

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Využití metod a postupů AAK u dospělých osob s mentálním
postižením v prostředí DOZP

Lenka Pavková

Prohlášení

Tímto prohlašuji, že jsem práci vypracovala pod odborným vedením Mgr. Zdeňky Kozákové, DiS., Ph.D. a v průběhu tvorby této bakalářské práce jsem dbala na dodržení zásad. Veškeré informace, jež jsem využila, byly řádně citovány a uvedeny v seznamu literatury.

V Olomouci dne 11.4.2024

.....
Pavková Lenka

Poděkování

Ráda bych vyjádřila upřímné díky vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D., za její vedení, odborné rady a vstřícnost v poskytování konzultací.

Anotace

Jméno a příjmení:	Pavková Lenka
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, Dis., PhD.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Využití metod a postupů AAK u dospělých osob s mentálním postižením v prostředí DOZP
Název v angličtině:	The use of methods and procedures in augmentative and alternative communication while work with people with mental disabilities in environment of house for people with disabilities
Anotace práce:	Téma bakalářské práce se soustředí na využití metod a postupů alternativní a augmentativní komunikace u dospělých jedinců s mentálním postižením v domově pro osoby se zdravotním postižením. Teoretická část zkoumá charakteristiky a potřeby dospělých osob s mentálním postižením, metody a postupy AAK a prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením. Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na aplikaci metod a postupů AAK v konkrétním domově pro osoby se zdravotním postižením. Jsou zde představeny případové studie a příklady použití AAK u dvou dospělých jedinců s mentálním postižením.
Klíčová slova:	alternativní a augmentativní komunikace, mentální postižení, dospělí, metody a postupy, domov pro osoby se zdravotním postižením, případové studie
Anotace v angličtině:	The topic of the bachelor's thesis focuses on the use of methods and procedures of alternative and augmentative communication in adults with mental disabilities in environment of house for people with disabilities. The theoretical part examines the characteristics and needs of adults with mental disabilities, AAC methods and procedures, and the environment of house for people with disabilities. The practical part of the bachelor's thesis

	focuses on the application of AAC methods in specific environment of house for people with disabilities. Case studies and specific examples of the use of AAC in two adults with mental disabilities are presented.
Klíčová slova v angličtině:	alternative and augmentative communication, mental disabilities, adults, methods and procedures, house for people with disabilities, case studies
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Slovníček VOKS paní Aleny</p> <p>Příloha č. 2 Komunikační kniha paní Aleny</p> <p>Příloha č. 3 Komunikační kniha s vlastními fotografiemi paní Aleny</p> <p>Příloha č. 4 Využití reálných předmětů pana Michala</p> <p>Příloha č. 5 Otázky k polostrukturovaným rozhovorům s klíčovými pracovníky</p> <p>Příloha č. 6 Informovaný souhlas pro vedení organizace</p> <p>Příloha č. 7 Informovaný souhlas pro opatrovníky</p>
Rozsah práce:	55 stran
Jazyk práce:	Jazyk Český

Obsah

Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Dospělá osoba s mentálním postižením.....	9
1.1 Klasifikace mentálního postižení	9
1.2 Období dospělosti.....	12
1.3 Komunikace a řeč osob s mentálním postižením	14
1.3.1 Specifika řeči u osob dle stupně mentálního postižení	16
2 Alternativní a augmentativní komunikace.....	18
2.1 Faktory ovlivňující volbu systému AAK	19
2.2 Klasifikace systémů AAK	21
2.3 Metody bez pomůcek	22
2.4 Metody s pomůckami	23
2.4.1 Netechnické pomůcky.....	24
2.4.2 Technické pomůcky	26
3 Péče o osoby se zdravotním postižením	27
3.1 Formy sociálních služeb.....	27
3.2 Standardy kvality sociálních služeb	28
3.3 Individuální plánování	28
3.4 Pracovník v sociálních službách	29
3.5 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	30
PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 Metodologie praktické části.....	32
4.1 Cíle a otázky výzkumu.....	32
4.2 Průběh výzkumného šetření	33
4.2.1 Pozorování	33

4.2.2	Rozhovor.....	34
4.2.3	Analýza výsledků.....	34
4.3	Etické aspekty výzkumu	35
4.4	Charakteristika místa šetření	36
5	Výsledky výzkumného šetření.....	37
5.1	Případová studie paní Aleny.....	37
5.2	Případová studie pana Michala	40
5.3	Zodpovězení výzkumných otázek.....	44
5.4	Shrnutí výzkumného šetření.....	49
	Závěr.....	50
	Literatura	52
	Seznam příloh.....	55

Úvod

Tato práce se zaměřuje na využití metod a postupů alternativní a augmentativní komunikace u dospělých osob s mentálním postižením v konkrétním prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením. Práce se zabývá problematikou komunikace u těchto osob, která je klíčovým faktorem pro jejich sociální integraci a kvalitu života. Dospělí jedinci s mentálním postižením často čelí výzvám v komunikaci, které mohou ovlivnit jejich schopnost aktivně se zapojovat do sociálních situací a žít plnohodnotným běžným životem. Autorka této práce si téma vybrala z osobního zájmu o tuto problematiku a zejména kvůli přesvědčení, že schopnost komunikace je důležitá pro sociální interakci a zásadní pro úplné začlenění jedinců s postižením do společnosti.

Struktura bakalářské práce se skládá z teoretické a praktické části. Teoretická část je dále rozčleněna do tří hlavních kapitol, každá s dalšími podkapitolami. První kapitola se věnuje charakteristice a potřebám dospělých jedinců s mentálním postižením. Zahrnuje také vymezení základních forem komunikace, klasifikačních systémů a jednotlivých stupňů mentálního postižení. Zabývá se také specifickými aspekty řeči u osob s mentálním postižením, včetně možných omezení a obtíží spojených s vývojem a používáním řeči. Druhá kapitola představuje principy, metody a postupy AAK, které slouží jako prostředek komunikace pro osoby s mentálním postižením. V poslední kapitole této části autorka detailněji popisuje sociální služby poskytované v prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením, zmiňuje také personál zajišťující péči a podporu, a zdůrazňuje význam individuálního plánování pro klienty. Důraz je kladen zejména na charakteristiku a specifika prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením.

Praktická část, představující čtvrtou a pátou kapitolu, se zaměřuje na analýzu komunikačních schopností a dovedností dvou vybraných dospělých jedinců se středně těžkým mentálním postižením. Autorka definuje cíle, metody a přibližuje případovou studii. V poslední kapitole také hodnotí účinnost využití metod alternativní a augmentativní komunikace, výzkumné otázky a zkoumá jejich využití v běžném životě výzkumných účastníků. Cílem je zjistit, jaké metody a postupy mohou efektivně podpořit komunikaci u vybraných dospělých jedinců s mentálním postižením, zejména v jejich domácím prostředí, kterým je pro ně domov osob se zdravotním postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Dospělá osoba s mentálním postižením

Mentální postižení představuje trvalé a nevy léčitelné postižení, které může být buď vrozené, nebo získané, kdy s pomocí vhodných přístupů, je možné dosáhnout zlepšení stavu a směřovat k lepšímu rozvoji osobnosti (Bazalová, 2014). Jako každé jevy, i mentální retardaci můžeme chápat z různých úhlů pohledu. Zatímco lékaři ji mohou vidět jako diagnostickou kategorii s jejími specifickými omezeními a přistupovat k ní z hlediska medicínských kritérií. Psychologové většinou kladou důraz na diagnostiku kognitivních funkcí, jako je vnímání, myšlení, paměť nebo porozumění apod. Speciální pedagogové se zase zaměřují zejména na rozvoj schopností a dovedností. Autorka se zejména bude věnovat sociálním pracovníkům v pobytových zařízeních, kteří se soustředí spíše na individuální potřeby a způsoby podpory klientů, případně se snaží o začlenění lidí s mentální retardací do běžného života a společnosti. Každá tato oblast přináší své vlastní pochopení mentální retardace a individuální přístupy k ní (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Světová zdravotnická organizace (WHO) pravidelně aktualizuje klasifikaci nemocí. Od roku 1994 platí v České republice 10. revize a aktuálně je v procesu překlad 11. revize do českého jazyka s platností od roku 2022. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (MKN - 10) definuje mentální postižení jako *„stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“* (MKN – 10. revize – Tabelární část aktualizovaná verze k 1. 1. 2022 online).

1.1 Klasifikace mentálního postižení

V současné době je nejčastěji používaným termínem pro popis tohoto stavu termín mentální postižení, který má mnoho různých definic a často je považován některými odborníky v literatuře za synonymum k výrazu mentální retardace. Z tohoto důvodu autorka užívá oba tyto termíny, dle literatury, z které čerpá. Samotné hodnocení inteligence pomocí inteligenčního kvocientu není dostatečné pro stanovení diagnózy

mentální retardace. Je nezbytné zohlednit celou škálu osobnostních faktorů a kritérií, které autorka popíše dále (Valenta a kol., 2014).

Mentální postižení lze klasifikovat dle několika různých kritérií:

- Etiologická
- Symptomatická
- Vývojová období
- Podle závažnosti postižení
- Podle míry podpory (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013)

Klasifikace dle etiologie

Valenta a kol. (2014) zmiňuje klasifikaci mentálního postižení dle etiologie a zaměřuje se na jednotlivé faktory a příčiny, které mohou mentální postižení způsobit. Příčiny mentální retardace mohou vzniknout **v prenatálním období** (následkem infekcí, intoxikací plodu, nedostatkem kyslíku, v rámci dědičných nemocí a specifických genetických příčin nebo jiných problémů a onemocnění během těhotenství), **v perinatálním období** (vznikají těsně před porodem nebo krátce po porodu a během něj, jedná se o mechanické poškození mozku při porodu, nedostatek kyslíku nebo v důsledku předčasného porodu a nízké porodní váhy) a v období po narození neboli **v postnatálním období** (důsledkem zánětu mozku, traumatického poranění, lézí mozku a dalších onemocnění).

Klasifikace dle MKN – 10

- lehké mentální postižení – IQ 69-50;
- středně těžké mentální postižení – IQ 49-35;
- těžké mentální postižení – IQ 34-20;
- hluboké mentální postižení – IQ pod 20 bodů (Bazalová, 2014, s. 15-27)

Lehká mentální retardace

U dětí s mentálním postižením může v raném dětství být pozorováno pouze mírné zpoždění v psychomotorickém vývoji. Výraznější vývojové odchylky se obvykle projevují až v pozdějším věku, zejména při nástupu do školy. V této fázi se mohou objevit

obtíže s učením, rozvojem řeči, motorickou koordinací a logickým myšlením. Děti mohou mít omezenou slovní zásobu, trpět řečovými vadami a dalšími specifickými obtížemi (Bazalová, 2014). V dospělosti jsou osoby schopny práce převážně na otevřeném trhu práce. V případě, že osoba s lehkým mentálním postižením nemá omezenou způsobilost k právním úkonům, může uzavřít manželství a žít normálním partnerským životem nebo mít taky děti (Křížkovská, Hájková a kol., 2012).

Středně těžká mentální retardace

Pro tyto osoby je samostatný život většinou nedosažitelný a zvládají pouze jednoduché manuální úkony (Křížkovská, Hájková a kol., 2012). Tento stupeň postižení mnohdy souvisí s dalšími vadami, mohou se projevat nepřiměřenými afektivními reakcemi nebo neschopností řešit samostatně každodenní úkoly, činnosti a situace. Obvykle navštěvují speciální základní školu a praktickou školu. Vzhledem k jejich omezením a mentálnímu postižení nejsou tito jedinci schopni zastávat běžná pracovní místa a většinou pracují v chráněném pracovním prostředí nebo v sociálně terapeutických dílnách (Bazalová, 2014).

Těžká mentální retardace

Lidé s těžkou mentální retardací mají výrazně zpomalený vývoj fyzických a psychických funkcí a mohou trpět různými tělesnými vadami. Kromě toho často trpí poruchami pozornosti, minimalizovaným rozvojem schopností a dovedností v komunikaci, mohou mít náladové výkyvy a také se může objevovat impulsivní chování. Jejich vzdělávání probíhá v rámci speciálních základních škol a následně v praktických školách, případně v rehabilitačních třídách (Bazalová, 2014). Někdy je u těchto osob pozorováno časté opakování slyšených zvuků nebo slov jako ozvěna, což nazýváme echolálií. Tito jedinci však nerozumějí významu těchto zvuků nebo slov (Bendová, Růžičková, 2013).

Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace je ve většině případů doprovázena dalšími přidruženými vadami. Tento stupeň představuje nejzávažnější formu mentálního postižení a může být způsobeno mnoha různými faktory. Mentální věk těchto osob

obvykle odpovídá věku do 18 měsíců. Osoby s hlubokou mentální retardací se potýkají s výraznými obtížemi opravdu ve všech oblastech života. Mají problémy s komunikací, porozuměním řeči a splněním běžných požadavků a pokynů. Zároveň se vyrovnávají s obtížemi v učení, sociální interakci a péči o sebe. Většina z nich má omezenou nebo žádnou mobilitu, což vyžaduje nepřetržitou celodenní péči. I když někteří jedinci dokážou vyjádřit základní neverbální komunikaci, jejich možnosti výchovy a vzdělání jsou značně omezené. Existují však metody a postupy, které jim pomáhají rozvíjet alespoň nejzákladnější motorické dovednosti, komunikační schopnosti, zrakově – prostorové orientační dovednosti a další oblasti (Švarcová, 2011).

