

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Využití alternativních a augmentativních forem komunikace u dětí s
Dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích**

bakalářská práce

ABSTRAKT

Application of the alternative and augmentative forms of communication by children suffering the Infantil cerebral palsy in České Budějovice

The theoretical part of this work contains the definition of the Infantile cerebral palsy and its associated handicaps, then it contains a short explanation of the term „communication“ as well as a summary of the most widely used and actual methods and instruments for the alternative and augmentative communication.

The first aim of this Bachelor work is to get an overview about the methods and systems of the alternative and augmentative communication in the area of České Budějovice used by the communication training and by the communication itself with the children who suffer the Infantil cerebral palsy. The second aim of this work is to find out, what's the attitude to these methods from the view of these childrens' parents, who are using such methods by their own children.

For gaining the required data, a qualitative research has been carried out, in concrete „The methods of observation and interview“ in the form of a structured interview with opened questions. The interviews were realized both with the concrete parents of these handicaped children, who communicate with their children by using the methods of alternative and augmentative communication – and also with the specialized staff who work with these handicaped children. The interviews were realized in the ARPIDA, o.s. center and in the Světluška, o.p.s. center in České Budějovice.

From this research it has emerged, that from all these alternative and augmentative methods - suitable for the communication training with these handicaped children - the interviewed specified staff from České Budějovice uses mostly the method „The Picture Exchange Communication System“ and as a supporting method „Communication tables“. The parents, who decided to use the methods of alternative and augmentative communication, find these methods mostly positive. This work could serve as an informational material for parents, specialized staff and for applicants who are interested in systems of alternative and augmentative communication.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

.....

Vendula Blechová

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Jitce Balcarové za velmi cenné rady a připomínky k mé bakalářské práci, dále všem rodičům a odborným pracovníkům, kteří mi poskytli rozhovory. Velmi děkuji také své rodině za podporu při studiu.

Obsah

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Dětská mozková obrna	8
1.1.1 Vymezení, formy dětské mozkové obrny.....	8
1.1.2 Přidružená postižení k dětské mozkové obrně	10
1.1.2.1 Mentální retardace	11
1.1.2.2 Epilepsie.....	13
1.1.2.3 Smyslová postižení	16
1.1.3 Specifika řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou.....	16
1.1.4 Specifika rodin dětí s dětskou mozkovou obrnou	17
1.1.5 Sociální dosah dětské mozkové obrny	18
1.2 Komunikace	18
1.2.1 Verbální komunikace.....	19
1.2.2 Neverbální komunikace.....	19
1.3 Alternativní a augmentativní komunikace	20
1.3.1 Systémy alternativní a augmentativní komunikace bez pomůcek.....	22
1.3.1.1 Znak do řeči	22
1.3.1.2 Znakovaná čeština.....	22
1.3.1.3 Znakový jazyk.....	23
1.3.1.4 Metoda Tadoma	23
1.3.1.5 Lormova abeceda.....	23
1.3.2 Systémy alternativní a augmentativní komunikace s pomůckami	24
1.3.2.1 MAKATON	25
1.3.2.2 Picture Communication Symbols (PCS).....	25
1.3.2.3 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)	26
1.3.2.4 Piktogramy	27
1.3.2.5 Systém Bliss.....	27

1.3.2.6 Symboly Widgit	28
1.3.2.7 Facilitovaná komunikace	28
1.3.2.8 ETRAN-N	29
1.3.2.9 Technické pomůcky	29
1.3.3 Programy pro alternativní a augmentativní komunikaci	30
1.3.4 Alternativní a augmentativní komunikační metody ve vztahu k dětské mozkové obrně	32
2. CÍL PRÁCE.....	33
2.1 Cíl práce a výzkumné otázky	33
3. METODIKA.....	34
3.1 Použitá metodika	34
3.2 Popis výzkumného terénu	34
4. VÝSLEDKY	36
4.1 Komunikační systémy z pohledu vybraných odborných pracovníků v centru ARPIDA, o.s.	36
4.2 Komunikační systémy z pohledu rodičů – centrum ARPIDA, o.s.....	39
4.3 Komunikační systémy z pohledu vybraných odborných pracovníků v centru Světluška, o.p.s.....	42
4.4 Komunikační systémy z pohledu rodičů – centrum Světluška, o.p.s.....	45
5. DISKUZE	47
6. ZÁVĚR	51
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	53
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	59
9. PŘÍLOHY.....	60

ÚVOD

Komunikace je v dnešní době natolik důležitá, že pokud někdo tuto schopnost nemá nebo o ni nějakým způsobem přijde, je výrazným způsobem omezen. Navazování kontaktu se společností a získávání informací je pak obtížné. To je příznačné i pro mnohé děti s dětskou mozkovou obrnou. Otevírá se prostor pro alternativní a augmentativní komunikaci, která tuto bariéru může snížit. Jedná se o komunikační systémy, metody a pomůcky, jež doplňují nebo nahrazují běžnou verbální komunikaci. V České republice je přístup k poměrně širokému spektru alternativních systémů a pomůcek. Informovanost o nich mezi veřejností a hlavně mezi rodiči dětí s postižením je však stále velmi malá.

První kapitola teoretické části této bakalářské práce se zabývá dětskou mozkovou obrnou. Charakteristikou, formami a specifiky tohoto postižení. Dále je zde krátce popsáno, co je to komunikace a jaký je rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací. V první části práce je také obsažen přehled nejužívanějších komunikačních systémů, jak u nás, tak ve světě. Komunikační systémy jsou rozděleny do dvou skupin. Na alternativní a augmentativní komunikační systémy bez pomůcek a s pomůckami. V závěru teoretické části práce jsou popsány některé počítačové programy pro alternativní a augmentativní komunikaci, které mohou využít děti s dětskou mozkovou obrnou.

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na získání přehledu o metodách a systémech alternativní a augmentativní komunikace, které jsou využívány na území Českých Budějovic při nácviku komunikace a při komunikaci samotné s dětmi s dětskou mozkovou obrnou. Dalším cílem je zjistit, jaký postoj k alternativním a augmentativním komunikacím zaujímají rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou, jež zároveň tyto metody u svých dětí využívají.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Dětská mozková obrna

1.1.1 Vymezení, formy dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) je neurovývojové onemocnění způsobené poškozením nezralého mozku. Charakterizuje ji neprogresivní postižení motorického systému (Love, Webb, 2009). Moderní literatura užívá název cerebrální paréza (Cerebral Palsy - CP, resp. infantilní cerebrální paréza - ICP), neboť jde o centrální poruchu svalové funkce, nikoli o úplné ochrnutí (Kolářová, 2009, s. 29). Porucha je trvalá, ale nikoli neměnná. Poškození objevující se v pozdním prenatálním nebo postnatálním období se dále vyvíjejí (Kraus, 2005). DMO postihuje 2 až 5 dětí z 1000 narozených, přičemž u jednoho z tisíce jde o závažné postižení. Více jak polovina dětí se závažnějším postižením pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených (Komárek, Zumrová, 2000, s. 61).

Etiologie vzniku DMO zahrnuje příčiny prenatální, perinatální i postnatální. V prenatálním období mohou negativně působit faktory, jako je nízká porodní hmotnost, nedonošenost, trauma in utero (vlivem havárie, poranění břicha nebo pánve), hypertenze matky během těhotenství (preeklampsie), hypoxie, mnohočetná těhotenství, kongenitální infekce, nutriční deficit matky (známý je deficit jódu vedoucí k intrauterinnímu poškození mozku) a intoxikace (opiáty, alkohol, těžké kovy). K příčinám perinatálním patří porodní asfyxie, novorozenecká žloutenka, trauma během porodu, protrahovaný či překotný porod. Postnatálně je za vznik DMO odpovědná mozková hypoxie, infekce, kraniocerebrální traumata, toxické a metabolické encefalopatie. Mnohé neurologické poruchy, souborně shrnuté pod názvem dětská mozková obrna, dosud nemají plně objasněnou etiologii (Kraus, 2005).

Existuje několik klasifikací DMO, většina odborníků však v dnešní době uznává 3 hlavní klinické kategorie motorických poruch: spasticitu, dyskinezi a ataxii (Love, Webb, 2009).

Nejlehčí formou spastické DMO je diparéza. Svalový tonus na dolních končetinách je charakteristicky zvýšený. Je-li dítě schopno chůze, jde po špičkách s částečným ohnutím koleních a kyčelních kloubů. Drobná centrální symptomatika se může nacházet i na horních končetinách. Při chůzi je tendence držet loket ve flexi. Jemná motorika bývá méně postižena než hrubá. Často se objevuje strabismus a problémy s vizuální percepcí. U většiny jedinců jsou intelektové schopnosti relativně zachované. Výraznější postižení horních končetin se pojí s nižší úrovní intelektu a tím i horšími schopnostmi motoriky (Kraus, 2005).

Hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti, nejčastěji spastického typu, přičemž horní končetina bývá postižena více. Paže je rotována dovnitř s palmární (dlaňovou) flexí. Postižení dolní končetiny se zjistí až při začátku chůze. Chůze je možná pouze cirkumdukci, tzn. místo kroku dochází na postižené straně k opsání polokružnice (Kaňovský, 2004, s. 99). U mnohých se nevyvine pinzetový úchop, růst postižené poloviny těla je opožděný, vzniká skolióza. Může se vyskytovat porucha v oblasti okulomotoriky, častý je strabismus, někdy také atrofie optického nervu. Epilepsie je nejvýznamnější komplikací hemiplegie (27-44 %). Při mentální retardaci je epilepsie pětikrát častější. Mentální retardaci lze nalézt u 18-50 % pacientů.

Triparetická forma patří mezi bilaterální formy DMO. V klinickém obrazu je výrazné motorické postižení u 80 %, mentální retardace u 2/3 a epilepsie u poloviny dětí. Lze pozorovat variabilní kombinace projevů, prognóza je většinou nepříznivá (Kraus, 2005, s. 79)

Kvadruparéza je nejtěžší formou DMO. Charakterizuje ji oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva (Kraus, 2005). Doprovázejí ji okulomotorické problémy, nejčastěji těžký, nekorigovatelný strabismus a parézy branchiálního svalstva, které přispívají k omezené možnosti vývoje řeči (Kaňovský, 2004). U těchto dětí je hlavním problémem výživa a prevence aspirací, dále epilepsie,

poruchy oromotorických funkcí a těžké mentální postižení. Prognóza je velmi nepříznivá, nejvíce postižené děti neopustí ve vývoji neonatální stupeň (Kraus, 2005).

Základní charakteristika dyskinetické (extrapyramidové, dystonicko-dyskinetické, atetoidní) formy DMO dle Krause (2005, s. 81) je „*neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby a udržovat posturu*“. Tvoří kolem 10 % případů DMO. Klinicky se rozlišují dvě podskupiny: hyperkinetická a dystonická forma. U hyperkinetické podskupiny v hybnosti dominují masivní, nápadně neúčelné, mimovolní pohyby. V dystonické podskupině hybnou poruchu charakterizují náhlé abnormální změny svalového tonu. Objevují se stereotypní pohyby při opakované tendenci k přechodu do určité polohy. Rozvoj epilepsie je relativně vzácný, asi u jedné čtvrtiny případů (Kaňovský, 2004; Kraus, 2005). Častá je porucha sluchu a těžká dysartrie. Obrna pohledu vzhůru způsobuje, že se děti dívají nahoru se zákonem hlavy. Tyto děti jsou inteligentní a při speciální pomoci jsou schopny studia (Kolářová, 2009, s. 92).

Cerebelární (mozečková, ataktická) forma tvoří podle Krause (2005, s. 84) kolem 7-15 % případů DMO, Kolářová (2009) uvádí 10 %. Vzniká následkem postižení mozečku. Děti vrávorají, chodí se širokou bází, mají třes a potíže s jemnou motorikou, častá je porucha intelektu (Kolářová, 2009, s. 92).

Mezi smíšené formy DMO se řadí kombinace ataxie, dystonie a spasticity. Dyskinezie a dystonie provází postasfyktické případy diuretické formy DMO. Carebelární příznaky se mohou kombinovat se všemi formami DMO. Jde o závažné postižení se špatnou prognózou (Kolářová, 2009, Kraus, 2005).

1.1.2 Přidružená postižení k dětské mozkové obrně

Patrně nejzávažnější sdruženou poruchou s DMO, s ohledem na sociální důsledky, je mentální retardace. Velmi závažná je i epilepsie, která někdy může být hlavní překážkou v zapojení do aktivního života. Ze smyslových postižení jsou to

především poruchy zraku, sluchu a řeči. Dále se objevují poruchy somatického růstu a emoční poruchy (Jankovský, 2006).

1.1.2.1 Mentální retardace

Světová zdravotnická organizace (WHO) v desáté revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) z roku 2008 s platností od 1. 1. 2009 definuje mentální retardaci jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.*“

Jiné vymezení nabízí Müller a Valenta (2003, s. 14): „*Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“ S ohledem na sociální důsledky je mentální retardace patrně nejzávažnější přidruženou poruchou u dětí s DMO (Jankovský, 2006).

Je nutné odlišit jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku. Jedná se o jedince výchovně zanedbané, děti i dospělé se závažnými emočními poruchami a děti s vážným smyslovým postižením, které nebylo včas rozpoznáno. Tyto stavy připomínající mentální retardaci někteří autoři označují jako pseudooligofrenie (Švarcová, 2003, s. 25).

Mentální retardace se podle Mezinárodní klasifikace nemocí dělí do šesti kategorií (F70-F79) – lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 31).

Lehké mentální postižení (IQ 50-69) většinou umožňuje dosáhnout schopnosti užívat řeč účelně, i když s opožděným osvojením. Většina osob s lehkou mentální retardací je nezávislá v osobní péči i v praktických domácích dovednostech. Hlavní potíže se objevují při práci ve škole (Švarcová, 2003, s. 29). Děti mají problémy s konkrétním mechanickým myšlením, omezenou schopnost logického myšlení, slabší paměť, vážne analýza a syntéza, dále mají lehce opožděnou hrubou i jemnou motoriku a poruchu pohybové koordinace. Rozvoj sociálních dovedností je též zpomalen. V emocionální oblasti se projevuje afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Mnoho dospělých s lehkým stupněm mentální retardace je schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů (Bazalová in Pipeková, 2006, s. 272).

Osoby se středně těžkou mentální retardací (IQ 35-49) jsou výrazně opožděny v rozvoji myšlení a řeči, to přetrvává až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, vyskytují se časté agramatismy. Tvoří jednoduché věty. Někdy užívají pouze nonverbální komunikaci. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. V sebeobsluze jsou mnohdy samostatní pouze částečně. Středně těžce mentálně postižení jsou emocionálně labilní a často nepřiměřeně afektivně reagují. Většinou nejsou schopni úspěšně a samostatně řešit náročnější situace, někteří se však dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti. Zvládají jednoduché pracovní zařazení (Bazalová in Pipeková, 2006, s. 272-273).

