se zrakovým postižením a jejich rodiče (rodinu). Dané cíle jsou stanoveny z toho důvodu, že když rodiče spolupracují s pracovníkem rané péče od útlého věku, bývá dítě lépe vybaveno pro další vzdělávání a rozvoj sociálních dovedností. V dnešní době, kdy se diskutuje o inkluzi dětí s postižením do běžného školství, by se dalo tvrdit, že děti s postižením, které měly možnost spolupracovat s pracovníkem rané péče, by na inkluzi měly být lépe připraveny. Dané tvrzení by šlo považovat za platné, již kvůli plasticitě mozku u dětí raného věku, která byla dokázána, a delšímu časovému úseku pro rozvoj dovedností, kdy je dítě v péči odborníka (pracovníka rané péče) před nástupem do školy.

V rámci teoretické části diplomové práce, jež zejména slouží jako opora pro první z hlavních cílů tedy důležitost rané péče, se první kapitola zabývá dítětem se zrakovým postižením, které nejprve specifikuje jako osobu se zrakovým postižením. Dále se kapitola zmiňuje, jaké jsou vady zraku, které se u dětí mohou objevit, a kvůli kterým se dítě může stát právě dítětem se

zrakovým postižením. První kapitola pokračuje odlišnostmi ve vývoji dítěte se zrakovým postižením od vývoje dítěte zdravého a problematice sebeobsluhy a samostatného pohybu, které jsou pro děti s těžkým zrakovým postižením nejdůležitější pro samostatnost. V další kapitola se zaměřuje na rodinu, jak z hlediska její typologie, tak z hlediska jejích funkcí, které má naplňovat vůči všem svým členům. Kapitola dále pokračuje popisem výchovných postojů, které rodiče mohou zvolit, také seznámením s rodinnou resiliencí a zakončena je podkapitolou o rodinném prostředí. Třetí kapitola se již komplexně zabývá ranou péčí z teoretického hlediska, vymezením pomocí definic a mimo jiné se věnuje i rané péči u dětí se zrakovým postižením.

Úkolem praktické části je, se zabývat rozvojem dítěte v raném věku, se zaměřením na jeden z hlavních kompenzačních smyslů, pro jeho dobrý start do života, což úzce souvisí i s dostupností středisek rané péče a jejich velkého vlivu na včasný rozvoj kompenzačních smyslů a jiných dovedností, které dítě se zrakovým postižením potřebuje pro běžný život. Praktická část je složena z výzkumu a kazuistik. Obě metody ukazují důležitost rozvoje dítěte se zrakovým postižením v raném věku, jak z pohledu negativního, kdy podpora rozvoje dítěte se zrakovým postižením v jedné oblasti (hmatu) chyběla, což dokládá výzkum, tak z pohledu pozitivního, kdy podpora v raném období dětí se zrakovým postižením (dvou dvojčat) nechyběla, a pomohla dětem se zapojením do běžného života společnosti, což dokládají obě kazuistiky. U jedné z kazuistik je také pozoruhodné zjištění to, že při včasné spolupráci s rodiči se rodičům později podařilo dvojčatům vytvořit vztah natolik dobrý, že nejsou na sobě závislé, ale dokáží i nadále spolupracovat, a to pokládá autorka za velmi důležité, protože někdy závislost na druhém dvojčeti může, jak na jedné straně vyvolávat úzkost, tak na druhé vyvolávat pocity přílišné zodpovědnosti.

Pro zpracování diplomové práce byla použita odborná literatura, internetové zdroje a vlastní šetření autorky.

## **1. Dítě se zrakovým postižením**

Každé dítě je jiné, je osobností, která se od útlého věku vyvíjí, v závislosti na množství a kvalitě podnětů, na působení rodičů a širší rodiny na něj a na utváření své společenské role, statusu a vztahů. Na pojem dítě můžeme nahlížet z různého úhlu pohledu, například z pohledu Úmluvy o právech dítěte je dítětem osoba většinou mladší 18 let podle zákonných norem státu, ve kterém je dítě občanem. Z pohledu zákona o sociálních službách v rámci služby rané péče je dítětem osoba od narození do sedmi let věku. A v případě rodičů je pro ně dítětem jejich potomek většinou do věku, než oni sami zemřou. Je tedy zřejmé, že na dítě různé normy nahlíží většinou z pohledu jeho stáří, avšak v rámci vztahů je věk pro určení dítěte relativní. Ludíková (In Valenta, 2003) zmiňuje, že za osobu, tedy i dítě, se zrakovým postižením považujeme jedince, u kterého došlo k poškození zraku a ani běžná optická korekce nepostačuje ke zlepšení jeho stavu, z toho vyplývá, že dítě krátkozraké i dalekozraké do skupiny dětí se zrakovým postižením nespadá. První kapitola je proto věnována, osobám se zrakovým postižením, mezi které patří i dítě se zrakovým postižením, dále vadám zraku a příčinám, které postižení způsobují. Další podkapitola se zabývá odlišnostmi ve vývoji dítěte se zrakovým postižením od dítěte zdravého, na které taky působí právě zrakové postižení a poslední oblastí, které se věnuje je problematika orientace a samostatného pohybu. Kapitola se věnuje tématice osob se zrakovým postižením od útlého věku, přes odlišnosti ve vývoji apod. ve svých podkapitolách z toho důvodu, že diplomová práce se zabývá ranou péčí právě pro děti se zrakovým postižením a jejich rodinám, tedy seznámení se se zrakovým postižením v určitém kontextu je důležitým východiskem pro pochopení důležitosti rané péče i u rodin těchto dětí.

### **1.1. Osoba se zrakovým postižením**

Kdykoliv mluvíme o osobách s nějakým druhem postižení, musíme uvést jejich klasifikaci, v daném případě je vhodné použít klasifikaci ze speciálněpedagogického hlediska, která je použita i v dané podkapitole. Pokud se zaměříme na dělení osob se zrakovým postižením podle speciálněpedagogických hledisek můžeme je mezi prvními dělit z etiologického hlediska na osoby s poruchou orgánovou nebo funkční. Avšak nejčastějším dělením osob se zrakovým postižením je podle stupně zrakové vady, kdy se vychází z vizuálních potenciálů



člověka, především ze stavu visu/zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole. (Pipeková, 2010)

Speciální pedagogika v průběhu své historie používala různá dělení pro označení osob se zrakovým postižením. Nyní speciální pedagogika užívá čtyřstupňovou klasifikaci osob se zrakovým postižením, která třídí tyto osoby do základních následujících kategorií:

1. osoby nevidomé
2. osoby se zbytky zraku
3. osoby slabozraké
4. osoby s poruchami binokulárního vidění. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

### **Osoby nevidomé**

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

Podle Pipekové (2010) může být nevidomost definována i jako světlocit se špatnou projekcí nebo až ztráta světlocitu.

Nevidomost stejně jako jiné stupně zrakového postižení, můžeme dělit na praktickou nevidomost, skutečnou slepotu a plnou slepotu neboli amaurózu. Nevidomost mimo jiné nejvíce ze všech zrakových vad ovlivňuje možnost prostorové orientace a samostatného pohybu. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

### **Osoby se zbytky zraku**

Osoby se zbytky zraku bychom mohli nazvat jako hraniční, a to mezi nevidomostí (blíže praktickou slepotou) a těžkou slabozrakostí, kdy osobou se zbytky zraku je ta, která bývá oftalmology definována v mezích zrakové ostrosti  $3/60 - 0,5/60$ . Důsledkem daného postižení bývají snížené, omezené nebo deformované zrakové schopnosti jedince, které mohou vést k narušení představ. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

### **Osoby slabozraké**

Za osoby slabozraké můžeme považovat ty, jejichž ireverzibilní pokles zrakové ostrosti je na lepším oku pod  $6/18$  až  $3/60$  včetně. Můžeme je také dělit do tří základních skupin, tedy na

lehce, středně a těžce slabozraké. Z výzkumů vyplývá, že většina osob slabozrakých má sníženou koncentraci, slabou pozornost, rychlejší unavitelnost, pomalejší pracovní tempo a vyšší sugestibilitu. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

## **Osoby s poruchami binokulárního vidění**

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

*Binokulární vidění má tři vývojové stupně – simultánní vidění, fúzi a stereopsi:*

*1. Simultánní percepce je nejjednodušší forma binokulárního vidění, kdy se jedná o schopnost vnímat obraz na sítnici obou očí.*

*2. Fúze je fáze, kdy již je umožněno dokonalejší spojení obrazu pravého a levého oka v jeden vjem.*

*3. Stereopse je schopnost prostorového vnímání a je nejvyšším stupněm binokulárního vidění.*

*Porucha ve vývoji jednoduchého binokulárního vidění může vést ke vzniku strabismu, amblyopie nebo narušení centrální retinální fixace. Při poruchách binokulárního vidění dochází k situaci, kdy na sítnicích obou očí se nevytváří na stejných místech dva rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem a zabezpečily tak stereoskopické, hloubkové vidění,“ (Finková, Ludíková, Růžičková, 2010, s. 46 – 47).*

## **1.2. Vady zraku**

*"Termínem zrakové vady označujeme nedostatky zrakové percepce různé etiologie i rozsahu,"(Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001, s. 7).*

Zrakové vady můžeme charakterizovat z pohledu narušení jednotlivých oblastí zrakového vnímání, kdy nejmarkantněji se projevuje snížení zrakové ostrosti, tedy postižený nevidí zřetelně. Další oblastí, jež bývá často narušena, je postižení zorného pole - prostor, který vnímáme při pohledu přímo před sebe. Postižení zorného pole můžeme vysvětlit jako omezení prostoru, kterým osoba vidí. Zorné pole může být různě zúženo, jednostranně, oboustranně

nebo až do tubicového vidění, mohou nastat výpadky v zorném poli v centrální i periferní oblasti. (srov. Vágnerová 2004, Hamadová, Květoňová, Nováková 2007, Nováková in Pipeková 2006)

Další oblastí je porušení koordinace pohybů očí, kdy se oči mohou stáčet mimo osy a při vnímání nedochází k sjednocení obrazu, není možno přesně zacílit. Někdy může docházet i k narušení zrakových center, kdy nastávají potíže při zpracování zrakových informací. Osoby se zrakovým postižením jsou heterogenní skupinou, kterou lze dělit podle mnoha kritérií, mezi které patří hloubka zrakového postižení, doba vzniku nebo věk. Nejčastěji se osoby se zrakovým postižením dělí podle hloubky postižení na osoby nevidomé, se zbytky zraku, slabozraké a osoby s poruchami binokulárního vidění. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

### **Příčiny zrakového postižení**

Většina rodičů, lékařů, speciálních pedagogů a jiných odborníků hledá příčiny postižení dítěte. Příčin zrakového postižení je mnoho a můžeme na ně pohlížet z různých hledisek. Tato podkapitola se věnuje příčinám zrakového postižení u dětí, zejména dětí raného věku.

### **Retinopatie nedonošených (ROP)**

Jedná se o poruchu sítnice, která patří k nejčastějším příčinám zrakového postižení ve světě i u nás. (Řičan, Krejčířová, a kol., 2006)

Jak již vyplývá z názvu, jedná se o poruchu, která se objevuje u předčasně narozených dětí, přičemž nejzranitelnější jsou ty, jejichž porodní váha je pod 1250 gramů nebo jsou narozeny před 28 týdnem gestačního věku. Dítě nemá dokončenou vaskularizaci sítnice (cévní zásobením periferních sítnicových částí), a tím že je předčasně narozeno, je automaticky umístěno do inkubátoru, který je zásoben kyslíkem. V případě, že se stav zlepší a kyslík není dodáván, začínají opět bujet cévy, ale v daném případě dochází ke krvácení, které se dostává až do sklivce a celý stav se hojí tvorbou vazivy, což vede k odchlípení sítnice a následné ztrátě zraku. Od nejtěžších případů můžeme oddělit ROP spontánně nebo důsledkem léčby zastavené, u kterých zůstává vidění více či méně zachováno, avšak dochází zde k poklesu zrakové ostrosti od slabozrakosti až po zbytky zraku v pásmu praktické slepoty. (Vítková, Řehůřek, Květoňová – Švecová, Madlener, 1999)

## **Další sítnicové degenerace**

Sítnicové degenerace jsou nezánnětlivá vrozená onemocněnř sítnice s dědičným charakterem, mezi něž řadřme např. pigmentovou degeneraci sítnice, která postihuje zejména tyčinky a tzv. pigmentový list sítnice. Projevuje se u dětí jako šeroslepost, pokračuje zužováním zorného pole až do trubického vidění a končí poklesem centrálnřho vidění. Dané oboustranné onemocněnř nejprve přivodř slabozrakost a později praktickou slepotu a v dospělosti absolutní slepotu. V dětském věku se může objevit i jiná forma, juvenilní makulární degenerace, jejíž průběh je podstatně příznivější než u pigmentové degenerace. Konečná zraková ostrost zůstává v pásmu slabozrakosti, kdy je poškozeno centrálnř vidění, ale perifernř zůstává zachováno. (Vřtková, Řehůřek, Květoňová – Švecová, Madlener, 1999)

## **Vrozený glaukom**

Při daném onemocněnř jsou poškozeny zrakové funkce patologicky zvýšeným či vysokým nitroočním tlakem (vlivem hromadění tekutiny v očich). Přibližně v 90% případů se onemocněnř projeví do konce prvního roku věku dítěte, avšak velmi často již v prvnřích týdnech života. Děti bývají většinou světloplaché, slzř jim oči a mají zašedlou rohovku. Jelikož růst oka není po narození ukončen, jeho další vývoj pak pokračuje za podmřnek vysokého nitroočního tlaku. Oči postiženého dítěte se velmi brzy začínají chorobně zvětšovat, zejména rohovka. I přes veškeré léčebné snahy (operace v raném věku) bývají děti později slabozraké. (Vřtková, Řehůřek, Květoňová – Švecová, Madlener, 1999)

## **Vrozený šedý zákal**

Dřive býval nejčastějším důvodem dětské slepoty. Jedná se o zákal čočky dětského oka, jehož příčinou mohou být škodlivé noxy, které způsobují virová onemocněnř např. zarděnky v začátku těhotenství (i jiná virová onemocněnř v začátku těhotenství) nebo toxické vlivy včetně nevhodných léků v začátku těhotenství. Zkalení čočky je většinou jednostranné může být i oboustranné, avšak záleží na tom, zda je čočka zkalena částečně nebo v celém rozsahu. Pokud je zkalena ve větším rozsahu je potřeba ji operovat. Zkalená čočka rychle přivodř tupozrakost, na kterou se nesmř zapomřnat a po operaci je nutné začřt výcvikem operovaného oka. Pro začátek může pomoci kontaktnř čočka, následně brýle a až po třetřm roce života jde implantovat nitrooční čočka, i po této operaci je potřebný výcvik oka. U kongenitální katarakty jsou doprovodným jevem další patologické změny na postižených očich (šilhání, atrofie zrakového nervu, nystagmus aj.), které zhoršují funkční výsledky veškeré léčby. (Vřtková, Řehůřek, Květoňová – Švecová, Madlener, 1999)

## **Kortikální postižení zraku (CVI)**

*„CVI se projevuje běžným vzhledem očí, ale špatnou interpretací zrakových informací v mozku. Zrakové funkce jsou vážně poškozeny, ale při běžném očním vyšetření je objeven fyziologický nález. Příčinou mohou být různé vrozené anomálie mozku, vzniklé těsně před, při nebo po porodu, následky mozkových nádorů nebo poranění, vážné epileptické stavy atd. Děti mají často vzhled vidícího dítěte, nemačkají si oči. Je však patrný bezcílný pohled mimo osoby a dění kolem, děti jsou bez výrazu tváře. Jejich zrakové schopnosti značně kolísají, vidí lépe periferně než centrálně. Své zrakové schopnosti dobře doplňují hmatem, při zrakové práci si předměty přibližují nadměrně k očím, při sahání po předmětech odvracejí hlavu. K běžným projevům této zrakové vady patří problémy s nahloučením předmětů (dítě má problém vidět předměty umístěné blízko sebe), problémy s rozpoznáním tvarů a velikostí předmětů, problémy s viděním celků (vidí jen detail či jeden předmět v danou chvíli, zbytek nevidí), pomalé zpracování zrakových informací a následné problémy v provedení úkolu,“ (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012, s. 94 -95).*

## **Další časté vady zraku u dětí raného věku**

Mezi další vady zraku u dětí patří nedovyvinutí nebo postižení zrakového nervu (hypoplazie nebo atrofie zrakového nervu). Dále refrakční vady těžkého stupně, které se vyskytují buď samostatně, nebo jako součást jiných očních chorob. A jako poslední můžeme uvést poruchy binokulárního vidění, které byly definovány již výše. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **1.3. Odlišnosti ve vývoji**

Odlišnosti ve vývoji dětí s postižením fungují jako ukazatele pro rodiče a diagnostiku, ale také jsou zátěží při výchově dítěte s postižením, a není tomu jinak ani u dětí se zrakovým postižením. Pokud se zaměříme na odlišnosti ve vývoji dítěte se zrakovým postižením, musíme si je rozdělit do několika kategorií podle toho, jakou část osobnosti ovlivní, a musíme zohlednit i vývojovou fázi, ve které se, v našem případě dítěte v raném věku, nachází.

