

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Nikola Tylová

AAK v edukaci dětí

s mentálním postižením a PAS předškolního a mladšího školního věku

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*AAK v edukaci dětí s mentálním postižením a PAS předškolního a mladšího školního věku*“ vypracovala sama pod odborným vedením.

Dále prohlašuji, že všechny zdroje jsou zahrnuty v seznamu použité literatury.

V Olomouci dne 29.10. 2023

.....

Nikola Tylová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své rodině a přátelům, kteří mě po celou dobu vypracovávání této práce podporovali.

Obsah

Úvod.....	5
1. Uvedení do problematiky dětí s mentálním postižením.....	6
2. Uvedení do problematiky dětí s PAS.....	9
3 Možnost edukace dětí s mentálním postižením	16
4 Možnosti edukace dětí s poruchou autistického spektra	21
5.Charakteristika vývoje komunikačních dovedností dětí s mentálním postižením a s PAS.....	23
6. Alternativní a augmentativní komunikace	31
7 Uvedení do praktické části bakalářské práce	36
8. Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením.....	38
Analýza sběru dat.....	38
9. Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz PČ BP.....	43
Závěr.....	45
Seznam použité literatury.....	46
Seznam grafů	49
Seznam příloh.....	50

Úvod

Za téma své bakalářské práce jsem si vybrala Alternativní a augmentativní komunikaci v edukaci dětí s mentálním postižením a PAS předškolního a mladšího školního věku. Ke zvolení tohoto tématu mě vedl fakt, že mě tato problematika zajímala již na střední škole, zejména pak zájem o problematiku komunikace, která je spojena s dětmi s mentálním postižením a s dětmi s poruchou autistického spektra (PAS), protože vím, že komunikace s nimi není vždy lehká. Téma jsem konkrétněji vztáhla na malé děti, které ovšem již jsou součástí nějaké instituce – školka, škola a zaměřím se na způsoby komunikace v jejich edukaci, tedy jak je možné je vzdělávat s využitím efektivní komunikace, která může být alternativní či augmentativní. Přestože může být svět dětí s mentálním postižením a autismem zcela odlišný od našeho běžného života například mohou nastat komplikace ve vývoji komunikačních dovedností, je potřeba hledat vhodné cesty, které povedou k navázání efektivní komunikace a vzájemnému porozumění. Myslím si, že pro jejich budoucí a co možná nejkvalitnější život je potřeba se pokusit o jejich edukaci. Čím jsou děti mladší, tím mohou být tvárnější a rychleji se přizpůsobit nějakým pravidlům ve vzájemné komunikaci. Které může zásadním způsobem přispět k jejich vzdělávání. Předložená práce si klade za cíl zjistit jaké, metody alternativní a augmentativní komunikace jsou nejvíce používány v edukaci u vybraného výzkumného vzorku = u vybrané skupiny dětí s MP a PAS. K naplnění tohoto cíle se práce skládá ze dvou stěžejních částí, kdy první část je metodologická, tedy za pomoci literární rešerše byly vytvořeny následující kapitoly, které popisují hlavní teoretické poznatky. První kapitola se zaměřuje na děti s mentálním postižením, definuje mentální postižení a dále jej klasifikuje. Druhá kapitola popisuje děti s poruchou autistického spektra (PAS). Vymezuje pojem PAS a dále pak charakteristiky chování a interakce dětí s PAS vůči sociálnímu prostředí. Třetí kapitola se zabývá možnostmi edukace dětí s mentálním postižením, na což navazuje kapitola čtvrtá, která pojednává o možnostech edukace dětí s PAS. Pátá kapitola popisuje charakteristiky vývoje komunikačních dovedností u dětí s mentálním postižením a u dětí s PAS. Poslední, šestá kapitola pojednává o alternativní a augmentativních způsobech komunikace. Celá práce, tedy teoretické poznatky i výsledky výzkumného šetření jsou shrnuty v poslední závěrečné kapitole. Jsou zde představeny výsledky výzkumného šetření.

1. Uvedení do problematiky dětí s mentálním postižením

Mentální postižení, dříve mentální retardaci, lze chápat jako základní pojem pro postižení se sníženou inteligencí, jež vzniká na různém etiologickém základě. Pojem mentální postižení je odvozeno od latinských slov *mens*, *mentis*, tedy rozum, mysl a *retardation*, neboli opožďovat, zaostávat. „*Mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi.*“ (Valenta, Müller 2011). Mentální postižení lze také definovat jako „*vývojovou poruchu integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí.*“ (Dolejší, 1983, str. 24) Porucha v mentálním vývoji dítěte závisí na několika faktorech, mezi nejtypičtější patří genetika, dále pak sensorická, kulturní a emoční deprivace nebo například zvláštnosti vývoje osobnosti (Dolejší, 1983). Další definice vysvětlující mentální postižení může být od Švarcové (2011, str.29), která tvrdí, že mentální postižení je „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy.*“

Mentální postižení je trvalé, přestože během života může dojít k určitému zlepšení. Děti mají snížené intelektuální schopnosti, nejsou schopny myslet, učit se, přizpůsobovat se okolí. Nikdy intelektuálně nedozrají do stupně, který odpovídá jejich věku a jejich vrstevníkům. Postižení je zpravidla vrozené nebo získané do věku 2 let dítěte. (Bazalová in Pipeková a kol., 2010) Dle Vágnerové (2012, s. 289), je mentální postižení „*souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.*“ Mentální postižení se vyznačuje především nedostatečným rozvojem řeči, myšlení či neschopnosti učení. Velmi těžce se adaptují na běžný život. (Vágnerová, 2012)

Asi za nepřesnější definici mentálního postižení lze považovat od Valenty (in Valenta, Michalík, Lečbých, 2011, s. 31), který tvrdí, že se jedná o „*vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“

1.1 Dělení mentálního postižení dle stupně

Mentální postižení dle stupně lze dělit na:

- lehké mentální postižení
- střední mentální postižení
- těžké mentální postižení
- hluboké mentální postižení
- jiná mentální retardace

Lehké mentální postižení

Toto mentální postižení může být odhaleno až při nástupu do školy, kdy je značně vidět zaostávání dítěte oproti svým vrstevníkům. Rozdíl lze spatřit v jemné a hrubé motorice, která je mírně opožděna, v poruchách koordinace pohybu, absence abstrakce a špatné logické myšlení. Postižené dítě má stereotypní myšlení, většinou je i konkrétní. Naopak tyto děti mají na dobré úrovni mechanickou paměť a dovednosti, jež jsou vizuálně motorické. Řeč a její vývoj je rovněž značně opožděn, celkový projev je velmi jednoduchý, veden v krátkých větách. Častá je dyslálie. Děti s lehkým mentálním postižením jsou citově nezralé, impulzivní, sugestibilní a velmi úzkostné. Díky této emociální a sociální nezralosti mohou mít v budoucnu děti problém s přizpůsobením se tradicím, společenským normám a očekáváním. (Švarcová, 2011)

Střední mentální postižení

Děti se střední mentální retardací mají značně zpomalený vývoj jemné a hrubé motoriky. Jsou poměrně neobratné, neumí se koordinovat a nejsou schopny dělat jemné úkony. O sebe samé se dokážou částečně postarat, ovšem někteří jedinci i přes to potřebují dohled po celý jejich život. Děti a poté i dospělí jedinci jsou opoždění v rozvoji řeči, někteří se ovšem dokážou v základních větách domluvit, jiní naopak nedokážou ani vyslovit své potřeby. Neumí artikulovat, nemají dobrou slovní zásobu, typické jsou agramatismy. Některé děti, později i dospělí postižení se nenaučí mluvit nikdy. (Vágnerová, 2012). Děti jsou emocionálně velmi labilní, nevyrovnané, stále infantilní, často podrážděné, výbušné a negativistické. (Pipeková, 2006)

Těžké mentální postižení

Děti s těžkým mentálním postižením mají zásadním způsobem narušenou centrální nervovou soustavu, kdy se zpravidla vyskytuje porucha motoriky. Děti s těžkým mentálním postižením mají většinou ke své diagnóze ještě další přidružená postižení, jako je pohybové postižení, porucha zraku či sluchu různého stupně. Kvůli narušené komunikační schopnosti, tak děti a později dospělí nejsou schopni mluvit, případně si osvojit pouze pár slov či slovních výrazů. Jejich použití je ovšem v kontextu stejně nepřesné. Děti mají velký problém s hygienou a péčí o sebe samu. Po emocionální stránce, jsou velmi výbušné, náladoví, impulzivní a jejich chování může být afektivní. Zpravidla jsou celý život závislí na péči jiné osoby. (Vágnerová, 2012)

Hluboké mentální postižení

Jedinci s hlubokým mentálním postižením mají rovněž přidružená neurologická a tělesná postižení. Děti, později i dospělí jsou velmi často imobilní, jejich pohyb je pouze minimální. Co se týče komunikace a vývoje řeči, ta je špatná, nezvládají komunikaci, někdy ani ne základy, tedy slova či slovní spojení. Obtížné je pro ně mnohdy i porozumění řeči, požadavkům či instrukcím. Tyto děti zvládají neverbální komunikaci, například úsměv, pláč, vztek apod. Jedinci s hlubokým mentálním postižením jsou poté celý život závislí na péči třetí osoby, jsou inkontinentní, nedokáží se postarat sami o sebe, nezvládají hygienu. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace

O jiné mentální retardaci hovoříme u dětí, u kterých není zcela zřejmé, do které z výše uvedené klasifikace patří. Většinou se jedná o přidružené senzorní či somatické postižení. Tato klasifikace je typická pro nevidomé, nemluvící či pro děti s těžkou poruchou chování. (Švarcová, 2012)

2. Uvedení do problematiky dětí s PAS

Děti s poruchou autistického spektra patří do kategorie pervazivních vývojových poruch, toto postižení je jedním z nejzávažnějších narušení poruchy mentálního vývoje dítěte.

2.1. Základní vymezení autismu

Slovo autismus jako první použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler, který jej chápal jako ponoření se do světa, který je mimo realitu. Autismus je odvozen z latinského slova *autos*, což v překladu znamená sám. Za autistické považoval schizofrenní jedince, kteří se odloučili ze společenského života a uzavřeli se do sebe, tedy zaměřili se na vlastní osobu. (Pastieriková, 2013). Dětský psychiatr Leo Kanner hovoří o autismu jako neurovývojovou poruchu, jež má zásadní vliv na chování člověka. Tento vliv trvá celý život postiženého. *„Důsledkem poruchy je, že dítě špatně vyhodnocuje situace, které k němu přicházejí. Z toho plyne narušení v oblasti komunikace, sociálního chování a představitivosti. Je to vrozené postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu“* (Adamus, 2014, s. 22).

Autismus lze definovat jako soubor poruch, které se označují jako pervazivní vývojové poruchy či poruchy autistického spektra (PAS), kdy tento termín je v současnosti nejvíce upřednostňován. (Adamus a kol., 2017). V roce 2012 byl v USA proveden výzkum, jenž měl zajímavé a nečekané výsledky o četnosti dětí s PAS, kdy vyplynulo, že PAS má jedno z osmdesáti osmi dětí. (Scarpa a kol., 2019). Při zkoumání tohoto postižení je potřeba zaměřit se na genetiku, jelikož se jedná o genetickou vadu a při jejím vzniku hraje zásadní roli velké množství genů. Výzkumy bylo zjištěno, že mutace genu způsobující postižení nevzniká přenosem z generace na generaci, to v pouze 5 % případech, ale vada vzniká při samotném početí ve spermii nebo ve vajíčku. Větší riziko vzniku autismu mají děti, jejichž rodiče trpí některými psychickými onemocněními, jako jsou schizofrenie, poruchy aktivity a pozornosti, bipolární poruchy, deprese. Rizikové faktory způsobující postižení se v současnosti daří zjistit pouze u deseti až třiceti procent případů. (Thorová, 2016).

