

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Diplomová práce**

Bc. Simona Kmentová

Alternativní komunikační systémy využívané v rané péči

Olomouc 2015

Vedoucí práce: doc. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Alternativní komunikační systémy využívané v rané péči“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí mé diplomové práce a za použití pramenů uvedených v závěru diplomové práce.

V Olomouci dne

.....

### **Poděkování**

Ráda bych poděkovala paní doc. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za pomoc a odborné rady při vedení mé diplomové práce.

Děkuji i poradcům rané péče za spolupráci a poskytnutí rozhovorů.

## ANOTACE

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b> | Simona Kmentová                     |
| <b>Katedra:</b>          | Ústav speciálněpedagogických studií |
| <b>Vedoucí práce:</b>    | doc. Mgr. Kateřina Vításková, Ph.D. |
| <b>Rok obhajoby:</b>     | 2015                                |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Název práce:</b>          | Alternativní komunikační systémy využívané v rané péči                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Název v angličtině:</b>   | Alternative communication systems used in early intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                              | <p>Diplomová práce „Alternativní komunikační systémy využívané v rané péči“ je v teoretické části zaměřena na charakteristiku komunikace, popis vybraných forem narušené komunikačních schopností, diagnostiky komunikačních schopností a vybraných metod alternativní a augmentativní komunikace. Dále je zde charakterizována sociální služba raná péče.</p> <p>Praktická část je věnována čtrnácti rozhovorům s poradci rané péče.</p> |
| <b>Klíčová slova:</b>        | Komunikace, alternativní a augmentativní komunikace, narušená komunikační schopnost, raná péče                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Anotace v angličtině:</b> | The theoretical part of the diploma thesis „Alternative communication systems used in early intervention“ is focused on the theoretical description of communication, the selected types of communication disability, the diagnostics of communication ability, the selected techniques of alternative and augmentative communication. Social service early intervention is characterized.                                                |

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                    | The practical part of the diploma thesis is devoted to fourteen interviews with early intervention adviser.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Klíčová slova v angličtině:</b> | Communication, alternative and augmentative communication, communication disability, early intervention                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Přílohy vázané v práci:</b>     | Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru č. 1<br>Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru č. 2<br>Příloha č. 3 - Přepis rozhovoru č. 3<br>Příloha č. 4 - Přepis rozhovoru č. 4<br>Příloha č. 5 - Přepis rozhovoru č. 5<br>Příloha č. 6 - Přepis rozhovoru č. 6<br>Příloha č. 7 - Přepis rozhovoru č. 7<br>Příloha č. 8 - Přepis rozhovoru č. 8<br>Příloha č. 9 - Přepis rozhovoru č. 9<br>Příloha č. 10 - Přepis rozhovoru č. 10<br>Příloha č. 11 - Přepis rozhovoru č. 11<br>Příloha č. 12 - Přepis rozhovoru č. 12<br>Příloha č. 13 - Přepis rozhovoru č. 13<br>Příloha č. 14 - Přepis rozhovoru č. 14 |
| <b>Rozsah práce:</b>               | 76 stran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Jazyk práce:</b>                | Český                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

Obsah:

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD .....                                                                  | 9  |
| TEORETICKÁ ČÁST .....                                                       | 10 |
| 1 KOMUNIKACE .....                                                          | 10 |
| 1.1 Verbální komunikace .....                                               | 11 |
| 1.2 Neverbální komunikace .....                                             | 11 |
| 1.3 Narušená komunikační schopnost.....                                     | 13 |
| 1.3.1 Příčiny vzniku a klasifikace narušené komunikační schopnosti .....    | 13 |
| 1.4 Vývojová dysfázie.....                                                  | 14 |
| 1.5 Mutismus.....                                                           | 14 |
| 1.6 Rinolalie, palatolalie .....                                            | 15 |
| 1.7 Tumultus sermonis, balbuties .....                                      | 16 |
| 1.7.1 Balbuties .....                                                       | 16 |
| 1.7.2 Tumultus sermonis .....                                               | 17 |
| 1.8 Dysartrie .....                                                         | 17 |
| 1.8.1 Klasifikace dysartrie .....                                           | 18 |
| 1.9 Symptomatické poruchy řeči.....                                         | 18 |
| 1.9.1 Poruchy řeči u dětí s mentálním postižením.....                       | 19 |
| 1.9.2 Poruchy řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou .....                   | 19 |
| 1.9.3 Poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením.....                       | 20 |
| 1.9.4 Poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením .....                     | 21 |
| 1.10 Poruchy hlasu .....                                                    | 21 |
| 1.11 Kombinované vady a poruchy řeči .....                                  | 21 |
| 1.12 Komunikační kompetence.....                                            | 22 |
| 1.13 Diagnostika komunikační kompetence .....                               | 22 |
| 2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE .....                             | 25 |
| 2.1 Cíle alternativní a augmentativní komunikace.....                       | 25 |
| 2.2 Výběr komunikačního systému.....                                        | 26 |
| 2.3 Metody alternativní a augmentativní komunikace .....                    | 27 |
| 2.4 Cílová skupina alternativní a augmentativní komunikace .....            | 27 |
| 2.5 Využití alternativní a augmentativní komunikace u dětí raného věku..... | 28 |
| 2.6 Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS .....                       | 28 |
| 2.6.1 Cílová skupina systému VOKS .....                                     | 29 |

|        |                                                                |    |
|--------|----------------------------------------------------------------|----|
| 2.6.2  | Struktura metodiky VOKS .....                                  | 29 |
| 2.6.3  | Pomůcky ke komunikaci VOKS a jejich příprava .....             | 29 |
| 2.7    | Piktogramy .....                                               | 30 |
| 2.8    | Znakování s miminky.....                                       | 32 |
| 2.8.1  | Znaky v systému znakování s miminky .....                      | 33 |
| 2.8.2  | Zásady používání systému znakování s miminky .....             | 33 |
| 2.8.3  | Druhy znaků .....                                              | 35 |
| 2.8.4  | Použití systému znakování s miminky .....                      | 35 |
| 2.9    | Znak do řeči.....                                              | 36 |
| 2.10   | Makaton.....                                                   | 38 |
| 2.11   | Facilitovaná komunikace .....                                  | 38 |
| 2.12   | Systém BLISS .....                                             | 39 |
| 2.12.1 | Druhy symbolů .....                                            | 39 |
| 2.12.2 | Skládání jednotlivých symbolů .....                            | 40 |
| 2.12.3 | Indikátory .....                                               | 40 |
| 2.12.4 | Využití systému BLISS .....                                    | 41 |
| 2.13   | Předmětová komunikace .....                                    | 41 |
| 3      | RANÁ PÉČE .....                                                | 43 |
| 3.1    | Základní činnosti při poskytování rané péče.....               | 44 |
| 3.2    | Průběh služby rané péče.....                                   | 45 |
| 3.3    | Cíle rané péče.....                                            | 46 |
| 3.4    | Programy rané péče.....                                        | 47 |
| 3.5    | Principy rané péče .....                                       | 48 |
| 3.6    | Historie rané péče.....                                        | 49 |
| 3.7    | Asociace pracovníků v rané péči.....                           | 49 |
| 3.8    | Raná intervence u dětí s narušenou komunikační schopností..... | 50 |
|        | PRAKTICKÁ ČÁST.....                                            | 51 |
| 1      | Cíle.....                                                      | 51 |
| 2      | Vymezení výzkumného problému .....                             | 51 |
| 3      | Výzkumné otázky .....                                          | 51 |
| 4      | Použité výzkumné metody.....                                   | 52 |
| 4.1    | Rozhovor.....                                                  | 52 |
| 5      | Analýza rozhovorů a interpretace výsledků šetření.....         | 52 |

|   |                                       |    |
|---|---------------------------------------|----|
| 6 | Závěr praktické části a diskuse ..... | 67 |
|   | ZÁVĚR .....                           | 71 |
|   | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....       | 73 |
|   | SEZNAM PŘÍLOH.....                    | 77 |



## ÚVOD

Téma diplomové práce jsme zvolili na základě autorčiných osobních zkušeností s prací poradce rané péče. Autorka velmi často metody alternativní a augmentativní komunikace používala a velmi ji zaujaly. Často se také setkávala s rozdílným postojem rodičů k těmto metodám a občas s neochotou rodičů při nácviku těchto metod spolupracovat.

Cílem diplomové práce je rozhovory s poradci rané péče zmapovat jejich zkušenosti a potřeby při nácviku metod alternativní a augmentativní komunikace s dětmi v rané péči, zmapovat vzdělání poradců rané péče a jejich povědomí o možnostech využití alternativních a augmentativních technik, a zjistit, které z těchto technik jsou využívány nejčastěji a u jakého typu klientů. Dále také zjištění, zda kvalitní spolupráce s rodinou dítěte a dalšími odborníky ovlivňuje míru osvojení komunikačního systému. Dalším cílem je zjištění, jak časté konzultace by dle poradců rané péče byly ideální pro práci s dítětem, které se učí komunikovat pomocí některé z technik alternativní či augmentativní komunikace. Zajímalo nás také, jakými kurzy si poradci rané péče nejčastěji doplňují vzdělání a zda znají nabídku kurzů, které mohou využít a zda je zaměstnavatelé podporují v dalším vzdělávání.

Na základě analýzy jsme zjistily, že v České republice je poměrně málo literatury, která by se zabývala tématem alternativní a augmentativní komunikace a ranou péčí. Jedním z cílů práce tedy také bylo vytvořit teoretickou oporu pro rodiče i odborníky popisující metody alternativní a augmentativní komunikace a ranou péči.

Diplomová práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabýváme tématem komunikace, narušené komunikační schopnosti, popisem vybraných okruhů narušené komunikační schopnosti, které se nejčastěji vyskytují u dětí v raném věku, a u kterých lze v rámci terapie využít metody alternativní a augmentativní komunikace. Dále pak popisem vybraných metod alternativní a augmentativní komunikace, diagnostikou komunikační kompetence dítěte a ranou péčí. V praktické části se zabýváme rozhovory s poradci rané péče.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 KOMUNIKACE

Termín komunikace nemá v literatuře jednotnou definici a je používán v mnoha různých vědních disciplínách. Tento termín vychází z latinského *communicatio* a znamená spojování nebo sdělování (Janovcová, 2004, s. 15). DeVito (2008, s. 28) používá termín interpersonální komunikace a definuje ji jako vysílání a přijímání verbálních i neverbálních sdělení mezi dvěma a více lidmi.

Komunikaci lze tedy chápat jako spojování, sdělování, přenos či *participace*. Obecně znamená lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významným způsobem ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá pro mezilidské vztahy a socializaci jedince. V širším smyslu lze komunikaci chápat jako interakci, tj. vzájemné, oboustranné ovlivňování. Komunikace znamená také přenos informací. Tyto informace jsou prostředkem k ovlivnění subjektů, které se na komunikaci podílejí. Z tohoto pohledu lze komunikaci chápat jako proces výměny informací. Základem jsou následující prvky, které se během komunikace vzájemně ovlivňují. Komunikátor je osoba sdělující novou informaci. Komunikant je příjemce nové informace. Termín *komuniké* označuje přenášanou informaci, obsah sdělení komunikátora. Komunikační kanál je nezbytnou podmínkou k výměně informací. Jedná se o určitý komunikační kód. Aby komunikace byla úspěšná, musí ho znát komunikátor i komunikant. Cílem komunikace člověka je vzájemné dorozumění, sdělení informací. Komunikační schopnost patří mezi nejdůležitější lidské schopnosti (Klenková, 2006, s. 25-26)

Klenková (2006, s. 26) rozlišuje šest fází komunikace:

1. Ideová geneze tj. vznik myšlenky, nápadu, názoru komunikátora
2. Zakódování tj. vyjádření myšlenky, nápadu nebo názoru v symbolech, slovech, pohybech či znacích
3. Přenos tj. přenos zakódovaných informací od komunikátora ke komunikantovi
4. Příjem tj. informace přijímá komunikant
5. Dekódování tj. komunikant interpretuje symboly sdělené komunikátorem
6. Akce tj. činnost komunikanta vyvolaná přijatou zprávou

Komunikace využívá nejrůznějších výrazových prostředků, které mohou být buďto slovní neboli verbální (mluvená, psaná komunikace) nebo neslovní neboli neverbální. Komunikace je jednou z nejdůležitějších potřeb člověka a zaujímá významnou roli v rozvoji osobnosti (Janovcová, 2004, s. 15). DeVito (2008, s. 28) uvádí, že komunikační dovednosti ovlivňují efektivitu soukromého i pracovního života.

Vybíral (2005, s. 31) uvádí pět hlavních funkcí lidské komunikace:

1. Informativní – informovat, předat zprávu, doplnit jinou, oznámit.
2. Instruktažní funkce – instruovat, navést, naučit, dát recept.
3. Persuazivní funkce – přesvědčit adresáta, aby pozměnil názor
4. Vyjednávací, operativní funkce – vyřešit, dohodnout se
5. Zábavní funkce – rozveselit, pobavit sebe nebo své okolí

### **1.1 Verbální komunikace**

*„Do skupiny verbální (slovní) komunikace spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči.“* (Klenková, 2006, s. 29). Valenta a Müller (2009, s. 150) uvádějí, že verbální komunikace je záležitostí pouze lidskou a spočívá ve sdělování myšlenek. Z kvalitativního hlediska je verbální komunikace nejdůležitějším komunikačním kódem.

### **1.2 Neverbální komunikace**

Dle DeVita (2008, s. 150) je neverbální komunikace přenos informací, který se realizuje beze slov, tedy pomocí systémů nonverbální povahy.

Neverbální komunikací se rozumí všechny mimoslovní prostředky, které ke komunikaci využíváme. Zahrnuje všechny dorozumívací prostředky, které jsou mimoslovní podstaty. Neverbální komunikace má velkou výpovědní hodnotu a srozumitelnost. V neverbální komunikaci můžeme pozorovat velké interkulturní, etnické, mezinárodní a geografické rozdíly. Prostředky neverbální komunikace nesou podstatnou část našeho sdělení. Neverbální komunikační prostředky mohou komunikaci pouze doprovázet nebo vytvářet samostatné jazykové jednotky využitelné ke komunikaci např. piktogramy (Klenková, 2006, s. 29-30).

Vitásková, Říhová (2014, s. 7) uvádějí, že schopnost vysílat a recipovat neverbální informace je nezbytnou součástí sociálního vývoje dítěte a počátek této schopnosti se

vyvíjí již v raném věku dítěte. V raném věku jsou také neverbální a preverbální komunikační projevy pro dítě dominantní. Neverbální komunikace je důležitým informačním zdrojem.

*„Neverbální komunikace zahrnuje širokou oblast toho, co signalizujeme beze slov či spolu se slovy jako doprovod slovní komunikace. Neverbálně komunikujeme gesty, pohyby hlavou a dalšími pohyby těla, postojem těla, výrazy obličeje (mimikou), pohledy očí, vzdáleností a zaujímáním prostorových pozic, tělesným kontaktem, tónem hlasu a dalšími neverbálními aspekty řeči, oblečením, zdobností, fyzickými a jinými aspekty vlastního zjevu“ (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012, s. 21).*

Dle Vybírala (2005, s. 90) neverbální komunikaci člověk využívá k:

- podpoře řeči (regulace tempa řeči, zdůraznění některé informace)
- náhradě řeči
- vyjádření emocí
- vyjádření interpersonálního postoje (sympatie, dominance, antipatie)
- uskutečnění sebevyjádření (sebe prezentace).

Vybíral (2005, s. 81) uvádí, že oblast neverbální komunikace zahrnuje následující oblasti:

1. Gesta
2. Postoj těla
3. Mimika
4. Pohled očí
5. Proxemika
6. Dotyky
7. Tón hlasu a další neverbální aspekty řeči
8. Oblečení, fyzické aspekty vlastního zjevu

### 1.3 Narušená komunikační schopnost

*„Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru (Lechta, 2003, s. 17). Autor (2003, s. 18) dále uvádí, že při vymezení narušené komunikační schopnosti musíme zohlednit všechny jazykové roviny. Fonetickou – fonologickou, morfologickou – syntaktickou, lexikálně – sémantickou a pragmatickou.*

Narušená komunikační schopnost se může týkat verbální i neverbální komunikace, její mluvené i grafické formy, expresivní i receptivní složky komunikace. Z časového hlediska rozlišujeme trvalé nebo přechodné narušení komunikační schopnosti. Narušená komunikační schopnost může být vrozená nebo získaná (Lechta, 2011, s. 51).

#### 1.3.1 Příčiny vzniku a klasifikace narušené komunikační schopnosti

Etiologie narušené komunikační schopnosti je velmi rozmanitá. Při dělení příčin se využívá hledisko časové a lokalizační. Z časového hlediska se příčiny vzniku dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Z lokalizačního hlediska se k příčinám řadí genové mutace, aberace chromosomů, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů, poškození centrální části, poškození efektorů, působení nevhodného a nepodnětného prostředí, narušení sociální interakce. Dle stupně může být narušení komunikační schopnosti úplné (totální) nebo částečné (parciální). Narušení může být hlavním, dominantním projevem nebo pouze symptomem jiného postižení. Může vzniknout na podkladě orgánové nebo funkční příčiny (Klenková, 2006, s. 54 - 55).

Lechta (2003, s. 25) vymezuje 10 základních kategorií narušené komunikační schopnosti:

1. Vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
2. Získaná orgánová nemluvnost (afázie)
3. Získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
4. Narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
5. Narušení fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties)
6. Narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie)
7. Narušení grafické stránky řeči
8. Symptomatické poruchy řeči

9. Poruchy hlasu
10. Kombinované vady a poruchy řeči.

#### 1.4 Vývojová dysfázie

Škodová a Jedlička (2003, s. 106 - 107) vývojovou dysfázií definují jako vývojovou poruchu řeči, která je charakterizována širokou symptomatickou ve vlastní řečové produkci. Na základě etiologie může být doprovázena dalšími příznaky.

*„Současná česká klinická logopedie označuje termínem vývojová dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené.“* (Škodová, Jedlička, 2003, s. 106)

Klenková (2006, s. 68) dále specifikuje tyto podmínky jako vyloučení závažné neurologické psychiatrické poruchy, přiměřená inteligence, nevyskytuje se porucha sluchu, prostředí je stimulující, poskytuje dostatek podnětů. Autorka dále uvádí, že toto narušení má systémový charakter, zasahuje receptivní i expresivní složky v různých rovinách, postihuje výslovnost, gramatiku i slovní zásobu. Současně s vývojovou dysfázií je možné pozorovat nerovnoměrný vývoj celé osobnosti, setkáváme se s deficitem v jemné i hrubé motorice, grafomotorice, paměti a pozornosti.

#### 1.5 Mutismus

Škodová (2003, s. 203) považuje mutismus za problematiku na pomezí logopedie, foniatrie a psychologie. Tímto termínem bývá dle autorky označována nepřítomnost nebo ztráta řečových projevů, které nejsou podmíněny organickým poškozením centrálního nervového systému. Jedná se o náhlou ztrátu schopnosti užívat mluvené řeči, ztrátu funkční řeči, odmítání verbální komunikace. Klenková (2006, s. 91) definuje mutismus jako ztrátu schopnosti verbálně komunikovat.

Škodová (2003, s. 203 – 209) rozlišuje několik typů mutismu. Autistický mutismus označuje úplnou němotu a nedostatek iniciace ke komunikaci. Neurotický mutismus je způsoben neurotickou zábranou, která postiženému zabraňuje komunikovat v určité situaci. Perzistentní mutismus je oněmění trvající delší dobu. Tranzientní mutismus je označení pro přechodné oněmění. Situační mutismus se projevuje krátkodobou nemluvností v určité situaci (např. přechodná nemluvnost dítěte v novém prostředí). Tento typ mutismu většinou nevyžaduje specializovanou logopedickou péči. Reaktivní mutismus je reakcí

na traumatizující zážitek. Mutismus nejčastěji označuje tři druhy narušení komunikační schopnosti. Totální mutismus, který se vyskytuje ve všech situacích, prostředích v komunikaci se všemi osobami. Elektivní mutismus, který je vázán pouze na určitou osobu a situaci. Surdomutismus, při kterém je neurotický útlum rozšířen i na oblast sluchu. Příčinou vzniku mutismu bývá nejčastěji neurotická reakce na mimořádný zážitek nebo akutní psychotické onemocnění. Vzniká náhle po traumatickém zážitku nebo těžké stresové situaci.

## **1.6 Rinolalie, palatolalie**

Klenková (2000, s. 22) mezi poruchy zvuku řeči řadí rinolalii a palatolalii. Na produkci řeči se podílí resonance (nosovost) v nosní a nosohltanové dutině. Při palatolalii a rinolalii dochází k patologickým změnám této resonance.

Podstatou tohoto onemocnění je tzv. velofaryngeální insuficience tedy nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru, jejímž důsledkem je změna zvuku řeči (Škodová, Jedlička, 2003, s. 211).

### **Rinolalie**

Huhňavost můžeme rozdělit dle změn nosní resonance na otevřenou a zavřenou. Zavřená huhňavost (rinolalia clausa) je označení pro patologicky sníženou nosovost. Příčinou bývají organické změny v dutině nosní (polypy, anatomické změny, rýma, adenoidní vegetace – zbytnělá nosní mandle). Otevřená huhňavost (rinolalia aperta) je patologické zvýšení nosovosti. Příčinou bývají funkční poruchy, organické změny patrohltanového uzávěru, rozštěpy patra, obrny měkkého patra, zkrácení měkkého patra (Klenková, 2000, s. 23 - 24). Škodová a Jedlička (2003, s. 213) popisují v rozdělení rinolalie i huhňavost smíšenou (rinolalia mixta), která vzniká při nedostatečném patrohltanovém uzávěru se současně patologicky zmenšeným prostorem rezonančních dutin.

