

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Mgr. Vladimíra Zedková

Uplatnění AAK u osob s těžkým stupněm mentálního postižení

Olomouc 2013

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny uvedené v seznamu literatury.

V Prostějově dne

2.4.2013

.....

Děkuji doc. PhDr. PaedDr. Olze Krejčířové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, trpělivou spolupráci a poskytování cenných informací, které posloužily k jejímu vypracování.

Obsah

Úvod.....	- 5 -
1 Mentální retardace.....	- 5 -
1.1 Etiologie mentální retardace	- 6 -
1.2 Klasifikace mentální retardace	- 8 -
1.3 Kognitivní procesy	- 8 -
1.4 Motorika.....	- 11 -
2 Komunikace	- 13 -
2.1 Alternativní a augmentativní komunikace.....	- 15 -
2.1.1 Výběr komunikačního systému	- 16 -
2.2 Komunikační systémy	- 17 -
3 Snoezelen	- 27 -
3.1 Historie konceptu	- 27 -
3.2 Filozofie konceptu.....	- 28 -
3.3 Strategie a metody při využívání konceptu Snoezelen	- 30 -
3.4 Druhy místností	- 32 -
4 Empirická část.....	- 35 -
4.1 Výzkumné šetření.....	- 36 -
4.2 Výsledky šetření.....	- 40 -
4.3 Diskuze	- 41 -
Závěr.....	- 43 -
5 Použitá literatura a internetové zdroje.....	- 44 -

Úvod

Bakalářská práce má název Uplatnění AAK u osob s těžkým stupněm mentálního postižení. Cílem bakalářské práce je seznámit čtenáře s úrovní využívání konceptu Snoezelen v ČR, přičemž naším záměrem je seznámení s přístupem k tomuto konceptu na našem území a nastínit úroveň vybavenosti místností Snoezelen ve vybraných typech zařízení.

Autorku k výběru tématu bakalářské práce inspirovala dlouhodobá osobní zkušenost s klienty s těžkým mentálním a kombinovaným postižením. Dále byl velkým faktorem pro výběr tohoto tématu velký zájem o problematiku AAK a terapeutické metody.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Je to část teoretická a empirická.

V teoretické části se v první kapitole zaměříme na problematiku mentálního postižení. V této kapitole zmíníme terminologické vymezení mentálního postižení, etiologii, klasifikaci, kognitivní procesy. Problematiku kognitivních procesů si pouze nastíníme, hlouběji se zaměříme na oblast motoriky, kde se zmíníme i o psychomotorice, která u jedinců s těžším stupněm mentálního postižení hraje nezanedbatelnou roli.

V další kapitole se zaměříme na komunikaci. Zde si definujeme pojem komunikační kompetence a převážná část kapitoly se bude zabývat alternativními a augmentativními komunikačními systémy. Uvedeme si základní dělení AAK dle různých autorů, dále výhody a nevýhody těchto komunikačních systémů. Taktéž se zaměříme a rozdělíme si komunikační systémy na statické, dynamické a technické pomůcky. Další částí kapitoly bude seznámení čtenářů s možnostmi využití těchto systémů v praxi.

V poslední kapitole se zaměříme na koncept Snoezelen. Seznámíme se s historií a filozofií konceptu, dále nastíníme strategii a možnosti jeho využití. Jako poslední si uvedeme druhy místností Snoezelenu, které mohou být využitelné u klientů s těžkým mentálním postižením.

Praktická část seznámí čtenáře s výzkumem, který proběhl prostřednictvím telefonických rozhovorů. Pro tento výzkum jsme zkontaktovali 8 různých zařízení a snažili jsme se zjistit jejich názor na koncept Snoezelen a využívání této metody v jejich zařízení. Následně jsme se rozhodli pro krátkou diskuzi.

Teoretická část

1 Mentální retardace

Mentální retardaci (postižení) chápeme jako vývojovou poruchu, která postihuje všechny složky osobnosti jedince. Termín je odvozen z latinských slov *mentis* = mysl a *retardare* = zdržet nebo zaostávat (Renotírová, Ludíková, 2004). Doslovně je tedy možné tento termín chápat jako zaostávání mysli, což je ovšem velice zkreslené. Ve skutečnosti se jedná o složitější a komplexnější problematiku.

V problematice mentálního postižení existuje i jistá terminologická nejednotnost. Někteří autoři chápou pojmy mentální retardaci a mentální postižení jako synonyma, jiní zase vidí mezi těmito pojmy rozdíl (Kozáková, 2005).

Existuje spousta definic mentální retardace od různých autorů, například definice Valenty a Müllera (2003, s.12) „*vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Definice dle Švarcové (2003) „*trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.*“

Bajo a Vašek (1994, s. 37) uvádí Ličkovu definici z roku 1980 „*MR označujeme jako stav zastaveného, opožděného anebo neúplného vývoje intelektu, který charakterizuje především podprůměrná inteligence*“.

U osob, které jsou ztíženy touto diagnózou, se vyskytují společné rysy, které závisí na typu a hloubce mentální retardace. Pro potřeby této práce se zaměříme především na těžší stupně mentální retardace (středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace) a to z hlediska terminologie, symptomatologie, etiologie, diagnostiky a klasifikace.

Jak jsme již zmínili, mentální retardace je porucha, která zasahuje všechny složky osobnosti jedince. Slowík (2007, s. 110) uvádí přístupy k definování mentální retardace:

- Biologický – důsledky organického či funkčního poškození mozku

- Psychologický – úroveň rozumových schopností měřitelná standardizovanými testy
- Sociální – schopnost orientovat se ve společnosti a samostatně existovat
- Pedagogický – speciální metody a postupy při vzdělávání
- Právní – omezená způsobilost k právním úkonům

1.1 Etiologie mentální retardace

Valenta, Müller (2003) udávají etiologické faktory podílející se na vzniku mentální retardace. Jsou to vlivy prenatalní, perinatální a postnatální. Narušení plodu v prenatalním období znamená vznik komplikací od oplození po dobu porodu. Do tohoto období můžeme zařadit vliv dědičnosti (heredita). Jedinec může zdědit jistá například metabolická onemocnění. Není nutné vždy zdědit metabolickou poruchu, ale je možné, že dojde ke zdědění nedostatku vloh k určité činnosti. V tomto období může dojít též k negativnímu působení fyzických nebo chemických vlivů. Mentální postižení může mít tedy nesyndromatickou etiologii a syndromatickou etiologii (Downův syndrom apod.).

V prenatalním období mohou působit i vlivy environmentální, kdy onemocněním matky může dojít k poškození plodu (zarděnky; toxoplasmóza; intoxikace; alkoholismus, který může vést k fetálnímu alkoholovému syndromu u plodu atd.). Perinatální příčiny jsou takové, které vznikly v období porodu či těsně po něm. Uvedme si jako příklad perinatální encefalopatii, kdy následkem může být lehké mozkové poškození (např. LMD) nebo i rozsáhlejší léze vedoucí ke vzniku DMO (dětská mozková obrna nebo též infantilní cerebrální paréza), která bývá často spojena i s mentální retardací různého stupně. Není to ovšem podmínka.

Dalším vlivem působícím v perinatálním období může být mechanické poškození plodu (asfyxie, hypoxie, předčasný porod apod.).

Z časového hlediska může dojít ke vzniku mentální retardace i v postnatálním období. Toto období je značně multifaktoriální. Mentální postižení může být způsobeno záněty mozku (meningitida, klíšťová encefalitida apod.), mechanickými traumaty (úrazy), mozkovými lézemi apod. Pokud dojde k mentálnímu postižení po 2. roce života, mluvíme demenci. Po 2. roce života tedy může dojít k deterioraci intelektu

například z důvodu degenerativního onemocnění (Alzheimerova nebo Parkinsonova choroba, alkoholová demence apod.).

Kozáková (2005) také udává etiologické vlivy působící z časového hlediska a dělí je na:

- Prenatální: Tyto vlivy dále člení z hlediska časového působení na vlivy v období v období blastopatie, období embryopatie a období fetopatie. V období blastopatie hrají roli infekční vlivy, škodliviny, nesprávná výživa a záření. V období embryopatie se mohou objevit obtíže spjaté s organogenezí, to je tzv. zrod a vývoj orgánů lidského těla. Embryopatie může být původu psychogenního (emocionální změny matky mohou vést k narušení zdravého vývoje plodu), karenní embryopatie vzniká na základě nedostatečného přísunu všech složek potravy a poslední je embryopatie toxická, která může vzniknout na základě škodlivého záření, požívání léků, které mohou narušit vývoj jedince a metabolická embryopatie, která vzniká na základě metabolického onemocnění matky (diabetes, onemocnění štítné žlázy apod.). V období fetopatie dozrávají již vyvinuté orgány a může dojít k narušení vývoje nebo jeho pozastavení. Často dochází k obtížím z důvodu infekčního onemocnění matky, metabolickým onemocněním matky nebo jejího nezdravého životního stylu (drogová, alkoholová závislost apod.).
- Perinatální vlivy: V tomto období může docházet k obtížím především z důvodů mechanickému poškození plodu (asfyxie, hypoxie, předčasný porod, malformace porodních cest apod.)
- Postnatální příčiny jsou velmi rozsáhlé, jelikož se jedná o vlivy působící po porodu (biologické, fyzikální chemické atd.).

Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) ještě zmiňují klasifikaci dle Zvolského, který rozlišuje vlivy dědičnosti, vlivy prostředí (nevyhovující materiální, bytové podmínky apod., sociální deprivace...), také zmiňuje environmentální faktory jako například nesprávná výživa matky, onemocnění během těhotenství apod. Dále uvádí specifické genetické faktory (chromozomální aberace apod.) a nespecificky podmíněné poruchy (není možné zjistit příčinu).

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že faktory, které se podílí na vzniku mentální retardace, jsou vnitřní (endogenní) a vnější (exogenní).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Bartoňová, Bazalová, Pipeková (2007) udávají různé způsoby klasifikace mentální retardace. Například uvádí klasifikaci dle etiologie (viz výše). Dále uvádí klasifikaci dle symptomatologie, kde se zaměřujeme na typické projevy osob s mentální retardací (tělesné, mentální zvláštnosti, specifické rysy psychických procesů apod.). Další možnou klasifikací je klasifikace dle vývojových období, kdy je velmi důležité znát vývojová období u osob nebo dětí intaktních, aby bylo možné porovnat, v čem se objevují odlišnosti u osob s mentální retardací.