Pro dítě postižené PAS jsou rovněž typické abnormality mozku, což způsobuje určitý zásah do krátkodobé paměti. Toto způsobuje, že dítě s autismem má nejen velký problém s navazováním kontaktů a plněním úkolů, ale také je pro něj obtížně udržet v paměti sluchové

signály. (Adamus a kol., 2017) Naopak je pro něj lepší reagovat na podněty, které jsou vizuální. Jedna z teorií o vzniku PAS upozorňuje na poruchy funkce imunitního systému neboli iminoexcitotoxicitu. Strunecká společně s Blaylockem vytvořili teorii, kde tvrdí, že počet dětí s tímto postižením se zásadně zvýšil v důsledku nadměrné imunologické stimulace nezralého mozku. Příčinou bylo očkování, nové ekotoxikologické látky a změny v životním stylu lidí. (Bazalová, 2012)

Další teorie hovoří o tom, že autismus vznikne díky metabolické poruše organismu, a to v důsledku špatného štěpení látek – lepku a kaisenu. To vede ke vzniku peptidů, které při vyšší koncentraci narušují fungování centrální nervové soustavy. Tento proces poté ovlivňuje naše vnímání, poznání, emoce, nálady, chování a zpracování informací.

Jiné teorie hovoří v souvislosti s příčinou vzniku PAS o poruchách v oblasti myšlení či o poruše v sociální a emoční oblasti. Prvotní potíže, které se objeví již v raném vývoji dítěte, je neschopnost zapojení se do základních sociálních interakcí. Postižené dítě má tedy problém se zpracováním informací a celkově vnímáním světa a reality kolem sebe. (Bazalová, 2012).

Další z teorií o vzniku PAS hovořila o vakcinaci, konkrétně tedy o vakcíně MMR, která měla obsahovat velké množství rtuti (Adamus a kol., 2017) Žádné výzkumné studie zaměřené na tuto teorii ji ovšem neprokázaly, tudíž byla nakonec vyloučena jako jedna z možných příčin vzniku PAS. (Petráš, 2019)

2.2. Klasifikace poruch autistického spektra

Nejprve si vyjmenujeme jednotlivé typy poruchy autistického spektra a dále je více probereme. Mezi PAS patří:

- dětský autismus
- atypický autismus
- rettův syndrom
- Aspergerův syndrom

Dětský autismus

Dítě postižené dětským autismem se vyznačuje nekontaktní a nemazlíčí povahou, nemá rádo oční kontakt, kterému se vyhýbá, nereaguje na hlasy a volání svých rodičů. Nejeví zájem o navazování vztahů, nepodílí se na každodenních činnostech, které jsou běžné, nesdílí radost s okolím. Zjednodušeně lze říci, že dětský autismus je porucha, která ovlivňuje veškerý duševní vývoj dítěte. Některé funkce duševního vývoje se objeví ihned, jiné vyplují na povrch až později. Mohou se objevovat problémy se spánkem, neklid, afektovanost, problémy s komunikací, imaginací, nezájem o kontakt se společností, pasivita, nepoužívání slov, které má dítě již osvojeno a další. Děti se mohou projevovat abnormálním někdy dokonce až bizarním chováním. (Šporclová, 2018)

Atypický autismus

Atypický autismus je takový, který nesplňuje podmínky pro dětský autismus, tedy buď opožděným nástupem poruchy autistického spektra nebo dosažením triády typické pro autismus. Pro atypický autismus je charakteristické, že dítě má problém s navazováním kontaktů, dále se pak u něho objevuje neobvyklá přecitlivělost na specifické předměty, které přicházejí z vnějšku, mírně narušené sociální dovednosti. Atypický autismus se diagnostikuje na základě zjištění prvních syndromů postižení až po 3 roce života dítěte, abnormální vývoj, nenaplnění autistické triády či narušení jedné z oblastí a autistického chování, které je přidružené spíše k těžkému či hlubokému mentálnímu postižení. Děti s atypickým autismem mají některé oblasti typické pro autismus narušené méně než děti s dětským autismem. Jedná se především o lepší sociální dovednosti, komunikaci nebo zcela chybí stereotypní zájmy. (Thorová, 2006)

Rettův syndrom

Rettův syndrom je typický především pro ženy, kdy se jedná o neurologickou poruchu vážného stupně. První příznaky u dětí s tímto syndromem se začínají objevovat mezi 9. až 18. měsícem života. V období kolem 2 let vývoje dítěte začíná stagnovat a začne ztrácet znalosti a schopnosti, které do té doby získalo, především pak v komunikaci a fyzickém vývoji. Rettův syndrom se vyznačuje postižením centrální nervové soustavy, kdy je většinou dítě částečně či plně odkázáno na péči druhé osoby. Typické pro postižení jsou stereotypní pohyby rukou, což

je zapříčiněno ztrátou jejich funkčních pohybů. Většina případů Rettova syndromu jsou doprovázeny hlubokou mentální retardací. Děti s tímto syndromem se v pozdějším věku projevují zmenšeným obvodem hlavy a celkově velkým výkyvem nálad v důsledku porušení autonomního nervového systému. Dítě většinou nemluví, nemá zájem o sociální prostředí a kontakty s okolím. Rovněž se může projevit apraxie, hypotonie, poruchy chůze, skolióza, epilepsie, poruchy dýchání, poruchy inteligence. (Želinová, 2005)

Aspergerův syndrom

Děti s Aspergerovým syndromem trpí poruchou komunikace, sociálního porozumění a emočního prožívání. Nechápu mimoslovní komunikaci, špatně navazují vztahy, lpí na rituálech a celkově nasnaží změny, na které reagují negativně. Nechápu emoce své i okolí. Tyto děti mají velmi zvláštní vnímání světa, zcela odlišné od společnosti, což mnohdy způsobuje, že jsou považovány za nevychované nebo podivné. Děti s Aspergerovým syndromem mají zájem o různé encyklopedie, mapy, dopravní prostředky apod. Jejich vývoj je zasažen především v sociální interakci, komunikaci a představitosti. Tyto děti ovšem bývají velmi inteligentní, dokonce až nadprůměrně. V pozdějším věku bývají děti egocentrické a beze snahy navazovat kontakty, jsou spíše velmi osamělí. Problémy mají rovněž s hrubou motorikou. Naopak díky své inteligenci jsou velmi dobří v oblasti matematiky, logiky a cizích jazycích. Mnohdy mají opravdu rozsáhlé znalosti v různých oborech. (Mikoláš, 2014)

2.2. Současné pojetí vzniku PAS a charakteristické projevy jedinců s PAS

Mezi zásadní faktory vzniku poruchy autistického spektra patří genetika, vnější vlivy v prenatálním období (infekce) a neurochemické odlišnosti centrální nervové soustavy. Co se týče genetiky, tak jak je již uvedeno výše, zásadní vliv mají mutace některých genů. Postižení se nejčastěji objevuje u jednovaječných dvojčat a u sourozenců.

Autismus může vzniknout rovněž v důsledku imunitního deficitu, kdy se za nejrizikovější považuje mateřská imunitní aktivace. Rizikové a významné pro vznik autismu je také autoimunitní nebo alergické onemocnění matky během těhotenství.

Vliv okolního prostředí je faktor, který může zapříčinit vznik autismu u dětí v případě vlivů, které se týkají životního prostředí. Zde hovoříme například o vysokém věku matky či otce, rizikovém krvácení během těhotenství, nevhodné stravování v těhotenství. Určitý vliv na vznik postižení má také určitá míra stresu matky, léky, které bere, nízký příjem omega3 mastných kyselin, prodělané onemocnění (virové či infekční) v průběhu těhotenství. Rizikový je rovněž předčasný porod, nízká porodní váha, nízké Apgar scóre a novorozenecká žloutenka (Adamus a kol., 2017).

První projevy poruchy autistického spektra se začínají projevovat velmi brzy, již v raném věku dětství. Pro dítě je velmi obtížné orientovat se v sociální oblasti, jelikož jej okolí nechápe a jeho chování může odsuzovat. Pro postižené dítě je toto ovšem těžko pochopitelné, má problémy se zvládnutím emocí. Toto je způsobeno opožděním v exekutivním fungování, tedy v organizaci a plánování, v ovládnutí citového rozrušení a v potlačeném, vyhýbavém chování (Scarpa a kol., 2019). Tyto charakteristické projevy PAS lze popsat jako triádu problémových oblastí, ve které jsou charakteristické projevy dítěte především v (Thorová, 2016):

- **sociální interakcí a sociálním chování** – dítě má problémy s uplatněním svých dovedností a znalostí;
- **komunikaci** – problém mají s řečí, gesty i mimikou;
- **představitivostí, zájmech a hrách** – zájmy, hry a hraní si s předměty je zcela odlišné od běžných vrstevníků. Nejsou schopni rychlé reakce.

Žádný jedinec s poruchou autistického spektra nemá naprosto identické projevy ve výše uvedených oblastech jako je jiný jedinec se stejnou diagnózou. „ *U poruch autistického spektra se musí vyskytovat vždy kombinace projevům stěžejní pro diagnózu je diagnostická triáda. Přítomnost či nepřítomnost dílčích symptomů není pro diagnózu stěžejní*“ (Adamus a kol., 2017, s.37)

2.4. Chování a interakce dětí s PAS v sociálním prostředí

To, jak se dítě s poruchou autistického spektra chová v sociálním prostředí, je možné pozorovat již v období kojence. Jiné, charakteristické chování lze pozorovat např. v sociálním úsměvu, navazováním očního kontaktu či v sociálním broukáním. S přibývajícím věkem je chování dítěte více rozdílné oproti svým vrstevníkům, jejich sociální intelekt je viditelně opožděný. Děti s poruchou autistického spektra zpravidla nepotřebují pozornost a nezajímají se o společnou hru. Celkově dovednosti v sociální oblasti neodpovídají věku postiženého dítěte. Chování a interakce v sociálním prostředí u dětí s PAS lze charakterizovat dvěma způsoby, které jsou od sebe diametrálně rozdílné. V prvním případě může být dítě s PAS osamělé, absolutně nevyhledávající sociální kontakt. V přímém kontaktu odvrací zrak a tělem dává najevo, že je mu to nepříjemné. Naopak ve druhém případě může být dítě s PAS kontaktní, kdy aktivně sociální kontakt navazuje, ovšem nedokáže dodržet společenské normy a vymezit si či pochopit osobní prostor ostatních. V kontaktech má potřebu doteků a stále komunikace. (Thorová, 2016).

U lidí s poruchou autistického spektra jsou pojmenovány následující typy projevů sociálních interakcí (Bazalová, 2012):

- **osamělý typ** – tyto děti nemají zájem o navazování fyzického kontaktu s jinými lidmi, kontaktu se vyhýbají. Jsou samotářské, s občasným zájmem o konkrétní doteky, lechtání, houpání. Děti nejsou empatické, v raném věku netrpí separační úzkostí. Vrstevníci je nezajímají, nechtějí s nimi komunikovat. Dítě s PAS se zajímá pouze o sebe, okolí jej nezajímá. Některé děti mohou být i agresivní ke svému okolí. (Adamus, 2014)
- **pasivní typ** – tyto děti nevyhledávají sociální kontakty, ale v případě, že jsou do nějakého vtaženi, nevyhýbají se mu, ovšem řídí jej sami. Celkově ale z kontaktu nemají potěšení. Mají značně omezené sociální citění a nejsou moc empatictí. Příliš neprojevují své potřeby. Některé děti, chováním charakterizované jako pasivní, mají rády fyzický kontakt a mazlení. Celkově ovšem nemají rády seznamování se s novými lidmi, společenské akce, konverzace apod. Nesdílí radost a potěšení, neumí požádat o radu, pomoc, nejsou schopny utěšit někoho druhého. Komunikace dítěte slouží pouze jako prostředek k naplnění svých potřeb. Přestože má zájem o ostatní děti, nehraje si s nimi. (Thorová, 2016)
- **aktivní zvláštní typ** – tento typ dětí s PAS jsou často hyperaktivní, v kontaktu se sociálním prostředím velmi spontánní, nedodržuje osobní prostor ostatních – dotýká se jich,

hladí je, líbá. Jsou až přehnaně gestikulativní, mimiku mají nepřiměřenou. Mluví především o sobě, myslí na sebe a svůj vlastní zájem. V dotazech jsou velmi neodbytní. Zajímají se o věci, které jsou pro okolí netaktní, bez kontextu. Děti s PAS jsou pro okolí velmi otravné, až obtěžující. Neumí se chovat ve společnosti, nerozumějí pravidlům společenského chování, v komunikaci působí nepřírozeně. (Thorová, 2016)

