

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Tereza Gajdušková

Využití alternativní a augmentativní komunikace v zařízeních
sociálních služeb ve Zlínském kraji

Olomouc 2017

vedoucí práce: Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením paní Mgr. Adély Hanákové, Ph.D. a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 12. 4. 2017

Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Adéle Hanákové Ph.D. za odborné vedení mé práce, za trpělivý přístup a cenné připomínky. Děkuji také své rodině za pomoc a podporu v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod	6
1 Alternativní a augmentativní komunikace	8
1.1 Komunikace	8
1.2 Vymezení alternativní a augmentativní komunikace.....	11
1.3 Výhody a nevýhody systémů AAK	13
1.4 Cílová skupina AAK.....	14
1.5 Výběr systému AAK.....	15
1.6 Nácvik systémů AAK	16
1.7 Klasifikace systémů AAK	17
1.8 Systémy bez pomůcek	18
1.8.1 Odezírání	18
1.8.2 Prstová abeceda	20
1.8.3 Znakový jazyk	21
1.8.4 Znakovaná čeština	22
1.8.5 Znak do řeči	22
1.8.6 Cued Speech	23
1.8.7 Bazální stimulace.....	24
1.8.8 Metoda Tadoma.....	24
1.8.9 Jednoruční a dvouruční Braillovo písmo do prstů.....	25
1.8.10 Lormova abeceda.....	25
1.8.11 Facilitovaná komunikace	26
1.8.12 Totální komunikace	27
1.9 Systémy s pomůckami	28
1.9.1 Makaton	28
1.9.2 Piktogramy	30
1.9.3 Bliss	32
1.9.4 Braillovo písmo	33
1.9.5 Písmo	34
1.9.6 Voks.....	34
1.9.7 Technické pomůcky s hlasovým výstupem.....	35
1.9.8 Další technické pomůcky.....	36

1.9.9	ETRAN – N	37
1.10	Shrnutí AAK	37
2	Narušená komunikační schopnost a využití systémů AAK u klientů	39
2.1	Jazykové roviny	41
2.2	Klasifikace narušené komunikační schopnosti	42
2.3	Symptomatické poruchy řeči a využití systémů AAK u jednotlivých skupin osob ..	43
2.3.1	Osoby s kombinovaným postižením a využití systémů AAK.....	44
2.3.2	Osoby s mentálním postižením a využití systémů AAK.....	45
2.3.3	Osoby s poruchami autistického spektra a využití systémů AAK.....	47
2.3.4	Osoby s tělesným postižením a využití systémů AAK.....	48
2.3.5	Osoby se sluchovým postižením a využití systémů AAK.....	49
2.3.6	Osoby s duálním sensorickým postižením a využití systémů AAK	50
2.3.7	Osoby se zrakovým postižením a využití systémů AAK	51
2.3.8	Osoby se získanou NKS a využití systémů AAK	51
2.3.9	Osoby seniorského věku a využití systémů AAK	52
3	Odborní pracovníci v sociálních službách a jejich kompetence	55
3.1	Pracovníci v rámci logopedické intervence	56
3.1.1	Logoped a jeho kompetence v MPSV	57
3.1.2	Speciální pedagog a jeho kompetence v MPSV	58
3.1.3	Sociální pracovník a jeho kompetence v MPSV	60
3.1.4	Pracovník v sociálních službách a jeho kompetence v MPSV	65
4	Využití systémů AAK v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji	67
4.1	Charakteristika průzkumu a cíle	67
4.2	Metody šetření	68
4.3	Vlastní šetření	69
4.4	Vyhodnocení šetření	93
	Závěr.....	96
	Seznam bibliografických citací	97
	Seznam internetových zdrojů	106
	Seznam grafů	108
	Seznam příloh.....	109

Úvod

Se systémy alternativní a augmentativní komunikace jsem se poprvé seznámila na praxích. Měla jsem možnost navštívit několik zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji a nahlédnout do problematiky komunikace personálu s klienty. V rámci praxí jsem se nejvíce věnovala přímé péči o klienty a kontaktu s nimi. Ne vždy pro mě bylo jednoduché najít vhodný způsob, jak s klienty komunikovat. V některých zařízeních byly pro klienty v rámci individuálního plánu nacvičovány způsoby alternativní nebo augmentativní komunikace. Osobně jsem se setkala s využíváním piktogramů, komunikačních knížek a tabulek. Prostřednictvím piktogramů měli klienti sestaven na nástěnce plán dne, který jim umožnil lepší orientaci v průběhu pobytu v zařízení. Komunikační knihy byly sestaveny pro jednotlivé klienty individuálně. V jiných zařízeních se žádné z pomůcek nevyužívaly. V rámci bakalářské práce bych se chtěla věnovat zmapování situace v oblasti používání AAK v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Hlavním cílem je zjistit, zda jsou v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji využívány systémy AAK. Dílčími cíli se zjišťuje, jestli pracovníci v sociálních službách znají jednotlivé systémy AAK a zda mají dostatek odborných znalostí k praktickému využití AAK. Jsou popsány důvody, kvůli kterým se systémy AAK v zařízeních nevyužívají. Dalším dílčím cílem je zjistit, jaký je zájem o využívání systémů AAK mezi pracovníky, klienty, jejich rodinami a nejbližšími příbuznými.

Teoretická část je rozdělena na tři kapitoly. První kapitola se zabývá obecnými definicemi komunikace. Pojednává o systémech alternativní a augmentativní komunikace a uvádí, pro koho jsou systémy určeny. Popisuje výběr a nácvik systémů AAK. Podle různých kritérií jsou systémy rozděleny do klasifikací a vybrané systémy jsou více charakterizovány a popsány.

Ve druhé kapitole je definována narušená komunikační schopnost, uvedena její klasifikace a popsány čtyři jazykové roviny. Obsah kapitoly je zaměřen na symptomatické poruchy řeči a využití systémů AAK u jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením. Ve třetí kapitole jsou zmíněni odborní pracovníci v sociálních službách a popsány jejich kompetence. Teoretická část je čerpána z odborné literatury, zahraničních článků a internetových zdrojů.

Pro zpracování praktické části je využito dotazníku. Byly rozeslány do zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji, které mají cílovou skupinu klienty se zdravotním postižením. Dotazník se skládá z dvaceti čtyř položek a byl rozeslán do zařízení elektronickou poštou. Je určen k vyplnění pracovníkům v sociálních službách. Výsledky jsou zpracovány v grafické podobě a jsou k nim přidány komentáře.

Závěr práce vychází ze získaných dat šetření a jeho vyhodnocení. Jsou zodpovězeny stanovené průzkumné otázky a shrnuty informace, které jsou v práci shromážděné.

1 Alternativní a augmentativní komunikace

Systémy alternativní a augmentativní komunikace nám dávají široké spektrum možností, jak získat co nejpřesnější informace, přání, touhy, potřeby a prosby od klientů s narušenou komunikační schopností. Komunikace je základ při sdělování si informací mezi komunikačními partnery. Nezáleží na formě, ale na obsahu sdělení. Není důležité, jakým způsobem vyjádříme svou myšlenku, jestli použijeme slova, gesta, mimiku nebo jen ukážeme na určitý předmět. Mnohem důležitější je, abychom mohli vyjádřit to, co sdělit chceme. (Slowík, 2010)

V této kapitole se budeme zabývat komunikací obecně, vymezíme alternativní a augmentativní komunikaci a charakterizujeme její výhody a nevýhody. Uvedeme cílové skupiny, které jsou vhodné pro využívání systémů AAK. Popíšeme, jakým způsobem vybíráme správný systém a jak se jeho používání nacvičuje v praxi. Abychom si lépe představily různé systémy, rozdělíme AAK do několika skupin podle kritéria, zda se při komunikaci používají nebo nepoužívají pomůcky.

Každému vyhovuje jiný druh komunikace, a proto nemůžeme ani tyto systémy brát jako vyhovující pro všechny. Nicméně mohou nabídnout nové možnosti, jak zkvalitnit nebo obohatit vyjadřovací schopnosti člověka potýkající se s problémem v oblasti komunikace.

1.1 Komunikace

Jakýkoliv kontakt mezi lidmi bychom mohli nazvat jako komunikace. Je základem našeho soužití ve společnosti, pro rozvíjení osobnosti a pro vzdělávání. (Slowík, 2010) Probíhá prostřednictvím komunikačního kanálu (sluchový, zrakový a jiné) mezi osobou, která sděluje obsah, a příjemcem anebo zprostředkovaně prostřednictvím třetí osoby (může jím být například internet, televize a jiné). (Krejčířová, 2011)

Podle Klenkové (2006) je komunikace prostředek, který je člověk schopen využívat k utváření, posilování, zlepšování a udržování mezilidských vztahů, pomáhá k rozvoji osobnosti a ovlivňuje všechny subjekty, které se na přenosu informací podílí. Kubová (1996) tvrdí, že komunikace představuje sdílení určitého obsahu s druhými. Pomocí prostředku řeči může každá osoba prezentovat své vlastní já.

Podle Neubauera (2007a, s. 9) je řečová komunikace „proces, v němž jsou mezi účastníky předávány informace, zahrnuje motivační záměr, výběr prostředků a jejich užití –

dále příjem informace, její zpracování, rozumění obsahu a tvorbu odpovědi.“ Informace si předáváme pomocí jazyka, který je realizován psanou nebo mluvenou řečí. Neubauer (2007a) dále uvádí, že mezilidská komunikace je chování, jehož cílem je sdělit si srozumitelně informace mezi sebou.

Nakonečný (2009, s. 293) říká, že „komunikace je chování, které něco signalizuje, sděluje, je určitým druhem poselství.“

Podle Klenkové (2000, s. 17) „má komunikace velký význam pro rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů. Je to obecně lidská schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů.“

Komunikaci definuje Janovcová (2010, s. 15) jako „výměnu různých informací mezi dvěma nebo více jednotlivci nebo skupinami.“ Doplnjuje, že komunikace patří mezi jednu z důležitých životních potřeb a jejím účelem je navození sociálních vztahů. Prostředky komunikace mohou být slovní (mluvená nebo psaná řeč) nebo neslovní (gesta a posunky) podstaty.

Podle Vybírala (2005) komunikujeme, i když jsme přítomni u jiné konverzace a přihlížíme jí. Naše přítomnost komunikaci dotváří a ovlivňuje.

Sovák (1984) uvádí, že řeč (ať už mluvená nebo psaná) je na nejvyšší úrovni ve vývoji komunikace mezi lidmi. Komunikaci definuje jako „výměna neboli přijímání a zpracování informací, popř. vydávání informací.“ (Sovák, 1984, s. 21)

Sovák (1978) dále říká, že řeč má sociální funkci, protože můžeme druhému sdělit své pocity a myšlenky. Na jedné straně se jedná o složku expresivní, kdy něco sdělujeme. Sdělení vždy směřuje k příjemci a ten informaci přijímá. Příjem informací spadá do receptivní složky řeči. Schopnost používat řeč je podmíněna správným fungováním nervového, smyslového a pohybového ústrojí, vlivem podnětné výchovy a příznivého prostředí.

Komunikaci dělíme na verbální a neverbální. Prostředkem verbální komunikace je mluvená řeč, která je důležitá při rozvoji kognitivních schopností, inteligence a celkové osobnosti člověka. (Krejčířová, 2011) Uskutečňuje se prostřednictvím mluvené, ale také psané řeči a promítá se do ní úroveň inteligence člověka. (Klenková, 2006)

Neverbální komunikace využívá prostředky neslovní podstaty, jako jsou různé gesta (podání ruky) nebo mimika (mračení, úsměv). (Slowík, 2010) Mezi neverbální komunikaci řadíme i čichové vjemy, pohyby těla, styl oblečení, úprava vlasů, kosmetika, bezobsažná slova, pauzy nebo smích. (Krejčířová, 2011) Neverbální komunikace je vývojově starší. Může se uskutečňovat samostatně oproti komunikaci verbální, která je vždy doprovázena některými

neverbálními prvky. (Krejčířová, 2006) Také bývá základem některých systémů AAK, například Lormovy abeceda nebo znakového jazyka. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Doherty-Sneddon (2005) upozorňuje, že i když kanály neverbální komunikace vypadají odlišně (gesta, držení těla, pohledy, dotyky), jsou si velmi podobné. Popisují stav našeho vnitra, to co cítíme, na co myslíme.

Nakonečný (2009) přidává k dělení vedle verbální a nonverbální komunikace navíc metalingvistické nebo paralingvistické znaky. Patří sem hlasová intonace nebo zabarvení hlasu.

Krejčířová (2011) dále dělí komunikaci na sociální, kde není primární pouhý přenos informací mezi partnery, ale stěžejní je porozumění sdělovaného. Vzájemné dorozumívání je základem sociálního života. Dalším typem komunikace podle Krejčířové (2011) je komunikace patologická, která neumožňuje pochopení sdělení kvůli spornému způsobu vyjádření.

Podle Nakonečného (2009) můžeme komunikaci rozčlenit na tři typy. Prvním je komunikace intrapersonální, kdy informace získáváme například z počítače, dalším typem je komunikace interpersonální, což je komunikace mezi lidmi a třetím typem je komunikace masová, která umožňuje předávání zpráv prostřednictvím televize, rozhlasu nebo tisku.

Pokud s někým komunikujeme, pak se s ním setkáváme a prožíváme vzájemné sdílení. V komunikaci se mohou objevit překážky, které brání komunikačním partnerům sdělit si to, co potřebují. Mezi rizikovou skupinu patří osoby se zdravotním postižením nebo osoby s primárně narušenou komunikační schopností. Jejich problémem nemusí být jenom neschopnost se verbálně vyjádřit, ale velkou roli hraje také strach z projevu. (Slowík, 2010)

„Komunikace je setkání a sdílení mezi lidmi, takže obtíže a problémy nemůžeme hledat pouze u jednoho, ale vždy u obou komunikačních partnerů.“ (Slowík, 2010, s. 17) Často bývá komunikace s lidmi se zdravotním postižením vnímána jako negativní, protože už dopředu jsou odsuzováni jako méně schopní a více závislí na pomoci druhých. Komunikaci může někdy ztížit i situace, kdy jsou lidé vystavováni posměchu nebo jsou ponižováni. Může se stát, že i když se snažíme komunikovat s člověkem s postižením jako se sobě rovným partnerem, můžeme podvědomě vyjadřovat například neverbálními symboly soucit nebo lítost. (Slowík, 2010)

Komunikaci pracovníků v sociálních službách s klienty dělí Venglářová a Mahrová (2006) na 3 druhy. Prvním je sociální komunikace, která představuje běžný rozhovor a kontakt s klientem. Probíhá při činnostech v průběhu dne, při úklidu pokoje, provádění hygieny nebo povídání na pokoji. Dalším typem je specifická komunikace, která je zaměřená

na určitý cíl. Tématem jsou informace o intervenčních postupech, individuálním plánování, hodnocení splněných cílů, zjišťování potřeb klientů nebo seznamování klienta s prostředím zařízení. Jako třetí druh autorky vymezují terapeutickou komunikaci, jejímž cílem je poskytnout klientu účelnou a efektivní podporu, nabídnout mu terapeutické postupy.

„S ohledem na zvyšující se nároky na člověka je třeba zajistit, aby i osoby se specifickými potřebami našli v rámci společnosti důstojné postavení a měli příležitost k seberealizaci. Z tohoto důvodu je nutné eliminovat možnost vzniku komunikačního deficitu vytvořením vhodného modelu podpory rozvoje komunikace.“ (Růžičková, 2007, s. 36) V některých případech může být komunikace s člověkem s postižením velmi omezená a komplikovaná. Pro případy, kdy si osoba nevystačí pouze s přirozenou řečí, můžeme jí nabídnout některý ze systémů alternativní a augmentativní komunikace. (Slowik, 2010)

Podle druhu zdravotního postižení se musíme přizpůsobit specifické komunikaci, která je pro klienta známá a srozumitelná. Existují obecné zásady, které by měly být při komunikaci s osobou se zdravotním postižením dodržovány. Patří mezi ně aktivní snaha hledat různé možnosti dorozumění s klientem, respektovat při tom jeho věk, druh a míru postižení. Důležitá je spolupráce s jinými odborníky, například s logopedy nebo speciálními pedagogy a rozšířit využívání některého ze systémů alternativní nebo augmentativní komunikace. (Krejčířová, 2011)

V komunikaci mezi pracovníky a klienty je důležité, aby se verbální a neverbální komunikace navzájem doplňovala. Pokud pracovník něco říká, ale neverbálně se vyjadřuje v rozporu, klient si nesoulad uvědomuje a považuje pracovníka za nedůvěryhodného a může odmítnout spolupracovat. U klientů taková komunikace vzbuzuje strach, nemají pocit jistoty a bezpečí. (Malíková, 2011)

Malíková (2011) uvádí, že dobrá a efektivní komunikace vede ke zkvalitnění sociální služby. Nedostatky v komunikaci vedou k nedorozumění a nejistotě klientů. Klienti nejsou ochotni komunikovat a omezují své sdělení na minimum. Pracovníci v sociálních službách musí mít znalosti z oblasti mezilidské komunikace, musí umět rozhovor vést a klienta při komunikaci podporovat.

1.2 Vymezení alternativní a augmentativní komunikace

Americká asociace pro řeč a sluch (ASHA) definuje alternativní a augmentativní komunikaci jako „oblast klinické praxe, která se přechodně nebo trvale snaží kompenzovat

projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami.“ (Růžičková, 2007, s. 48)

Jsou to různé symboly, pomůcky, strategie nebo techniky, které umožňují osobám komunikovat i s narušenou komunikační schopností. (Růžičková, 2007) Terminologicky bychom mohli vymezit alternativní komunikaci jako náhradní k mluvené řeči, augmentativní jako rozšiřující nebo podporující již existující nedostatečné komunikační schopnosti. (Krejčířová, 2011)

Cséfalvay, Mináriková (in Kerekrétiová, 2009) definují alternativní a augmentativní komunikaci jako dynamicky se vyvíjející oblast, která se zabývá možnostmi využití náhradní komunikace u osob s poruchami řeči.

Krahulcová (1998) vymezuje alternativní komunikaci jako systém určený osobám, které nejsou schopné užívat orální ani vizuálně-motorickou formu komunikace a nejsou schopny vyjádřit to, co si myslí nebo co chtějí. Autorka uvádí, že jsou určeny pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením.

AAK vznikla v sedmdesátých letech 20. století s cílem pomoci osobám, které mají problém v expresivní složce řeči. Na mezinárodní úrovni vzniklo sdružení International Society for Augmentative and Alternative Communication (ISAAC). (Stryková in Škodová, Jedlička, 2007) V České republice se alternativní a augmentativní komunikace začala rozvíjet až po roce 1989. Do té doby sice byly snahy o rozvoj komunikace u osob se zdravotním postižením, ale nebyly žádné odborné materiály a metodiky, které by pomohly při nácviku jednotlivých systémů. (Šarounová, 2014) V České republice se problematice věnuje Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci (SAAK). (Stryková in Škodová, Jedlička, 2007)

Potřeba komunikace je důležitá u všech lidí stejně. (Krejčířová, 2011) Každá osoba má právo používat jazyk, kterým se může vyjadřovat a rozumí mu. (Janovcová, 2010) Někteří nedokážou vyjádřit své sdělení tak, aby tomu porozumělo okolí. Proto je potřeba využít alternativní a augmentativní komunikaci, která pomůže lidem s omezenou komunikační schopností k aktivnímu ovlivňování svého života a okolí, tím rozvíjí svou osobnost a zapojují se více do interakcí s jinými lidmi. (Krejčířová, 2011) Zprostředkováním alternativního způsobu komunikace přispějeme k začlenění osob do společnosti. (Janovcová, 2010)

Pokud se narodí dítě s narušenou komunikační schopností, intenzivní rodinné vazby zajistí, aby se rodiče naučili svému dítěti rozumět. Matka pozná i beze slov, co dítě potřebuje. Postupem času se osoba stává uzavřenější před okolím, protože si nerozumí s více lidmi, než je její primární rodina. Ve škole nastávají první problémy s učiteli a dítě bývá často uváděno do stresových situací. Osoby s narušenou komunikační schopností mívají často kvůli své

komunikační bariéry menší podíl na rozhodování a uplatnění své vlastní vůle. Aby se zamezilo dalšímu vylučování osoby z okolní společnosti, je důležité najít komunikační systém, pomocí kterého se stane vzájemné předávání informací kvalitnější. (Kubová, 1996)

Cílem alternativní a augmentativní komunikace je možnost efektivního dorozumívání se, možnost komunikovat s okolím, reagovat na podněty, zdokonalovat dovednosti k osvojení jazyka a rozvíjet myšlení. (Krejčířová, 2011) AAK se snaží využít všechny schopnosti člověka tak, aby co nejúčinněji a efektivněji nahradil postiženou funkci. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007) Zprostředkovává a usnadňuje komunikaci osobám, kterým je mluvená řeč znemožněna. Výsledkem používání systémů AAK je rozvoj kognitivních schopností, zvyšování sebedůvěry, zmírňování frustrace a aktivita v sociálních vztazích. (Janovcová, 2010)

1.3 Výhody a nevýhody systémů AAK

Výhodou využití systémů AAK je snižování pasivity při činnostech a tím se zvyšuje začleňování klientů do běžných aktivit. Jazyk je úzce propojen s rozvojem myšlení, proto AAK napomáhá ke zvyšování úrovně kognitivních dovedností. Umožní klientům, aby se sami mohli rozhodovat a více se podílet na aktivní komunikaci se svým okolím. (Krejčířová, 2011)

Díky využití systémů AAK se klienti mohou zapojit do volnočasových aktivit a stávají se tak aktivnější ve více situacích, kde byli dříve spíše pasivní. (Bendová, 2013)

„AAK se tedy bezesporu podílí na rozvoji sebepojetí a sebeuvědomění jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami, je prostředkem podpory jejich socializace, edukace a integrace, prostředkem, který lze využít k celkové podpoře rozvoje jejich osobnosti.“ (Bendová, 2013, s. 93)

Oproti mluvené řeči jsou systémy AAK méně známé, proto jsou ve společnosti méně využívány a můžou působit nápadně. V případě dětských klientů se můžou tyto systémy jevit pro jejich rodiče jako odvádějící pozornost od snahy mluvit. (Šarounová, 2014)

Šarounová (2014) uvádí výzkum, kde se potvrdilo, že užívání gest a symbolů nebrání v mluvené řeči. Dokonce se mluvená řeč více podporuje a rozvoj řeči je spíše pozitivní než negativní. Bylo provedeno více výzkumů vlivu AAK na rozvoj řeči a nikdy se nepotvrdilo, že by mělo být AAK překážkou v rozvoji mluvené komunikace.

Nedostatkem je, že systémy jsou často používány až ve starším věku, chybí kontakt s AAK od narození. (Krejčířová, 2011) Růžičková (2007) uvádí, že při komunikaci za použití

systemů AAK lze sdělit asi patnáct slov za minutu, v běžné mluvené řeči to je až dvě stě slov za minutu. Díky rozvoji technologie se systémy AAK zkvalitňují a zvyšuje se i počet sdělných slov na osmdesát pět za minutu. Dalším negativem je omezený výběr partnerů ke komunikaci, protože systémy AAK nejsou všeobecně známé. (Růžičková, 2007)

1.4 Cílová skupina AAK

Systémy AAK jsou určeny především pro osoby s narušenou komunikační schopností. Narušená komunikační schopnost se může vyskytovat buď samostatně, nebo je přidružená k jinému zdravotnímu postižení. (Tarciová, 2005)

Kubová (in Růžičková, 2007) uvádí, že systémy AAK se využívají u osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči. Ztížení komunikace v důsledku narušené expresivní složky řeči uvádí i Růžičková (2007). Systémy AAK Kubová (in Růžičková, 2007) považuje za reedukační, rehabilitační i kompenzační, protože užívání těchto systémů stimuluje řeč a tím podporuje i myšlení. Dále Kubová (1996) uvádí, že systémy AAK slouží jako alternativa běžné komunikace u osob s narušenou expresivní složkou řeči.

Klenková (2000) říká, že alternativní komunikační systémy jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením, jejichž verbální komunikace je omezená nebo nedostupná. Alternativní komunikační systémy pomáhají klientu stát se aktivním v komunikačním procesu.

Tradičně se AAK využívalo u osob se sluchovým a zrakovým postižením a u osob hluchoslepých. Novější využití je u osob s mentálním postižením a s poruchami autistického spektra. (Krejčířová, 2011)

Narušená komunikační schopnost může být důsledkem vrozených poruch, kam se řadí mozková obrna, sluchové postižení, vývojové vady řeči, mentální postižení, pervazivní vývojové poruchy nebo kombinované vady. Mezi získané poruchy řadíme stav po mozkové cévní příhodě, úrazy nebo nádory mozku a různé druhy získaného postižení. Další příčinou narušené komunikační schopnosti jsou degenerativní onemocnění, mezi které patří například skleróza multiplex, Parkinsonova choroba nebo Alzheimerův syndrom. (tamtéž)

Určité skupiny osob s narušenou komunikační schopností mají při tvorbě řeči omezený svalový rozsah v oblasti mluvidel, které způsobí nemožnost se jasně a srozumitelně vyjádřit. Řeč je u osob s takovým postižením často nesrozumitelná a namáhavá. Narušená komunikační schopnost může nastat i v případě, kdy má osoba fyzickou stavbu orgánů

v pořádku. Jedná se o psychické bariéry, které jsou způsobené uzavřeností klienta nebo pasivitou. V krajních případech se může jednat o některý z typů pervazivních vývojových poruch. (Kubová, 1996)

1.5 Výběr systému AAK

Při výběru systému AAK nesmíme opomenout provedení důkladné diagnostiky. Shromáždění informací, poznatků a výsledků vyšetření od různých odborníků pomůže k účinnějšímu a spolehlivějšímu výběru systému AAK. Stejně důležité jako výsledky vyšetření odborníků a lékařů jsou i informace od příbuzných a osob vyskytující se v pravidelném kontaktu s klienty. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

Systémů AAK je spousta, proto při výběru musíme zohlednit určité vlastnosti a dovednosti klienta. Jedním z kritérií je, do jaké míry má rozvinutou aktivní i pasivní slovní zásobu, jaké jsou jeho fyzické dovednosti (rozvoj hrubé a jemné motoriky) a míra postižení smyslových orgánů, zda se klient dokáže delší dobu soustředit a udržet pozornost. Zřetel bereme i na věk klienta, jeho motivaci ke komunikaci, případnou podporu ze strany rodiny a nejbližších příbuzných. Nejdůležitější je, aby vybraný způsob AAK byl pro klienta co nejvíce přirozený. (Krejčířová, 2011) Tarsiová (2005) dodává, že důležitým faktorem pro výběr správného typu AAK je včasný nácvik. Je rozdíl, zda se klient poprvé setká s některým systémem AAK například už v předškolním věku nebo až v dospělosti. U malých dětí zvolíme jiný systém než u dospělých osob se získaným postižením v průběhu života.

Podle Laudové (in Škodová, Jedlička, 2007) nesmíme opomenout skutečnost, v jakém prostředí se klient vyskytuje, jaké má sociální vztahy s okolím, zda se u něj objevují nějaké zvláštnosti v chování nebo jakým způsobem tráví volný čas.

Optimální je, pokud se využívá více typů pomůcek, technik a systémů. Techniky a pomůcky se vzájemně doplňují a tím klient získá větší možnosti k vyjádření svého sdělení. (Kubová, 1996) U jednoho klienta je ideální používat maximálně tři druhy různých systémů. (Janovcová, 2010) Pomůcky nesmíme zapomínat obohacovat neverbální komunikací, jako jsou gesta, mimika, správné tempo řeči a udržovat mezi sebou oční kontakt. Pokud je to možné, po celou dobu využívání pomůcek podporujeme u klienta artikulovanou řeč, procvičujeme motoriku mluvidel a motivaci k mluvené řeči. Systémy AAK řadíme do běžných aktivit denního života a používáme je při všech možných příležitostech během dne. (Kubová, 1996)

Pomoc s výběrem a nácvikem AAK zprostředkovávají specializovaná poradenská centra, nadace, tlumočnické služby nebo asistenti. (Janovcová, 2010)

1.6 Nácvik systémů AAK

Každý systém AAK je jiný, má jiné zásady, pravidla, podstatu, proto i nácvik jednotlivých systémů je různý. Při nácviku se přizpůsobujeme individualitě člověka a jeho potřebám. Činnosti, při kterých se nacvičuje využití systému AAK by neměly být jednotvárné a měly by zapojovat co nejvíce funkcí (zejména sensorické, motorické a rozumové). Pokud nebude klient k činnosti dostatečně motivován, práce bude obtížná a neefektivní. Motivující jsou pochvaly a nechat klienta zažít úspěch. Výhodnější je cvičit pouze v kratších časových úsecích a pravidelně. Nácvik by měl začít v co nejmladším věku nebo co nejdříve po získání narušené komunikační schopnosti. (Růžičková, 2007)

Pro úspěšné zavedení AAK do praxe nestačí jenom zajistit klientu přístup k pomůckám. Není ani zásadní, jaký konkrétní systém bude klient používat. Podstatný je výběr slovní zásoby, kterou budou jak technické, tak i netechnické pomůcky obsahovat. Nejdříve se osvojuje menší obsah slovní zásoby proto, aby se nácvik systému AAK podporoval a ne zpomaloval. Pokud na začátek zvolíme příliš mnoho pojmů, může to působit na klienta zbytečně stresově. Existují programy, které obsahují základní slovní zásobu. Jsou sestaveny odborníky ze specializovaných středisek. Programy se dají koupit, jsou v počítačové nebo papírové verzi. Výhodou je, že pracovníci nebo rodiče nemusí s klienty slovní zásobu vymýšlet od základů, pouze ji upraví a přizpůsobí konkrétní osobě. Nevýhodou je, že zatím neexistuje systém, který by byl plně přizpůsobený české gramatice a českým pravidlům. (Šarounová, 2014)

Jako u každé jiné intervence je potřeba mít stanovený plán postupu a nácvik provádět pravidelně s podporou okolí. Pokud máme stanovenou zásobu slov, klient se musí nejdříve naučit chápat smysl všech pojmů. Potom se snažíme propojovat pojmy do praktického života a klienta podporovat v jejich aktivním používání. Úspěchem je, pokud klient začne zahajovat konverzaci sám, nečeká na výzvu a dokáže využít naučené pojmy. (tamtéž)

Podstatný je tým odborníků, kteří se na nácviku spolu s klientem podílí. Podle věku klienta a míře jeho postižení volíme aktivity, které podporují tvořivé myšlení, rozvíjí poznávací funkce a působí na více smyslů. V raném věku může pomoci s výběrem a nácvikem systému AAK středisko rané péče. (Růžičková, 2007)

1.7 Klasifikace systémů AAK

Systémy alternativní a augmentativní komunikace rozdělíme podle klasifikací jednotlivých autorů.

Vašek (2003) dělí systémy AAK podle druhu senzorkého kanálu, jenž zprostředkovává poskytovanou informaci na:

- a. akusticko-taktilní (Braillovo písmo, Lormova abeceda, latinka do dlaně, reliéfní pomůcky, pohybově-dotyková komunikace)
- b. optické (znaková řeč, Bliss, piktogramy, odezírání, mimicko-gestikulační komunikace, daktylotika, písmo, pohyby těla)
- c. opticko-akustické a vibrační systémy (orální komunikace, komunikace pomocí elektroakustických prostředků a pomocí vibračních zařízení, totální komunikace).

Dle Kulišťáka a kol. (1997) se dělí systémy AAK na uzavřené a otevřené:

- a. v uzavřeném systému odpovídá jeden znak jednomu významu
- b. v otevřeném systému je nekonečný počet znaků.

Dle Janovcové (2010) podle využití speciálních pomůcek:

- a. bez pomůcek (pohled, mimika, vizuálně motorické znaky)
- b. s pomůckami (obrázky, fotografie, symboly, komunikační tabulky, PC, komunikační tabulky)
- c. jiné typy (technické pomůcky sloužící ke snadnějšímu ovládní počítače).

Laudová (in Škodová, Jedlička, 2007) uvádí dělení podobné jako Janovcová (2010) na systémy nevyžadující pomůcky a systémy s pomůckami, ale systémy s použitím pomůcek navíc dělí na dvě podskupiny. Jedná se o skupinu netechnických pomůcek (fotografie, piktogramy, komunikační tabulky) a technických pomůcek (využívají se počítače a elektronické pomůcky s upravenými hardwary a softwary).

Podle způsobu přenosu informací dělí Klenková (in Vítková, 1998) systémy AAK na:

- a. statické (reálné předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, písmo, symboly)
- b. dynamické (využití znaků a gest)

1.8 Systémy bez pomůcek

V komunikaci je běžné, že se využívají nejenom slova, ale také doprovodná neverbální komunikace, kam patří mimika obličeje nebo gestikulace rukou. Neverbální znaky zpřesňují sdělované informace a pomáhají k přesnějšímu pochopení významu slov. Osoby s narušenou komunikační schopností, především osoby se sluchovým postižením, jsou více odkázány na zrakové vnímání při komunikaci. Znaky prováděné rukama, tělem nebo mimikou spolu s užitím slova pomáhají zachytit informace a podporují osobu při vybavování nebo spojování slov do větších významových celků. Znaky se postupně začaly třídit do systémů a vzniká tak široké spektrum různých přístupů, metod, postupů. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

Výhoda použití systémů bez pomůcek je jejich rychlé a bezprostřední užití v komunikaci, kde není potřeba mít u sebe správnou pomůcku nebo ji zdlouhavě vyhledávat. Nevýhodou je, že pouze malá část osob v okolí znakům rozumí a umí je použít. (Šarounová, 2014)

V následujících podkapitolách vyjmenujeme nejznámější a nejčastěji používané systémy AAK, které využívají manuální znaky a symboly.

1.8.1 Odezírání

Neboli vizuální percepce řeči. „Odezírání je vnímání orální mluvy zrakem a její chápání podle pohybů úst, mimiky tváře, výrazů očí, gestikulace rukou i celého těla.“ (Sovák, 1965, s. 251) Je využíváno nejčastěji osobami se sluchovým postižením. (Sovák, 1965)

Martinková (in Jurkovičová a kol., 2010, s. 15) definuje odezírání jako „vnímání informací zrakem a chápání jejich obsahu na základě pohybů mluvidel, mimiky obličeje, pauz v řeči, gestikulace rukou, celkového postoje mluvčího a situačních faktorů a kontextu obsahu mluveného.“

Není pravda, že neslyšící lidé mají větší předpoklady ke schopnosti odezírat. Záleží na kombinaci vrozených vloh k odezírání, které máme bez ohledu na sluchové postižení. Pokud nemáme dostatek vloh k odezírání, můžeme tuto dovednost rozvíjet a trénovat, jako ostatní dovednosti (například hru na klavír). Každý se učí odezírat sám. Cvičením a neustálým trénováním při rozhovorech se dovednost zlepšuje. Trénink probíhá celý život. (Strnadová, 2001)

Odezírání může být pro člověka velmi fyzicky i psychicky náročné. Jeho účinné využití závisí na mnoha vnějších i vnitřních podmínkách. Důležité je, v jakém prostředí se osoba nachází, zda je její komunikační partner přiměřeně vzdálen a je zhruba na stejné výškové úrovni. Podstatné je přiměřené osvětlení místa. Dalším faktorem pro přesné porozumění je úroveň dorozumívacích schopností odezírajícího člověka. Na přiměřené úrovni by měla být jeho znalost gramatiky a schopnost v řeči předvídat. (Jeřábková, 2013b) V rámci intervence nesmíme zapomenout na rozvoj zrakové percepce. Neprobíhá izolovaně, ale v rámci rozvoje ostatních smyslů, řeči a kognitivních schopností. (Janotová, 1996)

Partner, který chce sdělit klientu informaci, musí dodržovat správné zásady artikulace. Adekvátní artikulace se vyznačuje přirozeností, je mírně zpomalená a pečlivá. Mělo by se dbát na odstranění překážek před ústy a obličejem, jako jsou například sluneční brýle, žvýkačka, plnovous a ruce. (Krahulcová, 2014)

V úvahu musíme brát aktuální fyzický stav člověka, protože při větší únavě nebo nesoustředěnosti nemusí správně zachytit význam sdělení. (Jeřábková, 2013b) Kvalitu porozumění můžeme zvýšit tím, že odezírající osoba bude předem seznámena s tématem rozhovoru. Nepoužíváme nářeční nebo cizí slova. Mezi další podmínky patří úroveň vývoje řeči a znalost gramatiky, velikost slovní zásoby a zkušenosti s komunikací v sociálních vztazích. (Krahulcová, 2014)

Odezírání probíhá u každého člověka individuálně. Každý má jinou zrakovou výbavu, jinou úroveň inteligence, druh talentu a typ osobnosti. (tamtéž)

Komunikaci pomocí odezírání lze využít u různých stupňů sluchového postižení. Přijímání informací je tak nahrazeno spíše zrakovým vnímáním než sluchovým. Zrak i sluch se doplňují k přesnějšímu pochopení sdělení. (tamtéž) Janotová (1999) doplňuje, že odezírání není pouze zrakovou záležitostí, ale podílí se na něm tři složky. Mezi ně patří samotné vizuální vnímání řeči, sluchová percepce (využívají se sluchadla nebo zbytky sluchu) a znalost jazyka (nelze odezírat slova, které osoba se sluchovým postižením nezná).

