



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY VYUŽÍVANÉ V RANÉ PÉČI

Diplomová práce

Studijní program: N7506 – Speciální pedagogika

Studijní obor: 7506T002 – Speciální pedagogika

Autor práce: **Ing. Gabriela Čavojská**

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.



ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ing. Gabriela Čavojská**
Osobní číslo: **P13000640**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika**
Název tématu: **Komunikační systémy využívané v rané péči**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl diplomové práce: Charakterizovat problematiku rané péče v rodinách s dětmi s postižením, zejména s ohledem na intervenci v oblasti rozvoje komunikace a zjistit možnosti používání jednotlivých komunikačních systémů při péči o děti v rodinách využívajících služby rané péče.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazník, rozhovor.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BONDY, A., FROST, L., 2007. Vizuální komunikační strategie v autismu. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2053-1.

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2004. Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-0.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2008. Vývojová psychologie. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.

OPATŘILOVÁ, D., 2006. Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3977-9.

SLOWÍK, J., 2010. Komunikace s lidmi s postižením. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z., 2003. Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku. 2. vydání. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-772-1.

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání diplomové práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé diplomové práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 29.4.2015

Podpis: *Čaučíšková*

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat mé vedoucí diplomové práce, paní Ing. Zuzaně Palounkové, Ph.D. Díky jejímu odbornému vedení a věcným připomínkám, profesní i osobní podpoře, trpělivosti a pochopení mohla tato diplomová práce vzniknout. Mé díky patří také poradkyním rané péče a všem rodičům dětí s postižením, kteří svou ochotou přispěli k vytvoření empirické části této práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala své rodině za trpělivost a podporu v průběhu tvorby práce i celého studia.

Anotace

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace osob s postižením. Klade si za cíl nastínit specifika v komunikaci těchto osob a přiblížit možnosti využití různých komunikačních systémů k rozvoji komunikačních dovedností u dětí s postižením. Dále je jejím cílem popsat ranou péči jako sociální službu, která poskytuje svou intervenci v rodinách s těmito dětmi. Práce je zpracována ve dvou částech, teoretické a empirické. Teoretická část diplomové práce popisuje s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů komunikaci, její jednotlivé složky, specifika komunikace osob s různými typy postižení a v neposlední řadě různé komunikační systémy, které tyto lidé při komunikaci využívají. Dále popisuje sociální službu ranou péči a její význam při komplexní péči o dítě s postižením a její poslání s ohledem na celý rodinný systém, ve kterém dítě s postižením vyrůstá. V empirické části si autorka klade za cíl nalézt odpovědi na výzkumné otázky, týkající se názoru rodičů, jejichž děti jsou v péči Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. na problematiku komunikačních dovedností a jejich rozvoje u svých dětí. Součástí empirické části je také zjištění zkušeností poradkyň tohoto střediska s intervencí v oblasti rozvoje komunikace a využíváním jednotlivých komunikačních systémů u dětí s různým typem postižení. Opatření, navrhovaná v závěru diplomové práce, směřují ke zlepšení spolupráce mezi všemi stranami, zainteresovanými v problematice rozvoje komunikace dětí s postižením, a také ke zvýšení povědomí rodičů i okolí rodiny o specifikách komunikace dětí s postižením a o důležitosti nalezení vhodného komunikačního systému.

Klíčová slova:

komunikace, komunikační systémy, alternativní a augmentativní komunikace, komunikační dovednosti, děti s postižením, raná péče

Annotation

The diploma thesis deals with communication problems of disabled people. Its aim is to determine the specific problems in communication of such people and to offer the possibility of using different communication systems to develop communication skills of disabled children. Another target is to describe early care as a social service providing intervention in families with such children. The thesis is divided into two parts, theoretical and empirical. The theoretical part of the thesis describes - with help of scientific publications, internet sources and further resources - the communication and its individual component parts, specificities in communication of people with different types of disabilities and different communication systems used by such people. Besides, it describes the early care social service and its importance in the complex care for a disabled child together with its function with respect to all the family system in which the disabled child is growing up. In the empirical part, the author's task is to find answers to research questions concerning the opinion of parents whose children are in care of the Centre for Early Care in Liberec, problems and development of communication skills in their children. An integral part of the empirical part is also the task to ascertain the experience of advisors of the Centre about the intervention in the field of communication development and use of the individual communication systems with children with different types of disability. The measures suggested in the end of the diploma thesis focus on better cooperation of all parties concerned and interested in problems of communication development of disabled children and also on raising awareness of the parents and family environment of the specific problems concerning disabled children communication and of the importance to find a suitable communication system for them.

Key words

communication, communication systems, alternative and augmentative communication, communication skills, children with disabilities, early care

OBSAH

OBSAH	7
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	9
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	10
Úvod.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 Komunikace.....	13
1.1 Složky komunikace	15
1.1.1 Verbální komunikace	15
1.1.2 Neverbální komunikace.....	17
1.2 Specifika komunikace osob s postižením	23
1.2.1 Komunikace osob s tělesným postižením	25
1.2.2 Komunikace osob s mentálním postižením.....	28
1.2.3 Komunikace osob se zrakovým postižením	32
1.2.4 Komunikace osob se sluchovým postižením.....	35
1.2.5 Komunikace osob s poruchou autistického spektra	38
1.2.6 Komunikace osob s kombinovaným postižením.....	41
1.3 Komunikační systémy osob s postižením	44
1.3.1 Alternativní a augmentativní komunikace	44
1.3.2 Český znakový jazyk.....	52
1.4 Další možnosti rozvoje komunikace	52
1.4.1 Bazální stimulace	53
1.4.2 Videotrénink interakcí.....	54
2 Raná péče.....	56
2.1 Sociální služba raná péče	57
2.1.1 Poslání a cíle služby rané péče	59
2.1.2 Klientela služby rané péče.....	60
2.1.3 Poskytovatelé služby rané péče.....	61
EMPIRICKÁ ČÁST	63
3 Cíl empirické části a formulace hypotéz	63

4	Použitá metoda výzkumu a technika sběru dat.....	64
5	Popis výzkumného vzorku	65
6	Průběh průzkumu.....	68
7	Interpretace získaných dat	68
7.1	Vyhodnocení dotazníku	68
7.1.1	Cíle spolupráce v oblasti komunikace.....	68
7.1.2	Rozvoj komunikačních dovedností u dětí	70
7.1.3	Využívané komunikační systémy v klientských rodinách	74
7.2	Vyhodnocení rozhovorů.....	77
8	Souhrn výsledků a diskuse	101
	ZÁVĚR	106
	NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ	108
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	111
	SEZNAM PŘÍLOH.....	115

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Obrázek č. 1: Vliv jednotlivých druhů postižení a znevýhodnění na komunikaci člověka
(viz s. 24)

Obrázek č. 2: Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů (viz s. 51)

Tabulka č. 1: Věk dětí (viz s. 65)

Tabulka č. 2: Délka spolupráce s ranou péčí (viz s. 67)

Graf č. 1: Vyskytující se typy postižení v procentech (viz s. 66)

Graf č. 2: Četnost jednotlivých typů postižení v procentech (viz s. 66)

Graf č. 3: Využití služeb rané péče v oblasti komunikace na počátku spolupráce v procentech
(viz s. 69)

Graf č. 4: Využití služeb rané péče v oblasti komunikace v současné době v procentech
(viz s. 69)

Graf č. 5: Cíle v oblasti komunikace v procentech (viz s. 70)

Graf č. 6: Vývoj/regrese u dítěte v oblasti verbální komunikace v procentech (viz s. 71)

Graf č. 7: Komunikační aktivity dítěte na počátku péče a v současné době v procentech
(viz s. 71)

Graf č. 8: Porozumění rodiče dítěti na počátku péče a v současné době v procentech (viz s. 72)

Graf č. 9: Reakce dítěte, když mu rodič nerozumí na počátku péče a v současné době
v procentech (viz s. 73)

Graf č. 10: Porozumění dítěte rodiči na počátku péče a v současné době v procentech
(viz s. 74)

Graf č. 11: Způsoby komunikace rodičů s dítětem na počátku péče a v současné době
v procentech (viz s. 74)

Graf č. 12: Způsoby komunikace dítěte s rodiči na počátku péče a v současné době
v procentech (viz s. 75)

Graf č. 13: Způsoby komunikace dítěte s okolím na počátku péče a v současné době
v procentech (viz s. 76)

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

AAK:	Alternativní a augmentativní komunikace
ADHD:	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
APPR:	Asociace pracovníků v rané péči
CMP:	Cévní mozková příhoda
CNS:	Centrální nervová soustava
DMO:	Dětská mozková obrna
MŠ:	Mateřská škola
NKS:	Narušená komunikační schopnost
PAS:	Porucha autistického spektra
PCS:	Picture Communication System
SPC:	Speciálně pedagogické centrum
VOKS:	Výměnný obrázkový komunikační systém
VTI:	Videotrénink interakcí

Úvod

Téměř každý člověk ve své existenci touží po spokojeném životě, jehož součástí je rodina. Naplnění rodičovské role je jedním ze základních atributů takového života. Narození dítěte vnímá většina rodičů jako jeden z nejkrásnějších okamžiků ve svém životě. Pokud se však dítě narodí s postižením či s velkým rizikem vzniku postižení, nastává pro dítě samotné, pro jeho rodiče i pro širší rodinu velmi těžká situace. Předem plánovaný život dostává najednou jiný rozměr. Přirozené reakce a vztahy členů rodiny jsou narušené, intuitivní rodičovství mnohdy vezme za své. Z připravené rodiny se stávají bezradní otcové a zraněné matky, nechápající sourozenci či prarodiče. Rodina se s danou situací musí vyrovnat a pokud možno co nejdříve svému dítěti poskytnout odpovídající a láskyplnou péči, aby se důsledky jeho postižení co možná nejvíce eliminovali. Rodině v těchto životních situacích pomáhá zpravidla mnoho odborníků, specializujících se na různé oblasti vývoje dítěte.

Přítomností postižení u dítěte jsou většinou zasaženy všechny oblasti života jeho rodiny i samotného dítěte. Jednou ze stěžejních je oblast komunikace, a to jak obecně komunikace v rodině, tak také schopnost dítěte komunikovat.

V diplomové práci se autorka věnuje problematice rozvoje komunikace u dětí s různým typem postižení. Zaměřuje se zejména na ranou intervenci v této oblasti, kterou rodinám poskytuje sociální služba rané péče. Klade si za cíl nastínit specifika v komunikaci osob s různými typy postižení a dále zmapovat využívání a přínosy jednotlivých komunikačních systémů při péči o děti v rodinách, které jsou klienty Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a empirické. Teoretická část v první kapitole pojednává o problematice komunikace dětí s postižením. V podkapitolách je věnován prostor vysvětlení pojmu komunikace, jejím složkám a jednotlivých prostředkům. Jsou zde uvedena specifika v komunikaci jedinců v závislosti na daném typu postižení, možnostem rozvoje komunikace u osob s jednotlivými typy postižení a také jednotlivým komunikačním systémům. Dále je v teoretické části rozpracována úloha a význam rané intervence při komplexní péči o dítě s postižením a také přiblíženo její poslání s ohledem na celý rodinný systém, ve kterém dítě s postižením vyrůstá. Věnuje se charakteristice sociální služby rané péče, která je v České republice institucionalizována, seznamuje s jejími cíli, koncepcí, klientelou a dalšími atributy. V empirické části si autorka klade za cíl nalézt

odpovědi na výzkumné otázky, týkající se názoru rodičů na problematiku komunikačních dovedností a jejich rozvoje u svých dětí s postižením. Dále se snaží o zmapování zkušeností pracovníků střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s., které pracují jako poradkyně rané péče, s intervencí v této oblasti ve svých klientských rodinách a zkušeností s nalézáním a zaváděním jednotlivých komunikačních systémů u dětí s různým typem postižení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Komunikace

Komunikace je základní lidskou potřebou, přičemž jejím nejdokonalejším prostředkem, a zároveň lidskou výsadou, je komunikace verbální. Pomocí komunikace regulujeme chování členů společnosti s ohledem na uznávané a respektované normy dané kultury. Komunikace je základní činností v procesu učení, proto patří rozvoj všestranné, otevřené a efektivní komunikace ke stěžejním cílům výchovy a vzdělávání (Zezulková 2011, s. 5).

S termínem komunikace se setkáváme v mnoha vědních oborech – v psychologii, pedagogice, sociologii, ale také v kybernetice, dopravě a dalších disciplínách. Tento pojem nemá v odborných zdrojích jednotnou definici. Mnohdy dochází k přesahu do jiných pojmů, jako je interakce, aktivita, realizace. Komplexní definici mezilidské komunikace, která by zahrnovala veškeré aspekty filosofické, sociální, kulturní a mnoho dalších, však není možné sestavit (Klenková 2006, s. 25).

Pojem komunikace dle Slowíka (2010, s. 11) bývá většinou spojován s představou dorozumívání se. Tento význam daného pojmu je nejdůležitější, avšak vyjadřuje spíše jeho užší pojetí. Dorozumívání pomocí mluvené (či psané) řeči, která je označována jako typicky lidský způsob komunikace, je pak pojetí nejužší. Ve skutečnosti pojem komunikace vyjadřuje široké spektrum způsobů interakce mezi lidmi, z nichž některé jsou ryze lidské, jiné vidáme i u mnoha dalších živočichů. Pokud tedy chceme definovat komunikaci v nejobecnějším slova smyslu, můžeme hovořit o setkávání se, vzájemných kontaktech či vztazích ve společnosti. Toto tvrzení lze podpořit také skutečností, že pojem komunikace pochází z latinského slova „kommunis“, což znamená „společný“, a že tedy kdykoli s někým komunikujeme, pak se s ním i setkáváme a vzájemně sdílíme své prožitky.

Podle Klenkové (2006, s. 25, 26) lze komunikaci neboli dorozumívání obecně chápat jako složitý proces výměny informací, jehož základ tvoří čtyři stavební prvky, které se navzájem ovlivňují. Těmi prvky jsou komunikátor, jako osoba sdělující novou informaci,

komunikant coby příjemce informace, komuniké, což je obsah sdělení, určitá nová informace a komunikační kanál jako nezbytná podmínka pro úspěšnou výměnu informací.

Kelnarová, Matějková (2014, s. 16) vymezují činitele komunikace.

Situační kontext

Prvním z nich je situační kontext. Tím je myšlena situace, ve které komunikace probíhá. Může se jednat o monolog (kdy je komunikace jednosměrná), dialog v případě dvou komunikujících partnerů (jeden má možnost se vyjádřit ke sdělení druhého a ten na to opět reagovat, rozvíjí se komunikační dyáda) nebo se může jednat o komunikaci skupinovou (například diskuse). V neposlední řadě se může jednat o komunikaci masovou, kdy není možné na sdělení reagovat (sdělení v médiích), nebo lze dát posluchačům možnost vyjádřit své názory na konci sdělení (například při přednáškách).

Vnitřní dispozice jedince

Jako dalšího činitele zmiňují Kelnarová, Matějková (2014, s. 16) vnitřní dispozice jedince. Komunikace je sociální dovednost, získávaná prostřednictvím sociálního učení. K tomuto učení dochází v průběhu celého života jedince a v různých sociálních skupinách, z nichž základní a nejbližší sociální skupinou je rodina. Do procesu sociálního učení a následně do procesu komunikace přináší každý člověk svoji individualitu, danou nejen zkušenostmi a získanými dovednostmi, ale také vrozenými předpoklady vlastní osobnosti.

Motivace ke komunikaci

Motivace ke komunikaci je posledním zmiňovaným činitelem. Projev zájmu o komunikačního partnera je základním předpokladem úspěšné a efektivní komunikace. S vůlí a ochotou komunikovat je spojena také spokojenost komunikujících, ovlivněná mimo jiné dostatkem informací a způsobem jejich předávání (například při komunikaci ošetřující osoby s klientem, lékaře s pacientem atp.).

1.1 Složky komunikace

Přestože v komunikaci hraje hlavní roli verbální vyjadřování, k dorozumívání dochází i pomocí mnoha dalších prostředků. V sociální komunikaci můžeme vnímat tři složky projevů. Klenková (2006, s. 29) je popisuje jako tři skupiny kanálů – komunikace verbální, neverbální a komunikace činem. Z historického hlediska je komunikace činem nejstarším používaným způsobem komunikace, který následně doprovází komunikace neverbální. Až později, s vývojem řeči, se do personálních interakcí zapojuje verbální složka. Činy hovoří mnohem srozumitelnější řečí než slova či mimoslovní projevy. K řadě vykonaných činů nejsou slova nikterak potřebná (například nezištné poskytnutí pomoci). Naopak i slova mohou být činem, mohou mít nejen pojmovou ale i hodnotovou stránku (například jedna osoba se zastane druhé, aniž by jí o tom cokoliv řekla). Takovéto činy slovem mohou působit pozitivně, ale také negativně, hovoříme o evalvací a deevalvací (Kelnarová, Matějková 2014, s. 12).

Podle různých výzkumů je podíl neverbální komunikace procentuálně vyšší než podíl komunikace verbální, i když se tento podíl dle jednotlivých výzkumů různí. Zřejmě nejuznávanější výzkum A. Mehrabiana hovoří o podílu verbální a neverbální komunikace 55 % ku 45 % ve prospěch komunikace neverbální. Přičemž pouze 7 % informací vnímáme ze samotného obsahu slov a zbylých 38 % přijímáme díky tónu řeči, intonaci, síle či zbarvení hlasu komunikačního partnera (Progressive consulting 2015).

V dalších odstavcích této kapitoly bude vysvětlena podstata verbální a neverbální komunikace. S ohledem na téma diplomové práce bude neverbální komunikaci a jejím složkám věnován podstatně větší prostor než komunikaci verbální.

1.1.1 Verbální komunikace

Klenková ve své publikaci (2006, s. 29, 31) uvádí, že do složky verbální komunikace spadají všechny komunikační procesy, realizované za pomoci mluvené nebo psané řeči. Tento způsob komunikace má velkou sociální relevanci, kdy pomocí ní má člověk možnost komunikovat o svých poznatcích a zkušenostech, o jevech, které ho obklopují, může vyjádřit svůj názor i postoj vůči ostatním komunikujícím. Verbální komunikace hraje z hlediska dorozumívání dominantní postavení v lidském společenství.

Verbální komunikace je oboustranné navázání slovní interakce mezi komunikujícími osobami. Lidé s postižením mnohdy nemohou slovně komunikaci navázat, ale často verbálnímu sdělování a pokynům rozumí. Před aktivní verbální komunikací stojí porozumění mluvené řeči. Toto porozumění je ve vývoji komunikace velice důležitou složkou. „*Abychom dětem umožnili rozvoj v oblasti komunikace, potřebujeme nejen zlepšit jejich schopnost komunikovat, ale také zlepšit jejich porozumění ostatním komunikujícím*“ (Bondy, Frost 2007, s. 23). Na potřebu porozumění verbálnímu vyjadřování k následnému vlastnímu rozvoji mluvené řeči naráží i další autoři, například Straussová, Hradská (2012, s. 6, 7). Ty uvádějí, že se u osob s narušenou komunikační schopností (dále NKS) setkáváme s nedostatky jak v oblasti pasivní, tak v oblasti aktivní slovní zásoby. Při jejich odstraňování je třeba brát ohled na přirozený vývoj osvojování řeči a v souladu s tím by měla být vedena logopedická intervence. Vroucím přáním většiny rodičů dětí s poruchami komunikace je, aby jejich dítě mluvilo. Pouze mluvení bez echolálií a s plným porozuměním sdělovanému je mluvení funkční. Dítě, které trpí deficitem v oblasti porozumění či vybavování si výrazů, potřebuje maximální míru podpory při učení se novým slovům a získávání slovní zásoby. Při pouhém slyšení slova není schopno sluchový vjem zpracovat a přiřadit ho k odpovídající představě daného slova. Potřebuje ke slyšenému přiřadit nějaký vizuální obsah. Nejprve je tímto zrakovým vjemem konkrétní věc, která má skutečný tvar, strukturu, teplotu, barvu či chuť. Později se skutečný předmět nahradí fotografií, obrázkem nebo piktogramem dle momentální úrovně schopností dítěte. Do své paměti následně ukládá daný výraz ve spojení vizuální podobou – slyšené slovo. Vhodnou podporu dále představuje psaná podoba slova. Dítě vidí obrázek, k němu odpovídající tvar napsaného slova a zároveň ho slyší. Následně, když bude potřebovat toto slovo aktivně použít, může se opřít o všechny jeho formy – psanou podobu slova, vizuální podobu i sluchový vjem. Tento popsany postup se dotýká potřeby využití všech možných způsobů zprostředkování informace dítěti s NKS k tomu, aby se u něj mohla řeč rozvinout. O této problematice pojednávají další kapitoly diplomové práce.

Ke znakům úspěšné a efektivní komunikace patří schopnost komunikujících hovořit jasně a srozumitelně, a také přiměřeně dané situaci. Jinak mluvíme s dítětem, jinak s dospělým. Zvláště pro závažná sdělení je důležitá vhodná doba (například při komunikaci s nemocným člověkem, s rodiči dítěte s postižením a podobně). Úspěšnost verbální komunikace závisí také na tom, jak zvládáme i neverbální složky verbálního projevu, kterými je tempo řeči, intonace, hlasitost, pomlky, embolická slova či výška hlasu (Kelnarová, Matějková 2014, s. 16, 17).

1.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace, někdy také označována jako nonverbální či mimoslovní (z latinského *verbum* = slovo, *non* = ne), je filogeneticky starší a existovala před vývojem mluvené řeči. Na rozdíl od verbální složky komunikace je jen ztěžka ovladatelná vůlí. Do jisté míry může schopnost sebeovládání daného jedince mimoslovní projevy komunikace korigovat, existují však postupy, které dokáží autenticitu prožívaného a právě vyjadřovaného zhodnotit. Například při upřímném úsměvu dojde nejen ke změně v pozici úst a obličejových svalů, oči se rozzáří, díky emocím se změní celkový výraz tváře, vyvolají se neurovegetativní projevy jako mydriáza či mióza zornic, vrásky okolo očí apod. Takovéto neverbální projevy se potom velmi rychle mohou stát ukazateli, kteří vyjádří jasné sdělení. V případě neshody mezi verbálním a neverbálním projevem jedince s mnohonásobně vyšší pravděpodobností uvěříme neverbálním signálům, zatímco verbální sdělení má pro nás nižší hodnotu. Existuje tu však také riziko, že budou tato sdělení chybně interpretována například na základě vlastních pocitů a zkušeností a ve spojení s mluveným slovem tak může dojít k nejednoznačné identifikaci sdělované informace. Tomuto riziku se lze vyhnout, pokud se budeme snažit nehodnotit chování druhého na základě chování našeho vlastního a pokud si nebudeme utvářet předčasné a unáhlené závěry (Pokorná 2010, s. 17).

Vitásková a kol. (2014, s. 8) zdůrazňuje, že neverbální komunikace zaujímá nezastupitelnou pozici ve speciální pedagogice. U osob s určitým typem postižení může mít neverbální projev hlavní či augmentativní komunikační hodnotu (například komunikace osob se sluchovým postižením, osob s mentálním postižením či komunikace osob, které preferují alternativní komunikaci). Také Klenková ve své publikaci (2006, s. 31) uvádí, že každý neverbální signál je nositelem vlastního významu a mnohým z nich je proto možno porozumět bez pomoci verbální komunikace (na rozdíl od verbální složky, kterou vždy doplňují určité neverbální signály). Neverbální komunikaci je tedy možno použít v případech, kdy jedinec není schopen při komunikaci užívat mluvenou řeč.

Existuje několik oblastí neverbální komunikace. Asi nejhodnotnější z nich je oblast řeči těla, kterou nazýváme kinezika a kterou dále ještě dělíme na dílčí složky.

Kinezika

Kinezikou rozumíme komunikaci pomocí tělesných pohybů. Při interpersonální komunikaci můžeme pozorovat dynamiku těla jednotlivých subjektů a jeho částí a částečně dokážeme i bez zachycení verbálního sdělení pochopit, o čem je asi komunikace vedena. Mezi základní oblasti kineziky patří vizika, gestika, mimika, a posturologie Pokorná (2010, s. 18).

Vizika

Vizika je řeč očí, komunikace pomocí očního kontaktu. Svůj význam má jeho délka, kdy nejdéší pohledy zpravidla věnujeme lidem, u kterých stojíme o kladný vztah, lidem, s nimiž rádi sdělíme informace a prožitky. Déle se také díváme na osobu, které si vážíme, letmé pohledy jsou potom projevem nejistoty, opatrnosti či studu. S tímto souvisí také zaměření pohledu, četnost pohledu (pohledem se vracíme k osobám příjemným, blízkým, u nichž chceme vzbudit pozornost), sled pohledů v případě komunikace s více lidmi. Důležitým aspektem viziky jsou, zejména při prvním kontaktu s druhou osobou a při anamnéze, pohyby očí a počet mrknutí. Až dvacetinásobně častěji mrká člověk, který je nejistý, nervózní, oproti osobě klidné a suverénní, která mrkne přibližně pětkrát za minutu. V neposlední řadě je silným komunikačním prvkem rozšiřování zornic v závislosti na emocionálním stavu jedince. Oči jsou zrcadlem duše, a i když jsou jejich reakce vysoce individuální a jsou determinovány schopností rozšíření zornic každého jedince, lze u člověka citově vzrušeného a zaujatého pozorovat rozšíření zornic, zatímco vztek a afekt bývá doprovázen jejich stažením Pokorná (2010, s. 19).

Dále Pokorná (2010, s. 19) uvádí, že pokud chceme v sociální interakci efektivně komunikovat, je oční kontakt nezbytný pro udržení pozornosti, hodnocení aktuálního stavu a zjišťování stavu komunikačního partnera. Nelze však prvoplánově hodnotit komunikující osobu jen na základě jeho schopnosti udržet oční kontakt. Často je to nejistota, pocit nedostatečnosti či studu u člověka nemocného či postiženého, co bývá příčinou vyhýbání se očnímu kontaktu, a ne projev nezájmu nebo neúcty. Komunikační partner takto znevýhodněné osoby by měl být schopen identifikovat příčinu neudržení očního kontaktu, měl by se snažit o ověření sdělení či svého názoru verbálně a měl by se vyvarovat přímého tlaku na skutečnost potřeby očního kontaktu či jeho násilného vyžadování.

Gestika

Gestika jako součást kineziky zahrnuje záměrné pohyby končetin, zejména rukou a hlavy. Gesta jsou takové pohyby, které mají výrazný sdělovací charakter a zpravidla doprovázejí verbální i neverbální projevy, případně je zastupují. Jsou plná složitých významů a jsou specifická pro každou určitou kulturu. Často bývají považována za předřečovou potřebu lidstva předávat a získávat informace, sdělovat své emoce nebo doprovázet a doplňovat význam verbálních sdělení. Je třeba rozlišovat významy, vztahující se k obsahu sdělení, od významů, které se týkají osoby komunikujícího. Gesta jsou determinována kulturními a etnickými vlivy i etiketou dané společnosti. Jsou známé interkulturní a interpersonální rozdíly, proto je potřeba mít na paměti možnost odlišného výkladu gest (Pokorná 2010, s. 21, 22).

Mimika

Mimikou chápeme schopnost komunikovat prostřednictvím svalů tváře. Mimické projevy jsou vlastní nejen lidem, ale i zvířatům. Již Charles Darwin, a nejen on, se studiem emocionálních projevů zvířat zabýval. Stovky emocí je člověk schopen vyjadřovat obličejem, především hlavními obličejovými zónami jako je oblast čela a obočí (nejčastěji představují pocity překvapení), oblast očí a očních víček (signalizující strach, smutek, ale i neurovegetativní projevy štěstí formou rozzářených očí) a oblast dolní části obličeje, tváře, nosu a úst (umožňující například vyjádření štěstí či naopak zklamání). Primárními emocionálními mimickými výrazy jsou vyjádření štěstí a neštěstí, radosti a smutku, zájmu a nezájmu, klidu a rozčilení, strachu a jistoty, spokojenosti a nespokojenosti nebo také nečekaných překvapení a splněných očekávání (Pokorná 2010, s. 19 – 21).

Mimikou lze vyjadřovat nejen pravé emoce, ale i emoce hrané. Potom záleží na schopnosti každého jedince, do jaké míry dokáže tyto hrané emoce vyjádřit dostatečně autenticky a důvěryhodně. U lidí se můžeme také setkat s projevy sekundárních, neboli složených mimických výrazů. Jedná se o střídání základních emocí nebo také o jejich splynutí, kdy jedna část obličeje vyjadřuje jinou emoci než druhá. To se může objevit například u osob se schizofrenií či osob pod vlivem návykových látek. Specifickými případy jsou pak stavy spojené s poškozením centrálního nervového systému (dále CNS), a to buď hypomimické (například při Parkinsonově chorobě, poruchách vědomí, depresivních stavech)

anebo stavy s nadměrnou expresí či mimovolnými pohyby mimických svalů (při DMO, apalickém syndromu atd.) (Pokorná 2010, s. 19 – 21).

Posturologie

Posturologie, někdy také uváděna jako posturika, je charakterizována jako řeč našich fyzických postojů. Komunikujeme prostřednictvím držení těla, napětím či uvolněním, nakloněním, postavením všech částí těla jako celku a také nasměrováním těla (například zájem o komunikaci vyjadřujeme tím, že stojíme čelem ke komunikačnímu partnerovi). Nejedná se pouze o postoje jedince, ale také o postoje členů určité sociální skupiny. V dyadické či skupinové interakci jsou rozlišovány dva dominantní posturologické jevy – kongruence jako soulad, harmonie, shoda komunikujících subjektů, majících zhruba stejnou konfiguraci určitých částí těla a inkongruence, vyjadřující nesoulad, neshodu mezi komunikujícími. Tyto dva druhy projevů vytvářejí podstatu posturologického echa. Při interakci dvou partnerů, kteří jsou ve shodě, můžeme pozorovat tzv. zrcadlení – nevědomé napodobování postojů, souhlasné přikyvování, náklon či podobnou polohu těla. Pokud se však jedná spíše o negativní vzájemný vztah, projeví se nesoulad a nesympatie také v posturických projevech (Pokorná 2010, s. 30).

Dalšími složkami neverbální komunikace, které se často zmiňují v odborných publikacích, a které jsou v komunikaci nepostradatelnými činiteli je haptika, proxemika, paralingvistika a chronemika.

Haptika

Haptika je komunikace pomocí doteků a patří k základním formám interpersonální interakce. Doteky mohou mít různý význam – formální, neformální, přátelský, intimní. Mohou vyjadřovat pozitivní emoce, náklonnost (přátelské dotyky) nebo naopak nepřátelství až agresi. Často bývají prostředkem ovládnání nebo usměrňování chování, postojů a pocitů druhých. Nermalou část tvoří také rituální dotyky – pozdravy, loučení apod. Asi nejčastěji používanou a přirozenou součástí lidské komunikace je podání ruky. Haptika je pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace, hmat se také ze všech smyslů rozvíjí nejdříve. Doteky mají v životě každého člověka nezastupitelnou roli a jsou víceúčelové. Nemá-li člověk možnost dotýkat se druhého, nedotýká-li se někdo jeho, dochází k taktilní deprivaci, která je potenciálním vážným problémem v další sociální interakci jedince. O významu hmatu vypovídá také tvrzení Pokorné (2010, s. 24), že v posloupnosti

rozlišovací schopností našich smyslů zaujímá hmat druhé místo za zrakem a až na třetím místě je sluch. Realizuje se hmatovou stimulací receptorů se zakončením v kůži a má mnoho významů. V sociální interakci rozlišujeme přímý haptický kontakt, realizovaný přímo, tj. kůže na kůži a haptický kontakt nepřímý, jako je například poplácání dlaní na rameno přes oděv. Nejčastěji se dotýkají ženy žen, méně často pak muži žen a nejméně taktilních projevů je mezi muži navzájem. Z hlediska prostoru těla rozlišujeme doteková pásma, která jsou při haptické komunikaci zachovávána. Prvním z nich je pásmo společenské, zdvořilostní a profesní, které tvoří ruce a paže. Druhé pásmo, nazývané přátelské či osobní, tvoří paže, ramena, obličej a vlasy. Třetím pásmem je takzvané pásmo intimní, může být kdekoli na těle (Pokorná 2010, s. 24 – 27).

Potřeba haptického kontaktu každého jedince je dána mnoha činiteli, a i v případě, že jsou známy všechny determinanty (jako je například zvyklosti sociálního prostředí jedince, jeho temperament, aktuální psychický a fyzický stav), nelze vždy zcela jednoznačně zhodnotit jeho potřebu taktilních kontaktů. Obzvlášť specifické jsou tyto potřeby osob znevýhodněných nemocí či postižením, například při podávání rukou u osob se zrakovým, sluchovým či mentálním postižením. (Pokorná 2010, s. 24 – 27).

Proxemika

Proxemika je komunikace uskutečňovaná přiblížením a oddálením komunikačních partnerů. Vzdálenost mezi subjekty je hodnocena z hlediska horizontálního a vertikálního. Horizontální vzdálenost charakterizuje jakýsi „proxemický tanec“, situaci, kdy se komunikační partneři s rozdílnou potřebou vzdálenosti snaží podvědomě najít kompromis v nalezení a ustálení vzdálenosti, při níž se oběma dobře komunikuje. Každý člověk má svůj stabilní odstup, který se snaží dodržovat, protože se v něm cítí nejbezpečněji. Hovoří se také o proxemických zónách, teritoriích, která jedinec považuje za svá a snaží se je udržet. Známé jsou pojmy jako intimní, osobní, společenská či veřejná zóna. Determinující je pro jejich stanovení také věk, pohlaví, osobní temperament komunikujících, frekvence setkání, nebo aktuální společenská situace, za které ke komunikaci dochází. Problematika vertikální vzdálenosti je často zmiňována v situacích, kdy jeden z komunikujících je v nižší poloze než druhý. Osoba, která má oči výše bývá považována za dominantní (matka/dítě, ležící pacient/ošetřující, osoba na vozíku/doprovod atp.). V souvislosti s výše uvedeným je nezbytné toto brát na zřetel zejména při péči o osoby s postižením a vždy dbát na to, aby v komunikaci byly v pozici rovnocenného partnera (Pokorná 2010, s. 28 – 30).

Paralingvistika

Význam paralingvistiky není v interpersonální komunikaci v dnešní době dostatečně doceňován a zdaleka nejsou využívány všechny její možnosti. „*Paralingvistika dotváří denotativní význam jazyka konotativními prvky (denotativní úroveň pojmu – běžný slovníkový význam, konotativní úroveň – všeobecně akceptovatelný význam lidmi určité jazykové a kulturní příslušnosti)*“. Zahrnuje určité neverbální aspekty verbálního projevu, které jsou jakýmsi přechodem od neverbálního k verbálnímu. Řadí se sem přízvuk a slovosled (významně ovlivňující porozumění a pochopení obsahu sdělení), hlasitost řeči a intonace (mající vliv na příjemnost či nepříjemnost projevu a také na udržení pozornosti), rychlost řeči (související taktéž s pozorností, únavou, ale i se zachycením podstaty sdělení), plynulost řeči (dávající prostor k zamyšlení a reakci partnera), vokalizace (umožňující identifikovat emoce a prožívání jedince, například při pláči či smíchu) a dále například chyby v řeči či její kvalita a věcnost. Zejména osoby v pomáhajících profesích by si měli být vědomy toho, do jaké míry mohou paralingvistické prvky projevu ovlivnit vztahy v interpersonální komunikaci (Pokorná 2010, s. 31, 32).

Chronemika

Chronemika jako součást neverbální komunikace je charakterizována způsobem, jakým strukturujeme, užíváme a využíváme čas při komunikaci s okolím. Jedná se tedy o to, jak člověk komunikuje v časových souvislostech. Čas je silným neverbálním prvkem, který ovlivňuje další složky mimoslovní komunikace – haptiku, gestiku, posturologii apod. Pokud má komunikující pocit časového presu, často nemá možnost se dostatečně přesně neverbálně projevit a dochází tak k neshodě mezi verbálním a neverbálním projevem. V souvislosti s tím je také potřeba zmínit, že chronemika je i významnou součástí komunikace verbální. Týká se toho, jak každý komunikační partner respektuje právo na stejné časové vstupy do interakce (rozhovoru, diskuse, atd.), jak dokáže dodržovat rovnoměrnost rozložení času pro vyjádření postojů a názorů všech zúčastněných. Osoby, komunikující s nemocnými či postiženými by měly být schopny efektivně využívat čas za účelem navázání a udržení co nejlepšího vztahu s klienty či s osobami, se kterými přicházejí ve své profesi do styku. Zcela zásadní význam má chronemika při výchově a vzdělávání osob se specifickými potřebami (Pokorná 2010, s. 27, 28).

Komunikace prostřednictvím předmětů

V neposlední řadě je potřeba zmínit komunikaci prostřednictvím předmětů, darů, ale můžeme sem zařadit také komunikaci barvami, oděvy, dekorací prostorů atd. Můžeme zmínit tzv. rekvizitové předměty (např. sluneční brýle, doplňky oděvu apod.), dotvářející celkovou image osoby, s tím související výběr barev oděvu nebo také vůně (zvolené kupříkladu v závislosti na temperamentu či náladě jedince). Také předávání drobných či větších předmětů jako daru může být neverbálním vyjádřením vztahu jedné osoby ke druhé, (Pokorná 2010, s. 32, 33).

Samostatnou kapitolou v předmětové komunikaci je využívání reálných a zástupných předmětů, fotografií či obrázků jako nositelů významu v komunikaci osob, které se nemohou vyjadřovat mluvenou řečí. Princip této komunikace je základním stavebním kamenem několika systémů alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK).

