

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Hana Ciprysová DiS.

**ÚPRAVA PROSTŘEDÍ PRO HARMONICKÝ
ROZVOJ DÍTĚTE SE ZRAKOVÝM
POSTIŽENÍM A PODPORU JEHO
PROSTOROVÉ ORIENTACE**

Olomouc 2014

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

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a vyznačila jsem veškeré použité prameny a literaturu.

Olomouc

24. 04. 2014

Mé poděkování patří zejména rodičů a přátelům, kteří mě po celou dobu studia podporovali a motivovali. Dále bych ráda poděkovala paní Mgr. Veronice Růžičkové Ph.D. za ochotu a pomoc při psaní této práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Ciprysová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Úprava prostředí pro harmonický rozvoj dítěte se zrakovým postižením a podpora jeho prostorové orientace
Název v angličtině:	Modification of the environment for the harmonious development of children with visually impairment and support its spatial orientation
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá problematikou správného vývoje dětí se zrakovým postižením a úpravou jejich základního prostředí v raném věku.</p> <p>Práce je rozčleněna do 8 kapitol. První je věnována terminologickému vymezení, depistáži, vyšetření a důsledkům zrakového postižení. Najdeme zde i charakteristiku dítěte a možnosti jeho učení. Důležitou částí této kapitoly je část věnující se práci s rodinou. Navazující kapitola popisuje pojem prostorové orientace a jejího nácviku v domácím prostředí. V třetí kapitole se věnujeme problematice pomůcek a hraček a v poslední kapitole teoretické části se věnujeme Střediskům rané péče.</p> <p>Praktická část této práce je rozdělena na čtyři kapitoly. V navazující, páté kapitole se věnujeme problematice sběru dat, které jsme použili při výzkumu. V šesté kapitole se věnujeme rozboru interview. V sedmé kapitole se zabýváme vyhodnocováním zjištěných dat a v poslední kapitole se zabýváme doporučením pro praxi.</p>
Klíčová slova:	Prostorová orientace, zrakové postižení, úprava prostředí pro děti raného věku
Anotace v angličtině:	<p>The bachelor work deals with the issue of proper development of children with visual disability and adjust their basic environment at an early age. The work is dividend into eight chapters. The first is devoted to terminological definition, testing and consequences of visual disability. There are also characteristics of the child and the possibility of learning. An important part of this chapter is a section dealing with work and family. The next chapter describes the concept of spatial orientation and training at home. The third chapter deals with the issue of tools and toys and in the last chapter of the theoretical part is focused on an early care centers.</p> <p>The practical part of this thesis is divided into four chapters. The fifth chapter deals with the issue of data collection, which were used in the research. The sixth charter is devoted to analysis of interview. Seventh chapter deals with evaluation of data and the last chapter is devoted to recommendations for practice.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Spatial oreintation, visual disability, adjust environment for children early age

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Otázky k interview Příloha č. 2 Interview s respondentkou A Příloha č. 3 Interview s respondentkou B a dítětem Markétkou Příloha č. 4 Interview s respondentkou C a respondentem D Příloha č. 5 Interview respondentkou E a respondentem F
Rozsah práce:	52 stran
Jazyk práce:	Jazyk český

OBSAH

ÚVOD	7
1 ZRAK A ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ	9
1.1.1 Zrakové postižení.....	10
1.1.2 Depistáž a vyšetření zraku	11
1.2 Dítě se zrakovým postižením	12
1.3 Způsob učení dítěte se zrakovým postižením.....	12
1.4 Práce s rodinou	14
1.4.1 Důsledky zrakového postižení.....	16
2 PROSTOROVÁ ORIENTACE.....	19
2.1.1 Úprava prostředí pro rozvoj prostorové orientace.....	20
2.1.2 Úprava osvětlení místnosti	21
2.1.3 Úprava prostředí u dětí od narození do 6 let.....	22
3 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A HRAČKY	26
3.1 Kompenzační pomůcky	26
3.2 Hračky	27
4 STŘEDISKA RANÉ PÉČE PRO RODINY S DĚTMI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM.....	30
5 PRAKTICKÁ ČÁST	33
5.1 Cíl šetření	33
5.2 Použitá metoda.....	33
5.2.1 Polostrukturované interview.....	34
5.2.2 Fáze interview dle Miovského (2006)	34
5.3 Výběr respondentů	35
6 ROZBOR INTERVIEW.....	36

6.1	Interview s respondentem A	36
6.2	Interview s respondentem B a dítětem Markétkou	38
6.3	Interview s respondentkou C a respondentem D	40
6.4	Interview s respondentkou E a respondentem F	41
7	SHRNUTÍ INTERVIEW	43
8	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	45
	ZÁVĚR	47
	POUŽITÁ LITERATURA	48
	SEZNAM PŘÍLOH.....	52

ÚVOD

Mnoho času jsem strávila přemýšlením nad tématem k mé závěrečné práci. To, že budu psát o dětech, bylo přímo dané oborem, který jsem se před více, než třemi lety, rozhodla studovat. Speciální pedagogika raného věku byla pro mě první volbou. Z dřívějšího studia na Vyšší odborné škole jsem věděla, že právě raná péče je pro všechny děti, ta nejdůležitější. A pokud se v tomto věku něco zanedbá, či opomene, budou tyto děti v budoucnu vůči svým intaktním vrstevníkům ve velké nevýhodě.

V průběhu studia, jsme prošli všemi „pediemi“, ze kterých se mi nejvíce zalíbila právě tyflopédie. Pochopila jsem, že požadavky, ať už na výchovu, finance, osobnost či na úpravu prostředí jsou obrovské. Péče o osobu se zrakovým postižením vyžaduje hned po tělesném postižení, největší počet úprav v přirozeném prostředí jedince a nejvíce kompenzačních pomůcek a stimulačních hraček.

Při procházení nejrůznějších knih o nemocích, postiženích a znevýhodněních jsem zjistila, že téměř všude se píše, co dělat s dítětem ve škole, ve střediscích volného času, ve stacionářích, nebo později v zaměstnáních a v domácnostech, kde se vyskytují dospělí jedinci s postižením. O prostředí, kde se vyskytuje dítě mladší šesti let, se psalo jen velmi okrajově.

První roky života dítěte jsou velice důležité a pro dítě s postižením to platí ještě více. Tímto obdobím si musí projít nejenom samotné dítě s postižením ale i celá jeho rodina, která ho bude provázet a vychovávat.

Svou závěrečnou práci člením na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretickou část jsem rozdělila na čtyři velké kapitoly. Poslední pátá kapitola obsahuje praktickou část mé práce.

V první kapitola je věnována základním pojmům problematiky osob se ZP. Je zde rozepsána depistáž, vyšetření a důsledky zrakového postižení. Najdeme zde také charakteristiku dítěte se ZP a jeho možnosti učení. Nedílnou součástí této kapitoly je také práce s rodinou, která je pro dítě tím nejpřirozenějším prostředím.

V druhé kapitole popisujeme problematiku prostorové orientace a možnosti jejího nácviku v domácím prostředí dítěte a důležitost dodržování zásad při výuce prostorové orientace.

V kapitole třetí se snažíme popsat problematiku kompenzačních pomůcek a hraček, které je možné využít při práci i s tím nejmenším dítětem.

Čtvrtá kapitola je věnována zařízení s názvem „Středisko rané péče pro rodiny s dětmi se zrakovým postižením“. Popisujeme zde, jaké služby a možnosti může rodina dítěte se ZP využívat.

V této práci si klademe za cíl představit základní problematiku dětí se zrakovým postižením. Vytvořit jistý přehled toho, co je možné nacvičovat i s tím nejmenším dítětem. Klademe velký důraz na pochopení důležitosti rané intervence a možnosti jednoduché stimulace dítěte.

V praktické části se zaměřuji na úpravu prostředí, která se týká nejen samotného dítěte ale také ústupků, které museli přijmout lidé v jeho nejbližším okolí. Pozornost jsem věnovala zejména rodičům a okrajově i ostatním členům jeho rodiny.

Praktickou část této práce jsme rozdělili na tři další samostatné kapitoly. Tedy v páté kapitole se věnujeme problematice výběru metod sběru dat, které jsme při výzkumu použili a také zde popisujeme výběr respondentů.

V šesté kapitole se věnujeme podrobnému rozboru všech interview.

V sedmé a závěrečné části této práce se věnujeme vyhodnocení zjištěných dat a osmé kapitole se zabývám doporučením pro praxi.

1 ZRAK A ZRAKOVÉ POSTIŽENÍ

Zrak je pro mnoho lidí neodmyslitelnou součástí jejich života a neumí si představit skutečnost, že by tato jejich, zcela běžná a samozřejmá schopnost měla být omezena či by měla zmizet úplně. U dětí, které se se zrakovou vadou narodí, či se u nich projeví v prvních několika měsících, se tato skutečnost stává neléčitelnou zátěží, která je bude ovlivňovat po celý jejich další život. Mnoho lidí si představí pod pojmem ztráta zraku, značné omezení ve svých oblíbených činnostech, jako je například čtení, koukání na televizi nebo sportování, ale málo kdo si představí problémy, které by na něj čekali mimo jeho vidící svět.

Slowík (2007) uvádí, že zrakem nebo též zrakovým vnímáním můžeme získat až 90 % všech získaných informací z prostředí, kde se nacházíme. Můžeme jej tedy považovat za jeden z nejdůležitějších smyslových orgánů našeho těla. Je to právě zrak, kterým intaktní děti získávají živou, pestrou a proměnlivou komponentu našich vnitřních zkušeností. (Plháková, 2003)

Úloha zraku je již od dob dávno minulých v životě člověka tak velká, že každý člověk je již od narození formován jako tvor optický, tedy tvor závislý na zraku. Lidé se na něj při vykonávání různých činností v drtivé většině případů spoléhají. Poskytuje nám nejdokonalejší a autentické vjemy předmětů. Lidským okem jsme schopni zachytit a zejména rozlišit: barvu, tvar, velikost, pohyb, klid, vzdálenost, směr a prostor. Abychom byli schopni toto zachytit je důležité, jak popisuje Plháková (2003), aby naše oko bylo schopno vnímat zvláštní formu energie, tzv. elektromagnetické vlnění. Jednotky tohoto vlnění určujeme v nanometrech. Lidské oko je tedy schopno zachytit vlnění v rozmezí přibližně mezi 350 až 750 nanometry. (Litvak in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Poškození nebo i celková ztráta zrakových funkcí přináší závažné komplikace do celého života dítěte, rodiny i celého jeho okolí. Můžeme tedy říci, že zraková vada ovlivňuje celý život jedince ve všech jeho složkách jeho osobnosti. (<http://www.sons.cz/kdojezp.php>)

1.1.1 Zrakové postižení

Zrakové postižení je velice obecný a zjednodušený pojem, kterým označujeme skupinu osob s různým druhem a stupněm zrakové vady. (<http://www.sons.cz/kdojezp.php>)

Definice, které by nám spolehlivě odpověděly na otázku, kdo je vlastně osoba se zrakovým postižením, je současné době nepřehledné množství. Pro tuto práci a můžeme použít definici tuto: „za jedince ze ZP jsou považovány ty osoby, která trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci (brýlové, medikamentózní či chirurgické) mají zrakové vnímání narušeno natolik, že jim činí problémy v běžném životě.“ V současné době v České republice neexistuje jednotná terminologie, tudíž je toto jen jedna z mnoha definic, které si můžeme vyhledat. (Kuchynka in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Pro tuto práci můžeme použít dělení osob se ZP podle speciální pedagogiky:

- osoby nevidomé,
- osoby se zbytky zraku,
- osoby slabozraké,
- osoby s poruchami binokulárního vidění. (Ludíková, 2004)

Na internetových stránkách Sjednocené organizace nevidomých a slabozrakých (<http://www.sons.cz/eu/projekt.php>) se uvádí, že v České republice žije přibližně 100.000 osob se ZP. Z celosvětového měřítka, jak uvádí Světová zdravotnická organizace (dále jen „WHO“) je výskyt zrakového postižení velmi závažný problém. Odhaduje se, že počet nevidomých se pohybuje kolem 45 milionů a 135 milionů osob je těžce zrakově postižených. Přitom se odhaduje, že 35 – 40% jsou právě děti. (Rozsival in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Zvyšující se počet osob se ZP a neustálé změny v nárocích na životní styl v životě osob se ZP donutili odborníky ke shromáždění různých přístupů, poznatků a k vytvoření vědních disciplín.

