

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí
heterogenní třídy**

Lenka Konderlová

Olomouc 2024

Mgr. Lucie Flekačová, Ph.D.

Anotace

Jméno a příjmení:	Lenka Konderlová
Katedra:	Katedra Speciální pedagogiky
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Flekačová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy
Název v angličtině:	A child with a visual impairment of preschool in a heterogeneous class setting
Zvolený typ práce:	Výzkumná práce – zpracování primárních dat
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zaměřuje na dítě se zrakovým postižením předškolního věku zejména v kontextu heterogenní třídy. Teoretická část práce poskytuje přehled o zrakovém postižení, častých zrakových vadách u dětí a strategiích pro předškolní vzdělávání u dětí se zrakovým postižením. Zvláštní pozornost je věnována kortikálnímu poškození zraku, jeho symptomům, diagnostice a terapii, stejně jako problematice orientace a komunikace dětí s touto diagnózou. V rámci empirické části je hlavním cílem analyzovat konkrétní případ chlapce se zrakovým postižením. V závěru výzkumného šetření uvádíme výhody a nevýhody heterogenního prostředí, které jsou hodnoceny pomocí případové studie a využitých výzkumných metod. Poslední kapitola se zabývá návrhem na úpravu prostředí mateřské školy s ohledem na individuální potřeby chlapce se zrakovým postižením.</p>
Klíčová slova:	zrakové postižení, předškolní vzdělávání, dítě se zrakovým postižením, heterogenní prostředí, případová studie
Anotace v angličtině:	<p>This bachelor thesis focuses on the preschool child with visual impairment, particularly in the context of a heterogeneous classroom. The theoretical part of the thesis provides an overview of visual impairment, common visual impairments in children and strategies for preschool education for children with visual impairment. Special attention is given to cortical visual impairment, its symptoms, diagnosis and treatment, as well as orientation and communication issues for children with this diagnosis. In the empirical part, the main aim is to analyze a specific case of a boy with visual impairment. At the end of the research investigation, we present the advantages and disadvantages of a heterogeneous environment, which are evaluated through a case study and the research methods used.</p>

	The last chapter deals with a proposal for modifying the kindergarten environment with regard to the individual needs of the boy with visual impairment.
Klíčová slova v angličtině:	visual impairment, preschool education, child with visual impairment, heterogeneous environment, case study
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 – Vzor nevyplněného informovaného souhlasu pro respondenty a zákonného zástupce</p> <p>Příloha č. 2 – Otázky k rozhovoru s matkou Daniela</p> <p>Příloha č. 3 – Otázky k rozhovoru s vedoucím pedagogem mateřské školy</p> <p>Příloha č. 4 – Otázky k rozhovoru s asistentem pedagoga</p> <p>Příloha č. 5 – Doslovná transkripce rozhovorů s respondenty</p>
Rozsah práce:	62 stran
Jazyk práce:	český

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím citovaných zdrojů uvedených v seznamu použité literatury.

V Olomouci

.....

Lenka Konderlová

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě chtěla poděkovat Mgr. Lucii Flekačové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné rady a podporu během psaní této bakalářské práce. Velké díky patří také všem respondentům, kteří mi pomohli realizovat praktickou část předložené práce.

Obsah

ÚVOD	8
1 Zrakové postižení	10
1.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením	10
1.2 Časté dětské oční vady	12
1.3 Kortikální poškození zraku	18
1.3.1 Příznaky CVI.....	19
1.3.2 Etiologie CVI	20
1.3.3 Diagnostika CVI.....	20
1.3.4 Orientace a mobilita u dětí s CVI.....	22
1.3.5 Komunikace a řeč u dětí s CVI	23
1.3.6 Možnosti intervence a terapie u dětí s CVI	24
2 Předškolní vzdělávání dětí se zrakovým postižením	28
2.1 Možnosti předškolního vzdělávání dětí se zrakovým postižením.....	29
2.2 Heterogenní třídy.....	30
2.3 Úprava prostředí a zraková hygiena v mateřské škole.....	31
2.4 Shrnutí teoretické části	32
3 Praktická část	34
3.1 Cíl výzkumného šetření.....	34
3.2 Výzkumná strategie.....	35
3.3 Metody sběru dat.....	36
3.3.1 Pozorování.....	36
3.3.2 Rozhovor	36
3.3.3 Analýza dokumentů.....	37
3.4 Realizace výzkumu	37
3.5 Výzkumný subjekt.....	38
3.6 Popis respondentů výzkumu.....	38
3.7 Metoda analýzy dat	38
3.8 Výsledky výzkumu.....	39
3.8.1 Osobní a zdravotní anamnéza Daniela	39
3.8.2 Zrakové vnímání a stimulace	41

3.8.3	Oblast orientace a motoriky	42
3.8.4	Oblast komunikace	43
3.8.5	Oblast sebeobsluhy	44
3.8.6	Přehled služeb a terapií	45
3.8.7	Výběr mateřské školy	46
3.8.8	Oblast vzdělávání a výzev v heterogenním prostředí.....	47
3.8.9	Oblast adaptace a socializace	49
3.8.10	Oblast vybavenosti a úprav v mateřské škole	50
3.9	Shrnutí výhod a nevýhod heterogenního prostředí	52
3.10	Závěrečné shrnutí výzkumného šetření.....	52
3.11	Limity výzkumu	54
4	Návrh na úpravu prostředí mateřské školy.....	56
	ZÁVĚR.....	57
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	SEZNAM TABULEK	61
	SEZNAM PŘÍLOH.....	62

ÚVOD

Zrakové postižení je jednou z častých forem postižení u dětí ve světě i v České republice. Zrakové postižení ovlivňuje nejen samotné vnímání okolního prostředí, ale také proces učení a socializaci. Během praxe jsem měla vlastní zkušenost s chlapcem se zrakovým postižením, který je součástí heterogenní třídy. Díky ochotě a aktivní spolupráci pedagogů i chlapcovy rodiny jsem měla možnost nahlédnout blíže do této problematiky.

Bakalářská práce se zaměřuje na dítě se zrakovým postižením v prostředí heterogenní třídy. Téma práce je aktuální vzhledem k měnícím se trendům ve vzdělávání a stále pokročilejším technologiím a kompenzačním pomůckám pro osoby se zrakovým postižením. Předložená práce se dotýká skutečných výzev, se kterými se setkávají pedagogové, rodiny a samotné děti ve školním prostředí každý den.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol a ty se dělí na podkapitoly, které blíže specifikují jednotlivá témata. První kapitola seznamuje čtenáře s problematikou zrakového postižení. Vymezujeme zde základní definice zrakového postižení, možné klasifikace osob se zrakovým postižením, časté dětské oční vady a kortikální poškození zraku.

V druhé kapitole se zaměřujeme na předškolní vzdělávání dětí se zrakovým postižením. Představujeme zde možnosti vzdělávání těchto dětí, problematiku heterogenních tříd či nutné úpravy prostředí a podmínek vzhledem ke specifickým potřebám jedinců se zrakovým postižením.

Třetí kapitola je již věnována samotnému výzkumu. V první řadě zde představujeme zvolené cíle a použité výzkumné metody. Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat konkrétní případ chlapce se zrakovým postižením a popsat případná rizika či výhody, které přináší heterogenní prostředí. Jako dílčí cíl jsme si stanovili vytvořit návrh na úpravu prostředí s cílem zkvalitnit chlapcovu orientaci a pohyb v mateřské škole. Výzkum je vzhledem k hlavnímu cíli práce realizován jako případová studie. Jelikož je výzkum kvalitativního charakteru použili jsme metody sběru dat jako je rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. V rámci případové studie je popsáno deset klíčových kategorií, které analyzují konkrétní případ chlapce. Závěr třetí kapitoly věnujeme shrnutí výhod a nevýhod heterogenního prostředí, shrnutí výzkumného šetření a limitům výzkumu.

Čtvrtá kapitola představuje návrh na úpravu prostředí mateřské školy s ohledem na individuální potřeby chlapce. Zmiňujeme zde například možnost úpravy světelných podmínek či důraz na rozvoj kompenzačních smyslů.

Tato práce se věnuje důležitému tématu zrakového postižení u dětí předškolního věku. V teoretické i praktické části se snažíme přispět k lepšímu porozumění potřebám těchto dětí a identifikovat efektivní strategie pro jejich podporu ve vzdělávacím procesu i v běžném životě. Předložená práce by mohla zvýšit povědomí o zrakovém postižení u předškolních dětí a jeho dopadu na každodenní život. Návrh na úpravu prostředí či samotné výsledky výzkumu mohou sloužit jako inspirace nebo zdroj informací pro pedagogy, rodiče a osoby, které jsou v kontaktu s dětmi se zrakovým postižením.

1 Zrakové postižení

V této kapitole se zaměříme na definici zrakového postižení a pokusíme se také představit základní členění osob se zrakovým postižením. Dále se budeme zabývat častými zrakovými vadami u dětí a na závěr se v této části budeme věnovat kortikálnímu poškození zraku. Zmíněné kortikální poškození zraku vymezujeme hlavně z toho důvodu, že má praktická část je zaměřená na dítě, u kterého se tato vada vyskytuje.

Naším hlavním smyslem pro přijímání informací z okolí je zrak. Vývoj zrakového vnímání probíhá od našeho narození přibližně do šesti let. V této době však může být vývoj zrakového vnímání zpomalen nebo zcela zastaven. Některé vady zraku jsou vrozené, jiné mohou být důsledkem nemoci nebo úrazu. Nicméně každé zrakové postižení ovlivňuje schopnost člověka vidět očima a někdy zcela znemožňuje vnímání zrakových vjemů (Michalík et al., 2014). Pipeková (2010) popisuje zrakové vnímání jako velice složitý proces. Na kvalitě zrakového vnímání se podílejí funkce zrakového analyzátoru jako je barvocit, ostrost, adaptace, zorné pole, akomodace, citlivost na kontrast nebo binokulární vidění (tamtéž).

Existuje několik různých definic zrakového postižení. Když se zaměříme na speciálněpedagogické hledisko, tak osobu se zrakovým postižením chápeme jako jedince, který má oční vadu či chorobu, přičemž i po optimální korekci trpí nadále významným narušením zrakového vnímání. Toto narušení ovlivňuje schopnost jedince vykonávat běžné denní aktivity (Finková et al., 2007). Balunová et al. (2001) také zmiňuje speciálněpedagogické pojetí osoby se zrakovým postižením, ale zároveň i vysvětluje samotný termín. Uvádí, že zrakové postižení můžeme definovat jako absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání, přičemž je důležité si uvědomit, že toto postižení má celkový vliv na osobnost. Zrakové postižení se projevuje ve všech aspektech života. Například má vliv na psychický vývoj, ale také na rozvoj motoriky, orientaci v prostoru a schopnost samostatného pohybu. Dále zrakové postižení dle autorky (tamtéž) zasahuje do oblasti pracovního či společenského uplatnění.

1.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením

Finková et al. (2007) upozorňuje, že se v odborné literatuře setkáme s poměrně velkým množstvím kritérií, dle kterých lze klasifikovat tuto rozmanitou skupinu osob se zrakovým postižením. Dále také uvádí, že u většiny klasifikací je základním kritériem zraková ostrost neboli vizus (tamtéž). Zrakovou ostrost můžeme popsat jako rozlišovací schopnost lidského oka, která je nejdokonalejší v místě žluté skvrny sítnice (Pipeková, 2010).

Keblová (2001) uvádí, že zrakové postižení je mírou zrakové ostrosti, pro jehož hodnocení bylo vyvinuto několik metodik. Odborné vyšetření zrakové ostrosti pak spadá do kompetence oftalmologa. Ale například je také možné u dětí od dvou let, aby rodiče sami provedli jednoduchý zrakový test podle pokynů. Dle zkušeností má domácí vyšetření několik výhod, zejména co se týče brzkého odhalení zrakových vad a amblyopie, což umožňuje rychlý zásah odborníků. Zrakovou ostrost testujeme jak na vidění do dálky, tak i do blízka (tamtéž). Hodnota centrální zrakové ostrosti, měřená na optotypech¹, je pak vyjádřena pomocí zlomků nebo desetinných čísel. Čitatel zlomku nám udává vzdálenost, ze které pacient čte (obvykle 5 nebo 6 metrů), zatímco jmenovatel označuje vzdálenost, která by byla čitelná pro normální zrak. Plná zraková ostrost je pak reprezentována zlomkem 6/6 nebo číslem 1 (Finková et al., 2007). Mimo podstatného kritéria jako je zraková ostrost můžeme osoby se zrakovým postižením dělit dle hloubky zrakového postižení, doby vzniku a věku klientů (Balunová et al., 2001). Jako příklad, jak lze členit osoby se zrakovým postižením si můžeme uvést klasifikaci dle Světové zdravotnické organizace, kterou zmiňuje ve své publikaci Kuchynka (2000):

1. Normální zrak – zraková ostrost je větší než 6/18
2. Zrakové postižení – zraková ostrost je v rozmezí 6/18 až 6/60
3. Vážné zrakové postižení – zraková ostrost se nachází v intervalu 6/18 až 6/60
4. Slepota – zde se uvádí, že zraková ostrost je menší než 3/60.

Speciální pedagogika se také zaměřuje na výše uvedené medicínské hledisko, ale zároveň zohledňuje dopad zrakového postižení na možnosti jedince v oblasti sociálního začleňování (Finková et al., 2007). Keblová (2001) dodává, že hlavním cílem klasifikace osob se zrakovým postižením je dosažení co nejefektivnějšího vzdělávání. Současná speciální pedagogika proto užívá následující členění do čtyř kategorií (Finková et al., 2007):

1. Osoby nevidomé
2. Osoby se zbytky zraku
3. Osoby slabozraké
4. Osoby s poruchami binokulárního vidění.

¹ Optotypy: tabule s číslicemi, s natištěnými písmeny, znaky a obrázky (Keblová, 2001, s. 7).

1.2 Časté dětské oční vady

V této podkapitole se budeme podrobněji zabývat několika častými dětskými zrakovými vadami a poruchami, které mohou mít významný vliv na zrakovou ostrost, funkci očí a celkovou kvalitu života dětí. Mezi tyto vady patří retinopatie nedonošených, poruchy binokulárního vidění, albinismus a refrakční vady.

Jelikož v této podkapitole budeme operovat s termínem jako je vada či porucha, považují za vhodné si tento pojem nejprve definovat. Termínem zrakové vady označujeme omezení schopnosti vizuálního vnímání, které mohou mít různý původ a závažnost. Do této kategorie spadají onemocnění oka, které vedou k oslabení schopnosti vidět. Dále stavy vzniklé po úrazech, a také vrozené nebo získané anatomicko – fyziologické anomálie, které ovlivňují funkci zraku (Květoňová, 2007). Pipeková (2010) dodává, že u nevidomých osob je schopnost vizuálního vnímání zcela vyloučena. Také uvádí i možné projevy zrakových vad, jež mohou pomoci pedagogům rozpoznat žáka se zrakovým postižením. Popisuje tři typické znaky výskytu zrakového postižení u žáka, jako je atypický vzhled očí, pohyb hlavy při čtení a projevy při vyučování, kde se může objevit špatná koncentrace či chyby při čtení a psaní (tamtéž).

Retinopatie nedonošených (ROP)

Květoňová (2007) uvádí anglický překlad Retinopathy of Prematurity, ze kterého je odvozena i výše zmíněná zkratka ROP. Do druhé poloviny 80. století dávala lékařská veřejnost přednost názvu retrolentální fibroplázie (tamtéž). Retinopatie nedonošených je onemocnění, které postihuje děti narozené s extrémně nízkou porodní hmotností (méně než 1250 g) a gestačním věkem pod 28 týdnů (Pipeková, 2010). Tito pacienti mají nedokončený vývoj cév v sítnici při narození, což vyžaduje pobyt v inkubátorech s dostatečným kyslíkem. Po ukončení dodávky kyslíku začnou cévy v sítnici růst, což může způsobit krvácení a pronikání krve do sklivce. Celý proces hojení zahrnuje tvorbu vaziva, které může zapříčinit odchlípení sítnice a následnou ztrátu zraku. ROP může postupovat až do pátého stupně, což vede k praktické nebo úplné slepotě (tamtéž). Květoňová (2007) ve své publikaci upozorňuje, že retinopatie nedonošených tvoří 9,3 % všech případů slepoty u dětí od narození do 5 let. Diagnóza a léčba retinopatie předčasně narozených dětí zahrnují screening, kryopexi a laserovou koagulaci sítnice. Důležité je také pravidelné oftalmologické vyšetření a monitorování dětí s ROP kvůli možným následkům a komplikacím (tamtéž).

Poruchy binokulárního vidění

Binokulární vidění představuje formu vnímání, kdy obě oči společně zaznamenávají určitou část vizuálního prostoru. Tento druh vidění umožňuje vnímat jediný vizuální vjem, který je výsledkem spojení dvou obrazů z obou očí, což poskytuje trojrozměrné vnímání, známé jako stereopsis. V porovnání s monokulárním viděním, kde obě oči pracují odděleně, binokulární vidění nabízí řadu výhod pro dovednosti, jako je natahování po předmětech, jejich uchopování nebo čtení. Poruchy nebo dysfunkce binokulárního vidění mohou výrazně ovlivnit běžné denní činnosti (Benhaim-sitbon et al., 2023). Pipeková (2010) uvádí, že binokulární vidění se vyvíjí do přibližně šestého roku dítěte. Proto je nutné v případě poruch binokulárního vidění poskytnout dítěti co nejrychleji podporu a reedukaci zraku, jelikož v pozdějším věku by nebyla efektivní (tamtéž). Finková et al. (2007) upozorňuje, že nesprávný vývoj binokulárního vidění může vést ke vzniku amblyopie, strabismu či narušení centrální retinální fixace. Poruchy binokulárního vidění mimo jiné ovlivňují u dítěte tvorbu představ, což vede ke snížené přesnosti myšlení. Dítě má také potíže s vnímáním prostoru a nedostatečně vyvinuté senzomotorické dovednosti, což se projevuje jeho pomalejším tempem a snadnou unavitelností. U strabismu lze rovněž uvést estetický aspekt postižení (Pipeková, 2010).

Autorka Keblová (2001) poukazuje na fakt, že nejpočetnější skupinu tvoří právě děti s amblyopií a strabismem. Sagnik, Singh a Saxena (2022) ve svém vědeckém článku navíc zmiňují, že amblyopie je aktuálně nejčastější příčinou zrakového postižení u dětí a dospělých v západní civilizaci.

Amblyopie, též známá jako tupozrakost, způsobuje významné snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze korigovat brýlemi. U postiženého oka dochází k potlačení vjemu v zrakovém centru mozku, přičemž nejsou pozorovány žádné viditelné organické změny očního aparátu, jak je tomu například u šilhavosti. K léčbě amblyopie se často používá metoda zakrytí zdravého oka okluzí. To umožňuje tupozrakému oku adekvátní trénink (Hamadová et al., 2007). Hycl a Trybučková (2003) rozlišují tři základní typy tupozrakosti. Prvním typem je kongenitální amblyopie, která je způsobena organickou lézí v optickém systému a nelze ji léčit. Amblyopie ze zástavy vývoje se objevuje do 4. roku věku a může být způsobena faktory jako je strabismus, refrakční vady nebo rozdílná refrakce mezi oběma očima (anizometropie). Amblyopie z vyřazení funkce vzniká po dokončení vývoje a její příčinou může být katarakta nebo okluze. Pipeková (2010) k léčbě amblyopie dodává, že žádoucí je i metoda výcviku tupozrakého oka, která spočívá v nácvičku manipulace s drobnými předměty. Využít také

můžeme stavění stavebnic, obkreslování předloh obrázků, puzzle či senzomotorické aktivity (tamtéž).

Finková et al. (2007) vysvětluje **strabismus**, též známý jako šilhání, jako stav, kdy oči vzájemně nespolupracují. V normálním stavu jsou oči v rovnovážné pozici, což zajišťuje, že osy očí jsou paralelní. To znamená, že obrazy na sítnicích obou očí se tak tvoří na stejných místech. Strabismus však způsobuje, že osy očí nejsou paralelní. Což má za následek, že obrazy na sítnicích obou očí se neshodují, a to způsobuje dvojité vidění, které nazýváme diplopií. Vzhledem k tomu, že obrazy na sítnici nejsou správně překryty, nemůže vzniknout prostorový vjem (tamtéž). Keblová (2001) dále uvádí, že diplopie je velice rušivá, a proto může dojít k potlačení jednoho z obrazů. Což má za následek, že se oko stává tupozrakým. Šilhání se může vyskytovat ve dvou formách, a to šilhání latentní a zjevné (tamtéž). Léčba strabismu by měla být komplexní a začínat co nejdříve. U mladších dětí je účinek léčby ve většině případů rychlejší a výraznější. Cílem terapie je obnovit nebo vytvořit schopnost obou očí pracovat společně a dosáhnout paralelního postavení očí. Léčba obvykle zahrnuje jak konzervativní metody, tak chirurgické zákroky. Konzervativní léčba se snaží změnit monokulární formu strabismu na alternující, zlepšit zrakovou ostrost obou očí, dosáhnout centrální fixace a optimalizovat binokulární vidění. Chirurgický zákrok je zaměřen na obnovení normálního paralelního postavení očí a podporu rozvoje binokulárního vidění. Léčba by měla být dokončena předtím, než dítě nastoupí do první třídy (Finková et al., 2007).

Albinismus

Vágnerová (1995) ve shodě s dalšími autory (srov. Keblová, 2001; Květoňová, 2000; Moravcová, 2004; Pipeková, 2010) řadí mezi další časté dětské oční vady albinismus. Je to zraková vada, která vzniká v důsledku nedostatku pigmentu (Květoňová, 2007). Autorka Vágnerová (1995) popisuje albinismus jako vrozenou vadu metabolismu aminokyselin, přičemž klíčovým faktorem je defekt tyrozinázy v melanocytech, což vede k narušení tvorby melaninu, tedy pigmentového barviva. Tato porucha je rozšířená a postihuje nejen různé lidské rasy, ale také mnoho druhů zvířat. U lidí existuje několik variant této enzymatické poruchy, tudíž vznikají i různé typy albinismu. Květoňová (2000) uvádí tři nejčastější typy. Jedná se o celkový albinismus, nekompletní albinismus a oční albinismus. Oční albinismus je odlišný tím, že barva kůže i vlasů je normální, ale chybí pouze pigment v oku (tamtéž).

Albinismus není pouze vada týkající se lidské rasy, jak dokazuje výzkum ornitologa Jasso (2006), který nashromáždil údaje od roku 1834 do 2005 o 680 albinoticky vybarvených ptácích v České republice. Z toho 309 částečných a 371 úplných albínů. V České republice byl v tomhle časovém rozmezí zaznamenán albinismus u 84 různých druhů ptáků. Dále uvádí, že albinismu je ze všech barevných mutací v přírodě nejčastější (tamtéž).

Charakter postižení obvykle bývá evidentní již od narození, zejména v případě celkového albinismu. Děti s touto genetickou vadou jsou citlivé na světlo, což je způsobeno nadměrným pronikáním světla do oka v důsledku nedostatku pigmentu v duhovce. Vzhledem k tomu, že správná funkce makuly, tj. místo nejostřejším vidění v sítnici, závisí na produkci pigmentu, albíni často trpí poruchou makulární fixace. Tato porucha pak vede ke snížení centrálního vidění. U takových dětí se vizus pohybuje okolo 5/50. Důležité je poznamenat, že tato porucha není progresivní, což znamená, že úroveň zrakové ostrosti zůstává stejná během celého života (Vágnerová, 1995).

Dále autorka Vágnerová (1995) upozorňuje, že již od počátku vývoje je klíčové respektovat světloplachost jednotlivců s albinismem a přizpůsobit jejich prostředí tak, aby jejich zrakové vnímání nezpůsobovalo nepříjemné pocity a neodrazovalo je od využívání svého zraku. Osvětlení by mělo být šetrné a měli bychom se vyvarovat silnému světlu a nepříznivým podmínkám, jako je pobyt na přímém slunci. Mnoho jedinců s albinismem také potřebuje speciálně zabarvené brýle, které jim pomáhají lépe filtrovat světlo. I když snížení zrakové ostrosti nebývá obvykle závažné, aby bránilo normálnímu vývoji, vyžadují osoby s albinismem specifické podmínky týkající se intenzity světla pro optimální vizuální pohodlí (tamtéž).

Refrakční vady

Jednou z nejčastějších příčin poklesu zrakové ostrosti u dětí je refrakční vada. Pokud nedojde k včasné nápravě této vady, především u dětí předškolního věku, je zde veliké riziko vzniku tupozrakosti, kterou jsme popisovali výše v této kapitole (Vláčil et al., 2012). Keblová (2001) dělí refrakční vady na krátkozrakost (myopie), astigmatismus a dalekozrakost (hypermetropie). Vláčil et al. (2012) u popisu refrakčních vad neopomíjí anizometrii, což je stav, při kterém jsou dioptrie jednoho oka odlišné od dioptrií druhého oka. Pokud je rozdíl v dioptriích větší než 2,5 D, může to vést k aniseikonii, což znamená, že na sítnici pravého a levého oka vznikají dva nestejně velké obrazy. A to může vést k anizometropické amblyopii. Diagnostika refrakčních vad u dětí je vždy v cykloplegii, což zahrnuje eliminaci vlivu

akomodace² oka prostřednictvím očních kapek. K měření refrakce slouží automatické refraktometry, přičemž pro kojence a malé děti jsou k dispozici i ruční refraktometry (tamtéž).

