

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Lucie Schwarzová

**Odraz systémů AAK do vytváření pomůcek pro žáky s poruchou
autistického spektra**

Olomouc 2015

Vedoucí práce: Mgr.et Bc. Veronika Růžičková, Ph.D

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně za vedení Mgr. Veroniky Růžičkové, Ph.D. a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 20. 4. 2015

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce, Mgr. Veronice Růžičkové, Ph.D, za podnětné připomínky a cenné rady, týkající se daného tématu a za vstřícný přístup, inspiraci a čas, který mi věnovala.

Anotace

Jméno a příjmení:	Lucie Schwarzová
Katedra:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Veronika Růžičková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Odraz systémů AAK do vytváření pomůcek pro žáky s poruchou autistického spektra
Název v angličtině:	Reflection of AAC systems to create tools for children with autism spectrum disorder
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické. Náplní teoretické části, rozčleněné do tří kapitol, je jak problematika alternativní a augmentativní komunikace, tak poruchy autistického spektra. Zaměřujeme se na vymezení alternativní a augmentativní komunikace a objasnění několika jejich komunikačních systémů. Teoretická část se rovněž věnuje poruchám autistického spektra a jejich přiblížení.</p> <p>V praktické části se zabýváme dvěma hlavními cíli, jednak popisem obrazu jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a způsobu jejich komunikace, jednak plošným šetřením nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.</p>
Klíčová slova:	komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, autismus, poruchy autistického spektra
Anotace v angličtině:	<p>This thesis consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part has three parts and it analyses literary sources that discuss the general concept of alternative and augmentative communication as well as the concept of the autism spectrum disorder. The thesis is focused on the definition and specification of the autism spectrum disorder</p>

	<p>and elucidation of several communication systems.</p> <p>Furthermore the theoretical part deals with the clasification of the autism spectrum disorder. The practical part has two main goals. Firstly: the description of individual children with the autism spectrum disorder and the description of their style of communication. Secondly: the global research of the most common system of the alternative and augmentative communication which is applied to autistic children.</p>
Klíčová slova v angličtině:	communication, alternative and augmentative communication, autism, autism spectrum disorder
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Seznam obrázků</p> <p>Příloha č. 2: Seznam schémat</p> <p>Příloha č. 3: Seznam grafů</p> <p>Příloha č. 4: Seznam tabulek</p> <p>Příloha č. 5: Dotazník</p>
Rozsah práce:	119 str.
Jazyk práce:	Čeština

OBSAH

Úvod	8
I Teoretická část	9
1. Alternativní a augmentativní komunikace	10
1.1 Komunikace	10
1.2 Vymezení augmentativní a alternativní komunikace	12
1.3 Klasifikace systémů augmentativní a alternativní komunikace, jejich výběr a opodstatnění	14
2. Komunikační systémy	18
2.1 Makaton	18
2.2 Bliss	21
2.3 Piktogramy	23
2.4 VOKS	27
2.5 Znak do řeči	30
2.6 Prstové abecedy	32
2.7 Lormova abeceda	35
2.8 Metoda globálního čtení	37
2.9 Metoda sociálního čtení	39
2.10 Alternativní a augmentativní komunikace lidí s poruchou autistického spektra	40
3 Poruchy autistického spektra	43
3.1 Charakteristika poruch autistického spektra a jejich zařazení	45
3.2 Jednotlivé poruchy autistického spektra	51
3.2.1 Dětský autismus	52
3.2.2 Atypický autismus	53
3.2.3 Aspergerův syndrom	54
3.2.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství	55
3.2.5 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby	56
3.2.6 Rettův syndrom	56
3.2.7 Jiná pervazivní vývojová porucha	57
3.2.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	57
3.3 Strukturované učení	58

II	Praktická část	61
4	Cíl a postup praktické části práce	62
4.1	Metody šetření	63
4.1.1	Pozorování	64
4.1.2	Rozhovor	65
4.1.3	Anamnéza	66
4.1.4	Dotazník	66
5	Popis výzkumného vzorku	68
6	Obraz jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a jejich způsob komunikace	69
7	Plošné šetření nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra.	96
7.1	Výskyt poruch autistického spektra	96
7.2	Nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace	97
7.2.1	Provázanost druhu poruchy a typu AAK	99
7.3	Doba zavedení alternativní a augmentativní komunikace a její účinnost	105
7.4	Pomůcky používané dítětem na bázi alternativní a augmentativní komunikace	106
8	Diskuse	107
9	Doporučení pro praxi	110
	Závěr	113
	Seznam bibliografických citací	115
	Seznam příloh	119

ÚVOD

Tato diplomová práce, nesoucí *název Odras systémů AAK do vytváření pomůcek pro žáky s poruchou autistického spektra*, bude rozčleněna do dvou hlavních částí, a to teoretické a praktické.

Teoretická část čítá tři kapitoly, na sebe vzájemně navazující. První kapitola s názvem Alternativní a augmentativní komunikace je cílená nejen na vymezení tohoto termínu a klasifikaci tohoto druhu komunikace, obsahuje i charakteristiku samotného pojmu komunikace, či členění komunikace do dvou hlavních složek - verbální a neverbální. Jednotlivými druhy alternativní a augmentativní komunikace (Makaton, Bliss, piktogramy, VOKS, znak do řeči, prstové abecedy, Lormova abeceda, metoda globálního čtení, metoda sociálního čtení), společně s alternativní a augmentativní komunikací u jedinců s poruchou autistického spektra se budeme zabývat ve druhé kapitole. Třetí kapitola nese název Poruchy autistického spektra. Bude převážně zaměřena na přiblížení jednotlivých druhů poruch autistického spektra, kam lze, dle Mezinárodní klasifikace nemocí, zařadit dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací a stereotypními pohyby, Rettův syndrom, jinou pervazivní vývojovou poruchu a pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou. V této kapitole se budeme zabývat strukturovaným učením, známým rovněž pod názvem Teacch program.

Praktická část práce bude naplňovat dva hlavní úkoly, které autorka práce vytyčila. První je vytvoření obrazu jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a způsobu jejich komunikace. Druhým cílem je plošné šetření nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra. Tato část práce obsahuje i kapitolu zaměřenou na charakteristiku metod šetření, jež autorka práce při sběru dat využívala. Závěr praktické části práce bude patřit diskusi a doporučení pro praxi.

I TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část této diplomové práce se bude skládat ze tří hlavních kapitol. První kapitola bude zaměřena na alternativní a augmentativní komunikaci. Druhá se bude zabývat jednotlivými komunikačními systémy alternativní a augmentativní komunikace. Závěrečná kapitola teoretické části bude určena poruchám autistického spektra.

V první kapitole se zaměříme nejen na definici alternativní a augmentativní komunikace, ale v úvodu objasníme komunikaci jako takovou, členění komunikace na složku verbální a neverbální. Následně vymezíme alternativní a augmentativní komunikaci, klasifikaci tohoto druhu komunikace. Součástí této kapitoly bude i členění alternativní a augmentativní komunikace.

Druhá kapitola bude zaměřena na přiblížení jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace jako jsou Bliss, Makaton, Lormova abeceda atd. Kapitola bude obsahovat množství obrázků, znázorňující daný typ komunikace. Poslední podkapitola objasňuje alternativní a augmentativní komunikaci u lidí s poruchou autistického spektra.

Poruchy autistického spektra je název třetí kapitoly, který sám o sobě naznačuje, čím se budeme v této kapitole zabírat. Vymezíme termín poruchy autistického spektra, v krátkosti nahlédneme do historie těchto poruch. Neopomeneme poukázat na symptomy, které mohou být typické nebo netypické pro danou poruchu. Jednotlivé poruchy této kategorie budou hlavním centrem zájmu této kapitoly. Závěr této kapitoly bude patřit strukturovanému učení, neboli Teacch programu, jakožto metodice pro výuku a vzdělávání dětí a jedinců s poruchou autistického spektra.

1 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

První kapitolou nesoucí název Alternativní a augmentativní komunikace nahlédneme do základní problematiky systému alternativní a augmentativní komunikace. V úvodu kapitoly budeme definovat jak samotný pojem alternativní a augmentativní komunikace, tak i samotný pojem komunikace. Dále se zaměříme na klasifikaci této komunikace. Těžištěm této kapitoly bude přiblížení jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace.

1.1 Komunikace

Dříve než se budeme věnovat definici alternativní a augmentativní komunikace zaměříme se na komunikaci jako takovou. Termín komunikace pochází dle Janovcové (2003) z latinského slova *comunicatio*, které můžeme překládat jako *sdělování* či *spojování*. Klenková (2006, s. 206) definuje komunikaci jako „proces, v němž člověk sděluje ostatním své myšlenky, city“. Lechta (2002, s. 13) vymezuje řečovou komunikaci jako „schopnost vědomě používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech jeho formách“. Komunikaci jako „výměnu různých obsahů informací mezi dvěma nebo více jednotlivci nebo skupinami“ formuluje Janovcová (2003, s. 15). Dvořák (2007, s. 85) za komunikaci označuje „přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů, zejména prostřednictvím jazyka“. Kubová (1996, s. 7) vymezuje komunikaci jako „obecně lidskou schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů“.

Právě za jednu z nejdůležitějších životních potřeb můžeme považovat komunikaci s jinými lidmi. Význam tohoto sdělování spočívá v sociální interakci. Komunikovat dle Janovcové (2003, s. 15) znamená „sdílet a dávat“. Důležitý význam v rozvoji osobnosti člověka sehrává právě komunikace, respektive mluvená řeč. Komunikace se dle Dvořáka (2007) uskutečňuje ve formě mluvené, psané nebo ukazované. Kubová (1996) dodává, že ke komunikaci musejí osoby využívat výrazové prostředky, které dle jejich povahy můžeme rozdělit jak na slovní výrazové prostředky, kam můžeme zahrnout slovo mluvené i psané, tak neslovní výrazové prostředky, které představují nejrůznější posunky či gesta.

Nejprve jsme objasnili původ slova komunikace, demonstrovali jsme několik definic komunikace, ze kterých vyplývá, že za komunikaci můžeme považovat jakoukoli výměnu

informací, a to v nejrůznějších podobách. Nyní se budeme zabývat rozdělením komunikace na verbální a neverbální. Uvedeme, jaké složky můžeme zahrnout do neverbální komunikace.

Komunikaci dle Dvořáka (2007) můžeme rozdělit na komunikaci verbální a neverbální. Verbální komunikaci můžeme chápat jako komunikaci s využitím slov, která mohou být artikulovaná, tištěná nebo plastická. Neverbální komunikaci můžeme označit i jako komunikaci nonverbální či neslovní. K dorozumívání pomocí neverbální komunikace dochází pomocí posunků, znaků, ukazování symbolů či pomocí pantomimy. Janovcová (2003) vymezuje několik složek nonverbální komunikace, kam zařazuje mimiku jakožto vyjádření emocí, pohledy sloužící například k navázání kontaktu, proxemiku, která vyjadřuje fyzické přiblížení či oddálení komunikačních partnerů, posturiku jako komunikaci prostřednictvím postavení jednotlivých částí těla, haptiku jako komunikaci pomocí dotyku, gestiku, jež umožňuje komunikování pomocí kulturně normalizovanými výrazy, postoji či pohyby, a poslední složku nonverbální komunikace, kam zařazuje kinestetiku, jež můžeme definovat jako komunikaci za pomoci pohybů jednotlivých částí těla.

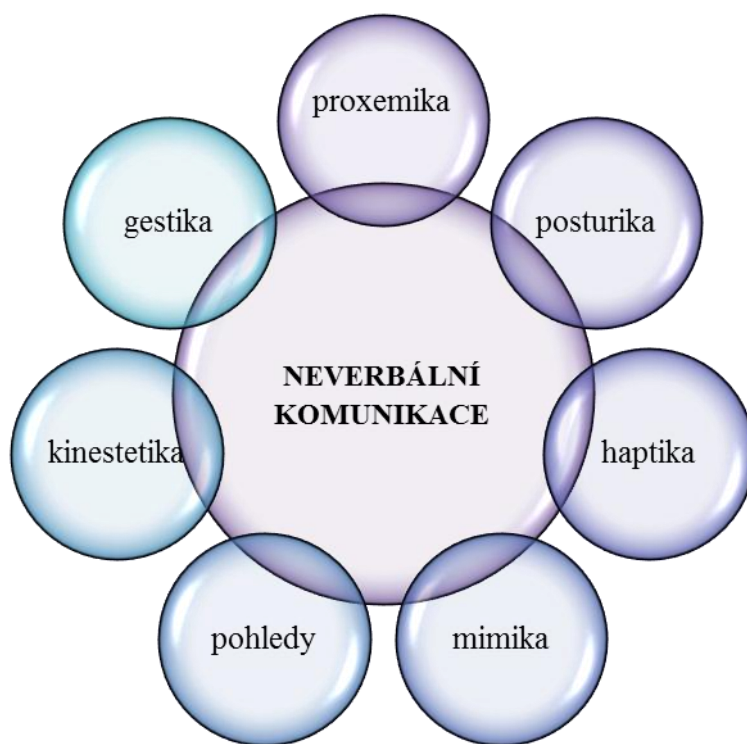


Schéma č. 1: Rozdělení neverbální komunikace

V literatuře se můžeme setkat s termínem totální komunikace, která bývá někdy označována jako komunikace komplexní. Totální komunikace využívá totiž k výměně

informací co nejširší spektrum komunikačních metod a prostředků, které se ke komunikaci využívají. (Dvořák, 2007). Kubová (1996) podotýká, že s pojmem totální komunikace se v česky psané literatuře setkáváme hlavně při komunikaci především s lidmi se sluchovým postižením.

1.2 Vymezení augmentativní a alternativní komunikace

Úvodem jsme pozornost zaměřili na komunikaci, její definice dle několika autorů, rozdělení komunikace na verbální a neverbální. Následně se budeme zabývat vymezením alternativní a augmentativní komunikace, kdy objasníme tyto dva termíny.

V populaci se dle Klenkové (2006) setkáváme s jedinci, pro něž je verbální komunikace z nejrůznějších příčin omezena, nebo může být pro jedince vadu či poruchu zcela nemožná. Právě tito jedinci využívají ke komunikaci systémy alternativní a augmentativní komunikace.

Laudová (2003, s. 561) vymezuje augmentativní a alternativní komunikaci jako „oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat, po určitou dobu, nebo trvale projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami, tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní“.

Oblastí alternativní a augmentativní komunikace se zabývá American Apeech and Hearing Association neboli Americká asociace pro řeč a sluch, která vznikla v roce 1989. Jedná se o národní profesionální a vědeckou asociaci, která má 1 820 000 členů, kteří jsou lékaři audiologové, kliničtí logopedi a studenti těchto oborů. Audiologové se specializují na prevenci a řešení poruch sluchu a rovnovážných problémů, stejně tak poskytují audiologickou léčbu. Kliničtí logopedové diagnostikují, posuzují a napravují řečové a jazykové obtíže jedince a rovněž poruchy polykání. Hlavním cílem organizace je vytvářet efektivní komunikaci mezi jedinci, zastávat základní lidská práva, která by měla být přístupná všem ve stejné míře. (Mesibov, Shea, 2009)

Alternativní a augmentativní komunikace je dle Cséfalvaye (in Lechta, 2003) multidisciplinární oblast, která se dynamicky vyvíjí a zabývá se využíváním komunikace doplňkové (augmentativní) a náhradní (alternativní) u osob, jejichž exprese řeči je těžce porušena. Bendová (20013) uvádí, že termín alternativní a augmentativní komunikace je obecný pojem, který charakteristický pro specifický přístup k osobám, jež mají zřetelně narušenou komunikační schopnost. Narušenou komunikační schopností se zabývá řada

významných osobností, mezi nimi i Viktor Lechta (2003, s. 17), který narušenou komunikační schopnost definuje: „Komunikační schopnost člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (případně i několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.“

Fossett, Mirenda (2007) uvádějí, že alternativní a augmentativní komunikace je určena pro jedince, jejichž řečové schopnosti jsou nedostatečné pro vyjádření denních komunikačních potřeb. Dříve byly systémy alternativní a augmentativní komunikace určeny pouze pro jedince s těžkým vyjadřovacím postižením. V roce 2005 ovšem Americká asociace pro řeč a sluch publikovala novou definici, která zahrnuje oblast výzkumu uplatňující lékařské a vzdělávací metody, pokoušející se studovat a kompenzovat dočasná i trvalá postižení, která omezují osoby s těžkými poruchami řeči a jazyka v rámci produkce a porozumění řeči jak v mluvené, tak v psané podobě.

Nejprve jsme uvedli definice alternativní a augmentativní komunikace, dále uvedeme jejich význam. Alternativní a augmentativní komunikace mají veliký význam pro jedince s těžkým postižením, protože právě prostřednictvím systémů alternativní a augmentativní komunikace se mohou jedinci s těžkým zdravotním postižením dorozumívat a mohou reagovat na podněty z okolí a v neposlední řadě také vyjádřit své přání či pocity. Systémy augmentativní a alternativní komunikace se využívají u jedinců, kteří mají komunikační proces narušený v důsledku postižení smyslového, mentálního, vývojových poruch řeči, kombinovaného postižení nebo centrálních poruch vývoje hybnosti, a to již od narození, nebo u jedinců, kteří mají poruchu získanou nebo trpí degenerativním onemocněním, (Klenková, 2006). Cílem augmentativní a alternativní komunikace se zabývala také Laudová (2003, s. 561), která jej definuje jako „využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci“.

Nyní objasníme jednotlivé termíny samostatně. Také uvedeme jejich latinský překlad. Slovo augmentativní pochází z latinského slova *augmentare*, který můžeme přeložit jako *rozšiřovat*. Systémy augmentativní komunikace můžeme chápat jako takové systémy komunikace, podporující komunikační schopnosti, kterými osoba s postižením disponuje, ale jsou nedostatečné pro běžnou komunikaci. Oproti tomu systémy alternativní komunikace se využívají k náhradě řeči mluvené, (Laudová, 2003). Systémy alternativní komunikace můžeme dle Kubové (1996) rozdělit na dynamické a statické.

1.3 Klasifikace systémů augmentativní a alternativní komunikace, jejich výběr a opodstatnění

Poté, co jsme uvedli definice augmentativní a alternativní komunikace a vysvětlili tyto termíny, můžeme se přesunout ke klasifikaci systémů augmentativní a alternativní komunikace. Janovcová (2003) dělí metody augmentativní a alternativní komunikace do tří oblastí. První oblast zahrnuje metody, které nevyžadují ke komunikaci žádné pomůcky. Do druhé skupiny můžeme zařadit takové metody augmentativní a alternativní komunikace, jež ke komunikaci vyžadují pomůcky. Laudová (2003) dodává, že systémy vyžadující pomůcky, můžeme ještě dále dělit, a to dle povahy pomůcky na technické a netechnické. Třetí skupina metod zahrnuje jiné typy pomůcek, jako například pomůcky ke snadnějšímu používání počítače.

V přístupech alternativní a augmentativní komunikace můžeme dle Fossetta, Mirendy (2007) spatřovat dva základní typy komunikace – náhradní a pomáhající. Pomáhající typ komunikace se vztahuje k technikám, jež vyžadují určité pomůcky netechnické povahy, kam můžeme zahrnout obrázkové komunikační knihy nebo technické komunikátory. Náhradní typ komunikace nezahrnuje ve své povaze používat pomůcky, protože jedinec komunikuje pomocí samotného lidského těla. Do této složky komunikace zahrnujeme znakový jazyk, gesta či výrazy tváře. Většina jedinců pro účinnou komunikaci využívá kombinaci obou typů technik komunikace.

Laudová (2003) uvádí anglické názvy pro jednotlivé kategorie metod augmentativní a alternativní komunikace, a to následovně. Systémy nevyžadující pomůcky označuje jako *unaided*, systémy vyžadující pomůcky jako *aided*. *Low tech* používá jako označení pro systémy netechnické povahy a termín *high tech* jako označení pro systémy vyžadující pomůcky technické povahy. Klenková (2006, s. 208) uvádí, že komunikační systémy jakožto „souhrn všech postupů a prostředků, který se využívá pro rozvoj dorozumívání konkrétní osoby“ můžeme rozdělit na dynamické a statické.



Schéma č. 2: Klasifikace systémů augmentativní a alternativní komunikace

Dříve než přistoupíme k vymezení pozitiv a negativ užívání systémů augmentativní a alternativní komunikace, budeme věnovat pozornost podmínkám, které ovlivňují výběr jednoho z typů systémů. Právě pedocentrická a systémová hlediska hrají důležitou roli při rozhodování, jaký typ komunikace bude pro danou osobu se zdravotním postižením tím nejvhodnějším, jak uvádí Janovcová (2003).

Nejprve vytyčíme hlediska pedocentrické povahy, kam Janovcová (2003) řadí:

- jedincovy schopnosti verbální povahy – míra aktivní a pasivní slovní zásoby, způsobilost artikulace,
- věk, možnost následného rozvoje a čas, po který je jedinec schopen pracovat,
- tělesnou obratnost – výstižnost pohybů, které vedou k určitému cíli a míra pohybu na ploše,
- situaci senzuálních orgánů, především pak stav zraku a sluchu,
- schopnosti kognitivní povahy,
- nezbytnosti a stimuly vázající se na komunikaci,
- pomoc ze strany rodinných příslušníků a dalších pracovníků,
- schopnost vzájemného působení.

V předešlém textu jsme vymezili pedocentrická hlediska, nyní přistoupíme k přiblížení hledisek systémových dle Janovcové (2003):

- styl přenášení, zda se jedná o systém dynamický,

- ikonicita, která vyjadřuje, jak je systém pro daného jedince zřetelný, či jako moc je abstraktní,
- objem slovní zásoby a kongruence s mluveným slovem.

Bendová (2003) uvádí podmínku nutné spolupráce zdravotnických pracovníků (fyzioterapeut, klinický logoped, ergoterapeut) a pedagogických pracovníků (logoped, speciální pedagog) pro výběr co nejvhodnějšího systému augmentativní a alternativní komunikace. Proto uvádí, pro výběr z jednotlivých systémů, další hlediska, kam zařazuje logopedické, somatopedické, psychologické, tyflopédické, surdopedické hledisko, a další faktory, které mohou ovlivnit výběr systému augmentativní a alternativní komunikace.

Volba komunikačního systému pro daného jedince se zdravotním postižením by měla být vždy individuální a vždy by se mělo přihlížet k jedincovým možnostem a schopnostem, jak uvádí Klenková (2006). Janovcová (2003) ještě dodává, že jednotlivé komunikační systémy lze kombinovat a doplňovat právě dle potřeb jednotlivých klientů, přičemž by neměla být opomíjena prognóza dalšího vývoje jedince se zdravotním postižením.

Používání některého ze systému augmentativní a alternativní komunikace s sebou nese jak svá pozitiva, tak negativa, proto se v závěru této kapitoly budeme zabývat také touto problematikou. Nespornou výhodou využívání některého ze systému alternativní a augmentativní komunikace je snížení pasivity jedinců se zdravotním postižením, protože právě s jejich využitím mohou vyjádřit své postoje, přání. Systémy umožňují svým uživatelům se samostatně rozhodovat, umožňují rozvíjet poznávací lingvistické dovednosti. Jednotliví uživatelé se mohou právě díky využití některého ze systémů činně zapojit do konverzace v takových případech, kde by byli bez jejich použití pouze pasivním příjemcem informací. Používání systémů augmentativní a alternativní komunikace s sebou nese i několik nevýhod. Mezi ně můžeme zařadit vyšší pozornost okolní společnosti na osobu, jež užívá některý ze systémů, menší společenskou využitelnost ve srovnání s mluvenou řečí, nemožnost komunikovat s jedinci ve společnosti, kteří neovládají systém alternativní komunikace, se kterým jedinec se zdravotním postižením komunikuje. Za nevýhodu můžeme do jisté míry považovat také předsudek, že jedinec, který ke komunikaci využívá některý ze systémů augmentativní a alternativní komunikace nebude již nikdy verbálně komunikovat. Důležitou roli sehrává fakt, že systémy augmentativní a alternativní komunikace hrají v životě některých jedinců se zdravotním postižením velmi důležitou roli. (Kubová, 1996)

V úvodní kapitole této diplomové práce jsme se nejprve zabývali komunikací, jejími definicemi a klasifikací, na komunikaci verbální a neverbální, kterou dále můžeme členit do dalších skupin. Dále jsme přistoupili k augmentativní a alternativní komunikaci, kterou jsme nejprve definovali dle několika autorů. Následně jsme uvedli dělení systémů augmentativní a alternativní komunikace dle Janovcové (2003) na systémy bez pomůcek, s pomůckami a jiné. Následovalo přiblížení důležitých faktorů ovlivňující výběr jednoho ze systému. Závěr první kapitoly patřil vymezení pozitiv a negativ při používání systémů augmentativní a alternativní komunikace. Podstatné je pamatovat na všeobecně platné pravidlo, že nekomunikovat nelze.

2 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY

V první kapitole jsme věnovali pozornost především vymezení systémů augmentativní a alternativní komunikace. Ve druhé kapitole se budeme jednotlivými komunikačními systémy zabývat podrobněji a představíme známé komunikační systémy, jako jsou například piktogramy, Makaton, prstové abecedy, Bliss, VOKS.

2.1 Makaton

Prvním komunikačním systémem, kterým se budeme podrobněji zabírat, je Makaton. Tento komunikační systém vymezila Kubová (1996, s. 14) jako „jazykový program, který poskytuje základní prostředky komunikace a podněcuje jak rozvoj mluvené řeči, tak i porozumění pojmům u dětí a dospělých s komunikačními problémy“.

Janovcová (2003) uvádí, že komunikační systém Makaton je nejvíce využíván ve Velké Británii a anglosaských zemích, u nás je využíván jen zřídka. Současnou podobu dostal komunikační systém v sedmdesátých letech minulého století, přičemž jedna z autorek systému, Margaret Walter, je v současnosti ředitelkou Makaton Vocabulary Development Projekt se sídlem v Londýně.

Makaton můžeme také označit jako způsob komunikace, využívající značky a symboly, (Johnson, 2015).

Makaton je jazykový program využívající znaky a symboly napomáhající lidem ke komunikaci. Je vytvořen k podpoře mluveného jazyka, kdy znaky a symboly Makatonu jsou používány souběžně s mluvenou řečí. Právě s využitím metody Makatonu mohou děti i dospělí komunikovat přímo pomocí znaků a symbolů a nepotřebují zprostředkovatele komunikace. Zásoba znaků a symbolů Makatonu se rozvíjí u jednotlivých jedinců v souvislosti s vývojem jejich osobnosti a řeči. (<https://www.makaton.org/aboutMakaton/>)

Za autory tohoto jazykového programu vzniklého v roce 1970 ve Velké Británii můžeme dle Kubové (1996) považovat logopedku Margaret Walker společně s konzultanty z oboru psychiatrie Kathy Johnson a Tony Cornforhem, kteří pracovali v Královské asociaci pro pomoc neslyšícím ve Velké Británii. Právě ze začátečních slabik tvůrců tohoto programu je odvozen celý název Ma + Ka + Ton.

I když byl původní systém navržen pro jedince s mentálním postižením či autismem, kteří nebyli osobami se sluchovým postižením, ale komunikace pomocí mluvené řeči jim činila obtíže a špatně mluvené řeči rozuměli, v dnešní době jej ke komunikaci využívá mnoho osob s rozdílným druhem postižením. Mezi osoby využívající tento komunikační systém Kubová (1996) zařazuje dospělé i dětské klienty se sluchovým postižením, jedince s mentálním postižením, děti s poruchami autistického spektra, děti s poruchami artikulace.

Slovník Makatonu můžeme označit za jazykový program, protože využívá znaky, které uživatelé doplňují artikulovanou řečí společně se symboly. Můžeme tedy říci, že slovník tohoto komunikačního systému tvoří znaky a symboly. Znaky komunikačního systému Makaton vycházejí ze znakového jazyka neslyšících. Základ tvoří asi 350 znaků rozvržených do osmi stupňů a přídavného slovníku (devátý stupeň), přičemž v každé zemi jsou vybírány s velkou rozvahou a následně standardizovány. Pokud si klient osvojí znaky ze slovníku Makaton nedochází k jeho stagnaci, ale i nadále si může osvojovat další znaky, a to z jazyka komunity neslyšících. Při znakování nemusí uživatel komunikačního systému Makaton znakovat všechna slova ve větě, ale pouze ty hlavní, tedy slova klíčová. Za klíčová slova můžeme považovat taková slova, která jsou nositelem největšího významu sdělení. (Kubová, 1996)

Symboly Makatonu lze používat simultánně se znaky, zabezpečující využívání víceslovného přístupu komunikace. Symboly Makatonu mohou klienti využívat rovněž jako prvotní způsob komunikace, nebo jako nástroj k rozvoji jazyka či jako dopomoc při rozvíjení dovedností čtenářského charakteru. (Kubová, 1996)

Metoda Makatonu je velmi flexibilní a může být přizpůsobována podle možností každého jedince. Znaky mohou být součástí her a písniček, jsou vhodné jako doplněk při čtení, poslechu a vyprávění příběhu. Systém Makaton se využívá k psaní dopisů a vzkazů, napomáhá lidem najít cestu ve veřejných budovách. (<https://www.makaton.org/aboutMakaton/>) Využívá se k sdělení:

- myšlenek či emocí,
- skutečných obrázků, objektů, fotografií a míst.

Janovcová (2003) doporučuje v případě, kdy se osoba teprve začíná učit používat komunikační systém Makaton, doporučuje využívat simultánně znaky, symboly a mluvenou řeč, až postupem času se projeví klientova preference jedné ze složek. U klientů dětského věku se v počáteční fázi učení využívá ještě obrázků či fotografií. Osvojování tohoto



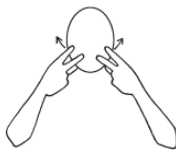

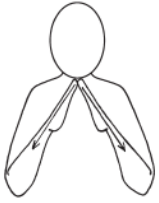



komunikačního systému probíhá dle příručky Makatonu Language Programm Manual. Je vhodné, aby se s tímto systémem obeznámili také jedinci, kteří s uživatelem Makatonu přicházejí často do styku, protože jen tak bude moci klient účelně komunikovat a uplatnit své nabyté vědomosti.