Nácvik odezírání začíná od jednoduššího ke složitějšímu. Nejdříve se nacvičují jednoduchá slova, po čase zvládne osoba odezírat i věty a souvislou mluvu. Postupně se lze naučit nápodobou některé slova artikulovat. Pro lepší zapamatování je potřeba trénovat jednotlivé slova opakovaně a pravidelně. (Krahulcová, 2014)

Nevýhodou je nepřesnost pochopení určitých hlásek, protože některé skupiny hlásek mají stejný kiném. Kinémem se označuje tvar mluvidel při výslovnosti jednoho fonému. Proto může docházet k nepřesnostem ve správné interpretaci sdělení. Aby bylo odezírání co nejpřesnější, je vhodné ho doplnit jinými pomůckami nebo systémy AAK. (tamtéž)

Odezírání je jedním z prvků orální metody. Cílovou skupinou pro užívání orálních metod jsou osoby neslyšící nebo osoby s hluchoněmotou. Orální přístupy uplatňují různé metody, formy a způsoby komunikace, které vedou k ovládnutí a osvojení si mluvené řeči. Mají dlouhou historii, spoustu odvětví i metodik. Snaží se podpořit osoby se sluchovým postižením v mluveném projevu. Cílem je zvládnout a osvojit si vizuální vnímání mluvy, naučit se odezírat větší celky a napodobovat výslovnost. Orální metody využívají pomůcky, například kochleární implantáty, které značně zkvalitní komunikaci osob se sluchovým postižením. Orální metody se mohou doplnit prstovými abecedami, psanou podobou jazyka nebo metodou Cued Speech. Doplnkové metody podporují osobu v pochopení obsahu výpovědi, zvyšují přesnost a jednoznačnost výpovědi a zabraňují únavnosti. (tamtéž)

1.8.2 Prstová abeceda

Jinými slovy také daktyl. Jedná se o vizuálně motorický systém, který je založen na principu různých poloh prstů jedné ruky nebo obou rukou. (Jeřábková, 2013b) Podle polohy a tvaru ruky a prstů se tvoří jednotlivá písmena. Sledem těchto pohybů vznikají slova. (Krahulcová, 2014) Nevýhodou může být pomalost ve sdělení, protože tento systém je časově náročný. (Jeřábková, 2013b)

Prstová abeceda vznikla v klášterech a věznicích, kde se nemohla používat mluvená řeč. Od mnichů ji později přebrali učitelé, kteří ji využili pro své žáky se sluchovým postižením. (Tarciová, 2005)

Tarciová (2005) uvádí tři proudy prstové abecedy. Patří mezi ně Bonotova jednoruční prstová abeceda, Borgova jednoruční prstová abeceda a Dvojruční prstová abeceda.

Podle autorky (tamtéž) se prstová abeceda nejčastěji využívá při znakování neznámých slov, názvů měst, obcí a jiných geografických názvech, při znakování jmen a příjmení, při tvorbě nových posunků, kdy se první písmeno v daném slově ukáže prostřednictvím prstové abecedy.

Dospělí lidé se sluchovým postižením upřednostňují spíše dvouruční prstovou abecedu, protože je jednodušší a lépe viditelnější. Jednoruční prstová abeceda je využívána ve školách pro sluchově postižené. (Martinková in Jurkovičová a kol., 2010)

Prstová abeceda není obtížná na zapamatování. U nás se využívá 27 různých znaků, které představují hlásky a další znaky pro háčky a čárky. Výhodou je, že můžeme slovo s naprostou přesností vyjádřit a přitom dbát i na gramatiku. Pro osoby se sluchovým

postižením je prstová abeceda rychlejší než psané písmo. (Krahulcová, 2014) Je také dobrým doplňkem k odezírání a doplnění přesnější artikulace. (Krahulcová, 2002)

Nevýhodou je, že se slova hláskují po jednom písmenu a nezůstává nikde znázorněný znak, který předcházel. Může se stát, že osoba zapomene znak předcházející a unikne mu význam celého slova. Vyjadřování pomocí prstové abecedy je náročnější na čas. Je pouze doplňkovou metodou, protože může odvracet osobu od odezírání. (Krahulcová, 2014)

1.8.3 Znakový jazyk

Jedná se o přirozený jazyk osob se sluchovým postižením. Znakový jazyk má své pravidla, gramatiku i znakovou zásobu. (Jeřábková, 2013) Jsou to vizuálně – pohybové signály vytvářené pohybem rukou. (Růžičková, 2007)

Je využíván také u osob s hluchoslepotou, kde je nutné nahradit vizuální zpětnou vazbu vazbou dotykovou. Znakování tak může probíhat na těle nebo ruku v ruce. (Souralová, 2000)

Znakový jazyk je odlišný v různých státech, má svůj dialekt a jeho použití se může lišit v dané situaci. Spočívá v souhře pohybů rukou a prstů, mimiky, postoje těla a dalších formách neverbální komunikace. Může být doplněn mluvenou řečí nebo jinými systémy AAK, například prstovou abecedou pro zpřesnění výpovědi. (Krahulcová, 2014)

„Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob byl schválen Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR a nabyl účinnosti dnem 20. 10. 2008. Zákon upravuje používání znakové řeči jako prostředku dorozumívání neslyšících.“ (Krahulcová, 2014, s. 76) Podle tohoto zákona se osoba se sluchovým postižením může vzdělávat za pomoci použití znakového jazyka a při jednání na úřadech může využít tlumočnické služby. (Krahulcová, 2014)

Každý znak je pohyb jedné nebo obou rukou a skládá se z tvaru, polohy, pohybu a orientace ruky. Doplnuje se výrazem obličeje, pohybem hlavy, pozicí trupu, artikulací a pohledem očí. (tamtéž)

Specifický je dětský znakový jazyk, který je zjednodušený a obsahuje menší množství znaků. Jeden znak může mít i více významů a často se používají zdobněliny. Větší roli zde mají gesta, mimika, pantomima a je hodně využívána intuice. Dětská forma znakového jazyka se používá přibližně do osmi let, poté se postupně začne vyvíjet vlastní znakový jazyk. (tamtéž)

1.8.4 Znakovaná čeština

Uměle vytvořený jazyk, který sestavili slyšící lidé, aby se mohli dorozumět s neslyšícími osobami. (Langer, 2013) Vychází z gramatiky českého jazyka a kombinuje se spolu se znaky ze znakového jazyka. Každé vyslovené slovo má svůj znak, tím je dodržován slovosled věty v českém jazyce. (Jeřábková, 2013b)

Výhodou je využití u jedinců slyšících, protože se nemusí učit novou gramatiku znakového jazyka. (tamtéž) Na druhou stranu pro osoby s vrozeným sluchovým postižením může být znakovaná čeština obtížná, protože neznají základní pravidla české gramatiky, která je podmínkou pro užití tohoto systému. (Langer, 2013) Systém znakované češtiny probíhá tak, že se znakují výrazy a současně se znakováním jsou slova hlasitě nebo bezhlasně artikulována. (Krahulcová, 2014)

1.8.5 Znak do řeči

Do české republiky byl přejat v roce 1996 z Dánska, kde se nazývá jako TTT (Teng til tale) a zakladatelem je Laars Nygard. Jednotlivé znaky lze individuálně upravovat, jsou doprovázeny mluvenou řečí nebo symboly. Během nácviku se postupně frekvence znaků eliminuje. (Růžičková, 2007)

Znak do řeči využívá neverbální komunikaci, zejména mimiku, protože z obličeje jsou osoby se sluchovým postižením schopni přijímat nejvíce informací. Významné je využití gestikulace, která patří mezi nejdůležitější způsoby neverbální komunikace při dorozumívání mezi neslyšícími. (Krejčířová, 2011)

Kubová a kol. (1999) uvádí, že znak do řeči se využívá u osob s expresivním řečovým postižením, kdy použití mimiky a řeči našeho těla je pro ně přirozené. Řeč těla se doplňuje dalšími znaky. Znaky jsou využity pouze při důležitých a klíčových slovech ve větě. Znak do řeči je jenom doplňujícím systémem, po celou dobu se snažíme o rozvoj mluvené řeči.

Cílem používání tohoto systému je rozšíření a ulehčení komunikace pro osoby s narušenou komunikační schopností a postupné využívání více mluvené řeči než neverbálních znaků. Znak do řeči je vhodný pro osoby s mentální retardací, autismem a s centrálním narušením motoriky. Není zde kladen důraz na přesné provedení znaků, proto může být využíván i u narušení motoriky. (Janovcová, 2010)

Pravidlem je, že s klientem mluvíme až po navázání očního kontaktu. Musíme se ujistit, že nás klient vidí. Gesta můžeme podpořit mimikou. (tamtéž)

Při nácviku klienta povzbuzuje, chválíme a dáváme mu najevo, že i pohybem ruky může sdělit pojem. Používáme jasná a snadná gesta, která nejsou těžká na provedení. Klient musí chápat, že znak a řeč tvoří jeden systém, kterým lze sdělit komunikační záměr. (tamtéž)

1.8.6 Cued Speech

Patří mezi systém prstových znaků, který vznikl v roce 1966 ve Washingtonu. Jedná se o manuálně – vizuální komunikační systém, který vycházel z angličtiny a měl vytvořit manuální pomůcku pro rodiče osob se sluchovým postižením. Funguje na principu znázornění slabik pomocí znaků. (Tarciová, 2005)

Tento systém se někdy nazývá jako řeč doplňková. Využívá tvary prstů a polohy ruky k vyjádření samohlásek, souhlásek a slabik. Doplnuje se odezíráním. Znaky vytvořené polohou prstů a ruky pouze doplňují informaci, která je vyslovena. Systém pomáhá neslyšícímu k přesnějšímu pochopení významu slov. Používá se u klientů, kteří mají omezen příjem informací sluchem nebo zrakem při odezírání. V dnešní době je hojně využíván při výuce cizích jazyků osob se sluchovým postižením. (Krahulcová, 2014)

Znaky se provádí na bradě, ústech, krku a na obličeji. K přesnosti znaku patří poloha rtů, pohyb rtů a otevření úst. Při znázornění znaku se používá jedna ruka a zároveň jsou slova vyslovována mluvenou řečí. (tamtéž)

Cued Speech pomáhá při rozlišení fonémů, které jsou nesprávně artikulované nebo jsou nepřesné. Zpřesnění jednotlivých hlásek pomáhá ke správné artikulaci a následnému mluvnímu projevu. Nevýhodou je využití u osob, které jsou prelingválně neslyšící. Znaky Cued Speech nenahradí artikulaci, pouze ji doplňují, a proto nepomůžou těmto osobám v osvojení mluvního projevu. (Krahulcová, 2014)

Přínosem využití systému Cued Speech je bezděčný nácvik odezírání, protože při znakování se zrakem soustředíme na oblast obličeje. Snižuje psychické napětí při odezírání, které bývá náročné. Umožňuje vnímat přesněji gramatiku ve větách a slovech. Osvojení Cued Speech je jednoduché, ale zatím nebyl u nás systém pečlivě propracován a prověřen. (Krahulcová, 2002) Tarciová (2005) zmiňuje, že se v našich podmínkách tento systém nikdy nevytvořil.

1.8.7 Bazální stimulace

Zakladatelem byl speciální pedagog Andreas Frölich v 70. letech 20. století. Bazální stimulace je využívána u osob s těžkým kombinovaným postižením. (Růžičková, 2007)

Koncept systému je založen na nejzákladnějším vnímání pomocí smyslů. Mezi základní prvky bazální stimulace patří pohyb, komunikace a vnímání. (Friedlová, 2007) Pomocí cílené stimulace smyslových orgánů (můžou to být například vibrační nebo tlakové vjemy) umožňuje osobě přijímání informací z vnějšího světa. (Růžičková, 2007) Díky správné stimulaci smyslů vznikají v mozku nové spojení a tím se aktivují určité části v mozku. (Friedlová, 2007)

Cílem je podpořit klienta a zprostředkovat mu smyslové vnímání, aby si uvědomoval vlastní tělo, podpořit ho v rozvoji vlastní identity, umožnit mu vnímání svého okolí a pomáhá mu při orientaci v čase a prostoru. Zároveň formuje vztah mezi pracovníkem a klientem a spojuje jejich přítomnost v jeden čas na určitém místě. (Friedlová, 2007) Janovcová (2010) uvádí jako cíl dosažení pocitu bezpečí a důvěry k okolí, přijetí svého těla a navázání sociálního kontaktu s druhými lidmi.

Křivohlavý (1995) říká, že „není možné nekomunikovat“. S lidmi s hlubokým postižením komunikujeme prostřednictvím různých kanálů, například vibračním, auditivním, optickým, taktile-haptickým a jinými. Komunikace bývá u některých klientů náročná, musíme si všimnout i nepatrných zpětných vazeb, které nám klient poskytuje. Můžeme pozorovat rytmus dýchání klienta, mrknutí očí nebo jiné nepatrné pohyby, kterými klient reaguje. (Friedlová, 2007)

1.8.8 Metoda Tadoma

Je využívána u osob s hluchoslepotou. Metoda Tadoma „je založena na systematickém odhmatávání hlasového projevu mluvčího na rtech, tvářích a krku“ (Souralová, 2000, s. 49)

Laudová (in Škodová, Jedlička, 2007) uvádí, že metoda Tadoma by se dala nazvat jako hmatové čtení řeči. Klient se palcem dotýká rtů a ostatními prsty obličej mluvící osoby. Pomocí vibrací na tvářích a hrdle klient určuje význam sdělení. Metoda se nemusí provádět pouze na obličej, lze využít i „čtení“ z rukou. Klient položí své ruce na ruku znakovající osoby a vnímá polohy a pohyby ruky při znakování.

Díky odhmatávání získá klient zpětnou vazbu a dokáže určit, co mu mluvčí chce sdělit. Metoda se dá použít i u vlastního projevu. Klient si položí prsty na krk a vnímá vibrace jednotlivých hlásek. Ve výzkumu se zjistilo, že vnímání hlásek dotekem může pomoci k lepší artikulaci. Díky zpětné vazbě pomocí hlasu se zlepšuje i dýchání při mluvním projevu. (Carrol, Tan, 2015)

Klient by se měl soustředit současně na taktilní vnímání z pohybů rtů, pohybů čelisti, proudění vzduchu z úst, vibrace hrtanu a polohu jazyka. Systém se nejčastěji využívá u klientů s hluchoslepotou nebo s těžkým kombinovaným postižením. Systém Tadoma se stále rozvíjí a probíhají nové výzkumy a zjištění, jak jeho používání co nejvíce zefektivnit. (Heracleous, et al., 2011)

1.8.9 Jednoruční a dvouruční Braillovo písmo do prstů

Systém Braillova písma do prstů se využívá nejčastěji u osob s narušenou komunikační schopností v důsledku zrakového postižení nebo hluchoslepoty. (Finková, 2011)

Jednoruční Braillovo písmo do dvou prstů je založeno na vpisování jednotlivých písmen do levého ukazováku a prostředníku. Tento způsob vyžaduje velkou soustředěnost (Souralová, 2000)

U dvouručního Braillova písma do prstů mají osoby, které spolu komunikují, na sobě přiloženy ruce. Osoba, která chce něco sdělit, se druhého dotýká, jako by psala na psacím stroji. (Souralová, 2000)

Komunikace pomocí Braillova písma do prstů je založena na hmatovém vnímání, které je potřeba rozvíjet a zlepšovat. Klienti se musí naučit spojovat hmatové vjemy s myšlením a rozvíjet paměť pro uchování nových informací. (Finková, Ludíková, 2013)

1.8.10 Lormova abeceda

Autorem je Němec Jindřich Landesmann, u nás byla dvakrát přepracována. Funguje na principu vpisování jednotlivých hlásek do dlaně podle předem stanovených pohybů. (Souralová, 2000) Cílovou skupinou jsou osoby s hluchoslepotou. Každé písmeno je znázorněno určitým tahem na dlani, poklepnutím nebo vibrací. Aby mohla osoba systém používat, musí znát gramatiku. Pro každou zemi je Lormova abeceda modifikována podle jejich národního jazyka. (Janovcová, 2010)

Osoba, která vysílá informace, je vpisuje pravou rukou do levé ruky příjemce. Obě osoby sedí nejčastěji vedle sebe. Návuk abecedy není složitý, většinou si klienti znaky osvojí rychle. Existují speciální rukavice, které pomůžou intaktní osobě v komunikaci s osobou s hluchoslepotou. Na rukavici se znázorní tahy a body písmen. Klient si ji nasadí a komunikační partner podle předkreslených čar a bodů znázorňuje písmena. Prostřednictvím Lormovy abecedy se dají vyjádřit háčky, čárky, číslice, konec věty a diakritická znaménka. (Langrová, I., 1995-1999, [online])

Lormova abeceda se upravila do češtiny v roce 1993 při příležitosti psychorehabilitačního setkání osob s hluchoslepotou. Pokud chceme klientu něco sdělit, nejdříve ho oslovíme a upozorníme na svou přítomnost. Můžeme se ho lehce dotknout paže nebo ho oslovit jménem. Při ukončení konverzace ho opět upozorníme, že odcházíme. Komunikujeme klidně, pomalu, ověřujeme si, zda nám osoba rozuměla. Informace předáváme s ohledem na stupeň jeho postižení. Můžeme využít zbytky sluchu nebo zraku. Dbáme na přiměřenou vzdálenost od klienta a na správné osvětlení. (Lorm, 2015, [online]).

1.8.11 Facilitovaná komunikace

Systém funguje na principu řízeného výběru komunikačních jednotek, kterými mohou být kartičky, obrázky, symboly nebo položky v počítači. Systém facilitované komunikace vytvořila Rosemary Crosley pocházející z Austrálie. (Janovcová, 2010)

Facilitovaná komunikace probíhá tak, že předložíme klientu různé materiály a on vybírá a ukazuje na symbol, kterým chce něco sdělit. Můžeme mu předložit, obrázky, fotografie, piktogramy, písmena, celá slova, hračky, předměty nebo počítačové programy. Při ukazování na vybraný symbol mechanicky podpoříme klientu ruku, aby mohl vykonat pohyb. Při této metodě je důležitá důvěra mezi facilitátorem a osobou se zdravotním postižením. Podpora ruky se provádí tím, že přidržujeme osobě zápěstí nebo paži a vytváříme slabý protitlak. Reakcí na protitlak facilitátor zjistí, na co chce osoba ukázat. Postupně se rozsah podpory snižuje tím, že se místo zápěstí podpírá loket, později paže, až se dotyk omezí například jenom na dotyk ramene. (Krahulcová, 2014)

Původně se metoda realizovala podporou ruky při ukazování na tabulky, kde byly kartičky se slovy ANO a NE nebo ukazováním na písmena abecedy. (Janovcová, 2010)

Využití facilitované komunikace je velké při psaní na počítači a při ovládání technických pomůcek. Může být doplněna jinými podpůrnými pomůckami, jako jsou hlavová

ukazovátka, světelné paprsky, zvětšená tlačítka nebo pomůcky ovládané hlasem. (Krahulcová, 2014)

Facilitovaná komunikace je využívána nejen u osob se zdravotním postižením, ale i u osob s psychickým nebo psychosomatickým onemocněním (například u anorexie, depresí nebo enurézy). Není vhodná pro klienty, kteří mají problémy se svalovým napětím nebo mají snížený svalový tonus. (Malíková, 2011)

Metoda nebyla dosud dostatečně prozkoumána, proto má své odpůrce a často se o ní diskutuje. (Janovcová, 2010)

1.8.12 Totální komunikace

Totální komunikace je spojení různých komunikačních systémů sloužící k dorozumívání především mezi osobami se sluchovým postižením. Není to jeden systém nebo metoda AAK. Podstatou je současné využití různých komunikačních systémů a jejich kooperace. Díky tomu, že je velmi individuální a kombinuje různé přístupy, je vysoce účinná. (Krahulcová, 2014)

Vznikla jako reakce na dlouhodobé využívání převážně orálních metod komunikace. To způsobovalo méně příležitostí ke vzdělání a zapojení do společnosti. Proto vznikla nová filozofie totální komunikace, která zahrnuje různé metody, prostředky a formy komunikace. Umožňuje klientu možnost výběru v používání systémů AAK, více se přizpůsobuje individualitě každého klienta a navazuje na jeho dovednosti a schopnosti. (Stryková in Škodová, Jedlička, 2007)

Podstatou je, že se využívají rovnocenně všechny dostupné a známé komunikační metody a prostředky, ale žádné nejsou ani povinné ani zanedbatelné. Spolu s různými technikami se zdůrazňuje využití zbytků sluchu a mluvené řeči. Uplatňuje se u všech stupňů postižení, kdy si sám klient vybere, které formy jsou pro něho nejefektivnější. (Krahulcová, 2014)

Totální komunikace zapojuje jak osoby s narušenou komunikační schopností, tak osoby intaktní. Snaží se o sblížení obou skupin, rozvoj sociálních dovedností a příležitosti k získávání nových informací. (Stryková in Škodová, Jedlička, 2007)

1.9 Systémy s pomůckami

Autorky Laudová (in Škodová, Jedlička, 2007) nebo Janovcová (2010) dělí pomůcky na technické a netechnické. Oba druhy mají své klady i zápory. Netechnické pomůcky jsou jednodušší na ovládání, nemusí se dobíjet a jsou cenově dostupnější. Technické pomůcky umožňují hlasové výstupy nebo spojení s virtuálním světem, proto se jejich využití více rozšiřuje. (Šarounová, 2014)

U osob se zrakovým nebo mentálním postižením jsou přínosné trojrozměrné pomůcky, které si klient může sám ohmatat. Jsou využitelné od raného věku, kdy mohou být v podobě různých hraček. Pomůcky mohou mít podobu reálných předmětů, konkrétních obrázků a fotografií. Často se využívají i abstraktní symboly. Každý systém AAK využívá jiného typu pomůcek. Nejideálnější je různé typy kombinovat a vytvořit si systém, který je pro klienta podle jeho individuálních potřeb nejlepší. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

Využití technických pomůcek vyžaduje nácvik a základní znalost, která je potřebná k ovládání pomůcky. Technické pomůcky mohou být složitější na údržbu. Musí se chránit před pádem, před poškozením, před vystavováním nepříznivému počasí. Podle situace, ve které se klient nachází, je nezbytné zvážit využití technické nebo jiné netechnické pomůcky. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

1.9.1 Makaton

Vytvořila ho trojice odborníků z Velké Británie v roce 1976. (Tarciová, 2005) Ve Velké Británii patří systém Makaton mezi nejužívanější formu AAK. (Janovcová, 2010) Primárně byl tento systém vytvořen pro osoby se sluchovým postižením. Makaton je pojmenovaný podle počátečních slabik svých zakladatelů:

MArgaret Walker – logopedka

KAthy Jonson – psychiatrická konzultantka

TONny Cornforthen – psychiatrický konzultant

(Tarciová, 2005)

Makaton se skládá ze tří základních prvků:

1. Řeč (cílem je dosáhnout komunikace prostřednictvím řeči)

2. Posunek (vytváří percepčně – motorickou paměťovou stopu a pomáhá při vizualizaci řeči)
3. Symbol (jedná se o grafické znázornění slova, používá se u osob s tělesným postižením, kde by bylo použití posunků náročné. Symbolem může být například konkrétní předmět nebo obrázek.) (Tarciová, 2005)

Dalo by se shrnout, že Makaton probíhá jako mluvená řeč doprovázená posunků a symboly. (tamtéž)

Původně měl být systém Makaton využíván u dětí s mentálním postižením nebo s autismem, které neměly sluchové postižení. (Krejčířová, 2011) Cílová skupina je v současnosti širší, Makaton je využíván i u osob s poruchou sluchu, u osob s mentálním nebo tělesným postižením, u osob s poruchou artikulace, u osob s balbuties nebo u osob trpící poruchou komunikace po úrazech nebo po cévní mozkové příhodě. Lze využít také u dětí s poruchami učení. (Janovcová, 2010)

Výhodou Makatonu je, že podporuje nesrozumitelnou řeč díky symbolům a tím může snížit u osoby frustraci z neschopnosti některé slova správně vyslovit. Tento systém poskytuje zrakovou podporu řeči. Pro osoby s mentálním postižením pomáhá znakování nenápadnou formou rozvoji jemné motoriky. (Krejčířová, 2011)

Znaky Makatonu jsou rozděleny podle náročnosti do osmi stupňů a jsou tvořeny asi 350 slovy. Při nácvičce použití tohoto systému se nejdříve vyjadřují pojmy pomocí znaků, potom se kombinuje znak a řeč a nakonec se osoba vyjadřuje jenom řečí. Znaky jsou prováděny jednou nebo oběma rukama, jsou doprovázeny řečí, mimikou, modulací hlasu. Znakují se většinou jenom důležitá klíčová slova. K doplnění výpovědi se využívají symboly, obrázky nebo fotografie. (Krejčířová, 2011) Časem si klient osvojí prvky Makatonu, které jsou mu nejbližší a které bude chtít čteněji využívat. (Kubová, 1996)

Znaky, které se při Makatonu využívají, vychází z přirozených znakových jazyků neslyšících. Každá země si znaky standardizuje. Symboly spíše doplňují znaky, pouze při počátku nácvičce tohoto systému můžou sloužit jako primární komunikační prostředek. Některé symboly mohou mít podobu piktogramů, některé mohou být zobrazeny více různými způsoby. Je důležité, aby tento systém uměli používat i rodinní příslušníci a ostatní osoby, které přichází pravidelně do kontaktu s klientem. (Krejčířová, 2011)

Výhodou systému Makaton je, že symboly a znaky pomáhají chápat mluvenou řeč. Postupně se osoba učí využívat více mluvenou řeč a její komunikace s okolím se stává jednodušší. Použití znaků nebo symbolů jako doplňující prostředek při komunikaci snižuje u klientů frustraci. (Kubová, 1996)

Při všech komunikačních systémech je důležité, aby jeho užití zvládli klienti i ostatní osoby, které s nimi přichází do pravidelného kontaktu. (tamtéž)

1.9.2 Piktogramy

Neboli obrazové komunikační symboly. Můžeme se s nimi setkat v běžném životě, kde nám značí pomocí jednoduchého obrázku určité sdělení. (Růžičková, 2007) Můžou to být například dopravní značky, označení únikového východu, bezbariérového vstupu nebo značky v hromadných dopravních prostředcích označující prostor pro kočárek a jiné. (Krejčířová, 2011) V české republice se využívá asi 700 obrázků, ale díky počítačovým programům vznikají další. (Růžičková, 2007) Janovcová (2010, s. 20) uvádí, že piktogramy jsou „vnímatelný útvar, který je tvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy.“

Piktogram může být využíván i v komunikaci mezi cizinci, kteří si navzájem nerozumí. Pomocí obrázku jsme schopni pochopit, co nám chce druhý sdělit. (Krejčířová, 2011) Základem je, aby byly piktogramy konkrétní, jednoduché, názorné a aby si je lidé snadno zapamatovali a tím se umožnila rychlá orientace v neznámém prostředí. (tamtéž)

První knihu o piktogramech vydal logoped Subhas C. Maharaj v Kanadě v roce 1980. Původně šlo o bílé symboly na černém podkladě. Jednoduchost symbolů a kombinace černé a bílé vyhovuje osobám se zrakovým postižením. (Šarounová, 2014)

Podle cílové skupiny klientů můžeme piktogramy pojmout jako alternativní nebo augmentativní komunikační systém. Pro osoby, které nemluví a ke komunikaci používají piktogramy, se jedná o alternativní komunikační systém. Naopak u osob, které mluví, ale potřebují v mluvě vizuální podporu nebo rozšířit a rozvinout své sdělení se jedná o augmentativní komunikační systém. (Krejčířová, 2011)

Nejčastější cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením, se sluchovým postižením, s pervazivními vývojovými poruchami nebo s kombinovanými vadami. Ze získaných postižení se jedná nejčastěji o osoby po cévní mozkové příhodě, po úrazech nebo nádorech mozku, po laryngektomii, se získaným sluchovým nebo kombinovaným postižením nebo při degenerativních onemocněních. (tamtéž)

Nácvik probíhá nejprve s menším množstvím piktogramů, které jsou přiřazeny k fotografii nebo ke konkrétnímu předmětu a zároveň se spojují s mluveným slovem. Důležité je, aby klient rozuměl významu symbolů na piktogramech. Po upevnění základních piktogramů postupně přidáváme další a abstraktnější piktogramy. Nejdůležitější je využívat piktogramy v praktickém životě, ve školách, v zařízeních sociálních služeb i v rodinách.

Symbolům by měli rozumět všechny osoby, které s klientem pracují nebo žijí. (Krejčířová, 2011)

Postupně si může klient řadit piktogramy do komunikačních tabulek nebo komunikačních knih. Piktogramy se mohou rozmístit a nalepit po prostorech, kde klient bydlí a pracuje. Jednotlivé obrázky lze řadit za sebe a tím vytvářet věty. Na piktogramy lze přilepit suché zipy nebo magnetky, aby se klientu s kartičkami lépe manipulovalo. (tamtéž)

Komunikační tabulky by měly být přizpůsobené obsahově konkrétnímu klientu, jeho potřebám, zájmům a jazykové úrovni. (Janovcová, 2010) Jednotlivé piktogramy musí být pro klienta srozumitelné, zajímavé, vhodně barevné a velké. Při výběru slov a pojmů do komunikačních tabulek spolupracujeme s klientem, jeho rodiči a dalšími blízkými osobami. Pokud některý pojem dokáže klient vyjádřit jiným způsobem (mimikou, gestikou, pohybem těla), do tabulky ho nezařazujeme. (Janovcová, 2010) Je potřeba stále s klientem upevňovat nové symboly a tím zvyšovat jeho slovní zásobu. (Krejčířová, 2011)

Komunikační tabulka může mít různé uspořádání. Může být seřazena podle tématu (tabulka oblečení, jídlo, činnosti), podle abecedy nebo seskupení často používaných symbolů. (Šarounová, 2014) Různá může být i velikost tabulky, může být jen malou příručkou umístěnou karabinou na klíčkách, upevněná na vozíku nebo v podobě kostek. (Krejčířová, 2011) Počet pojmů v tabulce není maximálně omezen, nejméně by měly být na stránce dva pojmy, aby měl klient možnost výběru. (Janovcová, 2010) Postupně si klient do komunikační tabulky přidává nové symboly. Je dobré mít stejné komunikační tabulky doma, ve škole, v zařízeních sociálních služeb, v práci a všude, kde se klient pohybuje. Čím více osob rozumí jednotlivým symbolům, tím je vyšší úroveň komunikace klienta. (Kubová, 1996) Tvorba komunikačních tabulek by nikdy neměla být ukončeným procesem. (Krejčířová, 2011)

Šarounová (2014) uvádí, že v počátečních fázích je lepší použít kartičky, které se připevňují suchým zipem nebo lepicí páskou. Klienti mohou s kartičkami manipulovat, lépe si uvědomí význam symbolů a rychleji si systém osvojí. V pokročilejších fázích jsou vhodnější komunikační knihy a tabulky, kde klienti ukazují na symboly a ušetří čas manipulováním s kartičkami.

U klientů dospělého věku, kteří ztratili komunikační schopnost v průběhu života, je vhodné používat komunikační tabulky složené ze slov nebo vět. Použití obrázků by v některých případech nebylo přiměřené jejich schopnostem a věku. (Šarounová, 2014)

Výhodou použití piktogramů je nárůst slovní zásoby, postupně se klient naučí vytvářet věty a tím zlepšuje porozumění s okolím. Piktogramy rozvíjí paměť, pozornost, zrakové rozlišování a slouží k podpoře koordinace oka a ruky. Klienti mohou využít hlavová

ukazovátka nebo světelné paprsky při určování jednotlivých piktogramů. (Krejčířová, 2011)
Piktogramy nejsou finančně nákladné a jsou jednoduchým prostředkem pro komunikaci. (Janovcová, 2010)

System Bliss využívá podobných symbolů. Na rozdíl od tohoto systému jsou piktogramy více konkrétní a reálné. Piktogramy jsou lépe zapamatovatelné, protože se více podobají konkrétním předmětům. (Kubová, 1996)

Pomocí piktogramů se můžou sestavovat rozvrhy hodin ve škole, plán aktivit na den, znázorňovat pracovní postupy, označovat místnosti, pomůcky, potraviny. Využití je obsáhlé, záleží na individuální potřebě klienta, v jakých případech chce piktogramy používat. (Kubová, 1996)

1.9.3 Bliss

Založil ho rakouský inženýr Charles K. Bliss v roce 1949. Zprvu se do praxe nezavedl, začal se používat až od roku 1971 po znovuobjevení terapeutickým týmem z Toronta. (Růžičková, 2007)

Původně nebyl tento systém vytvořen pro komunikaci osob se zdravotním postižením, ale měl posloužit jako univerzální systém při komunikaci na mezinárodní úrovni bez potřeby znát cizí jazyky. V České republice zatím tento systém neproniknul dostatečně do praxe, je využíván více v zahraničních zemích. Důvodem je nedostatek odborné dostupné literatury a informací. (Krejčířová, 2011)

Nejvíce je využíván pro osoby s centrální poruchou motoriky nebo pro osoby s dysartrií. (Růžičková, 2007) Janovcová (2010) doplňuje, že systém je využíván u osob s expresivní poruchou řeči, kdy impresivní složka narušena není nebo jenom v malé míře.

Využit ho lze u osob po cévní mozkové příhodě, u osob s kombinovaným postižením nebo u autistů. U osob s těžším stupněm mentálního postižení bychom měli využití systému zvážit kvůli možnému nepochopení abstraktních symbolů. (Krejčířová, 2011) Stejně tak Šarounová (2014) uvádí, že systém nepatří mezi nejjednodušší, a proto je doporučen spíše osobám s dobrými kognitivními schopnostmi. Oproti tomu Kubová (1996) říká, že i u osob s mentálním postižením je využití systému Bliss přínosné. Za výhodu považuje individuální přizpůsobení jednotlivých symbolů mentálním schopnostem osoby. Podle ní nejsou symboly tak abstraktní jako klasické písmo a osoba díky symbolům dokáže vyjádřit své myšlenky.

