



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [REHABILITACE](#)

Autor: Veronika Bláhová

Vedoucí práce: prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr. h. c.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „Zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2017

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. Dr. h. c., za odborné vedení práce a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Ingrid Baloun za pomoc, ochotu a trpělivost při psaní bakalářské práce a také pracovníci Tyflokabinetu v Českých Budějovicích Bc. Ladislavě Staškové za laskavý přístup při sběru dat.

Zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami. Oči jsou pro člověka velice důležitým orgánem, prostřednictvím kterého získává zdravý jedinec až 80 % informací z okolního světa. Právě proto je považován za nejdůležitější ze všech smyslů. Mezi námi se však vyskytují i tací, kterým není plně zdravý tohoto smyslu dopřáno, takže z různých příčin mají vidění narušené, či zcela poškozené. Tito jedinci trpí některou ze zrakových poruch a musí i přes mnohá znevýhodnění zvládat nástrahy běžného života. Některé činnosti, které zdravý člověk považuje za naprosto běžné, jsou pro člověka s takovýmto znevýhodněním zcela vyloučené.

Cílem teoretické části práce bylo popsat zrakové ústrojí, nastínit problematiku jednotlivých zrakových vad a v neposlední řadě popsat zdravotně-sociální dopady nejen na děti, ale i na jejich okolí, tedy především rodinu. Cílem praktické části práce bylo zjistit vliv očního postižení u dětí na kvalitu života. Věkovou kategorii dětí jsem si vybrala ve věku 13 – 18 let. Tedy takové děti, které si jsou již schopny samy uvědomovat aktuální dopad na jejich přítomnost, či dopady budoucí. Pro naplnění cíle práce jsem si vybrala kvalitativní výzkum metodu dotazníku PedsQL pro děti a jejich rodiny. Výzkumný soubor tvořilo šest osob (dětí) a šest rodičů. Konkrétně se jednalo o pět dívek a jednoho chlapce. Z rodičů se vždy zúčastnily matky. S těmito oslovenými jsem vyplnila dotazník PedsQL, který je pro toto dotazování určený. Výzkum probíhal od února do března 2017. Výsledky jsem zpracovala do tabulek a do přídatné myšlenkové mapy, která vždy zastupuje jednotlivého dotazovaného.

Výzkumem bylo zjištěno mnoho zajímavých informací, například, že žádné z dětí netrpí pocitem „nekvalitního“ života, naopak někteří rodiče mají o dítě větší strach kvůli jeho znevýhodnění, nebo nemají dostatečnou podporu v rodině.

Výsledky by mohly upozornit sociální pracovníky na možná rizika a přispět k prevenci a zkvalitňování života znevýhodněných.

Klíčová slova

zrakové poruchy; kvalita života; zrakové znevýhodnění

Social and Medical Impacts of selected Eye Disorders among Children

Abstract

The bachelor thesis is focused on the health and social impacts of children with selected eye disorders. Eyes are a very important organ for human body, through which a healthy individual acquires up to 80% of the information from the outside world. This is why it is considered to be the most important of all senses. Among us, however, there are also those who are not full of health in this sense, so that for various reasons the vision is impaired or completely damaged. These individuals suffer from some visual disturbances and must, despite many disadvantages, manage the traps of everyday life. Some of the activities that a healthy person considered to be completely common are completely excluded for a person with such a disadvantage.

The aim of the theoretical part of the thesis was to describe the visual system, to outline the problems of individual visual defects and, last but not least, to describe the health and social impacts not only on children but also on their surroundings, especially the family. The aim of the practical part of the thesis was to determine the influence of children's eye disability on the quality of life. I chose this age group of children at the age of 13-18. That is, children who are already able to become aware of the actual impact on their presence or future impacts. To accomplish the goal, I chose a qualitative research of the PedsQL questionnaire for children and their families. The research team consisted of six (children) and six parents. Specifically, there were five girls and one boy. Of the parents, is always attended by the mother. With these addressed I filled in the PedsQL questionnaire, which is intended for this poll. The research ran from February to March 2017. I elaborated the results in tables and in an additional mental map that always represents a single interviewed.

The research has revealed a lot of interesting information, for example, that none of the children suffer from a feeling of "poor quality" life; on the contrary, some parents are more concerned about the child because of their disadvantage or lacking support in the family.

The results could notify social workers for possible risks and contribute to the prevention and the improvement of the lives of the disadvantaged.

Keywords

Visual disturbances; quality of life; Visual disadvantage

Obsah

ÚVOD	7
1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA	8
1.1 ZRAKOVÉ ÚSTROJÍ	8
1.1.1 Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí	8
1.2 VYBRANÉ VADY ZRAKU U DĚTÍ	10
1.2.1 Poruchy binokulárního vidění	10
1.2.2 Refrakční vady	12
1.2.3 Retinopatie nedonošených	13
1.2.4 Klasifikace a stupně zrakových vad	13
1.2.5 Příčiny vzniku zrakových vad	14
1.2.6 Diagnostika zrakových vad u dětí	14
1.2.7 Léčba vybraných zrakových vad	15
1.3 ZRAKOVÉ VADY A JEJICH ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ DOPADY	17
1.3.1 Vývoj dítěte se zrakovým postižením	17
1.3.2 Sociální dopad zrakového postižení	20
1.3.3 Rodina dítěte se zrakovým postižením	21
1.4 REHABILITACE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	22
1.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY	24
1.4.1 Neoptické pomůcky	25
1.4.2 Optické pomůcky	25
1.4.3 Elektronické kompenzační pomůcky	26
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	28
2.1 CÍL PRÁCE	28
3 METODIKA	28
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	32
4 VÝSLEDKY	33
4.1 VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKŮ PEDSQL POMOCÍ TABULEK A GRAFŮ	33
4.2 VYHODNOCENÍ DLE RESPONDENTŮ – DĚTÍ POMOCÍ MYŠLENKOVÝCH MAP	43
5 DISKUZE	50
6 ZÁVĚR	54
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	55
8 SEZNAM ZKRATEK	62

Úvod

Předmětem zpracování bakalářské práce jsou zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami. Oči jsou pro člověka jedním z nejdůležitějších smyslových orgánů. Přijímáme jimi až osmdesát procent informací z okolního prostředí. Bohužel je mezi námi mnoho lidí se zrakovou poruchou. Těch s lehčí poruchou si mnozí z nás už ani nevšimají, přesto může mít jejich onemocnění značný dopad na kvalitu jejich života i života celé jejich rodiny. O to větší dopad zrakové poruchy může být pak na kvalitu života dětí, v době kdy si utvářejí své hodnoty a vytyčují své cíle. Právě proto bude hlavním cílem zpracování této práce zjistit kvalitu života dětí s vybranými očními poruchami.

Zjišťování kvality života je poměrně obtížné a diskutované téma, každý z nás má totiž jiné představy a možnosti. Obecně je kvalita života velice subjektivní proces. Při zjišťování kvality života u dětí se zrakovým znevýhodněním však může často docházet i ovlivnění kvality přidruženým onemocněním, školním prostředím a dalšími aspekty.

Práce je rozdělena do dvou základních částí. První je část teoretická, která obsahuje anatomii zrakového ústrojí, rozdělení a popis vybraných vad zraku u dětí, jejich diagnostiku, léčbu, vývoj dítěte se zrakovým postižením, rehabilitaci i používané kompenzační pomůcky. Tato teoretická východiska dále povedou ke zpracování praktické části. Cílem praktické části je představit zvolený cíl a zvolenou výzkumnou otázku, použitou metodiku sběru a vyhodnocování dat, stejně tak i charakteristiku vybraného výzkumného souboru. Zjištěné výsledky jsou diskutovány v kapitole diskuze s dostupnou literaturou a jsou doplněné o mé osobní názory. V kapitole závěr nalezneme shrnutí dosažených výsledků a možnost jejich využití v praxi.

Předpokládám, že získané informace by mohly přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb center pro děti se zrakovou poruchou. Informace by mohly být nápomocné i ostatním podobně znevýhodněným dětem a jejich rodinám, jako motivace. Dále by práce mohla sloužit pro informaci laické veřejnosti

1 Teoretická východiska

Vidění umožňuje rozlišovat světlo, tmou, barvy, tvary, rozměry, polohu, pohyb, trojrozměrnost a hloubku prostoru, proto je vnímání ucelené informace v minimálním časovém intervalu a za působení minimálního úsilí jedince (Ludíková in Bendová, 2015). Úspěšný proces zařazení jedince se zrakovým postižením musí být podpořen využitím reedukačních, kompenzačních a rehabilitačních speciálněpedagogických metod (Hamadová et al., 2007). Odborný pracovník zabývající se prací s lidmi se zrakovým postižením by měl mít přehled o jeho různorodosti, existenci rozličných typů zrakových vad, stupních postižení, jejich možné reedukaci a kompenzaci (Kimplová a Kolaříková, 2014). Zrak je jedním z pěti lidských smyslů přinášející nám 70 – 90 % informací pokud jsou zapojeny tři části tzv. zrakové dráhy: oko, oční nerv a mozkové centrum, ale pokud jakákoliv z těchto částí nefunguje, člověk získává zrakovou informaci nejasnou, neúplnou nebo žádnou (Kochová a Schaeferová, 2015). Zrakové postižení omezuje u postiženého jedince schopnost přijímat vizuální informace, a proto zraková vada ovlivňuje celou osobnost jedince a to v jeho psychickém i fyzickém vývoji (Hamadová et al., 2007). Pro odborníky by mělo být důležité to, jak zrakové postižení ovlivňuje běžný život klienta a jeho rodiny, neboť některé věci zvládá, některé zdolává jen s obtížemi a některé vůbec ne. (Kimplová a Kolaříková, 2014).

1.1 Zrakové ústrojí

Zrakové ústrojí člověka sestává z periferní části, která tvoří oči s pomocnými orgány, pokračuje zraková dráha a konečnou část tvoří zrakové centrum mozkové kůry (Vítková et al., 2003). Vývoj oka souvisí s vývojem nervového systému, který se vyvíjí z neuroektodermy – zevního zárodečného listu (Hornová, 2011). Dítě se nerodí s plně vyvinutým zrakem, vývoj vidění pokračuje až do šesti let věku dítěte (Kochová a Schaeferová, 2015).

1.1.1 Anatomie a fyziologie zrakového ústrojí

Nejdůležitější součástí zrakového orgánu je oční bulbus, který představuje vlastní smyslový orgán pro vnímání obrazové informace (Mokrý in Rozsival et al., 2006). Oko je párový orgán zraku kulovitého tvaru, umístěný v kostěné prohlubni lebky – v pravé a levé očníci (Pitrová in Hamadová et al., 2007). V očníci je oko uloženo měkce na elastickém tukovém polštáři a pomocí zevních očních svalů je zde pevně fixováno, ale do

určité míry se tu může volně pohybovat (Slezáková et al., 2008). Očnice má tvar čtyřboké pyramidy se zaoblenými hranami, jejíž vrchol směřuje nazad k optickému kanálu a mediální stěny obou očnic běží rovnoměrně se sagitální rovinou, zatímco laterální stěny spolu svírají téměř pravý úhel (Mokrý in Rozsíval et al., 2006). Očnice je tvořena sedmi kostmi a vpředu je ohraničená horním a dolním víčkem a vazivovou membránou (Vítek, 2007). Zrakový orgán se skládá z oka, které váží 7,5 g a z očních přídatných orgánů - víčka, řasy, obočí, slzná žláza, odvodný slzný systém a víčkové svaly (Velemínský, 2009). Oko je kulovitěho tvaru o průměru 24 mm, jeho stěna se skládá ze tří vrstev: povrchové – vazivové, střední – cévnaté a vnitřní – nervové (Vítek, 2007). Kromě svalů má oko pevný zrakový nerv, takže ho nelze bez vážného poškození z očnice vyjmout a zepředu je oko chráněno proti působení zevních vlivů víčky, které při mrkání roztírají po povrchu oka pro něj nezbytný zvlhčující slzný film (Slezáková et al., 2008).

Stěna oční koule je tvořena třemi vrstvami: zevní vrstva (tunica fibrosa) – rohovka (cornea), bělimo (sclera), střední vrstva (tunica vasculosa, uvea – živnatka) – duhovka (iris), řasnaté těleso (corpus ciliare), cévnatka (chorioidea) a vnitřní vrstva (tunica nervosa) – sítnice (retina), neuroepitel (Velemínský, 2009). Zevní vrstva očního bulbu je z větší části tvořena bělimou, která obsahuje tuhé kolagenní vazivo, hlavní funkcí je mechanická ochrana, udržuje tvar bulbu a z menší části rohovkou, která má větší zakřivení než bělimo, je průhledná a je součástí lomného prostředí oka (Vítek, 2007). Střední vrstva očního bulbu živnatka vyživuje bulbus, její zadní část cévnatka lemují bělimo a přechází do řasnatého tělíska, kde se živnatka odchlipuje od bělimy jako duhovka (Hamadová et al., 2007). Duhovka je tvořena hladkou svalovinou, její barva je ovlivněna množstvím pigmentu a uprostřed je zornice (pupila), kterou vstupují světelné paprsky do nitra oka (Slezáková et al., 2008). Mezi duhovkou a cévnatkou je řasnaté tělísko trojúhelníkového tvaru a začíná v něm závěsný aparát čočky i akomodačního svalu, který umožňuje změnu optické mohutnosti čočky a produkuje komorový mok (Vítek, 2007). Cévnatka tvoří největší část živnatky, její funkcí je výživa sítnice, vrstvy tyčinek, čípků a vrstvy pigmentového epitelu sítnice (Hornová, 2011). Nejdůležitější pro vnímání světla a vidění je sítnice, která tvoří vnitřní vrstvu oční koule a obsahuje 2 typy zrakových buněk - tyčinky, umožňující vidění černobílé a za šera a čípky, které jsou určeny k vidění za denního světla a k rozlišování barev (Hamadová et al., 2007). Tyčinky obsahují zrakové barvivo rodopsin (Skutilová, 2014). Pro funkci zraku má sítnice dvě významné části: centrálně umístěnou žlutou skvrnu pro nejostřejší vidění

a uvnitř uloženou slepou skvrnu, která je místem absolutní slepoty (Velemínský, 2009). Slepá skvrna je místem o velikosti 1,5 mm a začíná zde zrakový nerv (II. hlavový nerv, nervus opticus) (Vítek, 2007).

Optické prostředí oka je soustava průhledných tkání (rohovka, oční komorová voda, čočka a sklivec), kterými prochází světlo a proniká do oka (Hamadová et al., 2007). Na sítnici dojde k podráždění a vzruch je převeden zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku (Velemínský, 2009). Schopnost lidského oka, zraková ostrost - vizus jasně a ostře vidět i detaily předmětů je nejdokonalejší v místě žluté skvrny sítnice (Vítek, 2007). Další schopností oka je barvocit - vnímání a rozlišování barvy, neboli světla různé vlnové délky žlutou skvrnou (Slezáková et al., 2008). Schopnost oka přizpůsobit se různé intenzitě světla nazýváme adaptace, která je na světlo nebo na tmou (Hamadová et al., 2007). Akomodace je schopnost oka přizpůsobit se vidění na různou vzdálenost a úzce s ní souvisí konvergence, kdy se osy obou očí sbíhají na blízký předmět (Velemínský, 2009). Vrozená spolupráce pohybů obou očí je binokulární vidění, schopnost oka vidět oběma očima pozorovaný předmět jednoduše (Vítek, 2007).

1.2 Vybrané vady zraku u dětí

Podstatný a trvalý pokles zrakových funkcí na úroveň slabozrakosti a slepoty způsobují zrakové vady dětského věku (Hamadová et al., 2007). Zrakovými vadami se označují nedostatky zrakového vnímání různé etiologie i rozsahu a spadají sem onemocnění oka s následným oslabením zrakového vnímání, stavy po úrazech a vrozené či získané anatomicko – fyziologické poruchy (Kimplová a Kolaříková, 2014). Jedinci se zrakovým postižením se rozumí ti, jejichž poškození zraku určitým způsobem ovlivňuje každodenní činnosti v běžném životě, a u nichž optická korekce k vyřešení obtíží nepostačuje (Finková et al., 2012). Zrakové postižení ovlivňuje rozvoj celé osobnosti člověka, zasahuje psychický vývoj a promítá se do oblasti kognitivní, motorické i sociálního vývoje jedince (Finková et al., 2007).

1.2.1 Poruchy binokulárního vidění

Schopnost zrakové soustavy převést samostatné obrazy přicházející z každého oka do jednoho zrakového obrazu, který zpracuje mozek, nazýváme binokulární vidění (Kurtz, 2014).

Poruchy binokulárního vidění tvoří největší zastoupení ve skupině dětí se zrakovým postižením, jsou to funkční vady, které se dělí na šilhavost (strabismus) a tupozrakost (amblyopie) (Hamadová et al., 2007).