Klasifikace dle MKN – 11

Současný stav české verze Mezinárodní klasifikace nemocí – 11. revize (**MKN-11**) definuje termín mentální postižení jako porucha vývoje intelektu a klasifikace je upravena následovně:

- Mírná porucha vývoje intelektu
- Středně těžká porucha vývoje intelektu
- Těžká porucha vývoje intelektu
- Hluboká porucha vývoje intelektu
- Porucha vývoje intelektu, dočasná
- Poruchy vývoje intelektu, neurčené (MKN – 11. revize online)

1.2 Období dospělosti

Vývoj stárnutí je komplexní a ovlivňuje ho mnoho faktorů a různých okolností. Patří sem fyzické změny, jako je proměna vzhledu, změny v termoregulaci, degenerativní změny smyslů, a také psychické faktory, jako je pokles paměti, nedůvěřivost, emoční nestabilita a změny ve vnímání. Sociální faktory, jako je osamělost, také hrají významnou roli. V organismu se v průběhu stárnutí odehrává mnoho změn, které určují, jak stárnutí fyzicky probíhá u každého jednotlivce a jak se s ním jedinec vyrovnává. Podle těchto faktorů lze rozlišit sociální, biologické a psychologické aspekty stárnutí (Malíková, 2020).

Kvalita života jednotlivců s mentálním postižením je především ovlivňována jejich zdravotním stavem a schopností být nezávislymi a soběstačnými. Je nutné si uvědomit, že mentální postižení není nemoc a veškeré léčebné a terapeutické přístupy mají za cíl podporovat celkový rozvoj těchto osob. Rodinné vztahy a partnerské vztahy hrají velkou roli a významně ovlivňují kvalitu jejich života. Rodiče by měli aktivně podporovat samostatnost a nezávislost svých dětí, i když potřebují pomoc jiných osob. Kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením dále ovlivňují faktory jako je kvalita bydlení nebo úroveň vzdělání. Možnosti pracovního začlenění, smysluplné trávení volného času a účast na různých zájmových nebo rekreačních aktivitách také výrazně ovlivňují kvalitu života dospělých s mentálním postižením. Podpora těchto oblastí je klíčová pro jejich plnohodnotný a uspokojivý život (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Proces stárnutí se odvíjí od stupně postižení a hodně souvisí s etiologií. Osoby s mentálním postižením mnohdy v dospělosti postrádají naplnění v přátelských a partnerských vztazích. U těchto osob může dojít ke zvýšené závislosti na blízkých osobách, případně v pobytových službách pak může vzniknout závislost na pečujících osobách. Stárnutí u těchto jedinců přichází většinou dříve než u osob bez postižení, mohou se objevit duševní poruchy spojené se zapomínáním, snížená schopnost orientovat se v čase a prostoru, dochází ke snížení kognitivních funkcí, může být zvýšená emoční labilita, dochází ke snížení fatických funkcí, nastávají různé změny v chování nebo pokles zájmu o aktivity a zájmy apod. Podpořit zdravé stárnutí u osob seniorského věku mohou některé alternativní terapie například preterapie apod. V České republice není v současné době dostatek sociálních, poradenských služeb zajišťujících lepší kvalitu života dospělých a stárnoucích osob s mentálním postižením (Křížková, Hájková a kol., 2012). Společnost jim nevytváří dostatečně plnohodnotné podmínky jak po pracovní, kulturní tak i po společenské stránce (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Populace často mluví s lidmi s mentálním postižením jako s dětmi, i když jsou již dospělí nebo senioři. Je však důležité komunikovat s takovými jedinci podporujícím způsobem a používat vhodné komunikační prostředky a metody. U osob s těžším mentálním postižením se ve většině případů využívá metoda bazálního dialogu, což je náročný proces, který vyžaduje čas a odborné znalosti a zkušenosti odborníků (Slowik, 2010).

1.3 Komunikace a řeč osob s mentálním postižením

Řeč je klíčovou funkcí pro každého člověka. Schopnosti komunikace jsou nezbytné pro navazování a udržování každodenních interakcí v přirozeném prostředí. Může se jednat o jednoduché situace, jako je dotazování se cizího člověka na cestu, nebo vyprávění příběhu příteli, ale i vysvětlování složitých úkolů. Bez schopnosti komunikace jedinec nemůže efektivně a plnohodnotně fungovat ve společnosti. Pro většinu lidí je komunikace intuitivní a neuvědomují si mechanismy, které jsou pro ni potřebné. Existuje však značné množství jedinců, kteří mají obtíže s komunikací v důsledku řečových poruch nebo mentálního postižení a s pomocí alternativní a augmentativní komunikace mohou tito jedinci překonat své obtíže v komunikaci (Nandadasa, 2021). Forma komunikace je jak verbální, tak nonverbální a pomocí písma (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Při neverbální komunikaci využíváme gesta, řeč našeho těla, mimiku, haptiku, proxemiku, tón hlasu nebo zrakový kontakt a aplikujeme ji při vyjadřování chování, emocí, nálad, vůle a postojů. Verbální komunikace, ať už mluvená nebo psaná, je téměř vždy doprovázena neverbální komunikací. Při ní využíváme mimoslovní prostředky, které ovlivňuje mnoho faktorů jako věk, vzdělání, výchova, prostředí a další zkušenosti (Klenková, 2006). Verbální komunikace je zásadní v rozvoji kognitivních schopností a funkcí. Vedle své základní funkce předávání informací plní i významnou kognitivní roli, neboť aktivně přispívá k formování konkrétního a abstraktního myšlení. Samotná slova mohou být chápána jako symbolické reprezentace různých věcí, osobností, vlastností nebo jevů, což umožňuje vyjádřit a sdílet komplexní myšlenky a koncepty (Bendová, 2013).

Podle Janovcové (2003) si novorozenci od samého narození osvojují schopnost imitace hlasových projevů a dochází tak k navazování a prohlubování vztahu s matkou. Spojením gest a řeči se děti učí lépe rozumět a vnímat význam slov. Čím větší má dítě slovní zásobu, tím více se snižuje používání gest a je kladen větší důraz na rozvoj mluvené řeči. Dítě tedy poznává své okolí i prostřednictvím řeči a každý z nás má právo nějakým způsobem komunikovat. Když se dítě naučí mluvit a získá schopnost komunikace, začíná formovat svou jedinečnou osobnost, která se dokáže projevat samostatně, což představuje důležitý milník ve vývoji. Postupně se vytváří vztah mezi

„já“ a „ty“, a poté mezi „já“ a „předmětem“, přičemž děti v tomto období projevují touhu rozhodovat o sobě samých, například co si obléknou. Systémy AAK tedy slouží k usnadnění výměny informací a interakci s okolím i jiným způsobem než pomocí řeči.

Jednou z největších výhod gest a znakování je jejich nezávislost na pomůckách, což je činí rychlými, okamžitými a praktickými. Jedinci se nemusí obávat, že je zapomenou doma a mohou je používat kdekoli. Nepotřebují žádné drahé nebo nepraktické vybavení, a navíc nejsou náchylné k poruchám. Gesta zahrnují celou škálu výrazových projevů, mohou obsahovat i mimické pohyby a znaky. Na nejjednodušší úrovni jsou gesta intuitivní, která jsou vhodná pro každého a často okamžitě srozumitelná. Mohou je používat i lidé s hlubším postižením, ale lze vyvinout i sofistikovanější gestové kódy (Millar, Scott, 1998).

U jedinců s mentálním postižením je často pozorováno zpoždění a deformace vývoje řeči, což může přispět k opoždění psychického rozvoje. U dětí bez mentálního postižení se řeč obvykle začíná rozvíjet v raném věku tedy okolo prvního roku života. U dětí s mentálním postižením se už v tomto období mohou objevovat patrné odchylky od běžného vývoje řeči. Vývoj řeči probíhá pomalu od samého narození, kdy mnohdy nedosáhne běžné úrovně. Obtíže při komunikaci mohou být buď kvůli postižení řečových svalů nebo jako následek orgánového postižení. Průběh a vývoj řeči záleží na stupni sníženého intelektu a je nutné se zabývat individuálně každým jedincem dle typu a formy mentálního postižení. Většina slov spadá do jejich pasivního slovníku, který je vyvinutější a aktivně je využívají jen zřídka (Lechta, 2011).

Tyto osoby mají pomalejší tempo řeči, objevuje se nedostatečná schopnost porozumění, hodnocení a rozhodování, dále nedostatky v artikulaci a v rozvoji fonemického sluchu, přičemž dochází k nedostatečné diskriminaci fonémů (Ludíková, Kozáková a kol., 2012). U osob s mentálním postižením mluvíme o tzv. symptomatické vadě řeči. Narušení komunikačních schopností souvisí se stupněm a vývojem postižení a důležitá je podpora rozvoje všech jazykových rovin (Bendová, Zíkl, 2011). U osob s mentálním postižením může být řeč narušena ve všech třech rovinách:

- lexikálně – sémantická rovina (nastává nerovnováha mezi aktivní a slovní zásobou, pochopením slov a vět)

- morfologicko – syntaktická rovina (porucha gramatické struktury řeči)
- foneticko – fonologická (poruchy výslovnosti, zvuku, plynulosti a rytmu či intenzitě mluveného projevu) (Kurková a kol., 2010)

Řeč je úzce spjata s používáním jazyka a slouží především k vyjádření pocitů, přání a myšlenek. Její vývoj je formován jak vnitřními prvky (jako jsou vrozené predispozice, zdravý sluch a zrak, nepoškozená centrální nervová soustava), tak vnějšími vlivy (jako je prostředí a výchova). Jazyk samotný je nositelem symbolů a znaků, které nám umožňují vyjádřit veškeré znalosti, představy a vnitřní prožitky člověka (Klenková, 2006).

1.3.1 Specifika řeči u osob dle stupně mentálního postižení

U osob s lehkou mentální retardací je vývoj řeči mírně opožděný, zvládají vést konverzaci a komunikace probíhá použitím jednoduchých vět a souvětí. Tyto osoby mají menší aktivní i pasivní slovní zásobu, ale jejich řeč bývá při každodenních potřebách a situacích postačující. Lidé s lehkou mentální retardací si většinou osvojí základní znalosti a dovednosti. Dokáží používat abstraktní pojmy a zevšeobecňovat. Obvykle se u nich objevuje pouze narušení formální a obsahové stránky řeči, včetně gramatické nesprávnosti (Dlouhá a kol., 2011).

Lidé se středně těžkou mentální retardací mají obtíže s orientací v delším mluveném projevu, ale jsou schopni opakovat i rozsáhlejší výrazy, obvykle komunikují pomocí jednoduchých vět, slovních spojení nebo jednotlivých slov. Úroveň jejich řeči se liší a je velmi individuální. Někteří jsou schopni vést jednoduchý rozhovor pomocí řeči i přes malou slovní zásobu a zvládnou porozumět kontextu věty nebo základním verbálním instrukcím, jiní při komunikaci uplatňují náhradní a podpůrné komunikační systémy. Řeč se může projevit echoláliemi. Zvládnutí základních znalostí a triviálních informací může být pro ně obtížné, ale někteří jsou schopni se vyjádřit i písemně (Bendová, Zíkl, 2011). Spojením globální a analyticko-syntetické metody jsou schopni získat dovednost čtení, avšak proces osvojení těchto schopností je velmi individuální. Mezi jednotlivými jedinci se tedy vyskytují výrazné rozdíly v tomto procesu (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Lidé s těžkou mentální retardací komunikují hlavně nonverbálně, dochází tedy k minimálnímu rozvoji komunikativních dovedností a řeči. Tyto osoby mají značné narušení formální stránky řeči a vyjadřují se spíše neartikulovanými výkřiky a ukazováním na předměty, někteří zvládnou osvojit si alespoň pár slov. Komunikace se většinou realizuje prostřednictvím alternativních a augmentativních komunikačních systémů, přičemž nejčastěji jsou využívány piktogramy, gesta nebo jiné komunikační prostředky. U některých jedinců se může občas projevit echolalický napodobovací reflex, při němž opakují slyšené zvuky a slova, aniž bychom byli schopni pochopit jejich význam nebo jejich souvislost s vlastní osobou (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Osoby s hlubokou mentální retardací potřebují neustálou péči svého okolí. Jejich řeč se skoro nerozvíjí, chybí jim mimika a nejsou schopni ani neverbální komunikace. Jejich verbální dovednosti se omezují na základní (pudové) zvuky a výkřiky (Jeřábková a kol., 2013).

2 Alternativní a augmentativní komunikace

Alternativní a augmentativní komunikace je obecný termín používaný k popisu různých metod komunikace, které umožňují rozšíření komunikačních schopností a překonání problémů spojených s běžnou řečí (Nandadasa, 2021).

Před zavedením alternativní a augmentativní komunikace dále jen „AAK“ je nutná co nejpřesnější diagnostika jedince. Na diagnostice komunikačních kompetencí se podílejí hlavně logoped a speciální pedagog, kteří navrhnou vhodnou slovní a výrazovou zásobu. Komunikace je z velké části závislá na sluchu a audiolog by měl provést kompletní vyšetření sluchu. Podmínky pro rozvoj jemné a hrubé motoriky vyšetřují neurolog a ortoped. Vliv vnějšího prostředí pak posuzuje psycholog, pedagog a sociální pracovník. Při využívání technických pomůcek alternativní a augmentativní komunikace je důležitá také spolupráce s odborníkem zaměřeným na ICT (Valenta a kol., 2014).

Alternativní komunikační systémy slouží jako náhrada za mluvenou řeč, zejména u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením. V těchto případech se komunikuje převážně pomocí fotografií, předmětových symbolů, obrázků nebo piktogramů. Tyto systémy zahrnují různé nástroje a metody, které usnadňují vzájemné dorozumění a sdílení myšlenek (Bendová, Růžičková, 2013).

Augmentativní komunikační systémy doplňují případně rozšiřují stávající komunikační schopnosti a možnosti, s cílem zvýšit kvalitu dorozumění a komunikace. Ve většině případů jsou tyto systémy využívány právě u jedinců se středně těžkým mentálním postižením. Tyto systémy zahrnují manuální komunikační metody, jako je Makaton nebo Znak do řeči, a mohou být klidně podporovány fotografiemi, symboly a obrázky (Bendová, Růžičková, 2013). Autorka podrobně rozebírá jednotlivé systémy v následujících podkapitolách.