Základem systému jsou jednoduché logicky uspořádané geometrické obrázky, které jsou oproti piktogramům více abstraktní. Jednotlivé symboly se skládají ze základního

slovníku geometrických prvků, které se různě kombinují a vznikají tak nové významy. Některé symboly mohou mít i více významů. Například symbol vody se objeví i v symbolu nápoj, řeka, jezero nebo moře. S kombinací s jinými symboly tak lze vytvářet další pojmy. Počet symbolů je až v řádech tisíců, může proto nabídnout klientu bohatý slovník. (Kubová, 1996)

Každá osoba má svou komunikační tabulku, kde ukazuje na příslušný symbol a zároveň se snaží o mluvní projev. Na symboly nemusí ukazovat pouze prstem, ale může se využít světelný paprsek nebo různé světelné body. Tabulka je zpočátku jednoduchá, logicky uspořádaná, obsahuje pouze několik symbolů, postupně může být rozšiřována o další symboly. Tabulky dávají možnost vizuální podpory a díky nim si klient zároveň nacvičuje vnímání. Postupně se symboly spojují do sousloví a tvoří se z nich věty. (tamtéž)

Systém Bliss se liší tím, že je založen na pojmovém nonverbálním obsahu slova a ne na grafické struktuře. Výhodou je mezinárodní standardizace symbolů a možnost je počítačově zpracovat. Systém Bliss je jedinečný v tom, že rozvíjí jazyk odlišným způsobem než klasickým čtením a psaním. (Krahulcová, 2014) Předností oproti jiným obrázkovým systémům je, že umožňuje tvořit věty, které se přibližují běžnému způsobu komunikace. (Šarounová, 2014)

Systém Bliss se může kombinovat s jinými komunikačními systémy nebo s psanou i mluvenou řečí. Výhodou je, že lze úroveň, počet a význam symbolů přizpůsobit každé osobě individuálně. Systém je stále revidován a rozšiřován. Nejvíce se o rozšíření do celosvětového měřítka zasloužilo centrum v Torontu. Tento systém se stává hojně používaným stejně jako znakový jazyk pro osoby neslyšící nebo Braillovo písmo. (Kubová, 1996)

1.9.4 Braillovo písmo

Braillovo písmo je uspořádání šesti bodů do dvou sloupců, které se čtou hmatem. Je využíváno u osob se zrakovým postižením. (Růžičková, 2007)

Vzniklo v roce 1825 díky Louisu Braillovi, ale veřejnost ho uznala až o 25 let později. Nejdříve se k psaní používala lepenka, později plech s okýnky. V roce 1899 sestrojil německý tyflopod Oskar Picht Pichtův psací stroj, který se vyrábí dodnes v různých obměnách. V současnosti jsou nejoblíbenější braillovské tiskárny, které nabízejí rychlý a efektivní tisk písma na papír. (Stejskalová in Jurkovičová a kol., 2010)

Šestibodový systém se nazývá Braillův kód a je založen na logickém uspořádání bodových útvarů. Jsou to tři páry bodů pod sebou očíslované od jedné do šesti.

Z šestibodového systému lze vytvořit 63 variant znaků. Z bodů lze vytvořit velká a malá písmena, číslice, uvozovky a další znaky. Speciální znaky jsou pro chemické i matematické zápisy. Některé jazyky mají šestibodový systém jednotlivých písmen stejný, například čeština s němčinou, angličtinou, slovenštinou a francouzštinou. (Finková, 2011)

Finková (2011) zdůrazňuje, že předpokladem pro osvojení si Braillového písma je potřeba rozvíjení aktivního hmatového vnímání. To se snažíme rozvíjet od co nejranějšího věku, kdy k postižení došlo. Nejdříve si klient hmatové vnímání procvičuje na různých typech hmatových cvičení, později se učí orientovat v šestibodovém systému.

1.9.5 Písmo

Písmo je grafická podoba řeči, která může být buď tiskací anebo psací. Je využíváno u osob, které mají zachovanou dovednost číst a psát. Může se uskutečnit pomocí hlavového držáku a tužky nebo světelného ukazovátka. Dalším způsobem je psaní ústy, nohama nebo pomocí brady. (Růžičková, 2007)

U osob se sluchovým postižením není psaná podoba jazyka snadná. Pochopení psaného projevu vyžaduje velkou soustředěnost. Nevýhodou oproti mluvenému projevu je, že si nemůžeme pomáhat mimikou, gesty a jinou neverbální komunikací. (Krahulcová, 2014)

1.9.6 Voks

Výměnný obrázkový komunikační systém je v České republice používán od roku 2003 a zavedla ho PhDr. Margita Knapcová (seznámila se s ním během pobytu v Chicagu, kde se využívá od roku 1985). Funguje na principu výměny obrázku za reálný předmět. (Růžičková, 2007)

Systém Voks se může realizovat prostřednictvím obrázků, které jsou vytisknuté na papíře na malých kartičkách. Klient použije obrázek, který nese určitý význam a předá ho komunikačnímu partnerovi. Ten zná význam obrázku a klientu vyjádří zpětnou vazbu. S rozvinutější technologií se začíná systém Voks realizovat prostřednictvím tabletu, kde jsou jednotlivé obrázky nahrány. Klient nemusí mít u sebe spoustu papírových kartiček. Stačí v tabletu najít vhodný obrázek a ukázat. Byl proveden výzkum, který zjišťoval, zda je u dětí s autismem efektivnější využití klasických reálných obrázků nebo využití technické pomůcky.

Výzkum ukázal, že každý způsob má své kladné a záporné stránky a záleží na konkrétním klientu, co mu bude více vyhovovat. (Hill, Flores, 2014)

V dalším výzkumu se ukázalo, že využití papírových kartiček je nepraktické ve školách mezi dětmi a učiteli. Kartičky jsou časově náročné na přípravu a často se rychle ničí. Proto se zavádí využívání tabletu. Tablet přináší spoustu výhod. Je přenosný, malý, obrázky jsou lépe zpracované vizuálně a může nabídnout i hlasovou podporu. U dětí s autismem vzbuzuje použití tabletu větší zájem a motivaci učit se novému komunikačnímu systému. (Chien, et al., 2015)

U osob s hluchoslepotou a mentálním postižením se zkoušelo využít systém Voks s úpravami. Kartičky s obrázky byly přizpůsobeny jednotlivým klientům podle míry jejich zrakového postižení. Obrázky byly zvýrazněny, kartičky byly zvětšeny nebo vyrobeny plasticky, aby si je klienti mohli ověřit hmatem. Ukázalo se, že i klienti s vícenásobným postižením (v tomto případě klienti s hluchoslepotou a mentálním postižením) mohou využívat systém Voks jako efektivní komunikační systém. (Bracken, Rohrer, 2014)

1.9.7 Technické pomůcky s hlasovým výstupem

Většinou se jedná o pomůcky s omezeným počtem vzkazů, které mají hlasový nebo tištěný výstup. Hlasový výstup si může nahrát sám klient, jiný člověk anebo lze využít digitalizovanou řeč. Technické pomůcky mohou být vybavené displejem, na kterém klient může ukazovat na obrázky, fotografie, různé symboly nebo znaky. Velmi rozšířené je využívání počítačů se speciálními softwary, tablety a mobilní telefony. (Krejčířová, 2011)

Přístroje s hlasovým výstupem můžeme použít, pokud si klient potřebuje přivolat pomoc nebo sdělit nějakou jednoduchou informaci. Do přístroje lze nahrát více sdělení, které se ozve po stisknutí tlačítka. Tlačítka je výhodné označit barevně, nalepit na ně obrázky, fotografie nebo je popsat slovem. Lze využít i větší elektronické komunikační tabulky, které obsahují spoustu nahraných vzkazů. Vzkazy lze měnit, nahrávat nové nebo různě kombinovat mezi sebou. Například po stisknutí klávesy „tatínek“ se ozve věta, která vyjadřuje, že tatínek přišel. Pokud se zároveň stiskne klávesa pro vyjádření otázky, ozve se tázací věta „Kde je tatínek?“. (Kubová, 1996)

Stisknutí tlačítek se může přizpůsobit různým částem těla. Nejdříve musíme zjistit, jaké má klient pohybové možnosti, do jaké míry je schopen ovládat pomůcky rukou nebo jinou částí těla. Tlačítka lze upravit tak, aby se daly stisknout například kolenem, bradou nebo loktem. Podle toho se pomůcky umísťují na vhodná místa vozíku nebo postele. Spínače

mohou být přizpůsobené velikostně, tvarově, barevně i upraveny způsobem ovládání. (Kubová, 1996)

Spínače mohou být ovládány fyzickým dotekem, můžou mít podobu klávesnice, myši k počítači, joysticku nebo dotykové obrazovky. Využit lze infračervené světlo, které je produkováno hlavovým ukazovátkem nebo snímač očních pohybů. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

Při nácviu by se mělo spolupracovat s ergoterapeutem, který pomáhá s ovládáním, dokáže posoudit motorické schopnosti jedince a možnosti jeho pohybů. Nevýhodu těchto pomůcek může být jejich vyšší pořizovací cena. Některé typy pomůcek nejsou upraveny pro český jazyk. Nevýhodou někdy může být problém s ovládáním tlačítek. Naopak výhodou je, že při komunikaci nemusí partneři udržovat zrakový kontakt, sdělení je rychle a srozumitelné. (Janovcová, 2010)

1.9.8 Další technické pomůcky

Technických pomůcek je velký výběr. Technologie se stále zdokonalují a vymýšlí se další možnosti, jak pomoci lidem se zdravotním postižením. Mezi nejznámější pomůcky patří speciálně upravené klávesnice, počítače se zvláštními softwary nebo tablety, které jsou často využívány ve výuce. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

Není vždy pravdou, že čím lepší technické vybavení pomůcky, tím efektivnější komunikace mezi komunikačními partnery. Například použití počítačů není vhodné pro všechny klienty. Počítač se nedá přenést na libovolné místo (takže oba partneři musí komunikovat pouze v místnosti s počítačem), dlouho trvá, než se spustí a často padá do úsporných režimů. To vše komunikaci zpomaluje. Využití notebooků by mohlo být přínosné pro osoby s tělesným postižením, protože se dá připevnit na vozík nebo stůl. Nevýhodou je omezená výdrž baterie, kvůli čemu nelze notebook používat delší dobu venku nebo v prostorách bez přístupu k zásuvce. (Šarounová, 2014)

Spousta lidí využívá speciálně upravené počítače a notebook k psaní e-mailů, vyhledávání informací nebo k zábavě. Mají velké využití, ale rychlejší komunikaci je dobré doplnit i jinými pomůckami. (tamtéž)

Technické pomůcky se stále vyvíjí, doplňuje se nové příslušenství a usnadňuje se manipulace s nimi. Při ovládání se využívají dotykové obrazovky, vhodné pro klienty s mentálním postižením, kteří mají problém se spojením pohybu myši a kurzorem na obrazovce. Vyrábí se velkoplošné a barevně rozlišené klávesnice doplněné o plexisklový kryt.

Myš počítače se může ovládat pomocí úst. Lze využít zvětšené tlačítka nebo ovládání pomocí páčky. U osob s tělesným postižením je užitečné využití spínačů, které mohou ovládat lehkým pohybem hlavy. Modernější pomůcky se dají ovládat pohledem a pohybem očí. (Šarounová, 2014)

1.9.9 ETRAN – N

Jedná se o pomůcku, která se využívá nejčastěji u osob s narušenou komunikační schopností, které mají navíc omezenou hybnost nejčastěji na pohyb očí. (Janovcová, 2010)

Pomůcka je většinou z průhledného umělého materiálu ve tvaru obdélníku s menším vyříznutým obdélníkem uprostřed. Po okrajích obdélníku jsou napsány nebo nalepeny písmena, číslice nebo jednoduché znaky různých barev. Při komunikaci se obdélník umístí v úrovni očí obou partnerů, kteří sedí naproti sebe a mohou se na sebe dívat. Postavení obou partnerů je při komunikaci velmi důležitá, musí dbát na udržování očního kontaktu, zajistit vhodné světelné podmínky a výšku postavení při komunikaci. (Krejčířová, 2011)

Osoba s postižením vybere pohledem očí znak na obdélníku a tím dá signál protějšší osobě, co chce sdělit. Cílený pohled na symbol nahrazuje slovo nebo manuální ukazování. Protějšší osoba vysloví slovo, na které bylo ukázáno a klient potvrdí jeho správnost například mrknutím. Je důležité, aby obě osoby rozuměly symbolům, číslům nebo písmenům a dokázali určit jejich význam. (tamtéž)

1.10 Shrnutí AAK

V posledních třiceti letech prošly systémy AAK zdokonalením a vzniká více technických pomůcek a různých technologií, které usnadňují komunikaci a nabízí další možnosti dorozumívání se. (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007)

AAK patří do přirozeného života osob s narušenou komunikační schopností. Aby systém přinesl pomoc a podporu v adekvátní míře, musí klient rozumět používání vybraného systému. Při nácviku začíná od nejjednodušších částí, postupně přidává a obohacuje slovní zásobu, doplňuje nové pomůcky a materiály. Musí se starat o funkčnost všech pomůcek, chránit je před poškozením. Podstatné je naučit se systémy využívat v praktickém životě, umět vést konverzaci s druhými, dokázat naslouchat a odpovídat. (tamtéž)

Důležitá je role partnera, který s osobou s narušenou komunikační schopností komunikuje. Měl by znát systémy, které osoba využívá, přizpůsobovat se tempu komunikace, navazovat na nová témata. Není vhodné používat pouze otázky typu ano/ne, ale umožnit osobě větší prostor pro vyjádření. Komunikační partner by měl poskytnout dostatek času na odpověď a poskytovat zpětnou vazbu. (tamtéž)

Přizpůsobení se úrovni myšlení klienta má podstatný význam. U osob s těžším stupněm zdravotního postižení se využívají reálné předměty. Lépe si je spojí s konkrétní věcí nebo činností. (Šarounová, 2014)

Janovcová (2010) uvádí, že v České republice je nejvíce používaným systémem znak do řeči, Makaton a piktogramy.

V České republice vzniklo v roce 1994 Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci, která má odborné pracoviště Centrum pro augmentativní a alternativní komunikaci. Pracoviště zprostředkovává tvorbu intervenčních programů, diagnostických vyšetření, konzultací, nácvik s konkrétními pomůckami, půjčování odborné literatury a speciálních pomůcek a zařízení. V rámci střediska se zajišťují po celé České republice kurzy a školení. (Bendová, 2013)

2 Narušená komunikační schopnost a využití systémů AAK u klientů

Ve druhé kapitole se věnujeme problematice narušené komunikační schopnosti (dále NKS), protože především osoby s narušenou komunikační schopností jsou cílovou skupinou pro využití systémů AAK. Popíšeme etiologii NKS a její klasifikaci. Zaměříme se na okruh NKS, který se týká symptomatických poruch řeči, protože se s ním nejčastěji setkáme v zařízeních sociálních služeb. U jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením popíšeme využití systémů AAK.

„Komunikační schopnost člověka je narušená tehdy, jestliže některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem na jeho komunikační záměr.“ (Lechta, 1990, s. 19) Narušená komunikační schopnost se může projevit ve vyjadřování nebo v porozumění řeči. Může mít různou formu a různý stupeň postižení. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Lechta (in Kerekrétiová, 2009) vymezuje komunikační schopnost jako schopnost člověka vědomě a podle patřičných norem používat jazyk jako systém znaků a symbolů v celé jeho komplexnosti a ve všech formách s cílem realizovat určitý komunikační záměr.

Klenková (2006) uvádí, že narušená komunikační schopnost je jeden ze základních termínů logopedie a zároveň jejím předmětem. Autoři Klenková (2006) a Lechta (1990) říkají, že je obtížné tento termín přesně definovat, protože není jednoznačné vymezení, kdy se jedná o normu a kdy o narušení.

Pokud určujeme, zda se jedná o narušení komunikační schopnosti, bereme ohled na oblast, kde osoba žije, na její vzdělání, na vývojový stupeň komunikační schopnosti, vyzrálost nervové soustavy a přidružené postižení. (Klenková, 2006) Lechta (2003) doplňuje fyziologické faktory, jako je únava a dekoncentrace. Při určení narušení komunikační schopnosti může mít význam i nejistota klienta, stydlivost, logofobie nebo stres.

Narušenou komunikační schopnost můžeme hodnotit z více stránek. Narušení může být v některé z jazykové roviny, ve verbální a neverbální komunikaci anebo v expresivní a receptivní složce řeči. (Lechta, 2003)

Expresivní složka řeči, nebo-li produkce řeči, zahrnuje záměr osoby něco sdělit některým zvoleným komunikačním prostředkem a zvukový nebo psaný projev sdělení. Receptivní složka řeči je příjem informací sluchovou nebo vizuální cestou, porozumění a interpretace

sdělení. Využívání komunikačních schopností záleží na úrovni kognitivních funkcí a intelektových schopnostech. (Neubauer, 2007a)

Neubauer (2007a) uvádí komunikační řetězec. Ten obsahuje klíčové oblasti z receptivní i expresivní části řeči. Pro správný a neporušený průběh komunikace je potřeba, aby fungovaly všechny složky řeči. Řetězec začíná sensorickým vnímáním (sluchové nebo zrakové), kterým se třídí a vybírají informace pro další zpracování v mozku. Tam probíhá porozumění řeči, na které má vliv paměť, pozornost i inteligence. Následuje výběr prostředku řeči pro vyjádření odpovědi na zpracované sdělení. Expresa odpovědi je provedena slovně nebo neverbální komunikací. Při verbálním projevu se aktivuje oblast respirace, fonace a artikulace. Projev může ovlivnit okolní prostředí a sociální zkušenosti. Řetězec se uzavírá a následuje znovu sensorické vnímání odpovědi a její zpracování. Při obtíži v kterékoliv oblasti řetězce je ovlivněn a narušen další průběh komunikace. Podle narušení složky komunikačního řetězce je volena intervence a cílená terapie. (Neubauer, 2007a)

Za narušenou komunikační schopnost nepovažujeme fyziologickou nemluvnost (pokud dítě nemluví do jednoho roku věku), vývojovou dysfluenci (neplynulost řeči okolo třetího až čtvrtého roku věku), fyziologickou dyslálii (nesprávná výslovnost některých hlásek do pátého roku věku), fyziologický dysgramatismus (nesprávná gramatika do čtvrtého roku věku), pokud komunikační partneři používají jiný jazyk a nerozumí si navzájem nebo při používání znakového jazyka mezi lidmi se sluchovým postižením. (Lechta in Kerekrétiová, 2009)

Narušená komunikační schopnost může kromě jazykových rovin zasahovat do jiných oblastí. Narušení se může projevit v receptivní složce řeči, kde se projeví obtížemi v porozumění. Objevit se může u osob se specificky narušeným vývojem řeči, u osob s afázií nebo u osob se symptomatickou poruchou řeči, zejména u osob se sluchovým postižením, jejichž stupeň postižení ovlivňuje kvalitu přijímaných informací. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

V oblasti expresivní řeči se může narušení komunikační schopnosti objevit u osob s koktavostí, které mají problémy s častými neplynulostmi v řeči a námahou při mluvení. Problémy nastávají jak ve verbální formě komunikace, tak i v neverbální formě. Komunikace může být narušena i v koverbální formě. Projevuje se bezděčnými grimasy během komunikace nebo zvláštními pohyby těla. Bezděčné pohyby jsou založeny na fyziologickém nebo na psychologickém podkladu. Mohou být jako sekundární projev primárního narušení. V některých případech mají závažnější negativní dopad než samotné primární narušení.

Nežádoucí projevy neverbální komunikace se mohou stát obtížněji odstranitelné, protože se z nich mohou vytvářet návyky. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Cílem terapie je odstranit nebo částečně eliminovat narušenou komunikační schopnost a překonat komunikační bariéru, která je důsledkem narušení. (Lechta, 2002b)

2.1 Jazykové roviny

Komunikační schopnost může být narušena v jedné nebo současně ve více jazykových rovinách. Mezi jazykové roviny patří foneticko-fonologická, morfologicko-syntaktická, lexikálně-sémantická a pragmatická. (Lechta, 1990)

Foneticko-fonologická rovina zahrnuje výslovnost hlásek, zřetelnost mluvního projevu, sílu a výšku hlasu, schopnosti ve sluchové analýze a syntéze hlásek, adekvátní tempo řeči a další. (Mlčáková, Vitásková, 2013) Spadá pod ní respirace, fonace, rezonance, pozorujeme, jak klient dýchá a jaký je jeho výdechový proud. (Mlčáková in Vrbová, 2012) Jinými slovy by se dalo říct, že se jedná o zvukovou stránku řeči. Nesprávná výslovnost vyvolává pozornost a často se komunikační partner zabývá více kvalitou výslovnosti než obsahem sdělení. Správná výslovnost hlásek by měla být ustálena před zahájením školní docházky. (Bytešníková, 2012) Výslovnost se rozvíjí brzy po narození a trvá asi do pěti let věku. (Klenková, 2000) Narušení komunikační schopnosti v této rovině se považuje po dovršení sedmého roku věku. (Lechta, 1990)

Lexikálně-sémantická rovina odráží správné pojmenování objektů, porozumění sdělení a významu jednotlivých slov a zahrnuje aktivní i pasivní slovní zásobu. (Mlčáková, Vitásková, 2013) Zabývá se také významem slov. Slovní zásoba se dá dělit podle různých hledisek, například na individuální (slovní zásoba jednotlivce), národní (slovní zásoba celého národa), objektivní, subjektivní, emocionálně neutrální, expresivní, konkrétní, abstraktní a další. (Marková in Kerekrétiiová, 2009) Kolem desátého měsíce se u dítěte začíná rozvíjet pasivní slovní zásoba a v jednom roce se začíná tvořit aktivní. (Klenková, 2000) Slovní zásoba se rozvíjí po celý život jedince. (Bytešníková, 2012)

Morfologicko-syntaktická rovina se zabývá gramatickými pravidly a tvořením správného slovosledu vět. (Mlčáková, Vitásková, 2013) Během vývoje si osoba osvojuje nejdříve citoslovce, podstatné jména, později slovesa a učí se je správně podle gramatických pravidel používat. Z roviny syntaktické se nejdříve osoba učí tvořit dvouslovné věty, později složitější věty a souvětí. (Bytešníková, 2012) Tuto rovinu můžeme pozorovat až od jednoho

roku, kdy se začínají tvořit první slova. Nejdříve se slova neskloňují ani nečasují. (Klenková, 2000) Lechta (1990) uvádí, že tato rovina nejvíce odráží výši intelektu a duševního vývoje. Pokud jsou tvořeny slova nebo věty gramaticky nesprávně do čtvrtého roku věku, nejedná se i narušenou komunikační schopnost. (Lechta, 1990) Toto období se nazývá jako fyziologický dysgramatismus. (Mlčáková in Vrbová, 2012)

Pragmatická rovina umožňuje komunikovat v praxi a zabývá se tím, zda osoba umí zahájit a vést konverzaci. (Mlčáková, Vitásková, 2013) Patří zde schopnost adekvátně využívat neverbální komunikaci. V pragmatické rovině se spojuje obsah sdělení s tím, jak a kdy osoba svůj komunikační záměr sdělí. (Bytešníková, 2012) Nacvičení pragmatické formy komunikace je hlavním úkolem pro logopeda, který se snaží pomoci zajistit komunikaci jakýmkoliv jiným způsobem než jenom orální cestou. Hlavním cílem je, aby se klient stal jak pasivním, tak i aktivním aktérem komunikace. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) Dítě začíná vědomě navazovat komunikaci až od třetího roku věku. (Klenková, 2000)

Lejska (2003) dělí roviny řeči na povrchovou rovinu a hlubokou rovinu. Do povrchové roviny patří fonetická a fonologická realizace. Fonetická realizace obsahuje motorické (nastavení mluvidel) a zvukové (zvuk hlásky) provedení hlásek. Fonologická realizace se věnuje distinktivním rysům hlásek, znělostí, nosovostí nebo kontinuálností (zda jsou hlásky závěrové nebo úžinové).

Hluboká rovina řeči obsahuje syntaxi, sémantický obsah a rozumovou (emotivní) úroveň. Syntaxe znamená řazení jednotlivých slov do větších celků a využívání při tom správných gramatických pravidel. Sémantický obsah je význam slov, vět a sdělení. Emotivní úroveň znamená podání stejného sdělení v různých emotivních stavech. (Lejska, 2003)

Lejska dále uvádí, že vedle rovin řeči rozlišujeme složky řeči. Patří sem zvuková a významová složka. Zvuková složka řeči se zabývá tvorbou hlásek, slov a celkovou srozumitelností sdělení. Významová složka věnuje obsahu a smyslu sdělené informace. (Lejska, 2003)

2.2 Klasifikace narušené komunikační schopnosti

Nejpoužívanější klasifikaci uvádí Lechta (1990) a rozděluje NKS podle symptomu.

Do této klasifikace patří vývojová nemluvnost (zahrnuje opožděný vývoj řeči a vývojovou dysfázii), získaná neurotická nemluvnost (mutismus a elektivní mutismus), získaná orgánová nemluvnost (afázie), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení

zvuku řeči (rinolálie, palatolálie), poruchy hlasu (dysfonie, afonie), poruchy plynulosti řeči (balbuties, tumultus sermonis), narušení grafické formy řeči (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, alexie, agrafie, agramatismus a akalkulie), symptomatické poruchy řeči a kombinované vady řeči. (Lechta, 1990)

Klenková (2006) klasifikuje narušený vývoj řeči podle stupně na úplný nebo částečný. Dalším členěním může být na poruchy, které si osoba uvědomuje a které si neuvědomuje (neuvědomovanou poruchou může být například breptavost). Narušená komunikační schopnost může být dominantním projevem nebo symptomem jiného zdravotního postižení. (Klenková, 2006)

Se symptomatickými poruchami řeči se setkáme v zařízeních sociálních služeb často. Mohou být způsobeny jiným onemocněním, zdravotním postižením, narušením nebo znevýhodněním. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

2.3 Symptomatické poruchy řeči a využití systémů AAK u jednotlivých skupin osob

Z důvodu, že se symptomatickými poruchami řeči se nejčastěji setkáme v zařízeních sociálních služeb, budeme jim věnovat následující podkapitolu a uvedeme charakteristiky jednotlivých postižení a možností využití systémů AAK u těchto skupin osob.

Symptomatické poruchy řeči jsou důsledkem jiného dominujícího postižení. Vznikají trojím způsobem, který uvádí Lechta (1990). Buď přímým následkem dominujícího postižení, další možností je, že na základě jedné příčiny vzniká zároveň dominující postižení a NKS a poslední situace nastává, kdy má dominující postižení i NKS svoji vlastní rozdílnou příčinu. (Lechta, 1990)

Symptomatické poruchy řeči popisuje Lechta (2002a, s. 52) jako „narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.“

Symptomatické poruchy řeči dělí Lechta (2002a) na specifické a nespecifické. Mezi specifické poruchy patří například verbalismus, který je typický pro osoby se zrakovým postižením. Nespecifické poruchy se vyskytují u různých druhů postižení, nejsou typické pouze pro jeden druh. Symptomatické poruchy řeči se projevují ve všech jazykových rovinách. (Lechta, 2002a)

Příznaky symptomatických poruch řeči jsou různé, záleží na dominujícím postižení. (Lechta, 1990) Může jít o nemluvnost, lehčí postižení komunikační schopnosti, opožděný vývoj řeči, ale nikdy nejde o úplnou ztrátu schopnosti komunikace, protože i v nejtěžších případech vysílá klient signály s určitým významem. V důsledku postižení sluchu se může vyskytovat špatná artikulace a nedostatečná obsahová stránka řeči, u osob s mentálním postižením bývá malá slovní zásoba a převládá používání konkrétních slov. U pervazivních vývojových poruch je snižená snaha komunikovat a zapojovat se do hovoru, mají problém s pochopením významu slov a s neverbální komunikací. U klientů s DMO je narušena artikulace a celková realizace hlásek. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Souhrnná diagnostika symptomatických poruch není vypracována, odvíjí se od diferenciální diagnostiky jednotlivých poruch a druhů postižení. Diagnostika se provádí co nejdříve, aby se mohlo co nejčasněji začít s intervencí. (tamtéž)

K nejčastějším symptomatickým poruchám patří NKS u dětí s dětskou mozkovou obrnou nebo u osob s mentálním postižením. (Klenková in Vítková, 1998)

2.3.1 Osoby s kombinovaným postižením a využití systémů AAK

Kombinované postižení zahrnuje u jedince více postižení. Mohou mít známou i neznámou příčinu. Mezi kombinovaná postižení patří například Downův syndrom, hluchoslepotu, fetální alkoholový syndrom nebo syndrom CHARGE. (Kunhartová a kol., 2011)

Podle druhu a stupně kombinace jednotlivých zdravotních postižení dochází k různému stupni narušení komunikační schopnosti. U osob s kombinovaným postižením může docházet k narušení komunikační schopnosti ve fázi percepce i exprese. Systémy AAK slouží u těchto klientů k odstranění komunikačního deficitu a zapojení do sociálních vztahů. (Ludíková, 2005)

Podle toho, o jakou kombinaci postižení nebo syndrom se jedná, přizpůsobíme výběr systému AAK. U kombinace tělesného postižení se zrakovým nejsou vhodné znaky, gesta, předměty ani komunikační tabulky. Dobrá může být metoda skenování zvukovou cestou. Komunikační partner předčítá nebo pojmenovává položky a klient ho zastaví dohodnutým signálem při zaznění správné položky. V případě počítačů a jiných technických pomůcek je potřeba využít hlasové výstupy. (Šarounová, 2014)

V případě osob s mentálním a tělesným postižením je možné využít komunikační tabulky, které jsou jednoduché nebo doplněné o fotografie. Lze využít metodu skenování nebo pomůcku E-tran. U technických pomůcek se snažíme co nejvíce zjednodušit ovládání nebo doplnit ovládání spínači a hlasovými výstupy. (tamtéž)

2.3.2 Osoby s mentálním postižením a využití systémů AAK

U osob s mentálním postižením vzniká narušení komunikační schopnosti kvůli snížené úrovni kognitivních schopností, opoždění motorických dovedností, častému přidružení sluchového postižení nebo působení nepodnětného prostředí. Nejčastěji se u nich vyskytuje dyslalie, huhňavost, breptavost a koktavost. (Klenková, 2006)

Rozvoj řeči záleží na stupni mentální retardace. (Bendová, 2013) Současně s rozvojem řeči se rozvíjí i myšlení a zlepšují se sociální vztahy. Proto je na rozvoj řeči u osob s mentálním postižením kladen důraz. Při nácviu řeči vycházíme z vývojového stádia osoby, po upevnění a zvládnutí naučeného v praxi postupujeme k vyššímu stadiu. (Sovák, 1984)

Většinou jedinci s lehkým stupněm mentální retardace nemusí systémy AAK využívat, protože se dokážou dorozumívat běžnou řečí. (Bendová, 2013) Narušení komunikační schopnosti se projevuje většinou až ve školním věku. Mohou mít problém s abstrakcí a logickým myšlením. Jejich mechanická paměť může být na dobré úrovni. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

U osob se střední mentální retardací se AAK používá jako doplnění k mluvené řeči, v některých případech jako plná náhrada. Většinou mluvené řeči rozumí, ale mají narušenou expresivní složku řeči. (Bendová, 2013) Narušení komunikační schopnosti se projevuje od raného věku, mají chudou slovní zásobu, ale zvládají základní komunikaci s druhými. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

U osob s těžkou mentální retardací je využití podpůrných systémů AAK přínosné, protože jejich řeč není na dostatečné úrovni rozvinuta. (Bendová, 2013) Zvládnou se naučit pouze několik slovních frází nebo si neosvojí řeč vůbec. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007) Často se u nich projevuje nepřesná výslovnost, mají menší schopnost rozumět mluvené řeči, pracují pouze s omezenou slovní zásobou, rozumí spíše konkrétním pojmům než abstraktním, mají problém s gramatickou stavbou vět. Verbální komunikace se v těžších stupních nemusí rozvíjet vůbec a je omezena na neverbální prvky. (Fischer, Škoda, 2008)

U osob s hlubokou mentální retardací využíváme nejčastěji bazální stimulaci. (Bendová, 2013) Jejich komunikace je založena na vyjádření pocitů a emocí. (Škodová in

Škodová, Jedlička, 2007) Nejjednodušším způsobem, jak zjistíme, co klient s těžkým mentálním postižením chce, je výběr ze dvou konkrétních věcí. Postupně můžeme ke konkrétní věci přiřazovat obrázky a tím si klient osvojí práci s kartičkami. Využívat můžeme jednoduché pomůcky s hlasovým výstupem, kam se nahrají maximálně dva vzkazy, pomocí kterých může osoba rozhodovat o tom, co by chtěla dělat. Naučí se tak souvislost mezi zvukem a situací, která nastane. (Šarounová, 2014)

U osob s mentálním postižením musíme brát v úvahu snížený rozsah zrakového vnímání. Pomůcky musíme přizpůsobit barevně i velikostně, správně je rozmístit do prostoru a rozlišit figuru a pozadí. Pomůcky by měly být spíše konkrétní a reálné, můžou se například využívat fotografie, zmenšené reálné předměty nebo obrázky. Často mají klienti s mentální retardací problém se zapamatováním informací, při nácviku potřebují více opakování a fixaci naučeného. Z důvodu větší unavitelnosti je potřeba do nácviku zařadit odpočinek a čas pro relaxaci. Důležitá je motivace, aby byl nácvik systému AAK co nejefektivnější, například prostřednictvím oblíbené aktivity nebo hračky po splnění vymezené doby na nácvik. (Bendová, Růžičková, 2013)

Doporučeným systémem může být například systém VOKS, protože funguje na principu výměny obrázku za požadovaný cíl. Klienta může motivovat to, že jeho aktivita vyvolá požadovanou reakci. U klientů s mentální retardací je nejčastěji využívána augmentativní komunikace, jako doplňující k mluvené řeči. Jedná se většinou o Makaton, znak do řeči, práce s obrázky, fotografiemi nebo symboly. U osob s těžkým a hlubokým postižením využíváme alternativní komunikaci, například systém VOKS, reálné předměty a piktogramy. (tamtéž)

Při výběru vhodného systému AAK bereme ohled na možné přidružené poruchy chování, poruchy koncentrace a aktivity, emoční labilitu, neklid nebo psychické poruchy. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Logopedická péče osob s mentálním postižením je zaměřena na nácvik a využívání AAK, rozšiřování slovní zásoby a rozvoj jemné motoriky. V mnoha případech nácvik těchto systémů klient nebo jeho rodina brzo vzdá, protože v krátké době nevidí výsledky. Další péče spadá do zařízení sociálních služeb, psychiatrických a geriatrických oddělení nebo charitativních zařízení. Problémem bývá přechod klienta z rodiny do zařízení, pokud rodina nevyužívala žádný systém AAK a dorozumívala se s klientem na primární úrovni. (tamtéž)

2.3.3 Osoby s poruchami autistického spektra a využití systémů AAK

Základem při terapii je navázání vztahu s klientem. Pracovník je empatický, intuitivní, zajistí přehledné a příjemné prostředí a tím zabezpečí jistotu pro klienta. Důležitým členem týmu u osob s poruchami autistického spektra jsou rodiče a nejbližší příbuzní. (Říhová, Vitásková, 2012)

Při práci s osobami s poruchami autistického spektra se je snažíme v komunikaci motivovat. Při mluvení zároveň na věci ukazujeme a podporujeme klienta, aby také na věci ukazoval. Tím se zvyšuje počet slov v aktivní slovní zásobě. Pokud klient používá jednoduché věty nebo sousloví, mluvíme také v jednoduchých krátkých větách. Snažíme se mu co nejvíce přizpůsobit. Komunikaci podporujeme gesty, obrázky, fotografiemi, předměty. (Miller, Smith, 2016)

Nevýhodou využití AAK u těchto osob je jejich snížená snaha nějaký ze systémů používat. Dobré je volit vizuální pomůcky, fotografie, obrázky nebo předměty, které vypadají reálně, a klient dokáže snadno pochopit jejich význam. (Bendová, 2013) O vhodnosti vizuální komunikace se zmiňuje i Říhová (2009) a Bendová s Růžičkovou (2013). Pro klienty s nepružným způsobem myšlení jsou konkrétní a jednoznačné obrázky nebo reálné předměty nejvhodnější. (Říhová, 2009) Šarounová (2014) oproti tomu dodává, že lze využít i abstraktní symboly nebo černobílé obrázky, záleží vždy na konkrétním klientu, co mu bude nejvíce vyhovovat.

