

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bc. Petra Jelínková

2. ročník – navazující magisterské prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika – ortokomunikace

**ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE Z POHLEDU
KLIANTA S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM
A JEHO OKOLÍ**

Diplomová práce

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a za použití pramenů uvedených v závěru této diplomové práce.

V Brumově-Bylnici, dne 13. června 2013

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Jiřímu Kantorovi, za vydatnou pomoc, odborné vedení práce a za poskytování cenných rad a připomínek k mé diplomové práci.

Chtěla bych také poděkovat všem školám, jejich učitelům a také rodičům, kteří se podíleli na výzkumném šetření praktické části mé práce.

V neposlední řadě děkuji také své rodině a přátelům za pomoc, trpělivost a podporu.

Bc. Petra Jelínková

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Kombinované postižení.....	8
1.1 Vymezení, terminologie, etiologie kombinovaného postižení	8
1.2 Klasifikace kombinovaných postižení	11
1.3 Kombinace mentálního a tělesného postižení u dětí.....	14
1.4 Charakteristika vybraných kombinovaných postižení	18
1.4.1 Dětská mozková obrna (DMO).....	18
1.4.2 Angelmanův syndrom	20
1.4.3 Edwardsův syndrom.....	21
1.4.4 Prader-Wily syndrom	21
1.4.5 Williamsův syndrom	22
1.4.6 Downův syndrom	22
1.5 Edukace žáků s kombinovaným postižením	23
1.5.1 Spolupráce resortů a legislativní opatření ve vzdělávání.....	23
1.5.2 Školy a školská zařízení pro žáky s kombinovaným postižením.....	25
1.5.3 Speciální třída pro žáky s kombinovaným postižením.....	26
1.5.4 Přizpůsobování se potřebám a možnostem žáků, úprava prostředí.....	28
1.6 Využití vybraných stimulačních konceptů	30
1.6.1 Bazální stimulace	31
1.6.2 Snoezelen	32
1.7 Využití vybraných terapeutických technik	33
1.7.1 Muzikoterapie.....	34
1.7.2 Animoterapie (zooterapie).....	35
1.7.3 Terapie hrou (herní terapie).....	36
1.7.4 Ergoterapie	37
1.7.5 Arteterapie.....	38
1.8 Vybrané fyzioterapeutické techniky	39
1.8.1 Bobath koncept.....	39
1.8.2 Vojtova metodika reflexní lokomoce.....	40
1.8.3 Synergická reflexní terapie.....	40

2	Komunikace	42
2.1	Obecné vymezení termínu komunikace.....	42
2.2	Struktura a činitelé komunikačního procesu.....	45
2.2.1	Komunikační kompetence.....	47
2.3	Verbální a neverbální komunikace	47
2.4	Komunikace dětí s kombinovaným postižením.....	48
2.5	Alternativní a augmentativní komunikace	52
2.5.1	Výběr komunikačního systému.....	55
2.5.2	Výhody a nevýhody AAK.....	57
2.5.3	Charakteristika vybraných systémů AAK.....	58
2.6	Význam komunikace v rámci edukačního procesu	63
2.7	Psychické potřeby a komunikace.....	64
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	68
3	Možnosti komunikace žáků s kombinovaným postižením a jejich komunikačních partnerů.....	68
3.1	Cíle výzkumného šetření	68
3.2	Metody výzkumného šetření.....	69
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření	71
3.4	Analýza a interpretace výsledků	75
3.4.1	Analýza předvýzkumu.....	75
3.4.2	Závěry z pozorování.....	79
3.4.3	Analýza rozhovorů	82
3.5	Diskuze	88
	Závěr	92
	Seznam použité literatury a zdrojů.....	93
	Seznam doporučené literatury.....	99
	Seznam příloh.....	100
	Anotace	134

Úvod

„Vše, co uděláte, přinese výsledek, protože vše má svůj smysl.“

(Kent M. Keith)

V současné době je komunikace velmi frekventovaným, často skloňovaným termínem a prolíná se ve všech oblastech lidského života. Je bezpochyby jasné, že komunikuje každý z nás a že komunikujeme dnes a denně, ať už se jedná o jakoukoliv formu.

Komunikace je to, čím se budeme primárně v této diplomové práci zabývat. Podnětem k tvorbě této práce je nejenom velká aktuálnost tématu komunikace, ale jsou to především pozoruhodné okamžiky, které jsem měla možnost v praxi u dětí se zdravotním postižením shlédnout a zažít a které mne velmi zaujaly. Rozhodla jsem se tedy nahlédnout nejen do života dětí s kombinovaným postižením a zmapovat jejich možnosti komunikace, ale zaujal mne i pohled blízkých osob, které patří mezi významné účastníky života těchto dětí. Schopnost dorozumívání je natolik významná, že stojí za to na tuto oblast poukázat a vyzdvihnout důležité informace, které by mohly komunikaci dětí zdokonalit. Cílem diplomové práce je nejenom teoreticky popsat, ale také zamyslet se nad zefektivněním využívání alternativních a augmentativních komunikačních systémů ve školách. Zjistit, zda a do jaké míry žáci tyto prostředky využívají a jestli jsou pro žáky při získávání znalostí účinné.

Teoretická část diplomové práce byla rozdělena do dvou kapitol. První kapitola se týká teorie osob s kombinovaným postižením. Problematika osob s kombinovaným postižením se významně dostává do popředí ve většině speciálněpedagogických oborů v rámci teorie i praxe. Vzhledem k závažnosti zdravotního postižení vyžaduje práce s těmito jedinci kvalitní a ucelený přístup. Cílem kapitoly je především popsat základní informace, jako je terminologie, etiologie či symptomatologie. Významnou součástí kapitoly je charakteristika edukace žáků s těžkým kombinovaným postižením i možnosti práce, včetně terapií, které se u těchto žáků dají využít.

Ve druhé kapitole se budeme zabývat komunikací v obecném, ale i specifickém pojetí zaměřeném na osoby s kombinovaným postižením. Význam, jak již z názvu práce vyplývá, přikládáme především alternativní a augmentativní komunikaci, která umožňuje komunikaci nahradit nebo doplnit.

Třetí částí práce je částí praktickou, ve které popíšeme, analyzujeme a vyhodnotíme naše výzkumné šetření v oblasti komunikace žáků s těžkým zdravotním postižením.

Před celkovým závěrem diplomové práce se budeme věnovat diskuzi z hlediska využívání AAK a specifických možností vyjadřování potřeb dětí s kombinovaným postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Kombinované postižení

První kapitola naší práce nastíní teoretické poznatky z teorie kombinovaného postižení. Kromě tradičních klasifikací a dělení kombinovaného postižení popíšeme terminologický aparát i etiologické faktory. V neposlední řadě se budeme podrobněji zabývat edukací žáků s kombinovaným postižením. V závěru kapitoly přiblížíme možnostmi práce s klienty s těžkým kombinovaným postižením, kde pro ilustraci uvedeme nejružnější terapeutické či fyzioterapeutické techniky a metody.

1.1 Vymezení, terminologie, etiologie kombinovaného postižení

Před vymezením a definováním kombinovaného postižení, jako stěžejního pojmu naší práce, je třeba vysvětlit termín **zdravotní postižení**. Musíme poznamenat, že v rámci zdravotního postižení se přesunul střed zájmu z oblasti medicínské do sociální. Tuto skutečnost ve své publikaci potvrzuje Vítková (2006; srov. Mühlpachr, 2010), která upozorňuje na to, že jak ve světě, tak také u nás panuje diskuze týkající se odlišného pojmání termínu *postižení*. Na poli speciální pedagogiky se setkáváme s novou terminologií, která se aktuálně využívá jak na mezinárodní úrovni, tak také u nás. Pojem *postižení* se proměňuje, nejde o kategorii (starší pojetí), ale o dimenzi (novější pojetí) se sociálním rozměrem (resp. sociální dimenzi). Vítková (2006) dále ve své publikaci zmiňuje terminologii WHO, ve které je figurováno s pojmy jako je *impairment (poškození)*, *disability (omezení)* a *handicap (postižení)*. Díky Mezinárodní klasifikaci funkcí, disability a zdraví (MKF) byl vytvořen nový pohled na oblast zdravotního postižení, jenž po proměně terminologického aparátu (*disabilita, aktivita, participace*) poskytl možnost aktivnějšího a samostatnějšího života osob se zdravotním postižením. Vítková (2006, s. 19) definuje postižení jako „*takové poškození nebo omezení/snížení výkonu, znevýhodnění, které brání určitému jedinci částečně nebo úplně splnit roli, která by mu příslušela vzhledem k jeho věku, pohlaví a socio-kulturním faktorům.*“

Za **kombinované postižení** označujeme takové postižení, kdy se jedinec potýká současně se dvěma nebo více postiženími – jedná se tedy o souběžné postižení více vadami. Kombinované vady jsou Sovákem (1980) vymezeny jako sdružení několika vad

u konkrétního jedince. Podle autora se různé vady, které se u jedince vyskytují, nejenom navzájem ovlivňují, ale s vývojem osobnosti se také kvalitativně mění. Každá vada, která způsobuje narušení integrity osobnosti, se projevuje také v její psychické struktuře. Kombinované postižení lze podle téhož autora (s. 20) přijmout jako vymezení „*složitého komplexu různě podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací.*“

Vašek (2005) udává, že kombinované postižení nelze považovat za součet dvou nebo více postižení, ale v důsledku více faktorů vzniká nová kvalita.

Těžké postižení a souběžné postižení více vadami je Vítkovou (2006, s. 193) definováno jako „*komplex omezení člověka jako celku ve všech jeho prožitkových sférách a výrazových možnostech.*“ Autorka podotýká, že omezení a změna schopností se odráží v oblasti emocionální, kognitivní, tělesné, ale i v oblasti sociální a dorozumivací. Zdravotní postižení ovlivňuje osobnost jedince celkově čili v celostním pojetí.

Kombinované postižení můžeme považovat za *těžké zdravotní postižení*, které je takto v odborné literatuře neřídka označováno (srov. Vítková, 2006, Vítková; Vítek, 2010). Toto označení podléhá subjektivnímu posouzení jednotlivých schopností jedince (komunikace, pohyblivost, úroveň intelektu apod.), ale ovlivňuje také celkový pohled na jedince se zdravotním postižením. Obecně si pod pojmem těžké postižení představujeme jedince, jehož schopnosti a dovednosti výrazně limitují jeho soběstačnost a samostatnost. Často je v literatuře tento termín používán jako synonymum termínu kombinované postižení (příp. kombinované vady).

Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č. j. 25602/97-22 charakterizuje vícenásobné postižení následovně: „*Za postiženého vícenásobným postižením se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu*“ (Jakobová, 2011, s. 13).

Terminologie ve sféře kombinovaného postižení není jednotná. Terminologický soulad chybí v rámci všech resortů, které se podílí na péči o jedince se zdravotním postižením (MŠMT, MZ, MPSV). V současné literatuře se můžeme setkat s velkým množstvím termínů označujících kombinaci zdravotních postižení. Nejčastějšími termíny, které jsou chápány jako synonyma, jsou označení *kombinované postižení*, *kombinované vady*, *souběžné postižení více vadami*, *těžké kombinované postižení* nebo *vícenásobné postižení* – tato označení jsou používána dle preferencí jednotlivých autorů. Někteří autoři ve svých publikacích hovoří o *těžkém postižení a souběžném postižení více vadami* nebo používají relativně zobecňující

pojem *těžké postižení* (Vítková; Vitek, 2010). Jiní autoři (srov. Franiok, 2008; Jakobová, 2011) doplňují o pojmy *vícečetné vady*, příp. *vady sdružené*.

S termínem *kombinované vady* se můžeme setkat nejen ve speciálpědagogických publikacích, ale objevuje se i ve velkém množství medicínských zdrojů (srov. Navrátil a kol., 2008; Kučerová, 2006; Jakubíková, 2008). V textu budeme kooperovat především s termínem kombinované postižení, které je více společensky uchopitelné a navíc je pod tímto pojmem zřejmý a také lépe přiblížený význam spojený se sociálním přesahem, nežli je tomu u termínu „vada“.

V zahraničních zdrojích je terminologie také velmi široká. V německých pramenech se k označování kombinovaného postižení využívají termíny jako je *schwehrbehinderten Kindern* nebo *schwerst behindert* (těžké postižení) (Klug, 2010; Jensen, 2007, Wiczorek, 2002), *mehrfach schwerstbehindert/schwerst mehrfach behindert* (kombinované vady) (Zernikow, 2009; Haupt, 2006). Dále v anglicky mluvících zemích se užívají termíny *multiple handicap* (vícenásobné postižení) nebo *severe/multiple disabilities* (těžké kombinované postižení). Sousední Slovensko využívá pojmy jako je *viacnasobné postihnutie* nebo *vícere chyby* (Ludíková a kol., 2005; Vítková, 2006).

Etiologie (umožňuje nám objasnit příčiny vzniku zdravotního postižení) v oblasti kombinovaného postižení je široká. Osob s kombinovaným postižením víceméně stále přibývá. Už Eisová (1982) poznamenává, že nárůst osob s kombinovaným postižením se zvyšuje nejenom v důsledku stále se zdokonalující a zpřesňující diagnostiky, ale také kvůli udržování rizikových těhotenství a redukci novorozenecké a kojenecké úmrtnosti dětí, které jsou už od narození nezralé nebo oslabené. Soudobá lékařská péče je na velice vysoké úrovni a umožňuje přežívání těch jedinců, kteří by v dřívějších dobách měli velmi nízké šance na přežití.

Kombinované postižení je výsledkem seskupení škodlivých faktorů a nejde pouze o monokauzální příčinu, ale příčin může být více. Vzhledem k heterogenitě osob s kombinovaným postižením jsou také etiologické faktory různorodé. V mnoha případech nelze jednoznačně příčinu určit. Obecně však můžeme etiologické faktory, které způsobují vznik zdravotního postižení dělit na prenatální (období před narozením), perinatální (v průběhu porodu a bezprostředně po něm) a postnatální (kontinuální období po porodu). Mezi nejčastější příčiny vzniku patří dědičnost, genetické vlivy, infekce a intoxikace, chemické látky, poškození mozku a centrální nervové soustavy, chromozomální aberace, metabolické a nutriční potíže matky v průběhu těhotenství, působení rentgenových a radioaktivních paprsků, špatná výživa matky, alkoholismus a kouření matky, některé drogy,

jedy, mohou se vyskytnout také změny v množství plodové vody. U velkého množství dětí vzniká těžké postižení také v důsledku předčasného narození, často jsou to děti s nízkou porodní hmotností. Může jít ale i o děti s běžným průběhem porodu, avšak k poškození mohlo dojít v důsledku úrazů, mechanického poškození nebo závažných onemocnění, např. traumata lebky a mozku, stavy po tonutí apod. Na vzniku těžkého zdravotního postižení se může podílet i vliv negativního sociálního prostředí, psychické problémy matky anebo může docházet ke kombinaci příčin. Vzhledem k tomu, že největší výskyt kombinovaného postižení se váže na poškození CNS a mozku, pojí se výskyt kombinovaného postižení nejčastěji s mentálním postižením (Vančová, 2001; Ludíková a kol. 2005; Vítková, 2006; Jakobová, 2011).

Podle Kozákové (in Ludíková a kol., 2005) lze říci, že existují jisté diagnózy, které predikují výskyt kombinovaného postižení, mezi tyto diagnózy můžeme zařadit především dětskou mozkovou obrnu (DMO), fetální alkoholový syndrom (FAS), Wolfův syndrom, Patauův syndrom, Fröhlichův syndrom, Downův syndrom atd.

Kombinované postižení je dle Jankovského (2006) determinováno nejenom vlastní kombinací zdravotního postižení, ale rozhoduje i to postižení, které nejvíce jedince znevýhodňuje. Na tomto pak závisí léčba (rehabilitace), sociální péče a v neposlední řadě i edukace. Z hlediska vzdělávání rozhodují především mentální dispozice žáků.

Podkapitola týkající se vymezení, terminologie a etiologie kombinovaného postižení umožnila vymezit základní pojmy a současně i poukázat na problematiku terminologického aparátu v oblasti kombinovaného postižení, který je v současné době stále nejednotný. Dále jsme popsali množství etiologických faktorů, které působí na vznik kombinovaného postižení.

1.2 Klasifikace kombinovaných postižení

Osoby s kombinovaným postižením jsou velmi heterogenní skupinou, která bývá řazena mezi nejzávažnější zdravotní postižení. V literatuře se můžeme setkat s různorodými děleními, lišícími se dle autorů.

Podle Sováka (1980) je třeba v rámci praktických potřeb při práci s jedinci vymezit vadu hlavní a vady vedlejší/přídavné. Obecně tedy můžeme hovořit o primárním (nebo také dominantním) a sekundárním postižení.

Vančová (2001) konstatuje, že ve sféře kombinovaného postižení nefigurují jenom závažné stupně postižení, poruch nebo narušení, ale také jejich „lehčí“ stupně společně s lehčími anebo i těžšími stupni narušení nebo nedostatků. Nelze však vyloučit ani kombinaci postižení nebo narušení s nadáním nebo talentem.

Z dřívějších klasifikací, z nichž jednu uvádí Sovák (in Vančová 2001, s. 16), lze kombinované postižení dělit podle druhu následovně:

- „*slepohluchoněmi*;
- *slabomyslní hluchoněmi*;
- *slabomyslní slepí*;
- *slabomyslní tělesně postižení (a podobně).*“

Jesenský (in Ludíková a kol., 2005, s. 10) uvádí klasifikaci kombinovaných vad v rámci principu dominantního postižení, a to:

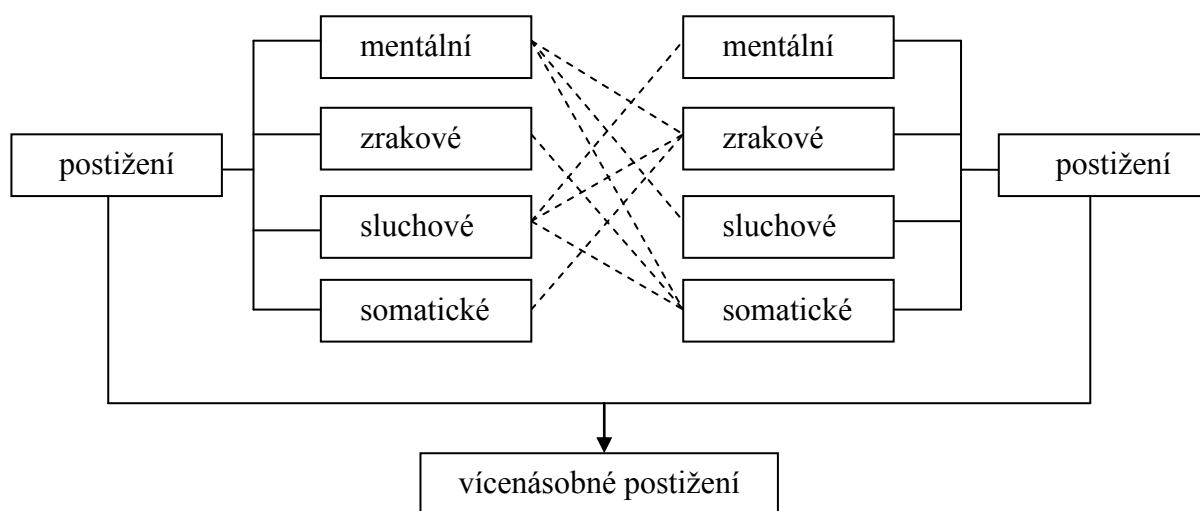
1. „*Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení*;
2. *mentální postižení s tělesným postižením*;
3. *mentální postižení se sluchovým postižením*;
4. *mentální postižení s chorobou*;
5. *mentální postižení se zrakovým postižením*;
6. *mentální postižení s obtížnou vychovatelností*;
7. *smyslové a tělesné postižení*;
8. *postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.*“

Do tří symptomaticky příbuzných skupin dělí zdravotní postižení Vašek (in Vančová (2001) následovně:

- a) mentální postižení s dalším (i) postižením (i) – jedná se o největší skupinu osob;
- b) slepohluchota – jedna z nejtěžších forem;
- c) poruchy chování v kombinaci s dalším (i) postižením (i) nebo narušením (i).

V rámci potřeb resortu MŠMT se osoby s kombinovaným postižením dělí do tří skupin:

1. kombinace dominantního mentálního postižení s přidruženým postižením tělesným;
2. kombinace smyslových vad s tělesným postižením, vadou řeči a hluchoslepotou;
3. zvláštní kategorií je autismus v kombinaci s dalším postižením (Jakobová, 2011).



Obr. 1: Schéma možných kombinací postižení dle Vaška (in Vančová, 2001).

Shodně s Vančovou uvádí Ludíková (in Ludíková a kol., 2005) elementární kategorizaci osob s kombinovaným postižením, a to na lehce a těžce vícenásobně postižené. Do kategorie jedinců s tzv. lehkým vícenásobným postižením lze zařadit ty osoby, které jsou díky výchově a vzdělávání v běžných nebo speciálních školách schopny víceméně samostatně zvládat běžný život, zapojit se do společnosti a v rámci adaptace do daných životních podmínek i prostředí dospět průměrné životní kvality. Je zde možnost i kvalifikace a rozvoje v poli pracovních dovedností (např. podporované zaměstnávání, chráněné pracovní dílny apod.).

Osoby s těžkým vícenásobným postižením jsou v důsledku závažnosti zdravotního postižení schopny samostatně zvládat pouze základní praktické životní situace a ke svému životu potřebují pomoc druhých osob. Objevují se u nich potíže v rámci komunikačního procesu, které lze do jisté míry kompenzovat pomocí systému alternativní a augmentativní komunikace (více ve 2. kapitole *Komunikace*). Ludíková (in Ludíková a kol., 2005) uvádí, že způsob práce s těmito osobami by měl být individuální za spolupráce všech zainteresovaných odborníků s cílem co nejvyšší možné míry socializace.

Přesné vymezení „lehkého“ a „těžkého“ kombinovaného postižení není jednoduché, neboť z hlediska posuzování normy a normality nelze přesně určit kde je hranice mezi těmito kategoriemi.

1.3 Kombinace mentálního a tělesného postižení u dětí

Jak již bylo uvedeno v textu výše, nejvíce kombinovaných postižení je vázáno na poškození mozku, proto se tedy v rámci kombinovaného postižení u osob setkáváme nejčastěji s kombinacemi mentálního postižení.

Mentální postižení lze vymezit jako trvalý úbytek rozumových schopností, který vznikl jako následek poškození mozku. Švarcová (2006) udává, že mentální postižení je trvalý stav, který je způsoben nevratnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Z etiologického hlediska můžeme uvést endogenní (vnitřní, genetické) i exogenní (vnější) vlivy. Mezi příčiny vzniku mentálního postižení je možno řadit infekce a intoxikace, mechanická poškození, anomálie chromozomů, poruchy výměny látek a výživy nebo makroskopické léze mozku, jako jsou novotvary, degenerace nebo postnatální skleróza, dále také hypoxie, vážné duševní poruchy atd.

Valenta a Müller (2003) popisují rozdíl mezi mentálním postižením a mentální retardací. Mentální retardaci lze podle autorů (s. 12) definovat jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížení kognitivních, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ Mentální postižení je podle již zmíněných autorů širším pojmem než mentální retardace. Vašek (in Valenta; Müller, 2003) označuje mentální postižení jako zastřešující termín s větším rozsahem, který se označuje všechny jedince s IQ pod 85 (označení mentální retardace se používá pro označení IQ pod 70).

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) definuje mentální retardaci jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“ (Klasifikace mentální retardace, dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>).

Valenta (in Michalík, 2011, s. 122) upozorňuje, že u mentální retardace „*nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny*“. Mentální retardace se vyznačuje především sníženou úrovní inteligence, mezi další znaky mentální retardace lze zařadit psychické zvláštnosti jako je zvýšená závislost na druhých osobách, impulsivní jednání, opožděný psychosexuální vývoj, pasivita v chování, sugestibilita a infantilnost, hyperaktivita nebo naopak hypoaktivita v chování, konkrétnost myšlení,

neobratnost ve vyjadřování nebo také nedostatečná slovní zásoba. U nositele mentálního postižení se rovněž často vyskytuje zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání, dále také nediferencovanost počitků a vjemů, inaktivita vnímání, nedostatečné prostorové vnímání, snížená citlivost v rámci hmatového vnímání či nedokonalé vnímání času a prostoru. Potíže se objevují i v oblasti paměti, pozornosti a v nespolední řadě i po stránce emoční a volní. Z časového hlediska – dle doby vzniku mentálního postižení lze vymezit vrozenou nebo časně získanou mentální retardaci (do dvou let života) – hovoří se o tzv. primárním mentálním postižení s označením *oligofrenie*. Termín *demence* pak označuje poruchu inteligence, která vznikla po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení, které má často progredující charakter (Valenta; Müller, 2003; Valenta in Michalík, 2011).

Při klasifikaci mentální retardace (MR) se aktuálně využívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v rámci Světové zdravotnické organizace (WHO). Zařazení osob do jednotlivých kategorií se uskutečňuje na základě výsledků standardizovaných testů inteligence. V níže uvedené tabulce uvádíme elementární charakteristiku osob s jednotlivými typy mentálního postižení.

Tab. 1: Charakteristika osob s jednotlivými typy mentálního postižení.

Označení	Název	Charakteristika
F70	Lehká MR IQ 69-50	Vyznačuje se opožděným řečovým vývojem, potíže se objevují už při vstupu žáka do školy. Většina osob je nezávislá v sebeobsluze, u osob s lehkou mentální retardací je možnost i pracovního uplatnění. Obecně lehký stupeň mentální retardace nemusí působit vážnější obtíže, jedinci se většinou dobře přizpůsobí svému sociálnímu prostředí a adaptují na běžný život.
F71	Střední MR IQ 49-35	V oblasti myšlení a řeči jedinci prokazují výrazné omezení. V rámci sebeobsluhy vyžadují podporu víceméně v průběhu celého života. Z edukačního hlediska se zaměřujeme na trivium (čtení, psaní, počítání), řeč osob se středně těžkou mentální retardací je jednoduchá, často obsahově chudá, převažuje neverbální komunikace. Pracovní uplatnění pro klienty se v dospělosti omezuje většinou na manuální práci s odborným dohledem.

F72	Těžká MR IQ 34-20	Představuje výrazné opoždění psychomotorického vývoje, patrné už v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně omezeny, jedinci vyžadují pomoc při hygieně, stravování a dalších úkonech. Řečový vývoj je značně omezen, často stagnuje na předřečové úrovni, jedinci mohou ke komunikaci používat slabiky, zvuky či slova.
F73	Hluboká MR IQ pod 20	Nejzávažnější stupněm mentální retardace, který se projevuje omezením u konkrétního jedince téměř ve všech oblastech života, ať už se jedná o schopnost porozumět a vyhovět požadavkům, mobilitu, hygienu, vzdělávání apod. Komunikace probíhá nejčastěji formou vyjadřováním neartikulovaných zvuků, častěji neverbální komunikací.
F78	Jiná MR	Mentální retardaci není možné určit přesně kvůli přidruženým postižením (smyslová, tělesná), poruchám chování či autismu.
F79	Nespecifikovaná MR	Je určeno, že jde o mentální postižení, avšak pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit do konkrétní kategorie.

(Valenta; Müller, 2003; Švarcová, 2006; Pastieriková in Ludíková a kol., 2012a; Mentální retardace, dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>).

Tělesné postižení je Jankovským (2006) považováno za velmi široký pojem, který autor popisuje jako takové postižení, které se projevuje buď dočasnými, nebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Vítková (2006) doplňuje, že za tělesné postižení pokládáme takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, tak i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevují porušenou hybností, ať už vzniklé úrazem nebo na základě dědičnosti. V rámci péče o jedince s tělesným postižením je snaha o co největší zmírnění důsledků postižení. Využívají se léky, adekvátní ortopedické a technické pomůcky, úprava školního nábytku, bezbariérovost, vytváření pracovních míst pro tělesně postižené apod. V neposlední řadě se klade velký důraz na týmovou spolupráci všech zainteresovaných, kteří se na péči o jedince podílejí. Pohybové vady můžeme dělit dle různých kritérií.

Obecně můžeme pohybové postižení členit na vrozené (také dědičné) a na získané (v důsledku nemoci, úrazu). Omezení hybnosti může být primární (následek tělesného

postižení) nebo sekundární (nepřímý důsledek po takových nemocech, které přímo nepostihují pohybový aparát, avšak mohou snížit možnosti pohybových aktivit nemocného, např. srdeční nemoci, kostní nemoci apod.). Podle postižené části těla pak rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních. Centrální část nervové soustavy zahrnuje mozek a míchu, periferní část pak obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší stupněm a rozsahem závažnosti, dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). Tělesné postižení tedy zahrnuje centrální a periferní obrny, deformace, amputace a malformace. Druhy omezení hybnosti se dělí na tělesné postižení, na nemoc a na zdravotní oslabení. Tělesná postižení mohou být dále dělena na postižení neurologická nebo ortopedická. Nemocí chápeme poruchu rovnováhy organismu s prostředím, podle doby trvání rozlišujeme onemocnění krátkodobé a dlouhodobé. Nemoc může být chronická (dlouhodobě předpokládaný průběh) nebo recidivující (časté opakování). Z hlediska očekávaného vývoje může být nemoc progresivní (progredující) nebo stacionární (postupné zhoršování). Zdravotní oslabení se vyznačuje sníženou odolností proti nemocem a zvýšenou tendencí k recidivitě. Pro děti se zdravotním oslabením mohou být organizovány ozdravné pobyty (Vítková, 2006; Kantor in Valenta a kol., 2008).

Novosad (2011) vystihuje hlavní specifika osob s tělesným postižením:

- snížení, ztráta nebo omezení schopnosti pohybu;
- problematická koordinace, narušení motoriky;
- zvýšená závislost na technických pomůckách i fyzické pomoci druhých (bezbariérovost přístupů, dopravy, asistence, dopomoc apod.);
- ohrožení citovou, podnětovou nebo činnostní (výkonovou) deprivací;
- potíže při procesu osamostatňování se;
- možné poruchy sebepojetí, problémy při navazování sociálních vztahů, snížená sociabilita, méně zkušeností v mezilidských a partnerských vztazích;
- mohou se objevovat komunikační potíže z různých důvodů (spasticita, nedostatek zkušeností, přidružené smyslové postižení apod.).

V této podkapitole jsme se věnovali vymezení mentálního a tělesného postižení. Jako součást popisu mentálního postižení byla pro přehlednost vytvořena tabulka s označením a charakteristikou jednotlivých stupňů MR. V rámci vymezení tělesného postižení jsme se mimo jiné pokusili o zevrubnější členění pohybových postižení.

1.4 Charakteristika vybraných kombinovaných postižení

V následující kapitole budeme stručně charakterizovat vybraná kombinovaná postižení. Největší část podkapitoly je věnována Dětské mozkové obrně, neboť s tímto zdravotním postižením se v praxi velmi často setkáváme. Pro nastínění představ o dalších kombinovaných postiženích předkládáme stručnější informace o vybraných syndromech, které se taktéž vyznačují kombinací nejrůznějších zdravotních obtíží.

1.4.1 Dětská mozková obrna (DMO)

Z hlediska MKN-10 je Dětská mozková obrna (v MKN značena jako *mozková obrna*) označena jako G80 (je řazena do skupiny nemocí nervové soustavy G00-G99). Dětská mozková obrna bývá považována za skupinu poruch, která vzniká v důsledku poškození mozku před porodem, při porodu nebo brzy po něm a ovlivňuje především hybnost jedince. Definice Lesného (1972, s. 9), který DMO označuje jako „*raně vzniklé postižení mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti*“, vznikla už více než před čtyřiceti lety, avšak mnoho autorů z této definice ještě dnes vychází a čerpá. Kraus (2005) uvádí, že dětská mozková obrna je trvalé, avšak nikoliv neměnné postižení hybnosti a postury, které je následkem neprogresivního poškození či léze nezralého mozku. Chmelová (in Hájková a kol., 2005) považuje DMO za přetrvávající, avšak ne neměnné postižení hybnosti, které je způsobeno neprogresivním poškozením mozku v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním. Ze zahraničních autorů také Lewitt (2010) považuje termín *cerebral palsy* (mozková obrna) za běžně používaný název pro skupinu podmínek charakterizovaných motorickou dysfunkcí v důsledku neprogresivního raného poškození mozku. Při srovnání výše uvedených definicí jsou patrné podobnosti, a to především v době vzniku, oblasti orgánového poškození a důsledkem zdravotního stavu.

Nejčtenější skupinou dětí s DMO jsou děti narozené předčasně. Autoři Vítková (2006) i Kraus (2005) se shodují, že většina případů DMO vzniká před narozením v důsledku abnormálního rozvoje mozku, poraněním hlavy, jako následek infekcí nebo intoxikací, genetických vlivů nebo úrazů a přetrvává po celý život. DMO postihuje motorické centrum v mozku – toto centrum kontroluje funkce, jako je pohyb, zrak, sluch, mluvení, myšlení, dýchání, trávení potravy atd. Ashwala (in Phipps; Roberts, 2012), který považuje DMO za skupinu neprogresivních neinfekčních poruch, které z důvodu tělesných a kognitivních

disabilit narušují funkční výkonnost (výše zmíněné funkce, jako je pohyb, komunikace, zrakové funkce atd.), proto můžeme DMO označit za komplexní funkční postižení.

U osob s DMO jsou dominantní motorické potíže, avšak může dojít i k přidružení mentálního postižení nebo postižení smyslových funkcí. Některé osoby mohou mít problémy se zrakem (strabismus, nystagmus), sluchem (nedoslýchavost) nebo polykáním, u jiných osob se mohou vyskytovat epileptické záchvaty. U dětí s DMO je téměř vždy narušen svalový tonus, což má vliv na rozvoj motoriky. Z motorického hlediska se tedy u těchto osob vyskytují potíže s jemnou i hrubou motorikou, obtíže při koordinaci pohybu a udržení rovnováhy, dále nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost a v neposlední řadě také narušená komunikační schopnost nebo opožděný vývoj řeči. Lechta (2011) tvrdí, že řeč osob s DMO je determinovaná jak vlastním postižením motoriky, tak také množstvím dalších projevů DMO. Vývoj řeči těchto dětí může být omezený, v lepším případě opožděný. U jedinců se často objevuje dysartrie, dysprozodie, dysfonie, narušené dýchání nebo další obtíže jako je např. huhňavost, koktavost případně narušené koverbální chování (Kraus, 2005; Vítková, 2006; Bjorklund, 2007; Lechta, 2011).

Většina autorů (Lesný, 1972; Jankovský, 2006; Vítková, 2006) dělí DMO na dvě základní formy. Jedná se o formu spastickou a nespastickou.

Spastické formy DMO

Tonusové poruchy jsou způsobeny napětím svalových vláken ve svalu. V případě spasticity se jedná o zvýšený svalový tonus. Mezi spastické formy řadíme formu diparetickou, hemiparetickou, kvadraparetickou (srov. Lesný, 1972; Kraus, 2005; Vítková, 2006; Komárek; Zumlová in Zikl, 2011).

Diparetická forma je jednou z nejpočetnějších forem, jenž se objevuje zejména u dětí předčasně narozených, které se potýkají s nízkou porodní hmotností. Jedná se o postižení obou polovin těla, přičemž zřetelnost postižení je výraznější u dolních končetin (objevuje se tzv. nůžkovitá chůze), u horních končetin se pak naopak objevují minimální nebo žádná postižení. Diparetická forma je příznačná neúplným napřímením trupu, flexí loktů, na dolních končetinách se objevuje stoj na špičkách, mírná flexe v kyčlích a kolenou a mírná rotace stehů. U většiny jedinců jsou intelektové schopnosti zachované, v ojedinělých případech se může objevit mentální retardace (Kraus, 2005; Vítková, 2006).

Hemiparetická forma vzniká v důsledku poruchy v jedné z mozkových hemisfér (jedná se o jednostrannou poruchu hybnosti) – zasažena je tedy pravá nebo levá vertikální polovina těla. Výraznější je postižení horní končetiny, kde je patrný zvýšený svalový tonus. Ve stoje a při chůzi jedinec přenáší váhu na zdravou stranu, hlavu většinou sklání ke zdravé straně,

rameno je pokleslé a projevuje se kyfóza, ruka postižené strany je ve flexi (ohnutí) – v důsledku takovéto postury a chůze často dochází ke skoliosám. Hemiparetická forma DMO je mnohdy doprovázena mentální retardací a epilepsií (Kraus, 2005).