Cílem AAK je poskytnout jedincům s vážnými poruchami řeči možnost aktivní účasti v běžné mezilidské komunikaci, ve vzdělávání a v jejich dalších aktivitách. Používání AAK přispívá ke změně sociální role z pasivní na aktivní, podporuje sociální interakci, zvyšuje sebedůvěru a přibližuje se normálnímu vývoji. Tím se předchází vzniku frustrace a může to ovlivnit chování samotného uživatele. AAK systémy nenahrazují

mluvenou řeč úplně, ale slouží jako nástroj, který pomáhá překlenout komunikační bariéry a umožnit lidem vyjádřit své myšlenky, potřeby a přání (Janovcová, 2003).

Podpora řeči pomocí znaků, symbolů a gest poskytuje lepší podmínky pro rozvoj komunikačních schopností a výrazně napomáhá pro předcházení jazykovým obtížím a je tedy dobré začít už u malých dětí. Rodiče obvykle vyjadřují obavy z možného zastavení rozvoje mluvené řeči nebo zpomalení učebního procesu při používání alternativní a augmentativní komunikace. Spousta výzkumů jasně dokazuje, že používání AAK nebrání rozvíjení již dosažených komunikačních schopností a dovedností. Tuto formu komunikace mohou využívat i lidé trpící demencí nebo s těžším stupněm mentálního postižení (Šarounová a kol., 2014).

Systémy AAK jsou většinou realizovány ve spolupráci s komunikačním partnerem a volba komunikačního systému je vždy posuzována a přizpůsobena individuálně podle potřeb klienta, s ohledem na jejich možnosti a schopnosti a s přihlédnutím k jejich postižení. U osob s lehčí formou mentálního postižení můžeme využívat širokou škálu metod a pomůcek AAK. U jedinců s těžší formou postižení preferujeme jednodušší komunikační aktivity a manuální znaky (Šarounová a kol., 2014).

2.1 Faktory ovlivňující volbu systému AAK

Při zavádění komunikačních systémů je zásadní motivovat osoby k dosažení stanovených cílů a také je důležité zohlednit faktory, které mohou volbu systému AAK výrazně ovlivnit. Může se jednat o věk klienta a míru postižení omezující jeho kognitivní funkce, kvalitu zrakového a sluchového vnímání, vizuomotorické schopnosti, pohybovou koordinaci a obtíže v mezilidských vztazích a komunikaci. U dospělých jedinců plní AAK roli edukační, rehabilitační a kompenzační (Bendová, Růžičková, 2013).

Většina lidí s mentálním postižením má problémy s dlouhodobým soustředěním se na jednu věc nebo aktivitu. Mohou mít potíže s koordinací pohybů nebo motorikou, s orientací v prostoru a s poruchou hloubkového vnímání. Často jsou pasivní ve vnímání svého okolí. U osob s těžším postižením může docházet k narušení vnímání vlastního těla a snížení citlivosti na hmatové podněty (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Myšlení představuje klíčovou kognitivní funkci, pomocí které poznáváme svět kolem nás. Myšlení osob s mentálním postižením je obvykle konkrétní a jednoduché. Mají tzv. sekvenční myšlení, projevující se narušením vnímání logických souvislostí, vnímáním času. U osob s mentálním postižením se objevují potíže s tříděním a organizací informací, mají omezenou schopnost abstrakce, generalizace a většinou nerozumí celkovému obsahu sdělení. Často dochází k nepřesnostem a chybám při analýze a syntéze, stejně jako při procesech dedukce a indukce (Ludíková, Kozáková a kol., 2012). Hlavním způsobem vyjadřování našich myšlenek je řeč, avšak u osob s mentálním postižením může být tento prostředek komunikace narušený. Problémy mohou souviset i s nedostatečným rozvojem fonemického sluchu a s obtížemi v artikulaci, a proto je důležitá celková diagnostika komunikační schopností, jak již autorka zmiňovala (Valenta a kol., 2014).

Paměť je klíčová pro vývoj osobnosti a celkové fungování člověka. Mentální postižení může ovlivnit různé aspekty a fáze paměti, jako je krátkodobá, dlouhodobá a pracovní paměť. Hlavní charakteristiky paměti u osob s mentálním postižením zahrnují převahu mechanické paměti, mají potíže selektovat informace, pomalejší tempo v učení, obtížné porozumění abstraktním pojmům, nestabilní uchování informací, mechanické učení bez hlubšího pochopení, nepřesné vzpomínky a potíže s využitím znalostí v praxi. Lidé s mentálním postižením se učí pomaleji a abstraktní pojmy si osvojují jen obtížně. Paměť je tedy na narušena ve všech fázích (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018).

Pozornost souvisí s vnímáním a soustředěním se na určitý obsah, je rozdělena na podmíněnou a nepodmíněnou formu, přičemž osoby s mentálním postižením mohou mít problém s udržením záměrné pozornosti. Mají sníženou schopnost soustředit se na více úkolů najednou. V rámci nácviku AAK je potřeba brát ohled na míru unavitelnosti a po období soustředění dbát na vytvoření prostoru pro relaxaci (Bendová, Růžičková, 2013). Pozornost je ovlivněna celou řadou faktorů, jako je například stupeň postižení a případná další související postižení, momentální nálada jedince, druh prováděné činnosti či jeho aktuální fyzický a duševní stav apod. (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013).

V emocionální oblasti obvykle dochází u osob s mentálním postižením k poklesu intenzity emočních reakcí s postupem stárnutí. Tito jedinci nejsou schopni ovládat své emoce na stejné úrovni jako zdravé osoby. Jejich city jsou primitivnější někdy i opožděné

a dosažení tzv. vyšších citů, jako je sebevědomí, může být obtížné. Při tréninku AAK slouží k fixaci dílčích fází, které můžeme spojovat s intenzivními osobními zážitky a motivací jedince, tímto způsobem si informace a postupy pak lépe zapamatuje. U osob s postižením se mohou projevit neurotické či psychopatické symptomy nebo prvky agresivity, jejich citová otevřenost je tak spojena s nižší schopností kontrolovat své reakce pomocí rozumu (Bendová, 2013).

2.2 Klasifikace systémů AAK

Bendová (2013) naznačuje, že klasifikace komunikačních systémů může být provedena podle různých hledisek. Jedním z nich může být rozdělení na statické a dynamické systémy podle způsobu přenosu informací, nebo podle typu sensorického kanálu, který umožňuje přenos informací. Mezi tyto systémy patří akusticko-taktilní (například Braillovo písmo), optické (mimika, gesta, piktogramy), opticko-akustické a vibrační systémy (orální komunikace, totální komunikace, komunikace pomocí vibračních zařízení). Klasifikace může také zahrnovat omezení počtu znaků a použití speciálních pomůcek.

Další klasifikaci uvádí Šarounová a kol. (2014), která dělí systémy AAK na metody bez pomůcek a metody s pomůckami, jež dále dělí na pomůcky netechnické a pomůcky technické. Podle klasifikace dle Šarounové bude postupovat i autorka.

Při komunikaci je nutné přizpůsobit svoji řeč, přičemž zpomalíme tempo řeči, používáme jednoduché věty, povzbuzujeme a chválíme, správně artikulujeme, řeč doprovázíme gesty a mimikou, podporujeme snahu o napodobování, pokud je to možné udržujeme zrakový kontakt, nepoužíváme odborná a cizí slova. Pro začátek komunikace využíváme reálné předměty, fotografie a obrázky a postupně zařazujeme složitější systémy, které převádíme do trojrozměrného zobrazení. Klient by měl po celou dobu zažívat pocit úspěchu a vybraný systém musí akceptovat. Během svého života osoby s mentálním postižením mohou preferovat a užívat různé systémy AAK, je tedy vhodné od počátku využívat více komunikačních systémů, které se prolínají, maximálně ale však tři systémy současně (Janovcová, 2003).

2.3 Metody bez pomůcek

Komunikace pomocí metod bez pomůcek je neverbální, využívá například gesta, mimiku a nepotřebuje žádné specifické pomůcky a další prostředky (Valenta a kol., 2014).

Makaton – tento jazykový program vytvořily tři osoby a název je odvozen z prvních dvou písmen jejich jmen (Margaret Walker, Katy Johnson a Tony Cornforth). Slovník je strukturovaný do devíti stupňů obsahující jádro slovní zásoby a okrajovou slovní zásobu. Každá úroveň je těžší než předchozí. Slovník obsahuje 350 slov a znakování by mělo probíhat současně s mluvenou řečí a odpovídající mimikou v kombinaci symbolů a gest. Program lze propojit s obrázky a fotografiemi (Šarounová a kol. 2014).

Znak do řeči – komunikační systém, který není znakovým jazykem, ale může být o tyto znaky a gesta doplněn. V této metodě se znakuji klíčová slova ve větě nebo jednoduché fráze, které lze doplnit i fotografiemi a piktogramy. Vizualní motorika hraje v této metodě klíčovou roli v porozumění, přičemž vizuální percepce posiluje tento proces. Hlavním prvkem je řeč těla, která zahrnuje mimiku spojenou s gesty, s cílem postupně přivádět jedince k mluvené řeči nebo ji doplnit. Je důležité podporovat snahu o napodobování a motivovat. Na začátku věty zdůrazňujeme pouze jedno klíčové slovo a gesta musí být snadná a jednoduchá. Je nutné tuto metodu aktivně používat ve všech každodenních aktivitách pro komunikaci (Janovcová, 2003).

Janovcová (2003, s. 26-27) formuluje principy, které lze aplikovat pro uživatele znaků do řeči:

- *Dospělý provází svou řeč gesty, slovo i pohyb probíhají současně.*
- *Dospělý mluví a gestikuluje až poté, co se na něj dítě podívá.*
- *Vzdálenost mezi dítětem a dospělým by neměla být menší než 50 centimetrů a větší než 2 metry.*
- *Obsah gestikulace je doprovázen mimikou.*
- *Dospělý podněcuje dítě k napodobení gesta.*
- *Pokud dítě gesto nekopíruje, dospělý mu ukazuje, jak se má gesto provést.*
- *Dítě a dospělý na začátku gestikulují pouze v určitých situacích.*

- *Na každé gesto, které dítě provede, dospělý adekvátně reaguje.*
- *Při výběru gest má být zohledněna schopnost vnímání a motorické dovednosti dítěte.*
- *Dospělý neustále sleduje, kdy je gesto nahrazeno verbální komunikací.*

Znaky podle Anity Portmann – jde o švýcarskou logopedku, která navrhla určitý komunikační postup pomocí znaků podobný systémům jako je Makaton nebo Znak do řeči. Tato metoda je často využívána při práci s malými dětmi nebo právě u lidí s mentálním postižením a v českém prostředí je známá především díky CD s názvem „*Když chybí slova*“ (Šarounová a kol., 2014).

2.4 Metody s pomůckami

Tyto metody s pomůckami se člení na netechnické a technické pomůcky. Netechnické pomůcky nevyžadují žádné baterie ani napájení pro svou činnost, což znamená, že jsou obvykle cenově dostupnější pro uživatele než technické pomůcky a další elektronické varianty (Šarounová a kol., 2014).

Způsob ovládání komunikačního zařízení AAK se u jednotlivých uživatelů liší v závislosti na jejich fyzických a kognitivních schopnostech. Z hlediska výběru pomůcky AAK můžeme rozlišit dva typy přístupových metod:

Přímý výběr:

- Uživatel přímo vybere požadovanou volbu pomocí části těla nebo speciálního nástroje, jako je ukazování prstem, dotyk, počítačová myš, oční sledování apod. (Nandadasa, 2021).

Nepřímý výběr:

- Používá se omezený vstup (např. binární spínač), který postupně prochází každou možností v sadě, dokud uživatel nevybere požadovanou volbu.
- Nepřímý výběr se používá v případě, kdy uživatel nemá dostatečnou fyzickou schopnost používat metodu přímého výběru (Nandadasa, 2021).

2.4.1 Netechnické pomůcky

Trojrozměrné zobrazení – trojrozměrné předměty se používají u malých dětí nebo u osob s mentálním postižením hlavně u prvotních nácviků AAK. Předměty mohou být v několika formách. Reálné předměty používáme v běžných denních aktivitách například konkrétní oblíbené předměty jako jídlo, pití, oblíbená věc, bota atd. Neměla by se nabízet neustále ta samá věc, ale spíše se snažit umožnit výběr z více možností. Později může reálný objekt nebo jeho část sloužit jako symbol na kartičce, kterou se učí jedinec říct si o skutečnou věc, případně využívá části konkrétních předmětů. Referenční předměty a zmenšeniny jsou využívány v případě, že konkrétní symbol reprezentuje určitou činnost tzv. plní funkci zástupnou (Šarounová a kol., 2014).

Fotografie – často využívány v komunikaci jako pracovní postupy a návody podle kterých může jedinec postupovat při svých denních potřebách. Fotografie mohou být barevné nebo černobílé a nabízí věrnou kopii trojrozměrného předmětu a osob (Bendová, Růžičková, 2013).

Piktogramy (PICS) – jsou zjednodušené černobílé nebo barevné vizuální zobrazení předmětů, symbolizující abstraktní pojmy, předměty, činnosti nebo vlastnosti. Jsou snadno srozumitelné a dostupné všem lidem bez rozdílu. Často je využívají malé děti jako prvotní nácvik AAK a jsou užitečné pro jedince s jakýmkoliv typem a stupněm postižení. Piktogramy jsou efektivním prostředkem pro rychlou komunikaci a orientaci v obsahu sdělení. Jsou převážně využívány jako podpůrný nástroj a mohou být použity společně s mluveným projevem nebo jako jeho úplná náhrada. V České republice je k dispozici kolekce přibližně 700 různých symbolů, z kterých lze také vytvářet komunikační tabulky nebo pracovní listy pomocí speciálních počítačových programů (Bendová, 2013).

Komunikační zážitkový deník – je individuálně přizpůsoben každému uživateli a jeho potřebám. Zobrazuje jednotlivé symboly na stránkách v přesně vymezeném bloku. Při zahrnutí většího množství pojmů je klíčové zajistit, aby byly tyto deníky pečlivě strukturované a logicky uspořádané. Obsahem deníku jsou fotografie a symboly aktivit a činností, které jedinec zažil. Mohou také obsahovat slovní popis událostí. Cílem je umožnit uživateli sdělovat své potřeby, zájmy, pocity a zkušenosti prostřednictvím symbolů, obrázků, fotografií, popisků a dalších vizuálních prostředků. Součástí deníku

také může být **komunikační kniha**, která má podobnou strukturu (Šarounová a kol., 2014).