Informace by měly být podány více smyslovými cestami, například spojení sluchu s vizuální podobou pomůže klientu k lepšímu zapamatování informace. Problémem může být komunikování ve společnosti, protože klienti s PAS nevyhledávají společnost, často nenavazují nové kontakty a nechápou neverbální komunikaci a emoce druhých. (Bendová, Růžičková, 2013)

Doporučuje se využití systému VOKS, obrázků, piktogramů, zmenšeniny reálných předmětů, komunikační deníky nebo elektronické komunikátory. (Bendová, Růžičková, 2013) Říhová, Vitásková (2012) doplňují použití systému Makaton, znak do řeči a technické pomůcky, jako jsou počítače a tablety.

Vhodné je využívat obrázkové harmonogramy činností, aby klient věděl, co ho který den čeká. Harmonogram musí být pro klienta jasný a pochopitelný. Můžeme ho slovně komentovat, přizpůsobit podle oblíbenosti aktivit barvy na kartičkách nebo využít suchého zipu a s kartičkami v průběhu dne manipulovat. (Miller, Smith, 2016)

Pokud se rozhodneme pro nějaký systém komunikace, měl by se používat stejným způsobem doma, ve škole, v zařízení sociálních služeb a všude, kde se klient nachází a komunikuje. (Šarounová, 2014) Vyhledání a zavedení systému AAK nemá být konečným cílem, ale prostředkem k další spolupráci s klientem. (Říhová, Vitásková, 2012)

2.3.4 Osoby s tělesným postižením a využití systémů AAK

Nejčastější symptomatickou poruchou řeči u osob s dětskou mozkovou obrnou je dysartrie a anartrie. (Janovcová, 2010; Fisher, Škoda, 2008) Škodová (in Škodová, Jedlička, 2007) uvádí, že časté jsou poruchy dýchání, dysfonie, huhňavost a koptavost. Klenková (2006) říká, že nejvýrazněji je narušena foneticko-fonologická složka řeči, která se nejvíce odráží ve výslovnosti a v motorice mluvních orgánů. Narušená je také fonematická diferenciací.

U klientů s dětskou mozkovou obrnou je při výběru vhodného systému AAK důležité přizpůsobit volbu jeho motorickým, rozumovým, senzorickým a komunikačním potřebám. (Kubová, Hemzáčková, 2000)

U osob s DMO se nejčastěji využívají piktogramy, reálné předměty a jejich zmenšeniny, systém VOKS a Makaton a z menší části systém Bliss. Cílová skupina je velmi rozmanitá, záleží na druhu DMO, intelektové úrovni, motorice končetin, kvalitě zraku a sluchu a na individualitě každého jedince, proto i výběr komunikačního systému může být u každého klienta jiný. (Bendová, Růžičková, 2013)

Při raném nácviku a rozvoji komunikace se využívají gesta. Vždy jsou doprovázená mluvenou řečí a postupně se eliminují, až převládá pouze mluvená řeč. Pro některé klienty zůstanou gesta i v dalších fázích jako trvalá forma AAK. Pokud nám klient něco sděluje prostřednictvím gest, poskytneme mu zpětnou vazbu (může být slovní, taktilní, vizuální). (Janovcová, 2010)

Klienti s tělesným postižením jsou cílovou skupinou systémů AAK, kteří mohou využívat technické i netechnické pomůcky, ale musí být upraveny nebo přizpůsobeny ke snadnějšímu ovládní. Při nácviku některého ze systému dbáme na správnou polohu klienta, aby byly využity všechny jeho fyzické možnosti. (Šarounová, 2014)

Pokud není klient schopen ovládat pomůcky rukama nebo by ovládní trvalo příliš dlouho, můžeme využít hlavová ukazovátka nebo metodu skenování. Ta probíhá tak, že komunikační partner postupně ukazuje na položky v komunikační tabulce a klient ho u příslušné položky zastaví (buď slovem, mrknutím nebo kývnutím hlavy). Lze využít také

označení cíleným pohledem, kdy se klient dívá na místo, kterým chce něco sdělit. Dobrou pomůckou může být Entran-N, která má uprostřed obdélníku umístěného mezi partnery vyříznuté okénko a obě komunikující osoby na sebe dobře vidí. Z technických pomůcek jsou nejčastěji využívány různé doplňky k počítači, speciálně upravené spínače, kamery pro ovládání očima a speciální softwary. Možností se spousta, záleží na potřebách a individualitě každého klienta. Ohled musíme brát na všechna přidružená postižení, která mohou komunikaci zkomplikovat. (Šarounová, 2014)

Zásady pro rozvoj hybnosti a řeči u osob s tělesným postižením, zejména u klientů s DMO, uvádí Kábele (in Černý, et al., 1970) Popisuje zásadu vývojovosti, kdy je třeba dodržovat rozvoj dovedností v souladu s přirozeným ontogenetickým vývojem. Zásada reflexnosti popisuje polohy zmírňující spasticitu, uvádí správné polohy a držení těla a hlavy, které pomáhají ke správnému plynulému projevu. Zásada rytmizace zmírňuje pohybové napětí a využívá vliv rytmu na pohybovou činnost klienta. Využití různých smyslových a motorických podnětů spadá do zásady komplexnosti. Cílem je spojit řeč s vhodnou mimikou a neverbálním chováním. Zásada kolektivnosti uvádí, že nejlepší je nácvik řeči provádět v kolektivu více lidí. Jako poslední uvádí zásadu přiměřenosti a individuálního přístupu, kde zdůrazňuje respektovat možnosti a schopnosti každého jedince.

Důležité je uvědomit si, že osoby s tělesným postižením nemusí mít narušenou komunikační schopnost a nemusí vždy vyžadovat speciální přístup při komunikaci. Dbáme na to, abychom komunicovali vždy s klientem a ne jeho doprovodem. Přizpůsobíme se výšce komunikačního partnera, v případě používání vozíku si poklekneme a vytvoříme prostor bez překážek. Bez vědomí klienta nemanipulujeme s jeho vozíkem. (Venglářová, Mahrová, 2006)

2.3.5 Osoby se sluchovým postižením a využití systémů AAK

Sovák (1984) uvádí, že pokud dítě neslyší od narození nebo od věku, kdy ještě nezačalo mluvit, nevytváří se řeč a duševní vývoj dítěte probíhá odlišně než u dítěte slyšícího. Intervence by měla být v takovém případě zahájena co nejdříve. Pokud to lze, je důležité do intervence zapojit rodiče.

Jiná situace nastává, pokud dítě ztratí sluch po šestém až osmém roku věku. Dítě se už naučilo základní mechanismy řeči, ale kvůli nedostatečné sluchové zpětné vazbě se zvuková stránka řeči mění a zkresluje. (Sovák, 1984)

U osob se sluchovým postižením se využívají systémy, které jsou doprovázeny především zrakem. (Bendová, Růžičková, 2013) Vizuelní podpora je přirozenou formou, jak

nahradit a zvýšit příjem informací místo řeči. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) Nejčastěji to bývá prstová abeceda nebo odezírání, které bývá při delší komunikace velmi náročné. (Bendová, Růžiková, 2013) Pro správné odezírání je potřeba schopnosti vnímat pohyb mluvidel, mít dobrou pozornost a vizuální paměť a dokázat rychle reagovat na vizuální podněty. (Vitásková, Peutelschmiedová, 2005)

Růžičková (2007) uvádí, že u osob se sluchovým postižením můžeme využít komunikaci buď vizuálně-motorickou nebo audio-orální. Do vizuálně motorické komunikace spadá znakový jazyk, znakovaná čeština nebo prstová abeceda. Audio-orální přístup využívá k příjmu informací zbytky sluchu, odezírání a produkci informací hlasitou řeč.

Při komunikaci s klientem se sluchovým postižením zajistíme klidné místo a omezíme rušivé podněty. Mluvíme pomalu, přesně artikulujeme, udržujeme oční kontakt. V průběhu hovoru si ověřujeme, zda nám klient rozumí. Všimáme si jeho neverbálních projevů, poskytneme mu pauzu, pokud to potřebuje. Jsme trpěliví a sdílíme ochotu komunikovat. (Venglářová, Mahrová, 2006)

2.3.6 Osoby s duálním sensorickým postižením a využití systémů AAK

Osoby se sluchovým a zároveň zrakovým postižením jsou v komunikaci spíše pasivní, komunikaci nevyhledávají. Snadněji informace přijímají, než se vyjadřují. Při komunikaci s klienty je potřeba nejdříve získat jejich pozornost dotekem, využitím sluchu nebo zraku. Vždy jim dáme najevo zpětnou vazbu, která podněcuje další komunikaci. Nejvíce se při komunikaci využívají taktilní systémy AAK a neverbální komunikace. Více než dvě osoby současně se při komunikaci nedoporučují. Neverbální komunikace probíhá prostřednictvím reálných předmětů a gestikulace. (Ludíková, 2005)

Výběr systému AAK u osob s hluchoslepotou závisí na stupni postižení zraku a sluchu a na době, kdy k postižení došlo. Při ztrátě sluchu nejčastěji klienti využívají znakový jazyk, který kombinují s mluvenou řečí. Nejvíce jsou využívány taktilní formy AAK, kam patří doteková prstová abeceda, Braillovo bodové písmo, Lormova abeceda, tadoma, prstová abeceda do dlaně a taktilní znakový jazyk. (Ludíková, 2005) Šarounová (2014) doplňuje využití českého znakového jazyka upraveného pro znakování do dlaně a vpisování tiskacích písmen do dlaně.

2.3.7 Osoby se zrakovým postižením a využití systémů AAK

Stupeň narušené komunikační schopnosti ovlivňuje doba, kdy ke zrakovému postižení došlo. Nejčastějším typem NKS u osob se zrakovým postižením je dyslalie, která vzniká kvůli nemožnosti nápodoby hlásek zrakem. Dále se vyskytuje koktavost, breptavost, huhňavost nebo poruchy hlasu. (Klenková, 2006)

Podle stupně zrakového postižení se u osob využívají různé systémy. U těžších poruch se využívají pomůcky, které lze uchopit a rozpoznat hmatem. (Bendová, Růžičková, 2013) Osoby se zrakovým postižením často užívají slova, kterým nerozumí, nechápou jejich význam a používají je neadekvátně situaci. Pokud umožníme klientu vnímat předmět i hmatem, lépe si výraz osvojí a dokáže ho v řeči správně použít. (Růžičková, 2007)

U lehčích forem by měly být pomůcky správně barevně rozlišeny. Fotografie je lepší nahradit symboly nebo piktogramy, které jsou jednodušší, dají se zvětšit a barevně rozlišit. Využívaným systémem je Makaton, protože nabízí spojení gest se slovem a obrázky. Dále se používá Lormova abeceda, prstová abeceda (u těžších forem se využívá abeceda do dlaně), znak do řeči nebo pomocné artikulační znaky. Gesta se provádí v zorném poli klienta a v adekvátní vzdálenosti. (Bendová, Růžičková, 2013)

Metody a přístupy volíme s ohledem na věk klienta a stupněm jeho postižení. Dbáme na správné osvětlení v místnosti a dodržování zrakové hygieny při nácviku. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007) Snažíme se, aby klient co nejpřesněji pochopil význam slov, rozšiřujeme jeho aktivní slovník, snažíme se zprostředkovávat co nejvíce praktických zkušeností prostřednictvím manipulací s předměty a učíme ho orientaci v prostoru. V rámci logopedické intervence se zaměřujeme také na rozvinutí a využití jiných smyslů, především sluchu a hmatu a používání adekvátní neverbální komunikace. (Klenková, 2006)

Každý odborník (psycholog, lékař, speciální pedagog, sociální pracovník), který pracuje s klientem se zrakovým postižením, musí být seznámen se způsobem komunikace a s pomůckami využívajícími se při komunikaci. Pokud vzniklo zrakové postižení v průběhu života, je potřeba zapojení psychologa do procesu intervence. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

2.3.8 Osoby se získanou NKS a využití systémů AAK

U některých nemocí (například amyotrofická laterální skleróza, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova nemoc) vzniká ztráta mluvit přirozenou mluvenou řečí postupně. Většinou je

porozumění řeči v normě, stejně jako úroveň inteligence. V prvních fázích se může využívat psaná řeč, kdy není možná produkce slovy, později při postižení motoriky můžeme využívat technické pomůcky, které se ovládají pohybem očí. Umožníme jim používat sociální sítě a internet, na které byli zvyklí, ale snažíme se jim přizpůsobit způsob ovládání elektronických zařízení. Vhodné je použití komunikačních tabulek, protože jim klienti bez problémů rozumí. (Šarounová, 2014)

Komplikací je, pokud po úrazech nebo nádorech mozku dojde i k poruše porozumění řeči. To znepřístupní použití některých systémů AAK, protože klienti nemusí rozumět symbolům nebo obrázkům. Často se používají gesta, fotografie nebo zástupné předměty. (tamtéž)

U lidí se získanou narušenou komunikační schopností vždy záleží, které složky řeči jsou postiženy, zda rozumí mluvené nebo psané řeči, jaké má fyzické možnosti nebo jaké je jeho smyslové vnímání. Záleží také na průběhu nemoci. Podle všech aspektů vybíráme a přizpůsobujeme systémy AAK. (tamtéž)

2.3.9 Osoby seniorského věku a využití systémů AAK

Kvůli procesu vývoje a stárnutí organismu, zejména fyziologickým změnám v oblasti motoriky mluvidel, může docházet k obtížím v respiraci, je narušena tvorba hlasu a přesná artikulace. Snižuje se rychlost a síla svalů v oblasti mluvních orgánů, proto se může snížit srozumitelnost řeči. (Neubauer, 2007a)

Překážkou při komunikaci se seniory může být snížení kognitivních funkcí. Snižuje se jejich schopnost formulovat myšlenky, porozumět sdělovanému a pamatovat si obsah a průběh rozhovoru. Neznají některé nové pojmy a informace můžou chápat mylně. Překážku v komunikaci může tvořit příliš hlučné prostředí, nedostatek soukromí nebo nevhodné prostory k řešení soukromých záležitostí. (Malíková, 2011)

Postižení fatických a kognitivních funkcí se může projevit afázií, kognitivně komunikační poruchou u demence nebo kognitivně komunikační poruchou při duševním onemocněním. (Neubauer, 2007a)

Častou komplikací je narušení porozumění řeči z důvodu stařecké nedoslýchavosti. (Neubauer, 2007a) Sluchové vady jsou jedním z nejběžnějších chronických onemocnění u klientů seniorského věku. Pokud sluchová vada vzniklá procesem stárnutí zasáhne do života osoby tak, že vzniklá narušená komunikační schopnost ovlivňuje sociální vztahy, považuje se tento stav za patologický. Komunikační bariéra vede k osamělosti, izolaci, úzkostem,

depresím, omezení orientace, omezení zájmových aktivit a může vést až ke zhoršení sebevědomí a zhoršení zdravotního stavu. Dopad zhoršujícího se sluchového postižení je u každého jedince jiný a specifický. (Neubauer, Skákalová, 2015)

Vzniklé zrakové poruchy znesnadňují grafickou formu komunikace. V seniorském věku je zvýšené riziko cévních mozkových příhod, které mohou mít vážné dopady na recepci i expresi řeči. Komunikaci také ovlivňuje možné riziko vzniku demencí a duševních onemocnění. (Neubauer, 2007a)

Kvůli odumírání a zániku nervových buněk vznikají neurodegenerativní onemocnění nervového systému. Nejčastějším onemocněním je Alzheimerova nemoc, Parkinsonova choroba, Huntingtonova choroba, roztroušená skleróza nebo amyotrofická laterální skleróza. Nejčastějším druhem narušené komunikační schopnosti u těchto onemocnění je dysartrie, afázie, apraxie. (Neubauer, Skákalová, 2015; Neubaer, 2007a)

Při kompenzaci získané sluchové vady se využívá nácvik odezírání, který je možné doplnit sluchadly. Odezírání může být u osob seniorského věku zkomplikováno ztrátou schopnosti delšího soustředění a úbytkem kognitivních funkcí. Klienta podporujeme v zapojení do zájmových aktivit, rodinného života, v samostatném pohybu a nezávislosti. (Neubauer, Skákalová, 2015)

U seniorů bývá často zavedení systémů AAK problematické, protože mají omezenou schopnost učit se a je pro ně obtížnější osvojit si nové znaky, symboly a pravidla. Efektivnější je u takových osob využívat systémy, které jsou co nejvíce přirozené, například používání fotografií nebo přirozených gest. Hlavním cílem u využití systémů AAK u seniorů je kompenzace jejich deficitu, zpřístupnění informací, zlepšení orientace v prostoru i čase (označení dveří, skříněk) a možnost vlastního vyjádření. Mezi rehabilitační cíle patří umožnit jim komunikaci se svým okolím a pracovníky v sociálních službách a zpřístupnit více volnočasových aktivit. (Bendová, 2013)

Pokud použijeme materiály (například slabikáře, kostky, a jiné pomůcky) přizpůsobíme jejich formu a obsah cílové skupině dospělých osob. Vhodné je využití komunikačních knih a piktogramů, především u osob s afázií. Symboly upravíme tak, aby byly pro klienta srozumitelné a odpovídaly jeho věku a schopnostem. (Neubauer, 2007b)

U seniorů je vhodné využít další metody a prostředky, díky kterým lze lépe navázat komunikaci. Může to být například využití arteterapiem canisterapie, muzikoterapie nebo reminiscence. Příjemné pocity při terapiích podporují klienta v jeho sebevyjádření a přispívají k lepší komunikaci. (Malíková, 2011)

Při komunikaci se seniory dbáme na správnou vzdálenost, osvětlení a odstranění rušivých jevů. Projevíme klientu úctu a vykáme mu. Snažíme si všimnout skrytých symbolů v komunikaci, které mohou upozorňovat na výskyt deprese, alkoholismu nebo některé z neléčených nemocí. Nikdy stížnosti nepodceňujeme a snažíme se jim nabídnout řešení. (Malíková, 2011)

Dospělé osoby a senioři jsou často umístováni do rehabilitačních a neurologických nemocnic, lázeňských léčeben nebo léčeben pro dlouhodobě nemocné. Důležitou roli proto hraje systém následné péče, zajištění odborníků, logopedů a speciálních pedagogů, kteří se budou klientu věnovat i po propuštění do domácího prostředí nebo do zařízení sociálních služeb. Do budoucna se kladl důraz na podporu a rozvoj domácí péče s docházkou logopeda, aby byla klientu zajištěna pravidelná logopedická péče. (Neubauer, 2007b)

3 Odborní pracovníci v sociálních službách a jejich kompetence

Třetí kapitola je zaměřena na resortní členění péče o osoby se zdravotním postižením. Popíšeme především resort Ministerstva práce a sociálních věcí a pracovníky, kteří jsou v resortech v rámci logopedické intervence přítomni. Uvedeme význam logopeda, speciálního pedagoga a sociálního pracovníka při intervenci osob s narušením komunikační schopnosti a charakterizujeme jejich komunikaci s klienty.

„V České republice se logopedická péče realizuje v rámci spolupráce ministerstev tří resortů: školství, mládeže a tělovýchovy (dále MŠMT), zdravotnictví (dále MZ), práce a sociálních věcí (dále MPSV).“ (Fukanová in Škodová a Jedlička, 2007) I jiné resorty zasahují do života osob se zdravotním postižením, ale především tyto tři jim poskytují cílenou péči a podporu. (Jeřábková, 2013a) Peutelschmiedová (in Vitásková, Peutelschmiedová, 2005) říká, že logopedická péče je poskytována především v resortu zdravotnictví a školství. Zapojení do resortu ministerstva práce a sociálních věcí je jen částečné. Pro osoby, které vyžadují logopedickou péči, může být tato nejednotnost omezující.

Resort MPSV má v kompetenci rozhodování o dávkách a příspěvcích, řeší problematiku zaměstnávání osob se zdravotním postižením a zabývá se systémem sociálních služeb. (Jeřábková, 2013a) Logopedická střediska v rámci MPSV mohou být zřizována při střediskách rané péče. (Neubauer, 2007a) V rámci tohoto resortu je zajišťována potřebná péče pro osoby s těžkým stupněm postižením, které nemůžou být v domácí péči. V rámci pobytových zařízení je činnost zaměřena na vytváření základních dovedností, využití maximální míry soběstačnosti, orientaci v okolí a získávání dalších dovedností a schopností. (Škodová in Škodová, Jedlička, 2007)

Využívání systémů AAK v zařízeních sociálních služeb je ovlivněno nedostatkem metodických a odborných materiálů, nedostatkem zkušeností pedagogů, materiální a časovou náročností výroby pomůcek a odmítání ze strany klientů nebo jejich blízkého okolí. (Beerová in Bendová, 2013) Poskytování sociálních služeb upravuje zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. (Jeřábková, 2013a)

Postupně se rozšiřuje využívání systémů AAK, hlavně díky přejímání poznatků ze zahraničí a začíná i větší zájem ze strany odborníků. Postupně se začíná AAK zavádět do jiných resortů, než byl primárně MŠMT. (Beerová in Bendová, 2013)

3.1 Pracovníci v rámci logopedické intervence

Logoped i speciální pedagog může působit v rámci resortu MPSV. Uplatňuje se zde zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, zařízeních sociálních služeb, v domovech pro seniory. Nejideálnější je, pokud se odborníci vzájemně doplňují, předávají si informace a spolupracují. (Fukanová in Škodová, Jedlička, 2007)

Pokud řeší klient problémy s narušenou komunikační schopností, je optimální navštívit tým odborníků. Nejčastěji je to logoped, lékař, klinický psycholog a speciální pedagog. (tamtéž) U klientů s narušenou komunikační schopností jako následek cévní mozkové příhody je nutná spolupráce s fyzioterapeutem. (Neubauer, 2007a) Speciální pedagog může působit v rámci poradenství, podílí se na terapii kognitivních funkcí nebo provádí expresivní a jiné terapie (například muzikoterapii, arteterapii, bibiloterapii, canisterapii, dramaterapii). (Neubaeurová, Javorská, Neubauer, 2011)

Vhodné je propojení práce logopeda a fyzioterapeuta. Spolupráce odborníků je snazší, pokud oba dva pracují pod jedním pracovištěm. Většinou jsou to nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných nebo centra ucelené rehabilitace. Pokud je každý na jiném pracovišti, je potřeba jejich vzájemná domluva a plánování péče klienta. Práce logopeda a fyzioterapeuta se může setkávat a propojovat v některých typech terapií, například Orofaciální regulační terapie Castilla Moralese nebo Myofunkční terapie Anity Kittel. (Dvořáková, Palodová, 2009)

Odborníci provedou diagnostiku, kdy určí, o jaký typ narušené komunikační schopnosti se jedná. Ve speciálně pedagogických oborech se při diagnostice nezaměřujeme pouze na patologii (zjištění příznaků a postižení), ale také na využití funkcí nepostižených a zapojení do společnosti. Logopedická diagnostika se provádí kvůli následnému správnému výběru intervenčních metod a postupů. (Klenková, 2006)

Logopedická péče je kvalitní a efektivní pokud jsou kvalitní odborníci v týmu a je vyhovující prostředí, ve kterém se intervence provádí. Zásadní podíl mají odborné a praktické znalosti a dovednosti odborníků v týmu. Významné je i resortní zařazení pracovníků, protože v každém resortu jsou specifické postupy práce a jiné kvalifikační požadavky. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Velký význam má i zvolení správné terapie z hlediska počtu osob v terapii. Může se využít individuální nebo skupinová terapie. Každá má své specifika. Individuální terapie umožňuje intenzivní práci s klientem. Skupinová terapie umožní nácvik komunikace v praxi

a upevňují se v ní získané dovednosti. V rámci komplexní péče je ideální propojení individuálních i skupinových forem intervence. (Neubauer, 2007a)

V léčebnách dlouhodobě nemocných, psychiatrických nemocnicích, domovech pro seniory nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením by se měla v rámci terapií rozvíjet pozornost, paměť, čtení, psaní, percepce a verbální jazykové vyjadřování. Důraz na rozvoj těchto funkcí je kladen hlavně z důvodu institucionální péče, klienti mohou být částečně izolováni a tím je porušená nebo nedostatečná komunikace s okolím. Na rozvoji kognitivních funkcí se mimo logopeda podílí kliničtí psychologové a neuropsychologové. (Neubauer, 2007a)

3.1.1 Logoped a jeho kompetence v MPSV

Logoped patří primárně do resortu zdravotnictví. Po splnění všech kvalifikačních podmínek vykonává samostatnou práci jako klinický logoped. (Fukanová in Škodová a Jedlička, 2007) V rámci resortu zdravotnictví může logoped pracovat v lůžkových nemocničních a rehabilitačních zařízeních nebo na ambulantním pracovišti klinické logopedie. (Neubauer, 2007a)

Logoped může pracovat i resortu školství nebo sociálních věcí. Každá práce má své specifika a je potřeba jiná odborná praxe a vstupní požadavky. V rámci resortu ministerstva práce a sociálních věcí se zvyšuje potřeba zapojení logopedů. Logoped by měl znát celkovou problematiku osob se zdravotním postižením, protože tato cílová skupina je v zařízení sociálních služeb nejčastější. Práci musí pojmout souhrnně, nelze oddělit logopedickou intervenci od přidružených diagnóz a postižení. S klientem musí pracovat komplexně a vždy s ohledem na jeho individualitu. (Mlčáková, Vitásková, 2013)

Je jedním z důležitých odborníků pro stanovení diagnózy a následné intervence. Navrhuje klientu nejvhodnější způsoby, jak komunikovat s okolím. Doporučuje využívání systémů AAK. Navrhuje včlenění AAK do běžného života, pomáhá s vytvářením a osvojením slovní zásoby, učí klienta manipulovat s pomůckami. Je oporou pro klienta, jeho rodinu, pracovníky v sociálních službách, učitele a ostatní osoby, které se s klientem setkávají. (Laudová in Škodová a Jedlička, 2007)

Lechta (2002b) uvádí konkrétní popis činnosti logopeda, protože často je jeho činnost vymezena nesprávně. Říká, že logoped provádí logopedickou intervenci, která zahrnuje označení narušené komunikační schopnosti, snahu zmírnit její dopady a předejít dalšímu narušení. Intervence se provádí v rámci logopedické diagnostiky, terapie a prevence.

Po provedení diagnostiky se začínou aplikovat principy terapie, které navrhuje logoped. Principem všech intervencí by měla být motivace člověka k aktivitám. (Lechta in Kerekrétiová, 2009) Na motivaci klade důraz také Sovák (1984), který uvádí, že úspěšná motivace je hybnou silou k aktivitě. Pokud je motivace adekvátní, přináší pocit spokojenosti a vybízí opakovaně k činnosti. (Sovák, 1984) Důraz se klade na pravidelné opakování, automatizaci a následné uplatnění naučených aktivit v praxi. Klient a logoped v rámci terapeutického vztahu k sobě přistupují jako partneři. (Lechta in Kerekrétiová, 2009) Díky přívětivému vztahu mezi nimi a klidné atmosféry si klient nové poznatky rychleji zapamatuje a zafixuje. (Sovák, 1984) Efektivitu intervence zvýší využití multisenzorického přístupu. Vždy se zaměřujeme na individualitu člověka, na překonávání jeho konkrétních komunikačních bariér a na využití řeči v praktickém životě. (Lechta in Kerekrétiová, 2009)

Mlčáková a Vitásková (2013) uvádějí, že logopedická diagnostika a intervence v rámci resortu MPSV je součástí komplexní rehabilitace. Nejčastěji probíhá v denních a týdenních stacionářích nebo v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V těchto zařízeních se často uplatňují systémy AAK, protože cílovou skupinou bývají nejčastěji osoby s mentálním postižením, vícenásobným postižením, poruchami autistického spektra a jiným druhem zdravotního postižení.

V terapeutickém procesu mezi klientem a logopedem má význam osobnost a odborné znalosti logopeda. Odborník by se měl vždy přizpůsobit klientu, jeho individuálním potřebám a typu osobnosti. Je odpovědný za metody a přístupy, které použije, měl by se průběžně vzdělávat a nové poznatky uvádět do praxe. (Fukanová in Škodová a Jedlička, 2007) Měl by umět používat přístroje a pomůcky, kterých je na trhu v současné době velké množství. Jeho schopnost řešit problémy by se měla uplatnit jak ve výzkumné činnosti, tak i v praxi při realizování intervenčních postupů. Samozřejmostí je dodržování etických pravidel a spolupráce s jinými odborníky. (Kerekrétiová, 2009)

Sovák (1978) zdůrazňuje význam jednoty teorie a praxe. Nemůže být dobrý logoped, který má teoretické vědomosti, ale neumí pracovat s klientem. Zároveň nestačí mít dobrý přístup ke klientům, ale neumět teoretické základy.

3.1.2 Speciální pedagog a jeho kompetence v MPSV

Nejčastěji působí v resortu MŠMT, ve speciálních a praktických školách, speciálněpedagogických centrech, pedagogicko-psychologických poradnách nebo na základních školách, kde jsou integrováni žáci. (Fukanová in Škodová, Jedlička, 2007) Mohou

působit i v rámci MPSV, v domovech pro seniory, ve stacionářích, v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Speciální pedagog může provádět postupy podle diagnostiky a doporučení logopeda. Navazuje na logopedickou péči a pomáhá upevňovat dovednosti. (Neubauer, 2007a)

Poskytuje poradenství o výběru vhodných škol pro osoby se zdravotním postižením a podílí se na rehabilitaci kognitivních a sensorických funkcí. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011)

Podle zákon 563/2004, o pedagogických pracovnících (Zákon o pedagogických pracovnících, 2010 - 2017 [online]) musí speciální pedagog splňovat odborné předpoklady. Požaduje se ukončené vysokoškolské vzdělání zaměřené na speciální pedagogiku nebo pedagogiku předškolního věku, přípravu učitelů základní školy, přípravu učitelů všeobecně - vzdělávacích předmětů střední školy, přípravu vychovatelů, nebo zaměřené na pedagogiku a doplňující studium k rozšíření odborné kvalifikace.

Podle portálu Národní soustava povolání (Národní soustava povolání, [online]) se kompetence speciálního pedagoga dělí na nutné a výhodné dovednosti. Mezi nutné dovednosti týkající se sociální oblasti patří vytváření programů sociální rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením, používání speciálních metod pro kompenzaci příslušného postižení a podpora rozvoje dítěte s postižením. Mezi výhodné dovednosti se řadí provádění protidrogové prevence a provádění multikulturní výchovy.

Speciální pedagog hodnotí účinnost nápravných, kompenzačních a reedukačních postupů. Vytváří nové poradenské a preventivní metodiky a postupy. Provádí logopedická, etopedická a somatopedická vyšetření. Vytváří programy sociální rehabilitace pro zdravotně postižené. Využívá kompenzační metody pro nápravu zdravotních postižení a podporuje rozvoj osobnosti klientů. (Národní soustava povolání, [online])

Speciální pedagog by měl být empatický, umět naslouchat a spolupracovat s ostatními členy týmu. Měl by být tvořivý, kreativní a komunikativní. (Kucharská, et al., 2013)

Mezi základní činnosti speciálního pedagoga patří preventivní aktivity, například pořádání besed pro klienty a jejich rodiče s odborníky nebo organizování volného času pro klienty v pobytových zařízeních. Provádí depistáže a diagnostickou činnost prostřednictvím rozhovorů, pozorování, anamnézy nebo testové diagnostiky. (Kucharská, et al., 2013) V rámci diagnostiky se zaměřuje na vyšetření motoriky, grafomotoriky a senzomotoriky, komunikace, rozumových schopností, laterality, prostorové a časové orientace, emoce a paměti. (Slowík, 2007)

V rámci intervenční a terapeutické činnosti provádí pedagogické terapie a jiné specializované terapie podle absolvovaných kurzů nebo výcviků. (Kucharská, et al., 2013) Například v domovech pro seniory mohou provádět program instrumentální obohacování Reuvena Feuersteina na podporu kognitivních funkcí. Speciální pedagog může provádět kognitivně-behaviorální terapii s cílem kognitivní, emoční a sociální změny. Klienti se díky této terapii naučí sebekontrolu, sociálním dovednostem a asertivního jednání. Pracují v rámci rodinných terapií, kde se zaměřují na vztah mezi klientem a jeho nejbližšími příbuznými. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Speciální pedagog se podílí na zpracování individuálních plánů klientů, stanovuje intervenci klientů se zdravotním postižením a ovládá alternativní a augmentativní formy komunikace. (Ludíková, Finková, 2013)

Pro klienty se zdravotním postižením v sociálních službách jsou důležité poradenské služby speciálních pedagogů. Poradenství poskytují při volbě povolání, při půjčování a nácvičku kompenzačních pomůcek. (Slowík, 2007)

Po absolvování speciálního kurzu mohou provádět dramaterapii, arteterapii, muzikoterapii, hipoterapii, canisterapii nebo psychomotorickou terapii. Terapie se provádí přímo v zařízení sociálních služeb, kam speciální pedagog dochází nebo ambulantní formou ve speciálním zařízení. Například klienti dochází do divadla v rámci dramaterapie nebo do dílen v rámci ergoterapie. Může provádět kariérní nebo studijní poradenství pro klienty se zdravotním postižením. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

Speciální pedagog pomáhá klientům s nácvičkou používání reedukačních a kompenzačních pomůcek. Poskytují například kurzy pro nácvičku orientace s bílou holí, znakový jazyk, systémy AAK, učí klienty používat sluchadla, ortézy, počítače a technické pomůcky. (Slowík, 2007) Provádí relaxační techniky, například autogenní trénink nebo Jacobsonovu metodu progresivní relaxace. V domovech pro seniory může pracovat s EEG biofeedbackem, který ovlivňuje krevní tlak, mozkovou aktivitu a zaživač trakt, trénuje se jím pozornost, sebeovládání, paměť, vůle a uvolnění. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012)

3.1.3 Sociální pracovník a jeho kompetence v MPSV

V zařízení sociálních služeb je sociální pracovník podřízen vedoucímu zařízení a spolupracuje s dalšími pracovníky (se všeobecnými sestrami, s pracovníky v sociálních službách, s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, logopedem nebo speciálním pedagogem).