V případě strabismu může být postiženo pouze jedno oko nebo se oči ve fixaci a úchylce střídají (Kraus in Bendová et al., 2015). Mazal (2011) uvádí, že šilhání je porucha souhybu obou očí, kterou rozlišujeme na souhybné a nesouhybné šilhání, dále podle směru úchylky může být konvergentní strabismus (oko se uchyluje dovnitř), divergentní strabismus (oko se uchyluje zevně) a vertikální strabismus (oko se uchyluje nahoru nebo dolů). Dále dělíme šilhání podle stability úhlu strabismu na konstantní – zjevné a trvalé šilhání, intermitentní – zjevné jen do dálky nebo jen do blízka a latentní – zjevné pouze při disociaci očí (Odehnal in Rozsival et al., 2006). Šilhání může být stálé, nebo občasné – například dítě zašilhá jen někdy při únavě, horečce, rozčilení a podobně a vedle toho může být oko při ochrnutí okohybného svalu v některém směru zcela nehybné – šilhání paralytické, nejčastěji při nervových onemocnění (Velemínský, 2009).

Amblyopie vzniká trvalým a progredujícím centrálním útlumem šilhajícího oka (Vítek, 2007). Při tupozrakosti (amblyopii) dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze vykorigovat brýlemi (Hamadová et al., 2007). Dle Hycla (2006) je amblyopie většinou jednostranná a postihuje každé 50. dítě. U postiženého oka se jedná o útlum, vyrazení vjemu ve zrakovém centru mozku a nedochází k viditelným organickým změnám oka jako u šilhavosti (Hamadová et al., 2007). Rozeznáváme několik typů tupozrakostí podle příčiny: deprivativní tupozrakost – u dětských katarakt, zákalů rohovky nebo sklivce, anizometropická tupozrakost – při velkém rozdílu refrakce obou očí mozek nespojí různě velké obrázky z obou očí, strabická tupozrakost – je nejčastější a vzniká v důsledku časného strabismu (Mazal, 2011) a kongenitální (vrozená) tupozrakost – u nystagmu, achromatopsie (barvoslepost) a u albinismu (Krásný in Kuchynka et al., 2016). Velemínský (2009) uvádí, že může být tupozrakost i prvotní, kdy například vysoká dalekozrakost či jiné příčiny způsobí na sítnici neostrý obraz a vývin zrakové ostrosti se zastaví, proto velmi záleží na tom, kdy šilhání vzniklo. Amblyopie je nejzávažnější komplikací strabismu, vzniká u dětí do 6. roku věku, může být jednostranná, oboustranná, vrozená nebo získaná a nemusí být vždy spojená se šilháním (Odehnal in Rozsival et al., 2006). Tupozrakost zařazujeme mezi funkční poruchy a současně reparable, protože za aktivní spoluúčasti pacienta a účinných korekčních prostředků a systému speciálních cvičení je možné dosáhnout obnovení zrakové ostrosti do stavu v normě nebo blízkého normě (Čajka, 2007).

1.2.2 Refrakční vady

Základem ostrého vidění je nezbytnost, aby se paprsky dopadající do oka lomily a sbíhaly přesně na sítnici (Mazal, 2011). Emetropie – norma, správný poměr mezi lomivostí optických prostředí a délkou oka (Vítek, 2007). Ametropie – patologie, stav, kdy se paprsky sbíhají mimo sítnici a oko má refrakční vadu (Synek in Rozsival, 2006). Refrakční vady se mohou objevit jako samostatné poruchy nebo jako součást jiných očních chorob, mezi refrakční vady řadíme krátkozrakost, dalekozrakost a astigmatismus (Hamadová et al., 2007).

Myopie – krátkozrakost, je refrakční vadou, kdy paralelní paprsky přicházející do oka se sbíhají v ohnisku před sítnicí (Synek in Rozsival et al., 2006). Toto způsobuje, že výsledný obraz je neostrý, vidí rozmazaně do dálky a je nutná náprava oka rozptylnou čočkou (Vítek, 2007). Myopie bývá rozlišována (dle počtu dioptrií) na myopia levis (lehká) do -4 D, dále na myopia modica (střední) do hodnoty -8 D a na myopia gravis (těžká) od -8 D (Hycl, 2006). Dle Moravcové (2004) je těžká krátkozrakost doprovázena dalšími změnami tkání v oku, příčiny mohou být genetické a u závažných forem vede k výraznému zhoršení zrakové ostrosti, změně zorného pole, v pokročilém stadiu pak k degeneraci sítnice a k jejímu odchlípení (amoce). Je nutné, aby se lidé s myopií gravis vyhýbali riziku odchlípení sítnice, v podobě fyzické námahy nebo při sportu (Hamadová et al., 2007). Myopii korigujeme nejslabšími minusovými skly (rozptylkami), se kterými pacient dosáhne nejlepšího vízu (Hycl, 2006).

Při dalekozrakosti – hypermetropii se obraz vytváří za úrovní sítnice, paprsky se sbíhají za sítnicí jako následek krátkého bulbu (Moravcová, 2004). Dalekozrakost je fyziologicky normální nález po narození, v závislosti na růstu oka se dalekozrakost ztrácí (Synek in Rozsivalet al., 2006). Příčina dalekozrakosti dle Vítka (2007) není známá, jedná se o vrozenou vadu a důležitý vliv dědičnosti. Mazal (2011) rozlišuje dalekozrakost osovou, která bývá maximálně $+6$ dioptrií a dalekozrakost lomivou, která je daleko méně častá, způsobená menší lomivostí dioptrického systému oka. Dalekozrakost dělíme podle výše refrakční vady na lehkou do $+3,0$ dioptrií, střední do $+7,0$ dioptrií, vysokou nad $+7,0$ dioptrií a těžkou hypermetropii od $+10$ dioptrií a více (Kimplová a Kolaříková, 2014). Dalekozrakost vyvolává astenopické potíže (bolesti hlavy v oblasti čela a očí, pocit zamlženého vidění nejprve do blízka, později i do dálky, celkovou únavu, zhoršení nálady, podrážděnost, pálení a slzení očí) (Slezáková et al., 2008). Dle Hycla (2006) jsou

u školních dětí předepisována plusová skla – spojky při vadách vyšších než 3 dioptrie z důvodu plnění školních povinností – čtení, psaní, kreslení.

Astigmatismus je stav, kdy oko nemá ve všech rovinách stejnou optickou mohutnost (Slezáková et al., 2008). Hycl (2006) uvádí, že astigmatismus vzniká v důsledku nepravidelného zakřivení rohovky nebo jako pooperační stav. Výsledkem je, že paprsky vstupující do oka se na sítnici nespojují do bodu, ale do čárky – vzniká neostrý, deformovaný obraz (Velemínský, 2009). Dle Moravcové (2004) na tuto poruchu upozorní astenopické problémy zvláště při dlouhodobé zrakové práci na jednu vzdálenost. Astigmatikům se předepisují cylindrická skla, která lámou paprsky pouze v jedné rovině (Hycl, 2006).

1.2.3 Retinopatie nedonošených

Retinopatie označuje patologické změny sítnice a jejích cév (Kimplová a Kolaříková, 2014). Retinopatie nedonošených je častou příčinou vrozené slepoty dětí, postihující obě oči nestejně intenzivně. (Velemínský, 2009). Objevuje se u nedonošených novorozenců, kteří se narodili v 32. a nižším gestačním týdnu, s porodní váhou menší než 1500 gramů, jsou léčeny kyslíkem pro aspirační nedostatečnost a mají jiné přidružené onemocnění (Vítek, 2007). Retinopatie nedonošených se může rozvinout do pěti stupňů, od lehké slabozrakosti po totální slepotu (Hamadová et al., 2007). Je nutné dlouhodobé sledování rizikových nedonošenců i v pozdějším věku pro častější výskyt krátkozrakosti, strabizmu, katarakty, glaukomu či odchlípení sítnice (Hycl, 2006).

1.2.4 Klasifikace a stupně zrakových vad

Moravcová (2004, in Fidlerová, 2015) uvádí pro účely posudkového lékařství v České republice a také dle kritérií Světové zdravotnické organizace toto dělení:

1. Slabozrakost lehkého až středního stupně při vizu 6/ 18 – 6/ 60
2. Slabozrakost těžkého stupně při vizu 6/ 60 – 3/ 60
3. Těžce slabý zrak při vizu 3/ 60 – 1/ 60
4. Praktická nevidomost při vizu 1/ 60 až světlocit s jistou projekcí světla
5. Úplná nevidomost obou očí při světlocitu s nepřesnou projekcí až naprostá ztráta světlocitu

1.2.5 Příčiny vzniku zrakových vad

Příčinou postižení zraku může být vada nebo porucha zrakového ústrojí v oblasti receptoru, nervových drah nebo zrakového centra v mozku (Slowík, 2007).

Zrakové postižení je zpravidla tím závažnější, čím dříve je patologicky zasažen vývoj oka v embryonálním stadiu (Novohradská, 2009). Dle doby vzniku poškození zraku dělíme na:

- vady vrozené a dědičné
- vady získané (Hamadová et al., 2007).

Vrozené vady vznikají za přispění exogenních vlivů (mechanických, fyzikálních, chemických, poruch výživy a metabolismu matky) vedoucích například k retinopatii nedonošenců a endogenních (dědičných) příčin, které způsobují albinismus, atrofii zrakového nervu, degenerativní onemocnění sítnice, retinoblastom (Novohradská, 2009).

Získané vady mají často původ v celkovém onemocnění jako je diabetes, revmatická onemocnění, anginy, tuberkulóza, roztroušená skleróza a pak také nebezpečí úrazů oka (Hamadová et al., 2007).

1.2.6 Diagnostika zrakových vad u dětí

Pedooftalmologie (dětská oftalmologie) je neoddelitelnou součástí očního lékařství, zabývá se chorobami mající základ již v těhotenství nebo jsou geneticky podmíněné a diagnostikuje závažná onemocnění již u novorozenců (Krásný in Kuchynka et al., 2016). Specializovanou diagnostiku provádí odborní lékaři (oftalmolog, neurolog) a diagnostiku speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb provádí speciální pedagog ve spolupráci s psychologem (Slowík, 2007).

Základní oftalmologickou vyšetřovací metodou je anamnéza (rodinná, osobní), při které lékař získává informace od rodičů zaměřené na průběh těhotenství a porodu, vývoj dítěte, prodělaná onemocnění a na oční vady vyskytující se v rodině (Velemínský, 2009). U dětí školního věku můžeme obtíže s určitou opatrností zaznamenat do anamnézy, ale nelze opominout možnost simulace či disimulace, neboť se dítě snaží na sebe upozornit nebo se naopak vyhýbá léčbě (Krásný in Kuchynka et al., 2016).

Nejčastějšími příznaky, které pacienty k lékaři přivádějí, jsou červené oko, bolesti, poruchy vidění a viditelné změny na oku (Slezáková et al., 2008).

Kvalitní světelný zdroj a zvětšovací optika jako jsou lupové brýle, vyšetřovací lupy či ruční šterbinová lampa jsou vhodné pro vyšetření předního segmentu oka, k ošetření

slzných cest i pomocných orgánů oka včetně spojivky a rohovky (Krásný in Kuchynka et al., 2016).

Oftalmoskop slouží k diagnostice hrubých patologií (krvácení do sítnice) nebo jako zdroj světla k vyšetřování zornicových reakcí (Slezáková et al., 2008).

Další vyšetření nutné k diagnostice je prováděno pomocí přístrojů, které měří nitrooční tlak – oční tonometry, refrakční vady – autorefraktometry a vyšetřují zorné pole – perimetry (Mazal, 2011). Perimetrie u dětí bývá obtížná kvůli únavě, špatné koncentraci a nedostatku porozumění, až od 13 let lze běžně vyšetřit většinu dětí jako dospělé, neboť nejen věk, ale i zralost, výdrž a schopnost koncentrace podmiňují výsledek vyšetření (Skorkovská, 2015). Ultrasonografické vyšetření a počítačová tomografie zobrazují, odhalují a měří patologické procesy v zadních částech oka i v orbitě a u elektrookulografie se jedná o elektrofyzikální metodu, která blíže specifikuje patologické procesy v sítnici (Jirásková in Rozsival et al., 2006).

Mezi další vyšetřovací metody prováděné v ambulancích patří vyšetření zrakové ostrosti (vizus), prováděné pro každé oko samostatně na vzdálenost 4,5 nebo 6 metrů pomocí optotypů, které znázorňují čísla, písmena nebo obrázky (Slezáková et al., 2008). Finková et al., (2007) uvádějí důležitost psychologického vyšetření jako součást celého diagnostického pohledu na dítě se zrakovým postižením, vyšetření by mělo navazovat na diagnózu provedenou oftalmologem, měla by být známa prognóza a anamnéza a následně se provádí metody rozhovoru s rodiči, pozorování u velmi malých dětí a speciální testy (sociální adaptace, orientace v prostředí, reakce na zvukové podněty, porozumění řeči, vývoj slovní zásoby).

1.2.7 Léčba vybraných zrakových vad

Předpokladem pro léčebnou péči je včasná diagnostika oční vady, která je zjištěna pomocí pravidelných prohlídek u dětského lékaře, ten vyšetří nemocné dítě a poté ho odešle k oftalmologovi (Hamadová et al., 2007).

Cílem léčebných přístupů je co nejdříve a co nejúčinněji odstranit patologický proces pomocí efektivní terapie, kterou rozdělujeme např. na místní nebo celkovou, medikamentózní, laserovou nebo chirurgickou, specifickou a nespecifickou, protiinfekční (antibakteriální, antivirová, antifungální) a další (Jirásková in Rozsival et al., 2006).

Léčba je nejintenzivnější při hospitalizaci dítěte na očním oddělení v nemocnici, dále je možné docházení do očních ambulancí, kde děti pleopticko – ortoptický výcvik a další možnosti je zařazení dítěte do mateřské školy pro zrakově postižené nebo speciální třídy při běžných mateřských školách zajišťující péči speciálního pedagoga a ortoptické sestry (Keblová in Novohradská, 2009).

Slowík (2007) uvádí, že léčbu a nápravu zrakových vad provádí lékařská péče a na ni navazuje speciální pedagogika, která vychází při výchově, vzdělávání a rozvoji ze zachovaných nebo znovu získaných schopností osob se zrakovým postižením.

Jedním ze základních principů léčby zrakových vad je odpovídající brýlová korekce, která u dětí se šilháním zlepšuje zrakovou ostrost a úchylku, dále například u amblyopie je zavedena okluze vedoucího oka a pleoptické cvičení a při velké odchylce předepisuje oftalmolog operativní zákrok s následným ortoptickým cvičením (Hamadová et al., 2007). Operací se vyřeší anatomická situace a její změna, proto je nutné pokračovat funkčním cvičením (neoptické nebo ortoptické cvičení) k udržení funkčního stavu (Květoňová-Švecová in Vítková et al., 2003).

Dle Autraty (in Novohradská, 2009) představuje zakrytí vedoucího oka pomocí okluze suverénní léčbu tupozrakosti, zlepšení zrakové ostrosti nezakrytého oka, zmenšení útlumu nezakrytého oka a působí jako prevence anomální retinální korespondence (stav, kdy funkci místa nejostřejšího vidění – makuly např. kvůli strabismu převzala jiná oblast na sítnici).

Pleoptika léčí tupozrakost předepsáním brýlí nebo vyřazením vedoucího oka kapkami – atropinizací (Hamadová et al., 2007). Pleoptickou terapii dělíme na aktivní pleoptiku (hrubá – manipulace s velkými předměty, stavebnice s velkými díly, pohybová – koordinační a lokalizační cvičení: oko – ruka, oko – noha a jemná – manipulace s malými, jemnými předměty, navlékání korálků, výtvarné činnosti) a pasivní pleoptiku pomocí léčebné metody CAM stimulátoru – dítě tupozrakým okem sleduje otáčející se terč Cambellova zrakového stimulátoru s černobílými prvky (Hromádková in Novohradská, 2009).

Operativní zákrok se provádí u více než poloviny dětí s konkomitujícím strabismem s cílem dosáhnout paralelního postavení očí do dálky i do blízka tak, aby bylo umožněno jednoduché binokulární vidění (Hamadová et al., 2007).

Poslední etapou je ortoptika, která následuje po operaci, po odstranění stehů, kdy jsou cvičeny obě oči bez použití okluzoru, k nápravě a výcviku jednoduchého

binokulárního vidění při současném přímém postavení očí (Edelsberger in Novohradská, 2009).

1.3 Zrakové vady a jejich zdravotně sociální dopady

Jedinec se zrakovým postižením nemůže s přesností vnímat všechny vizuální podněty z vnějšího světa, tato dimenze pro něho vůbec neexistuje (Vágnerová, 2008). Závažné zrakové vady vytváří sensorické, informační deprivace, jedinci tvoří heterogenní skupinu a jejich poruchy jsou různě závažné, kvalitativně odlišné, vnikají v různém období a jsou spojeny s rozdílným rizikem vzniku kombinovaného postižení (Vágnerová, 2014). Požár (2000, in Hamadová et al., 2007) uvádí, že je velmi důležitá doba, kdy došlo k zrakovému postižení z hlediska odrazu okolního světa, neboť ztráta zraku před 5. – 7. rokem života způsobí postupné ztrácení zrakových představ oproti osobám, které osleply mezi 5.-7. až 15. rokem, ty si určité zrakové představy uchovávají. Postižení zraku může vést ke změnám sekundárního charakteru, kdy jsou narušeny poznávací schopnosti, je omezena možnost orientace v okolním světě, dále je ovlivněn rozvoj pohybových schopností, obtíže při získávání informací z okolního světa a socializaci (Vágnerová in Novohradská, 2009). Vágnerová (1995, in Hamadová et al., 2007) poukazuje na významnost doby vzniku zrakové vady:

- vrozená vada je velkou zátěží pro psychický vývoj dítěte a ovlivňuje postoje rodičů k dítěti, především matky od nejranějšího věku po celý život,
- později vzniklá vada je větší zátěží pro jedince, působí jako trauma a mění situaci k výrazně horší variantě, pro rodiče je přijatelnější než vrozená, protože neznehodnocuje rodičovský status,
- postupná, pozvolná ztráta zraku způsobuje dlouhodobou, vleklou psychologickou zátěž, kdy její dopad náročné životní situace závisí na postoji jedince, rodiny a okolí.