Dalším důležitým aspektem je stupeň zrakového postižení (lehké, střední, těžké) a zda se jedná o postižení vrozené nebo získané. (Říčan, Krejčířová, a kol., 2006)

## **Vnímání**

Pro poznávání světa používáme několik analyzátorů, kdy jeden z nich je vůdčí. V průběhu fylogenetického vývoje se zrakový analyzátor stal dominantním, a tím pádem je jeho určité postižení zásahem ve vnímání světa, ovšem záleží na stupni zrakového postižení. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

V případech lehčích stupňů zrakových vad zraková dominance stále převažuje, ale pokud se jedná o těžší stupeň zrakových vad, stává se dominantním vnímání hmatové. (Ludíková, Finková, 2013)

Zrakem i hmatem dokážeme u předmětu vnímat tvar, velikost, směr, vzdálenost, trojrozměrnost, klid a pohyb, avšak pouze zrakově dokážeme vnímat barvu a pouze hmatem tvrdost, váhu, teplo a chlad. I když je na první pohled zřejmé, že hmatem vnímáme více vlastností předmětu, nesmíme zapomínat na to, že osoba, která používá pouze hmatové vnímání, je omezena ve vnímání předmětů délkou svých rukou, tedy další rozdíl vidíme i ve vzdálenosti předmětu. V obecném pojetí se dá říci, že zrakově při vnímání postupujeme od celku k podrobnostem a hmatem od podrobností k celku.

Osoba se zrakovým postižením dále používá k vnímání světa sluchové vnímání. Sluchové vnímání je specifické tím, že se vytváří již v prenatálním období, kdy plod slyší zvuky z okolí, zejména hlas matky (i otce), který i po narození vždy pozná. Proto dítě s vrozeným nebo brzy po narození získaným zrakovým postižením používá jako první způsob poznávání světa sluchové vnímání. Již od narození si dítě se zrakovým postižením vytváří specifickou citlivost ke zvukům, u kterých rozlišuje například zvuky vyvolávající obavy (náhlé a výrazné zvuky) a zvuky vyvolávající zklidnění (klidné a tišší zvuky). Dítě může zvuky využít jako zdroje informací o prostředí, aby vědělo co a kde se kolem něj děje. (Kochová, Schaeferová, 2015)

## **Představivost**

Představy probíhají myslí ve chvíli vnímání nějakého předmětu nebo i ve chvílích, kdy zrovna předmět nevnímáme. I když hmat dokáže zrak velmi dobře kompenzovat, nemůže jej zcela nahradit, a tím jsou ovlivněny i představy, i nyní záleží na stupni a typu zrakové vady. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Představy mohou mít sníženou kvalitu a může dojít i k výraznému zúžení. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

Pro představivost dětí se zrakovým postižením je charakteristická zlomkovitost, schematismus a nízký stupeň zevšeobecnění. (Ludíková, Finková, 2013)

## **Myšlení**

Myšlení, stejně jako vnímání, představivost a další řadíme mezi tzv. kognitivní procesy, jednoduše řečeno se jedná o procesy, které člověk uplatňuje při svém učení. Proces myšlení může probíhat vědomě i nevědomě. Myšlení navazuje na vnímání a představivost, proto poškození zraku ovlivňuje i myšlení. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Zrakový analyzátor zásobuje mozek v době bdění informacemi, a to nejen informacemi z okolí, proto je u dětí s těžkým postižením zraku míra aktivace CNS významně snižena. V případě, že dítě není zásobeno jinými podněty, může budít dojem, že je ospalé. (Řičan, Krejčířová, a kol., 2006)

Z toho důvodu by se dítě mělo setkávat s různými podněty, které mu částečně nahradí nedostatky ve zrakovém vnímání, ovšem musíme mít na paměti, že s podněty se musí setkávat v určité vhodné míře, aby nedocházelo k přetížení. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

Dítě se zrakovým postižením se snaží kompenzovat nedostatky ve zrakovém vnímání verbálními informacemi, což můžeme považovat za hlavní rys myšlení. (Ludíková, Finková, 2013)

## **Pozornost**

Stálost pozornosti může být u dětí se zrakovým postižením značně kolísavá, zejména proto, že ji dítě udržuje nejvíce na základě sluchových vjemů, kdy takto udržet pozornost je velmi namáhavé. Charakteristická je absence mimiky typická pro vidící. Všechny vlastnosti pozornosti jako je stálost, obsah, koncentrovanost, odpoutávání apod. mají u dětí (jedinců) se zrakovým postižením svá specifika. (Ludíková, Finková, 2013)

## **Paměť**

Z pohledu vývoje, paměť dětí se zrakovým postižením podléhá stejným zákonitostem jako u dětí intaktních, může spatřovat občasné omezení množství zapamatovaných vjemů a menší rychlost zapamatování. Avšak musíme mít na paměti, že vše je individuální jako u dětí intaktních. (Ludíková, Finková, 2013)

Pro dobrý vývoj dítě se zrakovým postižením je nutností paměť průběžně trénovat (posilovat), začít s tréninkem by se mělo již v raném a ještě více v předškolním věku, aby možnost zapamatování vjemů byla, co možná neoptimálnější. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

## **Mobilita**

Dítě se zrakovým postižením stejně jako intaktní prochází různými růstovými obdobími, dochází u nich ke stejným růstovým změnám, tedy mají stejný fyziologický předpoklad k pohybu. Rozdíl nacházíme v jejich pohybovém vývoji, protože dítěti se zrakovým postižením, vlivem omezení zrakového vnímání, chybí informace o okolním světě a svém těle, z toho důvodu mohou mít strach z pohybu. (Ludíková, Finková, 2013)

Obtíže v koordinaci pohybu jsou určitým charakteristickým znakem pro pohyb dětí se zrakovým postižením. V případě správného vedení a absence přidruženého tělesného postižení může dojít ke snížení deficitu v oblasti pohybového vývoje. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

Dítě se zrakovým postižením má jiný způsob učení se pohybům (bez nápodoby), jiné pořadí pohybů, které se naučí, a jiné načasování, což znamená, že bude potřebovat jinou motivaci i pomoc. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Charakteristickým rysem je opoždění v lezení, stojí, chůzi, kdy bez záměrné podpory rodičů dítě nemusí mít potřebu danou aktivitu provozovat, proto by rodiče, i přes svůj případný strach, měli podporovat dítě v pohybu záměrně.

Avšak rodiče musí brát zřetel na to, aby dítě vykonávalo pohyb z vlastní vůle, protože jen když bude chtít, tak si pohyb zapamatuje a bude jej nějak vykonávat podle svých potřeb, proto má být podpora motivační, tedy rodiče by pohyb neměli za dítě vykonávat. (Nielsenová, 1998)

Nesmíme zapomínat, že s vývojem pohybu souvisí i vývoj řeči.

## **Řeč**

Řeč má u dětí, osob, se zrakovým postižením specifickou funkci, kompenzační funkci, proto má pro ně mnohem větší význam, než pro osoby vidící. Kompenzační funkci řeči má i řeč osob vidících, avšak jim nenahrazuje informace, které nemohli získat zrakem ani jinými



kompenzačními mechanismy. Téměř vždy dochází i u dětí se zrakovým postižením k tzv. opožděnému vývoji řeči. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Řeč dětem se zrakovým postižením slouží zejména k navázání a udržení kontaktu s okolím nebo k získání pozornosti. Zejména u dětí nevidomých, ale někdy i u dětí s lehčím stupněm zrakového postižení, můžeme nalézt různé zvláštnosti v řeči a řečovém projevu. Daleko více experimentují s hlasem, melodií a rytmem. Objevovat se mohou dysgramatismy, zkreslený nebo nepochopený obsah a opakování slov a vět, které právě slyšely. Řeč dětem se zrakovým postižením slouží zejména k navázání a udržení kontaktu s okolím nebo k získání pozornosti. Vokalizace a řečové projevy mohou sloužit k získávání informací o prostoru nikoliv k navázání komunikace. (Říčan, Krejčířová, a kol., 2006)

## **Komunikace**

Komunikace se skládá nejen z řeči, ale i z nonverbální složky a je spíše ukázkou sociálních dovedností než jenom přenašečem informací.

Pro dítě se zrakovým postižením je už samotné navazování spontánní komunikace velmi obtížné, protože mu chybí zrakový kontakt, i jiné nonverbální projevy, s druhou osobou. (Říčan, Krejčířová, a kol., 2006)

Děti s těžkým postižením zraku se mohou projevovat různě, například mohou mít velmi nápadnou mimiku nebo naopak hodně chudou. Časté jsou i jejich mimovolní pohyby, které mohou u ostatních lidí vyvolávat dojem, že jde spíše o dítě s mentálním postižením. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Komunikace s dítětem s těžkým zrakovým postižením je pro ostatní lidi velmi složitá, protože nedokáží udržet zrakový kontakt, i když by měli a někdy je od konverzace odvádí právě mimovolní pohyby, které mohou být pro některé jedince i dosti nepříjemné, a můžou se komunikaci s osobou se zrakovým postižením vyhýbat. Z těchto okolností lze usuzovat, že i sociální oblast osob se zrakovým postižením je velice ovlivněna jejich postižením.

### **1.4. Problematika sebeobsluhy a samostatného pohybu**

Osvojení si činností, se kterými se setkáváme celý život je pro samostatnost a schopnost život prožít spokojeně, je nutností. Avšak osvojení každodenních činností, zejména sebe

obslužných a samostatný pohyb, u dětí s těžkým zrakovým postižením je velmi náročné, a proto dané problematice byla věnována samostatná podkapitola.

Každodenní činnosti pro děti s těžkým zrakovým postižením jsou náročné k osvojení už z několika důvodů. Jako první uvádím časovou náročnost, která je největší v době nácviků činností, protože dítě potřebuje mnohonásobně více času na naučení se jednotlivým úkonům kvůli nemožnosti zrakové kontroly nebo jejímu omezení. Je známo, že činnosti bez zrakové kontroly jsou mnohem pracnější. Dalším důvodem můžeme být pozdější nácvik jednotlivých činností oproti dětem intaktním, mnohdy se uvádí z důvodu bezpečnosti. A třetím důvodem může být vyžadování promyšleného postupu nácviku pro dítě, aby jej rodič správně motivoval, učil, ale zároveň nezahlcoval podněty. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Nyní ve zkratce uvedu několik oblastí sebeobsluhy s jejich specifiky pro děti s těžkým zrakovým postižením.

## **Oblékání**

U oblékání je nejen důležité se správně obléci, ale i vybrat si vhodné oblečení dle prostředí, kde se budeme pohybovat, nebo podle počasí. I s oblékáním je třeba začínat dostatečně brzy, není třeba čekat na nějaký určitý věk. Začínáme hned od narození dítěte, kdy rodiče komentují to, co právě dítěti oblékají, a na kterou část těla. Při osvojování oblékání je důležitý slovní komentář rodiče nebo jiné osoby, protože se dítě postupně učí pojmy spojené s oblékáním, a to i například barvy. Nejprve se začíná, nejen slovně, se svlékáním oblečení s komentářem. Poté postupně necháme dítě dodělat nějakou část ze svlékání samo, např. potáhneme kalhoty kousek dolů a dítě má za úkol je stáhnout úplně. Když rodiče začínají s nácvikem oblékání, už jen slovně nekomentují, je potřeba sedět nebo stát při oblékání za dítětem, aby se oblékalo zezadu, ze směru svých rukou při následném samostatném oblékání. K oblékání patří i nácvik ukládání oblečení, seznámení s tím, kde se nachází prostor určený pro oblečení apod. U oblékání, ale i dalších nácviků dovedností ke každodennímu životu, můžeme použít metodu, Princip zpětného řetězení. Princip zpětného řetězení spočívá v tom, že dítě stavíme, co možná nejbliže k pomyslné cílové pásce a to tak, že si nácvik rozdělíme do několika kroků a začneme od posledního, aby dítě mohlo dosáhnout hned na pomyslnou cílovou pásku. Rodiče můžou začít i s nácvikem oblékání na panenku nebo jinou hračku, která musí mít všechny podobné části těla jako člověk, kdy opět platí, že první se dítě učí panenku svlékat až poté oblékat. Pro nácvik používání zipu, knoflíků apod. může být nápomocná tzv.

hrací deka se zapínáním, na které si všechny dané úkony dítě vyzkouší. (Kochová, Schaeferová, 2015)

## **Jídlo**

Dítě se zrakovým postižením potřebuje vše kolem jídla dobře poznat, tzn. od nákupu až do pusy, pokud se tak neděje, dítě nemá přesnou představu o jídle, které jí. Dítě s těžkým zrakovým postižením může poznat konzistenci, chuť a slyšet zvuky z okolí, ale pokud si jídlo nebo jednotlivé suroviny neohmatá, nemůže například vědět, že banán má slupku, pokud jej vždy dostane na talíři už nakrájený. Proto je zapotřebí dítěti všechny suroviny okomentovat a nechat osahat, to platí i u prostor, kde se jídlo podává, při nákupu potravin v obchodě a při samotné přípravě jídel. Při učení samostatnému jzení může rodič využít metody zpětného řetězení. Je třeba začínat postupně a počítat s nepořádkem, protože dítě bude zpočátku neohrabané, ale to je i dítě vidoucí. (Kochová, Schaeferová, 2015)

## **Hygiena**

Začínáme hrami na poznávání těla, aby dítě dobře znalo své tělo a mohlo se lépe učit umývat. Nejprve dítě učíme umývání rukou, a k tomu se hodí metoda zpětného řetězení. Následně dítě učíme umývání celého těla. S toaletou je to o něco složitější. Dítě nosí nejprve pleny jako ostatní a bere tuto skutečnost jako normální. Přechod z plen na nočník je většinou pro děti náročné, jen málo dětí s tím nemá problém, a u dětí s těžkým zrakovým postižením je to zrovna tak. Až poté, co dítě umí s jistotou chodit na nočník, začínáme s učením na toaletu, vzhledem k přiměřenému věku. Dalším trochu specifickým úkonem je čištění zubů, při jehož nácviku můžeme používat speciální pomůcky jako je kartáček na prst, díky němuž si dítě lépe zafixuje pohyby při čištění zubů. Při začátku používání běžného kartáčku je potřeba dítěti vysvětlit, jak si má dát pastu na kartáček a jak si má zkontrolovat pusku po vyčištění. (Kochová, Schaeferová, 2015)

## **Samostatný pohyb a orientace**

Samostatný pohyb a orientace vychází z poznání prostoru, který kolem dítěte, avšak pokud je zrakové vnímání poškozeno, je samostatný pohyb a orientace značně omezen.

Prvky prostorové orientace a samostatného pohybu - jsou to schopnosti a dovednosti, jež rozvíjejí či zdokonalují přirozené schopnosti zrakově postiženého jedince, které mu umožňují

dosáhnout určitého stupně mobility. (Finková, Ludíková, Stoklasová, 2007, Ludíková, Stoklasová, 2006)

### **Zvládnutí základních technik pohybu bez hole**

Při zvládnutí základních technik pohybu bez hole je u dětí raného věku, tedy začátků samostatného pohybu důležitá úprava prostředí. I když první zmínka o úpravě prostředí, by se dalo říct ani úpravou v pravém slova smyslu není, je přesto nejdůležitější ze věcí, a to je stálost prostředí, ve kterém se dítě se zrakovým postižením bude pohybovat nebo již pohybuje. Je to zejména z důvodu bezpečnosti a motivaci k pohybu, protože pokud by si dítě o prostoru nemohlo utvořit myšlenkovou mapu, tj. že všechno je pořád na stejném místě, mohlo by narážet do různých kusů nábytku apod., a to by mohlo vést k jeho negativnímu postoji k samostatnému pohybu.