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) je v mnohém podobná středně těžké mentální retardací. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější (Švarcová, 2003, s. 31). Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. Pohybová neobratnost je značná, dlouhodobě si osvojují koordinaci pohybů. Minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč je jednoduchá, omezená na jednoduchá slova nebo se nemusí vůbec vytvořit. Osoby s těžkou mentální retardací si mohou osvojit základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy. Někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Jedinci s tímto stupněm mentálního postižení mají výrazně narušenou afektivní sféru,

stálost nálady a impulzivitu. Potřebují celoživotní péči (Bazalová in Pipeková, 2006, s. 273-274).

S hlubokou mentální retardací (IQ pod 20) se pojí těžké omezení motoriky, stereotypní automatické pohyby, kombinace s postižením sluchu, zraku a těžkými neurologickými poruchami. Zrakové a sluchové vnímání je též poškozeno (Bazalová in Pipeková, 2006, s. 274). Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. IQ nelze přesně změřit (Švarcová, 2003, s. 31). Nonverbální komunikace probíhá beze smyslu, pouhé grimasy a výkřiky. Nepoznávají okolí, mají totálně porušenou afektivní sféru, dochází u nich k sebepoškozování. Lidé s hlubokou mentální retardací se nedožívají vyššího věku (Bazalová in Pipeková, 2006, s. 274).

Kategorie jiné mentální retardace se stanovuje tehdy, když určení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorké nebo somatické poškození, poruchy chování a autismus (Švarcová, 2006; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Kategorie nespecifikovaná mentální retardace se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale pro nedostatek informací nelze jedince přesně zařadit (Švarcová, 2006; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

1.1.2.2 Epilepsie

Seidl a Obenberger (2004, s. 241) uvádějí, že *„pro onemocnění epilepsií jsou typická opakovaná epileptických záchvatů jako náhlé vůlí neovladatelné, epizodické změny činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání, chování, obvykle spojené s poruchou vědomí. Změny se mohou týkat senzomotoriky a autonomních funkcí. Příčinou je porucha rovnováhy mezi excitačními a inhibičními mechanismy u určité skupiny neuronů, jejichž důsledkem jsou abnormální neuronální vývoje v CNS, se stereotypní manifestací a často typickým EEG záznamem.“*

K rozvoji epileptických záchvatů mohou přispět faktory endogenní (např. poruchy maturace mozku, vrozené metabolické poruchy, disfunkce iontových

kanálů, imunitní poruchy,...) a faktory exogenní (např. pre- a perinatální škodliviny, kraniocereberální traumata, tumory, hypoxie, hypoglykémie, infekce, horečka,...) (Šlapal, 2002). Za určitých podmínek může epileptickým záchvatem reagovat každý mozek, např. při stimulaci nebo po aplikaci některých farmak (Seidl, Obenberger, 2004). Z hlediska etiologie se epileptické záchvaty dělí na idiopatické (primární), symptomatické (sekundární) a kryptogenní. Idiopatické záchvaty vznikají na genetickém podkladu a chybí jim prokazatelný organický substrát (Vítek in Pipeková, 2006). Jejich příčinu nelze na základě dosavadních možností stanovit a jsou považovány za méně závažné (Šlapal, 2002, s. 26). U symptomatických záchvatů je příčina známá. Kryptogenní epileptické záchvaty stojí na rozmezí idiopatických a symptomatických záchvatů. Na jejich vzniku se různou mírou podílejí faktory genetické i exogenní (Vítek in Pipeková, 2006).

Mezinárodní liga proti epilepsii (ILAE) uvádí, v Revizi terminologie a koncepcí pro organizaci epilepsie z roku 2010, Mezinárodní klasifikaci epilepsií a epileptických záchvatů, v níž dělí záchvaty do tří základních skupin – ložiskové, generalizované a neklasifikovatelné.

Ložiskový (neboli parciální, fokální, lokalizovaný) záchvat vzniká ve fokusu. Tento typ se dále dělí podle případné alterace vědomí na jednoduché a komplexní.

Jednoduché ložiskové záchvaty nedoprovází ztráta vědomí. Mohou se projevit motorickými (křeče), senzitivními (pocity brnění, mravenčení) či senzoricnými (smyslové halucinace), vegetativními (nevolnost, zvracení, pocení, inkontinence) nebo psychickými příznaky (dysfázie, derealizace) (Nevšimalová, 2002; Vítek in Pipeková, 2006; Vítková, 2006). Do skupiny jednoduchých parciálních záchvatů patří i aura. Jde o senzitivně-senzorické nebo i složitější psychické vjemy, které se vyskytují bezprostředně před začátkem generalizovaného tonicko-klonického záchvatu. U nemocného mají vždy identický charakter. Signalizují primární ložiskový ráz záchvatu, který velmi rychle přechází v záchvat sekundárně generalizovaný (Nevšimalová, 2002, s. 219).

Komplexní ložiskové záchvaty jsou vždy provázeny poruchou vědomí. Mohou navazovat na iniciální jednoduché záchvaty, kdy k poruše vědomí dochází teprve následně. Záchvaty se projevují jednáním, které probíhá bez vědomé psychické kontroly. Lidé v tomto stavu nereagují adekvátně na zevní podněty a na proběhlý záchvat mají vždy amnézii. Typickými projevy jsou pohybové automatismy (mlaskání, polykání nebo komplexnější automatické jednání) trvající několik vteřin až minut, vzácně déle. Záchvaty mohou být spojeny s emočním nábojem (smích, strach), agitovaností až agresivním chováním. Jsou zpravidla krátkého trvání, někdy v kumulacích jednotlivých paroxysmů s rychlým návratem plného vědomí (Nevšímalová, 2002, s. 219).

Generalizované epileptické záchvaty od počátku vychází z obou hemisfér. Porucha vědomí se projevuje hned zpočátku a na záchvatový děj je amnézie (Vítek in Pipeková, 2006). Podle motorických projevů jsou děleny na tonicko-klonické, tonické (náhlé zvýšení svalového tonu, kontrakce svalů), klonické (série opakovaných svalových stahů), myoklonické (náhlé mimovolní záškuby), atonické záchvaty (náhlá ztráta svalového napětí) a absence (krátká ztráta vědomí, zahledění) (Nevšímalová, 2002; Vítek in Pipeková, 2006; Vítková, 2006).

Jako neklasifikovatelné epileptické záchvaty uvádí Mezinárodní klasifikace ty, jež nelze pro nedostatek důkazů zařadit do žádné z kategorií (ILAE, 2011).

Pojmem status epilepticus je označováno nakupení epileptických záchvatů. Nejčastěji jde o kumulaci generalizovaných tonicko-klonických záchvatů, které se opakují v rychlém časovém sledu po dobu delší než 30 minut (Nevšímalová, 2002, s. 221). Je to akutní, život ohrožující stav (smrtí končí v 5-10 % případů), rozhoduje délka trvání křečí (Seidl, Obenberger, 2004, s. 252). Mezi jednotlivými záchvaty zpravidla nedochází k nabytí vědomí (Nevšímalová, 2002, s. 221).

Četnost výskytu epilepsie u dětí a dospělých s DMO se podle různých studií pohybuje od 15 do 55 %. Forma DMO do určité míry určuje pravděpodobnost vzniku epilepsie (např. u čistě ataktické formy je epilepsie velmi vzácná). U jednotlivých forem

DMO lze identifikovat i různé typy záchvatů. U dětí s hemiparetickou formou DMO jsou nejčastějším typem parciální záchvaty. Kvadruparetická forma DMO je spojena s tonicko-klonickými záchvaty, ale také s absencemi a parciálními záchvaty. U diparetické formy DMO má generalizované tonicko-klonické záchvaty více než polovina dětí (54 %), čtvrtina dětí má parciální záchvaty (Kraus, 2005).

1.1.2.3 Smyslová postižení

Další časté přidružené postižení k dětské mozkové obrně jsou smyslová postižení. Velké množství dětí má zrakové vady. Jedná se především o amblyopii, strabismus, nystagmus, refrakční poruchy a slabozrakost. Strabismus lze korigovat pomůckami, případně chirurgicky. Z edukačního hlediska je větším problémem slabozrakost (nevidomost), kdy je nutné uplatňovat speciální metodiky.

Poruchy sluchu se vyskytují především u dyskinetické formy DMO. Projevují se zejména ve výchovně vzdělávací činnosti. Sluchové vady úzce souvisí s poruchami tvorby a porozumění řeči (Jankovský, 2006).

1.1.3 Specifika řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou

DMO ovlivňuje vývoj dítěte od samého začátku, má tedy vliv i na vývoj řeči. Již v kojeneckém věku se objevují potíže s dýcháním, sáním, pláč je slabý, dítě zřídka spokojeně brouká, chybí hra s končetinami a pudové žvatlání. Zaostávají některé orální reflexy nebo jiné naopak přetrvávají déle, než je obvyklé. Vznikají i potíže s příjmem a zpracováním potravy – díky špatnému polykacímu reflexu (důsledkem je hypersalivace) a koordinaci pohybů čelistí, rtů a jazyka. Dítě si automatizuje a zafixuje nesprávné pohybové vzory v orofaciální oblasti (Klenková, 2000; Vítková, 2004; Kraus, 2005). Negativní vliv na vývoj řeči mají také další přidružené poruchy, závažnost

postižení centrálního nervového systému a motoriky, funkčnost orofaciální motoriky, výchova v rodině, či podnětnost prostředí (Kraus, 2005; Klenková, 2006).

U lehčích forem DMO bývá vývoj řeči opožděný, u těžších forem omezený. Nezřídka se objevuje i verbalismus, kdy dítě vytváří pojmy, kterým nerozumí, nezná jejich význam (Klenková, 2000, s. 44-45). V celkovém klinickém obraze je nejtypičtější poruchou řeči u dětí s DMO vývojová dysartrie (Vítková, 2004, s. 125). Z dalších poruch řeči se u dětí s DMO vyskytuje anartrie, dyslalie, agramatismus, koktavost, breptavost, huhňavost a mutismus (Klenková, 2006; Vítková, 2006). V některých případech je nesnadné rozhodnout, zda příčinou narušení řečového vývoje je primárně zaostávání v mentálním vývoji nebo dlouhodobá retardace řečového vývoje (Kraus, 2005, s. 244).

1.1.4 Specifika rodin dětí s dětskou mozkovou obrnou

Narození dítěte s postižením a jeho výchova znamená pro rodinu obrovskou emoční, fyzickou, časovou i ekonomickou zátěž. Matka většinou zůstává v domácnosti a pečuje o dítě. Má tak velmi omezenou nebo žádnou možnost seberealizace v zaměstnání i osobním životě. Otec zajišťuje rodinu po ekonomické stránce. Psychická zátěž se může podepsat i na rozpadu manželství a následném odchodu otce z rodiny. Ovlivnění příchodem dítěte s postižením jsou samozřejmě i sourozenci dítěte. Bývá jim věnována menší pozornost a péče. Na druhé straně se u těchto sourozenců objevuje sociální angažovanost, větší empatie, emoční citlivost a sebekritičnost (Kraus, 2005, s. 267-268).

Vyrovňávání se s narozením dítěte s postižením, je pro některé rodiče celoživotní záležitostí. Během tohoto procesu procházejí několika fázemi. Počínaje šokem po sdělení diagnózy, přes popření, stadium agrese, smlouvání, deprese, až po smíření se se situací. Jednotlivé fáze se mohou opakovat nebo chybět. Ne vždy se podaří rodičům dospět k úplnému smíření a vyrovnání (Kraus, 2005; Jankovský, 2006; Pipeková, 2006). Zde je velmi důležitá podpora ze strany příslušníků rodiny, blízkého

okolí i odborníků. Kromě včasné diagnostiky je rozhodující spolupráce mezi týmem odborníků (z oblasti medicínské, terapeutické, psychologické, pedagogické) a rodinou, kdy ve středu zájmu má být vždy samotné dítě (Klenková, 2000, s. 69).

1.1.5 Sociální dosah dětské mozkové obrny

Schopnost vytvářet a udržovat mezilidské vztahy se nazývá sociabilita. Je podmínkou pro začlenění jedince do společnosti a do určité míry se dá ovlivnit výchovou. U člověka s postižením mohou být sociální vztahy narušeny. Velmi záleží na osobnostních předpokladech jedince (především temperamentu a osobních vlastnostech), od nich se odvíjí, jak se dokáže s vlastním postižením vyrovnat (Pipeková, 2006, s. 68).

Různá sociální omezení (pocit méněcennosti, osamělosti, segregovanost od společnosti) se však netýkají jen jedince samotného, ale i jeho sociálního okolí a především rodiny. Matka většinou zůstává s dítětem v domácnosti, rodině se snižuje socioekonomická úroveň. Dítě s postižením pro rodinu do určité míry znamená i citovou zátěž, protože je k němu směřována, často přehnaná, pozornost a režim rodiny se také často mění dle jeho potřeb. Ve výsledku je takový jedinec „přítěží“ pro celou společnost, jelikož v něm ztrácí plnohodnotnou produktivní sílu a musí péči o něj různým způsobem dotovat. Úkolem celospolečenské péče by mělo být zabránění nevýhodám vyplývajících z postižení, nebo je alespoň kompenzovat, a to na všech úrovních prevence (Kraus, 2005).

1.2 Komunikace

„Komunikace znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k utváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů“ (Klenková, 2006, s. 25).

„Komunikace je především percepce. Obsahuje úmyslný či neúmyslný přenos informací určených k poučení nebo ovlivnění jedince nebo skupiny, kteří je přijímají. S přenosem informací dochází k působení na přijímající osobu, ale zároveň i ke zpětnému účinku na osobu vysílající“ (Sillamy, 2001, s. 100). Potřeba komunikovat je u člověka vedle potřeby zachování jedince jednou z nejsilnějších. Je to schopnost vrozená, můžeme ji tedy počítat mezi instinkty (Lejska, 2003, s. 9). Komunikace a zejména mluvená řeč sehrává významnou roli v rozvoji celé osobnosti člověka. Dítě prozkoumává své okolí, seznamuje se s věcmi a pojmenovává je, zvědavé otázky pak rozšiřují jeho znalosti. Řeč je i významným prostředkem, jak vyjádřit své „já“ (Janovcová, 2004, s. 15). Podle charakteru prostředků komunikace a způsobu zprostředkování se dělí komunikace na verbální a neverbální (Výrost, Slaměnik, 2008, s. 218).

1.2.1 Verbální komunikace

Do verbální (slovní) komunikace můžeme zařadit všechny komunikační procesy vykonávané pomocí mluvené nebo psané řeči. Řeč je specificky lidským komunikačním systémem. Vrcholnou formou komunikace pak je používání slov (Klenková, 2000, s. 17). Základním předpokladem pro započetí komunikace je možnost spojení mezi účastníky, jeho navázání a udržování během procesu komunikace, což může být někdy velmi náročné (Výrost, Slaměnik, 2008). Na úrovni jazykového projevu jsou závislé sociální kontakty, jež zaujímají v lidském životě centrální pozici (Klenková, 2006, s. 29).