1.3.1 Vývoj dítěte se zrakovým postižením

Dítě s těžkým zrakovým postižením trpí nižším příivodem podnětů, zkušeností a vizuální informace mohou zcela chybět (Novohradská, 2009). Pro udržení bdělého stavu dítěte jsou důležité zrakové podněty, které dítě stimulují (Vágnerová, 2014). Proto je nutné, aby byl výpadek zraku nahrazen kompenzačními smysly – sluchem, hmatem a kinestetickými pocity (Hamadová et al., 2007).

U jedinců se zrakovým postižením není zlepšená funkce sluchového vnímání vrozená, ale je výsledkem učení a kompenzačního rozvoje a stává se citlivější a diferencovanější aktivním využíváním (Novohradská, 2009). Na nevidomé dítě je nezbytné neustále mluvit, i když v raném věku nedává najevo žádnou odezvu, zraková stimulace ovlivňuje citovou stránku a náladu dítěte se zrakovým postižením (Vágnerová, 2008).

Hmatové vnímání částečně nahrazuje bezprostřední poznávání okolního světa a od zrakového vnímání se liší kvalitativně i kvantitativně, kdy probíhá postupně od částí k celku, je časově náročnější, únavnější a vyžaduje účast psychických procesů – koncentrace pozornosti, paměť a myšlení (Vágnerová, 2014). Je nutné od začátku naučit dítě vnímat pomalu a pozorně, neboť při pomalém pohybu po kůži se vnímání zpřesňuje, dáváme pozor, aby dítě netlačilo, protože silným tlakem na kůži vzniká nepřesný hmatový dojem (Keblová, 1999b in Kimplová a Kolaříková, 2014). Pro hmatové vnímání je důležitý celý povrch těla, lze hmatat například ústy, což je přirozené pro děti, nebo také ploskou nohy, avšak největší význam pro získávání informací hmatem má ruka (Finková, 2011).

Zrakové vnímání a jeho rozvoj u dítěte se zrakovým postižením závisí na učení, tj. na zkušenosti s různými podněty, aby se schopnost rozvíjela je nutné dítě stimulovat a využívat zbylé vidění od raného dětství cíleným tréninkem (Vágnerová, 2008). Zrakové vnímání částečně vidících a slabozrakých je méně přesné, neúplné a deformované zúžením zorného pole (Novohradská, 2009).

Závažné poškození zraku omezuje možnosti vnímání a tím i smyslové zkušenosti dítěte v období fáze rozvoje myšlení a následně zpomalení v intelektovém vývoji (Hamadová et al., 2007). Novohradská (2009) uvádí, že nedostatečná smyslová zkušenost způsobuje u dětí problémy v této oblasti:

- srovnávání a přirovnávání předmětů,
- rozeznávání předmětům stejnými znaky a vlastnostmi,
- zevšeobecňování.

Řeč má pro jedince s těžkým zrakovým postižením větší význam než pro zdravé jedince, protože zde má jednu funkci navíc a to funkci kompenzační - nahrazuje nevidomému informace, které nelze vnímat hmatem - například velké nebo příliš vzdálené předměty (Kochová a Schaeferová, 2015). U nevidomých lze někdy pozorovat narušenou rovnováhu mezi vývojem řeči a odpovídajících představ, která je základem

verbalismu nevidomých (Novohradská, 2009). Děti užívají mnohá slova a pojmy, kterým ne zcela rozumí, mají nepřesný význam nebo je jim obsah nedostupný (Hamadová et al., 2007). Lechta (1985, in Kimplová a Kolaříková, 2014) uvádí čtyři oblasti narušené řeči u těžce zrakově postižených:

- imitace (oblast správné artikulace),
- stimulace (méně podnětů),
- experimentace (prohlížení předmětů neprobíhá přirozeně, dítě čeká, až mu dospělí nějaký podnět přiblíží),
- sociální oblast.

Nevidomé děti mají omezené možnosti navazování neverbální komunikace, obvykle ztichnou, když matka promluví nebo vykonává nějakou činnost v blízkosti, není to nedostatek zájmu, ale projev soustředění (Pihrtová, 1997 in Juklová et al., 2015).

Zraková stimulace aktivizuje pohybový vývoj, proto malé dítě zaujaté určitým objektem zvedá hlavičku, udrží se vsedě, snaží se lézt (Vágnerová, 2014). Aktivizační úroveň u dítěte se zrakovým postižením je snižená a dítě se jeví jako apatické, bez zájmu a s omezenými reakcemi (Vágnerová, 2008). Pohybový vývoj se projevuje obtížemi v rychlé a přesné orientaci v prostředí, při samostatném pohybu se projevuje bojácnost a nízká aktivita prozkoumávat okolí (Novohradská, 2009). Děti s těžkým zrakovým postižením jsou opožděny v celkovém vývoji, jsou hypotonické, mají špatnou koordinaci, chodí nejistě, chodidla jsou extrémně rotována, mají problémy s vytvářením představ o jejich prostředí, jsou nejisté v orientaci a překonávají překážky pod neustálou kontrolou vědomí ve srovnání s vidícími, kteří tak činí automaticky (Hamadová et al., 2007). Pro samostatný život je nutný rozvoj prostorové orientace a nezávislý pohyb včasnou intervencí, kdy je důležitá motivace rodičů, dále pak podpora rané péče a později péče speciálního pedagoga pro jedince se zrakovým postižením (Kimplová a Kolaříková, 2014).

Pešatová (2005) uvádí některé projevy dítěte s těžkým zrakovým postižením:

- nedochází k navázání očního kontaktu mezi dítětem a rodičem, tím může být narušena citová vazba ze strany rodičů,
- rychlé horizontální nebo vertikální pohyby očí (nystagmus)
- nadměrné mrkání,
- časté mnutí nebo tlačení očí,

- pozornost je nápadně krátkodobá,
- při hře je špatná koordinace rukou a očí,
- při pohybu v prostoru dochází k narážení do překážek,
- velká opatrnost v neznámém prostředí,
- klopýtání a nejistá chůze,
- mhouření očí na vzdálenější předměty,
- prohlížení předmětů blízko obličeje.

1.3.2 Sociální dopad zrakového postižení

Závažné zrakové postižení omezuje člověka v získávání potřebné sociální zkušenosti, v učení reagovat vhodným způsobem, dále zrakové postižení ovlivňuje neverbální komunikaci, nelze vždy navázat oční kontakt a lidé se zrakovou vadou nemohou vnímat neverbální signály a mívají potíže v sociálním porozumění (Vágnerová, 2014). Potíže při sociálních situacích jako je vstup do místnosti, zapojení do rozhovoru, hledání kamarádů v kolektivu, nakupování a dalších činností působí na jedince se zrakovým postižením zátěžově a proto patří nácvik sociálních dovedností do popředí speciálněpedagogické péče (Hamadová et al., 2007). Jedinci se zrakovým postižením mají obtíže s orientací v neznámém prostředí, které vedou k posílení závislosti na jiných lidech a důsledkem bývá nízký zájem o samostatnou činnost, inklinování k izolaci ve známém prostředí, kde se jedinec se zrakovým postižením cítí jistěji a bezpečně (Vágnerová, 2008). Rodiče svým přístupem k dítěti s postižením ovlivňují jeho postoj ke své osobě a to jak je přijímáno sociálním okolím a jaké bude jeho postavení ve společnosti (Novohradská, 2009). Vztah s rodiči a jejich výchova jsou pro rozvoj dítěte zásadní, především podpora samostatnosti, která je větší u dětí vyrůstajících se sourozenci, dále zvykání si na jiný druh komunikace, poznávání dalších dospělých, dětí vidících i dětí se zrakovým postižením (Kochová a Schaeferová, 2015).

Ve společnosti se setkáváme s mýty a předsudky ve vztahu k nevidomým, které komplikují postavení osob ve společnosti a vytvářejí zábrany při kontaktu ostatních lidí s nimi (Slowík, 2007). Lidé se zrakovým postižením jsou někdy pokládáni za společensky méněcenné a ve vztahu k nim se vžily určité postoje: lítost, soucit a dobročinnost (Kimplová a Kolaříková, 2014). Postoj zdravých lidí ovlivňuje zřetelná vada spojená s nápadností očí (deformací bulbů) a to se může projevit negativní sociální akceptací (Vágnerová, 2008). Nepřijetí jedince se zrakovou vadou se na straně vidících osob projevuje vyhýbáním těmito lidem, obzvláště toto pociťují osoby se získanou ztrátou

zraku, kdy se jim náhle vyhýbají jejich přátelé, známí, mnohdy i rodinný příslušníci a příbuzní (Kimplová a Kolaříková, 2014). Nepříjemně působí na okolí automaticky (kývání nebo mačkání očí) a nedostatečná kontrola vlastních projevů, lidé se zrakovým postižením si jejich význam neuvědomují (Vágnerová, 2014).

1.3.3 Rodina dítěte se zrakovým postižením

Narození dítěte, zvláště prvního představuje pro rodinu významnou změnu v jejím fungování, tento okamžik je spojován s nadšeným očekáváním, představami o budoucnosti, ale také s obavami zvládnutí rodičovství, avšak všichni rodiče potlačí myšlenky na to, že by s dítětem nemělo být něco v pořádku a tuto variantu vůbec nepřipouští (Kimplová a Kolaříková, 2014). Rodina potřebuje pomoc zejména v období zjištění zrakového postižení, proto jsou užitečné svépomocné aktivity rodičů dětí se zrakovým postižením, jejichž léčebný efekt spočívá v podpoře skupiny, pocitu pochopení, sdílení podobných problémů a poskytování užitečných informací a zkušeností (Vágnerová, 2008). Rodiče reagují při potvrzení diagnózy po porodu nebo při zjištění postižení později, procházejí totiž fázemi přijímání faktu, že se stali rodiči dítěte s postižením (Kochová a Schaeferová, 2015). Průběh a doba těchto fází je dle Vágnerové (2014) individuální a postoj rodičů k postižení jejich dítěte se mění. První fází je šok a popření skutečnosti, že je dítě postižené, je to obranná reakce, která může být ovlivněna způsobem sdělení zprávy o postižení (Vágnerová 2004, in Hamadová et al., 2007). Další fází je fáze bezmocnosti, kdy rodiče nevědí, co by měli dělat, s podobným problémem se dosud nesetkali, ohromuje je bolest, pocit viny a hanba z reakcí jiných lidí (Vágnerová, 2014). Ve třetí fázi dochází k postupné akceptaci a vyrovnávání se s problémem, dochází ke snižování úzkosti, stresu, depresivity, zároveň narůstá přijetí dítěte rodiči a jejich snaha co nejlépe se o dítě postarat, ale nejedná se ještě v této fázi o úplné přizpůsobení, negativní emoce přetrvávají (Kimplová a Kolaříková, 2014). Fáze smlouvání je přechodná, rodiče akceptují jejich dítě s postižením, ale rádi by dosáhli alespoň zlepšení, smyslem smlouvání je získání naděje (Vágnerová, 2014). Postupné smíření rodičů s faktem, že je jejich dítě s postižením je fáze realismu, rodiče přijímají dítě takové jaké je a jsou ochotni je rozvíjet (Hamadová et al., 2007). Tohoto postoje nejsou schopni všichni rodiče, někdy může jít o hyperprotektivní, nekritické, ochranné postoje, které omezují dítě i když by se mohlo naučit víc, rodina mu to nedovolí (Pešatová, 2009).

Role sourozence dítěte s postižením je náročná, postavení v rodině je jiné a odlišné mohou být i postoje a očekávání rodičů (Vágnerová, 2014). Věnují-li se rodiče přespříliš

dítěti s postižením, mohou tímto způsobem u zdravého dítěte rozvinout obranné reakce, kterými na sebe upoutává pozornost rodičů a zapříčiňují u zdravého dítěte pocity vlastní bezvýznamnosti, nízké sebevědomí (Kimplová a Kolaříková, 2014). Opačným extrémem je koncentrace pozornosti a zájmu rodičů na zdravé dítě, které mají svým způsobem kompenzovat nenaplněné sny a zklamané očekávání, které vztahovali na dítě s postižením (Hamadová et al., 2007).

1.4 Rehabilitace osob se zrakovým postižením

Ucelená rehabilitace osob se zrakovým postižením (tyflorehabilitace) je terapeuticko – pedagogická disciplína, která se týká všech věkových skupin jedinců se zrakovým postižením (Růžičková a Vítová, 2014). Rehabilitace je významným prostředkem aktivizace, integrace, emancipace a uplatňuje se při získávání samostatnosti, specifických dovedností, prevenci psychických problémů a patologického vývoje osobnosti (Bendová et al., 2015). Růžičková a Vítová (2014) posuzují rehabilitační cíle dle subjektivního vnímání života:

- udržení dosavadní kvality života,
- obnovení původní kvality života,
- zpomalení snižování kvality života.

O kvalitu života se zajímali již několik set let před naším letopočtem známí řeční filosofové (Rapley, 2003). První literatura ke kvalitě života však vznikla až po polovině 20. století (Sirgy, 2002). Kvalitu života můžeme vnímat jako fyzický i psychický stav jedince, míru jeho svobody a úroveň nezávislosti s okolím, sociálním prostředím i jeho vlastním přesvědčením, či vírou (WHOQOL).

Slowík (2007) uvádí základní cíle, kterými jsou především zlepšování orientace, odstraňování komunikačních bariér a dosažení co nejvyšší míry samostatnosti a nezávislosti osob se zrakovým postižením. Dalšími cíly tohoto procesu jsou dle Pešatové (2005) zachování a popřípadě rozvinutí zrakové funkce, stimulace hmatu a sluchu a započetí s rehabilitací co nejdříve, především u dětí.

Ambulantní intervence, terénní intervence, pobyt, rekondice a soutěž v rehabilitačních dovednostech (orientace a samostatný pohyb, chůze s vodícím psem) jsou formy rehabilitace, které patří mezi nejvíce využívané (Bendová et al., 2015).

Moderní pojetí ucelené rehabilitace v České republice rozvíjeli Pfeiffer s Jesenským, má charakter provázení jedince s postižením celý život a je složena ze čtyř primárních složek, jejichž koordinovanost komplexně řeší životní situace jedince (Růžičková, 2015).

Řehořová (in Rozsival et al., 2006) uvádí čtyři složky rehabilitace osob se zrakovým postižením (low vision rehabilitation):

- zraková rehabilitace,
- sociální rehabilitace,
- pedagogická rehabilitace,
- pracovní rehabilitace.

Zrakovou rehabilitaci provádí zrakový terapeut a jedná se o soubor cvičení, speciálních metod a využívání rehabilitačních kompenzačních pomůcek pro zlepšení zrakové funkce (Řehořová a Moravcová in Kuchynka et al., 2016).

Sociální rehabilitace je dle Jesenského (in Novohradská, 2009) „*proces učení žít s vadou, proces překonávání neschopností v individuálních a společensky významných činnostech, proces prevence i odstraňování defektivit a handicapů. Konečným výsledkem tohoto procesu je akceptace vady, životní pohoda a v nejvyšším stupni také integrace*“.

Sociální rehabilitace v České republice zahrnuje služby pro klienty se zrakovým postižením nad 15 let věku, patří sem odstraňování důsledků defektivity, tj. poruchy sociálních vztahů a obnova praktických schopností a dovedností (návčik samostatného pohybu a orientace v prostoru, sebeobsluha, stolování, hygiena, čtení a psaní slepeckým písmem, návčik používání náhradních smyslů) (Hamadová et al., 2007). Dále je součástí sociální rehabilitace složka ekonomická, legislativní a materiální (výhody, úhrady pomůcek, finanční dávky) pro samostatný život (Jankovský, 2006).

Průcha (in Zíkl, 2011) uvádí pojetí pedagogické rehabilitace, kdy působí na jedince s postižením jak výchovnou, tak vzdělávací formou a kombinuje se přístup osobnostní (vzdělání je součástí socializace jedince) a institucionální (instituce je rozdělená do řady stupňů a druhů). Hlavním cílem rehabilitace v pedagogické oblasti je optimální rozvoj osobnosti jedinců s postižením, čímž je usnadněna jejich sociální, pracovní a kulturní integrace (Jankovský, 2006). Metodou reedukace se zaměří všechny speciálně pedagogické postupy na poškozený zrakový orgán a nadále se rozvíjí a využívají zachovalé vizuální složky především u dětí s poruchami binokulárního vidění, u dětí se zbytky zraku i u dětí nevidomých, mající zachovaný pouze světlocit (Fidlerová, 2015). Podporou dospívajících a mladých dospělých je možnost využívat při studiu na vysoké

škole speciální podpůrné služby, zejména přístupnost výuky, studijních materiálů a dalších služeb (Růžičková a Vítová, 2014).