Přístupy k osobám se ZP byly formovány velice dlouhou dobu. Nejvíce je ovlivnili poznatky z lékařského oboru oftalmologie. V minulosti to byli pouze

oční lékaři, kdo určoval, které činnosti smí jedinec se ZP vykonávat a které ne. Posun od oftalmologie nastal až v 70. letech 20. století, kdy byla u nás přijata koncepce profesora Sováka. Přesto trvalo ještě mnoho let, než se začali formovat a zejména akceptovat poznatky z oblasti zrakového postižení.

Disciplína, která spadá do oblasti speciální pedagogiky, a která dnes shromažďuje poznatky o osobách se ZP, se nazývá tyflopédie nebo také oftalmopedie. (Jesenský in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Tyflopédie (z řeckého tyflos – slepý, paideia – výchova) nebo také oftalmopedie (ophtalmos – oko, paidea – výchova) a ve starší odborné literatuře se můžeme setkat i s názvy jako jsou: tyflopédagogika, optopedie, okulopedie, oftalmologická defektologie, speciální tyflopédická pedagogika a mnoho dalších označení. Ty jsou však dnes již považovány za zastaralé a už s nimi v praxi příliš často nesetkáme. (Ludíková, 1988)

Ovšem v současné době se žádné z těchto uvedených označení nejeví jako nejlepší. A čím dál více se od nich stále více ustupuje. V oblasti terminologie se tedy objevuje nový pojem „Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením“, který je považován za výstižnější a zahrnuje veškeré spektrum osob se ZP. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

1.1.2 Depistáž a vyšetření zraku

Poznání, že se zrakem dítěte není něco v pořádku, většinou upozorují lidé v jeho nejbližším okolí, tzn. rodiče nebo rodinní příslušníci. Nebo je může zjistit lékař, a to buď ihned v porodnici, či při pravidelných lékařských prohlídkách. (Slowik, 2007)

Včasná depistáž zrakové vady usnadní léčbu i následnou intervenci. Zabráníme tím dalšímu a zbytečnému zhoršování zraku. Včasná depistáž umožňuje zařadit dítě se ZP do péče oftalmologů, psychologů a speciálních pedagogů. Bez vyšetření těchto odborníků nelze stanovit přesnou diagnózu a následnou intervenci. (Ludíková, 1990)

Při stanovování konečné diagnózy a následné zrakové terapie je důležité, aby spolu spolupracovali všechna uvedená odvětví. (Keblová, 2001)

1.2 Dítě se zrakovým postižením

Zrakové postižení bývá diagnostikováno asi u 2 % ze všech čerstvě narozených dětí. V průběhu několika měsíců se ZP projeví u dalších 0,5 % dětí, které nebyly odhaleny při narození. (Oláh in Květoňová, 2007)

Zrak a vidění samotné nemá v novorozeneckém věku tak důležitou úlohu jako v pozdějším věku. I přesto, že dítě vidí rozostřeně, je schopno vidět, a to nejlépe do vzdálenosti 25 – 30 cm. Tato vzdálenost není náhodná. Oči dítěte jsou takhle fixovány, aby se oči dítěte zbytečně neunavovali. Dítě si nejprve zafixuje vlastní ruku a asi ve dvou týdnech života začíná sledovat lidský obličej, který preferuje, i když zatím ještě není schopno rozlišit tváře členů rodiny. Zrakový kontakt s matkou je velmi důležitý jako součást přirozené stimulace. (Vágnerová, Valentová 1992)

Projevy dítěte se ZP se mohou být různé. Dítě se může jevit jako zaostalé, apatické a bez zájmu o cokoliv, co se děje kolem něj. Intaktní dítě má tendenci zvedat hlavičku, přetáčet se, sedět, lézt z důvodu toho, že ho zajímá nějaký předmět a dítě chce na něj lépe vidět nebo si jej chce osahat. Dítě se ZP takovou potřebu nemá. Keblová (2001, s. 22) uvádí: „Zrakově postižené dítě je sice limitováno v mnoha dovednostech, avšak mělo by se učit dovednosti ve stejném věku jako zdravé děti, například učit se chodit, mluvit, samostatně jíst, a to průměrně mezi jedním a dvěma lety.“ Důležité proto je takové dítě co nejlépe aktivizovat. (Vágnerová, 2011)

Aktivizace a stimulace zároveň se speciálně pedagogickou podporou je ve vývoji malého dítěte nesmírně důležitá. Bez ní se dítě začne opožďovat. Veškeré projevy dítěte jsou závislé na motivaci k vyhledávání informací. Jestliže dítě nevnímá zrakové podněty, není dostatečně motivováno a podnětů se nedožaduje. (Baslerová, 2012)

1.3 Způsob učení dítěte se zrakovým postižením

Učení je proces, který se odehrává v mysli každého dítěte a to za podmínky, že mu poskytneme příležitost k tomu, aby se něčemu učilo. Důležitým

předpokladem pro učení je pohyb dítěte a schopnost natahovat se po předmětech, které vidí a které jej zaujmou. Můžeme tedy říci, že způsob učení u dětí intaktních je zcela přirozený a spočívá v tom, že dítě něco dělá, tzn., že se pohybuje se, sleduje zajímavé předměty či se otáčí za zvukem). U dětí se ZP je tento způsob částečně nebo i zcela omezen. Zmírněním těchto následků se odborníci se snaží vyvinout alternativní řešení, které by zmírnilo problémy dětí se ZP.

Příležitost ke snadnějšímu a přístupnějšímu učení dává tzv. „aktivní učení“. Nielsenová (1993, s. 17 – 18) popisuje filozofii aktivního učení takto: „Je-li dítěti poskytnuta příležitost, aby mohlo aktivně samostatně věci prozkoumat a ohledat, dítě si osvojí dovednost, které se stanou součástí jeho osobnosti. Stanou se pro něj přirozenými, takže je dále používá ve vzájemném vztahu s ostatními schopnostmi a využívá jich k uspokojení svých potřeb. Díky takto získaným dovednostem bude dítě postupně připraveno náležitě reagovat na pokyny a na výchovné působení, jinými slovy: vyvíjet se tak, aby se stalo nezávislým, jak jen to bude možné.“

U metody aktivního učení uplatňujeme tyto tři podmínky:

- úroveň vývoje dítěte, jeho pohotovost k učení a dovednosti, kterých již dosáhlo – tato podmínka se vztahuje k uspokojování všech základních potřeb dítěte, tzn., je-li najedené, napité, odpočínuté a dobře naladěné. Pokud jsou jeho potřeby uspokojené, je dítě připraveno zkoumat své reakce a učit se nové věci. Je třeba také podotknout, že dítě potřebuje k učení dostatek času a vhodné pomůcky,
- prostředí, které poskytuje dítěti příležitost k učení – dítěti bychom měli vytvořit takové prostředí, které by mu poskytlo možnost využívat získané schopnosti. Vzbudíme jeho zvědavost a podpoříme jeho schopnost učit se, tzn., vhodným prostředím mu tedy dáme možnost učit se praktickým dovednostem, které bude v dalších životních etapách potřebovat,
- postoj a spolupráce dospělého – toto je zásadní podmínka učení - spolupráce a správný postoj dospělé osoby. Je to právě dospělý

člověk, kdo dítěti připraví vhodné prostředí, sdílí jeho zájmy a motivuje jej k dalším činnostem. (Nielsenová, 1993)

1.4 Práce s rodinou

Pro zdravý vývoj dětí se ZP je to právě rodina a zejména rodiče, kdo je důležitým prvkem v prostředí. Rodiče popřípadě rodina svými postoji, chováním, reakcemi napomáhají dítěti strukturovat svět a orientovat se v něm. Čálek (1995) popisuje, že právě postoje a chování rodiny mají rozhodující význam pro zdárný vývoj dítěte se ZP. Provází jej od narození a celým jeho životem. (Štrébllová, 2002)

Narození dítěte s jakýmkoli (ne jen se zrakovým) druhem postižením představuje pro rodinu obrovskou zátěž, se kterou nepočítala a musí se s ní nějakým způsobem vyrovnat. Tuto dobu můžeme nazvat „adaptací na realitu.“ V této době dochází k přijetí postižení jejich dítěte a jeho i jejich perspektivy do budoucnosti. Reakce rodičů můžeme charakterizovat jako „krizi rodičovské identity“. Tato krize omezuje uspokojení seberealizace v rodičovské roli a vyvolává různé obranné reakce. Obranné reakce, i když mohou být naprosto iracionální, mají za úkol jediné: udržet psychiku jedinců v rovnováze. Mezi nejběžnější reakce řadíme:

- útok – je tendence aktivně bojovat s ohrožující a nepřijatelnou situací. Může se projevit například agresivitou k lékařům, pedagogům, k partnerovi a dalším osobám,
- únik – je pasivnější varianta než útok, projevuje se snahou uniknout z těžké situace. Mezi nejčastější projevy patří přetrvávající popření situace, racionalizace, únik do fantazie, rezignace, regrese, únik do izolace.