Komunikační tabulka – může být osobní nebo tematická. Osobní tabulky slouží konkrétnímu uživateli a měly by být dostupné ve všech prostředích, kde se uživatel pohybuje. Tematické tabulky mohou obsahovat symboly, fotografie, krátké věty a slova a sestavují se individuálně pro specifické aktivity nebo témata. Slouží k usnadnění komunikace jednotlivcům i skupinám (Šarounová a kol., 2014).

Systém Bliss – je ideografický jazyk a při psaní vět musí uživatel napsat pouze Bliss-slova, která jsou nezbytná pro předání konceptu. Lze ho také charakterizovat jako soubor obrázkových znaků. Slovní zásoba systému Bliss obsahuje okolo 6000 Bliss-slov, ale uživatelé mohou také vytvářet nová slova mimo tuto slovní zásobu libovolným kombinováním znaků. Každý Bliss-znak může být buď samostatný tvar z abecedy systému Bliss, nebo kombinace několika tvarů. Tyto tvary se mohou objevovat v různých velikostech, pozicích a orientacích (Nandadasa, 2021). V ČR patří tento systém k nejméně používaným (Bendová, 2013).

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém – vychází z amerického komunikačního systému PECS (Picture Exchange Communication System), který je hodně podobný. VOKS pracuje s vizuálními symboly, uživatel neukazuje na obrázky, ale vybírá symbol, který představuje jeho požadovanou potřebu, a přinese ho komunikačnímu partnerovi s určitým úmyslem – například výměnou za oblíbený předmět, postupně se tímto způsobem dostává do dalších lekcí. Z počátku trénink provádí dvě osoby, kterými jsou komunikační partner a asistent osoby s postižením (Bendová, 2013).

PECS – Picture Exchange Communication System – většina výzkumů o PECS se zaměřuje na děti s poruchou autistického spektra, ale existují i studie o úspěšné aplikaci i u jiných neurovývojových poruch. Výzkumy potvrdily, že využití PECS zlepšuje schopnost funkční komunikace napříč různými věkovými skupinami, typy postižení a úrovněmi komunikačních dovedností. Řada studií také ukázala, že používání PECS snížilo frekvenci nevhodného chování, jako je agresivita, vztek nebo frustrace. Tradiční program PECS zahrnuje použití vizuálních obrázků. Nicméně, před časem několik

výzkumníků uznalo důležitost materiálů a správných postupů u systému PECS, tak aby lépe vyhovovaly konkrétním potřebám jednotlivce (Bracken, Rohrer, 2014).

2.4.2 Technické pomůcky

Pro jedince, kteří dlouhodobě využívají netechnické pomůcky, může přechod na technické pomůcky představovat velkou výzvu. Ideální je, aby uživatel využíval oba typy těchto pomůcek. Pro mnoho uživatelů mohou být technické pomůcky obtížně dostupné z finančních důvodů, ale rozvoj chytrých telefonů a tabletů výrazně rozšířil možnosti pro uživatele AAK systémů (Šarounová a kol., 2014).

Technické pomůcky zastupují pomůcky s hlasovým výstupem, pomůcky s jedním a více tlačítky, s dynamickým displejem, počítače a tablety. K práci na počítači nebo tabletu mohou osoby využívat různé doplňkové pomůcky (speciální počítačové myši, ovládání očima, alternativní klávesnice atd...) a programy (Altík, Boardmaker, Symwriter). U menších dětí je možné tyto pomůcky použít ve formě ozvučených knih a hraček nebo fotografií či piktogramů, nejčastěji jsou využívány u dětí právě pomůcky s jedním tlačítkem (Šarounová a kol., 2014).

Pomůcka s jedním tlačítkem – má možnost nahrát sdělení a pomocí stisknutí tlačítka pak přehrát různé vzkazy. Existují také tzv. jedno – i vícevzkazové komunikátory, jejichž sekvence lze přehrávat postupně dle kontextu sdělení, popř. ve vazbě na sdělení komunikačního partnera (Bendová, 2013).

3 Péče o osoby se zdravotním postižením

Primárním cílem sociálních služeb je poskytovat pomoc sociálně znevýhodněným nebo vyloučeným jedincům s úmyslem zlepšit kvalitu jejich života a následně jim umožnit lepší začlenění do společností. Tato podpora zahrnuje nejen samotné uživatele, ale také jejich rodiny a relevantní sociální skupiny. V České republice jsou sociální služby začleněny do státního systému sociálního zabezpečení a spadají do oblastí sociální pomoci (Matoušek a kol., 2011).

3.1 Formy sociálních služeb

System a organizace péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a pod zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon rozděluje služby na tři kategorie: sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Tyto služby se dále dělí podle místa poskytování na *pobytové* (které jsou prováděny v zařízeních, kde uživatelé trvale pobývají), *ambulantní* (kdy klienti docházejí na poskytování služeb) a *terénní* (kdy jsou služby poskytovány přímo v přirozeném prostředí uživatele) (Krejčířová, Treznerová, 2013).

Sociální poradenství se rozděluje na základní, které by měli provozovat všichni poskytovatelé sociálních služeb, a odborné poradenství. Toto poradenství pomáhá osobám řešit nepříznivou sociální situaci, tím, že informuje o dostupných sociálních službách a dalších formách podpory, které nejsou omezeny pouze na sociální oblast. Dále poskytuje asistenci při prosazování práv a nabízí právní a sociální poradenství. Pomáhá také s navazováním kontaktů v rámci přirozeného sociálního prostředí a tato pomoc by měla být poskytována bezplatně (Krejčířová, Treznerová, 2013).

Mezi služby **sociální péče** pro dospělé osoby s mentálním postižením patří například osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služby, centra denních služeb, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory a další (Krejčířová, Treznerová, 2013). Dle zákona o sociálních službách tyto služby „*napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení*“ (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

§38, v platném znění online). Do služeb **sociální prevence** pak můžeme zařadit nízkoprahová denní centra, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením apod. (Krejčířová, Treznerová, 2013).

3.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy slouží jako návod k poskytnutí dobrých a účinných sociálních služeb, zajišťují plnohodnotný, důstojný a svobodný život klientů. V 15 položkách popisují, jak má vypadat správná kvalitní sociální služba a jaké má mít kritéria (Švarcová, 2011).

Jde o kompletní seznam požadavků vztahující se na všechny druhy sociálních služeb a poskytovatel služeb by je měl dodržovat. Tyto standardy kvality sociálních služeb jsou obsaženy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a jsou rozděleny do tří kategorií. První kategorie se zaměřuje na procedurální aspekty, které stanovují konkrétní cíle, požadavky a formu poskytovaných služeb. Obsahuje také ochranu práv a zájmů klientů a zajišťuje důstojné zacházení s nimi. Druhá kategorie se zabývá personálním a organizačním zabezpečením, zahrnující vhodné pracovní podmínky a profesní rozvoj a růst zaměstnanců poskytujících služby. Třetí oblast se zaměřuje na provozní standardy, které definují podmínky pro dosažení a udržení kvality poskytovaných služeb, včetně opatření pro řešení ekonomických, nouzových a havarijních situací (Malíková, 2020).

3.3 Individuální plánování

Dříve měla péče v sociálních službách systém skupinové péče, nyní dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách probíhá péče individualizovaně. Individuální plánování je jedním ze standardů a je nutné ho vnímat v rámci celého zákona. Individuální plán by měl sestavovat uživatel spolu s poskytovatelem služby a pracovníky v sociálních službách. V rámci plánování se nastavují cíle obou stran, které budou naplňovány po dobu poskytování určité služby. Takové cíle mohou zahrnovat různé aspekty klientovy osobnosti a jsou doplněny konkrétními kroky, které vedou k jejich dosažení. Při tvorbě plánu je důležité se soustředit na přání a potřeby osoby s mentálním postižením, aby byl plán co nejefektivnější pro každého jedince. Klient má prostor k vyjádření potřebných změn v jeho životě vedoucích například k začlenění se do

společnosti, k hledání zaměstnání, nového bydlení nebo ke zlepšení komunikace se svým okolím (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Každý klient sociální služby by měl mít vypracovaný individuální plán, který musí respektovat naplňování práv osob s mentálním postižením. Dospělí jedinci s mentálním postižením jsou často postaveni do role dítěte. Právo na rozhodování o vlastním životě je základním právem, a plnění tohoto práva svědčí o kvalitě poskytovaných služeb. To zahrnuje právo na osobní svobodu, volbu místa pobytu a spolubydlících, rozhodování o volném čase, o vzhledu a oblečení. Uživatelé by měli mít právo na ochranu svého soukromí a intimity, stejně jako právo na kontakt se svou rodinou, přáteli a zachování vazeb s přirozeným prostředím. Není vhodné jim bránit v navazování partnerských vztahů, účasti se společenského života a začlenění do společnosti. Mají nárok na respektování svého soukromí (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

3.4 Pracovník v sociálních službách

Individuální plánování je činností celého týmu, kteří se podílejí na zajištění péče o klienty v každém zařízení. Zákon o sociálních službách stanovuje kvalifikační požadavky pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách. Tyto požadavky zahrnují způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost nebo odbornou způsobilost. V pobytových zařízeních pracují koordinátor, moderátor, sociální pracovníci, klíčoví pracovníci, důvěrník klienta, zdravotníci, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog a další pracovníci v zařízení. Podle potřeby mohou být přizvány k plánování další osoby například logoped, příbuzní, přátelé, opatrovníci a další (Malíková, 2020).

Mezi činnosti sociálního pracovníka patří například provádění sociálního šetření, poskytování sociálně-právního poradenství, depistážní činnosti, poskytování krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace v zařízeních zabývajících se sociální prevencí a v institucích poskytujících sociální péči. Sociální pracovník zjišťuje potřeby obyvatelstva a klientů a pracuje s lidmi všech věkových kategorií (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách online).

Dalším pracovníkem je koordinátor, který má vedoucí pozici a zodpovídá za realizaci individuálního plánování všech klientů a také poskytuje podporu klíčovým pracovníkům. Klíčový pracovník se stará o klienty, které mu přidělil koordinátor a měl

by mít ideálně 4-5 klientů. Pokud klient nekomunikuje řečí snaží se využít všech náhradních a podpůrných komunikačních systémů a metod. Vytváří, organizuje a spolu s klientem vypracovává individuální plán a oslovuje další pracovníky, kteří se budou podílet na realizaci tohoto plánu. Spolupracuje s koordinátorem, který kontroluje klíčové pracovníky a koordinuje týmovou spolupráci. Klíčový pracovník také musí správně pracovat sám se sebou a mít vyřešené vlastní „problémy“ může se stát také důvěrníkem klienta, spojení těchto dvou rolí posiluje dosažené výsledky. Zaměstnanci pomáhají uživatelům s běžnými denními aktivitami, s osamostatněním a s rozvojem osobnosti. Nabízí konzultace týkající se dávek, příspěvků a důchodů. Podporují je při hledání zaměstnání. Asistují při vyplňování formulářů pro péči nebo žádostí o důchod, či sociální podporu, případně mohou zastupovat klienty na úřadech s plnou mocí (Malíková, 2020).

3.5 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením dále jen „DOZP“ byly dříve nazývány jako Ústavy sociální péče a převažoval názor, že tyto osoby patří do ústavu. V průběhu posledních let došlo k významným proměnám a transformaci v organizaci péče o tyto jednotlivce. V minulosti byli lidé umístěni v ústavech, kde sdíleli pokoje s více postelemi, a nedostávali odpovídající péči. K podstatným změnám a transformaci došlo až s přijetím nového sociálního zákona. Jedná se o placenou dlouhodobou pobytovou službu sociální péče, jejímž cílem je co nejvíce zapojit klienty do běžného života společnosti. Poskytování této služby zahrnuje ubytování po celý rok a je určeno pro jedince s omezenou soběstačností, kteří potřebují pomoc jiné osoby (Krejčířová, Treznerová, 2013).

V pobytových službách se klienti řídí stanoveným režimem daného zařízení. Během dne jsou klientům poskytovány předem dohodnuté služby, které odpovídají individuálnímu plánování na základě jejich cílů, potřeb a smlouvě uzavřené mezi zařízením a klientem. Nekomunikující klienti, kteří jsou závislí na péči, mohou být často podceňováni a jejich uspokojování individuálních potřeb je omezeno. Problémem může být u pracovníků sociálních služeb nedostatek informací, neznalost alternativních a augmentativních komunikačních technik nebo minimální využívání terapeutických postupů (Malíková, 2020).

Domovy také představují různá rizika, jako je například hospitalismus, který může vést k postupné ztrátě zájmu o okolní svět a ostatní lidi. To může mít za následek zhoršení schopnosti komunikace a snížení motivace k aktivitám a zájmovým činnostem. Dochází zde k absenci modelů mužských a ženských rolí a nedostatku zkušeností z běžného života. Klienti se musí přizpůsobovat pravidlům domova, což může být pro ně omezující. Tyto instituce mohou být i místem šikanování nebo přímého zneužívání klientů a erotické vztahy mezi klienty mohou přinést obtížně řešitelné problémy. Zmatení rolí může dále vést ke ztrátě orientace v normálním systému rolí (Valenta a kol., 2014).

Službu vymezuje sociální zákon těmito základními činnostmi:

- poskytnutí ubytování;
- zabezpečení stravy;
- pomoc při osobní hygieně, zvládání běžných úkonů o péči o vlastní osobu;
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- sociálně terapeutické činnosti;
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách §48, v platném znění)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologie praktické části

Tato kapitola zahrnuje hlavní a dílčí cíle, stanovení výzkumných otázek. Autorka vymezuje metody sběru dat, etické aspekty výzkumu a popis konkrétního prostředí, kde se podílela na získání dat pro praktickou část.