Myopie

Keblová (2001) rozlišuje tři stupně myopie dle závažnosti:

1. Myopia levis (lehká krátkozrakost do 3 dioptrií)
2. Myopie modica (střední krátkozrakost do 6 dioptrií)
3. Myopia gravis (těžká krátkozrakost nad 6 dioptrií)

Přičemž první dva stupně nezpůsobují žádné komplikace spojené s očním onemocněním a nepřinášejí žádné jiné obtíže než mírně neostré vidění na dálku bez brýlí. V případě těžké krátkozrakosti již nejde pouze o oční vadu, ale o samostatné onemocnění (tamtéž). Vláčil et al. (2012) popisuje krátkozrakost jako refrakční vadu oka, při které se obraz pozorovaného předmětu promítá před sítnicí, což způsobuje neostré vidění na dálku. Tento problém je způsoben příliš silnou lomivostí rohovky, čočky oka nebo obojího zároveň. Nejvýraznějším příznakem myopie u dětí ale i u dospělých je mhouření očí. Dále můžeme pozorovat tendenci číst, psát a malovat tzv. s nosem na papíře nebo červenání a slzení očí (Vláčil et al., 2012). Léčba krátkozrakosti zahrnuje korekci vady brýlemi nebo kontaktními čočkami. V některých případech může být vhodný laserový zákrok, jako je například LASIK nebo PRK. LASIK (laser in situ keratomileusis) a PRK (fotorefrakční keratektomie) jsou metody laserové refrakční chirurgie, které se používají k trvalé korekci refrakčních vad oka, jako je krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus. LASIK a PRK se liší v způsobu, jakým se laser aplikuje na rohovku oka. Co se týče prevence před progresí myopie, tak autor Dutheil et al. (2023) ve svém výzkumu zjistil, na základě analýzy 78 studií, souvislost mezi prací na blízko a progresí krátkozrakosti. Studie zjistila, že u osob, které vykonávají práci příliš z blízka, je vyšší riziko vzniku krátkozrakosti. Toto riziko se zvyšuje s délkou a intenzitou práce na blízko. Výsledky studie naznačují, že intervence zaměřená na omezení pracovních činností na blízko může být účinná v pozastavení postupného zhoršování myopie (tamtéž).

Hypermetropie

Štrofová a Teplanová (2014) definují dalekozrakost jako vadu zraku, při které je od narození kratší vzdálenost mezi rohovkou a sítnicí, což způsobuje, že obraz se nezaostřuje na sítnici, ale až za ní. To má za následek, že vzdálené předměty jsou viděny lépe než blízké

² Akomodace: schopnost oka vidět předměty ostře na různou vzdálenost (Pipeková, 2010, s. 256).

(tamtéž). Hypermetropii můžeme také rozdělit na tři stupně. Vymezujeme lehčí stupeň dalekozrakosti do 3 dioptrií, střední stupeň do 7 dioptrií a vysokou dalekozrakost nad 7 dioptrií (Moravcová, 2004). Dalekozrakost řadíme mezi nejčastější zrakové vady u dětí do 10 let (Vláčil et al., 2012). Keblová (2001) popisuje zvláštní případ dalekozrakosti vysokého stupně, kterým je afakie. Je to stav, kdy v oku chybí čočka. To obvykle nastane po operativním odstranění čočky, například při odstranění zákalu. Lidé s afakií musí nosit buď dvoje brýle s různými dioptriemi (slabší do dálky a silnější do blízka) nebo brýle s bifokálními skly, které kombinují obě korekce. Pohyb je při afakii omezený, protože silná brýlová korekce zúží zorné pole. Moderní medicína tento stav řeší voperováním protězy v podobě umělé čočky (tamtéž). Štrofová a Teplanová (2014) mezi projevy hypermetropie dětí řadí únavu a bolest hlavy z nadměrné akomodace či problémy se čtením, malováním a jemnou motorikou. Co se týče nápravy, tak dalekozrakost korigujeme brýlemi nebo kontaktními čočkami. V některých případech může být nutná operace očí, ale tato možnost se obvykle používá až u dospělých pacientů (Vláčil et al, 2012).

Astigmatismus

Moravcová (2004) popisuje astigmatismus jako vrozenou nebo získanou refrakční vadu oka, která může být způsobena i chronickými poruchami rohovky. Refrakce oka se liší v několika rovinách. Sítnice dostává obraz, který je rozostřený, protože optické světelné paprsky se nelámou v jednom bodě. V důsledku toho se jedná o osově asymetrickou refrakční vadu, která je spojena s odchylkami v zakřivení rohovky a příležitostně i čočky (tamtéž). Obraz je rozostřený jak při pohledu do dálky, tak i do blízka (Keblová, 2001). Dále autorka (tamtéž) srovnává vidění při astigmatismu k obrazu, který vzniká v zrcadle se zvlněným povrchem. Dítě má potíže s rozeznáváním normálních tvarů písmen, protože je vnímá jako protažené, deformované a neostré (tamtéž). Mezi další projevy upozorňující na tuto refrakční vadu patří bolesti hlavy a očí, při dlouhodobé práci na jednu vzdálenost (Moravcová, 2004). Existuje studie, která zjistila možnou souvislost mezi astigmatismem rodičů a zvýšeným rizikem astigmatismu u dětí. Studie naznačuje, že děti, jejichž rodiče trpí astigmatismem, by měly včas absolvovat oční vyšetření, aby se astigmatismus odhalil a mohla se zahájit včasná intervence (Solomon, 2022). Astigmatismus se pak koriguje cylindrickými skly, která lámou světlo jen v jednom směru (Pipeková, 2010).

1.3 Kortikální poškození zraku

Pipeková (2010) a Květoňová (2007) řadí i kortikální poškození zraku mezi časté dětské oční vady. My jsme se rozhodli této vadě věnovat samostatnou podkapitulu, jelikož je úzce spojená s naší praktickou částí. Tudíž bude popsána detailněji než výše uvedené časté dětské zrakové vady.

Kortikální poškození zraku, označované též jako mozková slepota, korová slepota nebo centrální poruchy zraku, představují synonymní termíny, které se používají k popsání jednoho a téhož problému. Velice často se vyskytuje pod zkratkou CVI (Cortical Visual Impairment), která vychází z anglického jazyka. Tento problém se vyskytuje jak u dětí, tak u dospělých po různých mozkových příhodách či onemocněních, které způsobují následné poruchy zraku (Moravcová, 2004). Autorka Steendman (1989) ve své příručce pro rodiče upozorňuje, že je velmi obtížné pochopit podstatu poruchy kortikálního poškození zraku, protože nejde o problém spojený s fyzickou stavbou či funkcí oka, nýbrž o poruchu v oblasti mozku. Častým příkladem problémů spojených s pochopením CVI je situace, kdy se vidění dítěte liší od diagnózy vyplývající z oftalmologického vyšetření (Matoušková a Herynková, 2017). Jiný pohled na definici CVI nabízí autoři Tallent et al. (2012), kteří kortikální poškození zraku popisují jako neurologický stav, při němž dochází k poškození zadních zrakových drah a/nebo týlního nervu v lalocích mozku, což vede k obtížím ve zpracování vizuálních informací. Matoušková a Herynková (2017) kortikální poškození zraku jednoduše definují jako narušení komunikace mezi okem a mozkiem. Autorka Roman – Lantzy (2019) poskytuje komplexní definici korové slepoty, kde ji popisuje jako stav ovlivňující funkční vidění jedince po celý jeho život. Jedinci s CVI mohou vidět, ale nejsou schopni interpretovat informace, které se nacházejí mimo dosah ruky. Jejich schopnost porovnávat soubory informací je hluboce omezena neschopností vytvořit si odpovídající "databanku" vizuálních informací. Květoňová (2007) dodává, že u osob s CVI jsou častým doprovodným jevem další neurologické poruchy, jako je dětská mozková obrna, mentální retardace, epilepsie, postižení sluchu, meningomyelokele, mikrocefalus, hydrocefalus a další.

Přestože je kortikální poškození zraku jednou z hlavních příčin zrakového postižení u dětí ve vyspělých zemích, tak stále zůstává nedostatečně definované, což ovlivňuje poskytování odborné péče a podpory pro jedince s CVI. Kvůli těmto nejasnostem, ohledně kortikálního poškození zraku, jsou služby a instituce zaměřené na osoby se zrakovým postižením často nedostačující. Současná definice zrakového postižení a slepoty se totiž opírají o měření zrakové ostrosti a zorného pole, které nezohledňují korové zrakové postižení. Kortikální poškození

zraku je charakterizováno zrakovou dysfunkcí vyššího řádu způsobenou poškozením zrakových drah a mozkových struktur, které jsou odpovědné za zpracování vizuálních informací. Proto je třeba upravit definici zrakového postižení tak, aby byly zohledněny i osoby s mozkovým postižením zraku (Kran et al., 2019). Autorka Roman-Lantzy (2019) potvrzuje tuto skutečnost a uvádí, že CVI, ačkoli je jedno z nejčastějších příčin zrakového postižení u dětí v zemích prvního světa, je stále nedostatečně hlášeno, diagnostikováno a léčeno.

1.3.1 Příznaky CVI

Prvním signálem, který naznačuje možnost kortikálního poškození zraku u dítěte, je jeho vzhled. Typickými znaky jsou prázdný výraz v obličeji a plynulé, avšak neúčelné pohyby očí. Důležité je zmínit, že děti s CVI nepůsobí jako slepé. Často se také u nich může vyskytnout nystagmus, který se projevuje rychlými, nekontrolovanými a horizontálními pohyby očí (Tallent et al., 2012).

Na základě ostatních popisů příznaků CVI, které uvádí Květoňová (2007) je můžeme shrnout do několika následujících bodů:

1. Proměnlivé používání zraku, které se projevuje nejen mezi jednotlivými dny, ale i v krátkodobém měřítku, z hodiny na hodinu.
2. Zraková pozornost a reakce na vnější podmínky jsou ovlivněny faktory, jako je hlučné prostředí, silná stimulace a celkový zdravotní stav dítěte.
3. Nedostatek zrakové zvědavosti, zejména u kojenců a batolat, což se projevuje malou snahou prozkoumávat okolí.
4. Potíže s rozpoznáváním předmětů, problémy s prostorovým viděním a nízká představivost ohledně prostoru a vzdálenosti.
5. Obtížnosti s chápáním kontextu, předmětů a jejich použití, zejména v cizím prostředí a při manipulaci s podobnými předměty.
6. Omezená spontánní zraková aktivita a vzácná je i autostimulace.

Autorka Roman – Lantzy (2019) doplňuje další možné příznaky CVI:

1. **Obtíže s pohledem do dálky:** Děti s CVI mohou mít obtíže s viděním známých předmětů na větší vzdálenost.
2. **Zhoršený mrkací reflex:** CVI může ovlivnit zrakové reflexy, včetně mrkacího reflexu, který se mění v reakci na blížící se objekty.
3. **Preference známých předmětů:** Děti s CVI často preferují prohlížení, rozlišování a rozpoznávání známých předmětů.

4. **Neschopnost dívat se na předmět a dotýkat se ho současně:** Koordinace mezi zrakovými a motorickými dovednostmi může být problematická, což může dětem s CVI komplikovat schopnost současně se dívat na předmět a dotýkat se ho.

1.3.2 Etiologie CVI

U kortikální postižení zraku je důležité si uvědomit, že přesná příčina se může u jednotlivých osob lišit a v některých případech může zůstat neurčena (Roman – Lantzy, 2019). Následující Tabulka 1 poskytuje přehled etiologických faktorů, které mohou vést ke vzniku CVI.

Tabulka 1: Přehled hlavních příčin vedoucích ke vzniku CVI.

Příčiny	Popis
Cévní mozková příhoda (CMP)	Cévní mozková příhoda v dětství vedoucí k CVI nebo novorozenecká mozková příhoda, k níž dochází při prasknutí krevních kapilár v mozku nebo při zablokování průtoku krve.
Infekce	Infekce centrálního nervového systému, jako jsou TORCH, meningitida a streptokok skupiny B.
Strukturální abnormality	Dandy – Walkerův syndrom, primární mikrocefalie, hydrocefalus a lissencefalie.
Metabolické potíže	Těžká hypoglykémie, kernikterus, hyperbilirubinémie a mitochondriální poruchy.
Získané onemocnění	Hypoxie, dětské infekce (např. meningitida a encefalitida) či nádor.

Zdroj dat: Roman – Lantzy (2019, s. 75-77).

1.3.3 Diagnostika CVI

Autorka Roman – Lantzy (2019) považuje u vyšetření za klíčové odlišit CVI od ostatních zrakových vad a pochopit, že vidění dítěte se může v průběhu dne měnit v důsledku změn v prostředí, nikoliv v důsledku neurologického stavu. Hodnocení by mělo zohlednit také schopnost dítěte vidět a přiřkládat význam předmětům pomocí periferního vidění (tamtéž). Květoňová (2007) uvádí postup oftalmologického vyšetření CVI, kde se se zaměřujeme především na důkladnou analýzu stavby oka a zakončení zrakového nervu. Specializované metody pak zahrnují hodnocení zrakových reflexů, jako je obranné mrknutí, fixace na světlo, pohyby očí i hlavy a měření zrakové ostrosti. Během vyšetření se odborník zaměřuje na pozornost dítěte, zejména při pohledu na komplexnější obrázky, například pomocí mřížkových karet. Následně probíhá neurologické vyšetření, které zahrnuje metody jako EEG (elektroencefalografie), CT (počítačová tomografie), VEPM (mapování vizuálních vyvolaných potenciálů) a MRI (magnetická rezonance) (tamtéž).

Moravcová (2004) popsal specifický postup při diagnostice CVI. Zmínuje tři diagnostické materiály, které jsou často využívány v Centru zrakových vad v Motole. Patří mezi ně materiál Ley Hyvärinen, materiál Natalie Barraga a třetí je materiál určený pro Light box. Materiál Ley Havärinen, zahrnuje několik následujících diagnostických prvků (tamtéž):

1. Heidi Contrast Facial Expressions: Karty s tváří děvčátka s různým výrazem a kontrastem. Testuje schopnost najít shodný výraz tváře v různém kontrastu nebo vyloučit rozdílný výraz ve stejném kontrastu.
2. PV Rectangles: Obsahuje čtyři sady tvarů s obdélníky různé velikosti a kontrastu. Porovnává haptické, kinestetické a zrakové vnímání, včetně přiřazení stejného tvaru a sestavení obrazce z tvarů s různým kontrastem.
3. PV Orientation Mailbox: Modrý kruh s obdélníkovým otvorem symbolizuje poštovní schránku, bílý čtverec dopis. Testuje schopnost vizuomotorické koordinace, přičemž otvor lze nastavit horizontálně, vertikálně nebo diagonálně. Vložení bílého čtverce symbolizující dopis, může být pro dítě s určitým typem CVI velmi náročný úkol.
4. Lea Puzzle 3D: Oboustranná základní deska s otvory ve tvaru 4 optotypů a čtyřmi oboustrannými trojrozměrnými optotypy. Testuje rozpoznání tvaru, preferenci barev, vizuomotorickou koordinaci a orientaci v mikroprostoru.
5. Lea Gratings: Test preferenčního vidění, zjišťuje preferenci zrakového stimulu v podobě pruhované plochy proti neutrální šedé. Výhodou je prezentace stimulu, které se pohybují v linii horizontální i vertikální.

Moravcová (2004) dále také uvádí konkrétní prvky u zbývajících dvou využívaných materiálů k diagnostice. Materiál Natalie Barraga, nazývaný „*Program to Develop Efficiency in Visual Functioning*“, slouží k diagnostice a rozvoji různých aspektů zrakových funkcí, včetně analýzy a syntézy zrakového vjemu, vizuomotorické koordinace, zrakové diferenciaci, vnímání barev a kontrastu figury proti pozadí. Materiál k Light Boxu je určen k zrakové stimulaci, reedukaci zraku, ale lze ho úspěšně využít i při diagnostice CVI. Umožňuje analýzu a syntézu zrakového vjemu, diferenciaci, vizuomotorickou koordinaci, vnímání kontrastu a barev nebo vyvolávání optokinetického nystagmu. Zvláště u malých pacientů, jako jsou kojenci a děti v předřevém období s vrozeným nebo získaným kortikálním postižením zraku, nachází materiál k Light Boxu široké uplatnění.

Autorka Roman – Lantzy (2019) nabízí pro srovnání postup při diagnostice CVI ve Spojených státech amerických, kde během hodnocení tým odborníků včetně oftalmologů

a neurologů posoudí deset charakteristik spojených s CVI. Mezi 10 charakteristik, dle kterých se také určuje výsledná diagnóza, řadíme například preferenci barev, zrakovou latenci či obtíže se zrakovou komplexností. Tyto charakteristiky se sledují prostřednictvím různých aktivit a testů, včetně hodnocení zorného pole, úkolů zaměřených na sledování zraku a reakcí na zrakové podněty. Dále autorka (tamtéž) uvádí, že vyšetření zahrnuje důkladný průzkum zdravotní anamnézy, vyšetření zrakové ostrosti a v neposlední řadě posouzení zrakového chování a reakcí.

Závěrem Moravcová (2004) k diagnostice CVI dodává, že se jedná o časově náročné vyšetření, kde je klíčové akceptovat únavu pacienta a vyhradit si pro tento proces dostatek času. I když se výsledky vyšetření zrakové ostrosti blíží k normě, tak pacient může stále mít problémy s rozpoznáváním tvarů a čtením textu. V takových případech je důležité kompenzovat zrak pomocí hmatu a sluchu. Pro děti s tímto problémem a zachovaným hmatem je ideální zahájit výuku čtení a psaní pomocí Braillova písma. Po určené diagnóze by mělo následovat vypracování plánu stimulace zraku u malých dětí nebo reedukace zraku u starších osob. Kromě toho je nutné poskytnout konkrétní doporučení ohledně využití zraku a jiných smyslů k edukativním účelům. To může zahrnovat volbu vhodného písma, správnou vzdálenost mezi písmeny a slovy, správnou vzdálenost řádků a další upřesňující informace, jako je zvýraznění rámečkem nebo izolace okénkem pro lepší kontrast (tamtéž).

1.3.4 Orientace a mobilita u dětí s CVI

Roman – Lantzy (2019) orientaci popisuje jako schopnost vytvořit a udržet si povědomí o své poloze. Naopak mobilitu definuje jako bezpečný a efektivní pohyb v prostoru. Učit jedince s CVI orientaci a mobilitu je klíčovým faktorem pro rozvoj schopností a dovedností. Pokud osoby s kortikálním poškozením zraku zvládají orientaci v prostoru samostatně, zlepšuje to jejich schopnost si plně uvědomovat a účastnit se života ve svém prostředí a škole (tamtéž). Autoři Tallent et al. (2012) popisují možné příznaky související s mobilitou, z nichž některé mohou být pozorovány u dětí s CVI. Zmiňují, že tyto děti mohou mít lepší vidění při jízdě autem, avšak současně se potýkají s problémy ve vnímání hloubky a nedostatkem přesného dosahu. Také mají obtíže s odhadem vzdálenosti a prostorovou orientací. Dítě s kortikálním postižením zraku se často dokáže vyhýbat překážkám, ale na druhou stranu není schopno efektivně využívat zrak pro práci zblízka (tamtéž). Demchak et al. (2003) nabízí několik užitečných postřehů, jak zlepšit orientaci a celkovou mobilitu jedinců s CVI ve známém prostředí:

1. Říkat, co má hledat a kam se má dívat.

2. Předměty by měly být ve velkých rozestupech.
3. Používat barvu jako pomoc při identifikaci předmětů nebo tvarů.
4. Využívat dobře známe předměty.
5. Držet objekty při prohlížení blízko očí.
6. Střídat pozornost na jeden objekt vs. na skupinu objektů.
7. Preferovat předměty na jednoduchém pozadí a spojit je s pohybem i zvukem.

1.3.5 Komunikace a řeč u dětí s CVI

Komunikace a řeč jsou klíčové pro interakci s okolním světem, avšak schopnost používat jazyk nemají děti vrozenou a musí se jí postupně naučit. Tento proces závisí nejen na mluvidlech, ale především na fungování mozku, který úzce souvisí s vnímáním, představivostí a myšlením. Ztráta zraku má vliv na tyto procesy, což se odráží i v řeči. Pro osoby s těžkým zrakovým postižením má řeč ještě větší význam, neboť plní i funkci kompenzace, a tudíž nahrazuje informace, které nemohou získat jinými smysly. To zahrnuje popisy předmětů, které nemohou vnímat hmatem. Rozvoj řečových schopností je tedy zásadní, a to zejména při výchově dětí se zrakovým postižením. U těchto dětí dochází téměř vždy k opožděnému vývoji řeči. V předškolním věku se snaží rozšířit svou slovní zásobu a správně vyslovovat slova, přičemž napodobování hraje klíčovou roli. Avšak i přes tento proces může docházet k chybné výslovnosti a rozlišování například hlásek M a N se kterými děti intaktní ve většině případů nemají problém (Kochová a Schaeferová, 2015). Roman – Lantzy (2019) představuje konkrétní strategie pro výuku slov dětí s kortikálním postižením zraku. Děti s CVI se učí slova pomocí specializovaných přístupů, které zohledňují jejich individuální zrakové schopnosti a povahové rysy. Autorka (tamtéž) popisuje následující metody, které jsou navrženy tak, aby řešily specifické potřeby či problémy dětí s CVI a zohledňovaly jejich potíže se zrakovým zpracováním a také dopad obtíží spojených s CVI na čtení či psaní:

1. Předkládání barevně vyznačených slovíček v krátkých frázích, přičemž dospělý frázi přečte.
2. Použití multisenzorického přístupu k výuce a posilování čtení. Například Ortonovy-Gillinghamovy metody, která rozděluje prvky čtení a pravopisu na dílčí části.
3. Výuka fonemického vědomí (schopnost rozpoznávat, rozlišovat a manipulovat s fonémy v jazyce), která pomáhá jedincům s CVI rozpoznat zvuky, které tvoří písmena abecedy, přestože nejsou schopni samostatně identifikovat jednotlivá písmena podle názvu.

4. Předtím než se děti naučí zapamatovat všechna písmena abecedy, je důležité se začít seznamovat s jednotlivými slovy. Tento přístup je zaměřen na pochopení mechanismu učení čtení, a to zejména ve spojení s oblastmi typickými pro CVI, které ovlivňují vnímání a zpracování vizuálních informací. Tímto způsobem se rozvíjí jazykové dovednosti a porozumění konceptům, což je zásadní pro celkový rozvoj dítěte.

1.3.6 Možnosti intervence a terapie u dětí s CVI

Kochová a Scheferová (2015) zdůrazňují význam zahájení intervence u dětí se zrakovým postižením již v raném věku. Důvodem je, že zrak není po narození plně vyvinut a lze jeho vývoj v prvních letech života dítěte podpořit nejvíce.

Od okamžiku zjištění zrakové vady u dítěte může rodina oslovit v první řadě ranou péči, která rodinu provází nejdéle do sedmi let věku dítěte (tamtéž). Jedná se o terénní službu, což znamená, že poradci pravidelně navštěvují rodiny v jejich domovech. Zde poradci poskytují podporu v rozvoji dítěte prostřednictvím hraček a aktivit, informují rodiče o jejich právech či nárocích nebo jim poskytují psychickou podporu a poradenství při zvládnání obtížných situací. Služba je bezplatná, dostupná po celé České republice a je individuálně přizpůsobena potřebám každé rodiny (tamtéž). Boster et al. (2021) uvádějí, že zásadní roli při podpoře u dětí s CVI mohou také sehrát technologie augmentativní a alternativní komunikace, známé pod zkratkou AAK. Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) označuje soubor nástrojů, strategií a technik, které pomáhají osobám s různým postižením ve vyjádření. Tyto nástroje jsou navrženy tak, aby doplňovaly nebo nahrazovaly přirozenou řeč u jedinců, kteří mají potíže s verbální komunikací, a umožňovaly jim efektivně komunikovat, vyjadřovat své potřeby, myšlenky a pocity. Autoři (tamtéž) dodávají, že technologie AAK mohou být přizpůsobeny tak, aby pomáhaly dětem s kortikálním poškozením zraku zlepšit jejich schopnost vidění a komunikace. Tyto nástroje mohou mít snadno ovladatelná rozhraní, funkce, které reagují na pohyby nebo zvuky, a možnost pracovat i s hlasovými vstupy, což odpovídá specifickým potřebám těchto dětí. Cílem je přizpůsobit tyto technologie tak, aby co nejlépe vyhovovaly schopnostem a potřebám dětí s CVI a usnadnily jim komunikaci prostřednictvím moderních nástrojů. Podle Tallent et al. (2012) je nejúčinnější intervenční strategií pozorovat konkrétní preference a reakce dítěte s CVI a podle nich jej podporovat. Jako příklad uvádějí následující postupy:

1. Sledovat zájmy a preference dítěte při výběru materiálů a aktivit. Přizpůsobit se tomu, co je pro ně vizuálně a kognitivně zajímavé. Pokud určité materiály nejsou motivující je vhodné vyzkoušet jiné.
2. Pozorovat a přizpůsobit se. Sledovat reakce dítěte na úpravy prostředí. Zjistit, zda snížení rušivých vlivů, použití konkrétních barev, začlenění pohybů nebo úpravy osvětlení zlepšují jejich vizuální zapojení.
3. Začlenit vidění do každodenního života. Používat oblíbené barvy (např. červenou) v každodenních objektech, jako jsou talíře nebo láhve a podporovat ostatní terapie, aby tuto barvu začlenili do svého oděvu během terapií. Pokud je červená oblíbenou barvou dítěte, je vhodné začlenit červené objekty do různých aktivit či věcí, například během jídla nebo v blízkosti běžných míst, jako je stůl na přebalování nebo autosedačka.

Dále (tamtéž) uvádějí, že adekvátní podporu pro dítě mohou zahrnovat i jiné než zrakové terapie. Pro rodiče i jejich dítě s CVI může být prospěšná například také ergoterapie, fyzioterapie, logopedie a dle potřeby i pravidelná návštěva psychologa. Následující odstavec se zaměří na jednotlivé terapie a jejich stručný popis.

Zraková terapie, též známá pod anglickým pojmem „*Low vision therapy*“, představuje soubor cvičení, speciálních metod, rehabilitační a kompenzační pomůcky, které vedou ke zlepšení využití maximálního zrakového potenciálu jedince. Zrakovou terapii v České republice ve většině případů vykonává speciální pedagog – oftalmoped. Ve školství je žákům se zrakovým postižením poskytována terapie zraku v rámci vyučování za pomoci využití neoptických i optických pomůcek. Mezi neoptické pomůcky řadíme například zvětšené texty, osvětlení, speciální nábytek či upravené učebnice. Brýle, lupy a hyperokuláry jsou pak pomůckami optickými. Velmi důležitou roli v oblasti zrakové terapie zastává v České republice Centrum zrakových vad, což je jediné zdravotnické zařízení komplexní rehabilitace osob se zrakovým postižením u nás (Moravcová, 2004).