Při sledování reakcí rodičů na postižené dítě můžeme sledovat typické projevy a posloupnost jednotlivých fází:

1. fáze charakteristická šokem a popřením – šok je vůbec první reakcí na skutečnost, že jejich dítě je postižené. Tyto informace jsou pro rodinu natolik závažné a nepřijatelné, že je nelze přijmout hned

a proto dochází k jejich popření. V této fázi se často setkáváme s větami: „*To není možné, to není pravda, to se vůbec nestalo.*“

2. fáze představuje postupnou akceptaci reality, vyrovnávání se s problémem – Tato fáze závisí na racionálním nebo také logickém uvažování rodiny a na jejich emoční labilitě nebo stabilitě. V této době rodiče získávají tolik potřebné informace o postižení jejich dítěte, a o jeho dalších možnostech do budoucna. Racionálnímu zpracování těchto informací často brání emocionální stav rodiny. V této fázi také nejčastěji dochází ke vzniku nejrůznějších obran (viz výše).
3. fáze dosažení realistického postoje – v této fázi jsou rodiče schopni dítě zcela akceptovat, a to až do takové míry, že jsou schopni ho podporovat a rozvíjet. K takovému postoji se bohužel nedopracují všichni rodiče. U mnoha rodin může dojít k trvalému zafixování některých neadekvátních variant chování (mohou sloužit také jako obranné mechanismy). Mohou to být například nevhodné výchovné styly (viz dále).

Vágnerová (1995) dodává, že délka trvání všech těchto fází je individuální. Záleží na osobnosti rodičů a na jejich životních zkušenostech. Jakmile rodiče jsou alespoň trochu schopni přijmout skutečnost, že mají dítě s postižením, potřebují si vytvořit novou přijatelnější představu svého potomka. Tato představa by měla být přijatelná nejen pro ně a pro jejich nejbližší okolí ale pro společnost, ve které rodina žije. (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009)

Při výchově dítěte se ZP hraje důležitou roli informovanost a zkušenost rodičů. Z neznalosti se rodiče často dopouštějí chyb a vychovávají své dítě nesprávným způsobem. Existuje zde mnohem větší riziko, že budou jednat v extréměch. Mezi nesprávné výchovné styly můžeme zařadit:

- rozmazlující výchovu – rodiče na dítěti až nezdravě citově lpí. Dítěti se vším pomáhají a jeho přání jsou plněna okamžitě. V důsledku této výchovy je dítě zcela nesamostatné a závislé na pomoci druhých.

- úzkostnou výchovu – rodiče dítě přehnaně ochraňují. Všechny úkoly i ty, které by dítě zvládlo samo, za něj vykonávají rodiče.
- perfekcionistickou výchovu – rodiče nutí dítě, aby bylo vždy perfektní a úspěšné. Vše musí zvládat jako intaktní dítě. Důsledkem této výchovy je přetěžování dítěte (neurotické dítě).
- protekční výchovu – rodiče tzv. „zametají cestičku“. Rodiče mu se vším pomáhají a podřizují se jeho přáním. V dospělosti toto dítě neumí samo řešit problémy. Vždy bude potřebovat pomoc okolí, bude zcela nesamostatné.
- zanedbávající výchovu – dítěti poskytují jen tu nejzákladnější péči (tzn. stravu, ošacení, hygienu a bydlení). Jinak se o dítě nestarají. Dítě není dostatečně stimulováno a nejsou využity všechny jeho schopnosti.
- zavrhuující výchovu – dítěti není zajištěná ani základní péče. Děti jsou často umístovány do ústavu. (Ludíková, 2004)

1.4.1 Důsledky zrakového postižení

Důsledky zrakového postižení se projeví, do určité míry, u všech osob se ZP, ať už se projeví jako stereotypní chování nebo jako slepecké zlovyky. Závažnost důsledků vždy závisí na stupni a typu postižení. Ty pak ovlivňují celý následující život jedince se ZP. Je však také třeba zdůraznit, že ne všechny důsledky se musí projevit u všech zrakově postižených stejně.

Mezi nejčastější důsledky zrakového postižení můžeme zařadit:

- zkreslenost přijatých informací – zrakové postižení často ovlivňuje hloubkové a prostorové vnímání, analýzu a syntézu nebo vizuomotorickou koordinaci a další,
- obtíže v prostorové orientaci a v samostatném pohybu – problémy v této oblasti postihují všechny skupiny osob se ZP,

- nutnost používat kompenzační činitelé – mezi nejzákladnější patří sluch, hmat, čich a chuť. K dalším a neméně důležitým patří schopnosti, znalosti, osobnost a intelekt osoby se ZP,
- neustálá potřeby využívat kompenzační pomůcky – touto problematikou se zabývá tyflotechnika. Zabývá se výrobou a přizpůsobením pomůcek pro osoby se ZP,
- pomalejší pracovní tempo,
- snadnější unavitelnost,
- nutnost důsledně dodržovat zrakovou hygienu. (Růžičková, 2007)

Mezi důsledky zrakového postižení můžeme také počítat tzv. „slepecké zlozvyky“. Tyto zlozvyky se mohou vyskytovat již ve velmi raném věku. Pokud nezabráníme vzniku těchto zlozvyků, mohou být z nich děti v dospělosti velmi nešťastné.

Mezi nejčastější zlozvyky v raném věku dítěte patří:

- strkání prstíků či celých pěstiček do očí – na oči je vyvíjen větší tlak, navíc se kolem očí se může vytvořit nevzhledný důlek,
- stereotypní pohyby – sem patří vytrvalé a neustálé točení hlavou, kývání trupem, třepání rukama a jiné,
- třepotání si rukama či jiným předmětem před obličejem.

Nejlepší metodou, jak zabránit vzniků těchto zlozvyků, je předcházet jim. Mnoho z těchto zlozvyků vzniká v případě nedostatečné stimulace dítěte se ZP. Dítěti bychom se měli věnovat a dostatečně jej motivovat k jiným činnostem tzn. upoutat jeho pozornost k něčemu jinému a nenechat je zlozvyky provádět.

Pokud však zlozvyky vzniknou, je velice těžké jich dítěte zbavit. (Smýkal, 1986)

V této kapitole jsme se zaměřili na všeobecné pojmy z problematiky osob se ZP, počínaje zrakem samotným a důsledky zrakové ztráty konče. Také jsme se dozvěděli, jak je zrak v životě člověka důležitý. Jaké informace a také kolik jich přes zrakový analyzátor můžeme přijmout. Seznámili jsme se také s výskytem,

definicí zrakového postižení a s dělením tohoto druhu postižení. Takže již víme, že nejsou jen lidé vidící a nevidomí ale i lidé, kteří trpí různým stupněm zrakové ztráty.

Stručně jsme se také podívali na depistáž a vyšetření zraku, kde jsme se dozvěděli, že včasné odhalení, je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro zdravý vývoj dítěte se ZP. Jsou zde také popsány projevy dítěte se ZP, jak se chová a jak by se chovat mělo. K projevům dítěte se ZP jsme také přidali část o učení dítěte, tzn., co dítě potřebuje k tomu, aby bylo schopno se učit. Učení je předpokladem pro celý další vývoj dítěte nejen se ZP.

Práce s rodinou je jedna z nejdůležitějších částí této práce, ukazuje nám, jak je důležitá práce s rodinou a zejména s rodiči dítěte. Zaměřili jsme se zde na reakce rodičů a na jejich obranné mechanismy a následně také na jejich postoje, které si k dítěti v průběhu času vytvoří.

2 PROSTOROVÁ ORIENTACE

Prostorová orientace je důležitým aspektem v našem životě. Zajišťuje nám naši samostatnost, posiluje naše sebevědomí a nabízí nám nepřeberné možnosti činností, které můžeme vykonávat. Je propojena se vším, co děláme. Pro člověka se ZP je tato schopnost omezena, proto se pro něj každá procházka, cesta do práce, do školy, do obchodu nebo i cesta v jeho přirozeném prostředí, kde to zná a ví, co může očekávat, stává cestou plnou nástrah a nebezpečí.

Prostorovou orientaci můžeme jednoduše definovat jako schopnost jedince se ZP uvědomovat si svou pozici v určitém místě, prostoru a času, přičemž je třeba, aby se naučil využívat všechny získané informace, které získává prostřednictvím zbylých smyslů. (Ludíková, 2004)

Problematice prostorové orientace a samostatného pohybu se podle Růžičkové (Růžičková in Finková, Ludíková, Růžičková 2007) začala být v České republice věnována pozornost až kolem poloviny 70. let 20. století. Jako první se výcvikem začal zabývat roku 1976 Pavel Wiener. V několika dalších letech se v oblasti prostorové orientace objevilo velké množství nových poznatků, které bylo třeba setřídít. Proto byla vytvořena vědní disciplína, která se zabývá viděním a zrakovými funkcemi v běžném denním životě. V širším slova smyslu se nazývá ergonomie a v užším slova smyslu se nazývá ergoofthalmologie. Tyto vědní obory se zabývají vztahem k práci a k životnímu prostředí jedinců se ZP. K vytvoření dokonalého prostředí je také nutná spolupráce s odborníky z mnoha jiných různých oborů jako je například medicína, psychologie, biologie, technické a inženýrské obory a jiné. (Rozsival, 2006)

Cílem těchto disciplín je vytvářet optimální prostředí pro oči a vidění a řešit problémy, které by mohli v běžných denních situacích života člověka se ZP nastat. (Kolín, 1994)

Problémy v prostorové orientaci a se samotným pohybem patří k nejvýraznějším důsledkům ztráty zrakového vnímání. Tuto schopnost je třeba začít rozvíjet, co možná nejdříve a neustále ji procvičovat a zdokonalovat. Kolín (1994, s. 264) upozorňuje že: „Rehabilitace těchto dětí musí být zahájena okamžitě, jakmile bylo těžké postižení očí zjištěno, tedy třeba v kojeneckém věku.“ Tzn.,

že se stimulací se musí začít okamžitě, jakmile bylo ZP zjištěno. (Wiener in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Základní stimulaci dítěte se ZP můžeme zajistit jednoduchou úpravou prostředí a vhodným výběrem aktivit. Tímto můžeme jednoduše podpořit rozvoj nejenom zrakových dovedností, ale i dalších kompenzačních mechanismů, jako jsou například sluch, hmat, čich, chuť, vnímání polohy a pohybu, tepelných vlastností předmětů, různých struktur a dalších. (Baslerová, 2012)

2.1.1 Úprava prostředí pro rozvoj prostorové orientace

Orientace v prostoru a samostatný pohyb je důležitá schopnost a má výrazný vliv na kvalitu života dítěte se ZP. Rozvoj těchto schopností je dlouhodobý proces, který vyžaduje systematickost, vytrvalost, ucelenost, trpělivost a pozitivní přístup všech účastníků. (Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

V každém prostředí, ve kterém se dítě pohybuje, je třeba dbát na:

- bezpečnost – dveře (buď úplně otevřené, nebo zavřené), vždy zavřené skříně a šuplíky, nic nesmí ležet na podlaze...
- přehlednost interiéru,
- výběr pomůcek – nedisplejové, s hlasovým výstupem,
- označování předmětů a pomůcek – odlišení od okolního prostoru.