Mezi techniky pohybu bez hole řadíme:

a. Chůze s vidícím průvodcem - tato technika patří mezi základní. Průvodce by měl být seznámen o správnosti průvodcovské metodiky, anebo zrakově postižený jedinec může svého průvodce navádět. Hodně záleží na držení v zákrytu, tempu chůze, chůze po schodech, vyhýbání se překážkám, chůze zúženým prostorem a další. Důležité je vše předem hlásit, ne až na poslední chvíli.

b. Bezpečnostní držení - toto držení se dělí na horní a dolní, přičemž horní má za úkol krýt hlavu a obličejovou část a dolní kryje měkké části břicha. Při horním bezpečnostním držení je ruka ohnuta v lokti a vystrčena před obličej. Při dolním bezpečnostním držení je ruka ohnuta v lokti a prsty směřují ke stehnu druhé nohy.

c. Kluzná prstová technika (trailing) - využívá se, když je možnost jít souběžně se zdí, podél zdi. Používá se při hledání dveří, oken a různých výklenků. Ruka je ve výši pasu, mírně před tělem, nehty prstů jsou ohnuté vzad a kloužou po podložce.

Rozvíjení pohybově orientačních schopností a odstraňování nepříznivých důsledků jako jsou například odhad vzdáleností, odhad úhlů, vnímání sklonu dráhy, vnímání zakřivení dráhy, rozvoj orientace za pomoci sluchu, chůze po schodišti a posilování stability zrakově postiženého jedince (Finková, Ludíková, Stoklasová, 2007, Ludíková, Stoklasová, 2006)

Dítě se zrakovým postižením je nejčastěji se svými rodiči, se kterými se učí samostatnému pohybu, proto je důležité, aby rodiče dbali na všechny zásady, které by se měly při technikách pohybu bez hole dodržovat, s tím by jim měl pomoci pracovník rané péče pro děti se zrakovým postižením. Naučit se a naučit dítě zásady pro chůzi bez hole je důležité zejména proto, aby dítě dané zásady přijalo za své a mohlo je později naučit své kamarády, spolužáky apod. Při chůzi s vidícím průvodcem je důležité, aby se rodič dítěti přizpůsobil, vzhledem k výškovým rozdílům mezi rodičem a dítětem se zrakovým postižením. Při nácviu technik je na rodiče kladen důraz nejen ve znalosti zásad, ale rodič, který dítě se zrakovým postižením učí techniky bez hole, by měl být komunikativní, komentovat trasu, a trpělivý, měl by nechat dítěti dostatek času pro danou techniku. Někdy může rodiči pomoci, když si sám techniky vyzkouší se zavázanýma očima. Při bezpečnostním držení je důležité, aby dítě tuto techniku nacvičovalo v bezpečném prostoru, kde by se vážně mohlo zranit, aby se u dítěte nevytvořil blok, který by zamezoval v samostatném pohybu. Kluzná technika se může s dítětem raného věku nacvičovat nejprve klouzáním po stole, skříni malých úsecích. Při nácviu může rodiči pomoci, aby dítě mělo dostatečnou motivaci např. sladkost, pro kterou si samo dojde nebo pomocí kluzné techniky přijede prsty.

### **Orientační analyticko-syntetická činnost**

Tato činnost je nejvyšším stadiem prostorové orientace a samostatného pohybu. Spadá do něj využívání informací všeho druhu a všemi doposud získanými a dostupnými prostředky. (Finková, Ludíková, Stoklasová, 2007, Ludíková, Stoklasová, 2006)

Do této oblasti spadají veškeré informace, které dítě se zrakovým postižením získá o prostoru, kde se pohybuje, které vnímá všemi ostatními smysly. Do této kategorie informace o trase, po které se dítě pohybuje, tj. povrch trasy, náklon, jestli je trasa rovná nebo klikatá apod., a dále okolí trasy, tj. jestli jde dítě po bytě, venku, v lese, ve městě, určité orientační body (např. určitý zvuk typický pro dané místo).

Z kapitoly vyplývá, že k dítěti s těžkým zrakovým postižením máme přistupovat komplexně a individuálně, vzhledem k jeho druhu a typu postižení. Nesmíme zapomínat na to, že i u dítěte se zrakovým postižením může docházet k odlišnostem ve vývoji, které mohou mít vliv, pokud se správně nerozvíjí, i na sebe obslužné dovednosti a samostatný pohyb. Hlavním poznatkem kapitoly je, že s každým nácviem se musí začít brzy, tedy v období raného věku, tedy

k nácviku potřebuje pracovník rané péče spolupráci rodiče dítěte. Tím pádem se dostáváme k druhé kapitole, která se věnuje rodině, rodičům.

## **2. Rodina**

Rodina, většinou složená z matky a otce, je základní jednotkou, která má v prvních letech života největší vliv na vývoj dítěte a zvláště pak dítěte s postižením, jako v daném případě dítěte se zrakovým postižením. Z toho tedy vyplývá, že na rodiče, i celou zbylou rodinu, jsou v raném období dítěte kladeny velké nároky, které ne každý rodič dokáže zvládnout. Z výše zmíněného je jasné, že daná kapitola, zde plnoprávně patří. Podpora rodičů a celé rodiny je základem rané péče, ať už se jedná o poradenství ve výchově druhého sourozence, komunikace s prarodiči, schopnost, nějakým pro sebe bezpečným způsobem, přijímat zprávy o stavu, zejména zdravotním, jejich dítěte s postižením, zvládnání nároků kladených druhým partnerem nebo schopnost dokázat přijmout psychologickou pomoc a mnoho dalších situací, stavů, které na rodiče působí a poradce rané péče se při komunikaci s nimi k těmto tématům dostává. Podpora rodičů je důležitá i z toho důvodu, že jsou jediní, kteří poradci rané péče dávají informace o dítěti a udávají směr, svými aktuálními potřebami, kterým by se podpora rodiny měla ubírat. Rodiče jsou hlavním partnerem poradce rané péče, a proto je zde kapitola o rodině, i když ne přímo o rodičích, zařazena. Kapitola se nejprve věnuje typům rodin, se kterými se ve společnosti můžeme setkat. Druhá podkapitola se zaměřuje na funkce rodiny, které rodině společnost dává, a které musí rodina plnit vůči všem svým členům. Další podkapitola ukazuje, jaké výchovné postoje můžou mít, a jak na dítě působí. Čtvrtá podkapitola seznamuje čtenáře s pojmem rodinná resilience, který je v české společnosti ještě částečně novým pojmem. Kapitola je završena krátkým tématem rodinné prostředí. Hlavním úkolem kapitoly je ukázat, jak rodina může fungovat, tedy s jakými rodinami se pracovník rané péče může ve své praxi setkat.

### **2.1. Typy rodin**

Typologií rodin se zabývají jak psychologové, tak i sociologové, avšak názory obou skupin odborníků se vzájemně prolínají, proto níže uvedu typy rodin z obou oborů společně.

#### **Úplná a neúplná rodina**

Dělení na úplnou a neúplnou rodinu většina autorů uvádí jako první, může to být dáno tím, že je již z názvu jasné o jaký typ rodiny by se mohlo jednat. Úplnou rodinou myslíme rodiče a jejich děti. Neúplná rodina má mnoho podob, většinou se dělí podle toho, který člen rodiny v určitém typu chybí, může chybět jeden z rodičů nebo můžou v rodině chybět děti.

## **Neúplná rodina s chybějícím otcem**

Rodiny tzv. „svobodných matek“ jsou jedním z nejčastějších typů neúplných rodin v české společnosti. Mohlo by se zdát, že je to dáno emancipací žen a jejich vyšším vzděláním, ale autoři většinou uvádí, že svobodné matky mají nejčastěji základní nebo střední vzdělání a pochází z chudých regionů. (Hamplová, 2007)

V daném případě bych uvedla, že s tvrzením, že svobodné matky žijí jen v chudých regionech naší země, nemůžu úplně souhlasit, protože svobodné matky se vyskytují i ve městech, které leží v bohatších regionech naší země, možná se jen jedná o to, že v chudých oblastech bydlí o nějaké procento více svobodných matek než jinde.

Důvodů, kvůli kterým otec v rodině chybí, je mnoho, například mezi ně patří situace, že otec dítěte je neznámý, protože matka (většinou mladá) měla několik krátkých známostí v době početí. V případě plánovaného těhotenství může dojít narušení citového vztahu, odcizení, mezi partnery po narození dítěte (rozchod nebo rozvod), kdy si matky často nechávají děti ve své péči, v případě nesezdaných partnerů si můžou matky dítě nechat v péči, aby donutily muže ke sňatku. V naší společnosti je na svobodné matky stále pohlíženo spíše s despektem. Posledním důvodem chybějícího otce v rodině je jeho úmrtí. Nejčastějším důvodem z uvedených bývá, že matka má dítě v péči a otec žije odděleně (rozchod nebo rozvod rodičů). V takové situaci je nejdůležitější pro dobrý celkový rozvoj dítěte, aby se rodiče dokázali dohodnout na návštěvách otce apod., aby dítě žilo i přes netradiční uspořádání rodiny v co možná nejklidnějším prostředí, tedy bez hádek a tahanic o něj. (Hamplová, 2007)

## **Neúplná rodina s chybějící matkou**

Typ neúplné rodiny, kde chybí matka, je méně obvyklý. Matky většinou chybí ze stejných důvodů jako otci, tedy rozchod nebo rozvod rodičů, kdy bylo dítě svěřeno do péče otce nebo například úmrtím matky. Situace, kdy veškerou péči o dítě obstarává otec, je velmi neobvyklá nejen kvůli společenským stereotypům, ale zejména kvůli silné citové vazbě matky na dítě, která vzniká již v těhotenství a posilní se při porodu. Jen opravdu málo matek se po porodu hned vrhne například na profesní dráhu nebo na jinou činnost. (Matoušek, 1997)

## **Bezdětné partnerské soužití**

Jednou z funkcí rodiny je i její reprodukce, kdy po rodičích společnost vyžaduje, aby děti měli, a tím se společnost rozrostla. Avšak ne vždy je to možné a ne vždy rodiče chtějí děti. Je mnoho důvodů, proč rodiče nemají děti. Nejhorším případem je úmrtí dítěte (dětí), protože



smrt dítěte je pro každého nastávající rodiče nepředstavitelná a vždy rodiče těžce zasáhne. Dalším důvodem, proč nemusí být v rodině děti, je neplodnost jednoho (méně často obou) z partnerů. Neplodnost jednoho z partnerů je pro jejich soužití těžkou zkouškou, protože partner, který je neplodný, se může považovat za strůjce jejich neštěstí, což je umocněno ještě více, pokud dítě už dlouho plánují a sdělují si představy o něm. Děti nemusí být v partnerství také z toho důvodu, že jeden z partnerů už má děti z jiného vztahu a další děti nechce, a záleží jen na tom nakolik je druhý partner schopen to respektovat a představit si život s druhým partnerem bez dětí. Posledním důvodem proč partneri nemají děti, je jejich rozhodnutí, že děti nechtějí, nepotřebují ke svému společnému životu, že dokáží žít společně i bez nich.

Jak je vidět z výše uvedeného typů rodin je opravdu mnoho a důvody, proč je daný typ rodiny je ještě více. Nelze vždy jasně říci, jestli nějaký typ rodiny je už prvotně špatný nebo ne, protože zde hraje svou roli několik proměnných, které se odvíjí od toho, kdo a jak se v dané rodině cítí, jestli mu daný typ vyhovuje apod.

## **2.2. Funkce rodiny**

Každá věc, organismus, organizace, společnost, seskupení apod. má svoji funkci na světě, taktéž rodina má funkce, které by měla plnit, ať už z hlediska společenského nebo pro rozvoj svých členů, zejména dětí a tím více pro rozvoj dětí, které mají nějaký druh postižení. Z toho důvodu, je zde zařazena daná podkapitola. Rodina má několik funkcí, které každý autor dělí určitým způsobem.

### **Biologicko – reprodukční funkce rodiny**

Daná funkce bývá uváděna většinou jako první, neboť má význam nejen pro své členy, ale i pro každou společnost. Každá společnost pro svůj rozvoj vyžaduje pevnou reprodukční základnu se zdravým genofondem. Různé společnosti využívají různé mechanismy pro podporu nebo naopak útlum porodnosti, a to například pomocí sociálních dávek, zaváděním nebo rušením výhod pro rodiny. Rodina také reguluje společensky a kulturně sexualitu svých členů. (Kraus, Poláčková, 2001)

Z hlediska reprodukce je rodina důležitá právě pro zachování určité společnosti, která se díky tomu rozrůstá, zachovávají se její tradice a zvyklosti. Pokud se na danou funkci budeme dívat právě z biologického hlediska, je rodina pouze důležitá pro přenos genetické informace, která má vždy vytvořit, ještě kvalitnějšího jedince, avšak to se ukáže až spojením těchto dvou

informací a vznikem dalšího jedince. Tedy pokud se podíváme na rodinu s dítětem se zrakovým postižením z biologického hlediska, tak nás musí napadnout, že danou funkci rodiny její jedinci nenaplnili správně.

### **Ekonomicko – zabezpečovací funkce**

Druhá funkce z rodiny dělá důležitý prvek pro rozvoj ekonomiky společnosti, ve které žije. Rodina jako celek se zapojuje do výrobní i nevýrobní složky ekonomiky společnosti, je také důležitým spotřebitelem, který odebírá výrobky nebo služby dalších subjektů, a tím je na ní trh dosti závislý. V případě poruchy ekonomicko – zabezpečovací funkce rodiny dochází k materiálnímu strádání rodiny, což se může projevit nezaměstnaností rodičů nebo vzrůstáním výdajů, které výrazně překračují příjmy rodiny.

Některé rodiny vytváří tzv. rodinné podniky, které se stávají nezávislou ekonomickou jednotkou. Můžeme říci, že se vytvářením rodinných podniků, rodiny vrací k dřívější formě.

Každá rodina v rámci svého systému realizuje řadu rozhodnutí v souvislosti s nakládáním s jejich materiálními a finančními prostředky, které mají k dispozici, ať už z výdělku nebo například ze sociálních dávek či dědictví. Členové rodiny se díky přerozdělování prostředků učí, jak nakládat s penězi nebo majetkem, se kterými budou v rámci svých nových rodin nakládat taktéž nebo velmi podobným způsobem.

Zabezpečení rodiny pomocí peněz nebo majetku je základem funkce, na které můžeme nahlížet i z pohledu úplnosti nebo neúplnosti rodiny. Pokud je rodina neúplná, o děti se stará tedy jeden z rodičů a druhý přispívá (alimenty) nebo nepřispívá na dítě, musí samozřejmě zajistit všechny výdaje na živobytí. Ve srovnání s úplnou rodinou se nedá předpokládat, že neúplná rodina bude žít v blahobytu, i když se tak neděje u všech rodin, zřejmý rozdíl zde nacházíme. (Kraus, Poláčková, 2001)

### **Ochranná funkce**

Jak již vyplývá z názvu je hlavním cílem funkce ochránit členy rodiny před nebezpečím, avšak ochranná funkce má i další smysl, tedy zajištění všech životních potřeb rodiny. Dále má vytvářet pro členy rodiny bezpečný domov, který by měl být „posvátným“ místem, kde se její členové cítí bezpečně (naplnění jedné ze základních potřeb člověka), nemusí se bát násilí a hrubostí. Bezpečný a klidný domov je důležitý i pro rodiče a jejich fungování, aby mohli chodit v psychické pohodě do práce. (Kraus, Poláčková, 2001)

## Výchovná funkce

Výchovná funkce souvisí zejména s rozvojem dítěte, které se do rodiny narodí. Již od narození je rodina pro dítě první skupinou lidí, do které se zapojuje a ovlivňuje výchovou jeho mentální i fyzický růst a rozvoj. Dítě si v rodině osvojuje základní návyky a vzorce chování, které potřebuje pro život ve společnosti. Hlavním úkolem výchovného procesu pro dítě v rodině je příprava na praktický život.

*„Socializaci v rodině rozumíme především proces působení rodiny na své členy v celém souhrnu jevů a procesů: ekonomických, sociálních, kulturních, mravních, estetických, zdravotních a jiných. (...) Dítě od narození a po celou dobu života v rodině přijímá velmi široké spektrum nejrůznějších informací a aktivně je zpracovává v souladu se svými přirozenými vlohami, biologickými a psychickými potřebami, se svými zkušenostmi, ale i s hodnotovými orientacemi a vzory, jimiž jsou pro dítě především rodiče a starší sourozenci. Dítě v socializačním procesu tedy nezůstává pasivním článkem, uplatňuje také svou vůli, své zájmy, přání, orientace. Rodinná socializace je v rozhodující míře nejen prostorem pro socializaci dítěte a v převážné míře také dalších členů rodiny, ale je také modelem pro osvojování sociálních rolí muže a ženy, otce a matky, a tak se promítá do budoucí reprodukční rodiny dětí,“ (Kraus, Poláčková, 2001, s. 80).*

Vychovávat dítě je pro některé rodiče natolik náročné, až nemožné, že funkci výchovnou nejsou schopni zastat a musí být dítěti nařízena ochranná nebo ústavní výchova.

