

**Univerzita Karlova v Praze**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra speciální pedagogiky**

**Podpora zrakového vnímání u dětí se zrakovým  
a kombinovaným postižením**

**Diplomová práce**

Praha 2011

**Vypracovala:**

**Bc. Zdeňka Adamčíková**

**Vedoucí práce:**

**Mgr. Pavlína Šumníková, PhD.**

# **Název: Podpora zrakového vnímání u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením**

## **Anotace:**

Diplomová práce se věnuje funkčnímu vyšetření, zrakové stimulaci a nabídce Středisek rané péče, která v oblasti podpory zrakového vnímání poskytují služby dětem v raném a předškolním věku. Cílem práce je analýza rozhovorů s pracovníci středisek rané péče o možnostech a nabídkách v oblasti zrakové podpory, jenž střediska zprostředkovávají rodinám a jejich dětem s postižením.

První čtyři kapitoly se zabývají teoretickými východisky v oblasti funkčního vyšetření zraku, zrakovou stimulací a charakteristikou skupiny dětí raného a předškolního věku se zrakovým a kombinovaným postižením. V neposlední řadě je prostor věnován také organizacím, které poskytují služby rané péče, jejich struktúře, personálnímu složení a nabídce služeb.

Obsahem páté kapitoly je výzkumné kvalitativní šetření. Sběr dat byl realizován formou rozhovorů s instruktorkami zrakové stimulace a s poradkyní rané péče. Analýza těchto rozhovorů se stala základním východiskem pro následné vymezení souboru doporučeníhodných podnětů pro dobrou praxi.

**Klíčová slova: raná péče, kombinové postižení, zrakové postižení, stimulace zraku, funkční vyšetření zraku**

## **Title: Support for visual perception in children with visual and multiple disabilities**

### **Abstract:**

This thesis focuses on functional assessments, visual stimulation and on offers of Centres for Early Intervention that provide services in the area of visual perception for children in early and preschool age. The goal of the thesis is to analyze interviews with workers in these centres on options and services in the area of visual aid that these centres provide for families and their children with disabilities.

The first four chapters deal with theoretical background in the area of functional assessments of vision, visual stimulation and description of the group of children in early and preschool age with visual and multiple disabilities. Last but not least, these chapters also deal with organizations that provide early intervention services, their structure, composition of personnel and range of offered services.

The content of the fifth chapter is a qualitative research investigation. The data were collected through interviews with instructors of visual stimulation and with an early intervention assistant. Analysis of these interviews then became basis for the subsequent definition of commendable suggestions for good practise.

**Keywords: early intervention, visual stimulation, functional assessments of vision, multiple disability, visual impairment**

## **Prohlášení**

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo. Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce.

V Praze: 17.6.2011

Podpis:

## **Poděkování**

V prvé řadě bych poděkovala vedoucí práce Mgr. Pavlíně Šumníkové, PhD za cenné rady a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondenkám, pracovnícím Středisek rané péče, které byly ochotné na diplomové práci spolupracovat a sdělit své zajímavé zkušenosti z praxe.

<b>Úvod</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Teoretická východiska</b> .....	<b>9</b>
2.1 Dítě se zrakovým postižením .....	9
2.2 Dítě s kombinovaným postižením.....	10
2.3 Vývoj dítěte s těžkým zrakovým postižením v raném a předškolním věku .....	11
2.3.1 Období novorozenecké (od narození do 1. měsíce) .....	11
2.3.2 Období kojenecké (od 1. měsíce do jednoho roku) .....	12
2.3.3 Období batolete (1 – 3 roky).....	12
2.3.4 Období předškolního věku (od 3 do 6 let).....	13
2.4 Raná péče .....	14
2.4.1 Organizace poskytující služby rané péče .....	15
2.4.2 Klienti středisek rané péče .....	17
2.4.3 Tým pracovníků střediska rané péče .....	18
2.4.4 Spolupráce středisek rané péči s dalšími organizacemi: .....	18
<b>3. Funkční vyšetření zraku</b> .....	<b>20</b>
3.1 Testy zrakové ostrosti.....	20
3.2 Testy pro vyšetření kontrastní citlivosti .....	25
3.3 Testy kognitivního vidění .....	28
<b>4. Zraková stimulace</b> .....	<b>33</b>
4.1 Etapy zrakové stimulace .....	33
4.2 Pomůcky využívané při zrakové stimulaci. ....	34
4.3 Senzorická stimulace v psychorelaxační místnosti .....	37
4.4 Pomůcky a vybavení .....	38
<b>5. Výzkumné šetření</b> .....	<b>42</b>
5.1 Východiska a definování výzkumného cíle.....	42
5.2 Použité metody .....	42
5.3 Výběr vzorku.....	44
5.4 Průběh výzkumného šetření .....	44
5.5 Analýza a interpretace získaných dat .....	46
5.6 Závěry šetření a doporučení pro dobrou praxi.....	56
<b>Závěr</b> .....	<b>60</b>
<b>Použité zdroje:</b> .....	<b>62</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>65</b>

## Úvod

Již dítě v raném a předškolním věku potřebuje poznávat své okolí, porozumět mu a učit se novým věcem. Děti s těžkým postižením, které mají problém s lokomocí a komunikací, se při získávání nových vjemů a zážitků bez pomoci druhého člověka neobejdou. Role všech osob, které jsou v kontaktu s dítětem, je tedy právě tyto vjemy z okolí zprostředkovat. Mnohdy jsou na jeho asistenci a podporu úplně odkázány. Avšak i tyto děti mají právo zažít vzrušení a radost z nových zkušeností a podnětů a obklopovat se věcmi, které jsou jim příjemné a které mají rády.

Velmi důležitým smyslem, kterým získáváme až 80% informací o světě, je zrak. Je-li dítě postiženo zrakovou vadou v kombinaci s jiným typem postižení, jsou možnosti jeho dalšího rozvoje znesnadněny, ale nikoliv však znemožněny.

Jednou z cest, jak rozvoj podpořit a zprostředkovat nové podněty, je zraková stimulace, která představuje soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme naučit dítě využívat každý i sebemenší zbytek zraku – nejen vidět, ale i dívat se<sup>1</sup>. Je nezbytně nutné, aby podpora rozvoje smyslů u dětí s kombinovaným postižením začala co nejdříve a tak se zrakovou stimulací zabývají již pracovníci středisek rané péče.

První část předkládané práce se zabývá teoretickými východisky. Především pak vymezením cílové skupiny dětí se zrakovým a kombinovaným postižením a jejich vývojem v raném a předškolním věku. Součástí první kapitoly je také vymezení rané péče určené pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením. Část kapitoly je věnována střediskům, která zajišťují a poskytují odborné poradenství, ale také provádí funkční vyšetření zraku a zrakovou stimulaci.

Druhá část je věnována funkční diagnostice zraku. V této části popisují testové metody vycházející z metodiky finské oftalmoložky Lei Hyvärinen, které se při vyšetření využívají a na základě kterých se vypracovává individuální program zrakové stimulace.

Třetí část navazuje na předchozí kapitolu a věnuje se zrakové stimulaci, možnostem jejího využití a pomůckám, jež bývají nejčastěji využívány. Prostor je věnován také možnostem zrakové stimulace v tzv. bílém pokoji.

Poslední kapitola je tvořena kvalitativním výzkumem, který byl proveden ve Střediscích rané péče za využití výzkumné metody rozhovoru s instruktory zrakové stimulace.

---

<sup>1</sup> (D. Heiner, Učíme se dívat, 1995)

Cílem diplomové práce je tedy analyzovat současnou situaci v oblasti poskytování zrakové stimulace v jednotlivých střediscích rané péče v rámci celé České republiky. Vzhledem k tomu, že raná péče je komplexní službou poskytovanou i rodině dítěte s postižením, bude analýza zaměřena i na služby, které střediska nabízí rodinám.

## 2. Teoretická východiska

### 2.1 Dítě se zrakovým postižením

Diplomová práce je zaměřena na podporu zrakového vnímání u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením a proto je následující kapitola věnována právě této skupině.

Každé dítě je individualitou s různými charakterovými rysy a zcela specifickým osobnostním vývojem. Je tomu tak nejen u dětí intaktních, ale také u dětí s postižením. Přesto však existují některé rysy, které tyto děti spojují. Práce se věnuje dětem se zrakovým postižením v raném věku, pro které je dle Pihrtové<sup>2</sup> charakteristická „omezená schopnost interakce s prostředím buď pro sníženou zrakovou ostrost (schopnost vidět zřetelně) a/nebo pro omezení zorného pole (rozsah vidění v různých směrech), přičemž není možná korekce obyčejnými brýlemi“ Keblová<sup>3</sup> ve svém vymezení nejdříve specifikuje z čeho se zrakové vnímání skládá. Jedná se o „složitý komplexní děj, jehož kvalita je určována funkcemi zrakového analyzátoru: zrakovou ostrostí, zorným polem, barvocitem, adaptací, akomodací, binokulárním viděním, citlivostí na kontrast. Porucha kterékoliv z vyjmenovaných podmínek normálního vidění je více či méně omezuje. Vágnerová<sup>4</sup> upozorňuje, že „zrakově postižení lidé tvoří heterogenní skupinu, porucha jejich zrakových funkcí může být různě závažná, kvalitativně odlišná, může vzniknout v různém období a je spojená s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení.“

Zrakové vnímání je tedy komplexní děj, jehož kvalita je určována více proměnnými. Podmínkami, ve kterých je zrak používán, dále je výsledek ovlivněn kvalitou přenosu vzruchu nervovými vlákny a v neposlední řadě pak kvalitou zpracování informace ve zrakových centrech mozku. Zásadní dopad na celkový vývoj dítěte má charakter zrakového postižení, jeho závažnost, doba vzniku a příčina.

Klasifikace stupňů zrakového postižení podle zrakové ostrosti a omezení zorného pole vychází z desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí. Zrakové postižení dělí na střední slabozrakost, silnou slabozrakost, těžce slabý zrak, praktickou nevidomost a úplnou nevidomost. Kompletní klasifikace i s hodnotami, je součástí přílohy.<sup>5</sup>

Díky velkému množství informací přijímaných zrakovou cestou z okolního světa, může omezení percepce v oblasti zraku způsobit senzorickou deprivaci. Raný věk je však nejvhodnější období, ve kterém se dá této deprivaci alespoň z části předejít a chybějící

---

<sup>2</sup> (Pihrtová, 2006, s. 129)

<sup>3</sup> (Keblová, 2001, s. 6-7)

<sup>4</sup> (Vágnerová, 2004, s. 195)

<sup>5</sup> (Klasifikace zrakového postižení podle WHO: dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>)

podněty nahradit. Systematickou zrakovou stimulací aktivizujeme dítě a nutíme ho k využívání zbytku zraku. Nezlepšíme tím tedy samotné zrakové funkce, ale podporujeme jejich účelné využití. Nenaučíme dítě vidět, ale můžeme rozvíjet schopnost dívat se. Nelze však opomíjet i podporu rozvoje ostatních kompenzačních smyslů. Proto jsou služby středisek koncipovány komplexně, neboť se nelze věnovat pouze zrakové vadě bez ohledu na celkové změny, které z ní vyplývají.

## 2.2 Dítě s kombinovaným postižením

Pojmové vymezení dítěte s kombinovaným postižením není vůbec snadné. V České republice, ani v zahraničí zatím nebyla vytvořena definice, která by se stala všeobecně platnou a uznávanou. Nejedná se však o pouhý součet postižení. Dopad více postižení se svým působením spíše násobí a vytváří se tak mnoho variací, které vyžadují naprosto specifický přístup. Z terminologických pojmů se nejčastěji užívá označení kombinované postižení, vícenásobné postižení a kombinované vady. Tyto pojmy jsou považovány za synonyma a jsou tedy i zástupně používány. Ludíková<sup>6</sup> uvádí Sovákovu definici, který chápe kombinované vady jako „sdužování několika postižení u jednoho jedince, které se ale navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění.“ Pro účely zákonného vymezení této skupiny se využívá definice vícenásobného postižení podle Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT)<sup>7</sup>: „Za postiženého více vadami se považuje dítě, resp. žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“ Dále jsou žáci, pro potřeby MŠMT, členěni do skupin podle dominantního postižení:

- první skupinu tvoří žáci s mentální retardací, ke které jsou přidružena další postižení,
- druhou skupinu tvoří žáci s kombinací vad tělesných, smyslových a vad řeči (specifickou skupinu tvoří žáci hluchoslepí),
- třetí skupinu tvoří žáci s autismem.

Jak z výše uvedeného textu vyplývá, dítě se zrakovým postižením může mít přidružené například mentální, sluchové nebo tělesné postižení. Tato poslední zmíněná kombinace se velmi často pojí s diagnózou dětské mozkové obrny. V každém případě se však jedná o velmi heterogenní nesourodou skupinu, kdy každé dítě má své individuální potřeby a osobnostní

---

<sup>6</sup> (Ludíková, 2001, str. 25)

<sup>7</sup> (MŠMT, Rámcový vzdělávací plán, 2005, dostupné z: [www.msmt.cz/file/9378\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/9378_1_1/))

rysy, které by měly být reflektovány jak ze strany odborníků, tak ze strany rodiny. V současné době se ve střediscích rané péče objevuje stále více dětí s kombinovaným postižením. Tato skupina dětí začíná převažovat nad skupinou dětí s postižením zrakovým, což se promítá i do služeb, které jsou rodičům těchto dětí v rámci středisek rané péče nabízeny.

## **2.3 Vývoj dítěte s těžkým zrakovým postižením v raném a předškolním věku**

Významnou determinantou, která ovlivňuje vývoj dítěte, je rozsah, stupeň a kombinace postižení. Primární postižení většinou zasahuje všechny funkce, které se mohou rozvíjet opožděně, patologicky nebo se nerozvinou vůbec. Lze také očekávat, že se k primárnímu postižení přidruží vznik postižení sekundárního. Rozdíly mezi dětmi intaktními a dětmi s postižením se mohou projevit již velmi brzy v nejrůznějších oblastech jako například úroveň aktivace, emoční vyzrálost, chování a motorika. S motorikou úzce souvisí rozvoj kognitivních procesů a socializace dítěte.<sup>8</sup>

### **2.3.1 Období novorozenecké (od narození do 1. měsíce)**

V tomto období se začíná budovat vztah mezi matkou a dítětem. První týdny si rodina zvyká na nového člena. Úkolem rodiny (v tomto období převážně matky) je vytvářet kontakt, jak taktilní tak slovní. Dítě reaguje na první zvuky, změny polohy, hlas matky. U těžce zrakově postiženého dítěte se mohou objevovat první změny v projevu. Dítě může být hodně spavé a apatické. Velmi důležité je, aby rodiče neustávali ve svých snahách a dítě již od začátku stimulovali nejrůznějšími podněty. Na konci tohoto období se u dítěte objevuje úsměv, zpočátku se jedná o vrozený reflex, který bývá později podněcován zpětnou vazbou od rodičů. Dítě, které však zřetelně tvář rodiče nevidí, tuto zpětnou vazbu nezískává a úsměv postupně vymizí. Abychom zvýraznili obličej, můžeme použít například klaunský nos nebo sytou rtěnku. Výrazně barvy tak mohou dítě snadněji upoutat.<sup>9</sup>

Vývoj zraku: Po narození dítě zrakovou cestou vnímá jen velmi omezeně. Rozezná světlo a tmu, stíny, na prudké osvětlení reaguje mrkáním. Na konci měsíce fixuje každým okem zvlášť. V tomto období bývá častá fyziologická šilhavost.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> (Vágnerová 1999; srov. Opatřilová 2005)

<sup>9</sup> (Vágnerová 1995 srov. Opatřilová 2006)

<sup>10</sup> (Matějček a kol. 2004)

### 2.3.2 Období kojenecké (od 1. měsíce do jednoho roku)

Z vývojového hlediska je toto období dle E. Eriksona nazýváno obdobím receptivity. Z toho vyplývá, že je pro dítě nezbytně nutné, aby dostávalo dostatečné množství podnětů, a důraz je tedy kladen na stimulaci dítěte. Rovněž je to období charakteristické velkými motorickými změnami. Pakliže dítě upoutá nějaký předmět, je schopné za předmětem dolézt a manipulovat s ním, což zrychluje rozvoj jemné motoriky. Tím, že dítě s těžkým zrakovým postižením mnohdy vzdálenější předměty nevidí, nebývá tolik motivován k motorickému výkonu a vývoj může být zpomalen. Zrakové postižení se může také projevit tím, že dítě nemá potřebu ukazovat na osoby, předměty, části těla a nechápe jednoduché pokyny, při kterých je rodiči používaná gestikulace. Rodiče mohou dítěti pomoci tím, že mu přináší zrakově a taktilně zajímavé předměty a snaží se jej podněcovat k manipulaci s nimi. Rozhodně také nesmějí opomínat verbální a tělesný kontakt.<sup>11</sup>

Vývoj zraku: Dítě prochází rychlým vývojem. Začíná pozorovat předměty ve svém zorném poli a začíná reagovat na lidský obličej a úsměv. Konverguje na předměty ve vzdálenosti 10 cm. Fixace je v tomto období již binokulární. Otáčí se za výrazným zvukem. Ve 4. měsíci již funguje reflex akomodace. V pátém měsíci se objevuje reflex fúze. Od tohoto období se obraz obou očí v mozku spojuje v jeden. Do prvního roku se u dítěte také rozvíjí prostorové vidění.<sup>12</sup>

### 2.3.3 Období batolete (1 – 3 roky)

Pro toto období je charakteristický největší rozvoj osobnosti z hlediska poznávacích procesů, řeči a socializace. Ke konci tohoto období přicházejí děti do kolektivu svých vrstevníků v mateřských školách. Proto je pro ně typické osamostatňování se od rodičů. V případě dětí s postižením je však vazba na nejbližší okolí stále velmi intenzivní, což často způsobí, že rodiče, kteří mají o dítě úzkostný strach, v samostatných aktivitách dítě spíše omezují. Expanze do okolí neprobíhá v takové míře, jaká by byla potřeba, a v důsledku zrakové vady se dítě může jevit jako bojácné a pasivní. V tomto věku se může začít projevovat nedostatečné uspokojení pohybu prostřednictvím náhradních mechanismů (kývání, třepání rukama apod.)<sup>13</sup> Pohybové podněty můžeme dítěti zprostředkovat několika cestami.

---

<sup>11</sup> (Vágnerová 1995 srov. Opatřilová 2006)

<sup>12</sup> (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

<sup>13</sup> (Opatřilová, 2006)

Lze využít nejrůznějších hopsadel, pružinových desek, nebo houpacích sítí či gymnastických balonů.<sup>14</sup>

Období je také úzce spjato s hrou dítěte. I tato oblast však u dítěte s postižením může být opožděna či omezena. Dítě nemá možnost manipulovat s tolika různorodými předměty a nemá možnost učit se od ostatních dětí nápodobou. Také nechápe trvalost objektů, protože jakmile se jen trochu vzdálí, ztrácí nad tímto předmětem dítě zrakovou kontrolu. Rovněž není schopno pracovat se symboly, protože nepoužívá předmět jako zástupný pro jiný předmět.

Rozvoj řeči je další oblastí, která může být nedostatečnou zrakovou kontrolou zasažena. U dítěte vážně spojování konkrétních předmětů s pojmy a hrozí tzv. používání verbalismů (prázdných slov).<sup>15</sup>

Vývoj zraku: Výrazně se zdokonaluje prostorové vidění a až do šesti let se také zdokonaluje binokulární vidění. V tomto období je důležité podchytit případný strabismus a pracovat s dítětem tak, aby tato vada byla nejlépe do sedmi let věku dítěte odstraněna.

