

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

MARIE MELZEROVÁ

IV. ročník – prezenční studium

Obor: logopedie

**VYUŽÍVÁNÍ ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE
V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE ÚSTECKÉHO KRAJE**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

26.03.2007

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph. D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky.
Jsem vděčna také za technickou pomoc při realizaci a interpretaci praktické části Mgr.
Vendule Veselé, Bc. Martinovi Pečivovi a rodině.

OBSAH

ÚVOD.....	9
1. ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE	11
1.1 Komunikace	11
1.2 Neverbální komunikace	11
1.3 Paralingvistické prostředky.....	12
1.4 Alternativní a augmentativní komunikace	13
1.5 Cíle alternativní a augmentativní komunikace	13
1.6 Využití alternativní a augmentativní komunikace	13
1.7 Metody alternativní a augmentativní komunikace.....	14
1.8 Výběr komunikačního systému	14
1.9 Dělení alternativní a augmentativní komunikace dle způsobu přenosu	15
1.10 Výhody a nevýhody užívání alternativní a augmentativní komunikace.....	15
1.11 Mezinárodní společnost pro alternativní a augmentativní komunikaci	16
1.12 Sdružení AAK, Centrum AAK.....	16
2. SYSTÉMY ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	18
2.1 Piktogramy.....	18
2.1.1 Piktogramy v České republice	19
2.1.2 Druhy piktogramů.....	19
2.1.3 Využití piktogramů	20
2.1.4 Uspořádání piktogramů.....	20
2.1.5 Pokyny pro osvojování piktogramů.....	22
2.2 Komunikační systém Makaton	22
2.2.1 Charakteristika Makatonu.....	23

2.2.2	Výuka Makatonu.....	24
2.2.3	Využití Makatonu	24
2.3	Komunikační systém Bliss.....	24
2.3.1	Vznik systému Bliss.....	25
2.3.2	Charakteristika systému Bliss.....	25
2.3.3	Využití systému Bliss	26
2.4	Znak do řeči	27
2.4.1	Charakteristika znaku do řeči	27
2.4.2	Využití znaku do řeči	27
2.4.3	Výhody znaku do řeči	28
2.4.4	Odlišnosti znaku do řeči od znakové řeči neslyšících	29
2.4.5	Pojem totální komunikace	30
2.5	Výměnný obrázkový komunikační systém.....	30
2.5.1	Charakteristika VOKS	30
2.5.2	Cíle VOKS	32
2.5.3	Využití VOKS.....	32
2.5.4	Struktura metodiky VOKS.....	32
2.5.5	Učitelé VOKS	33
2.5.6	Prostředí nácviku VOKS	34
2.5.7	Pomůcky ke komunikaci VOKS.....	34
2.5.8	Nosiče symbolů.....	35
2.6	Sociální čtení.....	36
2.6.1	Charakteristika sociálního čtení.....	37
2.6.2	Využití sociálního čtení	37
2.7	Alternativní výuka čtení s využitím globální metody.....	38
2.7.1	Charakteristika globální metody.....	38

2.7.2	Využití globální metody	39
2.7.3	Struktura výuky čtení globální metodou.....	39
2.7.4	Výuka čtení globální metodou	40
2.8	Facilitovaná komunikace	41
2.8.1	Charakteristika facilitované komunikace.....	41
2.8.2	Využití facilitované komunikace	41
2.8.3	Vhodnost, nevhodnost aplikace facilitované komunikace.....	42
2.9	Další metody alternativní a augmentativní komunikace.....	43
2.9.1	Bazální stimulace	43
2.9.2	Dosa-metoda	45
2.9.3	Feursteinova metoda	46
2.9.4	Metoda Portage	46
2.10	Komunikační pomůcky	47
2.10.1	Pomůcky s hlasovým výstupem.....	47
2.10.2	Pomůcky se zřakovým výstupem	48
2.10.3	Počítačové programy	48

3. MENTÁLNĚ RETARDOVANÍ JEDINCI JAKO OSOBY VYUŽÍVAJÍCÍ SYSTÉMY ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE..... 50

3.1	Mentální retardace jako pojem	50
3.2	Vymezení vztahu pojmu mentální retardace a mentální postižení	50
3.3	Další termíny ekvivalentně užívané pojmu mentální retardace.....	51
3.4	Definice mentální retardace	51
3.5	Oligofrenie	51
3.6	Pseudooligofrenie	52
3.7	Demence	52

3.8	Slaboduchost	53
3.9	Klasifikace mentální retardace.....	53
3.10	Klasifikace podle stupně mentální retardace	54
3.11	Charakteristika jednotlivých typů mentální retardace	55
3.11.1	Lehká mentální retardace.....	55
3.11.2	Středně těžká mentální retardace	56
3.11.3	Těžká mentální retardace	58
3.11.4	Hluboká mentální retardace	58
3.11.5	Jiná mentální retardace	59
3.11.6	Nespecifikovaná mentální retardace.....	59
3.12	Etiologie mentální retardace	60
3.12.1	Prenatální příčiny	60
3.12.2	Perinatální příčiny	61
3.12.3	Postnatální příčiny	62
4.	SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI.....	63
4.1	Terminologie.....	63
4.2	Etiologie.....	63
4.3	Symptomatologie	64
4.4	Jazykové roviny	64
4.4.1	Lexikálně-sémantická rovina.....	65
4.4.2	Morfologicko-syntaktická rovina	65
4.4.3	Foneticko-fonologická rovina.....	65
4.4.4	Pragmatická rovina	66
4.5	Terapie	66
4.6	Vliv stupně mentální retardace	67

4.6.1	Vývoj řeči osob s lehkou mentální retardací	67
4.6.2	Vývoj řeči osob se středně těžkou mentální retardací	67
4.6.3	Vývoj řeči osob s těžkou až hlubokou mentální retardací	68
5.	PRAKTICKÁ ČÁST	69
5.1	Cíl šetření	69
5.2	Metodologie	69
5.3	Charakteristika výzkumného souboru	69
5.4	Návratnost dotazníků	70
5.5	Charakteristika speciálně pedagogického centra	70
5.6	Charakteristika ústavu sociální péče	71
5.7	Výsledky šetření	71
5.8	Interpretace výsledků šetření	85
5.9	Shrnutí výsledků šetření	114
	ZÁVĚR	115
	LITERATURA	116
	ELEKTRONICKÉ ZDROJE	120
	SEZNAM PŘÍLOH	121

Úvod

V rámci hledání podkladů pro diplomovou práci jsme se setkali v jednom ústavu sociální péče s dívenkou s trisomií 21 chromozomu, tedy s Downovým syndromem. Vzhledem k přidruženému sluchovému postižení a mentální retardaci, která je pro daný syndrom typická, komunikovala se svým okolím pomocí fotografií a obrázků. Využívala tedy jakousi formu alternativní či augmentativní komunikace. Uvědomili jsme si, že mluvená (verbální) komunikace je některým z nás odepřena, ať z důvodu postižení smyslového (zrakového, sluchového), tělesného či mentálního a rozhodli jsme se, že se v naší práci budeme zabývat osobami, které mají narušenou komunikační schopnost z důvodu postižení mentálního.

Položili jsme si otázku „V jaké míře jsou systémy alternativní a augmentativní komunikace využívány u takto postižených jedinců?“. Dále jsme naši otázku blíže specifikovali „Na jaké úrovni je využívání této doplňkové či podpůrné formy komunikace v ústavech sociální péče na území Ústeckého kraje?“. Odpovědi na tyto otázky se pokusíme zodpovědět v praktické části naší práce.

Osoby s těžší a hlubší mentální retardací se obvykle nenaučí verbálně komunikovat. Jejich řečové projevy zůstávají na pudové úrovni, vydávají jen neartikulované zvuky, mimika je u nich nepřiměřená a komunikace probíhá jen neverbálně. Těmto jedincům, jež mají sníženou, v některých případech až znemožněnou verbální komunikaci, by mělo být naším cílem umožnit, aby se stali aktivními účastníky komunikačního aktu. Za tímto účelem využíváme nejrůznější systémy alternativní a augmentativní komunikace.

Úvodní kapitolu naší práce věnujeme problematice alternativní a augmentativní komunikace. Uvedeme jednotlivé systémy, mezi něž zařadíme piktogramy, znak do řeči, komunikační systém Makaton, Bliss systém, dále uvedeme Výměnný obrázkový komunikační systém, sociální čtení, facilitovanou komunikaci. V závěru kapitoly zmíníme přehled dalších metod, které lze v AAK využít (bazální komunikaci, Dosa metodu atd.)

Následující kapitolu zaměříme na osoby s mentální retardací. Vymezíme pojem mentální retardace, její klasifikaci, charakteristiku i etiologii. Nebudeme se zabývat diagnostikou ani terapií osob s mentální retardací, jelikož nás rozsah práce svazuje ke stručnosti či vypíchnutí jen některých faktů a poznatků.

Na předešlou kapitolu navážeme symptomatickými poruchami řeči u mentálně postižených jedinců, přičemž budeme vycházet z poznatků předního slovenského a světoznámého logopeda Viktora Lechty.

Praktickou část věnujeme analýze dat námi provedeného výzkumu.

1. Alternativní a augmentativní komunikace

1.1 Komunikace

Pojem komunikace pochází z latinského *communicatio* a znamená přenos různých informačních obsahů pomocí různých komunikačních systémů zejména prostřednictvím jazyka. Verbální komunikace je specificky lidská činnost. Komunikace je jednou z nejdůležitějších a nejpřirozenějších životních potřeb. Jejím účelem je sociální interakce, jde tedy o sociálně determinovaný jev. Má-li dosáhnout svého cíle, musí splnit dle Šišky (2003) alespoň tyto tři základní podmínky :

- Mluvčí musí mít něco, co chce sdělit posluchači.
- Musí se uskutečnit přenos tohoto sdělení.
- Mluvčí a posluchač musí disponovat prostředky pro vyjádření sdělení. Ty většinou reprezentuje jazyk jako soubor společensky platných znaků. Nositelem a zprostředkovatelem řeči je zvukový (akustický) signál. V našem případě budeme hovořit o náhradních a doplňkových signálech, realizujících se zejména prostředky neverbální komunikace, obrázky, symboly jednotlivých komunikačních systémů AAK

1.2 Neverbální komunikace

Komunikace využívá výrazových prostředků, které mohou být buď slovní (mluvená nebo psaná podoba) nebo neslovní (jako jsou např. posunky přirozené či umělé). (srov. např. Janovcová, 2003; Edelsberger, 2000)

Výrazové prostředky neverbální (nonverbální) komunikace:

- a) Mimika – výsledek činnosti obličejových (mimických) svalů, měnící výraz obličeje, má značný význam ve vzájemném styku lidí, podbarvuje, zdůrazňuje a dokresluje význam mluveného slova, jindy ho dokonce nahradí.
- b) Pohledy – k navázání kontaktu, řeč očí provází komunikaci tváří v tvář, je mnohovýznamová, může signalizovat mnohé funkce.

- c) Proxemika – fyzické oddálení nebo přiblížení, je to tedy pojem označující vzdálenost při komunikaci především ve směru horizontálním. Prostor, ve kterém se každý z nás cítí dobře, je relativní a individuálně i kulturně odlišný.
- d) Posturika – tímto pojmem rozumíme držení těla, napětí nebo uvolnění, náklon, poloha rukou, nohou, hlavy, je tím chápána celá konfigurace všech částí těla a směr natočení těla. Posturikou signalizujeme emoční stav, zaujetí, postoj k partnerovi a k celému sdělení. Důležitá je také souvztažnost těl komunikujících osob.
- e) Gestika – posunky provázející obvykle mluvní projev, který doplňují, zahrnuje většinou záměrné pohyby rukou, hlavy, případně i nohou. Gesta často usnadňují proces mluvení i porozumění, kdežto gesta přehnaná působí rušivě. Míra gestikulace závisí nejen na mluvní situaci a psychickém stavu jedince, ale i na jeho národnosti.
- f) Haptika – tento pojem zaštiťuje doteky, lidé se často dotýkají nejen při komunikaci. Dotykům můžeme přiřadit různou míru významu, např. formální, neformální, přátelský apod.
- g) Kinezika – kinetikou chápeme všechny spontánní pohyby různých částí těla, které neplní funkci gest.

Dalšími aspekty neverbální komunikace jsou: teritorium (osobní prostor), chronemika (komunikace s ostatními v časových souvislostech), neurovegetativní reakce (např. snížení krev tlaku, změna tepové frekvence), rekvizitové prostředky a celkové image, prostředí, sdělovací činy. (srov. Janovcová, 2003; Mikuláščík, 2003)

1.3 Paralingvistické prostředky

Mezi nositele informací v komunikaci řadíme také paralingvistické prostředky, mezi něž řadíme hlasitost, výšku, barvu, dikci, intonaci, přestávky v řeči. Jde o mimojazykové činitele dokreslující promluvu nebo podstatně ovlivňují význam a smysl komunikace. S tím souvisí také pojem metakomunikace, což je typ sdělování v rámci slovní (verbální) komunikace na úrovni extralingvistických obsahů, faktorů či znaků nebo neverbálních výrazových prostředků, o kterých jsme se zde již zmínili. Verbální sdělení buď zdůrazňuje, popírá nebo posouvá obsah, popřípadě signalizuje jiné patologické stavy mezi něž patří

například nepřirozená gestikulace, grimasy, souhyby apod. (srov. Dvořák, 1998; Janovcová, 2003; Mikuláščík, 2003)

1.4 Alternativní a augmentativní komunikace

„Alternativní a augmentativní komunikace (AAK) je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu, nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní)“. (Laudová in Škodová, Jedlička a kol. 2003, s. 561)

Pojem augmenativní komunikace vychází z latinského augmentare, což v překladu znamená zvětšovat, rozšiřovat. Systémy augmentativní komunikace jsou tedy zaměřeny na podporu již existujících komunikačních možností, dovedností a schopností. Jejich cílem je zvýšit kvalitu porozumění řeči a usnadnit vyjadřování daného klienta. Systémy alternativní komunikace jsou ty systémy, které se používají jako náhrada mluvené řeči. Označujeme je mezinárodně užívanou zkratkou AAK.

1.5 Cíle alternativní a augmentativní komunikace

- Umožnit jedincům se závažnou poruchou komunikace v každém věku aktivní dorozumívání a zapojení se v maximální možné míře do běžného života.
- Usnadnit a rozšířit komunikační schopnosti a dovednosti jedincům, jejichž mluvená řeč je z jakéhokoli důvodu znemožněna nebo je jen málo srozumitelná.
- Umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikace stát se aktivními účastníky v běžné mezilidské komunikaci, taktéž ve vzdělání a jiných aktivitách.

1.6 Využití alternativní a augmentativní komunikace

Systémy AAK jsou efektivně využívány jak u vrozených narušení komunikačního procesu jako důsledku handicapů smyslových, mentálních, centrálních poruch vývoje hybnosti, vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení, tak u poruch získaných (degenerativních onemocnění, např. poúrazových stavech mozku, nádorech mozku,

cévních mozkových příhodách, Parkinsonovy, Alzheimerovy nemoci apod.) (srov. Janovcová, 2003).

V naší práci, jak jsme již naznačili, se budeme zabývat problematikou osob s mentálním postižením a využitím systémů AAK pro jejich potřeby. Tyto systémy lze přizpůsobit mentální úrovni konkrétních jedinců, mnohé osvobodí od nepřiměřené námahy vyjadřování se mluvenou řečí, která je v častých případech minimálně nebo vůbec nesrozumitelná.

1.7 Metody alternativní a augmentativní komunikace

Metody AAK dělíme na tři základní typy:

- 1) Bez pomůcek – využíváme prostředků nonverbální komunikace (pohled, mimika, gestikulace,...) a vizuálně motorických znaků.
- 2) S pomůckami - zde využíváme předměty, obrázky, fotografie, symboly (piktogramy, písmo) a různé druhy komunikátorů.
- 3) Jiné typy - zde využíváme speciální doplňky mezi něž řadíme např. alternativní klávesnice, spínače pro snadnější ovládání počítače.

(srov. Janovcová, 2003)

1.8 Výběr komunikačního systému

Při výběru komunikačního systému musíme vycházet z individuálních možností a schopností uživatele AAK. V každém případě musíme brát v úvahu vývojovou prognózu jedince. Primárně se zaměřujeme na nejpřirozenější formu koverbálního chování, využíváme gestiku a mimiku. Specifický komunikační systém sestavujeme individuálně pro sdělení, které uživatel jinak nedokáže vyjádřit.

Při rozhodování výběru způsobu komunikace a systému AAK bychom měli vycházet z následujících základních hledisek:

- Pedocentrická hlediska: verbální dovednosti (schopnost omezené nebo narušené artikulace, rozsah aktivní i pasivní složky slovní zásoby), fyzické dovednosti (přesnost cílených pohybů a rozsah pohybů v prostoru), stav smyslových orgánů

(zejména zraku a sluchu), dobu práceschopnosti (s tím související míra unavitelnosti, soustředění), věk, předpoklad dalšího rozvoje, kognitivní schopnosti, potřebu a motivaci ke komunikaci, podporu rodiny a personálu, schopnost interakce.

- Systémová hlediska: způsob přenosu, ikonicitu (průhlednost, zřetelnost, míra abstrakce, souvisí se schopností vytvářet asociace), rozsah slovní zásoby a shoda s mluveným jazykem. (srov. Janovcová, 2003)

1.9 Dělení alternativní a augmentativní komunikace dle způsobu přenosu

Podle způsobu přenosu dělíme systémy AAK na statické a dynamické. Mezi statické řadíme např. komunikační tabulky, mezi dynamické např. znakovou řeč či prstovou abecedu. Vhodný je multisenzoriální přístup, kdy využíváme více komunikačních systémů, jde o kombinace metod, pomůcek, symbolů, které se vzájemně doplňují a podporují. Na druhé straně nedoporučujeme použití více jak tří systémů současně.

1.10 Výhody a nevýhody užívání alternativní a augmentativní komunikace

Výhody systémů AAK:

- snižují tendence k pasivitě klientů se speciálními potřebami
- zvyšují zapojení klientů do denních potřeb i volného času
- napomáhají rozvoji kognitivních a jazykových schopností a dovedností
- přispívají k samostatnosti
- zvyšují a rozšiřují možnosti komunikace
- umožňují klientům stát se aktivními účastníky komunikace

Pokud zmiňujeme výhody, třeba uvést i nevýhody:

- méně využitelnější než řeč
- vzbuzují pozornost veřejnosti (intaktní populace)

- nutnost osvojení systémů AAK i pro ostatní účastníky komunikace
- časová náročnost; déle trvá, než uživatel začne daný systém používat v komunikaci
- nedůvěru některých lidí ve funkčnost alternativního komunikačního systému

1.11 Mezinárodní společnost pro alternativní a augmentativní komunikaci

V roce 1983 vznikla Mezinárodní společnost pro AAK na ochranu práv osob, které mají závažné obtíže v komunikaci. Systémy AAK se ve vyspělých státech Evropy, USA, Kanadě, Austrálii a dalších zemích úspěšně využívají více jak čtvrt století. Pomoc jedincům postižených závažnou komunikační poruchou v těchto zemích, kde je AAK tradicí, poskytují specializovaná poradenská centra. Na zajišťování pomůcek, jak pro děti, tak pro dospělé, se podílejí také různé nadace. V České republice jsme se s těmito systémy začali postupně seznamovat až po roce 1989. Snad možná proto je nabídka literatury pro odborníky i laickou veřejnost na mnohem nižší úrovni, než je tomu v zahraničí. V mnoha zemích je také osobě postižené závažnou komunikační poruchou v dětství přidělen automaticky asistent. V naší republice jsou tyto prostředky minimálně dosažitelné a to z hlediska ekonomického.

1.12 Sdružení AAK, Centrum AAK

Sdružení alternativní a augmentativní komunikace (SAAK) vzniklo již v roce 1994 zásluhou několika lidí, kteří si byli vědomi, že v České republice zařízení zabývající se danou problematikou chybí. Sdružení nabízí půjčování speciálních pomůcek a podle ohlasů klientů je o tuto službu velký zájem (půjčovné se neplatí, pomůcky byly zakoupeny z různých příspěvků)

Dalším místem, kde v naší republice hledat odbornou pomoc v této oblasti, je Centrum alternativní komunikace (CAAK). Centrum působí od roku 1997 a jde o specializované pracoviště. Hlavní náplní CAAK je odborné vyšetření klienta klinickým logopedem a speciálním pedagogem, umožňuje psychologické vyšetření odborníkem se zkušenostmi s jedinci, kteří mají obtíže v komunikaci, navržení individuálního postupu v AAK pro daného klienta, terapii v Centru či v domácím prostředí, konzultace s odborníky, kteří pracují s klientem mimo CAAK, rady při výběru vhodných speciálních

komunikačních pomůcek, půjčování těchto pomůcek přímo v Centru apod. Dále je možnost půjčování dostupné odborné literatury i knížek pro klienty dětského věku. Velkou zásluhu má Centrum na setkávání rodičů a přátel, při kterých dochází ke konfrontaci zkušeností a hlavně navázání kontaktu s lidmi, kteří mají stejný problém. Centrum zajišťuje také kurzy a školení pro rodiče a odborníky, čímž se podílí na osvětové činnosti v této oblasti. (Dobromysl, 2007; SAAK, 2007)

2. Systémy alternativní a augmentativní komunikace

2.1 Piktogramy

Pro piktogramy, jež představují komunikační systém s obrazovými symboly, byla vydána metodická příručka. Systém piktogramů byl zpracován a modifikován. Vychází z piktogramů užívaných v zahraničí. Touto problematikou se zabývá Libuše Kubová ve své knize *Piktogramy*.

Z výše zmíněné příručky budeme převážně vycházet a konfrontovat ji s pojetím jiných autorů. V brožurce je obsažen program výuky piktogramů, všeobecné pokyny a praktické náměty k výuce a obrazová příloha, kde se lze inspirovat využitím piktogramů v práci s klienty i běžném životě (rozvrh hodin, sled činností v denním i týdenním plánu a jeho možné způsoby znázornění apod.).

Autorka vřadila pro výuku tématické celky v následujícím pořadí: rodina, části těla, věci osobní potřeby, oblečení, nábytek, nářadí, kuchyně, koupelna, potraviny, živočichové, hračky, příroda a počasí, hudba, sport, pocity, povolání, dopravní prostředky, domov a město, činnosti, vlastnosti a otázky, předložky, počítání, dny v týdnu, měsíce a roční období.

„Neverbální komunikace pomocí piktogramů je obvyklá forma předávání instrukcí, příkazů, varování, usnadnění orientace v nejrůznějších prostředích bez vazby na řeč (jazyk). Mezinárodní normy charakterizují piktogramy jako vnímatelný útvar, který je vytvořen psaním, kreslením, tiskem nebo jinými postupy“. (Janovcová, 2003, str. 18)

Piktogramy lze definovat také jako jazykový program, umožňující komunikaci a rozvoj řeči u dětí i dospělých s mentálním postižením a vícenásobným postižením, který se používá po celém světě. (srov. Kubová, 1997)

Piktogramy můžeme chápat také jako černobílé obrázky navržené tak, aby redukovaly obtíže v diskriminaci figury a pozadí. Je žádoucí, aby jejich grafická podoba byla jednoznačným srozumitelným kódem, kterému shodně rozumí uživatel i komunikační partner. (srov. Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

2.1.1 Piktogramy v České republice

Existuje více druhů (typů) piktogramů. V České republice se nejvíce využívají piktogramy (symboly) převzaté z modelu užívaného převážně v severských zemích Evropy (Švédsko apod.) Piktogramy představují znázornění daného pojmu, jsou přístupné mladším nebo i mentálně retardovaným dětem a jsou zejména dobře vizuálně čitelné a dobře zapamatovatelné. Tento typ piktogramů obsahuje asi kolem 700 symbolů – ty reprezentují osoby, předměty, činnosti, vlastnosti, pocity a další potřebná označení. Soubory symbolů můžeme podle individuálních potřeb upravovat, tisknout, vytvářet komunikační tabulky apod. Tyto úpravy nám umožňují nejrůznější počítačové programy, z kterých lze uvést např. Piktogramy nebo Altík.

2.1.2 Druhy piktogramů

Z druhů piktogramů stojí za zmínku:

- Picture Symbols (PICSYMS) – představuje rozsáhlý systém grafických symbolů, jedná se o realistické obrázky v provedení černobílém i barevném a obsahují více než 3000 pojmů. Tyto symboly byly navrženy logopedkou Roxanou Johnson a jsou používány zejména v anglicky mluvících zemích.
- Sign symbols – představují kombinaci obrázků, abstraktních symbolů, manuální znaky. Jsou využívány především u dospívajících s těžkým mentálním postižením.
- Yerkish Lexigrams – jde o systém abstraktních symbolů sestavených z devíti geometrických tvarů. Tyto tvary se dají používat v kombinacích nebo jednotlivě.
- Oakland Schools Picture Dictionary – se používá jako obrázkový slovník. Obsahem je asi 600 kreseb černobílého charakteru. Zajímavé je, že asi 75% symbolů je charakteru substantiv.
- Pictogrammes commun-i-mage – systém je tvořen černobílými piktogramy a byl vytvořen francouzskými odborníky.
- Pictogrammes cap – jedná se o systém, který byl vytvořen belgickými odborníky. Symboly mají názornou grafickou podobu pojmu.

(srov. Janovcová, 2003; Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003)

2.1.3 Využití piktogramů

Jak již vyplynulo z jednotlivých definic, je tento komunikační systém s obrázkovými symboly užíván ke komunikačním účelům zejména v případech, kdy jedinec nemá z různých příčin schopnost dekódovat písmo. Mezi příčiny způsobující poruchy či úplné chybění schopnosti dekódovat mluvenou či psanou řeč patří např. mentální retardace či nízký věk jedince. Pro představu potencionálních uživatelů piktogramů uvádíme dělení jedinců, kteří užívají tohoto systému na 3 základní skupiny:

1. Děti a dospělí s vážným mentálním a současně i tělesným postižením, kteří potřebují:
 - a) znaky a piktogramy jako pomůcku při chápání
 - b) piktogramy pro svůj výrazový projev.
2. Děti a dospělí s mentálním postižením, kteří rozumějí mluvené řeči, ale jsou tak těžce tělesně postižení, že nejsou sami schopni srozumitelné řeči nebo tvorby znaků.
3. Děti a dospělí, kteří i přes své mentální a tělesné postižení rozumějí mluvené řeči a jsou schopni používat aproximaci znaků, ovšem potřebují piktogramy jako přídavnou podporu.

(Kubová, 1997, s. 5)

Piktogramy lze používat podle individuálních potřeb daného jedince k alternativní, pro jiného augmentativní komunikaci nebo mohou sloužit také k výuce sociálního čtení. Piktogramy rovněž používá v každodenním životě intaktní populace a to označením nejrůznějších situacích (např. identifikujeme jimi sociální zařízení – toalety, sprchy, i dopravní značky jsou modifikací těchto symbolů). U jedinců využívajících tyto symboly jako systémy alternativní a augmentativní komunikace slouží také k označení míst, zkvalitňují orientaci v prostředí, slouží k orientaci v denním i týdenním harmonogramu. Např. žák specializované třídy pro děti s vývojovou pervazivní poruchou vyjme či jinak označí „splněnou“ aktivitu piktogramem na nástěnce s rozvrhem.

2.1.4 Uspořádání piktogramů

Symboly mohou být zachyceny na volných kartách, nebo je podle potřeby sestavujeme do komunikačních tabulí (viz také kapitola VOKS). Podoba komunikační tabulky

vychází ze schopností, potřeb a přání uživatele. Při sestavování musí být brán zřetel na pohybové a zrakové možnosti daného uživatele, záleží tedy na velikosti tabulky, umístění symbolů, na barevném kontrastu apod. Obrázkové symboly mohou být podle motorických schopností a možností indikovány uživatelem ukázáním prstem, popřípadě dlaní, pěstí, pohledem, světelným ukazovátkem, „hlavovým ukazovátkem“, atd. Tak jak se uživatel seznamuje s komunikační tabulkou, jsou postupem času přidávána písmena, slova, v pokročilejší fázi i věty a číslice, neboť je důležité podporovat jedince ve schopnosti diferenciaci písmen a číslic.

Nezanedbatelné je také organizační uspořádání komunikační tabulky. To může být:

- schématické – životopisné uspořádání (např. album fotografií)
- taxonomické – založené na určitém systému (např. podle kategorií)
- sémanticko-syntaktické – založené na využití gramatických zákonitostí
- abecední – řazené podle abecedy
- podle často používaných pojmů – symboly jsou seskupené, tak aby mohly být snadno a rychle dosažitelné
- založené na potřebě posluchačovy snadné orientace – tabulky s textem uspořádány tak, že obrázková část je zobrazena směrem k uživateli pomůcky, doplňující text je obráceně, aby jej mohl komunikační partner snadno číst.

(Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 569)

Tabulka může mít podobu buď „klasické“ tabulky a nebo je sestavena podle individuálních požadavků a potřeb klienta. Individuálně provedené tabulky mohou být umístěny na vozíku, otočném válci, upevněny na oblečení komunikačního partnera (v tom případě je vhodné např. vesta se suchými zipy, na které je možné umisťovat jednotlivé symboly) apod. Mohou být různého formátu.

Pro úplnost uvedeme také barevné označování piktogramů tak jak je doporučuje roztrždit do kategorií Kubová (1997, s. 13-14):

- bílá: časové a funkční piktogramy (číslíce, roční období)
- žlutá: piktogramy lidí a zájmen
- modrá: piktogramy zvířat
- zelená: piktogramy činností (slovesa)
- červená: piktogramy podstatných jmen

- různobarevné: piktogramy speciálních funkcí
- mnohobarevné: piktogramy vztahující se k více než jedné barevné kategorii.

2.1.5 Pokyny pro osvojování piktogramů

V této práci nebudeme rozepisovat jednotlivé kroky, které uvádí Kubová ve své příručce v podkapitole – program výuky piktogramů, ale postačí nám přehledný a krokově zaměřený postup osvojování a používání obrázkových symbolů podle Janovcové (2003).

Postupujeme podle těchto kroků: 1. nejprve seznámíme uživatele s reálným předmětem, 2. reálný předmět spojíme s obrázkem nebo fotografií, 3. poté přiřazujeme různé obrázky se stejným obsahem, 4. přidáváme situační obrázky a daný obrázek se snažíme přiřadit do situace, 5. obrázek spojíme s piktogramem, 6. obrázek, který sloužil jako opora, spojíme s piktogramem, 7. spojujeme situační obrázek a piktogram, 8. vytváříme pracovní listy s piktogramy, 9. snažíme se o sestavování vět, 10. po zvládnutí předchozích bodů můžeme přejít k vytváření a následného používání komunikačních tabulek a z nich se stavených deníků. Ve vývoji seznamování se s piktogramy začínáme od známých pojmů ke méně známým.