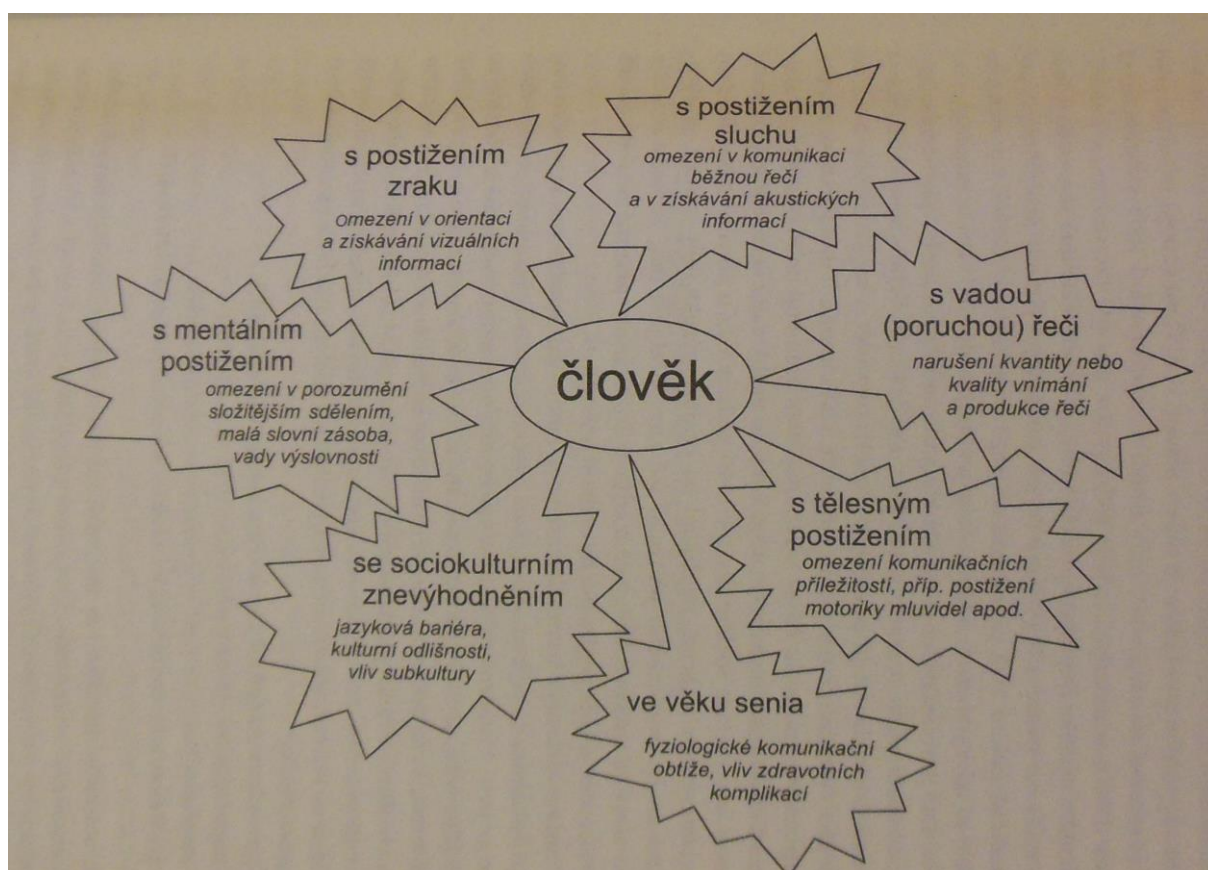
Z výše uvedeného zřetelně vyplývá, že neverbální složka komunikace je důležitým zdrojem informací a také indikátorem zvyšujícího se porozumění okolí, v němž daný jedinec žije. Narušení ontogeneze neverbální komunikace může být signifikátorem znepokojení s vývojem dítěte, jakýmsi ukazatelem suspektního problému, a vyžaduje tedy ranou komplexní a diferenciativní diagnostiku a včasnou intervenci (Vitásková a kol. 2014, s. 8).

1.2 Specifika komunikace osob s postižením

Potřebujeme a chceme se dorozumět. Je velmi důležité překonat počáteční ostych, který často bývá při komunikaci s člověkem s postižením přítomný. Dostavuje se tzv. halo-efekt (účinek prvního dojmu), spojený s předsudky, s obavami či s pocitem nejistoty. Tyto vyvolané pocity jsou zcela přirozené a těžko je dokážeme ovlivnit. Lze však ovlivnit přístup ke člověku s postižením, přístup k vzájemné komunikaci. Překonáním počátečních pocitů můžeme zanedlouho dojít k poznání, že hovoříme s člověkem, který pouze odlišně vypadá (ačkoli každý jedinec může být ostatními vnímán jako jiný, odlišný), má své specifické projevy, které však jeho lidskou hodnotu nijak neovlivňují. Přístup k lidem s těžkým postižením nebo závažným onemocněním by měl být citlivý a empatický, nikoli litující. Zejména lidé s tělesným postižením nechtějí být pouhým objektem soucitu okolí, jsou rovnocennými partnery. Řada z nich se úspěšně vyrovnává se svou životní situací a svůj život

nevnímají jako tragický či politováníhodný. Svůj hendikep nezřídka vnímají jako výzvu k překonání překážek, které ostatním v cestě nestojí (Slowík 2010, s. 36).

Komunikace a zejména řečové a jazykové dovednosti přímo souvisí s kvalitou života každého jedince. Jsou podstatnou determinantou v procesu socializace. Osoby se zdravotním postižením bohužel velmi často nemohou naplnit očekávání v oblasti řečových a jazykových dovedností, často selhávají i v neverbální komunikaci. To vše se negativně odráží v procesu školské i sociální integrace (Zezulková 2011, s. 5). Slowík ve své publikaci názorně ukazuje, ve kterých oblastech komunikace mají osoby s různými typy postižení největší potíže (viz obrázek č. 1).



Obrázek č. 1: Vliv jednotlivých druhů postižení a znevýhodnění na komunikaci člověka (Slowík 2010, s. 15)

Následující podkapitoly budou věnovány specifikům komunikace osob s jednotlivými typy postižení a možnostem rozvoje jejich komunikačních dovedností.

1.2.1 Komunikace osob s tělesným postižením

Ke skupině osob s tělesným postižením se řadí jedinci s nejrůznějšími pohybovými a jinými tělesnými handicapy a také osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně oslabené. Jak z této skutečnosti vyplývá, jedná se o skupinu velmi různorodou. Jako tělesné postižení klasifikujeme případy vrozených nebo získaných narušení tělesné konstituce a integrity. Může jít například o chybějící končetiny či jejich části, rozštěpové vady, deformity různých částí těla. Velmi často se setkáváme s pohybovými omezeními, které jsou zapříčiněny centrálními nebo periferními obrnami. Velmi často se jedná o dětskou mozkovou obrnu (dále DMO), způsobenou poškozením mozku dítěte v průběhu porodu, která se projevuje například částečným ochrnutím (parézou) nebo úplným ochrnutím (plegií) určité části těla. Formy mohou být různé – spastické, hypotonické, dyskinetické. Dalšími příčinami vzniku tělesného postižení mohou být nejrůznější úrazy, převážně poranění páteře s přerušением míchy, a také některá chronická cévní či onkologická onemocnění (například revmatismus, cévní mozková příhoda atd.). Určitá onemocnění či dlouhotrvající zdravotní obtíže nemusejí znamenat omezení hybnosti jedince, přesto mohou mít velký vliv na veškeré aktivity a prožívání jeho života. Osobám s epilepsií, diabetem, astmatem či těžkou alergií vstupuje jejich onemocnění do každodenního fungování, ovlivňuje mimo jiné jejich subjektivní vnímání vlastního těla, utváření jejich osobnostní integrity. Omezení, která z jejich chronického onemocnění vyplývají, mají mnohdy podobné důsledky jako postižení tělesné (Slowík 2010, s. 31 – 33).

Mnoho lidí jedná s osobami s tělesným postižením tak, jako by se u nich automaticky vyskytovalo postižení smyslové či mentální. Tělesný handicap s sebou může přinášet potíže s vyjadřováním, případně s komunikací obecně, ale sám o sobě nemá nic společného s dalšími vadami, jako je například snížení intelektu, sluchové postižení a podobně. Řada osob s tělesným postižením a většina osob s chronickým onemocněním nemá v oblasti komunikace či verbálního vyjadřování výraznější obtíže. Pokud je však tělesné postižení spojeno s poškozením CNS, resp. s poškozením některých mozkových funkcí anebo s poškozením koordinace svalstva, podílejícího se na realizaci verbální i neverbální složky komunikace, je narušená komunikační schopnost přímým projevem takového postižení. Obvykle však zůstává zachováno porozumění řeči, proto forma i obsah hovoru s nimi mohou být standardní (Slowík 2010, s. 34 – 33).

K narušení neverbální složky komunikace dochází například u osob s DMO nebo u osob po cévní mozkové příhodě (dále CMP). Narušené neverbální chování je přímým

obrazem celkové motoriky těchto osob a působí rušivě vzhledem ke komunikačnímu záměru. Mimické svaly mohou na tváři vytvářet různá vyjádření, střídavě se objevují výrazy smíchu, pláče, hněvu, údivu a podobně. Tyto výrazy se střídají v rychlém sledu bez zjevného podnětu či citového podkladu. Doprovázet je mohou různé úšklebky a mimické pohyby (Klenková 2006, s. 191).

U jedinců s omezením mobility, jejichž tělesné postižení nepostihuje řečová centra v mozku ani orgány, participující na realizaci mluvené řeči, je interpersonální komunikace zpravidla ovlivněna „pouze“ jeho nestandardní (ponejvíce horizontální) polohou při interpersonálním kontaktu. Takovýto člověk se nachází ve zcela jiné pozici než jeho komunikační partner. Jinak vnímá prostor kolem sebe, je omezen v některých neverbálních projevech (proxemika, posturologie, gestika). Často je odkázán na pomoc druhých či na pomoc technických pomůcek v případě, že je narušena také jeho schopnost písemného projevu (např. počítač se speciálním programem, ovládaný ústy či hlasovými projevy). Také osoba sedící na vozíku nahlíží na okolní svět z podstatně nižší úrovně než ostatní. V těchto případech je nutné si uvědomovat odlišnost jeho pozice a přizpůsobit vlastní polohu těla tak, aby bylo možno udržovat adekvátní zrakový kontakt, vzájemně vnímat mimiku a gestikulaci a další atributy vzájemné komunikace. V neposlední řadě je na místě si uvědomit, že stát při hovoru nad osobou sedící pod námi je neslušné a pro daného člověka nepříjemné (Slowík 2010, s. 37, 38).

Zejména u osob s DMO či u pacientů po CMP se často setkáváme s poruchami, které mají přímou spojitost s komunikačními schopnostmi. Jedná se o poruchy dýchání (například u spastických forem DMO bývá křečovité, mělké s nedostačujícím výdechovým proudem, který způsobuje neznělost řeči a nemožnost tvorby delších mluvních celků), poruchy fonace neboli tvorby hlasu (ten bývá tichý, slabý, někdy naopak výrazně hlasitý a tlačěný, často zní huhňavě), dysprozódie (poruchy modulačních faktorů řeči jako je tempo, výška, síla hlasu či přízvuk) a v neposlední řadě poruchy artikulace neboli článkování řeči a dysfagie (poruchy polykání) (Klenková 2006, s. 190, 191).

Všechny tyto poruchy spolupůsobí na vznik symptomatických poruch řeči u osob s DMO. Nejtypičtější z nich je dysartrie (narušení artikulace jako celku, vznikající při organickém poškození CNS). V tomto případě, na rozdíl od vžitě terminologie, předpona „dys“ neoznačuje vývojový aspekt poruchy, ale její míru. V případě lehké až těžké formy této poruchy se užívá termín dysartrie, při úplné neschopnosti artikulovat se používá termín

anartrie Lechta (2003, s. 237). Slowík (2010, s. 34) uvádí, že u osob s tělesným postižením s dysartrií můžeme zaznamenat také zjevné částečné ochrnutí jiných částí těla, převážně horních či dolních končetin, takže jisté obtíže s vyjadřováním u takového jedince nebývají příliš překvapující. Jejich interakce s okolím má ale v důsledku zasažení motoriky mluvních orgánů charakter spíše pasivní, receptivní (Vágnerová, Hadjmousová 2003, s. 30).

Zpravidla v důsledku orgánového poškození mozkové hemisféry, například po CMP, úrazech hlavy či nádorovém onemocnění mozku, může dojít k výskytu poruch, jejichž obraz bývá rozmanitý. V těchto případech často bývá přítomno těžké postižení motoriky, a to i oromotoriky, kdy daný jedinec mluví velmi nesrozumitelně nebo nemluví vůbec. Často bývá přidružena afázie - jedna z nejzávažnějších narušení v oblasti verbální komunikace. Problém tedy nespočívá jen v oblasti motorické realizace mluvního projevu, ale také v porozumění řeči, tvorbě pojmosloví, schopnosti vnitřní řeči atd. Mohou se projevit poruchy v oblasti smyslového (zrakového, sluchového) vnímání, způsobené centrální poruchou, které situaci ještě více komplikují (Šarounová a kol. 2014, s. 144). Podstatu afázie vystihuje Lechta (2003, s. 203) shrnutím, že se jedná o získané narušení komunikační schopnosti, které vzniká v důsledku ložiskových poškození mozku, systémového působení mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka, a které se týká zejména symbolických procesů.

Možnosti rozvoje komunikace u osob s tělesným postižením

Rozvoj komunikace u dětí s tělesným postižením není, stejně jako u jiných skupin dětí s postižením, izolovanou činností. Probíhá v rámci komplexní péče za účasti odborníků z oblasti zdravotnictví, rehabilitace, speciální pedagogiky či psychologie. Pracuje se na podpoře zachovalých motorických funkcí, na rozvoji vnímání a kognitivních procesů, na stimulaci kompenzačních smyslů. Již v minulosti se například Kábele dlouhodobě zabýval rozvojem hybnosti a řeči u dětí s DMO a zpracoval vlastní metodiku rozvoje při zachování obecně uznávaných zásad, jako je například zásada vývojovosti, reflexnosti, komplexnosti či přiměřenosti a individuálního přístupu (Klenková 2006, s. 193 – 195).

Při výskytu nejzávažnějších poruch řeči u osob s tělesným postižením, kdy nelze efektivně komunikovat verbálně, se nabízí v dnešní době mnoho možností. Tyto osoby mohou používat všechny netechnické pomůcky AAK, jen v některých případech je potřeba jejich ovládání přizpůsobit tak, aby bylo jejich užití možné. Jak uvádí ve své publikaci Šarounová a kol. (2014, s. 92), není potřeba se bát ani znaků, které mohou osoby s tělesným postižením

také často úspěšně používat. Při nácviku komunikace je však, zvláště u osob s těžšími formami tělesného postižení, nutno dbát na správné polohování. Zajištění co nevhodnějšího sezení, fixace opěrkami pro správnou polohu hlavy, trupu či pánve je stěžejní pro to, aby se daná osoba mohla soustředit na alternativní komunikaci a nespotřebovávala většinu své energie ke snaze udržet své tělo v přijatelné a pohodlné poloze.

Další možností komunikace s osobou s tělesným postižením je dorozumívání pomocí psaného slova, kresby (pokud to tedy člověku jeho motorické schopnosti umožňují) či pomocí předmětů nebo obrázků. Nové možnosti také přináší technický pokrok. Počítačové technologie a nejmodernější kompenzační pomůcky nahrazují nebo doplňují tělesné funkce a schopnosti, značně snižují vliv postižení a tím umožňují řadě lidí s vážným tělesným postižením prožívat plnohodnotnější život (Slowík 2010, s. 35).

1.2.2 Komunikace osob s mentálním postižením

Mentální postižení, nebo také mentální retardace, je dle Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě stav, který souvisí s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení. Je charakteristický zejména snížením schopností, vytvářejících celkovou úroveň inteligence, tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Toto postižení je vývojové a trvalé. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými postiženími (Slowík 2010, s. 46). Při klasifikaci dělíme tohoto postižení do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různé. Existuje množství možných vlivů ohrožujících zdravý růst plodu (příčiny prenatální), ale také řada biologických faktorů jako například onemocnění, úrazy mozku, infekce a další, které působí na rozvoj jedince v době pozdější (příčiny perinatální – kolem porodu a postnatální – ovlivňující vývoj člověka po narození a po celý život). Svou roli sehrává také dědičnost (příčiny hereditární) a poruchy chromozomální či metabolické. Mezi osobami s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentálního postižení a jejich možných kombinací. Je také potřeba si uvědomit, že většinou nelze jednoznačně určit, zda mentální postižení daného

jedince bylo způsobeno pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Oba tyto faktory se v osobnosti člověka prolínají. Původní obraz postižení může být vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností pozměněn, a to jak pozitivně tak i negativně (Černá a kol. 2008, s. 84).

Jedním ze symptomů mentálního postižení jsou více či méně výrazné problémy v komunikaci. Často se při diagnostice můžeme setkat se situacemi, kdy je obtížné určit, nakolik je snižena úroveň intelektu primárním postižením, které zabraňuje osvojení řeči, a do jaké míry naopak právě porucha řeči brání získávání dovedností, nabývání znalostí a tím dostatečnému rozvoji kognitivních funkcí. Lze říci, že řečové a obecně komunikační dovednosti jsou u osob s mentálním postižením zasaženy vždy a odchylky od normy se objevují již v raném věku. Dosažení normy je pro tyto osoby, kromě jedinců s nejlehčími formami mentální retardace, nereálné (Škodová in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 396).

Dosavadní výzkumy ukazují, že vývoj řeči u dětí s mentálním postižením je mnohem více determinován stupněm mentální retardace, nežli její formou a typem. Platí zde přímá úměra – čím těžší je stupeň mentálního postižení, tím závažnější je porucha komunikace, přičemž mezi lehkou a středně těžkou mentální retardací není rozdíl tak nápadný, jako mezi mentální retardací středně těžkou a těžkou. Vývoj řeči u těchto dětí probíhá v jednotlivých jazykových rovinách odlišně od intaktních vrstevníků z důvodu odlišných biologických předpokladů. Objevují se deficity v auditivní diferenciaci řeči. Dochází k nedostatečné diskriminaci fonémů, kdy dítě hlásky slyší, ale nedokáže je dostatečně rozlišit, případně je nerozlišuje vůbec. Dalším problémem je porucha artikulace v důsledku nedostatečného uplatňování fonologických pravidel a také z důvodu slabých spojení center oromotoriky. Chybí bývá obsah sdělení pro nedostatečnou schopnost porozumění, vyhodnocení, rozhodování a programování řeči v analyzátoru fatických funkcí. Receptivní a expresivní složky řeči nejsou v rovnováze. Většinou tyto děti lépe rozumí (i když nepřesně) než se vyjadřují. Chybí jim zejména aktivní slovní zásoba a význam užívaných slov často neodpovídá skutečnému významu. Používají jednodušší a konkrétnější výrazy, prostší věty, jiný slovosled (Zezulková 2011, s. 5, 41, 57). Housarová (2011, s. 72, 77) například uvádí, že 70 % slovní zásoby osob s mentálním postižením údajně tvoří podstatná jména, 20 % slovesa a zbylých 10 % představují ostatní slovní druhy. Udává také, že co se týče pragmatické jazykové roviny, mají osoby s mentálním postižením problémy se samotným chápáním komunikační situace, pochopením vlastní role jako komunikačního partnera a prezentace

vlastního komunikačního záměru. Mezi nejčastěji se vyskytující vady řeči jsou u osob s mentálním postižením v odborné literatuře zmiňovány dyslálie, dysgramatismus, echolálie, poruchy hlasu a narušené modulační faktory. Objevuje se také huhňavost, koktavost či breptavost.

Housarová ve své publikaci (2011, s. 57 – 60) uvádí charakteristiku řeči osob s jednotlivými stupni mentální retardace.

U osob s hlubokou a těžkou mentální retardací se obvykle jedná o kombinované postižení, kdy je přidruženo i závažné postižení pohybové až imobilita a smyslový handicap. Komunikace těchto osob je převážně globální a odehrává se na úrovni afektivních a pudových hlasových projevů, pláče, úsměvu apod. Jejich hlas se často vyznačuje dysfoničností, chraplavostí, bývá modulován dle emočního rozpoložení. Případná artikulace je omezena na zvuky samohlásek či artikulačně méně náročných souhlásek, výjimečně na zvládnutí několika málo jednoduchých, avšak těžko srozumitelných slov, jejichž smysl postiženému často uniká. Gramatická složka se nerozvíjí. Verbální složka komunikace se u těchto osob nerozvine a potíže se projevují i ve složce neverbální.

Vývoj řeči jedinců se středně těžkou mentální retardací je také od raného věku výrazně omezený a nastává v některých případech až okolo šestého roku života. Tyto osoby jsou však schopny si osvojit alespoň omezenou slovní zásobu a používat ji k základnímu dorozumívání. Jejich řeč může dosáhnout úrovně první signální soustavy. Obsahuje zejména emocionálně-volní prvky, pudové složky projevu jsou tlumenější, ale stále přetrvávají. Citové rozpoložení bývá vyjádřeno modulací hlasu, stylistické schopnosti však chybí. Řečový projev bývá monotónní, projevuje se schopnost mechanicky opakovat a napodobovat i delší řečové úseky. Často se vyskytují echolálie.

Naproti tomu řeč osob s lehkým stupněm mentálního postižení nemusí být zvlášť nápadná, ačkoli počátky jejího vývoje jsou v rámci ontogeneze také opožděny. Může dospět až na úroveň druhé signální soustavy, tj. k abstrakci a ke zobecňování. Jedinci s tímto stupněm postižení se běžně dokáží dorozumět v každodenních životních situacích. Značné potíže jim mohou činit neobvyklé situace, pro které nemají vytvořené řečové stereotypy. Základní gramatická pravidla mateřského jazyka většinou ovládají, ale ne vždy se jim daří je v řeči správně aplikovat. Objevují se u nich potíže při výslovnosti některých hlásek, které však mohou být intenzivní logopedickou péčí často odstraněny.

Možnosti rozvoje komunikace osob s mentálním postižením

Řeč je produktem vyšších kognitivních procesů, které jsou zase zpětně řečí ovlivňovány. Dochází ke vzájemné interakci. Pokud chceme podporovat kognitivní vývoj dítěte, musíme sledovat jeho neverbální a preverbální projevy již od raného období a vhodnou stimulací podporovat jeho mluvní apetit s cílem pozdějšího dosažení maximální možné úrovně řečových a jazykových dovedností. Tato intenzivní péče v oblasti rozvoje verbální komunikace již od raného věku dítěte s mentálním postižením podporuje proces sociability a zároveň je prevencí vzniku sekundárních důsledků zdravotního postižení, které se mohou později v průběhu socializace jedince projevit. Pokud vezmeme v úvahu fakt, že je proces edukace založen na přiměřeně rozvinutých řečových a jazykových schopnostech, tedy na řeči mluvené a psané, je narušený vývoj řeči signálem možné školní neúspěšnosti, obtíží v profesní orientaci a ve všech oblastech společenského uplatnění (Zezulková 2011, s. 5).

Logopedická intervence v oblasti rozvoje mluvené řeči u dětí s mentálním postižením začíná již v předřečovém období, při kontaktu dítěte s matkou a dalšími pečujícími osobami. Klenková (2006, s. 201, 202) poukazuje na možnosti ovlivňování různých funkcí postiženého dítěte, které s rozvojem řeči souvisí. Spočívají zejména v možnostech ovlivňování začít a také udržet vzájemnou výměnu podnětů, v ovlivňování hyposenzibility či hypersenzibility v oblasti úst, v překonávání poruch příjmu potravy, nácvičku správné techniky sání, polykání a dýchání a také v možnostech podporování napodobivého žvatlání i předřečového porozumění řeči. Dále uvádí několik zásad a doporučení, která je v souvislosti s touto problematikou vhodné dodržovat. Jedná se o:

- zásadu imitace přirozeného vývoje řeči, kdy je nejprve potřeba u dítěte stanovit aktuální vývojové stádium řeči a od tohoto stádia pokračovat v intervenci,
- zásadu výstavby řeči dětí s mentální retardací, což znamená postupovat od základního řečového materiálu (hlasu) přes významové zvuky až k tvorbě pojmů,
- zásadu rytmizace,
- zásadu názornosti – využívání obrázků, pomůcek, hraček,
- rozvíjení motoriky (hrubé, jemné i oromotoriky), sluchové a zrakové percepce, rozvoj fonemické diference,
- poskytování správného řečového vzoru užíváním klidné a srozumitelné mluvy, v odpovídajícím tempu a obsahové úrovni.

Pro rozvoj komunikace osob s těžšími formami mentálního postižení, u kterých je rozvoj mluvené řeči značně omezený až nereálný, se jako velmi vhodné jeví metody AAK. Výběr vhodného komunikačního systému nebo jejich kombinace vždy závisí na individuálních potřebách a možnostech dané osoby, na prognóze a vývoji jeho postižení a v neposlední řadě také na sociálním prostředí a jeho blízkých. To, jaká bude spolupráce a zainteresovanost rodičů, ostatních členů rodiny a dalších intervenujících, sehrává podstatnou roli při úspěšnosti komunikace prostřednictvím vybraného systému. Při jeho výběru se zaměřujeme na úroveň nejpřirozenější formy koverbálního chování – mimiku a gestiku. Vhodným komunikačním systémem potom může být například znak do řeči. Další možností, která bývá úspěšná u dětí s mentálním postižením, je jakýkoli komunikační systém, využívající vizualizaci. Zpočátku se používá komunikace pomocí reálných, zástupných předmětů, později fotografie a obrázky a následně piktogramy. Vždy je vhodné obrázkovou komunikaci kombinovat s psanou formou daného pojmu a případně s manuálním znakem (jako je tomu například u komunikačního systému Makaton) (Housarová 2011, s. 66, 67).

U některých osob, zpravidla s těžkým a hlubokým mentálním postižením, se však nemusí rozvoj komunikačních dovedností dařit ani pomocí nejjednodušších způsobů. U těchto jedinců se může zdát, že nereagují na žádné snahy o navázání kontaktu. Pokusy dát jim alespoň základní možnost volby a budování AAK se jeví jako nemožné. Přestože alternativní způsoby komunikace opravdu nemůžeme využít, neměli bychom práci s těmito lidmi vzdávat (Housarová 2011, s. 66). Vždy je na místě pokusit se alespoň o jejich stimulaci například metodou bazální stimulace

1.2.3 Komunikace osob se zrakovým postižením

Osoby se zrakovým postižením jsou lidé, kteří mají snížené zrakové schopnosti různého druhu a stupně. V užším pojetí se tímto termínem rozumí osoby, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. To tedy znamená, že do této skupiny nespádají lidé, kteří mají zrakovou vadu lehčího stupně, nosí dioptrické brýle a s nimi zvládají bez potíží každodenní činnosti, nemají omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti a podobně. Za účelem zdůraznění tohoto rozdílu se někdy hovoří o těžce zrakově postižených jako o označení těch osob, u nichž onen vážný funkční důsledek zrakové vady zasahuje do běžného života, osob, jimž už běžná brýlová korekce nepostačuje k plnému

("normálnímu") vidění. Osoby s těžkým zrakovým postižením můžeme dále dělit na slabozraké a nevidomé, přičemž zkoumanými parametry při stanovení závažnosti zrakové vady je zraková ostrost a velikost zorného pole. Na základě výsledků vyšetření těchto dvou ukazatelů řadíme jedince se zrakovým postižením do pěti kategorií, kterými jsou střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost a úplná nevidomost. Definovat zrakové postižení pouze podle ostrosti vidění a rozsahu zorného pole však není vždy plně dostačující. Pro objektivnější diagnostiku je zapotřebí provést komplexní posouzení zrakových funkcí, které zkoumá například kontrastní citlivost (světloplachost, šeroslepost), schopnost rozlišovat barvy (barvoslepost), vnímání hloubky (hloubkové vidění), schopnost lokalizovat, fixovat a sledovat předměty v pohybu a podobně (Schindler, Pešák 2015). S touto problematikou souvisí například výskyt kortikálního postižení zraku, označovaného jako CVI, kdy se nevyskytuje poškození zrakových orgánů a které souvisí s poškozením CNS. Toto zrakové postižení se velmi často objevuje u osob s DMO či jinými typy postižení, způsobenými poškozením CNS (Škodová in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 402).

Zrakové postižení velmi často vzniká z důvodu vrozených zrakových vad. Ty mohou být geneticky podmíněné či způsobené dalšími prenatálními vlivy jako je například infekční onemocnění matky v době těhotenství a řada dalších. Častou příčinou vzniku tohoto postižení bývá retinopatie, což jsou patologické změny sítnice (ať již v důsledku případné nedonošenosti nebo vzniklé v průběhu života). Dále bývá častou příčinou katarakta (šedý zákal), glaukom (zelený zákal), nádory či úrazy zrakových orgánů. Některé progresivní vady mohou vést k postupnému zhoršování zraku nebo i k úplné nevidomosti v průběhu života (Slowík 2010, s. 64).

U osob se zrakovým postižením se udává až šestkrát častější výskyt řečových vad než je tomu u intaktní populace (Slowík 2010, s. 66). Nejčastěji se vyskytující symptomatickou poruchou řeči osob se zrakovým postižením je dyslalie. Je zapříčiněna skutečností, že tyto jedinci v raných stádiích vývoje nemají, nebo mají velmi omezenou, možnost učení se nápodobou a zrakové kontroly artikulace odezíráním. Další typickou poruchou řeči těžce zrakově postižených osob je verbalismus. Jedná se o poruchu, při níž jedinec používá slova, u kterých nechápe přesně jejich smysl. Nejedná se však o jev neměnný. S pomocí speciálně pedagogických výukových metod jej můžeme ovlivňovat až k dosažení podstatné redukce verbalismů. U nevidomých dětí se mohou projevit také další NKS, jako například koktavost, breptavost či poruchy hlasu. U nevidomých a těžce zrakově postižených osob je vždy

narušena také neverbální složka komunikace. Jejich neverbální chování často neodpovídá komunikační situaci, neumějí svou mimikou vyjádřit své emoce, jejich tvář bývá strnulá nebo se naopak mohou projevovat různé grimasy, kývavé pohyby rukou či celého těla (Klenková 2006, s. 204). Neverbální složka jejich komunikačního partnera je pro ně prakticky nedostupná (Vágnerová, Hadjmousová 2003, s. 30).

Možnosti rozvoje komunikace u osob se zrakovým postižením

V komunikaci se zrakově postiženým člověkem hraje důležitou roli skutečnost, ve které etapě jeho života ke vzniku postižení došlo. Nejen z hlediska orientačních schopností a schopností utváření představ, ale také z hlediska osvojení a rozvoje komunikačních dovedností má při ztrátě zraku velký význam předchozí zraková zkušenost. Zrakové vnímání totiž velmi podmiňuje schopnost sociálního učení, které má v interpersonální komunikaci mimořádný význam. U dětí s vrozenou těžkou vadou zraku má při počátečním rozvoji komunikace zásadní význam včasná odborná péče a podpora (Slowík 2010, s. 64).

Osoby se zrakovým postižením zpravidla nemívají závažnější problém s komunikací pomocí mluvené řeči. Lechta (2002, s. 136, 137) však upozorňuje, že je zapotřebí brát v úvahu věk, kdy k postižení došlo. U vrozeného zrakového postižení nebo ztráty zraku před vytvořením řečových dovedností je řeč postižena mnohem více, než když k získání vady dojde až po ukončení vývoje řeči. Je nutné také přihlížet ke stupni zrakového postižení. Při logopedické péči o tyto osoby se zaměřuje pozornost na rozvoj zvukové složky řeči i na rozvoj všech jazykových rovin. Komplexní intervence v oblasti rozvoje komunikace dítěte se zrakovým postižením je založena zejména na sluchovém a hmatovém vnímání. Pokud se jedná o dítě se slabozrakostí, je logopedická terapie vedena tak, aby se co nejvíce využilo zachovalých zrakových funkcí dítěte za pomoci logopedického zrcadla, obrázků a nápodoby. U nevidomého dítěte pak musí být dopodrobna popsáno, jaké postavení a činnost mluvidel se po něm vyžaduje. Nejjednodušší je osahání si postavení mluvidel přímo na tváři rodiče, logopeda a na své tváři. Velmi přínosné je použití hmatových pomůcek, jako jsou reliéfní obrázky a trojrozměrné modely hlásek a mluvních orgánů. Také Klenková (2006, s. 204) považuje za důležité při rozvoji komunikace poskytnout dětem dostatečné množství praktických zkušeností. Připomíná potřebu umožnit dětem manipulovat s předměty, jejichž názvy děti vyslovují a pomocí toho konkretizovat jejich slovník. Stěžejní je i využívání nejen sluchu a hmatu, ale i dalších kompenzačních smyslů, tedy chuti a čichu. Intervence v oblasti komunikačních dovedností osob se zrakovým postižením by měla zahrnovat také věnování

pozornosti neverbálními složkami komunikace. Lechta (2002, s. 138) hovoří o tom, že správný rozvoj a usměrňování například mimických pohybů je nezbytný k prevenci vzniku narušeného koverbálního chování.

Vzhledem k povaze metod AAK nelze u osob se zrakovým postižením některé z nich využít vůbec, jiné je nutno dle potřeby modifikovat. Pro rozvoj komunikace osob, které nejsou úplně nevidomé a mohou využívat své zrakové funkce, je možné vyzkoušet i komunikační systémy založené na vizualizaci – znak do řeči, předmětovou či obrázkovou komunikaci. U ostatních osob jsou využitelné systémy akusticko – taktilní. K těm patří Lormova abeceda, daktylotika do dlaně či znakování ruku v ruce. V písemné komunikaci využívají těžce zrakově postižené osoby zvětšené písmo nebo Braillovo bodové písmo. Mohou také využívat řadu pomůcek, které jim mimo jiné usnadňují komunikaci s okolím. Jedná se o takové pomůcky, které nahrazují vizuální vjemy zvukovou či hmatovou alternativou. Tímto způsobem, například pomocí audiopokynů, mohou ovládat přístroje jako je mobilní telefon, počítač a další. (Slowík 2010, s. 65).

1.2.4 Komunikace osob se sluchovým postižením

Skupina osob se sluchovým postižením je tou, u které je oblast komunikace nejvíce zasaženou oblastí jejich života. Stejně jako u jiných typů postižení, také v tomto případě se jedná o skupinu velmi různorodou. Stěžejní pro rozvoj komunikace, ale nejen pro něj, je skutečnost, o jakou sluchovou vadu se jedná. Při jejich klasifikaci vycházíme ze tří základních hledisek, jimiž jsou doba vzniku vady, místo poškození sluchového orgánu a stupeň sluchového postižení. Dle Čertkové (2009) klasifikujeme sluchové vady z hlediska doby vzniku na prelingvální a postlingvální. Prelingvální sluchová vada je taková, kdy dojde ke vzniku sluchového postižení prenatálně, perinatálně nebo postnatálně před ukončením vývoje řeči. Příčinou mohou být například infekční onemocnění matky v době těhotenství, asfyxie plodu při porodu a řada dalších onemocnění či úrazů jedince v prvních letech života. Postlingvální sluchová vada se týká naopak všech osob, u kterých došlo k náhlé či postupně vznikající ztrátě sluchu po dokončení vývoje řeči. Za hraniční věk bývá označováno období mezi 4. – 6. rokem věku. Příčinou mohou být různá onemocnění či úrazy jedince. Klasifikace sluchových vad podle stupně znamená jejich rozdělení na základě velikosti sluchové ztráty, udávané v decibelech (dB). Z tohoto hlediska rozlišujeme lehkou nedoslýchavost, středně

těžkou nedoslýchavost, těžkou nedoslýchavost, praktickou hluchotu a úplnou hluchotu. Posledním hlediskem pro klasifikaci sluchových vad je místo ve sluchovém aparátu, ve kterém ke vzniku vady došlo. Pokud došlo k poruše v mechanické části sluchové dráhy vnějšího nebo středního ucha, tedy k narušení převodu zvukových vibrací do hlemýždě, mluvíme o převodní vadě. Jde o kvantitativní postižení sluchu s velikostí sluchové ztráty nejvýše 65 dB a vady tohoto typu nikdy nevedou k úplné hluchotě. Příčinami mohou být různé deformity vnějšího či středního ucha, záněty středního ucha či otoskleróza. Mnohem závažnější než vady převodní jsou vady percepční. Vznikají v důsledku poškození ve vnitřním uchu nebo ve vyšších etážích sluchové dráhy. Je narušeno vnímání zvuku, jedinec špatně rozumí, jde tedy o kvalitativní postižení sluchu. V nejhroších případech vedou i k úplným ztrátám sluchu. K příčinám tohoto typu sluchových vad patří například zánět sluchového nervu, úrazy hlavy, nádorová onemocnění mozku či odumírání vláskových buněk ve vnitřním uchu. Smíšené vady jsou potom stavem, kdy se u daného jedince vyskytuje převodní i percepční sluchová vada současně.

Jak již bylo výše zmíněno, problémy v komunikaci jsou u osob se sluchovým postižením závislé na typu sluchové vady. Osoby nedoslýchavé většinou s menšími či většími obtížemi komunikují mluvenou řečí. U osob těžce nedoslýchavých a neslyšících je situace komplikovanější, zejména pokud se jedná o osoby prelingválně neslyšící. Tyto osoby se mohou vnímat jako členové většinové společnosti s určitým typem znevýhodnění, ale mohou také chtít být vnímány jako příslušníci specifické sociální skupiny, komunity Neslyšících, která se odlišuje především používáním vlastního komunikačního systému, znakového jazyka. (Slowík 2010, s. 80).

Vývoj řeči sluchově postižených osob může být opožděný (u nedoslýchavých), omezený (u neslyšících a těžce nedoslýchavých) či přerušovaný (při ztrátě sluchu do určitého věku). Jejich řeč je vždy specificky změněna. Důvodem je absence či omezení vnímání zvukových podnětů a nedostatečná nebo žádná akustická zpětná vazba, přičemž jednotlivé složky verbálního projevu jsou tím více poškozeny, čím dříve ke vzniku postižení došlo a čím větší je sluchová ztráta. Neméně důležitou roli sehrávají i určité vlastnosti osobnosti jedince s tímto postižením (např. inteligence, schopnost odezírání či volní vlastnosti) a sociálního prostředí, ve kterém vyrůstá. K častým problémům při mluvním projevu těchto osob patří neplynulost a nerovnováha mezi vdechem a výdechem, což narušuje koordinaci mezi dýcháním a pohyby mluvidel. Liší se také množství vzduchu spotřebovaného při tvorbě

jednotlivých hlásek. Z hlediska fonace lze pozorovat kolísání výšky a síly hlasu či monotónnost hlasového projevu. Artikulace osob se sluchovou vadou bývá často nápadná, namáhavá a nepřírozená. Pro vyvození hlásek je potřeba odborného logopedického zásahu, protože artikulace zejména u prelingválně sluchově postižených se nevyvíjí spontánně. Vzniká vada výslovnosti, která se nazývá audiogenní dyslalie. Často se také vyskytuje například vyšší stupeň nosní rezonance. Přítomnost sluchového postižení se odráží i v modulačních faktorech řeči, jako je například přízvuk, intonace, melodie a rytmus řeči, specifika se objevují v obsahové a gramatické stránce řeči. Omezená je u osob se sluchovým postižením slovní zásoba, často se vyskytují dysgramatismy a obecně dochází ke snižování komunikačního apetitu v důsledku často prožívaných komunikačních neúspěchů, nedorozumění nebo neschopnosti či neochotě okolí složitě se s neslyšícím dorozumívat (Krahulcová 2002, str. 79 – 93).

Velmi důležitou součástí komunikace jsou pro osoby se sluchovým postižením neverbální projevy komunikačních partnerů. Doprovodné, neverbální složky komunikace napomáhají správnému chápání obsahu sdělení. Například při odezírání si odezírající všímá nejen pohybů úst, ale i mimiky tváře a výrazu očí. Celkový výraz obličeje je nejdůležitějším doprovodným prvkem slovního projevu. Čím je osoba se sluchovým postižením mladší, tím „čitelnější“ by měl být obličej osoby, na kterou se dívá (Janotová 1996, s. 8).