1.2.2 Neverbální komunikace

Při komunikaci hojně užíváme i mimoslovní prostředky. Jedná se o prostředky neverbální (nonverbální, neslovní, mimoslovní) komunikace, která v sobě zahrnuje

veškeré dorozumívací prostředky neslovní podstaty. Neverbální chování je fylogeneticky i ontogeneticky starší a má velkou výpovědní hodnotu. Podléhá společenskému kodexu dané společnosti a vykazuje značné individuální, interkulturní, etnické, mezinárodní a geografické odlišnosti (Klenková, 2006, s. 29). Verbální komunikace v ústní podobě je vždy doprovázena neverbální komunikací. Neverbální komunikace se však může vyskytovat samostatně. Neslovní komunikace zahrnuje širokou škálu výrazů, jedná se o gesta, postoj těla, mimiku, vzdálenost a zaujetí prostorových pozic, tělesný kontakt, pohledy očí a paralingvistické projevy. Poslední uvedené jsou na pomezí nonverbálních mimohlasových prostředků a mluvené řeči. Do této skupiny projevů patří např. pauzy v řeči, rytmus, hlasitost, intonace řeči, ale i vzdychání, smích či pláč. Význam paralingvistických projevů je především emocionální (Klenková, 2006; Výrost, Slaměník, 2008).

Řeč těla přináší mnoho důležitých informací o vnitřním světu člověka, čímž nám napomáhá lépe ho poznat a porozumět mu. Pro správné pochopení neverbálních signálů je třeba dbát na to, abychom do nich nepromítali své vlastní postoje a přání. Výsledkem pak může být nedorozumění, kritické hodnocení druhých, zjednodušování a předsudky (Tegze, 2003).

1.3 Alternativní a augmentativní komunikace

Pokud dítě neodkáže vyjádřit své přání a potřeby, může to být velmi frustrující nejen pro ně samotné, ale i pro rodinu a blízké okolí. Ať už je péče rodiny jakkoli starostlivá a obětavá, přesto dítě potřebuje nějaký svůj komunikační prostředek, skrze který se samo vyjádří (Abbot, Detheridge C., Detheridge T., 2006, p. 74). Alternativní a augmentativní komunikace (dále jen AAK) si klade za cíl umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zapojení do společnosti. Systémy AAK usnadňují a rozšiřují komunikaci těm, jejichž mluvená řeč je málo srozumitelná nebo je jim znemožněna (Janovcová, 2004, s. 16). Umožňují osobám s těžkým postižením komunikovat se svým okolím, vyjádřit své

pocity, přání, reagovat na podněty (Klenková, 2006, s. 206). „*Jde tedy o využití veškerých komunikačních schopností, jež člověk s postižením komunikace má, aby kompenzoval postiženou funkci.*“ (Škodová, Jedlička, 2007)

Augmentativní komunikační systémy (z lat. *augmentare* – rozšiřovat, zvětšovat, rozhojit) podporují již existující komunikační schopnosti, které jsou však svou kvalitou pro dorozumívání nedostačující.

Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči (Janovcová, 2004; Klenková, 2006).

Systémy AAK umožňují být aktivní v běžné komunikaci, ve vzdělávání a jiných aktivitách. Nemohou však dosáhnout objemu slovníku mluvené řeči a vždy budou také pomalejší než řeč mluvená. Zavedení AAK může být některými rodiči považováno za důkaz, že jejich dítě nebude nikdy mluvit. Metody AAK naopak působí jako jeden z prostředků podpory přirozených řečových projevů a optimalizace jejich vývoje, což bylo potvrzeno výzkumy a jejich praktickým užíváním. Hledání efektivních forem, prostředků a příprava pomůcek pro AAK ale mnohdy vyžaduje velký časový prostor a zkušenost (Janovcová, 2004). Užívání systémů alternativní komunikace umožňuje dětem se samostatně rozhodovat a také snižuje sklony dětí i dospělých se speciálními potřebami k pasivitě. Velkou nevýhodou je ovšem malá společenská využitelnost oproti mluvené řeči a také to, že plné používání AAK pro dorozumívání přichází s časovým zpožděním (Krejčířová, 2011). Systémy AAK se využívají u vrozených narušení komunikačního procesu, centrálních poruch vývoje hybnosti, u vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení i u získaných poruch a degenerativních onemocnění, jako jsou pouřazové stavy, cévní mozkové příhody, Alzheimerova choroba nebo Parkinsonova choroba.

Při výběru AAK musí být zohledněny verbální a fyzické dovednosti, stav zraku a sluchu, doba, po kterou je daný jedinec schopen výkonu, dále věk, stav kognitivních schopností a v neposlední řadě také možná míra podpory od rodiny a personálu (Janovcová, 2004, s. 16-17).

Metody AAK můžeme rozdělit do dvou skupin podle užívaných prostředků na metody s pomůckami a metody bez pomůcek.

1.3.1 Systémy alternativní a augmentativní komunikace bez pomůcek

Tyto metody užívají prostředků neverbální komunikace, jako je mimika, gestikulace, vizuálně motorické znaky, držení těla nebo cílené pohledy očí (Janovcová, 2004, s. 17). Často se jedná o spojení řeči a pohybu. Znaky se také používají k vybavení slov či jejich spojování ve věty. Výhodou těchto metod je možnost dorozumět se i na větší vzdálenost (Škodová, Jedlička, 2007, s. 568).

1.3.1.1 Znak do řeči

Nejedná se o znakovou řeč. Je to doplněk řeči znakem pro jedince s narušenou komunikační schopností. Znak do řeči se využívá především u osob s mentálním postižením, ale i u osob s centrálním narušením hybnosti. Neklade se takový důraz na preciznost provedení, jako u znakového jazyka neslyšících, gesta však musí být jasná a jednoduchá. Metoda je založena na propojení vizuální percepce a motorického systému. Použitím znaků se přizpůsobuje úroveň řeči v závislosti na schopnostech jedince. Důležité je podporovat snahu o napodobování u dítěte. Začíná se u témat, o kterých má dítě potřebu mluvit (rodina, zvířata, jídlo, zájmy,...). Ke komunikaci je vhodné využít všech každodenních aktivit (Janovcová, 2004, s. 24-25).

1.3.1.2 Znakovaná čeština

Mluvený projev v češtině je doprovázen manuálními znaky neslyšících. Větná skladba a gramatika odpovídá českému jazyku. Znakovanou češtinu využívají i osoby slyšící s těžkým řečovým omezením bez výraznějšího pohybového omezení rukou (Škodová, Jedlička, 2007, s. 569).

1.3.1.3 Znakový jazyk

Znakový jazyk neslyšících je originální komunikační systém založený na souboru gest, postavení rukou a celého těla a mimických signálů (Slowík, 2010, s. 81). Má vlastní gramatiku, která je odlišná od mluveného jazyka. Také má více společných znaků se znakovými jazyky ostatních národů, avšak jeden světový znakový jazyk neexistuje.

Řada lingvistů již nepovažuje zvukovou stránku řeči za nutný předpoklad pro existenci jazyka, proto je mnohými vizuálně pohybová komunikace uznávána za rovnocennou komunikaci mluveným slovem (Vítková, 2004, s. 144).

1.3.1.4 Metoda Tadoma

Název je odvozen od jmen dvou dětí indiánského původu, které byly jako první touto metodou vyučovány. Jmenovaly se Tad a Oma. Metodu Tadoma využívají hluchoslepí lidé. Jde o vnímání pohybů a vibrací čelistí, jazyka, tváří a hlasivek. Hluchoslepá osoba odhmatává pohyby na obličeji a krku mluvící osoby (Souralová in Janovcová, 2004, s. 43; Škodová, Jedlička, 2007, s. 569).

1.3.1.5 Lormova abeceda

Lormova abeceda byla též vytvořena pro komunikaci hluchoslepých. Ke komunikaci se využívá dlaňová strana nejlépe levé ruky, prsty ruky se drží mírně napjaté a roztažené. Podle potřeby je možno používat i dlaně pravé ruky. Mluvčí vyznačuje jednotlivá písmena svým ukazováčkem dotyky na dlani a prstech osobě přijímající informace. Vidoucí osoby, které neznají dotykovou abecedu, mohou pro komunikaci s hluchoslepým používat jednobarevnou bavlněnou rukavici

(viz Příloha č. 1), na níž jsou jednotlivá písmena vyznačena (LORM – Společnost pro hluchoslepé, 2007).

1.3.2 Systémy alternativní a augmentativní komunikace s pomůckami

Jsou to ty systémy, jež pro svou realizaci vyžadují přítomnost předmětů, které komunikaci samotnou zprostředkovávají nebo ji pomáhají zprostředkovat. Pomůcky pro AAK můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin na netechnické a technické.

Mezi pomůcky netechnického rázu patří reálné (trojrozměrné) předměty. Takové, s nimiž lze snadno manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné, např. hrneček, lžička, zubní kartáček (Janovcová, 2004, s. 17; Škodová, Jedlička, 2007, s. 568). Předností je možnost využití již u velmi malých dětí, u osob se zrakovým či těžkým mentálním postižením. Nevýhodou pak je, že nedovedou vyjádřit abstraktní slova (Šarounová, 2008 s. 20). Dále mezi netechnické pomůcky patří obrázky, fotografie (obojí buď barevné, nebo černobílé) a symboly v různých podobách (Škodová, Jedlička, 2007, s. 568). Fotografie jsou vhodné v podstatě pro všechny děti. Jen je třeba dbát na jasnost sdělení, např. pokud se jedná o děje a činnosti. Lze je volně kombinovat s obrázky a symboly. U dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením je důležité, aby obrázky či symboly nebyly příliš abstraktní (Šarounová, 2008, s. 22-24).

Z technických pomůcek jsou to různé komunikátory, ať už s hlasovým, či zrakovým výstupem a počítače. Samotné elektronické pomůcky však nemusí být vždy dostačující pro komunikaci, proto je důležité mít vždy přístup jak k technickým, tak k netechnickým pomůckám (Janovcová, 2004, s. 17; Škodová, Jedlička, 2007, s. 570-575).

1.3.2.1 MAKATON

Název MAKATON je složený z počátečních slabik jmen autorů tohoto jazykového programu – Margaret Walker, Kathy Johnston, Tony Cornforthem. Je to systém manuálních znaků a symbolů, které doplňují mluvenou řeč. Pro snazší pochopení smyslu znaků se připojuje také mimika (např. znakuje se šťastný a usmíváme se). Znak MAKATONU vychází ze znakového jazyka neslyšících. Znakuje se jednou rukou, k vyjádření důrazu se znak provádí oběma rukama. Není nutné znakovat všechna slova z věty, stačí jen ta, která jsou podstatná pro pochopení smyslu sdělení. Symboly MAKATONU (viz Příloha č. 2) se v některých případech používají společně se znaky nebo mohou být užívány jako hlavní prostředek komunikace, pomůcka k rozvoji jazyka nebo čtení. Systém využívají jedinci s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením, autisté či děti se sluchovými nebo artikulačními vadami (Janovcová, 2004, s. 25-26).

MAKATON je nevyužívanějším systémem alternativní komunikace ve Velké Británii. Zaveden byl také na Novém Zélandě, v USA, Japonsku, Portugalsku, Malajsii, Řecku, Španělsku, Pákistánu, Norsku, Kuvajtu a v dalších zemích. Slovník MAKATONU tvoří 350 slov sestavených do osmi stupňů od základních pojmů k obecným se stoupající náročností. Dalším, devátým, stupněm je návrh osobního seznamu slov podle individuálních potřeb dítěte (Janovcová, 2004, s. 26-27).

1.3.2.2 Picture Communication Symbols (PCS)

Systém, navržený americkou logopedkou Roxanou Johnson, sestává z černobílých a barevných realistických kreseb (viz Příloha č. 3), které může dítě rozeznávat již od 18 měsíců. Dítě při komunikaci na obrázky ukazuje. Lze je zakládat do elektronických komunikátorů nebo do přenosných komunikačních tabulek. Obrázky jsou řazeny do kategorií a subkategorií (podstatná jména, slovesa, jídlo, místa, lidé, pozdravy, svátky,...). Jsou jak v tištěné podobě, tak v elektronické, jako počítačový

program. Předností programu je, že si každý může vyrábět a tisknout symboly podle své vlastní potřeby. Celá databáze symbolů s dodatky obsahuje až 12 tisíc symbolů (základ tvoří kolem 4000 symbolů) a byla přeložena do 42 jazyků, včetně češtiny (Škodová, Jedlička, 2007, s. 571; Šarounová, 2008, s. 23).

1.3.2.3 Výměnný obrázkový komunikační systém (VOKS)

Vychází z amerického komunikačního systému The Picture Exchange Communication System (PECS), který byl vytvořen speciálně pro děti s poruchou autistického spektra (dále jen PAS). Do českého jazyka ho převedla a upravila Margita Knapcová v roce 2001. VOKS se využívá především u dětí s PAS, dále u dětí s Downovým syndromem, s těžkou dysfázií i s DMO, tedy u všech dětí, které mají závažnější problémy v dorozumívání. VOKS je velmi rychle osvojitelný, lze ho dobře využít doma, ve škole i na veřejnosti. Děti samy iniciují komunikaci, což v důsledku vede k redukci nevhodného chování. S nácvikem systému lze začít v jakémkoli věku, dokonce ještě před rozvinutím řeči, protože VOKS zvyšuje pravděpodobnost jejího vývoje či zdokonalení. Předpokladem pro zvládnutí systému VOKS je diferenciací reálných předmětů. Dítě musí chápat, k čemu určitý předmět slouží.

Při nácviku VOKS jsou potřeba dva učitelé. Jeden je v pozici komunikačního partnera, který komunikuje s klientem a řídí nácvik. Druhý je asistentem klienta, navádí ho a pomáhá mu při komunikaci.

Systém je založen na smysluplné a účelné výměně obrázku (viz Příloha č. 4) za věc, která je na obrázku znázorněna. Děti tedy na obrázky jen neukazují. V prvních lekcích se začíná s výměnou za oblíbenou pochutinu nebo věc. S otázkou „Co chceš?“ se ve VOKS začíná mnohem později než u jiných komunikačních systémů. Je to proto, aby se dítě od samého počátku naučilo samo obracet na komunikačního partnera a nečekalo na výzvu.

Kromě obrázků se suchým zipem na zadní straně jsou ke komunikaci metodou VOKS zapotřebí ještě další pomůcky. Komunikační tabulky (zalamínované papíry

s proužky suchých zipů), s jejich přibývajícím počtem se z nich vytvoří komunikační kniha. Komunikační tabulky jsou v různých barvách, podle druhu obrázků (např. zelená – slovesa, oranžová – podstatná jména, která nejsou zahrnuta do jiných kategorií). Dále tzv. větrný proužek, jenž slouží k samotné komunikaci. Používá se k uchycení více obrázků za sebou, pro vyjádření delších sdělení. Větrný proužek má stabilní šedou barvu (Knapcová, 2006, s. 5-15).