Tento postup můžeme doplnit třemi stupni, které lze uplatňovat při rozvoji piktogramů v komunikačním procesu od nejjednoduššího (základního) po nejvyšší stupeň a to podle náročnosti. Do základního stupně řadíme porovnávání a rozlišování, představování nových piktogramů, používání základních piktogramů v procesu komunikace, patří sem také motivace klienta k užívání symbolů, v neposlední řadě rozvoj schopnosti porozumění verbální složce řeči doplněné znaky nebo symboly (piktogramy). Postupně rozšiřujeme schopnost práce se symboly, zvyšujeme slovní zásobu. Pokud to je možné dostáváme se k přechodu od čtení piktogramů k rozeznávání slov. (srov. Kubová, 1997)

2.2 Komunikační systém Makaton

Makaton řadíme mezi neverbální jazykové programy, jedná se o systém standardizovaných znaků, které jsou doplněny orální řečí, popřípadě speciálními

symbols. Systém byl vyvinut ve výzkumném projektu, který byl započat za účelem zprostředkování komunikace neslyšícím dospělým osobám, které žijí převážně v nemocničních zařízeních. (Tyto osoby se potýkají s obtížemi v osvojování nových poznatků, děti s mentálním postižením a autismem s neporušeným sluchovým vnímáním, ale mající problémy v porozumění mluvené řeči a s verbálními projevy.)

Projekt zabývající se tímto problémem probíhal pod vedením logopedky Margaret Walker a psychiatrickými konzultanty Kathy Johnston a Tony Cornforthem z Královské asociace pro pomoc neslyšícím ve Velké Británii (název je tedy odvozen od prvních slabik jmen autorů).

2.2.1 Charakteristika Makatonu

Systém obsahuje slovník o velikosti 350 slov, *sestavených do osmi stupňů od základních a běžných pojmů až k pojmům obecnějším se stále stoupající náročností. Devátý stupeň slovníku je návrh osobního seznamu slov podle individuálních potřeb každého jedince.* (Janovcová, 2003, str. 26-27)

Znaky Makatonu jsou převážně převzaty ze znakového jazyka neslyšících osob Velké Británie. Avšak britská znaková řeč BSL (British Sign Language) je více konkrétnější než znaky Makatonu. Dále autoři vyšli při sestavování ze znakových systémů, které jsou užívány ve vzdělávání neslyšících mimoevropských zemí (např. Austrálie, Nového Zélandu).

Jedná se o mezinárodně uznávaný systém a je nutné dodržování jistých pravidel při jeho využívání. Znakování je možné doprovázet mluvenou řečí a obvykle není nutné, aby byla znakována všechna slova. Uživatel může znakovat pouze ta slova, která mají zásadní a podstatný význam pro sdělení – tedy jen klíčová slova.

Osoby, které vyučují jazykový systém Makaton, by se samy měli účastnit kurzů. V České republice je takový kurz pořádán Sdružením alternativní a augmentativní komunikace (SAAK). Sdružení pracovalo s týmem absolventů kurzu pořádaném MAKATON Vocabulary Development Project se sídlem ve Velké Británii.

2.2.2 Výuka Makatonu

V počáteční fázi užívání jazykového programu Makaton usuzujeme za vhodné používat (doplňovat) zároveň znaky, symboly i mluvenou řeč. Postupem času zjistíme, čemu dává uživatel systému přednost, zda jen znakům nebo symbolům. U některých jedinců se jeví jako neoptimalnější kombinace spojit symboly s obrázky a fotografiemi apod.

Samozřejmostí je úzká kooperace a komunikace s osobami, se kterými přichází klient pravidelně do styku. Tím je mu umožněno využít svých schopností „komunikovat“ - efektivně používat výše zmíněný komunikační systém v běžném životě.

Výuka Makatonu by měla probíhat ve dvou rovinách: Formální rovina, ve které jsou uživatelé vyučováni strukturovaným způsobem podle příručky Makatonu a tak si osvojují důkladnou znalost znaků a naučí se porozumět příslušným pojmům jazyka. Neformální rovina, ve které je výhodné, když je Makaton využíván co největším počtem dalších osob, které s klienty přicházejí do styku. Cílem je umožnit uživatelům využívat nabyté znalosti v každodenním životě. (srov. Kubová, 1996)

2.2.3 Využití Makatonu

Makaton je využíván jako prostředek ke komunikaci u osob s obtížně srozumitelnou řečí (jako podpora nesrozumitelné orální řeči např. při špatné artikulaci), jako pomocný nástroj pro osoby s obtížemi v porozumění. S úspěchem je využíván u jedinců s mentálním, somatickým i kombinovaným postižením, lze jej využít při výuce autistických klientů, u dětí se sluchovými vadami, ale také jako prostředek napomáhající zbavení stresu alespoň částečně u některých osob s balbuties (neboli koktavostí) v komunikačních situacích a také u dospělých osob trpících komunikačními nesnázemi. (srov. Janovcová, 2003)

2.3 Komunikační systém Bliss

Symboly systému Bliss jsou jednoduché černobílé „obrázky“ skládané z malého počtu jednotlivých prvků (s výjimkou libovolně nebo mezinárodně stanovených znaků jako je plus a mínus). Symboly vycházejí z logiky a ulehčují interpretaci a zapamatování si jich

uživatelé. Mnoho symbolů je také povahy piktografické, tím je zjednodušena výuka. Vzhledem připomínají předměty a představy, které mají prezentovat. Naopak jiné symboly jsou abstraktní a jeden symbol může zastávat větší množství synonym nebo podobných slov, jejichž přesný význam je komunikačnímu partnerovi zřejmý ze souvislostí.

2.3.1 Vznik systému Bliss

Autorem po němž je pojmenován je Charles K. Bliss, rakouský inženýr chemie židovského původu. Během 2. světové války byl vězněn v koncentračním táboře a po útěku emigroval do Číny. Nechal se inspirovat čínským písmem (ideogramy) a na základě toho vypracoval symbolový jazyk. Měl představovat univerzální obrázkovou řeč - ta měla sloužit k lepšímu porozumění mezi národy. Bliss měl být původně univerzálním jazykem, ne prostředkem napomáhajícím v komunikaci postižených jedinců.

Jeho symbolová řeč byla poprvé vydána v roce 1949 pod názvem *Semantography*. Publikace byla zapomenuta a znovuobjevena v roce 1971, kdy začala skupina učitelů, lékařů, psychologů a terapeutů ze střediska pro postižené děti v Torontu (Crippled Children Center), pátrat po čemkoli, co by posloužilo jako komunikační prostředek pro nemluvící tělesně postižené děti a mladistvé.

2.3.2 Charakteristika systému Bliss

Bliss má vnitřní systémovou logiku, symboly vycházejí z obsahu a významu slov. Tím napomáhají k rozšiřování porozumění řeči. Symboly jsou sdružovány do symbolových komunikačních tabulek, které se vytvářejí pro daného klienta individuálně a tím poskytují trvalou vizuální podporu. Procvičují také vnímání klienta, který se při ukazování symbolů ve většině případech pokouší o vokalizaci, přičemž procvičuje hlasitý projev v rámci svých možností (srov. Kubová, 1996)

Symboly a symbolové prvky můžeme kombinovat, čímž dosáhneme rozsáhlého a úplného komunikačního systému. Můžeme říci, že jako jediný ze systémů alternativní a augmentativní komunikace umožňuje zachovat gramatická pravidla. Základní prvky

symbolů jsou sestavovány logickou skladbou do množství symbolů s větším počtem významů, který je komunikačnímu partnerovi zřetelný ze souvislostí podávaných informací. (Kubová, 1996, s. 21)

Původně bylo vytvořeno 1400 standardizovaných symbolů sestavených z 26 základních prvků, které prošly revizí a nyní čítají asi 2300 symbolů. Což pro postižené jedince znamená poměrně velkou slovní zásobu ke komunikaci.

Symbole Bliss tvoří nezávislý a kompletní komunikační systém.

2.3.3 Využití systému Bliss

Bliss systém byl dopraven a rozvinut tak, aby jej mohly používat osoby, které umí číst, ale i pro ty, kteří číst nedokáží. Uživatelé systému Bliss mohou být i klienti s omezenými pohybovými funkcemi rukou, ti mohou ukazovat na symboly např. pohledem očí, namířením světelného bodu apod.

Systém Bliss je vhodný pro jedince somaticky postižené s centrálními poruchami motoriky, u kterých se objevují současně poruchy komunikačních schopností v expresivní složce řeči (např. osoby s anatriemi, u kterých je impresivní složka řeči neporušena, nebo je narušena jen v malém rozsahu). Ukázalo se, že metoda je vhodná i např. pro jedince s mentálním postižením, po mozkových příhodách, multihandicapované (s vícenásobným postižením), po záchvatu mrtvice apod.. Mimo jiné lze systém Bliss použít i pro rozvoj řeči nemluvicích osob, jelikož byly symboly používané v Bliss systému revidovány (jak jsme již zmínili) na potřeby nemluvicích osob. Bliss může být také usnadňujícím činitelem ve výuce psaní (psané řeči). (srov. Kubová, 1996; Janovcová, 2003)

„Používání symbolů Bliss je umožněno přímým odrazem významu slova v obrazové konfiguraci symbolu, která je jednodušší než je tomu u našeho písma (libovolná dohoda sledu písmen). Mnoho symbolů se blíží světu prožitků tělesně či mentálně postižených dětí.“ (Kubová, 1996, s. 21)

2.4 Znak do řeči

Ve své knize *Znak do řeči* ho definuje Kubová a kol. (1999) jako *kompensační prostředek pro osoby s řečovým postižením*. Znak zde sehrává roli doplňkovou, nikoli náhradu mluvené řeči. (Kubová a kol. 1999, s. 6)

2.4.1 Charakteristika znaku do řeči

Cílem znaku do řeči (dále jen ZDŘ) je celkový rozvoj osobnosti a komunikativních dovedností. Nejde pouze jen o to, aby klient zvládl co nejvíce znaků, ale aby se posílila chuť ke komunikaci jako takové a aby se znaky staly nejen prostředkem komunikace, ale také aby došlo k pokroku ve vývoji mluvené řeči.

Pokud se zamyslíme nad vývojem řeči, dojdeme k tomu, že použitím znaků ke komunikaci, prodloužíme přirozené stádium vývoje řeči. Ve znaku do řeči se uplatňuje to, co je matkou normálně používáno v nejranější komunikaci s dítětem. Tím máme na mysli, že na děti spontánně znakujeme, mluvíme pomaleji, zřetelněji artikuluje. Vzhledem k tomu, že znakujeme, napomáháme komunikaci (takovou formou), která je založena na řeči našeho těla, mimice a přirozených znacích. Již zmíněná přirozená forma komunikace se používá snadněji než mluvená řeč.

Metoda ZDŘ musela být adaptována a ověřena v našich podmínkách. Při procesu adaptace a zkoumání vycházeli autoři konceptu ZDŘ v naší republice z poznatků a zkušeností dánských kolegů.

2.4.2 Využití znaku do řeči

Znak do řeči lze použít u osob, které nemají rozvinutou aktivní řeč, jejich řeč není funkční a nebo u osob, jejichž expresivní složka řeči není dostatečně rozvinuta. Musíme si také ověřit, zda je potencialem uživatel ZDŘ schopen zvládnout její nároky. Klient, ať už je jím dítě či dospívající, popřípadě dospělý jedinec, musí být schopen napodobovat s předpokladem, že postupem času se začne sám vyjadřovat tímto způsobem.

„Musíme si uvědomit, že dítě (klient) musí dokázat spojit význam slova se symbolem, značkou či znakem ještě dříve, než je bude používat k vyjádření svých potřeb, nápadů či pocitů.“ (Kubová, 1999, str. 6).

Samozřejmostí je, že začínáme s rozvojem symbolů a znaků přiměřeně podle individuálních schopností a možností klienta.

2.4.3 Výhody znaku do řeči

Jak již bylo řečeno, metoda ZDŘ byla ověřena v našich podmínkách a potvrdila pozitivní výsledky. Kubová a kol. (1999, str.6) uvádí následující aspekty:

- Snadnější motorika – Je snadnější znakovat, než docílit správného postavení mluvidel, to platí zejména pro uživatele znaku do řeči, kteří mají postižená mluvidla. Bezesporu mají výhodu klienti bez motorického postižení, kteří mají lepší možnosti (predispozice) pro používání ZDŘ. Avšak znaky se mohou naučit i klienti se špatnou motorikou. Pokud pracujeme s postiženými dětmi, je třeba upozornit na skutečnost, že pohyb, který je možno vytvořit pokaždé stejným nebo podobným způsobem, se stává nástrojem řeči. Znak do řeči nepotlačuje rozvoj řeči, ale naopak motorické činnosti mají tu vlastnost, že vývoj řeči spíše podporují. Při znakování se uplatňují pohyby svalů paží, rukou a prstů. Tím je podpořen rozvoj hrubé i jemné motoriky, která úzce souvisí s motorikou mluvidel a tím pádem i vývojem řeči jako takové, která se realizuje vytvářením hlásek pohyby mluvidel. Důležitým poznatkem také je, že se děti rády zvukově projevují při fyzické aktivitě (když skáčí, válejí se apod.), čímž je podnícena vokalizace.
- Včasný kontakt s řečí těla – S řečí těla (ve smyslu neverbální komunikace) se setkal každý z nás a každý ji denodenně využívá v interakci s ostatními. Znak do řeči jen využívá to, co je každému vlastní. Tudíž nezavádíme do výuky ZDŘ nic nového. Tím, že podnítíme neverbální projev a dojde k jeho vědomému užití, má ve většině případů za následek, že klient zažije komunikační úspěch či jiný pozitivně vnímaný zážitek. Setkáváme se s případy, že v rodině je často vytvořen umělý individuální systém znaků, posunků a zvuků, který používají jen členové rodinného kruhu v interakci se členem majícím obtíže s verbální komunikací. Toho lze pozitivně využít při výuce ZDŘ. Dítě či klient může projevit své dřívější znalosti a schopnosti, které byly

prezentovány jen v domácím prostředí a zažije komunikační úspěch. Pak můžeme označit znak do řeči plnohodnotným dorozumívacím systémem. Pokud klient nenapodobuje posunky hned a přesně, můžeme dopomoci opětovným předvedením, popřípadě mu vedeme ruku.

- Pozitivní komunikační prostředí – „*Pokud žák začne provádět určitý pohyb, který je náznakem znaku, máme usnadněnou práci. Žák projevil svou vůli napodobovat a lze ho jedinečně pochválit, protože učinil první krok na cestě k „artikulaci rukama“.*“ (Kubová a kol., 1999, s.7) Tím dochází k oboustranné komunikaci.
- Komunikační úspěch – Pohyby jsou chápány jako nástroj komunikace, tím si uživatel uvědomuje, že pomocí znakování může sdělovat pocity, přání apod. Stává se aktivním účastníkem komunikačního procesu.
- Zviditelnění – Komunikace pomocí znakování je vizuální, využívá toho, že si většina lidí snadněji zapamatuje a porozumí tomu, co vidělo.
- Lepší úroveň řeči – Tím, že přiřazujeme znak nejdůležitějšímu slovu ve větě, jsme nuceni věty zkracovat. Na začátku snižujeme rychlost řeči, to proto, abychom měli dostatek času pro předvedení znaku. „*Použitím ZDR máme možnost přizpůsobit úroveň řeči schopnostem žáků*“ (klientů). (Kubová a kol., 1999, s.8)
- Rytmus řeči a znaku – Artikulaci podporujeme současně s vykonáním zvuku a znaku, přičemž se snažíme o to, aby znaky sledovaly rytmus řeči.
- Znak je ilustrativní – Řekne-li se slovo „kočka“, může ho postižený jedinec vnímat jako zvuk a může mu přiřazovat i jiný význam. Pokud slovo kočka nahradíme znakem, který znázorňuje fousky, kočky je upřesněn význam slova. Je ale jasné, že některé znaky zdůrazňují přesný význam slova, některé jsou naopak velice abstraktní.

2.4.4 Odlišnosti znaku do řeči od znakové řeči neslyšících

Jak jsme již zmínili, ve znaku do řeči přidáváme ke znaku mluvené slovo, ZDR není znaková řeč. Znak není dominantním, ale doplňujícím činitelem. Tím, že zároveň zapojujeme motoriku a zrakovou percepci, jsou pojmy více konkretizovány a zdůrazněn mluvený jazyk. Dalším rozdílem mezi ZDR a znakovou řečí je fakt, že seznam znaků u znaku do řeči není definitivní a konfigurace ruky či prstů lze u jednotlivých znaků podle potřeby měnit.

Při hledání nové cesty v procesu rozvoje komunikačních dovedností u postižených jedinců je ZDŘ jednou z možných variant.

2.4.5 Pojem totální komunikace

V souvislosti se znakem do řeči uvádí Kubová (1999) také pojem totální komunikace. Vymezuje jej jako praktickou metodu kombinující znaky, gesta a řeč, jež slouží k navázání komunikace u těžce mentálně postižených. Kubová také uvádí, že byly potvrzeny výhody využití totální komunikace prostřednictvím výzkumů i praktických zkušeností.

V praktickém využití totální komunikace využívají komunikační partneři všechny možné dostupné prostředky k tomu, aby si porozuměli. Můžeme je rozvrhnout do čtyř skupin: 1. pomocné komunikační prostředky, sem řadíme vizuální kontakt, ukazování, všeobecně používané posunky, pantomima, prstová abeceda, mimika a postoj těla, 2. mluvený jazyk zahrnující mluvu, odezírání, psaní a čtení, 3. posunkové systémy, 4. znak do řeči.

2.5 Výměnný obrázkový komunikační systém

Dalším ze systémů AAK je Výměnný obrázkový komunikační systém (dále jen VOKS). Je znám naší odborné a laické veřejnosti díky Knapcové, která se roce 1999 v Therapeutic Day School v Chicagu (USA) seznámila jak teoreticky, tak prakticky s komunikačním systémem The Picture Exchange Communication System (dále jen PECS). Původně byl vytvořen pro děti s poruchami autistického spektra.

2.5.1 Charakteristika VOKS

Metodika systému VOKS vznikla postupným ověřováním principů systému PECS v praxi a to v podmínkách českého speciálního školství. Jde o modifikaci metodiky PECS z hlediska jazykových odlišností, změnou některých postupů, přidáním nových kroků a na druhou stranu i záměrným nezařazením postupů původní metodiky PECS. Výměnný obrázkový komunikační systém má metodiku novou, odlišnou, ubírající se svou vlastní

cestou. Odlišnosti VOKS spatřujeme nejen od původní metodiky PECS, ale také od klasických systémů AAK, které pracují s vizuálními symboly.

Rozdíly spatřuje Knapcová (2006) v následujících aspektech:

- Uživatelé tohoto systému obrázky neukazují, ale komunikačnímu partnerovi je přinášejí.
- Pochopení smyslu komunikace je podníceno počátečním nácvikem výměny obrázku za pamlsek či oblíbenou věc, která je v úvodu zavádění metody vytipována. Komunikace je tím pádem motivující, uživatel dostane to, co skutečně chce.
- Uživatel systému VOKS je ten, který iniciuje kontakt, tím pádem je to ten který začíná komunikaci.
- Při nácviku jsou přítomni dva učitelé. Jeden plní funkci komunikačního partnera, druhý působí jako fyzický asistent dítěte.
- VOKS je rychle osvojitelný.
- Redukuje nevhodné chování tím, že se uživatel stává aktivním účastníkem komunikace. Vzhledem k tomu, že dokáže vyjmenovat své potřeby a přání redukuje případnou nervozitu a agresi vzniklou v důsledku nefunkční komunikace.
- Pomůcky původní metody se v našich podmínkách nevyskytují, tudíž je zde volné pole kreativity při výrobě pomůcek podle individuálních potřeb klienta (uživatele).
- VOKS je dobře využitelný ve škole, doma i na veřejnosti.

Podle Knapcové (2006) jsou PECS, a z něj teoreticky vycházející VOKS, postaveny na následujících principech:

- Vysoká motivace (konkrétní výběr odměn pro konkrétního klienta).
- Smysluplná a účelná výměna obrázku za věc, kterou obrázek znázorňuje.
- Podpora iniciativy klienta použitím fyzické asistence a potlačením verbálních výzev a pokynů.
- Podpora nezávislosti uspořádání lekcí (pozdější zařazení otázky „Co chceš?“).
- Oba systémy uplatňují poznatky z Aplikované behaviorální analýzy a logopedie.

2.5.2 Cíle VOKS

Cílem Výměnného komunikačního systému je osvětlení smyslu, významu a síly komunikace jako takové a vede klienta k nabytí funkčních komunikačních schopností a dovedností. Zároveň vede klienta k samostatnosti, nezávislosti a iniciativě v komunikačním procesu jak v běžných životních situacích, tak ve výchovně vzdělávacím procesu v širším slova smyslu.

2.5.3 Využití VOKS

VOKS je určen především pro klienty s poruchou autistického spektra, jelikož zohledňuje jejich specifické problémy v komunikaci (úskalí verbální komunikace a problémy s navazováním sociálních kontaktů). Systém AAK lze také využít i u jiných diagnóz, kde se setkáváme s problémy v dorozumívání. Z výzkumů lze konstatovat, že je s úspěchem využíván u klientů s Downovým syndromem, těžšími stupni mentální retardace, těžkých forem dysfázie apod. Taktéž byl shledán úspěšným v případě, kdy jiné systémy alternativní a augmentativní komunikace selhaly nebo zcela neplnily účel funkční a iniciativní komunikace. Výměnného obrázkového komunikačního systému lze využít u všech klientů, kteří mají problémy s funkční komunikací, i tam, kde se klasická logopedická intervence setkala s neúspěchem a zůstala bez efektu. Není třeba se obávat, snad již překonaných mýtů o tom, že by systémy AAK brzdily vývoj komunikace. Naopak zvyšují pravděpodobnost vývoje komunikačních schopností a dovedností a jejich zdokonalení.

Jak dále uvádí Knapcová, zvládnutí VOKS klientem vychází z předpokladu, že klient bezpečně zvládá diferenciaci reálných předmětů (na úrovni reprezentací – klient je schopen pochopit, k čemu určitý předmět slouží). Z praxe jsou ale známy poznatky o tom, že klient, kterému se za použití běžných metod nepodařilo obrázky rozlišovat, je vysoce motivující a účelný.

2.5.4 Struktura metodiky VOKS

Struktura metodiky VOKS byla rozdělena na dvě části, které spolu úzce souvisí. První část metodiky je věnována přípravným pracím, kde jsou podány informace týkající se rozdělení

rolí učitelů (komunikačního partnera a asistenta), prostředí nácviku a popisu pomůcek ke komunikaci, včetně jejich přípravy a způsobu postupu při výběru odměn, které jsou nezbytné pro zahájení nácviku komunikace. Druhá část metodiky se věnuje výukovým lekcím systému. Lekce jsou zde dvojího typu výukové (hlavní) a doplňkové.

Hlavní struktura nácviku systému VOKS je tvořena výukovými lekcemi. V nich se učí klient (uživatel) spontánně požádat o oblíbenou věc výměnou za obrázek, užití komunikační tabulky a nácvik samostatnosti a použití při komunikaci s komunikačním partnerem, učí se rozlišovat obrázky. Postupně dochází k rozvíjení obrázkové slovní zásoby a tvoření jednoduchých vět, navození očního kontaktu. Dále se učí s požádat o něco v různém prostředí a požádat lidi o cokoli, dále vybrat z více obrázků správný symbol, používat větný proužek a složit na něm jednoduchou větu. Nakonec se učí klient reagovat v různém prostředí na různé otázky a být schopen komentovat dění a činnosti kolem sebe.

Cílem doplňkových lekcí je zejména rozvoj obrázkové slovní zásoby, postup a nácvik při navazování očního kontaktu, rozvoj větné stavby a nácvik „obrácené“ komunikace, při které si komunikační partner vymění s klientem role, v závěru popis obrázků sloves následující rozvoj obrázkové zásoby. Doplňkové lekce prostupují celým nácvikem. Jak jejich název napovídá, mají funkci doplňkovou a rozvíjející.

Výukové i doplňkové lekce jsou stejně důležité a jsou řazeny hned za sebou. Výukové lekce jsou metodickým řazením odděleny, avšak je v některých případech možné, popřípadě i vhodné, jejich určité překrytí. Tím máme na mysli, že lze začít novou lekcí i v případě, kdy není úplně zvládnuta ta předchozí.

Nezbytným předpokladem úspěšnosti zavedení alternativního a augmentativního komunikačního systému VOKS je dodržování postupů, instrukcí a pokynů. Proto je důležité, aby nácviku jednotlivých lekcí přecházela důkladná příprava. Každému gestu, slovu i mimice by měla být věnována zvláštní pozornost. Jen přesným dodržováním instrukcí a pokynů se zabrání případnému zmatení klienta nesprávným výkladem významu pokynu či slova či některého z prvků neverbální komunikace.

2.5.5 Učitelé VOKS

Jak jsme již zmínili, při nácviku Výměnného obrázkového komunikačního systému jsou potřeba alespoň dva učitelé. Jeden plní funkci komunikačního partnera – komunikuje

s klientem a řídí nácvik. Druhý zastává funkci asistenta klienta – navádí klienta a pomáhá mu při komunikaci. Role těchto dvou učitelů se vzájemně střídají.

2.5.6 Prostředí nácviku VOKS

Nácvik této metodiky by měl probíhat na místě, které klient dobře zná a které je pro něj bezpečné. Po zvládnutí nové dovednosti je možné a žádoucí vyzkoušet ji jinde, na jiném místě, v jiném prostředí. Je nutné používat komunikační systém a uplatňovat zvládnuté komunikační dovednosti v různých prostředích a s různými lidmi, tím se dosáhne toho, že klient (uživatel) bude používat VOKS funkčně. Důležitá je úzká a intenzivní spolupráce s rodinou, a to z důvodu procvičování a uplatňování získaných dovedností v domácím prostředí.

2.5.7 Pomůcky ke komunikaci VOKS

Důležitým momentem v přípravě a používání pomůcek je důkladné zvážení otázky jakého symbolického systému se bude v komunikaci užívat. Tým, který se podílel na vzniku a využívání VOKS v našich podmínkách, si vytvořil průběžně vlastní soubor obrázků. Základ je tvořen symboly systému PCS -The Picture Communication Symbols. Obrázky PCS jsou u nás k dostání i v české verzi. Při výrobě pomůcek se meze nekladou, lze využít vlastnoručně nakreslených obrázků podle individuálních potřeb klienta, někdy můžeme vycházet také z piktogramů.)

Nad obrázky jednotlivých systémů i vlastnoručně vyrobené obrázky doporučujeme umístění jejich názvů velkými tiskacími písmeny. Tím usnadníme klientovi do budoucna cestu k případnému globálnímu čtení. Je také usnadněna komunikace s osobou, která není seznámena s obrázky a může tak dešifrovat obsah sdělení.

Většině klientů vyhovuje velikost obrázku 5 x 5 cm a to v černobílé podobě. Rozměr je vhodný jak z hlediska rozlišování tak i manipulace s danými obrázky. Zároveň umožňuje vyhovující používání v praktickém životě. Pokud je zapotřebí, volíme individuální rozměry obrázků.

2.5.8 Nosiče symbolů

Jelikož nejsou na našem trhu stále k běžnému dostání vyhovující nosiče obrázků, je nutné vytvořit si ve většině případů své vlastní komunikační zásobníky, které lze vyrobit z běžně dostupných materiálů (kartónové papíry, plastové obaly, pásky se suchým zipem, kroužkové bloky apod.)

Je žádoucí vytvoření takových typů nosičů, které splňují požadavky klienta i jeho komunikačních partnerů. V této práci se nebudeme zabývat výrobou již zmiňovaných pomůcek.

Nosiče obrázků lze dělit na různé typy. Budeme se držet dělení dle metodiky VOKS podle Knapcové (2006):

- **Komunikační tabulky:** Lze pokládat za základní nosič symbolů a to nejen komunikačního systému VOKS. Zpočátku používáme jen jednu komunikační tabulku, postupem času po zvládnutí diferenciaci většího počtu obrázků se přidávají se začínají používat další tabulky. Vhodné je také barevné odlišení komunikačních tabulek a to podle příslušného druhu obrázků.

Knapcová (2006, s. 13) uvádí takovéto barevné rozlišení komunikačních tabulek:

- Oranžová: *podstatná jména*, která nejsou zahrnuta do jiných kategorií
- Žlutá: *osoby* - včetně osobních zájmen
- Zelená: *slovesa*
- Modrá: *rozvíjející slova* – zejména přídavná slova a některá příslovce
- Bílá: *různé* – spojky, předložky, časové pojmy, barvy, písmena, čísla a další abstraktní pojmy
- Červená: *tázací zájmena a frekventovaná slova* užívaná zejména k podpoře řeči učitelů („ano“, „ne“, „není“ apod.)
- Šedá: větný proužek
- Hnědá: „nosná“ slovní spojení a slovesa („Já chci“, „Já vidím“, „Já mám“ apod.)

- Fialová: *sociální výrazy* – běžně užívaná slova při společenském styku, zdvořilostní výrazy, omluvné výrazy, slangové výrazy libosti a nelibosti i různá jedinečná expresivní vyjádření konkrétní osoby
- Komunikační kniha – vytváří se pomocí komunikačních tabulek a to vkládáním např. do kroužkového bloku či pákového pořadače. Vhodné je, aby každý klient měl komunikační knihu označenou svou identifikační značkou popřípadě fotografií. Komunikační kniha se může také přenášet ve speciálně vyrobené brašně či tašce ušité na míru.
- Větný proužek - definuje Knapcová (2006, s.15) jako *malý nosič symbolů, který klienti a jejich komunikační partneři užívají při vlastní komunikaci. Slouží k uchycení více obrázků za sebou pro vyjádření delších sdělení. Svůj větný proužek má jak klient, tak komunikační partner.*
- Tematické komunikační palety - jsou zásobníky symbolů užívaných při určitých aktivitách a místnostech jako je např. třída, jídelna, pokoje.
- Komunikační taška - komunikační tašku lze definovat jako odlehčený přenosný komunikační zásobník, který je určen pro klienty, rodiče, (speciální) pedagogy a další komunikační partnery klienta. Příznivou vlastností komunikační tašky je okamžitá dostupnost obrázků. Tím je umožněna okamžitá možnost komunikace. Nepřetržitá přítomnost symbolů na tělech uživatelů podporuje motivaci použití symbolů v případě potřeby v běžném životě. V některých případech dochází k nahrazení komunikační knihy komunikační taškou a to pro její větší obrázkovou zásobu při pohybu venku, při cestování apod. U některých klientů dochází k úplnému nahrazení komunikační knihy komunikační taškou.