Organizace Makaton Charity (<https://www.makaton.org/aboutUs/>) uvádí několik doporučení při nácviu komunikace s využitím systému Makaton:

- Používat Makaton je zábava!
- Používejte znaky a symboly tak často, jak jen můžete.
- Nevzdávejte se! Může to chvíli trvat, ale stojí to za to dotáhnout do konce.

V dnešní době znaky a symboly Makatonu využívá přes 100 000 dětí a dospělých. Většina těchto jedinců začala tento komunikační systém využívat v dětském věku a následně vlivem zranění organismu klesá jejich potřeba využívání tohoto systému, nebo jej využívají ve zmenšené míře. Můžeme ale najít jedince, kteří Makaton využívají během celého svého života. (<https://www.makaton.org/aboutMakaton/>)

SLOVO	ZNAK	SYMBOL	SLOVO	ZNAK	SYMBOL
lidé			Ulice		
peníze			Dítě		
ahoj			Ložnice		

hlad			Kočka		
domov			Přátelé		

Obr. č. 1: Ukázka znaků a symbolů Makotonu

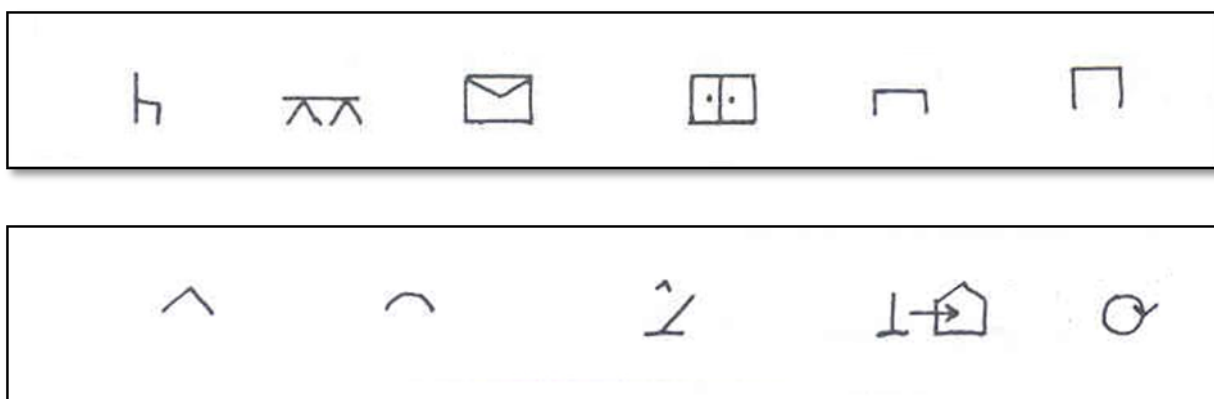
2.2 Bliss

Autorem metody komunikace pomocí systému Bliss byl Charles Bliss, který jej uveřejnil v roce 1949 pod názvem Semantography, tedy ideografická soustava znaků. Blissovým záměrem při vytváření této metody byla snaha vymyslet univerzální metodu komunikace společnou pro všechny kultury. (Krahulcová, 2002)

Impulzem pro vytvoření tohoto písma se pro rakouského inženýra stala, jak uvádí Bendová (2013), jeho vlastní zkušenost, kdy byl během 2. světové války vězněn v koncentračním táboře v Německu, kde si povšimnul velké jazykové a kulturní překážky mezi jednotlivými národy. Při jeho tvorbě se autor nechal inspirovat čínským písmem, protože po útěku z koncentračního tábora uprchnul právě do Číny, kde začal vytvářet univerzální obrázkový jazyk s interní systémovou logikou.

V tehdejší době se dle Krahulcové (2002) tato komunikační metoda s úspěchem nesečkala. Bendová (2013) dodává, že touto metou se v roce 1971 nechal inspirovat tým pracovníků ze střediska pro postižené děti (Crippled Children Centre) v Torontu, kteří pátrali po účelné komunikační metodě pro jedince s těžkou dysartrií a anartrií.

Kubová (1996) uvádí, že základem komunikačního systému Bliss je okolo 26 různorodých primárních prvků, ze kterých bylo vytvořeno okolo 1400 již standardizovaných symbolů. Základ symbolů Bliss tvoří dle Krahulcové (2002) piktogramy nebo ideogramy. Piktogramy vykreslují předměty, děje či sdělení, oproti tomu ideogramy vyznačují pojem bez ohledu na to, jak se pojmenovává.



Obr. č. 2: Ukázka symbolů Bliss

Komunikace pomocí systému Bliss, umožňuje dle Janovcové (2003) uživateli plně zachovávat gramatická pravidla daného jazyka. Jeden symbol může vyjadřovat více slov podobného významu nebo slov podobných. Jednotlivé symboly Bliss mohou dětským klientům v prvopočátku připomínat obraz, který je přímo vázán k předmětu představovanému. (Kubová, 1996)

Voda				
~				
Toaleta	Nápoj	Řeka	Jezero	Moře
h	e	~>	x ~	xx ~
Ústa				
o				
Jídlo	Nápoj	Koláč	Líbat	Veselý
o	e	o →	∞	♥ ↑ o

Obr. č. 3: Využití jednoho symbolu systému Bliss v jiných slovech

V dnešní době se jedná o dosti známý systém, jenž se začíná využívat i v České republice, třebaže zatím v experimentálních počátcích, (Krahulcová, 2002). Bendová (2013) uvádí, že ve světě bývá využíván asi ve 33 zemích pro komunikaci osob s těžce narušenou komunikační schopností.

Osoby	Muž 人	Žena 人	Osoba 人	Já, mě, mne 人	Dítě 人
Věci Předměty	Tělo 口	Kniha 口	Květina 人	Dům 口	Ovoce 口
Činnosti	praco- vat 人	mýt 人	vidět 人	cítit 人	pomáhat 人
Vlastnosti a pocity	šťast- ný 人	špatný 人	zmatený 人	velký 人	malý 人
Vztahy	před 人	za 人	mezi 人	s +	proti 人
Představy	čas 人	rozum 人	Bůh 人	počasí 人	svoboda 人

Obr. č. 4: Ukázka slovníku Bliss

2.3 Piktogramy

Dalším komunikačním systémem, který v této práci přiblížíme, jsou piktogramy. Kubová (1996, s. 26) je charakterizuje jako “vnímatelný útvar, který je vytvořený psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy“. Klenková (2006, s. 208) definuje piktogramy jako „zjednodušené zobrazení skutečnosti – předmětů, činností, vlastností“. Z následující definice vyplývá, že s piktogramy se setkávají nejen osoby s narušenou komunikační schopností, ale piktogramy obklopují celou intaktní společnost, můžeme se s nimi setkat ve veřejných budovách, na veřejném prostranství, tedy v místech kde by verbální komunikace nemusela vést k souladu, (Kubová, 1996). Krahulcová (2002) dodává, že ono zjednodušené vyobrazení je srozumitelné pro všechny věkové kategorie bez ohledu na národnost, kulturu či jazyk dané společnosti.

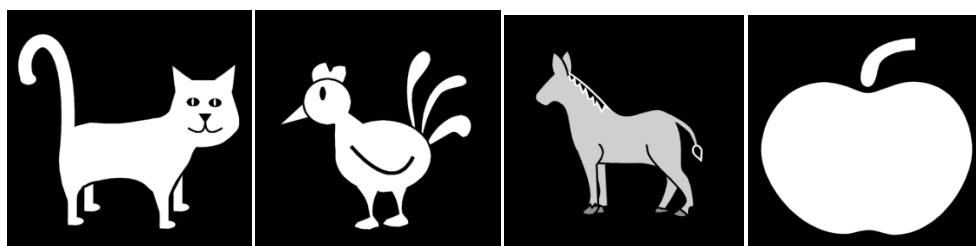


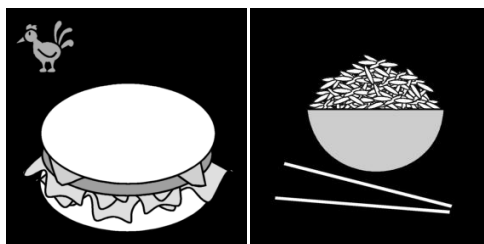
Obr. č. 5: Ukázka piktogramů z veřejných budov

Piktogramy se mohou využívat také k udělování návodů, zákazů, instrukcí či k usnadnění orientace v širokém spektru prostředí, a to vše bez vazby na řeč. Právě proto se piktogramy často používají u osob a dětí s narušenou komunikační schopností, které nejsou schopny, z důvodu svého postižení, dekodovat písmo. V oblasti oboru speciální pedagogiky se piktogramy využívají u jedinců s těžkým tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením. Těmto jedincům, neschopným komunikovat verbálně, piktogramy dopomáhají k vyjádření svých pocitů, myšlenek, přání a umožňují celkové zapojení jedince do konverzace. (Janovcová, 2003)

Jak již bylo uvedeno v definicích piktogramů, jedná se o obrázkové vyobrazení, stejně jako u systému Bliss, který jsme specifikovali výše. Rozdíl mezi zmíněnými systémy vysvětluje Kubová (1996). Spočívá v konkretizaci jednotlivých využívaných symbolů, přičemž vyobrazení piktogramů můžeme považovat za mnohem konkrétnější než systém Bliss, piktogramy jsou pro jedince snáze zapamatovatelné.

Janovcová (2003) uvádí, že můžeme nalézt několikatero druhů piktogramů. V České republice se v největším počtu využívají piktogramy, které názorně zobrazují daný pojem a jsou převzaty ze vzoru využívaného v zemích západní Evropy jako Švédsko, Dánsko, Holandsko. Tento model obsahuje asi 700 symbolů, přičemž jednotlivé symboly lze tisknout, upravovat, vytvářet komunikační tabulky.





Obr. č. 6: Černobílé piktogramy

Dalším známým systémem piktogramů, jak uvádí Janovcová (2003), je systém Picture Communication Symbols, který obsahuje asi 3000 symbolů. Tento systém se využívá převážně v anglicky mluvících zemích, v České republice by měl být brzy dostupný.



Obr. č. 7: Ukázka systému Picture Communication Symbols

Komunikace pomocí piktogramů by měla být vždy doplněná o mluvenou řeč, a pokud je možno, také o znaky. Při zavádění piktogramů do komunikace jedince je nutné začít od jednoduchých a známých předmětů, až následně se klient učí symboly spojovat a vytvářet řadu obrázků připomínajících větu, ovšem bez zachování gramatických pravidel jazyka. Jednotlivé piktogramy, bílé na černém poli, lze využít k sestavování rozvrhů, pracovních postupů. (Kubová, 1996)

Dle Janovcové (2003) k automatizaci jednotlivých symbolů dochází postupně ukazováním na piktogramy a naší řečí. Důležitým předpokladem pro efektivní komunikaci

pomocí piktogramů je klientova přiměřená úroveň intelektu. Pro osvojování a používání piktogramů autorka uvádí postup čítající deset fází:

1. reálný předmět,
2. reálný předmět společně s obrázkem nebo fotografií,
3. různorodá škála obrázků s totožným obsahem,
4. situační obrázek společně s daným obrázkem,
5. obrázek a odpovídající piktogram,
6. piktogram v kombinaci s piktogramem,
7. situační obrázek a piktogram,
8. skládání jednotlivých piktogramů, pracovní listy s piktogramy,
9. skládání vět,
10. vytváření tabulek nebo deníků.

Jednotlivé piktogramy můžeme v poslední fázi nácviku dle individuálních potřeb klientů sestavit do komunikačních tabulek či deníků, které by měly být dle schopností klienta neustále doplňovány, aby docházelo ke stálému rozvoji klienta, nikoliv k jeho stagnaci. Do tabulek či deníků zařazujeme jen ty symboly, které klient nemůže vyjádřit jiným způsobem, jen v tomto případě je používání piktogramů efektivní. Aby klient mohl při komunikaci snáze v deníku vyhledávat jednotlivé obrázky, můžeme použít následující barevné označení (Janovcová, 2003):

- funkční a časové piktogramy – bílá barva,
- osoby a zájmena – žlutá barva,
- zvířata – modrá barva,
- slovesa – zelená barva,
- podstatná jména – oranžová barva,
- individuální seznam slov – růžová barva,
- obrázky vztahující se k více kategoriím – mnohobarevné.

Janovcová (2003) dodává, že toto barevné rozlišení je stejně jako velikost piktogramů pouze doporučené, vždy je totiž důležitá osobnost klienta, kdy se právě jemu na míru komunikační kniha vyrábí. Komunikační kniha často obsahuje komunikační proužek, kam klient připevňuje vybrané symboly.

Komunikace pomocí piktogramů je jak uvádí Kubová (1996) v Česku často využívána právě pro svou názornost a jednoduchost. Důležitým kladem pro všechny intaktní i postižené jedince je fakt, že systém piktogramů je srozumitelný pro všechny.

2.4 VOKS

VOKS neboli Výměnný obrázkový komunikační systém využívá stejně jako komunikace pomocí piktogramů vizuálních symbolů pro komunikaci s klientem.

Autorkou toho komunikačního systému je paní doktorka Margita Knapcová. Inspirací pro vytvoření komunikačního systému především pro děti s poruchou autistického spektra se autorce stal pobyt na Therapeutic Day School v Chicagu v USA, kde se poprvé setkala se systémem The Picture Exchange Communication System, známým také pod zkratkou PECS, který ji zaujal natolik, že jej ověřila a upravila pro podmínky České republiky. Do praxe systém VOKS Knapcová uvedla poprvé ve Speciální škole pro žáky s více vadami v Kopřivnici a v Novém Jičíně. (Knapcová in Bendová, 2013)



Obr. č. 8: PECS,

Knapcová (2006) uvádí, že komunikace s využitím systému VOKS s sebou nese mnoho výhod:

- Je velice rychle osvojitelná, protože mnoho dětí je schopno provést výměnu již po několika dnech nácviku.
- Komunikace s sebou nese vysokou míru motivace dítěte naučit se komunikovat tímto systémem, právě díky faktu, že dostane přesně to, o co usiluje.
- Klient není pasivním uživatelem, ale stává se sám podněcovatelem komunikace a snižuje se tam jeho závislost.
- Omezuje netaktní chování.
- Lze jej používat v širokém spektru prostředí, protože jej klient může využívat doma, ve škole, ale i na veřejnosti.

Výměnný obrázkový komunikační systém Knapcová (2006) určuje hlavně pro dětské i dospělé klienty, jímž byla diagnostikována porucha autistického spektra, protože bere na vědomí specifické problémy v komunikaci jedinců s poruchami autistického spektra. Může být využíván i pro klienty s Downovým syndromem nebo s dětskou mozkovou obrnou.

Společným cílem VOKS a PECS je dle Knapcové (2006, s. 5) „rychlé nabití funkčních komunikačních dovedností“. Oba tyto systémy jsou postaveny na poznacích logopedie a aplikované behaviorální analýzy. Rozdílnost můžeme nalézt v porovnání s jinými komunikačními systémy využívajícími rovněž vizuální symboly. Hlavní rozdíl můžeme pozorovat ve faktu, že klient na obrázky neukazuje, ale přinese je komunikačnímu partnerovi. Další diferencí je počet učitelů při výcviku, kdy se v počátečních fázích uplatňují dva učitelé, jeden jako komunikační partner a druhý jako fyzický asistent klienta. Rozpor můžeme nalézt také v nácviku komunikace, protože v jeho počáteční fázi klient směňuje obrázek za reálnou věc, což vede ke snazšímu pochopení smyslu systému jako komunikace.

Metodiku pro nácvik komunikace s pomocí výměnného obrázkového komunikačního systému rozčlenila Knapcová (2006) na dvě části. První část zahrnuje přípravné práce, kdy poskytuje informace pro učitele, prostředí nácviku, popis a přípravu pomůcky ke komunikaci či postup pro výběr odměn nutných k započetí nácviku komunikace. Druhá část zahrnuje výukové a doplňkové lekce, přičemž hlavních výukových lekcí je sedm. Výukové lekce tvoří základní rámec nácviku, klient se učí samovolně výměnou za obrázek požádat o oblíbenou věc, vybrat ze zásobníku daný obrázek a přinést jej komunikačnímu partnerovi. Klient se učí poprosit v různorodém prostředí neznámé lidi, rozeznat ze zásobníku správný obrázek, sestavit jednoduchou větu z obrázků a s využitím proužku o něco požádat. Na závěr se učí zareagovat na odlišné obrázky či mluvit o dění v okolí. Doplňkové lekce jsou čtyři a klienti se v nich učí rozvíjet slovní zásobu, navazovat oční kontakt, rozvíjet větnou stavbu, reagovat na požadavky okolí a popisovat obrázky sloves a rozvíjet obrázkovou zásobu. Výukové a doplňkové lekce jsou úmyslně zařazovány hned za sebou.

Na základě inspirace z PECS vytvořila Knapcová (2006) soubor obrázků, které lze při komunikaci VOKS využít. Nad obrázky je jejich název napsán velkým tiskacím písmem, pro případ, že by se klient v budoucnu učil číst metodou globálního čtení, a také pro komunikačního partnera, který nemusí důkladně znát význam všech obrázků. Doporučená velikost pro nácvik komunikace s obrázky je 5 x 5 cm, tento rozměr by měl být pro klienta dostačující pro rozlišení obrázků, manipulaci s obrázkem, ale také pro praktické využití v životě klienta. Černobílý vzhled obrázků má především praktický význam (pro jednodušší

a rychlejší výrobu nových obrázků), ale pokud by klientovi černobílá forma obrázků nevyhovovala, lze použít jiný typ obrázků vyhovující klientovi, mohou to být piktogramy či fotografie. Pro komunikaci je vhodné jednotlivé obrázky zatavit do průhledné fólie a připevnit suchý zip pro snadné připevnění na komunikační pásek. Jednotlivé obrázky lze sestavovat do komunikačních tabulek, deníků, tematických palet. Za základní nosič symbolů VOKS můžeme považovat komunikační tabulku, kterou má klient v počátcích nácviku jen jednu, další tabulka se přidává, až je klient schopen rozpoznat větší počet symbolů, tedy po zvládnutí třetí výukové lekce. Z většího množství komunikačních tabulek se vytvářejí komunikační knihy. Komunikační tabulky mohou mít barevné rozlišení dle typu vyobrazených symbolů: podstatná jména – oranžová, osoby – žlutá, slovesa – zelená, rozvíjející slovesa – modrá, spojky, předložky, barvy, časové pojmy – bílá, tázací zájmena a často používaná slova – červená, větný proužek – šedá, nosná slovní spojení a slovesa – hnědá, sociální výrazy – fialová.



Schéma č. 3: Výukové a doplňkové lekce systému VOKS

Výměnný obrázkový komunikační systém je dle Knapcové (2006) systém, pomocí jehož postupů a principů lze vytvořit funkční komunikaci u klientů, a to i bez pomoci další osoby.

2.5 Znak do řeči

Nyní se přesuneme od komunikačních systémů využívajících vizuálních symbolů ke komunikačnímu systému využívající manuální znaky. Prvním systémem bude Znak do řeči.

Znak do řeči Kubová, Pavelková, Rádková (1999) považují za kompenzační prostředek určený osobám s řečovým postižením. Tento komunikační systém nemůže nahradit verbální projev, slouží však jako její doplněk. Základem znaku do řeči, jak již vyplývá ze samotného názvu, jsou znaky v kombinaci s řečí lidského těla, mimikou a znacích přirozené povahy. I když tento systém využívá znaky, nejedná se o znakový jazyk.

Znak do řeči Bendová (2013) definuje jako vizuálně – motorický komunikační systém, jehož základem je aplikace gest v kombinaci s mimikou jedince.

Tento komunikační systém je dle Bendové (2013) v České republice využíván od roku 1999, kdy se jím čeští speciální pedagogové nechali inspirovat v rámci projektu EU PHARE při výměnných stážích v dánských speciálních zařízeních. Právě v Dánsku se znak do řeči využíval při motorických cvičeních a současně jako podpůrná komunikační metoda. Za autora toho systému, známého v zahraničí pod názvem Teng til tale, můžeme považovat Laarse Nygarda.

Cílem tohoto vizuálně-motorického komunikačního systému není, jak uvádí Janovcová (2003), naučit klienta co nejvíce znaků a vytěsnit verbálního vyjadřování, ale ulehčení a rozšíření komunikace, zdokonalení porozumění a postupné dopracování se klienta k verbálnímu projevu. Při znakování se znakuje jen ta slova, která jsou nositeli klíčového významu, kdy je shodný rytmus a znak slova.

Znakování slov nemusí být natolik precizní jako je tomu nutno ve znakovém jazyce, právě z tohoto důvodu je znak do řeči vhodný pro jedince s centrálním narušením motoriky. Využívá se rovněž u jedinců s mentální retardací, (Janovcová, 2003).

Jak jsme zmínili, nemůžeme znak do řeči zaměňovat se znakovým jazykem, i když jejich společným jmenovatelem je znakování. Proto si nyní uvedeme hlavní rozdíly, těchto dvou komunikačních systémů, které vytyčili Kubová, Pavelková, Rádková (1999). Znak do řeči využívá k doprovodu verbální řeč, kterou se snažíme rozvíjet současně s komunikačními

dovednostmi. Velký rozdíl můžeme spatřit v počtu znaků. Při komunikaci znakem do řeči klient znakuje pouze nejdůležitější slova ve větě. Znak není nejdůležitějším nositelem informace, tím je verbální řeč. Při nácviku komunikace se znakuje nejprve jeden znak ve větě, kterou klient vyslovil, až postupně se zvyšuje počet vyznakovaných slov. Protipólem je znakový jazyk, který považujeme za samostatný jazyk se svou vlastní skladbou a pravidly.

Jednotlivé znaky tohoto komunikačního systému jsou uvedeny v publikaci Znak do řeči (TECH – MARKET, 1999). Ta obsahuje asi 400 znaků, které jsou přejaty z původního systému Teng til tale, ze znakového jazyka a komunikačního systému Makaton. Jednotlivé znaky jsou velmi snadné povahy právě proto, aby je mohli využívat jedinci se sníženou úrovní motorických, vizuálních i kognitivních schopností. (Bendová 2013)



Obr. č. 9: Ukázka Znaků do řeči – rodina, lidé

Kubová, Pavelová, Rádková (1999) uvádějí několik doporučení pro zdárné zvládnutí komunikace pomocí znaku do řeči, kterými se nyní budeme zabývat. Důležitá je spolupráce osob, nacházejících se v blízkosti uživatele. Právě společně s uživatelem hledají tu oblast zájmů, která bude pro uživatele natolik motivující, že se bude chtít znaky naučit. Při osvojování znaků je důležité naučit uživatele naplánovat znaky, vztahující se k tématu, ale také znaky všeobecné, které může jedinec využít v širších souvislostech. Znaky vybíráme dle vědomí, že budou přínosné nejen pro uživatele, ale i pro jeho okolí. S tím souvisí i nutná spolupráce rodičů se školou. Pro jedince je neméně důležitý správný vzor. Ten uživatele

podporuje při znakování k verbálnímu projevu. Okolí uživatele musí být s tímto komunikačním systémem dostatečně obeznámeno, aby byli schopni reagovat na znaky, které uživatel znakuje.

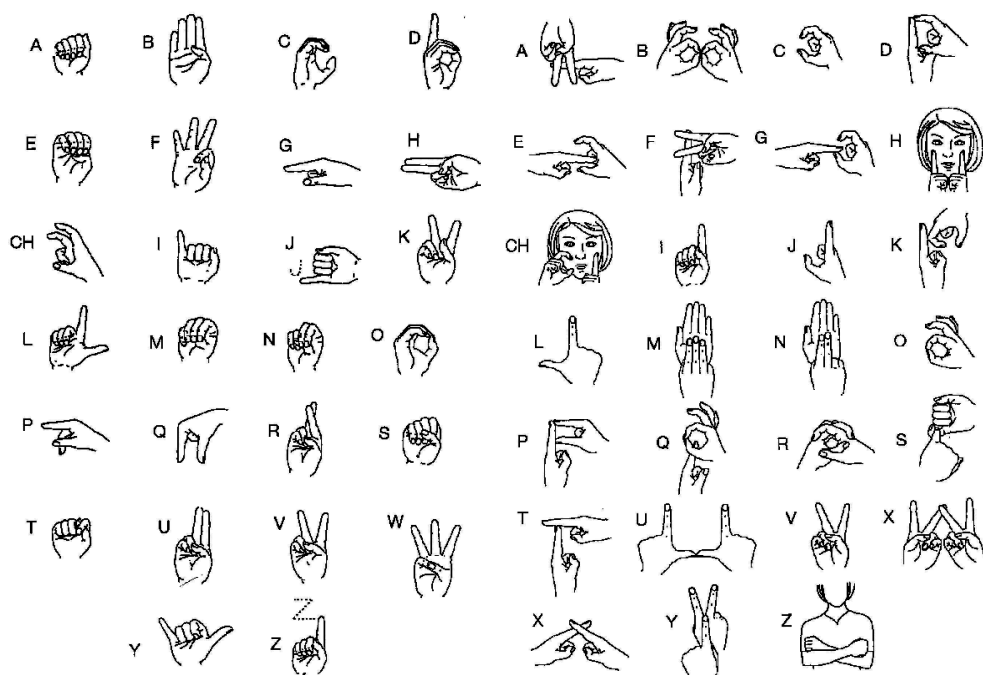
Poté co jsme uvedli důležité pokyny pro užívání znaku do řeči, je důležité objasnit zásady pro používání znaků, (Janocvová, 2013). Řeč dospělého je doprovázena gestem, které probíhá současně s posunkem. Dospělý začíná znakovat a gestikulovat až v okamžiku, kdy si je jistý, že se na něj dítě dívá. Vzdálenost mezi dítětem a dospělým by měla být v pásmu 0,5 – 2 metry. Posunky jsou podporovány mimickým vyjádřením. Dítě je dospělým povzbuzováno k napodobení znaku. V případě, že dítě nedovede znak napodobit, dospělý přebírá iniciativu jeho rukou, které dítěti vede. Dospělý a dítě v prvopočátku gestikulují jen v určité situaci. Dítětem provedená gesta vyžadují přiměřenou reakci dospělého. Motorické vybavení a schopnost dítěte vnímat je podstatný faktor ovlivňující správný výběr gest. Důležitá je neustálá pozornost dospělého v okamžicích, kdy dítě gesto nahradí slovem.

Znak do řeči Kubová, Pavelová, Rádková (1999) považují za vhodnou komunikační metodu pro podpoření mluvené řeči. Jedná se o komunikační systém, který se dle potřeb klientů může vhodně kombinovat s dalšími komunikačními systémy.

2.6 Prstové abecedy

Komunikačními systémy, jejich základem jsou jako v předešlém případě manuální znaky, se budeme zabývat v následující podkapitole. Jedná se o prstové abecedy, komunikační systémy, které vycházejí z českého jazyka.

Prstové abecedy jsou zakotveny také ve Sbírce zákonů České republiky, respektive v zákoně č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob v platném znění. „Prstová abeceda využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky nebo prstů a dlaní obou rukou k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy.“ Tento zákon považuje prstové abecedy za nedílnou součást českého znakového jazyka a znakové češtiny. Tyto abecedy se využívají především pro vyznakování takových slov, které nemají v českém znakovém jazyce ustálený znak.



Obr. č. 10: Jednoruční a dvouruční prstová abeceda

Podobnou definici prstové abecedy neboli prstové řeči, nabízí Janovcová (2003, s. 42). Daltilotiku definuje jako „systém znaků tvořený různou polohou prstů a dlaní jedné nebo obou rukou, jež v prostoru zobrazují jednotlivé grafémy“. Původ slova *dalkylos*, od něhož je odvozeno slovo *daktylní*, shledává Krahulcová (2002) v jeho řeckém překladu *prst*, slovo *daktylotika* považuje za složeninu slov *daktylos*, tedy *prst*, a *logos* jako slov, což můžeme přeložit jako *prstnice*.

Krahulcová (2002, s. 217) vymezuje účel prstové abecedy. „Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivá písmena polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým a sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se skládají hlásky do slov v mluvené řeči.“

Daktylotika se využívá k hláskování cizích slov, odborných termínů, či jiných pojmů, (Janovcová, 2003). Dle Krahulcové (2002) je využívání prstových abeced typické pro předškolní a mladší věk, v období, kdy u dětí dochází k tvoření, fixaci a automatizaci mluvních stereotypů.

Za autory prstové literatury Krahulcová (2002) považuje mnichy zavázané k mlčení na věčnost. Prstovou abecedu využívali k vzájemnému dorozumívání, aniž by porušili slib věčného mlčení. Prapůvodní prstovou abecedu označil její tvůrce biskup Béda Venerabilis v 8. st. n. l. jako prostomluvu. Od té chvíle se napříč stoletími vyvíjela až do dnešní podoby. Česká prstová abeceda obsahuje 27 znaků představující hlásky a k nim přidružené znaky pro čárky a háčky.

Komunikace pomocí prstové abecedy má jako každý komunikační systém svá pozitiva a negativa, kterými se zabývá Krauhlová (2002). Mezi výhody prstové abecedy můžeme zahrnout:

- lehkou naučitelnost a následnou snadnou produkci vizuální řečové formy,
- různorodost prostředí, kde se dá využívat, protože ke komunikaci prstovou abecedou není za potřebí žádných pomůcek,
- tichost používání, kdy její používání především ve vyučovacím procesu nenarušuje okolí,
- vštěpování nových slov do paměti a znovu jejich vybavení je s využitím daktilní abecedy jednodušší,
- používání v okamžicích diferenciací a identifikace gramatických koncovek či souhláskových skupin.

K nevýhodám daktylotiky autorka řadí:

- narušení integrity slova, kdy slovo hláskujeme písmeno od písmena a dochází tak k narušení slov jako celků,
- tempo znakování je pomalejší než artikulovaná řeč, proto může docházet ke zpomalení řeči, pokud jsou tyto dva systémy komunikace využívány současně,
- nedostatečnou znalost prstové abecedy, kdy jedinec s postižením nemůže mluvit s kýmkoliv, dochází tak k limitaci komunikačních partnerů,
- odvádění pozornosti od odezírání používáním prstové abecedy.

