



Využití alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností

Bakalářská práce

Studijní program:

B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Autor práce:

Tereza Pacáková

Vedoucí práce:

Mgr. Gabriela Čavojská

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Využití alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností

Jméno a příjmení: **Tereza Pacáková**
Osobní číslo: P19000591
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: 2020/2021

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Přiblížit problematiku využívání alternativní a augmentativní komunikace u dospělých jedinců se získanou narušenou komunikační schopností a popsat jednotlivé aspekty, ovlivňující její efektivitu.

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

Metody: Rozhovor, kazuistika.

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- BENDO VÁ, P., 2013. Alternativní a augmentativní komunikace 1. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3703-3.
- KLENKOVÁ, J., 2006. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4711-102.
- LECHTA, V., aj., 2013. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.
- LECHTA, V., aj., 2011. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-901-9.
- ŠAROUNOVÁ, J., aj., 2014. Metody alternativní a augmentativní komunikace. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠKODOVÁ, E., aj., 2003. Klinická logopedie. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.

Vedoucí práce:

Mgr. Gabriela Čavojská
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

20. dubna 2021

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2022

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 11. června 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

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

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

1. června 2022

Tereza Pacáková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Gabriele Čavojské za odborné vedení, trpělivost, vstřícnost a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za vynaloženou podporu po celou dobu trvání studia.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřena na užívání alternativní a augmentativní komunikace u dospělých jedinců se získanou narušenou komunikační schopností. Teoretická část objasňuje pojmy jako komunikace, narušená komunikační schopnost, alternativní a augmentativní komunikace. Dále podává přehled jednotlivých poruch řeči, objevující se u těchto jedinců a také přehled systémů AAK. Teoretická část dále pojednává o logopedické intervenci u dospělých jedinců a o výběru vhodného komunikačního systému. Praktická část bakalářské práce se zabývá odhalením jednotlivých aspektů, mající vliv na efektivitu užívání alternativní a augmentativní komunikace. Průzkum byl realizován prostřednictvím kvalitativního výzkumu, skrze polo-strukturované rozhovory s odborníky. Pro utvoření komplexního pohledu na problematiku byla vytvořena případová studie. V závěru práce jsou shrnuta data a autorkou navrhnutá opatření k zlepšení situace.

Klíčová slova: alternativní a augmentativní komunikace, narušená komunikační schopnost, dospělý jedinec, komunikace, získané poruchy, efektivita

Summary

The bachelor's thesis is focused on the use of alternative and augmentative communication in adults with acquired impaired communication skills. The theoretical part clarifies concepts such as communication, impaired communication ability, alternative and augmentative communication. It also provides an overview of individual speech disorders that occur in these individuals, and an overview of AAK systems. The theoretical part further discusses speech therapy intervention for adults and the selection of a suitable communication system. The practical part of the bachelor's thesis deals with the disclosure of individual aspects that influence the effectiveness of the use of alternative and augmentative communication. The survey was carried out through qualitative research, through semi-structured interviews with experts. A case study was created to create a comprehensive view of the issue. At the end of the work, the data are summarized and the author proposes measures to improve the situation.

Key words: alternative and augmentative communication, impaired communication ability, adult, communication, acquired disorders, effectiveness

Obsah

Seznam obrázků.....	9
Seznam použitých zkratk.....	10
Úvod.....	11
Teoretická část.....	12
1 Komunikace.....	12
1.1 Složky komunikace.....	14
1.2 Narušená komunikační schopnost.....	15
2 Narušená komunikační schopnosti u dospělých jedinců.....	17
2.1 Druhy narušené komunikační schopnosti u dospělých jedinců.....	17
2.2 Logopedická intervence u dospělých jedinců s narušenou komunikační schopností.....	20
3 Augmentativní a alternativní komunikace.....	23
3.1 Systémy augmentativní a alternativní komunikace.....	24
3.1.1 Systémy augmentativní a alternativní komunikace bez pomůcek.....	24
3.1.2 Systémy augmentativní a alternativní komunikace s pomůckami.....	27
3.1.2.1 Netechnické pomůcky.....	27
3.1.2.2 Technické pomůcky.....	30
3.2 Výběr vhodného systému augmentativní a alternativní komunikace.....	31
Praktická část.....	33
4 Využití alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností.....	33
4.1 Cíl praktické části.....	33
4.2 Metody průzkumu.....	33
4.3 Charakteristika průzkumného vzorku.....	34
4.4 Interpretace dat.....	34
4.4.1 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „A“.....	34
4.4.2 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „B“.....	40
4.4.3 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „C“.....	43
4.4.4 Transkripce rozhovoru se speciálním pedagogem.....	50
4.4.5 Případová studie jedince se získanou narušenou komunikační schopností.....	54
4.5 Souhrn výsledků a diskuze.....	56
Navrhovaná opatření.....	59
Závěr.....	61
Seznam použitých zdrojů.....	62
Seznam příloh.....	65

Seznam obrázků

Piktogram – auto	27
Piktogram – jíst	27
Příklad VOKS	28

Seznam použitých zkratk

AAK = alternativní a augmentativní komunikace

ALS = amyotrofická laterální skleróza

CMP = cévní mozková příhoda

NKS = narušená komunikační schopnost

VOKS = výměnný obrázkový komunikační systém

Úvod

Komunikace představuje pro každého jedince neoddelitelnou součást života, je nám vrozená a patří mezi jednu z nejsilnějších potřeb. Skrze komunikaci jsme schopni sdílet vlastní myšlenky, prosadit vlastní názor, projevit pocity, odhalit naše představy, vyřknout přání. Prostřednictvím komunikace přebíráme společenské hodnoty, normy a způsoby chování. I přes tyto důležité vlastnosti, bereme komunikaci jako něco samozřejmého. Až do chvíle, než je naše komunikační schopnost narušena, či zcela znemožněna. Jedinci se získanou narušenou komunikační schopností se potýkají s různou mírou řečového defektu, až po úplnou neschopnost komunikace. Narušená komunikační schopnost může pro jedince představovat určité sociální znevýhodnění, kvůli kterému se můžou cítit vyřazení ze sociálního prostředí. Proto se již od prvních chvil získané řečové poruchy snažíme jedinci rozšířit či nahradit komunikaci, a to prostřednictvím metod alternativní a augmentativní komunikace. Cílem AAK je napomoci jedincům s narušenou komunikační schopností aktivně komunikovat a být součástí běžného sociálního života. Jak přispět k tomu, aby bylo užívání AAK v co největší míře efektivní? Jaké aspekty hrají v efektivitě roli? Odpovědi na tyto otázky se snažíme stanovit v následující práci.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola se zabývá vymezením pojmu komunikace, neopomněli jsme ani definovat pojmy jazyk a řeč, zmíněny jsou následně jednotlivé složky komunikace a objasněna je také narušená komunikační schopnost. Ve druhé kapitole se již soustředíme na narušenou komunikační schopnost u dospělých jedinců, kterým je tato práce věnována. Součástí druhé kapitoly jsou vymezeny druhy narušených komunikačních schopností, které se mohou u dospělých jedinců objevovat, včetně jejich etiologie. Dále je naše pozornost zaměřena na logopedickou intervenci těchto jedinců. V třetí kapitole se zabýváme teoretickými východisky alternativní a augmentativní komunikace, dále jsou popsány systémy AAK, kterých je užíváno také dospělými jedinci. Poslední kapitola teoretické části se věnuje samotnému výběru systému AAK.

Hlavním cílem praktické části je zjistit, jaké aspekty mají vliv na efektivitu užívání AAK a co vše ji může ovlivnit. K naplnění hlavní výzkumné otázky byly stanoveny tři parciální cíle. Průzkum byl zvolen kvalitativní, který se realizoval prostřednictvím rozhovorů s logopedy. Pro utvoření celistvého pohledu byla vytvořena kazuistika s jedincem se získanou narušenou komunikační schopností. V závěru práce byly výsledky shrnuty a navrhnuty opatření k zlepšení situace.

Teoretická část

1 Komunikace

Termín „komunikace“ můžeme nalézt v odborné literatuře mnoha vědních disciplín, a to v pedagogice, psychologii, sociologii, lingvistice, antropologii, kybernetice, dopravě a dalších. Jednotnou definici pojmu „komunikace“ bychom ztěžka hledali, mnohé z nich jsou různě široce pojaty. Vše zahrnující definici mezilidské komunikace, která by obsahovala veškeré kognitivní, filozofické, sociální, lingvistické, kulturní a mnohé další aspekty, zřejmě nebude nikdy možné sestavit (Klenková 2006, s. 25).

Vybíral (2009, s. 25) uvádí, že význam slova komunikace byl v dřívějších dobách chápán v širším pojetí, než je tomu dnes. Pochází z latinských slov *communicatio*, které znamenalo „společné účastnění“ a *communicare*, tedy „činit něco společným, něco společně sdílet“. V pedagogickém slovníku nalezneme komunikaci definovanou jako „*sdělování informací, myšlenek, pocitů; dorozumívání*“. Dále se v něm také můžeme shledat s rozdělením komunikace na komunikaci mezilidskou a komunikaci sociální. Mezilidská komunikace se zabývá odpověďmi na otázky typu kdo, co, komu, z jakého důvodu, prostřednictvím čeho obsah sděluje, s jakým efektem a obtížemi sdělení probíhá. U komunikace sociální můžeme sledovat přímý mezilidský styk či zprostředkované sdělení např. skrz technická zařízení, která zahrnují řeč mluvenou, psané a tištěné slovo i různé obrazové materiály a gesta (Průcha, aj. 2013, s. 130).

Klenková (2006, s. 25) ve své publikaci uvádí, že člověk jako tvor společenský má potřebu komunikovat se svým okolím a je schopen dorozumívát se v různých formách. Schopnost užívání výrazových prostředků, jako obecně lidská schopnost, nám umožňuje vztahy vytvářet, udržet a pěstovat. Prostřednictvím komunikace dochází nejen k dorozumívání a výměně informací, lze skrze ni sdílet i naše představy, myšlenky, nálady, pocity, postoje a názory, které se u subjektů podílejících se na komunikaci vzájemně ovlivňují. Komunikace tedy významným způsobem ovlivňuje rozvoj osobnosti i mezilidských vztahů.

Lejska (2003, s. 11) komunikaci označuje za spletitý děj, který srozumitelnou formou vysílá, přijímá, dekóduje a dále zpracovává informace. Doplnuje také, že ke komunikaci dochází díky přenosu informací skrze specifické informační kanály – optický, akustický a pachový. Upozorňuje, že žádná forma života neexistuje bez schopnosti a potřeby komunikace. Komunikace nám je vrozená a můžeme ji považovat za jednu z nejsilnějších potřeb člověka, můžeme ji tedy řadit mezi naše instinkty.

Klenková (2006, s. 32) uvádí, že „*obsahová i formální stránka komunikace do značné míry závisí na schopnostech, vzdělání, socializaci, identifikačních vzorech, sebevýchově, temperamentu, momentálním duševním a zdravotním stavu, věku, pohlaví, geografické a etnické kulturní oblasti, příslušnosti v sociální třídě a zejména na tradičních návycích, stereotypech a výchově v původní rodině*“.

V souvislosti s komunikací bychom si měli také objasnit pojmy jako jsou jazyk a řeč, které budou podrobněji níže popsány.

Pro **řeč**, jakožto specifickou lidskou vlastnost, jsou typické tři znaky. První znak lze označit jako „sebezapomnění“, které se projevuje tím, že si řeči nevšímáme, jelikož naše pozornost se primárně upírá na obsah sdělení. Řeči si začínáme všimnout až v momentě, kdy se setkáme s nějakou odchylkou v běžném fungování jazyka. Druhým typickým znakem řeči je, že se nesoustředí na mě, pozornost věnuje nám, týká se tedy oblasti zvané *my* a umožňuje nám vzájemnou interakci. Za třetí znak považujeme univerzálnost, díky které můžeme řečí vyjadřovat vše, co nás jen napadne. Řeč úzce souvisí s myšlením a dalšími poznávacími procesy, zejména pak s pamětí a pozorností. Užíváním mluvené řeči rozvíjíme nejen inteligenci, ale především celou jedincovu osobnost (Klenková 2006, s. 27). Bendová (2013, s. 87) dodává, že řeč je specificky lidskou schopností, se kterou ale na svět nepřicházíme. Narodíme se s určitými predispozicemi k rozvoji řeči, avšak bez stimulace a podnětů z okolí by se dále rozvíjet nemohla.

Jazyk lze označit jako soustavu zvukových a dalších dorozumívacích prostředků znakové povahy, kterými jsme schopni interpretovat veškeré vědění a představy o světě, včetně našich prožitků (Klenková 2006, s. 28). Lejska (2003, s. 12) definuje jazyk jako společenskou soustavu řečových prostředků, která náleží konkrétním sociálním, etnickým a národnostním skupinám a je předávána po generace skrze odposlech i písmo, jenž se časem vyvíjí, doplňuje a mění.

Lechta (2007b, s. 17) uvádí, že schopnost komunikovat získáváme již v prenatálním období, v těle matky. Podle něj se s touto schopností rodíme na svět, celý život se její pomocí projevujeme a přetrvává až do posledních chvil našich životů. Dále uvádí, že člověk ze své podstaty nedokáže nekomunikovat, jelikož komunikujeme neustále. Komunikujeme dokonce i tehdy, kdy o tom nevíme, nebo si ani nemyslíme, že bychom právě komunikovali. Dokonce komunikujeme i v ten moment, kdy si komunikovat nepřejeme či odmítáme. Člověk komunikuje ze samotné podstaty lidské existence a neustále o sobě vysílá informace.

Člověk již od narození zkoumá své okolí pomocí řeči a seznamuje se tak s okolním světem. Tím, že si klade otázky, obohacuje si svou škálu znalostí a rozšiřuje možnosti zážitků. Prostřednictvím komunikace přebíráme potřebné společenské způsoby chování, hodnoty,

normy a rozvíjíme svou osobnost včetně všech jejích složek. Význam a důležitost komunikace nebude nikdy možné dostatečně ocenit, jelikož nám není známa žádná společnost, která by byla schopna existovat (natož se vyvíjet) bez komunikace (Klenková 2000, s. 26).

1.1 Složky komunikace

Rozdělení komunikace je možné z různých úhlů pohledu, můžeme ji dělit na komunikaci formální a neformální, harmonickou a konfliktní, kompetentní a kooperující, symetrickou a asymetrickou. Avšak nejčastěji používané rozdělení je z hlediska zvolených komunikačních kódů, a to na verbální a neverbální komunikaci (Valenta, Müller 2004, s. 174, 175).

Válková (2010, s. 54) toto rozdělení ještě rozšiřuje o komunikaci činem. Udává, že komunikace činem je s největší pravděpodobností nejstarší způsob komunikace, díky kterému vyjadřujeme vzájemné postoje pomocí našeho jednání, a které je doprovázeno prostředky neverbální komunikace. Křivohlavý (1988, s. 177) udává, že o komunikaci činem lze hovořit v momentě, kdy se oprostíme od obsahu sdělení a svou pozornost zaměříme na způsob sdělení, chování a jednání odesílatele. Při komunikaci hledíme na celkovou osobnost člověka, ze které lze vydedukovat informace o postoji, jenž k nám odesílatel zaujímá.

Verbální komunikace zahrnuje všechny komunikační procesy, jež jsou realizovány pomocí řeči, ať už mluvené či psané, nositeli významu slova jsou také např. obrázky či znaky. Podstatu verbální komunikace lze shledat v rozvoji kognitivních funkcí: „*Verbální komunikace plní nejen funkci komunikační, ale také funkci kognitivní (podílí se zejména na rozvoji symbolického a abstraktního myšlení). Slovo lze považovat za symbol/symbolické označení nějakého předmětu, osoby, vlastnosti, jevu*“ (Bendová 2013, s. 87). V sociálním měřítku hraje verbální komunikace významnou roli, jelikož inteligence člověka se prezentuje právě pomocí mluvené nebo psané řeči. Je podstatná i ve společenských vztazích, skrze ni mohou vznikat rozhovory, hádky, promluvy, diskuze, výměny názorů, aj. Člověk se ve svém vnitřním i vnějším světě orientuje prostřednictvím slov, ta se pro nás stala jak pomocníkem, tak i zbraní. Skrze slova jsme schopni podpořit, pochválit, potěšit a stejně tak jsme schopni mluvenou řečí ublížit (Klenková 2006, s. 30).

Při verbální komunikaci se nezaměřujeme pouze na obsah řeči, soustředíme se i na **paralingvistické prostředky**, jenž nám dokreslují celkový dojem z mluveného projevu, a které se v řadě publikací řadí mezi prvky neverbální komunikace. Mezi paralingvistické aspekty řeči řadíme hlasitost řeči, výšku tónů, tempo mluveného projevu, objem řeči, zabarvení hlasu, plynulost mluvy, kvalitu, odchylky řeči a slovní vatu (Křivohlavý 1988, s. 177).

Neverbální komunikace představuje veškeré neslovní komunikační prostředky, které se vyznačují vysokou mírou srozumitelnosti a výpovědní hodnotou. Jedná se o fylogeneticky i ontogeneticky starší způsob řeči, než je komunikace verbální. Neverbální komunikace se využívá při vyjadřování emocí, nálad, postojů, vůle, aj. Význam jednotlivých neverbálních znaků je determinován kulturou, dobou i sociálním prostředím. Při užívání neverbální komunikace je proto vhodné brát v potaz individuální interkulturní, etnickou, mezinárodní a geografickou odlišnost (Klenková 2006, s. 30).

Mezi prostředky neverbální komunikace řadíme:

- viziku – sdělování pohledy, kontakt očí
- mimiku – výrazy tváře
- kineziku – celkové pohyby těla
- posturologii – fyzický postoj, poloha těla
- gestiku – sdělování gesty, pohyby rukou
- haptiku – doteky, podání ruky
- proxemiku – zaujímání určité vzdálenosti,
- chronemiku – vyjadřování a užívání času vůči druhým
- teritorialitu – vymezení prostoru vůči jiným lidem
- paralingvistiku – hlasitost, výšku, tempo, plynulost řeči
- jiné aspekty – účes, šaty, doplňky, písmo, výtvarné výrobky (Pokorná 2010, s. 29).

Klenková (2006, s. 29) ve své publikaci vymezuje základní rozdíl mezi komunikací verbální a neverbální, kterou je skutečnost, že komunikace verbální je zpravidla vždy doprovázena komunikací neverbální, zatímco neverbální komunikace může být uskutečňována samostatně bez komunikace verbální, kterou v daný okamžik zastupuje.

1.2 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (dále také NKS) je předmětem a jedním ze základních termínů vědního oboru logopedie. V anglosaské literatuře se můžeme setkat s termíny „*communicative disorders; communicative disability*“ (Klenková 2006, s. 52).