2.6 Sociální čtení

Tento způsob čtení je *chápan jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zraková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí nebo v širším kontextu, aniž by byly využívány čtecí technické dovednosti. Sociální čtení tedy chápeme v tomto kontextu jako součást sociálního učení.* (Kubová in Müller, Valenta, 2003, s. 187)

2.6.1 Charakteristika sociálního čtení

V systému alternativní a augmentativní komunikace chápeme sociální čtení *jako netradiční podpůrnou, pomocnou a motivační metodu*. (Janovcová, 2003, str. 31)

Sociální čtení je využíváno především při rozvíjení rozumových schopností, dovedností v orientaci prostorové a sociální a ke zlepšení komunikace jako nástroje sociální interakce.

Sociální čtení je determinováno prvkem využitelnosti v okolním světě klienta a bývá strukturováno na trojici kategorií. (Müller, Valenta, 2003, s. 187)

1. soubor obrázků a textů,
2. piktogramy, dopravní značky a symboly,
3. slova a skupiny slov.

2.6.2 Využití sociálního čtení

Metodu většinou využíváme u klientů, kteří rozumějí, verbálně komunikují, aktivně reagují na dané podněty, ale jinak nejsou schopni technického čtení. Obohacujeme jejich slovní zásobu, seznamujeme je se symboly předmětů a v některých případech tímto způsobem můžeme napomoci vyvození globálního čtení.

Jak již bylo řečeno, chápeme sociální čtení jako součást sociálního učení, v němž osoby seznamujeme se symboly (piktogramy), slovy a skupinami slov, se kterými se setkávají, ale bez nutnosti čtenářských dovedností.

U jednotlivých kategorií se snažíme zaměřovat na funkční využitelnost v běžném životě. Z toho vyplývá fakt, že nejvhodnějším prostředím pro výuku této metody čtení je reálné prostředí. Např. pokud bychom chtěli uživatele učit číst – neboli rozpoznávat potraviny, nejlepším vhodným prostředím se tudíž stává samoobsluha, obchody s potravinami apod. V reálném prostředí se jedinec nejlépe seznámí s danými skutečnostmi a nemusí pracovat jen se zástupnými pojmy.

Pokud to intelektové schopnosti daného jedince umožní, je vhodné spojit sociální čtení s čtením globálním. Jde o snahu spojení obrázku, symbolu se slovem a rozpoznání mezi těmito prvky vzhledem.

Osoby, které mají potíže s osvojováním si technického učení, lze dělit na tři skupiny, budeme se držet vymezení, které uvádí Janovcová (2003):

- jedinci s potížemi ve vnímání písmen, u kterých předpokládáme, že proces čtení s největší pravděpodobností nezačne
- jedinci s mnohočetnými problémy ve čtení, tyto osoby poznají písmena a převážně zvládnou požadavky kladené na děti v prvním ročníku základní školy, avšak jejich čtení nedosáhne funkčnosti, jedná se o čtení bez porozumění, ale může být jistou obdobou normálního čtení
- jedinci, kteří dosáhli funkčního čtení, mají potíže v procesu čtení, ale přesto jsou schopni svou úroveň rozvíjet. Sociální čtení se pro ně stává tedy doplňkem pro okamžitou využitelnost.

Pokud bychom uvažovali o otázce kdy začít s výukou sociálního čtení, musíme vycházet z vývojové prognózy a potřeb klienta. I u tohoto systému alternativní a augmentativní komunikace je zásadním těžištěm spolupráce s rodinou i širším okolím.

2.7 Alternativní výuka čtení s využitím globální metody

Autorem je belgický lékař Ovide Decroly a původně ji zavedl pro děti mentálně retardované a přeškolní. Metoda vychází z tvarové psychologie (Gestaltpsychologie), podle které vnímáme části a prvky jako podřízené celku.

2.7.1 Charakteristika globální metody

Cílem globálního čtení je stimulovat rozvoj zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornosti a rozvoj komunikačních dovedností. Touto metodou se dítě seznamuje se zobrazením konkrétního pojmu zároveň s textem (slovem), *je postavena na rozpoznávání slova „jako obrazu“* (Müller, Valenta, 2003, s. 187) Osoby, které nejsou schopny obsáhnout (postihnout) grafémy nezbytné ke čtení, se výše uvedeným způsobem mohou naučit číst alespoň některá základní slova nebo slovní spojení.

U metody globálního čtení se postupuje od celku k jednotlivostem neboli

k jednotlivým částem. Pomůckou k výuce mohou být soubory slov z nejrůznějších oblastí obklopující dítě, tím máme na mysli např. rodinu, školu, spolužáky, potřeby denního života, tedy okolí, které klienta obklopuje a činnosti, kterými se zabývá. Vhodné je také použít učebnici *První čtení* (Hemzáčková, Pešková, 1998).

Slova se zobrazují na karty a obrázky jsou vyhotoveny ve trojím provedení, písmena jsou jednoduchá, velká, napsané hůlkovým písmem, tiskace a tak aby bylo možné je lehce napodobit, obtahovat, modelovat, skládat z tyčinek či vhodně vybraných stavebnic. Fotografie s rodinnými příslušníky či jména spolužáků mohou posloužit jako vhodný doplněk pro zdůraznění reality (uspořádáme je tak, aby se v nich uživatel lehce orientoval např. je umístíme do kroužkového pořadače pro snadnou manipulaci). Text by měl být umístěn v dolní části, abychom nepřekrývali rukou zobrazení.

2.7.2 Využití globální metody

Některé děti (popřípadě dospívající či dospělí) nejsou schopny a nebo mají obtíže naučit se číst pomocí běžně používané analyticko-syntetické metody. V těchto případech je vhodné využít globální metody výuky čtení. Zmiňovaná alternativní metoda je určena pro děti (klienty) s mentálním postižením. Je vhodnější a méně náročnější na mluvní funkce než analyticko-syntetická metoda.

2.7.3 Struktura výuky čtení globální metodou

Dalo by se říci, že přípravnou fází výuky globálního čtení představují cvičení orientovaná na rozvoj smyslového vnímání (zrakového a sluchového vnímání, smyslu pro rytmus, tvar, směr, orientace nejen v prostoru, ale i v textu, mluvních cviků, vyprávění podle obrázků a v neposlední řadě také cvičení paměti). To je možné nacvičovat např. častým předčítáním krátkých textů, prohlížením knížek jak s obrázky tak s textem. Důležité je rovněž, aby si dítě uvědomilo, že čteme zleva doprava a že začínáme číst nahoře na stránce. Jako vhodné se ukázalo začít s výukou tehdy, pokud má dítě či klient aktivní slovní zásobu čítající alespoň 50 slov. Janovcová uvádí: praxí bylo ověřeno, že se nemusí jednat pouze o aktivní slovní zásobu v expresivní složce řeči. Např. u nemluvicích dětí (klientů) s intelektem

v pásmu normy, které mohou komunikovat např. znakem do řeči, je možné využít globální čtení jako přípravu pro komunikaci pomocí elektronických pomůcek (počítače s řečovým výstupem apod) (srov. Janovcová, 2003)

2.7.4 Výuka čtení globální metodou

Základní metodické postupy, tak jak je uvádí Kubová (1996, s. 38), vycházejí z fází učení – základních principů obecného poznávání:

1. Rozlišování a přiřazování identických obrázků – k předloženému obrázku dítě hledá stejný a začíná spojovat správné výrazy s předměty.
2. Vybírání, vyhledávání na slovní pokyn v této fázi již dítě asociuje název (slyšené slovo) s obrázkem.
3. Pojmenování – dítě vyhledává obrázek na slovní pokyn a pak samo pojmenovává, i když výslovnost je třeba nedokonalá.

Janovcová rozděluje výuku čtení globální metodou na přípravnou fázi (zahrnující celkový a zejména smyslový rozvoj osobnosti) a fázi vlastního čtení, ta začíná oddělením, odpoutáním slova od obrázku (nejprve čte učitel, poté dítě přiřazuje a čte slovo k obrázku). V pokročilejším stádiu čtení a procvičování nových slov využíváme situačních obrázků. Pokud dítě bezpečně spojuje obrázek se psaným slovem, můžeme přejít k sestavování jednoduchých vět (např. spojením dvojice slov hláskou A či I, které jsme v předešlé výuce nacvičovali – KOČKA A MYŠ...). Dále se snažíme, aby dítě podle pokynů vybralo ze dvou až tří slov správné slovo k obrázku a nebo naopak ze dvou až tří obrázků k danému slovu. Následně rozvíjíme věty pomocí sloves, přidáváme předmět a tvoříme delší věty podle individuálních schopností klienta. Jestliže je to možné, provádíme analýzu a syntézu slov či vět. Vše by mělo probíhat nenuceně, hravou formou. Postupně přidáváme obtížnější slova a zpřesňujeme znalost abecedy, děti začínají číst nejrůznější texty.

Výuku rozvrhujeme dlouhodobě (až na tři roky) a vycházíme z učebního materiálu První čtení. Jako u každé alternativní či augmentativní metody vycházíme z individuálních možností a schopností dítěte (klienta) a postupem času zjišťujeme, co danému klientovi vyhovuje a jaké budou vyhlídky do budoucna Zda dítě bude schopno přejít na výuku metodou analyticko-syntetickou a nebo setrvá u metody globální. (srov. Janovcová, 2003;

Kubová, 1996)

2.8 Facilitovaná komunikace

Metoda byla vypracována Rosemary Crosley a jak je uváděno v odborné literatuře, naučila touto metodou komunikovat na stovky dětí s nejrůznějšími druhy a typy postižení (od mozkových dysfunkcí po autismus), jak uvádí Valenta, Müller (2005). Metoda byla adaptována v USA a bylo vyškoleny přes 1000 asistentů (facilitátorů) a dále pronikla do zemí celého světa.

2.8.1 Charakteristika facilitované komunikace

Facilitovaná komunikace je založena na podpoře poskytované facilitátorem klientovi, jde o podporu prstu, ruky, zápěstí, paže, ramene. Komunikace je založena na řízeném výběru komunikačních jednotek, ty mohou být realizovány pomocí kartiček s obrázky, symboly, písmeny, ale i piktogramy a jejich vzájemnou kombinací. Facilitátor je tedy jen jakási fyzická dopomoc jedinci, který není schopen samostatně komunikovat. Nesmí však ovlivňovat jeho volbu obrázku či písmene. Cílem je stimulovat nikoli vést klienta. Využíváme i nejrůznější přístroje, které s rozvojem techniky přinesly značnou efektivitu, např. využití speciálních klávesnic počítače, možnost počítačového zpracování komunikační tabulky, text je možné vytisknout, upravovat, ale také vyvolat hlasově (u pomůcek s hlasovým výstupem) apod. Cílem je postupem času omezovat (zmenšovat) podporu asistenta až do té míry, kdy je klient schopen sám ukazovat (komunikovat).

2.8.2 Využití facilitované komunikace

Facilitovaná komunikace je technika umožňující nemluvicím osobám s postižením (převážně klientům s pervazivní vývojovou poruchou) komunikovat pomocí ukazování na písmena (pokud umí číst) nebo na obrázky (když neumí), s pomocí asistenta.

Technika je využívána u osob s vážnými postiženími jako je mentální retardace, autismus, Downův syndrom, mozková obrna či u osob s jinými vývojovými postiženími apod.

2.8.3 Vhodnost, nevhodnost aplikace facilitované komunikace

O facilitované komunikaci se vede řada diskusí, má mnoho odpůrců i příznivců. Je na každém z nás, aby si utvořil vlastní názor. Rozhodnutí nám umožní následující řádky, jež obsahují názory obhájců i odpůrců této metody.

Příznivci facilitované komunikace upozorňují na tyto hlediska: Řízené a pozorovací studie a autobiografické záznamy prokazují, že facilitovaná komunikace se osvědčuje. Pokud dítě úspěšně komunikuje, stává se aktivním účastníkem komunikace, jelikož je schopno sdělovat své myšlenky, názory a je schopno sdílet se svým nejbližším okolím a zejména s rodiči jejich pocity a přání. Je zde pravděpodobnost nezávislé komunikace bez pomoci asistenta či jiné osoby. Nabízí se také možnost integrace do edukačního procesu. Facilitovaná komunikace je uznávána americkou Asociací osob s vážným postižením (TASH). Přístup k alternativním prostředkům projevu je právem každého jedince.

Odpůrci uvádějí následující důvody: Užití facilitované komunikace vedlo k falešným nařčením ze zneužívání (včetně sexuálního), které vedly k tomu, že děti byly neoprávněně odejmuty rodičům a umístěny do ústavů. Na základě pokusu provedeného úřadem pro mentální retardaci a vývojová postižení v USA, se uvádí že byl zjištěn převažující, ale neuvědomělý vliv asistentů na postiženého jedince při facilitované komunikaci. Bylo prokázáno, že ten, který komunikuje, není postižený jedinec, ale asistent či jiná osoba. „Americká asociace pediatriů a Americká akademie psychiatrie dětí a dospělých prohlásila, že studie opakovaně dokázaly, že facilitovaná komunikace není vědecky potvrzená technika pro jedince s autismem nebo s mentální retardací.“ Americká asociace pro studium mentální retardace uvádí na základě provedených objektivních klinických vyhodnocení a studií, že facilitovaná komunikace neprokazuje spolehlivé kontakty od osob, které ji s asistenty používaly. Americká asociace psychiatrů je toho názoru, že jde o komunikační techniku s vědecky neprokázaným efektem.

Valenta, Müller (2005) poukazují také na vyjádření Americké asociace zabývající se jazykem a komunikací (ASHA), že není prokázáno, že by facilitovaná komunikace byla pro postižené příhodnou metodou ke komunikaci, neboť sdělení pocházejí od facilitátorů a ne od postiženého jedince. ASHA také uvedla, že metoda přímo postiženou osobu nepoškodí, jen může oddálit využití vhodnější metody alternativní a augmentativní komunikace.

(srov. Valenta, Müller, 2003; Dobromysl, 2007)

2.9 Další metody alternativní a augmentativní komunikace

2.9.1 Bazální stimulace

Vítková charakterizuje bazální stimulaci jako *pedagogicko-psychologickou aktivitu, kdy se snažíme nabídnout jedincům s těžkým postižením možnosti pro vývoj jejich osobnosti.* (Vítková, 2001, s. 4)

Bazální znamená základní nabídku, která se realizuje v nejjednodušší podobě. Stimulací se rozumí nabídka přiměřených a potřebných podnětů. Koncepce bazální stimulace byla vytvořena s ohledem na potřeby klientů s těžkým mentálním postižením (i s více vadami) v 70. letech minulého století. Autorem je Andreas Fröhlich a základní myšlenkou je požadavek celistvosti (nepřipouští vědomé rozlišování mezi tělesným a duševním působením, lidská bytost je nedělitelná). Celistvost ve vývoji člověka si můžeme představit pomocí modelu vývoje osobnosti člověka podle Ursuly Haupt. Ta dala do souvislosti sedm nejdůležitějších oblastí vývoje osobnosti člověka a to vnímání, myšlení, pohyb, sociální zkušenost, tělesná zkušenost, pocity, komunikace. Každá z těchto oblastí není možná bez dalších. Všechny jsou vzájemně propojeny, působí na sebe, ovlivňují se, dohromady tvoří jednotu. Složky jsou stejně důležité (tělesné i emocionální složky jsou rovnocenné) a působí společně.

Metoda bazální stimulace vychází z toho, že jedinec s těžkým postižením má redukované aktivity (omezené zejména na nejzákladnější životní výkony spojené většinou jen s vlastním tělem, jakoby okolní svět ani neexistoval) Snahou bazální stimulace je otevřít izolaci takto postiženým jedincům.

Mezi základní oblasti a cíle podle Fröliche (in Vítková, 2001) patří:

- Somatické podněty (poznat a využívat povrch těla, umět reagovat na podněty těla, lokalizovat podněty na vlastním těle, snaha o poznání vlastního těla)
- Vibrační podněty (naučit se cítit vibrace, podněcovat sluch synchronně při akusticko-vibrační stimulaci)
- Vestibulární podněty (učit se vnímat různé směry pohybu, vybudovat svalový tonus, orientovat se v prostoru)

- Orální podněty (aktivovat oblast úst, učit poznání vůně a chuti, které mohou být zprostředkovány nosem a ústy, používat ústa pro nejrůznější vjemy a ke zkoumání vlastností např. orální hry)
- Akustické podněty (učit reagovat na podněty okolí, naučit, že tóny, šumy a zvuky přicházejí z různých směrů, mají různý zdroj a mohou mít informační charakter a že zvuky může produkovat postižený sám)
- Taktilně-haptické podněty (označit citlivé oblasti rukou, naučit, že rukama můžeme něco cítit, pevně držet, uchopit, ale i pustit)
- Vizuální podněty (naučit fixovat podněty, vědomě aktivovat postavení očí, chápat osoby a předměty jako objekty určené ke zrakovému vnímání)

Pomocí somatických podnětů lze dosáhnout pozitivní zkušenosti s tělem. To je u těžce postižených jedinců, kteří mají pravděpodobně obraz o vlastním těle nediferencovaný (obraz těla je různě diferencovaný a vnímáme ho na základě zkušeností) je velmi důležité. Postižení jedinci mají spíše negativní zkušenosti s vlastním tělem v důsledku častých nepříjemných ošetřovatelských a lékařských úkonů a zákroků, které se pojí s pocity bolesti. Osoby s těžkým postižením mají problémy interpretovat doteky jako významný kontakt. Proto používáme podnětu intenzivnějšího, kterého docílíme použitím např. froté ručníku, žínky, houby a dalších různých materiálů. Použitím těchto materiálů zesílíme pocit pro vlastní tělo postiženého klienta, nejde jen o kontakt tělo na tělo.

Podněcování dotyky, které se vztahuje jen na svalstvo a kůži, zasahuje jen část těla, proto je vhodné využívat také podnětů pomocí vibrací. *„Zjistilo se, že použití vibrace na ploše těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech.“* (Vítková, 2001, s. 8) Navodíme je pomocí vibrátorů, které lze umístit na různých částech těla.

V dnešní době je také rozšířeno podněcování pomocí senzoričké integrační terapie. Gravitace nám umožňuje jistou orientaci již v prenatálním období vývoje a je velice důležitá v prvním roce života dítěte (v tomto období dítě přechází z polohy horizontální do vertikální). Vestibulární podněty podávají informace o celkové poloze těla v prostoru. U jedinců s těžkým postižením působí na stabilitu těla v prostoru a podílejí se na tvoření svalového tonu. Vestibulární podněty nabízíme opatrně s ohledem na dané postižení (většinou jde o kolébaté pohyby podél osy a napříč osou těla, využívají se nejrůznější terapeutické balóny, válce apod.).

Mezi počitky uvědomované si již v prenatálním vývoji patří také určité chuťové a čichové vjemy. V prvních měsících našeho života představují jistou formu komunikace a interakce s matkou. Této oblasti nebyla dříve věnována pozornost. Dnes je dávana značná pozornost vnímavé zóně lidského těla, která je představována především citlivostí ústní dutiny, jelikož je zde patrný vztah k orální komunikaci. Postiženým nabízíme pachové a chuťové podněty lišící se od běžných pachů, snažíme se o jejich kontrast. Taktéž nabízíme zrakové a sluchové podněty. Do systému celistvosti patří i komunikace, jelikož žádná stimulace jakýmkoli podněty se neobejde bez komunikování.

Bazální stimulace nalezla v edukaci a terapii osob s těžkým postižením své specifické místo. *„Prostřednictvím tohoto podpůrného přístupu se podařilo překročit hranice nevzdělavatelnosti těchto jedinců. Bylo možné ukázat, že živý člověk je schopen vstoupit do procesu interakce se svým okolím.“* (Vítková, 2001, s. 11)

2.9.2 Dosa-metoda

Je metoda vycházející z poznatků a zkušeností japonských psychologů. Ti *studovali vliv hypnózy na odstranění psychické blokády záměrného a uvolněného pohybu u dětí s paretickou formou dětské mozkové obrny.* (Valenta, Müller, 2005, s. 188)

Dále se autoři zaměřili na stimulaci dítěte (klienta) pomocí pohybové komunikace (odtud pochází název metody – DOSA znamená pohybová komunikace). Dosa-metoda respektuje principy bazálně dialogického principu, v němž je nahlíženo na lidské tělo jako na jakýsi „smyslový orgán“. Prostřednictvím těla lze komunikovat i s těžce mentálně postiženými jedinci, kteří nedokáží verbalizovat pocity a prožitky. *„Prereflexivně a preverbálně se soustředí a vyjadřují svými tělovými projevy, které jsme schopni chápat – dešifrovat.“* (Klein in Valenta, Müller, 2005, s.188) Jde o komunikaci tělo na tělo.

Lidské tělo je vnímající a sdělující orgán a tyto vlastnosti nejsou vázány na kognitivní funkce, které jsou u mentálně retardovaného jedince postiženy v různé míře. Dosa-metoda má podpůrný charakter. Na osoby, které dosa-metodu aplikují je kladen požadavek schopnosti koncentrace, připravenosti k tělesné i emocionální blízkosti většinou s těžce postiženým dítětem (klientem). Nejvhodnější k navázání kontaktu a uskutečňování komunikace těla na tělo je prostředí klidné, uzavřené, utišující apod. Takové podmínky nabízí nizozemská licence – tzv. Snoezelen. Snoezelen poskytuje ztišující prostředí a nejpříznivější podmínky pro relaxování klienta. Jde o místnost izolovanou od hluku

s vodními lůžky, s možností tlumeného a různobarevného osvětlení, nastavitelnou hudbou i zvuky a nabídkou čichových vjemů např. různých vůní.

2.9.3 Feursteinova metoda

Feursteinovu metodu instrumentálního obohacování (Instrumental Enrichment) definuje Valenta, Müller (2003, s. 190) jako metodu, která je „zaměřena na celkovou stimulaci rozvoje dětí s mentální retardací“. Cílem je posílení schopnosti přijímat a zpracovávat informace včetně sociálního učení (a s tím související sociální čtení a globální čtení).

2.9.4 Metoda Portage

Portage je stimulační metoda, kterou můžeme pracovat s postiženými nebo ohroženými dětmi od raného věku života. Metoda vznikla v 70. letech minulého století v USA ve městě Portage a je zaměřena na stimulaci všech složek dítěte raného věku.

Cílem je rozvinout jednotlivé postižené oblasti v co nejmaximálnější možné míře, aby došlo k zapojení jedince do běžného života.

Rodič je zde „hlavním pracovníkem“, a je rovnocenným partnerem ve vztahu k tzv. domácímu konzultantovi. Pracuje se v domácím prostředí, v kterém se dítě (klient) cítí bezpečně, volně, lépe se v něm orientuje a není rozptylováno a stresováno neznámým prostředím. Konzultant dochází do rodiny obvykle jednou za 1-2 týdny zpravidla na 1,5 hodiny a to podle individuálních potřeb klienta.

Konzultant spolu s rodičem vytyčí cíl, kterého by se mělo u dítěte popřípadě klienta dosáhnout. Základem je přesné rozkrokování úkolů, které jsou závislé na schopnostech dítěte. Úkoly jsou nacvičovány ve stanovené situaci, která se může postupně upravovat, pokud to výhodnější pro zvládnutí. Zde je důležitá role rodiče, ten zná své dítě nejlépe. Rodič je také tím, kdo s dítětem trénuje (nejprve si rodič úkol vyzkouší pod dohledem konzulta, poté cvičí s dítětem sám). Součástí metody Portage je také zaznamenávání úspěchů do tzv. karty aktivit a vyplňování tzv. seznamu dovedností. Tyto záznamy poskytují zpětnou vazbu konzultantovi i rodičům, jsou ukazatelem pokroků dítěte v jednotlivých oblastech.

Výhodou Portage je maximální individuální přístup, který je u osob s postižením nutný.

2.10 Komunikační pomůcky

2.10.1 Pomůcky s hlasovým výstupem

Kromě výše uvedených komunikačních systémů a programů můžeme v mnoha případech vhodně využít komunikačních pomůcek s hlasovým výstupem (komunikátorů). Při rozhodování využití těchto pomůcek musíme být opatrní, abychom nepotlačovali snahu o verbální komunikaci. Komunikátory nejsou jediným nástrojem komunikace, ale jsou součástí či doplňkem strategie alternativních a augmentativních komunikačních systémů.

Hlasový výstup může být realizován řečí digitalizovanou (nahrávka na komunikační pomůcce, indikované sdělení věrohodně napodobuje nahrávku a pomůcka není omezena jazykovou lokalizací) nebo syntetickou (řeč generovaná počítačem, hlas zní uměle a nepřírozně).

Ovládání komunikátorů je možné individuálně přizpůsobit motorickým schopnostem jedince s postižením (ukazování prstem nebo jinou částí těla využíváním speciálních ukazovátek- hlavového apod.)

U komunikační pomůcky s hlasovým výstupem je sdělení srozumitelné, rychle vyvolatelné a poskytují poměrně velkou slovní zásobu, a může je využívat v nejrůznějších situacích. Jako nevýhodné se může zdát pořizovací cena této technické pomůcky, možnost rozbití, nutnost interakce a také v některých případech problém s ovládáním tlačítek.

V dnešní době se setkáváme s širokou nabídkou přenosných komunikátorů s možností hlasového záznamu. Komunikátory se mohou lišit počtem polí (uspořádány v jedné řadě nebo členěny na sloupce a řady), mohou mít spínač pohybu, zvukový signál pro potvrzení správného výběru pojmu nebo optický komunikátor. Některé komunikátory obsahují čtyři úrovně s barevným odlišením a tím je získán další prostor pro pojmy. Podle toho, jakou formu komunikace používáme, označujeme tlačítka nápisem, piktogramem, obrázkem nebo jednotlivým písmenem.

2.10.2 Pomůcky se zrakovým výstupem

Součástí je displej, na kterém je zobrazováno sdělení symboly nebo psaným textem. Mohou být vybaveny také hlasovým výstupem či tiskárnou. Některé mohou mít jen výstup ve formě psaného textu na papírové pásce tzn. že jedinec musí být schopen psát a číst.

2.10.3 Počítačové programy

Významnou součástí nejen logopedické péče jsou počítačové programy. Využíváme je především jako doplněk terapie, jsou jistou formou stimulace a dobrým prostředkem k navázání spolupráce s klientem.

Mezi programy pro alternativní komunikaci lze zařadit např.:

- **ACKkeyboard:** program určený pro AAK pomocí osobního počítače (ne k tisku komunikačních tabulek), ovládá se myší nebo jednou klávesou či tlačítkem, vhodný i pro osoby s těžkým tělesným postižením. Tento program komunikuje s českým hlasovým syntetizátorem CS-Voice (hlasový výstup tedy umožňuje hlasité čtení slov či vět dle výběru uživatele). Obsahem je i klávesnice pro psaní a několik komunikačních tabulek.
- **Boadmaker:** funkcí programu je zhotovování a tisk komunikačních tabulek pro jedince, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí. Jde asi o nejrozšířenější a nejpoužívanější program v oblasti AAK na celém světě. Základní verze obsahuje přes 3000 barevných symbolů ze všech oblastí i některé specifické české symboly.
- **Altík:** slouží ke zhotovování a tisku komunikačních tabulek. Tabulky je možné skládat z fotografií, obrázků, obrázkových symbolů, piktogramů či slov. Obsahem je několik obrázkových sad pomocí nichž můžeme vyjádřit na 900 různých pojmu.

V logopedické praxi, ale i v oblasti AAK jsou hojně využívány následující programy:

- **FONO:** program určený k rozvoji slovní zásoby a sluchového vnímání. Je rozdělen na dvě části a to Zvuky běžného života a Fonematický sluch s možností nácviku a testování (výsledek uváděn v procentech, vždy 10 testových položek).
- **Speechwiever:** obsahem jsou cvičení zaměřená na – zvuk, hlasitost, znělost, modulace hlasu. Animace je ovládána přes mikrofon hlasem. Jednotlivá cvičení jsou odstupňována podle náročnosti a reagují na hlasitý projev.

- Brepta: program určený k rozvoji jazyka, řečových funkcí a sluchovému vnímání.
- Méd'a '99: soubor programů, který je vhodný především pro předškolní děti. Určen pro předškolní výchovu, základní matematické představy, cvičení paměti, vztahy mezi pojmy, barvy, řadu her (pexeso) i zřakovou výchovu. Jednotlivými programy jsou – Pasivní sledování, Zřaková výchova, Základní smyslová a rozumová výchova, Výchova pro pokročilé a Piktogramy (pro práci s piktogramy, jejich poznávání, rozlišování, procvičování, skládání do vět, s možností sestavení a tisku komunikační tabulky).
- Mentio, Méd'a čte, Psaní, a mnoho dalších počítačových programů, které jsou na našem trhu k dostání.

3. Mentálně retardovaní jedinci jako osoby využívající systémy alternativní a augmentativní komunikace

3.1 Mentální retardace jako pojem

V psychopedii používaný a poměrně nejednoznačný termín mentální retardace můžeme volně přeložit jako zpoždění duševního vývoje (v překladu znamená opožděnost rozumového vývoje –latinsky mens, 2. p. mentis -mysl, rozum a retardace –opožděnost nebo ratardere – opožďovati se, v anglické literatuře hovoříme o mental retardation neboli backwardnes, v německé o geistines Zurückbleiben). Pojem mentální retardace byl přijat z mezinárodní nomenklatury podle návrhu Světové zdravotnické organizace (World Health Organization - WHO) v roce 1959 v Miláně.

Mentálně retardovaní (postižení) tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými. Jasný počet těchto jedinců v naší republice není znám. Např. Švarcová (2000) uvádí že je mentální retardací postiženo asi 3 % populace. Matulay (1984) uvádí asi 3-4 procenta populace.

3.2 Vymezení vztahu pojmu mentální retardace a mentální postižení

Je na místě, abychom zmínili vztah mezi termíny mentální postižení a mentální retardace.

Mentální postižení je širší pojem než mentální retardace. Terminologický a výkladový slovník Speciální pedagogika vymezuje mentální postižení jako nejširší, nejvšeobecnější, zastřešující pojem používaný v pedagogické terminologii, který orientačně označuje prakticky všechny jednotlivce s IQ pod 85, tedy osoby v pásmu mentální retardace a osoby v hraničním pásmu mentální retardace. Pojem mentální postižení má tedy širší význam a zahrnuje označení pro jedince se sníženou inteligencí na různorodém etiologickém podkladě. (srov. Vašek a kol., 1995)

Kozáková (2005) upozorňuje na to, že někteří odborníci vnímají tyto pojmy jako synonyma a někteří spatřují rozdíly související s rozsahem obou pojmů.

3.3 Další termíny ekvivalentně užívané pojmu mentální retardace

V odborné literatuře se setkáváme s nejrůznějšími termíny jako je oligofrenie, slabomyslnost, mentální subnormalita, mentální postižení, mentální zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada. (srov. např. Franiok, 2005; Edelsberger, 2000; Valenta, Müller, 2003; Hort, V. a kol., 2002; Švarcová, 2000)

3.4 Definice mentální retardace

V odborné literatuře nacházíme velké množství definic mentální retardace (dle vyjádřeného či zdůrazněného faktoru, hlediska, které považuje autor dané definice za nejdůležitější). Proto si uvedeme několik definic, které mohou pomoci k výkladu pojmu mentální retardace.

„Vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“ (Valenta, Müller, 2003, s. 14)

„Mentální retardace je souborné označení pro výrazně podprůměrnou úroveň všeobecné inteligence (IQ nižší než 70)...termín vystihuje medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty života mentálně retardovaného člověka od narození po smrt – je tedy pojmem interdisciplinárního charakteru...“ (Vašek a kol., 1995)

„Mentální retardace je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku a vytvoření sociální závislosti kvůli neodpovídajícímu porušenému nebo zastavenému intelektovému vývoji.“ (Hort, Hrdlička a kol. 2000, s. 116)

3.5 Oligofrenie

Oligofrenie (neboli slabomyslnost –řec. oligo = málo, phrén = mysl) je termín užívaný ve starší odborné literatuře a jde o mentální retardaci vrozenou či časně získanou (do 2 let věku života). Edelsberger v Defektologickém slovníku uvádí, že vzniká následkem orgánového poškození mozku. Edelsberger (2000) dále uvádí: *„Jedinci se vyznačují nedostatky ve vývoji osobnosti s celkovým snížením rozumových schopností různého stupně.“* O oligofrenii můžeme hovořit také jako o tzv. primárním mentálním postižení.

3.6 Pseudooligofrenie

Dále se setkáváme s pojmem sociálně podmíněné mentální postižení (dříve označované jako pseudooligofrenie). Jde o stav snížené inteligence v důsledku působení sociálních faktorů a to ve smyslu výchovné zanedbanosti, nedostatečné stimulace, sociokulturní znevýhodnění jedince, nepodnětné prostředí, deprivace apod. V důsledku těchto negativních činitelů nedochází k „normálnímu“ rozvoji rozumových schopností (projevuje se výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, lze pozorovat také poruchy chování). Nejde naštěstí o trvalý stav, vhodným působením můžeme stav klienta zlepšit. Sociální faktory se mohou promítnout ve skóre inteligenčního kvocientu v rozmezí 10 až 20 bodů.

3.7 Demence

Pokud dojde k poruše inteligence po druhém roce života, hovoříme o tzv. sekundárním postižení, které je nazýváno v psychopedické terminologii jako demence. Jde o proces zastavení nebo rozpadu běžného mentálního vývoje zapříčiněné poruchou v pozdější době, nemocí nebo např. úrazem mozku. Jako nejčastější příčiny lze uvést zánět mozku (encefalitis), zánět mozkových blan (meningitis), úrazy mozku, nádory mozku, duševní poruchy atd. Charakteristické je postupné zhoršování a prohlubování symptomů, avšak někdy může dojít k zastavení a nedojde k dalšímu zhoršení stavu. Mezi příznaky demence patří zvýšená dráždivost, únava, emocionální labilita, výkyvy pozornosti, poruchy paměti a učení, změny ve struktuře osobnosti. Důležitá je diferenciální diagnostika demence a oligofrenie. (srov. Kozáková, 2005)

Jelikož se demence dětí a dospělých v mnoha aspektech liší, někteří autoři užívají pro pojem demence u dětí – termín deteriorace (úbytek, zhoršení) inteligence. Demence dětí a dospělých se liší např. v rozložení psychických funkcí i průběhem postižení. Mezi projevy dětské demence patří zastavení psychického vývoje, zpomalují se psychické procesy, snižuje se adaptabilita, ztráta intelektových funkcí.

3.8 Slaboduchost

Od slabomyslnosti neboli oligofrenie odlišujeme slaboduchost. Jde o termín, který byl součástí starších revizí Mezinárodní klasifikace nemocí. Slaboduchost se vymezuje jako těžší podprůměr a v pásmu IQ se pohybuje v rozmezí 70-80. V současnosti je tento pojem nahrazen termínem hraniční pásmo mentální retardace či mentální subnorma. Rozptyl pásma se pohybuje od 5 do 16 procent v populaci (lze sem zařadit děti výchovně a sociálně zanedbané, infantilní, s poruchami vědomí, s ADHD, dříve označované jako LMD či děti s dětskou mozkovou obrnou, děti nemocné a fyzicky oslabené, neurotické, se smyslovými vadami, se specifickou poruchou učení apod. (srov. Bajó, Vašek, 1994)

3.9 Klasifikace mentální retardace

Osoby s mentální retardací tvoří různorodou skupinu vyznačující se řadou odlišností. Každý mentálně retardovaný jedinec má individuální osobnostní vlastnosti a měli bychom k němu také tak přistupovat.

Klasifikační přístupy nejsou zcela jednotné, jsou používána různá kritéria. Nejčastěji jsou uváděna kritéria etiologická, symptomatická, vývojová a podle stupně postižení. My se zaměříme především na klasifikaci podle stupně mentálního postižení. Vychází zejména z 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, mezinárodně označována jako ICD-10), zpracované Světovou zdravotnickou organizací.

Desátá revize vstoupila v platnost 1. ledna 1993 a v V. kapitole označené jako „Poruchy duševní a poruchy chování“ je v záhlaví uvedena „Mentální retardace“, která má přiřazeny kódy F 70 - F79. Stupeň mentální retardace je měřen standardizovanými testy inteligence (např. Wechslerovi testy pro děti a dospělé). Testování může být také nahrazeno škálami určující stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Diagnóza závisí rovněž na všeobecných intelektových funkcích, nejen na výsledcích měření inteligence (ty určují jen přibližný stupeň mentální retardace).

MKN-10 uvádí fakt, že intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací a diagnóza by měla korespondovat se současným stavem duševních funkcí.

3.10 Klasifikace podle stupně mentální retardace

Stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu. Uvádíme zde také zastaralé názvy užívané ve starší literatuře, přestaly se mezinárodně užívat pro značný pejorativní nádech.

- F 70 – lehká mentální retardace (mild mental retardation), IQ je v pásmu 50-69, dříve označována jako debilita.
- F 71 – středně těžká mentální retardace (moderate mental retardation), IQ je v pásmu 35-49, dříve označována jako imbecilita.
- F 72 – těžká mentální retardace (severe mental retardation), IQ je v pásmu 20-35, dříve označována jako idioimbecilita nebo prostá idiocie.
- F 73 – hluboká mentální retardace (profound mental retardation), IQ je v pásmu do 19, dříve označována jako idiocie či vegetativní idiocie.

Někteří autoři uvádějí podle MKN-10 také:

- F 78 – jiná mentální retardace,
- F 79 – neurčená (nespecifikovaná) mentální retardace, sem řadíme mentální retardaci NS, mentální subnormalitu NS, oligofrenii NS. Tuto kategorii užíváme pokud je mentální retardace prokázána, avšak není dostatek informací k přiřazení klienta do výše uvedených kategorií.

(srov. např. Valenta, Müller, 2003; Švarcová, 2002; Franiok, 2005; Langer, 1996)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize se k základnímu kódu přidává ještě čtvrtý znak určující rozsah případného přidruženého postižení chování:

0. – žádná nebo minimální porucha chování
1. – výrazné poruchy chování vyžadující pozornost nebo léčbu
8. – jiné poruchy chování
9. – bez zmínky o poruchy chování

Nezávisle na stupni mentálního retardace je mnohými odborníky uváděno dělení osob s MR na dva krajní typy:

1. typ eretický (neklidný, hyperaktivní, verzatilní) – charakterizován neklidem, prchlivostí s rychlým střídáním vzruchu a útlumu. V citové oblasti je u tohoto typu

charakteristická nestálost, rychle s měnící emoce, slabá vůle (hypobulie až abulie), snížená koncentrace pozornosti, neschopnost se soustředit.

2. typ apatický (netečný, hypoaktivní, torpidní) – charakterizován chorobně zpomalenými procesy vzruchu a útlumu, těžkopádností, nečinností, zpomalenými pohyby. Chování jedinců je tiché a klidné, vyskytují se také stereotypní automatismy (např. kývání tělem ze strany na stranu, přešlapování, mačkání předmětů apod.).

Mezi těmito krajními druhy existuje typ nevyhraněný, u kterého procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze nebo jeden z těchto ukazatelů mírně převládá.

3.11 Charakteristika jednotlivých typů mentální retardace

3.11.1 Lehká mentální retardace

U dospělých osob tento stupeň retardace odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Jde o nejlehčí formu mentální retardace. Dítě se na první pohled zdá jako zdravé dítě. Nedostatky a omezení rozumového vývoje a psychických funkcí se jasněji projeví v předškolním období a výrazněji po vstupu do školy. Nedostatky spatřujeme zejména v náročnějších myšlenkových operacích (generalizace, abstrakce), dítě je méně chápavé, obtížněji se zapojuje do kolektivu (do her atp.). Rozsah postižení je také ovlivňován rodinným prostředím (nepodnětné prostředí se může promítnout v nižších výkonech jedinců s lehkou MR, naopak u dětí s přiměřeně podnětným prostředím spatřujeme výkony mnohem lepší). Pro dítě je nutné především přílišné nepřetěžování.

Autoři odborné literatury se shodují, že lehce mentálně retardovaní jedinci jsou většinou schopni dosáhnout schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému vyšetření. Mluvu si osvojují později, mluvíme zde o opožděném vývoji řeči. Lechta uvádí výsledky šetření Böhma, že *ve skupině dětí s mentální retardací našli u dětí s lehkou mentální retardací 85,5% poruch řeči* (Révay a kol. in Lechta, 2002, s. 90).

Švarcová uvádí, že dochází zpravidla k *nerovnoměrnému vývoji jednotlivých psychických funkcí, bývá oslabena nebo rozladěna funkční reaktivita* (Černá in Franiok, 2005, s. 37)

Kysučan (1990) uvádí, že základní vzdělání osoby s tímto typem mentální retardace absolvují v mírně redukované podobě. Většinou vystudují odborné učiliště a jsou schopni společenského a pracovního zapojení, pokud jsou pro ně vhodně vytvořené podmínky. Pracují především v zaměstnání vyžadující spíše praktické než teoretické znalosti. Lze říci, že většina dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, hygienické návyky apod.) a praktických dovednostech, přestože je jejich vývoj oproti normě pomalejší.

Švarcová upozorňuje na skutečnost, že důsledky retardace se projeví, pokud je postižený značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství apod. (Švarcová, 2000).

Jak již bylo řečeno, jde o nejlehčí stupeň mentální retardace a v mnoha případech zůstávají její příčiny neodhaleny, přičemž u velkého počtu jedinců je zjišťována organická etiologie. U lehce mentálně retardovaných se mohou v různé míře projevit i přidružené postižení jako je např. autismus a další vývojové poruchy, poruchy chování, epilepsie či tělesné postižení.

Někteří autoři pod tuto diagnózu zahrnují např. Müller, Švarcová: slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu, lehkou oligofrenii (debilitu). (srov. Müller, 2001; Švarcová, 2000; Langer, 1996)

3.11.2 Středně těžká mentální retardace

U dospělých osob tento stupeň retardace odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. Jedinci se vyznačují jistým omezením neuropsychologického vývoje (dítě začíná později sedět, chodit, pohybová neobratnost v důsledku nekoordinovanosti pohybů a s tím související níže zmíněné problémy ve vývoji řeči). Udržují osobní čistotu a poznávají osoby svého okolí. Řeč je velice opožděná, taktéž myšlení, které dospěje jen do úrovně konkretizační (nevyvinutí druhé signální soustavy, neschopnost abstrahovat). Slovní zásoba těchto jedinců je chudá (vyjadřují se většinou jednoduchými nebo jednoslovnými větami).

Možnosti edukace a terapie jsou u nich omezeny. Pokroky ve škole jsou limitované, pod odborným pedagogickým vedením si mohou osvojit základy čtení, psaní a počítání. Některé speciální výukové programy poskytují postiženým jistou příležitost k rozvoji omezených schopností a získání základních vědomostí a dovedností potřebných k životu ve společnosti. Spatřujeme u nich také citovou nevyrovnanost, labilitu, v některých případech nepřiměřené afektivní výbuchy, jednání je často zkratkovité, což do jisté míry ovlivňuje zařazení do společenského života.

V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud je zajištěn odborný dohled a úkoly jsou strukturovány. Nejsou schopni plně samostatného života, i přesto, že většina je plně mobilní (tudíž fyzicky aktivní) a prokazují schopnosti potřebné k navázání kontaktu, ke komunikaci a zúčastňují se jednoduchých sociálních aktivit.

Mezi středně těžce retardovanými klienty se vyskytují obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. V této skupině nacházíme jedince dosahující vyšší úrovně dovedností senzorio-motorických, kteří mají problémy ve verbálních schopnostech. Jiní jedinci jsou naopak neobratní, avšak jsou do jisté míry schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je též variabilní (od schopnosti vést jednoduchou konverzaci po neschopnost sdělit své nejzákladnější potřeby). Někteří jedinci se nenaučí verbálně komunikovat nikdy, ale jsou schopni porozumět jednoduchým instrukcím a používat ke sdělení některé formy neverbální komunikace.

Franiok (2005, s. 38) upozorňuje na to, že *trvalé umístění dětí se střední mentální retardací v ústavech sociální péče pro mentálně retardované (s výjimkou diagnostických pobytů) není s ohledem na jejich potřebu dalšího vzdělávání, byť podle redukováných učebních osnov, vhodné.*

V minulosti bývali opomíjenou skupinou. Právě klientům se středním stupněm mentální retardace by měla být věnována náležitá pozornost, obzvláště v případě částečné integrace do prostředí sociálního či pracovního.

Odborné publikace (např. Švarcová, 2000) upozorňují na zjiřitelnou organickou etiologii. Ve skupině klientů se střední mentální retardací je často přítomen dětský autismus či jiné pervazivní vývojové poruchy ovlivňující klinický obraz postiženého, taktéž způsob, jak s ním jednat. Častý je výskyt postižení tělesných, neurologických (např. epilepsie) i psychiatrických. Diagnóza je obtížná a závisí zejména na pozorování osob, jež jsou s daným klientem v bezprostředním kontaktu.

Někteří autoři pod tuto diagnózu zahrnují: středně těžkou mentální subnormalitu a středně těžkou oligofrenii (imbecilitu). (srov. např. Müller, 2001; Švarcová, 2000; Langer, 1996)

3.11.3 Těžká mentální retardace

U dospělých osob tento stupeň retardace odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. Jedinci se vyznačují celkovým omezením neuropsychického vývoje. S výše zmíněnou kategorií mentální retardace se pojí často kombinované postižení, výrazné omezení motorického vývoje (pohyby zůstávají nekoordinované, u některých s vyskytují automatické kývavé pohyby hlavy či trupu), tělesné deformity (např. hydrocefalus, mikrocefalus) a smyslové vady. Psychické funkce mají značně omezené v jednotlivých procesech. Často pozorujeme sklon k impulzivnímu jednání, poruchy koncentrace pozornosti, mechanické plnění úkolů.

Klienty lze naučit jednoduché hygienické návyky a návyky sebeobsluhy či základní pracovní činnosti trvající krátkou dobu pod neustálým dohledem.

I těmto jedincům by mělo být umožněno vzdělání alespoň nejzákladnějšího učiva. Měli bychom pamatovat na skutečnost, že jejich psychika se rozvíjí v závislosti na dlouhodobém systematickém speciálně pedagogickém působení.

Podobně jako jsme uvedli výše, někteří autoři pod tuto diagnózu řadí: těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii. (srov. Müller, 2001; Švarcová, 2000)

3.11.4 Hluboká mentální retardace

U dospělých osob tento stupeň retardace odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Jak jsme již zmínili v inteligenčních testech dosahují tito jedinci výsledků na inteligenční škále v pásmu pod 0-19. Při testování je nezbytné použití neverbálních testů. Neuropsychický vývoj těžce mentálně retardovaných je po celý život omezen. Kapacita v oblasti senzomotorické je minimální, většina jedinců je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, časté jsou somatické vady. Typické jsou nápadné stereotypní mimovolné pohyby celého těla.

Psychika je narušena v celé své šíři. Úroveň procesů myšlení a paměti je i v dospělosti minimální, v některých případech žádná. Řeč se nerozvíjí (blíže v kapitole 5.6.3). V důsledku porušení afektivní sféry dochází u těchto jedinců k sebepoškozování, důležitá je neustálá pomoc a dohled. Charakteristická je tedy trvalá závislost na sociálním okolí, časté je upoutání osoby s hlubokou MR na lůžko v důsledku rozsáhlých vad somatického či neurologického původu. (srov. např. Kozáková, 2005; Franiok, 2005; Müller, 2001)

3.11.5 Jiná mentální retardace

Kategorie jiné mentální retardace je užívána v případě, kdy stanovení stupně intelektové retardace je pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození (např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s pervazivními vývojovými poruchami či u těžce tělesně postižených).

3.11.6 Nespecifikovaná mentální retardace

Mentální retardace je prokázána, ale nenacházíme dostatek informací pro zařazení do výše uvedených kategorií. Někteří autoři v tomto případě zahrnují např.: mentální retardaci nervové soustavy, mentální subnormalitu NS a oligofrenii NS. (srov. např. Kozáková, 2005; Franiok, 2005; Müller, 2001)

V dnešním pojetí psychopedie bychom neměli používat termíny vzdělavatelnost a vychovatelnost, jelikož jde o překonaný pohled na tuto problematiku. Nemůžeme žádného klienta odiagnostikovat tak, že je vzdělavatelný či není.

3.12 Etiologie mentální retardace

Příčiny mentální retardace můžeme kategorizovat podle různých hledisek. V minulosti i v současné době se zkoumají nejrůznější možné vlivy (biologické i sociální), i přesto nelze určit příčiny mentální retardace jednotně a jednoznačně z důvodu značné symptomatologické variability, kvalitativnímu a kvantitnímu rozdílu v mentálním deficitu. Oblast intelektových poruch každého jedince je značně rozmanitá. Etiologií, diagnostikou, terapií a prevencí se zabývá řada medicínských (např. genetika, pediatrie, neurologie) a společenských (psychologie, speciální pedagogika, z té zejména psychopedie a logopedie) vědních oborů.

Mentální retardaci mohou způsobovat jak příčiny endogenní (vnitřní), tak exogenní (vnější). Někteří autoři hovoří o mentální retardaci vrozené či získané, jiní o vlivech prenatálních, perinatálních a postnatálních. V této práci se zaměříme na posledně jmenovanou kategorizaci etiologie mentální retardace - tedy z hlediska časového působení.

3.12.1 Prenatální příčiny

Jde o příčiny působící od početí po narození jedince.

V prenatálním období působí řada vlivů, které mohou způsobovat riziko vzniku MR. Mezi nimi nacházíme vlivy způsobující „familiární“ mentální retardaci – sem řadíme vlivy dědičné neboli hereditární (po předcích zděděné nemoci, hlavně metabolické poruchy, nedostatek vloh k určité činnosti apod.)

Dalším faktorem bývají, a to nejen v prenatálním období, genetické příčiny. Ty vznikají vlivem mutagenních faktorů (ze známých je to např. záření, dlouhodobé hladovění, vliv chemických látek), při nichž dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu, nazývané geonomové mutace; dále sem řadíme recesivně podmíněné poruchy, pod které spadá většina dědičných metabolických onemocnění podobných např. fenylylketonurii, galaktosemii apod.

Nejpočetnější skupina příčin je však tvořena syndromy způsobenými změnou počtu chromozomů, zejména pak trizomie, kdy je namísto běžného páru chromozomů jeden navíc. Nejznámější trizomií je Downův syndrom neboli trizomie 21 chromozomu. Mezi dalšími syndromy můžeme zmínit např. Klinefelterův syndrom apod. Franiok (2005)

uvádí, že *odlišný počet chromozomů způsobuje 10-15 % závažných vrozených vad* (Franiok, 2005, s. 31)

Další skupinu prenatalních příčin zastupují enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství. Zde platí zákonitost, že čím dříve dojde k patologii, tím osudovější to má následky na zdraví dítěte. O blastopatii mluvíme, pokud je zárodek porušen infekčními onemocněními, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou. Důsledkem mohou být syndromy různého druhu. Pokud dojde k poruše zárodku v období od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství, hovoříme o tzv. embryopatii. Dále ji dělíme na: embryopatii psychogenní (emocionální zátěž matky v době těhotenství může vyvolat hormonální změny, které mohou vést např. k hypoxii plodu), embryopatologii karencní (nedostatečný přísun složek potravy) a embryopatii toxickou (např. již zmiňovaným vlivem škodlivého záření, důsledkem škodlivých vlivů léků). Pokud dojde k patologii plodu v období po 3. měsíci těhotenství mluvíme o tzv. fetopatii. Ta je většinou způsobena nemocí matky (např. diabetes melitus, poruchy funkce štítné žlázy), intoxikací (otrava alkoholem či jinou drogou, ionizující záření) či infekcí matky.

V souvislosti s rozvojem v medicínské oblasti dnes není neznámý pojem prenatalní diagnostika. Běžná diagnostika jako je vyšetření ultrazvukem a odběr krve je doplněn o metody invazní prenatalní diagnostiky – genetické vyšetření plodu. To se provádí rozborem plodové vody, buněk z placenty či krve z pupečníku.

V případech, kdy je postižení dítěte neslučitelné se životem, se většina žen rozhoduje pro přerušeni těhotenství. To je možné provést do 24. týdne těhotenství. *V České republice již 95 % těhotných žen využívá systému prenatalní péče. Ultrazvukové vyšetření ve 12. týdnu těhotenství dokáže odhalit většinu fyziologických i anatomických vad s 90 % úspěšností.* (Franiok, 2005, s. 31)

3.12.2 Perinatální příčiny

Jde o příčiny působící těsně před, během a po porodu.

Poškození vzniklá v této době zaujímají významné postavení. Škodlivými faktory mohou být: předčasný porod, mechanické poškození mozku dítěte (např. při klešťovém porodu), nízká porodní hmotnost dítěte (menší než 1500g), hypoxie či asfyxie delší než 5 minut (nedostatek kyslíku), nedonošenost, přenošenost (podle uváženi pediatra), nefyziologická

těžká novorozenecká žloutenka (hyperbilirubinemie), Rh inkompabilita, perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) - označující potíže, které byly v minulosti pojmenovávány jako LMD –lehká mozková dysfunkce (drobné poškození mozku, kdy nedojde k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO).

3.12.3 Postnatální příčiny

Jde o příčiny působící po narození dítěte, vyznačující se rozsáhlou multifaktoriálností. Mezi vlivy způsobující mentální postižení řadíme např. biologické postnatální poškození - záněty mozku (klíšťová encefalitida, meningitida, meningoencefalitida), mechanické vlivy jako jsou traumata, nádory mozku, krvácení mozku, která vedou v pozdějším období k deterioracím inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické demence apod.).

(srov. např. Valenta, Müller, 2003; Kozáková, 2005; Franiok, 2005; Müller, 2001; Švarcová, 2000; Langer, 1996)

4. Symptomatické poruchy řeči

4.1 Terminologie

Symptomatické poruchy jsou součástí klinického obrazu mentální retardace. Narušení komunikační schopnosti může být v celkovém klinickém obraze dominantní (hlavním symptomem) či být symptomem jiného dominujícího postižení, případně onemocnění nebo poruchy, proto je Lechta nazývá symptomatické poruchy řeči. Součástí těchto poruch jsou osoby s mentální retardací, dětské mozkové obrny, se zrakovým, sluchovým postižením apod. (srov. Lechta, 2002)

Jedním z charakteristických znaků mentálního postižení je v každém případě narušený vývoj řeči. Vývoj řeči je narušen a nedosáhne nikdy úrovně normy. V tomto případě hovoříme o omezeném vývoji řeči (řeč těchto dětí nikdy nedosáhne obvyklé úrovně řeči ani v pozdějším věku). Řeč se vyvíjí pomalu a deformovaně. Lechta poukazuje na existenci výzkumů, které zjistily odlišnost dětského křiku (křičí méně a jinak). (srov. Brumenz in Lechta, 2002)

V době, kdy u intaktních dětí začíná vývoj řeči, se u mentálně postižených dětí objevují viditelné odchylky. Böhme upozorňuje na skutečnost, že z hlediska vývoje musí jedinec dosáhnout určité prahové hodnoty IQ, která v závislosti na věku umožní vývoj řeči. (srov. Böhme in Lechta, 2002).

Nutné je poukázat na to, že narušený vývoj komunikace se objevuje i v oblasti psychiky. Pasivní slovní zásoba je vyvinutější než aktivní a řeč jako taková nemá vedoucí roli v usměrňování aktivity.

4.2 Etiologie

Příčiny mohou být různé. Na vzniku se podílejí prenatální, perinatální i postnatální vlivy (viz výše zmíněná etiologie MR). Lechta (2002, s. 53) uvádí tři základní případy, kdy mohou vznikat:

1. Primární příčina, která způsobí dominující postižení nebo poruchu provázené narušenou komunikační schopností - symptomatická porucha řeči.

2. Primární příčina, která způsobí dominující postižení se sekundárně narušenou komunikační schopností. Zároveň tatož primární příčina způsobí souběžné postižení s dalším negativním vlivem na komunikační schopnost.

3. Dvě primární příčiny (popř. i více), které negativně způsobí dominující i druhotné postižení, jejichž výsledkem je opět symptomatická porucha řeči.

4.3 Symptomatologie

Příznaky jsou různorodé v závislosti na jednotlivých příčinách. V logopedii hovoříme o samostatné kategorii, jelikož jde o specifickou kvalitativně odlišnou jednotku. Symptomy se objevují ve všech jazykových rovinách v různé míře (od příznaků nemluvnosti po lehké odchylky od „normy“).

4.4 Jazykové roviny

V rámci komplexního přístupu bychom měli hodnotit vývoj řeči mentálně retardovaných osob z hlediska všech jazykových rovin. Budeme vycházet z monografie *Symptomatické poruchy řeči u dětí* Viktora Lechty.

Jde o roviny: lexikálně-sémantickou (týkající se pasivní a aktivní slovní zásoby, definice pojmů, úrovně zobecňování atp.), morfologicko-syntaktickou (jedná se o uplatňování gramatických pravidel, o gramatickou správnost slov, vět, rodu, čísla apod.), foneticko-fonologickou (fonemický sluch, artikulace atd.) a pragmatickou (vyjadřuje schopnost jedince vyjádřit své komunikační záměry, emoce, postoje aj.) (srov. Dvořák, 1998)

Všechny roviny jsou ovlivněny zejména stupněm sníženého intelektu.

Mentálně postižení obecně ve všech rovinách zaostávají oproti intaktní populaci, což popíšeme v následujících řádcích.

4.4.1 Lexikálně-sémantická rovina

Slovní zásoba je omezena v závislosti na stupni sníženém intelektu. Řeč jedinců s MR je chudá, s výskytem menšího užívání přídavných jmen, příslovců i sloves. Většinou se vyjadřují jen podstatnými jmény (pojmenovávajících běžné denní předměty). Objevuje se nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou (pasivní převládá). Jedinci s mentálním postižením často přiřazují jednomu slovu celou řadu podobných i nepodobných věcí a jevů. (srov. Edelsberger in Lechta, 2002)

Z výše uvedeného vyplývá, že nejsou schopni generalizace ve smyslu zveřejnění a nerozlišují jednotlivé nuance pojmů. Jejich verbální sdělení plně nevystihne obsah myšlenky, tudíž je srozumitelné jen pro osoby z nejbližšího okolí. Lechta (2002, s. 83) také uvádí, že *používají velký počet slov nevýznamových oproti relativně menšímu počtu slov významových.*

4.4.2 Morfologicko-syntaktická rovina

Gramatická stavba verbálních projevů je také závislá na úrovni vývoje intelektu. Rozdíly v osvojování si gramatických pravidel mateřského jazyka jsou velice nápadné. Užívat správné gramatické formy zvládnou jen lehce mentálně postižení jedinci a to ne v plné míře (převládají i tak dysgramatismy apod.) Používají jednoduché jednoslovné věty a pokud dospějí k tvoření krátkých vět, i ty jsou nadále agramatické. Vedlejší věty se objevují málokdy. Jak jsme již zmínili výše, co se týká morfologie, převažuje vyjadřování pomocí substantiv. Zřídka kdy použijí přídavná jména, zájmena, příslovce i slovesa. (srov. Lechta, 2002)

4.4.3 Foneticko-fonologická rovina

Týká se vztahu mezi úrovní inteligence a vadnou výslovností (s poklesem IQ stoupá počet jedinců s nesprávnou výslovností). Jak vhodně poznamenává Lechta, děti s mentálním postižením začínají mluvit později, než intaktní populace a v důsledku toho mají mnohem méně verbální praxe. Nemohou si tedy dostatečně osvojit a zautomatizovat koordinaci

mluvních orgánů. Často se také setkáváme s motorickou neobratností, nedoslýchavostí, narušenou schopností fonemické diferenciacie, tyto faktory přispívají k potížím při osvojování si správné výslovnosti daných hlásek. (srov. Lechta, 2002) Proces fixace a automatizace hlásek trvá déle, u těžších forem MR se s verbálními projevy nesetkáme vůbec.

4.4.4 Pragmatická rovina

Jedinci mají problémy s vlastní realizací komunikace (s pochopením role sebe sama jako komunikačního partnera, s formulováním myšlenek, které chtějí sdělit, se záměrem komunikace, s reagováním v různých komunikačních situacích atp.). Tento fakt dále komplikují častá přidružená postižení jako je sluchové postižení, tělesné postižení apod., které ještě více omezují možnosti osoby s mentálním postižením.

4.5 Terapie

Terapii mentálně postižených, tedy osob se symptomatickými poruchami zajišťuje resort zdravotnictví (státní, nestátní, ambulantní i lůžková zdravotnická zařízení, specializované léčebny, denní stacionáře apod.), školství (pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a speciální školy) a práce a sociálních věcí (např. ústavy sociální péče, pokud jedinci nemohou být v domácím prostředí).

Domníváme se, že popis jednotlivých pracovišť není nutný. Raději se budeme, v krátkosti zabývat, terapií ve speciální pedagogice, která v dané problematice zaujímá své specifické místo. Máme na mysli především terapie typu muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, poetoterapie, canisterapie apod. Müller a kol. (2005, s.13) obecně vymezuje a blíže specifikuje tyto terapeutické přístupy v knize *Terapie ve speciální pedagogice* jako: „odborné a cílené jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.“

4.6 Vliv stupně mentální retardace

Vývoj řeči osob s mentálním postižením můžeme posuzovat z více hledisek (z hlediska stupně, formy a typu mentální retardace) V naší práci dále načrtneme pohled z hlediska vlivu stupně MR. Co se týče vlivu formy mentální retardace, můžeme říci, že v se v odborné literatuře setkáváme s dobrým popisem specifických mluvních projevů u forem vyznačujících se nápadnými somatickými znaky (např. u Downova syndromu, u dětí s kretenismem aj.). Těmito jedinci se v naší práci nebudeme zabývat.