Kováčová (2014) popisuje **ergoterapii** jako terapeutický přístup, který se zaměřuje na podporu jednotlivců v dosažení samostatnosti a nezávislosti ve všech oblastech života. Ergoterapii využívá různé činnosti nebo zaměstnání k podpoře kvality života a zlepšení schopnosti vykonávat denní aktivity. Autorka (tamtéž) v této souvislosti vymezuje cíle u ergoterapie jako takové a u ergoterapie v raném a předškolním věku. Všeobecným cílem ergoterapie je pomoci každému jednotlivci bez ohledu na věk, pohlaví či zdravotní postižení, přičemž záměrem ergoterapie je rozvíjet osobnost klienta a podpořit jeho dovednosti potřebné

pro fungování v každodenním životě a v společnosti. U rané ergoterapie je cílem dosáhnout co nejoptimálnějšího stavu dítěte během vývoje tak, aby dosáhlo co největší míry samostatnosti (tamtéž). Autorka (Kováčová, 2014) uvádí, že ergoterapie poskytuje dětem se zrakovým postižením nezbytnou podporu v jejich každodenním životě. Cílem ergoterapie u dětí se zrakovým postižením je nejenom zvýšit jejich míru samostatnosti, ale také rozvíjet dovednosti, jako jsou udržení stability těla, koordinace pohybů či orientace v prostoru. Mimo jiné se ergoterapie zaměřuje i na maximální využití zbytku zraku při rozlišování vizuálních prvků jako jsou například barvy či tvary nebo při sledování toho, co se děje kolem v daném prostoru. Dále autorka (tamtéž) upozorňuje, že ergoterapeutické cíle se mohou lišit v závislosti na typu a míře zrakového postižení.

Kociová et al. (2022) definují **fyzioterapii** jako zdravotnickou profesi s odbornými znalostmi a dovednostmi v oblasti cíleného cvičení a pohybu. Fyzioterapie poskytuje intervenci jednotlivcům i populacím, kde pohyb a funkce jsou ohroženy nemocí, stárnutím, zraněním, bolestí, postižením či enviromentálními faktory. Dle autorky (tamtéž) jsou pro děti v předškolním věku nejvhodnější cvičení v podobě her a zábavy, kde děti trénují základní motorické dovednosti.

Autoři Klenková et al. (2012) **logopedii** v moderním chápání vymezují jako vědu zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska jejich příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie a prevence. Definování pojmu narušená komunikační schopnost je velmi nesnadné, komplikované a již samotné určení kdy se jedná o normu a kdy už můžeme hovořit o narušení je náročným procesem (Klenková, 2006). Lechta (2011, s. 51) uvádí, že: *„o narušené komunikační schopnosti hovoříme tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně.“* U dítěte se zrakovým postižením pak hovoříme o symptomatických poruchách řeči (tamtéž). Autor (tamtéž) vysvětluje, že zrak se podílí na vývoji řeči asi z 30 %. Logoped u těchto dětí provádí logopedickou intervenci, což je specifická aktivita jejímž cílem je identifikovat, eliminovat, překonat či alespoň zmírnit narušenou komunikační schopnost. Cílem je také předejít tomuto narušení čemuž se říká logopedická prevence (Klenková et al. 2012). Dále Lechta (2011) nabízí přehled logopedických pomůcek, které může logoped využít při práci s dítětem se zrakovým postižením. Vhodnou pomůckou může být u dětí raného věku například magnetofon či hračky, které při manipulaci vydávají různé zvuky. Lze použít i sondy nebo podobné mechanické pomůcky, ale je nutné dítě se zrakovým postižením na užití těchto pomůcek nejdříve upozornit (tamtéž).

Dozvěděli jsme se se, že důležitou součástí rozvoje dítěte se zrakovým postižením je raná péče či terapie různého zaměření. V následující kapitole zmíníme další neoddelitelnou část raného dětství, a to předškolní vzdělávání.

2 Předškolní vzdělávání dětí se zrakovým postižením

V druhé kapitole se pokusíme představit předškolní vzdělávání dětí se zrakovým postižením. Nejprve stručně popíšeme některé funkce mateřské školy a také výzvy, které děti se zrakovým postižením mohou v tomto prostředí potkat. Pokusíme se shrnout možnosti vzdělávání pro tyto děti v České republice a zároveň si vymežíme různé typy mateřských škol. Dále se budeme věnovat heterogenním třídám či nezbytné úpravě prostředí, která dětem se zrakovým postižením usnadňuje pobyt v předškolních zařízeních.

Ve většině případů navštěvují děti mateřskou školu (dále MŠ) od tří let do šesti let nebo alespoň minimálně jeden rok před nástupem do první třídy. Rodiče dítěte se zrakovým postižením stojí před nelehkou volbou výběru z různých variant předškolního vzdělávání. Vstup dítěte do mateřské školy je velkou změnou jak pro dítě, tak i pro jeho rodinu. Dítě si postupně zvyká na kolektiv jiných dětí či nový denní režim. Proto je v nových situacích důležité dát dětem, pedagogům a rodičům čas, aby si nechali odborně poradit a postupně se mohli adaptovat. Vzdělávání v kvalitní mateřské škole může mít na dítě se zrakovým postižením dlouhodobý pozitivní dopad v mnoha ohledech (srov. Kochová a Schaeferová, 2015; Balunová et al., 2001).

Mateřská škola plní funkci pedagogickou, diagnostickou, sociální a velmi podstatnou propedeutickou roli. Propedeutická funkce má za úkol připravit žáka se zrakovým postižením na vstup do základní školy. Diagnostická funkce mateřské školy pak zahrnuje stálé sledování zrakových možností dítěte. Dále by děti měly v mateřské škole rozvíjet dovednosti samostatného pohybu a posilovat klíčové oblasti, jako jsou smyslové, mravní, tělesné a rozumové schopnosti. Přičemž individuální přístup ke každému dítěti v mateřské škole je klíčovým faktorem pro rozvoj zmíněných dovedností (srov. Balunová et al., 2001; Finková et al., 2012; Ludíková 1990).

V předškolním období je pro děti se zrakovým postižením klíčové rozvíjet zejména zrakové funkce, kde patří vnímání plochy, orientace na ploše, vnímání barev či rozlišování barev. Dále je podstatný rozvoj sluchového i hmatového vnímání, čichu, chuti, komunikačních schopností či rozvoj estetického vnímání. Nesmíme opomenout ani nácvik orientace, mobility a sebeobsluhy (Lechta et al., 2016).

Michalík et al. (2014) řadí mezi největší problémy vzdělávání předškoláků se zrakovým postižením omezenou schopnost vnímat zrakem. Konkrétně v předškolního věku je u těchto dětí velkým problémem komunikace s vrstevníky a obtížné je také zrakovou vadu u dětí vůbec

odhalit. Dítě totiž v tomto věku ještě neví, jak má jeho zrak fungovat a nedokáže svůj handicap popsat. Řešením může být screening zrakových vad v mateřských školách, který je nabízen odborníky (tamtéž).

2.1 Možnosti předškolního vzdělávání dětí se zrakovým postižením

Autoři Finková et al. (2012) uvádí, že v České republice se děti se zrakovým postižením vzdělávají v **mateřských školách běžného typu** či v **mateřských školách zřízených pro děti se zdravotním postižením**. Kochová a Schaeferová (2015) zmiňují i možnost vzdělávání v **jiném typu předškolního zařízení**, kde spadají mateřská centra či alternativní mateřské školy. Mezi alternativní mateřské školy patří například lesní školka nebo Montessori mateřská škola (tamtéž).

V současné době se vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (dále SVP) v běžných mateřských školách realizuje formou inkluze (Zilcher a Svoboda, 2019). Finková et al. (2012) uvádějí, že předchozí přístup k vzdělávání těchto dětí v České republice donedávna probíhal formou integrace.

Pro celkové uplatňování inkluzivního vzdělávacího přístupu v České republice byla průlomová: „*Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2016 Sb.*“ (Zilcher a Svoboda, 2019, s. 65). K inkluzi přispěla i novela *školského zákona č. 561/2004 Sb.* z roku 2015, kde se konkrétně jedná o § 16 (tamtéž). Tato novela nedefinuje žáky se speciálními vzdělávacími potřebami dle přítomnosti znevýhodnění či postižení, ale na základě potřeby poskytování podpurných opatření při naplňování jejich vzdělávacích potřeb (561/2004 Sb., § 16). Zilcher a Svoboda (2019) uvádějí několik bodů Vyhlášky č. 27/2016 Sb., které naznačují inkluzivní přístup vzdělávání v českém školství. Například je možné zřizování škol či tříd ve školách, skupin a jiných zařízení pro žáky s různými typy postižení, což otevírá prostor pro komplexní podporu v rámci vzdělávacího procesu. Další významnou změnou je nové pojetí role asistenta pedagoga, který má za úkol poskytovat podporu pedagogickým pracovníkům při vzdělávání žáků a umožňuje tak efektivnější využití jeho funkce ve prospěch celé třídy. Tyto změny představují průlom směrem k inkluzivnímu vzdělávání a zdůrazňují potřebu individuálního přístupu ke vzdělávání žáků se speciálními potřebami (tamtéž).

Vzdělávání v mateřských školách podle § 16 odst. 9 školského zákona vychází z běžného školního vzdělávacího programu, který je upraven pro děti se zdravotním postižením. Tento typ mateřských škol byl dříve ve většině případů jedinou možností vzdělávání dětí se zrakovým

handicapem (Kochová a Schaeferová, 2015). Výhodu vzdělávání v tomto typu mateřských škol je upravený program s důrazem na speciální oblasti výuky, jako je orientace v prostoru a rozvoj hmatové i sluchového vnímání. Mezi další přednosti můžeme zařadit přítomnost odborníků a specialistů jako je logoped nebo zrakový terapeut. V mateřských školách pro děti se SVP je ve většině případů širší dostupnost technických a materiálních pomůcek pro jejich celkový rozvoj. Výhodou může být i psychická stránka věci, kdy má dítě možnost identifikovat se s vrstevníky se stejným typem postižení (srov. Kochová a Schaeferová, 2015; Finková et al., 2012). Na druhou stranu může být pro rodiče a jejich dítě s postižením problematická vzdálenost mateřské školy podle § 16 odst. 9 školského zákona, jelikož je jich mnohem méně než škol běžných (Kochová a Schaeferová, 2015). Mezi další nevýhody můžeme zařadit segregaci dětí se zrakovým postižením od dětí intaktních, přičemž může v pozdějším věku nastat nedostatečná schopnost celkového fungování v intaktní společnosti (Finková et al., 2007).

2.2 Heterogenní třídy

Michalík et al. (2014) uvádí, že heterogenita neboli rozdílnost je přirozenou součástí naší společnosti. K hodnocení rozdílnosti můžeme použít různé aspekty jako je například pohlaví, věk, temperament, mateřský jazyk, intelektové schopnosti apod. Pro předškoláky se speciálními vzdělávacími potřebami je v tomto kontextu důležité, aby si uvědomili že jejich identita je složitá a neomezuje se pouze na sociální nebo zdravotní aspekty. Děti se zdravotním postižením by měli vnímat svou identitu v celé její rozmanitosti a neklást důraz pouze na určité postižení nebo znevýhodnění. Takto by se na individualitu dětí měli dívat i jejich učitelé (tamtéž). Syslová et al. (2022, s. 10) uvádí, že *„heterogenní třída je ta, ve které jsou děti různého vývoje a věku společně.“* Pro rozvoj dítěte se zrakovým postižením je zásadní interakce s dětmi intaktními nebo se žáky různé vývojové úrovně. Obě tyto skupiny se od sebe navzájem učí a děti se speciálními vzdělávacími potřebami se lépe dokážou zapojit do složitějších her či jiných činností (Syslová, 2022). Mezi nevýhody heterogenních mateřských škol řadí pedagogové nejčastěji náročnost přípravy na výuku. U homogenního prostředí mohou volit podobné aktivity a nemusí je přizpůsobovat každému individuálně. Pedagog v heterogenní třídě pak musí být velice flexibilní a přizpůsobivý (tamtéž).

Opakem heterogenní třídy je třída homogenní. Je to takové prostředí, kde jsou žáci zařazováni na základě určitých kritérií jako je učební tempo, schopnosti dítěte nebo inteligenční úroveň. Složení dětí ve třídě je pak v určitém ohledu velice podobné na rozdíl od heterogenních tříd (Průcha et al., 2013).

2.3 Úprava prostředí a zraková hygiena v mateřské škole

Dítěti se zrakovým postižením v předškolním věku se v tomto období otevírá širší pole pohybu a také možnost poznávání světa kolem nich. Při nástupu do mateřské školy se děti zařadí do kolektivu svých vrstevníků. Proto je klíčové, aby se naučily komunikovat a pohybovat se jak ve skupině, tak i samostatně. Pak budou moci být plnohodnotnými účastníky všech her a aktivit (Finková et al., 2007). V mateřských školách děti tráví podstatnou část svého dne. A aby se mohly plnohodnotně zapojit do všech činností je důležitá úprava podmínek (Finková et al., 2012).

Kroupová et al. (2016) uvádí následující projevy dětí se zrakovým postižením. Tyto projevy jsou hlavními ukazateli, že by mělo dojít k úpravě prostředí:

1. Dítě má špatný odhad vzdálenosti překážky. Neodhadne její velikost, vzdálenost, hloubku nebo na překážku reaguje se zpožděním.
2. Pro dítě je obtížná orientace v prostoru pomocí zraku. Místo toho se spoléhá na své ostatní smysly, aby se v prostředí zorientoval.
3. Reaguje neobvykle na různé světelné podmínky. Projevuje se u něj světlolachost a šeroslepost.
4. Dítě má kombinované postižení, přičemž jedno z nich je právě postižení zrakové.

Správná úprava školního prostředí může mít velice pozitivní vliv na dítě se zrakovým postižením v mnoha aspektech. Vede dítě například k větší samostatnosti při práci nebo snižuje jeho zrakovou únavu. Je-li úprava prostředí efektivní, tak se dítě může začít rozvíjet i v samostatném pohybu, což vede k omezení závislosti na druhé osobě. Všechny tyto věci pak směřují k úspěšné adaptaci předškoláka v mateřské škole (Kroupová et al., 2016).

U dítěte se zrakovým postižením se zaměřujeme zejména na úpravu makroprostoru a mikroprostoru (srov. Lechta et al., 2016; Kroupová et al., 2016). Lechta et al. (2016) orientaci v makroprostoru popisuje jako schopnost předškoláka samostatného pohybu ve třídě, v budově školy a v jejím okolí. Nácvik orientace v makroprostoru spočívá v seznámení dítěte s novým prostředím. Seznamujeme jej, kde se ve třídě nachází nábytek, umyvadlo, stůl, okna, skříně či dveře. Poté přejdeme na ostatní části budovy jako je toaleta, jídelna nebo šatna. Mikroprostorem je myšlena schopnost předškoláka orientovat se na malém prostoru jako je obrázek, pracovní stůl, nástěnka, či rozeznání pojmů „nahore“, „dole“ (Lechta et al., 2016). V následujícím odstavci si představíme již některé konkrétní úpravy.

Vhodné je do úprav zařadit kontrastní barvy a materiály pro označení možných překážek. Můžeme označit schody, vypínače, kliky nebo pracovní plochu dítěte. Dále můžeme využít ve školní budově barevné stopy sloužící dítěti jako vodící linie. Mezi potřebné úpravy se řadí zlepšení světelných podmínek. K úpravám světelných podmínek pracovního místa využíváme například lampičky nebo bodové svítidly. Jestliže je nutné regulovat sluneční svit ve třídě využijeme žaluzie, závěsy nebo jiná stínidla (Kroupová et al., 2021). Dítěti se zrakovým postižením měla být umožněna jednoduchá orientace v prostředí mateřské školy a celkově vytvořeny odpovídající podmínky, které přihlíží k jeho individuálním potřebám (tamtéž).

Klíčovým principem v rámci výchovy i vzdělávání dětí se zrakovým postižením je dodržování **zrakové hygieny** (Růžičková et al., 2016). Zrakovou hygienu můžeme vymezit jako „*soubor principů práce s osobami s těžkým zrakovým postižením*“ (tamtéž, s. 86). Zásady zrakové hygieny by měly respektovat individuální úroveň zrakových funkcí každé osoby. Tyto principy práce umožňují dětem efektivně využít jejich zachované zrakové funkce, tak aby oči se oči nepřetěžovaly, ale byly chráněny. Zraková hygiena je prevencí před progresí či ztrátou zrakových funkcí (tamtéž). Mezi základní pravidla zrakové hygieny můžeme zařadit odpovídající světelné podmínky nebo správné využití kompenzačních pomůcek, materiálů a technického vybavení. Dále zde patří vhodné usazení dítěte ve třídě a pravidelné střídání činností (srov. Růžičková et al., 2016; Kroupová et al., 2016).

2.4 Shrnutí teoretické části

Hlavním cílem teoretické části bylo poskytnout ucelený přehled o zrakovém postižení a častých dětských očních vadách. Větší pozornost jsme věnovali zejména kortikálnímu poškození zraku z důvodu návaznosti na praktickou část. U CVI jsme se zabývali etiologií, příznaky, diagnostikou tohoto onemocnění a jednotlivými oblastmi jako je orientace či komunikace. V závěru jsme uvedli i možnosti intervence u dětí s kortikálním poškozením zraku.

V úvodu teoretické části jsme se zabývali zrakovým postižením a snažili jsme se čtenáři přehledně tuto problematiku vysvětlit. Zmínili jsme stručně i klasifikaci osob se zrakovým postižením a přehled základního členění. V následující podkapitole jsme představili nejčastěji se vyskytující zrakové vady u dětí dle zahraniční i české literatury. V závěru první kapitoly jsme se věnovali již zmíněnému CVI, které taktéž spadá do častých dětských zrakových vad.

V druhé kapitole jsme se zaměřili na téma Předškolní vzdělávání u dětí se zrakovým postižením. V podkapitolách jsme se věnovali zejména tomu, jaké jsou v České republice

možnosti vzdělávání či jaké funkce předškolní vzdělávání má. Zmínili jsem i fenomén heterogenních tříd, přičemž jsme se pokusili o jejich stručný popis. Závěrem jsme se věnovali nezbytným prostorovým či jiným úpravám a zrakové hygieně, jelikož tyto aspekty jsou klíčové pro úspěšnou adaptaci dítěte se zrakovým postižením.

3 Praktická část

V následujících kapitolách se zaměříme na samotný výzkum. Naším cílem je představit vybranou metodologii a stručně vysvětlit použité metody. Dále se budeme věnovat již samotné realizaci výzkumu, interpretaci výsledků a závěrečnému shrnutí výzkumného šetření.

Pro výzkum v bakalářské práci jsme zvolili kvalitativní přístup. Švaříček a Šed'ová (2007) přináší několik definic kvalitativního přístupu, které zohledňují všechny důležité charakteristiky. Ve své knize uvádí definice, které staví na metodě sběru dat, na použité metodě usuzování, na typu dat a na způsobu analýzy (tamtéž). Jedna z komplexních definic kvalitativního přístupu, která zohledňuje všechny tyto aspekty, zní: *„Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu“* (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 17).

V této části bakalářské práce se zaměřujeme na dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy, jak už vypovídá samotný název práce. Konkrétně se jedná o šestiletého chlapce. Jde o dítě s kortikálním poškozením zraku, kde je přidružená kombinovaná vývojová porucha. Práce je zpracována za pomoci případové studie. Abychom získali co největší množství potřebných dat byly využity metody jako zúčastněné pozorování či polostrukturovaný rozhovor s matkou dítěte, vedoucím pedagogem a asistentkou pedagoga v heterogenní mateřské škole. Za pomoci těchto rozhovorů jsme se snažili zmapovat nejdůležitější oblasti chlapcova života a získat vhled do jeho adaptace a fungování v heterogenním prostředí mateřské školy.

3.1 Cíl výzkumného šetření

Miovský (2006) zdůrazňuje, že za výchozí a zároveň obecný požadavek se u případové studie považuje přesně formulovaný výzkumný problém a stanovení cílů výzkumu.

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat konkrétní případ chlapce se zrakovým postižením a popsat případná rizika či výhody, které přináší heterogenní prostředí.

Dílčí cíle:

Včetně analýzy a popisu konkrétního případů jsme se rozhodli i prakticky zpracovat návrh na vylepšení prostředí mateřské školy s cílem zkvalitnit orientaci a pohyb chlapce.

3.2 Výzkumná strategie

Případová studie

Pro mé empirické šetření jsme zvolili jít cestou případové studie. Případová studie se zaměřuje na podrobnou analýzu jednoho konkrétního případu nebo několika málo případů. Na rozdíl od statistického šetření, kde shromažďujeme omezené množství dat od velkého počtu jedinců, v případové studii se soustředíme na rozsáhlý sběr dat od jednoho nebo několika mála jedinců (Hendl, 2016). Případovou studii lze rozdělit do následujících tří základních variant: jednopřípadová studie, případová studie zahrnující biografický výzkum či případová studie životních příběhů (Miovský, 2006). Konkrétně pro náš výzkum je vhodná varianta osobní případové studie, kde se jedná o podrobné zkoumání specifického aspektu u jedné osoby (Hendl, 2016).

Jednopřípadová studie je nejjednodušším příkladem případové studie (Miovský, 2006). Chrastina (2019) pak hovoří o individuální případové studii. U individuální případové studie se snažíme o sestavení celkového obrazu konkrétního případu v nejširších souvislostech. Jedná se o detailní studii jedné osoby, kde analyzujeme a zkoumáme vícero oblastí jejího života. Nejznámější formou je pak kazuistika. Cílem případové studie je zodpovězení výzkumné otázky a stanoveného cíle (Miovský, 2006).

Švaříček a Šed'ová (2007) u případové studie zmiňují i její fáze. Jako první krok uvádějí *určení výzkumného tématu a definování otázek badání*. Což v našem případě může znamenat výběr tématu pro bakalářskou práci a zvolení cílů v její praktické části. Dalším navazujícím krokem je *výběr zkoumaného případu*. Pro nás to znamenalo výběr konkrétního chlapce, kterého jsem poznala na praxích a následné oslovení zákonného zástupce i vedení školy, zda chlapec může být součástí výzkumného šetření v bakalářské práci. Třetím a klíčovým krokem je *shromažďování dat*, které jsme realizovali pomocí metod pozorování a polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Kromě toho byly zpřístupněny některé osobní dokumenty chlapce, na jejichž základě byla provedena analýza dokumentů. Ne méně důležitým krokem je *definování etických kritérií výzkumu případu*. Pro náš výzkum se jednalo o předložení informovaného souhlasu všem respondentům (viz Přílohy). Byl poskytnut dostatek času na prostudování a podpis tohoto dokumentu byl zcela na dobrovolné bázi. Respondenti byli v informovaném souhlasu obeznámeni s pořízením audionahrávky během rozhovorů a také byli ubezpečeni, že jejich osobní údaje budou zpracovávány anonymně. Proto je i skutečné jméno chlapce pozměněno na Daniel.

3.3 Metody sběru dat

3.3.1 Pozorování

Pozorování je samozřejmou součástí mnoha výzkumů kvalitativního charakteru a představuje snahu zjistit, co se doopravdy děje (Hendl, 2016). Pro náš výzkum byla konkrétně vybraná metoda zúčastněného pozorování. Tuto strategii lze nalézt v etnografickém výzkumu a také v případových studiích, které se zaměřují na podrobný popis a analýzu konkrétního jevu. Pozorovatel není pasivní, ale naopak účastní se dění v sociální situaci, navazuje osobní vztah s pozorovanými a získává data v průběhu přirozeně se rozvíjejících životních situací (Hendl, 2016). Jak ve své knize uvádějí autoři Švaříček a Šed'ová (2007) metoda pozorování je vhodná pro studium školní třídy, jelikož nenarušuje sociální interakce a edukační proces. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla použít metodu zúčastněného pozorování, abych mohla sledovat chlapce v prostředí heterogenní mateřské školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, aniž bych narušovala přirozený průběh událostí. Samotné pozorování probíhalo v rámci souvislých praxí, tudíž v celkovém počtu 6 týdnů.

3.3.2 Rozhovor

Pro případovou studii Daniela jsme se rozhodli zvolit metodu polostrukturovaného rozhovoru. Během rozhovorů s respondenty jsem, tak mohla pokládat doplňující otázky a zaměřovat pořadí pro potřeby výzkumu. Tento typ rozhovoru umožnil pokládat otázky od jednodušších po dotazy hlubšího charakteru.

Polostrukturovaný rozhovor je jednou z nejrozšířenějších forem interview³, protože kombinuje výhody nestrukturovaného a plně strukturovaného interviewu. Při použití této metody je potřeba pečlivá technická příprava. Vytváříme určité schéma, které stanovuje oblasti otázek, na které se budeme ptát účastníků. Obvykle můžeme měnit pořadí otázek a přizpůsobovat je podle potřeby, aby bylo dosaženo maximálního užitečného výstupu z interview (Miovský, 2006).

Strategie může být v průběhu interview různorodá. Některé části mohou být více flexibilní, zatímco jiné jsou striktně strukturované a vyžadují dodržení přesného pořadí otázek. V průběhu polostrukturovaného interview je také užitečné používat doplňující otázky k upřesnění a objasnění odpovědí respondentů. Tyto otázky umožňují respondentovi lépe vysvětlit své odpovědi a zajistit, že jsou interpretovány správně. Celkově je polostrukturovaný rozhovor flexibilní metodou, která umožňuje badatelům efektivně zkoumat různá témata

³ Interview: převzaté slovo z anglické jazyka, které v překladu znamená rozhovor (Gavora, 1996, s. 65)

a podrobně se věnovat otázkám vzhledem k cílům výzkumu a potřebám respondentů (tamtéž). Všechny rozhovory probíhaly formou osobního setkání. Gavora (1996) uvádí, že při osobním setkání je pravděpodobnější, že respondent projeví větší otevřenost a poskytne podrobnější informace než při použití dotazníkové metody sběru dat. Následně byly rozhovory nahrány na diktafon a pro přepis byla použita metoda doslovné transkripce. Hendl (2016) doslovnou transkripci popisuje jako proces převodu mluveného projevu z interview nebo skupinové diskuse do písemné podoby, který je časově náročný, avšak nezbytný pro detailní analýzu. Doslovná transkripce umožňuje vyzdvihnout klíčová místa, doplnit je komentářem či vytvořit seznamy a porovnávat jednotlivé části textu (Hendl, 2016).