Samotné definování NKS může být nesnadné z důvodu vymezení pojmu *normality*, při kterém si klademe otázku, kdy se jedná o normu a kdy lze hovořit o narušení. Musíme totiž respektovat určité jazykové zvláštnosti, jako například odlišnou výslovnost, či tempo řeči. Vždy musíme brát také v potaz další aspekty – jazykové prostředí, ve kterém jedinec žije, úroveň dosaženého vzdělání,

nebo profesní zaměření. Je podstatné, abychom si všimli všech rovin jazykových projevů jedince a neorientovali se pouze na narušenou formální stránku řeči (Klenková 2006, s. 53).

O narušené komunikační schopnosti mluvíme v momentě, kdy se u jedince některá z jazykových rovin (případně více rovin najednou) odlišuje od norem v daném jazykovém prostředí do té míry, že brání jeho komunikačnímu záměru. Může se jednat o rovinu foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou nebo pragmaticko-komunikační rovinu jazyka, přičemž vysílatel i příjemce sdělení používají stejný kód. Narušená komunikační schopnost může být vrozená i získaná, může se týkat verbální i neverbální formy komunikace. NKS se týká vysílání i přijímání informací, může být trvalá i přechodná a dospělý jedinec si ji může i nemusí uvědomovat. Dle rozsahu může být narušení částečné i úplné, NKS může dominovat, anebo být příznakem dominujícího postižení. NKS se může projevovat také v symbolických i nesymbolických procesech, přičemž může probíhat v obou případech ve zvukové i nezvukové dimenzi. Může se manifestovat izolovaně pouze v jedné z dimenzí, ale může se projevovat i ve více dimenzích simultánně, anebo nejdříve v jedné z dimenzí a následně i v další (Lechta, aj. 2003, s. 13, 14).

2 Narušená komunikační schopnosti u dospělých jedinců

V rámci naší práce se zaměřujeme konkrétně na jedince se získanou narušenou komunikační schopností, pro které představuje komunikace i nadále nejdůležitější a nedílnou součást života. K tomu, aby naše komunikace s druhými lidmi byla funkční, je potřebná dobře rozvinutá komunikační schopnost. Tudíž pokud je narušena, stává se tak ve valné většině překážkou v jedincově socializaci (Klenková 2006, s. 54).

Za nejčastěji zmiňované **příčiny** získané NKS u dospělých osob lze uvést poškození mluvního aparátu na rozličných úrovních, dále také různá omezení fatických i kognitivních funkcí a smyslových orgánů. Příčina NKS může také být v psychogenních faktorech jedince (Lechta 2003, s. 14). Neubauer (2007, s. 80) k výčtu ještě dodává poruchy neurogenně podmíněné, konkrétně se jedná o cévní mozkové příhody, úrazy hlavy nebo degenerativní onemocnění často vedoucí k potížím v oblasti komunikace. Za méně časté příčiny NKS u dospělých osob považuje onkologická onemocnění. Dále upozorňuje na skutečnost, že i přes poměrně dobrou prognózu u temperamentních a vhodně motivovaných dospělých jedinců stále narůstá počet těžce chronicky oslabených jedinců, kteří se například stali oběťmi dopravních nehod a život jim mnohdy znesnadňuje kombinace tělesného, poznávacího a komunikačního oslabení.

2.1 Druhy narušené komunikační schopnosti u dospělých jedinců

Lechta aj. (2003, s. 15) dělí NKS u dospělých osob do následujících kategorií:

- afázie (získaná porucha fatických funkcí)
- mutismus (získaná psychogenní nemluvnost)
- huhňavost (narušení zvuku řeči)
- koktavost, breptavost (narušení plynulosti řeči)
- dyslalie, dysartrie (narušení článkování řeči)
- dysfonie, afonie (poruchy hlasu)
- kombinované vady a poruchy řeči (výskyt více druhů NKS současně)
- symptomatické poruchy řeči (vyskytující se u dominujících postižení)
- agrafie, alexie, akalkulie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie (narušená grafická stránka řeči).

Z důvodu zaměření práce budou níže podrobněji popsány diagnózy, které vznikají v důsledku **získané** narušené komunikační schopnosti.

Afázie

Afázie je získaná orgánová nemluvnost, která vzniká v důsledku organického poškození mozkové kůry, jedná se o poruchu již vybudované řeči. U poruchy afázie jsou zasaženy všechny formy řeči, receptivní, expresivní, mluvená i psaná a v různé míře jsou zasaženy i všechny jazykové roviny, foneticko-fonologická, lexikálně-sémantická, morfologicko-syntaktická a pragmatická. Kvůli rozsáhlým symptomům této poruchy řeči vznikl logopedický podbor – afaziologie. Problematice afázie se věnují odborníci z různých vědních oborů, zmínit můžeme např. neurologii, neurochirurgii, neurolingvistiku či logopedii (Klenková 2006, s. 77-79).

Neubauer (2007, s. 80) uvádí, že mezi nejčastější příčiny afázie patří cévní mozkové příhody (krvácení i ischemické CMP), úrazy a poranění mozku, mozkové nádory, zánětlivá onemocnění mozku, degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a intoxikace mozku. Symptomy afázie jsou projevovány v různém množství, kombinací a kvalitě. Je důležité rozlišovat jedincovu plynulost řeči také to, zda je narušena receptivní či expresivní složka řeči (Klenková 2006, s. 80).

Mezi nejčastější příznaky afázie řadíme:

- parafázi – deformace slov různého typu a stupně
- parafrázi – snížená schopnost až nemožnost slovního vyjádření
- poruchy rozumění – porucha v oblasti vnímání, chápání a dekódování mluvené řeči
- perseveraci – ulpívání na určitém podnětu, který v daný moment již nepůsobí
- logorhea – rychlá překotná mluva se sníženou srozumitelností
- anomie – porucha pojmenování
- neologismy – tvorba gramaticky chybných slov (Čecháčková 2007, s. 152, 153).

Terapie afázie je zaměřena na dosažení maximální možné schopnosti komunikace vždy s ohledem na možnosti daného jedince. Terapie by měla být dlouhodobá, účelná, navazující z akutní péče do ambulantní a vždy bychom měli respektovat jedincovu individualitu. Celkový průběh terapie mohou ovlivňovat různé faktory, např. rozsah a lokalizace poškození mozku, jedincův socioekonomický status, věk, sociální zázemí. U jedinců s těžkým typem afázie jsou využívány kompenzační strategie, které vycházejí z metod alternativní a augmentativní komunikace. Při ztrátě komunikační schopnosti zažívá jedinec traumatizující chvíle, proto je při logopedické péči využívána také péče psychoterapeuta. Při fázi chronické je možnost využívat individuální

i skupinové terapie, přínosné mohou být i kondiční pobyty či muzikoterapie, avšak zapotřebí je nutná spolupráce s rodinou (Čecháčková 2007, s. 153).

Mutismus

Pro mutismus je typická náhlá ztráta schopnosti užívat mluvenou řeč, která není podmíněna organickým poškozením centrální nervové soustavy. Jedná se o funkční ztrátu řeči, při které jedinec není schopen verbální komunikace. Tyto reakce se objevují po prožití mimořádného zážitku, psychotraumatu, anebo jako projev akutního psychotického onemocnění. Problematika mutismu je považována za hraniční problematiku mezi vědními obory logopedie, psychiatrie a foniatry. V odborné literatuře lze nalézt rozdělení mutismu na totální, elektivní a surdomutismus. Společným znakem je ztráta komunikační schopnosti na neurotickém či psychotickém základě. Jedinci při totálním mutismu nejsou schopni komunikace nezávisle na osobě, situaci a prostředí. Oproti tomu elektivní mutismus se vždy váže na určitou situaci, osobu a místo. O surdomutismu hovoříme v případě, kdy se neurotický útlum rozšíří i do sluchové oblasti. V terapeutickém přístupu se soustředíme na individuální psychoterapii spojenou s logopedickou a foniatrickou péčí. Vhodné jsou také skupinové terapie, při kterých jsou jedinci schopni verbálního projevu častěji, než při individuální logopedické terapii. Jedince k verbálnímu projevu zásadně nenutíme, nežádáme vysvětlení oněmění a respektujeme jejich individualitu (Škodová 2007, s. 207, 208).

Huhňavost

Huhňavost patří mezi poruchy zvuku řeči, kdy je řeč huhňavá a špatně srozumitelná. Nejčastějším symptomem bývají anomálie orofaciálního systému a nedostačivostí velofaryngeálního závěru. V terminologii logopedie se označuje termínem rinolalie. V případě zvýšené nosní rezonanci hovoříme o hypernazalitě, otevřené huhňavosti. Naproti tomu u snížené nosní rezonanci hovoříme o hyponazalitě, uzavřené huhňavosti. Pokud dojde ke kombinaci otevřené a uzavřené huhňavosti, mluvíme o smíšené rinolalii. Příčiny mohou být na podkladě organické i funkční a poruchy mohou být vrozené i získané. K získané otevřené huhňavosti může dojít např. po proděláním onkologických onemocnění, po úrazu, parézách, po CMP, adenotomii či tonsilektomii. Získaná uzavřená huhňavost může být pouze přechodným stavem při akutní rýmě (Škodová, aj. 2007, s. 217-219).

Koktavost, breptavost

Koktavost a breptavost můžeme zařadit mezi narušenou plynulost řeči neboli řečovou dysfluenci, která může být vrozená, i získaná. Avšak příčiny breptavosti nejsou doposud zcela známy, připouští se, že by k ní mohlo docházet na podkladě organickém, neurotickém, dědičném i polyfaktoriálním

(Lechta 2003, s. 280). Při poruše plynulosti řeči dochází buď k zrychlenému tempu mluveného projevu až do překotnosti, kdy dochází k nesrozumitelnému projevu řeči, anebo dochází k přerušené řeči způsobené křečemi svalů hlasového ústrojí a mluvidel (Škodová, aj. 2007, s. 261). Za nejčastější příčinu koktavosti považujeme dědičné predispozice, ke koktavosti může docházet také např. při negativním působení sociálního prostředí, nápodobě, v důsledku psychotraumat, na základě orgánové příčiny, při poruchách metabolismu (Lechta 2003, s. 317).

Dysartrie

Dysartrii řadíme mezi motorické poruchy řeči, jenž vzniká při organickém poškození centrální nervové soustavy. Vzhledem k etiologii může být v různé míře a rozsahu zasažena jakákoliv modalita mluvené řeči. Těmito modalitami myslíme respiraci, fonaci, rezonanci a artikulaci. Za nejzávažnější formu poruchy považuje anartrii, tedy úplnou neschopnost pohybu mluvidel, případně vydání hlasu (Neubauer 2007, s. 307). Nejrozšířenější klasifikace dělí dysartrii dle lokalizace poškození mozkové léze na kortikální, pyramidovou, extrapyramidovou, bulbární, cerebelární a smíšenou dysartrii (Klenková 2006, s. 120, 121). U dospělých jedinců vzniká získaná dysartrie po prodělání náhlé CMP, úrazu, nádorových onemocnění mozku, ale také v důsledku degenerativních onemocnění a prožitém traumatu (Lechta, aj. 2003, s. 118, 119). Základní podmínkou pro úspěšnost péče o jedince s dysartrií je důležitá včasná a neodkladná terapeutická péče, neméně důležité je podchycení časného stádia degenerativních onemocnění a zahájení logopedické péče. Terapie si klade za cíl maximalizaci komunikačních schopností a zachování kvality sociálního života jedince s dysartrií (Klenková 2006, s. 122, 123).

Dysfonie, afonie

Poruchy hlasu, mezi které řadíme dysfonii a afonii, najdeme v odborné literatuře definované jako odchylky v síle, výšce a kvalitě hlasu vzhledem k jedincově věku, pohlaví, sociokulturním prostředí a konkrétní situaci, ve které se komunikační proces odehrává. Tato odchylka od normy může v řečovém projevu působit rušivě, řeč může být omezena či dokonce znemožněna, popřípadě může upozorňovat na závažné onemocnění. Tradičně se dělí na orgánové a funkční poruchy hlasu. Orgánové poruchy hlasu vznikají důsledkem zánětů, nádorových onemocnění, úrazů aj., zatímco funkční poruchy hlasu vznikají při přemáhání a nesprávném užití hlasu (Lechta aj. 2003, s. 58, 59).

2.2 Logopedická intervence u dospělých jedinců s narušenou komunikační schopností

Intervenci je možné definovat v širším slova smyslu jako jakýsi „zákrok“ s účelem něco změnit. V logopedii termín logopedická intervence charakterizuje aktivitu, která je pro práci logopeda

specifická ve všech jejích oblastech a tento „zárok“ je zřejmý již při vstupu klienta do logopedické ambulance. Při logopedické intervenci čerpáme poznatky z vědních oborů jako medicína, pedagogika, speciální pedagogika, psychologie, lingvistika a další. Logopedická intervence, jako složitý multifaktoriální proces, má za cíl identifikovat, eliminovat (anebo překonat) a předcházet NKS. Logopedická intervence je realizována prostřednictvím vzájemně se prolínajících prvků – diagnostiky, terapie a prevence (Lechta 2007a, s. 37, 38). Terapie je bezprostředně vázána na diagnostiku NKS, např. ve formě terapeutické diagnostiky či diagnostické terapie. Prolínat se mohou i prvky diagnostiky a prevence, kdy je možné v logopedii použít metody primární, sekundární i terciální prevence. Terapie (i další součásti logopedické intervence) může postupovat i logopedickým poradenstvím, v současnosti se nejvíce uplatňuje symetrické poradenství, při kterém jsou rodina a příbuzní přímými partnery logopeda se všemi právy a povinnostmi spoluterapeuta (Lechta 2011, s. 29, 30).

V České republice je logopedická péče jedincům s narušenou komunikační schopností poskytovaná ve třech rezortech – rezort zdravotnictví, rezort školství mládeže a tělovýchovy a rezort práce a sociálních věcí. Logopedickou intervenci dospělým jedincům s NKS poskytuje rezort ministerstva zdravotnictví a rezort práce a sociálních věcí. Logopedi mohou působit i v nestátním sektoru, v rámci soukromých, nadačních i charitativních organizací, které zajišťují pro své klienty také logopedickou péči (Klenková 2006, s. 212).

Z výše uvedeného je tedy zřejmé, že logopedickou intervenci zajišťují odborníci – logopedi. Za logopeda označujeme absolventa vysokoškolského magisterského studijního programu na pedagogických fakultách, konkrétně na katedrách speciální pedagogiky. Logoped svá studia završil státní závěrečnou zkouškou ze speciálních pedagogických disciplín, z logopedie a surdopedie. Logoped může mít své působiště na kterémkoli pracovišti zabývajícím se logopedickou intervencí. Pokud logoped nesplňuje platné podmínky pro udělení licence k provozování vlastní soukromé kliniky, pracovní činnost naplňuje pod supervizí klinického logopeda (Klenková 2006, s. 212).

Rezort zdravotnictví nabízí jedincům s NKS činnost diagnostickou, terapeutickou i preventivní. Klienti mohou využít také poradenskou službu, která je určena pro všechny věkové kategorie. Logopedická intervence nejčastěji probíhá v nestátní logopedické ambulanci při zdravotnických institucích, které mají navázaný smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami. K zřízení soukromé logopedické kliniky v rezortu zdravotnictví je pro logopeda nutné úspěšné složení atestační zkoušky, poté se stává klinickým logopedem (Klenková 2006, s. 112, 113). Klinický logoped má zákonem danou právní odpovědnost za svou pracovní činnost a je považován za zdravotníka

nelékaře. Kliničtí logopedi jsou nuceni vždy po deseti letech předkládat potvrzení o celoživotním vzdělávání, pokud tak neučiní, registrace ministerstva zdravotnictví jim je odebrána. Logopedi v předatestační přípravě a kliničtí logopedi působí také na specializovaných lůžkových odděleních, na klinikách neurologie, foniatry, otorinolaryngologie, psychiatrie, geriatric, aj. Dále jsou jejich služby poskytovány v nestátních zdravotnických institucích, např. v ambulancích klinické logopedie, v léčebnách, rehabilitačních stacionářích či lázeňských zařízeních (Richtrová 2017).

Při resortu práce a sociálních věcí pracují s dospělými jedinci terapeuti narušené komunikační schopnosti a těmi jsou nejčastěji speciální pedagogové, logopedi a kliničtí logopedi. Tyto odborníci mají vysokoškolské vzdělání se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie, klinický logoped má navíc ukončenou atestaci a registraci MZČR. Kompetence těchto odborníků jsou rozdílné a rozhodující je, ve které instituci působí. V resortu práce a sociálních věcí hovoříme o výchovně-vzdělávacím procesu, zatímco v resortu zdravotnictví hovoříme o terapeuticko-léčebném (Richtrová 2017).

3 Augmentativní a alternativní komunikace

Metody AAK představují pro jedince s NKS možnost, jak se oprostit od přílišné námahy při tvorbě verbálního projevu, který bývá v častých případech málo srozumitelný až nesrozumitelný. Těchto metod je využíváno u jedinců s vrozenou i získanou narušenou komunikační schopností (Klenková 2006, s. 207). S ohledem na zaměření práce se soustředíme na jedince se získanou narušenou komunikační schopností. Jak jsme již dříve zmínili, k **získaným poruchám** řeči může dojít po cévní mozkové příhodě, úrazu mozku, nádorových onemocnění, získaném těžkém postižení sluchu aj. Za příklady degenerativních onemocnění můžeme zmínit Parkinsonovu nemoc, sklerózu multiplex, Alzheimerovu nemoc aj. (Laudová 2007, s. 566).

Augmentativní a alternativní komunikaci (dále také AAK) chápeme jako nabídku, šanci určenou primárně pro jedince, kteří nejsou schopni v dostatečné míře komunikovat mluvenou řečí. S obtížemi se ale potýkají i jedinci s oslabenou schopností komunikace prostřednictvím psané řeči, ať už kvůli tělesnému oslabení či oslabení funkcí, jež jsou potřebné k formulaci sdělení. V odborné literatuře se můžeme často setkat s definicí od Americké asociace pro řeč, jazyk a sluch (American speech and Hearing Association), která AAK definuje jako „*oblast klinické praxe, která se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy postižení u osob s těžkými expresivními komunikačními poruchami*“, které označujeme jako těžké poruchy řeči, jazyka, psané formy řeči i porozumění (Šarounová, aj. 2014, s. 9).

Je důležité vymezit rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací, a systémy alternativní a augmentativní komunikace. AAK je obecným pojmem, vyjadřujícím daný přístup realizovatelný různými způsoby u osob s výrazně narušenou komunikační schopností. Zatímco systémy AAK jsou souborem všech postupů a prostředků využívaných k rozvoji dorozumívání konkrétní osoby (Klenková 2006, s. 206).