Možnosti rozvoje komunikace u osob se sluchovým postižením

Stejně jako u jiných skupin osob s postižením, také u jedinců se sluchovou vadou je nesmírně důležitá včasná intervence a stimulace rozvoje komunikačních dovedností. Stěžejní roli hraje výběr vhodného způsobu komunikace a případné využití kompenzačních pomůcek, které mohou důsledek sluchové vady značným způsobem zmírňovat. Asi nejznámější pomůckou je sluchadlo, zesilující zvuky, přicházející do sluchového aparátu. Další pomůckou je kochleární implantát, který může zásadně změnit život osob s totální hluchotou. Převádí zvuk na elektrické impulzy, které následně prostřednictvím voperovaných elektrod stimulují přímo zakončení sluchového nervu ve vnitřním uchu (Slowík 2010, s. 79).

Z metod AAK je při rozvoji komunikace zejména u dětí s tímto typem postižení vhodné využívat obrázkové komunikační systémy, jako je například výměnný obrázkový komunikační systém (dále VOKS), piktogramy a další systémy, založené na vizualizaci. Neméně důležitým zdrojem informací je pro tyto osoby také neverbální složka komunikace

(oční kontakt, mimika, gesta). Vhodným komunikačním systémem z tohoto hlediska může být například Makaton. Pokud je sluchové postižení daného jedince natolik závažné, že zapříčiní nemožnost komunikovat pomocí mluvené řeči, nabízí se využití různých jiných způsobů komunikace. Vhodná volba komunikačního systému je stěžejní pro další vývoj, edukaci a socializaci každého člověka se sluchovým postižením.

V případě postlingválně sluchově postižených osob dochází na rozdíl od prelingválně sluchově postižených k osvojení mluveného jazyka, i když na různých úrovních. Ke komunikaci s nimi tedy můžeme využívat jejich dosavadní schopnost mluvený jazyk užívat. Důležitým prostředkem ke komunikaci a jejímu dalšímu rozvoji může být vizuální percepce řeči neboli odezírání. Odezírání je schopnost, která umožňuje neslyšícím komunikaci s osobami, vyjadřujícími se verbálně (Strnadová 2001, s. 78, 79).

Důležitou roli v komunikaci zejména prelingválně sluchově postižených a těch, kteří nepovažují mluvenou řeč za svůj přirozený jazyk, hrají vizuálně-motorické komunikační systémy. Tyto systémy jako prostředek přenosu informace používají specifické vizuálně-pohybové prostředky, jako jsou tvary, pozice, postavení a pohyby rukou, pozice hlavy, mimika atd. Tyto systémy je možné podle jejich podstaty rozdělit do dvou skupin. První skupinu tvoří přirozené jazykové systémy, tedy ty, které vznikly dlouhodobým přirozeným vývojem. Patří sem především národní znakové jazyky neslyšících a jedny z jejich ontogenetických fází, tzv. dětské znakové jazyky. Druhou skupinu představují uměle vytvořené znakové systémy, které umožňují vzájemnou interkulturní komunikaci slyšících a neslyšících. Do této skupiny komunikačních systémů patří zejména manuálně kódované mluvené jazyky (například znakovaná čeština) a gestuno, dále komunikační systémy jako prstová abeceda, daktilografika a další (Langer 2008, s. 14).

1.2.5 Komunikace osob s poruchou autistického spektra

Porucha autistického spektra (dále PAS) je jednou z nejzávažnějších poruch mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí, která vzniká na neurobiologickém podkladě. Jejím důsledkem je stav, kdy člověk dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj jedince je od raného věku tímto handicapem narušen zejména v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti (tzv. základní diagnostická triáda problémových oblastí vývoje u PAS). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že

daná osoba nedokáže správným způsobem vyhodnocovat přijímané informace a mívá tak výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládá běžné sociální dovednosti. PAS doprovázejí také specifické vzorce chování. K PAS řadíme dětský autismus, atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom a Dezintegrační poruchu. V literatuře se někdy jako synonymum názvu PAS používá pojem autismus. Příčinu vzniku autismu se prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli mohou hrát genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy v mozku, přičemž za vznikem zřejmě stojí až kombinace několika těchto faktorů. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě určitých projevů chování, které se začínají objevovat v dětství nebo již v raném věku. Autismus se také často vyskytuje v kombinaci s jinými poruchami či postiženími psychického i fyzického charakteru (mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy, geneticky podmíněné vady atd.). Často se přidružuje problematické chování a nestandardní reakce rozdílné intenzity (například nezvládání změn denního režimu, agresivní chování nebo sebepoškození). Také hyperaktivita, nesoustředěnost či výrazná pasivita se často s autismem pojí (APLA 2015).

Problémy v komunikaci jsou, jak bylo výše zmíněno, jednou ze součástí diagnostické triády. PAS neznamena jen narušení mluvené řeči, ale postižení celé osobnosti jedince. Typický je u těchto osob nezáměr o komunikaci s okolím, a to i s nejbližšími lidmi, narušená je schopnost navazovat a udržovat přátelské vztahy a tím celá sociální integrace. Slowík (2010, s. 120, 121) píše o tzv. sociální slepotě, která se projevuje neschopností porozumět významům ve výrazů tváře, v gestech a v očích druhých lidí. Časté jsou neadekvátní reakce osob s PAS na běžná sdělení nebo naopak tyto lidé nereagují na silné výstražné signály. V souladu s tímto tvrzením Thorová (2007) ve svém článku uvádí rodiči nejčastěji popisované problémy u svých dětí. Rodiče zmiňují skutečnost, že dítě nereaguje na své jméno, neříká, co chce, má opožděný vývoj řeči, případně dříve používaná slova přestalo říkat, nereaguje na pokyny a někdy působí dojmem, že je ani neslyší, neukazuje a nemává na rozloučenou.

Z hlediska rozvoje mluvené řeči se problémy nejvíce projevují u osob s nízkofunkčním autismem. Obecně lze u osob s PAS pozorovat primární deficity již v batolecím období, kdy je vývoj řeči opožděný či nerovnoměrný. Podle některých odhadů až tři čtvrtiny jedinců s PAS nikdy nebudou schopny užívat řeč funkčně. Pokud se u nich řeč rozvine, obvykle nechápou jak a proč ji v sociální interakci používat a pravděpodobně nejsou

schopni porozumět smyslu řeči jako komunikačního prostředku. U osob s vysocefunkčním autismem, obvykle s Aspergerovým syndromem, dále můžeme v řeči pozorovat specifické projevy, jako jsou echolalie, narušená modulace řeči, nesprávné používání slov v důsledku neporozumění jejich významu či neustálé opakování jednoho tématu v rozhovoru. Významným problémem při rozvoji komunikace je potom skutečnost, že se osoby s PAS nesnaží deficity řečového projevu kompenzovat například gesty nebo mimikou (Slowík 2010, s. 120, 121). Jejich neverbální komunikace bývá také výrazně narušena. Nejčastěji se vyskytujícími specifiky je nedostatečné navazování a udržování očního kontaktu, absence komunikace prostřednictvím zrakového kontaktu, malá či omezená gestikulace, zejména ve smyslu deklarativním, nebo také preference jiné formy komunikace (například užití ruky druhé osoby jako nástroje dosažení svého cíle) (Vitásková a kol. 2014, s. 9).

Možnosti rozvoje komunikace u osob s poruchou autistického spektra

„Jediným obecným a prokazatelně úspěšným způsobem pomoci dětem s autismem je speciální pedagogická péče s využitím metodiky kognitivně behaviorální terapie. Pokud dítěti svým speciálním přístupem umožníme porozumět světu, který ho díky jeho handicapu chaoticky obklopuje, je stoprocentní šance, že u dítěte dojde ke zlepšení. Speciálně vyškolení pedagogové užívají nejčastěji metodiku strukturovaného učení, která za prioritu považuje nácvik funkční komunikace a individuální přístup v psychoedukaci. Vizualizace a strukturalizace jsou základními metodickými pilíři přístupu k lidem s autismem“ (Thorová 2007). Za obecné zásady při rozvoji komunikace osob s PAS lze považovat individualizaci (individuální přístup k dítěti, zvolené prostředí, pomůcky, hodnocení), vizualizaci (pojmů, pokynů, času, ...), strukturalizaci (denního režimu, úkolů, činností,...) a motivaci (materiální, činnostní, sociální odměna). Jedním ze základních znaků rozvoje komunikace osob s PAS je kladení důrazu na její funkčnost, na podpoření sociálního aspektu komunikace. Podstatné tak je, aby osoba s PAS byla schopna vyjádřit svůj komunikační záměr. Pokud chceme, aby se dítě s PAS naučilo nové komunikační dovednosti, musíme si být jisti, že tato nová dovednost opravdu dosahuje toho, čeho dítě ve skutečnosti chtělo dosáhnout (Bondy, Frost 2007, s. 42).

Attwood (2013) jako nejdůležitější aspekt úspěchu intervence vnímá včasnou diagnostiku a následnou speciální péči formou intenzivního nácviku komunikačních dovedností. Při něm je třeba využívat co nejvíce názorné pomůcky (fotky, obrázky, rozkreslené scénáře připomínající komiksy a další). Také Šarounová a kol. (2014, s. 110) považuje za nejefektivnější využití vizualizovaných komunikačních systémů, tj. komunikace

pomocí fotografií, obrázků či piktogramů, VOKS, a další. Dodává také vhodnost využívání počítače, tabletu či doplnění vybraného komunikačního systému manuálními znaky či písemnou podobou mluvené řeči. Nezapomíná přitom zohledňovat možnosti a schopnosti daného jedince a také přihlídnout k preferencím jeho nejbližší rodiny. Pro efektivní nácvik komunikace se používá u jedinců, u kterých je řeč rozvinuta, například videonahrávek, které se společně s osobou s PAS či jeho rodiči analyzují. Své místo má také využití zrcadla, a to především pro nácvik neverbální komunikace (Attwood 2013).

Zvláště u dětí je vhodné nácvik komunikace, ale i nácvik sociálních dovedností provádět formou her, videoscénářů, pomocí speciálně upravených herních plánů a podobně. Součástí těchto nácviků je trénink různých komunikačních situací a konverzačních témat. Ta jsou zaměřena na běžné situace, jako je například cestování, nakupování, jídlo, hygiena. Mezi hlavní cíle nácviku patří zlepšení interakce mezi osobou s PAS a ostatními, především vrstevníky. K tomuto cíli vede učení rozpoznat, kdy a jak je vhodné navázat nebo ukončit konverzaci s druhou osobou, schopnosti co nejvíce porozumět a používat neverbální komunikaci (oční kontakt, gesta, mimiku, postoje těla a další.), umění sledovat komunikaci s druhou osobou, adekvátně reagovat na slyšenou informaci, klást vhodné otázky a střídat se v konverzaci (Attwood 2013).

1.2.6 Komunikace osob s kombinovaným postižením

Kombinované postižení znamená současný výskyt dvou či více jednotlivých typů vad. Může se jednat o kombinaci všech typů, přičemž nejčastěji se setkáváme se souběžným postižením tělesným, mentálním, smyslovým či s chronickým onemocněním. Častý je také výskyt kombinace mentálního postižení a PAS či smyslového postižení. Výjimkou není také duální postižení zraku a sluchu. Kombinované postižení znamená pro daného člověka omezení ve všech rovinách jeho osobnosti a života, v kognitivním, tělesném, smyslovém, sociálním či komunikačním vývoji. Jsou to lidé, kteří i přes svůj hendikep mají vlastní dynamiku rozvoje, potřebují podněty, interakci a mohou žít svůj vlastní autonomní život. I když je mnohdy velmi omezený, může být z jejich pohledu plnohodnotný, spokojený a naplněný. Příčiny vzniku postižení mohou spočívat v genetických, chromozomálních, neurologických či metabolických faktorech. Může vzniknout jako následek traumatu nebo

onemocnění v průběhu života. V mnoha případech je však příčina postižení nejasná (Housarová 2011, s. 64).

U mnohých osob s kombinovaným postižením dochází k narušení až znemožnění komunikačního procesu. Vhodnou podporu a stimulaci komunikačních dovedností je pak potřeba vybírat podle kognitivních schopností, úrovně sensorických a motorických funkcí a také s ohledem na prognózu celkového zdravotního stavu jedince (Housarová 2011, s. 66). Obecně se komunikační schopnosti a dovednosti osob s kombinovaným postižením odvíjejí od typu a hloubky jednotlivých vad, které se u dané osoby vyskytují, a které byly popsány v předchozích kapitolách. Vzhledem ke studovanému oboru, a také ke specifikům v komunikaci, se autorka rozhodla v této podkapitole blíže specifikovat problematiku jedné skupiny osob kombinovaně postižených, a sice osob s duálním smyslovým postižením.

Osoby s hluchoslepotou

Hluchoslepotu je postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu. Kombinace těchto dvou smyslových postižení způsobuje především potíže při komunikaci a přístupu k informacím, při prostorové orientaci i samostatném pohybu, při sebeobsluze. Je nutné si uvědomit, že hluchoslepotu nelze chápat jako prostý součet dvou postižení – zraku a sluchu, ani jako součet jejich důsledků. Míra postižení obou smyslů se násobí, neboť takto postižený člověk nemůže postižení jednoho smyslu kompenzovat smyslem druhým (LORM – společnost pro hluchoslepé 2015). Je to samostatná kategorie postižení, která se vyznačuje zvýšenou potřebou individuálního přístupu k takto postiženému v oblastech výchovy, vzdělávání a socializace (Hlaváčová 2003, s. 2). Zamezuje člověku se bez pomoci plnohodnotně zapojit do společnosti. Vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí, které závisí mimo jiné i na přítomnosti případného dalšího postižení (LORM – společnost pro hluchoslepé 2015).

Podle stupně duálního postižení rozlišujeme čtyři základní skupiny osob s hluchoslepotou (LORM – společnost pro hluchoslepé 2015):

- osoby se souběžným postižením zraku a sluchu od narození nebo raného dětství,
- osoby nevidomé od narození nebo raného dětství se získaným postižením sluchu,
- osoby neslyšící od narození nebo raného dětství se získaným postižením zraku,
- osoby se získaným postižením zraku a sluchu v průběhu života, které má významný funkční dopad (tato skupina je nejpočetnější).

Možnosti rozvoje komunikace u osob s kombinovaným postižením

Kombinované postižení vždy klade na řešení rozvoje komunikace velké nároky. Zásadní roli při volbě vhodného komunikačního systému sehrává dobrá znalost problematiky jednotlivých typů postižení a také zkušenosti při práci s těmito jedinci. Z různých komunikačních systémů a přístupů můžeme vybrat jakýkoliv, který bude pro danou osobu přínosný a bude v jejích silách si jej alespoň částečně osvojit. Může se jednat o předmětovou komunikaci, VOKS, znak do řeči, Makaton, Bliss a další (Housarová 2011, s. 66, 67). Počátečními způsoby komunikace jsou většinou přirozená gesta, mimika, tělesný kontakt, vibrace, doteky nebo světelné podněty. U těžce kombinovaně postižených jedinců může být formou komunikace například koncept Bazální stimulace, kdy jako dorozumívací prostředek fungují právě bazální stimuly, jako je dotek či oční kontakt.

Osoby s hluchoslepotou

Způsob komunikace s hluchoslepým člověkem a volba jeho komunikačního systému závisí, stejně jako je tomu i u jiných typů postižení, především na jeho rozsahu a na dosažených komunikačních dovednostech v okamžiku vzniku postižení. Schopnost vidět a slyšet je pro komunikaci zásadní. Omezení funkcí těchto dvou smyslů, které zprostředkovávají informace na dálku, zvyšuje potřebu využívání zbývajících smyslů na dosah (hmat, čich a chuť), a také paměti a dedukce. Hluchoslepé dítě se učí k poznávání okolí a ke komunikaci využívat vibrace. (například vibrace hrtanu mu umožňuje kontrolovat zvukovou řeč, prostřednictvím vibrace hudebního nástroje vnímá hudbu.). Hmat mu částečně nahrazuje možnost vytvářet si představy o předmětech, částech těla, o celém světě. K aktivnímu užívání hmatu musí být vedeno cílevědomě, aby se hmatem nejen orientovalo, ale i komunikovalo. Někteří lidé s hluchoslepotou využívají zbytky zraku a sluchu a mohou tak například číst s pomocí zvětšovacích pomůcek či slyšet pomocí sluchadla. Při úplné ztrátě jednoho ze smyslů je situace jiná. Hluchoslepi, úplně nevidomí lidé k psané komunikaci s okolím využívají Braillovo písmo, neslyšící zase znakový jazyk, prstovou abecedu nebo odezírání. Mezi další nejčastěji využívané komunikační techniky hluchoslepých osob patří daktylotika do dlaně, znakování ruku v ruce, daktilografika, Lormova abeceda. Výběr jednotlivých komunikačních systémů je individuální. Záleží nejen na typu a době vzniku postižení, ale také na věku a vývojové úrovni jedince a na jeho psychickém a fyzickém stavu (Hlaváčová a kol. 2003, s. 5, 6).

1.3 Komunikační systémy osob s postižením

1.3.1 Alternativní a augmentativní komunikace

Komunikace je, jak již bylo zmíněno, základní lidskou potřebou. Jejím nejdokonalejším prostředkem a zároveň výsadou lidí je dle Zezulkové (2011, s. 5) verbální způsob komunikace, tedy mluvená řeč. Při každé komunikaci jde ruku v ruce složka verbální se složkou neverbální. Mluvené slovo je doprovázeno množstvím mimoslovních prvků. Pokud se však člověk nemůže či nedokáže vyjadřovat pomocí mluvené řeči nebo je to pro něj velmi obtížné, tyto vedlejší způsoby komunikace nabývají na důležitosti (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 563). Pro potřeby nemluvivých slyšících osob byly tyto způsoby rozvinuty do umělých znakových či symbolických systémů. Společně s tím dochází v průběhu několika posledních desetiletí k vývoji pomůcek a technologií, které možnosti dorozumívání osob s těžkými poruchami komunikace dále rozšiřují (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 563). Tyto systémy bývají označovány jako AAK.

Termíny augmentativní a alternativní komunikace vymezuje například Klenková (2006, s. 206 – 208). Augmentativní komunikační systémy definuje jako takové systémy, které podporují již existující komunikační schopnosti a určité existující dovednosti, které však nejsou nedostatečné pro dorozumívání. Tyto systémy usnadňují porozumění řeči i vlastní dorozumívání. Alternativní komunikační systémy vymezuje jako systémy, které se užívají jako náhrada mluvené řeči, v případě osob se sluchovým postižením jako náhrada znakového jazyka. Rozlišuje přitom pojmy „AAK“ a „systémy AAK“, kdy „AAK“ definuje jako obecný výraz pro určitý přístup v komunikaci, který je možno uskutečnit mnoha různými způsoby, zatímco „systém AAK“ označuje souhrn všech postupů a prostředků, který se užívá pro rozvoj dorozumívání konkrétní osoby.

Dle Klenkové (2003, s. 206) umožňují systémy AAK dorozumívat se s okolím těm osobám, které nemohou komunikovat verbálně nebo je jejich verbální projev těžce omezený z důvodu určitého zdravotního postižení. *„Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci.“* AAK má za cíl umožnit osobám s těžkým narušením komunikační schopnosti aktivně se účastnit společenského života díky možnosti účinného dorozumívání za podpory či nahrazení mluvené řeči jinými komunikačními systémy. V dnešní době jsou systémy AAK využívány různými skupinami osob – osobami s vrozeným narušením komunikační schopnosti (při těžké

vývojové vadě řeči, v důsledku smyslového, mentálního, tělesného postižení, při PAS), dále osobami se získanými poruchami (po CMP, úrazech či nádorových onemocněních mozku, při získaných smyslových postiženích) a v neposlední řadě také osobami s degenerativním onemocněním (s Parkinsonovou chorobou, amyotrofickou laterální sklerózou a dalšími) (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 561, 562).

Laudová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 563) klade důraz na skutečnost, že u dětí s rizikovou diagnózou je potřeba začít s uplatňováním metod AAK co možná nejdříve, aby se u nich rozvíjel komunikační apetit a schopnost i potřeba exprese, a také proto, aby trvale nedocházelo k negativním zkušenostem neúspěchu a selhání v komunikaci. Využívání AAK v raném období umožňuje získávání dovedností, které vedou k podpoře dorozumívání, k učení se interakci, k překonávání rozporu mezi dobrým rozuměním a nemožností verbálně se vyjádřit a napomáhá procesu osvojování jazyka jako nástroje pro rozvoj myšlení. Tak jako intaktní dítě slyší řeč všude kolem, mělo by být i nemluvící dítě stejným způsobem stále v kontaktu se systémem AAK. Systém, navržený v počátcích rozvoje komunikace by se měl vyvíjet spolu s dítětem a jeho komunikačními schopnostmi a potřebami.

Klenková (2006, s. 207, 208) uvádí, že při výběru komunikačního systému či jejich kombinace je nutné zohlednit prostředí, ve kterém dítě či dospělá osoba s NKS žije a ochotu a schopnost jeho nejbližšího okolí naučit se s dotyčným pomocí tohoto systému komunikovat. Tento výběr je také přímo závislý na individuálních možnostech a schopnostech daného jedince, a také na jeho vývojové prognóze. Při zavádění komunikačního systému je důležité brát v úvahu tzv. pedocentrická a systémová hlediska. K pedocentrickým hlediskům patří věk, verbální dovednosti (například schopnost artikulace, byť i omezené či narušené, nebo aktivní a pasivní slovní zásoba), kognitivní schopnosti, fyzické dovednosti (například možnosti rozsahu a přesnosti pohybů), stav smyslových orgánů (zejména zraku a sluchu), schopnost interakce, potřeba a motivace ke komunikaci a také míra soustředění a unavitelnosti. V souvislosti s pedocentrickými hledisky je také potřeba zdůraznit hledisko míry podpory rodiny a ostatních zainteresovaných osob. K systémovým hlediskům se řadí rozsah slovní zásoby jedince a shoda s mluveným jazykem, ikonicitu neboli zřetelnost, průhlednost, míra abstrakce vybraného systému a také způsob přenosu informace v tomto systému. (Klenková 2006, s. 208).

Jednou z častých obav rodičů a pedagogů ohledně používání AAK u malých dětí je možnost negativního ovlivnění rozvoje mluvené řeči. Touto problematikou se ve svých

publikacích v současnosti zabývá řada autorů. Bondy, Frost (2007, s. 49) se při vyvracení těchto obav opírají o několik již proběhlých výzkumů, které dokazují, že techniky AAK nejsou na překážku vývoji řeči. Také Šarounová a kol. (2014, s. 10) zmiňuje obavy rodičů začít metody AAK používat. Mnohdy jsou k tomu navíc nabádáni mnohými odborníky, kteří se domnívají, že AAK jejich dětem ublíží a rozvoj verbální komunikace zbrzdí. Opak je však pravdou. Výsledky provedených výzkumů jednoznačně dokázaly, že využívání symbolů, gest a dalších pomocných komunikačních prostředků může řeč dokonce podpořit.

Systemy AAK bývají různě klasifikovány. Nejčastější klasifikací AAK dle Laudové (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 563) je rozdělení na systémy nevyužívající ke komunikaci pomůcky. Komunikuje se tedy za pomoci mimiky, gest, fyzických postojů, manuálních znaků či pohledů (například znakový jazyk, znakovaná čeština, prstová abeceda, Tadoma, Lormova abeceda) a na systémy, které při komunikaci pomůcky využívají. Ty se dále dělí na netechnické, využívající jednoduché pomůcky bez hlasového výstupu (například Makaton, Bliss, piktogramy, VOKS) a technické, které při komunikaci používají elektronické jednoúčelové pomůcky a počítače.

Jednotlivé komunikační systémy budou v následujících podkapitolách popsány. Některé jen stručně, jiným bude věnován větší prostor s ohledem na jejich využitelnost v rané péči, o které diplomová práce také pojednává. V závěru kapitoly budou nastíněny možnosti využití i jiných konceptů, které se v současné době při rané intervenci u dětí s postižením využívají a které mají na oblast komunikace dítěte i obecně celé rodiny pozitivní vliv.

1.3.1.1 Komunikační systémy nevyžadující pomůcky

Do této kategorie spadají především komunikační systémy vycházející z českého jazyka. Jedná se o komunikační systémy, které primárně slouží ke komunikaci osob se sluchovým postižením a osob hluchoslepých. Tyto systémy jsou uvedeny a stručně specifikovány v zákoně č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně některých dalších zákonů. Patří sem ale také například Braillovo písmo, využívané osobami nevidomými či silně slabozrakými.

Znakovaná čeština

Znakovaná čeština využívá gramatické prostředky češtiny. Při komunikaci je hlasitě nebo bezhlasně artikulována čeština, současně s artikulací jednotlivých slov jsou pohybem a postavením rukou ukazovány jednotlivé znaky, převzaté z českého znakového jazyka. Znakovaná čeština může mít také taktilní formu, může být využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob, které ovládají český jazyk (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 2).

Prstová abeceda (daktylotika)

Prstová abeceda je systém, který bývá využíván zejména k odhláskování cizích slov, odborných termínů, případně dalších pojmů. Využívá formalizovaných a ustálených postavení prstů a dlaně jedné ruky (tzv. jednoruční prstová abeceda) nebo prstů a dlaní obou rukou (tzv. obouruční prstová abeceda) k zobrazování jednotlivých písmen české abecedy. Prstová abeceda v taktilní formě může být, stejně jako znakovaná čeština, využívána jako komunikační systém hluchoslepých osob (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 3). V tomto případě hovoříme o tzv. daktylotice do dlaně, kdy se poloha a postavení prstů neznačí do prostoru, ale umísťují se do dlaně (Hlaváčová a kol. 2003, s. 5).

Vizualizace mluvené češtiny

Vizualizace mluvené češtiny je zřetelnou artikulací jednotlivých českých slov ústy tak, aby bylo umožněno anebo co možná nejvíce usnadněno odezírání mluveného projevu. Tento systém je využívám jedinci, kteří ovládají český jazyk a odezírání preferují jako prostředek své komunikace (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 4).

Písemný záznam mluvené řeči

Písemný záznam mluvené řeči je převod mluvené řeči do písemné podoby, a to v reálném čase. Pro potřeby hluchoslepých se tento písemný záznam provádí zvětšeným písmem nebo Braillovým písmem (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 5).

Lormova abeceda

Lormova abeceda je jedním ze základních komunikačních systémů osob s hluchoslepotou. Ke komunikaci se využívá dlaň nejlépe levé ruky, přičemž prsty této ruky jsou mírně napjaté a roztažené. Sdělující osoba vyznačuje jednotlivá písmena svým

ukazováčkem pomocí ustálených pohybů a dotyků prováděných na dlani a prstech ruky příjemce sdělení (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 6).

Daktylografika

Při daktylografice sdělující osoba wpisuje velká tiskací písmena zpravidla do dlaně ruky příjemce sdělení. Využívá se zejména u osob s hluchoslepotou (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 7).

Taktilní odezírání

Taktilní odezírání je komunikační systém, založený na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání vibrací hlasivek mluvčího (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 9).

Vibrační metoda Tadoma

Vibrační metoda Tadoma je podobně jako taktilní odezírání založena na vnímání mluvené řeči pomocí odhmatávání, kromě vibrací hlasivek však dochází také k odhmatávání pohybů dolní čelisti, rtů a tváří mluvčího (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 10).

Braillovo bodové písmo

Tento komunikační systém využívají osoby se zrakovým postižením v písemné komunikaci. Jedná se o speciální druh písma, který funguje na principu plastických bodů vyražených do papíru, nebo jiného vhodného materiálu, které čtenář vnímá hmatem. Tímto způsobem lze zapsat jakýkoli text včetně číslic nebo interpunkce (Pešatová 2005, s. 38).

Braillovo písmo s využitím taktilní formy

Podstatou Braillova písma s využitím taktilní formy je umožnění zobrazovat písmena abecedy ustálenými dotyky na dvou prstech jedné ruky nebo více prstech obou rukou příjemce sdělení s využitím kódového systému Braillova písma (Zákon č. 384/2008 Sb., § 6, odst. 8).

1.3.1.2 Komunikační systémy vyžadující netechnické pomůcky

Komunikace pomocí předmětů a fotografií

Předměty se v nácviku komunikace u dětí s postižením využívají jako jedna z prvních možností. Své velké opodstatnění mají u osob zrakově postižených, mentálně postižených či u osob s PAS. Užívají se ve formě reálných předmětů (například konkrétní hračka, láhev s pitím, jídlo), kde symbolizují sami sebe a jsou většinou nabízeny k výběru. Právě tento výběr je základním stavebním kamenem pozdější komunikace. Později jsou tyto předměty používány jako zástupné symboly pro určitou činnost (bota značí procházku, lžice jídlo a podobně) či jiný předmět (rulička od papíru pro WC, hrnek pro pití). Mohou se používat i jen části předmětů nebo zmenšeniny. Dalším krokem, pokud toto jedinec zvládá, jsou fotografie těchto předmětů. Zde se již přidávají i fotografie osob či různých míst (mateřská škola – dále MŠ, obchod, autobusová zastávka a další). S těmito fotografiemi můžeme pracovat jako s komunikačními kartičkami, můžeme z nich vytvářet tematické komunikační tabulky (Šarounová a kol. 2014, s. 17). V tu chvíli se již jedná o výměnný princip komunikace, který je podstatou výměnného komunikačního systému, popsaného dále.

Výměnný obrázkový komunikační systém

Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS) je relativně nová alternativní komunikační metoda, vzniklá v České republice. Vychází z principů systému PCS (The Picture Communication System), který byl speciálně vytvořen pro děti s PAS. Oba tyto komunikační systémy jsou postaveny na stejných principech, i když nejsou totožné. Jejich podstatou je smysluplná, účelná a vysoce motivační výměna obrázku za věc, která je na něm vyobrazena. Tento komunikační systém je určen zejména pro jedince s PAS, ale úspěšně se využívá i u osob s mentálním postižením či DMO, pokud jim to jejich postižení dovolí. Vhodný je zejména pro děti v raném věku. Cílem systému VOKS je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností a jasné osvětlení významu a síly komunikace. Celý systém výuky je postaven tak, aby vedl člověka k samostatnému používání svého komunikačního systému. Již od začátku nácviku komunikace vede k iniciativnímu přístupu ke komunikaci. Na výrobu komunikačních karet se mohou využít obrázky, které jsou součástí metodiky VOKS (černé obrysy na bílém podkladě), nebo také piktoqramy, fotografie, konkrétní předměty. Záleží na poznávací úrovni daného dítěte (Knapcová 2006, s. 8). Knapcová rozpracovala podrobnou metodiku nácviku komunikace pomocí VOKSu, která se skládá z několika lekcí. Po zvládnutí

tohoto nácviku je dítě schopno například skládat větu na větný proužek a využívat komunikační tabulky.

Piktogramy

Piktogramy jsou další možností vizuálního zjednodušeného zobrazení skutečnosti – předmětů, činností, vlastností, které jsou snadno srozumitelné. Jejich řazením za sebe lze skládat věty, denní režim, rozvrh hodin a tak podobně (Klenková 2006, s. 208). „*Neverbální komunikace pomocí piktogramů je obvyklá forma předávání instrukcí, příkazů, varování, usnadnění orientace v nejrůznějších prostředích bez vazby na řeč (jazyk). Mezinárodní normy charakterizují piktogramy jako vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy*“ (Janovcová, 2003, str. 18). Lze je využít v systému VOKS.

Makaton

Kelnarová, Matějková (2014, s. 52) obecně popisují Makaton jako jazykový systém, který osobám s poruchami komunikace poskytuje základní komunikační prostředky, podněcuje rozvoj mluvené řeči a porozumění pojmům. Makaton je jedním z nejčastěji používaných systémů AAK (častěji v zahraničí, v anglosaských zemích). Je to neverbální jazykový program, založený na využití gest a znaků z národního znakového jazyka neslyšících dané země. Je přizpůsoben zejména osobám se sluchovým a mentálním postižením a také s PAS. Pomocí znaků dochází k vyjadřování klíčových pojmů za doprovodu mluvenou řečí. Pro větší srozumitelnost se obsah sdělení dotváří pomocí mimických prvků, modulací řeči a kontextem celé situace. Tato metoda se také kombinuje, zejména u malých dětí, s využitím fotografií, obrázků nebo piktogramů. Vždy dochází i ke stimulaci předpokládaného verbálního projevu dítěte. Makaton by měl být využíván při každodenní komunikaci, v běžných situacích v rodině, při vyučování i při terapiích (Krahulcová 2002, s. 263, 264). Janovcová (2003, s. 28) uvádí, že v současnosti obsahuje slovník Makatonu 350 výrazů a je mezinárodní.

Bliss

Také tento komunikační systém využívá místo slov jednoduché obrázky. Jeho tvůrce, Charles Bliss se inspiroval čínským obrázkovým písmem a jeho systém měl sloužit k lepšímu vzájemnému porozumění mezi národy. Tento systém však nenalezl své uplatnění a až později byl upraven a rozvinut pro potřeby komunikace dětí s postižením, například s pohybovými

hendikepy, pro osoby s centrálními poruchami motoriky, u kterých se objevují současně poruchy komunikačních schopností v expresivní složce řeči, pro jedince s mentálním postižením či po CMP. Skládá se z 26 grafických prvků, z nichž bylo vytvořeno 2 300 symbolů, které jsou většinou zpracovávány do komunikačních tabulek. Janovcová také upozorňuje, že „systém Bliss je jediný ze systémů AAK, který umožňuje plně zachovat gramatická pravidla“ (Janovcová 2003, s. 31).

Laudová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 568) ve své knize uvádí srovnání symbolů jednotlivých výše uvedených komunikačních systémů s výjimkou systému VOKS, kdy místo něj jsou zobrazeny symboly systému PCS, ze kterého VOKS vychází (viz obrázek č. 2).

	Symbole BLISS	Symbole PCS	Symbole Makaton	Piktogramy
noha			X	
jít				
chodidla			X	
šplhat				
máma				
já	X	X		
kamarád				

Obrázek č. 2: Srovnání symbolů Bliss, PECS, Makaton a piktogramů (Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 568)

1.3.2 Český znakový jazyk

Jak je výše uvedeno, Laudová (in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 564) řadí znakový jazyk mezi systémy AAK. Klenková (2006, s. 206) jako jedna z mála autorů ve své publikaci uvádí, že v případě osob se sluchovým postižením jsou alternativními způsoby komunikace ty metody, které se používají jako náhrada znakového jazyka. Oba přístupy mají svá opodstatnění. Znakové jazyky jsou jazyky přirozenými, strukturně i funkčně srovnatelnými s jazyky mluvenými, čímž se běžným systémům AAK značně vymykají, a jako takové jsou i (převážně Neslyšícími) používány. Existují však i situace, kdy mohou být využity jako prostředek AAK například u handicapovaných slyšících jedinců, kterým činí dorozumívání v jejich mateřském, běžně mluveném jazyce potíže. V souladu s názorem Klenkové autorka pojímá znakový jazyk jako samostatný komunikační systém a nezařazuje jej v rámci této diplomové práce mezi systémy AAK.

Český znakový jazyk je základní komunikační systém pro ty neslyšící osoby v České republice, které jej samy považují za hlavní formu své komunikace. Je to přirozený a plnohodnotný komunikační systém, který je tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky. Těmi jsou tvary rukou, postavení a pohyby rukou, mimika, pozice hlavy a pozice horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr. Je ustálen po stránce lexikální i gramatické. Český znakový jazyk bývá využíván jako komunikační systém hluchoslepých osob v taktilní formě, která spočívá ve vnímání jeho výrazových prostředků prostřednictvím hmatu (Zákon č. 384/2008 Sb., § 4).

Znalost znakového jazyka mohou využívat i osoby hluchoslepé, které jej využívaly jako komunikační systém z důvodu sluchového postižení a v průběhu života u nich došlo ke ztrátě zraku. Tito lidé mohou využívat znakování ruku v ruce. Základem této metody je propojení rukou hluchoslepé osoby s komunikačním partnerem. Znaky jsou pro tento způsob upraveny podle individuálních potřeb (Hlaváčová 2003, s. 5).

1.4 Další možnosti rozvoje komunikace

V současné době se v problematice rozvoje komunikace u osob s různými typy postižení využívá mnoho různých modelů a metod péče. Autorka se v této práci rozhodla zmínit dvě metody, které se úspěšně využívají při intervencích v rodinách s dětmi postižením,

kteře jsou v péči Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. První z nich je koncept bazální stimulace, který je také pojmán jako způsob komunikace rodiny s dítětem s těžkým kombinovaným postižením. Druhou zmíněnou metodou je Videotrénink interakcí (dále VTI). Jedná se o poměrně novou metodu, která je při intervenci v oblasti komunikace v rodinách s úspěchem využívána.

1.4.1 Bazální stimulace

„Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka“. Orientuje se na všechny oblasti lidských potřeb, přizpůsobuje se věku a stavu daného jedince. Jednotlivé prvky konceptu mají význam například v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, v péči o děti i dospělé s vrozeným mentálním a tělesným postižením, u osob s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také osob s demencí. Autorem konceptu je speciální pedagog, profesor Dr. Andreas Fröhlich, který pracoval s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným tělesným a mentálním postižením. Dr. Fröhlich prokázal, že bazální (základní) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek prostoru pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Hlavní myšlenkou konceptu Bazální stimulace je potřeba holisticky vnímat jedince. Bazálně stimulující péče podporuje vývoj u osob, které jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeny v komunikaci, vnímání či v pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa totiž vždy vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Koncept Bazální stimulace respektuje různé vývojové stupně člověka a jeho základem jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity jedince a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů. Je na něj pohlíženo jako na partnera a jsou respektovány jeho zachovalé schopnosti v oblasti vnímání, lokomoce a komunikace (Friedlová 2015).

Nejranější formy komunikace ještě v období prenatálním mezi matkou a nenarozeným dítětem jsou komunikace somatická, vestibulární a vibrační. Tyto tři druhy vnímání utvářejí primárně u člověka pocit jistoty a pomáhají mu v jeho rozvoji. Na těchto třech typech vnímání staví koncept své techniky – somatickou, vestibulární, vibrační, optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální stimulaci. Somatická stimulace zahrnuje poznání a využití

povrchu těla jako orgánu vnímání, umění reagovat motoricky na podněty, lokalizovat tyto podněty na vlastním těle. Tím vším dochází k vytváření poznatků o svém těle. Při vibrační stimulaci se člověk učí cítit vibraci na svém těle. Vestibulární stimulace učí vnímat různé směry pohybu hlavy. Orální a olfaktorické podněty aktivují oblasti úst a čichové a chuťové podněty, které se osoba s postižením učí rozlišovat a poznávat, že tyto smyslové orgány mohou zprostředkovat vjemy. Při akustické stimulaci se učí vnímat tóny, šумы a zvuky různé kvality, přicházející z různých směrů, zdrojů. Zjišťuje, že mohou mít informační charakter, že je může sama produkovat. Taktilně-haptické podněty umožňují rukama něco cítit, uchopit, pevně držet i vědomě pustit. Daná osoba poznává, že věci jsou různé na omak a svým povrchem jsou charakteristické. V neposlední řadě mají svůj přínos vizuální podněty, kdy se za pomoci procvičování pohybů očí a hlavy podporuje schopnost fixovat pohledem různé podněty a také pochopení důležitosti zrakového vnímání osob a předmětů kolem sebe (Friedlová 2013, s. 2 – 9).