Osoby s mentální retardací je možné klasifikovat rovněž dle projevů chování. Z tohoto hlediska rozlišujeme tři typy chování. Eretické (verzatilní), torpidní (apatické) a nevyhraněné.

Valenta a Müller (2003, s. 9) uvádí zařazení mentální retardace do systému mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN – 10). Mentální retardace se nachází pod kódem F70 – F79. Zařazení konkrétních stupňů mentální retardace dle MKN – 10 je následující:

- F70 – lehká mentální retardace (IQ 50 - 69)
- F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)
- F72 – těžká mentální retardace (IQ 35 – 20)
- F73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 19)

K tomuto dělení se uvádějí též kódy pro přidruženou poruchu chování. 0 znamená, že se nevyskytuje porucha chování nebo je pouze minimální (např. F71.0) a 1 je znak pro výraznou poruchu chování, která vyžaduje intervenci (např. F70.1).

V rámci problematiky mentální retardace se můžeme setkat i s kódy v rámci MKN – 10 jako F8 (poruchy psychického vývoje) a F9 (poruchy chování a emocí v dětství a adolescenci).

V této souvislosti autoři ještě dodávají, že je dobré a žádoucí orientovat se i v kategoriích F2 (schizofrenie), F3 (afektivní poruchy) a F4 (neurotické poruchy).

Pro naše potřeby jsou ovšem nejdůležitější poslední dva stupně F72 a F73.

1.3 Kognitivní procesy

V oblasti kognitivních procesů se u osob s mentální retardací vyskytují jisté odlišnosti od osob intaktních. I v tomto případě je zapotřebí vzít v úvahu stupeň mentální

retardace. Uvedme si zvláštnosti kognitivních procesů u osob s mentální retardací globálně.

Valenta a Müller (2003) udávají tyto zvláštnosti, které se u jedinců s mentální retardací vyskytují. V oblasti zrakového vnímání dochází ke zpomalení a sníženému zrakovému poli. V této oblasti dochází rovněž k obtížnému globálnímu vnímání, snižuje se diferencovanost počitků a vjemů, kdy je narušena schopnost vnímání figury a pozadí. Z toho důvodu je důležité barevné zvýrazňování nebo výrazné odlišení figury od pozadí.

Jedinec s mentální retardací obtížně rozlišuje detaily. Hmatové vnímání není tak citlivé jako u osob intaktních. Vyskytuje se nedokonalá koordinace pohybu.

V rámci sluchové diferenciaci dochází k narušení vnímání fonému a jejich diferenciaci. Narušení se vyskytuje i v souvislosti s posuzováním času a prostoru.

Myšlení je typické svou konkrétností a sníženou schopností abstrakce a zobecňování. Švarcová (2003) dodává, že myšlení může být nesoustavné, což může mít souvislost se sníženou schopností soustředit se a udržet pozornost. U osob s mentální retardací se vyskytuje i nekritičnost myšlení, která se odráží v oblastech jako je řešení problémů (snížená schopnost vytvářet nové postupy a domyslet si důsledky jednání). Dalším typickým projevem myšlení osob s mentální retardací je snížení schopnost logického myšlení, což může mít své následky i v dospělém věku (snížená schopnost organizačních schopností).

Mentální postižení se odrazí v dalším kognitivním procesu, a to v paměti. Jak uvádí Švarcová (2003), paměť se u těchto osob vyznačuje pomalým osvojováním nových poznatků. Je zapotřebí časté opakování, ale i přesto dochází k nepřesnému uchování informací. Paměť úzce souvisí i s myšlením. Tyto osoby si snáze zapamatují konkrétní věci, které mají reálnou podobu, ale právě s logickým uspořádáním uchovaných paměťových stop se vyskytují obtíže (logické zapamatování si písně). Paměť u osob s mentálním postižením je spíše mechanická a často nabyté vědomosti jsou obtížně použitelné v praxi.

Dalším poznávacím procesem, který se vyznačuje jistými odchylkami, je pozornost. Pozornost je často charakteristická sníženou schopností udržení a zaměření. (Valenta, Müller, 2003)

Po emocionální stránce má jedinec s mentálním postižením sníženou schopnost skrývat emoce. Švarcová (2003) uvádí emocionální vývoj u osob s mentálním postižením. Děti s mentálním jsou emočně méně vyspělé než jejich vrstevníci a jejich fyziologický

doprovod emocí je často méně adekvátní než u intaktních vrstevníků. Tyto osoby často uplívají na tom, co je známé a prozkoumané a vyhýbají se neznámému. Velmi efektní je častá pozitivní motivace (pochvala apod.). To souvisí s potřebou častého uspokojování potřeb, která vyvolá pozitivní reakci, v tomto případě bude jedinec s mentálním postižením uspokojování potřeb vyhledávat a je možné tento proces zařadit i do procesu učení. Obdobně to platí i u negativní motivace, kdy se jedinec nepříjemným situacím bude vyhýbat. City u těchto osob jsou často velmi konkrétně diferencovány (libé vs. nelibé apod.), jemné nuance mezi city se vyskytují v malé míře nebo vůbec. V některých případech se může vyskytovat neadekvátní reakce na podněty (na závažné životní události může být povrchní reakce). Často nedochází ke korigování emocí intelektem a mohou se objevovat i patologické vzorce emocí, které mohou být vázány na přidružené onemocnění (např. epilepsie). Samozřejmě velkým faktorem v oblasti citů a emocí je citová deprivace, která se může vyskytovat u osob v institucionálním zařízení (např. s celoročním pobytem).

Do kognitivních procesů řadíme také řeč. Pro naše účely je důležitá řeč hlavně u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Škodová, Jedlička (2007) ve stručnosti udávají hlavní charakteristiky řeči u osob s těžkým mentálním postižením. Dochází k opoždění všech jazykových rovin (morfologicko – syntaktická, lexikálně – sémantická, foneticko – fonologická a pragmatická). Tento stupeň mentální retardace je často v kombinaci s jiným postižením, popřípadě s více vadami. V rozvoji řeči dochází k naučení jednoduchých slovních stereotypů nebo se mluvená řeč nemusí vyvinout vůbec.

U osob s hlubokou mentální retardací je situace obdobná jako u předchozí skupiny. Mluvená řeč se často nevyvíjí vůbec a rozumění je založeno spíše na jednoduchých pokynech. Osoba s tímto stupněm postižení reaguje spíše globálně, tzn. vyjádření emocí, úsměv nebo naopak pláč, křik apod.

Lechta (2002) ještě dodává, že u většiny osob s těžkým mentálním postižením dochází k vydávání pouze neartikulovaných zvuků a i neverbální komunikace není dokonalá (mimika apod.). U těchto osob často dochází dysfonii nebo jiným poruchám hlasu. Poruchy hlasu se mohou vyskytovat i z důvodu nadměrného užívání hlasu (křiku...). Hlas je často projevem citového rozpoložení. Autor dále dodává, že je možné si v průběhu života osvojit alespoň několik gramaticky nesprávných slov, přičemž i tato osvojená slova mohou zůstat na hranici napodobivého žvatlání. Jedinec význam slov nemusí pochopit.

Tyto případy jsou velice individuální.

U osob s těžkým stupněm mentální retardace se snažíme vystavit komunikaci pomocí alternativní, popřípadě augmentativní komunikace.

1.4 Motorika

Mentální retardace často ovlivňuje i tělesnou stránku jedince. Konkrétně u osob s těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace dochází ke kombinaci s postižením tělesným nebo i jiným.

Karásková (2004, s. 7) uvádí symptomy motorického deficitu u osob s mentálním postižením:

- motorická neobratnost
- motorický infantilismus
- zaostávání v motorickém vývoji
- nesprávné držení těla
- disharmonická chůze
- pohybová chudost (nebo nadměrná pohyblivost)
- neúčelné pohyby
- snížená úroveň síly, rychlosti, vytrvalosti

Karásková (2004, s. 7) dále uvádí omezení v procesu osvojování si pohybových dovedností u osob s mentální retardací:

- obtíže v osvojení si nových pohybových dovedností
- neschopnost aplikace minulých zkušeností
- setrvání ve fázi generalizace
- obtížná diferenciací
- obtíže při složitějších pohybech
- pohyblivost je zaměřená též na známé podmínky (v nových podmínkách se pohyblivost zhoršuje)
- omezení konstruktivní motorické aktivity
- neschopnost předvídat nebezpečí při pohybu

Krejčířová (2002) uvádí tabulku motorických zvláštností u osob s mentální retardací, přičemž o těžkém mentálním postižení zmiňuje:

- často se vyskytuje somatické postižení
- neurologická onemocnění
- epilepsie
- časté stereotypní automatické pohyby
- výrazné porušení motoriky
- časté sebepoškozování

Z hlediska motoriky zmiňuje též osoby s hlubokým stupněm mentální retardace:

- velmi časté přidružené somatické postižení
- kombinované vady
- neurologické příznaky
- většinou imobilní
- výrazné omezení pohybu
- potřeba stálého dohledu

Psychomotorika

Opatřilová (2005) uvádí, že psychomotorika se dá chápat jako výchovný prostředek, který využívá pohybu nebo tělesné výchovy. Tento pohyb má být zábavný, nezaměřujeme se tedy na preciznost pohybu, ale spíše na prožitek při něm, na příjemné pocity. Jedná se tedy o prolínání motoriky a duševních procesů.

Psychomotorika je vlastně souhrnem více faktorů. Například zdraví, duševní hygiena, únava, stres, psychomotorický neklid nebo záchvat a neuromotorika.