Kvadruparetická forma neboli bilaterální hemiparéza (Kraus, 2005) je oboustranné postižení mozkových hemisfér. Jedná se o nejtěžší formu dětské mozkové obrny. Častá je mentální retardace a fatické poruchy.

Nespastické formy DMO

Svalový tonus je u nespastických forem naopak snížený nebo proměnlivý. Do nespastických forem bývá řazena forma dyskinetická a ataktická.

Dyskinetická forma

Tato forma bývá někdy označována také jako dyskineticko-dystonická (Vítková, 2006) nebo atetoidní. U dyskinetické formy DMO se objevují problémy se svalovým napětím, které může být někdy zvýšené a někdy naopak snížené. Dominují zde abnormální (mimovolní, někdy kroutivé) pohyby, které brání správné koordinaci pohybů nebo regulaci svalového tonu. Postiženo bývá obličejové svalstvo, horní i dolní končetiny, svalstvo krční i dýchací (Kraus, 2005).

Ataktická forma

Kraus (2005) uvádí, že zpočátku je u dětí zřejmá výrazná hypotonie, která časem přechází ve spasticitu s hyperreflexí, chůze je nejistá a při provádění pohybů jemné motoriky nastupuje silný třes.

Smíšené formy DMO

V některých případech nelze jedince přesně zařadit do výše uvedených kategorií, proto je zde kategorie smíšených forem, kde se řadí jedinci s kombinací dyskinetických forem se spastickými, ale Vítková (2006, s. 43) sem řadí i tzv. „*kombinované vady, kdy hybné postižení provázejí např. poruchy zraku, sluchu či těžší mentální postižené, které k vlastnímu syndromu DMO nepatří.*“

1.4.2 Angelmanův syndrom

Jeden z nejnápadnějších syndromů je strnulá trhavá chůze, nadměrný smích a „veselý“ výraz v obličejí (někdy je toto onemocnění označováno také jako „syndrom šťastné loutky“ či „šťastného dítěte“). Dále bývají přidruženy epileptické záchvaty, těžká mentální retardace, absence řeči, ataxie v chůzi, třes a křeče horních končetin, strabismus, přecitlivění na horko, motorická hyperaktivita – problematická je manipulace s množstvím věcí, těkavost

v činnostech. Potíže se objevují i v růstové oblasti, často dochází k opožděnému většinou omezenému vývoji. Typické je také dotýkání se druhých osob, štípání apod. Některé děti komunikují prostřednictvím AAK (Pokrivčák, 2009; Čadilová; Jůn; Thorová, 2007; Valenta in Michalík a kol., 2011).

1.4.3 Edwardsův syndrom

Tento syndrom je způsoben trisomií (ztrojením) 18. chromozomu. Edwardsův syndrom popisuje ve své publikaci Pokrivčák (2009) – tyto děti se rodí s nízkou porodní hmotností, projevuje se u nich celková hypotonie. U tohoto zdravotního postižení se velmi často vyskytují tělesné malformace vnitřních orgánů (srdce, ledviny, střeva, rozštěp rtů nebo patra), dalším projevem jsou také malá ústa, malý nos, malformace ušních boltců, mikrocefalie, mentální retardace. Zajímavé je překřížení jednotlivých prstů, kdy ukazovák a malíček se stáčí dovnitř přes prostředníček a prsteníček. V průběhu života bývají u dětí potíže s kmením, málo přibývají na váze. U dětí s tímto syndromem se objevuje velká úmrtnost již v nejranějších obdobích života. Většina jich umírá do půl až jednoho roku.

1.4.4 Prader-Willy syndrom

Příčinou syndromu Prader-Willi je porucha 15. chromozomu. Pokrivčák (2009) upozorňuje na to, že v kojeneckém období je tento syndrom charakterizován hypotonií a nechutí k jídlu. Později se naopak objevuje výrazná chuť, až závislost na jídle, přičemž v drtivém množství případů způsobuje obezitu. Děti bývají menší postavy, objevuje se hypogonadismus (porucha pohlavních žláz, často způsobuje neplodnost) a mentální retardace. Mezi typické rysy navíc spadá ještě porucha endokrinního systému a centrální nervové soustavy. Na webových stránkách týkající se Prader-Williho syndromu (Co je PWS, dostupné z: <http://www.prader-willi.cz/co-je-pws>) je uvedeno, že jedinci s tímto syndromem mají podobné fyzické rysy, např. vzhled očí ve tvaru mandle, úzké čelo, trojúhelníkový tvar horních rtů a menší ruce a nohy. Mohou se vyskytovat i poruchy zraku (strabismus, krátkozrakost), problémy s kůží, slabší pigmentace, poruchy termoregulace a v rámci komunikace pak poruchy výslovnosti.

1.4.5 Williamsův syndrom

Jedná se o geneticky podmíněnou poruchu, přičemž osoby s tímto syndromem jsou si velmi podobné. Podle Daniškové (2011) z občanského sdružení Willík, je typický menší vzrůst, široká ústa s výraznými rty, drobný nos, plné tváře a také hvězdčovitý tvar duhovky. Od narození se děti potýkají i s opožděným psychomotorickým vývojem, který se později může projevit lehkou až středně těžkou mentální retardací. Potíže se objevují v oblasti zrakové, kdy se jako problémové jeví zrakově-prostorové vnímání. Naopak v komunikaci jsou osoby s tímto onemocněním většinou velmi úspěšné. Jde o společenské a komunikativní osoby s relativně širokým slovníkem. Mezi specifické zdravotní obtíže bývají řazeny vrozené vady srdce a velkých cév, hyperkalcémie (zvýšená hladina vápníku v krvi), hyperakuzis (zvýšená citlivost na zvuky), problémy pohybového aparátu – např. skoliosa nebo kloubní hypermobilita, dále také poruchy růstu a v některých případech se může vyskytnout i dysfunkce štítné žlázy.

1.4.6 Downův syndrom

Downův syndrom je chromozomální onemocnění způsobené trisomií 21. chromozomu. Udává se, že vznik tohoto syndromu má jistou souvislost s věkem matky. Švarcová (2006) tvrdí, že narozením dítěte s Downovým syndromem jsou více ohroženy matky starší 35 a otcové starší 50 let. Autorka také dále popisuje charakteristický vzhled jedinců s Downovým syndromem. Jde o menší hlavu, menší a plošší nos, užší a šikmější oči v očním koutku – výrazná kolmá kožní řasa (epikantus), menší uši, malá ústa, někdy pootevřená ústa s vyčnívajícím jazykem, hypotonický jazyk i dutina ústní, širší a mohutnější krk, mohou se objevovat také srdeční vady. Hypotonie se objevuje nejen v okolí dutiny ústní, ale je zřetelná celková tělesná svalová hypotonie. Postava lidí s Downovým syndromem je většinou pyknického typu. Švarcová (2006) dále uvádí, že u všech dětí s Downovým syndromem je prokázána mentální retardace v různém pásmu, nejčastěji se však jedná o středně těžkou mentální retardaci.

1.5 Edukace žáků s kombinovaným postižením

Velmi významným mezníkem v životě každého člověka je vstup do školního prostředí a začlenění do vzdělávacího procesu. V rámci edukačního procesu se dítě dostává do kontaktu s velkým množstvím osob, ať už jsou to učitelé, asistenti pedagoga, osobní asistenti, spolužáci či další personál školy. Kromě rodiny je škola dalším významným zázemím, kde si žák osvojuje velké množství znalostí a dovedností, vyvíjí se zde množství vztahů i sociálních rolí.

V následujícím textu blíže uvedeme nejen legislativní opatření týkající se edukace žáků s těžkým kombinovaným postižením, ale také formy vzdělávání a podrobněji pohovoříme i o vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu ZŠ speciální.

1.5.1 Spolupráce resortů a legislativní opatření ve vzdělávání

Při péči o dítě se zdravotním postižením spolupracuje množství institucí. Vítková (in Opatřilová; Nováková a kol., 2010) poznamenává, že i když je míra podpory rodiny s dítětem s těžkým zdravotním postižením vysoká a dobře koordinovaná – je rodina s dítětem v neustálém pohybu mezi domovem, školou, institucemi medicínského i terapeutického charakteru.

Předstupněm výchovně-vzdělávacího systému, který funguje díky resortu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), poskytují pomoc také další resorty, které mají velký význam pro správný rozvoj dítěte. Jedná se především o ministerstvo zdravotnictví (MZ), kde lékaři provádí především lékařskou diagnostiku (na základě které je třeba uzpůsobit možnosti práce s jedincem) a v případě potřeb další zdravotnické intervence. Nesmíme opomenout ani resort ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), který umožňuje výplatu dávek a příspěvků, ale nabízí i nejrůznější sociální služby. V období raného věku je to především služba rané péče, kterou vykonávají střediska rané péče (SRP) minimálně s krajskou zástupností. Raná péče je dle Zákona o sociálních službách, č. 108/2006 Sb. (novela 384/2012 Sb.) terénní, příp. ambulantní služba, která se poskytuje dětem a rodičům do 7 let věku. Je poskytována dětem se zdravotním postižením nebo těm dětem, jejichž vývoj je v ohrožení kvůli nepříznivé sociální situaci. Služba zabezpečuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů, také pomoc při obstarávání vlastních záležitostí.

Hovoříme-li o edukaci žáků se zdravotním postižením, je třeba se pozastavit nad právními předpisy, které vzdělávání upravují. Právo na vzdělávání každého člověka je garantováno Listinou základních práv a svobod, jež je součástí ústavy ČR. Dalším dokumentem, který zajišťuje právo osob se zdravotním postižením na vzdělání je Úmluva o právech dítěte. Ta konkrétně zabezpečuje účinný přístup dítěte se zdravotním postižením ke vzdělávání, profesionální přípravu, zdravotní péči, rehabilitační péči, přípravu pro zaměstnání a odpočinek s cílem co největšího možného zapojení dítěte do společnosti a také podporu co největšího možného rozvoje osobnosti dítěte (Úmluva o právech dítěte, dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>). V neposlední řadě je třeba z právních předpisů uvést také Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, která na základě rovných příležitostí uznává právo osob se zdravotním postižením na vzdělávání – zaručuje právo na rozvoj osobnosti, nadání a kreativity, duševních i tělesných schopností v co největší možné míře. Zajišťuje, aby osoby se zdravotním postižením nebyly vyloučeny z všeobecné vzdělávací soustavy – z povinného a bezplatného základního i středního vzdělávání. Dále také, že by osoby se zdravotním postižením měly mít přístup k inkluzivnímu, kvalitnímu, bezplatnému a dle svých potřeb upravenému studiu v místě bydliště. Úmluva hovoří také o podpoře terciálního vzdělávání a profesní přípravě osob se zdravotním postižením (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf).

Systém vzdělávání žáků upravuje Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), č. 561/2004 Sb. (novela 472/2011 Sb.). Tento zákon zdůrazňuje rovný přístup ve vzdělávání i zohledňování vzdělávacích potřeb jedinců. §16 tohoto zákona se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Hovoří se zde o dětech, žácích a studentech (dále jen žáci) se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Tento dokument zaručuje právo žáků na bezplatné využívání speciálních učebnic, didaktických materiálů. Dále také uvádí vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP) a možnost zařazení do výuky funkcí asistenta pedagoga. Pro žáky s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením a pro žáky s autismem je dle zákona možnost navštěvovat základní školu speciální, nejsou-li vzdělávání jinak.

Se vzděláváním žáků se zdravotním postižením souvisí i další vyhlášky, a to zejména Vyhláška č. 73/2005 Sb. (novela 147/2011 Sb.), o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Tato vyhláška popisuje využívání vyrovnávacích a podpůrných opatření při vzdělávacím procesu

(patří sem zejména speciálně pedagogické postupy a metody, využívání poradenských služeb, IVP, využití asistenta pedagoga, dále také kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, didaktické materiály, zajištění pedagogicko-psychologických služeb nebo snížení počtu žáků ve třídě či studijní skupině).

§3 tohoto zákona uvádí, že speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno formou:

- individuální integrace (vzdělávání žáka s postižením v běžné škole);
- skupinové integrace (vzdělávání žáků s postižením v třídě zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné základní škole);
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola);
- kombinací uvedených forem.

Při vzdělávání žáků se zdravotním postižením jsou velmi důležité poradenské služby, které zabezpečuje Vyhláška č. 72/2005 Sb. (novela 116/2011 Sb.), o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Mezi poradenská zařízení řadíme pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) a speciálněpedagogické centrum (SPC). Tato zařízení vykonávají psychologickou i speciálněpedagogickou diagnostiku, jejímž výsledkem je zpráva z vyšetření a doporučení s návrhy úprav na vzdělávání žáků.

1.5.2 Školy a školská zařízení pro žáky s kombinovaným postižením

Jak již bylo uvedeno v předchozí kapitole, žáci se zdravotním postižením mohou být vzdělávání formou individuální nebo skupinové integrace ve školách tzv. „běžného proudu“ (v běžné základní škole) anebo mohou navštěvovat školu speciální. Při zvažování, kam žáka zařadit je třeba zohlednit mnoho faktorů (především zdravotní stav, možnosti, schopnosti a potenciál žáka, na druhé straně také možnosti školy, jako je bezbariérovost, finanční prostředky, spádovost školy atd.).

V případě integrace žáka s kombinovaným postižením je třeba ve škole zajistit vše potřebné pro zdárný rozvoj žáka. Nezbytná je spolupráce školy se školským poradenským zařízením a samozřejmě s rodinou.

Děti s kombinovaným postižením, které jsou předškolního věku, mohou navštěvovat dle možností buď běžnou, anebo speciální mateřskou školu. Pro děti s těžkým kombinovaným postižením, které potřebují pravidelnou zdravotní péči (obzvláště rehabilitační), jsou zřizovány dětské rehabilitační stacionáře, které spadají pod rezort Ministerstva zdravotnictví.

Školský zákon uvádí, že žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nevzdělávají-li se jinak. Podle §48 téhož zákona se tito žáci mohou vzdělávat na základní škole speciální se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení.

Hovoříme-li tedy o žácích s těžkým kombinovaným postižením, je zřejmé, že jejich vzdělávání se bude konat ve speciální škole, resp. ve speciální třídě s rehabilitačním programem (rehabilitační třídě). Vzhledem k závažnosti zdravotního postižení žáků s kombinovaným postižením je třeba se při výchově a vzdělávání zaměřovat na takové činnosti, které mají pro jedince význam, hovoříme tedy resp. o praktických činnostech důležitých pro běžný život.

Většina speciálních škol u nás mají mezi své třídy zařazenou speciální třídu s rehabilitačním programem pro žáky s těžkým kombinovaným postižením. Žáci s kombinovaným postižením mohou navštěvovat státní i soukromé speciální školy, které jsou zřízeny přímo pro žáky s více vadami (např. Mohelnice, Ostrava, Nový Jičín, Šumperk, Olomouc, Kroměříž, Zlín) – jedná se o speciální základní, ale i mateřské školy. Případné střední vzdělávání je možné uskutečňovat na odborných učilištích pro žáky s více vadami.

Vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením je třeba značně uzpůsobit. Podle Opatřilové (2005) můžeme uvést některá ze specifík podstatných při edukaci:

- velký důraz je kladen na rozvoj motoriky, sensoriky a sebeobsluhy;
- při edukaci je také důležité nezapomínat na uspokojování základních životních potřeb žáka;
- proces edukace je třeba zaměřovat na krátkodobé cíle;
- edukační proces je třeba rozfázovat na jednotlivé kroky;
- velkou roli hraje osobnost pedagoga, ale i všech, kdo se podílí na edukaci žáka;
- při práci je třeba počítat s pomalejším tempem žáků, potížemi v komunikaci či s absencí zpětné vazby.

1.5.3 Speciální třída pro žáky s kombinovaným postižením

Pro rehabilitační třídu je typické vzdělávání jednotlivých dětí na základě individuálního vzdělávacího plánu (IVP), který tvoří osoby podílející se na vzdělávání žáka (učitel, rodiče, terapeuti, asistent, ředitel aj.). §6 vyhlášky č. 147/2011 popisuje náležitosti nezbytné při tvorbě a plnění IVP. Stanovuje, že IVP se vytváří v případě potřeb pro žáka individuálně

integrovaného nebo žáka s hlubokým mentálním postižením, příp. pro žáka skupinově integrovaného či žáky speciální školy. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu i ze závěrů a doporučení poradenského zařízení či odborného lékaře. IVP je součástí dokumentace žáka, odpovídá za něj ředitel školy, přičemž poradenské zařízení kontroluje jeho plnění. IVP obsahuje informace o poskytování speciálněpedagogické nebo psychologické péče, cíle vzdělávání, rozvržení učiva, seznam veškerých pomůcek, závěry vyšetření a další náležitosti předepsané touto vyhláškou (Vyhláška č. 147/2011 Sb., dostupné z: www.msmt.cz).

Již mnohokrát byla zdůrazněna individuálnost přístupu při práci s jedinci se zdravotním postižením. Tuto skutečnost potvrzuje také Vítková (in Vítková; Vítek, 2010), která podporuje nutnost detailního plánování programu pro každého jedince v rámci vyučovacího procesu a stanovení individuálního vzdělávacího plánu. U žáka je nutné sledování jeho dosavadního vývoje, aby bylo možné rozpoznat, co je schopen se naučit a jakou speciálněpedagogickou podporu je třeba zajistit. Je zapotřebí nejenom analyzovat výchozí situaci, ale také určit si cíle a zajistit speciálněpedagogická opatření. Autorka dále konstatuje, že vzdělávání žáků s kombinovaným postižením (tělesným s přidruženým mentálním postižením) se nijak výrazně neodlišuje od vzdělávání žáků s mentálním postižením, avšak je třeba brát v potaz další faktory, které z kombinovaného postižení plynou (úprava prostředí – bezbariérovost, prostorné a dostupné prostředí, možnost polohování apod.).

Při vzdělávání žáků s kombinovaným postižením vycházíme ze základního dokumentu, kterým je Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální (RVP ZŠS). Tento dokument vymezuje podmínky pro vzdělávání žáků s různým stupněm mentálního postižení. Určuje obsah, cíle i podmínky speciálního vzdělání, respektuje psychomotorické omezení žáků, umožňuje úpravu vyučovacích hodin, specifikuje klíčové kompetence i průřezová témata. Speciální škola je koncipována jako desetiletá a je dělena na dva stupně (1. – 6. ročník; 7. – 10. ročník). Po ukončení deseti studijních let získává žák základy vzdělání. Pro potřeby žáků s těžkým mentálním postižením, více vadami a žáky s autismem je možné zřídit přípravný stupeň základní školy speciální. Ve speciální škole jsou vzdělávání ti žáci, jejichž úroveň rozumových schopností nedovoluje zvládat požadavky základní školy praktické. Vzdělávací proces je přizpůsoben psychické i fyzické úrovni rozvoje žáků s těžkým zdravotním postižením. RVP ZŠS obsahuje dva díly zpracované podle stupně mentálního postižení žáků:

Díl I Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením;

Díl II Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Žáci s těžkým kombinovaným postižením jsou vzděláváni v rehabilitační třídě základní školy speciální podle II. dílu RVP ZŠ. Ve třídě se početně vzdělávají čtyři až šest žáků s těžkým stupněm mentálního postižení a tito žáci se v důsledku svého zdravotního postižení potýkají s dalšími potížemi především v oblasti motoriky, komunikačních schopností a dalších problémů. Snahou je zvládnutí trivia (osvojení čtení, psaní, počítání), avšak u některých dětí není ani toto možné. Proto je třeba věnovat pozornost rozvoji sociálních dovedností, které jsou pro život velmi důležité. Náplní vzdělávání žáků s nejtěžšími formami zdravotního postižení je sebeobsluha, stravování, podpora samostatnosti a hygiena. Nesmírně důležitý je rozvoj komunikačních dovedností, např. i s možností využití systémů AAK (Hájková a kol., 2009; Rámcový vzdělávací program ZŠS, dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf).

Informace uvedené v podkapitole jsme získali nejenom díky citovaným publikacím a zdrojům, ale opřeli jsme se i o praktické informace nabyté v rehabilitačních třídách pro žáky s kombinovaným postižením. Detailněji jsme popsali Rámcový vzdělávací program pro ZŠS, který je jedním z hlavních dokumentů upravující vzdělávání žáků s kombinovaným postižením.

1.5.4 Přizpůsobování se potřebám a možnostem žáků, úprava prostředí

Pro žáky s těžkým kombinovaným postižením je třeba upravit nejenom obsah, ale také průběh a organizaci vzdělávacího procesu. Podle II. dílu RVP ZŠS je třeba vzdělávání doplňovat různými formami tělesné rehabilitační výchovy a relaxačních aktivit. Výuka žáků by měla probíhat individuálně (každý žák pracuje dle vlastního IVP), režim dne je dle potřeb žáků rozdělen na střídání vzdělávání, odpočinku a hry. Třída by měla být prostorná s dostatkem vhodných pomůcek, nábytku i relaxačního prostoru. Při vzdělávacím procesu ve třídě je pro žáky se zdravotním postižením, zvláště pak s poruchou hybnosti, kteří tráví většinu dne na vozíku práce ve škole dlouhá a nepochybně namáhavá, proto je třeba často měnit polohy. Tito žáci mají nejen nedostatek pohybu, ale může docházet k fixaci patologických pohybových vzorců, nejrůznějším deformitám, atrofiím svalů, proleženin či dalším obtížím. Těmto potížím je tedy třeba předcházet polohováním. Cílem polohování je podpora psychomotorického vývoje, odstranění patologických pohybových vzorců, udržování svalového tonusu, postavení kostry, svalů i vnitřních orgánů, aktivizace, podpora vnímání

a stimulace, v neposlední řadě také podpora edukace a vykonávání běžných činností. Stav pohybového ústrojí významným způsobem ovlivňuje metabolické pochody v těle. Při polohování se využívá nejrůznějších polohovacích pomůcek, které by měly být různé velké, měkké, omyvatelné a nealergizující (např. fixační límce, polštáře, molitanové válce, podkovy, podložky, násypné vaky apod.). Mezi využitelné polohy lze zařadit polohu vleže na zádech, polohu na boku, polohu šikmého sedu, polohu v kleku, ve vzpřímeném kleku, polohu ve stoje (využití vertikalizačních stojanů). V jedné poloze by jedinec neměl zůstat více než půl hodiny (Opatřilová, 2005; Jakobová, 2011; Zikl, 2011; Rámcový vzdělávací program ZŠS, dostupný z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf).

Význam nacházíme i z hlediska kompenzačních pomůcek. Votava (2003) označuje kompenzační pomůcky jako takové nástroje nebo prostředky medicínské techniky, které kompenzují disabilitu jedince při konkrétních činnostech. Zikl (2011) doplňuje, že v současné době je na trhu obrovské množství typů výrobků od nejrůznějších výrobců. Ve výrobě pomůcek dochází k inovacím, tudíž je třeba se v oblasti kompenzačních pomůcek neustále pohybovat a aktualizovat si znalosti. Pomůcky lze dělit do několika kategorií:

- vozíky – existují vozíky mechanické, elektrické, standardní, transportní, aktivní, sportovní, speciální, toaletní, se zvýšenou nosností, speciální vozíky dětské, exteriérové, interiérové, speciální elektrické;
- pomůcky na dopravu – speciálně upravené automobily, automobily s upraveným řízením, elektrické skútry;
- pomůcky pro překonání bariér – nájezdové rampy, schodišťové plošiny, schodišťové sedačky, vertikální zdvižné plošiny, výtahy, schodolezy;
- lokomoční pomůcky – berle, hole, chodítka, pomůcky pro nácvik chůze;
- pomůcky pro manipulaci – zvedáky, stropní závěsné systémy, pomůcky pro manuální manipulaci, elektrický vertikalizační stojan;
- polohovací pomůcky – pomůcky pro novorozence, násypné/sedací vaky, víceúčelové polohovací pomůcky (válce, kvádry, sedáky, polštáře, hadi), fixační pomůcky (fixační pásy, límce, vesta); speciální nábytek, antidekubitní pomůcky, polohovací postele, vertikalizační pomůcky;
- pomůcky pro běžné denní aktivity – pomůcky a vybavení pro hygienu, pomůcky pro příjem a přípravu jídla, školní pomůcky;

- pomůcky pro sport a volný čas – speciální kola, pomůcky pro zimní a speciální sporty (tandemové lyže, sledge hokej, monoski, quadru ragby)
- kompenzační pomůcky pro práci na PC – vstupní zařízení (LCD displej, speciální klávesnice, myši), ergonomické pomůcky;
- pomůcky pro komunikaci – prvky AAK, programy na PC, komunikátory;
- další pomůcky – ortézy, protézy, bandáže, speciální obuv, ortopedické vložky do bot apod. (Zikl, 2011; srov. Votava, 2003).

Pro dítě je kromě získávání nových a rozšiřování stávajících poznatků a zkušeností důležitý také odpočinek a relaxace, jenž umožní navodit stav tělesného i psychického uvolnění. Opatřilová (2005) podněcuje k zařazení relaxace pravidelně v celém edukačním procesu. Relaxace by měla být prováděna v relaxačních místnostech nebo koutech (např. Snoezelen, bílý pokoj apod.), kde je možné působit na jedince multisenzoriálně. Jedním z možných způsobů odpočinku může být i hra.

Děti a žáci s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami, jak uvádí Vítková (in Vítková a Vítek, 2010), se mohou správně vyvíjet pouze v takových podmínkách, ve kterých zažívají neměnné a přátelsky nakloněné vztahy. Potřebují totiž reakce na své individuální potřeby, ať už se jedná o potřeby fyzické, emocionální, komunikační nebo vzdělávací. Empatie a podpora jejich specifických komunikačních signálů napomáhají dalšímu vývoji komunikativního chování. Velký důraz je kladen na možnost získávat vlastní zkušenosti v mnoha životních oblastech – začít se dá od herních činností, přes které se lze postupně dostat až k základům učení.

Uvedená podkapitola pojednává o vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením. Přiblížili jsme tedy nejen Rámcový vzdělávací program, ale i instituce, které se na vzdělávání žáků s kombinovaným postižením podílejí i jejich možnosti přizpůsobování se potřebám těchto žáků. Význam přikládáme také kompenzačním pomůckám, které jsme rozdělili do několika kategorií.

1.6 Využití vybraných stimulačních konceptů

Zdravotní postižení je velmi limitující pro jedince samotného, ale také pro jeho okolí. Ať už se jedná o jakýkoli typ nebo míru zdravotního postižení, vždy se potýkáme s jistým omezením a potížemi, které se zdravotního postižení vyplývají. U kombinovaného postižení se vlivem násobení obtíží situace ještě několikrát zvyrazňuje a stává se tak velmi náročnou.

U dětí s kombinovaným postižením je mnohdy patrná deprivace v oblasti stimulace. Tyto děti jsou ve velké míře závislé na svém okolí, které jim podněty zprostředkovává.

1.6.1 Bazální stimulace

Za průkopníka a zakladatele konceptu bazální stimulace je považován německý speciální pedagog, prof. Andreas Fröhlich. Vítková (in Vítková; Vítek, 2010) považuje bazální stimulaci za psychologickou aktivitu, prostřednictvím které se snažíme rozvíjet a pozitivně ovlivňovat vývoj jedinců. Označení *bazální* znamená základní či elementární a pojem *stimulace* je pak vykládán jako nabídka množství nejrůznějších podnětů, které si není osoba v důsledku svého závažného zdravotního stavu schopna zajistit sama.

Běžně vnímáme nejrůznější počítky prostřednictvím svých smyslů – proto se tedy koncept bazální stimulace zaměřuje především na oblast lidské percepce. Základními stavebními jednotkami konceptu je pohyb, komunikace a vnímání, které se vzájemně propojují. *„Bazální stimulace je tedy komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“* (Friedlová, 2007, s. 19). Autorka zdůrazňuje, že cílem konceptu je podpora a umožnění vnímání, tak aby u klientů docházelo ke stimulaci vlastního těla, podpoře vlastní identity, vnímání okolního světa, možnosti navázat kontakt s okolím, k orientaci v prostoru a čase a v neposlední řadě také ke zlepšení funkcí organismu.

Koncept bazální stimulace je rozdělen na prvky základní stimulace (somatická, vestibulární, vibrační) a prvky nastavbové stimulace (optická, auditivní, taktilně-haptická, olfaktorická, orální). **Somatická stimulace** umožňuje vnímání vlastního těla, což je také předpoklad k uvědomění si sebe sama i okolního světa. Díky somatické stimulaci jsme schopni vnímat nejenom vlastní tělo, ale také naše tělesné schéma, náš tělesný obraz. Významným předpokladem vnímání vlastního těla je vizuální kontrola, využívají se i dotyky – velkou roli hraje jejich kvalita, intenzita i lokalita. Doteky lze využít při polohování, v somatické stimulaci tělesného schématu, v podpoře stimulace dýchání či v pomoci pohybu a korekci polohy. S dotyky souvisí i tzv. iniciální dotek, který více přiblížíme ve druhé kapitole. Do somatické stimulace patří i polohování. Polohování má velký význam nejen jako prevence vzniku dekubitů (proleženin), ale umožňuje klientovi získat informace o svém těle, tělesných hranicích, zlepšuje orientaci, stimuluje k pohybu a zároveň rozvíjí

i optickou stimulaci. Pro příklad můžeme uvést polohu „hnízdo“, která slouží především ke zklidnění, stabilizaci a relaxaci nebo polohu „mumie“ pro eliminaci stavů neklidu nebo agresivity. **Vestibulární stimula**ce se týká rovnovážného ústrojí, které zodpovídá za koordinaci pohybu, jeho průběh, orientaci v prostoru a rovnováhu. Vestibulární stimula ce bývá prováděna prostřednictvím zcela nepatrných pohybů hlavou klienta – změna polohy hlavy. **Vibrační stimula**ce se týká kožních receptorů, proprioreceptorů ve svalech, šlachách, vazech a kloubech. K tvorbě a přenosu vibrací se využívá množství pomůcek (vibrační předměty – elektrický zubní kartáček, vibrující hračky, lehátka, polštáře, hudební nástroje apod.), které jsou přikládány na tělo jedince. **Optickou stimula**cí se rozumí vnímání zrakových podnětů, které umožňují poznávat okolní prostředí, osoby a předměty, orientaci v prostoru a posilování pocitu jistoty. **Auditivní stimula**ce zprostředkovává množství sluchových vjemů, díky auditivní stimulaci lze navázat kontakt, zprostředkovat klientovi informace o sobě nebo o okolí, zlepšovat orientaci nebo rozvíjet řeč a učit nová slova. Mezi prostředky auditivní stimula ce lze zařadit řeč, hudbu nebo zpěv. **Orální stimula**ce se zaměřuje na stimulaci v okolí dutiny ústní, která slouží jak k příjmu potravy nebo dýchání, tak také ke komunikaci, vnímání chutí či konzistence. **Olfaktorická stimula**ce umožňuje rozvoj a detekci nejrůznějších vůní a pachů. Tento druh stimula ce je neméně důležitý, umožňuje orientaci a možnost preference jednotlivých vůní či pachů. **Taktilně-haptická stimula**ce se vyznačuje vnímáním doteku, tlaku, napětí, natažení, chladu, tepla i vibrací (Friedlová, 2007).

1.6.2 Snoezelen

Snoezelen je název pro místnost, jejíž účinky mají působit na jedince multisenzoriálně, tzn. působit na mnoho smyslů. Je to místnost, ve které je velké množství nejrůznějších prvků a efektů, které by měly zaručovat odpočinek, relaxaci a také rozvíjet jedince, poskytovat množství podnětů a dát mu tak novou dimenzi v z hlediska vnímání i prožívání. Janků (2010) uvádí, že Snoezelen je alternativní multismyslovou stimulací, eventuálně terapií, jejímž základním stavebním prvkem je vybudování takového speciálního prostředí, které se naprosto odlišuje od běžného každodenního prostředí a umožňuje uspokojovat individuální potřeby jedinců, především stimulací nejenom našich základních smyslů. Snoezelen se používá k pedagogické činnosti, terapeutickému působení nebo k využití volného času. Má velice pozitivní vliv na jedince, umožňuje uvolnění, odpočinek, zklidnění, rozvíjí seberegulaci a uvědomování si sebe sama, zlepšuje koncentraci, snižuje tenzi a umožňuje i vnímání nových

podnětů. Nesmírně důležitá je příjemná atmosféra, optimální teplota a osvětlení – využívá se tlumené světlo, nejrůznější světelné efekty (lustry, zrcadla, lampy). Pouští se relaxační hudba a využívají se i prvky aromaterapie. V místnosti nesmí chybět také velké množství hmatových stimulů, uvést můžeme vodní postel, pohodlný nábytek, polštáře a příkrývky různých materiálů, míče, hračky apod. V rámci multisenzoriálního působení se snažíme stimulovat všechny smysly, tudíž nelze zapomínat ani na chuť. Chuť lze rozvíjet např. ochutnáváním jednotlivých potravin, rozlišovat základní chutě, propojovat čichové a chuťové podněty, příp. dát dětem na chuť nějakou odměnu apod. V místnosti Snoezelen lze dobře provádět např. muzikoterapii, canisterapie nebo aplikovat prvky bazální stimulace.

Metodu Snoezelen lze používat u osob nejrůznějších věkových kategorií, není pravidlem, že se využívá pouze u jedinců s tělesným nebo kombinovaným postižením. Snoezelen se využívá i osob např. s Parkinsonovou nemocí, ADD/ADHD, psychickými poruchami či u jedinců s poruchami chování.

Pozitivní účinky místnosti Snoezelen shrnuje Janků (2010) jako sensorickou stimulaci, využití volného času, možnost relaxace a zklidnění, snížení agresivity a zlepšování sebeovládání, rozvoj spolupráce, aktivity, komunikace a motivace k činnosti a v neposlední řadě také rozvoj kognitivních schopností. Kromě Snoezelenu řadí autorka k možnostem sensorického rozvoje dále také Bílý pokoj, Šedý pokoj, Tmavý pokoj, Zvukovou místnost, Interaktivní místnost, Vodní prostředí, Vypolstrovaný hrací pokoj, Přenosné prostředí, Virtuální prostředí, Inkluzivní prostředí, Proměnlivý pokoj nebo Sociální prostředí.

Bazální stimulace i Snoezelen jsou některé z konceptů, které lze u dětí s těžkým kombinovaným postižením použít a jejichž obecným cílem je zprostředkování podnětů. V praxi se hojně využívá obou těchto atraktivních konceptů s relativně velkou efektivitou.

1.7 Využití vybraných terapeutických technik

Existuje velké množství terapeutických technik využitelných nejen ve speciálněpedagogické praxi. V následující kapitole jsme uvedli pouze některé terapeutické techniky, o kterých se domníváme, že se dají účinně využít u osob s kombinovaným postižením. Uvedeme tedy základní informace o muzikoterapii, ergoterapii, arteterapii, animoterapii či o terapii hrou.

1.7.1 Muzikoterapie

Světová federace muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, WFM) (Definice muzikoterapie, dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt>) uvádí definici muzikoterapie představenou v roce 2011 takto: „Muzikoterapie je profesionální využití hudby a jejích elementů jako prostředku intervence ve zdravotnických a vzdělávacích zařízeních i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny nebo komunity, kteří hledají optimalizaci kvality jejich života a zlepšení fyzické, sociální, komunikační, emocionální, intelektuální, spirituální složky zdraví a blahobytu. Výzkum, praxe, vzdělávání i klinický trénink v muzikoterapii jsou založeny na profesních standardech dle příslušného kulturního, sociálního a politického kontextu.“

Obecně můžeme říci, že muzikoterapie je expresivní terapeutická technika, která pomáhá lidem prostřednictvím hudby. Kantor (in Kantor; Lipský; Weber a kol., 2009) uvádí, že termín muzikoterapie označuje kromě terapie také neléčebné využití hudby za účelem vzdělávacích aktivit, rehabilitace, psychohygieny apod. Z hlediska indikace nejsou muzikoterapeutické aktivity nijak věkově či zdravotně omezeny. Muzikoterapie má množství forem, mezi něž lze zařadit aktivní muzikoterapii, při níž se klienti aktivně účastní programů, kdy jako prostředky lze využívat lidské tělo, hlas nebo hudební nástroje. Receptivní muzikoterapie zahrnuje reprodukovanou hudbu či hudbu improvizovanou muzikoterapeutem. Muzikoterapie bývá dělena také jako individuální (je založena na interaktivním vztahu terapeuta a klienta), skupinová (od dvou a více lidí, využívá se zde skupinové dynamiky) nebo hromadná. Autor (tamtéž) popisuje muzikoterapeutické cíle, z nichž pro ilustraci můžeme uvést rozvoj oblasti vnímání a pozornosti (zisk zkušenosti se smysly, zlepšení pozornosti, rozvoj smyslového vnímání apod.), rozvoj motoriky a senzomotoriky (jemná a hrubá motorika, rozvoj schopnosti vyjadřovat se pohybem apod.), podpora komunikace (zlepšení receptivní i expresivní složky řeči, podpora komunikace, rozšiřování slovní zásoby, efektivní využívání neverbální komunikace) nebo jiné cíle, jako je diagnostika, rozvoj kreativity, osobnostní růst nebo posilování motivace.