Díky této stimulaci všech smyslových orgánů i celého těla jedince mu umožňujeme vnímat sebe sama a okolní svět. Podporujeme jeho kognitivní vývoj, který si nelze představit bez prodělané zkušenosti s podněty. Kognitivní vývoj zahrnuje vnímání, myšlení, pozornost, rozvoj řeči a také vnímání prožívání doprovodných emocionálních a sociálních procesů. Je tedy potřeba poskytnout a umožnit i dítěti s vrozeným postižením dostatek takových zkušeností (Friedlová 2015).

1.4.2 Videotrénink interakcí

VTI je intervenční terapeutická metoda, jejímž cílem je zlepšení komunikace v rámci interpersonálních vztahů. Jejím principem je aktivní zapojení všech zúčastněných do procesu změn. Nejčastěji je využívána při komunikaci a interakci mezi dětmi jakéhokoliv věku a dospělými, převážně rodiči. Může se ale také využívat například ve vzdělávacích zařízeních a všude tam, kde se ve vzájemné komunikaci vyskytuje nějaký problém. Cílem VTI je poskytnout jednotlivcům (v našem případě rodičům, které se snaží o rozvoj funkční komunikace svého dítěte) příležitost k zamyšlení nad vlastní interakcí, upozorňuje rodiče na prvky, které jsou úspěšné, a podporuje je k provedení potřebných změn. Tato metoda je v současné době používána ve více než 15 zemích a poskytuje ji nejméně 4000 odborníků,

VTI trenérů/terapeutů, zejména v pomáhajících profesích (sociální práce, vzdělání, zdravotnictví) (AVIGuk 2015).

Své využití nachází také v rodinách s dětmi s postižením, kde se rozvoj komunikace dítěte nedaří, nebo kde nejsou jeho komunikační techniky funkční. Velmi často se využívá při nápravě problémového chování dětí s různými typy postižení (PAS, mentální postižení, poruchy chování), kde dítě toto chování používá jako způsob komunikace, protože jiný funkční způsob neumí. VTI využívá vyhledávání a následného posilování pozitivních interakcí a vzorců chování, které fungují. Je založen na pozitivní zpětné vazbě pomocí videonahrávky. Metoda se skládá z několika dílčích kroků. Nejprve probíhá natáčení v rodině, kdy VTI trenér/terapeut natáčí pomocí videokamery běžnou komunikační situaci. Poté provede rozbor nahrávky (neboli interakční analýzu) a vybírá takové momenty nebo sekvence, kdy se komunikace daří. Přínosné jsou také takové momenty, které vytvářejí významný rozdíl oproti původnímu pohledu na komunikaci nebo na problém. Tyto vybrané části záznamu poté při další návštěvě v rodině ukazuje a společně s rodiči rozebírá. Metoda je založena na zpevnování pozitivních vzorců chování, tedy dovedností, které každý z nás má, ale neuvědomuje si, že je používá. Rodič si sám nachází své dovednosti, uvědomuje si je a prostřednictvím vizuální zpětné vazby (videoukázek) zpevňuje (Centrum Terapie Autismu 2015).

Tento přístup vychází z poznatku, že změny může být lépe dosaženo v rámci doprovázení než v rámci sdělování rad a návodů. VTI trenér/terapeut respektuje potenciál dítěte, rodiče a celé jeho rodiny, posiluje pozitivní vzorce v komunikaci spíše, než by upozorňoval na problémy a nedostatky. V procesu rozhovoru nad nahrávkou jsou rodiče obvykle schopni analyzovat to, co dělají, když to sami vidí. Potom jsou také více kompetentní učinit rozhodnutí o tom, jak by mohli zlepšit situace, které jsou problémové. Během následujícího natáčení jsou potom rodiče podporovány v tom, aby citlivým způsobem vnímali a reagovali na vysílané signály dítěte a jeho pokusy o komunikaci (AVIGuk 2015).

2 Raná péče

Slovní spojení „raná péče“ je možné chápat v několika významech. V nejširším slova smyslu jej lze charakterizovat jako prvopočáteční „starání se“ o narozené dítě. Láskyplnou péči mu v raných obdobích jeho života věnují jeho rodiče a celá blízká i širší rodina. Zapojuje se také pediatr či další odborníci a lidé, které zpravidla rodiče sami k péči přizvou. V dnešní době se rodičům nabízí široká škála možností, jak podporovat své dítě ve správném a zdravém vývoji, jak s ním smysluplně trávit společný čas a tím prohlubovat vzájemné vazby i vztah s okolím. Rodiče se svými dětmi navštěvují mateřská centra, kojenecké masáže, kurzy cvičení či plavání kojenců a batolat a další aktivity, učí se co nejlépe poznávat své dítě a je učí poznávat svět. Postupem času se na péči o dítě, která zahrnuje nejen podporu jeho psychomotorického vývoje, ale též podporu emočního vývoje, výchovu, vzdělávání a socializaci, začínají podílet pedagogové v předškolních a školních zařízeních, instruktoři, trenéři či lektoři různých kroužků a zájmových činností (Čavojská 2013).

Řada dětí však při svém příchodu na svět musí překonávat překážky v podobě zdravotního postižení, odchylky v psychomotorickém vývoji či „jen“ v podobě rizika vzniku postižení. Tyto děti potřebují ranou péči v jejím užším slova smyslu, a to pokud možno co nejdříve po narození. V tomto případě raná péče zahrnuje komplexní intervenci a podporu vývoje dítěte ve všech oblastech jeho života. Podporu však potřebuje také jeho rodina, která je v péči o ně nezastupitelná, a jejíž přístup hraje v životě takového dítěte stěžejní roli (Čavojská 2013).

Květoňová-Švecová (2004, s. 36) ve své publikaci o této včasné intervenci hovoří ve spojení se systémem služeb a programů, které jsou poskytovány dětem ohroženým v biologickém, psychickém a sociálním vývoji, dětem se zdravotním postižením a také jejich rodinám. Cílem je předcházet postižení, zmírnit či eliminovat jeho následky a poskytnout dítěti a jeho rodině možnost sociální integrace. Tyto služby a programy vycházejí z poznatku, že dětský mozek je ve značné míře schopen regenerace a kompenzace vzniklých poškození, a že je tato schopnost podstatně závislá na edukačních procesech, tedy na včasných sociálních interakcích v době, kdy je mozek dítěte plastický. V tu dobu (nejlépe od narození či od zjištění rizika vzniku postižení) speciálně edukační aktivity podpoří vlastní vývoj mozku a tím zvýší mimo jiné socioemocionální jistoty dítěte. Také Opatřilová (2006, s. 119, 120) ve shodě s Květoňovou-Švecovou uvádí, že nebudou-li například u dítěte s postižením sluchu či zraku včas podchyceny a cvičeny zachovalé funkce, dojde k jejich ztrátě. Stejně tak je tomu u dětí

s DMO a u řady dalších postižení či ohrožení správného vývoje jedince. Jestliže v prvních letech života dítěte s hendikepem nedojde k poskytnutí potřebné a přiměřené podpory, tolik důležité pro jeho celkový tělesný, duševní a sociální vývoj, pokud dojde k promeškání možností a šancí, je obtížné a často nemožné později situaci napravit. Tyto zvláštní šance a možnosti spočívají ve zmírnění či eliminaci projevujícího se postižení a jsou předurčovány významnou účinností rané stimulace a včasných zkušeností, získaných v co nejranějších edukativních procesech, působících na vyvíjející se dětský mozek. S včasným započítáním speciálně pedagogických aktivit, podporujících vlastní vývoj mozku, a s brzkou realizací ovlivňování ohroženého vývoje či počínajících projevů postižení se významně zvyšují šance dítěte na dosažení co nejlepší úrovně v těchto ohrožených oblastech jeho vývoje a následně celého jeho života.

Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky jeho života. Právě v tomto období jsou kompenzační možnosti mozku tak velké, že umožňují rozvoj náhradních mechanismů i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. V tomto období je zapotřebí maximálně využít možností vývoje dítěte v určitých oblastech. Tyto možnosti se mohou později zcela uzavřít nebo extrémně snížit i přesto, že je mozek schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život. Člověk se nejrychleji rozvíjí v raném dětství, a také se v tuto dobu nejlépe přizpůsobuje jakýmkoli změnám (Raná péče 2015).

Ve všech státech světa se za tímto účelem buduje síť organizací, které zajišťují včasnou diagnostiku i následnou komplexní péči, ať už medicínsko-terapeutickou, pedagogicko-psychologickou či poradenskou. Těžiště této komplexní intervence spočívá jednak v podpoře dítěte, jednak v poradenství rodičům, kdy tyto dvě roviny jsou vzájemně úzce propojeny. Aby byla raná intervence funkční, musí být především splněna podmínka spolupráce všech zainteresovaných odborníků z řad lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů a dalších s rodiči postiženého dítěte (Květoňová-Švecová 2004, s. 37).

2.1 Sociální služba raná péče

V nejužším slova smyslu je „raná péče“ název pro sociální službu, která je různými organizacemi poskytována a státem hrazena rodinám s dítětem do sedmi let věku, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Pod pojmem „sociální služba“ se dle zákona č. 108/2006 o sociálních službách, § 3, odst. 1

ve znění pozdějších předpisů rozumí takové činnosti, kterými má být zajištěna pomoc a podpora osobám za účelem jejich sociálního začlenění a dále činnosti, zajišťující prevenci sociálního vyloučení. Sociální služba raná péče je potom v § 54 odst. 1 definována jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba 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*“. Výše uvedený zákon v § 54, odst. 2 vymezuje základní činnosti rané péče, které jsou dále vyspecifikovány z hlediska prováděcích úkonů ve vyhlášce č. 505/2006 v § 19. Jedná se o tyto činnosti a úkony:

a) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*

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

b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*

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

c) *sociálně terapeutické činnosti:*

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

- d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
- *pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů,*
 - *doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.*

2.1.1 Poslání a cíle služby rané péče

Raná péče staví na vlastních silách a schopnostech každého člena rodiny, ve které vyrůstá dítě s postižením či ohrožením vývoje. Snaží se umožnit rodičům či zákonným zástupcům vychovávat dítě v rodině, v jeho přirozeném prostředí a podpořit vývoj dítěte tak, aby dokázalo plně využít všechny své možnosti, schopnosti a nadání. Tato sociální služba se ve svých cílech orientuje jak na samotné klientské rodiny, tak také na širokou laickou i odbornou veřejnost. Cíle služby je možno formulovat takto (Střediska pro ranou péči 2015):

- *Veřejnost i odborníci vědí o službách rané péče.*
- *Rodina je o službách včas informována.*
- *Rodina získá veškeré dostupné informace o metodách, pomůckách a postupech práce s dítětem, které má postižení nebo jehož vývoj je ohrožen; o svých právech a nárocích (dávky a výhody sociálního zabezpečení, získávání rehabilitačních a zdravotních pomůcek); o dalších službách a zařízeních (respitní péče, předškolní zařízení, speciálně pedagogická centra atd.); o kontaktech na odborníky.*
- *Rodiče umí používat vhodné metody podpory svého dítěte.*
- *Dítě dosáhne maximálního možného rozvoje svých schopností a dovedností.*
- *Rodina se cítí jistá v samostatném rozhodování o možnostech a budoucnosti své a svého dítěte a způsobech péče o ně.*

Raná péče má, jak již bylo výše uvedeno, preventivní charakter a pomáhá svým klientům ve všech rovinách jejich života. Usiluje o snížení vlivu prvotního postižení. Společně s tím se také snaží zabránit možnému vzniku postižení druhotného, kterým může být jednak následné nedostatečné rozvinutí funkcí postižené oblasti vývoje, a často také narušení vazeb dítěte s jeho okolím. Svou intervencí se pracovníci v rané péči snaží posílit rodinu a využívat jejich přirozených zdrojů k tomu, aby dítě s postižením mohlo vyrůstat a prospívat

v tomto prostředí. S tím úzce souvisí skutečnost, že je služba poskytována převážně v přirozeném prostředí dítěte, kterým je jeho rodina. V raném věku dítěte je právě láskyplná a stimulující interakce mezi dítětem, rodičem a případně dalšími členy blízké rodiny podstatným faktorem jeho celkového rozvoje. Velmi důležitý je také ekonomický přínos využívání služeb rané péče, kdy dochází k posilování nezávislosti rodiny na institucích a také ke snižování nutnosti ústavního pobytu dítěte (Raná péče 2015).

2.1.2 Klientela služby rané péče

V obecné rovině popisuje klientelu sociální služby rané péče Opatřilová (2006, s. 120). Tuto službu mohou oslovit rodiče dítěte s nepříznivým vývojem, kteří v souvislosti s tím hledají pomoc, podporu a informace, které by jim pomohly v jejich aktuální životní situaci. Mohou to být rodiče dítěte s již diagnostikovaným postižením, dítěte s podezřením na konkrétní postižení, ale i ti rodiče, kteří mají ohledně vývoje svého dítěte pochybnosti například z důvodu jeho nestandardních projevů v různých oblastech psychomotorického vývoje. Opatřilová uvádí také rodiny dětí, u kterých se v důsledku komplikovaného těhotenství nebo porodu vyskytlo reálné nebezpečí vzniku postižení (například velmi nízká porodní hmotnost, nedonošenost, komplikované porody), dětí s psychickými problémy, poruchami chování, s nerovnoměrným vývojem, dále dětí, jejichž vývoj je vážně ovlivněn postižením rodičů (dětí neslyšících rodičů), slabou sociokulturní úroveň rodiny či rodiny s mnoha dětmi a další.

Jak již bylo zmíněno, sociální služba raná péče je poskytována klientům od narození dítěte nejvýše do sedmi let věku. Každá organizace, která tuto službu poskytuje, má navíc stanovenou svoji cílovou skupinu podle typu postižení či důvodu ohrožení vývoje dítěte a podle místa bydliště. Jako příklad můžeme uvést Ranou péči EDA, která poskytuje své služby rodinám dětí se zrakovým nebo zrakovým a kombinovaným postižením, s bydlištěm na území Hlavního města Prahy, Středočeského kraje, Ústeckého kraje (okresy Chomutov, Litoměřice, Louny, Most, Teplice, Ústí nad Labem) a Pardubického kraje (okresy Chrudim, Pardubice, Svitavy); Ranou péči Čechy (dříve Středisko rané péče TAMTAM Praha), poskytující služby na území Čech rodinám s dětmi se sluchovým nebo kombinovaným postižením, rodinám s dětmi se závažným postižením vývoje řeči a také rodičům, kteří sami mají sluchové postižení; Středisko pro ranou péči Liberec, jehož cílovou skupinu tvoří rodiny s dětmi se zrakovým, pohybovým či mentálním postižením, rodiny s dětmi s PAS a rodiny

s dětmi s kombinovaným postižením v Libereckém kraji a dále poskytuje službu rodinám dětí se zrakovým a kombinovaným postižením z Královehradeckého a části Ústeckého kraje (okresy Rumburk, Varnsdorf, Děčín) (Střediska pro ranou péči 2015).

2.1.3 Poskytovatelé služby rané péče

Poskytovatelé sociálních služeb, k nimž raná péče patří, jsou různé subjekty, které sociální služby poskytují či provozují. Jedná se o příspěvkové organizace zřízené státem, krajem, městem či obcí, mohou to být také nestátní neziskové organizace nebo také církevní organizace. Poskytovatelem může být i fyzická osoba, pokud splňuje podmínky určené zákonem (standards kvality a registrace sociálních služeb). Každá právnická či fyzická osoba, která chce být poskytovatelem sociální služby, musí mít k této činnosti oprávnění podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. Poskytovatelem sociální služby nejsou rodinní příslušníci ani asistenti sociální péče, pečující o své blízké či jiné osoby v domácím prostředí. (MPSV 2015).

Na základě výše uvedeného zákona je zřízen registr poskytovatelů sociálních služeb v České republice. V tomto registru je k 1. dubnu 2015 vedeno 48 poskytovatelů služby rané péče. Někteří z nich jsou členy Asociace pracovníků v rané péči.

Asociace pracovníků v rané péči

Asociace pracovníků v rané péči, z. s. (dále APRP) je celostátní profesní organizace, která sdružuje poskytovatele rané péče. Členy APRP jsou organizace, které se hlásí k dohodnuté kvalitě poskytované služby a poskytují ranou péči v souladu s popsanou dobrou praxí. Východiskem pro formulování atributů dobré praxe a kvality poskytované služby byla četná pracovní setkání poskytovatelů služby z České republiky, ze kterých vzešel pracovní materiál Optimální model rané péče a Druhé standardy kvality služby (viz přílohy číslo 1. a č. 2) (Asociace pracovníků v rané péči 2015).

Posláním APRP je sdružování a podpora pracovníků v rané péči a prosazování a kultivování oboru raná péče. K činnostem APRP patří sledování, podpora a zvyšování kvality sociální služby raná péče, prezentace oboru i služby raná péče, prosazování oboru raná péče, hájení zájmů jednotlivých pracovišť rané péče i jejich pracovníků, zajišťování vzdělávání pracovníků v rané péči, zajištění platformy pro efektivní a dobrou spolupráci jednotlivých pracovišť, poskytování vzájemné odborné podpory, udělování garance kvality

služby na základě provedeného šetření, odborná a publikační činnost a další. Členem APRP je pracoviště rané péče, které je držitelem Garance kvality služby ze strany APRP. Tato garance, která se uděluje na dobu dvou let, potvrzuje, že organizace respektuje všechna pravidla, která jsou formulována v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a Druhové standardy služby. K 1. říjnu 2014 sdružovala APRP celkem 20 členských pracovišť s platnou garancí kvality služby (Asociace pracovníků v rané péči 2015).

EMPIRICKÁ ČÁST

Tématem diplomové práce jsou komunikační systémy, využívané u klientů rané péče. V předcházející teoretické části byla tato problematika rozdělena do několika kapitol a podkapitol a popsána s pomocí odborných publikací, internetových zdrojů a dalších pramenů. V následující empirické části si autorka klade za cíl nalézt odpovědi na výzkumné otázky, týkající se názoru rodičů, klientů Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. na problematiku komunikačních dovedností a jejich rozvoje u dětí, v jejichž rodinách je služba poskytována. Další výzkumnou otázkou, kterou si autorka pokládá, je otázka na zkušenosti pracovníků rané péče s využíváním jednotlivých komunikačních systémů u dětí s různým typem postižení a jejich názor na problematiku rozvoje komunikace dítěte s postižením v klientských rodinách.

3 Cíl empirické části a formulace hypotéz

Hlavním cílem empirické části diplomové práce je prostřednictvím realizovaného kvantitativního výzkumu nalézt odpovědi na výzkumné otázky, týkající se rozvoje komunikace dětí, které jsou klienty Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. v závislosti na přístupu rodin k dané problematice, na způsobu komunikace a také v závislosti na nalezení a nastavení vhodného komunikačního systému. Součástí empirické části je také výzkum kvalitativní, realizovaný formou rozhovoru s poradkyněmi rané péče. Účelem této části výzkumu je zejména dokreslení celkové situace v problematice rozvoje komunikačních dovedností dětí s postižením, které jsou klienty rané péče. Snahou je zmapování přístupu rodin k intervenci v této oblasti z pohledu jejich poradkyně, a zjištění názoru poradkyň na využívání a přínosy komunikačních systémů v klientských rodinách.

Pro dosažení stanoveného cíle si autorka na podkladě studia odborných pramenů a také na základě vlastních názorů a zkušeností stanovila tyto hypotézy:

H1: Rodiče využívají pro nácvik efektivní komunikace s dítětem častěji kombinaci více komunikačních systémů, než pouze jeden vybraný systém.

H2: Komunikační schopnosti dítěte, které je klientem rané péče, jsou z pohledu rodičů lepší po určité době využívání služeb rané péče, než byly před jejím započatím.

H3: Rodiče dětí, které jsou klienty rané péče, upřednostňují u svých dětí verbální komunikaci před ostatními způsoby komunikace bez ohledu na typ postižení dítěte.

4 Použitá metoda výzkumu a technika sběru dat

K získání dat za účelem ověření stanovených hypotéz byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Při vlastním výzkumném šetření byl nástrojem sběru dat dotazník vlastní konstrukce, který obsahoval 14 otázek (viz příloha č. 3). Jednalo se ve většině případů o otázky polouzavřené či o otázky uzavřené. Poslední otázka byla otevřená, kdy měli respondenti možnost napsat cokoli, co by chtěli v souvislosti s danou tématikou sdělit. Dotazník byl strukturován do tří pomyslných částí. První část zjišťovala převážně tvrdá data o konkrétním případě jednotlivých respondentů. Zaměřovala se tedy věk dítěte, délku spolupráce s ranou péčí či typ postižení dítěte. Další část otázek směřovala ke zjištění různých schopností a dovedností z oblasti komunikace mezi dítětem a ostatními členy rodiny a okolí. Poslední pomyslnou část tvořily otázky, zjišťující využívání jednotlivých složek komunikace a jednotlivých komunikačních systémů v rodinách, jak na straně dítěte, tak na straně rodiny. Rodiče v odpovědích zaznamenávali stav zjišťovaných údajů na počátku spolupráce s ranou péčí a v současné době.

K provedení kvalitativní části výzkumu zvolila autorka formu polostrukturovaného rozhovoru. V rámci přípravy na rozhovor si autorka orientačně vypracovala otázky (viz příloha č. 4), které v průběhu uskutečňování rozhovoru dle potřeby doplňovala a upřesňovala. Otázky se týkaly poskytované intervence v oblasti rozvoje komunikace dítěte, názorů na roli rodičů v této oblasti, jejich postoje a spolupráce s poradkyní a dále otázky mapovaly využívání jednotlivých komunikačních systémů při komunikaci dítěte v rodině i mimo rodinu. Odpovědi byly nahrávány na diktafon a následně převedeny a zaznamenány v písemné podobě.

5 Popis výzkumného vzorku

Ve výzkumném šetření, prováděném pro účel zpracování diplomové práce, byly osloveny dvě skupiny respondentů. První z nich byli rodiče dítěte s postižením, s podezřením na určité postižení či s ohroženým vývojem v důsledku nepříznivého zdravotního stavu, kteří využívají služby Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s. Rodiče se účastnili kvantitativní části výzkumu. Kritériem výběru respondentů byl věk dítěte (minimálně jeden rok) a délka trvání spolupráce s ranou péčí (minimálně půl roku). Celkem se výzkumu zúčastnilo 57 respondentů, přičemž všechny dotazníky byly relevantně vyplněny a splňovaly stanovená kritéria. Proto mohlo být všech 57 dotazníků pomocí počítačového programu zpracováno a tříděno podle odpovědí na jednotlivé otázky, které byly následně vyhodnocovány.

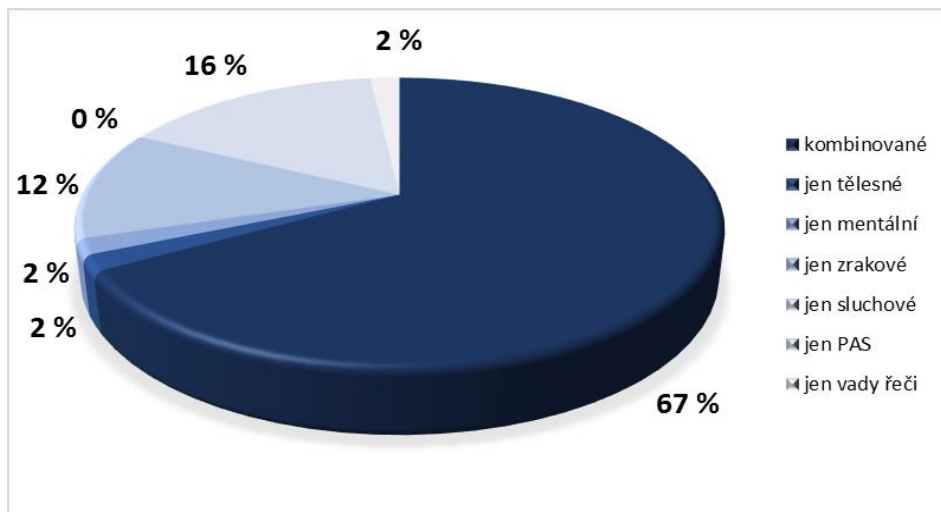
Věkové rozmezí dětí respondentů se pohybovalo od jednoho roku a dvou měsíců do sedmi let (podrobněji viz tabulka č. 1). Průměrný věk dětí potom činil čtyři roky a tři měsíce.

Tabulka č. 1: Věk dětí

Rozložení dětí podle věku	Počet respondentů	Počet respondentů v %
1 - 2 roky	6	11
2 - 3 roky	8	14
3 - 4 roky	10	18
4 - 5 let	15	26
5 - 6 let	11	19
6 - 7 let	7	12
celkem	57	100

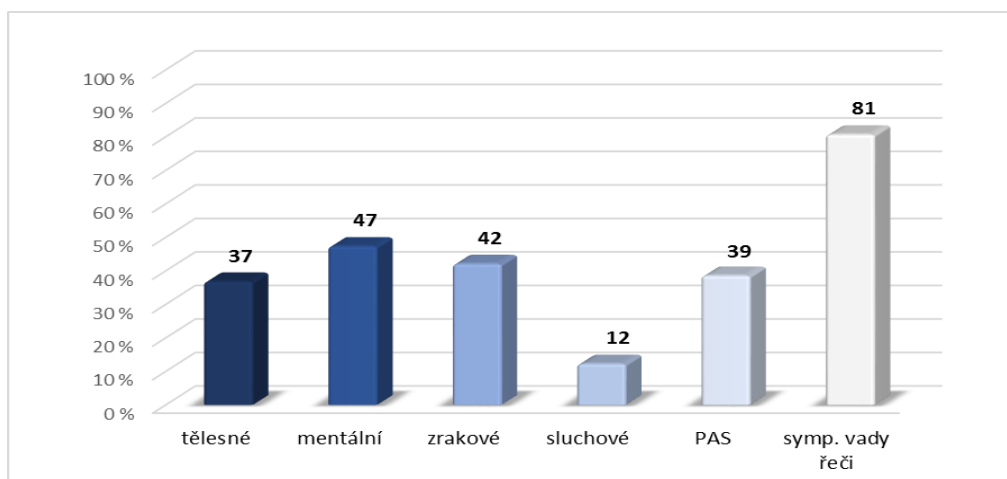
V grafu č. 1 je potom znázorněno procentuální zastoupení jednotlivých typů postižení, která se u dětí respondentů vyskytují. Je zde uvedeno, kolik procent dětí má pouze jeden typ postižení a u kolika dětí se vyskytují dva a více typů postižení najednou. Zde je potřeba říci, že NKS jako symptomatická vada řeči zde není vnímána jako samostatný typ postižení. U většiny dětí, konkrétně u 67 %, se vyskytuje kombinované postižení. Pokud budeme hodnotit, u kolika dětí se vyskytují „pouze“ jednotlivé typy postižení, zjistíme, že 9 dětí, tj. 16 %, má PAS, dětí se zrakovým postižením je 7, tedy 12 %. Co se týká tělesného a mentálního postižení, ta se izolovaně vyskytují vždy pouze u jednoho dítěte (což jsou 2 %). Jedno dítě také trpí NKS. V péči Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. není žádné dítě, u kterého by se vyskytovala sluchová vada jako primární a jediné postižení. Je to proto, že

tyto děti nejsou cílovou skupinou střediska. V případech, kdy o službu požádá rodina dítěte se sluchovým postižením, dostává rodina kontakt na Ranou péči Čechy (dříve Středisko rané péče TAMTAM Praha).



Graf č. 1: Vyskytující se typy postižení v procentech

V následujícím grafu č. 2 je potom uveden celkový počet dětí s jednotlivými typy postižení, ať již v kombinaci či izolovaně. V tomto grafu je již tedy znázorněno také symptomatické narušení komunikační schopnosti.



Graf č. 2: Četnost jednotlivých typů postižení v procentech

V rámci kombinovaného postižení se u dětí respondentů vyskytují všechny typy jednotlivých postižení. Nejvíce zastoupeno je mentální postižení, které se vyskytuje u 47 % dětí, vadu zraku má 42 % dětí. Děti s tělesným postižením a s PAS je téměř stejné množství, a sice 37 %, resp. 39 % a dětí se sluchovým postižením je 12 %. Celých 81 % dětí má potom

narušení v oblasti komunikace, přičemž nejčastěji se vyskytuje u dětí s PAS a u dětí s mentálním postižením. Méně často se vyskytuje u dětí s tělesným a se zrakovým postižením (zde se jedná spíše o děti nevidomé nebo těžce slabozraké). U dětí s kombinací více typů postižení se ale symptomatická NKS vyskytuje ve všech případech.

Doba, po kterou jsou rodiny těchto dětí klienty Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s., se pohybovala v rozmezí od šesti měsíců do šesti let. Průměrná doba péče přitom byla dva roky a jeden měsíc (podrobněji viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2: Délka spolupráce s ranou péčí

Délka spolupráce s ranou péčí	Počet respondentů	Počet respondentů v %
0,5 - 1 rok	19	33
1 - 2 roky	15	26
2 - 3 roky	10	18
3 - 4 roky	8	14
4 - 5 let	2	4
5 - 6 let	3	5
celkem	57	100

Druhou skupinu respondentů tvořily poradkyně rané péče, které pracují ve Středisku pro ranou péči Liberec, o.p.s. Bylo osloveno 5 poradkyň. Všechny mají vysokoškolské vzdělání bakalářské nebo magisterské úrovně a jsou speciální pedagogové. Každá z poradkyň se navíc v rámci své profese specializuje na skupinu dětí s určitým typem postižení. Dvě poradkyně pracují nejvíce s dětmi s PAS, přičemž jedna z nich je VTI trenér/terapeut. Jedna poradkyně se specializuje na děti se zrakovým postižením, ve středisku pracuje také jako instruktor stimulace zraku a provádí posouzení zrakových funkcí. Další poradkyně se specializuje na děti s těžkým kombinovaným postižením. Poslední poradkyně se orientuje obecně na děti s NKS a je ve výcviku VTI trenérů/terapeutů. Délka jejich praxe v profesi poradkyně rané péče je různá, od devíti měsíců do sedmi let. V rámci kvalitativní části výzkumu byl s těmito poradkyněmi veden rozhovor. V diplomové práci je uvedena transkripce těchto rozhovorů, krátké shrnutí každého z nich a následná diskuze nad získanými informacemi.

6 Průběh průzkumu

Po vytvoření dotazníku nejprve proběhl předvýzkum, kterého se zúčastnilo pět rodin. Následně byl dotazník upraven do konečné podoby. Respondenti z řad rodičů byli osloveni prostřednictvím svých poradkyň Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. Dotazník měli k dispozici v elektronické i v písemné podobě. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní. Odpovědi respondentů byly po obdržení dotazníků zaznamenány a před samotným zpracováním zkontrolovány z hlediska korektnosti.

Dále autorka vedla rozhovory s poradkyněmi rané péče. Jednalo se vždy o polostrukturovaný rozhovor, kdy měla autorka připravené základní otázky k jednotlivým oblastem problematiky, ke kterým se poradkyně následně vyjadřovaly. Tyto rozhovory byly poté převedeny do písemné formy a shrnuty.

7 Interpretace získaných dat

V této kapitole jsou nejprve podrobně vyhodnoceny získané odpovědi na jednotlivé položky dotazníku, který vyplňovali rodiče dětí s postižením. Pro větší přehlednost jsou rozděleny do podkapitol podle pomyslných částí dotazníku. Krátké slovní hodnocení jednotlivých odpovědí je vždy pro názornost doplněno grafickým znázorněním. Následně jsou uvedeny přepisy rozhovorů s poradkyněmi rané péče, které byly realizovány pro dokreslení situace v rámci kvalitativní části výzkumu. Každý rozhovor je krátce shrnut a následně jsou všechny získané informace v obou částí výzkumu vyhodnoceny a diskutovány.

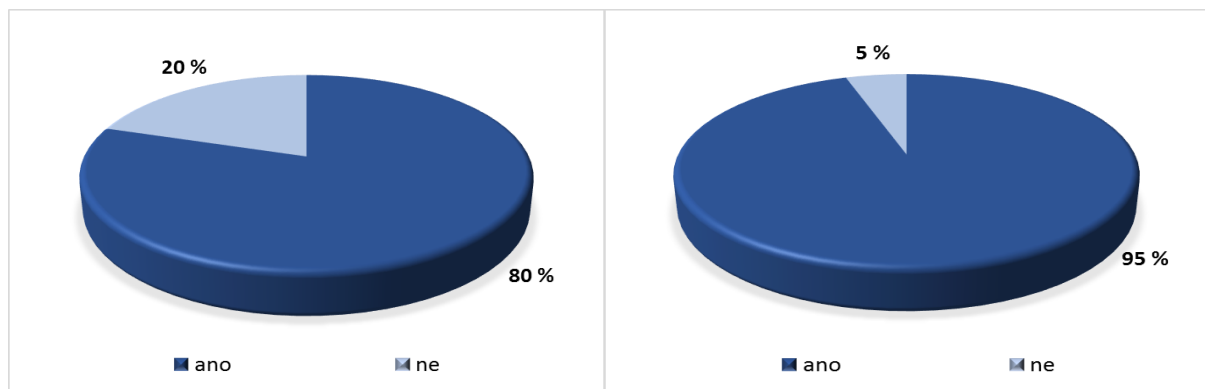
7.1 *Vyhodnocení dotazníku*

První položky dotazníku zjišťovaly věk dítěte, typ postižení a délku trvání spolupráce se Střediskem pro ranou péči Liberec o.p.s. Odpovědi na tyto otázky byly využity k popisu výzkumného vzorku.

7.1.1 **Cíle spolupráce v oblasti komunikace**

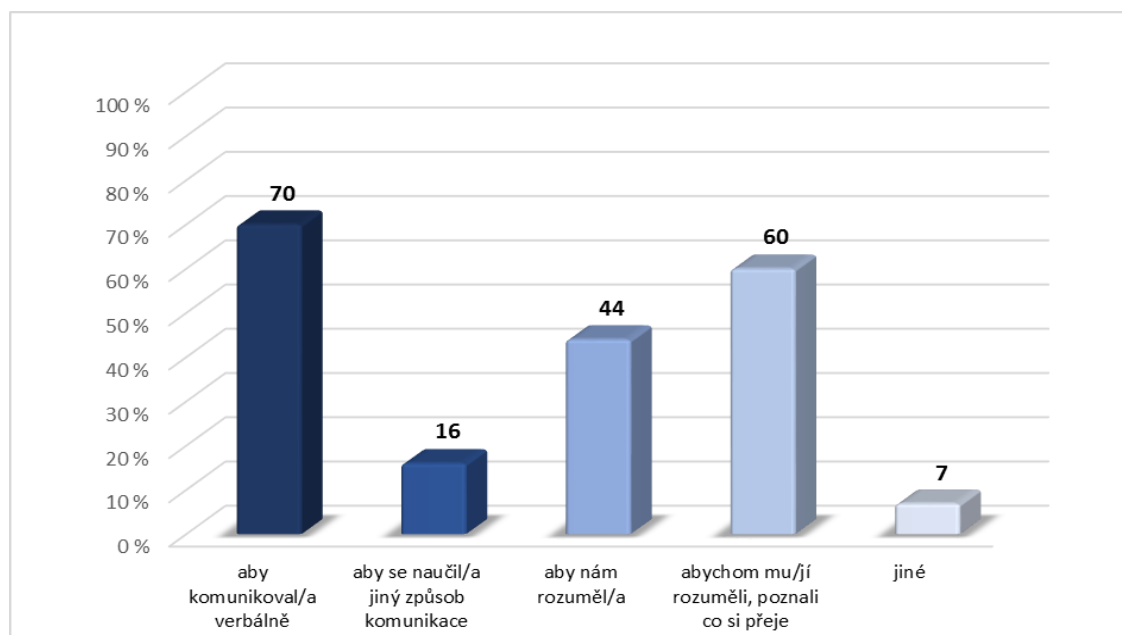
V grafech č. 3 a 4 jsou znázorněny odpovědi na otázku, zda je rozvoj komunikace dítěte jednou ze součástí spolupráce rodiny s ranou péčí. U 95 % rodin je komunikace dítěte jednou z oblastí, kterou rodiče se svou poradkyní na konzultacích řeší. Pouhých 5 % rodin

uvedlo, že rozvoj komunikace jejich dítěte není předmětem spolupráce s ranou péčí. Na počátku spolupráce se přitom jednalo o 20 % rodin, které komunikaci řešit nechtěly.



Grafy č. 3 a 4: Využití služeb rané péče v oblasti komunikace na počátku spolupráce a v současné době v procentech

S otázkou, týkající se využití služeb rané péče v oblasti podpory rozvoje komunikačních dovedností dítěte a nastavení vhodného komunikačního systému, úzce souvisejí konkrétní cíle, které si rodiče v této oblasti kladou. V dotazníku 70 % respondentů označilo odpověď, že hlavním cílem je, aby jejich dítě mluvilo. Pokud se zaměříme na jednotlivá postižení dětí těchto respondentů, zjistíme, že se jedná o přání rodin napříč všemi typy postižení. Tuto variantu neoznačili převážně rodiče dětí s těžkým kombinovaným postižením nebo rodiče dětí starších, u nichž doposud k rozvoji mluvené řeči nedošlo, případně je pokrok ve verbální složce komunikace minimální a šance na výrazné zlepšení je již velmi malá. Zároveň si většina rodičů přeje, aby svému dítěti porozuměli, aby poznali, co si přeje. Tuto odpověď volilo 60 % respondentů. Pro 40 % rodičů je také cílem porozumění jejich dítěte v komunikaci s okolím. 16 % rodičů si přeje, aby se jejich dítě naučilo komunikovat jiným způsobem než doposud. V jednom případě, u dítěte s tělesným a sluchovým postižením, chtějí rodiče naučit své dítě komunikovat pomocí gest a znaků. V ostatních osmi případech se jedná o děti s postižením tělesným, mentálním a s PAS a jejich rodiče uvažují o zavedení výměnného komunikačního systému VOKS, pomocí piktogramů, obrázků či fotografií. 7 % rodičů využilo odpovědi „jiné“ a upřesnilo, že si přejí, aby se jejich dítě neostýchalo mluvit v cizím prostředí s cizími lidmi, jiní zase uvedli jako cíl rozvoj slovní zásoby, zlepšení výslovnosti a srozumitelnosti řeči jejich dítěte. Uvedené výsledky jsou znázorněny v grafu č. 5.