Mezi oblasti psychomotoriky se řadí:

- 1) Oblast těla – je zapotřebí brát v úvahu vývojovou úroveň jedince, jelikož se jednotlivé oblasti těla prolínají, je záměrem, aby všechny oblasti byly v souladu. Abychom získali co nejvíce informací o těle, zaměříme se na:

- velikost těla (proporce)
- svalový tonus
- stabilita těla
- prostorová orientace a pohyb
- pocity

Opatřilová (2005) dále uvádí, že je možné tuto oblast stimulovat:

- vizuální podněty
- rozvíjením opticko – motorické koordinace
- rozvíjením opticko – akusticko – motorické koordinace
- přijímáním olfaktorických (čichových) podnětů

- přijímáním gustatorických (chuťových) podnětů
 - přijímáním auditivních (sluchových) podnětů
- 2) Oblast materiální – důležitá součást psychomotoriky, kdy se zaměřujeme na poznávání okolního prostředí. Dochází k poznávání vlastností předmětu (povrch, pružnost apod.). Tato oblast je poznávána jak v tělocvičně, tak i v domácím prostředí, kdy tuto oblast využijeme i při aplikaci a nácviku AAK (poznávání reálných předmětů, osob na fotografiích, piktogramů apod.).
- 3) Oblast společenská – především sociální záležitost. Jedná se o schopnost navazovat vztahy, komunikace, spolupráce, empatie, důvěra a další. (Opatřilová, 2005)

2 Komunikace

Jelikož je člověk tvorem společenským potřebuje k plnohodnotnému životu i sociální interakci, kterou mu zajišťuje i komunikace. Psychologický slovník (2000) definuje komunikaci jako „*dorozumívání, sdělování, přičemž komunikace není specificky lidským jevem, existuje i u živočichů na rozdíl od jazyka.*“

Vybíral (2000, s. 17) uvádí, že komunikace je „*přenos informací z jednoho bodu (ze zdroje) k druhému bodu (k příjemci).*“

Tentýž autor dále uvádí, že při komunikaci s lidmi ji ovlivňujeme a zároveň napomáháme vytvářet.

Vybíral (2000, s. 23) uvádí funkce komunikace:

- Informovat – předání zprávy
- Instruovat – naučit někoho k něčemu (např. dát recept)
- Přesvědčit – snaha o změnu názoru druhé osoby
- Pobavit – snaha o rozveselení

Komunikace využívá výrazových prostředků. Tyto prostředky mohou být verbální (slovní) nebo též neverbální – neslovní (posunky...). Vitásková, Peutelschmiedová (2005) uvádí, že verbální komunikace je vlastně forma orální, která využívá artikulované znaky, tedy zvukové, významové, artikulační a akustické. Verbální forma komunikace je typická pro člověka, jelikož jeho komunikace je na úrovni druhé signální soustavy. Pro zvířata je typická komunikace na úrovni první signální soustavy (pomocí pachů, zvuků apod.).

Janovcová (2004) uvádí výrazové prostředky, které jsou využívány v rámci neverbální komunikace, které působí i jako dotvářecí nebo pomocné komunikační prostředky. Jsou to mimika, pohledy, proxemika, posturika, kinestetika, gestika, haptika. Mnoho informací nosí i paralingvistika, jenž spadá pod neverbální komunikaci. Paralingvistika značí modulační faktory (výška hlasu, tón, pauzy, smíchy apod.). Důležitou součástí je též motivace ke komunikaci, která je u každého jedince odlišná a působí na ni i další faktory (sympatie, antipatie, únava...). Motivace ke komunikaci rozlišujeme:

- Kognitivní motivace – zde je hnacím pohonem snaha něco sdělit (myšlenkový pochod), vtáhnutí účastníka do děje apod.)
- Sdružovací motivace – vychází především z lidské potřeby kontaktu s druhou osobou
- Sebepotvrzovací motivace – při komunikaci s druhou osobou se snažíme potvrdit i vlastní identitu, snažíme se zjistit i informace o osobě
- Adaptační motivace – přizpůsobení se rolovým stereotypům
- Přesilová motivace – potřeba upoutání pozornosti, uplatnění
- Existencionální – komunikace za cílem udržení psychického zdraví
- Požitkářská motivace – rozptylování se, rozveselení

(Vybíral, 2009)

Jelikož je člověk tvorem společenským potřebuje komunikaci k vlastní sociální interakci. V literatuře, která se zabývá právě komunikací, se velmi často uvádí, že není možné nekomunikovat. Komunikujeme, i když mlčíme.

Komunikační kompetence

Vybíral (2002) uvádí, že se jedná o schopnost předat někomu zprávu a využít přiměřených pravidel. Ovšem mohou se objevovat deficity u osob, které neznají jazyk, souvislosti apod.

O komunikačních kompetencích se bavíme i v souvislosti s osobami se zdravotním postižením. V případě, že osoba s těžkým zdravotním postižením má omezené komunikační možnosti a komunikace s okolím je pro něj náročná, je potřeba tyto komunikační kompetence zvyšovat a přizpůsobit je pro potřeby konkrétního jedince. Pro

tyto osoby je vhodné využít alternativní, popřípadě augmentativní komunikační systémy, které pomohou ke zvýšení komunikačních kompetencí daného jedince.

2.1 Alternativní a augmentativní komunikace

Škodová, Jedlička (2007) uvádí, že alternativní komunikační systémy jsou užívány jako náhrada mluvené řeči a augmentativní komunikační systémy (z lat. *augmentare* rozšiřovat) jsou využívány k doplnění již nabytých komunikačních kompetencí.

Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) si klade za cíl umožnit dorozumět se lidem s poruchou komunikace úspěšně a v co nejvyšší možné míře.

AAK systémy dělíme dle způsobu na:

- Dynamické (gesta, znaky apod.)
- Statické (piktogramy, fotografie ...)

(Kubová, 1996)

Janovcová (2004) dále udává metody AAK:

- Bez pomůcek – užívá prostředků neverbální komunikace
- S pomůckami – využívá předmětů, obrázků, piktogramů, fotografií apod.
- Jiné typy – speciálně upravený hardware nebo software

AAK systémy mají své nesporné výhody, ale také nevýhody. Kubová (1996) uvádí výhody i nevýhody AAK. Mezi výhody řadí:

- Zvyšují aktivitu dětí a lidí s těžkým či kombinovaným postižením
- Rozvoj kognitivních i jazykových dovedností
- Možnost samostatného rozhodování
- Rozšíření komunikačních schopností a dovedností
- Umožňují aktivní zapojení do diskuze i v případě, že verbální dovednosti to sami o sobě nedovolují

Jako nevýhody udává:

- Menší společenská využitelnost
- Nápadnost
- Účastníci komunikačního procesu by si měli systémy osvojit. V nejlepším případě by tyto systémy měla znát celá populace

- Aplikace systémů AAK může naznačovat, že jedinec nebude nikdy komunikovat verbálně. Může to být pravda, ale dojde k naplnění jedné z nejdůležitějších součástí lidského života – komunikace.
 - Nejprve je důležité naplnit pasivní slovník člověka a poté začít nacvičovat některý z AAK systémů.
- Vyjmenované výhody AAK lze považovat i za cíl, kterého chceme dosáhnout.

Etiologie

Komunikační systémy mohou být využity u osob s vrozenými poruchami (DMO, mentální retardace, autismus apod.), získanými poruchami (cévní mozková příhoda, úrazy apod.) a s degenerativním onemocněním (Parkinsonova choroba, amyotrofická laterální skleróza...)

2.1.1 Výběr komunikačního systému

Škodová, Jedlička (2007) uvádí, že při výběru vhodného AAK systému je důležité přihlédnout na stav konkrétní osoby a brát v úvahu především:

- Porozumění neverbální komunikaci
- Rozumění řeči
- Současný způsob komunikace
- Schopnost vyjadřování souhlasu, popřípadě nesouhlasu
- Úroveň zrakového a sluchového vnímání
- Čtenářské dovednosti
- Motorické dovednosti (jemná a hrubá motorika)
- Motivace ke komunikaci
- Sociální dovednosti
- Emoční projevy
- Kognitivní schopnosti
- Možnosti vzdělávání

Janovcová (2004) přihlíží při rozhodování o komunikačním systému na dvě hlediska. Je to hledisko pedocentrické, které je obdobné jako výše uvedené, ale dále uvádí i tzv. systémové hledisko, které bere v úvahu:

- Způsob přenosu (dynamický či statický)
- Ikonicitu (míru abstrakce jedince a průhlednost komunikačního systému)
- Rozsah slovní zásoby a jeho podobnost s mluveným jazykem

AAK je zapotřebí aplikovat co nejdříve od určení diagnózy, aby došlo k co největšímu rozvoji komunikačních kompetencí.

Janovcová (2004) dále udává, že v roce 1983 vznikla Mezinárodní společnost pro AAK, které chrání práva osob, které užívají právě AAK systémy ke komunikaci. V zemích jako USA, Kanadě, Austrálii atd. jsou zavedena specializovaná poradenská centra, která poskytují osob odbornou pomoc těmto osobám.

Je možné říci, že v zahraničí jsou na tyto způsoby komunikace značně připravenější, toto se týká i literatury, kde je možné dohledat informace o tlumočnických službách.

2.2 Komunikační systémy

Komunikační systémy dynamické (Škodová, Jedlička, 2003)

1) Cued speech

Jedná se o komunikační systém, které využívá osmi tvarů ruky reprezentující souhlásky a šesti poloh ruky u obličeje, jenž reprezentují samohlásky a dvojhlásky. Toto znázornění napomáhá lidem neslyšícím vizualizaci hlásek, které jsou obtížné na odezírání. Je vhodný i pro osoby s řečovou apraxií.

U dospělých osob se získanou ztrátou sluchu napomáhá k překonání frustrace z odezírání a také napomáhá k udržení funkční komunikace. (cuedspeech.com, 2008, [online])

2) TADOMA

Tento komunikační systém využívá vibračního hmatového čtení řeči. Dochází k ohmatávání rtů, čelistí a krku. Postavení prstů je následující: Palec se dotýká rtů, kdy cítí pohyby čelistí a jazyka. Ukazováček ohmatává pohyby čelistí a tváří a pomocí prostředníku a ostatních prstů jedinec cítí hlasivky. Tento komunikační systém se využívá u osob s vrozeným duálním senzoryckým postižením.

3) Lormova abeceda

Jedná se o speciální druhy abecedy pro osoby s duálním senzoryckým postižením. Využívá pohybu a bodů na dlani ruky.

Janovcová (2004) ještě uvádí další specifické komunikační systémy:

4) Znakový jazyk

Je sám osobě uznán jako plnohodnotný jazyk, který je tvořen systémem manuálních znaků, které jsou realizovány pomocí pohybu rukou (jednou i oběma). Tento jazyk je nezávislý na mluvené řeči, ale je doplňován odezíráním a mimikou, která v tomto případě znázorňuje gramatiku, manuální znaky zahrnují lexikální zásobu a svoji nezastupitelnou úlohu má i nonverbální komunikace (gestika, haptika apod.). Jedná se tedy o vizuálně – motorický komunikační systém.