Spolupracuje také s pracovníky krajských úřadů, sociálního odboru a pracovníky obcí s rozšířenou působností, místní farnosti a jiných církví. (Malíková, 2011)

Řeší s klienty problémy týkající se sociální oblasti. Poskytuje poradenství z oblasti dávek, příspěvků, důchodů. Podporuje klienta v procesu pracovního uplatnění. (Neubauerová, Javorská, Neubauer, 2011) Pomáhá klientům podávat žádosti o příspěvek na péči, o přiznání důchodu, o poskytnutí dávek sociální péče nebo jednorázových příspěvků. Pomáhá při vystavování nových osobních dokladů nebo může klienta zastupovat na úřadech na základě plné moci. (Malíková, 2011)

Sociální pracovník může podle zákona o sociálních službách (Zákon o sociálních službách, 2010 – 2017 [online]) vykonávat sociální šetření, řeší právní problematiku, poradenství, zabezpečuje prevenci, depistáže, rehabilitaci, poskytuje krizovou pomoc a vede agendu. (Krejčířová, Treznerová, 2013) V rámci agendy eviduje každé jednání, které proběhne, shromažďuje a zakládá propustky, zprávy o hospitalizaci klientů, úmrtí a každý den vede databázi klientů v zařízení. (Malíková, 2011) Sociální pracovník nezabezpečuje přímou péči o klienty. (Krejčířová, Treznerová, 2013)

Sociální pracovníci vykonávají široký okruh činností. Krejčířová a Treznerová (2013) uvádí seznam okruhů činností, které sociální pracovníci vykonávají. Jedná se o sociálně-správní činnosti, kde pracovníci pomáhají se získáním financí, příspěvků a dávek. Poskytují sociálně-právní poradenství, kde se snaží pomoci klientu orientovat se v legislativě a právních dokumentech. V rámci sociální diagnostiky vyhledávají a sledují sociální problematiku ve společnosti. Zabývají se také sociální prevencí, snaží se zmírnit rizika vzniku sociálně patologických jevů a provádí osvětovou činnost. Provádí terapie, poradenství, zastupování a další odborné činnosti. Vytváří sociální programy, řídí sociální organizace a pracovní týmy, podporují další pracovníky a poskytují supervize. Věnují se vědecké, výzkumné činnosti a vzdělávání dalších pracovníků. (Krejčířová, Treznerová, 2013)

Stejně jako Krejčířová a Treznerová (2013), také Repková (in Matoušek, et al.) uvádí, že v resortu MPSV má sociální pracovník kompetence pro diagnostickou a poradenskou činnost, je zprostředkovatelem sociálních služeb, plánuje intervence a následně hodnotí jejich efektivnost.

Matoušek et al. (2005) dodávají, že sociální pracovník v resortu MPSV může působit v rámci psychiatrické rehabilitace, může se věnovat případovému vedení klientů. Po absolvování speciálního výcviku má možnost specializovat se na psychoterapeutickou činnost. Pracuje v rámci rodinných terapií, individuálních nebo skupinových. Může se věnovat uskutečňování socioterapie, validace, taneční a reminiscenční terapie, preterapie,

provádí techniky na trénink paměti. Vede dobrovolnické skupiny, poskytuje jim odborné vzdělání, podporu a odměny. (Matoušek, et al., 2005)

Sociální pracovník je pověřený pro práci s rodinami klientů. Provádí edukaci rodinných příslušníků a poskytuje jim poradenství. (Malíková, 2011) Rodinu zapojuje do diagnostického a terapeutického procesu. Poskytuje jim informace, podporu, učí je, jak s klientem komunikovat a jak o něj pečovat. Doporučuje jim návazné sociální služby, nabízí sociální poradenství a odkazuje je na svépomocné skupiny rodinných pečovatelů. V neposlední řadě dohlíží na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu pracovníků, a vyřizuje stížnosti. (Matoušek, et al., 2005)

V sociální službě vypracovává smlouvy pro klienty. Návrh smlouvy s klientem projedná, seznámí ho se všemi body, případně ji podle přání a potřeb klienta upraví. Představí klientu všechny pracovníky, klíčového pracovníka a v případě pobytového zařízení jeho spolubydlící, seznámí ho s chodem a provozem sociální služby. (Malíková, 2011)

U osob s narušenou komunikační schopností používá systémy AAK. Pokud takové systémy nezná, zjišťuje jiným způsobem přání a potřeby klientů, případně se obrací na jejich rodinu nebo jiné odborníky. (Malíková, 2011)

V rámci resortu MPSV pracují sociální pracovníci s osobami bez zaměstnání. Poskytují jim podporu při hledání zaměstnání a pomáhají se začleněním do společnosti. Sociální pracovníci poskytují poradenství v oblasti orientaci na pracovním trhu, motivují klienty k aktivnímu hledání práce, připravují je na nástup do nového zaměstnání a vedou job kluby. Další cílovou skupinou pro sociální pracovníky v rámci tohoto resortu jsou lidé bez přístřeší, pracují s rodinami v rozvodu, s uživateli drog a s uprchlíky. (Matoušek, et al.)

Sociální pracovníci musí splňovat odborné podmínky, aby mohli činnost vykonávat. Musí mít odpovídající vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální péči, sociálněprávní činnost, charitní činnost, speciální pedagogiku. Podle zákona o sociálních službách musí absolvovat další vzdělání v uvedeném rozsahu i v průběhu zaměstnání. (Krejčířová, Treznerová, 2013) Vedle povinného vzdělávání si sami vyhledávají nové vyhlášky, seznamují se se zákony a právními předpisy, které souvisí se sociální oblastí a sledují sociální dění ve svém okolí. Projevují zájem o obor, o rozšiřování odborných znalostí a jsou aktivní při používání nových postupů. (Malíková, 2011)

Kromě odborných předpokladů musí sociální pracovník umět s klientem jednat. Musí vědět, jak vést intervenci, jak získat informace o klientech a jak se provádí sociální šetření. Ke splnění těchto činností je nutné mít schopnost vést rozhovor a efektivně komunikovat, umět naslouchat a vnímat i neverbální sdělení klienta, dokázat komunikovat s členy týmu, jinými

odborníky a pracovníky. S klienty dokáže navázat důvěrný vztah, podporuje klienta a navozuje ve vztahu důvěru a pocit bezpečí. Orientuje se v právní problematice, ví, kde může získat další odborné informace a je tolerantní k různým životním stylům společenských skupin. (Matoušek, et al, 2005)

Sociální pracovník pracuje podle Krejčířové a Treznerové (2013) ve třech úrovních. V rámci mikroúrovně pracuje s jednotlivými klienty formou poradenství. (Krejčířová, Treznerová, 2013) Nejčastěji pracuje se seniory, imigranty, osobami se zdravotním postižením. Cílem práce sociálního pracovníka je podpořit klienta v jeho rozhodování, nabízet mu další formy pomoci, poskytnout mu oporu. Vždy musí vycházet z individuality každého jednotlivce. Pracovník nejdříve zmapuje vyskytující se problémy, navrhne vhodné terapie, doporučí sociální služby a sleduje klienta v průběhu celé intervence. Sociální pracovník může poskytovat sociální poradenství, krizovou intervenci nebo mediaci. (Darek, Martínková in Poláchová Vašátková, Hoferková, 2008)

Ve střední úrovni pracuje sociální pracovník se skupinou klientů a s jejich rodinami. Podle cílové skupiny se přizpůsobuje intervence. V resortu MPSV pracují se skupinami osob se zdravotním postižením, s klienty ohroženými sociálně patologickými jevy nebo s lidmi bez zaměstnání. (Krejčířová, Treznerová, 2013) V rámci skupinových služeb může sociální pracovník poskytovat krizové, poradenské a terapeutické služby, vzdělávací nebo preventivní programy a depistážní činnost. (Darek, Martínková in Poláchová Vašátková, Hoferková, 2008)

Makro úroveň zahrnuje práci pro organizaci, obec, kraj a pracovníci v rámci této úrovně plánují postupy, hodnotí činnosti, řeší místní potřeby a problémy. (Krejčířová, Treznerová, 2013) Sociální pracovník zabezpečuje komunitní práci, kde se snaží najít řešení problémů v dané komunitě nebo místním společenstvím. V rámci komunitní práce sociální pracovník analyzuje potřeby obyvatel, plánuje, realizuje a vyhodnocuje opatření pro snížení sociálně patologických jevů. (Darek, Martínková in Poláchová Vašátková, Hoferková, 2008)

Pracovník může navázat se svým klientem kontakt pomocí slova, u těžších forem postižení pomocí dotyků, zvykových podnětů, vnímání pachů, změny teploty a intenzity světla. Kontakt by se měl navázat při běžných činnostech, jako je oblékání, podávání jídla, vykonávání hygieny. Pracovník se snaží podpořit klienta v mluvním projevu, vytváří příležitosti ke komunikaci a poskytuje klientu pocit bezpečí. (Filčíková-Herfortová, et al., 1984)

Pracovník musí akceptovat kulturní rozdíly, měl by být přátelský, lidský, otevřený, flexibilní, a pozitivní. (Kerekrétiová, 2009)

Při prvním kontaktu s klientem ho oslovuje příjmením a vyká mu. Společně s klientem se domluví na oslovování. Při další komunikaci záleží na věku klientů, jinak přistupuje k dospělé osobě a jinak k dítěti. Při rozhovorech musí brát ohled na množství slov, které chce klientům sdělit. Pracovník mluví jasně a věcně, dlouhé rozhovory klienty můžou unavit a nevěnují pozornost obsahu. Pracovník nemá využívat zbytečná výplňková slova nebo mnoho citoslovcí, která snižují kvalitu mluvního projevu. (Krejčířová, 2011)

Pokud pracovník dá klientu nějakou instrukci nebo mu sdělí informaci, musí se přesvědčit, zda klient sdělení rozumí. Je to zpětná vazba pro pracovníka, že komunikační záměr proběhl v pořádku. Při výkonu nějaké činnosti zase klient očekává zpětnou vazbu od pracovníka, zda činnost vykonal správně. Pracovník může slovem povzbuzovat, pochválit, tím vzbuzuje v klientu příjemné pocity a motivuje ho do dalších činností. Pochvala by měla být přiměřená k věku klienta, jeho individualitě a temperamentu osobnosti. (Krejčířová, 2011)

Při záporné zpětné vazbě nestačí říci jenom negativní kritiku. Klient musí konkrétně vědět, co udělal špatně. Ke kritice je vhodné přidat ponaučení pro příště nebo radu, jak dále v činnosti pokračovat. Nikdy pracovník nekritizuje osobnost klienta, pouze jeho chování nebo jednání. Ke klientu se za všech okolností přistupuje s úctou. (tamtéž)

Důležitý je výběr vhodných slov. Pracovník by se měl vyhýbat zdobnělinám nebo slovům, která jsou přejata z jiných jazyků. Problémem bývají slova hovorná a nářeční. Pracovníci si jejich používání často neuvědomují a může tak dojít k nedorozumění v komunikaci. Také výplňková a parazitní slova nejsou vhodná, protože nenesou žádný konkrétní význam a s obsahem nesouvisí. (tamtéž)

Komunikační bariéry ze strany pracovníka mohou být kvůli nezřetelné artikulaci, nesprávné síle a směru hlasu, nepřesném vyjadřování nebo při použití neznámých pojmů. Ze strany klientů může působit rušivě v komunikaci nezáměr, lenost nebo lhostejnost, nedostatečná znalost pojmů nebo sluchové postižení. Všeobecně se musí přizpůsobit vzdálenost mezi pracovníkem a klientem, zamezit vnějším hlukům a rozptylujícími okolím. (tamtéž)

Obecně by měl být pracovník empatický, to znamená, že dokáže vidět svět očima klienta a zároveň i z profesionální strany. Nepostradatelná je akceptace klienta, přijetí jeho vlastností a pochopení jeho chování. Nesoudí, netrestá, ale snaží se s klientem najít cestu k porozumění. Bere ho jako sobě rovného partnera, snaží se ho v rozhovorech podporovat a dodávat pocit jistoty. (Kliment, 2013)

Při komunikaci s osobami s poruchami sluchu se dbá na odstranění rušivých vlivů z okolí. Úroveň tváře obou komunikačních partnerů jsou ve stejné výšce a jsou přiměřeně

osvětlené. Než začneme mluvit, dáme předem znamení. Mluvíme v krátkých větách, pokud nám klient nerozumí, použijeme jiná slova. Nezvyšujeme zbytečně hlas a mluvíme přirozeně. (Neubauer, 2007a)

Pokud komunikujeme s osobami s dysartrií, nepředstíráme, že klientu rozumíme a respektujeme pomalost mluvního projevu. Motivujeme klienta ke komunikaci, dáváme mu najevo snahu rozumět a jsme trpěliví. Pokud chce klient některá slova napsat, poskytneme mu podmínky pro psaní. (tamtéž)

Při komunikaci s osobami s afázií nevytváříme časové omezení a stres, odstraníme rušivé podněty. Mluvíme výrazně, mluvu podporujeme gestikulací a používáme konkrétní pojmy. Pomalu opakujeme klíčová slova. Můžeme využít uzavřených otázek, na které jsou jednoslovné odpovědi. Přesvědčujeme se, že nám osoba rozumí a zároveň ho podporujeme v další komunikaci. Nemluvíme za klienta, pouze mu můžeme pomoci najít správné slovo nebo větu. (tamtéž)

Komunikace s osobami s demencí probíhá klidně, tváříme se neagresivně, navážeme oční kontakt. Mluvíme na klienta jasně, pomalu, v krátkých větách a používáme konkrétní pojmy. Používáme uzavřené otázky. Snažíme se během dne používat stejné obraty, které označují pravidelné aktivity. Můžeme upravit prostředí, využít popisků na nábytek nebo rozmístit pomůcky, které pomohou v orientaci v prostředí. (tamtéž)

3.1.4 Pracovník v sociálních službách a jeho kompetence v MPSV

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon o sociálních službách, 2010 – 2017 [online]) vykonává pracovník v sociálních službách přímou obslužnou péči o klienty v zařízeních ambulantního nebo pobytového typu. V případě terénních služeb vykonává pečovatelskou činnost v přirozeném prostředí klienta. Kompetence má také k výkonu výchovné nepedagogické činnosti. (Matoušek a kol., 2011)

Zákon (Zákon o sociálních službách, 2010 – 2017 [online]) uvádí, že pracovník v sociálních službách pomáhá při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji a pomůckami, podporuje soběstačnost klienta, pomáhá s udržováním sociálních a společenských kontaktů. Rozvíjí pracovní návyky a aktivity, doprovází klienta při volnočasových aktivitách, zájmech a kulturních akcích. V případě terénní formy dopomáhá s péčí o domácnost klienta a spolu se sociálním pracovníkem provádí sociální šetření. Pod dohledem sociálního pracovníka může poskytnout sociální poradenství, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a pomáhá při kontaktu se společenským prostředím.

Aby mohl činnosti vykonávat, musí splnit odborné předpoklady. Zákon (Zákon o sociálních službách, 2010 – 2017 [online]) uvádí minimálně ukončené základní vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

Pracovník v sociálních službách je podřízený ostatním pracovníkům v zařízení. Má základní znalosti z oboru psychologie (především o komunikaci), zdravotních a sociálních věd, fyziologii lidského těla a ošetrovatelství. V průběhu profese se musí průběžně vzdělávat, účastnit se kurzů, seminářů nebo stáží. (Malíková, 2011)

Může se stát klíčovým pracovníkem a s klientem pracuje na základě individuálního plánu. Provádí průběžné hodnocení individuálního plánu, může ho měnit nebo upravovat a zajišťuje plnění stanovených cílů. Zná a využívá podpůrné metody, které pomáhají aktivizovat klienta (například metodu bazální stimulace). V případě osob s narušenou komunikační schopností se snaží používat intuitivní techniky při komunikaci. V rámci využívání některého systému AAK s klienty může pomáhat s manipulací s pomůckami nebo se přímo účastní komunikace prostřednictvím systémů AAK. (tamtéž)

Nejvíce se věnuje přímé obslužné péči, udržuje čistotu v zařízení, stará se o dezinfekci pomůcek. Pomáhá klientu s přípravou nebo příjmem stravy, pomáhá mu při chůzi, při změně polohy na lůžku, při oblékání, výběru vhodného oděvu a úpravě těla. Pod dohledem zdravotnického personálu provádí ošetrovatelskou péči. Umírajícím osobám poskytuje podporu a zajišťuje psychickou stabilitu. (tamtéž)

Pracovník v sociálních službách se nevyhne komunikaci s klienty. Jeho projev by měl být profesionální, smysluplný, jednoduchý a vždy srozumitelný pro klienta. Pracovník svým výstupem má klienta motivovat, snaží se udržet jeho pozornost a aktivitu. Pokud se mu podaří vytvořit přátelskou atmosféru, bude spolupráce s klienty jednodušší a efektivnější. (Krejčířová, 2011)

Pracovník v sociálních službách se zajímá o obor, rozšiřuje si znalosti samostudiem a sleduje situaci v oblasti sociálních služeb. Je ochotný, empatický a k lidem přistupuje s ohledem na jejich individuální zvláštnosti a potřeby. (Malíková, 2011)

Praktická část

4 Využití systémů AAK v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji

Praktická část bakalářské práce bude navazovat na předchozí teoretické poznatky. Pomocí průzkumu v dotazníkovém šetření zjistíme, do jaké míry jsou využívány systémy AAK v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji. Nejdříve uvedeme hlavní a dílčí cíle našeho průzkumu a stanovíme průzkumné otázky. Popíšeme metody šetření a následně provedeme vlastní šetření. Prostřednictvím rozborů grafů provedeme zhodnocení a po zodpovězení na průzkumné otázky vyvodíme závěr průzkumu.

4.1 Charakteristika průzkumu a cíle

Průzkum je prováděn prostřednictvím dotazníkového šetření. Na úvod si stanovíme hlavní cíl šetření. Určíme si dílčí cíle, které nám pomohou k upřesnění a specifikování hlavního cíle. Závěr vyvodíme po zodpovězení na průzkumné otázky.

Hlavním cílem praktické části je zjistit, zda jsou v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji využívány systémy AAK. Pomocí dílčích cílů specifikujeme a upřesníme hlavní cíl. Dílčí cíle stanovíme čtyři. Prvním je zjistit, zda mají pracovníci povědomí o různých systémech AAK. Druhým dílčím cílem je stanovit, zda mají pracovníci odborné kompetence k využívání systémů AAK v praxi. Třetím cílem vymežíme důvody, kvůli kterým nejsou systémy AAK využívány v zařízení v praxi. Čtvrtým cílem je určit, zda je o systémy AAK zájem mezi klienty, jejich rodinami a pracovníky.

Cílů dosáhneme prostřednictvím zodpovězení na čtyři stanovené průzkumné otázky.

Znají pracovníci v zařízení sociálních služeb jednotlivé druhy systémů AAK?

Mají pracovníci v zařízení sociálních služeb dostatečné odborné znalosti k využití systémů AAK v praxi?

Jaké jsou nejčastější důvody k tomu, že pracovníci v zařízení sociálních služeb nevyužívají systémy AAK v praxi?

Je zájem o využívání systémů AAK mezi klienty, jejich blízkými příbuznými a zaměstnanci?

4.2 Metody šetření

Jako metodu sběru dat pro naše šetření jsme zvolili dotazník, který spadá do kvantitativního výzkumu. Gavora (2000, s. 99) uvádí, že dotazník je „nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů“. Tato metoda funguje na principu reakcí na jednotlivé položky dotazníku podle daných pokynů. (Chráška, Kočvarová, 2015) Dotazníky vyplňují osoby, které se nazývají respondenty. Je složen z otázek nebo položek a zadání dotazníku se nazývá jako administrace. (Gavora, 2000) „Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.“ (Chráška, 2007, s. 163)

V rámci dotazníku jsme zvolili položky obsahové, ve kterých se ptáme na konkrétní věci, fakta a názory. Položky jsou buď polouzavřené, kde respondenti mají na výběr možnosti, ale mohou je doplnit svou odpovědí. Většina položek je uzavřených. Některé z nich jsou dichotomické, kde respondent vybírá jednu ze dvou možností, vyjádří se kladně nebo záporně. Nepravé dichotomické položky nabízí navíc možnost neutrální odpovědi. Další otázky jsou polytomické, kde jsme využili výběrové, výčtové a škálové položky. Výběrové položky umožňují vybrat pouze jednu odpověď, u výčtových může respondent vybrat více odpovědí. Škálové položky jsme uvedli technikou Likertovy škály, které zjišťují míru souhlasu nebo nesouhlasu s tvrzením. (Svoboda, 2012)

Metodu dotazníku jsme zvolili z důvodu praktického a rychlého sběru dat, kde můžeme využít rozeslání online. Položky pak můžeme snadno interpretovat a znázornit graficky pomocí grafů. Otázky jsme strukturovali jako uzavřené, případně polouzavřené, aby měl respondent možnost svou odpověď doplnit. Likertovu škálu jsme využili u položek, kde nás zajímá míra souhlasu s tvrzením.

Výběr respondentů pro naše šetření proběhlo záměrným výběrem. Jako vzorek respondentů jsme zvolili zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji, jejichž cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením. Všechna oslovená zařízení jsou zapsána v registru poskytovatelů sociálních služeb, to znamená, že mají oprávnění služby poskytovat a zároveň spadají pod území Zlínského kraje. Z tohoto registru jsme čerpali adresy a kontakty na zařízení. Dotazníky jsme prostřednictvím e-mailových adres rozeslali online do denních a týdenních stacionářů, domovů pro osoby se zdravotním postižením, zařízení pro odborné sociální poradenství, zařízení poskytující osobní asistenci, zařízení pro podporu samostatného bydlení a chráněného bydlení, zařízení rané péče, sociálně terapeutických dílen, center denních služeb, domovů se zvláštním režimem, odlehčovacích služeb, pečovatelských služeb,

sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory a služeb sociální rehabilitace ve Zlínském kraji.

Z rozeslaných dotazníků se nám vrátilo 58 odpovědí, které budeme dále pomocí grafů interpretovat a porovnávat.

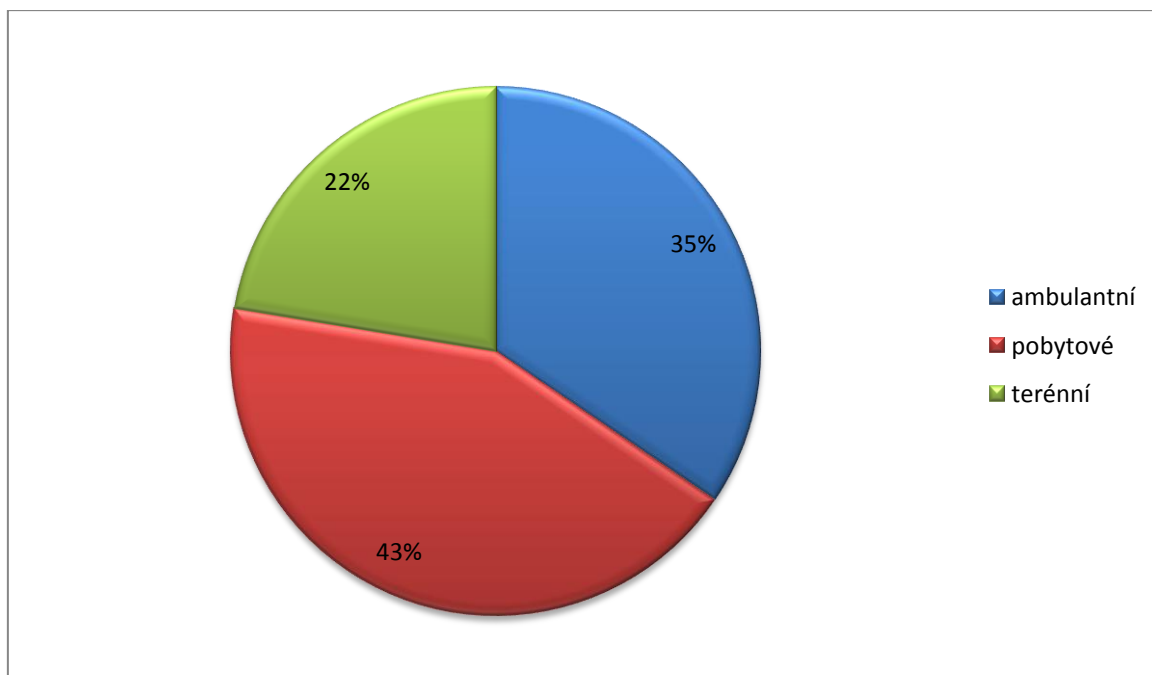
4.3 Vlastní šetření

V následující podkapitole se věnujeme interpretaci jednotlivých položek dotazníku. Uvedeme otázku nebo položku ve stejném znění, jak byla administrována respondentům, doplníme ji na základě sběru odpovědí grafem a slovně jej popíšeme. Kompletní dotazník bude přiložen v příloze bakalářské práce.

Dotazník se skládá z 24 položek. První 2 položky se týkají typu a kapacity jednotlivých zařízení. Další otázky zjišťují, zda mají respondenti přehled o jednotlivých druzích systémů AAK a konkretizují, které druhy AAK pracovníci znají a používají. Následné otázky se věnují školením a kurzům o systémech AAK pro pracovníky a překážkám, které mohou bránit využívání těchto systémů v praxi. Poslední položky zjišťují zájem o tyto systémy mezi klienty, jejich rodinami a pracovníky.

Jakého typu je Vaše zařízení?

První otázka je zaměřena na typ sociálních služeb. Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách (Zákon o sociálních službách, 2010 – 2017 [online]) jsou v České republice služby rozděleny podle formy poskytování na pobytové, ambulantní a terénní. Otázka je uzavřená a na výběr je ze tří možností.



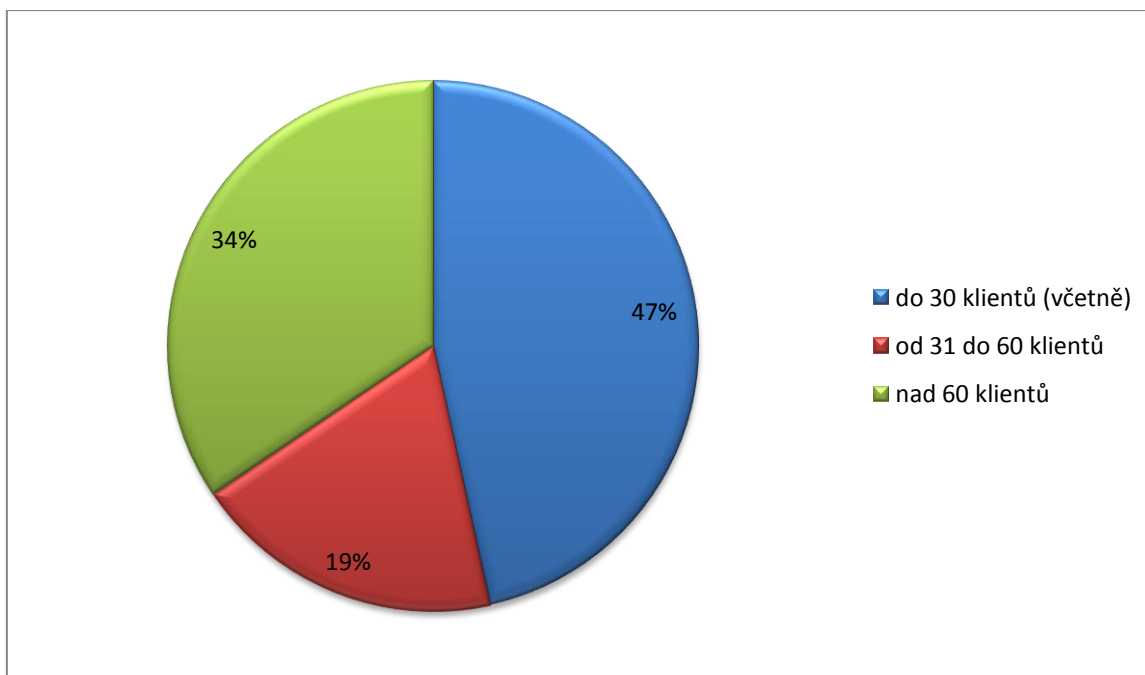
Graf č. 1: Typ zařízení

Nejvíce respondentů (43 %) působí v pobytových zařízeních sociálních služeb. Podle registru poskytovatelů sociálních služeb (Registr MPSV, [online]) je ve Zlínském kraji nejvíce služeb ambulantního typu, o něco málo méně jsou nejpočetnější terénní služby a ze všech služeb je nejméně ve Zlínském kraji pobytových. V dotazníkovém šetření jsou ambulantní služby obsazeny z 35 % a nejméně zástupců je z terénních služeb, pouze 22 %.

Z výsledků vidíme, že do dotazníkového šetření se nejčastěji zapojily služby pobytového typu, i když je jich v poměru ze všech zařízení Zlínského kraje nejméně. Důvodem může být intenzivní a nepřetržitá péče o klienty v těchto zařízeních a s tím související potřeba časté komunikace mezi klienty a pracovníky. Může to souviset i s vyšší potřebou komunikovat prostřednictvím některého ze systému AAK.

Jaká je kapacita Vašeho zařízení?

V otázce zjišťujeme, jakou kapacitu mají služby, které jsou předmětem dotazníku. Otázka je uzavřená a na výběr jsou 3 odpovědi.



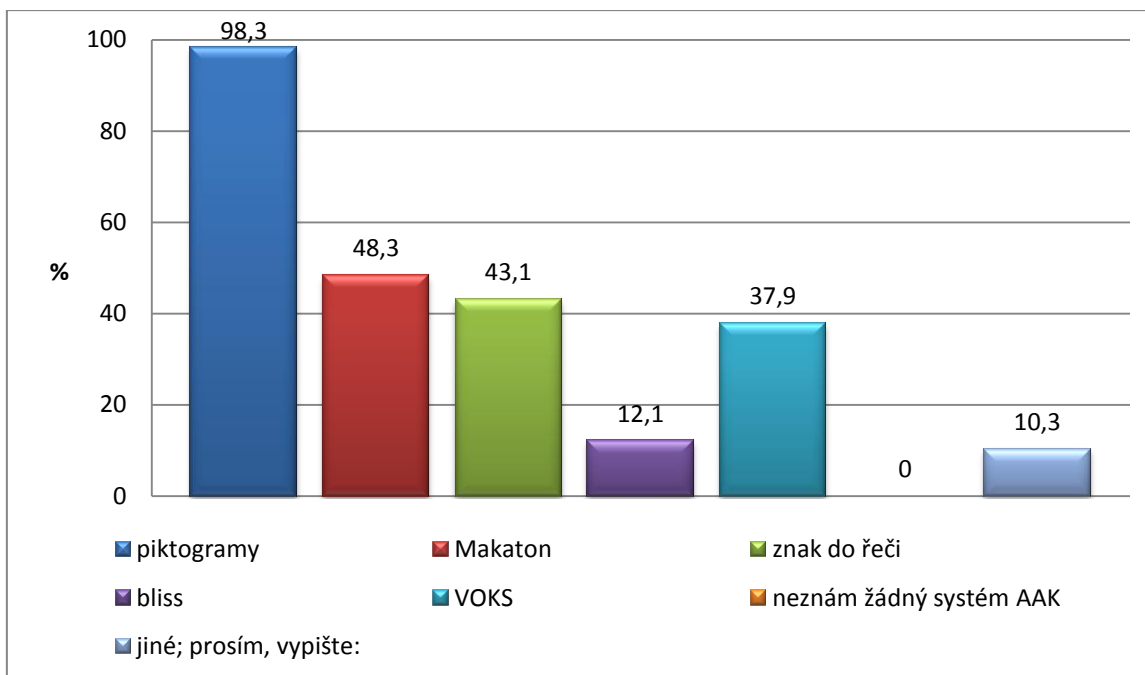
Graf č. 2: Kapacita zařízení

Nejmenší zařízení s kapacitou do 30 klientů (včetně) je v našem průzkumu obsaženo skoro z poloviny. Zařízení s vyšším počtem klientů, které se pohybuje v rozmezí od 31 do 60, je nejméně, pouze 19 %. V poměru s ostatními jsou docela velkou skupinou zařízení, které mají nad 60 klientů.

Kapacita zařízení může ovlivnit komunikaci s klienty, například ve velkých zařízeních nemusí být dostatek časového prostoru pro komunikaci s jednotlivými klienty. V každém typu zařízení záleží na kvalitě a počtu personálu, na jejich dovednostech a odborných předpokladech. To vše ovlivní kvalitu a efektivitu komunikace mezi pracovníky a klienty.

Které systémy AAK znáte?

Otázka nám poskytuje informace o obecné znalosti systémů AAK pracovníky v sociálních službách. Zjišťujeme, zda mají pracovníci povědomí o jednotlivých systémech, zda znají jeden typ nebo více typů AAK. V otázce je možnost výběru více odpovědí, eventuálně lze doplnit svoji odpověď.



Graf č. 3: Znalost jednotlivých druhů systémů AAK

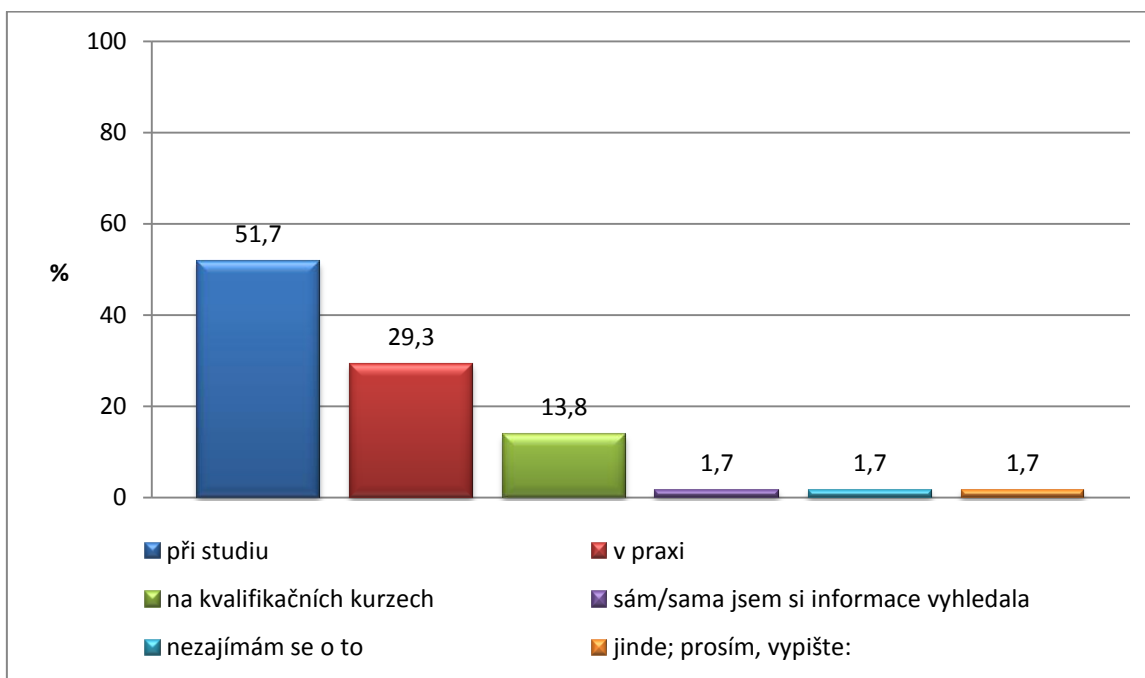
Téměř všichni respondenti (98,3 %) znají komunikační systém pomocí piktogramů. Piktogramy se využívají i v intaktní společnosti, například mezi cizinci nebo jako mezinárodní znaky pro určité činnosti (zákazy, označení únikových dveří, označení bezbariérového vstupu, dopravní značky). (Krejčířová, 2011) Skoro polovina respondentů zná systém Makaton (48,3 %) a znak do řeči (43,1 %). Méně známý je systém VOKS, který uvádí 37,9 % respondentů. Nejméně známý z uvedených systémů je Bliss, pouze 10,3 %. Nikdo nevedl, že nezná žádný systém. To svědčí o vysoké povědomosti o systémech AAK mezi pracovníky v sociálních službách. Šest respondentů napsalo mimo uvedené další systémy, které znají. Patří mezi ně následující: komunikace pomocí referenčních předmětů a fotografií, facilitovaná komunikace, znakový jazyk, gestikulace a haptika, validace, zvukové nahrávky.

Pozitivní je, že systémy AAK nejsou pro pracovníky v sociálních službách z teoretického hlediska cizí a ví, že takové systémy existují, popřípadě je mohou využívat v praxi.

Kdy jste se o systémech AAK dozvěděli poprvé?

Zajímá nás, kde se respondenti o systémech AAK dozvěděli prvně. Ověříme, zda se o systémech dozvěděli prostřednictvím specializovaných odborníků v rámci kurzů, prostřednictvím studia, vlastní praxe nebo si informace o komunikaci s lidmi s narušenou

komunikační schopností vyhledali sami. Respondenti mají na výběr jednu z pěti možností, popřípadě můžou svou odpověď doplnit sami.