1.3.2.4 Piktogramy

Jedná se o obrázkový jazykový program tvořený z ustálených kontrastních bílých obrázků na černém poli (viz Příloha č. 5). Černobíle provedené pojmy či slova mají všeobecný význam. Piktogramy jsou určeny osobám s mentálním či kombinovaným postižením. Napomáhají při rozhodování a umožňují být aktivní při hovoru. Jsou celkem snadno osvojitelné a motivující, protože vychází z obsahu a významu slov. Obrázky se buď přenášejí, nebo ukazují na komunikační tabulce. Lze je též umístit na nábytek a další zařízení ve škole i doma. Grafické symboly pomáhají pochopit strukturu prostředí, časový sled činností i abstraktních jazykových pojmů.

Piktogramy se běžně užívají všude, kde by slovní vyjádření mohlo být nedostačující nebo překážkou, např. v dopravě, v nemocnicích (Kubová, 2011, s. 3-7).

1.3.2.5 Systém Bliss

Systém Bliss vznikl jako snaha o vytvoření univerzálního komunikačního systému, který by umožňoval mezinárodní komunikaci, bez závislosti na rodném jazyku (Škodová, Jedlička, 2007, s. 39). Několik let od jeho publikování Charlesem Blissem ho začali používat lidé s poruchami učení (Abbot, Detheridge C., Detheridge T., 2006, p. 68). V současné době je systém Bliss využíván jedinci s anartrií, s mentálním

postižením, po mozkových příhodách, jedinci se souběžně více vadami, autisty a afatiky (Janovcová, 2004, s. 27). Vzhledem ke složitosti a abstraktnosti geometrických symbolů (viz Příloha č. 6), je systém nevhodný pro osoby s těžšími formami mentálního postižení (Šarounová, 2008, s. 23).

Bliss je jediný ze systémů AAK, který umožňuje zachovávat gramatická pravidla. Z 26 grafických prvků bylo vytvořeno již 2300 symbolů. Při komunikaci se na jednotlivé symboly ukazuje. Pro jednotlivce se systém přepracovává do individuálních komunikačních tabulek. U některých jedinců lze dokonce Bliss kombinovat se znaky MAKATON (Janovcová, 2004, s. 28).

1.3.2.6 Symboly Widgit

Symboly Widgit, dříve nazývané Rebus, vznikly ve Velké Británii. V současné době obsahuje systém více než 11 tisíc symbolů, které pokrývají přes 40 tisíc anglických slov. Jsou však používány po celém světě a jsou přeloženy již do 17 jazyků, včetně češtiny. Symboly Widgit jsou jednoduché, barevné obrázky (viz Příloha č. 7). Každý ilustruje jasně a stručně jeden pojem. Zároveň pokrývají široké spektrum témat tak, aby byly vhodné pro všechny věkové kategorie (Widgit Software, 2012).

1.3.2.7 Facilitovaná komunikace

„Systém facilitované komunikace je založen na řízeném výběru komunikačních jednotek, které mohou mít nejrůznější formy od kartiček s obrázky, symboly, piktogramy, písmeny nebo slovy, jejich vzájemnou kombinací, přístroje, až po počítačové zpracování komunikační tabulky.“ Původně se při komunikaci pouze ukazovalo na tabulku s abecedou a se slovy ANO a NE nebo se psalo na psacím stroji. Dnes je možno využít klávesnici počítače.

Facilitátor pomáhá jedinci při komunikaci tím, že mu přidržuje ruku, zápěstí nebo paži. Tato podpora se postupně omezuje na loket a později jen na rameno (Janovcová, 2004, s. 32).

1.3.2.8 ETRAN-N

ETRAN-N je náhradní statická komunikační pomůcka. Je určena pro nemluvící osoby, které nemohou komunikovat jinak než očima. Má podobu plexisklové tabule (desky) s obdélníkovým nebo čtvercovým otvorem uvnitř. Po okrajích jsou umístěna písmena, symboly nebo čísla (pro jasnost a srozumitelnost se doporučují max. tři na jedné straně desky). Komunikující osoby sedí nebo stojí naproti sobě. Deska z plexiskla je umístěná mezi nimi tak, aby na sebe skrz otvor viděli (viz Příloha č. 8). Pohled očí na určitý symbol nahrazuje ukazování. Mluvící osoba ukazovaný symbol nahlas vysloví. Nemluvící reaguje na vyslovené slovo dohodnutým signálem, čímž potvrzuje správnost sdělení (Krejčířová, 2011, s. 34-36).

1.3.2.9 Technické pomůcky

Technické pomůcky pro AAK představují různé pomůcky se zrakovým či hlasovým výstupem, počítače a příslušenství k nim.

Pomůcky se zrakovým výstupem jsou vybaveny malou obrazovkou, na které se vyobrazuje v symbolech nebo obrázcích vzkaz. Přičemž starý vzkaz je s vytvořením nového automaticky smazán.

Pomůcky s hlasovým výstupem se liší typem nahrané řeči. Řeč je buď syntetická, vytvořená počítačem, nebo digitalizovaná, nahraný lidský hlas. Typ řeči si volí uživatel sám podle toho, co mu více vyhovuje (Škodová, Jedlička, 2007, s. 575-576). V zásadě můžeme tento typ pomůcek rozdělit do dvou skupin dle displeje,

kterým jsou vybaveny – na statické a dynamické. Statický displej má pevně daný počet okének, pod který se vkládají listy se symboly (obrázky). Stisknutím příslušného tlačítka jsou obrázky reprodukovány (viz Příloha č. 9). Pro použití je důležité, aby dítě rozumělo komunikaci s využitím obrázků nebo symbolů. Pomůcky s dynamickým displejem jsou podobné malému přenosnému počítači. Obvykle mají i vlastní operační systém a lze je propojit s počítačem. Často mají i dotykovou obrazovku. Počet okének na obrazovce lze libovolně měnit (Šarounová, 2008, s. 28).

Počítače jsou, především ve školním prostředí, využívány mimo komunikace i k výuce. Pro využití počítače ke komunikaci musí opět dítě rozumět komunikaci pomocí fotografií, obrázků či symbolů. V úvahu je nutné brát stupeň mentálního postižení dítěte, protože některé programy mohou být pro dítě příliš složité. Dále je důležité vyřešit ovládání počítače (viz Příloha č. 10), vzhledem k povaze postižení dítěte. Je třeba hledat způsob, jak by mohlo být dítě co nejvíce samostatné. K ovládání počítače lze použít různé druhy klávesnic, alternativní myši (např. Trackball), dotykové obrazovky, spínače či zařízení reagující na pohyb a mrknutí oka (Šarounová, 2008, s. 30-33).

1.3.3 Programy pro alternativní a augmentativní komunikaci

Speciální počítačové programy jsou vytvořeny především pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami. Mohou je však využívat i intaktní děti. Programy jsou zaměřeny na ovládání počítače, výuku nebo komunikaci (Šarounová, 2008, s. 33-34). Jsou vhodné k doplnění standardních forem vzdělávání. Podílejí se na procvičování koordinace oko-ruka, barev, tvarů a velikostí, cvičení logiky, paměti, postřehu, odhadu,... Některé programy jsou vytvořeny přímo pro účely AAK (Petit, 2009). Následuje výběr některých PC programů, které nabízí současný trh.

Sada programů Altík (viz Příloha č. 11) je zaměřena na výuku AAK a tvorbu komunikačních tabulek (Altík, Altíkův slovník, Altíkovy úkoly). Součástí je také

program Když chybí slova, jež slouží pro nácvik komunikačních systémů založených na znakování, jako je MAKATON či Znak do řeči (Petit, 2009).

Nejvíce rozšířeným programem ve světě v oblasti AAK je Boardmaker. Slouží ke zhotovení a tisku komunikačních tabulek pro nemluvící osoby. V základní verzi je přes 3000 barevných symbolů. Program byl přeložen do češtiny. K dispozici je i český manuál. Menu programu je však v angličtině.

Symwriter je nový program pro alternativní komunikaci původem z Velké Británie. Funguje jako jednoduchý textový editor (viz Příloha č. 12). Při psaní se nad slovy automaticky zobrazují příslušné symboly (využívá symbolů Widgit). Program lze ovládat i pomocí spínače, s využitím klávesnice na obrazovce. Mohou ho tedy využívat i uživatelé, kteří nepíší na běžné klávesnici (Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci, 2009/2011).

Soubor počítačových programů Mentio (viz Příloha č. 13) je určen pro děti i dospělé se speciálními potřebami. Jsou zaměřeny na trénování čtení, psaní, počítání, manipulaci s penězi, paměťová cvičení či rozvoj komunikačních dovedností. Soubor je tvořen osmi programy – Slovní zásoba, Zvuk, Hlas, Nakupování, Slovesa, MM (paměťová cvičení), Skládačky a Hádanky (Mentio, 2010).

Nemluvícím lidem je určen program Gird 2. Pomocí něj lze počítač využít jako pomůcku s hlasovým výstupem a užívat pro dorozumívání tabulky ze symbolů, slov nebo písmen (viz Příloha č. 14). Program mohou využít i jedinci s těžkým tělesným postižením, kteří nemohou používat běžnou klávesnici ani myš, lze ho ovládat jedním spínačem (Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci, 2010/2011).

Sada výukových programů Méd'a (viz Příloha č. 15) je určena dětem s postižením i intaktním dětem z mateřských, základních a speciálních škol. Obsahuje šest programů – Barvy a tvary, Méd'a a obrázky, Méd'a počítá, Méd'a čte, Méd'a'99 (5 starších programů se zaměřením na rozvoj smyslového vnímání a komunikačních a poznávacích schopností, pozornosti, logického myšlení a paměti) a Let's play math (základy matematiky v angličtině na úrovni prvního stupně základní školy) (Petit, 2009).

1.3.4 Alternativní a augmentativní komunikační metody ve vztahu k dětské mozkové obrně

Vzhledem k širokému rozpětí forem DMO a k nim přidruženým postižením nelze jednoznačně určit, který z alternativních a augmentativních komunikačních systémů je právě pro osoby s DMO nejvhodnější. Je důležité uplatňovat individuální přístup k jedinci a metodu AAK volit na základě znalosti jeho celkové osobní diagnostiky, dovedností a schopností.

2. CÍL PRÁCE

Empirická část bakalářské práce je zaměřena na získání přehledu o metodách a systémech alternativní a augmentativní komunikace využívaných na území Českých Budějovic při nácviku komunikace a při komunikaci samotné s dětmi s dětskou mozkovou obrnou.

2.1 Cíl práce a výzkumné otázky

V práci byly stanoveny dva cíle:

1) Zmapovat využití forem alternativní a augmentativní komunikace u dětí s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích.

V rámci tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka:

Které z metod alternativní a augmentativní komunikace jsou v zařízeních pracujících s dětmi DMO v Českých Budějovicích upřednostňovány?

2) Zjistit jaký postoj k alternativním a augmentativním komunikacím zaujímají rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou, kteří zároveň tyto metody u svých dětí využívají.

V rámci tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka:

Existuje rozdíl v preferencích formy komunikace mezi vybranými rodiči a pracovníky v pomáhajících profesích?

3. METODIKA

3.1 Použitá metodika

Data pro kvalitativní výzkum byla získána především metodou dotazování pomocí strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami a pozorováním. V kvalitativním výzkumu se na začátku stanovují výzkumné otázky, které se však v průběhu výzkumu mohou měnit či doplňovat. Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoli informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek. Závěry výzkumu se zpracovávají deduktivní nebo induktivní metodou (Hendl, 2005, s. 49-50).

Rozhovory byly poskytnuty vybranými rodiči dětí s dětskou mozkovou obrnou, kteří s nimi komunikují s využitím metod alternativní a augmentativní komunikace a odbornými pracovníky, kteří s těmito dětmi pracují. První otázka rozhovoru s rodiči se, pro upřesnění, týká věku a postižení jejich dítěte. Konkrétnější osobní údaje o dítěti a rodině nejsou pro tento výzkum podstatné. Další otázky jsou již směřovány na problematiku alternativní a augmentativní komunikace. Úvod rozhovoru s pedagogickými pracovníky je orientován na jejich odbornou kvalifikaci. Zbytek rozhovoru se opět týká alternativní a augmentativní komunikace a jejich práce s klienty s využitím těchto metod (viz Příloha č. 18).

3.2 Popis výzkumného terénu

Rozhovory byly uskutečněny v centru ARPIDA, o.s. a v centru Světluška, o.p.s. v Českých Budějovicích v časovém rozmezí od 22. listopadu 2011 do 26. března 2012. Nacvičování systémů AAK ke komunikaci dětí s dětskou mozkovou obrnou v jiných centrech či zařízeních v Českých Budějovicích se nepodařilo během výzkumu zjistit.

Výzkumný vzorek je tvořen celkem šesti vybranými odbornými pracovníky (konkrétně se jedná o 2 logopedky z centra ARPIDA, 2 speciální pedagožky a 2 asistentky pedagoga z centra Světluška) a šesti rodiči (5 z centra ARPIDA a 1 z centra Světluška).

Nestátní nezisková organizace ARPIDA centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s. poskytuje komplexní péči ve smyslu uceleného systému rehabilitace osobám s tělesným a kombinovaným postižením a jejich rodinám. Důraz je kladen na mezioborové vztahy při odborné práci, odbornost i lidský rozměr péče. Cílem poskytované péče je dosažení, pokud možno, maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí (především v rodině). Sociální služby centra ARPIDA jsou zajišťovány denním stacionářem, osobní asistencí, ranou péčí, sociálně terapeutickými dílnami a sociální rehabilitací (návik péče o domácnost, návik samostatného pohybu). Součástí centra ARPIDA je také Mateřská škola, Základní škola a Praktická škola při centru ARPIDA, o.s. Sdružuje mateřskou školu, základní školu, ZŠ praktickou, ZŠ speciální včetně rehabilitačního vzdělávacího programu, třídu přípravného stupně základní školy speciální, dvouletou praktickou školu, školní družinu, speciálně pedagogické centrum, stanici zájmových činností a školní jídelnu. Nedílnou součástí centra je i Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA, které zajišťuje léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace (ARPIDA centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s., 2012).

Centrum Světluška se skládá ze dvou obecně prospěšných společností – Sociální služby Světluška, o.p.s. a Mateřská škola speciální a Základní škola speciální Světluška o.p.s. Sociální služby jsou poskytovány formou denního a týdenního stacionáře. Školy v centru Světluška poskytují vzdělání v oborech Pomocná škola a Základní škola speciální (Světluška: Centrum pro osoby se zdravotním postižením, 2012).