V závislosti na sníženém stupni intelektu dochází ke změnám průběhu vývoje řeči. V následujících řádcích uvedeme stručný přehled vývoje řeči osob s hlubokou, těžkou, středně těžkou a lehkou mentální retardací.

4.6.1 Vývoj řeči osob s lehkou mentální retardací

Počátek vývoje je ve většině případech opožděn o rok i více, ale jedinec může dosáhnout rozvoje druhé signální soustavy, umožňující schopnost abstrakce. Verbální schopnosti těchto jedinců se mohou jevit jako intaktní, problémy se mohou objevit v neočekávané situaci. Tudíž nemusí být poruchy verbální komunikace včasné rozpoznány.

4.6.2 Vývoj řeči osob se středně těžkou mentální retardací

Počátky vývoje takto postižených jedinců jsou značně opožděné. Řeč se začíná rozvíjet až kolem 6. roku života (v některých případech se rozvine relativně dobře). Lechta upozorňuje na postřeh Jankovichové, že předěl mezi těžkou a středně těžkou retardací je jednoznačný v rozdílech mluvních výkonů) a hranice mezi středně těžkou a lehkou mentální retardací není tak nápadná. (Jankovichová in Lechta, 2002) Osoby dosahují úrovně první signální soustavy. Známa je schopnost dobré mechanické paměti (opakují delší větné celky, i když nerozumí obsahu sdělení, které produkují). Mají dobře vyvinuté napodobovací schopnosti. Často se vyskytují echolalie.

4.6.3 Vývoj řeči osob s těžkou až hlubokou mentální retardací

Tito jedinci nedosahují úrovně vyšší nervové činnosti. Většinou se nenaučí verbálně komunikovat, řečové projevy zůstávají na pudové úrovni. V těžkých případech nekomunikují, jen vydávají neartikulované zvuky, nejsou schopni využívat ani prostředky neverbální komunikace. Méně než polovina umí dát aktivně najevo své základní potřeby, např. žízeň apod. - Matulay uvádí asi jen 35 %. (Matulay, 1986)

Dítě s těžkou mentální retardací má alespoň určitou snahu komunikovat (komunikace je chudá, bez emočního a sociálního uvědomění) a dlouhodobým a neustálým nácvikem můžeme dosáhnout pouze elementárních hygienických návyků.

Jedinec s hlubokou mentální retardací není schopen rozeznat ani známé osoby ze svého nejbližšího okolí, nekomunikuje, jen vydává skřeky. Často se u těchto osob objevují stereotypní pohyby. Hluboké mentální postižení bývá spojeno se somatickými poruchami, epileptickými záchvaty, poruchami centrální nervové soustavy.

V obou případech je nutná trvalá ústavní péče.

5. Praktická část

5.1 Cíl šetření

Předmětem výzkumného šetření této diplomové práce je využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace v ústavech sociální péče na území Ústeckého kraje.

Pro zajímavost jsme také obeslali speciálně pedagogická centra na území Ústeckého kraje.

Šetření jsme provedli formou dotazníku (viz příloha č. 1) Dotazníky byly distribuovány pracovníkům ústavů sociální péče a speciálně pedagogických center v Ústeckém kraji.

5.2 Metodologie

K sběru dat potřebných pro vyhodnocení byla použita jedna z nejfrekventovanějších metod sběru dat a to metoda formou dotazníku.

Dotazník *„náleží ke specifickým metodám, používaným ve společenských vědách, tedy i v pedagogice. Charakterizuje se tím, že je určena pro hromadné získávání údajů“*. (Skalková a kol., 1983, s. 86)

Osoba, která dotazník vyplní je nazývána respondent neboli dotazovaný. Dotazníky se skládají z otázek (položek). Náš dotazník obsahuje 12 položek. V odborné literatuře zabývajícími se zpracováním dat jsou položky děleny podle stupně otevřenosti na otevřené, uzavřené a polouzavřené. V námi vypracovaném dotazníku jsou všechny otázky uzavřené, avšak v položkách s č. 6, 9, 11 měl dotazovaný možnost v kolonce „jiné“ blíže specifikovat danou odpověď.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Údaje jsme získali prostřednictvím dotazníků, které jsme zaslali pracovníkům ústavů sociální péče a speciálně pedagogických center v Ústeckém kraji.

Dotazníky byly rozeslány v písemné či elektronické podobě na adresy, které jsme získali pomocí internetového vyhledávače na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. K písemně rozeslaným dotazníkům jsme pro zvýšení návratnosti vyplněných dotazníků přiložili ofrankovanou obálku s nadepsanou adresou. Dotazníky dále obsahovaly průvodní dopis (viz příloha č. 2)

Celkem bylo rozesláno 38 dotazníků do ústavů sociální péče a 8 do speciálně pedagogických center.

Výsledky jsme zpracovali zvlášť pro ÚSP a SPC.

5.4 Návratnost dotazníků

Vyplněný dotazník zpět zaslalo celkem 28 ústavů sociální péče a 4 speciálně pedagogická centra. Z toho 2 ústavy sociální péče uvedli, že se danou problematikou nezabývají a dotazníky nevyplnili, tudíž jsme je z výzkumného šetření vyřadili.

Celkem bylo do šetření započítáno 26 ústavů sociální péče a 4 speciálně pedagogická centra.

Návratnost vyplněných dotazníků z ÚSP tedy činila 28 tzn. 73, 7 %. Do šetření jsme použili ale jen 26 dotazníků tzn. 68,4 %. Návratnost dotazníků z SPC je 50 % tedy ze 4 zařízení.

5.5 Charakteristika speciálně pedagogického centra

Speciálně pedagogické centrum můžeme definujeme jako „*speciální školská zařízení, která se specializují na určitý typ zdravotního postižení*“ (defektu). (Novosad, 2000, s. 105)

Speciálně pedagogická centra jsou tedy pro mentálně postižené děti a mládež, smyslově a tělesně postižené, pro děti s vadami řeči. Bývají zřizována při speciálních (státních i nestátních) školách a své poradenské služby poskytují školám, školským zařízením, ústavům, rodinám postižených, orgánům státní správy a dalším osobám, které se podílejí na péči o handicapované občany (populaci). Mezi činnostmi SPC patří např. zpracování podkladů pro zařazení dítěte nebo žáka do integrovaného či speciálního zařízení, návrh přiměřeného způsobu vzdělávání a výchovy postižených dětí

a mladistvých, provádí depistáž, ucelenou evidenci osob s daným postižením, diagnostiku apod.) (srov. Novosad, 2000)

5.6 Charakteristika ústavu sociální péče

Podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (s platností od 1.1.2007) se pro dříve označované ústavy sociální péče používá názvu domov pro osoby se zdravotním postižením. Ne všechny ústavy sociální péče se však přejmenovali.

Zmíněný zákon charakterizuje domovy pro osoby se zdravotním postižením jako domovy poskytující pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (mezi něž řadíme i mentálně retardované osoby).

Domovy by měly poskytovat tyto základní činnosti: ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné a vzdělávací činnosti, apod. Více v zákoně č. 108/2006 Sb.

5.7 Výsledky šetření

Níže uvedeme výsledky šetření, které jsme provedli v ústavech sociální péče a speciálně pedagogických center nacházejících se v Ústeckém kraji.

Výsledky uvedeme v takovém pořadí, v jakém následovaly otázky v námi vypracovaném dotazníku.

1. Jakého typu je vaše zařízení?

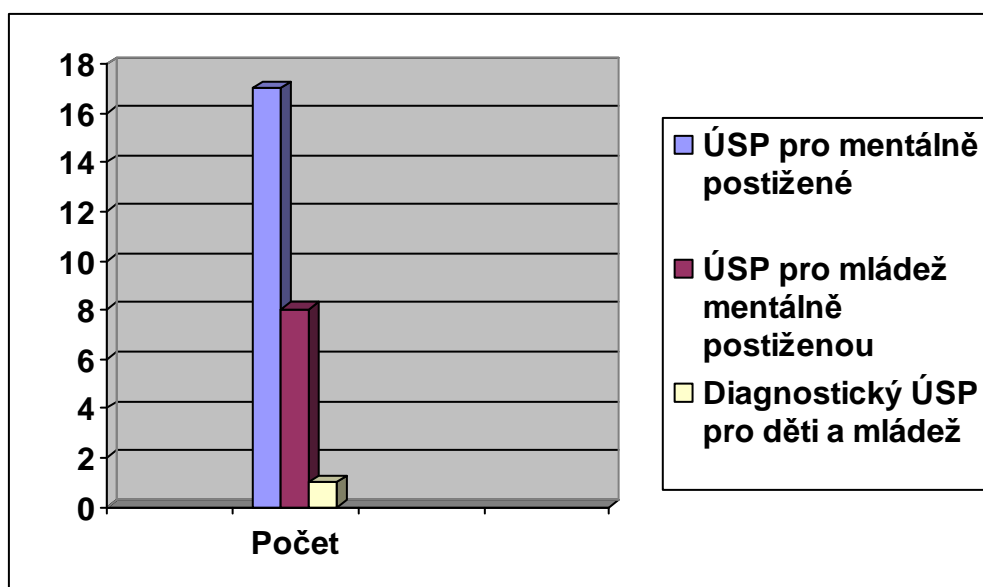
Většina odpovědí přišla z ústavů sociální péče pro osoby s mentálním postižením (jak jsme již zmínili, dle zákona 108/2006 Sb. se některé ÚSP přejmenovali na domovy pro osoby se zdravotním postižením). Dále jsme obdrželi odpovědi respondentů z ústavů sociální péče pro mládež mentálně postiženou a jednoho diagnostického ústavu sociální péče pro děti a mládež.

V následujících řádcích zmíníme mimo jiné vyjádření speciálně pedagogických center k našemu výzkumnému šetření.

Tabulka č. 1 - Typ zařízení

<i>Typ zařízení</i>	<i>počet</i>
Ústav sociální péče pro mentálně postižené	17
Ústav sociální péče pro mládež mentálně postiženou	8
Diagnostický ÚSP pro děti a mládež	1

Graf č. 1 - Typ zařízení



2. Kdo je zřizovatelem vašeho zařízení?

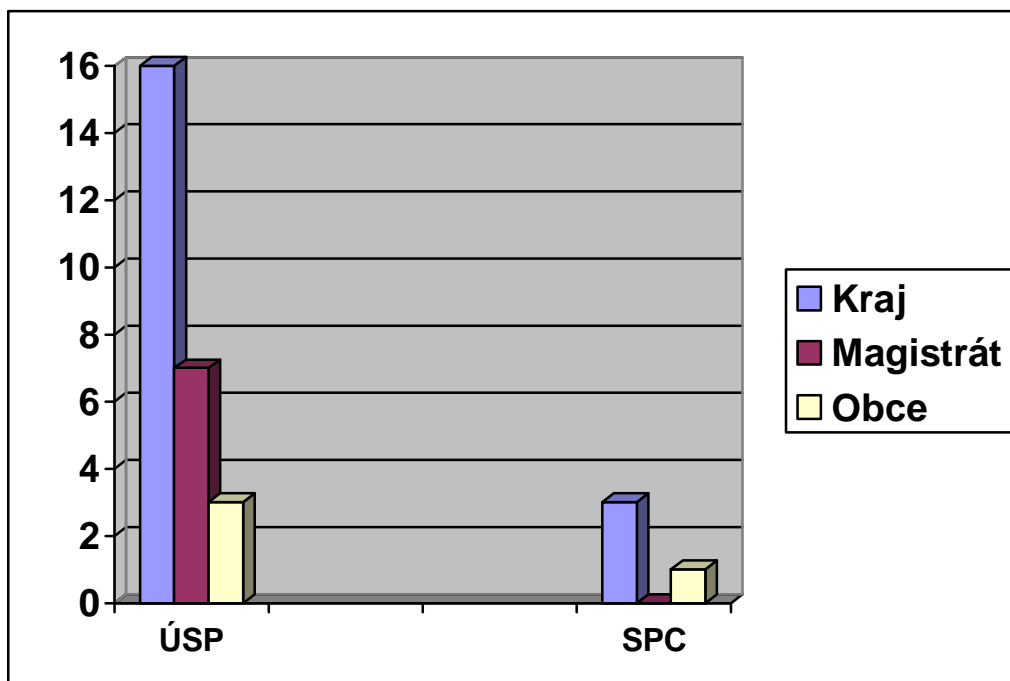
Z obeslaných ústavů sociální péče převažují ty, které jsou zřízené krajem, na druhém místě v četnosti uvedli respondenti jako zřizovatele magistrát, s nejnižší četností obce.

Speciálně pedagogická centra, jejichž vyplněné dotazníky se vrátily, uvedla jako zřizovatele ve třech případech kraj, v jednom obec.

Tabulka č. 2 - Zřizovatelé zařízení

<i>Zřizovatel</i>	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Ústav sociální péče</i>
Kraj	16	3
Magistrát	7	0
Obce	3	1

Graf č. 2 - Zřizovatelé zařízení



3. S jakým typem postižení využívají klienti (uživatelé) služby vašeho zařízení?

V ústavech sociální péče jsou zastoupeny všechny typy postižení v tomto pořadí:

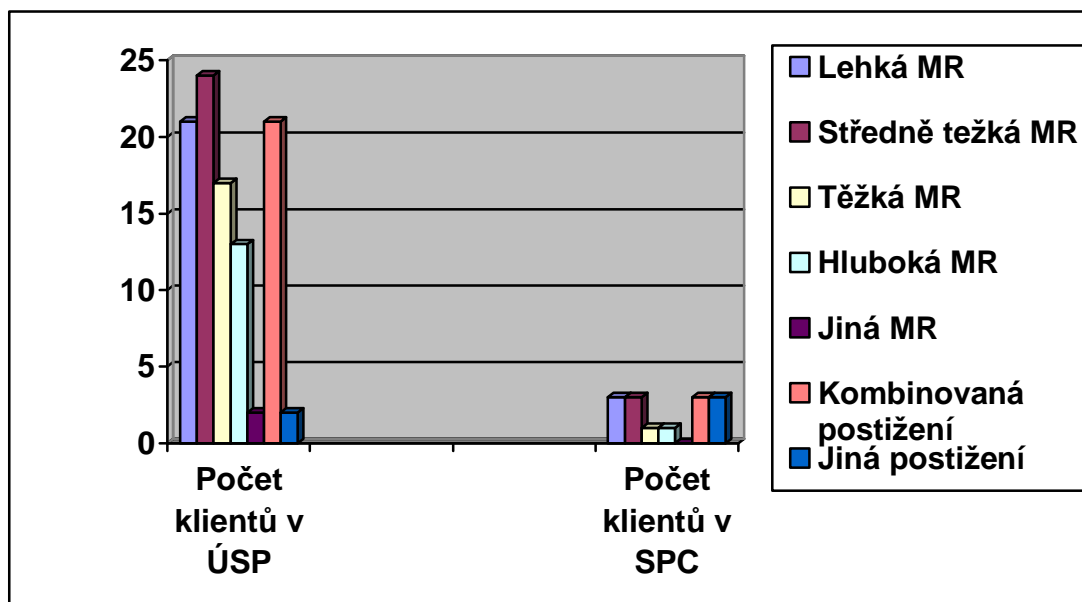
- středně těžká mentální retardace
- lehká mentální retardace, kombinovaná postižení
- těžká mentální retardace
- hluboká mentální retardace
- jiná mentální retardace a jiná postižení (zrakově postižení, těžce tělesně postižení)

Speciálně pedagogická centra uváděla v položce „jiná postižení“: děti se sluchovým postižením, s vadami řeči, tělesně postižené, kombinace s těžkým mentálním postižením se vyskytuje ojediněle.

Tabulka č. 3 - Výskyt typu postižení v zařízení.

<i>Typ postižení</i>	<i>počet klientů v ÚSP</i>	<i>počet klientů v ÚSP</i>
Lehká MR	21	3
Středně těžká MR	24	3
Těžká MR	17	1
Hluboká MR	13	1
Jiná MR	2	0
Kombinovaná postižení	21	3
Jiná postižení	2	3

Graf č. 3 - Výskyt typu postižení v zařízení



4. Počet klientů (uživatelů) ve vašem zařízení?

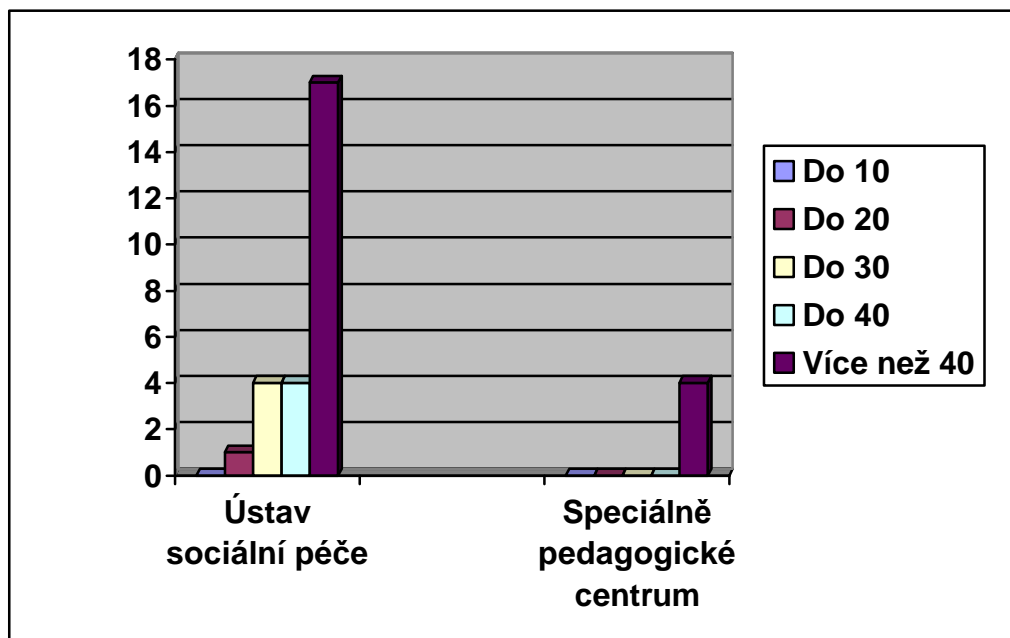
Z šetření vyplývá, že nejvíce zařízení (sedmnáct) je velkokapacitních, tedy s více jak čtyřiceti uživateli. Pouze jedno zařízení je s počtem klientů do 20, čtyři s počtem do 30 a 40 klientů.

Všechna speciálně pedagogická centra uvedla, že jejich služby využívá více jak čtyřicet klientů.

Tabulka č. 4 - Počet uživatelů v zařízení.

Počet klientů	Ústav sociální péče	Speciálně pedagogické centrum
Do 10	0	0
Do 20	1	0
Do 30	4	0
Do 40	4	0
Více než 40	17	4

Graf č. 4 - Počet uživatelů v zařízení



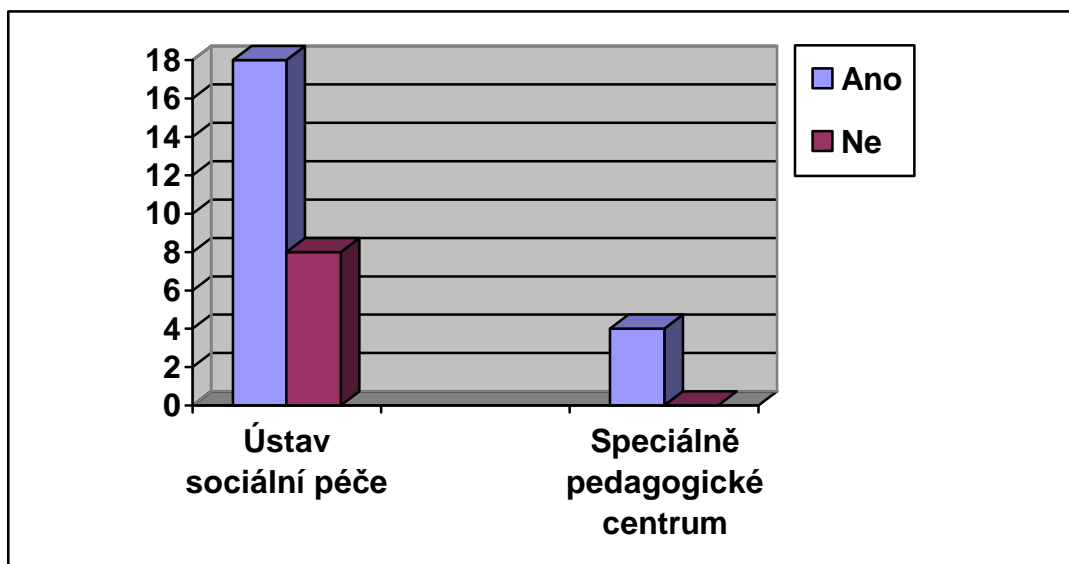
5. Setkali jste se již s problematikou AAK (alternativní a augmentativní komunikace)?

Na tuto otázku odpověděli respondenti z ústavů sociální péče v osmnácti případech kladně, ve zbylých osmi záporně. Všechna speciálně pedagogická centra se s danou problematikou setkala.

Tabulka č. 5 - Znalost pojmu alternativní a augmentativní komunikace v zařízení.

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	18	4
NE	8	0

Graf. č. 5 - Znalost pojmu alternativní a augmentativní komunikace v zařízení



6. Jaké systémy AAK ve vašem zařízení využíváte?

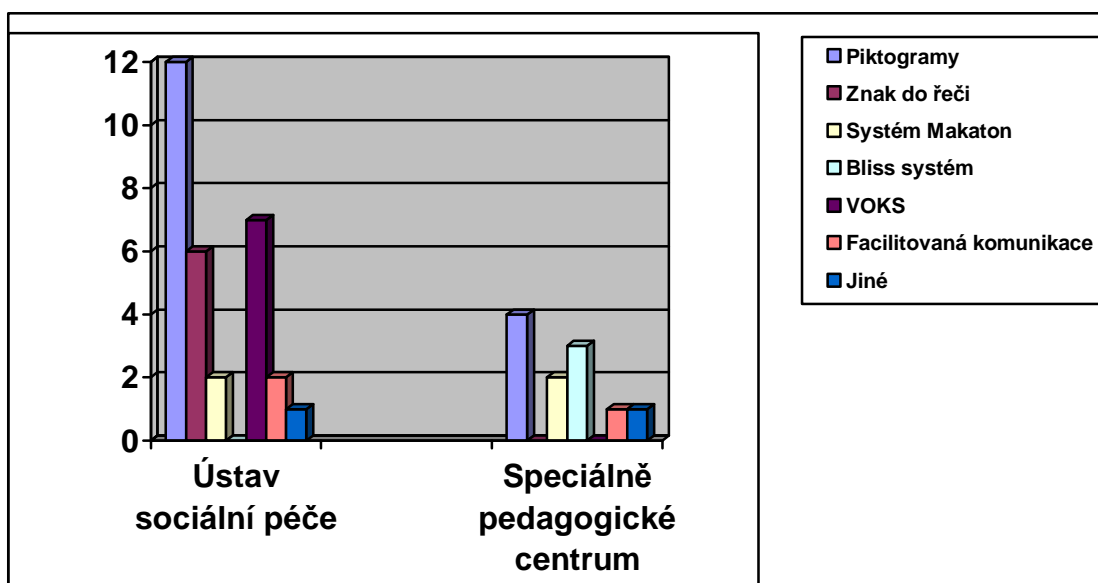
Z výsledků šetření vyplynulo, že je nejvíce v ústavech sociální péče využíván nejznámější systém - piktogramy, dále Výměnný obrázkový komunikační systém, Znak do řeči. Nejméně systém Makaton, facilitovaná komunikace a různé předměty (ty uvedlo jedno ze zařízení ve výběru v kolonce jiné systémy). Žádné zařízení nevyužívá Bliss systém.

Speciálně pedagogická centra taktéž, že nejvíce využívají piktogramy, dále Bliss systém, systém Makaton, facilitovanou komunikaci a jedno speciálně pedagogické centrum uvedlo jako jiný systém alternativní a augmentativní komunikace znakový jazyk. Nevyužívají znak do řeči a Výměnný obrázkový komunikační systém.

Tabulka č. 6 - Využívané systémy alternativní a augmentativní komunikace

<i>Systém AAK</i>	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
Piktogramy	12	4
Znak do řeči	6	0
Systém Makaton	2	2
Bliss systém	0	3
VOKS	7	0
Facilitovaná komunikace	2	1
Jiné	1	1

Graf č. 6 - Využívané systémy alternativní a augmentativní komunikace



7. Jaké prostředky AAK užíváte při práci s klienty?

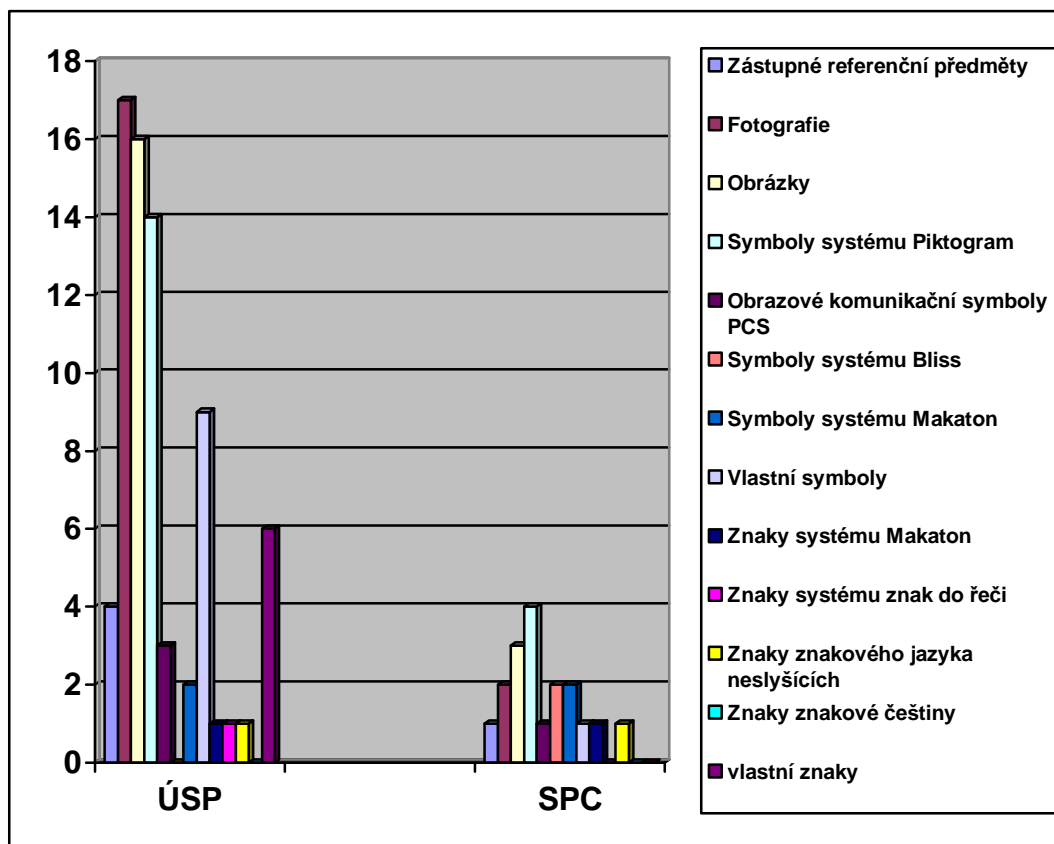
Z odpovědí respondentů je jasné, že v ústavech sociální péče, jsou nejvíce využívány při práci s klienty fotografie. Dále obrázky, piktogramy, vlastní symboly, vlastní znaky. Nejméně jsou využívány zástupné referenční předměty, obrazové komunikační symboly systému Picture Communication Symbols, symboly a znaky systému Makaton, znaky znakového jazyka a znaků systému znak do řeči. Žádné ze zařízení nevedlo, že by pracovalo s prostředky systému Bliss a znaky znakované češtiny.

Ve speciálně pedagogických centrech jsou prostředky využívány v tomto pořadí (od nejvíce po nejméně využívaných): symboly systému piktogramy, obrázky, zástupné referenční předměty, symboly PCS, vlastní symboly, znaky Makatonu, znaky znakového jazyka neslyšících osob. Ostatní prostředky alternativní a augmentativní komunikace SPC nevyužívají.

Tabulka č. 7 - Užívané prostředky alternativní a augmentativní komunikace

<i>Prostředky AAK</i>	<i>ÚSP</i>	<i>SPC</i>
Zástupné referenční předměty	4	1
Fotografie	17	2
Obrázky	16	3
Symboly systému Piktogram	14	4
Obrazové komunikační symboly PCS	3	1
Symboly systému Bliss	0	2
Symboly systému Makaton	2	2
Vlastní symboly	9	1
Znaky systému Makaton	1	1
Znaky systému znak do řeči	1	0
Znaky znakového jazyka neslyšících	1	1
Znaky znakované češtiny	0	0
Vlastní znaky	6	0

Graf č. 7 - Užívané prostředky alternativní a augmentativní komunikace



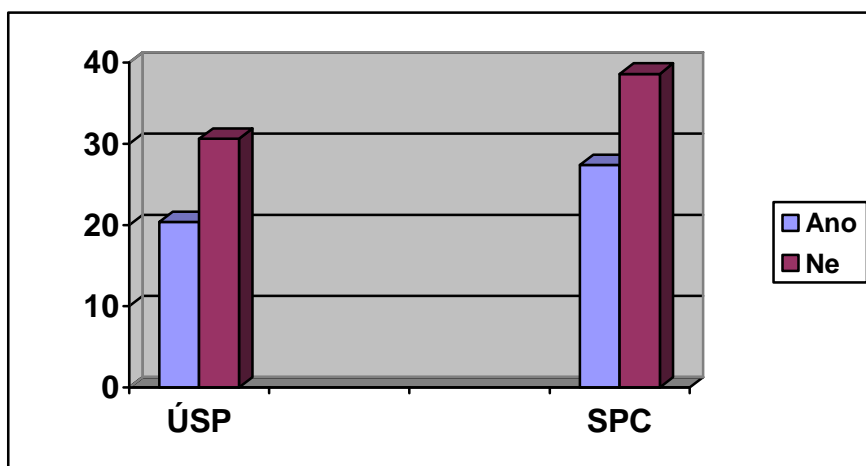
8. Spolupracuje vaše zařízení s logopedem?

Na tuto otázku odpovědělo kladně devět ústavů sociální péče a všechna speciálně pedagogická centra. Záporně odpověděli respondenti ze sedmnácti ÚSP.