## Socializační funkce

Dítě prochází během svého vývoje různými skupinami lidí, ve kterých se socializuje. První skupinou lidí, ve které dítě prochází určitým socializačním procesem je samozřejmě rodina, ve které se učí různým vzorcům chování, má zde také své první role (dcera/syn, vnuk/vnučka, ...), které si osvojuje. Postupem času se dítě zapojuje do kolektivu vrstevníků a celé společnosti. Patří sem i poskytování zábavy, relaxace a rekreace všeho druhu, nejen určené dětem, ale i rodičům. Zařadit zde můžeme rodinné dovolené (pobyty), kolektivní sporty, společenské hry a jinou zábavu, kterou provádí rodiče společně s dětmi.

*„Socializace je složitý proces zahrnující řadu faktorů. Jde o komplikovanou rovnici utvářenou z biologických a sociálních proměnných. Vnější působení sociokulturního prostředí je zpracováváno psychickými procesy do vyrůstajících charakteristik osobnosti. Mezi základní procesy, kterými se tak děje, patří zvnitřňování na základě identifikace, kdy dítě nachází ve*

*svém okolí vzory, ke kterým se upíná a jejichž postoje přijímá za své. Dále sem patří učení zpevnováním, které se odehrává prostřednictvím reakcí sociálního okolí na projevy dítěte – dítě se touto cestou učí jednak spojovat s určitými událostmi emoční reakce a s nimi úzce související vegetativní projevy, ale také se touto cestou učí rozvinout chování, které je v daných situacích úspěšné a které vede k cíli. Třetím procesem je kognitivně sociální učení, které je založeno na poznávání. Značný význam je v něm připisován tzv. observačnímu učení – tedy učení pozorováním, sledováním druhých. Všechny tyto procesy se intenzivně odehrávají v rodinném prostředí, které je navíc charakteristické silnou emotivitou a intimitou,“ (Stašová, Serbousková, 2012, s. 65).*

## **Emocionální funkce**

I když je emocionální funkce rodiny poslední, má své nezastupitelné místo. Rodina jako ojedinělá skupina lidí dítěti zajišťuje emocionální vývoj, který nelze nijak nahradit, ani partou, ani kolegy v práci apod. Mezi základní citové potřeby, které rodina zajišťuje, patří pocit lásky, bezpečí a jistoty. Podstata a smysl rodiny z daného hlediska nemůže být nikdy pozměněna.

Avšak někdy může být rodina i zdrojem stresu. Pro děti může být zdrojem stresu nekompromisnost rodičů, pokud jim nedají prostor k vyjádření nebo možnosti oponovat, zde nejčastěji dochází ke střetu v období puberty. Pro rodiče mohou být zdrojem stresu různá omezení, ať už se jedná o stálou dispozici pro své děti nebo zodpovědnost za chod domácnosti a rodiny. Mnohdy je pro rodiče stresovou situací, že se musí vzdát některých svých koníčků nebezpečných nebo finančně náročných koníčků, například adrenalinové sporty nebo profesionální tance. Mimo vyjmenované může být zdrojem stresu obava z rozpadu rodiny, úmrtí někoho blízkého nebo úzkost z nezvládnutí závazků k rodině. (Stašová, Serbousková, 2012)

Z popisu jednotlivých funkcí rodiny je zřejmé, že rodina je nenahraditelná ve vývoji svých členů, a proto by se všichni měli starat o to, aby jejich rodina byla pro všechny členy klidným a přirozeným místem. V případě rodiny, ve které je jedním z členů dítě se zrakovým postižením (i jiným typem postižení), to platí dvojnásob, zejména proto že jsou na všechny členy kladeny větší nároky, tedy i na plnění funkcí, které rodina má.

## 2.3. Postoje ve výchově

*„Výchovný styl je souhrn záměrných i spontánních způsobů chování vychovatele k vychovávanému,“ (Průcha, Walterová, Mareš, 1995, s. 258).*

Výchova je jedním z hlavních úkolů rodičů, a jak již bylo výše zmíněno, je i jednou funkcí rodiny. Výchovou rodiče formují, utváří a dávají základ i budoucímu rodinnému životu, výchovnému stylu, svému dítěti. Výchovný styl, který rodiče zvolí, většinou preferují po celou dobu výchovného působení na dítě, pokud zvolí některý z méně vhodných stylů, může se stát, že se utlumí i jeho rozvoj. Druhy výchovných stylů zmiňují zejména proto, že se s různými výchovnými styly pracovnice rané péče, ať už u dětí se zrakovým postižením, setkávají každý den a ve většině případů je výchovný styl jednou z hlavních překážek dobré spolupráce a pokroku ve vývoji dítěte. Některé výchovné styly různí autoři nazývají různě, budu tedy používat vždy název daného autora.

### **Autoritářská výchova**

Rodiče vychovávající děti autoritářskou výchovou lpí na tradičních hodnotách chování a vychovávají své děti těžkou prací a poslušností. Některé děti se můžou stát závislé na druhé osobě, můžou být nepřátelské a někdy snáze podléhají tlaku okolí.

*„Autoritářskou výchovou rozumíme výchovu založenou na převládajícím uplatňování příkazů, zákazů a trestů, opírající se o ovládnutí dítěte hrozbou zavržení či odmítnutí lásky,“ (Helus, 2004, s. 46).*

### **Zavrhující výchova**

Zavrhující výchova nebývá zjevná, ve většině rodin působí skrytě a můžeme se s ní setkat až v případě, že dítě nedokáže naplnit rodičovská očekávání. Důvody pro to můžou být různé a zdravotní postižení, tedy i zrakové, je jedním z nich. Dítě s postižením si nedokáže vzhledem k svému handicapu osvojit očekávané kompetence, díky čemuž rodiče pocítují zklamání. Mezi projevy zavrhující výchovy patří nadměrné trestání a omezování, na které může dítě reagovat buď vzdorem a protestem, nebo pasivitou a rezignací. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

Reakce dítěte poté můžou být příčinou pomalého nebo stagnujícího rozvoje jejich dovedností.

## **Zanedbávající výchova**

Naplňování základních lidských potřeb vyžaduje každý člověk, již od svého narození, v případě zanedbávající výchovy k naplňování potřeb nedochází, tím pádem dítě strádá, což se projeví celkovým nebo částečným zanedbáním. Kvůli nedostatečné stimulaci bývá zpravidla omezen rozvoj dítěte, většinou z důvodu nezájmu rodičů nebo pro jejich pocit nedůležitosti rozvíjet tuto oblast pro život. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

Nedostatečná stimulace způsobena zanedbávající výchovou nemůže dítěti s postižením poskytnout žádný prostor pro rozvoj, což může v daném případě mít nedozírné následky pro budoucnost dítěte, v nejhorších případech i fatální.

Důvody pro daný typ výchovy bývají různé, avšak v případě dítěte se zdravotním postižením může daná výchova pramenit z celkové únavy a rezignace rodiny na zlepšení stavu dítěte s postižením. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **Rozmazlující výchova**

I když se na první pohled může zdát, že je spíše pozitivní, protože dítě nestrádá, je tomu naopak. Pokud rodiče preferují daný typ výchovy, nekladou na dítě žádné nároky a požadavky, spíše udržují závislost dítěte na členech rodiny. Zejména u dětí s postižením, které se mohou projevovat jako vývojově mladší, můžou se k němu členové rodiny, tak i chovat. Většinou to má za následek, neosamostatnění dítěte a v některých případech i znemožňování osamostatnění dítěte s postižením. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

U dětí se zrakovým postižením se rodiče často bojí o dítě, když se učí samostatnému pohybu a orientaci, protože mají nedostatky ve zrakové percepci a musí se pouze spolehnout na ostatní smysly a kompenzační pomůcky. Pro rodiče je překonání bariér u dětí s postižením často větším problémem než u dětí samotných. Případů, kdy se dítě bojí osamostatnit, je málo, avšak v případě rozmazlujícího typu výchovy to bývá naopak, protože rodiče od útlého věku v dítěti, zejména u dětí s postižením, rozvíjí obavy a jejich vliv je v daném případě zesílen, již výše zmíněným vytvářením závislosti na členech rodiny.

Bývá uváděno, že větší sklon k rozmazlujícímu typu výchovy mají matky a prarodiče. U daného typu výchovy bývá rodinné prostředí k dítěti bezměrně tolerantní, členové rodiny mu odstraňují z cesty všechny možné překážky, rodiče často dlouho dopředu všechno plánují a zvláště se zaměřují na nalezení a vyřešení všech překážek, které by dítě mohly potkat, aby je nemusely řešit, zatěžovat se nimi. Často se stává, že dítě pak svými rozmary rodinu ovládá, a

co je horší z hlediska budoucí socializace, že dítě si pak přenáší tento způsob chování i do vztahů se širším sociálním okolím, například vrstevníci, pedagogové apod., pochopitelně se pak dítě dostává do potíží. Výchova nevymezuje jednoznačné hranice, co dítě smí nebo nesmí, což dítěti nedává pocit jistoty a sebedůvěry. Mimo jiné se rodiče v očích dítěte nestávají autoritou. (Opařilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **Úzkostná výchova**

Někdy bývá nazývána i přehnaně ochraňující, díky tomu že rodiče, většinou i prarodiče vlivem rodičů, dítě nadměrně ochraňují, a tím mu brání v aktivitách, o kterých se domnívají, že by pro dítě mohly být nebezpečné nebo mu mohly ublížit. I jako v případě rozmazlující výchovy je zde souvislost v případě dětí se zdravotním postižením s jejich handicapem, protože se o ně rodiče více bojí, většinou je to dáno častými návštěvami lékařů nebo typem postižení, které s sebou nese i spoustu přidružených zdravotních nebo jiných problémů. Dalším vlivem na zvolení daného typu výchovy má i věk rodičů. Starší rodiče můžou být více úzkostní než mladší, protože si uvědomují všechna možná rizika a nebezpečí, která můžou děti potkat, a před kterými je chtějí ochránit. Z hlediska rozvoje dítěte tento typ výchovy potlačuje rozvoj vlastní iniciativy, frustruje dítě v uspokojování potřeby stimulace, aktivity a vlastního poznání, tedy můžeme tvrdit, že dítě se neučí pomocí zkušeností, protože díky svým rodičům dostatek zkušeností nemá. Dítě může reagovat vzdorovitě, protestem nebo rezignací a oddáním se do péče.

Rozmazlující výchova může ze strany rodičů kompenzovat vnitřní nepřijetí dítěte, zejména dítěte s postižením, nesmíření se s jeho stavem, za které se rodič stydí sám před sebou a vnitřně si tento pocit nepřizná, což navenek demonstruje nadměrným ochraňováním až obětováním se dítěti. (Opařilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **Perfekcionistická výchova**

Jak již z názvu vyplývá, jedná se při této výchově o dokonalost. Rodina se snaží, aby se dítě stalo dokonalé ve všem, co rodina považuje z hlediska své hodnotové hierarchie za důležité, například sportovně založení rodiče chtějí, aby dítě vyhrávalo ve všech možných sportovních aktivitách, do kterých jej přihlásí. Pokud se zaměříme na rodinu s dítětem se zdravotním postižením, projevuje se tento výchovný styl důrazem na rodiny na výkon dítěte a v období školní docházky na úspěch ve škole. Avšak rodiče mnohdy nedokáží realisticky posoudit možnosti svého dítěte, což má za následek přetěžování dítěte a jeho psychického strádání. U

rodičů s dítětem se zdravotním postižením může opět tento typ výchovy chápat jako možnou kompenzaci, kdy by se dítě, sice s postižením, mělo vyrovnat dětem zdravým, a pokud je možno je v oblasti školní docházky i předstihnout, a tím by sociální status rodiny mohl být přiměřeně zachován. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **Protekční výchova**

*„Neklade důraz na to, aby dítě samo bylo co nejdokonalejší, ale aby dosáhlo toho postavení a hodnot ve společnosti, které rodina považuje za výhodné a významné,“* (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012, s. 44).

Dítě se v dosažení určitého postavení nemusí snažit samo, ale naopak se snaží jeho rodiny, která se často pokouší do tohoto postoje vmanipulovat i další jedince ze sociálního okolí dítěte, například pedagogy a všechny lidi s možným vlivem na dítě. Rodiče tímto typem výchovy podporují v dítěti představy a očekávání, že vždy bude všechno zajištěno v jeho prospěch, s tím že dítě má na to nárok, je to povinností ostatních vůči jeho osobě apod. Dítě se tak stává nesamostatné a domnívá se, že má právo na různá privilegia. V případě dětí s postižením rodiče, s tímto typem výchovy, poukazují na postižení dítěte natolik, až si různá privilegia pro něj na ostatních vymůžou. Zejména speciální pedagogové a sociální pracovníci těžko s rodiči spolupracují, protože rodiče znemožňují různé nácviky a učení dítěte tím, že nechtějí, aby dítě se snažilo úkoly udělat samo, ale nutí k tomu například jeho osobní asistenty nebo asistenty pedagoga. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

Děti vychovávané protekční výchovou mají sklony k podvádění, mnohdy na požadavky na vlastní osobu reagují zlobou a vlastní neúspěchy svádí na druhé. (Helus, 2004)

Speciální pedagog nebo sociální pracovník musí mít vždy na paměti, že výchovný styl rodičů nemusí být jen jeden, ale můžou se různé výchovné postoje rodičů prolínat nebo střídat. Navíc každý z rodičů může uplatňovat jiný výchovný postoj. Zdravotní postižení dítěte má na volbu výchovného postoje rodičů značný vliv a záleží dále na tom, jestli mají například starší zdravé dítě nebo mají ještě druhé dítě zdravé. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)



## 2.4. Rodinná resilience

Rodinná resilience je v české společnosti ještě stále docela novým pojmem. Dříve než psychologové začali zkoumat rodinnou resilienci, zkoumali rodinný stres a jeho zvládání (familycoping). Jako první, se této problematice věnoval americký autor Reuben Hill, který se zabýval stresem v rodinách amerických vojáků za druhé světové války. Následně se na zvládání rodinného stresu zaměřili i další autoři, například v souvislosti s válkou ve Vietnamu nebo později vážné události v rodině jako je výskyt nemoci nebo postižení, nucená separace členů apod. Pokud se zaměříme na zvládání stresu v rodině, hraje zde svou roli spousta faktorů, mezi něž patří charakteristika situace nebo události, vnímání ohrožení rodinných vztahů nebo cílů, zdroje, které má rodina k dispozici, a s předchozími zkušenostmi s náročnou životní situací. Dosud jsou identifikovány tyto obecně účinné strategie zvládání – snižování nároků v rodině, získávání dalších zdrojů, průběžné zvládání napětí v rodině a přehodnocení situace, pochopení jejího významu. Účinnost jednotlivých strategií nelze hodnotit. (Sobotková In: Fiedlová, Lečbych, 2015)

*„The concept of family resilience has valuable potencial as a framework for intervention, prevention, research, and social policy aimed at supporting and strengthening families facing adversity. Although some families are shattered by crisis or persistent stresses, others surmount their challenges and emerge stronger and more resourceful. For instance, the death of a child poses a heightened risk for parental divorce, yet studies find that couple and family bonds are strengthened when members pull together and support each other in dealing with their tragedy.*

*The concept of resilience extends beyond coping and adaptation to recognize the enhanced strengths, transformation, and positive growth that can be forged out of adversity,*“ (Walsh, In: Fiedlová, Lečbych, 2015, s. 14).

*„Rodinná resilience je někdy chápána nepřesně jako rodinná odolnost ve smyslu určité charakteristiky rodiny. Je však potřeba zdůraznit, že:*

*a) rodinná resilience je nejen odolnost ve smyslu rezistence, ale zahrnuje i potenciál pro obnovu, růst a změnu,*

*b) rodinná resilience není stabilní rys rodiny, ale dynamická síla, která pomáhá udržovat rodinné fungování při stresu, obnovovat je po prodělané krizi a měnit je směrem k lepšímu, harmoničtějšimu a pro rodinu adekvátnějšimu,*“ (Sobotková In: Fiedlová, Lečbych, 2015, s. 42).