Pracovní rehabilitace není jen získávání vědomostí, dovedností a návyků, ale především soustavná péče lidem s postižením a jejich možnost uplatnění v pracovní činnosti (Jankovský, 2006). Začlenění člověka s postižením do světa práce zvyšuje jeho sebehodnocení, jeho přijetí ve společnosti a pomáhá překonávat i možné psychické problémy (Šesták in Pfeiffer et al., 2014). Specializované rekvalifikační programy pro jedince se zrakovým postižením lze absolvovat v Rehabilitačním a rekvalifikačním středisku Dědina v Praze (Bendová et al., 2015).

Zikl (2011) uvádí řadu činitelů, na kterých závisí podíl jednotlivých složek rehabilitace u konkrétního jedince s postižením:

- zdravotní a psychický stav jedince,
- věk jedince,
- úroveň rodinné péče,
- využívání podpůrných služeb (raná péče, ústavní péče, sociální služby),
- možnosti v daném regionu,
- odborníci pracující s dítětem.

1.4 Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcky pomáhají lidem se zrakovým postižením zlepšit jejich kvalitu života, proto je důležité vzít v úvahu tři základní činitele pro stanovení vhodné kompenzační pomůcky:

1. povahu a stupeň zrakové vady,
2. potřeby nemocného,
3. tělesnou a psychickou schopnost jedince pomůcku užívat (Moravcová a Řehořová in Kuchynka et al., 2016).

Pro jedince se zrakovým postižením zpřístupňují a poskytují informace, usnadňují integraci do pracovního i společenského života (Bubeníčková in Kimplová a Kolaříková, 2014). Speciální pomůcky zajišťují a usnadňují orientaci v prostoru, samostatný pohyb, schopnost sebeobsluhy, domácí práce a práci se zdroji informací, díky tomu se stává jedinec s postižením samostatnějším a sebevědomějším (Hamadová et al., 2007).

Keblová (1999, in Novohradská, 2009) uvádí dělení kompenzačních pomůcek podle kritérií nebo účelu, pro který je pomůcka vhodná:

- pomůcky pro informatiku a komunikaci (Pichtův psací stroj, PC, šablony, mobilní telefon s hlasovým výstupem)
- pomůcky pro orientaci (bílá hůl, ozvučení semaforů)
- pomůcky pro každodenní život (kuchyňské potřeby, ozvučené hodiny, teploměry, váhy, měřidla)
- nářadí, nástroje a přístroje pro řemeslné práce a výrobní činnosti
- hračky a hry, sportovní potřeby a pomůcky (tandemové kolo, hmatové hry, ozvučený míč)
- pomůcky pro výuku (tabulky na psaní Braillova písma různých velikostí, sešity s výraznými linkami, psací potřeby sesilnější stopou).

1.4.1 Neoptické pomůcky

Úkolem neoptických pomůcek je podpora zrakové výkonnosti, rychlosti a pohodlí při využívání funkčního zraku při každodenních činnostech (Růžičková, 2015). Moravcová (2004, in Novohradská, 2009) uvádí způsob zlepšující zrakovou práci osobám slabozrakým např. úpravou prostředí, přizpůsobením kontrastu jasu a barev materiálů, vytvořením světelných podmínek, použitím různých velikostí písma, a čtecích stojánků a pro osoby nevidomé např. označením dveří štítky v Braillově písmu, vodící linie a madla.

1.4.2 Optické pomůcky

Optické pomůcky zpřístupňují text jedincům, kteří mají potíže s viděním i přes brýlovou korekci prostřednictvím optického systému (Hamadová et al., 2007). Řehořová a Moravcová (in Kuchynka et al., 2016) mezi optické pomůcky řadí:

- hyperkorekci
- lupy
- dalekohledy
- filtry

Nejjednodušší možností zvětšení obrazu do blízka je hyperkorekce, kterou je možné použít pouze u lehkého snížení vizu přidáním maximálně +2,0 dioptrií ke stávající korekci do blízka (Novohradská, 2009).

Lupy zvětšují obraz do blízka ve zvětšení od 1,5 krát do 20 krát, hodnota velikosti odpovídá čtyřnásobnému počtu dioptrií (6 krát zvětšující lupa má optickou mohutnost 24 dioptrií) a jsou vyráběny z plastu nebo ze skla (Řehořová in Rozsival et al., 2006). Moravcová (2004) uvádí několik druhů lup:

- hyperokuláry – výhodou je zasazení do brýlových obrouček a nevýhodou je krátká pracovní vzdálenost
- předsádkové lupy – nasazují se na pacientovy brýle do blízka pomocí úchyty a lze je podle potřeby odklopit ze zorného pole
- ruční lupy s rukojetí – umožňují binokulární vidění, mohou mít přídavné přisvětlení na baterie, výhodou je přenosnost (nákupy, cesty)
- stojánkové lupy – stojánek určuje fixní vzdálenost od textu, mohou být typy s osvětlením i bez.

Dalekohledy se používají především do dálky, v menší míře i do blízka a konstrukčně máme dva základní typy: Galileiho a Keplerův systém (Hamadová et al., 2007). Dalekohledy na základě Galileiho systému (spojka + rozptylka) se používají do dálky nebo do blízka se zvětšením 1,5 krát až 4 krát při binokulárním použití (Růžičková, 2015). Dalekohledy na základě Keplerova systému (spojka + spojka) se vyrábějí ve zvětšení 3 krát až 8 krát, užití je pouze do dálky a jen monokulárně (Řehořová in Rozsival et al., 2006).

Filtrové brýle lze používat pro zvýraznění kontrastu, barvy a detailů, chrání sítnici před zářením a zlepšují rozlišování překážek a nerovnosti terénu (Hamadová et al., 2007)

1.4.3 Elektronické kompenzační pomůcky

Elektronické pomůcky umožňují využívat u slabozrakých zbytkového zrakového potenciálu a u nevidomých využívají pro kompenzaci zraku sluch a hmat (Novohradská, 2009). Růžičková (2015) řadí do skupiny elektronických kompenzačních pomůcek kamerové zvětšovací televizní systémy (kamerové lupy) a optoelektronické systémy (digitální lupy). Kamerová lupa se skládá z monitoru nebo TV obrazovky, je buď svisle umístěna na fixním rameni nebo je kamera ruční, černobílá nebo barevná, jak ve stolním provedení tak přenosná (Řehořová in Rozsival et al., 2006). Základem digitální zvětšovací lupy je výkonný počítač, scanner, reproduktory, klávesnice, myš s podložkou a tiskárna (Moravcová, 2007). Práce s texty je umožněna pomocí speciálního softwaru (programové provedení), který po naskenování textů umožní jejich úpravu: zvětšení,

nastavení řádky, dále má funkci čtení, využití hlasového výstupu pro slabozraké a hmatové podpory pro nevidomé – Braillovský řádek (Novohradská, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé práce, je zjistit vliv očního postižení u dětí na kvalitu života.

2.2 Výzkumná otázka

Jaká je kvalita života dětí s vybranými očními poruchami.

3 Metodika

Pro to, abych mohla dosáhnout správného výsledku, použila jsem dotazníky PedsQL, které jsou nejen pro děti, ale i pro jejich rodiče. Americký dotazník PedsQL – Pediatric Quality of Life Questionnaire je jedním z nejvíce rozšířených dotazníků vytvořených právě pro měření kvality života dětí (Varni, et al., 1999) Zajímala mě tedy nejen otázka jednotlivých dětí, ale i jejich zázemí v rodině a také názor jejich rodičů na stejné otázky, které byly pokládány dětem.

K výzkumnému šetření byly použity dva dotazníky – The Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 a The Pediatric Quality of Life Inventory 2.0. Jejich autorem je James W. Varni z Univerzity v Texasu.

Standardizovaný dotazník PedsQL 4.0 umožňuje číselné zpracování dat, která se týkají fyzické, emocionální a sociální dimenze dotazovaného dítěte. Dotazník má 23 otázek a ty jsou uspořádány do čtyř dimenzí:

- **Tělesné zdraví a aktivity** – 8 otázek, kdy se zjišťují problémy chůze, běhu, sportování, zvedání něčeho těžkého a další...
- **Moje pocity** – 5 otázek, které sledují, zda má dítě pocity strachu, smutku, hněvu, potíže se spánkem nebo obavy z toho, co se mu přihodí.
- **Vycházení s ostatními** – 5 otázek, které jsou zaměřeny na společenskou oblast, vycházení s vrstevníky, zda jsou problémy v kamarádství, zda si z respondentů ostatní děti utahují, zda respondenti zvládají věci, stejně jako ostatní děti jejich věku, zda drží krok při hře s ostatními dětmi.
- **Škola** – 5 otázek, které zjišťují problémy v oblasti udržení pozornosti při vyučování, zapomínání věcí, stíhání školních povinností, nepřítomnost ve škole, protože se necítí dobře, nebo musí k lékaři nebo do nemocnice.

Dotazník PedsQL 4.0 má dvě části, kdy je hodnocena situace za poslední měsíc a druhá část, kdy je hodnocena situace za posledních 7 dnů. Problémy jsou hodnoceny následovně:

0 – není problém **nikdy**,

1 – není problém **téměř nikdy**,

2 – problém je **někdy**,

3 – problém je **často**,

4 – problém je **téměř vždy**.

Dotazník PedsQL 4.0 je dále rozdělen do dvou verzí. Jedna verze je pro děti a druhá verze je rodičovská, která je totožná s verzí dětí. Pro účely této práce byla použita verze pro mladistvé ve věku 13 -18 roků a pro jejich rodiče.

Druhým již zmiňovaným dotazníkem je PedsQL 2.0, který je určen rodičům. Dotazník má také dvě části, kdy je opět hodnocena situace za poslední měsíc a druhá část za posledních 7 dnů. Dotazník má 36 otázek a jsou uspořádány do 8 dimenzí:

- **Fyzické funkce** – 6 otázek, které sledují, zda rodič cítí únavu během dne, únavu ráno při vstávání, únavu na dělání věcí, které má rád, zda má bolest hlavy, zda je fyzicky oslabený, zda má bolest břicha.
- **Citové, emocionální funkce** – 5 otázek, které jsou zaměřeny na to, zda rodič cítí úzkost, smutek, zlost, frustraci a bezmoc.
- **Sociální funkce** – 4 otázky, které jsou zaměřeny na zjištění problémů v oblasti sociálních vztahů, zda se necítí izolován od okolí, zda má podporu ostatních, zda není problém najít si čas pro společenský život, zda je dostatek energie pro společenský život a volnočasové aktivity.
- **Poznávací funkce** – 5 otázek, které jsou zaměřeny na to zda je problém udržet pozornost, zapamatovat si co lidé říkají, myslet rychle, vzpomenout si na co jsem zrovna myslel/a.
- **Komunikace** – 3 otázky, které sledují, zda si rodič myslí, že ostatní nerozumí jeho rodinné situaci, zda je pro něho těžké mluvit o zdravotním stavu dítěte a zda je těžké sdělit lékařům nebo sestřám jak se rodič cítí.

- **Obavy** – 5 otázek, které sledují, zda má rodič obavy, jestli léky jeho dítěte zabírají, zda léky nemají vedlejší účinky, obavy z reakce okolí na zdravotní stav dítěte, zda nemoc dítěte ovlivňuje ostatní členy rodiny a obavy o budoucnost dítěte.
- **Denní aktivity** – 3 otázky, které zjišťují, zda rodinné aktivity berou mnoho času a úsilí, zda je obtížné najít si čas na domácí povinnosti, zda se rodič cítí unavený na dokončení domácích povinností.
- **Rodinné prostředí, vztahy** – 5 otázek, které jsou zaměřeny na zjištění problémů v rodině, zda je nedostatek komunikace mezi členy rodiny, zda jsou konflikty mezi členy rodiny, zda obtížně tvoří rozhodnutí jako celá rodina, zda obtížně řeší problémy dohromady, zda je mezi členy rodiny stres nebo napětí.

Pro vyhodnocení je nutné převést stupnici hodnocení otázek (0 není problém nikdy – 4 problém je téměř vždy) na bodové hodnocení odpovídající „směrnícím“ vyhodnocování dotazníků PedsQL. Za každou otázku lze získat maximálně 100 „bodů“. Tedy má-li dimenze 8 otázek, maximální počet „bodů“ může být 800. Pro to, aby mohl být dotazník vyhodnocen, je zapotřebí mít vyplněno alespoň 50 % otázek ke každé dimenzi. Každá dimenze je hodnocena zvlášť a můžeme porovnat počet „bodů“ dosažený u jednotlivých respondentů s maximálním počtem „bodů“ celkem, v dané dimenzi.

Tabulka č. 1

Tabulka pro vyhodnocení dotazníku PedsQL					
stupnice v dotazníku	0	1	2	3	4
výsledné skóre	100	75	50	25	0

zdroj: vlastní

Pro lepší orientaci, jsem ještě jednotlivé výsledky převedla z „bodového“ hodnocení na procentuální zastoupení, kde lze usuzovat, že čím vyšší procento celkového skóre respondent dosáhl, tím má dle dotazníku PedsQL vyšší kvalitu života.

Pro doplnění celého výzkumu, jsem se rozhodla ještě doplnit výsledky o myšlenkové mapy jednotlivých respondentů, a to především proto, že každý respondent je individuální a přišlo mi velice zajímavé nahlédnout do myšlenek každého z dětí. Myšlenkové mapy

jsou pouze doplňující a měly by pouze dokreslovat výsledky vyhodnocené dotazníkem PedsQL.

Kromě vyhodnocení standardizovaného dotazníku pomocí tabulek a grafů jsem se ještě rozhodla použít, jako přidružené vyhodnocení i tzv. myšlenkové mapy, které jsou vždy zaměřené na jednotlivé dotazované dítě a jsou tvořeny z jeho pohledu, tedy tak, jak dítě vnímá samo sebe, jako osobnost, jak vnímá své pocity, svůj zdravotní stav, využití volného času, sociální vztahy i oblast školní docházky.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Vybraný soubor dětí tvoří celkem 6 osob ve věku 13 – 18 let. Jedná se především o ženy (dívky), ale je zde zastoupen i jeden muž (chlapec). Všechny děti bydlí v Jihočeském kraji a docházejí do obecně prospěšné společnosti Tyflokabinetu v Českých Budějovicích. Tato společnost poskytuje sociální služby zejména osobám se zrakovým postižením. Všechny děti mají zrakové problémy od slabozrakosti až po úplnou nevidomost. Také všichni trpí tímto znevýhodněním již od narození popřípadě od útlého věku. Většina respondentů má i další onemocnění – např. skoliózu, DMO, ADHD, skoliózu aj. Všechny tyto děti jsou žáky či studenty specializovaných škol, tedy jsou zařazeny do kolektivu podobně znevýhodněných dětí. Děti i jejich rodiče s dotazováním ústně souhlasily.

4 Výsledky

4.1 Vyhodnocení výsledků dotazníků PedsQL pomocí tabulek a grafů

Tabulka č. 2 Kvalita života za posledních 7 dnů (PedsQL 4.0)

Kvalita života za posledních 7dnů					
stav z pohledu	tělesné zdraví (800)	emocionální zdraví (500)	sociální funkce (500)	školní činnosti (500)	celkové skóre (2300)
dítěte 1	650	450	500	375	1975
rodiče 1	650	300	450	400	1800
dítěte 2	100	275	275	425	1075
rodiče 2	75	150	325	375	925
dítěte 3	625	425	425	375	1850
rodiče 3	625	475	475	400	1975
dítěte 4	800	375	450	300	1925
rodiče 4	500	375	275	425	1575
dítěte 5	325	225	375	275	1200
rodiče 5	325	225	375	275	1200
dítěte 6	525	275	300	425	1525
rodiče 6	475	275	300	425	1475

zdroj: vlastní

Tabulka č. 2 zahrnuje hodnocení 6 respondentů - děti a 6 respondentů – rodiče. Každý sloupec znázorňuje jednotlivé dimenze dotazníku zaměřeného na kvalitu dítěte za posledních 7 dnů. Tabulka zahrnuje jak odpovědi samotných dětí, tak i odpovědi z pohledu jejich rodičů. Jednotlivé dimenze jsou vždy popsány a číslo v závorkách pod názvem udává maximum, které lze získat v dané dimenzi.

První sloupec tedy vypovídá o tom, že hodnoty uvedené u problémů v oblastech chůze, běhu, sportu, zvedání větších věcí, koupání ve vaně, pomáhání doma, pocitech bolesti a únavy ukazují na vyšší kvalitu života u dětí čtyř dětí ze šesti. Zajímavé jsou také rozdíly mezi odpověďmi dětí a jejich rodičů. Z toho vyplývá, že všichni dotazovaní rodiče předpokládají, že jejich dítě má horší kvalitu života, než uvádí samo dotázané dítě.

Druhý sloupec v tabulce č. 2 zahrnuje dimenzi, která se týkala emocionálního zdraví. Děti v této oblasti poukazují opět na vyšší kvalitu života, než tvrdí o dětech jejich rodiče a to v oblastech strachu, smutku, hněvu a potíží se spánkem. Pouze dotázané dítě 3 udává kvalitu nižší.