3.3.3 Analýza dokumentů

Pod pojmem analýza dokumentů rozumíme výzkumnou metodu založenou na zkoumání již existujícího materiálu, případně materiálu vytvořeného v průběhu interakce mezi výzkumníkem a účastníky studie. Během výzkumu výzkumník obvykle nevytváří nové materiály či data pro analýzu, nýbrž pracuje s existujícím materiálem (Mioviský, 2006). Hendl (2016) dodává, že analýza dat může být jediným zdrojem studie či doplňující metodou již získaných dat pomocí pozorování a rozhovorů. V našem případě se jedná o doplňující metodu, kdy mi na základě souhlasu zákonného zástupce byly poskytnuty některé dokumenty týkající se například Danielovy zdravotní anamnézy či jeho osobní kresby.

3.4 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v období od listopadu 2022 až do ledna roku 2024. V listopadu 2022 jsem nastoupila na souvislou praxi do mateřské školy školu podle § 16 odst. 9 školského zákona. Zde mě zaujal chlapec, který se jevil jako vhodný participant do mého výzkumu vzhledem k tomu, že hlavním kritériem výběru bylo dítě se zrakovým postižením předškolního věku. Během tří týdenních praxí probíhalo zúčastněné pozorování na základě domluvy se zákonným zástupcem i s vedením školy. Další pozorování, taktéž třítýdenní, probíhalo v březnu 2023 kde jsem opět byla v přímém kontaktu s chlapcem. Rozhovory s vedoucím pedagogem a asistentem pedagoga byly zrealizovány v listopadu 2023 v prostorách mateřské školy. Rozhovor s matkou se kvůli časové vytíženosti a časté nemoci Daniela uskutečnil až na začátku ledna 2024 v místní kavárně, kde matka čekala až Danielovi skončí terapie a tím se nám konečně naskytl prostor pro realizaci rozhovoru. Ve všech třech případech byl předložen a podepsán informovaný souhlas.

3.5 Výzkumný subjekt

Volbu výzkumného subjektu či případu můžeme označit za tzv. proces vzorkování. Tímto procesem se snažíme vybrat určité osoby nebo skupiny ze studované populace. Tento postup je také označován jako provedení výběru, vzorkování nebo výběr případů, přičemž se často v české literatuře objevu nepřekládaný anglický pojem „*sampling*“ (Chrastina, 2019).

V mé případové studii dominuje Daniel, kterému bylo v 1 roce diagnostikováno kortikální poškození zraku. Daniel navštěvuje mateřskou školu podle § 16 odst. 9 školského zákona a je ve třídě s heterogenním uspořádáním, kde docházejí děti ve věku od 3 do 6 let. V mateřské škole pracují tři speciální pedagožky a jeden asistent pedagoga. Jednopřípadovou studii jsem si vybrala, protože jsem svůj výzkum zaměřila na jedince se zrakovým postižením, který se vyskytuje v prostředí dětí s různým postižením. Je tedy vhodným vzorkem pro analýzu výhod či nevýhod heterogenního prostředí pro dítě se zrakovým postižením.

3.6 Popis respondentů výzkumu

Má případová studie by se neobešla bez účasti několika respondentů, kteří jsou v přímém kontaktu s Danielem i s jeho rodinou. Pro větší přehlednost uvádím blíže informace o respondentech v následující Tabulce 2.

Tabulka 2: Přehled respondentů.

Respondent	Role respondentů	Charakteristika respondentů		
		Pohlaví	Věk	Práce s Danielem
R1	Matka dítěte	Žena	33	-
R2	Vedoucí pedagog mateřské školy	Žena	59	3 roky
R3	Asistent pedagoga	Žena	22	2 roky

Zdroj dat: Autor

3.7 Metoda analýzy dat

Jako výzkumnou metodu jsme zvolili tematickou analýzu, jejíž hlavní výhodou je pružnost. Je široce využívána v různých oblastech vědy, jako je sociální výzkum, pedagogika či aplikované vědy. Často je považována za základ pro další analýzy (Hendl, 2016). Autor

(Hendl, 2016, s. 264) definuje tematickou analýzu jako: „*proces identifikace datových vzorců, datových konfigurací a témat v kvalitativních datech.*“

Tato flexibilní technika není omezena konkrétní teorií a poskytuje komplexní pohled na data. Existuje několik způsobů, jak přistupovat k tematické analýze, a to je například způsob induktivní, deduktivní, sémantický a latentní. Mezi ostatní způsoby se řadí realistický a konstruktivní. K výhodám tematické analýzy patří flexibilita této metody, což umožňuje výzkumníkovi použít různé teorie dle potřeby. Dále je efektivní pro zpracování rozsáhlejších souborů dat a umožňuje spolupráci více výzkumníků. Interpretace získaných témat je podložena daty, což posiluje důvěryhodnost výsledků. Tato metoda je také vhodná pro výzkumné otázky, které přesahují individuální zkušenost a umožňuje induktivní tvorbu kategorií (tamtéž).

3.8 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu byly rozděleny do následující 10 oblastí na základě hlavního cíle práce. Nejprve se zabýváme Danielovou osobní a zdravotní anamnézou a poté popisujeme jednotlivé klíčové oblasti jeho života, které souvisí s jeho zrakovým postižením. Poslední 4 kategorie jsou věnované mateřské škole s heterogenním uspořádáním, kde Daniel dochází. Zmiňujeme zde proces výběru mateřské školy, výzvy spojené s heterogenním prostředím či jak se chlapec dokázal ve třídě adaptovat. Na závěr jsme se věnovali vybavenosti mateřské školy a případným provedeným úpravám prostředí v této MŠ.

3.8.1 Osobní a zdravotní anamnéza Daniela

Daniel žije v Třinci v bytě a sdílí domácnost se svou matkou, otcem a dvouletou sestrou. Před třemi lety se přestěhovali z Českého Těšína, což bylo motivováno nejen potřebou mateřské školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami, ale také přítomností prarodičů. Rodiče i sestra Daniela jsou intaktní. Gravidita matky probíhala až do 36. týdne v pořádku, kde jí oznámili výrazný pokles ozev⁴. Matka popisovala průběh těhotenství takto: „*Celou dobu to vypadalo, že bude všechno dobré a pak v 36. týdnu mi oznámili, že šly ozvy hrozně dolů, tak mě začali posílat na ultrazvuky. Víme o rodinách, kde se to včas podchytilo a ty děti jsou v pořádku. Když zjistili, že ozvy šly dolů zbývaly do porodu dva týdny*“ (R1). Co se týče samotného průběhu

⁴ Hájek et al. (2014, s. 91) vysvětluje, že vyšetření srdečních ozev nám ukazuje přítomnost srdeční akce, což slouží k určení, zda je plod živý. V minulosti jsme srdeční ozvy plodu poslouchali pomocí stetoskopu. V současné době však využíváme kapesní ultrazvukové detektory, které poskytují mnohem přesnější informace o srdeční aktivitě plodu. S dostatečnou citlivostí detektoru můžeme zaznamenat srdeční akci embrya již od 8. do 10. týdne těhotenství. V pozdějších stádiích těhotenství přikládáme ultrazvukovou sondu nebo detektor srdečních ozevů na břišní stěnu v oblastech blízkých srdečnímu svalu plodu (tamtéž).

porodu, tak dle slov matky byl velice rizikový. Porod byl vyvoláván dva dny pomocí léčiv až se nakonec přistoupilo k akutnímu císaři. APGAR skóre⁵ také nebylo po narození optimální. „Nakonec jsme skončili ve fakultce a tam si mě pozvali na vyvolávání porodů, a to už se vlastně blížilo k tomu 38 týdnu. To byl pátek a prostě celý víkend vyvolávali porod a dostala jsem asi 7 tabletek, co prostě není standart. A fakt až jako v pondělí, když už měl 70 ozvy, tak jako akutní císař se vším všudy. Prostě rizikový. A narodil se... Ale neříkám, že byl přidušený, ale měl hodně špatný to APGAR skóre. Ale my jsme byli rádi, že se narodil a vypadalo to, že je všechno dobrý nakonec. Prostě zvládli jsme to“ (R1). Situaci ještě komplikovalo, že dva dny po propuštění z nemocnice se u novorozence Daniela projevila žloutenka, což vedlo k týdenní hospitalizaci matky a dítěte. Během prvních měsíců života se chlapec také potýkal se streptokokem, a navíc bylo zjištěno, že je Daniel hypotonický. Postupně se ukázalo, že má problémy s reakcemi, sledováním a úsměvem. Oftalmologické vyšetření ukázalo, že oči jsou v pořádku. Až neurolog odhalil léze na zrakových drahách. Průběh diagnostiky a zjištění podstaty problémů trval několik měsíců, přičemž definitivní diagnóza byla stanovena kolem prvního roku života Daniela. Okolo jednoho roku bylo jasné, že se jedná kortikální poškození zraku. Kolem 5 roku byl chlapci dále diagnostikován atypický autismus a středně těžká porucha intelektu. „Protože se ukázalo že u Danika...my jsme právě do těch 3-4 let hodně řešili ty oči, ergoterapie a pak se začalo ukazovat, co jako bývá hodně u těch dětí s CVI, že to nikdy není jenom CVI, že tam prostě jako je vždycky na to navázáno něco jiného. Takže Danik má prostě střední mentální retardaci, ale jako...máme to tam napsané, ale není to jako dané. Abychom to měli nějak pojmenované a měli diagnózu, tak máme atypický autismus a tady to, že se to vlastně s tím spojilo. Protože u Danika já si jako nemyslím, že to tam je“ (R1). Když měl Daniel jeden rok, tak se rodiče rozhodli dát Daniela do dětské skupiny v místním denním stacionáři, která je určená jak pro děti intaktní, tak i pro děti s postižením. Denní stacionář nabízí množství služeb jako například zrakovou terapii, logopedii či fyzioterapii, což bylo podle rodičů hlavním kritériem proč se rozhodli pro tuto službu. Po nějakém čase zjistili, že služba neodpovídá zcela jejich představám a rozhodli se přestoupit do mateřské školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Důvodem přestupu z dětské skupiny byla neodbornost a nedostatečnost kvalifikovaného personálu. Matka to shrnuje takto: „Zároveň jsme tak po půl roce zjišťovali, že to tam jako úplně nefungovalo. Zařídili jsme mu i osobní asistentku...Oni to tam jako mají napsané, že jsou služba

⁵ Apgar skóre, které bylo vyvinuté americkou anestezioložkou Virginie Apgarovou, slouží k hodnocení prognózy novorozence okamžitě po narození na základě pěti objektivních kritérií: srdeční frekvence, dýchání, svalového napětí, výbavnosti reflexů a barvy kůže. Každá z těchto položek může být hodnocena 0, 1 nebo 2 body, což znamená, že maximální možné skóre je 10 (Sucharda a Zlatohlávek, 2015, s. 49).

pro handicapované děti...Proto jsme tam šli a že jsou i mezi zdravými dětmi, že můžeš využívat ty terapie, ale prostě to tam je jenom o těch terapiích...Ale ty vychovatelky vůbec nejsou kvalifikované, vůbec nejsou speciální pedagožky a vůbec neví co s tím mají dělat“ (R1). Ve třech letech Daniel začal navštěvovat mateřskou školu podle paragrafu 16 odst. 9 školského zákona s heterogenním uspořádáním. Příští rok by měl Daniel nastoupit na základní školu, která sídlí ve stejné budově, kde se nachází i zmíněná mateřská škola. Tato příspěvková organizace poskytuje i středoškolské vzdělání. Přestože se rodiče rozhodli pro roční odklad, jsou přesvědčeni, že základní školu bude Daniel absolvovat ve stejné budově.

Matka Daniela popisuje své upřímné pocity ohledně života s dítětem se zdravotním postižením následovně: *„To prostě čekáš, že letíš na dovolenou do Thajska, máš sbalené plavky, opalovací krém, všechno krásné a přistaneš v Grónsku. A to je přesně to stejné, když čekáš, že budeš mít to děťátko a bude to krásné všechno a narodí se ti postižené dítě. Tak jako to je přesně ono. Já mám občas pocit, že jsem pořád v Grónsku a chystala jsem se do Thajska“ (R1).*

3.8.2 Zrakové vnímání a stimulace

Zrakové vnímání Daniela je kromě kortikálního poškození zraku ovlivněno nystagmem a problémy s konvergencí⁶, přičemž zraková ostrost je na úrovni slabozrakosti. Prvními signály naznačující problémy v oblasti zraku byla chlapcova nezainteresovanost v obličejích a žádná zpětná vazba na sociální signály, jako je například úsměv. Místo toho projevoval pouze zájem o světlo a výrazné barvy. V současné době se na aplikované behaviorální terapii (dále ABA) projevilo, že Daniel vykazuje značný nepoměr kvality vidění mezi pravým a levým okem, a proto se nyní i na terapiích snaží co nejvíce stimulovat pravé oko. *„Jako prostě to levé to všechno táhne, a to pravé je taková berlička vlastně. A z toho jsme vyvodili, že on musí to pravé oko mít postižené víc, než to levé“ (R1). Také se objevují problémy s vnímáním hloubky, což se projevuje hlavně chůzí po schodech. Z rozhovorů vyplynulo, že na zrakové stimulaci se od raného věku nejvíce podílela raná péče a Oční Centrum Vidum v Opavě. Centrum Vidum dalo rodině směr, jak se zrakem Daniela pracovat a jaké pomůcky využívat. Na tomto místě zjistili obrovský zájem chlapce o barvy a na základě toho předložili rodině návrh, jak pomocí barev stimulovat zrak. Dále rodičům vysvětlili, jak pracovat s figurou a s pozadím a na jaké konkrétní barvy se zaměřit. V Centrum Vidum také terapeutka experimentovala s barveným testem, který zahrnoval použití barevné folie a postupné zakrývání jednoho oka, což potvrdilo dominanci*

⁶ Hamadová et al. (2007, s. 19) popisují konvergenci jako stav, kdy se oči při pohledu na blízké předměty stáčí k sobě.

levého oka. „Ale zároveň nás navedli do Opavy. Do Centrum Vidum. Ty si najdi. Protože tak jak je raná péče, tak jako bez nich my bychom nebyli tam kde jsme. Protože Centrum Vidum nám jako rodičům, co mají děti se zrakovým postižením...to je něco neuvěřitelného, jak oni pomáhají...Protože všichni ti doktoři nám jako řekli, co je špatně, ale nikdo nám jako nedokázal pomoci to zlepšit“ (R1). Chlapcovo zrakové vnímání je také velice proměnlivé, což je dominantním znakem CVI. Danielův zrak může ovlivnit nemoc, nálada či náhlá změna. „Takže to zjišťujeme až v průběhu tady těch věcí, když najednou začne něco drhnout. Když je nemocný, když je horečka, tak to jde okamžitě všechno do kytek. To vidíš i, že se mu rozjedou ty očička... To je jako hlavně i znak toho CVI. Ta strašná proměnlivost té kvality zraku“ (R1).

Zrakové stimulaci Daniela se věnují odborníci na ergoterapii, aplikované behaviorální terapii a samozřejmě v mateřské škole. V mateřské škole pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami považují za zrakovou stimulaci každou práci, při které je využíván zrak. Pro Daniela mají vytvořený konkrétní seznam činností sloužící ke zrakové stimulaci. Využívají aktivity jako třídění předmětů podle velikosti, tvarů a barev, překreslování a obtahování tvarů za použití měkkých tužek nebo fixů. Dále také práce s linkami jako kreslení linky, dokreslování obrázků a nalepování vystříhaných tvarů, které jsou efektivní při podpoře sledování vizuálních instrukcí a precizní motoriky. Sledování linek a tras, řešení labyrintů či kreslení geometrických tvarů rozvíjí schopnost sledování a orientace na ploše, zatímco fixace na body a překreslování a spojování bodů posiluje koncentraci a kontrolu pohybu očí. Dále vedoucí pedagog zmiňuje následující vhodné postupy: „Určitě podsvícení. Velké obrázky a předměty. Má velmi rád magnetickou stovebnici s výraznými barvami. Takže výrazné barvy no obecně. Ze začátku, když nastoupil, tak pozoroval hodně světlo stín a ty předměty si v tom točil“ (R2). Zraková stimulace a podpora zrakového vnímání Daniela probíhá i v domácím prostředí. Matka většinu času nosí výrazné líčení a veškerý nábytek či domácí doplňky se snaží mít osvětlené či výrazné. „My jsme hodně třeba řešili to, že já mám mít výrazné brýle, nehty lakované, výrazná rtěnka, šály kolem krku. Když se Danik narodil, tak já jsem nosila paruky a brýle. U nás diskokoule hrály. Si říkám, že co si museli myslet sousedi. Pak jsem zase zkoušela černé oči a úplně černou rtěnku a vypadala jsem zas jak ti Emo lidi. Dokonce i klaunský nos jsem nosila“ (R1).

3.8.3 Oblast orientace a motoriky

Daniel se při pohybu jeví jako velice opatrný až váhavý. Upřednostňuje levé oko, což ovlivňuje jeho schopnost orientace v prostoru a také se objevují potíže při vnímání hloubky a odhadu vzdálenosti. Největší potíže lze pozorovat při chůzi po schodech. „Na co musíme trošku dávat víc pozor, tak při chůzi po schodech. Danielek chodí vlastně druhým rokem na

plavání, má bazén rád. A tam je právě vidět, jak se bojí vcházet po schodech dolů, protože tam nemá ten odhad, takže ho musíme držet za ruku“ (R2). Do dálky i na blízko vidí Daniel relativně dobře, tak že se dokáže po prostoru pohybovat bezpečně.

Jemná motorika

Daniel zvládá střídání levé a pravé ruky. Manipulace s drobnými předměty je dobrá a velice rád trénuje jemnou motoriku pomocí magnetické stavebnicí. Stříhání zatím zvládá jen s dopomocí a jsou využívány terapeutické nůžky. Ráda bych v této oblasti zmínila i Danielovu úroveň kresby. Z rozhovorů i z pozorování vyplývá že malování je chlapcův největší zájem. *„Ale ráno přijde a chce hned voskovky, chce hned kreslit.“ (R2) „Když měl rok a půl a já jsem mu ukázala barvy a od té doby on je nepustil z ruky. To byla úplně láska na první pohled... Že pro mě ty obrázky jsou, že on, jakože ukazuje, jak ten svět vidí. Já jsem za to strašně ráda, že to používá.“ (R1). Chlapec konkrétně rád maluje kruhy a svislé čáry. Zvládá čáranice i hlavonožce, ale kresbu postavy zatím ne. V poslední době se u něho začala vyskytovat malba stromů, slunce a oblohy. Vodovými barvami dokáže štětcem kreslit přes celou plochu a když něco namaluje dokáže to i pojmenovat a ukázat.*

Hrubá motorika

Daniel je schopný běhu i poskoků po třídě. Na zahradě běhá z jedné strany na druhou, což vykazuje určitou schopnost koordinace a pohybové aktivity. Při chůzi po schodech s druhou osobou projevuje schopnost střídání nohou při stoupaní nahoru. Omezení v této oblasti se však objevuje při sestupu ze schodu, kde střídání nohou zatím není zvládnuto. Lezením po čtyřech Daniel opět ukazuje schopnost střídání končetin. Při pohybu po čáře chlapec projevuje dobrou orientaci, ale zatím nezvládá poskoky na jedné noze či pohyb ve směru příčných čar.

3.8.4 Oblast komunikace

Expresivní složka komunikace u Daniela prokazuje výraznější odchylky ve srovnání s jeho schopností porozumění. Chlapec preferuje vyjadřování prostřednictvím zvukových projevů, avšak zvládá i používání některých jednoduchých slov a dále používá několik znaků. V době nástupu do mateřské školy Daniel uměl několik slov, avšak tyto výrazy byly srozumitelné pouze jeho matce. Příkladem jsou jeho vlastní interpretace, kdy slovo "pastelky" vyslovoval jako "gujá", "malovat" jako "mau", "fixy" jako "hehe", "světlo" jako "u-u-u", a "jídlo" jako "a-a-a". Některé z těchto citoslovcí si Daniel uchoval a používá je dodnes. Zároveň pro vyjádření některých slov využívá dětských znaků, především pro slova "voda", "děkuji" a "prosím". *„On, když přišel, tak uměl pár slov verbálně, ale to vyloženě jen svou řečí,*

keré nikdo nerozuměl snad jenom maminka. A teď už začíná používat úplná slova. Takže v tom je určitě rozdíl...A rozumí víceméně všemu nebo víme, že rozumí“ (R2). Chlapec je hypotonický, což se projevuje permanentně otevřenou pusou a dýcháním skrze ni. I tato skutečnost má vliv na rozvoj Danielových komunikačních schopností, neboť otevřené postavení úst může ovlivňovat polohu a funkci mluvních orgánů, a tím i formování artikulace a vyjadřování slov. Heterogenní prostředí v oblasti komunikace je v určitých aspektech výhodné, protože zahrnuje děti s různými formami komunikace. Tím, že se v tomto prostředí nacházejí jak verbální děti, tak i děti s neverbální komunikací, vytváří se prostředí, kde jsou děti obklopeny nejen mluvnými vzory jako jsou pedagogové či rodiče, ale učí se i od svých vrstevníků. *„Nebo děti, které mají vadu řeči jsou poháněné těma dětma, co mluví normálně, takže mají vzor. Neustály vzor kolem sebe třeba těch verbálně mluvících“ (R2).* Daniel v mateřské škole komunikuje prostřednictvím piktogramů a fotografií, což mu značně ulehčuje jeho orientaci v denním režimu. Tato vizuální podpora mu umožňuje lépe porozumět struktuře dne, sledovat a předvídat následující aktivity. Piktogramy a fotografie fungují jako prostředek komunikace mezi ním a pedagogy, což vytváří prostředí podporující jeho participaci a zapojení v každodenním školním režimu. *„A celkem se i vzteká, když chceme po něm něco a on nechce, tak to je třeba i o vzteku...Ale když mu ještě jednou třeba ukážeme piktogram práce, tak už to je lepší ale záleží i co“ (R3).* V současné době Daniel dochází na logopedii a na přání matky pracují hlavně na expresivní složce řeči, jelikož jeho pasivní slovní zásoba je na velmi dobré úrovni. *„On rozumí hodně dobře. Takže ta pasivní řeč je jako výborná. Tam jako až kolikrát si říkám, že o něm předním nesmím mluvit v třetí osobě“ (R1).*

3.8.5 Oblast sebeobsluhy

Co se týče schopnosti sebeobsluhy u Daniela dá se říci, že je proměnlivá jako jeho schopnost zrakového vnímání. Chlapec potřebuje pomoci s oblékáním, stravováním a hygienou, včetně čištění zubů a umývání. Avšak u Daniela je rozdíl úrovně sebeobsluhy v domácím prostředí a v mateřské škole. Doma se stravuje převážně rukama, ale v mateřské škole zvládá jíst lžičkou a bez dopomoci. V mateřské škole se začal sám oblékat i svlékat, zatímco doma a v přítomnosti rodičů se bez dopomoci neoblékne. Dále chlapec nastoupil do mateřské školy, když používal plenky a nyní dokáže fungovat bez nich. V MŠ se naučil pít z hrníčku, přičemž doma pije převážně z lahvičky. U činnosti jako čištění zubů a koupání, které se provádí jen v domácím prostředí, potřebuje Daniel dopomoc fyzické osoby. Nevládne si sám pustit vodu či se utírat. Vedoucí pedagog úroveň samoobsluhy u Daniela shrnul takto: *„Samostatnější. Samostatnější ve veškeré sebeobsluze. Přišel plenkový a je už bez plenek*

a dojde si sám na záchod. Sám se nají, pije z hrníčku, a to přišel s lahvičkou. Začíná se už svlékat i oblékat, ale zase se to všechno pokazí těma prázdninami. Ale už opravdu tyhle věci zvládne sám“ (R2). V současné době se řeší i legislativní stránka této oblasti. Rodiče Daniela ve dvou letech požádali o příspěvek na péči, kde dostal druhý stupeň podpory. Od té doby se to nezměnilo. Nyní rodiče požádali o navýšení příspěvku na péči, které však bylo zamítnuto.