Krauhlová (2002) uvádí, že jednotlivé znaky písmen si děti osvojují napodobováním. Aby bylo dítě schopno opakovat znaky po svém učiteli, musí korespondovat přiměřenou motorickou schopností ruky. Není podstatné zda-li dítě jednodušší prstovou abecedu znakuje pravou nebo levou rukou. Zápěstí nemá být zakloněno ve větším úhlu než je 30°. Při daktylování má dítě loket volně u těla, dlaň směřuje k hrudníku, pohybují se převážně prsty, zápěstí zapojujeme jen ve zvláštních případech. Důležité je umístění daktylující ruky. Ta se musí nacházet v zorném poli, ale zároveň nesmí zakrývat ústa jedince. Musíme mít na paměti, že bychom měli zachovávat plynulost znakování, i když třeba v pomalejším tempu. Daktylování zachovává syntax daného jazyka, což dítěti umožňuje uvědomělejší vnímání řeči.

2.7 Lormova abeceda

Lormova abeceda je jeden z dalších systémů alternativní a augmentativní komunikace osob s postižením. Bendová (2013) uvádí, že tato abeceda se využívá převážně u osob s duálním senzomotorickým postižením. Tato abeceda má povahu dlaňového komunikačního systému.

Za autora Lormovy abecedy můžeme považovat básníka německé národnosti známého pod pseudonymem Hieronymus Lorm. Jeho původní jméno bylo Heinrich Landesmann. Tento muž se narodil ve třicátých letech devatenáctého století v Mikulově. Lorm byl pronásledován, proto musel přijmout pseudonym. Tuto dotykovou abecedu vymyslel hlavně pro svou vlastní potřebu. Protože v 15 letech přišel o sluch, aby byl schopen dorozumět se s vlastní rodinou, když ve 46 letech ztratil úplně zrak. Abeceda byla zveřejněna až šest let po jeho smrti, ale rychle se rozšířila napříč Evropou. Během let prošla Lormova dotyková abeceda několika změnami. Pro český jazyk abecedu přetvořila Anna Aquina Sedláčková, která pracovala v Praze na Hradčanech v ústavu pro nevidomé. Její úprava ale nebrala v úvahu potřebu hmatového vnímání a orientaci tak, aby se vyvarovala omylům při vzájemném dorozumívání osob s postižením a řazení hlásek nebylo v její úpravě dle výskytu v české řeči. O druhou úpravu české verze Lormovy abecedy se zasloužil ředitel Zemského

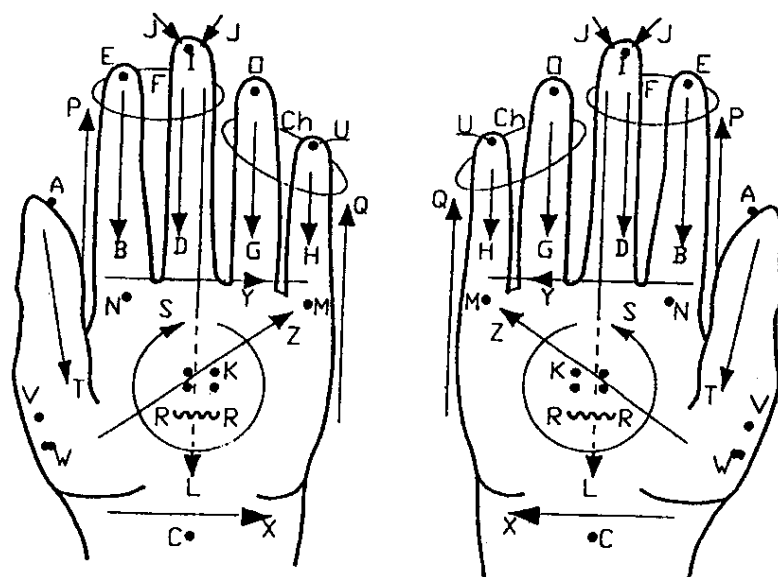


ústavu pro slepé v Brně A. Špička. Považoval za nutnost nepřerušovaný kontakt rukou obou komunikačních partnerů. Současnou podobu abeceda získala v roce 1993, kdy ji modifikovali sami hluchoslepí jedinci v rámci psychorehabilitační akce, kterou organizovala společnost Lorm.

Obr. č. 11: Logo společnosti LORM

Pravidla pro komunikaci pomocí Lormovy abecedy vymezila organizace Lorm, Společnost pro hluchoslepé. Abeceda se vpisuje do dlaňové strany levé ruky. Prsty jsou mírně roztažené a poměrně napjaté. Mluvčí značí svým ukazováčkem jednotlivé písmena do dlaně, na prsty ruky komunikačního partnera, který je příjemcem informace. (<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/abeceda.php>)

Aby mohl jedinec komunikovat Lormovou abecedou, musí být schopen porozumět grafické struktuře, jakožto složení slov z písmen, čtení slov ve větách a vztahům mezi jednotlivými slovy, (Janovcová, 2003).



A	bod na špičce palce	N	bod pod ukazováčkem
B	čára po ukazováčku od špičky prstu k dlani	O	bod na špičce prsteníčku
C	bod na zápěstí	P	čára po vnější straně ukazováčku od dlaně ke špičce ukazováčku
D	čára po prostředníčku od špičky prstu k dlani	Q	čára po vnější straně malíčku od dlaně ke špičce malíčku
E	bod na špičce ukazováčku	R	postupné pokládání ukazováčku, prostředníčku a prsteníčku do dlaně
F	současné stisknutí špiček ukazováčku a prostředníčku ze strany	S	ukazováčkem kruh na dlani
G	čára po prsteníčku od špičky prstu k dlani	T	čára po palci od špičky prstu k dlani
H	čára po malíčku od špičky prstu k dlani	U	bod na špičce malíčku
CH	současné stisknutí špiček prsteníčku a malíčku ze strany	V	bod pod palcem
I	bod na špičce prostředníčku	W	dvakrát bod pod palcem
J	stisk špičky prostředníčku ze strany	X	čára podél zápěstí zleva doprava
K	bod čtyř špiček prstů do dlaně	Y	čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku
L	čára po prostředníčku od špičky prstu přes dlaň k zápěstí	Ý	čára pod prsty směrem od ukazováčku k malíčku a pokračovat po vnější straně malíčku směrem ke špičce malíčku
M	bod pod malíčkem	Z	šikmá čára přes dlaň od palce k malíčku
Dlouhé samohlásky	krátká čárka na špičce prstu pro příslušnou samohlásku směrem nahoru		
Háček nad písmeny	bod mezi palcem a ukazováčkem před příslušnou hláskou		
Nerozum	zavřít dlaň		
Omyl	lehké klepnutí do dlaně		
Mezera mezi slovy	plochou ruky přejet jedenkrát po dlani		
Otazník	ukazováčkem vypsát do dlaně obrys otazníku		
Konec věty	plochou ruky přejet dvakrát po dlani		
Čísła	arabské číslice napsat obrysově do dlaně; označení tisíc, milión, miliarda zkratkou (tis., mil., mld.)		

Obr. č. 12: Lormova abeceda a popis jednotlivých písmen abecedy

2.8 Metoda globálního čtení

Metoda globálního čtení slouží k rozvoji nejen čtenářských dovedností, ale také komunikačních dovedností především u dětí s mentálním postižením. Autorem této metody, vycházející z tvarové psychologie, je belgický lékař Ovide Decroly. Děti se za pomoci metody globálního čtení učí vnímat slovo jako známou jednotku řeči. Dle tvarové psychologie, ze které vychází, je schopen čtenář vnímat celky, kterým jsou jeho části a prvky podřízeny. V prostředí České republiky byl propagátorem této metody Václav Příhoda. (Janovcová, 2003)

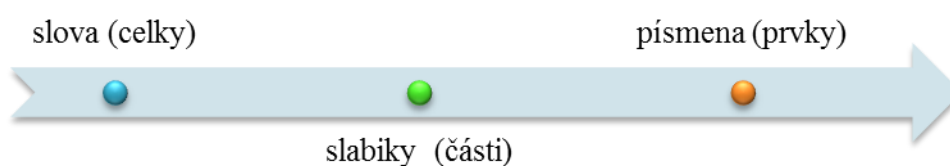


Schéma č. 4: Postup při učení se globální metodou

Klenková (in Vítková 2004, s. 151) uvádí, že metoda globálního čtení „stimuluje rozvoj zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornosti, rozvoj komunikativních dovedností“. Metodicky se při výuce čtení postupuje od celku k jednotlivostem. To je opačný postup než u analyticko-syntetické metody, která se běžně používá k výuce čtení, (Janovcová 2003).

Tato metoda je dle Janovcové (2003) vhodná pro děti se sluchovým postižením, s mentální retardací, se specifickými poruchami učení, u dětí, u nichž můžeme předpokládat, že budou mít problém zvládnout techniku čtení pomocí analyticko-syntetické metody. Právě u dětí s mentálním postižením lze s využitím této metody komunikace dosáhnout velmi pozitivních výsledků, protože pro vnímání těchto dětí je charakteristické zaměření na celky, kdy detaily ustupují do pozadí, (Hemzáčková, Pešková, Jiřík, 1998).

S výukou globálního čtení je vhodné začít v okamžiku, kdy aktivní slovní zásoba dítěte obsahuje minimálně 50 slov. S globálním čtením můžeme začít i u předškolních dětí. V tomto případě poslouží pro přípravu ke komunikaci využití elektronických pomůcek. Podkladem pro výuku metody globálního čtení je učebnice První čtení, která představuje soubor obrázků s textem z mnoha oblastí života dítěte. Jednotlivé obrázky z učebnice jsou vytvořeny třikrát, nápisy jsou psané velkým tiskacím písmem. (Janovcová, 2003)

Výuka metody globálního čtení je, jak uvádí Hemzáčková, Pešková, Jiřík (1998), realizována ve třech etapách. V prvotních etapách nácvičení je slovo, které je doplněno o zobrazení konkrétního termínu. Následně dochází k analýze slova na písmena. První fáze výuky metody globálního čtení je přípravná fáze, která se hodně podobá přípravné fázi analyticko-syntetické metody. V této fázi je vhodné provádět diferenační cvičení zrakového vnímání. Při těchto cvičeních by se dítě mělo naučit rozpoznávat rozdíly, které je potom schopno využít při posuzování rozdílnosti slov jako celku, rozkládat slova na jednotlivá písmena. Nedílnou součástí přípravné etapy je porozumění a zapamatování pojmu, kdy dítě rozlišuje nakreslené obrázky, což můžeme považovat za určitou míru zobecnění.

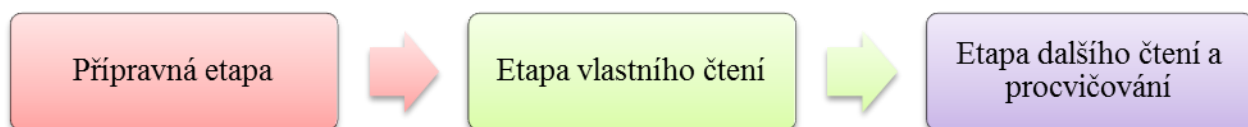



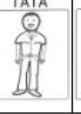















Schéma č. 5: Etapy výuky globálního čtení

Po přípravné fázi přichází na řadu etapa vlastního čtení, která má počátek v okamžiku, kdy dojde k oddělení volného obrázku od natištěného slova. Nejprve učitel čte i přiřazuje slovo, potom dítě čte a učitel vřazuje, následně dítě přiřazuje slovo i čte. Závěrem této etapy procvičujeme s různými slovy a obrázky v různých způsobech práce. Závěrečná etapa je zaměřená na další čtení a procvičování. Důležité je zapojení rodiny a každodenní čtení. (Hemzáčková, Pešková, Jiřík, 1998)

KOLÁČ		BABI TÁTA PÁN JDE ŠIJE NESE					
KOLÁČ 	MASLO 						
		PÁN			JDE.		
ROHLÍK							
ROHLÍK 	ČAJ 	TÁTA			NESE.		
SÝR							
SALÁM 	SÝR 	BABI			ŠIJE.		
							

Obr. č. 13: Přiřazování výběrem ze dvou možností a skládání vět podle vzoru

2.9 Metoda sociálního čtení

Klenková (in Vítková, 2004, s. 150, 151) vymezuje sociální čtení jako „poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zřetelná znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se vyskytují v nejbližším okolí, aniž by byly využívány čtecí dovednosti“. Tato metoda se využívá především při výuce dětí s kombinovaným a mentálním postižením. Vede své uživatele k získávání informací o okolním světě, které může osoba s postižením ihned využít ve svém životě.

Tato metoda má původ v Belgii, uvádí Bendová (2013). Do prostředí České republiky byla přivezena až v devadesátých letech dvacátého století.

Kubová (1996) uvádí, že metodu sociálního čtení můžeme užívat také u dětí, které nemají ve větší míře problémy s dorozuměním jakožto takovým. Jedná se o děti, které rozumějí, mluví, dokážou reagovat na podněty, avšak další rozvoj technického čtení je pro ně již nemožný.

Učení se sociálnímu čtení Klenková (in Vítková, 2004) dělí do tří částí. První část tvoří soubor obrázků a textů. Druhá kategorie obsahuje slova ve vztahu k piktogramům a třetí, tedy závěrečná část, se skládá ze skupiny slov ve vztahu k piktogramům. V dílčích kategoriích je důležité monitorovat, co je akční pro dítě. Na tomto aspektu závisí výběr souborů, který ale přihlíží na situace, ve kterých se dané dítě učí.



Obr. č. 14: Jednotlivé složky sociálního čtení

S výukovou metody sociálního čtení je dle Klenkové (in Vítková, 2004) vhodné započít až v době, kdy dítě začne používat několik slov. V případě, že dítě v 8 letech života nemá

vytvořené žádné, nebo jen malé čtenářské dovednosti, je vhodné s touto metodou začít. V úvahu musíme brát i vývojovou prognózu schopností daného dítěte.

Kubová (1996) rozděluje dětské čtenáře, jež mají problémem s normálním čtením, do tří kategorií. První zahrnuje děti, které se nenaučí číst nikdy, protože mají problémy s vnímáním písmen. Druhá kategorie zahrnuje děti, které mají problémy ve čtení, ale písmena poznávají a jsou schopny číst, avšak jejich čtení je bezobsažné. V tomto případě není jejich čtení funkční. Třetí skupinu tvoří dětská čtenářská skupina, která má problém v procesu čtení, které dokážou nepřetržitě rozvíjet, avšak metoda sociálního čtení jim může poskytnout více možností k nalezení cesty do společnosti.

Významem a funkcí sociálního čtení se zabývala Kubová (1996), která je shrnula následovně. Sociální čtení považuje za adaptační program pomoci postiženým, který lze aplikovat na rozličné lidi. Sociální čtení lze vyučovat v prostředí, kde jej může dítě začít hned využít. Výuka této metody umožňuje učení ve spolupráci s rodinou a následnou aplikaci přímo na rodinný život. Osoby s postižením mají díky této metodě možnost se aktivně zapojit do života a poskytuje svým uživatelům určitou míru nezávislosti. Cíl a prostředek sociálního čtení můžeme považovat za totožný.

2.10 Alternativní a augmentativní komunikace lidí s poruchou autistického spektra

Poté, co jsme v předchozí kapitole vymezili alternativní a augmentativní komunikaci, zaměříme se v následujícím textu na její využití u jedinců s poruchou autistického spektra.

Za cíl alternativní a augmentativní komunikace Pastieriková (2013) považuje umožnění komunikace jedincům s narušenou komunikační schopností. Jak vyplývá z diagnostické triády autismu, je právě u těchto poruch v různé míře narušena verbální i neverbální komunikace. Jedince s poruchou autistického spektra můžeme řadit mezi jedince s narušenou komunikační schopností.

Thorová (2008) uvádí několik poznámek upozorňující na odlišnosti v řečovém vývoji. V šesti měsících by dítě mělo reagovat sociálním úsměvem, do 12 měsíců gestikulovat a žvatlat, do 16 měsíců by jeho pozornost měly zajímavé předměty upoutat natolik, že na ně dítě ukazovákem ukáže, ve 3 letech spontánně říkat věty. V případě, že tyto činnosti dítě neprojevuje, můžeme usuzovat o abnormalitě řečového vývoje, jež by měla vést k dalšímu

vyšetření. Mezi typy vývoje řeči, u dětí s autistickými poruchami, řadíme případy, kdy dítě produkovalo první slova, avšak následně se vývoj řeči zastavil, ustupoval až do doby, než dítě přestalo mluvit. Mezi další případy řadíme takové situace, kdy dítě bylo schopno mluvit a dosud mluví s využitím pomalého progresu, u dítěte nebyla zaznamenána řeč, nebo dítě verbálně komunikovalo, ale řeč se přestala vyvíjet.

Právě alternativní a augmentativní komunikace umožňuje těmto jedincům snadnější dorozumívání se svým sociálním okolím. Umožňuje svým uživatelům vyjádřit své potřeby, pocity, žádosti, souhlasy a nesouhlasy. Nesmíme však opomenout důležitou funkci této komunikace, a to je rozvíjení a podpora sociálních vztahů, (Pastieriková, 2013).

Jelínková (2008) považuje komunikační obtíže dětí s autistickou poruchou za závažné. Pro jedincovo vzdělávání a vhodnou individuální intervenci jsou důležité dva faktory. Prvním je úroveň jedincovy schopnosti porozumět komunikaci. V tomto případě se jedná o receptivní část komunikace. Tato složka v sobě zahrnuje schopnost přiřazení správného významu vnímanému. Druhý faktor začleňuje expresivní složku komunikace, jedná se o jedincovu schopnost vyjadřování.

Porozumění vnímaných podnětů dělí Jelínková (2008) do čtyř vývojových stupňů:

1. Smyslové vnímání, při kterém dítě neinterpretuje vnímané stimuly z okolí. Pro tuto úroveň porozumění je nezbytné, aby jedincovo prostředí a činnosti měly vysokou míru strukturalizace.
2. Vnímání na úrovni prezentace představuje schopnost jedince porozumět funkci podmětu. Ovšem za splnění podmínky, že mezi předmětem a jeho funkcí existuje viditelná souvislost.
3. Vnímání na úrovni reprezentace v takové míře, že i když není funkce předmětu viditelná, je jedinec schopný porozumět i jeho vnitřní funkci.
4. Vnímání na úrovni metarepresentace umožňuje jedinci porozumět takovým informacím, jež jsou rozdílné od původního významu.

Porozumět vnímaným podnětům a následně k nim připojit správný význam považuje Jelínková (2008) za ústřední dovednost. Proto bychom u jedinců s poruchou autistického spektra jako první měli podporovat sociálně komunikativní schopnosti a sociální chování, (Vítková, 2004).

Za hlavní úkol komunikace považuje Vítková (2004) podporu jedincovy schopnosti v oblasti dialogu, při něm bude jedinec s autismem schopen v interakci s druhým člověkem

vstoupit do vztahu, právě s využitím řeči. Podpora řeči by měla probíhat vždy v kombinaci s konkrétní činností a zážitkem, protože využívání pouze formálního tréninku je pro jedince s poruchou autistického spektra nevhodné. Při přijímání verbálního sdělení jedince s poruchou je podstatné tolerovat jeho formu vyjadřování, následně ji přijmout. V závěru můžeme dítě vézt ke změně v komunikaci.

Při výběru alternativního nebo augmentativního způsobu komunikace je důležité, abychom dobře znali celkovou vývojovou úroveň dítěte a současnou úroveň porozumění, protože pro rozvoj komunikace je významné zvolit takový druh komunikace, který v dítěti bude podporovat spontánnost a nepovede jej jen k pouhému napodobování. Jelínková (2008) poukazuje na nezbytnost brát v potaz priority dítěte při výběru způsobu komunikace.

Mezi alternativní a augmentativní systémy, které se nejčastěji využívají ke komunikaci jedinců s poruchou autistického spektra Pastieriková (2013) zařazuje piktogramy, Makaton, VOKS a znak do řeči. Jelínková (2008) za nejúspěšnější alternativní a augmentativní formu komunikace u těchto jedinců považuje komunikaci, která je založena na vizuální podpoře.

3 PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Jádrem třetí kapitoly bude proniknout blíže do problematiky pervazivních vývojových poruch. Budeme se zabývat jejich definicí, klasifikací dle různých kritérií. Zaměříme se také na specifické a nespecifické projevy tohoto postižení. Vstup do této problematiky započteme citátem Vermeulena, který uvádí Jelínková (2008, s. 9): „*Autismus není nemoc, je to jiný způsob myšlení*“.

Stejně jako v jiných oblastech speciální pedagogiky, tak i v oblasti autistických poruch se setkáme s terminologickou nejasností. Můžeme narazit na označení autismus, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra. Právě tomuto označení je v České republice dáována přednost. Mezi zastaralé a do značné míry pejorativní termíny, se kterými se můžeme setkat, považujeme časný dětský autismus, infantilní autismus, autistická psychóza, autistické rysy. (Říhová, 2011)

Za jednu z nejzávažnějších poruch mentálního vývoje můžeme označit právě autismus. Tento termín, jak uvádí Pastieriková (2013) má kořeny v řeckém slově *autos*, jež překládáme jako *sám* a přípony *-ismus*, což udává *směr* či *orientaci*.

Poruchy autistického spektra zařazujeme mezi pervazivní vývojové poruchy, které můžeme považovat za nejzávažnější poruchy dětského mentálního vývoje, čemuž nasvědčuje i označení pervazivní. Termín pervazivní vykládáme jako všepronikající, což znamená, že narušení vývoje dítěte je hluboké a mnohosemné. (Thorová, 2012)

Historický vývoj termínu a současné postavení autismu

Dříve než si uvedeme několik definic autismu, přiblížíme historický vývoj této problematiky. Jak uvádí Thorová (2012), byl prvně termín autismus použit v roce 1911 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem. Využil ho k označení jednoho ze symptomů, který vyznačoval u pacientů trpících schizofrenií.

V roce 1943 profesor Leo Kanner (in Jelínková, 2008) označil samostatný syndrom jako infantilní autismus. Leo Kanner byl americký psychiatr, autor první učebnice dětské psychiatrie. Jako první na světě si povšimnul nepřiměřeného chování u skupiny 11 dětí, které si však bylo podobné, ale nedodržovalo diagnostická kritéria žádná v té době uváděné klasifikace psychických onemocnění. Svým označením, časný dětský autismus, chtěl poukázat na fakt, že tyto děti jsou osamělé, ponořené do svého vlastního světa, nezajímající se

o okolní svět, neschopné prožívat lásku a přátelství. Říhová (2011) dodává, že v současné době nemůžeme takto zobecňovat symptomy a projevy autismu, protože nejsou natolik jednoznačné.

Hans Asperger (Thorová, 2012) byl vídeňský psychiatr, který v roce 1944 nezávisle na studiích profesora Kannerova uveřejnil článek, s názvem Autističtí psychopati v dětství, kde popisoval syndrom, který se projevoval podobným způsobem. Podkladem se Aspergerovi stalo pozorování chování čtyř chlapců, které prováděl pro účely své disertační práce. U chlapců se zabýval jejich potížemi v oblasti sociálního chování, komunikace, vysokého intelektu, motorické neobratnosti a stereotypnosti zájmů. Za povšimnutí stojí ovšem fakt, že Asperger použil rovněž termín autismus pro popis chování, jako Kanner, se kterým nemohl z důvodu zuřící války přijít do styku. V roce 1949 v Amsterdamu přednesl Asperger na mezinárodním kongresu speciální pedagogiky svůj referát, ve kterém se věnoval rozdílnosti svého syndromu a autismu v Kannerově pojetí. Později bylo pro jeho syndrom ustanoveno označení Aspergerův syndrom namísto autistické psychopatie.

Autismus se stal něčím záhadným a výjimečným, proto se o něj začali zajímat odborníci na celém světě. V následujících padesáti letech prošly názory na jeho léčení, příčiny vzniku a výchovu dětí s tímto postižením prudkým vývojem. (Thorová, 2012)

Přesto že v současné době není autismus nic nového, poukazuje Mühlbacher (2004) na fakt, že tato oblast problematiky není dostatečně známa jak u laické veřejnosti, tak především u odborné veřejnosti, což se může negativně projevit na samotných klientech s poruchou autistického spektra. Může k nim být nesprávně přistupováno, v horším případě může nastat problém u diagnostiky, kdy může být jedinec mylně diagnostikován.

Po krátkém historickém vstupu do této problematiky nyní objasníme postavení autismu v klasifikaci světové zdravotnické organizace dle Jelínkové (2008, s. 11), která vychází z lékařské definice autismu, kde je řazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Autismus definuje jako „postižení, kdy vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého a kdy se postižení projeví ve všech oblastech života“. Tuto definici schválila Světová zdravotnická organizace, která vydává Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10), tak Americká psychiatrická asociace, která publikuje Diagnosticko-statický manuál (DSM – IV).

3.1 Charakteristika poruch autistického spektra a jejich zařazení

Autismus považuje Mühlpachr (2004) za celoživotní postižení jedince, které se projeví do tří let věku dítěte, ale diagnostikováno může být později. Autismus můžeme považovat za splotité postižení, které již v nejranějším dětství negativně zasáhne do vývoje komunikace dítěte, které později není schopno v mezích normy utvářet mezilidské vztahy.

Definici autismu uvádí Sinclair (in Thorová, 2006, s. 33). „Autismus není něco, co osoba má, není to žádná utilita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“

Mühlpachr (2004) uvádí, že pro jedince s autismem je svět skládkou, ale díly této skládky do sebe nezapadají. Postižení autismem jedinci zabraňuje, aby se mohl adaptovat na své životní prostředí. Jedinci sami vytvářejí pravidla pro život ve světě, kterému nerozumí. Jimi vytvořená pravidla jsou srozumitelná jen pro ně samotné.

Jak jsme uvedli, autismus řadíme mezi pervazivní vývojové poruchy, které vymezil Peeters (1998, s. 11) „Nejdůležitější charakteristikou pervazivní vývojové poruchy je fakt, že dominantní postižení se skládá z problémů v oblasti kognitivních funkcí jazyka, motoriky a sociálních dovedností.“ Označení „pervazivní porucha“ mnohem lépe vystihuje poruchu než jen slovo „autismus“. Označení pervazivní vývojová porucha pro tento druh postižení shledává jako výstižnější rovněž Mühlpachr i Jelínková, protože jedinci s touto poruchou mají problémy ve vývoji komunikace, sociálního porozumění, představivosti, porozuměním slyšeného a viděného.

Průcha, Walterová, Mareš (in Pastieriková, 2013, s. 9) vymezují autismus z pedagogického pohledu. „Vývojová porucha, která se projevuje neschopností komunikovat a navazovat kontakty s okolím. Postižený vyjadřuje svá přání a potřeby s těžkostmi a nechápe, že mu ostatní nerozumějí. Uzavírá se do vlastního světa a projevuje se jako extrémně osamělá bytost.“

Mohli bychom uvést ještě několik mnoho definic autismu, ale ve všech bychom mohli nalézt společné projevy či znaky, jež nyní shrneme dle Mühlpachera (2004). Pro autismus jsou typické omezené zájmy a stereotypní způsoby chování, kdy jedinec s poruchou špatně snáší změny, ulpívá na zvláštních předmětech nebo na činnostech, které mají nefunkční povahu, vykonává méně obvyklé rutiny. Z velké části je narušena komunikace jedince, kdy

nemusí mluvit vůbec, nebo jen bezobsažně opakovat slova či věty. Jedinec není schopen očního kontaktu, vyjádření přátelských emočních reakcí. Narušena je také hra dítěte, chybí spontánnost, tvořivost, nezájem o děti a dospělé. Doprovodným jevem autismu mohou být problémy v chování, například výbuchy vzteku, agrese, sebepoškozování. Tímto způsobem chování dítě reaguje na změnu, avšak chce pouze bezpečí ve zmateném okolním světě.

Po vymezení poruch a představení obrazu jedince s poruchou autistického spektra nyní poukážeme na zařazení jednotlivých poruch do diagnostických systémů a pokusíme se je blíže přiblížit. Mezi diagnostické systémy, které jsou všeobecně uznávané a rozšířené, můžeme považovat jednak Světovou zdravotnickou organizaci, která vydává Mezinárodní klasifikaci nemocí s působností především v Evropě, jednak Americkou psychiatrickou asociaci, jež vydává Diagnosticko–statický manuál ve Spojených státech amerických.

Mezinárodní klasifikace nemocí v rámci své 10. revize zařazuje pervazivní vývojové poruchy mezi poruchy psychického vývoje. Společným jmenovatelem těchto poruch je počátek v kojeneckém věku nebo v dětství, opoždění nebo postižení funkcí ve vývoji, jež se vztahují k biologickému zrání centrálního nervového systému a konstantní průběh bez relapsů (zhoršení stavu) a remisí (přechodné zmizení příznaků). Pervazivní vývojové poruchy nesou kód F84 a jsou charakterizovány „kvalitativním porušením reciproční sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností“.
(<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>)

Světová zdravotnická organizace řadí mezi pervazivní vývojové poruchy:

- dětský autismus (F84.0),
- atypický autismus (F84.1),
- Rettův syndrom (F84.2),
- jiná dezintegrační porucha v dětství (F84.3),
- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4),
- Aspergerův syndrom (F84.5),
- jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8),
- pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná (F 84.9).

Thorová (2012) považuje pro praxi lépe použitelné diagnostické kritéria vydávaná Americkou psychiatrickou asociací. Za její hlavní pozitiva považuje lepší vymezení,

přehlednost, srozumitelnost vzhledem k věcnému použití. Americká psychiatrická asociace v rámci Diagnosticko-statického manuálu vydaného roku 1994 vymezuje:

- Autistic Disorder – autistická porucha,
- Rett's syndrome – Rettův syndrom,
- Childhood Disintegrative Disorder – dětská dezintegrační porucha,
- Asperger Disorder – Aspergerova porucha,
- Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified – pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.

