



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Diplomová práce

Raná péče a její význam v oblasti intervence rodiny dítěte
se zrakovým postižením

Vypracovala: Bc. Zuzana Rodová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

České Budějovice, 2024

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 19.4. 2024

Zuzana Rodová

Ráda bych poděkovala panu doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady a ochotu při vypracování práce. Další poděkování patří Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích, zejména paní koordinátorce, pracovnícím a také rodinám, které byly ochotny se mnou vést rozhovor a na diplomové práci se tak podílet.

Abstrakt

Tématem diplomové práce je raná péče a její význam v oblasti intervence rodiny dítěte se zrakovým postižením. Cílem práce je pomocí výzkumného šetření zjistit význam rané péče, resp. jaký má raná péče vliv, zejména na rozvoj dítěte se zrakovým postižením. Teoretická část obsahuje vymezení základních pojmů, jako např. pojem raná péče, rodina dítěte s postižením a zrakové postižení. Praktická část na základě výsledků výzkumného šetření popisuje význam rané péče jako sociální služby. K výzkumnému šetření byla při sběru dat použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovorů se účastnili zraková terapeutka, poradkyně a tři klienti, rodiny, které službu rané péče užívají.

Klíčová slova: raná péče; včasná intervence; sociální služby; rodina; dítě se zrakovým postižením

Abstract

The topic of the diploma thesis is early care and its importance in the field of intervention of the family of a child with visual impairment. The aim of the thesis is to find out the importance of early care, or what effect early care has, especially on the development of a child with visual impairment.

The theoretical part contains the definition of basic terms, such as early care, family of a child with a disability and visual impairment. Based on the results of the research, the practical part describes the importance of early care as a social service. The method of semi-structured interview was used for the research in the data collection. The interviews were attended by a vision therapist, a counsellor and three clients, families who use the early intervention service.

Key words: early care; early intervention; social services; family; a child with a visual impairment

Obsah

ÚVOD	- 8 -
1 Raná péče.....	- 9 -
1.1 Definice a vymezení rané péče	- 9 -
1.2 Charakteristika rané péče jako sociální služby	- 10 -
1.3 Vznik a vývoj rané péče.....	- 12 -
1.3.1 Vznik a vývoj rané péče v zahraničí	- 12 -
1.3.2 Vznik a vývoj rané péče v České republice	- 13 -
1.4 Legislativní rámec poskytování služby rané péče	- 14 -
1.5 Cíle rané péče	- 15 -
1.6 Význam rané péče.....	- 16 -
1.7 Tým rané péče	- 17 -
1.8 Mezioborová spolupráce	- 17 -
2 Rodina dítěte s postižením jako cílová skupina rané péče.....	- 18 -
2.1 Definice a funkce rodiny	- 18 -
2.2 Rodina dítěte s postižením	- 19 -
2.3 Význam rodiny pro formování osobnosti dítěte.....	- 20 -
2.4 Reakce a vyrovnávání se s narozením dítěte s postižením.....	- 21 -
2.4.1 Fáze vyrovnávání se s postižením dítěte	- 21 -
2.4.2 Výchovné postoje rodičů k dítěti s postižením.....	- 23 -
2.5 Desatero pro rodiče dětí s postižením.....	- 23 -
2.6 Potřeby rodičů dětí s postižením	- 25 -
3 Dítě se zrakovým postižením	- 26 -
3.1 Zrakové postižení	- 26 -
3.2 Klasifikace zrakového postižení	- 27 -
3.3 Etiologie zrakového postižení	- 30 -

3.4	Zrakové vady objevující se typicky v dětském věku	- 31 -
3.5	Vývoj dítěte se zrakovým postižením	- 33 -
3.5.1	Zvláštnosti vývoje u dítěte se zrakovým postižením	- 33 -
3.5.2	Dítě se zrakovým postižením v raném věku	- 37 -
3.5.3	Dítě se zrakovým postižením v předškolním věku.....	- 40 -
	PRAKTICKÁ ČÁST	- 42 -
4	Vymezení cílů diplomové práce	- 42 -
4.1	Výzkumné otázky	- 42 -
5	Metodika.....	- 43 -
5.1	Kvalitativní výzkum	- 43 -
5.2	Výběr a charakteristika výzkumného vzorku	- 44 -
6	Realizace výzkumu a analýza získaných dat	- 44 -
6.1	Pohled pracovníků služby rané péče.....	- 45 -
6.2	Pohled klientů služby rané péče	- 51 -
7	Diskuse – výsledky výzkumného šetření.....	- 54 -
8	Závěr	- 57 -
	SEZNAM LITERATURY	- 58 -
	Internetové zdroje	- 63 -
	PŘÍLOHY	- 64 -

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce je Raná péče a její význam v oblasti intervence rodiny dítěte se zrakovým postižením. Raná péče patří dle Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách mezi služby sociální prevence. Úkolem této služby je podpora rodin v nelehkých životních situacích.

Téma rané péče jsem pro svou diplomovou práci volila z mnoha důvodů. Jedním z nich byla exkurze právě do Společnosti pro ranou péči zde v Českých Budějovicích, kdy mě koncept této služby velmi nadchl. Obdivovala jsem záslužnou práci poradkyň, které jsou oporou pro mnoho rodin. Velice mě však také překvapilo, jak velký je počet, ať už rodin, které se se zdravotním postižením svého dítěte potýkají, tak i obecně široké veřejnosti, která o této službě nemá žádné informace. Informovanost veřejnosti o této službě není dostačující, ač má dle mého názoru velký význam, právě pro rodiny dětí s postižením. Cílem práce bude zjistit význam rané péče, resp. jaký má vliv zejména na rozvoj dítěte se zrakovým postižením v předškolním věku.

Diplomová práce bude rozdělena do dvou částí teoretické a praktické.

V teoretické části se podrobněji seznámíme s pojmem raná péče, s jejím vývojem v průběhu let, cíli, významem a týmem, ze kterého je složena. Dále v této části bude představeno téma rodiny a dítěte se zrakovým postižením, jakožto cílové skupiny služby rané péče.

Praktická část bude mít podobu kvalitativního výzkumu. Data budou sbírána formou rozhovorů s rodiči dětí se zrakovým postižením a s pracovníky rané péče.

1 RANÁ PÉČE

Raná péče je preventivní sociální služba, která je určena dětem s postižením či ohroženým vývojem a jejich rodinám. Rodiny mohou službu využívat od narození do sedmi let věku dítěte. Charakteristické pro ranou péči je poskytování péče v přirozeném prostředí dítěte, tudíž jde o službu převážně terénní. Úkolem rané péče je podporovat samostatnost rodičů tak, aby zvládaly péči a výchovu dětí s postižením v prostředí domova.

1.1 Definice a vymezení rané péče

Raná péče představuje celosvětově rozšířený program, který je určen rodinám dětí s postižením. (Hradilková a kol., 2018) V mezinárodním měřítku pojem raná péče označuje opatření a programy terapeutické, vzdělávací a socializační, zaměřující se na rodiny dětí s postižením či ohroženým vývojem v raném věku. (Hradilková, 2020) Munkšnábllová (2014) označuje ranou péči primárně jako speciálně pedagogickou, ovšem s velkým významem i v oblasti sociální.

Pojem raná péče vychází ze zahraničních termínů jako jsou německé „*Frühförderung*“, či anglické sousloví „*early intervention*“. Do České republiky pojem raná péče (také včasná či ranná intervence) zavedla v roce 1993 Hradilková se svými kolegyněmi. Hradilková společně s dalšími odbornicemi zvolily termín „*raná*“ zejména pro jeho spojitost s věkem a vývojem dítěte ve stěžejním období od narození zhruba do čtyř let. Termín „*péče*“ nahrazuje příliš odborné pojmy intervence a zásah. Hradilková ve své literatuře upozorňuje na význam pojmu „*péče*“ jako komplexu činností, nebo také soustavu služeb. Nikoli však zajištění základních životních potřeb jedince. (Hradilková, 1998)

Hradilková službu rané péče definuje jako: „*Soustavu služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Tyto služby mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postižením ohroženy.*“ (Hradilková, 2006, s. 9)

Odborná literatura však nabízí různé definice, např. Vítková definuje termín včasná intervence jako: „*Systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým*

v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit následky a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace.“ (Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, 1998 in Vítková, 2006, s. 127)

Raná péče neboli, jak zmiňuje vyhláška č. 72 včasná intervence, vstupuje v rámci uceleného systému rehabilitace i do speciálně pedagogických center (tzn. poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních), čímž jsou posíleny pedagogické prostředky v rámci této péče. (Vyhláška č. 72/2005 Sb.)

Česká republika vymezuje termín raná péče ve dvou významech, a to užším a širším. Širší význam rané péče popisuje Matoušek, který ji vymezuje jako: *„Soubor propojených sociálních, zdravotnických a psychologických služeb, které se poskytuje předškolním dětem. V ideálním případě se kontakt profesionálů s rodinami odehrává v přirozeném prostředí rodiny.“* (Matoušek, 2003, s. 96) Užší význam rané péče představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním platném znění, který říká: *„Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní službou poskytovanou dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.“* (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s. 19)

1.2 Charakteristika rané péče jako sociální služby

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se raná péče řadí mezi služby sociální prevence a uživatelům je poskytována bezplatně.

Základní činnosti služby rané péče:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- c) sociálně terapeutické činnosti;
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(MPSV, 2010)

Vyhláška 505/2006 Sb., uvádí výčet základních činností. V níže přiložených tabulkách je uvedeno, co vše základní činnosti zahrnují. (MPSV, 2012)

Tabulka č. 1

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:
zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte, včasnou diagnostiku, posouzení vývojové úrovně dítěte, zpracování plánu individuální péče
specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám (konzultace přímo v rodinách, poradenství při výběru a získání rehabilitačních pomůcek)
upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny
vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury (zapůjčování také rehabilitačních, stimulačních a kompenzačních pomůcek, hraček apod.)
podpora a posilování rodičovských kompetencí (využití stimulačních programů)
nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte
instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální

Tabulka č. 2

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:
pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou
pomoc a podporu při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob (zprostředkování kontaktu na další odborníky, předškolní zařízení)
podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů

Tabulka č. 3

Sociálně terapeutická činnost:
psychosociální podpora formou naslouchání (podpora rodiny v období krize)
podpora výměny zkušeností
pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny (sportovní, kulturní a rehabilitační akce)

Tabulka č. 4

Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů:
podpora rodičů při jednání navenek (vyřizování žádostí, doprovázení k lékaři, svépomocné skupiny rodičů)

Služby rané péče se dále dělí dle místa průběhu jednotlivých činností na služby terénní, ambulantní a další služby. (Kudelová, 2006)

- Terénní služby

Terénní služby představují nejvyšší procento z poskytovaných služeb rané péče, a to zejména proto, že nejčastější činností bývají právě konzultace v rodinách. Tyto činnosti zahrnují přímou práci s dítětem, ale také poradenství a naslouchání rodičům. Frekvence návštěv v rodinách bývá individuální, dle potřeb konkrétní rodiny. Často probíhají jednou za čtyři až osm týdnů.

- Ambulantní služby

Ambulantní služby představují takové služby, které jsou vykonávány přímo ve Střediscích rané péče. Jedná se o služby, během kterých je nutné využití přístrojů či pomůcek, které nelze zapůjčit nebo aplikovat během konzultací v rodině. Jsou to diagnostika, stimulace, terapie a poradenství, instruktáže rodičů. (srov. Kudelová, 2006; Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001)

- Další služby

Dalšími službami je míněno zejména zapůjčování speciálních hraček, rehabilitačních pomůcek a skupinová setkání. Skupinovým setkáním jsou míněny například kluby rodičů, kdy se rodiče pravidelně schází a předávají si své zkušenosti. Setkání mohou probíhat také formou přednášek, během kterých rodiče získávají potřebné informace nebo literaturu, dále jsou to terapie a také pomoc pro rodiče při orientaci v oblasti zdravotnictví, sociální podpory atp. (srov. Kudelová, 2006; Machek a kol., 2001)

1.3 Vznik a vývoj rané péče

1.3.1 Vznik a vývoj rané péče v zahraničí

Koncept rané péče podobný tomu, jak jej známe dnes pochází z 60. let 20. století z USA. Koncept této služby vychází z nových poznatků v oblasti vývoje dítěte. Do povědomí vstupuje také speciální vzdělávání, kdy pozornost není upírána pouze na zdraví matek a

děti, ale na dítě narozené se zdravotním postižením. Autoři také zmiňují optimistické a tvůrčí myšlení v 60. letech, které právě tyto programy podporovalo. Stěžejní je také uvědomění si důležitosti raného vývoje u dítěte do tří let, díky kterému tyto aktivity podporuje i široká veřejnost. (Shonkoff, Meisels, 2011)

Hradilková (1998) uvádí několik směrů, které taktéž přispěly ke vzniku rané péče.

Prvním vlivným faktorem byly poznatky o pozitivním vlivu stimulace na rozvoj dítěte v raném věku a to, jak stimulace ovlivňuje základ kompenzačních mechanismů u dětí s postižením. Naopak také příčiny a důsledky deprivace těchto dětí.

Neméně důležitým faktorem byla teorie imprintingu (vpečetování), která poukazuje na důležitost vytváření osobnosti dítěte v prvních třech letech jeho života. Tato informace přitahuje pozornost pedagogů a psychologů na děti v tomto období.

Jako další Hradilková zmiňuje výsledky výzkumu o integraci mezi matkou a dítětem, rodinou a dítětem a intuitivním rodičovstvím.

Ke vzniku rané péče přispělo také hnutí za práva postižených osob. Hnutí upozorňuje na právo žít ve vlastní rodině, komunitě a mít co možná nejmenší míru omezení.

V 70. a 80. letech 20. století se v některých zemích zejména západní Evropy formovaly skupiny rodičů, jež se domáhaly podpory, umožňující výchovu dítěte se zdravotním postižením v domácím prostředí. (Kudelová, 2019) Nově vytvořené programy se tak nezaměřují pouze na dítě, ale na celou rodinu, které je dítě s postižením součástí. (Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012) Díky nátlaku veřejnosti i odborníků, jež apelují na důležitost domácího prostředí a rodiny na vývoj dítěte v raném věku, byly úřady a vládními institucemi vytvořeny podmínky, odpovídající nárokům a potřebám daných rodin. (Kudelová, 2019)

1.3.2 Vznik a vývoj rané péče v České republice

Matějček (2002) popisuje počátky terapeutické péče v 50. letech 20. století v tehdejší Československu, jako počátek, kdy se o této péči začaly objevovat první zmínky. Do tohoto období se děti s postižením – defekty, zvláštnosti, smyslové, psychické a tělesné poruchy pouze evidovaly pomocí popisů a fotografií. Rodiče dětí s postižením volily ze dvou sociálních služeb, byly to ústav sociální péče a pečovatelská služba. Rodiny tak stály často nad rozhraním, zda dítě vychovávat v domácím prostředí bez jakékoliv odborné pomoci nebo jej dát do ústavu a tím s ním ztratit kontakt. (Hradilková a kol., 2018)

Během 60. a 70. let 20. století si společnost začíná uvědomovat důležitost poskytování péče dětem s postižením již v raném věku, a právě to vedlo k počátkům rané péče na našem území. (Matějček, 2002)

Vznik rané péče jako takové je spojen s dětmi se zrakovým postižením, kdy se odborníci začaly věnovat nejen dítěti, ale i jeho rodičům, pro které byla určena zejména poradenská činnost. Poté, co se zformovalo poradenství pro rodiny dětí se zrakovým postižením, se začaly přidávat i další pracoviště, zaměřující se na ostatní druhy postižení. (Hradilková, 2020)

Komplex poradenských služeb pro děti s postižením v raném věku a jejich rodiny se tak dále rozvíjel. Služby čerpaly z praktických zkušeností, jejich péče se neupírala pouze na dítě, ale i na ostatní členy rodiny a začala se tak utvářet komplexní služba rané péče. (Kudelová, 2013, Šance dětem)

Od poloviny 80. let 20. století vznikal Český model rané péče s názvem „Provázení“, který byl určen rodinám dětí se zrakovým postižením a pracovníci rané péče v něm propojovali teorii a praxi poradenství. Model disponoval třemi programy, podporujícími rodinu, dítě a společnost. Nedirektivním, systematickým a neexpertním přístupem se inspirovalo při práci s dítětem také několik českých autorů, jsou to např. Matějček, Langmeier, Čálek či Damborská. V roce 1994 převzala model „Provázení“ síť Středisek rané péče, kde byl tento model dále ověřován v praxi. (Hradilková, 1998)

Problematikou těchto služeb se nakonec na patřičné úrovni začaly zabývat i úřady a vládní instituce. Ty uznaly rodinám dětí se zdravotním postižením v raném věku nárok na péči a služby, odpovídající jejich potřebám. Byly také vypracovány zákonné normy, jež nároky rodin a konkrétní formy pomoci stanovují. (Kudelová, 2013, Šance dětem)

Raná péče v České republice oslavila v roce 2020 již 30 let své existence. Během těchto let se zasloužila o pomoc tisícům dětí, při odstartování jejich životů. Podporuje rodiny při radostných, ale i obtížných situacích a je připravena podporovat je i nadále. (Mezníková, 2020)

1.4 Legislativní rámec poskytování služby rané péče

První náznak legislativního ukotvení rané péče přichází v roce 2005, a to s vyhláškou 72. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Raná péče neboli jak je ve vyhlášce zmíněno včasná intervence, se tak stává součástí

speciálně pedagogických center. Žádné přesnější vymezení včasné intervence zde však zmíněno není. (Vyhláška č. 72/2005 Sb.)