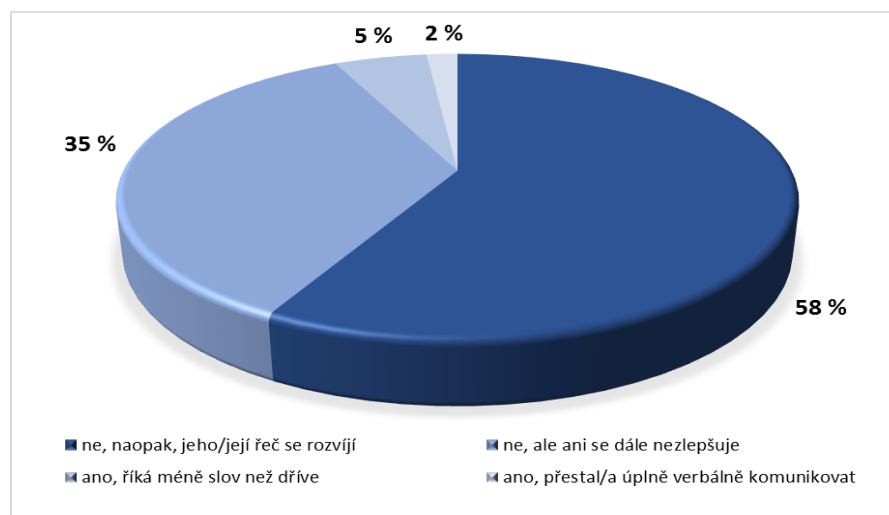


Graf č. 5: Cíle v oblasti komunikace v procentech

7.1.2 Rozvoj komunikačních dovedností u dětí

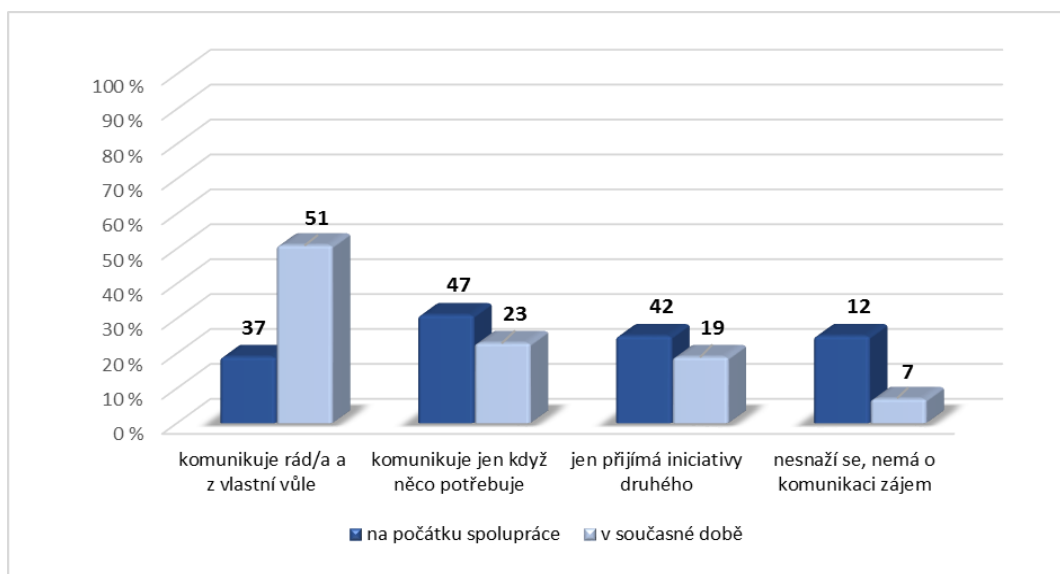
Následující grafy znázorňují odpovědi na otázky, směřující ke zjištění různých schopností a dovedností z oblasti komunikace mezi dítětem a ostatními členy rodiny a okolí.

V průběhu vývoje dítěte s postižením dochází k rozvoji v určitých oblastech různým tempem. Tato skutečnost je ovlivněna jednak možnostmi a omezeními, které dítěti jeho postižení přináší, a také ji ovlivňuje péče, která je dítěti poskytována, míra stimulace rozvoje dané oblasti a řada dalších faktorů. O oblasti rozvoje komunikace to platí také. Na základě odpovědí respondentů můžeme konstatovat, že u 58 % dětí, které jsou klienty rané péče, došlo v průběhu jejího poskytování k rozvoji verbální komunikace. 35 % dětí nevykazuje dle názoru rodičů žádný pokrok v této oblasti. U 7 % dětí došlo k ústupu již získaných dovedností v oblasti mluvené řeči, přičemž 5 % používá méně slov než dříve a 2 % dětí přestala mluvit úplně (viz graf č. 6). Tato skutečnost je z velké části daná cílovou skupinou Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. V posledních letech se jeho klienty stává stále více dětí s diagnózou (či s podezřením na diagnózu) PAS, případně multisystémová vývojová porucha, u nichž se jedná o typický jev. Téměř všechny děti, u kterých se objevila stagnace či regrese v oblasti verbální složky komunikace, mají tuto diagnózu. Stagnaci či jen nepatrný pokrok v této oblasti také vykazují děti s mentálním postižením.



Graf č. 6: Vývoj/regrese u dítěte v oblasti verbální komunikace v procentech

S výše uvedenou problematikou souvisí také další položka dotazníku. Týkala se zjištění, zda dítě samo vyvíjí aktivity, vedoucí ke komunikaci s okolím, případně zda na tyto snahy okolí reaguje. Z následujícího grafu č. 7 můžeme vyčíst nejen tyto zjišťované údaje, ale máme také možnost porovnání současné situace se stavem na počátku spolupráce s ranou péčí.



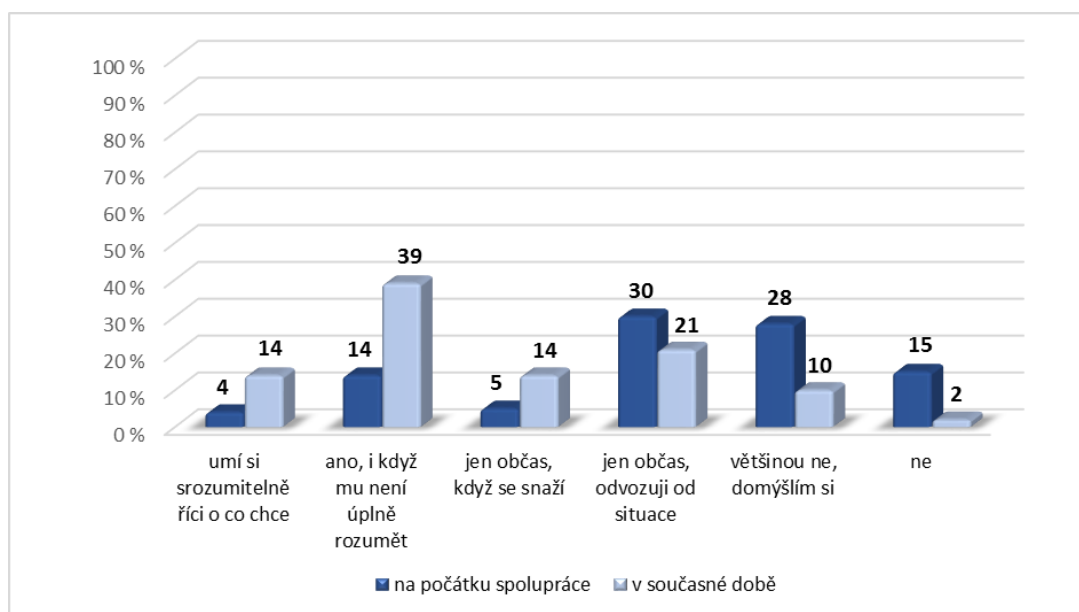
Graf č. 7: Komunikační aktivity dítěte na počátku péče a v současné době v procentech

Grafické vyjádření názorně ukazuje, že se schopnosti a dovednosti v této oblasti u dětí v průběhu poskytování rané péče zlepšují. Je to dáno jednak samotným vývojem dítěte a zcela jistě zde hraje svou roli i povzbuzování dítěte k těmto aktivitám, stimulace komunikačních dovedností, podporování komunikačního apetitu a pomoc v nalezení a nastavení vhodného

komunikačního systému. Zatímco na počátku péče vyvíjela komunikační aktivity polovina dětí, v současné době jsou to téměř tři čtvrtiny. U 7 % dětí však stále přetrvává nezáměr o komunikaci. Můžeme konstatovat, že vzhledem k typům postižení, která se u dětí v rané péči vyskytují, se bude určité procento těchto dětí vyskytovat vždy. Například u dětí s PAS je selhávání v oblasti komunikace jedním ze základních atributů tohoto postižení.

Významnou komunikační dovedností, kterou je potřeba u dětí v rané péči budovat, je porozumění sdělovanému a také schopnost srozumitelného sdělení. Rodiče byli dotazováni na to, zda rozumějí tomu, co jim jejich dítě sděluje, jedno jakým způsobem. S tím souvisí také otázka, jak jejich dítě reaguje, pokud mu nerozumějí. A dále bylo zjišťováno, jak se vyvíjejí dovednosti dítěte porozumět, pochopit, co mu rodiče sdělují.

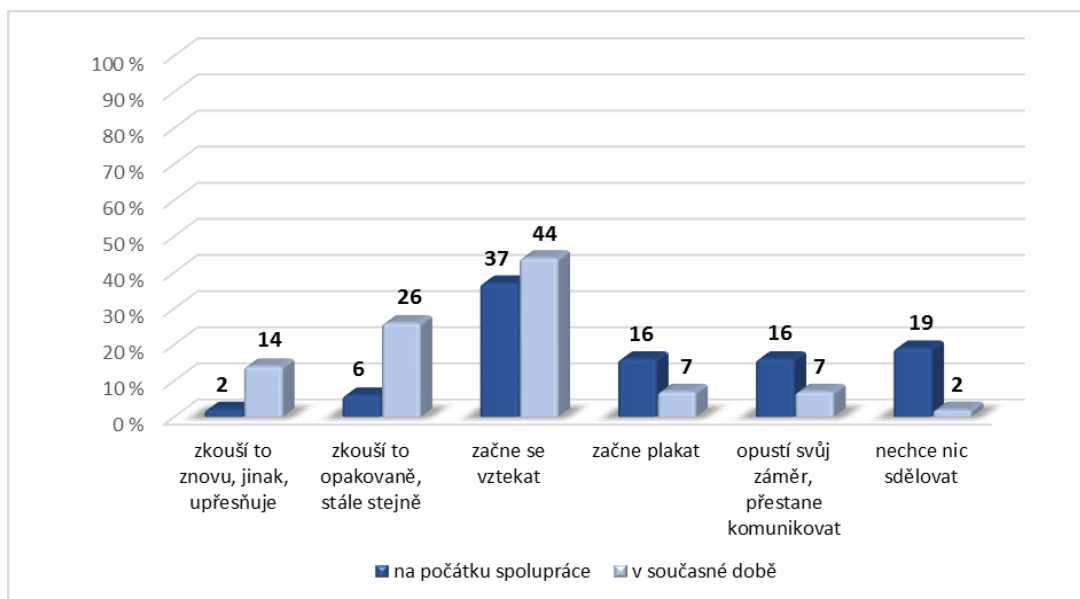
Graf č. 8 porovnává schopnost porozumění rodičů dítěti na počátku spolupráce s ranou péčí a v současné době. Je zde vidět evidentní pokrok. O 35 % více dětí si umí srozumitelně nebo s menšími problémy říci o co chce a rodiče mu rozumí (na počátku péče to bylo 18 %, nyní je to již 53 % dětí). Rodiče tudíž méně odvozují od situace, případně domýšlejí, jaký je komunikační záměr dítěte.



Graf č. 8: Porozumění rodiče dítěti na počátku péče a v současné době v procentech

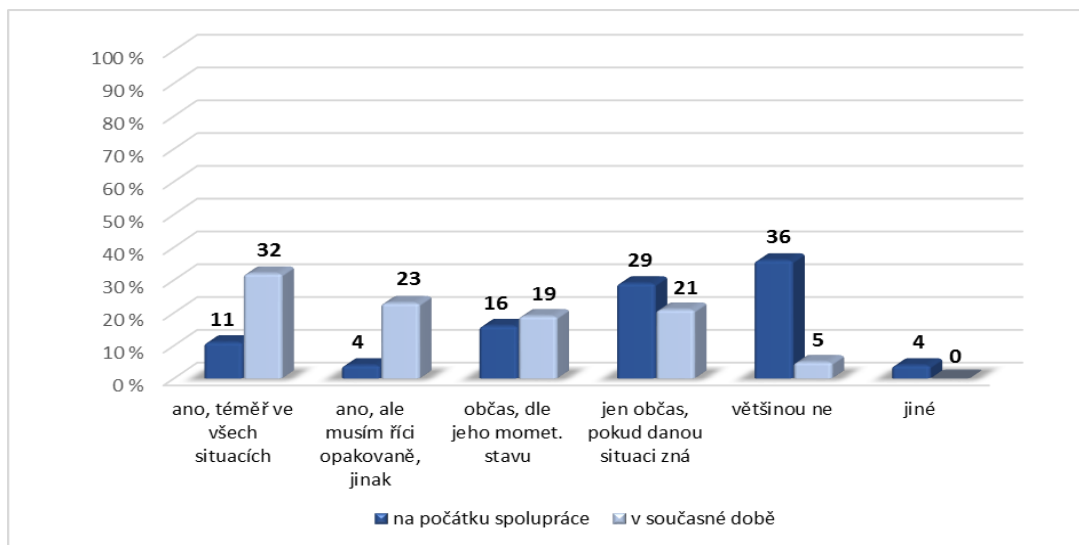
Graf č. 9 potom zobrazuje, jaké jsou reakce dítěte v případě, že mu rodiče nerozumějí. Na počátku péče bylo procento dětí, které zkoušejí opakovaně, případně i modifikovaně rodičům své sdělení předat, o 32 % nižší než nyní. Konkrétně se jednalo o 8 % dětí a nyní je

to již 40 % dětí. Na počátku 16 % dětí opustilo při neúspěchu svůj záměr, 19 % dětí nemělo o komunikaci zájem vůbec. V současné době je již jen 7 % dětí v obou těchto případech. Změnilo se také procento dětí, které na nepochopení reagovaly emočními projevy. Projevy pláče se objevují již jen u 7 % dětí oproti původním 16 %. Naproti tomu projevy vzteku má nyní o 7 % dětí více. Jedná se převážně o děti, které na počátku péče nechtěly komunikovat, a po určité době intervence se jejich zájem o komunikaci zvýšil, i když prozatím jiný způsob sdělování přání a pocitů neovládají.



Grafy č. 9: Reakce dítěte, když mu rodič nerozumí na počátku péče a v současné době v procentech

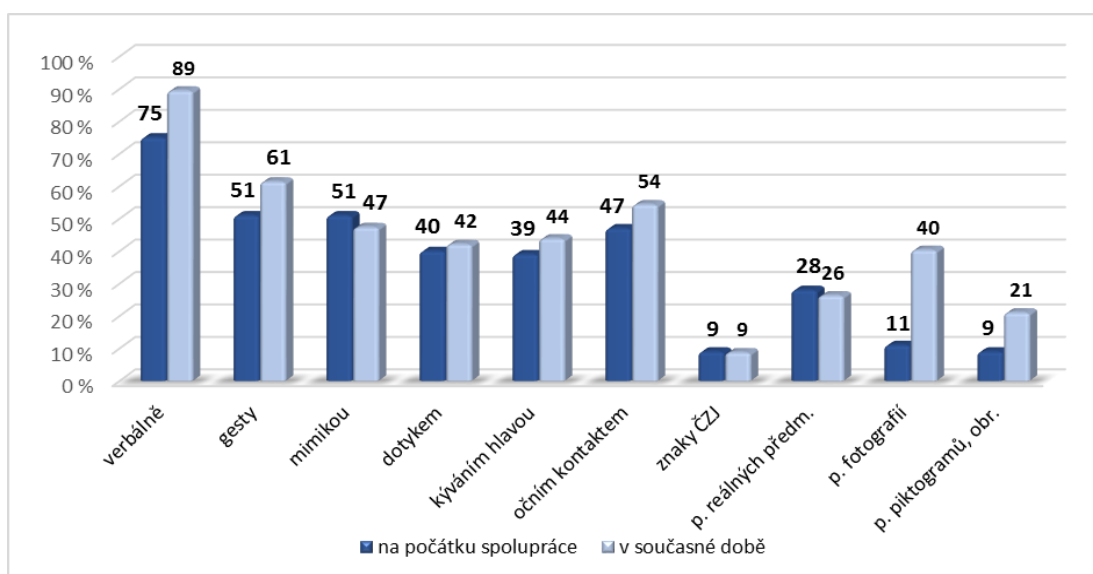
S pokrokem v oblasti využívání jednotlivých komunikačních systémů či prostředků v klientských rodinách se pojí zlepšení v oblasti porozumění dítěte. Z původních 11 % je nyní 32 % dětí, které rozumějí téměř ve všech situacích. Stejný nárůst (konkrétně ze 4 % na 23 %) můžeme pozorovat v situacích, kdy dítě sice nepochopí na poprvé, ovšem při opakovaném sdělení či s upřesněním porozumí. Jak vyplývá z grafu č. 10, v úspěšné komunikaci hraje roli také momentální stav dítěte a znalost komunikační situace.



Grafy č. 10: Porozumění dítěte rodiči na počátku péče a v současné době v procentech

7.1.3 Využívané komunikační systémy v klientských rodinách

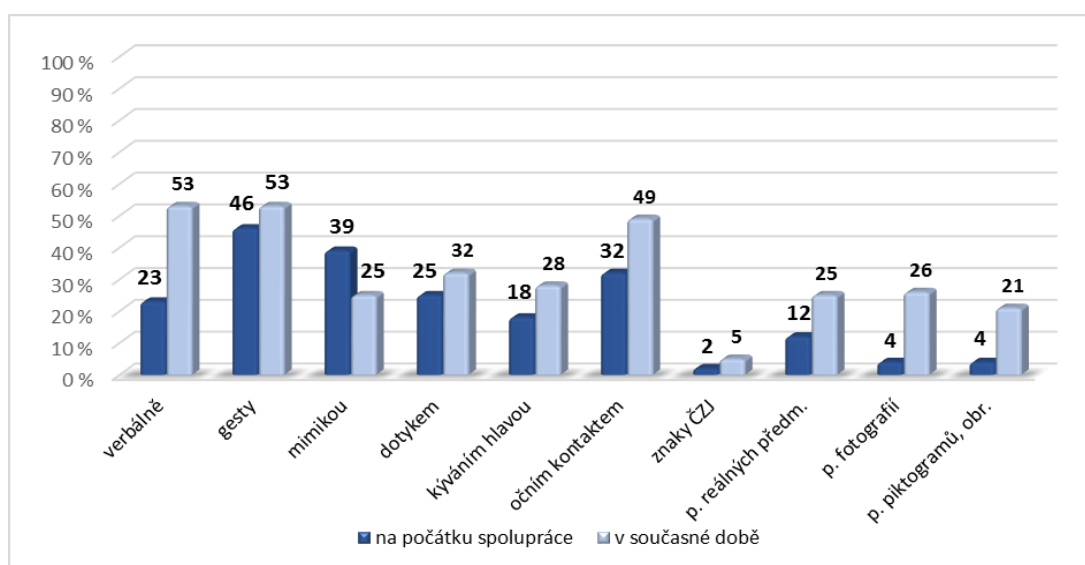
Další část dotazníku byla věnována otázkám, zjišťujícím jednotlivé způsoby a systémy komunikace, které jsou v rodinách využívány. Konkrétně rodiče odpovídali na to, jakým způsobem komunikují oni se svým dítětem, jak jejich dítě komunikuje s nimi a také jaký způsob komunikace dítě převážně používá v komunikaci s ostatními lidmi a širším okolím. V následujících třech grafech (grafy č. 11, 12 a 13) jsou tyto odpovědi vyhodnoceny. Každý z grafů je věnován jedné „cestě“ komunikace (tedy rodiče – dítě, dítě – rodiče, dítě – okolí) s uvedením situace na počátku spolupráce s ranou péčí a v současné době.



Graf č. 11: Způsoby komunikace rodičů s dítětem na počátku péče a v současné době v procentech

Rodiče, jak je vidět z grafu č. 11, v komunikaci se svým dítětem využívají jak verbální složku komunikace, která je dominantní (75 % rodičů na počátku péče, resp. 89 % rodičů nyní), tak také široké spektrum složek komunikace neverbální. Zhruba polovina rodičů využívá gesta, mimiku či oční kontakt jako formu komunikace se svým dítětem. Doteky jsou častým způsobem komunikace, který uvedli rodiče dětí s těžkým kombinovaným postižením i rodiče dětí se zrakovým a sluchovým postižením.

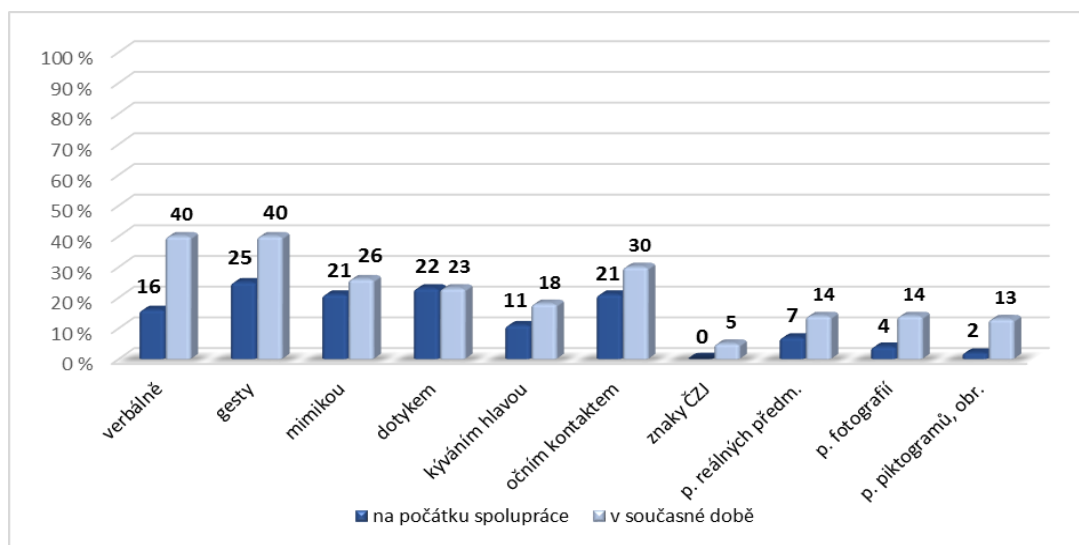
Zejména rodiče dětí s PAS či s mentálním postižením vnímají důležitost využívání jiných forem komunikace. V těchto rodinách se s podporou ze strany poradkyň rané péče daří více využívat komunikace pomocí fotografií, piktogramů a obrázků. Například fotografie po určité době trvání spolupráce s ranou péčí používá 40 % rodičů oproti původním 11 %. Nepatrně se snížilo celkové procento rodičů, využívajících ke komunikaci reálné předměty. Můžeme předpokládat, že je to dáno skutečností, že v některých rodinách pošlo k posunu a tedy již místo reálných předmětů používají fotografie či obrázky a skupinu rodin využívajících reálné předměty nyní tvoří i ty rodiny, které tento způsob komunikace na počátku nepoužívaly. Reálné předměty také využívají rodiče dětí nevidomých či s těžkým zrakovým postižením jako doplněk při verbální komunikaci. Souhrnně můžeme konstatovat, že všechny způsoby komunikace rodiče využívají po určité době spolupráce s ranou péčí více než na počátku. Výjimku tvoří pouze využívání znaků českého znakového jazyka (ty využívá stále 9 % rodin a jedná se o stejné rodiny, vychovávající dítě se sluchovým postižením) a využívání mimiky (51 % na počátku i nyní).



Graf č. 12: Způsoby komunikace dítěte s rodiči na počátku péče a v současné době v procentech

Pokud se podíváme na graf č. 12, který znázorňuje způsoby komunikace dítěte s rodiči, je na první pohled patrné, že děti komunikují méně než jejich rodiče. To je vzhledem k jejich postižení, a také k věku, pochopitelné. Nicméně uspokojivé je zjištění, že po určité době, kdy je rodina v péči Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s., děti více komunikují, a to všemi možnými způsoby. Největší pokrok můžeme zaznamenat v oblasti verbální složky komunikace, a to u dětí se všemi typy postižení. Zejména děti s PAS potom dokáží více navázat a udržet oční kontakt. Podstatnou složkou komunikace, ve které tyto děti selhávají a je potřeba je tomu naučit, je podpoření svého sdělení, vyjádření souhlasu či nesouhlasu, kývnutím hlavy. Tato složka neverbální komunikace, spadající do kineziky, je pro intaktní jedince naprosto samozřejmou a mnohdy nevědomou součástí komunikace, avšak děti s autismem v ní často selhávají a je potřeba je tomu učit.

V souvislosti se zvyšujícím se počtem rodičů, kteří používají komunikační systémy založené na výměně reálných předmětů, fotografií či piktogramů, se počet dětí, které se takto snaží komunikovat, zvyšuje také. Například procento dětí, komunikujících pomocí reálných předmětů se zvýšilo o 13 %, pomocí fotografií v současné době komunikuje o 22 % více dětí.



Graf č. 13: Způsoby komunikace dítěte s okolím na počátku péče a v současné době v procentech

Graf č. 13 ukazuje, že děti se širším okolím, například v MŠ či jiných institucích, komunikují méně než s rodiči. Zde je nutné vzít v úvahu skutečnost, kterou uvedli někteří rodiče v dotazníku, že některé děti jsou ještě ve věku, kdy se s okolím setkávají méně často, do předškolního zařízení ještě nedocházejí a také jejich setkávání s vrstevníky a ostatními lidmi není tak časté, jako u dětí intaktních. Nicméně lze z těchto výsledků usuzovat, že ne

vždy je všemi zúčastněnými používán u konkrétního dítěte jednotný přístup v komunikaci. Například s rodiči využívá komunikaci pomocí reálných předmětů 25 % dětí, pomocí fotografií 26 % dětí a pomocí obrázků a piktogramů 21 % dětí, zatímco v komunikaci mimo rodinu tyto jednotlivé způsoby komunikace využívá vždy o 10 % dětí méně. I přes tuto skutečnost je ale z grafu patrné, že komunikační dovednosti dětí ve vztahu k širšímu okolí se postupem času zlepšují prakticky ve všech složkách komunikace.

7.2 Vyhodnocení rozhovorů

V této podkapitole budou uvedeny transkripce rozhovorů s pěti poradkyněmi rané péče, které pracují na Středisku pro ranou péči Liberec o.p.s. Rozhovory byly vedeny pro dokreslení celkového pohledu na problematiku rozvoje komunikačních dovedností u dětí, které jsou v péči tohoto střediska, a byly polostrukturované. Cílem těchto rozhovorů bylo získání vhledu do situace na základě zkušeností pracovníků, které v rodinách péči poskytují. Tedy zjištění jejich zkušeností s intervencí, zaměřenou na rozvoj komunikace dítěte s postižením a zjištění názoru na využívání a přínosy komunikačních systémů v klientských rodinách. U každého rozhovoru je uvedeno krátké shrnutí.

Rozhovor č. 1

- Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?

Jsem speciální pedagog, Bc. a jako poradkyně rané péče pracuji 9 měsíců.

- Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?

Ráda bych se do budoucna orientovala na děti s autismem, přičemž momentálně mě nejvíce baví přímá práce s dětmi.

- Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích v klientských rodinách?

Obecně nastavení komunikace v klientské rodině je velmi důležité k tomu, abychom se vůbec mohli někam posunout a pracovat i na dalších oblastech. Protože ve chvíli, kdy komunikace nebude fungovat, ať už ze strany dítěte nebo ze strany rodičů vzájemně i směrem k sourozencům, partnerům i ostatním členům rodiny a i mezi jimi a poradkyní, tak

poskytovaná péče nemůže být kvalitní. Komunikace je základ celé naší práce a celé práce s dítětem.

V podstatě řešíme každou oblast vývoje dítěte, ať se jedná o hrubou a jemnou motoriku, sluchové a zrakové vnímání a další oblasti, a všechny souvisejí s oblastí komunikace. Zde pracujeme zejména nastavení správného systému komunikace s dítětem tak, aby si dítě s rodičem porozumělo. Ať už je to nějaká forma alternativní komunikace nebo je to rozvoj řeči, slovní zásoby a podobně. Teď mám v péči i poměrně dost miminek, u kterých řeč momentálně není úplně to, co řešíme.

- **Je to o tom, že Vy přinášíte návrh nebo rodiče sami si říkají, co chtějí?**

Spíše navrhuji já. Ale rodiče vždy, když přijdu s nějakým návrhem, stojí o to vědět proč, co vlastně ta metoda přinese, v čem by to mělo přinést pokrok. Je důležité, aby to rodiče pochopili, protože pokud ne, není tam pak přílišná snaha daným způsobem pracovat. Většina rodičů nijak výrazně neulpívá na jedné formě komunikace. Řada z nich je přístupná mým návrhům, radám. Ale například mám v péči rodinu dítěte s DMO, kdy maminka až v pěti letech dítěte přišla na to, že by s ním mohla komunikovat i jiným způsobem než je jeho pláč a úsměv. Trvalo jí velmi dlouho, než v jejích očích vyrostl z toho malého miminka, které vlastně ještě spoustu věcí umět nemusí. V rodině na problému rozvoje komunikace pracovala už kolegyně, která byla jejich poradkyní přede mnou. Navrhovala určitá doporučení, ale maminka v tomto směru vůbec nepracovala. Vše se změnilo, až když byla rodina v lázních, kdy byla maminka velmi překvapená, že si její dítě umí pohledem vybrat mezi dvěma věcmi. To ji „nastartovalo“ a začala něco dělat.

- **Jak podle Vašeho názoru funguje obecně komunikace v klientských rodinách? Ať již jde o komunikaci rodič – dítě, rodič – sourozenci, nebo třeba i komunikace partnerská mezi rodiči?**

Mám v péči jen dvě rodiny, kde jsou na konzultacích vždy přítomni oba rodiče. V ostatních nemohu tvrdit, jak to v rámci partnerské komunikace probíhá, protože ve spoustě rodin ani nevím, jaký ten tatínek vlastně je. Přicházím málo do styku s rodinou jako s celkem. Ani nevím, zda se rodiče spolu baví o naší práci, o tom, co do rodiny přinášíme. Těžko říct. Co se týče komunikace rodiče, nebo spíše maminky s dítětem, tak si myslím, že v mnoha rodinách je nastavená hodně dobře. Jsem ale toho názoru, že vždycky je co zlepšovat a vždy je na čem pracovat. Osobně jsem nyní prošla profesním VTI a díky tomu teď vidím

v komunikaci v rodinách i mnoho dalších komunikačních prvků, dokážu rodiče daleko více podpořit a ukázat, co kde funguje, kde ne, kde by to šlo líp. Ale jsou také rodiny, kde komunikace nefunguje vůbec, kde mnohdy nefunguje ani takové to intuitivní rodičovství, což je vzájemně velmi provázané. Například když řeknete mamince „tak ho pochvalte“ a ona řekne „jsi šikovný...“. Chybí v tom jejím sdělení přijetí, povzbuzení, úsměv. Ale řekla bych, že toto jsou spíše výjimky.

- **Jsou situace, kdy si maminka myslí, že komunikace je v pořádku, ale Vy vidíte, že to tak vůbec není?**

Asi u některých rodin ano. Občas vidím, že komunikace dítěte není funkční, ale rodiče jsou s tím spokojeni, protože se v rámci toho svého vztahu s dítětem domluví. Jsou to například děti s autismem. Dítě si maminku dovede k tomu, co chce, ale to není ta komunikace, kterou bychom rádi viděli. Z pohledu rodiče je to však v pořádku, protože on si je tam přece dokázal odvést.

- **Co by si rodiče nejvíce přáli, aby se dělo v oblasti rozvoje komunikace u jejich dítěte? Na čem jim nejvíc záleží?**

Nejvíce jim asi záleží na verbálním projevu dítěte. Pokud dítě nemluví, tak aby se rozmluvilo, dále aby jeho řeč byla srozumitelná pro ně i pro okolí. Aby dítě mělo šanci se domluvit. Až pak, postupem času přijdou na to, že mluvené řeči nejdříve musí předcházet něco jiného. Ale na to si musejí přijít sami. Požadavky na rozvoj verbální řeči mají sice stále, ale pak jsou hrozně rádi, když dítě začne aspoň trochu mluvit, nebo třeba jen používat citoslovce. Vnímají to jako obrovský pokrok. Ne že by přestali chtít, aby dítě začalo pořádně mluvit, ale začnou se chytat i těch drobností a postupně si to uvědomují.

- **Pozorujte ve svých klientských rodinách změny v komunikačních kompetencích dítěte v souvislosti s péčí, kterou jim poskytujete? Podařilo se Vám například někde zavést fungující komunikační systém apod.?**

Vzhledem k mé krátké praxi nemůžu říct, že by to někde byl celý komunikační systém. Ale například u pár dětí s autismem, které se na počátku vůbec nedívaly na kartičky, se podařil posun. Nyní jsou schopné je přinést (někdo tři, někdo víc) a o něco si prostřednictvím nich říct. Mám v péči děti s vývojovou dysfázií, u kterých jsou pokroky také, ale tam vím, že maminky opravdu hodně poctivě pracují, jdou za tím cílem a dávají na má

doporučení. A ty děti dopředu jdou, i když občas chvíli stagnují na nějaké úrovni a pak zase udělají nějaký pokrok. Je tam ta péče hodně znát.

- **Takže to není ani tak o rané péči jako o rodičích?**

Je to o vzájemné spolupráci. Spíše je to tak, že já jsem ten, kdo přináší nějaký nápad, návrh a rodiče podle toho pak pracují. A pokud opravdu poctivě „jedou“, tak tam ty pokroky viditelné jsou.

- **Co podle Vás hraje v procesu rozvoje komunikačních dovedností dítěte roli, co jej nejvíc ovlivňuje, aby byl úspěšný?**

Pochopení rodičů, co mají dělat a proč. To s čím já přijdu, jak jim to podám a jak oni to pochopí, velmi ovlivňuje skutečnost, zda podle toho budou pracovat, nebo nebudou pracovat. Takže vše dost závisí na správném podání z mé strany, správném pochopení ze strany rodiny a potom na té samotné práci rodičů a na mé následné zpětné vazbě.

- **Pokud se podaří nalézt vhodný komunikační systém pro dané dítě a postupně se začne zavádět, jaké lze pozorovat změny v jeho vývoji?**

Nemám osobně tolik zkušeností, ale určitě pozoruji vliv na vzájemný vztah mezi dítětem, rodičem a ostatními členy rodiny, a i obecně na vztahy v rodině. Zejména u dětí s PAS se snižuje četnost afektivních stavů, zlepšuje se jejich pochopení okolního světa, chuť zapojit se, něco dělat. A to pak může být další motivací k tomu dál se vyvíjet.

- **V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?**

Tak nevím, jestli je to úplně překážka, ale poměrně velkou roli zde hraje čas. Na počátku je potřeba hodně prostoru věnovat pozorování dítěte, jak se chová, jak s maminkou komunikuje pomocí verbální, neverbální složky, jaký je tam ten dosavadní způsob komunikace, ze kterého se dá vycházet. Například, zda dítě zvládá koukat na obrázky jako nositele významu, anebo to zatím nechápe a zvládá trojrozměrné předměty. Proměnných, které ovlivňují komunikaci je hodně, takže to stojí spoustu času jednak na pozorování, ale také na zkoušení. Na konzultacích s maminkou něco nastavíme, ukážeme si, jak by to mělo vypadat, a oni to potom aplikují. A buď to zafunguje, nebo ne. V tom případě zkusíme

vymyslet něco jiného. Často pak maminky sami doma zkoušejí a přicházejí na nějaký způsob, který jim funguje a co jim je při vzájemné interakci příjemné.

A co je překážkou, když už se přijde na to, co funguje? Asi chuť rodičů, jejich motivace. A také zpětná vazba od dítěte. Protože ve chvíli, kdy rodiče nedostávají od dítěte zpětnou vazbu, nebo to co očekávají, jejich úsilí a motivace klesá. Chce to hodně trpělivosti.

U všech rodin bych si přála, aby tam komunikace plně fungovala, ale jsem si vědoma, že v některých rodinách bude vždy omezená. Jednak limity, které dítěti dává jeho postižení, a jednak přístup ze strany rodičů.

- **Jaká je spolupráce rodiny s dalšími institucemi, které intervnují i v oblasti rozvoje komunikace?**

Většina dětí chodí na logopedii, některým rodinám doporučujeme Centrum AAK. Jinak samozřejmě rodiče spolupracují s psychology, nejsme určitě jediní, kdo by do toho zasahoval...

Shrnutí rozhovoru č. 1

Z rozhovoru s touto poradkyní, jejíž specializací jsou děti s PAS, vyplývá, že oblast rozvoje komunikace je nedílnou součástí rané péče prakticky ve všech rodinách. Je to velmi důležité pro to, aby se mohlo pracovat i na dalších oblastech vývoje dítěte. Poradkyně hovoří o nutnosti vzájemné funkční komunikace mezi všemi zainteresovanými. Zmiňuje mimo jiné důležitost nastavení komunikace mezi ní a rodinou, aby mohla být péče kvalitní. Komunikaci považuje za základ celé práce v rodině. Jako nejčastější cíle rodičů v této oblasti uvádí rozvoj verbálního projevu dítěte, dále srozumitelnost sdělení dítěte a také přání, aby se dítě domluvilo. Její úloha spočívá v tom, ukázat rodičům, jaké jsou možnosti intervence a zejména na rodičích potom záleží, zda bude tato práce úspěšná. Míru úspěšnosti podle jejího názoru ovlivňuje správné podání z její strany, správné pochopení ze strany rodiny, následná práce rodičů a její zpětná vazba. V souvislosti s tím zmiňuje metodu VTI, která jí při její práci pomáhá. Co se týče pozorovatelných změn v souvislosti se zavedením vhodného komunikačního systému, uvádí poradkyně upevnění vzájemného vztahu mezi dítětem, rodičem a ostatními členy rodiny, a také obecně zlepšení vztahů v rodině. U dětí nejčastěji

pozoruje nižší četnost afektivních stavů, zlepšení pochopení okolního světa, větší chuť zapojit se do činností. Největší překážky spatřuje v přístupu rodičů, jejich motivaci, chuť, trpělivost. To vše je závislé také na zpětné vazbě od dítěte, kterou rodiče dostávají. V souvislosti s překážkami v nalezení a zavedení vhodného komunikačního systému zmiňuje také časové hledisko. Mnoho prostoru je potřeba věnovat pozorování dítěte a dostatečnému poznání existujícího způsobu komunikace, ze kterého se dá vycházet.

Rozhovor č. 2

- **Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?**

Jsem speciální pedagog Mgr. a jako poradkyně rané péče pracuji 3 roky a 3 měsíce.

- **Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?**

Nejvíce se věnuji dětem se zrakovým postižením.

- **Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích ve svých klientských rodinách?**

U dětí, které mají čistě jen zrakové postižení, nebývá výraznější problém ve verbální komunikaci. Samozřejmě se u nich projevují specifická narušení komunikace, která vyplývají z daného typu postižení (např. verbalismy, nepřiměřené mimické projevy), ale ve srovnání s dětmi s jinými typy postižení nepotřebují takovou míru podpory rozvoje komunikace a využívání AAK. Co se týče rozvoje mluvené řeči těchto dětí, jde v prvopočátku hlavně o motivaci, aby děti věděly, že pusou mohou používat jako prostředek komunikace. Tyto děti se nemohou učit nápodobou. Takže začínáme kontaktem rodiče a dítěte přes ruce dítěte a ústa nebo hrdlo rodiče. Když dítě pochopí tento systém a význam doteku, můžeme přejít dál k různým pomůckám, které se k dalšímu rozvoji této oblasti dají využívat – nafouknutý balonek pro přenos zpětné vibrace. To děti většinou baví. Potom učíme děti říci si o to, co potřebují, o co mají zájem. Ale to už je potom u starších dětí.