Poruchy autistického spektra zaštiťují pět různých dětských poruch. Někteří odborníci na autismus využívají termíny pervazivní vývojová porucha, porucha autistického spektra jako synonyma. Mezi tři nejčastější poruchy patří autismus, Aspergerův syndrom, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná, která je v anglické literatuře označována pod zkratkou PDD - NOS (Pervasive Developmental Disorder - Not Otherwise Specified). Tyto poruchy mají mnoho společných symptomů, ale odlišují se ve své závažnosti a důsledcích. Za nejzávažnější z těchto poruch můžeme považovat klasický autismus. Aspergerův syndrom můžeme chápat jako mírnější formu, která bývá někdy označována jako vysokofunkční autismus. Podle centra Autismus Spectrum Resource pouze 20% lidí s poruchou autistického spektra má diagnostikováno klasický autismus. Vzhledem k podobnosti příznaků nastává problém v diagnostikování jednotlivých kategorií. (Smith, Segal, Hutman, 2015)

Projevy poruch autistického spektra

Jak jsme uvedli výše, pervazivní vývojové poruchy přiřazuje Thotová (2012) k jedněm z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. U jedince s pervazivní vývojovou poruchou nacházíme postižení mozkových funkcí, přičemž je jedinec schopen sociální interakce, komunikace i fantazie. Problém nastává v okamžiku vyhodnocování informací, kdy jedinec s poruchou vyhodnocuje informace rozdílným způsobem než děti bez postižení na stejné mentální úrovni. Jedinec s pervazivní vývojovou poruchou vnímá, prožívá a chová se odlišným způsobem než většinová populace. Tyto poruchy nemůžeme diagnostikovat na podkladě výskytu několika projevů, vždy musí být přítomna určitá suma projevů ve specifických oblastech. Autismus může být součástí klinického obrazu jiného postižení, poruchy nebo nemoci, zhoršen je pouze v oblasti jejího diagnostikování.

Stejně jako je jedinečná každá osobnost, rovněž tak je každý jedinec s poruchou autistického spektra jedinečný, neexistuje žádný obraz typického člověka s poruchou autistického spektra, který bychom mohli všeobecně využívat. Tento fakt dokládá i definice autismu Williamse (in Pastieriková, 2013, s. 13). „Autismus je jediné slovo pro celou řadu kombinovaných, zásadních problémů, a proto vymezení, které platí pro jednu osobu, není použitelné pro jinou.“

Jak uvádí Pastieriková (2013) je přes rozmanitost osobností s pervazivními vývojovými poruchami a symptomů postižení pro diagnostikování poruchy nutné splnění podmínky výskytu projevů ve třech oblastech. Thorová (2012) dodává, že tyto styčné problémové

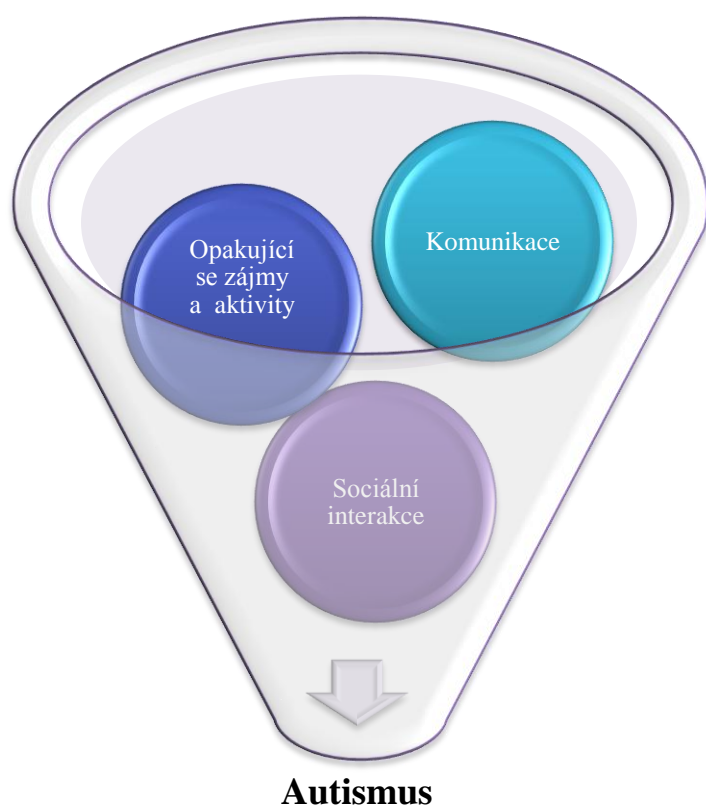


Schéma č. 6: Diagnostická triáda

oblasti vymezila v sedmdesátých letech Lorna Wingová, britská psychiatrička. Označila je jako triádu poškození. Do této triády zařadila obtíže v komunikaci, představitosti a sociálním chování. Říhová (2011) označuje tyto projevy za typické či specifické. Mimo těchto specifických projevů můžeme v klinickém obraze nalézt i další projevy, které jsou pro poruchy autistického spektra netypické neboli nespecifické a vyskytují se i u jiných postižení, narušení. Mezi nespecifické projevy řadíme poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, motorické obtíže, poruchy chování nebo úzkostné stavy.

Abychom mohli potvrdit přítomnost autismu, musí se v klinickém obraze jedince vyskytnout takové chování, které bude naplňovat šest z celkových dvanácti kritérií pro diagnostikování autismu. Mimo splnění těchto kritérií se musejí první příznaky postižení vyskytnout do tří let věku dítěte. (Říhová, 2011)

Diagnostická kritéria

Nyní se zaměříme na jednotlivá kritéria diagnostické triády. Jako první se budeme věnovat komunikaci. V oblasti narušení verbální i neverbální komunikace se musí v klinickém obrazu chování dítěte objevit alespoň jedno kritérium. Mezi kritéria v oblasti kvalitativního poškození komunikace Mühlpachr (in Vítková, 2004) řadí:

- Absenci mluvené řeči, komunikace s využitím gest a mimiky. Může se vyskytovat opožděný vývoj řeči.
- Schopnost jedince verbálně komunikovat, ale neschopnost začít konverzací, nebo jí udržet.
- Stereotypní mluvu jedince, která se opakuje.
- Nenaplnění spontánnosti, rozmanitosti, nápodoby při hře.

Říhová (2011) vymezuje nejčastěji se vyskytující obtíže ve verbální komunikaci jedinců s poruchou autistického spektra: Jedinec nekomunikuje verbálně, odpovídá většinou jednoslovně, neumí správně používat ano, ne. Otázky, které jedinec pokládá, jsou nepřiměřené jeho věku a pořád se dokola objevují. Vyskytuje se samomluva, nepřiměřený smích bez sociální reakce. V řeči jedinců se mohou objevovat echolálie, mnohomluvnost, nadměrné zobecňování slov či naopak neschopnost zobecňování, jedincům činní problémy pochopení ironie, abstraktních výrazů. Na zvuk nebo řeč může jedinec reagovat neadekvátně, může být přecitlivělý na zvukové podněty. Jedinec sám o sobě nemluví v 1. osobě jednotného čísla, ale ve 3. osobě, jeho řeč je monotónní až mechanická.

Narušení může dle Říhové (2011) zasahovat rovněž neverbální stránku komunikace. Jedinci s poruchou autistického spektra mají problémy s navazováním a udržováním zrakového kontaktu. Jejich schopnost vyjádřit emoce může být snižena až na nulový bod. Narušení zasahuje také porozumění mimice, gestům komunikačního partnera. Při komunikaci je mezi partnery velmi malá nebo naopak velká komunikační vzdálenost, narušeny jsou prozodické faktory řeči.

Pro diagnostiku autismu je posuzována představivost, zájmy a hra jedince. V této oblasti se vyskytuje do jisté míry omezený o opakující se seznam zájmů a činností. Mezi diagnostická kritéria Mühlpachr (2004) řadí:

- Jedincovu zaujatost jednou nebo více činnostmi, které jsou omezené a stereotypní. Tyto činnosti neodpovídají intenzitou nebo se vyskytuje abnormální předmět zájmu.

- Upnutí na rituály nebo specificky nefunkční rutinu.
- Pravidelně se opakující a neměnné pohybové vzorce.
- Nepřetržitý zájem o detailní části jednotlivých předmětů.

Touto diagnostickou oblastí se také zabývá Thorová (2008), Říhová (2011). Jedinec s poruchou autistického spektra má zvláštní zájmy (mapy, pohlednice, písmena). Jedinci jsou blízké aktivity, které mají řád (jízdničky, doprava). Dítě nemanipuluje s předměty podle jejich funkce, rádo s nimi hází, roztáčí. Mezi zájmy těchto dětí může patřit zavírání dveří, pouštění vody. V popředí zájmů jedinců nestojí fantazijní hry nýbrž fakta, až encyklopedické zájmy. Jedinci jsou často nadaní jednostranně, v této oblasti mohou dosahovat výborných výsledků. Častým polem jejich zájmů je astronomie, počítače, matematika, zvířata a rostliny. Jedinci s touto poruchou uplívají na určitých předmětech, hračkách či netradičních předmětech. Odloučení od těchto předmětů může v chování jedince s autismem způsobit afekt. Opakovaně a stereotypně osoba pohybuje nebo manipuluje s předměty, pokud dojde k přerušení činnosti, dochází k vlně nelibosti nebo vzteku.

Třetí a poslední diagnostickou oblast autismu tvoří vzájemná sociální interakce. V této oblasti musejí být pro potvrzení autismu vyskytovat alespoň dva příznaky, z celkových čtyř, kam Mühlpachr (2004) zařazuje:

- Neschopnost užití obecných forem vystupování – pohledy očí, výrazy tváře, gesta, pohyby těla.
- Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky.
- Narušení vnímání radosti, smutku či sdílení zájmů s ostatními.
- Nízkou míru emocionální a sociální vzájemnosti.

Tuto oblast blíže popisuje Říhová (2011), která označuje problémy v sociální oblasti typické pro jedince s poruchou autistického spektra. Thorová (2008) vymezuje vztah jedince s poruchou autistického spektra ve vztahu k lidem. Uvádí základní typy vzájemných vztahů:

- Typ osamělý, kdy elementární sociální dovednosti jedince mohou, ale nemusí být vůči blízkým osobám zachovány. Jedinec se nezajímá o své okolí, hraje si sám .
- Jedinec pasivního typu se vyznačuje pasivním přístupem k lidem, navazuje chudý krátký kontakt, ale pozitivně přijímá fyzický kontakt druhých lidí. Základním pravidlům sociální interakce nerozumí.

- Typ aktivní neboli zvláštní se projevuje nepřiměřeným aktivním navázáním kontaktu. Úzký kontakt navazují i s cizími lidmi, sociální hranice jsou pro dítě velkou neznámou.
- Formální typ jedince napodobuje chování ostatních lidí, které však vyznívá zvláštně, protože nerozumí společenským rozdílům. Naučené vzorce chování neumí modifikovat v rámci různých společenských situací.

Jedinec má problémy při zařazování se mezi vrstevníky, má obtíže při kolektivní hře, při respektování pravidel. Vyskytovat se mohou těžkosti při napodobování, kdy se jedná o nápodobu pohybů, činnosti, řeči.

3.2 Jednotlivé poruchy autistického spektra

V následující podkapitole se přesuneme od definic hlouběji do jádra problému. Přiblížíme jednotlivé druhy poruch autistického spektra, které vymezuje Mezinárodní klasifikace nemocí. K těmto poruchám klasifikace řadí dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, jinou dezintegrační poruchu v dětství, hyperaktivní poruchu spojenou s mentální retardací

a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, jiné pervazivní vývojové poruchy, pervazivní vývojovou poruchu nespecifikovanou. Uvedeme jak jejich základní charakteristiky, tak specifika.

Dříve než takto učiníme, uvedeme další možné členění autismu dle Pastierikové (2013), s nímž se můžeme setkat jak v podmínkách České republiky, tak v zahraničí. Toto dělení člení autismus na vysoce funkční, středně funkční a nízko funkční. Vysoce funkční autismus se užívá jako označení pro jedince s poruchou autistického spektra, kteří disponují inteligenčním kvocientem v normě, dosahují minimálně 70IQ. Jsou schopni integrace ve škole běžného typu, pokud je pro ně vytvořeno prostředí s využitím struktury času a činností, vizualizace a asistence. Do této kategorie osob můžeme zahrnovat asi 11 – 34% jedinců s autistickou poruchou. Nejčastěji se jedná o jedince s Aspergerovým syndromem. Do kategorie jedinců se středně funkčním autismem zařazujeme osoby, kterým bylo diagnostikováno lehké nebo středně těžké mentální postižení, jejich verbální složka je narušena ve vyšší míře a v jejich chování můžeme pozorovat časté stereotypie. Do třetí kategorie, nízko funkčního autismu, zahrnujeme jedince s těžkým až hlubokým mentálním postižením, kteří projevují vztah ke stereotypu, opakovanému chování a obtíže při navazování sociálních kontaktů.

3.2.1 Dětský autismus

Dětský autismus, který bývá někdy dle Pastierikové (2013) označován jako Kannerův autismus, podle svého objevitele, nacházíme v různých podobách. Stupeň závažnosti poruchy se vyskytuje od mírné formy, která má menší spektrum symptomů až po těžké formy, vyznačující se velkým množstvím symptomů. Pro svůj historický původ bývá právě dětský autismus chápán jako těžiště poruch autistického spektra. Dětský autismus se projevuje ve všech oblastech diagnostické triády, ke kterým se mohou přidružovat další nespecifické symptomy, jako je fobie, poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku, agrese, obtíže při tvoření myšlenkových koncepcí. Vzhledem k vývoji jedince a jeho postupnému stárnutí může docházet k proměně specifického obrazu deficitů. Hrdlička (in Pastieriková, 2013) poukazuje na přidružující se postižení k dětskému autismu, nejčastěji se jedná o mentální retardaci a to až ve dvou třetinách.

Pro diagnostikování dětského autismu (F84.0) je zapotřebí naplnění několika diagnostických kritérií, které uvádí Mezinárodní klasifikace nemocí (in Thorová, 2006).

- I. Projevy autismu se musejí ukázat, ještě než dítě dosáhne tři roky věku.
- II. Dochází ke kvalitativnímu narušení sociální interakce, které se projevuje jako:
 - nepřiměřené vyhodnocování společenských emočních situací,
 - nedostatečná odpověď na emoce lidí z okolí,
 - nedostačující přizpůsobení se jedince s poruchou sociálnímu kontextu,
 - omezené používání sociálních signálů,
 - absence dovedností sloužící k projevu sociálně-emočních reciprocit,
 - slabost integrity sociálního, emočního a komunikačního chování jedince.
- III. Kvalitativní narušení komunikace se projevuje jako:
 - nedostatečné sociální užívání řeči v nezávislosti na úrovni jazykových schopností,
 - oslabení sociálně napodobivá a fantazijní hry,
 - nedostačující vzájemnost a synchronizace v komunikaci,
 - omezení schopnosti přizpůsobovat se v jazykovém vyjadřování,
 - nedostatek poměrné velikosti pro tvořivost a fantazii v myšlení,
 - absence emoční reakce na přiblížení jiných lidí na přátelské úrovni,

- narušení využívání řečových důrazů sloužících k modulaci komunikace a tempo komunikace,
- omezení zvýraznění komunikace z důvodu nedostatečného užívání gestikulace.

IV. Čtvrtou oblast narušení tvoří omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity, projevující se následovně:

- nepřizpůsobivost a rutinní chování v mnoha oblastech každodenního života,
- specifické ulpívá na předmětech, které jsou vzhledem k věku dítěte netypické,
- přimykání dítěte na rutinu a vykonávání specifických rituálů,
- stereotypní zájmy jedince, které se stále opakují,
- projevy stereotypie v pohybových vzorcích,
- zájmy dítěte tvoří nefunkční prvky předmětů,
- projevy nelibosti dítěte, pokud dochází ke změnám v průběhu běžných činností, či v podrobnostech osobního prostředí.

3.2.2 Atypický autismus

Říhová (2011, s. 14) vymezuje atypický autismus jako „kategorii vzniklé na základě potřeby zařadit pod diagnózu osoby, které se projevují jako autistické, ale naplňují zcela kritéria pro dětský autismus“. Thorová (2006) k této definici přiřazuje skutečnost, že v klinickém obrazu jedince můžeme nalézt mnoho specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních projevů, které mají rovněž i jedinci s autismem. Některým jedincům s diagnózou atypického autismu bylo sděleno, že se v jejich chování vyskytují autistické rysy nebo autistické sklony, (Thorová, 2008).

V současné době není vymezený klinický obraz jedince s atypickým autismem, stejně jako hranice pro jeho stanovení. Thorová (2008, s. 17) říká, že oprávněné užití atypického autismu je „pokud ve vývoji zjistíme závažné a pervazivní narušení reciproční sociální interakce, verbálních i neverbálních komunikačních dovedností nebo přítomnost nefunkčního opakujícího se chování, zájmů či aktivit“.

K diagnostikování atypického autismu dochází v případech, kdy jsou symptomy typické pro autismus zaznamenány až po třetím roce života jedince. Příznaky se vyskytují ve všech oblastech diagnostické triády, avšak způsob vyjádření, síla a četnost výskytu nejsou dostatečná pro diagnostická kritéria. Dále může nastat případ, kdy se projevy narušení

nacházíme ve dvou oblastech diagnostické triády a třetí oblast je v pořádku. Atypický autismus může být diagnostikován rovněž v případě autistické chování v podobě symptomů jednoznačně typických pro autismus přiřčeným k těžké a hluboké mentální retardaci. (Thorová, 2012, 2008)

3.2.3 Aspergerův syndrom

Aspergerův syndrom, někdy nazývaný jako sociální dyslexie, poprvé popsal vídeňský psychiatr Hans Asperger před více než padesáti lety. Projevy vymezující Aspergerův syndrom uvádí Vomisk, Bělohávková (in Pastieriková, 2013, s. 45). „Duševní vývoj je narušený, podobně jako u dětského autismu v oblasti sociální interakce, komunikace a představitosti. Sociální dovednosti jsou výrazně omezené a jsou doprovázeny opožděnou citovou zralostí. Typickým rysem tohoto syndromu je nerovnoměrné rozložení schopností.“ Aspergerův syndrom se častěji vyskytuje u chlapců, a to v poměru 8:1, jak uvádí Thorová (2012).

Potíže v komunikaci a sociálním chování, které neodpovídají dobrému intelektu a řečovým schopnostem dítěte jsou ústřední pro diagnostikování Aspergerova syndromu. Jedinci trpící touto poruchou mají obtíže při vytváření vztahů s lidmi, pochopení mimoslovní komunikace bývá pro ně velmi obtížné. Výrazy obličejové a pohyby rukou jsou u jedinců s Aspergerovým syndromem omezené, jedinci mívají neobvyklé zájmy, mohou nepříznivě reagovat na změny. Pro tyto jedince je typický zcela specifický způsob uvažování a logiky. (Thorová, 2008)

U dětí můžeme dle Thorové (2008) zaznamenávat mírně opožděný vývoj řeči, který se ale do pěti let věku vyrovná. Nicméně jejich promluva může působit zvláštním dojmem, přesto, že dítě mluví plynule, bez výslovnostních vad a s kvalitní slovní zásobou. Řeč dětí s Aspergerovým syndromem je výrazně mechanická, šroubovitá. Vzhledem k jednotlivým jazykovým rovinám je nejvíce narušena pragmatická rovina, jejich řeč neodpovídá sociálnímu kontextu dané situace.

Diagnostická kritéria pro Aspergerův syndrom uvádí Thorová (2012). Rozděluje tyto kritéria do pěti oblastí:

1. Kvalitativní narušení sociální interakce je stejné jako pro jedince s dětským autismem.
2. Opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity, které jsou totožné s autismem.

3. Narušení v oblasti sociálního a profesního fungování i v mnoha jiných oblastech životního působení.
4. Neopožděný vývoj řeči. První slova je vyskytují před druhým rokem dítěte, před třetím rokem se objevují věty s komunikačním významem.
5. Nenarušený intelekt. Věku jsou přiměřené sebeobslužné dovednosti, adaptivní chování, vyjma sociálního chování a explorativní chování, je motivováno zvědavostí.

Děti s Aspergerovým syndromem mají obtíže při začleňování se do kolektivu vrstevníků. Pevné přátelské vztahy vytvářejí jen v ojedinělých případech. Obtíže nastávají při chápání společenských pravidel. Za překonaný můžeme považovat názor, že tito jedinci nejsou schopni prožívat vyšší city. (Thorová, 2008)

3.2.4 Jiná dezintegrační porucha v dětství

Thorová (2012) uvádí, že tato porucha byla poprvé popsána Theodorem Hellerem, rakouským speciálním pedagogem, v roce 1908. Tehdy uveřejnil případy šesti dětí, které se do tří let věku vyvíjely uspokojivě, ale mezi třetím a čtvrtým rokem nastal útlum jejich vývoje a nástup těžké mentální retardace.

Nástup mentální retardace v kombinaci s autistickým chováním je typický pro tuto poruchu minimálně po dvou letech normálního vývoje. Po období regrese může v některých případech dojít ke zlepšování narušených dovedností, nikdy však se narušení jedincových schopností nevrátí do původního stavu a nedosáhnou normy. Thorová (2012)

Obtíže jedince zasahují v komunikační sféře, při hře, sociálních dovednostech. V některých případech může z důvodu této poruchy dojít ke snížení úrovně motoriky či sebeobslužných činností. Jiná dezintegrační porucha může jedince postihnout náhle, nebo může mít postupný nástup v období až několik měsíců. Poruchu může doprovázet několik jiných projevů, kam můžeme zařadit záchvaty vzteku, emoční labilitu, poruchy spánku, hyperaktivitu, úzkost, poruchu plynulosti a souhry volných pohybů, celkových pohybů. Mezi další projevy můžeme zařadit neobvyklé odezvy na sluchové podněty nebo neobratnou zvláštní chůzi. (Thorová in Pastieriková, 2013)

3.2.5 Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby

Tuto poruchu vymezuje Pastieriková (2013, s. 43) jako „vágně definovanou poruchu, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyb a/nebo sebepoškozování“. Dodává možnou náhradu hyperaktivity za hypoaktivitu, což není symptomem hyperkinetické poruchy.

Diagnostická kritéria dle Mezinárodní klasifikace nemocí vymezuje Thorová (2012) do pěti oblastí. V klinickém obrazu jedince se musí vyskytovat motorická hyperaktivita těžkého typu, opakující se stereotypní vzorce chování a činností, pokles inteligenčního kvocientu pod 50, nenarušení sociální oblasti typické pro autistické poruchy. Porucha nesmí splňovat diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkinetickou poruchu.

3.2.6 Rettův syndrom

Thorová (2008) uvádí, že se jedná o syndrom, jež je doprovázen neurologickými postiženími těžkého stupně. Rettův syndrom zasahuje somatickou, motorickou a psychickou stránku jedince s postižením. První zmínky o tomto syndromu pocházejí z roku 1965. V tomto roce rakouský neurolog Andreas Rett uveřejnil zprávy 21 dívek, které spojovaly totožné symptomy. Tento syndrom je možné v rámci laboratorního genetického vyšetření diagnostikovat od roku 2001 i v České republice, kde se ročně narodí 5 až 6 dívek s tímto syndromem. (Pastieriková, 2013)

U poruch autistického spektra je příčina neznámá, výjimku tvoří ale Rettův syndrom, který je dle výzkumů zapříčiněn geneticky. Thorová (2008) za příčinu označuje genovou mutaci v raménku chromozomu X.

Mühlpachr (2004) poukazuje na fakt výskytu tohoto syndromu pouze u dívek, protože u chlapců tento syndrom nebyl popsán. Raný vývoj jedince probíhá v mezích normy jen do období půl roku až dvou let. V toto období nastává neúplný nebo celkový úbytek dovedností verbálního a manuálního charakteru v kombinaci se zpomalením růstu v oblasti hlavy.

V rozmezí mezi 7. – 24. měsícem života jedince můžeme zaznamenat propuknutí tohoto onemocnění. Rettův syndrom se projevuje narušením funkčnosti horních končetin, pohyby jsou stereotypního a kroutivého charakteru. Při pohybu jsou paže ohnuty před bradou či

hrudníkem. Mezi další symptomy postižení zařazujeme opakované poruchy močení a vyměšování, vlhčení rukou pomocí slin, hypoventilaci, opožděný vývoj řeči, narušení sociální oblasti, hypotonické méně koordinované pohyby, chůzi na široké bázi. (Říhová, 2011) Projevy syndromu mohou být dle Thorové (2008) velmi variabilní, protože existuje velké množství podob Rettova syndromu.

V pozdějším věku se k syndromu přidružují další onemocnění, mezi které Mühlpachr (2004) řadí epilepsii, vybočení páteře, rigidní spasticitu, hlubokou mentální retardaci. Většina dívek s Rettovým syndromem se není schopna naučit ani jednoduchým pohybům, protože to nedovolují opakující mycí pohyby rukou v kombinaci s jinými stále se opakujícími pohyby rukou.

3.2.7 Jiná pervazivní vývojová porucha

Mezi jedince s touto poruchou můžeme zařadit ty, kteří jsou limitováni obtížemi v některých oblastech vývoje, jež mohou být natolik závažné povahy, že je omezují v běžném životě, a to v několika oblastech, ale nespĺňují diagnostická kritéria pro autismus. Thorová (2008) uvádí symptomy značící jinou pervazivní vývojovou poruchu. Mezi tyto signalizující obtíže řadí úzkost, nepozornost, hyperaktivitu, nerovnoměrný vývoj, emoční a sociální nezralost těžkého stupně a problémy s řízením efektivity.

Thorová (in Pastieriková, 2013) rozlišuje jedince patřící do této kategorie do dvou oddílů. Do prvního můžeme zařazovat děti, jedince, kteří mají nízký počet autistických příznaků, avšak trpí poruchami aktivity a pozornosti, vývojovou dysfázií, mentální retardací a nerovnoměrným rozvinutím kognitivních schopností. Úroveň komunikace, hry a sociální interakce je narušena do míry srovnatelné s jedinci s autismem. Druhou kategorií tvoří děti mající ve výrazné míře narušenou představivost, přičemž komunikace a sociální chování s autismem už tolik totožné není. I tak mají tyto děti problémy při rozlišování mezi skutečností a fantazií, v poli jejich zájmu jsou určitá témata, kterými se intenzivně zaobírají.

3.2.8 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná je kategorie, do které můžeme zařadit jedince, které pro minimum informací, diagnostických nálezů nemůžeme zařadit do jiné kategorie pervazivních vývojových poruch vymezující Mezinárodní klasifikací nemocí.

Ve třetí kapitole pojmenované Poruchy autistického spektra nalezneme nejprve vymezení poruch autistického spektra a krátký úvod do historie těchto poruch. Následně je v této kapitole zobrazen rozdíl mezi druhy autistických poruch vymezených Mezinárodní klasifikací nemocí s porovnáním s Americkou psychiatrickou asociací, diagnostická kritéria autismu a jeho projevy. Naši pozornost jsme věnovali diagnostickým kritériím autismu, projevy autismu, neopomenuli jsme vymezení poruch autistického spektra a jejich bližší objasnění. Závěr této kapitoly bude patřit strukturovanému učení, jakožto metodice pro výuku jedinců s poruchou autistického spektra. Touto metodikou se budeme zabývat v následujícím textu.

3.3 Strukturované učení

Jako metodiku pro výchovu a vzdělávání jedinců s poruchou autistického spektra Čadilová, Žampachová (2008) označují Strukturované učení. Toto učení nachází východiska v Teacch programu a Loovasově intervenční terapii. Za společný základ zmíněných přístupů považujeme behaviorální a kognitivně-behaviorální intervenci. Změna vnějších předpokladů pro učení a chování je typická pro behaviorální intervenci, oproti tomu proměna jedincova myšlení v kombinaci se změnou vnějších předpokladů učení a chování je charakteristická pro kognitivně-behaviorální terapii.

Teacch program můžeme volně přeložit jako léčbu a vzdělávání autistických a podobně handicapovaných dětí. Tato zkratka je odvozena od anglického názvu programu, který zní (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children. Mesilov, Shea, Schopler (2004) vymezují Teacch program jako klinickou službu a profesionální tréninkový program, založený na univerzitě v Severní Karolíně v městě Chapel Hil, který přispívá k evidenci základů autistické intervence. Program založil v roce 1972 Ph. D. Eric Schopler. V současné době program zahrnuje 9 regionálních center v Severní Karolíně, které poskytují klinické služby lidem různého věku s autismem. Ředitelé center jsou všichni členové univerzity v Chapel Hil a zapojují se do aktivit společných pro jedince s autismem. Mezi tyto aktivity patří přímá práce s jedincem, vyhledávání jedinců s autismem, a spolupráce s dalšími organizacemi nabízejícím služby pro tyto jedince.

Thorová, Semínová (2007) dodávají, že tato metodika vznikla jako důsledek názorů nevzdělavatelnosti jedinců s autismem. Na vzniku se podíleli jak rodiče dětí s autismem, tak odborníci, ve vztahu vzájemné spolupráce

V České republice je Teacch programu rovněž používá, jako prototypní program při práci s jedinci s autistickou poruchou v každém věku jejich života, ale využíváme označení strukturované učení. Plánování nebo předvídaní činností je pro jedince s autismem velmi těžké, v některých případech až nemožné. Právě z tohoto důvodu je podstatné mít na paměti, že právě jedinci s autismem vyžadují vysoký rozsah předvídatelnosti. (<http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>)

Ke vzdělávání dětí a jedinců s autismem byla strategie strukturovaného učení navržena. Můžeme říci, že se jedná o metodiku výchovy a vzdělávání autistů. Tento program jedincům dopomáhá ke snazšímu porozumění očekávání vyplývajících z okolí. Strategie předpokládá vznik srozumitelného prostředí, které bude dětem přispívat k dosažení úspěchu. Dítěti poskytuje obraz kvantity úkolů i jejich zakončení, díky tomu není jedinec tolik unavený a práce se pro něj nestává zátěží. Jádrem strukturovaného učení je využívání individuálních schopností každého dítěte, metod alternativní a augmentativní komunikace, výcvik sebeobsluhy a samostatnosti. K tomu je zapotřebí značná míra spolupráce rodinných příslušníků. (<http://www.autistickedite.cz/strukturovane-ukoly>)

Zdůvodnění používání strukturovaného učení vymezuje Jelínková (2008, s. 91), protože se jedná o program, který „plně respektuje skutečnost, že u dětí s autismem nestačí jen zjednodušit kurikulum, ale je třeba respektovat i kvalitativní aspekty postižení a najít specifický způsob výkladu učební látky“. Autorka rovněž vytyčuje klíčové zásady při používání Teacch programu, mezi něž patří:

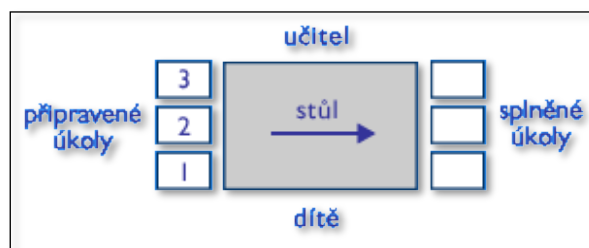
- komunikace s využitím zrakové kontroly,
- rozeznávání a následné rozvíjení naznačených dovedností,
- pevná struktura pracovního postupu, času a prostoru,
- osobitý přístup na podkladě individuální klasifikace,
- těsná součinnost se zákonnými zástupci,
- náprava problémového chování a rozvoj schopností s využitím pozitivního přístupu,
- celková a provázaná nabídka služeb.