Termín rané péče je vymezen v zákoně z roku 2006, kdy je raná péče zařazena mezi sociální služby. O sociálních službách pojednává Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění, ten ranou péči řadí mezi služby sociální prevence, které: „...*napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §53)

Podrobnější definici rané péče nalezneme ve stejném zákoně v §54, ta zní: „*Raná péče je terénní, popřípadě ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §54) Zde jsou také pojmenovány základní činnosti rané péče.

Základní činnosti rané péče jsou dále rozvinuty v §19 Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jednotlivé činnosti jsou podrobně rozvedeny již výše, v kapitole Charakteristika rané péče jako sociální služby, v tabulkách č. 1-4.

1.5 Cíle rané péče

Cíle rané péče jsou různé, v závislosti na cílovou skupinu klientů. Ve svých publikacích je představuje hned několik autorů.

Vítková (2006) říká, že raná péče si dává za cíl dostupnost těm dětem, které ji potřebují. Dále aby tato služba dokázala plošně pokrýt celou republiku, aby byla tzv. „bezděrová“. Dalším cílem této služby je podpora senzomotorického, emočního, sociálního a intelektuálního vývoje dítěte. Podpora má směřovat k samostatnosti a zapojení do společnosti. (Kolektiv 2000 in Opatřilová, 2007)

Obecné cíle, z nichž by měly služby rané péče při tvoření svých programů vycházet nám představují také Hradilová, Kudelová (2006, s. 24):

- snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na vývoj dítěte a jeho rodinu
- zmírnit dopad postižení dítěte na rodinu, ve které vyrůstá
- prevence druhotného postižení, institucionalizované péče a segregace
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte, v oblastech, které jsou postiženy a ohroženy
- posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech
- nabídnout rodině a dítěti komplex služeb zabezpečovaný multidisciplinárním týmem odborníků
- vytvořit pro dítě a rodinu podmínky sociální integrace

Konkrétní cíle pro svou službu představuje také Společnost pro ranou péči (2021):

- Zajistit dětem s postižením nebo s ohroženým vývojem v raném věku dostatečnou podporu pro jejich další rozvoj v rodině a dále jim umožnit a zajistit odborné služby v jejich domácím prostředí,
- rodičům (pečujícím osobám) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem jsou poskytnuty včas informace, odborná pomoc a podpora,
- rodiče (pečující osoby) se cítí být kompetentními v podpoře a ve výchově vývoje dítěte s postižením nebo s ohroženým vývojem,
- rodiče (pečující osoby) dětí s postižením nebo s ohroženým vývojem se účastní rozhodování o podpoře a službách potřebných pro sebe a pro své dítě, jsou patřičnými partnery odborníků, vědomí veřejnosti, odborníků a komunity, že děti s postižením mají právo na to, aby vyrůstaly v rodině, a rodina proto potřebuje od společnosti podporu.

V dnešní (moderní) době jsou zásady a pilíře rané péče zejména podpora a pomoc rodinám. (Dokoupilová a spol., 2015)

1.6 Význam rané péče

Výše již bylo uvedeno, že raná péče má největší význam zejména pokud je poskytována dětem v raném věku. Proto je třeba toto období u dětí s postižením co nejefektivněji využít. Matějček (2001, s. 26) také upozorňuje na to, že: *„Uspokojování základních biologických a duševních potřeb dítěte, také přiměřená zdravotnická a hygienická péče a náležitá zásobená podněty smyslovými a citovými mají velký význam pro utváření osobnosti člověka.“*

V tomto a předškolním věku je úkolem rané péče, aby dítě ohrožené, či s poruchou zachytila a včas zahájila speciálně výchovnou péči, čímž je schopna minimalizovat negativní důsledky postižení. Péče o dítě by měla být komplexní a měli by se na ní podílet všichni potřební odborníci ze složek zdravotnické, rehabilitační, výchovně vzdělávací a sociální. (Pipeková, 2006)

Vzhledem k tomu, že u dítěte s postižením jsou značně narušeny jeho vnitřní podmínky, je pro jeho správný vývoj důležité, abychom my ovlivnili ty vnější, abychom ho stimulovali. U dětí s vrozeným postižením, popř. postižením, k němuž dojde v raném věku dítěte je stěžejní včasná diagnostika a zahájení intervence, to znamená soustavnou a cílevědomou stimulaci. (Klenková, 2000)

1.7 Tým rané péče

Základním stavebním kamenem pro tým služby rané péče je rodina s dítětem s postižením či ohroženým vývojem a poradci rané péče, případně další pracovníci (metodik, vedoucí poradce, instruktor zraku...). (Hradilková a kol., 2018)

Členové raněporadenského týmu by měly mít možnost supervizí, intervizí, dalšího vzdělávání se ve svém oboru a kontaktu s dalšími odborníky v oboru. Všichni pracovníci rané péče pracují v souladu s Listinou základních lidských práv a svobod a řídí se pravidly Etického kodexu Společnosti sociálních pracovníků ČR.

Poradcem rané péče bývá často speciální pedagog nebo jiný pedagogický pracovník, dále psycholog, sociální nebo jiný odborný pracovník s odpovídajícím vzděláním. Úkolem poradců bývá diagnostika, stimulace a rozvoj dítěte, dále také terapie a podpora rodiny dítěte s postižením. Barlová (Sociální revue, 2015) definuje poradce rané péče jako člověka, který: *„...je rodině velmi blízko, často slouží jako koordinátor další podpory. Jaké služby rodina využije je v rukou rodičů, ti jsou experty na své dítě a oni mají veškeré kompetence. Poradce doprovází, nabízí a otevírá další možnosti.“*

Raná péče se skládá z multidisciplinárního týmu odborníků, kteří tak tvoří komplexní službu.

1.8 Mezioborová spolupráce

V rané péči je mezioborová spolupráce pro dosažení komplexní péče o klienta klíčová. Na této spolupráci by se měli podílet tři stěžejní oblasti – zdravotnická, školská a sociální.

- Raná péče a zdravotnictví

V oblasti zdravotnictví by s ranou péčí měli spolupracovat všichni zdravotníci (lékaři, zdravotní sestry) i nezdravotníci (klinický psycholog, psychoterapeut) pracovníci.

- Raná péče a školství

Hlavním cílem vzdělávacích institucí je integrace dětí s postižením do běžných škol. Integrace by měla probíhat oboustranně, tzn. že děti s postižením jsou zařazovány mezi děti bez postižení a děti bez postižení by děti s postižením měly přijmout. (Vachulová in Hradilková a kol., 1998)

- Raná péče a sociální oblast

Jak již bylo zmíněno výše, raná péče patří mezi sociální služby, konkrétně služby sociální prevence. Patří sem podpora dětí s postižením a jejich rodin, podpora jejich samostatnosti, vyrovnávání příležitostí apod.

2 RODINA DÍTĚTE S POSTIŽENÍM JAKO CÍLOVÁ SKUPINA RANÉ PÉČE

Následující kapitola bude zaměřena na rodinu dítěte s postižením, jakožto cílovou skupinu rané péče. Rodina a její působení má velký vliv na způsob a kvalitu života dítěte, je jeho prvním životním prostředím a tím i prvním socializačním činitelem.

2.1 Definice a funkce rodiny

V odborné literatuře se setkáváme s velkým množstvím různých definic pro pojem rodina, jelikož každý z autorů na ni nahlíží z jiného úhlu pohledu. Přesná definice pojmu rodina tedy neexistuje.

„Na rodinu pohlížíme jako na malou sociální skupinu, jejíž základní charakteristikou je vzájemná součinnost všech jejích jednotlivých členů. Poněvadž každý člen rodiny je osobností, tj. svým způsobem jedinečnou, originální, svébytnou lidskou bytostí, je i rodina, kterou tvoří, nutně také individuálním, originálním, neopakovatelným společenským organismem. To platí o rodině s postiženým dítětem jako o každé jiné rodině.“ (Matějček, 1994, s. 23)

„Rodina jako základní článek společnosti je zárukou její kontinuity a přenosu kulturních hodnot. Lze se domnívat, že vztah rodič-dítě je základním společenským vztahem. Rodina jako jeden z klíčových socializačních činitelů, je významným prostředím, ovlivňujícím vývoj všech jedinců, kteří jsou jejími členy.“ (Šulová, 2004, s. 121)

V průběhu dějin se mění společnost a stejně tak i postavení jednotlivých členů rodiny, rodina se vyvíjí. „*Současnou rodinu lze považovat za institucionalizovaný sociální útvar nejméně tří osob, mezi nimiž existují rodičovské, příbuzenské nebo manželské vazby.*“ (Stašová in Kraus, Poláčková a kol., 2001, s. 78) Stašová (2001) také říká, že základem rodiny je partnerství osob opačného pohlaví, jež má trvalejší ráz, dále příbuzenství a existence alespoň jednoho dítěte.

Stejně tak, jako se v průběhu dějin mění společnost a postavení členů rodiny, mění se i její funkce. Úkolem rodiny je zajišťovat několik funkcí jak uvnitř rodiny, tak i ve vztahu ke společnosti. Řada funkcí rodiny se v průběhu let tedy změnila, některé funkce převzal stát, jiné vymizely úplně.

Buriánek (2001) ve své literatuře zmiňuje tyto funkce rodiny:

- *Biologicko-reprodukční* – uspokojování sexuálních potřeb a plození potomků
- *Ekonomická* – dříve ve smyslu rodiny jako výrobní jednotky, dnes se jedná o společné hospodaření
- *Socializační a akulturační* – výchova dětí, vzdělávání, formování životního stylu, předávání kulturních hodnot
- *Emocionální* – vzájemná podpora, uznání, vědomí jistoty, uspokojování citových potřeb.

2.2 Rodina dítěte s postižením

Velké množství rodin, i přes některé moderní myšlenky, považuje narození dítěte za samozřejmost, či povinnost. S příchodem dítěte na svět jsou rodiče přirozeně plní očekávání, mají velké naděje a plány na budoucnost dítěte. Tato očekávání vkládají do dítěte, které se má narodit zdravé a krásné, proto také předpokládají naplnění těchto očekávání. (Jankovský, 2018)

„*V důsledku narození dítěte s postižením vzniká značný rozpor mezi skutečností a původními optimistickými představami rodičů. Jejich reakce na takové trauma je mimo jiné ovlivněna i převažujícími postoji společnosti, v níž žijí. Rodina s dítětem s postižením je vystavena specifickému nebezpečí, které snáze může ohrozit její vnitřní soudržnost, neboť tyto rodiny častěji trpí vnitřním rozvratem a častěji se i formálně rozpadají.*“ (Vágnerová, 1999, s. 102)

Rodiny, do kterých dítě s postižením přichází mění zcela najednou svůj životní styl, mohou získat i novou sociální identitu. Nový životní styl zahrnuje přizpůsobení se specifickým potřebám a možnostem dítěte s postižením. Změna nastává také v chování, a to jak v rámci rodiny, tak i k širšímu okolí. Členové rodiny se projevují jinak, než jak u nich bylo doposud zvykem, někteří se od okolí zcela izolují. (Vágnerová, 2004)

Jak již bylo zmíněno výše, rodiny mají s příchodem dítěte na svět velká očekávání, pro některé z nich se tak, zejména zpočátku, narození dítěte s postižením zdá jako neřešitelný problém. Musí se vyrovnat se skutečností, že jejich očekávání nebudou naplněna. (Jankovský, 2018)

Vágnerová (2004, s. 165) říká, že obecně: *„Čím dříve se rodiče dozví, že je jejich dítě postižené, tím zásadnějším způsobem se mění jejich postoj.“*

Za nejobtížnější období lze považovat začátek, kdy je pro rodiče vše nové. Rodiče si často připadají přetížení a zavalení úkoly, jež musí vzhledem k situaci zvládnout a vyrovnat se s nimi. Skutečnost, že se rodičům narodilo dítě se zdravotním postižením, obvykle znamená velkou úzkost a pocity beznaděje, někteří tento stav popisují: *„Jako by se jim zhroutil celý svět“*. Reakce rodičů na narození dítěte s postižením bývají různé, jsou závislé na individuálních, osobnostních, kulturních a vzdělanostních rozdílech. Tato nová situace, ve které se rodina nachází může mít za následek rodinné konflikty, je proto důležité, snažit se jim předcházet. (Matějček, 2010)

Dítě si své postižení, zejména v raném věku neuvědomuje, dotýká se tak v tuto chvíli zejména rodičů. Výraznější uvědomění si svého postižení přichází u dětí v době, kdy intenzivněji vnímají své tělesné i psychické schéma, tedy ve věku školním, zejména pak v období puberty. (Jankovský, 2018)

2.3 Význam rodiny pro formování osobnosti dítěte

„Hovoříme-li o dítěti s postižením, hraje v procesu utváření jeho osobnosti významnou úlohu rodina. Přijetí dítěte s postižením rodinou a vnímání všech problémů souvisejících s touto skutečností ne jako údělu, ale úkolu, vytváří potřebný prostor pro formování autonomní integrované osobnosti tohoto dítěte.“ (Jankovský, 2006, s. 140)

Není dobré, aby rodina dítěte s postižením zůstávala v těchto obtížných situacích sama. Tyto rodiny nejvíce potřebují účinnou pomoc, tzn. získání potřebných informací, které

jim umožní se v této situaci orientovat a rozhodovat se pro vhodná řešení problému, nikoli však soucit. (Jankovský, 2006)

Každé dítě má své základní životní potřeby, proto stejně jako děti intaktní, i děti s postižením potřebují: „...přívod podnětů z okolí v přiměřeném množství, kvalitě i časovém sledu, potřebují vhodnou dávku citových podnětů, aby si mohly vytvořit pevný, intimní vztah ke svým vychovatelům. Potřebují také už v časném dětství pocit životní jistoty, který jim svou citovou angažovaností poskytují jejich nejbližší vychovatelé, tj. především rodiče.“ (Matějček, 2001, s. 26)

2.4 Reakce a vyrovnávání se s narozením dítěte s postižením

„První poznání, že s dítětem není něco v pořádku, znamená proto nevyhnutelně jistý otřes v postojích a představách rodičů. Tento první pocit zklamání je obvykle úměrný tomu, jak zjevný je defekt dítěte a jak dalece si rodiče mohou uvědomit jeho dosah pro budoucnost.“ (Matějček, 2001, s. 25)

Výchova a péče o dítě s postižením je náročná, rodina prochází řadou změn, což ovlivňuje i její chod. Rodina po narození dítěte s postižením, tak na rozdíl od jiných rodin získává „odlišnou sociální identitu.“ Je zcela přirozené, že rodiče na příchod dítěte s postižením nejsou připraveni, je proto důležité, aby se jim dostalo potřebné pomoci (psychická, emocionální, informační, finanční). Rodiče čelí po narození dítěte velké psychické i fyzické zátěži a prochází si fázemi vyrovnávání se s tím, že je jejich dítě odlišné. Hledají také přístupy k akceptaci svého dítěte, a ne každý rodič k ní zvládne dojít. (Bazalová, 2014)

Jak již bylo zmíněno výše, děti s postižením, mají stejné potřeby, jako děti intaktní, vyvíjejí se dle stejných zákonitostí. U dětí s postižením bohužel často dochází k nerovnoměrnému přívodu podnětů, kdy některých přichází málo, jiných naopak zbytečně mnoho. Je tedy důležité, aby rodiče správně zhodnotily možnosti svého dítěte, tzn. aby nepodceňovaly ani nepřeceňovaly jeho schopnosti, a v co možná největší míře jeho potřebám porozuměly. U dětí s postižením se také mnohdy setkáváme s tím, že rodiče ve snaze chránit své dítě, volí chybné výchovné postupy. (Bazalová, 2014)

2.4.1 Fáze vyrovnávání se s postižením dítěte

Proces vyrovnávání se s postižením svého dítěte má několik fází. Konkrétní fáze popisuje ve svých publikacích několik autorů, ti fáze popisují velmi obdobně, ovšem liší se jejich

pořadí a počet. Například Jankovský (2018) popisuje šest fází, Vágnerová (2004) uvádí pět fází, Matějček (1992) popisuje fáze tři. Jako první se však této problematice věnovala Elisabeth Kübler-Ross, z jejíž literatury všichni výše zmínění autoři vychází.