Třetí sloupec tabulky č. 2 vypovídá o sociálních funkcích a vztazích s vrstevníky nebo jinými kamarády. Tuto oblast všichni vyhodnotili v součtu za kvalitní, tedy výsledné skóre v dané dimenzi přesahovalo vždy více než polovinu maximálního možného počtu bodů.

Čtvrtý sloupec tabulky č. 2 znázorňuje bodové hodnocení školních činností. Zde devět z dotázaných dětí uvádí kvalitu nižší, nebo stejnou jako hodnotí rodiče. Pouze dotázané dítě 2 hodnotí kvalitu vyšší.

Poslední sloupec tabulky č. 2 uvádí celkové skóre, tedy součet ze všech dimenzí od jednoho respondenta. Pro lepší orientaci si můžeme prohlédnout toto vyjádření v procentech v tabulce č. 3. Pouze dotázané dítě 2 nedosáhlo ani poloviny bodů, lze tedy hodnotit jeho kvalitu života za posledních sedm dnů, jako nižší.

Tabulka č. 3 Kvalita života za posledních 7 dnů v %

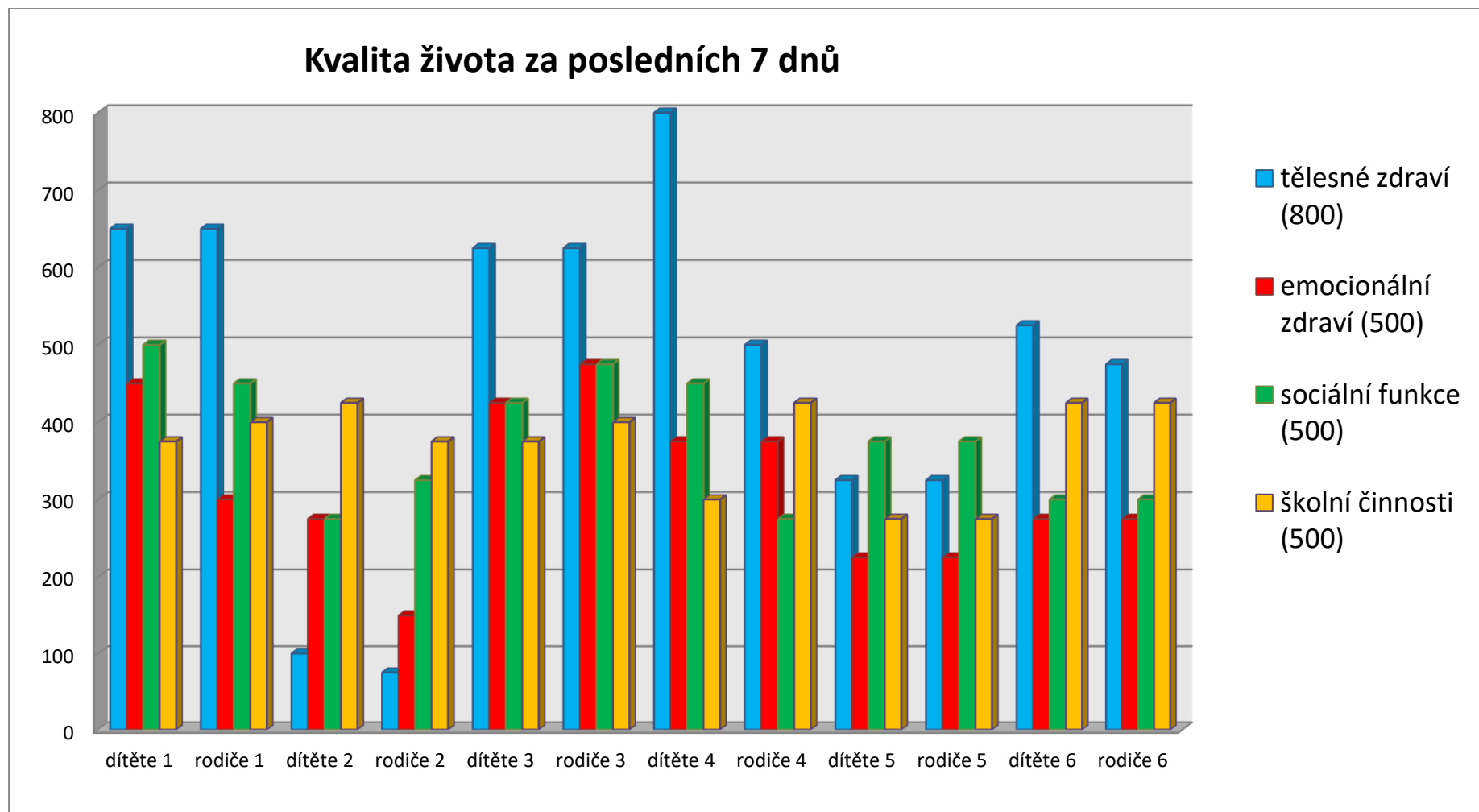
Kvalita života za posledních 7dnů v %					
stav z pohledu	tělesné zdraví	emocionální zdraví	sociální funkce	školní činnosti	celkové skóre
dítěte 1	81%	90%	100%	75%	86%
rodiče 1	81%	60%	90%	80%	78%
dítěte 2	13%	55%	55%	85%	47%
rodiče 2	9%	30%	65%	75%	40%
dítěte 3	78%	85%	85%	75%	80%
rodiče 3	78%	95%	95%	80%	86%
dítěte 4	100%	75%	90%	60%	84%
rodiče 4	63%	75%	55%	85%	68%
dítěte 5	41%	45%	75%	55%	52%
rodiče 5	41%	45%	75%	55%	52%
dítěte 6	66%	55%	60%	85%	66%
rodiče 6	59%	55%	60%	85%	64%

zdroj: vlastní

V tabulce č. 3 nalezneme hodnoty uvedené v procentech. Lze si všimnout, že u většiny dotázaných kromě respondenta 2 a jeho rodičů se pohybují ve škále nad 50 %. U třech respondentů ze šesti se dokonce hodnota pohybuje nad 80 %.

Graficky zpracované do grafu si můžeme prohlédnout vyhodnocení kvality života za posledních sedm dnů v grafu č. 1. Zde jsou i viditelná rozdílná hodnocení rodičů a dětí. Číslo v závorce u popisků dat znázorňuje maximální možné bodové ohodnocení. U hodnoty fyzického zdraví jde o číslo „800“, u ostatních dimenzí se jedná o číslo „500“.

Graf č. 1 Kvalita života za posledních 7 dnů



zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 Kvalita života za poslední měsíc (PedsQL 4.0)

Kvalita života za poslední měsíc					
stav z pohledu	tělesné zdraví (800)	emocionální zdraví (500)	sociální funkce (500)	školní činnosti (500)	celkové skóre (2300)
dítěte 1	650	400	500	300	1850
rodiče 1	675	300	450	325	1750
dítěte 2	75	100	325	375	875
rodiče 2	75	150	275	425	925
dítěte 3	600	375	500	375	1850
rodiče 3	600	475	450	400	1925
dítěte 4	800	325	450	400	1975
rodiče 4	500	375	275	450	1600
dítěte 5	325	225	375	225	1150
rodiče 5	325	225	375	275	1200
dítěte 6	525	275	300	425	1525
rodiče 6	525	275	300	425	1525

zdroj: vlastní

Tabulka č. 4 opět zahrnuje hodnocení 6 respondentů - děti a 6 respondentů – rodiče. Tato tabulka znázorňuje vyhodnocení dotazníků, které se týkaly kvality života dítěte za poslední měsíc. Rozdělení tabulky je stejné jako v tabulce č. 2, tedy každý sloupec znázorňuje jednotlivé dimenze dotazníku. Jednotlivé dimenze jsou vždy popsány a číslo v závorkách pod názvem udává maximum, které lze získat v dané dimenzi. Tato tabulka je však tvořena v jiném časovém horizontu. Jedná se o dotazník, kvality života za poslední měsíc.

V prvním sloupci nalezneme výsledky týkající se tělesného zdraví. Pouze dvě dvojice respondentů (dítě – rodič), se vůči sobě odpovědi rozcházejí. Jinak se zde rodiče s dětmi shodují.

Druhý sloupec v tabulce č. 4 zahrnuje dimenzi, která se zabývá otázkami emocionálního zdraví. Zde tři děti ze šesti uvádějí nižší kvalitu, než jejich rodiče. Respondentka 1 jako jediná uvádí kvalitu vyšší, než její matka a zbylé dvě dvojice respondentů uvádějí kvalitu stejnou.

Třetí sloupec tabulky č. 4 vypovídá o sociálních funkcích a vztazích. V této oblasti odpovídala necelá polovina dětí, tedy dvě ze šesti, shodně s rodiči. Většina dotázaných dětí však poukazovala na vyšší kvalitu, než jejich rodiče.

Čtvrtý sloupec tabulky č. 4 znázorňuje bodové hodnocení školních činností. Zde devět z dotázaných dětí uvádí kvalitu nižší, nebo stejnou jako hodnotí rodiče. Pouze dotázané dítě 2 hodnotí kvalitu vyšší.

Poslední sloupec tabulky č. 2 uvádí celkové skóre, tedy součet ze všech dimenzí od jednoho respondenta.

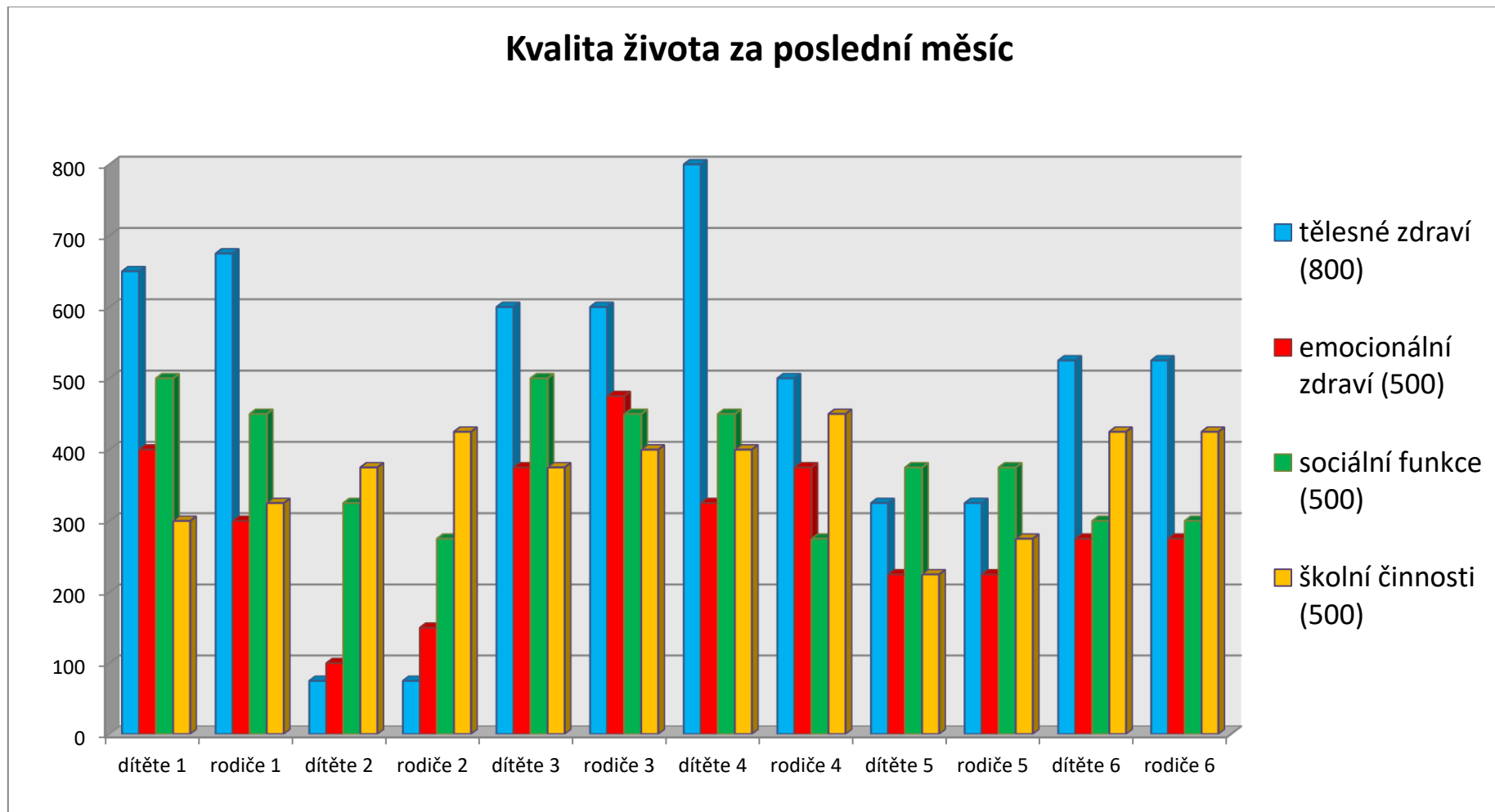
Tabulka č. 5 Kvalita života za poslední měsíc v %

Kvalita života za poslední měsíc v %					
stav z pohledu	tělesné zdraví	emocionální zdraví	sociální funkce	školní činnosti	celkové skóre
dítěte 1	81%	80%	100%	60%	80%
rodiče 1	84%	60%	90%	65%	76%
dítěte 2	9%	20%	65%	75%	38%
rodiče 2	9%	30%	55%	85%	40%
dítěte 3	75%	75%	100%	75%	80%
rodiče 3	75%	95%	90%	80%	84%
dítěte 4	100%	65%	90%	80%	86%
rodiče 4	63%	75%	55%	90%	70%
dítěte 5	41%	45%	75%	45%	50%
rodiče 5	41%	45%	75%	55%	52%
dítěte 6	66%	55%	60%	85%	66%
rodiče 6	66%	55%	60%	85%	66%

zdroj: vlastní

Procentuální vyjádření nalezneme také v tabulce č. 5. Zde si můžeme prohlédnout, že někteří respondenti dokonce v některých dimenzích dosáhli 100% kvality. Například dětský respondent 4 v dimenzi tělesného zdraví, dětský respondent 1 a 3 v dimenzi sociální funkce. Grafické znázornění údajů z tabulky č. 4 nalezneme i v grafu č. 2.

Graf č. 2 Kvalita života za poslední měsíc



zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 Dopad na rodinu za posledních 7 dnů (PedsQL 2.0)

Dopad na rodinu za posledních 7 dnů									
stav z pohledu	fyzické funkce (600)	emocionální funkce (500)	sociální funkce (400)	kognitivní funkce (500)	komunikace (300)	obavy (500)	denní aktivity (300)	rodinné prostředí (500)	celkové skóre (3600)
rodiče 1	425	325	150	350	175	350	125	425	2325
rodiče 2	400	150	250	250	200	150	50	175	1625
rodiče 3	525	475	300	375	250	350	175	500	2950
rodiče 4	450	325	225	350	275	375	275	450	2725
rodiče 5	500	250	400	450	300	375	300	325	2900
rodiče 6	600	425	325	475	300	400	250	500	3275

zdroj: vlastní

Tabulka č. 7 Dopad na rodinu za posledních 7 dnů v %

Dopad na rodinu za posledních 7 dnů v %									
stav z pohledu	tělesné funkce	emocionální funkce	sociální funkce	kognitivní funkce	komunikace	obavy	denní aktivity	rodinné prostředí	celkové skóre
rodiče 1	71%	65%	38%	70%	58%	70%	42%	85%	65%
rodiče 2	67%	30%	63%	50%	67%	30%	17%	35%	45%
rodiče 3	88%	95%	75%	75%	83%	70%	58%	100%	82%
rodiče 4	75%	65%	56%	70%	92%	75%	92%	90%	76%
rodiče 5	83%	50%	100%	90%	100%	75%	100%	65%	81%
rodiče 6	100%	85%	81%	95%	100%	80%	83%	100%	91%

zdroj: vlastní

Tabulka č. 6 zahrnuje hodnocení 6 respondentů – rodičů dětí se zrakovým znevýhodněním z dotazníku zaměřeného na dopady zdravotně znevýhodněného na rodinu za posledních 7 dnů. Rodiče dětí mohou mít někdy kvůli zdraví dítěte zvláštní obavy. Otázky v dotazníku jsou zaměřeny na nejčastější problémové aspekty. Každý sloupec znázorňuje jednotlivé dimenze dotazníku. Jednotlivé dimenze jsou vždy pojmenované a číslo v závorkách pod názvem udává maximum, které lze získat v dané dimenzi.

První sloupec tedy vypovídá o tom, jak odpovídali respondenti na otázky, které jsou uvedené v dimenzi fyzické funkce u problémů například v oblastech únavy a bolestí. Dotázaný rodič 6 odpověděl na nejvyšší možný počet „bodů“. Všichni respondenti pak uvádějí kvalitu na více než 50 %. Vyjádření těchto bodových hodnot nalezneme přepracované do procentuálního vyjádření v následující tabulce, tedy v tabulce č 7.

Druhý sloupec v tabulce č. 6 zahrnuje dimenzi, která se týkala emocionálních funkcí. Dotazy směřovaly na oblasti pocitu smutku, úzkosti, hněvu, aj. pouze rodiče 2, jejichž syn je mimo zrakovou vadu také pohybově znevýhodněný a využívá invalidní vozík, odpověděli poměrně negativně.