U jedinců s kombinovaným postižením lze využít široké spektrum muzikoterapeutických činností, jako je hra na hudební nástroje, poslech reprodukované nebo živé hudby, nácvik textů písní, zpěv písní, nácvik diferenciací jednotlivých zvuků hudebních nástrojů apod.

Pozitivní účinky muzikoterapie využití v rehabilitaci shrnuje Gerlichová (in Votava, 2003):

- muzikoterapie vede k posílení koncentrace, pozornosti i paměti;
- muzikoterapie je výborný prostředek pro rozvoj komunikace (jak verbální, tak také neverbální);
- účinná možnost vyjádřit (ventilovat) své emoce;
- vzhledem ke skupinovému charakteru umožňuje socializaci jedinců;
- muzikoterapie přibližuje člověka k hudbě, učí naslouchat, odreagovat se a naučit se relaxovat.

1.7.2 Animoterapie (zooterapie)

Při tomto druhu terapie se využívá účinků kontaktu se zvířetem. Mezi neznámější typy animoterapie lze zařadit canisterapii (pes), hipoterapii (kůň), felinoterapii (kočka) nebo např. delfinoterapii (delfín). Méně známé terapie jsou lamaterapie (lamy), insektoterapie (hmyz) nebo ornitoterapie (ptáci). Pro animoterapii se však mohou využívat i hospodářská, volně žijící nebo malá domácí zvířata. Pro efektivní účinek konkrétního druhu animoterapie je zapotřebí kromě osoby, která zvíře vede a samozřejmě samotného zvířete, také odborník (terapeut), který vede klienta (Animoterapie, aneb terapie za pomoci zvířat, dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/index.html>).

Canisterapií označujeme léčebný kontakt člověka a psa. Pes je výborný společník a přítel, přičemž práci se psem lze indikovat víceméně všem věkovým kategoriím. Podle webových stránek o canisterapii (Léčebné účinky canisterapie, dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>) se ze zdravotního hlediska canisterapie hojně využívá u osob s postižením hybnosti, dále také u osob s mentálním, smyslovým nebo kombinovaným postižením atd. Klienty však mohou být i osoby bez postižení, které se však dostaly do nepříznivé životní situace pro odbourávání stresu. U autistů může pes plnit specifickou funkci, a to prostředníka mezi nimi a okolím. Canisterapii lze dělit na aktivity z pomoci psa (např. házení míče, aport, vedení psa, kartáčování), terapii za pomoci psa a vzdělávání za pomoci psů. Canisterapie se zaměřuje na rozvoj citových a rozumových schopností, rozvoj pohybových schopností a v neposlední řadě také umožňuje příjemnou relaxaci a odpočinek. Tento druh terapie tedy rozvíjí jemnou a hrubou motoriku, podporuje verbální i neverbální komunikaci, napomáhá rozvoji koncentrace, paměti i pozornosti, rozvíjí sociální citění, přispívá k duševní rovnováze a motivuje k činnosti

Hiporehabilitací (hipoterapií) rozumíme využívání kontaktu člověka s koněm pro léčebné účely. Spektrum klientů, pro které je hiporehabilitace určena může být různorodé. Portál o týkající se hipoterapií (Co je hiporehabilitace, dostupné z: <http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp?idmenu=3>) uvádí indikace, hiporehabilitace se tedy dá využít u jedinců s neurologickými nebo ortopedickými potížemi (např. DMO, skoliózy, roztroušená skleróza), ale i u osob se zdravotním znevýhodněním nebo oslabením. Hiporehabilitace využívá specifických pohybů koně, přičemž každý pohyb koně vyžaduje pohybovou reakci jeho jezdce. Každé vychýlení hřbetu koně vyvolává množství posturálních reflexů, které jsou nezbytné pro udržení jezdcovy rovnováhy. Hiporehabilitace tak umožňuje lepší koordinaci pohybu, normalizaci svalového tonusu, narušení patologických stereotypů, zlepšování rovnováhy apod. Velmi pozitivním účinkem je i teplota koně, neboť svalstvo jedince se teplotou lépe uvolňuje. Hiporehabilitace se dělí na hipoterapii, která využívá zejména tělesné faktory mechanismu účinku jízdy na koni. Dále také terapii s využitím koní prostřednictvím psychologických prostředků, kde se využívá především psychických vlastností koní. Aktivity s využitím koní se používají v sociální a pedagogické práci. A konečně sportovní ježdění hendikepovaných, kdy sportovci jízdu na koni nejen trénují, ale mohou se účastnit také závodů.

1.7.3 Terapie hrou (herní terapie)

Hra je významným prostředkem komunikace, diagnostiky, ale také relaxace a odpočinku. Podle Valenty a Müllera (2007, s. 126) terapie hrou znamená „*využití prostředků hry za účelem pomoci lidem (hlavně dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.*“ Při hře s dětmi se zdravotním postižením je nutno počítat s nižší motivací k herním aktivitám, proto se snažíme motivační nedostatky do určité míry eliminovat zejména podnětným prostředím, aktivním přístupem a atraktivními činnostmi.

Významným prvkem herní práce je činnost herního specialisty, který jako profesionál pracuje převážně ve zdravotnických zařízeních. Řezníčková (in Valenta a kol., 2008) konstatuje, že herní specialista pečuje zejména o dobrý psychický stav dětí a také jejich rodičů. Jeho snažením je dítě citlivě a laskavě provést všemi úskalími hospitalizace, přičemž při své práci zaujímá nedirektivní postoj. Nezbytné je navázání kontaktu s dítětem, postupně posilovat důvěru a spolupracovat s ostatními pracovníky zařízení. Herní specialista má velké množství kompetencí, mezi které můžeme zařadit zpracování a navržení plánu herních aktivit,

předávání informací, doprovázení dětí a rodičů na vyšetření či zákroky, zajišťování bezpečného prostředí, pomocí hry pomoc dítěti porozumět nemoci a léčbě atd. Pro ilustraci nejrůznějších herních aktivit můžeme dle autorky uvést např. hry s obrázky, čtení příběhů, hru s bublifukem, aromaterapii, masáže, využití relaxační hudby, rozvoj smyslů – např. čichové pytlíčky s různými vůněmi, hmatové stimulační pomůcky s nejrůznějšími povrchy, pro rozvoj sluchu nahrávky nejrůznějších zvuků, chrastící předměty, hudební nástroje, pro rozvoj zraku pak využití závěsných hraček, atraktivní – kontrastní, lesklé, třpytivé předměty apod.

1.7.4 Ergoterapie

Česká asociace ergoterapeutů (in Jelínková a kol.) uvádí, že léčba prací neboli ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání osob usiluje o zachování a využívání pracovních schopností jedince, které jsou potřebné pro každodenní, ale i pracovní, zájmové nebo jiné činnosti. Ergoterapie se využívá u klientů nejrůznějšího věku i u klientů s různým typem zdravotního postižení.

Jankovský (2006) vysvětluje termín ergoterapie jako smysluplnou činnost, léčbu prací u dospělých a u dětí spíše jako léčbu hrou nebo pomocí hrových aktivit – které vychází z přirozenosti hry. Podle funkcí her rozlišujeme hry např. konstruktivní, napodobovací, manipulační, úlohové apod. Hry mají za úkol nejen odpočinek, ale také rozvoj jemné a hrubé motoriky, vizuomotoriky, koordinace, zlepšení komunikace, samostatnosti atd. Hra může fungovat také jako diagnostická metoda.

Jelínková (in Jelínková a kol., 2009) podotýká, že ergoterapie probíhá v rámci interakce jedinec – prostředí – zaměstnávání (činnosti). Terapeut se soustředí na to, aby byly při pracovní intervenci zajištěny určité podmínky, konkrétně tedy úprava prostředí, prevence bariér, tvorba motivačních podmínek, vybudování nebo obnovování pracovních dovedností a schopností i adaptace na prostředí. Ergoterapeut musí při práci sledovat velké množství faktorů, které by mohly ergoterapeutické působení nějakým způsobem ovlivnit. Mezi tyto faktory lze zařadit možnosti a schopnosti klienta, čas vyhrazený k práci, podmínky prostředí, psychickou stránku klienta anebo také činitele, jako je bolest nebo únava.

Z hlediska praxe lze s jedinci pracovat na nejrůznějších projektech, výrobcích a námětech. Cílem ergoterapie je nejenom rozvoj samostatnosti, soběstačnosti, ale především jemné i hrubé motoriky a celkových lokomočních pohybů.

Hlavní části ergoterapie člení Jakobová (2011) na kondiční ergoterapii, která má zlepšit celkovou kondici jedince, odpoutat pozornost od nepříznivého vlivu nemoci a zlepšit duševní

zdraví (např. práce s materiály, výtvarné techniky, společenské hry apod.). Dále existuje cílená ergoterapie, která má motivovat k pohybu, díky čemuž se zlepšuje svalová síla, koordinace i rozsah pohybu. Ergoterapie zaměřená na pracovní činnost, především pro jedince, kteří v důsledku nemoci museli změnit povolání, kromě toho také pro osoby po nemoci v rámci rekonvalescence. V neposlední řadě autorka uvádí ergoterapii zaměřenou na výchovu a soběstačnost, která má zlepšit nezávislost v každodenních činnostech. Autorka dále uvádí možné oblasti ergoterapie – lze trénovat nácvik denních činností, cílený rozvoj jemné i hrubé motoriky (úchopy, rovnováha), rozvoj hry, rozvoj smyslových funkcí a senzorycká inteligence, nácvik krmení, polykání, oromotoriky, přípravy jídla, nácvik samostatného života apod.

1.7.5 Arteterapie

O arteterapii můžeme hovořit jako o terapii, která ke svému léčebnému působení využívá prostředků výtvarného umění. Podle Potměšilové (in Potměšilová a kol., 2010) jde u arteterapie v širším slova smyslu o psychoterapeutickou disciplínu, která využívá jakékoliv umělecké formy. Avšak v užším slova smyslu se jedná o takovou psychoterapeutickou disciplínu, která využívá jen výtvarných prostředků. Arteterapie může být receptivní/pasivní (vnímání tělesného díla s jistým záměrem) nebo produktivní/aktivní (konkrétní využití výtvarné činnosti individuálně nebo ve skupině osob). Cílem arteterapeutických činností je uvolnění, vnímání sebe sama, svoboda experimentování, rozvoj fantazie, komunikace, snižování napětí atd.

U osob s kombinovaným postižením můžeme využívat různorodé činnosti, jako je práce s nejrůznějšími druhy materiálů (přírodniny, papír, textilie, hlína) a využívání množství výtvarných technik (malba, kresba, zapouštění barev či kombinace technik). Některé techniky, např. práce s hlinou nebo modelínou jsou vhodným prostředkem k uvolnění u dětí se spasticitou.

Slavík uvádí výrok Jedličky (in Potměšilová a kol., 2010), který tvrdí, že ve školách učitelé umělecké prostředky s žáky nevyužívají terapeuticky, ale spíše jako pedagogický nástroj, který slouží k podpoře rozvoje osobnosti žáků. Toto zjištění autor přikládá faktu, že škola není primárně terapeutickým čili léčebným prostředím, ale slouží ke vzdělávání a k výchově.

Jankovskský (2006) shledává, že arteterapie má účinek nejen léčebný, ale má i psychologický přesah, kdy má jedinec možnost prožít vlastní úspěch či rozvíjet estetické cítění.

V sedmé podkapitole jsme se snažili alespoň o základní přiblížení vybraných terapeutických technik, které mohou být při práci s klienty využitelné. Kromě uvedených technik je však dle možností a potenciálu jednotlivých klientů možné využít např. dramaterapii nebo třeba tanečně-pohybovou terapii atd.

1.8 Vybrané fyzioterapeutické techniky

Fyzioterapie je medicínským oborem, který se zabývá léčbou pohybového aparátu. Při léčbě klientů je třeba zajistit, aby fungovala týmová spolupráce. V následující podkapitole se budeme snažit přiblížit jedny z neznámějších technik ve speciální pedagogice, které se jako rehabilitační prostředky při práci s klienty využívají. V závěru kapitoly jsou pak zmíněny další metody a techniky pouze okrajově.

1.8.1 Bobath koncept

Tento způsob rehabilitace se používá nejčastěji u osob s poruchami centrálního nervového systému. Tuto metodu mohou používat jak fyzioterapeuti, tak také ergoterapeuti. Jak udává Votava (2003), smyslem této terapie je optimalizace funkce díky zlepšení posturální kontroly a selektivního pohybu (terapie je přímo zaměřená na poruchu ovlivňující funkci, je zde snaha o zlepšení pohybové kontroly). Mezi používané prvky se řadí tzv. *placing* (pohyb vedený terapeutem, klient by měl automaticky kontrolovat a následně i přebírat každý pohyb), *guiding* (terapeut vede pohyb s konkrétním záměrem), *handling* (způsob manipulace s jednotlivými klienty – uchopování, přemísťování a polohování klientů, resp. vedení klienta odborníkem), *bridging* (snaha o antispastické postavení dolních končetin, pánve a trupu). Velmi hojně je ve speciální pedagogice používán termín „handling“. Hájková a kol. (2005) pod tímto termínem sdružuje veškeré techniky, které jsou speciálním pedagogem či rodičem používány u jedinců se záměrem upravit svalové napětí a vyvolat správný pohyb. Díky senzomotorické zkušenosti je možné získat maximálně možnou kontrolu nad prováděnými pohyby. Správný handling napomáhá k budování tělesného schématu, stimulaci smyslů, motorické aktivitě či antigravitačnímu vzpřímení.

Významným prvkem při uskutečňování tohoto konceptu je týmová spolupráce (aktivní účast pacienta, lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, speciální pedagog aj.). Snahou je získání senzomotorických zkušeností.

1.8.2 Vojtova metodika reflexní lokomoce

Vojtova metodika reflexní lokomoce je funkčním a holistickým přístupem k terapii centrálních a některých periferních poruch motoriky v dětském i dospělém věku.

Vojtova metoda je v praxi využívána nejčastěji u dětí s DMO dále u ortopedických vad, po cévní mozkové příhodě (CMP) apod. Aplikovat ji mohou jak fyzioterapeuté, tak také proškolení rodiče dětí. Webová stránka týkající se Vojtovy metodiky reflexní lokomoce (Vojtova metoda, dostupné z: <http://www.vojtovaspolecnost.cz/vmetoda.php>) udává, že tuto metodu je třeba začít používat u dětí od kojeneckého věku. Jedná se o metodiku reflexní lokomoce, která zahrnuje reflexní otáčení a reflexní plazení, které jsou vybavovány pomocí tzv. spouštěcích zón (přesně určená místa na končetinách a trupu). Působením tlaku, tahem nebo podrážděním určitého místa na těle dítě zafixované v určité poloze reflexně vykoná fyziologický pohyb, nezávisle na vůli klienta. Při provádění Vojtovy metody se u dětí často objevuje křik a pláč, důvody mohou být různé, může se jednat např. o pocit nejistoty z nové polohy, náhlá změna polohy nebo to, že dítě chce v dané situaci dělat něco jiného. Významným faktem je, že díky této metodě je možné navracet do funkce ty svaly, které jedinec při svém pohybu nedokáže vědomě zapojovat. Jak již bylo zmíněno, Vojtova metoda se využívá nejen u jedinců s DMO nebo CMP, ale mezi další diagnózy, u kterých bývá indikována, patří i rozštěp páteře, dysplazie kyčelní, roztroušená skleróza, poúrazové stavy, skoliózy či vadné držení těla dětí i dospělých (Opatřilová, 2005; Votava, 2003).

1.8.3 Synergická reflexní terapie

Synergická reflexní terapie (SRT) je podle Jakobové (2011) kombinace manuálních technik, které vedou k synergickému efektu při odstraňování patologických, strukturálních a funkčních změn v rámci pohybového systému a léčebným účinkem působí na centrální i periferní nervový systém, mentální i orgánové funkce. Tato terapie se využívá jako léčba a prevence následků mozkových hybných poruch (např. DMO, skoliózy, poúrazové nebo pooperační stavy, CMP, spina bifida, následky revmatických onemocnění atd.). Léčba se zaměřuje na kombinaci potíží v oblasti motoriky, psychiky i smyslových center (zrak, sluch,

fatické funkce). SRT obsahuje prvky akupresury, reflexní masáže rukou, nohou i hlavy, chiroterapii, myofasciální techniky, korekci patologického držení páteře a končetin atd. Tento typ terapie se hojně využívá u nespolupracujících klientů (např. kojenci, osoby s mentálním postižením, osoby ve vigilním kómatu apod.). Webové stránky SRT (Synergická reflexní terapie, dostupné z: <http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/manualni-terapie1/synergicka-reflexni-terapie>) uvádí, že SRT velice pozitivně působí na tělesné struktury, napomáhá ke zmírnění napětí svalstva, příp. u dětí atonických pak naopak ke zvýšení napětí, zlepšuje schopnost koncentrace a vnímání, zvyšuje tělesnou aktivitu, umožňuje zdokonalování pohybového vzoru a stabilizuje a zlepšuje psychický stav jedinců.

Mezi další rehabilitační metody, které lze u jedinců s kombinovaným postižením využívat, můžeme zařadit např. Kabatovu metodu, Petöho konduktivní metodu, metodiku profesora Tardieu, míčkování, Facilitační Orofaciální nebo Bukofaciální terapii či Metodiku Veroniky Sherborne. Dá se využít i fyzikálních terapií (fototerapie, balneoterapie, mechanoterapie, hydroterapie) apod.

V závěru celé první kapitoly bychom rádi stručně shrnuli uvedené informace. Na počátku práce jsme se zabývali terminologickým aparátem, vymezením, etiologií a klasifikací v oblasti kombinovaného postižení. Dále jsme přiblížili tematiku týkající se vzdělávání žáků s těžkým kombinovaným postižením s případnou úpravou školního prostředí, pomůckami či možnostmi polohování. Popsali jsme také množství rehabilitačních metod, uvedli jsme příklady expresivních terapií a dalších konceptů a možností práce s jedinci s kombinovaným postižením.

Ve druhé kapitole navážeme na obecné vymezení kombinovaného postižení a alespoň elementární přiblížení života osob s kombinovaným postižením kdy tito jedinci, tak jako každý jiní, potřebují ke svému životu komunikaci jako významný dorozumivací a společenský prostředek.

2 Komunikace

Termín komunikace je velmi obecným a v současné době čím dál více používaným termínem. S komunikací se setkáváme stále, po celý náš život. Komunikace je velmi důležitá, přičemž nemůžeme říci, že nemůžeme komunikovat nebo nekomunikujeme. V první část druhé kapitoly se budeme komunikací zabývat v širokém měřítku, čili obecně, avšak druhá část poskytne podrobnější informace o komunikaci osob s těžkým zdravotním (kombinovaným) postižením. Budeme detailněji rozebírat alternativní a augmentativní komunikaci, zároveň uvedeme příklady nejčtetnějších zástupců z širokého spektra komunikačních prostředků. V závěru kapitoly pak pohovoříme o významu komunikace v rámci edukačního procesu a zmíníme také provázanost komunikace a psychických potřeb.

2.1 Obecné vymezení termínu komunikace

Je velmi obtížné stanovit univerzální vymezení termínu komunikace, neboť v současné literatuře se setkáváme s nepřeberným množstvím definic, přičemž každý autor poukazuje na podstatu komunikace z jiného úhlu. Podle Bytešnickové (2007) je při stanovování definic komunikace nejčastěji kooperováno s termíny, jako je symbol (slovo), řeč, proces, přenos, interakce (vztah) či porozumění. Můžeme si toho všimnout např. u definice komunikace dle Čermáka (1997, s. 15): *„Komunikace je přenos informací mezi minimálně dvěma účastníky a to prostřednictvím určitého signálního systému znaků.“* Dále autor podotýká, že se komunikace uskutečňuje vždy v určitém rámci, který zahrnuje komunikační kanál, situaci (kontext), kontakt partnerů, funkci komunikace, sdělení a kód, neboli převedení myšlenky do takové podoby, aby byla pochopitelná oběma stranám.

Hartl a Hartlová (2010, s. 258) definují komunikaci jako *„dorozumívání, sdělování, přičemž nejde o specificky lidský jev, na rozdíl od jazyka existuje také u živočichů; potřeba vysílat a přijímat informace je vrozená všem živým tvorům, ať jde o zvuky, barvu, gesta, mimiku nebo pachy.“*

Termín komunikace je odvozen z latinského slova *communicare*, což znamená společně něco sdílet, činit společným nebo spojovat. Komunikace dle Plaňavy (2005, s. 15) zahrnuje *„přenos čili transmisi sdělení a též výměny sdělení mezi účastníky.“* Každé naše sdělování (komunikování) je jedinečné a neopakovatelné, protože komunikujeme v různém prostředí a s různými lidmi, samozřejmě za různých okolností.

Komunikujeme v průběhu celého našeho života, všemožnými vyjadřovacími způsoby, záměrně či nezáměrně, verbálně či neverbálně, z čehož také vyplívá tvrzení, že „nelze nekomunikovat“. Všechno naše chování je komunikace (Watzlawick, 2011). Podle Watzlawicka (2011) je jednou z nejpodstatnějších vlastností komunikace skutečnost, že chování nemá žádný protiklad, resp. není možné se nějakým způsobem „nechovat“. Důležité je si uvědomit, že i když nic neříkáme, tak to má také nějaký význam či výpovědní hodnotu. Tentýž autor (2011, s. 54-56) také dále zdůrazňuje vztahovou a obsahovou rovinu komunikace. *„Každá komunikace má obsahový a vztahový aspekt, přičemž vztahový aspekt určuje aspekt obsahový a je tedy metakomunikací.“*

Metakomunikace je dle DeVita sdělení vztahující se k jiné zprávě či sdělení. Můžeme také říci, že se jedná o komunikaci, jejímž předmětem je právě komunikace. Dle Kocurové (2002) je metakomunikace realizována nejvíce neverbálními projevy, např. výrazy, gestem, posunky apod. Díky metakomunikaci můžeme sdělovat emoce, vztahy, postoje k sobě i k druhým apod.

Komunikaci můžeme podle DeVita (2008) považovat za proces přizpůsobování, kdy účastníci komunikace musí být schopni nejenom identifikovat signály druhé osoby, ale pochopit také, co tyto signály znamenají (dekódování).

Schopnost dorozumívání je pro nás velice důležitá neboť právě díky komunikaci můžeme nejenom vyjadřovat naše pocity, znalosti či jiné informace, ale můžeme také přijímat řadu důležitých informací. Předpokladem zvládnutí komunikačních schopností je do jisté míry ovlivněno i začleněním jedince do společnosti (socializace).

Komunikace není pouze lidskou záležitostí, různými způsoby komunikace se vyjadřují i zvířata, avšak lidská komunikace je specifická řečí. Jedlička (in Škodová; Jedlička, 2007, s. 93) definuje řeč jako *„biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“* Bytešnicková (2007) pak doplňuje, že se jedná o přenos informací prostřednictvím zvukového, písemného či jiného kódu, který jedinec dekóduje.

Komunikaci můžeme dělit z mnoha hledisek, existuje např. komunikace úmyslná, neúmyslná, shodná či neshodná, pozitivní nebo negativní, komunikace kognitivní či afektivní apod. Dále se může jednat o komunikaci asertivní, agresivní nebo také manipulativní. Kromě toho může být komunikace jednosměrná, skupinová, masová, zprostředkovaná apod. Nejznámějším a nejobecnějším dělením je členění komunikace na verbální a neverbální, příp. se doplňuje o komunikaci činem (Mikulaščík, 2010).

Charakteristiky komunikace shrnuje Mikulaščík (2010) do několika bodů:

- komunikace je nedílnou součástí efektivního sebevyjádření;
- komunikace se může uskutečňovat prostřednictvím mluvené, psané, obrazové či činnostní formě s cílem komunikačního záměru;
- komunikace umožňuje výměnu informací prostřednictvím běžného systému symbolů;
- komunikace umožňuje vytvářet a ovlivňovat mezilidské vztahy.

Komunikace má také řadu funkcí. Vybíral (2009) vymezuje pět základních funkcí komunikace, mezi něž patří funkce informativní – ve snaze předat zprávu, instruktivní – navést někoho pro výkon činnosti, funkce přesvědčit – snaha ovlivnit názor komunikačního partnera, funkce vyjednávací – s cílem dohodnout se na něčem a v neposlední řadě autor uvádí funkci zábavnou s cílem někoho pobavit. Dále také autor doplňuje o další dvě funkce, jako je kontakt – sblížit se s druhým člověkem, být s druhým v blízkosti a prezentace – snaha udělat dojem, předvést se a zalíbit se někomu. Watzlawick (2011) dodává, že každá komunikace nejenom že zprostředkovává informace, ale zároveň vyvolává chování (reakci).

Každý člověk má komunikační tendence v různé míře. Podle Vybírala (2009) má motivace ke komunikaci různou intenzitu, která se odvíjí od řady okolností, např. zájem, sympatie ke komunikačnímu partnerovi, únava komunikujícího, prostředí apod. Již zmíněný autor (2009) specifikuje různé druhy motivací ke komunikaci, jako je např. motivace kognitivní (snaha sdělit něco druhému), motivace zjišťovací a orientační, motivace sdružovací (tendence navázat vztah), motivace sebepotvrzovací (díky komunikaci s druhými si potvrzujeme, že naše komunikace má význam) či motivace přesilová (úsilí o společenské uplatnění) nebo adaptační (schopnost přizpůsobení).

Nyní jsme se zaměřili na obecné a snad i jasné a stručné vymezení termínu komunikace, přičemž jsme se snažili vyzdvihnout významnost procesu dorozumívání. Zmínili jsme termín metakomunikace a pokusili se vyjmenovat alespoň základní funkce komunikace.

2.2 Struktura a činitelé komunikačního procesu

Plaňava (2005) zdůrazňuje, že jestliže spolu mluví dvě osoby a v každé z nich se něco děje (interpersonální komunikace), můžeme toto považovat za komunikační proces. Ten se odehrává v určitých kontextech (situační, časový, trans-kulturní), které my jako účastníci tohoto procesu můžeme vytvářet a ovlivňovat.

Proces mezilidské komunikace můžeme charakterizovat stručně. Primárně můžeme popsat zdroj, který chce něco sdělit, přičemž to, co chce sdělit, nazýváme *sdělením*. Další součástí tohoto procesu je příjemce, který má dané sdělení *dekódovat* tak, aby došlo k porozumění. V každé sdělované zprávě předáváme nejenom věcné informace, ale sdělujeme mnohé také sami o sobě (sebe prezentace, sebe projev).

V rámci charakteristiky komunikačního procesu se můžeme pozastavit i u termínu sociální interakce. Hartl; Hartlová (2010, s. 227), označují sociální interakci jako „*vzájemné dorozumívání a ovlivňování mezi dvěma nebo více jedinci či mezi skupinami.*“ Nakonečný (1997) vysvětluje proces sociální interakce tak, že chování jedné osoby vytváří podněty pro chování osoby druhé a probíhá tak až do ukončení interakce. Jinými slovy se jedinci vzájemně stimulují a reagují na sebe – tím je tedy rozvíjen řetězec akcí a reakcí. Většinou jedná o situace, kdy jsou k sobě komunikační partneři tzv. *tváří v tvář*.

V rámci komunikačního procesu se uvádí činitelé komunikace, kteří proces sdělování nejenom organizují, ale díky nim se vlastně komunikace děje a odvíjí se od nich. Mezi činitele komunikačního procesu řadíme komunikátora, komunikanta, komuniké a komunikační kanál.

Komunikátor je osoba, která je iniciátorem komunikace a emituje nějakou zprávu. Tato osoba vkládá do sdělení vlastní názory, hodnoty či postoje, může si některé informace domýšlet či úplně přetvořit sdělení v důsledku podlehnutí funkčnímu postavení a může dojít ke zkreslení zprávy. V daném sdělení se tedy mohou objevovat nejenom fakta, ale také představy, fráze či obavy. Všimát si můžeme taktéž neverbální komunikace, zda nedochází k fenoménu *double bind* (dvojná vazba)¹ (Mikulaščík, 2010).

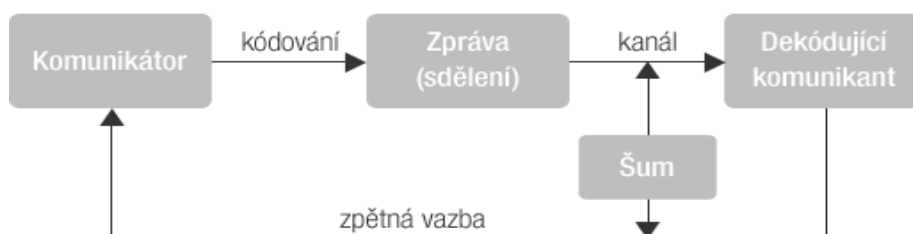
¹ Dvojitá (dvojná) vazba – komunikant něco říká, ale jeho neverbální komunikace neodpovídá sdělovanému (příp. popírá sdělované). Jedná se o rozporuplná či popírající se sdělení, která jsou směřována k adresátovi. Jako příklad můžeme uvést situaci, kdy matka se zachmuřeným a odměřeným výrazem říká svému synovi, jak je hodný a šikovný (Plaňava, 2005).

Odesílatel svou zprávu jistým způsobem kóduje. Kódování je proces převedení sdělení do správného formátu pro sdělení s příjemcem. To vyžaduje nejenom znalost osoby příjemce, ale také jeho komunikačního kanálu.

Komunikantem se rozumí člověk, který dané sdělení od komunikátora přijímá a dekóduje. To znamená, že zprávu zpracovává a uchopuje proto, aby s ní dále mohl pracovat. Vnímání zprávy také podléhá osobnosti – ovlivňují ji zkušenosti, znalosti, předsudky apod. Komunikant se často mylně domnívá, že jej s komunikátorem spojuje stejný způsob kódování. Proto je nutné naslouchat a v případě potřeby se doptávat (Mikulaščík, 2010). Komunikant komunikátorovi poskytuje také zpětnou vazbu, která umožňuje vidět jeho jednání z jiného úhlu pohledu.

Komuniké je zpráva, sdělení či informace, jednoduše to, co stojí ve středu naší komunikace a od čeho se tedy naše komunikace odvíjí. Mikulaščík (2010) udává, že vysílaná informace má podobu verbálních a neverbálních znaků (symbolů). V případě použití konkrétního termínu komunikant pochopí, o čem jde, ale u abstraktních termínů či neverbálního sdělení může komunikant zprávu chápat odlišně. Jako problém se při sdělování zprávy mohou jevit i komunikační bariéry (např. obavy z neúspěchu, stud, nepřipravenost, nesoustředěnost, neobvyklé prostředí apod.), odlišné chápání kontextu nebo komunikační šum, který je často příčinou zkreslení sdělovaného (např. hluk, slabá intenzita mluvy, velká vzdálenost mezi komunikujícími nebo také bolest, emoce, paralingvistické faktory apod.). Pro efektivní komunikaci je nezbytné, aby si přenášená informace zachovala stejný obsah a kontext.

Komunikační kanál je podle Čermáka (1997) způsob (cesta, médium), díky kterému se konkrétní sdělení přenáší. Může se jednat o cestu akustickou, vizuální nebo taktilní (využití hmatu). Klenková (2005) doplňuje, že úspěšnost vyměněných informací stojí na předem dohodnutém kódu obou stran.



Obr. 2: Struktura komunikačního procesu (Zdroj: <http://www.marketing-a-reklama.cz/komunikace/komunikace/>)

2.2.1 Komunikační kompetence

Komunikační kompetence je dle Lotka (1998, str. 55) „soubor znalostí a zkušeností jednotlivce, které se týkají prostředků, pravidel, norem a zvyklostí komunikace.“ Jazyková kompetence je podle již zmíněného autora schopnost verbální produkce i porozumění konkrétnímu sdělení.

Komunikační kompetence je schopnost nejenom pracovat s jazykovými prostředky a aktivně je využívat při komunikaci, ale také schopnost využívat tyto prostředky v aktuální situaci (komunikační kontext) a v konkrétním prostředí za určitým komunikačním účelem (srov. Kocurová, 2002; Vybíral, 2005; Vitásková, 2005; Zezulková, 2011).

Komunikační, pragmatickou komunikaci definuje Karlík; Nekula a Pleskalová (2002, s. 219) následovně: Jedná se o „soubor všech znalostí, které umožňují mluvčímu, aby mohl komunikovat v určitém kulturním společenství. Tento soubor nezahrnuje pouze znalost jazyka, tzv. jazykovou kompetenci, ale i znalost toho, jak užívat jazyk v nejrůznějších situacích.“

2.3 Verbální a neverbální komunikace

Komunikace je specificky lidská činnost, díky které můžeme dávat a přijímat. Sdělujeme si tedy mnoho důležitých informací, které jsou důležité pro naši samotnou existenci. Vzhledem k tomu, že člověk je tvor společenský, je mezi lidmi přirozená tendence využívat komunikaci jako atribut samozřejmý a neoddelitelný od člověka. Můžeme si toho všimnout už od nejranějšího období života dětí. Děti od nejútlejšího věku komunikují nejenom svým křikem (pláčem), ale pozorují také osoby, které se jim věnují. Reagují na specificky lidské jevy a projevy, jako je lidská tvář, dotyky, lidský hlas. Postupem času dítě získává velké množství informací nejen o okolním světě, ale také samo o sobě a jeho komunikační dovednosti se tak rozvíjejí.

Hlavním dorozumívacím prostředkem většiny lidí je verbální (slovní) komunikace, zprostředkovaná prostřednictvím mluvené řeči. Do verbální komunikace zahrnujeme ale také psanou formu komunikace (text) či naši vnitřní řeč. V rámci verbální komunikace rozlišujeme obsahovou a formální stránku řeči. Obsahová stránka řeči zahrnuje denotaci (objektivní pochopení slova, odpovídá definici) a konotaci (subjektivní chápání výrazu). Formální stránka řeči se zabývá paralingvistickými projevy (tzv. svrchní tóny). Mezi paralingvistické projevy lze zařadit výšku hlasu, tón, intonaci, modulaci hlasu, pauzy mezi slovy, rychlost mluvy, plynulost, frázování, přesnost či chybovost a dále také ventilové zvuky či ventilová

„parazitická“ slova. Tato sdělení se často v běžné mluvě ztrácí a do písemné podoby je lze také těžce zaznamenat. „*Paralingvistické charakteristiky řeči vytvářejí z verbálních projevů projevy osobité, podtrhují význam slov a dokážou dosti přesně vystihnout osobnost řečníka i jeho vztah k posluchačům*“ (Kocurová, 2002, s. 85).

Za neverbální komunikaci pak můžeme označit vše, co nějakým způsobem dotváří (doplňuje) mluvenou řeč nebo ji úplně nahrazuje. Dle Devita (2008) neverbální komunikace dále sdělení zdůrazňuje, popírá, reguluje, řídí či opakuje. Do neverbální nebo také nonverbální komunikace řadíme gesta/gestikulaci, mimiku, haptiku, posturologii, proxemiku, kineziku a komunikaci prostřednictvím úpravy zevnějšku a prostředí nebo také chronemiku. Neverbální komunikace nám tedy umožňuje nejenom získat informace od lidí, ale sledovat také jejich emoce, jednání či prožívání určité situace.

Housarová (2011) zdůrazňuje důležitost schopnosti dešifrovat neverbální signály, která je předpokladem pro správný výklad neverbálních projevů. Tuto schopnost můžeme zdokonalovat především díky našemu smyslovému vnímání. Autorka také podotýká, že při nefunkčnosti verbálního kanálu získává neverbální komunikace větší prostor. Užívání neverbálních projevů musí být přesné, aby usnadnilo komunikační proces s osobami s potížemi ve verbální komunikaci.