### **Palatolalie**

Palatolalie je narušení komunikační schopnosti, vznikající z důvodu rozštěpu patra. Mezi příznaky palatolalie patří porucha resonance (otevřená huhňavost), porucha výslovnosti, porucha mimiky, častou jsou přítomny i poruchy sluchu (Klenková, 2000, s. 24).

## 1.7 Tumultus sermonis, balbuties

Škodová a Jedlička (2003, s. 257) za narušení plynulosti řeči považují poruchy plynulosti řeči vedoucí ke zrychlení tempa řeči až k překotnosti a snížení srozumitelnosti řeči (breptavost – tumultus sermonis) nebo přerušování řeči záškuby a křečemi svalů mluvidel (koltavost – balbuties).

### 1.7.1 Balbuties

WHO dle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (2010, s. 251) definuje koltavost jako *„řeč, která je charakterizovaná častým opakováním nebo prodlužováním slabik a slov, případně alternativně častým zaváháním a pauzami, které narušují rytmický tok řeči. Klasifikována by měla být jako onemocnění pouze tehdy, když výrazně narušuje plynulost řeči.“*

Balbuties neboli koltavost je dle Lechty (2010, s. 25 - 29) jedním z nejnápadnějších a nejtěžších druhů narušené komunikační schopnosti. Projevuje se charakteristickými nedobrovolnými specifickými pauzami narušujícími plynulost řeči a působí tedy negativně na komunikační záměr. Má také nepříznivý vliv na psychiku a osobnost člověka, jeho osobní, sociální, školní i pracovní adaptaci. Její příčina často není jasná. Terapie vyžaduje multidisciplinární přístup a týmovou spolupráci všech odborníků (lékař, logoped, klinický psycholog, speciální pedagog, neurolog aj.).

Na základě etiologie Lechta (2003, s. 318) rozlišuje několik typů koltavosti:

- „ 1. Orgánově podmíněná porucha plynulosti řeči,*
- 2. sekundární neurotická nadstavba vznikající na primárně predispozičním základě, na bázi orgánového poškození,*
- 3. dysfluence vznikající už primárně jako neuróza.“*

Lechta (2010, s. 55 – 69) uvádí následující etiologické faktory, podílející se na vzniku koltavosti: dědičnost, sociální prostředí, psychické procesy, orgánové odchylky, jiné druhy narušené komunikační schopnosti.

*„Při vzniku koltavosti mohou hrát určitou roli i negativní vlivy sociálního prostředí, různá psychotraumata (zejména ve smyslu neurotizace v domácím i školním*



*prostředí, případně ve skupinách vrstevníků, v zaměstnání atd.). Na funkci prostředí existují dnes v etiologii protichůdné názory.“ (Lechta, 2010, s. 58)*

Lechta (2010, s. 69) mezi jiné druhy narušené komunikační schopnosti, které se mohou podílet na vzniku koktavosti, řadí zejména breptavost. Koktavost v tomto případě vzniká nejprve jako kombinace breptavosti a koktavosti.

### **1.7.2 Tumultus sermonis**

Škodová a Jedlička (2003, s. 288 -300) uvádějí, že tumultus sermonis neboli breptavost je narušenou komunikační schopností, které se v literatuře obvykle věnuje méně pozornosti. Etiologie onemocnění není známa. Celkový klinický obraz této poruchy tvoří motorická instabilita, poruchy koncentrace, jemné motoriky. Někdy bývá také spojena s výskytem dyslexie nebo dysgrafie. Hlavním příznakem této poruchy je zrychlené tempo řeči, která je těžce srozumitelná. Jedinec si většinou není rychlého tempa řeči vědom. Porucha bývá doprovázena motorickým neklidem. Příznaky breptavosti můžeme rozdělit na příznaky v mluvené řeči a příznaky v neverbálním projevu. Mezi příznaky v mluvené řeči můžeme zařadit akceleraci (zrychlení) tempa řeči a obtížnou výslovnost. Zrychlení se zvětšuje především v dlouhých slovech a dlouhých větách. Dále opakování a vynechávání slabik, poruchu artikulace. Při rychlém tempu řeči se snižuje kvalita výslovnosti. Dalšími příznaky jsou porucha dýchání, poruchy hlasu vzniklé na podkladě nesprávné koordinace dýchání a fonace. Příznaky v neverbálním projevu jsou zvláštnosti v chování, narušení motoriky, narušení písemného projevu.

### **1.8 Dysartrie**

Neubauer (2003, s. 303) jako dysartrii označuje poruchu motorické realizace řeči na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Je způsobena obtížemi ve svalové kontrole. „*Při dysartrii jsou postiženy v různé míře a rozsahu základní modality motorické realizace řeči – respirace, fonace, rezonance a artikulace.*“ (Neubauer, 2003, s. 303)

Dle Klenkové (2006, s. 118 – 119) dysartrie postihuje všechny řečové komponenty – respiraci, fonaci, artikulaci a prozodické faktory. Projevy dysartrie jsou závislé na lokalizaci a rozsahu poškození centrální nervové soustavy. K poškození centrální nervové soustavy a následné dysartrii může dojít během perinatálního vývoje (úraz matky,

infekční onemocnění, nedonošenost atd.), v perinatálním (asfyxie) nebo postnatálním období (meningitis, encefalitis, cévní onemocnění, nádorové onemocnění atd.).

### 1.8.1 Klasifikace dysartrie

Klenková (2006, s. 120 – 121) uvádí, že kortikální (korová) dysartrie vzniká na základě poškození motorických korových oblastí mozku. Projevuje se obtížemi v artikulaci, iterací a změnou prozodických faktorů řeči. K pyramidové dysartrii dochází při poruše horního motorického neuronu. Projevuje se zvýšeným svalovým tonusem orofaciálního svalstva, hypernazalitou, narušením mimiky. Extrapiramidovou dysartrii lze rozdělit na formu hypertonickou a hypotonickou. Při hypertonické dysartrii je řeč pomalá, objevují se poruchy dýchání, je narušena funkce hlasivek, artikulace je pomalá, nezřetelná. Hypotonická dysartrie je provázená narušeným dýcháním, obtížemi v artikulaci, kdy některé hlásky a slabiky jsou výrazné, jiné zní slabě, dochází k narušení prozodie, mění se poloha hlasu. Bulbární dysartrie je způsobena poškozením jader mozkových nervů v prodloužené míše a Varolově mostu. Může být narušeno polykání a žvýkání, bývá porušena výslovnost hlásek, hlas je dysfonický, objevuje se otevřená huhňavost.

*„Cerebelární (mozečková) dysartrie vzniká při poškození mozečku a jeho drah. Je narušena koordinace pohybů svalů hrtanu a artikulačních orgánů, dochází k problémům s regulací síly, rychlosti, načasováním a řízením volných pohybů. Dochází k poruše dýchání. Častý je výskyt otevřené huhňavosti. Artikulace hlásek je nepřesná, dochází k prodlužování hlásek. „ (Klenková, 2006, s. 121)*

Klenková (2006, s. 121) popisuje také smíšenou dysartrii a uvádí, že *„smíšená nebo také kombinovaná dysartrie se v praxi vyskytuje často. Záleží na tom, jaký motorický systém je narušen. Může dojít k poškození kteréhokoliv komponentu nebo všech komponentů centrální i periferní nervové soustavy. Potom se může projevit více než jedna forma dysartrie. Čím více je poškození nervové soustavy rozšířeno, tím větší počet hybných řečových komponentů je ovlivněno.“*

## 1.9 Symptomatické poruchy řeči

*„Narušená komunikační schopnost může v celkovém klinickém obraze dominovat, tj. může být hlavním, vedoucím symptomem (někteří autoři hovoří v těchto případech o primárním řečovém narušení), nebo může být symptomem jiného dominujícího postižení,*

*případně onemocnění nebo poruchy – tehdy hovoříme o symptomatických poruchách řeči“* (Lechta, 2011, s. 51-52).

Lechta (2011, s. 52) symptomatické poruchy řeči definuje jako „*narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění“* (Lechta, 2011, s. 52).

Lechta (2011, s. 52) uvádí, že nejčastějšími symptomatickými poruchami řeči u dětí jsou zejména narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, u dětí neslyšících nebo nevidomých. Autor (2011, s. 55) dále symptomatické poruchy řeči rozděluje na specifické a nespecifické. Specifické poruchy řeči jsou typické pro dané postižení a nespecifické se vyskytují i u jiných druhů narušené komunikační schopnosti, nejsou pro dané postižení typické.

### **1.9.1 Poruchy řeči u dětí s mentálním postižením**

Lechta (2011, s. 78 – 102) uvádí, že charakteristický pro vývoj řeči dětí s mentálním postižením je narušený vývoj řeči. V důsledku postižení může být vývoj řeči natolik narušen, že nedosáhne normy. Řeč intaktních dětí se obvykle začíná rozvíjet okolo prvního roku života. U dětí s mentálním postižením jsou již v tomto období patrné odchylky od normy a bývají pro rodiče prvním signálem, že se dítě vyvíjí odlišně. Porozumění řeči a pasivní slovník bývá vyvinutý dříve než verbální řeč. Vývoj řeči a jeho průběh významně ovlivňuje stupeň mentální retardace. Jako nejčastější se u dětí s mentálním postižením vyskytují dyslálie, huhňavost, breptavost, koptavost a dysartrie.

### **1.9.2 Poruchy řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou**

Dle Lechty (2011, s. 103 – 104) je řeč dětí s dětskou mozkovou obrnou velmi determinována úrovní hrubé a jemné motoriky a především motoriky mluvidel. Dětská mozková obrna ovlivňuje vývoj dítěte natolik, že pozorujeme odchylky již v předverbálním období vývoje řeči.

Románek (in Lechta, 2011, s. 104) uvádí, že děti s dětskou mozkovou obrnou mají obtíže již v kojeneckém věku s dýcháním a sáním. Velmi vzácné je u nich klidné broukání, chybí hra s končetinami, mluvidly a pudové žvatlání.

Gundermann (in Lechta, 2011, s. 104) vymezuje nápadnosti vývoje oromotoriky u dětí s dětskou mozkovou obrnou. Uvádí, že dochází k zaostávání orálních reflexů, hyper-

či hyposenzibilitě v orální oblasti, neschopnosti realizovat rytmické sací a polykací pohyby, těžkému narušení polykacích pohybů, narušení koordinace sání, polykání a žvýkání.

Vývoj řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou bývá omezený nebo opožděný. Dle Románka (in Lechta, 2011, s. 104) závisí především na postižení motoriky, celkovém tělesném stavu, úrovni IQ a podnětnosti prostředí. Klinický obraz řeči bývá velmi rozmanitý, často neexistuje souvislost mezi celkovým klinickým obrazem postižení dítěte a úrovní vývoje řeči. Lechta (2011, s. 104) dodává, že vývoj řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou dále velmi ovlivňuje přítomnost dalších poškození jako např. poruchy sluchu či epilepsie. Lechta (2011, s. 112) uvádí, že nejcharakterističtější poruchou řeči dětí postižených dětskou mozkovou obrnou je dysartrie.

### **1.9.3 Poruchy řeči u dětí se zrakovým postižením**

Vliv zrakového postižení na vývoj řeči je nejzřetelnější u nevidomých dětí, především pokud se jedná o vrozenou slepotu. Už počátky vývoje řeči nevidomých dětí se vzhledem k normě opoždují (Lechta, 2011, s. 124). Seeman (in Lechta, 2011, s. 124) uvádí, že verbální projevy dětí s vrozenou slepotou nastupují asi o půl roku později než u dětí intaktních. Sovák (in Lechta, 2011, s. 124) uvádí, že vývoj řeči v pozdějším období není omezený. *„U dětí se zrakovým postižením bývá narušena především dynamika vývoje řeči.“* (Litvak in Lechta, 2011, s. 124) *„Retardační vlivy zrakového postižení na vývoj řeči tu působí pravděpodobně až do začátku školního věku, a to ve vývoji formální i obsahové stránky řeči.“* (Lechta, 2011, s. 125) *„Jestliže má nevidomé dítě dostatečnou zásobu konkrétních představ o určitých skupinách předmětů, může jeho slovník do jisté míry kompenzovat omezené smyslové zkušenosti. Pokud však neexistuje ani určité minimum předmětových představ, jeho slovník je málo konkrétní. Dochází k verbalismu. To znamená, že dítě používá značné množství slov, nechápe (nebo nechápe přesně) jejich smysl, respektive mají pro ně nerealný smysl (např. slova označující barvy).“* (Lechta, 2011, s. 127) Solnceva (in Lechta, 2011, s. 127) popisuje vznik verbalismu jako samoúčelnou komunikaci v předškolním věku, kdy dítě mechanicky opakuje slova dospělého, užívá slova a celé věty a nechápe jejich obsah. Jejich použití často vyvolá pozitivní reakci v okolí a tím se verbalismus upevňuje.

#### 1.9.4 Poruchy řeči u dětí se sluchovým postižením

Vliv sluchového postižení na vývoj řeči u dětí závisí především na věku, ve kterém došlo k postižení, stupni a typu sluchového postižení a individuálním psycholingvistickém nadání (Arnold in Lechta, 2011, s. 143). Lechta (2011, s. 143) dále doplňuje, že záleží na věku, v němž se dítěti začala poskytovat speciální individuální péče a výskytu přidruženého postižení. „*U dětí se sluchovým postižením jde obvykle o vývoj řeči omezený (zejména u neslyšících dětí), přerušovaný (při ztrátě sluchu od určitého věku), případně opožděný (u nedoslýchavých dětí)*“ (Lechta, 2011, s. 143). „*U dětí se sluchovým postižením s více poruchami, zejména s neurogenními poruchami, a to u neslyšících i nedoslýchavých, je vývoj řeči značně omezený – až do té míry, že je často třeba u nich rozvíjet neverbální formy komunikace*“ (Matuška in Lechta, 2011, s. 143).

#### 1.10 Poruchy hlasu

Jedlička (2003, s. 431- 433) rozděluje poruchy hlasu na organické a funkční. Organické poruchy hlasu vznikají na základě patologie na hlasovém ústrojí např. záněty hrtanu, nádory hrtanu, poruchy inervace hrtanu, hormonální poruchy, úrazy a anomálie hrtanu. Mezi funkční poruchy hlasu patří poruchy z přemáhání hlasu, psychogenní poruchy hlasu, hlasové neurózy.

Lechta (in Klenková, 2000, s. 30) řadí mezi nejčastější příčiny poruch hlasu dědičnost, nesprávné užívání hlasu, nesprávný hlasový vzor, hormonální odchylky, operační zákroky, mutační poruchy, neurotické poruchy, vady sluchu, poškození hrtanu, centrální podmínění poruchy hlasu (encefalitida, roztroušená skleróza).

#### 1.11 Kombinované vady a poruchy řeči

„*Narušení komunikační schopnosti se může vyskytovat nejen samostatně, ale u osoby s narušením komunikační schopnosti se můžeme setkat s více narušeními současně.*“ (Klenková, 2006, s. 181)

Kombinované postižení definuje Vašek (in Klenková, 2006, s. 181) jako multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.

## **1.12 Komunikační kompetence**

Valenta (2014, s. 261) definuje komunikační kompetenci jako schopnost funkčně komunikovat v přirozeném prostředí a adekvátně naplňovat běžné komunikační potřeby. Podmínkou je integrace lingvistických znalostí a jazykových, technických a sociálních dovedností.

## **1.13 Diagnostika komunikační kompetence**

Potměšil (2014, s. 194) uvádí, že rozvoj komunikačních kompetencí dítěte se specifickými potřebami je komplexní proces, kterému by měla předcházet co nejpřesnější diagnostika. Nutný je také multidisciplinární přístup a spolupráce odborníků. Pro komunikaci je významná funkce sluchu. Proto by systematickému rozvoji komunikační kompetence měla předcházet také diagnostika medicínská. Audiolog by měl vyloučit nebo potvrdit sluchovou ztrátu a případně vyjádřit její mohutnost. Pro použití alternativní a augmentativní komunikace je také třeba znát stav zraku dítěte.

Potměšil (2014, s. 195 - 201) uvádí možnosti diagnostiky komunikačního chování dítěte. Diagnostika je zaměřena na devět položek, kterými je možno popsat komunikační chování a komunikační kompetence. To nám umožní komplexní pohled na možnost využití AAK.

### **1. Inicie komunikačního aktu**

Schopnost samostatně a nezávisle zahájit komunikaci je velmi důležitá pro další vývoj dítěte. Inicie komunikace je určitým důkazem toho, že dítě chápe komunikaci jako nástroj k ovlivnění svého sociálního okolí, k procesu dotazování a tudíž k získávání informací. Pro hodnocení míry vlastní aktivity v iniciativě komunikačního aktu používáme hodnocení: samostatně zahajuje, nechá se vést, je rezistentní.

### **2. Průběh komunikačního aktu**

Za vyšší míru uchopení komunikace jako nástroje můžeme označit schopnost klienta udržet průběh komunikace. To značí, že komunikace klientovi přináší uspokojení a naplnění potřeb, že obě strany pochopily a využívají v komunikaci jevy jako střídání rolí, respektování partnera, schopnost přijímané informace zpracovávat a operovat s nimi. V této oblasti hodnotíme klienta následovně: udržuje a samostatně rozvíjí, nechá se motivovat k pokračování, nemá zájem o držení.

### 3. Ukončení komunikačního aktu

Úroveň komunikace, při které je dítě schopno komunikaci zahájit, udržet a poté i ukončit je dokladem toho, že komunikace je pro dítě plně ovládaným a využívaným nástrojem. Dítě má pocit kontroly nad situací a motivaci pro další komunikaci a její rozvoj. Klient je hodnocen pomocí položek samostatně ukončí, akceptuje ukončení, neakceptuje.

### 4. Použití uvědomělého nástroje pro fázi exprese

Jedná se o popis všech komunikačních prostředků, které je možné ve fázi exprese využít a to včetně neobvyklých a méně běžných prostředků. Jedná se následující položky – doteky, gesta, hlas, hudba, imitační prvky, izolované znaky, komunikační symboly, mimika, mluvená řeč, obrázky, piktogramy, pohyb těla, rytmus, úsměv, znakový jazyk. Zaznamenává se výskyt a četnost pro usnadnění plánování dalšího individuálního rozvoje komunikačních schopností.

### 5. Preference komunikačního modulu pro fázi recepce

Prostředky a komunikační mody by měly být podobné jako fáze exprese, proto jsou v této fázi zařazeny stejné položky. Receptivní a expresivní fáze se nemusejí v zastoupení jednotlivých prostředků krýt.

### 6. Využití zpětné vazby pro potvrzení porozumění

Zpětná vazba nám při komunikaci poskytuje informaci o tom, zda a jakým způsobem byla zpráva přijata. Je to způsob potvrzení přijetí zprávy, které může probíhat nejrůznějším způsobem např. přikývnutí, přitakání, zopakování informace. Zpětná vazba bývá hodnocena dle četnosti používání: ano (běžně), občas, ne.

### 7. Sladění komunikace s partnerem

Jedná se o oboustrannou schopnost zapojit se do komunikace v závislosti na podmínkách, schopnostech a dovednostech komunikačních stran. Při komunikaci s dítětem se specifickými potřebami je kladen důraz především na pružnost, vstřícnost a přizpůsobivost na straně komunikačního partnera. V této oblasti je klient hodnocen následovně – vyžaduje, poskytuje, na podnět poskytne, neužívá.

## 8. Schopnost komunikace v triádě

Schopnost komunikovat v triádě lze považovat za doklad velmi vyvrálé komunikační schopnosti. Jedná se o schopnost akceptovat dalšího člena komunikační skupiny jako partnera, střídání pozornosti mezi dvěma partnery a schopnost na jejich podněty reagovat. Schopnost komunikace v triádě hodnotíme pomocí výroků: samostatně iniciuje, nechá se vést, rezistence.

## 9. Přejchod komunikace v interakci

Komunikace přechází v interakci, pokud již nejde o pouhou výměnu informací, ale o vzájemné ovlivňování a působení jednotlivých účastníků navzájem. Pro hodnocení v této oblasti využíváme výroků: samostatně iniciuje, akceptuje nabídku, je rezistentní.



## 2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

*„Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je obecný pojem znamenající určitý přístup k osobám s těžkým tělesným, mentálním či kombinovaným postižením“* (Laudová, 2003, s. 561). Alternativní a augmentativní komunikační systémy se pokouší kompenzovat projevy závažných komunikačních poruch. Osobám, u nichž je částečně nebo úplně omezena verbální komunikace umožňuje dorozumívat se, komunikovat s okolím, reagovat na podněty a vyjádřit své pocity a přání (Klenková, 2006, s. 206 - 207). *„Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci.“* (Laudová, 2003, s. 561)

Otto a Wimmer (2013, s. 11)<sup>1</sup> uvádějí, že *„alternativní a augmentativní komunikace je metoda vedoucí ke zlepšení komunikačních schopností dětí, mladistvých a dospělých, kteří ještě nebo už nemohou komunikovat verbálně.“*

Pojem augmentativní komunikace vychází z latinského termínu augmentace, tj. zvětšovat, rozšiřovat. Tyto komunikační systémy rozšiřují a podporují již existující komunikační schopnosti, dovednosti a možnosti, které jsou pro běžné dorozumívání nedostatečné. Zvyšují schopnost porozumění řeči a vyjadřování. Alternativní systémy komunikace jsou komunikační systémy používané jako náhrada mluvené řeči (Janovcová, 2004, s. 16).