4. VÝSLEDKY

4.1 Komunikační systémy z pohledu vybraných odborných pracovníků v centru ARPIDA, o.s.

Centrum ARPIDA v současné době disponuje třemi klinickými logopedkami, z nichž dvě právě nacvičují nebo jsou již v nácviku některé z metod AAK. Jedná se o metodu VOKS a znakový jazyk.

Logopedka č. 1

Klinická logopedka s atestací s praxí trvající již 15 let. Ze systémů AAK využívá při práci s klienty s DMO metodu VOKS. Kvalifikaci získala před čtyřmi lety absolvováním kurzu Margity Knapcové v Praze. Jako důvody ke zvolení právě metody VOKS uvádí jasnost a pochopitelnost obrázků a celkovou výbornou srozumitelnost systému pro dětské klienty. Dle jejího názoru je to také metoda, která nejlépe rozvíjí motoriku dětí.

Momentálně se s metodou VOKS věnuje jedenácti stálým klientům s DMO. S jedním klientem pracuje jednou až dvakrát týdně. Většinou z finančních důvodů není možné provádět logopedickou terapii vícekrát týdně, protože zdravotní pojišťovny hradí jen dvě za týden. Kromě stálých klientů k ní dochází i rodiče s dětmi, kteří jsou v centru ARPIDA právě na pobytech. Těmto rodičům je umožněno nahlédnout, jak vypadá komunikace s VOKS. Pokud je zaujme, mohou vyhledat odborníka, který tuto metodu ovládá, v místě jejich bydliště. To slouží i k šíření povědomí o AAK mezi rodiči. K této logopedce dochází i rodiče, kteří nemají své děti primárně v péči centra ARPIDA, ale dochází externě na ergoterapii.

Na začátku nácviku VOKS se rodiče pouze dívají a následně vše opakují doma. Požadováno je 30 výměn za den. Při další návštěvě rodiče ukazují, jak s dítětem pracují.

Tímto způsobem se odstraňují možné chyby v nácviku metodiky. Logopedka vidí problém v tom, že matky dětí jsou většinou na mateřské dovolené s dětmi samy, tudíž nemají požadovaného komunikačního partnera. Nutné obrázky si rodiče vyrábí sami nebo jim logopedka poradí, kde je mohou sehnat.

Určující pro rozhodnutí nacvičovat s klientem VOKS je pro ni předpoklad, že rodiče dítěte sami budou tuto metodu schopni ovládat a budou s ním doma pracovat. Důležité je také, aby dítě dokázalo zvednout ruku. To je základ pro uskutečnění výměny obrázků. Zároveň dodává, že VOKS lze natrénovat téměř s každým, mimo klientů stacionáře. Do délky nácviku, od počátku až k úplnému a jasnému pochopení systému, se započítává mnoho proměnných, např. stupeň mentálního postižení, úroveň kognitivních procesů, schopnost koncentrace a, jak zdůrazňuje, angažovanost rodičů a ochota jejich spolupráce. Někteří klienti se rozmluví, takže VOKS už není potřeba a pokračuje se v běžné logopedické péči, někteří se naopak VOKS nenaučí nikdy. K tomu připojuje poznámku, že nelze rozlišit, co se klient naučil díky VOKS nebo vlivem práce jiných odborníků. Pro smysluplný nácvik VOKS je důležitá i spolupráce učitelů v mateřských a základních školách, kteří by měli VOKS zařadit do výuky.

Logopedka č. 2

Klinická logopedka s atestací a jedenáctiletou praxí. Již během studií na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy se zajímala o znakový jazyk neslyšících. Sama říká, že je to její srdeční záležitost. Znalosti si pak prohlubovala kurzem a především během let zaměstnání v základní škole pro děti s vadami sluchu. Celkově se znakovému jazyku věnuje již 18 let. Znakový jazyk je také hlavní forma alternativní komunikace, kterou používá pro nácvik řeči s klienty s DMO. Někdy při práci s klienty využívá pro doplnění a lepší vizualizaci také Boardmaker. Rodičům pak doporučuje zhotovit komunikační tabuli nebo užívání fotografií.

Znakový jazyk považuje za velmi přirozený způsob komunikace. Přirozeným posunkům všichni rozumí a navíc je to bezpomůcková komunikace, takže je tzv. „ihned

po ruce“. Nehrozí nemožnost komunikace, kvůli aktuální nepřítomnosti obrázků, fotografií či jiných pomůcek. Znaky nemusí být prováděny přesně, protože rodina i logoped jsou zvyklí na způsob, jakým dítě daný znak ukazuje a rozumí mu. Dle logopedky je znakování mnohem přirozenější, než „tahání“ obrázků.

Rozhodující pro volbu alternativního způsobu nacvičování řeči je pro logopedku úplné chybění primární orální řeči. Pokud dítě nemá předpoklady k řeči, např. z důvodu hloubky mentálního postižení, vidí znakový jazyk jako výbornou volbu. Důležitá je samozřejmě i přiměřená úroveň motoriky k tomu, aby dítě vůbec mohlo provádět znaky. Dítě bez postižení je schopno naučit se znakový jazyk tak, aby se plnohodnotně domluvilo, za dva roky. Což odpovídá době základní výuky řeči. Dětem s postižením intelektu to samozřejmě trvá déle. Záleží však na míře postižení. Dodává, že celkově je délka nácviku velmi individuální a nelze ji zobecnit.

Momentálně nacvičuje znakový jazyk s pěti klienty. Jednomu klientovi se věnuje jednou až dvakrát za týden, přibližně 30 minut. Klienti nejsou schopni delší koncentrace. Logopedická terapie začíná motivací hračkami. Logopedka ukazuje dítěti hračky a při tom znakuje. Znakování je vždy zároveň doprovázeno mluvenou řečí, která slouží jako stimulace řeči dítěte. K tomu doplňuje, že každá alternativní komunikace by měla být doprovázena mluvením, jinak je neefektivní. Po motivaci se opakuje nebo učí zvolená cílová skupina pojmů znázorněných na obrázcích, např. hračky, zvířata, oblečení... Dítě má na výběr z několika obrázků. Následně přicházejí otázky Co to je?, Kde je...? a věta začínající slovem podívej. Dítě odpovídá, znakuje a ukazuje obrázky, na které je tázáno. Hodina je zakončena rytmizací. Zpívají písničku, ale už bez znakování.

Na otázku spolupráce s rodiči klientů odpovídá, že bez nich to nejde. Rodiče musí být zapojeni vždy. Účastní se logopedických terapií dítěte a dochází na kurzy znakového jazyka, které jim sama logopedka doporučuje. Možnosti kurzů pro rodiče dětí s postižením jsou bohužel velmi omezené, doplňuje. Neméně důležitá je při nácviku i spolupráce speciálně pedagogického centra, speciálních pedagogů, kteří děti vyučují a samozřejmě také učitelů znakového jazyka.

4.2 Komunikační systémy z pohledu rodičů – centrum ARPIDA, o.s.

Ve výzkumném souboru rodičů dětí z centra ARPIDA převažují matky. Respondenty tvoří čtyři matky a jeden otec. Všechny děti jsou chlapci ve věkovém rozmezí 3 až 6 let.

Rodič č. 1

Prvním respondentem je matka čtyřletého chlapce. Chlapec má triparetickou formu DMO s přidruženou epilepsií a strabismem. Je u něj podezření na lehké mentální postižení.

O existenci alternativních komunikačních systémů se poprvé dozvěděla na internetu od jiných matek, které je již u svých dětí používaly. Následně si vyžádala upřesňující informace u dětského lékaře a logopedky v centru ARPIDA. Pro AAK se matka rozhodla kvůli rozvoji synovy řeči. Ve dvou letech a dvou měsících věku chlapce začala logopedka s nácvičkou metodiky VOKS. K pochopení principu stačilo dítěti 3/4 roku. Před začátkem nácvičky VOKS vyslovoval chlapec jen slova táta a máma. S nástupem VOKS došlo k většímu rozvoji jeho řeči a začal mluvit ve větách. Ve třech letech k VOKS přibyla i běžná logopedická péče.

V rodině ovládá VOKS pouze matka. Pro komunikaci s dítětem však používá VOKS minimálně. Počet a oblasti obrázků, které chlapec ovládá, jsou pro rozsáhlejší komunikaci zatím dost omezené. Chlapec rozumí mluvené řeči, proto se s ním v rodině komunikuje především tímto způsobem. K lepšímu porozumění přispívá i gestikulace a ukazování.

Jako pozitiva metody VOKS matka uvádí již zmíněný rozvoj řeči a také slovní zásoby a to nejen u dětí s postižením. VOKS využila pro řečový rozvoj i u svého druhého dítěte, které je intaktní. Negativa žádná neshledává.

Rodič č. 2

Druhý rozhovor byl poskytnut matkou chlapce s kombinací DMO a Angelmannova syndromu (viz Příloha č. 16). Chlapci jsou tři roky. Matka dochází se synem k logopedce do ARPIDY. Zde jí byl doporučen VOKS, protože chlapec stále nemluví. Ve 2 a 3/4 roku dítěte začal nácvik VOKS. V době konání rozhovoru trval nácvik pouhé 3 měsíce. Pro nacvičování základní výměny byla použita chlapcova oblíbená buchta. Jako protiklad sloužily piškoty, které má naopak chlapec velmi nerad. Tento první krok nácviku se naučil za měsíc.

Komunikaci VOKS ovládá v rodině především matka. Otec se však zkouší zapojovat a postupně se učí. Protože je doba nácviku příliš krátká na to, aby byl VOKS majoritním způsobem komunikace s chlapcem, dorozumívají se rodiče se synem mluvenou řečí. Matka na chlapce mluví a ten odpovídá úsměvem.

Matka vidí metodu VOKS jako nový způsob komunikace mezi ní a jejím dítětem, díky níž by se se synem mohla dorozumět. Očekává od komunikace, že jí chlapec ukáže, co chce, co by si přál, např. si vybere jídlo. Žádná negativa podle matky na metodice VOKS nejsou.

Rodič č. 3

Matka pětiletého chlapce se spastickou diparetickou formou DMO. Pro alternativní způsob komunikace se rozhodla na doporučení logopedky z centra ARPIDA. Jak dodává, jiným způsobem s chlapcem komunikovat nelze, protože nemluví. Metodu VOKS se chlapec začal učit ve třech letech. Dodnes, po dvou letech nácviku, ji však plně neovládá.

V rodině dítěte umí metodiku VOKS jeho matka a sestra matky. VOKS je pro komunikaci s chlapcem pouze doplňující formou a to hlavně z důvodu jeho omezeného způsobu užívání a chápání výměny obrázků. I přesto matka vyzdvihuje zlepšení komunikace se synem vlivem metodiky.

Rodič č. 4

Čtvrtým respondentem byla matka šestiletého chlapce s ataktickou DMO. Základní informace o systémech AAK získala v ordinaci dětského neurologa. Více se pak o této problematice dozvěděla od lékařů ve Fakultní nemocnici v Brně. Nácvik VOKS probíhá v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. Hlavním impulsem pro volbu AAK byla možnost podpory chlapcovy řeči. Metodu VOKS se začal chlapec učit v jednom roce. Systém pochopil po třech nebo čtyřech letech (matka si není jistá).

Metodikou VOKS s chlapcem v rodině komunikuje matka a babička. Komunikace tímto způsobem je velmi omezená, protože chlapec plně nerozumí, pouze ukazuje. VOKS tak plní úlohu augmentativní komunikační metody. Vlivem VOKS se podle matky chlapec lépe soustředí, dokáže se lépe vyjádřit a projevit své emoce. Pozitivní vliv měla metodika i na koncentraci pozornosti a zkvalitnění kontaktu mezi dítětem a rodiči. I tato matka na metodě VOKS vidí pouze pozitiva.

Rodič č. 5

Rozhovor byl uskutečněn s otcem pětiletého chlapce se spastickou diparézou. Chlapec dochází k logopedce v centru ARPIDA. Zde se začal před dvěma roky učit metodu VOKS. Pro alternativní komunikaci s chlapcem se však rodiče rozhodli již dříve, na doporučení pediatra. Rozhodující pro tuto volbu byla pro rodiče skutečnost, že by se se svým synem mohli lépe dorozumět. Nácvik dané metody trval u chlapce půl roku. Pak už byl schopen s pomocí obrázků jednoduché komunikace.

Metodiku VOKS ovládá v rodině matka. Po nacvičení se VOKS stal hlavním způsobem komunikace mezi rodiči a chlapcem. Celkově se úroveň komunikace s chlapcem zlepšila a rodiče mohou dítěti dopřát, co chce. Negativa otec na metodice neshledává.

4.3 Komunikační systémy z pohledu vybraných odborných pracovníků v centru Světluška, o.p.s.

Centrum Světluška, o.p.s. má v současné době v mateřské a základní škole speciální šest pedagogických pracovníků, 3 speciální pedagogy a 3 asistenty pedagoga. Rozhovory pro výzkum mi poskytly dvě speciální pedagožky dvou různých tříd ze ZŠ speciální a dvě asistentky pedagoga.

Speciální pedagožka č. 1

Speciální pedagožka vykonává práci učitelky v základní škole speciální v centru Světluška 1 a půl roku. Stejnou dobu se také věnuje metodě VOKS, kterou se začala učit s nástupem na místo ve Světlušce.

Za svou dobu praxe má s VOKS dobrou zkušenost. Klienti se díky této metodě mohou alespoň do určité míry účastnit vyučování. Ihned dodává, že je míra účasti velmi individuální. Pokud do Světlušky přijde nový klient, automaticky s ním začíná nacvičovat metodiku VOKS. Při tom také rozhoduje, jestli je klient mluvící nebo nemluvící. Samozřejmě nejvíce záleží na klientu samotném. Někteří obrázky vyměňují, jiní se to nenaučí nikdy. Důvodem je jejich mentální úroveň, která jim to nedovoluje. Momentálně pedagožka nenacvičuje VOKS s žádným klientem s DMO.

Rodiče jsou do nácviku zapojováni, doma VOKS procvičují a opakují. Obecně mají radost, že mohou se svými dětmi něco dělat. Centrum Světluška poskytuje rodičům veškeré pomůcky potřebné k alternativní komunikaci. U VOKS to znamená, že se jim vyrábí obrázky a komunikační lišty. Pro rodiče to je velká pomoc a ulehčení. Na konec dodává, že v loňském roce do centra docházela externě logopedka, se kterou konzultovali i problematiku AAK, teď je podle ní znát, že ve Světlušce chybí.