Vybíral (2009) konstatuje, že většinu neverbálních projevů nelze přesně převést do verbální podoby. Těžce totiž tyto projevy jak dekódujeme, tak také interpretujeme. Častá je také mnohovýznamnost konkrétního neverbálního výrazu. Pro správné porozumění neverbálních výrazů je tedy nezbytná znalost kontextových situací.

2.4 Komunikace dětí s kombinovaným postižením

Ještě před tím, než hlouběji pronikneme do oblasti komunikace dětí s těžkým kombinovaným postižením, je vhodné vymezit pojem *komunikační schopnost*. Mlčáková (in Ludíková; Kozáková, 2012a) označuje komunikační schopnost jako schopnost uplatnit jazyk v jeho mluvené, čtené i psané formě a projevuje se ve všech čtyřech jazykových rovinách (foneticko-fonologické, lexikálně-sémantické, morfologicko-syntaktické i pragmatické). Komunikační schopnost má velký vliv na uplatnění jedince ve společnosti (ve škole, v práci, v rámci mezilidských vztahů).

V důsledku prenatálních, perinatálních či postnatálních příčin (např. genové mutace, vývojové odchylky, orgánové poškození receptorů, působení nepodnětného prostředí apod.) může dojít k narušení komunikační schopnosti (zkratka NKS), která jedinci činí obtíže více

méně ve všech oblastech jeho života. Obtíže se mohou vyskytovat ve fázi zpracovávání informace, v rámci řečové produkce, ve čtení nebo psaní (Klenková, 2006; Mlčáková in Ludíková; Kozáková, 2012a).

Lechta (in Klenková, 2006, s. 55) uvádí definici narušené komunikační schopnosti. *„Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“* Podle Lechty (in Klenková, 2006, s. 55) můžeme narušenou komunikační schopnost rozdělit do deseti základních kategorií (okruhů): *„vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie), získaná orgánová nemluvnost (afázie), získaná psychogenní nemluvnost (mutismus), narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie), narušení fluence (plynulosti) řeči (tumultus sermonis, balbuties), narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie), narušení grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči, poruchy hlasu, kombinované vady a poruchy řeči.“*

Přítomnost kombinovaného postižení je podle Bendové (in Ludíková a kol., 2005) u jedince v mnoha věcech značně limitující a lze očekávat, že se problémy v rámci komunikace objeví. U jedinců s kombinovaným postižením tak dochází k různému stupni narušené komunikační schopnosti, a to na podkladě mentálního, smyslového nebo tělesného postižení.

Velmi často se u těchto osob objevuje deficit v oblasti řečových funkcí. Může dojít k receptivní (porucha chápání řeči) nebo expresivní (porucha užívání mluvené řeči) poruše řeči. Některé osoby v důsledku svého závažného zdravotního postižení nemluví, resp. nekomunikují verbálně nebo mají při mluvení výrazné obtíže a může se stát, že je jim hůře rozumět. Mnoho osob zvláště pak s těžším postižením využívají pro dorozumívání různé zvuky, posunky, gesta či jiné projevy neverbální komunikace. V každém případě Procházková (in Hájková a kol., 2009) zdůrazňuje, že ať už komunikace probíhá jakoukoli formou, je nutné, aby oba komunikační partneři konkrétní výrazové prostředky znali.

U osob bez zdravotního postižení je přirozené a očekávané, že komunikace bude probíhat verbálně, prostřednictvím mluvené řeči. Bohužel u osob s těžkým vícenásobným postižením tato možnost není mnohdy reálná, příp. jen do určité míry, a proto jsou pro tyto osoby k dispozici jiné – alternativní způsoby komunikace. Zpravidla se využívá různých prvků komunikace v rámci AAK (alternativní a augmentativní komunikace) dle míry

a hloubky komunikačního deficitu s ohledem na další obtíže spojené s možnostmi komunikovat (např. úroveň motoriky). Volba správného komunikačního prostředku je stěžejním bodem, od kterého se odvíjí další vývoj dítěte a je také důležitým faktorem v rámci procesu socializace jedince. Významná je spolupráce všech zainteresovaných osob, které jsou s dítětem nejenom ve styku, ale mají velký vliv na jeho vývoj, řadíme sem především rodiče, učitele, logopeda, asistenta, speciálního pedagoga atd.

V některých případech nelze bohužel ustanovit ani alternativní či augmentativní komunikační systém, a proto jsou rodiče či učitelé více méně odkázáni zejména na neverbální projevy dítěte. Tyto projevy (signály), které dítě „vysílá“ jsou nejčastěji získávané prostřednictvím přímého pozorování nebo zprostředkovaného sdělení jiných osob. Dešifrování neverbálních projevů je velmi náročné, jelikož se může stát jediným možným způsobem, jak informace od dítěte získat. Za neverbální projevy považujeme, jak již bylo zmíněno mimiku, gesta, haptiku, kineziku, posturologii, proxemiku. V rámci mimiky je třeba sledovat pohledy očí, navázání zrakového kontaktu, mrknutí, úsměv, zamračení – z těchto mimických projevů můžeme vyčíst veselou náladu, radost, smutek či vztek. Pozorujeme i pohyby těla, ukazování rukama na konkrétní věc, otáčení hlavou za předmětem či přibližování se k osobě nebo předmětu.

Za velmi významné jsou v rámci neverbální komunikace považovány především mimické projevy (výrazy tváře, úsměv nebo pošklebek, zamračení nebo zaměření očí apod.) či gesta. Součástí neverbální komunikace je i haptika neboli komunikace prostřednictvím dotyků. Procházková (in Hájková a kol., 2009) považuje dotek za jeden z nejvýznamnějších způsobů, jak komunikovat s těžce postiženými osobami. Při prvním kontaktu hraje podstatnou roli tzv. iniciální dotyk. Jedná se o dotyk, díky kterému má osoba se zdravotním postižením první možnost poznat, že s ním bude někdo komunikovat příp. s ním nějak pracovat. Autorka podotýká, že iniciální dotyk by měl být vždy na stejném místě (např. rameno, ploska nohy u menších dětí, položení ruky na ruku osoby se zdravotním postižením, dotyk na hlavně formou pohlazení apod.) a měl by být ritualizován. Osoba, se kterou je takto komunikováno nejenom, že pozná, o jakou osobu se jedná, ale může se také připravit na to, že s ní bude pracovat. Procházková dle Malla (in Hájková a kol., 2009) zmiňuje pojem bazální komunikace (autorem je Winfried Mall), který vychází z předpokladu, že každá osoba je schopna komunikace a je možné s ní komunikovat při vhodně zvoleném způsobu. Pro tuto techniku je specifické sledování způsobu dýchání osoby se zdravotním postižením a uzpůsobení se jejímu dechovému rytmu. Bazální komunikace probíhá v těsné fyzické blízkosti osob. Osoba s postižením je v náručí druhého člověka a pracuje se s dechovým

rytmem. Cílem této komunikace je nejen navázání kontaktu, ale také poskytnutí osobě se zdravotním postižením dostatek pocitu jistoty, bezpečí a budování vzájemného vztahu.

U osob se v důsledku těžkého kombinovaného postižení často vyskytují symptomatické poruchy řeči. Lechta (2002, s. 52) definuje symptomatické poruchy řeči jako „*narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.*“ Symptomatické poruchy řeči se velmi často objevují u osob s dětskou mozkovou obrnou (DMO). U Jedinců s DMO se objevují poruchy řeči v důsledku velkého množství příčin, jako jsou např. poruchy motoriky, mentální retardace, emoční změny (např. dlouhodobá nemoc, frustrace apod.), narušený tělesný vývoj nebo poruchy zraku a sluchu. Nejčastější poruchou řeči u osob s DMO je dysartrie, která se vyskytuje od lehkého narušení artikulace až po anartrii. Dále se objevuje dysprozódie (narušení modulace řeči), dysfonie (narušení fonace), narušené dýchání. Uváděná dále bývá také huhňavost, koktavost a narušené koverbální chování (Lechta, 2002).

Symptomatické poruchy řeči jsou jedním z okruhů narušené komunikační schopnosti (NKS). U žáků s NKS je podle Mičákové (in Ludíková; Kozáková, 2012a) třeba při komunikaci zohledňovat především věk osoby, typ a stupeň NKS, úroveň komunikačních schopností, přidružené postižení (např. poruchy hybnosti či sensorické postižení) a v neposlední řadě také aktuální osobnostní rozpoložení žáka.

Schopnost vyjadřování se výrazným způsobem odvíjí od mentální úrovně osoby. Komunikaci ale ovlivňuje i velké množství dalších faktorů, jako je úroveň hrubé i jemné motoriky, oromotoriky, podnětnost prostředí apod. Velký vliv má působení okolí, především komunikačního partnera či naléhavost vyjádření.

Je možné, že komunikační partnery osob se zdravotním postižením může překvapit neobvyklá mimika či narušení proxemických zón. Vždy bychom však měli tyto osoby, tak jako každé jiné, respektovat a považovat je za naše rovnocenné partnery. Slowík (2010) dle autorů Robba a Barretta uvádí pravidla úspěšné komunikace určené pro odborníky v pomáhajících profesích a všechny, kteří pracují s osobami s handicapem.

- Efektivní komunikace předpokládá respektování všech osob v rámci komunikačního procesu;
- komunikace s jedincem by měla odpovídat úrovni jeho porozumění, způsobu vyjadřování a upřednostňované komunikační formě;
- způsob, úroveň a rychlost efektivní komunikace odráží individuální schopnosti a osobní preference osoby se zdravotním postižením;

- při komunikaci je nezbytné odstranit veškeré překážky, které by ji mohly nějakým způsobem znesnadňovat;
- efektivní komunikace by měla být podpořena přiměřenou neverbální komunikací – gesta, výrazy tváře, zrakový kontakt, volba prostředí apod.
- v případě, že je komunikace neúspěšná již od počátku, hledáme jiný způsob komunikace;
- míru pochopení předávaných informací si neustále vzájemně ověřujeme (Robb; Barrett, 2004 in Slowík, 2010).

Každý člověk má právo na své vlastní vyjádření, sdělení své potřeby, názoru, pocitu apod. Podle Krhutové (2011) je však často v praxi zvykem pečujících a jiných osob (rodičů, pečovatelů, učitelů či asistentů atd.) odhadovat potřeby osob se zdravotním postižením podle sebe a uspokojovat je, aniž by se konkrétní osoby zeptaly. Tímto postojem jsou však osoby se zdravotním postižením generalizovány pouze jako pasivní příjemci. Cílem speciální pedagogiky je odstranit tyto postoje či předsudky a pomoci osobám se zdravotním postižením budovat takové komunikační situace, ve kterých je možné poukázat na potenciály osob se zdravotním postižením a umožnit jim vlastní sebevyjádření například některými prostředky v rámci alternativní či augmentativní komunikace.

2.5 Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace patří mezi jednu z nejvýznamnějších lidských potřeb a provází nás v průběhu celého našeho života. U dětí se zdravotním postižením může být proces komunikace v různé míře narušen, což negativně ovlivňuje jejich vývoj. Je tedy třeba najít jiný způsob dorozumívání. U těchto dětí se nabízí možnost využití alternativní či augmentativní komunikace (zkratka AAK).

Z historického hlediska lze počátky systémů AAK datovat do období let 1950 – 1960, kdy se objevily jako významná možnost dorozumívání se pro jedince, kteří neměli vyvinuté „tradiční komunikační dovednosti v řeči“. Během relativně krátké historie se tyto systémy dočkaly velkého množství změn a značných úspěchů. Z počátku zavádění se pro možnost využívání systémů AAK posuzovala způsobilost k jejich využívání (resp. předpokladem k užívání systému byla nutná určitá úroveň kognitivního vývoje a receptivní řeči). Současný univerzální model však respektuje zásadu, že komunikovat a využívat služby systémů AAK může každý. Do roku 1970 nebyly systémy AAK lidem s narušenou komunikační schopností příliš indikovány neboť se předpokládalo, že mají

potenciál k rozvoji slovního projevu. Asi nejdramatičtější změna v AAK byl výbuch v dostupnosti a možnostech technologie (např. mikropočítače, pomůcky s hlasovým výstupem apod.). Od roku 1980 se rozrůstaly možnosti komunikačních zařízení – lepší hlasové syntézy, počítačové grafiky apod. Po roce 1990 se objevoval stále se zvyšující trend inkluzivní školy, možnosti AAK tedy razantně zvyšovaly šance dětí s těžkým zdravotním postižením začlenit se do inkluzivního prostředí. Nynější pojetí systémů AAK nám evokuje skutečnost, že osoby s těžkým zdravotním postižením mohou rozvíjet svůj potenciál a díky stále se zlepšujícím technickým inovacím dosáhnout lepších komunikačních dovedností (Hourcade, J. a kol., 2004).

AAK obecně můžeme vymezit jako různé postupy či prostředky, které se stanoví a díky kterým se mohou osoby dorozumívat. Mají možnost tak vyjadřovat své potřeby, přání, pocity či postoje. Podle Housarové (2011, s. 26) se AAK „*pokouší kompenzovat, po určitou dobu či trvale, projevy závažných komunikačních poruch.*“

Podle Mezinárodní společnosti pro augmentativní a alternativní komunikace (ISAAC) je AAK řada nástrojů a strategií, které jedinec používá při každodenních komunikativních problémech. Existuje mnoho forem komunikace (např. mluvená řeč, znakový jazyk, symboly apod.) a lidé tak mohou komunikovat různou formou. Efektivní komunikace nastává tehdy, když je záměr a význam komunikace jedince pochopen jinou osobou. Forma není tak důležitá jako pochopení obsahu a významu vysílané zprávy (What is AAC, dostupné z: <https://www.isaac-online.org/english/what-is-aac/>).

Bendová (in kolektiv autorů, 2008, s. 43) definuje AAK následovně: „*AAK systémy mají za úkol minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu a vytvořit nový podpůrný či náhradní komunikační kanál, jenž umožní jedincům s tělesným či kombinovaným postižením a současně s těžce NKS stát se rovnocennými komunikačními partnery.*“ Komunikační systémy však podle Janovcové (2010) nenachází využití pouze u jedinců s tělesným či kombinovaným postižením. Kromě využití u již zmíněných osob s tělesným a kombinovaným postižením se využívají u osob s narušením komunikačního procesu v důsledku smyslových či mentálních postižení, ale využívají se také např. u osob po úrazech, u osob se získaným degenerativním poškozením mozku (CMP, Alzheimerova či Parkinsonova nemoc, apod.

Cílem AAK je pomoci lidem se závažnými poruchami v oblasti komunikace účinně se dorozumívat a efektivně reagovat na podněty tak, aby se mohli aktivně účastnit společenského života. Tyto prostředky komunikace mají zlepšovat kvalitu života ve všech jeho oblastech – v rámci společenského života, vzdělání, vztahů a snaží se o podporu

nezávislosti osob. Je zde snaha o využití všech komunikačních schopností, které člověk se zdravotním postižením má k tomu, aby mohl postiženou funkci kompenzovat (Laudová in Škodová; Jedlička, 2007).

Krejčířová (2011) sumarizuje primární cíle AAK:

- možnost účinného dorozumívání se;
- reakce na okolí;
- kompenzace postižené řečové funkce;
- rozvoj dovedností, které se zaměřují na proces osvojování si jazyka jako prostředku pro rozvoj myšlení.

Augmentativní (doplňující, rozšiřující) systémy komunikace podporují již existující, ale pro běžné dorozumívání ne příliš dostačující komunikační schopnosti osoby. **Alternativní (náhradní) komunikační systémy** se používají jako náhrada mluvené řeči (Bendová in kolektiv autorů, 2008).

Systémy AAK můžeme klasifikovat z různých hledisek.

Dělení AAK podle využitelnosti pomůcek (Laudová in Škodová; Jedlička, 2007):

- systémy bez pomůcek (unaided) – např. daktylotika, znak do řeči, neverbální komunikace, výrazy obličeje, gesta apod.;
- systémy s pomůckami (aided) – např. fotografie, reálné předměty, obrázky, piktogramy, komunikátory apod.;
 - netechnické (low tech) – používají jednoduché pomůcky bez hlasového výstupu, např. komunikační tabulky, fotografie;
 - technické (high tech) – využívají pro komunikaci elektronické pomůcky a počítače, vynikají upraveným hardwarem a softwarem, který je uzpůsobený i pro osoby s fyzickým postižením.

Dělení AAK dle způsobu přenosu informace (Bendová in Ludíková a kol., 2005):

- systémy statické – symboly jsou poskytovány osobě ve dvojrozměrné nebo trojrozměrné podobě, např. komunikační tabulky, piktogramy apod.;
- systémy dynamické – zahrnuje znaky a gesta, např. znak do řeči nebo daktylotika.

Dělení AAK dle druhu senzorického kanálu (Bendová in Ludíková a kol., 2005):

- akusticko-taktilní (reliéfní pomůcky, prstová abeceda, Braillovo písmo);
- optické (např. daktylotika, písmo, odezírání);

- opticko-akustické a vibrační systémy (totální komunikace, komunikace prostřednictvím vibračních zařízení apod.).

2.5.1 Výběr komunikačního systému

Předpokladem úspěšně stanoveného AAK systému je podrobné vyšetření klienta a jeho životních podmínek (Laudová in Škodová; Jedlička, 2007). Autorka také zdůrazňuje nutnost interdisciplinárního přístupu – spolupráci s odborníků, ale také dalších osob, které jsou s klientem ve styku (rodina, učitelé, logoped, přátelé apod.).

Kantor (in Ludíková; Kozáková, 2012b; také Kubová, 1996) poznamenává, že komunikační potřeby jsou u každé osoby jiné, a proto také komunikační systémy jsou pro jedince tvořeny individuálně. Záleží na tom, co chce jedinec sdělovat a jaké jsou jeho komunikační možnosti. Tyto informace lze získat především díky pozorování a také prostřednictvím rozhovorů s blízkými osobami (rodiče, učitel atd.). Autor také zdůrazňuje, že komunikační potřeby se v průběhu u každého jedince do určité míry mění, a proto je nezbytné komunikační systém podle individuálních potřeb jedince obnovovat a stále aktualizovat.

Mezi základní komunikační funkce řadí Thorová (2006) žádost o jídlo, o pití, předmět či hygienu, dále získání pozornosti, popis okolí, popis vlastní aktivity, vyjádření souhlasu nebo nesouhlasu, projevy emocí, sdělení a získání informace nebo projevy sociální komunikace.

Hlediska, která napomáhají výběru vhodného AAK systému jsou podle Laudové (in Škodová; Jedlička, 2007; také Bendová, 2008) následující:

- porozumění neverbální komunikaci;
- porozumění řeči;
- aktuální způsoby komunikace (verbální i neverbální) a jejich úspěšnost, příp. spontánní užívání alternativních forem komunikace;
- vyjadřování souhlasu/nesouhlasu;
- úroveň zrakové a sluchové percepce;
- porozumění symbolům, čtenářské dovednosti;
- úroveň hrubé a jemné motoriky;
- motivace komunikovat a potřeba dorozumívát se;
- sociální dovednosti;
- chování a projevy emocí;

- kognitivní schopnosti;
- orientace v sociálním prostředí;
- možnosti a volby trávení volného času;
- očekávání klienta a jeho okolí, možnosti podpory.

Při volbě vhodného komunikačního systému jsou důležité především komunikační schopnosti jedince, ale zřetel je třeba brát rovněž na použitelnost systému v různých prostředích i polohách jedince, jestli je komunikace možná v různých vzdálenostech nebo zda komunikační systém jedince ke komunikaci motivuje. Zvažujeme také dostupnost, nákladnost a údržbu komunikačního systému. Smyslem je tvorba funkčního komunikačního systému (Kantor in Ludíková; Kozáková, 2012b).

Podle Janovcové (2010) je při volbě komunikačního systému nutné brát v úvahu pedocentrická hlediska, jako je věk, stav receptorů, úroveň kognitivních schopností, předpoklad dalšího rozvoje jedince, míra práce schopnosti, potřeba a motivace ke komunikaci, podpora blízkého okolí, schopnost interakce, dále také verbální dovednosti a fyzické schopnosti. Kromě toho je nezbytné zohledňovat rovněž systémové hlediska, mezi které autorka řadí způsob přenosu, ikonicitu, rozsah slovní zásoby a shodu s verbálním vyjadřováním.

Co se týká nácviku práce s komunikačním systémem, je vhodné začít co nejdříve, obzvláště pak u dětí, u kterých se očekávají potíže s vývojem řeči. U ostatních osob se s komunikačním systémem začíná pracovat v případě opoždění ve vývoji řeči. Dále také u osob po poškození CNS např. z důvodu vážného onemocnění, úrazu či degenerativního poškození mozku. U těchto jedinců v mnoha případech dochází k omezení nebo ztrátě schopnosti běžné komunikace (Laudová in Škodová; Jedlička, 2007; Kantor in Ludíková; Kozáková, 2012b).

Je samozřejmostí, že i když se jedinec dorozumívá prostřednictvím systému AAK, je obklopen velkým množstvím osob, které se vyjadřují verbálně. Mluvící okolí je pro jedince v rámci dorozumívání nezbytné proto, aby si mohl doplňovat a rozšiřovat svůj slovník (nezbytná je znalost obsahové stránky osvojených výrazů), rozvíjel si sluchovou percepci a učil se novým poznatkům. Je také velmi důležité, aby byl jedinec stimulován a motivován ke komunikaci. Hovoříme proto s dětmi o věcech, které mají rády a které je zajímají. Kubová (1996) uvádí, že ke komunikaci s dětmi je důležité využívat všechny možné denní příležitosti a aktivity, které se nám v průběhu dne naskytují, např. při oblékání, hře, jídle, trávení volného

času apod. Také je nutné povzbuzovat, aby dítě komunikovalo s různými lidmi s předpokladem, že se s komunikačním systémem začne v nejužším kruhu rodiny a bude se dále pokračovat ve škole nebo v kolektivu vrstevníků, známých apod.

Janovcová (2010); Klenková (2006) i Kubová (1996) se shodují, že je vhodné využívat větší množství komunikačních systémů, kombinovat metody, pomůcky či symboly a dosáhnout tak multisenzoriálního přístupu. Kubová (1996) tuto skutečnost doplňuje a vysvětluje pojem totální komunikace. Jedná se o takový způsob komunikace, který zahrnuje celé spektrum různorodých způsobů komunikace, např. řeč, gesta, mimiku, znaky, daktylotiku, psaní, apod.

2.5.2 Výhody a nevýhody AAK

Výhody systémů AAK podle Kubové (1996):

- snižují tendence k pasivitě;
- zvyšují zapojování osob i jejich blízkých do různorodých činností;
- umožňují samostatné rozhodování;
- podporují rozvoj kognitivních jazykových dovedností;
- rozšiřují pole možností pro osoby;
- umožňují osobám se závažnými vyjadřovacími obtížemi účastnit se konverzace tam, kde by byly pouze pasivními příjemci a opomíjenými posluchači.

Nevýhody AAK systémů shrnuje taktéž Kubová (1996) takto:

- menší společenská využitelnost;
- vzbuzování pozornosti veřejnosti;
- určitá izolace jedince od společnosti, jelikož veřejnost tyto komunikační prostředky neovládá;
- časová prodleva mezi obdobím porozumění systému a nácvičkou práce s ním a jeho využívání pro komunikaci;
- budí dojem, že se jedinec nikdy nebude vyjadřovat mluvenou řečí.

2.5.3 Charakteristika vybraných systémů AAK

Každý člověk je jedinečný, a proto také způsob, kterým komunikuje je velmi individuální. Každé osobě vyhovuje jiný způsob komunikace. Osoby se specifickými potřebami – potížemi při verbálním vyjadřování, mají k dispozici velké množství alternativních či augmentativních komunikačních systémů. Jak již bylo popsáno výše, komunikační systém se uzpůsobuje jejímu uživateli. Z velkého spektra těchto systémů má osoba na výběr ten komunikační systém, který vyhovuje jak komunikačním schopnostem, mentální úrovni jedince, údržbě a dalším podmínkám.

Výčet systémů AAK je opravdu široký. Z množství literatury lze zmínit následující systémy: Znakový jazyk, Znakovaná čeština, Znakování klíčových slov (Znak do řeči), Prstová abeceda (Daktylotika), Cued speech, metoda Tadoma, Lormova abeceda, Komunikace prostřednictvím trojrozměrných symbolů (referenční, reálné předměty), fotografií, systém Bliss, Makaton, PCS (Picture Communication Symbols), Piktogramy, Komunikační tabulky, Kódování, Komunikace prostřednictvím neverbální komunikace, Sociální čtení, Komunikační knihy, Komunikační tabulky, Komunikátory, VOKS, ETRA-N, Dosa – metoda, Facilitovaná komunikace (Kubová, 1996; Laudová in Škodová; Jedlička a kol., 2007; Valenta; Müller, 2003; Bendová, 2008; Janovcová, 2010; Kantor in Ludíková; Kozáková a kol., 2012b).

V následujícím textu budou více popsány ty komunikační systémy, které se v praxi u jedinců s kombinovaným postižením nejvíce využívají (tyto informace byly získány prostřednictvím předvýzkumu, více v kapitole 3 *Praktická část*).

Piktogramy

Komunikační systém s obrazovými komunikačními symboly neboli piktogramy jsou chápány jako vnímatelné útvary, které jsou zhotoveny psaním, kreslením nebo i tiskem. Každý piktogram reprezentuje jeden věcný význam, který zpodobňuje, aniž by byl vázán na řeč. Existuje velké množství typů piktogramů, nicméně u nás se nejvíce využívá severoevropský model, jenž čítá kolem 700 piktogramů, které reprezentují osoby, činnosti, předměty, vlastnosti, pocity apod. (Kubová, 1996).

Piktogramy umožňují po celém světě především rychlou orientaci všude tam, kde by slovní vyjádření mohlo komplikovat porozumění. Často se objevují na veřejných místech, jako jsou nemocnice, dopravní prostředky, informační tabule, rozcestníky apod. Piktogramy

jsou jednoduché, názorné, konkrétní, dobře zapamatovatelné a rozumí jim velké množství osob (Housarová, 2011; Kubová, 1996).

Piktogramy lze využívat u osob s mentálním postižením, u autistů, dále také u dětí s kombinovaným postižením, ale i u dospělých osob. Uživatele piktogramů můžeme díky dělení Housarové (2011) dělit do tří skupin:

- a) děti a dospělé osoby s těžkým mentálním a současně tělesným postižením, pro které se piktogram stává pomůckou při chápání, nebo ji potřebují pro svůj výrazový projev;
- b) děti a dospělí s mentálním postižením, kteří mluvenému rozumí, avšak v důsledku svého závažného postižení nejsou schopni srozumitelné řeči nebo produkce znaků;
- c) děti a dospělí, kteří i přes své mentální nebo tělesné postižení rozumí mluvené řeči a jsou schopni využívat i znaky, avšak piktogramy potřebují navíc jako podporu.

Nácvik práce s piktogramy začíná podle Janovcové (2010) přípravnou fází, kde je třeba dítě seznámit s co největším množstvím obrázků nebo fotografií. Používání piktogramů je doprovázeno mluvenou řečí či manuálními znaky. Je nutné, aby dítě konkrétnímu obrázku porozumělo. Ukazováním na obrázek současně se slovním popisem dochází k automatizaci a následné symbolové komunikaci. Při postupu osvojování piktogramů dochází nejprve k poznávání reálných předmětů, obrázků a fotografií postupně k jednotlivým piktogramům a následně sestavování celých vět až po tvorbu komunikačních deníků. Komunikační tabulky nebo deníky jsou obsahově velmi individuální – vzhledem k osobním schopnostem a potřebám. Proto, aby byla komunikace prostřednictvím piktogramů efektivní, je nutné, aby s touto metodou byli seznámeni všichni, kdo jsou s dítětem v častém kontaktu, nezbytná je spolupráce především s rodinou a školou.

VOKS

Výměnný obrázkový komunikační systém neboli VOKS vychází z původního amerického komunikačního systému PECS (The Picture Exchange Communication System). Oba tyto systémy vycházejí ze společných principů, jako je zejména smysluplná výměna obrázku za předmět, který obrázek znázorňuje, dále také vysoká motivace pro klienty (konkrétní volba odměn pro konkrétního klienta) nebo podpora iniciativy klienta díky fyzické asistenci. Záměrem tohoto komunikačního systému je rychlé získání funkčních komunikačních dovedností. Jde o způsob jak děti nejenom naučit komunikovat, ale vysvětlit také významnost komunikace. VOKS je určen především pro osoby s poruchou autistického spektra, ale lze jej využít i u dalších osob, které mají obtíže při dorozumívání (např. afázie,

Downův syndrom, DMO, těžké formy vývojové dysfázie apod.). Metodika VOKS je rozdělena na dvě části. Přípravná část poskytuje široké spektrum informací o systému, prostředí nácviku, pomůckách a způsob postupu. Druhá část metodiky zahrnuje hlavní a doplňující lekce systému VOKS. Výukové lekce tvoří strukturu nácviku, kdy se jedinec učí žádat o konkrétní věc výměnou za obrázek. Doplňkové lekce rozvíjí větnou stavbu, zdokonalují obrázkovou slovní zásobu, nácvik výměny rolí komunikačních partnerů, dochází také k rozvoji postupného navazování zrakového kontaktu (Knapcová; Jarolímová, 2006).

Valenta a Müller (2003) ve své publikaci navíc podotýkají, že v rámci nácviku systému VOKS dítě postupuje od motivační výměny jednoho obrázku za požadovaný předmět, přes diferenciaci jednotlivých obrázků, vytváření tabulek s množstvím odnímatelných obrázků, až po vytváření smysluplných vět.

Fotografie

Fotografie jsou dvojrozměrným zobrazením skutečnosti. Fotografie jsou vhodným prostředkem ke komunikaci především zpočátku navozování komunikačního systému. Fotografie lze vkládat do komunikačních tabulek (sešitů, knih) a dále s nimi pracovat. Na jednotlivých fotografiích mohou být zobrazeny osoby, předměty či situace, které věrohodně zobrazují skutečnost. Snímky mohou být v barevném nebo černobílém provedení, různě velké – záleží na potřebách jednotlivců. Fotografie mají podobný účel jako piktogramy nebo obrázky, může na ně být ukazováno.

Trojrozměrné symboly

Trojrozměrné symboly můžeme označit také jako referenční nebo reálné předměty. Jedná se o předměty, jejich části nebo zmenšeniny, které mohou být vnímány nejenom vizuálně, ale také haptickou cestou. Tyto předměty představují současně pojmenování reálných předmětů, ale i různé aktivity (např. lžice – symbol pro reálný předmět, ale i příprava na jídlo apod.) Předměty se využívají k oboustranné komunikaci mezi edukátorem a edukovaným, dále i ke komunikační stimulaci edukovaných a také, jak již bylo zmíněno, k vizualizaci aktuálně probíhajících činností. Tato metoda tedy využívá pro komunikaci konkrétní pojmy, využívá se pro tzv. předmětovou komunikaci (Housarová, 2011; Valenta; Müller, 2007).

Laudová (in Škodová; Jedlička, 2007) udává, že velkou výhodou trojrozměrných symbolů je, že se s nimi dá dobře manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou lehce

rozpoznatelné. Naopak nevýhodou je, že nemohou představovat abstraktní výrazy, překrývá se také pojmenování předmětu a související činnost.

Technické komunikační pomůcky

Do kategorie technických pomůcek, které lze využívat pro komunikační účely můžeme zařadit prostředky s hlasovým výstupem, počítače s množstvím různorodých programů, komunikátory, speciální ovládání počítače pro osoby s hybným postižením, tablety alternativní myši apod. V současné době je na trhu k dispozici široké spektrum velmi moderních a kvalitních výrobků. Výběr produktu je vždy individuální.

Vítková (2006) udává, že ještě před opatřením komunikačního prostředku je třeba odpovědět si na otázku, k čemu nám bude pomůcka sloužit (škola, zaměstnání, volný čas...). Dále je třeba zhodnotit osobnostní předpoklady jedince, jako je potřeba komunikace, úroveň jemné a hrubé motoriky, míra intelektu, úroveň řečového vývoje, myšlenkových operací, chápání symbolů apod. V neposlední řadě hraje velkou roli také jedincovo prostředí a další faktory, které je třeba zohlednit – jedná se o prostor (umístění, manipulace), organizaci (programování, aktualizace, údržba) nebo finanční náročnost.

Technické nebo také „High-tech“ komunikační pomůcky jsou podle organizace USSAAC (AAC Devices, dostupné z: <http://www.ussaac.org/aacdevices.htm>) elektronické přístroje, které mají velké množství funkcí, např. ukládání a načítání zpráv. Roli hrají také fyzikální parametry komunikačního prostředku, jako je např. váha, velikost, přenosnost, údržba atd. K dispozici je pro klienty velká nabídka typů přístrojů, které se od sebe mohou lišit velikostí, hmotností, množstvím informací nebo přístupností

Jednouúčelové komunikační pomůcky, mezi které můžeme zařadit **komunikátory**, se používají pouze pro komunikaci. Laudová (in Škodová; Jedlička, 2007) je specifikuje tak, že jde o jednoduché pomůcky s tištěným nebo hlasovým výstupem a s omezeným množstvím vzkazů nebo také přístroje s klávesnicí či displejem, kdy je sdělení označeno symbolem, obrázkem nebo fotografií. Existují pomůcky se zřetelným výstupem (přístroj s obrazovkou, na němž je prostřednictvím symbolů nebo písmen zobrazen vzkaz) nebo hlasovým výstupem (lišší typem nahrané řeči, může jít o řeč digitalizovanou – nahrán je lidský hlas nebo řeč syntetickou – řeč je generována počítačem).

Významným komunikačním prostředkem je stále **počítač**. K počítači se připojuje řada nejrůznějších externích doplňků a příslušenství – především adaptéry a externí spínače (velkoplošná externí tlačítka), speciální klávesnice (např. větší klávesy, barevně odlišené klávesy, klávesnice se speciálními kryty) nebo alternativní myši (např. myš ovládaná

s použitím joysticku, myš doplněná externími spínači, ergonomická myš, ovládání kurzoru myši pomocí očí nebo pohybů hlavy). Je nutné, aby byly počítače vybaveny speciálním softwarem. Existuje množství nejrůznějších programů, od výukových, komunikačních až po programy herní. Alternativní ovládání počítače osobám se zdravotním postižením umožňují programy ovládané hlasem (JetVoice), diktování textů do počítače (MyDictate) nebo ovládání počítače pomocí jedné klávesy. Dalšími programy, které se pro práci s dětmi se zdravotním postižením využívají, jsou programy výukové (pro ilustraci můžeme uvést některé z programů firmy Petit, o. s. např. Brepta, Méd'a, Altík). V neposlední řadě musíme zmínit ještě programy pro podporu komunikace a alternativní komunikaci (např. Boardmaker, ACkeyboard nebo Speech Viever). Počítače mohou být stolní nebo přenosné, výhodou bývá i zvětšená a dotyková obrazovka (Pomůcky, dostupné z: http://www.petit-os.cz/poc_pro_postiz.php).

Na velmi vysokou uživatelskou úroveň se postupně dostaly také **tablety**. Ve školách a dalších zařízeních se s nimi můžeme setkat čím dál tím častěji. Tablet je přenosný počítač menšího formátu s celoplošnou dotykovou obrazovkou. Na tablet lze nahrát množství aplikací, které jsou pro děti velmi atraktivní a navíc jsou tablety relativně méně náročné na ovládání (než je tomu např. u PC). Mezi další pozitiva tabletů můžeme uvést přehlednost, přenosnost, možnost snadné manipulace a oproti počítačům se tablety vyskytují v nižší cenové relaci. Pro ovládání tabletu je potřebná manuální zručnost, resp. dobrá úroveň jemné motoriky, jelikož tablet se ovládá dotyky a tahy prstů. Tablety lze využít více méně u všech osob s různým druhem zdravotního postižení jako prostředek AAK (pro komunikační záměr) nebo pro výukové účely.