3.8.6 Přehled služeb a terapií

Velkou součástí Danielova života jsou terapie a služby, které pomáhají jak chlapci, tak rodině v různých směrech. Mezi první služby, kterou rodina začala využívat, patří **Společnost pro ranou péči v Ostravě**, která se zaměřuje na děti se zrakovým a kombinovaným postižením. O existenci služby jako takové se rodina dozvěděla díky rodinnému příteli, který má dítě s Downovým syndromem. Raná péče kromě toho, že rodině ukázala, jak s Danielem pracovat, tak poskytla nemalý přehled o dostupných terapiích a službách, které chlapec může využít. Také s poradkyní rané péče probírali otázku vzdělávání, kde se řešilo, zda má chlapec navštěvovat běžnou mateřskou školu či MŠ pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. I díky této skutečnosti se rodiče rozhodli pro mateřskou školu pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. „...*tady v Ostravě na zrakové a kombinované postižení. Hned jsem tam volala, a právě jsem mluvila s poradkyní, která pak s námi pracovala... Ona byla úžasná. Už tam nepracuje ale. Ona semnou prošla úplně to nejdůležitější“* (R1). Když chlapec dosáhl 1 roku začal navštěvovat **dětskou skupinu v denním stacionáři**, která je detailněji pospaná v kapitole Osobní a zdravotní anamnéza. Neurolog doporučil rodině již zmíněné **Centrum Vidum V Opavě**, kde se Danielovi věnují zrakové terapeutky. Postupně se počet terapií a služeb navýšil tím, jak se krok po kroku ukazovalo, s čím má Daniel vlastně problém. V současné době chlapec navštěvuje fyzioterapii, logopedii, ergoterapii, ABA terapii a nárazově i hipoterapii. Na **fyzioterapii** se soustředí především na to, aby chlapec zesílil a nenamáhal tělo jednostranně. **Ergoterapii** slouží chlapci k podpoře smyslového vnímání a celkovému rozvoji. Jedná se o soukromou ergoterapeutickou ambulanci Senza Space, kde chlapec mimo jiné trénuje koordinaci mezi okem a rukou či motoriku jako takovou. Rodiče se díky ergoterapii dozvěděli, jak mají Danielovi doma ohraničit pracovní prostor, jak chlapce zklidnit v krizových situacích nebo jak mu pomoci vnímat jeho vlastní tělo či jak ideálně kombinovat aktivity. Nejraději má chlapec práci s terapeutickými kameny či houpání, které Daniela zklidňuje a zároveň trénuje vestibulární systém. Trénují zde i orientaci v prostoru s podsvícením. Další důležitou roli hraje **ABA Český Těšín**, kde se zaměřují na osvojení dovedností nezbytných pro život. Chlapec zde dochází dvakrát týdně. Konkrétně u Daniela se zaměřují na trénink soustředěnosti, spolupráce

a výdrže u aktivity. Pomocí kombinací jeho oblíbených věcí s věcmi novými cvičí, aby se chlapec neřixoval jen na jednu věc a zkoušel i nové činnosti. Daniel miluje pastelky, proto na ABA terapii například vyztužili vagón od vláčku plastelínou, kde byly napíchané pastelky a tím podpořili chlapcův zájem o vlak. Dále se u chlapce soustředí na dobrovolné odevzdávání věcí bez křiku. „*Já jsem ABA terapii měla tehdy zažitou jako takové to dirigování těch dětí a příkazy, omezování a jako nelíbilo se mi to moc. Měla jsem pocit, že to je něco alternativního... Pak jsme si, ale řekli, že to zkusíme a teďka začínáme s nimi druhý rok. Jezdíme tam dvakrát týdně na dvě hodiny a tam jako nám fakt pomáhají*“ (R1). Na **logopedii** trénují zejména expresivní složku řeči, ale zároveň hledají funkční komunikaci sloužící k dorozumění chlapce s okolím. Zatím se v praxi osvědčily piktogramy a znak do řeči. „*Takže pro nás to jsou hlavně ty terapie, co nám pomáhají. A to ta ergoterapie, zraková terapie, logopedie a ABA. To jsou všechno věci, na kterých nám stojí péče o Danika plus ta speciální školka. Protože tam se s dětma prostě pracuje taky, že to je takový balík*“ (R1). Včetně těchto všech užitečných terapií jezdí Daniel jednou ročně na měsíc do **lázní v Klimkovicích**. „*Ještě když o tom mluvím, tak si vzpomínám, že nám třeba pomohlo, že jsme jeli do lázní v tomhle období. Že jsme byli v Klimkovicích. Tam ho třeba rozhodili, protože on měl všechno posunuté, že on začal chodit až jako někdy před třemi lety... když měl... nevím... dva a půl tak začal teprve chodit. A tam nám to jako upravili, tak že jsme měli jako sensorickou integraci, ergoterapie, že jsme tam taky měli snoezeleny v těch Klimkovicích*“ (R1).

3.8.7 Výběr mateřské školy

Než nastoupil Daniel do mateřské školy dle paragrafu 16 odst. 9 školského zákona navštěvoval již výše zmíněnou dětskou skupinu. Rodiče řešili velké dilema, zda chlapce umístit do běžné mateřské školy či do MŠ pro děti se SVP. Rodiče původně chtěli, aby Daniel chodil do běžné mateřské školy s intaktními dětmi. Chtěli, aby měl možnost interakce s intaktními dětmi a aby ho tyto stimuly podporovaly v jeho rozvoji. Avšak postupem času matka začala vnímat, že Daniel by se v běžné mateřské škole mohl cítit bezradně. „*On nepotřebuje být mezi zdravými dětmi ztracený a nešťastný. Já jsem jako fakt došla k tomu, že já jsem potřebovala, aby byl v té běžné školce, ale on ne. Že jako vlastně on by tam byl fakt nešťastný. A v té chvíli vlastně převážila ta speciální školka... Malý kolektiv, intenzivní péče, porozumění té naší situaci. Tam to bylo jako všechno dohromady no*“ (R1).

Zjistila, že Daniel je spíše uzavřený do sebe a nezajímá se o ostatní děti kolem něj. Tento fakt jí pomohl pochopit, že pro Daniela by bylo vhodnější prostředí s menším kolektivem dětí, kde by byla poskytována intenzivní péče a kde by učitelé lépe porozuměli jeho specifickým

potřebám a situaci. „*Jo to tam jako napiš, že my jsme měli obrovské dilema. Ted'ka, když se řeší inkluze a všechno možné, tak všichni se ti snaží s ním pomoci, ale vlastně nikdo ti neřekne, co vidí, jak myslí a ty sama to taky nevíš. Tak jako my jsme hrozně řešili, jestli ho máme dát do běžné školky a bude s dětma a bude mít asistenci. A jako bude to zvládat nebude to zvládat nebo ho máme nechat v té dětské skupině nebo ho máme dát do speciální školky, kde budou ale ty handicapované děti. My jsme ale chtěli ať má ty stimuly a ať ho ty zdravé děti podporují. To prostě byla jako dlouho moje vize. Ale pak se ukázalo, že by ve třídě bylo dvacet dětí a bude mít asistentku, která je stejně k tomu pedagogovi ne že by ji měl Dani“ (R1). V současné době chlapec navštěvuje mateřskou školu zřízenou dle paragrafu 16 odst. 9 s heterogenním uspořádáním. Vzdělávají se zde děti bez ohledu na jejich rozdílné schopnosti, dovednosti a učební předpoklady. MŠ je určena dětem s vadami řeči, autismem, mentálním postižením, tělesným postižením, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými poruchami chování a dětem se souběžným postižením více vadami. Maximální kapacita třídy je 10 dětí. „*No, a nakonec jsme se šli podívat do té speciální školky a já jsem až na poslední chvíli, že teda půjdeme do té specky. Protože jsem měla pocit, že v té běžné školce to bude lepší...Pořád jako se chceš přesvědčit o tom, že i ty máš to zdravé dítě, že mu to pomůže a že se nějakým zázrakem najednou uzdraví. Takže to byl jako i takový proces smiřování se s tím...“ (R1).**

3.8.8 Oblast vzdělávání a výzev v heterogenním prostředí

Vzdělávání se v MŠ s heterogenním uspořádáním realizuje na základě školního vzdělávacího programu, který slouží jako podklad pro tvorbu individuálních vzdělávacích plánů nebo individuálních plánů odpovídajících vzdělávacím potřebám a předpokladům konkrétního dítěte, kterému byla přidělena podpůrná opatření. Mateřská škola úzce spolupracujeme s klinickou logopedkou, pracovníky SPC a dalšími odborníky. Mateřská škola se také aktivně zapojuje do různých vzdělávacích projektů, jako je například „Čteme si spolu v MŠ“, které je realizováno ve spolupráci s knihovnou.

Největší výzvou heterogenního prostředí je potřeba velké flexibility pedagogů. Mateřskou školu navštěvují děti s různorodým postižením, a tudíž se od pedagogických pracovníků očekává velká míra odbornosti a neustálá potřeba vzdělávat se. Jeden komunikační partner uvedl, že v heterogenním prostředí vidí „*spíše asi mínusy, protože tím, že tu je tolik různých postižení, tak u každého musíš rychle reagovat a přepínat. Ten je hodně ADHD a na druhého zas musíš hodně opatrně, aby do něčeho nenarazil. Musím se hodně soustředit. Dejme tomu, kdybych měla jen děti s tělesným postižením na vozičku, tak tam je to trochu o něčem jiném než tady, když máme i tělesné i mentální prostě všechno dohromady. Takže určitě dávat*

hodně pozor. To je jako únavné“ (R3). Co se týče konkrétně Daniela, tak bych mezi další výzvy či dokonce nevýhody zařadila omezenou znalost pedagogických pracovníků problematiky zrakového postižení. Všechny tři speciální pedagožky byly po dobu studia zaměřeny na jiné pédie a samy uvedly, že problematiky zrakového postižení se dotkly pouze okrajově a o kortikálním poškození zraku neslyšely vůbec. „Na kurzu to bylo spíš obecné. Jako bylo o všech postiženích. Trošičku jsme se tam toho dotkli“ (R3). „Na fakultě speciální pedagogiky jsme měli trochu tyflopédie. No a jinak samostudiem“ (R2). Na druhou stranu je heterogenní prostředí „blíže reálnému světu, protože společnost je různorodá jako i naše školička“ (R2). Tudíž jeden z komunikačních partnerů pozoruje v heterogenním prostředí „spoustu výhod“ (R2).

U Daniel lze pozorovat, že společné aktivity s dětmi s odlišným postižením mu přináší možnost učit se od svých vrstevníků a rozvíjet nejrůznější dovednosti. Chlapec se díky heterogennímu prostředí nejvíce rozvíjí v oblasti komunikace a sebeobsluhy. Jak už bylo výše zmíněno má „*neustály vzor kolem sebe třeba těch verbálně mluvících*“ (R2). Celkově lze říct, že heterogenní prostředí může být do určité míry inspirativní. „*Tak teď co mě tak napadlo je třeba vzájemná inspirace. Děti se můžou od sebe učit. Šestileté šikovné dítě může pomoci tomu mladšímu obout boty nebo ukazuje ten vzor, jak se obouvají boty, že se svléká, ukládá si věci na místo nebo starší chytne mladšího za ruku a jdeme na procházku*“ (R2). Přestože má heterogenní prostředí na Daniela v mnoha věcech pozitivní vliv, lze pozorovat i některé další nedostatky. Například můžeme uvést omezené množství individuální práce s jednotlivcem. Neprobíhá zde individuální logopedická či jiná péče, jak v některých mateřských školách zaměřených pouze na děti se stejným typem postižení. Daniel tudíž navštěvuje logopedii i jiné terapie mimo mateřskou školu. „*Oni tam mají i něco jako snoezelen, který moc nevyužívají. Že určitě by bylo fajn, že by tam bylo to, co v té dětské skupině. Že by si prostě na těch patnáct minut někdo toho Danika vzal a pracoval s ním cíleně na té logopedii. Že by si ho vzal a pracoval s ním cíleně na té zrakové terapii. Že jako něco takového by bylo supr, kdyby to nebyla jen taková tak skupinová školka jako vždycky, ale mohlo by tam probíhat něco individuálního. Třeba to si myslím, že by bylo strašně fajn, kdyby tam prostě probíhala tady ta možnost jako jeden na jednoho. To by bylo úžasné. Za to bych byla strašně vděčná, ale to prostě vím, že není v jejich možnostech*“ (R1). Zároveň lze konstatovat, že díky omezenému prostoru pro individuální práci s dětmi, Daniel prokazuje vyšší míru samostatnosti v tomto prostředí a také schopnost adaptability.

3.8.9 Oblast adaptace a socializace

Proces adaptace Daniela v mateřské škole byl v podstatě bezproblémový. „*Jestli si pamatuji dobře, protože to už je dva a půl roku, tak jeho nástup byl úplně v klidu. Zvyknul si hned. Byl rád mezi dětma*“ (R2). Chlapci již od začátku vyhovovalo mít nastavený režim dne a dodržovat ho. První měsíce v mateřské škole se pedagogové zaměřovali na hledání efektivního komunikačního systému. Především, aby chlapec mohl vyjádřit své potřeby. Důležité také bylo, aby komunikace fungovala mezi všemi zúčastněnými včetně dětí. Jako nejvhodnější možnost se ukázala komunikace pomocí piktogramů. V praxi to znamená, že když Daniel něco chce, ukáže to na obrázku. Tato metoda funguje oboustranně a chlapec taktéž dokáže plnit vyobrazené pokyny. Co se týče pochopení zrakového postižení u chlapce, tak se ostatní děti tomuto faktu dokázaly snadno přizpůsobit a brát v této oblasti na Daniela ohled. „*To šlo přirozeně. Ty děti to tak nějak přirozeně vycítí a poznají co a jak a kde kdo má nějakou slabinu*“ (R2). Danielova adaptace na nové prostředí se postupně zlepšovala. Díky podpoře učitelů a jeho spolužáků se cítil stále jistěji a začal se aktivně zapojovat do života mateřské školy. S každým dnem získával nové dovednosti a zkušenosti, což mu pomáhalo překonávat překážky spojené s jeho zrakovým postižením. Jak už bylo v předešlých podkapitolách vícekrát zmíněno, tak chlapec se díky těmto aspektům postupně zlepšoval v komunikaci i sebeobsluze. Problém v oblasti adaptace nastává ve chvíli, kdy Daniel delší dobu v mateřské škole chybí. Jelikož celý proces kromě komunikace nastává znovu. Chlapec často nedochází do mateřské školy kvůli terapiím, které absolvuje někdy i třikrát do týdne. Všichni tři komunikační partneři se shodli, že Danielovi nejvíce prospívá pravidelný režim a časté terapie jsou pro něj kontraproduktivní. „*Ted' mi právě paní učitelka mi řekla, že my jako platíme těžké peníze za ergoterapii a Danik vynechává školku, kde jako taky probíhá ta práce s nimi. A pro Danika je důležité, aby měl fakt jako režim, aby měl rád, aby jako věděl, co přijde. Proto my teď uvažujeme, jestli pokračovat v té ergoterapii, když ta školka mu hrozně dává tady v tomhle*“ (R1). Patrná změna u Daniela lze pozorovat i po víkendu, jelikož režim dne doma a v mateřské škole je zcela odlišný. „*Potom mu déle trvá, než si zase zvykne potom víkendu. Jako jde poznat, že doma asi nemá režim a tady jo, tak to je trošku horší. Ale potom, když už chodí do té školky déle nebo není nemocný nebo nejsou prázdniny, tak jako relativně myslím, že se pěkně přizpůsobil*“ (R3).

Daniel je s ostatními dětmi v mateřské škole rád, ale preferuje být sám. Během mých praxí v tomto zařízení jsem si všimla, že chlapec po ranním kruhu, který zahrnoval spoustu interakce s dětmi, potřebuje chvíli pro sebe. Proto mu pedagogové v takových chvílích nebrání

vzít do rukou pastelky a vykonávat jeho nejoblíbenější činnost. „*Nechce třeba dávat ruce ostatním a je spíše samotář. Nechce si hrát moc s dětmi. I u her ráno jako spíš určitě sám než s dětmi no. Nevyhledává děti*“ (R3). Zpočátku si s dětmi nechtěl hrát vůbec. Dokonce ostatní držel za ruku jen v nutných případech, ale postupem času si na ostatní děti navyknul a s některými mu nevádí ani fyzický kontakt. „*Ale čím dál tím víc dá dětem ruku při pohybové hře. Ještě, ale pořád převažuje ta hra o samotě*“ (R2).

Socializace mimo mateřskou školu probíhá v podstatě jen v rodinném prostředí a na terapiích. Chlapec má velmi rád své prarodiče. Zároveň se snaží navazovat bližší vztah se svou intaktní sestrou. Čím je sestra starší, tím více dokážou sdílet stejné aktivity a zájmy. Na druhou stranu Daniel i v rodinném prostředí vyhledává spíše samotu.

3.8.10 Oblast vybavenosti a úprav v mateřské škole

Jednou z výhod mateřské školy dle paragrafu 16 odst. 9 školského zákona, kterou Daniel navštěvuje, je její dobrá dopravní dostupnost. Je vhodná i pro děti z okolních spádových oblastí. V blízkosti mateřské školy se nachází autobusová i vlaková zastávka. Vstup do budovy je zajištěn venkovním výtahem. Vnitřní část budovy je vybavena dvěma mobilními schodišťovými plošinami. Kromě standardních tříd jsou k dispozici specializované učebny, jako je Snoezelen pro multisenzorickou výuku a relaxaci. U chlapce je velice oblíbená tělocvična s interaktivním kobercem.

Na pozemku školní budovy se nachází krásná ekologická zahrada s vyvýšenými záhony, altánem, zahradním domkem a sportovním hřištěm s umělým povrchem. Děti tento prostor využívají hlavně k relaxaci, odpočinku a pohybovým aktivitám

Konkrétně mateřská škola využívá třídu v prvním patře, tudíž Daniel občas zvládá i výstup po schodech místo použití výtahu. Třída je dostatečně prostorná a s nábytkem lze manipulovat podle konkrétních potřeb dětí. U chlapce v prvních týdnech proběhl nácvik orientace v makroprostoru. V praxi to znamenalo, že Danielovi ukázali, kde se nachází stoly, které využívají k práci a ke svačině. Dále mu pedagogové postupně ukazovali, kde se nachází skříně, hračky a jak se dostane ke svým oblíbeným pastelkám. Součástí třídy je i toaleta, která je oddělena dveřmi. To usnadnilo Danielův nácvik sebeobsluhy, jelikož nemusel docházet nikde mimo třídu. Co se týče konkrétních úprav prostoru, tak žádné výrazné neproběhly. „*Naše školka je tak nějak přizpůsobena všem dětem i dětem s nějakým zrakovým postižením, takže tam problém nebyl*“ (R2).

V mateřské škole je dětem k dispozici kromě odborníků jako jsou speciální pedagogové či asistenti pedagoga, také školní logoped nebo psycholog.

Technické a materiální vybavení mateřské školy je na velmi dobré úrovni. Je zde spousta hraček, které odpovídají individuálním potřebám Daniela. Například barevná magnetická stavebnice nebo dětská kuchyňka s výrazným barevným vybavením. Chlapec využívá i dostupný tablet, kde se nachází aplikace pro zrakovou stimulaci. Taktéž má škola zakoupeny aplikace GoTalk Now a Grid Player, které u Daniela rozvíjejí komunikaci. Chlapec má v oblíbené pomůcky pro senzory integraci jako jsou válce a venkovní houpačky.

Jako nedostatek bych viděla omezené světelné podmínky při individuální práci i v prostorách třídy. Daniel nevyužívá při práci na stole žádné podsvícení a během praxe jsem si všimla, že ani sluneční svit nebyl nijak regulován. Často se při ranním kruhu stávalo, že pedagog stál zády k oknu, a tudíž bylo problematické vidět jeho obličej. Pro Daniela je tento aspekt vzhledem k jeho zrakovému postižení rušivý. Avšak lze celkově konstatovat, že pedagogové i vedení školy dělá maximum pro to, aby Danielovi i ostatním dětem přizpůsobili podmínky co nejlépe.

3.9 Shrnutí výhod a nevýhod heterogenního prostředí

V následující Tabulce 3 shrneme na základě případové studie výhody a nevýhody, které se mohou projevat v heterogenním prostředí.

Tabulka 3: Shrnutí výhod a nevýhod heterogenního prostředí na základě případové studie

Výhody heterogenního prostředí	Nevýhody heterogenního prostředí
Rozmanitost: Děti se učí spolupracovat a komunikovat s vrstevníky s různými schopnostmi či potřebami, což může rozvíjet jejich sociální dovednosti.	Náročnost přípravy: Pedagogové musí být velmi flexibilní a připraveni reagovat na individuální potřeby dětí. To může být velmi náročné a vyžadovat více času a úsilí při přípravě výuky.
Diferencovaná výuka: Pedagogové se musí přizpůsobit individuálním potřebám každého dítěte, což může vést k pestřejší výuce a podpoře rozmanitosti ve vzdělávání.	Nedostatečná znalost problematiky: Pedagogové nemusí mít dostatečné znalosti nebo zkušenosti s různými typy postižení. Tento aspekt může vést k nedostatečné podpoře a porozumění potřebám jednotlivých žáků.
Rozvoj komunikace: V heterogenním prostředí se nachází jak děti verbální, tak i neverbální. Děti neverbální mají kolem sebe neustálý mluvný vzor, a naopak děti verbální se učí různým druhům komunikace.	Omezená individuální péče: V heterogenním prostředí může být méně času a možností pro individuální práci s jednotlivými žáky, což může omezit možnosti poskytnutí specifické podpory
Blížkost k reálnému světu: Tím, že ve třídě jsou děti s různými schopnostmi, potřebami a zkušenostmi, se vytváří prostředí, které lépe odráží skutečnou rozmanitost společnosti. V reálném světě lidé nejsou homogenní a každý má své jedinečné rysy a schopnosti.	Omezené možnosti a zdroje: Heterogenní prostředí může vyžadovat více zdrojů, materiálů, úprav, technických pomůcek a podpory, aby se zajistila adekvátní péče a vzdělávání pro všechny děti. Tyto požadavky mohou pro školu obtížné naplnit.
Spolupráce a samostatnost: Pedagogové vzhledem k množství různých typů postižení ve třídě nemají prostor se věnovat každému dítěti individuálně. Proto například děti starší pomáhají a spolupracují s dětmi mladšími. Zároveň se děti stávají samostatnější a překonávají své limity.	

Zdroj dat: Autor.

3.10 Závěrečné shrnutí výzkumného šetření

V rámci praktické části této bakalářské práce byl proveden kvalitativní výzkum zaměřený na analýzu konkrétního případu chlapce se zrakovým postižením v prostředí heterogenní třídy mateřské školy. Hlavní cíl dále zahrnoval popsat výhody či nevýhody, které může heterogenní prostředí přinášet.

Metodologie výzkumu obsahovala zúčastněné pozorování, analýzu dat a polostrukturované rozhovory. Zpětně považuji za vhodné, že pozorování probíhalo ve dvou odlišných časových intervalech, protože se opravdu ukázalo, že Danielovo kortikální poškození zraku má proměnlivé fáze. To, co jsme u chlapce pozorovali v listopadu tak se v březnu buď vůbec nevyskytovalo nebo se projevovalo ve sledovaných oblastech jiným způsobem. Metoda polostrukturovaného rozhovoru se také ukázala jako vyhovující, jelikož bylo možné pozorovat,

že respondenti se cítili uvolněnější a byli ochotnější poskytovat detailnější odpovědi na otázky díky postupnému nárůstu obtížnosti těchto dotazů. Analýza dat nám pomohla doplnit klíčové informace, které jsme nezískali z předchozích dvou metod.

Na základě těchto metod vzniklo 10 kategorií vzhledem ke stanovenému hlavnímu cíli. Počínaje chlapcovou osobní a zdravotní anamnézou a končící popisem vybavenosti či úprav v mateřské škole, kde Daniel dochází.

Danielův případ není ojedinělý, ale je málo diskutován, jak potvrzuje i popis CVI v teoretické části. V praktické části se prokázalo, že kortikální poškození zraku je v prvních měsících složité odhalit a nezaměňovat ho s jiným zrakovým postižením. Z rozhovorů s matkou vyplývá, že dostupné kvalitní zdroje o této problematice jsou velice omezené.

U zrakového vnímání chlapce jsme se snažili detailně popsat aktuální situaci vizuálního vnímání. Z popisu vyplývá, že k CVI Daniela se přidružují další problémy se zrakem jako je nystagmus či nefunkční konvergence. U zrakové stimulace Daniela, hraje klíčovou roli Centrum Vidum v Opavě, které rodičům z velké části pomohlo pochopit jak chlapcův zrak i mozek funguje. Do oblasti zrakového vnímání, orientace a motoriky se promítá problém s vnímáním hloubky, který se projevuje zejména při chůzi po schodech. Domníváme se, že aktivní přístup rodiny, spolupráce s terapeuty a využívání specializovaných metod stimulace zraku poskytují naději na další rozvoj a zlepšení Danielových zrakových schopností.

Dalším velkým tématem u chlapce je komunikace, která vykazuje výrazné odchylky mezi expresivní a receptivní složkou. Daniel preferuje vyjadřování zvukovými projevy, avšak zvládá i používání některých jednoduchých slov a znaků. Při nástupu do mateřské školy byly jeho výrazy srozumitelné pouze matce. Danielova komunikace se postupně rozvíjela a zařazení piktogramů se ukázalo jako účinný prostředek pro interakci s okolím a vyjádření potřeb. V oblasti komunikace je tedy patrný pokrok, avšak stále je zapotřebí individuální podpory a dalšího rozvoje pro efektivní komunikaci s okolím.

Sebeobsluha u chlapce vykazuje značnou proměnlivost v závislosti na situaci a prostředí. Daniel potřebuje pomoc s oblékáním, stravováním a hygienou, avšak ve školním prostředí projevuje postupné zlepšení a samostatnost. Například se v mateřské škole naučil jíst lžičkou a sám se oblékat. Chlapcova schopnost sebeobsluhy je důležitým aspektem jeho každodenního života, a proto vyžaduje neustálou podporu a pozitivní motivaci, aby v této oblasti dosáhl svého plného potenciálu.

Danielův život je silně provázán s různými terapiemi a službami, které chlapci i jeho rodině poskytují podporu a pomoc v mnoha směrech. Fyzioterapie, logopedie, ergoterapie a ABA terapie jsou klíčové součásti Danielova každodenního života, které mu pomáhají se zdokonalovat různých oblastech. Tyto terapie a služby mají pro rodinu zásadní význam a přispívají k celkovému pokroku a kvalitě života chlapce. Avšak k vzhledem k Danielově potřebě stejného denního režimu, může být příliš hodin intenzivních terapií kontraproduktivní.

Další čtyři kategorie se týkají mateřské školy s heterogenním uspořádáním, kde Daniel dochází již třetím rokem. Již od začátku rodiče řešili dilema, zda dát chlapce do běžné mateřské školy či do mateřské školy pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Na základě mnoha aspektů, jako je například menší kolektiv či individuálnější přístup zvolila rodina druhou variantu. Heterogenní prostředí sebou přináší spoustu výzev, ale i výhod. Mezi největší výzvy se řadí náročnost přípravy pedagogů a také nadstandartní míra flexibility. Avšak znovu bych v této části ráda připomněla úryvek jednoho z komunikačních partnerů, že heterogenní prostředí je „*blíže reálnému světu, protože společnost je různorodá jako i naše školička*“ Dále jsme v těchto kategoriích řešili téma adaptace v mateřské škole a socializace chlapce. Tyto oblasti se u Daniela nejeví jako problematické. Z výzkumu, ale téměř jednoznačně vyplývá, že chlapec preferuje čas strávený o samotě, nejlépe s pastelkami v ruce.