#### **2.3.4 Období předškolního věku (od 3 do 6 let)**

U dítěte se těžkým zrakovým postižením se v tomto období často vyskytují tendence ke stereotypu v pohybu a hře a k závislosti na svém blízkém okolí. Nedochozí k sebeprosazování se mezi ostatními vrstevníky a proces socializace velmi vážně. Rovněž vážně osvojování si pravidel a norem. Porušování pravidel dítětem s postižením bývá ze strany rodičů velmi často omlouváno. Styl výchovy, který rodiče praktikují v tomto období, velmi silně ovlivní rozvoj dítěte a jeho sebevědomí v následujících životních etapách. Oblast, do které se zrakové postižení velmi silně projektuje, je vývoj kresby. Kresba dítěte s postižením je deformována deficitem ve zrakovém vnímání a opožděním vývoje jemné motoriky. Linie nenavazují na sebe, není věnována pozornost detailům, často dochází k úplnému nepochopení schématu lidského těla. Dítě spíše upoutá zvuk, který vydává fix, než jeho výsledek.<sup>16</sup>

V oblasti rozvoje řeči se nedostatečná zraková opora začne projevovat v rovině fonetické, kdy dítě není schopno z úst dospělého odečíst přesné pohyby mluvidel. Projevuje se to hlavně v diferenciaci hlásek m, n, t, d.<sup>17</sup> U dětí s mozkovou obrnou se může například objevit dysartrie.

---

<sup>14</sup> (Lea Hyvärinen in Vagnerová 1995)

<sup>15</sup> (Vagnerová 1995)

<sup>16</sup> (Davido, 2001)

<sup>17</sup> (Lechta 2002)

U dětí předškolního věku je již patrná značná rozdílnost ve schopnostech a dovednostech, což je dáno úrovní postižení, jejich různými kombinacemi, ale také tím, jak rodina dosud s dítětem pracovala a zda-li dítěti vytvořila dostatečně podnětné prostředí. Velmi důležité je případné zvážení odkladu školní docházky, protože většina dětí s těžkým postižením je silně vázána na rodiče a odpoutání se od rodiny může vést ke zbytečné frustraci dítěte.

Vývoj zraku: Vidění se stabilizuje. Děti s poruchami binokulárního vidění podstupují léčbu operativní, nebo konzervativní, kdy se využívá pleotických či ortoptických cvičení a okluze lépe vidícího oka. V případě těžší zrakové vady vážne koordinace oko-ruka.

## 2.4 Raná péče

Péče o dítě s postižením a podpora jeho rodiny již od narození je základní a nezbytnou podmínkou pro další pozitivní vývoj dítěte. Teorie imprintingu (vtištění, vpečetování) zdůrazňuje právě období od narození do cca tří let, jako období důležité pro utváření osobnosti dítěte. Navíc kompenzační možnosti mozku jsou tak obrovské, že umožňují rozvinout náhradní mechanismy i u dětí, které mají v některé z oblastí vývoje vážný handicap. Pakliže se zanedbá právě toto senzitivní období, mohou se možnosti dítěte v těchto oblastech podstatně zredukovat nebo zcela uzavřít. Přesto, že je mozek schopen vytvářet nová nervová spojení v podstatě v průběhu celého života, člověk se nejrychleji rozvíjí a přizpůsobuje změnám v raném dětství.

Raná péče chápána jakožto soustava služeb a programů poskytuje odbornou pomoc ohroženým dětem, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám a měla by mít preventivní charakter, protože snižuje následky primárního postižení a brání vzniku sekundárního postižení, či znevýhodnění. Služby rané péče jsou sestavovány na základě analýz potřeb individuální rodiny. Snahou je také posilovat rodinu tak, aby dítě mohlo vyrůstat a prospívat v jejím prostředí. Poskytuje se převážně v přirozeném prostředí dítěte, kterým je právě rodina, a proto je pro ranou péči typická forma terénní práce (návštěv poradenského pracovníka v domácím prostředí). Dále se snaží rodičům poskytnout nezávislé informace.<sup>18</sup>

Pakliže charakterizujeme ranou péči jako proces, zahrnuje tyto etapy:

- vyhledání klienta (depistáž)
- přijetí klienta do péče

---

<sup>18</sup> (Služby rané péče, dostupné z: [www.ranapece.cz](http://www.ranapece.cz))

- diagnostika
- poskytování služeb
- přechod dítěte do vzdělávacího zařízení
- ukončení péče<sup>19</sup>

Zákon 108/2006 o sociálních službách dle novelizace z roku 2009<sup>20</sup> řadí ranou péči do služeb sociální prevence a definuje ji jako“ terénní službu, popřípadě doplněnou ambulantní formou služby, poskytovanou dítěti a rodičům ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu“.

Mezi základní činnosti dle odstavce 1 patří:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Cílem rané péče je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými.<sup>21</sup>

#### **2.4.1 Organizace poskytující služby rané péče**

V České republice poskytují odborné služby rané péče dětem se zrakovým a kombinovaným postižením občanská sdružení „Společnost pro ranou péči“, pod kterou v současné době spadají střediska v Ostravě, Olomouci, Brně a Českých Budějovicích a Středisko pro ranou péči o.p.s, jež se oddělilo od Společnosti pro ranou péči a jehož součástí jsou střediska v Liberci, Praze a Plzni. Spádové oblasti organizací lze vidět na obrázku č. 1

---

<sup>19</sup> (Opatřilová, 2006)

<sup>20</sup> Zákon 108/2006 o sociálních službách, dostupný z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_SB.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_SB.pdf)

<sup>21</sup> Raná péče, dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>



Obr. č. 1. Spádové oblasti organizací podle krajů

Posláním obou nestátních neziskových organizací je kromě péče o děti také hájit práva jejich rodičů a prosazovat zakotvení rané péče jako služby a oboru.

Hlavním nabízeným programem je program „provázení“, který má zajistit péči o celou rodinu. „Provázení“ zahrnuje tři subprogramy, které zohledňují dítě, rodinu a společnost. Společnost pro ranou péči tedy podporuje dítě v jeho vývoji, rodinu, které nabízí pomoc při řešení velmi vážných životních situací a třetí oblastí je pak působení na společnost prostřednictvím preventivních a vzdělávacích programů. (Opatřilová, 2006)

Služby, které střediska nabízejí, se mohou poskytovat jako terénní (v místě bydliště dítěte, kde se dítě projevuje přirozeným způsobem) 1x za 1-3 měsíce. Minimálně 75% všech služeb by mělo být poskytováno v domácím prostředí. Pakliže zázemí rodiny neumožňuje návštěvu v místě bydliště dítěte, poskytují se služby formou ambulantní návštěvy ve středisku. Dále se také nabízejí týdenní rehabilitační pobyty pro rodiče a děti a doprovod klientů na vyšetření, či při jednání na úřadech. Poskytování informací a osvětová činnost je realizována prostřednictvím vydávání odborné literatury, půjčování knih, pořádání seminářů nejen pro rodiče, ale širokou veřejnost. Společnost pro ranou péči dále provozuje internetové stránky: [www.ranapece.cz](http://www.ranapece.cz), kde lze nalézt další důležité informace. Informace o druhé organizaci lze nalézt na stránkách [www.ranapece.eu](http://www.ranapece.eu).

Střediska rané péče spolupracují s různými zdravotnickými zařízeními, organizacemi rodičů, s organizacemi, které zajišťují služby jiným cílovým skupinám v oblasti rané péče, se zahraničními organizacemi, se státní správou, s místní samosprávou v místě bydliště klienta a poskytovateli sociálně zdravotních služeb. Služby rané péče jsou poskytovány zdarma, rodiče v minulosti přispívali pouze na časopis a na týdenní kurzy, které však již v současné době neprobíhají.

## Struktura společnosti pro ranou péči

Společnost pro ranou péči zahrnuje Metodické centrum se sídlem v Praze a v současné době již pouze 4 střediska rané péče.

### Metodické centrum

- řídí a koordinuje výkonnou a odbornou činnost Středisek rané péče a vytváří jim administrativní, odborné a informační zázemí, aby mohla poskytovat služby programu Provázení
- věnuje se problematice oboru rané péče a jejího legislativního zakotvení
- shromažďuje informace a literaturu
- vydává publikace
- plní vzdělávací a školicí funkce organizace, podporuje další vzdělávání zaměstnanců, pořádá kurzy a školení
- pořádá semináře a kurzy pro odborníky v příbuzných oborech (lékaře, pedagogy, psychology)
- podává celorepublikové projekty, zajišťuje finanční prostředky a zodpovídá za jejich účelné vynakládání
- vede a kontroluje účetnictví.

### 2.4.2 Klienti středisek rané péče

Je třeba přihlídnout k faktu, že cílová skupina jsou velmi malé děti, které vždy musí doprovázet rodiče a tak je nutné charakterizovat klienta jako dítě s postižením a jeho rodiče.

Klientem se tedy může stát rodina s dítětem v raném věku:

- které má zrakové postižení (v péči od narození, maximálně do 4 let věku)
- které je kombinovaně postižené (v péči od narození, maximálně do 7 let věku)
- jehož vývoj je ohrožen (nedonošené dítě nebo traumatický průběh porodu)

Střediska nabízí:<sup>22</sup>

- aktivní naslouchání, provázení a podporu rodičů po narození a v prvních letech života dítěte s postižením
- psychologické, pedagogické a sociální poradenství
- pomoc při prosazování práv a zájmů dětí s postižením a jejich rodičů

---

<sup>22</sup> Nabízené služby dostupné z: <http://www.ranapece.cz>

- podpora v oblasti výchovy dítěte interakce rodičů s dětmi
- náměty na výběr vhodných hraček a pomůcek a na úpravy prostředí ke stimulaci vývoje dítěte
- funkční vyšetření zraku
- půjčování speciálních hraček, pomůcek, literatury, videa a CD
- čtvrtletní zpravodaj pro rodiče Rolnička
- pomoc při výběru předškolního zařízení
- odborné instruktáže pro spolupracující zařízení

### **2.4.3 Tým pracovníků střediska rané péče**

Pro rodiče je zjištění, že se jim narodilo dítě s postižením, velmi náročnou životní situací. Je nezbytné vysvětlit rodičům co se děje, doporučit jim, jak se vzniklá situace dá řešit a seznámit je se všemi možnostmi, které se nabízejí. Proto ve střediscích spolupracuje celá řada kompetentních zaměstnanců, která je připravena rodičům a jejich dětem v této situaci odborně pomoci. Multidisciplinární tým je tvořen vysokoškolsky kvalifikovanými speciálními pedagogy, sociální pracovníci, instruktory zrakové stimulace, psychology, poradci rané péče, fyzioterapeuty a koordinátory služeb. Dále pak středisko spolupracuje s lékaři (pediatr, oftalmolog, neurolog, neonatolog).

### **2.4.4 Spolupráce středisek rané péči s dalšími organizacemi:**

#### Hmatové knihy

Jednou z možností, jak dítěti zprostředkovat informace z okolního světa je právě hmatová kniha. Už dítě v předškolním věku si prohlíží nejrůznější obrázková leporela, ale dítě s těžkým zrakovým postižením tuto možnost ve většině případů nemá.

Proto středisko rané péče Praha začalo v roce 2003 spolupracovat s mezinárodním sdružením Tactus. Posláním toho sdružení je podporovat tvorbu a zpřístupňovat hmatové knihy pro děti do 12 let. Sdružení každoročně organizuje soutěž pro tvůrce hmatových knih, která se vyhodnocuje vždy koncem roku ve Francii. Projekt spolupracuje s chráněnou dílnou Les Doifits qui revent (Zasněné prsty) v Dijonu, kde se oceněné hmatové knihy vyrábějí.<sup>23</sup> Mnoho hmatových knih je určeno nejmenším dětem a jsou vytvořeny tak, aby byly nejen taktilně zajímavé, ale také dostatečně kontrastní, aby dítě mohlo využívat se zrakové dovednosti.

---

<sup>23</sup> Hmatové knihy, dostupné z: <http://www.tactus.wz.cz/>

## Videotrénink interakcí v rodině (VTI)

Videotrénink je metoda, která pomáhá rodičům, kterým se příliš nedaří dělat pokroky při výchově jejich dětí s postižením. Videotrenér pořizuje krátké videozáznamy běžných situací v rodině, jako je např. společné jídlo, hra s dítětem, příprava do školy. Společná diskuze nad nahraným záznamem umožňuje dát rodiči zpětnou vazbu k tomu, jak dítě výchovně vede. Videotrenér rodiči zdůrazní jak pozitivní aspekty jeho práce s dítětem, tak rodiče upozorní na nevhodné jednání a postupy. Zřizovatelem Národního centra pro videotrénink interakcí je občanské sdružení SPIN.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup>Videotrénink interakcí, dostupné z: <http://www.spin-vti.cz/vyvcv.html>

### 3. Funkční vyšetření zraku

Funkční vyšetření zraku je základem pro vytvoření individuálního plánu pro stimulaci zraku a v České Republice jej provádí střediska rané péče. Během šetření bylo zjištěno, že střediska rané péče mají vlastní metodiku funkčního vyšetření zraku, která však převážně vychází z metodiky nizozemské organizace Theofan, kterou vytvořila finská dětská oftalmoložka Dr. Lea Hyvärinen a proto je následující kapitola věnována právě této metodice a pomůckám, které jsou při ní využívány.<sup>25</sup>

#### 3.1 Testy zrakové ostrosti

Do první kategorie testů patří testy na vyšetření zrakové ostrosti. Vyšetření zrakové ostrosti provádí převážně oční lékař a testy pro zjišťování zrakové ostrosti jsou nejhojněji používané testy v oftalmologii. V rámci funkčního vyšetření ve střediscích rané péče se však orientačně provádějí také. Je však velmi důležité, aby i tyto testy měly standardizovanou strukturu a byly používány správně a v dobrých světelných podmínkách.

„LEA 3D Puzzle“

Puzzle je navrženo pro nácvik a hodnocení zrakové ostrosti u kojenců, dětí a dospělých s motorickými problémy v oblasti horních končetin. Puzzle může také sloužit jako nástroj při neuropsychologickém vyšetření pacientů s poškozením mozku. Cílem této pomůcky je připravit dítě na



Obr. č. 2 „Lea Puzzle“

vyšetření zrakové ostrosti mnohem dříve, než by za normálních okolností mohlo test absolvovat. Pro dítě je pomůcka zároveň hračkou, při které si osvojuje základní tvary a barvy a učí se je srovnávat a tím se zároveň připravuje na další vyšetření. Dítě si postupně osvojuje správnou manipulaci s puzzle. V první fázi jednotlivé části klade do úst, nebo je rozhazuje kolem sebe. V další fázi již dítě začne studovat tvary. Většinou začíná s nejjednodušším tvarem, kterým je oranžové kolečko. Posupně se dítěti daří přiřazovat tvary a vkládat je do správného výřezu. Postupuje od kolečka a čtverce, přes jablko až k domečku, který je pro dítě nejnáročnější, protože jej musí správně nasměrovat. Když se dítěti podaří umístit všechny

---

<sup>25</sup>Originální anglický text, instruktážní videa a obrazové materiály, použité v kapitole, jsou dostupné z: <http://www.lea-test.fi/index.html>

čtyři barevné kousky do správného prostoru, vymění se barevné kusy za černobílé a dítě znovu začíná s kruhem.

Další fází je, že se dítě naučí přiřazovat jednotlivé tvary k samostatným kartám, na kterých jsou příslušné symboly vyobrazeny. Tím se dítě postupně připravuje na samotné vyšetření zrakové ostrosti za využití testové řady určené k vyšetření na blízko a ještě později i na dálku. Testy zrakové ostrosti se tak mohou začít používat o rok dříve, než bývá běžné.

Během hry u dítěte můžeme pozorovat, jak zvládá prostorovou orientaci a koordinaci ruka-oko. Úspěch v této činnosti závisí také na typu zrakového postižení. Děti s kortikálním postižením mozku jsou většinou schopny přiřadit správný barevný tvar danému prostoru, ale při práci s černobílými šablonami se pro dítě úkol stává velmi náročným.

Na začátku vyšetření dáme dítěti dostatek prostoru, aby si puzzle prohlídlo a ohmatalo. Když se dítěti podaří strčit tvar do správného výřezu, dítě pochválíme. Je třeba sledovat koordinaci oko-ruka a to, jak dítě otáčí dílky skládačky. Můžeme se tak dozvědět kolik dítě potřebuje hmatových a vizuálních informací, aby našlo správné nasměrování tvaru. Abychom dítěti činnost znesnadnili, můžeme natáčet desku a tím je dítě opět nuceno hledat nové, správné nasměrování tvaru.

#### „LEA playing cards“

Při vyšetření ostrosti vidění u velmi malých dětí se využívá tento jednoduchý test. Funguje také jako pomůcka při osvojování pojmů: podobný / jiný, velký / malý a větší / menší.



Obr. č. 3 „Lea playing cards“

Když již dítě zná potřebná slova a tvary, se kterými se seznámil při práci s 3D puzzle, můžeme přejít k těmto hracím kartám, na kterých jsou vyobrazeny symboly v osmi různých velikostech. Úkolem dítěte je přiřazovat tyto karty k výřezům na puzzle. Dítěti postupně nabízíme menší a menší symboly na kartách. Pakliže dítě používá jiný název pro symbol, není nezbytně nutné jej přecvičovat. Základní měření se provádí s jedním testovým symbolem.

Pro měření zrakové ostrosti s hracími kartami je důležité sjednotit způsob odpovědi. Dítě by symboly mělo nazývat stejně. Pakliže umí rozpoznat čtyři symboly a čtyři názvy nebo znaky pro ně, je možné začít se samotným měřením.

Nejdříve se dítěti ukáže jedna z karet s největším symbolem ze vzdálenosti 20-40 cm. Je-li odpověď správná, přejdeme na další symbol stejné velikosti. Takto se postupuje až k nejmenším kartám. Když dítě bude mít jednu odpověď špatně, musíme ukázat jednu z karet dvakrát.

Pracovní náměty:

Úroveň I: Třídění každého typu symbolu zvlášť:

Úroveň II. Třídění dvou nebo více symbolů:

Úroveň III. Třídění karet v řadě od největší k nejmenší.

Při jakékoliv situaci je třeba se ujistit, zda-li dítě pracuje se správnou velikostí symbolů, které dobře vidí. Pokud dítě nechce pracovat s těmito kartami, je pravděpodobné, že dítě potřebuje oporu ve hmatovém vnímání a preferuje právě 3D rozměr pomůcky. Během hry je zřejmé, jakou nejmenší velikost symbolů dítě rozezná, což nám udává přibližnou hodnotu zrakové ostrosti. Chcete-li přesně zjistit zrakové ostrost dítěte, je třeba změřit vzdálenost, ve které jsou nejmenší symboly viděny.

„LEA Domino cards“

Sada obsahuje 48 karet domino, na kterých je na jedné straně velký symbol a na druhé malý. Velikost karet je 4 x 9 cm. Soubor je rozdělen do tří balíčků po 16 kartách pro každého hráče. Jedno balení má symboly o velikosti 3,2 M a 0,8 M. Další pak 2,0 M a 0,5 M. A poslední se symboly 1,25M a 0,3 M. LEA. Domino karty umožňují posoudit zrakovou ostrost u dětí ve věku od dvou do tří let.