Speciální pedagožka č. 2

Speciální pedagožka s šestiletou praxí. Z metod AAK nyní využívá především VOKS a metodu globálního čtení (viz Příloha č. 17). Centrum Světluška nově disponuje tabletem iPad, který pedagožka využívá jako komunikační pomůcku. Dříve z pomůcek více používala komunikační sešity a tabulky, komunikátory Go Talk, dotykové spínače, programy pro zrakovou komunikaci a trochu i komunikační systém MAKATON. Např. komunikátory se jí však v komunikaci příliš neosvědčily a proto je nyní používá jen jako učební pomůcky. Celkově se tato speciální pedagožka zabývá metodami a pomůckami pro AAK 3-4 roky (není si jistá). Některé z metod se učila již při studiích na vysoké škole, další v různých kurzech s tímto zaměřením, z knih, internetových zdrojů a také v rámci kurzů speciálně pedagogického centra a Asociace pomáhající lidem s autismem APLA. Všechny metody a pomůcky se učila ovládat kvůli dětem z centra Světluška, protože je vidí jako jednu z dobrých možností, jak mohou komunikovat. Celkově zaujímá k metodám AAK velmi kladný postoj. Zdůvodňuje to tím, že jsou, mimo metodiky VOKS, nastaveny tak, aby si je každý mohl upravit podle potřeb klientů nebo svých vlastních.

Určujícím pro zvolení určitého typu komunikace nebo komunikační pomůcky, je srozumitelnost a použitelnost pro klienta. Snaží se vyzkoušet různé metody či pomůcky, až objeví tu, která je pro daného klienta nejvhodnější. Momentálně pracuje s metodami AAK s 12 klienty s DMO, přičemž každému se věnuje průběžně během dne podle potřeby. Tento typ práce s klienty jí zabírá jednu třetinu až polovinu času výuky. Při dobře zvolené metodě je doba nácvičku AAK v řádu měsíců.

Rodiče klientů se zvolenou metodou AAK učí ve Světlušce. Odnáší si s sebou pomůcky, které jsou k ní potřebné nebo informace k sehnání pomůcek jako jsou komunikátory nebo programy pro iPad. Při nácvičku AAK pedagožka konzultuje s externími logopedy a využívá též možnost obrátit se na asociaci APLA.

Asistentka pedagoga č. 1

Asistentka pedagoga má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou jiného zaměření, než je sociální či pedagogické. K této škole si dodělala doplňkové vzdělání pro asistenta pedagoga. Činnosti asistenta se věnuje 2 a půl roku. V centru Světluška se před rokem a půl naučila komunikační systém VOKS. Bylo nutné se tuto metodu naučit, protože děti, které má ve třídě, VOKS používají. Jedná se především o autisty. Ve třídě je i jeden žák s DMO. Mimo VOKS využívá při výchovně vzdělávacích činnostech a dorozumívání s klienty i komunikační tabulky. V alternativních a augmentativních komunikačních systémech vidí asistentka pedagoga velký smysl a potenciál. Při komunikaci s nemluvicími klienty se jí osvědčily jako funkční. Podle jejího názoru nejsou mentální dispozice tolik omezující, protože systémy AAK lze přizpůsobit jejich úrovni.

S klienty komunikuje a pracuje s využitím metod AAK několikrát týdně nebo i denně. Jak sama říká: „*Co nejčastěji. Jak jen to jde*“. Děti mají ve třídách košíčky s předměty, obrázky či fotografiemi, které znázorňují určité činnosti nebo věci. Obsah košíku je dán mírou mentálního postižení dítěte. Z košíku si dítě vybere předmět a předá ho asistenci. Obrázky a fotografie umísťují do speciálních desek. Po zvolení se činnost nebo věc hned splní. Některé děti mají desky přes den u sebe. Mohou tak samostatně komunikovat vždy, když mají potřebu. Doba nácviku je velmi individuální.

Při nácviku AAK asistentka aktivně spolupracuje s rodiči klientů. Ti dostávají pravidelně obrázky VOKS. Navíc i ty druhy obrázků, které využijí se svým dítětem pouze doma. Jako asistentka spolupracuje v oblasti AAK i se speciálními pedagožkami ve Světlušce.

Asistentka pedagoga č. 2

I druhá asistentka pedagoga původně vystudovala jiný obor, a to divadlo a výchovu na JAMU v Brně. V současnosti si dodělává kurz pro asistenta pedagoga.

Asistenci se tedy věnuje jen půl roku. Na vysoké škole ji začaly zajímat metody alternativní komunikace, především je ale samouk. Nejvíce ji zaujala metodika VOKS. Té se věnuje přibližně rok. V centru Světluška používá při práci s klienty s DMO a s autisty ještě tranzitní kartu, která jim umožňuje lépe se orientovat ve změnách činností. Metodika VOKS slouží asistentce v komunikaci s klienty jako základ. Pokud je to možné, přechází postupně na mluvenou řeč. Při nácviku klade důraz především na klidné prostředí.

Nyní je ve třídě, kde provádí asistenci, jeden žák s DMO, který současně při komunikaci využívá AAK. Asistentka se mu věnuje metodikou VOKS jedenkrát denně. Při nácviku spolupracuje s logopedem a odborníkem na zrak.

4.4 Komunikační systémy z pohledu rodičů – centrum Světluška, o.p.s.

V centru Světluška se podařil navázat kontakt pouze s jednou rodinou. Informace byly získány elektronickou formou přes e-mail. Zaměstnanci Světlušky chrání své klienty a považují osobní rozhovory studentů s rodiči za invazivní.

Rodič č. 6

Rodiče mají osmiletého syna s DMO. Chlapec nemluví, má velmi těžké motorické postižení, záměrně pohybuje jen hlavou a trochu rukama. To mu velmi stěžuje jakoukoliv komunikaci. Podle rodičů to však neznamená, že nemá žádnou šanci vývoje v psychické oblasti. K tomu říká: „*Péče odborníků v oblasti psychického vývoje našeho dítěte zcela vynechává*“. Jsou toho názoru, že jakákoli snaha o kontakt stojí za zkoušku. S pomocí ze strany lékařů a specializovaných odborníků mají velmi špatné zkušenosti již od narození syna. Dodnes si nejsou často jisti, na koho se mají, v případě potřeby, v různých oblastech péče obrátit. Veškerá iniciativa je od počátku zcela na rodičích. S možností pomoci rané péče se setkali zcela náhodně, přes známé, až ve 2

letech dítěte, stejně tak s centrem Světluška. Sami rodiče nemají vůbec představu, kdo by je měl o systémech alternativní komunikace informovat.

Od počátku se snaží nějakou formu dorozumět se svým dítětem. Společně s ranou péčí, za pomoci obrázků a odpovídajících předmětů, pracují asi od 2-3 let věku chlapce. Nyní dochází do Světlušky, kde je zaveden podobný systém. V loňském roce se rodiče dozvěděli o možnosti komunikátoru Go Talk. Zapůjčili si ho domů z půjčovny, ale během jednoho měsíce nebylo samozřejmě možné vidět nějaké výsledky. Rodiče pak uvažovali o koupi komunikátoru domů, nakonec rozhodla neúměrně vysoká cena a pomůcku si nepořídili. V současné době se učí, jak v domácím prostředí, tak ve Světlušce, pracovat s počítačem iPad.

5. DISKUZE

Výsledky práce poskytují náhled na současný stav využití metod alternativní a augmentativní komunikace při komunikaci a jejím nácviku s dětmi s dětskou mozkovou obrnou v Českých Budějovicích. Ukazují názory odborníků a rodičů dětí s DMO, kteří tyto metody uplatňují.

Vybraní pedagogičtí pracovníci z centra Světluška splňují odbornou kvalifikaci stanovenou zákonem 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících (MŠMT, 2006). Z metod AAK pracují především s VOKS, pro jeho srozumitelnost a velkou míru motivace dětí k činnosti (Knapcová, 2006). Především speciální pedagožka č. 2 se snaží přizpůsobit se potřebám klienta a hledá pro něj nejvhodnější metodu, zkouší různé komunikační pomůcky a kombinaci systémů (srov. Janovcová, 2004). Podle mého názoru je pro rodiče klientů velice prospěšné, že je pedagogičtí pracovníci ve Světlušce nejen naučí principy alternativních systémů, ale poskytnou jim k tomu veškeré potřebné materiály. Jak píše Knapcová (2006) je výroba pomůcek ke komunikaci (např. VOKS) často časově náročná, což potvrzuje i logopedka č. 1 a speciální pedagožka č. 1.

Knapcová (2006) udává ve svých publikacích jako podmínku k užívání metodiky VOKS absolvování jejího kurzu. Logopedka č. 1 z centra ARPIDA se takového kurzu účastnila, je tedy plně oprávněná VOKS používat. Při nácviku VOKS požaduje logopedka 30 výměn za den (viz Knapcová, 2006). Myslím, že je to pro rodiče často z časových důvodů neproveditelné. Logopedka také potvrzuje názor Knapcové (2006), že VOKS je pro dětské klienty snadno osvojitelný, pochopitelný a srozumitelný. Logopedka č. 2 upřednostňuje pro alternativní komunikaci znakový jazyk, v případě potřeby doplněný o Boardmaker (Škodová, Jedlička, 2007). Osvědčují se jí i komunikátory a fotografie, které též doporučuje Šarounová (2008) a to zejména pro použití v domácím prostředí. Komunikaci pomocí znakování vidí jako mnohem přirozenější způsob dorozumívání než komunikaci s využitím obrázků a symbolů, s tímto tvrzením se můžeme setkat i v odborné literatuře (Škodová, Jedlička, 2007).

Všichni dotázaní respondenti z řad odborných pracovníků se shodli na užitečnosti a osvědčujícím se pozitivním působení metod AAK na dětské klienty. Velký přínos vidí v oblasti sociálního zapojení a komunikace samotné, protože klienti (i ti s těžšími formami postižení) nemusí být zcela odkázáni na pomoc okolí, stejně, jako o tom ve svých publikacích hovoří Janovcová (2004) a Klenková (2006).

Také rodiče shledávají klady metod AAK ve zlepšení komunikace se svými dětmi, dále v rozvoji řeči a slovní zásoby i zlepšení koncentrace dítěte. V neposlední řadě je pro ně obrovským přínosem, že jejich děti mohou vyjádřit své emoce a potřeby, což bez AAK nebylo možné. Potvrzují tak tvrzení Janovcové (2004). Překvapující pro mě bylo, že žádný z rodičů neuvedl žádné negativní stránky alternativních systémů. V literatuře se přitom můžeme setkat s řadou negativ (Šarounová, 2008; Krejčířová, 2011). Pouze jedna z matek zmiňuje vysokou cenu pomůcek, což potvrzuje i jako problém v praxi AAK i Šarounová (2008). To, že rodiče vidí na systémech, které používají, pouze klady, je podle mě způsobeno buď příliš krátkou dobou užívání systému, nebo euforií z možnosti smět komunikovat se svým dítětem. Domnívám se, že i kdyby přeci jen na dané metodě něco jim nevyhovujícího našli, zcela by to předčilo vyjádření emocí a potřeb jejich dítětem.

Z výzkumného vzorku rodičů uvedli pouze dva (rodič č. 1 a rodič č. 6), že prvotní informace o AAK se dozvěděli jinde než u lékaře (pediatra či neurologa) nebo logopedky. Tito rodiče informace získali v internetové diskusi od ostatních rodičů a od známých, kteří měli s danou metodou již zkušenosti. Téměř pro všechny rodiče byly počáteční získané informace postačující. Jeden rodič si dohledal požadované informace na internetu (rodič č. 1) a jeden rodič je získal po konzultaci s dalším lékařem ve Fakultní nemocnici v Brně (rodič č. 4). K volbě AAK jako možného způsobu dorozumívání se svým dítětem dotazovaní rodiče uvádějí tři hlavní důvody. Jsou jimi rozvoj řeči, dorozumění se s dítětem doporučení lékaře či logopeda. Kromě jedné rodiny (č. 5), však všichni dotázaní komunikují se svými dětmi jiným způsobem a metoda AAK je pro ně pouze doplňující formou. Uvedené informace nemohu porovnat s jinými výzkumy, protože podobný výzkum s rodiči dětí s DMO ohledně využití metod AAK nebyl v České republice proveden. Poznatky nelze ani zobecnit

na celou populaci, protože byly získány z velmi malého vzorku, což ostatně vyplývá z definice metod kvalitativního výzkumu (viz Hendl, 2005).

Janovcová (2004) uvádí, že někteří rodiče mohou brát zavedení alternativní komunikace jako důkaz, že jejich dítě nikdy nebude mluvit. Ze souboru dotazovaných rodičů se o této obavě nikdo nezmínil. Naopak vidí v metodách AAK spíš možnosti rozvoje dítěte. I přes tento fakt věřím, že se mezi rodiči dětí s postižením všeobecně tato obava vyskytuje.

Pro volbu komunikace pomocí AAK je pro vybrané pedagogické pracovníky rozhodující chybění nebo nesrozumitelnost řeči a odpovídající stav motoriky. Podle Janovcové (2004) je potřeba brát v úvahu ještě další faktory jako např. stav ostatních smyslových orgánů, dobu práce schopnosti, kognitivní schopnosti či schopnost interakce. Na základě pozorování a provedených rozhovorů soudím, že odborní pracovníci mnohdy opomíjejí jiné metody AAK a využívají pouze jednu či dvě, na které jsou zvyklí. I podle Janovcové (2004) je vhodnější použití více metod či pomůcek, které se vzájemně doplňují, ne více než tři. Tím je umožněn multisenzorální přístup.

Zajímavým zjištěním je, že systém AAK v rodině mých respondentů ovládá vždy matka. Případně v některých rodinách ještě nějaký jiný rodinný příslušník (otec – rodina č. 2, teta – rodina č. 3, babička – rodina č. 4). Vysvětluji si to tím, že matky pravděpodobně tráví s dítětem nejvíce času, mnohdy s ním zůstávají v domácnosti, nechodí do práce (Kraus, 2005; Jankovský, 2006) a jsou tak pro dítě hlavním prostředníkem komunikace, uspokojování potřeb a citové stránky jeho života. Pro matky to může být o to větší motivace naučit se systém AAK a předávat ho svému dítěti.

Odborní pracovníci potvrdili důležitost spolupráce rodiny dítěte s postižením a odborníků z jiných oblastí, jak se můžeme dočíst v řadě odborných publikací (Janovcová, 2004; Jankovský, 2006; Klenková, 2006). Vybraní pracovníci jsou stejného názoru jako Jankovský (2006), že z hlediska posouzení zdravotního stavu, diagnostiky, poradenství a odborného vedení ve školní výuce jsou nepostradatelní lékaři, logopedi, speciální pedagogové a speciálně pedagogická centra.

Výzkum ukázal, že v rámci daného souboru respondentů, je nejpoužívanějším systémem VOKS a komunikační tabulky. Janovcová (2004) a Šarounová (2008) řadí mezi systémy často užívané na našem území i MAKATON, znak do řeči, piktogramy a komunikaci pomocí fotografií a reálných předmětů. Žádný z dotazovaných rodičů tyto metody či pomůcky nevyužívá nebo se o nich při rozhovoru nezmínili. Domnívám se, že to je způsobeno tím, že používají pouze ten systém, který jim byl od odborníka doporučen. Jelikož dotázaní odborníci většinou metody, jež zmiňují autorky, nepoužívají, nemohli je ani doporučit rodičům. Metodika VOKS je relativně novou metodou AAK (zavádí se od roku 2001). Vzhledem k její vzrůstající oblibě lze usuzovat, že se do budoucna bude rozšiřovat počet uživatelů VOKS. Osobně vidím v systémech AAK velkou budoucnost v možnostech, jak se dorozumět s lidmi, kteří běžné komunikace nejsou schopni. Netýká se to jen dětí a dospělých s DMO, ale i lidí s jinými druhy postižení snižujícími nebo zamezujícími schopnosti komunikovat a dále i lidí po cévní mozkové příhodě či s degenerativním onemocněním jako je např. Alzheimerova choroba.