Komunikační tabulky

Komunikační tabulky řadíme mezi netechnické komunikační prostředky vyžadující pomůcky. Umožňují uspořádání dvojrozměrných komunikačních symbolů (např. obrázků, tištěných slov, fotografií apod.), které mohou být organizovány do plochy nebo do prostoru. V praxi se můžeme často setkat se zalamínovanými kartičkami, které jsou zachyceny suchým zipem. Komunikační tabulky vycházejí z individuálních potřeb uživatelů – jednotlivé symboly jsou dle potřeb klienta upravovány do příslušných velikostí, tvarů či barevných variant. Jedinci komunikují ukazováním prstem, pěstí, pohledem nebo jiným předmětem na konkrétní symbol. Klient by se měl v komunikační tabulce orientovat, měla by pro něj být obsahově i vzhledově atraktivní a měla by motivovat ke komunikaci. Tabulka by měla dále odrážet věk, zájmy a celkově osobnost jejího uživatele. Na rozšiřování slovní zásoby by se

měl klient podílet. Slovní zásoba by měla být aktualizována podle potřeb klienta, podle jeho zájmů a dalších aktivit. V komunikační tabulce by měly být symboly jako je souhlas, nesouhlas, symboly denních aktivit (hra, učení, práce, odpočinek...) či potřeby (strava, toaleta, mytí, spánek...). Nezřídka se objevují také fotografie (rodinných příslušníků, učitele, asistenta...) (Valenta; Müller, 2003; Metody a postupy AAK, dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>).

2.6 Význam komunikace v rámci edukačního procesu

Způsob předávání a dekodování informací je velice důležitý i v rámci edukačního procesu. Díky komunikaci, ať již v jakékoliv formě (verbální, neverbální, grafická) si dítě nejenom osvojuje nové poznatky, ale také upevňuje i ty stávající.

V rámci výchovně vzdělávacího procesu hovoříme o komunikaci pedagogické. Optimální pedagogická komunikace je dle Kocurové (2002, s. 87) taková komunikace, která *„zjišťuje příznivé emocionální klima pedagogického procesu, optimalizuje vztahy mezi žáky a učitelem i žáky navzájem, umožňuje řídit sociální procesy ve skupině, vytvářet optimální podmínky pro motivaci žáků, podporuje tvořivost v učení a umožňuje formovat osobnost žáka správným směrem.“*

Bendová (2011) zdůrazňuje důležitost faktorů, které se podílejí na vývoji řeči. K těmto faktorům patří fyzická a psychická zralost jedince (vnitřní faktory) a dále také sociální prostředí jedince a styl výchovy. Autorka (2011, s. 20) dále doplňuje, že *„žáka se zdravotním postižením a se současně narušenou komunikační schopností je třeba adekvátním způsobem začlenit do školního prostředí, rozvíjet jeho komunikační potenciál, popřípadě narušení komunikačních schopností vhodně kompenzovat, a to často s využitím metod a prostředků alternativní a augmentativní komunikace.“*

Verbální i neverbální komunikace je v rámci edukačního procesu velmi významná. Dle Pianta (in Reynolds; Miller, 2003) je důležitá nejen verbální a neverbální komunikace, jako výměna informací mezi dvěma jednotlivci, ale záleží na attributech jednotlivých účastníků komunikace. Zdůrazňuje se podstata vzájemného vztahu mezi pedagogem a žákem. Jejich vztah je autorem popisován jako ústřední školní relační zdroj, který má pozitivní a reciproční vliv na studentovo učení, úspěchy i prožitky. U učitele pak ovlivňuje pocit pohody, uspokojení z práce a tendenci setrvání ve výuce. Fungující vztahy jsou považovány za součást

holistické a vzájemně provázané jednotky, která motivuje a umožňuje úspěšnou adaptaci na případné změny.

Ve třídě je dítě v kontaktu s velkým množstvím osob, se kterými funguje v různých komunikačních situacích. I pro dítě, které nekomunikuje verbálně je velice důležité, aby se pohybovalo v prostředí, kde se hovoří. Získá tak nejenom mluvní vzory, ale také možnost osvojování si nových pojmů a dalších informací. Laudová (in Škodová; Jedlička, 2007) uvádí, že je důležité dítěti zajistit odpovídající slovní zásobu a vytvářet prostředí a podmínky pro aktivní účast dítěte nejenom v rámci edukačního procesu, ale při všech komunikačních výměnách s různými komunikačními partnery.

Rámcový vzdělávací program pro obor základní škola speciální (RVP ZŠS) II. díl, popisuje soubor klíčových kompetencí (kompetence k učení, kompetence k řešení problémů, kompetence komunikativní, kompetence sociální a personální, kompetence pracovní), které jsou důležité pro rozvoj žáků a jejich začlenění do společnosti. K rozvoji klíčových kompetencí by měl směřovat obsah, metody a veškeré aktivity ve vyučování. Z hlediska dorozumívání je vhodné zdůraznit kompetence komunikativní, jedná se především o tyto kompetence:

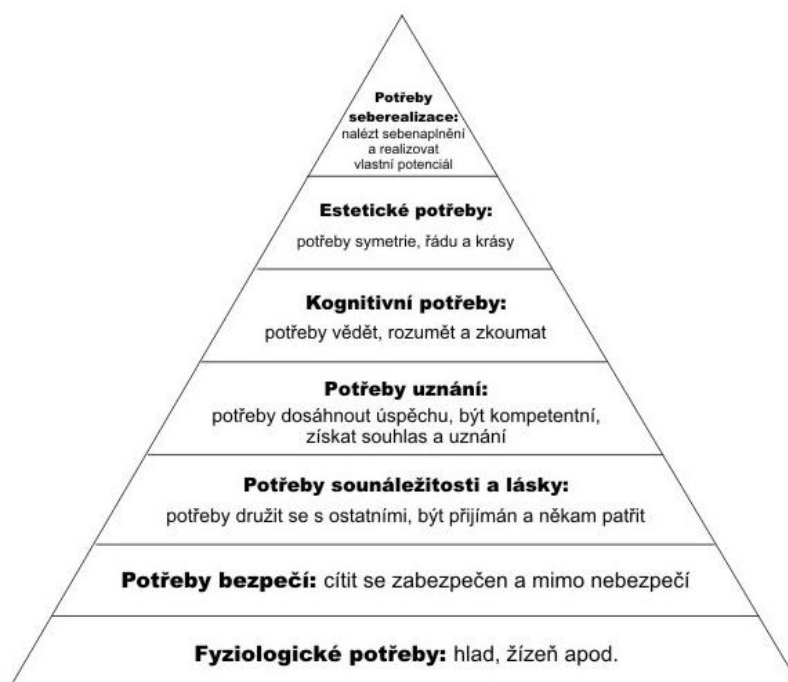
- poznání známé osoby, dorozumívání se prostřednictvím verbální i neverbální komunikace;
- reakce na své jméno;
- vyjádření souhlasu/nesouhlasu, reakce na jednoduché pokyny;
- verbální či neverbální vyjádření potřeby, pocitu, nálady;
- vyjádření pozdravu, odezva na pozdrav druhému.

2.7 Psychické potřeby a komunikace

Člověk je v průběhu svého života neustále determinován a konfrontován svými potřebami. Potřeby velice úzce souvisí s psychickými procesy – motivačními. Motivace je hybnou silou našeho jednání a na jejím základě vznikají motivy neboli pohnutky, které jsou zaměřeny na uspokojení určitých potřeb. „*Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické psychologické, sociální nebo duchovní*“ (Šamánková a kol., 2011, str. 12). Tataž utorka (2011) uvádí změny chování jedince, které se objevují v důsledku nedostatečné saturace potřeb, do kterých řadí neklid, nesoustředěnost či úzkost, dále také somatické potíže, které se mohou projevit jako poruchy spánku, srdečního rytmu

apod. Tyto obtíže mohou vyústit až do pocitu frustrace, dlouhodobého stresu či deprivace (srov. Vágnerová, 2008).

Existuje velké množství nejrůznějších dělení v okruhu lidských potřeb, které autoři třídí podle různých kritérií a vytvářejí teorie potřeb. Jednou z nejznámějších teorií je Maslowova teorie psychických potřeb, kde jsou potřeby uspořádány od nejdůležitějších fyziologických potřeb (jídlo, pití, spánek...) až po vrchol pyramidy, který tvoří potřeby seberealizační.



Obr. 3: Maslowova pyramida potřeb

(Zdroj: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb>)

Při pohledu na pyramidu základních lidských potřeb dle Abrahama Maslowa je zřejmé, že při práci s klienty je nejdůležitější uspokojit nejprve biologické (fyziologické) potřeby, jako je dostatek potravy a tekutin, spánek, vyměšování apod. Z praxe víme, že práce s dítětem, které má např. hlad nebo je unavené nemá smysl, proto je důležité naučit se „číst“ v těchto potřebách a i v případě, že nám dítě své potřeby nevyjádří verbálně, příp. jiným způsobem (např. díky AAK) je důležité se v situaci orientovat a vnímat jedincovy projevy neverbální. Jestliže má jedinec uspokojeny základní fyziologické potřeby, může uspokojovat potřeby vyšší (potřeba bezpečí, sounáležitosti a lásky atd.).

Při našich snahách uspokojovat potřeby osob se zdravotním postižením se nejprve musíme ohlédnout sami k sobě. Je třeba si uvědomit vlastní potřeby, teprve až pak jsme schopni se do druhých vcítit a uvědomit si, že i oni mají své specifické potřeby, které se liší člověk od člověka, což musíme respektovat. Předpokladem k tomu, abychom jakýmkoliv

způsobem osobě její potřebu mohli (pomohli) uspokojit, je dát možnost onu potřebu vyjádřit. K čemuž je nezbytné naslouchání, empatie, ale také naučit se dobře vnímat signály druhých osob, což tkví především v dobrých pozorovacích schopnostech.

Langmeier a Matějček (in Matějček, 2007) vymezují základní psychické potřeby, které musí být uspokojeny, má-li se jedinec správně vyvíjet:

- potřeba množství, kvality a proměnlivosti podnětů;
- potřeba stálosti, řádu a smysluplnosti podnětů;
- potřeba primárních citových a sociálních vztahů;
- potřeba identity (vlastní „já“);
- potřeba otevřené budoucnosti – životní perspektivy (Langmeier; Matějček in Matějček, 2007; srov. Vágnerová, 2008; Langmeier; Krejčířová, 2006).

Vítková (in Opatřilová; Nováková a kol., 2012) kromě základních potřeb doplňuje ještě o potřeby speciální, týkající se osob s těžkým zdravotním postižením:

- potřeba tělesné blízkosti pro vznik přímé zkušenosti;
- potřeba speciálního pedagoga/terapeuta, který umožní přiblížení prostředí;
- potřeba speciálního pedagoga/terapeuta, který osobám umožní pohyb a změnu polohy;
- potřeba každého, kdo těmto osobám rozumí a pečuje o ně.

Význam psychických potřeb je výrazný i v terapeutických metodách, jako je tomu u Pesso Boyden psychomotorické terapie (Pesso Boyden System Psychomotor – PBSP). Podle této psychoterapeutické metody je pro zdárný psychický vývoj nutné, aby byla splněna řada podmínek. V průběhu vývoje jedince musí rodiče či jejich zástupci uspokojovat jedincovy základní potřeby jako je sociální (fyzické) místo, výživa, ochrana (bezpečí), podpora (akceptace) a hranice (limity). Tyto potřeby musí být uspokojovány na symbolické úrovni, kdy má dítě „*místo v srdci rodičů, je živena jeho sebedůvěra, je podporováno ve svém úsilí, jsou ochraňována jeho práva a je mu pomáháno objevovat své vlastní možnosti a hranice*“ (Perquin in <http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>).

Jednou z nejdůležitějších potřeb v životě člověka je kontakt s druhými, který se uskutečňuje ve spolupráci s komunikací (pozn. Watzlawik – nelze nekomunikovat). Komunikace je základní lidskou potřebou, přičemž specificky lidskou je právě komunikace verbální. Řečové a jazykové dovednosti jsou tedy velmi důležité. Osoby se zdravotním

postižením však ne vždy splňují nároky na komunikační dovednosti, pod nátlakem společnosti, a proto se toto odráží právě v aspektu sociální integrace. Tato situace je obtížná u všech osob se zdravotním postižením, avšak u osob s kombinovaným postižením bývají problémy o to markantnější, platí zde totiž úměra – čím těžší stupeň postižení, tím závažnější poruchy řeči (Zezulková, 2011).

Potřebu komunikovat můžeme vnímat ze dvou hledisek. Jako prostředek, který umožňuje informovat o nutnosti uspokojení konkrétní potřeby. A dále také jako potřebu vlastní komunikace ze sociálního (společenského) hlediska, která umožňuje navazování a udržování kontaktů mezi lidmi a je také důležitá pro proces socializace. Oba tyto pohledy se vzájemně prolínají a jsou úzce propojeny.

Pro komunikaci samozřejmě vyhledáváme ty osoby, se kterými si rozumíme a které nám dají pocit jistoty, bezpečí a uznání. V první řadě se tak jedná o naše rodiny či přátelé. Avšak v běžném životě musíme komunikovat i s jinými lidmi a může se stát, že ne vždy se se svými názory sejdeme a porozumíme si. Při komunikaci nám jde o efektivitu. Aby naše sdělení plnilo svůj účel a bylo tedy účinné. Komunikací chceme většinou něčeho dosáhnout – klademe prosby, rozkazy, sdělujeme komentáře apod.

Závěrem teoretické části jsme se rozhodli sumarizovat popsané informace. První kapitola práce nás uvedla do teorie kombinovaného postižení, nabídli jsme terminologii, etiologii i klasifikaci v oblasti kombinovaného postižení. Zabývali jsme se také edukací, terapiemi a dalšími možnostmi práce s klienty s těžkým kombinovaným postižením.

Informace týkající se komunikace, sdělování a dorozumívání nabídla druhá kapitola. O komunikaci jsme z části diskutovali obecně, avšak většina kapitoly byla věnována komunikaci osob s kombinovaným postižením – poskytli jsme přehled komunikačních možností i náhled na možná úskalí při dorozumívání pro tyto osoby. Pronikli jsme také do pole alternativní a augmentativní komunikace, která významnou měrou přispívá k zefektivnění komunikace osobám s těžkým postižením či narušenou komunikační schopností.

Druhá kapitola textu nám uzavírá teoretický rámec diplomové práce. V další části práce se budeme snažit rozebírat prakticky nabyté informace a nové zkušenosti, kterými nás praktické výzkumné šetření obohatilo.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Možnosti komunikace žáků s kombinovaným postižením a jejich komunikačních partnerů

V praktické části diplomové práce blíže představíme naše výzkumné šetření, které bylo směřováno na komunikaci dětí, resp. žáků s kombinovaným postižením. Následující část práce uvádí jak výzkumné cíle, které jsme si na začátku práce vytyčili, tak také výzkumné metody. Uvedeme i okolnosti, které provázely sběr dat a pokusíme se o jejich následnou analýzu a závěrečné vyhodnocení.

3.1 Cíle výzkumného šetření

Před začátkem výzkumného šetření jsme si stanovili výzkumné cíle. Naším hlavním cílem bylo zmapovat úroveň komunikačních dovedností žáků s těžkým kombinovaným postižením, kteří ke komunikaci využívají systémy AAK, s ohledem na jejich komunikační partnery. Zaměřili jsme se tedy také na okolí, resp. komunikační partnery žáků a jejich komunikační kompetence.

Mezi dílčí cíle výzkumného šetření patří:

- Komparace komunikačních dovedností žáků z pohledu rodičů a učitelů.
- Zjištění četnosti používání systémů AAK v rehabilitačních třídách.
- Zmapování specializovaného vzdělávání učitelů či jiných zaměstnanců škol v oblasti komunikace.

Vzhledem k tomu, že naše výzkumné šetření je kvalitativního charakteru, formulujeme cíle výzkumného šetření do těchto výzkumných otázek:

- Které systémy AAK jsou u žáků s kombinovaným postižením využívány nejčastěji?
- Jaké je specializované vzdělání učitelů v oblasti komunikace?
- Které systémy AAK považují za nejefektivnější učitelé?
- Které systémy AAK považují za nejefektivnější rodiče?

Ve výzkumném šetření se zaměříme také na různé kvalitativní aspekty komunikačního procesu, které nám pomohou přiblížit proces komunikace mezi žákem a jeho komunikačními partnery.

3.2 Metody výzkumného šetření

Jak již bylo zmíněno výše, naše výzkumné šetření se bude ubírat kvalitativním směrem. Strauss a Corbinová (1998) chápou kvalitativní výzkum jako takový, při kterém není dosahováno výsledů prostřednictvím statistických postupů či jiných způsobů kvantifikace. Autoři se shodují v tom, že kvalitativní zkoumání je individuální neboť pro každého výzkumníka může kvalitativní výzkum znamenat něco jiného. Některé údaje, mohou být kvantifikovány, avšak samotná analýza je kvalitativní. Miovský (2006) jmenuje vlastnosti kvalitativního výzkumu, jako je neopakovatelnost, dynamika či kontextuálnost. Autor dále podotýká, že pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných zkoumaných vlastností, jsou využívány kvalitativní metody.

Pro získávání potřebných informací k realizaci výzkumného šetření bylo použito několik výzkumných metod. Jednou z nich byl **rozhovor**. Rozhovor neboli interview je Miovským (2006, s. 155) definován jako „*rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie.*“ Podle téhož autora (2006, s. 157) můžeme interview rozdělit do tří základních skupin:

- „*nestrukturované interview;*
- *polostrukturované (semistrukturované) interview;*
- *strukturované interview.*“

Pro získávání dat jsme vytvořili otázky zasazené do polostrukturovaného rozhovoru, který respondentům i tazateli poskytuje větší prostor a možnosti (např. pozastavit se déle u některé otázky, doptávání se na důležité informace, změna pořadí otázek apod.) než je tomu např. u strukturovaného interview. Miovský (2006) udává, že u polostrukturovaného interview máme předem definováno tzv. jádro interview, což je minimum důležitých informací, které bychom měli za dobu rozhovoru nasbírat. Na počátku je tedy třeba vytvořit určitou strukturu otázek, na které se chceme ptát. V průběhu rozhovoru se může měnit styl či znění otázek, příp. se na jádro mohou nabalovat další dotazy a důležitá témata, které se tazateli jeví jako smysluplné a mohou přinést nový úhel pohledu na danou problematiku.

Podle Miovského (2006) není možné provádět rozhovor bez kvalitního **pozorování**. Je důležité tyto dvě metody kombinovat. Pozorování je tedy v rámci naší práce doplňující, ale taktéž významnou metodou. Pozorování je považováno za jednu z nejobtížnějších metod sběru dat. Švaříček (in Švaříček; Šedřová a kol., 2007, s. 143) vyzdvihuje zúčastněné pozorování, které definuje jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život*

a proces.“ Při zúčastněném pozorování je tazatel nejen pozorovatelem (badatelem), ale zároveň je do jisté míry i účastníkem interakcí.

K fixaci kvalitativních dat jsme použili **záznamový arch**. Miovský (2006) považuje záznamový arch za pomocný nástroj, jež má výzkumníkovi usnadnit práci tak, aby si nemusel všechny údaje pamatovat a v případě potřeby se k nim mohl kdykoliv vracet. Tato technika je založena na metodě tužka-papír. Jde o předem připravené a sepsané jevy, na které se v průběhu interview chceme zaměřit.

Pro dokreslení komplexního obrazu zkoumaného jevu jsme využili možnost získání informací prostřednictvím **případových studií (kazuistik)**. Miovský (2006) udává, že případem se rozumí objekt, který je ve středu našeho zájmu, může se jednat o osobu, skupiny osob či velké korporace. Z pohledu Sedláčka (in Švaříček; Šedřová a kol., 2007) je cílem případové studie velmi důkladné zkoumání a porozumění danému případu. Tentýž autor (2007) navíc zdůrazňuje zásady či fakta, která je třeba při zkoumání konkrétního jevu dodržovat:

- pro získání relevantních údajů je zapotřebí využít všechny dostupné zdroje i metody sběru dat;
- při zkoumání případu musíme respektovat prostorové i časové hranice;
- sociální jev je třeba zkoumat vždy v co možná nejpřirozenějších podmínkách.

Pro přesnost uvádíme, že veškeré kazuistiky jsou přepsány v příloze č. 6. Všechny kazuistiky se opírají o informace získané díky dokumentaci, vyjádření pedagogických pracovníků a z vlastního pozorování. Více než na medicínské aspekty a další zdravotní informace jsme se zaměřili na oblast komunikace, společenského působení a potřeb.

Před zahájením samotného výzkumného šetření jsme se rozhodli provést **předvýzkum (pilotní studii)**, která nás do problematiky uvedla. Miovský (2006) popisuje situace, ve kterých je vhodné předvýzkum použít. Může se jednat např. o nedostatek informací ve zkoumané oblasti, zmapování prostředí, do kterého chceme výzkumně vstoupit či ověření navržených metod atd.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření

Za vzorek výzkumného šetření považujeme všechny objekty (osoby či jevy), díky kterým mohlo být naše výzkumné šetření uskutečněno. Jedná se o charakteristiku určitého množství jedinců, kteří se účastnili výzkumného šetření.

Naše výzkumné šetření se bude snažit prozkoumat komunikační možnosti žáků, kteří pro komunikační účely používají systémy AAK. Je tedy třeba zjistit, jak systémy využívají nejen žáci, ale v jakém měřítku je pro komunikaci využívají i učitelé a rodiče, které považujeme za bezprostřední okolí žáků (resp. rodiče a učitelé pocházejí z těch institucí – rodina a škola – kde se žák v období školní docházky, pro naše výzkumné šetření konkrétně základní školy, nejčastěji pohybuje).

Před započítáním samotného výzkumného šetření jsme provedli předvýzkum. Ve snaze o co největší návratnost jsme sestavili pouze tři relativně stručné otázky, od kterých jsme si slibovali objektivní odpovědi. Naší hlavní snahou bylo zjistit, které komunikační systémy se ve speciálních školách (resp. v rehabilitačních třídách) využívají nejvíce. Vypsali jsme tedy proto seznam možných komunikačních systémů, které by se teoreticky ve školách mohly používat. Pro případ využívání jiných systémů, které v nabídce uvedeny nejsou, jsme na závěr ponechali respondentům možnost uvést jiný způsob komunikace. Předvýzkum byl rozeslán e-mailem, formou dotazníků. U otázky č. 1 měli respondenti barevně, podtržením či jiným zvýrazňujícím způsobem označit konkrétní komunikační systémy, jež jsou využívány u žáků v rehabilitačních třídách. Ve zbývajících otázkách č. 2 a 3 měli respondenti své odpovědi rozepsat. Dotazníků bylo rozesláno celkem 35 s velmi příznivou návratností 24 dotazníků. Přesné znění předvýzkumu, resp. zjišťovaných otázek, uvádíme v příloze č. 9 v závěru práce.

Naše výzkumné šetření proběhlo takto: Nejprve byli vybráni čtyři žáci s těžkým kombinovaným postižením, kteří navštěvují speciální školu, konkrétně rehabilitační třídu. Volbu vybraných žáků ovlivňoval předpoklad, že tito žáci mají zkušenosti se systémy AAK.

Primární výzkumnou metodou naší práce se stal rozhovor. Pro korespondenci s názvem diplomové práce jsme se zaměřili na okolí žáka (jak již bylo zmíněno výše, za bezprostřední okolí žáka považujeme rodinné příslušníky a pracovníky školy). Rozhovor byl prováděn s učiteli rehabilitačních tříd, příp. s asistenty pedagoga (učitele a asistenty pedagoga shrneme

do jednotné kategorie, nazývané jako *pedagogičtí pracovníci*) a pro možnost komparace pak i s rodiči žáků.

Všichni pedagogičtí pracovníci, se kterými byl rozhovor prováděn, pracují v rehabilitačních třídách speciálních škol ve Zlínském a Olomouckém kraji s různě dlouhou praxí (všichni více než tři roky), přičemž rozhovory a získaná data byla použita na základě jejich souhlasu. Rodiče, se kterými byl rozhovor prováděn, pochází také všichni ze Zlínského a Olomouckého kraje.

Cílem volby výzkumného vzorku (rodičů a pedagogických pracovníků) bylo získat informace od komunikačních partnerů, coby blízkých osob v okolí žáka s těžkým kombinovaným postižením. Celkově u 4 žáků z našeho výzkumného šetření bylo provedeno 7 rozhovorů. U každého žáka byl proveden zvlášť rozhovor s pedagogickým pracovníkem a zvlášť rozhovor s rodičem, kde smyslem bylo porovnání různorodých pohledů na danou problematiku (výjimku tvořil jeden žák, kde bylo možno získat pouze rozhovor s učitelkou). Záznam rozhovoru probíhal v 5 případech prostřednictvím nahrávání (se souhlasem respondentů) a ve zbylých 2 případech (kdy respondenti vyslovili nesouhlas k nahrávání) písemným zápisem tazatele (metoda tužka-papír). S ohledem na to, že náš rozhovor byl koncipován jako polostrukturovaný s otevřenými otázkami, trval s jednotlivými respondenty různě dlouhou dobu (5 – 10 minut). Níže uvádíme přesné znění rozhovoru, kdy jsme zvlášť vytvořili otázky pro rozhovor s pedagogickými pracovníky a zvlášť otázky pro rozhovor s rodiči.

Rozhovor s učiteli:

1. Jak dlouho pracujete s žákem v rehabilitační třídě? Došlo za dobu práce s žákem k nějakému pokroku?
2. Do jaké míry žák sám dokáže vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?
3. Začal žák používat AAK až ve škole nebo už dříve?
4. Je shoda při využívání AAK systému u žáka doma a ve škole (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)?
5. Dokážete u žáka dostatečně dekodovat jeho neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?
6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci žáků a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?
7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikují žáci ve Vaší třídě?

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?
9. Využíváte při výuce moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?
10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u žáků s kombinovaným postižením shledáváte?

Rozhovor s rodiči:

1. Kdy byl Vaší dceři/synovi ustanoven komunikační systém, jak dlouho jej používá?
2. Do jaké míry dokáže Váš/Vaše dcera/syn sám/sama vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?
3. Začal/a Váš/e syn/dcera používat AAK až ve škole nebo už dříve?
4. Je shoda při využívání AAK systému u Vaší/Vašeho dcery/syna doma a ve škole (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)?
5. Do jaké míry dokážete u Vaší/Vašeho dcery/syna dostatečně dekodovat její/ jeho neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?
6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci Vaší/Vašeho dcery/syna a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?
7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikuje Vaše/Váš dcera/syn?
8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?
9. Využíváte doma, např. při práci (komunikaci, učení, hře...) moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?
10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u dětí s kombinovaným postižením shledáváte?

Oba rozhovory jsou víceméně stejné, rozdíl obsahově představuje pouze otázka č. 1, zbytek otázek je přizpůsoben respondentovi, se kterým byl rozhovor uskutečňován (rodič/učitel).

Některé otázky v rozhovoru (např. otázka č. 1 – 5) jsou zaměřeny na získání informací přímo o konkrétním žákovi, jiné otázky jsou považovány za obecnější, kdy nás zajímal postoj respondentů k dané problematice (např. otázky č. 7, 8, 10).

Další metodou, kterou jsme pro naše výzkumné šetření použili, byly kazuistiky, které jsme pro získání informací v rámci komunikace a psychických potřeb žáka podložili rovněž informacemi ze záznamového archu, který u konkrétního žáka vyplňovali jak pedagogičtí pracovníci, tak také rodiče. Při předložení záznamových archů, byly respondentům jak ústně tak také písemně předány pokyny pro jejich vyplňování.

V příloze č. 7 uvádíme jak celkové kazuistiky žáků, tak také konkrétní záznamové archy jednotlivých žáků. Závěry z obou těchto metod získaných informací však uvádíme v práci, konkrétně tedy v kapitole *3.4 Analýza a interpretace výsledků*.

Nyní se budeme více věnovat záznamového archu, který nám posloužil nejen jako možnost zaznamenávat si v průběhu rozhovorů s jednotlivými respondenty důležité okolnosti, ale hlavně jsme díky němu získali validní informace podstatné pro naše šetření. Záznamové archy byly tedy předloženy jak před učitele, tak také před rodiče žáků. Cílem naší práce je komparace dvou záznamových archů vyplněných učitelem a rodičem vzhledem ke komunikačním kompetencím u konkrétního žáka.

Pokyny pro vyplňování:

V levém sloupci záznamového archu jsou seřazeny položky, resp. konkrétní potřeby. U každé potřeby označte jednu odpověď (*ANO*; *NE*; *ANO v určité situaci*; *NE v určité situaci*):

„*ANO*“ – žák vyjádří svou potřebu sám, ve všech situacích.

„*NE*“ – žák za žádných okolností potřebu nevyjádří

„*ANO (v určité situaci)*“
„*NE (v určité situaci)*“

} Uveďte, prosím, do kolonky u dané položky konkrétní situaci (psát můžete i na druhou stranu listu). Tyto dvě odpovědi jsou označeny hvězdičkou, která pod tabulkou uvádí několik příkladů.

Tab. 2: Záznamový arch

POTŘEBA	ANO (vždy)	ANO (v určité situaci)*	NE (nikdy)	NE (v určité situaci)*
jídlo				
pítí				
WC (hygiena)				
odpočinek (relaxace)				
spánek				
hrát si (hračka)				
začátek činnosti				
ukončení činnosti				

* Žák může žádat o uspokojení potřeby pouze za určitých podmínek, na určitém místě, uspokojení potřeby konkrétní osobou, v určitém čase (např. o pítí si dítě může „řici“ doma, ale ne ve škole; o jídlo dítě žádá matku, ale osobní asistence nesdělí, že má hlad; potřebu WC žák nesdělí, pokud je zaneprázdněný činností apod.).

3.4 Analýza a interpretace výsledků

Analýzou se pro účely našeho výzkumného šetření rozumí rozbor získaných dat. Vzhledem k množství výzkumných metod data získané prostřednictvím jednotlivých metod popíšeme, analyzujeme a vytvoříme závěr.

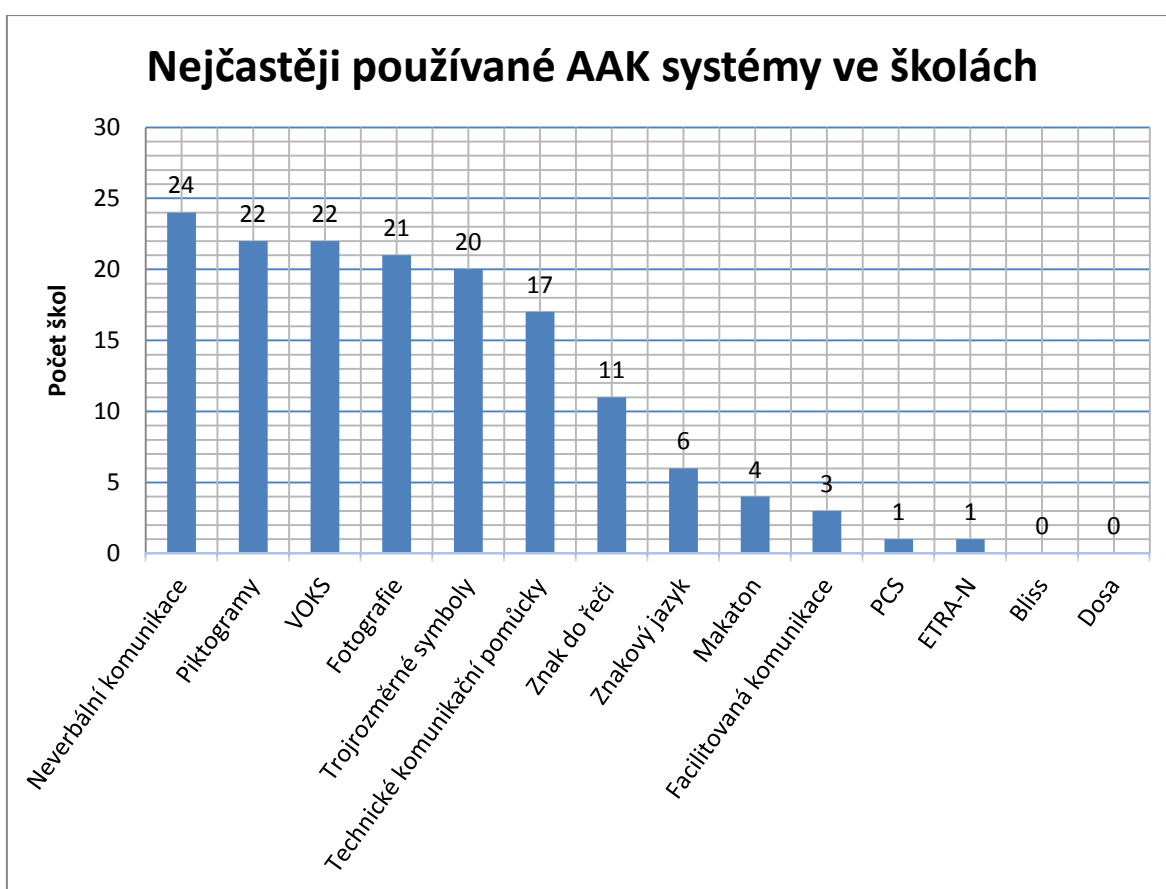
3.4.1 Analýza předvýzkumu

Jako první byl v rámci výzkumného šetření proveden předvýzkum, kde jsme zjišťovali využívání jednotlivých komunikačních systémů žáky, nejčastěji využívané systémy a v neposlední řadě i vzdělání pedagogických pracovníků v AAK. S ohledem na velmi dobrou návratnost dotazníků (24/35) jsme se rozhodli zařadit informace z předvýzkumu na úroveň ostatních, validně získaných dat, které byly získány např. díky metodě rozhovoru a dalším.

Pro analýzu získaných dat jsme využili metodu prostého výčtu. Tuto metodu popisuje Miovský (2006) jako hraniční metodu mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem, kdy znázorňujeme vlastnosti určitého jevu, které se týkají např. četnosti výskytu nebo se zabývají výskytem v poměru k jinému jevu.

Z každé otázky, která byla v dotazníku uvedena, jsme vytvořili jeden graf, který koresponduje s odpověďmi respondentů. V grafu 1, který je uveden níže, jsou systémy AAK seřazeny dle největší zástupnosti. Jedná se tedy o ty komunikační systémy, které se ve školách využívají nejčastěji.

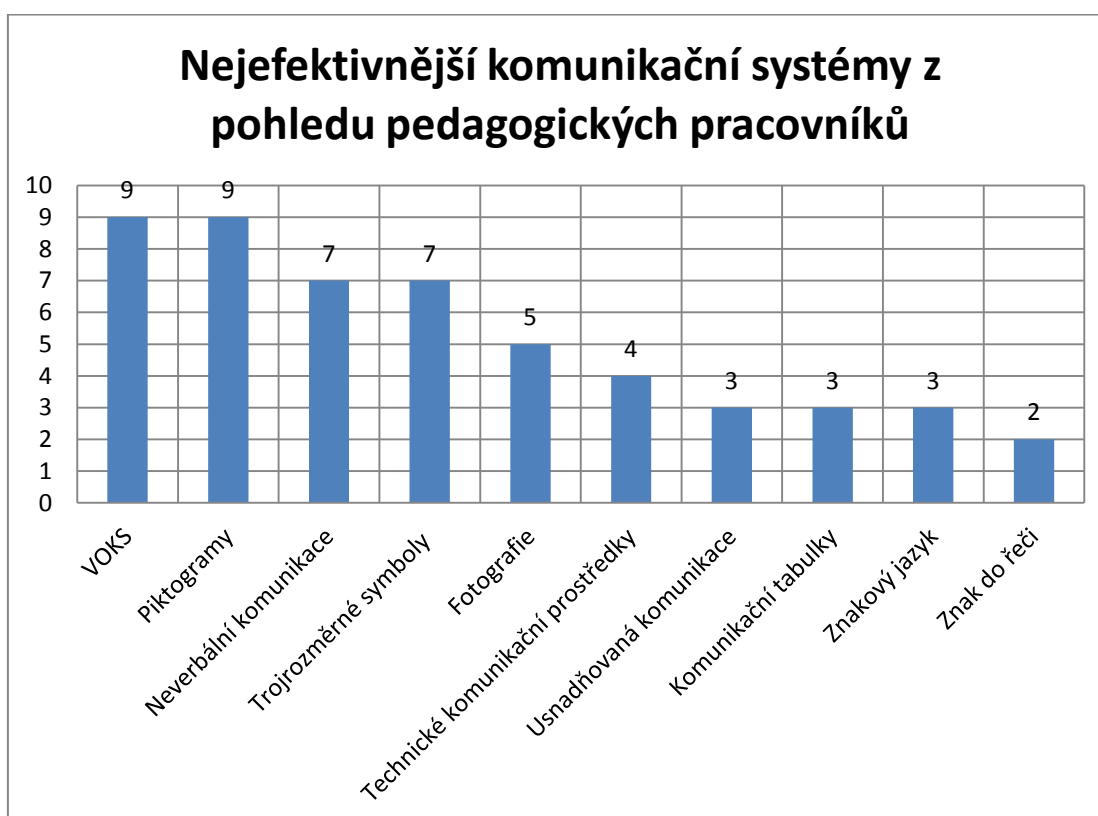
Graf 1: Nejčastěji využívané AAK systémy ve školách



Dle získaných informací jsme předpokládali podobný seznam komunikačních systémů. Neverbální komunikaci používáme dnes a denně, záměrně i bezděčně. Několikrát bylo zmíněno, že neverbální komunikace naše verbální projevy dotváří a doplňuje. Drtivé množství neverbálních projevů si neuvědomujeme, avšak neverbální komunikace může být i záměrná. Některé osoby z důvodu svého těžkého zdravotního postižení nejsou schopny komunikovat verbální formou a informace tak lze od nich získat pouze neverbálně, proto jsme tento způsob komunikace zařadili mezi regulární systémy AAK. V teoretické části, konkrétně

v podkapitole 2.3 *Verbální a neverbální komunikace* byla neverbální komunikace blíže představena. Neverbální komunikaci budeme pro naše účely práce chápat nejenom tradiční prvky, jako je mimika, gestika nebo posturologie. Obecně nás zajímají **neverbální komunikační signály žáka**, jak ve fázi iniciální (navázání kontaktu), v průběhu komunikace, tak také ve finální fázi (ukončení komunikace). Konkrétně nás zajímá navazování zrakového kontaktu žáka, pohledy očí (zaměření pohledu, doba trvání, odklon pohledu), výrazy tváře, díky kterým lze rozeznávat emoce (úsměv, smích, zamračení, pláč), ukazování žáka na konkrétní věc, potřebu dotyku či vyjádření se na základě dotknutí druhé osoby, přibližování se k předmětu či naopak oddálení, pohyby horních a dolních končetin i pohyby celého těla.