- **formální typ** – tento typ je typický pro děti s PAS, které mají vyšší IQ. Velmi dobře se vyjadřují, jsou precizní s působí formálně. Na veřejnost působí spíše strojeně, příliš formálně. Děti jsou nečitelné, jejich emoce jsou těžko poznatelné, nejsou empatické. V oborech, o které se zajímají, mají nadprůměrné znalosti, jejich zájem se zaměřuje na různé slovníky a encyklopedie. Děti mají nepřiměřeně dobré znalosti neodpovídající jejich věku. Je pro ně stěžejní dodržovat pravidla a jejich rituály, v případě, že tomu tak není, tak jsou neklidní. Nechápu vtipy, ironii, působí chladně, jsou pravdomluvní a velmi naivní. (Adamus a kol., 2017)

- **smíšený – zvláštní typ** – chování těchto dětí je různé, mnohdy až podivné a je ovlivněno aktuálním rozpoložením, dobou a situací. Dítě nemá zájem o své rodiče, ve vztahu s nimi je spíše pasivní, nemá vůči nim žádné emoce. Dítě se jeví osaměle, má snahu napodobovat chování dospělých, čímž může působit sociálně zralé. (Adamus, 2014)

3 Možnost edukace dětí s mentálním postižením

Děti s mentálním postižením různého stupně lze efektivně vzdělávat v následujícím období (Brychnáčová, Zahradníková, 2005):

- **předškolní období** – o vzdělávání se zasazují střediska rané péče, osobní asistence, denní stacionáře, mateřské školy, třídy, oddělení či studijní skupiny, které jsou vytvářeny pro děti, žáky a studenty s mentálním postižením, přípravné třídy
- **povinná školní docházka** – poslední rok povinné mateřské školy
- **střední a celoživotní vzdělávání** – odborné učiliště, praktické školy, kurzy pro získání základního vzdělávání.

Vzdělání dětí s mentálním postižením s ohledem na dodržení určitých podmínek odpovídajících vývoji a osobnosti dítěte, si klade za hlavní cíle především (Brychnáčová, Zahradníková, 2005):

- osvojení si strategií učení a motivace k němu;
- podněcování k tvořivému myšlení, logickému uvažování a naučit se řešit problémy
- učit se všestrannosti
- naučit se účinně komunikovat
- rozvoj schopnosti spolupráce a respektu
- vedení k samostatnosti, zodpovědnosti a uplatňování a naplňování svých práv
- umět projevat pozitivní city v chování, jednání a prožívání životních situací
- rozvíjet vnímavost a vztahy k lidem a ke svému okolí
- učení tolerance a odpovědnosti k ostatním
- pomoc, podpora a rozvoj svých schopností.

Děti s mentálním postižením se inkludují do běžného školního systému pomocí inkluzivního vzdělávání, které probíhá v inkluzivních školách. Inkluzivní školy jde definovat jako určité prostředí, které je záměrně přizpůsobeno všem dětem, a to bez ohledu jejich individuálních rozdílů. Zjednodušeně lze říci, že díky inkluzivnímu vzdělávání jsou do běžného systému školství zařazeny děti s různými speciálními potřebami a s různou úrovní jejich výkonu. Třídy jsou tedy různorodé, složené u dětí bez rozdílu etnika, pohlaví, kultury, sociálního a ekonomického statusu a schopností, a to pro to, aby mohly být vzdělávány společně se svými

vrstevníky. Díky inkluzi se edukace těchto dětí stává rovněž jednodušší pro vyučující, jelikož vzdělávací cíl mohou dosáhnout v delším časovém úseku. Do inkluzivní edukace jsou tedy zařazovány rovněž děti s postižením. Ovšem pro děti se závažnými formami postižení jsou vytvořeny vysoce specializované formy péče a edukace, které se realizují odděleně od hlavního vzdělávacího proudu. (Čadilová, Žampachová, 2008)

3.1. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Nejen u dětí s mentálním postižením se v předškolních letech rozvíjí především fyzické a psychické předpoklady. Z tohoto důvodu se klade velký důraz na speciální pedagogickou péči v tomto období. V rámci edukace všech dětí je vytvořen Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy, které blíže specifikují základy a hlavní oblasti vzdělávání, a to jak v předškolním vzdělávání, tak také ve školním. Rovněž hovoří o vzdělávacích prostředcích určených k edukaci dětí, kdy děti s mentálním postižením mají tento vzdělávací program přizpůsoben jejich vývojovým a osobnostním zvláštnostem. V rámcovém programu vzdělávání pro děti v předškolním vzdělávání jsou specifikovány formy docházky. Děti mohou navštěvovat buď běžné mateřské školy či speciální třídy, které jsou vytvořeny pro děti s mentálním postižením. (Švarcová, 2006)

Mateřská škola pro děti s mentálním postižením zřízená dle par. 16 odst. 9 ŠZ

Mezi hlavní funkce mateřských škol pro děti s mentálním postižením patří funkce formativní, informativní, diagnostická, reedukační, rehabilitační a léčebně výchovné. Pro děti, jež jsou mentálně postiženy, nabízejí mateřské školy výchovně – vzdělávací nabídku, která je vytvořena přesně tak, aby nejen uspokojila jejich potřeby, ale rovněž je rozvíjela. Ve vzdělávacích potřebách se klade také důraz na rozvoj řeči, myšlení, jemné a hrubé motoriky, sociálního a citového vývoje. To vše ve velmi těsné spolupráci s rodinou dítěte s postižením. Stěžejním cílem je naučit děti co největší samostatnosti, odpovědnosti a soběstačnosti. K tomuto jsou určeny hry a aktivity, které stimulují rozvoj smyslového vnímání, rozumových aktivit a utvrzují v dětech správné životní návyky. (Švarcová, 2006)

Mateřská škola

Mateřská škola je pro děti velmi důležitou, a to především z důvodů, že se je snaží rozvíjet a vzdělávat. Už v této fázi edukace se může u dětí začít s kompenzací nedostatků, rozvojové stimulaci a v uspokojování jejich individuálních potřeb. Mateřská škola se snaží o vyrovnávání rozdílů mezi dětmi bez zdravotního omezení a dětmi s handicapem. Rovněž usiluje o zlepšení jejich životních a vzdělávacích šancí. (Švarcová, 2006)

3.2. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

Děti s mentálním postižením jsou vzdělávány buď individuálně, skupinově integrovány do běžných tříd v rámci inkluzivní edukace či ve školách pro děti se zdravotním postižením. Pro tyto žáky jsou vytvořena podpůrná opatření, tedy speciální metody a postupy, různé formy a prostředky sloužící ke vzdělání, speciální učebnice, didaktické pomůcky, předměty speciální pedagogické péče, služby asistenta pedagoga, předměty speciální pedagogické péče, pedagogicko-psychologické služby. Dále jsou ve třídách sníženy počty dětí či jsou děti odděleny a jsou pro ně vytvořeny speciální třídy. Vzhledem ke specifickým potřebám je nejdůležitější v oblasti edukace osvojení následujících kompetencí (Adamus, 2016):

- pracovní – děti mají základní pracovní dovednosti;
- sociální a personální – uvědomování si a chápání svojí osoby, respekt morálních hodnot v rodině i ve společnosti, schopnost identifikace rizikového chování;
- komunikativní – žáci jsou schopni se srozumitelně vyjadřovat v rámci ústní komunikace, vedou dialog.

K efektivnímu vzdělávání dětí slouží podpůrná opatření, která nahrazují speciální potřeby dětí s mentálním postižením a vyrovnávají tak jejich problémy v edukaci. Jako podpůrná opatření chápeme nezbytné úpravy vzdělávacích a školních služeb, která jsou přímo vytvořeny dětem s ohledem na jejich zdravotní stav, kulturní prostředí či na jinou životní podmínku. Tato podpůrná opatření jsou vytvořena a poskytována zdarma a patří mezi ně poradenství, úprava organizace, úprava obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání, vytvoření speciální pedagogické péče, úprava přijímacího řízení ke vzdělání. Počítá se rovněž s kompenzačními pomůckami, speciálními pomůckami, speciálními učebnicemi, využívání komunikačních systémů pro neslyšící a hluchoslepé děti, Braillovo písmo a jiné náhradní komunikační systémy.

V rámci podpůrných opatření se samozřejmě počítá také s úpravou výstupů z edukace a celková úprava možnosti vzdělávání. Tato podpůrná opatření lze dělit dle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Opatření prvního stupně zvládá škola řešit sama společně se školním poradenským pracovištěm formou individualizace a vytvořením Plánu pedagogické podpory. Tomuto předchází tzv. třístupňový model, ve kterém dochází prvně k individuální péči pedagoga společně s konzultacemi s rodinou a speciálním pedagogem. Dále navazuje individuální péče speciálního pedagoga, který nastavuje metody a formy práce s dítětem a další opatření ve výuce. Jako poslední z třístupňového modelu je vlastní sestavení plánu podpory pedagoga. (Adamus, 2016)

Základní škola

Přechod dítěte na základní školu je velmi psychicky náročné období plné změn. Cílem je naučit děti základních návyků a dovedností, které jsou potřebné i pro běžný život. Snaží se v dětech probudit zájem o vzdělávání, získání gramotnosti, vytvoření uceleného pohledu na svět, vztah k životnímu prostředí a prohlubovat celkové znalosti. Dbá rovněž na rozvoj osobnosti dítěte a jeho zájmů a schopností. Učí žáky kreativně řešit jejich problémy, umět efektivně komunikovat, spolupracovat, mít základní lidské hodnoty, vědomosti a dovednosti. (Krejčířová, 2007)

Základní škola praktická

Základem praktických základních škol je individuální přístup, jenž se odvíjí od osobnosti a vývojových specifik dětí. Celý rámec vzdělávání je poměrně odlišný od vzdělávání na běžných školách. Důležité je, že se s dětmi pracuje individuálně, tudíž jsou tomuto přizpůsobeny i třídy, které mají nižší počet žáků a používají se speciální učební metody. Praktickou školu navštěvují především děti s mentálním postižením, kde se vzdělávají i ve speciálních učebnách jako například cvičná kuchyň, dřevodílny, kovodílny, keramické dílny, výtvarné ateliéry, pozemky, zahrady apod. Obsah vzdělávání je rovněž odlišný od klasických základních škol, za důležité předměty jsou považovány jazyk a komunikace, matematika a její aplikace, komunikační a informační technologie, člověk a jeho svět, člověk a společnost, člověk a příroda, umění a kultura, člověk a zdraví, člověk a svět práce. Školy zajišťují pro své žáky také logopedickou péči či rehabilitaci. (Krejčířová, 2007)

Základní škola pro děti s mentálním postižením zřízená dle par. 16 odst. 9 ŠZ

Absolventi základní školy pro děti s mentálním postižením získají základy vzdělání, jelikož tyto děti díky svému postižení nejsou schopny zvládnout klasické učivo vycházející s osnov základních škol. Jedná se především o děti s mentálním postižením, s autismem či s kombinací vad. Díky vhodným vzdělávacím podmínkám a odborné práci pedagogů jsou děti schopné naučit se základní vědomosti, dovednosti a návyky důležité pro běžný život. (Krejčířová, 2007)

Přípravný stupeň

Děti, jež jsou těžce mentálně postižené a nejsou schopné zvládnout nižší stupeň vzdělávání, ale přesto jsou schopné své vědomosti do určité míry rozvíjet, navštěvují přípravný stupeň, díky kterému jsou poté schopny zvládnout základní školu či základní školu speciální. (Krejčířová, 2007)

Jiný způsob plnění školní docházky

Mnoho dětí s mentálním postižením je na povolení ředitele vzděláváno v domácím prostředí. Tyto děti jsou poté každé pololetí přezkoušeny. Tato forma edukace je vhodná především pro děti s hlubokým mentálním postižením, jež nejsou schopné školu pravidelně navštěvovat. Škola pak rodině zajišťuje metodickou a pedagogickou pomoc. (Bendová, Zíkl, 2011)