Mateřská škola se svým vybavením shoduje s potřebami dítěte se zrakovým postižením. Nýbrž při výuce a chlapcově pohybu ve škole by mohlo být pár úprav prostředí či zařazení prvků zrakového hygieny užitečných. Této problematice se budeme věnovat níže, kde se pokusíme prakticky zpracovat návrh na úpravu prostředí (viz kapitola Návrh na úpravu prostředí mateřské školy), což bylo naším dílčím cílem.

Předložená práce by mohla přispět k lepšímu porozumění problematice kortikálního poškození zraku a zrakového postižení u dětí celkově. Především rodičům těchto dětí, ale i pedagogům či jiným lidem, kteří jsou s těmito dětmi v každodenním kontaktu. Práce by dále mohla sloužit jako příklad, jak dítě s kortikálním poškozením zraku může vnímat svět a dokáže fungovat v různých oblastech.

3.11 Limity výzkumu

Přestože předchozí kapitoly představily důležité poznatky z případové studie, je nezbytné zmínit i některá omezení či nedostatky výzkumného šetření. Případová studie nabízí hlubší porozumění konkrétnímu případu, ale je důležité si uvědomit, že výsledky této studie nelze zobecnit na celou populaci dětí s CVI nebo na všechny heterogenní třídy. Omezení tedy vidíme

v nemožnosti zobecnit výsledky výzkumů na širší spektrum dětí s kortikálním poškozením zraku či heterogenní třídy.

Pozorování chlapce probíhalo v celkovém počtu šesti týdnů, a to je poměrně omezený časový rámec. Šest týdnů zúčastněného pozorování nám neumožnilo sledovat dlouhodobé chování Daniela v mateřské škole a poskytnout tak komplexní pohled. Navíc o Danielově adaptaci v průběhu prvních měsíců v mateřské škole jsme se dozvěděli pouze od třetích stran a nemohli jsme tento proces pozorovat osobně. Žádoucí bychom v tomto případě viděli longitudinální studii, která by nám umožnila lépe prozkoumat celou problematiku adaptace, socializaci či chování Daniela v heterogenním prostředí.

Jedním z klíčových limitů této studie je subjektivní vnímání situace ze strany výzkumníka. Přestože jsme se snažili o co neobjektivnější přístup a použili standardizované metody sběru dat, nelze vyloučit vliv osobních předsudků či již získaných zkušeností. Taktéž respondenti, se kterými jsme vedli polostrukturovaný rozhovor, poskytovali na některé oblasti svůj subjektivní pohled a názor.

Na základě zjištěných limitů a omezení této studie bychom doporučili se u budoucího výzkumu zaměřit na několik klíčových oblastí. Prvním doporučením je rozšíření vzorku účastníků tak, aby byl zahrnut větší počet dětí se CVI či s jiným zrakovým postižením v prostředí heterogenní třídy. Tím by se mohla získat širší perspektiva na tuto problematiku a zvýšit zobecnitelnost výsledků. Také považujeme do budoucna za vhodné rozšíření počtu respondentů a zapojení dalších zainteresovaných stran, jako jsou spolužáci dítěte či další pedagogové. Dále by mohlo být užitečné provést dlouhodobé sledování vývoje dítěte s CVI v různých prostředích, aby se lépe porozumělo jeho potřebám. Konkrétně u Danielova případu bychom mohli získat hlubší porozumění ohledně jeho zrakových schopností či jiných aspektů při sledování terapií, které chlapec navštěvuje. Sledovat například konkrétní postupy práce s Danielem při ergoterapii či ABA terapii.

4 Návrh na úpravu prostředí mateřské školy

V poslední kapitole se pokusíme navrhnout konkrétní úpravy či doporučení, které by Danielovi mohly zkvalitnit pohyb a orientaci v mateřské škole.

Vzhledem k typu zrakového postižení chlapce bych určitě doporučila víc **kontrastních barev a materiálu**. Daniel nejvíce reaguje na barvu červenou, a proto bych jí využila k označení vypínačů nebo pracovní plochy. Pokud pedagog pracuje s nevýrazným předmětem mohl by na něj například přivázat červenou stužku, což by chlapci pomohlo se soustředěním a zrakovou analýzou předmětu. Pomoci by Danielovi mohlo také barevné označení schodů, vzhledem ke špatnému vnímání hloubky.

Co se týče orientace chlapce po prostorách školy či třídy využila bych **barevné stopy a vodící linie**. Tato změna by jistě nepomohla pouze Danielovi, ale i ostatním dětem, které by se mohly lépe orientovat cestou do jídelny či do herny. Dle mého názoru jsou barevné stopy i jistým znakem, že v daném prostředí se vzdělávají děti. Nehledě na to, že při vhodné kombinaci barev mohou barevné stopy nebo vodící linie osvěžit vzhled interiéru.

Pokud bychom měli změnit pouze jednu věc, určitě bych se zaměřila na zlepšení **světelných podmínek**. Konkrétně stínění přímého slunečního světla. Aby přímé sluneční světlo nepronikalo do místnosti či na pracovní plochu chlapce bylo by vhodné použít žaluzie, závěsy či rolety. Mohlo by se tak předejít nepříjemnému oslnění sluncem či vizuálnímu nepohodlí Daniela. Při práci či kreslení by mohlo být více využíváno podsvícení. Daniel s podsvícením běžně pracuje na terapiích i doma. Nemusí být zakoupen přímo speciální stůl s podsvícením, ale stačí pracovní plochu pouze více nasvítit například stolní lampou.

Poslední doporučení se netýká prostorové či fyzické úpravy, ale zaměření na **kompensační smysly**. V Danielově případě by mohl být kladen větší důraz na využívání kompenzačních smyslů. To by mohlo zahrnovat například hry, manipulaci s různými texturami pro posílení hmatového smyslu nebo poslech hudby a pohádek pro rozvoj sluchového vnímání. Dále venkovní hry, cvičení na míči a jiné pohybové aktivity, které rozvíjejí tělesnou zdatnost a koordinaci.

Předložený návrh byl vytvořen na základě osobních zkušeností a poznatků z případové studie. Samozřejmě musíme brát v úvahu finanční možnosti školy či jiné aspekty, které mají na tyto věci vliv. Návrh má sloužit pouze jako inspirace či doporučení pro školu nebo pedagogy. Nejedná se tedy o výčet konkrétních postupů, co by měla škola zajistit.

ZÁVĚR

Zrakové postižení či konkrétně děti se zrakovým postižením je velmi aktuální téma vzhledem k narůstajícímu důrazu na inkluzivní vzdělávání, technologickým inovacím a změnám ve vzdělávacím systému. Je proto důležité toto téma otevírat a zkoumat nejvhodnější cesty vzdělávání pro tyto děti. Důraz bychom měli klást na to, že každý jedinec se zrakovým postižením je originální a nelze ke všem přistupovat stejně. Klíčové tedy je děti se zrakovým postižením podpořit tak, aby dosáhli svého maximálního potenciálu.

Předložena bakalářská práce byla rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a empirickou. Cílem teoretické části bylo shrnout základní poznatky o problematice zrakového postižení, častých dětských zrakových vadách a předškolním vzdělávání. Podrobněji jsme se věnovali kortikálnímu poškození zraku a popisovali jeho možné příznaky, příčiny, způsob diagnostiky či možnosti terapie. Dotkli jsme se i témat jako je orientace a komunikace dětí s CVI. Účelem také bylo vytvoření teoretického základu, ze kterého můžeme vycházet u výzkumného šetření.

Cílem výzkumné části byla podrobná analýza konkrétního případu chlapce se zrakovým postižením, přičemž jsme se pokusili popsat výhody či nevýhody heterogenního prostředí. Cíle bylo dosaženo pomocí případové studie a použitých výzkumných metod. Pomocí rozhovorů, pozorování a analýzy dat jsme se snažili případ zmapovat co nejdetailněji. Na závěr byl zpracován návrh na úpravu prostředí mateřské školy s ohledem na individuální potřeby chlapce se zrakovým postižením.

V bakalářské práci jsme zkoumali oblasti, které mohou být jistým ukazatel na jaké úrovni má dítě s CVI zrakové vnímání či jak se například orientuje v prostředí. Nelze to však považovat za obecně platná pravidla. Výsledky práce především prezentují konkrétní případ dítěte s kortikálním poškozením zraku a jeho rodiny.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Balunová, K., Ludíková, L. a Heřmánková, D. (2001). *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého.
2. Benhaim-Sitbon, L., Lev, M. & Polat, U. (2023). Extended perceptive field revealed in humans with binocular fusion disorders. *Scientific Reports*, 13(1), s. 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-33429-z>
3. Boster, J. B., McCarthy, J. W., Brown, K., Spitzley, A. M., & Blackstone, S. W. (2021). *Creating a Path for Systematic Investigation of Children With Cortical Visual Impairment Who Use Augmentative and Alternative Communication*. *American Journal of Speech - Language Pathology*, 30(4), 1880-1893. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00203
4. Demchak, M.A., Ch. Rickard & M. Elquis (2003). *Cortical Visual Impairment*. Nevada Dual Sensory Impairment Project. <https://www.unr.edu/ndsip/english/resources/tips/cortical-visual-impairment>
5. Dutheil, F., et al. (2023). Myopia and Near Work: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), s. 875. ISSN 1661-7827. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010875>
6. Finková, D. (2012). *Edukace jedinců se zrakovým postižením v kontextu kvality vzdělávání*. Univerzita Palackého v Olomouci.
7. Finková, D., Ludíková, L. & Růžičková, V. (2007). *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
8. Gavora, P. (1996). *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido.
9. Hájek, Z., Čech, E. & Maršál, K. (2014). *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. Vyd. Praha: Grada.
10. Hamadová, P., Květoňová, L. & Nováková, Z. (2007). *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido.
11. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál.
12. Hycl, J. & Trybučková, L. (2003). *Atlas oftalmologie*. Praha: Triton.
13. Chrastina, J. (2019). *Případová studie: metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu = Case study: a method of qualitative research strategy and research design*. Univerzita Palackého v Olomouci.
14. Jasso, L. (2006). *Albinismus u ptáků a výskyt albinů v České republice*. *Panurus* 15(2006), s. 57-67. https://www.vcm.cz/documents/751/jasso_panurus_15_2006.pdf
15. Keblová, A. (2001). *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima
16. Klenková, J. (2006). *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada
17. Klenková, J., Bočková, B. & Bytešníková, I. (2012). *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido.

18. Kociová, K. (2022). *Základy fyzioterapie / Kamila Kociová a kolektiv*. OSVETA.
19. Kochová, K. & Schaeferová, M. (2015). *Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál.
20. Kováčová, B. (2014). *Ergoterapia v ranom a v predškolnom veku*. Univerzita Komenského v Bratislave.
21. Kran, B. S. et al. (2019). *Cerebral/cortical visual impairment: a need to reassess current definitions of visual impairment and blindness*. In: *Seminars in pediatric neurology*. WB Saunders. s. 25-29.
22. Kroupová, K. & Hanáková, A. (2021). *Úprava prostředí pohledem osob se zdravotním postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
23. Kuchynka, P. (c2000). *Trendy soudobé oftalmologie (Svazek 1)*. Praha: Galén.
24. Květoňová, L. et al. (2007). *Oftalmopedie*. 2. dopl. vyd. Brno: Paido.
25. Lechta, V. (2016). *Inkluzivní pedagogika*. (přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ). Praha: Portál.
26. Lechta, V. (2011). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac, přeložil Jana KRÍŽOVÁ. Praha: Portál.
27. Ludíková, L. (1990). *Předškolní výchova zrakově postižených dětí*. Rektorát Univerzity Palackého.
28. Matoušková, M. & Herynková, M. (2017). *O zraku, tentokrát především o centrálním postižení zraku (CVI)*. EDA.cz.
[https://www.bing.com/search?q=koukej_casopis_2017-1_web_ukazka_indd%20\(1\).pdf&pc=0P472&ptag=C999N029998D010919A6EEBE66863&form=PCF463&conlogo=CT3210127](https://www.bing.com/search?q=koukej_casopis_2017-1_web_ukazka_indd%20(1).pdf&pc=0P472&ptag=C999N029998D010919A6EEBE66863&form=PCF463&conlogo=CT3210127)
29. Michalík, J. (2014). *Sborník z konference Systémová podpora inkluzivního vzdělávání v ČR*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
30. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
31. Moravcová, D. (2004). *Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem*. Praha: Triton.
32. Pipeková, J. (2010). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido.
33. Průcha, J., Walterová, E. & Mareš, J. (2013). *Pedagogický slovník*. Sedmé, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Portál.
34. Roman-Lantzy, Ch. (2019). *Cortical Visual Impairment: Advanced Principles*. American Printing House for the Blind. *ProQuest Ebook Central*,
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/upol-ebooks/detail.action?docID=5729538>
35. Růžičková, V., Kroupová, K. & Kramosilová, Z. (2016). *Zrakový trénink a jeho podmínky: Visual training and its conditions*. Univerzita Palackého v Olomouci.

36. Sagnik, S., Singh, P. & Rohit, S. (2022). Management of amblyopia in pediatric patients: Current insights. *Eye*, 36(1), s. 44-56. <https://doi.org/10.1038/s41433-021-01669-w>
37. Solomon, L. (2022, Dec 29). *Parental Astigmatism Increases Risk for Child Astigmatism*. *The Times – Tribune* <https://www.proquest.com/newspapers/parental-astigmatism-increases-risk-child/docview/2759078334/se-2>
38. Steendam, M. (1989). *Kortikální poškození zraku. Příručka pro rodiče, zdravotníky, pedagogy a vychovatele*. Austrálie: Královská společnost nevidomých států New South Wales.
39. Sucharda, P. & Zlatohlávek, L. (2015). *Základy klinické medicíny*. Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
40. Syslová, Z. (2022). *Věkově heterogenní třídy v mateřské škole*. Praha: Portál.
41. Štrofová, H. & P. Teplanová (2014). Screening zrakových vad u dětí. *Pediatric pro praxi*, 15(6), s. 334-336. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/06/02.pdf>
42. Švaříček, R. & Šed'ová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
43. Tallent, A., Tallent, A. & Bush, F. (2012). *Little Bear Sees: How Children with Cortical Visual Impairment Can Learn to See*. Little Bear Sees Publishing, of Wyatt-MacKenzie.
44. Vágnerová, M. (1995). *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum.
45. Vláčil, O., et al. (2012). Možnosti korekce refrakčních vad u dětí. *Pediatr. praxi*, 13(4), s. 263-265. <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/04/03.pdf>
46. Tallent, A., Tallent, A. & Bush, F. (2012). *Little Bear Sees: How Children with Cortical Visual Impairment Can Learn to See*. Little Bear Sees Publishing, of Wyatt-MacKenzie.
47. Zilcher, L. & Svoboda, Z. (2019). *Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků*. Praha: Grada.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Přehled hlavních příčin vedoucích ke vzniku CVI. Zdroj: Roman – Lantzy (2019, s. 75-77).....	20
Tabulka 2: Přehled respondentů. Zdroj: Autor.....	38
Tabulka 3: Shrnutí výhod a nevýhod heterogenního prostředí na základě případové studie. Zdroj: Autor.....	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Vzor nevyplněného informovaného souhlasu pro respondenty a zákonného zástupce

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s matkou Daniela

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s vedoucím pedagogem mateřské školy

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s asistentem pedagoga

Příloha 5 – Doslovná transkripce rozhovorů s respondenty

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Vzor nevyplněného informovaného souhlasu pro respondenty a zákonného zástupce

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho následným využitím pro účely bakalářské práce Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

1. Byl/a jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Lenky Konderlové s názvem Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy.
2. Bylo mi sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku.
3. Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán.
4. Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
5. Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a některé části v ní může citovat.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Informovaný souhlas pro zákonného zástupce

Název projektu (studie): Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy

STUDENT:

1. Lenka Konderlová
2. Univerzita Palackého V Olomouci: Pedagogická Fakulta (Ústav speciálněpedagogických studií)
3. Email: lenka.konderlova01@upol.cz

VEDOUcí BP:

1. Mgr. Lucie Flekačová, Ph. D.
2. Univerzita Palackého V Olomouci: Pedagogická Fakulta (Ústav speciálněpedagogických studií)
3. Email: lucie.flekacova@upol.cz

CÍL PRÁCE:

1. Cílem bakalářské práce je analyzovat konkrétní případ dítěte se zrakovým postižením a popsat případná rizika či výhody, které přináší heterogenní prostředí.
2. Potvrzuji, že jsem zákonným zástupcem nezletilého a jsem způsobilý k právním úkonům (svéprávný). Tímto vyjadřuji informovaný souhlas s účastí mého dítěte ve výše uvedeném výzkumu s názvem Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy.
3. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o důvodu a cíli výzkumu zabývajícího se dítětem se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy, kterými je analyzovat konkrétní případ dítěte se zrakovým postižením a popsat případná rizika či výhody heterogenního prostředí.
4. Souhlasím, aby výsledky výzkumu vztahujících se k osobě mého dítěte, získané v průběhu výzkumu byly použity s ohledem na výše uvedený cíle.
5. Veškeré zpracování dat bude anonymizované.

Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s realizací případové studie svého dítěte a rovněž jeho účastí na výzkumném šetření bakalářské práce:

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis výzkumníka

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru s matkou Daniela

1. Kolik členů tvoří vaše rodina, v jakém městě žijete?
2. Má Váš syn sourozence? Chlapci, dívky?
3. Jakým způsobem jste se dozvěděli o postižení vašeho dítěte?
4. Jak probíhal porod a kolik Daniel měřil a vážil hned po narození?
5. Když jste zjistila diagnózu Daniela, jaké byly vaše první kroky? (např. obrátila jste se na nějakou organizaci nebo jste vyhledávala odborníky na tuto problematiku či se snažila sama získat co nejvíce informací)
6. Jaké služby jste využívali, než Daniel nastoupil do mateřské školy (např. raná péče)?
7. Které terapie a odborníky jste s Danielem doposud navštívili?
8. Jaký měly dopad na Danielův rozvoj a pohodu?
9. Jak s Danielem komunikujete a jaká je jeho úroveň porozumění?
10. Má Daniel nějaká svá slova či zvuky pomocí kterých vyjadřuje své potřeby? Pokud ano, jaké?
11. Jaký je sociální život Daniela a jeho vztahy s ostatními lidmi, včetně příbuzných?
12. Jak tyto vztahy ovlivňují jeho každodenní život?
13. Jak jste podporovala Danielovu samostatnost v oblasti sebeobsluhy a osobní hygieny?
14. Jestli se mohu zeptat, tak byl váš průběh těhotenství bez komplikací?
15. V kolika letech nastoupil Daniel do mateřské školy a proč jste se rozhodli zrovna pro tuto mateřskou školu s heterogenním uspořádáním?
16. Jaké jste měla obavy nebo očekávání od této volby?
17. Zvažovali jste i mateřskou školu pro děti se zrakovým postižením?
18. Jaké výhody vidíte v tom, že váš syn je ve školce spolu s dětmi bez zrakového postižení?
19. Jak Vaše dítě získává inspiraci nebo se učí něco nového od svých vrstevníků?
20. Jaká opatření nebo podpora jsou dostupná pro vaše dítě ve školce?
21. Jaká je podle Vás úroveň spolupráce s pedagogy a dalšími rodiči v heterogenní školce?
22. Víím, že máte založený instagramový profil, který se týká Vašeho syna a jeho cesty. Setkala jste se díky této sociální síti i s ostatními rodinami, které mají podobný příběh?
23. Mohla byste mi říci jaká je tedy Danielova přesná diagnóza?
24. Jak byste vysvětlila mě jako laikovi kortikální postižení zraku? Je tato diagnóza ojedinělá?
25. Jak se podle vás liší CVI od ostatních zrakových postižení? (Například co se týče zrakové stimulace nebo celkového přístupu ve výchově a vzdělávání.)
26. Jakým způsobem cvičíte se svým synem? Které konkrétní metody a postupy využíváte?
27. Jaké změny či prostorové úpravy byly provedeny v mateřské škole ve prospěch lepší orientace Daniela?
28. Jaké věci, změny či pomůcky byste uvítala v mateřské škole a doposud tam nejsou?
29. Kam bude Daniel docházet po ukončení předškolního vzdělávání?
30. Je ještě nějaké téma, o kterém jsme nehovořily nebo co byste mi chtěla sdělit?

Příloha 3 – Otázky k rozhovoru s vedoucím pedagogem mateřské školy

1. Jak dlouho zde učíte a jak dlouho znáte žáka Daniela?
2. V kolika letech nastoupil Daniel do MŠ?
3. Jak jste byla připravena na práci s dítětem se zrakovým postižením?
4. Jaké dovednosti a znalosti považujete za nejdůležitější pro tuto práci?
5. Jaký byl nástup Daniela do mateřské školy?
6. Jak zvládal adaptaci na nové prostředí?
7. Jaké konkrétní úpravy nebo přizpůsobení prostředí v mateřské škole jste museli provést s ohledem na zrakové postižení tohoto žáka?
8. Jaké metody a techniky jste použili pro podporu vzdělávání tohoto žáka?
9. Jaké komunikační nástroje a pomůcky byly využity pro komunikaci s tímto žákem?
10. Jaký byl podle Vás vývoj a pokrok Daniela s kortikálním postižením zraku během jeho pobytu v mateřské škole?
11. Jakým způsobem jste ostatní žáky seznámili s Danielovým zrakovým postižením a jaký měl tento krok vliv na jejich interakce a vzájemné vztahy ve škole?
12. Jaké Daniel navazuje sociální vztahy v mateřské škole? Jak se mu dařilo začlenit do kolektivu?
13. Jak například vyjadřuje libost/nelibost?
14. Jaký je Váš názor na to, že Daniel chodí do mateřské školy s heterogenním uspořádáním?
15. Jaké činnosti využíváte pro zrakovou stimulaci Daniela?
16. Jak žák spolupracuje při aktivitách a jak se zapojuje?
17. Jaké jsou vaše postřehy ohledně pokroku a rozvoje Daniela od začátku jeho integrace do třídy?
18. Jak se Daniel přizpůsobil dennímu režimu mateřské školy?
19. Jak probíhá spolupráce s rodiči?
20. Jakou byste žákovi doporučila navštěvovat školu do budoucna? Školu dle paragrafu 16 či integraci do běžné základní školy?
21. Je ještě nějaké téma, o kterém jsme nehovořily nebo co byste mi chtěla sdělit?

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s asistentem pedagoga

1. Jaká je vaše role jako asistenta pedagoga ve třídě, kde je jedno dítě se zrakovým postižením?
2. Jak se liší podpora a asistence u Daniela od ostatních žáků v MŠ?
3. Jaké vidíte u Daniela pokroky od té doby, co nastoupil do mateřské školy?
4. Jak Daniel vychází s ostatními dětmi?
5. Jaký byl podle Vás vývoj a pokrok Daniela s kortikálním postižením zraku během jeho pobytu v mateřské škole?
6. Jak žák spolupracuje při aktivitách a jak se zapojuje?
7. Jaké jsou vaše postřehy ohledně pokroku a rozvoje Daniela od začátku jeho integrace do třídy?
8. Jak se Daniel přizpůsobil dennímu režimu mateřské školy?
9. Jak jste byla připravena na práci s dítětem se zrakovým postižením?
10. Jaké dovednosti a znalosti považujete za nejdůležitější pro tuto práci?
11. Je ještě nějaké téma, o kterém jsme nehovořily nebo co byste mi chtěla sdělit?

Příloha 5 – Doslovná transkripce rozhovorů s respondenty

Rozhovor s respondentem č. 1

V= výzkumník

R= respondent

V: Dobrý den. Jmenuji se Lenka Konderlová a jsem studentkou třetího ročníku speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Moje bakalářská práce nese název: „Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy.“ Praktická část se zaměřuje na analýzu konkrétního případu chlapce Daniela, a tedy budu Vám klást zejména otázky týkající se jeho. Ještě se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním celého rozhovoru, který bude sloužit pouze pro tvorbu výzkumné části a bude zcela anonymní.

R1: Jo souhlasím určitě.

V: Děkuju. První otázka je taková obecná a chtěla bych se zeptat kolik členů tvoří vaše rodina a v jakém městě žijete?

R1: Jo... takže bydlíme v Třinci já s mužem se kterým nejsme svoji a Daniel a dcera 2 a půl roku... Dani má 6 a dcera má 2 roky a sedm měsíců teďka.

V: Jakým způsobem jste se dozvěděli o postižení vašeho dítěte? Bylo to hned po narození nebo později?

