

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Alternativní komunikace v domovech pro osoby se zdravotním
postižením**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. et Mgr. Josef Havlík

Autor práce:

Svačinová Jana

6. května 2011

Abstrakt:

Název práce: Alternativní komunikace v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Tato práce se zabývá problematikou využití augmentativní a alternativní komunikace (dále jen AAK) u klientů v pobytových zařízeních s kombinovaným postižením. Cílem této práce je získání relevantních informací ohledně AAK v domovech pro osoby se zdravotním postižením, a vytvoření funkčního metodického pokynu pro pracovníky přímoobslužné péče v zařízení, kde pracují.

Teoretická část práce jednak vymezuje pojmy alternativní a augmentativní komunikace a stručně popisuje používané komunikační systémy či pomůcky, dále pak popisuje vybraná pobytová zařízení, ve kterých jsem prováděla výzkumné šetření. Cílovým souborem tedy jsou: ÚSP Lidmaň, DOZP Černovice, Bobelovka – centrum pobytových a ambulantních služeb Jindřichův Hradec, Domov Petra Mačkov.

Praktická část popisuje cíl práce a rozpracovává důvody zavádění AAK do pobytových zařízení. Pro realizaci výzkumného šetření jsem zvolila kvalitativní výzkum, jako metodu dotazování, techniku polostrukturované interview a hloubkový rozhovor. Vlastní šetření probíhalo přímou formou rozhovorů s klienty, jejich opatrovníky, zaměstnanci na pozicích přímoobslužné péče, sociálními pracovníky daných zařízení.

Jak ukazují výsledky této práce, problematika AAK v pobytových zařízeních je často opomíjenou otázkou, na kterou upozorní až akreditační komise či supervize. Chybí jednotná metodika, často se velice různí názory na zavádění AAK do praxe, zaměstnanci pracují spíše na intuitivní bázi a systematická práce je spíše doménou speciálních pedagogů či terapeutů, než zaměstnanců, kteří s klientem tráví nejvíce času. Problémem je také nedostatečné proškolení řadového personálu a v neposlední řadě je velkým limitujícím faktorem finanční náročnost některých pomůcek.

Abstract:

Name of the work: Alternative Communication in Homes for Persons with Health Handicap.

This work deals with problems of taking advantage of the augmentative and alternative communication (hereinafter referred to as AAC) with clients in homes for patients with combined handicap. The target of my work was to get relevant information concerning AAC in homes for handicapped people and to create well working methodical instructions for employees in the direct care in the institutions where they work.

The theoretical part of my work defines the terms of alternative an augmentative communication and describes briefly the used communication systems or tools, further it describes individual institutions, where I carried out my investigation. The target files there are: USP Lidman, DOZP Cernovice, Bobelovka-the Center of services for both staying clients and outpatients in Jindrichuv Hradec, the Home Petra Mackov.

The practical part of my work describes the target of my work and works up the reasons for introducing the AAC into the institutions, where the patients are staying. To implement the investigation I have chosen the qualitative research, which is a method of questioning, semi-structured interviews and in-depth discussions. The own investigation proceeded in a direct form of discussions with clients, their nurses or guardians, with the employees in direct care and people in social services responsible for the given institution.

As the results of my work show, the AAC problems in institutions for permanent stay of patients are often neglected, before an accreditation commission or any supervision draws an attention to it. There is no unified methodology, very often the opinion on the introduction of the AAC into practical life differs, the employees work on the basis of their intuition and a system in such attitude lies on the side of special teachers or therapeutics, not on the side of the employees, who spend most of

their time with the clients. The problems is as well that the employees are not sufficiently trained and last but not least the financial demand for some tools.

Translator's Clause

As interpreter of English and German languages, appointed by the Decision of the Regional Court in Ceske Budejovice No. 63/89 of 25th January 1989 I certify that the translation corresponds with the text of the attached document. This translation is recorded in the official register under No. 064/2011.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Alternativní komunikace v domovech pro osoby se zdravotním postižením“ vypracovala samostatně a použila jsem jen prameny, které uvádím v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č.111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou, ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne:

Podpis studenta:.....

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. et Mgr. Josefu Havlíkovi za veškerou odbornou pomoc, velikou trpělivost, věcné připomínky při vedení mé práce.

Úvod	8
1. Současný stav – teoretická východiska	9
1.1. Komunikace.....	9
1.2. Logopedie.....	11
1.3. Mentální retardace	13
1.4. Osobnost jedince s mentálním postižením	17
1.5. Neverbální komunikace.....	20
1.6. Alternativní komunikace.....	23
1.6.1. Nejčastější strategie alternativní komunikace	25
1.6.2. Piktogramy	26
1.6.3. Znak do řeči.....	29
1.6.4. Makaton	31
1.6.5. Bliss	32
1.6.6. Voks.....	33
1.6.7. Globální čtení	33
1.6.8. Sociální čtení	35
1.6.9. Facilitovaná komunikace	36
1.6.10. Bazální stimulace.....	37
1.6.11. Totální komunikace	38
1.7. Komunikační pomůcky	39
1.7.1. Etran – N.....	39
1.7.2. Pomůcky s hlasovým výstupem	39
1.7.3. Některé PC programy užívané v našich podmínkách.....	40
1.7.4. Domovy pro osoby se zdravotním postižením	44
2. Cíl práce a výzkumné otázky	45
3. Metodika	46
3.1. Použitá metoda	46
3.2. Charakteristika zařízení, kde probíhalo šetření.....	46
3.3. ÚSP Lidnaň.....	47
3.4. Domov Petra Mačkov	49

3.5.	Bobelovka – centrum pobytových a ambulantních služeb	51
3.6.	Diagnostický ústav sociální péče Černovice	53
4.	Vlastní výzkumné šetření	55
5.	Diskuse	64
5.1.	Identifikační část	64
5.2.	Systemy AAK.....	64
5.3.	Problematika jednotné metodiky.....	66
5.4.	Proškolení zaměstnanců	68
5.5.	Vlastní práce s klienty v oblasti AAK.....	70
5.6.	Otázka vzdělávání klientů v systémech AAK.....	71
5.7.	Faktory ovlivňující úspěšnost AAK	73
5.8.	Překážky pro zavádění AAK systémů do praxe	76
6.	Závěr	79
7.	Použité zdroje	84
8.	Klíčová slova	89
9.	Seznam příloh.....	90

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si zvolila z důvodu profesního zájmu. Pracuji šestým rokem v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) ve Zběšičkách. Cílová skupina klientů, kterým poskytujeme služby, je velice rozmanitá. Věkové rozpětí je od pěti let do šedesáti čtyř let a služby poskytujeme klientům s mentálním a kombinovaným postižením. U celé řady těchto klientů je jejich mentální postižení kombinováno se smyslovou vadou zraku, sluchu či s poruchami řeči. Tito klienti využívají ke komunikaci různé alternativní způsoby.

V roce 2009 provedli zaměstnanci Kanceláře veřejného ochránce práv systematickou návštěvu v DOZP Zběšičky. Z této kontroly vyplynulo, že nám chybí jednotná metodika pro zavádění a vlastní práci se systémy alternativní a augmentativní komunikace do praxe a že práce našich pracovníků je spíše na intuitivní bázi a výsledkem zkušenosti, než odborného a cíleného působení. Cílem mé práce je nashromáždit dostatek informací, které budou sloužit jako podklad, pro vypracování funkčního metodického pokynu pro pracovníky DOZP Zběšičky.

Oslovila jsem proto zařízení v našem okolí, které poskytují podobné služby pro srovnatelnou skupinu klientů, a pokusila se shromáždit informace ohledně alternativní a augmentativní komunikace v pobytových zařízeních, o nabízených školeních, pokusila jsem se podchytit problémy při zavádění alternativních metod komunikace do praxe a to jak z pohledu poskytovatelů, tak z pohledu uživatelů.

Práce je dělena do několika částí. První část popisuje teoretická východiska, definuje komunikaci, mentální retardaci, specifika osobnosti mentálně retardovaných osob a neverbální komunikaci, dále pak komunikační systémy, které blížeji specifikuje. V druhé části jsou popsána jednotlivá zařízení, v kterých jsem prováděla šetření. Třetí část je zaměřena na vlastní výzkumné šetření. Závěrem jsem shrnula získané informace do uceleného souboru, který poslouží jako podklad metodického pokynu.

Komunikace:

Pro člověka je přirozeným a běžným komunikačním prostředkem řeč. Řeč sehrává významnou roli v rozvoji celé osobnosti člověka. Lidská řeč dle logopedického slovníku je definována jako: „ *forma sdělování a dorozumívání založená na používání slovních (mluva, písmo), ale i neslovních (gesta, mimika) výrazových prostředků komunikace. Řeč je realizace, použití jazyka.* “ (Dvořák, 2001, str. 171). Řeč je důležitým prostředkem socializace a edukace. „ *...s komunikací mnohdy stojí i padá naše úspěšnost v různých oblastech našeho života, náš klid, naše práce, naše porozumění tomuto světu. Jedná se o jednu z velevýznamných existenčních činností člověka. Nedá se od něj oddělit, stejně jako on se nedá oddělit od ní.* “ (Valenta, 2005, str. 13). Pokud je klient nějakým způsobem omezen v např. zrakovém či sluchovém vnímání světa, stává se komunikace kompenzačním faktorem, nahradí zkušenosti smyslů. (Květoňová-Švecová, 2000). Ke správnému vývoji řeči je potřeba mnoho nedotčených a vzájemně se ovlivňujících funkcí: vizuální, auditivní, kinestetické vnímání, schopnost pohybu, přiměřenou mentální úroveň, přiměřená vyspělost psychiky. U každého handicapovaného člověka se v různé míře projevuje narušení komunikačního procesu. Tento problém v komunikaci je ztížen v důsledku poruchy sluchu, zraku, mentálních či fyzických schopností. Jsou zde však i lidé, kteří takové poruchy nemají, a přesto mají problémy s pochopením mluvené řeči, nebo jejím vyjádření. Dítě postižené komunikační poruchou se velmi nesnadno začleňuje do společnosti. Tím u něho mohou vznikat sociální trauma, která jsou o to silnější, čím více si tento handicap uvědomuje. Nejhůře tento stav pochopitelně prožívají děti s poměrně málo sníženým intelektem. Na druhou stranu se tyto děti snadněji naučí alternativní či augmentativní formy komunikace. (Janovcová, 2003).

Závažná porucha komunikace dle Škodové a Jedličky (2003) je nejčastěji důsledkem:

- vrozených poruch: patří sem mozkové obrny, sluchové postižení, vývojové vady řeči, mentální postižení, autismus, různé kombinované postižení

- získaných poruch: cévní mozkové příhody, úrazy mozku, nádory mozku, získané těžké sluchové postižení, získané kombinované postižení
- degenerativní onemocnění: sklerózy multiplex, muskulární dystrofie, amyotická laterální skleróza, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova chorea, Alzheimerova nemoc apod.

Pro některé děti s mentálním postižením je verbální komunikace velice obtížná nebo omezená. „*Při mentální retardaci všech stupňů je opožděný vývoj řeči vždy. U dětí s mentální retardací se odchylky od normy projevují už v raném věku. Řeč se rozvíjí pomalu a je deformovaná ve všech jazykových rovinách.*“ (Škodová, Jedlička 2003, s.392). Mohou se projevovat opakováním jednoho slova, vydáváním neartikulovaných zvuků, opakováním posledního slova - často bez pochopení významu, pohyby těla. V těchto případech je velice důležité, zda se pečující osoby opravdu snaží zjistit skutečný obsah sdělení, anebo se spokojí s prvním možným vysvětlením a tím je spíše jejich přání či představa. Není jednoduché přijímat informace od mentálně postižených jedinců. Pro většinu intaktní populace je jakékoliv sdělení od mentálně postiženého jedince většinou nerelevantní informací a proto se s doplňujícími otázkami či informacemi obrací převážně na osoby blízké, rodiče, sourozence, prarodiče či ošetřovatelský personál. Stejně tak není jednoduché sdělovat těmto jedincům informace v přijatelné a srozumitelné podobě a ověřit si, zda informacím správně porozuměli. Jedinci trpící nějakou formou mentální retardace se takto dostávají do izolace, nemají základní informace o svém životě, dění kolem sebe. I z tohoto důvodu jsou jejich reakce neadekvátní a obtížně předvídatelné. (Škodová, Jedlička 2003)

Proto je potřeba komunikovat s velkou dávkou trpělivosti a hledat i jiné formy a způsoby, jak se dorozumět. Osoby s kombinovanými vadami mají velice často díky senzorickým a kognitivním bariérám, a v neposlední řadě také díky handicapům v oblasti motoriky a emocí, narušený celý komunikační proces. Tento proces může být narušen v okamžiku percepce, což je příjem informací pomocí zraku a sluchu, nebo v důsledku kognitivních bariér nedojde ke zpracování, uchování či vybavení

informace anebo je postižena expresivní stránka, kdy jedinec není schopen vyjádřit myšlenky řečí. (Bendová in Ludíková 2005)

Komunikace jako taková, je důležitý prvek sociální interakce, je nezbytná ke zdravému vývoji jedince. V průběhu komunikace se vytvářejí pozitivní či negativní vztahy zcela spontánně. Lidé mají potřebu sociálních vztahů k jiným lidem. Pokud jim není umožněno tyto potřeby saturovat na dostatečné úrovni, dochází k výrazným poruchám až k zastavení duševního vývoje. Každý člověk má právo na jazyk, kterému bude rozumět a pomocí něj se vyjadřovat. (Havlík, Vurm 2004)

Logopedie:

Výchovou a vzděláváním osob s narušenou komunikační schopností se zabývá logopedie. Název logopedie je utvořen z řeckého slova logos= slovo, paidea= výchova. Tato věda se zabývá patologickou stránkou komunikace. Pipeková (1998)

Dále tato autorka uvádí, že předmětem logopedie jsou příčiny vzniku poruch komunikačních schopností, jejich výskyt, průběh, následky, diagnostikování, odstraňování, určování prognózy. Logopedie se také zabývá rozvojem komunikačních schopností u intaktní populace. Tento obor spolupracuje s celou řadou jiných oborů, např. psychologii, chirurgií, fonetikou, fonologií apod. Narušená komunikační schopnost může být trvalá nebo přechodná, může se projevovat jako vada řeči vrozená či získaná, může se jednat o samostatný symptom, či může být důsledkem jiného postižení. Dle Vítkové (1998) fyziologická nemluvnost trvá asi do 1 roku dítěte, kde začíná vlastní vývoj řeči. Zhruba mezi druhým a třetím rokem dítě mluví ve větách. Pokud se vývoj jedince opozdí, dobře slyší, a duševní vývoj je v normě, motorika není postižena, řečové orgány jsou bez postižení, dítě se vyvíjí ve zdravém prostředí, které ho dostatečně stimuluje a reaguje na tyto podněty nonverbálně, jedná se o prodlouženou fyziologickou nemluvnost. Pokud deficit vývoje řeči přetrvává ještě do třetího roku věku, pak se jedná o opožděný vývoj řeči a v takovém případě již musíme pátrat po příčinách. Odborná vyšetření jsou zaměřena na vyloučení: sluchové vady, zrakové vady, poruchy intelektových schopností, vady mluvidel, akustickou dysgnozii (neschopnost zapamatování a porozumění slov), autismus či autistické rysy.

Již v historii byla věnována péče osobám s poruchami komunikačních schopností. Dějiny logopedie jsou tvořeny dvěma, vzájemně se prolínajícími větvemi. První směr filozofický (je reprezentován rétorikou, jazykovědou, pedagogikou, psychologii, speciální pedagogikou atd.) představuje pohled na komunikaci jako na společensky determinovaný jev, kdežto narušená komunikační schopnost je chápána jen jako problém jednotlivce. Naproti tomu biologický pohled charakterizuje lékařský přístup a to zejména jednotlivé obory (ORL, foniatrie, psychiatrie, plastická chirurgie atd.) Termín logopedie jako první použil Isokratés, 4. stol. před n. l. Již ve starověkém Římě pracovali tzv. phonascové = předchůdci logopedů. V roce 1778 byl otevřen první ústav Institut pro němé a jinými řečovými vadami postižené osoby, vydávají se první odborné časopisy, v roce 1924 R. Kratochvíl vydává první učebnici logopedie v ČSR, od roku 1926 probíhá vysokoškolské vzdělávání logopedů. (Škodová, Jedlička, 2003)

S postupným zacílením logopedie i na skupiny jedinců s kombinovaným postižením, vyvstala potřeba spolupráce i s jinými obory. Zvláště pak se speciálními pedagogikou, pediatrií, neurologií, ortopedií, fyzioterapií, psychologii, psychiatrií a dalšími obory s cílem poskytnout a umožnit žákům s kombinovaným postižením komplexní rozvoj osobnosti. Důraz je kladen zvláště na individualitu každého jedince, jeho schopnosti a dovednosti. (Bendová in Ludíková 2005).

Při terapii komunikačních obtíží, nejen u handicapovaných jedinců, uvádí Škodová, Jedlička (2003) šest nejdůležitějších zásad:

- Zásada vývojovosti: tato zásada nám říká, že je potřeba postupovat s ohledem na skutečný vývojový stupeň a postupovat dle ontogenetického vývoje. Tzn. nejprve naučit dítě křičet, žvatlat, formulovat jednotlivé hlásky atd.
- Zásada reflexnosti: nácviky probíhají v polohách, které tlumí spasticitu.
- Zásada rytmizace: rytmus uvolňuje svalové napětí a zlepšuje koordinaci pohybu. Dítě lépe zvládá požadavky logopeda na provedené cvičení. Opět je kladen důraz na individuální schopnosti jedince.

- Zásada komplexnosti: dle této zásady musí terapeut využít všechny dostupné podněty, které zlepši mluvený projev a koordinaci pohybu.
- Zásada kolektivnosti: veškerou edukativní činnost je dobré provádět ve skupince alespoň dvou až tří dětí. Navzájem se podporují, funguje zde učení nápodobou, zdravá soutěživost apod.
- Zásada přiměřenosti a individuálního přístupu: tato zásada se prolíná celým spektrem edukačních přístupů. Při veškeré činnosti je potřeba zohledňovat individuální schopnosti a dovednosti dětí.

Cílem tohoto snažení by mělo být zdravotně handicapovaným jedincům umožnit plné zařazení do společnosti. Je potřeba postihnout všechny složky osobnosti a uplatnit přístup ucelené rehabilitace a všech jejích složek: léčebnou, výchovnou, sociální i pracovní. (Bendová in Ludíková 2005)

Princip překonávání komunikační bariéry je jedním z nejdůležitějších principů, které se dostávají do popředí. Nezaměřujeme se jen na řeč, jazyk, ani na narušené komunikační schopnosti, ale na člověka, který má narušenou komunikační schopnost jako na bio-psycho-sociální-jednotku. Současná doba klade stále vyšší nároky na komunikační gramotnost lidí a proto i osoby s narušenou komunikační schopností, při snaze o začlenění do společnosti, musí zvládnout i nové techniky přenosu informací. Masová komunikace je stále více interaktivní, což představuje velký problém zvláště pro osoby s mentální retardací. (Pipeková 1998)

Mentální retardace

Velkou skupinu zdravotně postižených, která je středem mého zájmu, tvoří mentálně retardovaní jedinci. Jelikož se práce zabývá AAK v domovech pro osoby se zdravotním postižením, je nutné blíže specifikovat mentální retardaci (dále jen MR), diagnózu, která je společná pro všechny klienty domovů pro osoby se zdravotním postižením. Jak uvádí Škodová (2006) mentálně handicapovaní tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Navíc v poslední době vzrůstá počet osob s mentální retardací nejen u nás, ale i ve světě. Příčin je několik. Jednak je lepší

evidence osob s postižením, jednak se vzrůstající počet vysvětluje kvalitnější péčí pediatrů o novorozence, kteří by bez této intenzivní pediatrické intervence nezůstávali naživu, bohužel často za cenu smyslového, kognitivního či kombinovaného postižení.

Americká společnost pro mentální poruchy (AAMD – American Association on Mental Deficiency) charakterizuje osobu s mentální retardací jako člověka s podprůměrnou inteligencí, s poruchami chování, které se projevují během vývoje. Vznik těchto poruch lze vysledovat před 18 rokem. Šoltés (2009)

Vágnerová (2008) vymezuje tři hlavní znaky mentální retardace. Jednak nízkou úroveň rozumových schopností projevující se nízkým rozvojem myšlení, omezenou schopností učení v důsledku čehož se tito jedinci obtížněji adaptují na běžné životní podmínky. Druhým znakem postižení je fakt, že se jedná o postižení vrozené, na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností. Třetím a bohužel ve většině případů i limitujícím faktorem je fakt, že se jedná o postižení trvalého rázu. Záleží samozřejmě na etiologii a celé řadě dalších faktorů, a v některých případech při správném a intenzivním vedení je možné zlepšení. Horní hranice rozvoje jedince je většinou dána příčinou, závažností defektu, ale i individuálními schopnostmi jedince a v neposlední řadě také působením prostředí, tzn. výchovné a terapeutické vlivy. Je důležité si uvědomit, že MR není nemoc. Jedná se o snížení intelektových schopností, které jedince postihuje ve všech složkách osobnosti. Proto i práce s takovými lidmi musí být komplexní a zahrnovat všechny složky osobnosti. Jak stránku duševní, tělesnou, sociální, ale neopomíjet ani stránku duchovní.

Z lékařského hlediska je mentální retardace rozdělena do šesti základních kategorií, které dle klasifikace MKN-10 jsou:

- Lehká MR
- Středně těžká MR
- Těžká MR
- Hluboká MR
- Jiná MR

- Nespecifikovaná MR

Vítková (1998) popisuje jednotlivé stupně takto:

- Lehká MR označená F 70, IQ se pohybuje v rozmezí 50 – 69. Do tří let věku dítěte se projevuje jen lehké opoždění vývoje nebo zpomalené psychomotorické tempo. Mezi třetím až šestým rokem většinou dítě výrazněji zaostává zvláště ve vývoji komunikačních schopností. Má malou slovní zásobu, vývoj řeči je opožděný, řeč je obsahově chudá, objevují se různé vady řeči, stereotyp ve hře, menší zvědavost apod. Výraznější problémy nastávají v průběhu školní docházky, kdy dítě má problémy s logickým myšlením, analýzou a syntézou, opoždí se hrubá i jemná motorika, koordinace pohybů. V oblasti motoriky a koordinace může dítě během vývoje dosáhnout normy. V oblasti volní a emocionální se projevuje afektivní labilita, zvýšená sugestibilita, impulzivnost, úzkost. Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen, ale v nenáročném prostředí může být jedinec bez problémů. Jedinci jsou vzdělávání podle odpovídajících vzdělávacích programů, mohou zvládat jednoduché učební obory nebo se zaškolují na jednoduché manuální práce. Velice záleží na působení rodiny a sociokulturním prostředí. Jedinci lehké MR většinou dosahují úrovně adaptace při socializaci. Výskyt v celkovém počtu MR jsou asi 4/5, což odpovídá 80% z celkového počtu MR.
- Středně těžká MR označená F 71, IQ v pásmu 35 – 49. Řeč, stejně jako myšlení je výrazně opožděna. Deficit přetrvává až do dospělosti. Středně těžká MR je velice často doprovázena dalšími onemocněními a to: epilepsií, neurologickými či tělesnými potížemi, inkontinencí apod. Řeč je jednoduchá, chudá, velice časté jsou agramatismy, slovní spojení je jednoduché, někteří jedinci jsou schopni jen nonverbální komunikace. Nejsou schopni abstraktního myšlení, kombinace či usuzování anebo jen ve velmi omezené míře. Jemná i hrubá motorika je neobratná, trvale zůstává nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Schopnost sebeobsluhy je ve většině případů jen částečná. Jedinci se středně těžkou MR jsou emocionálně labilní, nevyrovnaní,

často reagují afektovaně a nepřiměřeně. Schopnost vzdělání je v omezené míře ve speciální škole. Nejschopnější jedinci se mohou zapracovat na jednoduché pracovní úkony, ale vždy pod dohledem anebo v chráněném prostředí. Někteří jedinci musí být zbaveni svéprávnosti anebo být alespoň omezeni v právních úkonech. Mezi MR je skupina středně těžce MR zastoupena přibližně 12%.