Obr. č. 4 „Lea Domino cards“

Pakliže dítě vidí kartičku 1M na 40 cm je ostrost

$0,40/1=0,40$ , když kartičku 1,6M na 12 tak je to  $0,12/1,6=0,7$ . Jednotka M, vyjadřuje počet metrů, ze kterých je vidět optotyp C z úhlu pěti stupňů.

Jedno balení domino karet se rozdělí mezi 2-3 hráče. Na začátku se rozdají karty s největšími symboly a postupně se pak přidávají karty z ostatních balíčků, které mají symboly menší. Dítě si vybere první kartu a dospělý pak další kartou navazuje jako při klasickém dominu. Dospělý hráč by se měl vždy snažit vybírat karty, které nutí dítě podívat se na nejmenší symboly. Když už zbývá pouze několik karet, může dospělý hráč pokračovat rozdílným symbolem, ale stejnou velikostí. Vítězem je první hráč, který se zbavil všech svých domino karet. Tato hra bývá často využívána pro trénink amblyopického oka. Domino karty jsou často používány ve vzdálenosti 40cm.

#### „Flash cards“

Tento soubor karet pro testování zrakové ostrosti na dálku byl navržen pro děti a dospělé, kteří mají potíže s jinými testovacími metodami, jako jsou například klasické optotypové tabule, jež jsou přeplněny symboly. Využívá se u osob s problémy v komunikaci.



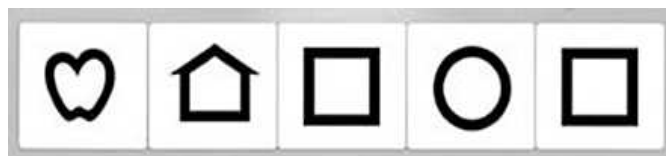
Obr. č. 5 „Flash cards“

Během testování je třeba vždy zohlednit vývojovou úroveň dítěte a zvolit vhodný prostor pro práci, který je dobře osvětlen. Postupně se dítěti předkládají karty s menší a menší velikostí symbolu a dítě reaguje odpovědí s názvem symbolu nebo znakem pro něj. Karty se předkládají do prostoru, ve kterém dítě nejlépe vidí. Využívá se jedna z následujících dvojic karet: kruh / jablko, dům / čtverec, nebo kruh / dům. Dítě má za úkol odpovědět, který ze dvou symbolů, je např. jablko. Dítě může reagovat několika způsoby:

- a) určí stranu, pohledem, nebo pohybem ruky, nohy, nebo hlavy,
- b) nebo se dítěti ukáže symbol a testující se zeptá, „je tento symbol jablko“? A dítě pohybem ruky, hlavy, nebo slovně odpoví ano či ne a vzápětí se mu ukáže další karta a opět se testující zeptá, jestli je tento symbol jablko. Tento test je často používán ve vzdálenosti 3 metrů.

#### „Cards 40M and 60M“

Tyto velké karty (40M a 60M) mohou být prezentovány jednotlivě, nebo mohou být umístěny v řádku. Pokud jsou karty předkládány jednotlivě,



Obr. č. 6 „Cards 40M and 60M“

využívají se stejně jako „LEA Flash Cards“ LEA Symboly jsou kalibrovány s Landoltovými C optotypy. Vyšetření se provádí převážně ze vzdálenosti tří metrů.

### „Single symbol books“

Tato kniha se symboly se používá v případě, že u dítěte nelze provést klasický liniový test zrakové ostrosti. První strany v knize obsahují pouze jeden symbol, ten se používá při testování např. dětí s kombinovaným postižením.



Obr. č. 7 „Single symbol books“

Je nezbytné stanovit způsob komunikace a pojmenovávání symbolu a vhodnou polohu. Dítěti se nejdříve předloží největší symbol v blízké vzdálenosti a poté se přejde do vzdálenosti tří metrů. Pokud dítě ztrácí o aktivitu zájem, je pravděpodobné, že již symboly nevidí a tak je třeba o kousek se k vyšetřovanému dítěti přiblížit. Dokud dítě správně odpovídá, pokračuje se dále. Pakliže udělá chybu, vrací se o stranu zpět a opět se dítěti předloží všechny čtyři symboly.

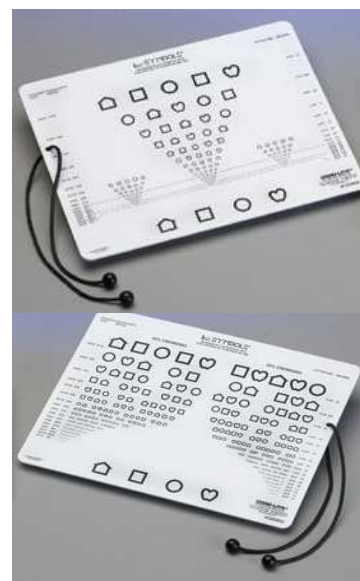
Pokud dítě identifikuje nejméně tři symboly správně, přejde se na další stránku a pokračuje se v testování. Pokud identifikuje pouze dva ze čtyř symbolů. Ukáže se mu jeden ze symbolů znova. Zraková ostrost je práh, definován jako úroveň (nejmenší velikost symbolu), na které dítě může správně identifikovat alespoň tři z pěti symbolů.

Test se standardně používá ze vzdáleností tří metrů a je jeden z neoblíbenějších, díky své snadné přenosnosti.

### „Near vision cards“

V životě malého dítěte se zrakovým postižením je v prvních letech funkčně důležitější vidění na blízko než na dálku. Tento je tedy právě určen k diagnostice vidění nablízko.

Test se provádí ze vzdálenosti 40 cm. Karta má na každé straně jiné uspořádání optotypů. Na jedné straně je mezi optotypy mezera 50% velikosti optotypu a na druhé straně je mezera 25% velikosti optotypu. Tento test se používá také na vyšetření binokulárního vidění. Dítě má přečíst řádek, který jed nad řádkem krytým bílou kartou.



Obr. č. 8 „Near vision cards“

Pakliže dítě identifikuje všechny symboly správně, postupujeme na nižší řádek. Hodnota zrakové ostrosti je pak na řádku, ve kterém dítě přečte alespoň tři z pěti symbolů. Při binokulárním testování, se pokračuje testováním každého oka zvlášť. Nejdříve se kryje nedominantní oko. Jestliže je dítě úspěšné v testu, kde jsou mezery mezi optotypy větší, přejdeme na druhou

stranu. U dětí s poškozením mozku mohou existovat velké rozdíly mezi zrakovou ostroší, která je naměřena v liniovém testu a výsledky z „near vision“ testu.

Další testy používající se ke screeningu zrakové ostrosti na krátkou a dlouhou vzdálenost jsou pouze orientační. Jejich výhodou je snadné a rychlé použití.

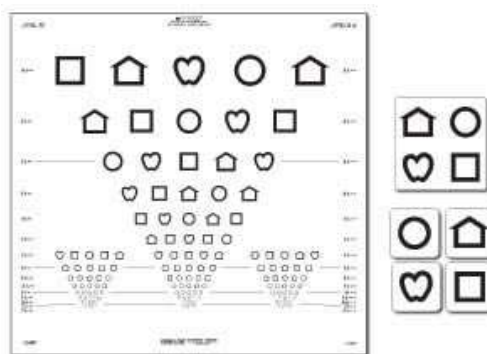


Obr. č.9 „Near vision cards“

Při vyšetřování zrakové ostrosti se dále využívají standardizované optotypové tabule, které se dělí podle počtu řádků, podle mezer mezi jednotlivými optotypy a podle vzdálenosti pro kterou jsou standardizovány.



Obr. č. 10 Tabule pro vyšetřování ze 4m.

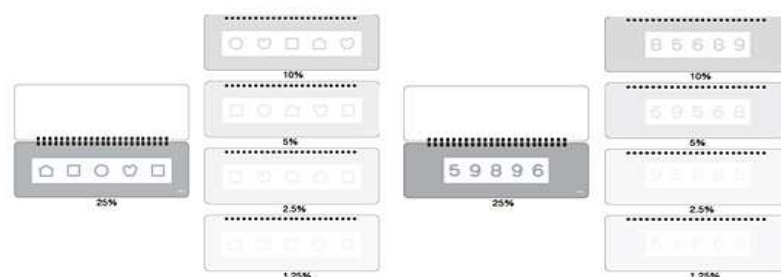


Obr. č. 11 Tabule pro vyšetřování ze 4m.

### 3.2 Testy pro vyšetření kontrastní citlivosti

Okolo nás nejsou pouze černé objekty na bílém pozadí, ale obklopují nás různé předměty, které mají vůči sobě odlišné odstíny šedé. Během běžného vyšetření je určena ostrost vidění pouze pro maximální kontrast, tedy rozpoznání černých znaků na bílém podkladě (běžný optotyp). Přesnější hodnoty o vidění přinese vyhodnocení zrakové ostrosti na testech s vysokým a sníženým kontrastem. Pro vyšetřování kontrastní citlivosti využívá Lea Hyvärinen sadu těchto testů:

„Low contrast test, 10M symbol size“



Obr. č. 12 „Low contrast test, 10M symbol size“

Velikost tohoto testu je výhodná, protože správná odpověď z jednoho metru odpovídá zrakové ostrosti 0,1 (20 / 200, 6 / 60), z 2 metrů odpovídá 0,2 (20/100, 6 / 30) atd.

Úroveň sníženého kontrastu na jednotlivých stránkách je 25%, 10%, 5%, 2,5% a 1,2%. Při testování musí být symboly umístěny svisle a musí být velmi kvalitně osvětleny. Špatnou kvalitu osvětlení v místnosti je třeba případně v testu zohlednit. Opět se testuje tak, že dítě musí správně označit minimálně tři z pěti symbolů.

„Grating acuity test“



Obr. č. 13 „Grating acuity test“.

Testy s nízko-kontrastními pruhy jsou používány k měření kontrastní citlivosti od 60. let. Tyto testy ukázaly, že křivka kontrastní citlivosti zrakově postižených lidí se změnami v centrálním zorném poli se často liší svou strukturou od normy.

Při prvním zhodnocování vidění u dítěte nebo dospělého je důležité si uvědomit, že někteří jednotlivci vnímají pruhy jako nepravidelné vzory a ne jako rovné čáry, a proto ani nemohou určit směr čar. Také je možné, že osoba nevnímá jemnější pruhy vůbec, což je vzácné, ale může se tento případ objevit u člověka s poškozením mozku (léze). Proto je důležité na začátku testu ukázat 0.5 cpcm, 4cpcm a 8cpcm pruhy (označení je vytištěno vždy na druhé straně terče) při 10% kontrastu na blízkou vzdálenost a zeptat se jak je subjekt vidí. Pruhy

terč je definován frekvencí, tzn. počtem dvojic černo-bílých pruhů nebo cyklů (ucelené řady) uvnitř jednoho stupně zorného úhlu. Frekvence může být definována také jako počet dvojic pruhů na centimetr. Je-li terč držen ve vzdálenosti 57 cm od obličeje dítěte, odpovídá jeden centimetr jednomu stupni zorného úhlu. Tato testovací vzdálenost je výhodná, protože počet cyklů na centimetr (cpcm) odpovídá v této vzdálenosti počtu cyklů na stupeň zorného úhlu (cpd). Jestliže je už na začátku testu označí testovaný jak vlnité, nebo je nevidí vůbec, mohou být testy tohoto typu pro testovaného náročné. S menšími dětmi budeme muset pravděpodobně provést nácvik ukazování směru, protože mnohé děti ze začátku ukazují pouze směr horizontální nebo vertikální. Tento test se využívá tak, že úkolem vyšetřovaného je diskriminace směru čar (pruhů). Tyto terče nemají záměrně rukojeť, aby se s nimi dalo libovolně otáčet a tím měnit směr, takže je možno jednu kartu využít vícekrát (4x). První testovací terč se volí tak, aby jej byl testovaný subjekt schopen vidět na vzdálenost větší než 120 cm. Pro vyšetřování prahové hodnoty se používají 4 různé směry. 3 z 5 odpovědí musí být správné.

„Low contrast face test – Hiding Heidi“

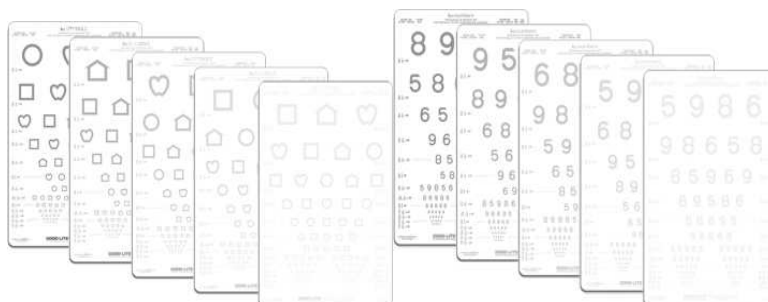


Obr. č. 14 „Low contrast face – Hiding Heidi“

Test Heidi se používá u dětí, nebo dospělých, kteří nejsou při testování schopni reagovat slovně. Před testováním je nutné zvolit správnou polohu, tak aby dítě mělo přehled o dění v okolí. Úplně malé děti je možné držet tak, aby sledovaly prostor přes naše rameno. Ještě než začne samotné testování, měli bychom dítě seznámit s obrázkem Heidi a zjistit, zda-li dítě obrázek fixuje při jeho pohybu a jak na něj reaguje. Testování probíhá tak, že dítěti postupně ukazujeme zároveň dvě karty, na jedné je Heidi a na druhé je prázdná plocha. Vyšetřovaný má určit, ve které ruce držíme kartu s tváří Heidi. Buď tuto kartu může určit slovně, nebo pohybem hlavy, ruky, nohy či těla. Postupně snižujeme kontrast karet. Hodnoty kontrastu jsou 100%, 25%, 10%, 5%, 2,5% a 1,25%. Tento test lze použít mnohem dříve než ostatní testy kontrastní citlivosti. Již ve velmi raném věku dítě pozitivně reaguje na usmívající se tvář, pakliže jí vidí, a lze tedy orientačně zjistit, jaký kontrast dítě vnímá. Jsou-li výsledky u dítěte horší, měli bychom mít na paměti, že dítě zřejmě špatně rozeznává jednotlivé části obličeje a při následném kontaktu s dítětem bychom tyto části měli zvýraznit. Například rty

červenou rtěnkou. Při vyšetření se zaznamenává prahová hodnota a také vzdálenost, ze které dítě test absolvovalo.

„Low contrast acuity charts“



Obr. č. 15 „Low acuity charts“

Průběh testování je stejný jako při měření zrakové ostrosti zraku při běžné kontrastní úrovni. Zjišťuje se nejmenší velikost optotypů, které člověk rozezná. Prahová hodnota je tedy definována jako řada, ve které jsou rozeznány alespoň tři z pěti optotypů. Tabule s kontrastem 2,5% je v klinické praxi nejvíce využívána. Optotypy jsou opět v několika kontrastech: 25%, 10%, 5%, 2,5%, 1,25%.

### 3.3 Testy kognitivního vidění

Do této kategorie patří již výše zmiňované testy, jako 3D puzzle, low contrast face test, nebo low contrast grating acuity test. Mezi další pomůcky (testy) pak patří tyto:

„Fixation targets“

Nejmenší fixační tyčinka má na sobě usmívající se tvář o průměru 5 cm. Děti, které nemají zrakové postižení, reagují na pohyb této tyčinky sledováním a pohybem očí a hlavy již ve třech měsících. Na zadní straně obličej je



Obr. č. 16 „Fixation targets“

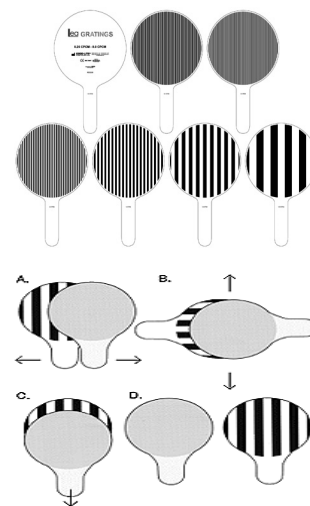
černobílé pruhy, které se používají, aby kojeneček dostal nový podnět a obličej na

pár vteřin zůstal skryt. Na druhém konci tyčinky jsou vyobrazeny malé obrázky, které dítě musí fixovat, a tím kontrolně ověřujeme akomodaci a rovněž se tyto obrázky využívají pro

orientační měření zorničky a průměru rohovky. Větší terč (13 cm), slouží při diagnostice u dětí s těžkým zrakovým a kombinovaným postižením a lze pomocí něj zjistit, z jaké vzdálenosti dítě reaguje na vysoký kontrast.

#### „Preferential looking test – Lea Grating“

U dospělých osob je zraková ostrost měřena tzv. line testy (tabule s optotypy), které však u dětí s těžkým zrakovým či kombinovaným postižením použít nelze. U velmi malých dětí je tento test v podstatě jediným způsobem, jak zjistit orientačně úroveň zrakové ostrosti dítěte a je ve střediscích v ČR velmi hojně využíván. Pokud dítě není ještě schopno zaostřit na vzdálenost 57cm, používá se vzdálenost menší. Je vhodné používat části nebo násobky 57 cm, např. 28cm, 43cm, 85cm nebo 114cm. Když je terč držen v poloviční vzdálenosti, bude počet cyklů na stupeň také poloviční.



Obr. č. 17 „Lea Grating“

Cykly na stupeň jsou při měření důležité, protože při měření zrakové ostrosti pomocí pruhů, se měří funkce sítnice v různých oblastech, narozdíl od optotypu, kde je měřena pouze centrální krajina sítnice. Poznání jednoho optotypu představuje mnohem vyšší a náročnější zrakovou činnost, než rozlišení pruhů. Proto není správný postup přepočítávat a srovnávat zrakovou ostrost zjištěnou na pruzích se zrakovou ostrostí na optotypech. Mimo to do periferie klesá zraková ostrost zjištěná na pruzích mnohem pomaleji, než zraková ostrost na optotypech. U zrakově postižených je poměr mezi zrakovou ostrostí na pruzích a optotypech různý, mnohdy je na pruzích i 20x lepší než u optotypů.

Vyšetřování: Je důležité, aby vyšetřující měl nevýrazné oblečení, které nebude poutat pozornost dítěte a aby místnost byla dobře izolována od rušivých podnětů.

V tomto testu dítě detekuje „terče“, s pruhy, které se postupně zužují a tím pádem zahušťují. Dítěti je předložen terč se vzorem a zároveň šedý terč o stejné velikosti. Dítě pohledem určí, ve které ruce se nachází terč se vzorem a který je tudíž pro dítě vizuálně atraktivnější. Když dítě ztrácí zájem, ukážeme dítěti terč s obličejem, nebo výraznou barevnou hračku, abychom dítě motivovali a upoutali jeho pozornost.

Při předkládání pruhovaných terčů se sledují pohyby očí dítěte. V praxi se používají tyto dvě metody. Pruhovaný terč se schová za šedivou plochu a terči se pohybuje v opačných směrech. Zpozorování pohybu je dostatečným podnětem k vnímání pruhu. Při druhé variantě vyšetřování se drží před dítětem nehybně naráz šedivý a pruhovaný terč. Tato varianta je pro dítě mnohem náročnější, protože chybí pohyb terče.

Pokud mají děti poškozenou centrální korovou oblast, mohou mít problém s vnímáním jak pohyblivých, tak stacionárních podnětů. Také je důležité vědět, jakou fixaci miminko má, zda centrální nebo excentrickou. U dítěte, které používá jen parafoveolární oblast sítnice se pak zdá, že se na stimul vůbec nedívá, ačkoliv to není pravda. Před měřením by mělo být také orientačně zjištěno zorné pole dítěte, aby byly stimuly předkládány v oblasti, kterou dítě vidí.