- Fáze šoku

V této fázi dochází ke sdělení rodičům, že přivedly na svět dítě s postižením. Reakce rodičů v této fázi bývají nepřiměřené, velmi emoční. Stojí před skutečností, kdy namísto naplnění jejich vysněného očekávání o dítěti přichází hluboké zklamání a deziluze. A vyvstává u nich otázka: Proč? Proč zrovna jim se narodilo dítě s postižením. (Jankovský, 2018) V této fázi je velmi důležité jednat s rodiči citlivě a poskytnout jim dostatek informací. Ideálně rodiče již v této fázi odkázat a zprostředkovat jim kontakt na službu rané péče. (Slowík, 2007)

- Fáze popření

Rodiče odmítají informace o postižení dítěte přijmout, což slouží jako psychická obrana. Skutečnost, že se jim narodilo dítě s postižením vnímají jako omyl – „*to není pravda*“, „*vše se jistě vysvětlí*“ a tento postoj jim umožňuje nepřipouštět si fakta. Bývá zvykem, že rodiče v této fázi navštěvují mnoho odborníků, s cílem získat co nejpříznivější zprávy. Toto lékaři vnímají často dost nepříjemně. (Jankovský, 2018)

- Fáze smlouvání

Rodiče mají tendenci, přiklánět se k ezoterickým či náboženským postojům, někdy až směřujícím k mystice a jiné infantilní pokusy. Snaží se tím tak vytěsnit realitu, a to ve smyslu: „*Nikdo nám nic neřekl*“, „*Lékaři, ani nikdo jiný nás neinformoval.*“ (Jankovský, 2018) Toto dělají za účelem dosažení alespoň nějakého zlepšení stavu dítěte, když není možno dosáhnout toho, aby bylo dítě zcela zdravé. Tato fáze v rodičích vyvolává alespoň malou naději, či vyjádření kompromisu, což je vzhledem ke skutečnosti vnímáno jako pokrok. Ustupují od dřívějšího zcela odmítavého postoje k částečnému přijetí reality. (Vágnerová, Hadj-Moussová, Štech, 2004)

- Fáze agrese (zlosti)

Pocity agrese obvykle směřují k partnerovi, či lékařům a dalším odborníkům. Časté jsou zde pocity jako je smutek, sebelítost a pocit viny. (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) Rodiče se cítí jako oběti nespravedlnosti, a právě agrese vůči druhým jim, i když pouze zdánlivě, pomáhá ji eliminovat. Agresi mohou v této fázi rodiče směřovat i k samotnému dítěti s postižením. (Jankovský, 2018)

- Fáze deprese (pocit viny)

Pro tuto fázi je typické sebeobviňování, pocity smutku, selhání a pocity viny. Obvyklé je také vnímání narození dítěte s postižením jako trestu, jež je rodičům uložen např. za prohřešky v jejich životě, což může mít za následek, že prožívají stud za své dítě a žijí tak v ústraní od společnosti. Jelikož mají rodiče pocit, že je vše nadobro ztraceno, je v této fázi důležitá edukace odborníků (lékařů) a také jejich schopnost porozumět a naslouchat zhrzeným rodičům. Pokud je to možné, měli by rodičům dopřát co nejvíce času. (Jankovský, 2018)

- Fáze vyrovnání se

V této fázi se snižuje deprese, napětí a úzkost. Rodiče se vyrovnávají s faktem, že se jim narodilo dítě s postižením a akceptují ho takové, jaké je. Začínají také hledat dostupná řešení do budoucna. (Jankovský, 2018) Pro udržení rovnováhy rodiny, je důležitá osobnostní stabilita jejích členů, pokud rodina vše zvládne, bývá její soudržnost významně posílena. (Slowík, 2007)

2.4.2 Výchovné postoje rodičů k dítěti s postižením

Jak jsem již zmínila výše, u dětí s postižením se mnohdy setkáváme s tím, že rodiče ve snaze chránit své dítě, volí chybné výchovné postupy. (Bazalová, 2014)

Matějček (2001) upozorňuje na fakt, že nevhodné výchovné postupy nepřispívají ke správnému vývoji dítěte.

Nevhodné postoje rodičů rozlišuje Thorová (2006) následovně:

- *hyperprotektivita (přílišná soustředěnost a fixace na dítě),*
- *odmítání dítěte (nepřijmutí odlišnosti dítěte),*
- *přetrvávající vztek (sebelítost, hledání viníka),*
- *zpochybňování diagnózy (nepochopení a nepřijetí diagnózy),*
- *nutkavá péče vedoucí k vyčerpání,*
- *problematické individuální vztahy členů rodiny,*
- *kvalita vztahů a klima v rodině.*

2.5 Desatero pro rodiče dětí s postižením

Každý člověk má jedinečnou osobnost a každý tak zvládá náročné životní situace jiným způsobem. Zacharová (2014) přináší svůj pohled na zvládání těchto zátěžových stavů. U

stavů akutních popisuje jako nejvhodnější aktivní styl zvládnání, kdy je důležité zaměřit se na získávání informací a řešení problému (např. u sdělení diagnózy nebo akutní léčby). Při zátěži chronické je důležité získat sociální oporu. Zmiňuje také „styl vyhýbavý“, který je pouze krátkodobý a spíše nevhodný. U dítěte s postižením může každá změna, či zhoršení zdravotního stavu vyvolat další šok pro jeho rodinu, tento šok může být častokrát náročnější než samotné sdělení diagnózy na počátku. Je proto velmi důležité, aby pomoc a podpora pro dítě s postižením a jeho rodinu byla poskytována dlouhodobě. Matějček (2000) nabízí rodičům dětí s postižením jakýsi návod v podobě Desatera pro rodiče, který jim napomáhá při přijetí svého dítěte takového, jaké je.

1. *Rodiče mají o svém dítěti co nejvíce vědět.*

Je důležité, aby rodiče znali podstatu postižení, mohou pak dítěti lépe rozumět a pomoci mu.

2. *Neštěstí ne, ale úkol a zkouška.*

Pokud rodiče berou postižení svého dítěte jako neštěstí, často je to svádí k pasivitě, je proto dobré postižení pojmout jako výzvu, či zkoušku.

3. *Obětavost ano, ne však obětování se.*

Péči o dítě s postižením by neměli zastávat pouze rodiče, popř. jeden člověk. Je důležité si péči o dítě dobře rozdělit.

4. *S horším počítejte – lepším se dejte překvapit.*

Je důležité přijmout tempo dítěte, jeho schopnosti a možnosti. Nedoufat v zázrak, ale veškeré pokroky ocenit.

5. *Dítě samo netrpí.*

Mnozí rodiče si myslí, že dítě duševně i tělesně strádá. To však prožívá své dětské radosti a starosti a své postižení takto neprožívá. Mnohem hůře to nese jeho rodina.

6. *V pravý čas a v náležitě míře.*

Vývoj dítěte má své zákonitosti, jichž bychom se měli držet.

7. *Nejsme sami.*

Rodiče by si měli uvědomit, že stejnou situaci prožívá více rodin. Je dobré si s ostatními sdělovat zkušenosti, radosti i starosti ohledně dítěte s postižením.

8. *Nejsme ohroženi.*

Rodiče na zájem okolí reagují často přecitlivěle.

9. *Chraňme si manželství a rodinu.*

Manželství a rodině bychom měli věnovat pozornost a chránit ji. Manželství, ve kterém se nachází dítě s postižením mají tendenci se rozpadnout, naopak ale pokud tento nátlak vydrží, stávají se více soudržnými.

10. *Budoucnost ve výhledu.*

Na budoucnost by rodiče měli nahlížet realisticky, je důležité zhodnotit své síly i pomoc z okolí (např. ústavní péče).

(Matějček, 2000)

2.6 Potřeby rodičů dětí s postižením

„Rodiče považují za důležité, aby rodinám s dítětem se zdravotním postižením byla veškerá potřebná pomoc poskytnuta co nejdříve a pomohla jim překonat počáteční nejistotu. Z jejich pohledu by bylo vhodné rozšíření nabídky rané péče, která je pro ně přínosná právě tím, že je poskytována hned na začátku a může zabránit propadu rodiny do tzv. informačního vakuu. Pro rodiče je důležité získat informace a zkušenosti, ale rovněž je pro ně důležitá i podpora příslušných odborníků, jejichž pomoc bývá navíc dostatečně komplexní a zahrnuje i podporu rodiny. Jde zejména o to, podpořit pocit rodiny, že někam patří, a že se může na někoho obrátit, pokud by to potřebovala. Služba rané péče může dle jejich zkušeností pozitivně ovlivnit jak vývoj dítěte, tak i psychický stav matky či obou rodičů, to vše se odráží na celkové pohodě v rodině.“ (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s. 293)

„Rodina by měla dostat v okamžiku, kdy je u dítěte zjištěno postižení, dostatek informací a nabídku na zprostředkování odborné i poradenské pomoci. Kromě lékařské péče by tak již v raném věku měla rodina získat podporu a nabídku služeb dalších profesionálů (speciálních pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků), kteří rodině mohou pomoci zvládnout situaci a vytvořit dítěti vhodné podmínky v důležitém období nejdynamičtějšího vývoje. Uvedený komplex služeb patří do oblasti rané péče, která bývá poskytována středisky či pracovišti rané péče, případně speciálně pedagogickými centry. Ukončení služeb rané péče nastává v období nástupu dítěte do předškolního zařízení (přibližně ve třech či čtyřech letech dítěte). V některých případech, zejména, jedná-li se dítě s kombinovaným postižením může být raná péče poskytována do začátku školního vzdělávání, do sedmi let věku dítěte.“ (Slowík, 2007, s. 36)

3 DÍTĚ SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

„Zrak je nejfrekventovanějším analyzátozem v rozvoji každé osobnosti. Podává maximum informací v minimálním čase, umožňuje orientaci v prostředí, rozlišování tvarů, barev, velikosti, vzdálenosti, hloubky, směru, pohybu a klidu v okolním prostředí.“
(Keblová, 1996, s. 6)

U jedince se zrakovým postižením je schopnost vnímat svět přirozeným způsobem oslabená nebo se vytrácí úplně. Zrakové vnímání je proto nutné kompenzovat ostatními smysly.

Do skupiny osob mající zrakové postižení patří osoby s různým typem a druhem zrakové vady, u kterých tato vada způsobuje podstatné omezení schopnosti vnímat zrakem, dále zkreslení zrakových vjemů nebo osoby, u kterých zrakové vnímání chybí úplně. Kvalitu vidění pak určuje kvalita zrakových funkcí. (Janková a kol., 2022)

3.1 Zrakové postižení

Zrakové postižení nemá jednotnou terminologii, každý obor (např. lékařství, speciální pedagogika, sociální pedagogika), ze kterého se na něj díváme, jej definuje dle svého vlastního pohledu.

Pojem zrakové postižení lze definovat jako: *„...absenci nebo nedostatečnost kvality zrakového vnímání, přičemž si je potřeba uvědomit, že zrakové postižení ovlivňuje celkově osobnost, tedy projevuje se ve všech sférách a nejen v oblasti vizuální percepce.“*
(Balunová, Heřmánková, Ludíková, 2001, s. 7)

„Zrakové postižení je všeobecně chápáno jako smyslové omezení při zprostředkování či interpretaci zrakového vjemu.“ (Beneš, 2019, s. 44) Dále je za pomoci testování zjištěna zraková vada, jež má vliv na kvalitu zrakových funkcí. (Beneš, 2019)

Zrakové postižení má vliv na běžný život jedince a jeho každodenní činnosti. Dále, jak již bylo výše zmíněno, ovlivňuje jeho osobnost a její vývoj. Ludíková (2006) zmiňuje, že postižení ovlivňuje také rozvoj osobnosti jedince a její psychický vývoj. Postižení zasahuje do několika oblastí, a to zejména do sociálního, motorického a kognitivního vývoje.

Dopad postižení na osobnost člověka je dán několika aspekty. *„Dopad je dán nejen charakterem, etiologií a závažností vady, ale i věkem, kdy k poškození zraku došlo a*

řadou dalších faktorů, jejichž vliv se u každého jedince projevuje jinou měrou v rozdílné šíři.“ (Fínková, 2007, s. 38)

3.2 Klasifikace zrakového postižení

Zrakové postižení bývá diagnostikováno nejčastěji v raném věku dítěte, diagnostika však může v některých případech proběhnout již v prenatálním období. Rodiče často pozorují, že dítě nereaguje na své okolí zrakem, nedívá se lidem do tváře a nenavazuje oční kontakt. (Kochová, Schaeferová, 2015)

Při klasifikaci zrakového postižení musíme brát ohled na dobu, kdy postižení vzniklo a na příčinu jeho vzniku. Dle doby, kdy postižení vzniklo, jej můžeme dělit na zrakové postižení či vady vrozené (do této skupiny patří i vady dědičné) a získané. Dalším dělením zrakového postižení z hlediska etiologie rozlišujeme vady orgánové a funkční. (Nováková in Pipeková, 2006)

Světová zdravotnická organizace v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémech (10.revize) uvádí jednotlivé kategorie a dělí je dle míry postižení zrakové ostrosti a omezení zorného pole.

Tabulka č. 5: Kategorie zrakového postižení, MKN-10

Kategorie zrakového postižení	Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí horší než	Zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí stejná nebo lepší než	Omezení zorného pole
1. Střední slabozrakost	6/18	6/60	
2. Těžká slabozrakost	6/60	3/60	
3. Těžce slabý zrak	3/60	1/60	Obou očí pod 20stupňů, nebo jediného funkčně schopného oka pod 45 stupňů

4. Praktická nevidomost	1/60	Světlocit se správnou světelnou projekcí	Do 5 stupňů kolem centrální fixace
5. Úplná nevidomost	Světlocit s chybnou světelnou projekcí	Úplná ztráta světlocitu	

Zdroj: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Z pohledu speciální pedagogiky rozlišujeme čtyři skupiny zrakového postižení: osoby nevidomé, osoby slabozraké, osoby se zbytky zraku a osoby s poruchami binokulárního vidění. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) Přičemž stupeň vidění lze určit podle rozsahu ztráty zrakové ostrosti a velikosti omezení zorného pole. (Kimplová, Kolaříková, 2014)

- **Osoby nevidomé**

Nevidomost je chápána jako nejtěžší stupeň zrakového postižení a do této skupiny patří děti, mládež a dospělí, jež mají narušené zrakové vnímání na této úrovni. Dle míry poklesu zrakové ostrosti lze nevidomost dělit na praktickou, skutečnou a plnou. Dále ji dělíme dle doby vzniku na postižení vrozené (příčinou může být dědičnost, narušení vývoje plodu v prenatálním období, infekční nemoci matky v době těhotenství) a získané (to může zapříčinit progresse refrakčních vad, glaukom, katarakta, retinopatie, nádory, úrazy apod.). (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

U osob nevidomých je velice důležité utváření si představ o okolním světě tak, aby se v co největší míře shodovaly s realitou, a to pomocí kompenzačních mechanismů. Dále je nutné podpořit rozvoj zbylých smyslů, jimiž jsou sluch, hmat, čich a chuť, ale také myšlení, řeč, paměť, představivost a pozornost. Shoda představy nevidomého o okolním světě a reality je základem pro následný rozvoj samostatnosti, prostorové orientace a začlenění do společnosti. (Kimplová, Kolaříková, 2014)

- **Osoby slabozraké**

Osobami se slabozrakostí jsou míněny osoby s orgánovým postižením obou očí, jež i přes optimální brýlovou korekci, činí jedinci obtíže v běžném životě. Slabozrakost dále dělíme na lehkou, střední a těžkou. Toto dělení je důležité zejména pro následnou edukaci jedince. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Projevy slabozrakosti mohou být zhoršená zraková ostrost u obou očí, obtíže s prostorovým viděním, výpadky v zorném poli, poruchy barvocitu, výskyt nystagmu a

světloplachost. Stejně jako u nevidomosti i slabozrakost lze rozdělit na vrozenou a získanou. Existují také různé formy slabozrakosti, které se mohou s postupem času buď zhoršovat, nebo jsou stálé. (Kimplová, Kolaříková, 2014) Příčiny slabozrakosti jsou většinou stejné jako u nevidomosti, avšak její důsledky bývají rozlišné. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Představy slabozrakých bývají zkreslené, neúplné nebo zcela deformované, což je způsobeno narušenou tvorbou zrakových představ. Děti s tímto postižením mívají potíže s koncentrací, pozorností, rychleji se unaví, mají pomalejší pracovní tempo a zvýšenou citlivost. Další obtíže jim může činit orientace v prostoru a jejich pohyb je tak nejistý, pomalejší. (Kimplová, Kolaříková, 2014)