5) Znakovaná čeština

Znakovaná čeština není uznána jako plnohodnotný jazykový systém, jelikož vznikla uměle. Jedná se o kombinaci českého jazyka a jazyka znakového. Z českého jazyka respektuje nebo přejímá gramatiku, syntax apod. a z jazyka znakového využívá znakovou zásobu. Nejčastěji tento způsob komunikace využívají osoby postlingválně neslyšící, kdy již chápou nebo spíše myslí v jazyce českém.

6) Daktylotika

Neboli prstová abeceda. Princip tohoto komunikačního systému spočívá v souboru poloh prstů a ruky a jejich specifickém postavení. Tyto polohy a postavení prstů ruky odpovídají písmenům, kterými je možné reprodukovat konkrétní písmena abecedy. Daktylotika je často užívána jako doplněk znakového jazyka. Pokud pro daný pojem neexistuje ve znakovém jazyce konkrétní znak, je možné jej vydaktilovat právě pomocí prstové abecedy. Tato abeceda existuje jednoroční a dvouruční. Dvouruční prstová abeceda spíše znázorňuje konkrétní písmeno.

7) Daktylotika do dlaně

Jedná se o modifikaci daktylotiky, kdy se konkrétní písmena neukazují v prostoru, ale přímo v dlani.

8) Znakování ruku v ruce

Využívá se spíše u osob s duálním senzoryckým postižením. Osoba a tímto druhem postižení si konkrétní znak sama ohmatá a pomocí taktilního vnímání. Odpovídá buď znakováním ruku v ruce nebo odpověď vyznačuje do prostoru.

9) Vpisování tiskacích písmen do dlaně

Komunikační systém spočívá na principu vpisování tiskacích písmen do ruky, především se užívá u osob s duálním senzoryckým postižením ve starším věku.

10) Znak do řeči

Znak do řeči není znakovým jazykem, ale pouze kompenzačním mechanismem při komunikaci. Tento kompenzační mechanismus využívají osoby převážně s poruchou v expresivní složce řeči. Znak do řeči, jak již z názvu vyplývá, využívá znakové zásoby znakového jazyka dané země. Jeho cílem ovšem není nahradit mluvenou řeč, ale právě ji doplnit pomocí znaků. Znak do řeči nevyužívá pravidel znakového jazyka, ale využívá pouze jeho segmenty. Znak do řeči je vhodný komunikační systém především pro osoby s mentálním postižením, autismem, auditivní agnózií, s dysartrií, dyspraxií apod.

(Janovcová, 2004)

11) Hand – mund systém

Komunikační systém podporující odezírání pomocí fonetické abecedy. Dochází k vizualizaci hlásek, které při odezírání nejsou patrná.

Tyto výše uvedené systémy jsou využitelné spíše u osob s duálním senzorkým postižením nebo sluchovým postižením (kromě znaku do řeči), ale jak jsme uvedli na počátku, aplikace komunikačních systémů je záležitost velmi individuální. Z toho důvodu pro úplnost uvádíme a přehled uvádíme i tyto AAK.

Komunikační systémy statické (Škodová, Jedlička, 2003; Janovcová, 2004)

1) Trojrozměrné symboly

Pro komunikaci tímto způsobem využíváme symboly, se kterými je možné manipulovat a pomocí taktilního vnímání snadno rozpoznat. Tento druh komunikace je vhodný právě pro osoby s těžkým mentálním postižením, se zrakovým postižením, duálním senzorkým postižením, ale je vhodný i pro malé děti.

Drobnou nevýhodou je přílišná konkrétnost, jelikož tyto symboly reprezentují např. reálně předměty, části předmětů apod.

Trojrozměrné symboly se využívají i při úplném prvopočátku osvojování si piktogramů.

2) Fotografie

Znázorňuje předměty reálným způsobem. Často se při osvojování si piktogramů přechází od konkrétního předmětu právě přes fotografie.

Tyto fotografie mohou být barevné i černobílé a mohou být nápomocny při nácviku chápání i abstraktnějších pojmů.

3) Piktogramy

Janovcová (2004) uvádí, že piktogramy je forma předávání informací v různém prostředí bez vazby na řeč.

Piktogram je obrázek, který je různě vytvořen (kresba, tisk...). Jedná se o často užívaný komunikační systém u osob s mentálním postižením, často v případě, kdy nedokáží využívat mluvenou řeč. Dále jsou často využívány u osob s autismem, vícečetného postižení, ale také u osob se získaným narušením komunikační schopností.

Piktogramy mohou být chápány nebo využity jako augmentativní nebo alternativní komunikační systém.

V ČR se využívá systém piktogramů, který obsahuje 700 symbolů.

Ve světě existují i jiné varianty tohoto systému jako například Picture Communication Symbols (PCS) – jedná se o více konkrétní a barevný komunikační systém, který se již dostává i do ČR, Picture Symbols (PICSYMS), Sign Symbols (využívají kombinace obrázků, abstraktních symbolů a znaků) apod.

Janovcová (2004, s. 21) dále udává, jaký je postup při osvojování si piktogramů:

- a. Reálný předmět
- b. Reálný předmět + obrázek
- c. Obrázky se stejným obsahem, ale jiným tvarem
- d. Situační obrázky + daný obrázek, který má jedince zařadit do správné situace
- e. Obrázek + piktogram
- f. Piktogram + piktogram
- g. Situační obrázek + piktogram
- h. Pracovní listy s piktogramy
- i. Sestavování vět
- j. Tabulka, deník

Z výše uvedeného vyplývá, že při nácviu piktogramů postupujeme od nejznámějších věcí a činností.

Nutné je brát v potaz i rychlost osvojování si piktogramů a jejich praktické využití.

Často není cílem kvantita, ale spíše kvalita osvojování piktogramů.

4) BLISS

Jedná se o komunikační systém, který je tvořen geometrickými znaky a je jediným systémem AAK, který umožňuje ponechat gramatická pravidla. Další nespornou výhodou je možnost vyjádření konkrétních věcí, ale i abstrakce. Tento systém byl vyvinut pro osoby s těžkou formou dysartrie, popřípadě až anartrie, centrální poruchou motoriky a podobně. Byl tedy určen převážně pro osoby s narušenou expresivní složkou

řeči, ale zachovanou složkou impresivní. Později byl tento systém rozpracován i pro osoby s mentálním postižením, vícečetným postižením, autismem, pro osoby po CMP atd.

V současné době Bliss systém má ve svém slovníku v současné době 2300 symbolů.

Krejčířová (2011) uvádí výhody Bliss systému:

- Bliss je možné kombinovat i s jinými komunikačními systémy (př. s MAKATON)
- Jedinec se může naučit číst a psát, kdy využití Bliss systému může tento proces zjednodušit

- Systém je flexibilní a může se přizpůsobit konkrétnímu jedinci

- Může napodobit mateřský jazyk

Krejčířová (2011) uvádí informace, které jsou pro naše účely důležité a to je využití komunikačního systému Bliss u osob s mentálním postižením

- Nabízejí velké množství přizpůsobení
- Neřeší často nemožnost čtení, ale nabízí i jiné možnosti
- Symboly představují předměty, které nejsou tak abstraktní jako písmena
- Bliss systém je uzavřený komunikační systém, který nemá přímý vztah k výuce čtení. Výuku čtení ovšem může velmi usnadnit
- Počet zvládnutých symbolů je velmi variabilní. Je nutné vzít v potaz celkový stav, typ a stupeň postižení
- V tomto případě kvalita vítězí nad kvalitou

5) MAKATON

Komunikační systém, který využívá manuálních znaků, symbolů a řeči. Cílem je zajistit co nejvyšší schopnost komunikace. Makaton je značně flexibilní komunikační systém, který se přizpůsobí potřebám každého jedince a umožňuje:

- Sdílet myšlenky, emoce
- Poslouchat, číst a vyprávět příběhy
- Vytvářet recepty, psát seznamy
- Psát dopisy, zprávy

Jelikož se jedná o variabilní a flexibilní komunikační systém, mohou nastat různé situace. Jedinec může v průběhu života vynechat znaky i symboly a komunikovat čistě mluvenou řečí nebo může docházet k postupnému vynechávání a snižování některého

segmentu. Někteří jedinci ovšem komunikují tímto AAK systémem celý život. (makaton.org, 2013, [online]).

Tento systém je vhodný pro osoby s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením a pro osoby s obtížemi s verbální stránkou řeči.

Slovník MAKATON obsahuje 350 slov, které jsou seřazeny podle náročnosti do osmi stupňů. V prvopočátcích nácviku je dobré zaměřit se na všechny části tohoto komunikačního systému a posléze se zaměřit na vyhovující komunikační kanál.

Komunikační tabulky, kniha

Jedná se o velmi individuální proces, který přizpůsobujeme konkrétnímu klientovi. Komunikační tabulka nebo kniha musí klientovi přesně vyhovovat. Je potřeba vybrat co nejvhodnější komunikační systém, který sám o sobě podpoří chuť ke komunikaci. Při počátku přípravy se zaměříme na denní potřeby klienta a věci a osoby, které jsou v bezprostředním nebo blízkém kontaktu jedince. Je vhodné vytvořit i více pojmů než může jedinec zpočátku užít.

Komunikační tabulku i knihu sestavujeme přímo s klientem, jeho rodinou, personálem apod.

Tabulku přizpůsobíme klientovi pro co nejsnazší orientaci. Je vhodné barevně rozlišit jednotlivé části (př. slovní druhy).

Pro vytvoření komunikační knihy je nejvhodnější využít pořadače nebo sešity. Důležité je, aby se stránky daly snadně obracet a nevracely se samovolně zpět.

Důležitou součástí je doplňování a zvyšování slovní zásoby. Piktogramy, fotografie nebo jakékoliv jiné obrázky z AAK systémů vybíráme na základě potřeby jedince.

Vhodné je, aby obrázková zásoba obsahovala obrázky s pojmy klientovi známými.

Komunikační kniha může být opatřena první stranou s tzv. komunikačním pruhem, kam může jedinec skládat věty. Pokud to umožňuje jeho fyzický stav, komunikační pruh být přítomen nemusí.