R1: Hm... jakoby, že je s Danielem něco v nepořádku jsme zjišťovali tak postupně. My jsme měli totiž problém při porodu. Celou dobu to vypadalo, že bude všechno dobré a pak v 36 týdnu mi oznámili, že šly ozvy hrozně dolů, tak mě začali posílat na ultrazvuky. Víme o rodinách, kde se to včas podchytilo a ty děti jsou v pořádku. Když zjistili, že ozvy šly dolů zbývaly do porodu dva týdny...A kdyby to šlo jako hned a nechodili bychom na jeden ultrazvuk za druhým, tak by to možná dopadlo jinak. Nakonec jsme skončili ve fakultce a tam si mě pozvali na vyvolávání porodů, a to už se vlastně blížilo k tomu 38 týdnu. To byl pátek a prostě celý víkend vyvolávali porod a dostala jsem asi 7 tabletek, co prostě není standart. A fakt až jako v pondělí, když už měl 70 ozvy, tak jako akutní císař se vším všudy. Prostě rizikový. A narodil se... Ale neříkám, že byl přidušený, ale měl hodně špatný to APGAR skóre. Ale my jsme byli rádi, že se narodil a vypadalo to, že je všechno dobrý nakonec. Prostě zvládli jsme to. Přišla neuroložka a vypadalo to, jakože dobře až na to, že byl slaboučkej hrozně...malinkatej. Mě to vlastně nedocházelo všechno, ale tam se to tak blbě spojilo, že jak byl slabý, tak jako asi co každá máma vystresovaná, tak jsem stresovala ohledně kojení a jakože nešlo mi to vůbec a malý

nechtěl. My jsme až pak zjistil později, že on byl hypotonický a nemohl. A my jsme jako na to strašně naráželi...Oni nás pustili domů a já jsem se tam vůbec necítila dobře v té nemocnici. A já si jako pamatuju, že jak jsme přišli domů, tak mě se prostě mlíko spustilo a všechno a úleva obrovská. Myslela jsem, že to je dobrý ale po dvou dnech se ukázalo, že ne a mu se rozjela úplně brutální žloutenka. Skončili jsme na týden v nemocnici a chodili jsme na ozařování...Takže tohle všechno mohlo taky k tomu přispět. Tam se ale spravil a začal být takové to krásné spokojené miminko. Jenom to prostě bylo jako miminko, co na tebe nereagovalo a jako on šel hlavně za světlem...A my jsme byli rádi i pediatrička, kterou máme tady, že se překonala ta žloutenka a prostě se vyžíval...Prostě takové ty základní věci, že nikdo neřešil koukání. On měl být neurologicky v pořádku. Ani my jsme to tím pádem neřešili. A jako jak jsem měla první dítě, tak jsem nevěděla. Teďka když jsem měla dceru, to je, jak bych měla poprvé dítě, protože to jsou úplně jiné reakce. Kdyby to bylo naopak, tak já jsem mnohem dřív věděla, že je něco špatně. My jsme vlastně potom, co nás pustili s tou žloutenkou a dávali jsme se do pořádku, tak jsem se snažila ještě 4 měsíce kojit, aby se prostě vzpamatoval nějak...Ale mezitím jsme zjišťovali, že ty reakce nebyly takové, jaké by měly být, že prostě takovýto, že se na tebe snaží dívat, že opětuje úsměv. Dani pořád koukal doprava nahoru a maximálně ho zaujalo světlo. Pak na kontrole, když jsme měli dva měsíce jsem zmínila, že se mi to jako úplně nezdá, a to bylo vidět...že doktorka se taky vlastně zafixovala na všechno ostatní a že tohle neřešila. Až jsem jí to já řekla tak jako ona aha a že to jako není dobrý...Ona se mě pak snažila neděsit, ale řekla, že jako hnedka k neurologovi nás poslala do Karviné. No ale mezitím nám ještě zjistili, že Dani má nějakého streptokoka a že jako, kdyby náhodou zvracel tak to máme řešit. A nám se tohle stalo v noci, že prostě začal hrozně zvracet, ale jenom jednou...Ale mě to prostě tak vyděsilo, že jsme jeli na pohotovost... Tam mě měli samozřejmě za vyděšenou hysterickou prvoroďičku a jako co tam dělám. Nakonec si nás tam nechali a oni i věděli, že my řešíme ty oči...Tak nás, jakože poslali na vyšetření a že jsme právě tam udělali magnetickou rezonanci a vzali nás k oční. Ta právě zjistila, že to nejsou oči, že jako oči jsou v pořádku no.

V: A kolik mu bylo, když se zjistilo, že oči jsou vlastně v pořádku?

R1: Asi tři nebo čtyři měsíce...Omlouvám se já jsem myslela, že už to mám zpracované...Musím se trochu uklidnit...Tam bylo, jakože blbý, že my jsme doufali, že to jsou jenom oči...A v tom Třinci vlastně ta doktorka říkala, že se mi to jako bojí říct, ale že on má, že on, jestli takhle reaguje, že to je něco jiného...vážnějšího. No, a tak to asi začalo jako nejvíc. Jednak jako jsme se dozvěděli, že to bude něco neurologického a začali nás posílat na do

fakultky a tam jsme to řešili s neurologem. Jenže u toho, co tam dělali dítě musí spolupracovat a Dani byl hrozně malinkatej. Na tom prvním se ukázalo, že by měl být úplně slepý a potom jak byl starší se to opakovalo a ukázalo se, že on má prostě léze na zrakových drahách... Že má jakoby zjizvené. Na magnetické rezonanci se neukázalo nic. Na očním, když se dělalo podrobnější vyšetření, že takové ty terčíky má bělejší, než by měly být...Kolem 4 měsíce jsme věděli, že je něco špatně a zjišťuješ no postupně... Ale zhruba to trvalo, že jsme byli schopni až kolem toho roku říct, že je tam tohle.

V: Děkuju moc, za tak podrobné vysvětlení. A když jste už věděli diagnózu, tak jaké byli Vaše první kroky? Myslím například ranou péči nebo jste se sama snažila vyhledat co nejvíce informací atd.

R1: Jo...tak nás teda hnedka napadla raná péče, protože my jsme tehdy měli štěstí v neštěstí, že kamarád můj měl chlapečka s Downem. A ten prostě vím, že spolupracoval s ranou péčí. Takže jsem věděla že něco jako raná péče existuje a já jsem mu volala, jestli by mi k tomu mohl něco říct, a právě si pamatuju, jak se ptal, proč to potřebuju, že o tom ještě nikdo moc nevěděl, tak to jako bylo fajn, že jsem to měla v té chvíli s kým sdílet, ale že mi říkal, že oni v Olomouci jsou zaměřeni právě na Downy a tady v Ostravě na zrakové a kombinované postižení. Hned jsem tam volala, a právě jsem mluvila s poradkyní, která pak s námi pracovala...Ona byla úžasná. Už tam nepracuje ale. Ona semnou prošla úplně to nejdůležitější... Já bych ji strašně ráda viděla, protože ona nám pomohla strašně moc.

V: A něco jiného kromě rané péče?

R1: Pro nás na začátku jako bylo důležité, že jsme řešili neurologa, že jsme potřebovali očního, abychom měli vyšetření, že to směřuje k tomu CVI. Ale zároveň nás navedli do Opavy. Do centrum Vidum. Ty si najdi. Protože tak jak je raná péče, tak jako bez nich my bychom nebyli tak kde jsme. Protože centrum Vidum nám jako rodičům, co mají děti se zrakovým postižením...to je něco neuvěřitelného, jak oni pomáhají...Protože všichni ti doktoři nám jako řekli, co je špatně, ale nikdo nám jako nedokázal pomoci to zlepšit...Jako dostali jsme brýle a dali nám nějaké oleje a třeba léky. Ale jako, to, co máme s tím dítětem třeba dělat...to ne. Protože to jako bylo nejdůležitější. Když už máš to CVI tak to musíš, co nejdřív podchytit v tom malém věku, protože se můžeš strašně rychle zlepšit. Když prostě budeš cvičit. Čím víc budeš trénovat a čím víc budeš jako stimulovat ty zrakové nervy, takže to od toho raného věku můžeš fakt jako strašně posunout. A tím pádem fakt jako ta raná péče a centrum Vidum nám jako fakt neuvěřitelně pomohli říct s čím máme pracovat, jaké pomůcky používat ty kontrastní karty

černé, bílé, jak ta barevnost, jak se, jakože u Danika projevovale, že on prostě na barvy reagoval...Že jako oni nám fakt pomohli a my jsme se v tom první roce hrozně zlepšili. My jsme v tom první roce přišli do místnosti tak on najednou se v tom obrovsky posunul v tom, že byl jako schopný nějak zaregistrovat nás.

V: Myslím si, že do těch 6-9 let jde toho hrozně ovlivnit.

R1: Strašně...Jako u nás to bylo zhruba, tak do toho čtvrtého roky, kdy jsem viděla, že nejvíc byl ten progres. Teďka mám pocit, že jako narážíme už jakože na ten strop. Že teď už to jako u Danika tak kvalita zraku...On má jako minimální dioptrie on má astigmatismus. A jako už tam není co zlepšovat v té rozvíjení té nervové stránky. Tam si myslím, že už to je fakt strop. Že tam maximálně teďka máme problém, že jsme teďka zjistili že se dívá jednou stranou. On jako fakt, když se potřebuje na něco podívat, tak se podívá pravou stranou. Jakože on neumí zacentrovat, ta konvergence je problém. Tím pádem máme problém s okohybnými svaly, aby mu fungovaly. Takže on začíná šilhat a zároveň on má jakoby silný nystagmus...Takže když je špatná doba, tak mu se to jedno oko rozjede. Takže on nemůže mít okluzi. Takže my teďka jsme jako řešili, co s tím. Když jsme teďka zkoušeli u paní terapeutky na ABA terapii barvy přiložit, jak jakože to každé oko vidí jinak. Tak ona právě zkoušela a tam bylo vidět, to pravé oko, když to přiložila tu zelenou, jak ono je slabší. Jako prostě to levé to všechno táhne, a to pravé je taková berlička vlastně. A z toho jsme vyvodili, že on musí to pravé oko mít postižené víc než to levé...Takže má to koukání složitější a teďka máme hlavně cvičit to...nevím, jak to vysvětlit...Prostě když maluje červenou fixou tak to lépe vidí tím levým, tak se snažíme, aby teďka trénoval to lpravé oko...Protože on primárně využívá to levé.

V: Takže hlavní roli sehrála raná péče v Ostravě a centrum Vidum?

R1: No ještě se mi vzpomnělo...No to byl nápad jít se na první Daníkovy narozeniny ptát na stacionář. Že jsme jako uvažovali, že by mu tam mohli pomoci. Ale zároveň jsme zjistili, že tam je dětská skupina. Že tam byla zrková terapie, fyzioterapie, logopedie a všechno se tam propojovalo, tak my jsme ho jako začali dávat do té soukromé skupiny a tam měl tady ty podpůrné věci k té rané péči a k těm doktorům a k tomu všemu měl tohle. Asi rok...jsme tam byli. Zároveň jsme tak po půl roce zjišťovali, že to tam jako úplně nefungovalo. Zařídili jsme mu i osobní asistentku...Oni to tam jako mají napsané, že jsou služba pro handicapované děti...Proto jsme tam šli a že jsou i mezi zdravými dětmi, že můžeš využívat ty terapie, ale prostě to tam je jenom o těch terapiích...Ale ty vychovatelky vůbec nejsou kvalifikované, vůbec nejsou speciální pedagožky a vůbec neví co s tím mají dělat.

V: Já jsem tam byla na praxi, takže přibližně vím, o čem mluvíš.

R1: Ano...Ono to jako navenek působí, že jo že super, že všechno skvělí, ale pak když to začalo vážnout, tak jako jsme mu tu asistentu pořídili a ta byla skvělá. Ona nám pomohla ho socializovat, že mezi dětma mít prostě někoho k sobě. Tak ona jako byla taky strašně důležitá pro nás...Mít tu pomoc od ní to bylo hrozně fajn. Pak jsme jako zjišťovali, že to že chodí na terapie je pěkný, ale že jinak že jsme zjistili, že ho dávají do ohrádky, protože nevěděli, co s ním...Oni tam byli jako lidsky hrozně fajn...My jsme teďka ve speciální školce a ony se nám prý baly říct, že jsme ta měli jít rovnou. Oni nevěděli, jestli mi to můžou říct...Já jsem ten typ, co se snaží bavit s lidmi, že se snažím navazovat vztahy, že se nimi vždycky spřátelím nějakým způsobem. Takže nám ty paní vychovatelky přispívaly i na sbírku, že jako ony nám hrozně fandily...Ale bylo hrozně vidět, že jak ten systém v té dětské skupině je nastavený, že jim to bránilo nám něco říct. Až my jsme se sami rozhodli jít do té specky, že to prostě jako posuneme jinam. Tak nám říkali, že jo jako jděte, děláte dobře...Ale já jako toho nelituju ono to byla dobrá zkušenost.

V: I špatná zkušenost je zkušenost.

R1: No přesně. Ještě když o tom mluvím, tak si vzpomínám, že nám třeba pomohlo, že jsme jeli do lázní v tomhle období. Že jsme byli v Klimkovicích. Tam ho třeba rozhodili, protože on měl všechno posunuté, že on začal chodit až jako někdy před třemi lety...když měl...nevím...dva a půl tak začal teprve chodit. A tam nám to jako upravili, tak že jsme měli jako senzoricou integraci, ergoterapie, že jsme tam taky měli snoozeleny v těch Klimkovicích...No a pak jsme se začali zajímat o to, že jsou možnosti nějaké terapie. Holky, co dělaly v Klimkovicích ergoterapii, tak si otevřely svojí vlastní ambulanci dětské ergoterapie, takže jsme za nimi začali jezdit do Ostravy. A pak začala ta ABA, že jsme začali chodit na logopedii, což nemělo moc cenu upřímně, ale řekla nám o ABA terapii tady v Těšíně. Já jsem ABA terapii měla tehdy zažitou jako takové to dirigování těch dětí a příkazy, omezování a jako nelíbilo se mi to moc. Měla jsem pocit, že to je něco alternativního...Pak jsme si, ale řekli, že to zkusíme a teďka začínáme s nimi druhý rok. Jezdíme tam dvakrát týdně na dvě hodiny a tam jako nám fakt pomáhají. Protože se ukázalo že u Danika...my jsme právě do těch 3-4 let hodně řešili ty oči, ergoterapie a pak se začalo ukazovat, co jako bývá hodně u těch dětí s CVI, že to nikdy není jenom CVI, že tam prostě jako je vždycky na to navázáno něco jiného. Takže Danik má prostě střední mentální retardaci, ale jako...máme to tam napsané, ale není to jako dané. Abychom to měli nějak pojmenované a měli diagnózu, tak máme atypický autismus a tady to, že se to vlastně s tím spojilo. Protože u Danika já si jako nemyslím, že to tam je. Jak se Danik

narodil, tak my jsme potřebovali vědět co je špatně a doktoři byli to hlavní pro nás, ale my si teďka jezdíme k doktorům jenom pro zprávy. My víme, že nám doktoři prostě vůbec nepomáhají.

V: Já osobně jsem slyšela o hodně případech kdy si matky nesou z oznámení diagnózy doktorem velmi nepříjemné vzpomínky. No a k té mentální retardaci...to bych taky moc neřekla, když jsem tam byla na praxi a byla s Danikem.

R1: Ano. Neřeknou, co máš dělat, jaká je jako predikce, co se bude dít, jaké jsou možnosti nebo doporučit někoho jiného. Ne...oni prostě něco napíší a běžte a postarat se o vás má někdo jiný. Takže pro nás to jsou hlavně ty terapie, co nám pomáhají. A to ta ergoterapie, zrková terapie, logopedie a ABA. To jsou všechno věci, na kterých nám stojí péče o Danika plus ta speciální školka. Protože tam se s dětma prostě pracuje taky, že to je takový balík. Doktoři jsou fakt jenom na to, aby nám čerstvě aktualizovali zprávy. Teďka právě řeší na psychiatrii, že Danik je hyperaktivní a jestli nezkusit nějakou medikaci, aby ho zklidnila. Protože já mám třeba ADHD, takže to může mít i on. Takže by mu to pomohlo se lépe soustředit a fungovat. Ale například v tom centru Vidum, kde pracují s Danim nám říkala, že pro ty děti je takový problém se dívat, vnímat a než oni něco zafixují nebo zpracují do té hlavy, tak jako pro ně je to tak náročné, že cokoliv jiného vnímat je jako vedlejší kolej. Takže to, co může spoustě lidem připadat, že on je nějak mentálně handicapovaný, tak to může být prostě jen deficit té sensorické stránky. To nám, ale nikdo neřekne. Protože u něj je zrak jedna věc, ale řeč u něho absolutně stagnuje. Tam teďka jako hlavně řešíme, jak komunikovat. Teď se to trochu zlepšilo a začíná používat slova a někam se to posunulo. Ale on je prostě šestiletý a používá jako nějaké slova, která jsou jeho a kterým rozumíme jen my. Tím pádem jako spolupráce a domluvit se s ním na něčem, aby byl schopný soustředit se na něco...takže je toho dost. Tím pádem tam je jako ta mentální retardace, která je napsaná ve zprávě, ale i jako ta psycholožka mi řekla, že do jaké míry to je dané tou jeho smyslovou deprivací.

V: Právě tu mám i otázku ohledně té řeči. Jak vlastně komunikujete a jaká je jeho úroveň porozumění?

R1: On rozumí hodně dobře. Takže ta pasivní řeč je jako výborná. Tam jako až kolikrát si říkám, že o něm předním nesmím mluvit v třetí osobě. On jako možná nevnímá, že zrovna si dělá něco svého, ale on rozumí, co ty říkáš. To je až kolikrát neuvěřitelné, co on umí pojmenovávat. Když mu ukážeš obrázky na terapii, které doma běžně nemáme, tak on je schopný ukázat, že to je kostka sýra i když ho nejlí a takové věci...Ale tak expresivní složka je jako u něj strašně pozadu.

Tam je vidět, že mu prstě nejde ani ta formulace. Že on, jak je hypotonický, tak on má permanentně otevřenou pusou a dýchá jen pusou... Máme teďka jinou logopedku právě, která spolupracuje s paní z ABA terapie a všechno spolu konzultují. Takže jako s ní teď pracujeme na té expresi.

V: To je super, jak to je všechno propojené. Ale teď jestli nevádí, tak bych se chtěla zeptat ohledně té školky.

R1: Jo určitě.

V: Ty jsi mi vlastně řekla, proč jste se rozhodli pro tu školku. Chceš ještě něco k tomu dodat?

R1: Jo to tam jako napiš, že my jsme měli obrovské dilema. Teďka, když se řeší inkluze a všechno možné, tak všichni se ti snaží s ním pomoci, ale vlastně nikdo ti neřekne, co vidí, jak myslí a ty sama to taky nevíš. Tak jako my jsme hrozně řešili, jestli ho máme dát do běžné školky a bude s dětma a bude mít asistenci. A jako bude to zvládat nebude to zvládat nebo ho máme nechat v té dětské skupině nebo ho máme dát do speciální školky, kde budou ale ty handicapované děti. My jsme ale chtěli ať má ty stimuly a ať ho ty zdravé děti podporují. To prostě byla jako dlouho moje vize. Ale pak se ukázalo, že by ve třídě bylo dvacet dětí a bude mít asistentku, která je stejně k tomu pedagogovi ne že by ji měl Dani...No, a nakonec jsme se šli podívat do té speciální školky a já jsem až na poslední chvíli, že teda půjdeme do té specky. Protože jsem měla pocit, že v té běžné školce to bude lepší...Pořád jako se chceš přesvědčit o tom, že i ty máš to zdravé dítě, že mu to pomůže a že se nějakým zázrakem najednou uzdraví. Takže to byl jako i takový proces smířování se s tím...No, tak jsme šli do té speciální školky a tam jsme viděli maximálně 9 dětí na které jsou 4 učitelky. Mluvili jsme s paní vedoucí pedagožkou, to byl první člověk, kterého jsem viděla, a to byl člověk ze kterého šla neuvěřitelná energie a zkušenost. Jako dělá s těma dětma už tolik let a prostě ví co s nimi má dělat a že to v té třídě funguje. Já jsem tam přišla a byla jsem jako jo dobré, tohle je to, co Danik potřebuje. On nepotřebuje být mezi zdravými dětmi ztracený a nešťastný. Já jsem jako fakt došla k tomu, že já jsem potřebovala, aby byl v té běžné školce, ale on ne. Že jako vlastně on by tam byl fakt nešťastný. A v té chvíli vlastně převážila ta speciální školka...Malý kolektiv, intenzivní péče, porozumění té naší situaci. Tam to bylo jako všechno dohromady no.

V: Ještě tu mám takovou otázku ohledně toho, jestli myslíš, že Daniel se nějak inspiruje nebo učí od těch dětí s jiným postižením. Nebo jako jaký máš dojem ohledně jejich společného fungování v heterogenní třídě?

R1: První věc já jako neuvěřitelně obdivuju učitelky, co tam pracují. Protože přesně. Tam je takovéto spektrum toho postižení. Tam jako třeba teď nastoupily další děti a u některých si řekneš, že to nechápeš, proč tam jsou, že mají jako třeba jen nějakou jazykovou vadu a u některých to je naopak zase něco šíleného. A když tam teď nastoupili ti dva kluci z Ukrajiny s autismem, tak to bylo peklo ze začátku, co se tam dělo a aby to paní učitelky vůbec zvládaly. Tak jako u toho jsem trochu přemýšlela, jestli to může na Danika nějak působit. Ale v té školce jde vidět, že oni se zajímají, že oni se nás ptají, co se dělo na terapiích. Oni fakt chtějí vědět. Jedna paní učitelka se dokonce jela podívat na ABA terapii, aby viděla, jak to probíhají ty terapie. Dávají nám fakt jako vědět i jak se s těma dětma pracuje. Teď mi právě paní učitelka mi řekla, že my jako platíme těžké peníze za ergoterapii a Danik vynechává školku, kde jako taky probíhá ta práce s nimi. A pro Danika je důležité, aby měl fakt jako režim, aby měl řád, aby jako věděl, co přijde. Proto my teď uvažujeme, jestli pokračovat v té ergoterapii, když ta školka mu hrozně dává tady v tomhle. Já si myslím, že mu jako nic moc nedává, že tam jsou ty jiné děti, protože Danik byl odjakživa sám pro sebe. Proto to i v té dětské skupině měl tu osobní asistenci, protože ho nezajímaly ostatní děti on jako byl vždycky sám pro sebe. My jsme měli radost, že chtěl vůbec chytit za ruku nebo se zapojil do těch ranních kruhů a on si jako nebude hrát s dětma, ho nezajímají jiné děti...Možná teďka to je trošku lepší, ale on si prostě dělá svoje. Proto i my jsme chtěli druhé dítě, že ho jako může táhnout, že ho jako stimuluje, ale teďka ho dcera víc štve než cokoli jiného. Protože mu prostě narušuje ten jeho svět a on se musí naučit s ní fungovat. Takže jako já si myslím, že on si k sobě nepouští ty vlivy od ostatních, co tam jsou v té školce. A jako on tam fakt jako musí chodit, protože teď jak jsme byli celý prosinec doma, tak tam jde jako vidět, že tam začínají znovu s ním. A tady znovu proč jsem ráda, že je v té speciální školce, tak ty učitelky se ho snaží zapojit a v té běžné by na to vůbec nebyl prostor. Tam by to šlo úplně do kytek jako. To by fakt nebylo dobré no.

V: Ještě se chci zeptat ohledně té školky, jestli muselo dojít k nějakým prostorovým nebo jiným úpravám vzhledem k tomu zrakovému postižení?

R1: My jsme hodně třeba řešili to, že já mám mít výrazné brýle, nehty lakované, výrazná rtěnka, šály kolem krku. Když se Danik narodil, tak já jsem nosila paruky a brýle. U nás diskokoule hrály. Si říkám, že co si museli myslet sousedi. Pak jsem zase zkoušela černé oči a úplně černou rtěnku a vypadala jsem zas jak ti Emo lidi. Dokonce i klaunský nos jsem nosila...A právě ty paní učitelky byly na to schopné reagovat, že jako taky začaly. Ale prostorově si myslím že ne, ale hodně se jako zajímaly, jak Danik funguje v tom prostoru...My tomu říkáme fáze. On má prostě výkyvy, a to i v tom prostoru. Ale prostě on je limitovaný v tom, jak vnímá prostor.

Takže, když přijde horší fáze, tak se mu zhorší i ten zrak. Oni prostě říkají, že to dítě nevidí to, co před chvílí vidělo. Že on jako má problém 2D a 3D. Že on nedokáže odhadnout hloubku schodů, že jakoby tak zamrzá. Já ho třeba můžu vést za ruku a někdy to je v pohodě a někdy jako cítíš, jak si nad každým krokem není jistý. A v té chvíli cítíš, jak on se uzavírá do sebe a jde víc po jistotách...Je jako víc křiklavý, podrážděný je takový unavený a ony jsou jako schopné ty paní učitelky fungovat i v tomhle. Že si všímají, že ho jako musí vést za tu ruku do těch schodů. Takže ne že by úplně upravovali ten prostor, ale jsou schopny pracovat s tím, co tam zrovna mají. Že jako ví, co se děje.

V: Ještě mám otázku, jestli už víš, kde chcete pokračovat do budoucna? Myslím, kde bude Danik chodit třeba na základku.

R1: Jo určitě pokračovat, tak kde jsme teď. Oni tam mají základní i střední školu...Jako teď to vypadá s tím soustředěním a jak Danik nefunguje, že si chceme dát určitě odklad a dát mu ještě prostor se nějak někam posunout a že uvidíme. Ale 100 % chceme pokračovat tam. Že jsme si jako říkali, že ta školka to tak nakopne a pak bychom šli do Bystřice na nějakou normální základku, kde bude mít malý asistenta...A já prostě vím, že to nepůjde. Jako ten vzdělávací systém je hrozně důležitý a ta škola funguje v tom, že ta máš mateřskou školu, základní a střední a on tam může strávit defacto pětadvacet let života. Protože se všemi možnými odklady a tím jako jak funguje vzdělávací systém, tak on tam fakt jako může strávit čtvrtinu života. Že to může být jako strašně fajn prostředí tady v tom. Že to je jako obrovská pomoc pro ty rodiče, když máš postižené dítě, tak jako víš že je ve škole, kde to funguje a že mu to něco dává...A je to prostě obrovská pomoc, že může chodit do takového vzdělávacího systému. A my s tím jako počítáme, že zůstane tam, kde je teď ve školce. My jsme se právě i přestěhovali kvůli školce z Těšína do Třince.

V: Ty jsi mi to všechno tak hezky shrnula, takže jsi mi odpověděla na většinu otázek, co tu mám. Ale musím se tě zeptat, jak bys shrnula kortikální postižení zraku úplněmu laikovi?