Augmentativní (z lat. *augmentare*, jež znamená rozšiřování, zvětšování) komunikační systémy přispívají rozvíjet, doplňovat již existující komunikační schopnosti a dovednosti, které jsou však pro běžné dorozumívání nedostačující. **Alternativní** komunikační systémy zcela nahrazují běžnou mluvenou řeč (Laudová 2007, s. 565).

Klenková (2006, s. 206) definuje AAK jako komunikační prostředek, jenž napomáhá vyjadřovat myšlenky a city jedincům, u kterých je komunikace mluvenou řečí omezena či znemožněna. Cílem alternativní a augmentativní komunikace je dopomáhat lidem s narušenou komunikační schopností aktivně se dorozumívát a zapojit se tak do běžného sociálního života. Šarounová (2014, s. 10) dodává, že pro naplnění tohoto cíle je vhodné použít všechny dostupné metody AAK

za předpokladu, že jedinec využije veškeré své komunikační schopnosti (zbytky mluvené řeči, vokalizace, přirozená gesta, mimika aj.). Vždy, pokud nám to situace umožňuje, se snažíme upřednostňovat augmentativní komunikaci před alternativní (Valenta, Müller 2004, s. 179).

V zahraničí dochází k prudkému rozvoji v oblasti AAK zhruba od 70. let 20. století. V roce 1983 vzniká za účelem podpory osob s těžce narušenou komunikační schopností Mezinárodní společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci – ISSAC (International Society for Augmentative and Alternative Communication). V České republice je pozornost systémům AAK věnována až od doby porevoluční. Za zmínku stojí rok 1993, kdy vzniklo Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci. O rok později bylo založeno Centrum pro augmentativní a alternativní komunikaci – primárně pro děti předškolního a školního věku do 18 let věku. Od konce 20. století je věnována pozornost AAK jak v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, tak i v rámci profesní přípravy studentů na vysokých školách. V kontextu se změnou v sociálních službách probíhají různá školení zaměřená na systémy AAK také v sociálních službách (Bendová 2013, s. 11).

3.1 Systémy augmentativní a alternativní komunikace

Systémy AAK je možné členit z různých hledisek, avšak nejčastěji se v odborné literatuře setkáváme s rozdělením na **systémy nevyužívající pomůcky** (unaided), mezi které řadíme např. gesta, mimiku, manuální znaky a systémy. Druhou kategorií lze označit jako **systémy vyžadující pomůcky** (aided), které dále dělíme na **netechnické** (low tech) a **technické** (high tech) (Laudová 2007, s. 567, 568).

3.1.1 Systémy augmentativní a alternativní komunikace bez pomůcek

Do kategorie systému AAK lze zařadit i takové způsoby komunikace, které nám jsou přirozené a není třeba se jim nijak zvlášť učit. Příkladem můžeme zmínit cílené pohledy, přirozená gesta, mimiku, odpovědi ANO/NE a komunikací akcí (Šarounová, aj. 2014, s. 14). Při kombinaci pohybů rukou a prstů, které mohou být augmentované i jinými částmi těla, dokážeme ztvárnit jednotlivá písmena, slova i fráze (Bondy, Frost 2007, s. 54). K těmto metodám se řadí především **manuální znaky**, kterým se už ale naučit musíme (Šarounová, aj. 2014, s. 14).

Znakovaná čeština

Při komunikaci znakovanou češtinou dochází ke kombinaci mluvené řeči (včetně správně užitých gramatiky a syntaxu českého jazyka) s manuálními znaky pro neslyšící. Jedná se tzv. o „doslovný překlad“, přičemž se každé slovo znakuje. Případně může být znakovaná čeština doplněna o různé

typy pomůcek. Tento způsob komunikace je vhodný pro slyšící osoby, které mají těžce narušenou komunikační schopnost, avšak bez značného pohybového omezení rukou. Pro zvýšení srozumitelnosti obsahu sdělení se jako podpora manuálních znaků využívá také prstová abeceda (Laudová 2007, s. 569).

Prstová abeceda

V odborné literatuře se můžeme setkat také s označením daktylní abeceda, v obou případech se jedná o vizuálně-motorický systém komunikace, díky kterému dochází k doslovnému překladu řeči z formálního hlediska. Využívá se různých poloh a postavení prstů ke ztvárnění jednotlivých písmen abecedy (Krahulcová 2014, s. 251).

Znak do řeči

Tento komunikační systém chápeme jako doplňující a často i prozatímní prostředek komunikace pro jedince s narušenou komunikační schopností a jeho okolí. Užívány jsou pouze samostatné znaky ze znakového jazyka pro neslyšící, jenž představují jednotlivá slova, či krátké fráze, zatímco je užívána mluvená řeč. Znaky jsou rozděleny do jednotlivých kategorií (např. rodina, čas, lidé a povolání nebo činnosti), které obsahují z velké části podstatná jména a některé další slovní druhy zapadající do jednotlivých okruhů (Šarounová, aj. 2014, s. 15). Cílem je zejména usnadnit a podpořit rozvoj verbálního projevu u jedinců s narušenou komunikační schopností, kdy postupně eliminujeme frekvenci užívání gest a přecházíme plynule k mluvené řeči (Kubová, aj. 1999, s. 87).

Znakový jazyk

Znakový jazyk považujeme za přirozený, plnohodnotný komunikační systém a každý národ má svou vlastní verzi. U českého znakového jazyka nalezneme základní vlastnosti jazyka, mezi které řadíme znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost i historický rozměr a je ustálen po gramatické i lexikální stránce. Tvořen je za pomoci různých tvarů rukou, jejich postavením a pohyby, dále mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu (Krahulcová 2014, s. 73).

Cued Speech

Tento komunikační systém je založen na diskrétních signálech, které utváříme pomocí rukou, jenž se synchronně pohybují s vizuálním pohybem úst v řeči. Využívá se osmi tvarů ruky k vyjádření souhlásek a šesti poloh ruky u tváře k vyjádření samohlásek. Pokud spojíme tyto polohy dohromady, jsme schopni vyjádřit přesnou výslovnost probíhané řeči a tím dochází k téměř dokonalému příjmu vyjadřovaných slov (Laudová 2007, s. 569). Samotným principům fungování tohoto systému komunikace není příliš složité se naučit, avšak k tomu, abychom byli schopni plynulé komunikace je potřeba systém Cued Speech neustále opakovat a aktivně jej používat

(Krahulcová 2014, s. 238, 239). Systém cued speech je využíván jedinci se sluchovým oslabením (Laudová 2007, s. 569).

Metoda Tadoma

Jedná se o čtení řeči pomocí hmatu, kdy se osoba s postižením rukou dotýká obličeje a krku mluvící osoby. Jedinec s postižením používá svůj palec ke sledování pohybů rtů a zároveň cítí pohyby čelistí a jazyku, ostatní prsty vnímají vibrace tváří, čelistí a hrdla. Tato metoda má dobrých výsledků u jedinců s hluchoslepotou (Laudová 2007, s. 569).

Lormova abeceda

Při komunikaci s hluchoslepými jedinci lze používat také Lormovu abecedu. Jedná se o typ dlaňové abecedy, při které jsou jednotlivá písmena vyznačována ustáleným dotykem na prstech jedné ruky, či na dlani (Laudová 2007, s. 570).

Systém MAKATON

Komunikační systém MAKATON vytvořila logopedka Margaret Walker spolu s psychiatrickými konzultanty Kathy Johnson a Tony Conforthem v 70. letech 20. stol. ve Velké Británii (Janovcová 2003, s. 48). Základ systému tvoří 350 znaků a symbolů, které byly modifikovány do takové formy, aby byly pro uživatele snadno pohybově zvládnutelné a významově co nejvíce srozumitelné (Bendová 2013, s. 47). Jednotlivé znaky jsou rozděleny podle náročnosti a významové odlišnosti do osmi základních etap, přičemž devátou etapu tvoří přídatný slovník, který je utvořen individuálními potřebami konkrétního jedince (Janovcová 2003, s. 48). Makaton aplikovaný do praxe si můžeme představit jako znakování významově podstatných slov ve větách, přičemž by řeč měla být rytmická, tónická, doprovázena mimikou a demonstrací jednotlivých symbolů (Bendová 2013, s. 47).

Komunikační systém Makaton je využíván všemi věkovými kategoriemi s různými diagnózami. Příkladem můžeme uvést neslyšící jedince, jedince s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením, osoby s PAS, jedinci s vážnými artikulačními problémy, verbálně nekomunikující jedinci, kteří mluvené řeči špatně rozumí, dospělé osoby se získanou narušenou komunikační schopností (Bendová 2013, s. 46, 47).

V České republice rozšířenější jazykový program DaR, který je založen na podobných technikách jako systém Makaton. Systém DOROZUMÍVÁNÍ a RUCE využívá manuální znaky společně s mluvenou řečí a je užíván u dětí i dospělých jedinců. Tento stimulační jazykový program vznikl propojením zkušeností z praxe odborníků v oboru logopedie, speciální a sociální pedagogiky (SPC pro děti s vadami řeči 2022).

3.1.2 Systémy augmentativní a alternativní komunikace s pomůckami

3.1.2.1 *Netechnické pomůcky*

Mezi netechnické pomůcky řadíme obecně veškeré pomůcky nevyžadující žádný zdroj elektrické energie, které v anglické literatuře najdeme pod označením *low-tech* pomůcky. Jejich výhodou je zejména cenová dostupnost (Šarounová, aj. 2014, s. 16).

Trojrozměrné předměty

Předmětová komunikace je v AAK využívána jako jedna z prvních možností, zejména pak u malých dětí a u jedinců se zrakovým oslabením. Předměty mohou být užívány v různých formách:

- **Reálné – předměty** jedná se o konkrétní věci, např. hračka, jídlo či láhev s pitím, které symbolizují věci samotné.
- **Reálné předměty jako symboly** – proces, při kterém dochází k přeměně reálné věci v symbol. Šarounová (2014) uvádí příkladem zatavený piškot na kartičce, kterou jedince učíme říkat si o reálný piškot.
- **Části předmětů** – zde jako příklad můžeme uvést kostku z oblíbené stavebnice, dudlík z oblíbené lahvičky a další. Tyto části předmětů představují zástupnou roli předmětu jako celku, jenž se jedinec snaží označit, pokud předmět chce. Jedná se o nejsnadnější přechod od reálné věci v symbol.
- **Referenční předměty** – předměty v této formě odkazují na činnosti, které mají mezi sebou spojitost, např. lžice jako symbol pro jídlo, postel jako symbol pro spánek.
- **Zmenšeniny** – rozdíl mezi samotným předmětem a symbolem je nepatrný, znamenají totéž, např. malá lahvička na pití jako symbol pro reálnou lahvičku (Šarounová, aj. 2014, s. 17).

Komunikace s využitím fotografií

Fotografie jako komunikační prostředek je rovněž jednou z prvních možností při práci se systémy AAK. Využívají je často lidé s těžce narušenou komunikační schopností, zejména pak děti předškolního věku a jedinci s mentální úrovní předškolního věku – důvodem je konkrétní myšlení, které je pro tuto věkovou skupinu charakteristické. Dvourozměrné zobrazení fotografie představuje pro jedince věrnou kopii trojrozměrného předmětu. Lze skrze ně také vyprávět příběhy, zážitky či tvořit různé pracovní postupy, návody, recepty a další procesuální schémata (Bendová 2013, s. 32, 33). Bondy a Frost (2007, s. 56) poukazují na výhody využívání fotografií, mezi které řadí snadnou přenositelnost a také možnost individuálního ztvárnění klientovy známých a blízkých předmětů, jevů, osob a prostředí.

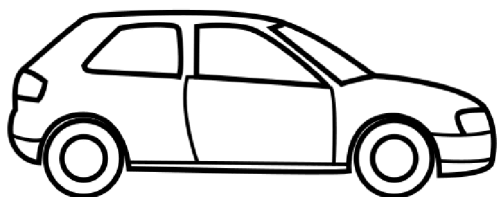
Grafické symboly – systémy

Globálně je rozšířeno mnoho systémů využívajících různé počty grafických symbolů, avšak ne všechny jsou přeloženy do českého jazyka. Níže si podrobněji popíšeme piktogramy a výměnný obrázkový komunikační systém, které jsou z hlediska tématu práce nejčastěji užívané v praxi. Do této kategorie spadají dále např. symboly PCS (*Picture Communication Symbols*), symboly Widgit a systém Bliss (Šarounová, aj. 2014, s. 19, 20).

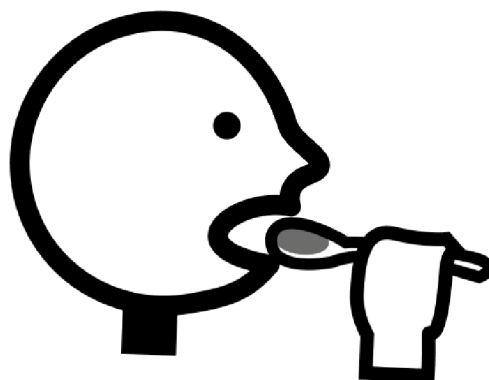
Piktogramy

Obecně lze piktogramy označit za obrazové komunikační symboly, se kterými přicházíme do styku v každodenním životě, a to ve formě dopravního značení, informačních tabulí a dalších (Kubová in Bendová 2013, s. 33). Piktogramy lze podrobněji specifikovat jako maximálně zjednodušená vyobrazení předmětů, jevů, činností a vlastností, která jsou srozumitelná pro všechny osoby bez rozdílu (Bendová 2013, s. 33). Nejčastěji jsou vyobrazovány v barvách černé a bílé, aby redukovaly obtíže jedincům se zrakovým oslabením (Laudová 2007, s. 571). V praxi se však setkáváme mnohem častěji s piktogramy v digitalizované formě, a to v různých počítačových programech a softwarech. Za hlavní cíl při využívání piktogramů lze považovat rychlou výměnu informací všude tam, kde by jiný způsob vyjádření byl příliš zdlouhavý, anebo všude tam, kde by při sdělování mohly nastat komplikace v porozumění (Bendová 2013, s. 34, 35).

Piktogramy jsou využívány u osob s vrozeným mentálním, tělesným, sluchovým či kombinovaným postižením, u jedinců s PAS, i u osob se získanou narušenou komunikační schopností všech věkových kategorií (Krejčířová 2011, s. 101, 102).



Obrázek 1: Piktogram – auto (Aragonese Center of Augmentative and Alternative Communication, 2022)

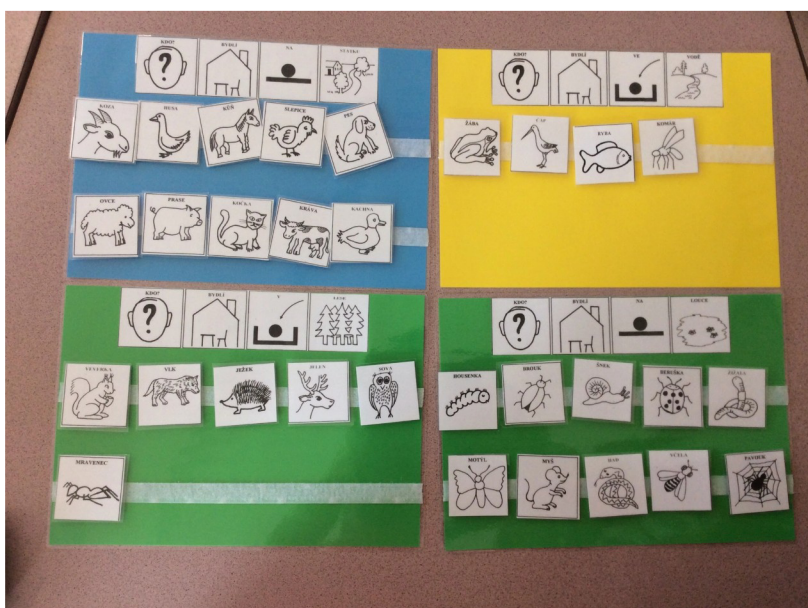


Obrázek 2: Piktogram – jíst (Aragonese Center of Augmentative and Alternative Communication, 2022)

Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS

Výměnný obrázkový komunikační systém vychází principiálně z amerického komunikačního systému PECS – *Picture Exchange Communication System*, který byl po dlouhá léta vyvíjen Bondy a Frostem. Jedná se o poměrně mladý systém, v zahraničí je využíván od 90. let 20. stol. V České republice se VOKS rozšířil zásluhou PhDr. M. Knapcové v roce 2001. Jde o komunikační systém, který pracuje s vizuálními symboly podobně jako např. piktogramy, akorát s tím rozdílem, že jedinci na symboly neukazují, ale komunikačnímu partnerovi je přímo přinášejí. Při nácviku VOKS jedinci nejprve vyměňují symboly za reálný předmět, např. oblíbenou hračku či pochutinu, tím jedinci velmi rychle porozumí samotnému smyslu systému, kterým je komunikace. Zároveň je výměna pro jedince velice motivující, jelikož se jim výměnným procesem dostává toho, čeho požadují. Celkovou metodiku nácviku VOKS lze rozdělit do sedmi výukových bloků, mezi které jsou zařazeny čtyři doplňkové lekce. Nácvik probíhá vždy pod dohledem dvou odborníků (pedagogů/logopedů), přičemž jeden zastupuje roli komunikačního partnera a druhý fyzicky asistuje jedinci. Proces výměny obrázků by měl být vždy slovně komentován učitelem/logopedem, aby podporoval rozvoj verbálního projevu jedince (Knapcová, Jarolímová 2006, s. 8, 9).

Primárním cílem VOKS je zvýšit funkčnost komunikace, rozvíjet aktivní a pasivní slovní zásobu i gramatickou stavbu řeči. Za sekundární cíl VOKS lze považovat zvýšení míry soběstačnosti a samostatnosti (Bendová 2013, s. 45). Tento komunikační systém je vhodný zejména pro osoby s PAS, úspěšný je ale i u jedinců s výrazně narušenou komunikační schopností (afázie, těžká forma dysfázie, aj.) (Bočková 2015, s. 37, 38).



Obrázek 3: Příklad VOKS (Střední škola, Základní škola a Mateřská škola Prostějov, 2022)

3.1.2.2 *Technické pomůcky*

Oblastí, která se těší z prudkého vývoje, je oblast techniky. Šarounová (2014, s. 34) ve své publikaci upozorňuje, že při využívání technických pomůcek v AAK musíme být připraveni na vývoj jednotlivých systémů. Z tohoto důvodu může docházet k častější potřebě výměny zastaralých pomůcek za ty více inovativní.