6. ZÁVĚR

Alternativní a augmentativní metody komunikace jsou v České republice zaváděny od roku 1989, přesto dodnes přetrvává poměrně nízká informovanost jak mezi odborníky, tak mezi běžnou veřejností. Tato bakalářská práce, v rámci stanovených cílů, podává náhled na systémy uplatňované při komunikaci s dětmi s DMO na území Českých Budějovic. Zároveň zachycuje postoje a názory vybraného souboru rodičů dětí s DMO, jež se svými dětmi pomocí některé z metod AAK komunikují.

Prvním cílem práce bylo získání přehledu o metodách a systémech alternativní a augmentativní komunikace využívaných na území Českých Budějovic při nácvičku komunikace a při komunikaci samotné s dětmi s dětskou mozkovou obrnou. V rámci tohoto cíle byla stanovena výzkumná otázka: Které z metod alternativní a augmentativní komunikace jsou v Českých Budějovicích upřednostňovány? Výzkumem provedeným v centru ARPIDA, o.s. a v centru Světluška, o.p.s. jsem zjistila, že nejvíce užívaným systémem pro AAK je zde VOKS a jako doplňující pomůcka komunikační tabulky.

Druhý cíl práce byl zjistit, jaký postoj k těmto metodám zaujímají rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou, kteří je zároveň u svých dětí využívají. Výzkum ukázal, že vybraný soubor rodičů je s užíváním AAK spokojený a neshledává na těchto metodách žádná negativa. I přesto jsou však systémy AAK v těchto rodinách většinou pouze doplňující formou komunikace. Plní tedy funkci augmentativní komunikace. Tento fakt se dá považovat za určitý rozdíl v preferenci formy komunikace mezi rodiči a odbornými pracovníky, kteří je metodám AAK vyučují. Tímto považuji cíle práce za splněné a výzkumné otázky za zodpovězené.

Překvapujícím zjištěním pro mě bylo, že v rodinách respondentů ovládá metodu AAK většinou jen matka. Jak už jsem uvedla v diskuzi, myslím, že je to způsobeno tím, že nejčastěji jsou děti v kontaktu právě s matkou. Zda je tomu opravdu tak a jaké jsou jiné důvody, by mohlo být předmětem dalšího zkoumání. Přestože dotazovaní rodiče to

nepotvrdili, je pravděpodobné, že všeobecně mezi rodiči dětí s postižením panuje obava z užívání metod AAK. Rodiče mohou mít strach, že se jejich dítě nikdy nerozmluví a že systémy AAK rozvoj řeči jen zpomalí. Nejen z toho důvodu je důležitá osvěta AAK mezi rodiči dětí s postižením. Důležité také je, aby systém v rodině ovládali všichni její členové (ke vzájemnému dorozumění a sdělení si informací, potřeb a pocitů). Také psychologické působení systémů AAK v otázce snižování frustrace je nesporné.

Literatury napsané na téma AAK sice přibývá, avšak přístup k ní je poměrně omezený. Stále převažují zahraniční publikace, které jsou ale na našem území dostupné jen zřídka. Především nedostatečnou informovanost považuji za velký problém, který brání rodičům a jejich dětem v rozvoji a získávání nových možností dorozumění se mezi sebou. Z tohoto důvodu by bylo vhodné vytvoření informační brožury pro rodiče i odborníky. Navrhovala bych její následné rozšíření mezi logopedy, speciálně pedagogická centra, střediska rané péče a do ordinací pediatrů, dětských neurologů a praktických lékařů.

Práce by mohla posloužit jako informační materiál pro rodiče dětí s DMO z Českých Budějovic a okolí, kteří by se o tomto tématu chtěli dozvědět více. Dále by ji mohli využít odborníci z oblasti speciální pedagogiky i zájemci o problematiku alternativních a augmentativních forem komunikace z řad veřejnosti.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ABBOTT, Chris, DETHERIDGE, Cate, DETHERIDGE, Tina. *Symbols, Literacy and Social Justice*. Cambridge: Widgit Software, 2006. 127 p. ISBN 0-9539346-3-2.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, BAZALOVÁ, Barbora, PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. doplněné vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 52 s. ISBN 80-210-3204-9.

KAŇOVSKÝ, Petr, BAREŠ, Martin, DUFEK, Jaroslav a kol. *Spasticita: Mechanismy, diagnostika, léčba*. Praha: MAXDORF, 2004. 423 s. ISBN 80-7345-042-9.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 978-80-247-1110-2.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5.

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

KOLÁŘOVÁ, Jaroslava. Syndromy dětské mozkové obrny (cerebrální parézy). In: VELEMÍNSKÝ, Miloš, TOMŠÍKOVÁ, Zdeňka, KUKLA, Lubomír a KOLÁŘOVÁ, Jaroslava. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2009, s. 92. ISBN 978-80-7394-182-6.

KOMÁREK, Vladimír, ZUMROVÁ, Alena et al. *Dětská neurologie: Vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-081-9. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0190-7.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

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

KUBOVÁ, Libuše. *Řeč obrázků: Komunikační systém tvořený obrazovými symboly: piktogramy + metodická příručka: volná řada pomůcek pro alternativní komunikaci*. 1. díl. Praha: PARTA, 2011. ISBN 978-80-7320-175-3.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN 80-7315-038-7.

LOVE, Russel J., WEBB, Wanda. *Mozek a řeč: neurologie nejen pro neurology*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 376 s. ISBN 978-80-7367-464-9.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, RŮŽIČKA, Evžen, TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.

PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Brno: Paido, 2006. 401 s. ISBN 80-7315-120-0.

SEIDL, Zdeněk, OBENBERGER, Jiří. *Neurologie pro studium i praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 364 s. ISBN 80-247-0623-7.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 246 s. ISBN 80-244-0249-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

ŠAROUNOVÁ, Jana. *Augmentativní a alternativní komunikace: Možnosti využití augmentativní a alternativní komunikace při práci s žáky v základní škole speciální*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2008. 70 s. ISBN 978-80-86856-52-0.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. *Klinická logopedie*. 2. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2007. 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.

TEGZE, Oldřich. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press, 2003. 482 s. ISBN 80-7226-429-X.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 448 s. ISBN 80-7320-039-2.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VÝROST, Jozef, SLAMĚNÍK, Ivan (Eds.). *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

Internetové zdroje:

Angelman cz [online]. Občanské sdružení rodičů a přátel dětí s Angelmanovým syndromem, 2011 [cit. 10.3.2012]. Dostupné z: <http://angelman.cz/index.php/zakladni>

ARPIDA centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s. [online]. Poslední změna 11.3.2012 16:09:08 [Cit. 11.3.2012]. Dostupné z: http://www.arpida.cz/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=15

Autism Approach [online]. Autism Approach, 2012. [Cit. 3.4.2012]. Dostupné z: <http://www.autismapproach.org/index.html>

Česká verze Lormovy abecedy. In: *LORM – Společnost pro hluchoslepé* [online]. 31.05.2007 [Cit. 2.2.2012]. Dostupné z:

<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/abeceda.php>. Path: Homepage; Hluchoslepota; Česká verze Lormovy abecedy.

International League Against Epilepsy: *Report of the Commission on Classification and Terminology* [online]. ILAE, © 2011. [Cit. 19.11.2011]. Dostupné z: <http://www.ilae-epilepsy.org/Visitors/Centre/ctf/ctfoverview.cfm>

MKATON: The Makaton Charity [online]. The Makaton Charity, © 2012. [Cit. 3.4.2012]. Dostupné z: <http://www.makaton.org/>

MKN - 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí). *Mzcr.cz* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR, ©2010. [Cit. 29.10.2011]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/mkn-mezinarodni-klasifikace-nemoci_2184_1644_3.html

MŠMT: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy [online]. MŠMT ©2006. [Cit. 28.3.2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/mladez/zakon-c-563-2004-sb-o-pedagogickych-pracovnicich>

Petit [online]. Petit o.s., ©2009 [Cit. 19.2.2012]. Dostupné z: <http://www.petit-os.cz/index.php>

PETRŽÍLKOVÁ, Petra. *Mentio* [online]. Mentio: ©2010 [Cit. 19.2.2012]. Dostupné z: <http://www.mentio.cz/>

Počítačové programy. *Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci* [online]. Sdružení pro augmentativní a alternativní komunikaci: ©2010/2011. [Cit. 19.2.2012]. Dostupné z: <http://www.saak-os.cz/stranka-pocitacove-programy-26>

Světluška: Centrum pro osoby se zdravotním postižením [online]. Svetluska.info, ©2012. [cit. 10.3.2012]. Dostupné z: <http://www.svetluska.info/index.php>

Symwriter. *SPC pro děti s vadami řeči* [online]. Praha: Speciálně pedagogické centrum pro děti a mládež s vadami řeči se zaměřením na augmentativní a alternativní komunikaci s.r.o., © 2009/2011. [Cit. 19.2.2012]. Dostupné z: <http://www.alternativnikomunikace.cz/clanek-symwriter-5-76>

Widgit [online]. Widgit Software, ©2012 [Cit. 19.2.2012]. Dostupné z: <http://www.widgit.com/index.php>

YAU, Cheryl. Bringing Bliss to non-speakers. In: *Idin.org* [online]. 17.8.2010 [cit. 3.4.2012]. Dostupné z: <http://idsgn.org/posts/bringing-bliss-to-non-speakers/>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Alternativní komunikace

Augmentativní komunikace

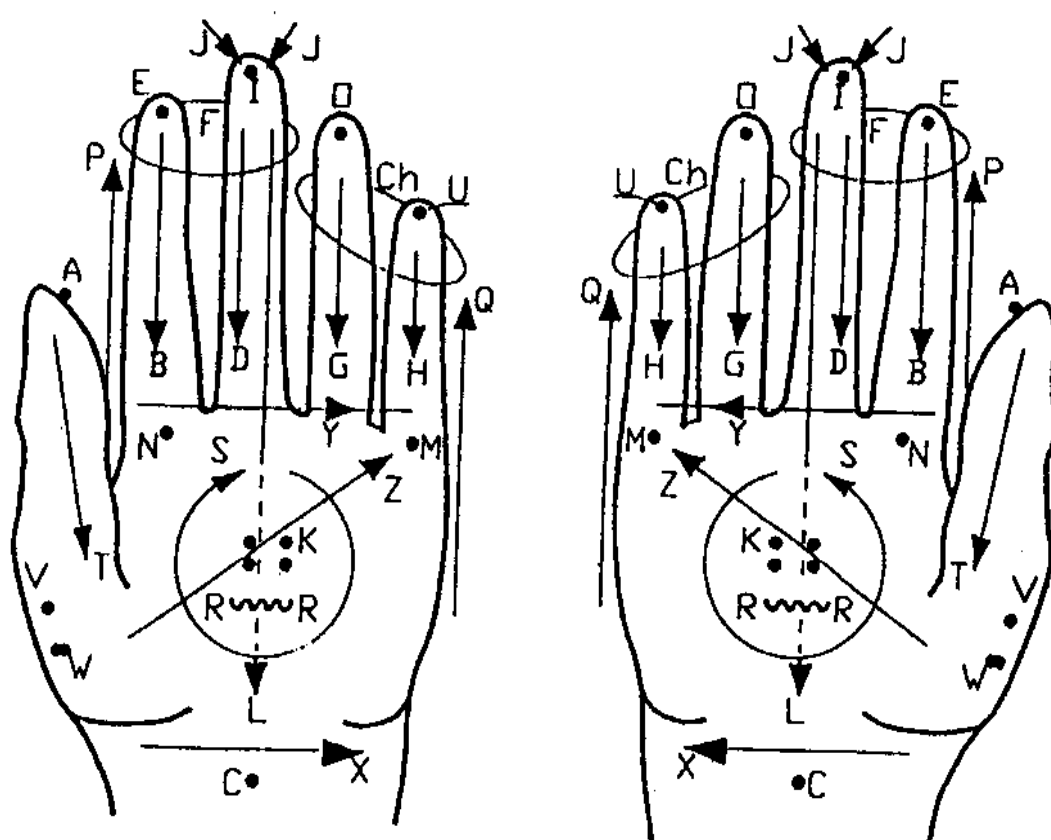
Dětská mozková obrna

Komunikace

Výměnný obrázkový komunikační systém

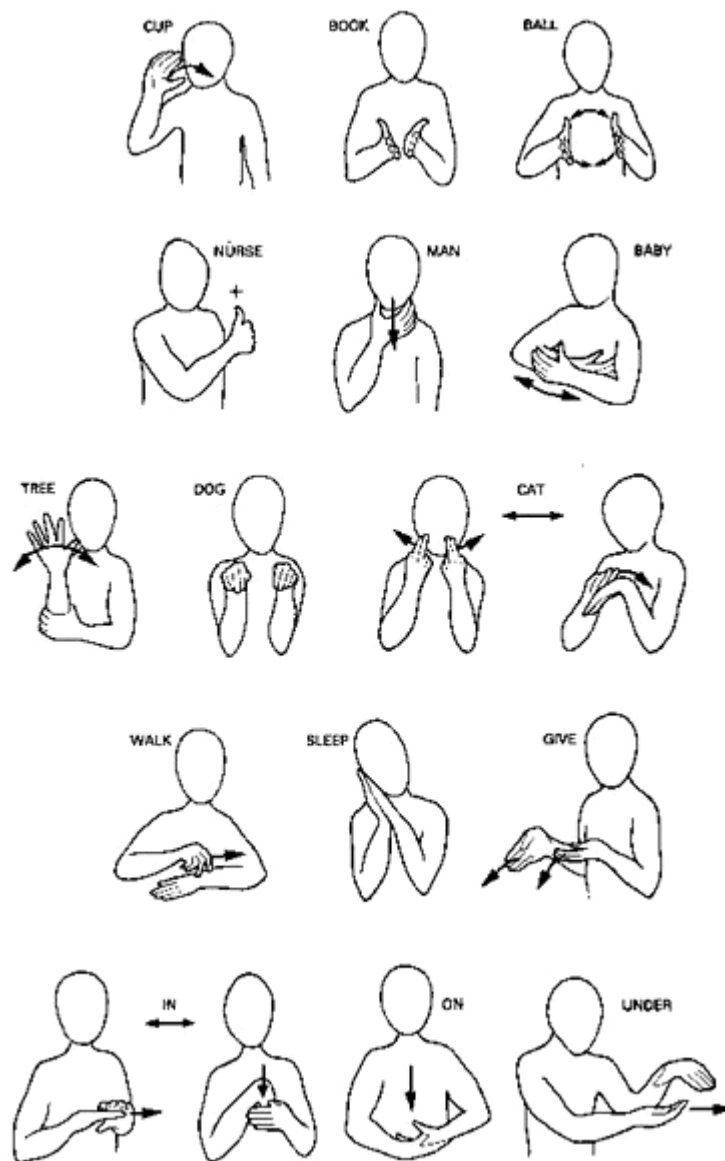
9. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Rukavice s Lormovou abecedou