Třetí sloupec, se týká oblasti sociálních funkcí. V této oblasti odpovídali všichni až na rodiče 1 pozitivně. Dokonce rodič 5 odpověděl s nejvyšším možným počtem pro kvalitní život.

Další sloupec je zaměřený na oblast kognitivních funkcí. Zde všichni odpovídali pozitivně, tedy nebylo sice dosaženo maximálního počtu „bodů“, ale nikdo neodpověděl na méně než poloviční počet „bodů“.

Pátým sloupcem je oblast komunikace. Zde rodiče 5 a 6 odpověděli na maximální možný počet. Všichni ostatní pak odpověděli také pozitivně. Nikdo nezískal méně než 50 %

Dimenze obavy pak dopadla až na rodiče 2 velmi pozitivně. Obavy se u rodičů samozřejmě objevují, ale u pěti rodičů ze šesti neklesají pod polovinu maximální možné dosažitelné hranice.

Otázky denních aktivit dopadla velice rozdílně. Nejnižší kvalitu uvádí rodič 2 (rodiče chlapce, který má i pohybové znevýhodnění) naopak maximální kvalitu uvádí rodič 5. Ostatní rodiče uváděli kvalitu kolem poloviny.

Poslední dimenze, která se týkala rodinné dimenze, byla zodpovídána rodiči 3 a 6 jako plně kvalitní, naopak rodič 2 odpovídal spíše negativně a jeho odpovědi nepřesáhli ani polovinu možného hodnocení.

Tabulka č. 8 Dopad na rodinu za poslední měsíc (PedsQL 2.0)

Dopad na rodinu za poslední měsíc									
stav z pohledu	tělesné funkce (600)	emocionální funkce (500)	sociální funkce (400)	kognitivní funkce (500)	komunikace (300)	obavy (500)	denní aktivity (300)	rodinné prostředí (500)	celkové skóre (3600)
rodiče 1	550	300	300	350	125	300	275	450	2650
rodiče 2	400	150	250	250	200	150	50	175	1625
rodiče 3	525	475	300	375	250	350	175	500	2950
rodiče 4	450	325	225	350	275	375	275	500	2775
rodiče 5	525	250	400	450	300	375	300	325	2925
rodiče 6	600	425	325	475	300	400	250	500	3275

zdroj: vlastní

Tabulka č. 9 Dopad na rodinu za poslední měsíc v %

Dopad na rodinu za poslední měsíc v %									
stav z pohledu	tělesné funkce	emocionální funkce	sociální funkce	kognitivní funkce	komunikace	obavy	denní aktivity	rodinné prostředí	celkové skóre
rodiče 1	92%	60%	75%	70%	42%	60%	92%	90%	74%
rodiče 2	67%	30%	63%	50%	67%	30%	17%	35%	45%
rodiče 3	88%	95%	75%	75%	83%	70%	58%	100%	82%
rodiče 4	75%	65%	56%	70%	92%	75%	92%	100%	77%
rodiče 5	88%	50%	100%	90%	100%	75%	100%	65%	81%
rodiče 6	100%	85%	81%	95%	100%	80%	83%	100%	91%

zdroj: vlastní

Tabulka č. 8 zahrnuje hodnocení 6 respondentů – rodičů dětí se zrakovým znevýhodněním z dotazníku dopadu na rodinu za poslední měsíc. Každý sloupec znázorňuje jednotlivé okruhy dotazování v dotazníku. Jednotlivé dimenze jsou vždy pojmenované a číslo v závorkách pod názvem udává maximum, které lze získat v dané dimenzi. V tabulce č. 9 nalezneme stejné výsledky, vyjádřené v procentech.

První sloupec tabulky č. 8 i 9 tedy vypovídá o hodnotách, které byly naměřeny v dimenzi fyzické funkce. Rodiče zde odpovídali většinou poměrně kladně, tedy lze hovořit o poměrně vysoké kvalitě, tedy nízkém dopadu ze strany fyzických funkcí. Vyjádření těchto bodových hodnot nalezneme přepracované do procentuálního vyjádření v následující tabulce, tedy v tabulce č. 9, kde si můžeme všimnout, že všichni rodiče udávají kvalitu života vyšší než 65 %.

Druhý sloupec v tabulce č. 8 zahrnuje dimenzi, která se týkala emocionálních funkcí. Zde se odpovědi respondentů výrazně lišily. Nejmenší dopad na rodinu z hlediska emocionálních funkcí vnímá rodič 3 a naopak nejvyšší rodič 2.

Třetí sloupec zahrnuje oblasti sociálních funkcí. V této oblasti odpovídali poměrně pozitivně. Všichni dosáhli alespoň poloviny z maxima. Dokonce rodič 5 odpověděl s nejvyšším možným počtem pro kvalitní život. Tabulka č. 9 znázorňuje, že nejnižší kvalitu v oblasti sociálních funkcí vnímá rodič 2, ale i přesto tato kvalita přesahuje 50 %.

Další sloupec je zaměřený na oblast kognitivních funkcí. Zde pět rodičů ze šesti odpovědělo velmi pozitivně, tedy výsledky se pohybovali mezi 70 % - 95 % (viz také tabulka č. 9), Pouze rodič 2 odpovídá na 50 % kvality kognitivních funkcí.

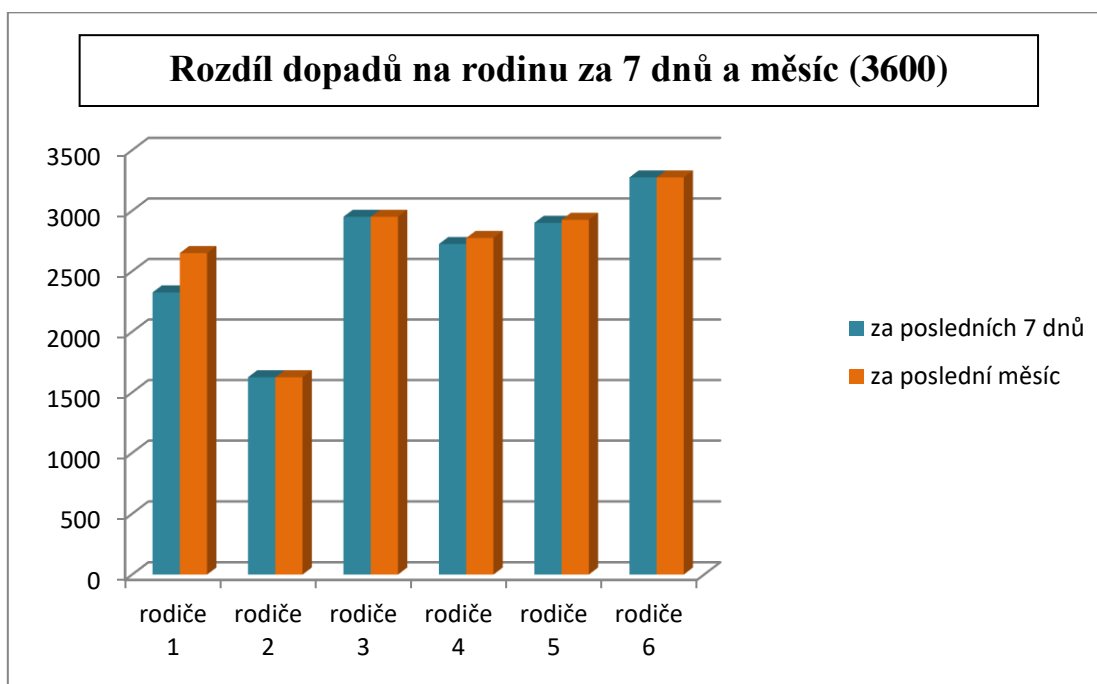
Pátým sloupcem je oblast komunikace. Zde rodiče 5 a 6 odpověděli na maximální možný počet. Pouze rodiče 1 odpověděli na méně než 50 % (viz také tabulka č. 9).

Dimenze obavy pak dopadla až na rodiče 2 velmi pozitivně. Obavy se u rodičů samozřejmě objevují, ale u pěti rodičů ze šesti neklesají pod polovinu maximální možné dosažitelné hranice. Pouze rodiče 2 vnímají větší obavy, a tedy vyhodnocení dotazníku v této oblasti ukázalo pouze 30 %.

Otázky denních aktivit dopadla velice rozdílně. Nejnižší kvalitu uvádí rodič 2 (17 %), naopak maximální kvalitu uvádí rodič 5. Rodiče 1, 4 a 6 uvádějí také vysokou a rodič 3 uvádí nad 50 %.

Poslední dimenze, která se týkala rodinné dimenze, byla zodpovídána rodiči 3, 4 a 6 jako plně kvalitní, naopak rodič 2 odpovídal spíše negativně a jeho odpovědi nepřesáhli ani polovinu možného hodnocení.

Graf č. 3 Rozdíl dopadů na rodinu za 7 dnů a měsíc



Zdroj: vlastní

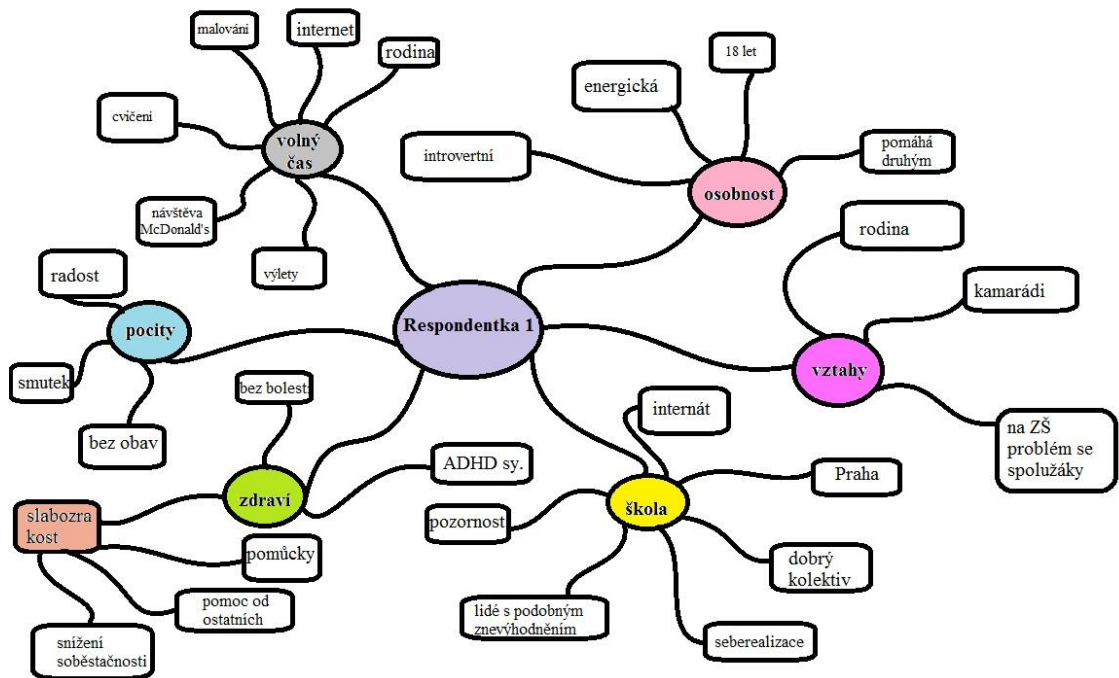
Graf č. 3 znázorňuje rozdíly dopadů na rodinu za posledních 7 dnů a v průběhu posledního měsíce. Shodně odpověděli rodiče 3 a 6, kteří uvádějí i poměrně vysokou kvalitu, tedy malý dopad na rodinu. Naopak nejvyšší dopad na rodinu uvádí rodiče 2, kteří se ve svých výpovědích za posledních 7 dnů i za poslední měsíc, také shodují.

4.2 Vyhodnocení dle respondentů – děti pomocí myšlenkových map

Na následujících stranách (str. 49 – 54) nalezneme zhotovených speciálních diagramů tzv. myšlenkových map pro každého z dětských respondentů (Buzan a Harrison, 2007). Vždy se jedná o zaměření na její/jeho konkrétní pocity, koníčky, vztahy, zdraví, školu a vnímání sebe samého. Z myšlenkových map jsou patrné, vzájemné návaznosti jednotlivých aspektů.

Všichni dotazovaní jsou také klienti Tyflokabinetu České Budějovice o.p.s.

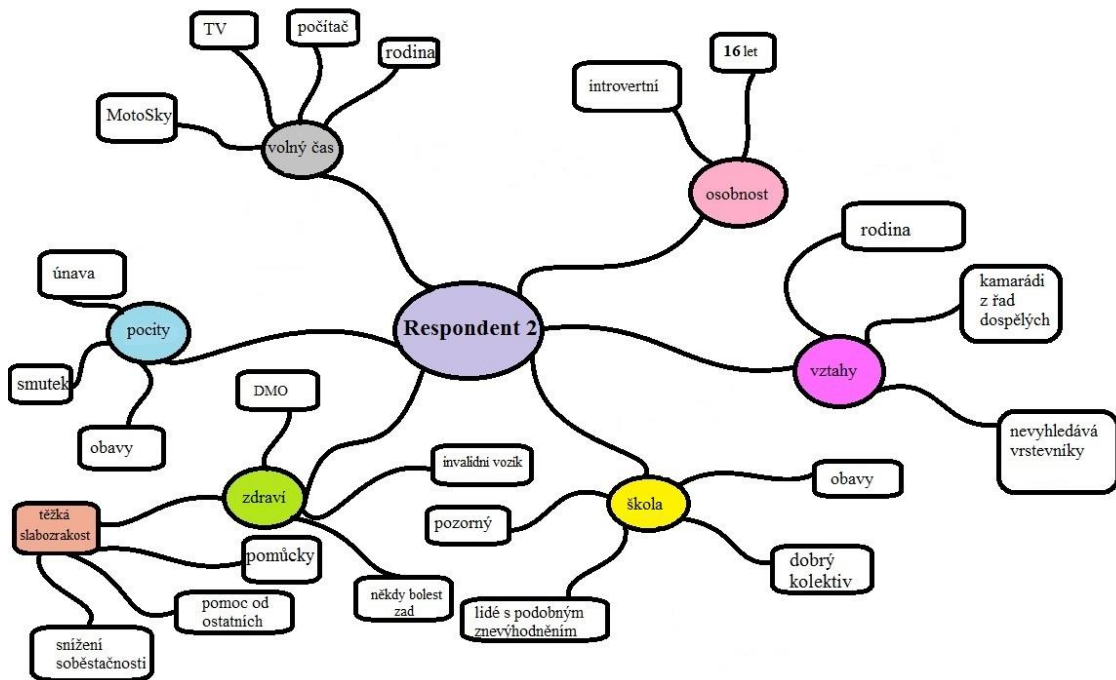
Myšlenková mapa respondentky č. 1



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě respondentky č. 1 jsem zjistila, že respondentka 1 má nyní dobrý vztah se spolužáky, ale na základní škole tomu tak nebylo, nyní při střední škole bydlí přes školní týden na internátu v Praze a má ve škole dobrý pocit, že se může realizovat. Ráda pomáhá druhým, je energická a aktuálně nevnímá žádné obavy. Kromě slabozrakosti, ke které využívá různé kompenzační pomůcky a pomoci ostatních, má ještě syndrom ADHD a je zcela bez bolesti.

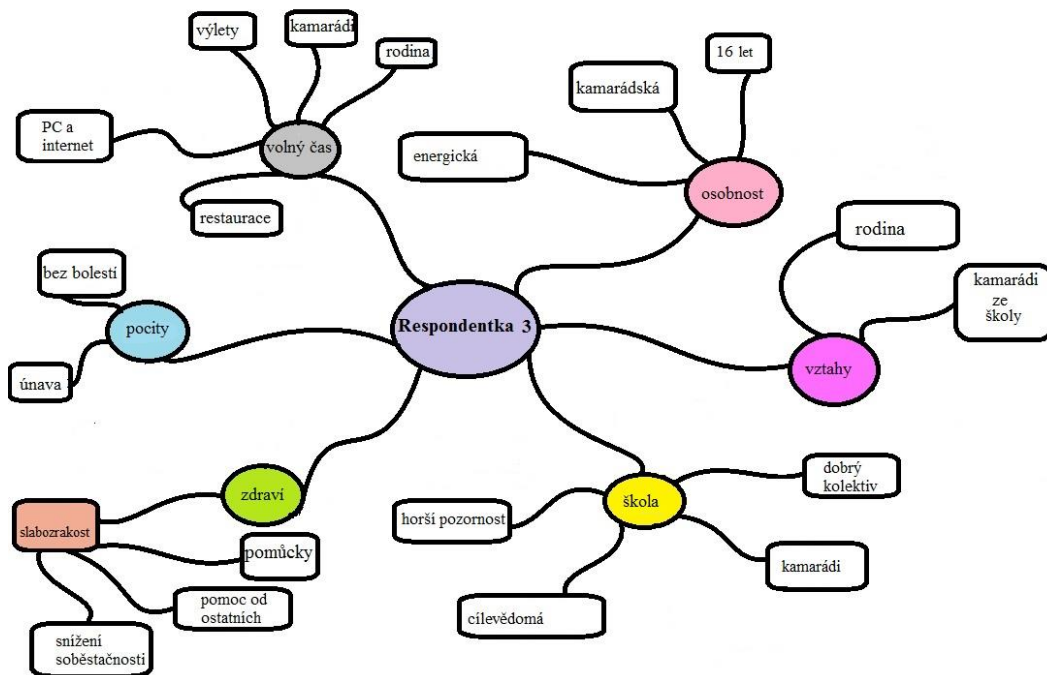
Myšlenková mapa respondenta č. 2



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě respondenta č. 2 jsem zjistila, že respondent 2 má nyní dobrý kolektiv ve škole, ale má obavy, aby zvládl probíranou látku. Jeho přátelé jsou většinou z řad dospělých, nebo starších dětí, přesto, že je mu pouze 16 let, tak vrstevníky moc nevyhledává. Cítí se unavený a má obavy o budoucnost, dokonce někdy bývá smutný. Jeho zdravotní stav je kromě zrakové poruchy rozšířen ještě o DMO a problémy s pohybovým aparátem. Je spíše introvertní a volný čas tráví především s rodinou.