Pomůcky v této kategorii bývají označovány jako *high-tech*. Řadíme do ní elektronické pomůcky, tablety, chytré telefony a počítače. Příkladem můžeme uvést počítače s hlasovými či tištěnými výstupy, zařízení s hlasovými výstupy (označovány též jako komunikátory), přepisy řeči mluvené do podoby psané (JetVoice), či specializované hardwary a softwary (Maštalíř, aj. 2018).

Pomůcky s hlasovým výstupem

Pomůcky s hlasovým výstupem lze označit za jednoúčelová zařízení, která slouží k přehrání předem vytvořeného sdělení, jenž se spustí např. po stisknutí tlačítka. Zjednodušeně je lze označit za ozvučené komunikační tabulky, na kterých mohou být zobrazeny např. fotografie, symboly nebo obrázky. Tato pomůcka napomáhá uživateli snadněji iniciovat komunikaci s komunikačním partnerem. Navíc díky poslechu reprodukováného sdělení rozvíjíme u uživatele mluvenou formu řeči. Poptávka po těchto přístrojích poklesla po uvedení tabletů, chytrých telefonů a komunikačních aplikací na trh, přesto se některé z pomůcek dají využít i v současnosti (Šarounová, aj. 2014, s. 34).

Počítače, tablety a chytré mobilní telefony

Tato elektronická zařízení považujeme za víceúčelová zařízení. V augmentativní a alternativní komunikaci se počítače díky relativní finanční dostupnosti využívají již řadu let. Uživatelé ale objevili při využívání počítačů v praxi značné nevýhody, jako např. pomalá připravenost počítače k hbité komunikaci na různých místech, nepraktické využití u malých dětí, či nízká životnost baterie. Tyto potíže se eliminovaly při využívání tabletů a chytrých mobilních telefonů. Tablety a chytré mobilní telefony patří mezi jedny z nejmodernějších pomůcek v AAK, mají větší výdrž baterie, dynamický dotykový displej, jsou přesné a díky instalaci nejrůznějších aplikací a softwarů lze tablet jedinci nastavit dle jeho individuálních potřeb (Šarounová, aj. 2014, s. 39, 48).

Speciální softwary

Šarounová (2014, s. 34) dělí softwary do tří kategorií, které slouží k přímé komunikaci, k výrobě pomůcek pro komunikaci, k učení či usnadnění přístupu k počítači.

- **Komunikační software** – užívaný pro účely dorozumívání (Tobii, Altík, Grid2) a také pro výrobu komunikačních pomůcek (Boardmaker, Symwriter),

- **software pro usnadnění fyzického přístupu k počítači** – popřípadě s uzpůsobeným ovládáním (Click-N-Type Keyboard, Dwell Clicker, JetVoice),
- **software výukový** – programy určené k edukaci (Méd'a, Brepta, i4Control).

3.2 Výběr vhodného systému augmentativní a alternativní komunikace

Při volbě vhodného komunikačního systému pro osobu s těžce narušenou komunikační schopností je nutné vycházet z komplexní diagnostiky daného jedince. Na výběru by se měl podílet tým specialistů z oblasti zdravotnictví (klinický logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut), z oblasti pedagogiky (speciální pedagog, logoped z resortu MŠMT ČR) a dále z oblasti psychologie (klinický psycholog) a techniky. K výběru vhodné metody AAK je nutné shromáždit co nejvíce informací od profesionálů z různých oborů, ale i od neodborníků, kteří jsou s jedincem často v kontaktu (Bendová 2013, s. 15).

Mezi nejdůležitější faktory ovlivňující výběr vhodné metody patří porozumění signálům nonverbální komunikace i mluvené řeči, aktuální způsob komunikace a jeho úspěšnost, úroveň vizuálního a sluchového vnímání, porozumění symbolům, úroveň jemné a hrubé motoriky, čtenářské dovednosti, temperament jedince, kognitivní dovednosti, motivace ke komunikaci, sociální dovednosti, emoční projevy, a nakonec neméně důležité podnětné a podporující prostředí, ve kterém se jedinec nachází (Bendová 2013, s. 15, 16).

Motivaci lze chápat jako jakýsi hnací motor, který nás pohání k uspokojování svých biologických, pracovních i sociálních potřeb. Výsledků se lze jen těžko dočkat bez vynaloženého úsilí, které vede k saturaci našich potřeb a soběstačnosti. Mezi tři základní klíče k úspěšné motivaci považujeme touhu po cíli, důvěru ve vlastní schopnosti a také podporující blízkou sociální skupinu. Motivace musí být bezpochyby také součástí logopedické péče a to již od prvního setkání s logopedem. Motivace by měla být záměrná, cílevědomá a respektující individuální zvláštnosti jedince (Klevetová, Dlabalová 2008, s. 35).

Při výběru vhodného komunikačního prostředku bereme také v potaz, výše zmíněné, blízké sociální prostředí, které v ideálním případě poskytuje jedinci s narušenou komunikační schopností pocit bezpečí, jistoty a lásky. Podpora handicapovaných jedinců ovlivňuje rodinu a jiné blízké sociální prostředí po stránce fyzické, psychické, sociální i finanční. Nezbytná je tedy pomoc i pro členy těchto skupin. Členům by se mělo dostávat podpory v sociálním poradenství, možnost využití respitní péče a finančních příspěvků. Opomenout bychom neměli ani dostatečnou erudici pečovatелů, měli by být seznámeni s problematikou onoho postižení, dále s informacemi týkající

se léčby, péče a využití kompenzačních pomůcek. Těchto znalostí by se nám mělo dostat např. od lékařů, ošetřovatelů, sociálních pracovníků, logopedů (Kalvach, aj. 2011, s. 166).

Osoba, která využívá metody AAK by měla mít možnost výběru co nejvhodnějšího komunikačního systému dle situačního kontextu. Nemělo by se tedy stát, aby jeden komunikační systém byl dominantní a jiný opomínaný (Laudová 2007, s. 580). Janovcová (2003, s. 18) považuje za nejvhodnější využívat multisenzoriální přístup, kdy jedinec při komunikaci kombinuje jednotlivé metody, pomůcky a systémy, které se vzájemně doplňují. Nedoporučuje však používat více jak tři systémy naráz.

Dospělí jedinci se získanou narušenou komunikační schopností mají zpravidla problém s využíváním pomůcek netechnických i technických. Za častý důvod uvádí potíže při manipulaci s pomůckami. Dále také kvůli zvýšené pozornosti širšího sociálního okolí. Ve většině případů, po neúspěšném pokusu o naplnění komunikačního záměru, dospělí uživatelé na metody AAK přistoupí (Bendová 2013, s. 55).

Praktická část

4 Využití alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností

4.1 Cíl praktické části

Praktická část bakalářské práce se zabývá bližším nahlédnutím do problematiky užívání augmentativní a alternativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností, načež navazuje hlavní průzkumná otázka: **Co všechno ovlivňuje efektivitu užívání AAK u dospělých jedinců se získanou NKS.** Vedle hlavní průzkumné otázky byly stanoveny dílčí cíle:

- **Jakou roli při užívání AAK hraje nejbližší sociální skupina jedince se získanou NKS.**
- **Jaké aspekty na straně jedince ovlivňují efektivitu užívání AAK?**
- **Jak efektivitu užívání AAK ovlivňuje podpora od subjektů, podílejících se na péči o jedince se získanou narušenou komunikační schopností?**

Při vypracování praktické části měla autorka příležitost seznámit se s čtyřmi odborníky, kteří pracují s jedinci se získanou narušenou komunikační schopností. Díky jejich výpovědím měla možnost blíže nahlédnout do problematiky týkající se využíváním alternativní a augmentativní komunikace u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností a nalézt tak odpovědi na stanovené průzkumné otázky.

4.2 Metody průzkumu

Při realizaci praktické části, k naplnění stanovených cílů a nalezení odpovědí k průzkumným otázkám, byl pro tuto práci zvolen kvalitativní výzkum. Gavora (2008) ve své publikaci uvádí, že kvalitativní výzkum je dlouhodobý a intenzivní proces, díky kterému jsme schopni získat podrobný popis zkoumaného vzorku. Při výzkumu v rámci kvalitativního přístupu nezůstáváme na povrchu, ale můžeme hlouběji proniknout do problematiky. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu má být porozumění lidem, jevům a událostem a získat tak na problematiku celistvý náhled.

Ke sběru dat byla použita metoda rozhovoru, která se řadí k nejčastěji využívané metodě kvalitativního výzkumu. Cílem rozhovoru je prozkoumat a zjistit, jak si konkrétní jedinci vysvětlují okolní svět a jaký význam shledávají v událostech jejich života (Gavora 2008, s. 207). Pro náš průzkum byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, ve kterém máme předem připravené

otázky, ze kterých můžeme spontánně tvořit navazující otázky v průběhu rozhovoru s respondentem, pokud budou účelné.

Rozhovory s účastníky průzkumného šetření byly realizovány individuálně, v prostředí jejich místa pracoviště. Než došlo k zahájení rozhovoru, účastníci byli informováni o obsahu a podstatě výzkumu. Seznámeni byli také s cíli průzkumu a použitými metodami. Informace, které autorka získala v rámci rozhovorů byly, po souhlasu respondentů, zaznamenávány na diktafon. Z důvodu zachování anonymity byla jména respondentů pozměněna.

Jako součást průzkumného šetření byla pro interpretaci dat zvolena také případová studie (kazuistika), která patří mezi základní přístupy kvalitativního výzkumu. Případová studie je charakteristická studiem jednoho a více případů, u kterých je možné sebrat velké množství dat, které nám umožňují podrobný popis a výklad konkrétních individuálních případů (Průcha 1995, s. 63).

4.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Cílovou skupinu tvoří čtyři odborníci, kteří pracují s jedinci se získanou narušenou komunikační schopností. Konkrétně se jedná o tři klinické logopedy, ženy, které působí při nemocnicích, z toho jedna klinická logopedka je současně také ředitelkou spolku pro jedince s neurologickým onemocněním. V rámci průzkumného šetření byla oslovena také speciální pedagožka z Domova pro seniory a Domova pro osoby se zdravotním postižením. Respondentky mají ve svém oboru dlouholetou praxi, více než sedm let. Pro vypracování případové studie byla vybrána klientka klinického logopeda, která se potýká s narušenou komunikační schopností a využívá metody AAK. Výběr respondentů podílejících se na průzkumném šetření byl založen na základě dobrovolnosti.

4.4 Interpretace dat

V následující části bakalářské práce budou přepsány polostrukturované rozhovory, které byly realizovány s výše zmíněnými respondenty.

4.4.1 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „A“

Jaká byla Vaše cesta k profesi klinického logopeda?

„Logopedii jsem vystudovala na univerzitě Palackého v Olomouci pod katedrou speciální pedagogiky a byla to vlastně jednooborová logopedie, kde jako do dneška je ten obor specifikovanej, že je právě zaměřenej pak jakoby na tu práci ve zdravotnictví. Nejsme tudíž

oprávněné s tímto oborem jít do školství, vlastně tam nebyla státnice z těch pedagogických oborů, ale opravdu tento obor je koncipovanéj pak do toho zdravotnictví.“

Kolik let působíte v profesi klinického logopeda?

„Od roku 2003, nevím, jak se do toho počítá mateřská. Kdyby to bylo bez mateřský, tak by to bylo vlastně 19 let.“

Jak široké máte zkušenosti s využíváním AAK u jedinců s ZNKS?

„Pokud tedy počítáme obrázky, fotky a nějaký třeba počítačový programy, tak s nimi pracujeme hodně. Zkušenosti nemám například se systémama jako MAKATON, Bliss atd, ty nevyužíváme.“

U jakých vad řeči pracujete nejčastěji se systémy AAK?

„Nejčastěji u jedinců s afázií, dysartrií, v posledních letech taky určitě přibývá těch kombinací, kdy bývá přidružená i kognitivně-komunikační porucha a pak taky určitě teď je velký nárůst klientů s poruchama polykání, takže dysfagie.“

Jak a kde čerpáte novinky ohledně AAK? Zjišťujete si a vyhledáváte nové přístupy a metody AAK?

„Záleží na tom právě asi, koho mám zrovna v té terapii, v té ambulanci, nebo u toho lůžka. Takže podle potřeby si potom vyhledávám případně ty informace v literatuře a spíše teda na internetu. Nebo se i přiznám, že si samy pomůcky i vyrábíme, třeba nějaký obrazový materiály a tohle, takže zalaminováváme a podobně.“

Jaké výhody při využívání AAK byste uvedl(a)? Jakou považujete ze své praxe za stěžejní?

„Já bych řekla že to, že se to dá jakoby pro každého klienta individuálně přizpůsobit a že to je vlastně trošku ulehčení té komunikace pro toho konkrétního klienta s těma obtížema. Třeba u těch fotografií, s těma pracujeme určitě hodně, protože těm lidem pomáhá, když se pracuje s nějakýma věcma a naváže se na ten život jakoby předchozí a taky je často trápí to, že třeba nepoznávají nebo nedokážou pojmenovat ty rodinný členy a ty lidi ve svém okolí. Takže to, že se tohle jakoby podaří, jim určitě pomůže. Nebo i na ten zájem, když víme, že ten člověk byl třeba inženýr v nějaký technice, takže se snažíme to uzpůsobovat k té profesi nebo zájmům, které měl před tím.“

Naopak co považujete za nevýhodu využívání systémů AAK u jedinců se ZNKS?

„Řekla bych, že určitě ta informovanost třeba už od tý fakulty není zas až tak veliká. Třeba využití MAKATON jsme měli už na tý škole, ale přiznám se, že než jste přišla, googlila jsem si, co všechno do těch systémů AAK spadá. Je pravda, že v rámci těch kurzů nebo z tý školy těch informací zas až

tak není. Ale je to určitě i tím, že to využití není takový, vzhledem k tomu, jak je to pracoviště nastavený.

A určitě finanční stránka hraje roli, třeba přiznám se, že my tady na pracovišti, tablety nemáme ani jedna z nás. A je pravda, že tohle jsme často vyhodnotily jako u těch klientů u lůžka, že by se nám to hodilo.“

Co konkrétně Vás učí využívání AAK?

„Naučilo mě to určitě víc pracovat s technikou, jako s tablety a tak. Přinutilo mě to určitě si jako víc googlit a vyhledávat na internetu. Co by jakoby člověk mohl ještě využít. A asi být i jako takový kreativnější, co se týká právě k tomu přístupu k tomu pacientovi a vytvoření a nastavení té terapie přímo jemu na míru.“

Co všechno má podle Vás vliv na efektivitu?

„Efektivita terapie u práci s dospělými je vlastně v tom prvním roce nejvýraznější, takže tam je znát, když ten člověk může docházet intenzivně, třeba každý týden, nebo třeba když v ambulancích ten člověk nemá možnost nabídnout ty termíny tak často a může přijít teda jenom jednou za měsíc. Tam ta četnost sezení určitě hraje roli u těch dospěláků. I z hlediska nějakého nácviku a o to podstatnější je to pokud ten člověk nemá třeba rodinný zázemí a žije třeba sám a nemá vlastně komunikačního partnera nebo rodinu, která s ním může jakoby pracovat.

Na efektivitu a samozřejmě i obecně na další věci má určitě vliv míra postižení, vždycky to tam hraje roli. Ale já sama vnímám AAK jako prostředek, nebo jinej způsob, jak s tím člověkem tu komunikaci navázat, nebo jak ji rozvíjet, takže vlastně to vnímám tak, že i u lidí, u kterých se nedaří rozvíjet tu řeč klasickým způsobem, tak vlastně AAK je způsob, jak ten člověk může komunikovat a navázat ten kontakt jakoby s tím okolím u těch těžších poruch.

Efektivitu určitě ovlivňují i vjemový stavy, jako jsou zrak, sluch určitě. Víc možná ten zrak, třeba kolegyně teď vyšetřovala paní, která měla poruchu zraku, že skoro vlastně neviděla a do toho měla fatickou poruchu a vlastně ty možnosti té diagnostiky a i té následný terapie jsou hodně špatný. Protože tam o ten zrak se člověk opírá velmi hodně, takže ve využití AAK to ztěžuje hodně tu práci a možnosti zaměření.

Dále vlastní motivace a spolupráce toho klienta, protože to kord u mužů bývá jako fakt častější problém, to vlastně přiznání si té nesamostatnosti a závislosti na druhých a ztráta těch dovedností, takže motivace a spolupráce každopádně.

Pak třeba i stav vědomí, že často tady u toho lůžka máme i klienty, kteří nejsou úplně bdělí, jsou třeba částečně somnolentní a podobně, takže i tohle nám znemožňuje pacienta vyšetřit, ale i s ním pracovat. A pak určitě i motorický obtíže, koordinační. Často tu bývá třeba apraxie.“

Ovlivňuje efektivitu AAK například i mentální úroveň jedince?

„Každopádně. Protože tam je jakoby znát, jak přibývá těch kombinací, takže to není jenom fatická porucha nebo dysartrie, ale přidává se vlastně i nějaká demence, kognitivní deficit, tak tam je vidět, že často zvažujeme i právě vhodnost té terapie kvůli kognitivnímu deficitu. Takže u spousty těch lidí je přizván i neuropsycholog, aby nám vyšetřil ty kognitivní dovednosti, protože to tu efektivitu AAK i terapii ovlivňuje strašně moc. A čím je ten kognitivní deficit vyšší, tím je to horší. Záleží i na vzdělání těch klientů, když je člověk vysokoškolsky vzdělaný a nebo člověk pouze se základní školou, tak i to je strašně znát. Jednak tam je rozhodně jiný vnímání i smyslu té terapie a toho významu, teď nechci jakoby diskriminovat, ale určitě vzdělanější člověk pochopí více smysl té terapie a nevnímají to úplně tak stejně.“

Jaké metody AAK využíváte u těchto jedinců nejvíce?

„Asi určitě výměnný obrázkový komunikační systém (dále VOKS), jelikož mají obtíže s vybavováním slov a s pamětí.“

Jak vypadá a jak probíhá péče o takového klienta? Zajímá mě celý proces od prvního sezení, přes nastavení spolupráce, průběh až po ukončení.