4.1 Cíle a otázky výzkumu

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je prostřednictvím případové studie analyzovat a poté zhodnotit přínosy a limity vybraných metod AAK z hlediska poskytované podpory dvěma jedincům s mentálním postižením v rámci prostředí DOZP. Jako dílčí cíle byly stanoveny následující:

- prostřednictvím pozorování zjistit jaké komunikační metody jsou využívány při komunikaci s vybranými jedinci
- v rámci pozorování a rozhovorů posoudit efektivitu zavádění AAK do procesu komunikace

Výzkumné otázky

Výzkumné otázky jsou vyvozeny z cílů bakalářské práce a jejich odpovědi jsou prezentovány v poslední kapitole, kde jsou obsaženy také případové studie a další interpretace získaných dat, které přispěly k zodpovězení těchto otázek. Tímto způsobem je dosaženo plného pochopení a vyhodnocení tématu práce.

1. Které metody AAK jsou zvoleny při komunikaci s vybranými jedinci?
2. Jaké jsou přínosy využívání AAK u klientů v rámci DOZP?
3. Jaké jsou limity a překážky aplikace AAK u dospělých osob s mentálním postižením v rámci domova pro osoby se zdravotním postižením?
4. Dochází při využití postupů a metod AAK u vybraných osob ke zlepšení v komunikaci?

4.2 Průběh výzkumného šetření

Výzkum je zpracován ve formě dvou případových studií. K získání autorka využila kvalitativní metody, velkou škálu údajů a metod sběru dat, včetně polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými pracovníky v DOZP. To zahrnuje situace, kdy má pozorovatel předem připravený seznam otázek nebo témat, která chce během rozhovoru probrat. Dále autorka použila nestrukturované přímé a dlouhodobé pozorování osob s mentálním postižením a analýzu dat skrze otevřené kódování, která spočívá v rozložení dat na menší části a jejich zařazení do kategorií a konceptů, což usnadňuje interpretaci a porozumění zkoumaného jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Je klíčové, aby toto pozorování bylo co nejvíce objektivní a nepodléhalo vlivu předsudků, stereotypů, analogií, haló efektu nebo aktuálnímu psychickému stavu a další (Chráška, 2016). Zúčastněné pozorování zahrnuje aktivní začlenění badatele do běžného života zkoumané skupiny, kde sbírá data o jejich chování a interakcích, přičemž nezasahuje do těchto procesů. Tato metoda přímo zapojuje pozorovatele do sledovaného prostředí. Nestrukturované pozorování se soustředí na volné sledování, kde pozorovatel působí jako výzkumník v prostředí bez předem stanovených jevů a plánů. Cílem je získat co nejkomplexnější a nejdetailnější popis zkoumané skupiny, situace nebo prostředí. Proces nestrukturovaného pozorování často zahrnuje analýzu poznámek (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Autorka nejprve stanovila cíle výzkumu a formulaci výzkumných otázek, na něž se zaměřuje. V rámci prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením byli vybráni účastníci pro rozhovory a pozorování, přičemž výběr byl pečlivě zvažován. Vzhledem k charakteru výzkumného tématu byl zvolen záměrný výběr účastníků, který umožnil selektivní výběr na základě specifických charakteristik odpovídajících cílům studie, včetně typu mentálního postižení, úrovně komunikačních schopností a délky pobytu v domově (Miovský, 2006).

4.2.1 Pozorování

Pozorování trvalo po dobu čtyř měsíců od prosince 2023 do března 2024 a probíhalo převážně v dopoledních hodinách, buď v prostorách Zeleného domu pohody na oddělení mužů a na oddělení žen, případně přímo v pokojích vybraných uživatelů.

Během této doby autorka sledovala chování klientů při používání různých komunikačních pomůcek a na základě toho analyzovala jejich komunikační schopnosti a dovednosti. To zahrnovalo pozorování reakcí na různé situace, stejně jako jejich chování a komunikaci mimo domov. Pozorování většinou probíhalo při individuální práci s uživatelem a vždy za přítomnosti klíčového pracovníka, ale také v kolektivu s dalšími lidmi na oddělení. Během této činnosti autorka pečlivě zdokumentovala získaná data, zejména formou poznámek. První měsíc byl věnován seznámení s klienty a s prostředím domova pro osoby se zdravotním postižením. Dále autorka navazovala interakce s uživateli a začala postupně zkoumat jejich potřeby, reakce a preferované způsoby komunikace nebo případné limity při komunikaci.

4.2.2 Rozhovor

Prostředí, ve kterém se rozhovory konaly, bylo záměrně vybráno tak, aby zajistilo klidné a bezpečné prostředí jak pro pracovníky zařízení, tak i pro klienty. Autorka také dbala na to, aby rozhovory probíhaly v atmosféře otevřenosti a důvěry. Rozhovory s klíčovými pracovníky probíhaly vždy na konci pozorování v daný den, aby nedošlo k narušení při práci s klienty. Z těchto rozhovorů autorka získávala především diagnózu nebo osobní a rodinnou anamnézu, což významně přispívalo k efektivnímu sběru dat a tvorbě případových studií. V průběhu těchto rozhovorů získala detailnější informace o uživateli a případných obtížích spojených s používáním pomůcek a systémů. Tyto rozhovory se týkaly jak sebeobsluhy a způsobu využívání alternativních a augmentativních komunikačních prostředků, tak i komunikačních dovedností.

Kromě toho měla autorka připravené doplňující otázky, které jsou zmíněny v příloze č. 5. Tyto otázky směřovaly nejen ke klientům, ale i k pracovníkům zařízení a jejich zkušenostem a názorům. Pohled klíčových pracovníků na využívání alternativní a augmentativní komunikace poskytl autorce cenné informace pro zpracování práce.

4.2.3 Analýza výsledků

V rámci analýzy zahrnula autorka záznamy z pozorování, které obsahovaly především popis konkrétních komunikačních schopností uživatelů při používání různých komunikačních pomůcek, stejně jako reakce a chování uživatelů na různé podněty,

pomůcky a situace mimo domov. Zaznamenala také schopnost uživatelů vyjádřit své potřeby a preference.

K získaným informacím formou pozorování a rozhovorů přiřadila autorka několik kódů, které použila k analýze nasbíraných dat. Tyto kódy sloužily k seskupení informací do celků a umožnily autorce systematicky zkoumat jednotlivá témata. Předpokládala, že tímto způsobem bude schopna odpovědět na klíčové výzkumné otázky. Rozhovory s pracovníky byly zpracovány samostatně a byly přiřazeny dalšímu kódovému označení, což umožnilo detailnější analýzu jejich zkušeností a pohledu na danou problematiku.

4.3 Etické aspekty výzkumu

Součástí etického hlediska je také **Informovaný souhlas** od vedení organizace a od opatrovníka. Tyto souhlasy jsou uvedeny v příloze č. 6 a v příloze č. 7. Účastníci byli řádně informováni o účelu studie, průběhu sběru dat a možných rizicích a přínosech účasti. Všechny údaje jsou anonymizovány a zabezpečeny tak, aby byla chráněna všechna osobní data a soukromí účastníků výzkumu, aby nedošlo k jejich neoprávněnému zveřejnění nebo zneužití. Veškeré údaje a informace jsou získány se souhlasem opatrovníka a z důvodu zachování anonymity si autorka ponechá tyto souhlasy u sebe podepsané a vyplněné. V této souvislosti jsou také upravena jména uživatelů a jména klíčových pracovníků nebudou zveřejněna. Při provádění výzkumu je bráno v úvahu zabezpečení vhodného prostředí pro provádění komunikace a respektování individuálních potřeb každého účastníka.

Výzkumný proces nezpůsobil účastníkům žádné fyzické, psychické nebo emocionální poškození. Všechny intervence a interakce byly prováděny s maximálním respektem k účastníkům a s cílem minimalizovat jakékoli negativní dopady. Během provádění výzkumu byly dodržovány etické normy a s účastníky výzkumu bylo zacházeno s ohledem a empatií, s cílem zajistit, aby se účastníci cítili pohodlně a bezpečně, zejména vzhledem k jejich omezeným komunikačním schopnostem a mentálnímu postižení.

4.4 Charakteristika místa šetření

Předmětem šetření byly dospělé osoby s mentálním postižením, kteří dlouhodobě a celoročně žijí v zařízení DOZP a využívají alternativní a augmentativní metody komunikace. Výzkum probíhal po dobu čtyř měsíců od prosince 2023 do března 2024 v Zeleném domě pohody, p. o. v Hodoníně. Kromě toho Zelený dům pohody poskytuje další služby sociální péče, včetně chráněného bydlení, denního a týdenního stacionáře.

Uživatelé jsou ubytováni v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Mají nárok na celodenní stravování, které zahrnuje snídani, svačiny, oběd a večeři. Kapacita pobytové služby je aktuálně naplněná 18 uživateli. Každý uživatel má sestaven individuální plán s cílem, který se snaží naplnit s pomocí klíčových pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením. Uživatel si může klíčového pracovníka vybrat sám. V budově Zeleného domu pohody jsou čtyři oddělení (muži, ženy, junioři a pečovatelé) a každé oddělení má svého kmenového pracovníka, kterého autorka přirovnává k pozici koordinátora. Klienty Zeleného domu pohody jsou tedy muži a ženy trpící mentálním postižením. Mentální postižení může být kombinováno s různými druhy postižení, včetně lehkých tělesných, smyslových či duševních obtíží. Domov přijímá osoby ve věku od 18 do 99+ let. Autorka se konkrétně zaměřila na dva dospělé účastníky s mentálním postižením, paní Alenu a pana Michala, kteří jsou klienty tohoto zařízení. Další informace lze získat na webových stránkách: <https://www.zelenydumpohody.cz/>.

5 Výsledky výzkumného šetření

Na základě sběru dat autorka zpracovala dvě případové studie zaměřené na dvě dospělé osoby trpící středně těžkým mentálním postižením a přidruženou vadou. V rámci stanovených cílů byly vymezeny výzkumné otázky, na které bylo odpovězeno prostřednictvím případových studií a dalšího sběru dat.

5.1 Případová studie paní Aleny

Jméno: Alena

Věk: 36 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace, epilepsie

Způsob komunikace: VOKS, znak do řeči, komunikační tabulka

Osobní a rodinná anamnéza:

Paní Alena je 36letá žena s diagnostikovaným středně těžkým mentálním postižením a epilepsií. V domově pro osoby se zdravotním postižením žije od svých 28 let. Klientka se přestěhovala do Zeleného domu pohody z domova pro osoby se zdravotním postižením Horizont poměrně nedávno. V novém prostředí je jí poskytována mnohem individuálnější péče než v domově Horizont, kde je vyšší počet klientů. Paní Alena nyní vypadá spokojeně. Bydlí v oddílu ženy spolu s dalšími pěti klientkami domova.

Její rodiče jsou už v důchodu a péči o ni by tak nezvládli, proto žije Alena v domově. Má jednoho bratra, který ji společně s rodiči navštěvuje velmi často. Bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, který sdílí se svojí spolubydlící. Vychází spolu velmi uspokojivě a navzájem si pomáhají nebo tráví společně volný čas. Uživatelka se adaptovala do svého nového prostředí celkem rychle. Její chování je převážně klidné a vyrovnané. Navzdory svému mentálnímu postižení a epilepsii se paní Alena skvěle orientuje v prostředí domova, mimo domov je její orientace horší a potřebuje doprovod.

Během dospívání se začala potýkat s epilepsií, což znamená, že může zažívat nekontrolované záchvaty, které mají různou frekvenci a mohou být spouštěny různými

faktory, včetně stresu. Když přišla do domova, její záchvaty byly časté, nové prostředí pro ni bylo velmi stresující a adaptace na denní režim a přizpůsobení se pravidlům DOZP bylo pro ni těžké. Klíčový pracovník se snaží po celou dobu předcházet stresovým situacím, kdy pracuje s klientkou na formě komunikace za účelem porozumění a předcházení stresových situací.

V rámci individuálního plánu si sama paní Alena s pomocí klíčového pracovníka plánuje a směřuje službu, vybírá si, co chce dělat a jak nebo kam se chce posunout. Klíčový pracovník ji podporuje v samostatnosti a v rozhodování. Každé pondělí, čtvrtek a pátek dochází do stacionáře, který je součástí Zeleného domu pohody a paní Alena zde ráda vytváří výrobky z keramiky.

Klientka péči o vlastní osobu zvládá sama, má problémy s udržením záměrné pozornosti, s vnímáním figury a pozadí nebo s abstrakcí. Umí si sama převléct a vyprat peřiny, ráda maluje nebo chodí na procházky. Její největší zálibou je sbírání a malování různých kytek. Jako součást dechových cvičení klíčový pracovník s klientkou využívá bublifuk, který se klientce velmi líbí a je pro ni zároveň i motivací. V průběhu mrazivých dnů venku bubliny dokonce zamrzly, což klientku velmi potěšilo a přineslo jí velkou radost.

Když přišla do domova bylo těžké ji něco naučit, postupem času už vaří, peče a zapojuje se ráda do aktivit a běžného dění domova. Někdy ji stačí slovní dopomoc, někdy potřebuje podpůrnou složku komunikace. Ráda také chodí na taneční a pohybové aktivity.

Komunikace:

Paní Alena má omezenou schopnost verbální komunikace, což vede k obtížím při artikulaci a porozumění sdělovaného. Tato situace často vede k její frustraci, kdy není schopna sdělit svoji potřebu a přání, schopnost porozumění verbálním instrukcím závisí na pochopení obsahu sdělovaného. Zvládá vytvořit i krátké věty a vést krátký dialog, umí vyjádřit souhlas či nesouhlas, časté jsou echolalické projevy. Dříve pracovala zejména s obrázky a fotografiemi. V Zeleném domu pohody začala s nácvikem systému VOKS (výměnný obrázkový komunikační systém) spolu se znaky do řeči, což má pomoci zlepšit její dosavadní komunikační schopnosti a dovednosti. Autorka přikládá do přílohy č. 1

ukázkou slov ke každodennímu porozumění a tréninku v rámci VOKS. Během používání systému VOKS začala paní Alena lépe artikulovat a více používat mluvenou řeč, a je důležité, aby cvičení pokračovalo a nebylo přerušováno.