- **Osoby se zbytky zraku**

Osoby se zbytky zraku se nachází v pásmu těžké slabozrakosti až praktické slepoty. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007) Tento typ postižení nemá stálý charakter, v průběhu času se může stav zlepšovat, ale i zhoršovat. Stejně jako výše uvedené se dělí na postižení vrozené a získané. (Kimplová, Kolaříková, 2014) Představy jedince bývají narušené, v důsledku snížené, omezené či deformované zrakové schopnosti. Osoby s tímto typem postižení mívají zpravidla snížené i grafické schopnosti a omezené pracovní možnosti. U osob se zbytkem zraku je vhodné pracovat tzv. dvojmetodou, která kombinuje postupy, jež využívají osoby slabozraké a nevidomé. Důležitý je rozvoj zrakových schopností, ale i dalších kompenzačních smyslů (např. hmatu). Osoby se zbytky zraku musí i při každodenních činnostech vynaložit velké úsilí, mohou proto být podráždění, hůře se přizpůsobovat a vykazovat obtíže v oblasti procesu socializace. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

- **Osoby s poruchami binokulárního vidění**

Porucha binokulárního vidění vzniká narušením anatomických poměrů a funkčních předpokladů. Schopnost binokulárního vidění jedinec získává po narození tím, že dozrává sítnice a její žlutá skvrna. Ke zdokonalování, stabilizaci a upevňování této schopnosti dochází v období prvních šesti let života dítěte. Binokulární porucha spočívá v tom, že se u obou očí nevytváří v jednu chvíli stejné obrazy, které po splnutí tvoří prostorový vjem a zabezpečují stereoskopické a hloubkové vidění. Poruchy binokulárního vidění mohou směřovat ke strabismu, tupozrakosti či narušení centrální retinální fixace. Při včasné a správné terapii lze tyto poruchy zcela odstranit, nebo je

alespoň zmírnit. Osoby s poruchou binokulárního vidění mají narušenou řadu zrakových funkcí. Největší dopad má na činnosti analyticko-syntetické, při lokalizaci a hloubkovém vidění. Tato porucha zasahuje jedince komplexně, ne pouze při zrakové práci. Osoby s poruchou binokulárního vidění si pomaleji utváří představy, jejich reakce na zrakové podněty bývají nepřesné, následkem čehož jsou představy nekvalitní. Při práci očí se rychleji unaví a může se objevit i slzení. Ačkoli tyto jedinci nejsou omezeni v pracovním zařazení, mohou se u nich objevit pocity méněcennosti a s tím spojené potíže se zařazením do společnosti. (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

3.3 Etiologie zrakového postižení

Etiologie neboli příčina vzniku může být u postižení zraku různá. Vzniká jako následek vlivu vnějšího prostředí nebo genetickými dispozicemi. Zrakové postižení, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, může být vrozené či získané. Získaným postižením je míněno postižení, jež vzniklo jako následek úrazu, či onemocnění v průběhu života jedince. Rozdělení postižení na vrozené a získané má vliv zejména z hlediska jeho důsledků pro další život jedince. (Vágnerová, 2014)

Vrozené postižení zraku nebo také postižení získané v raném věku jedince narušuje jeho vývoj již od počátku života. Toto postižení bývá odhaleno za pomoci ultrazvuku již v období těhotenství. Příčinou může být úraz matky během těhotenství, její onemocnění v perinatálním období, či vliv genetického zatížení. (Kochová, Schaeferová, 2015) Často se také vrozené postižení zrakového vnímání objevuje u předčasně narozených dětí. (Beneš, 2019) Vrozené postižení zpravidla nebývá pro člověka tolik traumatizující, vzhledem k tomu, že je jedinec na své postižení adaptován od samého počátku života. Problémy se mohou objevit během dalšího dospívání, kdy si jedinec začíná uvědomovat možnosti ostatních, které by chtěl mít i on. Konkrétní výhody, které by mohl získat si však nedokáže většinou představit. (Vágnerová, 2014)

Získané postižení zraku během života jedince s sebou nese větší psychické trauma. Jedinec si je plně vědom toho, co spolu s postižením ztratil a ví, že jeho nynější stav je horší. Fakt, že se jedinec doposud vyvíjel standardním způsobem však nese spousty výhod, jsou u něho zachovány dřívější zkušenosti a kompetence, ze kterých může čerpat při kompenzaci zrakového vnímání. Jedinec může čerpat např. ze svých sociálních

zkušeností, jež mu nyní budou nápomocny při kontaktu se zdravými lidmi, dále je u něho zachována představa prostoru apod. (Vágnerová, 2014)

S výše zmíněným souvisí také vymezení pojmů primární postižení a sekundární znevýhodnění. Každý z těchto pojmů má jinou etiologii a s tím spojené i různé prostředky, jež mohou napomáhat ke zlepšení stavu. (Vágnerová, 2014)

Primárním postižením jsou míněny chorobné změny, jež mají za následek omezení v rozvoji normálních funkcí. Možný vznik psychických odchylek u jedince s tímto postižením ovlivňuje druh a závažnost onemocnění. Sekundární znevýhodnění představuje různé faktory (např. sociální), jež vyplývají z primárního postižení. Sekundární znevýhodnění je ovlivněno osobnostními vlastnosti postižené osoby, jejími postoji a také chováním okolních lidí. (Vágnerová, 2014)

3.4 Zrakové vady objevující se typicky v dětském věku

Zrakové vady, jež se často objevují u dětí v předškolním a mladším školním věku popisují Keblová (2001) a Květoňová (2000). Jsou to zejména šilhavost, tupozrakost, krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, retinopatie nedonošených, sítnicové degenerace, atrofie zrakového nervu, vrozený šedý zákal, vrozený zelený zákal, anoftalmus a mikroftalmus, retinoblastom, albinismus a kortikální postižení zraku. Níže vymezují vady spadající do nejpočetnějších skupin, jimiž jsou refrakční vady a poruchy binokulárního vidění (zahrnují např. funkční vady jako šilhavost a tupozrakost).

Šilhavost

Šilhavost neboli strabismus znamená nerovnovážné postavení očí. Při pohledu oči nesměřují rovnoběžně, ale jedno z očí se stáčí. To způsobuje, že obraz vytvářený na sítnici není jednotný, v každém oku se tvoří na jiném místě. Nelze tak docílit sloučení v jeden vjem, vzniklý obraz je dvojitý. Dvojitý obraz je pro jedince rušivý, zrakové centrum v mozku tak jeden z obrazů potlačí a tím dochází k tupozrakosti. Šilhavost lze rozdělit na konvergentní (esotropie), což znamená, že se jedno oko stáčí směrem dovnitř a divergentní (exotropie), při které se oči rozbíhají. (Keblová, 2001)

Tupozrakost

Tupozrakost neboli amblyopie způsobuje výrazné snížení zrakové ostrosti u jednoho z očí. Mozek potlačuje obraz z oka, které vidí hůře a vybírá si obraz z druhého oka, který je srozumitelný. Postižené oko tak slábne a vypíná se, tzn. stává se tupozrakým. Na rozdíl

od šilhavosti u tupozrakosti nemusí být změny na oku viditelné. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Tupozrakost i šilhavost způsobují špatné prostorové vnímání a u dětí tak dochází k potížím při koordinaci oka a ruky. Včasnou diagnostikou a správnou následnou péčí lze docílit zlepšení, či úplného vymizení poruchy. U dětí s šilhavostí používáme brýlovou korekci, pokud je narušena funkce očních svalů může dojít i k operativnímu zákroku. Náprava tupozrakosti spočívá ve využití okluze, jež má za úkol zakrýt oko vedoucí a donutit tak postižené oko k tréninku. (Nováková in Pipeková, 2006)

Refrakční vady

Refrakční vady bývají diagnostikovány jako samostatné poruchy zraku, ale mohou být i součástí dalších očních chorob a syndromů. Mezi refrakční vady patří:

- krátkozrakost (myopie),
- dalekozrakost (hypermetropie),
- astigmatismus.

(Keblová, 2001)

„Refrakce oka je určována poměrem mezi lomivostí optických prostředí a předozadní délkou oka. Je-li tento poměr porušen, vznikají refrakční vady tzv. ametropie.“
(Fidlerová, 2015, s. 10)

Při krátkozrakosti (myopii) vidí jedinec ostře blízké předměty, ovšem při větší vzdálenosti mu rozpoznávání předmětů činí obtíže. U zdravého oka se paprsky spojují na sítnici a tím tvoří obraz, při krátkozrakosti dochází ke spojení paprsků ještě před sítnicí a vzniklý obraz je proto neostrý. Tuto vadu zraku lze korigovat rozptylkou. Díky brýlové korekci můžeme u jedince zrakovou ostrost napravit, nikoli však vyléčit. U dětí je velmi důležité dbát na dlouhodobé používání brýlí, díky kterým se může naučit vidět správným způsobem. Pokud je však dítě nosit nebude, oči mohou postupně tupět a normální zrakové ostrosti se i přes brýlovou korekci docílí mnohem hůře. Myopii dělíme na:

- lehkou (do 3 dioptrií),
- střední (do 6 dioptrií),
- těžkou (nad 6 dioptrií).

(Keblová, 2001)

Dalekozrakost (hypermetropie) na rozdíl od krátkozrakosti znamená neostré vidění blízkých předmětů a ostrý obraz předmětů vzdálených. Paprsky jsou spojeny až za sítnicí,

čímž opět vzniká neostrý obraz. U dětí se při lehčí formě dalekozrakost poznává velmi obtížně, jelikož jsou schopné, díky schopnosti akomodace čočky pracovat i s blízkými předměty takřka bez obtíží. Obtíže se u nich mohou dostavit po delší práci, kdy zrak musí používat a projevují se bolestí očí a hlavy. Hypermetropii lze korigovat spojkami, a to co možná nejdříve, abychom předešli následně hrozící šilhavosti a tupozrakosti. Děti trpící dalekozrakostí musí neustále nosit brýlovou korekci. (Fidlerová, 2015)

Astigmatismus znamená vadu lomivosti oka. Rohovka nebo čočka jedince s astigmatismem je nepravidelná, proto je paprsek již při vstupu do oka rozptýlený a na sítnici nepředstavuje bod, ale dopadá na ni jako čára. Vzniklý obraz je rozmazaný a deformovaný. Korekci této vady zajišťují cylindrická sklíčka. Pokud děti brýlovou korekci nepoužívají, objevuje se u nich pálení a slzení očí, zánět očí a spojivek, a také bolesti hlavy a zvýšená únava. (Fidlerová, 2015)

3.5 Vývoj dítěte se zrakovým postižením

Zrak člověku zprostředkuje zhruba 85% informací z okolí, je proto jedním z nejdůležitějších smyslů člověka. Pokud se zrak nevyvíjí standardním způsobem, znamená to velké změny i pro celkový vývoj dítěte.

„V raném věku předpokládáme, že většina zrakových vad je vrozených, případně se v tomto období projeví. Z hlediska psychiky dítěte a jeho bezprostředního okolí, tj. rodiny, nastává stav, kdy se obtížně navozuje zrakový kontakt, což je traumatizující zkušenost. Tímto je narušena tvorba pout mezi rodiči a dítětem a již v tomto období bývá nutná pomoc raně poradenského odborníka, který by měl nalézt optimální způsob dorozumívání.“ (Květoňová, Švecová, 2000, s. 37)

„Interval od narození po třetí rok věku představuje ve vývoji jedince nejrozsáhlejší vývojové změny. Toto období zahrnuje fázi kojeneckou (0-1) a batolecí (1-3).“ (Říčan, 1997, s. 40)

3.5.1 Zvláštnosti vývoje u dítěte se zrakovým postižením

Zrak, respektive lidské oko pomáhá jedinci orientovat se ve svém okolí. Oko člověka dokáže rozlišit: barvu, tvar, velikost, vzdálenost, směr, prostorovost, klid a pohyb, čímž poskytuje adekvátní odraz prostorových vztahů. Poruchy zrakových funkcí mají negativní důsledky na vývoj a projevy psychiky jedince. Tyto důsledky mají podobu kvantitativní a kvalitativní.

Kvantitativní změny ve vývoji se projevují zejména u smyslového poznání jedince. Zrakové počítky a vjemy jsou omezené, či chybějí úplně. U jedince tak dochází k malému počtu představ, dále omezení možností formování obrazů ve fantazii apod.

Kvalitativní změny zasahují do všech oblastí psychické činnosti jedince. Vzájemné působení analyzátorů a typy vnímání se mění, v procesech formování obrazů a pojmů vznikají specifické zvláštnosti. Vztah smyslového a pojmového v myšlenkové činnosti je narušen a pozorovat lze i některé změny v emocionálně volní sféře a ve vlastnostech osobnosti.

Poruchy zrakových funkcí se podepisují i na vývoji fyzickém. Jedinec mívá narušenou prostorovou orientaci, čímž je omezen volný pohyb. Nedostatek pohybu může v některých případech způsobit svalovou ochablost, deformaci kostry či hypofunkci vnitřních orgánů. (Litvak, 1979)

Poruchy zrakových funkcí tedy způsobují odlišnosti v oblastech kognitivního, motorického a socializačního vývoje.

KOGNITIVNÍ VÝVOJ

- Vnímání je psychický proces, odrážející předměty a jevy skutečnosti jako komplexy jejich vlastností a kvalit, bezprostředně působících na smyslové orgány. Výsledkem tohoto procesu je vznik uceleného obrazu objektu. (Litvak, 1979) Na procesu vnímání se podílí několik analyzátorů, avšak dominantní bývá pouze jeden z nich a podle něho se určuje typ vnímání jedince. Dominantní bývá většinou právě zrakový typ vnímání. Tento typ je v jedinci natolik upevněn, že ani porucha zraku nebývá důvodem ke změně typu vnímání. U osob se slabozrakostí či se zbytky zraku lze podobně jako u vidomých osob pozorovat zrakově pohybově sluchový typ vnímání. Osoby nevidomé mají kompenzační funkci v podobě sluchového a hmatového vnímání. (Nováková in Vítková, 2004)
- Zrakové vnímání. Rozdíl zrakového vnímání u vidomých osob a osob s poruchou zraku je ve stupni úplnosti, přesnosti, rychlosti zobrazení a zúžením či deformací zorného pole. Dle stupně zrakové ostrosti, stavu zorného pole a schopnosti barvocitu se odvíjí také rychlost a správnost zrakového vnímání. Vše se odvíjí od působení několika faktorů: velikost a složitost objektu, stav osvětlení, únava apod. Osoby se slabozrakostí či částečně vidící mohou i známé předměty rozpoznat špatně. Nedostatečně nebo vůbec nemusí rozlišit ani předměty

podobné, dokonce i rozdílné. Vše záleží na konkrétním jedinci a jeho schopnosti využívat zbylé vidění. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

- Dalším důležitým bodem je sluchové vnímání. To hraje roli v procesech zprostředkovaného poznávání, prostorové a sociální orientaci. Sluch jedinci neposkytne konkrétní představu daného předmětu, avšak poskytne mu informace o směru a vzdálenosti zvucícího předmětu a jiné zvukové kvality. Jedinec je schopen spojit si určitý zvuk s předmětem či úkonem a orientace na zvuky se tak stává přesnější a určitější. (Nováková in Vítková, 2004)
- Díky spolupráci kožních a pohybových analyzátorů spolu s receptory, uloženými v kůži, svalech a šlachách vzniká schopnost hmatu. Hmat slouží k poznávání prostorových a fyzikálních vlastností a kvalitě objektů. Mezi vnímáním hmatovým a zrakovým je značný rozdíl, to bychom měli mít na paměti při práci s dětmi se zrakovým postižením. Zrakové vnímání umožňuje jedinci vnímat předmět od celku k detailu. Hmatem získává jedinec představu o celku teprve na základě dílčích hmatových vjemů. (Keblová, 1999)
- Myšlení je poznávací zprostředkovaný proces, který je založen na zkušenostech jedince. Rozdíl mezi myšlením vidících osob a osob se zrakovým postižením není příliš velký, avšak myšlení zrakově postižených může mít svá specifika, a to zejména z důvodu omezení smyslových zkušeností. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) Zrakové postižení s sebou nese i omezení smyslového poznání, což se může projevit na rozvoji analyticko-syntetické činnosti. Ovlivněny jsou tak myšlenkové operace jako abstrakce, zobecnění a konkretizace, které jsou založeny právě na analýze a syntéze.
- Řeč má pro osoby se zrakovým postižením velký význam. Slouží jako kompenzační prostředek a jedinec díky ní získává potřebné informace. Může se však stát, že jedinec užívaným pojmům nemusí rozumět. Specifické je také užívání neverbálních prostředků komunikace. Kvůli omezení či ztrátě zraku, nemůže jedinec vnímat a napodobovat mimiku jiných osob, což se může negativně odrazit na pochopení situační ústní řeči doprovázené výrazovými pohyby, ale i na vnější podobě řeči nevidomých. (Nováková in Vítková, 2004)

MOTORICKÝ VÝVOJ

U dětí se zrakovým postižením dochází k opoždění vývoje již v raném věku. Fáze vývoje jsou opožděny nebo dochází k přeskočení některých z nich. Děti vidící jsou motivovány vizuálně atraktivním předmětem, za kterým se pohybují. U dětí se zrakovým postižením je motivace k pohybu složitější, pohyb za zvukem s sebou nese mnohem menší motivaci, a proto se může objevit až v pozdějším věku.