„Zase je to individuální, protože vlastně dospělý člověk, teda třeba po té cévní mozkové příhodě, ať už s tou afázií a nebo dysartrií by mohl chodit vlastně opravdu několik let, ale tam už pak je zas otázka té efektivity. Protože samozřejmě, co si já pamatuju ještě ze školy, tak se říkalo, že nejvýraznější jsou ty pokroky během prvních dvou let a pak už moc ne. Pokud víme, že ten člověk nežije sám, má doma lidi a chodí sem třeba dva/tři roky, tak pak určitě zvažujeme, jestli mu máme dál co nabídnout. Protože víme, že tam ten posun už nějaký velký nebude. Ale pokud by ten člověk jakoby žil sám, tak si ho tady budeme nechávat delší dobu, abychom se dostali alespoň do nějaký fáze udržování. Ale je to i o tom, jaké má možnosti každý ten klinický logoped, jakoby časový v té ambulanci, kolik času si může dovolit toho člověka v té ambulanci jakoby držet, jo. Přiznám se, že určitě ta terapie je intenzivní určitě během toho prvního roku, kdy se třeba snažíme brát ty lidi každý týden, obzvlášť, pokud je to mladý člověk, u kterého je předpoklad, že by se měl ještě vrátit třeba do práce a zapojit se do pracovního života. Takže tam se to snažíme o to víc zintenzivnit. Záleží i jak ten člověk je motivovaný a spolupracuje, takže pokud vidíme, že snaha není z obou stran, tak to nemá asi úplně takový smysl. Ale určitě třeba po tom roce, se pak ten

interval sezení posune třeba na čtrnáct dní a pokud je někdo opravdu jako v chronický fázi a už sem chodí třeba ty tři/čtyři roky, ale je třeba teda sám, tak aspoň za ten jeden měsíc se snažíme, aby přišel. Záleží teda, jestli má ten člověk zájem.“

Považujete tedy vlastní motivaci taktéž za faktor, který ovlivňuje efektivitu využívání AAK?

„Určitě, rozhodně. Je to po tom i znát, ty lidi sem do tý ambulance, kam přecházejí po té hospitalizaci. I když je pravda, že to procento těch lidí, kolik je propuštěno a pak se objednávají do těch ambulancí je opravdu malý. Takže tam potom možná i ty lidi, jak jsou prostě doma, jsou třeba už v tom důchodovém věku, oni se tak třeba nějak domluví, nebo jim to úplně nepřekáží a nemají už prostě tu potřebu kolikrát už pokračovat tou ambulatní cestou. A máme tady i skupinu pro afatiky, kteří jsou jakoby zacvičení v té individuální terapii a nějaká kolegyně vyhodnotí, že v tomhle individuálu už mu jakoby nemá co nabídnout, třeba i v rámci nějakých kontrolních testů se ten člověk jakoby už nikam neposouvá, tak vlastně pak je mu nabídnuta možnost zařadit se do té afatické skupiny.“

Jak probíhá takové sezení pro afatiky?

„Teď jsme ve skupině čtyři, bylo nás pět, ale minulý rok nám zemřela jedna klientka na covid. Ale většinou se to pohybuje okolo pěti až šesti členů maximálně. Přijde mi to tak akorát, protože to máme na hodinku a jsou tam teda klienti už zdatnější v komunikaci a každý tam má rád ten svůj prostor něco říct a někdy mám pocit, že bychom potřebovali i víc než tu hodinu. Často mám připravenou nějakou práci a cvičení, ale často je to opravdu jenom o té konverzaci, že si pak povídáme, narazíme na nějaké téma, ke kterému se chce každý vyjádřit. Ten průběh je různý. Vypadalo to teď na nějaký nový členy, ale ono je to docela těžký i pro ty lidi. Teď máme zkušenost, že ty lidi, kteří jsou tu teď propuštěni z nemocnice, tak nejsou určitě vhodní hned pro tu skupinovou terapii. Člověk musí určitě nejprve projít nějakou tou individuální péčí. Není pro ty lidi vždycky úplně jednoduchý se smířit s tou poruchou a se stavem, jak to vypadá. A nejsou schopni té konfrontace hned s někým jiným. Jim by to mohlo určitě pomoci, že vidí lidi, kteří mají podobné obtíže, můžou vidět motivačně, kam se můžou posunout, protože na začátku všichni ty lidi vypadali úplně jinak, než vypadají teď. Takže to by pro ně mohlo být pozitivní, ale myslím si, že tam převažuje spíš ten negativní postoj jakože, mám řečovej problém, ty lidi s tím nejsou ještě úplně ztotožnění, stydí se třeba, takže ta představa, že přijdu mezi cizí lidi a mám před nima mluvit, je pro ně odstrašující.“

Po jaké době svým klientům tuto skupinovou terapii nabízíte?

„Tam záleží, u některých lidí je to zlepšení třeba i rychlý nebo už třeba během tý hospitalizace je velký rozdíl mezi týdnem a čtrnácti dny, kdy dochází ke spontánní úpravě, jo. Myslím si, že klidně i ten půl rok bych viděla jako reálný.“

Jaké konkrétní systémy AAK na skupinové terapii využíváte?

„Na skupinové terapii už jsou lidi spíš s expresivní fatickou poruchou, že tam nejsou nějaký výrazný poruchy porozumění a jsou to lidi, který jsou schopni vést konverzaci, tvořit věty, v podstatě jsou tam i třeba dva členi, kteří by ani docházet nemuseli, ale pro ty lidi je to určitá psychická opora, takže takové to sdílení s ostatníma členama, jo. Ale stane se, že využijeme i obrazovou oporu nebo fotografie.“

Myslíte, že do skupiny docházejí spíše klienti, kteří mají rodinné zázemí, anebo klienti, kteří ho nemají?

„No, tak zrovna z těch lidí, co jsem měla ve skupině, tak vlastně všichni mají nějaké vazby na rodiny, akorát jeden pán žije sám.“

Chápu to tedy správně, že osoby bez rodinného zázemí nemají motivaci ke komunikaci tak vysokou?

„Ono je to komplikovaný, protože člověk, který tady bude hospitalizovaný, nikoho nebude mít, tak když na tom bude i motoricky špatně, tak vlastně skončí nejpravděpodobněji v nějaké ústavní péči, takže tam už je problém dostat toho člověka i na tu individuální terapii. Takže už i tím, je ten člověk jakoby diskriminován, oproti někomu, kdo má tu rodinu nebo někoho. Pokud by byl motoricky zdatnější a žil sám, tak by dojet mohl. Ale tam záleží na té motorické schopnosti. Protože jenom to, se sem dostat, je někdy pro ty lidi opravdu komplikovaný. Ať už jsou ty lidi sami, anebo maj někoho, tak zase, jejich děti jsou ještě produktivní pracovně, takže mají vlastní práci a rodinu a je to komplikovaný po všech těch stránkách.“

Jakou roli hraje, dle Vašeho názoru a zkušeností, podpora rodiny? Má rodinné zázemí klienta vliv na efektivitu AAK?

„To bych řekla, že skoro nejdůležitější. Protože když máte tu rodinu, máte někoho, kdo vám je toho klienta schopný přivést, ale hlavně kdo s tím člověkem bude doma pracovat a komunikovat. Je to těžký u těch dospěláků, když jsou sami a nemají nikoho, kdo jim tam dá ten náhled, tu korekci, jestli je to správně není správně, to co vlastně říkají. Takže i hlavně ta spolupracující rodina, která má jakoby zájem, tak to je jakoby jeden z nejdůležitějších faktorů.“

Jak vypadá samotný výběr, nácvik, rozšiřování a práce s konkrétním systémem AAK?

„Když vezmu konkrétně ty obrázky a fotografie, tak je pravda, že pokud je i u těch lidí porucha porozumění, tak vlastně s těma obrázkama se pracuje ve velkém míře a to i u dysatriků, kdy i ty materiály, který jim dáváme, tak vlastně jsou na tom obrazovém materiálu jakoby založený, protože někdy může být i ta porucha čtení. Takže ty psané instrukce nemusí být úplně dostačující, takže se snažíme těm lidem jakoby předvíst, jak s tím pracovat, pak ty materiály tiskneme, aby je měli k dispozici a zacvičíme je, když teda ten člověk rozumí, proč se to dělá a co to má jakoby zlepšit. Nebo se snažíme i tu rodinu jakoby zapojit, protože třeba co se týká těch fotografií, tak když je ten člověk tady v nemocnici, tak je to zase na té spolupráci s rodinou, která musí dodat primárně třeba i brýle, zuby a jsme odkázáni na tu spolupráci s rodinou, aby těma základníma věcmi toho člověka vybavili, abychom vůbec mohli pracovat.“

Shrnutí rozhovoru: Z výše uvedeného rozhovoru vyplývá, že respondentka „A“ považuje za nejčastěji používané metody AAK fotografie, obrazovou oporu a počítačové programy, kterých je využíváno při logopedické činnosti u jedinců s afázií, dysartrií, dysfagií i kombinovaných kognitivně-komunikačních poruch. Za výhodu při používání systémů AAK považuje značnou míru adaptability, která se projevuje při vytváření komunikačních systémů každému klientovi dle jeho individuálních potřeb. Naopak nevýhodu spatřuje v nedostatku informací ohledně systémů AAK, se kterým se potýká již od dob studií na vysoké škole. Dle mínění paní logopedky má na efektivitu vliv četnost logopedických sezení s klientem, míra postižení, kombinace poruchy řeči a deficitu smyslového vnímání, vlastní motivace, věk, aktuální stav vědomí a motorické obtíže. Zmiňuje také jedincovo vzdělání, díky kterému mají větší pochopení pro smysl terapie, avšak za nejvýznamnější aspekt ovlivňující efektivitu AAK považuje absenci rodinného zázemí a komunikačního partnera.

4.4.2 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „B“

Jaká byla Vaše cesta k profesi klinického logopeda?

„Studovala jsem v Brně na Masarykově univerzitě a po státnicích jsem nastoupila do dvou ambulancí, ve Třebové a v Lanškrouně. A tady v nemocnici jsem tři roky.“

Kolika let působíte v profesi klinického logopeda?

„Klinickým logopedem jsem sedm let.“

Jak široké máte zkušenosti s využíváním AAK u jedinců s ZNKS?

„S využitím AAK jsem se setkala již v rámci praxe při studiích, zejména ve speciálních třídách. U těžších forem narušené komunikační schopnosti jsem doposud nejvíce využívala piktogramy.“

Jak a kde čerpáte novinky ohledně AAK? Zjišťujete si a vyhledáváte nové přístupy a metody AAK?

„Nejčastěji na internetu. My nedostáváme žádné nabídky, žádné kurzy, mně osobně teda vůbec pod ruku nic nepřišlo. Ono se toho k nám z AAK nedostalo mnoho ani při studiích. Teoreticky málo, prakticky ještě méně.“

Uvítala byste, kdyby vám nějaká nabídka či kurz ohledně AAK dostal pod ruku?

„Asi ano, určitě ano. Já si ráda rozšiřuju obzory a učím se novým věcem.“

Jaké výhody při využívání AAK byste uvedl(a)? Jakou považujete ze své praxe za stěžejní?

„Určitě to, že se ten klient alespoň nějak domluví. Takže není vyřazený ze společnosti a že aspoň nějaká minimální komunikace se sociálním okolím probíhá. I kdyby to mělo být „jen“ s rodinou. Takže když klient má alespoň nějaký druh komunikace, tak je to pro něj skvělý, že jo.“

Naopak co považujete za nevýhodu využívání systémů AAK u jedinců se ZNKS?

„Určitě využívání AAK, to může být pro běžnou populaci jako nějaký divný, jiný, odlišný a stresující pro komunikační partnery a tím i pro klienty. Takže určitě i všeobecná neznalost běžné populace ohledně AAK a tím, jak se používají.“

Myslíte, že mezi nevýhody patří také nefunkční rodinné zázemí u klientů využívající metody AAK?

„Určitě, stoprocentně. Když si vezmete klienty, kteří jsou v ústavní péči, tak vlastně tam se pečovatelky nemůžou věnovat individuálně každému klientovi, na to prostě není prostor. A ještě když každý klient využívá jiné metody AAK, no to se prostě nedá. To je bez přínosu.“

Které systémy AAK se vám během logopedické praxe osvědčili nejvíce? A proč právě tyto?

„Určitě piktogramy, obrázky, fotografie. Jsou názorné a v praxi dobře fungují. Ať už jenom k samotnému navázání nějaké té komunikace.“

Co konkrétně Vás učí využívání AAK?

„Učí mě rozšiřovat si obzory, to děláme dnes a denně.. No a taky hecnout se a zpracovat nové materiály, to bych řekla, že je u mě problém největší.“

Co všechno má podle Vás vliv na efektivitu?

„Tak určitě to samotné postižení toho klienta, nějaký parézy, plegie. Dále mentální úroveň toho pacienta, ochota spolupracovat.“

Napadá vás něco dalšího?

„Abych se přiznala, tak ani ne.“

Co třeba fungující rodinné zázemí klienta?

„Jo tak to určitě, to беру jako jasnou věc. To je samozřejmé.“

Jak vypadá a jak probíhá péče o takového klienta? Zajímá mě celý proces od prvního sezení, přes nastavení spolupráce, průběh až po ukončení.

„Navázání kontaktu s klientem a nastavení nějaké vzájemné důvěry, tím začínáme. Protože pokud si nebudeme vzájemně důvěřovat, tak ta terapie nemá vlastně vůbec smysl. Od nějakého zhodnocení diagnostiky, ideálně co nejpodrobnější diagnostiky, spolupráce mezioborová, která samozřejmě ne vždy úplně funguje tak, jak by měla. Nebo jak bychom si přáli. A pak taky potřebujeme, aby byla ta spolupráce ze strany té rodiny pro toho pacienta. A když to funguje, tak to jde hezky a může to brzo ukončit a můžeme se vídat třeba jen na nějakých schůzkách. Zase záleží na míře té narušené komunikační schopnosti, já spolupráci nerada ukončuji úplně, takže se snažím najít termín alespoň po těch třech měsících, půl roku. A když je to pak už stejný, tak se dohodneme, že už to nemá význam, abychom se potkávali třeba.“

Po kolika letech se tedy ukončuje s klienty spolupráce?

„To je děsně individuální, to nelze takto říct a záleží na té diagnóze.“

Je něco, co Vaši práci znesnadňuje?

„Občas je to nedostatek materiálu, takže určitě po finanční stránce. Ono sice působí moc hezky, že děláme v nemocnici, ale ono to prostě není úplně ideální a vlastně tři čtvrtě ambulance bych řekla, že máme vybaven z vlastní kapsy. Například tablet jsem si koupila vlastní, takže když jsem ho potřebovala na awake, tak jsem šla s vlastním tabletem. Už jsme to asi tak trochu vzdali, furt tady s tím byly takový peripetie a tak jsme si to radši koupili sami, než se furt s někým handrkovat. Každopádně pro mě nejdůležitější je spolupráce s klientem. Motivace a spolupráce jak s pacientem, tak s rodinou. Pokud to tam není, tak se nějakých výsledků nemůžeme dočkat.“

Co vaše pracovní vytíženost, nehraje v tom roli?

„To bych neřekla, já oproti té předchozí ambulanci mám asi o tři čtvrtě klientů méně. Takže teď je to luxus, před tím jsem to musela hrát na každou minutu. Jelikož tam jsem byla placená od jednotlivých výkonů, tady máme standardní paušál, takže je úplně jedno, jestli těch pacientů za den udělám deset, anebo tři. Každopádně já si na pacienty dávám prostoru kolik chci a ne jen na to, co mi pojišťovna diktuje. Abych měla čas si s klientem promluvit v klidu, aby nás netlačil čas,

abych měla čas na ten zápis a zároveň ty neurologický pacienti, za kterými chodím, abych si na ně vytyčila ten čas a bylo na ně dost prostoru. Takže čas si myslím, že v tom nehraje nějakou velkou roli.“

Jakou roli hraje, dle Vašeho názoru a zkušeností, podpora rodiny? Má rodinné zázemí klienta vliv na efektivitu AAK?

„Určitě ano, to jsme si zmiňovaly, že podpora ze strany rodiny patří mezi nejvýznamnější faktory u efektivní terapie. Bez podpory a spolupráce ze strany rodiny není k hnutí. Nebo je, ale je to velmi značně ztíženo.“

Jak vypadá samotný výběr, nácvik, rozšiřování a práce s konkrétním systémem AAK?

„Rozhodně si nejprve zjistíme, jak je na tom po té kognitivní schopnosti, jaký je má. Aby to vlastně jako pochopil ten systém vůbec. Takže když je nějaký těžší kognitivní deficit, tak volíme úplně něco bazálního. Piktogramy, obrázky. Pokud by tam byla nějaká těžká paréza, plegie horní končetiny, nebo nějaký opravdu těžký deficit, tak bych jela po nějakých metodách, při kterých nejsou potřeba ty horní končetiny. Vycházíme tedy ze stěžejní diagnózy a kognitivní úrovně. Je přeci nesmysl, abychom učili nějakého seniora s komunikátorem a jinými technologickými pomůckami, když tomu stejně nerozumí.“

Shrnutí rozhovoru: Respondentka „B“ považuje ze své praxe za nejčastěji používané metody AAK piktogramy, obrázky a fotografie, které se vyznačují zejména pro svou názornost a snadnou pochopitelnost. Za aspekty mající vliv na efektivitu AAK považuje míru jedincova postižení, jeho motorické schopnosti a mentální úroveň, ochotu spolupracovat s logopedem, rodinou i mezi obory. Dále zmiňuje také nedostatek finančních prostředků, který je omezuje ve vykonávání logopedické činnosti. Z rozhovoru také vyplývá, že efektivitu omezují časové možnosti ze strany logopeda, pokud si na klienty nevytyčí dostatek prostoru, účinnost terapie se snižuje. Respondentku osobně učí používání AAK rozšiřovat si obzory a zpracovávat nové pracovní materiály. Za neuspokojivou pokládá informovanost ohledně systémů AAK, se kterou se setkává již od dob studií.

4.4.3 Transkripce rozhovoru s klinickým logopedem „C“

Jaká byla Vaše cesta k profesi klinického logopeda?

„Tak já jsem studovala Pedagogickou fakultu tady v Praze, na Karlově univerzitě, obor Speciální pedagogika, učitelství. A tam jsem se ve třetím ročníku začala specializovat na surdopedii a logopedii, no a odpromovala jsem, odstátnicovala a vlastně hned jsem nastoupila do nemocnice na neurologii. Od té doby jsem na neurologii na Karlově náměstí Všeobecné fakultní nemocnici.“

Tam jsem vlastně pracovala na klinice a vlastně jsem zjistila, že je spousta těch pacientů a diagnóz má svoji patientskou organizaci a vlastně jsem zjistila, jako podrobněji, co znamená diagnóza XY a taky to, že těm lidem tady není vůbec co nabídnout, takže jsem začala zjišťovat, jako co by se jim mohlo nabídnout, jaký jsou guide-line, jaká je ta práce a vlastně co můžu já, jako logoped udělat, kromě toho, že toho člověka vyšetřím a pošlu domů. A tak jsme vlastně založili multidisciplinární tým společně s neuroložkou, psychiatrem a fyzioterapeutem a takhle vlastně nějak vznikl spolek XY.“

Jaká se vám podařilo založit spolek XY?