Čadilová, Žamachová (2008) dodávají, že během uplatňování zákonitostí strukturovaného učení je nutné dodržovat elementární pravidlo nastavující systém práce ve směru zleva doprava a shora dolů.

Mezi základní principy strukturovaného učení může považovat dle Thorové, Semínové (2007) individualizaci, strukturalizaci a vizualizaci. Princi individualizace vychází z předpokladu, že každý jedinec s autismem je jedinečný a také autisté se vzájemně od sebe odlišují. Různorodost můžeme spatřit jak v symptomech, tak ve schopnostech percepčního charakteru, komunikace, temperamentu, osobnostních předností a schopností.

Strukturalizace dává možnost, aby jednotlivé činnosti, které jedinec během dne provádí, mohly být rozřazovány na dílčí kroky. Ty jsou následně krok za krokem nacvičovány, ale konečný výsledek této činnosti obsahuje zvládnutí komplexní činnosti. Strukturalizace jedinci odpovídá na dotazy typu kde, kdy, co, jak dlouho, jak a proč. Strukturalizace poskytuje oporu předvídatelnosti souvislostí mezi činnostmi, místem, chováním. V praxi se setkáváme se strukturou prostoru pro činnost, práci a učení. Strukturou času, především prostřednictvím denních programů. Strukturou činností, která objasňuje otázku jak dlouho. Místo pro práci rozdělujeme do tří bloků, kdy levý úsek zahrnuje zadané úkoly pro vykonání, ve středu se nacházejí právě prováděné úkoly, pravá strana místa je určena pro již uskutečněné úkoly.

(<http://www.autistickedite.cz/strukturovane-ukoly>)



Obr. č. 15: Návrh pracovního místa

Vizualizace dává jedincům s autismem možnost, aby se lépe situovali v čase. Typy vizuální podpory určujeme dle míry schopnosti jedince porozumět abstraktním pojmům. K vizualizaci můžeme využít konkrétní předměty, fotografie, piktogramy, piktogramy s nápisem, nápis, psaný rozvrh nebo diář. (<http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>)

Kapitola poruchy autistického spektra byla zaměřena nejen na vymezení termínu autismus, nebo pervazivní vývojová porucha a charakteristiku dílčích poruch tohoto spektra. Umožnila nám nahlédnout do historie poruch autistického spektra, nebo pohlédnout na specifické a nespecifické symptomy autismu. V této kapitole nalezneme výčet poruch vycházející z české Mezinárodní klasifikace nemocí a Americké psychiatrické asociace. V neposlední řadě jsme se zaměřili na metodiku využívanou při práci s žáky s poruchou autistického spektra, známou pod názvem Teacch program neboli strukturované učení.

II PRAKTICKÁ ČÁST

Od teoretické části této diplomové práce se nyní přesuneme k praktické části, ta bude rozčleněna do dvou celků. První celek bude plnit první cíl diplomové práce, budou jej tvořit kazuistiky dětí s některou s poruch autistického spektra a malou ukázkou konkrétních pomůcek. Kazuistiky autorka práce sestavovala s písemným souhlasem zákonných zástupců o povolení nahlédnutí do karet jednotlivých dětí ve školských zařízeních. Protože rodiče nejsou, dle zákona o poskytování poradenských služeb, povinni školám poskytovat zprávy z odborných vyšetření, nebyly informace o dětech vždy ucelené. Autorka práce se setkala s případem, že rodiče souhlasili s nahlédnutím pouze do některých zpráv o vyšetření jejich dítěte. S dětmi, jejichž případy jsou popsány v kazuistikách, měla autorka práce možnost osobně pracovat.

Druhá část praktické části bude mít kvantitativní charakter, jedná se o plošné šetření nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra, což je druhý cíl praktické části práce. Na základě dotazníku o čtyřech položkách bude autorka práce zhodnocovat jaký typ alternativní a augmentativní komunikace je u jednotlivých kategorií poruch autistického spektra nejčastěji využíván a jaké pomůcky na bázi alternativní a augmentativní komunikace děti ve výchovně – vzdělávací procesu využívají.

Při tvorbě praktické části této diplomové práce budeme vycházet z části teoretické, kde jsme si objasnili jednotlivé typy poruch autistického spektra a dílčí systémy alternativní a augmentativní komunikace, které se v našich podmínkách nejčastěji využívají.

4 CÍL A POSTUP PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Praktická část této diplomové práce se bude zakládat na provázanosti jednotlivých systémů alternativní a augmentativní komunikace s konkrétními případy dětí s poruchou autistického spektra.

První polovina práce bude obsahovat kazuistiky několika dětí s poruchou autistického spektra. Ty budou obsahovat informace rodinného a osobního charakteru, výsledky odborných vyšetření, informace vypovídající o školních a sociálních schopnostech, dovednostech. Součástí bude také popis vývoje a současného stavu komunikace, popř. způsoby alternativní a augmentativní komunikace, které jednotliví žáci používají. Kazuistiku můžeme dle Maňáka, Švece, Švece (2005) označit také jako případovou studii, která může popisovat jednotlivé případy se zaměřením na jednotlivce, skupiny lidí nebo instituce. Kazuistika jako metoda má funkci heuristickou, ilustrační a verifikační, lze ji využít jako pomoc a pro srovnávání s podobnými případy.

Metody šetření, které autorka při práci využila, popis výzkumného vzorku, s nimiž autorka práce spolupracovala při zodpovídání krátkého dotazníku, popíšeme ve druhé polovině práce. Závěr bude patřit zhodnocení výsledků anketních lístků pomocí tabulek a grafů, ve kterých bude možno shlédnout, jaký typ alternativní a augmentativní komunikace je nejčastěji využíván u dětí s konkrétní poruchou autistického spektra. Nebude chybět diskuse a doporučení pro praxi.

Při šetření autorka práce využila skupinový výběr – zaměřila se na zkoumání nejvíce využívaného způsobu komunikace u dětí s poruchou autistického spektra individuálně integrovaných nebo vzdělávaných v základních školách speciálních. Zkoumání probíhalo ve školách a školských zařízeních převážně na území Moravy.

Chráška (2007) uvádí, že první v posloupnosti pedagogického výzkumu je stanovení problému, následuje formulace hypotézy a testování hypotézy, poslední fází je vyvození závěrů a jejich prezentace.

Po stanovení problému, přejdeme na formulaci hypotéz. Chráška (2007) vymezil základní pravidla pro jejich formulaci, kdy hypotéza má formu oznamovací věty, má vyjadřovat vztah mezi proměnnými, jež musejí být měřitelné. Maňák, Švec, Švec (2005) doplňují fakt, že hypotézy musí splňovat podmínku testovatelnosti, tedy to, že proměnné musí jít změřit či

kategorizovat. Mezi jednotlivými proměnnými se v hypotézách vyjadřují rozdíly, vztahy nebo následky.

Hypotézy:

H_A: Nejčastěji využívaným typem alternativní a augmentativní komunikace dětí s poruchou autistického spektra jsou VOKS a piktogramy

H₀: VOKS a piktogramy nejsou nejčastěji používaným systémem alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra

Cílem praktické části je:

- popsat obraz jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a způsob jejich komunikace;
- plošné šetření nepoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

4.1 Metody šetření

Metody šetření, nebo-li metody sběru dat, Emanovský (2013) označuje jako metody empirické, můžeme je označit jako způsob, s jehož využitím můžeme čerpat v terénu data. Při použití jakékoliv metody šetření pracujeme současně s určitým výzkumným nástrojem, který je ovlivněn samotným výzkumníkem, protože ten si je připravuje sám pro smysl vlastního výzkumu, nebo může využít již hotového výzkumného nástroje. Za konkrétní příklad v našem případě můžeme považovat dotazník, který autorka práce připravila.

Kazuistiky dětí s poruchou autistického spektra byly vytvořeny s využitím metody pozorování, studia dokumentace, rozhovoru s třídními učitelkami žáků, speciálními pedagogy či zákonnými zástupci dětí. Studium dokumentace probíhalo s písemným souhlasem zákonných zástupců žáka.

Pro kvantitativní sběr dat byla využita metoda dotazníku, který vyplňovali buď třídní učitelky žáků s poruchami autistického spektra individuálně integrovaných, ve školách zřízených pro tyto žáky, nebo speciální pedagogové, či zákonní zástupci žáků s poruchami autistického spektra.

4.1.1 Pozorování

Pozorování je dle Chráska (2007, s. 151) nejrozšířenější metodou, kterou definuje jako „sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj.“.

Vašek (in Valenta, Müller, 2007, s. 63) uvádí formulaci speciálně pedagogického pozorování. Jedná se o „diagnostickou metodu označující specifický druh vnímání a myšlení, zaměřenou na diagnostikovanou osobu nebo jev a jehož cílem je rozpoznat nejvýznamnější znaky a vlastnosti, stejně jako příčiny, které tyto znaky nebo vlastnosti vyvolaly“.

Předmět pozorování vymezuje Maňák, Švec, Švec (2005), kdy se může jednat jak o samotného pozorovatele, v tomto případě můžeme tento druh pozorování označit jako introspekci, tak o osoby, jevy, předměty s nimiž osoby provádějí činnosti. Existuje několik druhů pozorování, na které se v následujícím textu zaměříme. V praxi často dochází ke kombinaci jednotlivých druhů pozorování.

Zelinková (2007) uvádí klasifikaci pozorování dle několika kritérií. Prvním z nich je délka pozorování, na jehož základě můžeme pozorování rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé, přičemž krátkodobé pozorování může zavdat důvod k dlouhodobému pozorování. Chráska (2007) publikuje rozmezi krátkodobého a dlouhodobého pozorování, kdy za krátkodobé pozorování můžeme považovat takové, které trvá méně než jednu hodinu. Další dělení pozorování je na náhodné a systematické, které dává pozorovateli možnost vytvoření určitého přehledu, hodnocení. Chráska (2007) předkládá další druhy pozorování. Jedním z nich je dělení dle osoby, která pozorování provádí. V tomto případě můžeme pozorování rozdělit na introspekci, neboli sebepoznání a extrospekci, poznávání druhých lidí. Dále uvádí dělení na standardizované a nestandardizované. Za standardizované můžeme označit takové pozorování, které je cílené, systematické, objektivní pozorování takových jevů, které nebyly vyvolány osobností pozorovatele. Valenta, Müller (2007) dodávají další druhy pozorování. Dle prostředí, ve kterém pozorování probíhá, rozpoznáváme pozorování terénní a laboratorní. Na základě přítomnosti pozorovatele vytyčují pozorování přímé a nepřímé. Zaměřenost pozorování se odráží v druhu pozorování, kdy můžeme pozornost věnovat detailům, jedná se o pozorování molekulární, a pozorování zaměřené komplexně, takto zaměřené pozorování návazné molární.

Aby pozorování bylo účelné, je třeba dodržet určité postupy, které vytyčuje Chráska (2007). Je důležité stanovit, co chce pozorovatel pozorovat – objekt pozorování, co chce

pozorovatel zjistit – cíl pozorování, jak chce pozorovatel dosáhnout cíle – organizovanost pozorování a v neposlední řadě jak to chce pozorovatel zachytit – přesný záznam pozorování.

I když se může zdát, že využití metody pozorování je velmi jednoduché, protože se jen na jedince díváme a zapisujeme si poznámky k jeho chování, není tomu tak. Pozorování je složitá metoda, která klade velké požadavky na pozorovatele, který se musí vyhnout několika chybám, ke kterým metoda pozorování vybízí. Těmito chybami v pozorování se zabývá Chrásková (2007). Řadí k nim haló efekt, předsudky, logickou chybu, stereotypizaci a analogii, tradice, shovívavost pozorovatele.

4.1.2 Rozhovor

Maňák, Švec Š., Švec V. (2005) rozhovor označují jako interview. Řadí tuto metodu ke starším, ale zato často využívaným výzkumným metodám. Musilová (2012, s. 13) vymezuje rozhovor jako „techniku systematického poznávání zkoumaného jedince“. Dle časového sledu zjišťovaných informací můžeme rozlišit rozhovor anamnestický, zaměřený na jedincův předchozí vývoj, diagnostický, zjišťující současný stav jedince a rozhovor prognostický, zaměřený na budoucí vývoj. Vašek (1991 in Valenta, Müller) označuje diagnostický rozhovor za záměrnou komunikaci verbálního nebo neverbálního charakteru, cílenou na zjištění dostatečného množství informací sloužících pro podklad diagnózy.

Rozhovor a dotazník mají mnoho společného. Jejich společným jmenovatelem jsou otázky, které mohou být v obou případech uzavřené, polouzavřené nebo otevřené. (Valenta, Müller, 2007)

Při vedení rozhovoru uvádí Svoboda (2001, in Valenta, Müller) několik doporučení. Během rozhovoru dáváme komunikačnímu partnerovi najevo, že mu nasloucháme, snažíme se sdělení zachytit, a objasnit i nepřímě vyslovené myšlenky klienta. Je vhodné využít techniku parafrázování, při které přeformulujeme výpověď komunikačního partnera, interpretace, kdy bezprostředně tlumočíme klientovu výpověď. Využít můžeme ujišťování, sloužící k odstranění komunikační nejistoty, nebo využíváme pomlku, poskytující dostatek času pro domyšlení řečeného.

V této diplomové práci autorka využila částečně strukturovaný rozhovor, jehož hlavní body byly jednotlivé položky dotazníku, které učitelkám, popř. rodičům zadávala. Oni sami potom volně hovořili o alternativní a augmentativní komunikaci jejich žáků, popř. dětí.

Metodu rozhovoru autorka práce využila i při koncipování kazuistik. V těchto případech byl rozhovor volný. Učitelé či rodiče volně hovořili o vývoji svých dětí, jejich stávajících schopnostech, kdy autorka práce čteně využívala techniku parafrázování a ujišťování. Autorka práce odpovědi zaznamenávala do dotazníkových lístků, popř. na archy, které následně zpracovávala do kazuistik jednotlivých dětí.

4.1.3 Anamnéza

Anamnéza je další z metod šetření, jež autorka využila při tvorbě praktické části této diplomové práce. Anamnéza je, jak říká Zelinková (2007), metoda umožňující získání informací o dosavadním životě jedince. Takto zjištěné informace mohou být důležité pro objasnění současného stavu jedince. Můžeme rozlišit několik druhů anamnézy dle zaměření, osobní, rodinnou, školní.

Valenta, Müller (2007, s. 62) podotýkají, že původně byla anamnéza považována za medicínskou metodu, orientovanou na vzpomínání na období před chorobou. V současné době anamnézu používají i jiné nemedicínské obory jako je pedagogika, psychologie, speciální pedagogika. Anamnézu je dle autorů „metoda, kde diagnostik získává od klienta, jeho rodičů, a dalších odborníků formou rozhovoru nebo dotazníku údaje relevantní problémům klienta a pomáhající tyto problémy vysvětlit“.

Ve speciální pedagogice využíváme anamnézu rodovou, zaměřenou na jiné členy rodiny. Perinatální anamnéza poskytuje informace o jedinci v době nitroděložního vývoje. Zdravotní, výchovná a vývojová anamnéza obsahuje důležité mezníky v období vývoje jedince, můžeme zahrnovat údaje o řečových dovednostech a motorických schopnostech. Podstatná je i rodinná anamnéza zjišťující údaje o rodinném zázemí jedince.

4.1.4 Dotazník

Maňák, Švec Š., Švec V. (2005) definují dotazník jako metodický nástroj využívaný k výzkumu, průzkumu nebo vývoji. Kladené otázky mají písemnou podobu. Zadavatel získá během krátkého časového úseku velké množství písemných odpovědí. Valenta, Müller (2007, s. 66) považují dotazník za „interview předložené v písemné podobě“. Nevýhodu ovšem spatřují v menší pružnosti dotazníku, ve vhodné formulaci otázek pro klientovo pochopení zadávané otázky. (Zelinková 2007)

Dle Svobody (2012) můžeme jednotlivé položky v dotazníku dělit na otevřené, polouzavřené a uzavřené. Dále uvádí, že v polytomických položky, můžeme rozdělit na výběrové a výčtové.

Při koncipování položek dotazníku bychom měli dodržet základní požadavky. Tyto požadavky shrnul Chráska (2000, in Valenta, Müller). Formulace položek má být jasná a srozumitelná, tak aby respondent zaznamenal pouze jednu možnost výkladu, zároveň by neměly být návodné. Rozsah dotazníku by měl být úměrný. Před vyplněním dotazníku musíme respondentovi poskytnout pokyny pro jeho vyplnění.

Pro zhotovení praktické části této diplomové práce autorka využila krátký dotazník o čtyřech položkách. První a druhá otázka byla uzavřená. V případě toho výzkumu budou položky výčtové, protože učitelky dětí, budou moci vybrat více možností. Třetí a čtvrtá otázka byla otevřená, kde se respondenti mohli rozepsat o způsobu komunikace dětí s poruchami autistického spektra dle svého uvážení.

5 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Kazuistiky dětí byly vytvářeny dle reálných informací a schopností dětí s poruchami autistického spektra, s nimiž se autorka práce setkala během absolvování několika praxí. Nejen práce s dětmi, ale také možnost nahlédnout do dokumentace dětí byla prováděna s informovanými souhlasly zákonných zástupců, které stvrdili svým podpisem. S těmito dětmi se měla autorka možnost setkat na základních školách, kde byli tito žáci individuálně integrováni nebo ve školách zřízených pro děti se zdravotním postižením, kde jsou žáci vyučováni dle upravených vzdělávacích programů. Vzhledem k dodržování ochrany osobních údajů neobsahují kazuistiky jména, data narození či fotky jednotlivých dětí, protože rodičům bylo přislíbeno, že vše bude probíhat anonymně, proto kazuistiky neobsahují názvy škol a školských zařízení, které děti navštěvují.

Stejně jako tvorba kazuistik probíhala anonymně vzhledem k dětským klientům, stejně tak probíhal anonymně kvantitní sběr informací pomocí dotazníku, ty neobsahují jména ani pohlaví dětí. Autorka práce během šetření rozeslala 80 anketních lístků do nejrozličnějších organizací a škol, jež mají v profilu práci s dětmi se zdravotním postižením, popř. s dětmi s poruchou autistického spektra. Celkem se zpět do rukou autorky dostalo 50 vyplněných dotazníků.

6 OBRAZ JEDNOTLIVÝCH DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA A JEJICH ZPŮSOB KOMUNIKACE

V následující kapitole zaměříme naši pozornost na kazuistiky jednotlivých dětí s poruchami autistického spektra. Kazuistiky autorka práce sestavovala po absolvování speciálně-pedagogických praxí. Právě tam měla možnost se s jednotlivými dětmi seznámit, popř. s nimi pracovat.

Kazuistiky byly sestavovány se souhlasem zákonných zástupců o nahlédnutí do záznamů dítěte, a s dodržováním mlčenlivosti ohledně ochrany osobních údajů dětí. Jelikož zákonní zástupci nemají povinnost dokládat škole výsledky jednotlivých vyšetření, nebyla dokumentace jednotlivých dětí vždy kompletní. Autorka práce se setkala také s odmítnutím zákonných zástupců, proto nemohla do práce obsáhnout případové studie, všech dětí, se kterými se seznámila.

Jednotlivé kazuistiky obsahují jak informace z rodinné a osobní oblasti, tak vývoj i současný stav komunikace, včetně informací o školních, sociálních schopnostech a dovednostech.

Kazuistika I.

Diagnóza: DMO – smíšená forma, lehká tripareza, fatická porucha, atypický autismus, mentální retardace, atrofie levé hemisféry mozečku, vývojová mozečková dysfázie

Medikace: Zoloft, Fosfoser, Xyzal, Seretide, Singular

Využívání AAK: Makaton, globální čtení

Rodinná anamnéza:

Matčino první těhotenství. V 36. týdnu těhotenství prodělala matka infekci streptokokem, tato infekce zaléčena podáním injekce při odtoku plodové vody. Porod spontánní ve 36. týdnu, neprotahovaný, bez potíží. V současné době má chlapec mladšího sourozence. Matka i otec jsou bez postižení. Matka před porodem pracovala jako zdravotní sestra, otec pracuje u silničářů.

Osobní anamnéza

Po porodu hodnota abgardi skóre klesala 9 – 5 – 2, následně proběhlo přidávání kyslíku a intubace dítěte. Pop porodu byl chlapec 14 dní v inkubátoru, následně byl umístěn na standardní pokoj na pozorování. 7 den po porodu při kontrolním vyšetření na CT zjištěno krvácení do mozku, bez chirurgického zákroku. Po měsíci byl chlapec propuštěn z porodnice do domácí péče. Matka s chlapcem začala intenzivně cvičit Vojtovu metodu. Cvičení probíhalo 5x denně po dobu 5-ti let. V současné době je chlapec sledován na neurologii.

Ve 3,5 letech nastoupil chlapec do MŠ speciální. Po roce na žádost matky přemístěn do MŠ běžného typu, kde byl pod dohledem asistenta pedagoga. V 6 letech byl chlapci doporučen roční odklad povinné školní docházky. V 7 letech nastoupil do základní školy. V roce 2012 prodělal chlapec urgentní operaci pro akutní mozečkovou hemorhagii. Chlapec je vzděláván v základní škole praktické. Po celou dobu vyučování pracuje s dohledem asistenta pedagoga, vzděláván dle IVP vycházejícího z RVP školy. V současné době je chlapec v péči SPC pro žáky s kombinovaným postižením, dochází do Poradenského střediska pro rodinu a dítě „R a D“.

Komunikace:

Chlapec komunikuje pomocí jednoduchých slov a slovních spojení. Řeč je obtížněji srozumitelná, stereotypně opakuje „to je“. Vysloví některé jednoduchá trojslabičná slova. Slova obtížněji vyslovitelná znakuje Receptivní složka řeči výrazně převažuje nad expresivní. Bez potíží rozumí verbálnímu zadání úkolů. Čtení probíhá s využitím metody globálního čtení.

Školní a sociální dovednosti:

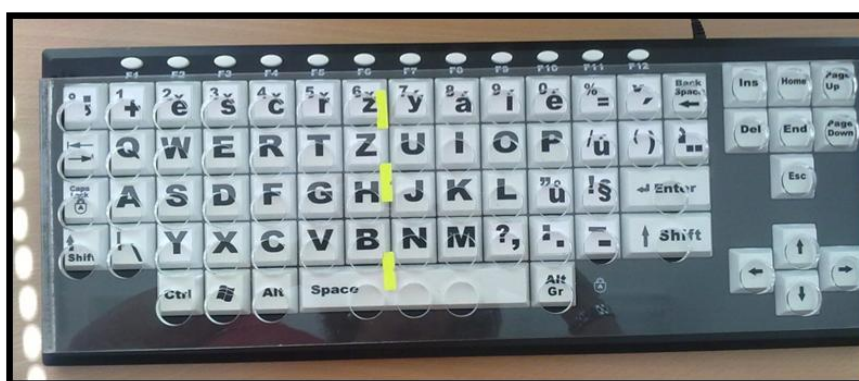
Mateřskou školu chlapec navštěvoval. Měl odklad povinné školní docházky o jeden rok, opakoval první ročník. V současné době chlapec navštěvuje Základní školu, kde je vzděláván integrovanou formou dle ŠVP ZV, plní 4. ročník povinné školní docházky. Při vyučování je nesamostatný, pasivní, pracuje pouze s dopomocí asistenta pedagoga, aktivnější je pouze v hodinách matematiky. Pohybově je chlapec těžkopádný, pomalý. Při výuce nepozorný, sebemenší podnět jej odvede od úkolu.

Intelektový výkon v názorové složce se pohybuje v dolním pásmu lehké mentální retardace.

Grafomotorický projev je ve stádiu čmárání. Čaru, kruh, čtverec ani trojúhelník nenapodobí, je ale schopen se podepsat křestním jménem i příjmením. Úchop psací potřeby je pravou rukou, tužku drží blízko hrotu. Na počítači napíše některé písmena, slova jen po vyhláskování. Ve čtení využívá metodu globálního čtení – pod přímým vedením dokáže přiřadit jednoduchá dvojslabičná slova k obrázkům a složit slova ze slabik. Zaměňuje písmena d, b, p. V matematice zvládá chlapec početní operace v oboru do 20, kdy sčítá a odčítá s názorem, jednotlivé číslice zvládne správně ukázat i zapsat.

Během práce pozornost kolísá, je velmi snadno sklonitelná, přetrvává motorický neklid a tahání nitky z ponožek, na verbální pokyn se vrací k práci. Chlapec se snadno unaví.

Pomůcky využívané ve výchově – vzdělávacím procesu:





Kazuistika II

Diagnóza: autismus, mentální retardace

Medikace: není

Využívání AAK: fotografie, piktogramy

Rodinná anamnéza:

Dítě z první gravidity. V současné době žádné sourozence nemá. Matka popírá jakékoliv potíže během těhotenství, porod ve 40. týdnu, spontánní, neprotahovaný.

Osobní anamnéza:

První vyšetření chlapce proběhlo až v 5-ti letech na žádost matky s doporučením ředitelky MŠ, protože vzhledem k věku nevykazoval chlapec adekvátní mentální schopnosti.

Aktuální úroveň intelektových schopností se nachází v dolní polovině pásma lehké mentální retardace. Somaticky chlapec odpovídá věku. Hypomimie, oční kontakt nekonzistentní. Mírný tremor horních končetin – chlapec často poskakuje, třepe rukama. Patrný je u chlapce motorický neklid, motorická stereotypie. V řeči chlapce se objevuje dyslálie a artikulační neobratnost.

Komunikace:

Opožděná expresivní i receptivní složka řeči. Chlapec produkuje převážně naučené fráze. V řeči se objevují četné echolálie, dramatismy, nápadnosti v oblasti prozódie. Chlapec má zvláštní, nápadnou melodii řeči – napodobuje intonace i fráze z filmů či pohádek. Spontánně chlapec nekomunikuje, na otázky odpovídá převážně jednoslovně. Nevyužívá neverbální výrazové prostředky

Školní a sociální dovednosti:

Rozumové schopnosti chlapce se nacházejí v dolní hranici pásma lehké mentální retardace. Je vzděláván souběžně se žáky základní školy speciální v kmenové třídě, a s žákem ze základní školy praktické v jiné třídě.

Chlapec měl odloženou povinnou školní docházku o jeden rok. Sebeobslužné dovednosti zvládá s dopomocí. Projevuje se deficit v oblasti sociálního chování, chlapec nemá zájem navazovat kontakty s vrstevníky, nejeví o ně zájem. Během přestávek většinou sedí na svém místě, ve zvláštním úhlu pozoruje jeden bod v rohu místnosti, i po přesazení jinam se stále vrací. Chlapec spolupracuje s učitelkou v omezené míře.

Chlapec má vyhraněný zájem o železniční tematiku (vláček, kolejnice), což se využívá k motivaci pro jednotlivé činnosti.

Vzděláván dle ŠVP Z3 praktická. Ve výuce žák práce s podporou asistenta pedagoga.

Chlapec má koordinační obtíže v hrubé motorice, při chůzi ze schodů nestřídá nohy. Jemná motorika je značně neobratná, drobné předměty uchopuje chlapec oběma horníma končetinami, cílení je nepřesné. Při čtení chlapec zvládá syntézu slabik do slov, nezvládá ale reprodukovat přečtený text. Grafomotika je na vývojově nižší úrovni, psací úchop chlapec provádí levou rukou a je patologický, jeho písmo je úhledné. Zvládá opis, přepis, diktát písmen. Chlapec exponuje číselnou řadou do 7, zvládá početní operace do 6, v jiné než naučené situaci však početní operace nezvládá. Čte jednoduchá slova, zvládá syntézu slabik na slovo. Dokáže rozdělit slova na slabiky. Není schopen reprodukovat jednoduchý text.

Pomůcky využívané ve výchovně – vzdělávacím procesu:



Kazuistika III

Diagnóza: LMR, dětský autismus

Medikace: není

Využívání AAK: VOKS, fotografie

Rodinná anamnéza:

Matka je na mateřské dovolené, otec pracuje jako dělník. Oba rodiče jsou zdraví. Chlapec má jednoho mladšího sourozence. Chlapec vyrůstá v kompletní rodině. Dítě z rizikové gravidity, porod spontánní, v termínu, záhlavím. Podle sdělení matky při první době porodní „usnul“, nekříšen. Pátý den po porodu byla u chlapce ultrazvukem zjištěna zvětšená pánvička na ledvině, léčena antibiotiky.

Osobní anamnéza:

Chlapcův raný psychomotorický vývoj bez nápadností, sedět začal v sedmi měsících, samostatná chůze od jednoho roku. Od dvou let chlapec bez plen, v noci ale nutné buzení, přetrvává noční enuréza. Do tří let byl chlapec silně fixován na matku, po narození mladšího sourozence sledován mírný regres PMV – skluz ve verbálním projevu, přetrvávající inkontinence.

Komunikace:

První řečový projev v roce a půl, bez logopedické péče. Chlapcova výslovnost je čistá. Naučil se mluvit hlasitě. Verbální projev je nápadný - řeč je monotónní, bez výrazu, odpovídá v naučených frázích. Při řeči se u chlapce objevují známky grimasování. V řeči se objevují echolálie. Hypotomie, nesměje se. Spontánně komunikaci nenavazuje, ale na dotazy odpovídá.

Školní a sociální dovednosti:

Od čtyř let navštěvoval chlapec mateřskou školu. Měl odklad povinné školní docházky o jeden rok. Začal navštěvovat přípravný ročník základní školy speciální, kde v 8 letech nastoupil do povinné školní docházky.