Graf 2: Nejeфекtivnější komunikační systémy z pohledu pedagogických pracovníků.



Graf 2, jehož název zní: *Nejeфекtivnější komunikační systémy z pohledu pedagogických pracovníků* poukazuje na mínění učitelů, příp. asistentů pedagoga, kteří se s žáky dorozumívají skrze komunikační systémy a vzhledem k tomu mají zkušenosti a považují je za efektivní pro komunikaci.

Pouze 5 dotazovaných respondentů uvedlo jeden komunikační systém. Zbytek respondentů (19) uvedlo více jak dva komunikační systémy. 3 z 35 dotazovaných na otázku

č. 2 z předvýzkumu odpověděli tak, že jako nejefektivnější je komunikační systémy kombinovat, avšak konkrétně nevyjmenovali žádný.

Nutno uvést, že vytvořený graf a závěry z něho plynoucí odpovídají pouze našemu výzkumnému vzorku. Je možné, že pokud bychom prováděli celoplošné výzkumné šetření, kam bychom zahrnuli veškeré pedagogické pracovníky v zemi, výsledek by mohl být jiný.

Graf 3: Vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti AAK



Podle Grafu 3 je nepochybné, že s výraznou převahou největší zastoupení vzdělání u pedagogických pracovníků v oblasti AAK má komunikační systém VOKS.

3 respondenti uvedli na možnost vzdělání pedagogických pracovníků obecně AAK, aniž by specifikovali konkrétní komunikační systém. Pouze 5 respondentů, z celkového počtu 25, uvedlo vzdělání pracovníků školy v jednom komunikačním systému. 4 respondenti uvedli pouze kladnou odpověď *ano*, aniž by vůbec uvedli nějaký komunikační systém. Zbytek respondentů (16) uvedl konkrétní komunikační systémy.

Při interpretaci získaných dat prostřednictvím předvýzkumu udáváme, že výzkumný vzorek pochází z vybraných speciálních škol z celé ČR, konkrétně tedy z rehabilitačních tříd, které navštěvují žáci s těžkými typy zdravotního postižení. Naše výzkumné šetření je sice koncipováno jako zjišťování informací o žácích s těžkým kombinovaným postižením (zaměřili jsme se na kombinaci postižení mentálního a tělesného, nejčastěji diagnózy DMO), avšak rehabilitační třídy navštěvují i žáci s jinými obtížemi (např. s přidruženým sluchovým

nebo zrakovým postižením atd.), proto jsou možnosti komunikace pro každého jedince různorodé a individuální.

3.4.2 Závěry z pozorování

Při získávání dat v průběhu výzkumného šetření byly pro nás velmi pozoruhodné informace získané díky pozorování. Zaměřili jsme se především na komunikační výměny mezi žákem a pedagogickým pracovníkem.

Nejprve stručně popíšeme jevy, resp. komunikační situace, které jsme u konkrétních žáků zaznamenali. Vymezili jsme si pět okruhů, které následně u každého žáka zhodnotíme:

- motivace a zájem o komunikaci;
- časové a prostorové hledisko;
- navázání kontaktu;
- neverbální komunikace;
- úspěšnost komunikace.

Žák A

Jedná se o žáka, jež je nadmíru aktivní, zajímá se o věci kolem sebe, snaží se aktivně komunikovat se svým okolím – jak se svými spolužáky, tak s pedagogickými pracovníky, rodiči. Verbálně nekomunikuje, vydává pouze zvuky, avšak pro dorozumívání využívá komunikační knihu. Vzhledem k ne příliš dobré jemné motorice je třeba, aby mu s komunikační knihou někdo pomáhal (matka, asistentka), avšak dokáže na obrázek či fotku ukázat. Velice dobře pracuje na počítači, kde píše smysluplná slova a slovní spojení. Takto lze velmi účinně komunikovat. Je třeba zdůraznit, že žák pozoruje okolí a reaguje (pohyby, zvuky, zvedá ruku, navazuje zrakový kontakt).

Motivace i zájem o komunikaci jsou na velice vysoké úrovni, žák komunikuje se všemi osobami v jeho zorném poli. Žák je schopen velmi razantně na sebe upozornit a navázat kontakt – zvukem nebo dotykem. V případě, že se jej některý z pedagogických pracovníků ptá na nějakou otázku, dokáže gesty vyjádřit ano/ne (pokývnutím hlavy). Neverbální komunikace je velmi výrazná a u žáka jde poznat nálada, únava i emoce (radost, smutek, nepochopení druhým). Časově a prostorově (vzhledem k množství žáků ve třídě) je důležité zvýraznit, že komunikace mezi žákem a jeho komunikačními partnery působí vyrovnaně, pozitivně a pochopitelně – komunikační partneři se domluví.

Žák B

Žák působí pasivně, vzhledem k tělesnému postižení používá mechanický vozík. Je hodně zainteresován sám sebou, hraje si s horními končetinami, dotýká se sám sebe, pohybuje hlavou do stran, nahoru a dolů. Vydává neartikulované zvuky, přičemž působí komunikačním záměrem. Učitelka si žáka příliš nevšimla. Žák má možnost v místnosti vedle třídy poslouchat hudbu. Asistentka iniciuje kontakt s žákem dotykem a slovním vyjádřením, že se jde poslouchat hudba. Asistentka pustí hudbu, kterou žák poslouchá díky sluchátkům, která mu nepřekáží, je na ně zvyklý a ví, k čemu slouží. Při poslechu hudby vydává libé zvuky, usmívá se, pohybuje hlavou i horní částí těla. Po poslechu hudby je žák přivezen do třídy, asistentka uspokojuje při slovním doprovodu (bez iniciace žáka) jeho potřeby – jídlo, pití i hygienu. Žák posléze opět ve stejné pozici jako na počátku pozorování, je posazen na vozíku a pohybuje se. Cítí, že kolem něj někdo prochází, natahuje ruku a dotýká se osoby. Asistentku hladí po ruce, vypadá, že má radost z kontaktu. Zdá se, že účast dospělých (učitelky a asistentky) je pro něj příznivá, avšak kontakt se spolužáky nevyhledává – má špatnou zkušenost s jedním spolužákem, který občas projevuje agresivitu vůči ostatním. Žák B byl tímto žákem již několikrát poškrábán a tahán za vlasy.

Žák se dokáže orientovat na těle, má rád vibrace a taktilní vjemy, když se někoho dotýká nebo jej někdo hladí, vypadá velmi spokojeně. Vypadá to, že motivace a zájem o komunikaci se projevuje, potřebuje-li mít pocit bezpečí a jistoty, pocit, že je kolem blízka osoba, která mu zprostředkovává příjemné vjemy. Časové a prostorové hledisko ve třídě není příliš optimální, není zde dostatek času pro komunikaci s jednotlivými žáky (vzhledem k množství žáků ve třídě, kdy každý vyžaduje specifický individuální přístup). Zájem o komunikaci žák do jisté míry vyvíjí, pedagogičtí pracovníci jej vyvíjí do potřebné míry zadávání úkolů. Velmi pozoruhodné bylo sledování žáka z hlediska neverbální komunikace, kterou de facto můžeme považovat za komunikační systém. Jsou zjevná gesta hlavou, rukou, mimické výrazy v obličeji (příjemnost, nepříjemnost, naštvání), proxemika (žák se oddaluje od spolužáků, přibližuje se k pedagogickým pracovníkům). Pokud bychom chtěli zhodnotit efektivitu komunikace, ve smyslu skutečně úspěšných komunikačních výměn, vytváří se zde obava, že tomu tak není. Je možné, že při větší účasti pedagogických pracovníků, aktivnějšímu pozorování neverbálních projevů a reakcí žáka by došlo k vyšší účinnosti.

Žák C

Vzhledem k tomu, že žák komunikuje většinou verbálně (někdy ukazuje na předmět, příp. aktivně používá ke komunikaci neverbální komunikaci, konkrétně gesta a mimiku),

dokáže s učitelkou i asistentkou pedagoga komunikovat aktivně a pravidelně. Žák dokázal vyjádřit to, co předešlý den dělal, co chce dělat ve škole dnes. Na dotazy učitelky reagoval buď neverbálně (pokývnutím hlavy), ukázáním na předmět nebo slovním vyjádřením ano/ne. Pro možnosti vyjádření a pro podporu komunikace má žák k dispozici pro případ potřeby i obrázky, na které může ukazovat. O přestávce komunikoval se svými spolužáky – o přestávce jsou žáci většinou zapoložovaní (prvky bazální stimulace), jeden žák hovoří a ostatní naslouchají, příp. reagují zvuky či smíchem. Motivace žáka směrem ke svým komunikačním partnerům je zřejmá. Rád vidí učitelku i asistentku pedagoga. Při příchodu matky vyjadřuje libé pocity, smích, nadšení, má dobrou náladu. Matka synovi poskytuje podobnou zpětnou vazbu, vždy vyjádří, že žáka ráda vidí, usmívá se a syna pohladí.

Žák má rád rytmické říkanky, básničky a písničky, které rád poslouchá a společně s učitelkou a ostatními spolužáky opakuje. Velmi rád a dobře pracuje na PC, kde je množství didaktických programů, obzvláště rád pracuje s programy na rozvoj komunikace. Pro žáka jsou vhodné programy se zvukovými aplikacemi a výstupy a se zvětšenými, kontrastními obrázky (kvůli zhoršenému zraku).

Vyšší motivace ke komunikaci je zřejmá u učitelky, předává žákovi informace, zajímá se o odpovědi, dává žákovi úkoly. Pro komunikaci je ve třídě dostatek času i prostoru. Učitelka dostatek času pro komunikaci s každým žákem, velmi pozitivním přínosem je i asistent pedagoga, který učitelce pomáhá. Zájem o komunikaci je zřejmý jak u učitelky, tak také u žáka. Žák rád poslouchá a říká básničky, má smysl pro humor, má rád zábavu. Dokáže si říct o básničku či písničku. Kontakt navazuje v drtivé většině případů učitelka. Neverbální komunikace je zřejmá jako doprovod mluvního projevu žáka, tak také jako aktivní prvek komunikace. Zřejmé jsou časté pohyby ruky a hlavou, kterými žák vyjadřuje souhlas a nesouhlas. Komunikaci mezi učitelkou žákem můžeme celkově hodnotit jako úspěšnou neboť žák je schopen vyjádřit své pocity, náladu i potřeby, které je učitelka schopna zaregistrovat a nějakým způsobem na ně reagovat.

Žák D

Žák D působí velmi rychlým a aktivním dojmem. U žáka jsou zřejmé poruchy pozornosti a hyperaktivita, která se v jeho chování velmi projevuje. Rychle se pohybuje po třídě, manipuluje s předměty, nejvíce ho zajímají technické věci (zhasíná světla, chytá zásuvky, spínače, otvírá dveře apod.). Asistentka působí vyčerpaně, často za žákem chodí, drží jej za ruku a vrací předměty do původního stavu. Když žák něco provede, asistentka na něj prstem ukáže, přičemž slovně znak doprovází, že se to nedělá, že to nesmí. Na žáka

pedagogičtí pracovníci mluví, občas mluvu důrazně doplní o znak. Žák nenavazuje zrakový kontakt, přičemž asistentka se snaží zaujmout jeho pozornost nejrůznějšími hračkami, o které ale žák vůbec nejeví zájem. Stále popochází po třídě – vypadá, jakoby potřeboval nové podněty neboť třída je dost malá a skoro vše už zná. Někdy chytí nějakého spolužáka za ruku nebo jej škrábne – je velmi rychlý a asistentka ne vždy stihne těmto situacím předcházet. Svě potřeby zatím nevyjádřil. V rámci uspokojování potřeb žáka je iniciativní asistentka. Asistentka poklepe na židli a ukáže lahev s pitím, naznačuje, že je čas se občerstvit, žák na toto reaguje, že si sedne a začne svačit. Po svačině opět popochází ve třídě. Velmi pozitivně žák reagoval na Snoezelen, kde byl poprvé, dokázal se na vodní posteli na chvíli zklidnit a dokonce vyjadřoval libé pocity formou zvuků.

Motivace a zájem o komunikaci není příliš jednoznačná. Je zřejmé, že žák určitým způsobem komunikace – reaguje na podněty (potřebuje neustále nové podněty, které jej zaujmou), chytá druhé osoby (spolužáky, i když někdy ubližuje, jde o nějaký projev). I když je toto nežádoucí, tak tím určitým způsobem navazuje kontakt, neboť jej sám iniciuje. Vše ostatní (jídlo, oblékání, hygiena) iniciuje matka či pedagogický pracovník. Je třeba u tohoto žáka hlouběji sledovat neverbální projevy – někdy se usměje, avšak není zřejmé, zda se usmál něčemu konkrétnímu nebo jestli se tak děje bezděčně. Žák je neustále v pohybu, takže z jeho směru lze vyčíst, kam se chystá a co se chystá udělat (většinou rozsvěcí a zhasíná, jde k elektrice) a případně zamezit úrazu.

3.4.3 Analýza rozhovorů

Po získání dat prostřednictvím rozhovorů, byla provedena jejich transkripce (přepis) z audiozáznamu do písemné podoby. Následně byla provedena systematizace získaných dat. Na počátku procesu třídění a zpracování získaných dat stojí podle Miovského (2006) kódování dat. Tentýž autor (2006, s. 210) podotýká, že „*kódování je procesem, v němž neagregovaná data (prvotní, autentickou podobu záznamu dat) převádíme do datových segmentů (jednotek), s nimiž je možné dále pracovat.*“ Tento způsob práce tedy umožňuje rychlejší a snadnější orientaci v textu. Zjištěné data jsou tedy analyzovány, konceptualizovány (snaha odkrýt deskriptivní informace a vytvořit z nich kvalitativní a hlubší výklad) a opět seskládány do nové podoby (srov. Strauss; Corbinová, 1998).

V rámci rozboru získaných dat v podobě rozhovorů jsme se rozhodli použít metodu **otevřeného kódování** (které je součástí metody Zakotvené teorie). Strauss a Corbinová (1998, s. 43) ve své publikaci tvrdí, že „*otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá*

označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů.“ Podle Miovského (2006) jsou významové jednotky sestaveny z pojmů, které označují jednotlivé události (jevy, soudy atd.). Miovský (2006, s. 228-229) také dále uvádí, že „*kategorie je třída pojmů, která vzniká tím, že vzájemně porovnáváme a třídíme významové jednotky a v nich obsažené pojmy a snažíme se zjistit, zda náleží jinému podobnému jevu (významové jednotky se z různé části překrývají), nebo jinému jevu nenáleží a tvoří tedy samostatný odlišitelný celek.*“ Takto jsou pojmy seskupovány do vyššího řádu – kategorie. Při tvorbě kategorií je třeba vnímat jejich vlastnosti, což nám může pomoci objevovat a identifikovat vztahy mezi jednotlivými kategoriemi.

Jak již bylo uvedeno v kapitole 3. 3 *Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření*, bylo realizováno 7 rozhovorů (4 rozhovory s pedagogickými pracovníky a 3 rozhovory s rodiči). Všechny uvedené rozhovory jsou kompletně uvedeny v příloze č. 8. Získané rozhovory jsme třídili jednoduše tak, že jsme si vytvořili čtyři kategorie, které představovali jednotliví žáci, které jsme si označili písmeny abecedy *A, B, C, D*. Následně jsme ke každé z uvedených kategorií přiřadili vždy jeden rozhovor s rodičem a jeden rozhovor s pedagogickým pracovníkem, který se konkrétního žáka týkal (pozn. pouze u jednoho žáka bylo možné získat pouze rozhovor s pedagogickým pracovníkem).

Nejprve jsme se rozhodli porovnat otázky rozhovorů, které byly dvou, téměř stejných verzí určené pedagogickým pracovníkům a rodičům. Přesné znění rozhovorů je uvedeno v kapitole 3. 3 *Charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření*. Dále jsme se pokusili o konceptualizaci jednotlivých pojmů, ze kterých budeme dále tvořit obecnější kategorie.

KATEGORIE Č. 1:

Individuální komunikace žáka

Vlastnosti:

reakce
samostatnost
režim
aktivita
vyjádření potřeb
neverbální projevy

Dimenze:

záměrné nahodilé
 vysoká **nízká**
 volný **striktní**
vysoká nízká
 zřetelné **neurčité**
pravidelné náhodné

Pro analýzu kategorie č. 1: *Individuální komunikace žáka*, byla vybrána úroveň a aktuální situace dorozumívání žáků s kombinovaným postižením. Co se týká reakcí a aktivity, jednoznačně dle respondentů převládá skutečnost, že žáci jsou v komunikaci aktivní a své reakce vyvíjejí záměrně. Vzhledem k pozorování žáků i k tvrzení pedagogických pracovníků je možné tuto skutečnost potvrdit. „*Dokáže reagovat na to, na co se ptám.*“ (Rozhovor č. 1 s pedagogickým pracovníkem, otázka č. 2)

Aktivita a kontakt žáků jsou zřejmé nejenom z nekontaktních zřejmých projevů, ale jde i o dotyky, bouchání, v některých případech i agresivnější chování (štipání, škrábání druhých apod.). S tím souvisí i neverbální komunikace, která je u žáků nejenom zřejmá, ale i pravidelná neboť většina žáků vybraných pro naše výzkumné šetření komunikuje, ve většině případů neverbálně. Dimenze v rámci vlastností *neverbální komunikace* by se mohla rozvinout až na úroveň jasná – nejasná, výrazná – nevýrazná, záměrná – bezděčná apod. Zajímavé je vyjádření matky v rozhovoru č. 2, otázka č. 5, kdy jsme se dotazovali, zda dokáže dostatečně dekódovat neverbální vyjádření u svého dítěte. Odpověď zněla kladně: „*Ano. Je zajímavé, že neverbálně sděluje zejména pocity nepohody, bolesti. Nikdy neřekne např. „bolí mě noha, v krku...“, ale z jeho chování lze jednoznačně vyčíst, že má tělesný problém.*“ Tímto tvrzením lze demonstrovat, že rodiče jsou „expertem na své dítě“, žijí společně v jedné domácnosti, každodenně se stýkají, komunikují spolu, mohou mít společné zájmy apod. Při těchto situacích se jeden o druhém za dobu společného života dozví obrovské množství informací, které pak mohou být užitečné jako je tomu u tohoto případu, kdy matka dokáže velice dobře rozpoznat neverbální projevy svého dítěte. Pro porovnání lze v rámci rozpoznávání neverbálních projevů uvést výrok jiné matky (rozhovor č. 7, otázka č. 5): „*...ale máme problémy, když je to emoce. Musela jsem ho učit, co je to mrzutý, co je to nešťastný, ale neví proč, neví, co se stalo.*“ Na tomto příkladu je nutno uvést, že žák potřebuje znát význam pojmů nebo výrazů proto, aby je mohl používat. Doba trávení společného času a vzájemného styku hraje v rozpoznávání neverbálních projevů významnou roli, tak jak je to zřejmé u odpovědi jednoho z pedagogických pracovníků (rozhovor č. 3, otázka č. 5): „*Většinou ano, to my vycítíme, co se děje, poznáme to. Např. divně se tváří, může jít o změnu nálady, tak v tom případě hned reagujeme, ono to ani nijak jinak nejde. Hodně reagujeme i na pohledy výrazy očí, gesta a další projevy.*“

Vyjadřování potřeb je u jednotlivých žáků individuální. Odpověď jedné učitelky (rozhovor č. 1, otázka č. 2) na otázku, zda žák dokáže vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje, zněla: „*Dokáže reagovat na to, na co se ptám.*“ Nabízí se zde otázka, zda žáci potřebují okruh potřeb připomínat, aby mohly být uspokojeny. Tento fakt ilustruje odpověď jiné učitelky,

kteřá na otázku zda je řák schopn vyjádřit potřeby, odpověděla: „*Sám od sebe ani tak ne, spíš, když se mu ukáže láhev s pitím nebo svačina, tak pochopí, že je čas se najíst, ale sám od sebe si o to nějakým způsobem neřekne. U ostatních věcí, když chce nějaký předmět, tak si ho sám vezme. Toaletu řešíme plenkami.*“

Za zmínku stojí i vlastnost *režim*, která předestírá skutečnost, že řáci se mohou zdát ne příliš aktivní neboť vzhledem k pravidelnému režimu (řádu) dne nemusí mít potřebu aktivněji se vyjadřovat, jelikož ví, co se bude dělat, co bude následovat, jaké aktivity budou provádět apod., což ale z druhé strany u řáků vytváří pocity jistoty a bezpečí.

„*Škola je nastavená tak jak je, má stejné prostředí, chodí do třídy několik let, má stejnou učitelku, má neměnné prostředí. Jde o stejný režim – každé ráno zpíváme, přesuneme se na pracoviště, řekneme si, co budeme dělat, učíme se, svačíme, učíme se, takže dítě ví, co ho čeká.*“ (rozhovor č. 1, otázka č. 2)

KATEGORIE Č. 2:

Aktivita komunikačních partnerů

Vlastnosti:

zájem

partnerský přístup

reakce a akceschopnost

porozumění projevům

navazování kontaktu

Dimenze:

vysoký

nízký

značný

žádný

vysoká

žádná

většinou jasné

nejasné

málokdy

často

Jak z informací získaných z rozhovorů, tak také pozorování nás utvrdilo v tom, že ve většině případů se při komunikaci s řáky projevuje vysoký zájem ze strany komunikačních partnerů. Navazování kontaktu je více než ze strany řáků iniciováno jejich komunikačními partnery (nejčastěji při tendenci řešit potřeby řáka – krmení, hygiena, zprostředkování podnětů). Pozorování nás ujistilo také v tom, že žádný z pedagogických pracovníků neměl tendenci chovat se k řákům (jejichž věkové rozmezí bylo různorodé, do 17 let) jako k „malým dětem“, ale zaujímali určitý „partnerský přístup“ (komunikace jasná, srozumitelná, výstižná, bez přehnaného či příliš infantilního vyjadřování). Ve dvou případech ze čtyř se při pozorování ve školách objevil problém v podobě času, kdy bylo zřejmé, že pedagogický pracovník nemá dostatek času proto, aby se řákovi mohl dostatečně věnovat a dokončit s ním komunikační výměnu. Potvrzuje to i přiznání jednoho pedagogického pracovníka (rozhovor č. 3, otázka č. 6): „*Někdy však není tolik času na to, abychom*

po dlouhou dobu pozorovali jednoho žáka, když máme celkově mnoho starostí ve třídě.“
 Pro srovnání pohledu s jednou z matek je vhodné uvést její domněnky v oblasti komunikace:
„Netuším, myslím si, že nestíhají si povídat, natolik. Trvá mu, když něco řekne, obyčejně spíš poslouchá a já obyčejně dělám, že mu dám tu knihu, a když se s někým bavíme, on obyčejně komentuje, např. že byl na procházce – on ten obrázek v knize najde.“ (rozhovor č. 7, otázka č. 4)

KATEGORIE Č. 3:

Postřehy komunikačních partnerů k efektivnímu dorozumívání

Vlastnosti:

zkušenosti

vhled do problematiky

pokroky

hodnocení a srovnání

Dimenze:

krátkodobé

zjevný

výrazné

shodné

dlouholeté

nepatrný

nepatrné

neurčité

V další kategorii se budeme zabývat porovnáváním pohledů na komunikaci a komunikační systémy rodiči a pedagogickými pracovníky. Je třeba uznat, že zkušenosti jak rodičů, tak také pedagogických pracovníků, jsou z důvodu dlouhodobé práce se žáky, kteří využívají komunikační systémy, dlouholeté. Všichni z dotazovaných respondentů mají alespoň základní informace o tom, co je to AAK, k čemu slouží, co do AAK patří, znají buďto konkrétně, anebo obecně komunikační systémy. Zřejmé je to u rozhovoru s jednou z učitelek (otázka č. 7, rozhovor č. 6): *„Ano, známe VOKS, znakovku, znak do řeči, jestli do toho patří i obrázky a předměty. O dalších víme, ale tady je nevyužíváme.“* Podobná odpověď byla získána od jiného pedagogického pracovníka (rozhovor č. 4, otázka č. 7), který po vyjmenování známých systémů dodal: *„Teoreticky systémy známe, ale většinou je aktivně nepoužíváme – víme, že jsou.“*

Dále jsme se zaměřili na srovnání toho, zda se komunikační systémy u žáků využívají doma stejně tak jako ve škole a naopak. Zeptali jsme se tedy jak učitelů, tak také pedagogických pracovníků, odpovědi byly různorodé. Hodně zmiňovaný byl mezi respondenty faktor spolupráce mezi školou a rodinou, které by spolu měly být v kontaktu. *„S rodiči a rodinou se celkově snažíme velmi komunikovat. V případě, že se něco děje nebo něco jiného jemně naznačujeme rodičům, oč jde. Doma je to u tohoto žáka zřejmě podobné, jako tady ve škole...“* (rozhovor č. 3, otázka č. 4). Podobný názor má další z pedagogických pracovníků (rozhovor č. 6, otázka č. 4), kdy odpověď na otázku shodnosti ve využívání

komunikačních systémů zněla: „*Jo, to bych řekla, že jo, doma pracují, tady ve škole taky tak.*“

Velmi podstatný význam má pro nás otázka pokroku. Zajímali jsme se o to, zda od doby začátku práce s komunikačním systémem došlo ke zlepšení a pokrokům ve vyjadřování. Velmi příjemným a do jisté míry očekávaným závěrem byly pro nás odpovědi všech respondentů (s dlouhodobou prací s žáky), které můžeme generalizovat jako kladné.

„*U tohoto žáka je vidět opravdu velký pokrok, protože když k nám nastoupil, hovořil pouze jednoslabičně – jednoslovně. Pomalu jsme začali nastavovat komunikační systém – pomocí karet, obrázků, hodně jsme používali piktogramy... už se něco naučil, někam se dostal.*“ (rozhovor č. 1, otázka č. 1)

„*Vzhledem k závažnosti úrovně mentálních funkcí lze říct, že u něho došlo docela k velkému pokroku.*“ (rozhovor č. 3, otázka č. 1)

„*K pokroku došlo, můžu říct, že ano, třeba když psával na PC, dělal strašně moc chyb. Dneska už to jde bez problémů. Sice ukazuje, ale ví, o čem mluví.*“ (rozhovor č. 6, otázka č. 1)

KATEGORIE Č. 4

Pomůcky

Vlastnosti:

znalosti

zkušenosti

přístupnost

hodnocení pokroku a efektivity

Dimenze:

uživatelské

žádné

pravidelné

žádné

otevřenost

uzavřenost

kladný

záporný

Poslední kategorií, která se pro nás stala významnou je vzhledem k velmi pokrokové době také okruh pomůcek a technických komunikačních prostředků. Znalosti a zkušenosti všech sedmi z dotazovaných respondentů jsou patrné. Všichni technický komunikační prostředky využívají, ať již pro komunikaci, hru nebo výukové účely. Nejvíce zmiňované byly počítače, speciální programy, myši a klávesnice nebo také tablety a interaktivní tabule ve školách. „*Máme tady interaktivní tabuli, počítač s dotykovou a zvětšenou obrazovkou, taky velké množství programů do počítače, textové editory, kde se píše, pak také větší myše, krytky na klávesnice, tablet má taky hodně aplikací.*“ (rozhovor č. 6, otázka č. 9)

Jasně jsou tedy v oblasti technických pomůcek kladné zkušenosti. Jde o takové prostředky, které jsou dobře dostupné, nenáročné, rychlé i efektivní. Každá z navštívených

tříd disponovala počítačem se speciální klávesnicí a myší, tři třídy měly interaktivní tabuli, dvě třídy měly k dispozici tablet.

3.5 Diskuze

Cílem naší diskuze bude interpretace a shrnutí našeho výzkumného šetření. Díky množství výzkumných metod jsme měli možnost získat spoustu informací, které jsme analyzovali a dále s informacemi pracovali. Náš hlavní cíl bylo zmapovat úroveň komunikačních dovedností žáků s těžkým kombinovaným postižením, kteří ke komunikaci využívají systémy AAK, s ohledem na jejich komunikační partnery. K tomuto jsme došli díky rozborům našich rozhovorů, kdy jsme využili metodu otevřeného kódování. Proces analýzy nebyl jednoduchý, podařilo se nám však vytvořit čtyři kategorie, které shrneme a vyvodíme obecný závěr.

Významným faktorem je, že žáci jsou v komunikaci aktivní, navazují zřejmý kontakt a jejich okolí jim poskytuje zpětnou vazbu a podněty pro jejich rozvoj. Z výzkumného šetření vyplynulo, že se žáci na své okolí obracejí velice často, i když se nám to komunikačním partnerům nemusí zdát být jasné. Je třeba si uvědomit, že komunikovat žáci mohou nejenom verbálně nebo komunikačním systémem, pozorně musíme vnímat všechny jejich projevy. Žáci reagují na své okolí a podněty, které jsou jim poskytovány. Všichni žáci z našeho výzkumného šetření se setkávají s pravidelným režimem. Při analýze rozhovorů jsme poukázali na skutečnost, že někdy se nám žáci nemusí zdát tak aktivní, jak bychom si představovali. Jedním z důvodů, proč tomu tak je, může být právě každodenní a většinou striktně dodržovaný režim. Žáci nemusí mít potřebu aktivnějšího vyjadřování, neboť díky pravidelnému režimu jsou podrobně seznámeni s celým průběhem dne (ví, co se bude dělat, co bude následovat atd.). Ovšem z druhé strany je třeba dodat, že režim poskytuje pocit evidentní jistoty a bezpečí.

Na začátku praktické části jsme formulovali výzkumné otázky, na které si nyní, v závěru práce, odpovíme.

Které systémy AAK jsou u žáků s kombinovaným postižením využívány nejčastěji?

U žáků s kombinovaným postižením se využívá nejrůznějších komunikačních systémů. Podle grafu 1: *Nejčastěji využívané AAK systémy ve školách*, který je v praktické části,

v podkapitole 3. 4. 1 *Analýza předvýzkumu*, je pro účely komunikace nejzřejmější neverbální komunikace, díky které se žáci vyjadřují. Specifika v rámci neverbální komunikace, resp. konkrétní neverbální projevy, které považujeme za vědomý komunikační akt, popisujeme ve stejné kapitole, kde zdůrazňujeme **neverbální komunikační signály žáka** (např. pohledy očí, mrkání, ukazování na předmět, dotýkání se, přibližování k druhým atd.) ve všech fázích komunikace. Mezi další velmi významné a nejčastěji používané systémy AAK se řadí piktogramy, VOKS, fotografie, trojrozměrné symboly či technické komunikační pomůcky.

Jaké je specializované vzdělání učitelů v oblasti komunikace?

Na výzkumnou otázku týkající se specializovaného vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti komunikace nám odpovídá graf 3: *Nejefektivnější komunikační systémy z pohledu pedagogických pracovníků*, jenž je uveden v podkapitole 3. 4. 1 *Analýza předvýzkumu*. Z grafu je jasné, že největší množství pedagogických pracovníků má specializované vzdělání v systému VOKS. Pedagogičtí pracovníci mají také kurz Znakového jazyka a Znaků do řeči. Dvakrát byl uveden i kurz Bazální stimulace. Komunikační systémy, jako jsou Piktogramy, Bliss, Makaton a Facilitovaná komunikace byly zmíněny každý pouze jednou. Specializované vzdělání se týká většinou pouze pedagogických pracovníků – učitelů a asistentů pedagoga.

Které systémy AAK považují za nejefektivnější učitelé?

Odpověď na výzkumnou otázku týkající se názoru pedagogických pracovníků na efektivitu komunikačních systémů a výběru konkrétního komunikačního systému, který považují za nejúčinnější, nalezneme v grafu 2: *Nejefektivnější komunikační systémy z pohledu pedagogických pracovníků*, který se nachází opět v podkapitole 3. 4. 1 *Analýza předvýzkumu*. Stejná a zároveň největší zástupnost se objevila u komunikačních systémů VOKS a Piktogramů. V závěsu stojí neverbální komunikace, trojrozměrné symboly a fotografie. Za relativně efektivní jsou pedagogickými pracovníky považovány i technické komunikační prostředky (v rozhovorech s pedagogickými pracovníky se nejčastěji jednalo o počítače se speciálním příslušenstvím, tablety či interaktivní tabule).

Které systémy AAK považují za nejefektivnější rodiče?

Vzhledem k individualitě každého žáka a individuálním možnostem komunikace nelze na tuto otázku odpovědět jednoznačně. U každého žáka se uplatní jiný způsob komunikace, který mu vyhovuje. Všemi rodiči jsou systémy alternativní a augmentativní komunikace

hodnoceny jako pozitivní, výhodné s nutností začít s těmito systémy co nejdříve nebo je kombinovat. Rodiče mají zkušenost s těmi komunikačními systémy, se kterými komunikuje jejich dítě (ať již se jedná o komunikační knihy, znak do řeči nebo globální čtení – tak jak tomu bylo v našich případech).

Pro dostatečně kvalitní možnost odpovědi je třeba dlouhodobého pozorování žáků a podrobnější analýza získaných dat. A navíc, abychom mohli naše závěry dobře zobecnit, potřebovali bychom větší množství respondentů, se kterými bychom výzkumné šetření prováděli. Díky našemu výzkumnému šetření jsme dospěli k tomu názoru, že AAK je bezpochyby velice kladně hodnocenou možností, která umožňuje komunikaci jak z pohledu pedagogických pracovníků, tak také rodičů. Je bohužel ale také třeba zmínit, že z hlediska našeho vzorku respondentů, se systémy AAK nevyužívají v takové míře a tak často, jak bychom si představovali. Většinou se jedná buď o prvky jednotlivých systémů (např. obrázky ze systému VOKS) nebo bývá okolí odkázáno na neverbální projevy žáků.

Nutno dodat, že z interpretace našeho šetření v oblasti úrovně znalostí komunikačních partnerů žáků jsme byli mile překvapeni. Velké znalosti se objevují jak v informovanosti o nejrůznějších komunikačních prostředcích, tak také technické pomůcky jsou nejenom pro všechny osoby, které s žákem pracují, známé, ale také jsou s žáky aktivně využívány. Důležitým faktorem je i to, že řada respondentů našeho výzkumného šetření potvrdila otevřenost novým inovačním trendům, pomůckám či nejrůznějším technickým prostředkům. Zkušenosti komunikačních partnerů z hlediska komunikace jsou vzhledem k délce práce s žákem dlouholeté. Všichni komunikační partneři mají tedy minimálně povědomí, co jsou systémy AAK a co do nich patří.