### „Heidi expressions“

Tento test byl vyvinut s cílem zlepšit včasné hodnocení vidění během komunikace. Mezi dětmi se zrakovým postižením či kombinovaným postižením mohou být děti, které neumí rozpoznat



Obr. č. 18 „Heidi expressions“

výrazy tváře a interpretovat je, nebo mají poškozenou část mozku, která je odpovědná za rozpoznávání výrazu obličeje. Při tomto testu tedy můžeme identifikovat, o jakou z variant se jedná. Sada obsahuje šest různých základních výrazů. Každá ze základních karet je ve dvou identických kopiích a na třetí kartě je pak o jeden detail navíc a tím je mašle. Test se používá u dětí od 30. do 36. měsíce. Během testování je dítě dotazováno, jaký výraz Heidi má a sleduje se, z jaké vzdálenosti dítě obrázek pozoruje. Pakliže má tendence obrázek si přibližovat, dá se vyvodit, že dítě bude mít problém s nekvalitním zrakovým vjemem. Pokud výrazům obličeje vůbec nerozumí, má dítě pravděpodobně poškozena mozková centra, která odpovídají za rozpoznávání výrazu obličeje. Když je dítě schopno pojmenovat výrazy nebo je napodobit, můžeme mu předložit tři karty a požádat jej, aby určilo tu, která není stejná. Variant, jak se s těmito kartami dá pracovat, je mnoho.

### „Rectangles game“

Set obsahuje dvě sady obdélníků ve dvou různých odstínech šedé. Tyto obdélníky mají všechny stejnou plochu. Byly navrženy tak, aby dítě vnímalo jejich rozdílné velikosti.



Obr. č. 19 „Rectangles game“

Dítě bez postižení nemá problém určit, který z obdélníků je delší. Dítě s postižením s tímto může mít problémy, které poukazují na specifický zrakový nedostatek. Při práci s těmito obdélníky se nejdříve s dětmi procvičují pojmy: kratší a delší tak, že dostanou kostky k osahání. Taktilní informace o velikosti je pro osvojení těchto pojmů velmi důležitá. Když dítě ovládá tyto pojmy, seřadí se obdélníky podle velikosti vedle sebe a úkolem dítěte, je přiřadit druhou sadu obdélníků s menším kontrastem podle velikosti k první

sadě. Pak dítě může zkusit uchopit obdélník mezi dva prsty a nadzvednout jej nad plochu. Dítě při tomto úkolu musí naplánovat pohyb prstů tak, aby jejich rozevření bylo adekvátní k velikosti obdélníků, a tím se ověřuje úroveň vizuomotorické koordinace. Úkol však může být náročný pro děti například s dětskou mozkovou obrnou. Zacílení a úchop mohou být velmi nepřesné a je třeba tuto skutečnost zohlednit.

„Mailbox game“

Je hra navržena pro zrakové rozpoznávání přímého směru. Některé děti i dospělí s poškozením mozku mohou mít problém označit správný směr při „grating acuity test.“ Proto autorka těchto testovacích pomůcek navrhla právě „mailbox game“, kdy jsou testované děti schopné správně zasunout dopis do otvoru, ale již nejsou schopné správně označit směr otvoru. Než je dítěti nabídnut dopis (plastovou kartu), je důležité nechat ho vše řádně osahat.



Obr. č. 20 „Mailbox game“

Pakliže je dítě schopno zasunout tento dopis do otvoru v různých polohách, je požádáno o to, aby zkusilo dát svou ruku, tužku nebo pravítko do stejného směru, jako je otvor schránky. Tento test v podstatě slouží jako nácvik pro „grating acuity test“ o kterém je zmínka výše v textu.

Jak tedy vyplývá z výše uvedené kapitoly, abychom mohli posoudit aktuální zrakový stav dítěte, to co opravdu vidí a do jaké míry je schopno zrak používat, je nezbytně nutné provést komplexní funkční vyšetření zraku, které provádí instruktor zrakové stimulace nebo zrakový terapeut. Toto vyšetření se provádí jak zmíněnými objektivními zkouškami a testy, tak pozorováním dítěte v běžných aktivitách. Pozornost je zaměřena na celkové chování dítěte s cílem vyvodit schopnosti dítěte, vypořádat, co zvládá a umí, a podpořit jej vhodnou stimulací. Sleduje se tedy schopnost rozeznávat objekty, zpracovávat zrakový vjem, koordinovat pohyb oko-ruka, schopnost sledovat pohyby předmětu, úroveň pozornosti při zrakovém vnímání. Také se zaměřujeme na to, jak se dítě orientuje na pracovní ploše atd.<sup>26</sup> Rodiče by měli být po vyšetření seznámeni vhodnou formou se základními informacemi jako například: do jaké míry dítě vidí, jaké pomůcky a hračky budou pro dítě nejvhodnější, v jaké poloze je pro dítě nejlepší pozorovat předměty, jaký druh osvětlení a kontrastních barev má být v místnostech domácnosti použit. Tyto informace by měly rodičům přiblížit možnosti dítěte, protože hodnoty z klasických vyšetření zrakové ostrosti rodičům příliš praktickou

<sup>26</sup> (D. Opařilová, 2005)

informaci nepodají a mnozí z nich si pod čísly, jenž hodnoty zrakové ostrosti udávají, nedokáží představit nic konkrétního. Po stanovení úrovně funkčního vidění je možné začít se zrakovou stimulací, které je věnována následující kapitola.

## 4. Zraková stimulace

Mezi dětmi se zrakovým postižením je jen velmi malá skupina dětí zcela nevidomých. Velkou část tvoří děti se zachovanými zbytky zraku a v současné době přibývá dětí s kombinovaným postižením, u kterých se objevuje převážně kortikální poškození zraku. Reaguje-li však dítě na světlo, což znamená, že má zachovaný světlocit, má význam se zrakovou stimulací začít.<sup>27</sup>

Květoňová<sup>28</sup> vymezuje zrakovou stimulaci jako: „soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme využít sebemenší zbytek zraku, ale i nácvik užití zraku, tedy nejen vidět, ale i dívat se“. Skalická<sup>29</sup> pak vymezuje zrakovou stimulaci jako: „metodiku rozvoje těžce postiženého zraku dítěte v raném věku a využívání zbylého vidění.“

Zraková stimulace pomůže dítěti k efektivnějšímu využití zbytků zraku, které mu v budoucnu pomohou orientovat se v praktickém životě. Dítě se naučí rozeznávat směr, odkud světlo přichází, některé barvy a tvary. Systematický výcvik zraku provádí instruktoři zrakové stimulace nebo poradci rané péče přímo v rodinách dítěte. Velmi důležitá je samozřejmě spolupráce s rodinou. Rodiče získávají od odborníků mnoho praktických informací, které pak mohou využít při práci s dítětem doma. Informace se týkají také úpravy bytu či zahrady. Po provedení diagnostiky je sestaven plán individuální podpory, který je na míru ušit dítěti a rodině a průběžně se vyhodnocuje a aktualizuje.<sup>30</sup>

### 4.1 Etapy zrakové stimulace

Zraková stimulace je rozdělena do následujících etap:

1. etapa – motivační: důležité je zaujmout dítě za pomoci světla nebo nasvícením předmětu. Aktivizující podnět lze vyvolat sluchovým, či hmatovým vjemem, který se následně spojuje se vjemem zrakovým
2. etapa je orientována na zaměření pozornosti. V této fázi je důležité poskytnout dítěti dostatečný časový prostor.
3. etapa je spojena s fixací předmětu, můžeme pozorovat fixaci centrální nebo excentrickou.

---

<sup>27</sup> (D. Opatřilová, 2005))

<sup>28</sup> (L. Květoňová-Švecová, s. 83, 2004)

<sup>29</sup> (M. Skalická in D. Opatřilová, s. 224, 2005)

<sup>30</sup> (D. Opatřilová, 2005)

4. etapa se zaměřuje na přenášení pozornosti mezi předměty. Zkoušíme dítě upoutat novým podnětem, tak aby změnilo činnost, nebo hračku, se kterou si aktuálně hraje.
5. etapa je senzomotorická koordinace, kdy by rukou provedený pohyb měl být již bez zrakové kontroly. Při této etapě lze s dítětem nacvičovat orientaci v prostoru.
6. etapa je poslední fází, kdy se dítě snaží rozlišovat tvary na obrazcích a piktogramech. Jde o nácvik rozlišování tvarů za současného zvyšování nároků na vnitřní členění obrázku.<sup>31</sup>

Při výběru předmětů je však důležité respektovat jistá pravidla tak, aby se dítěti s těmito předměty dobře pracovalo. Základními nároky na tyto pomůcky jsou: dostatečná velikost, jednoduchost, výrazná jednoduchá barevnost, kontrastní barevnost a výrazné kontury.

Úkoly, které jsou dítěti předkládány, mají systematickou posloupnost. Nejdříve je vyšetřován světlocit. Další položkou je percepce lesklé světelné plochy, barevné plochy a kontrastní plochy (šachovnicového vzoru), pak se přechází k percepci barevného světla v pořadí: červená, žlutá, zelená a fialová. Dítě má za úkol lokalizovat směr, odkud světlo přichází. Dalším stupněm vnímání je pozorování předmětu. Pohyb vodorovný předchází vývojově pohybu svislému. Následně pak dítě sleduje přibližující a vzdalující se předmět. V třetí etapě je pozornost věnována senzomotorické koordinaci. Všimáme si, zda-li dítě sahá po zdroji světla, kdy je zdroj světla postupně umístěn zprava, zleva, čelně, nahoře a dole. Při tomto testu můžeme odkrýt poruchy zorného pole. Čtvrtou pozorovanou aktivitou je práce na ploše, kdy má dítě za úkol shodit kostky z podložky. Nejdříve se pracuje s kostkami nasvícenými, a když dítě úkol zvládá, pokračuje se s kostkami nenasvícenými. Dále se postupuje k vnímání geometrických tvarů na ploše. Dítě odepíná tyto tvary, které jsou připevněny suchým zipem k podložce, a následně je tam opět umísťuje. Pátou etapou je vnímání jednoduchého obrázku s vnitřním členěním. Poslední sledovanou aktivitou je malování fixem na světelném stole. Za nejnáročnější dovednost z pohledu zrakové stimulace lze považovat to, když je dítě schopno ukazovat a pojmenovávat obrázky i na nekontrastním pozadí.<sup>32</sup>

## 4.2 Pomůcky využívané při zrakové stimulaci.

Existuje celá řada pomůcek, které lze při práci s dítětem využít. Ve většině případů však pracují instruktorky zrakové stimulace nebo poradkyně rané péče s běžně dostupnými

---

<sup>31</sup> (M. Skalická in Květoňová-Švecová, 2004)

<sup>32</sup> (L. Květoňová-Švecová, 2004)

hračkami, které lze zakoupit v hračkářství. Tyto hračky ale musí splňovat základní požadavky tak, aby byly pro dítě zajímavé a dalo se s nimi snadno manipulovat. Jedná se zejména o požadavky na dostatečnou velikost, výraznou barevnost a vysoký kontrast, dále hračky musí být rovněž i taktilně zajímavé a vyrobené z příjemných materiálů. Mnohé hračky zakoupené v hračkářství tedy prochází následnou úpravou, aby tyto nároky splňovaly. K výrobě se dají použít různé baterky, světla, kelímky, nalepovací barevné papíry, zvýrazňovače, průsvitné materiály atd.

Kromě svépomocí vyrobených pomůcek lze objednat i velké množství pomůcek, které jsou vyráběny sériově. Mezi nejvýznamnější autory těchto pomůcek patří jednoznačně dánská psychologka Lilli Nielsen, která je také autorkou konceptu s názvem „aktivní učení“, finská oftalmoložka Lea Hyvärinen, ale také nezisková organizace American printing house, která má s výrobou pomůcek dlouholeté zkušenosti.

Mezi nejznámější pomůcky Lilli Nielsen jednoznačně patří takzvaný „little room“, který pomáhá dítěti vnímat prostorové vztahy a zároveň eliminuje téměř všechny okolní zvuky a tak se dítě má možnost soustředit jen na zvuky, které vydávají předměty, se kterými v tomto pokojíčku manipuluje.<sup>33</sup>

V České republice bývá little room často vyráběn doma rodiči dítěte. Rodiče volí většinou papírovou krabici, do které navěsí zrakově, sluchově a taktilně zajímavé předměty. S touto papírovou krabicí se dá jednodušeji manipulovat a není tak těžká, ale nemá schopnost izolace okolních zvuků, což je jednoznačně její nevýhodou. Hmatová deska je rovněž další pomůcka, kterou si mohou vyrobit rodiče sami doma. Deska podněcuje děti k manipulaci s předměty, které jsou na ní uloženy. Mezi pomůcky navržené touto autorkou patří například panenky Lili a Gogo, které jsou vyrobeny z různých kontrastních materiálů.<sup>34</sup>

Rovněž i Lea Hyvärinen, autorka diagnostických testů pro vyšetření zraku, se zabývá zrakovou stimulací. Definuje zrakovou stimulaci jako systematickou práci, při níž je využíváno silných zrakových podnětů, aby si dítě bylo vědomo toho, že se dívá. Zdůrazňuje, nezbytnost dostatečného přísunu zrakových podnětů společně s hmatovými již od nejútlejšího věku. Pokud dítě dostane dva různé typy informací, jak zrakovou, tak hmatovou zároveň, je pravděpodobné, že se tyto informace vzájemně budou při kognitivním zpracování podporovat a ne si konkurovat. Dítě tedy dostane podstatně ucelenější informaci o předmětu, se kterým aktuálně manipuluje. Je však opět důležité volit vhodnou velikost předmětů tak, aby zasahovaly do prostoru, který dítě dobře vidí. Nejdříve se dle autorky začíná pracovat

---

<sup>33</sup> (L. Nielsen, 1998)

<sup>34</sup> Příloha č. 2

s předměty, jež dítě velmi dobře zná a setkává se s nimi každý den. Zraková stimulace by se měla stát nedílnou součástí všech denních aktivit, hry a terapeutických situací.<sup>35</sup> Chceme-li tedy dítě naučit se dívat, používáme intenzivní, ale strukturálně jednoduché podněty a během stimulace zároveň musíme kontrolovat srdeční frekvenci, dechovou frekvenci a svalový tonus, jejichž zvýšení může být signálem přehlcení podněty.<sup>36</sup>

Mezi vhodné stimulační pomůcky řadí světla, která jsou různě barevně rozlišena a používají se převážně k upoutání pozornosti v zatemněné místnosti. Doporučují se také lesklé předměty, které dobře odrážejí světlo, a pokud mají zajímavý povrch a strukturu, mohou zároveň posloužit jako chraстítka, takže dítě dostává podněty prostřednictvím více smyslů. Jednou z pomůcek, kterou si rodiče mohou vyrobit doma, je tzv. pruhovaná láhev, kdy za využití kontrastních materiálů, ze kterých na láhvi vytvoříme pruhy, vznikne pomůcka, jenž může být pro dítě jak hmatově, tak vizuálně zajímavá. Navíc láhev můžeme naplnit vodou a dítě tedy může upoutat i sluchový podnět - šplouchání vody v lahvi. Mezi dalšími snadno dostupnými pomůckami jsou například různé vánoční ozdoby, řetězy atd. Další kategorií jsou osvětlené hračky, koule, ve kterých je žárovka, nebo předměty vyhotovené ve fluorescenčních barvách se kterými se pracuje v temné místnosti. Může se také využít UV světlo, které zvýrazní bílé předměty či části oblečení. Lze dítěti obléct například bílé ponožky, které nohy dostatečně zvýrazní a začnou být pro dítě vizuálně zajímavé. Nohy pak dítě začne prozkoumávat a objevuje tím hranice svého těla.<sup>37</sup>

American printing house (APH) je největší světová organizace zabývající se vytvářením vzdělávacích, pracovních a samostatný život podporujících produktů a služeb určených pro lidi se zrakovým postižením, jež působí na trhu přes 150 let.<sup>38</sup> Nejznámější pomůckou, která vzešla z dílen APH je takzvaný light box (světelný panel), který je velmi často využíván i v českých poměrech. Jedná se o jedinečné zařízení, které pomáhá využít dětem jejich zbytky zraku. V kombinaci se speciálními sadami materiálů může být light box využíván při procvičování sledování, scanování, koordinace ruka-oko a vizuální diskriminace. Light box má osvětlenou, průhlednou bílou pracovní plochu, která poskytuje vysoce kontrastní pozadí, pakliže je na light box přiložen neprůsvitný materiál. Funguje také jako podsvícení pro průhledné či průsvitné barevné předměty.<sup>39</sup> Hlavní nevýhodou této pomůcky je její cena, ale

---

<sup>35</sup> L. Hyvärinen, Stimulation of vision dostupné z: <http://www.lea-test.fi/index.html>

<sup>36</sup> L. Hyvärinen, Stimulation dostupné z: <http://www.lea-test.fi/en/stimulat/videos/index.html>

<sup>37</sup> L. Hyvärinen, Stimulation dostupné z: <http://www.lea-test.fi/en/stimulat/videos/index.html>

<sup>38</sup> American printing house, About APH dostupné z: <http://aph.org/about/index.html>

<sup>39</sup> American printing house, E-shop dostupné z: <https://shop.aph.org/>

také velikost, takže bývá v českých poměrech často modifikována, aby se s ní dalo lépe manipulovat.<sup>40</sup>

Další velmi zajímavou pomůckou je „Hands on kit“, která se v České republice příliš nevyužívá. Tento set pomáhá dětem rozvíjet sociální dovednosti, koncentraci, schopnost dokončit započatou práci a podporuje rozvoj smyslu pro pořádek.

Neméně zajímavou hračkou a pomůckou zároveň je tzv. „Tangle toy“. Barevné zpracování a rozdílné povrchy jednotlivých dílů pomáhají upoutat pozornost dítěte. Díky své ohebnosti z něj dítě může vytvořit nekonečné množství tvarů a dále ho to povzbuzuje ke zkoumání a hře. Každá z barev má svůj jedinečný povrch. Tangle toy může pomoci dětem se zrakovým a kombinovaným postižením vylepšit pohybovou koordinaci a diskriminaci barev a povrchů.



Obr. č. 21 „Hands on kit“



Obr. č. 22 „Tangle toy“

Princip zrakové stimulace je tedy založen na vytváření kontrastů mezi předmětem a pozadím, vytváření kontrastů pomocí světelných efektů, vytváření barevných kontrastů a podobně. Největším stimulačním podnětem pro vývoj zrakové dráhy je pohybující se kontrastní předmět v zorném poli dítěte. I novorozenec, u kterého je vnímání barev v prvních 2-3 týdnech života dosud nedokonale vyvinuté, reaguje na černo-bílé, případně černo-bílo-červené kontrastní hračky zdobené např. pruhy, šachovnicí, spirálou nebo schématickým obličejem. Později je možno využít celé škály barev, působení různých povrchů materiálů v kombinaci se světelnými efekty. Tyto charakteristické rysy by neměly postrádat ani hračky pro zcela zdravé děti.