4 Možnosti edukace dětí s poruchou autistického spektra

Děti s PAS musí splnit povinnou školní a předškolní docházku a záleží na jeho rodičích, jaký vhodný typ vzdělávací instituce mu vyberou, většinou volí mezi klasickými mateřskými a základními školami nebo speciálními a praktickými. Aktuálním trendem je, jak zmiňuji již výše inkluze, tedy společné vzdělávání. S výběrem vhodné instituce rodičům napomáhají školská poradenská zařízení, nejčastěji pak speciálně pedagogické centrum. Edukace dětí s PAS je velmi náročná a zároveň závisí na mentální úrovni žáka. Jeho autistických projevů a také zda má přidružené další poruchy. Běžné mateřské a základní školy většinou navštěvují děti s Aspergerovým syndromem. (Bazalová, 2016)

Jak je již zmíněno v předchozí kapitole, děti s PAS jsou rovněž vzdělávány v rámci inkluze v běžných mateřských a základních školách. Cílem inkluze je zajištění rovnocenného přístupu ke vzdělání všem dětem, zajištění informací rodičům, zajištění kvalitního vzdělávání dětem se zdravotním postižením, zajištění individuálního přístupu s ohledem na věk a postižení dítěte. K tomu, aby vzdělávání žáků s PAS bylo efektivní, je vytvořena podpora mezi těmito dětmi a pedagogy, tedy podpůrná opatření. Tato podpůrná opatření poskytují poradenskou pomoc, úpravu organizace, hodnocení žáka, forem a metod vzdělávání, zajištění výukových předmětů, prodloužení délky studia, upravené přijímací řízení, upravené závěrečné hodnocení, kompenzační pomůcky a speciální učebnice, komunikační systémy, aj. (Bazalová, 2016)

4.1. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

Stejně jako děti s mentálním postižením, tak i autistické děti jsou vzdělávány v rámci vzdělávacích programů určených pro předškolní a školní vzdělávání. Na sestavení těchto rámcových programů se podílí pedagogové společně se zákonnými zástupci dítěte s PAS a poradenský pracovníci. U autistických dětí je při vzdělávání nutné myslet především na základní projevy autismu, tedy komunikaci, sociální chování a představivost. (Adamus, 2016)

Děti s PAS mohou stejně jako děti s mentálním postižením navštěvovat buď mateřské školy či mateřské školy pro děti se zdravotním postižením – vždy s ohledem na jejich aktuální zdravotní stav, postižení a případné další přidružené nemoci. Ve vzdělávacích potřebách se rovněž klade

také důraz na rozvoj řeči, myšlení, jemné a hrubé motoriky, sociálního a citového vývoje. (Adamus, 2014)

4.2. Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

Základní škola

Do základní školy běžného typu jsou obvykle zařazeny autistické děti, které nejsou mentálně postiženy. Tuto školu mohou, ale navštěvovat také autistické děti, které mají další přidružené vady nebo různé formy poruch chování. Samozřejmě se tyto děti vzdělávají individuálně, s ohledem na jejich schopnosti, možnosti a tempo učení. Mnohdy mají k sobě přiřazeného asistenta pedagoga. Stěžejní je bezproblémové přijetí autistického žáka ostatními dětmi, aby se předešlo předsudkům a případné šikaně. (Adamus, 2014)

Základní škola pro děti s poruchou autistického spektra zřízená dle par. 16 odst. 9 ŠZ

Tuto formy základního vzdělávání využívají děti se zdravotním postižením, které mají speciální potřeby. Jedná se o žáky nejen s PAS, ale také s těžším stupněm mentálního postižení. Děti ve třídách pracují se speciálním vybavením, učebnicemi a pomůckami. Thorová (2016)

5.Charakteristika vývoje komunikačních dovedností dětí s mentálním postižením a s PAS

Abychom lépe mohly porozumět vzdělávání a využívání metod alternativní a augmentativní komunikaci je zapotřebí si objasnit, jak probíhá komunikace u dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra.

5.1. Komunikace

Komunikace pochází z latinského *communicatio*, což v překladu znamená sdělování, přenos, interakce. Zjednodušeně lze říci, že komunikace je velmi složitý proces, u kterého dochází k výměně informací. (Klenková, 2006) Přestože pojem komunikace nemá zcela jasnou definici, chápeme ji jako předávání informací v podobě komuniké (obsah sdělení), které si mezi sebou předává komunikant (přijímá informace) a komunikátor (sděluje informaci). V komunikaci, a tedy ve výměně informací je zapotřebí komunikační kanál, díky kterému dochází k dešifrování sdělení, tedy vzájemnému porozumění. (Nákonečný, 2009) *„Komunikace se skládá ze slov, která používáme, ze způsobu, jak je používáme, a z neverbální komunikace. Slova, která používáme, vycházejí z našeho jazyka, způsob používání slov je dán jeho paralingvistickými pravidly a neverbální komunikaci tvoří bezeslovné signály, které vysíláme pomocí našeho těla.“* (Patrick, 2002, s. 41) Lidé ke své existenci komunikaci potřebují, je to neodmyslitelná součást naší společnosti, využívá vědomé použití jazyka, různé znaky a symboly. (Lechta, 2002) Proces komunikace lze rozdělit do následujících fází (Klenková, 2006):

- ideové geneze – zrod myšlenky
- kódování myšlenek do určitých znaků symbolů nebo slov a pohybů
- přenos informace
- příjem a dekodování informace
- akce – příjemce reaguje na přijatou zprávu

Komunikace je důležitá také z pohledu svých funkcí (Vybíral, 2000):

- informuje
- instruuje
- přesvědčuje
- rozveseluje

Jedním z hlavních nástrojů komunikace je řeč, která je definována jako „*obecná lidská biologická vlastnost, která umožňuje člověku prostřednictvím kódování a dekódování (zvukově, písemně, neverbálně) předávat informace.*“ (Šulová, 2006, str. 327) Jedná se tedy o určitý sdělovací prostředek, který slouží k předávání informací. Předané informace mohou být jak slovní, tak také neslovní, jako jsou gesta a mimika. Řeč je vědomé užívání jazyka, prostřednictvím kterého předáváme své myšlenky, pocity, nálady a jiné. Řeč je schopnost, kterou se v průběhu života učíme a zdokonalujeme. Každý máme jiné predispozice k jejímu užívání a k tvoření slovní zásoby, která je k řeči rovněž nezbytná. (Klenková a kol., 2012)

K tomu, abychom mohli řeč využívat, potřebujeme znát jazyk. Jazyk je společenský proces, který je složen z určitých znaků a pravidel. K tomu, abychom mohli používat jazyk, a tedy i řeč, je zapotřebí znalost jazykového systému a také umění ho používat. Jako základní jazyk každého z nás je jazyk mateřský a jazyk užívaný napříč národem je označován za jazyk národní. Jazyk je specifický také tím, že má jak zvukovou podobu, tak také grafickou. (Klenková a kol., 2012)

V komunikaci je stěžejní také neverbální komunikace, tedy řeč našeho těla. Řeč lidského těla lze chápat jako vysílání určitých signálů prostřednictvím našeho těla v takovém rozsahu, že komunikant je schopen signály zachytit a pochopit. (Pease, 2008) Neverbální komunikace může být vědomá i nevědomá. Vědomá komunikace je uvědomování si řeči těla při sdělování, zatímco nevědomá komunikace je spontánní reakce našeho těla. Pro neverbální komunikaci je typické (Hartley, 2004):

- **mimika** – řeč mimických svalů v obličeji. Mimikou jsme schopni sdělit vnitřní prožitky, intenzitu sociálního kontaktu.
- **pohyby očí** – oční kontakt je při komunikaci zásadní, lze z něj vyčíst mnoho skrytých informací. U očního kontaktu se především zaměřujeme na oční zornice, které se buď zvětšují či zmenšují.

- **gestikulace** – jedná se především o pohyby rukou, které doprovázejí verbální projev. Gestikulace je většinou spontánní, neuvědomujeme si ji. Pomáhají nám vyjádřit naše prožitky a pocity.
- **haptika** – vyjadřuje hmatový kontakt, podání ruky. U haptiky je stěžejní podání a především pak stisk ruky, který je mnohdy prvním kontaktem otevírajícím celou komunikaci. Pevný stisk je považován za dominanci a vyjádření síly, naopak příliš jemné stisknutí ukazuje neupřímnost, malé sebevědomí jednoho z komunikačních partnerů.
- **posturika** – věnuje se signálům vycházejících z konfigurace a postoje těla, tedy zaměřením se při komunikaci na držení těla, pohyby končetin, pohyby hlavy.
- **proxemika** – využívá prostor v komunikaci, tedy vymezuje prostor každého z nás, kdy některým komunikujícím dovolíme se přiblížit blíže, jiným naopak dále a vyhrazujeme si své místo v prostoru. Hovoříme o tzv. zónách – veřejná, společenská, osobní a intimní.
- **paralingvistika** – jedná se o zvukovou stránku řeči. Jedná se o využití hlasu, jeho intonaci, hlasitosti.

5.2. Charakteristika komunikace dětí s mentálním postižením

O komunikační schopnosti, která je narušená hovoříme v případě symptomatických poruch řeči, které mohou být přechodné či trvalé. Tyto poruchy mohou být dány určitým postižením dítěte. Tyto poruchy řeči se u dětí projeví zpravidla ve všech rovinách jazyka, tedy ve slovní zásobě, gramatice, výslovnosti a neschopnosti uplatnit komunikační schopnosti v praxi. Příčiny vzniku poruch komunikačních dovedností u dětí s mentálním postižením mohou být ovlivněny následujícími faktory (Lechta, 2011):

- snížená mentální úroveň
- opožděný motorický vývoj
- špatná motorická koordinace
- poruchy sluchu
- prostředí dítěte, které zanedbává a nepodněcuje jeho vývoji
- anomálie mluvních orgánů – vadný skus, deformace čelistí, deformace chrupu, rozštěpy, aj.

Poruchy řeči se nejčastěji vyskytují u dětí s mentálním postižením, které mají Downův syndrom. Velmi často se také kombinuje více poruch řeči současně, vždy záleží na typu a stupni

postižení. Mezi typické poruchy řeči patří dyslálie, huhňavost, dysartrie, koktavost, breptavost, dysprozodie nebo echolálie. (Lechta, 2011)

Dyslalie

„Dyslalie je porucha artikulace, kdy je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek rodného jazyka, ostatní hlásky jsou vyslovovány správně podle příslušných jazykových norem.“ (Klenková, 2006, str. 99) Děti, jež jsou mentálně postižené mají často problém s výslovností sykavek a vibrantů, dále pak retoretných a retrozubných hlásek. Dyslalie je také doprovázena dysgramatismem, dysfonií a huhňavostí. Děti, jež trpí dyslalií vynechávají hlásky na konci slov, což může souviset s labilitou koncentrace. Druh dyslalie, který se u těchto dětí často objevuje se nazývá mogilalie – nevyslovování hlásek, které dítě není schopno artikulovat. (Klenková, 2006)

Huhňavost

Huhňavost je porucha zvuku řeči, kterou lze definovat jako *„Narušení komunikační schopnosti, které postihuje jak zvuk řeči, tak artikulaci.“* (Klenková, 2006, str.130) Huhňavost lze rozlišit na hyponazalitu, hypernazalitu a jejich smíšenou formu. Jedná se o patologicky buď zvýšenou či sníženou nosovost a nedostatek podílu nazality, který se podílí na tvorbě hlasu. (Klenková, 2006)

Dysartrie

Dysartrie se většinou vyskytuje u dětí, jež trpí zároveň i poruchou motoriky – nejčastěji se jedná o dítě s mentálním postižením v kombinaci s mozkovou obrnou. Dysartrie tedy je *„porucha procesu artikulace, respirace, fonace, modulace při organickém poškození nervového systému.“* (Klenková, 2006, str. 27) Děti, jež jsou mentálně postižené a projeví se u nich dysartrie, mohou mít různé problémy s řečí – od stupně lehkých poruch až po úplnou nemožnost artikulace. Za nejtěžší stupeň dysartrie se považuje anartrie, tedy úplná neschopnost verbálního vyjadřování a komunikace. (Lechta, 2011)