V diplomové práci jsme se snažili poukázat i na oblast psychických potřeb a její důležitost a provázanost s komunikací. Ve výzkumném šetření jsme se potřebami také zabývali. Byli jsme zvědaví, do jaké míry jsou žáci prostřednictvím systémů AAK schopni vyjadřovat své potřeby. V této otázce se musíme vyjádřit negativně, neboť většina žáků své potřeby není schopna vyjádřit verbálně nebo díky komunikačnímu systému. Ve většině případů bylo okolím žáka sděleno, že jsou odkázáni na neverbální projevy, ze kterých jsou schopni vyčíst, co žák potřebuje, jak se cítí apod. S neverbální komunikací pak velmi souvisí žakovy projevy a signály, které je třeba sledovat. Pedagogických pracovníků a rodičů jsme se tedy zeptali, zda jsou schopni dostatečně dobře dekodovat žakovo sdělení, resp. do jaké míry. Vzhledem k dlouhodobé práci pedagogických pracovníků s žáky je zřejmé, že učitelé

i asistenti pedagoga dovedou dobře vnímat a dekodovat žákovy projevy. Totéž platí pro rodiče, kteří se svým dítětem přichází dennodenně do styku a výrazy a signály jejich dětí jsou jim zřetelné, vědí, co znamenají.

Při analýze jednotlivých rozhovorů bylo zajímavé, že rodiče velmi často zmiňovali potřebu pozorovat své dítě, podobně tomu bylo u pedagogických pracovníků, kde však negativní roli hrají časové možnosti. Situace by se dala vyřešit buď dalším pracovníkem (asistentem pedagoga) nebo dobrovolníkem, příp. snížit počet žáků ve třídě (je nám však jasné, že při zařizování těchto opatření hrají významnou roli i finanční možnosti školy).

V úplném závěru je vhodné vyzdvihnout pozitivní či naopak navodit ne příliš povedené aspekty při práci na výzkumném šetření. Pozoruhodným se jeví sledování názorů pedagogických pracovníků a rodičů, i když otázky byly téměř totožné je zde významně vyzdvihována spolupráce rodiny a školy, tak jak by to mělo správně vypadat.

Velmi zajímavým rozšířením našeho výzkumného šetření by byl pohled samotných žáků, kteří komunikační systémy využívají. Je však, ale pravděpodobné, že ne všichni žáci budou plně spolupracovat či dokonale porozumí našim požadavkům. Bylo by třeba otázky uzpůsobit a vytvořit tak, aby jim žáci dostatečně porozuměli.

Celkově můžeme konstatovat, že jsme si odpověděli na všechny předem stanovené výzkumné otázky, avšak není snadné vytvořit takový závěr, který lze zobecnit pro všechny případy neboť případy každého z žáků i jeho komunikačních partnerů, se kterými byly prováděny rozhovory, jsou velmi individuální. Je ovšem na místě zvýraznit jak iniciativu žáků, tak také aktivitu a zájem jejich komunikačních partnerů ve snaze komunikaci stále zlepšovat, ať už se jedná o kvalitní technické pomůcky nebo navození nových smysluplných podnětů.

Závěr

O komunikaci toho již bylo napsáno hodně...Takto velice často začínají předmluvy knih zabývající se právě touto problematikou. Nejde však o překvapení, neboť komunikace je stále kolem nás v nejrůznějších podobách. Tato práce je tedy jednou z dalších, která o komunikaci a možnostech dorozumívání pojednává. Zaměřili jsme se na jedince s těžkým kombinovaným postižením, neboť právě tyto osoby mívají časté potíže v komunikaci, resp. při možnostech vyjadřování. Měli bychom se tedy snažit všemožnými způsoby o neustále zlepšování jejich komunikačních možností, dávat jim dostatek času, prostoru i podnětů pro rozvoj komunikace. Nejenom pro možnost vyjádřit základní potřeby (už i to je samozřejmě úspěch), ale i další události, jako jsou pocity, nápady, nálady, zážitky, problémy atd.

Teoretická část diplomové práce podává základní informace týkající se kombinovaného postižení. Výraznou měrou jsme se zabývali edukací žáků a dalšími možnostmi práce, nevyjímaje terapie. V části týkající se komunikace jsme shrnuli komunikační proces, zdůraznili významnost komunikace v rámci edukačního prostředí a v neposlední řadě jsme pronikli do systémů alternativní a augmentativní komunikace. Charakterizovali jsme nejčastěji využívané systémy a upozornili jsme i na provázanost komunikace a psychických potřeb.

V praktické části čtenáře seznamujeme s výzkumným šetřením, jehož cílem bylo prozkoumat komunikační možnosti žáků ve školách a pokusit se najít potenciální možnosti pro zlepšení efektivity komunikace. Velkou měrou nám k získání potřebných informací pomohlo blízké okolí žáků, resp. rodiče a pedagogičtí pracovníci, se kterými jsme provedli rozhovory. V závěru výzkumného šetření podáváme diskuzi, kterou hodnotíme nabyté zkušenosti a interpretované výsledky.

Záměrem práce je poskytnout čtenářům přehled možností pro účinné dorozumívání se s osobami s těžkým zdravotním postižením, jak navázat kontakt, efektivně komunikovat a poskytovat dostatek podnětů. Uvědomujeme si, že pro optimálně široký pohled na problematiku je třeba hlubšího a dlouhodobějšího bádání v této oblasti. Téma alternativní a augmentativní komunikace je velice rozsáhlé a je těžké vytvořit pro několik jedinců využívající různé systémy v různé míře zobecňující závěr. Možná tato věta působí jako klišé, ale pravdou je, že: Každý člověk je jiný a právě proto je třeba ke každému přistupovat individuálně.

Seznam použité literatury a zdrojů

- 1 *Anitera: Animoterapie aneb terapie za pomoci zvířat*. [online]. 2009 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.animoterapie.cz/index.html>.
- 2 BJORKLUND, R. 2006. *Cerebral palsy*. New York: Marshall Cavendish. 1. vyd. ISBN 978-0-7614-2209-9.
- 3 ČERMÁK, F. 1997. *Jazyk a jazykověda: Přehled a slovníky*. Praha: Pražská imaginace. ISBN 80-7110-183-4.
- 4 *Československá rehabilitační společnost Dr. Vojty: Vojtova metoda*. [online]. [cit. 2013-06-05]. <http://www.vojtovaspolecnost.cz/vmetoda.php>.
- 5 DANIŠKOVÁ, M. 2011. *Edukace dětí s Williamsovým syndromem*. Praha: Willík – občanské sdružení rodičů a přátel dětí s Williamsovým syndromem. 1. vyd. Bez ISBN.
- 6 EISOVÁ, A. 1982. *Péče o děti s kombinovanými vadami*. 1. vyd. Praha: SPN.
- 7 *Filozofie úspěchu: Maslowova pyramida lidských potřeb*. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.filozofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>
- 8 FRIEDLOVÁ, K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vyd. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
- 9 HÁJKOVÁ, V. a kol. 2009. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Somatopedická společnost. 159 s. ISBN 978-80-904464-0-3.
- 10 HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- 11 HOURCADE, J.; TAMI, E. P.; WEST, E.; PARETTE, P. A history of augmentative and alternative communication for individuals with severe and profound disabilities. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. [online]. 2004, roč. 19, č. 4, s. 235-244. [cit. 2013-05-01]. DOI: ISSN. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/205002457?accountid=16730>.
- 12 HOUSAROVÁ, B. 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Liberec: Technická Univerzita v Liberci. 148 s. ISBN 978-80-7372-789-5.
- 13 HOUSAROVÁ, B. 2011. *Edukace žáků s mentálním postižením a poruchami autistického spektra*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 82 s. ISBN 978-80-7372-791-8.

- 14 *International Society for Augmentative and Alternative Communication: What is AAC.* [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <https://www.isaac-online.org/english/what-is-aac>.
- 15 JAKOBOVÁ, A. 2011. *Komplexní péče o děti tělesným a kombinovaným postižením.* 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 102 s. ISBN 978-80-7368-945-2.
- 16 JANKOVSKÝ, J. 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska.* 2. vyd. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- 17 JANKŮ, K. 2010. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 189 s. ISBN 978-80-7368-915-5.
- 18 JANOVCOVÁ, Z. 2010. *Alternativní a augmentativní komunikace.* 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 52 s. ISBN 978-80-210-5186-7.
- 19 KANTOR, J.; LIPSKÝ, M.; WEBER, J. a kol. 2009. *Základy muzikoterapie.* 1. vyd. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- 20 KARLÍK, P.; NEKULA, M.; PLESKALOVÁ, J. 2002. *Encyklopedický slovník češtiny.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-484-X.
- 21 KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie.* 1. vyd. Praha: Grada. 224 s. ISBN 80-247-1110-9.
- 22 KNAPCOVÁ, M.; JAROLÍMOVÁ, M. 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS.* 2. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-14-3.
- 23 KOCUROVÁ, M. 2002. *Komunikační kompetence jako téma inkluzivní školy.* 1. vyd. Dobrá voda: Aleš Čeněk. 416 s. ISBN 80-86473-23-6.
- 24 KRAUS, J. a kol. 2005. *Dětská mozková obrna.* 1. vyd. Praha: Portál. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
- 25 KREJČÍROVÁ, O. a kol. 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb.* 1. vyd. Vsetín: Integra. ISBN 978-80-260-0059-4.
- 26 KRHUTOVÁ, L. 2011. *Komunikace s klienty se zdravotním postižením.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 91 s. ISBN 978-80-7368-981-0.
- 27 KUBOVÁ, L. 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí.* Praha: Tech-Market. 46 s. ISBN 80-902134-1-3.
- 28 LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí.* 1. vyd. Praha: Portál. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
- 29 LOTKO, E. 1999. *Slovník lingvistických termínů pro filology.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 113 s. ISBN 80-7067-965-4.

- 30 LUDÍKOVÁ, L. 2005. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 31 LUDÍKOVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, Z., a kol. 2012a. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 106. s. ISBN 978-80-244-3092-8.
- 32 LUDÍKOVÁ, L.; KOZÁKOVÁ, Z.; a kol. 2012b. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 72 s. ISBN 978-80-244-3094-2.
- 33 *Marketing a reklama: Kybernetický model komunikace*. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.marketing-a-reklama.cz/komunikace/komunikace/>
- 34 MICHALÍK, J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- 35 MIKULAŠTÍK, M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2. vyd. Praha: Grada. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.
- 36 MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 37 *MKN: Mentální retardace*. [online]. 2013 [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>.
- 38 MTD TRAINING. 2010. *Effective Communication skills*. Training & Ventus Publishing ApS. ISBN 978-87-7681-598-1.
- 39 MÜLLER, O. a kol. 2007. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- 40 *Muzikoterapeutická asociace ČR*. 2011. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.cz/index.php/spoluprace-a-clenstvi-asociace/clenstvi-ve-wfmt>.
- 41 NAKONEČNÝ, M. 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2. vyd. Praha: Academia. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
- 42 NOVOSAD, L. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- 43 *Občanské sdružení pro Prader-Willi syndrom: Co je PWS?* [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.prader-willi.cz/co-je-pws>.
- 44 OPATŘILOVÁ, D. 2005. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.

- 45 OPATŘILOVÁ, D.; NOVÁKOVÁ, Z. 2012. *Raná podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 321 s. ISBN 978-80-210-5880-4.
- 46 OPATŘILOVÁ, D.; NOVÁKOVÁ, Z. a kol. 2010. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 146 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
- 47 PERQUIN, L. *Pesso Boyden System Psychomotor Therapy: Specializace v psychoterapii*. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>.
- 48 *Petit*. 2009. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz/>.
- 49 PHIPPS, S. – ROBERTS, P. 2012. Predicting the Effects of Cerebral Palsy Severity on Self-Care, Mobility, and Social Function. In *The American Journal of Occupational Therapy*. Bethesda: American Occupational Therapy Association. Roč. 66, č. 4, červenec-srpen, s. 422-429. ISSN 0272-9490.
- 50 PLAŇAVA, I. 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1. vyd. Praha: Grada. 146 s. ISBN 80-247-0858-2.
- 51 POKRIVČÁK, T. 2009. *Syndromy a symptomy*. 1. vyd. Praha: Triton. 187 s. ISBN 978-80-7387-136-9.
- 52 *Pomocné tlapy - canisterapie: Canisterapie aneb terapie za pomoc psů*. 2009. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.pbsp.cz/texty/txtprq1.htm>.
- 53 POTMĚŠILOVÁ, P. a kol. 2010. *Arteterapie v institucionální výchově*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 193 s. ISBN 978-80-244-2652-5.
- 54 *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. 2008. 1. vyd. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP-ZSS_kor-final.pdf.
- 55 *Rehabilitační centrum Spirála: Synergická reflexní terapie*. 2012. [online]. [cit. 2013-06-05]. <http://www.centrumspirala.cz/cz/rehabilitacni-centrum/rehabilitacni-metody/manualni-terapie1/synergicka-reflexni-terapie>.
- 56 REYNOLDS, W. M.; MILLER, G. E. 2003. *Educational psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons. ISBN 0-471-38406-2.
- 57 SLOWÍK, J. 2010. *Komunikace s lidmi se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Portál. 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
- 58 SOVÁK, M. 1980. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. vyd. Praha: SPN. ISBN 14-628-80.

- 59 *SPC pro děti s vadami řeči: Metody a postupy AAK*. 2011. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/stranka-metody-a-postupy-aak-7>.
- 60 STRAUSS, A.; CORBIN, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Boskovice: Albert. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.
- 61 ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada. 143 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 62 ŠKODOVÁ, E.; JEDLIČKA, I. a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vyd. Praha: Portál. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
- 63 *Školský zákon*. Sbírka zákonů 561/2004 ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: www.msmt.cz.
- 64 ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- 65 ŠVARŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- 66 THOROVÁ, K. 2006. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál. 453 s. ISBN 80-7367-091-7.
- 67 *Úmluva o právech dítěte*. Sbírka zákonů 104/1991. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.
- 68 *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. Sbírka mezinárodních smluv 10/2010. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf.
<http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/umluva-o-pravech-ditete.pdf>.
- 69 *USSAAC: AAC Devices*. [online]. [cit. 2013-06-05]. Dostupné z: <http://www.ussaac.org/aacdevices.htm>.
- 70 VALENTA, M. a kol. 2008. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 218 s. ISBN 978-80-244-2137-7.
- 71 VALENTA, M.; MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 443 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
- 72 VANČOVÁ, A. 2001. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapientia. ISBN 80-967108-7-X.
- 73 VAŠEK, Š. 2005. *Základy speciálnej pedagogiky*. Praha: Vysoká škola Jana Amose Komenského. 142 s. ISBN 80-86723-13-5.
- 74 VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

- 75 VÍTKOVÁ, M.; VÍTEK, J. 2010. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido. 250 s. ISBN 978-80-7315-210-9.
- 76 VOTAVA, J. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 77 VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál. 319 s. ISBN 978-80-7367-1.
- 78 *Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Sbírka zákonů 72/2005 ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: www.msmt.cz.
- 79 *Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*. Sbírka zákonů 73/2005 ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: www.msmt.cz.
- 80 WATZLAVICK, P.; BAVELASOVÁ, J. B.; JACKSON, D. 2011. *Pragmatika lidské komunikace*. 2. vyd. Brno: Newton Books. 283 s. ISBN 978-80-87325-00-1.
- 81 *Zákon o sociálních službách*. Sbírka zákonů 108/2006 ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <http://www.atre.cz/zakony/page0048.htm>.
- 82 ZEŽULKOVÁ, E. 2011. *Jazyková a komunikativní kompetence dětí s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 134 s. ISBN 978-80-7368-991-9.
- 83 ZIKL, P. 2011. *Děti s tělesným a kombinovaný postižením ve škole*. 1. vyd. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.

Seznam doporučené literatury

- 1 ČADOVÁ, E.; a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb II. část. Diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 176 s. ISBN 978-80-244-30525-2.
- 2 JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 169 s. ISBN 978-80-247-1594-0.
- 3 KLENKOVÁ, J. a kol. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008. 327 s. ISBN 978-80-7315-168-3.
- 4 MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- 5 PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- 6 PREVENDÁROVÁ, J. *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky: PSYCHOPROF, 1998. 102 s. ISBN 80-967148-9-9.
- 7 REGEC, V.; STEJSKALOVÁ, K. a kol. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 204 s. ISBN 978-80-244-3203-8.
- 8 SIGAFOOS, J.; ARTHUR-KELLY, M.; BUTTERFIELD, N. *Enhancing everyday communication for children with disabilities*. Baltimore Maryland: Paul H Brookes Publishing Co, 2006. 166 s. ISBN 978-1-55766-716-8.
- 9 THIMM, W.; WACHTEL, G. *Familien mit behinderten Kindern: Wege der Unterstützung und Impulse zur Weiterentwicklung regionaler Hilfesysteme*. Weinheim: Juventa, 2002. ISBN 3-7799-1655-X.
- 10 VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- 11 VALENTA, M.; MICHALÍK, J. *Diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb u dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 95 s. ISBN 978-80-244-3161-1.
- 12 VON THUN, F. S. *Jak spolu komunikujeme?* 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 197 s. ISBN 80-247-0832-9.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam zkratk

Příloha č. 2: Seznam tabulek

Příloha č. 3: Seznam obrázků

Příloha č. 4: Seznam grafů

Příloha č. 5: Seznam internetových stránek věnovaných oblasti AAK

Příloha č. 6: Ukázky komunikačních systémů a dalších pomůcek usnadňujících komunikaci

Příloha č. 7: Kazuistiky a záznamové archy žáků

Příloha č. 8: Přepisy rozhovorů provedených s respondenty výzkumného šetření

Příloha č. 9: Otázky k předvýzkumu

Příloha č. 1: Seznam zkratk

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
ADD/ADHD	Attention Deficit Disorder/Attention Deficit Hyperactivity Disorder (porucha pozornosti/porucha pozornosti s hyperaktivitou)
CMP	Cévní mozková příhoda
CNS	Centrální nervový systém
DMO	Dětská mozková obrna
ISAAC	The International Society for Augmentative and Alternative Communication (Mezinárodní společnosti pro augmentativní a alternativní komunikaci)
IVP	Individuální vzdělávací plán
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NKS	Narušená komunikační schopnost
PBSP	Pesso Boyden System Psychomotor (Pesso Boyden psychomotorická terapie)
PECS	The Picture Exchange Communication System (Obrázkový výměnný komunikační systém)
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
RVP ZŠS	Rámcový vzdělávací program pro obor Základní škola speciální
SPC	Speciálněpedagogické centrum
SRP	Středisko rané péče
SRT	Synergická reflexní terapie
WFM	World Federation of Music Therapy (Světová federace muzikoterapie)
WHO	World human organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha č. 2: Seznam tabulek

Tab. 1: Charakteristika osob s jednotlivými typy mentálního postižení.....	15
Tab. 2: Záznamový arch.....	76

Příloha č. 3: Seznam obrázků

Obr. 1: Schéma možných kombinací postižení.....	13
Obr. 2: Struktura komunikačního procesu.....	46
Obr. 3: Maslowova pyramida potřeb.....	65

Příloha č. 4: Seznam grafů

Graf 1: Nejčastěji využívané AAK systémy ve školách.....	77
Graf 2: Nejefektivnější komunikační systémy z pohledu pedagogických pracovníků.....	78
Graf 3: Vzdělávání pedagogických pracovníků v oblasti AAK.....	79

Příloha č. 5: Seznam internetových stránek věnovaných oblasti AAK

- 1 <http://ruce.cz/clanky/920-neverbalni-komunikace-deti>
- 2 <http://special-ism.com/nonverbal-communication-for-children-with-special-needs/>
- 3 <http://udini.proquest.com/view/the-role-of-verbal-and-nonverbal-pqid:1921402301/>
- 4 <http://www.aacoinstitute.org/>
- 5 <http://www.aactechnologies.com/>
- 6 <http://www.alternativnikomunikace.cz/>
- 7 <http://www.asha.org/>
- 8 <http://www.comeunity.com/disability/autism/autismnonverbal.html>
- 9 <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=96>
- 10 <http://www.hmnw.de/unterstuetzte-kommunikation.htm>
- 11 <http://www.i-sen.cz/p/aplikace-pro-aak.html>
- 12 <http://www.itaac.com/>
- 13 http://www.nikolcinatouha.cz/?page_id=118
- 14 <http://www.petit-os.cz/>
- 15 <http://www.prvnikrok.eu/adresar.php?kat=104>
- 16 <http://www.saak-os.cz/>
- 17 <https://sites.google.com/site/logosik1/>
- 18 <https://www.isaac-online.org/english/home/>

Příloha č. 6: Ukázky komunikačních systémů a dalších pomůcek usnadňujících komunikaci



Obr. 1: Ukázka z komunikační knihy



Obr. 2: Ukázka práce s komunikační knihou



Obr. 3. Počítač se speciální klávesnicí s krytem



Obr. 4: Interaktivní tabule



Obr. 5: Pásek ze suchého zipu (fixace režimu dne)



Obr. 6. Struktura ročního období, kalendář (suchý zip)

Příloha č. 7: Kazuistiky a záznamové archy pořízené u jednotlivých žáků

Kazuistika č. 1

Žák A

Žák 16 let, do 4 let byl naprosto zdravým dítětem. Po tonutí (velmi dlouhou dobu byl bez kyslíku) a dlouhodobé hospitalizaci se u něj projevíly znaky zdravotního postižení. Jedná se o kombinaci mentálního a tělesného postižení, s přidruženým sluchovým postižením. Inteligenční kvocient je na hranici mezi lehkou a středně těžkou mentální retardací. Tělesné postižení všech čtyř končetin (paréza), žák využívá k pohybu mechanický vozík. Žák má přidruženou středně těžkou nedoslýchavost. Žije v domácnosti s matkou (otec zemřel), matka sama má sluchové postižení (kompenzace kochleárním implantátem). Chlapec tráví velké množství času s prarodiči, má spoustu zájmů a žije relativně aktivním životem, rodina se mu velmi věnuje.

Receptivní složka řeči žáka není narušena – žák velmi dobře rozumí svému okolí, chápe ironii a má smysl pro humor. Expresivní složka je však výrazně narušena. Verbálně se žák nevyjadřuje, nicméně úroveň jeho neverbální komunikace je na velice dobré úrovni. Dokáže vyjádřit souhlas a nesouhlas (pokývnutím hlavy).

Žák využívá komunikační systémy. Matka mu vede velmi pečlivě komunikační deník (začali v pěti letech díky kontaktu na společnost pro AAK v Praze). Deník si žák každodenně nosí s sebou do školy. Do deníku matka každý den žákovi vkládá papír s informacemi pro učitelku (žáci každý den ve škole sdělují, co dělali předchozí den, jak se měli apod.) – kde chlapec byl, co dělal apod. V komunikačním deníku má žák velké množství nejrůznějších (zalamovaných) obrázků, piktogramů a fotografií, které využívá pro vyjadřování (např. domov, škola, WC, jídlo, kroužek, asistence apod.). Samovolně však tyto kartičky nevyužívá, v případě, že má nějakou potřebu, využívá je, pouze pokud se ho někdo na něco zeptá. Matka deník stále aktualizuje, přidává nové obrázky.

Dále žák pro podporu komunikace používá Znak do řeči. Příkladem lze uvést, že např. ráno, kdy po příchodu do třídy, při komunikaci s druhou osobou nejčastěji využívá znak „spát“ což znamená – jak ses vyspal.

Žák velice dobře pracuje také s počítačem, na kterém píše. Bohužel horní končetiny působí spasticky, a tak pro psaní využívá speciální klávesnici s krytem. Žák je schopen psát dle diktátu, ale píše i samovolně – v případě otázky co dělal o víkendu, napíše dle gramatických pravidel smysluplné slovní spojení, vystihující danou skutečnost. Práce

s počítačem je zdlouhavá, avšak smysluplná – je tak alespoň možné získat informace o chlapcových potřebách.

POTŘEBA	ANO (vždy)	ANO (v určité situaci)*	NE (nikdy)	NE (v určité situaci)*
jídlo	x			
pití	x			
WC (hygiena)			x	
odpočinek (relaxace)			x	
spánek		x		
hrát si (hračka)		x		
začátek činnosti		x		
ukončení činnosti		x		

Potřebu jídla nevyjadřuje, jelikož mu je tato potřeba zprostředkována díky pravidelnému a striktnímu dennímu režimu. Avšak má-li žák žízeň, za pomoci zvuků na sebe upozorní a ukazováním např. na lahev s pitím pak vyjádří, že má žízeň.

Spánek dokáže vyjádřit znakem do řeči, ví, kdy se chodí spát, díky dennímu režimu je pro něj stmívání a chystání se na večer signálem, že se bude spát.

Potřebu hrát si – žák má ve škole své oblíbené hračky, takže pedagogičtí pracovníci mu dávají na výběr z různých alternativ her a hraček, žák si dokáže na hračku, kterou chce, ukázat. Obecně rád skládá puzzle, kostky, manipuluje s předměty z pryže apod.

Začátek a ukončení činnosti je u žáka často zautomatizováno – ve škole o tom rozhodují pedagogičtí pracovníci, totéž při hraní nebo jiné činnosti, kdy žák často dělá to, co mu dá pedagogický pracovník k dispozici. V případě, že ho zaujme nový podnět (např. spolužáci), dokáže činnost opustit a věnovat se dle svých potřeb činnosti jiné.

Kazuistika č. 2

Žák B

Žák, 17 let, diagnóza hluboká mentální retardace s poruchami chování, DMO – spastická diparéza, posthemoragický triventrikulární hydrocefalus, sekundární epileptické projevy, amauroza na podkladě retinopatie. Výrazné tělesné postižení, používá mechanický vozík. V hygienických a sebeobslužných činnostech je chlapec odkázán na pomoc okolí – nejen v důsledku těžkého tělesného postižení, ale také v důsledku totální slepoty. Chlapec je velmi pasivní. Má silnou pravou horní končetinu, díky které zprostředkovává podněty blíže smyslovým orgánům. Nové podněty zkoumá dotyky hlavy, ruky a úst. Má rád hry s tělem, rytmizaci a masáže.

Ztrátu zraku žák velice dobře kompenzuje sluchem. Občas přecitlivěle reaguje na některé hlasy, tóny nebo hluk, kdy si zacpává uši nebo se objevují úlekové reakce nebo narůstá tenze či agresivita.

Verbálně se žák smysluplně nevyjadřuje, vydává však neartikulované zvuky, občas i slabiky. Svou potřebu nevyjádří. V případě spokojenosti se usmívá nebo se hlasitě směje, někdy dokonce píská. V případě nespokojenosti odmítá přítomnost druhé osoby, křičí, třepe se, kouše se do zápěstí. Žák rozumí jasným verbálními instrukcím, chápe příkaz a pochvalu. Sám své pocity vyjadřuje tělem – napětí, uvolnění, kývavé pohyby, zvuky – smích, křik, broukání slabik.

Komunikace u něj probíhá formou sluchového příjmu a pochopení pouze nejzákladnějších věcí, např. jíst, záchod, šikovný apod. Dobré je tedy rozvíjet sluchovou percepci, např. sluchová diferenciací jednotlivých zvuků, žák má také velmi rád hudbu – učitelka mu ve škole pouští každé ráno do reproduktorů hudbu nejrůznějších žánrů (od klasiky až po metal). Ve třídě je umístěno také křeslo se zabudovaným reproduktorem, které poskytuje vibrační podněty. Žák relativně dobře komunikuje také hapticky, takže je dobré rozvíjet také komunikaci prostřednictvím dotyku. Pro rozlišování jednotlivých osob, které s ním chtějí komunikovat lze využít iniciální dotyk, příp. možnost využití nějakého referenčního předmětu, který se vztahuje ke konkrétní osobě (např. prstýnek příp. nějaké jiné poznávací znamení), přičemž osoba tuto komunikaci podpoří verbálně. Vhodné by mohlo být využití i bazální stimulace, která by mohla žákovi navodit příjemné pocity a umožnit uspokojivý odpočinek a rozšířit spektrum podnětů.

POTŘEBA	ANO (vždy)	ANO (v určité situaci)*	NE (nikdy)	NE (v určité situaci)*
jídlo			x	
pítí			x	
WC (hygiena)				
odpočinek (relaxace)		x		
spánek			x	
hrát si (hračka)			x	
začátek činnosti			x	
ukončení činnosti			x	

Odpočinek (relaxace) – ano, je schopen vyjádřit chycením za ruku druhé osoby - v případě, že chce trávit čas na vibračním křesle, ve kterém jsou zabudovány reproduktory, a zároveň hraje hudba, kterou má velmi rád. Chycení za ruku však signalizuje více možných potřeb – kromě potřeby odpočinku ve vibračním křesle to může být i potřeba kontaktu.

Potřeba kontaktu – vezme druhou osobu za ruku a dlouze ji drží, zjevné např. při masáži.

Co nechce, odmítá – bouchnutím do ruky naznačuje, že něco nechce. Když žák začne křičet, zkouší se různé činnosti, v případě, že nechce, odmítá je negativním gestem ruky. Zkouší se různé možnosti aktivit a činností, které by žáka mohly upoutat. V případě, že žák vyjádří souhlas k některé činnosti, je tak zřejmé díky viditelným libým pocitům vyjádřených úsměvem a kývavými pohyby zepředu do zadu. Když žáka přestane něco bavit, tak opět použije negativní gesto rukou, v případě, že se mu něco nelíbí, začne křičet. Odpor vyjadřuje zacpáváním si uší.

Když něco chce, kromě výše zmíněných ostatní potřeby nevyjádří, je mu nabízeno z různých činností – kniha – před žáka je předložena kniha a žák dá ruku na knihu, dotek vibračního křesla, láhev do ruky apod. Vše je více méně směřováno do oblasti taktilního vnímání s verbálním doprovodem a popisem předmětu či činnosti.

Žák rozumí vybídkám, např. nadzvedni se, hodně pomáhá např. při oblékání, svlékání, přebalování apod. Žák rozumí mechanicky naučeným věcem.

Kazuistika č. 3

Žák C

Chlapec 17 let, diagnóza DMO, kvadruparetická forma se závažnějším postižením dolních končetin, žák využívá mechanický vozík. Intelekt se pohybuje v rozmezí středně těžké mentální retardace. U chlapce se vyskytuje přidružené zrakové postižení – atrofie zrakového nervu, vidí nedokonale a má potíže při vnímání detailů. U žáka se vyskytuje pro DMO typická dysartrie. Rodinné zázemí na velice vysoké úrovni, oba rodiče jsou velmi aktivní ve výchově svého syna, chlapec má mladšího bratra, se kterým velmi rád komunikuje a hraje si s ním.

U žáka se objevuje dysartrie, avšak vzhledem k velice dobré logopedické péči, kterou žák asi od 7 let absolvuje je jeho řeč na relativně dobré úrovni. Žák tedy komunikuje verbálně, i když s drobnými obtížemi ve vyslovování některých hlásek. Ne příliš dobře mu je rozumět, avšak při zpomalení, vokalizaci a zvýšenou snahou o artikulaci se mu daří hovořit tak, aby jeho komunikační partner mluvě porozuměl. Žák hovoří v krátkých sděleních, v případě, že chce sdělit dlouhou větu, v polovině věty se vždy zastaví a asi na deset vteřin se objevuje pomlka a pak opět naváže a větu dopoví. Chlapec hovoří pomalu, v případě nepochopení po výzvě slovo zopakuje.

Do pěti let žák nevyslovoval smysluplná slova, ke komunikaci používal pouze neartikulované zvuky, kdy jeden zvuk měl mnohoznačný význam, takže pro rodiče bylo těžké pochopit, co chce jejich syn říci.

V pozdějších letech, mezi 8-9 rokem začali rodiče přemýšlet nad možnostmi účinné komunikace s žákem. Logoped navrhl formu sociálního učení a globálního čtení. Vzhledem ke zrakovému postižení, kdy bylo pro žáka obtížné rozlišovat jemné detaily, rodiče od tohoto komunikačního systému upustili. Vzhledem k podnětnému prostředí žák začal mluvit později, ale jeho komunikační dovednosti se stále zlepšují, především v oblasti slovní zásoby.

Vzhledem k velice pozitivnímu přístupu, dobrému řečovému vzoru a velké míře podpory od rodiny, ale i školy, kam žák dochází, se žák dostal na takovou úroveň, kdy nepotřebuje žádný alternativní komunikační systém, neboť komunikuje verbálně a dokáže vyjádřit své základní potřeby a vést rozhovor s druhými osobami. Jako podporu komunikace využívá žák jako augmentativní prostředek komunikační knihu, která pomáhá v situacích, kdy není dostatek času pro vyjádření nebo žák konkrétní slovo vyjádřit nedovede.

Do budoucna je ale stále nutné jedince motivovat a vést k verbální komunikaci, rozvíjet jeho schopnosti. Podporovat ta konverzační témata, která chlapce budou zajímat, především v oblasti jeho zájmů, rodiny, kamarádů, školy apod.

POTŘEBA	ANO (vždy)	ANO (v určité situaci)*	NE (nikdy)	NE (v určité situaci)*
jídlo	x			
pítí	x			
WC (hygiena)			x	
odpočinek (relaxace)		x		
spánek		x		
hrát si (hračka)	x			
začátek činnosti	x			
ukončení činnosti	x			

O potřeby si Žák říká v drtivé většině případů verbálně, avšak někdy i ukázáním na příslušnou věc (hračka, sklenka s nápojem apod.)

Otázka odpočinku – Žák si řekne o odpočinek málokdy, musí být hodně unavený, což bývá velmi zřídka, má neuvěřitelnou výdrž.

Spánek – většinou neříká, že se mu chce spát, spánek přichází automaticky po večerních rituálech („večerníček“ v podobě seriálu, koupání a další hygienické úkony, zklidnění v křesle).

Kazuistika č. 4

Žák D

Chlapec se narodil po fyziologickém porodu ve 36 gestačním týdnu, po porodu byl převezen na JIP pro multiorgánové selhávání a sepsi při VVV (vrozená vývojová vada) ledvin. Následně dítě docházelo na dialýzu. Ledvina byla dítěti transplantována. U dítěte byla zjištěna těžká porucha sluchu – pravostranná hluchota. Byl mu zaveden intrakochleární implantát, který nyní odmítá.

Psychomotorický vývoj byl od počátku výrazně opožděn, je zřejmá výrazná porucha phybové koordinace, potíže v motorické oblasti, chůze o široké bázi, při rychlejších pohybech je chlapec nestabilní. Od raného věku probíhaly rehabilitace Vojtovou i Bobathovou metodou.

Opožděn i rozvoj řeči, první slova se neobjevila, pouze expresivní vyjadřování, vývoj řeči dále nepokračuje. Chlapec reaguje na své jméno, chápe jednoduché pokyny. Verbální projev je výrazně insuficientní a neodpovídá věku, vydává pouze neartikulované zvuky. U chlapce je zřejmé časté skřípání zubů (bruxismus), časté vkládání prstů i předmětů do úst, velmi výrazná je salivace. Žák se na logopedii učí znakovat, několik jednoduchých znaků zná, ale aktivně nepoužívá, na znakování matky nereaguje.

Rozlišuje blízké osoby, které pozná na fotografii. Neotáčí se za zvukem, má potíže při orientaci na svém těle. Dle psychologických vyšetření je úroveň mentálních funkcí chlapce orientačně mezi 2. – 3. rokem, u žáka objevují i autistické rysy, vážne sociální chování, kontakty s druhými nenavazuje, působí jako samotář.

Žák si hraje sám, nejraději má technické předměty, rád sleduje televizi. Společnost dětí nevyhledává, není schopen se interaktivně zapojit do činností s ostatními dětmi. Předměty nebo hračky, které bere do ruky, nepoužívá účelně ke hraní. Rád popochází po místnosti, bere předměty do rukou, občas se stane, že začne bouchat hlavou o stěnu nebo nějaký předmět.

Žák měl dvakrát odloženou školní docházku, nyní krátkou dobu navštěvuje rehabilitační třídu v místě bydliště, kde je působí i asistent pedagoga, jenž se žákovi výrazně věnuje.

POTŘEBA	ANO (vždy)	ANO (v určité situaci)*	NE (nikdy)	NE (v určité situaci)*
jídlo		x		
pití		x		
WC (hygiena)			x	
odpočinek (relaxace)			x	
spánek			x	
hrát si (hračka)		x		
začátek činnosti			x	
ukončení činnosti			x	

Jídlo – když vidí, že jí někdo druhý, totéž pití – když vidí, že někdo druhý pije.

Hračka – když si chce hrát nebo chce nějaký předmět, chytí osobu, od které předmět požaduje, za ruku.