Tabulka č. 8 - Spolupráce zařízení s logopedem

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	9	4
NE	17	0

Graf č. 8. - Spolupráce zařízení s logopedem



9. Pokud spolupracuje zařízení s logopedem, tak jakou formou?

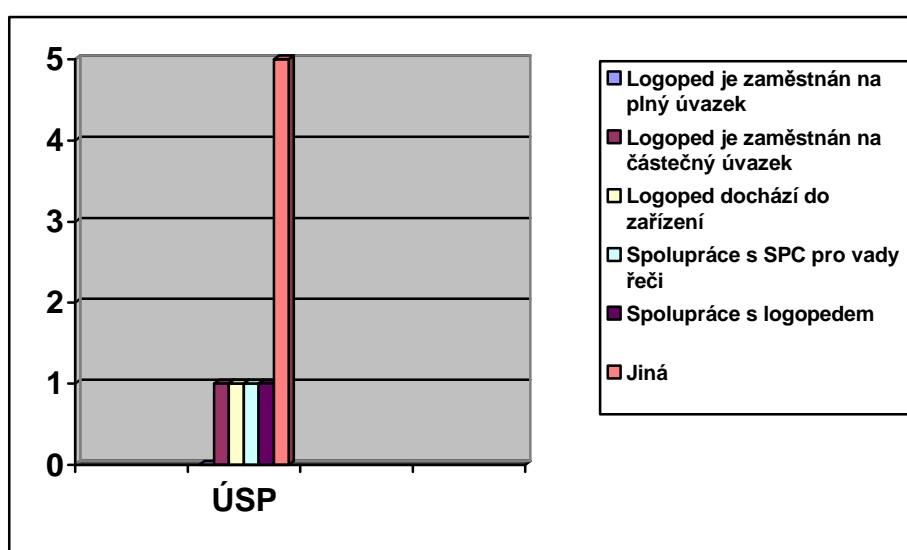
Nejvíce dotazovaných pracovišť ÚSP uvedlo, že spolupracuje s logopedem docházením ke klinickému logopedovi do zdravotnického zařízení či logopedické ambulance a to v položce „jiná spolupráce“. Zbylá zařízení uvedla spolupráci (po jednotlivých zařízeních): logoped je zaměstnán na částečný úvazek, dochází do zařízení nebo spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou či speciálně pedagogickým centrem pro vady řeči.

Ve všech speciálně pedagogických centrech je logoped zaměstnán na plný úvazek. Tabulka není nutná.

Tabulka č. 9 - Spolupráce zařízení s klinickým logopedem

<i>Forma spolupráce</i>	<i>Ústav sociální péče</i>
Logoped je zaměstnán na plný úvazek	0
Logoped je zaměstnán na částečný úvazek	1
Logoped dochází do zařízení	1
Spolupráce s SPC pro vady řeči	1
Spolupráce s logopedem z PPP	1
Jiná	5

Graf č. 9. - Spolupráce zařízení s klinickým logopedem



10. Využíváte při péči o mentálně postižené klienty některé speciální logopedické pomůcky?

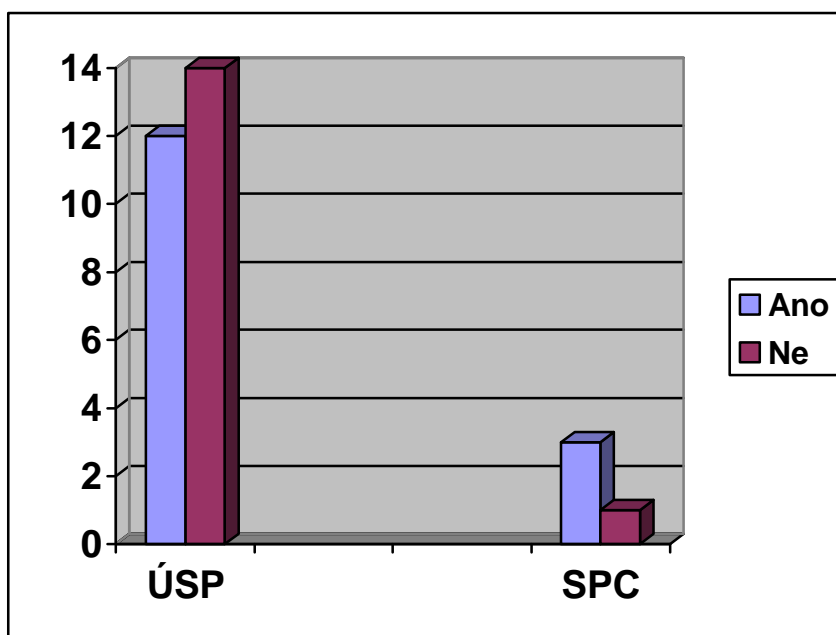
Z celkového počtu dotázaných ústavů sociální péče uvedlo čtrnáct pracovišť, že speciální logopedické pomůcky nevyužívá. Zbýlých dvanáct respondentů odpovědělo kladně.

Jedno speciálně pedagogické centrum odpovědělo záporně.

Tabulka č. 10 - Využití speciálních pomůcek

Využívání	Ústav sociální péče	Speciálně pedagogické centrum
ANO	12	3
NE	14	1

Graf č. 10 - Využití speciálních pomůcek



11. Pokud ANO, tak jaké pomůcky využíváte?

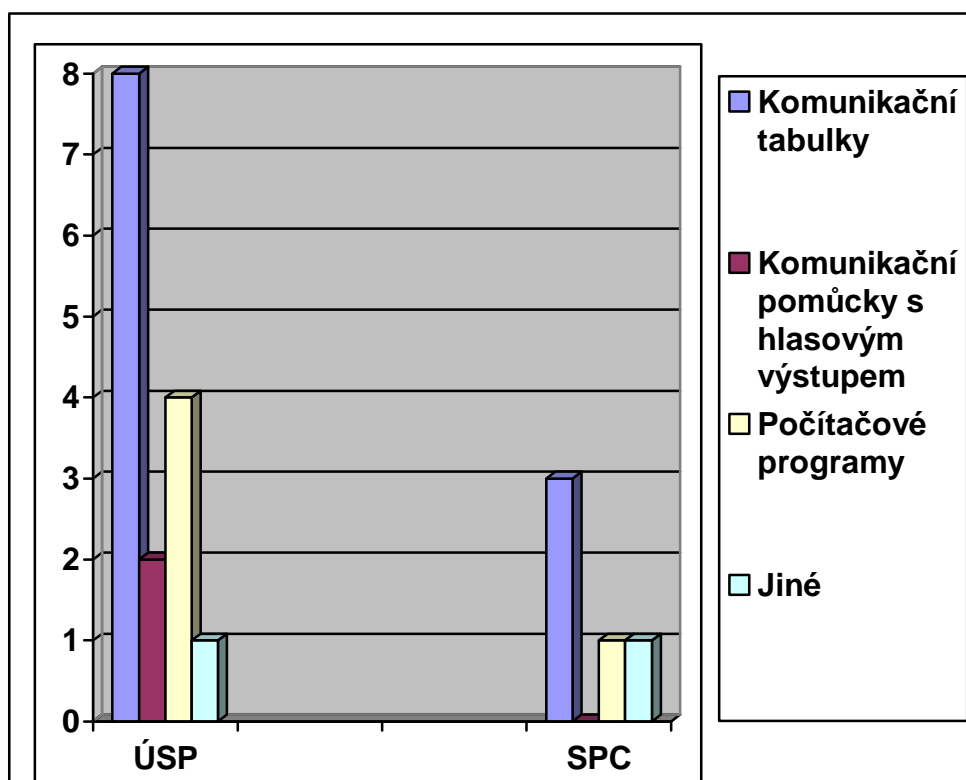
Komunikační tabulky využívá osm ÚSP, čtyři počítačové programy, dvě komunikační pomůcky s hlasovým výstupem. Jedno pracoviště v položce „jiné“ uvedlo, že pracuje s obrázky a různými materiály při pracovní výchově.

Speciálně pedagogická centra využívají ve třech případech komunikační tabulky, dále programy na počítači a fotografie.

Tabulka č. 11 - Speciální pomůcky

	ÚSP	SPC
Komunikační tabulky	8	3
Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem	2	0
Počítačové programy	4	1
Jiné	1	1

Graf č. 11 - Speciální pomůcky



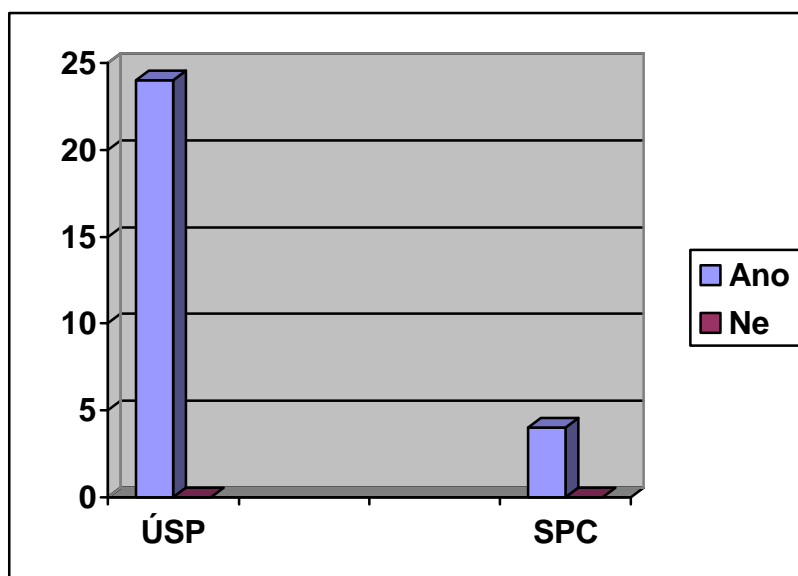
12. Shledáváte využití systémů AAK jako efektivní?

Dotazovaná zařízení uvedla, že shledávají využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace v péči o mentálně postižené jedince jako efektivní. Přičemž se dvě zařízení ÚSP se k této otázce nevyjádřila a to z důvodu, že v současné době není systémů AAK v zařízení využíváno.

Tabulka č. 12 - Efektivita

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	24	4
NE	0	0

Graf č. 12 - Efektivita



5.8 Interpretace výsledků šetření

V následujících řádcích navážeme na výše uvedené výsledky šetření a uvedená data vyjádříme v procentech.

Nadále se budeme držet pořadí, v jakém byly uvedeny otázky v dotazníku.

1. Jakého typu je vaše zařízení?

Nadpoloviční většinu (65 %) odpovědí jsme obdrželi od ústavů sociální péče. 31 % respondentů odpovědělo také z ústavů sociální péče, avšak zaměřených na mentálně postiženou mládež. Jeden vyplněný dotazník (tedy v 4 %) jsme obdrželi z diagnostického ústavu sociální péče pro děti a mládež.

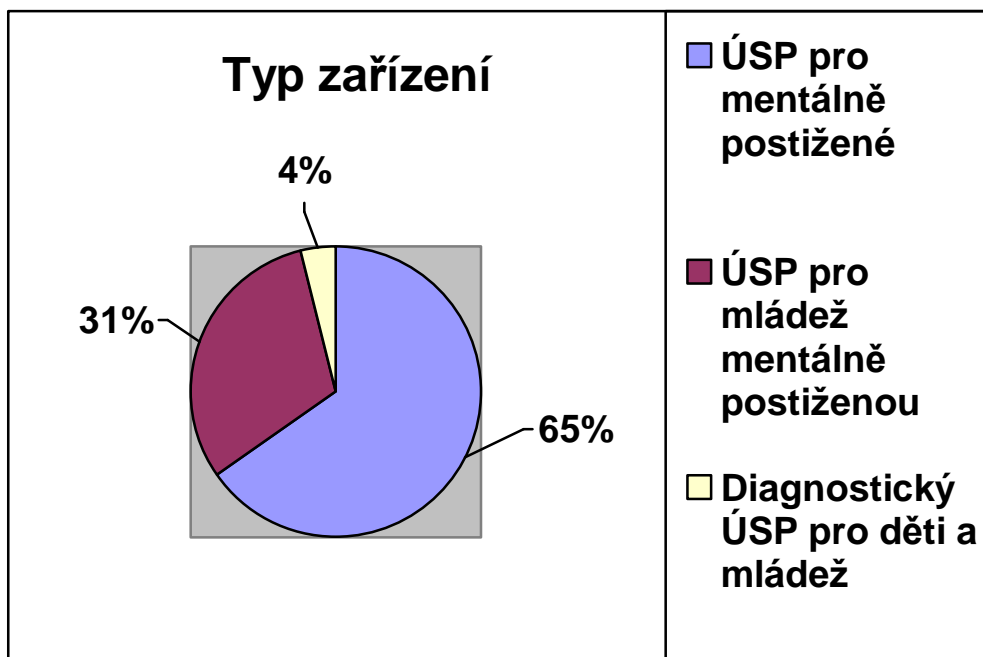
Souhrnně budeme tyto zařízení v následujícím textu nazývat **ústavy sociální péče**.

Dále budeme uvádět výsledky šetření speciálně pedagogických center. U této položky není tabulka SPC nutná.

Tabulka č.13. - Typ zařízení

<i>Typ zařízení</i>	<i>vyjádření v procentech</i>
Ústav sociální péče pro mentálně postižené	65 %
Ústav sociální péče pro mládež mentálně postiženou	31 %
Diagnostický ÚSP pro děti a mládež	4 %

Graf č. 13 - Typ zařízení



2. Kdo je zřizovatelem vašeho zařízení?

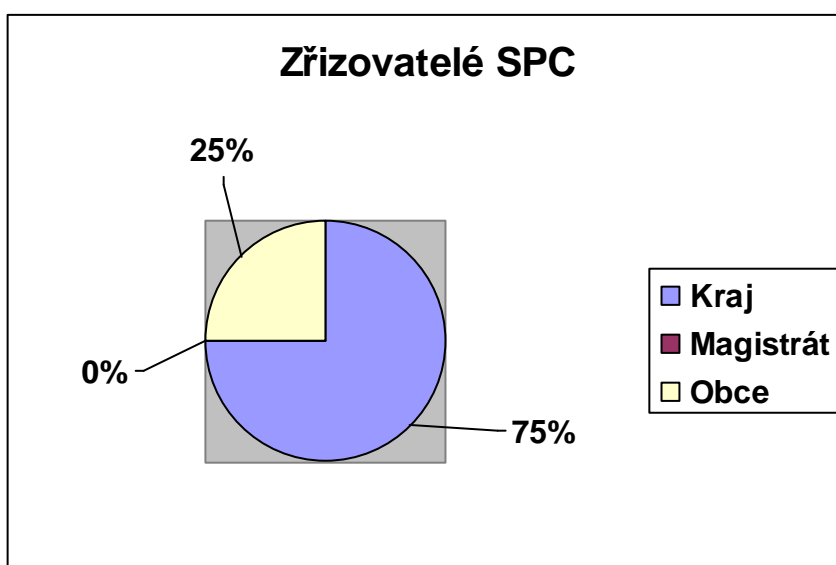
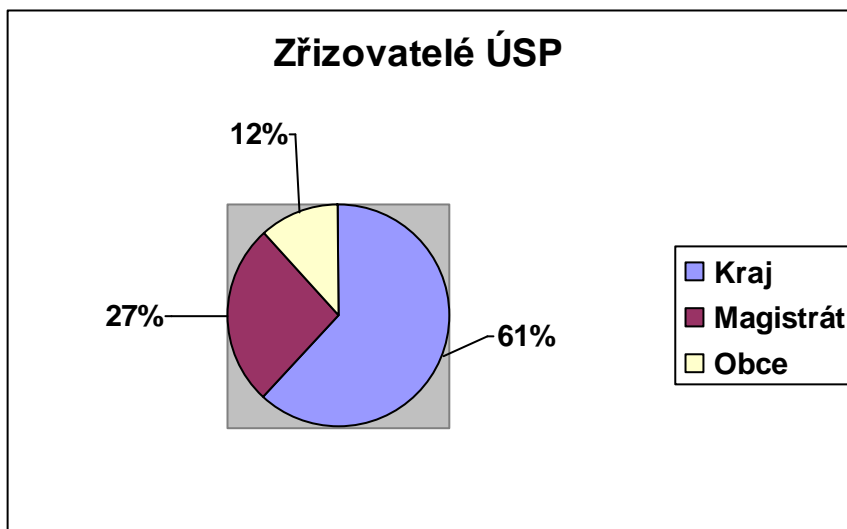
Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že více než polovina (61 %) ústavů sociální péče je zřízena krajem, 27 % magistrátem a v 12 % obcí.

75 % SPC je zřízena krajem, 25 % obcí.

Tabulka č. 14. - Zřizovatel zařízení

Zřizovatel centrum	Ústav sociální péče	Speciálně pedagogické
Kraj	61 %	75 %
Magistrát	27 %	0 %
Obce	12 %	25 %

Grafy č. 14-15. - Zřizovatel zařízení



3. S jakým typem postižení využívají klienti (uživatelé) služby vašeho zařízení?

Z šetření vyplývá, že v ústavech sociální péče jsou zastoupeny všechny typy postižení, a to v následujícím pořadí:

1. středně těžká mentální retardace v 92 %
2. lehká mentální retardace a kombinovaná postižení v 81 %
3. hluboká mentální retardace v 50 %
4. těžká mentální retardace v 47 %
5. jiná mentální retardace a jiná postižení (těžce tělesně postižení a zrakově postižení) v 8 %

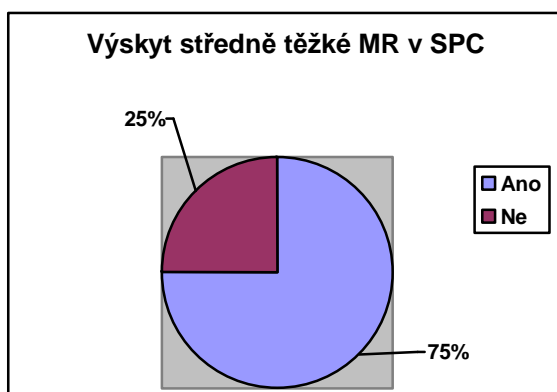
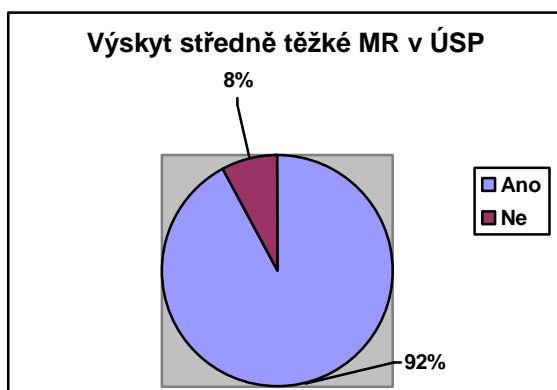
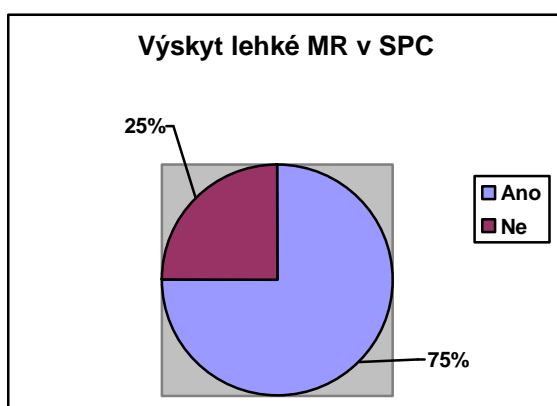
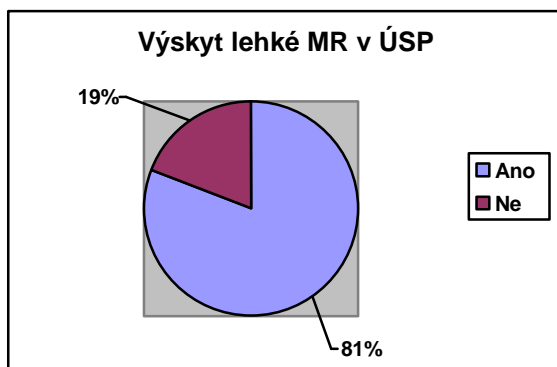
V speciálně pedagogických centrech jsou klienti s následujícími typy postižení v tomto pořadí:

1. lehká a středně těžká mentální retardace, kombinovaná postižení a jiná postižení v 75 %
2. těžká a hluboká mentální retardace v 25 %
3. jiná mentální retardace v 0 %

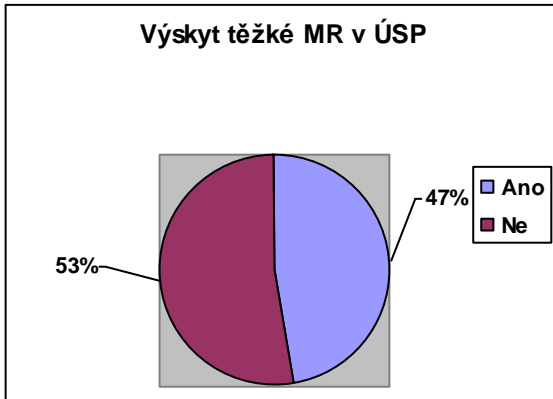
Tabulka č. 15. - Výskyt typu postižení v zařízení

<i>Typ postižení</i>	<i>počet klientů v ÚSP</i>	<i>počet klientů v SPC</i>
Lehká MR	81 %	75 %
Středně těžká MR	92 %	75 %
Těžká MR	47 %	25 %
Hluboká MR	50 %	25 %
Jiná MR	8 %	0 %
Kombinovaná postižení	81 %	75 %
Jiná postižení	8 %	75 %

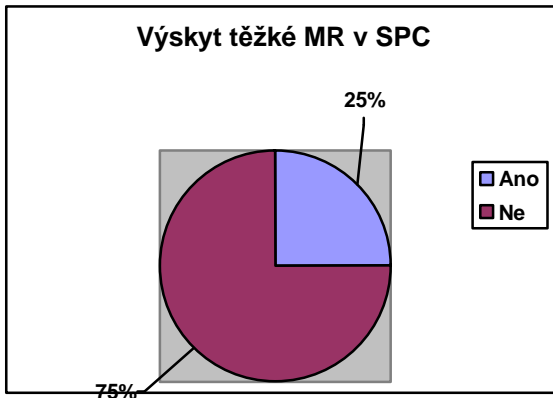
Grafy č. 16-29 - Výskyt typu postižení v zařízení



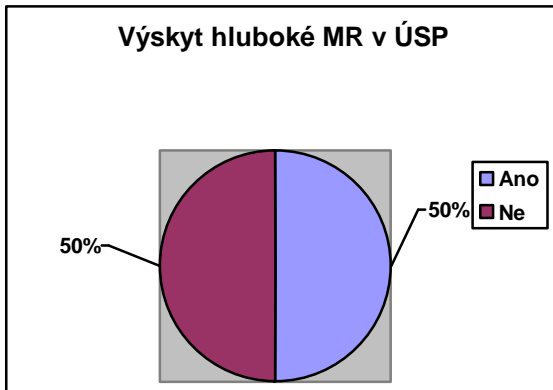
Výskyt těžké MR v ÚSP



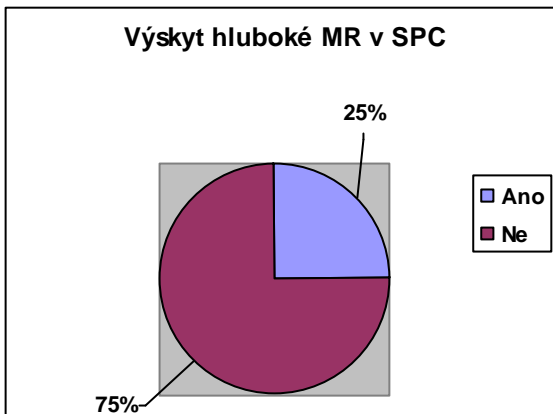
Výskyt těžké MR v SPC

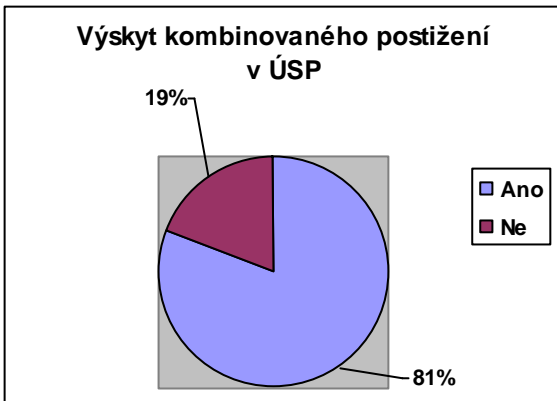
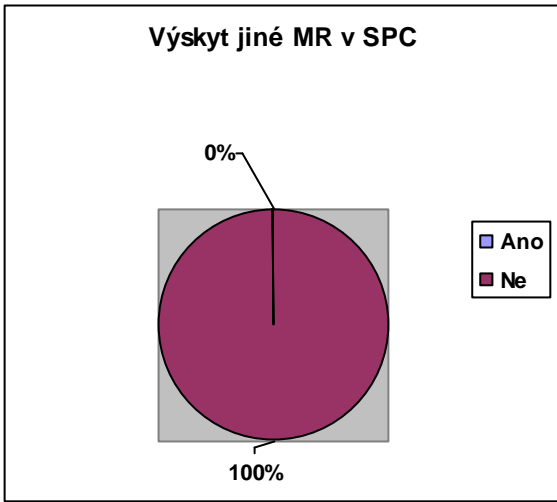
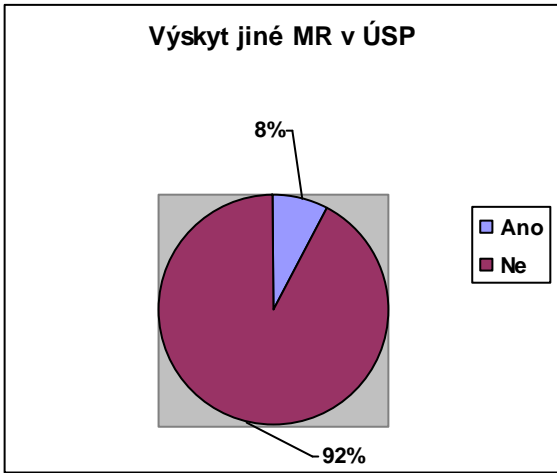


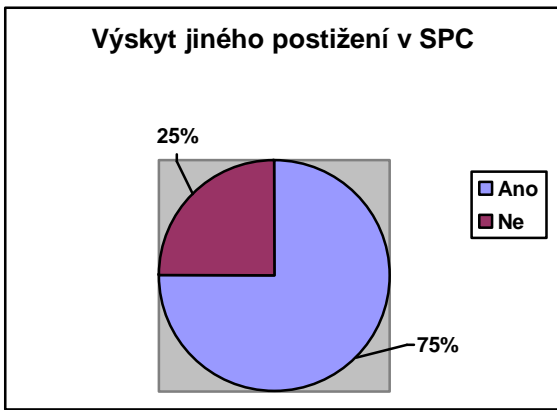
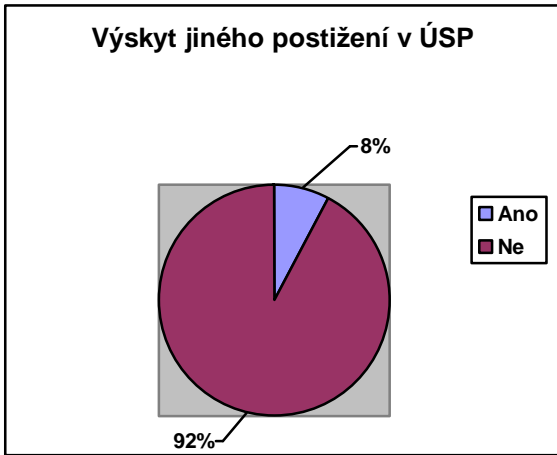
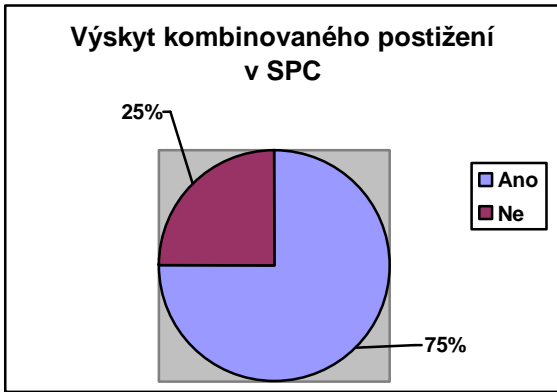
Výskyt hluboké MR v ÚSP



Výskyt hluboké MR v SPC







4. Počet klientů (uživatelů) ve vašem zařízení?

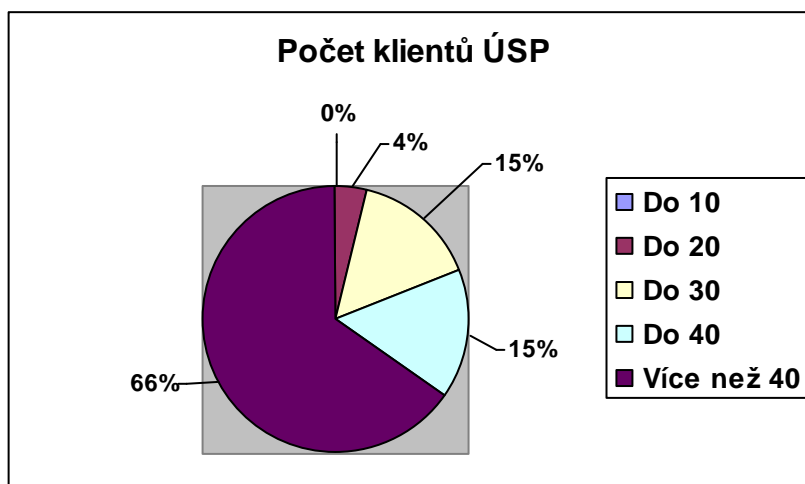
Výzkumné šetření potvrdilo, že většina (66 %) ústavů sociální péče je velkokapacitních i přes to, že je již delší dobu snaha o umístování klientů nejen s mentálním postižením do zařízení s menší kapacitou, tedy do zařízení „rodinného typu“. 15 % ÚSP má kapacitu do 30 a 40 klientů. Pouhé jedno zařízení (4 %) je do 20 klientů.

Je jasné, že ve všech speciálně pedagogických centrech se klientela pohybuje nad 40.