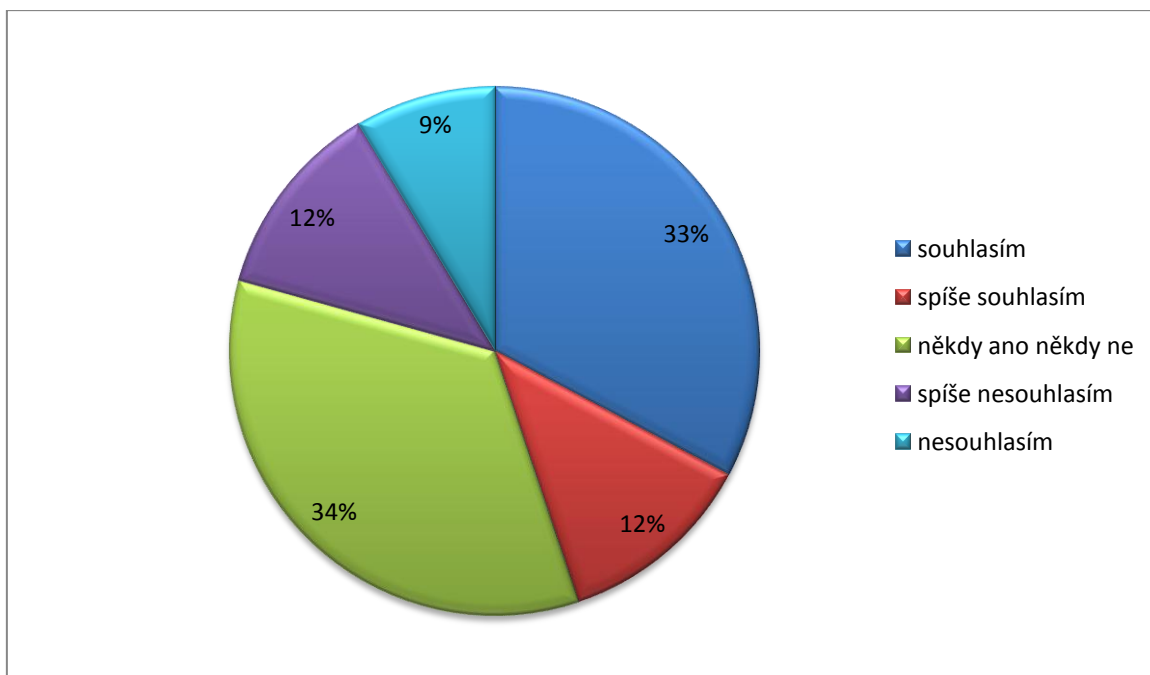
Graf č. 4: První setkání se systémy AAK

Informace o systémech AAK získané v rámci studia uvedla přibližně polovina respondentů. Část dotázaných (29,3 %) se setkala se systémy AAK v praxi. Na kvalifikačních kurzech se se systémy AAK setkala 13,8 % respondentů. Pouze jeden respondent (1,7 %) si informace vyhledal sám a jeden respondent se o tyto systémy nezajímá. Další respondent doplňuje, že se seznámil se systémy AAK přes logopeda daného zařízení.

Z výsledků vyplývá, že se nejvíce respondentů setkala se systémy AAK při studiu ve škole. Domníváme se, že je vhodné zařadit tuto problematiku obsáhleji do studijních plánů nejen jednotlivých sociálních oborů. Zvýšilo by se tím povědomí o systémech AAK a budoucí pracovníci v sociálních oborech by byli lépe připraveni na aplikování těchto systémů do praxe.

Při komunikaci s klienty využíváme systémy AAK.

Mírou souhlasu s tímto tvrzením zjistíme, zda jsou systémy AAK využívány v zařízeních sociálních služeb v praxi. Tvrzení je položeno technikou Likertovy škály, kde je možná pouze jedna odpověď.



Graf č. 5: Využití AAK při komunikaci s klienty

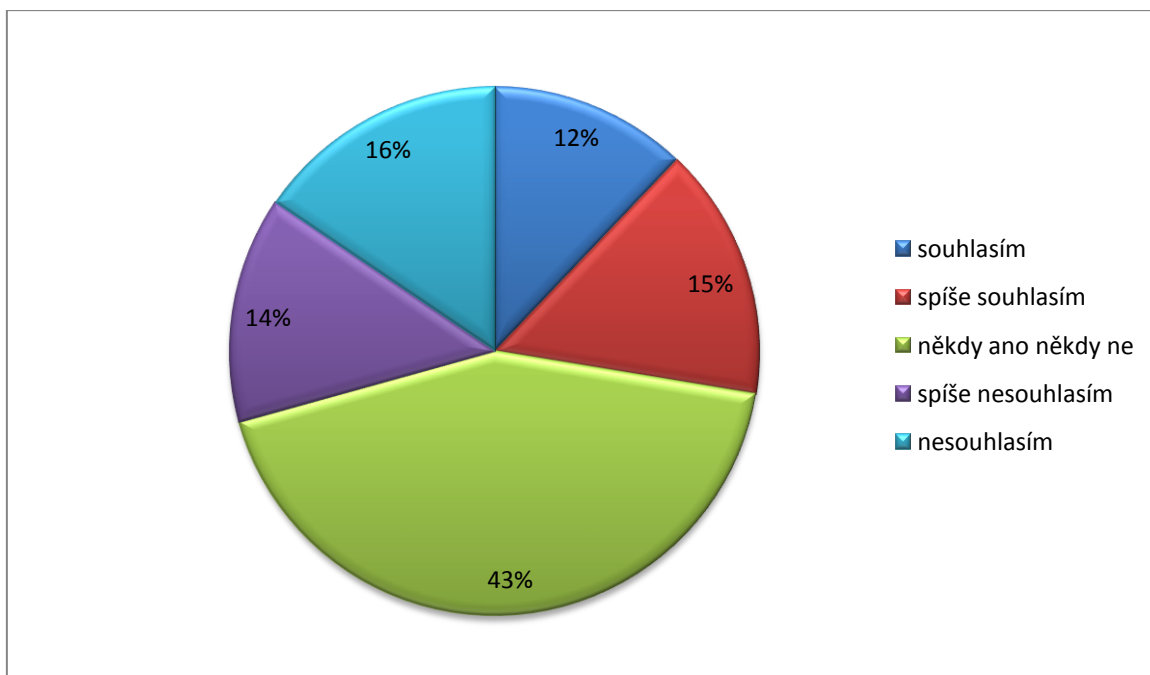
Asi třetina respondentů uvedla, že systémy AAK někdy využívají a někdy nevyžívají při komunikaci s klienty. Další přibližně třetina dotázaných souhlasí, že systémy při komunikaci s klienty používají. 12 % dotázaných spíše souhlasí s využitím AAK s klienty, stejně tak 12 % spíše nesouhlasí. 9 % respondentů uvádí, že nepoužívají systémy AAK při komunikaci s klienty.

Většina odpovědí je kladná, z toho usuzujeme, že systémy AAK jsou v zařízeních z větší části využívány v praxi. Některé odpovědi jsou záporné. Značí to o nevyžití systémů AAK i přesto, že jsou tyto systémy pro pracovníky známé (viz graf č. 3). V následujících položkách zjistíme důvody, proč systémy AAK v některých případech využívány nejsou.

Využíváme systémy AAK bez pomůcek.

Systémy AAK se dělí podle různých klasifikací. Janovcová (2010) a Laudová (in Škodová, Jedlička, 2007) uvádí dělení systémů AAK na systémy s pomůckami a systémy bez pomůcek.

Nadcházejícím tvrzením zjistíme, do jaké míry jsou využívány systémy, které se obejdou bez pomůcek. Tvrzení je položeno technikou Likertovy škály.



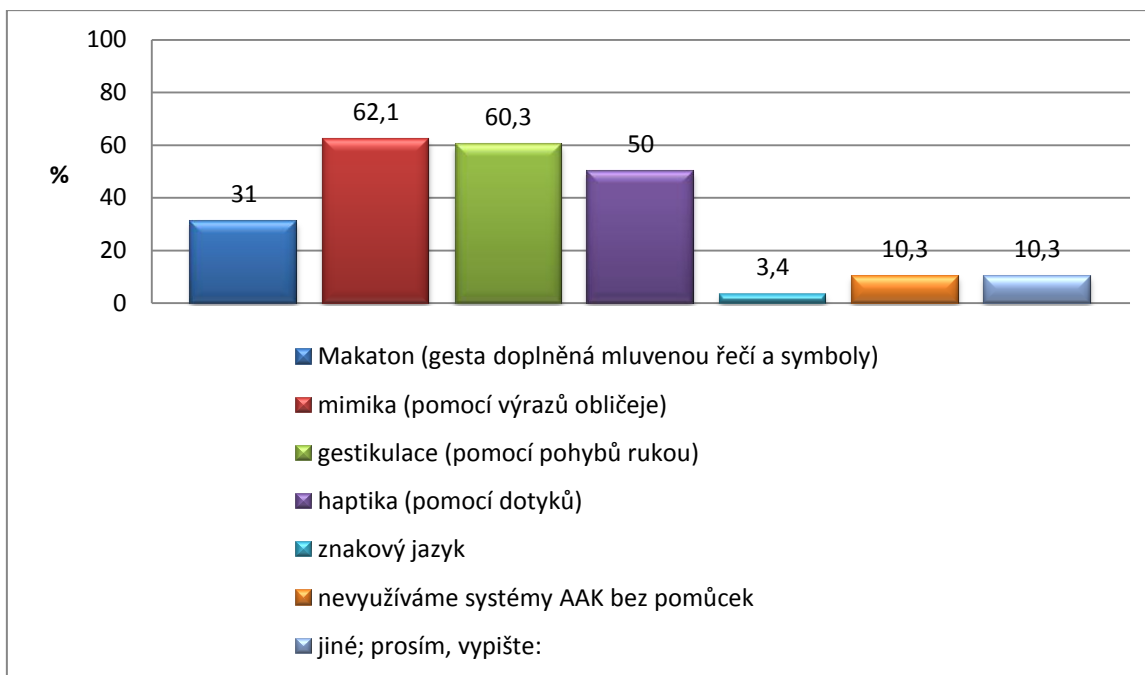
Graf č. 6: Využití systémů AAK bez pomůcek.

V předcházející položce (viz graf č. 5) jsme se dozvěděli, že systémy AAK jsou z větší části v praxi využívány. Nyní zjistíme, do jaké míry jsou využívány systémy AAK bez pomůcek. Necelá polovina dotázaných (43 %) uvádí, že systémy bez pomůcek někdy používá, někdy ne. Druhá největší skupina respondentů představujících 15 % souhlasí s využíváním systémů bez pomůcek, podobná skupina s využíváním spíše souhlasí. Negativní odpovědi jsou zastoupeny v menší míře, 16 % tázaných systémy bez pomůcek nepoužívá vůbec.

I když je více odpovědí kladných a systémy bez pomůcek využívají, opět můžeme vyčíst, že některá zařízení tyto systémy nevyužívají vůbec.

Které ze systémů AAK bez pomůcek nejčastěji využíváte?

Na základě tohoto tvrzení zjistíme, které z dostupných a známých systémů pracovníci s klienty využívají. Z uvedených možností lze zvolit více odpovědí, případně je možné připsat svou vlastní odpověď.

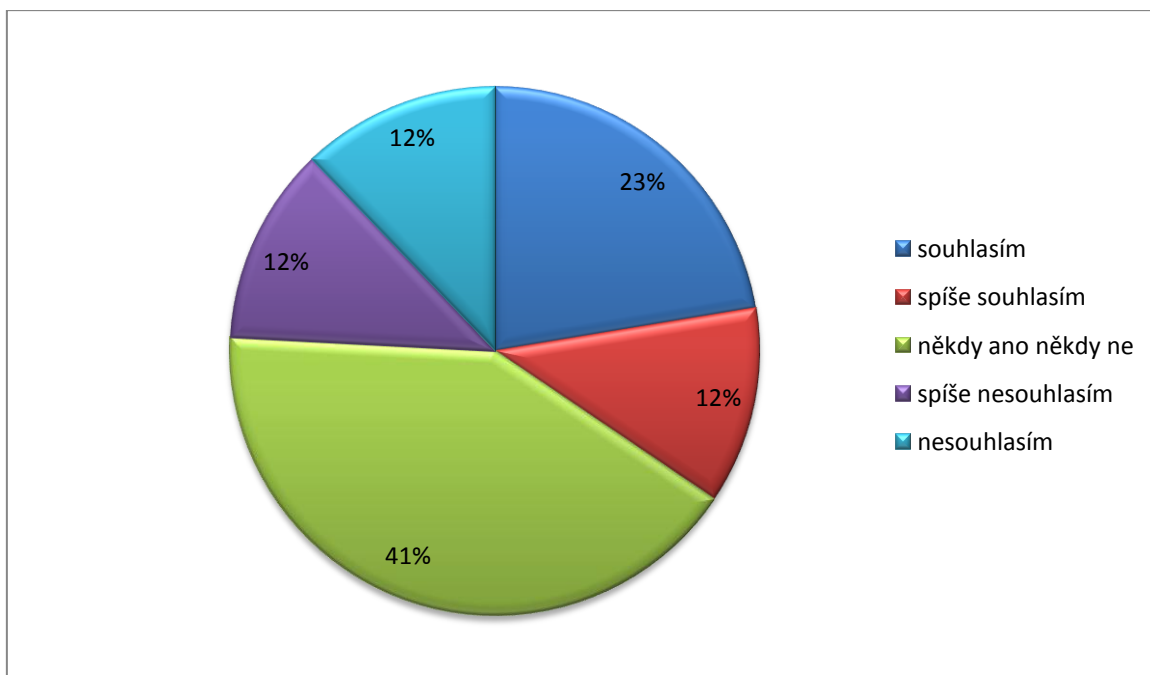


Graf č. 7: Využívané druhy systémů AAK bez pomůcek.

Nejčastější formou AAK bez pomůcek je komunikace prostřednictvím mimiky, kterou uvádí 62,1 % respondentů. Následuje komunikace pomocí gestikulace, která je zastoupena 60,3 %. Polovina tázaných využívá haptiku a třetina oslovených s klienty komunikuje prostřednictvím systému Makaton. Nejméně je využíván znakový jazyk a 10,3 % uvádí, že systémy bez pomůcek nevyžívá. Šest respondentů doplnilo, že využívají jiné techniky, jako je bazální stimulace, smyslová aktivizace a validace, mluvená řeč a komunikační kniha s fotografiemi, znak do řeči a jeden respondent uvádí, že se snaží všechny systémy s pomůckami i bez pomůcek propojit.

Využíváme systémy AAK s pomůckami.

Další tvrzení nám objasní, zda jsou využívány a do jaké míry systémy AAK s pomůckami. Tvrzení je položeno technikou Likertovy škály.



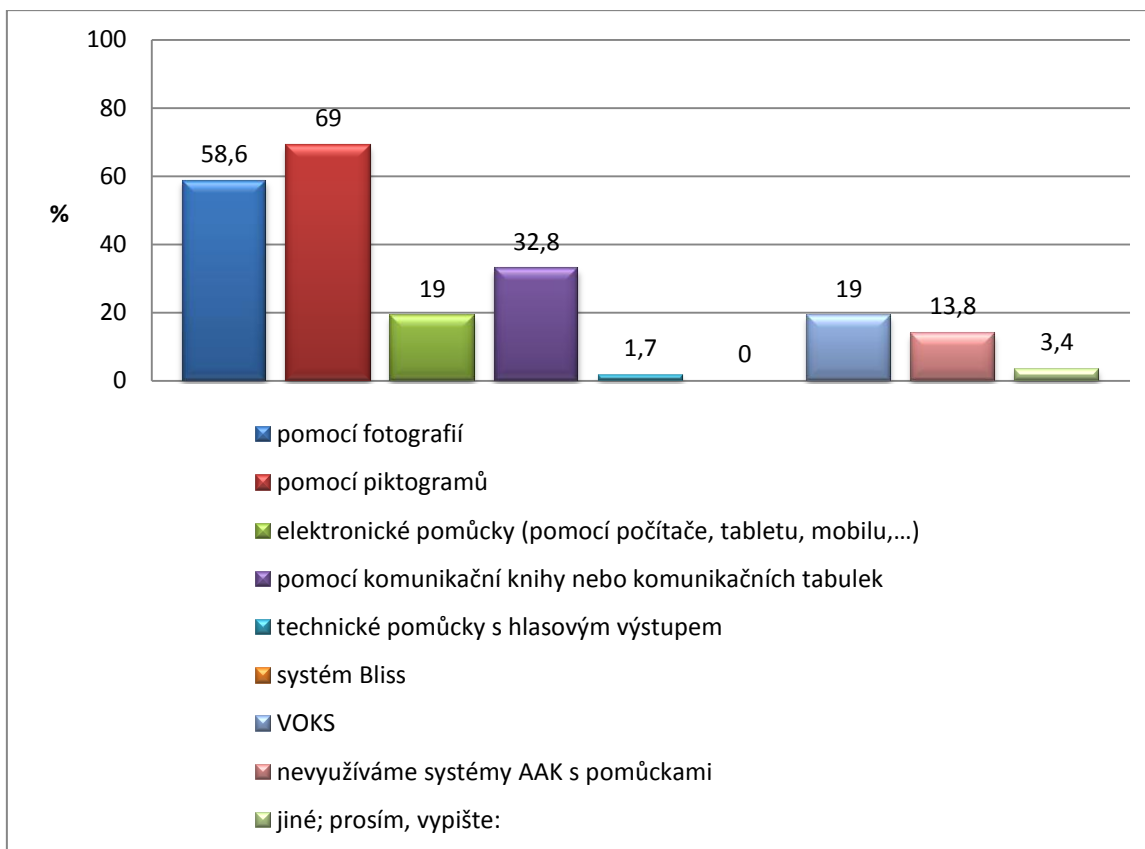
Graf č. 8: Využití systémů AAK s pomůckami.

Stejně jako u využití systémů bez pomůcek má největší zastoupení středová hodnota (41 %), která uvádí, že systémy s pomůckami jsou někdy používány a někdy ne. 23 % respondentů používá systémy s pomůckami a 12 % respondentů spíše souhlasí s využitím těchto systémů. Negativní odpovědi jsou zastoupeny v menší míře, 12 % tázaných systémů s pomůckami nevyužívá vůbec.

Podle našich výsledků je využití systémů s pomůckami častější než využití systémů bez pomůcek. Z výsledků můžeme vyvodit, že systémy AAK s pomůckami jsou ve větší míře v zařízeních v praxi využívány.

Které ze systémů AAK s pomůckami nejčastěji využíváte?

Stejně jako systémů AAK bez pomůcek, máme i systémů s pomůckami širokou škálu. V této otázce zjistíme, které systémy jsou využívány nejvíce a které se využívají zřídka. Z nabízených odpovědí je možnost zvolit více odpovědí, případně svoji odpověď dopsat.

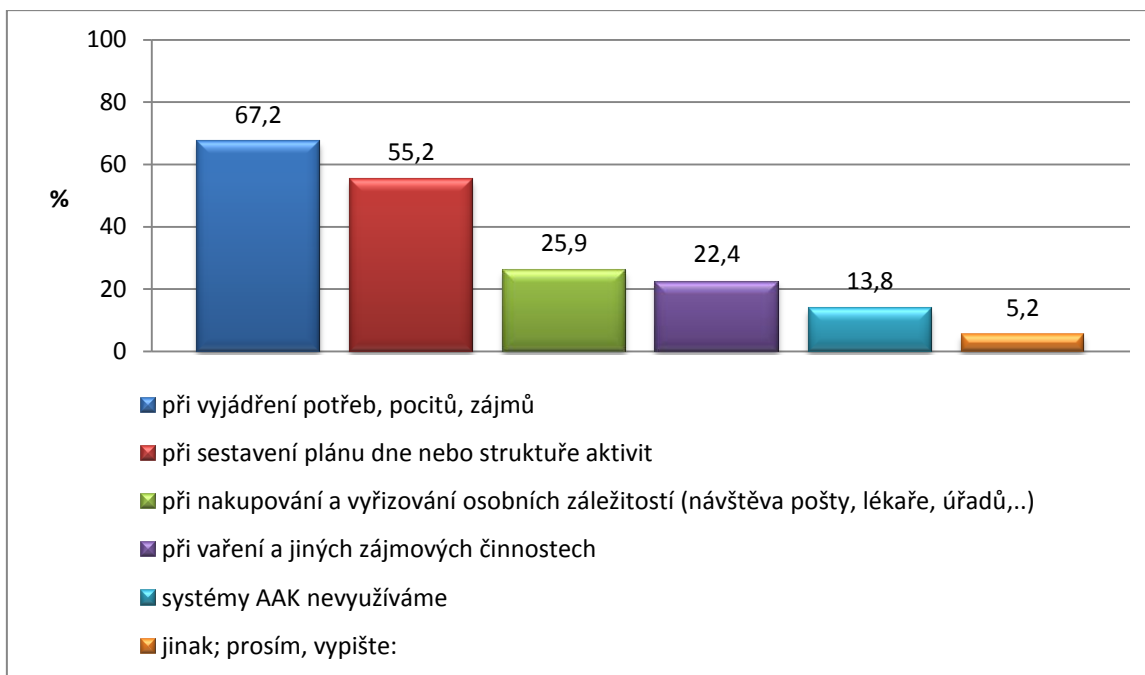


Graf č. 9: Využívané druhy systémů AAK s pomůckami.

Piktogramy tvoří nejpoužívanější komunikační systém v našem průzkumu. Uvádí jej 69 % respondentů. Větší polovina (58,6 %) dotázaných komunikuje prostřednictvím fotografií. Třetina uvádí, že používá komunikační knihy nebo komunikační tabulky. 19 % respondentů se přiklání k využití elektronických pomůcek, jako jsou počítače, tablety nebo mobily a stejná část používá v praxi systém VOKS. Nejméně jsou zastoupeny technické pomůcky s hlasovým výstupem a systém Bliss není využíván vůbec. Jeden respondent doplňuje využití afatického slovníku, který vytváří podle individuální potřeby klienta.

K jakému účelu systémy AAK s klienty nejčastěji využíváte?

Následující otázka se zabývá výběrem činností, při kterých jsou systémy AAK mezi pracovníky a klienty v zařízeních nejčastěji využívány. Může se jednat o více činností během dne, proto je možné zvolit více odpovědí. Do nabídky jsme uvedli nejčastější činnosti, při kterých pracovníci v sociálních službách s klienty komunikují. Nabídku je možné doplnit o další činnosti, při kterých je alternativních nebo augmentativních komunikačních systémů využíváno.



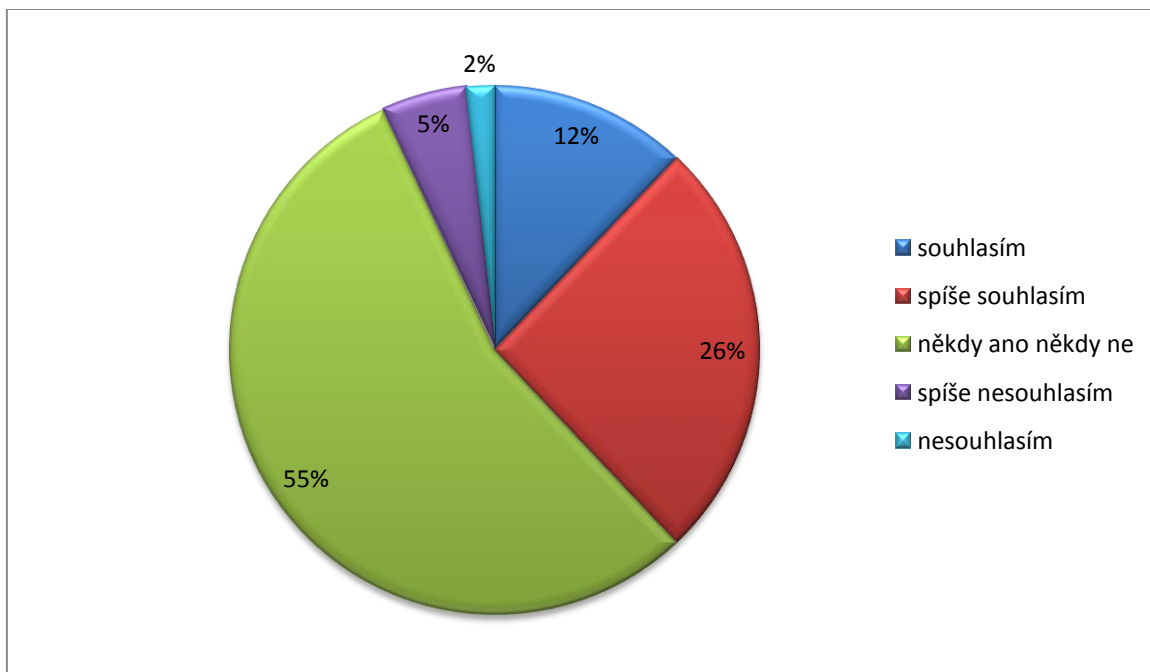
Graf č. 10: Účel využívání systémů AAK.

Vyjádření vlastních potřeb, pocitů a zájmů je jedno z nejdůležitějších témat při komunikaci s klienty, kteří jsou v péči sociálních pracovníků. 67,2 % respondentů uvádí využití systémů AAK především při komunikaci o potřebách, pocitech nebo zájmech klienta. Větší polovina (55,2 %) respondentů říká, že využívají systémy AAK při sestavování plánu dne s klienty nebo při struktuře a rozvrhu jednotlivých aktivit. Přibližná čtvrtina dotazovaných (25,9 %) využívá systémy AAK při nakupování nebo při návštěvách pošty, lékařů nebo úřadů s klienty. Menší část tvořená 22,4 % pracuje se systémy AAK při vaření a dalších zájmových a volnočasových činnostech. Respondenti doplňují využití systémů AAK při jednání se zájemcem o službu (především při představení zařízení a popisu poskytujících služeb), při seznamování s obsahem smlouvy o poskytování služby nebo při orientaci v prostoru.

Ve třetím standardu kvality sociálních služeb je uvedeno že „poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel postupuje.“ (Bednář, 2012) Standard uvádí, že při seznámení klienta se službou musí zařízení postupovat způsobem, aby byl pro klienta srozumitelný. Pokud nedokáže klient komunikovat mluvenou řečí, sdělení a informace se mu přizpůsobí jinou formou komunikace.

Pokud s klientem komunikujeme mluvenou řečí, je schopen nám adekvátně odpovědět.

V další položce zjistíme, zda klienti dokážou reagovat na mluvenou řeč pracovníků a zda dokážou na dotaz adekvátně odpovědět. Myslíme si, že je důležité, aby se klient dokázal projevit a zaujmout určitý názor na sdělení. Položka je uvedena technikou Likertovy škály.



Graf č. 11: Schopnost klienta odpovědět na mluvenou řeč.

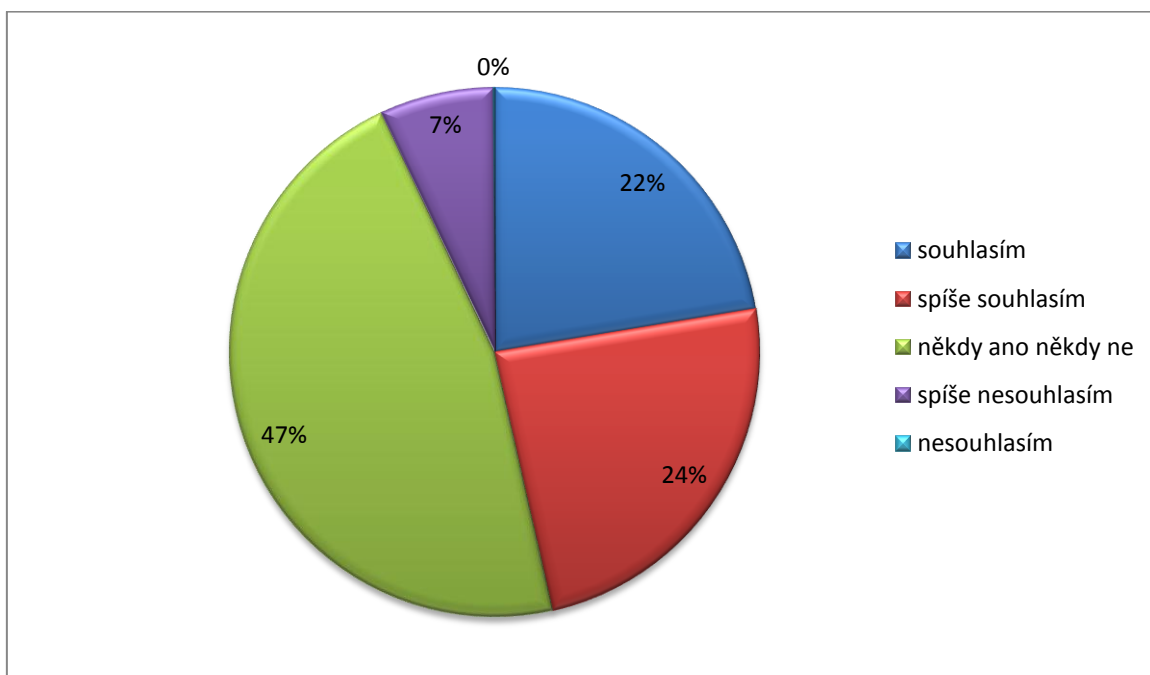
Větší polovina respondentů, která představuje 55 %, si myslí, že klienti někdy dokážou na dotaz odpovědět, jindy ne. Větší část dotázaných se vyjádřila kladně, z toho 12% zcela souhlasí a 26 % spíše souhlasí s tvrzením, že klienti dokážou reagovat na otázku. 12 % respondentů se spíše přiklání k názoru, že jejich klienti nezvládají reagovat na otázky a pouze jeden respondent uvádí, že klienti nedokážou na otázky odpovědět.

Většina respondentů podle průzkumu odpověděla kladně. Z toho vyplývá, že klienti jsou schopni reagovat na dotazy, sdělení a otázky položené mluvenou řečí. Zároveň vyplývá, že jsou i klienti, kteří mluvené řeči nerozumí a je u nich potřeba využít jiný způsob komunikace než je mluvená řeč.

Naši klienti si dokážou požádat o pomoc nebo vyjádřit své pocity.

Aby byla péče o klienty co nejefektivnější, je potřeba brát ohled především na jejich pocity a pokud potřebují pomoc, v adekvátní míře jim takovou podporu nabídnout. Tvrzením zjistíme, zda jsou klienti schopni jakýmkoliv způsobem vyjádřit své pocity, případně oslovit

pracovníky s prosbou o pomoc. Položka obsahuje pět možností, je položena technikou Likertovy škály.



Graf č. 12: Schopnost klientů požádat si o pomoc nebo vyjádřit své pocity.

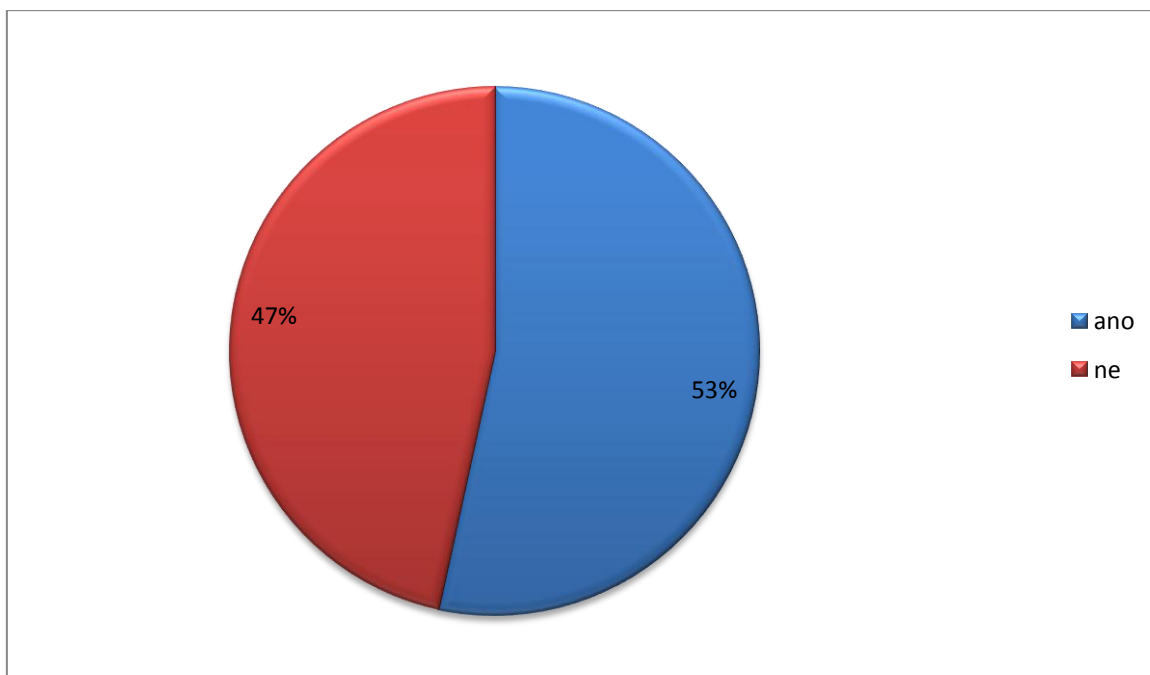
Necelá polovina (47 %) respondentů uvádí, že klienti někdy dokážou vyjádřit své pocity a někdy ne. 46 % dotázaných se k tvrzení vyjadřuje kladně. Uvádí, že jejich klienti jsou schopni požádat o pomoc nebo podporu, pokud ji potřebují a zvládnou dát najevo své pocity. 7 % oslovených s tvrzením spíše nesouhlasí a nikdo nevedl, že by jednoznačně nesouhlasil s tím, že jejich klienti nejsou schopni požádat si o pomoc.

Z výsledků můžeme usoudit, že pracovníci mají nastaveny systémy komunikace (ať už mluvenou řeč nebo některý ze systémů AAK) na takové úrovni, aby byli schopni s klienty hovořit o základních pocitech nebo potřebách pomoci.

Absolvovala jste někdy kurz, školení nebo seminář o systémech AAK?

Další položky budou zaměřeny na osvětu systémů AAK, na kurzy, školení, semináře a vzdělávání pracovníků v této problematice. Chtěli bychom zjistit, zda jsou informace přístupné a zda mají zaměstnanci v zařízení sociálních služeb potřebné znalosti k praktickému využití systémů AAK.

V následující otázce se zaměříme na zmapování situace o proškolení pracovníků o systémech AAK. Na otázku se může vybrat pouze jedna z odpovědí ano nebo ne.



Graf č. 13: Absolvování kurzu, školení nebo semináře o systémech AAK.