Při nácviku prostorové orientace je třeba vždy důsledně dodržovat tyto zásady:

- zásada cílevědomého, účelného a nenápadného prolínání výchovy všemi činnostmi,
- zásada bdělé pozornosti,
- zásada kompenzační funkce ostatních smyslů,
- zásada postupného zvyšování náročnosti,
- zásada náročnosti a zvyšování mobility,
- zásada bezpečného pohybu,

- zásada individuálního přístupu. (Wiener in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Pro snadný a bezpečný pohyb dítěte se ZP bychom měli:

- odstranit nebezpečné překážky z nejfrekventovanějších tras v bytě (neupevněné koberečky, květináče, lampy...),
- koberečky dobře připevnit – mohou sloužit jako vodící linie,
- chránit před ostrými rohy nábytku,
- nenechávat otevřená dvířka a zavírat zásuvky,
- nábytek rozestavět bezpečně kolem stěn,
- neměnit rozestavení nábytku. (Schindlerová, 2007)

2.1.2 Úprava osvětlení místnosti

Dobré osvětlení vede k dobré zrakové pohodě. Nevhodné vede k předčasné a nadměrné únavě a může vést ke zhoršování zrakových schopností.

Z toho důvodu se dítě se ZP se musí v průběhu života přizpůsobovat problémům souvisejícím se sníženou zrakovou ostrostí a od toho se odvíjející problémy s činnostmi, které vyžadují přesnou práci (např. hry pro rozvoj jemné motoriky a v budoucnu i pro čtení a psaní). Rozsíval (2006) uvádí, že při volbě osvětlení vždy musíme vycházet z funkčních vlastností zraku, jako jsou například citlivost na světlo, schopnost barevného rozlišování, adaptace zraku na prostředí a jiné). Proto pro úpravu světelných podmínek u dětí se ZP využíváme světelnou jednotku osvětlení a jasů.

Osvětlení můžeme definovat jako intenzitu osvětlení v daném bodě plochy je podíl světelného toku dopadajícího na částici této plochy. Intenzita osvětlení se neustále mění, záleží na tom, kde se jedinec se ZP právě vyskytuje, na denní či dokonce na roční době. Proto je důležité přizpůsobit intenzitu světla či světelných zdrojů potřebám jedince.

Jako další důležitou veličinu uvádíme „jas“. Jas můžeme definovat jako rovnoměrné rozložení svítivosti, které je určeno podílem svítivosti a plochy. Pro

vidění je důležité vnímání kontrastu jasu. Kontrast jasu můžeme chápat jako subjektivně vizuálně hodnocený rozdíl jasu dvou částí zorného pole viděných současně nebo dvou nestejných podnětů (stimulů) postupně působících za zrak. Schopnost rozlišovat jasy je závislá na adaptačním jasu, to je na hodnotě jasu, na kterou je lidské oko přizpůsobeno při daném uspořádání zorného pole pozorovatele.

Pokud je oko vystaveno většímu jasu, než na jaké je schopno se adaptovat dochází k oslnění, které může být buď rušivé, omezující nebo dokonce oslepující. Jedinec se pak může jevit jako nepozorný, roztěkaný a unavený. (Moravcová, 2004)

Pro lepší osvětlení místností bychom také neměli zapomínat hygienu světelných zdrojů, tzn. pravidelně umývat okna a čistit žárovky. Dobré je také odstranit v místnostech záclony.

Zdi místnosti bychom měli vymalovat světlejšími barvami, které odráží více světla. (Schindlerová, 2007)

2.1.3 Úprava prostředí u dětí od narození do 6 let

Rodiče i osoby z nejbližšího okolí dítěte se ZP se často mylně domnívají, že s nábívkem prostorové orientace a samostatného pohybu, se začíná teprve v okamžiku, kdy se dítě začne samostatně pohybovat. To už je ale pozdě! Smýkal (1986) uvádí, že postupy, kdy se má dítě naučit jednotliví typy prostorů, nelze stanovit jednotně z důvodu individuality každého dítěte. Je ale nutné, aby byly pro dítě se ZP připraveny, co možná nejdříve.

Prostředí, ve kterém se bude dítě se ZP vyskytovat nejčastěji, nemusí být nutně upraveno bezbariérově, ale je nezbytné, aby bylo vytvořeno prostředí bezpečné. Veškeré aktivity, které zde bude dítě vykonávat, by mělo probíhat podle předem stanoveného řádu. Dítě si podle něj může bezpečně osvojovat všechny potřebné návyky. Balunová, Heřmánková (in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) uvádí, že je naprosto nezbytné, aby se dítě se ZP ve svém přirozeném prostředí setkalo s překážkami a s problémy. Stejně jako intaktní dítě i dítě se ZP se musí naučit s těmito problémy pracovat a řešit je. Čím dříve se s nimi dokáže dítě se ZP vypořádat, tím lépe pro něj. (Ludíková, 2004)

Základním a prvním prostorem, se kterým se dítě ve svém životě setkává, je dětský pokoj, s veškerým jeho nábytkem, hračkami a věcmi běžné denní potřeby. Všeobecně se doporučuje vybrat ten nejmenší pokojík, ve kterém bude mít dítě tzv., vše po ruce. (Smýkal, 1986)

Počátky nácvičku prostorové orientace se zahajují již v době, kdy dítě „jen“ leží v postýlce. Proto by postýlka měla být umístěna, co nejvíce v prostoru, aby se k dítěti dostávali zvuky ze všech možných stran. Ludíková (2004) uvádí, že matka popřípadě ostatní členové rodiny by měli na dítě hodně mluvit a přistupovat k postýlce ze všech stran, aby se dítě naučilo, že zvuky mohou mít různý směr. Také by se mělo využívat velkého množství zvukových, světelných, pestrých a dostatečně velkých hraček, které se umístí do blízkosti dítěte, aby se k nim mohlo bez problému natáhnout. Nejlépe, aby hračky byly přivázané na gumičku nebo na provázku a byli umístěny v zorném poli dítěte. S dítětem bychom také měli být v častém a v přímém fyzickém kontaktu, tzv. otáčet ho, hladit, dráždit příjemnými podněty a motivovat jej tím k pohybu. Dítě bychom také měli často vytahovat z postýlky a nosit jej na rukou abychom zabránili strachu z neznámého prostoru. Je doporučováno při nošení slovně komentovat prostor, ve kterém se zrovna nachází. Komentovat prostor bychom měli, i když se nacházíme ve venkovním, pro dítě zcela neznámém prostředí. Zabráníme tím strachu z neznámého prostředí. (Smýkal in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Dalším nábytkem, se kterým se bude dítě ve svém životě setkávat, je stůl. Je vhodné dítě k němu posazovat hned, jakmile se naučí sedět. Ve chvíli, kdy se posadí, by rodiče měli dítěti opatřit tzv. „Low Table“ (neboli nízký stůl). Většina dětí se ZP má problémy natáhnout se pro předměty ve svém okolí, proto je dobré posadit ho k nízkému stolu. Dítě sedí přímo na zemi a nízký stůl stojí těsně nad nohama dítěte. Rodiče ani dítě se tedy nemusí bát pádu ze židle či ze stoličky. Na stůl mu pak můžeme připevnit různé hračky, korálky, balónky a další předměty. (Nielsenová, 1993)

Další nábytek, který také najdeme v dětském pokoji, jsou skříně. Skříně by měli být bez výjimky bez dveří, aby k nim dítě mělo snadný přístup. Uspořádání všech věcí ve skříně, by se mělo měnit jen minimálně nebo nejlépe vůbec.

Se samotnou výukou samostatného pohybu bychom měli pozvolna začít, ve chvíli, kdy u dítěte zpozorujeme snahu se přesunout. V tu chvíli můžeme začít s nácvikem pohybu v určitém směru. Dítěti můžeme vyznačit pomocí polštářů nebo plyšových hraček dráhu. Směrovost pohybu můžeme také podpořit zvukovou signalizací (ozvučenými hračkami nebo lidským hlasem). Kudelová, Květoňová (1996) upozorňují, že pohyb bychom měli umožnit dítěti po celém bytě nejen v dětském pokoji, tzn., že připravený by měl být celý byt. (Ludíková, 2004)

Nesmíme také zapomínat zapojovat dítě se ZP do běžných domácích prací a činností. Jedině tímto se dítě naučí manipulovat s věcmi běžné denní potřeby. Vyžadujeme jeho pomoc, dítě tím nabývá pocitu vlastní důležitosti. Posilujeme jeho sebevědomí. Samozřejmě, že po dítěti nebudeme chtít manipulaci s noži nebo s jinými ostrými předměty ale může nám podávat potřebné náčiní, může nám pomoci s úklidem (například utřít stůl, vyměnit utěrky apod.) Nároky na pomoc v domácnosti stupňujeme podle reálných schopností dítěte. (Kudelová, Květoňová, 1996)

Na konci tohoto období, tzn. před nástupem do školy, by mělo dítě se ZP ovládat:

- plavání,
- stání a poskoky na jedné noze,
- samostatná chůze po schodech se střídáním obou nohou,
- chůze přímým směrem kolem zábradlí,
- vnímání zakřivení dráhy či změnu jeho sklonu,
- udržení rovnováhy na dvojkole,
- pohybové hry či hry s ozvučeným míčem.

Dítě by mělo mít vžitou orientaci ve známém prostoru a mělo by vědět, jak se orientovat v prostoru neznámém. (Weiner in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

V této kapitole jsme se seznámili s pojmem prostorová orientace a samostatný pohyb. Uvádíme zde některé požadavky a podmínky, které je třeba

dodržovat v prostorách, kde se vyskytuje dítě se ZP. Snažíme se zde popsat, jak jednoduchým a přitom efektivním způsobem upravit primární prostor dítěte tak, aby bylo co nejvíce podnětné a motivující.

3 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A HRAČKY

Těžké zrakové postižení ovlivňuje život dětí se ZP v mnoha oblastech. Dotýká se téměř všech činností, kterých se dítě účastní. Kolín (1994) upozorňuje, že na výběru vhodných pomůcek mnohdy závisí celý další osud dítěte se ZP. (Matýsková, 2009)

Některé kompenzační pomůcky a hračky se v dnešní době už vyrábějí sériově a jsou dostupné velkému množství dětí se ZP. Jiné pomůcky si můžeme vyrobit doma tzv. „na koleni“.

Téměř všechny pomůcky a hračky vyrábíme s určitým výchovným cílem. Využíváním takových pomůcek chceme docílit toho, aby si dítě osvojilo životně důležité dovednosti a následně i schopnosti s danými pomůckami pracovat. (Nielsenová, 1993)

3.1 Kompenzační pomůcky

Již v raném věku lze dítěti se ZP předepsat pomůcky. V raném věku jsou to nejčastěji optické pomůcky – brýle a později i kontaktní čočky.