## **Aspekty ovlivňující rodinnou resilienci**

Mezi rizikové faktory ohrožující fungování rodiny patří stres, úhrn všech nároků a požadavků kladených na rodinu a její zranitelnost (vulnerabilitu). Naopak mezi protektivní faktory ochraňující a posilující fungování rodiny patří možnosti rodiny, její rezervy, zdroje odolnosti a účinné strategie zvládání těžkostí. Můžeme říci, že resilientní rodina udrží harmonii, tedy rovnováhu mezi rizikovými a protektivními faktory. Resilience rodiny není stále stejná, může se měnit v čase i obsahu, tedy jak rizikové, tak protektivní faktory spolu s dalšími aspekty ovlivňují rodinnou resilienci. Uváděnými aspekty ovlivňující resilienci rodiny jsou závažnost stresoru, aktuální vulnerabilita rodiny, zdroje resilience rodiny, strategie zvládání zátěže, typ rodinného fungování, hodnocení situace rodinou a osobnost rodičů. Závažnost stresoru se určuje tím, jak stresor ovlivňuje stabilitu rodiny a jak vysoké nároky představuje vzhledem k reálným možnostem rodiny. Vulnerabilita rodiny je především dána interpersonálními vztahy a organizační strukturou. Zdroje resilience rodiny většinou dělíme na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní zdroje řadíme otevřenou komunikaci, soudržnost, adaptabilitu, rodinné tradice, sdílenou duchovní orientaci a zejména rodinná nezdolnost apod. Mezi vnější zdroje řadíme sociální podpůrnou síť, ekonomickou stabilitu, kulturní úroveň rodiny apod. Strategie zvládání zátěže nebo též copingové strategie zahrnuje všechno, co rodina dělá pro zvládnutí situace. Typ rodinného fungování je optimální kombinace flexibilních vzorců chování s bezpečnými a důvěrnými citovými vztahy v rodině. Způsob hodnocení stresové situace rodinou je velmi variabilní a někdy je jedním z nejdůležitějších faktorů pro její zvládnutí. Rodina může situaci hodnotit buď pocit „to zvládneme snadno“ nebo až po pocit nekontrolovatelné a neovlivnitelné situace. Když je závažný stres rodinou interpretován jako výzva, většinou má rodina lepší předpoklady pro jeho zvládnutí. Osobnost rodičů do značné míry determinuje všechny uvedené faktory, i když je často opomíjená. (Sobotková In: Fiedlová, Lečbych, 2015).

## **Model rodinné resilience podle Fromy Walshové**

Model vychází ze tří bloků, do kterých můžeme rodinnou resilienci rozdělit, a které jsou ve skutečnosti mezi sebou ve vzájemné interakci. V prvním bloku – systém hodnot, přesvědčení, zmiňuje tyto postoje a vlastnosti rodiny: krize a potíže mají smysl, problém je výzvou, naděje a optimismus, důvěra ve zvládnutí potíží, spiritualita. Ve druhém bloku – organizace chodu rodiny zmiňuje tyto vlastnosti rodiny: flexibilita, adaptabilita, propojenost, vzájemnost, podpora a vnější zdroje. Ve třetím bloku – komunikace, řešení problému zmiňuje tyto postoje

a vlastnosti rodiny: jasná komunikace, otevřené vyjadřování pocitů radosti a humoru, spolupráce na prevenci a řešení problémů. (Sobotková In: Fiedlová, Lečbych, 2015)

## **2.5. Rodinné prostředí**

Rodinné prostředí, které je utvářeno nejen výše zmíněnými typy rodiny, funkcemi rodiny, výchovou, resiliencí rodiny, ale také tím jaké mají rodiče představy, bytové podmínky, ekonomickou situaci, vzdělání apod. Rodinné prostředí, ve kterém vyrůstají děti, by mělo být, co nejvíce stabilní, aby se dítě dobře orientovalo ve své rodině a prostoru kolem něj, mohlo se dobře vyvíjet a přenést si dobré vzory ze svého rodinného prostředí do své nové rodiny. Tyto podmínky ještě více platí u dětí s postižením, které někdy potřebují stálost prostředí ve smyslu, stálosti prostoru.

Druhá kapitola o rodině pojednává komplexně o rodině, jejím fungování, tedy typech rodin, se kterými se pracovník rané péče může setkat a měl by znát typické rysy daných typů rodin. Dále pojednává o funkcích rodiny, se kterými by měl být pracovník rané péče taktéž seznámen, aby při jednání s rodinou měl komplexní pohled na rodinu, věděl, zda rodina všechny funkce naplňuje, jak z důvodu doplnění nenaplňovaných funkcí, aby dítě se zrakovým postižením mohlo mít dobrou základnu pro rozvoj smyslů a dovedností, které potřebuje pro svůj rozvoj, a tedy dobrý start do života, ale také z důvodu ohlašovací povinnosti, kterou pracovník rané péče také má. V neposlední řadě se kapitola zabývá výchovnými postoji, které musí mít pracovník rané péče také na paměti, protože pokud rodiče mají výchovný postoj, kde není dobrý systém odměn a trestů, jistě budou mít rodiče možná i pracovník rané péče problém dítě se zrakovým postižením motivovat k různým činnostem pro jeho rozvoj. Konec kapitoly je věnovaný resilienci rodiny, pokud je rodina resilientní může tato skutečnost také pomoci pracovníkovi rané péče s rozvojem dítěte.

### 3. Raná péče

Raná péče by měla být prvopočátkem každé práce s dítětem s postižením a jeho rodinou. Pracovník rané péče je jedním z prvních, kdo se snaží rodinu s dítětem s postižením podporovat, aby se zmírnil šok rodičů z toho, že se jim narodilo dítě s postižením a dokázali vidět i jeho budoucnost a směrem k ní jej rozvíjet. Raná péče je služba, ale vyhraňující se mimo jiné služby tím, že pracuje s celou rodinou nejen s dítětem s postižením. Pracovníka rané péče bych nazvala takovou „vrbou,“ které se rodiče i prarodiče můžou svěřit, málo kdo si uvědomuje, že i prarodiče se potřebují vypovídat a je potřeba s nimi pracovat, aby chod rodiny a režim dítěte nenarušovali. Pracovníkovi rané péče můžou rodiče říct cokoli a nebudou na rozdíl od ostatní společnosti souzeni za to, co jak a proč s dítětem dělají. Raná péče je specifickou službou, která se vymezuje nejen tím, jak pracuje s dítětem a jeho rodinou, ale i tím, že tak trochu balancuje mezi školstvím a sociálními službami, protože dítě se pracovník svým působením snaží rozvíjet, mohli bychom říci, že jej učí, ale zároveň radí rodičům i v sociální oblasti. Úkolem třetí kapitoly je ukázat, jak raná péče funguje, a jak je pro rodinu s dítětem s postižením důležitá. Jako zajímavost dané kapitoly můžeme považovat informace o LINCE EDA, která je pro všechny rodiče dětí s jakýmkoliv typem postižení.

#### 3.1. Historie rané péče v České republice

Raná péče v České republice musela urazit docela trnitou cestu od dobrovolnických skupinek studentek v 80. letech 20. století, které začaly spolupracovat s některými profesory až do dnešní doby, kdy je raná péče zakotvena alespoň v zákoně o sociálních službách. Hradilková uvádí v dokumentu k výročí 25 let Společnosti pro ranou péči, že patřila do skupinky studentek na UK, které mohly získat zkušenosti s prací s rodinami dětí se zrakovým postižením pod vedení profesora Čálka a asistentky Flenerové. (Dostupné z <<http://ric.cz/assets/historie-rane-pece-v-ceske-republice.pdf>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

Ke srovnání můžeme uvést text věnovaný vývoji rané péče v mezinárodním kontextu. „Mezinárodně je termín raná péče (*frühförderung, early interventi on, rane intervencije, skorá intervencia, раннего вмешательства...*) používán pro opatření a programy – terapeutické, vzdělávací a socializační – směřované k dětem s postižením či ohrožením vývoje v období prvních let života, do nástupu do předškolního či školního zařízení. Od poloviny 80. let minulého století začaly tyto programy v Evropě i v Americe zahrnovat i podporu celé

*rodiny dítěte s postižením či ohrožením, později se přímo staly součástí programů pro pečující osoby a systém podpory rodiny. A to zejména v souvislosti s odklonem od ústavní péče o děti s postižením, posilováním schopností a zodpovědnosti rodičů a vznikem komunitních a terénních služeb. V Evropě se zodpovědnost za programy rané péče, ruku v ruce s právními úpravami těchto programů, přesouvala ze zdravotnictví do meziresortní spolupráce či přes vzdělávací až do sociální oblasti. A to v souvislosti s iniciativami Mezinárodní zdravotnické organizace (WHO), s mezinárodními úmluvami a rozvojem evropského sociálního modelu,“ (Dostupné z <<http://ric.cz/assets/historie-rane-pece-v-ceske-republice.pdf>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).*

A právě s podporou ze zahraničí byly v České republice v 90. letech koncipovány první profesionální programy, které byly rovnou směřovány k sociálnímu začlenění rodiny, jako činnosti podporující nejen dítě s postižením ale i jeho rodinu. 90. léta byly dobou zakládání různých pracovišť. Mezi prvními byla střediska pro děti se zrakovým postižením a jejich rodiny v Praze a Brně, ze kterých v roce 1997 vznikla celostátní organizace Společnost pro ranou péči. (Dostupné z <<http://ric.cz/assets/historie-rane-pece-v-ceske-republice.pdf>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

### **3.2. Definice rané péče podle zákona o sociálních službách**

V České republice by raná péče měla být vždy sociální službou, která se musí řídit zákonem o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláškou. Dále musí být registrována v registru poskytovatelů sociálních služeb a má vytvořeny standardy kvality sociální služby, které jsou flexibilní, a kterými se musí řídit. Z toho důvodu se první podkapitola věnuje definici rané péče podle zákona o sociálních službách a je doplněna o popis základních činností, který je uveden v jeho prováděcí vyhlášce.

*„§54 (1) Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*

*§54 (2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) sociálně terapeutické činnosti,*

*d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,“*  
(Dostupné z <<https://sluzbyprevence.mpsv.cz>>\_[online]. [cit. 18.4.2016]).

Zákon definuje ranou péči jen v jejím základu, aby člověk získal lepší představu o jednotlivých činnostech, kterými se raná péče zabývá, je potřeba si nastudovat i prováděcí vyhlášku k zákonu o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění. Vyhláška blíže definuje základní činnosti služby rané péče takto:

*„Základní činnosti při poskytování rané péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:*

*a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*

*1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním,*

*2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám,*

*3. podpora a posilování rodičovských kompetencí,*

*4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny,*

*5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury,*

*6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte,*

*7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální,*

*b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*

*1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,*

*2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

*c) sociálně terapeutické činnosti:*

*1. psychosociální podpora formou naslouchání,*

*2. podpora výměny zkušeností,*

*3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,*

d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,

2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte,“ (Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/>>,[online]. [cit. 18.4.2016]).

### 3.3. Definice rané péče podle různých zdrojů

Ranou péči se zabývají i někteří z autorů, kdy se jejich definice rané péče mírně liší od definice ze zákona o sociálních službách. Definicemi různých autorů se daná podkapitola zabývá z toho důvodu, aby ukázala malé odlišnosti v pojetí rané péče.

Vítková, M. (In Květoňová – Švecová, 2004, s. 36) charakterizuje ranou péči takto: „*Ranou podporou dítěte se rozumí všechna odborně použitá opatření (intervence, aktivity, speciální edukace), která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti.*“

„*Termínem raná péče (včasná intervence, raná podpora) se rozumí systém služeb a programů poskytovaných dětem ohrožených v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace,*“ (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012, s. 16 – 17).

Pokud se zaměříme na podstatu rané péče z hlediska plasticity mozku u dětí, můžeme ji definovat takto: „*regenerace a kompenzace vzniklých poškození a tento rozvoj je značně závislý na včasných sociálních interakcích, tedy na edukačních procesech*“ (Speck, In Vítková, M. 2006, s. 127).

Potměšil (2003) vychází z definice klienta rané péče, a to jako dítě, u kterého byla zjištěna rizika ohrožující jeho zdravotní nebo sociální vývoj, a jeho rodinu. Poskytování rané péče začíná v době přijetí klienta do péče a končí zpravidla nástupem dítěte do dalšího zařízení či instituce. Těmito institucemi mohou být speciálně pedagogická centra a předškolní zařízení, do kterých dítě přechází ve věku čtyř let, v případě kombinovaných postižení pak v sedmi letech. Pro správný vývoj dítěte je přitom rozhodující období do tří let, kdy lze využít velké pružnosti mozku a kompenzačních schopností organismu.

Z daných definic vyplývá, že raná péče je službou, která se zabývá dítětem s nějakým typem postižení nebo ohrožením ve vývoji a s jeho rodinou, kdy musíme na rozvoj dítěte pohlížet komplexně. Avšak pro potřeby této diplomové práce, jež se zabývá dostatkem pracovišť rané péče po České republice, se nejvíce přibližuje definice služby rané péče, kterou najdeme níže.

*„Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy, do doby, než je dítě zařazeno do některého typu školského zařízení. Cílem včasné intervence je, aby byla dostupná pro všechny děti, které ji potřebují, a plošně pokrývala celé území státu, byla tzv. bezděrová,“* (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012, s. 23).

### **3.4. Poslání, cíle a zásady rané péče**

Každá služba má své poslání, cíle a zásady, kterými se řídí a není tomu jinak ani u rané péče. Samozřejmě poslání, cíle a zásady si jednotlivá pracoviště mohou upravit, podle svých představ. Pro porovnání je v podkapitole uvedeno několik poslání, cílů a zásad z různých pracovišť rané péče.

#### **Poslání rané péče podle různých pracovišť**

*„Společnost pro ranou péči poskytuje odbornou pomoc a poradenství rodinám, které pečují o dítě s postižením nebo s ohroženým vývojem. Provázíme rodiny v obtížné životní situaci a usilujeme o to, aby mohly vychovávat dítě v jeho přirozeném domácím prostředí,“* (Dostupné z <<http://www.ranapece.cz/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

*„Posláním Poradny rané péče je poskytovat celostní péči a podporu rodinám s dítětem ve věku od 0 do 7 let s mentálním, pohybovým a kombinovaným postižením, rodinám s dětmi s nerovnoměrným a ohroženým vývojem. Naší prioritou je jejich integrace/inkluze do společnosti. Poskytujeme rodině podporu při hledání cesty v její náročné životní situaci. Spolu s rodiči podporujeme vývoj dítěte, pomáháme jim prožívat proces výchovy pozitivně a posilujeme začleňování celé rodiny do sociálního prostředí při respektování jejich potřeb, práv a důstojnosti. Usilujeme, aby dítě, které provázíme, mohlo vyrůstat v přirozeném prostředí vlastní rodiny,“* (Dostupné z <<http://strediskocesta.cz/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

*„Poskytujeme odborné služby, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zdravotním postižením nebo ohrožením vývoje v raném věku. Stavíme na vlastních silách a schopnostech každého člena rodiny. Snažíme se umožnit rodičům nebo zákonným zástupcům*



*vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a podpořit vývoj dítěte tak, aby dokázalo plně využít všechny své možnosti, schopnosti a nadání,*“ (Dostupné z <<http://www.ranapece.eu/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

Z uvedených definic vyplývá, že poslání jednotlivých služeb rané péče se od sebe mírně liší, ale v jádru jsou si podobné.

## **Cíle rané péče**

Cíle rané péče jsou zde uvedeny z toho důvodu, protože v zákonu o sociálních službách jsou specifikovány pouze základní činnosti, ale ne cíle. Tedy i cíle níže uvedené budou získány z jednotlivých pracovišť rané péče.

Nejprve jsou zde uvedeny cíle z pracovišť Středisek pro ranou péči:

- *„Veřejnost i odborníci vědí o službách rané péče.*
- *Rodina je o službách včas informována.*
- *Rodina získá veškeré dostupné informace:*
- *o metodách, pomůckách a postupech práce s dítětem, které má postižení nebo jehož vývoj je ohrožen,*
- *o svých právech a nárocích (dávky a výhody sociálního zabezpečení, získávání rehabilitačních a zdravotních pomůcek),*
- *o dalších službách a zařízeních (respitní péče, předškolní zařízení, speciálně pedagogická centra atd.),*
- *o kontaktech na odborníky.*
- *Rodiče umí používat vhodné metody podpory svého dítěte.*
- *Dítě dosáhne maximálního možného rozvoje svých schopností a dovedností.*
- *Rodina se cítí jistá v samostatném rozhodování o možnostech a budoucnosti své a svého dítěte a způsobech péče o ně*
- *Cíle vycházejí z Druhových standardů kvality služby raná péče a jsou blíže specifikovány v Programu střediska na každý rok,*“ (Dostupné z <<http://www.ranapece.eu/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).