### 2.1 Cíle alternativní a augmentativní komunikace

Dle Janovcové (2004, s. 16 – 17) je cílem alternativní a augmentativní komunikace umožnit osobám se závažnou poruchou komunikace aktivní dorozumívání, zprostředkování, usnadnění, rozšíření komunikace. Tyto osoby se stanou aktivní v procesu běžné mezilidské komunikace, vzdělávání a dalších aktivitách. Používání prostředků alternativní a augmentativní komunikace napomáhá sociální interakci, změně sociální pozice z pasivní na aktivní, zvyšuje pocit sebedůvěry, může vést i ke zlepšení ekonomické situace. Dítěti dává možnost pojmenovávat věci a jevy ve svém okolí, rozvíjí jazykové a kognitivní schopnosti, stává se posilujícím faktorem v učení. Žádný systém alternativní a augmentativní komunikace však nemůže dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči,

---

<sup>1</sup> Unterstützte Kommunikation ist eine Methode zur verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die noch nicht oder nicht mehr sprechen können.

mnozí uživatelé potřebují delší reakční čas, z čehož plyne, že metody AAK jsou pomalejší než mluvená řeč. Žádný z podpůrných ani náhradních systémů nemá za cíl potlačovat přirozené řečové projevy. Naopak působí jako prostředek rozvoje mluvené řeči.

## 2.2 Výběr komunikačního systému

Při výběru komunikačního systému či jejich kombinace je vždy nutné posoudit individuální možnosti a schopnosti konkrétní osoby a vývojovou prognózu. Především zhodnotíme přirozenou formu komunikace tj. gestiku a mimiku. Vždy je nutné, aby se s používaným systémem seznámili všichni účastníci komunikace a byli schopní ho aplikovat v praxi. Pokud ke komunikaci budeme využívat nejrůznější pomůcky, měly by splňovat některé požadavky. Pomůcka by měla být vybrána tak, aby zefektivňovala komunikaci, manipulace s ní by měla být jednoduchá, všichni účastníci komunikace pomůcku musí akceptovat a daný klient by s jejím používáním měl zažít úspěch. Vybraný komunikační systém by měl klientovi poskytovat dostatečnou slovní zásobu. Různí lidé mohou upřednostňovat různé systémy AAK a jejich preference se může měnit v nejrůznějších situacích a životních obdobích (Janovcová, 2004, s. 17). *„Je vhodnější využívat více komunikačních systémů, kombinací metod, pomůcek, symbolů, které se vzájemně doplňují a umožňují multisenzoriální přístup. Obvykle však u daného jedince nepoužíváme více než tři systémy současně“* (Janovcová, 2004, s. 18). Před výběrem komunikačního systému je nutné zajistit vyšetření zraku, sluchu a psychologické vyšetření. Vhodnost komunikačního systému nejlépe posoudíme v běžném životě, při každodenních situacích. Před definitivním výběrem klientovi nabízíme možnosti, systémy zkoušíme a ověřujeme si vhodnost jejich výběru. Musíme být schopní nalézt silné stránky daného jedince a na jejich základě vybrat vhodný systém (Janovcová, 2004, s. 17 - 18).

*„Při rozhodování o způsobu komunikace a volby systému AAK je nutné brát v úvahu:*

### *A. Pedocentrická hlediska*

- porozumění slovní zásobě a všem aspektům jazyka (rozsah aktivní i pasivní složky slovní zásoby – determinuje nejen použitelnost systému, ale také strategii)*
- verbální dovednosti, event. Pokusy o komunikaci, gesta, mimika, zvuky (schopnost být omezené nebo narušené artikulace)*

- *fyzické dovednosti (přesnost cílených pohybů a rozsah pohybů v prostoru)*
- *stav smyslových orgánů (zejména zraku a sluchu)*
- *dobu práce schopnosti (míra unavitelnosti, soustředění)*
- *věk*
- *předpoklad dalšího rozvoje*
- *kognitivní schopnosti*
- *potřebu a motivaci ke komunikaci*
- *podporu rodiny a personálu*
- *schopnost interakce.*“ (Janovcová, 2004, s. 17)

#### B. Systémová hlediska

- způsob přenosu
- ikonicita
- rozsah slovní zásoby a míra shody s mluveným jazykem (Janovcová, 2004, s. 18).

### 2.3 Metody alternativní a augmentativní komunikace

Janovcová (2004, s. 17) rozděluje metody AAK následovně:

1. Bez pomůcek – prostředky nonverbální komunikace (pohled, mimika, gesta, vizuálně motorické znaky)
2. S pomůckami – využívají předměty, obrázky, fotografie, symboly, komunikátory
3. Jiné typy

Laudová (2003, s. 563 - 564) uvádí následující rozdělení metod AAK:

1. Systémy, které při komunikaci nevyžadují pomůcky (unaided)
2. Systémy, které vyžadují pomůcky (aided)
  - a. Netechnické (low tech)
  - b. Technické (high tech)

### 2.4 Cílová skupina alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace je určena pro děti, mladistvé a dospělé, kteří se z důvodu vrozeného nebo získaného postižení nemohou vůbec nebo jen obtížně vyjadřovat verbálně. Jedná se o osoby, jejichž verbální řeč je nesrozumitelná. Především osoby s mozkovou obrnou, mentálním postižením, kombinovaným postižením, poruchou

autistického spektra nebo poruchou vývoje z nevyjasněné příčiny (Otto, Wimmer, 2013, s. 13).

## **2.5 Využití alternativní a augmentativní komunikace u dětí raného věku**

Alternativní a augmentativní komunikace by v práci s dítětem měla do intervence být zařazena co nejdříve je to možné. Dítě komunikuje již od počátku svého života a ve vývoji řeči je raný věk mimořádně citlivé období. Dítě si osvojuje schopnosti komunikace. Pokud je tato fáze ve vývoji dítěte zanedbána nebo pokud jsou komunikační schopnosti dítěte narušeny, je nutná odborná intervence. Tato intervence umožňuje dítěti chápat komunikaci jako užitečnou a motivující. Včasné použití metod alternativní a augmentativní komunikace podporuje u dítěte osvojení mluvené řeči. Cílem je, aby rodiče nebo jiná pečující osoba používali systémy alternativní a augmentativní komunikace v každodenním životě a tím efektivně komunikovali s dítětem a podporovali rozvoj jeho komunikačních schopností a aby si dítě osvojilo efektivní systém komunikace. Dítě, které si osvojuje mluvenou řeč, postupně získává nezávislost vůči rodičům či pečující osobě, rozhoduje o sobě, vyjadřuje svá přání postupně i v neznámém prostředí. Díky pozitivní zkušenosti a zpětné vazbě získává dítěte důvěru v samo sebe a své schopnosti, utváří si obraz o sobě. Dítě s narušenou komunikační schopností si s rodiči nebo jinou pečující osobou vytvoří pro ně srozumitelný způsob komunikace, ten je ale zpravidla nedostačující a nenaplnuje dostatečně všechny funkce komunikace. Často k vyjádření svých přání potřebují „tlumočníka“. Každé dítě má přirozenou potřebu samostatnosti, která u dětí s narušenou komunikační schopností bývá uspokojována velmi obtížně (Otto, Wimmer, 2013, s. 27-29).

## **2.6 Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS**

Komunikační systém VOKS dle Knapcové (2011, s. 9 – 10) vychází z principů metody PECS (The picture Exchange Communication Systém). Metoda vznikala postupně ověřováním principů systému PECS, jejím modifikováním a změnou jednotlivých postupů. Oba systémy jsou založeny na stejných principech a to vysoká motivace (individuální výběr odměn pro klienta), smysluplná a účelná výměna obrázku za věc, kterou obrázek znázorňuje, podpora iniciativy klienta pomocí fyzické asistence a verbálních výzev, podpora nezávislosti, uspořádání jednotlivých lekcí. Jedná se o způsob, jak učit klienty komunikovat a osvětlit jim proč komunikovat tedy význam komunikace. Celý systém výuky vede klienta k nezávislosti a iniciativě. Systém se snaží o nácvik komunikačních

schopností v běžných denních situacích a je neoddělitelný od výchovně vzdělávacího procesu. Cílem systému VOKS je získání funkčních komunikačních dovedností a schopností. Zvyšuje pravděpodobnost vývoje mluvené řeči. Důležitým předpokladem úspěšného využívání systému VOKS je přesné dodržování postupů, instrukcí a pokynů.

### **2.6.1 Cílová skupina systému VOKS**

Systém VOKS je určen především pro klienty s poruchou autistického spektra, ale lze ho využít také u klientů s jiným postižením, které je spojeno s obtížemi v dorozumívání např. Downův syndrom, afázie, těžké formy dysfázie. Se systémem VOKS je vhodné začít v jakémkoliv věku. Ideální je začít ihned po zpozorování obtíží s funkční komunikací. Předpokladem pro použití systému VOKS je bezpečné zvládnutí diferenciací reálných předmětů (Knapcová, 2011, s. 9).

### **2.6.2 Struktura metodiky VOKS**

Knapcová (2011, s. 10 - 12) metodiku VOKS rozděluje na dvě části. První částí jsou přípravné práce a druhou částí jsou výukové a doplňkové lekce. Přípravné práce se týkají výroby pomůcek ke komunikaci a výběru odměn nezbytných, pro zahájení samostatného nácviku komunikace. Výukové lekce tvoří hlavní strukturu nácviku. Klient se učí spontánně požádat o oblíbenou věc výměnou za obrázek, přijít k zásobníku pro obrázek a ke komunikačnímu partnerovi, učí se o předmět požádat v různém prostředí a s různými lidmi, dále vybrat z více obrázků požadovaný symbol, poskládat na větný proužek jednoduchou větu, reagovat na otázky, komentovat své okolí. V doplňkových lekcích se rozvíjí slovní zásoba klienta. Pro nácvik VOKS je vhodná spolupráce 2 učitelů. Jeden z učitelů tzv. komunikační partner komunikuje s klientem a řídí nácvik. Druhý učitel tzv. asistent klienta navádí klienta a pomáhá mu při komunikaci. Učitelé se během nácviku v rolích komunikačního partnera a asistenta klienta střídají. Prvotní nácvik je vhodné provádět na místech, která klient dobře zná a cítí se bezpečně. Teprve po zvládnutí nové dovednosti je možné ji vyzkoušet v jiném prostředí. Pro správné a funkční používání VOKS je nutné systém používat v různém prostředí a s různými lidmi.

### **2.6.3 Pomůcky ke komunikaci VOKS a jejich příprava**

Knapcová (2011, s. 12) uvádí, že při přípravě komunikačních symbolů je důležité důkladně zvážit, jaký symbolický systém budeme při komunikaci využívat. Některé obrázky je nutné nakreslit dle individuálních potřeb konkrétního klienta. Nutné je zachovat

stejný ráz obrázků. Nad obrázky umísťujeme jejich názvy psané tiskacími písmeny, pro případné budoucí využití metody globálního čtení a usnadnění komunikace s osobou, která význam obrázku nezná a může si obsah sdělení jednoduše přečíst. Obrázky se obvykle upravují do velikosti 5 x 5 cm. Je však vhodné typ symbolů vždy upravit dle individuálních potřeb klienta. Nosiče obrázků tzv. zásobníky u nás nejsou běžně k dostání, proto se pro většinu uživatelů vyrábí z běžně dostupných materiálů. „*Jedná se o komunikační tabulky, komunikační knihy, tematické komunikační palety, odlehčené přenosné komunikační zásobníky – komunikační zástěry a komunikační tašky*“ (Knapcová, 2011, s. 14).

Komunikační tabulka je základní nosič obrázků a barevně se odlišují. Oranžová tabulka slouží jako nosič pro podstatná jména, žlutá pro osoby a zájmena, zelená pro slovesa, modrá pro tzv. rozvíjející slova tj. přídavná jména a příslovce, bílá pro spojky, předložky, časové pojmy, barvy, písmena, čísla a některé abstraktní pojmy, červená pro tázací zájmena a frekventovaná slova, hnědá pro nosná slovesa a slovní spojení např. já chci, já vidím, já mám, fialová pro sociální výrazy (běžně užívaná při společenském styku, zdvořilostní nebo omluvné výrazy). Šedá barva je pro větný proužek což je malý nosič symbolů, který používá jak klient, tak komunikační partner a slouží k uchycení více obrázků za sebou pro vyjádření delších sdělení. Komunikační kniha se poté vytvoří spojením všech komunikačních tabulek např. kroužkovou vazbou nebo pomocí pořadače (Knapcová, 2011, s. 14).

## 2.7 Piktogramy

Kubová (2011, s. 3 – 4) definuje piktogramy jako jazykový program, umožňující komunikaci a rozvoj řeči u dětí i dospělých s mentálním či vícenásobným postižením. Jako jednu z výhod užívání piktogramů autorka uvádí, že se uživatelé stanou iniciátory komunikace, získají možnost svému okolí sdělovat své pocity, zážitky, požadavky, stanou se aktivními účastníky vzdělávacího procesu.

Komunikaci pomocí piktogramů lze charakterizovat jako formu předávání instrukcí, varování a příkazů. Slouží pro usnadnění orientace v neznámém prostředí. Piktogram lze definovat jako vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy. Piktogramy je vhodné využít v případě, kdy dítě není z jakéhokoliv důvodu schopno používat písmo. Pomocí piktogramů mohou děti vyjádřit své pocity a potřeby. Zvyšují jejich kognitivní schopnosti, umožňují jim aktivní

rozhodování a účast na konverzaci. Lze je úspěšně využívat u dětí s mentální retardací, poruchami autistického spektra nebo u dětí s kombinovaným postižením. Současně s piktogramy využíváme mluvenou řeč a někdy je podpoříme i manuálními znaky. Existuje více typů piktogramů, v České republice je nejvyužívanější typ s názorným zobrazením daného pojmu, který je zřetelný i pro mladší děti a děti s mentální retardací. Tento typ piktogramů byl převzat ze severních zemí Evropy (Švédsko, Dánsko, Holandsko) (Janovcová, 2004, s. 20).

Potměšil (2014, s. 203 - 204) uvádí, že piktogramy jsou technikou s vysokou náročností na zobecnění a vzhledem k jejich abstraktnosti a vysoké náročnosti doporučuje předřadit práci s obrázky a symboly pro jednotlivé činnosti a předměty.

Dle Kubové (2011, s. 4) piktogramy neslouží jedincům s postižením pouze ke komunikaci, ale přispívají také k pochopení struktury prostředí a orientaci v čase. Piktogramy jsou pro uživatele výhodné také pro svoje výtvarné provedení. Kontrastní černobílá barva neodvádí pozornost dítěte a je díky ní vhodná také pro děti se zrakovým postižením.

*„Uživatelé piktogramů lze rozdělit do pěti skupin:*

- 1. Děti a dospělý s vážným mentálním a současně i tělesným postižením, kteří potřebují:*
  - a) znaky a piktogramy jako pomůcku při chápání mluveného slova, podnětů z vnějšího okolí apod.,*
  - b) piktogramy pro svůj výrazový projev.*
- 2. Děti a dospělý s mentálním a těžkým tělesným postižením, kteří nerozumějí mluvené řeči a nejsou sami schopni srozumitelné řeči nebo tvorby znaků.*
- 3. Děti a dospělý, kteří i přes své mentální a tělesné postižení rozumějí mluvené řeči a jsou schopni používat aproximaci znaků, ovšem potřebují piktogramy jako přídatnou podporu.*
- 4. Děti a dospělý s poruchami autistického spektra.*
- 5. Děti a dospělý s DMO, dospělý po cévních mozkových příhodách, případně úrazech hlavy“ (Kubová, 2011, s. 4).*

Přípravná fáze komunikace pomocí piktogramů má za úkol děti seznamovat s co nejvíce obrázky nebo fotografiemi. Cílem je rozšiřování slovní zásoby, seznámení dítěte se

symbolovu komunikací tak, aby obrázků používaly ke sdělování. Předpokladem pro využívání piktogramů je přiměřená úroveň intelektu. Při seznamování s piktogramy je nutné vždy začít od známých pojmů, předmětů a činností (Janovcová, 2004, s. 21).

Postup při osvojování a používání piktogramů:

1. Využívání reálného předmětu
2. Spojení reálného předmětu a obrázku nebo fotografie
3. Použití různých obrázků se stejným obsahem
4. Přiřazení situačních obrázků k dané situaci
5. Spojení obrázku s piktogramem
6. Rozšiřování zásoby piktogramů
7. Spojení situačních obrázků s piktogramem
8. Sestavení pracovních listů
9. Sestavování vět
10. Použití tabulek, komunikačních deníků (Janovcová, 2004, s. 21).

Příprava komunikačního deníku je velmi individuální a specifická, dle potřeb daného dítěte. Je nutné zvážit potřeby a možnosti dítěte a podporovat jeho touhu po komunikaci. Deník je určen pro každodenní využití v nejrůznějších aktivitách. Při přípravě komunikačního deníku sestavíme seznam pojmů, se kterými je jedinec denně v kontaktu. Deník je vhodné vytvářet ve spolupráci s rodiči, pečující osobou a dalšími odborníky, kteří jsou s dítětem v kontaktu. Pro aktivní využívání symbolů do tohoto seznamu zařadíme více pojmů, ne jen ty, které dítě zná. Pokud bychom deník sestavili pouze z pojmů, které dítě zná, nebude příliš motivované ji využívat. Ke snadnější orientaci v deníku slouží barevné označení jednotlivých piktogramů. Bílá pro časové a funkční piktogramy, žlutá pro osoby a zájmena, modrá pro zvířata, zelená pro slovesa, oranžová pro podstatná jména, růžová pro speciální a individuální slova, kombinace barev pro slova spadající do více kategorií. Vhodné je také individuálně zvážit možnost toho, že každé slovo bude pro pod příslušným symbolem napsané, nebo že pomocí barev docílíme gramatického odlišení – osoby, číslo, čas apod (Janovcová, 2004, s. 21- 22).

## **2.8 Znakování s miminky**

Komunikace pomocí gest je pro děti v kojeneckém a batolecím věku velmi přirozená. Děti v tomto věku jsou pro komunikaci motivovány, chtějí komunikovat,



ale jejich motorika není vyvinutá natolik, aby komunikovali srozumitelnou mluvenou řečí. Přirozená gesta využívají ke komunikaci dříve než řeč. Znakování s miminky lze charakterizovat jako komplexní komunikační systém, jehož cílem je rozvoj řeči dítěte. Pomocí systému znakování s miminky můžeme pozitivně ovlivnit kognitivní, motorický a sociální vývoj dítěte. Tento systém je pro děti vhodný také díky multisenzoriálnímu přístupu. Při znakování zapojujeme více smyslů najednou. Dítě svého komunikačního partnera slyší slovo říkat a vidí ho provádět znak. Díky tomuto přístupu si dítě lépe zapamatuje konkrétní slova. Komunikační systém znakování s miminky má dvě složky. První složkou je mluvené slovo, druhou je znak, který zastupuje konkrétní předmět, věc, zvíře, činnost, osobu nebo situaci. Obě složky od sebe nelze oddělit. Základem toho systému je spojení mluveného slova a znaku. Znaky vycházejí z přirozených gest, které si děti vytvářejí (Vasilovčík Šustová, 2008, s. 27 - 31).

### **2.8.1 Znaky v systému znakování s miminky**

Neverbální složku tohoto komunikačního systému tvoří gesta, znaky, přirozená gesta dětí, mimika a pohyby celého těla (Vasilovčík Šustová, 2008, s. 29 - 30).

*„Termín znak tedy v systému znakování s miminky označuje jakýkoliv nemluvený projev:*

- *kterým doprovází v komunikaci mluvené slovo ten, kdo již mluvenou řeč ovládá (rodič, starší sourozenec nebo jiná osoba blízká dítěti)*
- *který ke komunikaci prostřednictvím systému znakování s miminky využívá malé dítě, které ještě neumí vůbec nebo dobře mluvit.“* (Vasilovčík Šustová, 2008, s. 30)

Vasilovčík Šustová (2008, s. 30) rozděluje znaky do čtyř skupin, dle toho, jak je předvádíme. Jedná se o mimiku obličeje, znaky produkované jednou rukou, znaky produkované oběma rukama a znaky produkované celým tělem.

### **2.8.2 Zásady používání systému znakování s miminky**

Pro efektivní používání toho systému je nezbytné dodržovat určitá pravidla. Vasilovčík Šustová (2008, s. 41 – 52) vymezuje a popisuje čtyři následující pravidla.

1. Znak musí být slyšet
2. Znak musí být vidět

3. Znak musí patřit k situaci
4. Znaků musí být přiměřené množství

Znak musí být slyšet

K tomu, aby systém znakování s miminky správně podporoval vývoj řeči dítěte, je nutné, aby dítě mělo možnost slyšet mluvený projev. Je důležité dbát na to, abychom znakování současně doprovázeli mluvenou řečí.

Znak musí být vidět

Při znakování s dítětem musíme mít vždy jistotu, že nám dítě věnuje pozornost a že znak provádíme v jeho zorném poli. V případě, že je iniciátorem komunikace dítě a znakuje na svého komunikačního partnera, mu jeho partner také musí věnovat pozornost a udržovat oční kontakt. Pokud dítě učíme nový znak, je nejvhodnější mít oči s dítětem ve stejné úrovni a ukazovat znak v úrovni očí. Umožníme tak dítěti sledovat soustředěně i naši mimiku a artikulaci. Pokud nám během znakování dítě nevěnuje pozornost, nejprve ho nějakým způsobem zaujmeme, až poté začínáme znakovat.

Znak musí patřit k situaci

Znak vždy ukazujeme ve spojení s konkrétní situací. Dítě si musí spojit, že slovo a znak označují totéž. Je vhodné pokud se jedná o situaci, která dítě skutečně zajímá, pak je mnohem snazší toto spojení vytvořit. Komunikační partner dítěte musí sledovat, co dítě právě pozoruje, o který znak projevuje zájem. Pokud dítě učíme nový znak, je vhodné jej ukázat současně s probíhající situací, konkrétním předmětem nebo osobou. Musíme si být jisti, že to co znakem označujeme, je přesně to, co dítě zrovna pozoruje.