### 4.3 Senzorická stimulace v psychorelaxační místnosti

V České republice se setkáme nejčastěji s označením bílý pokoj nebo „Snoezelen“, který je zastřešujícím termínem, pro všechny typy psychorelaxačních místností.<sup>41</sup> Je to

---

<sup>40</sup> Obrázek light boxu - viz příloha č. 1

<sup>41</sup> (Pagliano in Janků, Franiok 2007)

místnost, kterou lze úplně zatemnit a která umožňuje izolovat dítě od okolních rušivých podnětů. Plně se tak může soustředit na sensorické stimuly v místnosti. Můžeme ji nalézt v nejrůznějších typech zařízení například ve speciálních základních a mateřských školách, v speciálně-pedagogické poradně, ale také ve střediscích rané péče. Tyto místnosti jsou určeny pro děti se smyslovým či kombinovaným postižením, ale také pro děti s autismem nebo po těžkých porážkových stavech. Místnost slouží nejen ke stimulaci smyslů a poznávání různých sensorických zkušeností, ale také pro rekonvalescenci, uklidnění a uvolnění.

V místnosti s klientem může pracovat terapeut, speciální pedagog, psycholog, zdravotníci, rehabilitační pracovní a další. Úkolem pracovníka je nabízet dítěti podněty a činnosti tak, aby si dítě preferovanou aktivitu zvolilo samo. Dítěti se představí všechny stimulační pomůcky, ale terapeut by za dítě neměl rozhodovat a vnucovat mu nápady. Průvodce, terapeut či edukátor by měl mít určité osobní schopnosti, kreativitu, trpělivost a měl by umět dítě zaujmout a motivovat ho k práci. Měl by zároveň rozpoznat, které stimuly jsou dítěti příjemné a které nikoliv. Při práci by se terapeut měl držet několika dalších základních zásad:

- znát současný zdravotní stav a umět rozlišit signály těla dítěte
- sledovat vývoj a reakce klienta:
  - mimika a gestikulace
  - dýchání
  - svalový tonus
  - hlas a tón řeči
  - držení těla
  - rychlost a rytmus pohybů
- adaptovat program dle jeho potřeb a aktuálního naladění (pláč, údiv, projevy lhostejnosti)
- ověřit hranice příjemného tělesného kontaktu<sup>42</sup>
- zajistit bezpečnost dítěte v místnosti

#### **4.4 Pomůcky a vybavení**

Pomůcky a technické vybavení mohou být velmi rozmanité. Měly by se však používat přiměřeně a promyšleně vzhledem k vytyčeným cílům a aktuálním potřebám dítěte. Během práce nelze zahltnout dítě podněty, čas trávený v místnosti by pak naprosto postrádal význam.

---

<sup>42</sup> (Janků Franiok, 2007)

Mezi základní vybavení většinou patří vodní lůžko. Teplota lůžka lze regulovat podle přání klienta a umožňuje zažít podobný pocit jako v intrauterinním prostředí. Mezi další pomůcky patří nejrůznější hračky, potřeby pro masáže celého těla, hmatové desky, nádoby s přírodninami, molitanové tvary, aromalampy, světelné fontánky, vibrační hračky apod.<sup>43</sup>

Pomůcky a technické vybavení lze rozdělit také podle typu stimulace, ke které se používají. V případě podpory zrakového vnímání lze využít světelné vodní válce, lávové lampy, světelné fontány, otáčející se reflektory, světelné reflektory s různými tvary, světélkující a fosforeskující vlákna, bodová barevná světla pro tlumené osvětlení, ultrafialové světlo, prostřednictvím kterého se může zvýraznit bílá část oblečení dítě, například ponožky dítěte. Základními barvami, které se při zrakové stimulaci využívají, jsou červená, modrá, zelená, žlutá. V těchto barvách bývají vyvedeny i tlačítka, kterými dítě ovládá jednotlivé světelné efekty. Teplé tóny působí na smyslové vnímání a celkově aktivizují, naopak studené tóny zklidňují.

Vzhledem k tomu, že děti se zrakovým postižením mají často přidružené další postižení, je nutné věnovat se i stimulaci ostatních smyslů.

Pomůckami pro taktilní stimulaci mohou být masážní koberce, taktilní pomůcky závěsného charakteru – dítě se jimi musí proplétat, polštáře, sedáky, bouchací pytel, masážní žínky a ježci apod.

Jako pomůcky pro sluchové vnímání slouží hifi soustavy s různě rozmístěnými reproduktory, relaxační i dětské skladby, hudební nástroje, zvukové hračky, dešťové hole, zvonkohry a další.

Pro čichové vnímání můžeme použít vůni svíček, vonné olejíčky a aroma lampy.

Pro rozvoj chuťového vnímání mohou být využity tácky s jídlem různých chutí.<sup>44</sup>

Při kombinaci podnětů vzniká nekonečná nabídka různých vjemů, které působí na všechny smysly dítěte. Dítě se najednou octne v jiném světě, plném barev, nových zvuků a stimulů, ve kterém se necítí ohroženo neúspěchem a mnohem lépe se při práci uvolní. Výrazně může být ovlivněn spontánní pohyb či komunikaci dítěte. Jednoznačně však nejdůležitější zůstává lidský přístup k dítěti s těžkým postižením. Tento vztah žádné aparatury, předměty ani nejdokonalejší technické vybavení nenahradí.

Zraková stimulace se v první řadě stane běžnou součástí každodenních aktivit rodičů s jejich dítětem. Autorka D. Heiner v publikaci, určené pro rodiče shrnuje základní doporučení, jak

---

<sup>43</sup> (Opatřilová, 2005)

<sup>44</sup>(srov. Opatřilová 2005, Janků, Franiok 2007)

s dítětem v domácím prostředí pracovat, aby jeho rozvoj probíhal co nejlépe. Její doporučení jsou shrnuta v následujících odstavcích.

V novorozeneckém období je velmi důležité, aby dítě bylo v maximální pohodě a mělo pocit bezpečí a jistoty. Když jsou všechny potřeby dítěte uspokojeny, začne svou pozornost zaměřovat na lidi a předměty kolem sebe. Výhodná poloha pro sledování dění kolem dítěte je, když může mít položenou hlavičku na rameni rodiče a ten s dítětem chodí po bytě, povídá mu a snaží se mu ukazovat různé předměty. V tomto období dítě vnímá jen velmi blízké předměty ve vzdálenosti cca 15 centimetrů a v silném kontrastu. Zajímavé jsou pro ně také lidské tváře, takže by rodič měl být v co nejbližším kontaktu s dítětem. Osvětlení v místnostech by mělo být nepřímé a neosliňující.

U malých kojenců se v publikaci doporučuje pokud možno co nejvíce předkládat vizuálně zajímavé předměty do blízkosti dítěte, protože si není ještě schopno hrát s hračkami samo. Povlečení by mělo být pestré, s výraznými kontrastními vzory. Doporučují se červené, žluté a modré vzory na bílém podkladu. Nad postýlkou je dobré upevnit tenkou hrazdičku se závěsnými předměty, které by měly lákat pozornost ležícího dítěte. Postýlka dítěte a přebalovací pult jsou prostory, kde se dítě vyskytuje nejčastěji. Toto prostředí se dá rovněž vyzdobit různými obrázky nebo fotografiemi obličejů. Nad postýlku se doporučuje umístit světélko, aby dítě mohlo pozorovat předměty, vydávající ve světle specifické odrazy i v noci, než se mu podaří znova usnout.

U staršího kojence se v publikaci doporučuje co nejčastěji využívat sedátka, aby dítě získalo přehled o prostoru kolem něj a bylo co nejčastěji v kontaktu s rodinou. Dítě v tomto věku leží rádo na zádech a kope nohama. Ty se dají zvýraznit barevnými ponožkami, které upoutají pozornost dítěte. Při hře lze využít maňásky na ruku s výraznými prvky v obličejí. Vlastní obličej se dá rovněž různě zvýraznit a výrazná mimická gesta jsou pro dítě také zajímavá. V tomto období se dají využít také hračky, které mají na sobě z jedné strany připevněné malé zrcadlo. Závěsy v oknech se dají rovněž využít připevněním blyškajících se řetězů. Dítě v tomto věku tráví také dost času na koberci. Ten se dá zvýraznit pomocí barevných látek. Koupání je rovněž jednou z běžných aktivit dne, kdy lze zrak stimulovat. Do vaničky je možno položit jasné plovoucí hračky a v průběhu koupání s nimi dítě může manipulovat.

V batolecím věku si děti hrají se stejnými hračkami jako v předchozím období. Hra je však mnohem propracovanější. Parametry výběru hraček jsou však stejné. V batolecím věku je správná doba na to začít číst dětem pravidelně pohádky. Samo dítě zřejmě jednou bude využívat braillovo bodové písmo, ale i tak by mělo přijít do kontaktu s knihou a učit se s ní manipulovat. Volí se opět velký, silně kontrastní text a obrázky. Užitečné jsou také desky, do

kterých se vkládají příslušné tvary. Dítě tak začíná procvičovat koordinaci ruka – oko. Další tradiční hračky podporující užívání zraku jsou: kostky, předměty, které se dají klást na sebe, nebo se dají třídit podle barev nebo velikostí, křídly nebo míčky. Manipulační panely jsou v tomto věku také velmi vhodné. Je to typ hraček, které na základě akce, vyvolají reakci, což většinou zaujme pozornost dítěte. Dítě se dá také upoutat běžnými předměty v kuchyni, krabicemi, miskami, balíčky potravin atd.

V předškolním věku může dítě dále praktikovat předchozí činnosti. Je však podstatné u něj začít rozvíjet samostatnost. Dítě už může začít používat nejrůznější typy kompenzačních pomůcek, jako jsou lupy nebo speciálně upravené počítače s výraznými klávesnicemi. V tomto věku by měl být velký prostor věnován pohybu venku. Dítě se bude čím dál častěji dostávat mimo domov a je nezbytně nutné jej na to připravit. Dítě je třeba upozorňovat na výrazné orientační boty v okolí, ale také je třeba ukázat dítěti, kde mu hrozí nebezpečí. Dítě je třeba podporovat také v kresbě. Volí se velké plochy a výrazné barvy. Vhodné jsou například barvy prstové. Dítě by se mělo také zapojovat do běžných denních aktivit. Příprava talířů a příborů k obědu nebo třídění ponožek a prádla podle barev atd. V tomto věku pokud to zdravotní stav dítěte umožňuje, mělo by se dostat do kontaktu s jinými dětmi, což mu umožní používat zrak v mnoha různých situacích.<sup>45</sup>

---

<sup>45</sup> (D. Heiner, Učíme se dívat, 1995)

## 5. Výzkumné šetření

### 5.1 Východiska a definování výzkumného cíle

Výzkumné šetření je zaměřeno na kritickou analýzu současného stavu v oblasti poskytování služeb rané péče s orientací na zrakovou stimulaci a jí předcházející funkční diagnostiku zraku. Vychází ze studia existující relevantní literatury, z teoretické části diplomové práce a z konzultací s instruktory zrakové stimulace ve střediscích rané péče. Hlavním výzkumným cílem práce je tedy deskripce a analýza současného stavu v oblasti podpory zrakového vnímání u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením v souvislosti se službami, které jsou nabízeny středisky rané péče. Tento cíl byl zvolen i s přihlédnutím k možnosti využití získaných informací ke zlepšení služeb rané péče nabízených rodinám dětí se zrakovým a kombinovaným postižením.

**Základní výzkumná otázka:** Jaká je nabídka středisek rané péče rodinám s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením v oblasti podpory zrakového vnímání?

#### Výzkumné teze

- Stimulace zraku se provádí se všemi klienty rané péče, kterým není diagnostikována úplná ztráta zraku.
- Střediska rané úzce spolupracují s neonatologiy, oftalmologiy a speciálně pedagogickými centry v daném regionu.
- Při funkční diagnostice zraku se vychází z metodiky Lei Hyvärinen .
- Pomůcky, využívající se při zrakové stimulaci, jsou vyráběny zaměstnankyněmi středisek rané péče

### 5.2 Použité metody

Pro svou práci, jsem vzhledem k povaze zkoumané problematiky, zvolila kvalitativní metodologii výzkumu. Kvalitativní výzkum byl zvolen z toho důvodu, že umožňuje zjistit poměrně velké množství podrobných informací o názorech, postojích, záměrech i přáních. Právě tyto skutečnosti jsou předmětem daného zkoumání. „Při šetření výzkumník spíše konstruuje obraz, který získává kontury v průběhu sběru dat. Výzkumník ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Hlavní výhodou kvalitativní metody je, že proniká do hloubky a zprostředkovává

informace o každodenní práci instruktorek zrakové stimulace. Orientuje se spíše na „explorování a probíhá nejčastěji v přirozených podmínkách sociálního prostředí“<sup>46</sup>. V případě této diplomové práce byly rozhovory vedeny v střediscích rané péče. Plán výzkumu má pružný charakter, což umožňuje přizpůsobovat ho nově vzniklým okolnostem.

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že je zaměřen na mikro-prostředí. Získává tedy sice velké množství informací, avšak o relativně malém počtu respondentů, a tyto informace tudíž není možné zobecnit. To ale není záměrem kvalitativního výzkumu, který usiluje o kontextuální porozumění.<sup>47</sup>

Hlavní metodou sběru dat bylo kvalitativní dotazování instruktorek zrakové stimulace nebo poradkyň rané péče. Hlavní technikou, která byla využita pro sběr dat je polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor je určitým kompromisem mezi pevně daným strukturovaným dotazováním a volným rozhovorem bez předem dané kompozice. „Polostrukturovaný rozhovor „se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací“<sup>48</sup>. Tento polostrukturovaný rozhovor je koncipován podle předem zvolených pro tazatele zajímavých otázek nebo témat. Umožňuje určitou volnost v pořadí kladení otázek a způsobu získávání informací. Délka rozhovoru se pohybovala kolem třiceti minut. Nespornou výhodou rozhovoru je přímý kontakt výzkumníka s dotazovaným, což umožňuje navázání bližšího vztahu, projevení zájmu výzkumníka o danou osobu a problematiku a přizpůsobení vedení rozhovoru konkrétním podmínkám, individualitě a času dotazovaného. Pracovníci středisek rané péče bývají časově velmi vytížení a tak bylo mou snahou koncipovat rozhovor tak, aby volené otázky byly z oblastí, které nelze najít na internetových stránkách či v dostupné literatuře a tím tedy zároveň zredukovat potřebný čas na minimum. Podle Miovského<sup>49</sup> „je velkou výhodou také možnost pokládat doplňující otázky i u odpovědí, které účastník dává na pevně strukturované podněty (tj. když mu klademe otázky v pevně daném pořadí a striktně vázanou formou). Můžeme dosáhnout vyšší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém plně strukturovaném interview.“

---

<sup>46</sup> (Hendl, 2005, str. 63.)

<sup>47</sup> (Hendl, 2005)

<sup>48</sup> (Hendl, 2005, str. 164)

<sup>49</sup> (Mioviský, 2006, s. 161)

### 5.3 Výběr vzorku

Pro výběr vzorku bylo využito takzvané stratifikované účelové vzorkování. „Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné, tj. aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí.“<sup>50</sup> Tyto vybrané osoby pak dobře reprezentují danou oblast zkoumání, poskytují pravdivé a žádané informace ke zkoumané problematice.

Výzkumný vzorek tvořily 4 respondentky. 3 respondentky byly ve středisku rané péče zaměstnány jako instruktorky zrakové stimulace a jedna jako poradce rané péče. Šetření se tedy zúčastnila střediska z Brna, Ostravy, Prahy a Plzně. Osloveno však bylo všech sedm středisek rané péče, zaměřující se na děti se zrakovým a kombinovaným postižením avšak zbyla tři střediska (Olomouc, Liberec, České Budějovice) se spoluprací nesouhlasila. Právě v této neochotě spolupracovat spatřuji velký problém. Je v podstatě nemožné sehnat potřebné údaje ze všech středisek rané péče. Je to však pravděpodobně způsobeno tím, že jsou Střediska zahlcena žádostmi o spolupráci ze strany studentů a proto většinu odmítají, nebo na výzvy nereagují vůbec. Šetření se tedy zúčastnily instruktorky zrakové stimulace, které byly zástupkyněmi jak střediska s místem působnosti na Moravě, tak v Čechách v poměru 2:2. Stejný poměr je i v případě zastoupení jednotlivých organizací poskytujících ranou péči, jak středisko rané péče o.p.s., tak společnost pro ranou péči, což dle názoru mého názoru přidává na objektivnosti celého šetření.

### 5.4 Průběh výzkumného šetření

Po stanovení výzkumného cíle a výběru metodologie jsem vypracovala základní sadu otázek k rozhovoru. V průběhu šetření byly postupně přidávány nové otázky z oblastí, které vyplynuly z předchozích rozhovorů. Otázky by se tématicky daly rozdělit do třech základních kategorií:

- otázky obecné – týkající se nabídek služeb, chodu střediska a struktury klientů
- otázky týkající se spolupráce s ostatními organizacemi (lékaři, speciálně pedagogickými centry a rodinou)
- otázky odborné – zaměřené na metodiky funkčního vyšetření zraku a zrakové stimulace a také na používané pomůcky

Přibližně v tomto nastíněném pořadí byly dotazy kladeny.

Otázky, na které respondentky odpovídaly, jsou tyto:

- Kolik má středisko v péči rodin s dětmi?
- Kolik dětí je z celkového počtu zapojeno do programu zrakové stimulace?

---

<sup>50</sup> (Gavora, 200, str. 164)

- Jaká je spolupráce s neonatologem, oftalmologem, nemocnicemi a očními klinikami?
- Jaká je spolupráce se speciálně pedagogickými centry?
- Jak probíhá předání dítěte do následné péče?
- Kde se převážně zraková stimulace provádí?
- Kolik času je jí během terénní konzultace v rodině věnováno?
- Jak často se do rodin dojíždí?
- Jaká je spolupráce s rodinami?
- Podílí se rodiče na tvorbě pomůcek?
- Kde se provádí funkční vyšetření zraku?
- Podle jaké metodiky funkčního zraku se děti diagnostikují?
- Má středisko bílou místnost a k čemu je bílá místnost využívána?
- Z jaké metodiky se vychází při stimulaci zraku?
- Jaké se při zrakové stimulaci používají pomůcky?
- Jaké další služby nabízí střediska rodinám?
- Jaká je funkce metodického centra?
- Pracuje ve středisku psychog?

Rozhovor byl se souhlasem všech respondentů zaznamenáván na diktafon, což umožnilo přesnější záznam informací a zredukovalo čas, který byl k rozhovoru potřebný. Respondentky byly ujištěny, že bude záznam sloužit pouze k účelům diplomové práce a nebude k nim mít žádná třetí osoba přístup. V případě doplňujících dotazů jsem mohla všechny dotazované zkontaktovat telefonicky nebo prostřednictvím mailu. Všechny oslovené pracovnice středisek po přislíbení spolupráce neodmítly rozhovor zrealizovat a důsledně se pokusily zodpovědět celou sadu otázek. Právě díky osobnímu kontaktu se mezi mnou a respondentkami vybudovala vzájemná důvěra, která umožnila dobrou spolupráci. Rozhovory se konaly ve třech případech ve střediscích rané péče a v jednom případě v bydlišti poradkyně rané péče.

Získané informace byly porovnány a zpracovány do odpovědí na výzkumné teze, jež jsem si sestavila před vypracováním diplomové práce.