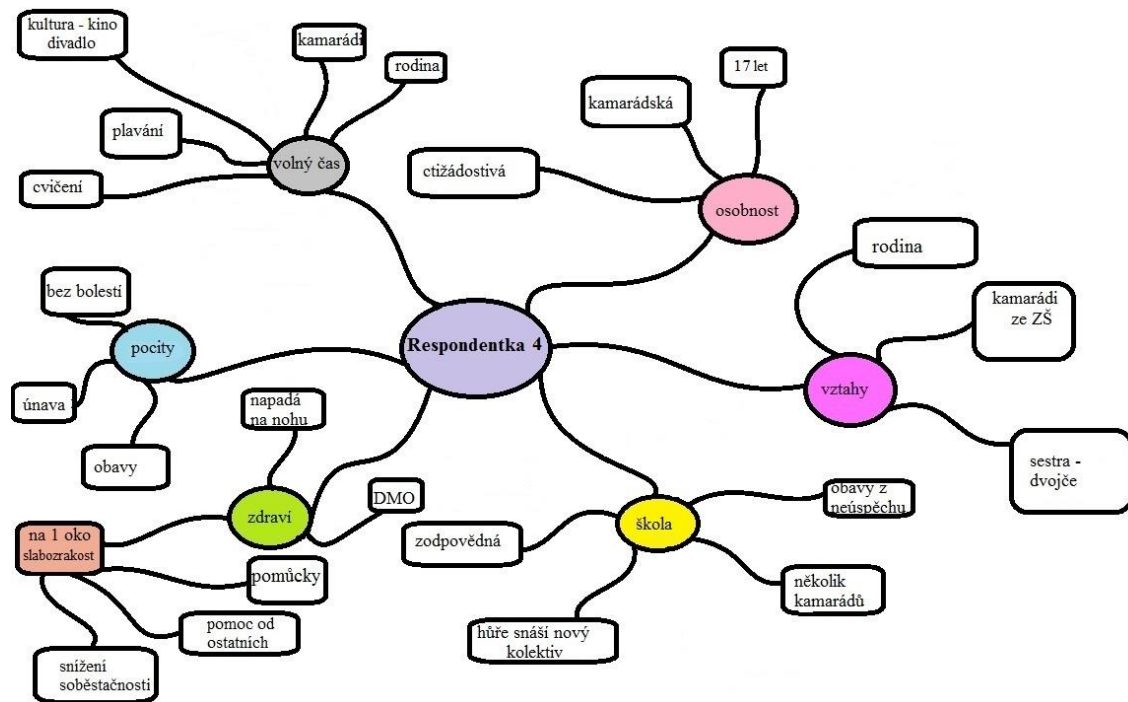
Myšlenková mapa respondentky č. 3



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě respondentky č. 3 jsem zjistila, že respondentka 3 má dobrý vztah se spolužáky, ve škole má kamarády a je cílevědomá. Trpí slabozrakostí, na kterou využívá různé kompenzační pomůcky i pomoci ostatních. Netrápí ji bolesti, pouze je někdy unavená. Je energická a kamarádská. Volný čas tráví u počítače, výlety s rodinou nebo kamarády.

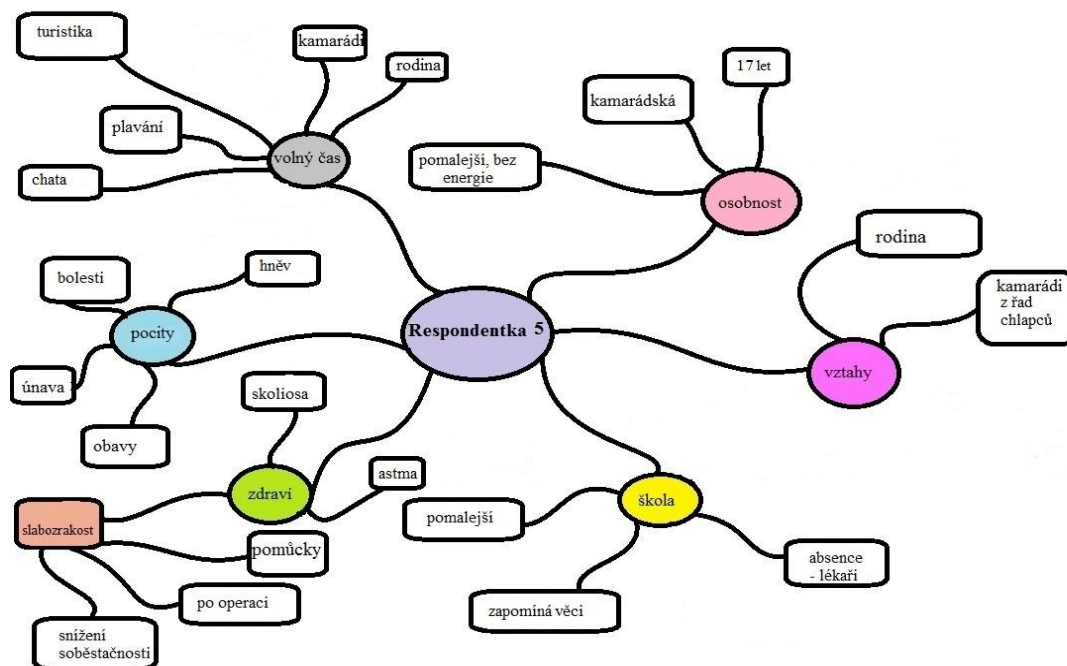
Myšlenková mapa respondentky č. 4



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě č. 4 jsem zjistila, že respondentka 4 hůře snáší nový kolektiv, ve škole má několik kamarádů, také má obavy z neúspěchu. Má sestru, se kterou si rozumí, jinak se ráda vídá s kamarádkami a kamarády ze základní školy. Ráda cvičí, chodí plavat a ráda zajde i do kina. Je slabozraká na jedno oko, využívá pomoci ostatních i kompenzačních pomůcek. Mimo zrakových problémů má i DMO a napadá na jednu dolní končetinu, je bez bolestí, ale někdy se cítí unavená.

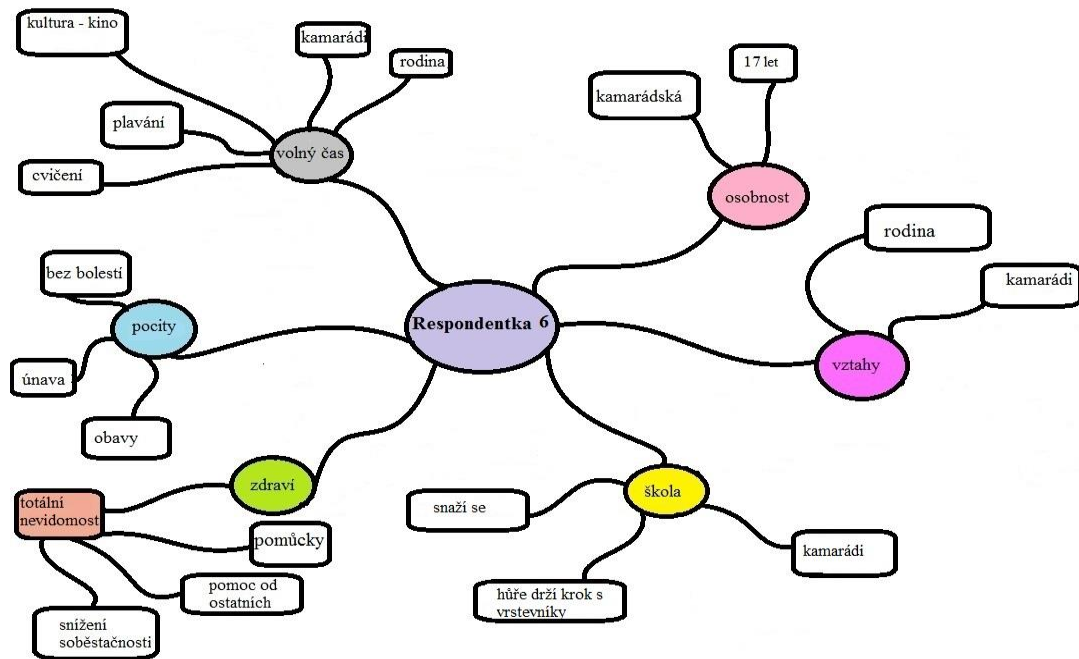
Myšlenková mapa respondentky č. 5



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě č. 5 jsem zjistila, že respondentka 5 má kamarády zejména z řad chlapců. Je spíše pomalejší, ale velmi kamarádská. Ráda tráví čas s rodiči na chatě, ráda plave a dělá turistiku. Je slabozraká, využívá kompenzační pomůcky, dále má ještě astma a skoliosu. V souvislosti se skoliosou vnímá někdy bolest zad, někdy cítí hněv, strach i únavu. Ve škole je pomalejší a někdy zapomíná úkoly a pomůcky do školy.

Myšlenková mapa respondentky č. 6



zdroj: vlastní

Díky myšlenkové mapě č. 6 jsem zjistila, že respondentka 6 má ve škole, kde ale hůře „drží krok“ s probíranou látkou, ale snaží se. Je zcela nevidomá, využívá kompenzační pomůcky a pomoc od ostatních. Necítí žádné bolesti, pouze občasnou únavu a někdy obavy, z toho, co bude dál. Je kamarádká, ráda plave, cvičí, dokonce i chodí do kina na speciální promítání pro nevidomé. Svůj volný čas tráví i s rodinou a navštěvuje se s několika kamarádkami.

5 Diskuze

Cílem mé práce, bylo zaměřit se na kvalitu života dětí se zrakovou vadou ve věku 13 – 18 roků. Pomocí výsledků zjištěných dotazníkem PedsQL 4.0 aplikované u šesti dětí se zrakovou vadou a pomocí dotazníku PedsQL 2.0 pro jejich rodiče dle autora dotazníku Varniho. K teoretickému zorientování se v problematice kvality života dětí se zrakovou vadou jsem využila poznatky prostudováním literatury na toto téma.

Výzkum jsem prováděla s respondenty a jejich rodiči pomocí dotazníku formou rozhovoru. Respondenti i jejich rodiče odpovídali na otázky týkající se posledních sedmi dnů a následně za uplynulý měsíc. Je známo, že pokud se narodí „postižené dítě“, je to pro rodiče šok a mění určitým způsobem pocit radosti a štěstí (Richman a Eliason, 1993).

Výzkum prokázal, že rodiče hodnotili kvalitu života v dimenzi tělesné zdraví u poloviny respondentů stejně a druhé poloviny hůře. V dimenzi emocionálního zdraví opět u poloviny respondentů stejně, u dvou hůře a jeden rodič vidí situaci lépe než jeho dítě. V dimenzi sociálních funkcí jsou výsledky dvakrát shodné, dvakrát vidí situaci rodiče hůře a dvakrát vidí situaci lépe než jejich dítě. V oblasti školní činnosti hodnotí tuto dimenzi rodiče ve většině případů lépe, než odpovídaly jejich děti. Tyto uváděné výsledky vychází z dotazníku Kvalita života za posledních sedm dnů. Porovnáme-li tyto výsledky s výsledky za uplynulý měsíc, zjistíme, že hodnocení je v delším časovém horizontu ze strany rodičů optimističtější. Pravděpodobně je toto způsobeno i věkovým rozpětím dětí. V tomto věku (13 – 18 let) se mnoho věcí mění každým dnem a čím více dítě dospívá, tím menší obavy rodiče mohou mít. Především oblast Školních činností je ze strany rodičů lépe hodnocena. V oblasti Sociálních funkcí jsou výsledky ze strany dětí kladnější než výsledky rodičů. Dimenze Emocionálního zdraví za uplynulý měsíc dopadla v hodnocení rovněž ve prospěch rodičů a u dimenze Tělesného zdraví jsou výsledky vyrovnané. Z této první části provedené jak u rodičů, tak u dospívajících dětí pomocí dotazníku PedsQL 4.0 je patrné, že vnímaná kvalita života dětí se zrakovou vadou se jeví v některých zkoumaných dimenzích z pohledu rodiče odlišně, než z pohledu dítěte. Dle mého názoru, tyto výsledky částečně dokazují, že někteří rodiče pravděpodobně nevědí, co se v dospívajícím dítěti odehrává, co prožívá, jak se cítí nebo co ho trápí. Ne vždy se děti v tomto věku rodičům se svými problémy svěřují. Často konfliktní vztah dospívajících s rodiči a jejich rebelování může zastírat pravdivé vnímání duševního stavu dětí. Dle

Vágnerové (2007) se dítě s postižením může cítit méněcenné, nejisté, zjišťuje kdo je a jaké je, hledá svou roli mezi lidmi. Zastávám názor, že v tomto ohledu je velice zásadní i rozvíjení mimo rodinných vztahů. Myšlenkové mapy ukázaly, že děti tráví volný čas i se s kamarády a stejně tak mají většinou dobrý kolektiv ve škole. Pokud pak mají děti kamarády, často se stává, že se v tomto období častěji obrací právě na své spolužáky nebo sourozence, především u dospívajících dívek bývá blízký vztah mezi kamarádkami, kde se navzájem svěřují se svými problémy a pocity (Macek, 2003). Nutno dodat, že člověka neutváří pouze rodina, ale veškeré prostředí ve kterém se pohybuje, tedy pro děti ve věku 13 – 18 let i škola, kamarádi, lidé, které potkávají na ulici. Je třeba podotknout, že také rodiče měly obavy o budoucnost svého dítěte. Myšlenkové mapy dokazují, že děti cítí obavy z budoucnosti, či neúspěchu, ale dotazníky ukázaly, že obavy nejsou tak časté, jako u rodičů. Toto mi přijde jako přínosné, protože je třeba, aby děti neměly přehnaný strach dříve než daná situace nastane, ale učili se všem nadcházejícím situacím čelit postupně.

Mladí lidé se zrakovým postižením touží po začlenění mezi ostatní vrstevníky pomocí sportu a volnočasových aktivit nebo módy a oblékání, ti kteří zanedbávají svůj vzhled a oblečení se mohou potýkat s výraznějším odmítavým přístupem v kolektivu vrstevníků (Hamadová et al., 2007). Jedinec v průběhu dospívání hodnotí svůj život jako nepříznivou situaci, utíká do světa fantazie a snaží se s tímto vyrovnat, případně situaci eliminovat (Vágnerová et al., 2004). Právě proto si myslím, že je dobré, aby byly zrakově znevýhodněné děti začleňované i do prostředí podobně znevýhodněných dětí. Právě to jim může pomoci překonat obavy ze začlenění v kolektivu zdravých dětí. Zároveň také samy vidí, že i jiné znevýhodněné děti řeší podobné problémy a také mohou vést plnohodnotný život.

Dětem se zrakovým postižením i jejich rodičům určitě napomáhá zvládat všechny problémy se studiem specializovaná odborná péče, která je součástí výchovně vzdělávacího systému speciálních škol pro zrakově postižené, neboť rodiče se mohou rozhodnout o tom, zda začlenění své dítě do speciální školy nebo do běžné školy v místě bydliště (Kimplová a Kolaříková, 2014). Pro rodiče bývá důležitým hlediskem přijetí zrakové vady jimi samotnými a prostředím, ve kterém žijí, umístění dítěte do speciální školy mohou vnímat jako znásobení stigmatizace svého dítěte a celé rodiny (Vágnerová, 2001). Středoškolské studium přináší mladému člověku řadu potíží, protože osobnost jedince prochází v tomto období řadou změn v závislosti na osobnostních

předpokladech, rodině, prostředí školy a možném prostředí internátním (Hamadová, et al., 2007). Jedná se o období, kdy se jedinec připravuje na budoucí povolání a potřebuje pocit otevřené budoucnosti, seberealizaci, dále potřebuje najít určitou jistotu pro následný průběh svého života, řešit sociální i finanční záležitosti, což napomáhá zlepšovat vnímání kvality života (Vágnerová et al., 2004). Děti se zrakovým postižením jsou výrazně omezeni výběrem povolání, mívají nereálné představy o svých možnostech, zvláště děti ze speciálních škol, kteří nebyly porovnávány s výkony vrstevníků bez postižení svůj neúspěch plně svalují na své postižení, což může vést až k deprivaci jedince s postižením (Vágnerová, 1995). Vtažení studenta a rodičů do přípravného procesu na povolání zmírňují odborníci ochranné tendence rodičů a společně s nimi se zaměřit na začlenění jejich dítěte do společnosti (Röderová, 2016). Čtyři děti ze šesti uvádí, že nikdy nemají problém s komunikací s kamarády, jeden uvádí, že téměř nikdy a pouze jeden, že někdy. Tento výsledek může být také ovlivněn tím, že všichni dotazovaní navštěvují centrum, kde se setkávají s podobně znevýhodněnými dětmi. Na otázky ohledně problematiky školy, byly odpovědi různorodé, ale opět čtyři dotazovaní ze šesti se shodují, že jim nikdy nedělá problém zvládat své povinnosti. Pouze jedna z dotazovaných uvádí, že má problém se zvládáním školních povinností někdy.