„Já jsem nejprve tak jako zjišťovala teda, co můžeme udělat a vlastně ředitelka byla jedna kolegyně, která založila spolek XY už dávno a odjela pracovat do zahraničí a ten spolek vlastně jenom ležel založený, tak já jsem se do toho jako vlastně vmísila a nejprve jsem byla takovou jakoby hodně výkonnou složkou, dala jsem to vlastně celý dohromady a to vlastně dělám do teďka.“

V organizaci působíte jako klinický logoped?

„Ano, ve spolku působím jako klinický logoped a ředitel.“

Kolik let působíte v profesi klinického logopeda?

„Je to 12 let.“

Jak široké máte zkušenosti s využíváním AAK u jedinců se získanou NKS?

„No využíváme to hodně, protože hodně těch neurologických diagnóz, to k tomu hodně směřuje, aby byla jako nějaká další možnost komunikace, takže se to víceméně řeší u dejme tomu 60% pacientů s neurologickou diagnózou. A vlastně u 100% pacientů např. s ALS.“

Které systémy AAK se Vám během logopedické praxe osvědčily nejvíce?

„Nejčastěji využíváme vlastně komunikační tabulku na komunikaci očima, vlastně s průstřihem na oči. Tak to využíváme, potom na tabletu vlastně řečový komunikátor a na Apple Grid a z těch očních komunikátorů je to Tobii. Tak to vlastně používáme úplně nejčastěji, to jsou nejčastější prostředky.“

A proč právě tyto?

„No tak protože se nám osvědčily jako nejvíce fungující, ti pacienti s neurologickým onemocněním mají vlastně zachovaný všechny mentální funkce a mají zachovaný i oční pohyby, tím pádem jakoby dává smysl dělat komunikaci tak, aby mohli komunikovat úplně normálně a ne pomocí jenom obrázků a piktogramů, takže oni tam potřebují tu komunikaci úplně plnou. A tyhle systémy to umožňují, takže proto je používáme, A co se týká Tobii, tak je vlastně ještě jeden systém,

se kterým se dá komunikovat, ale ten nevyužíváme, protože není přes úřad práce. Vlastně Grid a Tobii si můžou ti pacienti můžou získat po tom, co ho vyzkoušej, jak funguje přes ten úřad práce a proto ho používáme a je velmi spolehlivý a vlastně to funguje vlastně moc dobře.“

Co znamená, že není přes Úřad práce? To znamená, že si ho musí pacienti hradit sami?

„Jojojo, to znamená, že by si musel zakoupit něco jinýho, nebo nějakým způsobem si to sám sestrojít. A tady je to vlastně už, to jde vlastně přes firmu Spectra, která sem distribuuje ty komunikátory a ten pacient vlastně má na Úřadu práce přes příspěvek na zvláštní pomůcky, na nárok na komunikační zařízení. Ten Úřad práce mu to vlastně uhradí z těch 90% a pacient si tedy doplácí pouze 10%, tudíž to je pro ně dostupný, Protože komunikátor jinak stojí 120 000,- Kč.“

Jak a kde čerpáte novinky ohledně AAK? Zjišťujete si a vyhledáváte nové přístupy a metody AAK?

„No tak to si samozřejmě zjišťujeme, ale ona jako žádná novinka není. Řeší se to vlastně přes firmy, který dováží tyhle pomůcky a co je novýho. Jako novýho je akorát to, že nemusíme používat vlastně papírovou zalaminovanou tabulku, ale je vlastně plastová, plexisklová ta tabulka. Ale vlastně ta zalaminovaná stojí nula nula nic, ale ta plastová nás stojí 1200,- korun. Takže není vlastně v tomto poli, kde já pracuju, jako žádný novinky, kromě toho, že se jakoby upgraduje Tobii a ten Grid na novější. A tam jakoby žádnéj ten posun není, posun je leda v tom, že komunikátory na oční pohyby je možný už připojit i k vozíku, takže ten pacient má držák a na tom má tablet nebo obrazovku a může jakoby venku nebo kdekoliv jet a může komunikovat i takto interaktivně. To dříve nešlo, když jsem to začala dělat a zjišťovala jsem, jaký jsou možnosti, tak tohleto dřív nešlo.“

A tyto informace jste si zjišťovala kde?

„Hodně přes ty firmy, přes Spectru, na internetu.“

Jaké výhody při využívání AAK byste uvedla?

„Že se ten člověk může domluvit. Ono to není úplně jednoduchý komunikovat těma očima, proto to nevolíme. On je ten komunikátor z toho důvodu, že žádnéj jinej není a komunikovat očima je náročný. Takže třeba na tom Tobii se učeť lidi docela dlouho, než to zvládnou, jako rychle komunikovat. Takže začínají od jednoduchých slov až po věty a není to úplně jednoduchý.“

Naopak co považujete za nevýhodu při využívání AAK u jedinců ze získanou NKS?

„Tak je nutný ty pacienty dlouho s tím komunikátorem zaučovat. A u těch očních pohybů u toho komunikátoru počítačovýho se musí jakoby dlouze nastavovat nebo několikrát za den obnovovat,

jestli ten pacient sedí správně, jestli ten snímač dobře ty oči snímá. Takže jsou poměrně zdlouhavý ty synchronizace.“

K tomu mě napadá rychlá unavitelnost očí u pacientů, je tomu tak?

„Ani ne, oni se to ty lidi docela naučej. Trošku ze začátku samozřejmě ano, pak se to ale naučej vlastně velmi dobře ovládat a jsou schopný napsat několik A4 textu.“

Jakou roli hraje, dle vašeho názoru a zkušeností, podpora rodiny? Má rodinné zázemí klienta vliv na efektivitu AAK?

„No tak ten člověk např. s ALS si to jako sám nezapne, žejo. Takže když mu ten komunikátor někdo nezapne, tak on ho prostě nemá. Takže tam musí přijít nějaký rodinný příslušník a ten komunikátor zapnout. Anebo tam musí teda přijít nějaká pečovatelská služba a zapnout mu to, aby ten člověk mohl komunikovat. Takže ty lidi jsou tím jako omezení a odkázaní na pomoc druhých. A večer se to musí zase vypnout. Nebo když je v noci nějaká nehoda, tak ten člověk potřebuje rychle pomoci, tak nikomu nemůže napsat, ten člověk je nehybný a ten komunikátor má vypnutý, tak vlastně ten člověk nemá již další prostředky, jak to někomu říct, že se třeba někdo děje. Takže rodina, nebo ten pečovatel je při efektivitě stěžejní. Ono je vlastně i důležitý mít toho partnera, s kým může komunikovat. Ono se teda dá s tím Tobii i připojit na internet, k sociálním sítím a všude. Potřebujete ale stejně nějakýho partáka, se kterým budete komunikovat. Takže když vás někdo naučí na komunikátoru, ale vy nemáte s kým komunikovat, tak je to trošku k ničemu.“

Co když pacient nemá nikoho, s kým by mohl komunikovat?

„Komunikační partner může být i například zdravotní sestra, kdokoliv. Aby si dokázal říct, jak ho otočit, kde ho umýt, kde ho to svědí a podobně. Avšak pokud nikoho takového nemá, tak je ta efektivita jinde no. Pak ten komunikátor nepotřebuje vůbec.“

Co všechno má podle vás vliv na efektivitu AAK?

„No tak co se týká těch počítačových komunikátorů, tak tam je samozřejmě důležitý věk toho člověka. Jeho kognitivní funkce, no. Třeba u pacientů s atypickými parkinsonskými syndromy, tak těm odumírají i oční pohyby, takže oni mají pak třeba parézu pohledu, nebo mají problémy s pohybem těch očí. Takže když pak mají jako takovou dysartrii, že jim není rozumět, tak vlastně ty oči nemůžou vůbec využívat. Takže tam ty komunikátory pro ně třeba vůbec nejsou. Také není žádný technický prostředek komunikace, když je tam nějaká demence. Takže pak leda přes nějaký ty piktogramy, obrázky.“

Co pacienti, u kterých jsou zachované kognitivní funkce?

„Co se týká pacientů, co mají zachovalý kognitivní funkce, tak tam samozřejmě taky záleží na věku a jak ten člověk před tou nemocí byl zdatný pracovat s počítačem, to ne každé to chce. Protože některý pacienti nechtějí ani tablet, i když ten tablet má jakoby ten hlasový výstup. Takže cokoliv vy na tom tabletu napíšete, tak ten tablet to řekne nahlas. Ale spousta lidí to jako nechce a dokud to jde, tak to píšou tužkou nebo do mobilu.“

Z jakého důvodu pacienti odmítají tablety s hlasovým výstupem?

„No prostě se nechtějí učit s novými věcmi. Mají pocit, že když použijí tužku, tak je to lepší. A vy jim nevysvětlíte, že když využijí ten tablet s hlasovým výstupem, tak ten komunikační partner se nemusí stále otáčet, koukat co ten člověk napsal. Vlastně pak není možnost vést skoro žádný dialog. Protože ten člověk si jakoby jenom něco napíše a ten komunikační partner se pořád musí koukat, co tam napsal, aby tomu porozuměl. Kdežto ten komunikátor je mnohem jednodušší.“

Dá se říci, že tuto metodu odmítají spíše starší pacienti?

„Jojo, myslím si že jo. Ty mladší s tím většinou nemají problém.“

Je něco, co Vaší práci znesnadňuje?

„Teď jsme o tom vlastně hovořily, je nutná určitá míra vlastní motivace. Chcít komunikovat a mít s kým. Také třeba nedostatek těch komunikátorů. My třeba máme v půjčovně teď nějaké, poměrně dostek ve spolku XY, ale někdy nejsou a teď se k tomu komunikátoru jako nedostanete jen tak. Je to samozřejmě drahá pomůcka a my to půjčujeme teda, dokud ten člověk nemá zažádáno o vlastní. Ale třeba Spectra, když to půjčuje, tak to půjčuje na týden. Ale ty lidi nejsou schopný se za týden na tom naučit, nebo vyzkoušet si. To je strašně krátká doba. Takže ta dostupnost není úplně stoprocentní. A potom je to samozřejmě čas, protože s tím pacientem, klientem musíte strávit spoustu času, abyste ho to naučil. Pokud tam není nikdo zdatnej v té rodině, tak ho to poměrně dlouho učíte, s tím pracovat. A jestli člověk není vůbec zdatný počítače, tak je to samozřejmě horší.“

Možná je tedy nevýhodou i finanční stránka?

„Určitě.“

Vy, jako spolek, sháníte další komunikátory? Jak se vám to daří?

„Ano, jako v České republice lidi rádi přispívají na hmotný věci. Neuvědomují si, že za těmi hmotnými věcmi stejně musí stát někdo, kdo ty věci obslouží, vyčistí a vyservisuje a naučí toho člověka s tím pracovat. Takže vlastně kupovat jako komunikátory a jiný přístroje není problém.“

Dělá se na to prostě jednodušeji sbírka, než kdyby jste udělala sbírku na pracovníka pro půjčovnu pomůcek, který ty osoby zaučuje. To tak je. Těch komunikátorů je dostatek, samozřejmě je to i zajímavý pro partnery a pro lidi, že umíme udělat, aby ten člověk uměl komunikovat očima, takže jo, tohle se poměrně daří. A i Úřad práce často schvaluje příspěvek na tu pomůcku. Ale trvá to třeba tři čtvrtě roku, než tu pomůcku ke klientovi dostanou.“

Za další faktor, který vaši práci znesnadňuje jste označila „čas“. Je to nedostatek času z vaší strany?

„No tak samozřejmě. Tak my máme zhruba 160, 180 lidí registrovaných ve spolku a z toho téměř každý na nějakou dobu potřebuje komunikační pomůcku, takže pokud to dělá jeden člověk nebo dva, tak to není moc obhospodařovatelný. Rychle. A někteří z těch pacientů musí jezdit jako opakovaně.“

Jaká je tedy ta četnost sezení s jedním klientem?

„To záleží. Jako většinou to Tobii ta rodina dostane, jsou zaučeni a vlastně třeba po týdně si třeba voláme, jestli všechno funguje nebo nefunguje. Spectra má i online hovory a pokud je nějaký problém, tak jsou schopni mu nastavit ten komunikátor online. Takže pokud je všechno v pořádku, tak je sezení třeba jednou týdně a pak třeba po měsících.“

To mluvíme ale o klientech kteří mají kognici zachovalou, co ti, kteří mají problémy v kognitivních funkcích?

„Tak třeba na klinice, když jsme zkoušeli pracovat i s jinými diagnózama s těmahle komunikátora, tak tam jsme chodili třeba každý den, na dvě hodiny. Za tím člověkem, ho to učít. Záleží tedy na tom, v jakým tom stavu ten člověk je.“

Zajímala by mě také péče o takového klienta, od prvního sezení, přes nastavení spolupráce, průběh až po ukončení. Jak to probíhá?

„Tak v nemocnici, když má ten pacient automaticky nějakou poruchu komunikace nebo řeči, tak volají logopeda a tam je jako na nás, co s tím budeme dělat. Jestli zahájíme nějakou alternativní komunikaci, nebo co vlastně. Jestli je ten člověk vůbec jako schopen. Poté navazujeme spolupráci, pokud jsou v akutní péči, tak tam jsou třeba čtrnáct dní, tři týdny a déle, když jsou třeba na JIPce. A tam chodíme vlastně teda denně s tím člověkem trénovat. S některými pacienty se pak vídáme opakovaně v ambulanci na společných sezeních, kde tu komunikaci a jeho řeč dále trénujeme a snažíme se, aby ten člověk komunikoval i doma, takže pak třeba zaučujeme i rodinný příslušníky s tou komunikační pomůckou, nebo je navedeme na to, kde tu komunikační pomůcku koupit a co by třeba bylo vhodné a tak. Pokud cítíme, že klientovi nemáme víc co nabídnout, tak po určité době

spolupráci ukončíme, nebo ho předáme jinému zařízení, většinou na spádové ambulance, do jejich místa bydliště.“

Co se děje v případě, kdy klienti nemají rodinné zázemí?

„No tak předáváme toho pacienta s nějakou jednoduchou komunikační pomůckou do dalšího zařízení, no. A tam už je to potom na nich, jak s tím člověkem budou pracovat. Zase jsme u toho, že rodinné zázemí má v efektivitě nezastupitelnou roli.“

A co se týče spolku XY?

„A co se týká XY, tak tam se člověk zaregistruje a vlastně vnesou nějaký požadavek, co je jako třeba, co by chtěli. V momentě, kdy se registrují pro to, aby získali komunikační pomůcku nebo nějakou radu o možnosti komunikace, tak se většinou vyjíždí za tím pacientem domů nebo přijde k nám do centra a my mu vlastně nabídneme možnosti, který v té komunikaci jsou. Pokud ten člověk ještě mluví, tak vlastně se dá trénovat ta řeč, jaké máme možnosti a co se dá využívat. No a když se člověk pro tu pomůcku rozhodne, tak ho s tím zaučíme a vlastně mu jí zapůjčíme na tu dobu, dokud potřebuje.“

A jak to pokračuje dál, tímto ukončujete s klienty spolupráci?

„Ne ne ne, jsme jako dál v kontaktu, pořád. Jako ty pacienty s neurologickým onemocněním máme jako v péči až do té doby, než zemřou. Takže v momentě, kdy se k nám registrují, tak se již stávají naším registrovaným pacientem a kolegyně, které mají v péči pacienty, jsou s nimi v neustálém kontaktu a snaží se monitorovat, co ten člověk potřebuje a snaží se mu nabízet možnosti, jestli jsou potřeba rehabilitace, nebo nutriční specialista, nebo logoped.“

Co konkrétně vás učí využívání AAK?

„Já se s tím učím trpělivost, obrovskou dávku trpělivosti a člověk si uvědomí, jak je ta komunikace strašně důležitá. A my ji bereme jako samozřejmost, že můžeme komunikovat. Potom když vidíte ty lidi, kteří nemůžou říct ani, že mají někoho rádi, tak je to strašně těžký a je strašně důležitý mít nějakýho komunikačního partnera, kterému můžete něco sdělit a on vám něco odpovídá. Protože to samozřejmě třídí i vaše myšlenky. Mě to vážně naučilo hrozný trpělivosti, protože to prostě není úplně jednoduchý někoho naučit s nějakou komunikační pomůckou a nebo vymyslet to, jak by člověk mohl komunikovat a myslela jsem si samozřejmě, že je to jako jednodušší, když jsem s tím začínala pracovat. I jsem myslela, že jsme jako více pokročilejší, že těch komunikačních pomůcek máme jako víc a ne že si to jako logopedi pořád vytvářejí někde v ambulanci na koleni. Já třeba nejsem úplně takový ten typ logopeda, kterej si umí jako s těma věcma vyhrát, kterej si to sám

připravuje a stříhá a tak. Samozřejmě to dělám, protože musím, ale není to úplně mi blízký. Takže určitě i nějaká míra kreativity.“

Shrnutí rozhovoru: Po uskutečněném rozhovoru s respondentkou lze říci, že ze své dlouholeté praxe využívá nejčastěji komunikační tabulky pro komunikaci zrakem. Dále také tablety s řečovými komunikátory, nejvíce se jí osvědčil komunikátor Tobii, který je využíván jedinci s neurologickými diagnózami. Komunikátor Tobii volí zejména z toho důvodu, že umožňuje plnou komunikaci, která je potřebná při zachovalých mentálních funkcích. Jedinci díky němu nemusí být odkázáni pouze na obrázky a piktogramy, to považuje za velikou výhodu. Naopak nevýhodu AAK vidí ve zdlouhavém a náročném zaučování s komunikátorem a následným nastavováním. Za faktory, mající vliv na efektivitu AAK pokládá stav jedincových kognitivních funkcí, vlastní míru motivace, ale také věk jedince a předchozí schopnosti při práci s počítačem. Dále také zmiňuje finanční stránku, časové možnosti logopeda i dalších pečujících osob, komunikačního partnera a funkční blízké sociální prostředí. Rodinné zázemí má dle jejího názoru v kontextu efektivitu nezastupitelnou roli.

4.4.4 Transkripce rozhovoru se speciálním pedagogem

Jaká byla vaše cesta k profesi speciálního pedagoga?

„Moje cesta byla vcelku komplikovaná, střední mám vystudovanou ekonomickou školu a po maturitě jsem přemýšlela o tom, co a jak dál a na vysokou ekonomickou jsem nechtěla. A tenkrát na střední říkal pan ředitel, že jsem taková mamina, že se o všechny starám a že by mě viděl někde v sociální sféře. Takže jsem zvolila vyšší odbornou školu sociální a pak jsem si ještě dodělala dálkově speciálního pedagoga na vysoké škole. Už při dálkovém studiu jsem pracovala zde, v Domově pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením. Vlastně jsem tu již od praxe, kterou jsem vykonávala v rámci odborné praxe na vyšší odborné škole a vlastně od té doby jsem tu zůstala. Nyní jsem v pozici vedoucí sociálního oddělení.“

Kolik je to let, co zde v Domově, působíte jako speciální pedagog?