Znaků musí být přiměřené množství

Množství znaků je nutné individuálně přizpůsobit možnostem a schopnostem konkrétního dítěte. Musíme zvážit, kolik znaků je dítě schopno pojmout a kolik znaků zvládne jeho komunikační partner, aby komunikace byla efektivní a znaky byly používány v každodenním životě.

### **2.8.3 Druhy znaků**

Jednotlivé znaky Vasilovčik Šustová (2008, s. 53 - 56) rozděluje do skupin, dle toho jak jsou produkovány:

1. Mimika obličeje
2. Znaky produkované jednou rukou
3. Znaky produkované oběma rukama
4. Znaky produkované celým tělem
  - a. Obě ruce jsou ve stejné pozici a vykonávají stejný pohyb
  - b. Každá ruka je v jiné pozici a pohybují se stejně
  - c. Obě ruce jsou jiné pozici a pohybují se jinak
  - d. Jedna ruka je v pohybu dominantní a druhá ji doplňuje

### **2.8.4 Použití systému znakování s miminky**

Při začínání se znakováním vycházíme především z přirozeného zájmu dítěte o komunikaci. Rodič, nebo jiná pečující osoba, zná své dítě, a ví, na jaké podněty reaguje a co ho zajímá. Dle jeho zájmu zvolí první znak a začne ho dítěti ukazovat. Později dítě začne znak opakovat. Rodič má radost, že dítě použilo znak a dítě má radost, že ovládlo situaci a tím je motivováno učit se další znaky. Vhodnou motivací pro používání znaků jsou oblíbené laskominy dítěte (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 72 - 73).

V začátku jsou vhodné znaky, které je snadné ukázat a dítě je může snadno zopakovat. Souvisejí s jídlem a dítě má mnoho příležitostí znak vidět (Garcia in Vasilovčik Šustová, 2008, s. 74).

Výběr znaku je důležité provést tak, abychom ho s dítětem mohly aktivně používat. Vhodné je začít se znaky pro pojmy, které se týkají každodenních činností. Tyto činnosti se totiž pravidelně opakují, jsou pro dítě rituálem, a proto máme dostatek příležitostí znak aktivně používat a často opakovat. Tyto rituály jsou pro dítě srozumitelné a dávají mu pocit jistoty. Pokud takové situace spojíme se znakem, je pravděpodobné, že ho dítě začne také používat. Je vhodné začít se znaky pro činnosti a situace, které má dítě v oblibě, protože budou dítě motivovat k tomu, aby si o ně znakem říkalo (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 76 - 77).

Acredolo a Goodwin (in Vasilovčik Šustová, 2008, s. 74) uvádějí, že vhodné znaky pro začátek jsou jíst, pít, ještě, čepice, pes a kočka.

V počátku znakování s miminky je důležité vnímat neverbální sdělení dítěte. Jeho neverbální sdělení doplňují verbální projevy, které samy o sobě mohou být nesrozumitelné. Často při komunikaci s dítětem intuitivně používáme neverbální signály, jako reakci na jeho sdělení např. k němu natáhneme ruce. Pokud se rodiče nebo jiná pečující osoba soustředí na neverbální projevy dítěte, všimne si, že dítě používá mnoho nejrozumnějších gest. Začne tak přirozeně sdělování rozvíjet do funkčního komunikačního systému (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 76).

*„Aby si dítě znak zapamatovalo, je třeba, aby se s ním opakovaně setkávalo. Opakování je cesta k tomu, aby se dítě něco nového naučilo. V průběhu celého dne je jistě mnoho příležitostí, kdy můžete zvolený znak v komunikaci s dítětem použít. Mnohdy stačí jenom malá úprava prostředí a hned máte k dispozici další příležitosti pro znakování,“* (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 78).

*„Pokud si zvolíte znak nebo znaky k tomu, abyste je zařadili do aktivního používání v komunikaci s vaším dítětem, snažte se odpovídající mluvená slova důsledně podporovat znaky. Buďte důslední a znak použijte vždy, když použijete slovní ekvivalent“* (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 80).

Dítě budeme motivovat k tomu, aby znak opět samo použilo, tím že, budeme pozitivně reagovat na snahu dítěte znaky používat. Dítě si znak bude opakováním upevňovat a provedení znaku se bude zlepšovat a bude kvalitnější. Dítě zjistí, že komunikace je efektivní a bude se samo dožadovat dalších znaků. Velmi vhodné je do znakování s dítětem zapojit i další osoby v jeho okolí. Dítě se tak bude setkávat se znaky častěji a stanou se přirozenou součástí jeho komunikace (Vasilovčik Šustová, 2008, s. 78 - 79).

## **2.9 Znak do řeči**

Kubová a Škaloudová (2012, s. 5 – 6) znak do řeči definují jako kompenzační, doplňující a v mnoha případech dočasný prostředek komunikace mezi osobou s postižením řeči a jejím okolím. Je založen na řeči těla, mimice a přirozených pohybech rukou. Některé ze znaků jsou přejaty ze znakového jazyka neslyšících a mohou symbolizovat jednotlivá slova nebo jednoduché fráze. Tato metoda může sloužit pouze jako doplněk mluvené řeči

nebo jako její plnohodnotná náhrada. Uživatele motivuje ke komunikaci a snižuje rizika frustrace z nepochopení. Cílem znaku do řeči je celkový rozvoj komunikačních dovedností. Znakem zdůrazňujeme pouze důležitá slova, na dítě hovoříme normálně, pomalu a zřetelně. Znakování tzv. klíčových slov usnadňuje udržení pozornosti a porozumění sdělení. Výhodou je využití multisenzoriálního vnímání. Dítě naše sdělení přijímá sluchem (za předpokladu, že není přítomna sluchová vada) zrakem případně i hmatem. V reakci dítěte bychom měli také přijímat jakoukoliv formu odpovědi – zvuk, zrak, pohyb, pohled. Vlivem komunikačního úspěchu znak do řeči motivuje dítě ke komunikaci.

Janovcová (2004, s. 25) zdůrazňuje, že znak do řeči není znakový jazyk, ale kompenzační prostředek, doplněk řeči pro osoby s narušenou komunikační schopností. Jeho cílem je rozšíření a podpora komunikace, zlepšení porozumění řeči a podpora mluvené řeči.

*„Metoda Znak do řeči je vhodná především:*

- *pro děti (klienty), u kterých rozvoj aktivní složky řeči neodpovídá fyziologickému vývoji nebo u nichž jsou expresivní schopnosti značně nižší než schopnosti porozumění (výrazně opožděný vývoj řeči, vývojová dysfázie, Downův syndrom, mentální retardace apod.),*
- *pro děti (klienty) s postižením více vadami, z nichž jednou je problematický rozvoj komunikačních schopností,*
- *pro děti (klienty) s PAS (poruchou autistického spektra),*
- *pro děti (klienty) s dysartrií či jiným postižením organického původu“ (Kubová, Škaloudová, 2012, s. 8).*

Janovcová (2004, s. 25) uvádí, že použití znaku do řeči je vhodné i u dětí s centrálním narušením motoriky, vzhledem k tomu, že se nedbá na precizní pohybové vyjádření znaku. Provádění znaku naopak může sloužit jako prostředek rozvoje motoriky dítěte.

Nutným předpokladem pro zavedení a používání znaku do řeči je podrobná speciálně pedagogická diagnostika, která vede k získání přesných informací o stávající úrovni komunikace dítěte, o jeho poznávacích a vnímacích schopnostech, schopnostech nápodoby a schopnostech pochopení symbolů. Během diagnostiky zjišťujeme informace

o potřebě komunikace, o úrovni porozumění mluvené řeči, řeči těla, mimice, o úrovni verbální komunikace, o rozsahu a úrovni pozornosti, o sociálním zázemí (Kubová, Škaloudová, 2012, s. 8).

## **2.10 Makaton**

Valenta a Müller (2009, s. 155) uvádějí, že Makaton je jazykový program založený na standardizovaných znacích, které bývají doplněny mluvenou řečí. Systém vyvinula ve Velké Británii logopedka Magaret Walker. Symboly makatonu bývají využívány převážně jako podpůrný prostředek pro rozvoj jazyka, čtenářských dovedností a jako primární komunikační prostředek. Napomáhá schopnosti vyjadřování, podporu řeč u osob s nesrozumitelnou mluvenou řečí.

Janovcová (2004, s. 27 - 28) Makaton charakterizuje jako nonverbální jazykový program, systém manuálních znaků a symbolů, který představuje komunikační prostředek pro osoby s obtížně srozumitelnou řečí a s obtížemi při porozumění pojmům. Je možné ho využít také u osob s mentálním, tělesným, sluchovým či kombinovaných postižením nebo autisty. Znaky makatonu pocházejí převážně ze znakového jazyka neslyšících ve Velké Británii. Znakování je vždy doprovázenou mluvenou řečí a pro větší srozumitelnost může být doplňováno mimickými prvky, modulací hlasu nebo kontextem dané situace. Obvykle se znakují pouze ty slova, které mají podstatný význam pro smysl sdělení. S rozvojem řeči je vhodné znakování postupně omezovat. Slovník makatonu je mezinárodní a obsahuje asi 350 slov. Slovník je řazen do osmy kategorií. Jednotlivé kategorie obsahují slova se základním, běžným významem postupně až po slova obecnější se stoupající náročností. Devátý stupeň pak obsahuje individuální seznam slov dle potřeb každého dítěte. Během prvotního nácviku je vhodné kombinovat znaky, symboly i mluvenou řeč, u malých dětí také obrázky a fotografiemi. Postupně zjistíme, která z uvedených možností dítěti vyhovuje nejvíce. Všechny osoby, které s dítětem přicházejí do styku, by měly být s tímto systémem seznámeny, aby ho dítě mohlo využívat k efektivní komunikaci a každodenním životě, v běžných situacích.

## **2.11 Facilitovaná komunikace**

Facilitovaná komunikace je technika, při které tzv. facilitátor poskytuje fyzickou, komunikační a emocionální podporu osobě s narušenou komunikační schopností. Je nutné, aby facilitátor tuto podporu poskytoval na různé úrovni. Cílem není vést pohyby dítěte,

ale pomáhat mu plánovat a vykonat jeho pohyb. Emocionální podpora spočívá především v povzbuzování, trpělivosti, udržování přiměřených očekávání (Calculator, 1994).

Janovcová (2004, s. 32) uvádí, že systém facilitované komunikace je založen na řízeném výběru komunikačních jednotek. Tyto jednotky mohou mít různou formu – kartičky s obrázky, symboly, piktogramy, symboly, písmena, slova či jejich vzájemné kombinace, přístroje, komunikační tabulky. Autorkou této metody je Rosemary Crosley.

*„Facilitátor přidržuje ruku, zápěstí nebo paži osoby, která chce něco sdělit, zajišťuje tak zpětnou vazbu a současně stimuluje. Cílem je postupně omezovat podporu ruky na co nejmenší míru. Z podpory zápěstí se přechází na podporu lokte a později ramene.“* (Janovcová, 2004, s. 34)

S rozvojem techniky se vyvinuly další možnosti v používání facilitované komunikace v podobě použití počítačové klávesnice. Text je možné napsat, vytisknout, uložit v paměti počítače či vyvolat hlasově. Zobrazení slova v písemné podobě lze využít při nácviku správné artikulace, snažíme se o propojení obrázku, psaného a mluveného slova (Janovcová, 2004, s. 34).

Valenta a Müller (2009, s. 162) uvádějí, že při facilitované komunikaci se dá využít celé škály pomůcek např. počítač, psací stroj, tabulky s abecedou. Tato metoda je velmi kontroverzní a v řadách odborníků má spoustu odpůrců i příznivců.

## **2.12 Systém BLISS**

Klein (2003, s. 4) definuje BLISS jako piktografický a ideografický systém symbolů, který se skládá z asi 3 000 standardizovaných symbolů. Jednotlivé symboly se skládají z menšího počtu základních symbolů. Systém byl vyvinut Charlesem Blissem.

*„V roce 1975 byl v Torontu založen Institut pro komunikaci se symboly BLISS (Blissymbolics Communication Institute), který tento alternativní komunikační systém rozšiřuje v celosvětovém měřítku.“* (Janovcová, 2004, s. 27)

### **2.12.1 Druhy symbolů**

Symboly používané v systému BLISS lze rozdělit na piktogramy, ideogramy a další symboly. Piktogramy jsou v systému zastoupeny buď jako přímý piktogram, symbol složený z piktogramů nebo symbol s podílem piktogramu. Podíl piktogramů na symbolech BLISS nelze přesně odhadnout. Ideogramy ztělesňují určitý pojem nebo myšlenku.

V mnoha případech obsahují piktografické prvky. Většina symbolů jsou piktografické nebo mají rozpoznatelnou ideografickou souvislost ve svém významu (Klein, 2003, s. 4 - 8).

### **2.12.2 Skládání jednotlivých symbolů**

Jednoduché symboly jsou tvořeny z jednotlivých geometrických tvarů. Složené symboly lze rozčlenit na dvě a více částí. Jednotlivé části symbolů se buď překrývají, nebo řadí za sebe. Řazení symbolů za sebe se využívá v případech, kdy při překrývání není symbol dobře čitelný. Jednoduché symboly tvoří základ pro slovník systému BLISS. Pokud má být složen pojem, pro který neexistuje symbol, jsou k jeho vytvoření použity jednoduché symboly. Překrývané symboly tvoří dvě části, které jsou napsány na stejné místo přes sebe, tak že se vzájemně dotýkají nebo překrývají. Symboly řazené za sebe jsou symboly vznikající řazením jednotlivých částí zleva doprava. Jejich řazení začíná klasifikátorem, který objasňuje význam symbolu. Řazení dále pokračuje modifikátorem, který pojem blíže popisuje. Symboly řazené za sebe jsou tedy řazeny dle důležitosti pro pojem, který má vyjadřovat. I přes poměrně velkou slovní zásobu, kterou systém BLISS poskytuje, neexistuje pro každý výraz odpovídající symbol. V tomto případě je možné kombinování jednotlivých existujících symbolů. Pojem označený takto vzniklou kombinací již existujících symbolů je označen příslušnou značkou. Tato značka není překládána, slouží pro usnadnění porozumění. Řazení symbolů je obdobné jako u symbolů řazených za sebou. Symbol nesoucí základní význam je řazen první a následují doplňující symboly (Klein, 2003, s. 8 - 11).

Janovcová (2004, s. 28) uvádí, že symboly BLISS jsou obvykle pro jednotlivé uživatele uspořádány do komunikačních tabulek. U některých jedinců je vhodné tento systém kombinovat se znaky systému Makaton.

### **2.12.3 Indikátory**

Indikátory jsou malé symboly, nesoucí gramatický význam. Jejich pomocí se označuje, zda symbol vyjadřuje sloveso, podstatné jméno, přídavné jméno nebo množné číslo. Druhem indikátoru jsou také výše zmíněné značky označující kombinaci symbolů. Indikátory se píše nad příslušný symbol (Klein, 2003, s. 12).



#### 2.12.4 Využití systému BLISS

Systém BLISS se využívá u osob s centrální poruchou motoriky, poruchami komunikačních schopností především v expresivní složce řeči např. anartrie. Využití nachází ale také u osob s mentálním postižením, po centrální mozkové příhodě, s kombinovaným postižením, poruchami autistického spektra nebo afázií (Janovcová, 2004, s. 27 - 28).

Předpoklady pro použití systému BLISS rozděluje Klein (2003, s. 16) na vnitřní a vnější. Mezi vnější řadí připravenost komunikačního partnera, dostatečný trénink a dobré vzdělání komunikačního partnera, neustálé příležitosti k použití systému BLISS, odpovídající organizace procesu výuky. Mezi vnitřní předpoklady jsou řazeny vývoj ostatních forem komunikace, znalost symbolů systému BLISS, všeobecná potřeba komunikace, motorické schopnosti, existence jiných možností komunikace.

#### 2.13 Předmětová komunikace

Šarounová a kol. (2014, s. 17) řadí mezi metody alternativní a augmentativní komunikace předmětovou komunikaci.

*„Předměty se v alternativní a augmentativní komunikaci používají jako jedna z prvních možností, zvláště pro malé děti a pro osoby se zrakovými obtížemi (ať už se jde o poruchu zraku nebo centrálního zrakového zpracování). Často se používají také u osob s mentálním postižením“* (Šarounová a kol., 2014, s. 17).

Šarounová a kol. (2014, s. 17 – 18) uvádějí, že předměty se v komunikaci užívají v několika formách:

1. Reálné předměty – využívá se např. hračka, jídlo, láhev s pitím, autíčko. Tyto předměty symbolizují pouze samy sebe a jsou nejčastěji klientovi nabízeny k výběru. Výběr z možností je základem komunikace. Dětem s postižením, které nemohou takový výběr provádět spontánně je potřeba nabídnout jinou možnost jak tento výběr uskutečnit. Často se stává, že za dítě vybírá a rozhoduje rodič.
2. Reálné předměty jako symboly – reálná věc se stává symbolem – např. zatavený piškot na kartičce slouží jako prostředek, kterým si dítě říká o skutečný piškot.

3. Části předmětů – např. dílek z puzzle, dudlík z láhve – tyto části předmětů se stávají symbolem pro celý předmět a dítě se ho tak učí označit a říci, že ho chce. Tímto způsobem lze jednoduše přejít od reálné věci k symbolu.
4. Referenční – odkazovací – předměty – např. lžíce jako symbol pro jídlo. Souvislost předmětu s konkrétní činností je někdy velmi volná a ne každé dítě jí vždy porozumí.
5. Zmenšeniny – např. malá lahvička jako symbol pro pití.

### 3 RANÁ PÉČE

Ludíková (2006, s. 150) uvádí, že *„ranou péči lze chápat jako komplex služeb orientovaných na celou rodinu dítěte raného věku se zdravotním postižením či ohrožením vlivem biologických faktorů nebo vlivem prostředí. Nabízené služby jsou zaměřeny na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte.“*

*„Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*

*Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- c) *sociálně terapeutické činnosti,*
- d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“* (Sociální zabezpečení, 2014, str. 119)

V současnosti je kladen velký důraz na efektivní využití raného věku dítěte. Raný věk je obdobím velmi prudkého vývoje a má obrovský význam jak pro děti intaktní tak děti se zdravotním postižením. Raná péče patří do služeb sociální prevence a je poskytována bezplatně. Věková hranice pro poskytování sociální služby raná péče je 7 let věku dítěte. Raná péče by měla vždy respektovat právo volby. Klient se může sám rozhodnout, zda nabízené služby přijme nebo ne. Rodina má právo spolurozhodovat o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu. Během poskytování rané péče by vždy měla být respektována individualita každého dítěte, kulturní a sociální zvláštnosti každé rodiny. Poradce rané péče k rodině přistupuje jako k rovnoprávnému partnerovi. Raná péče je poskytována takový způsobem, aby rodinu nečinila závislou na žádné instituci. Poradenský pracovník navštěvuje rodinu v předem domluvených schůzkách, provádí intervenční opatření a terapie. Pozornost by měla být věnována také sourozenci dítěte. Ambulantní konzultace ve středisku rané péče probíhají v případě, že je nutné zjistit, jak se dítě projevuje mimo své přirozené prostředí, nebo pokud chce využít pomůcku, kterou nelze aplikovat při konzultaci v rodině. Raná péče je také doplněna formou rehabilitačních

pobytů. Těchto pobytů se může účastnit celá rodina. Jejich hlavním cílem je intenzivní práce s dítětem, možnost kontaktu rodičů. Rodiny dále mohou využít přednášek a seminářů, které jsou střediskem rané péče pravidelně organizovány. Ukončením služby rané péče by mělo být informování klienta o návazných službách (Ludíková, 2006, s. 150).

### **3.1 Základní činnosti při poskytování rané péče**

*„Základní činnosti při poskytování péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů:*

*a) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*

- 1. zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním,*
- 2. specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám,*
- 3. podpora a posilování rodičovských kompetencí,*
- 4. upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny,*
- 5. vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury*
- 6. nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte,*
- 7. instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální,*

*b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*

- 1. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporující sociální začleňování osob,*
- 2. podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*

*c) sociálně terapeutické činnosti*

- 1. psychosociální podpora formou naslouchání,*
- 2. podpora výměny zkušeností,*
- 3. pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny,*

*d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

- 1. pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů*
- 2. doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkající se vývoje dítěte.“*  
(Sociální zabezpečení, 2014, s. 165- 166)

### **3.2 Průběh služby rané péče**

Popis průběhu poskytování služby rané péče vychází z autorčiných zkušeností, průběh poskytování rané péče se může vždy lišit dle zvyklostí a individualit jednotlivých poskytovatelů rané péče.

První jednání se zájemcem o poskytování sociální služby probíhá na základě žádosti zákonného zástupce dítěte (telefonicky, osobně, e-mailem). Jednání se zájemcem probíhá dle časových možností pracovníka rané péče a zákonného zástupce dítěte buď v rodině (v přirozeném prostředí dítěte) nebo v prostorách střediska rané péče. Tohoto jednání se zpravidla zúčastňuje sociální pracovník střediska a poradce rané péče. Na úvodní schůzce jsou rodiče informováni o tom, co obsahuje služba rané péče, jak probíhá a jaké jsou podmínky pro přijetí. Poradce rané péče získá základní informace o rodině a dítěti, ujistí se, že dítě odpovídá cílové skupině, kterou si středisko rané péče stanovilo. Dále získá osobní a rodinnou anamnézu dítěte. Rodiče při této schůzce mají možnost vyjádřit své očekávání a potřeby.