Klíčový pracovník, který je pro ni zároveň i komunikačním partnerem pracuje se symboly aplikované ve spojení s rutinními a často opakovanými aktivitami. Paní Alena má svoji komunikační knihu, kterou autorce ochotně hned ukázala a snažila se popsat. V knize má fotografie aktivit, které prožila nebo symboly často opakujících se činností se slovním popisem. Tato kniha ji umožňuje doplnit slova v situacích, kdy je jí špatně porozumět. Komunikační knihy jsou uvedeny v přílohách č. 2 a 3.

Komunikační partner, který pracuje s paní Alenou v prostředí DOZP, provází svou řeč gesty, přičemž slovo a pohyb probíhají současně. Při výuce znaku do řeči čeká, až klientka naváže oční kontakt a až poté na ni začíná mluvit a gestikulovat. Během výuky je obsah gestikulace doprovázen také mimikou, což pomáhá klientce lépe porozumět verbálním a neverbálním sdělením. Na začátku se gestikuluje pouze v určitých situacích, aby se klientka postupně seznámila s používáním znaku do řeči. Klíčový pracovník podněcuje uživatelku k napodobení gesta, snaží se ji motivovat její oblíbenou sladkostí (gumoví medvídci), aby ji povzbudil a posílil schopnost naučit se něco nového.

Paní Alena se snaží opakovat gesta a výraz po komunikačním partnerovi, případně komunikační partner vede její ruce pro správné provedení pohybu. Pokud klientka na výzvu gestem nereaguje, pracovník znovu gesto opakuje a ukazuje jakým způsobem má paní Alena gesto provést. Nyní probíhá nácvik znaku do řeči na téma oblečení, zejména osvojení si nových pojmů, které paní Alena ještě nezná.

Po měsíci tréninku doplňují barvy k jednotlivým druhům oblečení, klíčový pracovník nejdříve pojmenuje slovně kus oblečení spolu s barvou, ukáže obrázek, který doplní ukázkou toho, že to má na sobě (například zvedání rukou pro tričko, ukazování na nohy pro kalhoty nebo sukni) a nakonec přidá určité gesto. Klíčový pracovník pozoruje, jestli klientka nahrazuje gesto mluvenou řečí, v jakém čase a jakým způsobem a pokud se tento proces podaří spojuje určité gesto a mluvenou řeč i nadále.

Slovník je komunikačním partnerem nastaven podle individuálních potřeb a na základě už zvládnutých symbolů. Učení se nových věcí je pro ni dlouhodobý proces.

Pokud úspěšně zvládne nějakou činnost, jako motivaci obdrží své oblíbené gumové medvídky a díky tomu pak udrží pozornost mnohem déle. Paní Alena má dobře vyvinutou jemnou motoriku a zvládne tak přímo označit symbol ukazováním prstem při výběru.

Protože klientka umí číst a zvládá porozumění krátkých vět, zařazuje pracovník při komunikaci také tematickou komunikační tabulku složenou z vět nebo slov, kterou si vytváří sám, dle aktuální potřeby a tématu klientky. Paní Alena většinou odpovídá kývnutím hlavy nebo odpovědí ANO/NE či označením prstem v tabulce. Návčik je potřeba neustále opakovat, aby došlo k upevnění co nejvíce pojmů.

Postupně se pracuje na vytváření větších vět a složitějších konceptů. Paní Alena se učí kombinovat různé piktogramy, aby vyjádřila složitější myšlenky týkající se oblečení, jako jsou počasí nebo události, při kterých bude určitý typ oblečení vhodný. Postupným pokrokem a podporou bude uživatelka schopna lépe komunikovat a vyjadřovat své potřeby týkající se oblečení.

5.2 Případová studie pana Michala

Jméno: Michal

Věk: 54 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace, ztráta zrakové ostrosti – astigmatismus

Komunikace: pomůcka s jedním tlačítkem, trojrozměrné zobrazení předmětů, piktogramy

Osobní a rodinná anamnéza:

Pan Michal trpí závažným mentálním postižením, které výrazně ovlivňuje jeho běžné denní aktivity, včetně komunikace, sebeobsluhy a samostatnosti. Zhruba před pěti lety byla u něj diagnostikována zraková vada, která komplikuje nejen jeho schopnost orientace v prostředí Zeleného domu pohody, ale také schopnost orientace mimo domov. Pan Michal žije v domově pro osoby se zdravotním postižením od svých raných dospělých let. Je závislý na péči personálu pro zajištění základních potřeb a každodenní podpory. Uživatel bydlí v oddílu muži, kde tráví čas s dalšími pěti klienty.

Jeho matka trpěla duševní poruchou a byla dlouhodobě hospitalizována v léčebně. Otec zemřel, když byl ještě velmi malý, a tak nebyl v jeho životě přítomen. Pan Michal nemá žádné sourozence a kontakt s rodinou tedy vůbec neudrží, je u něj zřejmá absence rodičovských rolí a prostředí z tzv. běžného života. Rodinná podpora byla v jeho životě minimální, a proto je klientem sociálních služeb zhruba od svých 6 let.

Zraková vada mu ztěžuje schopnost vykonávat každodenní úkoly samostatně, což může vést k pocitu ztráty nezávislosti a frustrace. Pan Michal má obtíže s rozlišováním detailů a obrysů předmětů, neustále odmítá brýle, které opakovaně hází na zem i přesto, že by mu mohly výrazně pomoci. Schopnost vidět na dálku i na blízko je také ovlivněna a zhoršena. Ke zhoršení zraku došlo až v dospělosti a klíčový pracovník se domnívá, že postupem stáří se vada bude zhoršovat.

V domově pro osoby se zdravotním postižením se pracovníci snaží, aby měl snadný přístup k různým informacím týkající se jeho péče a činností v domově. Ztráta zrakové ostrosti mu totiž znesnadňuje čtení, sledování informačních tabulí nebo orientaci v prostoru. S jeho omezenou schopností vidět také hrozí vyšší riziko úrazů. Klíčový pracovník se snaží co nejvíce upravit prostředí a cvičit orientaci v prostoru, aby si uživatel neublížil. Ztráta zraku omezuje panu Michalovi možnost účastnit se různých aktivit a programů, které jsou v domově pro osoby se zdravotním postižením nabízeny, pokud nejsou tyto aktivity přizpůsobeny jeho potřebám a schopnostem.

Pan Michal rád poslouchá dechovou hudbu a svůj volný čas tráví na zahradě, která je součástí Zeleného domu pohody. Nicméně kvůli své zrakové vadě nerad chodí na procházky v okolí. Často poslouchá pohádkové audioknihy a nesnáší hluk okolí. Když je vystaven hluku, reaguje nervozitou a vyjadřuje se vískáním. Jeho řeč je omezena na pár slov, rozumí jednoduchým instrukcím a péči o svou hygienu zvládá s pomocí, někdy mu stačí pouze slovní dopomoc a motivace k práci. Vzhledem k jeho zrakovému postižení je částečně schopen se sám najíst nebo napít. K uvaření si svého jídla už ale potřebuje velkou míru podpory. K lepší orientaci v pokoji využívá nálepky na zdech a dveřích. Bydlí sám v jednolůžkovém pokoji a s dalšími klienty oddílu vychází bez větších konfliktů. Pan Michal je převážně samotářský a nesnáší velké změny. Nejraději tráví čas ve svém oblíbeném křesle u sebe v pokoji, kde ho doprovází jeho plyšový medvídek. V rámci tohoto oddílu se každý čtvrtek v Hodoníně účastní plavání, což je aktivita, kterou

uživatel velmi očekává každý týden a s nadšením se na ni těší. Je zřejmé, že ho tato aktivita baví.

Komunikace:

Způsob komunikace pana Michala je výrazně ovlivněna jeho mentálním postižením a zrakovou vadou. Vzhledem k jeho omezené verbální komunikaci a získané zrakové vadě je využití metod alternativní a augmentativní komunikace omezeno. Uživatel rozumí zadávaným úkolům, ale někdy se mu nechce pracovat a je vidět, že by se rád věnoval jiným aktivitám. Klíčový pracovník učí uživatele při komunikaci využívat více hmat než zrak. Komunikaci prostřednictvím obrázků nebo fotografií se snaží rozvíjet dále, vzhledem k tomu, že klient je na tuto formu zvyklý.

Pan Michal potřebuje vizuální strukturu dne, která mu pomůže lépe se orientovat a porozumět průběhu dne. Uživatel má vytvořenou komunikační tabuli, která je umístěna na nástěnce v jeho oddílu, kde bydlí. Namísto vizuálních obrázků a fotografií preferuje hmatové nebo zvukové značky, které může snadno rozpoznat dotykem nebo sluchem. Například zvuk zvonění zvonkem signalizuje čas na jídlo, zatímco specifické prvky, jako je vůně z aromalampy, symbolizují čas k relaxaci. Tyto hmatové a sluchové symboly mu umožňují se snadněji orientovat v jednotlivých aktivitách a událostech během dne. Jsou vyrobeny z různých materiálů s různými texturami.

Uživatel tedy využívá trojrozměrné zobrazení předmětů, pracuje s modely předmětů, které mají hmatatelnou formu spolu s využitím piktogramů. Tyto modely jsou vyrobeny z různých materiálů, včetně plastu, dřeva nebo gumy a každý z nich představuje konkrétní předmět nebo situaci z jeho každodenního života. Klíčový pracovník tyto předměty umísťuje na krabici, ukázka je přiložena v příloze č. 5. Úkolem pana Michala je správně přiřadit každý předmět k odpovídajícímu zobrazení. Podobně přiřazuje černobílé fotografie k odpovídajícím obrázkům na základě podobných principů. Klíčový pracovník mu práci také slovně komentuje, například prosí uživatele o podání nebo položení předmětů vedle sebe, případně aby předměty uložil do pytlíku nebo přemístil na jiné místo.

Důležité je, aby vizualizovaná struktura dne pro uživatele byla přizpůsobena jeho individuálním potřebám a preferencím a poskytovala mu dostatečnou podporu a orientaci

v průběhu dne. Klíčový pracovník při nácviku komunikace využívá také nahrávky obsahující verbální popisy a instrukce, které panu Michalovi pomáhají lépe porozumět tomu, co se právě děje a co má udělat.

Uživatel primárně využívá ke komunikaci jednovzkazovou pomůcku s hlasovým výstupem, ovládanou externím spínačem. Výhodou je lehké přenesení zařízení, které umožňuje jednoduchou komunikaci pro pana Michala. Tato pomůcka obvykle obsahuje nahrávku s hlasovým výstupem spuštěnou externím spínačem. Nahrávky je možné neustále měnit.

Příklad komunikace s pomůckou:

Pan Michal každé ráno potřebuje pomoci s výběrem vhodného oblečení na daný den. Kvůli své zrakové vadě není schopen vidět různé možnosti oblečení a potřebuje pomoc od klíčového pracovníka s výběrem. Ten představuje panu Michalovi sadu nahraných zvukových výstupů spojených s výběrem oblečení. Klient má dobrou motoriku a je schopen sám přímým výběrem ovládat externí spínač umístěný poblíž něj, což mu umožňuje aktivovat jednotlivé zvukové záznamy. Když je připraven vybrat si oblečení, stiskne externí spínač a spustí zvukový výstup odpovídající tomu, co si vybral. Komunikační partner mu pomáhá identifikovat a připravit vybrané oblečení na základě jeho volby. Tímto způsobem může samostatně vyjadřovat co si chce obléct a podílet se tak na rozhodování o svém denním outfitu. Jednovzkazová pomůcka s hlasovým výstupem a externím spínačem mu umožňuje nezávisle komunikovat i v běžných každodenních situacích nejen v oblékání, ale například i při výběru jídla.

5.3 Zodpovězení výzkumných otázek

1. Které metody AAK jsou zvoleny při komunikaci s vybranými jedinci?

Klíčovní pracovníci využívají svých získaných odborných zkušeností a znalostí a na základě toho se pak odvíjí metody, které při komunikaci s uživateli využívají. Každý klient je však individuální a je potřebné k němu i tak přistupovat a také každý pracovník má jiné zkušenosti a zvolení komunikačních metod tedy více záleží na klíčových pracovnících.

Paní Alena

U paní Aleny je zřejmý výrazný posun v používání gest a znaků do řeči nebo systému VOKS. Její schopnost komunikace se zlepšuje a je vidět, že se stále více dokáže vyjádřit pomocí gest a symbolů. Klíčový pracovník ji aktivně podporuje v dalším rozvoji komunikačních dovedností. Její zapojení do komunikace se stává plynulejší a vyjadřuje se s větší jistotou. Jako další způsob komunikace se pracovník snaží zařadit komunikační tabulku. Autorka uvádí v teorii, že je dobré využívání více komunikačních systémů současně, ideálně maximálně tří. U paní Aleny je patrné, že tato strategie funguje a tyto metody se vzájemně propojují a doplňují.

Pan Michal

Pan Michal se dobře orientuje v komunikaci pomocí spínače a trojrozměrných předmětů. Uživatel reaguje velmi dobře pomocí těchto metod a je schopen odpovědět a vyjádřit svoji potřebu. Klíčový pracovník zvažuje možnost začlenění pomůcky GoTalk, k rozšíření komunikačních schopností. Nicméně má obavy z toho, zda ji bude schopen ovládat kvůli své zrakové vadě. Během pozorování se uživatel s pomůckou GoTalk seznamuje, mačká tlačítka, ale prozatím ji spíše odmítá odstrčením.

2. Jaké jsou přínosy využívání AAK u klientů v rámci DOZP?

Na základě odborné literatury by využívání AAK mělo výrazně posílit nezávislost a zapojení dospělých osob s mentálním postižením v rámci DOZP. Samozřejmě tento proces ovlivňuje řada faktorů, což může ovlivnit účinnost AAK, včetně individuálních

potřeb klientů, dostupnosti vhodných prostředků nebo úrovně školení a podpory pracovníků.