Autistická symptomatika v triádě oblastí – sociální interakce, komunikace a oblasti zájmů. Vývoj mentálních schopností je blokován pervazivní vývojovou poruchou, v současnosti odpovídá pásmu středně těžké mentální retardace.

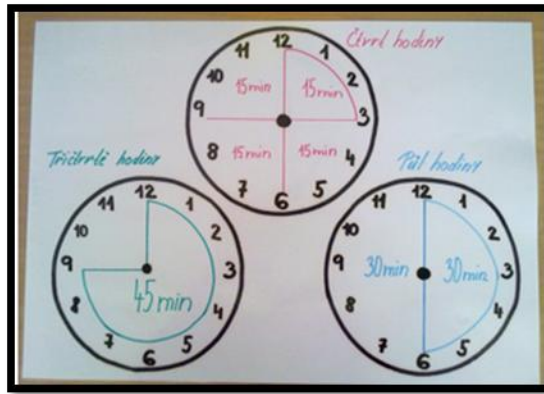
Chlapec somaticky odpovídá věku. Nosí brýle. V sociálním kontaktu je nejistý, občas jeví až známky úzkosti. Oční kontakt neudrží.

Chlapcova výuka probíhá v rámci malotřídního vzdělávání v kmenové třídě, kde je důraz kladen na individuální přístup učitele k žákovi. Ve většině případů probíhá výuka formou vypravování s následně kladenými otázkami k danému tématu. Prohlubování učiva probíhá pomocí interaktivní tabule. Chlapec je vzděláván podle vzdělávacího programu pomocné školy. Aktuální úroveň intelektových schopností je v pásmu středně těžké mentální retardace.

Chlapec čte plynule, obsah textu reprodukuje pouze s pomocnými otázkami. V matematice pracuje samostatně s prstovým názorem v oboru 20 s přechodem přes 10, počítá po 10 v oboru 100. Pracuje s platidly v oboru 100. Poznává základní geometrické tvary, hodiny určuje – celá, čtvrt, půl.

Pomůcky využívané ve výchovně – vzdělávacím procesu:





Kazuistika IV

Diagnóza: MR, autismus, lehčí forma DMO

Medikace: Rorendo, Kozlík

Využívání AAK: znak do řeči, piktogramy, fotografie

Rodinná anamnéza:

Dívka vyrůstá v pěstounské péči. Matka pracuje jako POB, otec pracuje jako knihkupec, oba rodiče jsou bez postižení. V pěstounské rodině má dívka tři sourozence. Dva starší

sourozenci žijí již samostatně, mladší navštěvuje základní školu. Pěstounské prostředí je podnětné pro dívčin rozvoj.

Osobní anamnéza:

Dítě ze III. gravidity, odtok plodové vody 14 dní před porodem, porod spontánní cestou ve 27. týdnu. Dívka byla dva týdny na řízeném dýchání, pro nezralost a pneumopatii následně přeložena na oddělení patologických novorozenců DK Olomouc, kde byla léčena pro počínající sepsi, anemii. Do čtvrtého měsíce byla dívka bez infekcí, potom opakované bronchitidy, v roce oboustranné otitidy, zjištěna hypogamaglobulinemie. Do pěstounské péče propuštěna s diagnózou kombinovaného postižení.

V 18 měsících dívka jen ležela, byla apatická, padala jí hlava. Adaptace na domácí prostředí byla poměrně dlouhá, dívka byla odmítavá, tloukla v postýlce hlavou. Odmítala fyzický kontakt, nebroukala, o dětské hříčky neprojevovala zájem. Postupně začala ložit, stavět se. Po schodech střídá nohy ve směru dolů, i nahoru, chůze je rychlá. Koordinace cílených pohybů je horší, zvládne zašroubovat lahev, navléknout korále na tkaničku.

Komunikace:

Dívka komunikuje znakově do řeči. Známa slova – Zdena, autobus, spí, svačina, máma, táta, pošta, škola, banán, nákup, babi, Pája, rádio.

Školní a sociální dovednosti:

Do šesti let navštěvovala dívka speciální mateřskou školu, následně absolvovala přípravný stupeň ve speciální škole. Nyní je dívka v 9. ročníku, je vzdělávána dle ŠVP pro základní školu praktickou, při většině činností potřebuje dopomoc učitele nebo asistenta pedagoga. Má upravený rozsah školní docházky na 22 vyučovacích hodin týdně.

Úroveň intelektových schopností je v dolním pásmu středně těžké mentální retardace. Dívka má diagnostikovanou expresivní dysfázii. Důležité je pracovat ve strukturovaném programu s vizuální podporou.

Občas se u dívky objevují prudké změny nálad, kdy může docházet k sebepoškozování – přelamování prstů. Ráda sleduje ostatní děti při různých aktivitách.

V oblasti sebeobsluhy – použití toalety, mytí rukou je dívka samostatná, stejně jako v oblasti stolování a oblékání. Dívka je precitlivělá na silný hluk. Dokáže se soustředit 10 – 15 min. Důležité je u dívky rozvíjet trpělivost ve všech činnostech a odbourávání častého chování na toaletu. Důležité je rozvíjet trpělivost ve všech činnostech.

Pomůcky využívané ve výchově – vzdělávacím procesu:



Kazuistika V

Diagnóza: dětský autismus, mentální retardace, epilepsie, porucha aktivity a pozornosti, hypermetropie, konvergentní strabismus

Medikace: Orfiril

Využívání AAK: VOKS, fotografie

Rodinná anamnéza:

Matka pracuje jako POB, otec pracuje u Českých drah, oba rodiče jsou zdraví. Chlapec má staršího a mladšího sourozence, oba jsou bez postižení.

Chlapec z druhé gravidity. Těhotenství bez komplikací, porod proběhl v termínu, záhlavím. Chlapec byl nekříšen, adaptace probíhala v pořádku, pro stáčení bulbů provedeno UZ vyšetření mozku a neurologické vyšetření.

Osobní anamnéza:

Od jednoho roku chlapec sledován na neurologickém oddělení pro podezření na opožděný vývoj. V jednom roce se nepřetáčel, neplazil se. Pro centrální hypotonický syndrom začala rehabilitační péče. S oporou se chlapec postavil ve dvou a půl letech, chodit začal ve třech letech. V šesti letech byl vyšetřen na dětské klinice v Olomouci pro LMD, byl zjištěn patologický nález. V sedmi letech byl vyšetřen na klinice dětské neurologie v Motole, kde byla zjištěna drobná postmalatická pseudocysta vlevo frontálně a periventikulárně, nápadně úzké corpus callosum v oblasti těla a splenia – diagnostikována hyperaktivita, LMR, centrální hypotonický syndrom. Po půl roce byl chlapec vyšetřen na dětské psychiatrické klinice ve Fakultní nemocnici v Motole se závěrem autismus, lehká mentální retardace, porucha aktivity a pozornosti, epilepsie, hypermetropie, strabismus. Pro kombinované postižení je chlapec sledován v psychiatrické, neurologické, ortopedické a oční ordinaci.

Komunikace:

Vývoj řeči byl u chlapce opožděný. Ve třech letech měl jeho aktivní slovník jen několik málo slov. Chlapec nerozumí významu některých slov, proto klidně řekne žere, protože to slyšel v souvislosti se zvířaty. Aktivní slovní zásoba je chudá, objevují se verbální rituály, věty bez kontextu. Neverbální komunikace není plně využívána. Slovník je obsahově chudý. Vážně logické verbální vyjadřování. Spontánně chlapec hovoří v jednoduchých větách.

Školní a sociální dovednosti:

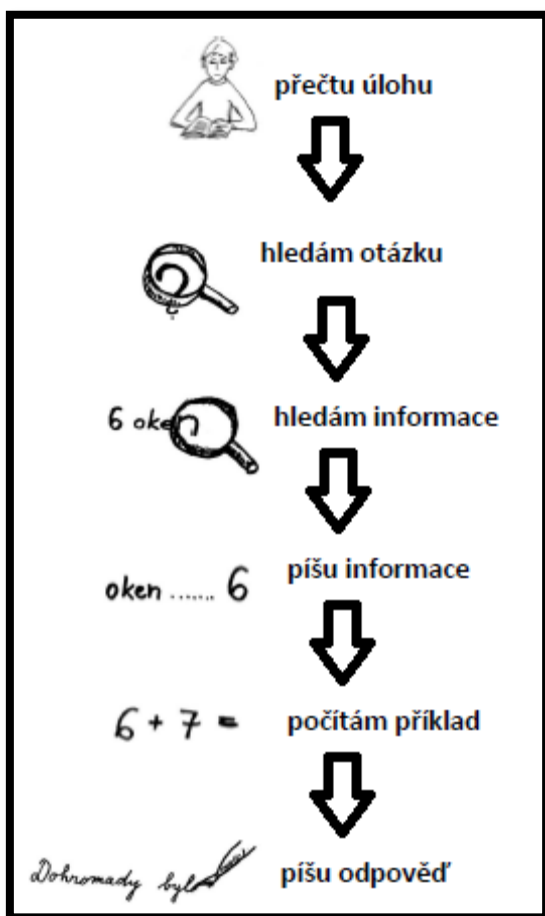
Do jeslí chlapec nechodil, do speciální mateřské školy nastoupil v pěti letech, dvakrát měl chlapec odklad povinné školní docházky. V současné době je chlapec žákem 9. ročníku základní školy speciální, kde má stanovený IVP ve věcném učení, čtení, psaní a matematice. Je vzděláván souběžně s žáky v jedné třídě, dle potřeby se pro chlapce vytváří samostatná pracovní zóna v hlavních předmětech. Nutný je nad chlapce trvalý dohled a častá dopomoc. Vědomosti má mechanicky naučené, obtížně je aplikuje v nových situacích. Aktuální úroveň rozumových schopností se celkově pohybuje v pásmu střední mentální retardace IQ 49. Při práci je chlapec důsledný, pracuje tak dlouho, než má úkol splněný.

Ve čtení chlapec používá čtecí okénko. Pracovní tempo je pomalé, psací potřebu drží patologicky v pravé končetině. Neakceptuje psací písmo. Při výuce učitelka využívá u chlapce metodiku pro práci s žáky s poruchami autistického spektra – denní režim, struktura hodiny. Zrakem chlapec hůře fixuje předměty. Chlapec má velkou mechanickou paměť. Baví jej matematika – VHS kazety, které doma má, zná všechny podle čísel (doma mají asi 100 kusů kazet).

Chlapec ve svých sociálních projevech neodpovídá věku 17 let, s drobnými obtížemi zvládá plnění základních hygienických návyků při stravování a při toaletě, špatně se orientuje v prostoru. Časté jsou u chlapce pohybové stereotypie – poskakování, kývání.

Cestování hromadnou dopravou je nemožné, protože chlapec vyžaduje vždy sedět na stejném místě, pokud je obsazené, dochází k problémovému chování. Na veřejnosti mívá chlapec neadekvátní projevy – má nutkání dotýkat se neznámých osob, hladit je, hlasitě komentuje vzhled ostatních. Kontakty navazuje často, ale záhy je patrné, že se jedná o naučené fráze, které používá ve standartních situacích.

Pomůcky využívané ve výchovně – vzdělávacím procesu:



Kazuistika VI

Diagnóza: dětský autismus

Medikace: není

Využívání AAK: fotografie, VOKS, piktogramy

Rodinná anamnéza:

Dítě z druhé gravidity. Gravidita dle matčina sdělení byla v normální, bez komplikací. Porod ve 41. týdnu, spontánní cestou. Porod hlavičkou, chlapec hned křičel. Apgard skóre IO, kříšený chlapec nebyl.

Maminka je Polka, pracuje jako prodavačka. Otec Vietnamec, pracuje jako automechanik v pneuservisu. Oba rodiče jsou bez postižení. Má staršího sourozence, sestru, která je zdravá.

Osobní anamnéza:

Chlapec začal sedět v půl roce, chodit začal v roce a půl. Od dvou let matka sledovala u chlapce pendantické sklony – stále si urovnával věci. Od tří let afektivní záchvaty, které jsou provokovány něčím, co chlapec nechce. Od čtyř let chlapec zvládá obsloužit počítač, rád na něm hraje hry. Záchvaty vzteku přetrvávají až do současnosti. V šesti letech chlapec nemluvil, měl jen velmi malou slovní zásobu. Dovedl říct onomatopoicky zvířata, mam, bab, tata. Slovní zásoba měla asi jen 15 slov. Na pokyny matky chlapec reagovat, z čehož usuzovala, že porozumění a sluch je v pořádku. V dětství neprodělal žádné závažné onemocnění. První vyšetření podstoupil chlapec až v 6 letech.

Výsledky vyšetření:

- 2011 – ORL – diagnostikována Specifická porucha řeči a artikulace,
- 2011 – neurologie – dětský autismus, trojjazyčná výchova,
- 2011 – SPC – dětský autismus, intelekt v hraničním pásmu mentální retardace s významným oslabením abstraktního a konkrétního myšlení, deficit v komunikaci, atypické chování,

- 2013 – SPC – dětský autismus, aktuální úroveň mentálních předpokladů v dolním pásmu průměrného intelektu s rovnoměrným rozložením jednotlivých složek intelektu.

Komunikace:

Chlapec je schopný opakovat celé věty řekne, co vidí na obrázku, ale jen jedním slovem. Řeč je místy artikulačně nesprávná – vážne hybnost mluvidel, zvláště jazyka. V řeči chybí ř, dochází k asimilaci sykavkové, vážne měkčení. Sám spontánně osloví kamaráda a řekne krátkou větu. V řečovém projevu se vyskytují dysgramatismy, četné echolálie. Na dotazy odpovídá po latenci. Řeč je velmi tichá. Oční kontakt naváže pouze krátkodobě, omezeně užívá gesta i mimiky. Zadaným instrukcím rozumí, sám se verbálně vyjadřuje minimálně.

Školní a sociální dovednosti:

Ve čtyřech letech chlapec začal navštěvovat základní mateřskou školu běžného typu. Chlapci byl doporučen odklad povinné školní docházky o rok. V osmi letech chlapec nastoupil do základní školy, kde pracuje pod vedením asistenta pedagoga dle individuálního vzdělávacího plánu. Je vzděláván dle ŠVP dané školy. V současné době má chlapec větší slovní zásobu, ve známých situacích komunikuje jednoduchými větami.

Je společenský, dobře začleněný do kolektivu třídy. Rád se účastní kolektivních her, má rád fotbal a vybíjenou.

V šesti letech začal chodit na logopedii. Výraznější pokroky lze zaznamenat až po změně logopedky v 8 letech, kdy se začíná chlapcova slovní zásoba rozšiřovat. Věty jsou většinou jednoslovné, na otázku odpoví rovněž jedním slovem.

Chlapec má dobře zafixované pracovní návyky, vydrží sedět na svém pracovním místě a koncentrovat svou pozornost na všechny předložené úkoly, dovede se soustředit. Chybuje minimálně, často si svou chybu uvědomí a opraví. Pracuje systematicky, přesně, své pracovní postupy průběžně kontroluje s předlohou. Dokáže najít a opravit svou vlastní chybu.

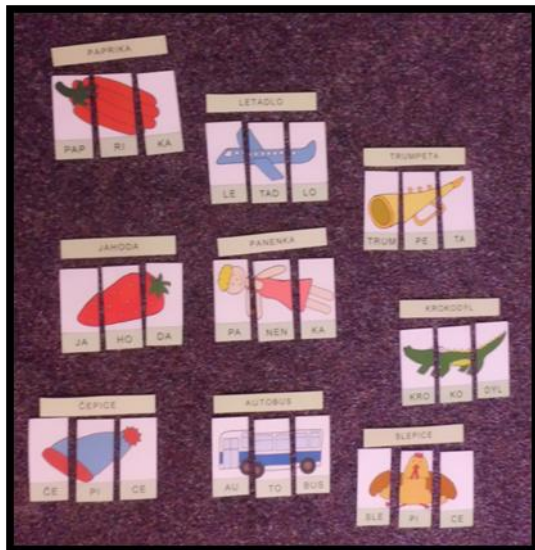
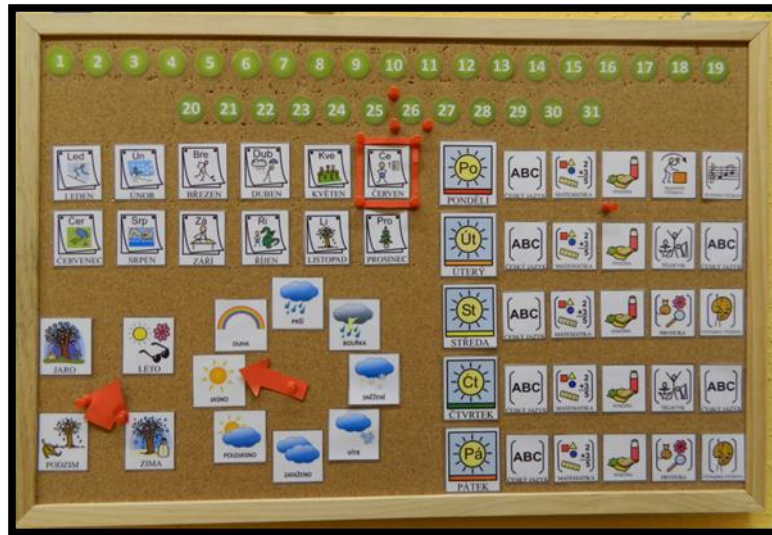
Při soustředěné práci potichu komentuje svou činnost vlastním žargonem. Neprojevuje radost ze správného dokončení úkolu.

Výborných výsledků chlapec dosahuje v úkolech zaměřených na zrakovou analýzu a syntézu, prostorovou představivost. Úkoly vyžadující logické operace zvládá. Problém nastává v okamžiku, kdy má chlapec verbálně reagovat.

Kresbu s předlohou chlapec zvládá dobře, až perfekcionista kreslí všechny detaily předlohy. Při volné kresbě obtížně hledá námět, kresba je jednoduchá bez propracovaných detailů. Ke kresbě velkým tiskacím písmem napíše, co to je.

Pomůcky využívané ve výchovně – vzdělávacím procesu:







Kazuistika VII

Diagnóza: středně těžká MR, atypický autismus, DMO, těžká skolióza, epilepsie

Medikace: není

Využívání AAK: piktogramy, VOKS

Rodinná anamnéza:

Dle dokumentace se jednalo o první těhotenství, porod v termínu, spontánní, protahovaný. Dívka narozena s porodní hmotností 3010 g a mírou 49 cm. Matka i otec jsou bez postižení, dívka žije v úplně rodinně společně se svými sourozenci.

Osobní anamnéza:

Po porodu neplakala, nesála, dle matky se nehýbala. Z úst a konečníku jí vytékala sražená krev. Cca od 2. týdne se začíná projevovat hyperkinetický syndrom, pláč připomínající mňoukání kočky, nadále nesála. Diagnóza DMO stanovena v 1. měsíci

Dívka se v šesti měsících přetáčela, seděla v 18 měsících, chůze od 20 měsíců, ve 3,5 letech začíná chodit – opilecká chůze. Od narození do 18 měsíců cvičena Vojtova metoda, později Bobath.

Ve čtyřech letech se u dívky objevil první záchvat křečí při horečce. Objevuje se také progredující skolióza, zvažováno operativní řešení. Ve 12 letech se objevuje první generalizovaný epileptický záchvat. Dívka je často hospitalizována v nemocnici. V současné době je studentkou praktické školy dvouleté.

Nyní není chůze zcela stabilní, široká báze, nestřídá nohy do schodů. Hygienu dodržuje od 6 let, v noci se nepomočuje od 11 let.

Sluchová vada lehkého stupně (levostranná nedoslýchavost).

Komunikace:

Vývoj řeči je u dívky celkově opožděn, první dvojslabičná slova se objevila kolem 3. roku, do devíti let pouze jedno či dvojslovná spojení. Nyní využívá ve svém projevu

Kazuistika VIII

Diagnóza: DMO, středně těžká až těžká MR, atypický autismus, expresivní dysfázie, poruchy chování, strukturální léze CNS, epilepsie, ADHD

Medikace: neznámo

Využívání AAK: fotografie, znak do řeči, Makaton

Rodinná anamnéza:

Těhotenství s depresemi a suicidním pokusem matky. Dítě z první gravidity matky, porod v osmém měsíci, který proběhl bez komplikací. Klešťový porod, chlapec nebyl kříšen. Bez sacího a polykacího reflexu, proto byla poskytována umělá výživa.

Chlapec vyrůstá v úplné rodině s vlastním otcem, nevlastní matkou a dvěma bratry. Matka trpěla depresemi, suicidní pokus, suicidum. Otec je bez postižení, uzavřel druhé manželství. Chlapec má dva sourozence, nevlastní bratry. Jednoho bratra má nevlastní matka z prvního manželství s druhým bratrem má chlapec totožného otce. Oba sourozenci jsou v dobrém tělesném stavu.

Osobní anamnéza:

Po narození byl chlapec v péči otce, který se o něj sám staral během raného vývoje, po celou dobu na umělé výživě.

V šesti letech na dva měsíce (duben – červen) nastoupil chlapec na diagnostický pobyt do ZŠ speciální. Následně byl na dva měsíce (červenec – srpen) přesunut do mateřské školy běžného typu. V 7 letech nastoupil do ZŠ speciální, druhý ročník povinné školní docházky chlapec opakoval ze zdravotních důvodů. V současné době navštěvuje chlapec čtvrtý ročník ZŠ speciální. Chlapec se aktivně zúčastňuje několika terapií, kam patří logopedie, fyzioterapie, snoezelen, canisterapie, hipoterapie.

Školní a sociální dovednosti:

Chlapec nemá žádné větší problémy v oblasti vnímání. Upřednostňuje podněty pro hmatové vnímání, osahává vše nové, občas tyto předměty zkoumá i ústy. Velmi často nedokáže rozpoznat vhodnost či nevhodnost projevu svého chování.

Hyperaktivita a nesoustředěnost se vyskytuje převážně u většiny činností, které chlapec ve školním prostředí vykonává. Důležité je chlapce při školní práci neustále zpomalovat, usměrňovat a předvídat, jeho chování, aby si fyzicky neublížil. Jedinec nedrží psací potřeby sice správným úchopem, ale jeho způsob mu vyhovuje. Pokouší se psát prvky tiskacích písmen, které obtahuje

U většiny činností vydrží pouze krátkou dobu, je důležité chlapci nabídnout velký výběr činností, kterými se může zabavit, protože přebíhá od jedné činnosti ke druhé. Zvládá skládání jednodušších puzzle, staví stavebnice, maluje, hraje si s panenkami, rád chodí relaxovat do snoezelenu. Pobyt v této místnosti chlapce postupně přivyká odpočívat, relaxovat a uvolnit se.

Aktuální rozpoložení je převážně čitelné. Výkyvy nálad se u chlapce projevují, pokud není možné dostat jeho požadavkům, poté přichází nepřiměřené reakce lítosti nebo naopak umíněnosti. Na změny nereaguje příliš kladně.

Na sociální kontakt reaguje živě, aktivně, neupřednostňuje blízkost dospělých před dětmi. Je velice společenský. Fyzickou pomoc přijímá rád, i když záleží na momentální náladě a rozpoložení. Někdy se chce mazlit a jindy se projevuje, jakoby říkal: Nesahejte na mě. Nedomýšlí rozdíl mezi osobou cizí a blízkou. Her se účastní opět dle nálady, občas je i iniciuje. Dokáže si vyžádat pomoc gestem a na vyzvání druhých reaguje.

Při stravování je mu poskytována malá dopomoc, není jídlo, které by vysloveně odmítal. Oblékání zvládá vcelku samostatně, obuje a vyzuje si boty, je však potřeba dohlížet, aby boty neobul obráceně. Při nasazeném jezdcí od zipu, dokáže zip zapnout. Chlapec umí dát najevo potřebu jít na záchod, přesto má občasné problémy s udržováním čistoty. Myje si ruce, používá mýdlo, otírá se do ručníku, při čemž je důležitá kontrola, jelikož neodhadne množství mýdla, zapomíná si vyhrnout rukávy nebo si hraje s vodou. Při nedostatečném dohledu je schopen ve velmi krátké době vyplavit toaletu.

Komunikace:

Ke komunikaci se u chlapce uplatňují prvky totální komunikace, při které využívá fotografie, Makaton a znak do řeči. V současné době byla pro chlapce vytvořena komunikační kniha, která obsahuje fotografie předmětů, osob, věcí, které chlapec zná. Komunikuje pomocí fotografií z komunikační knihy. Některá slova doplňuje znakem do řeči či gesty Makatonu.

Kazuistika IX

Diagnóza: DMO, dětský autismus, těžká mentální retardace, hyperaktivita, instabilita

Medikace: trvalá medikace, neznámo jaká

Využívání AAK: fotografie, piktogramy

Rodinná anamnéza:

Dívka vyrůstá v neúplné rodině. Otec vyučen, v rodině nežije, přechodná inklinace k alkoholu. V jeho rodině se vyskytuje diabetes. Matka vyučená, bez zdravotních komplikací, v současné době bez zaměstnání a pobírá příspěvek na péči o osobu blízkou. S dívkou žijí v domácnosti dva bratři, oba jsou zdraví. Mladší bratr navštěvuje základní školu, starší Střední odborné učiliště.

Vztah s jejími dvěma bratry není znám. S matkou má velmi rozporuplný vztah. Nerespektuje ji a není ochotná akceptovat její pokyny. Svou nelibost projevuje dívka tím, že si lehne na zem a tluče do ní končetinami, vydává nespokojené zvuky a v krajním případě se obnažuje. Tímto chováním reaguje na různé podněty a vynucuje si tak to, co právě chce ona. Většinou je těžké porozumět tomu, co dívka aktuálně požaduje pro její neschopnost verbálně se vyjádřit.

Osobní anamnéza:

Dítě ze 3. gravidity. Těhotenství proběhlo bez komplikací. Porod v termínu, záhlavím, dítě kříšeno. Porodní hmotnost 3600g. Z porodnice propuštěna až 14. den pro infekci močových cest. Pasivně posazována od 7. - 8. měsíce, aktivně v 1 roce. Chůze od 2. let. První slova v roce, vývoj exprese výrazně opožděn. V 1,5 roce zahájena rehabilitace s využitím Vojtovy metody. Od února 2002 výskyt epilepsie bez ložiskové symptomatologie.

Dívce bylo diagnostikováno kombinované postižení tělesné a mentální. DMO – diparetická spastica, epilepsie. Dětský autismus středně až nízkofunkční se středně těžkou symptomatikou. Těžká mentální retardace. Hyperaktivita, instabilita.

Dívka navštěvovala jesle – rehabilitační stacionář, kde byla cvičena Vojtova rehabilitace. Po určité době přestala toto zařízení navštěvovat a byla v péči matky. Na začátku školního roku 2003 začala docházet do základní školy speciální, kde byla zařazena do přípravného stupně pomocné školy a vzdělávána podle vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Přípravný stupeň absolvovala dva roky. Od 1. září 2005 byla dívka přeřazena do 1. ročníku základní školy speciální a vzdělávána podle rehabilitačního vzdělávacího programu. V současné době je ve 4. ročníku základní školy speciální a vzdělává se stále podle již výše uvedeného vzdělávacího programu.

Dívka je veselá a společenská, pokud je brán ohled na její požadavky neobjevují se u ní negativistické projevy. Je nutné dodržovat určité zaběhlé stereotypy, při jídle, odchodu domů. Na činnosti se soustředí jen krátkodobě, neustále je v pohybu, od započaté činnosti odbíhá a zase se k ní vrací. Ráda poslouchá hudbu, vesele při ní tančí. Má oblíbené písničky a ve zpěvníku je dokáže neomylně najít. Ráda si prohlíží knihy a časopisy, které vždy nosí sebou.

Školní a sociální dovednosti:

Dívčiny pohyby jsou diskoordinované, chůze je samostatná s mírným nachýlením trupu. Dokáže utíkat, chůze po schodech jen s přidržením. Posadí se na houpačku a dokáže se rozhoupat. Vysedne na kolo a nechá se tlačit druhou osobou, na rotopedu se snaží šlapat. Koloběžku nejprve vodila, až po delší době se místy zkoušela odrážet.

K manipulaci s předměty dívka používá převážně pravou horní končetinu. Tato ruka je během manipulace uvolněna, levá horní končetina je křečovitě sevřena, prsty však dokáže postupně uvolňovat. Úchop prsty je radiální, palec je v opozici vnitřní stranou, úchop dvěma nebo třemi prsty. Zraková kontrola pohybu je minimální, kooperace rukou vázne. Objevují se neúčelné pohyby rukou – třepání, kroužení, prohlíží si ji z různých úhlů s nakloněním hlavy mírně na jednu stranu.

Schopnost numerického úsudku vykazuje významný deficit. Jednoduché početní operace nezvládá. Mechanicky zvládne počítat do tří.

Děvče dokáže složit obrázek ze dvou částí. Přiřadí dva stejné obrázky. Hraje pexeso, kartičky jsou obráceny obrázkem nahoru a dívka najde vždy dva stejné. Z řady stejných obrázků vyloučí ten, který tam nepatří. Přiřadí dva obrázky podle obsahu – miminko ke kočárku.

Tužku dívka uchopuje nejdříve do pravé ruky, poté ji předává do levé. Střídání rukou během kreslení je u ní běžné. Při dobrém soustředění má správný úchop, jinak uchopuje tužku třemi prsty. Dle předlohy kreslí svislou a vodorovnou čáru, klubičko, dolní oblouček. Předtištěné sluníčko se snaží dokreslit, ale nevytrvá u této činnosti a obrázek nedokončí. Tlak na podložku je nerovnoměrně rozložený. Libuje si v kruhové čmáranici, kterou zhotovuje z několika barevných pastelek. Podobným způsobem i vybarvuje již předkreslené obrázky. Skončí, až je celý obrázek pokryt čarami různých barev pastelek. Zhotovený obrázek nakonec ráda rozstříhá.

Dívka má vcelku přehled o jednotlivých částech denního režimu ve škole. Reaguje podle následující činnosti pozitivně (výská, tleská a směje se), nebo negativně (nechce opustit místo, vydává hrdelní zvuk, dupe nohama, lehne si na zem).