Problémy s používáním kompenzačních pomůcek mohou nastat tehdy, když chceme dítě „přesvědčit“, aby je používalo. K nošení pomůcek dítě motivujeme různými hračkami a knížkami. Pokud dítě pomůcky odmítá, a problémy přetrvávají, musíme zjistit důvod tohoto odmítání (tzn., zda pomůcka netlačí nebo nedráždí). V případě, že nezjistíme důvod odmítání, a pomůcka je zhotovena správně informujeme o tom ošetřujícího lékaře, který zvolí další vhodný postup. (Baslerová, 2012)

Kompenzační pomůcky můžeme dělit na:

- reedukační – pomáhají vyrovnávat nedostatečně rozvinuté nebo narušení funkce zraku využíváním zachovalých funkcí.
- optické – všechny tyto pomůcky mají své omezení. Vhodný typ pomůcky vždy doporučí lékař. Radíme sem: brýle, turmony, lupové brýle, kontaktní čočky, lupy s pevným podstavcem, držadlem,

sklápěcí, osvětlovací, kulaté, obdelníkové, jednoduché, kombinované, sférické, brýlové, posuvné na rameni.

- elektronické – sem patří například televizní zvětšovací přístroje, čtecí přístroj, záznamník s klávesnicí s bodovým písmem, zápisník pro nevidomé s hlasovým výstupem, osobní počítače. (Keblová, 2001)

3.2 Hračky

Děti si hrají a bez hry se dítě nevyvíjí, tak jak má. Ke hře potřebují hračky. Pro dítě se všechny předměty, se kterým se dostane do kontaktu, stávají hračkami. Proto je důležité každý předmět, ke kterému se dítě se ZP dostane, náležitě popsat (jeho barvu, tvar, strukturu, na co se využívá apod.) (Smýkal, 1980)

Dítě se ZP se učí zejména na základě sluchových a hmatových vjemů. Proto by všechny hračky, které dítěti předložíme, by měli stimulovat především tyto smysly. Nesmíme však zapomínat ani na ostatní smysly jako jsou zbytky zraku (pokud dítěti nějaké zbývají), čich a chuť. Hraček bychom také měli mít dostatečné množství, aby si dítě mohlo vybírat.

Jednou z prvních hraček, se kterou se dítě setká, je chrastítko. U dětí se ZP se nejvíce doporučují taková, která se skládají ze dvou částí. Jedna strana zvuk vydává, zatímco druhá ne. Dítě se učí, že každý zvuk má svůj zdroj. (Nielsenová, 1993)

Dalšími oblíbenými „hračkami“, se kterými by se dítě mělo seznámit, co nejdříve jsou věci běžné denní potřeby (tzn. příbory, hrnečky, ručníky, talíře, mycí houby, potraviny, oblečení, tekutiny a mnoho dalších). S těmito předměty bychom měli nechat dítě experimentovat. Jedině tak se s nimi naučí manipulovat. Pro dítě je hra se skutečnými nástroji velice důležitá. Pokud se dítě se ZP nenaučí s reálnými předměty zacházet, a nebude mít s nimi dostatečné zkušenosti, bude mít v dalším vývojovém období problémy spojit tyto předměty s hračkami a obráceně. (Nielsenová, 1993)

Následující vhodná hračka/pomůcka pro dítě se ZP je tzv. „Little Room“ (pokojíček). Tato hračka pomáhá naučit dítě vnímat prostorové vztahy. V pokojíčku

jsou eliminovány téměř všechny zvuky z okolí. Dítě má možnost soustředit se na zvuky, které si samo vytváří, tím že strká do předmětů a hraje si s nimi. Ozvěny navíc ještě dítě motivují k další aktivitě. Dítě má možnost si uvědomit, že je sám tvůrce těchto zvuků. (Nielsenová, 1993)

Mezi další hračky můžeme zařadit:

- Sound Box neboli hrací skříňka s magnetofonem – dítě může stlačením nebo uvolněním víka zapnout nebo vypnout kazetu. Můžeme ji pokládat pod končetiny nebo pod hlavu dítěte.
- Tipping Board nebo také sklopná deska – má usnadnit dítěti učit se vidět a natahovat se po předmětech. Barva desky je uzpůsobená tak, aby dítěti vyhovovala.
- Activity Book nebo též manipulační knížka – tato hračka je navržena tak, aby před dítětem stála.
- Resonance Board neboli rezonanční deska je vyrobená z překližky o rozměrech 150 x 150. Dá se kombinovat s dalšími pomůckami. Jakmile dítě na takovou podložku posadíme nebo položíme, získá každou svojí aktivitou sluchovou odezvu.
- Buncher (gumička s knoflíčky) je vyrobená z prádlové gumy a ze dvou knoflíků. Touto pomůckou připevníme dítěti předmět k oblečení. Dítě si může hrát s hračkami, aniž by hrozilo, že je při upuštění nenajde. (Nielsenová, 1993)

Další hračky, které můžeme dítěti předložit:

- stolní hry jako například Člověče, nezlob se, pexesa, karty nebo šachy,
- hmatové knížky, které nejčastěji bývají rozděleny tematicky (zvířátka, ovoce a zelenina),
- ozvučené míče,
- stavebnice a mnoho dalších. (<http://pomucky.blindfriendly.cz/hracky-hry-pomucky-pro-volny-cas-a-sport.html>)

Na těchto internetových stránkách můžeme najít další hračky a pomůcky pro děti se ZP:

- <http://www.helpnet.cz/pomucky>,
- <http://www.sons.cz/pomucky.php>,
- <http://pomucky.blindfriendly.cz/>,
- <http://www.spektra.eu/cs/zrakove-vady>,
- <http://www.tyflonet.cz/kompenzacni-pomucky>,
- <http://www.zijtekvalitne.cz/>,
- <http://www.gerlich-odry.cz/cs/pomucky-pro-nevidome.php>.

Na závěr této kapitoly bychom chtěli podotknout, že dítě se ZP si může hrát s jakýmkoliv hračkami, pokud splňují požadavky na bezpečnost, tzn., nejsou ostré nebo jedovaté. Dá se tedy říci, že všechny hračky a pomůcky, které jsem zde uvedla, jsou jen jednou z mnoha možností, které lze používat.

4 STŘEDISKA RANÉ PÉČE PRO RODINY S DĚTMI SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

Služba spočívá ze 75 % v terénní službě, což znamená, že poradci jezdí za klienty domů a tam jim poskytují veškerou podporu rodiny, které se stalo něco, tak neočekáváno, na co se nelze připravit. Což je narození dítěte s postižením. (Záznamový materiál)

Základy pro Střediska rané péče byly položeny na konci 60. let 20. století v USA. V České republice byl v říjnu 1989 podán návrh na zřízení poradenské služby pro rodiče dětí se ZP předškolního věku. V této době také vznikla Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých.

Společnost pro ranou péči vznikla v České republice teprve roku 1997. V současné době v České republice funguje 7 středisek rané péče (Praha, Liberec, České Budějovice, Plzeň, Brno, Olomouc a Ostrava) a jedno metodické centrum pro ranou péči v Praze. (Balunová, Heřmánková, Ludíková in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

System rané péče je koncipován jako terénní sociální služba poskytovaná rodinám, ve které žije dítě se zdravotním postižením. Služba je tedy hlavně zaměřená na podporu rodiny a vývoj dítěte. (<http://www.ranapece.eu/>)

Na internetových stránkách Společnosti pro ranou péči (<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>) jsme našli prvky, které se snaží ranou péči jednoduše charakterizovat.

Charakteristika rané péče:

- má preventivní charakter,
- posilování rodiny ku prospěchu dítěte,
- poskytování ekonomického poradenství, tak aby se rodina stala nezávislou na institucích,
- poskytování nezávislých informací
- zachování individuality rodiny.

Služby rané péče jsou určeny rodinám dětí se ZP do čtyř let a rodinám dětí s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením do sedmi let. Nabízené služby jsou většinou bezplatné a nejsou povinné, tzn., rodina se může vybrat pouze ty, které potřebuje. (Růžičková in Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Služby poskytované ranou péčí:

- terénní konzultace v klientských rodinách – podpora rodiny v přirozeném prostředí,
- konzultace ve středisku – posuzování zrakových funkcí,
- doprovod klienta – na úřady, k lékařům,
- půjčování hraček, pomůcek a odborné literatury,
- setkávání rodičů,
- instruktáže pracovníků zařízení, kam dítě dochází,
- základní sociálně-právní poradenství,
- elektronický zpravodaj a časopis,
- odborné semináře pro rodiče. (<http://www.ranapece.eu/praha/z-nasi-cinnosti/poskytovane-sluzby>)

Další poskytované služby rodinám s dítětem se ZP:

- návštěvy poradců a konzultantů v rodinách,
- semináře pro rodiče a rodinné příslušníky,
- týdenní rehabilitační pobyty,
- ambulantní zrakové stimulační,
- zajišťují setkávání rodičů,
- půjčují hračky, pomůcky a literaturu,
- vydávají svůj vlastní čtvrtletní zpravodaj pro rodiče s názvem „Rolnička“,
- možnost konzultací s odborníky (psychologem, fyzioterapeutem a jinými),

- pomoc při výběru vhodného předškolního a školního zařízení,
- instruktáže,
- základní poradenství z různých odvětví.
(<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/stediska-rane-pee.html>)

Jedním ze základních cílů tohoto zařízení je eliminovat nebo alespoň zmírnit důsledky postižení a snažit se poskytnout rodině dobré předpoklady pro úspěšnou integraci do běžné společnosti. (<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>)

Mezi další, neméně důležité, cíle středisek rané péče patří:

- zajištění dětem v raném věku, jejichž vývoj byl nějakým způsobem ohrožen, dostatečnou podporu a odborné služby v domácím prostředí,
- zajištění, aby se všechny potřebné informace dostaly k rodičům včas,
- podporovat rodiče v jejich kompetencích,
- podporovat rodiče, aby se účastnili všech rozhodnutí týkajících se dítěte, tzn., aby byli rovnými partnery odborníků, nikoli jen sledujícími,
- informovat odborníky a celou společnost a zajistit jejich povědomí o tom, že děti s postižením existují a je jim nejlépe v rodině.
(<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/poslani-a-cile.html>)

Střediska rané péče jsou pro rodinu, jedním z mála zařízení, které se zabývají přímo ranou intervencí dítěte. Snaží se být rodině nápomocní při zvládání stresových situací a radí rodině, jak nejlépe s dítětem pracovat. Tyto zařízení jsou jedinečné svým zaměřením i možnostmi, které nabízejí rodinám.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Za respondenty jsme si vybírali rodiče dětí se ZP, které jsou vychovávány v domácím prostředí a spadají do věkové kategorie 0 – 6 let.

Cílem této části práce je zjištění, jak rodina přijala zprávu o postižení jejich dítěte a jak pro něj připravila jeho primární prostředí.

Pro zjištění potřebných údajů byla použita metoda interview a to z důvodu osobního kontaktu s rodiči a možnosti rozšíření otázek.

K vypracování rozhovorů jsme využili rodiče, s nimiž se známe již dlouhou dobu, a považujeme se za přátele, proto jsme mohli vypustit seznamovací část a v rozhovorech si tykáme. S dětmi i s rodiči jsme se stále v kontaktu, proto tazatele označují termínem teta.