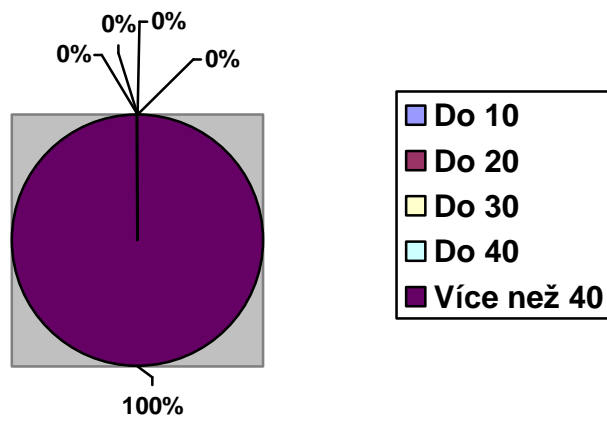
Tabulka č. 16. - Počet uživatelů v zařízení

Počet klientů	Ústav sociální péče	Speciálně pedagogické centrum
Do 10	0 %	0 %
Do 20	4 %	0 %
Do 30	15 %	0 %
Do 40	15 %	0 %
Více než 40	66 %	100 %

Grafy č. 30-31 - Počet uživatelů v zařízení



Počet klientů SPC



5. Setkali jste se již s problematikou AAK (alternativní a augmentativní komunikace)?

U této otázky jsme předpokládali, že všechna zařízení se již někdy setkala s pojmem alternativní a augmentativní komunikace. Výsledky šetření to však popírají. Je nutné se pozastavit nad tím, že z celkového počtu ústavů sociální péče 31 % odpovědělo na naši otázku záporně, ale pokračovali ve vyplnění dotazníku i v kolonkách týkajících se využívání systémů AAK apod. Z těchto 8 respondentů šest odpovědělo na otázku týkající se efektivity využití AAK kladně, dvě zařízení uvedla, že AAK nepoužívá.

Důvody, proč tomu tak je, mohou být následující:

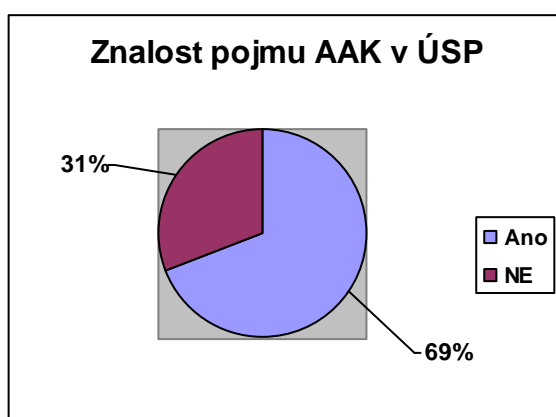
- Nevhodně položená otázka.
- Nepochopení respondenta.

69 % ÚSP a 100 % SPC uvedlo, že se s danou problematikou setkala.

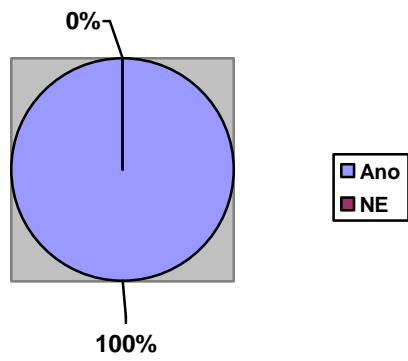
Tabulka č. 17. - Znalost pojmu alternativní a augmentativní komunikace

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	69 %	100 %
NE	31 %	0 %

Grafy č. 32-33 - Znalost pojmu alternativní a augmentativní komunikace



Znalost pojmu AAK v SPC



6. Jaké systémy AAK ve vašem zařízení využíváte?

Výzkumné šetření nám potvrdilo, že piktogramy, jež představují jasné znázornění daného pojmu, jsou v obou typech dotázaných zařízení nejpoužívanějším systémem. Nepředpokládali jsme ale, že zbylé systémy jsou využívány v tak malé míře. Procentuální výčet daných systémů uvedeme v následujících řádcích.

V ústavech sociální péče považují za nejvíce využívaný systémem alternativní a augmentativní komunikace (v 46 % zařízení) piktogramy. Druhým nejvíce využívaným systémem je Výměnný obrázkový komunikační systém v 27 %. V 23 % je dále využíván znak do řeči.

Jak jsme předpokládali, podstatně méně (jen v 8 %) je používán systém Makaton a facilitovaná komunikace. Jedno zařízení (tedy 4 %) odpovědělo, že využívá jiné systémy (různé předměty).

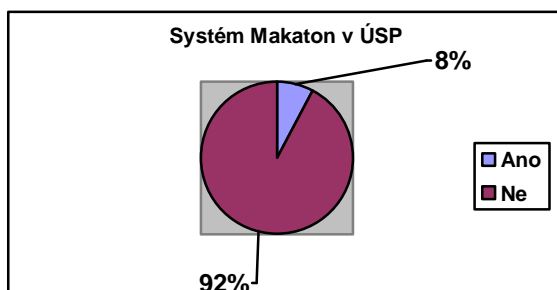
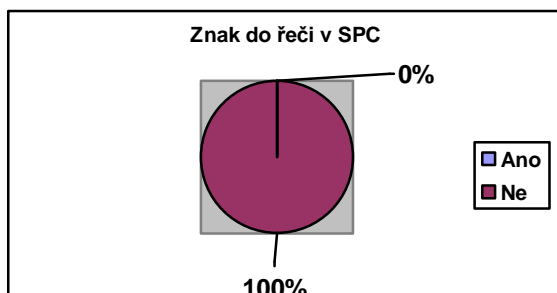
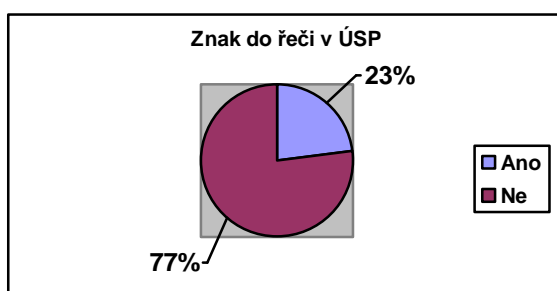
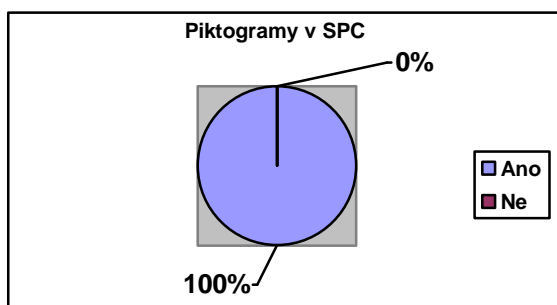
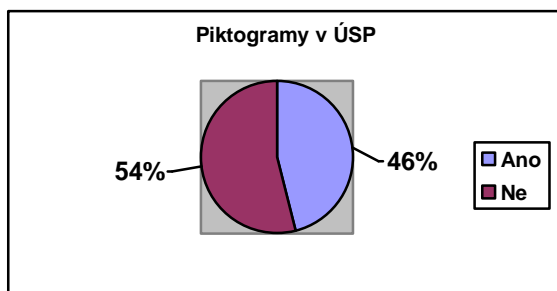
SPC používají systémy v následujícím pořadí:

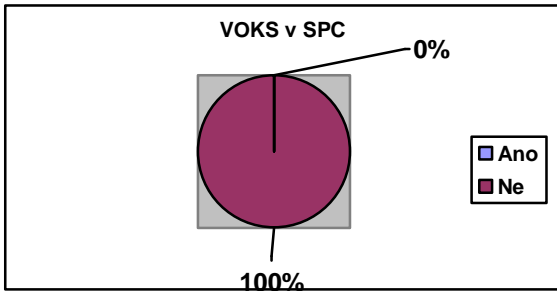
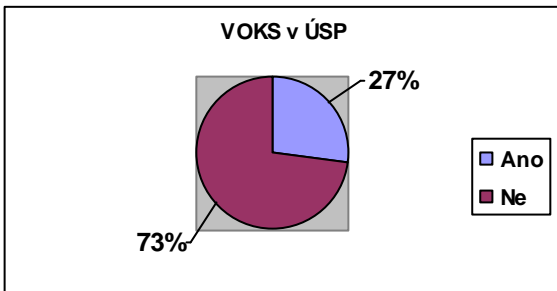
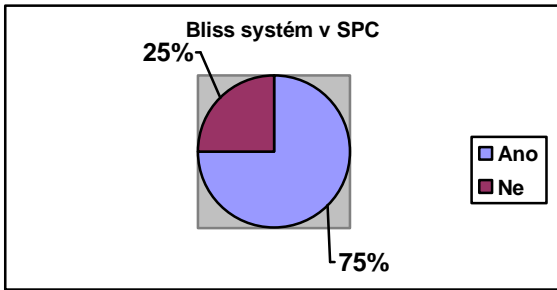
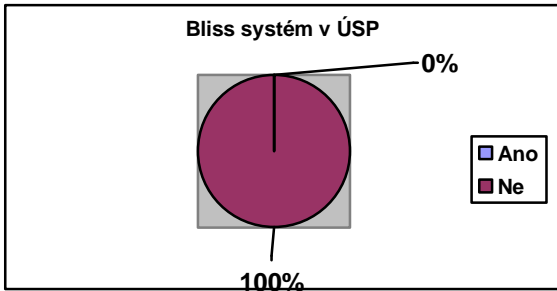
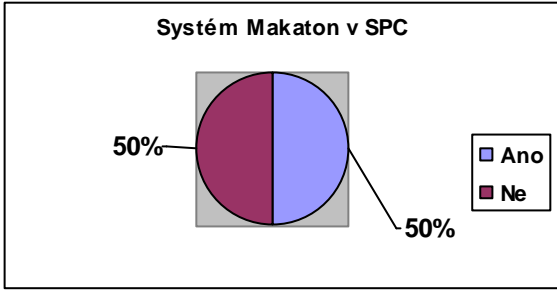
- Piktogramy ve 100 %.
- Bliss systém v 75 %.
- Systém Makaton v 50 %.
- Facilitovaná komunikace, jiné systémy v 25 %.
- Výměnný obrázkový komunikační systém a znak do řeči v 0 %.

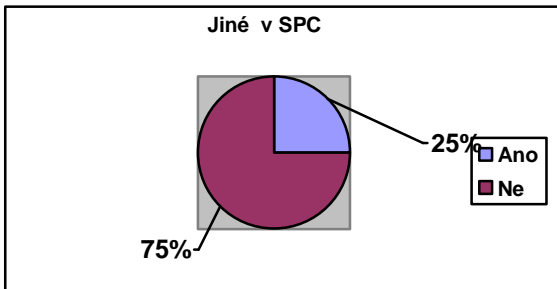
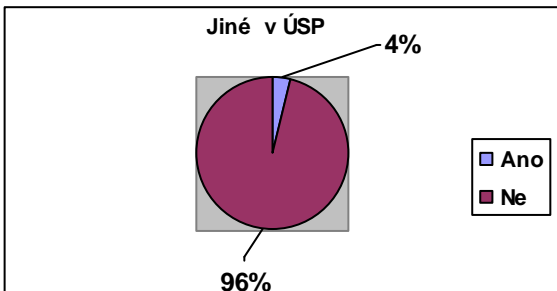
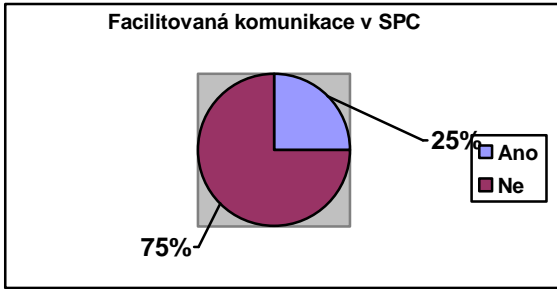
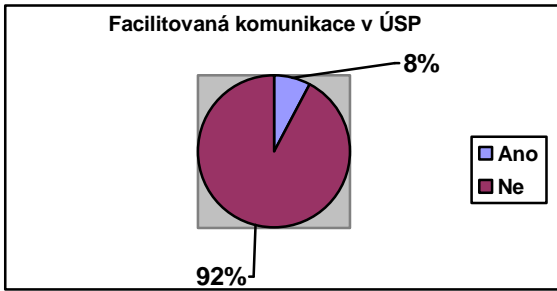
Tabulka č. 18. - Využívané systémy alternativní a augmentativní komunikace

<i>Systém AAK</i>	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
Piktogramy	46 %	100 %
Znak do řeči	23 %	0 %
Systém Makaton	8 %	50 %
Bliss systém	0 %	75 %
VOKS	27 %	0 %
Facilitovaná komunikace	8 %	25 %
Jiné	4 %	25 %

Grafy č. 34-47 - Využívané systémy alternativní a augmentativní komunikace







7. Jaké prostředky AAK užíváte při práci s klienty?

Fotografie jsou nejvíce využívaným prostředkem při práci s mentálně postiženými klienty v zařízeních ÚSP (65 %). Na druhém místě (v 62 %) uvedli respondenti s největší četností obrázky. Mírně nadpoloviční většina používá piktogramy (54 %).

Dále jsou ve velké míře využívány vlastní symboly (35 %) a vlastní znaky (22 %). O dost méně zástupné referenční předměty (15 %), obrazové komunikační symboly systému Picture Communication Symbols (12 %) a symboly systému Makaton (8 %). Znaky systému Makaton, znaku do řeči a znakového jazyka neslyšících uvedli respondenti jen v 4 %.

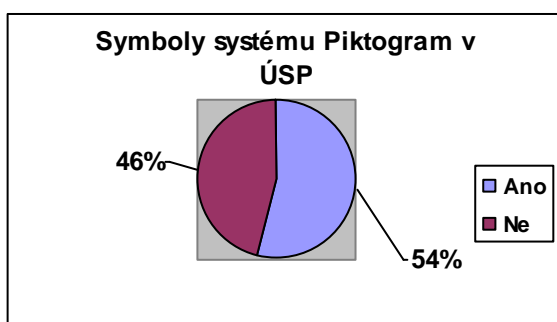
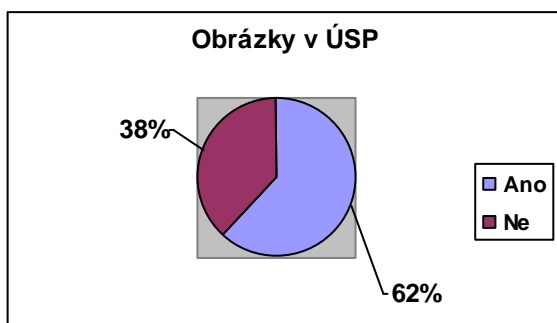
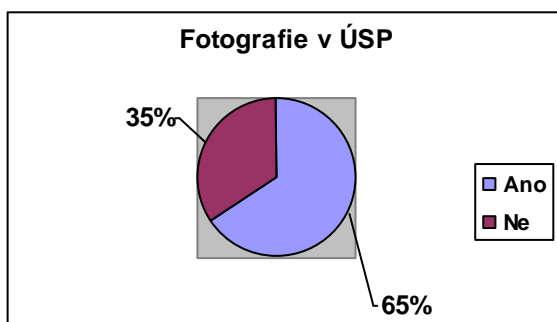
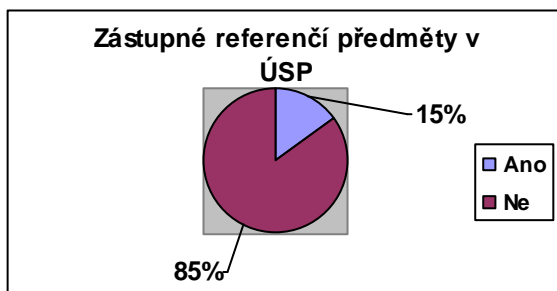
Žádné ze zařízení nepoužívá Bliss systém a znakovanou češtinu.

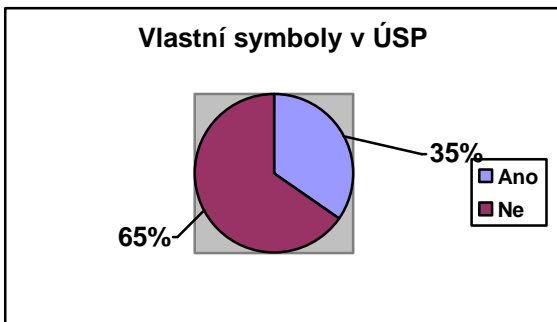
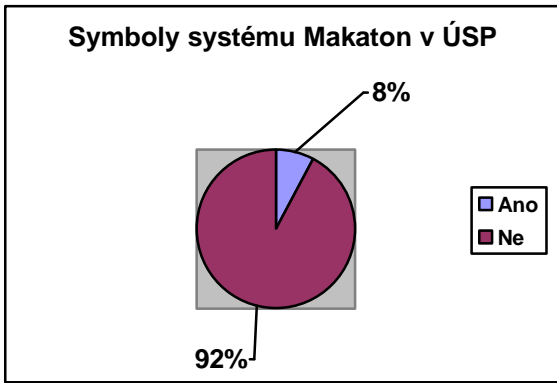
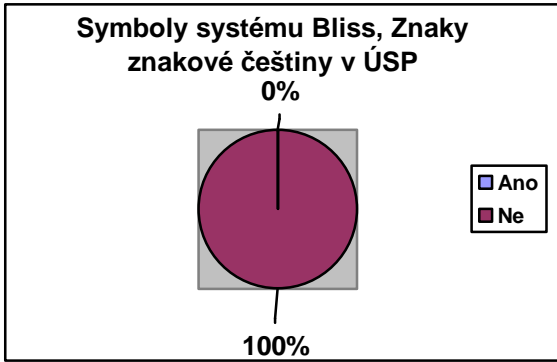
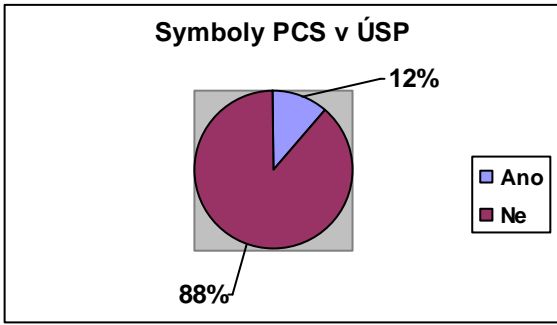
Všechna speciálně pedagogická centra využívají symboly systému piktogram (100 %). Dále obrázky, fotografie a další viz tabulka č. 19. Oproti ÚSP využívají SPC symboly systému Bliss a to ve dvou zařízeních (tedy v 50 %).

Tabulka č.19. - Užívané prostředky alternativní a augmentativní komunikace

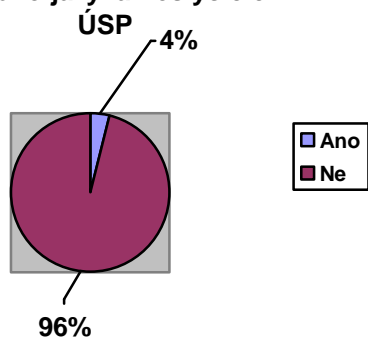
<i>Prostředky AAK</i>	<i>ÚSP</i>	<i>SPC</i>
Zástupné referenční předměty	15 %	25 %
Fotografie	65 %	50 %
Obrázky	62 %	75 %
Symboly systému Piktogram	54 %	100 %
Obrazové komunikační symboly PCS	12 %	25 %
Symboly systému Bliss	0 %	50 %
Symboly systému Makaton	8 %	50 %
Vlastní symboly	35 %	25 %
Znaky systému Makaton	4 %	25 %
Znaky systému znak do řeči	4 %	0 %
Znaky znakového jazyka neslyšících	4 %	25 %
Znaky znakované češtiny	0 %	0 %
Vlastní znaky	22 %	0 %

Grafy č. 48-62 - Užívané prostředky alternativní a augmentativní komunikace

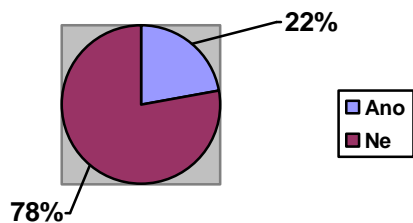




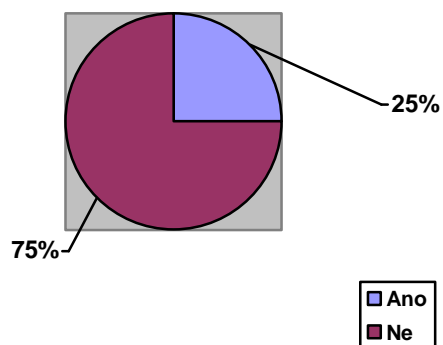
Znaky systému Makaton, znaky systému Znak do řeči, znaky znakového jazyka neslyšících v ÚSP

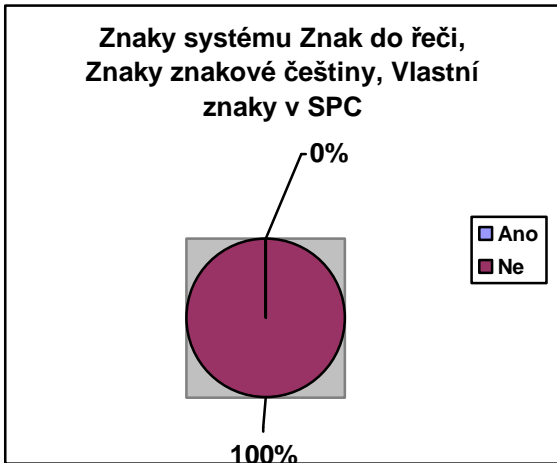
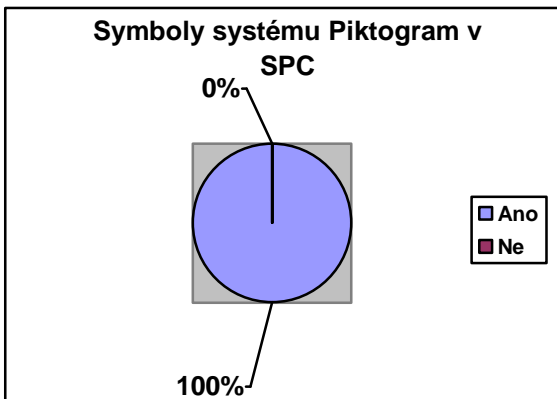
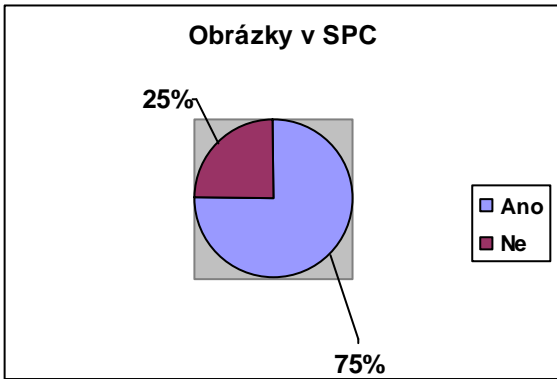
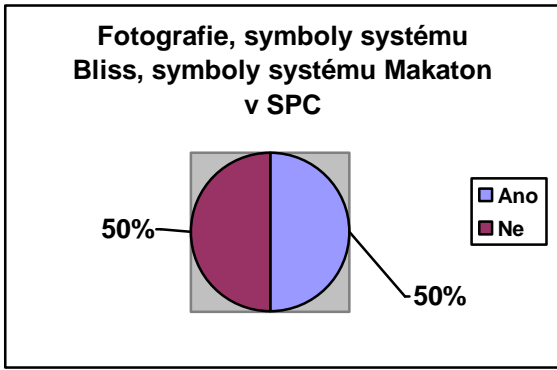


Vlastní znaky v ÚSP



Zástupné referenční předměty, obrazové komunikační symboly PCS, Vlastní symboly, znaky systému Makaton, znaky znakového jazyka neslyšících v SPC





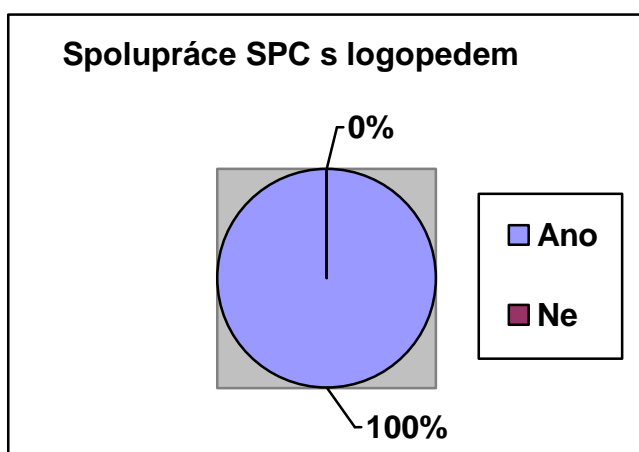
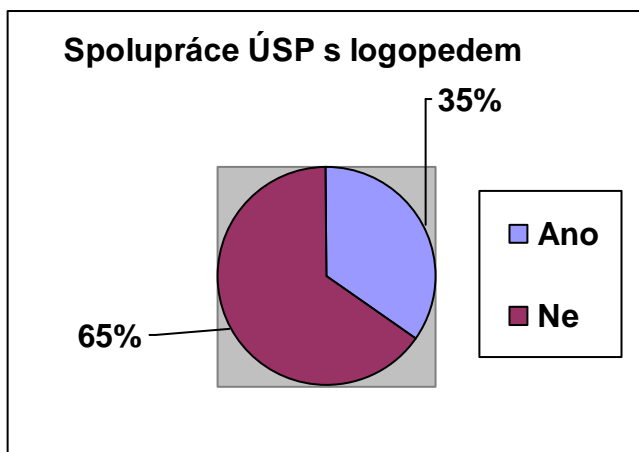
8. Spolupracuje vaše zařízení s logopedem?

Více jak polovina (65 %) ústavů sociální péče nespolupracuje žádnou formou s klinickým logopedem. Zbýlých 35 % zařízení s logopedem spolupracuje. Stejně tak všechna speciálně pedagogická centra.

Tabulka č. 20 - Spolupráce zařízení s logopedem

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	35 %	100 %
NE	65 %	0 %

Grafy č. 63-64 - Spolupráce zařízení s logopedem



9. Pokud spolupracuje zařízení s logopedem, tak jakou formou?

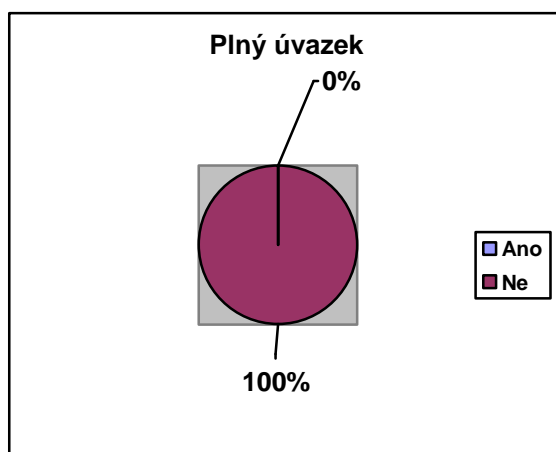
Nejvíce (avšak jen v 19 % z celkového počtu) ústavy sociální péče využívají jinou formu spolupráce s logopedem. Dochází do logopedické ambulance, což znamená, že je logopedická péče prováděna většinou mimo zařízení ústavu.

Ve všech speciálně pedagogických centrech je logoped zaměstnán na plný úvazek, což jsme předpokládali, jelikož jsme obesílali jen SPC pro vady řeči, mentálně postižené jedince a jedince s kombinovaným postižením (graf proto nepřikládáme).

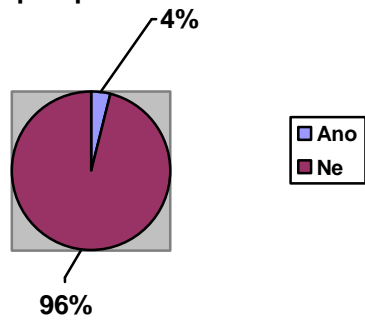
Tabulka č. 21 - Spolupráce zařízení s klinickým logopedem

<i>Forma spolupráce</i>	ÚSP	SPC
Logoped je zaměstnán na plný úvazek	0 %	100 %
Logoped je zaměstnán na částečný úvazek	4 %	0 %
Logoped dochází do zařízení	4 %	0 %
Spolupráce s SPC pro vady řeči	4 %	0 %
Spolupráce s logopedem z PPP	4 %	0 %
Jiná	19 %	0 %

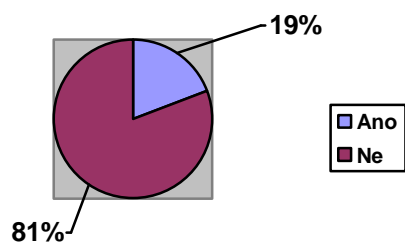
Grafy č. 65-67 - Spolupráce zařízení s klinickým logopedem



Částečný úvazek, dochází do zařízení, spolupráce s SPC a PPP



Jiná



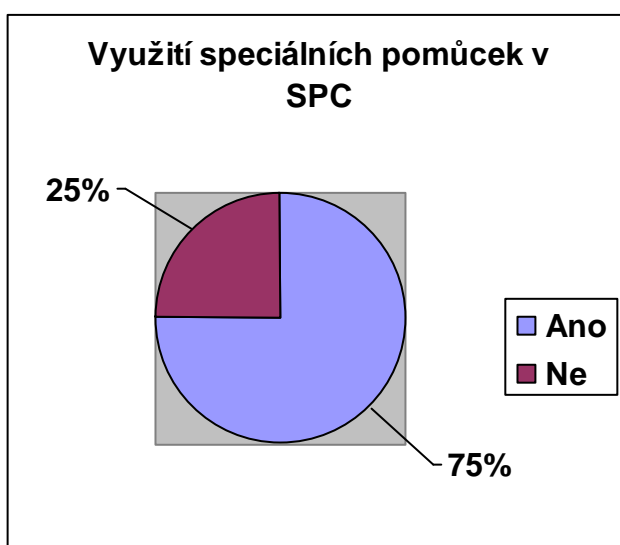
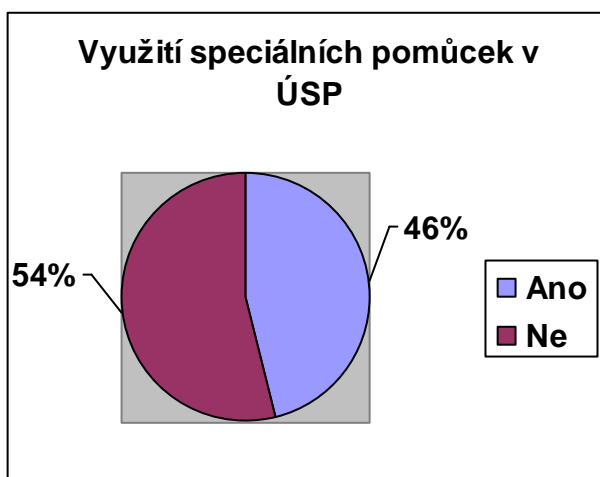
10. Využíváte při péči o mentálně postižené klienty některé speciální logopedické pomůcky?

Speciální pomůcky používá necelá polovina (46 %) ústavů sociální péče a 75 % speciálně pedagogických center.