Osobní hygiena v domácnosti je dle slov matky odvislá od dívčiny nálady, základní činnosti zvládá sama s dohledem. Čistotu udržuje. Pokud má potřebu jít na WC, gestem nebo zvukem naznačí. V tomto ohledu je samostatná, potřebuje jen dohled při umytí rukou a drobnou dopomoc při oblékání. Ještě v roce 2005 používala na noc pleny, teprve v nedávné době byly odbourány. Obléká se s dopomocí. Správně určí pořadí oblékání. Při praktickém nácviku však činnost nikdy sama nedokončí. Vždy čeká na další pokyn, drobnou dopomoc - zapnutí knoflíků atd.

Jí samostatně lžící. Na svačinu si sama prostře a nachystá si ji. Někdy sama nachystá hrníčky i pro ostatní děti. Bez svého talíře a hrnku se nenají. V jídle je vybíravá – pokud je na oběd méně oblíbené jídlo důrazně dává najevo svoji nespokojenost, předloženou porci nesní. Svačí i obědvá dlouhou dobu, často vstává, projde se, přeskládá věci na stole a znovu chvíli jí. Po obědě ráda pomáhá s utíráním nádobí, uklízí ho na své místo.

Ve známém prostředí se dívka orientuje dobře. Zná své spolužáky a má mezi nimi své oblíbené. Narušení zaběhlého harmonogramu dne dívce činní problémy, vyžaduje zaběhlé stereotypy. Na neznámé prostředí se adaptuje delší čas. Je zvědavá, když třídu navštíví pro ni neznámá osoba, projevuje se zdrženlivě až bojácně. Stejně tak reaguje i na neznámé prostory.

Komunikace:

Rozvoj řeči je omezený. Pasivní slovní zásoba vysoce převyšuje nad aktivní slovní zásobou. Rozumí pokynům a splní pokyn vztahující se ke konkrétní činnosti. Dívka užívá jednoduché, převážně dvouslabičné výrazy.

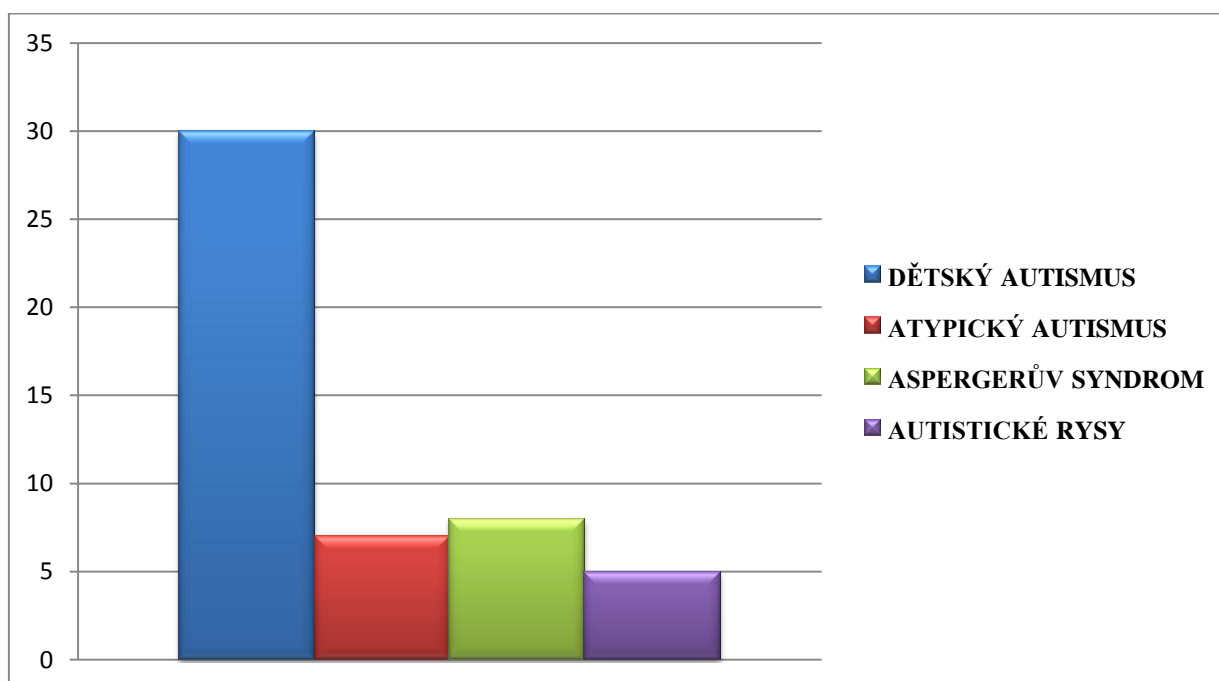
Na obrazovém materiálu správně identifikuje domácí zvířata, jejich hlasové projevy označuje pomocí onomatopii. Identifikuje i některé osoby např. miminko, babička, předměty denní potřeby i některé činnosti např. „fotí“. Podle fotografie určí spolužáky. Ukáže části těla. Barvy správně třídí a přiřazuje. Dle názvu určí žlutou, červenou a zelenou. Z geometrických tvarů správně podle názvu ukazuje kolo, hvězdičku. Procvičuje směrovou orientaci nahore - dole, první – poslední, srovnání malý – velký. Umí vyslovit několik jmen – Hanka, Vojta, Pavlík, Kuba a ty používá pro všechny děti. Jména většinou správně přiřadí podle pohlaví. Aktuálně používá do dvaceti slov s významem včetně onomatopoi. K rozvoji komunikace se u dívky využívají fotografie, piktogramy.

7 PLOŠNÉ ŠETŘENÍ NEJPOUŽÍVANĚJŠÍHO SYSTÉMU ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE U JEDNOTLIVÝCH DĚTÍ S PORUCHOU AUTISTICKÉHO SPEKTRA.

Plošné šetření probíhalo v rámci škol, školských zařízení a organizací, kdy autorka práce po předchozí telefonické domluvě, nebo v rámci absolvování speciálněpedagogických praxí předložila učitelům, speciálním pedagogům nebo zákonným zástupcům dětí dotazník. Tento dotazník obsahoval čtyři otázky, první dvě otázky byly uzavřené, oproti tomu třetí a čtvrtá otázka byla otevřená.

7.1 Výskyt poruch autistického spektra

Otázka č. 1: Jaký druh poruchy autistického spektra má vaše dítě diagnostikované?



Graf č. 1: Výskyt poruch autistického spektra

Jak je možné vidět, dotazem u padesáti odpovídajících bylo zjištěno, že nejčastěji vyskytující se poruchou autistického spektra je v rámci tohoto šetření dětský autismus, a to ve třiceti případech, což je šedesát procent z celkového počtu dotazovaných. Ostatní druhy

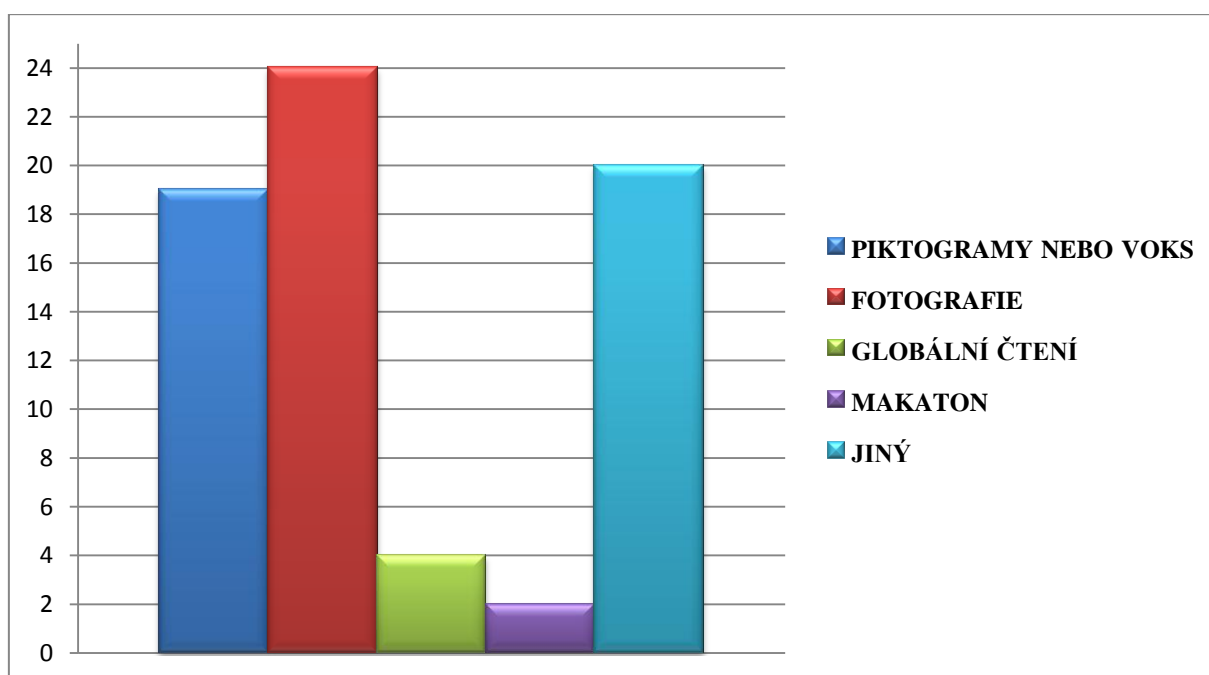
poruch, dalo by se říci, co do počtu výskytu jsou „zanedbatelné.“ Musíme ovšem přihlédnout také k závažnosti každé poruchy, jejímu dopadu na život jedince či jiným hlediskům znemožňujícím nebo omezujícím obvyklý způsob života.

Atypický autismus je diagnostikován u sedmi dětí, Aspergerův syndrom je stanoven u osmi dětí a autistickými rysy trpí deset procent dětí.

Je možno nazřít, že dětský autismus je se šedesáti procenty z počtu dotazovaných oproti celkovým čtyřiceti procentům z poruch diagnostikovaných dětem odpovídajícím, nejčtenější.

7.2 Nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace

Otázka č. 2: Jaký typ AAK využívá vaše dítě?

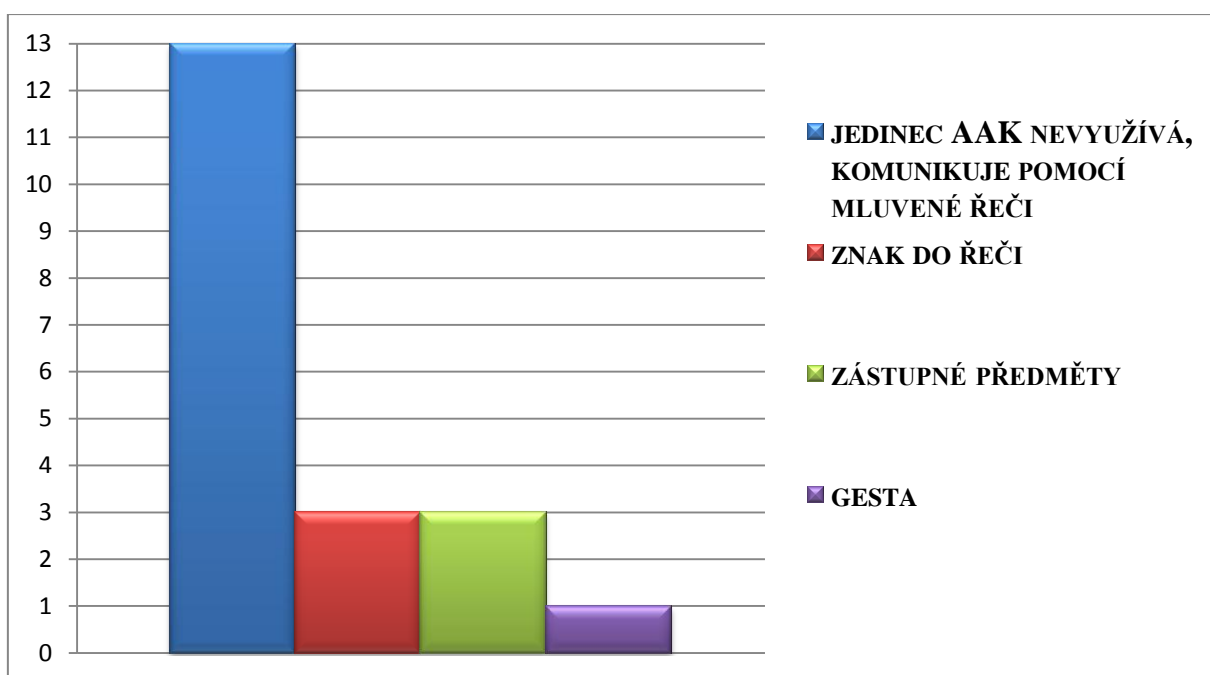


Graf č. 2: Nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace

Nutno říci, že celkový počet dotazovaných je padesát, ovšem, dalo by se tak očekávat, některé děti s diagnostikovanou poruchou využívají vícero způsobů alternativní a augmentativní komunikace, konkrétně jsme dostali sedmdesát odpovědí. Za důležité je rovněž nutné považovat skutečnost, že 20 z dotazovaných odpovědělo na dvě odpovědi a tedy zbylých 30 z celkového počtu účastníků dotazníku odpovědělo na jednu odpověď. Počty odpovědí k jednotlivým nabídkám ilustruje výše vykreslený graf č. 2.

Tedy prostřednictvím piktogramů či VOKS komunikuje 20 dětí. Fotografie využívá ke komunikaci 24 jedinců, což je asi 34% odpovídajících. Prostřednictvím Makatonu komunikují dva jedinci. Metodu globální čtení využívají čtyři žáci. Jiným způsobem komunikuje se svým okolím 21 dětí.

Z uvedeného se můžeme pouze dohadovat, zda jiný způsob komunikace využívají ti z dotazovaných, kteří ke komunikaci užívají piktogramy nebo VOKS, fotografie, globální čtení či Makaton, nebo zda-li jsou kombinace nabízených odpovědí jiné. To závisí jistě na typu a stupni stanovené poruchy.



Graf č. 3: Jiný typ komunikace

K jinému typu komunikace řadíme především tyto druhy komunikace, krom případu, kdy jedinec systémy alternativní a augmentativní komunikace nevyužívá, protože komunikuje pomocí mluvené řeči, znak do řeči, zástupné předměty, gesta.

Z dvaceti respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku jiný typ alternativní a augmentativní komunikace odpovědělo následovně. Třináct z dotazovaných uvedlo, že jednotlivce s poruchou nevyužívá systémy alternativní a augmentativní komunikace se svým okolím za pomoci mluveného slova. Znak do řeči a zástupné předměty označilo celkově 0,3% dotazovaných, zatímco gesta zvolil jako odpověď pouze jeden z účastníků dotazníku.

7.2.1 Provázanost druhu poruchy a typu AAK

Poznamenejme, že dětský autismus má diagnostikováno 30 jedinců z 50 odpovídajících, tj. šedesát procent z nich. Dále je důležité upozornit, že od této chvíle budeme užívat tabulek, to zejména z důvodu přehlednosti výsledků získaných provedeným dotazováním. Ukážeme tak i jiný způsob interpretace získaných výsledků.

Rozeberme si nyní níže uvedenou tabulku č. 1, která ilustruje, kterak odpovědělo třicet lidí z dotazovaných na otázku: *Jaký druh poruchy autistického spektra má vaše dítě diagnostikované?*

Padesát procent z oněch třiceti dotazovaných odpovědělo, že prostřednictvím piktogramů nebo VOKS komunikuje jedinec se svým prostředím. Osmdesát procent odpovídajících, tj. 12 dotazovaných, uvedlo krom odpovědi piktogramy či VOKS ještě další z nabídky odpovědí, konkrétně uvedme, že kombinaci piktogramy nebo VOKS s odpovědí fotografie označilo devět dotazovaných, což je 60% těch odpovídajících, kteří označili, že prostřednictvím piktogramů nebo výměnného obrázkového komunikačního systému komunikuje se svým prostředím. Dále 20% dotazovaných (3 odpovídající) uvedlo v kombinaci s odpovědí piktogramy nebo VOKS jiný způsob komunikace se svým prostředím. Z tohoto počtu jako jiný způsob komunikace dotazovaní uvedli komunikaci prostřednictvím gest, znaku do řeči a zástupných předmětů.

Domnívám se, že není účelné a není to ani cílem této práce interpretovat všechny výsledky ankety, bude-li si některý ze čtenářů chtít udělat rozbor vlastní necht' tak učiní. Dále soudím, že vzorek dotazovaných je natolik malý, že v budoucnosti bude nutné provést obdobné zkoumání v rozsáhlejší měřítku. Na základě výše uvedeného odstavce uvedme pouze základní analýzu získaných výsledků. Obdobně budeme postupovat u dalších tabulek níže.

Odpověď fotografie označilo dvacet dotazovaných, což je cca 67% odpověděvších, dětský autismus. Z předchozího plyne, že 9 odpovídajících uvedlo kombinaci odpovědí fotografie a piktogramy nebo VOKS. Sedm z nich odpovědělo pouze fotografie, dále čtyři z odpovídajících označilo kombinací odpovědí fotografie a jiný způsob komunikace.

Pouze čtyři dotazovaní uvedli pouze jiný způsob komunikace se svým okolím, jedná se o ty, kteří komunikují se svým prostředím prostřednictvím řeči. Na závěr poznamenejme, že pravý sloupec, de facto mimo tabulku, uvádí, jaké jiné způsoby komunikace se svým prostředím jedinec užívá.

POČET	PIKTOGRAMY NEBO VOXS	FOTOGRAFIE	GLOBÁLNÍ ČTENÍ	MAKATON	JINÝ	
1	X	X				
2	X	X				
3	X	X				
4	X	X				
5	X	X				
6	X	X				
7	X	X				
8	X	X				
9	X	X				
10	X				X	znak do řeči
11		X				
12		X				
13		X				
14		X				
15		X				
16		X			X	zástup. předměty
17		X				
18		X				
19					X	řeč
20					X	mluvená řeč
21					X	verbální řeč
22					X	řeč
23	X					
24	X					
25	X					
26		X			X	zástupný předmět
27		X			X	zástupný předmět
28	X				X	gesta
29	X				X	zástupný předmět
30		X			X	znak do řeči

Tabulka č. 1: Typ AAK u jedinců s dětským autismem

Využívané druhy AAK u jedinců s atypickým autismem

Nyní se zabýváme výsledky odpovídajících, kteří uvedli, odpověď *b)* u otázky č. 1, tedy atypický autismus. Přehled výsledků je uveden v následující tabulce č. 2 nazvané Typ AAK u jedinců s atypickým autismem.

POČET	PIKTOGRAMY NEBO VOKS	FOTOGRAFI E	GLOBÁLNÍ ČTENÍ	MAKATO N	JINÝ
1	X		X		
2			X	X	
3					X
4			X		
5	X	X			
6		X		X	
7	X				

řeč

Tabulka č. 2: Typ AAK u jedinců s atypickým autismem

Jak možno nahlédnout, že na odpověď *b)* otázky číslo 1, tedy atypický autismus, odpovědělo sedm dotazovaných, což je 14% z celkově padesáti odpovídajících.

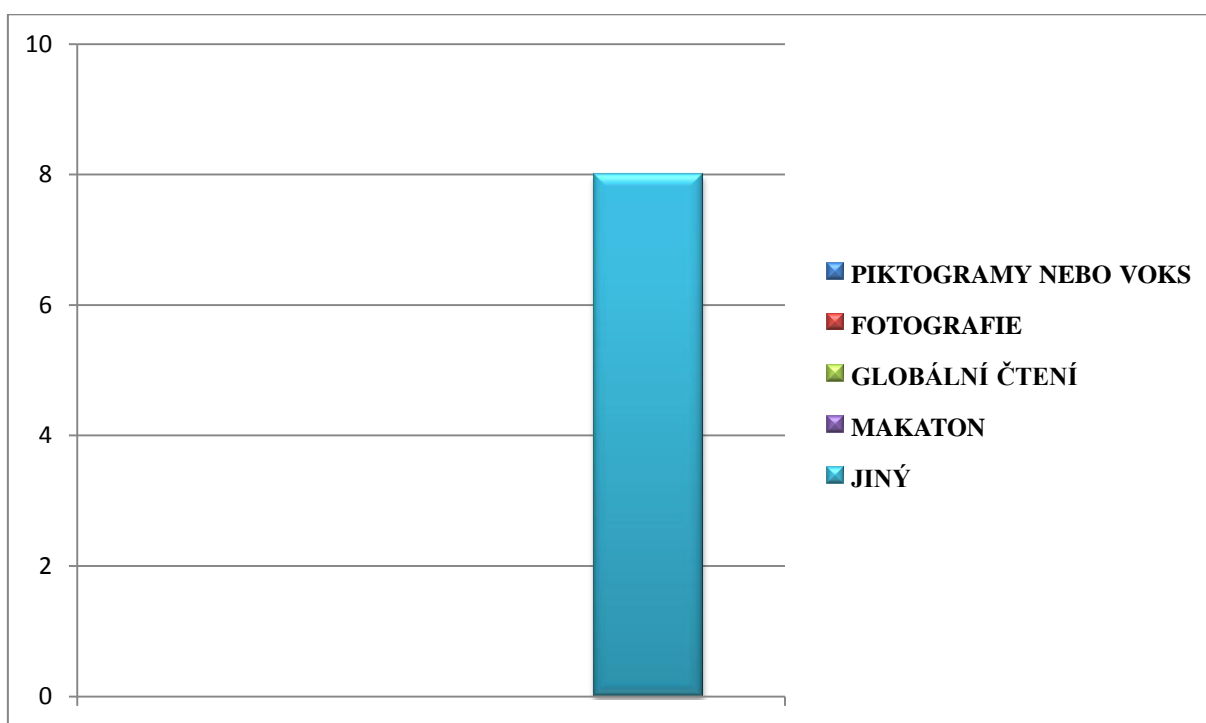
Zde v porovnání s předchozí tabulkou vidíme, že rozložení odpovědí je zhruba stejné, oproti předchozímu, kde největší četnost odpovědí mají odpovědi *a)* a *b)* piktogramy nebo VOKS a fotografie. Je otázka, zda tato skutečnost souvisí s diagnostikovanou poruchou jedince nebo se schopností či jistou výjimečností každého jedince.

Jak je již výše uvedeno, je dle mého názoru nad rámec práce se zabývat hlubší analýzou dosažených výsledků, tato by byla užitečná pro větší či velké množství dotazovaných a z toho vyplývajícího velkého množství obdržených dat.

Z výše uvedené tabulky plyne například, že pouze dva dotazovaní (cca 29%) ze sedmi neuvedli kombinaci více odpovědí. Tedy jeden z nich má diagnostikován atypický autismus a využívá metodu globálního čtení. Další, který má rovněž diagnostikován atypický autismus, komunikuje s okolím jiným způsobem, konkrétně řečí.

Využívané druhy AAK u jedinců s Aspergerovým syndromem

Níže je uveden graf č. 4, nazvaný Typ augmentativní a alternativní komunikace u jedinců s Aspergerovým syndromem, a tabulka č. 3 nazvaná Typ alternativní a augmentativní komunikace u jedinců s Aspergerovým syndromem shrnuje výsledky, které se vztahují k jedincům s tímto syndromem. V případě této odpovědi jde pěkně ilustrovat získané výsledky jak pomocí grafu, tak tabulky, neboť lze vidět, že jedinci s Aspergerovým syndromem nevyužívají ke své komunikaci s okolím některou z nabízených možností odpovědi, všichni z dotazovaných označili jiný způsob komunikace se svým okolím. Dále ukážeme, jak vypadá grafické znázornění pouze pěti zpracovaných dotazníků, resp. jejich výsledků.



Graf č. 4: Typ alternativní a augmentativní komunikace u jedinců s Aspergerovým syndromem

Jedinci s diagnostikovaným Aspergerovým syndromem se svým okolím komunikují s využitím verbální řeči, která může být narušena v různé míře, závislé na stupni postižení.

Využívané druhy AAK u jedinců s autistickými rysy

K analýze jednotlivých podtémat jsme již uvedli mnoho, ukažme proto nyní, jak vypadá grafická ilustrace pouhých pěti zpracovaných dotazníků u odpovědi d) na otázku číslo 1, tedy

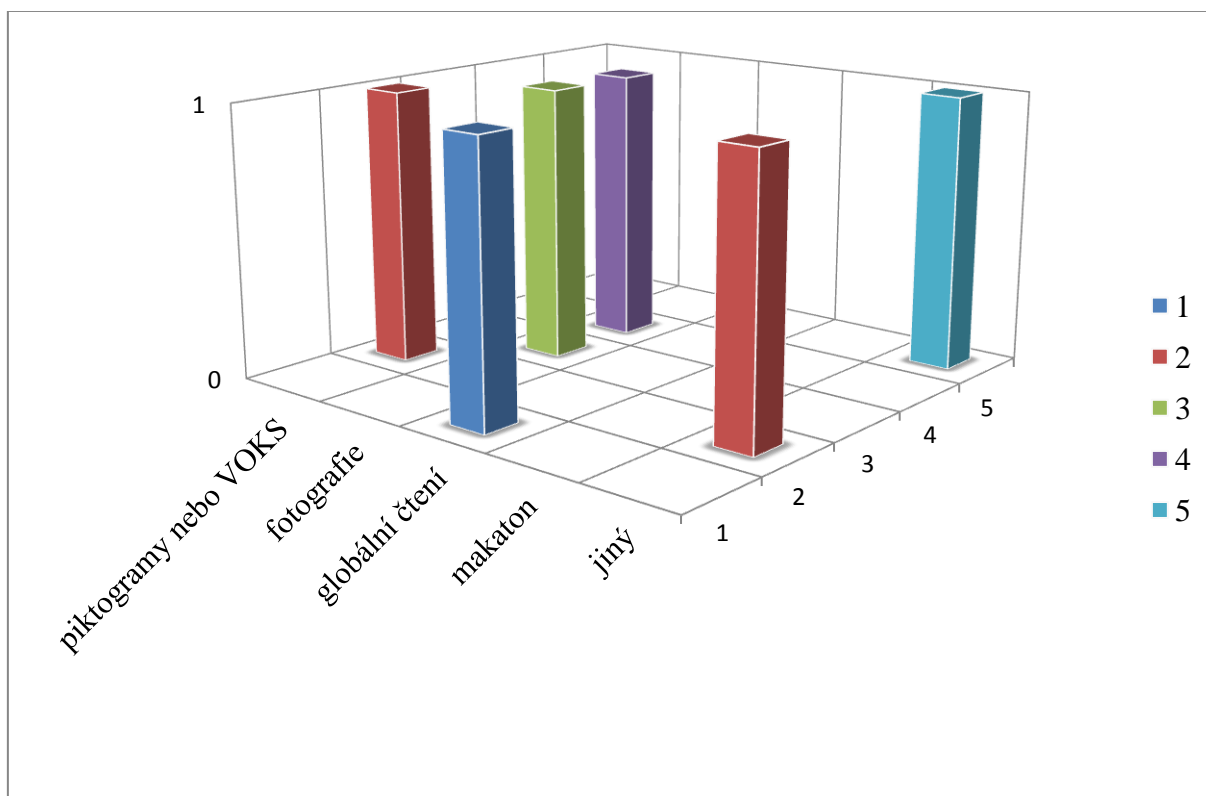
dotazníky zpracované těmi, kteří odpověděli autistické rysy. Vymezíme některé z výhod či nevýhod jednotlivých zpracování získaných výsledků. Nejprve si ilustrujme získaná data grafem č. 5.

POČET	PIKTOGRAMY NEBO VOKS	FOTOGRAFIE	GLOBÁLNÍ ČTENÍ	MAKATON	JINÝ
1					X
2					X
3					X
4					X
5					X
6					X
7					X
8					X

řeč

vizualizace

Tabulka č. 3: Typ AAK u jedinců s Aspergerovým syndromem



Graf č. 5: Typ alternativní a augmentativní komunikace u jedinců s autistickými rysy

Jak můžeme vidět, dotazovaných, kteří odpověděli u otázky číslo 1 odpověď *d*) je pět, tedy 10% z celkového počtu (50) dotazovaných.

Jeden z nich v grafu označený číslem 2 označil dvě odpovědi současně, konkrétně piktogramy nebo VOKS a jiný. Dva z odpovídajících, tj. 40%, označili odpověď *b*) fotografie. Dále shodně po 20% označil jeden z dotazovaných odpověď *a*), piktogramy nebo výměnný obrázkový komunikační systém, další z nich odpověď *e*) jiný způsob komunikace, konkrétně verbální projev.

Dále ukažme, jak vypadá tabulka zpracovaných dat u této odpovědi.

POČET	PIKTOGRAMY NEBO VOKS	FOTOGRAFIE	GLOBÁLNÍ ČTENÍ	MAKATON	JINÝ	
1			X			
2	X				X	znak do řeči
3		X				
4		X				
5					X	verbální projev

Tabulka č. 4: Typ AAK u jedinců s autistickými rysy

Již jistě vidíme jisté rozdíly, výhody a dokonce i nevýhody jednotlivých způsobů zpracování výsledků. Z prvního pohledu vidíme, že výhodou tabulky oproti grafu je její pravý sloupec, v němž můžeme zaznačit typ jiného způsobu komunikace jedince se svým okolím. Dále pokud bychom uvažovali daleko větší množství zpracovávaných dat, můžeme z tabulky vytvořit velice jednoduše, tzv. kontingenční tabulku, která nám poslouží k testování statistických hypotéz. Nevýhodou tabulky oproti grafickému zpracování může být pro někoho nepřehlednost, protože se prostě v jednotlivých řádcích a sloupcích neorientuje. Má raději barevné zpracování dat.

Výhodou grafického znázornění může být, jak je již výše uvedeno, barevná přehlednost dat, která někomu může více vyhovovat, avšak je nutné si uvědomit, že pro velký počet dotazovaných, kteří by označili současně více odpovědí, dostaneme nepřehledný graf. Tímto jsme nastínili i nevýhody grafu oproti tabulce.

Co se velikosti tabulky či grafu týče je nasnadě, že s rostoucím počtem pozorování poroste i velikost tabulky nebo grafu. Jde však také o přehlednost a také o další využitelnost zaznamenaných dat, přičemž výhoda tabulky je zřejmá, můžeme z ní pomocí různých

programů v počítači vytvořit kontingenční tabulku ihned vhodnou pro testování statistických hypotéz.