Stejně jako komunikační tabulky nebo knihy, tak i piktogramy se individuálně přizpůsobují jedinci (velikost, počet atd.). Na obrázky je možné přilepit např. suchý zip nebo magnetky (př. U lidí s DMO apod.). (Janovcová, 2004)

Škodová, Jedlička (2007, s. 573) uvádí možnosti pro organizaci komunikační tabulky:

- Schematické – životopisné uspořádání
- Taxonomické – řazení dle kategorií
- Sémanticko – syntaktické – řazení dle gramatických zákonů

- Abecední – řazení podle abecedy
- Podle četnosti užívání
- Podle orientace – obrázky jsou uspořádány směrem k příjemci informace

6) VOKS

Neboli výměnný obrázkový komunikační systém. Cílem tohoto systému je rychlé nabytí komunikačních dovedností. Nejčastěji je tento komunikační systém aplikován u osob s poruchou autistického spektra, ale jeho využití je možné i u osob s Down syndromem, afázií, dysfázií, ale i DMO.

Pro využívání tohoto systému je důležité nejprve si opatřit pomůcky a najít vhodné odměny pro jedince.

V další fázi již začíná nácvik výměny obrázku za věc. Po zvládnutí této části dochází k nácviku požádání o věc pomocí větného proužku.

Důležitou součástí jsou i zásobníky se symboly. Základním nosičem je komunikační tabulka, která může být součástí komunikační knihy.

(Knapcová, 2006)

7) METODA GLOBÁLNÍHO ČTENÍ

Vhodná k výuce čtení. Využívá opačného postupu jak u metody analyticko – syntetické. Postupuje se tedy od celku k jednotlivostem. Tento postup výuky čtení pochází z tvarové (Gestalt) psychologie.

Globální výuka čtení je vhodná pro děti se sluchovým postižením, mentálním postižením, dysfázií, specifických vývojových poruchách učení atd.

Výuka touto metodou má svá pravidla a není vyloučeno později přejít na metodu výuky analyticko – syntetickou.

(Janovcová, 2004)

8) SOCIÁLNÍ ČTENÍ

Převážně pro osoby s mentálním postižením, kdy klasická výuka čtení je často náročná a ne zcela efektivní, jelikož vynakládá velké úsilí na výuku čtení, ale to je pouze mechanické. Sociální čtení se využívá při rozvíjení rozumových schopností, orientace a schopnost komunikovat v běžných sociálních situacích.

Při výuce sociálního čtení se zaměříme na předměty, které jedinec využívá v každodenním životě (např. postup znázorňující vaření apod.)

(Janovcová, 2004)

9) FACILITOVANÁ KOMUNIKACE

Tento druh AAK má své příznivce, ale i opovrhovatele. Využívá různých symbolů, fotografií, piktogramů apod.

Tato metoda spočívá ve vedení ruky jedince k obrázkům nebo předmětu jimiž chce kterým chce něco sdělit.

V současnosti je tato metoda důvěryhodnější, jelikož je možné využít klávesnice počítače a zprávu uložit nebo vytisknout a vracet se k ní. (Janovcová, 2004)

10) ETRAN – N

Krejčířová (2011) uvádí, že se jedná o alternativní komunikační systém statický, jelikož jedinou dynamikou je oční pohyb jedince.

Tento komunikační systém využívá tabulky, nejčastěji v podobě průhledné tabule čtvercového nebo obdélníkového tvaru. Uprostřed je otvor a kolem tohoto otvoru jsou umístěny písmena, symboly apod. Symboly jsou vybrané speciálně a individuálně pro jedince s postižením.

ETRAN – N je vhodný pro osoby, které jsou nemluvíci, ale je zapotřebí mít zachovaný sluch.

Komunikace probíhá v sedě nebo ve stoje a mezi oběma účastníky komunikačního procesu je ETRAN – N tabule, kdy otvor slouží k přímému pohledu a snadnější orientaci se při pohledu na symboly nebo písmena.

Jako u ostatních AAK systémů je potřeba začít s nácvikem postupně a symboly přidávat.

Technické komunikační pomůcky

Alternativní i augmentativní komunikace může být doplněna nebo podporována pomocí technických pomůcek. Tyto pomůcky mohou být užívány i jako i jako motivace ke spolupráci.

V praxi se využívají počítačové programy i speciálně upravené hardware počítače pro osoby. Z PC programů si vyjmenujme například:

- Altík – program byl vytvořen jako pomůcka pro vytváření komunikačních tabulek. Tyto tabulky mohou být tvořeny jak piktogramy, obrázky, fotografiemi, slovy apod.
- Brepta – program vytvořený pro rozvoj jazyka a řeči v tom nejširším pojetí. Napomáhá rozvoji fonemického sluchu. Prvotně je vytvořen pro děti předškolního věku, jeho využití je možné i u osob dospělých. Program využívá spojování zvuků s obrázky.

- Méd'a – Typů tohoto programu je více. Existuje například program Méd'a čte, který je zaměřen na počáteční výuku čtení. Program tvoří několik úkolů. Dalším příkladem tohoto programu je Méd'a počítá. Program je určený pro počáteční výuku počítání i u dětí intaktních. Méd'a a obrázky se využívá pro smyslovou a rozumovou výchovu předškolních dětí. Program je výborný pro děti s tělesným i mentálním postižením, které jsou na úrovni mentálního slovníku 3 – 7 let. Pro obdobnou skupinu lidí byl vytvořen i program Méd'a barvy a tvary.
- Pasivní sledování – program pro výuku prvotního ovládání počítače. Je tvořen na sobě nezávislými programy a je vhodný pro osoby s mentálním, tělesným a zrakovým postižením.
- Cit Reader – program sloužící k předčítání textů, je zde ale podmínka schopnost psaní
- Psaní – program určený pro nácvik analýzy a syntézy při čtení a psaní. Program je využitelný pro osoby s afázií, s obtížemi ve čtení a psaní, DMO, vývojovou dysfázií, lehkou mentální retardací a dysortografií. Je vhodný i pro domácí použití, jelikož je velmi snadno ovladatelný. Tento program neobsahuje obrázky, ale pouze text.
- Moje první myš – program pro malé děti, osoby s těžším mentálním postižením a děti s autismem. Tento program se využívá pro nácvik práce s myší počítače.
- Grid 2 – tento program je možné využít více způsoby. Jedním z nich je využití jako pomůcka s hlasovým výstupem nebo jako komunikační tabulka pro komunikaci pomocí symbolů apod.
- Boardmaker – velmi využívaný program pro tvorbu a tisk komunikačních tabulek. V databázi je přibližně 4000 slov.
- Symwriter – program, který byl vytvořen pro snadné zapisování symbolů, kdy po napsání slova dojde k přeměně slova na obrázek. Program slouží osobám, které mají potíže s rozuměním mluvené nebo psané řeči. Program je plně počeštěn a obsahuje 8000 symbolů, ke kterým je přiřazeno přibližně 20 000 slov.
(alternativnikomunikace.cz, 2011, [online])

Pro usnadnění nebo náhradu komunikace existuje i hardware. Janovcová (2004) se zmiňuje například o snížení schopnosti využívat myš a jako náhrada se využívají dotykové obrazovky. Další možnou náhradou myši je využití Trackball, který pracuje na

principu otáčení větší koule na jednom místě. Další možnou náhradou je joystick, touchpad apod.

Stejně jako myš, tak i klávesnice je možné speciálně upravit pro potřeby jedince s postižením.

Škodová, Jedlička (2007) ještě zmiňují technické pomůcky se zrakovým výstupem. Tato pomůcka je opatřena obrazovkou se vzkazem, který je možné také vytisknout pomocí zabudované tiskárny.

Dále uvádí pomůcky s hlasovým výstupem (také nazývány jako komunikátory). Tyto pomůcky využívají buď syntetickou řeč, která je generalizované počítačem. Výhodou je, že není náročná na paměť počítače, ale nevýhodou je umělost řeči. Další možností je využití digitalizované řeči, která je na paměť sice náročnější, ale je možné nahrát dialekt, přízvuk, hlas konkrétní osoby apod.

V současnosti se ke komunikaci využívají i tablety, například iPad a vytvářejí se stále nové a nové programy pro zkvalitnění dorozumění se s okolím. Konkrétně pro iPad je vytvořen v současnosti např. Grid player.

Využití AAK

Škodová, Jedlička (2007) zmiňují 4 hlavní složky, které je zapotřebí využívat v procesu komunikace pomocí AAK.

1. Lingvistická kompetence – ovládání rodného jazyka nebo symbolů či znaků, které jsou žádány při využití AAK. Také rozsah aktivní i pasivní slovní zásoby jedince.
2. Operační kompetence – pro kvalitní nebo kvalitnější komunikaci je důležité určit motorické a kognitivní dovednosti, které jsou potřebné pro konkrétní komunikační systém.
3. Sociální kompetence – znalost sociálních pravidel při komunikaci. Schopnost začít, udržet a ukončit komunikaci apod.
4. Strategické kompetence – schopnost přizpůsobení vlastního komunikačního systému jiným osobám (zpomalené znakování...)

Pro jedince, kteří jsou odkázáni na komunikaci AAK systémy se doporučuje, aby nezavrhovali možnosti propojení i s jinými komunikačními systémy.

3 Snoezelen

Snoezelen je pojem, pod kterým si představíme místnost, která působí na všechny smysly jedince, je tedy multisenzoriální. Využívání Snoezelen místnosti je zaměřeno na stimulaci a rozvoj smyslů jedince, rozvoj verbální i neverbální komunikace, relaxaci, zklidnění, posílení sociální adaptace, trénování pozornosti, hru, podporu emocionální složky osobnosti jedince apod. Snoezelen je velmi vhodnou metodou pro osoby s těžkým až hlubokým mentálním postižením, tedy i pro osoby s postižením kombinovaným, jelikož základem není přílišná duševní pozornost. V současnosti jsou prokázány i pozitivní účinky na osoby s poruchami chování i pozornosti. Tato metoda je vhodná i pro intaktní děti, dospělé i seniory. Tato metoda je vhodným prostředkem pro navázání a prohloubení vztahů (dítě – rodič, klient – terapeut).

Slovo Snoezelen je složenina ze dvou pojmů, „snuffelen“ (čichat) a „doezelen“ (dřímát). Využívání tohoto pojmu je v současnosti nejednoznačné. Může se využívat jako označení pro speciálněpedagogickou metodu a také jako označení pro multisenzoriální místnost.

V zahraničí se můžeme setkat s pojmy Snoozelen, Snozolen či Snoozelum.

(Dobromysl.cz; 2012; [online])

3.1 Historie konceptu

Tento koncept byl definován teprve v 70. letech 20 století v Nizozemí dvěma terapeuty, kteří pracovali v institutu pro osoby s mentálním postižením. Tito terapeuti delší dobu sbírali podklady o působení senzorického prostředí. Vytvořili senzorický stan, který prezentovali na veletrzích.