Jako další jsou zde uvedeny cíle Společnosti pro ranou péči, které se můžou zdát oproti cílům rané péče EDA trochu strohé:

- *„Dětem s postižením nebo s ohroženým vývojem v raném věku je zajištěna dostatečná podpora pro jejich rozvoj v rodině a odborné služby v domácím prostředí.*
- *Rodiče (pečující osoby) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem mají včas informace, podporu a odbornou pomoc.*
- *Rodiče (pečující osoby) se cítí kompetentní ve výchově a podpoře vývoje dítěte s postižením nebo s ohroženým vývojem.*
- *Rodiče (pečující osoby) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem jsou partnery odborníků: účastní se rozhodování o potřebné podpoře a službách pro sebe a pro své dítě.*
- *Veřejnost, odborníci, komunity jsou si vědomi, že děti s postižením mají právo vyrůstat v rodině a rodina proto potřebuje podporu společnosti,“* (Dostupné z <http://www.ranapece.cz/>), [online]. [cit. 19.4.2016]).

A jako třetí jsou zde pro srovnání uvedeny cíle střediska Cesta.

*„Cílem rané péče je pomáhat rodičům poznat, pochopit a naplnit potřeby svého dítěte. Společně hledáme nejvhodnější postupy pro rozvoj dítěte v oblasti komunikace, sebeobsluhy, hry, vzdělávání, zapojení mezi vrstevníky. Poradenstvím v oblasti vývoje dítěte a sociálním poradenstvím posilujeme schopnosti rodiny tak, aby se dítě se znevýhodněním mohlo postupně začleňovat do přirozeného sociálního prostředí,“* (Dostupné z <http://strediskocesta.cz/>), [online]. [cit. 19.4.2016]).

## **Zásady pracovišť rané péče**

Každá práce má své zásady, které musí její pracovníci dodržovat. Není tomu jinak ani u pracovišť rané péče, které si musí své zásady stanovit a musí být i součástí jejich standardů kvality. V dané části budou zásady uvedeny trochu jiným způsobem než u poslání a cílů, protože zásady pracovišť, které jsou zde používány jako příklady, se hodně podobají. Proto budou v dané podkapitole uvedeny pouze zásady Středisek pro ranou péči, která je má podle autorky dobře zpracované vzhledem k dobrému a jasnému vysvětlení, což je plusem zejména pro rodiče.

Střediska pro ranou péči uvádí tyto zásady:

### **„Zásada partnerství**

Rodiče/pečující osoby jsou nám při poskytování služby rovnocennými partnery. Postřehy rodičů, týkající se vývoje jejich dítěte, jsou pro nás cenné a jsou důležitou součástí konzultace, dále s nimi pracujeme, stavíme na nich. Denní rytmus rodiny je důležitý, snažíme se ho nenarušovat, ale přizpůsobit se mu. Během každé konzultace zjišťujeme názory, potřeby a přání rodiny, které se stávají východiskem pro další plánování služby. Podmínkou partnerství je aktivní přístup obou stran.

### **Zásada respektu**

Respektujeme kulturní, sociální a výchovné podmínky každé rodiny. Respektujeme prostředí rodiny. Respektujeme sdělení rodiny. Při sdělování rizik vyplývajících ze zdravotního stavu dítěte respektujeme, v jaké fázi přijetí diagnózy se rodina nachází. Výjimkou je pouze závažný zdravotní stav, kdy jsou nutná rychlá opatření. Respektujeme komunikační styl rodiny a přizpůsobujeme úroveň komunikace rodině tak, aby nám všichni její členové rozuměli.

### **Zásada diskrétnosti**

Chráníme soukromí rodiny. Respektujeme důvěrnost sdělení a osobních dat. Dodržujeme mlčenlivost a nesdělujeme třetím osobám svěřené informace. Porušením principu diskrétnosti není, když musíme vůči rodině využít ohlašovací povinnost.

### **Zásada komplexnosti**

Klientem služby je celá rodina, proto se při poskytování služby zaměřujeme nejen na všechny aspekty postižení dítěte (psychomotorický rozvoj, sociální rozvoj, komunikace s okolím), ale i na potřeby a přání rodičů související s postižením dítěte. Usilujeme o to, aby rodina mohla žít co nejběžnějším způsobem života. V případě potřeby zprostředkováváme rodičům kontakty na další odborníky. Usilujeme o neustálé zvyšování odborné úrovně práce a uplatňování nových přístupů a metod. Spolupracujeme a konzultujeme s dalšími odborníky.

### **Zásada nestrannosti**

Nabízíme možnosti, ale konečné rozhodnutí dělají rodiče, nenutíme je do našich představ. Je pro nás důležité, aby rodiče znali výhody i nevýhody daného řešení. Respektujeme právo a zodpovědnost rodiny rozhodovat o sobě, včetně možnosti nabídky službu vůbec nevyužít. Jako

*podpůrné opatření předáváme anonymní zkušenosti ostatních rodičů, vždy ale usilujeme o rovnováhu sdělovaných informací (informujeme o všech pro i proti). Ve vztahu mezi rodiči nestráníme ani jednomu z rodičů, zachováváme neutralitu,“ (Dostupné z <<http://www.ranapece.eu/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).*

### **3.5. Linka EDA**

Raná péče EDA zřídila první linku v České republice pro rodiče, na které se můžou rodiče ze všech krajů České republiky informovat, rozebírat svou situaci a mluvit s různými odborníky o svém dítěti s jakýmkoliv postižením nebo problémech, které s tím souvisí. Kvůli této výjimečnosti LINKY EDA, je zde zařazena tato podkapitola. Nyní se podkapitola zaměří na informace o LINCE EDA, které budou uvedeny možná v trochu delší přímé citaci, ale díky tomu budou přesné, což je základem této podkapitoly.

*„LINKA EDA 800 40 50 60 je určena všem pečujícím (rodičům, blízkým, odborníkům), kterých se týká téma dětí se závažnou diagnózou, po těžkém úrazu nebo s postižením.*

*Nabízíme*

*Kdo se na Linku EDA může obrátit?*

*Na Linku EDA 800 40 50 60 se mohou obrátit členové rodiny, která se dozví například závažnou diagnózu či se musí vypořádat s následky těžkého úrazu dítěte do věku 18 let resp. 26 let, v případě, že dítě bude studovat. Zdravotní postižení zasáhne nejen samotné dítě, ale také ty nejbližší, a to jak psychicky a fyzicky, tak i ekonomicky a sociálně. Rodič je tak postaven do těžké životní situace, kdy se často musí umět rychle rozhodnout, jakou péči pro své dítě zvolit, kdo zůstane s dítětem doma či kdo o něj bude pečovat v případě trvalých následků. Shánění speciálních pomůcek, speciální péče či úpravy bytu změní navždy život celé rodině. A především je rodina konfrontována s obavami, strachem a úzkostí o budoucnost dítěte, s nároky na péči o něj a s extrémně nejistou budoucností, která může ohrozit či zatížit celou rodinu.*

*Kontakt:*

- 1. Telefon - 800 40 50 60 (středa + čtvrtek 9-17h)*
- 2. Email - [linka@eda.cz](mailto:linka@eda.cz)*

*Proč zavolat na Linku EDA 800 40 50 60*

*Jaké jsou výhody telefonického poradenství? Krizová intervence po telefonu je pro řadu klientů **bezpečná**, protože **je anonymní**. Linka EDA je ZDARMA. Klient může volat ve chvíli, kterou si sám určí, a z místa, které si zvolí. Může také hovor kontrolovat bez ohledu na to, v jaké je situaci. **On je tím, kdo může hovor kdykoli ukončit nebo přerušit**. Pracovníci Linky EDA jsou vázáni etickým kodexem České asociace pracovníků linek důvěry. Všichni **konzultanti Linky EDA jsou zkušenými odborníky**, kteří prošli 150 hodinami kurzu Telefonické krizové intervence a chatovacím výcvikem, zároveň mají již bohaté zkušenosti s prací na jiných krizových linkách. Všichni pracovníci linky jsou pod pravidelnou supervizi a intervizi a účastní se průběžného vzdělávání.*

*Doplňkovou službou je možnost využít zdravotnického poradenství s určitým odborníkem (pediatr, oftalmolog, rehabilitační lékař, neurolog).*

*Co se stane, když zavoláte?*

*Na druhé straně se ozve „Linka EDA, dobrý den“. Nemusíte se představovat, nechcete-li. Pokud nebudete vědět, jak začít, co říct, budete si nejistí nebo se budete bát, že se rozpláčete, zapomenete, o čem jste chtěli mluvit, nedělejte si starosti. Naše konzultantky jsou na takové situace připravené, prostřednictvím vhodných otázek a s pochopením pomohou překonat počáteční nejistotu, strach, smutek, obavy. Smutek, strach či vztek jsou přirozené lidské emoce, přistupují k nim s pochopením.*

*Proč nám poslat email?*

*Hlavní výhodou využití emailové konzultace je, že můžete napsat email kdykoliv se vám to hodí a odkudkoliv. Služba je poskytována bezplatně, odpověď na mail zasiláme nejpozději do 10 dnů od jeho obdržení. Z důvodů zachování anonymity není možné emailové odpovědi zasílat na jakékoli jiné adresy a ani jiným osobám. Odpověď zasiláme vždy na adresu, ze které nám přišel váš email. Před zasláním dotazu na Linku EDA prosím zkontrolujte, zda je vaše e-mailová schránka dostupná.*

*Chat*

*Kromě telefonické linky je v provozu také chat, který je určen lidem, kteří se raději vyjadřují písemně, či těm, kdo z nějakého důvodu nemohou využít hlasový projev.*

## JAK CHATOVAT?

Je to snadné, stačí se řídit návodem:

Klikněte na odkaz <http://www.elinka.iporadna.cz/>

- Pokud si chcete přečíst pravidla chatu Linky EDA, klikněte na ikonku "pravidla", pak se můžete vrátit na hlavní stránku a přihlásit se.
- Jestliže jste tu poprvé, **zaregistrujte se pod libovolnou přezdívkou - doporučujeme s číselnou kombinací** a vyplňte heslo v rámečku s názvem **Jsem tu poprvé**. Pokud se Vám nepůjde přihlásit, čtete sdělení pod rámečkem – je pravděpodobné, že přezdívkou, kterou jste uvedl/a, už někdo používá nebo se během přepisování hesla objevil překlep. V případě že jste u nás už někdy byl/a, uveďte svou přezdívkou a heslo v rámečku s názvem **Už jsem tu byl/a**.
- Dostanete se na stránku, kde může být otevřeno více chatovacích místností (různých krizových chatů), **vyberte si místnost s názvem Linka EDA** a klidněte na ni – tím jste k nám vstoupili do místnosti a můžeme chatovat. Chatovací místnost Linky EDA se objeví vždy, když jsme online. Může se stát, že místnost je obsazená, protože chatujeme s jiným klientem.

Co je to krizová intervence?

Krizová intervence je určena lidem v těžké životní situaci (akutní i dlouhodobé). Jedná se o odbornou metodu práce v situaci, kterou klient prožívá jako nepříznivou, zátěžovou nebo ohrožující a kterou není schopen zvládnout za pomoci svého okolí a svými obvyklými vyrovnávacími strategiemi. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat prožívání klienta. Jejím hlavním cílem je emoční zklidnění klienta, omezení či zastavení ohrožujícího nebo kontraproduktivního chování. Linka EDA tedy představuje účinnou a zároveň méně finančně náročnou formu prevence. Krizová intervence nabízí podporu, pochopení a blízkost do problému nevtáženého člověka, který pomáhá klientovi najít nebo rozšířit inventář možných řešení, a to vše v bezpečném prostředí,“ (Dostupné z <<http://eda.cz/cz>>,[online]. [cit. 19.4.2016]).

Z uvedeného vyplývá, že zavedení linky bylo určitě dobrým nápadem, avšak pro potřebnost rodičů by mohla fungovat spíše například po celý pracovní týden.

### **3.6. Služba rané péče pro děti s těžkým zrakovým postižením**

Možná je pro některé čtenáře diplomové práce překvapením, že daná podkapitola se nazývá raná péče pro děti s těžkým zrakovým postižením. Je to dáno tím, že s dětmi s lehkými typy zrakového postižení pracují většinou jen oftalmologové nebo se o ně začínají starat odborníci až ze speciálně pedagogických center. Podkapitola začíná historií rané péče u dětí se zrakovým postižením, která není sice dlouhá, ale je potřeba ji mít na paměti. Následně se podkapitola věnuje přímo práci pracovníka rané péče pro děti se zrakovým postižením.

#### **Historie rané péče pro děti se zrakovým postižením**

Jak již bylo výše zmíněno počátky profesionální rané péče v České republice, začínaly již v 90. letech, kdy vznikly i první dvě pracoviště, právě pro děti se zrakovým postižením, v Praze a Brně.

Daná pracoviště působila pod Českou unií nevidomých a slabozrakých (ČUNS), a nejprve pracovala odděleně, až v roce 1993 se spojila a zároveň vzniklo třetí pracoviště v Liberci. V dalším roce vznikla další pracoviště v Olomouci, Ostravě a Českých Budějovicích, která byla jednotně přejmenována na Střediska rané péče, kdy Pražské středisko se stalo metodickým pracovištěm celorepublikové sítě těchto středisek. Celá síť byla posléze doplněna střediskem v Plzni v roce 2002. Avšak v roce 2007 se většina středisek stala samostatnými organizačními jednotkami sdružení. V roce 2010 se od celorepublikové sítě středisek oddělila tři střediska Praha, Liberec a Plzeň, která se tak transformovala na obecně prospěšné společnosti. (Dostupné z <<http://www.ranapece.eu/>>, [online]. [cit. 19.4.2016])

#### **Raná péče pro děti se zrakovým postižením**

Stejně jako obecně raná péče, je i raná péče pro děti se zrakovým postižením, charakteristická svou komplexností, terénní formou a kontinuitou, která je realizována dlouhodobě poskytovanou podporou rodině.

Cílovou skupinou pracovišť rané péče pro děti se zrakovým postižením tvoří většinou rodiny s dětmi se zrakovým postižením, anebo rodiny s dětmi se zrakovým postižením a kombinovaným postižením.

Péči o tyto děti zajišťuje většinou multidisciplinární tým, který je složený z rodičů, speciálního pedagoga nebo sociálního pracovníka - poradce rané péče, fyzioterapeuta, sociálního pracovníka jiné služby (například OSPOD apod.), přizváni mohou být psycholog, neonatolog, pediatr, neurolog, lékaři specialisté apod. Poradci rané péče se mohou dále specializovat, třeba na instruktora zrakové stimulace.

Nejčastěji užívaným programem v České republice je program „Provázení“, který byl koncipován již v roce 1994. Program „Provázení“ zohledňuje rodinu, společnost a vývoj dítěte. V rámci podpory rodiny zahrnuje depistáž dětí se zrakovým a kombinovaným postižením, krizovou intervenci, poradenství, svépomoc a komunitní práci, terapii. V rámci programu podpory společnosti je zahrnuta mezioborová spolupráce, vzdělávání pracovníků rané péče, laické i odborné veřejnosti, prevence postižení. Program podpory vývoje dítěte staví na teorii překotného neurofyziologického vývoje v prvních třech letech dítěte a schopnosti mozku vytvářet kompenzační mechanismy (plasticita mozku). Z toho důvodu jsou metody podpory zaměřeny na stimulaci zbytkových funkcí, podporu kompenzačních funkcí, podporu psychomotorického a osobnostního vývoje dítěte, stimulaci interaktivního prostředí. Mezi podpůrné intervenční metody pro děti můžeme zařadit zrakovou stimulaci a zrakový výcvik, rozvoj náhradních smyslů, aktivní učení Lilli Nielsen a další. (Opatřilová, Nováková, Vítková et al., 2012)

## **Zastoupení středisek rané péče v České republice**

Zastoupení jednotlivých druhů pracovišť rané péče podle typu postižení je v České republice velice rozdílný. Pro srovnání je zde uveden vždy počet pracovišť, které se věnují danému typu postižení nebo více typům postižení. Podle integrovaného portálu Ministerstva práce a sociálních věcí je v České republice registrováno 47 služeb rané péče, buď jsou to jednotlivá střediska, nebo spadají pod jiné organizace apod. Z těchto 47 služeb se 25 věnuje dětem s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením (v některých případech i pro děti s PAS), 10 dětem s poruchou autistického spektra, 9 dětem se zrakovým postižením a 3 dětem se sluchovým postižením. (Dostupné z [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1461142345380\\_1&zak=&zaok=&sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De>\\_](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1461142345380_1&zak=&zaok=&sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De>_) [online]. [cit. 19.4.2016])

Pokud srovnáme jednotlivé počty pracovišť rané péče podle typu postižení s počtem krajů v České republice (někdy je alespoň jedna v kraji), je zřejmé, že pracovišť rané péče, které se věnují dětem s tělesným, mentálním a kombinovaným (v některých případech i s PAS)



postižením je dvojnásobně více než jiných a v přepočtu na počet pracovišť na jeden kraj vychází 1,8 pracovišť na kraj. Můžeme tedy říci, že dostupnost těchto typů pracovišť je dostatečná. Avšak srovnáme-li s tímto poznatkem počet pracovišť rané péče pro děti se zrakovým postižením (ve většině případů i v kombinaci s jiným postižením), který je 9 na celou Českou republiku a v přepočtu na počet pracovišť na jeden kraj vychází 0,6 pracovišť na jeden kraj, což samozřejmě znamená, že ne v každém kraji je raná péče pro děti se zrakovým postižením, a tedy musí rodina dojíždět do jiného kraje.