Paní Alena

Uživatelka se sama zapojuje do aktivit a chodu domácnosti a je spokojená, když si může s někým popovídat. Vzhledem ke špatné artikulaci je však pro ni těžké vyjádřit své pocity a vést plynulý rozhovor. Zavedení systému VOKS a znaku do řeči umožňuje uživatelce lepší komunikaci s okolím. I když má omezenou verbální komunikaci, tyto systémy ji poskytují alternativní způsoby, jak vyjádřit své myšlenky, potřeby a přání. Používání těchto komunikačních systémů ji poskytuje větší nezávislost a kontrolu nad svým životem. S rozvojem a opakováním svých komunikačních dovedností je paní Alena schopna se lépe samostatně rozhodovat o svých činnostech a aktivitách. Díky tomu se aktivně zapojuje do rozhodování o vlastní péči a o svém životním stylu. Má možnost vyjádřit svoji volbu ohledně aktivit a plánování svého dne a tím se zvyšuje její nezávislost. Zavedení nového komunikačního systému vyžaduje čas a úsilí jak pro Alenu, tak pro klíčového pracovníka. Její klíčový pracovník má vhodné zkušenosti k využívání těchto metod, což je důležité a výrazně přispívá k rozvoji nezávislosti a zapojení v rámci DOZP.

Pokud by se uživatelka naučila efektivně komunikovat pomocí systému VOKS a znaku do řeči, mohlo by to mít významný pozitivní vliv na její schopnost nezávisle opouštět domov pro osoby se zdravotním postižením i bez přítomnosti komunikačního partnera. Důležitým faktorem je také reakce a podpora okolí, včetně personálu domova pro osoby se zdravotním postižením a dalších obyvatel. Pokud budou lidé v jejím okolí ochotni a schopni efektivně komunikovat s ní pomocí systému VOKS a znaku do řeči a podporovat ji v její snaze o nezávislost, bude to přispívat k jejímu úspěšnému začlenění se do společnosti. Její rodina se snaží co nejvíce se naučit tyto metody a postupy také, aby jejich komunikace byla na lepší úrovni.

Pan Michal

V současné době není možné tvrdit, že využívání AAK negativně nebo pozitivně ovlivňuje jeho nezávislost a schopnost zapojení se do chodu DOZP. S odpovídající podporou a prostředky by mohl pan Michal dosáhnout významného pokroku ve své

schopnosti komunikovat a zvýšit tím tak svou nezávislost. Díky tomu by se mohl aktivněji zapojovat do rozhodování týkajícího se sebe sama, avšak jedná se o dlouhodobý proces, který vyžaduje mnoho práce. Nyní se však uživatel příliš nezapojuje do aktivit domova a jeho nezávislost je z velké části ovlivněna klíčovým pracovníkem. Autorka si myslí, že je důležité uživateli ukázat, že se dá žít naplno i se zrakovou vadou a klíčový pracovník by měl více klienta motivovat zkoušet nové věci a aktivity, prostřednictvím jeho oblíbených předmětů nebo činností a vést uživatele k větší samostatnosti.

Dlouhodobé a neustálé používání AAK určitě také posílí jeho schopnost jednat samostatně. Pokud bude schopen efektivně komunikovat a vyjadřovat své potřeby pomocí těchto komunikačních systémů, bude pak schopen dosáhnout vyšší úrovně nezávislosti v každodenním životě. Klíčový pracovník by měl vyzkoušet i jiné metody k podpoře komunikace.

3. Jaké jsou limity a překážky aplikace AAK u dospělých osob s mentálním postižením v rámci domova pro osoby se zdravotním postižením?

Existují i určité limity a překážky spojené s aplikací AAK. Například, ne každá osoba s mentálním postižením má stejnou schopnost a ochotu se naučit a efektivně využívat tyto komunikační metody. Dalším omezením je nedostatek zdrojů a finanční podpory pro využívání AAK v prostředí DOZP. Při rozhovorech s pracovníky autorka zjistila, že ne všichni mají dostatek zkušeností a času se učit další komunikační metody. Některé metody a postupy pracovníci neznají vůbec, tím může vzniknout určité omezení v nabídce komunikačních metod a pomůcek pro klienty. Nedostatek času a školení pracovníků znamená, že potenciál AAK není plně využit, což může ovlivnit výrazně komunikaci a zapojení těchto osob. Velkým limitem je tedy i nezájem pracovníků s AAK pracovat. Klíčoví pracovníci některé klienty znají už třeba deset let, a tak ví i bez komunikačních prostředků, jaké jsou jejich potřeby.

Paní Alena

U uživatelky nebyly zřejmé žádné překážky, které by bránily ve využívání metod AAK. Autorka vyhodnotila v průběhu pozorování, že by byla u uživatelky vhodná lepší logopedická péče, která by ji mohla výrazně pomoci při špatné artikulaci a nácvičku metod

AAK. Její klíčový pracovník má vhodné zkušenosti a s těmito systémy pracuje už delší dobu.

Pan Michal

Pan Michal se potýká s určitými limity, především v oblasti zraku. Je u něj zřejmé, že nemá chuť a ani motivaci se učit některý z komunikačních systémů. Jeho klíčový pracovník už zná uživatele dlouhou dobu, a tak mu ve spoustě vyjádření rozumí a dokáže odhadnout jaké jsou jeho potřeby. Přesto si však myslí, že je důležité naučit uživatele komunikovat i s ostatními způsoby. Tím by byl schopen sdělit své potřeby i novému pracovníkovi, který by se k nim třeba připojil a také kvůli zrakové vadě.

Toto zrakové omezení představuje velkou překážku v jeho každodenním životě a omezený výběr a využití metod alternativní a augmentativní komunikace. Je nezbytné hledat způsoby komunikace a interakce, které by mu umožnily překonat tuto překážku. Pro pana Michala je důležité nahradit nedostatečnou schopnost zraku jinými smysly, což se pracovníkovi daří a uživatele to baví. Klíčový pracovník se snaží nalézt další formy a metody, které více pomáhají panu Michalovi překonat jeho zrakové omezení a zlepšit tak jeho schopnost komunikace a orientace v prostoru.

Další překážkou pro něj je nedostatečná podpora rodiny, se kterou není v kontaktu což ovlivňuje i jeho chování ve společnosti. Je nezbytné, aby klíčový pracovník získal odpovídající školení a podporu, aby mohl lépe porozumět a efektivněji pracovat s metodami AAK ve prospěch uživatele. Tímto způsobem by se mohla zlepšit kvalita poskytované péče a zvýšit se šance na úspěch a na pokrok uživatele v oblasti komunikace.

4. Dochází při využití postupů a metod AAK u vybraných osob ke zlepšení komunikace?

Paní Alena

Paní Alena je dobrým příkladem toho, jak systematický přístup k AAK může přinést pozitivní výsledky. Je schopná vést rozhovor i sama a aktivně využívá svoji komunikační knihu nejen v prostředí domova, ale i mimo domov. Spolu s klíčovým pracovníkem pracuje na rozvoji svých komunikačních schopností hlavně na artikulaci

a postupně se učí domlouvat i bez pomoci knihy. Jedním z klíčových faktorů úspěchů je dlouhodobá a trpělivá práce na rozvoji komunikačních dovedností. Velký vliv pro úspěšné využívání má taky motivace a osobní predispozice a je zřejmé, že se to u uživatelky daří. Paní Alena získala větší slovní zásobu a naučila se vyjadřovat slovy, které odpovídají jejím potřebám, pocitům a situacím. Celkově lze konstatovat, že paní Alena projevuje významný pokrok v oblasti komunikace a že zvolené komunikační metody jsou pro ni skutečným přínosem.

Její schopnost vyjadřování se a porozumění prostřednictvím gest a symbolů se stále zlepšuje, což naznačuje potenciál pro další rozvoj a zdokonalení komunikačních dovedností. U této uživatelky slouží především tyto systémy k doplnění nebo rozšíření její dosavadní komunikační schopnosti. Autorka si myslí, že se jedná pouze o dočasnou fázi ve vývoji, která nakonec povede k lepší artikulaci a tím se zvýší i celkový rozvoj mluvené řeči.

Pan Michal

U uživatele je vidět částečné zlepšení komunikačních schopností. Velkou roli u něj hraje právě motivace. Mentální postižení je natolik závažné, že není schopen využívat při komunikaci a orientaci ostatní smysly v tak velké míře, jak je nutné, aby plně využíval jiný komunikační systém. Klíčový pracovník zařazuje hmatové prvky a je vidět, že klienta to baví, ale i přes to verbálně nekomunikuje. Vzhledem k jeho zrakové vadě je těžké u něj docílit většího zlepšení. Pan Michal je spíše samotář, a proto se klíčový pracovník domnívá, že tento trénink komunikace je dostačující, protože si nějakým způsobem dokáže vždy říct co potřebuje. Zároveň věří, že zavedením pomůcky GoTalk by se jeho komunikační dovednosti mohly dostat na vyšší úroveň.

Úspěšnost tedy zavádění aplikací alternativní a augmentativní komunikace u pana Michala závisí na několika faktorech, včetně jeho individuálních potřeb, motivace, schopností, podpory, kterou obdrží, a prostředí, ve kterém se nachází. Jeho velkou překážkou je zraková vada, kvůli které nyní není schopen využívat ke komunikaci znaky a fotografie v plné míře, na které byl dříve zvyklý a učení se nového systému je pro něj náročným a dlouhodobým procesem.

5.4 Shrnutí výzkumného šetření

Během sběru dat pomocí pozorování a rozhovorů se autorce podařilo získat dostatek informací, které umožnily zodpovědět stanovené výzkumné otázky a naplnění stanovených cílů. Jsou zde popsány případové studie a příklady konkrétních metod AAK, které byly úspěšně zařazeny pro podporu komunikace a sociální interakce u dvou dospělých osob se středně těžkým mentálním postižením v prostředí Zeleného domu pohody.

Z rozhovorů je patrné, že ne všichni pracovníci jsou ochotni se naučit nové komunikační systémy a autorka si myslí, že by bylo vhodné pracovníky více vzdělávat v náhradních a podpůrných formách komunikace, aby i klienti mohli lépe sdělit své potřeby. Analýza nasbíraných dat přispěla k formulování výzkumných otázek týkající se komunikačních schopností a preferencí účastníků v souvislosti s využíváním metod alternativní a augmentativní komunikace a vedla k následnému zhodnocení účinnosti a efektivity komunikace jednotlivých uživatelů v různých situacích a prostředích. Oba jedinci se učili komunikovat pomocí alternativní a augmentativní komunikace už od dětství, avšak využívání systémů komunikace je u každého z nich individuální, přestože mají stejný typ mentálního postižení. Výsledky této studie představují hlubší porozumění a zlepšení opatření zaměřených na podporu komunikace a samostatnosti jedinců s mentálním postižením.

Aplikace AAK má v obou případech relativně pozitivní vliv na zlepšení nezávislosti a zapojení uživatelů do chodu domácnosti. Uživatelé mohou lépe vyjádřit své potřeby, názory a přání, což umožňuje více se aktivně zapojovat do rozhodování týkající se jejich péče a každodenních aktivit, mají možnost si sami naplánovat svůj program dne a nebudou pak pouze něčí „loutka“. Komunikace je klíčem k budování a udržení vztahů. AAK také může podporovat rozvoj už dosažených komunikačních dovedností a zvyšuje tak jejich sebevědomí a účinnost využití. Je třeba aktivně podporovat a povzbuzovat snahu používat tyto systémy a vytvářet příznivé prostředí pro jejich použití. S odpovídající podporou a prostředky však může být uživatel schopen dosáhnout významného pokroku ve své schopnosti komunikovat a zvýšit tak svou nezávislost nejen co se týká komunikace, ale také využití v orientaci v prostoru.

Závěr

Praktická část práce zahrnuje kvalitativní výzkum zaměřený na konkrétní zařízení a jeho klienty. Z tohoto důvodu nelze přímo aplikovat výsledky tohoto výzkumu na jiné zařízení. Výsledky tohoto výzkumu jsou tedy použitelné pouze pro dané zařízení a jeho klienty. Cílem praktické části bakalářské práce bylo prostřednictvím případové studie analyzovat a poté zhodnotit přínosy a limity vybraných metod alternativní a augmentativní komunikace z hlediska poskytované podpory dvěma jedincům s mentálním postižením v rámci prostředí domova pro osoby se zdravotním postižením. Pro zjištění informací autorka použila metodiku polostrukturovaného rozhovoru s klíčovými pracovníky a prováděla pozorování uživatelů v prostředí DOZP. Tato strategie přinesla významný přínos pro sběr dat a pomohla dosáhnout stanovených cílů.

Výzkumné šetření předkládá odpovědi na čtyři výzkumné otázky v souladu s definovanými cíli, které vycházejí z teoretického rámce založeného na odborné literatuře. Autorka záměrně vybrala účastníky se stejnou mentální retardací, aby poukázala na skutečnost, že při využívání alternativních a augmentativních komunikačních prostředků nemusí rozhodovat pouze typ mentálního postižení, ale i další faktory, které tuto volbu mohou výrazně ovlivnit.

Pokud jde o komunikaci v rámci DOZP, pracovníci i klienti obvykle znají využívané komunikační metody, což usnadňuje vzájemnou domluvu. Nicméně problém nastává při komunikaci ve společnosti, kde běžná populace není obeznámena s jejich způsobem komunikace, a proto je pro ně těžší porozumět a domluvit se. Z rozhovorů vyplynula také řada doporučení pro praxi. Pracovníci by měli být otevřenější vůči novým postupům a metodám v oblasti AAK a aktivně podporovat i využívání technických pomůcek. Je důležité, aby se pravidelně účastnili školení zaměřených na metody alternativní a augmentativní komunikace, aby neustále rozvíjeli své znalosti a dovednosti v této oblasti. Dále by měli více usilovat o porozumění individuálním potřebám každého klienta a angažovat se v hledání a aplikaci vhodných metod AAK pro každého z nich. Zapojení do týmové spolupráce a sdílení znalostí a zkušeností s kolegy je také klíčové pro podporu kolektivního učení a efektivní práci s klienty, aby i další pracovník mohl snadno navázat komunikaci s klientem a rozuměl tak jeho potřebám.