Breptavost

O breptavosti hovoříme jako o *„Poruše plynulosti řeči, pro kterou je charakteristické extrémně zrychlené tempo řeči. Řeč se stává často až nesrozumitelnou, breptavý „polyká“ slabiky, části slov.“* Pro breptavost je typické velmi zrychlené tempo řeči, vynechávání slabik,

využívání krátkých a svižných vět, opakování slabik. Téměř vždy je u dětí s mentálním postižením narušena artikulace. S breptavostí jsou spojeny také poruchy dýchání a dýchací rytmus. Typické jsou rovněž poruchy řečových orgánů, tedy poruchy hlasu, který může být zastřený, hrdelní či nevýrazný. Řeč dětí je nezajímavá, monotónní se špatnou intonací a melodií hlasu. Lze si také všimnout narušeného neverbálního chování, který se projevuje nemotorností v gestikulaci. Breptavost může být doprovázena malou slovní zásobou, dysgramatismem, dysortografií. (Lechta, 2011)

Koktavost

Definice koktavosti není zcela jednotná, lze ji chápat jako: „*syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným (tonickým, klonickým) přerušováním plynulosti procesu mluvení.*“ (Klenková, 2006, str. 154) Koktavost se neprojevuje pouze jediným příznakem, ale mohou se měnit a různě kombinovat, a to vždy ve vztahu k aktuální situaci. Důležitý je rovněž aktuální zdravotní stav dítěte a jeho stupně únavy. Koktavost dítěte se může vyskytnout pouze při vyslovování určitých hlásek nebo skupin hlásek. Koktavé dítě může na veřejnost působit rušivě. Může být doprovázeno i koverbálním chováním – grimasy, mrkání, přešlapování, kývání se ze strany na stranu apod. Koktavost velmi často doprovází děti s mentálním postižením, nejčastěji děti s Downovým syndromem. (Lechta, 2011)

Echolalie

Echolalie je definována jako: „*Mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu.*“ (Lechta, 2011, str. 98) Děti s mentálním postižením středního stupně jsou schopné opakovat složité řečové celky, ve většině případů přesně. Echolalie se vyskytuje i u malých dětí, které mají lehké mentální postižení. Tato vada se objevuje pouze u dětí, kde nedochází k postižení motoriky. (Lechta, 2011)

Dysprozodie

Dysprozodie je naopak typická pro děti, jež jsou postiženy také fyzicky, tedy s poruchou motoriky. Jedná se o poruchu modulačních faktorů. (Lechta, 2011)

Řeč dětí s mentálním postižením je obecně spíše monotónní, pomalé a tiché nebo naopak velmi zrychlené. Typická porucha řeči je také porucha hlasu, tedy dysfonie. Hlas dětí je chraptivý, drsný tichý a zastřený. Při komunikaci s dětmi s mentálním postižením je zapotřebí zohlednit narušení v oblasti fonemického sluchu artikulace a obsahu jejich sdělení. Rozhovoru se musí vždy přizpůsobit, nejlépe se na něj i připravit – je zapotřebí zvolit přiměřené komunikační prostředky a vhodné téma. Velmi důležité je rovněž použití mimiky a gest, které by měli být v souladu s obsahem sdělení. (Slowík, 2010)

5.3. Charakteristika komunikace u dětí s PAS

Autismus se vyznačuje poruchou komunikace, kdy děti s PAS nejsou schopny očního kontaktu, úsměvu, užívání jednoduchých gest. (Šporclová, 2018) Porucha komunikace u dětí s PAS je zřejmá jak na receptivní úrovni, tak také v expresivním vyjádření, a to jak ve verbální, tak i neverbální komunikaci. Celkově jsou děti s PAS velmi opožděné ve vývoji řeči, některé děti dokonce nedokážou efektivně komunikovat celý život, jejich řeč je doprovázena různými odchylkami. Přestože dítě dokáže komunikovat, je řeč velmi specifická, nepoužívaná běžným způsobem. Komunikace dětí s PAS lze rozdělit do následujících projevů (Thorová, 2016):

- jednostranná komunikace
- omezení mimoslovní komunikace
- omezení praktického používání komunikace
- zvláštní řečové projevy
- mutismus

Děti s poruchou autistického spektra ve většině případech jsou schopny mluvit, ovšem řeč může být nějakým způsobem narušena. Tyto děti nechápou principy a pravidla vzájemné komunikace a její význam. Problémy v komunikaci dětí s PAS lze charakterizovat jako (Peeters, Gillberg, 2008):

- **problém s mentální flexibilitou** – dítě s tímto postižením se zasekne ve fázi učení se pomocí opakování slov, kde může být zaseknuté i roky. Děti s PAS nejsou natolik komunikačně flexibilní, aby dokázaly tvořit nová spojení slov. Jsou zvyklé používat stále stejná základní slova. Tyto děti znají základní slova z paměti, v praxi ovšem nejsou schopné je používat a dávat jim více významů, dle kontextu.

- **problém s abstrakcí** – toto je dáno tím, že dítě s PAS je tzv. Hyperrealistické, což znamená, že je schopno vnímat jen to, co reálně vidí, nedokáže tedy přiřadit význam jiným podnětům.
- **problém s chápáním symbolů a gest** – nerozeznávají gesta, mimiku, emoce, nevidí rozdíly v intonaci a hlasitosti řeči. Nechápu symboly. Pochopí pouze gesta, která mají jednoznačný význam.
- **problém s chápáním souvislostí** – děti s PAS chápou pouze realitu, nechápou širší souvislosti.
- **problém s generalizací** – děti s PAS mají zažitý určitý konkrétní název pro určitou jednu konkrétní věc, nedokážou jeden název zobecnit pro více stejných věcí. Může se stát, že dítě nějakému slovu nerozumí, ale jakmile je spojeno v nějakém kontextu, nerozumí mu.
- **problém se zájmeny** – jedinec s PAS v dětském věku vnímá sebe samo jako třetí osobu. Často chlapci o sobě mluví v ženském rodu.
- **problém s pamětí** – děti s PAS mají obvykle nadprůměrnou krátkodobou paměť. Jsou schopny zopakovat například celou část filmu či nějakého rozhovoru. Dlouhodobá paměť je u nich problémová, často zapomínají, což nahrazuje připomenutím různými piktogramy, obrázky, a jiné. Děti lépe chápou psaný projev.

Mezi další zvláštnosti v projevu a komunikaci autistických dětí jsou například neologismy, efekt posledního slova, verbální rituály, únikové chování, problémy s gramatikou, autostimulační stereotypní chování, vykřikování vulgarismů, pravdomluvnost, netaktnost, neslušnost. (Patrick, 2011)

Děti se s prvními sociálními kontakty setkávají v rodině a svém blízkém okolí. Tyto kontakty mají pro ně zásadní význam, jsou zdrojem bezpečí, lásky, radosti a do jisté míry i určitým stupněm uspokojení. Během života se poté setkávají s dalšími sociálními kontakty, například v předškolním a školním vzdělávání, v zájmových činnostech, v budoucím zaměstnání, a podobně. Děti s autismem ovšem tyto kontakty nevyhledávají, již od útlého dětství nemají zájem o navazování kontaktů a vztahů. (Čadilová, Žampachová, 2013) Co se týče komunikace dětí s poruchou autistického spektra je možné je zařadit do těchto komunikačních typů (Thorová, 2016):

- **osamělý typ** – nestojí o sociální kontakt se svými vrstevníky, nenavazuje oční kontakt, není komunikativní, na podněty reaguje sniženě. Dítě je samotářské, nezajímá jej okolí, neúčastní se společenských aktivit. Tyto děti mají snížený práh bolesti.
- **pasivní typ** – kontaktují okolí, ovšem v komunikaci jsou pasivní, nerozvíjejí interakci. Děti nejsou empatické a nemají sociální intuice.
- **aktivní typ** – problém v navazování komunikace je způsoben neadekvátním a nepřiměřeným chováním, kdy autisté nedodrží osobní prostor ostatních, mnohdy se přiblíží až do jejich intimní zóny. Často působí rušivě, obtěžujícím dojem, protože jsou velmi hlasití, mají specifické projevy chování. Tyto děti jsou zpravidla hyperaktivní.
- **formální typ** – dítě je velmi zdvořilé, konzervativní až chladné a neosobní. Takto se většinou chovají děti, které mají vyšší IQ. Striktně trvají na dodržování pravidel, napomínají dospělé osoby za jejich nevhodné chování.

6. Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace je každodenní záležitostí, každý využíváme systém, který nám nejvíce vyhovuje. Nejvíce používaným systémem je mluvená řeč. Pro některé jedince je však tento systém problémem a nemohou jej naplno využívat. Proto začaly vznikat jiné systémy, které by těmto osobám pomohly s rozvojem komunikačních systémů či nalezení jejich kompenzace. AAK můžeme využívat u všech jedinců není zde věková hranice, která by tyto metody ohraničovala. Jedinec nemusí mít vyvinutou žádnou řeč abychom mohly zařadit metody alternativní a augmentativní komunikace. Dle Janovcové 2003 můžeme chápat AAK jako systémy, které mají umožnit komunikaci osobám s komunikačními poruchami, aby jim bylo umožněno aktivně se dorozumívat a rozvíjet tím i sociální interakci a tím se začlenit do společnosti. Jejich vyčlenění může nastat právě z důvodu toho, že jedinec se nemá možnost dorozumívat s okolím, jeho okolí nechápe, co jedinec chce sdělit nebo může nastat situace, že jedinec nechápe, co po něm chce okolí. Při volbě systému musíme brát v potaz stav jedince. Mezi kritéria můžeme zařadit, věk, stav smyslových orgánů, fyzické a verbální dovednosti, motivaci jedince a podporu rodiny. Neméně důležitá je také velikost slovní zásoby a schopnost se učit novým systémům. (Janovcová, 2003)

System alternativní komunikace je nezbytný pro dočasnou či trvalou náhradu řeči. Naopak augmentativní komunikace podporuje komunikační dovednosti, které jsou nedostatečné. Alternativní a augmentativní komunikace neboli AAK má reedukativní význam, jež přispívá osobnímu rozvoji postiženého dítěte. Tyto systémy komunikace se zaměřují především na psychickou, kognitivní, sociální a komunikativní složku člověka a klade si za cíl zlepšit kvalitu života. Tato komunikace se opírá p tři hlavní faktory – správná volba systému, schopnosti a dovednosti dítěte a sociální okolí, které je pro dítě typické. Využívání těchto systémů komunikace je dlouhodobé a jejich správné použití dokáže nahradit plnohodnotně mluvenou řeč. Styly komunikace se využívají k prevenci problémových situací, redukci chování, které je považováno za problémové, křičení či výbuch hněvu. Děti, využívající těchto komunikačních systémů si dokážou říci samy o pomoc nebo nedokážou samy říci, co potřebují. Toto má pak za následek pozitivní dopad nejen na psychiku samotného dítěte, ale také na celou společnost, která je schopna dítě lépe přijmout (Bočková, 2015)

System AAK lze využít buď s pomůckami nebo bez pomůcek. Pomůcek k využití systému je celá řada, v práci jsou uvedeny pouze některé, které jsou vhodné pro naši cílovou skupinu. (Bočková, 2015)

6.1. Využití alternativní a augmentativní komunikace bez pomůcek

Komunikace s dětmi je založena na neverbální komunikaci, kde je důležitá mimika, gestikulace, cílené pohledy a kinezika. K praktikování tohoto systému nejsou potřebné žádné pomůcky. Lze tedy využívat spontánně, dle vhodnosti situace. Děti s mentálním postižením s poruchou autistického spektra je zapotřebí učit konkrétním gestům a jejich využití – například situace, kdy chtějí s něčím souhlasit, se učí pokývnout hlavou, naopak při nesouhlasu s hlavou zavrtí. Velmi důležité je tedy dětem gesta konkrétně ukázat v konkrétní situaci a na konkrétním příkladu, tak aby si je mohli s daným významem spojit. (Šarounová, 2014)