Pokud tuto službu středisko rané péče poskytuje, následuje schůzka s psychologem střediska rané péče, který provede vstupní psychologickou diagnostiku dítěte. Ta vypovídá o aktuální úrovni psychomotorického vývoje dítěte a je důležitým podkladem pro další spolupráci pracovníka rané péče a rodiny. Může také sloužit jako ověření náležitosti k cílové skupině střediska.

Druhá osobní schůzka pracovníka rané péče a zákonného zástupce dítěte probíhá taktéž dle časových možností pracovníka rané péče a zákonného zástupce dítěte buď v rodině klienta, nebo v prostorách střediska rané péče. Rodině je představen jejich klíčový pracovník. Klíčový pracovník je poradce rané péče, který nadále s rodinou spolupracuje a navštěvuje ji během konzultací. Na této schůzce jsou rodičům představeny a vysvětleny vnitřní pravidla střediska rané péče, je podepsána smlouva o poskytování sociální služby. Ve spolupráci s rodiči, nebo jinou pečující osobou je sepsán individuální plán a osobní cíle

klienta. Individuální plán je pravidelně aktualizován a vyhodnocován. S klíčovým pracovníkem si rodina dohodne frekvenci a délku trvání konzultací. Nejčastěji bývá frekvence konzultací stanovena na dobu 1x za 1-3 měsíce a délka trvání konzultace 1 – 3 hodiny. Časový rozsah a frekvenci konzultací je možné kdykoliv upravit, dle aktuálních potřeb.

Následné setkávání již probíhá formou individuálních konzultací zpravidla v rodině klienta (jeho přirozeném prostředí). Na konzultaci pracovník pracuje na stanoveném osobním cíli klienta a aktuálních potřebách rodiny a dítěte. Poskytuje odborné i základní sociální poradenství, zapůjčuje rodině speciální pomůcky, hračky a literaturu. Součástí konzultací bývá také podpora rodiny formou aktivního naslouchání. Délku a průběh konzultace je nutné vždy individuálně upravit dle aktuálního zdravotního stavu a aktuálních potřeb dítěte. Na počátku konzultace se poradce vždy seznámí s novými událostmi v životě dítěte i rodiny, které jsou pro jeho práci podstatné. Následuje přímá práce s dítětem, která vychází z individuálního plánu. Pracovník rodině zapůjčí pomůcky, se kterými mají možnost pracovat v období mezi konzultacemi. Z každé konzultace poradce sepiše podrobný záznam, který předá rodině, společně s doporučeními pro práci s dítětem v období do další konzultace. Na další konzultaci by se poradce vždy měl zajímat, které z doporučených aktivit a s jakým úspěchem rodiče s dítětem vyzkoušely.

V období mezi konzultacemi se rodiče nebo zákonní zástupce dítěte mohou kdykoliv obrátit na poradce telefonicky nebo e-mailem. Rodiče dále mohou využívat přednášek, seminářů, rehabilitačních pobytů nebo ambulantních konzultací.

Při ukončení poskytování rané péče poradce sepiše záznam o poskytování rané péče. V záznamu popíše celkový průběh poskytování rané péče (dle jakých metod poradce postupoval, jaké intervenční postupy byly zvoleny a jaký způsob práce s dítětem a jeho rodinou se osvědčil) a doporučí vhodné navazující zařízení. Opět dojde ke schůzce poradce, sociálního pracovníka střediska a rodičů či zákonného zástupce dítěte v domácnosti rodiny nebo v prostorách střediska rané péče. Rodičům jsou během schůzky předány kontakty na navazující zařízení a je vyhodnoceno poskytování rané péče.

### **3.3 Cíle rané péče**

*„Cíle rané intervence je možné charakterizovat v následujících čtyřech bodech:*

- 1. snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj,*

2. *zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy,*
3. *posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech,*
4. *vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.“* (Ludíková, 2006, s. 150)

Potměšil (2014, s. 152) uvádí následující cíle rané intervence:

- *„Vybavit rodiče takovými informacemi a dovednostmi, aby mohli aktivně působit na snižování míry negativních vlivů zdravotního postižení nebo ohrožení vývoje dítěte z jiných důvodů,*
- *vybavit rodiče informacemi a případně i efektivní podporou pro orientaci v systému sociálního zabezpečení a zvyšovat jejich nezávislost,*
- *podpořit aktivity vedoucí k co nejvyšší míře integrace dítěte a rodiny do běžného života společnosti,*
- *pomoci nebo podpořit přípravu dítěte pro následující stupeň výchovně-vzdělávací soustavy.“*

### 3.4 Programy rané péče

Středisko rané péče Educo Zlín o.s. popisuje následující programy rané péče:

#### 1. Podpora vývoje dítěte

Vždy dle konkrétního postižení či ohrožení dítěte se jedná o podporu psychomotorického vývoje, podpora rozvoje kompenzačních smyslů, výběr vhodné metodiky pro práci s dítětem, půjčování hraček a speciálních pomůcek, pomoc při jejich výběru.

#### 2. Podpora rodiny

Podpora rodiny zahrnuje činnosti jako depistáž, konzultační návštěvy v rodině, poradenství, krizová intervence, pomoc v nepříznivé životní situaci, vzdělávání rodičů, zapůjčování odborné literatury, organizování setkávání rodin, podpora výměny zkušeností a svépomocných aktivit, posilování rodičovských kompetencí, podpora ve vyhledávání a využívání zdrojů, posilování funkčních vazeb v rodině.

#### 3. Působení na veřejnost

Působení na veřejnost prostřednictvím mezioborové spolupráce a spolupráce s dalšími poskytovateli sociálních služeb, vzdělávání laické i odborné veřejnosti, informování o potřebách rodin s dětmi s postižením, prezentace a propagace rané péče, účast při komunitním plánování sociálních služeb v regionu.

### **3.5 Principy rané péče**

Středisko rané péče Tam Tam Praha (2013) popisuje následující principy rané péče:

#### **Princip důstojnosti a individuálního přístupu**

Respekt k individualitě dítěte a jeho rodiny, kulturním, sociálním a výchovným zvláštnostem, jednání s každým klientem podle zásad partnerství, dokumentace je vedena s ohledem na důstojnost klienta.

#### **Princip ochrany soukromí klienta**

Nakládání s dokumentací jako důvěrným materiálem, poskytování informací o uživateli služby pouze s jeho písemným nebo ústním souhlasem. Taktí, ohleduplný přístup a chování v domácím prostředí klienta při terénním poskytování služby.

#### **Princip zplnomocnění**

Pracovníci respektují práva klienta na kvalifikované a objektivní informace v takovém množství, jak si klient vyžádá, právo a zodpovědnost klienta rozhodovat sám o sobě. Pracovník rané péče by měl klientům poskytnout informace v plném rozsahu tak, aby klientům umožnil jejich kvalifikované a zodpovědné rozhodnutí. Rodiče jsou platnými členy multidisciplinárního týmu, který se podílí na odborné péči o dítě, plánuje a hodnotí program služeb rané péče. Služby rané péče podporují právní vědomí rodiny a sounáležitost klientských skupin.

#### **Princip nezávislosti**

Raná péče podporuje rodiče a dítě k využívání vlastních zdrojů pro zvládnutí situace, ve které se nacházejí. Jedním z cílů rané péče je předcházet vzniku závislosti klienta a jeho rodiny na sociálním systému.

#### **Princip práva volby**



Klient má právo sám o využívání služeb rané péče rozhodnout, současně má právo rozhodovat o výběru poskytovaných služeb a o tvorbě individuálního plánu.

#### Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb

Je naplňován multidisciplinárním modelem služby rané péče. V pracovním týmu je nezbytná spolupráce a komunikace všech odborníků, podílejících se péči o dítě (poradců rané péče, lékařů, terapeutů, psychologů, logopedů atd.) Nenahraditelným členem týmu jsou rodiče dítěte.

#### Princip přirozenosti prostředí

Převážná část služeb je klientům poskytována v přirozeném prostředí dítěte (v rodině). Služby rané péče podporují přirozené prostředí rodiny dítěte. Pracovník při poskytování služeb je respektuje běžný chod a rytmus rodiny.

#### Princip kontinuity péče

Při ukončení poskytování služby rané péče je klient informován o návazných službách v jeho regionu, je mu nabídnuto jejich zprostředkování (vzdělávací instituce, sociální služba a další). Raná péče podporuje sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu.

### **3.6 Historie rané péče**

Potměšil (2014, s. 150 – 151) uvádí, že historie rané péče souvisí s politickými změnami v roce 1989. Počátky budování středisek rané péče se pojí se jménem Terezie Hradílkové. S úspěchem zahájila speciálněpedagogickou péči zaměřenou na rodinu s dítětem s postižením. V roce 2006 vznikl zákon 108/2006 Sb., který poprvé vymezil ranou péči jako službu v systému sociálních služeb.

### **3.7 Asociace pracovníků v rané péči**

Asociace pracovníků v rané péči je celostátní organizace, která sdružuje poskytovatele rané péče. Jejím cílem je zejména udržovat a podporovat zvyšování kvality služeb rané péče, sjednotit postupy a činnosti, usilovat o srovnatelnost kvality služeb ze strany různých poskytovatelů, hospodárně využívat finanční zdroje, prosazovat obor raná péče. Poskytuje vzájemnou odbornou podporu mezi pracovníky rané péče, podílí se na jejich vzdělávání prostřednictvím seminářů a publikační činnosti. Asociace

poskytovatelů pracovníků v rané péči je tvůrcem dokumentu tzv. Optimální model rané péče v ČR, který je prezentován na seminářích. Členy této asociace jsou organizace hlásící se k dohodnuté kvalitě sociální služby rané péče a poskytující tuto službu dle popsané dobré praxe. Jednotlivým pracovištím uděluje garanci kvality (Asociace pracovníků v rané péči, z.s.).

### **3.8 Raná intervence u dětí s narušenou komunikační schopností**

Býtešnicková (2012, s. 209) uvádějí, že raná intervence v oblasti logopedie není v České Republice na rozdíl od zahraničí dostatečně zpracována a poskytována. Ovšem téma narušené komunikační schopnosti se neustále dostává do popředí zájmu odborníků. Meruňková (in Opatřilová, Zítková a kol, 2012, s. 210) uvádí, že se neustále zvyšují nároky společnosti na komunikační dovednosti, proto se také deficity této oblasti projevují stále častěji a dříve.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **1 Cíle**

Cílem diplomové práce bylo zmapovat vzdělání poradců rané péče a jejich povědomí o možnostech využití alternativních a augmentativních technik komunikace v praxi, a zjistit, které z těchto technik jsou využívány nejčastěji a u jakého typu klientů. Dále také zjištění, zda kvalitní spolupráce s rodinou dítěte a dalšími odborníky ovlivňuje míru osvojení komunikačního systému. Dalším cílem bylo zjištění, jak časté konzultace by dle poradců rané péče byly ideální pro práci s dítětem, které se učí komunikovat pomocí některé z technik alternativní či augmentativní komunikace. Zajímalo nás také, jakými kurzy si poradci rané péče nejčastěji doplňují vzdělání a zda znají nabídku kurzů, které mohou využít a zda je zaměstnavatelé podporují v dalším vzdělávání.

### **2 Vymezení výzkumného problému**

Jako praktickou část mé diplomové práce jsme zvolily kvalitativní výzkum, konkrétně rozhovory s poradci rané péče, kteří se během své práce velmi často setkávají s problematikou alternativní a augmentativní komunikace. Osloveno bylo 20 poradců rané péče, z toho 14 poradců souhlasilo s poskytnutím rozhovoru. Poradci byli vybráni dle místa působnosti střediska rané péče, ve kterém jsou zaměstnání. Sběr dat probíhal od prosince 2014 do března 2015.

### **3 Výzkumné otázky**

S ohledem na vytyčené cíle byly zvoleny následující výzkumné otázky:

- 1) Která z technik AAK je poradci rané péče nejčastěji využívána?
- 2) Jak časté konzultace považují poradci rané péče za ideální při práci s dítětem, které se učí komunikovat dle některé z metod AAK?
- 3) Mají poradci rané péče vysokoškolské vzdělání ve speciálně pedagogickém oboru?
- 4) U kterého typu klientů využívají poradci rané péče metody AAK nejčastěji?
- 5) Kterým z kurzů, týkajících se AAK, si poradci rané péče nejčastěji doplňují vzdělání?
- 6) Je přístup zaměstnavatelů k dalšímu vzdělávání poradců rané péče kladný?
- 7) Vnímají poradci, kteří pozitivně hodnotí spolupráci s rodiči a spolupracují s dalšími odborníky zlepšení v komunikačních schopnostech spíše než poradci, kteří s ostatními odborníky nespolupracují a hodnotí spolupráci s rodiči spíše negativně?

## **4 Použité výzkumné metody**

### **4.1 Rozhovor**

Plevová (2004, s. 23) rozděluje rozhovor dle situace na formální a neformální. Neformální popisuje autorka jako dialog mezi přáteli, společenský rozhovor. Formální rozhovor je dle autorky například rozhovor mezi podřízeným a nadřízeným. Rozhovor jako psychologická metoda se dle autorky používá ke zjišťování faktů, pocitů, názorů, postojů a hodnot. Vedení rozhovoru klade nároky zejména na komunikační dovednosti, porozumění a teoretické znalosti. Z hlediska cíle autorka rozděluje rozhovor na výzkumný, diagnostický, anamnestický, terapeutický, poradenský a výběrový. Z hlediska způsobu vedení odlišuje autorka rozhovor standardizovaný, částečně standardizovaný, nestandardizovaný. Standardizovaný rozhovor popisuje autorka jako předem připravený, strukturovaný rozhovor, s předem připravenými otázkami, přesným postupem. Bývá striktně veden a zaznamenáván. Dotazovatel má většinou záznamový list.

*„Částečně standardizovaný rozhovor tvoří plynulý přechod mezi nestandardizovaným a standardizovaným rozhovorem. Jde o rozhovor, kde jsou již některé otázky připraveny, dle zaměření problematiky rozhovoru. Dotazující si dělá poznámky, rozhovor je většinou zaměřen na nějaké téma, záměr rozhovoru je pevně stanoven, ale taktika jeho vedení je uvolněná. „ (Plevová, 2004, s. 24)*

Nestandardizovaný rozhovor bývá volně vedený rozhovor s častými otevřenými otázkami. Dotazovatel se při vedení rozhovoru přizpůsobí dané situaci a většinou nevede žádný záznam o rozhovoru (Vymětal in Plevová, 2004, s. 24).

Pro účel výzkumu jsme použily částečně standardizovaný rozhovor s předem připravenými otevřenými otázkami. Záznam rozhovoru byl realizován pomocí poznámek zapisovaných během rozhovoru.

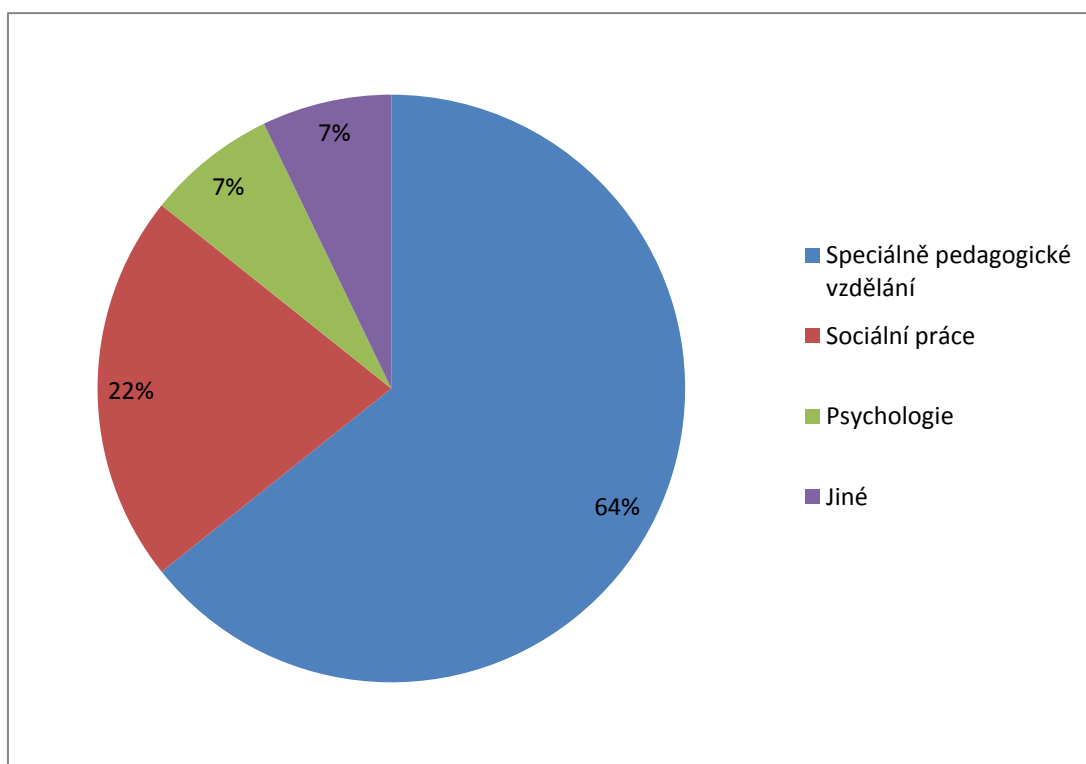
## **5 Analýza rozhovorů a interpretace výsledků šetření**

### **5.1 Otázka č. 1 Jaké je Vaše vzdělání?**

Tabulka č. 1 Vzdělání poradců rané péče

| Typ vzdělání                   | Počet poradců |
|--------------------------------|---------------|
| Speciálně pedagogické vzdělání | 9             |
| Sociální práce                 | 3             |
| Psychologie                    | 1             |
| Vzdělání jiného typu           | 1             |

Graf č. 1 Vzdělání poradců rané péče



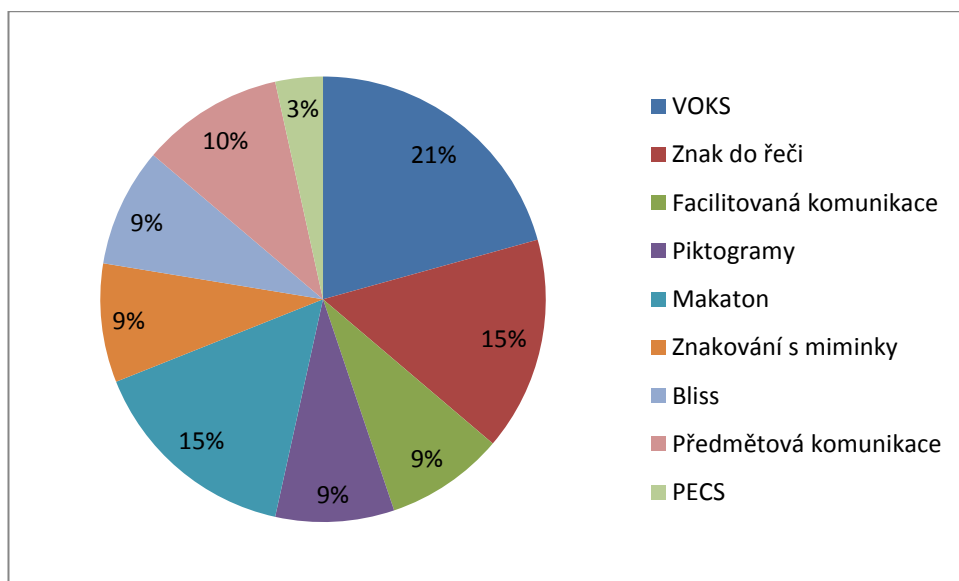
Z tabulky č. 1 vyplívá, že 9 ze 14 oslovených poradců (64%) mají vzdělání speciálně pedagogické, 3 (21, 5 %) mají vzdělání v oboru sociální práce, 1 (7%) z oslovených poradců je psycholog. Pouze jeden z poradců (7%) měl vzdělání jiného typu. Zajímavostí je, že pouze jeden z oslovených poradců absolvoval kurz poradce rané péče.