Děti s těžšími zrakovými vadami mají problémy také s vytvářením představ o prostředí, ve kterém se pohybují a s orientací v prostoru. Při překonávání překážek, určení své polohy nebo poznávání okolí musí vyvinout mnohem větší námahu než děti vidící, které tyto úkony vykonávají automaticky. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

SOCIALIZACE

Socializace, jako interaktivní proces zahrnuje nejen jedince samotného, ale i osoby v jeho okolí. Osoby, pohybující se v blízkosti člověka se zrakovým postižením a jejich vzájemný kontakt mají vliv na vývoj a způsob adaptace zrakově postiženého.

V oblasti socializace dětí se zrakovým postižením sledujeme:

- Omezení a ztráta možnosti učit se nápodobou může vést k opoždění rozvoje různých sociálních aktivit.
- Nedostatek vizuálního kontaktu v komunikaci těžce zrakově postižených může vést k narušení vztahu matka – dítě.
- Neschopnost vnímat neverbální komunikační signály má za následek odlišnou komunikaci nevidomých. Nedostupnost neverbálních signálů může vést ke špatnému výkladu sdělované informace. Neverbální signály ze strany těžce zrakově postižených (grimasy, automatismy, chudá mimika) mohou negativně ovlivnit komunikačního partnera.
- Obtíže při sociálních situacích jako je například vstup do místnosti, připojení se k rozhovoru, mohou působit zrakově postiženému zátěž.
- Omezené schopnosti orientace v neznámém prostředí zvyšují u zrakově postižených závislost na pomoci druhých.

(Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

3.5.2 Dítě se zrakovým postižením v raném věku

Pomocí zraku dítě získává spousty informací, ty mu následně usnadňují orientaci v okolním světě. Ve chvíli, kdy je zrakové vnímání omezeno nebo zcela znemožněno, má dítě mnohem méně možností, jak získat informace a poznávat okolí, s čímž je spojeno i omezení jeho zkušeností. Pro dítě jsou zrakové podněty velmi důležité, napomáhají k udržení jeho aktivační úrovně, která je důležitá pro jeho učení. Tyto důvody mohou vést k opoždění vývoje, avšak na vývoj dítěte s zrakovým postižením má vliv i výchovné působení okolí. (Vágnerová, 2004)

Zrakové vnímání se rozvíjí již od narození dítěte. Pro správný rozvoj zraku je důležité, abychom dítě stimulovali k využívání jeho zrakových možností. Pro dítě, zejména se závažnějším zrakovým postižením, jsou běžné podněty nezajímavé, nedokáží je správně rozlišit nebo nechápou jejich význam. Zbytky zraku tak nejsou využity, protože dítě nemá k jejich využívání motivaci. (Vágnerová, 2004) Důležitá je zde spolupráce rodiny a odborníků, prostředí, ve kterém se dítě pohybuje by mělo být přizpůsobeno jeho zrakovým možnostem a mělo by dítě k používání zraku stimulovat. V případě, kdy jsou poznávací zrakové možnosti dítěte omezené nebo zcela chybí, je nutné rozvíjet vnímání hmatové a sluchové. (Kudelová, Květoňová, 1996)

„Omezení zrakové stimulace vede k opoždění motorického vývoje. Pohybová aktivita je většinou stimulována potřebou vidět objekt, dosáhnout na něj, zmocnit s jej. Pokud takový impuls schází, dítě se nepohybuje, protože k tomu nemá dostatečný důvod.“ (Vágnerová, 1995) Je tedy nutné zrakové podněty dítěti zpřístupnit, tzn. přizpůsobit vzdálenost předmětů, barvu, velikost, tvar, osvětlení apod. a tím napomoci rozvoji pohybové aktivity. U dítěte se zrakovým postižením je znemožněno propojení zážitku pohybu se zrakovou zkušeností, měli bychom proto spojit pohyb se zkušeností sluchovou či hmatovou. (Nielsenová, 1998) U dětí se zrakovým postižením bývá opožděn také nástup lokomoce, což je způsobeno právě nedostatečnou stimulací, problémy při orientaci v prostoru a udržení rovnováhy. Dítě je při samostatném pohybu nejisté, není schopno kontrolovat vlastní polohu v prostoru a nedokáže odhalit nebezpečí, která na něho zde čekají. (Vágnerová, 1995)

S rozvojem motoriky souvisí i rozvoj myšlení. Piaget pojmenoval období prvních dvou let života dítěte jako fázi senzomotorické inteligence. Myšlenkové operace dítěte jsou zde na úrovni aktuálně prováděné činnosti. To znamená, že dítě v tomto období spojuje

zkušenost smyslovou s konkrétním objektem či situací. Smyslové zkušenosti mohou být omezeny dle závažnosti zrakového postižení. U dětí se zrakovým postižením bývá opožděna také dovednost manipulace, jež má význam při poznávání prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. K opoždění této dovednosti dochází z důvodu nízké stimulační hodnoty předmětů, které dítě nedokáže rozeznat, protože je špatně vidí. Na opožděný vývoj manipulace má vliv i celkově opožděný vývoj motoriky. Manipulací se dítě učí rozeznávat rozdíly mezi předměty, pochopit jejich význam a začíná rozlišovat cíl a prostředky, a jak jich dosáhnout. (Vágnerová, 1995)

S nižším počtem podnětů souvisí také nižší počet zkušeností, které mohou způsobit opoždění záměrného jednání dítěte. Pro záměrné jednání je důležité pochopit vztah mezi předměty a jevy v okolí dítěte. Dítě musí rozumět vztahu mezi příčinou a následkem. Pro děti se zrakovým postižením, je pochopení těchto vztahů velmi složité, zejména proto, že nejsou schopni získávat zkušenosti v takovém rozsahu a takovým způsobem jako jejich zdraví vrstevníci.

U dítěte se zrakovým postižením je problém také v pochopení trvalosti objektů, a to z důvodu jejich časově omezeného vnímání. Aby dítě dokázalo trvalost objektů pochopit, musí je chápat jako součást širšího kontextu. Dítě se zrakovým postižením zpravidla nedokáže vnímat prostor jako celek, a proto je pro něho toto vnímání složité. Děti se stávají závislými na aktivitách dalších osob, při získávání zkušeností. Dospělí tak mají za úkol doplňovat dítěti chybějící informace o předmětech, za pomoci jednoduchých slovních popisů a také vysvětlit jich vzájemné vztahy předmětů a jevů v jeho okolí. (Vágnerová, 1995)

Myšlení dítěte se s postupem času odpoutává z vazby na aktuálně prováděnou činnost s reálným předmětem. Piaget toto pojmenoval, jako fázi symbolického či předpojmového myšlení, které probíhá od dvou do čtyř let věku dítěte. Představy nyní zastupují skutečný svět. Dítě si v této fázi dokáže představit obraz objektu nebo nějaké činnosti, a to bez toho, aniž by je muselo reálně vidět nebo činnost provozovat. (Vágnerová, 2008) U dětí s těžší formou zrakového postižení se setkáváme s mnohem nižším počtem zrakových představ. Důvodem je omezený přístup k objektům a jejich vlastnostem, a také neschopnost přesné a diferencované představy. Děti s těžkým zrakovým postižením se při utváření představ opírají o znaky objektu, jež jsou snáze dostupné jejich zrakovým možnostem. Podstatné znaky, jež jim umožní rozlišení však

nemusí zaznamenat. Nedostatek zrakové diferenciacie může vést ke složitějšímu uvědomění si souvislosti mezi předmětem a jeho zobrazením.

S rozvojem motoriky a poznávacích procesů je spojen i rozvoj řeči. Lehčí zrakové vady zpravidla na vývoj řeči nemají vliv. Výrazněji ovlivňuje vývoj řeči těžší zrakové postižení dítěte. Potíže lze zaznamenat při utváření slovní zásoby, jež je podmíněna sociálním prostředím dítěte a jeho vnímáním okolního světa. Narušené zrakové funkce omezují počet vnímaných objektů a dále znesnadňují vyčleňování podstatných vlastností a kvalit těchto objektů. *„Nemožnost poznat prostřednictvím zraku značné množství objektů a jejich jednotlivých vlastností zbavuje dítě možnosti spojit osvojená slova s objekty, které označují, nebo s jejich obrazy a tím dochází k ochuzení významové složky slov. Nepochopení významu slov vede k tzv. verbalismu.“* (Litvak, 1979) Zrakové postižení ovlivňuje také neverbální složku komunikace. Sem patří viditelné vnější projevy člověka, jako např. mimika a pantomimika. Rozdíly v neverbálních projevech způsobují nedostatečnou nebo chybějící možnost vizuální kontroly a přejímání vzorů. (Kudelová, Květoňová, 1996)

Zrakové postižení také negativně ovlivňuje, případně se podílí na opoždění socializačního vývoje dítěte. První sociální interakci má dítě s rodiči. Její rozvoj probíhá pomocí neverbálních signálů, jako je oční kontakt nebo úsměv. Zrakové postižení dítěti znemožňuje vidět či dostatečně rozlišovat neverbální projevy partnera, který s ním komunikuje, a proto na jeho projevy nedokáže reagovat. Projevy vidícího dítěte a dítěte se zrakovým postižením jsou rozdílné. Pro rodiče tak může být složitě dítěti porozumět. Při komunikaci mezi rodiči a dítětem se zrakovým postižením je stěžejní, aby rodiče pochopily odlišné projevy dítěte a naučily se jim rozumět. Při vzájemném kontaktu mohou používat např. taktilně-kinestetické a zvukové podněty. Důležitou schopností pro rozvoj sociálních dovedností je také učení nápodobou. Dítě si díky napodobování osvojuje projevy chování při různých sociálních situacích a rolích. Pokud dítě není schopno tyto projevy chování odpozorovat samo, je důležité, aby mu s tím pomohly rodiče. (Vágnerová, 2004)

Socializační vývoj dítěte může negativně ovlivnit i závislost na aktivitě svých rodičů. Rodiče zpravidla bývají v roli zprostředkovatelů při poznávání okolního světa. V období batolete děti dokáží rozlišovat lidi a jejich role, jelikož s dostávají do širšího sociálního prostředí. Stěžejním krokem v dalším sociálním vývoji je separace, tedy odpoutání se

z vazby na matku. Separaci může ztížit např. nevhodný výchovný postoj, kdy je dítě pouze pasivním příjemcem a je zcela nesamostatné. Potíže mohou přinést také nedostatečné kompetence dítěte v oblasti lokomoce a kognitivního vývoje. Dítě, které není schopné samostatného pohybu, nedokáže bez pomoci proniknout do širšího okolí. Je důležité, aby si z hlediska kognitivního vývoje, dokázalo udržet představu své matky v mysli a chápalo trvalost její existence. (Vágnerová, 1995)

3.5.3 Dítě se zrakovým postižením v předškolním věku

Děti v období předškolního věku, tzn. ve věku 3-6/7 let, bývají zvědavé, přirozeně se učí novým dovednostem a uplatňují své kompetence. Jsou iniciativní a mají potřebu sebeprosazení a aktivity. *„Na úrovni schopnosti, kterou zvládly, mohou být děti s postižením zraku dostatečně aktivní. Potřebu aktivity uspokojují selektivně, různým způsobem, jejich kompetence obyčejně zahrnují nějakou samostatnou lokomoci, manipulační aktivity i řeč na úrovni, která nevyklučuje samostatnost. Potřeba sebeprosazení závisí na socializačním vývoji.“* (Vágnerová, 1995)

V důsledku nedostatečné zkušenosti a nevhodného výchovného působení, se mohou u dětí se zrakovým postižením v předškolním věku vyskytovat potíže v oblasti socializace. Stěžejní pro socializaci je, naučit děti respektovat obecně uznávané normy. Potíže při osvojování si těchto norem mohou nastat v důsledku nevhodného výchovného působení. Rodiče, užívající hyperprotektivní výchovu často omlouvají nevhodné chování svých dětí a přisuzují ho postižení, jímž dítě trpí. Nekladou důraz na schopnost dítěte, rozlišit co je a není žádoucí. Opakem jsou rodiče, mající velké ambice, kteří dítě zahrnují spoustou požadavků, jež není schopno splnit. Zmíněné výchovné postoje se velmi negativně podepisují na sociální interakci dítěte, které není schopno chápat obsah žádoucího chování. (Vágnerová, 1995)

Dítě předškolního věku se identifikuje svými rodiči a jejich vztahy. Vliv na něho však začíná mít i širší sociální prostředí, v němž se pohybuje, zvláště pak jeho vrstevníci. *„Mezi vrstevníky se dítě učí komunikovat, iniciovat a udržovat kontakt, adaptovat se na jiné názory a požadavky, popřípadě s nimi polemizovat nebo se jim bránit.“* Tímto si dítě vydobývá své postavení mezi vrstevníky. Oproti vidícím dětem, má dítě se zrakovým postižením méně kompetencí a prestižnější role nebo pozice ve skupině vrstevníků zpravidla nedosáhne. (Vágnerová, 1995)

Piaget říká, že dítě v předškolním věku myslí názorně a intuitivně. „*Názorné myšlení je stále prelogické, nepostupuje podle logikových pravidel. Je ovlivněno aktuálním stavem dítěte a jeho okolí.*“ (Vágnerová, 1995) Dominantní význam pro podobu světa má to, jak ho dítě aktuálně vnímá.

Oporou pro názorné myšlení je v první řadě zrak, pro děti se zrakovým postižením je tak správné vnímání objektů velmi náročné. V situaci, kdy se některé z vlastností objektu změny, může dítě tuto změnu chápat jako zcela zásadní nebo si dokonce myslí, že je to jiný objekt. Problémy nastávají i u chápání trvalosti objektu v jeho proměnách. Vzhledem k nižšímu počtu smyslových zkušeností mohou děti se zrakovým postižením pojem trvalosti, množství a dalších vlastností objektů pochopit až později. Znaky objektů by mu měli přiblížit rodiče, kteří v tomto případě sehrávají důležitou roli. (Vágnerová, 1995)

Těžká zraková vada může mít u předškolních dětí vliv i na rozvoj řeči. V takovýchto případech bývá vývoj opožděn do věku 7-10 let. Zrakové postižení znemožňuje dítěti pozorovat správné postavení mluvidel během utváření jednotlivých hlásek, což ovlivňuje jejich výslovnost. Obtíže mívají také při diferenciaci bilabiálních hlásek M, N a interdentalní výslovnosti alveolárních hlásek T, D, N. (Lechta, 2002, sec. cit. Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

V předškolním období se u dítěte rozvíjí také kresba. Děti mající zrakové postižení může při kresbě ovlivnit deficit ve zrakovém vnímání. Slabozraké děti kreslí nepřesně, nezaměřují se na detaily kresby a nemusí na sebe navazovat ani kreslené linie. Dítěti s těžkým zrakovým postižením nepřináší kresba velký význam. Při kreslení je může potěšit např. samostatný pohyb na papíře nebo skřípot fixu, kterým kreslí. (Davido, 2001, sec. cit. Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části diplomové práce bude cílem zjistit význam rané péče, resp. jaký má raná péče vliv zejména na rozvoj dítěte se zrakovým postižením.

Jak uvádí část teoretická, raná péče je sociální služba, která spadá do resortu Ministerstva práce a sociálních věcí a je vymezena zákonem o sociálních službách. Jedná se o multidisciplinární obor, fungující nejen v Evropě, ale po celém světě. Raná péče zajišťuje komplexní péči dítěti s postižením a jeho rodině, čímž napomáhá ke snížení následků postižení dítěte během jeho vývoje. Dále také podporuje rodinu v jejím přirozeném prostředí a přispívá k jejímu sociálnímu začlenění do společnosti.

V situaci, kdy se do rodiny narodí dítě s postižením či ohroženým vývojem, je velice důležité, aby se jí dostal včasné podpory a dostatku informací. Právě tyto činnosti raná péče zajišťuje.

V praktické části bude pomocí kvalitativního výzkumu zobrazen pohled na ranou péči a její význam prostřednictvím rozhovorů s pracovníky Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích a jejich klienty, kteří službu využili či stále využívají.

4 VYMEZENÍ CÍLŮ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Hlavním cílem této práce je zjistit, jakou úlohu má raná péče v životě rodiny dítěte se zrakovým postižením. Jaký má raná péče význam, resp. jaký má vliv zejména na rozvoj dítěte se zrakovým postižením. Cíle diplomové práce jsou dále specifikovány ve výzkumných otázkách.