Typické je rovněž používání znaků v rámci komunikace, tedy využíváme pohyby prstů a rukou. Byl vytvořen zvláštní jazykový program s názvem *Makaton* (odvozen od jmen zakladatelů), který podporuje mluvenou řeč prostřednictvím kombinace znaků, symbolů a řeči. Tento jazykový program je poměrně hojně rozšířen, můžeme se s ním setkat i ve veřejných prostranstvích. Často se pro komunikaci využívá i znakování pocházející ze znakového jazyka pro neslyšící. Znaky jsou rozděleny do následujících okruhů – rodina, lidé a povolání, domácnost, oblečení, jídlo, škola, barvy, zvířata, příroda, vlastnosti, činnosti, doprava, čas, předložky, příslovce a další slova, věty, říkanky, písničky a pohádky. Výuka tohoto systému je většinou spontánní, využívá se při běžných činnostech během celého dne. (Šarounová, 2014)

6.2. Využití alternativní a augmentativní komunikace s pomůckami

V tomto systému komunikace se využívají pomůcky, které mohou být buď technické nebo netechnické. Technické pomůcky jsou například různé tablety, počítače s hlasovým výstupem, a podobně, zatímco netechnickou pomůckou jsou komunikační deníky, piktogramy, fotografie. (Bočková, 2015)

Technické pomůcky

Přestože jsou technické pomůcky pro komunikaci s mentálně postiženými dětmi a s dětmi s PAS velmi přínosné, často bývá problém jejich vyšší pořizovací cena. Technické pomůcky musí být vybaveny hlasovým výstupem. Pro jejich využití je potřebná určitá doba nácviku, kdy se dítě potřebuje seznámit s přístrojem a jeho ovládáním. Rovněž se učí zapojit techniku do běžné každodenní komunikace. Technické pomůcky existují dvojího typu (Šarounová, 2014):

- **pomůcka s jedním tlačítkem** – na jednom tlačítku je nahráno sdělení. Přestože komunikaci dítěte nijak extra nerozšíří, je vhodná pro začátečníky, kteří se učí s tímto stylem komunikace.
- **pomůcka s více tlačítky** – existuje několik variant, mezi nejrozšířenější patří pomůcka GoTalk, která je založena na 4–5 úrovních a má několik tlačítek, zpravidla 4-32. Na každém tlačítku je poté nahraná určitá tematická oblast, dle potřeb každého dítěte.
- **komunikační software Altík** – český počítačový program, který vytvoří a vytiskne tabulky sloužící ke komunikaci. Tyto tabulky mohou zahrnovat různé fotografie, obrázky, symboly, piktogramy či slova. Slouží k usnadnění komunikace dětem, které nemohou mluvit

Netechnické pomůcky

Jsou dostupnější a jednodušší než technické pomůcky, nevyžadují žádný speciální trénink k jejich využívání či ovládání. Negativum je ovšem absence sluchového výstupu, který zjednodušuje komunikaci s dětmi. Mezi typické netechnické pomůcky patří určité hračky, jídlo, určité věci, fotografie, deníky, a podobně. K efektivní komunikaci je ovšem stěžejní je využívat s určitými pravidly. Daný předmět musí mít vždy jednoznačný význam, u fotografie by nemělo být moc detailů, aby nebyly děti zbytečně rozptylovány. (Šarounová, 2014)

- **grafické symboly PCS** – jedná se o systém obrázkových systémů, který lze vytvářet každému dítěti s mentálním postižením či s PAS přímo na míru dle grafického programu Boardmaker. Mohou být vytvořeny v barevné či v černobílé podobě.
- **piktogramy PICS** – jsou jednoduché bílé symboly znázorněné na černém podkladu a zobrazují konkrétní pojmy. Styl je podobný psanému textu.
- **systém Bliss** – jedná se o kombinaci různých prvků, díky kterým se rozšiřuje slovní zásoba. Náročnost systému ovšem způsobila jeho nevyužívání.

- **komunikační tabulky, deníky a knihy** – jsou velmi snadno dostupné, individuálně přizpůsobeny požadavkům konkrétního dítěte a jeho postižení

6.3. VOKS systém (Výměnný obrázkový komunikační systém)

VOKS systém je určen hlavně pro autistické děti, protože nejenže zohledňuje jejich typičnosti, ale je možné jej používat i u dětí s přidruženým fyzickým a mentálním postižením. VOKS je přizpůsoben českému prostředí, postupně je doplňován a obměňován dle osvědčených metod z praxe. Tento systém je určitá forma komunikace využívající soubor obrázků, které jsou opatřeny nápisy. Tento systém je postavený na následujících principech (Knapcová, 2006):

- motivace
- podpora vlastní iniciativy dětí
- účelná a smysluplná obměna obrázků za nakreslenou věc
- podpora nezávislosti dětí

Systém je velmi rychle a dobře osvojitelný, podporuje vysokou míru iniciativy dítěte a motivuje jej, reedukuje nevhodné chování, zabezpečuje dostupnost pomůcek, je srozumitelný pro široké okolí. Obrázky lze upravit dle individuálních potřeb dítěte – tedy barvy, velikost, zmenšeniny skutečných předmětů, a podobně. Systém VOKS funguje na principu výměny obrázků za reálný předmět či reálnou aktivitu. Cílem je podpora komunikace a řeči u dětí s PAS či s mentálním postižením. K tomu, aby byl systém správně využíván, musí dítě znát běžné předměty a aktivity, včetně jejich funkčnosti užití. Se systémem je stěžejní cvičit v bezpečném a klidném prostředí, které je pro dítě známé. Jakmile se naučí nové dovednosti, poté je možné s nácvikem pokračovat i v jiném prostředí. U nácviku jsou využívány dva lektoři, jeden je komunikační partner a druhý je nazýván duch – asistent, který poskytuje fyzickou pomoc. (Knapcová, 2006)

Systém VOKS je složen z následujících lekcí – přípravná, výukové lekce a doplňkové lekce. V první přípravné lekci se vybírá motivační odměna pro žáka. Samotné výukové lekce poté učí autistické děti měnit obrázky za věci, dále užívání tabulky, nácvik dovedností, tvoření jednoduchých vět, odpovědi na otázky a další. Doplňkové lekce se poté zaměřují na rozvoj slovní zásoby, navození očního kontaktu, rozvoj větné stavby, obrácené komunikace, a jiné. K co nejvíce efektivnímu využívání systému VOKS byly vydány následující pravidla a doporučení (Knapcová, 2006):

- využívat systém v každodenním životě a při různých aktivitách
- neustále procvičovat nové znalosti, a to s různými komunikačními partnery, v různém prostředí, v rámci různých podmínek
- podporovat samostatnou iniciativu dítěte
- vytvářet velké množství situací a podnětů, které vybízejí ke komunikaci
- podporovat receptivní porozumění u verbálního projevu třeba i pomocí obrázků, tedy vizuálně
- dovednosti a znalosti stále procvičovat a udržovat

7 Uvedení do praktické části bakalářské práce

Tato kapitola bude zaměřená na praktickou část bakalářské práce. Zaměřili jsme se na rodiče dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra. Praktická část bakalářské práce bude orientována kvantitativně, z důvodu větší možnosti získání dat pro výzkum. Bude zde zjišťováno, jaké metody jsou více využívány při edukaci dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra, zda se jedná o metody s pomůckami či bez pomůcek. Také zde bude zkoumáno, jaké přesně metody jsou nejvíce využívány.

7.1. Cíl výzkumu

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaké metody AAK jsou nejvíce používány v edukaci u vybraného výzkumného vzorku jedinců s mentálním postižením, poruchou autistického spektra.

Z metodologického hlediska bylo využito dotazníkové metody.

Dílčí cíle

Zjistit, jestli jsou více využívány metody s pomůckami či bez pomůcek

Jak Alternativní a augmentativní komunikace ovlivňuje výzkumný vzorek v jejich edukaci.

Hypotéza

Na základě stanoveného cíle byly stanoveny dvě základní hypotézy

H1: Předpokládám, že nadpoloviční část výzkumného vzorku využívá v edukaci metody s pomůckami

H2: Předpokládám, že nadpoloviční většina navštěvuje školu pro děti s mentálním postižením či pro děti s poruchou autistického spektra

Na základě získaných dat budou hypotézy verifikovány či falzifikovány.

7.2. Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří rodiče, kteří reflektují o využívání AAK u svých dětí předškolního a mladšího školního věku, které mají mentální postižení nebo poruchu autistického spektra. Osloveni byli rodiče dětí, které spadají dle kritérií do skupiny, která je potřebná k výzkumu. Jsou zde zastoupeny rodiče dětí s mentálním postižením i rodiče dětí s poruchou autistického spektra. Tato skupina byla oslovena pomocí internetových sítí

konkrétně Facebooku a také osobně. Dotazník vyplnilo 100 respondentů, pohlaví dětí nebylo rozhodující pro výzkum, z toho důvodu nebyla otázka na pohlaví součástí.

7.3. Metoda sběru dat

Výzkumná část bakalářské práce byla realizována pomocí kvantitativního výzkumu, přesněji se výzkum realizuje pomocí dotazníkového šetření. Chrásková (2016, s. 12) tento způsob výzkumu vymezuje jako „*záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy.*“

K výzkumu byl vybrán dotazník z důvodu, aby byla možnost odpovědi více respondentů. Kdyby byla zvolena metoda rozhovoru, bylo by zde riziko malé účasti respondentů. Respondentům byl zaslán dotazník obsahující otevřené i uzavřené odpovědi na některé z otázek respondenti odpovídají na základě odpovědi u předešlé otázky. U vybraných otázek je možnost zvolení více odpovědí, či dopsání vlastní odpovědi. V Dotazníku byli respondenti seznámeni s tím, za jakým účelem byl tento dotazník vytvořen a všechny nasbíraná data budou anonymní a použity pouze pro účely této bakalářské práce.

Dotazník byl sestaven tak, aby respondentovi nezabralo vyplňování dotazníku příliš mnoho času. Nejprve byly respondenti obeznámeni s cílem výzkumu a jeho dalším použitím. Doba pro vyplnění činila cca 10 minut. Dotazník byl tvořen 11 otázkami. Otázky byly kladeny tak, aby byly srozumitelné a respondent mohl odpovědět stručně a výstižně. Otázky jsou řazeny tak, že na začátek dotazníku byly umístěny otázky základní a ve střední části byly otázky, stěžejní pro celý výzkum. Na konci dotazníku můžeme nalézt otázky, které mají nižší důležitost.

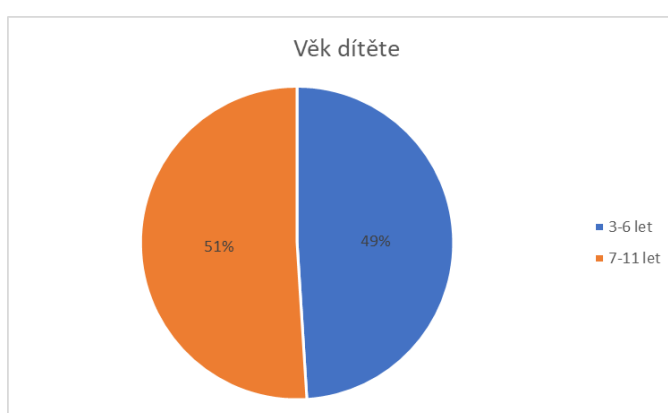
8. Prezentace dat zjištěných výzkumným šetřením

Analýza sběru dat

V nadcházející kapitole budou charakterizovány jednotlivé položky dotazníkového šetření.

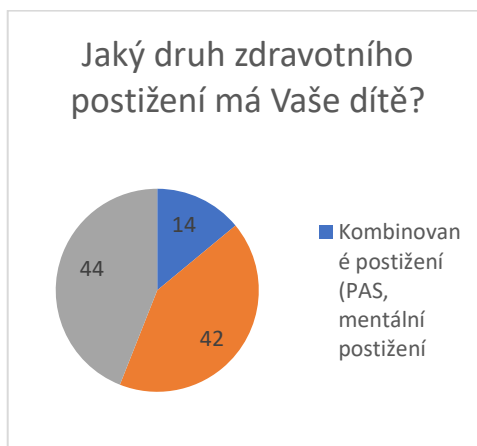
Položka č. 1- Věk dítěte

U této položky se zjišťoval věk dětí, byla zde možnost z výběru 3–6 let jednalo se tedy o děti předškolního věku. Druhou skupinou byly děti ve věkovém rozmezí mezi 7–11 rokem života, tedy o děti mladšího školního věku. Z grafu můžeme zpozorovat, že více dětí je ve věku od 7 do 11 let, přesněji je to 51. Děti ve věku 3-6 bylo celkem 49.