Rádi bychom také upozornili, že ve výzkumné části se nachází rozhovor, který proběhl v zařízení pro děti se zdravotním znevýhodněním. Rozhovor provedl speciální pedagog s rodiči dítěte se ZP. Tento rozhovor nám byl nabídnut jako ukázka toho, jak by to v praxi rozhodně vypadat nemělo.

Upozorňujeme, že jména dětí a míst byla změněna.

5.1 Cíl šetření

Cílem šetření je zjištění a porovnání získaných informací, které nám poskytl rodiče dětí se ZP. Ve svých otázkách se nejvíce zaměřujeme na dobu zjištění postižení, na reakce rodičů a ostatních členů rodiny na dítě se ZP a následnou úpravu prostředí v domácnostech. Konkrétně jsme chtěli zjistit, jak dítě se ZP změnilo vzezření bytů či domů.

5.2 Použitá metoda

Jak jsme již výše uvedli, používáme v této práci metodu zvanou interview.

Interview nebo také rozhovor je metoda shromažďování dat, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Podle

Miovského (2006) můžeme doplnit, že rozhovor patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání potřebných dat.

Velkou výhodou této metody je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí k motivům a postojům respondentů. Můžeme také sledovat reakce na kladené otázky a podle toho usměrňovat další průběh rozhovoru.

Interview můžeme rozlišovat na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. (Chráška, 2007)

Pro tuto práci jsme zvolili polostrukturované interview.

5.2.1 Polostrukturované interview

Tato metoda je zřejmě nejrozšířenější výzkumnou metodu z oblasti interview. Pro tazatele je důležité vytvořit si schéma, které pro něj bude závazné. Toto schéma zpravidla specifikuje okruhy otázek, na které se budeme ptát. V této metodě je zcela běžné zaměřovat pořadí otázek, čímž můžeme dosáhnout lepších výsledků. (Miovský, 2006)

Pro rodiče dětí se ZP jsme si stanovili tyto oblasti, které obsahují tyto otázky:

- současný věk dítěte, doba zjištění zrakového postižení, současný stav zrakového aparátu a osobu, která zrakové postižení odhalila,
- reakce rodičů a širší rodiny na postižení dítěte,
- kde dítě se ZP bydlí, zda-li má dítě vlastní pokoj a změny, které byly nutné v domácnostech provést,
- jaké nejčastěji používají hračky a pomůcky, zda si je kupují nebo si je vyrábějí sami,
- zda navštěvují ranou péči a jaké využívají služby.

5.2.2 Fáze interview dle Miovského (2006)

- Příprava a úvodní část interview – otázky jsme stanovili tak, aby nám rodiče poskytli potřebné informace. Snažili jsme se, aby otázky byli

přiměřené a nezasahovali do jejich soukromí, ovšem když se rozpovídali, nechali jsme je mluvit. Všechny rozhovory probíhali v soukromém salónu restaurace.

- Vzestup a upevnění kontaktů – se všemi respondenty jsme se osobně znali, tudíž jsme mohla vypustit seznamovací část. V úvodu jsme je seznámili průběhem rozhovoru a s našimi cíly. Také jsme je požádali o souhlas s používáním mobilního telefonu jakožto záznamového zařízení. Před zahájením jsme je také požádali o svolení zveřejnit iniciály jejich dítěte a celý rozhovor. Poté jsem začala klást otázky.
- Jádru interview – v této části interview jsme se věnovali získávání informací od respondentů.
- závěr a ukončení – v této fázi jsme respondentům poděkovali za jejich ochotu a upřímnost, se kterou odpovídali na naše otázky.

5.3 Výběr respondentů

Za respondenty jsme si vybrali rodiny, které se starají o dítě se zrakovým postižením v domácím prostředí. Dva rozhovory jsme uskutečnila pouze s matkami dětí a jeden s matkou a otcem. Důvod nepřítomnosti otců u rozhovorů byl v jednom případě pracovní vytížení a v druhém případě nezájem otce o dítě.

Respondenty jsem získala pomocí hlídání dětí, které provozuji ve svém volném čase. Děti těchto rodičů často hlídám.

Pro výběr respondentů jsme vybírali tato společná kritéria:

- rodiče dětí ze ZP,
- věk cca 25 – 35 let,
- starající se o dítě se ZP v rozmezí 0 – 6 (7) let v domácím prostředí.

6 ROZBOR INTERVIEW

Pro interview jsme použili polostrukturovanou metodu. Otázky jsme měli zpracované dopředu, ale pořadí a znění otázek se mohlo měnit podle situace.

6.1 Interview s respondentem A

Odpovědi na otázky:

- věk dítěte: 3 roky a 7 měsíců,
- doba zjištění zrakového postižení: porodnice, cca 3 týdny,
- současný stav zraku: narozen ve 28 týdnu gravidity, novorozenecká retinopatie, rozeznává předměty v kontrastu, světlo a tmou, nosí brýle,
- kdo zrakové postižení odhalil: lékaři,
- reakce rodičů a ostatních členů rodiny: pláč, přecházení, výčitky (viz rozepsáno níže),
- bydliště rodiny: prostorný rodinný dům,
- pokoj dítěte: k dispozici dva pokoje, v jednom je ložnice, v druhém herna bez nábytku, sdílí s bratrem (dvojče),
- jaké změny byly provedeny: přizpůsobení pokojů pro děti, rady poradkyně rané péče, postýlka uprostřed pokoje, odstranění záclon, změny postýlek, nočník u postele, pořízení skříní s posuvnými dveřmi, bez úchytek, vytvoření stimulační místnosti, polohovací pomůcky, sluchové hračky, polštáře, bez plyšových hraček, silnější žárovky, bludiště na zahradě
- jaké nakupují hračky a pomůcky: spíše vyrábějí sami, lupy, pomůcky na výcvik Braillova písma.
- navštěvují Střediska rané péče, a jaké služby využívají: docházejí, poradenské služby, video materiál, v současnosti služeb již moc nevyužívají.

Respondent uvádí, že chlapec se narodil ve 28 týdnu těhotenství (z dvojčat, hmotnost 940 gramů) a následkem nedostatečného okysličení vznikla novorozenecká retinopatie. Chlapec byl dlouhodobě připojen na kyslíkový přístroj. Později diagnostikována dětská mozková obrna (levostranná hemiparéza).

Již předčasný porod byl pro rodiče nečekanou zátěží. Podezření na poškození zraku bylo zjištěno v porodnici (přibližně 3 týdny po porodu). Reakce rodičů byly ovlivněny zdravotním stavem obou dětí. Podle jejich mínění jim pomohl stabilizovanější zdravotní stav druhého dítěte Davida a možnost klokánkování. Pro matku bylo velice těžké nechat obě děti v nemocnici a odjet bez nich domů.

Prarodiče z matčiny strany jsou s postižením dítěte smíření, často nabízejí pomoc. Matka je jedináček.

Prarodiče z otcovy strany se s postižením dítěte nemohli smířit. Hledali viníka. V současnosti je děda s postižením smířený, rodině pomáhá, s babičkou se často hádají, přesto se snaží rodině pomáhat. Sourozenci otce žijí v zahraničí, o problematiku bratrovy rodiny se nestarají.

Díky prostornému bydlení v rodinném domě jsou místnosti uzpůsobeny potřebám dítěte. S úpravou prostředí pomohla pracovnice rané péče. Dnes již pomoc rané péče nevyžadují. Rodina je zcela samostatná a orientuje se v dané problematice.

Dva pokoje v domě jsou zcela přizpůsobeny dětem a jejich potřebám. Zde je vytvořena i stimulační místnost. Ostatní místnosti jsou zabezpečeny proti úrazu a se zesílenými světelnými zdroji a odstraněnými záclonami.

Potřebám dětí je uzpůsobena i zahrada, kde prarodiče vytvořili dětem bludiště. Vymysleli pro chlapce zábavnou hru, kdy musí proběhnout na čas bludištěm poslepu.

Rodina je již s postižením syna smířená a umí s ním velice dobře pracovat. Jak bylo řečeno v rozhovoru, ze začátku pro ně bylo prvořadé, zda bude chlapec chodit. Tento problém byl vyřešen asi ve dvou a půl letech, když chlapec začal chodit. Poté se rodiče více zaměřili na rozvoj zraku.

Pomůcky a hračky pro děti si rodina z větší části vyrábí sama. Jak je uvedeno v rozhovoru, vyrábí je zejména prarodiče z matčiny strany a dědeček z otcovy strany.

6.2 Interview s respondentem B a dítětem Markétkou

Odpovědi na otázky:

- věk dítěte: 6 let,
- doba zjištění zrakového postižení: porodnice, hned po porodu, infekce matky během těhotenství,
- současný stav zraku: nevidomost, vidí hodně ostré světlo,
- kdo zrakové postižení odhalil: lékaři
- reakce rodičů a ostatních členů rodiny: rozvrat rodiny, otec nejeví zájem, platí alimenty, rodiče otce spolupracují a o dítě mají zájem (společná dovolená), matka psychicky na dně, po odchodu otce se téměř zhroutila, pomáhala sestra.
- bydliště rodiny: dříve u rodičů matky, asi měsíc bydlí samostatně v bytě 2+1,
- pokoj dítěte: má samostatný pokoj, přizpůsobený pro její potřeby, matka bydlí v obývacím pokoji,
- jaké změny byly provedeny: nová postel s držákem na papučky, dva stoly, jeden polohovací a druhý s protiskluzovou fólií, skříně s posuvnými dveřmi, bez úchytek, truhla s dětskými skládačkami, kout s hračkama a kočárkem, kuchyň s upevněnou lavicí, bez ochran rohů (snáší dobře), všechny skříně bez úchytek,
 - úpravy v předchozím bydlišti: příprava na úplnou nevidomost, procvičování sluchu a hmatu
- jaké nakupují hračky a pomůcky – půjčují z rané péče, nejvíce skládačky a vkládačky, pomáhá v domácnosti (mazání chleba příborovým nožem), pomůcka k nalévání pití, vyrábí sama (domino, karty, stimulační desky), ruční práce, darem dostali počítač,
- navštěvují Střediska rané péče, a jaké služby využívají: docházejí od tří a půl roku, dříve nevěděli, poradenství (nejvíce hračky)

Zrakové postižení dítěte bylo zjištěno již v porodnici. Těhotenství probíhalo normálně, bez problémů. Pravděpodobně matka v těhotenství prodělala virózu. Výsledky vyšetření sděleny matce 12 hodin po porodu bez přítomnosti otce. Otec postižení dítěte nevydržel a odešel od rodiny. O dítě se nezajímá, alimenty platí pravidelně.

Prarodiče ze strany matky na určitou dobu převzali péči o ni i o dítě. S postižením vnučky jsou již smíření. Dceru i s dítětem si k sobě na delší dobu nastěhovali. Hodně pomáhala i sestra matky.

Prarodiče se strany otce mají o vnučku zájem. Berou si dítě na víkendy, na dovolenou a posílají peníze. S matkou zůstali přáteli.