4.1 Výzkumné otázky

- 1) Jakým způsobem je realizována raná péče v sociální službě Společnost pro ranou péči v Českých Budějovicích?
- 2) Jaký vliv má raná péče na rozvoj dětí se zrakovým postižením?
- 3) Jak význam rané péče vnímají pracovníci služby a rodiče dětí se zrakovým postižením, kteří ji využívají?

V rozhovorech pracovnice služby rané péče a rodiče neboli klienti kteří ji navštěvují popíší, jak probíhá včasná intervence, kterou služba rané péče nabízí. Popíší také průběh spolupráce klient – služba rané péče od jejího počátku, až do ukončení spolupráce. Jaké úkony během spolupráce probíhaly apod. Dále také jaký vliv má tato služba na vývoj

jejich dítěte a jak velký ji přikládají význam. Rozhovory nám umožní nahlížet na tuto problematiku ze dvou úhlů pohledu, a to z pozice pracovníků rané péče a z pohledu uživatelů této služby.

5 METODIKA

V této práci bude použita metoda kvalitativního výzkumu, kdy informace od respondentů budou získávány formou polostrukturovaného rozhovoru. Dalšími možnými metodami jsou výzkum kvantitativní a smíšený. Níže bude alespoň krátce popsán právě zmíněný kvalitativní výzkum.

5.1 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum zkoumá danou problematiku do hloubky. Provádí se v přirozených podmínkách a vytváří komplexní, holistický obraz. Sděluje názory respondentů, jež se výzkumu účastní a analyzuje různé druhy textů. (Creswell, 1998 in Hendl, 2016)

„Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky.“ (Hendl, 2016, s. 53) Výzkumník si musí nejprve určit téma výzkumu a k němu navazující výzkumné otázky. Co se týče výzkumného plánu, je pružný, otázky lze v průběhu modifikovat či doplňovat. Sběr dat a jejich analýza by měli probíhat současně, po dobu delšího časového úseku v cyklech, během kterých výzkumník přezkoumává své domněnky a závěry.

Tabulka č. 7: Vlastnosti základních metod kvalitativního přístupu

Metoda	Vlastnost	Výhoda
Pozorování	Delší období kontaktu	Pochopení subkultury
Texty a dokumenty	Rozbor významu, organizace a použití	Teoretické porozumění
Interview	Relativně nestrukturované	Porozumění zkušenosti
Audio a videozáznamy	Přesná transkripce přirozených interakcí	Porozumění průběhu interakcí

(Hendl, 2016, s. 50, tab. 2.4)

Tento výzkum bude probíhat formou polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější, ale rovněž také nejsložitější metoda. Výzkumník při rozhovoru používá okruhy otázek, jež si připravil, ovšem v průběhu rozhovoru může tyto otázky, v případě potřeby modifikovat nebo doplňovat. (Miovský, 2006) Otázky výzkumníka musí být dobře srozumitelné, jednoznačné a jejich zadání nesmí předem podsouvat odpovědi. (Reichel, 2009) Již výše bylo uvedeno, že rozhovor je velmi náročnou formou, výzkumník by při jeho vedení měl být soustředěný, mít patřičné dovednosti a schopnosti, aby dokázal správně vytvořit obsah a pořadí otázek. (Hendl, 2016)

Tabulka č. 8: Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu

Přednosti kvalitativního výzkumu	Nevýhody kvalitativního výzkumu
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získává podrobný popis a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. ▪ Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí. ▪ Umožňuje studovat procesy. ▪ Umožňuje navrhopvat teorie. ▪ Dobře reaguje na místní situace a podmínky. ▪ Hledá lokální (idiografické) příčinné souvislosti. ▪ Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí. ▪ Je těžké provádět kvantitativní predikce. ▪ Je obtížnější testovat hypotézy a teorie. ▪ Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy. ▪ Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi.

(Hendl, 2016, s. 52, tab. 2.5)

5.2 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

V rámci mé diplomové práce jsem pracovala se dvěma výzkumnými soubory. Prvním výzkumným souborem byly pracovnice Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích. Druhý výzkumný soubor tvořili klienti Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích, kteří službu navštěvovali, či aktuálně stále navštěvují.

6 REALIZACE VÝZKUMU A ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Již výše bylo zmíněno, že jsem pro svou diplomovou práci volila kvalitativní výzkum. Informace jsem získávala pomocí polostrukturovaných rozhovorů (viz. příloha č. 2 a 3)

se dvěma pracovníci Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích a třemi rodinami, které tuto službu navštěvují.

Informantům byl poskytnut informovaný souhlas (viz. příloha č. 1), kterým byli seznámeni s využitím rozhovoru pro účely výzkumu této diplomové práce. Dále se zachování jejich anonymity a také vyžádání souhlasu s pořízením nahrávky rozhovoru. Každý z informantů byl obeznámen s tím, že má možnost z rozhovoru i celého výzkumu kdykoliv odstoupit.

Pro rozhovor jsem použila dvě sady otázek – jednu pro pracovníce Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích a druhou pro klienty služby.

Základ pro rozhovor s pracovníci služby tvořilo 16 otevřených otázek, vycházejících z cílů diplomové práce. U obou rozhovorů byly použity i doplňující otázky. Stejný postup následoval při rozhovorech s klienty služby rané péče. Na základě cílů této práce bylo vytvořeno 13 otázek, na které rodiny odpovídaly.

6.1 Pohled pracovníků služby rané péče

Rozhovor pro pracovníky byl rozdělen do tří částí. V první části pracovníce odpovídaly na otázky týkající se organizace služby, druhá část byla zaměřena na konkrétní činnosti, které pracovníci služby rané péče provádějí a třetí část je věnována rodinám, klientům a jejich spolupráci s ranou péčí.

1) Z jakých zdrojů se dle Vašich zkušeností rodiče o službě rané péče dozvídají?

Odpovědi obou pracovníků byly velmi podobné. Největší procento rodičů se o této službě dozvídá od očních lékařů, dále od pediatrů a dalších lékařů, kde mohou narazit např. na propagační letáky apod. Obě pracovníce také pozitivně hodnotí spolupráci s oddělením neonatologie v nemocnici v Českých Budějovicích: *„Je důležité také zmínit oddělení dětské neonatologie v Českých Budějovicích, se kterým nyní velmi úzce spolupracujeme, zde nyní dochází k opravdu velké informovanosti. Pokud zde maminka s miminkem v tu dobu leží, dostává se jí dostatek informací o rané péči.“* Zmíněna byla i vlastní iniciativa rodičů a to, jak informace samy vyhledávají. Častým zdrojem bývají sociální sítě, konkrétně skupiny, do nichž se rodiče sdružují, dle typu postižení dítěte. Zde si informace o rané péči sdělují rodiče navzájem mezi sebou.

2) *Jak vnímáte informovanost veřejnosti o službě rané péče?*

Informovanost veřejnosti dle odpovědí není příliš velká, i proto se Společnost pro ranou péči hojně zabývá osvětou o fungování této služby. Osvěta probíhá formou depistází u odborných lékařů, článků v různých odborných časopisech a také pomocí různých např. charitativních akcí pro veřejnost, jako je Týden rané péče nebo Zabrejli s námi z Černé věže, během kterých probíhá spousta aktivit, mluví o nich média apod.

„Zde je cílem, dostat se obecně do povědomí lidí, cílíme i na lidi, kteří nyní nemají žádné děti, ale v budoucnu je mít budou. Např. spojení s Majálem a jsou to různé nápady, aby se o rané péči dozvědělo zkrátka co nejširší spektrum lidí.“

3) *Dokázala byste odhadnout přibližný věk dětí, ve chvíli, kdy do rané péče přicházejí?*

Na tuto otázku jsem nedostala zcela jednoznačnou odpověď, neboť věk přichozích dětí je různý. *„Dle mého názoru většina klientů přichází přibližně kolem jednoho roku nebo dvou let dítěte a výše, v době, kdy se oční vada objeví.“* Díky zmíněné spolupráci s neonatologickým oddělením se však věk přichozích dětí snižuje. Není ale výjimkou, že se některé děti dostanou do rané péče až před nástupem do mateřské nebo základní školy, kdy si rodina začne uvědomovat, že je něco v nepořádku.

4) *Bývá pravidlem, že spolupráce rodin s ranou péčí přetrvává opravdu až do 7 let věku dítěte nebo je tomu jinak?*

Podobně jako u předchozí otázky, věk dětí v době, kdy spolupráci ukončují bývá dle pracovníků různý. *„U této otázky se musím pozastavit nad celým procesem, na začátku spolupráce s rodinami podepisujeme smlouvu o poskytování služby a následně jezdí poradkyně rané péče přímo do rodin. Nejprve společně s rodinou připravíme individuální plán péče a poté na základě jeho zhodnocování určujeme, zda rodina služby rané péče nadále potřebuje nebo ne. Pokud již nepřichází od rodiny zakázka, tak není důvod, aby byly služby rané péče rodině nadále poskytovány.“* Toto je jeden z důvodů ukončení spolupráce, dalším může být například to, když rodina nespolupracuje. Bývá pravidlem, že u dětí s kombinovaným postižením trvá spolupráce opravdu do sedmi let dítěte, u dětí s lehčím typem zrakového postižení bývá ukončena dříve. Vzhledem k tomu, že raná péče je služba preventivní, mohou být některé spolupráce s rodinami ukončeny např. po jednom roce, pokud je dítě v pořádku.

5) *Kolik klientů v současné době službu rané péče využívá?*

Zde byly odpovědi obou pracovnic zcela totožné. Ač internetové stránky služby uvádí kapacitu 125 rodin, ve skutečnosti je jich mnohem více. Rodiny využívající tuto službu během roku odcházejí a jiné přicházejí, pracovnice se tak shodly zhruba na 150-160 rodinách, o které služba rané péče pečuje.

6) *Popište prosím z kolika pracovníků se tým Společnosti pro ranou péči zde v Českých Budějovicích skládá?*

Služba rané péče v Českých Budějovicích disponuje sedmi poradkyněmi, které mají mezi sebou rozdělenou péči o rodiny. Jedna z pracovnic v rozhovoru uvedla, že na každou z poradkyň připadá zhruba 23 rodin, což odpovídá 4-5 konzultacím za týden. Dále je v týmu paní ředitelka, koordinátorka sociální služby, finanční koordinátorka, Fundraiser – PR pracovník, zraková terapeutka a jedna z poradkyň má i funkci metodičky.

7) *Aktivity, které raná péče rodinám nabízí? Jakých aktivit se rodiny účastní nejčastěji?*

Zde byly zmíněny aktivity, kterých se rodiny účastní dobrovolně, ve svém volném čase. Pracovnice uvedly několik příkladů akcí, které jsou pořádány buď napříč pobočkami rané péče po celé České republice, nebo přímo ranou péčí zde v Českých Budějovicích. Jedná se např. o víkendové pobyty. „Dále jsou to různé semináře nebo odborné přednášky, kdy se ptáme hlavně rodičů, co konkrétně by potřebovaly a dle toho vybíráme jejich témata. Řekla bych, že nyní se témata hodně změnila, vzhledem k tomu, že spousta informací je dostupnějších na internetu, rodiny mají jiné požadavky, než tomu bývalo třeba před 10ti lety. Bývají to např. odborné semináře logopedie, stimulace zraku, vývoj zrakového vnímání, komunikace, sensorická integrace, masáže kojenců, teď v blízké době nás čeká muzikoterapie apod. Opravdu záleží na skladbě rodin, pro které jsou semináře určeny a také kdo semináře zrovna pořádá.“ Jedna z pracovnic však také uvedla, že účast rodin zejména na víkendových pobytech a jim podobných akcích nebývá příliš velká.

8) *Mohla byste popsat úkony, které v rámci své práce provádíte?*

Zde jsem využila i doplňujících otázek, v návaznosti na konkrétní pozice obou pracovnic, které ve službě rané péče vykonávají. Práce poradkyně spočívá zejména v komunikaci s rodinou. „Jako poradkyně mám na starosti rodiny, se kterými si domlouvám konzultace. Následně se musím na každou konzultaci, která bude probíhat připravit. Příprava se odvíjí vždy od aktuální situace rodiny, co nyní rodina řeší. Musím si připravit několik pomůcek, které používám ke zrakové stimulaci dítěte, i k rozvoji jeho dalších

oblastí. S rodinami telefonicky konzultuji již před osobní schůzkou u nich v rodině, co aktuálně potřebují řešit apod. Od toho se odvíjí má příprava. Během konzultace se řeší jak práce s dítětem, tak i podpora rodiny.“ Poradkyně zmínila také podporu rodiny, která spočívá například i v pomoci s vyplňováním různých formulářů kvůli příspěvkům na speciální pomůcky apod. Poradkyně tedy potřeby rodin řeší i mimo osobní setkání a mezi nimi s rodinou pravidelně telefonicky či pomocí emailu komunikuje. Dále jsem se seznámila s prací zrakové terapeutky rané péče. „Primárním úkolem zrakové terapeutky v rané péči je realizace funkčního vyšetření zraku u každého zájemce o službu. Vyšetření spočívá v tom, že zjišťuji, jak dané dítě, přicházející s určitou diagnózou, vidí. Dále s rodiči dítěte podrobně rozebíráme lékařskou zprávu, kdy rodičům vlastně vysvětlujeme/“překládáme“, co dané termíny ve zprávě znamenají. S tím souvisí také práce s očekáváním rodičů, aby byli schopni přijmout mou zpětnou vazbu s výsledky vyšetření, jak dítě fungovalo apod. K tomuto vyšetření využívám jak testové baterie, které jsou validní, mají určité normy a dají se taxativně vymezit, tak i různé pomůcky. Vždy záleží na věku a diagnóze dítěte.“ Zraková terapeutka se zaměřuje také na doporučení ke stimulaci zraku, co v rámci zrakové terapie může rodina se svým dítětem dělat. Dále konzultuje možné nápady na stimulaci zraku dítěte s poradkyněmi, které ji v rodinách provádí. V neposlední řadě je úkolem zrakové terapeutky také vzdělávání se, které probíhá v rámci konzultací s dalšími zrakovými terapeuty nad kazuistikami apod.

9) Jaké prostředky či materiály nejčastěji při práci s klienty využíváte?

U této otázky se odpovědi opět lišily, v návaznosti na činnosti, které pracovnice ze své pozice vykonávají. Poradkyně rané péče sdělila, že služba rané péče disponuje velkým množstvím pomůcek, zaměřených na všeobecný rozvoj dětí, s nimiž pracují. Vzhledem k zaměření pobočky na zrakové postižení, využívají poradkyně zejména pomůcky, sloužící ke zrakové stimulaci. Patří mezi ně světelné pomůcky, kontrastní hračky, zvukové pomůcky apod. Dále využívají i běžných dětských hraček, které přizpůsobí dítěti na míru tak, že slouží jako speciální a rodiče s nimi mohou s dítětem pracovat. Zraková terapeutka, která děti navíc i vyšetřuje zmínila např. rozhovor s rodiči, kterým celé vyšetření začíná. Dále pracuje se zprávami od lékařů. Využívá také pozorování dítěte při samostatné hře. „Vyšetření lze rozdělit na práci se standardizovanými testy a práci s pomůckami, kdy potřebujeme dovyšetřit konkrétní oblasti. Následně po vyšetření probíhá rozhovor s rodičem, kdy sdělujeme výsledky vyšetření a doporučujeme konkrétní

práci s dítětem. Zmínila bych ještě nějaké kompenzační pomůcky, např. lupy (příruční), filtry, bílá hůl, příprava na Braillovo písmo apod., někdy mohou rodiče řešit i úpravy prostředí při sportu.“ Zmíněné kompenzační pomůcky a další speciální hračky služba rané péče nabízí rodinám i domů k zapůjčení, což podporuje zrakovou stimulaci dětí.

10) Jak probíhá následná intervence, stimulace zraku?

Pracovnice popisovaly, že stimulace zraku dítěte probíhá v jeho přirozeném prostředí, v rodině. Během intervence pracují poradkyně pomocí speciálních pomůcek jak s dítětem, tak i s rodiči, kteří se práci s pomůckou učí, aby ji nadále mohly používat samy. Poradkyně rodičům také ukazují, jak je možné domácí prostor pro dítě upravit. Čas intervence se odvíjí dle schopností a věku dítěte, intervence může trvat zhruba 15-20 minut, někdy i déle. Další částí setkání je již výše zmíněná podpora rodičů. Poradkyně s sebou do rodin vozí také potřebnou literaturu a pomůcky, které si může rodina zapůjčit.

11) Podílí se tedy na stimulaci zraku dítěte i rodina, popř. jak?