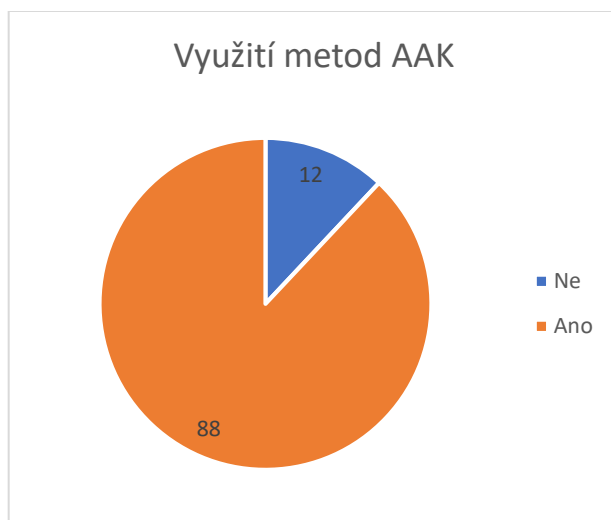
Položka č.2 – Jaký druh zdravotního postižení má Vaše dítě?

V této položce bylo zjišťováno, jaké je zastoupení zdravotního postižení u cílové skupiny. Z odpovědí vyplývá, že převládalo počet dětí s Poruchou autistického spektra zastoupený počet je 44, jako další je zde zastoupeno mentální postižení s 42 odpověďmi. Jako poslední je zde kombinované postižení v zastoupení 14 respondentů.



Položka č.3- Využívá Vaše dítě některou z metod AAK?

V této položce byla položena otázka zabývající se využitím metod AAK. 12 ze 100 respondentů uvedlo, že v komunikaci s jejich dítětem nevyužívají metody alternativní a augmentativní komunikace. Naopak 88 respondentů uvedlo, že jejich dítě využívá některou z metod AAK.



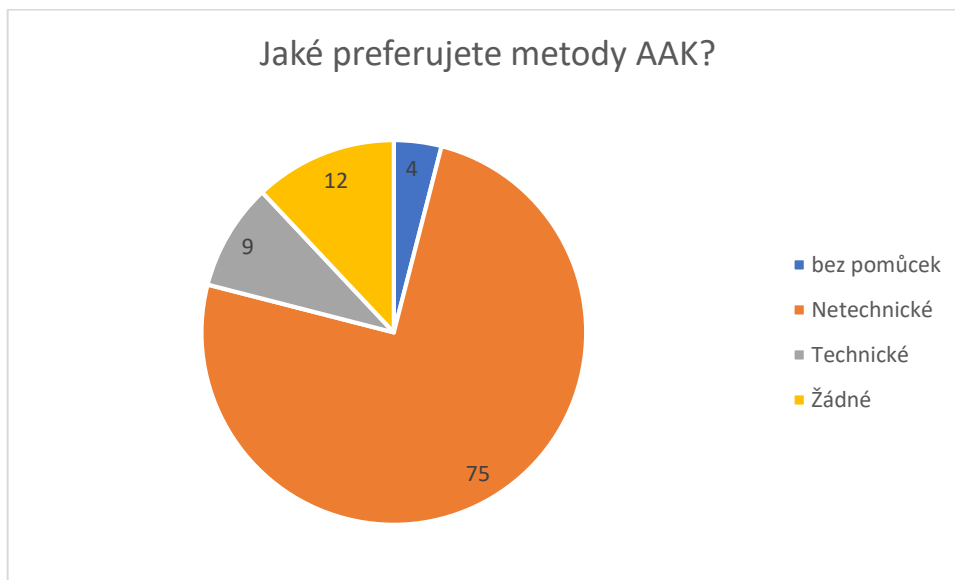
Položka č.4 Využíváte při edukaci Vašeho dítěte spíše metody:

V této položce se zjišťovalo, zda jsou více využívány metody s pomůckami nebo bez pomůcek. Většina respondentů odpověděla, že využívají metody s pomůckami, pouze 4 respondenti uvedli využívání metod bez pomůcek. 12 respondentů nevyužívá Žádné metody.



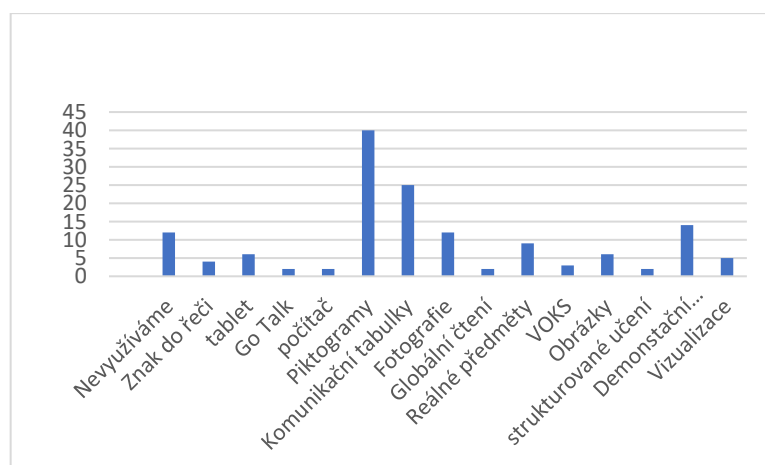
Položka č.5 Jaké preferujete metody AAK?

U této otázky se ukázalo, že více preferované jsou netechnické metody alternativní a augmentativní komunikace. Technické pomůcky jsou využívány pouze 9 respondenty.



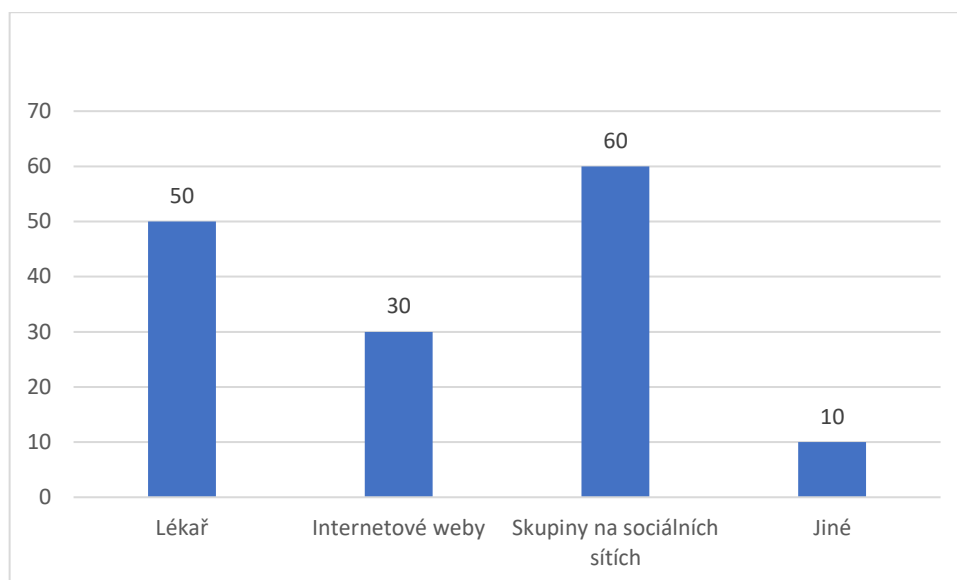
Položka č.6 Jaké přesně metody využívá Vaše dítě v edukaci ?

Zde bylo zjišťováno, jaké konkrétní metody jsou využívány. 9 respondentů využívá metody technické, přesněji jde u 6 využívání tabletu s programy, dále je využíván u 2 respondentů počítač a v neposlední řadě je 2 využíván program Go Talk. Mezi netechnickými metodami jsou nejvíce využívány piktogramy a to 40 respondenty, jako další je zde velké zastoupení uživatelů komunikačních tabulek či fotografií. Mezi dalšími metodami jsou uvedeny: Obrázky, VOKS, vizualizace, reálné předměty, globální čtení, strukturované učení. 4 respondenti, kteří využívají metody bez pomůcek uvedli jako metodu znak do řeči.



Položka č.7 Kde jste se o různých metodách AAK dozvěděli?

Zde byly uvedeny možnosti výběru, respondenti mohli vybrat více odpovědí či dopsat svoji vlastní. Nejvíce je zde zastoupení odpovědi, že informace získávají ve skupinách na sociálních sítích, jako druhý je lékař a třetí jsou internetové weby. 10 respondentů využilo možnosti napsat svoji vlastní odpověď a uvedli ranou péči, odborné semináře a rodiny s podobnou diagnózou.



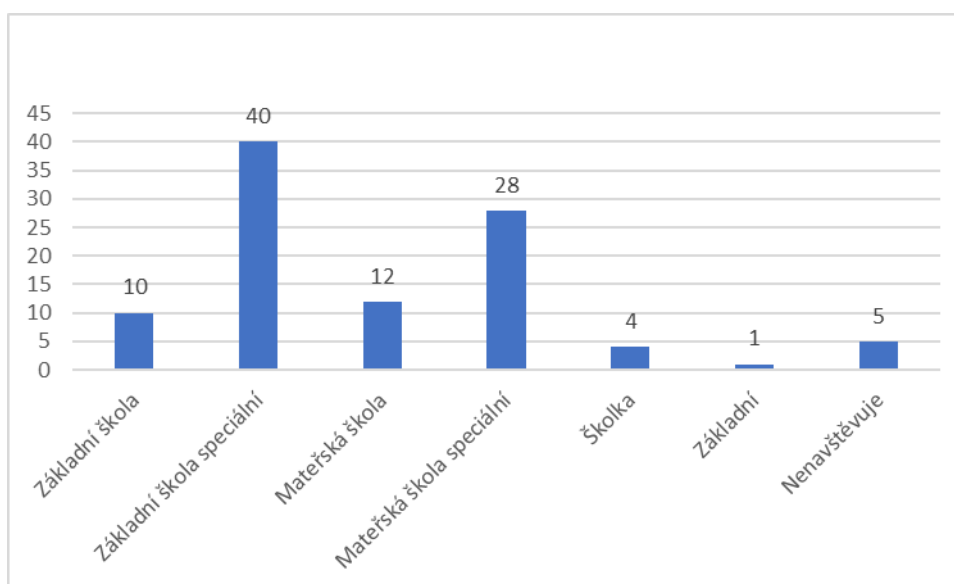
Položka č.8 Jste spokojeni s dostupností informací o AAK?

Více než polovina respondentů je spokojena s dostupností informací, 37 není spokojeno a 12 respondentů nemůže posoudit z důvodu nevyžívání AAK.



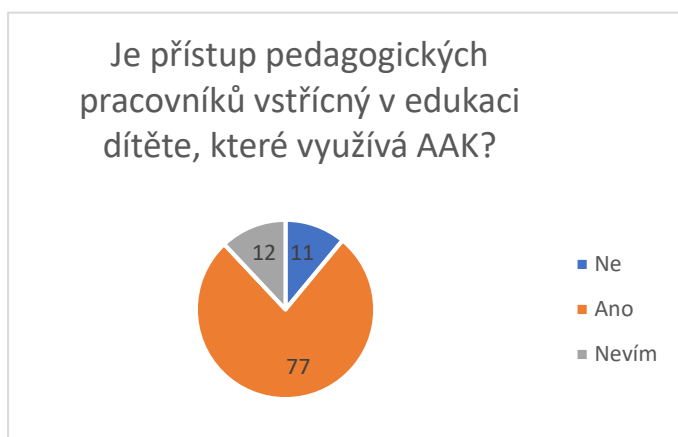
Položka č.9 Jaký druh školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?