Asi před měsícem se matka i s dítětem přestěhovala od rodičů do bytu 2+1. Byt je uzpůsoben potřebám dítěte. Jeden pokoj je určen jako dětský pokoj. Druhý pokoj slouží jako obývací pokoj a zároveň ložnice matky.

V dětském pokoji je umístěna postel s vyrobeným držáčkem na papučky. V pokoji jsou umístěny dva psací stoly. Jeden se sklopnou pracovní deskou a druhý s protiskluzovou fólií. V místnosti je umístěna truhla na skládačky a puzzle. Těchto hraček má Markétka velké množství. Také je zde kout s hračkami a kočárkem.

Skříně v bytě jsou bez úchytek, v kuchyni místo židlí je napevno umístěná lavice. Při stěhování se již nedávali na chrániče rohů. Markétka to zatím snáší dobře. Markétka se novému prostředí přizpůsobila docela dobře, jen ji pohyb po bytě déle trvá.

Když bydleli u prarodičů, připravovali se na fakt, že Markétka jednou neuvidí vůbec nic, tak se ve stimulaci zaměřili hlavně na sluch a hmat. Bydlení organizovali prarodiče.

Matka využívá služeb rané péče asi od Markétčiných tří a půl roku. Dříve o zařízení nevěděli. Dozvěděli se o ní od nové lékařky. Využili poradenské služby a půjčování hraček.

Sami si vyráběli hračky například stimulační desky, karty a další. Často se zabývají ruční prací. Darem dostali počítač s hlasovým výstupem. Učí se na něm pracovat.

6.3 Interview s respondentkou C a respondentem D

Odpovědi na otázky:

- věk dítěte: 6 (v září nástup do školy)
- doba zjištění zrakového postižení: 11 měsíců
- současný stav zraku: dnes již vidí docela dobře, při zjištění téměř na jedno oko neviděl,
- kdo zrakové postižení odhalil: babička dítěte z matčiny strany, zdravotní sestra u dětské lékařky, poslala rodiče k očnímu lékaři,
- reakce rodičů a ostatních členů rodiny: stres způsobený lékařem, pláč, uklidnění ze strany babičky, změna lékaře, reakce prarodičů ze strany matky normální, ze strany otce ze začátku nervózní, dnes smíření,
- bydliště rodiny: byt 3+1,
- pokoj dítěte: bydlí v pokoji se sestrou 2 roky,
- jaké změny byly provedeny: změna uzpůsobení pokojů, nejmenší dětský pokoj, prostřední ložnice, největší obývací pokoj, v budoucnu se rozmístění změní, možnost i stěhování, zabezpečení rohů, odstranili věci, o které by mohl zakopnout, v dětském pokoji jen děti spí,
- jaké nakupují hračky a pomůcky: brýle s okluzorem, nálepky na okluzor, dřívě lupy, docházení na zrakovou stimulaci, hračky nakupovali u „řamanců“, kde nakupují pestré hračky, dnes již normální,
- navštěvují Střediska rané péče, a jaké služby využívají: nedocházejí.

Jiříkovi byla v 11 měsících diagnostikována tupozrakost. Na vadu přišla babička z matčiny strany, která je zdravotní sestrou u dětské lékařky.

V současnosti je stav jeho zraku na dobré úrovni. Brzy by mohl okluzor a brýle sundat natrvalo.

Při konzultaci s lékařem byli vinou lékaře vyděšeni představou, že by jejich syn mohl být na jedno oko slepý. Postavil před rodiče tu nejhorší možnou variantu

toho, co by se stalo, kdyby Jiřík nepoužíval brýle a okluzor. Uklidnění byli až babičkou ze strany matky.

Reakce prarodičů ze strany matky byly ovlivněny zaměstnáním babičky. Věděla, že problém je řešitelný a při správném postupu i zcela vyléčitelný.

Reakce prarodičů ze strany otce zpočátku velmi citlivé, později se ustálily.

Rodina bydlí v panelovém bytě 3+1. Rozdělení pokojů bylo pro nás velice zajímavé. V nejmenším je dětský pokoj, v prostředním ložnice a v největším obývací. Na otázku proč tomu tak je, bylo odpovězeno, že děti (Jiřík má sestru, dva roky) v dětském pokoji moc času netráví. Většinu času tráví v obývacím pokoji, kde mají největší prostor ke hře.

Při úpravě prostředí se rodiče zaměřili na zabezpečení rohů a bezbariérovosti domácnosti, aby eliminovali nebezpečí úrazu. Docházeli na cvičení do zařízení.

Používání pomůcek – okluzoru a brýlí nesl Jiřík dost těžce. Hodně také používali lupy, protože Jiřík si rád prohlížel knížky. V současné době nemá s nošením pomůcek problémy. Používají nálepky na okluzor.

Na doporučení lékařky kupovali hračky u vietnamských obchodníků, jejichž zboží je pestré a veselé. Dnes již kupují hračky pro intaktní děti.

Služeb rané péče nevyužívali. Informace si sháněli sami.

6.4 Interview s respondentkou E a respondentem F

Tento rozhovor jsme získali z videonahrávky, kterou nám poskytlo zařízení, kde jsme vykonávali praxi. Zařízení si video se souhlasem rodičů pořizuje vždy, když přijímá nové dítě. Na záznam se mohou podívat všichni, kdo s dítětem pracují.

Zařízení i rodiče dítěte nám dali souhlas s použitím nahrávky do této práce.

Upozorňujeme také, že přepis tohoto rozhovoru není kompletní, je zde uvedena pouze první část rozhovoru, která se týká této práce. Ostatní informace obsažené v rozhovoru již nejsou důležité.

Odpovědi na otázky:

- věk dítěte: tři roky,

- doba zjištění zrakového postižení: neuvedeno,
- současný stav zraku: zřejmě strabismus a tupozrakost,
- kdo zrakové postižení odhalil: lékař,
- reakce rodičů a ostatních členů rodiny: neuvedeny, rodiče problém nepřipouští,
- bydliště rodiny: 3+1 sociální oblast, bydlí zde čtyři dospělí a sedm dětí,
- pokoj dítěte: bydlí s dalšími šesti dětmi, spí v dětské postýlce,
- jaké změny byly provedeny: přestěhování z azylového domu, žádné změny neprovedeny,
- jaké nakupují hračky a pomůcky: měl by nosit okluzor a brýle ale nenosí, další pomůcky nepoužívá, rodiče neví o oblíbených hračkách,
- navštěvují Střediska rané péče, a jaké služby využívají: neznají a nevyužívají.

Chlapec tři roky na doporučení sociální pracovníce zařazen do zařízení.

Rodina pochází se sociálně slabší oblasti. Bydleli v azylovém domě. Pro neplnění podmínek ubytování se rodina přestěhoval do bytu 3+1 k bratrovi otce. V bytě bydlí čtyři dospělí a šest dětí.

Pětá spí v dětské postýlce. Ve třech letech nemluví. Reaguje úsměvem.

Sourozenci odebráni pro týrání.

Není uvedeno, kdy dítěte byla zjištěna vada. Pravděpodobně dítě trpí tupozrakostí a strabismem. Pomůcky (okluzor a brýle) doporučené lékařem nenosí. Rodiče uvedli, že s pomůckou dítě vypadá hloupě a nechtějí, aby je nosil.

Dítě nemá žádnou stimulační hračku. Podle rodičů, co si najde, to má.

Nenavštěvují žádné poradenské a zřejmě ani žádné zdravotnické zařízení.

7 SHRNU TÍ INTERVIEW

Ve výše uvedených interview jsme se mohli setkat se čtyřmi rozdílnými případy dětí se ZP a jejich rodičů.

Ve všech případech, s výjimkou posledního, se přišlo na zrakové postižení ve velice raném věku. I v případě Jiříka s tupozrakostí je možné říci, že se na něj přišlo brzy. V mnoha případech se totiž na tupozrakost přijde až ve čtyřech či pěti letech. (<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/amblyopie-tupozrakost-416081>)

U chlapce z posledního interview je těžké říci, kdy byla vada odhalena. Rodiče vypověděli, že na vyšetření byli někdy v době, kdy bylo horko. Tudíž se dá usuzovat, že dítě bylo diagnostikováno někdy na jaře nebo v létě roku 2012 nebo spíše roku 2013.

Reakce rodičů na zjištěné postižení, se ve skoro všech případech shodovali. Rodiče reagovali pláčem a strachem o dítě, a v jednom případě otec postižení svého dítěte neustál a rodinu opustil. Rodiče malého Péti si postižení svého dítěte nepřipouštějí a nijak jej neřeší.

Při otázkách na reakce širšího příbuzenstva jsme zjistili, že ve dvou případech rodiče matky se s postižením dítěte vyrovnali rychleji, než rodiče otce. V jednom případě rodiče otce přijímali dítě od prvního okamžiku. O prarodičích Péti nevíme.

Při otázkách na úpravu prostředí se téměř všichni rodiče zabývali zabezpečení prostoru proti úrazu. Uvádíme téměř všichni, protože rodiče z posledního interview se o bezpečnost dítěte nijak zvlášť nestarali. Chlapec bydlel v místnosti s dalšími šesti dětmi a úpravu bytu nijak zvlášť neřešili. Péť'a sice spal v dětské postýlce s hrazením, ale podle našeho mínění, tam spal proto, že jinde nebylo místo.

Při obstarávání hraček se opět téměř všichni rodiče shodli, že hračky a pomůcky pro děti se ZP jsou drahé a ve většině případu si je vyrábí sami. Také zde zazněl výrok, že hračky kupovali u vietnamských obchodníků. Tamější hračky jsou opravdu levné, barevné a na trhu je jich i dostatečné množství.

Z uvedených interview také můžeme říci, že na výrobě pomůcek se účastnila celá rodina. V jednom interview se dokonce zmiňují o úpravě digitálního budíku, který dědeček upravil tak, aby svítil více.

Mezi nejpoužívanější pomůcky, které rodiče využívali, byly okluzor, brýle a lupy. Ale objevili se tu i případ, kde se dítě již učilo zacházet s náročnějšími pomůckami jako je počítač s hlasovým výstupem.

U chlapce Péti se nedá mluvit, že by používal nějaké speciální pomůcky či hračky. Péťa si sice přinesl na pohovor hračku (auto), ale podle mínění rodičů neměl žádnou oblíbenou hračku. Nepoužíval ani žádné pomůcky, ale zřejmě v minulosti chlapec brýle a okluzor nosil. Podle mínění matky se chlapci přetrhla gumička, která držela brýle na hlavě, a okluzor zřejmě přestal nosit na přání otce.

Na otázku, zda rodiny navštěvují ranou péči, nám bylo ve dvou případech odpovězeno, že ano a ve dvou, že ne. Důvodem proč rodina Jiříka nedocházela do Střediska rané péče, je důvod nedostatečné kapacity zařízení. Rodina byla odmítnuta. Zatímco rodina malého Péti se ani nesnažila ranou péči kontaktovat a není jisté, zda o ní vůbec vědí. Markétčina matka zase uvedla, že se o rané péči dozvěděli, až když bylo dítěte tři a půl roku. Což je dost pozdě pro dítě, které téměř nic nevidí. Tato rodina se o rané péči dozvěděla teprve tehdy, když původní dětská lékařka odešla do důchodu a na její místo přišla nová, mladší lékařka.