Počátky zkoumání tohoto konceptu bylo zprvopočátku založeno na podnětech jako pohyb papíru v proudu vzduchu, vůně potravin, barevná světla na stěnách byly vytvořeny pomocí inkoustu smíchaného s vodou. Auditivní podněty byly vytvářeny pomocí hudebních nástrojů. Každý smysl byl stimulován.

Tento koncept měl již ve svých prvopočátcích velký úspěch, jelikož bylo možné sledovat u jedinců s těžkým stupněm mentálního postižení verbální i neverbální reakce na stimulaci všech senzorů.

Koncept Snoezelen měl ve svém využívání úspěch, ale často byl ve svém využití komerční a omezený. Převrat přišel, když společnost ve Velké Británii se rozhodla tento koncept využívat a vytvořila speciálně upravené prostředí vhodné pro komunikaci, které u klienta vytvářelo žádoucí smyslové reakce.

V počátcích byl tedy tento koncept využíván u jedinců s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, ale jak již bylo zmíněno, jsou prokázány účinky u lidí a dětí s poruchou autistického spektra, s psychickými poruchami, chronicky nemocné, při poraněních a poškozeních mozku, u osob s demencí, Alzheimerovou chorobou apod. Řekněme tedy, že během 30 – 40 let se koncept Snoezelen rozrostl do 30 zemí s tisíci institucemi. (Flaghouse.com, 2013, [online])

3.2 Filozofie konceptu

Koncept Snoezelen vznikl jako snaha o odklon od tradiční léčby. Hlavním z mezníků autorů bylo ukázat pracovníkům, že i jedinec s těžkým postižením dokáže dát najevo své potřeby a dokáže činit vlastní rozhodnutí.

Multisenzoriální místnost nepodporuje při terapii rutinu, ale naopak vždy na klienta čeká něco nového nebo ví, že terapii provází příjemná činnost.

Při využívání Snoezelen místnosti je potřeba dbát na následující:

- Je zapotřebí brát v úvahu individualitu jedince a přizpůsobovat tomu i terapii. Není možné vymezit jasná pravidla pro každého jedince
- Rozpoznat zpracovávání informací konkrétními smysly a dokázat místnost přizpůsobit každému smyslu podle jeho potřeby
- Důležitá je flexibilita terapeuta a jeho schopnost přizpůsobit se náhlým změnám jedince při terapii
- Je na místě si před terapií udělat harmonogram, co je potřeba udělat a jak bude terapeutický čas stráven
- Záměrně uzpůsobit práci věku klienta a bereme v úvahu jeho chronologický i mentální věk

- Nejen terapeut, ale i místnost má být flexibilní
- Důležitější je prožitek při plnění činnosti a jeho průběh než lpění na kvalitním dokončení činnosti
- Velmi důležitou součástí je pohodlí klienta
(Snoezeleninfo.com, 2013, [online])

O filozofii Snoezelenu můžeme říci, že je to terapie, která je plně otevřena všemu novému a nestanovuje si předem dlouhodobější cíl, spíše se plně přizpůsobuje stavu jedince a lékařská diagnóza a omezení jsou důležité informace, ale pro naše účely ne zcela stěžejní. Snoezelen lze popsat jako „umožňující přístup“, který má být citlivý, starostlivý, nedirektivní a důležitý je pocit bezpečí a příjemné atmosféry.

Ke stimulaci lze využít jak aktivitu, tak relaxaci. (Flaghouse.com, 2013, [online])

Krejčířová (2011) dodává, že tento koncept spojuje relaxaci s dynamikou. Pomáhá klientům provádět činnosti, při kterých se jedinci uklidní a zároveň mohou pozorovat sami sebe. Snoezelen poskytuje komplexní smyslové prostředí, které běžné prostředí nemůže nabídnout a jedinec tak může svět vnímat smysly jednotlivě, ale i komplexně.

Dle Shalva.org (2013, [online]) jsou cíle Snozelenu následující:

- Vyvážení relaxace a aktivity
- Zlepšení senzomotorické aktivity
- Zvýšení nebo snížení svalového tonu
- Zkvalitňování řečových a jazykových dovedností jedince
- Podpora možnosti úniku a přijetí
- Zlepšení sociálních dovedností

Filatová a Janků (2010) uvádí zásady užívání Snoezelenu:

- Terapeut má respektovat intimní (i osobní) prostor klienta
- Terapeut by neměl na klienta naléhat, jelikož každý jedinec potřebuje jiný čas na práci
- Terapie má mít svůj řád (začátek, průběh, konec)
- Jedinec by měl terapeuta znát

- Terapeut by měl umět porozumět současnému stavu jedince a měl by umět rozpoznat neverbální signálu konkrétního jedince určitou dobu, která je ovšem individuální (jak bylo uvedeno výše)
- Neexistuje univerzální pravidlo, jak poznat úspěšnost terapeutického procesu (opět se klade důraz na individualitu jedince)
- Při terapii se nehodnotí pouze pozitivní projevy (smích apod.), ale i projevy negativní (pláč ...)
- Již při cestě do místnosti Snoezelen je třeba dbát na přípravu na terapii
- Individuální přístup je zapotřebí dodržovat i při práci v místnosti. Každý klient preferuje jiné podněty a jinou práci s nimi
- Pro vztah jedinec – terapeut je zapotřebí těsného vztahu (doteky...)

3.3 Strategie a metody při využívání konceptu Snoezelen

Při práci se snažíme vytvořit si strategii pro práci s jedincem. Již z výše uvedených zásad vyplývá, že je zapotřebí poznat konkrétního uživatele služeb, aby mohlo dojít k co nejkvalitnější terapii.

Před začátkem terapie je vhodné sepsat individuální plán pro práci. Sestavení tohoto plánu je obdobné jako diagnostika, je zapotřebí, aby tento plán byl sestaven s člověkem, který dobře zná projevy jedince (platí to především pro osoby s těžkým mentálním postižením a postižením kombinovaným), jako například, kdy se chystá ke komunikaci a co znamenají různé neverbální projevy apod.

Pro sestavení vhodného plánu pro jedince bereme v úvahu:

- Smyslové schopnosti jedince
- Temperamentové vlastnosti
- Zájmy
- Schopnost komunikačních dovedností
- Schopnost sociální interakce
- Věk
- Sociokulturní prostředí
- Informace o speciálních kompenzačních pomůckách
- Informace o nastavení multisenzoriální místnosti

- Určení času a trvání pobytu místnosti
- Jmenovité určení pracovníku
- Každoroční úprava cílů a terapeutických postupů
- List, kde dochází ke zhodnocení práce

Před začátkem terapie si vytvoříme tzv. „zóny pohodlí“. Tyto zóny si vytvoříme podle zájmů a preferencí jedince. Bereme na vědomí, že každý uživatel služeb má svoji vlastní zónu. Z toho důvodu je důležité před každou terapií upravit zóny pro konkrétní osobu a poté jej do jeho prostoru uložit. Jednou ze součástí metody je spojování senzorických vjemů, aby došlo ke zlepšení komunikace (př. zvuk a hmat).

Při této metodě pracujeme s úspěchem i neúspěchem, ale úspěšné situace jsou spojeny s chutí riskovat a zkoušet nové a nové věci. U osob s těžkým mentálním (případně kombinovaným) postižením se úspěchu dosahuje poměrně obtížněji, jelikož každá činnost je fyzicky i duševně náročná. Z toho důvodu se snažíme úkoly pro uživatele služeb s těžkým postižením vymýšlet a koordinovat s přihlédnutím k jejich schopnostem. Při terapii těchto osob by terapeut měl mít dostatek trpělivosti a chuti k práci, jelikož tento proces bývá často pomalý a může se stát, že se nedosáhne vytyčených cílů. Ale i v tomto případě bereme každý pokrok jako úspěch a nesnažíme se jedince frustrovat. (Snoezelen.sk, 2013, [online])

Jelikož Snoezelen není jen místnost se světýlky a hudbou, je nutná spolupráce více odborníků. V praxi rozlišujeme tři druhy spolupráce odborníků. Prvním z nich je multidisciplinární, v tomto týmu je každý odborník sám za sebe a přispívá při tvorbě multisenzorické místnosti (dále jen MSH) i individuálního plánu. Největší obtíží tohoto týmu je malá schopnost komunikace členů týmu mezi sebou.

Interdisciplinární tým je další možností spolupráce při tvorbě individuálního plánu a MSH. Tento tým je vhodnější, jelikož spolu více komunikují na pravidelných setkáních. Rodič je součástí plánu. I v tomto týmu každý odborník pracuje sám za sebe, ale snaží se svoje názory uzpůsobit pro dobro každého jedince zvlášť.

Jako nejvhodnější se jeví transdisciplinární týmová práce, kdy každý odborník přesahuje svoje možnosti a kompetence pro dobro jedince, kdy i rodič je plnohodnotným členem týmu.

V nejlepším případě by se na tvorbě individuálního plánu a MSH měli podílet: dítě, rodič, fyzioterapeut, pedagog, asistent pedagoga, osobní asistent, logoped, ergoterapeut,

zdravotní sestra, lékař, designér apod. Záleží na typu zařízení, ve kterém je místnost Snoezelen.

3.4 Druhy místností

Místností Snoezelen existuje několik druhů. Jak vyplývá z předchozího. Každé zařízení využívající tuto místnost ji uzpůsobí klientům, které ve většině zařízení navštěvují. U osob s těžkým stupněm mentálního postižení se často využívá tzv. bílá místnost. Jedná se o místnost, která je vymalovaná bílou barvou. Cílem této místnosti (tak jako i u ostatních místností) je odpoutat uživatele této služby od okolních rušivých vlivů a umožnit mu nechat se zavést do světa vlastní fantazie. Tato místnost je určena především pro stimulaci zraku, jelikož na stěny jsou promítány barevná světla (nejčastěji modrá, červená, zelená a žlutá). V bílé místnosti se mohou vyskytovat i barevná tlačítka, kterými si jedinec může sám regulovat světla v místnosti. Může se jednat například o svítící koberec, který na stropě vytváří světelné tečky nebo sám korigovat dle své fantazie tekutý obraz na stěně. Skvělým doplňkem je též UV světlo, závěs měnící barvu apod. (Švarcová, 2003)

Bílá místnost si klade za cíl vytvořit 3D prostředí. I v bílé místnosti nezapomínáme na ostatní smysly (audio systém, matrace, vodní postel, kuličkový bazén apod.).