Jak popisuje již předchozí otázka, stimulaci zraku dítěte a pravidelná cvičení provádí zejména rodina (rodiče) dítěte. Poradkyně rané péče rodinu vede, ukazuje rodičům, jak s dítětem efektivně pracovat. *„Intervence zahrnují jak práci s dítětem, tak i s rodiči (někdy prarodiči), těm totiž ukážeme konkrétně co s dítětem dělat, jak si s ním hrát, jaké hračky a pomůcky používat a jaké naopak vyřadit a pomáháme jim vymýšlet smysluplné aktivity pro dítě.“*

12) Dokázala byste stručně popsat průběh setkání poradkyň rané péče a rodiny dítěte s postižením? Jak časté bývají návštěvy v rodinách?

Průběh setkání poradkyň spolu s rodinami dětí s postižením jsme zmínili již v několika předchozích otázkách. Během konzultací tedy poradkyně pracuje s dítětem za přítomnosti rodiče. Úkony, které provádí komentuje, aby rodič věděl, jak je provádět a k čemu slouží. Následně rodič s dítětem pracuje sám. Konzultace zahrnují také již zmíněnou podporu rodiny. *„Četnost návštěv závisí na rodině, věku dítěte apod., ale frekvence návštěv bývá většinou jednou za měsíc až jednou za tři měsíce. Toto může působit jako dlouhá doba, ale smysl návštěv je takový, aby si rodina na naší službě nevytvořila závislost, stala se co nejvíce samostatnou. Raná péče by jí měla dodat takovou podporu, že situaci dále dokáže zvládnout sama. Na začátku péče tak do rodin jezdíme častěji, dále se intervaly prodlužují.“* Pracovnice zmínily také specifické situace,

kdy je potřeba návštěvy v rodinách opět zintenzivnit, jedná se např. o nástup dítěte do mateřské školy. Vzájemný kontakt mezi rodinou a ranou péčí může v případě potřeby mezi osobními konzultacemi probíhat i telefonicky.

13) Jak naopak probíhá návštěva rodiny v rané péči? Jsou situace, kdy rodiny ranou péči navštěvují ambulantně?

Pracovnice zmínily, že raná péče je terénní služba, ovšem vše je na domluvě s rodinou, a proto návštěvy některých rodin přímo v rané péči nejsou výjimkou. „V rané péči máme dvě kolegyně, které se věnují specifickým přístupům k dětem. Jsou to handle přístup a senzorická integrace, tudíž některé konzultace probíhají zde v senzorické místnosti, kde lze využívat speciální pomůcky. Je to určeno především dětem, které pro stimulaci potřebují specifické prostředí, na některé konzultace proto dojíždí oni k nám.“ Dalším případem, kdy rodiny do rané péče dojíždí je již popisované funkční vyšetření zraku, které provádí zrakový terapeut.

14) Jsou nějaké klíčové, stěžejní momenty ve spolupráci rané péče a rodin dětí se zrakovým postižením?

Na tuto otázku jsem dostala několik různých odpovědí, jelikož každá z pracovnic má s rodinami jiné zkušenosti. Pracovnice uvedly, že spousta klíčových momentů odhalí rodina sama, a to při zhodnocení vzájemné spolupráce, kdy sdělují, co pro ně bylo důležité, co pomohlo. Velkým okamžikem prý také bývá, když se u dítěte objeví pokrok, kterého není vždy možné dosáhnout a sdílení radosti z něho mezi rodinou a pracovníky rané péče. S tím je spojené i přijetí dítěte takového, jaké je, když si rodina uvědomí, že diagnózu nelze změnit, smíří se s ní a učí se s postižením dítěte dále pracovat. „Pro mě to je například to, když rodině doporučím něco, co si myslím, že by mohlo fungovat. Může to být například následná terapie nebo klidně nějaká aktivita s dítětem, která může fungovat a rodiče v práci s dítětem někam posunout. To mi přijde moc fajn, když se trefím do toho, co zrovna potřebovali.“ Dále je to vzájemná důvěra, kdy se rodiče přestanou služby rané péče obávat (např. po předchozích zkušenostech s OSPODEM) a spolupráce začne fungovat nebo např. když se za pomoci rané péče dokáže vybrat obnos peněz, který rodině umožní koupit dítěti potřebné pomůcky.

15) *Jak byste zhodnotila komunikaci a celkově spolupráci rodin s ranou péčí? Jsou rodiny aktivní?*

Obě z pracovníků komunikaci s rodinami hodnotí spíše pozitivně. Rodiny bývají převážně komunikativní ze své vlastní iniciativy. Vzhledem k tomu, že raná péče je preventivní služba, první kontakt musí učinit rodina, poté se komunikace vyvíjí přirozeně. Najdou se ale rodiny, které nespolupracují. „*Například se některé rodiny neozývají tak, jak jsme byli domluveni nebo na poslední chvíli ruší konzultace a podobně. Je to opravdu hodně individuální.*“ Důvodů, proč rodina přestane komunikovat může být několik. „*Někdy se stává, že se rodina přestane ozývat, když se zhorší zdravotní stav dítěte a je toho na ně v tuto chvíli moc. Tudíž není to vždy o tom, že by nechtěli spolupracovat, ale může to být zapříčiněno i změnou stavu.*“ Aby však služba mohla fungovat a efektivně rodinám pomáhat, je vzájemná komunikace nutná.

16) *Jaké máte ohlasy/zpětnou vazbu s postupem času od klientů, rodin, které ranou péči navštěvovaly?*

Pracovnice sdělily, že hodnocení probíhá již v rámci každé konzultace, kdy rodiče na jejím konci zhodnotí, co bylo přínosné, zda to bylo konkrétně to, co potřebovaly, co pomohlo apod. Další hodnocení probíhá při ukončení vzájemné spolupráce mezi službou rané péče a rodinou, které dělá nezávislý pracovník, jenž do rodiny nejedíl (paní ředitelka, metodička), aby se v případě potřeby rodiny nebály sdělit i negativní zkušenost.

6.2 Pohled klientů služby rané péče

Rozhovor pro klienty služby rané péče obsahoval celkem 13 otázek, na které odpovídaly tři rodiny dětí se zrakovým postižením.

1) *Kde jste se o službě rané péče dozvěděli?*

Odpovědi na tuto otázku byly různé, velmi mne však potěšila odpověď rodiny, která se o službě rané péče dozvěděla již v nemocnici na oddělení neonatologie a pomoci se jim tak dostalo včas.

2) *Jak hodnotíte dostupnost informací o službách rané péče pro rodiče dětí se zdravotním postižením?*

Na tuto otázku jsem dostala zcela totožné odpovědi, jako při rozhovorech s pracovníky rané péče. Povědomí veřejnosti o existenci této služby je velmi malé a k rodinám se informace o jejím fungování často dostanou jen velmi obtížně. Je proto

velkým přínosem, pokud o službě rané péče informují rodiče již pediatři, či oční lékaři. „Už z porodnice jsme odcházeli s podepsanou smlouvou, což považuji za obrovskou výhodu, ale tím pádem nedokáži posoudit, jestli a kdy bychom se o této službě dozvěděli později a od koho. Sama jsem ji před tím neznala.“ Odpovědi rodin tak dokazují, jak důležitá je osvěta veřejnosti i spolupráce s lékaři nebo již zmíněným neonatologickým oddělením.

3) *Co zpravidla, podle Vaší zkušenosti, očekávají rodiny od rané péče na začátku spolupráce?*

Rodiny jsou na počátku spolupráce se službou rané péče plně očekávání. Někteří nevědí, co přesně si pod ní mají představit, jak bude spolupráce probíhat a podobně. Očekávání jsou různá, někteří doufají např. ve zprostředkování kontaktů na odborníky atp. Nejvíce však rodiny od služby očekávají pomoc a podporu.

4) *V jakém věku dítěte jste ranou péči navštívili poprvé?*

Věk dítěte při první návštěvě služby rané péče je různý a odvíjí se od již zmíněné informovanosti rodičů. Proto i odpovědi na tuto otázku byly zcela odlišné. Jedna z rodin ranou péči poprvé navštívila již zhruba ve třech měsících dítěte, ostatní mnohem později.

5) *Z jakého důvodu jste ranou péči kontaktovali a co jste od služby očekávali?*

I zde se odpovědi liší v závislosti na konkrétní diagnózu zrakového postižení dítěte. Důvodem může být např.: „*předčasný porod, extrémně nedonošené dítě, navíc celkem záhy zjištěná zraková vada. Očekávala jsem asi především pomoc se specifiky ohledně péče o zrakově postižené dítě a rady, jak podpořit psychomotorický vývoj.*“ Druhá část otázky měla podobné odpovědi jako otázka číslo 3, a to zejména pomoc a podporu.

6) *Pokud službu rané péče již nevyužíváte, v jakém věku dítěte jste spolupráci se službou rané péče ukončili?*

Všechny z dotazovaných rodin službu rané péče stále využívají.

7) *Využívali jste dobrovolné aktivity, které služba rané péče nabízí (např. víkendové pobyty)?*

Ač pracovnice služby rané péče zmínily, že účast rodin na akcích, které jsou dobrovolné není příliš velká, rodiny uvedly, že většiny akcí pořádaných službou rané péče se převážně účastní. Záleží samozřejmě na typu pořádané akce, ale pokud je to možné, rodiny dobrovolné aktivity služby rané péče podporují.

8) Jak probíhal první kontakt se Společností pro ranou péči?

Jak i pracovnice během rozhovorů zmínily, na první schůzku dochází rodiny zpravidla přímo do rané péče, není však ale výjimkou, že první kontakt probíhá jinde. „*Paní ředitelka pobočky v Českých Budějovicích nás po domluvě navštívila v nemocnici a vysvětlila mi princip služby. Na další schůzku, taktéž do nemocnice, již dorazila přímo naše poradkyně s taškou pomůcek.*“ Všechny rodiny nejprve službu rané péče kontaktovaly telefonicky, po domluvě dále probíhala první schůzka, během které se o fungování služby dozvěděly potřebné informace. Následně probíhají pravidelné schůzky, intervence přímo v rodinách.

9) Jak probíhají návštěvy poradkyň u Vás doma?

Jak již bylo zmíněno, návštěvy poradkyň v rodinách probíhají v podobě intervencí jednou za jeden až tři měsíce, dle potřeb rodin. Konkrétní činnosti se odvíjí od věku a diagnózy dítěte a také dle aktuální situace, co rodiny právě řeší. „*Probereme vše, co se od poslední návštěvy změnilo, jaká vyšetření syn absolvoval, jaké pokroky udělal, co je aktuálně největší problém a jak by se dal řešit. Poté vyzkoušíme nové hračky a pomůcky a ty, které syna zaujmou, si zapůjčíme.*“ Průběh intervencí je u všech rodin velmi podobný. V čase mezi osobními schůzkami rodiny se svými poradkyněmi také pravidelně komunikují telefonicky nebo pomocí emailu.

10) Jaké činnosti jste zejména využívali? Které pro Vás byly nejdůležitější a proč?

U této otázky jsem opět dostala stejnou odpověď. Jednalo se zejména o všechny formy stimulace zraku.

11) Jsou nějaké klíčové, stěžejní momenty ve spolupráci rodin dětí se zrakovým postižením a služby rané péče?

I zde byl pohled rodin velmi podobný, a to i s pracovnicemi rané péče. Klíčových momentů je několik, např.: „*první diagnóza dítěte, jakékoliv další komplikace spojené se zrakovým postižením, či zdravotním stavem, nástup do školky, výběr kroužků, nástup do školy.*“ Jedná se o situace, kdy poradkyně rodinám doporučí právě takovou věc, která nadále funguje, nebo rodině pomůže v obtížných životních situacích apod.

12) Máte nějaké připomínky, co Vám vadilo nebo byste chtěli jinak?

Všechny rodiny měly jednoznačnou odpověď, ke službě rané péče nemají žádné připomínky. Veškerá péče pro ně byla připravena na míru a poradkyně se snažily vyhovět jejich potřebám.

13) Jak vnímáte potřeby rodin dětí se zrakovým postižením? Jsou podle Vás v souladu s tím, co služby (poradce) rané péče nabízejí?

Služby i poradci rané péče nabízejí takovou péči, kterou konkrétní rodiny potřebují. Rodiny se shodly na tom, že nabízené služby jsou jednoznačně v souladu s jejich potřebami. „Od aktivit přímo na pobočce přes různorodost zapůjčovaných pomůcek. Ale největším přínosem je ochota a snaha poradkyň s každou nastalou situací pomoci a ten pocit, že se o Vaše dítě někdo další upřímně zajímá, těší se s Vámi z každého pokroku a snaží se, aby mělo co nejkvalitnější život.“

7 DISKUSE – VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Hlavním tématem diplomové práce byla raná péče a její význam v oblasti intervence rodiny dítěte se zrakovým postižením. Práce měla za cíl zjistit, jaký význam, resp. vliv raná péče má zejména pro rozvoj dítěte se zrakovým postižením. Na základě cíle této práce, byly stanoveny tři výzkumné otázky.

- 1) Jakým způsobem je realizována raná péče v sociální službě Společnost pro ranou péči v Českých Budějovicích?
- 2) Jaký vliv má raná péče na rozvoj dětí se zrakovým postižením?
- 3) Jak význam rané péče vnímají pracovníci služby a rodiče dětí se zrakovým postižením, kteří ji využívají?

Výzkum probíhal pomocí otevřených otázek v polostrukturovaném rozhovoru. Rozhovorů se účastnili dvě pracovnice Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích a tři rodiny, které službu rané péče využívají.

Tato kapitola porovnává náhled na sociální službu rané péče z pohledu pracovníků služby rané péče a rodin dětí se zrakovým postižením. Dále jsem výsledky svého výzkumu porovnávala s dalšími třemi kvalifikačními pracemi, zabývajícími se podobným tématem. Prvními dotazovanými v rámci rozhovorů byly pracovnice rané péče. Jejich pohledy se téměř ve všech otázkách shodovaly. Obě ranou péči vnímají, jako velmi potřebnou službu, která aktuálně pečuje zhruba o 160 rodin. O rodiny pod vedením paní ředitelky

pečuje sedm poradkyň, zraková terapeutka a metodička, jejichž hlavním cílem je pomoc a podpora rodin dětí s postižením. Rodiny mohou službu využívat od narození, do sedmi let věku dítěte, avšak není pravidlem, že spolupráce trvá opravdu po dobu sedmi let. Raná péče se hojně věnuje pořádání různých aktivit, ať už sloužících k osvětě veřejnosti nebo podpoře potřeb rodin. Jedná se zejména o víkendové pobyty, či různé semináře, kterých se rodiny účastní dobrovolně. Pracovnice také popsaly, v čem spočívá jejich práce. Úkolem zrakové terapeutky je zejména provádění funkčního vyšetření zraku u dětí se zrakovým postižením. Poradkyně o rodiny pečují prostřednictvím pravidelných návštěv, intervencí přímo v domácím prostředí dítěte. Během intervencí využívají nejrůznějších speciálních pomůcek pro stimulaci dítěte, které lze rodinám zapůjčit, aby s dítětem mohly dále pracovat samostatně. Pracovnice zmínily také několik důležitých momentů ve spolupráci s rodinami, které mohou být v danou situaci klíčové a rodinám velmi pomoci. Na konci rozhovorů jsme se zabývali zpětnou vazbou rodin, která je pro pracovníky rané péče velmi důležitá a ve většině případů bývá pozitivní.

Další skupinou dotazovaných v rámci rozhovorů byly rodiny, které službu rané péče využívají. Jejich pohled na tuto službu by velmi podobný, jako pohled pracovníků a ve spoustě otázek se jejich odpovědi shodovaly. Jako velmi důležité vnímají to, aby raná péče poskytovala rodinám pomoc a podporu, kterou v tíživých životních situacích potřebují. Stejně tak jako pracovníci, i rodiny vnímají pozitivně vzájemnou komunikaci během spolupráce a průběhu setkávání. Návštěvy poradkyň v domácím prostředí jsou rodinám připravovány na míru a vždy probíhají dle aktuálních potřeb rodin. Důležité momenty ve spolupráci vnímají rodiny taktéž podobně jako pracovníci, jedná se zejména o pomoc a podporu v tíživých situacích, které v prvních sedmi letech života dítěte nastávají (např. nástup do mateřské školy). I rodiny považují ranou péči za velmi potřebnou a nepostradatelnou službu, díky které se jim dostává potřebných informací a podpory.

Všichni z dotazovaných tedy uvedli, že služba rané péče má pro rodiny dětí se zrakovým postižením velký význam. Díky její podpoře mohou vést kvalitní život a dostává se jim informací i odborné péče o jejich dítě v podobě zrakových stimulací. Služba rané péče rodinám zprostředkovává také spousty speciálních pomůcek, které dítě pro správný vývoj potřebuje. A ani jedna z dotazovaných rodin si nedokáže představit, jak by jejich život a kvalitní péče o dítě se zrakovým postižením probíhal, bez podpory této služby.