Hodně také pracujeme na takové té širší komunikaci hlavně ze strany rodiče, zejména popisování všeho, co se kolem dítěte a s ním děje.

- **Myslíte si, že mají rodiče problém komunikovat se svým dítětem jinak, když má nějaké postižení?**

Myslím si, že to je hodně individuální. Odvíjí se to od toho, co se v rodičích odehrává, čím procházejí. Ale nemyslím si, že by měli nějaký výrazný problém nebo nechuť komunikovat s dítětem jinak. Spíše řeší to, jak s dítětem komunikovat. Hodně se setkávám s tím, že je pro ně důležité najít komunikační kanál, který to dítě využívá. Asi se musí trochu více učit dávat dítěti zpětnou vazbu, což nebývá u dětí intaktních tolik potřeba. Ty jsou si schopny zrakem reakce okolí ověřit, dětem se zrakovým postižením to musíme předat jinak – slovně, dotykem a tak.

- **Mluvila jste o verbální komunikaci – co komunikace neverbální?**

Ano, lidé s těžkým zrakovým postižením mají specifický výraz v obličeji, chybí oční kontakt, spíše natáčejí hlavu, protože se jim snadněji poslouchá. Ale tyto výrazy v obličeji, mimické projevy a podobně se řeší spíše až později, u starších dětí právě zejména z důvodu jejich stigmatizace ve společnosti. U malých dětí je to spíše naopak. Učíme je, aby věděli, že i neverbálními projevy se mohou dorozumívat.

- **Jaké jsou nejčastější cíle rodičů, co by si nejvíce přáli, aby se dělo v oblasti rozvoje komunikace u jejich dítěte?**

Aby si s dítětem rozuměli. Aby oni pochopili to, co jim dítě říká, jak se projevuje. A také, aby jim dítě dalo zpětnou vazbu, ze které poznají, že rozumí tomu, co se mu snaží sdělit. Ať už mluvenou řečí, dotykem nebo čímkoli, jakkoli. Prostě vzájemná vazba, propojení. A to si myslím, že je pro rodiče jakéhokoli dítěte to nejdůležitější.

- **Pozorujete ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí?**

Určitě ano. Intervence v oblasti rozvoje komunikace dítěte je asi jednou z nejdůležitějších oblastí z celkové poskytované péče. Když to vezmeme obecně – jeho navázání vztahu s rodičem, dovednosti v tom umět si říct o to co chce, o co má zájem nebo naopak co se mu nelíbí. Rozvoj komunikačních dovedností je zásadní pro to, aby se do budoucna dítě zvládlo vzdělávat, aby se začlenilo do společnosti a tak dále.

Myslím si, že u dětí se zrakovým postižením má naše intervence význam zejména v prvopočátku, kdy rodičům ukážeme cesty, jak mohou se svým dítětem komunikovat a rozvíjet jeho komunikaci. Také dáváme rodičům psychickou podporu, pokud se něco nedaří nebo pokud potřebují nějakou větší motivaci. A to vše má jistě pozitivní vliv na rozvoj komunikačních dovedností dítěte. Ale pak už je to hlavně na tom rodiči. Zda dává dítěti například prostor komunikovat s cizími lidmi, nebo jestli má příliš ochranný přístup. Nebo zda dítě přicházejí do kontaktu i s jinými dětmi. Pak postupem času se ta komunikace docela rozvíjí sama, ale je potřeba ukázat těm rodičům jak na to.

- **Děti se zrakovým postižením tedy asi nemají až tak vážné problémy v komunikaci jako třeba děti s mentální retardací, s těžkým kombinovaným postižením, s PAS, ... jak je to u těchto dětí?**

U těchto dětí má poradce větší prostor pro různé intervence v této oblasti – zkouší se více metod, kombinuje se, je více prvků nácviků komunikace, které se mohou vyzkoušet. Ten prostor je velký. U dětí nevidomých si nemůžeme pomoci obrázkovou komunikací, znakováním, mimikou. Ale je pravda, že pokud nemá dítě s těžkým zrakovým postižením ještě další přidružené postižení nebo vyloženě nějaký komunikační problém, naučí se komunikovat snáze než děti, na které se ptáte. U dětí s PAS, které mají celkově problém v komunikaci, nebo u dětí s dysfázií, s mentálním postižením, se často hledá nějaká forma AAK.

- **Pokud se podaří nalézt vhodný komunikační systém pro dané dítě a postupně se začne zavádět, jaké lze pozorovat změny ve vývoji dítěte?**

Určitě dochází k posunu v rozvoji osobnosti dítěte, v jeho socializaci, ... ve spoustě dalších oblastí. Ale toto je asi nejvýraznější.

- **Kdy se rozvoj komunikace více daří – když se využívá jeden komunikační systém nebo když je jich víc?**

Myslím si, že by se všechno mělo odvíjet od potřeb dítěte. Pokud se dítě vyjadřuje verbálně a zároveň k tomu používá ještě nějaký další komunikační systém, protože má třeba omezenou slovní zásobu a podobně, je to dobře. Pokud se využívají dva komunikační systémy, nebo i tři (mluvená řeč, obrázky, znaky), mám dobrou zkušenost, že se díky tomu dítě rozvíjí. Jak ve schopnostech porozumět a domluvit se, ale některé děti i začínají

verbalizovat. Velmi záleží na rodičích, jestli to chtějí využívat nebo ne. Pak také záleží samozřejmě i na ostatních zainteresovaných lidech, třeba pedagogických pracovnících v MŠ, jestli jsou schopni se přizpůsobit tomu, co to dítě užívá.

- **Takže jaké systémy se nejčastěji v rané péči využívají?**

VOKS, piktogramy, znak do řeči. Prostě se nejvíce využívá vizualizace.

- **Pokud se vrátíme k dětem se zrakovým postižením – jak je to s výukou Braillova písma v rané péči?**

Vzhledem k věkové hranici dětí, které máme mít v péči, se můžeme dostat do předbraillovske přípravy. Zde se zaměřujeme na rozvoj hmatové percepce, gymnastiku drobného svalstva ruky, určitě můžeme dítě seznámit se systémem jako takovým. Záleží na tom, jaká je v tom konkrétním případě spolupráce se speciálně pedagogickým centrem (dále SPC) a jak se dohodneme s MŠ, do které dítě chodí. To znamená, jaká míra intervence v té dané spolupracující organizaci bude. Pokud je dítě na takové úrovni, že už je schopné se naučit některé prvky z Braillova písma, můžeme přecházet k nácviku orientace na ploše, na stránce, udržení se vodící linie a podobně. K tomu se přistupuje v předškolním věku. Záleží i na tom, zda má dítě čistě jen zrakové postižení, zda mu intelekt dovolí tyto činnosti rozvíjet, anebo jestli se u něj vyskytuje ještě nějaké další postižení, které ho omezuje.

- **V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?**

Přijít na to co funguje, nebo aby vůbec něco zafungovalo, záleží na možnostech dítěte, vycházejících z diagnózy. Závisí to i na osobnosti dítěte, například u dětí těžce zrakově postižených hraje roli to, jak jsou bojácné, jakou mají odvahu prozkoumávat prostředí kolem sebe. Ovlivnit to může celkový přístup rodičů k výchově svého dítěte, zda je hyperprotektivní nebo zda má dítě dostatek příležitostí být v kontaktu i s jinými dětmi a podobně.

Stěžejní je také motivovanost rodiny. Je to obecně o přístupu rodičů – jestli i oni si myslí, že tohle je ta nejlepší cesta. Anebo k tomu ještě nedošli. Často otvíráme témata, o kterých si my poradkyně myslíme, že by bylo vhodné je otevřít, ale pokud rodiče ještě nejsou se situací smíření, spoustu věcí dělat nebudou.

- **Jaká je spolupráce rodiny s dalšími institucemi, které intervnují i v oblasti rozvoje komunikace?**

Asi se to nedá zobecnit. Je to jak kde. Rodiče hodně využívají intervence logopeda, spolupráce se SPC se navazuje většinou před nástupem dítěte do předškolního nebo školního zařízení.

Shrnutí rozhovoru č. 2

Poradkyně, která poskytla tento rozhovor, se nejvíce věnuje dětem se zrakovým postižením. V rodinách s těmito dětmi nebývá dle jejího názoru problematika rozvoje komunikace tak komplikovaná, jako v rodinách s dětmi s jinými typy postižení. I když i děti nevidomé a jinak těžce zrakově postižené mají v oblasti rozvoje komunikace svá specifika (nemožnost učení se nápodobou, nestandardní mimické projevy, verbalismy apod.) a potřebují speciální podporu a přístup. Tyto děti, pokud se u nich nevyskytuje další přidružené postižení, nemívají výraznější problém ve verbální komunikaci.

Spolupráce rodiny s ranou péčí zahrnuje zejména motivaci dítěte k tomu, aby pochopilo, že pusu může používat jako prostředek komunikace. Tyto činnosti zahrnují využití taktilních vjemů, odhmatávání a podobně. Součástí spolupráce v této oblasti je také intervence u rodičů v jejich komunikačním nastavení. Musejí se naučit dítěti ve větší míře než u dítěte vidoucího zejména popisovat vše, co se kolem dítěte a s ním děje. Jako nejčastější cíle rodičů v oblasti rozvoje komunikace jejich dítěte uvádí vzájemné porozumění. Vzhledem ke skutečnosti, že intervence v této oblasti je jednou z nejdůležitějších součástí působení rané péče v rodinách, tato poradkyně pozoruje jednoznačné přínosy poskytované péče. Zmiňuje například navázání vztahu dítěte s rodičem, rozvoj dovedností dítěte ve sdělování toho, co si přeje nebo co se mu nelíbí, a obecně také zlepšení podmínek k tomu, aby se do budoucna dítě mohlo adekvátně vzdělávat a začlenit do společnosti. Vnímá posun v rozvoji jeho osobnosti.

Ve srovnání s dětmi s jinými typy postižení poradkyně zmiňuje skutečnost, že u dětí se zrakovým postižením je menší prostor pro užívání AAK, prakticky nemožnost využití obrázkové komunikace, znakování, některých neverbálních složek komunikace. Obecně je pro rozvoj komunikace podle ní vhodné využívat více způsobů, jak dítěti zprostředkovat sdělení. Velmi však záleží na rodičích, jestli to chtějí využívat nebo ne a také na ostatních

zainteresovaných lidech a jejich schopnosti se danému systému přizpůsobit. V jejich klientských rodinách se nejčastěji komunikuje mluvenou řečí, v některých využívají VOKS, piktogramy, znak do řeči. U dětí nevidomých, které jsou v předškolním věku, začíná poradkyně s rodiči pracovat na přípravě dítěte na používání Braillova písma. Jako největší překážky v nalezení nebo zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému uvádí limitované možnosti dítěte, vycházející z diagnózy a jeho osobnost, ve velké míře také celkový přístup rodičů k výchově svého dítěte a obecně přístup rodičů k dané problematice.

Rozhovor č. 3

- **Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?**

Jsem speciální pedagog Bc. a jako poradkyně rané péče pracuji 7 let.

- **Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?**

V současné době se více věnuji dětem s PAS.

- **Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích ve svých klientských rodinách?**

Celé spektrum, které oblast komunikace zahrnuje. U některých dětí to je o rozvoji verbální komunikace, u dětí s PAS jde nejčastěji o to, aby se komunikace buď stala funkční, nebo aby se vůbec nastartovala. Aby dítě pochopilo potřebu komunikovat, aby pochopilo, k čemu mu komunikace může být. Takže vlastně motivace ke komunikaci.

- **Jakou roli v tom hrají cíle rodičů? Je rozvoj komunikace cílem vaší spolupráce?**

To je téměř vždy. Jen mnohdy je jejich prvotním cílem to, aby jejich dítě začalo rychle mluvit. A až postupně se dostaneme k tomu, že rozvíjíme komunikaci jako takovou a třeba i alternativní komunikaci. Často nejsou schopnosti dítěte pro verbální komunikaci dostatečně zralé, dítě není na takové vývojové úrovni nebo jsou tam nějaké překážky.

- **Jaké jsou tedy nejčastější cíle rodičů, co by si nejvíce přáli, aby se dělo v oblasti rozvoje komunikace u jejich dítěte?**

Na začátku bývá častým cílem to, aby už dítě začalo mluvit. Pak bývá časté přání, aby se spolu dorozuměli. Ta potřeba porozumění tam určitě je. Často si rodiče přejí, aby dítě rozumělo jejich pokynům, aby umělo vyjádřit své přání, své bolesti a tak.

- **Pozorujete ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí?**

Ano, stoprocentně.

- **Co ten proces rozvoje komunikace nejvíce ovlivňuje, co hraje roli v tom, aby byl úspěšný?**

Já si myslím, že největší roli hraje změna postoje rodičů. To, že přestanou mít očekávání, že to bude hned všechno v pořádku a přestanou být nespokojení s tím, že je všechno úplně jinak než čekali. To, že pochopí, že musejí budovat jednotlivé kroky v rozvoji komunikace postupně, že vývoj může jít hodně pomalu, ale že každý malý krok je vlastně velký úspěch. A i třeba přijdou na to, jakým způsobem mají dítě povzbuzovat ke komunikaci. Konkrétně třeba že je hodně důležité dítěti pojmenovávat vše, čím se právě zabývá, jak se asi cítí a pojmenovávat konkrétní věci.

- **Pojďme se bavit o jednotlivých komunikačních systémech – mluvená řeč, VOKS, gesta, znakový jazyk,... Myslíte si, že je lepší, když se vybere jeden komunikační systém a zkouší se s ním pracovat nebo když se těch systémů zapojí víc?**

Je to hodně individuální, podle typu a hloubky postižení dítěte. Jsem zastáncem totální komunikace a myslím si, že u dětí, které mají výrazné komunikační problémy, je nejlepší využít všechno co je k dispozici. To znamená zvuky, náznaky slůvek, gesta, obrázky,... Všechno, co tomu dítěti pomůže se domluvit se svým okolím, hodnotím jako dobré. A jaký to bude mít vývoj, co se z toho vyvine, to se vždycky ukáže.

- **Nemůže se stát, že dítě bude zahlcené nebo přestimulované, že toho na něj bude moc?**

Nemyslela jsem učit jej třeba pět systémů najednou, ale využívat všeho, co je k dispozici. To znamená všeho, o co to dítě má zájem nebo co už samo používá. Jestliže například budu chtít používat obrázkovou komunikaci a ono si u toho začne samo používat nějaká gesta, tak ta gesta rozhodně budu podporovat. Převezmu ta jeho a budu je používat

s ním. Nadále budu pokračovat v obrázkové komunikaci, budu podporovat ta gesta, ale také oboje podpořím i slovem, protože nakonec ten nejvyšší cíl všech rodičů je verbální komunikace.

- **Pokud se podaří nalézt vhodný komunikační systém pro dané dítě a postupně se začne zavádět, jaké lze pozorovat změny ve vývoji dítěte?**

Všechny oblasti vývoje spolu vždy souvisí. Takže se to rozhodně musí odrazit i v oblastech jako je třeba kognitivní vývoj. Vždy, když se daří rozvíjet komunikaci, tak se začne zlepšovat chování, děti se začnou uklidňovat,...

- **V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?**

Vždy záleží na druhu a míře postižení dítěte, na tom, co mu brání v rozvoji komunikace. A pak je tam jednoznačně zásadní role rodičů. To znamená, jak rodiče pochopí důležitost podpory komunikace, jak pochopí ten konkrétní komunikační systém a ztotožní se s tím, že ho začnou používat.

- **Co spolupráce s dalšími institucemi – jakou roli zde hraje například MŠ, SPC či další odborníci?**

To asi nelze zobecnit. Jsou MŠ, které aktivně přejímají způsob komunikace dítěte, i když se jedná o AAK a tím pádem jeho rozvoj ohromně podpoří. Setkala jsem se ale i s případem, kdy u dítěte, které spontánně začíná znakovat a je nadějná možnost rozvoje znakové komunikace, v MŠ rodičům řekli, že znakování jej zbrzdí v rozvoji verbální komunikace. A rodiče kvůli tomu znakovat přestali. SPC jsou určitě spolupracující organizace, které mají a rodičům předávají dostatek informací. A také bývá častá spolupráce s logopedy.

Shrnutí rozhovoru č. 3

Specializací poradkyně, se kterou byl veden třetí rozhovor, jsou děti s PAS. Ve svých klientských rodinách řeší celé spektrum, které oblast komunikace zahrnuje. Ať již se jedná o rozvoj verbální komunikace, nebo, nejčastěji u dětí s PAS, o vedení dítěte k motivaci ke komunikaci, o úpravě stávajícího způsobu komunikace, aby se stal funkční, nebo aby se vůbec našel a zavedl. Nejčastějším prvotním cílem rodičů bývá to, aby jejich dítě začalo

rychle mluvit. Pak bývají častá přání, aby se se svým dítětem dorozuměli. V průběhu spolupráce poradkyně společně s rodiči buduje komunikaci jako takovou a také alternativní komunikaci. Ve svých rodinách jednoznačně spatřuje pokrok v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí a v souvislosti s tím také v dalších oblastech vývoje dítěte (například v kognitivním vývoji či v projevech chování). Tyto pokroky jsou podle jejího názoru jednoznačně závislé na změně v očekáváních rodičů, na jejich pochopení a přijetí situace, na jejich ztotožnění se s danou formou komunikace. Vždy záleží také na druhu a míře postižení dítěte, na tom, co mu v rozvoji komunikace brání. Při využívání možných komunikačních systémů při svém působení v rodinách poradkyně vychází z možností dítěte a také z toho, co již dítě samo využívá. Jako nejvhodnější přístup vidí koncept totální komunikace.

Rozhovor č. 4

- **Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?**

Jsem speciální pedagog Bc. a jako poradkyně rané péče pracuji 6 let.

- **Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?**

Mám v péči děti různých typů postižení, ale nejvíce se asi věnuji dětem s těžkým kombinovaným postižením.

- **Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích ve svých klientských rodinách?**

Prakticky ve všech mých rodinách je obecně rozvoj komunikace cílem spolupráce, protože u všech dětí se vyskytují vážné problémy v komunikaci. Pouze pokud jsou ty děti ještě hodně malé, třeba nyní mám v péči asi tři půlroční miminka, tak tam komunikaci ještě neřešíme. Pokud se jedná o dítě s těžkým kombinovaným postižením, tak zpravidla řešíme rozvoj přes předmětovou komunikaci, pak přecházíme například na fotografie reálných předmětů, případně na obrázkovou komunikaci. Pak záleží na typu a hloubce postižení dítěte, zda to půjde a jak rychle. Řešíme i rozvoj mluvené řeči, to například u dětí s Downovým syndromem. Dobře mluvící dítě ve své péči snad ani nemám, musela bych hodně zapřemýšlet.

Většina dětí buď vůbec nemluví vůbec, nebo jen velmi pomalu začíná se zvuky, s jednoduchými slovíčky.

- **Řešíte s rodiči i to, že například dotek nebo oční kontakt může být u dítěte s těžkým kombinovaným postižením forma komunikace?**

Ano, určitě i toto s rodiči řešíme. U dětí s těžkým kombinovaným postižením jde prakticky veškerá péče zásadně přes bazální stránku. Rodiče si mnohdy zpočátku ani neuvědomují, že i to může být forma komunikace. Berou to spíše jako formu nějaké interakce se svým dítětem, způsob nějakého přístupu a péče o dítě. Já se snažím je naučit vnímat to tak, že reakce dítěte, kterou máma třeba dotekem vyvolá, je něco, čím se dítě vyjadřuje, že i to je forma komunikace. Toto vnímání je poměrně individuální a záleží na tom, jak rodič ke svému dítěti a k celé situaci přistupuje. Někteří nemožnost komunikace vzhledem k těžkému postižení svého dítěte přijmou a více již moc neřeší, jiní se mnou možný rozvoj konzultují a chtějí vědět, co ještě by mohli dělat.

A kde to jen trošku jde, začínáme s předmětovou komunikací – výběr ze dvou předmětů. Zpočátku stačí pracovat jen tak, že rodiče ukazují dítěti dva předměty a vybízejí ho k výběru. A protože tyto děti si opravdu neřeknou, často oni neukážou – je pohled tím, čím sdělují svá přání, svůj výběr. Rodiče se učí rozlišovat, zda se jedná o prostý pohled, nebo zda se dítě snaží pohledem něco sdělit. A u části dětí s těžkým kombinovaným postižením se nám to opravdu daří. Rodiče pak zpětně říkají, že mají pocit, že děti začínají komunikovat alespoň tímto způsobem. I tak se mi ale v některých rodinách tenhle druh komunikace těžko prosazuje. Rodiče jsou mnohdy skeptičtí, nevěří, bojí se, nejsou si jistí tím, že by to mohlo fungovat. Často si nejsou jistí, zda správně přečetli reakci dítěte – jestli opravdu schválně kouklo na tu danou věc. Neumějí zachytit, jestli to už bylo to sdělení nebo jestli dítě jen tak bloudí očima a předměty si prohlíží. To docela často řešíme a já podporuji rodiče v tom, aby se nevzdávali a pokračovali, že smysl to určitě má.

- **Co si rodiče nejčastěji přejí, aby se v oblasti rozvoje komunikace jejich dítěte stalo?**

Jak u koho. Jsou rodiče, kteří mají za cíl jen rozvoj mluvené řeči. Stále se na to upínají a stále se ptají, zda je šance, že jejich dítě bude mluvit. Bývá to hodně u rodičů dětí s autismem nebo u takových dětí, u kterých zatím není možné jasně stanovit diagnózu, ale mají zvláštní projevy – něco mezi poruchou pozornosti s hyperaktivitou (dále ADHD), vývojovou dysfázií, autismem, mentální retardací. Často se v poslední době u těchto dětí ve

zprávách od psychologa vyskytuje diagnóza multisystémová vývojová porucha. Je to o tom, že tyto děti vypadají jako zdravé, krásné děti, a proto je pro rodiče i ostatní nepochopitelné, proč nemluví. Jiné je to u dětí s těžkým kombinovaným postižením, u kterých jsou jejich limity na první pohled jasné a nikoho by ani nenapadlo chtít po nich, aby mluvily. Tlak okolí není tak velký, spíše projevuje s rodiči lítost a soucit. Kdežto u těch „zvláštních dětí“ je tlak okolí a širší rodiny obrovský. Zejména maminky to velmi pocítují a pak se tím trápí. To na konzultacích velmi často řešíme. Mojí úlohou je vysvětlovat, že komunikace není jen řeč, musíme jít tou cestou, kterou dítě zvládne. Snažím se je přesvědčovat o potřebě komunikace jako takové, o podstatě komunikace. Někde se mi to daří a rodiče začnou zavádět například obrázkovou komunikaci nebo jinou formu AAK. A postupně se někde i zadaří, že se díky tomu začne rozvíjet i mluvená řeč. Ale někde se to moc nedaří a mnoho rodičů to zase sráží a demotivuje. Mnoho z nich se potom ptá, jestli bude vůbec někdy jejich dítě mluvit, jaká je šance a co ještě můžou pro to udělat.

Někteří rodiče dětí s těžkým kombinovaným postižením také chtějí pracovat na rozvoji mluvené řeči. Většinou ale časem pochopí, že se verbální řeč u jejich dítěte asi nikdy nerozvine a tam se pak i daří prosadit AAK. A v neposlední řadě mám v péči děti rodičů, kteří vědí, že postižení jejich dítěte je velmi těžké a proto ani neměli představu, že by s nimi mohlo vůbec nějak komunikovat. Moje práce je vysvětlit jim, že komunikace má mnoho podob a vždy je na místě nějakou zkusit nastavit.

- **Takže cílem rodičů těchto dětí není až tak to, aby dítě mluvilo, ale aby se zavedl nějaký komunikační systém, pomocí kterého by mohli s dítětem komunikovat?**

No, to je právě zajímavé – přiznám se, že u hodně rodin mám pocit, že jsem to jen já, kdo vidí, že má jejich dítě potenciál komunikovat. A že oni jsou v nějaké fázi smířování se s těžkým postižením svého dítěte a nejsou schopni si uvědomit, že i takto těžce postižené děti jsou schopné nějak komunikovat. Většinou, když už se s danou situací smířili, což je tedy velmi těžké a má to mnoho fází, jsou rádi, že se jejich dítě vůbec nají, napije, že nijak netrpí a nestrádá. Takže jsem to vlastně já, kdo začne otázku komunikace rodině předkládat a říkat jim, že vždy možnost rozvoje komunikace je. Nebo vůbec, že jsou možnosti jiné než jen mluvená řeč. Tak 90% rodičů za komunikaci považuje mluvenou řeč a ani si neumějí představit, že existují i jiné formy. Že dítě může vyjádřit svůj pocit, postoj, názor nebo přání jinak než řečí.

- **Pozorujete ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí?**

Pokud srovnám začátek spolupráce v jednotlivých rodinách a situaci nyní, určitě došlo k posunu v oblasti komunikace ve všech mých rodinách. Záleží na tom, v jaké chvíli přijímáme dítě do péče, ale vesměs na počátku nejsou rodiče moc informovaní o této problematice.

Rodiče velmi tlačí své děti do verbální komunikace. Často mají strach, že pokud dítě začne komunikovat pomocí jiného komunikačního systému, pak už ho nebude nic nutit používat mluvenou řeč. Naopak někteří rodiče poctivě například znakují a pak jsou i jejich děti jsou schopné ten znak používat a společně se pomocí něj domluvit. A protože jde mnohdy alternativní způsob komunikace ruku v ruce s rozvojem mluvené řeči, mohou nakonec přestat znaky nepoužívat. A moje role spočívá v tom, vysvětlit rodičům, že znakování nebo jiná forma komunikace může být prostředkem k rozvoji mluvené řeči. Takže vždy na začátku zdůrazňuji, že se toho nemusejí bát, že mnoho výzkumů dokázalo, že opak je pravdou. Že komunikace pomocí alternativní metody vede k rychlejšímu rozvoji mluvené řeči. Ve společnosti je asi tak nějak taková představa, že když někdo začne „mluvit rukama“ nebo „nosit kartičky“, tak pak už nebude používat řeč. Tak se snažím je vyvádět z omylu.

- **V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?**

Velkou roli hraje nedůslednost rodičů. Ale nemusí to být úplně tím, že by nechtěli být důslední. Je to pro ně prostě nesmírně náročné. Navíc si nejprve musejí oni sami zvnitřnit tu danou metodu komunikace. Vždy, když začínáme se zaváděním nějakého komunikačního systému, upozorňuji rodiče, aby začali například jen s jedním nebo dvěma znaky. Oni si zpočátku nemyslí, že je to náročné, ale potom mi zpětně potvrzují, že na to opravdu zapomínají a že to opravdu není pro ně jednoduché. Jsou zvyklí se přirozeně vyjádřit slovem, a nyní je musejí vždy doplnit tím znakem. Ale i to je individuální. Roli mnohdy hraje i takové to nepochopení potřeby důslednosti, pravidelnosti a vůbec potřeby intervence v oblasti rozvoje komunikace. A mají také hodně dalších povinností a aktivit, které jsou zatěžující, unavující, mnoho času zabere krmení, cvičení a podobně, a rodičům pak nezbyvá čas ani energie. Hodně také záleží na reakcích dítěte – když je zpětná vazba, tak to rodiče více motivuje. Bohužel, u většiny dětí co mám v péči, jsou reakce minimální nebo za velmi

dlouhou dobu. Velkou překážkou je také zdravotní stav dítěte. To je asi v těch mých rodinách alfa a omega všeho. Jsou to třeba těžce zvladatelné epilepsie, kdy se stav spíše zhoršuje, než zlepšuje, kdy se někam posuneme, pak se něco přihodí a jsme zase na začátku. Samostatnou kapitolou v problematice zavádění alternativních způsobů komunikace je postoj okolí. Mám zkušenost, kdy léčitelka, kterou moje rodina oslovila, prohlásila, že když se svým dítětem budou komunikovat pomocí kartiček, tak že už se vůbec nikdy nenaučí mluvit. Ten tlak veřejnosti je obrovský.

- Pokud se najde vhodný komunikační systém a daří se ho zavádět, co se s dítětem a jeho rozvojem obecně děje?

Přemýšlím o dětech v mé péči, u kterých y nich bych mohla říct, že je posun v komunikaci tak výrazný, aby došlo k výraznému zlepšení celkově. Ale tak určitě – například mám chlapečka s autismem, kde po zavedení obrázkové komunikace došlo k celkovému zlepšení, zejména v chování, ale i co se týče mentální stránky. Lépe chápe souvislosti, rozumí pokynům, úkolům i pochopení abstrakce je lepší. Ale to je v mých rodinách spíše výjimka, protože nějaký významnější posun například v sebeobsluze, motorice atd. ve svých rodinách spíše nepozoruji. Bohužel. Ale je to dáno tím, jaká je to cílová skupina. Snad možná jen děti s Downovým syndromem – ty jsou sami o sobě hodně prosociální a tak pak díky lepším komunikačním dovednostem navazují lépe vztahy s ostatními lidmi, s vrstevníky, takže posun v socializaci lze pozorovat.

Pro mnoho rodičů je důležitý i samotný proces hledání a nácviu komunikačního systému, protože mají k dispozici alespoň nějaký nástroj a náplň, něco, co se svým dítětem můžou dělat. Hodně rodičů bývá frustrovaných tím, že jim vlastně lékaři skoro všechno zakážou například vzhledem epilepsiím – nemůžou cvičit, stimulovat zrak ani další aktivity. A v tu chvíli je další metoda nebo nástroj, který rodiče dostanou do ruky, pro ně úžasná věc. To je vlastně takový druhotný efekt při řešení této problematiky. Rodiče dostanou další šanci, jak se ke svému dítěti více přiblížit.

- Co spolupráce s dalšími institucemi – jakou roli zde hraje například MŠ, SPC či další odborníci?

I to je individuální. Asi stěžejní u MŠ je, po jakého typu zařízení to které dítě chodí. Pokud je to například běžná MŠ nebo speciální třída běžné MŠ pro děti s NKS a jsou to děti, které nemají žádné další závažnější problémy, spolupráce je dobrá a rodiče jsou spokojeni

a děti se opravdu rozvíjejí. V těchto MŠ jsou schopni rozvíjet řeč u dětí, u kterých je šance že se rozvine. Pokud se ale jedná o děti i s jiným typem postižení, například s PAS, tak s těmi už většinou pracovat neumějí. Co se týče způsobu komunikace, zvládnutí problematického chování a tak. A pak rodiny také spolupracují hodně s logopedy. A i příslušná SPC poměrně dobře spolupracují.

Shrnutí rozhovoru č. 4

Tento rozhovor byl veden s poradkyní, která se ve své profesi nejvíce věnuje dětem s těžkým kombinovaným postižením. Oblast rozvoje komunikace dítěte je ve všech jejích rodinách také cílem spolupráce, protože u všech těchto dětí se vyskytují vážné problémy v komunikaci. Cíle rodičů se liší podle typu a míry postižení jejich dítěte, a také podle jejich vlastního vnitřního nastavení. Má ve své péči děti, jejichž rodiče mají za cíl jen rozvoj mluvené řeči. Jedná se o rodiče dětí s PAS nebo s nevyjasněnou diagnózou, kdy děti na první pohled nemají žádné výraznější postižení. Ale také někteří rodiče dětí s těžkým kombinovaným postižením chtějí zpočátku pracovat na rozvoji mluvené řeči. A naopak má poradkyně zkušenosti s rodiči, kteří s ohledem na těžké kombinované postižení svého dítěte ani netuší, že by na rozvoji komunikace mohli pracovat. V těchto rodinách se tato otázka otevírá až v průběhu spolupráce a cílem těchto rodičů je jakýkoliv pokrok ve vzájemné komunikaci.

Na otázku, zda pozoruje ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí, poradkyně odpovídá, že určitě dochází k posunu ve všech rodinách. Přičemž na největší přínos své intervence považuje skutečnost, že ukazuje rodičům všechny možné způsoby a formy, jakými mohou se svými dětmi komunikovat. Daří se jí také rodiče přesvědčit, aby začali používat komunikační systém, který z počátku odmítali, nebo nevěděli, že daná činnost může sloužit mimo jiné jako komunikační prostředek. Z pozorovatelných změn v ostatních oblastech vývoje dětí, které má v péči, uvádí například zlepšení v projevech chování, větší možnosti projevení a podporování mentálního potenciálu dítěte nebo socializaci. Souhrnně ale, vzhledem ke složení svých klientských rodin, konstatuje, že posun v komunikačních dovednostech těchto dětí není tak výrazný, aby došlo k výraznému celkovému zlepšení jejich vývoje. Co však uvádí jako jeden z přínosů nacházení a zavádění komunikačního systému v rodině je proces samotný. Dává rodičům nástroj, pomocí kterého se mohou svému dítěti přiblížit. Dostávají nové možnosti toho, co mohou s dítětem dělat a na čem mohou pracovat.

Nejčastějšími překážkami, ovlivňujícími úspěšnost nalezení a zavedení vhodného komunikačního systému je podle názoru této poradkyně nedůslednost rodičů. Zároveň ale vysvětluje, že to není tím, že by rodiče důslední být nechtěli. Nedůslednost je způsobena okolnostmi, náročností péče o takto postižené děti, komplikovanost přijetí dané situace a zvnitřnění nového komunikačního systému. Ani zpětná vazba, která u těchto dětí bývá minimální, rodičům mnoho nepomáhá. Další velkou překážku tato poradkyně spatřuje ve zdravotním stavu dítěte a také v přístupu okolí rodiny k používání AAK.

Rozhovor č. 5

- **Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?**

Jsem speciální pedagog Bc. a jako poradkyně rané péče pracuji 1,5 roku.

- **Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?**

Nejbližší jsou mi děti se sluchovým postižením a obecně děti s NKS. Ve své péči mám ale děti všech typů postižení.

- **Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích ve svých klientských rodinách?**

Dá se říct, že všechno. Co se týče komunikace na straně dítěte – pokud používá funkčně nějaký systém, rozvíjíme ho. Pokud komunikace není vůbec, anebo není funkční, snažíme se vymyslet způsob jiný, který bude přínosný a pomůže dítěti v komunikaci s okolím. A na straně rodičů – většinou v prvopočátku řešíme to, aby rodiče uměli u svých dětí rozeznávat různé signály, které vysílají, aby rodiče poznali reakce dětí na určité podněty a tak podobně. I u těch nejmenších dětí se na rozvoji komunikace pracuje už jen tím, že poradkyně podporuje maminku v pozorování svého dítěte, ukazuje jí, čeho si má všimnout, jak si s ním hrát a tak podobně. A hodně také informujeme rodiče obecně o možnostech rozvoje komunikace pomocí různých přístupů, systémů.

- **Jaké jsou nejčastější cíle rodičů, co by si nejvíce přáli, aby se dělo v oblasti rozvoje komunikace u jejich dítěte?**

Velmi často na počátku spolupráce slýchám, že by si rodiče přáli, aby jejich dítě mluvilo. Chtějí podpořit rozvoj verbální komunikace. Pak jsou rodiče, kteří přicházejí s tím, že svým dětem nerozumějí. Například vědí, že dítě něco chce, ale z jeho projevů chování nejsou schopni poznat, co to je. Tak zkoušejí, nabízejí, ukazují, dítě se vzteká a zlobí se. Občas se rodič trefí do přání dítěte, občas ne. A toto chtějí rodiče změnit. A stejné je to i s porozuměním dítěte tomu, co mu rodič sděluje. Takže obecně – chtějí se se svým dítětem dorozumět.

- **Pozorujete ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí?**

Ano, téměř ve všech rodinách, které jsou určitou dobu v péči. Je jasné, že ty změny se dějí nejen díky naší intervenci. Také z hlediska vývoje toho dítěte dochází k dozrávání určitých oblastí a tím pádem k jeho rozvoji. U některých dětí jsou vidět pokroky od samotného začátku a stačí jen velmi malá míra podpory. Jedná se většinou o děti, které komunikují verbálně. Mám ale v péči mnoho dětí, u kterých není vzhledem k typu a míře postižení verbální komunikace možná. Anebo je velmi omezená jen na základní zvuky, slabikování a podobně. U těchto dětí se snažíme nalézt vhodný způsob komunikace a udělat jej funkčním, podpořit jím dosavadní dovednosti dítěte a dále je rozvíjet. Z tohoto hlediska je asi tím nejdůležitějším, co do rodiny přinášíme, seznámení rodičů s různými komunikačními systémy a společné nalezení toho, co by mohlo v jejich případě fungovat. Někteří rodiče vědí, že existují i jiné komunikační systémy, například znakový jazyk, ale jinak moc povědomí nemají. Takže asi největším přínosem naší intervence je to, že rodičům ukážeme i jiné cesty komunikace, společně je zkusíme zavést, kombinovat, upravovat podle potřeby konkrétního dítěte. A díky tomu pak dochází k rozvoji jeho komunikačních dovedností.

- **Jaké komunikační systémy jsou u dětí, které máte v péči, využitelné?**

No, vzhledem k tomu, že děti mohou být v naší péči pouze do sedmi let věku, je výběr komunikačních systémů nechci říct omezený, ale nějakým způsobem předem daný. Tak určitě nejčastěji používaným systémem je mluvená řeč. A to i v případě, že možnosti verbální komunikace dítěte jsou omezené. Jednak proto, že je to nejzákladnější způsob komunikace lidí ve společnosti, a také proto, že přání snad každého rodiče je to, aby jeho dítě mluvilo. V neposlední řadě je také mluvená řeč využívána jako podpora jiného komunikačního systému, který dítě učíme. Vždy se totiž snažíme dítěti zprostředkovat informace všemi

možnými způsoby. Takže intuitivně používáme vše, co by dané dítě mohlo zachytit, i když to samo nevyužívá. Tedy i mluvenou řeč.

Myslím si, že vzhledem k tomu, že našimi klienty jsou malé děti s postižením, je stěžejní co možná nejvíce využívat vizualizaci. Tedy i komunikační systémy, které jsou na ní založené – zejména VOKS a systémy na stejném principu (komunikace pomocí předmětů, fotografií, obrázků, piktogramů). Dále využíváme znak do řeči. Protože jsou ty děti opravdu malé, tak další podobné systémy jako například Makaton nebo Bliss asi nejsou na místě. Možná se někdy rodičům zmíním, že takovéto systémy AAK existují, ale to spíše jako informaci do budoucna.

- **Myslíte si, že je lepší, když se vybere jeden komunikační systém a zkouší se s ním pracovat nebo když se těch systémů zapojí víc?**

Určitě je dobré neulpívat na jednom způsobu komunikace. Myslím si, že nejprůnosnější je takový ten eklektický přístup, kdy z několika systémů vybereme na základě potřeb daného dítěte to, co by mu nejvíce sedělo. Kombinujeme například předmětovou komunikaci se znakem nebo zvukem, obrázkovou komunikaci s psanou podobou slov a podobně.