Nejvhodnější vybavením bílé místnosti je: tlumené světlo, zrcadlová koule, projektor, vodní postel, polohovací vak, polštáře, zvonkohra, dekorační předměty, závěsné houpací křeslo apod.

(Snoezelen.sk, 2013, [online])



Obr. č. 1: Snoezelen – bílá místnost (zdroj: <http://www.uspro.cz/index.php?id=10175>)

Z hlediska barev je možné místnost uzpůsobit různě. U osob, u kterých je vhodné rozvíjet zrakové vnímání je vhodná černá místnost. Tato místnost je vhodná i pro aktivaci mozkové kůry. Černá nebo též tmavá místnost je vymalovaná na černo včetně stropu. I podlaha je černé barvy. Vybavením této místnosti jsou reflektory, optická vlákna, modelovací hmoty, UV světlo, laser paprsky, fluoreskující kruhy, tyčinky apod. Pro nácvik pochopení příčiny a následku je možné využít tzv. interaktivní prostor. V tomto prostoru je veškeré zařízení velmi citlivé na pohyb, hlas apod. Každá aktivita jedince vyvolá určitou zpětnou vazbu a uživatel služeb si tak uvědomí příčinu a následek. Pro dotekovou stimulaci mohou být využity citlivé spínače (dotekové desky, spínače apod.). Dále může být využit fén, hudba, světla, čichové stimuly, chuťové stimuly (jídlo apod.)



Obr. č. 2: Interaktivní prostor (zdroj: <http://www.snoezelen-koncept.cz/fotoalbum/kurzy-do-06-2012/kurzy-listopad-2012/foto-pb272615/nahled/>)

U osob s těžkým stupněm mentálního postižení je možné využít i vodní prostor, která slouží pro jak pro statickou, tak i dynamickou proprioceptivní stimulaci. Dá se využít například: vana, bazén, sprcha, vířivka, vodopád, fontána, vodní matrace, nafukovací míče do vody atd.

Pro tyto osoby je také velmi vhodné virtuální prostředí, které umožňuje jedinci s těžkým postižením zažít situace, které v běžném životě nezažije nebo se s nimi nemusí setkat.

Pro této virtuální prostředí využíváme speciální počítačové programy.

Pro podporu inkluze existuje tzv. inkluzivní zóna. Jedná se o prostředí, které je upravené pro děti s postižením, ale hrají si společně s dětmi intaktními nebo spíše se svými vrstevníky.

Dále existuje spousta dalších místností a prostorů (Snoezelen.sk, 2013, [online]).

4 Empirická část

Cíl šetření

Cílem šetření této bakalářské práce bylo zjistit, jak využívají vybrané druhy zařízení multisenzoriální místnost Snoezelen.

Metodologie

Pro potřeby našeho výzkumu jsme zvolili metodu nestandardizovaného strukturovaného rozhovoru. Gavora (2000) uvádí, že strukturovaný rozhovor je vlastně ústní dotazník, kdy jsou předem očekávané odpovědi. Tento typ rozhovoru je méně časově náročný než rozhovor polostrukturovaný nebo nestrukturovaný. Pro naše potřeby jsme se rozhodli zvolit rozhovor prostřednictvím telefonu.

Jako další metodu jsme zvolili internetový průzkum. Tento internetový průzkum byl zaměřen na zařízení v ČR, která využívají koncept Snoezelen.

Pro potřeby rozhovoru jsme sestavili 6 otázek. Jednalo se o otázky:

1. Jak dlouho využíváte místnost Snoezelen ve Vašem zařízení?
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
3. Komu koncept Snoezelen z Vašich klientů nejvíce pomáhá?
4. Pro který typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
5. Chcete ve Vašem zařízení místnost Snoezelen rozšiřovat?
6. Můžete popsat zařízení místnosti Snoezelen ve Vašem zařízení?

Výzkumné vzorek

Pro naše účely jsme využili pokládali otázky v Dětském centru Čtyřlístek Opava, Základní škole speciální Blansko, Dětském centru Zlín, domově pro osoby se zdravotním postižením Leontýn, Občanském sdružení Bilicilum, Dětském centru Strančice, Alka, o.p.s.

4.1 Výzkumné šetření

Odpovědi jednotlivých zařízení byly následující:

Dětské centrum Čtyrlístek, Nákladní 29, Opava

1. Jak dlouho využíváte místnost Snoezelen ve Vašem zařízení?
„Přibližně 5 – 6 let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Ano.“
3. Komu podle Vás tento koncept nejvíce pomáhá?
„Prakticky všem. Tuto místnost využíváme již u dětí od půl roku. Je vhodná pro všechny typy postižení.“
4. Pro který typ postižení je terapie nejvhodnější?
„Je vhodná pro všechny typy.“
5. Chcete tuto místnost ve Vašem zařízení rozšiřovat?
„Ne. Nemáme to v plánu.“
6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?
„Trampolína, osvětlení, hračky, hudba.“

ZŠ speciální Blansko, Žižkovo 27

1. Jak dlouho využíváte místnost Snoezelen ve Vašem zařízení?
„Už 15 let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Ano, jedná se o vyškolené pracovníky. Tuto místnost využívají i pedagogové k práci s klienty.“
3. Komu koncept Snoezelen nejvíce z Vašich klientů pomáhá?
„U nás v zařízení máme hlavně klienty s kombinovaným postižením, ale spíše můžeme říci, že je vhodnější pro klienty chodící. Je u nich větší možnost změn, protože u ležících je menší možnost změny polohy.“
4. Pro který typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„Pro všechny, ale z naší zkušenosti hlavně pro kombinované postižení.“
5. Chcete ve Vašem zařízení místnost Snoezelen rozšiřovat?
„Nechceme, myslíme si, že za tu dobu je naše místnost dobře zařízená.“
6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?

„Vodní postel, stereo souprava, projektory, dotyková světla, vodní válec, stroboskop, polohovací vaky.“

Dětské centrum Zlín, p.o.

1. Jak dlouho využíváte místnost Snoezelen ve Vašem zařízení?
„Přibližně šest let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Terapii provádí sestra s kurzem bazální stimulace.“
3. Komu koncept Snoezelen z Vašich klientů nejvíce pomáhá?
„Nejvíce se nám osvědčil u dětí s ADHD, hyperaktivitou, s psychiatrickými diagnózami apod.“
4. Pro jaký typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„U nás máme zkušenosti spíše s dětmi s poruchami chování, ADHD, hyperaktivními dětmi, takže u nich víme, že terapie pomáhá. Máme ale i zkušenosti s jinými typy postižení, kde tato terapie byla velmi přínosná. Například s mentálním postižením.“
5. Chcete místnost Snoezelen ve Vašem zařízení rozšiřovat?
„Ne.“
6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?
„Vodní postel, stroboskop, hifi věž, světla (lampy).“

Domov pro osoby se zdravotním postižením Leontýn, Roztoky, Křivoklát

1. Jak dlouho využíváte koncept Snoezelen ve Vašem zařízení?
„Od roku 2005. Tedy 8 let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Nemáme. Každý pracuje v místnosti po svém.“
3. Komu koncept Snoezelen z Vašich klientů nejvíce pomáhá?
„Pomáhá všem bez rozdílu. U lehčích postižení tuto místnost využíváme spíše pro relaxaci a u těžších a kombinovaných postižení využíváme místnost pro náplň volného času.“
4. Pro jaký typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„Podle našich zkušeností je vhodná pro postižení mentální i kombinované.“
5. Chcete místnost Snoezelen ve Vašem zařízení rozšiřovat?
„Zatím to neplánujeme.“
6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?

„Máme projektory, které sami mění obrazy na stěně, stereo soupravu pro hudbu. Pro stimulaci doteku využíváme různé potraviny, pro stimulaci čichu taky. Dále máme vodní postel a matrace, kde se provádí masáže.“

Centrum péče o handicapované ALKA, Podbrdská 269, Příbram

1. Jak dlouho využíváte koncept Snoezelen ve Vašem zařízení?
„2 roky.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Máme 2 vyškolené pracovníky“
3. Komu koncept Snoezelen z Vašich klientů nejvíce pomáhá?
„Pomáhá všem klientům, ale jsou i klienti, kteří do místnosti nechtějí, tak je nenutíme. Ale hlavně místnost využíváme pro klienty s těžkým postižením k relaxaci.“
4. Pro jaký typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„Tak obecně pro všechny. Pro mentálně postižené, tělesně postižené, kombinovaně postižené, autisty. Prostě pro všechny.“
5. Chcete místnost Snoezelen rozšiřovat?
„Zatím ne z finančních důvodů. Ale v budoucnosti máme v plánu rozšířit ještě o jednu místnost. Jedna by byla pouze určená k relaxaci a druhá by byla pro aktivitu, ale je to otázka financí.“
6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?
„Zatím mám bílou místnost, světelné válce, světelné efekty, pro hudbu máme stereo soupravu. Dále máme polohovací polštáře, využíváme aromaterapii a matrace. Vodní lůžko bohužel nemáme.“

Klub Auxilium – asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, Hošťálkova 428, Vsetín

1. Jak dlouho využíváte koncept Snoezelen ve Vašem zařízení?
„6 let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Spíš jsou to vyškolení pracovníci, kteří mají různé kurzy.“
3. Komu z Vašich klientů koncept Snoezelen nejvíce pomáhá?
„Je to velmi různé. Velmi nás překvapil přínos pro klienty s autismem, ale velký přínos je i pro klienty se smyslovým a kombinovaným postižením. Velice pomáhá i maminkám. Které potřebují relaxaci a zklidnění.“

4. Pro jaký typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„U nás máme klienty od dětského věku až do 26 let a všimli jsme si, že nejvhodnější je pro právě autisty, tělesně a mentálně postižené. A samozřejmě pro kombinovaně postižené klienty. Vlastně je vhodná pro všechny typy.“
5. Chcete místnost Snoezelen rozšiřovat?
„Nechystáme se ji rozšiřovat. Jsme velmi omezeni prostorem.“
6. Můžete popsat zařízení Vaší místnosti Snoezelen?
„Máme vodní postel, světelné válce, voskové světelné válce, stimulační pomůcky (vibrační apod.). Dále máme kuličkový bazén, pískoviště, stereo soupravu, palmy. Místnost je oddělená a v jedné části s pískem, palmami a pískovištěm navozujeme u klientů pocity pobytu na pláži.“

Občanské sdružení Biliculum, Růžová 561, Mikulov

1. Jak dlouho využíváte koncept Snoezelen ve Vašem zařízení?
„Už 9 let.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?
„Vyloženě ergoterapeuta ne, ale pracují tam sestry, speciální pedagogové a fyzioterapeut“
3. Komu z Vašich klientů tato terapie nejvíce pomáhá?
„Úplně všem.“
4. Pro jaký typ postižení je tato terapie nejvhodnější?
„Myslím, že nejvhodnější je pro kombinované postižení. U nás máme klienty všech možných kombinací a pro všechny je tato terapie přínosná.“
5. Máte v plánu místnost Snoezelen u Vás rozšířit?
„Rádi bychom, ale z finančních důvodů to není možné. Chtěli bychom pořídit vibrační lůžko, pomocí kterého klient vnímá hudbu celým tělem.“
6. Můžete popsat zařízení ve Vaší místnosti?
„Máme vodní lůžko, světelný vodní válec, projektor, barevnou fontánu, hifi věž, plastové akvárium, které se dá přemístit a klient si ho může přenášet. Dále máme světelnou kouli.“

Dětské centrum Strančice, Hrdinů 175, Strančice

1. Jak dlouho již využíváte koncept Snoezelen ve Vašem zařízení?
„3 roky.“
2. Je ve Vašem zařízení ergoterapeut pracující v této místnosti?