„Už je tomu 20 let, co tu jsem.“

Jak široké máte zkušenosti s využíváním AAK v Domově pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením?

„Tím, že má primární, cílová skupina jsou osoby se zdravotním postižením, tak to pochopení těch systémů AAK je hrozně složité a komplikované. Nicméně systémy AAK v Domově využíváme. Jedna klientka přišla o zrak, je nevidomá a ta využívá Braillovo písmo. Využíváme také takový komunikační posunkový systém. Tam jsou jakoby jednotlivé ukázky situací, povely, předměty.

A máme vytvořený s klienty fotoalba, s konkrétníma věcmi. Že jako zubní kartáček, pasta, když na to pečovatel ukáže, tak tomu klientovi dojde, co po něm chceme. Dojde si pro ty věci a vědí, co mají dělat.“

Každý klient má tedy vytvořený svůj komunikační deník?

„Vy tomu říkáte komunikační deník, my tomu říkáme „albíčko s fotečkama“. Všichni ho vytvořený nemají, ale většina ano.“

Fotografie a obrázky, jako forma komunikace, se vám osvědčily jako dobře fungující?

„Ano, ale obrázky s předměty to musí být konkrétní, ideálně přesně ty, které ti klienti vlastní. Jim to abstraktní myšlení už nefunguje tak dobře, tudíž pokud má klient červenou peněženku, musí mít v deníku fotografii s červenou peněženkou, tý jeho. Také využíváme hodně piktogramy, ty slouží hlavně pro orientaci po obou budovách, jak v Domově pro seniory, tak v Domově pro osoby se zdravotním postižením. A vlastně jsme zvyklý je používat i v běžných dokumentech, které jsou určené seniorům.“

Jak a kde čerpáte novinky ohledně AAK? Vyhledáváte nové přístupny a metody AAK?

„Já hodně jezdím po jiných zařízeních, kde okoukávám systémy. Teď momentálně řešíme, že bychom chtěli sem pořídit ty virtuální brýle, tu virtuální realitu. Takže okoukáváme jinde, zkusíme od jiných a inspiraci sbírám na webu nebo v odborných časopisech.“

Jaké výhody při využívání byste uvedla?

„Určitě lepší dorozumění a lepší komunikace.“

A jakou metodu AAK považujete ze své praxe za stěžejní? Která se vám osvědčila nejvíce?

„Nejvíce ty piktogramy, pro svou jednoduchost, srozumitelnost a hlavně, v našem případě, pro snadné porozumění tohoto systému.“

A co naopak považujete za nevýhodu využívání AAK?

„Možná tu složitost toho osvojení. Dlouho trvá, než se to jako naučí používat a je potřeba ten jednotný přístup od všech osob, kteří přijdou s tím daným klientem do styku. Aby to všichni dělali stejně.“

Je ve vašich časových možnostech být pro Vaše klienty komunikačním partnerem?

„Víceméně ti, kteří to potřebují, tak se s nimi komunikujeme denně, individuálně v aktivizačních místnostech. Protože v rámci toho individuálního plánu mají trénovat i komunikační, řečový schopnosti.“

Co dalšího má podle vás vliv na efektivitu AAK?

„Určitě míra postižení a mentální úroveň toho jedince tu efektivitu limituje. Také technické vybavení. Také jak jsou na tom klienti motoricky, takže motorika taky. I osobností profily, jak toho člověka, protože když někdo nechce, tak ho nedonutíme a taky motivace toho personálu, těch pečujících osob. Chtít s tím klientem pracovat, zlepšovat nebo aspoň udržovat ty jeho komunikační schopnosti. A taky složitost toho systému může ovlivňovat samotnou efektivitu.“

Piktogramy jste ale zmínila jako ty nejvíce efektivní z důvodu své snadné srozumitelnosti. Které systémy jsou pro vaše klienty složité?

„No tak třeba jsem do Domova sehnala tablety, aby si klienti mohli být na internetu, hráli hry, dívali se na oblíbené pořady a tak. No a v praxi se zjistilo, že tablety jsou naprosto nevyužitelné, jelikož klienti měli obtíže se samotnou obsluhou toho zařízení. Prostě nebyli schopni toho manuálního kliku. Nebo práce na počítači, ten klienti taktéž vůbec nevyužívají. Dvojklik na myš, koordinace ruka oko, to dělá klientům velké obtíže. Ale na to přijdete až v praxi, no.. Je to určitě limitováno tím věkem klientů a schopností učit se nové věci. Ale ono když je to využitelný aspoň pro jednoho klienta, tak to má prostě smysl.“

Jak vypadá samotný výběr, nácvik a rozšiřování práce s konkrétním systémem AAK?

„U těch stávajících klientů už je to naučený, to už máme vyzorovaný. U nových máme informace od dřívějších pečovateli. Protože když už sem má přijít někdo nový, tak už před tím máme sociální šetření a už ho vidíme a přejímáme tu naučenou formu komunikace, jak spolu mluvíte, co to znamená. Ted'ka zrovna přicházela paní, která na tom nebyla špatně, ale nehovořila. Takže byla komunikace jako že, stisknutí ruky jednou znamená souhlasím, dvakrát nesouhlasím. Takže tyhle zkušenosti už přejímáme a už dopředu ten personál ví, jak s tím klientem pracovat a komunikovat a co k tomu je potřeba. Takže my už jsme de facto připravení a potom praxí a postupem času se komunikace uzpůsobuje a mění a inovuje. Jde to pomalu, ale tím jednotným přístupem a každodenním opakování se dá ta komunikace rozšiřovat.“

Je něco, co vaší práci znesnadňuje?

„No hlavně ta „nekomunikace“. Je to těžký, když pak klient nechce sdělit informace o svém stavu, nechtějí si připustit, že by mohl být nějaký problém. Hodně těžko přijímají, že už ty jejich funkce pomalu odcházejí. Třeba tady je paní, která chtěla číst, ale rodina ji nebyla schopná zařídit brýle na čtení, jo. Takže určitě i ta nespolupráce rodinných příslušníků, pak je to těžký. My jsme ochotni a v rámci našich možností i máme možnost pořídit věci, jo. Máme podsvícené tablety se zvětšeným písmem, máme naslouchátka, sluchátka, máme dataprojektor, to všechno se dá sehnat.“

Ale ta neochota spolupracovat, ta to brzdí. A musím teda taky říct, že nedostatek odborný péče. Protože po mrtvičkách třeba ta logopedie je hrozně potřeba. A žádný logoped nejezdí na to, aby sem prostě přijel a s těmi klienty cvičil výslovnost, to je šílený.“

A ve vašich možnostech není klientům poskytovat logopedickou péči?

„Není, klientů tady je 150, takže jako ani jezdit pravidelně na logopedii není možný. Jo, my jsme schopný to trénovat, když nám řeknete, že máme trenovat dvakrát týdně „lalala“, tak my budeme trénovat „lalala“. Ale prostě odvíst a dovíst nejsme schopni zařídit.“

Co kdyby jste měli vlastního logopeda pro váš Domov?

„No neměli, protože mi sem žádný logoped prostě nepůjde, my ho nezaplatíme. Protože oni prostě nejsou placeni zdravotní pojišťovnou a museli bychom si to platit soukromě. A je jich tak málo, že prostě na tohle oni nemají kapacitu. Ona by nám tady prospěla i psychologická i psychiatrická péče.. A i ta pedagogická, potřebovali bychom sem speciálního pedagoga, který bude s těmi klienty cvičit věcný učení, rozvojové věci, logopedii. Tohle tady dělají prostě ženský v aktivizační místnosti, které mají základní vzdělání. Ale pedagoga sem nedostaneme, protože na něj tu není kolonka v organizaci pro dospělé.“

Po finanční stránce nemáte problém sehnat pomůcky pro usnadnění komunikace?

„U nás tohle problém není, jak jsme příspěvková organizace. Pokud nám dojdou dotace a je ten požadavek jako rozumnej a využitelněj v praxi, tak se ty peníze dají v tom rozpočtu jako plánovat.“

Jakou roli hraje, dle vašeho názoru a zkušeností, podpora rodiny? Má rodinné zázemí vliv na efektivitu AAK?

„Rodina je hlavním hnacím motorem, to se ukázalo zejména teď v této době covidu. Protože senioři dělají všechny ty věci, aby je rodina pochválila, aby vypadali před nimi dobře. Takže jak ty rodiny přestaly jezdit, tak všichni klienti lehali, nemluvili a neměli zájem. Díky rodině se na každé shledání těší a motivuje je to. Musím se snažit, musím to umět, abych mohla jet na kafe se svým synem, abych mu mohla říct, jak se mám, co mě těší, netěší. Abych jenom nesesděla jako pecka, ale dokázala s nimi nějakým způsobem komunikovat. A jsou tady i supr rodiny, který zajistěj toho logopeda a zaplatí sami, ale takových je fakt málo. Takže ano, klienti, kteří nemají to štěstí a rodina za nimi nejezdí, nemají tu motivaci k tomu, aby hovořili.“

Co konkrétně vás učí využívání AAK?

„No hlavně té trpělivosti. A pomáhá mi to vlastně i v mé soukromé rodinné sféře s rodinou. Já mám tatínka seniorského věku a dost alternativně s ním komunikuji.“

Shrnutí rozhovoru: Speciální pedagožka a vedoucí sociálního okrsku v Domově pro seniory a Domově pro osoby se zdravotním postižením, považuje za nejvíce užívané metody AAK obrazovou komunikaci a piktogramy. V Domově pro osoby se zdravotním postižením se používá vizualizace řeči a dále také speciální pedagožka zmínila klientku, která využívá Braillovo písmo. S ohledem na mentální úroveň klientů, se tyto metody osvědčily nejlépe. Dle jejího názoru má na efektivitu AAK vliv míra postižení, jedincova mentální úroveň, motorické schopnosti a věk. Dále také hovoří o osobnostním profilu jedince, o jisté míře motivace jak ze strany klienta, tak ze strany pečujících osob, důležitou roli sehrává také jednotný přístup. Rodinu považuje za „hlavní hnací motor“, který klienty v činnostech motivuje. Dodává, že na efektivitu by mohla mít vliv složitost pochopení a také samotné osvojení si konkrétního systému AAK. V obou Domovech považuje za skličující nedostatek odborné péče v oblasti logopedie, psychologie, psychiatrie i speciální pedagogiky.

4.4.5 Případová studie jedince se získanou narušenou komunikační schopností

Případová studie byla vytvořena pro dotvoření celkového obrazu na danou problematiku práce. K této části průzkumu došlo díky vřelé spolupráci s klinickým logopedem „A“, ke kterému klientka s narušenou komunikační schopností dochází. Kazuistika byla sestavena na základě analýzy dokumentů, poskytnuté klinickým logopedem. Dále pro utvoření celistvého pohledu na případ byl za přítomnosti logopeda realizován s klientkou H. rozhovor.

Žena, H. – 56 let

Osobní anamnéza: Paní H. Se potýká s dědičným onemocněním neurofibromatóza I. stupně, kvůli kterému se jí opakovaně tvoří nádorová onemocnění na mozku a také v oblasti páteře. Kvůli operativním odstraněním nádorů došlo k získaným poruchám ovlivňující komunikační schopnost. Paní H. se potýká s jednostrannou parézou lícního, zvratného a podjazykového nervu, důsledkem čeho má atrofickou polovinu jazyka, jedna hlasivka je nehybná a tvář má jednostranně spadlou. Dále má obtíže v motorické oblasti, což se týká chůze, stability a koordinace pohybu, paní H. využívá při chůzi francouzskou hůl. Po jedné z mnoha operací také ohluchla na obě uši, tudíž je neslyšící. Potíží při komunikaci jí byl chraptivý hlas, tedy dysfonie, neboli porucha hlasu. Mezi její zájmy patří chození do společnosti, návštěvy kulturních akcí a aktivní hájení práv osob se zdravotním postižením.

Pracovní anamnéza: Paní H. Má výuční list z učebního oboru prodavač, v této oblasti však pracovala pouze pár let, jelikož kvůli svému onemocnění a získaným poruchám nebyla nadále

schopna vykonávat pracovní činnost. Od té doby je v invalidním důchodu. Pracovně se angažuje na reklamních akcích a vývoji pomůcek pro osoby se sluchovým postižením.

Rodinná anamnéza: Paní H. pochází, dle jejich slov, z láskyplného a podporujícího prostředí. Její rodiče ji byli vždy oporou v každé milé i nemilé situaci. Paní H. je již řadu let se svým manželem rozvedena, z manželství má dvě dcery. Nyní žije sama v přízemním bytě panelového domu. Je však často v kontaktu se svými dcerami a vnučkami, které se snažila vychovávat v podobném duchu, jako byla ona sama vedena. Tvrdí, že veškerou snahu ji teď dcery se svými rodinami vracejí. S manželem se rozvedli ve zlém a nemá o něm žádné informace. Řadu let má nového partnera, který se také potýká s určitými zdravotními obtížemi, které paní H. nechtěla dále specifikovat. Společnou domácnost s partnerem nesdílí, prý jim vyhovuje se vzájemně navštěvovat.

Život s narušenou komunikační schopností a využíváním metod AAK: Paní H. při komunikaci užívá augmentativní metody, konkrétně chytrý mobilní telefon, ve kterém má staženou aplikaci komunikačního asistenta. Tento druh komunikace využívá ve všech oblastech sociálního života. Díky metodám AAK se cítí sebejistě a může pokračovat ve stejném životě, jaký žila před získanými poruchami řeči. Paní H. je společenský, komunikativní typ a kontakt s druhými lidmi ráda vyhledává. Říká, že AAK je pro ni oporou, na kterou se může spolehnout. V případě neshod může jít s druhými lidmi do konfrontace a pomoci si obhájit vlastní názor. To platí i v případě, kdy je svědkem špatného zacházení s jinými jedinci se zdravotním znevýhodněním. Ráda hájí jejich práva, je ochranná a nemá problém řešit konflikty s vysoce postavenými lidmi, úředníky, policií, ale také třeba s lidmi, kteří neoprávněně parkují na parkovacích místech pro osoby se zdravotním postižením. Sama však tvrdí, že většinou se setkává s ochotnými lidmi, kteří se jí snaží pomoci. Za důležité považuje si hned při prvním kontaktu s druhými ujasnit, jaký problém v komunikaci má. Třeba formou stručného sdělení na papírku, který u sebe vždy nosí. Při navazování sociálních vztahů pak prý její způsob komunikace nebyl nikdy překážkou. Sama říká, že ona problém nemá, když už, tak ho má ten druhý.

Prognóza: S ohledem na závažné dědičné onemocnění a na získaná poškození hlavových nervů, kvůli kterým došlo k parézám v orofaciální oblasti, je pro paní H. logopedická terapie dále bez přínosu.

Logopedická intervence: Do péče klinického logopeda se paní H. dostala po opakovaných operativních zákrocích onkologického onemocnění. S klinickou logopedkou přišla do styku na rehabilitačním cvičení, kam docházela z důvodu spadlých obličejových svalů. Klinická logopedka konzultovala stav paní H. s neurochirurgem, který vedl operativní zákroky. Z důvodu mnohaletých paréz obličejových nervů nezněla jeho prognóza příliš povzbudivě.

Klinická logopedka se však rozhodla i přes nepříznivou prognózu s paní H. pracovat. Logopedická rehabilitace a dále i terapie byla zacílena na míčkování obličeje. Citlivě se ji však snaží vysvětlit, že kvůli dlouholetým parézám nelze očekávat přílišného efektu a do budoucna ji nebude mít co nabídnout. Nyní je terapie pozastavena z důvodu pandemie.

Autorčino zhodnocení: Paní H. se i přes nepříznivý zdravotní stav, snaží žít takový život, jako by žádné zdravotní obtíže ani neměla. Snaží se být ochranná a nápomocná druhým lidem se znevýhodněním. Autorka oceňuje její životní optimismus, odvahu, sílu, odhodlání a přístup ke svému zdravotnímu stavu. Cení si také jejího zapojení do vývoje různých kompenzačních pomůcek pro osoby se sluchovým znevýhodněním, které má i ona sama. Dle autorky mínění není povolanejších lidí, kteří by se měli spolupodílet na takovém vývoji. Zároveň doufá, že její motivace se stává motivující i pro další jedince.

4.5 Souhrn výsledků a diskuze

Pro průzkumnou část této práce byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, a to z důvodu co největšího možného porozumění dané problematice a nalezení vhodných odpovědí na stanovené otázky. V tuto chvíli je také nutno podotknout, že poznatky získané v průběhu průzkumného šetření nelze generalizovat pro širokou populaci, avšak pro účely a naplnění cílů této práce jsou dostačující.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit **co všechno ovlivňuje efektivitu užívání AAK u jedinců se získanou NKS**. Po prostudování odborných pramenů a získaných dat v rámci průzkumného šetření s odborníky lze říci, že faktory ovlivňující efektivitu AAK mohou být exogenní i endogenní. Z uvedených rozhovorů lze vyvodit, že faktory ovlivňující efektivitu AAK jsou značně individuální, avšak zaznamenány byly i podstatné společné faktory, které si jednotlivě uvedeme v odpovědích na stanovené dílčí otázky.

První parciální otázka zní následovně: „**Jakou roli při užívání AAK hraje nejbližší sociální skupina jedince se získanou NKS?**“. Při hledání odpovědi na stanovenou otázku se tázaní odborníci shodli na tom, že podpora nejbližší sociální skupiny sehrává při efektivitě **nezastupitelnou roli**. Speciální pedagog považuje rodinu za hlavní hnací motor pro jedince s narušenou komunikační schopností. Logoped „C“ upozorňuje na skutečnost, že jedinci s neurologickým onemocněním bývají často omezeni a odkázáni na pomoc druhých. Významnou roli sehrává komunikační partner, který má možnost s jedinci s NKS dennodenně komunikovat, trénovat řečové schopnosti a zároveň mu tak dopřát třídit si vlastní myšlenky. Komunikačním partnerem může být např. člen rodiny, nebo jiná pečující osoba, která s jedinci komunikuje a poskytuje jedinci korekční zpětnou vazbu. Pokud hovoříme o primární sociální

skupině, na mysli máme zejména spolupracující a motivovanou rodinu, která může napomoci tomu, aby docházelo k co nejefektivnějšímu užití AAK. Spolupráce hraje také důležitou roli. Je zapotřebí s logopedem a všemi dalšími odborníky či institucemi, které mají jedince v péči, s čímž koreluje výrok od Bendové (2014, s. 15). Pro určité vyvážení vztahu mezi jednotlivými entitami by se mělo dostávat podpory i rodinným příslušníkům a jiným pečujícím osobám. A to např. v oblasti poradenství, či v poskytování dostatečných informací o jedincově stavu, o komunikační pomůcce, případně samotné zručnosti s komunikační pomůckou. O těchto potřebách hovoří také Kalvach, aj. (2011, s. 166). Autorka si však dovoluje nesouhlasit s výrokem logopeda „B“, který v rozhovoru uvedl, že klienti v ústavní péči jsou značně znevýhodněni nedostatečnou péčí o své klienty. Tvrdí, že kvůli pracovní vyčerpání pečovatelů není možné se klientovi plně věnovat a komunikace prostřednictvím AAK je tak bez přínosu. Autorka se na základě svých zkušeností vycházejících ze speciálně-pedagogické praxe se s tímto výrokem neztotožňuje. S takovým přístupem od pečovatelů nesetkala a dovoluje si tvrdit, že přístup pečujících osob byl srovnatelný s tím, se kterým se setkává v rodinném prostředí. Zároveň se domnívá, že respondentky výrok nelze takto paušalizovat. Otázkou je, co respondentka myslela tím „plně věnovat“, vždyť komunikace s klienty patří mezi denní chléb pečujících osob. Autorka si však uvědomuje, že její odborná praxe není příliš rozsáhlá a možná má tak na situaci naivní a zkreslený pohled.