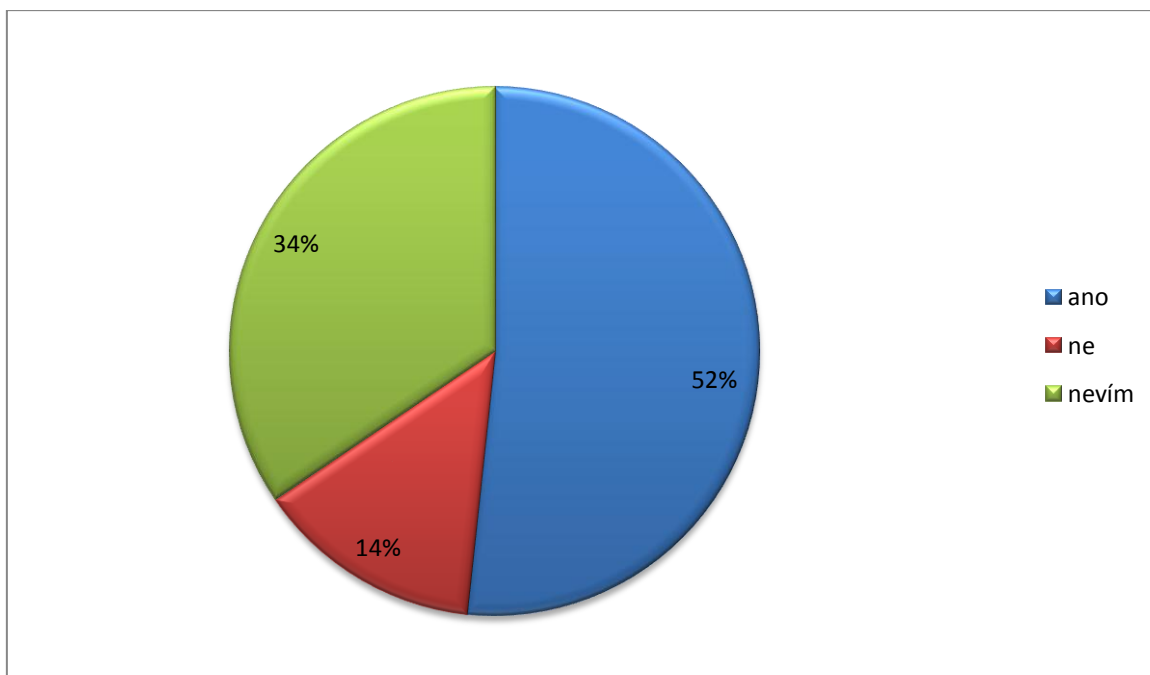
K absolvování kurzu, školení nebo semináře o systémech AAK se vyjádřilo 53 % respondentů kladně. Zbýlých 47 % dotázaných uvedlo, že se žádného kurzu nebo školení nezúčastnilo.

Výsledky jsou poměrně vyrovnané, ani jedna skupina výrazně nepřevládá. Na jednu stranu můžeme usoudit, že je pozitivní poloviční účast na různých školeních. Zároveň jsou ale nedostatky v těchto kurzech a školení, protože je stále spousta pracovníků, která se jich z určitých důvodů nezúčastnila.

V dalších položkách zjistíme důvody, které brání k účasti na kurzech nebo školení o systémech AAK.

Jsou ve Vašem okolí dostupné kurzy nebo školení o systémech AAK?

Nadcházející otázka se věnuje dostupnosti kurzů nebo školení o systémech AAK pro pracovníky v zařízení sociálních služeb. Budeme zjišťovat, zda mají pracovníci přístup ke kurzům, kde by je odborníci proškolili o problematice využití systémů AAK. Na otázku jsou na výběr tři odpovědi, možné je zvolit pouze jednu.



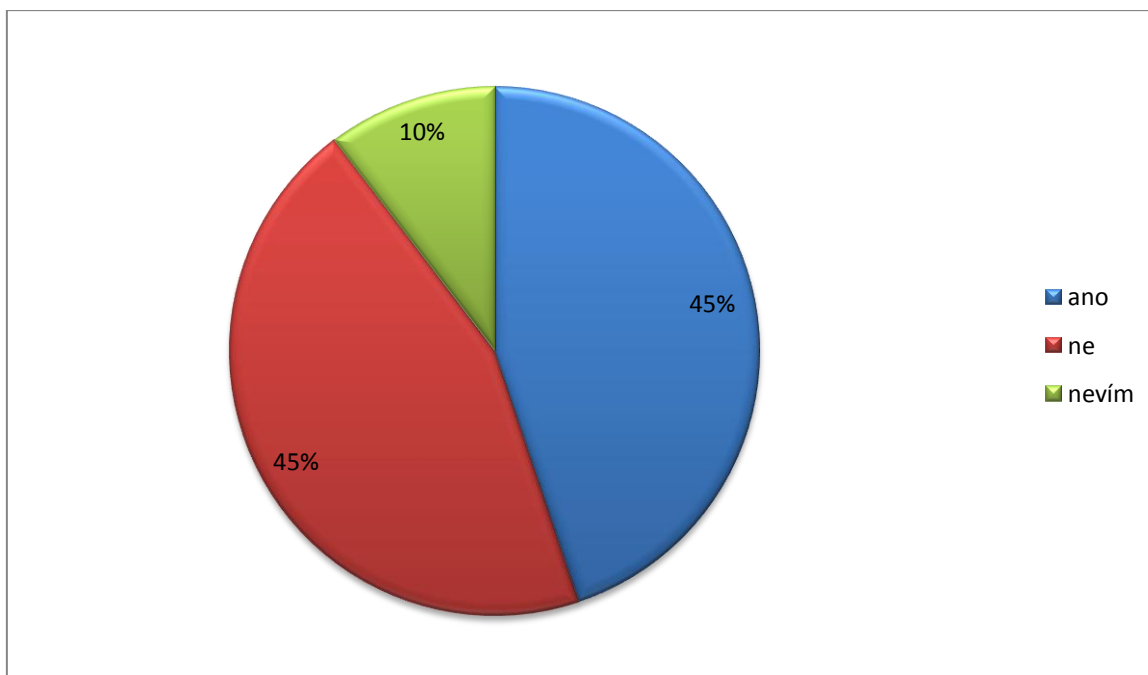
Graf č. 14: Dostupnost kurzů nebo školení o systémech AAK.

Z průzkumu vyplývá, že větší polovina respondentů ví o dostupnosti kurzů a školení v jejich okolí. 14 % oproti tomu uvádí, že v jejich okolí nejsou kurzy dostupné. Poměrně velká část, 34 % ze všech respondentů neví, zda jsou nějaké kurzy nebo školení v jejich dosahu. Můžeme zhodnotit, že necelá polovina dotázaných neví o kurzech anebo uvádí, že kurzy u nich dostupné nejsou.

V porovnání s předchozím grafem (graf č. 13) se pozastavíme u situace, kdy se 47 % respondentů vyjádřilo, že se nezúčastnilo žádného kurzu. Nyní podobný počet respondentů (48 %) uvádí, že buď o dostupnosti kurzů neví, nebo se v jejich okolí žádné neposkytují.

Jsou v rámci Vašeho zařízení zajišťovány pro zaměstnance školení nebo kurzy o systémech AAK?

Otázkou na zajištění školení nebo kurzů pro zaměstnance v rámci zařízení zjistíme, zda jednotlivé zařízení zprostředkovávají informace a odborné znalosti pro své zaměstnance. Na otázku je možné zvolit jednu ze tří odpovědí.



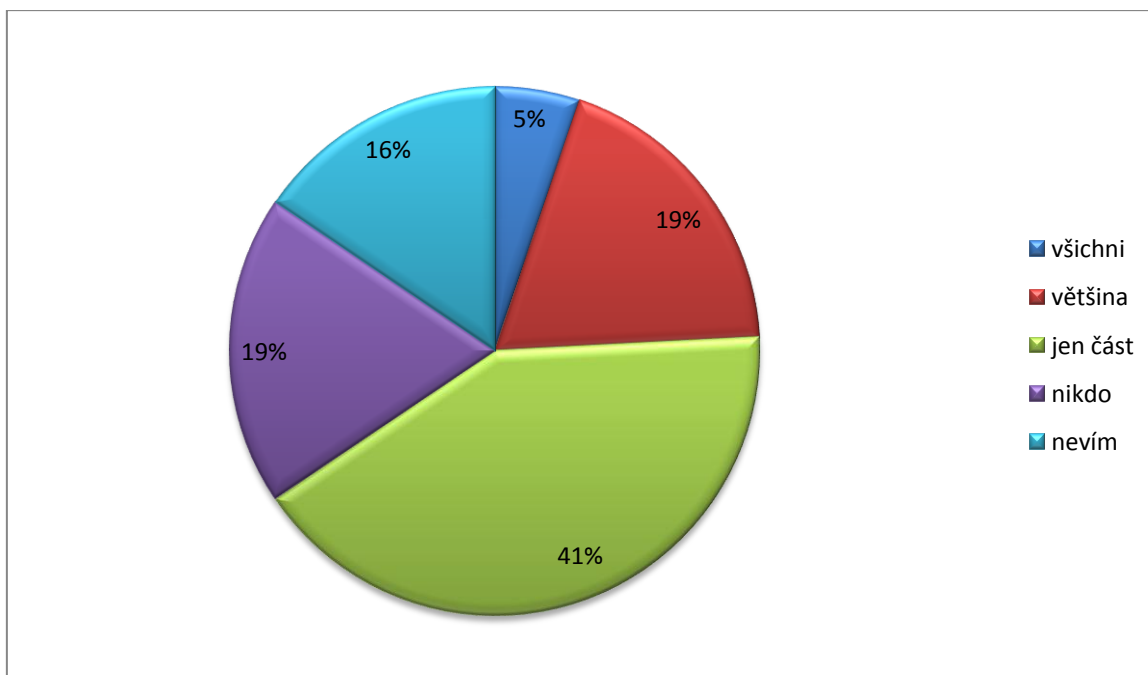
Graf č. 15: Zajištění kurzů o systémech AAK v zařízení.

Na otázku o zajištění kurzů prostřednictvím zařízení se stejná část respondentů vyjádřila kladně i záporně. V procentech můžeme doložit, že 45 % tázaných uvádí, že pro zaměstnance nejsou zprostředkovávány žádné kurzy, zároveň 45 % dalších dotázaných říká, že kurzy pro ně jednotlivá zařízení zajišťují. Nezajištění školení a kurzů může částečně souviset s předcházející otázkou (graf č. 14), kde 48 % respondentů nezná nebo neví o možnosti tohoto vzdělávání. 10 % pracovníků neví, zda se v jejich zařízení nějaké kurzy zprostředkovávají.

Z grafu můžeme usoudit, že zprostředkování kurzů pro pracovníky není rozšířené ve všech zařízeních, ale zároveň necelá polovina ze všech tázaných potvrzuje, že se zařízení snaží informace o systémech AAK pro pracovníky zajistit.

Jsou ve Vašem zařízení proškoleni zaměstnanci o systémech AAK?

Zaměstnanci mohou mít odborné znalosti o systémech AAK získané i jinak, než přes zprostředkování zařízením. V této otázce zjistíme, kolik procent zaměstnanců se zúčastnilo školení o systémech AAK. Otázka má pět odpovědí uvedených technikou Likertovy škály. Odpovědi zobrazují, v jaké míře jsou pracovníci v zařízení proškoleni.



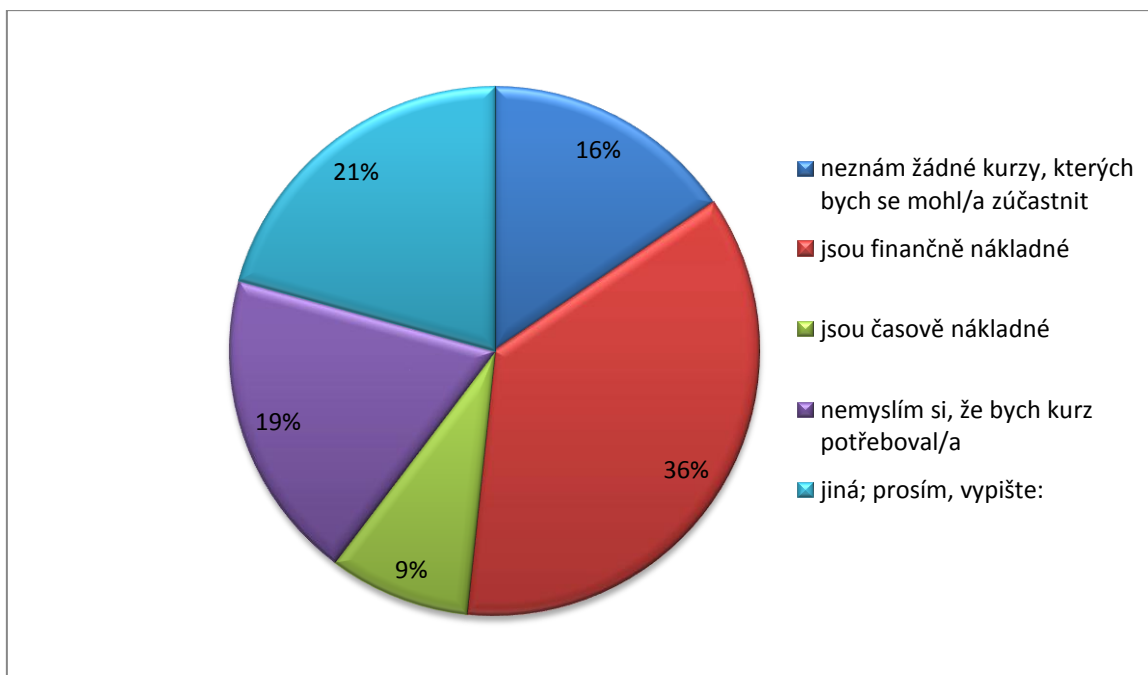
Graf č. 16: Proškolení zaměstnanců v zařízení.

Nejčastější odpověď uvádí, že je v zařízení proškolená pouze část zaměstnanců. Představuje ji 41 % všech tázaných. 19 % respondentů říká, že je v jejich zařízení proškolená většina pracovníků. Pozitivně odpovědělo 5 % tázaných, kteří uvádí, že všichni pracovníci jsou v jejich zařízení seznámeni a proškoleni se systémy AAK. Negativně odpovědělo 19 % s tvrzením, že v jejich zařízení není se systémy AAK seznámen nikdo. Poslední část dotazovaných, představující 16 %, neví, zda pracovníci absolvovali školení nebo kurzy o systémech AAK.

Z průzkumu se domníváme, že ve většině zařízení je alespoň část pracovníků, kteří systémy AAK znají a prošli školením nebo kurzy.

Jaká je podle Vás největší překážka v absolvování některého kurzu o systémech AAK?

V následující otázce nás zajímá, jaké jsou překážky k účasti na kurzech o systémech AAK. Respondent může vybrat jednu z nabízených pěti odpovědí, případně dopsat jinou odpověď.



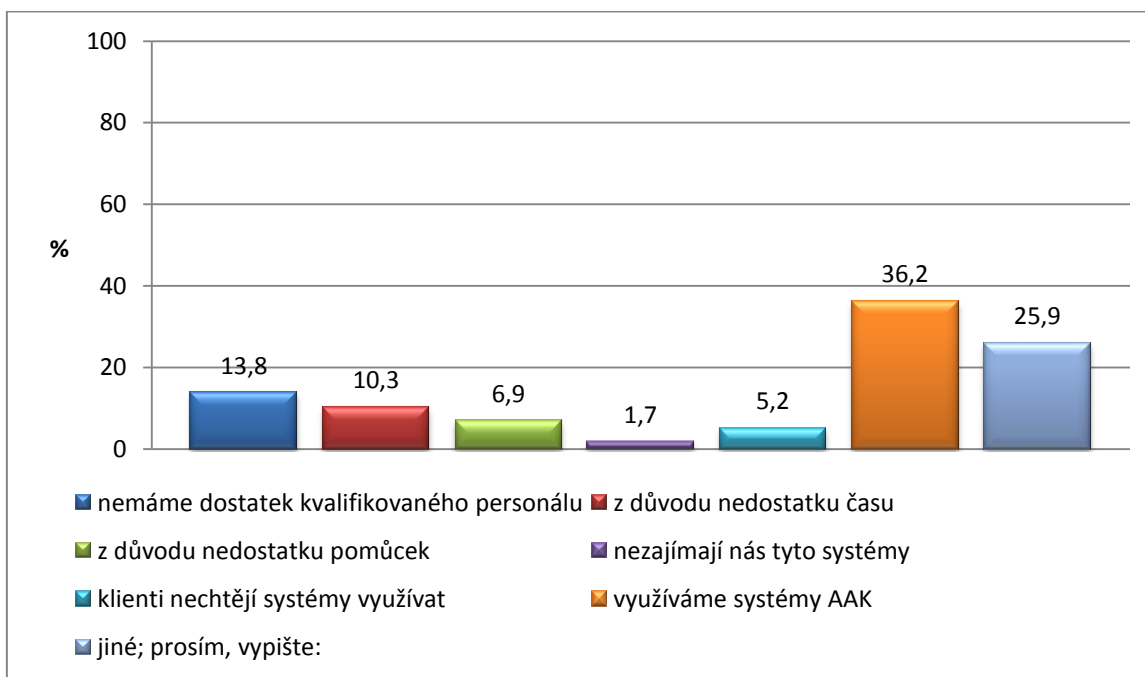
Graf č. 17: Překážky k absolvování kurzu o systémech AAK.

Nejčastější překážkou vyplývající z našeho dotazníku je finanční nákladnost kurzů. Uvádí to 36 % respondentů. Druhým nejčastějším důvodem je uvedena nepotřebnost těchto kurzů. 19 % respondentů se domnívá, že kurzy o systémech AAK nepotřebují. Další část dotázaných, zastoupena 16 %, nezná kurzy, kterých by se mohli účastnit. Nejméně frekventovaným důvodem je časová nákladnost kurzů, kterou uvádí pouze 9 % tázaných. 12 respondentů uvádí jiné důvody, mezi které patří nedostatečná kvalita lektorů, současná časová i finanční náročnost. Někteří uvádí, že nemají vhodnou cílovou skupinu anebo minimum klientů, u kterých by systémy AAK využili. Nedostatek vidí i v praktickém nácviku v rámci školení, kde je pouze teorie a aplikace systémů AAK není zaměřena na jednotlivé cílové skupiny klientů. Někteří vidí překážku v tom, že pracovník je prostřednictvím zařízení vyškolen, ale pak opouští zaměstnání a přechází do jiných zařízení. Mezi další názor patří nedostatek ve vzdělávání, kde tyto odborné znalosti nebyly zatím zařazeny ve vzdělávacích plánech. Někteří uvádí, že mezi lidmi převládá obecný názor, že systémy AAK nejsou v praxi potřeba. Poslední část respondentů si myslí, že kdo chce, tak si informace dokáže získat a nevidí v absolvování kurzů problém.

Z vyhodnocení otázky vyplývá spousta překážek, které podle pracovníků v sociálních službách brání v absolvování kurzů a školení o systémech AAK. Nejčastější překážkou je finanční náročnost kurzů a část respondentů se domnívá, že takové školení nepotřebují nebo nemají vhodnou cílovou skupinu pro využití AAK v praxi.

Proč si myslíte, že se ve Vašem zařízení systémy AAK nevyužívají?

V tvrzení, zda se v zařízeních systémy AAK využívají, bylo 21 % odpovědí negativních a 34 % respondentů uvedlo někdy ano, někdy ne (viz graf č. 5). V následující otázce zjistíme, proč systémy využívané nejsou. V nabídce je 7 odpovědí, možná je pouze jedna odpověď, případně lze doplnit vlastní.



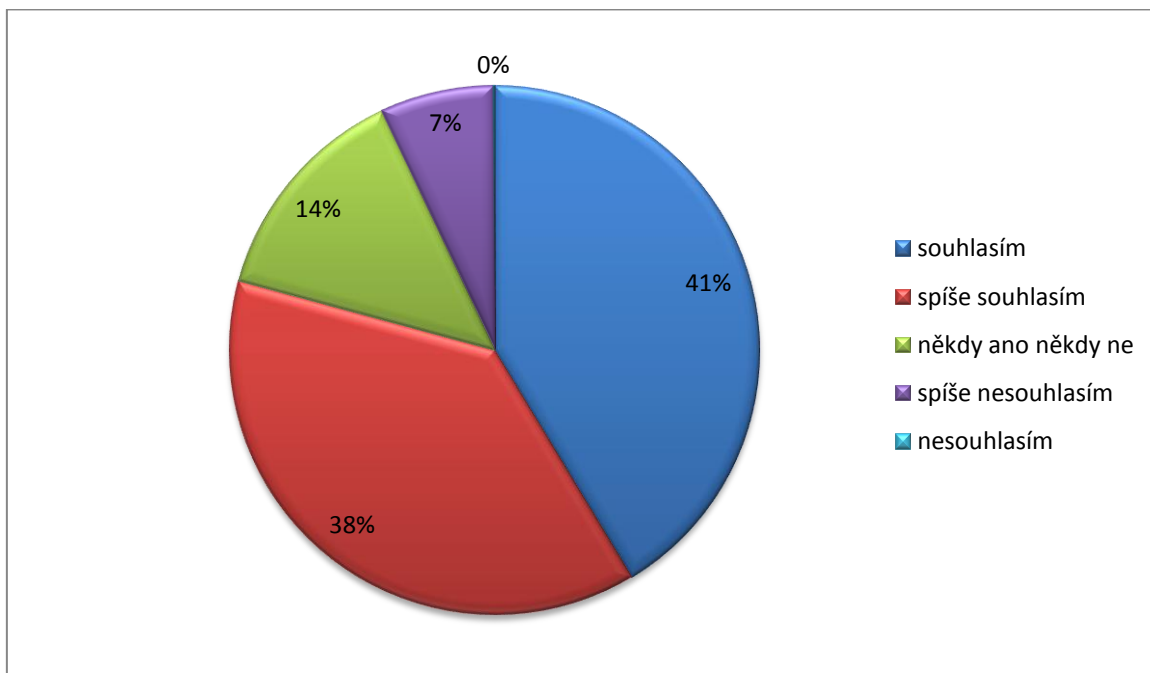
Graf č. 18: Důvod nevyužívání systémů AAK.

36,2 % respondentů uvádí, že systémy AAK využívají. Ostatní dotazovaní uvádí jako nejčastější překážku nedostatek kvalifikovaného personálu, kteří by měli odborné kompetence k používání AAK v praxi. 10,3% respondentů říká, že se u nich systémy AAK nevyužívají z nedostatku času. Méně časté důvody jsou nedostatek pomůcek, nezájem ze strany klientů nebo nezájem ze strany pracovníků. 15 respondentů uvádí další důvody, proč se v jejich zařízení systémy AAK nevyužívají. Jeden z důvodů je, že se během krátkého semináře nestačili s AAK dostatečně seznámit a proto je zavedení do praxe obtížné. Další překážkou je nedostatek financí na komplexní a odborné vzdělávání celého pracovního týmu. Někdy je překážkou nedostatek času a nezájem zkoušet něco nového.

Nejčastějším důvodem, který respondenti doplňují, je nepotřebnost používání systémů AAK, protože se s klienty dokážou domluvit, nemají vhodnou cílovou skupinu určenou pro systémy AAK nebo není zájem ze strany klientů.

Myslím si, že lze sehnat dostatek informací o systémech AAK (weby, knihy, školení, přednášky,...).

Další tvrzení se týká možnosti zajistit si dostatek potřebných informací o systémech AAK. Respondenti vybírají jednu z pěti možností, které jsou uvedeny technikou Likertovy škály. Vyjadřují míru souhlasu s uvedeným tvrzením, zda jsou nebo nejsou informace dostupné.



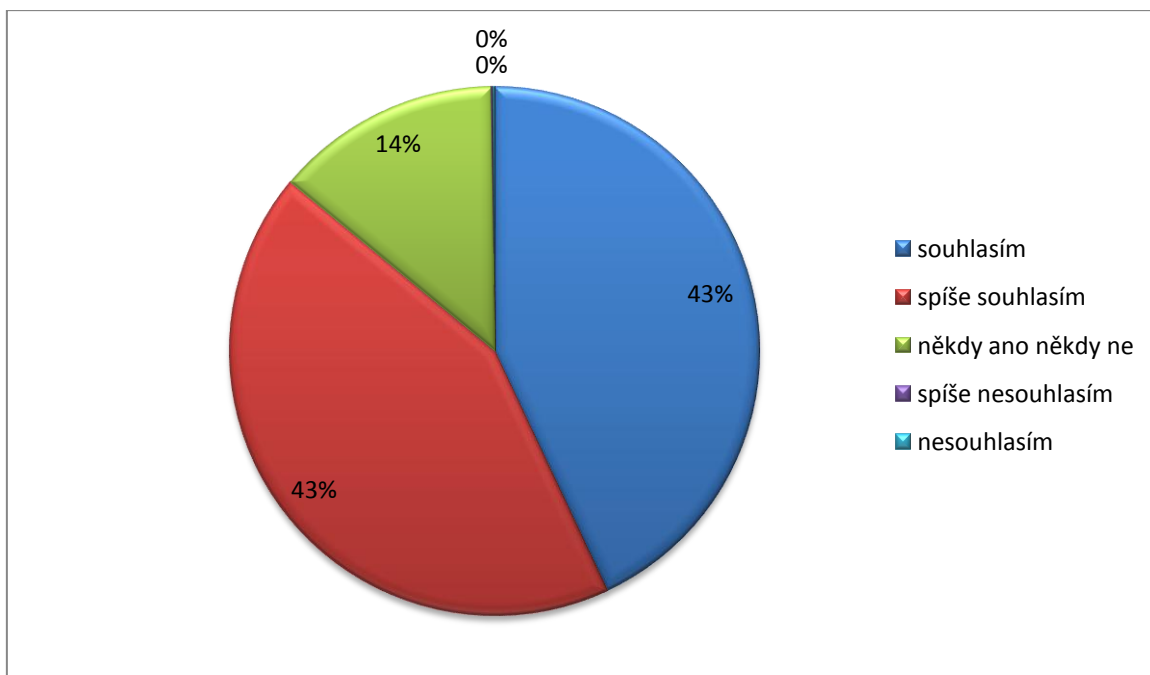
Graf č. 19: Dostupnost informací o systémech AAK.

V našem průzkumu si nejvíce respondentů (41 %) myslí, že informace o systémech AAK lze získat a jsou dostupné. S dostupností informací spíše souhlasí 38 % dotázaných a 14% uvádí, že někdy informace dostupné jsou a někdy ne. 7 % z dotázaných se domnívá, že informace spíše dostupné nejsou a nikdo nevedl, že by informace o AAK nešly vůbec získat.

Z výsledku vyplývá, že většina pracovníků má k informacím přístup. Menší část respondentů si myslí, že informace dostupné nejsou.

Myslím si, že systémy AAK mohou rozvíjet celkovou osobnost klienta.

Tvrzením v našem průzkumu zjistíme, do jaké míry si pracovníci myslí, že použití systémů AAK může pomoci k rozvoji osobnosti klienta. Nabízíme 5 odpovědí, možná je pouze jedna. Odpovědi jsou uvedeny technikou Likertovy škály.



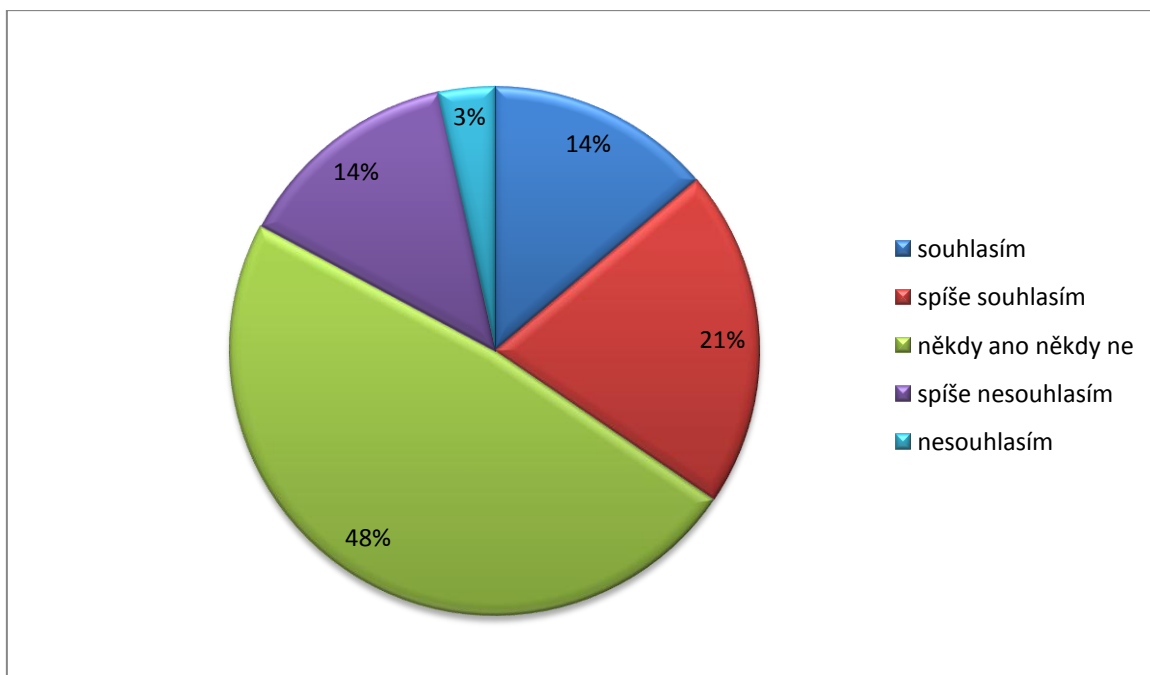
Graf č. 20: Názor na rozvoj osobnosti klienta za použití systémů AAK.

Z pěti možných odpovědí všichni respondenti využili pouze tři možnosti, záporně neodpověděl nikdo. 14 % dotázaných si myslí, že systémy AAK někdy mohou a někdy nemusí přispět k rozvoji osobnosti klienta. Zbytek respondentů se rovným dílem dělí mezi názor, že souhlasí nebo spíše souhlasí s pozitivním vlivem systémů AAK na rozvoj osobnosti klienta.

Z výsledků je zřejmé, že se pracovníci přiklání k názoru, že použití systémů AAK může být pro klienty přínosné a můžou pomoci rozvíjet jejich osobnost.

Myslím si, že je zájem o systémy AAK ze strany klientů.

Následující tvrzení vyjadřuje názor na míru zájmu využití systémů AAK ze strany klientů. Odpovědi jsou strukturovány technikou Likertovy škály.



Graf č. 21: Zájem o systémy AAK ze strany klientů.

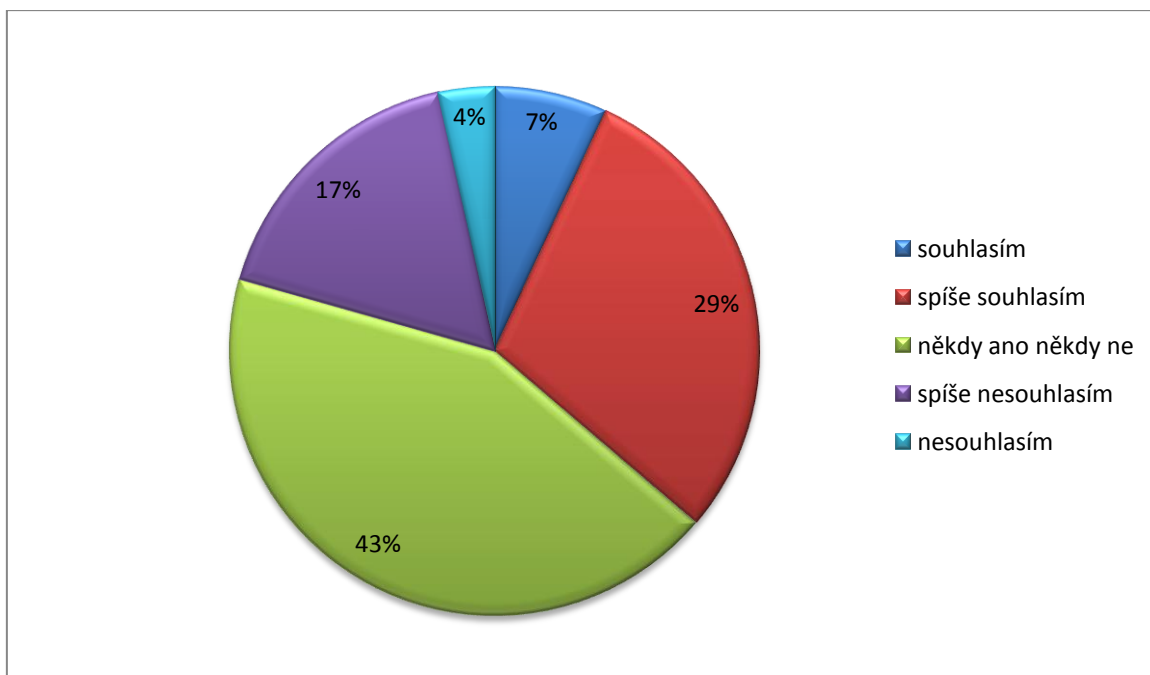
Zdroj: vlastní zpracování

Necelá polovina respondentů (48 %) se domnívá, že zájem o systémy AAK ze strany klientů někdy je, ale někdy ne. Další nejčastější odpovědi jsou kladné, 21 % dotázaných s tvrzením spíše souhlasí a 14 % naprosto souhlasí s tím, že klienti mají o systémy zájem. Negativní odpovědi jsou zastoupeny v menší míře, 14 % respondentů si myslí, že klienti spíše nemají zájem systémy AAK využívat a 3 % pracovníků se domnívá, že klienti odmítají systémy využívat úplně.

Z výsledků je patrné, že klienti jsou podle pracovníků v sociálních službách spíše přikloněni k využívání systémů AAK a nebrání se jejich zavedení do praxe.

Myslím si, že je zájem o systémy AAK ze strany rodičů a nejbližších příbuzných.

Rodina a nejbližší příbuzní tráví s klientem mnoho času, proto jsou jejich názory a postoje důležité. V následujícím tvrzení zjistíme, zda mají o systémy AAK zájem blízcí příbuzní a rodina klienta. Odpovědi je na výběr pět, jsou uvedeny technikou Likertovy škály.



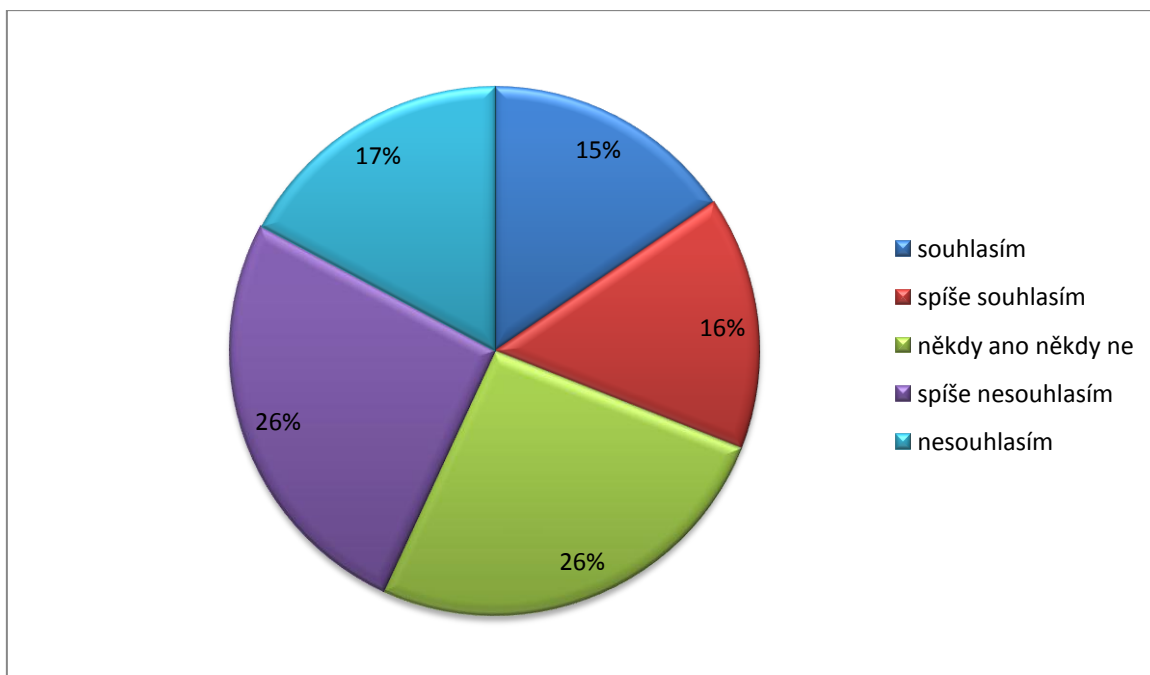
Graf č. 22: Zájem o systémy AAK ze strany rodičů a nejbližších příbuzných.