Tabulka č. 22 - Využívání speciálních pomůcek

<i>Využívání</i>	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	46 %	75 %
NE	54 %	25 %

Grafy č. 68-69 - Využívání speciálních pomůcek



11. Pokud ANO, tak jaké pomůcky využíváte?

V návaznosti na předchozí otázku odpovídali respondenti na to jaké pomůcky přesně využívají.

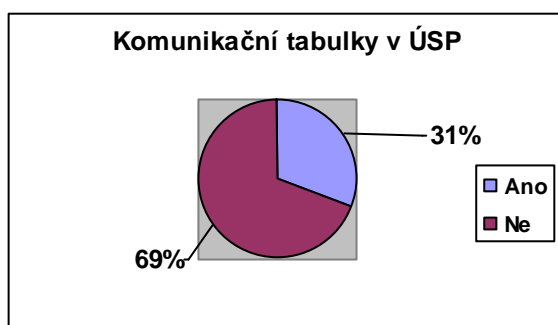
Nejvíce jsou v ÚSP používány komunikační tabulky (ve 31 %). Na druhém místě (ale jen ve 15 %) uvedli dotazovaní, že využívají počítačové programy. Dále tyto programy specifikovali následovně: programy zaměřené na paměť, speciální programy pro mentálně postižené, program s hlasovou výukou (Brumla, Brepta), Altíkův slovník. Jen v 8 % je využíváno pomůcek s hlasovým výstupem. V kolonce „jiné“ (4 %) uvedli dotazovaní, že využívají obrázky při pracovní výchově.

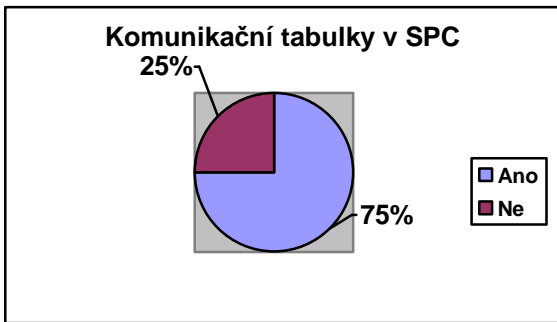
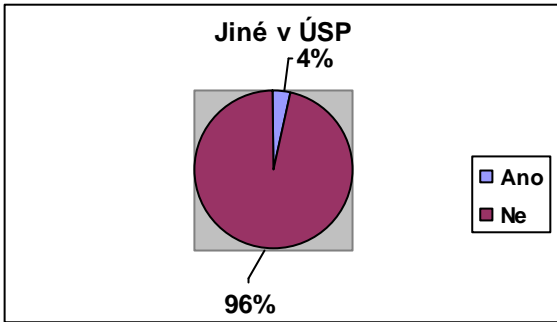
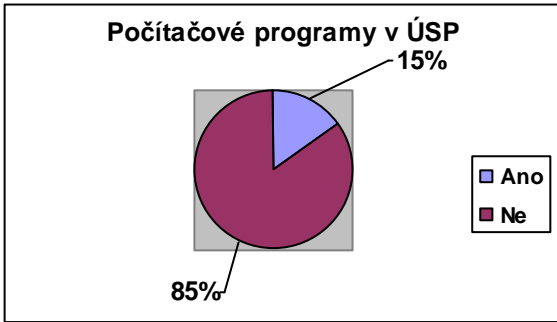
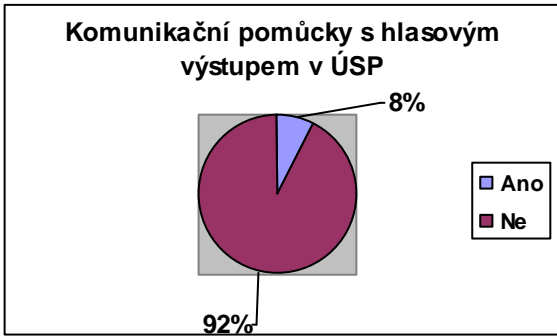
SPC uvedla, že v 75 % využívají komunikační tabulky a v 25 % počítačové programy a jiné pomůcky.

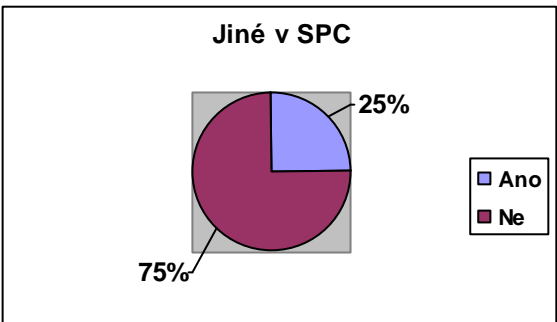
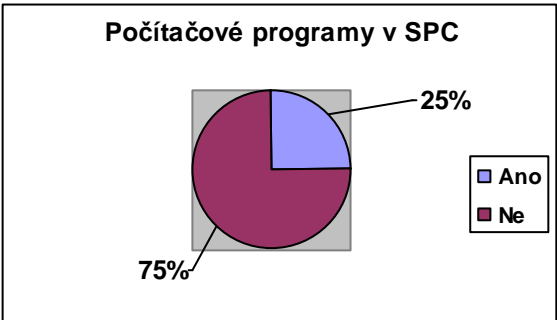
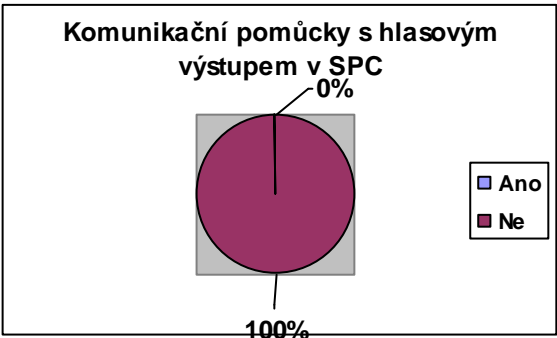
Tabulka č. 23. - Speciální pomůcky

	<i>ÚSP</i>	<i>SPC</i>
Komunikační tabulky	31 %	75 %
Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem	8 %	0 %
Počítačové programy	15 %	25 %
Jiné	4 %	25 %

Grafy č. 70-77 - Speciální pomůcky







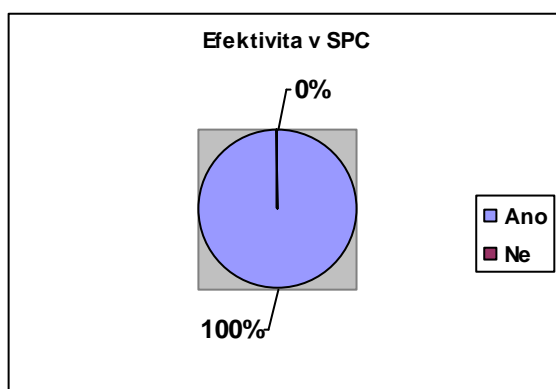
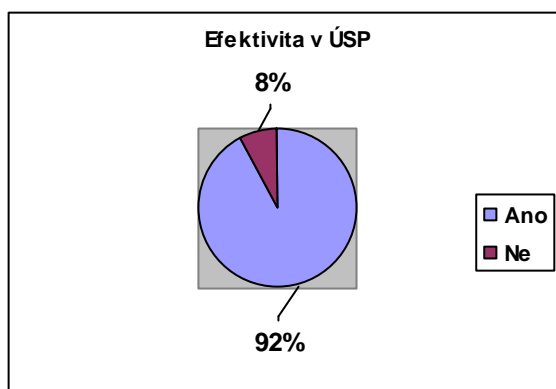
12. Shledáváte využití systémů AAK jako efektivní?

Na otázku, zda shledávají dotazovaní využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace efektivní, odpovědělo 92 % ústavů sociální péče kladně (dvě dotázaná zařízení se k této otázce nevyjádřila). Všechna speciálně pedagogická centra (100 %) považují náhradní a doplňkové systémy v komunikaci se svými klienty efektivní.

Tabulka č. 24 - Efektivita

	<i>Ústav sociální péče</i>	<i>Speciálně pedagogické centrum</i>
ANO	92 %	100 %
NE	0 %	0 %

Grafy č. 78-79 - Efektivita



5.9 Shrnutí výsledků šetření

Více než polovina námi dotazovaných zařízení je velkokapacitních, i přes to, že dnešní doba a navrhované koncepce upřednostňují a doporučují individuální přístup. Podle našeho očekávání se většina respondentů s problematikou AAK v rámci práce s mentálně retardovanými setkala a aplikuje je. Téměř polovina dotázaných zařízení potvrdila, že využívá piktogramy. Překvapeni jsme byli užíváním Výměnného obrázkového systému i přes to, že je metodická příručka na našem trhu teprve od roku 2006. Je zajímavé, že jen dvě zařízení využívají při práci s klienty facilitovanou komunikaci. Žádné neuvedlo v kolonce „jiné“ bazální stimulaci přesto, že více jak polovina klientů se nachází v pásmu těžké až hluboké mentální retardace a lze předpokládat, že by se u nich tento systém dal využít. Nabízí se otázka, zda se s takto těžce postiženými klienty pracuje. Z prostředků využívaných v práci s klienty jsou nejvíce aplikovány fotografie, obrázky a piktogramy. Na kreativnost pracovníků poukazuje zjištění, že třetina zařízení se přizpůsobuje svým klientům používáním vlastních symbolů či znaků.

Jen třicet pět procent z celkového počtu zařízení spolupracuje s logopedem a jen v jednom je zaměstnán logoped na plný úvazek. Nejvíce je logopedická intervence zajišťována docházením do logopedické ambulance, kdy je klient vytržen ze svého pravidelného denního režimu. Téměř polovina zařízení užívá „speciální logopedické pomůcky“. Ve většině případech se jedná o komunikační tabulky pro individuální využití jednotlivými klienty. Jejich realizace není tak finančně náročná. Předpokládali jsme, že využívání počítačových programů bude vyšší. I když jde jen o doplňkovou terapii i vzhledem k tomu, že je na našem trhu dostatečně mnoho programů s nejrůznější tematikou, odstupňované podle náročnosti. Ve dvou zařízeních využívají komunikační pomůcky s hlasovým výstupem. Usuzujeme, že je tomu tak z důvodu finanční náročnosti.

Téměř všechna zařízení shledávají aplikaci systémů a prostředků AAK efektivní.

Závěr

Cílem naší diplomové práce s názvem Využívání alternativní a augmentativní komunikace v ústavech sociální péče Ústeckého kraje bylo pokusit se uceleně shrnout systémy využívané v dané problematice a pomocí dotazníkového šetření zjistit, v jaké míře jsou aplikovány v ústavech sociální péče (a okrajově ve speciálně pedagogických centrech) na území Ústeckého kraje.

V teoretické části jsme se pokusili vymezit pojem alternativní a augmentativní komunikace a s tím související poznatky. V druhé části našeho sdělení předkládáme výčet jednotlivých systémů. Dále jsme se zabývali klasifikací a charakteristikou mentálně retardovaných osob, které využívají tyto náhradní a doplňkové systémy. Poslední část jsme věnovali symptomatickým poruchám řeči u mentálně postižených jedinců.

Velká variabilita stupňů a typů postižení předurčuje i velkou variabilitu jednoduchých komunikačních systémů. Jsme si vědomi, že výše zmíněné systémy či prostředky alternativní a augmentativní komunikace nejsou jistě vyčerpávajícím výčtem možností, které by usnadnily komunikaci osob s mentálním postižením. V AAK se meze nekladou. Možností, které lze využít v této oblasti, je nesčetné množství.

Praktická část naší práce prezentuje výsledky logické analýzy dat v návaznosti na uvedenou charakteristiku výzkumného souboru. Vyhodnotili jsme údaje získané ze zařízení ÚSP a vyvodili jsme závěry, které jsme popsali výše ve shrnutí výsledků šetření.

V praxi využívá systémy alternativní a augmentativní komunikace méně jak polovina zařízení. Prostředky AAK využívají v 65 % a téměř všechny ústavy sociální péče shledávají aplikaci systémů a prostředků AAK efektivní. Nabízí se nám jen otázka „Proč tato zařízení více nespolupracují s logopedickými odborníky?“.

Logopedická péče se u nás realizuje v resortu zdravotnictví a v resortu školství. Ústavy sociální péče spadají pod Ministerstvo práce a sociálních věcí. Za úvahu by stálo, v jaké míře mohou logopedičtí odborníci z resortu zdravotnictví či školství přesahovat své pracovní kompetence. Ale to už je téma pro další bádání.

Literatura

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Avicenum, 1983.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník. Terminologický a výkladový*. 1. vydání. Žďár nad Sázavou: Logopaedia clinica, 1998.

EDELSBERGER, L. A kol. *Defektologický slovník*. 3. upravené a rozšířené vydání. Jinočany: H a H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Vydavatelství Ostravské Univerzity, 2005. ISBN 80-7368-150-1.

HORT, V. a kol. *Dětská adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Vydavatelství Masarykovi univerzity, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém*. Praha: IPPP ČR, 2006. ISBN 80-86856-14-3.

KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

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

KUBOVÁ, L. *Piktogramy - metodická příručka*. Praha: TECH-MARKET, 1997. ISBN 80-86114-00-7.

- KUBOVÁ, L. a kol. *Znak do řeči*. Praha: TECH-MARKET, 1999. ISBN 80-86114-23-6.
- KYSUČAN, J. *Psychopedie. Teorie výchovy mentálně retardovaných*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990.
- LANGER, S. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Třetí přepracované a upravené vydání. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.
- LANGER, S. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přepracované a upravené vydání. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.
- LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H a H, 1992. ISBN 80-85467-52-6.
- MATULAY, K. a kol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0605-4.
- MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.
- MÜLLER, O. *Psychopedie – Andragogika*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2006. ISBN 80-244-1204-7.
- MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.

MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice. Teorie a metodika*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

RENOTIEROVÁ, M. LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2003. ISBN 80-244-0646-2.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.

SKALKOVÁ, J. a kol. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1983.

STARÁ, M. *Od prvního hlasu k prvním slovům – metodická příručka*. Praha: TECH-MARKET, 1996. ISBN 80-902134-0-5.

ŠKODOVÁ, E. Symptomatické poruchy řeči. In. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-54-X.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

ŠÍŠKA, Z. *Fonetika a fonologie*. Dotisk 1. vydání. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2003. ISBN 80-244-0428-1.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie – Didaktika mentálně retardovaných*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1992. ISBN 80-7067-211-0.

VAŠEK, Š. a kol. *Špeciálna pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. 2. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1995. ISBN 80-08-00864-4.

VALENTA, M., KOZÁKOVÁ, Z. *Psychologie I pro výchovné pracovníky*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2006. ISBN 80-244-1187-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-063-5.

VÍTKOVÁ, M. *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením II. Metoda bazální stimulace*. Praha: IPPP ČR, 2001.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-998-4.

Elektronické zdroje

Dobromysl. *Pomáhá facilitovaná komunikace?* [online] 2007, [cit.19.03.2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/modules/fulltext/fulltxt.php>>

Dobromysl. *Alternativní a augmentativní komunikace.* [online] 2007, [cit.19.03.2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=96>>

Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby.* [online]. 2007, [cit. 19.2. 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

SAAK. *Sdružení pro alternativní a augmentativní komunikaci.* [online] 2007, [cit. 20. 2. 2007]. Dostupné na World Wide Web: <<http://alternativnikomunikace.cz/saak/index.php?page=saak>>

Sagit. *Zákon 108/2006 sb. o sociálních službách.* [online] 2007, [cit. 20. 2. 2007]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb06108&cd=76&typ=r>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 – Průvodní dopis

Příloha č. 3 – Kazuistika

Příloha č. 4 – Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů

Příloha č. 1

DOTAZNÍK: VYUŽITÍ AAK V ÚSTECKÉM KRAJI

1. Jakého typu je vaše zařízení? (prosím vypište)

.....

2. Kdo je zřizovatelem vašeho zařízení?

- Kraj
 Magistrát
 Obce

3. S jakým typem postižení využívají klienti (uživatelé) služby vašeho zařízení?

- Lehká MR
 Středně těžká MR
 Těžká MR
 Hluboká MR
 Jiná MR
 Kombinovaná postižení
 Jiná

4. Počet klientů (uživatelů) ve vašem zařízení?

- Do 10 klientů
 Do 20 klientů
 Do 30 klientů
 Do 40 klientů
 Více

5. Setkali jste se již s problematikou AAK (alternativní a augmentativní komunikace)?

- ANO
 NE

6. Jaké systémy AAK ve vašem zařízení využíváte?

- Piktogramy
 Znak do řeči
 Systém Makaton
 Bliss systém
 VOKS (Výměnný obrázkový komunikační systém)
 Facilitovaná komunikace
 Jiné

7. Jaké prostředky AAK užíváte při práci s klienty?

- Zástupné referenční předměty
 Fotografie
 Obrázky
 Symboly systému Piktogram
 Obrazové komunikační symboly PCS (Picture Communication Symbols)

- Symboly systému Bliss
- Symboly systému Makaton
- Vlastní symboly
- Znaky systému Makaton
- Znaky systému Znak do řeči
- Znaky znakového jazyka užívaného v řeči neslyšících
- Znaky znakované češtiny
- Vlastní znaky

8. Spolupracuje vaše zařízení s logopedem?

- ANO
- NE

9. Pokud ano, jakou formou?

- Logoped je zaměstnán na plný úvazek
- Logoped je zaměstnán na částečný úvazek
- Logoped dochází do zařízení (pokud ano, na kolik hodin týdně:.....)
- Spolupráce se speciálně pedagogickým centrem logopedického typu
- Spolupráce s logopedem z pedagogicko-psychologické poradny
-

Jiná:.....

10. Využíváte při péči o mentálně postižené klienty některé speciální logopedické pomůcky?

- Ano
- Ne

11. Pokud ano, jaké?

- Komunikační tabulky
- Komunikační pomůcky s hlasovým výstupem
- Počítačové programy (pokud ano, tak jaké nejvíce využijete?.....)
- Jiné.....

12. Shledáváte využití systémů AAK jako efektivní?

- ANO
- NE

Příloha č. 2

Jmenuji se Marie Melzerová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Na fakultě speciální pedagogiky studuji obor logopedie. Jako téma diplomové práce jsem si zvolila využití alternativní a augmentativní komunikace v Ústeckém kraji. Tímto dopisem Vás prosím o spolupráci při vyplnění přiloženého dotazníku, který se týká této problematiky. Jsem si vědoma Vašeho pracovního vytížení, ale doufám, že se můj dotazník dostane do rukou pracovníka, kterému je toto téma blízké. Přikládám nadepsanou obálku a email pro usnadnění naší komunikace a doufám v brzké navrácení dotazníku, abych mohla dané informace co nejrychleji zpracovat.

Děkuji za spolupráci.

S pozdravem

Marie Melzerová
m.melzerova@seznam.cz

V Ústí nad Labem dne 23.02.2007

Příloha č. 3

A. M.

Diagnóza:

Downův syndrom, sluchová vada, mentální retardace přesně nespecifikovaná, opožděný vývoj řeči, sociální a emoční deprivace.

Údaje z rodinné anamnézy:

Od narození v kojeneckém ústavu, v současné době žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením (dříve ÚSP). Matka narozena 1966, otec 1966. Dívka má sourozence bratra (1985) a sestru (1984), kteří jsou z prvních manželství a oba jsou zdraví. S Aničkou se nestýkají, ale finančně ji zajišťují.

Údaje z osobní anamnézy:

- Anna je ze 7. těhotenství, 3. porod. Porod ve 35. týdnu gravidity, 50 hodin po odtoku plodové vody, obtížné vybavení plodu. Po porodu atonie, apnoe, cyanóza, pomalá adaptace. Apgar skóre 4-7-9, porodní hmotnost 1440 g, porodní délka 42 cm.
- Na oddělení kardiologie provedena duodenální anatomóza dle Diamonda.
- V březnu 2000 provedeno neurologické vyšetření, při kterém byla zjištěna psychomotorická retardace a hypotonický syndrom.
- Sledována kardiologem. Diagnostikována středně závažný defekt síňového septa s levoprávním zkratem spolu s mírnou stenózou větví plicnice. Závěr: mírná tabulární hypoplazie větví plicnice.
- V květnu 2005 byla Anička hospitalizována spolu s ředitelkou ústavu na Foniatické klinice VFN a 1. LF UK v Praze. Vyšetření BERA se závěrem: lehká až středně těžká vada sluchu s maximálním podílem převodní složky ve vyšších frekvencích na hranici normy.
- V říjnu 2005 závěr: OVŘ (opožděný vývoj řeči) těžkého stupně, lehká až středně těžká vada sluchu (kombinovaná), Downův syndrom. Byly zavedeny gromety oboustranně.
- V lednu 2006 závěr: lehká až středně těžká kombinovaná vada sluchu s podílem převodní složky v hlubších frekvencích, Downův syndrom, OVŘ.

- V péči foniatra, sluchadla přidělena v prosinci 2005.
- Docházela do mateřské školy 2 krát týdně a od října 2005 dochází do denního pobytu.

Věk 6,9 let:

Klinická psychologie:

Možnost spolupráce v důsledku sluchové vady a mentálního deficitu omezené. Přání dává najevo gesty, dovede se přizpůsobit řízené činnosti na 10 min., poté známky únavy. Vyhovuje individuální vedení.

Barvy roztřídí, pokud udělá chybu, tak sama bez vyzvání opraví. Dovede svou činnost korigovat a částečně ovládat impulsivní tendence.

Řeč není rozvinuta, při činnostech spontánní vokalizace, která však patrně nemá komunikační význam. Nesouhlas dává najevo vzdorovitým chováním.

Laterální dosud není plně vyhraněna. Kresbu postavy samostatně nezvládá, patrně nerozumí zadání. Kresba dle předlohy na úrovni čmáranice. Obkreslování tvarů odpovídá úrovni 3 let (obkresluje do úrovně kruhu).

Aktuální rozumovou kapacitu nelze vzhledem ke sluchové vadě a dlouhodobé podnětové a emoční deprivaci spolehlivě určit. Názorové výkony na úrovni cca 3 let, na stejné úrovni rozvinuta i zraková paměť. Výkony výrazně ovlivněny komunikační bariérou a nedostatkem zkušenosti.

Vývojové možnosti dívky jsou patrně vyšší.

Klinická logopedie:

Oční kontakt naváže. Reakce na pokyny neadekvátní. Při zesílené intenzitě hlasu a užitím jednoduchého gesta je schopna splnit jednoduchý pokyn. Při komunikaci vydává neartikulované zvuky. Motorika mluvidel je bez omezení-jazyk volný, bez omezení, dentice dětská, úplná.

Se závěrem: OVR na základě lehké až středně těžké vady sluchu s max. podílem převodní složky ve vyšších frekvencích na hranici normy.

Doporučení logopeda : posilovat oční kontakt. Provádět průpravná a stimulační cvičení. Rozvíjet jemnou omoriku s oromotorikou se zrakovou kontrolou. Rozvíjet sluchovou a zrakovou percepci a diferenciaci. Reedukaci sluch zaměřit na celkový rozvoj

poznávacích, řečových a rozumových schopností vzhledem k úrovni psychomotorického vývoje.

Nácvik pomocí onomatopoií za doprovodu jednoduchých gest a mimiky. Cíleně cvičit pojmenování s rytmizací, taktilní a optickou kontrolou.

Vzhledem k chybění orální komunikace je třeba zavést **alternativní komunikační kanál** např. pomocí komunikační knížky, piktogramů apod., což ve své podstatě neeliminuje vývoj orální řeči.

Dále v péči: neurologie, foniatrie, ergoterapie a fyzioterapie.

Věk 7,5 let:

Pokroky (z pohledu speciálního pedagoga, který je s klientkou v každodenním styku)

Logopedie (pokroky v komunikaci, nová slovní zásoba, vyjadřování, posunky,...):

- je vnímavější, celkové zklidnění, dokáže se soustředit na zadanou práci
- jednoduchými posuňky se snaží naznačit, co chce a dospělí jí rozumí – zpětná vazba, jednoduchými posuňky se s Aničkou domluví i dospělí
- cokoli jí zaujme, snaží se na to upozornit – zvuky, gesty popř. slabikami
- posuňky popíše jednoduchý děj na obrázku (kluk spí, holka jí...)
- snaží se vyprávět, co dělala: např. se vrátila ze školy a ukazovala, jak řídí volant a že přijeli autem: vysloví auto, má něco napsaného v notýsku a ukazuje na tašku...
- velmi si oblíbila videokazety s Krtečkem, kterou zná nazpaměť – ví jaký děj bude následovat a snaží se jej popisovat, napodobuje činnosti krtečka a opakuje jeho slova, při vtipných situacích reaguje smíchem
- začíná se více řečově projevovat, poslední dobou slabiky jako MI, BI, PI, JEE a breptání
- je více empatická, snaží se pomáhat, vidí-li, že někomu něco nejde (ví, jak postupovat, jakým způsobem to děláme my – má to perfektně odkoukané, výborná paměť)
- rozlišuje chlapani : kluk – prst doprostřed brady, holka- ukazuje na náušnici a culík a pojmenuje NÁNA
- umí již zvuky některých dopravních prostředků: auto- tů, vlak- hů, letadlo- ááááá, traktor- trrr

- chápe pojmy: poslouchej, podívej, povídej, podej
- naučila se jednoduché posuňky: jíst, pít, koupat, WC, mýt, utírat, kreslit, spát, oblékat, svlékat, obouvat, zouvat, zapnout zip, čistit zuby...
- naučila se nová zvířata: medvěd -bruu, myš- íííí, had- ssss (vyslovuje chchch), zajíc-hop
- umí slabiky: pa, pe, pi, po, pu, ba, be, bo, bu, ta, te, ty, to, tu, ja, je, jo, ju, mi
- rozlišuje pocity: ano, ne, óóó, jůů, jée, au
- umí: já, ty, táta, teta, bába, máma
- nová slova: Ála- spolubydlící, Álo- volá spolubydlící, Euuoo- volá, když něco potřebuje, Jauuoo- volá, když něco potřebuje, Tááák- hotovo, Ááno- pochopení situace, Jo- pochopení, situace, potvrzuje, co chce, Mňam- znamená dobrota, chutná jí, Blllll- čert, Míla- vysloví pouze na vyžádání (jméno vychovatelky)
- na oblíbené postavičce dokáže posuňky popsat její charakteristické rysy: krteček má vlásy nahoru a červený nos- ukazuje vlásy nahoru a na nos, Manka- je to nána, má culík a sukni, Rumcajs- je to kluk, má kloubouk, vousy, kalhoty a pistoli
- dokáže posuňky popsat sama sebe, co má na sobě, jaký účes...
- zná nové 3 znaky: hodná- pohazení po tváři, zlobivá- rvaní rukou od hrudníku ven se zamračenou grimasou, jablko- zatáta pěstička hladí tvář
- vymyslela si vlastní znak pro dobroty a oblíbené pití : dlaň k puse (jako když chcete zavolat) a palec pod dolní ret

Pokroky v dalších oblastech:

- výborně se naučila a orientuje se při denním režimu v našem domově- trvá na svém stereotypu, kterému se naučila a pokud je narušen, upozorní, co mělo následovat – v tomto je velmi pedantská
- automaticky se zapojuje do denních činností jako: třídění a uklízení prádla, příprava ke stolování: nalévání čaje
- více se dožaduje samostatnosti při výběru oblečení – ráda se pěkně obléká, sama si určuje, co si chce vzít na sebe a vyjadřuje spokojenost, je-li jí vyhověno, ráda se nechává česat a projevuje radost, když se jí účes líbí, ráda nosí náramky a korálky či přívěsky

- pokud nemá náladu a nechce vykonávat nějakou činnost, zakroučí hlavou a odpoví NE!
- vůči ostatním spolubydlícím je hodnější, agresivita ustoupila i co se týče malých dětí – je vůči nim opatrnější a něžnější
- s psychologkou pracuje ukázněně plných 30 minut, s logopedkou spolupracuje plných 60 minut, na tyto návštěvy chodí velmi ráda
- ve škole se jí líbí, ale občas se u nich projevuje příliš temperamentně a zkouší neplnit úkony, které moc dobře zná, když se jí nechce – zneužívá dobré vůle pí učitelky, která je velmi milá, vstřícná, trpělivá a hodná
- jinak se školnímu řádu přizpůsobila celkem dobře a získala ve svém chování určitou disciplínu
- dožaduje se, co si právě přeje : přinese si knihu, kterou by si chtěla prohlédnout, donese oblíbenou videokazetu a ukazuje, že jí chce dát do videa a zapnout...
- sama si vybírá činnosti, na které má právě chuť a vydrží při nich, aniž by odbíhala za něčím jiným, vydrží při činnostech i 60 minut!
- neutíká bezdůvodně, pokud neumí vysvětlit, mívá za určitým cílem, stačí jí jen následovat
- dle předlohy už nakreslí kolečko a křížek, čtverec a trojúhelník se zatím snaží, ale neumí
- rozezná, co je nahoře a dole
- dle předlohy nakreslí čáry nahoru, dolů, do strany
- dokáže dokreslit chybějící části obličeje /oko, nos, pusa, uši, vlasy/
- složí jednoduché puzzle, dokáže dle tvaru vložit správný dílek do obrázku, dokáže kostky vložit dle geometrických tvarů do krabičky – není-li si u nějaké činnosti jistá, dožaduje se pomoci nebo rady

Příloha č. 4

Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů.
(Laudová in Škodová, Jedlička a kol., 2003, s. 568)

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

ANOTACE

Jméno a příjmení: Marie Melzerová

Katedra: Speciální pedagogiky

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph. D.

Rok obhajoby: 2007

Název práce: Využívání alternativní a augmentativní komunikace v ústavech sociální péče Ústeckého kraje.

Název v angličtině: Using Alternativ and Augmentativ Communication in Social Care Institutions in the Region of Ústí nad Labem.

Anotace práce: Diplomová práce se zabývá vymezením pojmu alternativní a augmentativní komunikace a výčtem jednotlivých systémů. Dále se věnuje klasifikaci a charakteristice mentálně retardovaných osob a symptomatickým poruchám řeči. Praktická část prezentuje výsledky dotazníkového šetření provedeného v ústavech sociální péče Ústeckého kraje.

Klíčová slova: Alternativní a augmentativní komunikace, mentální retardace, symptomatické poruchy řeči, ústav sociální péče, speciálně pedagogické centrum.

Anotace v angličtině: The diploma theses deals with defining the conception of the alternative and augmentative communication and with listing of the individual systems. Further it deals with classification and characteristics of mentally rataraded people and with symptomatic dislogia. The practical part presents outcomes of the questionnaire survey carried out in social care institutions in the Usti nad Labem region.

Klíčová slova v angličtině: Alternativ and Augmentativ communication, Mental retardation, symptomatic dislogia, social care institut, special pedagogic center.

Přílohy vázané v práci: Dotazník, průvodní dopis, kasuistika, srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů.

Rozsah práce: 121 s., 9 s. přílohy

Jazyk práce: Český jazyk