„Pracuji zde speciální pedagogové, fyzioterapeut a sestry.“

3. Komu z Vašich klientů tato terapie nejvíce pomáhá?

„Nejvíce je prospěšná pro DMO.“

4. Pro koho je podle Vás tato terapie nejvhodnější?

„Myslím, že je nejvhodnější pro klienty s kombinovaným postižením.“

5. Máte v plánu Vaši místnost rozšířit?

„Prozatím nad tím neuvažujeme.“

6. Můžete popsat vybavení Vaší místnosti?

„Projektor, světelný sloup, světelná vlákna, vodní postel, hvězdné nebe, polštáře, vůně, jídlo, stereo souprava.“

4.2 Výsledky šetření

Vzhledem k odpovědím jednotlivých zařízení lze vyvodit, že průměrně je koncept Snoezelen využíván přibližně 7 let.

Ve většině zařízení s klienty pracuje personál, který byl vyškolen v různých kurzech, konkrétně kurz pro koncept Snoezelen nebyl v rozhovorech zmíněn, převážně se jednalo o obecné odpovědi (vyškolený personál, speciální pedagog apod.).

Nejčastější odpovědí na otázku „Komu podle Vás tato terapie nejvíce pomáhá?“ byla opět obecná odpověď, že je vhodná pro všechny typy postižení.

Většina dotázaných zařízení je spokojená se současným vybavením jejich místnosti a nemají v plánu její rozšíření. Menší část dotazovaných zařízení (3) by rádi místnost rozšířili, ale prozatím to není možné.

Nejčastějším zařízením místností v dotazovaných zařízeních je: Vodní postel (6), světelný sloup (6), hudba (6), projektor (4), světelná vlákna (3), vodní válec (2), matrace (2), stroboskop (2), polohovací vaky (2), stimulační předměty (2), polštáře, hvězdné nebe, barevná fontána, akvárium, trampolína, hračky, dotyková světla, vůně, kuličkový bazén, palma. V závorkách uvádíme počet odpovědí pro daný druh zařízení.

Z výpovědí je většina zařízení se zařízením místnosti spokojená, ale z výpovědí méně spokojených zařízení je obtíž především z hlediska financí a stísněnosti prostoru zařízení.

4.3 Diskuze

Vzhledem k získaným výsledkům lze vyvodit, že v těchto zařízeních místnost Snoezelen existuje přibližně 7 let. Z výsledků výzkumu vyplývá, jak je již výše zmíněno, že většina zařízení je spokojena s vybavením místnosti a nemají v plánu její rozšiřování. Podle našeho názoru vybavení některých zařízení dostatečné, ale je možné místnosti v některých těchto zařízeních i nadále rozšiřovat, jelikož tento koncept je velmi široký. Podle našeho názoru je tento koncept v naší zemi stále podceňován a není podstatně využit jeho potenciál (vycházíme ze zahraničních názorů). Myslíme si, že by se měl změnit přístup k této metodě.

Závěr

V této bakalářské práci jsme se zaměřili na výzkum v oblasti využívání konceptu Snoezelen na území ČR.

V bakalářské práci jsme v teoretické části čtenáře seznámili s problematikou mentálního postižení z hlediska klasifikace, etiologie a kognitivních procesů, kde jsme se zaměřili především na oblast motoriky u osob s mentálním postižením a nastínili jsme i oblast psychomotoriky.

V další kapitole jsme čtenářům poskytli informace o alternativní a augmentativní komunikaci. V této kapitole jsme čtenářům poskytli informace o těchto komunikačních systémech (statických, dynamických, technických), zmínili jsme též rozdělení a také výhody a nevýhody těchto systémů.

Poslední kapitolu teoretické části jsme věnovali konceptu Snoezelen z hlediska historie, filozofie, strategie a uvedli jsme taktéž různé druhy místnosti tohoto konceptu. Pro potřeby této kapitoly jsme čerpali převážně ze zahraničních internetových zdrojů, abychom poskytli čtenářům i zahraniční pohled na tuto metodu.

Praktickou část jsme zaměřili na využívání tohoto konceptu na našem území, kde jsme došli k závěru, že tato metoda je na našem území hojně využívána. Z výzkumu ovšem vyplývá, že většina dotazovaných zařízení je s vybavením místností spokojená a nemá v plánu další rozšiřování místnosti v jejich zařízení. Toto ovšem neplatí o všech zkontaktovaných. Některá zařízení nad rozšířením místnosti uvažují, ale z důvodu finanční nebo prostorové situace to není možné.

Ze získaných výsledků je možné se domnívat, že tento koncept je velmi užitečný, ale na našem území nemá svou tradici a jméno, proto je důležité tento koncept dostávat do povědomí a rozšiřovat jej.

Ze získaných výsledků je možné se též domnívat, že by bylo vhodné, aby v této místnosti pracovali vyškolení pracovníci přímo pro tento koncept, jelikož ve zkontaktovaných zařízeních místnost využívají vyškolení pracovníci. Přestože je možné, aby místnost využíval veškerý personál, měl by být v zařízení i specializovaný personál pro tuto místnost, který by zde měl na starost speciální terapii.

Dále si myslíme, že je vhodné podněcovat zařízení k rozšiřování této místnosti, jelikož možnosti jsou velmi rozmanité a není žádoucí zůstat pouze u původního zařízení.

Dle našeho názoru, ale i názoru zkontaktovaných zařízení je tento koncept velmi přínosný pro osoby s postižením, a tedy i těžkým mentálním a kombinovaným postižením.

5 Použitá literatura a internetové zdroje

BAJO, I., VAŠEK, Š.. *Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia, 1994, 251 s. ISBN 80-967-1801-0.

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-807-3151-447.

FILATOVÁ, R., JANKŮ, K. *Snoezelen*. 1. vyd. Ostrava : Tiskárna Kleinwächter, 2011. 111 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2003, 48 s. ISBN 80-210-3204-9.

KARÁSKOVÁ, V. *Cvičíme a hrajeme si*. Ostrava - Mariánské hory: Montanex, 2004. ISBN 80-7225-113-9.

KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 74 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0991-7.

KREJČÍŘOVÁ, O. a kol. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb*. Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín, 2011. 149 s. ISBN 978-80-260-0059-4.

KREJČÍŘOVÁ, O. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Eteria, 2002, 127 s. ISBN 80-238-8729-7.

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

LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Překlad Jana Křížová. Praha: Portál, 2002, 191 s. ISBN 80-717-8572-5.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 146 s. ISBN 978-80-210-3819-6.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0873-2.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 615 s. ISBN 978-807-3673-406.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-717-8821-X.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-732-0039-2.

VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 264 s. ISBN 80-717-8291-2.

Internetové zdroje

About Makaton. *Makaton: The Makaton Charity* [online]. 2013 [cit. 2013-04-02].

Dostupné z: <http://www.makaton.org/aboutMakaton/>

SPC pro děti s vadami řeči [online]. 2009/2011 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

<http://www.alternativnikomunikace.cz/>

Snoezelen. *Flaghouse.com* [online]. 2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

<http://www.flaghouse.com/default.asp?Category=Snoezelen&srcode=906503>

Snoezelen: Informačný a servisný portál k práci v multisenzorickom prostredí [online].

2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/>

Snoezelen: Multi - senzory environments [online]. 2012 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

<http://www.snoezeleninfo.com/main.asp>

Snoezelen v multismyslové místnosti. *Dobromysl.cz: informace - inspirace - integrace* [online]. 2002 - 2012 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1901>

Snoezelen Room. *Shalva: The Association For Mentally and Physically Challenged Children in Israel* [online]. 2013 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

<http://www.shalva.org/page.asp?id=1858>

What is cued speech. *Cuedspeech.com* [online]. 2008 [cit. 2013-04-02]. Dostupné z:

http://www.cuedspeech.com/what_is_cued_speech.asp

Jméno a příjmení:	Mgr.Vladimíra Zedková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. PaedDr. Olga Krejčířová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Uplatnění AAK u osob s těžkým stupněm mentálního postižení
Název v angličtině:	The Applying of AAC for persons with severe mental disability
Anotace práce:	Bakalářská práce je zaměřena na komunikaci osob s těžkým stupněm mentálního postižení se zaměřením na AAK systémy. Dále práce obsahuje informace o mentálním postižení, motorických dovednostech osob s těžkým stupněm mentálního postižení a konceptu Snoezelen. Snoezelenem se zabývá i praktická část, která je zaměřena na využívání tohoto konceptu na území ČR.
Klíčová slova:	Mentální postižení, AAK, Snoezelen, motorika
Anotace v angličtině:	Bachelor work is focused at the communication for persons with severe mental disability with focusing to AAC.The bachelor work includes the information about mental disability, about motor skills of the persons with severe degree of mental disability and about conception "SNOEZELEN". The practical part is focused at "SNOEZELEN", this part focuses mainly at using this conception in Czech republic.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, AAC, SNOEZELEN, motor skills
Přílohy vázané v práci:	
Rozsah práce:	47 stran
Jazyk práce:	Čeština