Příprava na povolání by měla být ve vzdělávání studentů se speciálními potřebami po celé období docházky předškolního zařízení, základní, střední, popřípadě i vysoké školy a měla by být zakončena úspěšným začleněním samostatného jedince s postižením do společnosti a jeho uplatněním v pracovní oblasti (Röderová, 2016).

Druhá část výzkumu byla zaměřena na Kvalitu života rodiny dítěte se zrakovým postižením. Výzkum byl proveden dotazníkem PedsQL 2.0 opět formou rozhovoru s rodičem dítěte. Zkoumané otázky byly zaměřeny na zdravotně sociální dopady na rodinu s dítětem se zrakovou vadou.

Rodina je místem primární socializace dítěte a jejím hlavním cílem je snaha uspokojovat potřeby svých příslušníků a dosáhnout co nejvyšší možné úrovně kvality života, proto je potřeba, aby rodina byla funkční (Michalík, 2013).

Rodinné prostředí poskytuje bezpečí a jistoty a má stimulovat dítě k optimálnímu rozvoji celé osobnosti (Michalík, 2013).

Rodiče očekávají dítě, které naplní jejich vztah a touhy a plánují mu skvělou budoucnost, ale pokud se rodičům narodí dítě s postižením, objevují se hned na samém počátku obrovské problémy, které se zdají být neřešitelné (Jankovský, 2006).

Jestliže se do rodiny narodí dítě s postižením, je to pro ni velkou zátěží (Hamadová, et al., 2007). Příchod takového dítěte do rodiny zasáhne všechny oblasti života rodiny. Před rodinou stojí celá řada otázek a proměn, na něž nebyla připravena (Schmitt et al., 2014).

Rodinné prostředí poskytuje bezpečí a jistoty a má stimulovat dítě k optimálnímu rozvoji celé osobnosti (Michalík, 2013).

Rodiče očekávají dítě, které naplní jejich vztah a touhy a plánují mu skvělou budoucnost, ale pokud se rodičům narodí dítě s postižením, objevují se hned na samém počátku obrovské problémy, které se zdají být neřešitelné (Jankovský, 2006).

Každý člen rodiny prožívá takovou situaci svým způsobem, někteří tuto situaci neunesou. Ze šesti zkoumaných rodin, byly dvě rodiny neúplné, otec dítěte od rodiny odešel. Nelze však podložit, z jakých důvodů otec rodinu opustil. Dle mého názoru však pro matku může být tato situace méně pohodlná a může s sebou přinášet více stresu.

Výsledky šetření s rodiči ukázaly, že největší dopady jsou v oblasti denních aktivit a běžných společenských aktivit. Tyto výsledky potvrzuje Michalík (2013) a zmiňuje, že zdravotní postižení pro jedince i další členy rodiny výrazně omezuje plnohodnotnou účast na společenských aktivitách. Prokázalo se, že hodnoty za sedm dnů a následně za měsíc jsou téměř shodné. Myslím si, že je tento výsledek daný tím, že oslovení jsou již navyklí na určitý řád, který se děje již několik let a tudíž rozmezí jednoho měsíce je poměrně krátká doba pro změnu. Uspořádáme-li dopady na rodinu sestupně, následují výsledky z oblasti Komunikace a oblasti Sociálních funkcí, které také ukazují na větší problémy v rodině. Šetřením se zjistilo, že v dalších dimenzích: Emocionální zdraví, Obavy o zdravotním stavu dítěte a Rodinné prostředí jsou výsledky dopadů na rodinu nižší. V nejmenší míře se dopady na rodinu jeví v oblasti Tělesného zdraví.

6 Závěr

Předmětem zpracování bakalářské práce byly zdravotně sociální dopady dětí s vybranými očními poruchami. Cílem práce bylo zjistit kvalitu života dětí s vybranými očními poruchami. Výzkum probíhal u šesti dětí s různým zrakovým omezením, ale dotazník byl také zaměřen na stejné otázky z pohledu jejich rodičů a dále byl zkoumán dopad na rodinu znevýhodněného dítěte. Dotazování probíhalo pomocí dotazníku PedsQL 4.0 a 2.0. Vyhodnocování výsledků proběhlo pomocí tabulek a grafů a doplněno bylo o myšlenkové mapy.

Bylo zjištěno, že pět ze šesti dětí jsou se svým životem poměrně spokojeni, tedy dosáhli více než poloviny maximálního počtu bodů a stejně tak velice podobně to hodnotili jejich rodiče. V některých otázkách kvality života dítěte rodiče hodnotili nižší kvalitu, než hodnotily samy děti. Nejnižší kvalitu života uváděl chlapec označen jako „dítě 2“, podobně negativně odpovídali i jeho rodiče. Tento chlapec však trpí i závažným pohybovým onemocněním. Výsledky ukázaly velkou individualitu v jednotlivých oblastech dotazování. Stejně tak i dopady na rodiny znevýhodněných dětí jsou velice rozdílné. Lze říci, že většina dětí se poměrně dobře začleňuje do kolektivu svých vrstevníků, i toto tvrzení je však závislé například i na vlastnostech dítěte.

Tato práce se tedy věnovala kvalitě života zrakově znevýhodněných dětí. Výsledky šetření také poukazují na časté obavy dětí ze své budoucnosti a stejné obavy i z řad jejich rodičů. Právě sem bych chtěla směřovat svůj návrh, tedy aby v centrech pro takto znevýhodněné děti a jejich rodiče bylo více diskutováno téma budoucnosti, možnosti zaměstnání, založení rodiny, či dalšího života, tak, aby znevýhodnění nebyli vystaveni zbytečné nejistotě.

Myšlenkové mapy pak poukázaly na různé aspekty, které působí na dotazované děti. Většina dětí tráví svůj volný čas často s rodiči, ve škole jsou spokojeny, také vnímají určité obavy a to především z toho, co bude následovat v souvislosti s jejich zdravotním stavem.

Tuto práci bych také ráda věnovala všem, kteří se jakýmkoli způsobem podílejí na péči o takovéto děti, nebo spolupracují s jejich rodiči.

V závěru bych ještě jednou ráda zdůraznila, že většina z dětí měla i další přidružená onemocnění, které mohli výrazně ovlivnit jeho vnímanou kvalitu života.

7 Seznam použité literatury

- (1) AUTRATA, R., 2009. Metody používané u dětí se zrakovým postižením. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-7368-731-1.
- (2) BENDOVIÁ, P. et al., 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
- (3) BUBENÍČKOVÁ, H. 2012. Kompenzační pomůcky. In: KIMPLOVÁ, T. a KOLAŘÍKOVÁ, M. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?* Praha: Triton, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (4) BUZAN, T., HARRISON, J., 2007. ed. *Buzan's study skills: mind maps, memory techniques, speed reading*. Harlow: BBC Active, 2007. ISBN 978-1-4066-6489-8.
- (5) ČAJKA, K., 2007. *Úvod do pedagogiky zrakovo postihnutých*. Ružomberok: Pedagogická fakulta katolíckej univerzity, 70 s. ISBN 978-80-8084-245-1.
- (6) EDELSBERGER, L. 2002. Metody používané u dětí se zrakovým postižením. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-7368-731-1.
- (7) FIDLEROVÁ, D., 2015. *Hra jako prostředek reedukace zraku v mateřské škole*. Polygrafické středisko Univerzity Pardubice, 91 s. ISBN 978-80-260-9209-4.
- (8) FINKOVÁ, D. et al., 2007. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
- (9) FINKOVÁ, D., 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 120 s. ISBN 978-80-244-2742-3.
- (10) FINKOVÁ, D. et al., 2012. *Edukace jedinců se zrakovým postižením v kontextu kvality vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 122 s. ISBN 978-80-244-3262-5.

- (11) HAMADOVÁ, P. et al., 2007. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- (12) HORNOVÁ, J., 2011. *Oční propedeutika*. Praha: Grada, 103 s. ISBN 978-80-247-4087-4.
- (13) HROMÁDKOVÁ, L., 1995. Metody používané u dětí se zrakovým postžením. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (14) HYCL, J., 2006. *Oftalmologie minimum pro praxi*. 2. vyd. Praha: Triton, 152 s. ISBN 80-7254-827-1.
- (15) JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 176 s. ISBN 80-7254-730-5.
- (16) JESENSKÝ, J., 2007. Subjekty sociální rehabilitace. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (17) JIRÁSKOVÁ, N., 2006. Fyziologie oka. In: ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
- (18) KEBLOVA, A., 1999b. Dítě se zrakovým postižením. In: KIMPLOVÁ, T., KOLAŘÍKOVÁ, M., *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?* Praha: Triton, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (19) KEBLOVÁ, A., 2001. Speciální pomůcky pro zrakově postižené. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (20) KIMPLOVÁ, T., KOLAŘÍKOVÁ, M., 2014. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?* Praha: Triton, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (21) KOCHOVÁ, K., SCHAEFEROVÁ, M., 2015. *Dítě s postižením zraku. Rozvíjení základních dovedností od raného po školní věk*. Praha: Portál, 174 s. ISBN 978-80-262-0782-5.

- (22) KRÁSNÝ, J., 2004. Dětská oftalmologie a strabismus. In: KUČYHNKA, P., et al. *Oční lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada, 940 s.
- (23) KRAUS, H., 1997. Základní zrakové funkce a jejich poruchy. In: BENDOVIÁ, P., et al., *Základy speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
- (24) KURTZ, L. A., 2014. *Hry pro rozvoj psychomotoriky pro děti s ADHD, autismem, smyslovým postižením a dalšími handicapy*. Praha: Portál, 149 s. ISBN 978-80-262-0800-6.
- (25) KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2003. Medicínská péče o šilhající a tupozraké děti. In: VÍTKOVÁ, M., et al. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. 2. vyd. Brno: Paido, 84 s. ISBN 80-85931-73-3.
- (26) LECHTA, V., 1985. Specifika zrakového postižení u dítěte. In: KIMPLOVÁ, T., KOLAŘIKOVÁ, M. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?* Praha: Triton, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (27) LUDÍKOVÁ, L., 2007. Úvod do problematiky osob se zrakovým postižením. In: BENDOVIÁ, P., et al., *Základy speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 225 s. ISBN 978-80-7435-422-9.
- (28) MACEK, P., 2003 *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 2. vyd. Praha: Portál, 207 s. ISBN 80-7178-348-X.
- (29) MAZAL, Z., HERLE, P., 2011. *Oftalmologie pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josefa Raabe s.r.o, 130 s. ISBN 978-80-86307-89-3.
- (30) MICHALÍK, J., 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením – kvalita života*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 133 s. ISBN 978-80-244-3643-2.
- (31) MOKRÝ, J., 2006. Anatomie zrakového orgánu. In: ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.

- (32) MORAVCOVÁ, D., 2004. Stupně zrakového postižení. In: FIDLEROVÁ, D., *Hra jako prostředek reedukace zraku v mateřské škole*. Polygrafické středisko Univerzity Pardubice, 91 s. ISBN 978-80-260-9209-4.
- (33) MORAVCOVÁ, D., 2004. Speciální pomůcky pro zrakově postižené. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (34) MORAVCOVÁ, D., 2007. *Zraková terapie slabozrakých jak efektivně využít slabý zrak*. Praha: Triton, 40 s. ISBN 978-80-7254-949-8.
- (35) NOVOHRADSKÁ, H., 2009. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (36) ODEHNAL, M., 2006. Poruchy okohybného aparátu. In: ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
- (37) PEŠATOVÁ, I., 2005 *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopédii*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 73 s. ISBN 80-7372-001-9.
- (38) PIHRTOVÁ, V., 1997. Vývoj dítěte se zrakovým postižením. In: JUKLOVÁ, K., et al. *Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 160 s. ISBN 978-80-7435-427-4.
- (39) PITROVÁ, Š., 1993. Anatomie a fyziologie zrakového orgánu. In: HAMADOVÁ, P. et al. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- (40) POŽÁR, L., 2000. Specifika osobnosti jedince se zrakovým postižením. In: HAMADOVÁ, P. et al. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- (41) PRŮCHA, J., 1995. Vzdělávání a rehabilitace. In: ZIKL, P., *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.
- (42) RAPLEY, M., 2003. *Quality of Life Research*. New Delhi: SAGE Publications, ISBN 0-7619-5456-2.

- (43) RICHMAN, L. C., ELIASON, M. J.: Psychological Characteristics Associated with Cleft Palate. In: MOLLER, Karlind T. a Clark D. STARR. Cleft palate: interdisciplinary issues and treatment. Austin, Tex.: Pro-Ed, c1993, str. 357 – 380. ISBN 08-9079-567-3.
- (44) RŮŽIČKOVÁ, K., VÍTOVÁ, J., 2014. *Vybrané kapitoly z tyflopédie a surdopedie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 146 s. ISBN 978-80-7435-424-3.
- (45) RŮŽIČKOVÁ, K., 2015. *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 353 s. ISBN 978-80-7435-383-3.
- (46) RÖDEROVÁ, P., 2016. *Edukace osob se zrakovým postižením v osobnostním pojetí*. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 978-80-210-8091-1.
- (47) ŘEHOŘOVÁ, J., 2006. Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené. In: ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
- (48) ŘEHOŘOVÁ, J., MORAVCOVÁ, D., 2004. Péče o osoby se zrakovým postižením a pracovní oftalmologie. In: KUCHYNKA, P., et al. *Oční lékařství*. 2. vyd. Praha: Grada, 940 s.
- (49) SCHMITT, P., ARMENTA – SCHMITT, F., 2004. Dítě se zrakovým postižením. In: KIMPLOVÁ, T., KOLAŘIKOVÁ, M. *Jak žít s těžkým zrakovým postižením?* Praha: Triton, 157 s. ISBN 978-80-7387-831-3.
- (50) SIRGY, M. J., 2002. *The psychology of quality of life*. Virginia: Virginia Polytechnic Institute and State University, ISBN 1-4020-0800-7.
- (51) SKORKOVSKÁ, K., 2015. *Perimetrie*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-5282-2.
- (52) SKUTILOVÁ, V., 2014. *Somatologie nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 96 s. ISBN 978-80-7435-426-7.
- (53) SLEZÁKOVÁ, L., et al. 2008. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty IV*. Praha: Grada, 213 s. ISBN 978-80-247-2506-2.

- (54) SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- (55) SYNEK, S., 2006. Optika, refrakce oka a její vady. In: ROZSÍVAL, P., et al. *Oční lékařství*. Praha: Galén, 373 s. ISBN 80-7262-404-0.
- (56) ŠESTÁK, J., 2007. Pracovní rehabilitace. In: PFEIFFER, J., et al. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 176 s. ISBN 978-80-7394461-2.
- (57) VÁGNEROVÁ, M., 1995. Specifika jedince se zrakovým postižením. In: HAMADOVÁ, P. et al. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- (58) VÁGNEROVÁ, M., 2001. Význam předprofesní a profesní přípravy pro kvalitu života osob se zrakovým postižením. In: RÖDEROVÁ, P., *Edukace osob se zrakovým postižením v osobnostním pojetí*. Brno: Masarykova univerzita, 203 s. ISBN 978-80-210-8091-1.
- (59) VÁGNEROVÁ, M., et al. 2004. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- (60) VÁGNEROVÁ, M., 2004. Rodina a výchova dítěte se zrakovým postižením. In: HAMADOVÁ, P. et al. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- (61) VÁGNEROVÁ, M., 2004. Charakteristika psychického vývoje dítěte se zrakovým postižením. In: NOVOHRADSKÁ, H. *Vybrané kapitoly z oftalmopedie*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 85 s. ISBN 978-80-731-1.
- (62) VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- (63) VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

- (64) VARNI, J. W., Seid, M., Rode, C. A. (1999). The PedsQL TM: Measurement Model for Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care*. 37.
- (65) VELEMÍNSKÝ, M., 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 6. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 176 s. ISBN 978-80-7394-182-6.
- (66) VÍTEK, J., 2007. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 126 s. ISBN 978-80-7315-154-6.
- (67) VÍTKOVÁ, M., et al. 2003. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 84 s. ISBN 80-855931-73-3.
- (68) The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Measuring quality of life [online]. c1997 [cit. 2012.04.25]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
- (69) ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

8 Seznam zkratek

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder – hyperkinetická porucha

DMO – dětská mozková obrna

PedsQL – Pediatric Quality of Life Inventory™ – pediatrický dotazník kvality života

WHO – World Health Organization - Světová zdravotnická organizace

WHQOL - World Health Organization Quality of Life – dotazník kvality života světové zdravotnické organizace