7.3 Doba zavedení alternativní a augmentativní komunikace a její účinnost

Otázka č. 3: Kdy byla komunikace zavedena, jak pomohla v počátcích a jak teď ve škole?

Třetí otázka je pouze doplňková, protože nemá přímou souvislost s potvrzením či vyvrácením stanovených hypotéz. Nicméně pokud je komunikace s pomocí alternativních a augmentativních systémů účinná měli bychom spatřovat posun v komunikaci jejich uživatelů, i když v některých případech se jedná pouze o malé krůčky.

K vyhodnocení této otázky nepoužijeme grafy ani tabulky. Jednotlivé odpovědi respondentů se natolik podobají, že z nich lze vyvodit několik různých odpovědí, které následovně uvedeme.

Na otázku kdy byla komunikace zavedena, jsme v dotaznících našli tři možné druhy odpovědí, a to v mateřské škole, základní škole, nebo nikdy, protože systémy alternativní a augmentativní komunikace nevyužívá. Komunikace s využitím systémů alternativní a augmentativní komunikace byla v mateřské škole zavedena u 15 jedinců, v základní škole u 21 jedinců. Zbývajících 14 jedinců komunikuje pomocí verbálního projevu a systémy alternativní a augmentativní komunikace nepoužívají.

K funkci alternativní a augmentativní komunikace můžeme v odpovědích nalézt pět možností. Respondenti ve svých odpovědích uvedli, že komunikace byla zavedena buď k navázání komunikace, ke zlepšení komunikace, zdárnější adaptaci, k dorozumění nebo k usměrnění chování a celkovému uklidnění dítěte. 16 respondentů uvedlo, že systémy alternativní a augmentativní komunikace využívá dítě pouze ve škole, v domácím prostředí nikoli. U jedinců, kteří využívají metodu globálního čtení, můžeme nalézt odpověď, že s využitím tohoto systému dochází u jedince k většímu porozumění textu.

Závěrem nutno podotknout, že v některých případech respondenti uvedli, že zprvu zavedený systém komunikace se v praxi neosvědčil, proto museli vyzkoušet jiný ze systémů, kterým dítě v současné době komunikuje. Společným rysem všech odpovědí je možnost dětí vyjádřit se.

7.4 Pomůcky používané dítětem na bázi alternativní a augmentativní komunikace

Otázka č. 4: Jaké pomůcky stavěné na AAK využívá váš syn/dcery, žák/žákyně?

Čtvrtá otázka je také považována za doplňkovou. Vyhodnocení odpovědí této otázky nebude obsahovat grafy či tabulky.

Na tuto otázku odpovídali jen ti respondenti, jejichž dítě využívá některý ze systémů alternativní a augmentativní komunikace. Osoby, které vyplňovaly dotazník a uvedly, že dítě komunikuje pomocí verbální řeči, tuto položku nevyplnili. Jednalo se především o žáky s Aspergerovým syndromem a šest žáků s některou pervazivní vývojovou poruchou.

Mezi pomůcky, které děti s poruchou autistického spektra využívají, respondenti ankety uvedli denní režim, strukturované učení, komunikační knihy, zástupné předměty, vizualizované návody, motivační smajlíky, zástupné předměty.

8 DISKUSE

V praktické části této diplomové práce jsme vycházeli z teoretické části, kde jsme objasnili systémy alternativní a augmentativní komunikace a poruchy autistického spektra, které byly nezbytné pro naši další práci.

Na počátku tvorby praktické části jsme vymezili dvě oblasti tvořící základ praktické části. Prvním cílem práce bylo popsat obraz jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a způsob jejich komunikace. Naplňování tohoto cíle mělo kvalitativní povahu, protože nebylo cílem popsat, jaké množství dětí s poruchou autistického spektra komunikuje pomocí některého ze systémů alternativní a augmentativní komunikace, nýbrž se podrobněji zaměřit na menší množství jedinců s poruchou autistického spektra. K šetření autorka práce využila především klienty škol a školských zařízení, která měla možnost v rámci pedagogických praxí navštívit, se kterými měla možnost přímo pracovat. Při tvorbě kazuistik se tedy nejednalo o pouhé prostudování dokumentace a produktů práce žáků, ale o komplexní popis jedince. Studium dokumentace mělo samozřejmě při naplňování tohoto vytyčeného cíle svou podstatnou roli, protože například rodinnou anamnézu nemůžeme zjistit z chování dítěte. Z dokumentace žáků byly pro naše šetření podstatné informace o rodičích, průběhu těhotenství matky, samotném porodu dítěte, průběhu postnatálního vývoje. Zaměřili jsme se na vyšetření, které děti musely podstoupit k zjištění diagnózy. Rovněž závěry lékařských vyšetření jsme čerpali z dokumentace. Studium dokumentace mělo svá úskalí, protože není možno nahlížet do dokumentů o žácích bez souhlasu zákonných zástupců. Tento fakt nám v několika případech ztěžoval práci, protože ne všichni zákonní zástupci souhlasili se zpřístupněním dokumentace, i po vysvětlení, že veškeré šetření probíhá anonymní formou. Proto jsme tyto žáky nezařadili mezi popisované v této práci. Jak jsme již podotkli, před započítáním tvorby obrazů jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra, musela autorka práce požádat zákonné zástupce o jejich souhlas, pod příslibem, že všechno šetření bude probíhat anonymní formou. Někteří zákonní zástupci byli natolik sdílní, že se sami rozprávěli o průběhu zrání svých dětí. Odpovídali na otázky, pokládané autorkou práce, doplňující chybějící informace v dokumentaci, což mělo velký vliv na zkvalitnění a doplnění jednotlivých obrazů. Velmi zajímavé bylo komunikovat s rodiči, jež mají tolik společného, děti s poruchou autistického spektra, ale každý z těchto osudů je naprosto specifický a jedinečný. Při pozorování dětí jsme se zaměřili především na jejich sociální dovednosti, způsob komunikace. V mnoha případech mohla autorka práce vidět využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace přímo v praxi, tedy při vyučování těchto dětí. Mohla

tak vidět, jak důležitou roli hrají systémy alternativní a augmentativní komunikace při výchovném procesu, jak usnadňují svým uživatelům příjem informací. Mezi výzkumné metody využívané při tvorbě obrazů dětí s poruchou autistického spektra autorka využívala především pozorování, rozhovory jak s rodiči, tak s učiteli a speciálními pedagogy, studium dokumentace. Závěrem by bylo vhodné podotknout, že dokumentace nebyla u všech dětí kompletní, protože zákonní zástupci nejsou povinni poskytovat školám všechny dokumenty z odborných vyšetření. U všech dětí, jsme v jejich dokumentaci mohli nalézt vyšetření ze speciálně-pedagogického centra.

Druhým cílem vytyčeným v praktické části práce bylo plošné šetření nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra. Toto šetření mělo kvantitativní charakter. Mezi využívané metody ke sběru dat v tomto případě autorka práce využila krátký dotazník o čtyřech položkách, který předkládala nejen rodičům dětí s poruchou autistického spektra, tak i učitelům a speciálním pedagogům, kteří s těmito dětmi pracují. Vyplnění dotazníku bylo rovněž anonymní. Dotazníky autorka práce zasílala po předchozí telefonické domluvě elektronickou podobou, v některých případech probíhal sběr dat face too face, kdy autorka jednotlivé položky dotazníku přesně dle zadání pokládala zákonným zástupcům a jejich odpovědi zaznamenávala písemnou formou do dotazníku. Autorka žádala o vyplnění dotazníků celkem 72 respondentů, přičemž vyplněných dotazníků se zpět k rukám autorky dostalo 50. I tak můžeme dle autorky považovat tento počet za úspěšný vzhledem k faktu, že dotazníku rozesílala jen na území Moravy, především pak v Olomouckém kraji.

Jak jsme uvedli, dotazník pro potřebu šetření této diplomové práce byl čtyř položkový. První a druhá otázka byla otevřená. Při první otázce volili respondenti jen jednu odpověď, u druhé otázky někteří odpovídající označili jednu odpověď, jiní dvě odpovědi. Tato skutečnost byl náročnější pro pozdější zpracování otázky, protože autorka se zaměřila, na zjištění, nejen jaký typ alternativní a augmentativní komunikace se u dětí s poruchou autistického spektra vyskytuje nejčastěji, ale na vyskytující se kombinace systémů alternativní a augmentativní komunikace u dětí s postižením. Po zpracování této položky dotazníku autorka práce vyvodit pravdivost jedné ze dvou hypotéz, stanovených v úvodu praktické části práce. Alternativní hypotéza považovala za nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace dětí s poruchou autistického spektra VOKS a piktogramy. Nulová hypotéza nepovažovala VOKS a piktogramy za nejčastěji používaný systémem alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra. **Vzhledem**

k závěrům šetření musíme shledat jako odpovídající nulovou hypotézu, protože jak je možno vidět v grafech, uvedených výše, nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra jsou fotografie. Námi považované systémy VOKS a piktogramy jsou až druhým nejčastěji využívaným systémem komunikace těchto dětí.

U třetí a čtvrté otázky se nejednalo již o označení některé z možností, protože tyto dvě otázky byly otevřené. K jejich zodpovězení byl nutný spontánní písemný projev respondentů, vztahující se jak k době zavedení alternativní a augmentativní komunikace, její účinnosti, tak k pomůckám na bázi alternativní a augmentativní komunikace využívaných dětmi. Právě poslední čtvrtá otázka přinesla velké množství takových odpovědí, že žáci s poruchou autistického spektra využívají denní programy, které jsou vytvořeny pomocí symbolů VOKS nebo piktogramů. Několik speciálních pedagogů uvedlo, že pomůcky dítě využívá pouze ve školním prostředí, protože doma je rodiče z nejrůznějších důvodů využívat nechtějí nebo nemohou. K druhé polovině otázek dotazníku nenalezneme v práci žádné grafy. Odpovědi na tyto otázky se autorka rozhodla škálovat, protože respondenti ve většině případů uvedli odpovědi v rozsahu dvou řádků, které se v mnohém podobaly, ba dokonce vyjadřovaly stejné skutečnosti jen vyjádřené pomocí rozdílných slov.

Ačkoli byla praktická část práce náročná na časové možnosti, byla pro autorku velkým přínosem. Během tvorby kazuistik měla možnost seznámení s novými lidmi se spleťmi životními osudy i s odborníky pracujícími s dětmi s poruchou autistického spektra. Během návštěv v nejrůznějších zařízeních mohla autorka vidět nejrůznější pomůcky využívané při výchově a vyučování těchto dětí. Některé z nich autorka hodlá využívat i v rámci své vlastní praxe. Plošné šetření vyvedlo autorku práce z omylu, když si myslela, že nejčastěji se při práci s dětmi s poruchou autistického spektra využívají VOKS a piktogramy, které sama autorka práce využívá ve své profesi. Na čas bylo náročné především zpracování dotazníků do nejrůznějších grafů a tabulek, které ovšem zjištěné fakta přehledně zobrazují.

V praktické části jsme splnili oba dva cíle, které jsme vytyčili v úvodu. Uvedli jsme jak obraz jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra, tak jsme za využití plošného šetření s využitím dotazníku zjistili, jaký typ alternativní a augmentativní komunikace je u dětí s poruchou autistického spektra nejčastěji využíván. Zajímavé by mohlo být zkoumat tento skutečnost na celém území České republiky, kdy bychom museli mít mnohem větší počet respondentů, ale to už není cílem této diplomové práce.

9 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Systémy alternativní a augmentativní komunikace jsou určeny pro jedince s nejrůznějšími druhy postižení, mající obtíže v komunikaci. Tento fakt vychází z definic alternativní a augmentativní komunikace vymezených v úvodu této práce. Jejich cílem je usnadnit komunikaci, umožnit sebevyjádření, projevit souhlas či nesouhlas.

V žádné literatuře nenalezneme obecně platné pravidlo, jaký typ alternativní a augmentativní komunikace je vhodný využívat u daného druhu postižení. Při výběru je nutné vždy brát v úvahu možnosti a schopnosti jedince. Systém komunikace by měl být vytvářen přímo jemu na míru. Vždy musíme respektovat zásady daného komunikačního systému. Při nastavování komunikace je nutné brát v potaz i jedincovy fyzické schopnosti a prognózu postižení. Úroveň rozumových schopností jedince je další proměnnou ovlivňující výběr komunikačního systému. Jedinci s nízkou úrovní intelektových schopností snáze pochopí systém znázorňující konkrétní předměty, činnosti. Mohli bychom tedy říci, že pro tyto jedince, bude snadnější naučit se komunikovat pomocí VOKS nebo piktogramů než pomocí Makatonu, který využívá abstraktnější symboly.

Klienti mohou využívat několik systémů současně, pokud je to pro ně vyhovující. Nikde není dané, že dítě nemůže komunikovat současně pomocí VOKS a Makatonu. Aktivní slovník jedince bychom měli neustále rozšiřovat, pokud je to vzhledem k postižení možné. Při nácvičku postupujeme od známých, nebo nejčastěji využívaných či potřebných slov k výrazům méně často frekventovaným, až ke slovům majícím abstraktní povahu. Při zavádění některého ze systémů alternativní a augmentativní komunikace učíme klienta nejprve několik málo slov, ke kterým postupně přidáváme další a další. Nově naučená slova je nutno upevňovat, aby se jedincovy zafixovaly, protože jak říká jedno lidové rčení: „Opakování matka moudrosti.“

Společnou funkcí všech systémů uvedených v této diplomové práci je dopomoc při komunikaci. Právě za pomoci těchto systémů mohou jedinci s nejrůznějšími typy postižení vyjádřit své myšlenky, pocity, přání. Nejsou jen pasivními příjemci, ale mohou se sami zapojit. Umožnění komunikace jedinci s postižením se svým okolím se může pozitivně projevit v jeho chování. Může dojít ke zmírnění agrese a vzteku dítěte, protože už bude schopno říct: To nechci.

Při výběru komunikačního systému je nutné brát na zřetel obecně platnou zásadu, že každý jedinec musí komunikovat, protože nekomunikovat nelze. Z pohledu účinnosti komunikace je vhodné, aby daný systém ovládali o i okolí jedince s postižením. Tím mohou

být dětem adekvátními komunikačními partnery. Dítě nabude dojmu, že komunikace tímto způsobem je pro něj účelná, někdo mu rozumí, chápe jej. Dítě tak bude moci samo projevat aktivní zájem o komunikaci.

Během využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace musíme žáka podněcovat k jeho používání a odměňovat i za sebemenší pokroky. Nemůžeme očekávat, že se jedinec ihned po zavedení vyrovná svým vrstevníkům bez postižení. Pochvala je velkým hnacím motorem pro každého jedince. Pokud dítě zjistí, že využívání systému je účelné a přináší určitou odměnu, bude jej to jen upevňovat v jeho používání.

Diskutabilní může být doba, ve které systém alternativní a augmentativní komunikace zavedeme. Pokud například dítě ve třech letech verbálně nekomunikuje, nemusíme hned přistoupit k zavedení některého ze systému náhradní komunikace. Stejně jako se vyvíjí organismus dítěte, tak dochází ke zrání komunikačních schopností. Vždy je nutné vycházet z odborných vyšetření, která vadu či poruchy potvrdí, nebo v opačném případě vyvrátí. Není nikde uvedené, že dítě bude muset využívat alternativní a augmentativní komunikaci po celý svůj život. Tyto systémy mohou jedinci pomoci natolik, že postupem času bude jejich používání postupně eliminovat. Může se dopracovat až úplnému odstranění systému, kdy v interakci se svým okolím bude využívat pouze mluvenou řeč,

Ke komunikaci jedinců s poruchou autistického spektra se nejčastěji využívají fotografie, VOKS nebo Makaton. Mezi nejčastější pomůcky na bázi alternativní a augmentativní komunikace spatřujeme denní režim, komunikační knihy, vizualizované návody.

Autorka práce se setkala s žákem s poruchou autistického spektra, který neakceptoval tiskací písmo, proto nápisy na piktogramech musely učitelky předělat do psací podoby. Po této úpravě začal chlapec s nově upravenými symboly aktivně komunikovat. Černobílý vzhled piktogramů nemusí vyhovovat všem dětem, což v současné době není už tak velký problém, protože internet nabízí velké množství webových stránek, odkud lze získat barevné piktogramy. Pokud dítě s poruchou autistického spektra učíme komunikovat pomocí VOKS nebo piktogramů, vždy se symboly používáme simultánně mluvenou řeč. Při zavádění je výhodou spolupráce s rodinnou, která už ví, jaké slova aktivní slovník jejich dítěte obsahuje. Nemusíme tedy zavádět piktogramy slov, které dítě ovládá v mluvené podobě. Počet piktogramů postupně rozšiřujeme. Symboly, které dítě začalo verbalizovat, můžeme odstranit. Fotografie můžeme upravit do piktogramové podoby. Dítěti můžeme nafotit konkrétní předměty nacházející se v jeho blízkosti, nebo které jsou pro ně důležité

V centru našeho zájmu stojí jak jedinec s postižením, mající problém v komunikaci, tak rodinní příslušníci se kterými je nutné rovněž pracovat. Rodiče by se měli učit nové výrazy současně s dítětem. Hlavně bychom jim měli vyvrátit doposud přetrvávající mýtus, že pokud dítě začne ke komunikaci využívat některý ze systémů alternativní a augmentativní komunikace, nebude už nikdy komunikovat mluvenou řečí.

Závěrem je nutné dodat, že jakékoliv postižení, není důvod pro vyčleňování těchto jedinců. Vždy se jedná o rovnocenné partnery, kteří mají mít možnost podílet se na dění ve společnosti.

ZÁVĚR

Diplomová práce *Odras systémů alternativní a augmentativní komunikace do vytváření pomůcek pro žáky s poruchou autistického spektra* je rozdělena do dvou hlavních částí, teoretické a praktické.

Teoretická část je zaměřena jak na alternativní a augmentativní komunikaci, tak na poruchy autistického spektra. Náplní této části jsou tři kapitoly. První je pojmenována Alternativní a augmentativní komunikace. Zde jsme uvedli jak vymezení komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, tak klasifikaci systémů, pozitiva a negativa jejich využívání. Ve druhé kapitole, nazvané komunikační systémy, jsme se zabývali konkrétními systémy alternativní a augmentativní komunikace. Pokusili jsme se přiblížit Makaton, Bliss, piktogramy, VOKS, znak do řeči, prstové abecedy, Lormovu abecedu, metodu globálního a sociálního čtení. Kapitola obsahuje i několik obrázků znázorňující jednotlivé komunikační systémy. Třetí kapitola je věnována poruchám autistického spektra. Nejprve jsme v krátkosti nahlédli do historie autistických poruch. Dále jsme uvedli jejich zařazení v Mezinárodní klasifikaci nemocí a Americké psychiatrické asociaci. Zaměřili jsme se jak na typické a netypické symptomy postižení, tak na diagnostickou triádu. Hlavní náplní kapitoly bylo blíže proniknout do jádra jednotlivých poruch a jejich diagnostických kritérií a symptomů. Tuto kapitolu uzavírá podkapitola věnovaná strukturovanému učení jako metodice výchovy a vzdělávání autistických dětí, jejím základem je individualizace, strukturalizace, vizualizace. Součástí je obrázek pracovního místa vhodného pro žáky s poruchou autistického spektra.

V úvodu praktické části jsme zevrubně vytyčili metody šetření potřebné k naplnění cílů. Praktická část měla dva cíle: jednak popsat obraz jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra a způsob jejich komunikace, jednak provést plošné šetření nejpoužívanějšího systému alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra. Jednotlivé kazuistiky dětí obsahují množství fotografií, znázorňujících pomůcky využívané ve výchovně-vzdělávacím procesu, včetně těch, které byly vytvořeny na podkladě alternativní a augmentativní komunikace. Hypotézy stanovené v práci se vztahují k plošnému šetření, které probíhalo s využitím metody rozhovoru, dotazníku v organizacích, školách a školských zařízeních, především na území Moravy. Z vyhodnocení dotazníků jsme mohli potvrdit nulovou hypotézu, která byla vymezena: VOKS a piktogramy nejsou nejčastěji používaným systémem alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra.

Údaje, které jsme vyhodnocením dotazníků zjistili, jsme zaznamenali do grafů a tabulek, které jsou součástí práce.

Závěrem můžeme konstatovat, že systémy alternativní a augmentativní komunikace jsou využívány dle potřeb jednotlivých dětí s poruchou autistického spektra. Pomůcky, které vytvářejí většinou učitelky autistických dětí, odrážejí aktuální potřeby dítěte a vedou k usnadnění výchovně-vzdělávacího procesu.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BENDO VÁ, P. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978 - 80 - 244 - 3703 -3.
2. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ. Z. 2008. *Strukturované učení: Vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-736-475-5.
3. DVOŘÁK, J. 2007. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 3., upr. a rozš. vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, ISBN 978-80-902536-6-7.
4. FOSSETT, B., MIRENDA. P. 2007. Augmentative and Alternative Communication. In ODOM, Samuel L., Robert H. HORNER, Martha E. SNELL, Jan BLACHER. *Handbook of developmental disabilities*. 1st ed. New York: The Guildford Press, 2007, ISBN 978-1-59385-185-0
5. HEMZÁČKOVÁ, K., PEŠKOVÁ, J., JIŘÍK, J. 1998. *První čtení: učební pomůcka pro alternativní výuku čtení s využitím globální metody*. 3. vyd. Praha: Parta, ISBN 80-7320-077-5.
6. CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
7. JANOVCOVÁ, Z. 2010. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-5186-7.
8. JELÍNKOVÁ, M. 2008. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, ISBN 978-80-7290-383-2.
9. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vyd. Praha: Grada, ISBN 80-247-1110-9.
10. KNAPCOVÁ, M. 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS*. 2. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, ISBN 80-86856-14-3.
11. KRAHULCOVÁ, B. 2002. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0329-2.
12. KUBOVÁ, L. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce postižených dětí*. Praha: Tech-Market, ISBN 80-902134-1-3.
13. KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, I. 1999. *Znak do řeči*. Praha: Tech-Market, ISBN 80-86114-23-6.

14. LAUDOVÁ, L. 2003. Alternativní a augmentativní komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2003. *Klinická logopedie* (s. 561 – 577). 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-546-6.
15. LECHTA, V. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-801-5.
16. LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-572-5.
17. MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. 2005. *Slovník pedagogické metodologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-7315-102-2.
18. MUSILOVÁ, M. 2012. *Pedagogická diagnostika: cvičebnice*. 1. vyd. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna, ISBN 978-80-904822-4-1.
19. MÜHLPACHR, P. 2004. Autismus. In VÍTKOVÁ, M. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální* (s. 343 - 354). 2. rozšířené a přepracované. Brno: Paido, ISBN 80-7315-071-9.
20. ODOM, Samuel L., Robert H. HORNER, Martha E. SNELL, Jan BLACHER. *Handbook of developmental disabilities*. 1st ed. New York: The Guildford Press, 2007, ISBN 978-1-59385-185-0
21. PASTIERIKOVÁ, L. 2013. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-3732-3.
22. ŘÍHOVÁ, A. 2011. *Poruchy autistického spektra: (pomoc pro rodiče dětí s PAS)*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-2677-8.
23. SVOBODA, P. 2012. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978 - 80 - 244 - 3067 - 6.
24. THOROVÁ, K. 2012. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atyický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0215-8.
25. THOROVÁ, K. 2008. *Poruchy autistického spektra: Včasná diagnóza branou k účinné léčbě*. Praha: APLA o. s.
26. VALENTA, M., MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. aktualizované vyd. Praha: Parta, ISBN 978-80-7320-099-2.
27. VÍTKOVÁ, M. 2004. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. rozšířené a přepracované. Brno: Paido, ISBN 80-7315-071-9.

28. ZELINKOVÁ, O. 2007. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. 2. vyd. Praha: Portál, ISBN 879-80-7367-326-0.
29. ZELINKOVÁ, O. 2003. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a dalších školních dovedností*. 10. zcela přepracované a rozšířené. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-7178-800-7.

Internetové zdroje

1. American Speech-Language-Hearing Association [online]. [cit. 2014-11-17]. Dostupné z <http://www.asha.org/about/>
2. Autismus bez cenzury. 2015 [online]. [cit. 2015-3-18]. Dostupné z <http://www.autistickedite.cz/strukturovane-ukoly>
3. JOHNSON, J. 2015. Makaton. [online]. [cit. 2015-1-15]. Dostupné z <http://www.signedlanguage.co.uk/makaton.html>
4. LORM – Společnost pro hluchoslepé. 2009 [online]. [cit. 2015-3-11]. Dostupné z <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/lorm.php>
5. MESIBOV, G. B., SHEA, 2009. V. The TEACCH Program in the Era of Evidence-Based Practice. [online]. [cit. 2015-4-7]. Dostupné z (<http://link.springer.com/article/10.1007/s10803-009-0901-6#page-1>)
6. MVČR. 2008. Zákon č. 384/ 2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. [online]. [cit. 2015-3-30]. Dostupné z www.mvcr.cz/soubor/sb138-08-pdf.aspx
7. SMITH, M., SEGAL, J., HUTMAN, T. 2015. Autism Spectrum Disorders. [online]. [cit. 2015-3-10]. Dostupné z (<http://www.helpguide.org/articles/autism/autism-spectrum-disorders.htm>)
8. The Makaton Charity. 2015 [online]. [cit. 2015-1-15]. Dostupné z <https://www.makaton.org/aboutMakaton/>
9. The Makaton Charity. 2015 [online]. [cit. 2015-1-15]. Dostupné z <https://www.makaton.org/aboutUs/>
10. THOROVÁ, K; SEMÍNOVÁ, M. 2007. Strukturované učení - základy metodiky práce u dítěte s autismem. [online]. Dostup z <http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

11. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. [cit. 2015-2-20]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F80-F89.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Seznam obrázků

Příloha č. 2: Seznam schémat

Příloha č. 3: Seznam grafů

Příloha č. 4: Seznam tabulek

Příloha č. 5: Dotazník

Příloha č. 1

Obr. č. 1: Ukázka znaků a symbolů Makotonu, dostupné z

<http://www.makaton.org/shop/shopping/freeDownloadDetails/Dick-Whittington>

Obr. č. 2: Ukázka symbolů Bliss, Kubová (1996)

Obr. č. 3: Využití jednoho symbolu systému Bliss v jiných slovech, Kubová (1996)

Obr. č. 4: Ukázka slovníku Bliss, Kubová (1996)

Obr. č. 5: Ukázka piktogramů z veřejných budov, dostupné z:

<http://ratatatata.webnode.cz/news/graficky-design-piktogramy-a-typografie/>

Obr. č. 6: Černobílé piktoogramy, dostupné z: <http://www.sclera.be/en/picto/cat/7/p/2>

Obr. č. 7: Ukázka systému Picture Communication Symbols, dostupné z: <http://www.mayer-johnson.com/pcs-classic-high-contrast>

Obr. č. 8: PECS, dostupné z: <http://www.pediastaff.com/blog/wp-content/uploads/2011/10/pecs.jpg>

Obr. č. 9: Ukázka Znaků do řeči – rodina, lidé, Kubová, Pavelová, Rádková (1999)

Obr. č. 10: Jednoruční a dvouruční prstová abeceda, dostupné z:

<http://www.lorm.cz/download/HMN2/obsahCD/neveslo/komunikace.html>

Obr. č. 11: Logo společnosti LORM, dostupné z <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/lorm.php>

Obr. č. 12: Lormova abecera a popis jednotlivých písmen abecedy, dostupné z:

<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/abeceda.php>

Obr. č. 13: Přiřazování výběrem ze dvou možností a skládání vět podle vzoru, dostupné z:

<http://www.globalni-cteni.cz/vytvorit-formular/skladani-a-cteni-vet/>

Obr. č. 14: Jednotlivé složky sociálního čtení, dostupné z: <http://www.globalni-cteni.cz/clanek/socialni-cteni/>

Obr. č. 15: Nákres pracovního místa, dostupné z <http://www.autismus.cz/strukturovane-uceni/strukturovane-uceni-2.html>

Příloha č. 2

Schéma č. 1: Rozdělení neverbální komunikace, Janovcová (2003)

Schéma č. 2: Klasifikace systémů augmentativní a alternativní komunikace, Janovcová (2003)

Schéma č. 3: Výukové a doplňkové lekce systému VOKS, Knapcová (2006)

Schéma č. 4: Postup při učení se globální metodou, Janovcová (2003)

Schéma č. 5: Etapy výuky globálního čtení, Hemzáčková, Pešková (1998)

Schéma č. 6: Diagnostická triáda, Říhová (2011)

Příloha č. 3

Graf č. 1: Výskyt poruch autistického spektra

Graf č. 2: Nejčastěji využívaný typ alternativní a augmentativní komunikace

Graf č. 3: Jiný typ komunikace

Graf č. 4: Typ alternativní a augmentativní komunikace u jedinců s Aspergerovým syndromem

Graf č. 5: Typ alternativní a augmentativní komunikace u jedinců s autistickými rysy

Příloha č. 4

Tabulka č. 1: Typ AAK u jedinců s dětským autismem

Tabulka č. 2: Typ AAK u jedinců s atypickým autismem

Tabulka č. 3: Typ AAK u jedinců s Aspergerovým syndromem

Příloha č. 5

Dobrý den,

Jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. V současné době píši diplomovou práci na téma Odraz systémů AAK do vytváření pomůcek pro žáky s poruchou autistického spektra. Proto bych Vás chtěla poprosit o vyplnění anketu vztahující se k tomuto tématu. Vyplnění je anonymní.

Moc děkuji! Lucie Schwarzová

1. Jaký druh poruchy autistického spektra má vaše dítě diagnostikované:

- a) dětský autismus
- b) atypický autismus
- c) Aspergerův syndrom
- d) autistické rysy

2. Jaký typ AAK využívá vaše dítě nejčastěji?

- a) piktogramy nebo voksy
- b) fotografie
- c) globální čtení
- d) makaton
- e) jiný.....

3. Kdy byla komunikace zavedena a jak pomohla v počátcích a jak teď ve škole?

.....

4. Jaké pomůcky stavěné na AAK využívá váš syn/ dcera, žák/žákyně?

.....