Druhá dílčí otázka má ambice odhalit **aspekty ovlivňující efektivitu při užívání AAK, vycházející ze strany jedince**. Za nejčastěji zmíněné faktory mající vliv na efektivitu byly respondenty uvedeny jedincovy **motorické schopnosti**, je tedy nutné brát v potaz pohybovou, koordinační oblast jedince. Zmíněny byly konkrétně pářezy a plegie. Dále jeho **mentální úroveň, míra postižení, vlastní motivace** a ochota **spolupracovat**. Důležitost faktoru vlastní motivace je k vidění ve vytvořené kazuistice. Při volbě vhodného komunikačního prostředku vycházejí z celkové diagnózy klienta a jeho osobnostních rysů. Dále také např. **věk** a dosažené **vzdělání** jedince. Dle slov tázaných odborníků jedinci s vyšším vzděláním dokáží více chápat smysl logopedické terapie. Z hlediska věku poukazují na skutečnost, že starší jedinci jsou limitováni schopností učit se nové věci. Avšak nerada bych tuto věkovou kategorii diskriminovala a nezobecňovala tezi, kterou zmínil logoped „B“, a to že „je přeci nesmysl, abychom učili nějakého seniora s komunikátorem a s jinými technologickými pomůckami, když to stejně nepochopí“. Věřím, že se najdou i tací jedinci, kteří se i přes svůj věk snaží učit novým věcem a jdou s technickým pokrokem vpřed. Za další aspekty uvedl logoped „A“ **stav vědomí**, které ovlivňuje samotné vyšetření jedince a následnou logopedickou péči. Tyto faktory zmiňuje také Bendová (2013, s. 15,16), dále je rozšiřuje o úroveň smyslového vnímání a sociální dovednosti.

Třetí dílčí otázka si kladla za cíl zjistit, **jak efektivitu užívání AAK ovlivňuje podpora od subjektů, podílejících se na péči o jedince se získanou narušenou komunikační schopností.** Z dat plynoucích z našeho průzkumu lze konstatovat, že efektivitu ze strany subjektů nejvíce ovlivňuje čas, finance a četnost logopedických sezení. Pokud hovoříme o **čase**, na mysli máme zejména pracovní možnosti logopeda a dalších odborníků, podílejících se na péči o jedince. Fungující by tedy v ideálním případě měla být také mezioborová spolupráce, na kterou upozorňuje logoped „B“. Při efektivní logopedické intervenci je vyhovující, aby si odborník na jedince vytyčil dostatečný časový prostor a mezi jednotlivými účastníky by měla být patrná značná míra důvěry. Čas hraje roli také při nácviku komunikace s komunikační pomůckou, což označuje logoped „C“ za často zdlouhavý proces. Za další aspekt ovlivňující efektivitu může být také **četnost logopedických sezení.** Odborníci jsou si vědomi, že největších pokroků lze dosáhnout během prvních dvou let. Za ideální stav odborníci považují, když k nim klient dochází každý týden, případně každé dva týdny. Tuto intenzivní terapii volí během prvního roku jedince v logopedické péči, obzvláště pak v případě, kdy se jedná o mladého člověka s předpokladem navrácení se do pracovního života. U jedinců v chronické fázi onemocnění se odborníci snaží nabídnout termín v měsíčním intervalu. Za klienty v akutní péči docházejí každý den na dvě hodiny. Dalším aspektem majícím vliv na efektivitu lze uvést **finance.** Nedostatek financí na komunikační pomůcky byl registrován zvláště v ambulancích klinických logopedů, ve kterých by uvítali finanční prostředky na technologické pomůcky. S tímto nedostatkem se nepotýkají např. v Domovech pro seniory a jedince se zdravotním postižením. V tomto zařízení je dostatek financí na pomůcky, avšak za nedostatečné považují poskytování odborné péče pro klienty v oblasti speciální pedagogiky, logopedie, psychologie, které si nemohou dovolit financovat. Tuto skutečnost potvrzuje logoped „C“, který zmiňuje, že lidé v ČR spíše přispějí na hmotné věci, než na personál.

Navrhovaná opatření

V průběhu průzkumného šetření byla zjištěna řada faktorů, které ovlivňují efektivitu užívání AAK u jedinců se získanou narušenou komunikační schopností. Jedná se o faktory vnitřní, jako např. jedincův věk, jeho míra postižení, kognitivní úroveň, vlastní motivace. Tak i o faktory vnější, za zmínku např. stojí podporující blízké sociální prostředí, pravidelná logopedická péče, anebo časové a finanční možnosti. Některé aspekty změnit nejdou, avšak nacházejí se mezi nimi i takové, které by se za vynaloženého úsilí upravit daly. Autorka věří, že navržená opatření by mohla přispět ke zvýšení efektivitu při užívání AAK.

Pro každého jedince sehraává komunikace v jeho životě důležitou roli. Prostřednictvím komunikace sděluje své názory, pocity, přání a třídí si své vlastní myšlení. Komunikace s druhými lidmi je naší potřebou a spočívá v naší podstatě. Pro jedince se získanou narušenou komunikační schopností bývá frustrující, pokud se jejich komunikační schopnost náhle změní, nebo dokonce ztratí. O to těžší situaci zažívají jedinci, kteří okolo sebe nemají podporující rodinné či jiné zázemí. Těmto jedincům pak bezprostředně hrozí sociální vyčlenění. Abychom byli schopni těmto jedincům ještě více pomoci, bylo by vhodné rozšířit povědomí o AAK do širší populace, např. v rámci osvětového programu. Autorka se domnívá že by se ve společnosti našli tací, kteří by byli ochotni trávit s těmito jedinci svůj volný čas a pomáhali jim tak rozvíjet a trénovat komunikační schopnost. K tomuto setkávání by mohlo docházet v rámci dobrovolnictví, anebo v rámci odborné speciálně-pedagogické praxe, která by mohla probíhat pod záštitou daného institucionálního zařízení.

Následující návrh navazuje na zmínku jedné z respondentek, která k autorčinu překvapení vypovídá, že se jí žádné nabídky či kurzy týkající se AAK do rukou nedostaly. Pokud je tomu tak, za vhodné by považovala rozšíření těchto nabídek do resortu zdravotnictví, k rukám klinických logopedů a dalším odborníkům, podílejícím se na péči o jedince s narušenou komunikační schopností.

Coby poslední opatření, plynoucí z poznatků posbíraných během průzkumného šetření, by si autorka dovolila navrhnout úpravy v legislativě, týkající se rozšíření odborné péče v institucích pro dospělé osoby. Žádaná péče je zejména v oblasti speciální pedagogiky, logopedie, psychologie či psychiatrie, které je aktuálně v těchto zařízeních nedostatek. Personál vykonávající tuto péči nemá mnohdy potřebné kompetence a svým klientům tak nedokáže cíleně a účelně pomoci. V rámci tohoto požadavku autorka rovněž apeluje na mezioborovou spolupráci, která dle výpovědí respondentů také nebývá nejjednodušší záležitostí. Všichni odborníci zainteresovaní v péči o klienta s NKS (ať už se jedná o klinické logopedy, speciální pedagogy, sociální pracovníky, fyzioterapeuty

a další) by se měli snažit vzájemně propojovat své nabyté vědomosti a zkušenosti a tím poskytovat svým klientům komplexní péči.

Závěr

Komunikace pro nás představuje jednu z nejsilnějších potřeb, skrze ni jsme schopni získávat informace o světě, i o sobě samém. Komunikace nám zprostředkovává styk s okolním prostředím a má bezprostřední vliv na samotnou socializaci. Paradoxně, i přes její důležitost považujeme komunikaci jako samozřejmost. Náš pohled na věc se promění až ve chvíli, kdy např. po úrazu, onkologickém onemocnění, CMP dochází k narušení komunikační schopnosti. Díky užívání metod AAK je jedincům i nadále umožněno sdělovat okolí své pocity, názory, postoje.

V první části bakalářské práce byla stanovena teoretická východiska týkající se komunikace, narušené komunikační schopnosti a AAK, nebyla opomenuta ani logopedická intervence. Hlavním cílem praktické části bylo zjistit, co všechno ovlivňuje efektivitu při užívání AAK dospělými jedinci se získanou narušenou komunikační schopností. Z hlavní výzkumné otázky vyplynuly tři parciální otázky. Díky kterým bylo zjištěno, že nezastupitelnou roli v efektivitě hraje blízké sociální prostředí, tedy podporující rodinné či jiné zázemí, které jedinci poskytuje roli komunikačního partnera, korekční zpětnou vazbu, i trénování komunikačních schopností. Za další aspekty ovlivňující efektivitu lze považovat endogenní faktory jedince, jako je jeho vnitřní motivace, ochota spolupráce, věk, mentální úroveň, míra postižení, ale i motorické schopnosti. Efektivitu ovlivňují také vnější faktory, jako je četnost logopedických sezení, finance a časové možnosti ze strany logopeda i dalších odborníků, podílejících se na péči o jedince, opomenout bychom neměli ani důležitost mezioborové spolupráce.

Výsledky vyplývající z realizovaného průzkumného šetření nám umožňují bližší nahlédnutí do dané problematiky, vytvoření přehledu aspektů mající vliv na využívání AAK, na které je vhodné se v rámci praxe více zaměřit.

Autorka se domnívá a věří, že by tato práce mohla být jistým přínosem pro speciálně-pedagogickou a logopedickou praxi, při práci s dospělými jedinci s narušenou komunikační schopností, kteří využívají metody AAK.

Seznam použitých zdrojů

- BENDOVÁ, P., 2013. *Alternativní a augmentativní komunikace 1.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3703-3.
- BOČKOVÁ, B., 2015. *Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7896-3.
- BONDY, A., FROST, L., 2007. *Vizuální komunikační strategie v autismu.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2053-1.
- ČECHÁČKOVÁ, M., NEUBAUER, K., 2007. Získané organické poruchy řečové komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie.* 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 147–206. ISBN 978-80-7367-340-6.
- GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výskumu.* 4., rozš. vyd. Bratislava: Vydavateľstvo UK. ISBN 978-80-223-2391-8.
- GÚTHOVÁ, M., ŠEBIANOVÁ, D., 2011. Terapie dyslalie. In: LECHTA, V., aj. *Terapie narušené komunikační schopnosti.* 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 167–201. ISBN 978-80-7367-901-9.
- JANOVCOVÁ, Z., 2003. *Alternativní a augmentativní komunikace.* 1. vyd. Brno: PdF Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3204-9.
- KALVACH, Z., aj., 2011. *Křehký pacient a primární péče.* Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KLENKOVÁ, J., 2000. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí.* Brno: Paido. ISBN 80-85931-91-5.
- KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe.* Praha: Grada. ISBN 80-247-1110-9.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KNAPCOVÁ, M., JAROLÍMOVÁ, M., 2006. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS.* 2. vyd., Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. ISBN 80-86856-14-3.
- KRAHULCOVÁ, B., 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených.* 1. vyd. Praha: Beakra. ISBN 978-80-903863-2-7.
- KREJČÍŘOVÁ, O., 2011. *Alternativní a augmentativní komunikace v praxi pracovníků sociálních služeb.* Vsetín: Vzdělávací a komunitní centrum Integra Vsetín. ISBN 978-80-260-0059-4.

- KŘIVOHLAVÝ, J., 1988. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. 1. vyd. Praha: Svoboda. ISBN 25-095-88.
- KUBOVÁ, L., PAVELOVÁ, Z., RÁDKOVÁ, Z., 1999. *Znak do řeči*. 1. vyd. Praha: Tech-market. ISBN 80-86114-23-6.
- LAUDOVÁ, L., 2007. Augmentativní a alternativní komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 565–581. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V., aj., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V., 2007a. Metody logopedické intervence. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 37–43. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V., 2007b. Základní vymezení oboru logopedie. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 17–27. ISBN 978-80-7367-340-6.
- LECHTA, V., aj., 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LEJSKA, M., 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido. ISBN 80-731-5038-7.
- RICHTROVÁ, B., 2017. Kompetence klinického logopeda a speciálního pedagoga. In: *Asociace klinických logopedů ČR* [online]. 4. 6. 2017 [vid. 24. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.klinicalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--novinky-zajimavosti&aid=1287>
- MAŠTALÍŘ, M., PASTIERIKOVÁ, L., 2018. *Alternativní a augmentativní komunikace* [online]. [vid. 24. 10. 2021]. Dostupné z: <https://uss.upol.cz/wp-content/uploads/2019/01/AAK-Ma%C5%A1tal%C3%AD%C5%99-Pastierikov%C3%A1.pdf?fbclid=IwAR16DRgvbGZg65ndUsRzH4L2uQNi1-WYCb0uKvHnf3jZ3cII-6RsoV4QSbc>
- NEUBAUER, K., 2007. Logopedická péče o dospělé osoby. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 79–85. ISBN 978-80-7367-340-6.
- NEUBAUER, K., SALOMONOVÁ, A., 2007. Narušení článkování řeči. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 307–359. ISBN 978-80-7367-340-6.
- [Pictograme Car]. In: *Aragonese Center od Augmentative and Alternatice Communication.org* [online]. [vid. 26. 6. 2022]. Dostupné z: <https://arasaac.org/pictograms/en/2339/car?type=aac>
- [Pictograme Eat]. In: *Aragonese Center od Augmentative and Alternatice Communication.org* [online]. [vid. 26. 6. 2022]. Dostupné z: <https://arasaac.org/pictograms/en/6456/eat>
- POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.

- PRŮCHA, J., 1995. *Pedagogický výzkum: uvedení do teorie a praxe*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-132-3.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J., 2013. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
- SPC pro děti s vadami řeči, 2022. Co je DaR? In: *Alternativní a augmentativní komunikace* [online]. [vid. 28. 6. 2022]. Dostupné z: <https://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-co-je-dar-132-651>
- ŠAROUNOVÁ, J., aj., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0716-0.
- ŠKODOVÁ, E., aj., 2007. *Klinická logopedie*. 2., aktual. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E., 2007. Získaná psychogenní nemluvnost: mutismus. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 207–2013. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2007. Poruchy při anomáliích orofaciálního systému. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 215–259. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., 2007. Narušení plynulosti řeči. In: ŠKODOVÁ, E., aj. *Klinická logopedie*. 2. aktual. vyd. Praha: Portál, s. 261–305. ISBN 978-80-7367-340-6.
- VYBÍRAL, Z., 2009. *Psychologie komunikace*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-387-1.
- VALENTA, M., MÜLLER, O., 2004. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta. ISBN 80-7320-063-5.
- VÁLKOVÁ, H., 2010. Komunikace, mentální postižení a zdravotnické služby in KURKOVÁ, P., aj. *Nevidíme , neslyšíme, nechodíme, přesto si však rozumíme II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2544-3.
- [VOKS – Výměnný obrázkový komunikační systém]. In: Střední škola, Základní škola a Mateřská škola Prostějov [online]. [vid. 26. 6. 2022]. Dostupné z: <https://sezampv.wordpress.com/alternativni-formy-vyuky/>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor s respondenty

Příloha č. 2: Otázky k rozhovoru s jedincem se získanou narušenou komunikační schopností

Příloha č. 1: Polostrukturovaný rozhovor s respondenty

Rozhovor s odborníky

- Jaká byla Vaše cesta k profesi klinického logopeda (speciálního pedagoga)?
- Kolika let působíte v profesi klinického logopeda?
- Jak široké máte zkušenosti s využíváním AAK u jedinců s ZNKS?
- Jak a kde čerpáte novinky ohledně AAK? Zjišťujete si a vyhledáváte nové přístupy a metody AAK?
- Jaké výhody při využívání AAK byste uvedl(a)? Jakou považujete ze své praxe za stěžejní?
- Naopak co považujete za nevýhodu využívání systémů AAK u jedinců se ZNKS?
- Které systémy AAK se vám během logopedické praxe osvědčili nejvíce? A proč právě tyto?
- Co konkrétně Vás učí využívání AAK?
- Co všechno má podle Vás vliv na efektivitu?
- Jak vypadá a jak probíhá péče o takového klienta? Zajímá mě celý proces od prvního sezení, přes nastavení spolupráce, průběh až po ukončení.
- Je něco, co Vaši práci znesnadňuje?
- Jakou roli hraje, dle Vašeho názoru a zkušeností, podpora rodiny? Má rodinné zázemí klienta vliv na efektivitu AAK?
- Jak vypadá samotný výběr, nácvik, rozšiřování a práce s konkrétním systémem AAK?

Příloha č. 2: Otázky k rozhovoru s jedincem se získanou narušenou komunikační schopností

Rozhovor s jedincem se získanou narušenou komunikační schopností

- Identifikační otázky
 - věk, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, zájmy
- Jakou máte vadu řeči?
- Jaká zní prognóza vaší řečové vady?
- Jak k vaší vadě řeči došlo?
- Jaký druh komunikace je pro vás stěžejní?
- Jedná se o augmentativní nebo alternativní druh komunikace?
- Jaký systém AAK využíváte?
- Činí vám v některé oblasti sociálního života užívání AAK obtíže?
- S jakými reakcemi okolí se setkáváte při užívání AAK na veřejném prostranství?
- Setkal(a) jste se někdy s negativními reakcemi okolí na využívání AAK, jak jste na to reagoval(a)?
- Je vám umožněno využívat systém AAK i v zaměstnání?
- Stalo se vám, že by využití AAK mělo vliv váš partnerský vztah?
- Zažil(a) jste někdy, že by využití AAK vliv na navazování nových vztahů?
- Používá vámi používaný systém AAK i vaše rodina?
- Zažívala vaše rodina obtíže při seznámení a učení se s vámi využívaným systémem AAK?
- Co pro vás znamená komunikace s druhými lidmi?