## 5.2 Otázka č. 2 Jaké znáte metody AAK?

Tabulka č. 2 Znalost metod AAK

| <b>Systém AAK</b>       | <b>Počet poradců, kteří ho uvedli</b> |
|-------------------------|---------------------------------------|
| VOKS                    | 12                                    |
| Znak do řeči            | 9                                     |
| Facilitovaná komunikace | 5                                     |
| Piktogramy              | 5                                     |
| Makaton                 | 9                                     |
| Znakování s miminky     | 5                                     |
| Bliss                   | 5                                     |
| Předmětová komunikace   | 6                                     |
| PECS                    | 2                                     |

Graf č. 2 Znalost metod AAK



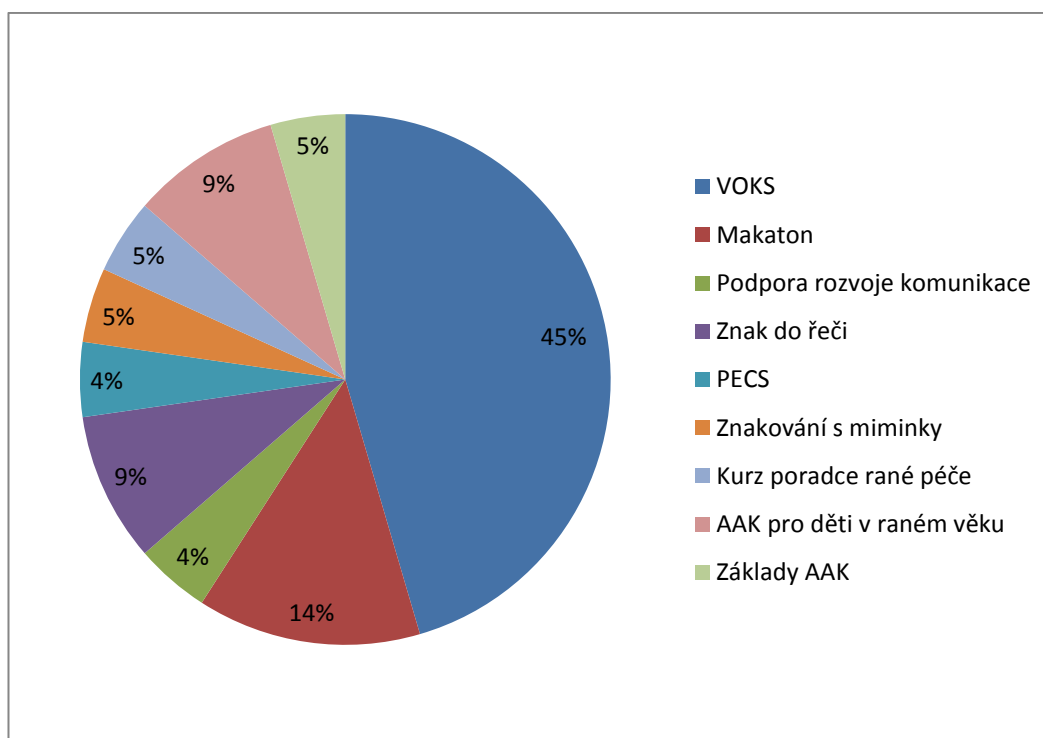
Z tabulky č. 2 vyplývá, že nejčastěji uváděnou metodou byl VOKS, uvedlo ho 12 ze 14 poradců (86 %), dále shodně Makaton a Znak do řeči, které uvedlo 9 ze 14 oslovených poradců (64 %).

### 5.3 Otázka č. 3 Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?

Tabulka č. 3 Absolvované kurzy

| Kurz                       | Počet poradců, kteří ho absolvovali |
|----------------------------|-------------------------------------|
| VOKS                       | 10                                  |
| Makaton                    | 3                                   |
| Podpora rozvoje komunikace | 1                                   |
| Znak do řeči               | 2                                   |
| PECS                       | 1                                   |
| Znakování s miminky        | 1                                   |
| Kurz poradce rané péče     | 1                                   |
| AAK pro děti v raném věku  | 2                                   |
| Základy AAK                | 1                                   |

Graf č. 3 Absolvované kurzy



Z tabulky č. 3 vyplývá, že nejčastěji si oslovení poradci doplňovali vzdělání kurzem VOKS, absolvovalo ho 10 ze 14 oslovených poradců (71,5 %). Druhým nejčastějším kurzem byl Makaton, který absolvovali 3 poradci (21,5 %). Pouze jeden z oslovených poradců neabsolvoval žádný kurz zaměřený na AAK (7 %).

#### 5.4 Otázka č. 4 Jak dlouho pracujete v rané péči?

Tabulka č.4 Délka působení poradců rané péče

| Oslovený poradce | Roky |
|------------------|------|
| č. 1             | 1    |
| č. 2             | 10   |
| č. 3             | 8,5  |
| č. 4             | 6    |
| č. 5             | 4    |
| č. 6             | 1,5  |
| č. 7             | 3    |
| č. 8             | 0,5  |
| č. 9             | 2,5  |
| č. 10            | 5    |
| č. 11            | 6    |
| č. 12            | 1    |
| č. 13            | 1,5  |
| č. 14            | 3,5  |

Z tabulky č. 4 vyplývá, že nejkratší dobou, po kterou oslovený poradce pracoval v rané péči, je půl roku, nejdelší dobou je 10 let.



### 5.5 Otázka č. 5 Kolik klientů máte aktuálně v péči?

Tabulka č. 5 Počet klientských rodin

| Oslovený poradce | Počet klientů |
|------------------|---------------|
| č. 1             | 20            |
| č. 2             | 20            |
| č. 3             | 21            |
| č. 4             | 22            |
| č. 5             | 18            |
| č. 6             | 10            |
| č. 7             | 15            |
| č. 8             | 10            |
| č. 9             | 10            |
| č. 10            | 26            |
| č. 11            | 10            |
| č. 12            | 18            |
| č. 13            | 23            |
| č. 14            | 21            |

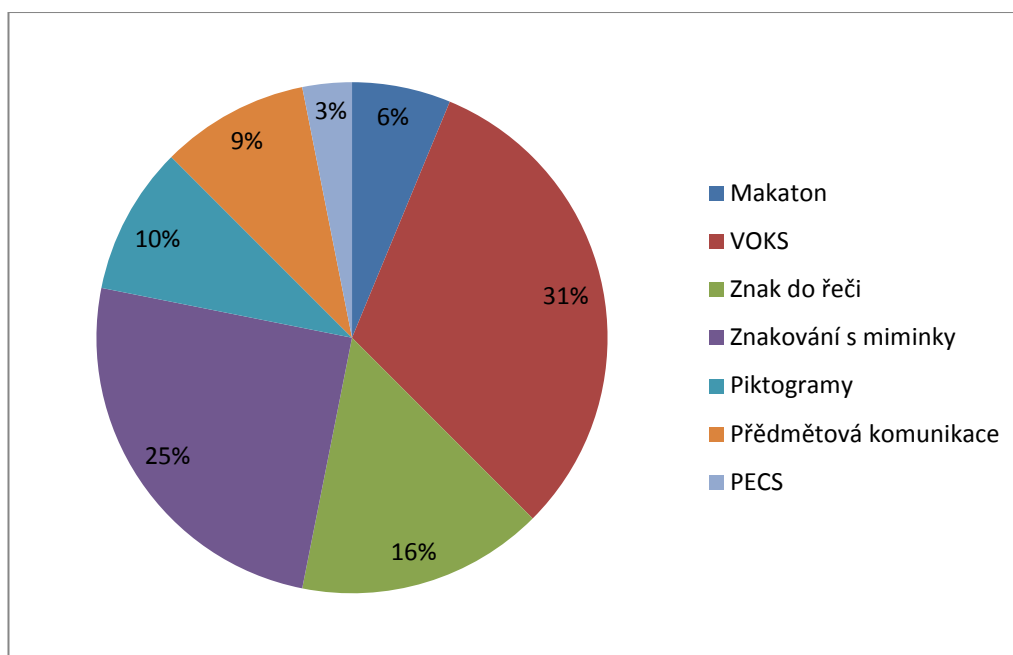
Dle tabulky č. 5 nejčastěji mají poradci v péči 10 klientů, což uvedly 4 ze 14 oslovených poradců (28,5 %). Odpovědi se lišily dle toho, jaký úvazek má poradce u zaměstnavatele. Dále jsou počty klientů ovlivněny aktuálním naplněním střediska.

## 5.6 Otázka č. 6 S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?

Tabulka č. 6 Využití metod AAK

| Oslovený poradce | Počet klientů | Z toho využívají AAK | Využívané metody                                    |
|------------------|---------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| č. 1             | 20            | 6                    | Znakování s miminky, VOKS                           |
| č. 2             | 20            | 15                   | Znak do řeči, znakování s miminky, VOKS             |
| č. 3             | 21            | 10                   | VOKS, piktogramy, znakování s miminky               |
| č. 4             | 22            | 4                    | VOKS, znak do řeči                                  |
| č. 5             | 18            | 14                   | Znak do řeči, VOKS, znakování s miminky, piktogramy |
| č. 6             | 10            | 4                    | Piktogramy, znakování s miminky                     |
| č. 7             | 15            | 3                    | Znak do řeči, VOKS                                  |
| č. 8             | 10            | 5                    | Znakování s miminky, obrázková komunikace           |
| č. 9             | 10            | 6                    | Znakování s miminky, obrázková komunikace           |
| č. 10            | 26            | 24                   | VOKS, předmětová komunikace                         |
| č. 11            | 10            | 8                    | PECS                                                |
| č. 12            | 18            | 10                   | VOKS, Makaton                                       |
| č. 13            | 23            | 4                    | VOKS, předmětová komunikace, znakování s miminky    |
| č. 14            | 21            | 4                    | VOKS, předmětová komunikace, Znak do řeči, Makaton  |

Graf č. 4 Využití metod AAK



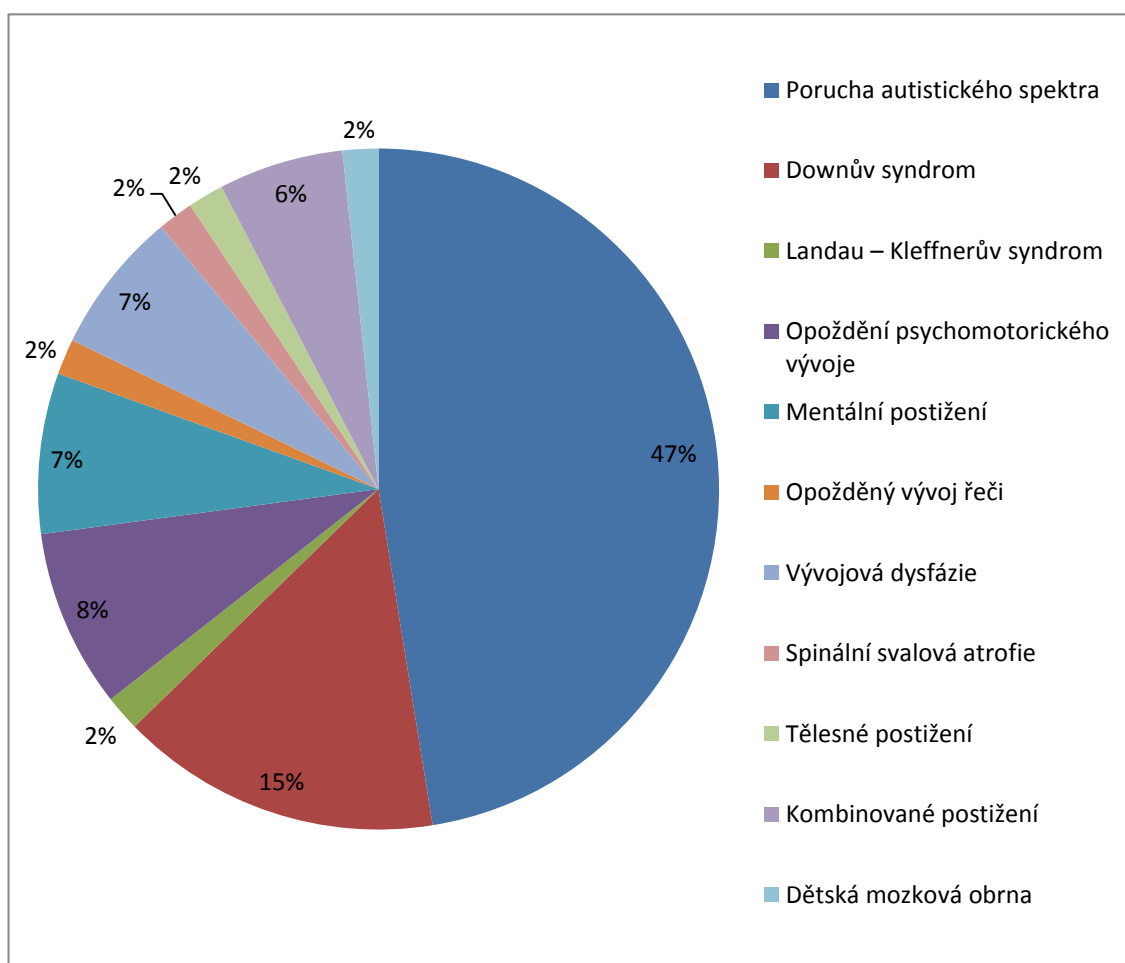
Z tabulky č. 3 vyplývá, že nejčastěji využívanou metodou je VOKS, používá ho 10 ze 14 oslovených poradců (71, 5 %). Další je znakování s miminky, které používá 8 ze 14 oslovených poradců (57 %).

### 5.7 Otázka č. 7 U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?

Tabulka č. 7 Využití AAK u jednotlivých typů postižení

| <b>Diagnóza</b>                   | <b>Počet klientů</b> |
|-----------------------------------|----------------------|
| Porucha autistického spektra      | 56                   |
| Downův syndrom                    | 18                   |
| Landau – Kleffnerův syndrom       | 2                    |
| Opoždění psychomotorického vývoje | 10                   |
| Mentální postižení                | 9                    |
| Opožděný vývoj řeči               | 2                    |
| Vývojová dysfázie                 | 8                    |
| Spinální svalová atrofie          | 2                    |
| Tělesné postižení                 | 2                    |
| Kombinované postižení             | 7                    |
| Dětská mozková obrna              | 2                    |

Graf č. 5 Využití AAK u jednotlivých typů postižení



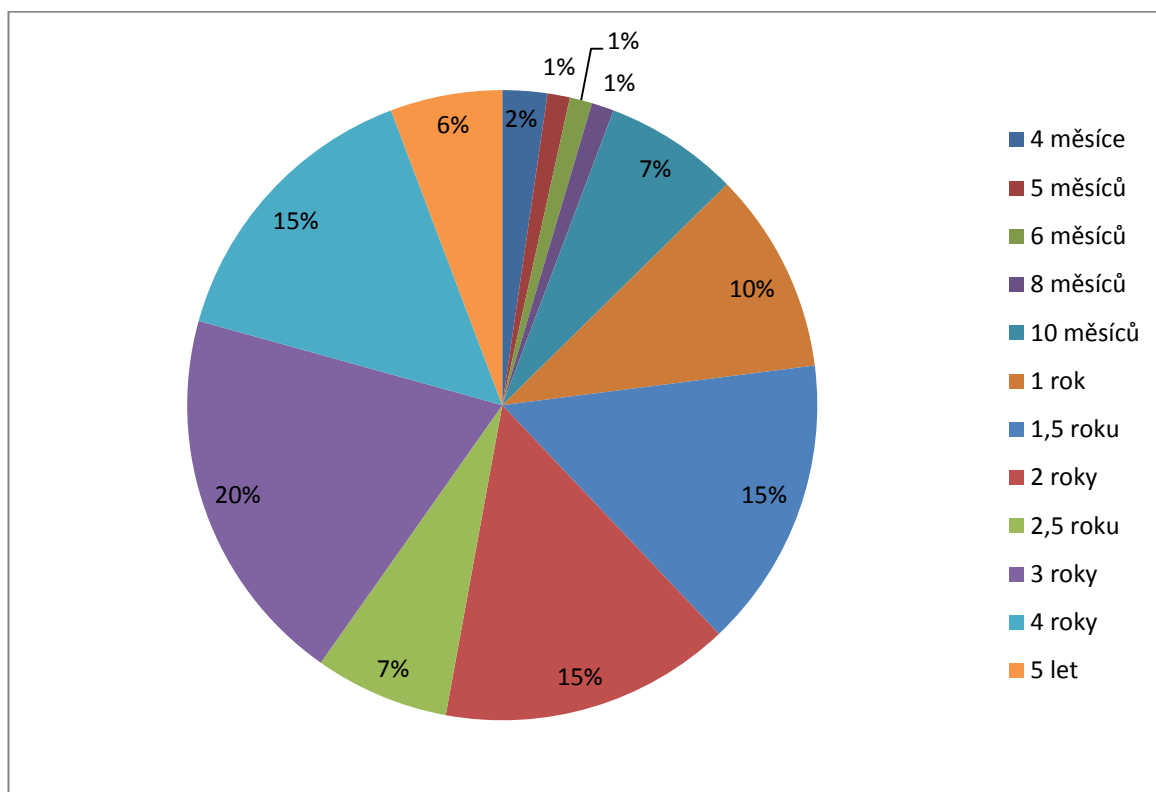
Dle tabulky č. 7 oslovení poradci nejčastěji metody AAK využívají s dětmi s poruchami autistického spektra, Downovým syndromem a opožděním psychomotorického vývoje. Někteří z poradců z důvodu ochrany osobních údajů neuvedli přesnou diagnózu pouze typ postižení dítěte.

### 5.8 Otázka č. 8 Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?

Tabulka č. 8 Délka poskytování služby

| <b>Délka poskytování služby</b>    | <b>Počet klientských rodin</b> |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 4 měsíce                           | 2                              |
| 5 měsíců                           | 1                              |
| 6 měsíců                           | 1                              |
| 8 měsíců                           | 1                              |
| 10 měsíců                          | 6                              |
| 1 rok                              | 9                              |
| 1,5 roku                           | 13                             |
| 2 roky                             | 13                             |
| 2,5 roku                           | 6                              |
| 3 roky                             | 17                             |
| 4 roky                             | 13                             |
| 5 let                              | 5                              |
| Poradce neuvedl přesný časový údaj | 21                             |

Graf č. 6 Délka poskytování služby



2 ze 14 oslovených poradců u klientů neuvedli přesný časový údaj, uvádějí pouze, že rodiny jsou v péči různě dlouhou dobu, většinou se jedná o několik měsíců až několik let, druhý uvádí, že rodiny jsou v péči déle než rok. 1 z oslovených poradců uvedl konkrétní časové údaje u několika klientských rodin a dále uvedl, že zbývající rodiny jsou v péči déle než jeden rok. Dle tabulky č. 8 nejvíce klientských rodin, 17, je v péči 3 roky. Dále shodně 13 klientských rodin je v péči 1,5; 2 a 4 roky.

**5.9 Otázka č. 9 Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že tento čas je dostačující?**

Tabulka č. 9 Frekvence konzultací

| Oslovený poradce | Nastavení konzultací            | Považuje to poradce za dostačující? |
|------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| č. 1             | 1 x měsíčně, 1 -2 hodiny        | Ne                                  |
| č. 2             | 1 x měsíčně, 2 hodiny           | Ne                                  |
| č. 3             | 1 x za 4 – 8 týdnů, 2 -3 hodiny | Ne                                  |
| č. 4             | 1 x za 4 – 8 týdnů 2 hodiny     | Ne                                  |
| č. 5             | 1 x za 1 – 2 měsíce, 2 hodiny   | Ano                                 |
| č. 6             | 1 x měsíčně 2 hodiny            | Ano                                 |
| č. 7             | 1 x měsíčně 2 hodiny            | Ne                                  |
| č. 8             | 1 x za 2 měsíce 2 hodiny        | Ano                                 |
| č. 9             | 1 x měsíčně 2 hodiny            | Ano                                 |
| č. 10            | 4 - 8 x ročně 2 hodiny          | Ano                                 |
| č. 11            | 1 x za 4 – 8 týdnů 2 -3 hodiny  | Ano                                 |
| č. 12            | 1 x za 6 týdnů 1 – 2 hodiny     | Ano                                 |
| č. 13            | 1 x měsíčně 1 -2 hodiny         | Ano                                 |
| č. 14            | 1 x za 1 -2 měsíce 2 hodiny     | Ano                                 |

Z tabulky č. 6 vyplývá, že oslovení poradci po dohodě s rodiči dítěte nejčastěji nastavují konzultace 1 x měsíčně na 1 – 2 hodiny. Ze 14 oslovených poradců své nastavení konzultací považuje za dostačující pouze 9 (64 %), shodují se ale v tom, že na častější konzultace nemají časový prostor a jeden poradce zmiňuje, že častější konzultace nejsou vhodné vzhledem k typu poskytované služby.

**5.10 Otázka č. 10 Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Z rozhovorů s poradci vyplývá, že 12 ze 14 oslovených poradců (85 %) plán aktivit na období mezi konzultacemi připravuje. Nejčastěji uvádějí, že plán je součástí záznamu z konzultace, který rodičům zasílají po každé konzultaci.



**5.11 Otázka č. 11 Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Poradci, kteří tento plán připravují, nejčastěji uvádějí, že zpětná vazba probíhá na počátku následující konzultace, kdy se rodičů ptají, co z doporučených aktivit zkoušeli, co se jim dařilo a co naopak ne. Dva z oslovených poradců uvádějí, že by bylo dobré, aby si rodiče poznámky k těmto aktivitám dělali písemně. Poradci se shodují, že rodiče tyto aktivity někdy využijí a někdy také ne. Jeden z nich uvádí poměr asi 50 %. Zajímavostí je, že jeden z oslovených poradců uvádí, že tento plán připravuje ve spolupráci s rodiči. Oba dva poradci, kteří tento plán nepřipravují, se shodují na tom, že si nemyslí, že by rodinám výrazně pomohl. Uvádějí, že rodiny mají k dispozici pomůcky, se kterými mohou pracovat nebo individuální vzdělávací plán, jehož součástí jsou doporučené aktivity.

**5.12 Otázka č. 12 Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

12 ze 14 oslovených poradců (85 %) uvádí, že rodiny, které mají v péči, při nácviku AAK spolupracují aktivně, zbývajících dva uvádějí, že spíše nespolupracují. Poradci se ovšem shodují, že je to individuální a setkávají se i s případy, kdy rodiče příliš nespolupracují.

**5.13 Otázka č. 13 Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

11 (78,5 %) z oslovených poradců uvádí, že u dětí, se kterými využívají metody AAK pozorují zlepšení v komunikačních schopnostech. Shodují se na tom, že děti mají lepší slovní zásobu, výslovnost, chuť ke komunikaci a jsou aktivnější. Dále se shodují na tom, že zlepšení v komunikačních schopnostech je výrazné zejména u dětí s poruchou autistického spektra a je nutná dlouhodobá spolupráce. Zbývajících 3 (21, 5 %) poradci, kteří u dětí pokrok v komunikačních schopnostech nepozorují, uvádějí, že je to dáno tím, že metody AAK nevyužívají příliš dlouho nebo tím, že jako poradce rané péče pracují teprve krátkou dobu.