Zde je nejvíce dětí, které navštěvují základní školu pro děti se zdravotním postižením, na druhém místě je mateřská škola pro děti se zdravotním postižením. Zastoupení zde má i mateřská a základní škola. 5 respondentů dokonce uvedlo, že jejich dítě nenavštěvuje žádné, z již zmíněných zařízení.



Položka č.10 Je přístup pedagogických pracovníků vstřícný při edukaci dítěte, které využívá AAK?

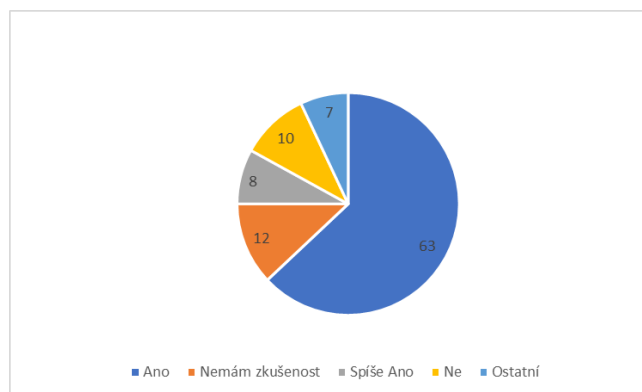
77 odpovědí je spokojeno s přístupem. Nespokojených je pouze 11.



Položka č.11 Vidíte pozitivní změnu v edukaci při využívání AAK?

Zde můžeme spatřit 63 odpovědí Ano, spíše ano je zde zastoupeno 8 odpověďmi, ne je zde pouze 10 odpovědí, nemám zkušenost je 12 respondentů. A také zde máme možnost ostatní, kde jsou odpovědi: *Ano, dítě používá více slov i vět, po vhodném zvolení AAK, do jisté míry ano, Ano, syn nechce nic jíst, ochutnávat nové potraviny. S kartičkami na téma zelenina si kousnul do rajčete, okurky, salátu, mrkve i brambory (neuvařeně). Nic z toho nepolkl, ale poprvé v životě byl ochotný ochutnat, Ne, protože absolutně chybí edukace logopedů učitelů v problematice PAS a dítěti jsou tak nabízeny metody, které nejsou pro něj vhodné a věkově*

adekvátní.



9. Zhodnocení naplnění cílů a hypotéz PČ BP

Shrnutí dat

Výzkumný vzorek tvořilo 100 respondentů, z toho 12 z nich byly respondenti bez využívání metod AAK. Na začátku byly stanoveny dvě základní hypotézy, které vycházely z hlavního cíle bakalářské práce. Hypotézy zněly:

H1: Nadpoloviční část – respondentů tvořících výzkumný vzorek využívá v edukaci metody s pomůckami

H2: Předpokládám, že nadpoloviční většina navštěvuje školu/školku pro děti s mentálním postižením nebo pro děti s poruchou autistického spektra.

K první hypotéze se vztahuje otázka: Využíváte při edukaci Vašeho dítěte spíše metody:

Ze získaných dat bylo zjištěno, že nadpoloviční většina respondentů využívá metody s pomůckami. Odpovídají tomu o výsledky získané výzkumem. 84 respondentů odpovědělo, že využívá metody s pomůckami, zbylí respondenti metody buď nevyužívají metody vůbec nebo metody bez pomůcek.

Hypotéza byla potvrzena.

Druhá hypotéza se vztahuje k návštěvě základní či mateřskou školu pro děti se zdravotním postižením. K druhé hypotéze se vázala otázka č.9 Jaký druh školního zařízení Vaše dítě navštěvuje?

68 respondentů uvedlo, že jejich dítě některé z výše zmíněných zařízení navštěvuje a tím se i potvrdila tato hypotéza.

Jako limit výzkumného šetření lze považovat malý počet respondentů. Osobní rozhovor by byl více přínosný pro celý výzkum. Jiné výsledky by určitě přineslo oslovení a případná návštěva organizací, které tyto děti navštěvují. Pokud bych tento průzkum prováděla znovu, zaměřila bych se i na pohlaví a region, ve kterém děti žijí.

Závěr

Předložená práce s názvem Alternativní a augmentativní komunikace v edukaci dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra předškolního a mladšího školního věku si kladla za cíl zjištění jaké AAK metody jsou nejvíce využívány v edukaci u výzkumného vzorku. K dosažení cíle byla nejdříve za pomoci literární rešerše vytvořena metodologická část, ve které je vybrané téma popsáno z teoretického hlediska a dává ukotvení celé problematice. Práce byla rozdělena do 6 stěžejních kapitol, které jsou dále členěny do tematických podkapitol tak, aby bylo vše jasně a pochopitelně vysvětleno. První kapitola se zaměřila na děti s mentálním postižením, definuje mentální postižení a dále jej klasifikuje. Druhá kapitola popisovala děti s poruchou autistického spektra (PAS), kdy vymezila pojem PAS a dále pak charakteristiky chování s interakce dětí s PAS vůči sociálnímu prostředí. Třetí kapitola se zabývá možnostmi edukace dětí s mentálním postižením, na což navázala kapitola čtvrtá, která pojednávala o možnostech edukace dětí s PAS. Pátá kapitola pak popsala charakteristiky vývoje komunikačních dovedností u dětí s mentálním postižením a u dětí s PAS. Poslední šestá kapitola pojednávala o alternativní a augmentativních způsobech komunikace a pomůckách, které k tomuto jsou využívány.

Na metodologickou část poté navazuje výzkumná část práce, kde je prostřednictvím kvalitativního šetření zjištěno, že u dětí s mentálním postižením a poruchou autistického spektra jsou využívány více metody s pomůckami. Jako další bylo zjištěno, že využívání netechnických pomůcek převažuje nad technickými, nejvíce jsou využívány piktogramy a komunikační tabulky.

Seznam použité literatury

- ADAMUS, P. Edukace žáků s poruchou autistického spektra v kontextu rozvoje klíčových kompetencí. Ostrava: Ostravská Univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2014. ISBN 978-80-7464-661-4.
- ADAMUS, P. Strategie uplatňované v edukaci žáků s poruchami autistického spektra. Ostrava: Montanex, 2016. Jazyk a řeč. ISBN 978-80-7225-436-1.
- ADAMUS, P., VANČOVÁ, A., LÖFFLEROVÁ, M. Poruchy autistického spektra v kontextu aktuálních interdisciplinárních poznatků. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, 2017. ISBN 978-80-7464-957-8.
- BAZALOVÁ, B. Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie. Brno: Masarykova univerzita, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
- BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0
- BENDO VÁ, P, ZIKL, P. Dítě s mentálním postižením ve škole. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. ISBN 978-80247-3854-3.
- BOČKOVÁ, B. Podpora žáků se specificky narušeným vývojem řeči. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-5609-1.
- BRYCHNÁČOVÁ E., ZAHRADNÍKOVÁ J., Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání - příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Praha: Výzkumný pedagogický ústav, 2005
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. Rozvoj sociálních dovedností u dětí s autismem: (pro děti předškolního věku a pro děti se sníženými rozumovými schopnostmi). V Praze: Pasparta, 2013. ISBN 978-80-905576-2-8
- DOLEJŠÍ, M. K otázkám psychologie mentální retardace. 3. upr. a dopl. vyd. Praha: Avicenum, 1983.
- KLENKOVÁ, J. Logopedie. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.
- KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1
- KNAPCOVÁ, M. Komunikační systém – VOKS. Vydání čtvrté, doplněné a přepracované. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků. 2018. ISBN 978-80-7481–215-6.

- LECHTA, V. Symptomatické poruchy řeči u dětí. 3. vyd. Praha : Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.
- MIKOLÁŠ, P. Autismus – Aspergerův syndrom: psychologie rozvoje dovedností pro život. Ostrava: Montanex, 2014. ISBN 978-80-7225-398-2.
- PASTIERIKOVÁ, L. Poruchy autistického spektra [online]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013 [cit. 2020-12-09]. ISBN 978-80-244-3732-3. Dostupné z: https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2015/01/Poruchy-autistickehospektra_Pastierikova.pdf
- PATRICK, N. J. Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: tipy a strategie pro každodenní život. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.
- PEASE, A. Řeč těla. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-449-6
- PEETERS, T. Autismus: od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha: Scientia, 1998. ISBN 80-7183-114-x
- PETRÁŠ, M. Může MMR očkování spustit autismus? Vakcíny.net: Vakcíny a očkování [online]. 17. 3. 2019 [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.vakciny.net/Muze-MMR-spustit-autismus>
- PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- SCARPA, A., WELLS, A., ATTWOOD, T. Dítě s autismem a emoce: Program pro práci s dětmi. Praha: Portál, 2019. ISBN 978-80-262-1435-9.
- SLOWÍK, J. Komunikace s lidmi s postižením. 1. vyd. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9
- ŠAROUNOVÁ, J. Metody alternativní a augmentativní komunikace. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠPORCLOVÁ, V. Autismus od A do Z. Praha: PAsPARTA Publishing, 2018. ISBN 978-80-88163-98-5.
- ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ, I. Základy speciální pedagogiky. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0.
- THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Vydání třetí, přepracované a rozšířené. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
- VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VALENTA, M. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou In MICHALÍK, J. a kol. Zdravotní postižení a pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-859-

Seznam grafů

Graf č.1: Věk dítěte

Graf č.2: Jaký druh zdravotního postižení má Vaše dítě?

Graf č.3: Využívá Vaše dítě některou z metod AAK?

Graf č.4: Využíváte při edukaci Vašeho dítěte spíše metody:

Graf č.5: Jaké preferujete metody AAK

Graf č.6: Jaké přesně metody využívá Vaše dítě v edukaci

Graf č.7: Kde jste se o různých metodách AAK dozvěděli?

Graf č.8: Jste spokojeni s dostupností informací o AAK?

Graf č.9: Jaký druh školního zařízení dítě navštěvuje?

Graf č.10: Je přístup pedagogických pracovníků vstřícný při edukaci dítěte, které využívá AAK?

Graf č.11: Vidíte pozitivní změnu v edukaci při využívání AAK?

Seznam příloh

Příloha č.1- Dotazník pro vybranou cílovou skupinu rodičů

- 1. Věk dítěte**
 - 3-6 let
 - 7-11 let
- 2. Druh zdravotního postižení**
 - Mentální postižení
 - Porucha autistického spektra
 - Kombinované postižení (mentální postižení, PAS)
- 3. Využívá Vaše dítě některou z metod AAK?**

- 4. Využíváte v komunikaci s Vaším dítětem spíše metody:**
 - S pomůckami
 - Bez pomůcek
- 5. Jaké přesně metody využívá Vaše dítě v edukaci ve školním zařízení?**

- 6. Kde jste se o různých variantách AAK dozvěděli?**
 - Lékař
 - Internetové zdroje
 - Skupiny na sociálních sítích
 - Jiné
- 7. Pokud jste uvedli jiné uveďte prosím zdroj**

- 8. Jste spokojeni s dostupností informací o AAK?**
 - Ano
 - Ne
- 9. Jaký druh školského zařízení Vaše dítě navštěvuje?**

- 10. Je přístup pedagogických pracovníků vstřícný v edukaci dítěte, které využívá AAK?**
 - Ano
 - Ne
- 11. Vidíte pozitivní změnu v edukaci při využívání**

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nikola Tylová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová Ph.D.
Rok obhajoby:	2024
Název práce:	AAK v edukaci dětí s mentálním postižením a PAS předškolního a mladšího školního věku
Název v angličtině:	AAK in education children with mental disability and autism spectrum disorder preschool and younger school age
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na edukaci dětí předškolního a mladšího školního věku s mentálním postižením a poruchou autistického spektra pomocí metod alternativní a augmentativní komunikace. Cílem je zjistit jaké, metody jsou nejvíce používány v edukaci u těchto dětí.
Klíčová slova:	PAS, AAK, edukace, mladší školní věk, předškolní věk, komunikace
Anotace v angličtině:	The Bachelor's thesis is focused at education children of preschool and younger school age with intellectual disability and autism spectrum disorder using alternative and augmentative communication methods. The aim is to find out what, methods are most used in education in these children.
Klíčová slova v angličtině:	PAS,AAK, education, preschool age, younger school age, communication
Rozsah práce:	51
Jazyk práce:	Český jazyk