Často se na počátku spolupráce stává, že s rodiči toto téma na konzultacích řešíme. Cítím, že si nejsou jistí, že by chtěli zapojovat nějaké alternativní způsoby komunikace. Bojí se, že když budou dítě učit, aby si o něco požádali například pomocí karty s fotografií, že jej už nic nebude nutit, aby použilo mluvenou řeč. V těch případech rodičům říkám, ať si vybaví, jak každá maminka svému malému dítěti například při prohlížení knížky ukáže obrázek nebo na procházce ukáže na konkrétního ptáčka, pojmenuje, že je to ptáček, doprovodí to typickým zvukem – dělá pípí, a ještě třeba rukou ukáže nějaký symbol - jak klope zobáčkem. A to nikomu nepřijde divné a nikdo se nebojí, že by se toto malé dítě nerozmluvilo nebo nezačalo komunikovat. A u dětí s postižením je to stejné. Jen je potřeba, aby si rodiče uvědomili, že ke svému dítěti musejí přistupovat na základě jeho momentální vývojové úrovně a s přihlédnutím k limitům, jaké mu jeho postižení dává.

- **Pokud se podaří nalézt vhodný komunikační systém pro dané dítě a postupně se začne zavádět, jaké lze pozorovat změny ve vývoji dítěte?**

Jako stěžejní mi přijde to, že pokud se to opravdu daří, celkově se zlepší klima v rodině. Pro rodiče to v tu chvíli vypadá nadějněji. A co se týče dětí, tak asi nejpatrnější je posun v projevech chování. Už se tolik nevztekají, nepláčou. A také vidím větší snahu komunikovat. Děti dostanou do rukou nějaký nástroj, umožní se jim zažít úspěch v komunikaci a to je motivuje dál. I když není to pravidlo. U některých mých klientů vidím třeba i pokrok v sebeobsluze. Například mám v péči chlapce s PAS a mentálním postižením, který začal využívat VOKS a díky tomu, že si umí říct, že potřebuje na záchod, zvládá být bez plen. Předtím nevěděl, jak má dát najevo, že potřebuje na záchod. Maminka to sice poznala, ale ostatní lidé, třeba učitelky v MŠ, už ne.

- **V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?**

Pokud se podívám na svoje rodiny, tak je to často zdravotní stav dítěte. Mám v péči několik dětí, jejichž zdravotní stav je natolik vážný a nestabilní, že prakticky není prostor na nějaké zkoušení. Jsou to děti těžce kombinovaně postižené, děti s poruchou příjmu potravy, s epilepsií a podobně, které velmi často bývají hospitalizované, a jejich stav se často mění. A dále jejich postižení jako takové. Hůře se daří u dětí s kombinovaným postižením, například mám dítě s PAS a s kochleárním implantátem, nebo dítě s mentálním postižením, autismem a agresivními projevy chování. Tam je to opravdu těžké, protože jejich spolupráce a zpětná vazba je minimální.

A pak jsou tu další překážky. To, zda a jak bude dítě komunikovat, rozhodně není jen na tom dítěti. V mnoha rodinách je naším posláním ukázat rodičům, že ne to dítě samo, ale že i oni hrají velkou roli při rozvoji jeho komunikace. Snažíme se jejich myšlení odvrátit od toho často říkaného „on ještě nemluví, on ty karty nechce nosit, on asi nikdy nebude,...“ A tady hodně může pomoci VTI. Pomocí něj můžeme rodičům ukázat, že vlastně nikdy v té komunikaci není dítě samo. Vždy je to o vzájemné interakci, kdy rodič reaguje na iniciativy dítěte, svým přijetím a případným povzbuzením vyvolá další iniciativu a díky tomu se může rozvíjet interakční smyčka, která vede k rozvoji dalších iniciativ a komunikačních dovedností dítěte.

Další velkou překážkou je postoj rodičů k využívání alternativních způsobů komunikace. Často velmi dlouhou dobu přetrvává nepřijetí dané situace. Týká se to zejména rodičů dětí s PAS. Doufají, že to přijde, že se dítě rozmluví. Nebo jim stačí, že si je dítě dovede k tomu, co chce a považují to za funkční způsob komunikace. Často rodiče, když navrhnou, že zkusíme obrázkovou komunikaci, argumentují tím, že jejich dítě si přece umí říct, co chce tím, že si je k tomu dovede, anebo že oni mu přece rozumí a poznají, co chce, tak na co kartičky. Myslím si, že to je často i tím, že jsou rodiče do tohoto přístupu tlačeni okolím, širší rodinou. Oni sami by začali dřív, nebo by si to uvědomili dřív, ale pořád je tam tlak té společnosti být co nejlíže normě. A proto oni chtějí, aby jejich dítě mluvilo. Často slyším, že babička, tchýně, sousedka neustále řeší, proč to dítě nemluví a naznačují, že je to vina rodičů.

- Co spolupráce s dalšími institucemi – jakou roli zde hraje například MŠ, SPC či další odborníci?

Co se týče MŠ tak se asi obecně dá říct, že když dítě dochází do typu zařízení, které se specializuje na ten typ postižení, které dítě má, je to dobré. Bohužel těch specializovaných je velmi málo, kapacita rozhodně nestačí a proto se děti často vzdělávají v zařízení, které pro ně není vhodné. A tam to potom samozřejmě nefunguje, protože na to nejsou zařízení, nemají odpovídající zázemí, pomůcky ani patřičně vyškolený pedagogický personál. Jinak spolupracujeme my i rodiče se SPC pro děti s daným typem postižení. To většinou v době, kdy dítě začíná navštěvovat předškolní nebo školní zařízení. A pak také s logopedy, odborníky na fyzioterapii, poruchy příjmu potravy, chirofonetiku a dalšími. Se všemi je spolupráce přínosná, někde více někde méně. Záleží na konkrétních lidech.

Shrnutí rozhovoru č. 5

Poradkyně, se kterou byl veden tento rozhovor, má ve své péči, stejně jako všechny ostatní poradkyně, děti všech typů postižení. Sama nejraději pracuje s dětmi se sluchovým postižením, které však nejsou cílovou skupinou Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. Ve svých klientských rodinách pracuje v oblasti komunikace dítěte na rozvoji jeho stávajících dovedností, na podpoře zavedení funkčního komunikačního systému, a také na přístupu rodičů k dané problematice. Na konzultacích nejčastěji slyší, že cílem rodičů je rozvoj verbální komunikace dítěte. A to i u dětí, kterým to jejich postižení neumožňuje. Dále je častým přáním rodičů vzájemné porozumění mezi nimi a dítětem. Po určité době spolupráce

poradkyně téměř ve všech rodinách pozoruje pokroky v komunikačních dovednostech dítěte. U dětí, které komunikují verbálně, ale i u těch, u kterých se pracuje na zavedení AAK. Jako velkou změnu poradkyně ve spojitosti s poskytovanou intervencí v oblasti komunikace vnímá celkové zlepšení atmosféry v rodině. Děti dostávají prostředek, jak mohou komunikovat i přes svůj hendikep, některé se naučí, že vůbec komunikovat mohou. Díky tomu se potom zvyšuje motivace dětí k dalším činnostem a dochází k posunu i v ostatních oblastech jejich vývoje. Poradkyně uvádí, že pozoruje změny v projevech chování dětí, větší snahu komunikovat, ale také například zlepšení v sebeobsluze. Při svých intervencích využívá všech dostupných komunikačních systémů a zastává eklektický přístup ve výběru způsobu komunikace. Jako největší překážky v úspěšnosti intervence v oblasti rozvoje komunikace dítěte uvádí zdravotní stav dětí a limity, které jim stanovuje jejich postižení. Další významnou překážkou je pochopení rodičů, co všechno komunikaci utváří a čím vším ji oni ovlivňují. S tím souvisí také postoj rodičů a okolí dítěte k využívání alternativních forem komunikace.

8 Souhrn výsledků a diskuse

Výsledky a informace, získané výzkumem, budou v této kapitole shrnuty a diskutovány. Porovnávány budou také s názory odborníků, kteří se problematikou rozvoje komunikace dětí s postižením zabývají.

Provedeným výzkumem byla prostřednictvím dotazníku získána data, pomocí nichž se autorka pokusila ověřit hypotézy, stanovené na počátku tvorby práce. Dotazníky vyplňovali rodiče dětí s postižením, které jsou klienty Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. Pro dokreslení problematiky rozvoje komunikačních dovedností dětí, které jsou klienty rané péče, byly realizovány rozhovory, ve kterých poradkyně rané péče vyjadřovaly své názory a svůj pohled na danou problematiku ve svých klientských rodinách.

V první hypotéze autorka konstatuje, že rodiče využívají pro nácvik efektivní komunikace s dítětem častěji kombinaci více komunikačních systémů, než pouze jeden vybraný systém. Z odpovědí na příslušné položky dotazníku vyplývá, že při rozvoji komunikačních dovedností a nácviku efektivní komunikace se svým dítětem rodiče kombinují několik komunikačních systémů či jejich složek. Přičemž zastoupení těchto jednotlivých složek se mění v průběhu poskytované služby rané péče a v souvislosti s ní. Nejčastěji se

objevuje kombinace mluvené řeči se složkami neverbální komunikace – zejména s očním kontaktem, mimikou, gestikou. U některých rodin se využívá znak do řeči. V průběhu spolupráce s ranou péčí se také výrazně zvýšilo procento rodin, které k rozvoji komunikace začaly využívat předmětovou či obrázkovou komunikaci pomocí fotografií, obrázků nebo piktogramů. V souladu s tím se také zvýšilo procento využívání jednotlivých způsobů komunikace samotnými dětmi, a to jak s rodiči tak také s ostatními lidmi.

Pokud srovnáme tyto závěry s informacemi, které jsme získali z rozhovorů s poradkyněmi rané péče, můžeme konstatovat naprostou shodu. Také poradkyně uvádějí, že se ve většině rodin daří zavádět různé komunikační systémy, pomocí nichž dochází u dětí k rozvoji jejich komunikačních dovedností a jejich komunikace se stává více funkční. Na základě těchto výsledků lze konstatovat, že hypotéza se potvrdila. Výsledky, potvrzující tuto hypotézu se shodují s názory odborníků na vhodnost kombinace několika komunikačních systémů či jejich prvků. Zmínit můžeme například Klenkovou (2006, s. 208), která uvádí, že využívání více technik, znaků, strategií a pomůcek je vhodnější a umožňuje multisenzoriální přístup. Dodává však, že obvykle se u jedné osoby využívají maximálně tři komunikační systémy současně. Také Housarová (2011, s. 85) danou problematiku řeší a potvrzuje vhodnost kombinace různých metod a pomůcek. Upozorňuje ale na fakt, že každý komunikační systém má své klady a zápory a proto je jeho výběr a kombinace potřeba důkladně zvážit.

Druhá hypotéza předpokládala, že komunikační schopnosti dítěte, které je klientem rané péče, jsou z pohledu rodičů lepší po určité době využívání služeb rané péče, než byly před jejím započatím. K ověření této hypotézy směřovalo několik položek dotazníku. Rodiče odpovídali na to, jak se v průběhu spolupráce s ranou péčí mění například schopnost dítěte vyjádřit svůj komunikační záměr, pochopit sdělení druhého, jak dítě reaguje v případě nepochopení a obecně jak se mění jeho zájem o komunikaci. Můžeme konstatovat, že ve všech těchto oblastech komunikace došlo u většiny dětí k pokroku. Pokud se zaměříme například na schopnost dětí srozumitelně vyjádřit své sdělení a na jejich reakce v případech, kdy chtějí něco sdělit a okolí jim nerozumí, vidíme jednoznačný posun k lepšímu. Na počátku spolupráce si umělo pouze 8 % dětí říci o to, co chce. Po určité době spolupráce to bylo již 40 % dětí. S tím souvisí také skutečnost, že se z 35 % na 14 % snížilo procento těch dětí, které při neúspěchu svůj komunikační záměr opustily, případně které o komunikaci vůbec nestály.

V neposlední řadě je zajímavé také zjištění, že se zvýšilo procento dětí, které při nepochopení okolí projevovaly frustraci vztekem. Na počátku spolupráce to bylo 37 % dětí, v současné době je to 44 % dětí. Dle názoru autorky tento výsledek svědčí o faktu, že se u dětí zvýšil zájem o komunikaci, potřeba dorozumět se a dosáhnout svého cíle, což koresponduje s výše uvedeným snížením procent dětí, které o komunikaci zájem nemají. V mírném rozporu s těmito výsledky by se mohly zdát názory poradkyň, které shodně uvedly, že se u dětí, které se naučili funkčně využívat určité komunikační techniky k tomu, aby se dorozuměly, celkově zlepšily projevy chování, děti se staly klidnějšími, méně afektovanými. To však neznamená, že v situacích, kdy jim jejich okolí neporozumí, budou umět všechny adekvátně reagovat, a že je jejich momentální způsob komunikace funkční. Tento rozpor může být způsobený také tím, že projevy vzteku a pláče se nyní mohou objevovat u dětí, které byly v počátcích spolupráce ke komunikaci netečné, zatím co ty děti, které se dříve vztekaly, si nyní umějí při nepochopení okolí znovu a efektivněji o to, co žádaly, říct. V souladu s těmito závěry můžeme konstatovat, že i druhá hypotéza se potvrdila.

V poslední hypotéze autorka předpokládala, že rodiče dětí, které jsou klienty rané péče, upřednostňují u svých dětí mluvenou řeč před ostatními způsoby komunikace bez ohledu na typ postižení dítěte. V otázce na cíl v oblasti rozvoje komunikace dítěte 70 % rodičů uvedlo přání, aby jejich dítě komunikovalo verbálně. Toto přání vyslovili rodiče dětí se všemi typy postižení. Také v rozhovorech s poradkyněmi jsme se dozvěděli, že většina rodičů považuje rozvoj mluvené řeči u jejich dítěte za jeden z hlavních cílů spolupráce v oblasti rozvoje komunikace. V průběhu času se dle názoru poradkyň daří změnit pohled rodičů na celou problematiku a docílit jejich přehodnocení z potřeby „mluvit“ na potřebu „komunikovat“. V souvislosti s tím se daří zavádět i jiné komunikační systémy, které jsou pro dítě a jeho rozvoj přínosné. Také poslední hypotéza se tedy potvrdila.

Z výsledků výzkumu můžeme vyčíst, že u 30 % dětí došlo ke zlepšení v oblasti verbální komunikace. Pokud se budeme zamýšlet nad touto skutečností, musíme zmínit vliv využívání ostatních komunikačních systémů. Závěry našeho výzkumu ukazují, ve shodě s autory některých odborných publikací (srov. Šarounová 2014, s. 10, Bondy, Frost 2007, s. 49), že při zavedení dalšího komunikačního prostředku v rodině, například výměnného komunikačního systému pomocí fotografií a obrázků, dochází k vývoji v oblasti mluvené řeči u dítěte. Zajímavé je zjištění, že nejen děti, ale také rodiče v průběhu času se svým dítětem více verbálně komunikují. Může to být dáno věkem dítěte (čím je dítě starší, tím více si s ním

může rodič povídat). Autorka se také domnívá, že zde by mohla svou roli sehrávat právě pomoc poradkyň rané péče v rodinách. V mnoha případech, kdy se u dítěte vyskytuje nějaké postižení a dítě méně verbálně komunikuje, rodiče najednou také přestávají tento způsob komunikace používat, aniž by si to uvědomovali. I v odborných publikacích se setkáváme s názorem autorů (Dittrichová a kol. 2004, s. 139) že rodiče ztrácejí své intuitivní dovednosti a bývají ovlivněny tíhou situace. Při komunikaci s dítětem, které toho rodiči „méně vrací“ je velmi obtížné stále udržet stejnou snahu jako u dítěte, které v této oblasti problémy nemá. Slowík (2010 s. 121) uvádí, že například rodiče dětí s PAS často velmi trpí neopětovanou vstřícností a chybějící citovou odezvou ze strany dítěte, přičemž toto chování neznamená ve vztahu k rodiči nic osobního. Jedná se o jeden ze symptomů tohoto postižení. Poradkyně rané péče často rodiče podporují v tom, aby na své dítě stále mluvili, popisovali a komentovali vše, co se s dítětem děje, i když mají pocit, že dítě tyto snahy nevnímá a nereaguje na ně. Z odpovědí na otázky dotazníku vyplývá, že právě rodiče dětí s PAS a s mentálním postižením v současnosti na své dítě mluví více než na počátku spolupráce s ranou péčí.

V kvalitativní části výzkumu, kdy poradkyně rané péče odpovídaly na otázky týkající se jejich intervence v rodinách, bylo zjištěno také množství zajímavých skutečností. Všechny námi oslovené poradkyně mají ve své péči děti se všemi typy postižení, i když jejich rozložení se liší. Při porovnávání uváděných zkušeností, které poradkyně při své práci získávají, můžeme konstatovat, jak je tato práce různorodá. Všechny rozhovory se prolíná skutečnost, že každá rodina je jiná a má své specifické požadavky. Zjišťujeme, jak se zkušenosti poradkyň liší v závislosti na tom, jaké složení klientů mají ve své péči. Tedy jaké různé typy postižení a jejich projevy mají děti, které jsou v péči těchto poradkyň. Přesto ale můžeme uvést, že vidíme mnoho společných atributů těchto rodin, ze kterých vyplývají společné znaky intervence, poskytované těmto rodinám prostřednictvím rané péče.

Z rozhovorů vyplývá, že všechny poradkyně ve svých rodinách poskytují intervenci v oblasti rozvoje komunikace dítěte, přičemž náplň spolupráce se v průběhu času mění podle potřeb dítěte a podle cílů, které si rodiče stanovují. Obecně ale můžeme říci, že není oblast komunikace, kterou by poradkyně ve svých rodinách neřešily. Na počátku spolupráce se nejčastěji setkávají s přáním rodičů, aby jejich dítě komunikovalo pomocí mluvené řeči. Toto přání vyslovují rodiče napříč spektrem postižení, které se u jejich dětí vyskytuje. S těmito názory poradkyň korespondují také odpovědi rodičů, uvedené v dotaznících. S tím souvisí asi nejvíce diskutovaná oblast, a tou je přístup rodičů k nastavení a zavádění alternativních

způsobů komunikace a obecně situace v rodině v oblasti komunikace. Poradkyně shodně popisují tíži řešení této otázky na konzultacích, kdy největší roli hrají obavy rodičů, jejich vnitřní nastavení a vliv jejich okolí na rozvoj komunikačních dovedností jejich dítěte pomocí jiných způsobů, než je mluvená řeč. V neposlední řadě jsou zajímavé zkušenosti poradkyň s rolí, kterou v této problematice hrají vzdělávací zařízení, převážně MŠ, a další odborníci. Jejich přístupy a pomoc dítěti i rodičům se značně liší, a to i v konkrétních případech jednotlivých rodin. To už tak nelehkou situaci rodiny ještě více ztěžuje a nutí ji činit rozhodnutí, která pro ni nejsou v danou chvíli jednoduchá.

ZÁVĚR

Diplomová práce na téma Komunikační systémy využívané v rané péči se zabývala problematikou rozvoje komunikace u dětí s postižením, které jsou klienty rané péče a intervencí v této oblasti prostřednictvím využívání různých komunikačních systémů.

Cílem teoretické části bylo, za pomoci nastudování odborných publikací a internetových zdrojů o dané problematice, popsat charakteristiku a základní pojmy týkající komunikace a jejích složek, specifik komunikace osob s různými typy postižení a principy a možnosti využití jednotlivých komunikačních systémů u těchto osob. V závěru teoretické části je věnován prostor seznámení se se sociální službou rané péče, která rodinám s dítětem s postižením v raném věku poskytuje své služby a pomoc v jejich nelehké životní situaci.

K dosažení stanoveného cíle empirické části diplomové práce byla použita metoda smíšeného průzkumu. V jeho kvantitativní části byli pomocí dotazníkového šetření osloveni rodiče dětí s postižením, které jsou klienty Střediska pro ranou péči Liberec o.p.s. Odpovídali na otázky, týkající se úrovně komunikačních dovedností svých dětí a úspěšnosti intervence v rozvoji komunikace dětí v průběhu spolupráce s ranou péčí. Další otázky směřovaly ke zjištění využitelnosti jednotlivých způsobů komunikace. V kvalitativní části výzkumu byly realizovány rozhovory s poradkyněmi rané péče. Tato metoda byla zařazena pro dokreslení problematiky, kterou se diplomová práce zabývá. Poradkyně měly v rámci rozhovoru možnost vyjádřit své názory na oblast rozvoje komunikace u dětí, které mají ve své péči. Polostrukturovaný rozhovor obsahoval otázky, týkající se jejich intervence v této oblasti, jejich přínosu pro dítě a pro rodinu. Otázky také mapovaly názory poradkyň na možnosti a přínosy využívání různých komunikačních systémů v klientských rodinách a na okolnosti, které celkovou úspěšnost péče ovlivňují.

Tímto výzkumem bylo zjištěno několik zásadních informací. Převážná většina dětí s postižením po určité době spolupráce s ranou péčí vykazuje pokroky ve sledované oblasti. Komunikační dovednosti těchto dětí se postupem času rozvíjejí. Je to dáno jednak jejich přirozeným vývojem, který je však přítomností postižení značně ovlivněn, ale zejména péčí, kterou svým dětem poskytují jejich rodiče za podpory a intervence řady odborníků, mimo jiné pracovníků rané péče. U více než poloviny dětí, bez ohledu na typ jejich postižení, se ve větší

či menší míře rozvíjí verbální komunikace, což je zároveň nejčastějším přáním rodičů a cílem spolupráce s ranou péčí v této oblasti. Téměř ve všech rodinách se nakonec podaří za podpory poradkyně rané péče začít pracovat na nastavení a zavedení vhodného komunikačního systému dítěte, přičemž nejčastěji se využívá několik způsobů a prvků komunikace najednou. V takových případech je intervence úspěšnější než v případech, kdy se nalezení a zavedení alternativních způsobů komunikace nedaří. Nejčastěji zmiňovanou překážkou jsou potom limity, které dětem dává jejich postižení, a také přístup a povědomí rodičů a okolí dítěte o této problematice. To vše bývá častým tématem při konzultacích poradkyň rané péče v rodinách.

Zjištěné výsledky mohou být chápány jako uspokojivé, i když z výzkumu vyplývá řada skutečností k zamyšlení či navrhovaných opatření. Potvrzuje se nutnost provázané spolupráce všech intervenujících odborníků, kteří se zapojují do péče o dítě s postižením. S ohledem na zkoumanou problematiku, tedy oblast komunikace dítěte s postižením a možnosti jejího rozvoje, se nabízí řada dalších otázek a podnětů k dalšímu zkoumání. Dle názoru autorky by bylo vhodné a zajímavé ve výzkumu této tematiky pokračovat. Diplomová práce se zaměřila na rozvoj komunikace u dětí po dobu, po kterou jsou klienty rané péče. Tato sociální služba je jim však poskytována jen do věku sedmi let. Navazující instituce, převážně SPC, ale i MŠ potom hrají stěžejní roli v edukaci a socializaci těchto dětí, přičemž způsob komunikace je pro úspěšnost v těchto aspektech života dítěte klíčová. Zajímavé a jistě přínosné by bylo mapování dané problematiky i v době, kdy děti ranou péčí opustily. Další náměty ke zkoumání vyplývají z rozhovorů s poradkyněmi rané péče. Často zmiňované byly situace, kdy různí odborníci podávali rodičům různé, často protichůdné informace o vhodnosti využívání AAK. Výzkum, zaměřený například na pedagogické pracovníky v MŠ či pediatrii a další odborníky by mohl přinést zajímavá zjištění o informovanosti a zkušenosti těchto odborníků s danou problematikou.

NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Na základě výše shrnutých zjištění lze navrhnout následující opatření. Tato opatření se vztahují zejména k rozšíření povědomí rodičů o **potřebě nalézt** co nejdříve **vhodný způsob komunikace**, který by jejich dítěti pomohl v rozvoji komunikačních dovedností a celé osobnosti. Obecně je cílem navrhovaných opatření **zajistit vyšší informovanost odborné i široké veřejnosti o existenci a přínosech AAK** u dětí s postižením v raném věku. Opatření jsou směřována na jednotlivé subjekty, které společně v rodinách s dítětem s postižením intervnují.

Na prvním místě je potřeba zmínit **úlohu sociální služby rané péče**, která rodinám dětí s postižením poskytuje intervenci v nejrůznějších oblastech života dítěte i celého rodinného systému. Tedy i v oblasti rozvoje komunikace. Poradkyně rané péče bývají jedny z prvních odborníků, se kterými rodiče začínají otevírat a řešit tuto problematiku. Jejich role není snadná. Povědomí rodičů o problematice rozvoje komunikačních dovedností jejich dítěte není dostatečná, jejich přání a cíle mnohdy neodpovídají možnostem a schopnostem dítěte s ohledem na typ jeho postižení. Poradkyně stojí mnoho času a úsilí rodiče seznámit s tím, co je v oblasti komunikace pro jejich dítě a pro ně důležité, mnohokrát na konzultacích s rodiči diskutují o podstatě komunikace a potřebě umožnit dítěti domluvit se se svým okolím co nejdříve a co nejvíce funkčně, aby se mohlo co možná nejvíce začlenit do společnosti. S tím souvisí také vysvětlení přínosu a principu užívání různých komunikačních systémů, které toto mohou jejich dítěti poskytnout. Ani tak se vždy nepodaří, anebo za velmi dlouho dobu, přesvědčit rodiče o přínosech využívání i jiných způsobů komunikace než je mluvená řeč.

Možným řešením tohoto problému by mohlo být například **vytvoření časosběrného dokumentu**. V něm by bylo na vybraných případech ukázáno, jak práce s AAK v rodině s dítětem, které má problém v komunikaci, probíhá, co všechno zahrnuje a jaké jsou začátky a jaké mohou být konečné výsledky. Rodiče, kteří tuto situaci řeší, by po shlédnutí dokumentu měli názornou představu o celém procesu, a také by možná ztratili mnoho pochybností o vhodnosti využívání alternativních způsobů komunikace.

S tím souvisí také další možnost, jak rodičům **zprostředkovat zkušenosti** těch, u kterých se pomocí využívání různých komunikačních systémů podařilo rozvinout funkční

komunikaci dítěte (mnohdy i za současného dosažení rozvoje mluvené řeči). Tou možností je pořádání seminářů, klubů či setkávání rodičů, věnovaných této problematice. Rodiče dětí, u kterých se daří komunikaci nastavit a rozvíjet by mohli formou kazuistiky seznámit ostatní se svým příběhem. Pak by mohli všichni rodiče vzájemně sdílet své zkušenosti, úspěchy i neúspěchy s rozvojem komunikačních dovedností svých dětí, diskutovat o svých přáních, cílech, ale také překážkách, které je nejen v této oblasti potkávají.

Další možností by mohlo být občasné uspořádání **přednášek s některými odborníky**, kteří se na danou problematiku specializují a mohou rodičům poskytnout ucelenější pohled na řešení problémů s komunikací dětí s různými typy postižení.

Další skupinou osob, ke kterým se navrhaná opatření obracejí, jsou **odborníci z řad lékařů**, převážně pediatrů, ale i **dalších odborníků**, jako jsou neurologové, psychologové, rehabilitační pracovníci a další, kdo se na intervenci v rodině podílejí. Často je neúspěch v rozvoji komunikace dítěte zapříčiněn situací, kdy rodiče dostávají od různých zúčastněných různé informace a rady, které mohou být i protichůdné. Rodiče se potom ocitají v bezvýchodné situaci, sami se necítí být dostatečně kompetentní k tomu rozhodnout, kterou radu přijmout a na základě ní pracovat. Potom raději nezačínají s žádnou speciální intervencí, neustále čekají, jak se bude situace dále vyvíjet a dítěti utíká důležitý čas, kdy již mohlo se svým okolím nějakým způsobem funkčně komunikovat. Zejména pediatři by měli více šířit mezi rodiči povědomí o potřebě komunikace jako takové. U dětí s postižením by měli včas rodiče upozornit na případné možné komplikace v rozvoji mluvené řeči i komunikace obecně a poradit jim, na koho se mohou s žádostí o pomoc obrátit.

V neposlední řadě je velkou kapitolou v této problematice **intervence logopedů**, protože oni jsou ti, kteří mohou v oblasti rozvoje komunikačních dovedností dítěte poskytnout nejobornější péči. Všichni, kteří intervenují v rodině dítěte s postižením a pozorují počínající problémy v oblasti komunikace, by měli s rodiči probrat vhodnost spolupráce s logopedem. V laické veřejnosti je poměrně rozšířen názor, že posláním logopedie je náprava řeči a vyvozování hlásek. Názor, že nemá smysl na logopedii chodit, dokud dítě nezačalo mluvit je zcestný, ale bohužel mezi rodiči ne ojedinělý. Proto by rodiče měli dostat informaci, že se jedná o speciálně pedagogický obor, který dítěti i rodičům může poskytnout své rady a pomoc již mnohem dříve, pokud to situace vyžaduje.

Jako ideální řešení by se také jevila existence většího množství institucí, na které by se rodiče mohli s rozvojem komunikačních dovedností pomocí různých komunikačních systémů obrátit – **centra AAK** nebo podobné instituce.

Poslední navrhované opatření se vztahuje na **osvětu ve vzdělávacích zařízeních**, zejména v MŠ. Jsou zpravidla prvním místem, kde děti tráví značnou část dne bez rodičů, mezi vrstevníky. Do doby, než dítě do MŠ nastoupí, tráví většinu času v přítomnosti matky, otce nebo nejbližších členů rodiny, kteří jim nejvíce rozumějí a poznají jeho přání, i když si o ně samo neřekne. Anebo spolu dokáží komunikovat pomocí alternativních způsobů komunikace, které ale jejich širší okolí už neovládá. Stejná situace nastává při nástupu takového dítěte do MŠ. V mnoha předškolních zařízeních, zpravidla speciálních MŠ, se s metodami AAK pracuje a tak není nástup takto komunikujícího dítěte žádným problémem. Není to však bohužel pravidlo. Povětšinou v MŠ běžného typu, v běžné nebo i speciální třídě, se vzdělávají v integraci děti, které potřebují specifický způsob komunikace, který ale pracovníci neovládají a nemají k tomu ani odpovídající podmínky. Situace je o to horší, že se mnohdy rodiče setkávají nejen s tím, že MŠ nemá s AAK zkušenost, ale navíc rodiče přesvědčuje, aby i oni tímto způsobem nekomunikovali a nebrzdili tak své dítě v rozvoji mluvené řeči. Proto by bylo více než vhodné prohloubit orientaci a znalosti pedagogických pracovníků v MŠ v oblasti alternativních způsobů komunikace, například formou dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, anebo jejich spoluprací se středisky rané péče, se SPC či jinými odborníky na tuto problematiku.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- APLA 2015. O autismu. In *APLA – asociace pomáhající lidem s autismem* [online]. [vid. 1. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.praha.apla.cz/o-autismu.html>
- Asociace pracovníků v rané péči. In *Asociace pracovníků v rané péči* [online]. [vid. 10. 1. 2015]. Dostupné z: <http://aprp.cz/>.
- ATTWOOD, T. 2005. Účinné formy pomoci v oblasti komunikace. In *Autismus.cz* [online]. [vid. 1. 04. 2015]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/detsky-autismus-4.html>
- AVIGUK, 2015. O VTI. In *AVIGuk* [online]. [vid. 10. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.videointeractionguidance.net/aboutvig>.
- BONDI, A., FROST, L., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. 1. vydání. Praha: Grada, ISBN: 978-80-247-2053-1
- CENTRUM TERAPIE AUTISMU, 2015. Videotrénink pozitivních interakcí VTI (VIG). In *Centrum terapie autismu* [online]. [vid. 10. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.cta.cz/products/videotrenink-pozitivnich-interakci-vti-vig/>
- ČAVOJSKÁ, G., 2013. *Raná péče v rodinách s rizikovými dětmi*. Bakalářská práce (Bc.). Liberec: Technická univerzita v Liberci. Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická
- ČERNÁ, M. a kol., 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum. ISBN: 978-80-246-1565-3
- ČERTEKOVÁ, V., 2009. Typy sluchových vad. In *Kochlear* [online]. 5. 8. 2009 [vid. 20. 6. 2014]. Dostupné z: <http://kochlear.cz/index.php?text=66-typy-sluhovych-vad>
- DITTRICHOVÁ, J. a kol., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. 1. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-0399-8.
- FRIEDLOVÁ, K., 2013. *Bazální stimulace. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program*. 14. přepracované vydání. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace
- FRIEDLOVÁ, K., 2015. O bazální stimulaci. In *Institut bazální stimulace* [online]. [vid. 5. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

HLAVÁČOVÁ, J. a kol., 2003. *Hluchoslepí mezi námi*. Praha: LORM - společnost pro hluchoslepé.

HOUSAROVÁ, B., 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN: 978-80-7372-789-5

JANOTOVÁ, N., 1996. *Rozvoj zrakového vnímání a odezírání sluchově postižených dětí*. 1. vydání. Praha: Septima. ISBN: 80-85801-84-1

JANOVCOVÁ, Z., 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN: 80-210-3204-9

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 978-80-247-5203-7

KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vydání. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1110-9

KNAPCOVÁ, M., 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-14-3

KRAHULCOVÁ, B., 2002. *Komunikace sluchově postižených*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-246-0329-2

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L., 2004. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-063-0

LANGER, J., 2008. Komunikace s osobami se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Specifika komunikace osob se zdravotním postižením* [online]. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. [vid. 1. 4. 2015]. ISBN 978-80-244-1935-0. Dostupné

z: <http://ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/clanky/2008-Komunikace.pdf>

- LAUDOVÁ, L., 2003. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546
- LECHTA, V. a kol., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5
- LORM – SPOLEČNOST PRO HLUCHOSLEPÉ, 2015. Definice hluchoslepoty. In *LORM – společnost pro hluchoslepe* [online]. [vid. 5. 4. 2015]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/pro-hluchoslepe/definice-hluchoslepoty/>
- MPSV, 2015. Registr poskytovatelů sociálních služeb. In *Portál MPSV* [online]. [vid. 5. 4. 2015]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1426764812266_2
- OPATŘILOVÁ, D., 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3977-9
- PEŠATOVÁ, I., 2005. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky se zaměřením na tyflopédii*. 2. díl. 2. upravené vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-004-3
- POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 3. doplněné vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2
- PROGRESSIVE CONSULTING, 2015. Verbální a neverbální složky komunikace. In *Progressive consulting* [online]. [vid. 5. 2. 2015]. Dostupné z: <http://consulting.progressive.cz/?page=423>
- RANÁ PÉČE, 2015. In *Společnost pro ranou péči* [online]. [vid. 5. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>.
- SCHINDLER, R., PEŠÁK, M., 2015. Kdo je zrakově postižený? In *Sons* [online]. [vid. 4. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/kdojezp.php>
- STŘEDISKA PRO RANOU PÉČI, 2015. Poslání a cíle. In *Střediska pro ranou péči* [online]. [vid. 4. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.ranapece.eu/rana-pece/poslani-a-cile>
- SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9

- STRAUSSOVÁ, R., HRADSKÁ, M., 2012. *Obrázkový slovník pro nácvik porozumění řeči a rozvoj pasivní slovní zásoby*. 1. vydání. Praha: APLA. ISBN 978-80-87690-02-4
- STRNADOVÁ, V., 2001. *Hádej, co říkám aneb odezírání je nejisté umění*. 2. doplněné vydání. Praha: ASNEP. ISBN 80-903035-0-1
- ŠAROUNOVÁ, J. a kol., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0
- ŠKODOVÁ, E., 2003. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546
- THOROVÁ, K., 2007. Dětský autismus. In *Autismus.cz* [online]. [vid. 1. 04. 2015]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/popis-poruch-autistickeho-spektra/detsky-autismus-4.html>
- VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z., 2003. *Vývoj postiženého dítěte v předškolním věku*. 2. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-772-1
- VITÁSKOVÁ, K. a kol., 2014. *Posuzování verbální a neverbální složky komunikace ve speciálněpedagogické praxi*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3989-1
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Portál MPSV* [online]. [vid. 1. 04. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf
- Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In *Portál MPSV* [online]. [vid. 1. 04. 2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf
- Zákon č. 384/2008 Sb. o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, kterým se mění zákon č. 155/1998 Sb., o znakové řeči a o změně některých dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2008, částka 138, s. 6980–6982. ISSN 1211-1244
- ZEZULKOVÁ, E., 2011. *Jazyková a komunikativní kompetence dětí s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-27368-991-9.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Optimální model rané péče (viz text na s. 61)

Příloha B: Druhové standardy kvality služby (viz text na s. 61)

Příloha C: Dotazník pro rodiče, klienty Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s.
(viz text na s. 64)

Příloha D: Základní otázky pro rozhovor s poradkyněmi rané péče Střediska pro ranou péči
Liberec, o.p.s. (viz text na s. 64)

Příloha A

Optimální model rané péče

Asociace pracovníků v rané péči, z.s.

Vlachova 1502/20, 155 00 Praha 5 – Stodůlky, IČ 26641933

www.aprp.cz



Optimální model rané péče

Optimální model popisuje službu rané péče při optimálním stavu finančního, personálního a materiálního zabezpečení. Cena služby poskytované optimálním způsobem je **40 000,- Kč** na jednu klientskou rodinu za kalendářní rok.

Optimální model služby rané péče vznikl na základě výsledku jednání organizací sdružujících se v profesní organizaci (Asociaci pracovníků v rané péči).

Služba z hlediska pracoviště

Tým rané péče, pracovní náplň

Vedoucí

každý tým je řízen vedoucím

to, zda vedoucí pracuje i s rodinami záleží zpravidla na velikosti týmu či dalších specifikách – např. zda je pracoviště rané péče součástí větší organizace atd.)