**5.14 Otázka č. 14 Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

11 ze 14 oslovených poradců (78, 5 %) odpověděli, že by ocenili větší spolupráci rodičů při nácviku AAK, zbylí 3 (21, 5 %) poradci zmiňují, že by spíše ocenili spolupráci

logopedů, mateřské školy kam dítě dochází nebo lepší návaznost péče při ukončení poskytování služby.

#### **5.15 Otázka č. 15 Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

10 ze 14 oslovených poradců (71, 5 %) uvádějí, že spolupracují s některým z dalších odborníků, kteří se podílí na péči o dítě, nejčastěji je to spolupráce s mateřskou školou a logopedem. Zbývajících 4 poradci (28, 5 %), kteří nespolupracují s žádným z odborníků, se shodují, že spolupráce nebyla navázána z důvodu nezájmu druhé strany.

#### **5.16 Otázka č. 16 Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

12 ze 14 oslovených poradců (85 %) má zájem o další vzdělávání formou kurzů v oblasti AAK, nejčastěji uvádějí zájem o znak do řeči, VOKS a předmětovou komunikaci.

#### **5.17 Otázka č. 17 V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Všichni poradci uvedli, že ví, kde kurzy hledat. Nejčastěji zmiňovaným zdrojem informací byl internet. Zajímavostí je, že dva poradci zmínili, že ví obecně kde hledat nabídku kurzů, ale nenašli konkrétní kurz zaměřený na předmětovou komunikaci, o který mají zájem.

#### **5.18 Otázka č. 18 Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Všichni oslovení poradci se shodují, že je zaměstnavatel v dalším vzdělávání podporuje.

## 6 Závěr praktické části a diskuse

### 1) Která z technik AAK je poradci rané péče nejčastěji využívána?

Nejčastěji využívanou metodou alternativní a augmentativní komunikace byl VOKS. Využívání metod AAK v rané péči je nepřímo doporučováno ve standardech kvality sociálních služeb a principech rané péče. Standardy kvality sociálních služeb uvádějí ve standardu č.1 b) „*Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 174) Umožnění vyjádření vlastní vůle vyžaduje od poradce rané péče věnovat pozornost rozvoji komunikačních schopností klienta, tím mu umožní lépe a více rozhodovat o možnostech řešení nepříznivé sociální situace. Dále principy rané péče zmiňují princip nezávislosti. Poskytovatel rané péče by u klientů měl podporovat schopnost nacházet a využívat vlastní zdroje ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí. Jednou ze schopností vedoucí ke zvládnutí nepříznivé situace je jistě schopnost komunikace. Dále Nováková (2012, s. 277) uvádí, že VOKS je velmi efektivní intervencí používanou po celém světě.

### 2) Jak časté konzultace považují poradci rané péče za ideální při práci s dítětem, které si učí komunikovat dle některé z metod AAK?

Jako ideální nastavení konzultací pro dítě, které se učí komunikovat pomocí některé z metod alternativní a augmentativní komunikace se jeví 1 konzultace měsíčně trvající jednu až dvě hodiny. O plánování průběhu sociální služby se zmiňuje standard sociálních služeb č. 5 b) „*Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti osoby.*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 175) Poskytovatel rané péče tedy má povinnost při plánování frekvence a časového rozsahu konzultací spolupracovat se zákonným zástupcem dítěte a brát ohled na jeho přání a možnosti. Někteří z oslovených poradců se vyjádřili, že na častější konzultace ani nemají časový prostor. Optimální model rané péče, vydaný Asociací pracovníků v rané péči, z.s., doporučuje při úvazku poradce 20 – 22 klientských rodin absolvovat 10 – 12 konzultací v rodině měsíčně a maximálně 2 konzultace denně. (Asociace pracovníků v rané péči, z.s.) K tomuto tématu se dále vyjadřuje zákon 108/ 2006 sb., který uvádí, že povinností poskytovatele sociálních služeb je „*plánovat průběh sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální*

*služby*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 129). Zajímavý byl názor, že častější konzultace ani nejsou vhodné vzhledem k tomu, jaká je raná péče typ služby. K tomuto tématu se nepřímo vyjadřuje také standard sociálních služeb č. 8 a) „*Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 175).

3) Mají poradci rané péče vysokoškolské vzdělání ve speciálně pedagogickém oboru?

Pouze 64% poradců mělo vzdělání speciálně pedagogického směru. O vzdělání poradce rané péče se zmiňuje zákon 108/ 2006 sb., který uvádí, že odbornou způsobilostí pro výkon povolání sociálního pracovníka je vyšší odborné vzdělání v programu zaměřeném na sociální práci, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociálně právní činnost a sociální činnost. Dále vysokoškolské vzdělání získané studiem bakalářského, magisterského nebo doktorského studijního programu zaměřeného na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku (Sociální zabezpečení, 2014, s. 137).

4) U kterého typu klientů využívají poradci rané péče metody AAK nejčastěji?

Nejčastěji jsou poradci rané péče metody AAK využívány u klientů s poruchou autistického spektra. O využívání metod AAK v rané péči se opět nepřímo vyjadřují standardy kvality sociálních služeb a principy rané péče. Standardy kvality sociálních služeb uvádějí ve standardu č.1 b) „*Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 174) Dále mezi principy rané péče patří princip nezávislosti, který uvádí, že poskytovatel rané péče by u klientů měl podporovat schopnost nacházet a využívat vlastní zdroje ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí. Nováková (2012, s. 277) uvádí, že alternativní a augmentativní komunikace u dětí s poruchou autistického spektra přechodně nebo trvale kompenzuje deficity v oblasti komunikace.

5) Kterým z kurzů, týkajících se AAK, si poradci rané péče nejčastěji doplňují vzdělání?

Poradci si nejčastěji doplňují vzdělání kurzem VOKS. O dalším vzdělávání poradce rané péče se zmiňuje zákon 108/ 2006 sb., který uvádí že, „*zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci*“ (Sociální

zabezpečení, 2014, s. 137). Dále o vzdělávání poradce rané péče hovoří standard sociálních služeb č. 10 b) „*Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 175) Potměšil (2014, s. 162) o dalším vzdělávání poradců rané péče, a uvádí, že „*...pracoviště, zajišťující ranou intervenci by mělo mít pracován plán dalšího vzdělávání a prohlubování specializace svých poradců.*“ Dále také uvádí, že další vzdělávání by mělo probíhat v souladu s odborností a funkcí poradce rané péče, cílovou skupinou konkrétního pracoviště a specifiky klientely.

6) Je přístup zaměstnavatelů k dalšímu vzdělávání poradců rané péče kladný?

Ano, přístup zaměstnavatelů k dalšímu vzdělávání poradců rané péče je kladný. Za velmi pozitivní považuji fakt, že 100 % oslovených poradců se shodli, že je zaměstnavatel podporuje v dalším vzdělávání. Zákon 108/ 2006 sb. zmiňuje také další vzdělávání sociálního pracovníka. „*Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 137). O vzdělávání poradce rané péče se zmiňuje také standard sociální služby č. 10 b) „*Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.*“ (Sociální zabezpečení, 2014, s. 175) Potměšil (2014, s. 162) se také zmiňuje o vzdělávání poradců rané péče, a uvádí, že „*...pracoviště, zajišťující ranou intervenci by mělo mít pracován plán dalšího vzdělávání a prohlubování specializace svých poradců.*“ Dále také uvádí, že další vzdělávání by mělo probíhat v souladu s odborností a funkcí poradce rané péče, cílovou skupinou konkrétního pracoviště a specifiky klientely. S tím jistě souvisí také fakt, že 13 ze 14 oslovených poradců absolvovalo kurz týkající se metod alternativní a augmentativní komunikace a 12 ze 14 oslovených poradců mají v budoucnu zájem o další kurz.

7) Vnímají poradci, kteří pozitivně hodnotí spolupráci s rodiči a spolupracují s dalšími odborníky zlepšení v komunikačních schopnostech spíše než poradci, kteří s ostatními odborníky nespolupracují a hodnotí spolupráci s rodiči spíše negativně?

Poradci, kteří pozitivně hodnotili spolupráci s rodiči a spolupracují s dalšími odborníky, zlepšení v komunikačních schopnostech dítě nezaznamenávali častěji než poradci, kteří nespolupracují s jinými odborníky a hodnotí spolupráci s rodiči spíše negativně. Poradci se často rozcházeli v hodnocení spolupráce s rodiči, kdy uváděli,

že rodiče při nácviku komunikace pomocí alternativních a augmentativních technik komunikace spolupracují dobře, ale zároveň uváděli, že by ocenili větší spolupráci ze strany rodičů. Také poradci, kteří nespolupracují s dalšími odborníky, podílející se na péči o dítě, často jako důvod uváděli nezájem ze strany mateřských školek, speciálně pedagogických center atd. Optimální model rané péče vydaný Asociací pracovníků v rané péči, z. s. uvádí, že poradce se v rámci přímé práce pro klienta má účastnit konzultací v ostatních zařízeních (Asociace pracovníků v rané péči, z.s.). Dále se o spolupráci mezi odborníky zmiňují také principy rané péče v principu týmového přístupu a komplexnosti služeb a uvádí, že je nezbytná spolupráce a komunikace všech odborníků, podílejících se na péči o dítě (poradců rané péče, lékařů, terapeutů, psychologů, logopedů atd.) (Středisko rané péče Tam Tam Praha, 2013)

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo pomocí rozhovorů s poradci rané péče zmapovat jejich zkušenosti a potřeby při nácviku metod alternativní a augmentativní komunikace s dětmi v rané péči, zmapovat vzdělání poradců rané péče a jejich povědomí o možnostech využití technik alternativní a augmentativní komunikace, a zjistit, které z těchto technik jsou využívány nejčastěji a u jakého typu klientů. Dalším cílem bylo zjištění, zda kvalitní spolupráce s rodinou dítěte a dalšími odborníky ovlivňuje míru osvojení komunikačního systému a jak časté konzultace by dle poradců rané péče byly ideální pro práci s dítětem, které se učí komunikovat pomocí některé z technik alternativní a augmentativní komunikace. Zajímalo nás také, jakými kurzy, týkající se alternativní a augmentativní komunikace, si poradci rané péče nejčastěji doplňují vzdělání a zda je zaměstnavatelé podporují v dalším vzdělávání.

Rozhovory s poradci rané péče probíhaly od prosince 2014 do března 2015. Osloveno bylo celkem 20 poradců rané péče, z toho 14 jich souhlasilo s poskytnutím rozhovoru. Vybráni byli podle působnosti střediska rané péče, ve kterém jsou zaměstnání.

Z rozhovorů s poradci rané péči vyplynulo, že nejčastěji mají vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogika. Pouze jeden z poradců absolvoval kurz poradce rané péče.

Nejčastěji užívanou technikou byl VOKS, což také koresponduje se zjištěním, že poradci si nejčastěji doplňovali vzdělání právě kurzem VOKS. Všichni z oslovených poradců také uvedli, že je zaměstnavatel v dalším vzdělávání podporuje. Techniky alternativní a augmentativní komunikace poradci nejčastěji využívají u dětí s poruchou autistického spektra, Downovým syndromem a opožděným psychomotorickým vývojem.

Kvalitní spolupráce s rodiči a dalšími odborníky, podílející se na péči o dítě, se ukázala jako velmi individuální. Poradci se v hodnocení spolupráce s rodiči rozcházeli, když uváděli, že spolupráce s rodiči je dobrá, ale zároveň uváděli, že by ocenili ze strany rodičů větší spolupráci. Překvapivě negativně byla poradci hodnocena spolupráce s dalšími odborníky. Přesto i poradci, kteří uvedli, že nespolupracují s žádným dalším odborníkem, který se podílí na péči o dítě, a spolupráci s rodiči hodnotili spíše negativně, pozorují zlepšení v komunikačních schopnostech dětí.

Ideální pro práci s dítětem, které se učí komunikovat pomocí některé z technik alternativní a augmentativní komunikace se jeví nastavení konzultací jednou měsíčně na jednu až dvě hodiny. Poradci, kteří takovéto nastavení konzultací u svých klientských rodin mají, nejčastěji uváděli, že nastavení konzultací považují za dostatečné. Je ovšem nutné při nastavení konzultací přihlížet k mnoha dalším faktorům a individualitám klientské rodiny, v neposlední řadě také k jejich přání.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, z. s. (2013). *Asociace pracovníků v rané péči, z.s.* [online]. [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.aprp.cz/>

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, z. s. (2013). *Optimální model rané péče.* [online]. [cit. 2015-03-26]. Dostupné z: [http://www.aprp.cz/dokumenty/optimalni\\_model\\_rane\\_pece.pdf](http://www.aprp.cz/dokumenty/optimalni_model_rane_pece.pdf)

BÝTEŠNÍKOVÁ, Ilona. (2012). Raná intervence u dětí s narušenou komunikační schopností. In OPATŘILOVÁ, Dagmar, NOVÁKOVÁ, Zita a kol. *Rána podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, s. 209 – 226. ISBN 978-80-210-5880-4.

CALCULATOR, Stephen. (1994) *Subcommittee on Facilitated Communication of the Ad Hoc Committee on Auditory Integration Training and Facilitated Communication* [online]. [cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.asha.org/policy/TR1994-00139.htm#sec1.1>

DEVITO, Joseph. (2001). *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada, 420 s. ISBN 80-7169-988-8.

JANOVCOVÁ, Zora. (2004). *Alternativní a augmentativní komunikace* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

JEDLIČKA, Ivan. (2003). Narušená komunikační schopnosti v důsledku poruch hlasu. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 427 – 436. ISBN 80-7178-546-6

KLEIN, Verena. (2003). *Das Symbolsystem BLISS*. München: GRIN Verlag GmbH, ISBN 978-3-368-68225-1.

KLENKOVÁ, Jiřina, BOČKOVÁ, Barbora, BÝTEŠNÍKOVÁ, Ilona. (2012) *Kapitoly pro studenty logopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 103 s. ISBN 978-80-7315-229-1

KLENKOVÁ, Jiřina. (2000). *Kapitoly z logopedie I*. 2. vyd. Brno: Paido, 94 s. ISBN 80-85931-88-5

KLENKOVÁ, Jiřina. (2006). *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-802-4711-102.

KNAPCOVÁ, Margita. (2011) *Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS*. 3. vyd. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 95 s. ISBN 978-80-86856-88-9.

KUBOVÁ, Libuše, ŠKALOUDOVÁ, Renata. (2012). *Řeč rukou*. 1. vyd. Praha: Parta, 22 s., ISBN 978-80-7320-178-4.

KUBOVÁ, Libuše. (2011). *Řeč obrázků*. 1. vyd. Praha: Parta, 2011, 48 s., ISBN 978-80-7320-175-3.

LAUDOVÁ, Lucie. (2003) Augmentativní a alternativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1.vyd. Praha: Portál, s. 561 – 578. ISBN 80-7178-546-6

LECHTA, Viktor. (2003). *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 359 s., ISBN 80-7178-801-5

LECHTA, Viktor. (2003). Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 17 – 27. ISBN 80-7178-546-6

LECHTA, Viktor. (2010). *Koktavost*. 2.vyd. Praha: Portál, 333 s., ISBN 978-80-7367-643-8

LECHTA, Viktor. (2011). *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 3. vyd. Praha: Portál, 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4

LUDÍKOVÁ, Libuše. (2006). Problematika péče o dítě s postižením v předškolním věku. In: RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 149 – 153. ISBN 80-244-1475-9.

NEUBAUER, Karel. (2003). Dysartrie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 303 – 327. ISBN 80-7178-546-6

NOVÁKOVÁ, Jana. (2012). Průběh a náplň rané intervence u dětí s autismem In: OPATŘILOVÁ, Dagmar, NOVÁKOVÁ, Zita a kol. *Rána podpora a intervence u dětí se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, s. 267 – 292. ISBN 978-80-210-5880-4.

OTTO, Karin, WIMMER, Barbara. (2013). *Unterstützte Kommunikation*. 4. vyd. Idstein: Das Gesundheitsforum, 72 s. ISBN 978-3-8248-0332-3

PLEVOVÁ, Irena. (2004). *Kapitoly z obecné psychologie II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 76 s. ISBN 80-244-0963-1

POTMĚŠIL, Miloň. (2014). Alternativní a augmentativní komunikace ve speciální pedagogice. In: VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 191 – 212. ISBN 978-80-262-0602-6

POTMĚŠIL, Miloň. (2014). Raná intervence ve speciální pedagogice. In: VALENTA, Milan a kol. *Přehled speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 150 – 170. ISBN 978-80-262-0602-6

SALOMONOVÁ, Anna. (2003). Dyslalie. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 328 – 356. ISBN 80-7178-546-6

*Sociální zabezpečení*. (2014) Ostrava: Sagit, 2012, 240 s. ISBN 978-80-7208-900-0.

STŘEDISKO RANÉ PÉČE EDUCO ZLÍN o. s., *Raná péče ve Zlínském kraji*, Informační materiál pro odbornou veřejnost, školské a zdravotnické pracovníky

STŘEDISKO RANÉ PÉČE TAM TAM, (2013) *Principy rané péče poskytované Střediskem rané péče Tamtam Praha* [online].[cit. 2015-02-26]. Dostupné z: <http://www.tamtam-praha.cz/o-nas/verejny-zavazek-poslani-a-cile-socialni-sluzby/principy-rane-pece-poskytovane-strediskem-rane-pece-tamtam-praha.html>

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá revize*. 1. vyd. Praha: Bomton agency s. r. o, 860 s., ISBN 978-80-904259-0-3.

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol. (2014) *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd, Praha: Portál, 120 s., ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan. (2003). Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 257 – 302. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan. (2003). Poruchy vývoje řeči. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 91 – 142. ISBN 80-7178-546-6.

ŠKODOVÁ, Eva. (2003). Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 203 – 210. ISBN 80-7178-546-6.

VALENTA, Milan a kol. (2014) *Přehled speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. (2009). *Psychopedie*. 4. vyd. Praha: Parta, 366 s. ISBN 978-80-7320-137-1.

VASILOVČÍK ŠUSTOVÁ, Terezie. (2008). *Jak se domluvit s kojencem a batoletem*. 1. vyd. Praha: Grada, 137 s., ISBN 978-80-247-2336-5.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a kol. (2014). *Posuzování verbální a neverbální složky komunikace ve speciálněpedagogické praxi*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 132 s., ISBN 978-80-244-3989-1.

VYBÍRAL, Zbyněk. (2009). *Psychologie komunikace*. 2. vyd. Praha: Portál, 319 s. ISBN 978-80- 7367-387-1.

ŽLAB, Zdeněk, ŠKODOVÁ, Eva. (2003) Narušení grafické stránky řeči In: ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, s. 357 – 385. ISBN 80-7178-546-6.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha č. 1 – Přepis rozhovoru č. 1
- Příloha č. 2 – Přepis rozhovoru č. 2
- Příloha č. 3 - Přepis rozhovoru č. 3
- Příloha č. 4 - Přepis rozhovoru č. 4
- Příloha č. 5 - Přepis rozhovoru č. 5
- Příloha č. 6 - Přepis rozhovoru č. 6
- Příloha č. 7 - Přepis rozhovoru č. 7
- Příloha č. 8 - Přepis rozhovoru č. 8
- Příloha č. 9 - Přepis rozhovoru č. 9
- Příloha č. 10 - Přepis rozhovoru č. 10
- Příloha č. 11 - Přepis rozhovoru č. 11
- Příloha č. 12 - Přepis rozhovoru č. 12
- Příloha č. 13 - Přepis rozhovoru č. 13
- Příloha č. 14 - Přepis rozhovoru č. 14

## **Příloha č. 1**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Bakalářské, obor Speciální pedagogika raného věku, v současnosti si dodělávám navazující magisterské vzdělání.

### **Jaké znáte metody AAK?**

VOKS, Znak do řeči, facilitovaná komunikace, piktogramy, Makaton, znakování s miminky a další.

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

Ano, kurz VOKS v Praze.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

Necelý rok.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

Aktuálně 20 klientů.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Právě teď je to 6 klientů, využíváme hlavně znakování a VOKS.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Jedná se o dítě s autismem, pak 3 děti s Downovým syndromem, 1 s Landau-Kleffner syndromem, 1 dítě s opožděným psychomotorickým vývojem.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

Všechny 10 měsíců.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že tento čas je dostačující?**

U všech těchto klientů je to 1 x za měsíc 1-2 hodiny. Určitě tento čas nestačí, častější konzultace by byly lepší.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, v záznamu z konzultace rodičům sepisují seznam doporučených aktivit a činností.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Rodičů se vždy na počátku konzultace ptám, které z těch aktivit vyzkoušely a jak se jim dařilo, případně co jim dělalo největší problém. Určitě si myslím, že nějaký systematictější plán by rodinám pomohl. Ocenila bych také, aby rodiny zpětnou vazbu na tyto aktivity dávaly písemně.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Většinou ano, pouze ve dvou případech vnímám, že by spolupráce rodičů a jejich aktivita v době mezi konzultacemi mohla být lepší.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Určitě ano, lepší je jak jejich slovní zásoba, tak chuť komunikovat.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ano, určitě. U některých z klientů jde poznat, že s dítětem pomocí zvoleného systému v období mezi konzultacemi nekomunikují a nácviku probíhá pouze na konzultacích, což není dostačující.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Spolupráci se mi podařilo navázat pouze v jednom případě, s logopedkou, ke které jeden z mých klientů dochází.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Znak do řeči.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano, na internetu je nabídka nejrůznějších kurzů, hodně jich nabízí NÚV.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano, naprosto.