R1: Já vždycky říkám, že nemá problém s očima, ale že má problém s mozkiem. Že mozek nedokáže zpracovat to co vidí ty oči. A proto je to jako, tak hrozně těžké popsat, protože tím, že Danik nemluví, tak mi neřekne, co vidí...Má tam jako výkyvy v té kvalitě, jak jako vidí. Takže kdybych to měla někomu říct, tak je to problém mozku ne očí. A mozek nedokáže vždycky zpracovat to, co ty oči přenášejí. A ta informace může být úplně jiná...Stává se, že třeba to kreslení, že Danik maluje jakby zrcadlově věci. Takže já jako třeba nevím, že on možná vidí zrcadlově. Já jsem jako na umění a na tohle všechno a já si jako fakt dodneška pamatuju,

když měl rok a půl a já jsem mu ukázala barvy a od té doby on je nepustil z ruky. To byla úplně láska na první pohled. Že on jako jede barvy a ty děti s CVI jsou strašně citlivé na barvy. Takže on právě celou dobu prostě si čichá k těm barvám a zároveň prostě jako vizuálně. A on jako co dokáže s barvami udělat, že on třeba teď strašně dobře kreslí něco, co vidí na videu a potom to překreslí, ale pak se třeba stane, že to udělá fakt jako zrcadlově. Jako on to otočí vzhůru nohama. A já si právě myslím, že to jsou projevy toho, že on to fakt nakreslí tak jak to vidí. Že pro mě ty obrázky jsou, že on, jakože ukazuje, jak ten svět vidí. Já jsem za to strašně ráda, že to používá.

V: A máš jako ještě něco, co bys v té školce uvítala? Třeba nějaké změny nebo pomůcky, které tam ještě nejsou.

R1: Oni tam mají i něco jako Snoezelen, který moc nevyužívají. Že určitě by bylo fajn, že by tam bylo to, co v té dětské skupině. Že by si prostě na těch patnáct minut někdo toho Danika vzal a pracoval s ním cíleně na té logopedii. Že by si ho vzal a pracoval s ním cíleně na té zrakové terapii. Že jako něco takového by bylo supr, kdyby to nebyla jen taková tak skupinová školka jako vždycky, ale mohlo by tam probíhat něco individuálního. Třeba to si myslím, že by bylo strašně fajn, kdyby tam prostě probíhala tady ta možnost jako jeden na jednoho. To by bylo úžasné. Za to bych byla strašně vděčná, ale to prostě vím, že není v jejich možnostech.

V: Ještě mě napadá otázka ohledně Daniela, že jak je na tom v oblasti sebeobsluhy a samostatnosti?

R1: To jsi přišla s naprosto skvělou otázkou. To jsme teďka řešili příspěvek na péči a my jsme naposledy žádali, když měl jeden rok, a to dostal dvojku. A od té doby má dvojku. A teďka právě jak jsme byli na to posledním vyšetření a řešila se ta mentální retardace a všechno...A všichni nám to pořád říkal, že si máme zažádat o vyšší stupeň. Tak jako jsme žádali a teďka nám to zamítli že ne. Takže to budeme řešit znovu. A budu si jako shánět nové zprávy a budu jinak řešit to sociální šetření, jak za tebou přijdou, aby jako zjistili tu situaci domácí. Že já vždycky všem říkám o těch jeho očích a neřeknu jím přesně o té samoobsluze. Že Danik je jako bys měla tříleté dítě v šesti letech. Nám defacto ten doktor řekl, že to, co my pro něho musíme dělat neodpovídá zdravému dítěti šesti letému. Danik se jako neoblíká na záchod si zajde, ale potřebuje všechno nachystat, potřebuje utřít. Při jídle mu dáš sice lžičku, ale primárně jí rukama. Musíme ho jako hlídat, dokrmovat. Pití, pitný režim...Oni se mě zeptali a umí používat lžičku a já jsem řekla, že jo, že dá si jí do pusy. Ale už jsem jím neřekla, že prostě i tu polívku, když mu dám vývar, tak začne jíst rukama...Čistění zubů. On si nevyčistí sám zuby, on se neumyje, on se neutře, on si nepustí vodu.

V: Takže neustála péče o něj.

R1: Ano neustálá péče. A v tomhle to tam jako nezaznělo a budeme to znovu řešit. Protože ta sebeobsluha, on je strašně zafixovaný... Dani má svůj svět a aby k němu pronikly ty praktické věci, co se prostě mají dělat abys mohla fungovat samostatně tak to je jako obrovská práce to k němu dostat. Že i kdyby to zvládal, tak to je jako tak dvacetinásobek, co musíš udělat s běžným dítětem. A strašně rychle to vyhasíná u něho, že on to vždycky třeba chvíli začne dělat a pak to jde úplně do kytek zase. To jsou ty jeho fáze no. Že on se potom fakt jako vrací, že musíš začínat zase znovu... Ne že by zapomněl všechno.

V: Takže má jako lepší a horší období i v tomhle?

R1: Rozhodně. I to že i když najednou jako mu řekneš něco a on to udělá. A druhý den mu to můžeš říct dvacetkrát a prostě on tě nevnímá vůbec. A vůbec není schopen. Že pro nás je to jako pro rodiče náročné, že ty máš jiné dítě. My jako zjistíme třeba až zpětně, že měl fázi, že na něj něco leze, protože on nám to neřekne. Takže to zjišťujeme až v průběhu tady těch věcí, když najednou začne něco drhnout. Když je nemocný, když je horečka, tak to jde okamžitě všechno do kytek. To vidíš i, že se mu rozjedou ty očička... To je jako hlavně i znak toho CVI. Ta strašná proměnlivost té kvality zraku.

V: Mám takovou teď osobní otázku, co se týká tebe, že jak to jako zvládáš i s druhým dítětem?

R1: Hele to tam jako napiš taky. Jako ti to zcela upřímně můžu říct, že tohle je jako teďka pro mě asi nejnáročnější období života. Kolikrát mě napadne za den, že proč jsem si ty děti pořídila... Protože je to tak náročné.

V: Podle mě se tak cítí hodně matek jen se o tom bojí mluvit nahlas.

R1: Právě. Já chci ať se tyhle témata otvírají, že jako mě napadá, že jsem měla mít jenom Daniela. Že bych měla víc času se mu věnovat, že jako dcera teďka bere strašně pozornosti. Já jsem jako měla potřebu, že jsem cítila že chci druhé dítě. Ale zároveň nám prostě všichni říkali, že to bude dobré pro Danika, že bude mít toho sourozence, že bude mít partáka, že ho bude táhnout ten zdravý sourozenec. Takže já jsem se jako stresovala, aby byla zdravá. Aby se jako neopakovalo, co se jako stalo. Takže to jako bylo hodně náročné, ale všechno dopadlo dobře. I když šla jako taky císařem tak prostě dcera je úplně to, co nebyl Danik, tak ona nám jako dává. Ale zároveň ona je osobnost, takže tam jako vykomunikovat s ní něco. A zároveň ta moje trpělivost já to už nezvládám moc doma a tím pádem tam cítím obrovsky deficit jako věnovat se mu. Nenechat ho jen tak, aby si maloval a fakt s ním jako cíleně pracovat, že jako mě strašně času bere ta dcera. A já zároveň nejsem ten typ, co může být doma. Já bych se z dětí zbláznila,

kdybych byla doma. Takže víš, že dělám ještě tu práci bokem jako v knihovně. Já žiju jenom na té knihovně, protože mě to jako strašně vysává, co je doma. Danik je miláček a všechno, ale hrozně těžko dává zpátky. Dcera jo, mi dává pusinky. Danik vůbec. Danik jako nedává najevo lásku nebo něco takového. Tam se jako těžko čerpá takové to dozdrojovat se... Všimni si, že vůbec nemluví o muži. Muže už nemám vůbec kam dát. Takže obrovský záprah, že se doma hádáme. A nejenom kvůli dětem, ale jako že já jsme unavená, našťvaná, vyšťavená, že jako je to hrozně náročné. Vybalancovat to postižené dítě, malé dítě, a ještě se chceš fakt jako někde realizovat bokem, abych si uchovala psychickou pohodu a by to doma všechno fungovalo dohromady to je prostě...já jsem jako fakt reklama na to nemít děti. To se mi strašně líbilo, jak teďka měla ta raná péče kampaň. Že co to prostě je, když se ti narodí postižené dítě. To prostě čekáš, že letíš na dovolenou do Thajska, máš sbalené plavky, opalovací krém, všechno krásné a přistaneš v Grónsku. A to je přesně to stejné, když čekáš, že budeš mít to děťátko a bude to krásné všechno a narodí se ti postižené dítě. Tak jako to je přesně ono. Já mám občas pocit, že jsem pořád v Grónsku a chystala jsem se do Thajska. Tak taková je jako moje současná situace. A to tam jako fakt klidně napiš. Že i ta situace jako obecně, když rodič pečuje je nesmírně náročná...A jako to jde vidět, že ta dcera by chtěla s tím Danikem být. Ona je frustrovaná, že na ní nereaguje. A zatím, to je tak, že ona jde spíš za ním, ona ho napodobuje Čekáme až se to přehoupne, kdy ona se stane tím tahounem. Zatím to jde vidět, že ona se taky vzteká podobně jako on. A já se jako fakt těším až se to přehoupne, kdy ta dcera se rozmluví a bude jako ten parťák. Protože zatím to je to vzteklé děcko, co má období vzdoru. Tam si jako myslím, že to může dostat úplně jinou dynamiku. Že budeme fungovat jinak. Dcera jde v září do školky a teďka chodí aspoň dopoledne do té dětské skupiny, že jsem neměla kde jinde ji dát. A já už jsem fakt jako potřebovala. Ona oproti Danika fakt potřebuje ty děti. Ona si chce hrát no.

V: Mám na tebe poslední otázku. Jestli je ještě nějaké téma, o kterém jsem nehovořily a chtěla bys mi sdělit?

R1: Nevím proč mě to napadlo, ale my jsme měli o víkendu arteterapii a měli jsme jako řešit nějaké takové ty cesty do hlubin a jako zvíře, které k tobě bude promlouvat. Ke mně přišel králík a Danik má prostě nejraději králíky. A jako máš vést rozhovor s tím zvířetem a že jako já jsem tomu králíkovi říkala, že se bojím. A on mi říkal, že všechno bude dobré a odešel. Že jako toho se nezbavíš, co bude s tím dítětem. Tak jako u toho CVI je fajn, nebo u Danika spíš, že jako fakt se chytil těch barev. Protože tam já říkám, že ať je člověk, jaký chce., tak to CVI a ty barvy a všechno je vlastně výhoda a on umělec může být vždycky. Já počítám s tím, že se

o něho budeme starat celý život, ale prostě může se realizovat tím. Může být něčím naplněný a třeba i nějaké chráněné dílny nebo něco takového.

V: Mě první, co zaujalo na Danielovi na praxi, že pořád kreslil. A přesně jsem si říkala, že to je malý umělec.

R1: Jako k tomu ho chci vést. Je důležité, že když má nějaký handicap, tak najít naopak to, co je jako dobré a jako podpořit to a udělat z toho to, co mu může dát naději do budoucna...Aby mohl fungovat prostě.

V: To bude o se mě všechno a já ti moc děkuju. To byl hrozně hezký rozhovor. Užitečný jak pro mou práci, tak i pro mě osobně. Ještě jednou děkuji.

R1: Není zač. Já jsem ráda, že se někdo zajímá.

Rozhovor s respondentem č. 2

V: Dobrý den. Jmenuji se Lenka Konderlová a jsem studentkou třetího ročníku speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Moje bakalářská práce nese název: „Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy.“ Praktická část se zaměřuje na analýzu konkrétního případu chlapce Daniela, a tedy budu Vám klást zejména otázky týkající se jeho. Ještě se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním celého rozhovoru, který bude sloužit pouze pro tvorbu výzkumné části a bude zcela anonymní.

R2: Ano souhlasím.

V: Tak já bych se Vás chtěla na začátku zeptat, jak dlouho zde učíte a jak dlouho znáte žáka Daniela?

R2: Tak ve speciální školce učím 12 let a Danielka znám dva a půl roku.

V: A v kolika letech nastoupil Daniel do mateřské školky?

R2: Kolem tři let.

V: Další otázka je, jak jste byla na práci s dítětem se zrakovým postižením připravena?

R2: Na fakultě speciální pedagogiky jsme měli trochu tyflopédie. No a jinak samostudiem.

V: Rozumím. A jaké dovednosti a znalosti považujete za nejdůležitější pro práci se zrakovým postižením?

R2: Především aby bylo dostatek světla, protože Danielek není slepý. Vidí, ale má spíš špatné prostorové vidění, aby nezakopnul nebo nespádnul na schodech, tak odstraňujeme překážky.

V: Jaký byl nástup Daniela do mateřské školy?

R2: Jestli si pamatuji dobře, protože to už je dva a půl roku, tak jeho nástup byl úplně v klidu. Zvyknul si hned. Byl rád mezi dětma.

V: Další otázka navazuje. Jak zvládal adaptaci na nové prostředí?

R2: Adaptace byla naprosto bezproblémová.

V: Jaké konkrétní úpravy nebo přizpůsobení prostředí v mateřské škole jste museli provést s ohledem na zrakové postižení Daniela?

R2: Naše školka je tak nějak přizpůsobena všem dětem i dětem s nějakým zrakovým postižením, takže tam problém nebyl. Na co musíme trochu dávat víc pozor, tak při chůzi po schodech nebo Danielek chodí vlastně druhým rokem na plavání, má bazén rád. A tam je právě

vidět, jak se bojí vcházet po schodech dolů, protože tam nemá ten odhad, takže ho musíme držet za ruku.

V: Jaké metody nebo techniky používáte pro podporu a vzdělávání Daniela?

R2: Ano, používáme speciální hračky nebo pomůcky, které máme společné i se základní školou, takže si je půjčujeme. Jinak máme ve školce osvědčenou Metodu dobrého startu.

V: A nějaké komunikační nástroje nebo pomůcky byly využity pro komunikaci s Danielkem? Nebo má nějaký problém s komunikací, že byste s ním museli komunikovat jinými prostředky, než je řeč?

R2: Ne. Komunikujeme se všema dětma, tak nějak stejně. Máme tady děti s autismem a s těžkými vadami řeči, takže se u nás hodně rytmičuje, hodně se zřetelně vyslovuje. Máme každodenní logopedickou rozcvičku s mluvidly a s jazýčkem. Takže komunikujeme s tou rytmičací, artikulační cvičení, dechové cvičení i pomoci piktogramů.

V: Jo děkuji. Další otázka je jaký byl podle Vás vývoj a pokrok Daniela během jeho pobytu v mateřské škole?

R2: On, když přišel, tak uměl pár slov verbálně, ale to vyloženě jen svou řečí, které nikdo nerozuměl snad jenom maminka. A teď už začíná používat úplná slova. Takže v tom je určitě rozdíl...A rozumí víceméně všemu nebo víme, že rozumí. Ale teď už trochu zkouší, protože miluje kreslení a miluje voskovky, a když mu řeknu teď nebudeš kreslit teď si budeme povídat, tak prostě vidíme ty čertíky v očích.

V: Jakým způsobem jste ostatní žáky seznámili s Danielovým zrakovým postižením a jaký měl tento krok vliv na jejich interakce a vzájemné vztahy ve škole?

R2: To šlo přirozeně. Ty děti to tak nějak přirozeně vycítí a poznají co a jak a kde kdo má nějakou slabinu.

V: A vidíte nějakou výhodu v heterogenním prostředí? Myslím to tak, že jako Daniel není se žáky se stejným postižením, ale jsou tady děti s různým typem postižení.

R2: Určitě. Heterogenní skupina má spoustu výhod. Má samozřejmě i něco proti, ale asi podle mého v tom výsledku převažují klady.

V: Můžete mi prosím uvést pár konkrétních výhod?

R2: Tak teď co mě tak napadlo je třeba vzájemná inspirace. Děti se můžou od sebe učit. Šestileté šikovné dítě může pomoci tomu mladšímu about boty nebo ukazuje ten vzor, jak se obouvají

boty, že se svléká, ukládá si věci na místo nebo starší chytne mladšího za ruku a jdeme na procházku. Nebo děti, které mají vadu řeči jsou poháněné těma dětma, co mluví normálně, takže mají vzor. Neustály vzor kolem sebe třeba těch verbálně mluvících. A taky mi přijde, že to heterogenní prostředí je blíže reálnému světu, protože společnost je různorodá jako i naše školička. Ještě jsou tady děti tříleté nebo šestileté

V: Děkuji. To s tím reálným světem mě nikdy nenapadlo. A jak Daniel například navazuje sociální vztahy ve školce? Jak se mu dařilo začlenit do kolektivu? Protože, když jsem tu byla na praxi, tak jsem ho viděla spíše o samotě.

R2: Ano, to asi převažuje. Ale čím dál tím víc dá dětem ruku při pohybové hře. Ještě, ale pořád převažuje ta hra o samotě. Ale ráno přijde a chce hned voskovky chce hned kreslit, ale když je dostane, tak si je stejně položí na stůl a utíká za dětmi do kuchyňky, rád si teďkom hraje v kuchyňce a vaří. A tam už jsou nějaké holčičky, takže tam se s nimi musí nějak víceméně domluvit a spolupracovat spolu.

V: A vyjadřuje Daniel nějak libost/nelibost?

R2: Umí říct nechci. To on řekne. Tu nelibost... po nemoci jde vždycky poznat, že si musí navyknout na dané hranice a dohodnutá pravidla, které si tvoříme společně s dětmi ve třídě a máme je podložené i piktogramem, aby tomu děti rozuměli.

V: Jaký máte vy osobně názor na to, že Daniel chodí do heterogenního prostředí? Jakože není třeba jen s dětmi se stejným postižením?

R2: On nemá ještě úplně diagnózu. Teď se bude dělat a bude se zvažovat scholarita. Jakože do jaké první třídy půjde a podle jakého programu se bude vzdělávat. A spíš je tam ta zraková vada určitě, ale ještě si myslím, že tam bude...objevují se tam prvky autismu, a to teprve bude SPC vlastně sledovat a porovnávat. Takže jako ani nevím, v jaké jiné školce by byl než v heterogenní.

V: Tady mám otázku ještě ohledně posunu Daniela, ale to už jste mi v podstatě odpověděla. Chcete k tomu ještě něco dodat?

R2: Tak určitě, že slyší to mluvené slovo kolem sebe, že ty děti mezi sebou mluví, tak to určitě posouvá každého dál. Nebo řekne podej mi to, pomoz mi nebo chytني mě za ruku, jde se ve dvojicích. Tak to si myslím, že jsou všechno věci, co ho někam posouvají.

V: Jaké činnosti využíváte pro zrakovou stimulaci Daniela?

R2: Určitě podsvícení. Velké obrázky a předměty. Má velmi rád magnetickou stavebnici s výraznými barvami. Takže výrazné barvy no obecně. Ze začátku, když nastoupil, tak pozoroval hodně světlo stín a ty předměty si v tom točil. Ale to bylo opravdu před dvěma a půl lety.

V: Když třeba řeknete, že teď se dělá určitá aktivita, tak zapojí se hned nebo vzdoruje?

R2: Je to podle dne a tam bych spíš viděla ty prvky toho autismu. Je potřeba ho motivovat a ukázat i ten piktogram. Nebo jako říct teď si nehrajeme nebo nemalujeme a on to splní nakonec. Ale je jako potřeba neustálé motivace.

V: Jaké jsou Vaše postřehy ohledně pokroku od začátku integrace do třídy?

R2: Samostatnější. Samostatnější ve veškeré sebeobsluze. Přišel plenkový a je už bez plenek a dojde si sám na záchod. Sám se nají, pije z hrníčku, a to přišel s lahvičkou. Začíná se už svlékat i oblékat, ale zase se to všechno pokazí těma prázdninami. Ale už opravdu tyhle věci zvládne sám.

V: Jak probíhá spolupráce s rodiči?

R2: S maminkou jsme v každodenním kontaktu. Dokonce nám maminka tady dělá spoustu projektů a programy pro děti. Nebo komunitní setkání s rodiči. Maminka je vlastně kunsthistorička.

V: Jakou školu byste vy osobně doporučila do budoucna?

R2: Tam bude opravdu záležet na SPC. Jestli tam k tomu zraku přidá ten autismus. Protože přece jenom je pomalejší, takže pokud by šel na základní školu běžnou, tak tam by šlo spíše o integraci s asistentem pedagoga. A to ani ne až tak kvůli tomu zrakovému postižení, ale kvůli tomu možnému autismu.

V: Daniel má kortikální postižení zraku a podle kníže k tomu většinou bývá ještě nějaké postižení přidruženo. Má třeba mentální retardaci nebo epilepsii?

R2: Epilepsií nemá a mentální retardace se víceméně u předškolních dětí neurčuje. Až když mají jít do první třídy, protože každé dítě je individuální a vyvíjí se každý trochu jinak no. Teď měl vlastně šest let v říjnu, ale nějaká mentální retardace nebo opoždění si myslím, že tam za mě bude.

V: Je ještě nějaké téma, o kterém jsme nehovořily nebo co byste mi chtěla sdělit?

R2: No nevím, jestli jsme o tom mluvili, ale opravdu tu sebeobsluhu jsme cvičili ve školce. Je to potřeba zase speciálně po těch prázdninách, protože i když má doma mladší sestřičku, která nastoupila do nějakého klubíku, tak maminka Daniela velice opečovává. Tím, že měl od malička nějaký ten handicap, tak se k němu i tak staví, tak pořád nedokáže nějak vstřebat, že pro toho Danielka by bylo lepší jako trvat na tom že to zvládne, že má zdravé ruce, že má zdravé nohy. Že tu sebeobsluhu zvládne sám do budoucna.

V: To je ode mě vše. Moc Vám děkuju, že jste do toho semnou šla.

R2: Není zač.

Rozhovor s respondentem č. 3

V: Dobrý den. Jmenuji se Lenka Konderlová a jsem studentkou třetího ročníku speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Moje bakalářská práce nese název: „Dítě se zrakovým postižením předškolního věku v prostředí heterogenní třídy.“ Praktická část se zaměřuje na analýzu konkrétního případu chlapce Daniela, a tedy budu Vám klást zejména otázky týkající se jeho. Ještě se zeptám, zda souhlasíte s nahráváním celého rozhovoru, který bude sloužit pouze pro tvorbu výzkumné části a bude zcela anonymní.

R3: Jojo.

V: Chtěla bych se Vás jako první otázku zeptat, jaká je vaše role jako asistenta pedagoga ve třídě, kde je jedno dítě se zrakovým postižením?

R3: Mám na starosti všechny děti ve třídě...V mateřské škole to je tak, že spíš tak všechny učitelky ke všem dětem a děláme to, co je potřeba.

V: Jo, děkuji. A liší se nějak podpora a asistence u Daniela od ostatních žáků v mateřské škole?

R3: Určitě, co se týče chůze ze schodů, tak určitě musíme opatrněji. Co se týče třeba ranního kruhu tak tam určitě dávám obrázky blíže k těm očičkům.

V: Asi preferuje i nějaké pestřejší či výraznější barvy že?

R3: Určitě. Ví, že i mamka si dává červenou rtěnku, aby ji lépe viděl. A tady ve školce jsme zatím nepotřebovali nic speciálního. Jak mu řekneš třeba koukej na něco, tak hezky kouká a zkouší i opakovat.

V: A vidíte třeba u Daniela nějaké pokroky od té doby, co nastoupil do mateřské školy?

R3: Určitě tím, že tady je režim dne. A když máme úkoly nebo práci, tak on určitě pokročil v tom, že déle vydrží. Tím, že ví, co ho čeká, že mu ukážeme nějaký piktogram, tak si to lépe dokáže spojit...A pokrok jako určitě fakt v tom, že déle vydrží a chce pracovat.

V: Myslíte tím, že se déle soustředí a neodbíhá?

R3: Ano přesně tak.

V: A jak Daniel vychází s ostatními dětmi ve školce?

R3: Nechce třeba dávat ruce ostatním a je spíše samotář. Nechce si hrát moc s dětmi. I u her ráno jako spíš určitě sám než s dětmi no. Nevyhledává děti.

V: A jak spolupracuje třeba při aktivitách nebo jak se zapojuje?

R3: Často říká ne. Chce si spíš tak po svém hrát. Fakt mu je třeba říct, že teďka je práce a ve školičce posloucháme. Aby on si to jako trochu uvědomil, že fakt musíme pracovat. Že to není jen o hračkách. A celkem se i vzteká, když chceme po něm něco a on nechce, tak to je třeba i o vzteku...Ale když mu ještě jednou třeba ukážeme piktogram práce, tak už to je lepší, ale záleží i co. U té výtvarky to je bez problému relativně, ale u toho ranního kruhu nebo u stavebnic to jako jde spíše přes vzdor.

V: Jak se Daniel přizpůsobil dennímu režimu v mateřské škole?

R3: No...po prázdninách nebo tak jde vidět, že na to relativně zapomněl. Potom mu déle trvá, než si zase zvykne potom víkendu. Jako jde poznat, že doma asi nemá režim a tady jo, tak to je trošku horší. Ale potom, když už chodí do té školky déle nebo není nemocný nebo nejsou prázdniny, tak jako relativně myslím, že se pěkně přizpůsobil.

V: A můžu se Vás ještě zeptat, jak jste byla připravena na práci s dítětem se zrakovým postižením?

R3: Na kurzu to bylo spíš obecné. Jako bylo o všech postiženích. Trošičku jsme se tam toho dotkli.

V: A jaké třeba dovednosti nebo znalosti považujete za nejdůležitější pro tuhle práci?

R3: Určitě trpělivost. A zároveň se i musíš umět vcítit a pochopit, že Daniel ten svět vnímá jinak. Že on to má nastavené trošičku jinak a celkově ty děti s postižením jsou fakt hlavně o té trpělivosti. Pomaličku jim to vysvětlit a snažit se to přizpůsobit tomu dítěti konkrétnímu, aby se mu to lépe dělalo, lépe chápalo.

V: A mám ještě otázku, jestli vidíte nějaké plusy, že je Daniel v heterogenním prostředí?

R3: Spíše asi mínusy, protože tím, že tu je tolik různých postižení, tak u každého musíš rychle reagovat a přepínat. Ten je hodně ADHD a na druhého zas musíš hodně opatrně, aby do něčeho nenarazil. Musím se hodně soustředit. Dejme tomu, kdybych měla jen děti s tělesným postižením na vozíčku, tak tam je to trochu o něčem jiném než tady, když máme i tělesné i mentální prostě všechno dohromady. Takže určitě dávat hodně pozor. To je jako únavné.

R3: Dobře. Děkuji Vám moc za rozhovor a mějte se moc hezky.

V: Není zač. Hlavně ať se Vám bakalářka podaří.