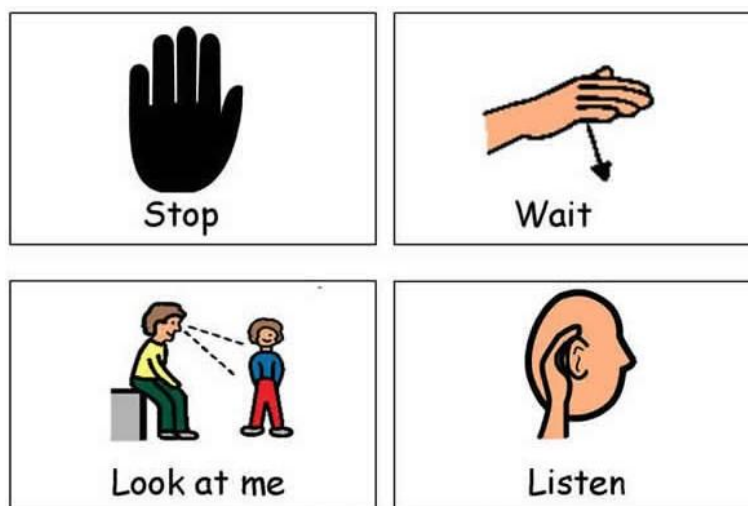
Zdroj: www.lorm.cz

Příloha č. 2: Ukázka znaků MAKATON



Zdroj: www.makaton.org

Příloha č. 3: Ukázka symbolů PCS



Zdroj: www.autismapproach.org

Příloha č. 4: Ukázka symbolů VOKS

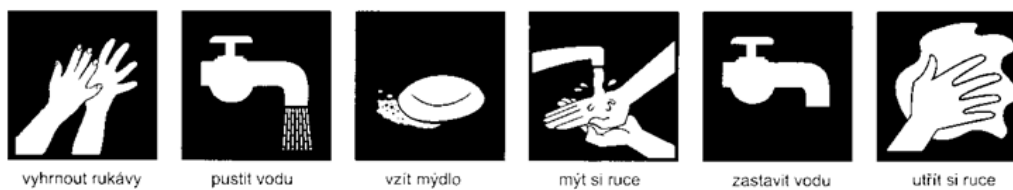


Zdroj: Knapcová (2006)

Příloha č. 5: Ukázka Piktogramů



PROCESNÍ SCHÉMA – MYTÍ RUKOU PO WC



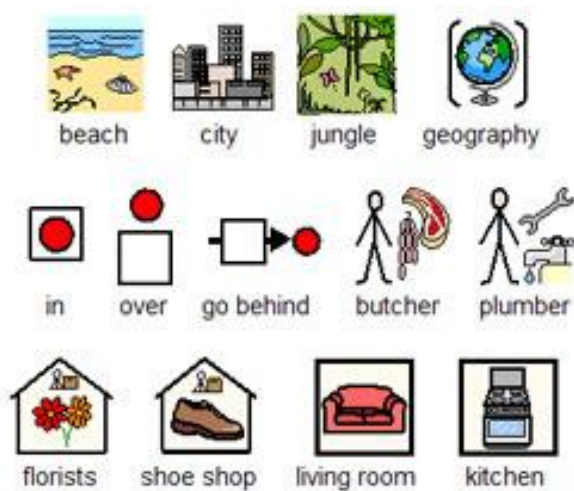
Zdroj: Kubová (2011)

Příloha č. 6: ukázka symbolů Bliss

past	future	happy memory	unhappy memory
hope, happy anticipation	fear, feeling down about future	feeling of <u>doubt</u>	feeling of <u>certainty</u>
surprise	astonishment	sensation	excitement

Zdroj: idsgn.org

Příloha č. 7: Ukázka Widgit symbolů



Zdroj: www.widgit.com

Příloha č. 8: Komunikační pomůcka ETRAN-N



Zdroj: Krejčířová (2011)

Příloha č. 9: Pomůcky s hlasovým výstupem – komunikátory



Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 10: Příslušenství k počítači

Bigmack



Trackball



Zdroj: www.petit-os.cz

Trackball



Ergonomická myš



Zdroj: www.petit-os.cz

Klávesnice s krytem



Ergonomická klávesnice



Zdroj: www.petit-os.cz

Zařízení reagující na pohyb a mrknutí oka

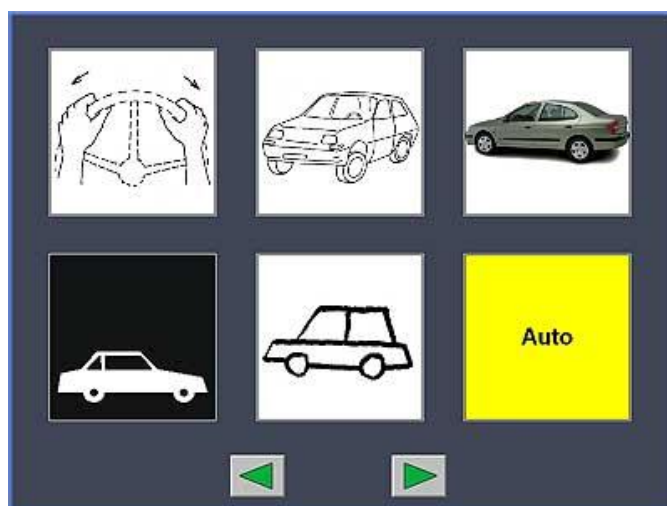


Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 11: Ukázka programu Altík – Altíkův slovník

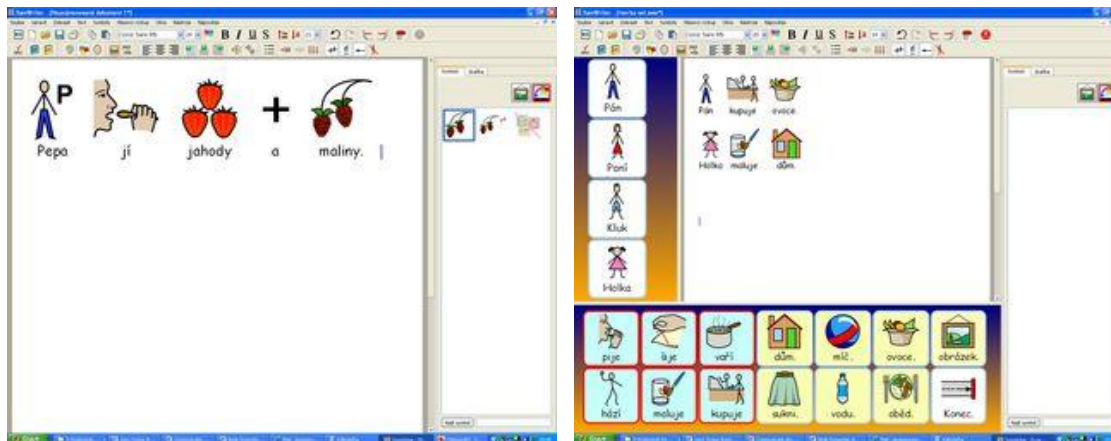


Zdroj: www.petit-os.cz



Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 12: Ukázka programu Symwriter



Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 13: Ukázka programu Mentio – Mentio nakupování, Mentio zvuk

Co si můžu koupit (jednotlivě)?

	 8 Kč	 23 Kč	 23 Kč
 22 Kč	 12 Kč	 26 Kč	 13 Kč

ZNOVU NEVÍM **DALŠÍ** POMOC 😊 KONEC

Který zvuk tam patří? Zmáčkněte správnou číslici.

							
1	2	3	4	5	6	7	8



ZPĚT NEVÍM DALŠÍ **?** KONEC

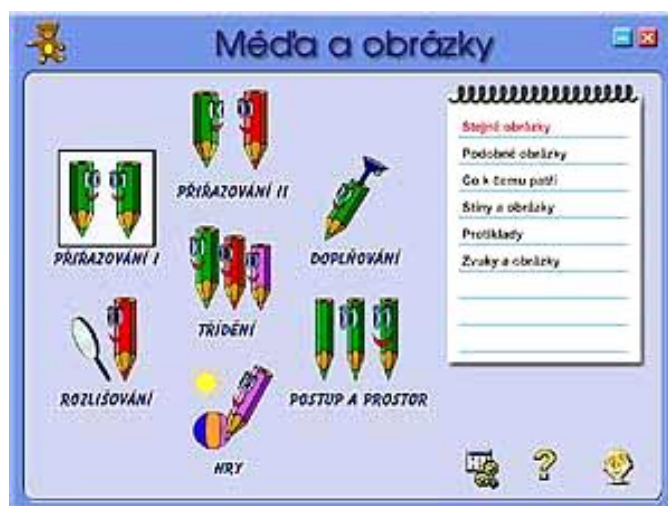
Zdroj: www.mentio.cz

Příloha č. 14: Ukázka programu Gird 2



Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 15: Ukázka programu Méd'a – Méd'a a obrázky



Zdroj: www.petit-os.cz

Příloha č. 16: Angelmanův syndrom

Z důvodu velmi malé všeobecné informovanosti o Angelmanově syndromu, připojuji základní charakteristiku tohoto postižení.

V Anglii dříve užívaný název tohoto syndromu „Happy puppet“ (Šťastná loutka) dnes nahradilo pojmenování „Angel child“ (Andělské dítě). Česká lékařská terminologie používá název „Syndrom šťastného dítěte“. Poprvé byl tento syndrom popsán v roce 1965 Dr. Angelmanem. Teprve v druhé polovině devadesátých let se rozšířilo množství informací a byly zjištěny genetické příčiny onemocnění. Angelmanův syndrom (dále jen AS) není léčitelný, avšak neprogresivní a některé příznaky se dají potlačovat, např. záchvaty. V České republice žije přibližně 400 dětí s tímto onemocněním.

Typické je, že u některých novorozenců starších 12 měsíců dochází ke zpomalení růstu lebky, které se projevuje jako relativní či absolutní mikrocefalie. Děti s AS mají často ploché záhlaví. Většina trpí epilepsií, hypopigmentací (chybí gen pro řízení pigmentace), častý je též strabismus a neprobarvení duhovky (v závislosti na hypopigmentaci). Naopak zpomalení mentálního vývoje nebylo prokázáno. Mezi hlavní příznaky AS patří neschopnost mluvit, opoždění psychomotorického vývoje, problémy s hrubou motorikou (koordinace chůze, stabilita), tzv. vibrující paže (mávání a vyvažování horními končetinami), velmi často se usmívají a mají šťastnou náladu (Občanské sdružení rodičů a přátel dětí s Angelmanovým syndromem, 2011).

Příloha č. 17: Globální čtení

Autorem této metody je belgický lékař Ovide Decroly, který ji vytvořil pro děti s mentálním postižením a pro předškolní děti. Jedná se o alternativní metodu rozvoje komunikačních a čtenářských dovedností. Podstatou je postup od celku k jednotlivostem. Cílem metody globálního čtení je stimulace zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornosti a rozvoj komunikačních dovedností. Metoda se kromě dětí s mentálním postižením využívá u dětí se sluchovými vadami, s dysfázií či specifickými vývojovými poruchami učení. Výuka obvykle začíná v momentě, když dítě aktivně používá alespoň 50 slov. U nemluvicích dětí s intelektem v normě lze s výukou začít již v předškolním věku. Globální metoda má v tomto případě dítě připravit na používání elektronických komunikačních pomůcek.

K výuce se používají obrázky nebo fotografie s popiskem. Text musí být napsán dostatečně velkými tiskacími písmeny. V přípravné fázi se rozvíjí zrak, sluch, smysl pro orientaci v prostoru, směr, tvar a vyprávění podle obrázků. Dítě vyhledává a přiřazuje stejné obrázky, obtahuje slova z popisku. Později přiřazuje obrázky na slovní pokyn, spojuje si obrázek a slyšené slovo a nakonec ho samo pojmenovává. Vlastní čtení přichází až tehdy, když dítě odděluje slovo od obrázku. V další fázi čtení a procvičování se přiřazují slova k obrázkům, začínají se tvořit věty.

Další fáze nastává, pokud to umožňují schopnosti dítěte. Přejde se na analýzu slov na slabiky a písmena. Přitom se stále procvičuje syntéza, čtou se obtížnější slova a upevňuje se znalost abecedy (Janovcová, 2004, s. 29-30).

Příloha č. 18

Vstupní rozhovor s pracovníky a rodiči

Profesionál:

Zařízení:

1. Jaká je vaše odborná kvalifikace?
2. Jak dlouho se tomuto oboru věnujete?

Otázky k alternativní a augmentativní komunikaci:

1. Jaké metody alternativní a augmentativní komunikace (AAK) konkrétně využíváte při práci s klienty s dětskou mozkovou obrnou (DMO)?
2. Jak dlouho se dané metodě (daným metodám) věnujete?
3. Kde jste se tuto metodu(y) učila?
4. Proč právě tuto metodu(y)?
5. Jaký k AAK zaujímáte postoj, osvědčuje se Vám?
6. Rozhodnete-li se u klienta pro AAK, co musí daný klient splňovat? Podle čeho se rozhodujete, zda zvolit AAK či nikoli?
7. S kolika klienty s DMO pracujete s AAK?
8. Kolikrát týdně pracujete s jedním klientem?
9. Popište, prosím, jednu takovou hodinu.

10. Jak dlouho průměrně trvá nácvik AAK, než se ji klient naučí ovládat?
11. Spolupracujete s rodiči klientů?
12. Jak spolupráce s rodiči vypadá?
13. Spolupracujete při nácviku AAK s jinými odborníky? S kterými?

Rodiče:

1. Kolik je Vašemu dítěti let a jaké má postižení?
2. Kde jste se o AAK dozvěděli?
3. Byly pro Vás získané informace dostačující?
4. Proč jste se rozhodli pro AAK?
5. V kolika letech jste začali s nácvikem AAK?
6. Jakou metodu AAK a jak dlouho s Vaším dítětem používáte?
7. Jak dlouho Vám trval nácvik dané metody AAK?
8. Kdo v rodině AAK ovládá? Jak taková komunikace vypadá?
9. Je AAK hlavním způsobem komunikace s Vaším dítětem?
10. Jaké jsou podle Vás pozitiva AAK?

11. Jaké jsou podle Vás negativa AAK?

12. Jak celkově hodnotíte AAK z hlediska přínosů pro Vás a Vaše dítě?