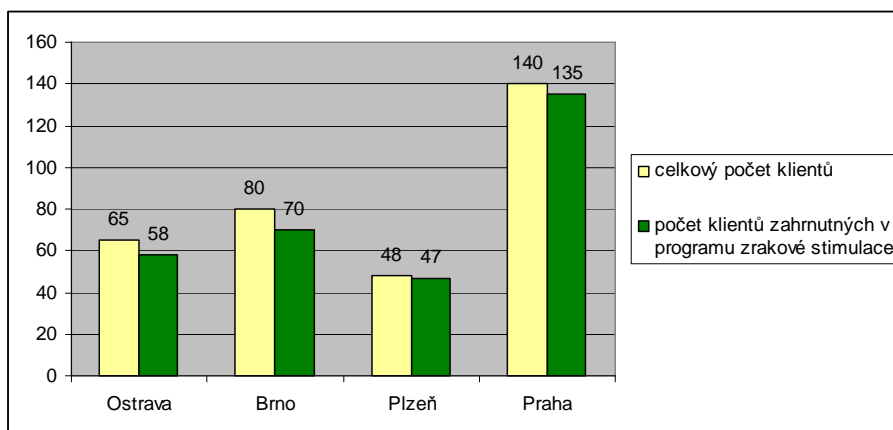
## 5.5 Analýza a interpretace získaných dat

**Teze č. 1. Stimulace zraku se provádí se všemi klienty rané péče, kterým není diagnostikována úplná ztráta zraku.**

V rámci šetření bylo zjištěno, že se stimulace zraku neprovádí s dětmi zcela nevidomými. Jsou-li u dítěte zjištěny byť sebemenší zbytky zraku, je rodině dítěte navržen program zraková stimulace. Ta se pak na základě informací zprostředkovaných střediskem potažmo instruktorkou zrakové stimulace rozhoduje, zda-li se se svým dítětem do programu zapojí, nebo tuto bezplatnou službu vyhodnotí jako nepotřebnou. Zde hrají významnou roli především instruktoři zrakové stimulace, kteří by měli službu rodině přiblížit a popsat tak, aby byla prováděna pokud možno u všech dětí, pro které má sebemenší význam. Například středisko rané péče v Ostravě natočilo instruktážní video pro rodiče, jež obsahuje všechny základní informace o zrakové stimulaci. Naleznou v něm také inspiraci pro práci s dětmi doma a na zahradě. Rodiče se tak mohou seznámit se základními úpravami prostoru, kde se dítě pohybuje tak, aby pro ně byl byt či dům co nejbezpečnějším místem a aby byl vizuálně zajímavý a dítě aktivizoval k používání zraku. Právě tento video materiál považuji za nejvhodnější pro představení zrakové stimulace rodičům dítěte. Je to nesporně lepší cesta než například informační letáky. Rodič si je pak schopen konkrétně představit co zraková stimulace obnáší a jak se s dítětem pracuje.

Situace v jednotlivých střediscích je dosti podobná. Výjimkou je však středisko v Praze, které z kapacitních důvodů provádí zrakovou stimulaci jen během návštěv v rodině. Dříve ve středisku fungoval program stimulace zraku, v rámci kterého rodiče chodili na konzultace do střediska. To v současné době však není možné, takže se péče přenesla do rodin a během návštěv pracují poradkyně rané péče mimo jiné i na zrakové stimulaci. Dle slov poradkyně se provádí v podstatě se všemi dětmi.

Tabulka obsahuje základní údaje o počtu dětí, které jsou klienty středisek a o počtu dětí, které do programu zrakové stimulace vstoupily. Z grafu je patrné, že je o tuto službu mezi rodiči velký zájem. Ve středisku v Plzni je pouze jedno dítě, které není v programu zahrnuto a to proto, že u něj byla diagnostikována úplná ztráta zraku. V ostatních střediscích se programu účastní velká většina rodin s dětmi. Jsou však mezi nimi rodiny, které se do programu nezapojily, ale pro jejichž děti by byla zraková stimulace velkým přínosem. Z výše uvedených skutečností vyplývá, že tato **výzkumná teze č. 1 není potvrzena.**



Graf č. 1 počet klientů zahrnutých do programu zrakové stimulace.

## Teze č. 2: Střediska rané péče úzce spolupracují s neonatologji, oftalmologji a speciálně pedagogickými centry v daném regionu.

Všechny dotazované instruktorky ohodnotily nejlépe spolupráci s fakultními nemocnicemi a jejich neonatologickými odděleními, která ve všech regionech úzce se středisky spolupracují a rodičům předávají informace o možnostech rané péče. V Plzni rovněž velmi dobře funguje spolupráce s oční klinikou, která dokonce posílá děti k vyšetření zraku, na které nemá podmínky a testovací metody. Vyšetření však není hrazeno ze zdravotního pojištění a rodiče si je tedy musí platit. Situace v Karlovarském kraji, který je rovněž spádovou oblastí Plzeňského střediska, však příliš pozitivní není. Středisku se nedaří navázat systematický kontakt s nemocnicemi ani očními klinikami. V kraji je pouze několik dětských praktických lékařů, kteří zprostředkovávají kontakt na Středisko. Obdobná situace je i v Brně, opět je vyzdvihována spolupráce s fakultní nemocnicí. V Ostravě pozitivně hodnotí spolupráci s neonatologií ve fakultní nemocnici, stejně tak s oční klinikou. Rovněž je navázána spolupráce z oftalmoložkou v Opavě. Paní doktorka působí i v Orlové, Novém Jičíně a Vsetíně. Ze všech těchto míst posílá děti do střediska v Ostravě, i když například děti ze Vsetína spadají pod středisko v Olomouci.

V Praze, ve Středočeském kraji, části kraje Pardubického a části Ústeckého kraje, což jsou spádové oblasti pražského střediska, je situace hodnocena velmi pozitivně. V Praze působí MUDr. Anna Zobanová, která je kapacitou v oblasti péče o děti s těžkými zrakovými vadami a se střediskem velmi intenzivně kooperuje. S paní doktorkou Zobanovou je v kontaktu oční lékařka z Loun, takže i zde je spolupráce bezproblémová. Dobrá spolupráce je také s mosteckou a chomutovskou nemocnicí. Jako problémová oblast se jeví ústecko. „*Já za sebe mohu říct, že působím v ústeckém kraji a části středočeského. Tam se pořád potýkám s tím, že*

*úplně nevím, co si o těch lidech tam mám myslet.“* Hodnotí poradkyně z pražského střediska. Zde se stále objevují i případy, kdy je péče o tuto skupinu dětí ze strany lékařů velmi podceňována.

Každopádně dle poradkyně nelze kvalitu péče zevšeobecňovat. I v Praze se najdou ojedinělé případy lékařů, kteří nejsou schopni rodině adekvátně sdělit diagnózu, nepodají o ní ani základní informace a o předání kontaktu na ranou péči se nedá mluvit vůbec. Toto je nešvar, který se i po velmi dlouhé době po revoluci, z českých nemocnic nepodařil vymýtit. Rodičům bývá často sdělena diagnóza s tím, že je dítě prakticky nevidomé. Ti si pod tímto termínem nedokáží představit nic konkrétního a často přijmou tu nejhorší možnou variantu. „Znamená to však, že lékař na základě pozorování a klinických měření shledal, že zrakové problémy dítěte mohou zasahovat do jeho vývoje učení“<sup>51</sup>. Rodiče by měli být informováni, že v tak raném věku nelze ještě úplně přesně určit, do jaké míry je u dítěte zrak vyvinut. Existují metody, kterými lze určit rozsah zrakové vady už u velmi malého dítěte, ale objevují se případy dětí, které se původně jevily zcela nevidomé a u kterých se později vyvinuly určité užitečné zrakové schopnosti, jako například vnímání světlocitu.

Střediska jsou určena pro děti do tří a v případě dětí s kombinovaným postižením do sedmi let. Pak by péči o dítě měla přebírat příslušná speciálně pedagogická centra. Během výzkumného šetření však bylo zjištěno, že spolupráce mezi těmito institucemi není dobře ošetřena. Dříve byly děti předány do speciálně pedagogického centra, které pokračovalo v péči. V současné době však předání dětí včetně jejich dokumentace neprobíhá.

Instruktorka zrakové stimulace v Brně konstatovala že *„předávání klientů mezi střediskem a centrem příliš nefunguje. Nepředáváme jména, kontakty a podklady svých klientů, i když jsou ze strany SPC vyžadovány. Jen zprostředkováváme rodičům kontakt na SPC, což je naší povinností.“*

Ostravské středisko v minulosti rok před ukončením péče navazovalo spolupráci se speciálně pedagogickým centrem v Opavě. Tato úzká spolupráce však v současné době již nefunguje. Středisko předá kontakt na speciálně pedagogické centrum a záleží jen na rodiči, zda-li instituci osloví, či nikoliv. V případě, že rodič chce kontakt s centrem navázat, středisko rodině nabídne možnost doprovodu do centra při první schůzce.

Plzeňské středisko dříve rovněž předávalo děti do péče SPC. V současnosti se to však neděje a pracovníci středisek velmi často řeší, jak v péči pokračovat dále. Rodičům nabídnou škálu možností a umožní jim výběr. Některé rodiny navážou kontakt s centrem ihned, ale většina

---

<sup>51</sup> (D. Heiner, Učíme se dívat, s. 6, 1995)

rodin si delší dobu promýšlí, jak pokračovat. V případě, že je rodina nerozhodná, nabízí středisko konzultaci se zaměstnancem centra přímo v rodině za přítomnosti pracovníka střediska, což je pro rodinu asi nejpříznivější varianta, jak navázat kontakt s novými odborníky, kteří by se jejich dítěti věnovali v dalších letech.

Jen situace v Praze je trochu odlišná. Zde se většinou kontakt s SPC navazuje už kolem třetího roku dítěte. Speciální pedagog z centra může sledovat dítě v průběhu delšího období. Během této doby se postupně vyjasňuje zakázka pro centrum, což následně umožní vypracovat plán, který naprosto vyhovuje potřebám dítěte a je šit na míru. Dítě pak přechází do střediska, kde absolvuje vstupní diagnostiku, aby se mohlo zařadit do vhodného programu, a střediska pak jen speciálně pedagogickému centru předávají závěrečnou zprávu o péči, což je jediný materiál předávaný mezi SPC a střediskem. Zkušenosti s jednotlivými SPC ve spádové oblasti jsou samozřejmě velmi rozdílné. SPC v Litvínově funguje velmi dobře a dle slov poradkyně je o děti vždy dobře postaráno. Ale například v Teplicích je situace opačná. Jeden individuální plán se aplikuje na všechny děti bez ohledu na jejich reálné potřeby.

**Teze číslo dvě nebyla tedy rovněž potvrzena.** Z výpovědí dotazovaných jasně vyplývá, že návaznost péče není automatická. Celou situaci v této oblasti komentuje instruktorka zrakové orientace plešského střediska Jitka Kravcová takto: *„dříve se klienti ze SRP do SPC předávali, teď ty děti u nás končí a my samozřejmě řešíme co dál. Rodičům vysvětlíme, jaké jsou možnosti, předáme jim ty kontakty, ať už to dopadne jakkoliv, někdy chtějí rodiče navázat spolupráci okamžitě, někdy si to promýšlejí, tak lze udělat společnou návštěvu. Vezmeme paní ze SPC do rodiny, což je pro rodinu příjemnější varianta. Někdy rodiče zvažují spolupráci, takže jim jen předáme kontakty a dále se o to již nestaráme. My doporučíme tu škálu, co všechno oni můžou, a co využijí, je na nich.“*

Velké množství lékařů rodiče neinformuje o možnostech středisek rané péče a předávání dětí mezi středisky rané péče a speciálně pedagogickými centry není ošetřeno v současné době vůbec. Jediná oblast, kde se dá hovořit o nějaké formě spolupráce, je spádová oblast střediska v Praze. Domnívám se, že tato mezera v systému je zásadní vzhledem k tomu, že péče by měla být soustavná v průběhu celého života. Některé děti díky této neprovázanosti ze systému péče úplně vypadávají.

### **Teze č. 3. Při funkční diagnostice zraku se vychází z metodiky autorky Lei Hyvärinen**

Střediska rané péče využívala metodický materiál, který vychází z prací Lei Hyvärinen. Pro české poměry byl upraven PaedDr. Markétou Skalickou, která pracuje v centru

zrakových vad v Motole jako zrakový terapeut a také jako instruktorka zrakové stimulace ve Středisku rané péče Praha. **Teze tedy byla potvrzena.**

V současné době však dochází k významné změně ve struktuře klientely a metodika aktuálním poměrům přestává vyhovovat. Instruktorka zrakové stimulace ostravského střediska shrnuje proměnu klientely takto: *„do středisek je odesíláno mnohem více dětí s kombinovaným postižením, způsobeným převážně předčasným narozením dětí, těžkým průběhem porodu nebo poporodní infekcí. Ubývá však dětí, které by měly jen zrakové postižení, což je dáno zvýšenou kvalitou prevence a rané lékařské péče. Z tohoto důvodu střediska připravují metodiku novou. Před deseti lety bylo velmi mnoho dětí s diagnózou retinopatie nedonošených, která se již dnes velmi hlídá a v okamžiku, kdy se objeví její první známky, hned dítě podstupuje operativní zákrok. Stejně tak díky zkvalitnění screeningu vrozeného šedého zákalu, ubývá dětí s touto diagnózou. Do středisek se v současné době dostávají především děti s kortikálním poškozením zraku.“*

Také díky této změně ve struktuře klientů vyvstal požadavek provádět funkční vyšetření zraku přímo v domácnostech, protože zdravotní stav některých dětí je natolik vážný, že převoz dítěte do střediska je z mnoha důvodů komplikovaný. Pro tuto situaci byl vytvořen diagnostický set tzv. „kufr posel“, který je přenosný a umožňuje provést základní vyšetření doma. Všechna střediska mají tento set stejný. Instruktorky stimulace zraku však obecně preferují variantu provést vyšetření ve středisku, které je na to vybaveno potřebným materiálem, pozadím a osvětlením. Navíc tím, že rodiče dovezou dítě do střediska, dávají najevo svůj zájem o spolupráci. S rodinami, které trvají na tom, že instruktorka musí vyšetřit dítě doma, následně bývají často problém, protože projevují o návaznou spolupráci zájem jen velmi sporadicky.

#### **Teze č. 4 Pomůcky využívající se při zrakové stimulaci jsou vyráběny zaměstnankyněmi středisek rané péče**

Pomůcky, které se využívají při zrakové stimulaci, úzce souvisí s metodikou, podle které instruktorky zrakové stimulace nebo poradkyně rané péče s dětmi pracují. Během šetření bylo zjištěno, že metodické materiály byly vypracovávány v metodickém centru, které sídlí v Praze a tato metodika byla následně používána ve všech sedmi střediscích rané péče. V současné době se však střediska rozdělila do dvou organizací (Společnost pro ranou péči a Středisko rané péče o.p.s) a střediska rané péče v Praze, Liberci a Plzni již pod Společnost pro ranou péči nespádají. Rozdělení této zastřešující organizace bylo, dle slov instruktorky

zrakové stimulace z Plzně, způsobeno „zvýšeným tlakem ze stran krajů a obcí na zprůhlednění financování“. Původní metodika stimulace zraku však zůstala majetkem společnosti pro ranou péči. Střediska, která spadají pod tuto společnost, dále používají původní metodiku. Není však jasné, kdo metodicky instruktorky zrakové stimulace vede, protože autorka této metodiky PaedDr. Markéta Skalická s nimi již nespolupracuje. V minulosti se všechny instruktorky čtyřikrát do roka scházely na metodických seminářích. Což se akutálně neděje. Střediska v Plzni, Liberci a Praze jsou tedy v současné době nucena vytvářet metodiku novou. Na této metodice spolupracují instruktorky zrakové stimulace těchto středisek a PaedDr. Markéta Skalická. Je otázkou, zdali by metodické materiály neměly být sjednoceny a vytvořeny týmem odborníků a jak se toto rozdělení společnosti projeví na kvalitě poskytovaných služeb. Domnívám se, že sjednocená metodika tvořená kompletním týmem odborníků je základem pro poskytování komplexních a kvalitních služeb v oblasti zrakové stimulace. Současná situace však příliš této k ideji nepřispívá.

Jednou z hlavních pomůcek, které se při zrakové stimulaci využívají, je již zmíněný Light box. Plzeňská instruktorka zrakové stimulace během rozhovoru zmínila, že „většinou využívá právě tento světelný panel, ten tady v České Republice je jeden originální, původní americký, ale ten není úplně k dispozici, ten je jen ve středisku“. Light box je vyrobený americkou organizací American printing house<sup>52</sup>. Tento light box mají k dispozici ve středisku v Plzni a do rodin se nepůjčuje. V ostatních střediscích mají light boxy vyrobené svépomocí. Ty jsou rozměrově menší a střediska je běžně půjčují do rodin.

Zajímavou pomůckou, která je využívána ve všech střediscích, je tzv IQ kostka, která je symbolem společnosti pro ranou péči. Kostka je vyrobena s měkkého materiálu a na každé její straně je vyobrazen jiný, vizuálně zajímavý motiv (spirála, smějící se obličej, šachovnicový vzor).

„Také je používán little room, ale rodiče ho nemají moc rádi, protože je to velké a těžké a dřevěné, takže jsme přešli na papírové krabice, do které se vylepí něco do koutku, nebo se zavěsí něco na stěnu.“ Shrnuje instruktorka z Ostravy své zkušenosti s jednou z nejznámějších pomůcek pro zrakovou stimulaci. Dle publikací však autorka tohoto „pokojíčku“ měla promyšlený systém práce a také obsah. Navíc „pokojíček“ vyrobený z pevných materiálů izoluje dítě od okolních zvuků a tak se lépe může soustředit na zvuky, které vydávají předměty uvnitř. Další pomůckou od této autorky jsou panenky Lilli a Gogo. Instruktorky zrakové stimulace, které provádí funkční diagnostiku, mají většinou k dispozici originální panenky. Poradkyně rané péče pak v rodinách většinou pracují s panenkami, které

---

<sup>52</sup> (dostupné z: [www.aph.org](http://www.aph.org))

mají na sobě také kontrastní oblečení a barvy, ale ty bývají upravovány z běžných hraček, dostupných v hračkářstvích.

Právě tyto upravené hračky jsou asi největší kategorií pomůcek, které se při zrakové stimulaci používají. Hračky projdou základní úpravou, aby splňovaly dostatečnou kontrastnost, barevnost a velikost. Oblepí se kontrastními vzory, přešijí se a nasvítí. Mnoho plastových hraček se zvýrazní tím, že se položí na light box, na kterém s nimi pak dítě může manipulovat. Dá se říci, že se hračky vyrábějí na míru dětem, protože pro každé dítě se hodí něco jiného. Výběr hraček je na zvážení instruktorky. Mezi nejoblíbenější pomůcky pak jednoznačně instruktorky řadí ty, které jsou právě takto svépomocí vyrobeny. Další pomůcky, které si střediska vyrábí samy, jsou takzvané stimulační desky, stimulační obrazce a stimulační koutky.

Například poradkyni rané péče z Prahy se osvědčilo na první setkání vozit na do rodin light box s různobarevnými kelímky a talíři, které lze zakoupit v síti prodejen s nábytkem. Velkou skupinou pomůcek (hraček), které lze rovněž využít a které jsou mezi instruktorkami oblíbené, jsou nejrůznější vánoční řetězy. I když nesvítí, dají se jednoduše podsvítit light boxem. Vše v podstatě závisí na fantazii pracovníků. Často děti upoutají naprosto obyčejné lahve od jogurtových nápojů zvýrazněné černobílými pruhy, v nichž jsou umístěny drobné předměty. Dítě pak zaujme nejen vzhled ale i vydávající zvuk.