-
- koordinace všech aktivit
- starost o zajištění financování, kvantifikace dat
- dotace, projekty – psaní, řízení, vyúčtování
- Plány, cíle, strategické plánování
- jednání, prezentace – úřady..
- výroční zpráva
- personální práce – přijímání, hodnocení, kontrola, pohovory se zaměstnanci (2x ročně), kontrola docházky, výkazů, dovolených
- kontrola v rodinách (rozhovory s rodiči – zjišťování kvality..), 2x s každým poradcem za rok,
- hodnocení služby
- aktualizace standardů, metodik, vnitřních pravidel, dotazníků na zjišť. kvality služby
- zajišťování vzdělávání, supervizi
- účast na prvních a posledních konzultacích
- řešení stížností a připomínek
- účast na poradách vedoucích (na pracovištích, která jsou součástí větší organizace)

Poradce

- poradce spolupracuje v rámci plného úvazku s 20 – 22 rodinami
- průměrně absolvuje 10 – 12 konzultací měsíčně (max. 2 konzultace denně, délka konzultace 1,5 – 3 hodiny)

Práce pro klienta		Práce pro pracoviště	Práce navenek	Vzdělávání
přímá	nepřímá	Provozní porady	Účast v komunitních plánování	Kurzy, stáže, semináře, konference, kazuistická setkání
Konzultace v rodině (vč. prvních)	Cesta na konzultaci – Příprava (shromáždění info., výroba, výběr pomůcek, plán konz.) Zpracování konz. (vyhodnocení plánu, vedení dok., zaslání inf., úklid pomůcek) –	Odborné porady Správa knihovny, pomůcek, aut, webu	Osvěta, prezentace, předávání informací Vzdělávací akce pro veřejnost odb. i laic.	
Konzultace v zařízení, doprovázení	Cesta do zařízení Příprava a zpracování	Vedení evidence – Týmová supervize	Práce se studenty, s dobrovolníky	
Telefonická a písemná konz.		Ostatní činnost (práce na projektech, strategické plánování...)	Medializace	
Ambulantní a vstupní konzultace	Příprava a zpracování			
Semináře a setkávání, pobytové kurzy	Příprava			
	Případové supervize, porady o klientech, kazu porady, metodické vedení... (řeší se konkrétní případ)			

Koordinátor

pro zajištění chodu pracoviště je zapotřebí cca 1 úvazek koordinátora na 70 klientských rodin

- Práce pro pracoviště - 50% pracovní doby/úvazek
 - shromáždění podkladů k výkazům MPSV
 - porady – přípravy, zápisy
 - sledování střediskového mailu
 - vzdělání – shromáždění nápadů
 - koordinace dobrovolníků, studentů
 - propagace střediska – rozesílání článků, letáků

- sledování webu
 - jednotná grafická úprava materiálů
 - objednávání časopisů
 - zajišťování nouzových situací (má přehled o tom, kde kdo je – hlásí se mu každý, kdo má problém)
 - komunitní plánování – aktualizace v katalogu, sledování, účast
2. Práce pro rodiny 30% pracovní doby/úvazek
- technické věci kolem pobytů, seminářů – rozesílání info
 - shromažďování návazných služeb, adresáře
 - správa adresářů sloužících k rozesílání informací rodinám
 - evidence žadatelů o službu, čekatelů na službu
 - první kontakt (je přítomen v úřední den)
 - koordinace ambulantních dnů
3. Provoz střediska 20% pracovní doby/úvazek
- opravy, sledování pojištění (aut, kanceláře – sledování výhodnosti, zjišťování optimální nabídky), zelené karty..., školení střediska, stavy elektroměrů, vodoměrů)
 - vedení seznamů pomůcek, knihovny odborné i dětské literatury,
 - vedení evidence pomůcek
 - inventura majetku
 - hlídání BOZP
 - starost o počítače – zálohování dat, stav tonerů
 - aktualizace technických směrnic
 - koordinace úklidu
4. Finanční agenda – 20%
- sledování grantového řízení
 - sledování sponzorských darů, darovací smlouvy
 - pokladna
 - příprava a zpracování odkladů pro účetní firmu

Technické zázemí pracoviště rané péče

- kanceláře (dle velikosti týmu, každý poradce - stůl, počítač s internetovým připojením, mobilní telefon, e-mailová adresa pro komunikaci s klienty)
- příp. prostory pro ambulantní služby
- sklad hraček, pomůcek, literatury
- sociální zázemí
- služební auta – počet vychází z kapacity pracoviště, působnosti a specifik regionu, ve kterém pracoviště působí

Služba z hlediska klientské rodiny

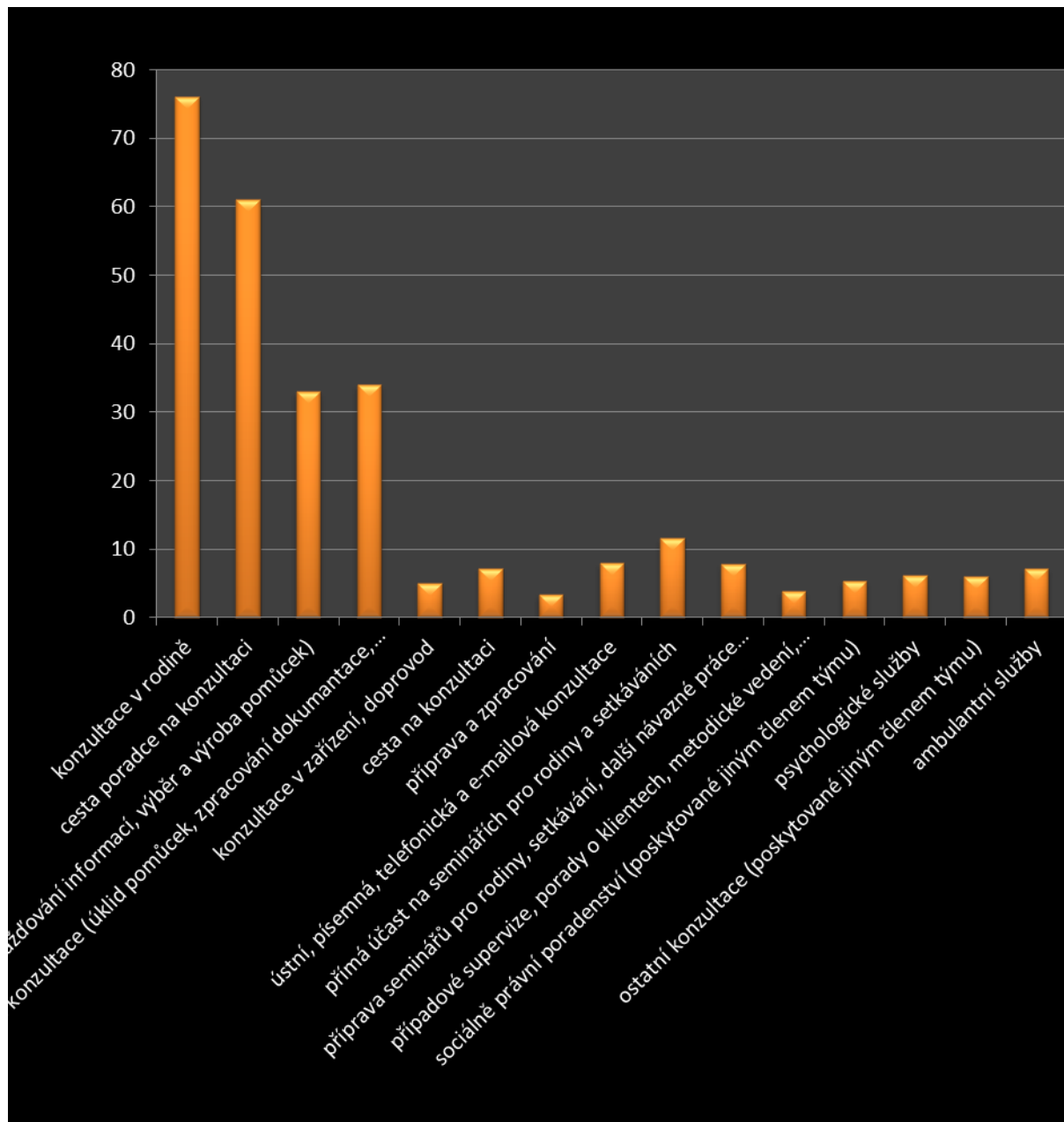
- každá rodina vyčerpá v rámci služby průměrně následující činnosti (z největší části poskytované poradcem, příp. ale i dalším členem týmu) v uvedeném množství
- skutečné čerpání jednotlivých činností je individuální, vychází z potřeb a aktuální situace každé rodiny i pracoviště rané péče (např. naplněnost kapacity)
- 1h práce pro rodinu stojí 476 Kč při ceně služby 40 000,- Kč/ rodina/rok
- data vznikla zprůměrováním hodnot pracovišť sdružených v APRP

činnost	Minuty/měsíc	Hodiny/rok
Konzultace v domácím prostředí	76	15,2
Cesta poradce na konzultaci	61	12,2
Příprava na konzultaci (příprava pomůcek, shromáždění informací)	33	6,6
Zpracování konzultace (úklid pomůcek, zpracování dokumentace, vypracování zpráv, zaslání informací...)	34	6,8
Konzultace v zařízení, doprovod klienta	5	1
Cesta na konzultaci	7,2	1,44
Příprava a zpracování	3,4	0,68
Ústní, telefonická, písemná a e-mailová konzultace	7,9	1,58
Přímá účast na seminářích pro rodiny a setkávání	11,5	2,3
Příprava seminářů pro rodiny a setkávání, další návazné práce spojené s jejich organizací	7,8	1,56
případové supervize, porady o klientech, metodické vedení, kazuistická setkání zaměřená na řešení případu	3,8	0,76
sociálně právní poradenství (poskytované jiným členem týmu než je poradce rodiny)	5,3	1,06
psychologické služby	6,1	1,22
ostatní konzultace (poskytnuté jiným členem týmu)	6	1,2
Ambulantní služby (neposkytuje každé pracoviště)	7,1	1,42
Celkem		55,02

Poznámky:

- některé činnosti jsou poskytovány více poradci najednou, započítán je pouze čas, který čerpá rodina

Služby čerpané průměrně 1 rodinou za měsíc (v minutách)



Příloha B

Druhové standardy kvality služby

Asociace pracovníků v rané péči, z.s.

Vlachova 1502/20, 155 00 Praha 5 – Stodůlky, IČ 26641933

www.aprp.cz



DRUHOVÉ STANDARDY KVALITY SLUŽBY RANÁ PÉČE

závazně odhlasované členskými pracovišti APRP dne 10. 10. 2013

OBSAH:

Procedurální standardy:

Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociální služby

Standard č. 2 – Ochrana práv osob

Standard č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu

Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby

Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Personální standardy:

Standard č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců

Provozní standardy:

Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

Standard č. 13 – Prostředí a podmínky

Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace

Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby

Finanční zajištění služby raná péče

Definice služby rané péče

(§54 zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách ve znění pozdějších právních předpisů).

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.

PROCEDURÁLNÍ STANDARDY

Standard č. 1 - Cíle a způsoby poskytování sociální služby

CÍLE RANÉ PÉČE

Snížit negativní vliv postižení dítěte nebo ohrožení jeho vývoje na rodinu a prostředí, ve kterém vyrůstá. Zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou již postiženy nebo ohroženy. Posílit kompetence rodiny a zvýšit její soběstačnost. Vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.

Uživatelem je rodina, je-li:

- u dítěte zjištěno nebo důvodně předpokládáno zdravotní postižení
- věk dítěte od narození do 7 let.

Služby jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby rodinu nečinily závislou na žádné výchovně vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci, od nichž musí být služby rané péče obsahově, personálně i finančně odděleny.

POSKYTOVATEL SLUŽBY RANÁ PÉČE

Poskytovatelem je organizace, která má registrovanou službu raná péče dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách, ve znění pozdějších právních předpisů.

ZÁSADY SLUŽBY RANÁ PÉČE

Pracoviště rané péče naplňuje při poskytování služby tyto principy:

Princip důstojnosti

Respektuje individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvyklosti každé rodiny.

- Jedná s uživatelem v každé situaci dle zásad partnerství.
- Uživatel včetně dítěte je pojmán jako subjekt, nikoli objekt péče a služby.
- Prostor pro poskytování ambulantní formy služby raná péče je zařízen s ohledem na důstojnost uživatele.

Princip ochrany soukromí klienta

● Během konzultace v domácím prostředí uživatele vstupuje pracovník služby raná péče pouze na ta místa, kam je zván.

- Veškeré informace o uživateli jsou shromažďovány a dalším subjektům poskytovány

pouze s jeho výslovným souhlasem.

- Dokumentace je vedena v souladu se zákonem 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů.

Princip zplnomocnění

● Pracovník respektuje právo uživatele na kvalifikované a objektivní informace a zodpovědnost uživatele o sobě rozhodovat.

- Služba raná péče podporuje právní vědomí uživatelů.
- Uživatel vytváří a naplňuje společně s pracovníkem služby individuální plán služby.

Princip nezávislosti

● Služba raná péče podporuje schopnost uživatelů nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí.

- Služba raná péče je koncipována tak, aby se předcházelo vytváření závislosti uživatele na službě, některé z jejích součástí, osobě klíčového pracovníka či dalších institucí.

Princip práva volby

Uživatel se rozhoduje pro využívání či nevyužívání služby raná péče a spolurozhoduje o jejím konkrétním rozsahu a tvorbě individuálního plánu.

Princip týmového přístupu a komplexnosti služeb

Služba raná péče je ze své podstaty interdisciplinární.

- Uživatel je členem interdisciplinárního týmu. Je přítomen rozhodujícím jednáním, která se ho týkají, podílí se na rozhodování a individuálním plánování služby.

Princip přirozenosti prostředí

Služba raná péče ve své standardní podobě a rozsahu je poskytována uživatelům v jejich přirozeném prostředí.

- Pracovníci služby raná péče volí takové pracovní postupy a metody, které podporují a posilují přirozené prostředí v rodině uživatelů i v komunitě takovým způsobem, kde je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba.
- Pracovník si s uživatelem domlouvá konzultace s ohledem na běžný chod, rytmus a potřeby rodiny.

KONKRETIZACE PRŮBĚHU SLUŽBY

- Raná péče zahrnuje tyto oblasti: podporu a provázení rodiny v tíživé životní situaci, podporu vývoje dítěte, výchovné poradenství, rehabilitaci v širším smyslu, pomoc při uplatňování práv a zájmů rodin s dětmi s postižením, pomoc se zařazením dítěte do školského vzdělávacího systému (integrace, speciální vzdělávání), pomoc při vyhledání návazných služeb, zprostředkování kontaktů na další pracoviště a odborníky nebo jiné uživatele dle přání a potřeb uživatele, sociálně právní poradenství, doprovod k lékaři nebo do zařízení.
- Ranou péčí uživateli zpravidla poskytuje klíčový pracovník (poradce rané péče), případně jsou přizváni pracovníci širšího týmu pracoviště poskytovatele.
- Raná péče je poskytována terénní (min. 75%) formou, případně formou ambulantní. Je realizována především prostřednictvím: terénní konzultace v přirozeném prostředí uživatele, případně ambulantně v prostorách poskytovatele, telefonickou, emailovou a písemnou komunikací.

Konzultace obsahuje:

- a) Podpurný poradenský rozhovor zaměřený na aktivizaci a zvyšování kompetencí uživatele.
- b) Poskytování jasných a srozumitelných informací (obecných i speciálních) z oblastí a v rozsahu, o které má uživatel aktuální zájem.
- c) Podporu interakcí rodičů s dítětem (intuitivní rodičovství) s využitím metod respektujících individualitu, zvláštnosti a potřeby konkrétní rodiny i jejich jednotlivých členů.
- d) Podporu vzájemné komunikace všech členů rodiny.
- e) Podporu rodičů v získávání a uplatňování dovedností vedoucích ke stimulaci vývoje dítěte
- f) Podporu psychomotorického vývoje dítěte využitím stimulačních programů, metodiky a pomůcek zaměřených na stimulaci vývoje dítěte s ohledem na specifikum uživatelské skupiny. Přímá stimulace dítěte je vždy ukázkou určenou rodičům a prováděnou za jejich přítomnosti.
- g) Obsah konzultace je podrobně zaznamenán v dokumentaci klienta a na žádost klienta může navazovat i vypracování zprávy pro třetí osobu.

Ukončení služby

- Uživatel je seznámen s časovým rozpětím služby raná péče, které je omezeno věkovou hranicí dítěte (max. 7 let) nebo naplněním stanovených cílů konkrétního uživatele v rámci individuálního plánování.
- Před plánovým ukončením služby je uživatel informován o návazných službách, případně je věnována pozornost přechodu klienta do organizace poskytující návaznou péči.

- Klíčový pracovník rané péče ve spolupráci s uživatelem vypracuje Zprávu o rané péči a předá ji uživateli, obě zúčastněné strany ji zpravidla podepíší. Zpráva může být na žádost uživatele a s jeho souhlasem předána dalším institucím.
- Poskytování služeb je možno ukončit kdykoli na ústní nebo i písemnou žádost uživatele.
- Poskytovatel může ukončit službu po předchozím porušení dohody uživatelem.

Standard č. 2 – Ochrana práv osob

- Poskytovatel služby raná péče dbá na to, aby jeho programy podporovaly sociální integraci cílové skupiny a zabránily její diskriminaci.
- Pracovník služby raná péče nabízí a volí takové formy podpory, které odpovídají aktuálním potřebám vyjádřeným konkrétním uživatelem.
- Poskytovatel má vypracovaný postup pro přijímání darů.
- Poskytovatel má definováno, kdy dochází ke střetu zájmů, a má definován způsob možných řešení.

Standard č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu

Jednání se zájemcem o službu raná péče zahrnuje:

První kontakt

- Telefonát, email, osobní návštěva apod. realizovaná ze strany potenciálního zájemce o službu raná péče.

Informační setkání

- Probíhá zpravidla v přirozeném prostředí zájemců o službu, případně jinde dle jejich aktuální situace (např. ve zdravotnickém zařízení).
- Cílem je zájemce komplexně informovat o službě raná péče, o terénním charakteru služby, o podmínkách, průběhu a ukončení poskytování služby, o financování služby.
- Současně jsou předány informační materiály poskytovatele služby.
- Probíhá prvotní zjišťování potřeb zájemce o službu.
- Zájemce o službu svůj zájem stvrzuje podpisem žádosti o službu.

Vstupní jednání

- Probíhá v přirozeném prostředí zájemce o službu nebo v prostorách poskytovatele služby.
- Cílem je vyjednání a konkretizace potřeb zájemce o službu a nabídka možností poskytovatele.
- Obsahuje rozhovor zaměřený na očekávání, potřeby a přání rodiny (rodinná anamnéza), rozhovor zaměřený na vývoj a schopnosti dítěte, posouzení vývojové úrovně dítěte.
- Vstupního jednání se v případě potřeby účastní pracovníci širšího týmu poskytovatele.
- Při vstupním jednání je obvykle určen klíčový pracovník – poradce rané péče.

Poskytovatel služby má zpracována pravidla pro jednání se zájemci o službu v případě, kdy zájem o službu převažuje nad aktuálními personálními, provozními a finančními možnostmi poskytovatele. Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o službu raná péče.

Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby

- Smlouva/dohoda je výsledkem jednání se zájemcem o službu. V případě, že se zájemce o službu nestane uživatelem, jsou mu doporučeny odpovídající služby.

- Smlouva/dohoda je dvoustranný akt mezi zájemcem o službu a poskytovatelem a má charakter písemné smlouvy se všemi náležitostmi takového dokumentu.
- Smlouva/dohoda je vypracována ve dvou originálních provedeních, každá strana obdrží jedno provedení.
- Smlouva/dohoda může být na žádost uživatele nebo poskytovatele kdykoli znovu projednána a v případě souhlasu obou stran měněna a doplňována číslovanými dodatky.

Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby

- Proces plánování začíná prvním kontaktem se zájemcem o službu a je završen ukončením spolupráce.
- Plánování s uživatelem služby má podobu písemného dokumentu – individuálního plánu - a podílí se na něm klíčový pracovník a uživatel služby.
- Individuálním plánem se řídí realizace služby raná péče u konkrétního uživatele.
- Zpracování individuálního plánu a stanovení cílů spolupráce předchází mapování situace a potřeb rodiny s ohledem na stav a možnosti dítěte a jeho rodiny.
- Individuální plán je otevřený dokument, který je průběžně aktualizován, doplňován, případně měněn dle potřeb, možností a situace uživatele.
- Individuální plán je v dohodnutých intervalech vyhodnocován, o naplnění společných cílů spolupráce je veden rozhovor.
- Po naplnění stanovených cílů spolupráce je služba ukončena nebo navazuje doplnění, přehodnocení cílů, případně naplánování nových cílů, a proces služby pokračuje.

Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

- Poskytovatel služby raná péče vede písemnou dokumentaci o uživateli a jemu poskytované službě v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších právních předpisů.
- Veškerá dokumentace (písemná, obrazová, audiovizuální a elektronická) týkající se konkrétního uživatele je pořizována a vedena s jeho písemným souhlasem.
- Uživatel musí být informován o dalším využití dokumentace; v případě, že poskytovatel chce zveřejnit dokumentaci nebo její části (např. pro studijní účely), musí mít písemný souhlas uživatele.
- Informace obsažené v dokumentaci jsou důvěrné a jsou chráněny před zneužitím, a to jak způsobem vedení, tak i místem uložení.
- Uživatel má právo do své dokumentace kdykoli nahlédnout a je přizván k tvorbě veškerých záznamů vypracovávaných týmově.
- Pokud chce do dokumentace nahlédnout nebo získat z ní informace třetí strana, musí k tomu mít souhlas uživatele, k němuž se dokumentace vztahuje.
- Po ukončení služby uchovává poskytovatel služby raná péče dokumentaci po stanovenou dobu dle zákona č. 499/2004 Sb. O archivnictví a spisové službě ve znění pozdějších právních předpisů a je zajištěna ochrana proti jejímu zneužití.
- Pracoviště rané péče vede dokumentaci o svých dalších službách poskytovaných uživatelům a veřejnosti.

Dokumentace uživatele je vedena s ohledem na jeho důstojnost a obsahuje:
o souhlas s vedením a uchováváním osobních a citlivých údajů
o smlouvu/dohodu o poskytovaných službách

o záznamy o konzultacích a kontaktech s uživateli (telefonických, emailových, písemných ...)
o individuální plán a jeho plnění
o záznamy o zapůjčených pomůckách
o závěrečnou zprávu o průběhu rané péče
o další dokumentaci dle vnitřních pravidel jednotlivých pracovišť.

Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

- Uživatel je informován o možnosti podání stížností, je uvedeno, jak a ke komu stížnost podat.
- Poskytovatel dbá na srozumitelnost a nekomplikovanost procedury.
- Poskytovatel má písemně zpracovaná pravidla a postup pro vyřizování stížností.
- O každé stížnosti musí být informován vedoucí pracovník poskytovatele a je o ní veden písemný zápis.
- Stížnosti jsou vyřizovány profesionálně a objektivně, uživatel má možnost se vyjádřit k závěrům i ke způsobu šetření.

Standard č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

- Pracovníci služby raná péče shromažďují informace o možnostech využití návazných služeb v regionu a udržují kontakt s jejich poskytovateli.
- Poskytovatel služby se podílí na komunitním plánování ve spádovém regionu služby
- Služba raná péče podporuje sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a regionu.
- V průběhu poskytování služby a zvláště v rámci ukončování péče je uživatel informován o návazných službách v regionu a je mu nabídnuto jejich zprostředkování.

PERSONÁLNÍ STANDARDY

Standard č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby

ODBORNÝ TÝM

- Základ poradenského týmu tvoří: poradce rané péče (klíčový pracovník) a klient/uživatel (rodina).
- Složení týmu, který se podílí na poskytování služby, se u konkrétního uživatele liší dle jeho individuálního plánu, aktuálních potřeb a možností pracoviště.
- V širším týmu služby raná péče mohou být zastoupeny zejména tyto profese:
 - speciální pedagog
 - sociální pracovník
 - psycholog
 - rehabilitační pracovník
- Jednotliví členové týmu nemusí být zaměstnání na jednom pracovišti, poskytovatel služby raná péče zajišťuje dle potřeby externí spolupracovníky a konzultanty, kteří se stávají členy širšího týmu.
- Členové týmu spolupracují při naplňování stanoveného individuálního plánu konkrétního uživatele.

VÝBĚR, PŘIJÍMÁNÍ A ZAŠKOLOVÁNÍ PRACOVNÍKŮ

- Poskytovatel má písemně zpracovaná pravidla pro výběr a zaškolování odborných pracovníků.
- Poskytovatel při výběru pracovníka požaduje kvalifikaci dle §115 zákona č. 108/2006 Sb. sociální pracovník, pedagogický pracovník, odborný pracovník a požaduje osobnostní i znalostní předpoklady s ohledem na terénní charakter práce a obsazovanou pozici.
- Poskytovatel nesmí uchazeče diskriminovat z důvodu pohlaví, rasy, národnosti, zdravotního postižení a rodinného stavu.
- Poskytovatel postupuje podle zákoníku práce a dalších platných právních norem.
- Poskytovatel sdělí pracovníkovi další podmínky týkající se: zapracování, dalšího vzdělávání, pracovního postupu, vnitřních norem a předpisů pracoviště a materiálního vybavení.
- Poskytovatel informuje přijímaného pracovníka o jeho právech a povinnostech vyplývajících z jeho pracovního zařazení.
- Zaškolování pro konkrétní pracovní zařazení probíhá podle termínovaného písemného plánu.
- Plán zaškolování obsahuje: seznámení s chodem pracoviště, legislativou, interními předpisy, pravidly práce s dokumentací, dále předepsaný počet hodin práce s uživateli pod supervizí, absolvování předepsaných kurzů a seminářů, seznam literatury a další.
- Je stanoven školitel - pracovník zodpovědný za průběh, plnění a zhodnocení plánu zaškolení.

ROZDĚLENÍ KOMPETENCÍ

- Pracovní náplně jsou součástí pracovní smlouvy mezi pracovníkem a zaměstnavatelem.
- Každý pracovník si je vědom rozdělení jednotlivých kompetencí a zodpovědností na pracovišti.

MANAGEMENT, ADMINISTRATIVNÍ A TECHNICKÉ ZÁZEMÍ

- Na zabezpečení zázemí pracoviště poskytujícího služby rané péče se podílí pracovníci vedení, správy, administrativy a údržby.
- Vedoucí pracovník koordinuje poskytování služeb rané péče, plánuje počet klientů, kterým bude možno z kapacitních důvodů poskytnout služby v garantované kvalitě.
- Vedoucí pracovník plánuje, které konkrétní služby bude moci pracoviště v určitém časovém období poskytnout vzhledem k personálnímu obsazení, materiálnímu a prostorovému vybavení, s jakou působností, a které služby budou zajišťovat externí spolupracující odborníci.

- Tato osoba provádí klíčová rozhodnutí, jasně definuje úkoly dalším pracovníkům, má zodpovědnost za využívání finančních zdrojů, zahrnuje do plánování a rozhodování názory klientů, sleduje zákonné předpisy a aktuálně reaguje na jejich změny.

SPOLUPRÁCE S DOBROVOLNÍKY A STUDENTY

- Pracoviště má stanovenou osobu zodpovědnou za práci s dobrovolníky a studenty.
- Dobrovolníci a studenti jsou seznámeni s činností pracoviště a vědí, čím a jak mohou být prospěšní, svou činností podporují hodnoty, které si organizace stanovila.
- Dobrovolníci a studenti jsou vázání mlčenlivostí ve vztahu k informacím o uživatelích služby v souladu se zákonem 101/2000 Sb. O ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších právních předpisů.
- Kompetence dobrovolníků a studentů, jejich práva a povinnosti vůči organizaci a konkrétním pracovníkům jsou předem stanoveny a vyjednány.
- Cílem zapojení dobrovolníků a studentů do činnosti organizace je zkvalitnění poskytované služby a posílení vědomí veřejnosti o službě raná péče.
- Poskytovatel služby spoluprací s dobrovolníky a studenty plánuje a podílí se na jejich zaškolení.
- Do plánování a poskytování služeb je zahrnuta zpětná vazba od studentů a dobrovolníků.

Standard č. 10 Profesionální rozvoj zaměstnanců

DALŠÍ VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ

- Každý pracovník má povinnost se vzdělávat dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách (v aktuálním znění).
- Poskytovatel má vypracovaný systém dalšího průběžného vzdělávání pracovníků, který je koordinován s potřebami organizace a v souladu se zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách.
- Pracovníci mají možnost zvyšovat si svou kvalifikaci v oborech souvisejících s jejich pracovním zařazením a potřebami jejich uživatelů, k dalšímu vzdělávání jsou cíleně motivováni a rozvoj jejich znalostí a dovedností je průběžně zaznamenáván.
- Pracovníci jsou průběžně seznamováni s metodami a přístupy odpovídajícím současným trendům a poznatkům v oboru, ve kterém působí.
- Zaměstnavatel dbá na to, aby docházelo k výměně zkušeností mezi jednotlivými poskytovateli služby raná péče, na půdě Asociace pracovníků v rané péči, v rámci mezioborové spolupráce na tuzemské i mezinárodní úrovni.

VÝMĚNA INFORMACÍ

- Pracovníci jsou pravidelně seznamováni s veškerými aktuálními informacemi a změnami na pravidelných poradách pracovníků týmu. Na pracovišti existuje systém komunikace, rozdělování pošty a předávání informací tak, aby všichni pracovníci byli včas informováni.

SUPERVIZE

- Poskytovatel má stanoven systém interní a externí supervize, který mají možnost využívat všichni zaměstnanci pro zkvalitnění svých dovedností a ochranu před negativními důsledky práce v pomáhající profesi.
- Supervize slouží k podpoře pracovníků, ke zvyšování efektivnosti chodu pracoviště, ke zkvalitnění poskytovaných služeb.
- Pracovník nebo pracoviště mají právo žádat na vedení služby zajištění některé z forem supervize.

PROVOZNÍ STANDARDY

Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

SLUŽBA Z MÍSTNÍHO A ČASOVÉHO HLEDISKA

- Poskytovatel má jasně vymezenou svou působnost vyjádřenou kapacitou pro poskytování služby na úrovni celostátní, regionální a místní.
- Převážná část služby, nejméně 75%, je uživatelům poskytována v přirozeném prostředí dítěte.
- Pracovník rané péče plánuje konzultace v rodinách tak, aby respektoval běžný chod a rytmus života rodiny, s ohledem na pracovní dobu vymezenou organizačním a provozním řádem pracoviště.
- Intervaly konzultací s uživateli jsou ovlivněny aktuálními potřebami konkrétního uživatele, finančními prostředky pro jednotlivé regiony působnosti a aktuální kapacitou pracoviště.

Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

INFORMACE O SLUŽBĚ

- Poskytovatel vytváří plán a podklady pro prezentaci své činnosti.
- Poskytovatel služby rané péče buduje vztahy s dalšími regionálními i profesními organizacemi, probíhá mezi nimi aktuální výměna informací.
- Poskytovatel se zapojuje do akcí a kampaní (odborných i veřejných) s cílem informovat o službě.
- Poskytovatel se zapojuje do komunitního plánování v regionech své působnosti.

Standard č. 13 – Prostředí a podmínky

ZAJIŠTĚNÍ DŮSTOJNÉHO PROSTŘEDÍ

- Poskytovatel má vypracovaný organizační, pracovní a provozní řád.
- Provozní a organizační struktura služby rané péče respektuje individuální potřeby uživatele, jeho důstojnost a jedinečnost.
- Poskytovatel zaručuje důstojné pracovní zázemí svým zaměstnancům.
- Poskytovatel služeb rané péče je schopen zajistit provoz s ohledem na terénní charakter služeb, odpovídající prostory v případě, že nabízí ambulantní programy, disponuje standardní výbavou pro pracovníky dle jejich specializace, souborem informací pro klienty (katalogy pomůcek, informačními brožurami, letáky, odbornou literaturou), databází a kontakty na další služby pro uživatele.

Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace

HAVARIJNÍ A NOUZOVÉ SITUACE

- Poskytovatel služby rané péče splňuje podmínky ochrany bezpečí a zdraví zaměstnanců a uživatelů a definuje svou míru zodpovědnosti.
- Poskytovatel zajišťuje technické, administrativní a provozní zázemí pracovišť a zaměstnanců.
- Poskytovatel dbá o pravidelné kontroly vybavení a zázemí dle platných norem.
- Pro havarijní a nouzové situace jsou k dispozici konkrétní informace a ustálené postupy řešení.

Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby

- Poskytovatel má jasně definované metody zjišťování a hodnocení kvality služby.
Hodnocení kvality probíhá na dvou úrovních:

a) hodnocení jednotlivých konzultací společně s uživatelem, hodnocení plnění individuálního plánu mezi uživatelem a poskytovatelem služby

b) zjišťování a hodnocení zpětné vazby týkající se služeb poskytovaných pracovištěm.

- Závěry hodnocení kvality služby jsou reflektovány v další práci s uživateli i v celkové činnosti poskytovatele.
- Hodnocení kvality sociální služby a zpětné vazby je dokumentováno.

Finanční zajištění služby raná péče

NAKLÁDÁNÍ S FINANČNÍMI PROSTŘEDKY

- Poskytovatel služeb má vypracovaný systém získávání finančních prostředků, v ročních plánech vypracovává rozpočet pro čerpání finančních zdrojů, dbá na jejich plnění a zpracovává jejich vyúčtování.
- Poskytovatel každoročně vypracovává a zveřejňuje výroční zprávu včetně finanční zprávy.
- Poskytovatel vede účetnictví a hospodaří dle platných norem.
- Činnosti související s poskytováním služeb jsou plánovány a uskutečňovány s ohledem na efektivitu, úspornost a ochranu životního prostředí.

Příloha C

Dotazník pro rodiče, klienty Střediska pro ranou péči Liberec, o.p.s..

DOTAZNÍK

Vážení rodiče,

jsem studentkou navazujícího magisterského programu logopedie a surdopedie na Technické univerzitě v Liberci. V rámci diplomové práce se zabývám problematikou komunikace dětí s postižením. Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku k této problematice. Je anonymní a jeho výsledky budou použity pouze pro účely této DP a Střediska pro ranou péči v Liberci.

Předem Vám děkuji za Váš čas, věnovaný tomuto dotazníku.

Gabriela Čavojská, poradkyně rané péče

1) Kolik let je Vašemu dítěti (roky a měsíce)?

roky : 0

měsíce : 0

2) Jak dlouho jste v péči Střediska pro ranou péči (roky a měsíce)?

roky : 0

měsíce : 0

3) Jaká je diagnóza (či podezření na dg.) Vašeho dítěte? (můžete označit více možností)

- tělesné postižení – můžete upřesnit
- mentální postižení – můžete upřesnit
- zrakové postižení – můžete upřesnit
- sluchové postižení – můžete upřesnit
- PAS – můžete upřesnit
- vady řeči (výv. dystázie, expresivní vada řeči,...) - můžete upřesnit
- jiné – upřesněte

4) Je rozvoj komunikace Vašeho dítěte jednou ze součástí spolupráce s ranou péčí?

- ano
- ne

5) Byl rozvoj komunikace součástí spolupráce s ranou péčí od samého začátku ?

- ano, byl to jeden z našich prvotních cílů
- ne, tato potřeba vznikla až v průběhu poskytování služby
- nebyl a ani není oblast komunikace tou, kterou bychom ve vývoji svého dítěte řešili

6) Došlo v průběhu vývoje u Vašeho dítěte k regresi (ústupu již získaných dovedností) v oblasti verbální komunikace?

- ne, naopak, jeho/její řeč se rozvíjí
- ne, ale ani se dále nezlepšuje
- ano, říká méně slov než dříve
- ano, přestal/a úplně verbálně komunikovat
- jiné

7) Jaké jsou Vaše cíle v oblasti rozvoje komunikace Vašeho dítěte? (můžete označit více možností)

- chtěli bychom, aby začal/a komunikovat verbálně (mluvenou řečí)
- chtěli bychom, aby se naučil/a jiný způsob komunikace než je ten, který používá nyní – prosím upřesněte
- chtěli bychom, aby nám rozuměl
- chtěli bychom mu porozumět, poznat, co si přeje
- jiné – prosím upřesněte

8) Jakým způsobem Vy se svým dítětem převážně komunikujete? (můžete označit více možností)

na počátku spolupráce s RP

v současné době

verbálně (mluvenou řečí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesta pomocí rukou - ukazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaky českého znakového jazyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kývání hlavou (např. na souhlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí reálných (zástupných) předmětů (např. hrnek = pít)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí fotografií (komunikační karty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí obrázků, piktogramů (VOKS, komunikační karty,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mimikou, výrazy obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dotykem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
očním kontaktem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jinak, prosím uveďte jak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Vybíjí Vaše dítě aktivně iniciativy k navázání kontaktu a ke komunikaci?

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
ano, komunikuje rád/a z vlastní vůle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ano, ale jen když něco potřebuje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ne, ale přijímá iniciativy druhého, o komunikaci stojí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ne, nesnaží se, o komunikaci s okolím nemá zájem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jiné, prosím upřesněte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10) Jakým způsobem převážně komunikuje Vaše dítě s Vámi či s nejbližší rodinou? (můžete označit více možností)

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
verbálně (mluvenou řečí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gesta pomocí rukou - ukazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaky českého znakového jazyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kývání hlavou (např. na souhlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí reálných (zástupných) předmětů (např. hrnek = pít)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí fotografií (komunikační karty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí obrázků, piktogramů (VOKS, komunikační karty, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mimikou, výrazy obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dotykem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
očním kontaktem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jinak, prosím uveďte jak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Jakým způsobem převážně komunikuje Vaše dítě s ostatními lidmi (například v MŠ, ZŠ, ...)? (můžete označit více možností)

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
verbálně (mluvenou řečí)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

gesta pomocí rukou - ukazování	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
znaky českého znakového jazyka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kývání hlavou (např. na souhlas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí reálných (zástupných) předmětů (např. hrnek = pít)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí fotografií (komunikační karty)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pomocí obrázků, piktogramů (VOKS, komunikační karty, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mimikou, výrazy obličeje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dotykem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
očním kontaktem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jinak, prosím uveďte jak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) Rozumíte Vašemu dítěti, když Vám něco sděluje (poznáte, co chce), jedno jak?

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
ano, umí si srozumitelně říci, o co chce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ano, poznám to, i když mu není úplně rozumět	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jen občas, když se snaží	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jen občas, odvozuji od situace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
většinou ne, domýšlím si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jinak, prosím upřesněte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Jak Vaše dítě nejčastěji reaguje, pokud Vám chce něco sdělit a Vy mu nerozumíte?

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
zkouší to opakovaně, stále stejně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zkusí to říci znovu, ale jinak, upřesňuje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
začne se vztekat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
začne plakat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opustí svůj záměr a přestane komunikovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nechce mi nic sdělovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné, prosím uveďte jak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) Máte pocit, že Vám Vaše dítě rozumí, že pochopí, co mu sdělujete?

	na počátku spolupráce s RP	v současné době
ano, téměř ve všech situacích	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ano, ale musím mu to několikrát zopakovat, případně říci jinak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
jen občas, v závislosti na jeho momentálním stavu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

jen občas, pokud danou situaci již zná



většinou ne



Jiné, prosím upřesněte



15 Existuje něco, co podle Vašeho názoru v tomto dotazníku chybělo, případně co byste ještě rádi k této problematice sdělili?

Ano (vypište co)

Ne

Odešli dotazník

Příloha D

Základní otázky pro rozhovor s poradkyněmi rané péče Střediska pro ranou péči

Liberec, o.p.s.

Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v profesi poradkyně rané péče?

Máte v rámci své profese nějakou užší specializaci?

Co všechno z oblasti rozvoje komunikace dítěte řešíte na konzultacích v klientských rodinách?

Jaké jsou nejčastější cíle rodičů, co by si nejvíce přáli, aby se dělo v oblasti rozvoje komunikace u jejich dítěte?

Pozorujete ve svých klientských rodinách změny v komunikačních dovednostech dítěte v souvislosti s poskytovanou péčí?

Pokud se podaří nalézt vhodný komunikační systém pro dané dítě a postupně se začne zavádět, jaké lze pozorovat změny v jeho vývoji?

V čem spatřujete největší překážky v nalezení, případně zavedení nejvhodnějšího komunikačního systému?

Jaká je spolupráce rodiny s dalšími institucemi, které intervenují i v oblasti rozvoje komunikace?