Podobně jako u předchozího grafu (graf č. 21) si necelá polovina respondentů myslí, že zájem ze strany rodiny někdy je a někdy není. Další část osob se vyjadřuje kladně, 29 % respondentů spíše souhlasí, že zájem ze strany rodiny je, 7 % s tvrzením souhlasí úplně. Negativních odpovědí je menší část, 17 % dotazovaných si myslí, že rodina spíše zájem o využití AAK nemá a 4 % respondentů se domnívají, že zájem ze strany rodiny není žádný.

Pokud porovnáme výsledky s předchozím grafem (graf č. 21), je podle respondentů zájem o systémy AAK ze strany klientů podobný jako ze strany jejich rodinných příslušníků.

Vyhledáváme pomoc jiných externích odborníků při používání AAK (logopedi, speciální pedagogové,...).

Nejenom pracovníci v sociálních službách využívají systémy AAK v praxi. Zabývají se jimi také například logopedi nebo speciální pedagogové. Každé zařízení může využít externí spolupráce s těmito odborníky. V následujícím tvrzení zjistíme, zda pracovníci v zařízení sociálních služeb vyhledávají odborné vedení, pomoc a podporu od jiných externích pracovníků. V nabídce je pět odpovědí řazených technikou Likertovy škály.



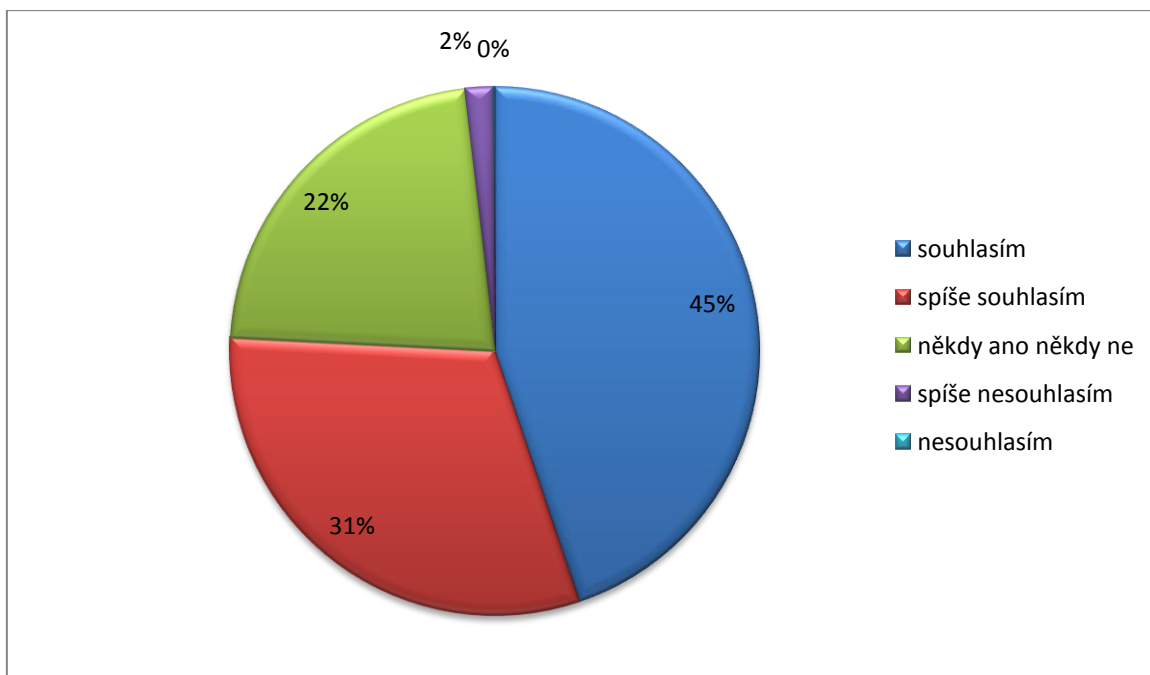
Graf č. 23: Pomoc jiných odborníků při používání systémů AAK.

Reakce na tvrzení o pomoci jiných odborníků při používání systémů AAK jsou spíše záporné. 26 % respondentů uvádí, že někdy pomoc využijí, někdy ne. Stejné procento dotázaných říká, že spíše tuto pomoc nevyužívají a 17 % tvrdí, že žádné odborníky z oblasti AAK nevyhledávají. Část respondentů má o externí odborníky zájem, z toho 16 % uvádí, že jejich pomoc spíše vyhledávají a 15 % tvrdí, že pomoc externích odborníků využívají.

Z grafu můžeme vyvodit, že pracovníci se spíše přiklání k použití vlastních sil a neprojevují výrazný zájem o pomoc jiných externích pracovníků.

Myslím si, že může použití systémů AAK usnadnit zaměstnancům práci.

Mimo to, že systémy AAK mohou rozvíjet podle respondentů osobnost klienta a o jejich využívání mají zájem jak klienti, tak i jejich rodiny a blízcí příbuzní, je důležitá samotná práce zaměstnanců. Dalším tvrzením zjistíme, zda může využití systémů AAK usnadnit práci pracovníkům a do jaké míry souhlasí s tím, že systémy AAK používané v praxi jejich práci zjednoduší. V nabídce jsme uvedli 5 odpovědí, jsou uvedeny technikou Likertovy škály.



Graf č. 24: Názor na usnadnění práce zaměstnanců s použitím systému AAK.

Necelá polovina dotázaných zaměstnanců souhlasí s tím, že využití systémů AAK jim usnadní práci s klienty. 31 % se přiklání k názoru, že použití AAK jim spíše pomůže při práci. Pracovníků říkajících, že jim AAK někdy pomůže a někdy ne, je 22 %. Nejmenší skupinou jsou respondenti, kteří si myslí, že jim AAK spíše nepomůžou. Jsou jich 2 %. Nikdo neuvedl, že by mu systémy AAK vůbec neusnadnily komunikaci při práci s klienty.

Z průzkumu vyplývá, že pracovníci jsou přikloněni systémy AAK využívat a myslí, že se tím usnadní jejich komunikace s klienty.

4.4 Vyhodnocení šetření

Po interpretaci jednotlivých grafů odpovíme na stanovené průzkumné otázky. Průzkumné otázky jsou stanoveny čtyři, postupně je zodpovíme. Následně vyvodíme závěry našeho šetření.

Znají pracovníci v zařízení sociálních služeb jednotlivé druhy systémů AAK?

Po zhodnocení položek v dotazníku nikdo neuvedl, že by žádný systém AAK neznal. Všichni respondenti se vyjádřili kladně k tvrzení, že některý systém znají. Některé systémy jsou rozšířené více, některé méně. Nejvíce jsou známy piktogramy, které zná téměř většina všech respondentů. Dále je rozšířené povědomí o systémech Makaton, znak do řeči a VOKS.

Velká část respondentů systémy AAK v zařízení využívá. Systémy jsme rozdělili dle kritéria bez pomůcek a s pomůckami. Obě skupiny systémů jsou v zařízení využívány. Objevují se i zařízení, které nevyužívají žádné systémy, i když o existenci systémů ví.

Respondenti uvádí, že jsou pro ně informace o AAK dostupné například prostřednictvím webu, knih, školení nebo přednášek. Domníváme se, že snadná dostupnost k informacím pomáhá k vyššímu povědomí pracovníků o různých typech systémů AAK.

Myslíme si, že pracovníci znají teoreticky alespoň některé systémy AAK. Většinou se s nimi seznámili při studiu, v praxi nebo na některém z kvalifikačních kurzů. Snadno dostupné internetové zdroje nebo informace v knihách pomohou k větší vědomosti o AAK.

Mají pracovníci v zařízení sociálních služeb dostatečné odborné znalosti k využití systémů AAK v praxi?

Odborné znalosti o systémech AAK lze získat buď v rámci studia, prostřednictvím kurzů, seminářů a školení nebo si informace mohou pracovníci vyhledat sami. Zaměřili jsme se na zmapování situace dostupnosti kurzů, školení nebo seminářů o této problematice. Z výsledků vyplývá, že přibližně polovina respondentů nějaký kurz navštívila. Necelá polovina se žádného odborného semináře, kurzu nebo školení nezúčastnila. Podobný počet respondentů uvádí, že neví o žádném dostupném kurzu nebo takové možnosti v jejich okolí nejsou.

Polovina z dotázaných respondentů uvádí, že kurzy nebo školení jsou zajišťovány prostřednictvím zařízení. Necelá polovina respondentů se nezúčastnila žádného kurzu, školení nebo semináře o systémech AAK a nevyhledávají ani jinou pomoc externích odborníků.

Z výsledků plyne, že asi polovina respondentů má znalosti k tomu, aby mohla využívat systémy AAK, ale ne vždy je v zařízení vhodná cílová skupina pro tyto systémy nebo pracovníci nedokážou poznatky aplikovat v praxi.

Jaké jsou nejčastější důvody k tomu, že pracovníci v zařízení sociálních služeb nevyužívají systémy AAK v praxi?

V návaznosti na předchozí průzkumnou otázku můžeme konstatovat, že necelá polovina respondentů systémy AAK nevyužívá. Jeden z důvodů je, že neví o dostupnosti nějakého kurzu nebo školení, který by jim zprostředkoval potřebné znalosti. Na toto zjištění navazuje další překážka, a to že v zařízeních není dostatek kvalifikovaného personálu.

Respondenti uvádí, že nemají dost času pro využívání AAK a někdy se setkávají s neochotou nové poznatky zkoušet. Nedostatek vidí i v tom, že i když nějaké školení nebo

kurz absolvovali, chybělo následné propojení s praxí a aplikování systémů AAK na jednotlivé cílové skupiny. I přesto, že respondenti systémy AAK znají, nevyužívají je také z důvodu nevhodné cílové skupiny v jejich zařízení. Uvádí, že systémy AAK v praxi s klienty nepotřebují.

Je zájem o využívání systémů AAK mezi klienty, jejich blízkými příbuznými a zaměstnanci?

Podle výsledků šetření vyplývá, že polovina respondentů si myslí, že zájem ze strany klientů a jejich blízkých příbuzných někdy je, ale někdy ne. Více převládá domněnka, že zájem mezi klienty a jejich rodinami spíše je. Jen menší část respondentů si myslí, že o využívání nemají klienti zájem. Skoro všichni respondenti se přiklání k názoru, že využití systémů AAK je pro samotné pracovníky přínosem a může jim to ulehčit práci. To dokazuje, že využití systémů AAK přináší pozitivní výsledky v komunikaci mezi pracovníky a jejich klienty.

V podkapitole jsme zodpověděli všechny průzkumné otázky a uvedli výsledky našeho šetření. Dílčí cíle jsme prostřednictvím průzkumných otázek splnili, a tím se nám podařilo splnit i hlavní cíl.

Závěr

V teoretické části jsme vymezili pojmy komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, narušená komunikační schopnost a popsali využití systémů AAK u jednotlivých skupin osob se zdravotním postižením. Z poznatků vyplývá, že systémy AAK nemají jednoznačnou cílovou skupinu, metody, postupy a formy. Jednotlivé systémy jsou upravovány podle individuálních potřeb klientů a jejich dosavadních komunikačních dovedností. Neexistuje jednotný postup, jak si systémy AAK osvojit. Při výběru a nácviku je vhodné zainteresování co nejširšího týmu odborníků, kteří svými poznatky přispějí ke zkvalitnění komunikace klientů. Každého klienta by měli posuzovat individuálně, s ohledem na všechny složky osobnosti. Systémy AAK mají podle různých autorů více klasifikací. Vybrali jsme dělení na systémy AAK s pomůckami a bez pomůcek a více jsme je charakterizovali.

Prostřednictvím rozeslaných dotazníků jsme zpracovali praktickou část. Hlavním cílem bylo zjistit, zda se v zařízení sociálních služeb ve Zlínském kraji využívají systémy AAK. Pro upřesnění jsme uvedli čtyři dílčí cíle a stanovili čtyři průzkumné otázky. Po sběru dat jsme výsledky graficky zpracovali a okomentovali. Zodpověděli jsme na průzkumné otázky a vyvodili závěr šetření.

Z výsledků vyplývá, že systémy AAK jsou mezi pracovníky známé, nejčastěji se s nimi seznámili v rámci studia. Existuje také spousta zdrojů, kde si můžou pracovníci informace o systémech AAK dohledat. Nedostatek vidí v omezené nabídce odborných kurzů a školení a jejich finanční a časovou náročnost a následné provázání s praxí.

Systémy AAK jsou v zařízeních z větší části využívány, ale musí mít vhodnou cílovou skupinu pro využití systémů a nesmí chybět kvalifikovaný personál. Respondenti se domnívají, že využití systémů AAK může mít kladný vliv na rozvoj osobnosti klienta a zároveň přináší pozitivní výsledky v komunikaci pracovníků s klienty. I přesto, že už jsou systémy v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji využívány a klienti o ně mají z větší části zájem, mělo by se nadále pracovat na osvětě systémů AAK, více je zařadit do osnov ve vzdělávacím systému a nabídnout pracovníkům další prakticky zaměřené kurzy, školení a semináře.

Seznam bibliografických citací

BEDNÁŘ, M. 2012. *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.

BEEROVÁ, E., in BENDOVIÁ, P. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 103 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3703-3

BENDOVIÁ, P. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 103 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3703-3

BENDOVIÁ, P., RŮŽIČKOVÁ, V. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 147 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3705-7.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. 2012. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 236 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3008-0.

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Přeložil Magda Wdowczynová. Praha: Portál, 228 s. ISBN 9788026203643.

CSÉFALVAY, Z., MINÁRIKOVÁ, M. *Augmentatívna a alternatívna komunikácia*. In KEREKRÉTIÓVÁ, A. 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 343 s. ISBN 9788022325745

DAREK, R., MARTÍNKOVÁ, H. *Metody sociální práce*. IN POLÁCHOVÁ VAŠTATKOVÁ, J., HOFERKOVÁ, S. 2008. *Průručka sociálního pracovníka*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 230 s. Sborníky. ISBN 9788024419916.

DOHERTY-SNEDDON, G. 2005. *Neverbální komunikace dětí: jak porozumět dítěti z jeho gest a mimiky*. Přeložil Hana Antonínová. Praha: Portál, 197 s. ISBN 8073670437

DVOŘÁKOVÁ, Z., PALODOVÁ, D. 2009. *Komunikace logoped-fyzioterapeut*. In *Česká logopedie*. Praha: Galén, c2010, 82 s. ISBN 978-80-7262-673-1.

FILCÍKOVÁ-HERFORTOVÁ, et al. 1984. *Logopedie - metodika a didaktika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 283 s.

FINKOVÁ, D. 2011. *Rozvoj hapticko-taktilního vnímání osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 119 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2742-3.

FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ L. 2013. *Specifika komunikace s osobami se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 91 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3696-8.

FISCHER, S., ŠKODA J. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Přeložil Vladimír JŮVA. Brno: Paido, 207 s. ISBN 8085931796.

CHRÁSKA, M., KOČVAROVÁ, I. 2015. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 132 s. Pedagogika. ISBN 978-80-7454-553-5.

JANOTOVÁ, N. 1996. *Rozvíjení zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. Ilustroval Alexandra Justová. Praha: Septima, 47 s. ISBN 8085801841.

JANOTOVÁ, N. 1999. *Odezírání u sluchově postižených*. Praha: Septima, 51 s. ISBN 807216826.

JANOVCOVÁ, Z. 2010. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5186-7.

JEŘÁBKOVÁ, K. 2013a. *Komplexní péče o člověka s postižením či znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 102 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3733-0.

JEŘÁBKOVÁ, K. 2013b. *Úvod do speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3731-6.

JURKOVIČOVÁ, P., (ed.). 2010. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2649-5.

KÁBELE, F. *Zásady výchovně vzdělávací péče o mládež tělesně vadnou, nemocnou a oslabenou*. In ČERNÝ, et al. 1970. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky mládeže tělesně vadné, nemocné a oslabené*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 215 s.

KEREKRÉTIOVÁ, A. 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 343 s. ISBN 9788022325745

KLENKOVÁ, J. 2000. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 123 s. ISBN 8085931915.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. *Augmentativní a alternativní komunikace*. In VÍTKOVÁ, M. 1998. *Integrativní speciální pedagogika: sborník k projektu "Škola pro všechny"*. Brno: Paido, 181 s. ISBN 8085931516.

KLIMENT, P. 2013. *Efektivní komunikace v praxi sociální práce: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 63 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3626-5.

KRAHULCOVÁ, B. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. Vyd. 2. Praha: Nakladatelství Karolinum, 303 s. ISBN 8024603292.

KRAHULCOVÁ, B. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7.

KRAHULCOVÁ, B. 1998. *Role alternativní komunikace v integračním procesu zdravotně postižených*. In *Integrace - znamení doby: sborník z odborné konference na počest 50. výročí Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy a 50. výročí vysokoškolské přípravy speciálních pedagogů*. Editor Ján JESENSKÝ. Praha: Karolinum-nakladatelství Univerzity Karlovy, 214 s. ISBN 8071846910.

KREJČÍŘOVÁ, O. 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín. ISBN 978-80-260-0059-4

KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. 2013. *Sociální služby*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 105 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3692-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1995. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 155 s. ISBN 807013187X.

KUBOVÁ, L. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-market. 45 s., 17 l. obr. příl. ISBN 8090213413

KUBOVÁ, L., HEMZÁČKOVÁ, K. 1999. In *Česká logopedie*. Editor Lubomír Houdek. Praha: Makropulos, 2000, 118 s. ISBN 8086003388.

KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ Z., RÁDKOVÁ I. 1999. *Znak do řeči*. Praha: Tech-market, 87 s. ISBN 8086114236.

KUCHARSKÁ, A., et al. 2013. *Školní speciální pedagog*. Praha: Portál, 223 s. ISBN 978-80-262-0497-8.

KULIŠŤÁK, P. a kol. 1997. *Afázie*. Praha: triton. ISBN 80-85875-38-1

KUNHARTOVÁ, M., HORVÁTHOVÁ, I., POTMĚŠIL, M. 2011. *Podpora komunikačních schopností dětí s kombinovaným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 69 s. ISBN 978-80-244-2976-2.

LANGER, J. 2013. *Znakové systémy v komunikaci neslyšících*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 105 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3746-0.

LECHTA, Viktor. 1990. *Logopedické repetitóriium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 278 s. ISBN 8008004479

LECHTA, V. 2002a. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Přeložil Jana Křížová. Praha: Portál, 191 s. ISBN 8071785725.

LECHTA, V. 2002b. *Terapia narušenej komunikačnej schopnosti*. Přeložil Ladislav Vaňhara. Martin: Osveta, 270 s. ISBN 8080630925.

LECHTA, V. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Přeložil Jana Křížová. Praha: Portál, 359 s. ISBN 8071788015.

LECHTA, V. *Základné poznatky o logopédii*. In KEREKRÉTIÓVÁ, A. 2009. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 343 s. ISBN 9788022325745

LEJSKA, M. 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 156 s. ISBN 8073150387.

LUDÍKOVÁ, L. 2005. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 140 s. ISBN 8024411547.

LUDÍKOVÁ, L., FINKOVÁ, D. 2013. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v raném a předškolním věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 87 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3697-5.

MALÍKOVÁ, E. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 328 s. Sestra. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, J. *Úvod do lingvistiky*. In KEREKRÉTIOVÁ, A. 2009. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 343 s. ISBN 9788022325745

MARTINKOVÁ, E. *Komunikace a osoby se sluchovým postižením*. In JURKOVIČOVÁ, P., a kol. 2010. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2649-5

MILLER, A., C. SMITH, T. 2016. *101 tipů pro rodiče dětí s autismem: účinná řešení každodenních problémů*. Přeložil Miroslava Jelínková. Praha: Portál, 164 s. ISBN 978-80-262-1106-8.

MATOUŠEK, O., et al. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Editor Oldřich Matoušek, editor Pavla Kodymová, editor Jana Koláčková. Praha: Portál, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O., a kol. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Portál, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MLČÁKOVÁ, R., VITÁSKOVÁ, K. 2013. *Základy logopedie a organizace logopedické péče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 135 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3722-4.

MLČÁKOVÁ, Renata. *Foneticko-fonologická jazyková rovina*. In VRBOVÁ, Renáta. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb*. 2012. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 155 s. Ostatní. ISBN 978-80-244-3056-0.

MLČÁKOVÁ, R. *Morfologicko-syntaktická jazyková rovina*. In VRBOVÁ, R. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb*. 2012. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 155 s. Ostatní. ISBN 978-80-244-3056-0.

NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

NEUBAUER, K. 2007a. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 107 s. ISBN 978-80-7041-093-6.

NEUBAUER, K. 2007b. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha: Portál, 227 s., [16] s. obr. příl. ISBN 978-80-7367-159-4.

NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T. 2015. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 229 s. ISBN 978-80-7435-640-7.

NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 133 s. Recenzované monografie. ISBN 978-80-7435-109-9.

RŮŽIČKOVÁ, V. 2007. *Integrace zrakově a kombinovaně postižených žáků: sborník příspěvků z kurzu Pokračující kurz pro učitele vzdělávající integrované zrakově postižené dítě na ZŠ v Olomouckém kraji*. Editor Veronika Stoklasová. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 9788024417387.

ŘÍHOVÁ, A. 2009. *Alternativní a augmentativní komunikace jako součást logopedické intervence u klientů s poruchou autistického spektra*. In *Česká logopedie*. Praha: Galén, c2010, 82 s. ISBN 978-80-7262-673-1.

ŘÍHOVÁ, A., VITÁSKOVÁ, K. 2012. *Logopedická intervence u osob s poruchou autistického spektra: odborná publikace pro logopedy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 124 s. Monografie. ISBN 978-80-244-2908-3.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika: terapie a poradenství: vzdělávání osob s různým postižením: člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

- SLOWÍK, J. 2010 *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9
- SOURALOVÁ, E. 2000. *Vzdělávání hluchoslepých*. Praha: Scientia. ISBN 807183226X
- SOVÁK, M. 1972. *Logopedie*. Vyd. 2. uprav. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 319 s.
- SOVÁK, M. 1978. *Uvedení do logopedie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 327 s.
- SOVÁK, M. 1984. *Logopedie předškolního věku*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 223 s.
- STEJSKALOVÁ, K. *Komunikace a osoby se zrakovým postižením*. In JURKOVIČOVÁ, P. a kol. 2010 *Komunikace a lidé se smyslovým postižením: metodický materiál*. Editor Petra Jurkovičová. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2649-5
- STRNADOVÁ, V. 2001. *Hádej, co říkám, aneb, Odezírání je nejisté umění*. 2., dopl. vyd. Praha: ASNEP, 186 s. ISBN 8090303501.
- STRYKOVÁ, E. *Další způsoby péče o osoby s postižením sluchu*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.
- SVOBODA, P. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 123 s. ISBN 978-80-244-3067-6.
- ŠAROUNOVÁ, J. 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, 150 s. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K. a NECHLEBOVÁ, E. 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada, 248 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4369-1.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠKODOVÁ, E. *Symptomatické poruchy řeči*. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 615 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 978-80-7367-340-6.

TARCSIOVÁ, D. 2005. *Komunikačný systém sluchovo postihnutých a spôsoby prekonávania ich komunikačnej bariéry*. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 9788096911271

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 80-968797-0-7.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 144 s. Sestra. ISBN 80-247-1262-8.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. 2005. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 182 s. ISBN 8024410885.

VYBÍRAL, Z. 2005. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 319 s. ISBN 8071789984.

Seznam internetových zdrojů

BRACKEN, M., ROHRER, N. 2014. Using an adapted form of the Picture Exchange Communication System to increase independent requesting in deafblind adults with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities* [online]. **35**(2), 269-277 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1016/j.ridd.2013.10.031. ISSN 08914222. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422213004836>

CARROLL, L., M., TAN, M. 2015. Aerodynamic Measures and Biofeedback as Management in Persistent Paradoxical Vocal Fold Motion and Reverse Phonation. *Journal of Voice* [online]. **29**(2), 218-222 [cit. 2017-03-28]. DOI: 10.1016/j.jvoice.2014.07.018. ISSN 08921997. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0892199714001520>

HERACLEOUS, P., et al. 2011. A pilot study on augmented speech communication based on Electro-Magnetic Articulography. *Pattern Recognition Letters*[online]. **32**(8), 1119-1125 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1016/j.patrec.2011.02.009. ISSN 01678655. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167865511000468>

HILL, D., A., FLORES, M., M. 2014 Comparing the Picture Exchange Communication System and the iPad™ for Communication of Students with Autism Spectrum Disorder and Developmental Delay. *TechTrends* [online]. **58**(3), 45-53 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1007/s11528-014-0751-8. ISSN 8756-3894. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s11528-014-0751-8>

CHIEN, M.-E., et al. 2015. ICAN: A tablet-based pedagogical system for improving communication skills of children with autism. *International Journal of Human-Computer Studies*[online]. **73**, 79-90 [cit. 2017-03-29]. DOI: 10.1016/j.ijhcs.2014.06.001. ISSN 10715819. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S107158191400086X>

Iregistř MPSV. *Registř poskytovatelů sociálních služeb – hledání poskytovatele sociální služby*. [online]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socereg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1491116711288_3

Langrová, I. *Lormova doteková abeceda a její využití v komunikaci s hluchoslepými* [online]. Copyright © 1995-1999. SONS. [cit.02.02.2017]. Dostupné z: <http://www.brailnet.cz/sons/docs/tl98/metod4.htm>

Lorm|LORM – Společnost pro hluchoslepé. *Lorm|LORM – Společnost pro hluchoslepé* [online]. Copyright © 2015. All rights Reserved. [cit. 29.03.2017]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/>

Národní soustava povolání. *Národní soustava povolání* [online]. Copyright ©. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 31.03.2017]. Dostupné z: <http://www.nsp.cz/>

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi – Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © 2010 – 2017. [cit. 02.04.2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

563/2004 SB. Zákon o pedagogických pracovnících. *Zákony pro lidi – Sbirka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © 2010 – 2017. [cit.02.04.2017]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

Seznam grafů

Graf č. 1: Typ zařízení.....	70
Graf č. 2: Kapacita zařízení	71
Graf č. 3: Znalost jednotlivých systémů AAK	72
Graf č. 4: První setkání se systémy AAK.....	73
Graf č. 5: Využití AAK při komunikaci s klienty	74
Graf č. 6: Využití systémů AAK bez pomůcek	75
Graf č. 7: Využívané druhy systémů AAK bez pomůcek	76
Graf č. 8: Využití systémů AAK s pomůckami.....	77
Graf č. 9: Využívané druhy systémů AAK s pomůckami	78
Graf č. 10: Účel využívání systémů AAK.....	79
Graf č. 11: Schopnost klienta odpovědět na mluvenou řeč	80
Graf č. 12: Schopnosti klientů požádat si o pomoc nebo vyjádřit své pocity	81
Graf č. 13: Absolvování kurzu, školení nebo semináře o systémech AAK	82
Graf č. 14: Dostupnost kurzů nebo školení o systémech AAK.....	83
Graf č. 15: Zajištění kurzů o systémech AAK v zařízení.....	84
Graf č. 16: Proškolení zaměstnanců v zařízení.....	85
Graf č. 17: Překážky v absolvování kurzu o systémech AAK:	86
Graf č. 18: Důvod nevyužívání systémů AAK.....	87
Graf č. 19: Dostupnost informací o systémech AAK.....	88
Graf č. 20: Názor na rozvoj osobnosti klienta za použití systémů AAK.....	89
Graf č. 21: Zájem o systémy AAK ze strany klientů.....	90
Graf č. 22: Zájem o systémy AAK ze strany rodičů a nejbližších příbuzných	91
Graf č. 23: Pomoc jiných odborníků při používání systémů AAK	92
Graf č. 24: Názor na usnadnění práce zaměstnanců s použitím systémů AAK	93

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Dobrý den.

Jmenuji se Tereza Gajdůšková, jsem ve 3. ročníku a studuji speciálněpedagogickou andragogiku na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Moc Vás prosím o vyplnění mého dotazníku, který potřebuji k bakalářské práci, která se zabývá využitím systémů alternativní a augmentativní komunikace v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji. Chtěla bych zjistit, zda se tyto systémy aktivně v zařízeních využívají, zda je běžně k dispozici dostatek informací o této problematice, zda jsou zaměstnanci proškoleni některým ze systémů AAK anebo se tyto systémy spíše nevyžívají.

Budu moc ráda za brzké vyplnění odpovědí a za Váš čas, který mému dotazníku věnujete.

Předem Vám moc děkuji za spolupráci a přeji Vám spoustu pěkných pracovních dnů.

1. Jakého typu je Vaše zařízení?
 - a. ambulantní
 - b. pobytové
 - c. terénní

2. Jaká je kapacita Vašeho zařízení?
 - a. do 30 klientů (včetně)
 - b. od 31 do 60 klientů
 - c. nad 60 klientů

3. Které systémy AAK znáte?
 - a. piktogramy
 - b. makaton
 - c. znak do řeči
 - d. bliss

- e. VOKS
- f. jiné; prosím, vypište:
- g. neznám žádný systém AAK

4. Kde jste se o systémech AAK dozvěděli poprvé?

- a. při studiu
- b. v praxi
- c. na kvalifikačních kurzech
- d. sám/sama jsem si informace vyhledal/a
- e. jinde; prosím, vypište:
- f. nezajímám se o to

5. Využíváte při komunikaci s klienty AAK?

- a. hodně používáme
- b. spíše používáme
- c. spíše nepoužíváme
- d. nepoužíváme

6. Využíváte systémy AAK bez pomůcek?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

7. Které ze systémů AAK bez pomůcek nejčastěji využíváte?

- a. makaton (gesta doplněná mluvenou řečí a symboly)
- b. mimika (pomocí výrazů obličeje)
- c. gestikulace (pomocí pohybu rukou)
- d. haptika (pomocí dotyků)
- e. znakový jazyk
- f. jiné; prosím, vypište:
- g. nevyužíváme systémy AAK bez pomůcek

8. Využíváte systémy AAK s pomůckami?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne

9. Které ze systémů AAK s pomůckami nejčastěji využíváte?

- a. pomocí fotografií
- b. pomocí piktogramů
- c. elektronické pomůcky (pomocí počítače, tabletu, mobilu,...)
- d. pomocí komunikační knihy nebo komunikačních tabulek
- e. technické pomůcky s hlasovým výstupem
- f. systém Bliss
- g. VOKS
- h. jiné; prosím, vypište:
- i. nevyžíváme systémy AAK s pomůckami

10. K jakému účelu systémy AAK s klienty nejčastěji využíváte?

- a. při vyjádření potřeb, pocitů, zájmů
- b. při sestavení plánu dne nebo struktury aktivit
- c. při nakupování a vyřizování osobních záležitostí (návštěvy lékaře, pošty, úřadů,...)
- d. při vaření a jiných zájmových činnostech
- e. jinak; prosím, napište:

11. Pokud s klientem komunikujete mluvenou řečí, je schopen Vám adekvátně odpovědět?

- a. vždycky odpoví
- b. většinou odpoví
- c. někdy odpoví
- d. spíše neodpoví
- e. nikdy neodpoví

12. Dokážou si Vaši klienti požádat o pomoc nebo vyjádřit své pocity?

- a. ano, vždycky

- b. spíše jenom někdy
- c. spíše ne
- d. nejsou schopni
- e. nevím

13. Absolvoval/a jste někdy kurz, školení nebo seminář o systémech AAK?

- a. ano
- b. ne

14. Jsou ve Vašem okolí dostupné kurzy nebo školení o systémech AAK?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

15. Jsou v rámci Vašeho zařízení zajišťovány pro zaměstnance kurzy nebo školení o systémech AAK?

- a. ano
- b. ne
- c. nevím

16. Jsou ve Vašem zařízení proškolení zaměstnanci o použití systémů AAK?

- a. všichni
- b. většina
- c. jen část
- d. nikdo

17. Jaká je podle Vás největší překážka k absolvování některého kurzu o systémech AAK?

- a. neznám žádné kurzy, kterých bych se mohl zúčastnit
- b. jsou finančně nákladné
- c. jsou časově nákladné
- d. nemyslím si, že bych kurz potřeboval
- e. jiný důvod; prosím, vypište:

18. Proč si myslíte, že se ve Vašem zařízení systémy AAK nevyužívají?

- a. nemáme dostatek kvalifikovaného personálu
- b. z důvodu nedostatku času
- c. z důvodu nedostatku pomůcek
- d. nezajímají nás tyto systémy
- e. klienti nechtějí systémy využívat
- f. jiné důvody; prosím, vypište:
- g. využíváme systémy AAK

19. Myslíte si, že lze sehnat dostatek informací o systémech AAK (weby, knihy, školení, přednášky,...)?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne
- e. nevím

20. Myslíte si, že můžou systémy AAK rozvíjet celkovou osobnost klientů?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne
- e. nevím

21. Je zájem o systémy AAK ze strany klientů?

- a. ano
- b. jen částečně
- c. ne
- d. nevím

22. Je zájem o systémy AAK ze strany rodičů klientů a nejbližších příbuzných?

- a. ano
- b. jen částečně
- c. ne

d. nevím

23. Vyhledáváte pomoc jiných externích odborníků při používání AAK? (logopedi, speciální pedagogové,...)

- a. využíváme pravidelně spolupráci s externími pracovníky
- b. občas využíváme pomoc externích pracovníků
- c. spíše nevyužíváme pomoc externích pracovníků
- d. tuto pomoc nevyužíváme

24. Myslíte si, že může využívání systémů AAK usnadnit zaměstnancům práci?

- a. ano
- b. spíše ano
- c. spíše ne
- d. ne
- e. nevím

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Tereza Gajdůšková
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Adéla Hanáková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název závěrečné práce:	Využití alternativní a augmentativní komunikace v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji
Název závěrečné práce v angličtině:	Use of alternative and augmentative communication in institutions of social servise in the district of Zlín
Anotace závěrečné práce:	<p>Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem je zjistit, zda se v zařízeních sociálních služeb ve Zlínském kraji využívají systémy AAK. Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První kapitola se zabývá komunikací obecně, definuje alternativní a augmentativní komunikaci a popisuje jednotlivé systémy AAK. Druhá kapitola je zaměřena na narušenou komunikační schopnost a popisuje využití systémů AAK u jednotlivých okruhů osob se zdravotním postižením. Třetí kapitola uvádí popis kompetencí pracovníků v sociálních službách a resortu Ministerstva práce a sociálních věcí. Praktická část je zpracována prostřednictvím dotazníků do grafické podoby. Po zodpovězení průzkumných otázek je vyvozen závěr celého šetření.</p>
Anotace závěrečné práce v angličtině:	<p>The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The aim of this thesis is to find out whether there is any usage of alternative and augmentative systems in social services in the Zlín region. The theoretical part consists of three chapters. The first chapter deals with communication in general, defines alternative and augmentative communication systems and describe AAC systems. The second chapter</p>

	<p>focuses on impaired communication abilities and describes the use of AAC systems for individual groups of people with disabilities. The third chapter presents a description of the competencies of the workers in social services and the Ministry of Labor and Social Affairs. The practical part is processed through questionnaires in a graphical form. After answering questions exploration is concluded the research.</p>
Klíčová slova:	<p>Komunikace, narušená komunikační schopnost, alternativní a augmentativní komunikace, zdravotní postižení, pracovníci v sociálních službách</p>
Klíčová slova v angličtině:	<p>Communication, impaired communication ability, alternative and augmentative communication, disability, workers in social services</p>
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Dotazník</p>
Rozsah práce:	<p>109 stran</p>
Jazyk práce:	<p>Český</p>