Nelze však opomenout také pomůcky sériově vyráběné. V současné době má například středisko v Ostravě objednané nové pomůcky z American printing house, které jsou zaměřeny prakticky tak, aby pak člověk mohl samostatně fungovat v běžném životě. Jednou z těchto pomůcek je výše zmiňovaná sada, která je zaměřena na rozvoj sebeobslužných dovedností. Často využívané a instruktorkami oblíbené jsou také „plácačky“ Lea Grating o kterých je rovněž pojednáváno výše.

Naprostá většina pomůcek je však opravdu vyráběna svépomocí přímo ve střediscích rané péče a **teze č. 4 je tímto potvrzena.**

Nejen pracovníci střediska však vyrábějí pomůcky. *„Také rodiče jsou výborní. Řeknete, co by se dalo udělat, přijedete za měsíc a maminka, nebo tatínek vyrobí úžasnou věc. Maminka třeba vyrobila takovou hvězdičku do dlaně s kuličkami a rolničkou uvnitř, takže to chrastilo, protože jsem ji doporučila, aby vyrobila něco, co dítě může mačkat ve dlani.“* Shrnuje spolupráci s rodiči poradkyně rané péče působící v pražském středisku.

### 5.5.1 Další skutečnosti vyplývající z šetření

Během šetření byla zjištěna celá řada podnětných informací, které shrnuji v následující kapitole.

V rámci návštěv ve střediscích rané péče se dotazovala také na spolupráci s rodinou a formy její podpory. Vzhledem ke skutečnosti, že střediska téměř neprovádějí depistáž a spolupráce bývá navázána ze strany rodiny, instruktorky hodnotí spolupráci kladně. Rodiče sami projeví o službu zájem a ve většině případů následně se střediskem řádně spolupracují. Při navázání spolupráce postupují střediska většinou tak, že si s rodiči domluví první návštěvu přímo v bydlišti rodiny, kde zaměstnankyně představí středisko a služby, které rodině mohou nabídnout. K představení střediska například v Plzni slouží nejen informační letáčky, ale i fotoalbum. V Ostravě při představení programu zrakové stimulace používají videonahrávku. Rodiče pak zváží, zdali mají o spolupráci se střediskem zájem a v případě, že je nabídka zaujme, bývá rodina přizvána do střediska, kde se provádí co nejkompexnější diagnostika dítěte. Se střediskem spolupracuje například fyzioterapeut, který diagnostikuje úroveň pohybového vývoje a navrhuje další plán rozvoje v této oblasti. Získané informace zaměstnankyně střediska zanalyzují a posoudí, jestli má středisko rodině a dítěti co nabídnout. V případě, že rodiče s nabídkou souhlasí, je jim přiřazen poradce rané péče, který pak s rodinou a dítětem pracuje v jejich přirozeném prostředí. Mimo tyto terénní služby, nabízí středisko i služby ambulantní. Jedná se například o instruktážní přednášky o zrakové stimulaci nebo rodiče mohou využít služeb speciální pedagožky v oblasti alternativní a augmentativní komunikace.

Velmi zajímavou nabídkou pro rodiče byl i časopis Rolnička, který střediska zdarma rozesílala do rodin. Časopis byl nejen zásobárnou inspirací pro tvorbu pomůcek a úpravu prostředí pro děti, ale byly v něm také publikovány články k odborným tématům, jež rodiče zajímaly. V období, kdy se střediska odělovala, se časopis z finančních důvodů přestal vydávat. V současné době obecně prospěšná společnost začala časopis opět vydávat. Zatím ještě nově vzniklý časopis název nemá a je vyhlášena soutěž. Autor nejzajímavějšího názvu vyhraje předplatné časopisu. Společnost pro ranou péči žádný nový časopis aktuálně nevydává.

Výrazně omezena byla také nabídka vícedenních pobytů pro rodiče, rodinné příslušníky a děti. *„Dříve se pořádala vícedenní pobyt pro rodiče, děti, ale třeba i prarodiče. Jeden pobyt pořádala střediska na Moravě a druhý pobyt střediska tady v Čechách. Byli jsme tehdy v uzavřeném areálu takového ranče, kde byli rodiče a děti rozdělení do skupin a dělaly se s nimi nejrůznější aktivity. Bohužel však z finančních důvodů jsme museli toto setkání už loni*

*zrušit, protože budova dostala novou majitelku, která jednak zvýšila výrazně pronájem a jednak nebyla příliš vstřícná vůči rodičům. Takže teď hledáme nový objekt, abychom tu tradici mohli obnovit.*“ Shrnuje instruktorka z Plzně aktuální situaci.

Další nabídky nebo přednášky pro rodiče jsou rozdílné, Každé středisko je pořádá samo. V Plzni se osvědčilo pořádání přednášek pro rodiče na jaře a na podzim. Vždy se snaží najít odborníky v oblastech, které rodiče nejvíce zajímají. Například byla přizvána oftalmoložka, jež rodičům přednášela o zrakových vadách dětí, protože v ordinaci oftalmologů na důkladnější popis nebývá čas. V rámci těchto seminářů pro rodiče bude organizováno také setkání s logopedkou a tématem bude orofaciální stimulace. Mnoho dětí s kombinovaným postižením má problémy v oblasti polykání a tak o toto téma byl ze strany rodičů velký zájem. Dále středisko Plzeň pořádá setkání rodičů na zahradě střediska. Vždy je toto setkání spojenou s nějakou doprovodnou akcí například prezentací rehabilitačních pomůcek, či představení canisterapeutických psů.

Ostravské středisko nabízí rodinám setkání čtyřikrát ročně. Původně byla setkání organizována jednou měsíčně, ale odezva ze strany rodičů nebyla příliš velká a tak se počet setkání zredukoval. Opět se v rámci těchto setkání nabízí odborné semináře. Poslední setkání bylo spojeno s prezentací firmy, která rodičům představila nové typy vozíků a kočárků. Důraz na kompenzační a rehabilitační pomůcky je vzhledem k přibývajícimu počtu dětí s kombinovaným postižením ve střediscích čím dál větší. V budoucnu plánuje středisko přednášku na téma Handling.<sup>53</sup>

Středisko v Brně organizuje 4x do roka společné sezení rodičů. 2x do roka se jedná o neformální setkání (grilování) rodičů, kteří jsou členy klubu rané péče a 2x do roka je pořádán odborný seminář. Dle slov instruktorky zrakové stimulace jsou tyto akce hojně rodinami navštěvovány.

Pražské středisko kromě klasických seminářů věnovaných například integraci, albinismu, grafomotorice či fyzioterapii přišlo s novinkou. Pořádá podvečerní setkání rodičů. Zvláštností tohoto setkání je, že je organizováno úplně bez dětí. Rodiče tak mají možnost popovídat si ostatními rodinami, aniž by byli zaměstnávání péčí o dítě. Poslední setkání bylo na téma: „respektovat a být respektován“. V polovině měsíce června ještě středisko chystá benefiční koncert.

---

<sup>53</sup> Handling je specifický manuální 24 hodinový kontakt s dítětem. Spadá tam vše, co s dítětem rodič či terapeut dělá a jak s ním manipuluje.

Dále střediska nabízí doprovody k lékařům, na úřady a do speciálně pedagogických center při předávání do následné péče.

Spolupráce rodičů ale i mezi rodiči je při podpoře dítěte nejen se zrakovým a kombinovaným postižením stěžejní. Jsou to právě rodiče, kteří dítěti věnují nejvíce času a sledují jeho pokroky v každodenním životě. Střediska zprostředkovávají kontakty i mezi rodiči, což je například pro nově příchozí rodinu s dítětem velká pomoc a podpora. Rodiče si mezi sebou předávají nápady, podněty, cenné rady a zkušenosti. Jsou si ale také vzájemně velkou oporou. Hlavně v první období, po zjištění diagnózy dítěte, kdy jsou rodiče zmatení a propadají pocitu zoufalství z jejich tíživé situace, je jakákoliv informace a rada nesmírně důležitá. Proto by rozhodně měla střediska podporovat společenské akce, kde se rodiny mohou setkávat.

Během rozhovorů bylo mimo jiné také zjištěno, že v týmu pracovníků středisek nefiguruje psycholog. S Pražským střediskem jednu dobu spolupracovala rodinná terapeutka. Chodívala do rodiny s poradkyněmi, kde jednak sloužila jako jakási opora pro poradkyně, aby v první fázi práce s rodinou neudělaly zásadní chybu, ale také proto, že v některých rodinách probíhal projekt Videotrénink interakcí, takže terapeutka nahrávala rodiny během běžných denních aktivit a pak s rodiči záznam vyhodnocovala. Upozorňovala je na pozitivní aspekty jejich výchovy, které se následně snažila posilovat. V současné době se střediskem již nespolupracuje. Domnívám se, že by psychologka, alespoň na částečný úvazek ve středisku byla velmi prospěšná. Rodiče mnohdy potřebují psychickou podporu a na výzvy k tomu, aby navštívili psychologa, reagují podrážděně. Nepřipouští si, že by potřebovali odbornou péči. Kdyby tento psycholog ve středisku působil a jeho intervence by se stala běžnou nenásilnou součástí služeb rané péče, jistě by jeho pomoc rodiče uvítali.

Jeden z hlavních požadavků na kvalitní provedení funkčního vyšetření zraku se vztahuje k prostoru, v jakém je dítě testováno. Během návštěv jsem se ve střediscích dotazovala, kde vyšetření probíhá. Všechna střediska, ve kterých proběhlo dotazování, mají k vyšetřování speciálně vyhrazenou místnost. Většinou byla místnost označována jako bílý pokoj. Tento pokoj by se svým charakterem dala přirovnat k psychorelaxačním místnostem, v naší literatuře označovaných často jako snoezelen. Stěny bývají vymalovány na bílo, bez rušivých obrazů. Místnost je vybavena rovněž bílým nábytkem, aby nepoutalo zbytečně pozornost dítěte. Osvětlení se dá regulovat v několika úrovních. Místnost se ve všech střediscích dá zatemnit, zatemnění však není úplné. Navíc místnosti nejsou odizolovány od okolních rušivých zvuků, což není zcela ideální a dítě během testování mohou rušit zvuky z ulice nebo okolních místností. Dalším rozdílem mezi klasickým snoezelenem a těmito pokoji je, že v něm nenajdeme vodní lůžko, které u dětí vzbuzuje uklidňující intrauterinní pocity.

V místnosti však nalezneme velké množství stimulačních prvků a to nejen vizuálních. Ve většině místností se nachází vodní válec, svítící závěs, různé barevné osvětlení včetně světél ultrafialových, které nasvěcují bílé části oblečení. Dále můžeme v místnosti najít nejrůznější typy reflektorů, světelné fontány, světélkující a fosforeskující vlákna, barevné ozdobné řetězy atd. Díky svému vybavení jsou tyto pokoje výborným prostorem také pro zrakovou stimulaci. V případě, že střediska nabízejí ambulantní služby, pracuje se s dětmi právě tam. Často se v místnosti pracuje s light boxem a velkou řadou šablon, setů a dalších pomůcek, které se na něj přikládají. Pozitivně hodnotím existenci těchto místností ve střediscích a domnívám se, že pro dítě i jeho rodiče může být stimulace v místnosti pozitivní změnou oproti stimulaci v domácích podmínkách. Rodiče získají novou inspiraci, jak s dítětem pracovat, a dítě si vyzkouší nové senzitivně zajímavé podněty. Nemusí se však jednat pouze o podněty zrakové. Možností jak tuto místnost využít je celá řada.

Právě díky zvolené technice sběru dat – rozhovoru, vyplynulo mnoho dalších velmi podnětných informací, které bych při jiném způsobu získávání dat pravděpodobně neměla k dispozici.

## **5.6 Závěry šetření a doporučení pro dobrou praxi**

Hlavním výzkumným cílem bylo zanalyzovat současné možnosti rané péče v oblasti funkčního vyšetření zraku a zrakové stimulace ve střediscích rané péče poskytujících služby rodinám a jejich dětem se zrakovým a kombinovaným postižením. Cíl výzkumu se stal východiskem pro stěžejní výzkumnou otázku, která byla dále rozpracována v čtyřech tezích. Na základě výzkumných tezí byla sestavena sada otázek, jež se stala kostrou všech rozhovorů. Tyto otázky pak byly dále modifikovány podle aktuální situace.

Služba rané péče je celkově koncipována individuálně podle aktuálních potřeb dítěte a jeho rodiny, což se odráží i ve výběru pomůcek při zrakové stimulaci. Ačkoliv se jedná o terénní formu služby, domnívám se, že konzultace a stimulace zraku probíhající přímo ve speciálně upravené místnosti ve středisku je neméně důležitá a pokud je pro rodinu středisko dostupné, měla by se nabízených konzultací rozhodně zúčastnit.

Rodiče se také mají možnost zúčastnit i seminářů ve středisku. Záleží však na rodině, zda možnosti využije a proto se nedílnou součástí náplně práce středisek a jejich pracovníků stává kontakt s rodinou. Velmi důležitá je v této oblasti vhodná prezentace středisek. Nejedná se však o představení služeb jen rodinám, ale také lékařům působícím na neonatologických,

očních a neurologických odděleních v nemocnicích a v neposlední řadě by se nabídka středisek měla prezentovat také široké veřejnosti prostřednictvím například benefičních akcí.

Zásadním nedostatkem, jenž šetření ukázalo, je absence aktualizovaných metodik, což se může výrazně projevit na kvalitě poskytovaných služeb. Díky rozdělení zaštiťující organizace došlo k tomu, že část středisek zůstala úplně bez metodiky, a část středisek pracuje podle metodiky staré, která je z důvodu měnící se klientely středisek a zvyšování počtu dětí s kombinovaným postižením již zastaralá. Dle slov instruktorek zrakové stimulace se však i v rámci společnosti pro ranou péči i v rámci obecně prospěšné společnosti připravují metodiky nové, takže by tento nedostatek měl být brzy odstraněn.

Během šetření bylo také zjištěno, že většina pomůcek používaných při zrakové stimulaci není sériově vyráběna a nepochází od prověřených výrobců. Instruktoranky a poradkyně si pomůcky tvoří samy, což však většinou neubírá na jejich funkčnosti. Upravené hračky a pomůcky splňují všechny kladené požadavky na kontrast, barevnost a velikost jako pomůcky sériově vyráběné. Sériové pomůcky jsou velmi drahé a střediska si je většinou nemohou z finančních důvodů dovolit. Proto jsou pracovnice středisek nuceny vyrábět si jejich imitace, či tvořit pomůcky úplně nové. Opět je však nutno podotknout, že jsou tím pádem pomůcky vytvořeny přesně podle toho, co konkrétní dítě potřebuje, a tím se naplňuje idea individuálního přístupu.

Z šetření vyplynulo, že nabídka služeb středisek rané péče v oblasti podpory zrakového vnímání je široká a dle mého názoru dostatečná. Podle zákona o sociálních službách je služba rané péče koncipována jako terénní, kdy poradce rané péče dochází přímo rodin jedenkrát za jeden až tři měsíce. Frekvence návštěv je však velmi individuální, stejně jako jsou ostatní nabízené služby koncipovány individuálně dle potřeb dítěte a jeho rodiny. Na začátku navázání spolupráce dochází poradkyně do rodiny intenzivněji, většinou v intervalu jednoho měsíce. Mimo jiné se během konzultace zaměřují s rodiči i na zrakovou stimulaci, které je čas věnován při každé návštěvě. Většinou se zrakové stimulaci poradci zabývají přibližně půl hodiny. Čas věnovaný stimulaci však závisí na typu zrakové vady, rozsahu a kombinaci postižení.

Celkovou kvalitu poskytovaných služeb hodnotím pozitivně, i přes rozdělení původní organizace, jenž službu rané péče zajišťovala s celorepublikovou působností.

## Na základě výzkumného šetření lze doporučit pro praxi:

- **Zaměřit se na depistáž** – Střediska by se měla snažit rozšířit okruh lékařů, se kterými spolupracují. Mnoho lékařů zřejmě ani nemá představu o tom, co střediska rodinám mohou nabídnout. Vhodnou formou, dle mého názoru, by bylo video, které by se distribuovalo na neonatologie a oční kliniky a představilo by komplexně služby středisek.
- **Obnovit spolupráci se speciálně pedagogickými centry** – Provázanost péče a její kontinuita je nesmírně důležitá pro vývoj dítěte s postižením. Centra by mohla vycházet z individuálních plánů sestavených ve střediscích, pakliže by je střediska zprostředkovala. V současné praxi tomu tak není a vzájemné spolupráci těchto institucí se téměř nevěnuje pozornost.
- **Rozšířit nabídku setkávání rodičů** – Tato setkávání bývají velmi inspirativní. Rodiče si mohou nejen předávat zkušenosti, ale také být si vzájemnou oporou. Z organizačních důvodů je však v současné době nabídka velmi omezená.
- **Vytvořit novou metodiku funkčního vyšetření zraku a zrakové stimulace** – Skladba klientů středisek se velmi proměnila. Přibylo dětí s těžkým kombinovaným postižením, což sebou přináší požadavek na změnu těchto metodik.
- **Dále provozovat terénní formu služby, ale neupouštět ani od konzultací ambulatních.** - Právě působení na dítě v jeho přirozeném prostředí u něj zvyšuje pocit bezpečí. Navíc je časově a organizačně přívětivější pro rodiče a umožňuje přímou práci v domácnosti, kde dítě tráví nejvíce času a kde je nezbytně nutné adaptovat prostředí jeho potřebám. Rovněž však ambulantní konzultace probíhající ve stimulační místnosti mají velký význam. Rodiče získají novou inspiraci jak s dítětem pracovat a to se setká s novými podněty a hračkami, které doma nejsou k dispozici.
- **Věnovat více času fundraisingu** – Střediska se potýkají s nedostatečným finančním zajištěním, což se může odrazit i na kvalitě poskytovaných služeb. Peníze chybí nejen na nákup pomůcek, ale také na pořádání akcí pro rodiny či vydávání časopisu. Hledání nových sponzorů, psaní grantů a organizování benefičních akcí je jednou z cest, jak chybějící finance získat.
- **Zvážit služby psychologa jako součást nabídky služeb** - rodiče by jistě uvítali možnost konzultovat určité věci s psychologem, který by se ale v problematice dětí s

postižením v raném věku orientoval. Tato služba by byla využitelná jak pro rodiče, tak pro děti, příp. jejich sourozence. Přítomnost psychologa by byla jistě užitečná i při prvních návštěvách v rodině a při komplexním posouzení, kdy je rodina často ještě v šoku či krizi a je třeba adekvátně reagovat.

## Závěr

Cílem diplomové práce bylo analyzovat současné možnosti Středisek rané péče v oblasti podpory zrakového vnímání u dětí se zrakovým a kombinovaným postižením, s přihlédnutím k nabídce služeb poskytovaných také rodičům.

První kapitola byla věnována vymezením základních pojmů a cílové skupiny. V této části jsem se zabývala definováním rané péče, analýzou nabídky služeb Středisek rané péče a týmu, který v organizaci působí. Rovněž je věnována kapitola charakteristice dětí v raném a předškolním věku podle jednotlivých etap vývoje.

Rozsáhlá část práce se zabývala funkčním vyšetřením zraku. Správné a opravdu důkladné provedení vyšetření je nezbytným předpokladem pro následnou vhodnou zrakovou stimulaci. Kapitola vychází z diagnostických materiálů, používaných finskou oční lékařkou Leou Hyvärinen. Velká většina jejich pomůcek je používána právě při funkčním vyšetření zraku, které provádí instruktorky zrakové stimulace ve střediscích a její metodika je základem pro metodiku vypracovanou odborným týmem instruktorů zrakové stimulace v České republice.