Rodiny, které využívají či v minulosti využívali služeb rané péče, se shodli na tom, že nejčastěji využívají poradenských a půjčovacích služeb. Rodiny se nejčastěji zajímali o úpravu domácnosti a o půjčování hraček.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Pro praxi bychom doporučili lepší informovanost a provázanost systému. Matka malé Markétky se o rané péči dozvěděla pozdě, přestože musela navštěvovat mnoho lékařů a zdravotnických zařízení. Reedukace zraku a podpora rodiny, tak mohla být uskutečňována mnohem dříve. Také zde byl problém při sdělování, tak závažné informace jako je postižení jejich dítěte. Lékař sdělil tuto informaci nejprve matce, bez přítomnosti otce dítěte. Matka uvádí, že jedinou informaci, kterou si z daného rozhovoru pamatuje, byla, že její dítě bude zrakově postižené. Další informace šly mimo ni. Otec se tuto skutečnost dozvěděl až později a s danou situací se dosud nevyrovnal. Podle našeho mínění měl lékař počkat na přítomnost otce a tak závažnou informaci měl sdělit oběma rodičům zároveň. V současné době se matka postavila na vlastní nohy a odstěhovala se i s dítětem do nového bytu. Nové bydlení snáší Markétka dobře. Matka se snaží přizpůsobit bydlení dítěti a jeho potřebám.

Rodina malého Jiříka kontaktovala Středisko rané péče, ale byli odmítnuti z nedostatku volných míst. Naštěstí rodina tohoto chlapce byla natolik samostatná, že pomoc rané péče ani nevyžadovali. Doporučovali bychom rozšíření kapacity instituce rané péče nebo zřízení nových středisek. Velkou oporou při zjištění poruchy zraku zde byla babička dítěte, která dokázala vadu rozpoznat a z praxe věděla, že tato vada se vhodnou léčbou dá odstranit. Za nevhodné lze v tomto případě považovat chování lékaře, který stanovil diagnózu. Rodiče zcela zbytečně vystrašil a ohrozil fungování této rodiny. Postavil rodiče před nejhorší možný následek, tohoto postižení. Rodina také bydlí v malém a podle mínění rodičů těsném bytě. Rodiče s dítětem pravidelně docházeli na zrakovou stimulaci, a tudíž nepotřebovali mít doma velké množství pomůcek. Nejčastěji používali lupy. Pro usnadnění nošení používali nálepky na okluzor. V současné době je Jiříkův zrak stabilizován natolik, že je možnost, že v září již půjde do školy bez brýlí a bez okluzoru.

V případě rodiny malých dvojčat Tomáška a Davídka, bylo samotné jejich narození extrémní zátěží. Zvláště, když předčasný porod přišel z ničeho nic. Zatímco Davídek by docela zdravý a neměl žádné vážnější komplikace, Tomášek

byl vyvinutý méně, nebyl schopný samostatně dýchat a vlivem nedostatku kyslíku u něj vznikla novorozenecká retinopatie. Lékaři řekli tuto domněnku rodičům, když chlapci byly asi tři týdny. Následně také byli informováni o možnosti dětské mozkové obrny. Zároveň byli obeznámeni se skutečností, že je ještě příliš brzy na stanovení rozsahu postižení. Tomáška propustili z nemocnice až po 102 dnech po narození. Rodiče na doporučení lékařky kontaktovali Středisko rané péče. Se střediskem byla rodina v kontaktu a využívala jejich služby. Poradkyně pomohla rodičům s rozmístěním nábytku v domě a poskytla jim potřebné informace. Pomůcky a hračky si rodina převážně vyrábí sama ve spolupráci s prarodiči.

Co se týče rodiny malého Péti, je jasné, že sociální pracovnice trvala na docházení do zařízení z důvodu kontroly nad dítětem, jehož sourozenci byli z rodiny odebráni pro týrání. Při naší práci s dítětem v zařízení bylo jasné, že jeho vývoj je značně opožděný. Chlapec ještě ve třech letech nemluvil a pohyboval se o široké bázi. Zrakové postižení dítěte nebylo, tak vážné a byla by zde i vysoká možnost úplného uzdravení, v případě, že by rodiče svolili k vhodné léčbě a dodržovali používání předepsaných pomůcek. Případ malého Péti jsme do této práce uvedli, pro ukázkou, jak by to v praxi určitě vypadat nemělo. V případě této rodiny by speciální pedagogové i sociální pracovníci měli pokoušet přimět rodiče ke spolupráci.

ZÁVĚR

Rodina, které se narodí dítě se zrakovým postižením, je vystavena velké zátěži, která může ovlivnit nejen celý jejich život ale zejména život jejich dítěte. Je tedy nesmírně důležité, pokusit se zmírnit následky této zátěže.

Hlavním cílem úpravy prostředí pro dítě se zrakovým postižením v raném věku je, snaha připravit jej na život s tímto omezením, nejen v jeho primárním prostředí ale i v tom sekundárním. Rodiče mají v tomto procesu nezastupitelnou roli. Jsou to oni, kdo dítě provází jeho životem a pomáhají mu překonávat různé překážky.

V této práci jsem si ověřila, že hlavní roli ve vývoji dítěte hraje především rodina a prostředí, které pro něj rodina připraví. Pokud rodina navíc ještě spolupracuje s lékaři a se střediskem rané péče je tato snaha několikrát znásobena. Raná práce s dítětem tudíž nesmí být podceňována a musí být zajištěna pokud možno, co nejdříve.

Při psaní této práce jsem si uvědomila, že správný vývoj dítěte se zrakovým postižením, vždy závisí na správném chování rodičů. Pokud se rodiče o dítě starají a dodržují rady lékařů a jiných odborníků, zpravidla se jejich dítě vyvíjí směrem vpřed. Také jsem si uvědomila, že uzpůsobení prostředí pro dítě s tímhle druhem postižení je náročné nejen na množství uprav v domácnosti ale i na velké množství speciálních pomůcek a hraček.

POUŽITÁ LITERATURA

BALUNOVÁ Kristýna, HEŘMÁNKOVÁ Dita, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-1381-1.

BASLEROVÁ Pavlína a kol. *Metodika práce se žákem se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3307-3.

ČÁLEK Oldřich. *Raný vývoj dítěte nevidomého od narození*. Praha: Univerzita Karlova, 1985.

FINKOVÁ Dita, LUDÍKOVÁ Libuše, RŮŽIČKOVÁ Veronika. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Pedagogická fakulta UP, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.

HAMADOVÁ Petra, KVĚTOŇOVÁ Lea, NOVÁKOVÁ Zita. *Oftalmologie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1.

CHRÁSKA Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu, Základy kvantitativního výzkumu*. Praha, Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KEBLOVÁ Alena. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima, s. r. o., 2001. ISBN 80-7216-191-1.

KUDELOVÁ Ivana, KVĚTOŇOVÁ Lea. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku. Raná péče o dítě se zrakovým a kombinovaným postižením*. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-24-9.

KOLÍN Jan a kol. *Oftalmologie praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-861-X.

LUDÍKOVÁ Libuše. *Předškolní výchova zrakově postižených dětí*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1990. ISBN 80-244-0955-0.

LUDÍKOVÁ Libuše. *Tyflopedie I*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1988.

LUDÍKOVÁ Libuše. *Tyflopedie předškolního věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0955-0.

MATÝSKOVÁ Kateřina. *Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením*. Praha: Okamžik, 2009. ISBN 978-80-86932-24-8.

MIOVSKÝ Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MORAVCOVÁ Dagmar. *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizelem*. Praha: Triton s. r. o., 2004. ISBN 80-7254-476-4.

NIELSENOVÁ Lilli. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. Praha: ISV, 1993. ISBN 80-85866-26-9.

PLHÁKOVÁ Alena. *Obecná psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 978-80-1499-3.

ROZSÍVAL Pavel. et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén a Karolinum, 2006. ISBN 80-7262404-0.

RŮŽIČKOVÁ Veronika. *Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1738-7.

SCHINDLEROVÁ Olga. *Na ruce si nevidím*. Praha: Okamžik, 2007. ISBN 80-86932-10-9.

SLOWÍK Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SMÝKAL Josef. *Hovory s rodiči o výchově nevidomého dítěte*. Brno: Svaz invalidů, 1988.

SMÝKAL Josef. *Těžce zrakově postižené dítě v rodině*. Brno: Mateřská škola pro nevidomé a děti se zbytky zraku v Brně, 1980.

SMÝKAL Josef. *Výchova nevidomého dítěte předškolního věku*. Brno: Svaz invalidů, 1986.

ŠTRÉBLOVÁ Miroslava. *Poznáváme svět se zrakovým postižením. Úvod do tyflopedie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem 2002. ISBN 80-7044-448-7.

VÁGNEROVÁ Marie. *Oftalmologie dětského věku*. Praha: Regleta, s. r. o., 1995. ISBN 80-7184-053-X.

VÁGNEROVÁ Marie. *Zdravotně znevýhodněné dítě v náhradní rodinné péči*. Praha: Středisko náhradní rodinné péče o. s., 2011. ISBN 978-80-87455-04-03.

VÁGNEROVÁ Marie, STRNADOVÁ Iva, KREJČOVÁ Lenka. *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VÁGNEROVÁ Marie, VALENTOVÁ Lidmila. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-384-7.

Elektronické zdroje

<http://www.gerlich-odry.cz/cs/pomucky-pro-nevidome.php>

<http://www.helpnet.cz/pomucky>

<http://pomucky.blindfriendly.cz/>

<http://pomucky.blindfriendly.cz/hracky-hry-pomucky-pro-volny-cas-a-sport.html>

<http://www.ranapece.eu/>

<http://www.ranapece.eu/praha/z-nasi-cinnosti/poskytovane-sluzby>

<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>

<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/o-nas/stediska-rane-pee.html>

<http://www.sons.cz/eu/projekt.php>

<http://www.sons.cz/kdojezp.php>

<http://www.sons.cz/pomucky.php>

<http://www.spektra.eu/cs/zrakove-vady>

<http://www.tyflonet.cz/kompenzacni-pomucky>

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/amblyopie-tupozrakost-416081>

<http://www.zijtekvalitne.cz/>

Záznamový materiál

Video záznam vyrobený v rámci projektu www.budupomahat.cz. Hudba: NOS Pavel. Kamera, střih, režie KOSOVÁ Hana. BuduPomahat.cz, 2011.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Otázky k interview

Příloha č. 2 Interview s respondentkou A

Příloha č. 3 Interview s respondentkou B a dítětem Markétkou

Příloha č. 4 Interview s respondentkou C a respondentem D

Příloha č. 5 Interview respondentkou E a respondentem F