Potřeba kontaktu – žák vyžaduje neustálou pozornost, je stále aktivní, pro pedagogické pracovníky je náročné žáka uhlídat (často hrozí i úraz, např. kdy upadne, škrábne se apod., což si však žák neuvědomuje) – neustále zhasíná a rozsvěcuje světa, shazuje věci ze stolu, parapetu, skříní, napadá spolužáky (kope, škrábe). V případě, že se mu někdo velmi intenzivně věnuje, dokáže udržet pozornost krátkou dobu, po chvíli jej činnost přestane bavit. U žáka jsme zkoušeli taktilní vjemy, vizuální a částečně i audiologické vjemy (přičemž žák má sluchovou vadu), avšak daná činnost ho vždy zaujala jen na pár minut. Zajímají jej technické věci.

Příloha č. 8: Přepisy rozhovorů provedených s respondenty výzkumného šetření

Rozhovor č. 1 s pedagogickým pracovníkem

1. Jak dlouho pracujete s žákem v rehabilitační třídě? Došlo za dobu práce s žákem k nějakému pokroku?

S žákem pracuji 9 let – 1 rok přípravné třídy, 8 let školní docházky. U tohoto žáka je vidět opravdu velký pokrok, protože když k nám nastoupil, hovořil pouze jednoslabičně – jednoslovně. Pomalu jsme začali nastavovat komunikační systém – pomocí karet, obrázků, hodně jsme používali piktogramy. Začínali jsme tématem rodiny, kdy jsme počítali s podnětným prostředím. Začínali jsme kartami, přidávali jsme s obrázky, fotografie (máma a táta, pak ostatní příbuzní atd.). Vzhledem k těžké slabozrakosti jsme používali hodně velké obrázky a zvětšené obrázky, ale pak jsme přišli na to, že některé obrázky, když jsou ve fotografii, ať už se jednalo o jakékoliv téma, tak fotografie vidí lépe. Ale pak jsme přešli opět na černobílé a pak i bíločerné obrázky. Nejlepší byli černé kontury, žádné detaily, tak jako je to u piktogramů. V pomalých krůčcích jsme začínali s mluvením, kdy docházelo k jednoduchým slovům a slovním spojením, nyní dokáže krásné a smyslné krátké věty.

S žákem už jsme zvyklí na „něco“, nevím jak doma, ale už se něco naučil, někam se dostal. Když nastoupil do školy, nemluvil ve větách, mluvil ve slovech. Pomalu jsme začínali od jednoho slova – nastal tam velký zlom v období 3-4 roky zpátky, kdy žákovi náhle zemřela babička. Děda se naráz upnul k žákovi A. Žák zůstával odpoledne s dědou a zároveň tak pomáhal dědovi se dostávat do života – uvařili si kafe, pustili si televizi a hlavně, pořád spolu komunikovali. A já jako pedagog jsem si viděla, že žák dělá obrovské komunikační pokroky, kdy začíná rozumět i jakoby žertovným řečem. Spolupráce je dlouhodobá 8, 9, 10 let. Velmi dobrá je i spolupráce s rodinou, kde je velmi podnětné a podporující prostředí.

V průběhu základní školy k pokrokům došlo, ale mám obavy, jak to bude po škole, jestli bude navštěvovat nějaký stacionář, Diakonii nebo něco.

2. Dokáže žák sám vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Dokáže reagovat na to, na co se ptám. V daný okamžik žák dokáže vyjádřit potřebu. Škola je nastavená tak jak je, má stejné prostředí, chodí do třídy několik let, má stejnou učitelku, má neměnné prostředí. Jde o stejný režim – každé ráno zpíváme, přesuneme se na pracoviště, řekneme si, co budeme dělat, učíme se, svačíme, učíme se, takže dítě ví, co ho čeká. Jedná se o žáka, který se krmí, avšak v současné době je schopen si požádat o pití

– dokáže vyjádřit své potřeby i své zájmy. Za ty roky, co je tady se naučil vyjadřovat své potřeby. V první, ve druhé a ve třetí, ve čtvrté třídě tomu tak nebylo. Takže je to opravdu naučené, je to samozřejmě dáno i velkou spoluprací rodičů a pedagogů. Důležité je i klidné a podnětné prostředí.

3. Začal žák používat AAK až ve škole nebo už dříve?

S obrázky, fotografiemi, reálnými předměty, piktogramy, globální metodou jsme začali ve škole, po konzultaci s rodiči, kdy rodina velice dobře reagovala a také se o to zajímala a se synem aktivně pracovala. Vždy co se dělalo ve škole, tak se pak doma za domácí úkol dělalo a pak ve škole se to opět zopakovalo.

4. Je shoda při využívání AAK systému u žáků doma a ve škole? (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)

Zrovna tady poctivě dělali úkoly. Používali jsme vždycky piktogramy i fotografie a stejně jsme to měli nastavené i s rodičema. Ve škole jsme začínali tím, že co jsme dělali ve škole, tak jsem domů dávala ty samé karty, co jsme dělali ve škole. Bylo to v rámci domácího úkolu – vždycky jsme fixovali konkrétní piktogramy, obrázky, fotografie, jednoduchých písmenek.

5. Dokážete u žáků dostatečně dekodovat jejich neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

Když nebyl v takové podobě nebo když měl nějaký zdravotní problém, tak byl takový zaražený, ponurý atd. Když byl mladší, tak to nedokázal vyjádřit. Teď ve stádiu, kdy dokáže vyjádřit, jestli ho něco bolí – ale řekne to jenom na základě podnětu, když se ho zeptám: Není ti dobře? Pouze, když se zeptám, když se mi nějak nezdá. Vše s nimi řeším verbálně, spolužáci se poslouchají navzájem a baví se i mezi sebou.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci žáků a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Teď jsme dostali do třídy prváčka, kluka, který taky nemluvil, spíše nějaké zvuky, špatně se mu mluvilo. Dostal se do třídy, kde žáci mluvili. Máme doporučené, že bychom mohli používat nějaký komunikační systém, po domluvě s rodiči. Maminka ale není nakloněná tomu, abychom používali nějaký obrázkový komunikační systém. Zvolili jsme to, že s dítětem stále aktivně komunikujeme. Teď je to dítě ve stádiu, kdy dokáže říct svoje

jméno, dokáže říct ahoj, takže necháváme, když vstoupí do dveří, řekne ahoj. Navíc umí své oblíbené zvíře, což je tygr, to také zvládá. Je tam náznak té mluvy. Proto po domluvě s rodiči jsme se domluvili, že nebudeme nastavovat žádné karty, protože mnohdy se stane, že to dítě potom bude vnímat jenom ty karty. Je ve třídě mezi spolužáky, kteří jej mají velice rádi, pořád se žáka ptají a povídají si, takže je neustále v nějakém komunikujícím prostředí a úžasné je, že ho ještě můžeme jakoby nastartovat. On v osmé třídě klidně může mluvit ve větách, možná ne, možná...to zatím ještě nedokážu říct. Takže určitě si ale myslím, že toto je zlepšovák, jak je to prostředí podnětné pro něho a jak vidí, protože děti se učí i od dětí. Takže oni jak jsou zapolohovaní, leží vedle sebe, oni ho neustále z jedné strany se ptá jeden a z druhé strany se ptá druhý. Když neodpoví, tak oni si odpoví vzájemně. Nachází se v tom stádiu toho poslechu a těch odpovědí a velice pěkně začíná reagovat, kdy já mu něco dám, řeknu co to je a chci po něm aspoň tu slabiku, takže se snažím aspoň touto cestou.

Určitě se daleko dostaneme přes rodinu a velkou motivací je pro všechny také jídlo. Jakmile se něco zadaří, dostane odměnu, což motivuje, ale s jídlem pracujeme i v pracovní výchově, něco dobrého si uvaříme a opět propojujeme s řečovou výchovou a komunikací.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikují žáci ve Vaší třídě?

Mluvíme hodně, hodně používáme PC, používáme interaktivní tabuli, digitální učební materiály, digitální učební materiály ozvučené především pro žáky s poruchami zraku, ať máme tu kontrolu. Máme všechny témata, které během roku bereme (hudební nástroje, jídlo, tvary, barvy, zvuky, lidské tělo, spolužáci apod.) – všechny témata, které máme v tom plánu, máme takto rozložené. Hodně používáme i auditivní stimulaci – děti mají velmi rády poslech zvuků i s obrázkami. Pouštíme jim to na interaktivní tabuli, kdy oni to vidí a i slyší.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo sledujete i nějaké nevýhody?

Samozřejmě, velmi výhodná, určitě žáci mají šanci. Nevýhoda, že ne každý systém sedí každému dítěti, musí se hledat optimální způsob, zkusit víc věcí a dobré je i kombinovat možnosti.

9. Využíváte při výuce moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Využíváme teď hodně i program Boardmaker, program, který většinou využívají autisti. Jsou to obrázky, které máme na panelu, jak si říkáme režim dne. Obrázky jsou pro ty žáky, kteří nejsou schopni komunikovat verbálně, ale potřebují vědět činnosti, které máme během dne, a potřebují a jsou schopní manuálně, aby měli dané to, co se bude dělat celý den. Dále máme velkou klávesnici a myš do ruky pro spastiky. Z ministerstva jsme žádali o komunikátory a tablety, takže čekáme. Určitě bychom chtěli alespoň tablet ve třídě. Protože máme jednoho žáka, který čím dál tím více přestává mluvit a má silné epileptické záchvaty a po konzultaci maminky s lékařem lékař konstatoval, že tam není potřeba toho mluvení, ale jinak on obrázky, všechno pozná, ale nedokáže to prostě vyjádřit mluvením. Takže tam bychom moc bojovali o ten tablet. Kluk výborně rozumí všemu, ale zřejmě vzhledem k závažnému EPI nemůže tolik verbálně

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u žáků s kombinovaným postižením shledáváte?

Já tedy konkrétně za moji třídu můžu říct, že tady se nám opravdu zúročilo to mluvení, protože máme pracoviště odloučené, na kterém opravdu nejsou děti, které mluví a tady je vidět, jaká síla je v tom, když třeba tři děti z těch šesti mluví. Jaké je to podnětné prostředí pro ty nemluvící děti. Takže tomuto já dávám velké plus jako i v tom seskupení třídy. Samozřejmě záleží i na tom, jaký je ve škole učitel a asistent, popř. asistenti dva u těchto těžkých kombinovaných postižení.

Rozhovor č. 2 s rodičem

1. Kdy byl Vaší dceři/synovi ustanoven komunikační systém, jak dlouho jej používá?

Syn komunikuje slovně od cca 3 let věku, do té doby jsme jeho přání a potřeby dešifrovali z neverbálních projevů.

2. Dokáže Vaše dcera/syn sám/sama vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Ano, v podstatě vždy.

3. Začal/a Váš/e dcera/syn používat AAK až ve škole nebo už dříve?

Na počátku školní docházky jsme začali zkoušet metodu globálního čtení, nedosahovali jsme však příliš velkých pokroků, a tak jsme od ní upustili. Hlavní příčinu vidím v tom, že syn má krom jiného centrální zrakovou poruchu – atrofii zrakového nervu, vidí nedokonale, má problém rozeznat drobné detaily. Vzhledem k tomu, že jeho schopnost verbálně komunikovat se zlepšovala a stále se zlepšuje, hlavně v oblasti slovní zásoby, v současnosti žádné jiné komunikační metody nepoužíváme.

4. Je shoda při využívání AAK systému u Vaší dcery/syna doma a ve škole? (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)

Metoda globálního čtení byla využívána hlavně ve škole, doma jsme jen částečně procvičovali.

5. Dokážete u Vaší dcery/syna dostatečně dekodovat jeho/její neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

Ano. Je zajímavé, že neverbálně sděluje zejména pocity nepohody, bolesti. Nikdy neřekne např. „bolí mě noha, v krku...“, ale z jeho chování lze jednoznačně vyčíst, že má tělesný problém.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci Vaší dcery/syna a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Tuto otázku jsme řešili zejména v období, kdy syn teprve začínal mluvit. Zpočátku totiž hovořil „vlastním jazykem“, pro spoustu věcí a činností měl své specifické výrazy, např. rádio bylo „kopi“, zavřít dveře „kiki bum“ apod. Abychom mu dali najevo, že rozumíme, co nám chce sdělit, používali jsme zpočátku ta slova taky, ale postupně se snažili nahradit je běžnými českými slovy.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikuje Váš/e syn/dcera?

Jen povrchní povědomost o jejich existenci a základních principech.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?

Myslím, že používání AAK systémů je vhodné, určitě mají nezastupitelnou úlohu u dětí, které nekomunikují verbálně.

9. Využíváte doma, např. při práci (komunikaci, učení, hře...) moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Používáme speciální PC programy, vzhledem ke špatné jemné motorice a koordinaci oko-ruka pracujeme společně. Příklad – syn je schopen hrát jednoduché pexeso, které máme i v elektronické podobě, on ukáže příslušný obrázek prstem na obrazovce a spoluhráč mu jej odklikne.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u dětí s kombinovaným postižením shledáváte?

Hlavní výhodou je tedy především u dětí, které vůbec nemluví a mohou se tak díky těmto prostředkům rozumě vyjadřovat nebo aspoň dorozumět. U ostatních mohou být komunikační metody jako doplněk a podpora pro vyjadřování.

Rozhovor č. 3 s pedagogickým pracovníkem

1. Jak dlouho pracujete s žákem v rehabilitační třídě? Došlo za dobu práce s žákem k nějakému pokroku?

Žák navštěvuje rehabilitační třídu 7 rokem. Vzhledem k závažnosti úrovně mentálních funkcí lze říct, že u něho došlo docela k velkému pokroku. Má velmi rád hudbu, několikrát jsme si u něho všimli, že si brouká Vivaldiho, objevuje se úsměv, dokáže se radovat. Sem tam si toho jde všimnout.

2. Dokáže žák sám vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

S potřebami je to u tohoto žáka obtížné. Od začátku ale udělal pokroky. Postupně se ale všechno pomalu učí. V oblasti jídla a hygieny není schopen vyjádřit potřebu. Rád má ale taktilní vjemy, takže dotýká se druhých, přičemž tímto způsobem většinou komunikuje, protože verbálně nemluví, vydává pouze zvuky. V případě, že potřebuje kontakt, dotkne nebo drží se druhé osoby.

3. Začal žák používat AAK až ve škole nebo už dříve?

U tohoto žáka je potíží, že to nezvládá z hlediska mentální úrovně. Umí vyjádřit maximálně extrémní radosti nebo naštvání. Takže systémy AAK využíváme pouze okrajově, ne na sto procent.

4. Je shoda při využívání AAK systému u žáků doma a ve škole? (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)

S rodiči a rodinou se celkově snažíme velmi komunikovat. V případě, že se něco děje nebo něco jiného jemně naznačujeme rodičům, o čem jde. Doma je to u tohoto žáka zřejmě podobné, jako tady ve škole, jde se přes taktilní a sluchové podněty, na které žák velmi dobře reaguje a jde s nimi pracovat.

5. Dokážete u žáků dostatečně dekódovat jejich neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

Většinou ano, to my vycítíme, co se děje, poznáme to. Např. divně se tváří, může jít o změnu nálady, tak v tom případě hned reagujeme, ono to ani nijak jinak nejde. Hodně reagujeme i na pohledy a výrazy očí, gesta a další projevy.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci žáků a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Ano, určitě ano a spousta. Je třeba žákům naslouchat a pozorovat je v jejich projevech, často se opakují a většinou znamenají to samé, takže z toho je třeba možné vycházet. Někdy však není tolik času na to, abychom po dlouhou dobu pozorovali jednoho žáka, když máme celkově mnoho starostí ve třídě.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikují žáci ve Vaší třídě?

My systémy alternativní a augmentativní komunikace známe, ale nepracujeme s nimi nějak pravidelně. Jinak ve škole se využívá VOKS, anebo aspoň prvky z tohoto systému, taky obrázky, fotky, reálné předměty. Neslyšící děti využívají znakový jazyk nebo třeba i znak do řeči. Víme o těchto systémech.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?

Ano, určitě ano. Je velké množství metod a systémů, které se dají u žáků využít. Pro každého je dobré něco jiného, v tom je ta individuálnost. Výborné je, že i když už si myslíte, že dítě není schopno nijak se vyjádřit, v případě cviku např. díky kartám nebo obrázkům a i když jednoduše, dokáže dítě aspoň základně vyjádřit, např. co chce nebo co ho zajímá. Aspoň to je pokrok a určitě to motivuje, když už si myslíte, že je všechno ztraceno.

9. Využíváte při výuce moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Ano, hodně upřednostňujeme interaktivní tabule, byli jsme v projektu EU, kde jsme si vytvořili vlastní výukové programy. Jsme velcí zastánci, každé dítě je jiné a můžeme jim vše přizpůsobit. Nemáme ani učebnice a na interaktivní tabuli je to dokonalé. Interaktivní tabule je větší, úžasné je, že pro dítě se dá udělat, co je třeba zábavné, cokoliv lze předělat a zdokonalit.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u žáků s kombinovaným postižením shledáváte?

Obecně ulehčení. Pokud najdeme jakoukoliv alternativu, jak s dítětem komunikovat, tak uděláme cokoliv. Jsme přístupní všemu, jdeme do čehokoliv. Třeba může jít jenom o maličkosti, od kterých nic nečekáme, a ono se z toho může stát velká věc.

Rozhovor č. 4 s pedagogickým pracovníkem

1. Jak dlouho pracujete s žákem v rehabilitační třídě? Došlo za dobu práce s žákem k nějakému pokroku?

Žáka zde máme od letošního roku, takže je to pár měsíců, co navštěvuje rehabilitační třídu. Zatím ještě nevíme, žák je ve škole chvíli, přišel od nás z jiné školy, kde byly trochu potíže, tak jsme zvědaví, jak bude žák reagovat a chovat se tady. Všimli jsme si trochu potíží v chování, žák je trochu těžce zvladatelný. Snad se nám podaří nějakým způsobem vhodně navázat kontakt a s žákem pracovat.

2. Dokáže žák sám vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Zatím to jde vidět obtížně. Více méně, co chce, to si také dělá, zřejmě potřebuje získat pozornost, ale i když ji získá a my se mu začneme věnovat, není to pro něj zřejmě adekvátní a s činností vydrží opravdu jen chvilku. Co se týká přísunu potravin a pití, hodně reaguje, když jí a pijí spolužáci, to je schopen zasednout za stůl a najíst se. Sám si však o to nezažádá.

3. Začal žák používat AAK až ve škole nebo už dříve?

Žádný standardní a stabilní systém u žáka zaveden nebyl. Žák má sluchovou vadu, proto se snažíme vizuálně na žáka reagovat, ukazováním, např. že něco smí nebo nesmí, dále mu ukazujeme předměty, zástupné předměty, je možné, že takto se komunikace efektivně vyvine. Navíc se jej pokoušíme učit základním znakům, aby se vyjadřoval, když už ne znakovým jazykem v pravém slova smyslu, tak alespoň znaky do řeči.

4. Je shoda při využívání AAK systému u žáků doma a ve škole (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)?

Obáváme se, že doma je situace podobná jako tady. Zatím jsme nenavázali příliš dobrou spolupráci s rodinou, takže více méně ani nevíme, jak to doma funguje. Doma na žáka ale mluví a vypadá to, že i ukazují, protože žák si obrázky hodně pamatuje.

5. Dokážete u žáků dostatečně dekodovat jejich neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

U tohoto žáka je situace opravdu obtížná. Je velice aktivní, pořád se hýbe a je v akci, vzhledem k množství žáků ve třídě ku poměru pedagogických pracovníků je těžké žáka někdy uhlídat a dokonale vnímat jeho projevy, kterým dál přisuzovat nějaký význam. Navíc to souvisí i s proječováním potřeb, které žák prostě nedokáže vyjádřit. Zatím je to opravdu těžké, ale časem snad dojdeme k lepším výsledkům a díky tomu neverbálnímu můžeme dojít k nějakým možnostem, jak s žákem pracovat.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci žáků a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Tak hlavně musíme vypátrat, co znamená chování žáka a jeho reakce na některé podněty, z toho můžeme vycházet. Ono to hodně souvisí i s tou neverbální komunikací, protože žák nemluví, jsme odkázaní na to, jak se projevuje, jak jedná a reaguje atd. Takže asi více sledovat, to je ale zase otázka dostatku času a vnímání.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikují žáci ve Vaší třídě?

U nás ve škole se docela pracuje se systémem VOKS, který někteří žáci používají. Pracujeme s obrázky, fotografiemi, předměty denní potřeby, se kterými se žáci mohou běžně setkávat i s piktogramy. Známe také znak do řeči. Teoreticky systémy známe, ale většinou je aktivně nepoužíváme – víme, že jsou.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?

Určitě výhodné jsou, když už je žáci používají. Alespoň umožňují získat nějaké informace od žáka, když nemůže mluvit nebo mluví špatně. Nevýhoda může být u technických věcí, jako jsou počítače nebo tablety, protože ty se pohybují ve vyšších finančních částkách, takže někdy může být potíž je obstarat, ale jsou výborné a mají hodně použití nejenom pro komunikaci, ale i pro zábavu, výuku apod.

9. Využíváte při výuce moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Ano, naše škola disponuje několika interaktivními tabulemi, které jsou velmi dobře používané, žáci s nimi dobře pracují. Dále máme ve škole několik počítačů se speciálními programy – výukovými, komunikačními. K počítači jsou připojeny speciální klávesnice s plastovými kryty a také máme speciální myši – ergonomické nebo zvětšené. Také máme jeden tablet, který je pro žáky velmi atraktivní.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u žáků s kombinovaným postižením shledáváte?

Možnost vyjádřit se, pobavit se s druhými, zprostředkovává zábavu, společenský styk, možnost kontaktu se spolužáky, s rodiči. Některé nejsou závislé na financích. Pomáhají tomu inkluzivnímu trendu.

Rozhovor č. 5 s rodičem

1. Kdy byl Vaší dceři/synovi ustanoven komunikační systém, jak dlouho jej používá?

Hodně syna pozorujeme, reagujeme na jeho chování, u něho je nejvýznamnější to, co dělá, jak reaguje, to nonverbální. On nemluví, proto jsme odkázáni na to, co bude dělat, navíc na jedno ucho vůbec neslyší, takže je tu i potíže se znakováním, sem tak ukáže nějaký znak, který ale více méně ukazuje bezděčně, ne že by ho přiřadil k nějaké činnosti. Začínáme zkoušet obrázky a fotografie – na fotkách nás pozná, to je první krok, pak možná začneme s dalšími ukazovacími věcmi. Vzhledem k úrovni jeho vývoje, protože má hlubokou mentální retardaci se obávám, že mentálně obtížnější věci jako smysluplné znakování, nezvládne.

2. Dokáže Vaše dcera/syn sám/sama vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Sám od sebe ani tak ne, spíš, když se mu ukáže láhev s pitím nebo svačina, tak pochopí, že je čas se najíst, ale sám od sebe si o to nějakým způsobem neřekne. U ostatních věcí, když chce nějaký předmět, tak si ho sám vezme. Toaletu řešíme plenkami.

3. Začal/a Váš/e dcera/syn používat AAK až ve škole nebo už dříve?

U systémů je to složité, pořádně nic aktivně nevyužíváme, je to těžké. Už nějakou dobu u logopeda učíme znaky, některé znaky zná, ale sám nepoužívá. Docela i ukazujeme obrázky, fotky, na kterých pozná lidi, třeba se podaří pracovat i s piktogramy. Ve škole když je čas, tak znakuje do řeči, výrazně ukazuje znak, ale moc ho to nějak nezajímá, spíš si dělá svoje věci.

4. Je shoda při využívání AAK systému u Vaší dcery/syna doma a ve škole (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)?

Jak už bylo zmíněné u předchozí otázky, ve škole se snaží znakovat a ukazovat, ukazují se mu obrázky. Doma taky znakuje, moc nereaguje, ale časem se snad podaří postoupit dál. Taky mu ukazuju obrázky a fotky, tak jako ve škole, máme doma i tablet, takže tam mu pouštíme pohádky, což ho nechvilí taky upoutá, než ho zaujme něco jiného.

5. Dokážete u Vaší dcery/syna dostatečně dekódovat jeho/její neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

To není jednoduché u něho. Sám si hraje, k sobě moc nikoho nepotřebuje, snažíme se ho sledovat, ale je to těžké, je stále aktivní, pořád v pohybu. Je těžko unavitelný, ale když

už je někdy opravdu unavený, tak jde vidět, že poposedává a chodí méně, je zřejmé, že potřebuje odpočinek.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci Vaší dcery/syna a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Nevím, snad nám v tom pomůže škola, kam začal od letošního roku docházet, třeba se situace troškulepší, díky činnostem pedagogů. Doma je to spíš taková pečovatelská činnost, i když se snažíme s ním aktivněji pracovat, je to obtížné.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikuje Váš/e syn/dcera?

Známe obrázky, piktogramy, fotky, ve škole pracují s množstvím technických věcí – mají tam speciální počítače a tabule.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo sledujete i nějaké nevýhody?

Zatím jsme v takové fázi, kdy ta efektivnost ještě nepřichází, ale snad časem se aspoň něco naučí a dostane se dál. Ale ostatní děti určitě využívají systémy dobře a díky nim se mohou dorozumívát, takže určitě jo.

9. Využíváte doma, např. při práci (komunikaci, učení, hře...) moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Ano, doma máme a docela často používáme tablet, kde jsou mu pouštěny pohádky a různé hry, které ho docela zajímají. Máme i počítač.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u dětí s kombinovaným postižením sledujete?

Mohou se dorozumět, může to být pro ně i zábava a pro okolí je to aspoň nějaká šance, jak s dítětem komunikovat.

Rozhovor č. 6 s pedagogickým pracovníkem

1. Jak dlouho pracujete s žákem v rehabilitační třídě? Došlo za dobu práce s žákem k nějakému pokroku?

3 – 4 rok, teď si nemůžu vzpomenout, ale asi 3 roky. K pokroku došlo, můžu říct, že ano, třeba když psával na PC, dělal strašně moc chyb. Dneska už to jde bez problémů. Sice ukazuje, ale ví, o čem mluví.

2. Dokáže žák sám vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Asi ne, vyloženě co potřebuje, jako je jídlo, pití, to asi ne. V tomhle směru asi ne. Má komunikační deník, ale ten ne vždy.

3. Začal žák používat AAK až ve škole nebo už dříve?

Má ten komunikační deník. Ten deník už má dlouho. Co si ho pamatuju, tak už ten deník měl.

4. Je shoda při využívání AAK systému u žáků doma a ve škole? (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)

Jo, to bych řekla, že jo, doma pracují, tady ve škole taky tak.

5. Dokážete u žáků dostatečně dekodovat jejich neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

Jo, já bych řekla, že jo, v rámci možností ano.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci žáků a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Zlepšováky, tady už asi nejde co. Já bych řekla, že tady už je to asi ten vrchol to co má a dál už to asi nějak nepůjde. Možná režim dne – on je velmi aktivní, pracuje a až to dodělá, tak ví, že je konec, ale že by odmítl, to asi ne. Miluje pěnové hračky a skládačky, ale někdy se vzteká, když se mu to nedovolí. Ví, že po svačině si může hrát, ale doma má vymezený čas, protože doma má podobný režim.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikují žáci ve Vaší třídě?

Ano, známe VOKS, znakovku, znak do řeči, jestli do toho patří i obrázky a předměty. O dalších víme, ale tady je nevyužíváme. Kurz VOKSu taky nemáme.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?

Nevýhoda je, že to není u všeho. Třeba písničky nebo jiná oblast. S komunikačním deníkem, když jsme venku a nemáme deník, tak jak s ním chcete komunikovat. Toto je šílená nevýhoda. Takže my vyrazíme ven a deník je tady, takže komunikujeme tím stylem – podívej se, co je tady atd.

9. Využíváte při výuce moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Máme tady interaktivní tabuli, počítač s dotykovou a zvětšenou obrazovkou, taky velké množství programů do počítače, textové editory, kde se píše, pak také větší myše, krytky na klávesnice, tablet má taky hodně aplikací. Taky velké množství zalaminovaných obrázků a piktogramů na suchý zip.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u žáků s kombinovaným postižením shledáváte?

Velmi pozitivní, je tady šance, že žáci mohou komunikovat, aktivně se účastnit výuky, nejsou mimo, podílí se na hovoru, doplňují a jsou mezi námi.

Rozhovor č. 7 s rodičem

1. Kdy byl Vaší dceři/synovi ustanoven komunikační systém, jak dlouho jej používá?

V pěti letech jsem začala s komunikační knihou. To nás přijali na ušní kliniku v Praze a jezdívali jsme v Praze, jak je to centrum to AAK tak tam jsme jezdívali a paní Laudová nám to načila, vše ukázala, ukázala jakým způsobem, já jsem si koupila program Boardmaker a pak už jsem jela sama. Na začátku byla A4 4 obrázky velké a teď už zmenšuju.

2. Dokáže Vaše dcera/syn sám/sama vyjádřit, co v dané chvíli potřebuje?

Pokud je to, co se týče, že by měl hlad, žízeň, tohle ano nebo že něco chce, chce si hrát, když řekne, chci si hrát – musí se opravdu jednoduše. Ale máme problémy, když je to emoce. Musela jsem ho učit, co je to mrzutý, co je to nešťastný, ale neví proč, neví, co se stalo.

3. Začal/a Váš/e dcera/syn používat AAK až ve škole nebo už dříve?

Od pěti let, první chodil do stacionáře.

4. Je shoda při využívání AAK systému u Vaší dcery/syna doma a ve škole? (využívá se stejnou měrou, stejný systém, stejným způsobem)

Netuším, myslím si, že nestíhají si povídat, natolik. Trvá mu, když něco řekne, obvykle spíš poslouchá a já obvykle dělám, že mu dám tu knihu, a když se s někým bavíme, on obvykle komentuje, např. že byl na procházce – on ten obrázek v knize najde.

5. Dokážete u Vaší dcery/syna dostatečně dekodovat jeho/její neverbální sdělení? Je neverbální chování ve stejných situacích identické?

Někdy jo, někdy ne, nevím jak to rozvést. Má smysl pro humor, chápe co je vtip. Když něco nechce, ukáže „nechci“ a nedokáže říct proč.

6. Existují nějaké „zlepšováky“, které by mohly zdokonalit komunikaci Vaší dcery/syna a tím následně zlepšit efektivitu komunikace?

Nám se strašně osvědčilo, my, když jsme začli, on když pochopil, že vlastně hledali jsme způsob jak aspoň to ano ne vyjádřit. Strašně byl vzteklý, že nemluvil. I když doktoři říkali, že když začnem, že už se mi vykašle na mluvení. To, že já jsem se s ním potřebovala domluvit, to se neřešilo. Osvědčily se nám tenkrát písničky a to začal milovat, protože to máme i knížku, kde se ukazuje, např. já do lesa nepojedu a učili jsme se tím. Dál se nám osvědčilo, že já jsem na počítači ukázala obrázky a on si je začal pamatovat. Teď pomalu nestíhám, kde co v knize máme, ale myslím si, že kdybych postupně přidávala více na začátku, tak je to lepší.

7. Máte zkušenosti i s jinými systémy AAK než s těmi, kterými komunikuje Váš/e syn/dcera?

Používáme i znakovku, ale vlastně on je unavený jemnou motorikou, takže máme z toho, takové to dost, znak pro spinkání, zeptá se, jak jsem se vyspala, ale kamkoliv přijde, tak to znamená, jak se máte, tak že je to takové nebo, že je šikovný. Máte hodně témat, pití,

učení, jídlo apod. tak potom se dohadujeme, ale nakonec se dohadáme, dohrabeme se k tomu, co chceme.

8. Myslíte si, že komunikace prostřednictvím AAK systémů je vhodná a efektivní nebo shledáváte i nějaké nevýhody?

Že je vhodná a efektivní jsem teď řekla, ale jediná nevýhoda je, že to hodně váží, a když jdeme do divadla, nedáme to do kabelky. Takže, když někam jedeme, mívám obvykle jeden list, je to napevno zalisované a jsou tam úplně základní věci. Takže jediná nevýhoda je toto.

9. Využíváte doma, např. při práci (komunikaci, učení, hře...) moderní technické pomůcky (např. interaktivní tabule, PC – speciální PC programy, spínače, alternativní myši či klávesnice, tablety, komunikátory apod.)?

Máme speciální programy PC, speciální myš, klávesnici máme, komunikátory ne.

10. Jaké výhody z hlediska praxe AAK u dětí s kombinovaným postižením shledáváte?

Já si myslím, že na třeba těch písničkách jsem si všimla, on má i sluchové postižení neví se, jestli je to genetická vada nebo jestli je to tím, že má poškozený mozek. Nás to zachránilo, co mám říct. Já si myslím, že by se s tím mělo začínat co nejdřív, s knížkami taky u malých miminek, ukazovat od jednoduchých věcí, např. to je pejsek apod.

Příloha č. 9: Otázky k předvýzkumu

1. Využívají se ve Vaší speciální škole (v rehabilitační třídě) u dětí s kombinovaným postižením systémy AAK? Označte, prosím, ty komunikační systémy, které se ve třídě v rámci komunikace se žáky používají:

VOKS

Piktogramy

Technické komunikační pomůcky – PC, komunikátory, tablety...

Neverbální komunikace (komunikace prostřednictvím gest, mimiky, úsměvu či zamračení, komunikace prostřednictvím očí a výrazů obličeje, gesta rukou)

Komunikační tabulky

Trojrozměrné symboly (reálné předměty, miniatury nebo části předmětů)

Fotografie

Makaton

Znak do řeči

PCS – systém grafických symbolů (podobné piktogramům)

Bliss

Znakový jazyk

Facilitovaná (usnadňovaná) komunikace

Metoda DOSA – pohybová komunikace

ETRA-N (komunikace prostřednictvím zraku, děti ukazují na předměty očima)

Jiný způsob, uveďte:

2. Uveďte prosím, které z vyjmenovaných komunikačních systémů se ve Vaší škole používají nejvíce.
3. Mají pracovníci školy nějaké odborné vzdělání týkající se systému AAK (kurzy, přednášky, školení...)?

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Petra Jelínková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Kantor
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Alternativní komunikace z pohledu klienta s těžkým kombinovaným postižením a jeho okolí.
Název v angličtině:	Alternative communication from the perspective of a clients with severe multiple disabilities and their surroundings.
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá komunikací žáků s těžkým kombinovaným postižením, kteří jsou vzděláváni ve speciálních školách s rehabilitačním programem. V textu jsou popsány možnosti práce s klienty, práce se zaměřuje na edukaci žáků i využívání terapeutických technik. V práci je podrobněji rozebírána oblast komunikace, AAK i komunikační kompetence žáků. Praktická část se pokouší popsat situaci využívání komunikačních systémů a sleduje kvalitu komunikace mezi žáky a jejich komunikačními partnery a tím následně posoudit efektivitu využívání systémů AAK.
Klíčová slova:	Žák s těžkým kombinovaným postižením, těžké postižení, kombinované postižení, edukace, komunikace, AAK, mentální postižení, tělesné postižení, psychické potřeby.
Anotace v angličtině:	This thesis deals with the communication of students with severe multiple disabilities who are educated in special schools with a rehabilitation program. The text describes the possibilities of working with clients, the work focuses on the education of students and the use of therapeutic techniques. In the work is discussed in more detail in communication, AAC and communication skills of students. The practical part is trying to describe the situation of the use of

	communication systems and monitors the quality of communication between students and their communication partners and subsequently to assess the effectiveness of the use of AAC systems.
Klíčová slova v angličtině:	The pupil with severe multiple disabilities, severe disability, multiple disability, education, communication, AAC, mental disability, physical disability, mental needs.
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Seznam zkratk</p> <p>Příloha č. 2: Seznam tabulek</p> <p>Příloha č. 3: Seznam obrázků</p> <p>Příloha č. 4: Seznam grafů</p> <p>Příloha č. 5: Seznam internetových stránek věnovaných oblasti AAK</p> <p>Příloha č. 6: Ukázky komunikačních systémů a dalších pomůcek usnadňujících komunikaci</p> <p>Příloha č. 7: Kazuistiky a záznamové archy žáků</p> <p>Příloha č. 8: Přepisy rozhovorů provedených s respondenty výzkumného šetření</p> <p>Příloha č. 9: Otázky k předvýzkumu</p>
Rozsah práce:	100 s. (33 s. příloh)
Jazyk práce:	Český jazyk