Výsledky naznačují, že AAK může být efektivní metodou podpory komunikace u jedinců s mentálním postižením, zejména pokud jsou tyto metody individuálně přizpůsobeny potřebám a schopnostem každého uživatele a také záleží na zkušenostech každého klíčového pracovníka. Pro každého člověka je komunikace zásadní, bez ohledu na to, zda je jeho potřeba komunikovat menší či větší. Čím méně je jedinec schopen mluvit, tím více je potřeba doplnit nebo nahradit řeč jinými metodami komunikace, aby mohly být uspokojeny jeho potřeby. Metody a další formy AAK mohou tedy významně zlepšit kvalitu života dospělých osob s mentálním postižením tím, že jim poskytnou vhodné prostředky ke komunikaci, podpoří jejich nezávislost, začlenění do společnosti a pomohou jim dosáhnout svých individuálních cílů, přání a potřeb.

Využití postupů a metod alternativní a augmentativní komunikace u vybraných osob je poměrně úspěšné a z velké části závislé na každodenním tréninku. Celkově můžeme říci, že aplikace AAK má pozitivní dopad na nezávislost a na zapojení těchto dvou výzkumných osob z hlediska poskytované podpory v rámci DOZP. Je však důležité brát v úvahu i limity s tím spojené a hledat způsoby, jak je co nejlépe překonat.

Literatura

1. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.
2. BAZALOVÁ, Barbora. 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
3. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.
4. BENDO VÁ, Petra a Veronika RŮŽIČKOVÁ. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3705-7.
5. BENDO VÁ, Petra. 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3703-3.
6. BENDO VÁ, Petra. 2013. *Alternativní komunikační techniky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3704-0.
7. DLOUHÁ, Jana. 2011. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-122-8.
8. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.
9. JANOVCOVÁ, Zora. 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3204-9.
10. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina. 2013. *Úvod do speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3731-6.
11. KLENKOVÁ, Jiřina. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.
12. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Lucia PASTIERIKOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. 2013. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3714-9.

13. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. 2013. *Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3712-5.
14. KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. 2013. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3716-3.
15. KREJČÍŘOVÁ, Olga a Ivana TREZNEROVÁ. 2013. *Sociální služby*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3692-0.
16. KŘÍŽKOVSKÁ, Petra a Petra HÁJKOVÁ. 2012. *Inkluzivní přístupy k dospělým osobám s mentálním postižením v pozdní dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3375-2.
17. KURKOVÁ, Petra. 2010. *Nevidíme, neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1964-0.
18. LECHTA, Viktor. 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-977-4.
19. LUDÍKOVÁ, Libuše a Zdeňka KOZÁKOVÁ. 2012. *Základy speciální pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3092-8.
20. MALÍKOVÁ, Eva. 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
21. MATOUŠEK, Oldřich. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
22. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4
23. SLOWÍK, Josef. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
24. ŠAROUNOVÁ, Jana. 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.
25. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

26. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
27. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.
28. VALENTA, Milan. 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.

Internetové zdroje

29. **108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách**. Zákony pro lidi – Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © 2023. [cit. 15.12.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
30. BRACKEN, Maeve a Nicole ROHRER. 2014. Using an adapted form of the Picture Exchange Communication System to increase independent requesting in deafblind adults with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities* [online]. 35(2), 269-277. [online]. [cit. 10. 3. 2024]. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0891422213004836>
31. MILLAR, Sally a Janet SCOTT. 1998. What is augmentative and alternative communication? An introduction. *Augmentative communication in practice: An introduction*, 3-12. [online]. [cit. 4. 3. 2024]. Dostupné z: <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=52f220ecc9ac08b8d6d20a82f73fb4efa2c8aa09>
32. **MKN – 10. revize** – Tabelární část (aktualizovaná verze k 1. 1. 2022) [online]. [cit. 6. 1. 2024]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>.
33. **MKN – 11. revize** – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2024 (aktualizované vydání k 8. 2. 2024) [online]. [cit. 4. 3. 2024]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs#605267007>
34. NANDADASA, Palatuwa Gamage Rajitha Hasith. 2021. *A Bliss Writing System*. [online]. [cit. 8. 3. 2024]. Dostupné z: https://discovery.dundee.ac.uk/ws/portalfiles/portal/65395071/A_Bliss_Writing_System.pdf

Seznam příloh

Příloha č. 1 Slovníček VOKS paní Aleny

Příloha č. 2 Komunikační kniha paní Aleny

Příloha č. 3 Komunikační kniha s vlastními fotografiemi paní Aleny

Příloha č. 4 Využití reálných předmětů pana Michala

Příloha č. 5 Otázky k polostrukturovaným rozhovorům s klíčovými pracovníky

Příloha č. 6 Informovaný souhlas pro vedení organizace

Příloha č. 7 Informovaný souhlas pro opatrovníky

Příloha č. 1 – Slovníček VOKS paní Aleny.

DOROZUMÍVÁNÍ : nácvik WOKS, posunky, zvuky :

jídlo - „HAM“

pítí - náznak ruky k ústům

spánek - „HAJÍ“, naznačí i chrápání - někdy používá bezděčně

jízda autem, autobusem - rukama naznačí pohyb volantu

WC - zvuky „AAA“ a chycení se za klín, popř. zadek

hmyz - špetkou třepotá kolem uší

žába - poklep na rameno

slon - ukázání chobotu

lev - zařvání

koza - mečení

králík - „BOBO BOBI „

slepice - klepe si prstem do dlaně druhé ruky

pes - naznačení vyplazením jazyka, nebo štěkání, pokus o jména našeho psa NERO

zima - uchopí si paže a zatřese se

teplo - otře si čelo

ohěň - naznačení ohřívání si rukou

svíčka - sfoukávání plamene

traktor - náznak zvuku motoru

motorka - náznak přidání plynu

únava - unaveně si utře čelo

bolest nebo zranění - ukázání na místo a náznak pláče

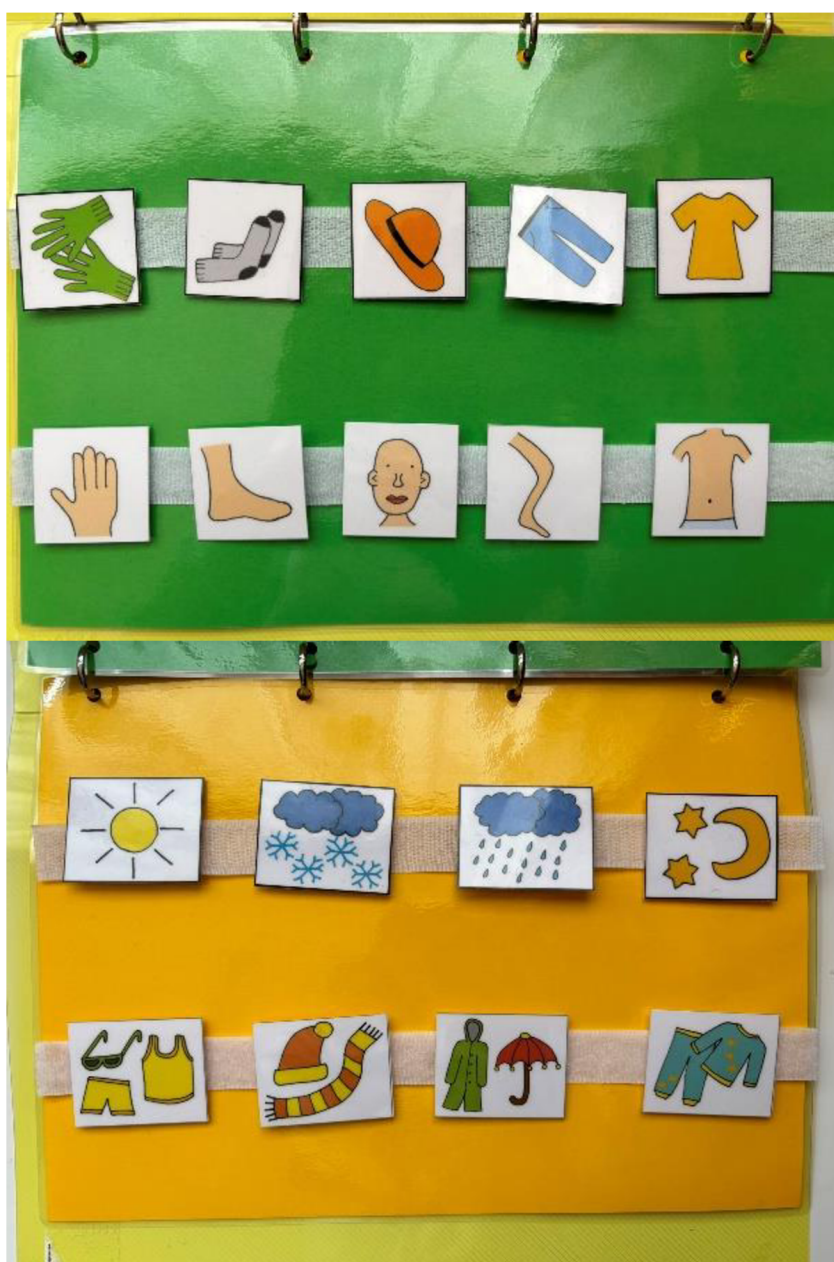
čarodějnice - „HAHAHA“ a mrkáním - jediná věc, ze které má respekt

král, sýr, nůž - „ÝÝÝ“

trpaslík : chytne se za nos a druhou rukou mává, jakože to smrdí, jako v reklamě

Zdroj: vlastní

Příloha č. 2 – Komunikační kniha paní Aleny.



Zdroj: vlastní

Příloha č. 3 – Komunikační kniha s vlastními fotografiemi paní Aleny.



Zdroj: vlastní

Příloha č. 4 – Využití reálných předmětů pana Michala.



Zdroj: vlastní

Příloha č. 5 – Otázky k polostrukturovaným rozhovorům s klíčovými pracovníky

1. Jaké metody alternativní a augmentativní komunikace v současnosti využíváte při komunikaci s klienty?
2. Jakou máte pozici v domově pro osoby se zdravotním postižením?
3. Jaké jsou vaše pozitivní zkušenosti s využíváním AAK?
4. Naopak, jaké negativní zkušenosti jste zažil/a?
5. Jak AAK ovlivnilo komunikaci klientů?
6. Jste proškolen/a v nějakém ze systému AAK? Máte udělaný nějaký kurz?
7. Užíváte získané dovednosti z kurzu v praxi?
8. Nemáte v úmyslu zlepšit komunikaci s klienty pomocí jiného komunikačního systému?
9. Jaký je Váš názor na využívání metod AAK u osob s mentálním postižením?
10. Jak vnímáte dopad použití metod alternativní a augmentativní komunikace na posílení nezávislosti, soběstačnosti a zapojení dospělých osob s mentálním postižením v zařízení?
11. Jaké limity či překážky vnímáte při aplikaci metod alternativní a augmentativní komunikace u dospělých osob s mentálním postižením v Zeleném domu pohody?
12. Jak byste zhodnotil/a účinnost využívání vašich postupů a metod alternativní a augmentativní komunikace u vybraného uživatele?
13. Jaký je váš názor na efektivitu konkrétních metod alternativní a augmentativní komunikace, které při práci využíváte ve srovnání s jinými komunikačními prostředky?
14. Jaký podíl mají rodinní příslušníci a další členové oddílu domova na podpoře a posílení používání metod alternativní a augmentativní komunikace u klientů?
15. Jaké jsou nejčastější výzvy při začleňování nových metod alternativní a augmentativní komunikace do každodenního života u uživatelů?

Příloha č. 6 – Informovaný souhlas pro vedení organizace

Informovaný souhlas pro vedení organizace

K získávání údajů pro účely bakalářské práce

Téma práce: Využití metod a postupů AAK u dospělých osob s mentálním postižením v prostředí DOZP

Autorem bakalářské práce je Lenka Pavková, studující obor vychovatelství a speciální pedagogika na pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Cílem výzkumu je zjistit preferované alternativní a augmentativní komunikační metody a postupy při komunikaci uživatelů a efektivitu jejich zavedení v běžném životě dospělých osob s mentálním postižením. Výsledky této studie budou použity pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

Veškeré identifikující údaje získané během této studie budou pozměněny a zpracovány s ohledem na ochranu anonymity a soukromí. Máte právo kdykoli odvolat svůj souhlas se zapojením do studie bez udání důvodu. Děkujeme Vám za zájem o účast ve výzkumné studii.

Souhlasím s poskytnutím potřebných informací a s účastí ve výzkumu: ANO X NE

V Hodoníně

Dne 25. 3. 2024

Zelený dům pohody,


příspěvková organizace

P. Jilemnického 2923/1, 695 01 Hodonín

IČ: 46937170, Tel.: 518 321 580



Podpis: 

Podpis studenta: 

Příloha č. 7 – Informovaný souhlas pro opatrovníka

Informovaný souhlas pro opatrovníka

Žádám Vás o souhlas k výzkumnému šetření,

Jmenuji se Lenka Pavková a studuji na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor vychovatelství a speciální pedagogika. Piši bakalářskou práci na téma *Využití metod a postupů AAK u dospělých osob s mentálním postižením v prostředí DOZP*.

Cílem výzkumu je prostřednictvím případové studie analyzovat a poté zhodnotit přínosy a limity vybraných metod AAK z hlediska poskytované podpory jedincům s mentálním postižením v rámci prostředí DOZP. Výsledky této studie budou použity pouze pro účely zpracování bakalářské práce.

Veškeré identifikující údaje získané během této studie budou pozměněny a zpracovány s ohledem na ochranu anonymity a soukromí. Máte právo kdykoli odvolat svůj souhlas se zapojením do studie bez udání důvodu. Děkujeme Vám za zájem o účast ve výzkumné studii.

V _____

Dne _____

Zákonný zástupce: _____

Podpis studenta: _____