Při porovnávání své práce s jinými pracemi, které se zabývají stejným tématem jsem vždy došla k velmi podobným závěrům.

Diplomová práce, zaměřující se na kvalitu poskytovaných služeb ve Středisku rané péče z pohledu uživatelů, došla k obecnému závěru, že uživatelé služby rané péče jsou s kvalitou poskytovaných služeb spokojeni. Autorka zkoumala spokojenost uživatelů v několika oblastech, které služby rané nabízejí. (Vyvlečková, 2013)

Další spojitost jsem našla v diplomové práci s názvem Úloha rané péče v životě rodin s dětmi s postižením. Autorka prováděla výzkumné šetření pomocí rozhovorů a dotazníků s poradkyněmi a klienty služby rané péče, podobně jako tomu bylo i u mé práce. I ona zjistila, že názory klientů a poradkyň rané péče se v zásadních věcech shodují a službu vnímají velmi podobně. Z rozhovorů vyplývá, že klienti zpočátku spolupráce nevědí, co od služby mohou očekávat, během spolupráce získávají vzájemnou důvěru, která vede k efektivní pomoci a podpoře rodin. Autorka také zmiňuje, že poradkyně i klienti, s nimiž rozhovor vedla vnímají jako slabou stránku informovanost. Veřejnost často o existenci této služby nemá žádné informace. (Dvořáková, 2017)

Poslední porovnanou byla bakalářská práce zabývající se tématem rané péče u dětí se zrakovým postižením. Jejím cílem bylo zjistit, jak funguje služba rané péče v České republice. Autorka poukazuje na důležitost včasné intervence u dětí s postižením a jejich rodin, jež je důležitá zejména v prvních letech života dítěte. Konkrétní případová studie, která je v práci uvedena poukazuje na nezbytnou psychickou podporu, kterou služby rané péče rodinám dětí s postižením zajišťují. Pro rodiny je velmi důležité, když si o svých problémech mohou s někým promluvit a také to, že se o jejich rodinu někdo ochotně zajímá a snaží se pomoci. Případová studie je také důkazem toho, jak prospěšná je pro rodiny dětí s postižením spolupráce se službou rané péče. (Myšulková, 2009)

Výše zmíněné kvalifikační práce, poukazují na to, že služba rané péče je nepostradatelná pro spousty rodin. Všechny, včetně mé, došly k podobným závěrům. Rodiny dětí s postižením potřebují v prvních letech života dítěte zejména potřebné informace, pomoc a podporu, kterou služby rané péče v podobě intervencí zajišťují.

8 ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala tématu rané péče, konkrétně významu rané péče v oblasti intervence dítěte se zrakovým postižením. Výzkum byl zaměřen na Jihočeský kraj, tedy na klienty, navštěvující pobočku Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích.

Teoretická část seznamovala čtenáře s důležitými pojmy, jež s tématem práce souvisí. V praktické části jsem se věnovala kvalitativnímu výzkumu, kdy jsem od účastníků tohoto výzkumu sbírala informace, prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Cílem práce bylo zjistit, jaký význam, resp. vliv má služba rané péče pro děti se zrakovým postižením. Na základě tohoto cíle jsem dále stanovila tři výzkumné otázky.

Praktická část tedy spočívala zejména v rozhovorech s pracovníky služby rané péče a jejich klienty a následném porovnávání odpovědí všech zúčastněných. Při rozhovoru jsem použila 16 otevřených otázek pro pracovníky a 13 otázek pro klienty rané péče. Otázky byly voleny dle předem stanoveného cíle.

Odpovědi pracovníků i klientů služby rané péče se nesly v podobném duchu a u několika otázek byly téměř totožné. Pracovníci i klienti, službu rané péče vnímají velice podobně. Tato služba pomohla a nadále pomáhá velkému množství rodin, které se pro postižení svého dítěte octli v tíživé životní situaci. Rodinám dodává potřebnou podporu, informace a prostředky, které by bez pomoci této služby získávaly velmi těžko. Během rozhovorů účastníci několikrát zmínily, jak velký vliv, v pozitivním slova smyslu služba rané péče na rodiny dětí s postižením má, což dle mého názoru zcela naplňuje cíl této práce. Ať už se jedná o důležité informace, či podporu, raná péče rodinám přináší velkou pomoc, kterou během několika prvních let života dítěte potřebují. Důležité je také zmínit, že informovanost veřejnosti o této službě není příliš velká, ač se osvětě veřejnosti hojně věnuje. Pro rodiny dětí s postižením, a to nejen zrakovým je však nepostradatelná.

Během psaní této diplomové práce jsem získala mnoho nových poznatků a zkušeností, ať už teoretických nebo např. při vedení rozhovorů, za což jsem velmi vděčná. Měla jsem možnost nahlédnout do rodin, které se potýkají se zrakovým postižením dítěte a také do služby rané péče, které bych chtěla velmi poděkovat za ochotu podílet se na mé diplomové práci. Rozhovory se všemi účastníky byly obohacující a velmi přínosné.

SEZNAM LITERATURY

- BALUNOVÁ, Kristína, Libuše LUDÍKOVÁ a Dita HŘMÁNKOVÁ. Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0381.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 2. vydání. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2007. ISBN 978-807-3151-614.
- BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje. 1. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.
- BENEŠ, Pavel. Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami. 1. vydání. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2110-6.
- BURIÁNEK, Jiří. Sociologie: pro střední školy a vyšší odborné školy. 2. vydání. Praha: Fortuna, 2001. ISBN 80-716-8754-5.
- DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.
- DOKOUPILOVÁ, Ivana a spol. Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4432-1.
- DVOŘÁKOVÁ, Lucie. Úloha rané péče v životě rodin s dětmi s postižením. Univerzita Hradec Králové, 2017. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta. Dostupné z: [Úloha rané péče v životě rodin s dětmi s postižením – Bc Lucie Dvořáková \(theses.cz\)](https://theses.cz)
- FIDLEROVÁ, Dagmar. Hra jako prostředek reedukace zraku v mateřské škole. Pardubice: [nakladatel není známý], 2015. ISBN 978-80-260-9209-4.
- FINKOVÁ, Dita, Libuše LUDÍKOVÁ a Veronika RŮŽIČKOVÁ. Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
- HAMADOVÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ a Zita NOVÁKOVÁ. Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-145-4.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. 4. vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

HRADILKOVÁ, Terezie. Raná péče pro rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením. In Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče.“ Praha: Středisko rané péče Praha, 1998. ISBN 80-238-3267-0.

HRADILKOVÁ, Terezie. Raná péče – vymezení pojmů. In Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.

HRADILKOVÁ, Terezie a kol. Praxe a metody rané péče v ČR: Průvodce sociálním modelem. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1386-4.

JANKOVÁ, Jana a kolektiv. Metodika kariérového poradenství pro žáky se zrakovým postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2022. ISBN 978-80-244-6121-2.

JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9.

KEBLOVÁ, Alena. Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-65-5.

KEBLOVÁ, Alena. Hmat u zrakově postižených. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-085-0.

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

KIMPLOVÁ, Tereza, Marta KOLAŘÍKOVÁ. Jak žít s těžkým zrakovým postižením. 1. vydání. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-831-3.

KLENKOVÁ, Jiřina. Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5.

KOCHOVÁ, Klára, Markéta SCHAEFEROVÁ. Dítě s postižením zraku: rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk. 1. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0782-5.

KOZLOVÁ, Lucie. Sociální služby. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.

KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

KUDELOVÁ, Ivana, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ. Malé dítě s těžkým postižením zraku. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-24-9.

- KUDELOVÁ, Ivana. Služby a programy rané péče. In Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Interní materiál Společnosti pro ranou péči.
- KUDELOVÁ, Ivana. Vznik a vývoj rané péče u nás. [online] [cit. 2021-01-08]. 2019. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/vznik-vyvoj-rane-pece-u-nas>.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. Oftalmopedie. 2. doplněné vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
- LITVAK, Aleksej Grigor'jevič. Nástin psychologie nevidomých a slabozrakých. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1979.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Rodičům mentálně postižených dětí. 1. vydání. Praha: Nakladatelství H&H, 1992. ISBN 80-85467-52-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly a prevence psychické zátěže u dětí. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-06-x.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením. 2. upravené vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-147-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Psychologie nemocných a zdravotně postižených. Ústí nad Labem: Nakladatelství H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Zdeněk. Raná péče a její domácí kořeny. Psychologie dnes, 2002. ISSN 1212-9607.
- MATOUŠEK, Oldřich. Rodina jako instituce a vztahová síť. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 8-86429-19-9.
- MEZNÍKOVÁ, Kristina. Týden rané péče připomene 30 let existence rané péče v Česku [online]. Společnost pro ranou péči, 2020 [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/2020/10/13/tyden-rane-pece-pripomene-30-letexistence-rane-pece-v-cesku/>.
- MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MUNKŇŠNÁBLOVÁ, Martina. Péče o dítě s postižením sluchu. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5034-7.
- MYŠULKOVÁ, Veronika. Raná péče u dětí se zrakovým postižením. Brno, 2009. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita Brno, Pedagogická fakulta. Dostupné z: [Raná péče u dětí se zrakovým postižením – Bc. Veronika Myšulková \(theses.cz\)](https://theses.cz/id/111111/Rana-pece-u-deti-se-zrakovym-postizenim)

- NIELSENOVÁ, Lilli. Učení zrakově postižených dětí v raném věku. Praha: ISV Nakladatelství, 1998. ISBN 80-85866-26-9.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání. 1. vydání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PRETIS, Manfred, Jitka BARLOVÁ, Terezie HRADILKOVÁ. Raná péče: příručka pro teorii a praxi. Praha: Pasparta Publishing, s. r. o., 2020. ISBN 978-80-88290-65-0.
- REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie, Libuše LUDÍKOVÁ a kol. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- ŘÍČAN, Pavel, Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.
- SCHONKOFF, MEISELS. Early childhood intervention. Cambridge University Press, 2011. ISBN 9780511529320.
- SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4717-333.
- Středisko rané péče SPRP České Budějovice. Naše cesta: Metody práce s rodinou v rané péči. Středisko rané péče SPRP České Budějovice, 2012. ISBN 978-80-87510-20-9.
- ŠULOVÁ, Lenka. Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.
- THOROVÁ, Kateřina. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Oftalmopsychologie dětského věku. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7184-053-x.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. Psychologie handicapu. 2. vydání. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-718-4929-4.

- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0956-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ, Lenka KREJČOVÁ. Náročné mateřství. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vydání. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-802-262-0696-5.
- VÍTKOVÁ, Marie. Integrativní speciální pedagogika – Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, Marie. Somatopedické aspekty. 2. vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- VYVLEČKOVÁ, Jana. Kvalita poskytovaných služeb ve Středisku rané péče z pohledu uživatelů. Zlín, 2013. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z: [Kvalita poskytovaných služeb ve Středisku rané péče z pohledu uživatelů – Bc. Jana Vyvlečková, DiS. \(theses.cz\)](#)
- ZACHAROVÁ, Eva, Zdeňka ŘÍMOVSKÁ. Nemocné nebo zdravotně postižené dítě v rodině. Pediatrie pro praxi. Olomouc: Solen, 2014. ISSN 1803-5264.

Internetové zdroje

ČESKO, MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. MPSV, ©2012 [cit. 2013-03-24]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/>>.

Společnost pro ranou péči, © 2021. O službě [online] [cit. 2021-01-08]. Dostupné z: <https://www.ranapece.cz/cb/o-sluzbe/>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.: MKN-10 [online]. 2014 [cit. 2017- 04- 09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.htm>

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. [Cit. 01-04-2009]. Dostupné na www: <<http://www.msmt.cz>>.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [Cit. 01-04-2009]. Dostupné na www: <<http://www.mpsv.cz>>.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. [Cit. 25-03-2009]. Dostupné na www: <<http://www.mpsv.cz>>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Seznam otázek k rozhovoru – pracovníci Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Příloha č. 3: Seznam otázek k rozhovoru – klienti Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas – pracovnice Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Rodová a budu s Vámi dělat rozhovor v rámci mé diplomové práce. Diplomová práce je zaměřena na téma Rané péče a jejího významu v oblasti intervence rodiny dítěte se zrakovým postižením. Cílem práce bude zjistit, jaký vliv má raná péče na rozvoj těchto dětí.

V rozhovoru se budeme zabývat informacemi o Vaší práci v rané péči, které budou následně použity pro výzkumnou část diplomové práce. Rozhovor bude anonymní, v práci nebude uvedeno Vaše jméno. Z rozhovoru a celého výzkumu máte možnost kdykoliv odstoupit. Rozhovor bude nahráván a jeho přepis bude následně použit v diplomové práci.

V případě dotazů se na mě můžete obrátit prostřednictvím emailu: zuzka.rodova@seznam.cz, popř. na telefonním čísle: 606 945 396.

Informovaný souhlas – klienti Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Dobrý den, jmenuji se Zuzana Rodová a budu s Vámi dělat rozhovor v rámci mé diplomové práce. Diplomová práce je zaměřena na téma Rané péče a jejího významu v oblasti intervence rodiny dítěte se zrakovým postižením. Cílem práce bude zjistit, jaký vliv má raná péče na rozvoj těchto dětí.

V rozhovoru se zaměříme na Vaši zkušenost se sociální službou raná péče. Rozhovor bude anonymní, v práci nebude uvedeno Vaše jméno. Z rozhovoru a celého výzkumu máte možnost kdykoliv odstoupit. Rozhovor bude nahráván a jeho přepis bude následně použit v diplomové práci.

V případě dotazů se na mě můžete obrátit prostřednictvím emailu: zuzka.rodova@seznam.cz, popř. na telefonním čísle: 606 945 396.

Příloha č. 2: Seznam otázek k rozhovoru – pracovníci Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Pracovnice ve Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Organizace:

1. Z jakých zdrojů se dle Vašich zkušeností rodiče o rané péči dozvídají?
2. Jak vnímáte informovanost veřejnosti o službě rané péče?
3. Dokázala byste odhadnout přibližný věk dětí, ve chvíli, kdy do rané péče přicházejí?
4. Bývá pravidlem, že spolupráce rodin s ranou péčí přetrvává opravdu až do 7 let věku dítěte nebo je tomu jinak?
5. Kolik klientů v současné době službu rané péče navštěvuje/využívá?
6. Popište prosím z kolika pracovníků se tým Společnosti pro ranou péči zde v Českých Budějovicích skládá?
7. Aktivity, které raná péče rodinám nabízí? Jakých aktivit se rodiny účastní nejčastěji?

Činnosti pracovníků rané péče:

8. Mohla byste popsat úkony, které v rámci své práce provádíte?
9. Jaké prostředky či materiály nejčastěji při práci s klienty využíváte?
10. Jak probíhá následná intervence, stimulace zraku?

Raná péče ↔ rodina:

11. Podílí se tedy na stimulaci zraku dítěte i rodina, popř. jak?
12. Dokázala byste stručně popsat průběh setkání poradkyň rané péče a rodiny dítěte s postižením? Jak časté bývají návštěvy v rodinách?
13. Jak naopak probíhá návštěva rodiny v rané péči? Jsou situace, kdy rodiny ranou péči navštěvují ambulantně?
14. Jsou nějaké klíčové, stěžejní momenty ve spolupráci rané péče a rodin dětí se zrakovým postižením?
15. Jak byste zhodnotila komunikaci a celkově spolupráci rodin s ranou péčí? Jsou rodiny aktivní?
16. Jaké máte ohlasy/zpětnou vazbu s postupem času od klientů, rodin, které ranou péči navštěvovaly?

Příloha č. 3: Seznam otázek k rozhovoru – klienti Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

Klient Společnosti pro ranou péči v Českých Budějovicích

1. Kde jste se o službě rané péče dozvěděli?
2. Jak hodnotíte dostupnost informací o službách rané péče pro rodiče dětí se zdravotním postižením?
3. Co zpravidla, podle Vaší zkušenosti, očekávají rodiny od RP na začátku spolupráce?
4. V jakém věku dítěte jste ranou péči navštívili poprvé?
5. Z jakého důvodu jste ranou péči kontaktovali a co jste od služby očekávali?
6. Kdy jste spolupráci se službou rané péče ukončili?
7. Využívali jste dobrovolné aktivity, které služba rané péče nabízí? (např. víkendové pobyty)
8. Jak probíhal první kontakt se Společností pro ranou péči?
9. Jak probíhají návštěvy poradkyň u vás doma?
10. Jaké činnosti jste zejména využívali? Které pro Vás byly nejdůležitější a proč?
11. Jsou nějaké klíčové, stěžejní momenty ve spolupráci rodin dětí se zrakovým postižením a služby rané péče?
12. Máte nějaké připomínky, něco Vám vadilo nebo byste chtěli jinak?
13. Jak vnímáte potřeby rodin dětí se zrakovým postižením? Jsou podle Vás v souladu s tím, co služby (poradce) rané péče nabízejí?