Další kapitola byla věnována podpoře zrakového vnímání, která v raném a předškolním věku probíhá prostřednictvím zrakové stimulace. Shrnuje základní metodické zásady, etapy zrakové stimulace a v neposlední řadě se zabývala dostupnými pomůckami. Inspiraci hledala i v zahraničních zdrojích, převážně pak vycházela z pomůcek vyráběných americkou organizací American printing house, která má s výrobou těchto pomůcek pro zrakově postižené dlouholeté zkušenosti.

Stěžejní kapitola je tvořena kvalitativním šetřením vycházejícím z rozhovorů s třemi instruktorkami zrakové stimulace a poradkyní rané péče. Hlavní oblasti, kterým byla věnována pozornost, se týkají nabídky služeb dětem, ale i rodičům a provázanosti péče mezi neonatologickými odděleními nemocnic, očními klinikami a středisky, ale také mezi Středisky rané péče a specialně pedagogickými centry při předávání do následné péče. Otázky byly také samozřejmě zaměřeny na informace týkající se samotného funkčního vyšetření zraku a zrakové stimulace. Zajímalo mne, jaké metodiky se využívají, jak často se stimulace provádí, jaké jsou při ní využívány pomůcky atd. Zde jsem se snažila konfrontovat poznatky z dostupné literatury s reálnou praxí. Poznatky vyplývající z výzkumného šetření je možné přenést do běžné praxe na základě doporučení, kterými je kapitola zakončena.

Je třeba si uvědomit, že i dítěti se sebemenším zbytkem zraku je třeba dát příležitost, aby tento smysl rozvíjelo už od neútlejšího dětství a naučilo se jej využívat v běžných denních situacích. Úkolem všech, kteří přicházejí s dítětem do kontaktu, je zprostředkovávat dění

kolem něj. Dítě by mělo mít možnost získávat cenné příležitosti k tomu, aby se „naučilo dívat.“

Diplomovou práci bych ráda zakončila přáním všem poradcům rané péče a zrakovým instruktorům, aby i nadále měli chuť podporovat rodiny dětí s postižením v jejich nelehkém životním údělu a neustávali ve svém nadšení a zapálenosti pro dobrou věc.

## Použité zdroje:

1. **DAVIDO, R.** Kresba jako nástroj poznání dítěte. Dětská kresba z pohledu psychologie. Praha: Portál, 2001, ISBN: 80-7178-449-4:
2. **GAVORA, P.** *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80-85931-79-6
3. **HAMÁDOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z.** *Oftalmologie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125s. ISBN 978-80-7315-159-1
4. **HEINER, D.** *Učíme se dívat: Příručka pro rodiče dětí s těžkým zrakovým postižením*. Praha: International Institute for Visually Impaired, 1995. 33 s.
5. **HENDL, J.** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
6. **HERYŇKOVÁ, M., SKALICKÁ, M.** Stimulace zraku a zrakový trénink. *Časopis Středisek pro ranou péči Liberec, Plzeň, Praha*. Duben 2011, 1, 1, s. 16-17.
7. **JANKU, K., FRANIOK, P.** *Využití multismyslové metody snoezelen u osob s mentálním postižením*. Brno: Masarykova univerzita, pedagogická fakulta, 2007. Disertační práce.
8. **KEBLOVÁ, A.** *Zrakově postižené dítě*. 1. vyd. Praha: Septima, 2001. 68 s. ISBN 80-7216-191-1
9. **KVĚTOŇOVÁ – ŠVECŮVÁ, L.** *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004, 126 s. ISBN 80-7315-063-8
10. **LECHTA, V.** *Symptomatické poruchy řeči*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
11. **LUDÍKOVÁ, L.** a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
12. **MAŤEJČEK, Z., POKORNÁ M., KARGER, P.** *Rodičům na nejhezčí cestu*. Praha: H & H, 2004. 189s. ISBN 80-7319-023-0
13. **MIOVSKÝ, M.** *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4
14. **NIELSEN, L.** *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství. 1998. 119 s. ISBN 80-85866-26-9
15. **OPATŘILOVÁ, D.** *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5
16. **OPATŘILOVÁ, D.** *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9

17. **PIHRTOVÁ, L.** Děti se zrakovým postižením. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 129-139. ISBN 80-247-1049-8
18. **VÁGNEROVÁ, M.** *Oftalmopsychologie dětského věku*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7178-214-9
19. **VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
20. **VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš.vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-678-0

### **Související literatura:**

1. **HYVÄRINEN, L., NÄSÄNEN, R., LAURINEN, P.**, New visual acuity test for pre-schoolchildren. Copenhagen: Acta Ophthalmol, 1980. ISBN 58:507-511
2. **HYVÄRINEN, L., LINSTED, E.**, Early visual development - normal and abnormal, Copenhagen: Acta Ophthalmol, 1983, ISBN 157:1-122.
3. **KREJČÍŘOVÁ, D.** Reakce rodiny na sdělení závažné diagnózy u dítěte. In ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. s. 69-74. ISBN 80-247-1049-8
4. **NOVÁKOVÁ, Z.** Oftalmopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 229-247. ISBN 80-7315-120-0
5. **NOVOSAD, L.** *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3
6. **OPATŘILOVÁ, D.** *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1
7. **RENOTIÉROVÁ M.; LUDÍKOVÁ L.** a kol. *Speciální pedagogika*. 2.dopl. a aktual. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
8. **VÁGNEROVÁ, M.** a kol. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1999. 232 s. ISBN 80-7184-929-4
9. **VÍTKOVÁ, M.** Vzdělávání a terapie žáků s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 329-337 ISBN 80-7315-120-0
10. **VÍTKOVÁ, M.** (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2003. 261 s. ISBN 80-86633-08-X

## Internetové zdroje

Výzkumný ústav pedagogický v Praze. *Rámcový vzdělávací plán pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením* [online]. Praha: MŠMT 2005, leden 2005 [cit. 2011-06-12]. Dostupné z WWW: <[www.msmt.cz/file/9378\\_1\\_1/](http://www.msmt.cz/file/9378_1_1/)>

SONS ČR [online]. 2004 [cit. 2011-04-23]. Klasifikace zrakového postižení podle WHO. Dostupné z WWW: <<http://www.sons.cz/klasifikace.php>>.

Česká republika. Zákon o sociálních službách. In *108/2006*. 2009, s. 1-53. Dostupný také z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)>.

*Společnost pro ranou péči* [online]. 2004, 2009 [cit. 2011-02-11]. Co je raná péče. Dostupné z WWW: <<http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>>.

*Střediska pro ranou péči o.p.s.* [online]. 2010, 2010 [cit. 2011-04-12]. Poslání a cíle střediska pro ranou péči o.p.s. Dostupné z WWW: <<http://praha.ranapece.eu/index.php?id=2>>.

*Hmatové knihy* [online]. 2007, 2011 [cit. 2011-06-12]. Tactus. Dostupné z WWW: <<http://www.tactus.wz.cz/>>.

*Spin - nestátní nezisková organizace pro rozvoj metody videotrénink interakcí v ČR* [online]. 2000, 2008 [cit. 2011-05-18]. O nás. Dostupné z WWW: <<http://www.spin-vti.cz/cile.html>>.

HYVÄRINEN, Lea. *Lea Test Ltd.* [online]. 2008, 2010 [cit. 2011-06-12]. Lea Test. Dostupné z WWW: <<http://www.lea-test.fi/index.html>>.

HYVÄRINEN, Lea. *Lea Test Ltd.* [online]. 2004, 2007 [cit. 2011-06-12]. Stimulation. Dostupné z WWW: <<http://www.lea-test.fi/en/stimulat/videos/index.html>>.

*American printing house* [online]. 2001, 2010 [cit. 2011-06-12]. About APH. Dostupné z WWW: <<http://aph.org/about/index.html>>.

*American printing house* [online]. 2000, 2009 [cit. 2011-06-12]. E-shop. Dostupné z WWW: <<http://shop.aph.org>>.

# Přílohy

## Seznam příloh

1. Pomůcky pro zrakovou stimulaci
2. Kontakty na Střediska rané péče
3. Zahraniční organizace poskytující informace pro rodiče
4. Propagační materiály Středisek rané péče

## Příloha č. 1 Pomůcky pro zrakovou stimulaci



Obr. č. 1 Little room<sup>54</sup>



Obr. č. 2 Panenky Lilli a Gogo<sup>55</sup>



Obr. č. 3 Light box<sup>56</sup>



Obr. č. 4 Sada šablon na Light box<sup>57</sup>

---

<sup>54</sup> (Little room dostupné z: <http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jimmylittle room2.jpg>)

<sup>55</sup> (Panenky Lilli a Gogo dostupné z:

<http://files.lanovaci.webnode.cz/200000052ad7ceae76e/Funk%C4%8Dn%C3%AD%20diagnostika%20zraku%20a%20zrakov%C3%A1%20terapie%20u%20d%C4%9Bt%C3%AD.docx>).

<sup>56</sup> (Light box dostupné z: [https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products\\_large/1-08660-00\\_Light\\_Box\\_cut.jpg](https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products_large/1-08660-00_Light_Box_cut.jpg))

<sup>57</sup> (Sada šablon na Light box dostupné z:

[http://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products\\_large/1-08670-00\\_LB\\_Materials\\_L.jpg](http://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products_large/1-08670-00_LB_Materials_L.jpg))



Obr. č. 5 Sada materiálů na light box<sup>58</sup>



Obr. č. 6 Sada šablon na Light box<sup>59</sup>



Obr. č. 7 Hands on kit<sup>60</sup>

<sup>58</sup>Sada šablon na light box dostupné z:

[https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products\\_large/1-08690-00\\_LB\\_Materials\\_III.jpg](https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/images/catalog/products_large/1-08690-00_LB_Materials_III.jpg)

<sup>59</sup> Sada šablon na light box dostupné z:

<http://files.lanovaci.webnode.cz/200000052ad7ceae76e/Funk%C4%8Dn%C3%AD%20diagnostika%20zraku%20a%20zrakov%C3%A1%20terapie%20u%20d%C4%9Bt%C3%AD.docx>.

<sup>60</sup> Hands on kit dostupné z:

[https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/Attachment/products\\_secondary/1-03260-00\\_Hands\\_On\\_Kit\\_Boy.jpg](https://shop.aph.org/wcsstore/APHConsumerDirect/Attachment/products_secondary/1-03260-00_Hands_On_Kit_Boy.jpg)

## Příloha č. 2 Kontakty na Střediska rané péče

### Středisko pro ranou péči o.p.s



Středisko pro ranou péči Liberec, o.p.s.

Matoušova 406, 460 07 Liberec

tel.: 485 109 564, mobil: 724 400 831, e-mail: [liberec@ranapece.eu](mailto:liberec@ranapece.eu)

Středisko pro ranou péči Plzeň, o.p.s.

Tomanova 5, 301 00 Plzeň

tel. /fax: 377 420 035, mobil: 724 400 811-815, e-mail: [plzen@ranapece.eu](mailto:plzen@ranapece.eu)

Středisko pro ranou péči Praha, o.p.s.

Trojická 2/387, 128 00 Praha 2

tel: 224 826 860, fax: 224 826 857, mobil: 724 400 820, e-mail: [praha@ranapece.eu](mailto:praha@ranapece.eu)

<http://www.ranapece.eu>

## Společnost pro ranou péči



Středisko České Budějovice

Kněžská 8, 370 01 České Budějovice tel./fax: 385520 088

e-mail: [budejovice@ranapece.cz](mailto:budejovice@ranapece.cz)

Středisko Brno

Nerudova 7, 602 00 Brno tel./fax: 541 236 743

e-mail: [brno@ranapece.cz](mailto:brno@ranapece.cz)

Středisko Olomouc

Dolní náměstí 38, 770 00 Olomouc tel./fax: 585 222 921

e-mail: [olomouc@ranapece.cz](mailto:olomouc@ranapece.cz)

Středisko Ostrava

Havlíčkovo nábřeží, 2728/38 702 00 Ostrava-Moravská Ostrava tel./fax: 596 112 473

mobilní telefon: 777 234 036, 774 567 236

e-mail: [ostrava@ranapece.cz](mailto:ostrava@ranapece.cz)

<http://www.ranapece.cz>

### **Příloha č. 3 Zahraniční organizace poskytující informace pro rodiče**

#### **American Academy of Ophthalmology**

Hlavní organizace pro školení oftalmologů v U.S.A., Akademie distribuuje informace o očních problémech.

#### **American Foundation for the Blind**

Nadace poskytuje služby pacientům, vydává informační a vzdělávací materiály a obchoduje s pomůckami, přístroji a hrami pro nevidomé

#### **The American Optometric Association Low Vision Section Communications**

Nevýdělečná společnost optometrů. Připravuje publikace z oblasti optometrického poradenství.

#### **The American Printing House for the Blind**

APH má publikace pro rodiče a učitele. V katalogu pomůcek Educational and Other Aids je k dispozici série pomůcek pro zrakovou stimulaci pro malé děti a pro děti s opožděným vývojem.

#### **Auxiliary to the American Optometric Association**

Tato organizace vám zdarma poskytne brožury týkající se péče o zrak dítěte. Např.: „Mommy and Daddy, You Can Help Me Learn to See“ a „Preschool Vision Care“.

#### **Eye Research Institute of the Retina**

Institut poskytuje informace o nejnovějších pokrocích v oblasti lékařské péče a vydává Sundial, informační bulletin s informacemi o nejnovějších poznatcích v péči o zrak a léčbě očních vad.

#### **International Institute for Visually Impaired, 0 - 7, Inc.**

Středisko informací o zrakově postižených dětech, IIVI, 0-7, Inc. vydává informační bulletin pro rodiče.

### **Library of Congress Division for the Blind and Physically Handicapped**

Knihovna půjčuje fonografy, zvukové nahrávky, knihy tištěné normálním i braillovým písmem.

### **National Association for Visually Handicapped**

NAVH je nevýdělečná národní organizace zaměřená na částečně vidící. NAVH poskytuje informace a služby pacientům, bulletiny pro děti a dospělé a množství publikací. Např.:

About Children's Eyes, Growth and Development of the Partially Seeing Child  
The Eye and Your Vision Problems of the Partially Seeing

### **National Eye Institute National Institute of Health Public Inquiries**

NEI poskytuje zdarma publikace a informační listy o specifických zrakových problémech.

### **National Society to Prevent Blindness**

Dobrovolná zdravotnická organizace zaměřená na prevenci nevidomosti.<sup>61</sup>

---

<sup>61</sup>(D. Heiner, Učíme se dívat, 1995)

## Příloha č. 4 Propagační materiály Středisek rané péče

**Služby rané péče SPRP jsou určeny:**

- rodinám dětí s postižením zraku od narození nejvýše do 4 let, na celém území ČR
- rodinám dětí se zrakovým a kombinovaným postižením od narození nejvýše do 7 let, na celém území ČR
- dalším rodinám podle zaměření a možnosti regionálního Střediska rané péče SPRP

**Služby rané péče poskytujeme zdarma,\* na týdenní kurzy a časopis klienti přispívají**

\* pokud pracoviště nezíská finanční prostředky z dotací či grantů, může úměrně snížit kapacitu




**Nabízíme:**

- informace
- provázení a podporu rodin
- psychologické, pedagogické a sociální poradenství
- pomoc při prosazování práva zájmů rodičů a jejich dětí s postižením
- poradenství v oblasti výchovy dítěte, komunikace a interakce s ním
- podporu vývoje dítěte ve všech oblastech, program stimulace zraku
- náměty na výběr pomůcek a na úpravy domácího prostředí
- funkční vyšetření zraku
- půjčování speciálních hraček, pomůcek, literatury, videa, CD
- zpravodaj pro rodiče Rolníčka
- pomoc při výběru předškolního zařízení
- odborné instruktaže pro spolupracující zařízení

**Metodické centrum se věnuje:**

- poskytování nadregionálních služeb
- organizačnímu a metodickému řízení
- rozvoji oboru rané péče a legislativě
- shromažďování informací a literatury
- pořádání seminářů a kurzů pro poradce rané péče i odborníky z příbuzných oborů
- překladům a vydávání publikací

**Poslání SPRP:**

- Společnost pro ranou péči o.s., (SPRP), je organizace s celorepublikovou působností.
- Poskytujeme terénní služby rané péče, podporu a pomoc rodinám, ve kterých vyrůstá dítě se zrakovým a/či jiným postižením v raném věku.
- Realizujeme program Provázení, který podporuje schopnosti, síly a cíle každého člena rodiny.
- Chceme, aby naše služby vedly k posílení kompetencí, zodpovědnosti a nezávislosti rodičů / zákonných zástupců / při výchově dětí.
- Chceme umožnit rodině vychovávat dítě v jeho přirozeném prostředí a žít běžný život.

**Program SPRP „PROVÁZENÍ“ obsahuje:**

- podporu rodiny
- podporu vývoje dítěte s postižením
- osvětu a vzdělávání

**Spolupracujeme s rodiči, odborníky, samosprávou i veřejnou správou:**

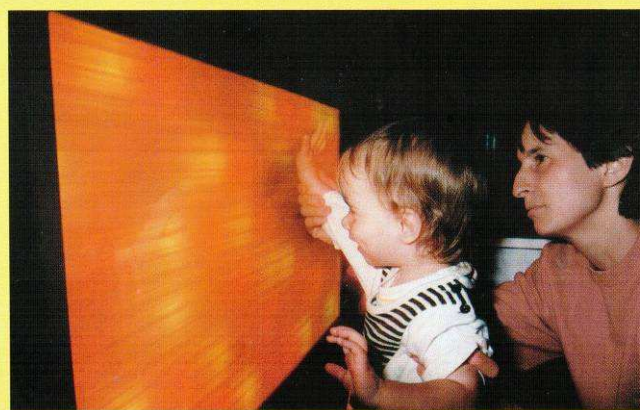
Mezi poradci rané péče jsou vysokoškolsky kvalifikovaní speciální pedagogové, sociální pracovníci, instruktorky stimulace zraku a další odborníci. Spolupracujeme s lékaři, odbory sociální péče, pedagogy školských zařízení...



Obr. č. 8 Propagační leták Společnosti pro ranou péči



# Všechno jde, i když trochu jinak!



S P O L E Č N O S T   P R O   R A N O U   P É Č I

Obr. č. 9 Brožúra „Všechno jde, i když trochu jinak“

Brožúra „Všechno jde, i když trochu jinak“ je určena rodičům. Autoři se v ní snaží zodpovědět nejčastější otázky a předat zkušenost rodičů dětí se zrakovým postižením, kteří své děti již vychovali.



# „Když ...“

Obr. č. 10 Brožůra „Když“

Publikace „Když“ se snaží nabídnout zdravotníkům, zejména neonatologům a pediatrům, informace o tom, v jaké situaci se ocitá rodina s nedonošeným nebo postiženým dítětem. Předává rady jak přistupovat k rodině po narození dítěte, jak sdělovat diagnózu, jak s rodinou komunikovat a jaké jsou možnosti podpory a návazných služeb.



Obr. č. 11 a 12 Leták benefičního koncertu

Nově vzniklá organizace nabízející služby rané péče se snaží získávat finance prostřednictvím pořádání benefičních koncertů. Obnovila také tradici vydávání časopisu pro rodiče.



Obr. č. 13. Časopis Středisek pro ranou péči