Rozmístění pracovišť rané péče pro děti se zrakovým postižením je uveden v příloze diplomové práce.

### **Zraková stimulace a trénink zraku**

Pro popis daných aktivit a jejich použití v praxi, jsou zde použity informace z internetových stránek Společnosti pro ranou péči.

*„Program stimulace zraku je jedna z metod podpory dítěte se zrakovým postižením. Cílem stimulace zraku je co největší možný vývoj zraku u dětí raného věku.*

*Do programu zrakové stimulace v rámci rané péče v SPRP mohou být zařazeny děti, u kterých lze prokázat alespoň reakci na světelný podnět, a jejichž rodiče (pečující osoba) označí rozvíjení zrakových funkcí dítěte za jeden ze svých hlavních cílů.*

*Na základě funkčního vyšetření zraku, při kterém instruktor stimulace zraku (ISZ) zhodnotí, které ze zrakových funkcí je potřebné rozvíjet, rodina dostane ústní a písemné doporučení na typy rozvíjejících činností a na pomůcky a hračky.*

*Při pravidelných konzultacích v domácím prostředí poradce názorně předvádí stimulaci zraku s konkrétní pomůckou a předává rodičům další tipy k činnostem a k pomůckám.*

*Podpora rozvoje zrakových funkcí se provádí prostřednictvím dvou základních prostředků:*

*a) Stimulaci zraku - snaha o ovlivnění zrakového vnímání pomocí upraveného prostředí tak, aby bylo stimulující (např. světelné, lesklé, kontrastní, černobílé).*

*b) Tréninku zraku - systematický nácvik a upevňování dovedností využívaných zrakem: např. nácvik krmení, orientace v prostředí, komunikace, seznamování se s novými věcmi,“ (Dostupné z <<http://www.ranapece.cz/>>, [online]. [cit. 19.4.2016]).*

V rámci zrakové stimulace musí poradce rané péče mít na paměti, že je potřeba dodržovat zrakovou hygienu a stimulace by měla mít určitou míru, aby zrak dítěte nebyl přetěžován.

### 3.7. Hra

Dalo by se říci, že hra je denním chlebem poradce rané péče, samozřejmě s určitou nadsázkou, protože poradce musí komunikovat s rodiči, psát zprávy apod. V daném případě je to myšleno tak, že poradce při své práci s dítětem používá zejména hru jako hlavní metodu nácvičku, procvičení a zjištění všech dovedností, které by dítě mělo rozvíjet. Hra je jednou z přirozených aktivit dítěte, a proto by ji měl poradce rané péče zapojovat do své práce, co nejvíce je to možné.

*„Hra u dětí vychází z motivace seznámit se se svým sociálním a materiálním prostředím, pochopit neznámé a porozumět mu anebo aktivně vyvolávat a třídit probíhající události v okolí. Z tohoto pohledu můžeme hru definovat jako spontánní učení z vlastní iniciativy a pod vlastní kontrolou, jako jedincem určeno, bezcílnou exploraci a integraci zkušeností s předměty nebo společenskými partnery,“* (Dittrichová, Papoušek, Paul, a kol., 2004)

Zmíněná definice je spíše odbornou, pro posouzení je níže uvedena definice spíše pro laickou veřejnost.

*„Hrát si je přirozeností dětí. Podstatou jejich her je seznamování se s okolním světem, učení se mnoha novým činnostem, zjišťování toho, co vlastně dovedou, ale i nedovedou. Ve hře děti prožívají dobrodružství, napětí a radost. Ve vlastní fantazii mohou letět ke hvězdám, plavit se na rozbouřeném moři nebo objevovat neprobádanou zemi. Hra vždy přináší onen slastný pocit nejistoty, jak bude pokračovat, může být dále rozvíjena a dotvářena v průběhu vlastního hraní. A právě to jsou hlavní atributy, které z hraní tvoří jednu z nejdůležitějších činností nejen dětí, ale i všech lidí,“* (Perič, 2004, s. 8).

Z pohledu vývojových etap člověka je dítěti (i dítěti se zrakovým postižením) nejčastěji hra nabízena a tolerována, zejména v batolecím a předškolním věku. Problém nastává s přechodem do školního zařízení, kdy dochází k významnému poklesu pohybové aktivity (v souvislosti se sezením v lavici a úbytkem her). Do popředí spíše vstupují televizní pořady a internetové sociální sítě, jež mohou z části za nedostatečnou pohybovou (hrací) aktivitu. Poté se děti stávají neobratné a nemotorné, tím pádem vzniká i jejich nechuť k pohybové aktivitě. (Dostálová, 2010)

Během svých praxí viděla autorka poradce rané péče, jak se při práci s dítětem s postižením snaží ze sebe dostat maximum, aby při hře s dítětem byl identický a dítě mu plně důvěřovalo, že jsou partnery. Kdyby to tak nebylo, dítě se ve hře nemusí projevit, tak jak když se poradce v rámci možností nechá hrou „strhnout.“

Kapitola o rané péči pojednává komplexně o službě rané péče, která je v České republice zakotvena zákonem o sociálních službách, v pozdějším znění předpisů. Kapitola se zabývá, jak historií, tak posláním a zásadami práce pracovníků rané péče.

## 4 Praktická část

Teoretická část se zabývá dítětem se zrakovým postižením v raném věku, tedy popisem typických znaků jednotlivých typů zrakového postižení, fungování rodiny a fungování rané péče v České republice. Praktická část má za úkol ukázat, jak důležitý je pro dítě se zrakovým postižením rozvoj v raném věku, zejména rozvoj kompenzačních smyslů, v daném případě hmat, který dítě se zrakovým postižením potřebuje neustále v běžném životě. Od toho se také odvíjí odpověď na otázku v úvodu práce, zda nedostatek středisek rané péče pro děti se zrakovým postižením ve Zlínském kraji, může ovlivnit rozvoj dítěte se zrakovým postižením pro jeho budoucí život, tedy dobrý start. Z toho důvodu je výzkumná část práce zaměřena na to, jak mají děti se zrakovým postižením docházející do speciální třídy, pro děti s vadami zraku, v mateřské škole rozvinutý hmat, vzhledem k tomu, že se s nimi v mateřské škole pracuje podle speciálních metod už od nástupu do školy. V praktické části je i kazuistika, která dokládá výhodu rané péče, rozvoj dětí v MŠ pro zrakově postižené, pro další rozvoj dítěte se zrakovým postižením v širším slova smyslu.

### 4.1. Hlavní cíl

Hlavním cílem praktické části je ukázat, jaký vliv má rozvoj dítěte v raném věku na jeho budoucí život, konkrétně, rozvoj jednoho z hlavních kompenzačních smyslů tj. hmatu.

### 4.2. Dílčí cíle

1. Zjistit kolik dětí se zrakovým postižením, tedy jejich rodin, z výzkumného vzorku spolupracovalo se střediskem rané péče.
2. Určit, jestli děti při plnění úkolu postupovaly jistě nebo si s úkolem nevěděly rady a musely mít neustálou podporu.
3. Určit jakým způsobem děti poznávaly předměty hmatem při plnění úkolu č. 1, např. způsob ohmatávání předmětu bříšky prstů.
4. Určit zda došlo při opětovném plnění úkolu č. 1 ke zlepšení (počet chyb).
5. Zjistit, jestli jsou děti citlivé na materiál, které hmatem poznávají.

### 4.3. Metodologie výzkumu

V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum, kde byly použity tyto výzkumné metody zúčastněné pozorování, analýza získaných dat a kazuistika.

#### 4.3.1 Výzkumné metody

##### **Zúčastněné pozorování**

Pozorovatel se pohybuje v prostoru, kde se vyskytují pozorované jevy. Mezi pozorovatelem a pozorovaným dochází k interakci, do které se pozorovatel aktivně zapojuje. Nevýhodou je možnost výzkumníka svou přítomností ovlivnit nebo narušit průběh výzkumu. Dělí se na dvě formy: skryté – účastníci výzkumu nejsou informováni o tom, že jsou pozorováni, tudíž nevědí o pravém účelu jednání výzkumníka, ani co se přesně pozoruje/zaznamenává. Riziko této formy je ve shromažďování informací bez souhlasu pozorovaných. Výhodou pro změnu je přirozené chování pozorovaných. Otevřené – výzkumník se pohybuje mezi pozorovanými a ti znají účel pozorování. Je tedy podepsán informovaný souhlas s účastí na výzkumu. Nevýhodou je, že účastníci výzkumu ví, že jsou součástí výzkumu a co je pozorováno. Nemusí se tedy chovat přirozeně a výzkum může být zkreslený. (Mioviský, 2006)

Autorka prováděla pozorování ve třídě Mateřské školy Krhová určené pro děti s vadami zraku. Třída je rozdělena na dvě poloviny širokým sloupem, kolem kterého je místo na průchod asi 1,5 m. V jedné polovině je volný prostor s kobercem pro hraní dětí, cvičení apod. aktivity, ve druhé polovině třídy jsou stoly s židlemi určeny pro stravování, kreslení a jiné aktivity vhodné pro práci u stolu. Výzkum byl prováděn v polovině třídy, kde jsou stoly, aby mohly děti u aktivity sedět, měly oporu, když budou mít zavázané oči. Autorka přišla do třídy s předstihem, aby si na ni děti zvykly. Po dopolední svačině se s učitelkami domluvila, že bude děti volat na plnění úkolu jednotlivě. Při samotném výzkumu s ní byla jedna paní učitelka, aby děti neměly strach. Autorka ve spolupráci s učitelkou vybrala vždy jedno dítě, které požádala, aby si za nimi přišlo splnit takový „speciální“ úkol. Autorka nejprve dítěti vysvětlila, co bude dělat a jak to bude probíhat, děti se zbytky zraku budou mít zavázané oči, a budou doplňovat díly do podložky jen pomocí rukou, jejich poznávání. Pokud se jednalo o dítě se zbytky zraku mohlo si podložku i díly prohlédnout, jen v případě, že zrak používalo, poté dítěti zavázala oči. V průběhu plnění autorka slovně motivovala dítě, protože pro všechny děti byl úkol náročný. Po splnění úkolu se ještě dítěte zeptala, jestli mu to připadalo těžké, poděkovala mu a poslala jej hrát a zavolala si další. Před každým zahájením úkolu se vždy ujistila, že ostatní děti si hrají a nebudou rušit to, které pracuje.

### **Analýza získaných dat**

Analýza získaných dat je metoda, která posuzuje jednotlivé prvky a vlastnosti jevů či pojmů z hlediska shody, podobnosti a rozdílu. Dále umožňuje oddělit podstatné a nahodilé znaky a vlastnosti jevu. (Dostupné z <http://esfmoduly.upol.cz>, [online]. [cit. 19.4.2016])

Metodu srovnání autorka použila při porovnávání výsledků prvního plnění úkolu č. 1 a druhého plnění, a při srovnávání rychlosti dětí pracujících levou, pravou nebo oběma rukama při plnění úkolu č. 2. Při plnění úkolu č. 1 srovnávala zejména počet chyb pro určení zlepšení, zhoršení nebo sejný výsledek dítěte při plnění úkolu znovu.

### **Analýza dokumentů**

Analýza dokumentů může být pojata z mnoha úhlů pohledu, jedná se o analýzu dokumentů, které jsou vedeny k danému člověku, nebo je sám člověk vytvořil, tedy se jedná o analýzu artefaktů. (Miovský, 2006)

V daném případě byla analýza dokumentů použita jako podklad pro popis výzkumného vzorku a jako podklad pro vytvoření dvou kazuistik.

### **Kazuistika**

Kazuistika, někdy též nazývána případová studie, se zabývá popisem jednotlivých případů. Kazuistika se nemusí týkat vždy jen jednotlivců, ale i skupin lidí, či institucí. (Dostupné z <<http://wiki.rvp.cz/>>, [online]. [cit. 19.4.2016])

Autorka uvádí dvě kazuistiky dvojčat se zrakovým postižením, která dříve navštěvovala speciální třídu pro děti s vadami zraku v Mateřské škole Krhová. Kazuistika uvádí příklad toho, jak může být včasná práce s dětmi se zrakovým postižením přínosná nejen pro jejich dobrý start do života z pohledu zvládnutí svého zrakového postižení, ale v jednom z případů i dobré působení na někdy složitý vztah sourozenců z dvojčat.

### **4.3.2. Popis zařízení**

Výzkum probíhal ve speciální třídě pro děti s vadami zraku v MŠ Krhová, do které dochází děti z okresu Vsetín. Do třídy dochází 15 dětí, v době výzkumu bylo přítomno jen 8 dětí, ostatní byly omluveny z důvodu nemoci, z toho výzkumu se zúčastnily 3 děti. Ve třídě pracují dvě speciální pedagožky. V ortoptické ambulanci, která sídlí vedle třídy a děti v ní cvičí

každý den, pracuje ortoptická sestra. Do třídy dochází děti ve věku od 3 do 7 let zejména s těžkým stupněm poruchy binokulárního vidění, jediné tři děti, které se účastnily výzkumu neměly samostatnou poruchu binokulárního vidění. Mateřská škola má školní vzdělávací plán na téma „Všichni jsme na jedné lodi.“

### **4.3.3. Výzkumný vzorek**

Výzkumného šetření se z osmi přítomných dětí zúčastnily tři děti, z toho dvě byla děvčata a jeden byl chlapec. Věková škála dětí ve výzkumném vzorku je 4,5 – 5 let. Děvčata byla dvojčata, která před nástupem do mateřské školy spolupracovala se střediskem rané péče a chlapec nespolupracoval s ranou péčí, tedy děti a jejich rodiny.

Ve výzkumném vzorku byly tyto děti:

Eliška – 4,5 roku, má ROP III, hypermetropia levis, amblyopie susp., esotropia OD. Zraková ostrost na levém oko je na 40 cm 0,3 a na 4 m 0,32. Doporučena je brýlová korekce.

Zuzana – 4,5 roku, má ROP III, hypermetropia levis, amblyopie susp., esotropia OD. Zraková ostrost na levém oko je na 40 cm 0,3 a na 4 m 0,32. Doporučena je brýlová korekce.

Nikolas – 5 let, má vrozenou kataraktu (jednostranná), zraková ostrost je na 40 cm 0,3 a na 4 m je to 0,2. Doporučena operace oka, v době výzkumu před operací.

## **4.4. Průběh a interpretace výzkumu**

Po domluvě s paní ředitelkou Mateřské školy v Krhové probíhal výzkum ve speciální třídě pro děti s vadami zraku. Před samotným výzkumem proběhla konzultace s rodiči a podepsání informovaných souhlasů. Výzkum ve třídě probíhal ve dvou pokusech. Před samotným výzkumem autorka seznámila učitelky s tím, jak bude výzkum probíhat, domluvila se s nimi na spolupráci a před začátkem vždy chvíli pozorovala děti při hře v mateřské škole, také z důvodu, aby si na ni zvykly a nebyly z autorky při plnění úkolů ve stresu.