- Těžká MR nese označení F 72 a IQ se pohybuje v rozpětí 20 – 34. Psychomotorický vývoj se opoždí výrazně již v předškolním věku, dítě je neobratné, koordinace pohybů vážne. Často se objevují poruchy motoriky a celkové příznaky postižení CNS. Dlouhodobým a soustavným tréninkem lze osvojit základní hygienické návyky a částečnou sebeobsluhu. Někteří jedinci nejsou však schopni udržet čistotu ani v dospělosti. Řeč je velice primitivní, omezená na jednotlivá slova anebo není vůbec vytvořena. Koncentrace pozornosti je krátkodobá, psychické procesy jsou velice omezené. Afektivní stránka osobnosti je labilní, jedinci jsou náladoví a impulzivní. Blízké osoby většinou poznávají, jsou celoživotně odkázáni na péči druhé osoby. V těžších případech je omezena i možnost příjmu potravy běžným způsobem. Mezi MR jsou zastoupeni zhruba 7 %.
- Hluboká MR nese označení F 73 a IQ v rozmezí pod 20. Takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči druhé osoby ve všech oblastech života. Motoricky jsou velmi omezeni, nápadné jsou stereotypní automatické pohyby. Často mají postižený sluch a zrak, přidruženy bývají těžké neurologické poruchy. Řeč většinou není rozvinuta, komunikace nonverbální. Okolí nepoznávají, mají totálně porušenou afektivní sféru, často se objevuje automutilační chování. Z populace MR tvoří 1%
- Jiná mentální retardace nese označení F78 podle Švarcové (2006, str.36) by *„tato kategorie měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.“*

- Nespecifická MR je poslední skupinou a nese označení F 79 Švarcová (2006) uvádí, že této kategorie se užívá v případech, kdy jsme schopni mentální retardaci prokázat, ale nemáme dostatek informací k tomu, abychom jedince zařadili do některé z uvedených kategorií.

Osobnost jedince s mentálním postižením dle Švarcové (2006)

Z výše uvedeného lze sumarizovat obvyklé klinické projevy osobností s mentální retardací, i když je potřeba si uvědomit, že existují individuální rozdíly mezi lidmi, kteří jsou zařazeni ve stejné diagnostické kategorii a jejich projevy vytváří určitý psychologický specifický obraz, ale přesto jsou schopni žít bohatým emocionálním životem (Krejčířová in Renotierová 2005).

Klinické projevy mentální retardace (Švarcová 2006):

- Zpomalená chápavost, jednoduchost úsudku
- Neschopnost porovnání a vyvození logických závěrů
- Snížená logická a mechanická paměť
- Nesoustředěnost, neschopnost koncentrace pozornosti
- Chudá slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování
- Poruchy koordinace, vizuomotoriky
- Výkyvy aktivity: hypoaktivita, hyperaktivita, impulzivnost
- Citová a emocionální labilita, sugestibilita a rigidita chování
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- Nerovnováha mezi vynaloženým úsilím a výkonem
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Zvýšená potřeba bezpečí a uspokojení
- Poruchy v mezilidských vztazích a komunikaci s ostatními lidmi
- Snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům

Kognitivní procesy u jedinců s MR

Jak uvádí Švarcová (2006) psychický vývoj probíhá i při nejtěžším patologickém stavu organismu. Duševní vývoj jedince s MR probíhá dle stejných zákonitostí jako vývoj intaktní populace, jen s tím rozdílem, že dítě s MR nemá tak silnou potřebu poznávat okolní svět. Nedostatečná poznávací aktivita a nízká úroveň orientační činnosti je bazální symptom, vyplývající z nedostatečně vyvinuté mozkové kůry. U dětí s MR dochází záhy k vyhasínání orientačního reflexu a velice pomalu se vytváří nové podmíněné reflexy. Problém pro zdárný vývoj MR jedince jsou sociální vztahy. Ještě horší situace je u dětí, které procházejí na začátku svého života různými zařízeními, protože se o ně rodiče nemohou, neumí, nebo často ani nechtějí starat.

Vnímání osob s MR dle Švarcové (2006)

Tato schopnost je opožděna nebo omezena. Při pozorování předmětů tyto děti neprojevují zájem si je blíže prohlédnout, studovat, popsat apod. Jejich zájem je jen povrchní. Je logické, že dítě, které neklade samo nároky na rodiče (nepláče, nenatahuje se po nabízených předmětech, neprohliží si je, nevyhledává je) laicky řečeno „nezlobí, jen hezky hájí a papá“, samo vysílá málo signálů (má málo podnětů) a také málo signálů se k němu vrací. Nedostatek podnětů brzdí vnímání dítěte a psychický vývoj se ještě dále zpomaluje a MR se více prohlubuje. Velký význam na vývoj řeči má sluchové vnímání. Jestliže je vývoj spojů ve sluchovém analyzátoru zpomalen, opožděně se vytváří i řeč. Důsledkem nedokonalých počitků a vjemů je zpomalení rozvoje vyšších psychických procesů, hlavně myšlení.

Paměť dle Švarcové (2006)

U osob s MR je velice časté, že si dlouho pamatují silné zážitky nebo si člověka spojí s určitou situací, kterou společně prožili, ale nové běžné zážitky si či poznatky si osvojují velice pomalu, rychle je zapomínají, či naučené nedovedou použít v praxi. Paměť jedinců je pomalá a nestálá, což se často chybně interpretuje jako zapomnětlivost. Kvalitu paměti snižuje i nízká úroveň myšlení, nedostatek logického myšlení, neschopnost vyvozovat závěry či analyzovat situace. Dobře si většinou

zapamatují vnější znaky předmětů a jevů, jejich náhodné spojení a nepamatují si vnitřní logické souvislosti. Nepamatují si abstraktní pojmy či slovní výklad.

Emoční a citový vývoj jedinců s MR dle Švarcové (2006)

Emocionalita výrazně ovlivňuje prožívání a chování. Jedinci s MR jsou velice emocionální, i když city jsou vývojově na nižší úrovni. Emoce jsou nejvýznamnějším motivačním činitelem u osob s MR.. Chování těchto lidí odpovídá většinou věkově nižší úrovni. Často se v chování objevuje panika, úzkost, třes, nízká sebekontrola, neadekvátní reakce, vyhýbají se novým a neznámým situacím a lidem. Velice časté jsou přechody nálad, prožívání událostí je povrchní. Emoce jsou egocentrické. Nízká úroveň řízení citů intelektem vede k tomu, že se u dětí opožděně a obtížně vytvářejí morální city: soucit, odpovědnost, povinnost apod. Časté jsou patologické citové projevy: popudlivost, dysforie, euforie, apatie apod.

Volní vlastnosti osob s MR dle Švarcové (2006)

Na jedné straně jedinci s MR jsou sugestibilní, nekriticky přijímají rady a pokyny od druhých lidí, na druhé straně mohou být vůči pokynům či požadavkům naprosto imunní. Vzдорují, snaží se udělat něco jiného, než co požadujeme. Tyto projevy (neiniciativnost a neovladatelnost, sugestibilita a tvrdohlavost) jsou projevem nezralé osobnosti. Tito lidé nechápou naše požadavky, protože nekorespondují s jeho okamžitými potřebami. Nezralost osobnosti a slabé sebeovládání vede k primitivním, bezprostředním reakcím na vnější podněty = zkratkovité jednání. Výchova vůle je velice složitý a dlouhodobý proces, který je ale závislý na hloubce jejich postižení.

Řeč u osob s MR dle Švarcové (2006)

Při hodnocení vývoje řeči je velice důležité posoudit stupeň, typ, formu MR. Vývoj řeči je vždy narušený, opožděný nebo úplně zastavený. Tito jedinci nedosahují ve vývoji řeči normy, vždy je omezena její zvuková, gramatická nebo obsahová stránka. Pro určení mentální úrovně jedinců standardizovanými škálami, které předpokládá určitou mírou verbálního myšlení, je v řadě případů nespolehlivé. Zvláště

pokud se týká jedinců s autistickými rysy či přímo s autismem. Tyto osoby vykazují silně nerovnoměrné rozložení dílčích schopností a selhávají zejména v oblasti komunikace. Z těchto důvodů se užívá při stanovení mentální úrovně těchto osob posuzovací škála CARS = Childhood Autism Rating Scale. Behaviorální oblasti se hodnotí z patnácti různých pohledů. Hodnotí se vztahy k lidem, schopnost nápodoby, schopnost adaptace, úroveň neverbální i verbální komunikace, percepční potíže, hra a užívání předmětů, motorika. Odchýlení od normy, ve srovnání s intaktní populací, se hodnotí na čtyřstupňové škále. Výsledky můžeme získat díky přímému pozorování, informací od rodičů či jiných anamnestických dokumentů. (Hrdlička, Komárek 2004)

Chování osob s MR dle Vágnerové (2008)

Problémové chování jedinců s mentální retardací je ve svém důsledku většinou způsobeno tím, že tito jedinci nejsou schopni pochopit společenské normy a odvodit podstatu společenského chování. V rané dospělosti se stále častěji setkáváme s agresí, která je vyprovokována nepřiměřenými sociálními požadavky, odmítáním okolí, různými zákazy a omezeními, které jedinec není schopen pochopit.

Neverbální komunikace

Pro jedince s mentální retardací je velice nesnadné uspokojit základní životní potřeby. Ve velké většině, zvláště pokud je plně odkázán na péči druhé osoby, což je v případě klientů našich zařízení obvyklé, nejsou ani schopni si o naplnění těchto potřeb adekvátně říci. Handicap umocňuje stav potřeb, avšak z druhé strany brání těmto jedincům v přiměřeném uspokojení jejich potřeb. (Vítková, 2001)

„Verbální komunikace je v podstatě vyjadřování myšlenek pomocí jazyka“ (Havlík, Vurm, 2004, s. 36). Komunikace neverbální je z ontogenetického hlediska vývojově starší. Může být přímá, používá výrazové prostředky slovní (ať již psané nebo mluvené) nebo neslovní (např. posunky apod.). Většina lidí, ať již vědomě či nevědomě, používá k dokreslení významu svých slov mimiku, gesta, řeč těla, či své myšlenky vyjadřují písemně. Neverbální komunikace se nedá odizolovat. Používáme tedy tzv. multimodální komunikaci.

Neverbální komunikaci je v poslední době věnovaná velká pozornost, dle Štěpaníka (2005) vychází z podvědomých impulzů, oslovující emoce a přenášející informace o emočních stavech a vztazích. Neverbální komunikace vypovídá také o temperamentových vlastnostech komunikujících. Neverbální projevy prozradí víc než samotná slova, prozradí sympatie, antipatie, pocity, nálady atd. Z tohoto výčtu je tedy patrné, že pro osoby s mentální retardací, a zvláště pro osoby pečující, jsou dotvářející výrazové prostředky nezbytné. Neverbální komunikace probíhá, jak už jsem uvedla převážně na nevědomé úrovni a pokud jí dokážeme správně porozumět, stává se jedinečným zdrojem cenných informací. I pouhé mlčení má různé podoby a může podávat různá poselství. V komunikaci se neobejdeme bez dovednosti správně číst a interpretovat neverbální sdělení druhé strany. Pomocné, dotvářející výrazové prostředky označované jako nonverbální komunikace jsou dle Janovcové (2003) tyto:

- Mimika: vyjadřuje emoce
- Pohledy: slouží k navázání či udržení kontaktu
- Proxemika: vzdálenost mezi komunikujícími
- Posturika: postoj během komunikace, jedná se konfiguraci jednotlivých částí těla
- Kinestetika: zde hraje velkou úlohu temperament komunikujícího, ale je velmi ovlivněna přidruženými onemocněními (spasticita HK, omezení možnosti pohybu, atetoidní pohyby apod.) Patří sem např. způsob chůze, pohyby rukou, nohou, hlavou
- Gestika: používání gest, při hodnocení je nutno vzít v úvahu kulturní obyčej komunikujícího, danou společenskou normu, omezení způsobené dalším onemocněním viz dříve apod.
- Haptika: bezprostřední dotyk
- Ve výčtu neverbálních projevů se často zapomíná na čichové podněty. Neprávem, neboť čichové podněty bývají natolik silné, že mohou potlačit či výrazně ovlivnit vše ostatní.

Práce s vlastní neverbální komunikací je nezbytná pro osoby pečující či komunikující s jedinci, kteří mají omezené komunikační schopnosti. Musíme si být vědomi toho, jak působíme na ostatní lidi a okolní svět, jaké neverbální signály k nim vysíláme. Tato dovednost je nutná zvláště pro komunikaci s osobami s mentální retardací, poruchou autistického spektra apod., kteří komunikují na bazální úrovni. Spojení gesta a řeči umožňuje dětem s handicapem lépe pochopit smysl slov. I intaktní děti používají nejprve řeč těla = pouze gesta (ukazují prstem). Na základě předchozí situace a zkušenosti, dítě pohyb či gesto provede v určité situaci, a dospělý mu porozumí. Janovcová (2003) uvádí, že pokud handicapovaný projevuje jen malou ochotu a schopnost k opakování motorického vyjadřování pohybu, pak musí dospělý opakovaně provádět tyto pohyby spolu s ním. Teprve postupně se projeví, zda samotný posunek vede k porozumění. Pokud má dítě slovní zásobu kolem 15-20 slov, používání gest postupně ustává a podporujeme děti v používání mluvené řeči. Pro stanovení prognózy narušených komunikačních dovedností se musí brát v úvahu všechny činitele, které na vývoj dítěte působí. Mezi tyto činitele zařazujeme formu a stupeň postižení, různé kombinace vad, mentální potenciál, důležitá je i včasnost zahájení komplexní a logopedické péče, vlivy sociální a úroveň spolupráce odborných pracovníků a rodiny. Větší šanci ke zmírnění následků narušení komunikačního procesu mají děti s lepšími intelektovými schopnostmi, protože lépe spolupracují, jsou více motivované k překonání a vyrovnání handicapu. Podmínkou je ovšem raná komplexní péče a naučit rodiče, jak přistupovat a pracovat se svým dítětem. To je také cílem např. Montessori terapie. Tato terapie je zaměřena právě na práci s dětmi od co možná nejranějšího věku, kdy je větší šance na ovlivnění jeho dalšího vývoje. Velký důraz je kladený na rozvoj motoriky a pohybu, na poskytnutí dostatečného množství podnětů, jakékoliv pomůcky musejí být upraveny individuálně pro potřeby dítěte tak, aby vedly dítě k samostatnosti a stimulovaly jeho vývoj. Nabídkou vždy o něco náročnějšího materiálu, který mírně přesahuje současnou úroveň dítěte, se snažíme o neustálou stimulaci a motivaci, aby vývoj nestagnoval, ale na druhou stranu, aby nedocházelo k nadměrnému selhávání. (Kozelková, 2009). Občas ale i komplexní péče včetně logopedické nepřináší pokroky a musíme hledat jiné cesty. V takovém případě

nastupuje alternativní a augmentativní komunikace, která byla původně vyvinuta pro potřeby slyšících nemluvicích osob.

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK)

Jankovský (2006) uvádí, že používání AAK slouží k překonávání rozdílu mezi porozuměním mluvené řeči a verbálním vyjádřením. Umožňuje osobám s handicapem se aktivně dorozumět, sdělit svá přání a pocity či potřeby.

Augmentativní komunikace slouží k podpoře a rozvoji již existujících komunikačních dovedností a schopností. Využívají ji osoby, u kterých je ztížena možnost vyjadřování či je jejich slovní projev obtížně srozumitelný. (Kubová, 1996) Naproti tomu alternativní metoda komunikace napomáhá osobám, které nemohou verbálně komunikovat, vyjadřovat své pocity a přání jinou formou, než je běžná řeč. Jedná se ve své podstatě o nahrazení řeči. Systémy AAK se využívají jak u osob s vrozeným narušením komunikačního procesu v důsledku handicapů smyslových, mentálních, u centrálních poruch vývoje hybnosti, kombinovaných postižení, tak u poruch získaných a degenerativních. (Janovcová, 2003). Jedinci s poruchou autistického spektra nerozumí komunikačnímu procesu a nevidí v něm smysl. Proto se nesnaží o náhradu verbální řeči jiným alternativním systémem. Proto je stěžejní objasnit těmto lidem smysl komunikace tak, aby pochopili, že určité jednání vyvolává žádoucí reakce. Návuk AAK systémů u jedinců s poruchou autistického spektra je stěžejní částí terapie, bez které lze jen obtížně zvyšovat kvalitu života těchto osob. (Simpson, [2005])

V roce 1983 vznikla Mezinárodní společnost AAK na ochranu práv osob, které mají obtíže v komunikaci. Začala vznikat i poradenská centra, která poskytují ve spolupráci s některými nadacemi, pomůcky či odbornou literaturu. (Janovcová, 2003)

Při výběru vhodného komunikačního systému se musí zohledňovat jak individuální schopnosti dítěte, jeho vývojová prognóza, zaměřit se také musíme na nejpřirozenější koverbální chování: gestika a mimika. V neposlední řadě hraje roli i ochota okolí jedince naučit se komunikovat pomocí těchto systémů. A to nejen rodiny,

ale také pečujících osob v zařízeních, kam dítě dochází. (Klenková, 2006). Vždy je potřeba respektovat postupný rozvoj komunikačních potřeb dítěte. V každém případě jakékoliv sdělení, které je schopno dítě vyjádřit verbálně se nezařazuje do umělých komunikačních systémů. Často se postupuje od reálných předmětů, přes fotografie a obrázky až k piktogramům či se vzájemně kombinují. U dětí, které jsou toho schopni, nastupuje používání písma, manuálních znaků atd. Vnímání jedince tedy postupuje od reálného – trojrozměrného obrazu, po dvourozměrné, symbolové až k práci na PC. Je také naprosto nezbytné, aby všichni účastníci komunikace si zvolený systém osvojili a používali. (Janovcová, 2003)

Při rozhodování o způsobu komunikace a při výběru komunikačního systému musíme zohledňovat tato hlediska – (Janovcová, 2003):

- Pedocentrické hledisko: patří sem
 - verbální dovednosti – schopnost artikulace, slovní zásoba aktivní i pasivní
 - fyzické dovednosti – schopnost motoriky, cílené pohyby a jejich rozsah
 - stav smyslových orgánů – zvláště zrak a sluch
 - míra schopnosti soustředění a unavitelnosti
 - věk, schopnost interakce
 - předpoklad dalšího vývoje a kognitivní schopnosti
 - potřeba motivace ke komunikaci
 - podpora rodiny, personálu, jejich vzájemná spolupráce
- Systémové hledisko musí vycházet z pedocentrického
 - Způsob přenosu: dynamický, kam patří např. znaková řeč, statický – např. piktogramy
 - Ikonicita (schopnost vytvářet asociace): průhlednost (snadnost rozpoznání významu znaku), míra abstrakce, zřetelnost, průsvitnost (vztah mezi znakem a jeho předpokládaným smyslem).
 - rozsah slovní zásoby

Při výběru komunikačního systému je vhodné je vzájemně kombinovat, používat jak symboly, dynamické metody, tak pomůcky, které umožňují

multisenzoriální přístup. Před konečným rozhodnutím je nutné zajistit specializovaná vyšetření zraku, sluchu, psychologické vyšetření a další, které vyplynou z individuálních zvláštností dítěte. Celý systém je postupný proces, kde si musíme ujasnit, zda zvolená metoda bude alternativní či augmentativní, zvolit si reálné cíle, kterých chceme dosáhnout. Musíme si také uvědomit, že je velice důležité začít s AAK, jak jen to je možné. Rodiče totiž často nejprve řeší motorické obtíže dítěte, ale vlastní komunikaci často neřeší. Neboť svému dítěti rozumí a očekávají od okolí, že se také přizpůsobí jeho formě komunikace. Tím odsuzují dítě k izolaci a naprosté závislosti na vůli pečujících osob. Často mají pocit, že AAK zastaví, nebo bude bránit přirozenému vývoji řeči. Proto je potřeba intenzivně pracovat nejen s dítětem, ale i s rodinou. (Janovcová, 2003)

Nejčastější strategie AAK

Laudová in Škodová (2003) strategie klasifikuje takto:

- systémy nevyžadující pomůcky: patří sem nonverbální komunikace, různé manuální znaky a systémy
- systémy vyžadující pomůcky, které dále dělíme:
 - netechnické – ty používají jednoduché pomůcky, předměty, fotografie, piktogramy
 - technické – využívají elektronické komunikační pomůcky, PC, mají speciálně upravený hardware a software, tak aby je mohli užívat i lidé s pohybovým či jiným fyzickým postižením, různé interaktivní tabule, dechová ukazovátka, často individuálně upravená přídatná ovládací zařízení

AAK poskytuje řadu nesporných výhod. Dle Kubové (1996) to jsou hlavně tyto:

- napomáhá k rozvoji kognitivních jazykových dovedností
- umožňuje nácvik samostatného rozhodování jedinců, snižuje se pasivita a frustrace osob z nedostatku sociální interakce.

Na druhou stranu je nutné si přiznat, že nic na světě není ideální a i AAK se vyznačuje určitým množstvím nevýhod. Kubová (1996) mezi ně řadí:

- alternativní systémy vzbuzují pozornost veřejnosti
- intaktní veřejnost nemusí rozumět systému dorozumívání
- pokud je u žáka zavedena AAK, jeho okolí se často mylně domnívá, že již nikdy nebude dítě schopno používat běžnou verbální řeč. Je potřeba okolí vysvětlit, že užitím AAK se podporuje rozvoj mluvené řeči a ne naopak.

Komunikační systém s obrazovými symboly – piktogramy

Komunikace pomocí piktogramů je obvyklá forma předávání instrukcí, varování, příkazů, usnadnění orientace v prostředí bez použití řeči. Na celém světě se piktogramy užívají zcela běžně. Příkladem nám mohou být dopravní značky. *„Mezinárodní normy charakterizují piktogramy jako vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy“* (Janovcová, 2003, str. 18) Tento systém se užívá převážně u těch dětí, které nemohou pochopit grafickou podobu řeči - písmo. Ať již z důvodu mentální retardace, či nízkého věku. Dobře lze tento systém používat u mentálně retardovaných, multihandicapovaných, autistů či dospělých, kteří ztratili schopnost mluvit a psát. Důležité je stále kombinovat manuální znak s verbální řečí, protože tím posilujeme kognitivní schopnosti, napomáháme při rozhodování a zapojujeme tyto jedince do konverzace. (Janovcová, 2003)

Dle Kubové (1997) jedince, které užívají piktogramy, můžeme rozdělit na tři skupiny. V první skupině jsou jedinci s kombinovaným postižením, kteří užívají piktogramy k oboustranné komunikaci, tzn. k vyjádření i pochopení významu. Druhou skupinu tvoří lidé s mentálním postižením, kteří verbálním projevům sice rozumí, ale verbální řeč nezvládají. A třetí skupinu tvoří jedinci, kteří verbální řeči rozumí, zvládají manipulaci a komunikaci s pomocí znaků, ale piktogramy používají jako podporu.

V našich podmínkách, jak uvádí Janovcová (2003), jsou nejpoužívanější modely převzaté ze severských zemí a to Dánska, Švédska, Holandska. Tyto symboly jsou dobře čitelné, vizuálně názorné, dobře zapamatovatelné. Představují osoby, zvířata, věci, základní činnosti, pocity apod. Celý soubor lze tisknout, upravovat, sestavovat z něj pracovní listy, komunikační tabulky. Podrobněji se u PC programů zastavím dále. Dorozumívání pomocí piktogramů je jednoduché, názorné, a není příliš ekonomicky náročné. Často při používání piktogramů lze využít i znak do řeči, abychom podpořili snadnější pochopení. Při osvojování a používání piktogramů je nutné postupovat obezřetně a systematicky. Nejprve seznamujeme jedince s obrázky, symboly, fotografiemi, kterým musí bezpodmínečně rozumět. Naší řečí a ukazováním symbolu dojde k automatizaci. Zde je nutné si uvědomit, že mentální úroveň jedince hraje významnou roli. Jak již jsem uvedla dříve, abstraktní pojmy, zobecňování či vztahové vyjádření budou činit obtíže u jedinců s výrazným mentálním handicapem. Důležitou roli v procesu učení hraje motivace jedince. Tu lze zvýšit odměnou, pochvalou apod.

Janovcová (2003) nastínila, jak postupovat při osvojování a následném používání piktogramů:

- reálný předmět
- reálný předmět + obrázek nebo fotografie
- různé obrázky se stejným obsahem
- situační obrázky + daný obrázek => přiřadit obrázek do situace
- obrázek + piktogram
- piktogram + piktogram
- situační obrázek + piktogram
- sestavování pracovních listů, skládání rozstříhaných piktogramů
- sestavování vět
- tabulky, deníky

Při práci s piktogramy a komunikačními tabulkami je nutné brát v úvahu, že se jedná o záležitost individuální. Nelze tedy použít jednu pomůcku pro všechny. Je nutné se

zamyslet nad tím, co daný jedinec potřebuje ke komunikaci globálně. S každou pomůckou, tabulkou musí jít jedinec dál, nesmí stagnovat. Na druhou stranu úsilí, které jedinec vynaloží, musí odpovídat výsledku, musí motivovat. Práce s piktogramy postupuje dle základních zásad pedagogických, tedy od jednoduchého ke složitějšímu, od známého k neznámému, od konkrétního k abstraktnímu. Komunikační tabulky tvoříme spolu s daným jedincem, jeho rodinou, pečujícím personálem, protože je důležité zjistit, která slova jsou pro vzájemnou komunikaci důležitá. Slova, která je jedinec schopen dát najevo jiným způsobem, do slovníku nezařazujeme. Stále podporujeme mluvený projev. I když je řeč nesrozumitelná, je dobré, když se jedinec snaží o slovní vyjádření s doprovodem obrázku = piktogramu. Nejdůležitější slova jsou ANO, NE. Jejich vyjádření musí být naprosto jasné. Ať již gestem nebo pohledem. Musí být v každé situaci snadno dostupná, např. na vozíku, samostatně připevněná na lůžku, na stole, v kapse apod. Stále zařazujeme nové symboly nebo užíváme známé symboly v nových situacích. Komunikační tabulky lze použít až po přípravné fázi. (Kubová, 1997)

Nejčastěji používanou formou komunikace pomocí piktogramů jsou vizualizace denních činností, které slouží pro pochopení posloupnosti dne, úkolů, orientace v činnostech, možnosti ovlivnění skladby dne apod. Využíváme komunikační sešity, složky, alba s přílnavým povrchem, pořadače atd. Při tvorbě je opět důležité zohlednit všechny schopnosti a dovednosti klienta, zvolit vhodný materiál (listy nesmějí být ani příliš tuhé, ani příliš měkké, nesmějí se sami převracet), a komunikační slovník by neměl být pro klienta příliš těžký. Můžeme použít i piktogramy navlečené na kostkách, otočných mnohostěnech, kartičky navlečené na kroužku apod. Ke snadnějšímu vyhledávání a orientaci je vhodné barevné odlišení jednotlivých kategorií piktogramů. (Janovcová, 2003)

Nové symboly zavádíme postupně, ale zároveň podněcujeme jedince ke komunikaci tím, že je ve slovníku stále něco nového. Stále si musíme ověřovat, že jedinec chápe smysl, a že my jsme mu správně porozuměli. Pomocí piktogramů lze sestavit i tzv. pracovní postupy. Např. nad umyvadlo do výšky očí umístit postup mytí

rukou. Tyto metody se dobře uplatňují u osob s těžší formou mentální retardace či autistů při nácvičku každodenních činností. Grafické znázornění napomáhá k zapamatování posloupností jednotlivých úkonů a podporuje samostatnost a sebeobsluhu. (Janovcová, 2003)

Zvláště u jedinců s dyskinetickými formami DMO, u osob s omezenou motorikou apod. je dobré používat symboly zalaminované, opatřené suchým zipem, magnetem, lepicí lištou atd. Velikost symbolu a počet na jedné stránce je individuální a je ovlivněna jednak zrakovými schopnostmi jedince, kognitivními schopnostmi, a schopností cílených pohybů. Nejmenší počet symbolů jsou dva, maximální není omezen. Jinou formou komunikace je znak do řeči. (Janovcová, 2003)

Znak do řeči

Znak do řeči je jednou z fylogeneticky nejstarší formou komunikace. Tato forma komunikace využívá řeči těla, přirozenou mimiku, gesta. Znak do řeči není znakovou řečí, ale kompenzačním prostředkem. Znak do řeči lze doplnit i o znaky přejaté, uměle vytvořené. Použití znaku do řeči je vhodné zejména pro mentálně retardované jedince, osoby s narušením motoriky, protože na rozdíl od znakové řeči pro neslyšící není důležité precizní provedení znaku. Zrak a kinestetika je důležitá pro zpětnou vazbu a pro paměťovou stopu. Většina lidí se také opírá více o vizuální paměť. *„Používáním znaku do řeči se záměrně prodlužuje předverbální vývojové stádium, kdy komunikace dětí zahrnuje používání rukou a oční kontakt. Struktury mozku, které řídí pohyb rukou a mimiky k sobě těsně v necentrálních a postcentrálních závitech přiléhají a nervová regulace pohybu rukou dozrává dříve než nervové řízení motoriky mluvidel.“* (Janovcová 2003, str.24). Nutné je podporovat snahu o komunikaci, stále chválit při napodobování, aby jedinec zažil úspěch. Pravidla pro používání platí obdobná, jako u použití piktogramů. Gesta musí být jasná, rychlost řeči musí být pomalejší, nepoužíváme příliš složitá souvětí či dlouhé věty. Zpočátku se znakuje jen jedno klíčové slovo, během znakování se musíme stále přesvědčovat, že jedinec správně pochopil význam. Je důležité, aby příslušný systém byl využíván

všude. Nejen v zařízení, ale také v rodině, ve škole, při terapiích apod. Systém není náročný na čas ani na peníze, protože používáme vlastní ruce.

Dle Vater a Boudzio (1996) jsou pravidla aplikovatelná na všechny ostatní vizuálně motorické komunikační systémy tyto:

- komunikátor provází svoji řeč gestem, přičemž slovo i posunek probíhají současně
- komunikátor mluví a gestikuluje, až když se na něj komunikant podívá
- vzdálenost mezi nimi nemá být menší než 50 cm a ne větší než 2 metry
- obsah posunku je podpořen mimikou
- komunikátor povzbuzuje komunikanta k napodobování gest
- pokud k napodobování gest nedochází, komunikantovi vedeme ruku
- na každé gesto komunikanta se musí přiměřeně reagovat
- při výběru používaných komunikačních posunků se musí brát zřetel na schopnost vnímání a motorických dovedností

Mimo znak do řeči lze použít znakovanou češtinu. Tato metoda využívá znaky pro neslyšící, ale důsledně dbá na správnou skladbu vět a gramatiku. Proto se pro osoby s mentální retardací většinou nepoužívá. Je vhodná pro výuku neslyšících či tlumočení.

Dalším typem je znakování klíčových slov, která jsou důležitá pro vlastní sdělení. Tento typ je vhodný pro použití právě u osob s těžším mentálním postižením. Oba tyto typy samozřejmě doprovázíme gramaticky správnou řečí.

Lze využít i prstovou abecedu, která jednotlivá písmena abecedy znázorňuje pomocí různých poloh prstů. Je buď jednoruční, nebo obou ruční. Pro AAK se využívá jako doplněk tam, kde není vytvořen znak. Pro osoby s mentální retardací je samostatná prstová abeceda příliš složitá a i pro multihandicapované jedince z důvodu manuální náročnosti nepoužitelná. (Janovcová, 2003)

Cued speech je systém osmi tvarů ruky, které představují skupiny souhlásek a šesti poloh ruky a obličeje, jež označují samohlásky a dvojhásky. Tento systém se využívá spíše u osob se sluchovým postižením či s vývojovou apraxií a v našich podmínkách se příliš nepoužívá.

Metoda Tadoma je využívána převážně u osob slepohluchých. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o hmatové čtení. Ruka postižené osoby se dotýká obličeje a krku mluvící osoby tak, že palec spočívá na rtech a cítí tak pohyby rtů, čelisti a jazyka. U osob s kombinací vady zraku a sluchu se také užívá obdoba zvaná tactiling – taktilní vnímání, kdy člověk s postižením umístí své ruce, nebo jen palec na krk mluvící osoby a tak má možnost vnímat vibrace. Obě tyto metody jsou náročné na soustředění a poměrně dlouhodobý výcvik. Z těchto důvodů nejsou tyto metody pro osoby s mentální retardací vhodné.

Další dotykovou komunikací je i metoda Lormovy abecedy. Kde jednotlivá písmena se vyznačují dotykem na dlani a prstech jedné ruky. Opět se užívá zvláště u osob slepohluchých.

Komunikační systém MAKATON

Tento komunikační program vznikl zásluhou britské logopedky Margaret Walker a psychiatrických konzultantů Kathy Johnson a Tony Cornforthem z Královské asociace pro pomoc neslyšícím. Jméno tento nonverbální komunikační systém dostal díky svým tvůrcům, jako složenina počátečních písmen jejich křestních jmen. (Janovcová, 2003)

Makaton byl vyvinut ve výzkumném projektu pro osoby s mentálním postižením, autisty, nebo osoby, jejichž řeči není rozumět, nebo mají velké obtíže při komunikaci. Dobré výsledky jsou také u osob po CMP či osoby s balbuties, které cítí stres při vyjadřování, a ten následně zhoršuje komunikaci. Ve své podstatě se jedná o systém ucelených manuálních znaků a symbolů, které jsou doprovázeny mluvenou řečí. (Janovcová, 2003)

Pro tento komunikační program se již i u nás pořádají kurzy a školení. Cena se pohybuje od 2800,-Kč a jsou většinou dvoudenní. Uživatelé, kteří již zvládli všechny znaky ze slovníku Makatonu, mohou je doplňovat znaky z jazyka pro neslyšící. Výhodou tohoto systému je fakt, že slovník Makatonu je mezinárodní, což je nutné respektovat při zavádění, ale uživatel se bez jakýchkoliv bariér domluví i v zahraničí.

Slovník obsahuje zhruba 350 slov, sestavených do osmi stupňů podle náročnosti. Nejprve se používají jak znaky, symboly tak i mluvená řeč. U malých dětí či mentálně retardovaných jedinců, se systém kombinuje s využitím fotografií a obrázků. Tak jako u všech typů AAK je i zde důležité, aby všechny osoby, které přijdou do styku s uživatelem Makatonu tento systém důsledně při komunikaci používali. Používání tohoto komunikačního systému by se nemělo omezit jen na výuku či komunikaci s terapeutem, ale měl by se stát samozřejmým prostředkem komunikace v životě celé rodiny a nejbližšího okolí. (Janovcová, 2003)

Komunikační systém Bliss

Autorem tohoto systému je rakouský chemik Charles Bliss, který se nesnažil o vytvoření komunikačního systému pro handicapované jedince, ale chtěl vytvořit univerzální komunikační prostředek bez ohledu na mateřský jazyk, ale nenašel uplatnění. Až v roce 1971 byl tento systém využit pro osoby s těžkými dysartiiemi a anartiiemi. Tento systém zahrnuje jak abstraktní, tak konkrétní pojmy. (Janovcová, 2003)

V současné době se tento systém využívá u osob s anartriemi, poruchami motoriky, mentálně retardovaných jedinců, u multihandicapovaných, autistů atd. V roce 1975 byl v Torontu založen Institut pro komunikaci se symboly Bliss. Díky tomuto institutu došlo k rozšíření tohoto systému celosvětově. V našich podmínkách není tento systém využíván nijak hojně. Jednak není dostupná literatura v českém jazyce a někteří odborníci označují symboly za příliš složité. Uživatelé musejí být schopni kategorizovat, znát počáteční písmena slov, a orientovat se v gramatických

pravidlech. Výhodou je systémová logika, která usnadňuje pochopení a jako jeden z mála systémů AAK zachovává gramatická pravidla řeči. (Janovcová, 2003)

Janovcová (2003) dále uvádí, že z dvacetišesti prvků vzniklo 1400 symbolů, po poslední revizi v roce 1992 je to již 2300 symbolů. Komunikace probíhá pomocí ukazování prstem, jednou částí ruky nebo tělem, zamířením paprsku apod. na jednotlivé symboly. Tyto symboly jsou sestavovány do komunikačních tabulek. U některých jedinců lze kombinovat systém Bliss a znaky Makatonu.

Komunikační pomůcky, jako jsou deníky, tabulky, sešity apod., se sestavují individuálně. Využíváme konkrétní předměty – ty jsou důležité u osob se sníženou představivostí, mentální retardací, autistů – autičko, toaletní potřeby, vidlička. Dalším stupněm jsou fotografie, obrázky, piktogramy, jednotlivá písmena abecedy, slabiky, slova, fráze. Použití písma je standardní, ale většina osob s mentální retardací není schopna zvládnout techniku čtení. Na druhou stranu pokud je nad obrázkem slovní vyjádření, usnadňuje to komunikaci intaktní populace, která tento systém neovládá.

Výměnný obrázkový komunikační systém VOKS

Tento systém byl vytvořen převážně pro děti, které nejsou schopny napodobovat pohyby, ukazovat a pro osoby s poruchou autistického spektra. Tento systém vychází z metody označované jako PECS. Pro tento systém je důležitá motivace. Zvláště pro osoby s poruchou autistického spektra či s mentální retardací je výběr konkrétní odměny velice důležitý. Celý systém učí osoby smysluplně komunikovat, posilují je v navazování kontaktů a podporují vlastní iniciativu. Návčik vypadá tak, že pokud dítě podá komunikačnímu partnerovi obrázek, např. s rohlíkem, dostane skutečný rohlík. Tento systém umožňuje snadno pochopit celý smysl a posiluje dítě v touze po komunikaci. (Knapcová, 2006)

Protože se využívá při učení systém odměn, učení probíhá nejprve od pochutin, oblíbených předmětů a činností ke konkrétním dovednostem: dojít pro obrázek, požádat o oblíbenou věc, složit z obrázků větu a odpovědět na otázky apod. Při návčiku jsou nutné dvě osoby. Jedna osoba komunikuje a druhá funguje jako

asistent – dovede dítě k obrázkům, asistovaně provádí pohyb rukou při podávání obrázku, zmírňuje stud a ostych při komunikaci apod. Jakmile dítě pochopí smysl systému, komunikuje bez asistenta.

Nespornou výhodou tohoto systému je dostupný metodický materiál, dále pak snadné osvojení systému výměn, poměrně vysoká motivace, omezení závislosti na druhých osobách při komunikaci a v neposlední řadě také omezení nevhodného chování. (Janovcová, 2003)

Globální čtení – alternativní výuka čtení s využitím globální metody

Některé děti, ale i dospělí, nejsou schopni osvojit si dostatečně čtení. Tato metoda, tedy metoda globálního čtení, učí jedince chápat slovo, jako známý celek. Autorem této metody je belgický lékař Ovide Decroly a slouží pro mentálně retardované osoby a předškolní děti. Základem této metody je gestaltpsychologie, podle níž vnímáme celky. Propagátorem této výuky čtení u nás, byl Václav Příhoda.

Metodika je zde opačná, postupujeme od celku k jednotlivostem. Hlavním cílem je stimulace zrakového vnímání, verbálního myšlení, rozvoj komunikativních dovedností, trénování záměrné pozornosti atd.

Tuto metodu využíváme pro osoby mentálně retardované, se sluchovou vadou, jako podpora při dysfázii, při poruchách učení, pokud předpokládáme, že dítě se nenaučí čtení běžnou metodou analyticko-syntetickou. Zahajujeme výuku, pokud má dítě slovní zásobu alespoň 50 slov alespoň pasivně. Tato metoda se také uplatňuje jako přípravná u jedinců komunikujících pomocí znaku do řeči, kteří se připravují pro použití např. počítačů s řečovým syntetizátorem. (Janovcová, 2003)

Učebními pomůckami jsou soubory obrázků s textem. Hemzáčková, Pešková (2001) uvádějí, že nejsnazší je mít obrázek v trojím vyhotovení: jednak je používáme k vytvoření leporel, druhé k vlastnímu učení a třetí lze skládat jako puzzle, rozkládat na jednotlivé části apod. Písmo je velké, tiskací, které může dítě obtahovat, skládat ze

stavebnice, dřívěk atd. Jako metodika pro výuku globálního čtení je v našich podmínkách dostupná učebnice výše uvedených autorek *První čtení*.

Doporučení z této učebnice:

- slova s obrázky předkládáme v omezeném počtu a dle individuálních schopností
- rychlost učení podporujeme vedením ruky, chválením, povzbuzování
- nové pojmy se zařazují až po zvládnutí předchozích – z nabízených možností vybere správný obrázek a přiřadí správné slovo
- slovo pod obrázkem správně sestaví z nabízených písmen
- písmena napodobujeme obtahováním, skládáním, modelováním a sestavuje z nich předepsané slovo
- manipulace se skládkou podporuje zrakové vnímání – hrou přiřazuje dítě k obrázkům příslušné slovo a naopak
- k předloženému obrázku skládáme slovo z písmen = zapojí se hmat

Sociální čtení

Sociální čtení je metoda podpůrná, pomocná a využitá jako motivace pro žáky, kteří nezvládají nároky běžné základní školy. Toto čtení se uplatňuje při rozvoji rozumových schopností a orientačních dovedností. Tato metoda je efektivní u dětí, které rozumějí, verbálně komunikují, aktivně reagují, ale běžného čtení nejsou schopni. Sociální čtení je součástí sociálního učení.

Sociální čtení má tři složky:

- fotografie a obrázky
- piktogramy
- slova a skupiny slov

Důležité je zaměřit se na ty situace, které jsou pro jedince důležité a prakticky využitelné. Např. obaly zboží, postup při vaření znázorněný obrázky nebo piktogramy,

informační piktogramy v obchodech, na úřadech, v dopravě apod. v prostředí pro něj známém. (Janovcová, 2003)

Jak uvádí Janovcová (2003) děti, které mají problémy s běžným čtením, rozděluje do tří skupin:

- děti, které mají potíže s vnímáním velkých písmen. U těchto dětí pravděpodobně proces čtení nezačne
- děti, které mají problémy ve čtení. Tyto děti většinou poznají písmena a ve velké většině jsou schopny zvládnout nároky první třídy, ale čtou převážně bez porozumění. Právě pro tyto děti je sociální čtení určeno.
- Děti, které mají potíže v procesu čtení, ale jsou schopni jej dále rozvíjet. U těchto dětí bude výuka sociálního čtení fungovat jako doplněk.

Dle Kubové (1997) se s nácvikem sociálního čtení zpravidla začíná až po určité době školní docházky, kdy výuka běžného čtení nebyla úspěšná či efektivní. Věková hranice není dána a je potřeba zohlednit mnoho faktorů.

Facilitovaná komunikace

Tento systém je založen na záměrně určeném výběru komunikačních jednotek. (Janovcová, 2003). Ke komunikačním jednotkám patří kartičky s obrázky, symboly, piktogramy, písmena se slovy, počítače či jiné pomocné přístroje či komunikační tabulky.

Tato metoda vznikla v Austrálii v 70. letech. V 90. letech metodu použil dr. Douglas Biklen, který vyškolil více než tisíc asistentů.

Základem pro tuto metodu byla tabulka s abecedou a slovy ANO – NE. S dopomocí potom handicapovaní ukazovali na jednotlivá slova či písmena. Facilitátor přidržuje ruku nebo zápěstí komunikátora a tím zjišťuje zpětnou vazbu a stimuluje jej ke komunikaci, ale nesmí ovlivňovat výsledek sdělení. Postupně se omezuje asistence na nejmenší možnou míru. Facilitátorem může být rodič, zkušený pedagog, opatrovník atd. Základní myšlenkou této metody je, že mnoho jedinců je

zdánlivě těžce postiženo mentálně, ale přitom má neuromotorický handicap, který jim znemožňuje mluvenou řeč či ovládat hlasové projevy. (Janovcová, 2003)

Je bezesporu, že facilitovaná komunikace, kde podporu poskytují rodiče, významně upevňuje vztah mezi nimi. Tato metoda dává možnost komunikace i těm, kteří jinou možnost nemají a mohou alespoň touto formou ovlivňovat dění kolem sebe, podílet se na plánování vlastního dne. Odpůrci namítají, že komunikaci velmi ovlivňují z velké části právě asistenti. (Janovcová, 2003)

Velký pokrok pro tuto metodu je využití počítačů. Je možné použít klávesnice počítače, text napsat, vytisknout, máme možnost použít PC s hlasovým výstupem, různě upravené klávesnice, spínače atd.

Bazální stimulace a komunikace

Lidé, kteří mají velmi těžké mentální postižení, často v kombinaci s fyzickým handicapem nejsou schopni verbálně reagovat a také velice často na verbální podněty nereagují vůbec. Takovíto jedinci komunikují na bazálních úrovních, vyjadřují se svými tělesnými projevy. K porozumění, komunikaci a stimulaci takto těžce handicapovaných jedinců nám slouží koncept bazální stimulace. (Friedlová, 2006)

Tento koncept se využívá od 70. let. Jeho autorem je profesor Andreas Fröhlich a do ošetrovatelské sféry jej přinesla profesorka Christel Bienstein. Původně byl vyvinut pro péči o jedince v apalickém stavu na jednotkách intenzivní péče. Postupně se koncept rozšiřoval do celé pečovatelské sféry.

Jak uvádí Friedlová (2006) tělesný a duševní vývoj je proces závislý na výživě, péči, podnětech v interakci mezi pohybem, vnímáním, komunikací a sociálním prostředím. Při využití doteku, jako komunikačně terapeutického faktoru, je důležité si uvědomit kvalitu doteku. Dotek nesmí být nahodilý či chaotický. Po celou dobu je potřeba bedlivě sledovat vegetativní projevy člověka a pokusit se vcítit do jeho prožívání. Ke komunikaci lze využít somatickou, vibrační, vestibulární, olfaktorickou, orální, optickou a taktilní stimulaci.

- Somatická a taktilně haptická simulace: základní formou komunikace je dotek. Záleží na kvalitě doteku, kterým se utvářejí vztahy. Somatické podněty slouží k poznání a využití povrchu těla k lokalizaci podnětů, vnímání charakteru povrchu
- Vibrační, vestibulární a akustické podněty: stimulují vnímání vibrací, tónů, zvuků, šumů. Záleží na kvalitě, intenzitě, charakteru, poloze a pohybu hlavy v prostoru
- Orální podněty: zde stimulaci zaměřujeme na aktivaci ruka – ústa, zprostředkování čichových a chuťových podnětů
- Vizuální podněty: aktivní postavení očí, hlavy, schopnost fixace pohledu

Dalším příkladem bazálně dialogické podpory je metoda označovaná jako DOSA. Japonští psychologové zjistili, že děti s paretickou formou DMO při zhyponotizování = odstranění psychického bloku, lépe provádějí záměrné a uvolněnější pohyby, než při plném vědomí. V 90. letech minulého století se metoda začala využívat i v Německu. Jak uvádí Janovcová (2003) základem této metody jsou dvě vědecké domněnky:

- Děti s kombinovanou či pohybovou vadou, mají díky chybnému či nedokončenému vývoji uloženy v CNS neúplné pohybové vzory
- Tyto děti mají možnost pohybového rozvoje, ale chybí jim zkušenost v důsledku vlivu psychiky

Prostřednictvím pozitivních tělesných kontaktů a pomocí pohybu si dítě buduje vztah nejdříve ke své osobě a ten postupně zdokonaluje a rozvíjí tím vlastní výrazové prostředky. Stimulace musí probíhat v klidném prostředí, bez rušivých vlivů. Dotyky musí být systematické, cílené, vědomé. Soustředíme se na chování a projevy. Tato metoda je o vědomém vcítění se do těžce handicapovaného člověka. Z tohoto důvodu je důležitá kontrola vlastních emocí, myšlenek a postojů. (Janovcová, 2003)

Totální komunikace

Dříve tento pojem sloužil pro oblast výchovy sluchově postižených jedinců. V dnešní době se tento termín užívá pro souhrn všech možných a dostupných způsobů

komunikace. Cílem je využít pro člověka co nejpřirozenější a nejméně náročný komunikační systém, který respektuje jeho individualitu.

Komunikační pomůcky

Etran – N

Jedná se o nepříliš rozšířenou komunikační pomůcku, která slouží osobám bez možnosti verbální komunikace, které ukazují pouze očima.

Janovcová (2003) popisuje použití této pomůcky tak, že komunikující sedí proti sobě a mezi nimi je kolmo postavená umělohmotná deska s otvorem uprostřed, kterou na sebe vidí. Oba komunikující mají k dispozici slovníček se slovy či frázemi, piktogramy apod., které se vztahují k určitému číslu, nebo barvě. Deska je polepená čísly, nebo se dají využít barvy atd. Pro lepší přehlednost se na okraje desky umísťují maximálně 3 symboly. Nemluvící vybere očima (pohledem) na desku příslušné číslo. Počet slov či frází můžeme rozlišit i barevným rozlišením podkladu. Nemluvící pak vybírá nejenom barvu, ale i číslo. Mluvící potom nahlas a zřetelně vysloví sdělení. Nemluvící následně správnost potvrdí pohledem, dohodnutým signálem. Např. ANO = pohled vzhůru, NE = pohled dolů. Až po souhlasném sdělení se pokračuje v komunikaci dále.

Jak je na první pohled patrné, tento systém komunikace je náročný a pro jedince s mentálním handicapem obtížně pochopitelný. Z tohoto důvodu se pro tyto osoby téměř nevyužívá. Další překážkou pro výuku představuje příliš velké úsilí, které musí handicapovaná osoba vynaložit, což je demotivující.

Pomůcky s hlasovým výstupem

Pomůcky, které mají hlasový výstup, se označují jako komunikátory. Rozdělit je můžeme podle druhu nahrané řeči. Laudová in Škodová (2003) dělí komunikátory takto:

- Digitalizovaná řeč: zde máme možnost přímo nahrát lidskou řeč. Výhodou je, že pomůcku můžeme používat bez ohledu na jazykové prostředí. Umožní zachytit místní dialekt, tón a tempo řeči známé osoby, dětský či dospělý hlas, tak aby byl pro uživatele pomůcky co možná nejpřirozenější. Můžeme i zachytit zvuky z okolí např. zvuk jedoucího auta, vlaku letadla atd.
- Syntetická řeč: je generovaná počítačem. Nevýhodou je, že řeč působí uměle. Výhodou naopak, že nepotřebuje tak velkou kapacitu paměti a s použitím speciálního softwaru lze nahrát nové vzkazy od uživatele

Důležitá je i zpětná vazba pro uživatele. Ta může být:

- Sluchová: klapnutí, písknutí, kliknutí ...
- Hmatová: rozlišit lze podle potřebné délky stisku klávesnice
- Zraková: časté jsou světelné ukazatele u skenovacích systémů

Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem se liší i rozsahem paměti Janovcová (2003):

- Fixní paměť: nedá se měnit uživatelem a je dána při výrobě pomůcky
- Otevřená paměť: uživatel může měnit různé vzkazy, nahrávat zvuky, slova a různě je obměňovat

Výhodou těchto pomůcek je, že není důležitý zrakový kontakt, sdělení je srozumitelné pro všechny a využít se dá v mnoha situacích. Práce s takovýmto typem pomůcky většinou uživatele baví a je snadnější je motivovat k práci s nimi.

Nevýhodou je, že spolu se zvyšující se dokonalostí samozřejmě stoupá i pořizovací cena. Navíc některé komunikátory se syntetickým hlasem nejsou koncipovány pro češtinu. V současné době je možné využívat i komunikátory přenosné, které mají i různý počet polí. Mezi tyto komunikátory patří i Go-Talk. Tato pomůcka se vyrábí v několika modifikacích umožňující nahrát až dvacet různých vzkazů. Nastavit lze také až pět úrovní. (První krok [2011])

PC programy v našich podmínkách

Práce s počítačem je pro děti mentálně retardované stejně přitažlivá jako pro intaktní populaci. Na trhu jsou již dostupné různé kompenzační pomůcky pro práci na počítači, upravené klávesnice, ukazovátka atd. Při pořízení je potřeba zhodnotit jednak mentální úroveň, motorické schopnosti, ale i okolí – zázemí, kde bude uživatel pomůcku využívat. (Janovcová, 2003)

K nejnámějším a nejpoužívanějším patří: Altík: tento program slouží ke zhotovování a tisku komunikačních tabulek pro osoby, které se nemohou dorozumívat mluvenou řečí. Tabulky mohou být složeny z fotografií, obrázků, obrázkových symbolů, piktogramů či slov. Program obsahuje několik obrázkových sad, sloužící k vyjádření až 900 různých pojmů. Pro rodiny s postiženým dítětem je cena 1 950 Kč. Výrobce Petit Olomouc. (a)Program pro alternativní komunikaci [2011])

Symwriter je nový program nejen pro alternativní komunikaci od britské firmy Widgit. Program je plně upraven pro češtinu, obsahuje přes 8 000 symbolů, ke kterým je možné přidat až 20 000 různých označení. Součástí programu je také 1 500 obrázků. Součástí programu syntetický hlas pro hlasový výstup. Symwriter funguje jako jednoduchý textový editor, v němž se ovšem při psaní textu automaticky objevují symboly. Ty se zobrazí rovnou nad napsané slovo v textu. Pokud název nebo označení symbolu nevyhovuje, lze si zvolit vlastní text k symbolu. Tak lze program využít např. pro jednoduché vytváření materiálů pro klienty, kteří špatně rozumí mluvené nebo psané řeči (např. smlouva uživatele a poskytovatele soc. péče, individuální plány apod.). Pro uživatele, kteří nepíší na běžné klávesnici, lze využít klávesnice na obrazovce s principem skenování, takže ji lze ovládat jedním spínačem. Nespornou výhodou tohoto programu je, že lze na internetu stáhnout demo verzi, a tak bezplatně vyzkoušet, zda bude program vyhovovat. Cena programu je kolem 3600,- Kč pro rodiny s dítětem s postižením, a 4500,- Kč pro organizace. (b)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

AC Keyboard je program určený pro alternativní komunikaci pomocí osobního počítače. Uživatelé jej mohou ovládat myší nebo jednou klávesou či tlačítkem s využitím tzv. principu skenování. AC Keyboard komunikuje s českým hlasovým syntezátorem CS-Voice, který umožňuje hlasité čtení slov nebo vět podle výběru uživatele. Součástí programu je klávesnice a několik základních komunikačních tabulek, které si uživatelé mohou doplnit o samostatně sestavené tabulky. K nahrání zvuku lze využít i soubory wav, pomocí nahráním přirozené řeči přes mikrofon do počítače). Cena programu 1000Kč pro soukromé osoby a 1500 Kč pro organizace. (c)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

Boardmaker je další program k zhotovování a tisku komunikačních tabulek. V celosvětovém měřítku je patrně nejrozšířenější. Základní verze obsahuje přes 3000 barevných symbolů ze všech oblastí běžného života. Tyto symboly jsou upraveny a přeloženy do češtiny. Ovládání není složité, ačkoliv menu je v angličtině. Cena 9 500,- Kč (jednolice s CD - lze nainstalovat na více počítačů, ale funguje jen s vloženým CD, takže lze současně pracovat pouze na jednom PC). Výrobce Mayer- Johnson, Inc., USA. (d)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

Brepta je program pro rozvoj jazyka a řeči v nejširším pojetí, mohou ho používat logopedi i speciální pedagogové při výuce, je zaměřen na děti předškolního věku, ale lze ho použít i při práci s dospělými osobami např. s afázií nebo pro děti s poruchami řeči. Program vytvořilo občanské sdružení PETIT a lze se rozhodnout, zda bude program ovládán myší, šipkami, dvěma klávesami (mezerník a Enter) nebo jednou klávesou či tlačítkem s využitím pohyblivého se rámečku, což umožňuje práci i klientům s tělesným postižením. Základ programu tvoří databáze asi 1200 zvukových podnětů, které jsou doplněny obrázky. Princip programu spočívá v tom, že z počítače se klientovi ozývají zvuky, slabiky, slova, věty apod., ke kterým má vybrat odpovídající obrázek. Jsou zde i některé hry (zvukové pexeso, slovní fotbal apod.). Při řešení úkolů je možno vybrat si úroveň obtížnosti, takže je možno pracovat s různými klienty. Vypnout lze například popis úkolu, který potom logoped popíše klientovi vlastními slovy tak, aby nejsnáze pochopil zadání. Cena programu je 3490,- Kč, pro

rodiny s dítětem s postižením je cena 1250,-Kč. (e)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

Další program vhodný pro základní školy speciální, logopedická pracoviště, speciální pedagogy je Méd'a. Obsahem je předškolní výchova, základní matematické představy, cvičení paměti, vztahy mezi pojmy, barvy, řada her-pexeso, skládání puzzle apod. Jednou z jeho částí je i program „Zraková výchova“, vhodný pro děti se zrakovým postižením. Další částí je „Pasivní sledování“, která obsahuje i takzvané animace- skládání obrázků pomocí mezerníku- po složení se obrázek dá do pohybu a zahraje. Velmi vhodné pro úplně malé děti nebo pro děti s těžším mentálním postižením. Program lze ovládat buď šipkami, klávesami, nebo skenujícím rámečkem. U Pasivního sledování ovládnutí pouze mezerníkem. Na našem trhu zatím nejvhodnější program pro děti s postižením, které s počítačem začínají. Je vhodný i pro děti s těžkým postižením jemné motoriky, protože je zde možnost ovládnutí jednou klávesou, velmi dobré využití má pro předškolní výchovu.

Jednotlivé programy:

- Pasivní sledování - vhodné pro úplný začátek práce s počítačem
- Zraková výchova - pro děti s postižením zraku (velké obrázky)
- Základní smyslová a rozumová výchova - obsahuje jednodušší úkoly a hry
- Výchova pro pokročilé - trochu složitější úkoly a hry
- Piktogramy – slouží k nácviku jejich poznávání, rozlišování, procvičování, skládání do vět. Nejedná se tedy o komunikační program v pravém slova smyslu, ale lze s jeho pomocí sestavit a vytisknout komunikační tabulku podle individuálních potřeb.

Těchto 5 programů dohromady stojí 1 900,- Kč, pro soukromé osoby 950,- Kč, multilicence 2 900,- Kč. Výrobce o.s. Petit Olomouc. Nevýhodou je, že tyto poměrně oblíbené programy fungují pro starší verze počítačů s operačním programem Windows 95 a 98. (f)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

Program pracující s novější verzí operačního systému počítače Windows XP a vyšší, je GRID. Grid 2 umožňuje uživatelům použít počítač jako pomůcku s hlasovým výstupem a užívat pro dorozumívání tabulky ze symbolů, slov nebo písmen. Tabulky lze individuálně vytvářet. Můžeme také využít přístup k mnoha dalším programům (Word, Excel, nastavení počítače apod. Kromě toho lze pomocí programu posílat a přijímat sms, pracovat s programem Skype, vyhledávat na Internetu, poslouchat hudbu staženou do počítače a další. Program je možno využít i pro lidi s těžkým tělesným postižením, kteří nemohou pracovat s myší ani klávesnicí. Lze ho ovládat jedním spínačem (umístěným například u hlavy) pomocí principu skenování na klávesnici či tabulkách na obrazovce. Spínač je zapojen přes USB adaptér do počítače. I tento program lze bezplatně vyzkoušet pomocí demoverze. Cena programu: 9 900,- Kč. Cena adaptéru: 1 700,- Kč. (g)Programy pro alternativní komunikaci [2011])

Na trhu se samozřejmě objevují stále nové a nové PC programy, pomůcky, které usnadňují práci s PC apod. Pokud nejsou vhodné přímo pro komunikaci multihandicapovaných osob, velice dobře poslouží pro výuku AAK metod či výrobu pomůcek pro komunikaci.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Ve své práci se zabývám problematikou AAK v zařízeních sociálních služeb a pro možnost srovnání získaných informací pouze Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Zákon č. 108/2006 Sb. charakterizuje v §48 tuto službu takto: „*V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*“ V těchto zařízeních může být vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření. Domovy poskytují tyto služby: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (zákon č. 108/2006Sb.)

Cíl práce a výzkumné otázky

V teoretické části jsem představila nejužívanější a nejdostupnější metody AAK. Jak jsem již v úvodu mé práce zmínila, toto téma jsem zvolila z profesního zájmu. Drtivá většina klientů v našem zařízení se potýká s nějakou formou narušené komunikace. Jak pro tyto klienty, tak pro ošetřující personál je velice důležité, aby komunikační most probíhal pokud možno bez větších těžkostí. Pro kvalitní poskytování služby, která zohledňuje holistický přístup, je komunikace nezastupitelná. Specifikem pobytových služeb je, že se u klienta střídá celá řada osob poskytující péči či podporu, anebo jen zajišťují chod zařízení. Na rozdíl od služeb ambulantních či ve školských zařízeních, kde se jedná o ten samý personál a klient po té odchází domů, do svého prostředí. I z tohoto důvodu je vytvoření jednotné metodiky pro práci se systémy AAK důležité. Dala jsem si za úkol zmapovat problematiku AAK v některých pobytových zařízeních u klientů s kombinovaným postižením a získané informace shrnout do uceleného souboru, který poslouží jako podklad pro vytvoření funkčního metodického pokynu pro pracovníky v přímoobslužné péči v našem zařízení, což je také hlavní cíl mé bakalářské práce.

Při zpracování problematiky jsem se zaměřila na získání odpovědí na tyto výzkumné otázky:

1. Jaké školení ohledně AAK absolvoval personál v daném zařízení a zda je považuje za dostatečné pro zahájení práce s AAK.
2. Jak je řešena AAK z pohledu individuálního plánování služby uživatele.
3. Jaké nejčastější překážky při zavádění AAK do praxe musí řešit poskytovatel sociálních služeb.
4. Jaké nejčastější překážky musí řešit sám uživatel, potažmo jeho opatrovník, při zavádění AAK do každodenního života.

Použitá metoda

Pro zpracování praktické části jsem si vybrala kvalitativní formu výzkumu, jako hlavní techniku polostrukturované interview a hloubkový rozhovor. Pro kvalitativní rozhovor je důležité bezpečné prostředí, délka rozhovoru, koncentrace a v neposlední řadě také citlivost. Hendl, (2005). U polostrukturovaného interview jak uvádí Kozlová, [2011] se rozhovor řídí stanovenými otázkami s variantními odpověďmi, které mají stanovené pořadí. Tyto otázky jsem seřadila do záznamového archu, připomínající dotazník (viz.příloha č. 1), z kterého jsem vycházela při hloubkovém rozhovoru. V průběhu rozhovoru jsem do tohoto dotazníkového archu zaznamenávala doplňkové informace získané z těchto šetření, abych získala ucelený pohled na situaci.

Na počátku jsem respondentům vysvětlila motivaci tohoto šetření, představila sebe, zařízení, v kterém pracuji, důvod sběru dat a jejich následné použití. Z každého zařízení, ve kterém probíhalo šetření, jsem si vybrala respondenty, kteří mají již nějaké zkušenosti v oblasti AAK a nějakým způsobem se podílejí na realizaci těchto forem komunikace s klienty a jsou ochotni se podělit o své zkušenosti. Otázky v záznamovém archu jsou členěny do několika oddílů. Otázky 1. – 4. jsou identifikační. Od otázky č. 5 jsem se soustředila na vlastní systémy AAK v zařízení a otázky týkající se metodiky, zavádění a práce se systémy AAK. Následovaly otázky ohledně individuálního plánování služby klientů, předcházející lékařská vyšetření osob užívající některé formy AAK, a nakonec obtíže při zavádění těchto systémů do praxe.

Charakteristika zařízení, kde probíhalo šetření

Pro sběr dat jsem si vybrala zařízení poskytující srovnatelné služby pro srovnatelnou skupinu klientů. Soustředila jsem se na domovy pro osoby se zdravotním postižením, dále jen DOZP, či ústavy sociální péče, dále jen ÚSP.

ÚSP Lidmaň

Prvním zařízením, které jsem navštívila je ÚSP Lidmaň. Zřizovatelem této organizace je kraj Vysočina, jedná se o příspěvkovou organizaci. Na základě registrace dle zákona 108/2006Sb. poskytují tyto služby: domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Kapacita zařízení je sto klientů. Poskytují služby osobám mobilním, částečně imobilním, s lehkou až těžkou mentální retardací, popřípadě s kombinovanými vadami, které ukončili povinnou školní docházku a nepřipravují se na své budoucí povolání a jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování pobytových služeb, protože jim potřebné služby nemůže zajistit rodina a terénní pobytové služby by byly nedostatečné. Služba je poskytována osobám od 18ti let věku, přičemž horní věková hranice není omezena. V současné době formu služeb DOZP využívá 98 klientů.

Tabulka č.1: Věková struktura klientů v zařízení k 31.12. 2010

Věk klientů	Počet klientů
3 – 6 let	0
7 – 12 let	0
13 – 18 let	0
19 – 25 let	7
26 – 35 let	41
36 – 45 let	42
46 – 55 let	8
56 a více let	1
Průměrný věk	36

Zdroj: Výroční zpráva, [2011]

Pobytové služby v tomto zařízení nezískají osoby těžce zrakově postižené, trvale ležící a dále osoby, které se projevují agresivně a nejsou schopny kolektivního soužití. Další negativně vymezenou skupinou jsou osoby závislé na hracích

automatech, na drogách a alkoholu. Původně se jednalo o zařízení pouze pro muže. V současné době zde žijí dvě ženy v partnerském vztahu. Celé zařízení je rozděleno do osmi oddělení. Klienti jsou ubytováni v jednotlivých úsecích dle svých mentálních schopností a dovedností. Ubytování klienti jsou převážně v jedno a dvoulůžkových pokojích. Třílůžkové pokoje jsou na oddělení čtyři a šest. Klienti s nejtěžšími handicapem jsou ubytováni na pátém oddělení ve dvou čtyřlůžkových a jednom dvoulůžkovém pokoji.

ÚSP Lidmaň poskytuje komplexní péči s důrazem na rozvoj samostatnosti a soběstačnosti klientů, podporu jejich schopností rozhodovat o svém životě a snaží se klienty zapojovat do veřejného života. Cílem poskytovaných služeb je vytvořit klientům život co možná nejvíce podobný životu intaktní populace. Podporovat snahu uživatelů o samostatném rozhodování v otázkách vlastního života. Klienti, kteří jsou toho schopni, pracují na chráněných pracovištích a to v Knoflíkářském průmyslu Žirovnice – 5 klientů, JMV Obrataň – výroba dřevěných palet - zde pracuje 16 klientů, MěÚ Černovice – dva klienti, Essentia – výroba obrazových rámců - jeden klient, Kana Pelhřimov – výroba dřevěných válečků, potřeby na natírání – jeden klient, ZZN Pelhřimov – údržba obilních sil – deset klientů, VOD Kámen – pomocné práce v zemědělství – osmnáct klientů. Z výčtu je zřejmé, že se podařilo nalézt zaměstnání pro větší polovinu klientů.

Zdravotní péče je zajištěna praktickým lékařem ordinujícím v Lidmaňi 1x týdně, psychiatr dochází do zařízení 1x za čtrnáct dní. Za stomatologickou péčí dojíždějí klienti do Černovic anebo do Kamenice nad Lipou.

AAK je zavedena převážně na pátém oddělení, kde individuálně pracují s některými klienty. Z oficiálních dokumentů mají alternativní formou zpracovány smlouvy s klienty na poskytování sociálních služeb a postup při vyřizování stížností.

Domov Petra Mačkov

Dalším zařízením, z kterého jsem čerpala informace je Domov Petra Mačkov. Jedná se o příspěvkovou organizaci Jihočeského kraje, jejímž posláním je poskytovat

pobytové služby sociální péče a jejich uživatele podporovat v přirozeném způsobu života s využíváním přirozených sítí za důsledného dodržování lidských práv a s důrazem na důstojnost klientů.

Zařízení je poměrně veliké a registrovány má tyto služby: DOZP, chráněné bydlení Mačkov a Blatná, sociálně terapeutické dílny. Informace jsem získávala jen z úseku DOZP z důvodu možnosti srovnání s ostatními zařízeními. Služby na úseku DOZP jsou poskytovány klientům od tří let věku pro osoby s mentální retardací či kombinovanou vadou. Průměrný věk uživatelů je 35 let. Celková kapacita je 70 klientů a z tohoto počtu je 40 klientů zcela imobilních. (Domov Petra Mačkov, [2011]). Péče je zajištěna odborným personálem a to zdravotními sestrami, ošetřovatelkami, pracovníky sociální péče, vychovateli, ergoterapeuty a fyzioterapeuty. Domov je členěn do tří oddělení, která jsou prostorově a materiálně vybavena pro klienty s kombinovanými vadami. Po celém zařízení je instalován pojezdový transportní systém, který slouží jednak k snadnější a důstojnější manipulaci s klientem, ale také k rehabilitaci, vertikalizaci a k nácviku chůze či samostatného pohybu s pomocí. Součástí pavilonu DOZP je prostorná a zčásti zastřešená terasa, která umožňuje za příjemného počasí celodenní pobyt venku. Celá terasa navazuje na balkon. V zařízení funguje dobře systém klíčových pracovníků, kteří mají na starosti jen dva, maximálně tři klienty, což považuji za naprosto ideální. Domov poskytuje širokou škálu terapeutických aktivit. Funguje zde výroba keramiky, loutek, tkaní, šití, pletení, muzikoterapie, hydro a hipoterapie, rehabilitace, cvičení ve skupině a na míčích, fitness, arteterapie-malování, práce ve skleníku, vjemová terapie, edukace sebeobslužných činností apod. Snahou personálu je zapojit všechny klienty podle jejich možností a schopností a samozřejmě je vhodně motivovat.

Domov Petra Mačkov nabízí také širokou škálu služeb, kterou využívá veřejnost. Jedná se převážně o možnost využívat bazén, vodoléčbu, vířivku, podvodní masážní lůžka. Dále nabízí možnost ubytování na pokojích s příslušenstvím a malou kuchyňkou. Veřejnost má také možnost stravování buď přímo v objektu anebo si mohou zájemci stravu odnášet domů. V pracovních dnech mají možnost výběru ze

dvou jídel. Veřejnost také využívá možnosti hiporehabilitačních jízd na koních. Tato služba není omezena věkem, ale pouze vahou člověka. Zařízení vlastní a provozuje otevřenou jízdárnu, bezbariérovou nástupní rampu a celkem šest koní pro hiporehabilitaci. Další zajímavou doplňkovou činností Domova Petra je možnost praní prádla pro veřejnost. Domov také nabízí pronájem kurtů či ostatních ploch např. velký zasedací sál pro konání školení, večírků či oslav. Dvakrát v týdnu mají také návštěvníci galerie v Blatné a Základní školy speciální možnost zakoupit si vystavené výrobky uživatelů služeb Domova Petra. Z tohoto výčtu je patrné, že zařízení nežije izolovaně, ale aktivně se snaží zapojovat a seznamovat společnost s životem klientů.

Domov Petra Mačkov klade velký důraz na vzdělávání svých klientů. Ačkoliv v roce 2008 došlo k odloučení školy od Domova a k sloučení se základní školou v Blatné, přesto Domov stále úzce spolupracuje se školou. Klienti, u kterých je to alespoň trochu možné dojíždějí do školy vlastním autobusem, a těm, kteří nejsou schopni dopravu zvládnout, je sestaven individuální vzdělávací plán a pedagogové dochází přímo za nimi. Osoby s nejtěžším stupněm handicapu a plně imobilní navštěvují rehabilitační třídu, která je zřízena přímo v Domově. (vzdělávání, Domov Petra Mačkov, [2011]).

Lékařská péče je zajištěna přímo v Domově. Praktický lékař dojíždí jedenkrát týdně, pediatr, neurolog a psychiatr 1x za čtrnáct dní, 1x za měsíc stomatolog. Logopedická péče probíhá v základní škole speciální. V akutních případech a mimo tyto hodiny zajistí lékařskou péči poliklinika Blatná nebo Strakonice.

AAK provádí jak terapeuté, kteří mají přímo na odděleních své pracovny, tak přímoobslužný personál. Pracují s konceptem bazální stimulace a stimulace smyslů. Dále se v zařízení užívá VOKS, a na jednom oddělení se zavádí systém Makaton, který se učí jedna klientka.

Bobelovka - centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb

Třetím zařízením, které jsem navštívila v rámci sběru informací pro bakalářskou práci, bylo Bobelovka – centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb Jindřichův Hradec. Jedná se o příspěvkovou organizaci Jihočeského kraje, která poskytuje sociální služby klientům s mentálním či kombinovaným postižením a to formou denního, týdenního stacionáře či formou celoroční, a to jako DOZP. Spodní hranice pro přijetí do tohoto zařízení je stanovena na pět let, horní hranice není omezena. Opět jsem se věnovala pouze klientům, kterým jsou poskytovány služby v DOZP. Kapacita této části zařízení je 24 klientů s mentálním či kombinovaným postižením. Z tohoto počtu je pouze 6 klientů mladších 18 let.

Uživatelé jsou rozděleni do menších skupinek na základě jejich schopností, dovedností, věku, zájmů, zařazení do sociálně terapeutických skupin či školní docházky. Cílem všech pracovníků je vytvořit uživatelům život co možná nejpodobnější životu intaktní populace. Klienti jsou maximálně podporováni v užívání dostupných veřejných služeb. Dobře zde funguje systém klíčových pracovníků a veškerá péče se odehrává na základě individuálních plánů klientů. Filozofie práce je postavena tak, aby co možná nejvíce připomínala život v rodině. V zařízení fungují terapeutické dílny, a to hlavně keramická, tkalcovská, výtvarný ateliér, dílna pro práci se dřevem, ale také např. cvičná kuchyňka. Obyvatelé zařízení mají rozpracované individuální plány, podle kterých se řídí celý jejich den. Sami si vyberou, které aktivity chtějí navštěvovat a spolu s klíčovým pracovníkem do plánu zapracují školní vzdělávání, volnočasové aktivity, terapie a podle potřeby se do plánu operativně zařazují např. návštěvy lékařů, výlety, kulturní akce atd. Pracovníci pravidelně organizují rekreační pobyty, zájezdy, výlety, sportovní a kulturní akce. Zážitky potom zveřejňují v Informačních novinách Bobelovky a události ze života uživatelů jsou doplněny fotografiemi. Noviny jsou velmi populární jak mezi samotnými klienty, tak i ze strany veřejnosti, která si tak může lépe představit život za branami zařízení.

K areálu patří i velká zahrada s bohatými možnostmi sportovního a dalšího volnočasového vyžití včetně venkovního bazénu. Jednotlivá oddělení se vždy starají o určitý úsek zahrady, což umožňuje obyvatelům jednak si upravit např. předzahrádky dle vlastních představ osázením květinami a jinou zelení, a také se učit nebýt lhostejní ke svému okolí. Na svou práci jsou po právu pyšní.

Lékařská péče v zařízení je zajištěna prostřednictvím zdravotnických zařízení ve spádové oblasti. K praktickému i jiným odborným lékařům jsou klienti dováženi na základě předchozího objednání či v akutních případech ihned v doprovodu klíčového pracovníka či zdravotního asistenta. Běžnou zdravotní péči zajišťuje jeden zdravotnický asistent anebo do zařízení dochází zdravotní sestry Domácí péče. Rehabilitační péči zajišťují dva fyzioterapeuté přímo v zařízení. Procedury jsou prováděny na základě ordinace lékařů ve spádových zdravotnických zařízeních.

Z AAK se v DOZP používá zejména VOKS a výuka komplexního čtení. Zařízení má také zpracovanou metodiku „Jak mluvit a psát o lidech s mentálním postižením“. Jedná se o soubor zásad komunikace s klientem s handicapem v oblasti mentálních schopností. Na nástěnkách mají obyvatelé vyvěšené letáky pro podání stížností, které jsou upravené pro snadnější pochopení. Celý postup je jednoduchými hesly popsán a pro snadnější pochopení a orientaci je text doplněn grafickým vyobrazením.

Pracovníci mají k dispozici na interní počítačové síti zařízení poměrně rozsáhlou knihovnu pro zaměstnance, kde mohou načerpat potřebné informace ke svojí práci. Je zde uloženo mnoho užitečných materiálů ke stažení, které pomáhají k soustavnému zvyšování kvality odborných znalostí a přehledu o nejnovějším dění v oblasti sociálních služeb. K nalezení jsou zde např. materiály týkající se plánování individuálních služeb, sexuální osvěty, ochrany práv uživatelů, celá řada manuálů apod. Celá knihovna je postupně doplňována a aktualizována.

Posledním zařízením, které jsem navštívila, byl DOZP Osek. Jelikož při jednání o rozsahu uveřejněných informací v bakalářské práci nedošlo ke shodě se

statutárním zástupcem organizace, zvolila jsem jako náhradní organizaci Diagnostický ústav sociální péče Černovice.

Diagnostický ústav sociální péče Černovice

Diagnostický ústav sociální péče Černovice je samostatnou příspěvkovou organizací zřízenou krajem Vysočina. Zařízení poskytuje péči 172 klientům. Opět se jedná co do kapacity, ale i do rozsahu poskytovaných služeb, o velké zařízení. I zde jsem se soustředila pouze na sektor služeb DOZP. Kapacita této části je 133 klientů.

Cílem pracovníků DOZP je poskytnout klientům služby dle systému ucelené rehabilitace, na základě zkušeností a úzké spolupráce multidisciplinárního týmu a facilitace. Hlavním cílem je poskytnout klientům podporu v dosažení co nejvyšší kvality osobního života a usilovat o inkluzi do života v regionu. V zařízení fungují metodické týmy s různým zaměřením. V jeho čele stojí vždy nejzkušenější pracovník, většinou s nejvyšším vzděláním, který je zodpovědný za práci celého týmu a koordinuje jeho činnost. Odborně jej vede a zprostředkovává přenos informací k dalším pracovníkům. Těchto metodických týmů zde funguje celkem osm: diagnostika vychovatele, logopedie, zdravotní tělesná výchova, hudebně pohybová výchova, tělesná výchova a sport, autismus, ruční práce, muzikoterapie a relaxace. Ubytování jsou klienti na jedno, dvou a třílůžkových pokojích.

Zdravotní péče je v DOZP zajištěna 36 pracovníky, z toho dva lékaři na zkrácený úvazek. V zařízení ordinuje: pediatr, rehabilitační lékař 1x za čtvrtletí, psychiatr 1x za čtrnáct dní, neurolog, urolog 1 x za čtrnáct dní. Další potřebné lékařské vyšetření klienti podstupovali u příslušných odborných lékařů. Rehabilitaci zajišťují vlastní zaměstnanci fyzioterapeuté a jedna ergoterapeutka.

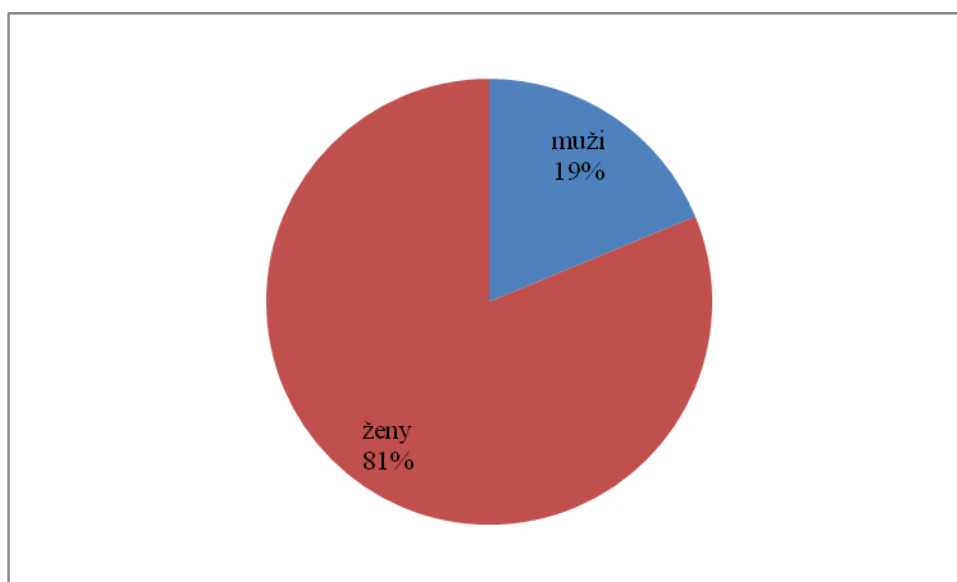
Jak jsem uvedla již výše, v zařízení funguje logoped a metodický tým zaměřený na logopedii a podporu komunikace. Z metod AAK se vybírá po dohodě tohoto metodického týmu vždy nejvhodnější způsob komunikačního systému pro konkrétního klienta. Uplatňované systémy mají charakter spíše totální komunikace s využitím všech dostupných možností, prostředků a schopností klienta. Úspěšnost

práce s klientem je pravidelně hodnocena. Nezbytnou součástí této praxe je kontinuální vzdělávání pracovníků v přímoobslužné sféře.

Vlastní výzkumné šetření

Ve všech výše uvedených zařízeních jsem oslovila jen ty pracovníky, kteří nějakým způsobem již s AAK pracují či metodicky vedou další zaměstnance v přímoobslužné sféře. Celkem jsem informace získala od 16 osob. Z celkového počtu oslovených, byli jen tři muži.

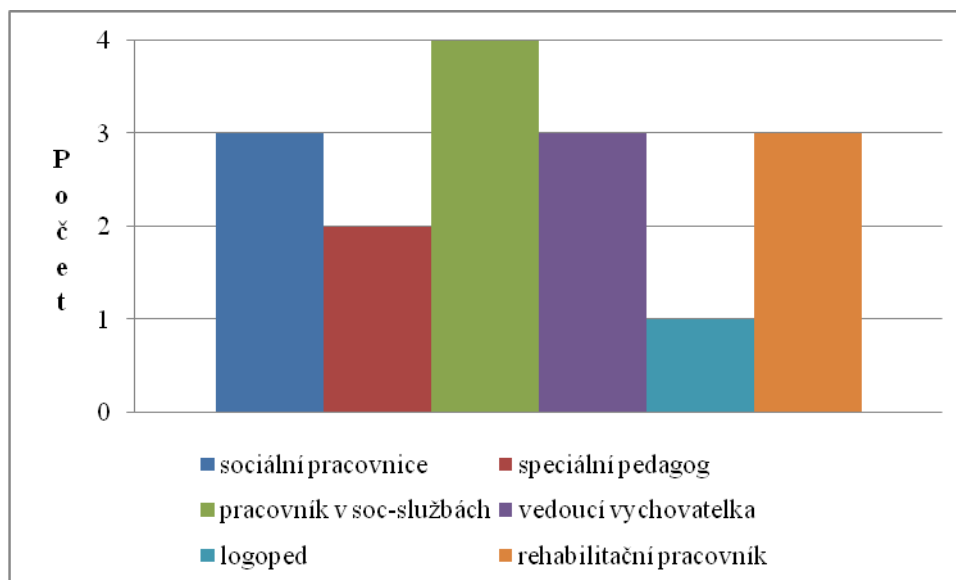
Graf č.1: Respondenti dle pohlaví



Zdroj: vlastní šetření

Dotazovaní uvedli tyto pracovní pozice:

Graf č. 2 : Pracovní pozice dotazovaných



Zdroj: vlastní šetření

Většina dotázaných uvedla praxi v oboru více než 6 let. Při mapování situace v jednotlivých zařízeních ohledně věkového rozložení klientely, převažují uživatelé starší 18 let. Všechna oslovená zařízení pracují s AAK, avšak v různé míře.

Ve dvou zařízeních mají zpracovanou metodiku týkající se všeobecných zásad komunikace s klientem s postižením. Jedno zařízení má převzatou metodiku z komunikačního systému Voks. Jedno zařízení nemá žádnou metodiku týkající se alternativních metod komunikace.

Ani v otázce potřebnosti metodických materiálů nepanuje shoda. Většinou pracovníci s odborným vzděláním a vyšším, necítí potřebu obecné metodiky. Jako potřebné uváděli pouze rozpracované konkrétní kroky, zvláštnosti či určitá specifika konkrétního klienta. Naproti tomu řadoví pracovníci, pracovníci přímoobslužné péče = pracovníci v sociálních službách, by jednotnou metodiku uvítali. Při rozhovorech

uváděli např. „...nevím přesně, jestli postupuji správně. Nemám na to vzdělání.“ ... „cítím se nejistá, je těžké zajistit, abychom všichni postupovali stejně, když to není nikde napsané“ V zařízení, kde pracují dle zásad komunikačního systému Voks, se cítí pracovnice při práci jistější. Dále uváděly, že mají pocit, že je jejich práce systematická, ví, jak mají pokračovat, co bude následovat apod. Asi třetina dotázaných uvedla, že postup práce s klientem v AAK, by měl být řešen jen v rámci individuálního plánu služby. Postupně jej doplňovat o nové informace. Tento způsob ale vyžaduje již určitou znalost problematiky, a v neposlední řadě také odborné vedení. Pracovníci postupují podle zásad, které vytvoří přímo individuálně pro konkrétního klienta multidoborný tým a pravidelně je vyhodnocují a upravují. Další otázka se týkala seznámení řadového personálu s metodickým materiálem. Ve všech zařízeních prošli pracovníci v poslední době nějakým školením ohledně AAK. Ve třech zařízeních probíhá proškolení pracovníků, kteří mají zájem, v konkrétním komunikačním systému. Jedno zařízení se nijak nezaměřuje na proškolení zaměstnanců v AAK a ani zaměstnanci v současné době sami tato školení nevyhledávají. Téměř ve všech zařízeních se zaměstnanci s metodikou ohledně AAK seznámili na školení od externího školitele. Jedno zařízení odbornou úroveň zaměstnanců ještě kromě externích školení doplňují průběžným vzděláváním a metodickým vedením pomocí vlastních odborníků a školitelů.

Odpovědi na otázky, zda se vzdělávají všichni klienti s handicapem v oblasti verbální komunikace, jsou opět nejednotné. Pouze jedno zařízení se snaží u všech klientů nalézt náhradní komunikační systém či podpořit jinou formou řeč. V ostatních případech, většinou po dohodě vyberou zaměstnanci klienta, u kterého předpokládají, že nácvik komunikačního systému bude úspěšný a s ním dále pracují. Tento postup zdůvodňovali většinou většinou většinou většinou „když se do třiceti nenaučil používat něco jiného, těžko ho to naučíme teď“ anebo, „my rozumíme tomu, co nám chce, už ho za ta léta dobře známe...“

Při šetření jsem zjistila, že většinou pokud klient jednou v minulosti selhal v AAK, byl pracovníky odsunut na okraj jejich zájmu a považovali tohoto klienta za

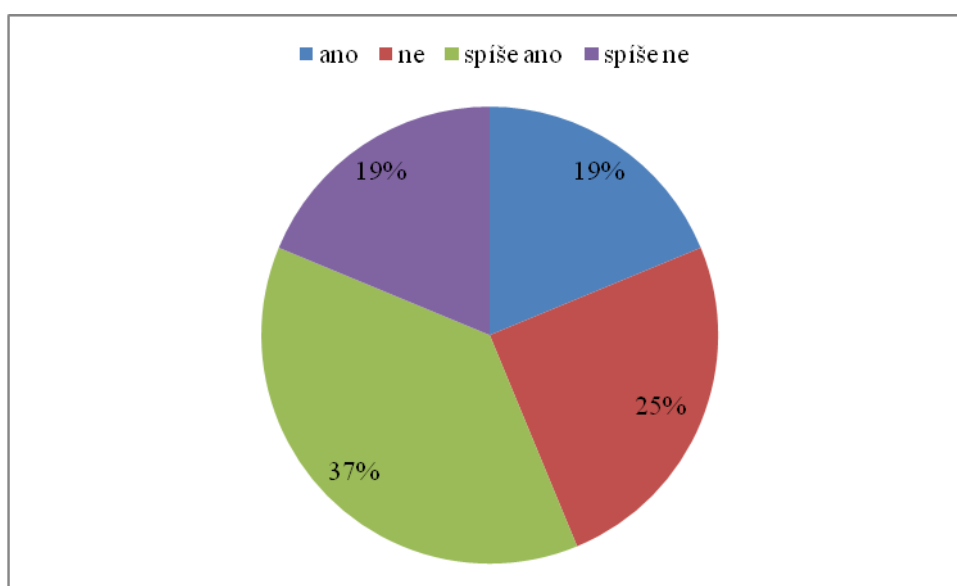
neschopného pochopit a používat AAK a dále se věnovali jen těm klientům, u kterých nějaký posun zaznamenali. Poslední část tvoří klienti, kterým bylo vzdělávání v AAK doporučeno terapeuty či speciálními pedagogy.

Ve většině oslovených institucích nepovažují za důležité vzdělávat klienty, kteří nemají problém v oblasti komunikace, ale jsou v denním styku s těmito klienty. Jako nejčastější důvod uváděli nedostatečnou intelektovou úroveň, kterou zaměstnanci chápou jako limitující pro zvládnutí AAK, nezájem klientů o komunikaci s klienty handicapovanými v oblasti verbálního projevu a naopak - klienti běžně komunikující se přirozeně domluví, pokud chtějí, s lidmi s handicapem řeči. V jednom zařízení byla popsána situace, kdy se klientka s řečovým projevem, jen mimoděk (pozorováním) naučila používat několik obrázků s piktogramy, ale při snaze o komunikaci s handicapovaným klientem tento s ní odmítal komunikaci a záměrně nereagoval. V jednom zařízení argumentovali pracovníci obavou z degradace klientů v případě plošného zavádění AAK. „...doma přece nemáme polepené všechny předměty a všude nevisí obrázky a naším posláním je vytvořit domov...“ Zaměstnanci jiného zařízení uvedli, že „aplikují metody AAK na celém oddělení a i když se aktivně nezúčastňují výuky všichni uživatelé, přesto jsou obklopeni pomůckami, nápisy a jsou tím pádem alespoň pasivně účastníky komunikace, která by pro jejich chápání měla být dostupnější, srozumitelnější a pochopitelnější.

Vzhledem k faktu, že sbírám informace týkající se převážně osob dospělých, z nichž většina neprošla během svého života žádnou školskou institucí, neboť dle dříve platné legislativy byli lidé těžce handicapovaní osvobozeni od povinné školní docházky, zajímalo mne, zda tato skutečnost je dle názoru respondentů důležitá pro úspěšnost výuky AAK. Ani v této otázce se zaměstnanci jednotlivých institucí neshodují. Nadpoloviční většina dotázaných odpovídala ANO či spíše ano. V souhrnu se jedná o 56% z celkového počtu. Svůj názor vysvětlovali jednak profesní zkušeností a dále také často uváděli fakt, že pokud byl člověk s handicapem vzděláván, většinou se nejednalo o těžce handicapované jedince a zkušenost s intenzivnější koncentrovanější formou výuky je prospěšná pro nácvik AAK. Opačný názor zastává

44% respondentů, pro které jsou důležitější osobnostní dispozice každého jedince a ne, zda byl dotyčný formálně vzděláván. I jedinci, kteří nepoznali klasické školské vzdělávání, jsou schopni naučit se alternativní či augmentativní formy komunikace při správném a trpělivém vedení. Tuto skutečnost jsem pro větší přehlednost znázornila v grafu č. 3

Graf č. 3: Vliv školního vzdělávání na úspěšnost zvládnutí AAK

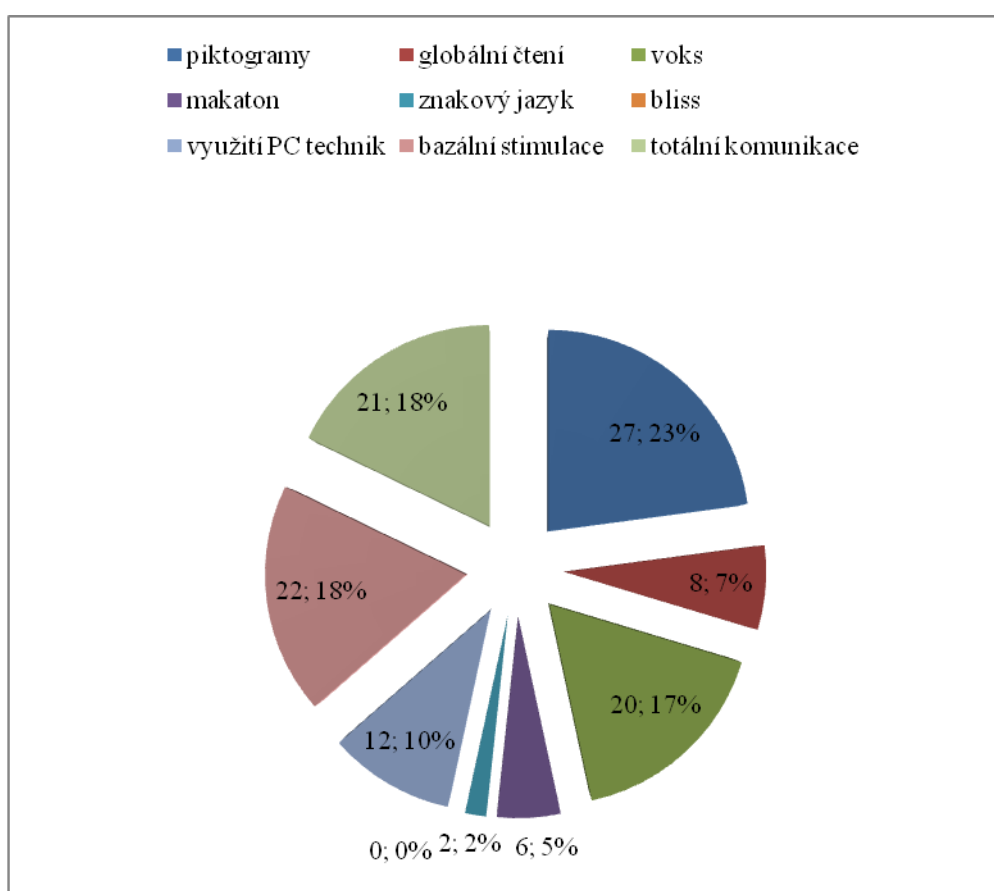


Zdroj: vlastní šetření

Z pohledu AAK jsem zjišťovala, zda uživatelé v souvislosti s AAK absolvovali vyšetření: zraku, sluchu, psychologické vyšetření, vyšetření kognitivních schopností, logopedické vyšetření, psychiatrické vyšetření, vyšetření motorických dovedností či komunikační inteligence. Z rozhovorů vyplynulo, že pouze jedno zařízení provádějící komplexní diagnostiku, zjišťuje u klientů možnou přítomnost somatických či jiných vad, provádí logopedické, psychologické či psychiatrické vyšetření. Zbývající zařízení nepožadují výše uvedené či jiné vyšetření. Vycházejí buď z již provedených vyšetření v minulosti klientů, kdy většina klientů těchto zařízení jsou registrovaní u psychiatrů, psychologů či neurologů apod., anebo na potřebná vyšetření je uživatel odeslán z jiných důvodů, než zavedení AAK systémů.

Abych zjistila zastoupení jednotlivých systémů AAK v zařízení, požádala jsem respondenty, aby přiřadili k nabízeným systémům body dle důležitosti a četnosti od 1 (nejméně) do 10 (nejvíce). Mezi nejužívanější systémy patří: piktogramy (27 bodů), bazální stimulace (22 bodů), totální komunikace (21 bodů), a VOKS (20 bodů) viz. Graf č. 4. Naproti tomu žádné zařízení nevyužívá Bliss a zaměstnanci neuvedli ani jiný komunikační systém, který nebyl v nabídce. PC techniky jsou využívány převážně pro tvorbu výukového materiálu.

Graf č.4: Počet bodů, procentní část

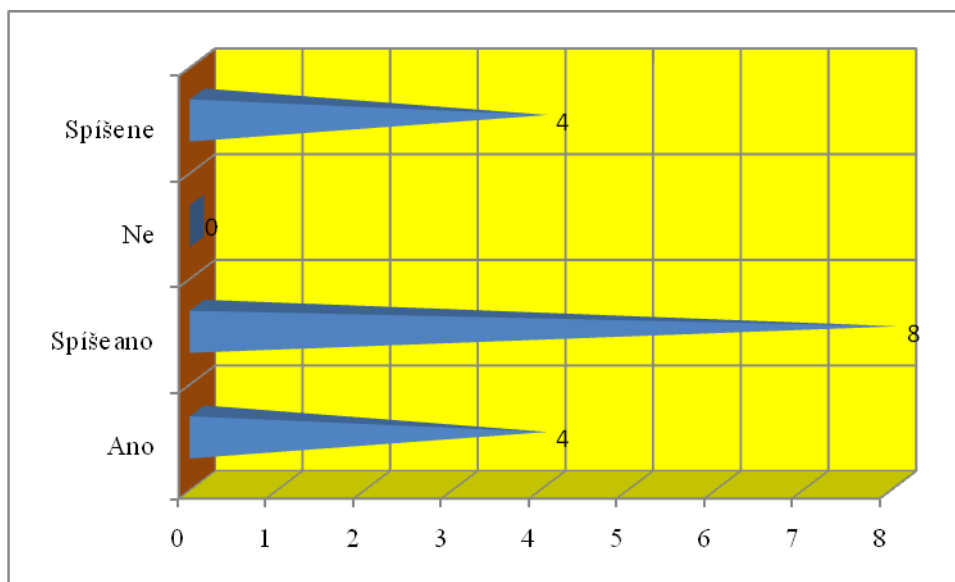


Zdroj: vlastní šetření

Další otázky na respondenty jsem směřovala na oblast vzdělávání a získávání informací o nových trendech v AAK či komunikaci s handicapovanými lidmi. Ve čtyřech případech odpověděli dotazovaní „Spíše ne“ s doplněním, že „...vzdělávání

probíhá průběžně dle aktuálního přání zaměstnanců, ale prozatím stávající proškolení stačí. Pracovníci nevyhledávají nové školení a nemají zájem o nové trendy.“ V osmi případech se respondenti přiklonili k odpovědi „spíše ano“. Z doplňkových rozhovorů vyplynulo, že „zaměstnanci sledují nové školení, rádi se jich zúčastňují a do praxe se snaží přinést nové poznatky“. Iniciativa při výběru školicích akcí vychází z pracovníků. „Sami si vyhledávají oblasti dalšího vzdělávání.“ Ve čtyřech případech dotázaní označili odpověď „Ano“. Ale při rozhovoru uvedli, nevzdělávají záměrně jen v jednom systému AAK, „...protože se obávají kombinovat různé komunikační systémy. Považují zvolený systém za dostatečně funkční a osvědčený a jen v případě nutnosti upravují výukový materiál pro konkrétního klienta.“ Z tohoto důvodu se snaží o proškolení veškerého přímoobslužného personálu v tomto systému a to jak formou akreditovaných školení, tak zapracováním již proškolenými pracovníky z vlastního zařízení. Nikdo z dotazovaných nevedl, že nemá žádné informace ohledně AAK či by neměl možnost se zúčastnit školení na téma AAK. Situaci zachycuje graf č.5

Graf č. 5: Dostatečný přísun informací



Zdroj: vlastní šetření

K jednotlivým faktorům, které nejvíce ovlivňují, dle názoru respondentů, úspěšnost zavádění a následné užívání systémů AAK, přiřadili oslovení body od 1 do

7. Faktor, který nejvíce ovlivňuje úspěšné zvládnutí komunikace, měl bodové ohodnocení 1, nejméně významný 7. V některých případech oslovení označili shodným číslem několik faktorů, které považovali za stejně důležité. Ve čtyřech případech doplnili do nabízených možností možnost „celkové osobnostní dispozice klienta“ a ve dvou případech „aktuální zdravotní a psychický stav klienta“, v jednom případě „osobnost učitele a průvodce AAK“. Situaci zachycuje tabulka s přidělenými body.

Tabulka č. 2: Faktory podmiňující úspěšnost AAK

Pořadí	Faktory podmiňující úspěšnost AAK	Počet bodů
1	Intelektová úroveň	30
2	Včasná intervence	40
3	Smyslový handicap	50
4	Podnětné prostředí	57
5	Motorické dovednosti	71
6	Komunikační potenciál	91
7	Spolupráce s rodinou	97
8	Celkové osobnostní dispozice klienta	
9	Aktuální zdravotní a psychický stav klienta	
10	Osobnost učitele – průvodce AAK	

Zdroj: vlastní šetření

Mezi nejčastěji uváděné obtíže, které musí překonávat pracovníci jednotlivých zařízení při práci a zavádění systémů AAK, respondenti uvedli:

- Neochota ostatních zaměstnanců spolupracovat
- Zajistit, aby všechny zainteresované osoby používali jednotný postup při komunikaci
- Nedostatek metodických či výukových materiálů pro personál
- Není proškolený dostatečný počet pracovníků, finanční náročnost kurzů
- Nedostatek pracovníků: na jednoho pracovníka připadá více klientů ve směně, není čas na individuální práci

- Časová náročnost, která často neodpovídá výsledkům práce
- Nedostatek času a finančních prostředků pro tvorbu výukových materiálů či pomůcek
- Mimo zařízení s klientem nekomunikují pomocí systému AAK
- Pracovníci často s prvními neúspěchy či při pomalém postupu práce se vzdávají a dále nechtějí pracovat s klientem

Faktory, které podmiňují zlepšení komunikačních dovedností uživatelů, vyjmenovali oslovení např. tyto:

- Soustavné opakování již naučeného
- Pravidelnost výuky, důslednost při nácviku
- Stále nabízet něco nového, aby klient nestagnoval, pracovat pro něj se zajímavými materiály
- Nenechat se odradit neúspěchem a stále zkoušet nové věci
- Zpracování jednotných metodických materiálů, nebo dozor metodického vedení
- Zlepšení komunikace mezi jednotlivými úseky = mezioborová komunikace
- Předávání informací mezi pracovníky
- Lidský, empatický přístup ke klientovi
- Dostatek personálu, osobních asistentů
- Dostatek financí na proškolení veškerého personálu

Opatrovníci či rodiče klientů většinou neberou nácvik AAK forem komunikace za důležitý. Zvláště pokud se jedná o klienta staršího, se kterým se s nácvikem začíná. Chápou tuto formu často jako volnočasovou aktivitu, která zpestří život uživatele v zařízení. Zvykli si na „svou“ formu komunikace a jen velice zřídka uvádějí, že se snaží při návštěvách navazovat neverbální kontakt pomocí zaváděného systému AAK. U těžce handicapovaných klientů uplatňují intuitivně prvky bazální stimulace či dotykové terapie. Na druhou stranu nebrání zavádění AAK, ale dle

sdělení personálu se nedotazují na pokroky v tomto směru. U klientů, kterým je opatrovník obec či jiná úřední osoba, je situace obdobná.

Diskuse

Identifikační část

Hlavním cílem mé práce je získat dostatek informací pro podklad funkčního metodického materiálu pro pracovníky přímoobslužné péče v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky. Z tohoto důvodu jsem hledala v našem okolí zařízení poskytující srovnatelné služby pro podobnou klientelu.

Během šetření, sběru dat a rozhovorů, jsem oslovila jednotlivá předem vytipovaná zařízení a jejich statutární zástupce, kteří mne dále nasměřovali na konkrétní pracovníky. Snažila jsem se o kontakt s těmi pracovníky, kteří se nějakým způsobem zabývají AAK v zařízeních a dále jsem se snažila oslovit široké spektrum zaměstnanců co do pracovního zařazení, abych získala pohledy na danou problematiku z více úhlů.

Při pohledu na genderové rozdělení, převažovali ženy nad muži a to v poměru 16:3. I když se jedná o velmi malý vzorek mezi všemi zaměstnanci, odpovídá převaha žen v sociálních službách genderovým statistikám ČSÚ [18.2.2011]. Při zaznamenávání pracovních pozic dotazování nejčastěji uváděli sociální pracovníce a pracovník sociálních služeb. Obě shodně celkem čtyřikrát. Druhé nejčetnější pracovní zařazení bylo vychovatelka a rehabilitační pracovník. Tuto pracovní pozici uvedli dotazovaní třikrát. Ve dvou případech se rozhovoru účastnili speciální pedagogové a jeden logoped. Většina oslovených uvedla delší praxi v oboru než 6 let. Dále uvedli, že v zařízeních, kde pracují, převažuje klientela starší 18-ti let. Tento údaj je shodný se situací v našem zařízení. I z tohoto důvodu jsem si vybírala daná zařízení, neboť jak uvádí Škodová, Jedlička (2003) pro úspěšnost AAK je důležité začít v co nejmladším věku, aby dítě nezažilo zklamání z neúspěchu, bylo v komunikaci aktivní a podpořil se jeho další rozvoj.

Systémy AAK

Ve většině oslovených zařízení AAK systémy zařazují i u klientů, kteří raný vývoj prodělali bez edukace v této oblasti.

Všechna zařízení shodně uvedla, že se systémy AAK pracují, ale jejich míra užívání je velice rozdílná. Všechna zařízení mají zaznamenána v dokumentaci status quo, tedy popsán způsob komunikace, který ten daný klient užívá a ovládá. Ale ve většině případů bez výhledu do budoucna. Důležitost náhradních komunikačních systémů si pracovníci uvědomují. Shodně s Klenkovou (2006) a Janovcovou (2003) zdůrazňovali nezbytnost vytvoření nějaké formy AAK pro vyjádření přání, pocitů a pochopení dění kolem své osoby.

Setkala jsem se také s pracovníky, kteří neznali pojem AAK a neměli představu, co do něj patří. Uváděli v rozporu s údaji získanými od jiných pracovníků stejného zařízení, že žádné tyto metody nepoužívají a systém náhradních forem komunikace neuplatňují. Až po objasnění termínů a seznámení se systémy AAK připustili, že „...něco podobného taky děláme.“ Snaha o porozumění klientům s handicapem v oblasti komunikace je intuitivně vedla k nutnosti používat obrázky, znaky, fotografie, ustálená gesta apod., ale formu jakou zvolil konkrétní pracovník, si předávali jen ústně, pokud vůbec.

V několika případech jsem při rozhovorech zjistila, že např. dotyková terapie či bazální stimulace není pracovníky vnímána jako komunikační systém. Pokud je komunikace pomocí slov, gest či obrázků pro klienta nepochopitelná anebo pro smyslové vady ji nemůže dekodovat, nezbyvá nám než komunikovat pomocí pohybů a doteků. Bazální stimulace je v tomto směru výborný komunikační nástroj, využívá totiž sebemenších reakcí klienta a i tzv. „bezděkých“ reakcí. Učí pečující osoby více vnímat klienta jako osobu a ne jen jako objekt péče. Friedlová (2006)

Protože všechna zařízení uvedla, že se systémy AAK pracují, požádala jsem je o přiřazení bodových hodnot k uvedeným systémům dle míry zastoupení v jejich zařízení. Nejvíce pracovníci, a potažmo i samotní klienti, využívají při komunikaci piktogramy. Překvapivě na druhém místě označili formy bazální stimulace, ačkoliv v počátku rozhovorů nepovažovali často tuto metodu za formu komunikace. Jako třetí nejužívanější systém byla označena totální komunikace. Janovcová (2003), totální komunikaci chápe jako souhrn všech způsobů komunikace, který člověk užívá. Zahrnuje tedy verbální projevy, vizuálně motorické systémy,

mimiku, pomůcky atd. Všechna zařízení uvedla, že totální komunikaci používají, lišili se pouze bodovým ohodnocením. V souladu s výše uvedenou charakteristikou jsem očekávala, že totální komunikace bude mít nejvyšší zastoupení. Přesto pouze v jednom zařízení převažovala. V ostatních případech byla označena na 2. -3. místě. Tento fakt považuji za důkaz, že se pracovníci snaží uplatnit jimi zvolený systém a nezohledňují na prvním místě klienta. Přikláním se k názoru Janovcové (2003), která považuje za vhodnější kombinovat více komunikačních systémů, což napomáhá uplatnění multisenzoriálního přístupu a lépe lze zohlednit individualitu každého klienta. Téměř na stejné úrovni, lišily se jen jedním bodem, označili zaměstnanci systém Voks. Naproti tomu PC programy užívají pracovníci převážně pro tvorbu materiálů ke komunikaci a výuce. Komunikátory s hlasovým výstupem a jiné technické pomůcky byly používány převážně ve školách a při práci speciálních pedagogů. Běžně na oddělení a tudíž ke své každodenní potřebě je klienti neměli.

Problematika jednotné metodiky

Výše uvedené problémy by dle mého názoru měla odstranit jednotná metodika pro zavádění AAK systémů do praxe. Je beze sporu, že stejně jako každé zařízení pro osoby se zdravotním postižením je jiné, tak i klienti, kterým poskytují služby, jsou na různých stupních komunikačních dovedností. Domnívám se, že pokud by celé zařízení mělo zpracované ustálené postupy, s kterými by se pracovníci povinně seznámili, nemělo by docházet k situacím, že na jedné straně jsou v zařízeních zaměstnanci, kteří nic o používaných metodách nevědí a na druhé straně jsou pracovníci, kteří mají znalosti dostatečné a systémy se snaží zavádět. Taková práce je nekoncepční a postrádá smysl. Přitom nutnost jednotného a důsledného používání zvolených forem či podpůrných metod komunikace je nezbytnou podmínkou úspěchu, jak uvádí Janovcová (2003).

Převzetí metodiky z komunikačního systému Voks také nepovažuji za ideální formu, ale domnívám se, že je tato forma rozhodně lepší, než nemít vůbec nic. Problém vidím v tom, že pokud totiž zaměstnanci pracují důsledně podle zvoleného modelu, nezařazují jiné metody. Např. bazální stimulaci či manuální znaky. Pro tyto

případy mají upravenou jinou metodiku a popsány postupy jinde. To dle mého názoru vede ke zbytečné záplavě administrativy, která omezuje a nepomáhá. Další nevýhodu spatřuji v tom, že se pracovníci snaží aplikovat zvolený systém na klienta a nehledají nevhodnější metody a prostředky, které by klientovi umožnili komunikaci.

Z šetření vyplynulo, že tam, kde se pracuje na základě teoretických materiálů, např. metodika, osvědčené postupy, zásady komunikace s handicapovaným klientem apod., se řadoví pracovníci cítí jistější. Zde narážíme na problematiku proškolení zaměstnanců a jejich odbornou úroveň. Dle zákona 108/2006Sb. §116, odst. 1a je za odborně způsobilou osobu pro výkon pracovníka v sociálních službách považován bezúhonný a zdravotně způsobilý občan, který dosáhl alespoň základního vzdělání a absolvoval akreditovaný kurz. Bohužel tuto skutečnost považují osobně za velice nešťastnou. Neboť fakt ukončeného základního vzdělání nepovažují za dostatečnou kvalifikaci pro tuto práci a domnívám se, že ani povinnost absolvování akreditovaného kurzu tuto situaci příliš nezachrání. Výběr pracovníků sice náleží personálním oddělení daných zařízení, ale následné proškolení a zaučování pracovníků je proces velice zdlouhavý a nezdědka končí odchodem pracovníka a na jeho místo nastoupí znovu nová osobnost a celý proces začíná znovu. I v tomto spatřuji výhodu jednotných metodických pokynů. Napomohou totiž při zaškolování nových pracovníků, kteří se často z neznalosti či nedostatku vlastní odborné zkušenosti dopouští zbytečných chyb.

Potřebu jednotné metodiky nespatořovali jako důležitou ta zařízení, kde dobře funguje systém metodických týmů a odborného dohledu či vedení pracovníků. Tito pracovníci uváděli, že postačí pouze záznam v individuálním plánu klienta. Konkrétní kroky postupu sestaví multidisciplinární týmy, které vytvoří systém zásad a jednotlivých na sebe navazujících fází práce s klientem. Odborně vedou řadové pracovníky při práci a ti mají tak možnost se s metodickým týmem poradit v případě problému či navrhnout i jiné řešení. Celý postup je pravidelně evaluován a dle potřeby měněn a přizpůsobován aktuálním potřebám klienta. Tento systém mezioborové spolupráce, v jehož středu stojí klient, je zcela v duchu uplatňování komprehenzivních postupů v systému ucelené rehabilitace. (Jankovský, 2006). V tomto modelu spatřuji

ideální formu práce. Bohužel ve většině zařízení není prozatím možné takto spolupráci nastavit. A to zvláště pro nedostatek odborně způsobilých pracovníků v zařízení a obtížnou spolupráci externích odborníků.

Domnívám se, že svou roli zde hraje také finanční náročnost při zajištění pravidelných odborných konzultací mimo zařízení. Setkala jsem se i s názorem, že se jedná o zbytečně personálně nákladnou záležitost. „Posláním domova je vytvořit domácí prostředí. „Doma je přeci jen úzká rodina a ne zástup odborníků, kteří s klientem stále experimentují.“ Tento postoj byl odůvodňován věkem klientů, kteří již dosáhli ve většině případů dospělosti a úspěšnost alternativních metod je nejlepší v případě rané péče. Jak uvádí Janovcová (2003) raná péče je sice důležitá, ale také ne nezastupitelná pro nácvik AAK. K tomuto bodu se vrátím později, při hodnocení faktorů podmiňující úspěšnost AAK systémů. Pokud již zařízení mají nějaké metodické materiály, seznamují se pracovníci s nimi většinou individuálně. Metodické materiály vznikají přímo v zařízení a podílejí se na jejich vzniku ve větší či menší míře více osob. Přikláním se k názoru Jankovského (2006), který spatřuje mezioborovou spolupráci za naprosto klíčovou. I řadoví zaměstnanci by měli mít dle mého názoru možnost vstoupit do procesu tvorby materiálů, které ovlivňují kvalitu a způsob jejich práce.

Proškolení zaměstnanců

Pouze v případě proškolení pro konkrétní komunikační systém zaměstnanec seznamuje externí lektor a proškolení pracovníci seznamují s postupy další pracovníky. Tento model často naráží na etické zásady účastníků jednotlivých kurzů, neboť většinou tito podepisují prohlášení, že nebudou v uvedených technikách proškolovat žádné třetí osoby. Viz. Kurzy bazální stimulace. Stejně problémy jsou i v případě kopírování či množení teoretických podkladů pro jednotlivé semináře a kurzy.

Přes to je toto běžnou praxí. Důvody spatřuji jednak ve finanční náročnosti pořádaných kurzů a také pokud by všichni zaměstnanci vyrazili na školení, která jsou

často i na více dní, zřejmě by se zařízení potýkalo po tuto dobu s nedostatkem pracovníků, což by mohlo mít dopad na kvalitu poskytovaných služeb.

Považuji za důležité, aby byli klienti od samého počátku svého pobytu podporováni ve snaze o komunikaci navzájem. Aby byli vedeni k iniciativě ve vztahu k druhým lidem s nácvikem respektování soukromí a osobních hranic. Jiná situace je samozřejmě u klientů plně imobilních a klientů s menší mírou handicapu. Zde vidím jako nezbytné trvalé zvyšování odborných znalostí a vědomostí personálu a pravidelné školení v oblasti komunikačních dovedností, psychologie atd., k pochopení zákonitostí vývoje a saturace potřeb lidí s handicapem.

Jako dobrá podpora zaměstnanců zde může fungovat supervize či podpora nezávislého odborníka (Zákon č.108/2006Sb.), který pomůže při pohledu na situaci z venku. Upozorní na zaběhané způsoby práce a jednání a nastaví pracovníkům zrcadlo s vysvětlením možných dopadů na psychiku uživatelů, jejich chování a prožívání. Pracovníci být v dobré víře, a bez zlého úmyslu poškozují klienty a naučí je nepřirozenému způsobu chování. Vždyť ve zdravé rodině je naprosto běžné komunikovat se všemi jejími členy a to formou odpovídající jejich ontogenetickému vývoji.

Vzhledem k situaci, že na poskytovatele sociálních služeb je vyvíjen tlak, aby se věnovali alternativním a augmentativním formám komunikace s klienty, ve všech zařízeních, které jsem navštívila, proběhlo v poslední době nějaké školení s touto tematikou. V jednom zařízení proběhlo informativní proškolení. V současné době zařízení neuvažuje o žádném novém školení s touto tematikou a ani pracovníci sami nevznesli požadavek na tento druh školení. AAK do zařízení přinesla jedna pracovnice, která je sama proškolená v Makatonu a ovládá práci s piktogramy. Ta spolupracuje s jí vybranými klienty na oddělení, kde pracuje. Zařízení, které preferuje komunikační systém Voks se snaží o proškolení dalších zaměstnanců v tomto systému. Zvolený systém jim vyhovuje, mají s ním výsledky, a proto neuvažují o jiných školeních. Dále z rozhovorů vyplynulo, že jako velmi přínosné hodnotí pracovníci ta školení, která probíhají přímo v zařízení. Motivace je dle mého soudu zřejmá. Ušetří čas, který by strávili jinak na cestách a mají možnost seznámit školitele se svým

zařízením, typy klientů a tak se dané školení odehrává na konkrétní téma a řeší se konkrétní problematika.

Zaměstnanci často kritizovali typy školení, které sice svým názvem slibují přínos nových a konkrétních informací, ale velice často se jedná jen o povrchní seznámení se s problematikou, která nic konkrétního neřeší. Pracovníkům v oblasti vzdělávání a školení často chybí konkrétní návody, jak pracovat, jak upravit dokumentaci, jaké záznamy a jakou formou budou požadovány např. s ohledem na probíhající inspekce kvality v sociálních službách. Pravdou je, že školení v tématice AAK, které by přinášelo odpovědi na tyto konkrétní otázky, je velice málo. Z tohoto důvodu se také domnívám, že si pracovníci spíše zvolí pro svou práci konkrétní komunikační systém, kde na příslušném školení obdrží jednak zpracované návody, jak postupovat, ukázky výukových materiálů, doporučené postupy ohledně zaznamenávání výsledků a postupů do dokumentace, a nemusejí jít cestou „pokus/omyl“ a až při kontrolách zřizovatelů, vnitřních auditů či při inspekci kvality sociálních služeb zjišťovat, co a kde by mělo být zaznamenáno a proč.

Nedostatek odborné literatury v českém jazyce a poměrně málo probíhajících školení na konkrétní témata chápou jako překážku masivního rozšíření systémů AAK jak Janovcová (2003), tak i Kubová (1997). Přes tento fakt žádný z oslovených respondentů neuvedl, že by neměl žádné informace o této problematice. Toto považuji za důkaz, že situace se postupně mění a nejen vedoucí, ale i řadoví zaměstnanci chápou význam integrace komunikačních systémů do běžného života zařízení a jejich klientů.

Vlastní práce s klienty v oblasti AAK

Jen jedno zařízení z navštívených uvedlo, že se snaží nalézt komunikační podporu či náhradu verbální řeči pro všechny klienty s handicapem. Tento stav je v rozporu s odbornou literaturou, která uvádí, že komunikace je nezastupitelná v procesu socializace a rozvoji celé osobnosti každého jedince. Že každý člověk má právo se vyjadřovat a komunikovat jazykem a způsobem, kterému bude rozumět. (Janovcová, 2003).

Tato situace, dle mého názoru souvisí také s tím, že pracovníci nepovažují dotykovou komunikaci a bazální stimulaci za formu komunikace, ale za jistý druh terapie. V ostatních zařízeních si pracovníci vyberou klienta, který bude dle jejich názoru v nácviku úspěšný, a s ním dále pracují. V jednom zařízení popisovali pracovníci situaci, že i přes snahu klienty něco nového naučit, tito to odmítají či toho nejsou schopni. Domnívám se, že tento postoj pramení opět z nedostatečné odborné informovanosti o systémech AAK. Neboť jak uvádí Freidlová (2006), komunikace je možná vždy. Jen je potřeba nalézt její adekvátní formu a zvolit vhodný přístup ke klientovi, ať je jeho handicap jakkoliv těžký.

Ani poměrně častý argument, že pracovníci rozumějí klientovi a ví, co asi chce, nepovažuji za správný. Existuje přece rozdílná možnost interpretace posunků a gest. Např. při odsunutí talíře klientem jedna pracovnice uvedla, že je to jasný signál klienta, že již nechce pokračovat v jídle, druhá uvedla, že si myslí, že chce jídlo jen vychladit anebo ještě přidat. Vždy totiž po čase znovu podaný talíř klient akceptuje a nechá se bez odporu dokrmit. I v tomto případě je jasně demonstrována potřeba mít jednoznačně podchyceny komunikační signály klienta. Co znamená ANO, co znamená NE. Společně je konzultovat v týmu, aby zbytečně nedocházelo k nejasnostem a klient nebyl zbytečně zmaten. Tyto zásady uvádí i Kubová (1996). Ať se totiž tento klient pokusil personálu něco naznačit a dát jim určitou informaci, ve stejné situaci se mu dostalo rozporuplné odpovědi. Tento klient, dle mého názoru, pravděpodobně nebude mít do budoucna snahu o komunikaci. Neboť se jeho snaha nesetkává s pozitivní odezvou, anebo se bude uchýlovat k agresivním projevům a způsobům chování, které mu zaručí větší pozornost a jistotu dosáhnout svého.

Otázka vzdělávání klientů v systémech AAK

Během zpracování této problematiky jsem narazila na otázku, zda je účelné vzdělávat všechny klienty v systémech AAK a to i ty, kteří nemají problém v oblasti verbálního projevu, ale jsou v denním styku s těmito klienty. V jednom zařízení argumentovali zaměstnanci obavou z degradace klientů, kteří nemají problém ve verbálním projevu, a přesto by jejich přirozené prostředí bylo upraveno dle potřeb

např. jednoho uživatele a nutili bychom je používat prvky ze systémů AAK pro komunikaci s těmito lidmi. K diskusi nad touto otázkou mne přivedlo stále zdůrazňované posláním domovů pro osoby se zdravotním postižením, a to vytvoření domácího prostředí. Podle mých zkušeností, když se v rodině narodí dítě s narušenou komunikační schopností a rodina spolupracuje, dítěti se věnuje a snaží se ho rozvíjet všemi dostupnými prostředky a metodami, pak se alternativní formy komunikace naučí všichni členové domácnosti. Ne jen rodiče (pracovníci), ale také sourozenci či širší rodina (klienti). Opravdu se nedomnívám, že by institucionalizovaná péče, jakkoliv kvalitní mohla nahradit rodinu, ale přece jen si klademe za cíl vytvořit podobný model jako je rodina. Přesto drtivá většina zaměstnanců, a to 15 z 16 oslovených, toto nepovažuje za důležité. Při odůvodnění svých názorů argumentovali nejčastěji nedostatečnou intelektovou úrovní ostatních klientů. Jsem toho názoru, v souladu s názory Janovcové (2003), Kubové (1996) a dalších autorů, že alternativní formy komunikace jsou sice v různé míře, ale přece jen schopni se naučit všichni klienti.

Dalším důvodem, proč je dle názoru některého personálu zbytečné a neúčelné učit alternativní formy všechny klienty, byl nezájem klientů o komunikaci mezi sebou, či názor, že si rozumějí svým způsobem. Jak tato komunikace probíhá, však většinou nebyli pracovníci schopni popsat. Důvod nezájmu o komunikaci klientů mezi sebou navzájem, vidím ve způsobu vedení, výchovy a v procesu socializace těchto lidí.

Domnívám se, že většina klientů žijících v institucionalizovaných zařízeních, zvláště pokud jsou těžce handicapovaní v kombinaci s mentální retardací, necítí potřebu komunikace s ostatními klienty. Nedostává se jim od nich žádné, či jen minimální odezvy. Tito lidé poznají, že jejich potřeby saturují výhradně zaměstnanci a proto na ostatní klienty většinou nereagují. Další problém vidím v podceňování schopností a dovedností uživatelů některými zaměstnanci a jejich přílišnou, občas neodůvodněnou obavou. Byla jsem svědkem situace, že pokud klient těžce mentálně retardovaný měl snahu dotýkat se jiného klienta, snažil se mu vnutit hračku do ruky, byl personálem napomenut a odehnán s vysvětlením, že mu může ublížit. I když tento

klient dle sdělení personálu není agresivní a nikdy jiným klientům neublížil. Domnívám se, že tento přístup je podkladem pro lhostejné chování klientů k sobě navzájem a z toho také pramení nezáměr o vzájemnou komunikaci. Popsaná situace je podle mne také důsledek nedostatečných znalostí přímoobslužného personálu, který nerespektuje význam doteků ve vývoji a socializaci lidí, nepovažuje doteky za zdroj informací o svém okolí a sobě samém. Friedlová (2006).

Faktory ovlivňující úspěšnost AAK

Jak jsem již v úvodu této kapitoly uvedla, zajímala jsem se o cílovou skupinu uživatelů služeb DOZP, z nichž jsou většinou lidé starší 18 let. Dle informací získaných od personálu byla převážná část klientů v době, kdy se na ně vztahovala zákonná povinnost se vzdělávat, této povinnosti zbavena. V současné době je vzdělávání upraveno zákonem č.561/2004Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborným a jiným vzdělávání. Tento zákon je ještě doplněn o vyhlášky, které se týkají vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Edukace žáků trpících handicapem v oblasti mentálních schopností probíhá dle několika vzdělávacích programů tak, aby bylo zajištěno vzdělání všem osobám s přihlednutím k jejich individuálním schopnostem a dovednostem.

Zajímalo mne, zda osvobození od povinné školní docházky je dle názoru respondentů důležité z pohledu výuky AAK. Mírná nadpoloviční většina, celkem 56%, všech dotázaných se přiklonili k odpovědi ANO a Spíše ANO. Naproti tomu 44% dotázaných uvádělo jako důležitější individuální schopnosti klientů a jejich osobnost, než fakt, zda byl klient zbaven povinnosti se vzdělávat či nikoliv.

K záporným odpovědím se kloním také já. Domnívám se, že není důležité, zda klient absolvoval během svého života nějakou formu institucionalizovaného vzdělávání. Stejně tak uvádí Janovcová (2003), že pro stanovení prognózy úspěšnosti v komunikaci vidí jako zásadní stupeň kognitivních schopností, formu a míru handicapu, popřípadě kombinaci vícečetných postižení. Dále za důležité považuje také včasnou intervenci logopedickou, samozřejmě úroveň spolupráce dalších zainteresovaných odborníků a sociální prostředí, ve kterém se handicapovaný člověk

formuje. Domnívám se, že výhodou současného systému vzdělávání je, že alternativní formy komunikace jsou zahrnuty již do osnov takto handicapovaných žáků a tím je velmi usnadněna práce přímoobslužného personálu. Do systému totiž vstupuje další odborník, který navrhne neoptimálnější způsoby podpory či náhrady verbální komunikace a podílí se také na jejich výuce. Pracovníci tak mají možnost obrátit se na ně o radu, reflektovat současné zkušenosti.

Janovcová (2003) také dále zdůrazňuje, že před samotným výběrem komunikačního systému, který bude u konkrétní osoby používán, je potřeba zajistit vyšetření zejména zraku, sluchu, psychologické vyšetření apod. Vždy záleží na individuálních zvláštěnostech každého jedince. Zajímalo mne, která vyšetření v souvislosti s nácvikem AAK systémů klienti pobytových služeb DOZP podstupují.

Pouze jedno zařízení, které provádí diferenciální diagnostiku a spolupracuje s odborníky z různých oborů, zajišťuje základní vyšetření klientů a další se provádí v případě změny jejich zdravotního stavu. Dále z důvodů, že o ně požádá klient, opatrovník klienta, či dá podnět ošetřující personál. Dle mého názoru by zde nemělo docházet k situaci, že nácvik AAK systému např. piktogramů stagnuje z důvodu neodhalené či nekorigované oční vady apod.

Zcela jiná situace panuje na ostatních zařízeních. Klienti všichni prošli vstupní prohlídkou při zahájení pobytu, jejich somatický stav pravidelně sleduje praktický lékař, celá řada klientů je trvale v péči psychiatra, neurologa, kardiologa apod. Ale bohužel, opakované vyšetření před zahájením nácviku a výuky systémů AAK se běžně neprovádí. Pracovníci buď vycházejí z vyšetření provedených v minulosti, anebo jsou na potřebná vyšetření odesláni klienti z jiných důvodů, než zavedení AAK do běžného života. Zde je tedy prostor pro zamyšlení, zda selhání klientů při nácviku AAK nebylo způsobeno nekorigovanou či neléčenou vadou např. sluchu, zraku, zhoršením motorických obtíží atd. a pracovníci se spokojili s odůvodněním, že klient není schopen daný systém zvládnout či, že prostě nechce, nejeví zájem.

Janovcová (2003) uvádí celou řadu faktorů, které ovlivňují úspěšnost zvládnutí a následné aktivní využívání systémů AAK v každodenním životě. Jak jsem

uvedla v teoretické části, je potřeba zohledňovat jak pedocentrická, tak systémová hlediska. Z šetření vyplynulo, že jako faktor nejvíce ovlivňující průběh a rozhodnutí, zda vůbec a jakou formou pracovat s uživatelem v oblasti AAK, dotazovaní uváděli intelektovou úroveň. Z rozhovorů vyplynulo, že tento faktor nejvíce ovlivňuje jejich případné rozhodnutí s klientem vůbec nepracovat. Značná část zaměstnanců se domnívá, že zvláště klienti hluboce a těžce handicapovaní v oblasti intelektu a kognitivních schopností, nebudou nikdy schopni užívat tyto systémy pro komunikaci, anebo že vynaložené úsilí by hrubě neodpovídalo dosaženým výsledkům.

Opět zde narážím na skutečnost, že bazální stimulace a dotyková komunikace není zaměstnanci považována za prostředek a nástroj komunikace. Jsem přesvědčena, že najít nějakou formu komunikace s handicapovanými lidmi lze vždy a i když se často jedná z pohledu personálu o náročný a zdoluhavý proces, na jehož konci je pouze komunikace na úrovni ANO/NE, má toto snažení smysl a neměl by být takový člověk nezájmem odkázán do izolace.

Jako druhý nejdůležitější činitel byla uvedena včasná intervence. V tomto bodě musím souhlasit s dotazovanými jen částečně. Jak Janovcová (2003), tak Kubová (1996) považuje ranou péči za velice důležitou, ale ne limitující. Beze zbytku souhlasím s tím, že pokud se s dítětem začne pracovat od útlého věku, je zde vyšší pravděpodobnost, že se naučí snadněji a lépe užívat AAK formy komunikace. Za podstatné v této fázi považuji také to, že děti, se kterými se pracuje v systému rané péče, nezažívají tak často negativní zkušenosti s pokusy o navázání kontaktu. Tato péče je realizována a koordinována prostřednictvím středisek rané péče, která zprostředkují spolupráci dalších odborníků, dítě je v současné době zařazeno do systému školního vzdělávání vždy a intenzivně se s ním pracuje. Názor pracovníků „...když se to nenaučil do třiceti let, tak se to už nenaučí...“ apod., považuji za alibistický postoj.

Další důležité faktory označovali zaměstnanci smyslové handicap, které bezesporu komplikují zavádění systémů AAK do praxe a jsou náročné z hlediska přípravy výukového materiálu a přizpůsobení individuálním požadavkům klientů. Na dalších místech byly zapsány: podnětné prostředí, motorické dovednosti a

komunikační potenciál. Zde se přikláním k názoru respondentů, neboť bez podnětného prostředí, které nebude stimulující nelze většinou očekávat nějaký pokrok a plynulé zlepšování. Jako nejméně důležité označili dotazovaní spolupráci s rodinou. Tento fakt je dle mého názoru způsoben tím, že rodiče většiny klientů spolupracují jen okrajově, u celé řady jsou opatrovníky obec či jiné osoby. I z rozhovorů s některými rodiči je patrné, že se příliš nezajímají o AAK formy a intervence v tomto ohledu ponechávají zcela na pracovnících.

K významným faktorům dle respondentů patří dále celkové osobnosti dispozice člověka, aktuální psychický a fyzický stav a v neposlední řadě také osobnost pedagoga či průvodce AAK. I Švarcová (2003) konstatuje, že emoce u lidí handicapovaných mentální retardací jsou nestálé, nevyspělé a mají sklony k neadekvátním emočním reakcím. Domnívám se, že na výše uvedené faktory je nutné brát zřetel při všech činnostech s mentálně retardovanými lidmi a adekvátně přizpůsobit práci aktuální situaci.

Také souhlasím s názorem, že úspěšnost práce může do značné míry ovlivnit osobnost pedagoga či průvodce systému AAK. Vzhledem k faktu, že mentálně retardovaní lidé bývají snadno ovlivnitelní, jejich myšlení není kritické, domnívám se v souladu s Vágnerovou (2008), že i osobnost pracovníka, který provádí nácvik či výuku AAK systémů může mnohé ovlivnit ať z pozitivní, tak z negativní stránky.

Překážky pro zavádění AAK systémů

Pro vytvoření funkčního metodického materiálu je nezbytné zjistit, které situace a překážky nejvíce komplikují práci s AAK systémy. Jako hlavní a nejčastěji se opakující překážku uvedli respondenti neochotu všech spolupracovníků pracovat se zvoleným systémem. Důležitost spolupráce, koordinace a nutnost konstantně postupovat při nácviku a následném používání zvoleného komunikačního systému, je opakovaně zdůrazňována v teoretických materiálech. Janovcová (2003), Kubová (1996), (1997), ale i Friedlová (2006) a další. Jen těžko si lze představit, že klient, který daný komunikační systém používá pouze ve škole, nebo při kontaktu jen

s jedním pracovníkem, bude zvolenou a pracně učenou formu AAK chápat jako prostředek k navázání kontaktu a komunikace. V takovém případě ji dle mého názoru bude brát jako zpestření výukového programu či formu terapie. Bohužel ne ve všech pracovních kolektivech funguje duch nadšení a zdravého zápalu pro věc klienta, jak ostatně dokládá i obava oslovených respondentů. Pokud by se již všechny zainteresované osoby zapojili do AAK, nedovedu si představit jak jinak, než s jednotnou metodikou a precizně vypracovanými systémy předávání informací o klientovi, by bylo možné zajistit jednotný postup všech osob.

I další z uvedených obtíží při práci potvrzují jak Janovcová (2003), tak Kubová (1996) a to nedostatek metodického a výukového materiálu. Bohužel je na našem trhu stále málo literatury s podobným zaměřením. Pokud již nějakou nalezneme, je většinou již nedostupná: vyprodaná, zapůjčená anebo v cizím jazyce. U metodických materiálů z jednotlivých kurzů zase narážíme na etická dilemata.

Souhlasit musím také s faktem nedostatečného proškolení personálu a poměrně vysokou finanční náročností kurzů. I o této situaci jsem se již zmiňovala dříve.

Dalším, poměrně palčivým problémem je nedostatek pracovníků ve směně. Tato skutečnost je dle mého soudu stále se opakující problém v sociálních službách. Zde se střetávají dva pohledy na situaci. Jednak hledisko ekonomické: zvláště v poslední době díky snížení finančních prostředků pro sociální služby, bude pro ředitele zařízení obtížné navyšovat personální kapacity, a hledisko kvality služeb. Je nesporné, že odborně kvalitní personál je sice ekonomicky dražší, ale jeho přínos pro poskytování kvalitní sociální služby je neocenitelný. Zde vidím jedno řešení v zaměstnávání dobrovolníků. Dobrovolníci se často rekrutují z řad studentů vysokých či odborných škol a spolupráce není pro zařízení finančně zatěžující. Tento postup také doporučuje veřejný ochránce práv [2009] ve své zprávě z návštěvy v některých zařízeních poskytující sociální služby. Tito dobrovolníci zaměstnaní na pozicích osobních asistentů přináší nový pohled na situaci a nejsou zatíženi dřívější, možná negativní zkušeností s intenzivní prací s klientem, než jak tomu bývá u dlouhodobě zaměstnaných pracovníků.

Poměrně často uváděnou překážkou pro zavádění AAK systémů do praxe je fakt, že vynaložené úsilí neodpovídá konečnému výsledku. I o tomto bodě jsem se již zmiňovala v souvislosti se zdůvodňováním faktorů podmiňujících úspěšnost práce s AAK systémy.

Poslední uváděnou překážkou na cestě za úspěchem v komunikaci je problém, který byl patrný i z rozhovorů se zaměstnanci. A to poměrně brzké upuštění od další práce s klientem, pokud tento nevykazoval nějaké markantní či rychle po sobě jdoucí úspěchy. Tento problém by podle mne vyřešila odborná konzultace, spolupráce v mezioborovém týmu, metodický dohled či supervizní podpora.

Na druhou stranu jako faktory, které pozitivně ovlivňují výsledek práce klienta s AAK byly v souladu s názory Vágnerové (2002), Švarcové (2003), časté opakování již naučeného a pravidelná a důsledná výuka. Vše vychází ze specifík osobností mentálně retardovaných osob.

Závěr

Tato práce se zabývá alternativní a augmentativní komunikací v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Hlavním cílem této práce, jak jsem již několikrát uvedla, bylo nashromáždění relevantních informací, které budou sloužit jako podklad pro vytvoření funkčního metodického materiálu pracovníků Domova pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky.

Teoretická část práce podrobněji vymezuje termíny komunikace, neverbální komunikace a logopedie. Dále se zabývá mentální retardací a specifiky osobnosti těchto jedinců. Další část teoretické práce se věnuje alternativním a augmentativním systémům komunikace s podrobnějším popisem některých nejrozšířenějších.

Praktická část práce obsahuje popis a stručnou charakteristiku čtyř zařízení, ve kterých jsem sbírala informace. Snažila jsem se v rámci zpracování problematiky odpovědět na celkem čtyři výzkumné otázky. První otázka se týkala školení ohledně AAK, které absolvoval personál v daném zařízení a zda je považuje za dostatečné. Z šetření vyplynulo, že v poslední době proběhla školení AAK ve všech zařízeních. Typ školení a prohlubování odborných znalostí závisí na směru, kterým se DOZP či ÚSP vydaly. Jedno zařízení preferuje pouze jeden zvolený komunikační systém a v něm se snaží proškolit co možná největší počet pracovníků. Zaměstnanci jsou sami aktivní ve vyhledávání školení a práci s klienty v oblasti AAK. Jiné zařízení preferuje zaměstnávání již odborně vzdělaného pracovníka v oblasti poskytování sociálních služeb, kde již v rámci profesní přípravy dojde k seznámení se s problematikou AAK. V zařízení pak fungují supervizní setkání a metodické týmy, které dále pracovníka odborně vedou. Tuto formu považuji za ideální. Umožňuje v souladu s komprehenzivním přístupem zaměřeným na člověka pracovat tak, aby poskytovaná podpora vycházela zcela z potřeb, schopností, dovedností, zájmů a zálib konkrétního jedince. Ani pracovník není při své práci osamocen, ale díky zapojení

multioborového týmu má možnost pohledu na daný problém z více stran a dostává se mu dostatečné podpory. Ostatní zařízení ponechávají iniciativu převážně na svých zaměstnancích. Pokud si sami vyberou školení a sami se chtějí v dané oblasti vzdělávat, podporují je. Tady vidím problém v nesystematickém přístupu zaměstnanců. Danou problematikou se zabývá jen úzký okruh lidí, většinou v rámci jedné skupiny klientů, a proto převážně na těchto pracovištích se pak najdou zaměstnanci, kteří nevědí o využívaných formách AAK v jejich zařízení. S klienty pak nepracují všichni zaměstnanci a klienti takto systémy AAK chápou převážně jako volnočasovou aktivitu, hru, zpestření a ne jako komunikační prostředek.

Druhá otázka se týkala řešení AAK z pohledu individuálního plánování služby. Opět záleželo na celkové filozofii zařízení. Ve všech zařízeních byl popsán v individuálním plánu status quo komunikačních schopností, ale často bez plánu do budoucna. V zařízeních, kde nemají metodické pokyny k AAK, se veškeré kroky zaznamenávají jen do individuálních plánů. Jedno zařízení má rozpracované individuální plány rozvoje v oblasti komunikace, pravidelně je evaluují a konzultují v týmech. Také tento postup považuji za nejvhodnější, pouze bych doplnila stávající praxi o obecný metodický pokyn. Z přístupu pracovníků je patrné, že centrem jejich zájmu je opravdu klient a nesnaží se pouze vyhovět administrativním požadavkům. Individuální plán klientů je ve všech navštívených zařízeních důležitý zdroj informací ne jen z pohledu AAK.

Třetí a čtvrtá otázka hledala odpovědi na nejčastější překážky při zavádění AAK systémů do každodenního života uživatelů z pohledu poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb. Z pohledu poskytovatelů sociálních služeb jako největší problém označili pracovníci neochotu a nejednotnost ostatních zaměstnanců spolupracovat. I zde samozřejmě záleželo na systému práce v daném zařízení. Tam, kde byla ponechána iniciativa na samotných pracovnících, anebo práce se systémy AAK byla na samém počátku, nebyly rozpracovány metodické pokyny k práci a nebyli seznámeni všichni zaměstnanci, je opravdu obtížné zajistit jednotný a důsledný přístup k uživatelům. Dalším problémem je bohužel stále přetrvávající nedostatek

odborné literatury v českém jazyce, nedostatek školení na konkrétní téma a často zmiňovaný nedostatek personálu. Protože cílová skupina osob, kterým jsou poskytovány sociální služby pobytového charakteru v daných zařízeních, je převážně starší 18 let a jejich rodiny či opatrovníci si našli již svou formu komunikace, nesnaží se ve většině případů naučit se AAK a komunikovat pomocí těchto systémů. Na druhou stranu většinou vítají jakoukoliv iniciativu ze strany personálu a nijak těmto formám nebrání.

Domnívám se, že se mi v rámci mé bakalářské práce podařilo nashromáždit dostatek informací a odpovědí na stanovené otázky. Alternativní a augmentativní způsoby komunikace by měly být naprosto běžnou součástí každodenního života našich uživatelů sociálních služeb s handicapem v oblasti verbálního projevu. Jako klíčové pro úspěšné začlenění AAK systémů do praxe, vidím kontinuální vzdělávání zaměstnanců v jednotlivých systémech AAK, konkrétní metodické vedení formou jednak tištěných materiálů, a dále formou metodických týmů, v jejichž čele bude stát osoba odborně vzdělaná s dostatečným množstvím zkušeností v daném oboru. Při poskytování péče v souladu se systémy ucelené rehabilitace a přístupu zaměřeném na člověka, je nezbytný dostatečný počet kvalitního personálu a dobře propracovaný systém předávání informací o klientovi.

Získané informace jsem se pokusila shrnout do návrhu metodického pokynu týkajícího se AAK systémů v zařízení, kde pracuji. Tento návrh metodického pokynu jsem také konzultovala s Mgr. Lintnerovou, ředitelkou Občanského sdružení volnočasových a terapeutických aktivit Kaňka o.s. v Táboře, specialistkou a terapeutkou systémů AAK komunikace. Paní Mgr. Lintnerová pracuje také v Asociaci poskytovatelů sociálních služeb ČR jako viceprezidentka pro ambulantní služby.

Návrh metodického pokynu AAK systémů pro Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky

Obecné zásady:

- Získejte si pozornost před tím, než začnete komunikovat (iniciální dotek, oční kontakt a oslovení apod.)
- Ujistěte se, že kompenzační pomůcky uživatele jsou funkční, používané a odpovídající (brýle, naslouchátko, komunikační sešit...)
- Mluvte jednoduše, jasně, srozumitelně, umožněte odezírání.
- Veškerou činnost, kterou u klienta provádíte, slovně okomentujte (seznamujte klienta s děním v jeho okolí).
- Používejte gesta, obrázky, pomůcky k podpoře pochopení významu.
- Buďte pozorní, trpěliví a reagujte na co nejvíce komunikačních signálů.
- Ponechte dostatek času na pochopení sdělení a odpověď.
- Upravte komunikační prostředí (hlučnost, vzdálenost, komunikační zóny, polohu klienta...)
- Ujistěte, že jste správně porozuměli sdělení. Nejste-li si jisti, položte kontrolní otázku.
- Nedovolte, aby okolí mluvilo za klienta, nebo na klienta přes Vás.
- Důsledně dodržujte zvolený systém či způsob komunikace klientem.
- Před komunikací s klientem si v dostupné dokumentaci prostudujte způsob komunikace, formu, význam jednotlivých gest, domluvené signály pro zahájení a ukončení komunikace...
- Důsledně dodržujte pravidla slušného chování, rozlišujte, zda mluvíte s dítětem anebo dospělou osobou.
- Volte vhodné typy otázek a témat k rozhovoru (zamezíte předjímání odpovědí, ovlivňování rozhodnutí, infantilizaci, nálepkování...)
- Položte vždy jen jednu otázku
- Respektujte klienty jako individuality, kterým poskytujete podporu.

Zásady práce se systémy AAK

- Multioborový tým v našem zařízení tvoří: speciální pedagog, sociální pracovnice, vrchní sestra, fyzioterapeut, klíčový pracovník konkrétního klienta.
- Před zvolením AAK systému bude klient vyšetřen u specialistů. Rozsah požadovaných vyšetření zajistí vrchní sestra po dohodě s ošetřujícím lékařem klienta, klientem, popřípadě s jeho opatrovníkem.
- Každý klient má ve složce individuálního plánu vloženou úvodní stranu týkající se komunikace a zvoleného systému. (viz.příloha č. 2)
- Multioborový tým ve spolupráci s klientem a jeho opatrovníkem sestaví komunikační systém. Výběr zaznamenají do individuálního plánu, souhlas s výukou a zaváděním AAK systému podepíší spolu s klientem a opatrovníkem.
- Podrobně zaznamenají postup výuky, používané pomůcky, úpravu prostředí klienta pro potřeby AAK.
- Postupně zaznamenávají pokroky, stav komunikace, způsob vyjadřování, význam určitého způsobu chování...
- Výsledky práce s klientem se pravidelně hodnotí, alespoň jedenkrát za půl roku je seznámen s výsledky psychiatr či praktický lékař klienta, který doporučí např. spolupráci s dalším specialistou (logopedem).
- Multioborový tým se schází alespoň jedenkrát na čtvrt roku u konkrétního klienta a hodnotí výsledky práce, stanovuje další postup. Provede záznam do individuálního plánu klienta. Schůzku svolává klíčový pracovník klienta.
- Klíčový pracovník dbá na důsledné dodržování zvoleného postupu v komunikaci s klientem a veškerým personálem.
- Klíčový pracovník je zodpovědný za přípravu, doplnění a používání pomůcek k AAK.

Použité zdroje:

Literatura:

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001,221s. ISBN 80-902536-2-8

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. Frýdek Místek: Institut bazální stimulace, 2006.

HAVLÍK, J., VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotně sociální péče*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2004, 89s. ISBN 80-7040-725-5

HEMZÁČKOVÁ,K., PEŠTOVÁ,J. *První čtení: učební pomůcka pro alternativní výuku čtení s využitím globální metody*. Praha: Parta, 2001,85s. ISBN 80-85989-95-6

HENDL,J. *Kvalitativní výzkum,Základní metody a aplikace. Vyd. 1*.Praha:Portál,2005, 407s.ISBN 80-7367-040-2

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (eds.) *Dětský autismus : přehled současných poznatků*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 206 s. ISBN 80-7178-813-9

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006, 173s. ISBN 80-7254-730-5

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 48s. ISBN 80-210-3204-9

KOZELKOVÁ, M. *Montessori terapie u dětí s detskou mozgovou obrnou* . In *Aktuálne problémy ľudí s mentálnym postihnutím*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta: 2009, 81s. ISBN 978-80-7394-185-7

KUBOVÁ, L. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: TECH-MARKET, 1996, 80s. ISBN 80-902134-1-3

KUBOVÁ, L. *Piktogramy – metodická příručka*. Praha: TECH-MARKET, 1997. ISBN 80-86114-00-7

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ L. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2000,70s. ISBN 80-85931-84-2

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Studio nakladatelství, 2005, 140s. ISBN 80-244-1154-7

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Desátá revize, aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2009, tabelární část.Praha: Bomton, 2008, 860s. ISBN 978-80-904259-0-3

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, 234s. ISBN 80-85931-65-6

RENOTIÉROVÁ, M. , LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: 2005, 313s. ISBN 80-244-1073-7

ŠKODOVÁ, E. JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003, 616s. ISBN 80-7178-546-6

ŠOLTÉZ, L. *Niektoré aspekty mentálneho postihnutia*. In *Aktuálne problémy ľudí s mentálnym postihnutím*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta: 2009, 81s. ISBN 978-80-7394-185-7

ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi 2 : Komunikace*. Praha : Grada, 2005, 161s. ISBN 80-247-0844-2

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006, 198s. ISBN 80-7367-060-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008, 870s. ISBN 80-7367-414-9

VALENTA, J. *Učíme se komunikovat*. Kladno: Aisis, 2005, 215s. ISBN 80-239-4514-9

VETER,W., BOUDZIO, M. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. Praha: TECH-MARKET, 1996.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, 181s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením*. Praha: IPP 2001.

Právní předpisy:

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

Elektronické zdroje:

Český statistický úřad, Genderové statistiky [18.2.2011]. Podnikatelé a zaměstnanci podle pohlaví a vybraných kategorií OKEČ. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: < http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/gender_uvod>

Domov Petra Mačkov, Poskytované sociální služby [2011]. Domov pro osoby se zdravotním postižením. [cit. 20.3. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.domovpetra.cz/poskytovane-socialni-sluzby/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/>>

Vzdělávání, Domov Petra Mačkov [2011]. [cit. 20.3. 2011]. Dostupné na World Wide Web: < <http://www.domovpetra.cz/vzdelavani/>>

a) *Programy pro alternativní komunikaci*, Altík [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-altik-5-80>>

b) *Programy pro alternativní komunikaci*, Symwriter [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-symwriter-5-76>>

- c) *Programy pro alternativní komunikaci*, AC Keyboard [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-ackeyboard-5-78>>
- d) *Programy pro alternativní komunikaci*, Boardmaker [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-boardmaker-5-79>>
- e) *Programy pro alternativní komunikaci*, Brebta [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-brepta-5-82>>
- f) *Programy pro alternativní komunikaci*, Méd'a [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-meda-99-5-83>>
- g) *Programy pro alternativní komunikaci*, Grid 2 [2011]. SPC pro děti s vadami řeči. [cit. 10.1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-grid-5-129>>

První krok, Informační centrum pro klienty se zdravotním omezením. [2011]. Pomůcky s hlasovým výstupem [cit. 20.2. 2011]. Dostupné na World Wide Web:

< <http://www.prvnikrok.cz/databaze.php?databazekat=i04>>

KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [2011]. [cit. 12. 3. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>

SIMPSON, L. R. et al. *Autism spectrum disorders : interventions and treatments for children and youth*. Thousand Oaks : Corwin Press, 2005. ISBN 1-4129-0603-2

[2005]. [cit. 2011-03-18]. Dostupné z:

<http://books.google.cz/books?id=EUHH8W8iTUEC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>.

ÚSP Limaň, Výroční zpráva 2010. [2010]. [cit. 20.4.2011]. Dostupné na World Wide Web: < <http://www.usplidman.cz/files/vyrocní-zpravy/vyrocní-zprava-2010.pdf>>

Veřejný ochránce práv – ombudsman, Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením [2009]. [cit. 20.4.2011]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/zprava-z-navstev-mentalne-postizeni-cerven-2009>>

Klíčová slova

Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikační systémy

Mentální retardace

Metodika

Vzdělávání

Přílohy

Příloha č. 1: Záznamový arch pro dotazníkové šetření

Příloha č. 2: Úvodní strana AAK v individuálním plánu klienta

Příloha č. 3: Ukázka zpracování struktury dne alternativní formou – piktogramy

Příloha č. 4: Struktura dne alternativní formou – zástupné předměty

Příloha č. 5: Jídelní lístek zpracovaný pomocí fotografií

Příloha č. 6: Ukázka globálního čtení

Příloha č. 7: Osobní cíl zpracovaný pomocí piktogramů

Příloha č. 8: Postup denních činností: mytí rukou - piktogramy

Příloha č. 1: Záznamový arch pro dotazníkové šetření

Dovoluji si Vás požádat o spolupráci, a v neposlední řadě i pomoc, při realizaci výzkumného šetření v rámci bakalářské práce s názvem „Alternativní komunikace v domovech pro osoby se zdravotním postižením.“ Protože problematikou alternativní a augmentativní komunikace (dále již AAK) se zabývám teoreticky i prakticky teprve prvním rokem, budou pro mne od Vás získané informace velkým přínosem.

Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku a zároveň Vám poděkovat za čas, který jste mi věnovali při doplňujících rozhovorech. Informace sdělené v rámci rozhovoru jsou anonymní, stejně jako získaná data či údaje z dotazníkového šetření.

Odborné vedení práce zajišťuje Mgr. et Mgr. Havlík Josef působící na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

Předem děkuji za čas věnovaný rozhovoru a vyplňování mého dotazníku.

S pozdravem Jana Svačinová

Studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích

obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory

Kontakt: j.svacinova@seznam.cz

Otázky pro výzkumnou část:

1. Jste:
 - Žena
 - Muž
2. Vaše pracovní pozice:
 - Sociální pracovník/ce
 - Speciální pedagog
 - Pracovník/ce sociálních služeb
 - Vychovatel/ka
 - Jiné: uveďte jaké.....
3. Délka praxe v oboru:.....
4. Pracujete převážně s klienty:
 - Do 18 let
 - Nad 18 let
5. Používáte v rámci rozvoje komunikačních schopností Vašich klientů některé systémy AAK:
 - Ano
 - Ne
6. Máte v zařízení zpracovanou jednotnou metodiku pro AAK?
 - Ano
 - Ne
7. Je z Vašeho pohledu důležitá?
 - Ano
 - Ne
 - Spíše ano
 - Spíše ne, stačí v rámci IPS (individuálního plánování služby)
 - Kdo ji sestavoval, s kým byla konzultována?
 - Jak byl seznámen řadový personál s touto metodikou?

- Individuálně
- Skupinově
- Prostřednictvím externího školitele
- Zaškolení provedl zaměstnanec zařízení

8. Vzděláváte všechny klienty, kteří mají problémy v oblasti komunikace?

- Ano – proč.....
- Ne – proč.....

▪ Vzděláváte v AAK i klienty, kteří nemají problémy v oblasti komunikace, ale jsou v denním styku s klienty s problémem v oblasti komunikace?

- Ano – proč.....
- Ne - proč.....
- Jak je řešena AAK klienta v individuálním plánu služby:.....
.....
.....

9. Hraje dle Vašeho názoru významnou roli fakt, zda klient prošel během svého života nějakým vzdělávacím procesem (dříve osvobozen od povinné školní docházky dle zákona č.564/1990Sb.) z pohledu výuky AAK?

- Ano
- Ne
- Spíše ano
- Spíš ne

10. Před zahájením výuky AAK jsou Vaši klienti vyšetřeni (zaškrtněte prosím, pokud ano):

- Zrak
- Sluch
- Psychologické vyšetření
- Kognitivní schopnosti
- Logopedické vyšetření

- Motorické dovednosti – schopnost koordinace pohybu
- Podnětné prostředí
- Spolupráce s rodinou
- Včasná intervence
- Jiné: -----

14. S jakými obtížemi se nejčastěji potýkáte při zavádění AAK do praxe?

15. Jaké faktory jsou dle Vašeho názoru podmiňující pro zlepšení úrovně komunikačních dovedností Vašich klientů?

Příloha č. 2: Úvodní strana AAK v individuálním plánu klienta

Alternativní a augmentativní komunikace



Jmenuji se **Václav Vařílek**

Oslovujte mě Vašku a tykejte mi prosím.

Mluvené řeči rozumím částečně, ne vždy vše pochopím.

Verbálně nekomunikuji.

Ke komunikaci potřebuji podpůrné předměty a obrázky.

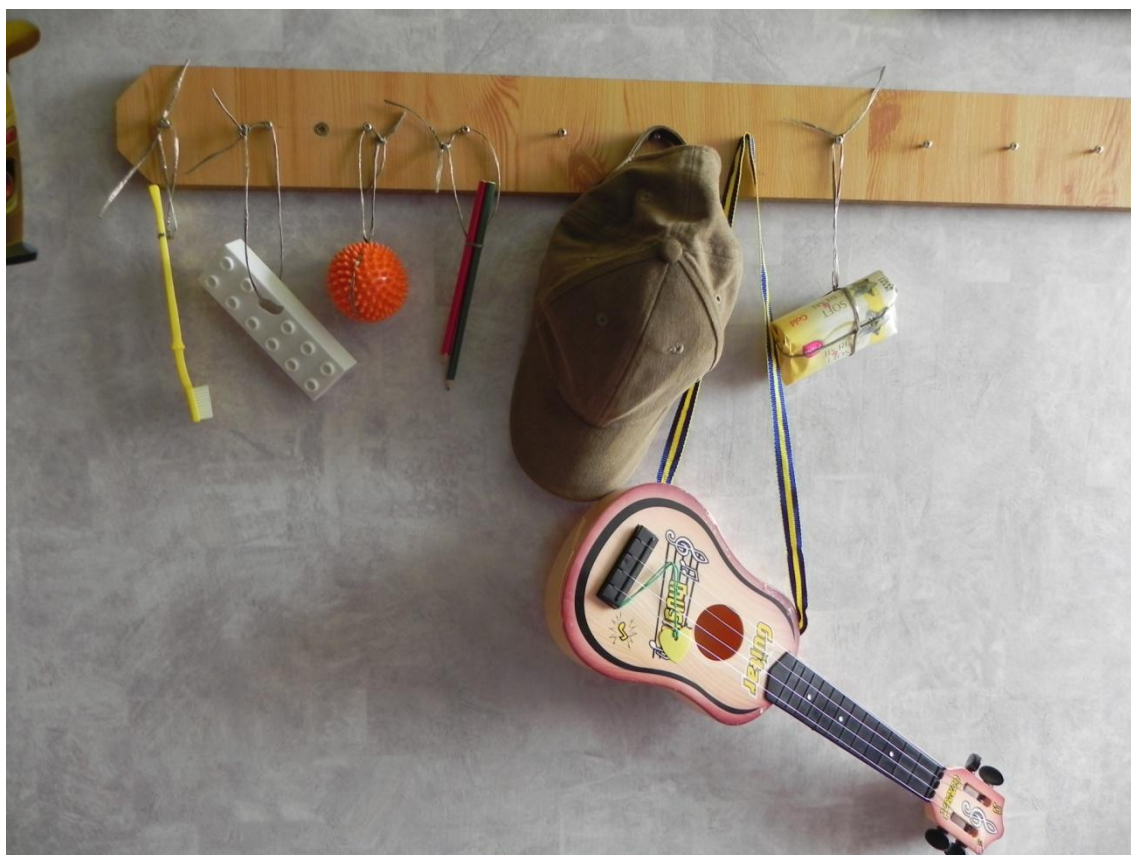
V rámci alternativní komunikace potřebuji zástupné předměty, obrázky, piktogramy.

Pro potvrzení správnosti potřebuji vždy zopakovat danou informaci.

Příloha č. 3: Ukázka zpracování struktury dne alternativní formou – piktogramy



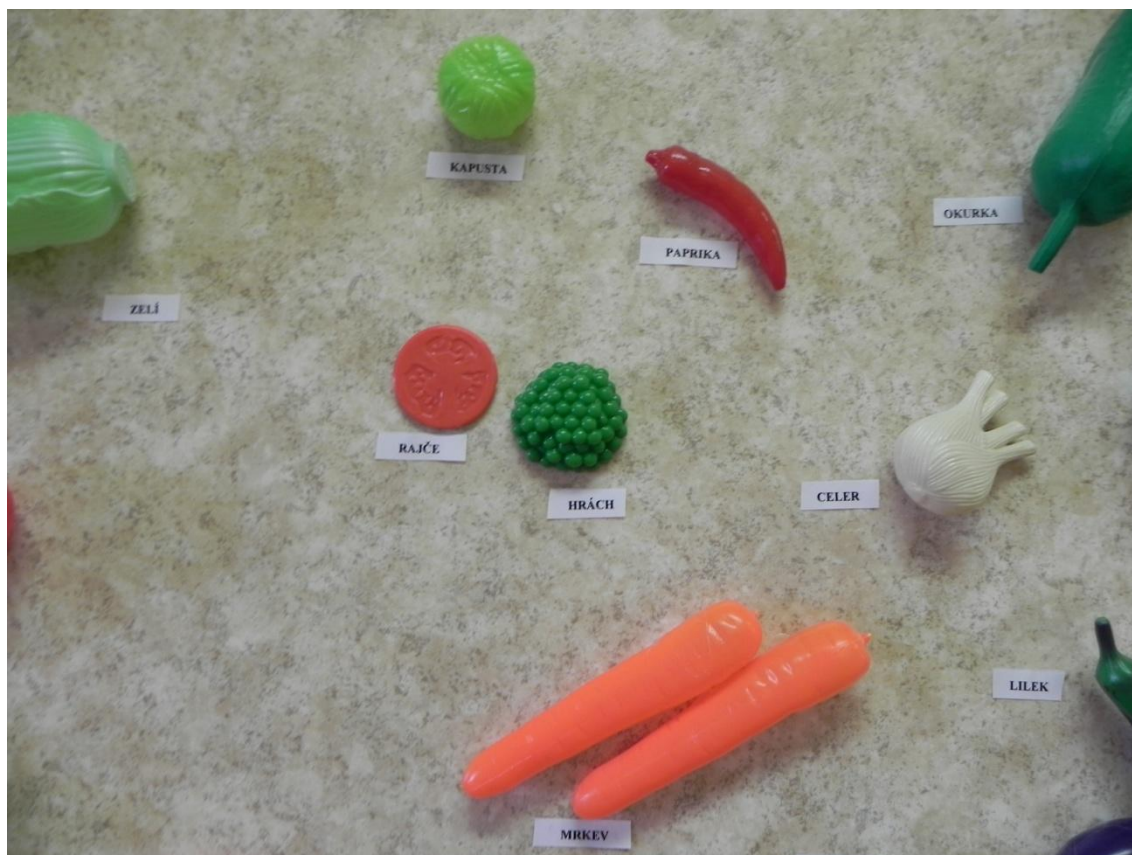
Příloha č. 4: Struktura dne alternativní formou – zástupné předměty



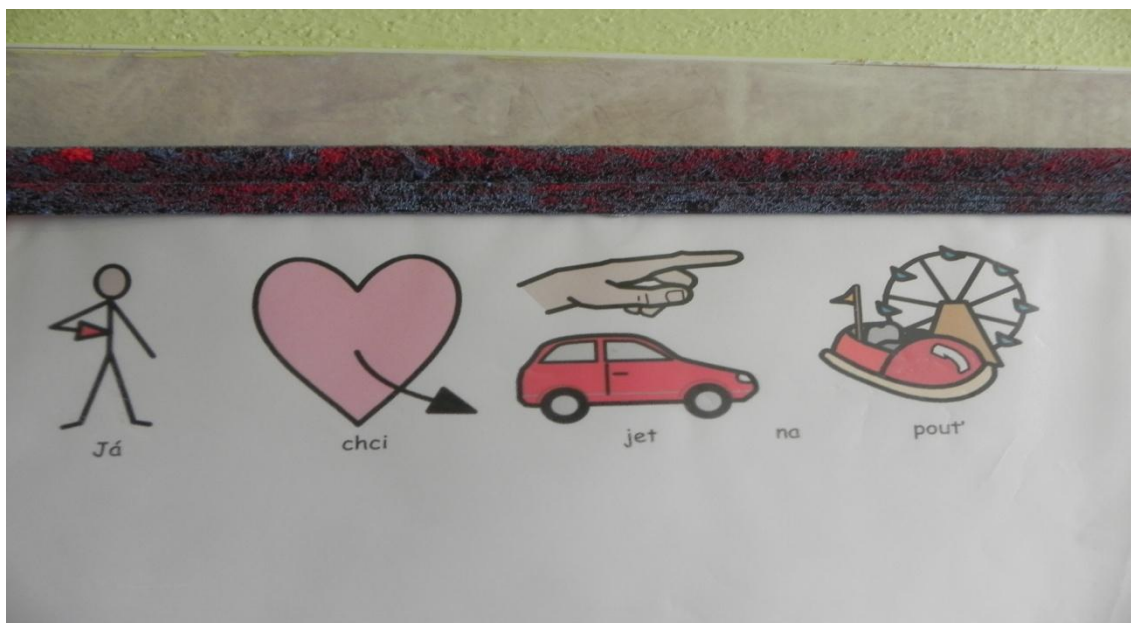
Příloha č. 5: Jídelní lístek zpracovaný pomocí fotografií



Příloha č. 6: Ukázka globálního čtení



Příloha č. 7: Osobní cíl zpracovaný pomocí piktogramů



Příloha č. 8: Postup denních činností: mytí rukou – piktogramy