## **Příloha č. 2**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Magisterské, obor Sociální pedagogika

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

VOKS, piktogramy, Znak do řeči, facilitovaná komunikace

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

VOKS a další semináře týkající se obecně podpory rozvoje komunikace.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

10 let.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

Aktuálně je to 20 klientských rodin, celkově středisko má kapacitu 100 rodin.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

AAK využívám u 15 rodin, využíváme Znak do řeči, znakování s miminky, VOKS.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Hlavně se jedná o děti s mentálním postižením, těch je 6, s opožděným vývojem řeči jsou to 2 zbytek s poruchou autistického spektra.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

5 z těchto dětí již 5 let, 4 rodiny 3 roky, 3 rodiny 2 roky, 2 rodiny 1 rok, a 1 rodina 6 měsíců.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U všech z těchto rodin 1x měsíčně 2 hodiny, určitě by bylo vhodnější častěji, ale bohužel na to není prostor.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, připravuju, vždy rodičům píšeme záznam aktivit a intervencí, součástí toho je i doporučení pro práci v období mezi konzultacemi, s některými vedeme i komunikační knihu, kam rodiče vždy píšou, co se jim dařilo a co dělali, na počátku konzultace mi ji ukazují.



**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Zpětná vazba do rodičů je víceméně dobrá, vždycky na začátku konzultace se na to ptám, někdy se ale stane, že nic z doporučení nedělali.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Většina z mých rodin ano, ale spíše bych ocenila, kdyby aktivněji spolupracovali s logopedem.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Při dlouhodobé spolupráci určitě ano.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

S rodiči je spolupráce v pořádku, spíše by se měla zlepšit návaznost péče při nástupu dítěte do školky, s většinou se mnou nechtějí spolupracovat.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Snažím se o spolupráci s logopedy, a učitelkami v mateřských školách, ale z jejich strany se často setkávám s nezájmem.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Ano, ale nevím konkrétně jaký.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Jo, napadá mě určitě internet.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Rozhodně ano.

### **Příloha č. 3**

#### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Magisterské, speciální pedagogika, předtím gymnázium.

#### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Znak do řeči, VOKS, piktogramy, Makaton, znakování s miminky.

#### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

VOKS, Kurz alternativní a augmentativní komunikace pro děti v raném věku

#### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

8 a půl roku.

#### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

21.

#### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

S 10 klienty, s 4 VOKS, jinak piktogramy a znakování s miminky.

#### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

4 z těch dětí mají Downův syndrom, 5 autismus, a jeden chlapec s vývojovou dysfázií.

#### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

Z těch 10 co používáme AAK 3 rodiny už 3 roky, 2 rodiny 2,5 roku a 5 rodin asi 1 rok.

#### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U 4 rodin je to 1x za 4 týdny 3 hodiny, u 5 rodin 1x za 4 týdny 2 hodiny a u 1 rodiny 1x za 8 týdnů 2 hodiny. Častěji by to bylo určitě lepší, ale vzhledem k počtu klientů to není možné.

#### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano pokaždé.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Rodiče mi vždycky na konzultaci předávají informace o tom, zda tento plán plnili nebo ne, případně v čem byl problém, tak z 50% se stane, že ho neudělali.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Spíše ne, nemají na to čas.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

U některých ano.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Asi ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano, s logopedy a učitelkami v MŠ, u některých jde spolupráce skvěle, dokonce jsem několikrát byla přímo v MŠ a paní učitelka se byla podívat na konzultacích.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Znak do řeči.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Na stránkách Národního ústavu vzdělávání.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Stoprocentně, ano.

#### **Příloha č. 4**

##### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Bakalářské sociální práce a kurz pracovníka v sociálních službách.

##### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Piktogramy, VOKS, Makaton, facilitovaná komunikace, znak do řeči.

##### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

VOKS, Znak do řeči.

##### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

6 let.

##### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

Aktuálně je to 22 klientských rodin.

##### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Se 4, používáme VOKS a znak do řeči.

##### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

2 s pervazivní vývojovou poruchou, 1 Downův syndrom a 1 spinální svalová atrofie.

##### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

1 rodina už 3 roky, 2 rodiny rok a půl, a poslední rodina 8 měsíců.

##### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

3 rodiny 1x za 4 týdny 2 hodiny, 1 rodina 1x za 8 týdnů 2 hodiny, dostačující to určitě není.

##### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, doporučení je součástí záznamu z konzultace.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Zpětná vazba funguje tak, že mi na počátku konzultace rodiče řeknou, co zvládli udělat a co se jim dařilo, co ne. Ale často se stane, že to nestíhají nebo zapomenou. Bylo by dobré, kdyby si to zaznamenávali písemně.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

3 ano, u té poslední je to problematické.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Jen u těch, které jsou v péči již delší dobu.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

U té jedné rodiny určitě ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ne, z jejich strany o spolupráci nebyl zájem.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Ne, v současné době o to příliš zájem nemám, možná někdy v budoucnu.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano

## **Příloha č. 5**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Střední pedagogická škola, potom bakalářské sociální práce.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Znak do řeči, VOKS, Makaton, facilitovaná komunikace, znakování s miminky, komunikátory.

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

VOKS a některé další semináře.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

4 roky.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

18.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Se 14. Využíváme hlavně Znak do řeči, VOKS, znakování s miminky, piktogramy.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Jsou to 4 děti s Downovým syndromem, 6 s autismem, pak 2 mají opožděný psychomotorický vývoj, jeden mentální a jeden kombinované postižení.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

2 rodiny 4 roky, 3 rodiny 3 roky, 4 rodiny 2, 5 roku, 5 rodin 1,5 roku.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U 10 rodin je to 1x za měsíc na 2 hodiny, u 4 rodin jednou za dva měsíce na 2 hodiny. A docela se mi zdá, že to stačí.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, z každé konzultace rodičům posíláme záznam a jeho součástí je plán aktivit. U některých klientů máme zavedené komunikační knihy, kam si rodiče poznamenávají, co dělali a vždy na začátku konzultace mi to ukazují.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Jak jsem řekla, píšou si to do komunikačních deníků, někteří rodiče si zvykli si plán aktivit vytisknout a dělají si k tomu poznámky, nebo mi vždycky jen řeknou na začátku konzultace, co dělali a co se jim dařilo.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Asi u 4 rodin si troufám říct, že ne, jinak ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Více méně u všech, samozřejmě u těch, co jsou v péči déle, je to asi lepší, lepší se výslovnost i slovní zásoba.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Spíš přemýšlím, kde je hranice, kam jako sociální služba ještě můžeme a co už je práce logopeda. Asi ne, ocenila bych větší angažovanost logopedů.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

S některými logopedy a učitelkami z MŠ.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Znak do řeči.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Určitě na internetu nějaká nabídka bude.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 6**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Magisterské, obor speciální pedagogika.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Je jich hodně, piktogramy, VOKS, Makaton, Bliss, Znak do řeči, znakování.

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

Ne.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

1,5 roku.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

10 rodin.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Se 4. Piktogramy a znakování.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Dvě děti mají Downův syndrom, jedno spinální svalovou atrofií, a jednou dětskou mozkovou obrnu.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

2 rodiny 1,5 roku, 1 rodina 3 roky a poslední 2 roky.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U všech je to jednou za měsíc na 2 hodiny. Přijde mi to dostatečné.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, sepisujeme rodinám plán a záznam aktivit po každé konzultaci.

### **Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Zpětnou vazbu si od rodičů vyžádám vždycky na začátku další konzultace, většinou to celkem plní.



**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Myslím, že ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Jo určitě ve slovní zásobě a aktivitě.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano, byla jsem na konzultaci ve školce.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

VOKS a Znak do řeči.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano, na internetu.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Určitě.

## **Příloha č. 7**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Střední pedagogická škola, bakalářské obor speciální pedagogika, teď si dálkově dodělávám magisterské v oboru speciální pedagogika.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Například VOKS, Bliss, Makaton, facilitovaná komunikace, Znak do řeči.

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

Ano, VOKS a kurz alternativní a augmentativní komunikace pro děti v raném věku.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

3 roky.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

15.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Se 3, a co používáme? Znak do řeči a VOKS.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Dětská mozková obrna, vývojová dysfázie, opožděný psychomotorický vývoj.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

2 rodiny asi 2 roky, 1 rodina půl roku.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U všech 1x za měsíc na 2 hodiny, dostačující to určitě není.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano.

### **Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Zpětnou vazbu mi dají rodiče vždycky na začátku další konzultace.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Myslím, že ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Zatím ne, chce to asi ještě čas.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ne, spíš logopedů a učitelek ve školce.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ne, nejevili o spolupráci zájem.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Asi ani ne.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 8**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Zdravotní sestra, speciální pedagog.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Gesta, obrázková komunikace, mimika, komunikace formou písma, počítače.

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

Ano, VOKS.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

6 měsíců.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

Osobně mám v péči 10 klientů, celkově má naše poradna 20 klientů.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

U pěti klientů – gesta, obrázková komunikace.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

U dvou dětí s autismem, zbytek s mentální retardací, opožděným vývojem.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

Déle než rok.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

To je různé, záleží to na více faktorech, ale snažím se minimálně 1x za 2 měsíce na dvě hodiny. Dle potřeby je možné navštěvovat rodinu častěji např., pokud se s nácvikem teprve začíná, jinak jsme přítomni na telefonu i na mailu. Takže snad dostatečné jsou.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Rodiče dostávají pravidelně záznam z konzultace, kde jsou shrnuty veškeré informace a průběh schůzky. Uvádíme zde také všechna doporučení. Tento plán se snažíme rodičům poslat co nejdříve většinou do týdne.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Potvrdí přijetí a dál je to na nich. Někdy se snaží tato doporučení dodržovat, někdy jdou vlastní cestou.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Při nácviku ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

U většiny ano.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

U některých ano, ale rozhodnutí je na nich.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Ano. Teď mě ale nenapadá žádný konkrétní.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 9**

### **Jaké je Vaše vzdělání?**

Psycholog.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Obrázková, předmětová, gesta.

### **Absolvovala jste některý kurz týkající se AAK?**

Ano, VOKS.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

2,5 roku.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

10 já osobně, celkem 20.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

S 6, obrázková komunikace a gesta.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

2 děti s PAS, 1 s mentální retardací, další 2 mají opožděný vývoj, a jeden Downův syndrom.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny Vašimi klienty?**

Různě, některé pár měsíců, některé pár let.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

Většinou 1x za měsíc 2 hodiny, zpočátku by mohly být i častěji, ale u rodin, které máme už delší dobu, to stačí.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano.

### **Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Plán připravujeme společně s rodiči, na další konzultaci rodiče sdělí, co se povedlo a co ne.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Ano, jinak to ani nejde.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Ano.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

To záleží na přístupu rodičů.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Ano.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 10**

### **Jaké je vaše vzdělání?**

Mám střední zdravotnickou školu a obor výchovná péče.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Předmětová komunikace, obrázky, fotky, VOKS, gesta.

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

VOKS.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

5 let.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

Celkem 26 rodin.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

AKK teď děláme s 24 rodinami, děláme VOKS, předmětovou komunikaci, fotky, zakládáme komunikační deníky.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Jsou to tři děti s vývojovou dysfázií, potom 13 dětí s poruchou autistického spektra, a 4 mají Aspergerův syndrom, pak 1 holčička má Landau- Kleffnerův syndrom, a tři děti Downův syndrom.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny vašimi klienty?**

10 z mých rodin 4 roky, 5 rodin 3 roky, zbytek do 1 roku, většinou ukončujeme poskytování po nástupu do školky, kdy už rodiče péči nechtějí, ale občas péče pokračuje až do těch 7. My rodinám smlouvu ukončit nemůžeme, takže je na nich, jak dlouho u nás budou.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

Konzultace poskytujeme 4x – 8x do roka, když je rodina nová a potřebuje hodně informací a aktivní péči je to 8x do roka a postupně se ubírá, až nás postupně rodina nepotřebuje. Dostačující mi to nepřijde, ale víckrát to bohužel nejde. Rodinám to tak vyhovuje, můžou



vždy v hodnocení služby, které je jednou za rok, vyjádřit jestli jim to stačí a zatím jim to vždy vyhovovalo. Časově konzultace trvá 2 hodiny.

**Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ne, práce mezi konzultacemi vždycky vychází z toho, co se řeší na konzultaci, necháme tam rodinám pomůcky a hračky, vyplyne to z toho, co rodina aktuálně potřebuje a dle toho se i já připravím na další konzultaci.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Nemyslím si, že by to výrazně pomohlo, rodinám tam necháváme ty pomůcky a hračky, jestli s nimi pracují, už je na nich. Na začátku každé konzultace si zjišťuju, jestli s nimi pracovali a jak jim to šlo, případně jaký byl problém. Někdy rodiče mezi konzultacemi s dítětem pracují, někdy ne, je to různé.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Většinou ano, ale až po tom co vidí nějaký výsledek a vidí, že to funguje. Pak třeba říkají: „On si vytvořil svůj znak“ a víc je to motivuje.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Asi u 4 klientů ne, tam vývoj řeči teď už dlouho stagnuje, ale jinak ano, např. u dětí s poruchami autistického spektra je ten pokrok hodně viditelný.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Určitě. Hlavně podporu z více stran, pokud rodiče uslyší i od speciálně pedagogického centra, logopeda nebo ve školce, že je důležité na tom pracovat, budou fungovat líp.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Snažíme se, ale ne vždy o spolupráci mají zájem. Jsou to hlavně logopedi, školky a speciálně pedagogické centra.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Ano, nabídku pravidelně sleduju, hlavně si vybírám lektora, a aby kurz byl zacílen na děti v raném věku.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 11**

### **Jaké je vaše vzdělání?**

Speciální pedagog.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

VOKS, znakování, komunikátory, obrázková, předmětová komunikace.

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

PECS, Baby sign

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

6 let.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

10 klientů, ale mám jen tříčtvrteční úvazek, celkově jsou u nás 4 poradci, kapacita střediska je 40 rodin a přibíráme neustále nové klienty.

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

V současnosti asi s 8 klienty, hlavně PECS.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Vzhledem k cílové skupině s dětmi s poruchami autistického spektra.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny vašimi klienty?**

Dvě z těchto rodin 4 měsíce, 2 rodiny 1,5 roku, 3 rodiny 2 roky, 1 rodina 1 rok.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

U všech je to 1x za 2-4 týdny, dle časových možností mých a rodiny, konzultace trvá 2 – 3 hodiny. A myslím si, že jsou docela časté, takže to asi stačí.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ne, ale rodiče mají k dispozici individuální vzdělávací plán, kde jsou jednotlivé cíle rozkrokovány, popsány konkrétní aktivity i pomůcky.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Nemyslím si, že by to mělo jiný efekt než to co rodinám nabízíme teď, pokud cokoliv potřebují, mohou se na nás kdykoliv obrátit i mimo konzultace.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Všichni rozhodně ne.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Ano určitě, u dětí s autismem je ten pokrok hodně vidět, ale až po nějaké době, chce to trpělivost.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Samozřejmě.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano, s logopedem, se školkami hlavně při integraci, s fakultní nemocnicí.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

VOKS.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 12**

### **Jaké je vaše vzdělání?**

Sociální práce s rodinou na Univerzitě Palackého v Olomouci.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

VOKS, Makaton, gesta, Bliss, předmětová komunikace, technické komunikátory, PECS

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

Makaton, základy AAK, v rámci kurzu poradce rané péče, který právě dělám se určitě AAK dotkneme taky, tento týden by to zrovna mělo být zaměřené na narušenou komunikační schopnost.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

V tomto středisku asi 5 měsíců a mezi bakalářským a magisterským studiem jsem půl roku pracovala v jiném středisku rané péče.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

18

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

S 10, ale v různé intenzitě, některé rodiny na komunikaci chtějí pracovat a máme to jako hlavní cíl, jinde je to pouze podpora nebo je to vedlejší cíl. Hlavně používáme VOKS, Makaton.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Nejčastěji u dětí s autismem různého typu, buď dětský autismus nebo Aspergerův syndrom těch je 5 pak, dvě děti s Downovým syndromem a 3 s opožděným psychomotorickým vývojem.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny vašimi klienty?**

Je to různé, některé rodiny jsou teď nové pár měsíců jiné 2- 3 roky.

**Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

1x za 6 týdnů na hodinu až dvě, já se to snažím dodržet a opravdu to tak plánovat, ale stává se, že rodiče konzultaci zruší kvůli nemoci nebo tak. A přijde mi, že to stačí, vzhledem k tomu, že raná péče má být podporující služba a nemá v rodině suplovat žádnou jinou službu.

**Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, průběžně se hodnotí všechny cíle a vždy se s rodinou domlouvám na tom, co by chtěli, co se od minula změnilo a zadávám takové dobrovolné úkoly.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Je to o nastavení rodiny, většinou nové rodiny jsou aktivní a chtějí spolupracovat, chtějí nové informace a spolupráce je intenzivnější.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Více méně ano, rodina do dané problematiky potřebuje vidět a zkusit si to, pak jsou ke spolupráci lépe motivovaní. Teď se na tohle chci zaměřit a snažit se, aby rodiny byli ke spolupráci co nejvíce motivovaní. Spolupracuji také se střediskem pro rodinu a dítě, kam rodiny můžou chodit pracovat intenzivněji, pokud chtějí některou z metod, kterou jim nabídnu.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Na této pracovní pozici nejsem dlouho, proto zatím žádné větší pokroky nezaznamenávám, ale od kolegyn vím, že určitě hlavně u dětí s autismem pokrok po zavedení některé z metod AAK bývá velký.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ano, hlavně s poradenským střediskem pro rodinu a dítě, SPC moc spolupracovat nechtějí, asi nás berou jako konkurenci. Snahu o spolupráci vnímám pouze u jednoho SPC v okolí. Mateřským školám jsem nabízela spolupráci a účast na jedné z akcí pořádané naším střediskem, ale moc velký ohlas to nemělo.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

VOKS.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano, ale zatím jsem se o to nějak víc nezajímala, teď mám spíše vyhlídnuté jiné kurzy a taky se musím ohlížet na finance, občas kurzy bývají dost drahé.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 13**

### **Jaké je vaše vzdělání?**

Magisterské, obor speciální pedagogika.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

VOKS, gesta, Bliss, předmětová komunikace, PECS, Znak do řeči, znakování s miminky, Makaton.

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

Makaton.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

Jeden a půl roku.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

23

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Teď se 4 a používáme VOKS, u dvou klientů předmětovou komunikaci a pak gesta.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

Všichni 4 klienti mají kombinované postižení.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny vašimi klienty?**

1 rok, 5 měsíců, 2 roky a poslední rodina rok a půl.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

Jednou za měsíc u všech na 1 – 2 hodiny. A přijde mi to tak akorát.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, doporučení je součástí záznamu z konzultace.

### **Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Více méně je zpětná vazba dobrá, většinou udělají, co jim doporučím.



**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Protože se všemi s AAK teď začínáme tak zatím ne.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Ne.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

VOKS, předmětovou komunikaci nebo Znak do řeči.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Ano, ale předmětovou komunikaci teda nevím.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.

## **Příloha č. 14**

### **Jaké je vaše vzdělání?**

Magisterské, speciální pedagogika.

### **Jaké znáte metody alternativní a augmentativní komunikace?**

Makaton, VOKS, předmětová komunikace, Bliss, gesta, znaková řeč, Znak do řeči

### **Absolvovala jste nějaký kurz týkající se AAK?**

Makaton, Znak do řeči, VOKS.

### **Jak dlouho pracujete v rané péči?**

Tři a půl roku.

### **Kolik klientů máte aktuálně v péči?**

21

### **S kolika klienty využíváte metody AAK a jaké?**

Se 4, a využíváme VOKS, předmětovou komunikaci, Znak do řeči a Makaton.

### **U dětí s jakou diagnózou tyto metody využíváte?**

2 tělesné a 2 kombinované postižení.

### **Jak dlouho jsou tyto rodiny vašimi klienty?**

1 rodina 2 roky, 2 rodiny 4 roky, a poslední rodina 3 roky.

### **Jak časté jsou konzultace u klientů, se kterými tyto metody využíváte? Myslíte si, že je tento čas dostačující?**

Jednou měsíčně na dvě hodiny a jednou za dva měsíce taky dvě hodiny, a podle mě je to dostačující.

### **Připravujete rodičům plán aktivit pro období mezi konzultacemi?**

Ano, doporučení je v záznamu z konzultace, který rodině nejpozději do týdne po každé konzultaci posíláme.

**Jestli ano, jaká je na tento plán zpětná vazba od rodiny? Jestli ne, myslíte si, že by tento plán rodině pomohl?**

Zpětná vazba bývá různá, někdy se doporučením rodiny řídí, jindy ne. Vždy na začátku každé konzultace se jich ptám, co dělali. Možná by bylo dobré, kdyby nám rodiny tyto věci posílali už před konzultací e-mailem, protože bych se potom před konzultací na to mohla nachystat.

**Spolupracují rodiče aktivně při nácviku AAK?**

Ano.

**Zaznamenáváte u těchto dětí zlepšení v komunikačních dovednostech?**

Ano, hlavně ve slovní zásobě, chuti ke komunikaci, zvyšuje se možnost dítěte komunikovat, vědí, co chtějí, jsou aktivnější, mají z komunikace radost.

**Ocenila byste větší spolupráci rodičů při nácviku AAK?**

Ano.

**Spolupracujete s dalšími odborníky, kteří se podílejí na péči o dítě?**

Jenom se speciální základní školou, jinak ne.

**Ocenila byste některý další kurz týkající AAK?**

Předmětovou komunikaci.

**V případě zájmu o kurz, víte, jaké jsou vaše možnosti a kde kurzy hledat?**

Obecně kde hledat kurzy vím, ale přímo nějaký kurz předmětové komunikace ne, o žádném nevím.

**Podporuje Vás zaměstnavatel v dalším vzdělávání?**

Ano.