### **4.4.1. Spojování stejného dílu s podložkou podle hmatu (hmatová hra)**

Pozorování daného úkolu probíhalo dvakrát, aby autorka mohla srovnat, zda se děti při opakování úkolu zlepšily, zhoršily nebo pracovaly stejně, a to podle množství chyb. Při

daném úkolu měly děti vkládat díly do podložky podle hmatu (otvor s určitým povrchem doplnit dílem se stejným povrchem). Při úkolu měly zavázány oči šátkem, aby pracovaly opravdu jen hmatem. Děti pracovaly samostatně v polovině třídy, kde při plnění úkolu nebyly rušeny ostatními. Před zahájením úkolu autorka každému dítěti vysvětlila, co bude dělat, ukázala mu podložku s deseti otvory a k nim odpovídající jednotlivé díly. Otvory a díly byly složeny z těchto materiálů: 2 hladké s minimálním rozdílem (hladké dřevo a hladký plast), 3 s důlky lišily se v počtu (1, 2, 4 důlky), 2 s vyrytými čarami (kruhové, rovné), 1 se smirkovým papírem, 1 s plyšem, 1 s gumovými šipkami. Před zavázáním očí ukázala autorka každému dítěti, jak se pohybovat po podložce, tak aby při poznávání žádný z otvorů nevynechaly. Autorka dětem pokaždé ukázala, jak pracovat při ohmatávání dílů, jak mají. Každému dítěti, před zavázáním očí, řekla, že mu bude říkat, jestli má díl dobře umístěný. Po zavázání očí autorka podložku otočila, aby děti nemohly pracovat po paměti, a podávala postupně dítěti jeden díl za druhým. Další díl dala autorka dítěti až po umístění do správného otvoru. Děti potřebovaly v průběhu úkolu neustále slovně motivovat a zpětnou vazbu. Parametry, které autorka pozorovala, bylo používání rukou, jestli dítě dokázalo pracovat, tak jak mu autorka ukázala. Dalším parametrem byla preference materiálu, jestli mají děti citlivější hmat na některé podněty. Záměna materiálu je jeden z podstatných parametrů, protože podle něj se dá určit, jak děti umí poznávat okolí hmatem a s tím souvisí i další parametr chyby. Pozorování aktivity a komunikace sloužilo k určení, jestli děti byly při plnění úkolu jisté nebo nikoliv, a to může vést k závěru, jestli se s ohmatáváním již někde setkaly.

Jméno/ parametr	Používání rukou	Preference materiálu	Záměna materiálu	Chyby	Aktivita	Komunikace
Eliška	Obě ruce	Bez preference	dřevo x plast	1	Stejná	Plné soustředění komunikace mírně snížená
Zuzana	Obě ruce	Bez preference	dřevo x plast šipky x čáry	4	Ke konci snížená	Plné soustředění komunikace snížená
Nikolas	1 ruka	Bez	dřevo x plast	9	Nízká po	Nechtěl



		preference	šipky x čáry počet důlků		celou dobu	komunikovat
--	--	------------	-----------------------------	--	---------------	-------------

Tabulka 1 Záznam sledovaných parametrů při plnění hmatového úkolu při 1. pokusu

Jméno/ pozorovaný jev	Používání rukou	Preference materiálu	Záměna materiálu	Chyby	Aktivita	Komunikace
Eliška	Obě ruce	Bez preference	Bez záměny	0	Stejná	Plné soustředění komunikace mírně snížená
Zuzana	Obě ruce	Bez preference	dřevo x plast	3	Stejná	Plné soustředění komunikace snížená
Nikolas	1 ruka občas doplněna druhou	Bez preference	dřevo x plast šipky x čáry	6	Stejná, větší zájem	Plné soustředění komunikace snížená

Tabulka 2 Záznam sledovaných parametrů při plnění hmatového úkolu při 2. pokusu

Ze sledovaných parametrů je patrné, že při plnění úkolu se lépe dařilo dvojčatům, která již při prvním plnění úkolu měla oproti chlapci s jednostrannou kataraktou lepší výsledky. Při druhém pozorování se všichni zlepšili. Obě děvčata pracovala oběma rukama podle ukázky. Eliška při práci správně používala ruce podle ukázky, tedy byla z dětí nejrychlejší. Eliška dokázala jako jediná při druhém pokusu umístit všechny díly správně a rychle, nepotřebovala už tak velkou slovní podporu. Druhé děvče z dvojčat mělo o trochu horší výsledky oproti své sestře, avšak také došlo ke zlepšení při druhém pozorování. Zuzana pracovala s určitou jistotou, i když se jí dařilo hůř. Nikolasovi se dařilo nejhůř, při prvním pozorování se mu dařilo opravdu špatně a nechtělo se mu pracovat. Zatvrzele ohmatával díly i desku jednou rukou, někdy dokonce i jedním prstem. Potřeboval neustálou slovní podporu, aby se mu

podářilo díl umístit. Při druhém pozorování se Nikolasovi dařilo podstatně lépe, navíc už neměl obavy ze zavázaných očí.

I když je výzkumný vzorek velmi úzký, výsledky dětí, které spolupracovaly s ranou péčí a dítě, který s žádným střediskem nespolupracovalo, nesrovnatelné. Hned na první pohled je zřejmé, že děvčata, která s ranou péčí spolupracovala, tím pádem byla na podobné úkoly zvyklá, byla úspěšnější než dítě s kataraktou bez spolupráce s ranou péčí. Z tohoto poznatku můžeme soudit, že práce středisek rané péče je podstatná v raných obdobích života, protože je dítě s těžkým zrakovým postižením lépe vybaveno pro život.

## **4.5. Kazuistika**

### **Dvojčata se zrakovým postižením**

Dvojčata pochází z rodiny, která se skládá z dvojčat, mámy a táty. Máma má vystudovanou vysokou školu, pracuje v mateřské škole jako učitelka. Otec má vystudovanou střední školu a je živnostník. Rodina bydlí v rodinném domě v Krhové. Prarodiče se vídají s děvčaty běžným způsobem (např. prázdniny apod.).

Děvčata se narodila v 27. týdnu jako prvorozená. Porod probíhal císařským řezem. Po porodu byla děvčata umístěna do inkubátoru. Matka měla v průběhu těhotenství preeklampsii. U děvčat byla prováděna kryooperaceočí v prvním měsíci života.

Děvčata mají ROP II strabismus convergens, myopii. Zraková ostrost je na 40 cm 0, 23 a na 4 m 0, 3. Jedno dvojčat má DMO hemiparetickou. Je velmi pozoruhodné, že zrakové postižení dvojčat je shodné a zraková ostrost taktěž.

Matka uvedla, že po odchodu z nemocnice se spojila s ranou péčí, kterou ji tam doporučili, také uvádí, že měla výhodu v nevýhodě, že mohla být s děvčaty ještě o měsíc déle v nemocnici, tím pádem měla děvčata hotová všechna vyšetření a mohli jí lékaři doporučit ranou péčí. Matka musela kontaktovat ranou péčí v Olomouci, protože ve Zlínském kraji raná péče pro děti se zrakovým postižením není. Matka uvádí, že i když to bylo mnohdy z důvodu vzdálenosti, velmi náročné, do rané péče dojížděli jednou měsíčně a pracovnice jim pomáhala s rozvojem zbytků zraku u děvčat a ukázala jí různé možnosti procvičování kompenzačních smyslů, nácvik různých dovedností potřebných pro život apod. Matka uvádí, že bez pomoci rané péče by nevěděla, jak začít, co dělat dřív, jak upravit domácí prostředí, tak aby mohlo být pro děvčata naučné a zároveň bezpečné. Ve třech letech se rodičům podařilo

děvčata umístit do mateřské školy v Krhové, kde se zaměřili na procvičení zbytků zraku a dále i na potřebný rozvoj kompenzačních činitelů, kterým je například hmat. Práce s děvčaty probíhala při pobytu v mateřské škole natolik dobře, že pro plnění školní docházky mohly být umístěny do běžné třídy s asistentem, každé do své třídy, aby na sobě, jak dvojčata někdy bývají, nebyla závislá.

Matka v různých dotaznících uvádí, že bez včasné pomoci, nevěděla, jak děvčata stimulovat, aby mohla později nastoupit do běžné školy. Kladně také hodnotí spolupráci v rámci práce s emocemi dvojčat, jejich pozdější nezávislost na sobě.

## Závěr

Hned v úvodu práce si autorka pokládá asi tu nejtěžší otázku, která se rané péče v České republice týká, a to zda je středisek raných péčí v České republice dostatek. Autorka na zjištění a potvrzení dostatku rané péče klade takový důraz kvůli rozvoji dětí s těžkým zrakovým postižením v raném věku pro dobrý start do jejich běžného života, v praktické části směřováno k rozvoji hmatu. Autorka rozvoj v raném věku považuje za nejdůležitější období pro největší možný rozvoj už z důvodu plasticity mozku.

Proto se diplomová práce se v teoretické části zabývá dítětem se zrakovým postižením, jak z pohledu postižením, rodiny, ve které může vyrůstat, a se kterou se může seznámit pracovník rané péče až po ranou péči, která se o děti se zrakovým postižením v raném věku stará. V praktické části je zaznamenán výzkum, který se zaměřuje na rozvoj hmatu dětí v raném věku a uvedena kazuistika, která poukazuje na důležitost podpory pracovníků rané péče i z jiného pohledu než jenom rozvoje hmatu. Autorka si uvědomuje, že výzkumný vzorek v praktické části je poměrně malý, i přesto se dá vyvodit závěr, že dvojčata, která spolupracovala od nejranějšího období života s pracovníky rané péče byla lépe pro úkol na procvičení hmatu, zjištění jeho rozvoje, vybavena než chlapec, který s pracovníky rané péče nespolupracoval. Pro komplexnější pohled na důležitost rané péče v rozvoji dětí se zrakovým postižením autorka uvádí kazuistiku dvojčat, která ukazuje důležitost rané péče nejen v oblasti rozvoje dovedností, kompenzačních mechanismů, procvičení zbytků zraku, ale i pro podporu rodičů v různých rozhodnutích v daném případě odlišné třídy pro dvojčata, která tak na sobě nejsou závislá, mohou si hledat samostatně kamarády, nejsou ve škole srovnávána.

Z uvedených závěrů tedy vyplývá, že raná péče je pro rozvoj dítěte se zrakovým postižením pro dobrý start do jeho života velmi podstatná, tím pádem logicky vyplývá, že by měla být pro rodiče dostupná. Jak rodiče v obou případech dvojčat uvedli, museli dojíždět do střediska rané péče do Olomouce, tedy do jiného kraje, než odkud pochází. Rodiče uvedli, že dojížděli do rané péče, protože jim nic jiného nezbylo, když u nás v kraji není, a kdyby nebyli přesvědčeni, že je to pro jejich děti důležité, tak by tam nejezdili. Také měli podporu od lékařů, kteří jim poradili, kde ranou péči naleznou. Z toho můžeme soudit, že nejlépe by bylo, kdyby byla raná péče v každém kraji, aby byla dostatečně dostupná pro všechny.

V souvislosti s výše uvedeným se můžou objevit různé otázky, například proč je některých středisek rané péče dostatek (viz kapitola 3) nebo jak vážné můžou být důsledky pozdního zásahu do rozvoje dítěte se zrakovým postižením?

Autorka je přesvědčena, že včasnost a dostupnost je nutností rané péče, tedy i rozvoje pro dobrý start do života dítěte se zrakovým postižením.

## Seznam literatury

- BALUNOVÁ, K., HEŘMÁNKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80 – 244 – 0381 – 1.
- DITTRICHOVÁ, J., PAPOUŠEK, M., PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská výchova*. Praha: Grada, 2004. 188 s. ISBN 80 – 247 – 0399 – 8.
- DOSTÁLOVÁ, I. *Hravě a zdravě*. Olomouc: VUP, 2010. 37 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 2571 – 9.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: VUP, 2007. 1. vyd. 158 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 1857 – 5.
- FRIEDLOVÁ, M., LEČBYCH, M. (eds.). *Symposium rodinné resilience*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 157 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 4601 – 1.
- HAMPLOVÁ, D. et al. *Děti na psí knížku? Mimomanželská plodnost v ČR*. Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, 2007. 155 s. ISBN 978-80-7330-128-6.
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí. Obrat k dítěti jako výzva a úkol pro učitele*. Praha: Portál, 2004. 232 s. ISBN 80-7178-888-0.
- KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M. *Dítě s postižením zraku*. Praha: Portál, 2015. 176 s. ISBN 978-80-262-0782-5.
- KRAUS, B. et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno : Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- LUDÍKOVÁ, L., STOKLASOVÁ, V. *Tyflopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 50 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1189-X.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. 144 s. ISBN 80-85850-24-9.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- PERIČ, T. *Hry ve sportovní přípravě dětí*. Praha: Grada, 2004. 1. vyd. 100 s. ISBN 80 – 247

– 0908 – 2.

PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.

ROZSYPALOVÁ, M., MELLANOVÁ, A. a ČECHOVÁ, V. *Psychologie a pedagogika I: pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium, 2003. STAŠOVÁ, L., SERBOUSKOVÁ, H. Mezilidské vztahy v rodině v percepci dětí mladšího školního věku. *Sociální studia*, 2012, roč. 9, č. 2, s. 65–82.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 4. přeprac. vyd. 608 s. ISBN 978-80-247-1049-5.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VÍTKOVÁ, M., ŘEHŮŘEK, J., KVĚTOŇOVÁ – ŠVECOVÁ, L., MADLENER, I. Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení. Brno: Paido, 1999. 94 s. ISBN 80 – 85931 – 75 – 3.

## Seznam internetových zdrojů

*Dělení a charakteristika vědeckých metod* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <[http://esfmoduly.upol.cz/elearning/fil\\_prob/fil\\_probch4.html](http://esfmoduly.upol.cz/elearning/fil_prob/fil_probch4.html)>.

*Historie rané péče v Čechách* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <<http://ric.cz/assets/historie-rane-pece-v-ceske-republice.pdf>>.

*Kazuistika* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <[http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD\\_lexikon/K/Kazuistika](http://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/K/Kazuistika)>.

*O SPRP* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <<http://www.ranapece.cz/?src=O%20SPRP/Posl%C3%A1n%C3%AD%20a%20c%C3%ADle&lokalita=%C4%8CR>>.

*Poradna rané péče* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <<http://strediskocesta.cz/nase-sluzby/poradna-rane-pece/>>.

*Poslání, cíle a zásady* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <<http://www.ranapece.eu/rana-pece/posl%C3%A1n%C3%AD-c%C3%ADle-a-z%C3%A1sady>>.

*Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2016 – 03 - 29]. Dostupné z <[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1461142345380\\_1&zak=&zaok=&sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1461142345380_1&zak=&zaok=&sd=ran%C3%A1+p%C3%A9%C4%8De)>.

*Stimulace zraku* [online]. [cit. 2016 – 04 - 19]. Dostupné z <<http://www.ranapece.cz/?src=Stimulace%20zraku&lokalita=%C4%8CR>>.



## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Záznam sledovaných parametrů při plnění hmatového úkolu při 1. pokusu

Tabulka 2 Záznam sledovaných parametrů při plnění hmatového úkolu při 2. pokusu

## **Seznam příloh**

Seznam pracovišť rané péče pro děti se zrakovým postižením České republiky

## Přílohy

### Seznam pracovišť rané péče pro děti se zrakovým postižením České republiky

#### Čechy

EDA cz, z.ú. Trojická 2/387 128 00 Praha 2	SPRP, z.s. Klimentská 1203/2 Praha 1 – Nové Město 110 00 Praha 1	Středisko rané péče Sluníčko Ulrichovo náměstí 733/9 500 02 Hradec Králové 2
Středisko rané péče SPRP České Budějovice Kněžská 410/8 370 01 České Budějovice 1	Raná péče Kuk, z.ú. Tomanova 2645/5 Plzeň 3 – Jižní Předměstí 301 00 Plzeň 1	

#### Morava a Slezsko

Středisko rané péče SPRP Ostrava Havlíčkovo nábřeží 2728/38 Moravská Ostrava 702 00 Ostrava 2	Středisko rané péče SPRP Olomouc Střední novosadská 356/52 Nové Sady 779 00 Olomouc 9
Středisko rané péče SPRP Brno Nerudova 321/7, Brno – střed, Veverčí 602 00 Brno 2 Pracoviště: Dolní 165/1, 591 01 Žďár nad Sázavou 1	Rodinná pohoda, o.s. Středisko rané péče pro Vyškov a Slavkov Tyršova 324 684 01 Slavkov u Brna

## Anotace

<b>Jméno a příjmení:</b>	Lada Kutějová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	doc. Mgr. Dita Finková, Ph.D.,
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Rozvoj dítěte se zrakovým postižením v raném věku jako dobrý start
<b>Název v angličtině:</b>	Development of visually impaired children at an early age as a good start
<b>Anotace práce:</b>	Tématem diplomové práce je dítě se zrakovým postižením. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá dítětem se zrakovým postižením, rodinou a ranou péčí. Praktická část se zabývá rozvojem hmatu u dětí se zrakovým postižením a s tím spojeným dobrým startem do života dítě se zrakovým postižením s podporou rané péče.
<b>Klíčová slova:</b>	Dítě se zrakovým postižením, rodina, raná péče
<b>Anotace v angličtině:</b>	The topic of thesis is a child with visual impairment. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with a child with visual impairment, family and early childhood intervention. The practical part deals with the development of touch for children with visual impairment and the associated good start into the life of a child with visual impairment in support of early care.

<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	A child with visual impairment, family, early care
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	NE
<b>Rozsah práce:</b>	69 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk