



Světelné pomůcky využívané ve snoezelenu



Vyhříváné vodní lůžko

# **TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI**

**Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická**

**Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

**ALTERNATIVNÍ**

**A**

**AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE**

PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D.

**Liberec 2011**

1. ETAPA

matka/ maminka		zdravotní sestra	
otec/ tatínek		lékař	
bratr (1) (počáteční písmeno jména uved'te do kroužku		nápoj	
bratr (2)		hrnek	
sestra (1) (počáteční písmeno jména uved'te do kroužku		sušenka	
sestra (2)		večeře	

recenze: PhDr. Dušana Chrzová, Ph.D.

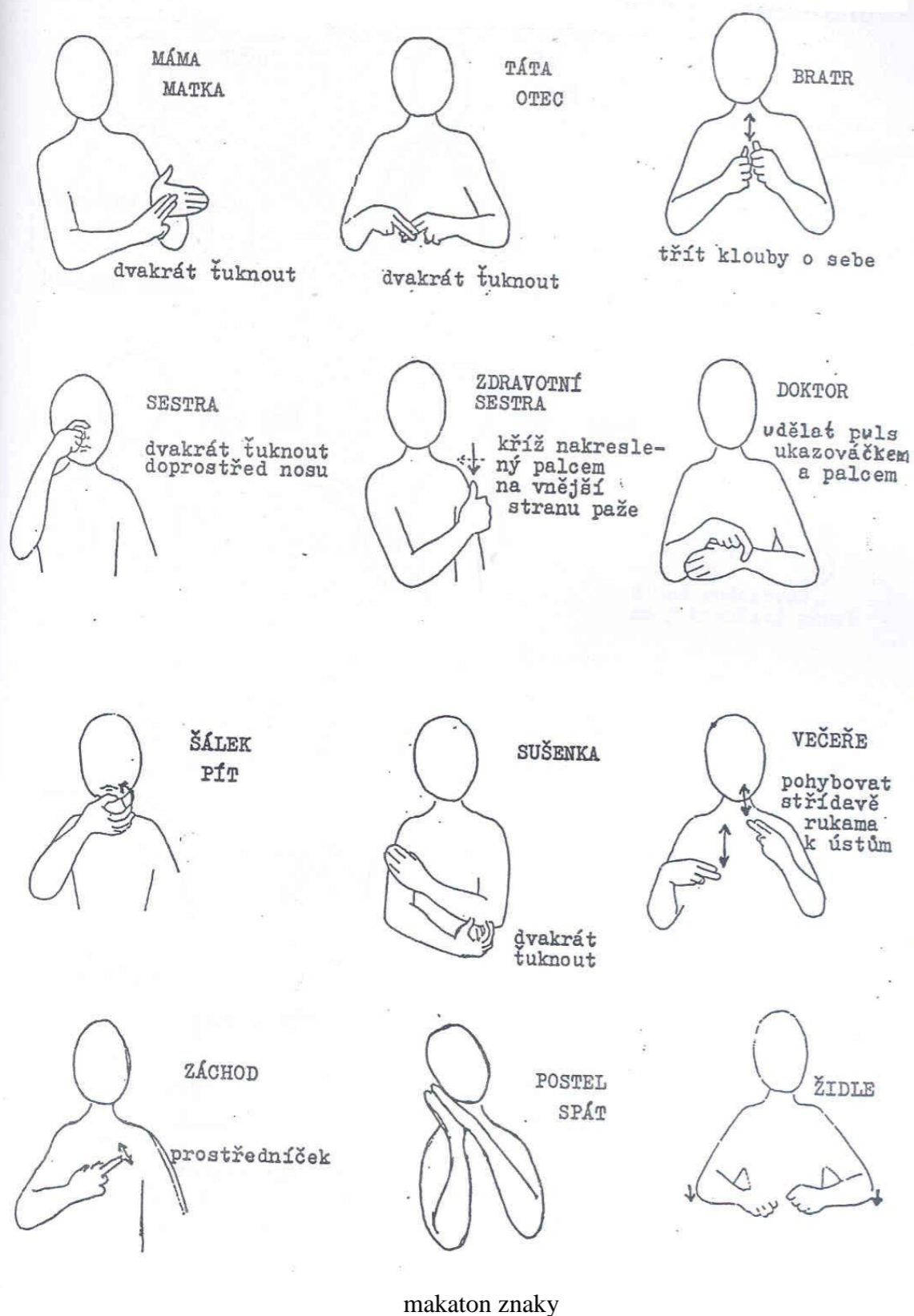
makaton obrázky

© PaedDr. Blanka Housarová, Ph.D. - 2011

ISBN 978-80-7372-789-5



ETAPA 1



Obsah

ÚVOD ..... 5

**1 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE..... 8**

1.1 KOMUNIKACE A ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE..... 8  
*Mezilidská, sociální komunikace..... 9*  
*Teorie procesu osvojení jazyka ..... 19*  
*Behaviorální teorie vývoje řeči ..... 20*  
*Konstruktivistické teorie..... 21*  
*Nativistické teorie..... 22*  
*Sociolingvistické teorie ..... 24*  
*Laheyové model..... 25*

1.2 KOMUNIKAČNÍ SYSTÉMY ..... 33

**2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE V DĚTSKÉM VĚKU .... 44**

2.1 SPECIFIKA V KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTECH ŽÁKŮ S MP A PAS..... 44  
*Význam gest rukou pro komunikaci ..... 48*  
*Obecná charakteristika řečového projevu osob s mentálním postižením ..... 50*  
*Vývoj řeči u osob s mentálním postižením ..... 52*  
*Vývoj řeči v závislosti na hloubce mentálního postižení ..... 52*  
*Další faktory ovlivňující vývoj řeči u osob s mentálním postižením ..... 54*  
*Vliv stupně postižení na řečový projev osob s mentálním postižením..... 56*  
*Těžké kombinované postižení ..... 63*

2.2 JAZYKOVÉ ROVINY V ŘEČI DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM ..... 69  
*Řečový projev osob s mentálním postižením z pohledu jazykových rovin..... 69*  
*Vady řeči u osob s mentálním postižením ..... 76*

2.3 MOŽNOSTI STIMULACE A LOGOPEDICKÁ TERAPIE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM ..... 80  
*Logopedická terapie ..... 80*  
*Výběr komunikačního systému ..... 83*  
*Komunikace počítačem ..... 86*

..... 89

**3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE VE STÁŘÍ A U  
 CHRONICKY NEMOCNÝCH ..... 90**

3.1 STÁŘÍ..... 92  
*Stárnutí..... 92*  
*Kvalita života seniorů..... 94*  
*Kognitivní funkce v seniorském věku ..... 97*  
*Stárnutí mozku..... 97*  
*Vliv stáří na vnímání ..... 99*  
*Vliv na paměť ..... 101*

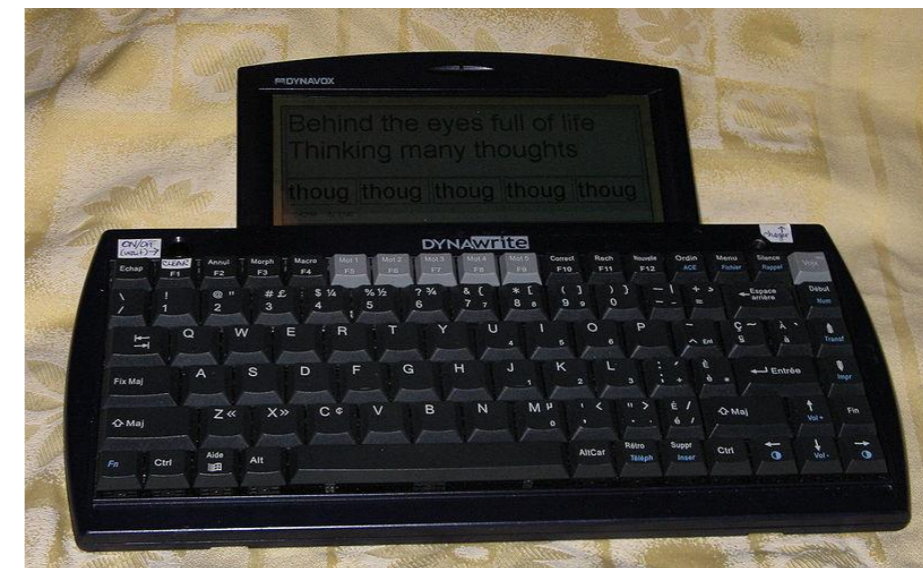
3.2 DEMENCE ..... 106

3.3 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ ..... 112  
*Chronická nemoc..... 112*  
*Parkinsonova nemoc ..... 120*  
*Amyotrofická laterální skleróza (ALS)..... 123*  
*Roztroušená skleróza mozkomíšni (sklerosis multiplex) ..... 123*

3.4 OBČANSKÁ SDRUŽENÍ A ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY JAKO PARTNEŘI.....	125
<i>Společnost Parkinson</i> .....	127
<i>Česká Alzheimerovská společnost</i> .....	127
<i>Sdružení CMP</i> .....	128
<i>Společnost „E“</i> .....	128
<i>Unie Roska</i> .....	129
<i>Zařízení, zajišťující péči a komunikaci pro a (S) seniory</i> .....	129
<b>LITERATURA</b> .....	<b>135</b>
<b>ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY</b> .....	<b>140</b>
<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>144</b>

Přenosná, snadno ovladatelná pomůcka s hlasovým výstupem. 9 kláves pro nahrání vzkazu, 4 podúrovně, celkem umožňuje 36 záznamů. Celková doba nahrání vzkazů je 6 minut. Výměnné listy s obrázky se mohou skladovat uvnitř pomůcky.

Velikost: 305 x 229 x 22 mm, váha 325 g. Nabíjení na tužkové baterie.



Keyboard text-to-speech generating device



The Palm TX



## PŘÍLOHY

### Příloha: ukázky technických a netechnických pomůcek



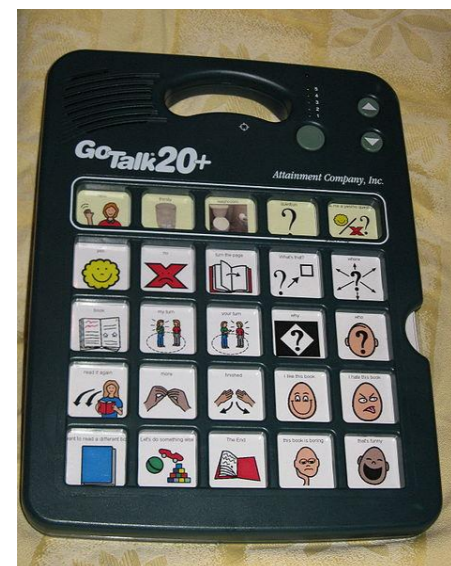
komunikační sešit



Speech generating device accessed using a head mouse



Go Talk 9



Statická komunikační pomůcka (technická) Go Talk 20

## ÚVOD

Jakkoli se naše společnost snaží vymyslet další a další technické prostředky, které z našeho pohledu „ulehčí“, je interpersonální komunikace nezastupitelná. Od narození si každý jedinec osvojuje bazální formy komunikace. Komunikace patří k základním potřebám a prakticky není možné nekomunikovat. Odmítáním komunikace také vlastně komunikujeme. Rychlou a efektivní formou komunikace je právě forma verbální, ale ne všichni jedinci společnosti jsou schopni si rozvinout komunikační dovednosti do takové úrovně, že komunikační proces můžeme označit za bezbariérový. Vzhledem k poznatkům, které máme o neuronální síti jedinců, je předškolní a školní věk optimálním časovým úsekem k stimulaci, rozvoji a podpoře komunikačních dovedností. Ve starších publikacích najdeme snahy rozvíjet **řeč**, ale zde došlo k rozšíření pojetí problematiky k pojmu **komunikační dovednosti**. Tento speciálně pedagogický a logopedický termín je v souladu s obecně pedagogickým pojmem komunikační kompetence.

Existují některé skupiny dětí a žáků, které od samého počátku výchovně vzdělávacího procesu potřebují nejen zvýšený objem stimulace a podpory komunikačních dovedností, ale zejména strukturovaný a plánovitý postup osvojování komunikačních prostředků.

Cílem tohoto distančního textu je seznámit studenty zejména magisterského kombinovaného studia s možnostmi stimulace a podpory komunikačních dovedností žáků, u nichž nedochází k rozvoji verbální formy komunikace. Předpokladem získání vhledu do problematiky je podrobná znalost nejen specifík komunikačních dovedností, vývojových odlišností.

Student se i seznámí s jednotlivými alternativními a augmentativními komunikačními systémy, s principy plánování a organizace hodin. Dále je v textu stručně analyzována situace současná. Nedílnou součástí je i podrobné pojednání o individuální logopedické péči a jejím vztahu k výběru nevhodnějšího typu AAK. Texty teoretické jsou obohaceny praktickými ukázkami.

Student se i seznámí s jednotlivými vzdělávacími oblastmi, s principy plánování a organizace hodin. Dále je v textu stručně analyzována situace současná. Nedílnou součástí je i podrobné pojednání o možnostech individuální a skupinové formy integrace. Texty teoretické jsou obohaceny praktickými ukázkami.

A nyní – jak se v distančním textu nejlépe čtenář zorientuje.


Na úvod každé kapitoly je uvedena přibližně odhadnutá časová dotace potřebná k tomu, aby si student text rychlým čtením přečetl a zorientoval se v něm. Teprve po tomto úkonu by bylo vhodné přistoupit k podrobnému prostudování jednotlivých kapitol. Po odhadu časové dotace určené ke studiu následuje cíl kapitoly a její klíčová slova. Jejich uvedení by mělo studentovi ulehčit zorientovat se v podstatných, a tudíž klíčových termínech probíraného učiva.

Vlastní text je opatřen širším řádkováním, které umožní studentovi vpisovat do každé kapitoly dle potřeby poznámky. Tak se lépe při dalším čtení zaměří na pro něj hůře zapamatovatelné či pochopitelné informace či pasáže, které se zdály například obtížnější k pochopení, zapamatování apod.

Každá kapitola je zakončena Shrnutím, v němž jsou stručně zopakovány hlavní myšlenky předložené kapitoly.

Aktivizační úlohy slouží jako podnět ke studiu další literatury týkající se probíraného tématu. Prostřednictvím kontrolních otázek si student může ověřit své znalosti. Odpovědi na otázky je možné nalézt na závěr distančního textu. Je však třeba studenta upozornit, že otázky mapují probrané učivo částečně a pouze jejich znalost nestačí k nabytí pocitu, že oblast stimulace komunikačních dovedností u žáků s MP a PAS mají výborně nastudovanou. Je na nejvyšší žádoucí, aby si student přečetl další doporučovanou literaturu.



Za každou kapitolou je prostor označený ikonou . Označuje místo určené k poznámkám pro studujícího, k vpisování literatury, která s kapitolou souvisí a studenta zaujme apod.

Všechny kapitoly jsou opatřeny dle potřeby průvodcem studia, který upozorňuje na případná úskalí v textu obsažených dílčích problémech. Jeho smyslem je ale i studenta povzbudit ve chvílích „beznaděje“, která může nastat, když „vstřebání“ látky nechá tzv. na poslední chvíli nebo když má pocit, že látka je náročná k zapamatování. Orientaci v textu usnadní i níže uvedené ikony:

<b>Charakterizujte jednotlivé skupiny s chronickým onemocněním (s dopadem na komunikaci)</b>
--

CMP, Parkinsonova nemoc, ALS, RS, demence
---

<b>Popište argumenty, které se dají použít při zavádění podpůrných komunikačních systémů AAK</b>
--

Aktivizace, umožnění iniciace komunikace, zprostředkování informací, samostatnost
---

<b>Definujte pojem občanské sdružení</b>
--

Je právní forma neziskové organizace. Založení o. s. upravuje zákon o sdružování občanů č. 83/1990 Sb.
--

V podstatě jediné, čeho je zapotřebí k založení občanského sdružení, je vytvoření přípravného výboru skládajícího se nejméně ze tří lidí, z nichž alespoň jeden je starší 18 let, a sepsání stanov. Občanská sdružení u nás mohou zakládat také cizinci. To je rozdíl od politických stran a hnutí, která mohou zakládat pouze občané ČR. Přípravný výbor podává návrh na registraci, přílohou návrhu jsou dva stejnopisy navržených stanov.
--

<b>Definujte pojem sociální služby</b>
--

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.
--

### 3. část









<b>Jak se zjišťuje kvalita života seniorů</b>
Kvalita života je hodnocena na základě několika složek, které výstižně popsal Payne. <b>Tři subjektivní komponenty kvality života</b> podle Payna (2005, s. 579): <ul style="list-style-type: none"><li>o <i>kognitivní hodnocení vlastního života</i> (vztahy, práce, přátelé, finance)</li><li>o <i>emocionální prožívání vlastního života</i> (kladné i záporné – štěstí, pohoda, úzkost, deprese)</li><li>o <i>subjektivní zdraví</i> = subjektivní ohodnocení objektivního zdravotního stavu</li></ul>

<b>Definujte pojem zdraví a nemoc</b>
Nemoc neboli choroba či onemocnění je patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů. Podle normativní definice zdraví a nemoci je nemocí pouze takový stav, který nemocnému jedinci způsobuje subjektivní potíže, tato definice ale z lékařského hlediska nepokrývá všechny nemoci - příkladem je vysoký krevní tlak nebo některá nádorová onemocnění. Tato definice je tedy vhodná jen pro rozvinutá stadia nemoci. Funkcionalistická definice zdraví a nemoci definuje některé funkce organismu jako správné a jiné už jako patologické, bez ohledu na to, jestli ty patologické způsobují nějaké subjektivní potíže. Problémem tohoto přístupu je ale stanovení „normálnosti“ funkcí, protože u většiny nemocí je přesun od fyziologických hodnot k patologickým plynulý. Termín onemocnění je někdy používáno jako synonymum nemoci, jindy pro označení počátku nemoci nebo pro zdůraznění toho, že stav není konstituční, trvalou vlastností organismu. Zdravý člověk je ten, který se nachází v psychické, fyzické a sociální pohodě. A my se zabýváme tou sociální (ekonomickou) a fyzickou (zdravotní) složkou.

<b>Charakterizujte druhé stadium demence</b>
Střední stadium demence Poruchy soudnosti, nekritičnost, prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné aktivity jako je vaření a nakupování, potřeba pomoci při vykonávání osobní hygieny a oblékání, obtížná komunikace, toulání, bloudění, poruchy chování, halucinace, podezírání, stavy zmatenosti.

<b>Popište možné komunikační systémy, které se dají použít u osob s demencí</b>
Totální komunikace, znak do řeči, předmětová komunikace

V textu jsou umístěny pro jeho zpřehlednění tyto ikony:

	Předpokládaná doba potřebná k prostudování		Shrnutí kapitoly
	Cíl kapitoly		Aktivizační úloha
	Pozor, uvědomte si, důležité		Kontrolní otázky
	Klíčová slova		Průvodce studiem

Pro každého čtenáře bude určitě i kýženým bodem ikona značící, že nastal čas na zasloužený odpočinek:

Přeji každému studentovi, aby předložený distanční text napomohl každému zapamatovat si základní informace z vytváření stimulačních programů a usnadnil mu orientaci při dalším studiu.






*Autorka*



# 1 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE

## 1.1 Komunikace a alternativní a augmentativní komunikace

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2–3,5 hod.
	Cíl kapitoly	Nastínit základní pojmy v komunikaci, charakterizovat pojmy AAK
	Klíčová slova	Alternativní, augmentativní, komunikační systémy

Možnost komunikovat je nejdůležitějším aspektem v oblasti socializace člověka. Vlastně všechny vztahy mezi lidmi jsou podmíněné komunikací. Již lidé v pravěku se spolu dorozumívali a na základě toho vytvářeli skupiny. Jejich komunikace byla sice jednoduchá (gesta, znaky), ale účelná. Pomáhala jim v této nehostinné době přežít.

V dnešní době plné komunikačních technologií je nezbytné umět informace nejen kvalitně přijímat, ale stejně kvalitně je reprodukovat. Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších lidských schopností. Pokud člověk nemá tuto schopnost dobře rozvinutou, nemůže komunikovat s ostatními lidmi. Jeho začlenění do společnosti pak bývá velmi složité.

Pojem komunikace pochází z latinského slova *communicatio*, které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace. Ale můžeme nalézt shodu s dalšími pojmy.

- Communico, communicare = sjednocovat, sdělovat, prohovorit
- Communis = společný, obecný
- Communicatio – spojování, sdělování
- **Communicare est multum dare – komunikovat znamená mnoho dávat.**

Obecně lze komunikaci označit jako lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje nejen rozvoj osobnosti, ale je také důležitá v mezilidských vztazích. Komunikace je vrozená a

## 2. část

<b>Charakterizujte slovník dětí s MP</b>
Slovník dětí s MP lze charakterizovat z hlediska dynamického – rychlosti, tempa a kvality osvojování, vztah fyzického věku a nástup slovníku a z hlediska statického – poměr pasivní a aktivní složky, slovníkových dovedností: výbavnost slov, významy slov, strukturace slovníku. Někdy bývá v literatuře uváděna dichotomie: kvantitativní (číselné) hodnocení--- objem slovní zásoby a kvalitativní hodnocení --- použití, výbavnost slov.

<b>Charakterizujte průběh (vývoj) komunikačních dovedností dětí s PAS</b>
Var. A – osvojení řeči ve fyziologickém věku a po té stagnace či mírná regrese Var. B – opoždění osvojování si řeči Var. C – absence osvojování si řeči

<b>Vysvětlete pojem strukturace slovníku, výbavnost slov</b>
Strukturace slovníku – je vnitřní uspořádání pojmů v naší mysli, čím jsou slova utříděnější, tím rychleji a efektivněji a přesněji je pojem nalezen a vybaven Výbavnost slov- časová lhůta, kterou potřebujeme k vyslovení pojmu dle situace (či zadaných kritérií)

<b>Vysvětlete význam větného vyjadřování.</b>
Věta - slovní vyjádření myšlenky, má stránku významovou, mluvnickou a grafickou Výpověď - jednotka jazykového projevu, tj. konkrétní realizace modelu, určitého větného vzorce, věta pronesená nebo napsaná v konkrétní komunikační situaci

<b>Vysvětlete pojem hlavové ukazovátka.</b>
Jedná se o hlavové ukazovátka pro ovládání klávesnice pomocí pohybů hlavy. Ukazovací tyčinka je umístěna pod čelistí, takže nepřekáží pohledu očí uživatele. Konstrukce je lehká (hliník) a přes různé nastavovací prvky umožňuje přizpůsobit ukazovátka každému uživateli.

<b>Vysvětlete, proč je výhodné u malých dětí kombinace komunikačních systémů.</b>
Kombinace komunikačních systémů zvyšuje pravděpodobnost úspěšnosti a srozumitelnosti předání a získání informace.



# ODPOVĚDI NA KONTROLNÍ OTÁZKY

## 1. část

**Uveďte, která skupina osob s handicapem jako první uplatňovala požadavky na jiný způsob dorozumívání než verbální.**

Osoby se sluchovým postižením

**Je užívání AAK zakotveno nějak v legislativě?**

Evropská unie neslyšících je hrdá na to, že dne 19. listopadu 2010 pořádá v Evropském parlamentu první konferenci o právních předpisech o znakovém jazyku. Kniha Právní předpisy o znakové řeči v Evropě (Sign Language Legislation in Europe) je první komplexní studii zákonů o znakovém jazyku. Zabývá se všemi právními předpisy v Evropské unii, které zmiňují znakový jazyk. Napsala ji Evropská unie neslyšících (European Union of the Deaf – EUD) na základě výzkumu provedeného v úzké spolupráci s národními asociacemi neslyšících a národními asociacemi tlumočnicků znakového jazyka. První část představuje pojmy důležité pro společenství neslyšících, znakový jazyk a právní předpisy o znakovém jazyku. Zahrnuje přehled nadnárodních právních předpisů na úrovni OSN i EU a prohlašuje znakový jazyk za lidské jazykové právo, jak ji nazvala Tove Skutnabbová-Kangasová. Rozvádí skutečnost, že národní znakové jazyky jsou mateřským jazykem neslyšících, a popisuje koncepci doplňkového dvojazyčného vzdělávání.  
Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob, z 20. 10. 2008

**Vysvětlete komunikační systém znak do řeči**

Znak do řeči je jednou z metod totální komunikace. Od znakové řeči se liší tím, že zatímco znaková řeč je samostatným jazykem, znak do řeči pouze přidává znak k mluvenému slovu.

**Uveďte klasifikace (rozdělení) komunikačních systémů**

Jejich základní rozdělení je toto:

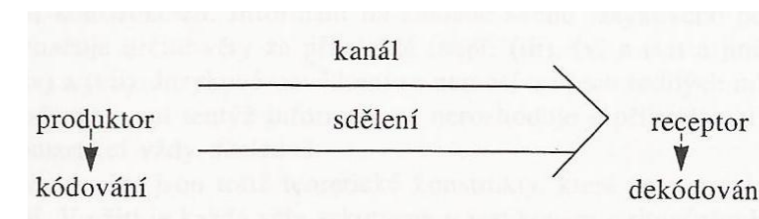
- systémy **nevyžadující pomůcky** (unaided)
- systémy **vyžadující pomůcky** (aided) *netechnické* (low tech) (grafické systémy) a *technické* (high tech) (elektronické pomůcky, počítače)

Kubová (1996) a Dvořák (1998) dělí systémy AAK na:

- **dynamické** – zahrnují gesta a znaky (např. prstová abeceda, znaková řeč pro neslyšící a Makaton)
- **statické** – symboly jsou předkládány nemluvicí osobě ve dvou či trojrozměrné formě, což je případ systému Bliss a piktogramů (obrázkových systémů).

lze ji počítat mezi instinkty, tedy schopnosti, se kterými se člověk rodí (Lejska 2003). Můžeme ji charakterizovat z mnoha pohledů, neboť se s ním setkáváme v mnoha vědních disciplínách jako ve speciálně-pedagogických, v psychologii, sociologii, lingvistice, biologii, antropologii a dalších. V komunikaci se v podstatě jedná o výměnu různých obsahů informací mezi dvěma nebo více jednotlivci nebo skupinami. Sovák (1986) rozlišuje tři prostředí, na něž se váže život člověka. Jde o prostředí vnitřní, vnější a společenské, které bývá zahrnuto do vnějšího prostředí. V každém z těchto prostředí a i mezi nimi probíhají přenosy informací. Sovák a kol. autorů (2000) definuje komunikaci jako obecně lidskou schopnost užívat výrazových prostředků k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Uskutečňuje se sdělovacím procesem, jímž individuum vzhledem k jiným lidem projevuje své city (složka projevovalá), svou vůli (složka vybavovací), své myšlenky (složka dorozumivací). Lepilová (1998) vidí komunikaci jako rozhovor a komunikovat pro autorku znamená zprostředkovat informaci, spojovat se, dorozumívat se. Komunikaci také můžeme chápat jako výměnu sdělení, která je realizovaná prostřednictvím znakových systémů. Komunikace předpokládá existenci následujících složek:

*Schéma*



(Lehečková 1997, s. 156)

Komunikaci můžeme dělit z různých hledisek například na komunikaci formální či neformální, symetrickou či asymetrickou, harmonickou či konfliktní atd. Nejčastěji však dělíme komunikaci na verbální (slovní) nebo neverbální (nonverbální, neslovní, mimoslovní). Do verbální komunikace spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené či psané řeči. Neverbální komunikace v sobě zahrnuje veškeré dorozumivací prostředky mimoslovní podstaty. Patří sem například mimika, gesta, pohledy očí (navázání kontaktu), tělesný kontakt, pohyby hlavou a další pohyby těla, tón hlasu, postoj těla atd.

## Mezilidská, sociální komunikace

Sociální komunikace je důležitá z pedagogického hlediska. Jde o sdělování, dorozumívání a výměnu informací mezi lidmi, což ve svých publikacích uvádí řada autorů, např. Dvořák, Neubauer, Paulínová, Lejska. Navíc Dvořák (1998) dodává, že se tento druh komunikace

realizuje ve třech formách: mluvené, psané, ukazované. Průcha, Walter a Marešová (2001) charakterizují následující strukturu sociální komunikace: mluvčí - záměr, sdělení - posluchač - interpretace obsahu a záměru mluvčího-reakce posluchače. Podle výše zmíněných autorů vytváří základní souvislosti mezi hlavními stránkami sociálního styku lidí. Navíc Sovák (In Baláž, 1988) zdůrazňuje, že vlastním orgánem procesu komunikace u člověka je centrální nervový systém, a to v části impresivní, centrální a expresivní. Jedná se o aktivitu celého mozku s aktivací zpětných vazeb.

### ***Význam komunikace***

Křivohlavý (2002) vidí význam komunikace ve sdělování zpráv, ve vzájemném informování dvou nebo více lidí. Podle autora bychom mohli slovo „komunikovat“ překládat s ohledem na hlubší význam slova jako „sdílení“ (sdílení s někým něco hodnotného, cenného).

Říčan (2004) vidí komunikaci jako zcela zásadní složku lidského bytí. Je podle autora základem lidského soužití, předpokladem pro duševní stabilitu. Komunikace slouží k uchování vlastního já.

### ***Proces komunikace***

Lepilová (1998, s. 8) popisuje jednotlivé části komunikace, které má každý komunikační systém:

- dva komunikanti (A–B)
- dorozumivací kód (K)
- médium M – (nosič, který informace přináší)
- obsah informace (O): A–O–B

Dohalská-Zichová (1990) pojmenovává základní fenomény lehce odlišně od Lepilové:

- mluvčí (ten, kdo sděluje)
- příjemce (ten, komu je sdělováno)
- sdělení (to, co je sdělováno)
- komunikační kanál (vlastní cesta sdělovaného od mluvčího k příjemci v určitém prostředí)
- kód, který musí být společný mluvčímu i příjemci
- zpětná vazba (feed-back), která zaručuje, že se jedná o komunikaci a ne o jednostrannou informaci

- NEUBAUER, K., 1997. *Poruchy řečové komunikace*. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky.
- NUTT, J. G.; HAMMERSTAD, J. P.; GANCHER, S. T., 1992. *Parkinson's disease: 100 maxims*. London: Edward Arnold. ISBN 0-340-51768-9.
- PACOVSKÝ, V., 1994. *Geriatrická diagnostika*. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-32-8.
- RUBINŠTEJNOVÁ, S. J., 1986. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 3. vyd. Praha: SPN. 222 s. ISBN 14-428-86
- SOVÁK, M., 1978. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: SPN. 459 s.
- SOVÁK, M., 1981. *Uvedení do logopedie*. 2. vyd. 2. vyd. Praha: SPN. 327 s.
- SOVÁK, M., 1978. *Elementární logopedická diagnostika, terapie a prevence*. 1. vyd. Praha: SPN. 130 s.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol., 2003. *Klinická logopedie*. 1: vyd. Praha: Portál. 612 s. ISBN 80-7178-546-6
- ŠVARCOVÁ, I., 2003. *Mentální retardace*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál. 187 s. ISBN 80-7178-821-X
- TEGZE, O., 2003. *Neverbální komunikace*. Praha: Computer Press. ISBN 80-7226-429-X.
- VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patopsychologie lidské psychiky*. 1. vyd. Praha: Portál. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
- VÁGNEROVÁ, M., 1997. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 210 s. ISBN 80-7184-421-7
- VÁGNEROVÁ, M., 1996. *Vývojová psychologie I*. 1: vyd. Praha: Karolinum. 353 s. ISBN 80-7184-317-2
- VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O., 1997. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr. 193 s. ISBN 80-902057-9-8
- VALENTA, M., MÜLLER, O., 2004. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta. 443 s. ISBN 80-7320-063-5
- VANCE, M., STACKAHOUSE, J., WELLS, B. Speech-production in children aged 3–7 years. *International Journal language communication disorders*. vol. 40, No 1, p. 29–48 March 2005. ISSN 1368-2822
- VATERA, W, BUDZIO, M., 1996. *Od prvního hlasu k prvním slovům*. Praha: Tech-market. 103 s. ISBN 80-902134-0-5

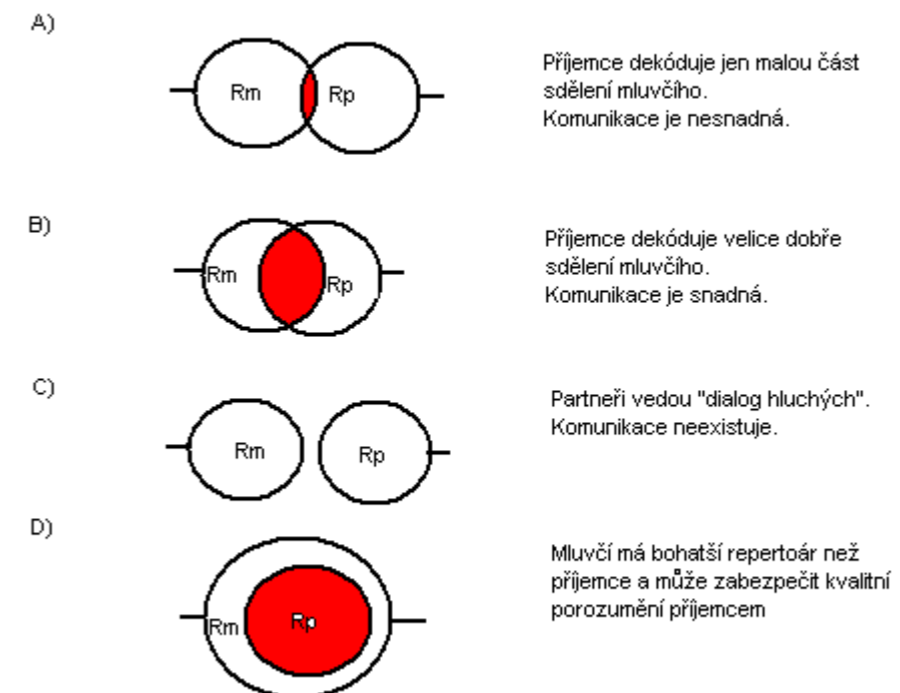
- KOUKOLÍK, F., 2000. *Lidský mozek – funkční systémy, normy a poruchy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-379-X.
- KOUKOLÍK, F., 2005. *Mozek a jeho duše*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-314-1.
- KULIŠŤÁK, P., 2003. *Neuropsychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-554-7.
- KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M., 1990. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 134 s. ISBN 80-201-0019-9
- LAIROVÁ, S., 1999. *Trénink paměti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-293-9.
- LANGMAIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D., 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-195-X.
- LECHTA, V., 1990. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: SPN. 278 s. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V., 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál. 191 s. ISBN 80-7178-572-5
- LECHTA, V. a kol., 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-801-5
- LECHTA, V. a kol., 2005. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1: vyd. Praha: Portál. 386 s. ISBN 80-7178-961-5
- LECHTA, V., MATUŠKA, O., 2000. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a preskolského veku*. Bratislava: Invocentrum. ISBN – není
- LÍNEK, V. *Vliv dopaminergní stimulace u Parkinsonovy nemoci na deklarativní a nedeklarativní paměť*. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky, 1998–2000.
- LINHART, J. a kol., 1981. *Základy obecné psychologie*. Praha: SPN.
- LURIJA, A. R., 1977. *Ztracený a znovunavrácený svět*. Praha: SPN.
- MALÁ, E., 2000. Mentální retardace. In: HORT, V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9
- MORRIS, R. G., BECKER, J. T., 2004. *Cognitive neuropsychology of Alzheimer's disease*. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-850830-1.
- NAKONEČNÝ, M., 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.
- NAKONEČNÝ, M., 2000. *Lidské emoce*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0763-6.
- NAKONEČNÝ, M., 1997. *Moderní psychologie: učební text pro střední školy*. Praha: S & M. ISBN 80-901387-6.
- NAKONEČNÝ, M., 2004. *Psychologie téměř pro každého*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1198-6.
- NEBUDOVÁ, J., 1999. *Cévní mozkové příhody: minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-41-6.
- NEUBAUER, K. Neurokognitivní moduly mozku a současné strategie obnovování porušených funkcí v rámci rehabilitace po traumatech CNS. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. 2005, roč. VIII., č. 1, s. 11–23. ISSN 1212-1053.



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Popis komunikačního procesu a identifikace jednotlivých činitelů je výchozím bodem pro pozici pozorného pozorovatele. V absolutní většině hodnotíme deficity v komunikaci z přímého pozorování, nemáme možnost opětovně se vracet k záznamu. Proto pozorovatel musí být dobře vybaven teoreticky.

V případě, že oba komunikanti ovládají dorozumivací kód, vzájemně znají problematiku, pak může nastat kvalitní přenos informace. Jak uvádí autorka, může se v mezilidské komunikaci objevit šum (hluk z ulice, přerušení spoje, nedostatečná znalost jazykového kódu) a také mnoho verbálních i neverbálních faktorů. Komunikace bývá obousměrná, což může být např. rozhovor mezi dvěma lidmi (oba však hovořit nemusí). Jiným případem komunikace je jednosměrná, typická pro masmédiá (televize, rozhlas, tisk).

**Schéma Komunikace ve vztahu ke společnému repertoáru (R) mluvčího (m) a příjemce (p) podle Mucchielliho**



(Dohalská-Zichová 1990, s. 118)

Autorka konkrétně rozepisuje základní fenomény komunikace:

**1. Proměnné ve vztahu k mluvčímu**

→ Systém názorů, znalostí, norem, hodnot a zkušeností mluvčího



- Postoje jak ve vztahu k příjemci sdělení, tak ke komunikační situaci (charakter, zkušenosti, stupeň sociability, povahové vlastnosti, sympatie, antipatie, stereotypy, předsudky)
- Role: nepsaná pravidla komunikace, vliv sociálního statusu mluvčího i příjemce, vliv celkové bezprostřední komunikační situace, kde se komunikace odehrává

## 2. *Proměnné ve vztahu k příjemci*

- Vliv předchozích informací, zkušeností a idejí příjemce
- Vliv osobnosti mluvčího
- Vliv toho, co příjemce se získanou informací zamýšlí
- Způsob dekódování přijímané informace (schopnost porozumění obsahu, znalost kódu, celková inteligence aj.), reakce příjemce na sdělení, na vlastní osobu mluvčího – zpětnou vazbu

## 3. *Proměnné ve vztahu ke sdělení*

- Kódy (technický jazyk, argot, šifrovaný kód aj.)
- Forma sdělení

## 4. *Proměnné ve vztahu k přenosovému kanálu*

- Vlastnosti kanálu
- Ztráta významných a podřadných elementů

### *Formy komunikace*

Mnozí autoři se shodují v dělení komunikace na verbální a neverbální. Zejména lingvisté ještě vydělují parajazykové projevy (metakomunikace), což charakterizují jako přechod mezi verbální a neverbální komunikací, zahrnující časovou charakteristiku, problematiku hlasových dimenzí a tzv. nelingvální zvuky (pokašlávání, mručení, broukání aj.) a Sovák rozeznává kromě verbální a neverbální formy mezilidské komunikace ještě extrasenzoriální, mimosmyslové vnímání, zahrnující fenomény typu telepatie, telekinese, bioenergotransfer a jiné. V praxi se využívá členění lidské komunikace do třech polarit podle Watzlawicka:

- *Digitální* – nejčastěji verbální, je převoditelné na posloupnost konvenčních znaků (lze ho zapsat), či *analogové* – sdělování neverbální, postojem, činem, lze jen částečně, neúplně převést do konvenčních znaků
- *Komplementární* představuje formu vzájemného doplňování, kdy jeden je aktivní, druhý je pasivní; jeden mluví, druhý naslouchá. K *symetrické* komunikační výměně dochází

FILIP, V. *Validizace přístrojové metody vyšetřování taktilní paměti. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury Ministerstva zdravotnictví České republiky (v anglickém jazyce)*, 1991–1992.

FIŠAR, Z.; ROMAN, J., 2001. *Vybrané kapitola z biologické psychiatrie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0061-1.

GEIST, B., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Vodnář. ISBN 80-86226-07-7.

GILLERNOVÁ, I., BURIÁNEK, J., 1995. *Základy psychologie, sociologie*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-242-X.

GILLERNOVÁ, I., MALOTÍNOVÁ, M., 1992. *Psychologie*. Praha: SPN. ISBN 80-04-25936-7.

GOLDBERG, E., 2004. *Jak nás mozek civilizuje*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0713-1.

GREENFIELDOVÁ, S., 2001. *Lidský mozog*. Bratislava: Kaligram. ISBN 80-7149-367-8.

GREENFIELDOVÁ, S., 1998. *Lidská mysl: ovládací centrum živého vývoje*. Praha: Bailos. ISBN 0-304-34905-4.

GROHNFELDT, M. (Hrsg), 2002. *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopedie*. Band 3 Diagnostik, Prävention und Evaluation. Stuttgart: Kolhammer. ISBN 3-17-017868-7

HANCOCK, J., 2002. *Skryté síly mozku: průvodce systémem využití mozku k zásadnímu zlepšení paměti*. Šternberk: Fiesta. ISBN 80-901840-3-0.

HANZLÍČEK, L., 1982. *Psychiatrická encyklopedie. Část věcná*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický

HAŠKOVCOVÁ, H., 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. Brno: IDVPZ. ISBN 80-7013-363-5.

HEUN, R.; KOCKLER, M.; PTOK, U. Subjective Memory Complaints of family Members of Patients with Alzheimer's Disease and Depression. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2003, vol. 16, no. 2, pg. 78–83.

HLADÍK, J. *Společenské vědy v kostce pro střední školy*. Havlíčkův Brod: Fragment, 1996. ISBN 80-7200-044-6.

HOŘEJŠÍ, J., 1999. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-025-8.

HRDLIČKA, M.; HRDLIČKOVÁ, D., 1999. *Demence a poruchy paměti: pro praktické lékaře*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-797-4.

JIRÁK, R. a kol., 1999. *Demence*. Olomouc: Maxdorf. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, R., OBENBERGER, J., PREISS, M., 1998. *Alzheimerova choroba*. Olomouc: Maxdorf. ISBN 80-85800-88-8.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHRDA, P. a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-2470548-6.

KALVACH, Z., a kol., 1997. *Úvod do gerontologie a geriatric*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-366-0.

KOLEKTIV AUTORŮ., 1995. *Filosofický slovník*. Olomouc: FIN. ISBN 80-7182-014-8.

KOLEKTIV AUTORŮ., 1981. *Filosofický slovník*. Praha: Svoboda.

KOUKOLÍK, F., 2003. *Já: o vztahu mozku, vědomí a sebevědomování*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 80-246-0736-0.

## LITERATURA

- ATKINSON, R. L.; SMITH, E. E.; BEM, D. J., 2003. *Psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-640-3.
- APPOLONIO, I.; GRAFMAN, J.; CLARK, K.; NICHELLI, P.; ZEFFIRO, T.; HALLET, M. Implicit and explicit memory in patients with Parkinson's disease with and without dementia. *Archives-of-Neurology*. 1994, vol. 54, no. 4, pg 359-367.
- BADDELEY, A., 1999. *Vaše paměť*. Brno: Jota. ISBN 80-7242-046-1.
- BACHUROVÁ, H. Parkinsonovy nemoc a s ní spojená porucha komunikace a řeči. *Speciální pedagogika*. 2005, č. 3, s. 194–199. ISSN 1211-2720.
- BEZRUČKOVÁ, V., 1983. *Výchova řeči mentálně retardovaných žáků*. Praha: UK.
- BRAGDON, D.; GAMON, D., 2002. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-567-9.
- BRICHČÍN, M.; HOSKOVEC, J.; ŠTIKAR, J., 1983. *Přístrojové metody v psychologické diagnostice*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- BRUGGER, W., 1994. *Filosofický slovník*. Praha: Naše vojsko. ISBN 80-206-0409-X.
- BUCHVALDOVÁ, M.; KARSTEN, G., 2003. *Úspěšná paměť*. Praha: Scientia. ISBN 80-7183-309-6.
- BUGLOV, V. *Paměť a možnosti jejího rozšíření, netradiční metoda učení*. Dostupné z: [www.mpu-prague.cz/cz/referats/psychology/referat2.aspx](http://www.mpu-prague.cz/cz/referats/psychology/referat2.aspx).
- CARTER, P.; RUSSEL, K., 2004. *Trénink paměti a kreativity II*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0327-7.
- CLARK, M. S.; DENNERSTEIN, L.; ELKADI, S.; GUTHRIE, J. R.; BOWDEN, S. C.; HENDERSON, V. W. Normative verbal and non-verbal memory test scores for Australian women aged 56-67. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004, vol. 38, pg. 532-540.
- CSÉFALVAY, Z.; KOŠTÁLOVÁ, M.; KLIMEŠOVÁ, M., 2002. *Terapie afázie, alexie, agrafie: terapeutické manuály*. Praha: AKL ČR.
- ČAČKA, O., 2001. *Nástin psychologie I. pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-94-X.
- ČEDÍK, V.; FISCHER, J.; KNOBLOCH, F.; PROKOP, J.; SKALIČKOVÁ, O., 1955. *Psychiatrie a psychologie: Příručka pro postgraduální školení sester a zdravotníků*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- ČERNÁ, M. a kol., 1995. *Kapitoly z psychopedie*. Přepřac. vyd. Praha: Karolinum. 82 s. ISBN 80-7066-899-7
- ČERNÝ, J., 1996. *Dějiny lingvistiky*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-96-4.
- DESSAINTOVÁ, M., 1999. *Nezačínajte stárnout*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-255-6.
- DLOUHÁ, O., 2003. *Vývojové poruchy řeči: Vztah centrálních poruch řeči a sluchu*. Praha: UNITISK. ISBN 80-239-1832-X.
- DOHERTY-SNEDDON, G., 2005. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-043-7.

tehdy, když se oba komunikační partneři chovají stejně, oba chtějí být aktivní, oba chtějí, aby druhý naslouchal, aby měli poslední slovo atd.

- *Komunikace o obsazích* je koncentrována na přenos věcných informací (instruktáž, přenos informace), *komunikace o vztahových aspektech* je podstatou sdělení, jak mluvčí vidí sebe, posluchače, oba.


**Tabulka Přehled forem mezilidské komunikace podle:**

Základní rozdělení	Lingvisté	Sovák
Verbální	Verbální	Verbální
-	Prajazykové projevy	-
Neverbální	Neverbální	Neverbální
-	-	Extrasenzoriální

**Komunikace verbální, slovní, řečová** – termín je odvozen z latinského pojmu „verbum“, což znamená slovo. Rozlišujeme jednak orální (hlasitá či šeptaná, bezhlasá), jednak psaná (čtená). Klade důraz na slovní podobu styku, nemusí však jít o oboustranné, vzájemné sdělování. Průcha, Walterová, Mareš (2001) píše, že při verbální komunikaci se uplatňuje záměr mluvčího, jeho formulace sdělení (včetně volby jazykových prostředků, použitého slovníku), porozumění sdělovanému u příjemce, smysl sdělení u příjemce, účinek na příjemce. Mluvená verbální komunikace bývá podle výše uvedených autorů obvykle doprovázena neverbální komunikací. Podle Housarové (2003) je tento typ komunikace projevem lidské lingvistické kapacity, který má symbolickou povahu.

**Komunikace neverbální, nonverbální, neslovní**, kde předpona non z latiny vyjadřuje zápor. Neverbální komunikace vyžaduje schopnost správně dešifrovat signály. Musí být vnímána v celém komplexu pohybů těla. Lepilová (1998) píše, že dešifrování signálů těla spolu s lidskou řečí se zpočátku učíme pozorováním chování lidí v různých situacích a pak i analýzou vlastního chování a jednání. Ráda bych poukázala na Sováka a Neubauera, kteří řadí do nonverbální komunikace také posunkovou komunikaci. Např. Český znakový jazyk se podle výše uvedených autorů od mluveného Českého jazyka liší sdělovacím kanálem, a proto jej moderní česká surdopedická literatura řadí k verbální komunikaci. Zákon o znakovém jazyce neslyšících z 11. 6. 1998 uvádí, že: „Český znakový jazyk je přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění,

produktivnost, svébytnost a historický rozměr a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.“ Charakterizuje tedy Znakový jazyk jako jazyk s vlastní gramatikou, je tedy možné jej zapisovat, překládat do mluvené podoby jazyka a není tedy možné považovat jej dále za příklad neverbální komunikace. Je to plnohodnotný komunikační systém.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Znakový jazyk je plnohodnotný přirozený jazykový systém (má atributy přirozeného jazyka). Lze předpokládat, že některé další formy AAK budou mít také parametry přirozeného jazyka.</p>
---	--

### Verbální komunikace (slovní, řečová)


„Řečová komunikace je proces, který zprostředkuje díky jazyku vzájemné informace lidí, proces šířící se obousměrně (od posluchače k mluvčímu a naopak – v dialogu) nebo jednosměrně (k divákovi a posluchači „mluví“ TV, rozhlas, mediální prostředky). V teorii řečové komunikace jsou pak zkoumány faktory lingvistické (nauka o jazyku), paralingvistické (co se jazykem vyjevuje, ale písemně nezachycuje, např. intenzita a barva hlasu, tónová výška hlasu, délka, přesnost a rychlost slovního projevu, pauzy a přestávky v řeči aj.) a extralingvistické (vnějazykové kontexty)“ (Lepilová 1998, s. 11). Nebeská (1992) definuje řečovou komunikaci jako složitě strukturovaný soubor jevů; komplexní proces, na kterém se podílejí ve vzájemné podmíněnosti tři typy předpokladů: vrozené mentální předpoklady užívání jazyka, předpoklady získané aktivní interakcí jedince s prostředím (učení) a faktory aktuálně působící v komunikační situaci.

Richterová (2003) popisuje jako základní formu verbální komunikace rozhovor, kde se sledují tyto fáze: začátek rozhovoru, vzestupná fáze rozhovoru, vyvrcholení rozhovoru a závěr rozhovoru. Oproti ní Müllerová, Hoffmannová (1994) vidí rozhovor, respektive dialog jako jednu ze základních forem lidské interakce, aktivního kontaktu mezi lidmi. Podle autorek je prostředkem dorozumívání, výměny informací, společné činnosti a utváření vzájemných vztahů.

### Paralingvistické faktory v řečové komunikaci

Jak již bylo zmíněno, jde o faktory, které se jazykem vyjevují, ale písemně nezachycují.

a) **Hlasové prostředky** jsou jedním z faktorů. Řadíme sem například *barvu hlasu*, která je dána geneticky. Hlas nám dokáže prozradit momentální náladu, někdo z něj dokáže odvodit

	<p><b>Kontrolní otázky:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Definujte pojem občanské sdružení</li> <li>8. Definujte pojem sociální služby</li> </ol>
---	--

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**





kritérium podávající základní informace o návaznosti na další zdroje a obecná informovanost o službě.

Zájemce o službu je před uzavřením dohody seznámen se všemi podmínkami poskytování služby, podle standardu č. 3. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává, a společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat (Průvodce poskytovatele 2003).

Z uvedeného vyplývá, že by nabídka služeb měla odpovídat komunikačním schopnostem cílové skupiny uživatelů co do míry složitosti textu, způsobu předání informací, znázornění požadavků pomocí alternativní formy. Zjišťování osobních cílů u lidí s potížemi v komunikaci má svá osobní specifika, zohledňuje formu, místo, volní a charakterové vlastnosti uživatele. U osob s výraznými problémy v komunikaci (u jedinců s těžkým zdravotním postižením) je často věnována zvýšená pozornost neverbálním formám (např. řeči těla), která je v tomto případě stejně hodnotná jako verbální. Pokud se naskytá možnost využít některého z odborníků na alternativní a augmentativní komunikaci, je toto velkým přínosem, často je třeba vyzkoušet několik forem a různých způsobů podpory. Na tomto základě jsou stanoveny cíle a plány, uzavřena smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem (příloha č. 1). Obdobnou funkci splňuje i standard č. 13, který hovoří o dostupném souboru informací ve formě odpovídající potřebám a možnostem cílové skupiny (písemná podoba, audio nebo video záznam, webové stránky, speciální podoby dokumentů pro lidi se speciálními potřebami v oblasti komunikace a porozumění) (Průvodce poskytovatele 2003).

Standard č. 8 aktivně podporuje uživatele ve využívání běžných služeb, které jsou v daném místě veřejné. Dále zařízení podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako je škola, rodina, přátelé a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu. V případě potřeby umožňuje využívání dalších sociálních služeb (Průvodce poskytovatele 2003).



Pozor, uvědomte si, důležité:

V každém prostředí, kde žije senior s nároky na podporu a pomoc v komunikačním procesu, musí být zaměstnanci na různých postech obeznámeni a zacvičeni v různých podpůrných technikách.



**Shrnutí kapitoly:**

*Kapitola je věnována protipólům či naopak partnerům v seniorském životě: občanským sdružením, jež si kladou za cíl aktivizaci osob s postižením a na straně druhé institucím, které nabízejí péči a služby těmto osobám a tudíž oba příklady potřebují ovládat různé komunikační techniky. Potřeba komunikačních technik je propojená se standardy kvality sociálních služeb.*



**Aktivizační úloha:**

Najděte, která občanská sdružení jsou aktivní ve Vašem bydlišti (či nejbližším okolí). Zjistěte rozsah programu.

i charakter člověka. Hlas bývá jiný u mužů a jiný u žen. Lepilová (1998) uvádí barvu hlasu: nasální, huhňavý, flautový, pisklavý, sametový, zvučný, napjatý, chraptivý, výrazný, tenký aj. Do těchto prostředků dále řadíme *sílu hlasu*. Ta je u běžného hovoru zhruba 40–50 dB. Nad hranici 50 dB je síla hlasu únavná, šepot je zhruba 15 dB. Lidský hlas je schopný síly až 60 dB (Škvarenicová In Lepilová 1998). Nesmíme opomenout také *výšku a melodii hlasu* jako další hlasové prostředky. Lepilová (1998) uvádí, že se střídáním výšky hlasu v komunikaci upravuje melodie projevu, která určuje měkkost řeči. Zvýšení či snížení tónu v komunikaci má své opodstatnění. Zvýšením tónu můžeme dávat najevo překvapení či radost, snížením tónu naopak smutek, únavu, zklidnění. Jak píše autorka, změna výšky hlasu stimuluje komunikaci, např. průbojní lidé uplatňují převážně vyšší hlas.

**b) Tempo a rychlost řeči** závisí na délce slov daného jazyka. Lepilová (1998) popisuje, že žena s vyšším hlasem dosahuje vyšší rychlosti řeči než muž s hlasem hlubším. Podle autorky střídá vnímavý komunikant rychlost řeči s ohledem na partnera, čímž zpříjemňuje rozhovor a přispívá k zapamatování informací. Pokud člověk hovoří delší dobu stejným tempem, unavuje posluchače a následně tak může dojít k nepřesnému zapamatování informací ze strany posluchače.

**c) Pauzy** souvisí s temperamentem mluvčího. Autorka rozlišuje několik typů pauzy:

- *Fyziologická* (mluvčí nestačí se zásobou dechu a nadechne se neorganicky v místě, které ruší plynulost projevu)
- *Gramatická* (významová, logická; v textu, kde jsou interpunkční znaménka)
- *Váhavá* (v mluveném projevu, kde se mluvčí ocitá v bezradné situaci a ztratí tzv. nit hovoru, rytmus myšlení; trvá déle než 200 mikrosekund a je patrná)

**d) Spontánní, řeč, úsměv, smích**

**e) Ticho a mlčení jako komunikace** znamená přerušení komunikace na déle jak dvě sekundy. Lepilová píše, že odmlka delší jak 4,5 sekund může znamenat tichý souboj partnerů nebo nejistotu v konverzačním tématu, osobní neúspěch. Mlčení může mít mnoho významů, např. akceptování slov, myšlenek, části projevu, naznačení souhlasu či nesouhlasu, na zamlčení informace, na vyjádření emocí, na zamyšlení či ignorování partnera. I to je způsob komunikace.

## Nonverbální komunikace (neslovní, neverbální)

Jde o mimoslovní sdělování, vývojově je starší ve srovnání se slovní komunikací, čímž je spontánnější, přirozenější a je velmi těžko ovladatelné vůlí. Díky takovéto komunikaci jsme schopni přijímat informace více smysly.

Podle Richterové (2003) sdělujeme beze slov city, pocity, sympatie, nálady; zájem o sblížení, navázání kontaktu; určitý dojem o druhém člověku; snahu o záměrné ovlivnění názoru partnera. Housarová (2003) zahrnuje do neverbální komunikace rozsáhlý soubor pohybů různých částí těla, faciální expresi a prosodiku. Řídící centrum, jak popisuje autorka z neurologického hlediska, je v pravé hemisféře. Uvádí, že poměrně velké množství projevů neverbální komunikace má univerzální charakter. Neubauer (1997) dále doplňuje, že neverbální komunikační kódy a systémy mohou tvořit samostatné jazykové jednotky, které jsou využitelné k hodnotné mezilidské komunikaci. Jako nejvíce používané neverbální jazykové systémy uvádí autor soubory piktogramů. Neubauerovo pojetí neverbálních komunikačních prostředků tvoří:

- verbální zvukové projevy (melodie, intonace, dynamika hlasového projevu)
- manuální zvukové kódy
- soubory komunikačních symbolů (piktogramy, obrazová symbolika)

Lepilová (1998) a Křivohlavý (In Logopedie a komunikace 1980) uvádí, že nejprostší způsoby mimoslovního sdělování studuje:

➤ *Proxemika* (angl. Proximity - blízkost), jde o fyzické přiblížení či oddálení; naznačuje vztah mezi komunikanty, vztah k prostředí a stupeň oficiálnosti nebo důvěrnosti mezi komunikanty. Hallová (In Lepilová 1998) rozlišuje čtyři druhy zón: intimní, osobní, sociální, oficiální. U intimní vzdálenosti se tolik nehovoří, spíše jde o komunikaci pohledem, dotekem, mimikou. Osobní vzdálenost se pohybuje od 45 do 120 cm. U sociální vzdálenosti se využívá kontakt očima, mimikou, polohou a pohybem těla a gestikulací; hranice je od 1,2 do 3,6 metrů. Oficiální vzdálenost se týká veřejných projevů, konferencí, přednášek řečníků. Oproti Hallové uvádí Křivohlavý rozlišení základních vzdáleností podle sociálních pedagogů. Ti se v terminologii shodují v prvních dvou, tedy v intimní a v osobní. Dále jejich členění se terminologicky liší, i když významově jsou zóny chápány shodně. Jde o zóny pracovní (formální) a veřejnou.

➤ *Haptika* (řec. Háto - spojuji), jde o sdělování doteky, nejzákladnější formu dorozumívání mezi lidmi. Křivohlavý píše, že některé části těla jsou dotýkány a vyhledávány

Standardy jsou rozděleny do tří částí (Průvodce poskytovatele 2003):

**procedurální standardy** – stanovují, jak má poskytování služby vypadat, jak stávající službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka, podávají ucelený přehled ochrany práv uživatelů sociálních služeb a systém vytváření ochranných mechanismů

**personální standardy** – věnují se personálnímu zajištění služeb v přímé závislosti na dovednostech, vzdělání, podmínkách jednotlivých pracovníků této sféry

**provozní standardy** – definují podmínky pro poskytování služby, koncentrují se na prostory kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Standardy a kritéria jsou pro lepší orientaci očíslovány, mají pořadová čísla od 1 do 17. Rigorózní práce mapuje stav využití alternativní a augmentativní komunikace ve vybraných zařízeních zlínského kraje, proto při výběru standardů, věnujících se této problematice, bylo zohledněno stanovisko **personální** (odbornost pracovníků při využívání náhradních komunikačních systémů, jejich další systém vzdělávání – standard 9–11), stanovisko **procedurální** – standard č. 3 ve smyslu zjišťování osobních cílů u lidí s potížemi v komunikaci, standard č. 8 ve smyslu návaznosti služby na další zdroje a standard č. 13 týkající se zprostředkování základních informací o službě. Standard č. 14, jenž je součástí okruhu personálních standardů, má v oblasti náhradní komunikace nezastupitelný význam. Týká se úpravy, praktického a zároveň estetického prostředí u osob s potížemi v komunikaci.

### Vybrané standardy vztahující se ke komunikaci

K otázkám **personálního zabezpečení** sociálních služeb a s tím souvisejících nároků na profesionalitu práce s uživatelem, je možno využít standardů 9–11.

Pracovníkům, kteří se věnují přímé práci s uživateli služeb, je třeba zajistit dobrý výběr patřičného zaškolení a dalšího vzdělávání, dále průběžnou pomoc od nezávislých pracovníků – **supervizorů**. **Supervizi** lze definovat jako formu podpory, která je poskytována pracovníkům pomocných profesí, pracovním týmům, nebo celému zařízení. Její těžiště spočívá v rozvoji kompetence pracovníka (jeho vzdělání), jde o rozbor konkrétní problémové situace. Zde je možno také řešit problémy **náhradních forem komunikace**, respektive dalšího vzdělávání pracovníka v tomto směru, tak, aby došlo k dalšímu procesu vzdělávání a osvojování si alternativních komunikačních technik.

*Zařízení má stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní a morální předpoklady zaměstnanců. Struktura i velikost personálu odpovídají definovaným potřebám zařízení a aktuálnímu počtu uživatelů služeb a jejich potřebám. Složení a doplňování pracovního týmu umožňuje naplňování standardů kvality* (Průvodce poskytovatele 2003, s. 69).

Definování nároků na personál by mělo navazovat na stanovení kapacity zařízení, na identifikaci potřeb cílové skupiny uživatelů, na identifikaci specifických potřeb jednotlivých uživatelů (návaznost na individuální plány související s potřebou ovládat některé ze systémů alternativní a augmentativní komunikace podle cílové skupiny uživatelů). Personál zařízení by měl tedy pokrývat všechny potřeby uživatelů, identifikované v individuálních plánech.

*Zařízení zajišťuje profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností potřebných pro splnění veřejných závazků zařízení i osobních cílů uživatelů služeb. Zařízení pracovníkům umožňuje zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb.* (Průvodce poskytovatele 2003, s. 77).

Potřeba rozvíjet znalosti, vědomosti, dovednosti ke zkvalitnění komunikačního záměru mezi poskytovatelem a uživatelem vyplývá z celé řady skutečností: zavádění nových metod práce, změny k přístupu k uživatelům, vznik nových funkcí, zavádění systému kvality do praxe.

Otázky náhradních forem komunikace, pod zastřešením **procedurálních standardů**, pokrývají části č. 3, 8 a 13 – oddíl zjišťování osobních cílů u lidí s potížemi v komunikaci,

sociálně terapeutické činnosti. Služby pomáhají s uplatňováním práv a udržování kontaktu se společenským prostředím. Nezaopatřeným dětem se v těchto domovech poskytují osobní vybavení a služby, respektující jejich potřeby. Může zde být vykonávána ústavní výchova podle zvláštních právních předpisů.

**V domovech pro seniory** se opět poskytuje forma *pobytových služeb*, služba má náplň jako v denních stacionářích, vyjma výchovné a vzdělávací činnosti (zákon č. 108/2006 Sb.).

Hlavní funkce ústavů (dnes zařízení sociální péče) jsou následující (Matoušek, O. 1995):

- **podpora a péče** – v takových zařízeních je poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít, neexistence takových zařízení by znamenala nízkou kvalitu života klientů, v některých případech by nebyli schopni přežít
- **léčba, výchova a resocializace** – funkce má opodstatnění v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro rizikovou mládež v postpenitenciárních zařízeních, cílem je úsilí o změnu stavu
- **omezení, vyloučení, represe** – funkce charakteristická pro věznice, psychiatrická zařízení s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky

K rizikům ústavní péče můžeme začlenit senzorkou a emoční deprivaci, teritoriální problémy, hospitalismus, často i šikanu s následky nezájmu o okolní svět, zhoršení komunikace s návratem do raných vývojových stadií. Průvodce poskytovatele (2003) uvádí i jiné možné zdroje problémového chování – podvádění, zneschopňování, infantilizaci, zastrahování, nálepkování, stigmatizaci, nerespektování tempa, zneplatňování, odhánění, zvěčňování, ignorování, vnučování, odpírání pozornosti aj.

Jedinci se zdravotním postižením mají hlubokou potřebu interpersonálního kontaktu, proto mezi další úkoly a povinnosti zařízení sociální péče patří dodržování práv každého z nich. Mezi ně řadíme potřebu podílet se na chodu zařízení podle svých možností, vyjádřit své názory a pocity, žít smysluplně – neuzavírat se okolnímu světu, být personálu rovnocenným partnerem, neustále se vzdělávat v praktických a teoretických činnostech. Proto byly v roce 2003 přijaty *Standardy kvality sociálních služeb*.

#### **Standardy kvality sociálních služeb ve vazbě na komunikaci**

*Standardy kvality sociálních služeb* lze považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba – shrnutí toho, co se dnes obecně dá očekávat od dobré sociální služby. Pro jejich sestavení bylo využito praktických zkušeností poskytovatelů, kteří se podíleli na tvorbě a zavádění standardů v naší republice. Standardy sociálních služeb obsahují měřitelná kritéria, jejich porovnáním lze snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je třeba změnit.

častěji, např. (vlasy, ramena, ruce aj.), jiné jsou opomíjeny (břicho, krk, nohy apod.). Podle autorky patří mezi nepsaná pravidla haptiky také fakt, že více a častěji se dotýkají lidé s přátelským vztahem, než ti, co si jsou navzájem nepřijemní, lhostejní apod. Tělesný kontakt je podle něj dnes často opomíjený a podceňovaný, ale „jeden laskavý dotyk je za desítky slov“.

➤ *Posturologie* (lat. Positura - poloha), zkoumá řeč postojů a držení těla; tělo komunikanta (obzvláště hrudník, ramena, hlava) i v klidové poloze vysílá komunikační signály k dostatečně vnímavým a poučeným partnerům, např. také stupeň atraktivnosti, sebevědomí, nervozity, radosti, komplex méněcennosti a vztah k partnerovi dialogu. Podle Křivohlavého je velký rozdíl v tom, jestliže s druhým hovoříme otočení celou přední plochou těla k němu, nebo jsme natočení bokem, či dokonce na druhého člověka hovoříme na odchodu, otočení zády. Základní postoje jsou dva: otevřený (přátelský) a uzavřený (odmítavý). Pokud stojíme čelem k druhému, ruce mírně rozpažené s dlaněmi natočenými dopředu, nohy mírně rozkročené a hlava trochu nakloněná k rameni, pak máme pravděpodobně přátelský vztah k tomu, s kým hovoříme – otevřený přátelský postoj.

➤ *Kinezika* (řec. Kinesis - pohyb), jedná se o sdělování pohyby prostřednictvím rukou, nohou (způsob chůze) a hlavy. Podle Lepilové (1998) vysílá tělo jisté signály a jeho pohyby jsou neuvědomělou, spontánní řečí charakterizující osobnost mluvčího a jeho temperament.

➤ *Gestika* (souvisí s lat. Gestus - řečnický posunek rukou) také jde o spontánní pohyb kterékoliv části těla během řeči. Jak uvádí Lepilová (1998) bývá gestikulace chápána jako zvláštní část kineziky, která se zabývá pohyby rukou a prstů. Křivohlavý zdůrazňuje, že by gesta měla být používána úměrně a především ve shodě s verbálním obsahem sdělení. Bez rukou nelze navázat fyzický kontakt.

➤ *Mimika* (řec. Mimikos - imitující), jde o sdělení výrazem obličeje, úsměvem, smíchem; tvář odráží psychiku člověka, doplňuje verbální řeč a umocňuje ji pozitivně nebo negativně. Svaly ve tváři jsou schopné vyjádřit přes tisíc významů. Lepilová (1998) zdůraznila sedm stavů primárních emocí: štěstí, překvapení, strach, zlost, smutek, spokojenost a zájem. Tvář podle autorky odhaluje jak vnitřní stav, tak jeho intenzitu. Mimika zaměstnává všechny části tváře, tedy čelo, nos, oči, ústa, bradu, líce, uši. Horní část tváře; jak popisuje autorka, vyjadřuje především negativní stavy, dolní část (brada, ústa, nos) stavy pozitivní. Čelo s obočím může vyjádřit i překvapení, starost a nejistotu. Křivohlavý dodává, že žádný jiný druh mimoslovního sdělení tak často předstíran jako právě výraz lidské tváře.



➤ *Řeč očí* – pohledy sdělují vztah k partnerovi, umožňují podle Lepilové (1998) zpětnou vazbu, kterou signalizuje zaměření pohledu, délka trvání, četnost pohledů, sled pohledů, celkový objem pohledů, úhel pootevřených očních víček, průměr zornic, odklon směru pohledu, mrkací pohyby, tvary a pohyby obočí. Z očí se dá vyčíst jak psychický, tak i fyzický stav. Jak uvádí Křivohlavý, s tím, kdo se na nás nedívá, se kontakt navazuje špatně.

➤ *Paralingvistika* – zkoumá, jak popisuje Lepilová (1998), sdělení tónem řeči, kulturně vázané neverbální projevy a jejich komunikační a metakomunikační funkce. A Křivohlavý doplňuje, že tato disciplína představuje vše, co doprovází slovní projev, tj. hlasitost, výška a barva hlasu, intonace, rychlost řeči, výskyt a četnost pazvuků (slovních parazitů), přestávky (pomlky) v řeči, ale i vzájemný poměr dialogu.

➤ *Řeč barev a vůní* má vliv na fyzické, fyziologické a psychické procesy člověka.

➤ *Image, empatie* – jak popisuje Křivohlavý, jde o upravenost, úroveň oblečení, účes atd. Je chybou, když se na tyto znaky zapomíná nebo se jim nepřikládá dostatečná důležitost. Vašková ještě dodává šestý smysl jako dovednost integrovat vše viděné do smysluplného a význam nesoucího celku. Pokud se člověk, podle autorky, nenaučí správně dešifrovat to, co druzí sdělují, bude neustále mimo kontext, protože nebude ve skutečnosti nikdy reagovat na to, co druhá strana míní a chce, ale na své vlastní falešné představy.



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Při nefunkčnosti verbálního kanálu stále větší prostor mají neverbální formy komunikace. Jejich užívání musí být přesné, aby ulehčilo komunikační proces s osobami s deficitem ve verbální komunikaci.

Uvádím Vybírala (2000), který podle Doubravské (1996) nastiňuje rozdíly v neverbální komunikaci při funkčním a dysfunkčním vztahu.

*Sociální služby* zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**, poskytují se jako **pobytové, ambulantní a terénní**. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení (Michalík, J. 2007):


- centra denních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- terapeutické komunity
- sociální poradny
- sociálně terapeutické dílny
- centra sociálně rehabilitačních služeb
- pracoviště rané péče

V **denních stacionářích** se poskytují *ambulantní služby* osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

**Domovy pro osoby se zdravotním postižením** poskytují *pobytové služby* osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje, tak jako ve shora uvedeném případě, pomoc jiné osoby. Opět se jedná o poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnání úkonů sebeobsluhy, o výchovně-vzdělávací a aktivizační programy,

ústavy nového typu zakládá stát, který alternuje církevní středověké instituce (Mühlbacher, P. 2004, s. 97).

20. století je již významně orientováno na potřeby klientů, nově řečeno – uživatelů sociálních služeb. Tento moderní trend vede ke **koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa** – nastává období **transformace a plánování zaměřeného na člověka** (Mühlbacher, P. 2004).

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité.</p> <p>Krajní názory ústavní péče versus rodinná péče, odsuzování rodin nepomáhá vytvářet prostředí, ve kterém je možné budovat doplňující či náhradní komunikační systém. Každý případ se posuzuje individuálně.</p>
---	--

Ústavní péče byla do určité míry zkvalitněna po stránce kvality i kvantity, ale můžeme zdůraznit, že nikdy nemůže plnohodnotně nahradit přímou rodinnou péči. V současné době jsou podporovány tři základní trendy – *integrace* (překonání nepřírozeného oddělení lidí s postižením od světa lidí nepostižených, začlenění jedince mezi zdravou populaci), *normalizace* (postižení mohou žít běžným životem jako jejich nepostižení vrstevníci s nárokem na kvalitní a smysluplný rozvoj) a *humanizace* (přijmout postižené jako rovnocenné partnery, pomáhat jim zvládat důsledky jejich handicapu).

K velkému převratu došlo se změnou legislativy, schválením zákona č. 108 o sociálních službách ze dne 14. března 2006. Tento jasně formuluje, co je účelem poskytování sociálních služeb a upravuje některé důležité povinnosti poskytovatelů. Jde zejména o ustanovení týkající se individuálního plánování. Další jsou obsaženy ve vyhlášce daných standardech kvality.

*Zákon stanovuje, že sociální služby musí být plánovány tak, aby byly zohledněny osobní představy a potřeby klientů sociální služby a aby jim služby umožňovaly vést běžný způsob života, čímž respektuje výše uvedený požadavek normalizace.*

Základem tvorby *individuálních plánů* pro osoby s těžkým postižením, které verbálně nekomunikují a se kterými se velmi obtížně navazuje kontakt, je znalost metod, kterými můžeme komunikaci zprostředkovat, abychom mohli získat adekvátní informace o jejich představách a potřebách.

Pro individuální plánování je nutné znát principy individuálního plánování zaměřeného na člověka a metody práce se specifickými skupinami lidí, s nimiž pracujeme.

**Tabulka Rozdíly v neverbální komunikaci při funkčním a dysfunkčním vztahu**

Ukazatele komunikace	Funkční vztah	Dysfunkční vztah
Oční kontakty	65–90 % z celkové doby rozhovoru	Ojedinelé
Tón hlasu	Vyjadřuje vstřícnost a zájem	Nezúčastněný, či podrážděný
Držení těla	Uvolněné	Spíše strnulé
Motorický neklid	Absence	Častý a výrazný
Projevy rukou	Přiměřená gestikulace	Neklid: mnutí, poklepávání, hraní si s tužkou atd.
Projevy nohou	Spíše klid	Výrazný neklid
Vztah mezi verbální a neverbální složkou	Převažuje soulad	Časté diskrepance

(Vybíral 2000, s. 221)

Komunikace neboli sdělování či sdílení informací, může být v některé své části narušena. Narušení komunikace nastane když:

- každý z komunikantů používá odlišné kódy (komunikace probíhá v odlišných jazycích),
- došlo k poruše sociálních vztahů (např. elektivní mutismus, poruchy autistického spektra, ADHD),
- došlo k poruše v expresivní části sdělovacího procesu (např. poruchy ve zvukové stránce, oslabení a deficity v obsahové stránce, potíže ve fluenci atd.)
- došlo k poruše v receptivní části komunikačního procesu (poruchy zraku, sluchu, hluchoslepota),
- došlo k duševní poruše, porušení inteligence (Valenta, Müller 2007, s. 151).

Řeč je z hlediska socializace pro každého jedince velice důležitá. Pokud dítě trpí nějakou komunikační poruchou, velmi těžce se začleňuje do společnosti. Základním předpokladem pro rozvoj komunikačních dovedností je rozvoj řečových dovedností.

### Teorie procesu osvojení jazyka

O chronologickém vývoji řeči bylo publikováno mnoho. Není totiž příliš obtížné sledovat a zaznamenávat, jak vypadají různé složky řečových schopností v jednotlivých etapách lidského života, navíc se tyto schopnosti vyskytují u všech intaktních jedinců v relativně stejném období. Co ale není již tak jednoznačné, je mechanismus, který vývoj řeči jedince řídí. Snažili

se ho odhalit a popsat významné osobnosti různých vědních disciplín a myšlenkových směrů (jazykověda, psycholingvistika, pedagogika, psychologie, logopedie, psychopatologie, neurologie, biologie, sociologie, antropologie aj.); vznikla tak řada modelů procesu osvojování jazyka. Z těch nejvýznamnějších nelze neuvést behaviorální, konstruktivistické, nativistické, nebo sociolingvistické teorie.

### **Behaviorální teorie vývoje řeči**

Behaviorální teorie analogicky vycházejí z psychologického směru zvaného behaviorismus. Ten zastává názor, že „předmětem vědeckého zkoumání by mělo být pouze pozorovatelné, měřitelné chování organismu. Zvýrazňuje úlohu vnějších podnětů, prostředí, záměrného působení“. Co se týče behaviorálních teorií ve vztahu k řeči, jsou založeny na tvrzení, že „osvojování jazyka je vytváření soustavy návyků řečového chování. Osvojování jazyka se v tomto pojetí neliší od osvojování návyků jakéhokoli jiného chování“, (Nebeská 1992). Z tohoto pohledu tedy vyplývá, že zastánci behaviorismu aplikují stejné principy a závěry jak pro lidské chování obecně, tak pro řečový vývoj, pojatý v jejich pohledu jako pouhá podkategorie naučeného chování.

Behaviorismus vznikl začátkem 20. století jako reakce na jiný psychologický směr – psychologii vědomí, založené na introspekci. Právě introspekce byla zakladatelem behaviorismu, americkým psychologem John B. Watsonem, jako vědecká metoda zcela odmítána. Tuto rigorózní podobu však brzy upravil jiný americký psycholog Burrhus Frederic Skinner (1878–1958); vznikl tak **neobehaviorismus**. Oba tyto blízké směry odmítají zabývat se vnitřními proměnnými lidské psychiky.

Behaviorální principy vystihuje termín, kterým je behaviorismus také někdy označován: S-R psychologie. Tato zkratka má svůj původ v latině: stimulus = **podnět**, response = **odpověď**, **reakce**. To jsou spolu s **chováním** tři zásadní pojmy behaviorismu. Jak spolu souvisejí? „Odpovédím na podněty se v průběhu svého vývoje jedinec učí. Chování pokládali behavioristé za sled naučených odpovědí a prožívání, které se odehrává ve vědomí... Stoupenci tohoto směru došli zákonitě k závěru, že vývoj jedince je pouze učení se odpovédím na určité podněty a přeceňovali tudíž význam učení a výchovy.“ Aplikovali-li bychom tyto principy na řeč a řečový vývoj, znamenalo by to, že neexistuje nic jako nadání pro jazyk, hereditární dispozice k určitým poruchám řeči (vývojová dysfázie, koktavost), psychické faktory ovlivňující řeč. Naštěstí, jak již bylo řečeno, tuto formu behaviorismu upravili samotní příznivci tohoto směru poměrně brzy a tato tvrzení jsou již dávno překonána, i když ne zcela. Naopak přínosem behaviorismu ve vztahu k řečovému vývoji je poukázání

nabízí možnost sociálně-právního poradenství, rekvalifikační kurzy pro pečovatele, plavání pod lékařským dohledem, terapie prostřednictvím EEG Biofeedbacku, kurzy práce na počítači, kurzy cizích jazyků, šachů atd. Nedílnou součástí sdružení je klubová činnost. Kluby splňují důležitou potřebu člověka být s někým, kdo má podobné problémy, zážitky a starosti, ale také záliby a cíle.

### **Unie Roska**

Posláním Unie Roska je pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou žít kvalitním důstojným a plnohodnotným životem. Jako Česká multiple sclerosis (MS) společnost je aktivním členem mezinárodní federace MSIF a její evropské platformy EMSP při EU. Sdružení má celorepublikovou působnost ve všech 14 krajích ČR, má více než 3000 členů a provozuje MS Centra Roska v několika městech ČR pro specifické potřeby osob s roztroušenou sklerózou. Jedná se např. o informační, poradenské a kontaktní místo, cvičební místnost, prostory pro internetový PC klub, jazykové a další kurzy apod.; sociální práce včetně kompletního sociálně a pracovně právního poradenství včetně konkrétní pomoci; přímá realizace ozdravných akcí, tj. zahraničních a domácích rekondičních rehabilitačních pobytů, rehabilitačních cvičení a plavání a hipoterapie; pořádání víkendových zahraničních tematických zájezdů; pořádání konferencí a výstav; vydávání knižních publikací, audio a video CD v edici Roska; vydávání celostátního časopisu Roska, informačního zpravodaje Roska plus, osvětových edukačních poznávacích brožur a regionálních tiskovin; v rámci edukace výchova cvičitelů na vlastním akreditovaném vzdělávacím pracovišti, realizace odborných přednášek a seminářů; aktivní spolupráce s lékaři, mezinárodní spolupráce, klubová činnost ([www.roska.eu](http://www.roska.eu)).

### **Zařízení, zajišťující péči a komunikaci pro a (S) seniory**

Stáří je komplikujícím faktorem většiny chorob. V neurologii je stáří navíc činitelem, který výrazně zpomaluje schopnost reparačních pochodů v tkáni, a tak zpomaluje proces uzdravení pacienta. Zvláštním fenoménem jsou také některé neurodegenerativní choroby, jejichž výskyt je omezen na starší a starý věk (Kaňovský, P. 2003).

Úloha neurologie v geriatrici je velmi důležitá, protože většina funkčních poruch je vázána na neurologický deficit. Neurologie stárnutí (*geriatrická neurologie*) se vyčlenila jako samostatná subspecializace (Ambler, Z. 2000).

*19. století je stoletím specializace ústavních zařízení. Začíná se používat i nových označení pro tyto profilované internační domy: nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec...Velké*



problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy společnosti stávali ti, jichž se problematika demencí zejména týká – rodinní příslušníci a pečovatelé. V současné době je Česká alzheimerská společnost již respektovaným členem významných mezinárodních organizací – Alzheimer Europe a Alzheimer Disease International.“


## Sdružení CMP

Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách je dobrovolným občanským sdružením občanů i právnických osob majících zájem se aktivně podílet na zlepšování péče o občany postižené cévní mozkovou příhodou anebo ohrožené vznikem této choroby. Základním cílem činnosti Sdružení pro rehabilitaci osob po cévních mozkových příhodách je snaha o zdokonalování péče o jedince postižené CMP, o osoby ohrožené vznikem této choroby a o osoby s jiným poškozením zdraví se symptomatickými příznaky obdobnými poškození CMP. Sdružení CMP zejména zřizuje a provozuje kluby a komunitní centra pro tyto jedince, zajišťuje poskytování zdravotního, sociálního, právního a ekonomického poradenství pro nemocné a jejich rodinné příslušníky, pořádá odborné přednáškové a konzultační akce, kulturní, vzdělávací, výukové a společenské akce pro nemocné a jejich rodinné příslušníky, zajišťuje vydávání tiskovin, publikací a zpráv souvisejících s CMP, obhájí oprávněné zájmy nemocných, podílí se na přípravě právních předpisů a připomínkových řízení k navrhovaným právním předpisům týkajících se zdravotně postižených, organizuje rekondiční pobyty pro své členy, nemocné CMP a jejich rodinné příslušníky, stejně jako pro osoby ohrožené vznikem CMP, poskytuje sociální služby atd.

## Společnost „E“

Společnost „E“ je občanské sdružení založené rodiči a přáteli osob nemocných epilepsií. Jeho posláním je pomáhat lidem s epilepsií a jejich blízkým a zlepšovat tím jejich život a postavení ve společnosti. Zaměřuje se proto na šíření větší informovanosti o dané nemoci jak u pacientů, jejich blízkých a osob či organizací, které s nimi úzce spolupracují, tak u široké veřejnosti. Působnost Společnosti „E“ je celorepubliková. K aktivitám společnosti patří vydávání měsíčníku Aura, který poskytuje informace o epilepsii, dále vydávání monotematických sešitů zaměřených na jednotlivé oblasti dané problematiky a různých dalších tiskovin a publikací. Zájemcům poskytuje poradenství, zprostředkovává a předává kontakty na příslušné odborníky, vytváří vzdělávací programy (v podobě přednášek, seminářů a kurzů) zaměřené na různé cílové skupiny, např. na pečovatele o osoby s epilepsií, záchranné sbory, školy, občanská sdružení a různá jiná zařízení či organizace. Denní stacionář v Praze

na velký potenciál sociálních vlivů, který žádný ze současných odborníků z oblasti logopedie nepopírá, ale na rozdíl od behaviorismu ani nepřeceňuje.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Jednotlivé teorie poukazují na silné a slabé stránky role prostředí a organismu. Právě tyto dílčí argumenty mohou pomáhat ukázat rodičům dětí s potížemi v osvojování řeči a komunikace, že role interakce a verbálního chování může výrazně ovlivnit vývoj a stimulaci komunikace, ale na straně druhé přijmout limity, které s sebou nese určitý handicap.</p>
---	---

## Konstruktivistické teorie

Konstruktivismus je „široký proud teorií ve vědách o chování a sociálních vědách, zdůrazňující jak aktivní úlohu subjektu a význam jeho vnitřních předpokladů v pedagogických a psychologických procesech, tak důležitost jeho interakce s prostředím a společností“. Lze ho rozdělit do několika proudů, přičemž pro náš účel je zajímavý konstruktivismus kognitivní a konstruktivismus sociální.

## Kognitivní konstruktivismus

Za zakladatele kognitivního konstruktivismu je považován švýcarský filozof, přírodní vědec a vývojový psycholog Jean Piaget (1896–1980), který se proslavil zejména svou teorií kognitivního vývoje. Ta má svůj význam mj. i na poli řečového vývoje, protože ten do kognitivního vývoje dítěte neoddiskutovatelně patří.

Podle Piageta lze kognitivní vývoj dítěte orientačně rozdělit do čtyř vývojových stádií:

Název stádia	Věkové rozmezí (roky)	Kognitivní schopnosti
Senzomotorické	0–2	poznávání světa pomocí smyslů a pohybů, získávání vědomí stálosti objektů
Předoperační	2–7	používání jazyka, egocentrické myšlení
Stádium konkrétních operací	7–12	logické myšlení o konkrétních situacích, pochopení stálosti počtu, hmotnosti, množství
Stádium formálních operací	12 a více	logické myšlení o abstraktních pojmech

Piaget ve svých dílech řeší kromě mnohého dalšího i otázku vztahu myšlení a řeči. Podle něj se myšlení v prvních letech života vyvíjí nezávisle na řeči. Co se týče dalších stádií, ústředním

motivem jeho výzkumů je *egocentrická řeč*, objevující se kolem 2. roku života a vycházející z egocentrického myšlení dítěte. Nemá ještě komunikační charakter, je pouze vedlejším zvukovým a rytmickým produktem dětské aktivity a dítě ji používá jen při mluvení o sobě a pro sebe. Po tomto stádiu následuje stádium řeči socializované, což je výsledek systematického nátlaku ze strany sociálního prostředí. Tato řeč již slouží ke sdělování myšlenek a potřeb svému okolí, má tedy komunikační hodnotu. Socializovaná řeč je podle Piageta předpokladem k rozvoji racionálního myšlení.

Piaget svojí teorií nevratně ovlivnil další zaměření vývojové psychologie. „Ačkoliv důkladné prověřování jeho teorie vedlo k nespočetným vylepšováním a zkvalitňováním jeho původního modelu a vzniku neo-piagetických a post-piagetických teorií, Piagetův původní model se prokázal jako velice silný“.

Jeden z Piagetových pokračovatelů je americký psycholog Jérôme Seymour **Bruner** (nar. 1915). Ten rozšířil konstruktivistickou teorii o dimenzi interaktivity komunikačního procesu a ve své teorii slovní zásoby poukázal zvlášť na význam interakce mezi matkou a dítětem v preverbálním období pro vývoj logických struktur myšlení. Rozšířil tak Chomského teorii vrozeného systému o rodinnou, systémovou podporu slovní zásoby.

### **Sociální konstruktivismus**

Jedním z mnoha pokračovatelů, ale i kritiků piagetovské teorie, je Piagetův současník, zástupce sociálního konstruktivismu, Lev Semjonovič Vygotskij (1896–1934). Tento ruský psycholog znal velice dobře Piagetovo dílo a jeho publikace *Psychologie myšlení a řeči* má stěžejní hodnotu právě v rozsáhlé polemice s teorií kognitivního vývoje. Zatímco podle Piageta probíhá vývoj řeči od egocentrické řeči a myšlení k socializované řeči (a tím pádem i k racionálnímu myšlení), na základě svých výzkumů má Vygotskij za to, že prvotní řečí dítěte je řeč sociální, se sdělovací hodnotou. Až později se přenesením sociálních forem chování a spolupráce do osobní oblasti mění na řeč egocentrickou a komunikativní a stává se tak nutným předpokladem pro přechod k vnitřní řeči a myšlení. V tom tedy spočívá zásadní rozdíl: zatímco Piaget představuje vývoj myšlení od fantastické představivosti přes egocentrickou řeč k socializované řeči a k logickému myšlení, Vygotskij staví posloupnost od sociální řeči přes egocentrickou k vnitřní řeči a myšlení.

### **Nativistické teorie**

Nativismus je označení pro „myšlenkový proud považující za rozhodující faktory duševního vývoje člověka vrozené dispozice“. Tradiční nativismus předpokládal, že „dítě je

(rekondiční pobyty) plní dílčí, ovšem nezanedbatelné úkoly, jež vedou k dalšímu rozvíjení osobnosti, socializaci a integraci a tím ke spokojenému životu osob s postižením (tamtéž).

Rekondiční pobyty jsou součástí rozsáhlého souboru rehabilitačních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Rozdělíme-li formy poskytovaných služeb (Jesenský 1995, s. 21) na pasivní (nepředpokládají aktivitu postižené osoby při jejich realizaci) a aktivní (předpokládají účast), můžeme rekondiční pobyty zařadit do forem aktivních. Tyto formy totiž představují cílevědomé úsilí osob s postižením změnit pod vedením odborníků svůj nepříznivý zdravotní stav, jak dále Jesenský (1995) uvádí.

Rehabilitační služby, píše Votava (1997), by měly probíhat v místě bydliště osoby se zdravotním postižením. „Avšak v některých případech za účelem dosažení určitého cíle výcviku, mohou být organizovány speciální, časově omezené rehabilitační kurzy, je-li to vhodné, pobytovou formou“ (Votava 1997, s. 12). Při rekondičních pobytech dochází k plnění mnoha rehabilitačních úkolů, včetně intenzivního psycho-rehabilitačního působení skupiny (Jesenský 1995).

Organizování rekondičních pobytů se týká většinou občanských sdružení, která využívají tohoto typu rehabilitace pro své klienty a členy. Přesná metodika organizování pobytů či přesné standardy, které by měly rekondiční pobyty splňovat, nejsou ustanoveny v žádném právním předpisu či jiném zákonem ustanovujícím pokynu či směrnici. I přesto jsou rekondiční pobyty jednotlivých sdružení velmi podobné a vnitřní předpisy, které si občanská sdružení vytvářejí pro vlastní potřebu, v mnohých bodech obsahují podobná stanoviska.

### **Společnost Parkinson**

„Posláním Společnosti Parkinson je zlepšovat životní podmínky nemocných „parkinsoniků“ a jejich blízkých, napomáhat ke zvyšování jejich sebevědomí, učit je žít s touto i při intenzivní léčbě progredující nemocí a bojovat s ní. Společnost proto podporuje veškeré projekty, které posilují samostatnost a aktivní stránky života nemocných. Zejména uplatňuje svoji sociálně společenskou funkci. Zřizuje kluby parkinsoniků, pořádá rekondiční pobyty. Vydává vlastní časopis a provozuje internetové stránky s chatem a fórem. Věnuje se osvětě ve společnosti. Snaží se prosadit dostupnost všestranné kvalitní péče s cílem co možná nejlepší kvality života nemocných“ (www.parkinson-cz.net).

### **Česká Alzheimerovská společnost**

„ČALS vznikla na základě setkávání a spolupráce profesionálů v oboru gerontologie (lékařů, sester, sociálních pracovníků, studentů sociální práce a dalších), kteří se zabývali

spolků, svým obsahem i charakterem ovšem přestává současným potřebám neziskové sféry stačit (Topinka, Stajnura 2001).

Podle **zákona o sdružování občanů** mají občané právo svobodně se sdružovat. Mohou tedy zakládat spolky, společnosti, svazy, hnutí, kluby a jiná občanská sdružení (§ 2, odst. 1). Ke členství ve sdruženích nesmí být žádný občan nucen (§ 3, odst. 1), z čehož vyplývá dobrovolnost těchto spolků.

Zákon o sdružování občanů udává podmínky zakládání spolků, povinnosti vzniku a zániku registrace i jejich činnost. Ke vzniku sdružení není nutné povolení státního orgánu, vzniká na základě registrace, která se podává ministerstvu vnitra České republiky (§ 7, odst. 1). Návrh na registraci podávají nejméně tři občané (min. jednomu z nich musí být více než 18 let) a mimo jiné musí obsahovat vypracované stanovy občanského sdružení. Ve stanovách musí být uvedeny: název sdružení, sídlo, cíl jeho činnosti, práva a povinnosti členů sdružení, orgány sdružení, organizační jednotky a zásady hospodaření (§ 6, odst. 2, a–f). Formát stanov není přesně určen, liší se podle činnosti a struktury jednotlivých spolků. Různé osnovy pro stanovy občanských sdružení jsou k nalezení na internetových portálech (př. [www.nevkladky.cz](http://www.nevkladky.cz)).



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Setkávání členů občanského sdružení udržuje komunikační kompetence, zabezpečuje právě uspokojování sociální komunikace, aktivizuje osoby s chronickým onemocněním.

Jsou-li splněny veškeré požadované složky registrace, vydává ministerstvo vnitra rozhodnutí o schválení registrace a oznamuje ho Českému statistickému úřadu, který vede evidenci všech vzniklých občanských sdružení v ČR (§ 9, odst. 2). Ke dni 31. října 2008 je v evidenci Českého statistického úřadu vedeno 73 193 občanských sdružení ([www.mvcr.cz](http://www.mvcr.cz)).

Na základě registrace mohou občanská sdružení čerpat dotace státního rozpočtu, mají možnost získat granty na podporu své činnosti, a to jak od soukromých dárců, tak také od různých nadací, mezinárodních institucí či ministerstev České republiky ([www.obcan.ecn.cz](http://www.obcan.ecn.cz)). Díky těmto finančním obnosům mohou dosahovat svých cílů.

Občanská sdružení tedy vznikají na popud lidí, kteří sledují stejný cíl a snaží se ho dosáhnout. Slouží k mnoha účelům, pro potřeby různých skupin občanů. Rekondiční pobyty pořádají pro své klienty a jiné členy především občanská sdružení a jiné dobrovolné organizace.

Podle Jesenského (1995, s. 75) představují rekondiční pobyty „*soubor forem zaměřených na udržování a rozvíjení dovedností a návyků tělesné i psychické kondice*“. Rekondice

od přirozenosti dobré, proto nesmí být kaženo výchovou“. Zastáncem tradičního nativismu byl např. Jean Jacques Rousseau nebo Lev Nikolajevič Tolstoj. Současný nativismus získal významné podněty z etologie a sociobiologie. Teorie vycházející z nativistických principů se dotkly kromě mnoha dalších oblastí i vývoje řeči jedince.

### Teorie generativní gramatiky

Americký lingvista židovského původu Avram Noam Chomsky (nar. 1928) vytvořil v 50. letech 20. století teorii založenou na existenci tzv. *ústroj k osvojení jazyka* (Language Acquisition Device - LAD). Jde o vrozené biologické predispozice k osvojení řeči, které každému intaktnímu dítěti umožňují zvládnout gramatické a syntaktické struktury své mateřštiny, resp. je jim vrozená určitá základní gramatická šablona jazyka. Tato vrozená podstata lingvistické znalosti se označuje *univerzální gramatika* a podle generativistů člověku umožňuje tvořit (*generovat*) nekonečný počet vět a rozumět větám, které nikdy neslyšel - odtud pojem *generativní gramatika*.

Pokud je tato teorie pravdivá, znamenalo by to, že děti se potřebují naučit jen omezené vlastnosti jejich mateřského jazyka. Z Chomského pohledu je nejsilnějším důkazem existence univerzální gramatiky jednoduše fakt, že si děti úspěšně osvojí svůj mateřský jazyk za tak krátkou dobu. Dalším argumentem je tzv. *argument nedostatku podnětů*. Ten tvrdí, že bohatá lingvistická data, ke kterým mají děti přístup, zdaleka neodpovídají lingvistické znalosti, které člověk dosáhne v období do své dospělosti.

Navzdory velkému množství Chomského příznivců a následovníků má teorie univerzální gramatiky i kritiky, kteří poukazují na její slabiny. Ty spočívají v tom, že lingvisté dle Chomského se příliš spoléhají na intuici rodilých mluvčích při posuzování, které věty jejich jazyka jsou správně utvořené. Další spočívá v tendenci založit tvrzení o univerzální gramatice na příliš malém vzorku jazyků.

### Teorie kritického období

Mezi nativistické teorie lze zařadit i teorii kritického období (Critical Period Hypothesis). Německý lingvista a neurolog Eric Heinz Lenneberg ji vytvořil v 60. letech 20. století jako rozšíření Chomského syntaktických teorií. Jako lékař pracuje s konceptem převzatým z biologie, proto je tato teorie označována také jako biologická. Podle Lenneberga závisí osvojování jazyka na biologickém dozrání centrální nervové soustavy, přičemž jednodušeji tento proces probíhá před pubertou. Svou teorii opírá o kazuistiku dětí a mladistvých s diagnózou afázie – zatímco děti, které afázii získaly před pubertou, později znovu nabyly




většinu nebo dokonce všechny ztracené řečové funkce, u mladistvých, kteří se stali afatickými v adolescenci, probíhal proces znovuzískávání fatických funkcí jen pozvolna nebo částečně.

Teorii kritického období odpovídají také případové studie tzv. „vlčích dětí“, které žily určitou dobu svého života v izolaci od lidské společnosti. To je případ i „divokého chlapce z Aveyronu“, kterého se snažil francouzský vědec Jean Marc Gaspard Itard vzdělávat v letech 1801–1806. Přes určité pokroky v sociální a interpersonální oblasti zůstalo vzdělávání k řeči bez výsledků.

Dalším takovým deprivovaným dítětem z nepříliš vzdálené minulosti je děvče Genie, které bylo do svých 13 let týrané otcem a zamčené v přístěnku. Tato dívka si po určité době zvládla osvojit jistou lexikální zásobu, na rozdíl od gramatiky, kterou ovládala velmi slabě.

Hypotéza kritického období má tedy jak své důkazy, které potvrzují její platnost, tak své protiargumenty, které poukazují na její možnou relativitu ohledně aplikovatelnosti na jednotlivé jazykové roviny. Otázkou také zůstává, zda lze pro všechny jazykové roviny vymezit stejné kritické období.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité:</p> <p>Teorie kritického období je velmi významná při rozhodování tzv. rodičovské „vyčkávací“ strategie či přijetí dočasně či trvale formy AAK.</p>
--	--




### Sociolingvistické teorie

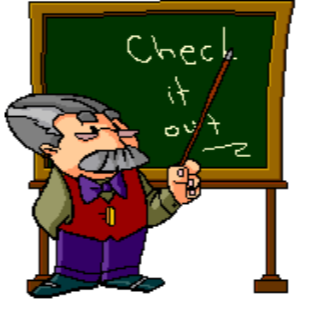
Sociolingvistika je „interdisciplinární vědní oblast zkoumající užívání jazyka a způsoby komunikace v rozdílných sociálních a etnických komunitách, v různých profesních skupinách aj.“ Stručně se dá říci, že se sociolingvistika zabývá v nejobecnějším smyslu vzájemnými vztahy jazyka a společnosti. K centrálním tématům sociolingvistiky patří sociální varianty jazyka, diglosie, bilingvismus a jazykové plánování.

Proč se vlastně tento proud vydělil z širokého pole lingvistiky? „Velké množství otázek v lingvistice je spojeno s vývojem, složením a organizací společnosti. Proto se začaly užívat sociologické metody pro výzkum lingvistiky.“

Kromě zmíněného přejímání metod ze sociologie ale došlo také k vytvoření metod vlastních. V tomto smyslu je hlavním inovátorem americký lingvista William Labov (nar. 1927). Ztotožňuje se s behavioristy v tvrzení, že jazyk je formou sociálního chování, a naopak tvrdě polemizuje s „chomskyánskou“ lingvistikou a její představou ideálního mluvčího žijícím

### 3.4 Občanská sdružení a zařízení pro seniory jako partneři

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	3 hodiny
	Cíl kapitoly	<b>Seznámit s charakteristikou sdružení a organizací, sociální služby</b>
	Klíčová slova	Sdružení, klub, rekondiční pobyt

	Znalost sdružení (a jejich činností) pro aktivizaci a další komunikaci klienta je jeden z nástrojů profesionála. Text nabízí jen přiblížení občanských sdružení. Předpokladem pro dobrou orientaci v problematice činnosti sdružení je jejich role a postavení ve společnosti. Také zákonitosti a legislativní podmínky fungování student získal dříve. Text je věnován i zařízením, ve kterých senioři s různými komunikačními potřebami mohou žít.
--	--


Na aktivizaci seniorů se ve velké míře podílejí zejména občanská sdružení a charitativní organizace. V České republice existuje několik organizací, které poskytují nabídku služeb osobám s vybraným neurologickým onemocněním. Jejich zásadní roli lze spatřovat v oblasti všech složek rehabilitace, ale také v oblasti poradenství a podpory pro osoby se zdravotním postižením i pro jejich rodiny.


„Občanská sdružení jsou nejstarší a nejrozšířenější právní formou nevládních neziskových organizací“ (www.wikipedia.org). Vznikají na základě potřeby občanů prosadit si něco nového či spojit se s dalšími občany, kteří mají stejné názory či zájmy. Podle Listiny základních lidských práv a svobod (2/1993 Sb.) „mají občané právo svobodně se sdružovat ve spolcích, společnostech a jiných sdruženích“ (čl. 20, odst. 1).


Takováto účelová či zájmová spojení a jejich činnost upravuje zákon o sdružování občanů č. 83/1990 Sb. (www.obcan.ecn.cz). Právní norma upravuje pouze obecné zásady činností


V mozku a míše se objevují drobná ložiska, tzv. plaky (francouzský termín *sclerosis en plaques*). Průběh onemocnění probíhá v charakteristických atakách a v remisích. Příznaky jsou velmi různorodé, odvíjí se od místa porušení nervové tkáně. Prvními příznaky bývají parestezie. Častá je retrobulbární neuritida při postižení zrakového nervu, vyskytují se diplopie, nystagmus. Dále se objevují poruchy motoriky, většinou jako centrální spastické monoparézy, mozečkové příznaky s intenčním tremorem, ataxií, skandovanou řečí, mozečkovou chůzí s ataktickými pohyby na každém kroku. Svalový tonus může být ovlivněn také poruchou mozečku, takže se může objevovat jak spasticita, tak hypotonie. Poruchy čítí se objevují v podobě různých dysestezií a parestezií.

**Poruchy polykání** se mohou objevovat jako součást mozečkového syndromu, pseudo-bulbárního syndromu nebo poruch čítí. Týkají se všech fází polykání. V rozvinutých formách nebo při mozečkovém postižení je dysfagie charakterizována zejména obtížemi při polykání tekutin. Obtíže mohou být redukovány adaptací na texturu tekutin a správným polohováním pacienta.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Deficit pro komunikační proces je u každé skupiny v jiném okamžiku, v jiné fázi. V praxi se navíc obraz klienta komplikuje dalšími faktory a okolnostmi. Proto je důležité učit se vyhodnocovat základní problematiku a k ní související činitelé.</p>
--	---

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b> <i>Kapitola je věnována jednotlivým (častým) skupinám s chronickou formou průběhu onemocnění. Jednotlivé skupiny jsou charakterizovány ve svých základních symptomech, ze kterých potom vyplývají potřeby (ve vztahu ke komunikaci).</i></p>
---	--

	<p><b>Aktivizační úloha:</b> Najděte ve svém okolí místa a organizace, která nabízejí péči a podporu osobám s různými formami chronických onemocnění. Zjistěte rozsah jejich služeb. Zjistěte, zda realizují rekondiční pobyty.</p>
---	---

	<p><b>Kontrolní otázky</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Charakterizujte jednotlivé skupiny s chronickým onemocněním.</li> <li>6. Popište argumenty, které se dají použít při zavádění podpůrných komunikačních systémů AAK</li> </ol>
---	--

v homogenním jazykovém společenství. Labov a jeho kolega Bloomfield se naopak intenzivně zaměřují na zkoumání lingvistických komunit a sociální podmíněnost komunikace.

### Laheyové model

Americká logopedka Margaret Laheyová popsala v publikaci *Language disorders and language development* z roku 1988 ontogenezi řeči jako osm po sobě následujících stádií. Ve vývoji dětské řeči sleduje tři linie: jazykovou formu, významovou stránku řeči a pragmaticko-komunikační uplatnění.

**První stádium** je obdobím jednoslovných vět. Znamená to, že když dítě řekne např. haf, vyjadřuje tím určité sdělení (tam je pes, pes štěká, chci pejska apod.).


Ve **druhém a třetím stádiu** se v řeči začíná objevovat syntax. V tomto období děti mluví o věcech a událostech, které se jich bezprostředně týkají a jsou přítomné.

Ve **čtvrtém až osmém stádiu** narůstá počet promluv, které dítě utváří bez bezprostřední percepční podpory, nenavazují na promluvy jiných, využívají alternativní formy komunikace (roste schopnost přizpůsobení se posluchačovi) a které dítě uskutečňuje za účelem získání informace. Zároveň v tomto období narůstá počet sémantických kategorií kódovaných v řeči příslušnými gramatickými prostředky (ve čtvrtém stádiu užívá 14, v osmém již 21 významových kategorií). Sémantickými (významovými) kategoriemi jsou např. časové souvislosti, kauzalita, vnímání, stav, komunikace aj.

**Čtvrté až šesté stádium** je začátkem tvoření rozvitých vět s obsahem dvou významových jednotek (např. atribuce a činnost).

V **pátém stádiu** se v promluvě vedle sebe objevují dvě věty, které spolu sice významově souvisí, ale ještě nejsou syntakticky spojené. Toto propojení proběhne až v **šestém stádiu**, kdy dítě začíná tvořit souvětí pomocí spojky „a“.

V **sedmém a osmém stádiu** pokračuje vývoj syntaxe utvářením souřadných a podřadných souvětí.

	<p>Odlišnosti v komunikaci jsou jedním z hlavních (a zejména z prvních) znaků mentálního postižení. Protože v této formulaci jde o velmi široce vnímaný pojem, věnujeme čas strukturované charakteristice.</p>
---	--

Pro osoby, u nichž není možné efektivní využívání zejména verbální formy komunikace, či děti, u nichž nedochází k osvojování řečových dovedností či jejich užívání v sociální interakci se doporučuje užívat alternativní či augmentativní formy komunikace (dále AAK). Laudová (1994) doporučuje rozlišovat mezi pojmem **augmentativní a alternativní komunikace**, což je podle jejího názoru obecný pojem vyjadřující určitý přístup (který je v praxi možné uskutečňovat mnoha různými způsoby), a **systémem augmentativní a alternativní komunikace**, jímž rozumí souhrn všech postupů a prostředků, které se stanoví a užívají pro rozvoj dorozumívání určité konkrétní osoby.

Alternativní a augmentativní komunikace (zkratka AAK) se pokouší kompenzovat, po určitou dobu či trvale, projevy závažných komunikačních poruch. Umožňuje těžce postiženým osobám dorozumívát se, komunikovat se svým okolím, vyjadřovat své pocity, přání, reagovat na podněty. **Augmentativní komunikační systémy** jsou systémy, které mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti jednice. **Alternativní komunikace** je potom označením systémů, které se používají jako náhrada mluvené řeči.

Německá literatura používá termín *Uterstuetzte Kommunikation*; anglická literatura *Augmentative and Alternative Communication*; termín je definován takto: „Augmentative and alternative communication is an area of clinical practice that attempts to compensate (either temporarily or permanently) for the impairment and disability patterns of individuals with severe expressive communication disorders (i.e. the severely speech-language and writing impaired).“ (Osterheider 1996, s. 67)

*Překlad:* Alternativní a augmentativní komunikace je oblast klinické praxe, která se pokouší kompenzovat (po určitou dobu nebo trvale) projevy poruchy a postižení u osob se závažnými expresivními komunikačními poruchami (tj. se závažným postižením řeči, jazyka a psaní).

AAK se v zahraničí rozvíjí již více jak 50 let. První vědecké počátky jsou datovány k roku 1950, kdy ve Spojených státech amerických dvě významně početné skupiny neverbálně komunikujících (sluchově postižení a osoby po laryngektomii) získaly práva ve vzdělávání a dorozumívání v jiném než verbálním kanále. V roce 1983 vznikla *Mezinárodní společnost pro augmentativní a alternativní komunikace* (International Society for Augmentative and Alternative Communication – *ISAAC* --- [www.isaac-online.org](http://www.isaac-online.org) ---) na ochranu práv osob, které mají závažné obtíže v komunikaci. Má přibližně 3 000 členů z 30 zemí. Vydává k této problematice odborné časopisy a pořádá mezinárodní konference.

symptomy může být hypertonie m. masseter, třes jazyka, může se objevovat tichý, tlumený nebo nosový hlas, „kloktavý“ hlas (ne vždy souvisí s poruchou polykání) v důsledku nedostatečné hybnosti hlasivek, narušené funkce měkkého patra nebo průniku tekutin do dýchacích cest. V ústech zůstávají zbytky potravy, tyto zbytky může při řeči nečekaně vdechnout. Pacient může mít stopy po pokousání na tvářích, jazyku, rtech, může se objevovat zvracení, náhle vzniklá horečka, zápal plic rozvíjející se během několika hodin (může svědčit o vdechnutí sousta).

Robert (2003) uvádí, že až 90 % pacientů s Parkinsonovou nemocí udává potíže s polykáním, z nichž 20 až 50 % má klinické příznaky s vážnými následky – kachexie, pneumopatie.

Všechny výše uvedené symptomy vedou k problémům v komunikačním procesu, jak v roli posluchače, tak zejména v roli mluvčího.

### **Amyotrofická laterální skleróza (ALS)**

Jedná se o degenerativní onemocnění postihující míšní struktury - přední rohy míšní (spinální svalová atrofie) kombinované s postižením pyramidových drah, často i kortikobulbárních drah a motorických jader mozkových nervů v prodloužené míše (bulbární syndrom). Není porucha čítí. Začíná se projevovat ve 4.–5. dekádě života, rychle progreduje, většinou je smrtelné do 3 let.

Onemocnění začíná na horních končetinách poruchou obratnosti a snížením svalové síly, později se objevuje svalová atrofie.

Objevují se fascikulace ve svalech horní končetiny, později fascikulace a atrofie jazyka.

Postupně se rozvíjejí poruchy artikulace, dysartrie, mohou být poruchy hlasu. Během vývoje nemoci dochází k **těžké poruše polykání** a těžké poruše dýchání. Příznaky jsou u různých pacientů rozdílné podle místa zasažení. Podle Roberta (2003) se bulbární poškození může objevovat v počátcích přibližně u 30 % pacientů. Klinický logoped má důležitou roli při odhalování onemocnění u pacientů s „nálepkou“ dysfonie nebo dysfunkční nebo psychogenní dysartrie.

### **Roztroušená skleróza mozkomíšní (sklerosis multiplex)**

Toto onemocnění postihující centrální nervový systém se vyskytuje relativně často. V České republice uvádí Pfeiffer (2007) prevalenci nad 0,5 ‰ obyvatelstva, přičemž častěji jsou postiženy ženy. Začátek onemocnění bývá mezi 20.–40. rokem života. Při roztroušené skleróze dochází k rozpadu myelinu a poškození axonálních vláken jako důsledek autoimunitního chronického zánětu, jehož příčina není dosud jednoznačně objasněna.



cíleného chování), poruchy paměti, poruchy zrakoprostorové orientace, poruchy řeči, demence, farmakogenně navozené psychické změny.

**Obrázek Typické postavení osoby s Parkinsonovou chorobou**  
(obr. nakreslený již v roce 1886 lékařem sirem W. R. Gowersem)

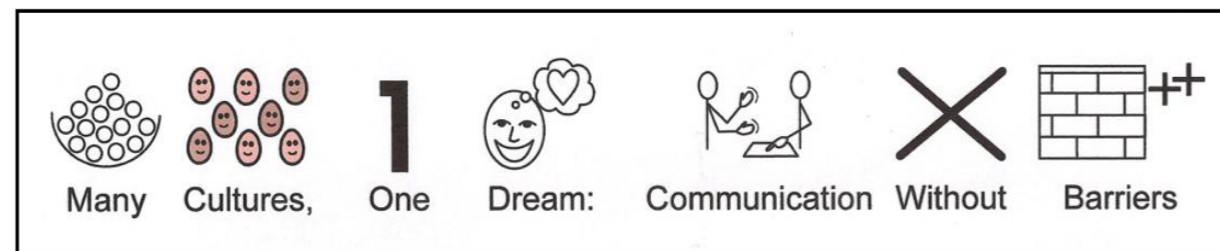


### Poruchy polykání u Parkinsonovy nemoci

Poruchy polykání se mohou objevit již v počáteční fázi nebo v průběhu vývoje nemoci. Souvisí s obtížemi v oblasti buco-faryngo-laryngeální i s projevy snížené motility trávicího ústrojí. Potíže s polykáním se objevují nekonstantně a nespecificky. Níže uvedené příznaky se uvádějí u PN jako nejčastější.

Projevem poruch polykání bývá výrazné slinění, vytékání slin z úst ven, které je výsledkem poruchy automatického polykání slin, ne zvýšené tvorby slin.

Dále poruchy polykání mohou doprovázet další příznaky (Lebedová, Roth 2006) jako je časté pokašlávání, úbytek váhy, když pacient přijímá stále menší a menší množství potravy v důsledku velké námahy při polykání. Příjem potravy trvá velmi dlouho, jedno sousto může pacient polykat na několik pokus, pacient může mít problémy se zpracováním bolusu, může docházet k regurgitaci (návratu) potravy zpět do hltanu a úst, pálení žáhy. Dalšími



\* překlad: mnoho kultur, jeden sen, komunikace bez překážek

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Mnoho lidí považuje formy AAK za nerovnocenné verbální formě. Existuje a přetrvává mnoho mýtů, se kterými je nutno ve společnosti formou osvěty bojovat.</p>
--	---

Jak je uvedeno výše, uživatelé AAK je velmi pestrá a různorodá skupina uživatel jak z hlediska věku, tak z hlediska potíží. Proto je nezbytné, tuto velmi heterogenní skupinu klasifikovat podle různých hledisek. Proto v různých literárních zdrojích nalezneme rozličné charakteristiky uživatelů. Jedním z častých přístupů je přiblížení uživatelů podle etiologie postižení. Z tohoto hlediska můžeme identifikovat tři poměrně homogenní skupiny.

Skupiny dle **etiologie**: (ISAAC, 1994)


- s vrozeným postižením (cerebrální paréza, mentální postižení, autismus, kombinované poruchy aj.)
- s progresivním onemocněním (svalová dystrofie, multiple sklerose aj.)
- se získaným poškozením (lebečně-mozková traumata nebo mozkové mrtvice)

Druhý pohled na členění skupiny uživatelů získáme z pragmatického hlediska, v které fázi komunikačního procesu má účastník komunikace poškození. Oblasti poškození mohou tedy být (Musselwhite in Osterheider 1996):

- kognitivní (mentální poškození)
- sensorické (hluchota, slepota, slepohluchota)
- neurologické (cerebrální paréza, afázie, apraxie, dysartrie, progresivní onemocnění (multiple sklerose, morbus Parkinson aj.)
- emocionální (mutismus, dětské psychózy)
- orgánové (laryngektomie, glossektomie)

Je důležité si uvědomit, proč je důležité členit tak různorodou skupinu uživatelů AAK. Poznatky o poškozených oblastech, příčinách poškození nám umožňují následně charakterizovat skupiny uživatelů podle vyžadované podpory v komunikačním procesu. Podle Tetznera (2000) můžeme rozlišit tři základní kategorie skupin.

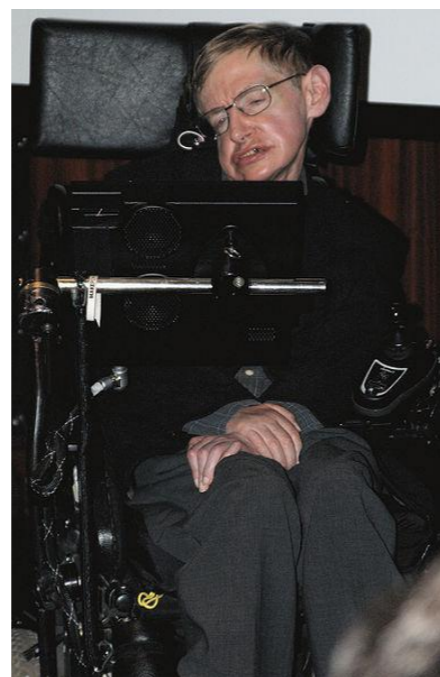
- Osoby, které článkované řeči dobře rozumí, ale mají omezené možnosti k vlastnímu vyjadřování. AAK se v tomto případě používá jako **expresivní komunikační prostředek**.
- Osoby, které potřebují podporu k řečovému vyjadřování. Jejich řeči je možné rozumět jen tehdy, pokud k ní použijí jako doplněk pomocný prostředek, tzn. AAK jako **podpora při řečové produkci**.
- Osoby, pro které je článkovaná řeč jako komunikační médium příliš komplexní a které proto používají vhodnou alternativu – AAK jako **náhradní řeč**.

	<p>Pozor, uvědomte si důležité:</p> <p>Podmíněné rozdělení uživatelů do skupin je velmi důležité, neboť nás informuje o tom, jaké jsou potřeby (komunikační potřeby) daného klienta.</p>
---	--

### Skupina 1

- U osob, které patří do této skupiny, sledujeme velký nepoměr mezi porozuměním řeči a vlastními vyjadřovacími možnostmi. Typickými jedinci této skupiny jsou děti s cerebrální parézou, které nemohou řečové orgány dostatečně kontrolovat, a proto nejsou schopny srozumitelně artikulovat. Tyto osoby ale často disponují velmi dobrou schopností rozumět mluvené řeči.
- Pro uvedené osoby má používání AAK zajistit **trvalý** vyjadřovací prostředek (tzn. komunikační pomocný prostředek, který mohou používat po celý život v mnoha různých situacích). Aplikace AAK zde v první fázi většinou není zaměřena na porozumění řeči.
- Lidé z této skupiny tvoří první a nejdůležitější cílovou skupinu při používání AAK.

Světově známým představitelem této skupiny je např. fyzik Stephen Hawking.



fyzik Stephen Hawking, s diagnostikovanou laterální sklerózou a užívající AAK.

Extrapyramidová onemocnění mají několik syndromů, jedním z nich je i **Parkinsonský syndrom** (dále jen PS). Růžička a Roth (2000) popisují PS jako poruchu hybnosti, charakterizovanou třesem, rigiditou, hypokinezi (bradykinezi) a posturálními abnormalitami (poruchami stoje a chůze). Nejčastější příčinou tohoto syndromu je Parkinsonova nemoc, ale také řada dalších příčin zapříčiňuje PS. Může jít o jiná degenerativní onemocnění, vaskulární onemocnění, toxický, poúrazový, postencefalitický stav. Zpravidla však zde bývá vyjádřena další symptomatika.

### Příznaky

Onemocnění se manifestuje obvykle v páté až šesté dekádě, nezávisle i dříve. První klinické obtíže pacientů jsou obvykle nespecifické: bolesti ramen a zad, pocity tíže končetin, pocit ztráty výkonnosti, poruchy spánku, zácpa, tichost a monotónnost hlasu, porucha písma, deprese, impotence, pohybová zmatenost atd. (Roth, Růžička in: Preiss 1998).

Teprve později se objevují kardinální příznaky nemoci, to je tremor, rigidita, bradykinéza, porucha stoje a chůze, vegetativní poruchy a problémy psychické.

**Tremor:** třes je mimovolný, rytmický pohyb. Je převážně klidového charakteru, relativně pomalé frekvence, obvykle asymetricky vyjádřen s převahou na prstech, dlaní, kde někdy bývá přirovnán k pohybu počítání peněz. Typicky se zhoršuje při stresu, soustředění, pohybem se mírně tlumí a mizí při spánku.

**Rigidita:** svalový tonus flexorů i extenzorů je zvýšen, sval klade plastický odpor v celém rozsahu pohybu při vyšetřování, v pokročilejších případech je patrný fenomén ozubeného kola, tj. výrazný náskok svalů, hmatatelný při sakkadované flexi končetiny.

**Bradykinéza:** ztráta automatických pohybů, spontaneity pohybů, obzvláště v iniciální (počáteční) fázi, celková zpomalenost pohybů, hypomimie obličeje, stereotypní fixace těla po provedení pohybu. Jedná se o zvláštní symptom, relativně nezávislý na stupni rigidity.

Porucha stoje a chůze: flekční držení těla a horních končetin, ztráta souhybů drobné šouravé krůčky, náhlé zarázy pohybů, pulse – poruchy rovnováhy až pády.

**Vegetativní poruchy:** bývají přítomny prakticky u všech pacientů s PN. Jedná se především o facies seberrhoica (zvýšené vylučování tukových látek, zejména v oblasti čela a kštice), sklon k ortostatické hypotenzi (pokles krevního tlaku po postavení se), obstipace (zácpa), poruchy mikce (močení) a potence, nespavost, poruchy polykání.

**Psychické poruchy u Parkinsonovy nemoci:** bradyfrenie, sklony k perseveraci, poruchy pozornosti, deprese, poruchy exekutivních funkcí (mentální pochody vedoucí k realizaci



Je potřebné sledovat, jaká typologie obtíží se u dané skupiny seniorů vyskytuje. První velkou skupinu tvoří osoby s deficitem v oblasti fatických funkcí (kognice, myšlení), druhou skupinu tvoří osoby, jejichž deficity jsou spojené s realizací (dysartrie, dysfagie, apraxie), třetí skupinu budou tvořit senioři, u nichž se oba typy potíží mohou vyskytovat souběžně. Podle toho potom volíme typy komunikačních systémů či jejich doplňování.

## Parkinsonova nemoc

Parkinsonova nemoc (dále PN) je chronické pomalu postupující onemocnění centrálního nervstva.

Prevalence PN je v populaci cca 1–2 %, ve věkové kategorii nad 60 let je tomu až v 1 % (Roth, Růžička in: Preiss 1998).

PN byla prvně popsána v roce 1817. První zásadní krok k odhalení etiopatogenetických mechanismů PN byl učiněn na počátku šedesátých let, kdy bylo zjištěno, že u pacientů s touto nemocí je sníženo množství dopaminu (jeden z neurotransmiterů s převážně tlumivým účinkem) v bazálních gangliích a to z důvodu nedostatečné syntézy v substantia nigra. Později bylo zjištěno, že v mozcích pacientů s PN jsou přítomny poruchy tvorby i jiných neurotransmiterů, jsou to však obvykle změny těžkého stupně a nejsou zcela konstantní.

Růžička a Roth (2000) řadí Parkinsonovu nemoc mezi **extrapyramidová onemocnění** (extrapyramidové pohybové poruchy). Toto označení se používá u skupiny syndromů a onemocnění vyznačujících se omezením volní a automatické hybnosti a abnormálním držení těla nebo mimovolními pohyby.

Systémy zodpovědné za hybnost tvoří „pyramidový systém“ a „extrapyramidový systém“.

**Pyramidový systém** (pyramidová dráha vycházející z korové oblasti mozku do míchy) odpovídá za volní hybnost, **extrapyramidový systém** (bazální ganglia, jejich spoje, kmenová jádra, navazující ascendentní a descendentní dráhy) zajišťuje základní posturální a hybné mechanismy, je zodpovědný za svalové napětí a za koordinaci pohybů. Tato koordinace je vykonávána mimovolně a souběžně s volní pohybovou aktivitou zahajovanou pyramidovou dráhou.

Z toho vyplývá nutnost dokonalé souhry obou systémů pro volní i mimovolní a automatické pohybové aktivity, oddělování obou systémů má pouze historický a didaktický význam.

## Skupina 2

- Skupina 2 byla jako možný uživatel AAK objevena až později.
- U dětí s těžkým vývojovým postižením řeči, které do ní patří, se tradičně používá logopedická terapie; ta předpokládá, že komunikační vývoj nastane později.
- AAK zde tedy slouží jako podpůrný prostředek porozumění při používání orální řeči, tzn., slouží jako podpora pro vývoj normálního používání (a ovládnutí) řeči. AAK tu představuje přechodný prostředek, který se může přestat používat při dostatečném vývoji řečových schopností.
- Do této skupiny patří zároveň i lidé, jejichž potřebám zpravidla dostatečně jejich řečová schopnost, a kteří pomocný komunikační prostředek používají pouze v určitých situacích.

## Skupina 3

- Skupina 3 zahrnuje osoby, pro něž je orální řeč (jak v receptivní, tak v expresivní složce) příliš náročným komunikačním prostředkem; patřili by sem osoby s těžkým mentálním postižením. AAK zde funguje jako náhrada řeči.
- Primárním cílem při používání AAK je **osvobodit nemluvící osoby z jejich komunikační izolace** a postarat se o to, aby pro ně komunikace nepředstavovala neustálý problém. Pomocí co možná nejčasnějšího používání metod AAK by se mělo zajistit, že dítě bude schopné získávat potřebné zkušenosti ve vývoji komunikace a hry a tím nabývat mnoha komunikačních kompetencí.

Otázka, která nastupuje s každým doporučením odborníka, s jakým cílem nabízíme klientovi určitou formu AAK. Proto formulování cílů osvojení AAK není umělou studijní dovedností, ale důležitými argumenty nejen pro rodiče, samotné potenciální uživatele, ale stále ještě některé odborníky (zpracováno podle Kubové 1996 a Silke 2003).

- **minimalizovat rozdíl mezi porozuměním řeči a její produkcí**
- Mnoho lidí s postižením rozumí řeči mnohem víc, než kolik toho jsou schopny sami vyjádřit; chybějící možnosti ke komunikaci musí být tedy kompenzovány.
- **posílení komunikačních činností člověka do všedního života**
- **podpora vývoje mluvené řeči**
- **zprostředkování komunikační schopnosti a strategie**
- Úspěšná komunikace není jen otázkou výběru média (mluvená řeč, znakování, symboly), ale velkou rolí zde také hraje, zdali příslušný jedinec ovládá strategii, jejímž prostřednictvím by mohl získat pozornost okolí a působit na něj.



- **snížení strádání**, které vyplývá z neúspěšných pokusů o komunikaci mluvenou řečí
  - **vybavení nemluvící osoby pomocným prostředkem**
  - Důležité je, aby daná osoba mohla o něco poprosit, komentovat minulé, současné a budoucí události, vyjadřovat pocity, záliby nebo si prostě jen tak popovídat.
  - **podpora individuálních komunikačních potřeb člověka**
  - Ne všichni jedinci jsou schopni se naučit všechno, ale důležité je, aby každý mohl s pomocí AAK vyjádřit to, co vyjádřit chce (to také představuje důležitý základ pro zdravý psychosociální vývoj tohoto jedince).
  - **usnadnění vývoje nově vznikajících dovedností při čtení, psaní a počítání**
- Kubová (1996) ve své publikaci uvádí výhody a nevýhody alternativní komunikace. Mezi **výhody alternativních způsobů komunikace** patří snížení tendence k pasivitě a zvýšení zapojení se do činností ve volném čase. Výhodou je i napomáhání rozvoje kognitivních jazykových dovedností, umožnění samostatného rozhodování a rozšíření možností pro komunikaci dětí či dospělých. AAK také umožňují aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde byl jedinec dříve pouze pasivním posluchačem. snižují tendenci k pasivitě dětí, které mají speciální potřeby
  - Zvyšují zapojení dětí a jejich pečovatelů do činnosti
  - Napomáhají rozvoji kognitivních jazykových dovedností
  - Umožňují dětem samostatně se rozhodovat
  - Rozšiřují možnosti pro komunikaci dětí, které mají speciální potřeby
  - Umožňují všem aktivně se zapojovat do konverzace

Mezi **nevýhody alternativních způsobů komunikace** Kubová řadí společensky menší využitelnost, než má mluvená řeč a fakt, že alternativní systémy vzbuzují pozornost veřejnosti. Komunikační systém by si měli osvojit všichni účastníci komunikace. Dalšími nevýhodami jsou delší doba, než dítě začne alternativní systém k vyjadřování využívat (protože proces porozumění předchází před vyjadřovacím procesem) a mylné tvrzení, že při zavedení alternativního systému už dítě nikdy nebude verbálně komunikovat. Společensky jsou méně využitelné než mluvená řeč.

- Vzbuzují pozornost veřejnosti
- Obava rodičů, že používání alternativního systému bude odvádět děti od snahy mluvit
- Časové zpoždění skutečného používání alternativního systému pro vyjadřování.

ischemickou ataku. Mezi rizikové neovlivnitelné faktory Herzig (2008) řadí věk, pohlaví, genetiku, rasu, geografické podmínky a meteorologické faktory. Skřivánek (1997) uvádí, že hlavním neovlivnitelným faktorem vzniku CMP je věk. V omezení, daném současným poznáním, lze přibližně seřadit ovlivnitelná rizika cévní mozkové příhody takto:

1. hypertenze
2. onemocnění srdce
3. arterioskleróza
4. diabetes mellitus, kouření

### Pacienti s tracheostomií

Poslední velkou skupinou jsou pacienti s tracheostomií. Dočasná i trvalá tracheostomie je pramenem mnoha fyzických, psychických i sociálních omezení. Edukace pacienta, případně rodinných příslušníků je jednou z významných součástí komplexní péče o nemocné s tracheostomií.

Cílem praktického nácviku je dosažení samostatnosti. Pacienti s tracheostomií mají řadu obtíží (hlenění, kašel, omezenou schopnost řeči, obavy z dušení apod.), které mohou ovlivnit nejen jejich psychickou stránku osobnosti, ale i schopnost začlenění zpět do rodiny a společnosti.

Chrobok (2004, s. 18) definuje tracheostomii takto „*Tracheostomie je chirurgický výkon nebo stav po chirurgickém výkonu, kdy je průdušnice uměle vyústěna na kůži povrchu těla. Cílem je zajištění průchodnosti dýchacích cest, nejčastěji s cílem umožnění ventilace (spontánní nebo pomocí přístroje).*“

Z praktického hlediska rozlišujeme:

- Trvalou (permanentní) tracheostomii – provádí se u pacientů s maligními nádory hrtanu, a dále u pacientů s rozsáhlými laryngofaryngeálními nádory určenými k paliativní léčbě.
- Dočasnou tracheostomii – provádí se u nemocných, je-li možné v dalším průběhu pacienta dekanylovat a tracheostoma uzavřít buď spontánně, nebo chirurgicky.
- Urgentní (akutní) tracheostomii – indikací jsou náhlé stavy, téměř úplné obstrukce hrtanu, kdy není možné provést tracheální intubaci anesteziologickou intubační rourkou nebo tubusem respiračního bronchoskopu.

## Výskyt

„Nejpřesnějším měřítkem pro srovnání vývoje cévního onemocnění mozku v jednotlivých zemích je údaj o úmrtnosti. Ve většině vyspělých států je úmrtí na cévní onemocnění mozku řazeno na třetí místo (Kalvach a kol. 1997, s. 19).

V roce 2005 figurovaly CMP v ČR mezi příčinami úmrtí u mužů na 5. místě a u žen na 3. místě. Celková úmrtnost začala významně klesat u mužů i u žen za 7 let o 25 % (Herzig 2008, s. 12). V roce 2002 bylo v České republice hospitalizováno 65 174 pacientů s CMP, což představuje průměrně 639 pacientů na 100 000 obyvatel. Ve věku do 50 let to přitom bylo 50 na 100 000, ale ve věku nad 70 let již 4000 na 100 000 obyvatel. Za příznivý lez označit podle Herziga (2008, s. 12) fakt, že v roce 2002 došlo k 6 % poklesu počtu zemřelých na CMP v nemocnicích ve srovnání s rokem 2000, kdy hospitalizační mortalita činila 12 %.

## Rizikové faktory cévních mozkových příhod

Vývoj názorů na možnosti diagnostiky a terapie neurogenních poruch řečové komunikace v České republice, jak uvádí Neubauer (2007), procházel a prochází v jistém smyslu méně plynulým vývojem než v řadě jiných vyspělých států.

V posledních letech se situace změnila. „Realizovaný rozvoj rehabilitačních center v rámci ucelené rehabilitace zdravotně postižených osob vytváří nadějnou strukturu i pro dynamizaci intenzivní péče pro osoby s afáziemi a dalšími neurogenními poruchami řečové komunikace“ (Neubauer 2007, s. 28). Rizikový faktor je taková vlastnost, zjišťována u dosud zdravých osob, která se vyskytuje u osob s pozdější manifestací choroby častěji než u osob, které touto chorobou ne onemocní. Rizikové faktory CMP, jak uvádí Kalvach a kol. (1997, s. 23), „jsou takové dějové procesy, jejichž působení v konečném důsledku vede ke snížení rychlosti a objemu krevního proudu na takovou hodnotu, které nestačí k nasycení mozkové tkáně kyslíkem a k odplavování produktů metabolismu. Klasifikace rizikových faktorů by pak měla postihnout tyto vztahy jako dynamický proces s určením významnosti v jednotlivých fázích předcházejících cévní mozkové příhodě.“ Faktory v současné době rozdělujeme na faktory ovlivnitelné, tedy ty které lze preventivními zásahy ovlivnit a na ty, které měnit nelze tedy neovlivnitelné faktory. Mezi neovlivnitelné faktory řadíme věk, pohlaví, genetickou zátěž, meteorologické faktory, rasu a geografické podmínky. Mezi faktory, které lze ovlivnit podle Feigina (2004) řadíme kouření, nezdravou stravu, hypertenzi, onemocnění srdce, ateroskleróza, vysoký cholesterol, diabetes mellitus, nadváha, nízká tělesná hmotnost, tělesná nečinnost, stres a deprese, alkohol, hormonální antikoncepce k těmto faktorům Herzig (2008) přidává dyslipidemii, metabolický syndrom inzulinové rezistence a tranzitorní



**Pozor, uvědomte si, důležité:**  
Každé využití AAK nese s sebou jen pozitivní/kladné momenty. Nejvýraznějším prvkem je vizuální odlišnost od majoritní formy a rychlost zpracování. S těmito „nevýhodami“ je nutné pracovat od samého začátku procesu aplikace AAK.

## ROLE PARTNERA

V celém procesu AAK je velmi důležitá role partnera, který komunikuje orální řečí. Ten musí umět rozpoznat komunikační úsilí uživatele, reagovat na ně, znát způsoby, jak udržet a rozvíjet konverzaci s uživatelem.

V praxi to znamená:

- nepokládat pouze otázky typu ano/ne
- klást jen jednu otázku
- nepoužívat negativní otázky
- dát druhé osobě dostatek času na odpověď
- umožnit výměnu rolí při komunikaci



**Pozor, uvědomte si důležité:**  
Alternativní formy komunikace jsou zakotveny v legislativě. Potřeba komunikace patří mezi základní potřeby člověka. Odmítáním komunikace člověk vlastně komunikuje.



## Shrnutí kapitoly:

*Kapitola připomíná základní pojmy z komunikace a přibližuje pojmy z AAK. Jsou charakterizováni uživatelé AAK z různých druhů pohledů. Jsou přiblíženy další okolnosti spojené se zprostředkováním AAK.*



## Aktivizační úloha:

Najděte na internetu další známé osobnosti, které jsou uživateli AAK.



## Kontrolní otázky:

1. Uveďte, která skupina osob s handicapem jako první uplatňovala požadavky na jiný způsob dorozumívání než verbální.
2. Je užívání AAK zakotveno nějak v legislativě?

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**



což vede nejprve k reverzibilním, postupně trvalým poškozením mozkové tkáně (Orszagh, Káš 1995). Feigin (2004, s. 53) uvádí, že u 2/3 pacientů s CMP je příčinou ateroskleróza.

Průměrně čtvrtina ischemických iktů je způsobena vmetkem, a to obvykle pocházející ze srdce. Krevní sraženiny se uvolňují ze srdce nejčastěji při nepravidelném srdečním rytmu, abnormálních srdečních chlopních, infekcích uvnitř srdce známých jako endokarditida a po srdečních operacích. Většina těchto infarktů vzniká v mozkových polokoulích, ale některé vznikají v mozečku nebo v mozkovém kmeni. Některé ischemické ikty mozkových polokoulí se jeví jako malé nebo způsobí pouze neobratnost mírnou slabost nebo mírnou poruchu paměti.

### **Mozkové hemoragie**

Hemoragický iktus je způsoben krvácením do mozkové tkáně, což bývá označováno jako intracerebrální krvácení nebo mozkový hematom, nebo do prostoru pod pavučnicí tzv. subarachnoidální krvácení. Feigin (2004) uvádí: „*tyto ikty mají největší úmrtnost, ale tvoří relativně malý podíl na všech mrtvicích: 10–15 % tvoří mozková tkáňová krvácení a asi 5 % subarachnoidální krvácení.*“ Nejčastější příčinou je hypertenzivní nemoc. Ke krvácení dojde nejčastěji v počátku hypertenzické nemoci, kdy menší tepénky a arterioly nejsou ještě chráněny hypertrofií střední svalové vrstvy cév, a náhlé stoupnutí krevního tlaku vede pak k jejich prasknutí. Často dochází ke krvácení v pokročilém stadiu hypertenzní angiopatie, kdy jsou cévy změněny hyalinózou, fibrinoidní nekrózou či mikroaneurysmaty, a při náhlém zvýšení tlaku, například při vyšší námaze, rozčilení dojde k prasknutí porušené cévy (Orszagh, Káš 1995). Také mozkový nádor se může projevit nejdříve krvácením. Po úrazu hlavy může vzniknout hematom, ten je-li malý, se může vstřebat, nebo začít utlačovat okolní mozkovou tkáň. Důsledkem toho začínají narůstat obtíže – nastává syndrom nitrolební hypertenze. Čecháčková (In Škodová, Jedlička 2003) uvádí oblasti mozku, kde krvácením může vzniknout nejčastěji:

- krvácení do bazálních ganglií
- krvácení do mozkových laloků, mozkového kmene a mozečku
- intermeningeální krvácení

Uzdravení po CMP u 90 % osob, které CMP přežijí, dochází k různě rychlému a různě kvalitnímu návratu porušených funkcí v časovém úseku jednoho i více let. CMP vzniká nejčastěji u osob ve věku 60–75 let, je však zachycen trvalý trend přesunu do mladší věkové kategorie od 45 let níže (Neubauer 2007, s. 32).








životně důležité funkce, jako je regulace srdeční frekvence a dýchání, látková výměna, hormonální systém, regulace tělesné teploty či ovlivnění rytmu spánku a bdění. Dále zahrnují motorické a senzitivní funkce jako je regulace svalové síly, programování jednoduchých a složitých pohybů, povrchové cití, vnímání teploty a bolesti, schopnost vidět, slyšet, cítit apod. Psychickými funkcemi, které mohou být poškozeny, jsou integrace osobnosti a emocionality, zážitků a sociálního chování. Ke kognitivním funkcím řadíme pozornost, koncentraci, paměť, řeč, orientaci v prostoru (Český zdravotní systém a rehabilitace osob po poranění mozku, www.cerebrum.cz).


Za nejdůležitější mozkovou cévu lze považovat arteria cerebri media, která zásobuje hlavně oblast capsula interna, subkortikální oblasti a parietální a temporální lalok. Poruchy prokrvení v této oblasti způsobují poruchy fatických funkcí, ale i dalších symbolických funkcí (Cséfalvay, Traubner 1996). „Poruchy řeči mohou být vyvolány neprůchodností krčních tepen nebo vertebrálních a bazálních artérií“ (Spence 2008, s. 54). Cévní mozkové příhody jsou jednou z nejčastějších příčin získané narušené komunikační schopnosti. Afázie se po prodělaném iktu vyskytují vzhledem k jiným onemocněním nejčastěji, vyšší frekvence afázií je zpravidla udávána při levostranném poškození mozku (Hrbek in: Preiss 1998). Cévní mozková příhoda vzniká nejčastěji náhle, z 80 % je příčinou ischemie části mozkové tkáně pro uzavěr některé z tepen zásobujících krví tuto oblast. Ve 20 % případů je příčinou hemoragický proces – prasknutí tepny s krevním výlevem do okolní mozkové tkáně. Méně často příčinou je subarachnoidální krvácení, často ruptury aneuryzmatu, tedy vrozeně vzniklého oslabení cévní stěny (Neubauer 2007, s. 32). Postižení je častěji tepenné, vzácněji žilní. „Cévní mozková příhoda je akutní stav, vyžadující rychlou diagnostiku a včasné zahájení účinné terapie“ (Seidl, Obenberger 2007, s. 190).

### Mozkové ischemie

Mozkové ischemie neboli ischemické infarkty jsou mnohem častější než mozkové hemoragie. I když je příčina odlišná, je někdy klinický obraz a průběh podobný hemoragiím (Orszagh, Káš 1995). Tento obraz je charakteristický tím, že se většinou dosti náhle objeví neurologická symptomatologie různě těžká, trvá několik hodin nebo jen minut, ale beze zbytku do 24 hodin ustoupí (Nebudová 1999). Příčinou ischemických infarktů může být tepenná trombóza, embolie a takzvaná systémová hypoperfuze. Všechny tyto příčiny vedou k mozkové ischemii, různě rychle se rozvíjející a různě lokalizované, ale všechny mají za následek zhoršené zásobení mozku nebo jeho některé části krví, to znamená i zhoršený přísun kyslíku a živin,

## 1.2 Komunikační systémy

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	3–4 hod.
	Cíl kapitoly	Seznámit s nejčastěji užívanými systémy AAK
	Klíčová slova	Makaton, piktogram, Bliss, bazální komunikace, komunikační systémy

	Znalost jednotlivých komunikačních systémů je základním předpokladem pro nabídku odborníka klientovi. Odborník musí umět vyvažovat možnosti a potřeby klienty (na straně jedné) a předpoklady a limity jednotlivých komunikačních systémů na straně druhé.
--	--

Způsoby alternativní a augmentativní komunikace pro potřeby slyšících nemluvicích osob byly rozpracovány do různých komunikačních systémů. Tak jako je potřebné pro dobrou orientaci v problematice třídit cílové uživatele, tak je také potřebné podle určitého klíče či klíčů třídit alternativní či augmentativní systémy. V odborné literatuře najdeme různé klasifikace, je vždy důležité se ptát, k čemu a pro koho je dané třídění výhodné a prospěšné. Jejich základní rozdělení je toto:

- systémy **nevyžadující pomůcky** (unaided)
- systémy **vyžadující pomůcky** (aided) *netechnické* (low tech) (grafické systémy) a *technické* (high tech) (elektronické pomůcky, počítače)

Kubová (1996) a Dvořák (1998) dělí systémy AAK na:

- **dynamické** – zahrnující gesta a znaky (např. prstová abeceda, znaková řeč pro neslyšící a Makaton)

- **statické** – symboly jsou předkládány nemluvíci osobě ve dvou či trojrozměrné formě, což je případ systému Bliss a piktogramů (obrázkových systémů).

Častou formou komunikace pomocí piktogramů jsou **sešity, pořadače, složky či alba**, u kterých musíme zajistit snadné otáčení listů. Ke snadnějšímu vyhledávání a orientaci může pomoci jejich barevné označování či vybarvování. Forma komunikační tabulky vychází z potřeb uživatele, kdy je organizace symbolů založena na pohybových a zrakových možnostech uživatele a na jeho jazykových potřebách. U některých dětí se doporučuje piktogramy zajistit magnety, suchými zipy nebo páskami. Na zrakové úrovni závisí velikost piktogramů. Z počátku velké piktogramy lze později zmenšovat. Variabilní je i počet symbolů na stránce tabulky. Nejmenší počet symbolů je dva, maximum není omezeno.

### Komunikátory

Komunikátory jsou jednoúčelové komunikační pomůcky využívané pouze pro komunikaci. Musíme však být obezřetní, abychom nepotlačovali snahu jedince o artikulaci. Hlasový výstup komunikátoru může být zprostředkován řečí digitalizovanou (nahranou) nebo syntetickou. V případě **digitalizované řeči** je na komunikační pomůcku nahráno hlasové sdělení, které věrně kopíruje nahrávku a pomůcka není omezena jazykovou lokalizací. **Syntetická řeč** je generalizovaná počítačem a hlas zní uměle a nepřirozeně.

Nejběžnější komunikátory jsou takové, do kterých máme možnost namluvit fráze, reprodukované stisknutím tlačítka. Ty podle potřeby označíme obrázkem, piktogramem nebo písmem. Součástí komunikátorů se zrakovým výstupem je displej, kde je symboly nebo textem zobrazováno sdělení. Některé typy jsou současně vybaveny hlasovým výstupem. Tlačítka mohou být po posouzení motorických schopností ovládány prstem, loktem, ramenem, nohou, hlavou nebo tykadlem na hlavě podle individuálních potřeb (Janovcová 2003).

Spínače se vyrábějí v mnoha provedeních a liší se tvarem, velikostí, barvou i velikostí síly nutné k jejich stisknutí. Některé jsou ploché, jiné se podobají joysticku. Spínači lze ovládat i „hodinovou ručičku“ kroužící po tabulce s fotografiemi či nápisy a stiskem spínače ji zastavit na fotografii, kterou chceme označit. Malé děti mohou spínači ovládat své hračky, v pozdějším věku je možnost spínače připojit k domácím spotřebičům, se kterými může jedinec sám manipulovat (Kubová 1996).

- psychosociální poruchy – snížený náhled, apatie, agrese, porucha iniciace, neklid, labilita, snížená motivace

V mnoha případech jsou zranění tak vážná, že se s jejich následky člověk vyrovnává po celý zbytek života, součástí těchto poškození bývají poruchy komunikace: dysartrie, anartrie, afázie, dysfagie a respirační poruchy.

### Nádory a infekce centrální nervové soustavy

Mozkové tumory se vyskytují asi 0,3–2,6 % všech neurologických pacientů, uvádí Neubauer (2007, s. 33). Podle lokalizace a typu tumoru se mohou projevit v celém spektru neurogenních komunikačních poruch. Poruchy funkcí se zde většinou neobjevují náhle jako u cévních onemocnění mozku, ale spíše jako pozvolna nastupující či skokově progredující komplikace. Z této etiologie často vychází vznik tzv. primárně progresivní afázie. Infekční onemocnění CNS, především encefalitidy či myelitidy, mohou při komplikovaném průběhu zanechat reziduální chronické postižení i v oblasti řečové komunikace a verbální paměti. Při nádorech mozku může vzniknout afázie, záleží na jeho lokalizaci (Čecháčková in: Škodová, Jedlička 2004). Pokud dojde k poruchám řeči a jazyka a nádor je lokalizován v oblasti temenního laloku dominantní hemisféry, pak se vyskytuje senzorická afázie, při lokalizaci v nedominantní hemisféře se lze zachytit tzv. neglect syndrom. U nádoru ve spánkové oblasti při poruše dominantní hemisféry bývá přítomna senzorická či amnestická afázie (Káš 1997). Degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy a demence jsou tak rozsáhlá oblast, že jí věnujeme samostatnou kapitolu.

### Cévní mozkové příhody

Seidl, Obenberger (2007, s. 190) cévní mozkové příhody definují: „*Akutně vzniklé klinické fokální či globální příznaky poruchy funkce mozku trvající déle než 24 hodin bez zjevné jiné než vaskulární příčiny.*“ Cévní onemocnění mozku související s náhlými cévními mozkovými příhodami je jednou z nejobávanějších onemocnění dospělé populace na celém světě. Je třetí nejčastější příčinou smrti ve všech státech Evropy a ve většině vyspělých států (Neubauer 2007, s. 34). Mortalita v ČR je 4x vyšší než v USA a 40 % nemocných umírá do roka po příhodě (Seidl, Obenberger 2007, s. 190). Následky poškození CNS dochází k omezení všech funkcí mozku a tím ke ztrátě ovládnutí funkcí těla a psychiky, zejména k poškození životně důležitých funkcí, v těžkých případech ke kómatu a smrti. U méně těžkých poškození zůstávají životně důležité funkce intaktní, různým způsobem mohou být poškozeny ostatní funkční okruhy. Rozlišujeme funkce somatické a psychické. Mezi somatické funkce patří

## Nejčastější příčiny narušené komunikační schopnosti u geriatrických pacientů

„Ve skupině osob po cévních mozkových příhodách je udáváno 20–23 % případů spojených se vznikem poruch řečové komunikace a zároveň ještě dalších 10–18 % osob, u nichž se porucha objeví později v průběhu vývoje onemocnění“ (Cséfalvay, Traubner in: Neubauer 1996, s. 31). V České republice můžeme uvažovat o počtu nad tisíc osob s přetrvávající afázií ročně. Fatická porucha, znemožňující kvalitní řečovou komunikaci s okolím, čtení, psaní a početní výkony, je jednou z nejzávažnějších a nejmučivějších poruch, jakým může být člověk vystaven (Neubauer a kol. 2007). Tato charakteristika se netýká jen afázií, ale i dalších závažných neurogenických poruch řečové komunikace – motorických řečových poruch a kognitivně-komunikačních deficitů, neboť výskyt takto získaných poruch řečové komunikace v populaci dospělých a stárnoucích osob je poměrně vysoký. Endebry a Emerson (In: Neubauer 2007, s. 31) uvádějí: „počet 280 osob trpících získanou dysartrií na bázi CMP a lézí mozkové tkáně, úrazy hlavy a degenerativních onemocnění na 100 tisíc obyvatel“, podle autorů „jde o častější vzniklou neurogenickou poruchu řečové komunikace, než je afázie (150 na 100 tisíc obyvatel) či získaná dysfonie (89 na 100 tisíc obyvatel)“. Neurogenické poruchy řečové komunikace vznikající u dospělých osob vyplývají ze čtyř nejčastějších mechanismů poškození činnosti CNS:

- traumatická poškození tkáně CNS
- nádory a infekce CNS
- degenerativní onemocnění CNS
- cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody

## Traumatické poškození centrální nervové soustavy

Neubauer (2007, s. 33) uvádí: „úrazy mozku bývají vážnou a častou příčinou vzniku neurogenických poruch řečové komunikace. Jedná se druhou nejčastější příčinou vzniku poruch, především kvůli stále vzrůstajícímu počtu dopravních nehod se závažnými následky“. Dopravní nehody tvoří více než 50 % smrtelných úrazů CNS (Obenberger, Seidl 2004, s. 154). Neubauer (2007) uvádí, že až 50 % všech dopravních nehod je doprovázeno úrazy mozku a z těchto úrazů vyplývá asi třetina vzniklých poruch řečové komunikace. Následky po poškození mozku jsou nevratné. Mezi časté následky poškození mozku patří:

- poruchy motoriky – parézy, plegie, ataxie, poruchy rovnováhy, tremor
- poruchy kognitivních funkcí – poruchy paměti, pozornosti, orientace, řešení problémů, organizace a posloupnost
- poruchy percepce – agnozie, apraxie, neglect syndrom, rozlišování pravé a levé strany

Komunikátory nebývají jediným prostředkem komunikace, ale většinou pouze doplňkem. Lze jej předkládat dětem od mentálního věku 12–18 měsíců. Podle individuálních potřeb jedince si můžeme vybrat mezi komunikátory s různým počtem polí.

Výhodou komunikátorů je poměrně široký slovník, sdělení je srozumitelné a rychlé, není nutný vizuální kontakt a pomůcku lze použít v mnoha situacích s okamžitou zpětnou vazbou. Nevýhodou jsou však časté ergonomické problémy, např. ovládání tlačítek, vyšší pořizovací cena, jsou rozbitelné, potřebují schopnost interakce a některé typy nejsou lokalizovány pro český jazyk (Janovcová 2003).

## Počítač a počítačové programy

Počítače jsou nejkomplicovanějšími a finančně nejnáročnějšími pomůckami při komunikaci osob s postižením řeči. Musí být vybaveny speciálním softwarem a ovládat je lze skenováním pomocí spínače nebo klávesnicí. K ovládání počítače není nutná znalost písmen ani čtení, je možné scanovat i symboly. Skenování je jakési samočinné vyhledávání informace, kdy jedinec kvůli motorickým obtížím nemůže vybrat položku přímo, ale pouze pomocí spínače. Ten může aktivovat pohybem či tlakem různých částí těla, zvukem, světelným paprskem, dechem apod. Skenování může probíhat automaticky a postupovat nastavenou rychlostí a směrem. Při dosaženém výběru uživatel pouze stiskne spínač (Laudová 2003).



Pozor, uvědomte si, důležité.

Technické prostředky jsou velmi dynamicky a rychle se rozvíjející kompenzační komunikační prostředky. Jejich začlenění uživateli a do zejména rodinného prostředí musí být systematicky vedeno, neboť může docházet k tomu, že v domácím prostředí se nepoužívá, protože se přece doma domluví.

Práce s počítačem je pro děti přitažlivá, vhodná je však úprava zjednodušené klávesnice nebo spínače. Běžná myš může být nahrazena joystickem či trackballem (princip otáčení větší koule na jednom místě), často se používá dotyková obrazovka (touchscreen). Existuje řada speciálních spínačů v různých velikostech, variantách tvarů i citlivosti. Speciální kryt s otvorem pro jednotlivé klávesnice (Keyguards) zabrání nechtěnému stisku více kláves najednou. Dobrou motivační pomůckou mohou být speciální logopedické a výukové programy. Jedinec může pomocí počítače přesně sdělit svoje vzkazy, myšlenky a přání. Často užívané fráze a pozdravy lze uložit do paměti počítače, hlasový výstup může být realizovaný syntetickou nebo digitalizovanou řečí (Laudová 2003).




### Trojrozměrné symboly

Bývají zastoupeny předměty, jejich částmi či zmenšeninami, které lze vnímat nejen zrakově, ale i haptickou cestou. Tyto předměty reprezentují současně pojmenování reálných předmětů i různé aktivity (boty - symbol pro reálný předmět i vycházku...). Tato metoda nemůže symboly předkládat jako abstraktní pojmy. Využívá se pro tzv. předmětovou komunikaci.

### Fotografie

Dvojměrné znázornění pro jedince jasněji chápatelné než např. obrázky. Snímky mohou být barevné i černobílé. Nafocení známých osob, předmětů či činností docílíme větší motivovanosti jednotlivce. Jejich použití bývá předstupněm pro zařazení abstraktních celků.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité.</p> <p>Fotografie bývají jednou z prvních forem komunikace u dětí, neboť nabízí reálné zachycení předmětů, které jsou v prostředí daného klienta.</p>
---	--

### Bliss symboly


Systém vytvořil Charles Bliss z důvodu snahy jednotného grafického jazykového kódu pro dorozumívání mezi národy. Grafické symboly se skládají ze základní složky geometrických tvarů (cca 100 symbolů), které se dále kombinují a tak rozšiřují slovní zásobu. Tato metoda se úspěšně použila v 70. letech minulého století v Kanadě. Její aplikace směřovala do okruhu osob s dětskou mozkovou obrnou. V tomto systémovém celku jsou obsaženy konkrétní i abstraktní pojmy. Právě vysoká úroveň abstrakce je podle Valenty, Müllera (2007) vhodná pro jedince s odpovídajícím stupněm mentálního vývoje. Proto je třeba pečlivě volit možnost jejího využití u osob s těžkým mentálním postižením.

### Picture Communication Symbols (PCS)

Systém navržen logopedkou Roxanou Johnson. Obsahově velmi obsírný (cca 3000 pojmů), z pohledu reality bývají konkrétnější než systém piktogramů. Soubor zahrnuje barevné i černobílé zobrazení jednotlivých pojmů i celých sdělení. Laudovou (2007) je uváděna skutečnost, „že barevné symboly PCS rozeznávají již 18 měsíční děti“ (Laudová 2007, In: Škodová, Jedlička 2007).

dosavadní život konkrétního jedince. Je nucen vyrovnat se s řadou obtíží, které nejsou spojeny výhradně s fyzickou nedostatečností. Bojuje se strachem z případné invalidity, z neschopnosti pokračovat v dosavadní práci, z odloučení od svých blízkých, z finančních těžkostí. Nastupují obavy, jak jej přijmou příbuzní, známí, celá společnost. Klade si otázku, jaká bude jeho budoucnost, bude-li nějaká (Haškovcová 1975).




Celý dnešní systém zdravotnictví se historicky vyvinul z potřeb léčby akutních nemocí. Když se v posledních padesáti letech postupně zvyšovala prevalence chronických chorob, postupy ověřené v léčbě akutních nemocí se začaly stále častěji jevit jako neúčinné. Pasivní pacienti, zbytečné hospitalizace, drahé technologie s nejistými účinky, zbytečné hromadění klinických údajů – to všechno vedlo k zvyšování nákladů, které se neprojevovalo zlepšením stavu pacientů. Ve většině zemí si rostoucí náklady vynutily reformy zdravotnického systému, ale pozornost politiků byla soustředěna na organizační a finanční otázky. Nicméně, objevily se i nové přístupy, odpovídající potřebě péče o chronicky nemocné, např. domácí péče (home-care) a sociální služby. Postupně byly formulovány zásady přístupu k léčbě nejzávažnějších onemocnění – astmatu, diabetu, hypertenze, ischemické choroby srdeční, bolestí zad, alergií, chronické úzkosti a deprese, osteoporózy a jiné.


	<p>Pozor, uvědomte si, důležité:</p> <p>Ve stáří každý průběh onemocnění je specifický, proto odlišit zejména počáteční stadium chronického onemocnění je těžké. Chronické onemocnění vyžaduje přístup tzv. ekologický- s ohledem na prostředí, povahu, přístup, rodinu a další faktory. Toto také určuje nabídku forem AAK.</p>
---	--

Rozhovor mezi odborníkem a pacientem, stejně jako kterýkoliv rozhovor, probíhající mezi lidmi, probíhá ve dvou rovinách, tj. v rovině kognitivní a emoční. Obě tyto roviny spolu úzce souvisí. Kognitivní rovina zahrnuje fakta, konkrétní obsah sdělení. Emoční rovina dodává konkrétním faktickým údajům prostřednictvím intonace, mimiky, gest a držení těla význam (Beran 1997). Protože pacient musí novým přístupům rozumět a spolupracovat při nich, edukace pacienta se stala základním úkolem lékaře. Autor dále uvádí, užije-li lékař při sdělování informací množného čísla (např. „Budeme hledat...“), zdůrazňuje tím nutnost spolupráce lékaře a pacienta při hledání souvislostí mezi problémovými situacemi v jeho životě a jeho obtížemi (Beran 1997).

*„Zatímco se nám během života více či méně daří děsivou úvahu o smrti zahnat, v případě vážné chronické nemoci a vždycky ve stáří to již nejde. Tato hrůza se nedá řešit práškem či rozptýlením, takto se totiž problém toliko odsune a nakonec se vrátí v ještě horší podobě. To jediné, co se dělat dá, je vzít svůj konec a limit vážně“ (Payne 2005, s. 205).*

### 3.3 Chronické onemocnění

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2 hodiny
	Cíl kapitoly	<b>Seznámit s charakteristikou kognitivních poruch</b>
	Klíčová slova	Chronická nemoc, průběh onemocnění

	Sledovaná problematika je náročná na psychickou odolnost odborníků, doprovázející osoby s těmito deficity. Profesionálové musí být silní, aby mohli být oporou a průvodcem takto handicapovaným dospělým a seniorům. V textu je bazální přiblížení nejtypičtějších skupin.
--	--

#### Chronická nemoc

Chronické choroby existovaly odedávna, i když se celý systém zdravotnictví vyvinul z potřeb léčby akutních nemocí. Až v druhé polovině tohoto století, v souvislosti s prodlužováním průměrného věku a s nefyziologickým způsobem života, se v průmyslových zemích staly chronické nemoci hlavní skupinou mezi příčinami úmrtí, jsou nejčastějším důvodem, proč člověk potřebuje zdravotní péči a jejich léčba spotřebovává podle některých odhadů až 70 % všech prostředků zdravotnických rozpočtů (Medicína 2000, autor neuveden). Posun medicíny k zvládnání chronických onemocnění je hlavním důvodem k zásadní změně úlohy pacienta. Při chronickém onemocnění se pacient musí aktivně podílet na téměř každém kroku rozhodování o léčebném postupu. Bez aktivního partnerského vztahu mezi lékařem, terapeutem, rodinou a pacientem není efektivní léčba chronického onemocnění téměř možná.

Chronická onemocnění mohou mít mnoho podob a odlišný průběh (diabetes mellitus, celiakie, srdeční onemocnění, demence, astma a další), ale zpravidla všechna podstatně mění


#### Piktogramy

Systém černobílých symbolů, které lze používat různými způsoby. Dle celků mohou být seřazeny do určitých souborů (rodina, škola, oblečení...). Vhodnou variantou pro lepší orientaci je jejich barevné vykreslení. Tento systém se vyznačuje konkrétním vyjádřením určitého pojmu či činnosti na jednotlivých obrázcích. Toto řešení napomáhá snadnějšímu zapamatování. Podobně je vnímán Kubovou (1996): „Každý piktogram zahrnuje jeden věcný význam a zpodobňuje ho bez vazby na řeč“ (Kubová 1996, s. 26). Práci s piktogramy vhodně doplňujeme orální řečí, znakováním. V počátcích dbáme na kvalitu pochopení symbolu klientem nikoli na kvantitu. Pochopení významu napomáhá i spojení piktogramu s fotografií, obrázkem nebo reálným předmětem. **Uživatele piktogramů lze rozdělit do tří skupin:**

1. Děti a dospělí s vážným mentální a současně i tělesným postižením, kteří potřebují znak a piktogram jako pomůcku při chápání nebo pro svůj výrazový projev.
2. Děti a dospělí s mentálním postižením, kteří rozumějí mluvené řeči, ale jsou tak těžce postižení, že nejsou schopni srozumitelné řeči nebo tvorby znaků.
3. Děti a dospělí, kteří i přes své mentální či tělesné postižení rozumějí mluvené řeči a jsou schopni používat znaky, ale potřebují piktogramy jako přídatnou podporu.

Piktogramů existuje mnoho typů. V České republice je nejužívanější model, který je užíván zejména v zemích severní Evropy. Tento typ je přístupný i mladším a mentálně postiženým dětem. Piktogramy jsou vizuálně čitelné, dobře zapamatovatelné. Obsahují kolem 700 symbolů, které reprezentují osoby, předměty, činnosti, vlastnosti, pocity, atd.

Výuka dorozumívání pomocí piktogramů se skládá z přípravné fáze a následného osvojování a používání piktogramů. V přípravné fázi je nutné děti seznamovat s obrázky a fotografiemi. Děti jim musí rozumět a tím se rozšiřuje jejich slovní zásoba. Ukazováním na obrázky dochází k symbolové komunikaci.

	Pozor, uvědomte si, důležité: Piktogramy jsou jedním z nejčastěji užívaných komunikačních systémů. Jejich zavedení do rodiny ale není vždy jednoduché, zejména u dětí raného a předškolního věku. Proto je potřebné důsledné vedení rodiny.
---	---

#### Výměnný obrázkový komunikační systém

##### VOKS neboli The Picture Exchange Communication System – PECS

Soubor vznikl ve Spojených státech (USA). U nás modifikován Mgr. Margitou Knapcovou. Systém je rozdělen do několika lekcí. Jedinec začíná motivační výměnou obrázku

za požadovaný předmět. Dále diferencuje daný obrázek, tvoří tabulky s odnímatelnými obrázky a končí sestavováním smysluplných vět na větném proužku (Valenta, Müller 2007). Sama Knapcová k tomu dodává: „Klíčem k úspěšnému používání VOKS není otázka, co používat, ale jak to používat“ (Knapcová Speciální pedagogika 2003, roč. 13, č. 3, s. 203).

### Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS


Výměnný obrázkový komunikační systém (dále jen „VOKS“) teoreticky vychází ze systému The Picture Exchange Communication System - PECS, který byl vytvořen speciálně pro děti s poruchami autistického spektra. Systém PECS byl modifikován a postupně ověřován v České republice od roku 2001. Na základě ověřování principů systému PECS postupně vznikla metodika VOKS.


Cílem systému VOKS je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností. Celý systém výuky vede klienty k nezávislosti, k samostatnému používání svého komunikačního systému. Tak, aby se klienti stali iniciátory komunikace. Realizace nácviku komunikačních dovedností probíhá v rámci běžných životních situací. VOKS je určen především pro klienty s poruchou autistického spektra. Zohledňuje jejich specifické problémy v komunikaci (úskalí verbální komunikace i problémy s navazováním sociálních kontaktů). Dále lze VOKS využít i u jedinců s jiným druhem postižení, kteří mají problémy s dorozumíváním např. jedinci s mentálním postižením, Downovým syndromem, DMO, afázií, dysfázií atd. Tedy u všech jedinců, kde jiné alternativní a augmentativní komunikační systémy selhaly.


S nácvikem tohoto systému je možno začít v jakémkoliv věku. Dobré je VOKS zavést, jakmile je zřejmé, že dítě má problémy s funkční komunikací. Není třeba čekat, zda se řeč rozvine či nikoliv. VOKS řeč nebrzdí, ale naopak zvyšuje pravděpodobnost jejího vývoje či zdokonalení. Pro zvládnutí systému VOKS musí klient ovládat diferenciaci reálných předmětů (klient musí pochopit, k čemu slouží daný předmět).


### Makaton

Tento komunikační systém byl vytvořen v 60.–70. letech 20. století ve Velké Británii. Název systému je vytvořen ze jmen autorů: **MA**rgaret Walker, **KA**thy Johnston, **TON**y Cornforth a dále rozvíjen v institutu Makaton Vocabulary Development Project v Londýně. Jazykový program, jehož tvůrci Margaret Walker (logoped), Kathy Johnston, Tony Cornforthem (psychiatři konzultanté) jej připravili a ověřili u skupiny dětí s mentálním postižením a autismem, které slyší, ale v komunikaci nepoužívají verbální řeč a mají problémy s chápáním jejího významového obsahu. Těžiště tohoto programu spočívá v uplatňování pevně daných znaků podporovaných orální řečí a symboly. Znak Makaton vycházejí ze znakového jazyka

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Proces úbytku kognitivních funkcí probíhá pozvolna (či postupně). V každé z různě členěných fázích jsou potřeby jedince na podpůrnou komunikaci jiné. Proto je nezbytné vidět nabídku podpory v komunikaci v dynamickém pohledu.</p>
---	---

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b> <i>Kapitola je věnována tiché epidemii- jak bývá demence nazývána. Text přibližuje symptomy této progredující choroby, poukazuje na změnu potřeb v čase u těchto osob.</i></p>
---	--

	<p><b>Aktivizační úloha:</b> Najděte ve svém okolí místa a organizace, která nabízejí péči a podporu osobám s demencí. Zjistěte rozsah jejich služeb.</p>
---	---

	<p>Kontrolní otázky</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Charakterizujte druhé stadium demence.</li> <li>4. Popište možné komunikační systémy, které se dají použít u osob s demencí</li> </ol>
--	--

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**





**Tabulka Demence – poruchy komunikace podle stadií progresu syndromu**

Stadia vývoje syndromu		
Počínající mírný stupeň	Středně závažný stupeň	Těžká deteriorizace
<b>Vývoj syndromu:</b>		
Deficit krátkodobé paměti, zhoršení orientace, změny nálad, afekty, strategie vyhýbání se komunikaci	Vzrůst poruch krátkodobé i dlouhodobé paměti. Špatná koncentrace, apatie. Myšlenkové perseverace. Neschopnost zvládat osobní vztahy a závazky. Nedostatečná korekce vlastních chyb, ztráta náhledu na obtíže.	Maximalizace ztrát v orientaci a paměti. Stálé opakování pohybů a slov. Nepřiměřené sociální chování, potulování a bloudění. Mizivý oční kontakt.
<b>Řeč – fonologie a motorika mluvy:</b>		
Užití přiměřené. Podle etiologie syndromu možná koexistence motorické řečové poruchy.	Užití přiměřené. Podle etiologie syndromu možná koexistence motorické řečové poruchy.	Časté drobnější odchylky. U části osob již nelze hodnotit pro mutismus.
<b>Sémantika jazyka:</b>		
Slovní zásoba omezená, část osob si stěžuje na poruchy nalézání vhodného slova.	Dysnomie v konverzaci i při diagnostické situaci. Výrazně redukováná slovní zásoba, opakované řečové automatismy.	Závažné poruchy až ztráta rozumění obsahu slov. Zjevná anomie, časté užití žargonu a neologismů.
<b>Gramatika jazyka:</b>		
Často zachovaná přiměřená úroveň gramatizace mluvy.	Flegmentální věty a deviace ve skladbě vět, časté elipsy a neadekvátní užití sloves. Počínající obtíže v pochopení gramatických vět.	Těžká redukce až ztráta rozumění gramatickým strukturám vět. Poruchy syntaxe vět.
<b>Obsahová stránka:</b>		
Možné odchylky od původního tématu hovoru. Nejasnost až zmatenost v mluvě, osobnostně egocentrický projev.	Opakování obrátů a minimum sdělených myšlenek. Ztráta předmětu mluvy během hovoru. Mluva o minulých událostech zcela dominuje.	Neschopnost produkce sledu návazných obrátů se sdělením myšlenek, obsahově prázdná mluva, nepřiměřená až bizarní, echolalie.
<b>Pragmatické užití:</b>		
Dlouhé pomlky a obtíže s aktivitou, ale v odpovědích na otázky dokazuje stále zachované znalosti. Selhává v iniciaci běžného hovoru. Poruchy pochopení či reakcí na humor, sarkasmus či analogii.	Užívané časté otázky, dotazovací, poznávací, jako u nových poznatků. Ztrácí senzitivitu pro potřeby komunikačního partnera. Vzácné opravení vlastních chyb v mluvě. Ztrácí komunikační záměr či cíl mluvy.	Neuvědomuje si kontext situace a je necitlivý k partnerům v konverzaci. Užívá irelevantní nesouvislý projev. Často přítomen mutismus či žargonová mluva.

(Neubauer a kol. 2007, s. 86)

neslyšících. Naproti tomu symboly dovolují aplikovat kombinované vícesmyslové pojetí. Velká výhoda systému Makaton spočívá v možnosti znakovat pouze klíčová slova – nikoliv každé slovo. Celý slovník zahrnuje zhruba 350 znaků. Ty třídíme do osmi skupin, podle náročnosti a individuálních schopností jedince. Po dosažení hranice schopností, bývá slovník kompletní a umožňuje ucelenou komunikaci.

### Znak do řeči


Systém znaků, které jsou vždy doplněny orální řečí. Toto pojetí předkládá daný soubor jako doplněk verbální komunikace nikoliv její náhradu. Jeho jádro tvoří mimika, řeč těla a běžná gesta, která usnadňují jedincům proces dorozumívání, jež se pro ně stává dostupnějším. Velmi pozitivní skutečnost spatřuji v možnosti upravení jednotlivých gest podle individuálních potřeb a schopností konkrétních osob. Kubová (1999) zdůrazňuje nutnost vzít na vědomí cíl této činnosti, tj. „rozvoj komunikačních dovedností, nikoliv pouze zvládnutí mnoha znaků. Znaky se během používání stávají nejen prostředkem komunikace, ale často dochází i k pokroku ve vývoji mluvené řeči“ (Kubová 1999, s. 6). Znak do řeči se u nás začal pomalu rozvíjet na základě kladných zkušeností s jeho užíváním ve skandinávských zemích. Kubová (1999) popisuje několik důvodů vedoucích k úspěšnosti dané metody v Dánsku: Snadnější motorika – použití znaků se stává jednodušším než mluvená řeč. Do komunikace tak jedinec zapojuje různé svalové skupiny. Tímto způsobem dochází k rozvoji motoriky a současně stimulaci řeči. „Děti bez motorického postižení mají lepší možnosti pro používání znaku do řeči, ovšem i děti se špatnou motorikou se mohou znaky naučit“ (Kubová 1999, s. 6). Včasný kontakt s řečí těla – na základě řeči těla vznikají různé znaky užívané v domácím prostředí. Na tyto soubory znak do řeči navazuje takovým způsobem, aby byl jedinec schopen vyjádřit své pocity, přání a tak se dorozumět i s neznámým okolím. Pozitivní komunikační prostředí – vzniká podporou jakýchkoliv snah o vyjádření znaku. Tato podpora zajišťuje motivaci konkrétních osob a zahajuje počáteční fázi oboustranné komunikace. Komunikační úspěch klient prožívá v případě uskutečněné pozitivní reakce na gesto, kterým popíše nějakou aktivitu, potřebu, předmět. Zviditelnění – znak do řeči je aplikován k vizuální percepci, tudíž je viditelný, lépe zapamatovatelný a srozumitelný. Lepší úroveň řeči – znak do řeči se převážně užívá pro nejdůležitější slovo. Nedochozí tak k rozvíjení dlouhých nesrozumitelných vět. V souvislosti s motorickým vyjádřením znaku řeč zpomaluje a přizpůsobuje se tak schopnostem i možnostem klienta. Rytmus řeči a znaku – zpočátku užívání dané metody modifikujeme verbální řeč s ohledem na časový interval nutný pro uplatnění znaku. Takto nacvičujeme artikulaci, jíž napomáháme současným vykonáním znaku

i zvuku. V dalších fázích respektujeme rytmus a rychlost řeči. Znak je ilustrativní – ilustrativností v tomto bodě je myšlena konkrétní podoba znaku v souvislosti s abstraktností.

### Facilitovaná metoda

Metoda pochází ze 70 let 20. století. Autorkou techniky je Rosemary Crosley. Jádrem komunikace se v tomto případě stává podpora jedince facilitátorem. Pomoc je poskytována držetím ruky znevýhodněné osoby, kdy facilitátor současně zajišťuje stimulaci pohybu ruky i zpětnou vazbu klienta. Postupem času klesá podpora facilitátora a jeho dotyk stoupá směrem vzhůru k rameni. Poslední fáze nácviku spočívá v pouhé přítomnosti facilitátora v místnosti při komunikačním aktu - bez jakéhokoliv dotykového kontaktu.

Ke komunikaci prostřednictvím této metody dochází s použitím počítače či tabulek s abecedou. Jednotlivá písmena jedinec píše na klávesnici nebo ukazuje.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Facilitovaná metoda je označovaná jako kontroverzní metoda, protože se silně diskutuje o míře podpory facilitátora. Ale zde se vracíme na začátek k pojmu komunikační partner, kdy velmi často je navázán úzký kontakt a vztah mezi klientem a komunikačním partnerem, který umožňuje velmi detailně odčítat komunikační signály znevýhodněné osoby.</p>
---	---

### Bazální stimulace a komunikace

Je jednotné označení nejen stimulačních technik, ale také formy komunikace. Autorem konceptu je profesor Dr. Andreas Fröhlich, speciální pedagog. Od roku 1970 pracoval v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s dětmi, které se narodily s těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. A. Fröhlich prokázal, že základní (bazální) vrozené schopnosti každého lidského organismu v oblasti percepce poskytují dostatek výchozího pracovního materiálu pro podporu a stimulaci vnímání a komunikace. Tak se stal koncept uznávaným pedagogicko-ošetrovatelským konceptem. Aktivizuje senzomotorické učení těžce postižených jedinců. Zaměřuje se na: somatické a taktilně haptické podněty (poznávání a využívání povrchu těla), vibrační, vestibulární a akustické podněty (vnímání vibrací, tónů, zvuků), orální podněty (aktivizace úst, podpora chuťových a čichových podnětů), vizuální podněty (aktivní postavení očí). Cílem je vytvoření pocitu bezpečí, důvěry, zažití klidného pocitu těla i duše, umožnění sociálního kontaktu. Jedinci s těžkým postižením na mluvenou řeč často nereagují, proto jsou odkázáni na komunikaci dialogem těla k tělu, tj. bazální formy dialogu (vcítění se). Příkladem bazálně dialogické podpory je DOSA - metoda.

(Gutzmann, Bauer 2007). Dochází k poruchám porozumění mluveného textu i u jednotlivých slov a jednoduchých vět, psanému textu ale může být ještě poměrně dobře rozuměno. V přímé komunikaci ubývá gestikulace provázející výpověď, jednotlivé intruze<sup>3</sup>, jako např. opakování posledních výroků komunikačního partnera, naznačují již zjevné poškození. Velmi nápadné je zjednodušení mluvy a časté redukce na jednoduché floskule a stereotypní mluvní obraty ([www.nemoci.abecedazdravi.cz/alzheimerova-choroba](http://www.nemoci.abecedazdravi.cz/alzheimerova-choroba)). Gutzmann a Bauer (2007) uvádějí, že v pozdním stadiu Alzheimerovy choroby ubývá spontánní řečové produkce. Řeč se výrazně zjednodušuje, používání zájmen je stále více narušeno, správná pojmenování se stávají postupně nemožnými. Fonematické parafrázie a slovesné perseverace se stávají stále častějšími, stejně jako echolálie, pomalu se ztrácí gestikulace podporující mluvený projev. Porozumění řeči je velmi silně narušeno a zbavení jakéhokoli obsahu u zbytků mluvy činí komunikaci s demenčními pacienty stále obtížnější až téměř nemožnou. (další informace např. na [www.mpece.com](http://www.mpece.com), [www.alzheimer.cz](http://www.alzheimer.cz), [www.dobromysl.cz](http://www.dobromysl.cz) apod.)

Z českých logopedů se poruchám komunikace u lidí se syndromem demence věnuje především PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D., proto zde uvádím pro srovnání jeho přehlednou tabulku poruch komunikace v jednotlivých stádiích demence.

<sup>3</sup> nežádoucí vetřeni se ([www.slovník-cizich-slov.abz.cz](http://www.slovník-cizich-slov.abz.cz))

V logopedii se používá trojstupňové dělení demence dle symptomů, resp. hloubky (redukovaná Hugelsova stupnice), kdy nejvíce jsou popsány poruchy řečových funkcí ve středním stadiu choroby, protože už jsou jasně patrné i v běžné komunikaci, ale dosud je pacient schopen řečové produkce.

V raném stadiu nemoci se, podle Gutzmanna a Bauera (2007), redukuje řečové tempo, objevují se poruchy při hledání slov a pojmenování. Během rozhovoru mohou postižení „ztratit nit“, zapomenou téma dialogu a často opakují části vět. Vyskytují se i obtíže při porozumění textu, nastoupit může tzv. konkrétnismus, tedy slovní nedorozumění způsobené neschopností abstrakce či pochopení metafory. Také porozumění celým větám je, v závislosti na tom, zda jsou prezentovány akusticky nebo písemně, narušeno, přičemž stále těžším se stává porozumění nepřímým obsahům a pochopení humorných a ironických náznaků i vícevýznamových slov a vět. Porozumění sémanticky jednoznačných slov oproti tomu zůstává téměř nenarušeno (také viz Neubauer in Škodová, Jedlička a kol. 2003; Zgola 2003). V tomto stadiu choroby dochází častěji také k redukci komplexních řečových vyjadřovacích prostředků a k používání floskulí.<sup>2</sup> Pacienti se syndromem demence, na rozdíl od lidí s afázií po ischemii, nedělají žádné chyby, spíše svoji mluvu zjednodušují. Mluví více v činném rodu, protože trpnému rodu už nerozumí, téměř neoddelují jednotlivé výpovědi, dochází u nich k pronominalizaci (nahrazování podstatných jmen, nominálních frází a vět zájmeny) a renominalizaci. Z gramatického hlediska dochází k obtížím s přizpůsobením lineárního řazení, stejně jako ke gramatickým redukcím. V normálním společenském styku nemusí být ještě žádné újmy patrné, bývá pouze narušeno přizpůsobení se komunikačnímu partnerovi, takže postižení často vyprávějí příběhy, kterým partner v rozhovoru nemůže porozumět, protože mu chybí kontext. ([www.gerontologie.cz](http://www.gerontologie.cz), [www.alz.org](http://www.alz.org))

Ve středním stadiu pacienti častěji opakují větné fráze, slova či jednotlivé slabiky, nastupují poruchy v poslechovém porozumění, zatímco porozumění čtenému textu je stále zachováno. Problémy s nalézáním slov se vyskytují i u používanějších pojmů, dochází k sémantickým parafrázím, zpočátku pouze málo odlišným od daného slova. Nápadné bývají morfologicko-sémantické chyby, jako třeba správné přiřazení zájmen nebo vytváření celých vět. Současně se stále častěji objevují floskule, prototypy (např. místo slova „propiska“ použijí „tužka“), stereotypy a perseverativní opakování. Občas lze pozorovat také fonematische parafráze a úbytek schopnosti vnímat sémantické podněty. Hlasité čtení celých vět je na rozdíl od čtení jednotlivých slov narušeno, přečtení komplexních frází a vět bývá stále chybnější

<sup>2</sup> bezobsažná fráze ([www.slovník-cizích-slov.abz.cz](http://www.slovník-cizích-slov.abz.cz))

## DOSA - metoda

Vychází ze zkušenosti japonských psychologů, kteří se zaměřili na stimulaci dítěte pomocí pohybové komunikace (Dosa - pohybová komunikace) respektující principy tzv. bazálně diagnostického principu. Tato metoda je určena pro komunikaci s těžce mentálně postiženými jedinci, kteří jsou mnohdy odkázáni jen na komunikaci těla k tělu. Dosa - metoda má podpůrný charakter a vyžaduje značnou schopnost koncentrace k emocionální blízkosti s postiženým dítětem. K tomu je potřeba zajistit klidné a uzavřené prostředí. Takové prostředí pro bazálně diagnostický přístup ke klientovi s hlubokým mentálním postižením nabízí tzv. snoezelen. Protože nemáme v češtině odpovídající ekvivalent pro tuto terapii, pomůže nám překlad tohoto slova, který vznikl v Holandsku složením dvou slov. Je to kombinace slov, které znamenají číchat a dřimat (Snuffelen a doezelen). První výraz vyzdvihuje smyslový aspekt terapeutického postupu, druhý výraz poukazuje spíše na relaxační stránku. Vrátime-li se do hlubší minulosti, zjistíme, že první zmínka je již z roku 1966 v americké publikaci s názvem "Kavárna smyslů". V 70. letech 20. století idea knihy vzbudila velký zájem právě v holandských institucích, kde na americkou myšlenku navázali samostatným konceptem dva muži na civilní službě a zavedli ho do praxe, když hledali volnočasovou aktivitu pro své klienty. V roce 1986 byla v Holandsku vydána kniha Holanďana Ad Verheula s názvem "Snoezelen a jiný svět". Postupně se tato myšlenka, vytvořit doplňující terapii v komplexní péči o těžce zdravotně postižené klienty, rozšířila do dalších států Evropy. Prvním zařízením, kde se tato metoda praktikovala, bylo zařízení de Hartenberg v Holandsku. Dále se metoda praktikovala v Anglii, Francii, Německu, Belgii. Mezinárodní organizace (International snoezelen association ISNA) [www.isna.de](http://www.isna.de) (další z podobných metod – Bílý pokoj – liší se tím, že klienti sami ovlivňují atmosféru v pokoji pomocí tlačítek. Mohou měnit intenzitu světla a zvuků na tekoucích světelných obrazech na stěnách, měnit tvary světelných skvrn, rychlost jejich pohybu, měnit barvy na speciálním závěsu atd.).

## ETRAN-N

je náhradní komunikační pomůcka pro nekomunikující osoby, které nemohou ukazovat jinou částí těla, pouze očima. Využívá čísel, eventuálně barev, umístěných na plexisklové tabuli s otvorem uprostřed. Komunikace probíhá ukazováním očima na číslo, které představuje slovo či piktogram (Janovcová 2003, Valenta, Müller 2007).

Metod alternativní či augmentativní komunikace existuje nepřeberné množství, což je velice důležité ve vztahu ke zdravotně postiženému jedinci. Pro každého jedince lze vybrat ten nejvhodnější způsob komunikace a tím mu umožnit interakci s okolím.



Ukázka Etran-N komunikace



Pozor, uvědomte si, důležité. Jednotlivé metody jsou náročné zejména na rychlost komunikačního procesu. Pro možnost užívání je důležité přiblížit formu AAK rodině a nejbližším tak, aby ji přijali i oni za svůj „přirozený“ komunikační systém.



**Shrnutí kapitoly:**

**Kapitola přibližuje nejčastěji užívané komunikační systémy. Je možné podle nabídnuté charakteristiky vymezovat optimální skupinu uživatelů, či naopak rizika pro efektivní užívání AAK.**



**Aktivizační úloha:**

Převeďte jednoduchý text (např. sejdeme se v pondělí před kinem) do libovolného systému AAK.



**Kontrolní otázky:**

3. Vysvětlete komunikační systém znak do řeči
4. Uveďte klasifikace (rozdělení) komunikačních systémů



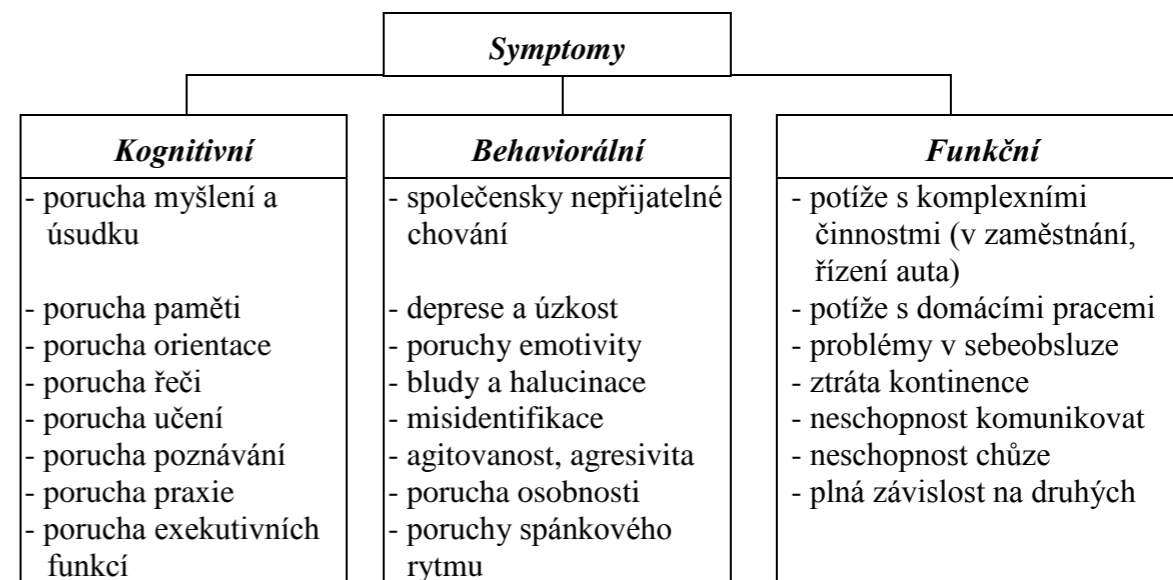
Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve své desáté revizi (1992, s. 172) považuje demenci (F00–F03) za „...syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ Jde o nejucelenější definici ze všech, která se na rozdíl od těch předchozích zmiňuje podrobněji o oblastech psychiky, které jsou touto chorobou zasaženy. Mimo jiné jako téměř jediná hovoří o demenci jako o syndromu a uvádí též příklady nemocí, u kterých se demence vyskytuje.



**Pozor, uvědomte si, důležité:**




Demence je často označována za tichou epidemii. Počet osob s touto diagnózou stále narůstá a představuje s sebou přímou skupinu uživatelů AAK a nepřímo ještě početnější skupinu přátel a příbuzných, kteří dočasně musí změnit své komunikační zvyklosti.


Obdobný pohled na demenci publikují často neurologové, upozorňují na to, že nejde o běžné involuční projevy, ale vždy o něco abnormního. Definují demenci jako získanou globální poruchu intelektu, paměti a osobnosti, bez poruchy vědomí. Za dominantní příznaky považují poruchy krátkodobé i dlouhodobé paměti, rozhodování, abstraktního myšlení, zpomalené psychomotorické tempo, apatii, zhoršenou orientaci v prostoru, sníženou soběstačnost a schopnost řešit problémy, změny osobnosti, citového života i sociálního chování (Ambler 2000).



(Topinková 1999, s. 11)

### 3.2 Demence

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2 hodiny
	Cíl kapitoly	<b>Seznámit s charakteristikou kognitivních poruch</b>
	Klíčová slova	Demence

	<p>Problematika demence je nesmírně rozsáhlá a v poslední době hojně sledovaná. Právě dospělí a senioři s demencí mohou tvořit početnou skupinu uživatelů na podpůrné komunikační systémy. Efektivizací komunikace se předchází problémům v chování.</p>
--	--

Termín demence pochází z latinského slova mens, což v překladu znamená mysl a de mens, označující pokles úrovně kognitivních schopností.

Problematikou demence se zabývá mnoho vědních oborů, převážně lékařských, a každý si s ohledem na své primární zaměření vytvořil vlastní definici pojmu demence (viz níže), přičemž všechny se shodují, že jde o poruchu duševních schopností, která je získaná.

Psychologové hovoří o demenci jako o získaném (nejdříve po druhém roce života) chorobném oslabení rozumových schopností (příp. snížení už vyvinuté inteligence) a duševních schopností, v jehož důsledku dochází k rozpadu rozumových schopností, soustředění, pracovního výkonu i sebeovládání. Rozlišují například demenci mnestickou (ztráta paměti), demenci apercepční (ztráta schopnosti odlišit nahodilé od zákonitého), demenci strukturální (ztráta logické stavby myšlení), demenci presenilní (úbytek zábran s asociálními projevy), demenci traumatickou (pourazová), demenci juvenilní (vzniklá v mladém věku), demenci senilní (stařecká) (Hartl 1993, s. 33). Pouze v psychologické definici najdeme toto podrobné dělení.






## 2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE V DĚTSKÉM VĚKU


Jakkoli je naše společnost stále technizovanější, je interpersonální komunikace nezastupitelná. Základní členění komunikace na verbální a neverbální si osvojují prakticky již děti v předškolních zařízeních (RVP MŠ). Rychlou a efektivní formou komunikace je právě forma verbální, ale ne všichni jedinci společnosti jsou schopni si rozvinout komunikační dovednosti do takové úrovně, že komunikační proces můžeme označit za bezbariérový.


Existují některé skupiny dětí a žáků, které od samého počátku výchovně vzdělávacího procesu potřebují nejen zvýšený objem stimulace a podpory komunikačních dovedností, ale zejména strukturovaný a plánovitý postup stimulace.

Cílem této části distančního textu je seznámit studenty zejména magisterského kombinovaného studia s možnostmi stimulace a podpory komunikačních dovedností žáků s mentálním postižením (dále MP) a poruchami autistického spektra (dále PAS). Předpokladem získání vhledu do problematiky je podrobná znalost nejen specifik komunikačních dovedností, vývojových odlišností, ale také možností výstavby školního vzdělávacího programu se začleněním hodin na podporu komunikačních dovedností.

### 2.1 Specifika v komunikačních dovednostech žáků s MP a PAS

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2 hodiny
	Cíl kapitoly	Seznámit s charakteristikou komunikačních dovedností žáků s MP a PAS v dětském věku
	Klíčová slova	Komunikace, řeč, vývoj řečových dovedností

	<p><b>Aktivizační úloha:</b></p> <p>Najděte ve společnosti známé osobnosti, které jsou ve vysokém věku aktivní</p>
---	--

	<p><b>Kontrolní otázky:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jak se zjišťuje kvalita života seniorů</li> <li>2. definujte pojem zdraví a nemoc</li> </ol>
---	--

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**





přezkoumávat, porovnáváme je se záznamy v paměti, se svými zkušenostmi a přisuzujeme jim určitou míru závažnosti (Kapr, Koukola 1998).


V tomto stádiu onemocnění (v akutním) dochází k manifestaci specifických, ale i nespecifických příznaků nemoci. Akutní onemocnění vzniká náhle, jeho příznaky jsou výrazné a prudké (vysoké horečky, silné bolesti aj.). Akutní onemocnění se může zcela vyhojit, nebo přejít do stádia chronického. U některých těžkých chorob může prudký průběh pacienta trvale poškodit a v nejtěžších případech vést i k jeho úmrtí (Vokurka, Hugo 2004).


Z pohledu nemocného jde o krizovou životní situaci. Dostane-li se do situace, kterou již sám není schopen zvládnout, obrací se na lékaře, očekává pomoc, podporu, vysvětlení, pochopení. Nemocný prožívá, aniž si to vždy plně uvědomuje, pocit nejistoty a ohrožení vlastního života, strach a úzkost, obavy, které vyplývají z jeho stavu, z nemoci samé (Haškovcová 1975).


„...akutní onemocnění představuje totální pád do nemoci, jež má časově kratší průběh a je zakončena uzdravením.“ (Payne 2005, s. 616)

Lidský život je plný zvrátů, mezi které patří i změna zdravotního stavu. Organismus člověka je napadán nejrůznějšími nemocemi, z nichž některé se stávají trvalými společníky dalšího konkrétního lidského osudu (Haškovcová 1975).

„Jde o chronická onemocnění, která mají zdlouhavý, chronický průběh“ (Vokurka, Hugo 2004, s. 379). Chronické onemocnění probíhá méně prudce než akutní, je vleklé, její příznaky jsou však přítomny více méně trvale – někdy mohou být sotva patrné, jindy se naopak prudce zhoršují. Jejich trvalé působení může poškozovat organismus a jeho orgány.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité:</p> <p>Ve stáří probíhá mnoho progresivních procesů, dochází ke kvalitativním změnám v oblasti percepce a kognice, což výrazně následně ovlivní volbu pro výběr komunikačního systému.</p>
---	---

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b></p> <p><i>Kapitola je věnována problematice stáří, kvalitě života ve stáří, pojmům zdraví a nemoc. Pojmy jsou výchozími termíny pro orientaci problematiky a stáří a sní spojené s alternativními a augmentativními formami komunikace.</i></p>
---	---

	<p>Komunikace patří k základním lidským potřebám. V případě absence efektivního komunikačního kanálu dochází k rozvoji poruch chování, až agrese. Proto je nutné od raného věku hledat a nabízet formy komunikace, které umožní dítěti dosáhnout svých potřeb.</p>
---	--

### Symptomatická porucha řeči

Na problematiku řečového projevu osob s MP jako symptomatické poruchy řeči můžeme nalézt v současné odborné literatuře dva pohledy. Jeden je představován Lechtou, který termín **symptomatická porucha řeči** definuje „jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění.“ (Lechta 2002, s. 52).

Termín symptomatická porucha řeči poprvé použil v 60. letech M. Sovák, ale do praxe tento pojem zavedl v 80. letech až V. Lechta, (do té doby se v odborné literatuře používal termín sekundární poruchy řeči), který se podrobněji touto problematikou zabýval a rozpracoval také model třech základních příčin vzniku symptomatických poruch řeči. (více o této problematice viz Lechta, 2002).

Z výše uvedené definice vyplývá, že řečový projev osob s MP Lechta řadí do problematiky NKS.

Jiný pohled má na tuto problematiku Neubauer. Ten je zastáncem **psycholingvisticky orientovaného přístupu** a zařazuje verbální projev osob s MP do poruch na bázi postižení kognitivních schopností v řečové komunikaci. (Neubauer 2001).

Můžeme v populaci osob s MP podmíněně definovat dvě skupiny a to skupinu, u které dochází k rozvoji verbálních schopností a skupinu, u níž k zahájení řeči nedošlo. Klasická logopedie dříve svou pozornost zaměřila na skupinu mluvících (viz Bezručková 1983), soudobá logopedie se zabývá především skupinou nemluvících. (Laudová 2003).

Tento stav ovšem není ideální, pozornost logopedie by měla být věnována oběma skupinám a měla by se pokusit nalézt v přístupech ke komunikaci osob s MP optimální přístup. Problematikou řečového projevu u skupiny osob s MP se budu zabývat podrobněji v následujících kapitolách.

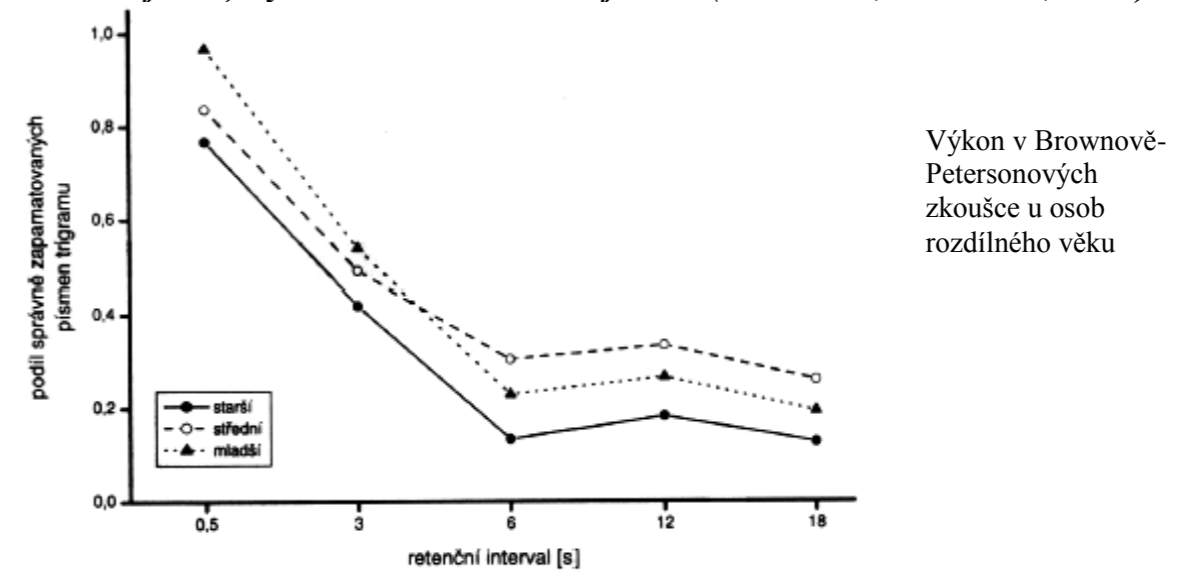
## Rodičovský přístup

Intuitivní rodičovský přístup k dítěti může v obou případech přispět ke kompenzačnímu zlepšení, jak uvádí Mikulajová, Rafajdusová (1993, s. 186): „*Za příznivých okolností intuitivní rodičovská výchova může působit jako ochranný štít, který ulehčuje postupnou kompenzaci poruch a deficitů. Selhání nebo potlačení intuitivní rodičovské didaktiky narušuje ranou komunikaci a vzniká nebezpečí kruhové dekompenzace s vážnými následky pro vývoj dítěte. V případě rizikových dětí potom namísto kompenzačního zlepšování nastává dekompenzační zhoršování poruch a deficitů.*“ Podobný názor prezentuje Matějček, Langmeier (1981, s. 65), kteří připomínají, že vývoj dítěte může být nepříznivě ovlivněn přechodnou či dlouhotrvající asynchronií v chování matky a dítěte. Tato asynchronie může mít své kořeny jak ze strany matky, tak i ve zvláštostech chování dítěte. „*...děti příliš apatické, stejně jako děti příliš neklidné, mohou vzbuzovat v matce pocit nejistoty, zmatku, přesvědčení o vlastní neschopnosti nebo prostě jen zklamání, které se do vytváření pozdějšího vztahu dítěte k lidem může všelijak nepříznivě promítat.*“ Janotová uvádí jev týkající se rané interakce dětí s poruchou vývoje řeči, na který upozorňuje Dannebauer. „*Tyto děti mají, jak se zdá, potíže při zpracovávání řečově komunikativních impulzů již v předverbální fázi. Proto se také často jeví svému okolí jako „jiné“ a může dojít velmi brzo k nesprávnému vývoji ve vztazích a interakcích mezi matkou a dítětem.*“ Vliv prostředí na vznik poruch vývoje potvrzují také Svoboda, Krejčířová, Vágnerová (2009, s. 463):

„*Porucha může být v časných vývojových obdobích významně ovlivněna i vlivy prostředí – zejména hlučné prostředí s nedostatkem jasně vymezených pro dítě významných zvuků (tzv. baby talk apod.).*“

Je zřejmé, že synchronní komunikace s matkou (rodiči) je pro děti s poruchami vývoje řeči dvojnásob významná vzhledem k rizikům rozvinutí vývojových poruch řeči. Mikulajová, Rafajdusová zmiňují názor Harrise, který uvádí, že výrazné zpomalení řečového vývoje může být zapříčiněno i minimálně zápornými zkušenostmi těchto dětí při osvojování jazyka. Z těchto zjištění vyplývá, že jsou na rodiče v interakce s těmito dětmi vzhledem k charakteru jejich obtíží kladeny zvýšené nároky v porozumění a dekódování signálů, které dítě vůči nim vysílá. Není překvapivé, že mnohdy nemusí být úspěšní a dítě tak může zmiňované negativní zkušenosti zažívat opakovaně. Tyto neúspěchy mohou zároveň akcelarovat rizika negativního sebezpojetí rodičů ve vnímání vlastní rodičovské role.

Graf č. 2b) Výkon ve zkoušce verbální fluence (Albert 1988, in Kulišťák, s. 241)



## NEMOC

Je však třeba rozlišovat fyziologické stárnutí s involucí řady orgánů a funkcí a stárnutí patologické s rozvojem nemocí, které jsou vázány na zvyšující se věk, a jsou tedy ve vyšším věku četnější. S přibývajícím věkem dochází k akumulaci chronických chorob a různých problémů, které způsobují určité funkční poruchy. Ve věku nad 65 let 80 % jedinců trpí jednou nebo i více chronickými poruchami. Nejčastěji se jedná o nějakou formu artritidy, resp. artrózy, poruchy sluchu nebo chronické kardiální potíže. Hlavním cílem léčby u starších osob je obnovení nebo udržení určité funkce v nejlepší možné míře (Ambler, Z. 2000).

Prodromální fáze onemocnění je pojímána jako soubor nespecifických příznaků, ohlašujících příchod nemoci. Vnímáme to, co jsme doposud nevnímali. Mezi zjištěním existence určitých, často nespecifických příznaků zhoršujícího se zdravotního stavu daného člověka a jeho návštěvou lékařské ambulance se v mysli odehrává mnoho nejrůznějších pochodů.

Člověk sám nejprve odhaduje, zda jsou jeho potíže projevy nemoci, zda vyžadují, aby se obrátil na lékařskou pomoc, nebo jsou to běžné, občas se vyskytující nepříjemné pocity slabosti, nevolnosti, které obvykle po nějaké době samy zmizí (Haškovcová 1975).

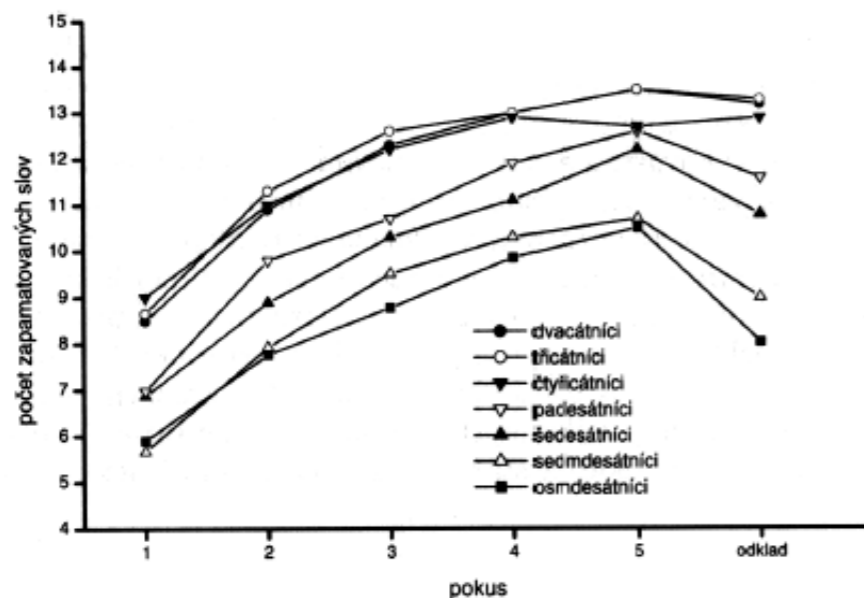
V běžném denním životě své tělo stále nekontrolujeme, nevnímáme nic, co je pro nás normální. Tělo začneme vnímat až v případě, že nás na sebe upozorní, v době, kdy dojde k nějakému odlišení od běžných, denně se opakujících signálů. Začínáme reagovat na zprávy o tom, že se objevují určité odchylky od normálu. Tyto signály začínáme registrovat, vnímat,

Není tedy pochyb o tom, že ve stáří dochází fyziologicky ke snížení kognitivních schopností. Stačí si uvědomit, že celá centrální nervová soustava stárne, mozek má čím dál menší přísun kyslíku a je napaden volnými radikály, nervy a nervová vlákna hůře předávají a přijímají nervové vzruchy a smyslové orgány pomalu degenerují. Příčinou stárnutí je snížené množství RNA v mozku a zároveň úbytek gangliových buněk. Obtížně vznikají nová spojení mezi gangliemi, jednotlivé fáze paměti probíhají pomaleji a stagnují, hůře se vybavují. Nejodolnější paměť je paměť podmíněných reflexů, protože je vývojově nejstarší. Paměť a učení ovlivňují i různé biologické faktory. Jedním z takových faktorů, jež se ve stáří ukazují jako vlivný, je glukóza. Při pokusu s glukózovým nápojem, ve kterém staří lidé vykazovali lepší výsledky ve dvou testech verbální paměti (učení se souborům slov, učení se dlouhého odstavce textu) než mladší. Těm, u kterých narostla hladina cukru v krvi nejvíce, se nejvíce zlepšila i dlouhodobá paměť. U mladších účastníků k tomu nedocházelo, protože si celkově dokáží lépe udržet hladinu cukru.


Dalším takovým faktorem je stres. S věkem se zhoršuje koncentrace pozornosti a obtížněji se potlačují rozptylující faktory, což se projevuje právě při stresu. Důležité je poznamenat, že i v oblasti odolnosti vůči stresu existují individuální rozdíly. I Prinke (2003) udává jako základní příčinu úbytku paměťových schopností stres a k němu přidává i demenci. Příčinou „nepoužívání“, tedy netrénování mozku, v běžné populaci je podle něj únava, zrudnutí či závislost na běžných alternativních metodách uchování informace (počítač).

Důležité je zmínit také další vlivy působící na celkovou úroveň paměti u starších lidí jako je dědičnost, celková úroveň inteligence nebo aktivita v průběhu života (Ruisel 1995).

**Graf č. 2a) Test sluchového zapamatování (Davis, Bernstein 1992, in Kuliš'ák, s. 241)**



Průměrný počet slov reprodukováných bezprostředně a po časovém odkladu v Reyově testu sluchového zapamatování slov u osob od 20 do 80

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Matky / rodiče jsou pozornými pozorovatelkami vývoje svého dítěte. Intuitivní rodičovské komunikační chování u dětí s deficitem v komunikaci je přínosným prvkem zejména v diferenciální diagnostice komunikačních potřeb dítěte.</p>
---	--

Logopedka Bunová (2004) uvádí příspěvek týkající se diferenciální diagnostiky autismu a opožděného vývoje řeči (OVŘ) v neverbální komunikaci dětí raného věku. Pro účely této práce jsou zajímavé výsledky tohoto výzkumu u dětí s OVŘ. Autorka uvádí překvapivou nepřítomnost některých položek, které by podle ní měly být přítomné.

**Tabulka Socio – emocionální dimenze komunikace, jejich absence u dětí s OVŘ**

Název položky	Absence u OVŘ v %
Upřednostnění společnosti před samotou	40 %
Pozornost při sociálním zaangažování	30 %
Reakce na první sociální hry a rituály	40 %
Navázání zrakového kontaktu	20 %
Výměny pohledu za účelem získání pozornosti	20 %
Pozorování činnosti jiných osob	10 %
Aktivace společné pozornosti	10 %
Reakce na nabídky společné pozornosti	0 %
Známky sociální orientace při imitaci činností	60 %
Emocionální uspokojení u blízkých	0 %
Vyjádření emocí přiměřených interpersonálnímu kontextu	0 %
Podílení se na emocionálních jevech nasměrováním afektu na jiné	0 %
Věkově přiměřené reakce na expresi jiných osob	0 %
Regulace chování jiné osoby	0 %
Sociální interakce v komunikaci	20 %
Komentování	40 %
Sociabilita v komunikačních aktech	40 %
Zachování kvality komunikační schopnosti při změně komunikačního partnera	100 %
Radost z komunikace u dítěte	70 %
Bezproblémovost komunikační interakce z pohledu logopeda	70 %

Zdroj: Bunová in: Logopaedica, 2004, s. 17



Výše uvedená tabulka nám jenom připomíná, jak je velmi obtížné v raném věku odlišit jednotlivé typy deficitů. Symptomy se velmi překrývají a síť je často velmi nepřehledná. Proto detailní vyhodnocení každého jevu je důležitým článkem při volbě jak stimulace, tak případného využití AAK.

## Význam gest rukou pro komunikaci

Gesta rukou jsou pohyby prováděné při komunikaci, v nichž se skrývá mnoho informací. Hrají důležitou roli v lidské komunikaci. Často si však těchto signálů nevšímáme a neuvědomujeme si je, někdy si dětskou gestikulaci vykládáme nesprávně. Děti s námi komunikují mnoha způsoby a řeč je jen jedním z nich. Většina gest se objevuje při řeči a jejich význam je nedílně spojen s danou situací a tím, co právě říkáme. Je nutné sledovat gesta a vykládat je v souvislosti se situací a slovy, která zaznějí (pokud daná osoba hovoří). (Doherty-Sneddon, G. 2005, s. 45, 46)

Gesta sdělují také důležité informace o **emočním stavu**. Určitá gesta se vztahují k různým pocitům. Gesta, jako dotýkání vlastního těla, často mohou souviset s „náhradními činnostmi“, jejichž účelem je snížit napětí člověka, který daná emoční gesta vykonává. Mezi tato gesta patří probírání vlasů, škrábání a ošívání se při stavech úzkosti nebo vzrušení. Při negativních emočních stavech se častěji dotýkáme různých částí vlastního těla. U dětí existuje celá řada specifických gest a dotyků souvisejících s negativními emočními stavy – například cucání palce při odloučení od rodičů. Děti si mohou cucat palec ve stavu konfliktu, nebo když prožívají negativní emoce. Pohrávání s vlasy nebo ušními lalůčky je často známkou únavy. Naklánění dopředu se sevřenými pěstmi je signálem agresivity. Z neverbálního chování můžeme číst prožívané emoce. Výraz obličeje dokážeme ovládnout lépe než ostatní tělesné projevy emocí, často si neuvědomujeme, že provádíme různé pohyby – gesta, z kterých lze usoudit na emoční stav. (Doherty-Sneddon, G. 2005, s. 76, 77)

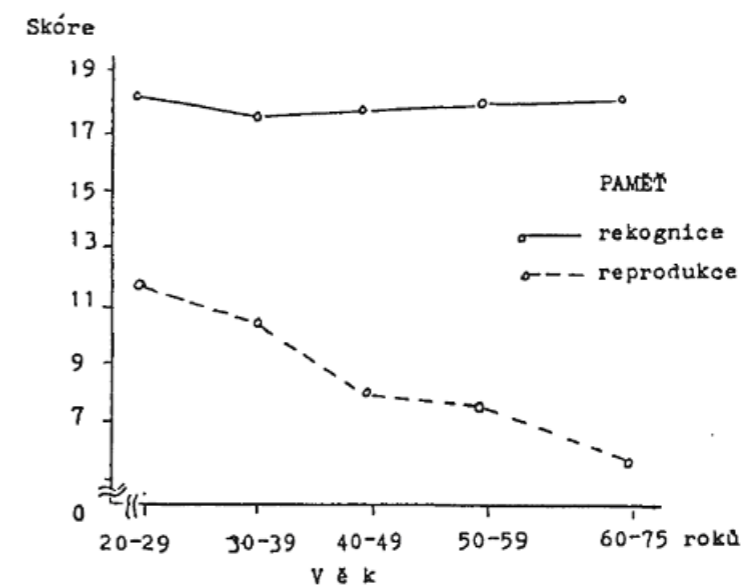
**Symbolická gesta** mohou působit samostatně a lze je snadno a přímo vyjádřit slovně. Patří mezi ně například gesto vztyčeného palce při autostopu nebo ukazovák a prostředník vztyčený do tvaru písmene V jako vítězné gesto apod. Gesta si děti osvojí přirozeně během několika let pobytu v dané kultuře. Výjimku tvoří učení se mávat rukou. V prvním půlroce života dítěte mávají rodiče paží dítěte a říkají přitom „pá pá“, ve věku kolem devíti měsíců to děti dokáží zopakovat samy. Kolem devíti měsíců začínají dělat „kuk“, zvedat paže při žádosti o zvednutí do náruče a napodobovat pohyby užívané při jídle. Z toho lze usuzovat, že

## Vliv na paměť

Mezi první příznaky, jež jsou běžné pro stáří, a kterých si starý člověk všimne nejdříve, jsou poruchy paměti a učení. Warner Schaie, americký gerontolog, testoval kognitivní funkce (myšlení, verbální a prostorové schopnosti) u obyvatel Seattlu a dokázal, že paměť od 60 do 70 let zaznamenává vyrovnaný úbytek. Po dosažení 70 let proces začíná zrychlovat. (Baddeley 1998).

Hrdlička, Hrdličková (1999) uvádí, že u 20–50 % populace starší 50 let se projevují ohraničené poruchy paměti a to poruchy výbavnosti detailů, jako jsou např. jména, čísla. Taková porucha nikdy neprogreduje do demence, čímž se od ní zároveň liší. Weber (2000) uvádí, že v žádném případě nejde o poruchu paměti v pravém slova smyslu, ale o nedostatečnou schopnost vybavit si některé údaje a informace. Některé poruchy paměti a učení jsou příznakem mozkového selhávání a jiné ukazují na progredující systémové choroby. Kalvach (1997) poznamenává, že v pátém deceniu se lidé setkávají s problémy při vybavování některých názvů, hlavně jmen a v šestém deceniu už mají těžkosti v zapamatování nových jmen a poznatků. Typické také je, že složka paměti obsahující dříve nabyté informace a zkušenosti nebývá porušena, zatímco tzv. „novopaměť“, tedy vštěpování a vybavování nových poznatků, narušena bývá<sup>1</sup>. Vývoj paměti je dobře vidět na následujícím grafu č. 2.

**Graf č. 2 Průměrná skóre v paměťovém testu u pěti věkových skupin (podle Schonfelda a Robertsona, In Kalvach, 1997, s. 63)**



<sup>1</sup> Pro zjištění úrovně novopaměti se užívá např. UCLA osmislovní test paměti podle Bensona. Ten obsahuje osm nesouvisejících slov, jež jsou čtyřikrát po sobě přečtena. Člověk je má zopakovat ihned a pak po deseti minutách (nezáleží na pořadí). Pro vybavení užívá dvou nápovědí a to nadřazeného pojmu a výběru ze tří.

pomalejší. Druhotně poruchy percepce nejvýznamněji ovlivňují v negativním smyslu komunikaci s lidmi, dále také pracovní výkon, ale i možnosti relaxace a trávení volného času prostřednictvím četby, hudby apod.

### Zrak


Stárnutí způsobuje problémy při identifikaci předmětů zrakem a jejich zpracování (vše probíhá pomaleji). Na úspěšnost rozpoznávání a zpracování zrakových podnětů má vliv i osvětlení. Je-li podnět méně osvětlený, hůře se identifikuje. Dochází také ke zhoršení akomodace čočky, tedy ke schopnosti zaostřovat na určité vzdálenosti, zejména na blízko (často vzniká presbyopie neboli stařecká vetchozrakost). Langmaier a Krejčířová (1998) poznamenávají, že až u 90 % osob starších šedesáti let lze zjistit výrazné zhoršení zrakové percepce. Všechny tyto změny pak ovlivňují jednotlivé výkony ve zrakové paměti a odráží se tak i v celkovém výkonu paměti a u 30 % výrazné zhoršení sluchu.

### Sluch

K podobným změnám jako u zrakového analyzátoru, dochází i u sluchu. Ten již slábne v průběhu dospělosti. Bromley (1988, In Stuart-Hamilton) uvádí, že v 50 letech se zhoršení sluchu projevuje za určitých okolností jako problémy v naslouchání slabším zvukům. Výsledkem je potřeba vyšší koncentrace na zvuky, která pak ubývá a chybí v jiných oblastech.

Obecně dochází vlivem stárnutí k fyziologickým změnám sluchového aparátu. Postupně se zvětšují ušní boltce, což způsobuje častější zanášení zvukovodu ušním mazem. Části středního ucha (kladívko, kovádlíka a třmínek) postupem času tvrdnou vlivem zvápnění či artrózy. Dochází tak k ovlivnění přenosu zvuku, zejména zvuků o vysokých frekvencích. Tento druh zvuku je v nevýhodě i díky úbytku buněk ve vnitřním uchu. Degenerativním změnám podléhá, i sluchový nerv, jež se ztenčuje a atrofuje. U starých lidí se často vyvíjí presbyakuze (nedoslýchavost objevující se u starých lidí) nebo jev zvaný recruitment neboli posilování hluku. Dochází při něm ke zvyšování hlasitosti zvuků o vysokých frekvencích (často může být i bolestivé). Konečným důsledkem jsou potíže při vnímání řeči, kdy člověk špatně vnímá souhlásky, jež jsou nositeli vysokých frekvencí. Vnímání řeči u 10 % starých lidí trpí komplikuje tinitus, „zvonění v uších“, který potlačuje ostatní zvuky. Deficity ve smyslovém vnímání vedou často k potřebě začlenění augmentativní či dokonce alternativní formy komunikace.

děti si tyto věci umí v duchu představit. Gesta rukou jim umožní vyjádřit myšlenky. (Doherty-Sneddon, G. 2005, s. 47, 48) Symbolických gest užíváme při komunikaci prostřednictvím podpůrného znaku do řeči.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Gesta a gestikulace je důležitá vývojová úroveň dítěte. Ukazuje to na schopnost dítěte sledovat očima komunikačního partnera a naopak typologie užívaných gest dítěte ukazuje na dosaženou úroveň.</p>
---	---

Gesty doprovázíme svůj mluvený projev. **Ilustrační gesta** jsou tedy svázána řečí, ale i děti, které ještě nemluví, při žvatlání také pohybují rukama, a některé velmi výrazně. Obvykle si neuvědomujeme vlastní gestikulaci a málokdy věnujeme uvědomělou pozornost gestům druhých lidí. Pokud chceme plně ocenit všechno, co děti sdělují, neměli bychom přehlížet jejich gesta. G. Doherty-Sneddon uvádí typy ilustračních gest a poukazuje na fakt, že s věkem dítěte se mění i gesta, jež užívá (s gesty typu „obrazy ve vzduchu“ a s ukazováním se často setkáváme u malých dětí, kdežto metaforická a rytmická gesta se v prvních letech života téměř nevyskytují). Tyto změny v používání gest odrážejí rostoucí mentální schopnosti dítěte (Doherty-Sneddon, G. 2005, s. 48, 49).

*Tabulka Typy ilustračních gest (Doherty-Sneddon, 2005, s. 49)*

Typ ilustračních gest	Příklad
<b>Zobrazovací (ikonická)</b>	„Kreslení ve vzduchu“ předmětů nebo činností, o nichž se hovoří: zazní-li například slovo „kruh“, ruka opiše ve vzduchu kruh.
<b>Ukazovací</b>	Ukazování naznačující prostorové umístění předmětů, o nichž se mluví.
<b>Metaforická</b>	„Kreslení ve vzduchu“ abstraktních pojmů: ruce například napodobují pohyb misek váhy a znázorňují tak zvažování myšlenek nebo možností.
<b>Rytmická</b>	Zdůrazňují rytmus řeči: například krátké pohyby rukou nahoru a dolů provázející slova, na něž je při řeči kladen důraz.

G. Doherty-Sneddon (2005, s. 52, 53) se zabývá ranými gesty a jejich významem. Uvádí, že raná gesta jsou obvykle konkrétním vyjádřením myšlenky. Počátek záměrné komunikace se projevuje užitím gest, jimiž děti vyjadřují svá přání a zájmy. Záměrným natahováním ruky nebo ukazováním na určitý předmět nám mohou naznačit, co chtějí. Raná gesta jsou někdy označována jako *performativní* (výkonová) a děti je začínají užívat ve věku kolem deseti měsíců.

Již ve věku tří měsíců se děti natahují po věcech, které chtějí. V šesti měsících je natahování zcela záměrné. Doherty-Sneddon (2005, s. 53) na příkladu dokumentuje důležitost vhodné

reakce matky na pochopení a upevnění záměrnosti užívání gest při komunikaci. Matka Sára projíždí nákupním střediskem se svou desetiměsíční dcerou Megan, která se natahuje po nějakých sušenkách. Snaží se je popadnout nebo se snaží matce sdělit, že je chce? Důležitou roli hraje věk a zda se Megan dívá na matku. Pokud má Sára dojem, že se Megan snaží s ní komunikovat, měla by na to reagovat. Nemusí jí sušenky dát, možná stačí jen říci „Ne, dnes sušenky nekoupíme“. Pro Megan to má daleko větší smysl, než když si matka jejího gesta nevšimá a obrátí kočárek pryč od regálu. Pokud se děti při ukazování na předmět nedívají na opatrovníka, nelze pohyb považovat za komunikační gesto. Jinými slovy řečeno, chtěly by se předmětu dotknout, prozkoumat jej, ale nežádají o něj. Jestliže dospělý reaguje na tato gesta, pomáhá dítěti pochopit, že gesta mohou sloužit ke komunikaci. Jakmile dítě pochopí skutečné ukazování a začne je používat komunikačně, stane se gesto nesmírně důležitou součástí jeho komunikačního repertoáru.

Často se stává, že neverbální sdělení přehlédneme, někdy je zpozorujeme, ale vysvětlíme si je nesprávně. Příkladem gesta, které bývá často vykládáno mylně, je vysvětlující ukazovací gesto. Raná ukazovací gesta jsou dvojího ladění: vyjadřující žádosti a naznačující poznámky. Děti často ukazují na předměty, které chtějí, například na oblíbené hračky, znamená to: „Podej mi hračku“. Když ukazují a hledí na předmět svého zájmu krátce, je pravděpodobnější, že dávají najevo úmysl přiblížit se k předmětu nebo jej získat. Někdy věci jen komentují. Ukáží na ně prstem, podají je lidem a předvedou jim je. Toto gesto bývá spojeno s dlouhým pohledem na osobu, s níž komunikují. A prostřednictvím něj se vyjadřují k určitému objektu, aniž by měly úmysl k němu jít či se ho nějakým způsobem zmocnit. Můžeme se nesprávně domnívat, že nám dítě předmět dává, když k nám natahuje ruku s oním předmětem. Skutečný význam je, že dítě chce k předmětu něco podotknout nebo chce zjistit názor dospělého. Použití gesta k vyjádření názoru na určitou věc je z komunikačního hlediska vyspělejší než užití gesta pro vyjádření požadavku. Prostřednictvím sociální interakce s druhými lidmi se u dětí vyvíjí schopnost záměrné komunikace a užíváním gest získávají základní znalosti o významu komunikace s druhými lidmi. (Doherty-Sneddon, G., 2005, s. 55–59)

## Obecná charakteristika řečového projevu osob s mentálním postižením

V odborné literatuře nalézáme různé charakteristiky řeči jedinců s mentálním postižením. Touto problematikou se v různé míře zabývají např. Lechta (2002), Škodová (2003), Rubinštejnová (1976), Vágnerová (1999), Klenková (2000) a Pipeková (2004). Cílem této

Pro popis psychických změn ve stáří se užívá pojmu intelektová porucha (intellectual impairment), jež označuje určitou mozkovou dysfunkci. V literatuře se setkáváme i s termínem mozkové selhávání, mírné kognitivní poruchy. Mozkové selhávání lze dle Webera (2000) definovat jako klinický syndrom, kdy dochází k dysfunkci mozku v závislosti na difúzních, funkčních i patologických změnách. Jak Weber (2000) dále zmiňuje, tato definice eliminuje ložiskové léze mozku (jako krvácení, mozkový infarkt, tumor nebo absces), ale zahrnuje v sobě demenci a delirium.

Změny poznávacích schopností (vnímání, představování, fantazie, myšlení a řeč) v seniu můžeme dle Webera (2000) identifikovat jako změny diferenciací, integrace a fixace. Dětství velí diferenciací, v období dospívání pomalu převažuje integrace a stáří dominuje ještě integrací za silícího vlivu fixace.

Vlivem stárnutí tedy neoddiskutovatelně dochází ke změnám kognitivních schopností. Objevují se ztráty paměti (zejména krátkodobé), poruchy spánku a delší reakce na určitý podnět (Dessaintová (1999) uvádí, že ve čtyřiceti letech se reakční čas prodlužuje o dvě sekundy, v šedesáti o tři a v osmdesáti o čtyři až pět sekund. Avšak kvalita odpovědi může být v šedesáti letech lepší než ve dvaceti). Dessaintová (1999, s. 25) poznamenává, že stárnutí nejvíce podléhá rozumové operace jako „logické uvažování, řešení intelektuálních problémů, uspořádání informací, dedukce, zobecňování na základě zkušenosti, schopnost používat nových strategií, provádět činnosti v prostoru či se něco nového učit“.



Pozor, uvědomte si, důležité:

Pro deskripci potíží v komunikaci cílových skupin je výchozí situací znalost změn, doprovázející přirozený proces stárnutí. Potom je možné zachycovat odchylky od tohoto „přirozeného“ procesu.

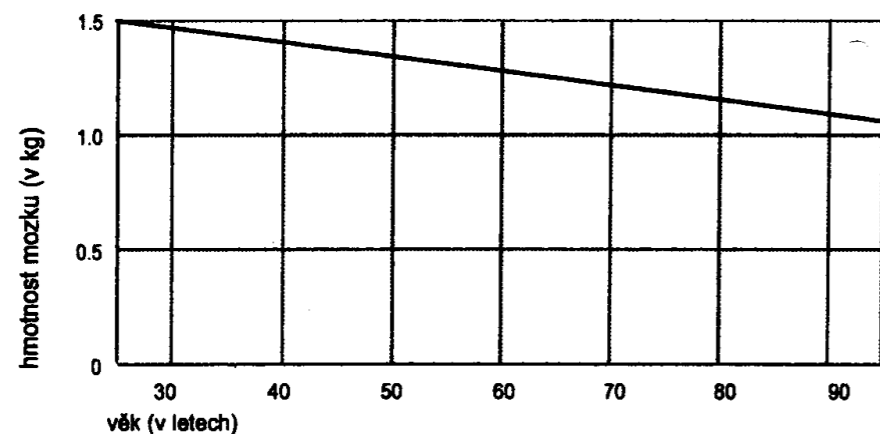
## Vliv stáří na vnímání

Ve stáří dochází ke zhoršenému vnímání, což zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět. Informace přicházející do mozku je ve stáří omezená ve svém rozsahu a je méně přesná a v rané dospělosti a ne pouze ve stáří. Stuart-Hamilton (1999, s. 35) poznamenává, že „informace důsledku celkového zpomalení nervového systému potřebuje k cestě do mozku více času.“ Tentýž autor se zmiňuje, že ve vnímání dochází k potížím při integraci několika smyslových informací do celku, například komplexních a jednoduchých sluchových podnětů. Ve svém důsledku pak mívají staří lidé problémy se zvládnutím několika úkonů současně. Ve zkratce lze jednoduše říci, že vnímání smyslového světa u starých lidí je omezenější a



se dokáží dělit, což způsobuje obnovování jejich počtu (Prinke 2003; Goldberg 2004). Tyto výzkumy otevírají úplně jiné dveře kognitivním tréninkům na zlepšení funkce.

Graf č. 1 Závislost hmotnosti mozku na věku (Baddeley 1999, s. 248)



V závislosti na involuci mozku vznikají kognitivní poruchy týkající se celé řady procesů. Dochází „ke změnám počítkových prahů, percepčně motorické koordinace, ke změnám v kvalitativním i kvantitativním vnímání, paměťových funkcí až po nejvyšší intelektové výkony“ (Kalvach 1997, s. 61). Kalvach (1997) říká, že už od 50. roku života dochází ke strmému poklesu výkonnosti, který může omezovat život člověka. Důkaz zhoršování duševního zdraví ve stáří podali Birren a kol. (1963, In Hamilton) ve „studii čtyřiceti sedmi zdravých starců“. Vybrali dvacet sedm naprosto zdravých starých lidí a dvacet, jež vypadali zdravě, ale vykazovaly skryté známky možného vážného onemocnění. U skupiny dvaceti starců se skrytými známkami vážného onemocnění vyzorovali zhoršení mentálních funkcí jako například chápání, paměti a rytmu mozkových vln. Toto zhoršení považovali spíše za následek onemocnění než za důsledek stárnutí.

Korové funkce mozku jsou zároveň nepříznivě ovlivněny poklesem výkonu jednotlivých soustav spolu s kardiovaskulárními onemocněními. Nejčastěji proto dochází k iktům nebo se v projevení se velmi umírněné podobě tím, že staří lidé po jídle usnou v důsledku použití energie a tedy i kyslíku pro trávení. Ke vzniku deliria může také dojít, užívá-li starý člověk léky, jež se špatně vstřebávají a tak dojde k předávkování. Delirium může vyvolat i nedostatek vitamínu B12, který se tělu nedostává v důsledku podvýživy a to tím, že starý člověk ztrácí chuť k jídlu. Ke stárnutí mozku dochází již od 20. roku života, ale změny člověk skutečně pocítí až v 50 letech. Po 70. roce věku začnou ovlivňovat každodenní život. Podle Prinkeho (2003) současný výzkum poukazuje na to, že lidský mozek je schopen dobře se učit novým věcem do 90 let a vede si při tom stejně dobře jako u populace mladší.

kapitoly je uvést obecnou charakteristiku řečového projevu osob s MP, tak jak je možné ji v odborné literatuře naléznout u různých autorů.

Podle Lechty (2002) mají řečové projevy jedinců s mentálním postižením velmi různorodý charakter, který je závislý nejen na etiologii, ale i jejich individuálních předpokladech. Lechta dále uvádí, že jejich řeč je deformována ve všech jazykových rovinách, a ani v dospělosti, kromě osob s nejlehčí formou mentálního postižení, nedosáhne úrovně normy.



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Uživatelé AAK v raném věku tvoří zejména děti s mentálním postižením. Proto je prostor věnován právě řečovému a komunikačnímu vývoji dětem s tímto (základním) druhem postižení. Další kategorií jsou děti se smyslovým postižením, pohybovým postižením a následně kombinace uvedených skupin.

Škodová (2003) ve své charakteristice zmiňuje, že symptomy jsou závislé na etiologii onemocnění a jsou individuální a variabilní. Škodová zmiňuje, že „z hlediska řeči je nejnápadnějším symptomem narušení obsahové stránky řeči (nedostatečná či vágní slovní zásoba a narušená gramatická stránka řeči) současně se stránkou formální (výslovnost), včetně modulačních faktorů řeči (melodie, tempo, dynamika, rytmus apod.). Vedle vlivu sníženého intelektu působení i dalších poruchy jako (např. anomálie mluvidel, deformace chrupu, apod.)“ (Škodová 2003, s. 392). Velmi podrobnou charakteristiku, která zahrnuje oblast řeči, komunikace i jazyka, podává Vágnerová. Ta zmiňuje, že řeč u jedinců s mentálním postižením je postižena v obsahové i formální složce. Formální stránka řeči je často poznamenána nedostatky v motorické koordinaci mluvidel či zhoršenou sluchovou diferenciací, která jim neposkytne adekvátní zpětnou vazbu. Kromě toho pro aktivní řečový projev je u této skupiny typická:

- jazyková necitlivost, která se projevuje častými agramatismy
- jednoduchost projevu, tj. preferování krátkých a jednoduchých vět, jednoznačných a konkrétních pojmů
- stereotypní výběr slov a slovních spojení
- častý výskyt echolálií a perseverací

Dále uvádí: „je pro mentálně postižené obtížnější porozumět verbálnímu projevu, a to z důvodu omezenější slovní zásoby, ale i obtížím v porozumění celkovému kontextu“ (1999, s. 152).



Podrobnou a také poměrně konkrétní charakteristiku řečového projevu jedinců s mentálním postižením uvádí Pipeková (2004, s. 301). Ta jako charakteristické rysy uvádí rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, chudost aktivního slovníku, málo časté používání přídavných jmen, sloves, spojek, upřednostňování zájmen místo pojmenování osob a nedokonalou mluvnickou stavbu řeči.

## Vývoj řeči u osob s mentálním postižením

V této kapitole se budeme zabývat faktory, které ovlivňují vývoj řeči u osob s MP. První část této kapitoly se zabývá vlivem stupně mentálního postižení na vývoj řeči u osob s mentálním postižením, druhá část je věnována dalším příčinám, které se na řečovém vývoji u této skupiny podílejí.

Rubinštejnová (1986) jako typické znaky vývoje řeči u osob s mentálním postižením uvádí zpomalené tempo rozvoje řeči v důsledku opoždění vývoje sluchové diferenciaci a motoriky artikulačního ústrojí, nedostatečné osvojování významu slov, rozdíl mezi aktivním a pasivním slovníkem, chudost slovní zásoby a zvláštnosti mluvnické struktury řeči.



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Dynamický pohled na vývoj dovedností je nesmírně obtížně zachytitelný a jen málo kdy popisovatelný. Je to ale přístup velmi efektivní. Dynamických popisů procesu osvojení řeči a komunikace by musela být minimálně členěná podle hloubky mentálního postižení.

## Vývoj řeči v závislosti na hloubce mentálního postižení

Řeč bývá velmi často prvním diagnostickým znakem mentálního postižení. Vývoj řeči a postižení rozumových schopností spolu úzce souvisí. Podrobněji se vývojem řeči jedinců s mentálním postižením zabývají v naší literatuře jen autoři Sovák (1981), Bezručková (1983) a Lechta (2002), proto se budu dále odkazovat především na tyto autory.

Řeč se u jedinců s mentálním postižením rozvíjí často opožděně, pomalým tempem a odlišně od normy. Vzhledem k tomu, že u zdravých dětí s počátky prvních řečových projevů vzniká mnoho možností, jak je v různých oblastech rozvíjet a stimulovat, je jasné, že pokud u dětí s mentálním postižením dochází k zaostávání vývoje řeči, bude to retardovat a negativně ovlivňovat jejich rozvoj i v dalších oblastech. Podle Sovákovy klasifikace poruch vývoje řeči (1981) se u mentálně postižených dětí jedná o vývoj řeči omezený – dítě s mentálním

mnohonásobně snížena. Je proto nezbytné snažit se alespoň relativně zpříjemnit a zlepšit kvalitu poskytované péče. **V přístupu o nevléčitelně nemocné se totiž kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem** (Payne 2005). Jde o jeden z cílů, ke kterým terapie v posledních letech směřuje.

K hodnocení kvality života vzniklo v nedávné době mnoho, většinou dotazníkových metod. Mnoho odborníků se touto problematikou zabývá. Pro zajímavost uvádím, podle Payna, dva nejčastěji používané dotazníky.

Jedná se o dotazník SF-36, který je zaměřen obecně a hodnotí dopad farmakoterapie na kvalitu života pacienta. Druhý z uvedených se týká pacientů s psychiatrickými diagnózami, jde o dotazník SQUALA (bližší informace in Payne 2005).

*„Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou užít“* (Hnilicová in Kebza 2005, s. 206).

## Kognitivní funkce v seniorském věku

Kognitivní neboli poznávací procesy obecně patří do procesů psychických a obsahují v sobě vnímání, představování, fantazii, myšlení a řeč. Do psychických procesů patří také paměťové procesy jako zapamatování, uchování, vybavení a procesy motivační jako city a vůle. Ve všech psychických procesech se pak odráží pozornost (zaměření vědomí na určitý objekt, v důsledku čehož si předmět jasně a zřetelně uvědomujeme). Kvality všech těchto procesů se s vývojem a stárnutím člověka mění a nabývají různých rozměrů.

## Stárnutí mozku

Se stárnutím člověka stárne i mozek a člověk se stává náchylnější k různým nemocem a degenerativním chorobám. Dochází k úbytku neuronů, ke zmenšování jejich objemu a snižování počtu synapsí. Výkonnost zbývajících neuronů se výrazně snižuje (Stuart-Hamilton 1999). Každý den jich nestejně odumřou desetitisíce, nejvíce bývají zasaženy čelní laloky a hipokampus. Důsledkem je, že se asi tak kolem 90 let mozek smrskne (viz graf č. 1) o 10 až 20 %, stane se lehčím a zvýší se v něm procento mozkomíšní tekutiny. Nové výzkumy dokonce naznačují, že nedochází ke zmenšování mozku v důsledku zániku neuronů, ale spíše v důsledku zmenšování jejich objemu a snižování počtu synapsí (Langmaier, Krejčířová 1998). Na druhou stranu existuje i neprokázaná teorie (prokázaná pouze u zvířat) zpochybňující dosavadní výzkumy o zániku buněk, a to teorie tvrdící, že nervové buňky

charakteristika zdravotního stavu. Ta sestává nejen ze stanovení diagnózy, ale také ze zhodnocení psychických, sociálních a behaviorálních determinantů života pacienta.

Náhlá změna kvality života člověka, která zasáhne jeho dosavadní život, je odborníky popisována jako životní událost. Nepříznivé životní události z hlediska kvality života mohou způsobit změnu perspektivy, hodnot, smyslu života jednotlivce, zabrzdění rozvoje a stagnaci či až vážné ohrožení života (Payne 2005). Takovými životními událostmi může být cokoli, co člověka negativně ovlivní. Jednou z nich jsou samozřejmě nemoci.

Payne (2005) dále hovoří o vlivu nemoci na tělesný a psychický stav, na celkovou funkční zdatnost v oblasti společenského, pracovního a rodinného života.

Z pohledu pacienta, který trpí chronickým progresivním onemocněním se všechny výše zmíněné aspekty nemoci několikanásobně zesilují a mnohem více tak zatěžují jeho život. Ať již hovoříme o jakémkoli typu chronické progresivní nemoci, ve většině případů se jedná o nemoc sice třeba léčitelnou, ale ve své podstatě nevléčitelnou, s rizikem akutních a pozdních komplikací. Jde o onemocnění různě rychle progredující a v některých případech při rozvoji pozdních komplikací vedoucí až k invaliditě nemocného (př. diabetes, astma, onkologická onemocnění, Parkinsonova choroba atd.).

Každá takto závažná choroba negativně ovlivňuje psychický, fyzický a sociální život pacienta. Hrachovinová (2006) popisuje **psychické a sociální obtíže** u pacientů s diabetickou nohou, které je možné přizpůsobit také na ostatní pacienty s chronickým onemocněním.

V oblasti psychické a sociální tedy uvádí:

- psychické obtíže:
  - pocity nespokojenosti, netrpělivosti, zloby, pocit marnosti, pesimismu, nárůst napětí
  - emoční labilita; depresivní a úzkostné projevy (anhedonie, apatie, poruchy spánku)
  - strach (z léčby, z budoucnosti...), sebepoškozující projevy a suicidiální myšlenky
  - vysoké nároky na adaptabilitu (přizpůsobení se změněné situaci)
- sociální obtíže:
  - změna životního stylu = změna v sociální oblasti
  - rozvoj závislosti na druhých – pocity viny
  - sociální stažení, izolace, vznik sekundární introverze
  - výskyt maladaptivních reakcí na zátěž (př. zvýšená konzumace jídla, alkoholu, drog)
  - narušení rodinných vztahů, dopad na pečovatele z řad rodinných příslušníků (vyčerpání, pocity zatížení, břemene, syndrom vyhoření).

Chronická progresivní onemocnění mají obrovský negativní dopad na kvalitu života pacienta, ať už z pohledu sociální, psychické či jiné oblasti. Kvalita života je tedy ve většině případů

postižením nedosáhne ve vývoji řeči normy. Vždy je omezena zvuková, gramatická či obsahová stránka řeči.

Lechta (2002) u těchto dětí hovoří o narušeném vývoji řeči. U skupiny osob s mentálním postižením jde o narušenou komunikační schopnost, která je symptomem dominujícího mentálního postižení, a proto užívá označení symptomatická vada řeči. Lechta (tamtéž) dále uvádí, že začátek vývoje řeči, její další rozvoj a pozdější úroveň komunikačních schopností je závislá na úrovni IQ, což znamená, že vývoj řeči bude závislý na stupni a typu mentálního postižení.

To potvrzuje i dřívější práce dvou vědců Böhmeho a Busemana, kteří se touto problematikou zabývali a tuto skutečnost potvrzují a kterou ve své knize zmiňuje Lechta (2002).

Buseman (1968) píše: „v pozdějším věku lze někdy jen těžko identifikovat, do jaké míry je narušení inteligence primárním defektem a brání v osvojení lidské řeči, nebo do jaké míry brání porucha řeči nabytí poznatků a získávání dovedností a vyvolává snížení inteligence. Každý druh poškození inteligence způsobuje sám o sobě řečový handicap už v prvních základních výkonech, a proto je velmi těžké odlišit podíl řeči a podíl inteligence v projevech např. dítěte s lehkou mentální retardací.“ Buseman (1968, in Lechta 2002, s. 77).

Zjištění, ke kterému dospěl Böhme, tento fakt doplňuje: „z vývojového hlediska musí být dosaženo určité prahové hodnoty IQ, která variována věkem umožňuje vývoj řeči. Děti s profilem IQ pod touto prahovou hodnotou disponují jen různou mírou primitivních řečových schopností.“ Böhme (1976 in Lechta 2002, s. 76)

Také v později vydané odborné literatuře nalezneme stejné závěry. Krahulcová (viz tabulka) uvádí, že je „vývoj řeči v přímém vztahu k hloubce mentálního postižení omezen, probíhá vývojově pomaleji, deformovaně a později velmi často nedosahuje žádané úroveň.“ (Krahulcová, B. 1995, s. 42).

**Tabulka Opoždění vývoje řeči ve vztahu k hloubce mentálního postižení**

Hloubka postižení	Průměrný začátek vlastního vývoje řeči						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>hluboké MP (0–19)</b>						(■)	■
<b>těžké MP (20–35)</b>					(■)	■	■
<b>střední MP (36–51)</b>				(■)	■	■	■
<b>mírné MP (52–67)</b>			(■)	■	■	■	■
<b>hraniční MP (68–70)</b>		(■)	■	■	■	■	■

(■) elementy řečové dovednosti

Stále je nutné si připomínat, že vývoj řeči není závislý jen na hloubce MP. Prostředí a přítomnost dalších přidružených chorob v různém rozsahu ovlivňuje dynamiku vývoje komunikace a řeči. Obecně platí, že již v předřečovém období a v prvních projevech řeči se děti s mentálním postižením odlišují od normy, jednotlivá stadia řeči nastupují pozvolna a trvají déle. Normální úrovně řeči však ve všech jejích složkách není nikdy zcela dosaženo. Jednotlivé stupně se vzájemně prolínají a plynule mezi sebou přecházejí a od toho se odvíjí i zvláštnosti logopedické péče, kterou tito jedinci potřebují (Lechta 2002). Problematikou zvláštností logopedické péče u mentálně postižených se více zabývá např. Bezručková (1983), Lechta (2002) či Škodová (2003).

Prognóza vývoje řeči a dosažených řečových schopností je závislá na charakteru primární příčiny, na stupni a formě mentální retardace, dále na specifčnosti dominujícího postižení a samozřejmě také na kvalitě vlivů sociálního prostředí. Na souvislosti mezi vývojem řeči a formou mentálního postižení, a na vliv typu mentálního postižení na vývoj řeči upozorňuje Lechta (2002), který uvádí, že tato problematika, kromě vývoje řeči u dětí s Downovým syndromem, je málo rozpracována. Podrobněji se o možnostech komunikačních schopností u jednotlivých stupňů mentálního postižení zabýváme dále v textu.

### Další faktory ovlivňující vývoj řeči u osob s mentálním postižením

Jak již bylo v předchozí kapitole zmíněno, vývoj řeči dětí s mentálním postižením se odlišuje od zdravé populace. Názory odborníků se shodují v tom, že hlavní příčinou je dominantní mentální postižení, které způsobuje deficity i v dalších oblastech. Tuto problematiku řeší několik níže uvedených autorů.

Rubínšteinová (1986) uvádí, jako základní příčinu slabost **spojovací funkce kůry** a pomalé vytváření diferenciacních podmíněných spojů u všech analyzátorů. Největší vliv pak na vývoj řeči mají nedostatky v oblasti sluchového analyzátoru. Děti s MP mají potíže s analýzou mluvené řeči a díky tomu si obtížně osvojují slova a slovní spojení. Vnímají řeč nerozčleněně, vyčleňování a rozlišování slov probíhá pomalu, což vede k opožďování a neplnohodnotnému vývoji řeči, které se projevuje například v obtížném osvojování slov a slovních spojení. Do oblasti sluchového vnímání spadají i nedostatky ve **fonematickém sluchu**, které zpomalují vývoj artikulace. Pokud už děti s MP jsou schopny ze slyšeného řečového projevu vyčleňovat slova, vyčleňují je nepřesně, špatně rozlišují hlásky a jejich pořadí. Dalším faktorem jsou nedostatky v **motorice artikulačního ústrojí**, které jsou závislé

domácnosti, vzdělání, očekávaná délka života, zdravotní a sociální služby (Čornaničová R. in Sýkorová, D., Chytil, O. 2004).

Zaměříme-li se na oblast zdravotnictví, jde z hlediska kvality života zejména o kvalitu poskytované péče či o jednotlivé zdravotnické programy. Definice „kvality života“ z pohledu zdravotnictví vycházejí většinou z definice zdraví podle WHO, která začíná slovy „...kompletní fyzické, duševní a sociální pohody...“ a končí slovy „...schopnost vést společensky a ekonomicky plodný život“ .

V roce 1993 vytvořila Mezinárodní zdravotnická organizace vlastní definici kvality života ve vztahu ke zdraví: „Kvalita života je vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekávaní, standardům, zájmům, starostem a obavám“ (WHO 1993).

Centrum pro podporu zdraví sídlící v Torontu vytvořilo mnohem kratší, ovšem výstižnější definici: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“ (Payne 2005, s. 208).



Pozor, uvědomte si, důležité:

Kvalita života je zejména ve stáří velmi významný parametr hodnocení. Jedním ze základních potřeb (v každém věkovém období) je možnost užívání mezilidské komunikace. Zejména muži těžce přijímají komplikace v komunikačním procesu a často se objevuje tristní deprese ze sociální izolace.

Kebza (2005) hovoří o tom, že se pojetí kvality života stalo základem pro mnoho metodických postupů určených k posuzování postavení člověka jako individua na jisté škále „zdraví – nemoc“. Tyto postupy umožňují také vystižení individuálních charakteristik lidského zdraví. (O možných diagnostických postupech hovoříme na konci této kapitoly.)

Kvalita života se tak stala jednou ze složek hodnocení lidského zdraví a následné péče o něj.

Kvalita života je hodnocena na základě několika složek, které výstižně popsal Payne.

**Tři subjektivní komponenty kvality života** podle Payna (2005, s. 579):

- *kognitivní hodnocení vlastního života* (vztahy, práce, přátelé, finance)
- *emocionální prožívání vlastního života* (kladné i záporné – štěstí, pohoda, úzkost, deprese)
- *subjektivní zdraví* = subjektivní ohodnocení objektivního zdravotního stavu

K vystižení zdravotního stavu člověka, na jehož základě se ve zdravotnictví stanovuje odpovídající typ léčebných postupů a typ celkové péče o pacienta, se používá komplexní

Staří lidé se v dnešní době dostávají do popředí zájmu, protože celá populace (zejména evropská) stárne a přináší s sebou nejistou půdu pod nohama. Tím, že se zvyšuje počet starších osob a délka jejich života, zvyšuje se i počet méně či více závislých lidí a potřeba péče v této oblasti. Průměrný věk populace roste, zejména pak po roce 1950, a lidé se dožívají vyššího věku. Během generací se výrazně zvýšilo procento osob starších 60 let z poměru 1 : 14 na 1 : 4 a zvyšuje se nadále. Světová populace stárne nerovnoměrně v čase a s ohledem na různé země. V zemích OECD se očekává, že v roce 2030 bude poměr starších a mladších 1 : 3, zatímco v afrických zemích se tento stav očekává výrazně později. V České republice se do roku 2020 očekává nárůst osob starších 65letých o 31 %. Rozdíly v demografii se vyskytují i u žen a mužů, ale u nás jsou menší než v nejrozvinutějších oblastech. Procento starších žen roste a předbíhá tak procento starších mužů. V roce 1995 bylo starších 60letých u žen 20 % a mužů 15 %. Předpokládá se, že do roku 2025 stoupne procento starší ženské populace na 27 % a mužské populace na 22 % (Preiss 1998).

## Kvalita života seniorů

*„Posuzovat kvalitu života léty je totéž, jako měřit hodnotu knihy počtem stran, obraz čtverečnými decimetry a sochu na kilogramy“*  
(Štílec, M. 2004).

Kvalita života je v současné době v odborné literatuře velice často používaným, ne však zcela novým pojmem. Roste zájem o kategorii kvality života osob se zdravotním postižením, s chronickým onemocněním, závislých, seniorů i intaktní, běžné populace (P. Mühlpachr in Řehulka, E. 2006). Tomuto fenoménu je věnována pozornost v různých vědeckých disciplínách. E. Řehulka a O. Řehulková (in Řehulka, E. 2006) uvádějí, že pojem „kvalita života“ umožňuje spojení a průnik bio-medicínských a společenských věd (jako např. filozofie, pedagogika, psychologie aj.).

V psychologické rovině kvalita života obvykle značí určitý koncept toho, co jedinci přináší pocit spokojenosti a životní pohody. Sociologické přístupy porovnávají kvalitu života v závislosti na sociálních vrstvách, státech a oblastech. Výzkumy se orientují na určování parametrů životní úrovně jako možných identifikátorů kvality života v určitém prostředí. Sociologické koncepty kvality života koncentrují pozornost na převážně materiální podmínky života společnosti. Základem je výpočet dostupnosti životní úrovně subjektů – materiální standard. V tomto případě se tedy jedná o kvantitativní aspekt kvality života. Za nejčastější parametry životního standardu jsou považovány příjmy, výdaje, bydlení, vybavenost

na „zvláštnostech vytváření diferenciačních podmíněných reflexních spojů v oblasti pohybového analyzátoru.“ (Rubinštejnová 1986, s. 133)

Valenta, Krejčířová (1997) ve své publikaci uvádějí příčiny, které se shodují s poznatky Rubinštejnové:

- **nedostatky v rozvoji fonemického sluchu** – nedostatečná diskriminace jednotlivých fonémů (dítě sice hlásky slyší, ale nerozlišuje, či nerozlišuje dostatečně). Příčina je v pomalém vytváření diferenciačních podmíněných spojů a dynamických stereotypů.
- **nedostatky v artikulaci** – důvodem je opět ve slabé spojení center jemné motoriky a roli hraje také oslabení sluchové a proprioreceptivní zpětné aferentace.
- **nedostatky v korových částech analyzátorů a v integrátoru fatických funkcí** – (plynou z podstaty mentálního postižení) a mají za následek nedostatky v obsahu sdělení, nedostatečné schopnosti rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči (Valenta, Krejčířová 1997).

Stejně popisuje rozvoj řeči u jedinců s mentálním postižením Pipeková (2004). Uvádí, že rozvoj řeči u jedinců s mentálním postižením je podmíněn pomalým a nedostatečným rozvojem v oblasti sluchového analyzátoru s nedostatky ve **fonemickém sluchu**, které se zpětně odráží ve vývoji artikulace. Ta je opožděná v důsledku **nepřesné motoriky artikulačního ústrojí** a má vliv nejen na výslovnost jednotlivých hlásek, ale i výslovnost slov či celých vět. Nedostatečné sluchové vnímání komplikuje zdokonalování výslovnosti a nepřesná výslovnost pak ztěžuje zlepšení kvality sluchových vjemů. (Pipeková 2004, s. 301)



Pozor, uvědomte si, důležité:

Uvedené schéma příkladně demonstruje objem a kvalitu komunikace v čase. Pripomínáme, že tento výkon vyčerpá děti s MP stejně či více, než jejich vrstevníky. Proto více „vypínají“.

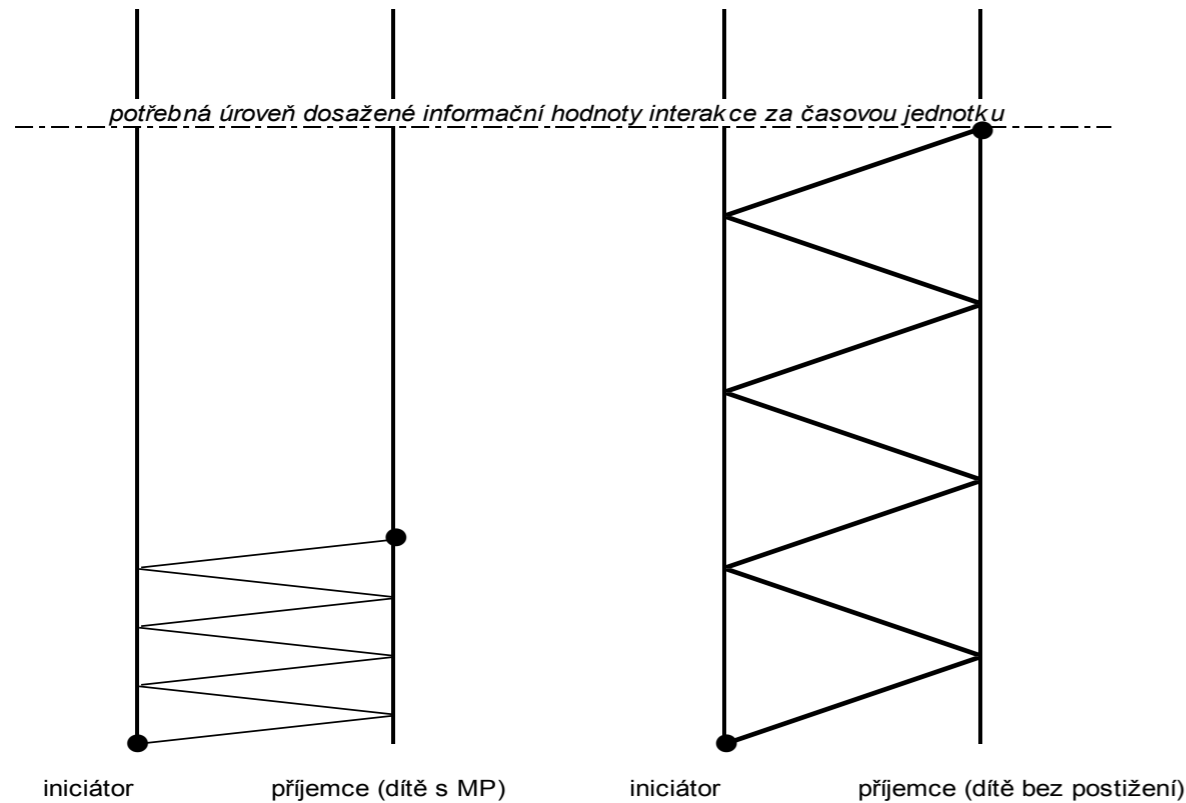
Klenková (2006) uvádí, že řeč mentálně postižených ovlivňuje kromě **mentální retardace** také **opožděním v motorickém vývoji**, časté **poruchy sluchu** či **zhoršená sluchová diferenciace**, **nedostatky v motorické koordinaci mluvidel** a **různé anomálie mluvidel** (deformace chrupu a čelistí, rozštěpy, anomálie mluvidel, atd.) či **nedostatek podnětů a zanedbávající prostředí**.

Dá se říci, že výše uvedení autoři se ve svých charakteristikách téměř shodují, jen s tím rozdílem, že část z nich obecně udává potíže v oblasti sluchového analyzátoru, jiní



konkrétněji nedostatky ve fonemickém sluchu (viz tabulka 4). Autorka Klenková tento výčet doplňuje o anatomické zvláštnosti mluvidel a vlivy prostředí.

Průběh komunikace např. rodiče s dítětem s MP za časovou jednotku



Tabulka Faktory ovlivňující řeč u jedinců s mentálním postižením u jednotlivých autorů

Příčiny	korové zpracování	sluchový analyzátor	fonematický sluch	motorika artikulačního ústrojí	anatomické zvláštnosti mluvidel	vlivy prostředí
Rubinštejnová	■	■	■	■		
Valenta, Krejčířová	■		■	■		
Pipeková		■	■	■		
Klenková		■		■	■	■

### Vliv stupně postižení na řečový projev osob s mentálním postižením

Jak již bylo výše zmíněno, odborníci se shodují na tom, že stupeň mentálního postižení určuje možnosti rozvoje a stav mluvního projevu více, než její forma a typ. Dále je také v předchozích kapitolách uvedeno, že vývoj a stav řeči je velmi úzce provázán s vývojem

vaziva, sklerotizace cév, snížený průtok krve důležitými orgány, úbytek tělesné hmoty a svalové síly, zpomalení psychomotorického tempa (a s tím i tempa řeči) a vedení vzruchů a involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů (Langmaier, Krejčířová 1998; Pacovský 1994). Častá jsou postižení smyslových funkcí (zvyšuje se práh zrakového, sluchového i chuťového a čichového vnímání, tím se vnímání celkově zhoršuje) a pohybového aparátu (Hrdlička, Hrdličková 1999). Stárnutí se projevuje i v psychické oblasti, zejména v souvislosti se změnami poznávacích schopností (změny v procesech paměti a učení, pokles fluidní inteligence) a změnami v osobnosti člověka (zvyšuje se egocentričnost, častá je labilita nálady a apatie) (Langmaier, Krejčířová 1998; Hrdlička, Hrdličková 1999; Pacovský 1994). Třetí takovou oblastí je oblast sociální, která je spojena se zařazením jedince do společnosti, se změnami jeho postavení a vytvářením nových rolí (Pacovský 1994). Na stárnutí jako proces bylo vyvinuto mnoho teorií, i když žádná není zcela dostačující, píše o nich Stuart-Hamilton (1997), Ďoubal (1997) a Pacovský (1990) in ĎOUBAL, S., KLEMERA, P., FILIPOVÁ, M., DOLEJŠÍ 1997. Zde zmínění autoři spolu s Kalvachem (1997), Kalvachem, Zadákem, Jirákem, Zavázalovou, Suchardou a kol. (2004) a Weberem (2000) podrobněji rozpracovávají problematiku stárnutí a stáří v konceptu celé oblasti geriatrie a gerontologie.

Světová zdravotnická organizace (WHO) se usnesla na tomto členění (Říčan, P. 2004, s. 332):

- 45–60 let střední (zralý) věk
- 60–75 let rané stáří (vyšší věk)
- 75–90 let kmetství (pokročilý věk)
- 90 let a více dlouhověkost (vysoký věk)

Jiné rozdělení uvádí P. Hartl (1993, s. 187):

- 60–74 let počínající sénium
  - 75–89 let vlastní sénium
  - 90 let a více dlouhověkost
- Obdobně podle J. Viewega (1974, s. 29):
- 60–75 let počáteční stáří
  - 75–90 let pokročilé stáří
  - nad 90 let krajní stáří




Český psycholog V. Příhoda (1974) považuje věk 60–75 let za senescenci (stáří) a od 75 let hovoří o senectu (kmetství).


Periodizací je nespočet, v současnosti se však stále častěji uplatňuje členění, které uvádí P. Mühlpachr (2004, s. 21):

- **65–74 let mladí senioři** (dominuje adaptace na penzionování, volný čas, aktivity, seberealizace)
- **75–84 let starší senioři** (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- **85 let a více velmi starší senioři** (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Ve všech uvedených členěních se opakovaně objevuje uzlový ontogenetický bod, kritická perioda, věk kolem 75 let.

### 3.1 Stáří

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2 hodiny
	Cíl kapitoly	<b>Seznámit s charakteristikou seniorského věku a pojmem stáří</b>
	Klíčová slova	Stáří, stárnutí, zdraví, nemoc, kvalita života

	Využívání AAK u věkově specifické skupiny (dospělých a seniorů) s sebou nese jinou problematiku. Klienti, kteří mají zkušenost s rychlostí a efektivitou verbální komunikace se mnohdy brání jiným formám. Proto postup při implantování jiných komunikačních forem má určité zákonitosti. Základním východiskem je znalost této věkové kategorie právě s ohledem na komunikaci a řeč.
--	--

„Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je vlastně cestou do stáří, jež je poslední ontogenetickou periodou lidského života.“


(Weber 2000, s. 15)

#### Stárnutí

Proces stárnutí patří k vývoji lidského jedince, je jeho poslední ontogenetickou vývojovou etapou a souvisí se všemi předcházejícími etapami. Stárnutí můžeme pokládat za přechodné období mezi dospělostí a stářím, které člověka „připravuje“ na poslední vývojovou fázi. Stárnutím se většinou rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které determinují pokles schopností a výkonnosti stárnoucího člověka a podmiňují i jeho vyšší zranitelnost (Krejčířová, Langmaier 1998). V procesu stárnutí zaznamenáváme mnohé společnými znaky. V rámci biologických projevů (biologické stárnutí probíhá na úrovni buněčné, orgánové a na úrovni organismu) je to např. snižování odolnosti vůči infekcím, zvyšování sklonu k nádorovým onemocněním, zpomalování hojení ran, změna pružnosti

rozumových schopností a jeho opoždění či případné odchylky jsou také často prvním diagnostickým znakem mentálního postižení.

V následujícím přehledu jsou shrnuty charakteristické znaky řeči u jedinců s různým stupněm mentálního postižení, tak jak je někteří autoři uvádějí.

	Pozor, uvědomte si, důležité: Komunikace a řeč je systém, který je ovlivňován dalšími parametry. AAK může ulehčit a zefektivnit komunikaci, ale i ji ovlivňují tyto parametry (např. paměť, motorika). Jsou proto oblastmi významnými ke stimulaci.
---	---

#### Charakteristika podle Sováka:

Autor používá terminologii poplatnou jeho době a osoby s mentálním postižením rozděluje na skupinu idiotických, imbecilních a debilních jedinců. Stará terminologie je v současnosti již nepřijatelná, proto je v následujícím přehledu použito pojmenování užívaných v současnosti. Můžeme vyvodit, že pro termín debilní jedinec dnes platí osoba s lehkým mentálním postižením, imbecilní jedinec má ekvivalent osoby se středně těžkým mentálním postižením a idiotického jedince bychom dnes zařadili do skupiny osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením.

#### Řeč jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením

- řeč je na úrovni pudových a afektivních hlasových projevů
- jedinec upravuje hlas podle toho, jde-li o výraz přání, odporu, zlosti
- časté echolálie

#### Řeč jedince se středním mentálním postižením

- přetrvávají projevové pudové složky, které jsou obměňované modulačními faktory
- jedinec je schopný spojovat slyšené zvuky s jejich zdrojem a s konkrétními situacemi
- vytváří významové zvuky
- řeč má prvosignální úroveň = vybavovací a částečně sdělovací složky řeči
- časté echolálie
- schopnost živé nápodoby i složitějších mluvních celků
- k vyjádření přání, odporu a afektů jedinci využívají modulační faktory
- stupeň vývoje řeči odpovídá konkrétnímu myšlení

#### Řeč jedince s lehkým mentálním postižením

- řeč může dospět až na úroveň zobecňování a abstrakce, tedy 2. signální soustavy (nikdy nedosáhne ale úrovně zdravé populace)

- slova mají význam mluvních obsahových zvuků
- vážne usuzovací schopnost
- někdy se objevují echolálie
- naučené mluvní stereotypy někdy nepoužívají adekvátně
- mluvní projev se někdy jeví jako mnohomluvnost až žvanivost (je to důsledek častého užívání stereotypů, které nejsou tlumeny společenskými zábrany)
- řeč už dosahuje úrovně dorozumívací a sdělovací (Sovák 1978, s. 398–399)

#### Charakteristika podle Bezručkové:

Také tato autorka používá staré členění osob s mentálním postižením, které v době, kdy charakteristiku vypracovala, bylo v odborných kruzích používáno. Platí stejný, již výše uvedený předpoklad o terminologii vztahující se k jednotlivým stupňům mentálního postižení.

#### Řeč jedince s těžkým a hlubokým mentálním postižením

- poruchy dechové ekonomiky
- drsný, chraptivý, hrubý, nemelodický hlas
- modulační prvky mají primitivní podobu
- artikulace je omezena na zvuky samohlásek či jim podobné
- slovní celky nejsou schopny artikulovat
- gramatická, obsahová a stylistická složka se nerozvíjí
- řeč je na úrovni nižší nervové činnosti

#### Řeč jedince se středním mentálním postižením

- poruchy dechové ekonomiky nejsou již tak výrazné
- pudové složky hlasového projevu jsou tlumenější
- často je posazení hlasu příliš hluboké či naopak příliš vysoké
- řeč má monotónní charakter
- časté echolálie
- velmi dobré napodobovací schopnosti, které kompenzují neschopnost abstrakce a transferu u gramatických pravidel
- rytmické prvky řeči lze poměrně dobře nacvičovat ve spojení s tělesnými a pracovními činnostmi
- chybí stylistické schopnosti, řečový projev obsahuje převážně emocionálně volní prvky
- prvky řeči vychází z první signální soustavy

jako naznačení ideálního stavu, kterého dle některých odborníků nelze v podstatě dosáhnout (srovnej Payne 1998; Svatošová 2003).

**Definice WHO** „*Nemoc je stav organismu vznikající působením vnějších a vnitřních okolností, narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů vedoucích ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům*“ (Vokurka, Hugo 2007, s. 311).

**Ze starších definic:** nemoc lze chápat jako „*organický nesoulad, jako projev poruchy fyziologické funkce.*“ (Haškovcová 1975, s. 85). Dále uvádí, že nemoc si lze vyložit i jako sociální jev, který neprobíhá jen na fyzické bázi, kde vyvolává pocity utrpení, bolesti, motivuje jednání směřující k úlevě. Jednání nemocného člověka a jeho okolí je strukturováno, zasazeno do pevných a srozumitelných institucionálních vzorů, kde platí určitá pravidla, normy, které je nutné dodržovat. Nemoc člověka má vážné sociální důsledky, neboť přerušuje některé sociální procesy, podněcuje změny v organizaci sociálních skupin, mění vztahy mezi lidmi (Haškovcová 1975).

**V současném medicínském pojetí** je nemoc „*porucha zdraví, která je obvykle zjistitelná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotních služeb.*“ (Vokurka, Hugo 2004, s. 589). Podle časového průběhu rozeznáváme počáteční období prepatogeneze, časné patogeneze (latentní, popř. symptomatická fáze nemoci), rozvinutá patogeneze a ukončení nemoci – vyléčením, přechodem do *chronické fáze* nebo smrti (Vokurka, Hugo 2004).

Student se i seznámí s jednotlivými vzdělávacími oblastmi, s principy plánování a organizace hodin. Dále je v textu stručně analyzována situace současná. Nedílnou součástí je i podrobné pojednání o možnostech individuální a skupinové formy integrace. Texty teoretické jsou obohaceny praktickými ukázkami.

### 3 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE VE STÁŘÍ A U CHRONICKY NEMOCNÝCH

Moderní věda se kromě jiného podílí i na prodlužování lidského života, uplatňuje nové zásady v oblasti hygieny, správné výživy a životosprávy, zachraňuje životy jedincům, kteří by právě bez zásahu vysoce specializovaných moderních technologií nemohli přežít. Pochopitelně i vlivem těchto faktorů dochází celosvětově ke stárnutí populace, k prodlužování průměrného věku života, což s sebou kromě jiného přináší i větší náklady a nároky v oblasti zdravotní a sociální péče, rostou ekonomické náklady na léčbu, je nutné zkvalitňovat i technické zázemí. I z těchto důvodů se v posledních desetiletích klade velký celospolečenský důraz na zajišťování kvalitní primární, sekundární i terciární prevence, rozhodování a odpovědnost se vyžaduje jak od lékařských pracovišť, tak i samotných pacientů. Definice pojmu zdraví se stejně jako definice nemoci měnila vlivem doby, prostředí, ale i vlivem vzdělanosti. Kdysi byla nemoc projevem kouzel, či nepřejčnosti bohů. Dnes má stejně jako zdraví bio-psycho-sociální charakter (Křivohlavý 2001).

Původní význam slova zdraví, jak je definován v nejrůznějších etymologických slovnících, znamenalo celek. Tento pojem celku se dnes objevuje opět, a to v názvu směru zvaném holismus (Křivohlavý 2001).

Chápání a prezentace pojmu zdraví je ovlivněna oborem činnosti, v jakém se jednotliví odborníci pohybují. Jistě bude rozdíl pojetí zdraví lékaře, sociologa, filozofa, humanisty či idealisty. Lékař spojuje pojem zdraví s nepřítomností nemoci, choroby, úrazu. Sociolog nahlíží na zdravého člověka jako na toho, který je schopen fungovat ve všech příslušných sociálních rolích, pro humanistu je člověk zdravý v případě, že je schopen se vyrovnat s tlakem a úkoly, které se naskytou. Zdraví je prostředkem k realizaci vyšších cílů a hodnot (Křivohlavý 2001).


*„Zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Zdraví je fyzické (tělesné), psychické (duševní) a sociální blaho,“* tolik definice (WHO 1964).

Novější definice WHO *„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické i sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby.“*

Výše zmiňované definice nesledují pouze objektivní zdravotní stav, ale zachycují i subjektivní rozměr zdraví, zmiňují i otázku sociálního faktoru. Definice je možné chápat

#### Řeč jedince s lehkým mentálním postižením

- pravidelné dýchání s možnými výkyvy
- hlas je ovládán a je možné ho cvičit spolu s dýcháním
- dobře vyvinuté modulační faktory, které usnadňují sdělování a dorozumívání těchto jedinců
- rytmus řeči je možné opakovaným tréninkem dobře usměrnit
- artikulace hlásek bývá někdy obtížná a je potřeba intenzivní logopedickou péči
- základní gramatická pravidla mají tyto jedinci většinou zvládnuty, ale ne vždy jsou schopni je přesně použít
- velký vliv má na jejich řečový projev správný řečový vzor a prostředí
- slovní zásoba je většinou ne příliš obsáhlá (Bezručková 1983, s. 28)

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité:</p> <p>Charakteristika dle Bezručkové a Sováka je příkladem statické charakteristiky.</p>
---	--

#### Charakteristika podle Lechty:

Lechta uvádí postřehy Jankovichové, která uvádí, že hranice mezi těžkou a střední MR vymezují poměrně jednoznačně právě rozdíly v řečových výkonech, na rozdíl od hranice mezi středním a lehkým stupněm MP, kde rozdíly v řečové oblasti nejsou tak nápadné. Jankovichová (1968, in Lechta 2002)

#### Řeč u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením

- tyto osoby se obvykle nenaučí mluvit, jejich řečové projevy zůstávají na pudové úrovni,
- často vydávají jen neartikulované zvuky
- problémy také v neverbální komunikaci (omezená mimika, gestika)
- hlas je dysfonický, chraptivý a modulovaný podle citového rozpoložení
- situační reakce – reagují na zavolání, (nejde o porozumění)
- někteří jedinci se naučí několik jednoduchých, většinou těžko srozumitelných slov, (např. máma, táta), ale přesto nepochopí vztah k jejich osobě

#### Řeč u osob se středním mentálním postižením

- řečový vývoj nastává v některých případech až kolem 6. roku života




- řeč může dosáhnout úrovně první signální soustavy
- výborná napodobovací schopnost
- schopnost mechanicky opakovat i delší řečové celky (bez porozumění obsahu)
- častý výskyt echolálie
- jsou schopny naučit se dorozumívát se svým okolím
- pasivně mnohem více znají, než jsou schopni aktivně použít


#### **Řeč u osob s lehkým mentálním postižením**


- začátky vývoje řeči jsou obvykle opožděné o rok i více
- mohou se dostat až na úroveň druhé signální soustavy (schopnost abstrakce, zevšeobecnění)
- řeč nemusí být nápadná
- schopnost se dorozumět v běžných každodenních komunikačních situacích
- v neobvyklých situacích, když nemohou použít zafixované řečové stereotypy, mohou tito jedinci selhávat (Lechta 2002, s. 78)

Pokud jednotlivé autory porovnáme, můžeme říci, že nejpodrobnější charakteristiku podává Sovák, autorka Bezručková zprostředkovává jeho poznatky. Tytéž poznatky uvádí také Lechta, ale na rozdíl od předcházejících autorů popis rozšiřuje o charakteristiku řečového výkonu v komunikační situaci.

Pro větší přehlednost jsme se pokusili charakteristiky těchto autorů rozřadit do oblastí a poznatky uvádíme v následujících tabulkách 5, 6 a 7. Z těchto tabulek je možné velmi přehledně vyčíst, které oblasti tito autoři charakterizují.

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b></p> <p><i>Kapitola se zabývá problematikou logopedické péče a výběru a volby AAK u dětí. Jsou zmíněny faktory, které jsou významné při výběru.</i></p>
---	--

	<p><b>Aktivizační úloha:</b></p> <p>Zvolte si jeden druh AAK a charakterizujte typ postižení dítěte, pro které je vhodný. Nastiňte první etapu osvojování daného druhu AAK.</p>
---	---

	<p><b>Kontrolní otázky:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Vysvětlete pojem hlavové ukazovátka.</li> <li>6. Vysvětlete, proč je výhodné u malých dětí kombinace komunikačních systémů.</li> </ol>
---	--

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**



Grid 2 – je počítačový program s hlasovým výstupem a lze užívat také tabulky s obrázky, písmeny či slovy, je vhodný i pro osoby s tělesným postižením, neboť lze ovládat pouze jedním tlačítkem.

Altík, Altíkovy úkoly – tyto programy umožňují vytvářet a tisknout komunikační tabulky z fotografií, obrázků, piktogramů či slov (srov. [www.alternativnikomunikace.cz](http://www.alternativnikomunikace.cz); Janovcová 2003).

Mezi výukové počítačové programy patří:


Brepta: Naslouchej a hrej si – tyto programy slouží k rozvoji sluchového vnímání, jazykových a řečových schopností.

Méd'a – existuje několik počítačových programů (např. na psaní, čtení, počítání, poznávání piktogramů, obrázků, barev a tvarů), jsou tedy zaměřené na rozvoj smyslových a rozumových schopností žáka.

Psaní – program je zaměřený převážně na analýzu a syntézu slov, skládání slov, vět, není však obrázkový, ale pouze textový.

Dalšími známými počítačovými programy určenými pro výuku dětí v mateřských školách, žáků s mentálním postižením jsou např.: Všeználek, Neználek, Těšíme se do školy, Sluníčko, Beruška, Dětský koutek (I., II., III., IV., V.), Logopedie – klíček k myšlení a řeči, Globální slabikář, Se Zajdou za poznáním, Hrajeme si s písmenky, Zábavná matematika a dále různé encyklopedie, říkadla, písničky a DVD s krátkými pohádkami a mnoho dalších jak počítačových programů, tak DVD (srov. Janovcová 2003, [www.alternativnikomunikace.cz](http://www.alternativnikomunikace.cz), [www.petit-os.cz](http://www.petit-os.cz)).

*„Zkušenosti ukazují, že i pro děti s mentální retardací je práce s počítačem stejně přitažlivá, jako pro děti intaktní, obvykle je však vhodné k ovládnutí zvolit zjednodušené klávesnice nebo spínače. Speciální logopedické a výukové programy jsou pro tyto děti dobrou motivační pomůckou“* (Janovcová 2003, s. 35).

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Volba a výběr AAK je velmi důležitý proces, na kterém mají participovat také rodiče. Ještě mezi mnohými profesionály přetrvávají mýty a spontánním rozmluvením Se.</p>
---	---

**Tabulka Řeč osob s lehkým mentálním postižením**

	<b>Sovák (1978)</b>	<b>Bezručková (1983)</b>	<b>Lechta (2002)</b>
<b>obecná charakteristika a vývoj řeči</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>řeč může dospět až na úroveň zobecnování a abstrakce, tedy 2. signální soustavy (nikdy nedosáhne ale úrovně zdravé populace)</li> <li>slova mají význam mluvních obsahových zvuků</li> <li>vážně usuzovací schopnost</li> <li>někdy se objevují echolálie</li> <li>řeč už dosahuje úrovně dorozumívací a sdělovací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>velký vliv má na jejich řečový projev správný řečový vzor a prostředí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>začátky vývoje řeči jsou obvykle opožděné o rok i více</li> <li>mohou se dostat až na úroveň druhé signální soustavy (schopnost abstrakce, zevšeobecnění)</li> </ul>
<b>artikulace, dýchání, fonace, prozódie</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>hlas je ovládnut a je možné ho cvičit spolu s dýcháním</li> <li>dobře vyvinuté modulační faktory, které usnadňují sdělování a dorozumívání těchto jedinců</li> <li>pravidelné dýchání s možnými výkyvy</li> <li>rytmus řeči je možné opakovaným tréninkem dobře usměrnit</li> <li>artikulace hlásek bývá někdy obtížná a je potřeba intenzivní logopedická péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>řeč nemusí být nápadná</li> </ul>
<b>gramatika, slovník</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>základní gramatická pravidla mají tito jedinci většinou zvládnuty, ale ne vždy jsou schopni je přesně použít</li> <li>slovní zásoba je většinou ne příliš obsáhlá</li> </ul>	
<b>pragmatika</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>naučené mluvní stereotypy někdy nepoužívají adekvátně</li> <li>mluvní projev se někdy jeví jako mnohomluvnost až žvanivost (je to důsledek častého užívání stereotypů, které nejsou tlumeny společenskými zábrany)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>schopnost se dorozumět v běžných každodenních komunikačních situacích</li> <li>v neobvyklých situacích, když nemohou použít zafixované řečové stereotypy, mohou tito jedinci selhávat</li> </ul>

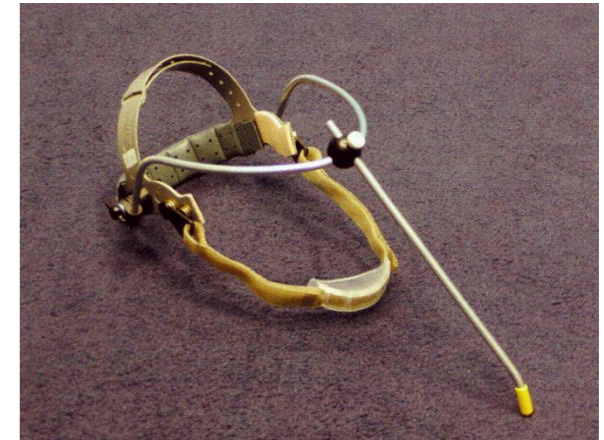
(Sovák 1978, s. 398–399; Bezručková 1983, s. 28; Lechta 2002, s. 79)

**Tabulka Řeč u osob se středním mentálním postižením**

	<b>Sovák (1978)</b>	<b>Bezručková (1983)</b>	<b>Lechta (2002)</b>
<b>obecná charakteristika a vývoj řeči</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• přetrvávají projevové pudové složky, které jsou obměňované modulačními faktory</li> <li>• jedinec je schopný spojovat slyšené zvuky s jejich zdrojem a s konkrétními situacemi</li> <li>• vytváří významové zvuky</li> <li>• řeč má prvsignální úroveň = vybavovací a částečně sdělovací složky řeči</li> <li>• časté echolálie</li> <li>• schopnost živé nápodoby i složitějších mluvních celků</li> <li>• stupeň vývoje řeči odpovídá konkrétnímu myšlení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pudové složky hlasového projevu jsou tlumenější</li> <li>• časté echolálie</li> <li>• prvky řeči vychází z první signální soustavy</li> <li>• velmi dobré napodobovací schopnosti, které kompenzují neschopnost abstrakce a transferu u gramatických pravidel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• řečový vývoj nastává v některých případech až kolem 6. roku života</li> <li>• řeč může dosáhnout úrovně první signální soustavy</li> <li>• výborná napodobovací schopnost</li> <li>• častý výskyt echolálie</li> </ul>
<b>artiklace, dýchání, fonace, prozódie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• k vyjádření přání, odporu a afektů jedinci využívají modulační faktory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poruchy dechové ekonomiky nejsou již tak výrazné</li> <li>• často je posazení hlasu příliš hluboké či naopak příliš vysoké</li> <li>• řeč má monotónní charakter</li> <li>• rytmické prvky řeči lze poměrně dobře nacvičovat ve spojení s tělesnými a pracovními činnostmi</li> </ul>	
<b>Gramati-ka, slovník</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• chybí stylistické schopnosti, řečový projev obsahuje převážně emocionálně volní prvky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pasivně mnohem více znají, než jsou schopni aktivně použít</li> </ul>
<b>pragmatika</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• jsou schopny naučit se dorozumívat se svým okolím</li> <li>• schopnost mechanicky opakovat i delší řečové celky (bez porozumění obsahu)</li> </ul>

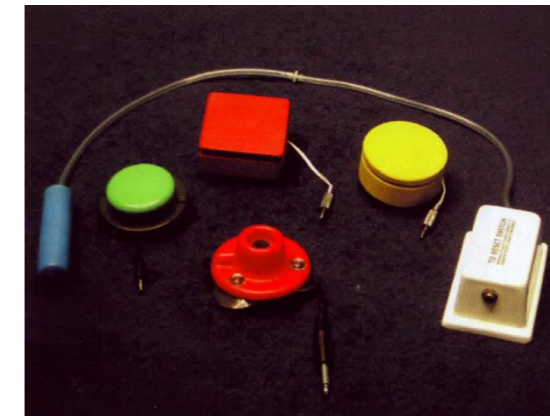
(Sovák 1978, s. 398–399; Bezručková 1983, s. 28; Lechta 2002, s. 78)

Hlavové ukazovátko



U osob s mentálním postižením se jedná o zjednodušené verze výukových programů, stejně tak pro osoby s poruchou autistického spektra, pro které jsou podle Bondy a Frosta počítače výhodou, neboť je stále předvídatelné, jaký další výstup, postup počítač zvolí. Vhodné je pro děti s autismem

zvolit takový typ počítače, který by byl přenosný a měl dostatek energie při použití baterie. Dále slouží také k sociální interakci mezi dětmi, a to nejen v oblasti komunikace, ale i při hře, neboť většina programů je připravena pro hru dvou hráčů (srov. Bondy, Frost 2007; Klenková 2006; Janovcová 2003).



Různé typy spínačů

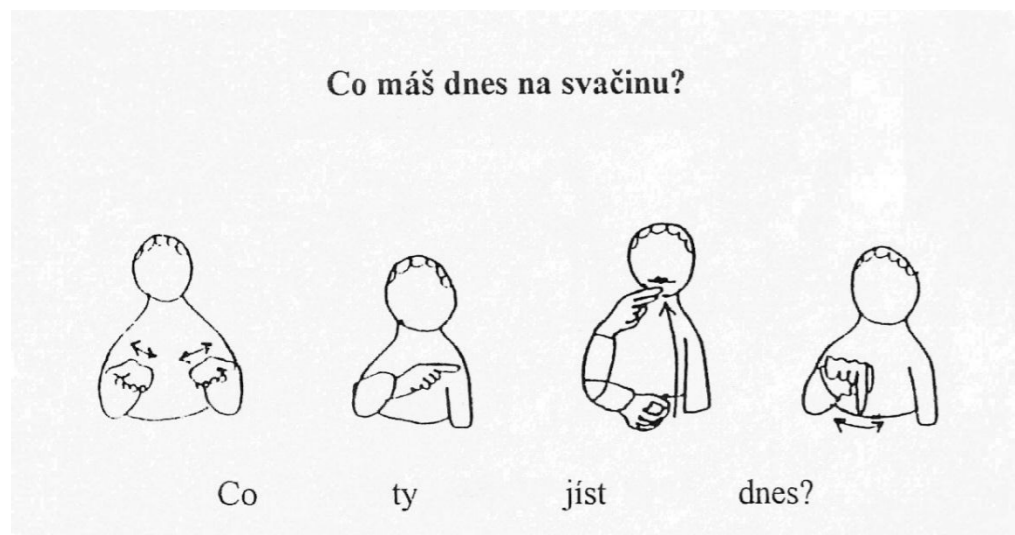
V praxi jsou nejčastěji užívány zejména tyto programy určené pro vzdělávání a rozvoj komunikačních schopností ([www.alternativnikomunikace.cz](http://www.alternativnikomunikace.cz)):

**Symwriter** – tento počítačový program slouží nejen k využití pro alternativní komunikaci, ale je využitelný pro psaní, přípravu vyučovací hodiny učitelem, apod. Funguje jako textový editor, ve kterém se při psaní objevují symboly (obrázky, které znázorňují psané slovo), hlasový výstup je také součástí programu.

**ACKeyboard** – hlasový výstup tohoto programu umožňuje hlasité čtení slov nebo vět podle výběru osoby pracující s počítačem. V tomto programu je možné vytvořit několik komunikačních tabulek s vlastním výběrem obrázků a jejich velikostí i velikosti písma. Tento program však neslouží k tisku komunikačních tabulek.

**Boardmaker** – tento program slouží ke zhotovení a tisku komunikačních tabulek. Obsahuje asi 10 000 barevných obrázků z různých oblastí.





### Komunikace počítačem



Počítače v současné době slouží také jako komunikační prostředek pro osoby s různým druhem postižením. „Jsou stimulatorem motivace a prostředkem k navázání snadnější a rychlejší spolupráce s dítětem“ (Janovcová 2003, s. 34).

Alternativní myš – trackball

Počítač se dá upravit tak, aby byl použitelný pro osobu se zrakovým postižením – počítač má hlasový výstup, mikrofon, lupu k monitoru nebo různé optické zvětšovací pomůcky, s tělesným postižením – upravené klávesnice, dotyková tlačítka místo klávesnice, alternativní verze myši, dotykové monitory, počítač může jedinec s těžkým tělesným postižením ovládat např. hlavou, bradou, kolenem, ukazovátkem na hlavě, světelným paprskem umístěným na brýlích, zvukem, dechem – pro každého je individuálně počítač upraven.



Alternativní klávesnice se speciálním krytem

### Tabulka Řeč u osob s těžkým a hlubokým mentálním postižením

	Sovák (1978)	Bezručková (1983)	Lechta (2002)
obecná charakteristika a vývoji řeči	<ul style="list-style-type: none"> <li>řeč je na úrovni pudových a afektivních hlasových projevů</li> <li>jedinec upravuje hlas podle toho, jde-li o výraz přání, odporu, zlosti</li> <li>časté echolálie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>řeč je na úrovni nižší nervové činnosti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>tyto osoby se obvykle nenaučí mluvit, jejich řečové projevy zůstávají na pudové úrovni</li> <li>problémy také v neverbální komunikaci (omezená mimika, gestika)</li> </ul>
artikulace, dýchání, fonace, prozódie		<ul style="list-style-type: none"> <li>drsný, chraptivý, hrubý, nemelodický hlas</li> <li>modulační prvky mají primitivní podobu</li> <li>artikulace je omezena na zvuky samohlásek či jim podobné</li> <li>slovní celky nejsou schopny artikulovat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>často vydávají jen neartikulované zvuky</li> <li>hlas je dysfonický, chraptivý a modulovaný podle citového rozpoložení</li> </ul>
gramatika, slovník		<ul style="list-style-type: none"> <li>gramatická, obsahová a stylistická složka se nerozvíjí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>někteří jedinci se naučí několik jednoduchých, většinou těžko srozumitelných slov, (např. máma, táta), ale přesto nepochopí vztah k jejich osobě</li> </ul>
Pragmatika			<ul style="list-style-type: none"> <li>situacní reakce – reagují na zavolání, (nejde o porozumění)</li> </ul>

(Sovák 1978, s. 398–399; Bezručková 1983, s. 28; Lechta 2002, s. 78)

### Těžké kombinované postižení

Těžké kombinované postižení znamená spojení dvou či více postižení. Pojem kombinace je v lékařství popisován jako přidružení jiné choroby v průběhu onemocnění, při čemž obě choroby nemají mezi sebou žádnou souvislost. V pojetí speciální pedagogiky se může jednat o kombinaci: zrakového, sluchového, mentálního postižení, tělesného a chronického onemocnění či poruchu chování. Kombinované postižení je komplexním syndromem, jehož dílčí aspekt mentálního postižení se vyskytuje ve spojení se slepotou, vysokým stupněm výchovných obtíží, s hluchotou, tělesným postižením nebo chronickým onemocněním (srov. Vítková 2006; Sovák a kol. 2000). Těžké kombinované postižení znamená omezení člověka ve všech rovinách jeho osobnosti. Jedná se o omezení nebo změny v emocionálním prožívání, kognitivním, tělesném, sociálním i komunikačním vývoji (Vítková 2006). Jedinci s těžkým



postižením a souběžným postižením více vadami jsou však živí lidé s vlastní dynamikou rozvoje, kteří potřebují podněty, interakci, a tím mohou žít svůj vlastní autonomní život, i když mnohdy velmi omezeně. Z jejich pohledu je život plnohodnotný, spokojený a naplněný (Vítková in Hájková 2009).

Pro pojem těžké kombinované postižení najdeme v literatuře více synonym: kombinované vady, vícenásobné postižení nebo těžké vícenásobné postižení, těžké zdravotní postižení, těžké postižení, souběžná postižení více vadami, multihandicap, hluboké postižení, sdružené vady. Zatím není v české terminologii určen jednotný pojem, který by označoval jedince s kombinovaným postižením (srov. Opatřilová 2009; Vítková in Pipeková 2006; Hanák 2005; Opatřilová 2005).

Příčin vzniku těžkého postižení může být mnoho, a to od genetických, neurologických, chromozomálních, metabolických až po traumatické faktory. Může se jednat o neznámé prenatální, perinatální, postnatální příčiny, ale také kombinaci příčin. V současné době lze konstatovat, že většina dětí s těžkým postižením má ve své anamnéze předčasné narození a jedná se o děti s nízkou porodní hmotností. Děti s kombinovanými vadami se však s tímto postižením nemusely pouze narodit, ale mohlo jít o následek těžkého úrazu, kdy již nenavázaly na předešlý vývoj. Děti s kombinovaným postižením mají jedno společné a to, že se vždy jedná o podstatné narušení či ztrátu koordinujících centrálních systémů (centrálních nervových funkcí). Ty se starají o řízení a realizaci pohybu, vnímání, všechny podněty a situace zpracovávají. Každý jedinec má narušení v jiné rovině a rozsahu, proto každý jiným způsobem navazuje kontakt, komunikuje, vnímá, rozvíjí své rozumové, smyslové, pohybové dovednosti (Vítková in Pipeková 2006).

Rozdělení kombinovaných vad dle Jesenského (Ludíková 2005):

- slepohluchoněmota a lehčí smyslová postižení
- mentální postižení s tělesným postižením
- mentální postižení se sluchovým postižením
- mentální postižení s chorobou
- mentální postižení se zrakovým postižením
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností
- smyslové a tělesné postižení
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (Ludíková 2005).

Jesenský rozpracoval rozdělení kombinovaných vad do konkrétních, jasných bodů, kdy mentální postižení má přidružené jiné konkrétní postižení, na rozdíl od Teplé, která rozděluje

### Znak do řeči



Lidé mohou během života preferovat různé systémy. Každý z nich má klady i zápory a výběr náhradního komunikačního systému je třeba pečlivě zvážit. Vhodné je využívat více komunikačních systémů, kombinací metod a pomůcek, které se vzájemně doplňují a umožňují multisenzoriální přístup. Obvykle podle Janovcové (2003) však u daného jedince nepoužíváme více než tři systémy současně.

### Srovnání symbolů Bliss, PCS, Makaton a piktogramů

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

Při výběru se zaměřujeme především na gestiku a mimiku, jakožto nejpřirozenější formu koverbálního chování. Zpočátku často používáme reálné předměty, potom obrázky a fotografie, následně piktogramy nebo písmo – případně v kombinaci s manuálními znaky. Vnímání dítěte převádíme z trojrozměrného na dvourozměrné, symbolové. Janovcová (2003) dále uvádí, že při přechodu na každou vyšší úroveň se musíme přesvědčit, zda došlo k porozumění. Je potřeba, aby se s používaným systémem seznámili všichni účastníci komunikace a používali ho v praxi. Pomůcka musí být snadno manipulovatelná, daný jedinec s jejím používáním musí zažívat pocit úspěchu a všichni účastníci ji musí akceptovat. Dítěti musíme poskytnout dostatečně objemný slovník.

kombinované vady do tří skupin. Teplá také uvádí konkrétní postižení, ale v jedné skupině je více možností typu postižení, což je výstižnější, neboť dítě s kombinovaným postižením může být handicapováno ve více oblastech. Dítě s těžkým postižením se dá lépe zařadit do určité skupiny podle Teplé, což má význam pro výchovně vzdělávací proces, neboť i MŠMT ČR rozděluje kombinované postižení stejně.



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Členění na podskupiny je významné právě pro pojmenování limitů pro výběr AAK. Začlenění do podskupiny neznamená automaticky celou škálu limitů či naopak dovedností. To je individuálně ovlivňováno právě prostředím.

Teplá (in Hanák 2005) rozděluje kombinované vady do tří hlavních skupin podle směrnic MŠMT ČR:

- kombinované vady, kdy je dominantní mentální retardace (jako další nejčastější vady jsou zde uvedeny smyslové vady, tělesné postižení na bázi dětské mozkové obrny, vady řeči, autismus, psychická onemocnění)
- kombinace tělesných, smyslových a řečových vad (specifickou skupinou jsou děti hluchoslepé)
- jedinci s autismem nebo autistickými rysy, u kterých jsou diagnostikována další postižení, např. mentální retardace, smyslové vady, tělesné postižení, vady řeči (Teplá in Hanák 2005).


Každý autor (srov. Vítková 2006; Jesenský in Ludíková 2005; Opatřilová 2005; Teplá in Hanák 2005) pohlíží na kombinované postižení z jiného úhlu. Společné mají však to, že se jedná o těžké postižení, které ovlivňuje nejen život osoby s postižením, ale i jejího okolí, pečujících osob. Těžké postižení je provázeno aktuálním ohrožením vitality života. Životně důležité funkce se neustále ocitají v krizi. To se týká převážně těchto funkcí:

- Onemocnění dýchacích cest.
- Progresivní tělesná změna (deformace páteře, svalový tonus) ovlivňuje funkci vnitřních orgánů, které se přemísťují a jejich funkce je omezena (např. dýchací, trávicí, vylučovací ústrojí). Tyto následné jevy se přidávají jako chronická onemocnění k původnímu poškození.
- Záchvatová onemocnění znamenají pro postiženého neustálé ohrožení života.
- Těžké postižení je spojeno s přetrvávající nejistotou, bolestí a medicínskými intervencemi (Vítková 2006).

Při zjišťování kombinovaných vad se na diagnostickém procesu podílí několik odborníků z různých oblastí: např. praktický lékař, ortoped, neurolog, logoped, oční lékař, otorinolaryngolog, psycholog, psychiatr, speciální pedagog a další, do této skupiny patří i rodiče (blízké osoby), kteří své dítě znají nejlépe a jsou schopni podat důležité informace o projevech a vývoji svého dítěte. Při diagnostice posuzujeme: motorické schopnosti (hrubou i jemnou motoriku), laterální, senzory, rozumové schopnosti, komunikační dovednosti, emocionalitu, chování, socializační vývoj, sebeobslužné činnosti, orientaci v prostředí, autoregulaci (srov. Přinosilová 2007; Opatřilová 2005). Normou pro diagnostiku je stav většiny dětí vývojově na stejné úrovni v určitém věku, tím je možno začlenit dítě s postižením do určité skupiny, podle které může v edukačním procesu postupovat dál ve svém vývoji (např. po dítěti ve věku 10 let s mentálním věkem 1 rok nemůžeme požadovat být i základy čtení, psaní, počítání, ale je potřeba zaměřovat se na rozvoj komunikace – alternativními metodami, sebeobslužných, kognitivních a smyslových schopností). Termín mentální věk podle Pedagogického slovníku znamená „úroveň mentálních (duševních) schopností, která odpovídá průměrné hodnotě, zjištěného u velkého souboru jedinců téhož stáří. Zjišťování této úrovně se provádí u malých dětí pozorováním, u starších testováním. Konkrétní jedinec může mít mentální věk odpovídající chronologickému „kalendářnímu“, může mít mentální věk vyšší (je oproti vrstevníkům napřed) anebo nižší (je oproti svým vrstevníkům opožděn)“ (Průcha a kol. 2008, s. 120).

#### Komunikace osob s kombinovaným postižením

„U osob s kombinovanými vadami často dochází k narušení (až znemožnění) komunikačního procesu, a to v důsledku senzoryckých či kognitivních bariér, popř. v důsledku nedostatků v oblasti motoriky (hrubé i jemné) a emočně – volní oblasti komunikujících“ (Bendová in Ludíková 2005, s. 15). Vzhledem k tomu, že u některých dětí s kombinovaným postižením není možné navázat verbální komunikaci, tak nám poslouží náhradní a podpůrný komunikační systém pro navázání komunikace s takto postiženým dítětem. Vhodné komunikační systémy pro děti s těžkým postižením je potřeba vybírat podle jejich kognitivních schopností, stupně porozumění neverbálním projevům i řeči, úrovně hrubé a jemné motoriky, apod. a pro každé dítě je třeba vybrat vhodný způsob, který mu bude vyhovovat pro navázání komunikace s okolím a také v porozumění druhým osobám.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Volba komunikačního prostředku není cílem práce odborníka. Cílem je užívání, funkční užívání a tento rozměr nabývá právě při procesu výchovy a vzdělávání.</p>
---	---


1976, In: Lechta, 2008, s. 98). Novým prvkem v logopedické péči se objevuje využívání alternativních a augmentativních forem komunikace.

### Výběr komunikačního systému

„Výběr komunikačního systému, či jejich kombinace, je vždy nutné posuzovat individuálně vzhledem k možnostem dítěte a ve vztahu k předpokládanému vývoji,“ (Kubová 1996, s. 7).

Důležitá je i vývojová prognóza dítěte. V úvahu musíme brát i prostředí jedince. Systém AAK lze zavést pouze v případě ochoty spolupráce nejbližšího okolí, jejich snahy naučit se komunikovat s postiženým prostřednictvím náhradního komunikačního systému.

Podle Laudové **při zavádění systému AAK (2003) zjišťujeme** rozumění signálům neverbální komunikace a rozumění řeči, současné způsoby komunikace a jejich úspěšnost, zrakové a sluchové vnímání i úroveň motoriky (hrubé i jemné). Nesmíme zapomenout zjistit vyjadřování ano/ne, zda jedinec rozumí symbolům a jaké má případné čtenářské dovednosti, jeho motivaci ke komunikaci a potřebu dorozumět se. Zajímají nás i sociální dovednosti, vztah k vrstevníkům, emoční projevy i kognitivní schopnosti. Dále zjišťujeme základní znalosti a perspektivy školského zařazení, způsob trávení volného času, očekávání klienta a osob v jeho okolí i úroveň podpory.

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Proces výběru by měl být dostupný všem zúčastněným (rodičům i odborníkům), tak, aby výsledné rozhodnutí bylo společným produktem.</p>
---	--

Janovcová (2003) uvádí pedocentrická a systémová hlediska, které je nutné brát v úvahu. Mezi **pedocentrická hlediska** patří porozumění slovní zásobě a všem aspektům jazyka (aktivní i pasivní slovní zásoba), verbální dovednosti (pokusy o komunikaci, gesta, mimika, zvuky), fyzické dovednosti, stav smyslových orgánů, dobu práce schopnosti, věk, předpoklad dalšího rozvoje, kognitivní schopnosti, potřebu a motivaci ke komunikaci, podporu rodiny a personálu a schopnost interakce. K **systémovým hlediskům** patří způsob přenosu (dynamický nebo statický), ikonicita (míra abstrakce), rozsah slovní zásoby a shoda s mluveným jazykem. AAK klade na dítě požadavky ve smyslu jeho vizuální aktivity, paměti a ostatních procesů myšlení. Před výběrem je proto nutné vyšetření zraku, sluchu, psychologické vyšetření, případně další podle individuálních zvláštností dítěte. Před zavedením systému nabízíme dítěti různé možnosti, zkusíme a ověřujeme si.

věnují stimulaci alternativní a augmentativní komunikaci u dětí. Těžký stupeň MR se často slučuje s hlubokým pro terapeutické postupy. Terapii zaměřuje na nácvik neverbálních a alternativních komunikačních systémů.


Středně těžký stupeň MR – terapie je vedena k rozšiřování aktivní slovní zásoby v souvislosti s rozvojem obsahové stránky řeči. Nácvik motorických a dalších dovedností, jež těsně souvisí s řečí. U některých jedinců lze v péči využít nápodobu. Terapie je tudíž prováděna tak, aby se maximálně rozvíjeli komunikační dovednosti. Nikoli k úplné úpravě mluvené řeči. Sovák (1978) řadí do komplexní péče pravidelná tělesná cvičení ve spojení s mluvními projevy. Tyto dovednosti jsou rozvíjeny pomocí her s předem určeným cílem. Zde je vhodné zopakovat údaj uvedený v experimentaci týkající se nutnosti opakování pro vytvoření podmíněného spoje (100–300 x oproti 1–2 x v intaktní populaci). Dále považuje za podstatné provázat lékařskou a rodinnou péči. V péči je podstatné dodržovat zásady výstavby řeči. „*Projevové zvuky se kombinují s pohybem a spojují s významem. Z významových zvuků se postupně vytvářejí mluvní zvuky až slova. Je důležitá správná a nenásilná stimulace, využití napodobovacího pudu a zvláště vazba na názor, na konkrétní. Postupuje se od jednoduchého ke složitějšímu, úměrně k rozumovým schopnostem dítěte*“ (Sovák 1978, s. 403). Celkově lze shrnout Sovákovu terapii do několika zásad:


- Zásada vývojovosti
- Zásada kladení důrazu na verbální nikoli kalendářní věk
- Zásada výstavby řeči
- Zásada somatického dialogu
- Zásada motivace hrou a cíle
- Zásada správné a nenásilné stimulace


Z daného lze vyvodit, že v možnostech logopedické terapie nedochází k výraznému posunu od dob péče Sováka. Ten do ní nezahrnuje pouze metody alternativní a augmentativní komunikace. Za podstatné ale považují upozornění mnoha odborníků na hrubou chybu v terapii, kdy dochází k úpravě artikulace bez dostatečně velké základny slovní zásoby a porozumění obsahu slov. V terapii považují za důležité využití metod komentování, tj. „self talking (komentujeme aktuální dění, jednání, situace, v nichž se jedinec nachází) a „parallel talking (verbalizace momentálního jednání a pocitů jedince). V kontextu „čekání“ na rozmluvení se dítěte pokládám za podstatné uvést tvrzení Böhma (1976), že „kritický věk, tj. nejpozdější věk pro osvojení řeči u dětí s mentální retardací, je věk kolem 14 let“ (Böhme

Může se jednat například o: piktogramy, systém Bliss, Makaton, Znak do řeči, Výměnný obrázkový komunikační systém, obrázky, fotografie – více o Alternativní a augmentativní komunikaci a o jednotlivých systémech další texty.


I když lidé s těžkým postižením tvoří heterogenní skupinu, každý z nich je originál a zaslouží si individuální přístup. Cílem výchovy a vzdělávání je celistvý vývoj jedince. Rodiče, pedagogové, vychovatelé, zkrátka lidé, kteří se podílí na výchově jedince s postižením, by měli být kreativní, pro každé dítě zvlášť používat vhodné pomůcky a zadávat úkoly, které jsou přiměřeně těžké a zvládnutelné vzhledem k postižení člověka, se kterým pracují. Pracovníci i rodiče jsou pod neustálým tlakem, neboť edukační proces je závislý na aktuálním zdravotním stavu, kognitivních možnostech a emočního naladění dítěte. Přestože je potřeba zajistit životně důležité potřeby u každého, v každém věku, je pro osoby s těžkým postižením obtížné dosáhnout uspokojení byť i základních potřeb, mezi které můžeme zařadit: uspokojení pocitu hladu, žízně, bolesti, potřebu jistoty, stability vztahů, uznání, sebeúcty, nezávislosti, samostatnosti, přijímání podnětů, změn, pohybů (srov. Vítková 2006; Opatřilová 2005). Všechny tyto potřeby a mnohé další by měla zajišťovat osoba, která je v blízkosti jedince s těžkým postižením, je mu blízká, zodpovídá za něj, pomáhá mu a s láskou, něhou a porozuměním naplňuje nejen základní potřeby pro zachování kvality života.

	<p><b>Pozor, uvědomte si, důležité:</b> Mít představu vývoje řečových a komunikačních dovedností dětí s jednotlivými typy postižení, znát zákonitosti kombinovaného postižení: to jsou předpoklady pro vytváření představ o procesu budování funkčního komunikačního systému.</p>
---	---

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b> <i>Kapitola je věnována specifikám v řeči osob s MP, jejich projevy v závislosti na hloubce MP. Charakteristiky jsou přiblíženy podle nejdůležitějších domácích zdrojů. Závěr kapitoly je věnován osobám s kombinovanými vadami.</i></p>
---	--


	<p><b>Aktivizační úloha:</b> Najděte odpovědi na internetu na dotazy rodičů o vývoji řeči- odpovědi analyzujte.</p>
---	---



	<p><b>Kontrolní otázky:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Charakterizujte slovník dětí s MP</li> <li>2. Charakterizujte průběh (vývoj) komunikačních dovedností dětí s PAS</li> </ol>
---	---

## PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:



	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Rozvoj řeči jde společně s rozvojem komunikace. Vytvoření plánu stimulace musí respektovat právě triádu: slovník- kombinace a ohýbání slov do vět – užívání dovedností. Variace mezi verbální a AAK formou je individuálně modelovaná strategie.</p>
---	---

Rozvíjí se motorika, sluchová percepce, schopnost fonemické diferenciaci, využívá se pasivních a posléze aktivních cvičení motoriky artikulačního aparátu (masáže, hlazení, foukání, motorika jazyka a rtů...).

- Zásada rytmizace – stimulace pomocí spojení hudby, zpěvu a pohybu.
- Zásada názornosti – využívání názorných pomůcek (obrázky...). Důležité pro mechanické opakování. Cvičení aplikujeme formou hry.
- Správný řečový vzor – klidná, srozumitelná mluva, pronášená v náležitém tempu a odpovídající jazykové normě.
- Aktivita přizpůsobovat individuálním potřebám, zájmům, citům jedinců.
- Vědomé navození situací, jež tyto osoby podporují k řeči.
- Dle možností využívání systémů alternativní a augmentativní komunikace.

Lechta (2008) tento výčet doplňuje o medikamentózní terapie. Ty nacházíme v těžších případech, kdy napomáhají k lepší spolupráci - působí na řeč nepřímo. Dále rozvíjí zásadu výstavby řeči na základě Fröhlichova doporučení aplikovat na nejnižším stupni „tzv. somatický dialog (lidské tělo jako prostředek dorozumívání, vyjadřování pocitů a přání pohybem, napětím svalů, dýcháním atd.) a bazální komunikaci (se zdůrazněním dýchání a zejména hlasové vibrace – tzv. brumenda a podobných vibračních zvuků na vyjádření pocitů a potřeb)“ (Fröhlich 1995, in: Lechta 2008, s. 96). Škodová (2007) rozděluje logopedickou péči především podle stupně mentálního postižení. V literatuře bývá popsána podrobně terapie dětí s lehkým mentálním postižením, zatímco u dětí se středním či těžkým mentálním postižením je nabídka již chudší. Navíc je závislá na době vydání. Starší publikace se zabývají stimulací řečových dovedností, zatímco moderní publikace toto téma odsouvají do pozadí a zesíleně se






## 2.3 Možnosti stimulace a logopedická terapie osob s mentálním postižením


Potenciál rozvoje u osob s mentálním postižením je podmíněn schopnostmi, které jsou úzce spjaty se základní diagnózou a jejími následky. Tímto dochází k limitaci možností vlastní stimulace. Tu lze provádět za podpory experimentace, stimulace a imitace. Experimentace – „Nahodilá, nepředvídatelná analyticko-syntetická aktivita, založená na zkusmých nekoordinovaných pohybech s tendencí opakování pohybů na základě pokusu a omylu, která je důležitá pro vytváření podmíněných reflexů“ (Lechta 2008, s. 87). Podle Sováka (1980) je nutné pohyby u mentálně postižených opakovat 100–300x. Na rozdíl od intaktních jedinců, kde pro vytvoření podmíněného spoje stačí 1–2x (Sovák 1980). Stimulace – vychází z podpory nejbližšího okolí. U mentálně postižených na ni musíme nahlížet ze dvou úhlů. První souvisí se samotným mentálně znevýhodněným jedincem, který vzhledem ke svým specifickým zvláštnostem, může nevhodně reagovat na hlasovou stimulaci. Druhý naopak závisí na postojích rodiny těchto osob. Bohužel často bývá negativní. Imitace – jak uvádí Lechta (2008) schopnost napodobování je u osob s mentálním postižením často omezená. Někteří nejeví o nápodobu zájem. Matulay (1986) k tomu dodává: „*Nie je priaznivým znakom, ak retardované deti nikdy neprejavia záujem imitovať druhých alebo učiť sa z pozorovania. Jednoduchšie neverbálne správanie treba stupňovať imitovaním správania v rozličných situáciách a v rôznom rozpoložení mysle. Pre reč je však dôležité napodobňovanie zvukov a pohybov úst ako čiastkového výkonu, pravda, popri systematickom cvičení celej motoriky*“ (Matulay 1986, str. 219).

### Logopedická terapie

Logopedická péče vyplývá především z formy, typu a stupně mentálního postižení. Souvislost je tudíž patrná ve vztahu mezi řečí a myšlením. Lechta (2008) uvádí nutnost zohlednění sekundárních až terciárních poškození, na něž mají vliv i redukované možnosti pedagogicko – psychologického působení prostřednictvím řeči. Včasná a komplexní logopedická péče u daných osob potvrzuje tezi Vygotského. „*Navrhuje odlišovat základní (jádrové) znaky mentální retardace od sekundárních a terciárních nastavení*“ (Učeň 1980, in: Lechta 2008, s. 95). Zásady využívané v péči o jedince s mentálním postižením předkládané Klenkovou (2006, str. 202): Imitace přirozeného vývoje – provést vyšetření s cílem zjištění vývojového stadia řeči a od toho postupovat v souladu zásady vývojovosti. V péči není podstatný

## 2.2 Jazykové roviny v řeči dětí s mentálním postižením

	Odhadnutá doba potřebná k prostudování kapitoly	2 hodiny
	Cíl kapitoly	Seznámit s charakteristikou řečových dovedností žáků s MP a PAS v dětském věku podle jazykových rovin
	Klíčová slova	sémantika, jazykové roviny, syntax

	Věnujte pozornost každé ze čtyř základních jazykových rovin. Rozdělení je podmíněné, ale bez tohoto nelze vytvářet podrobné znalosti a zákonitosti v dynamickém pohledu. Zvolené pořadí odpovídá aktuálnímu logopedickému pohledu.
--	--

### Řečový projev osob s mentálním postižením z pohledu jazykových rovin

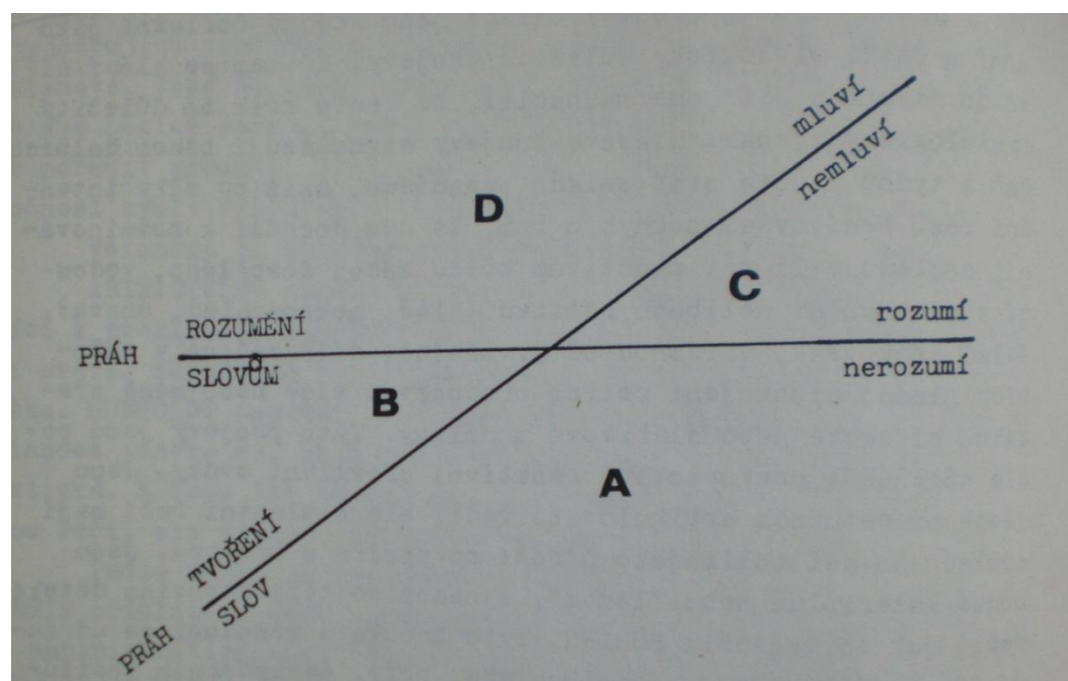
Lechta (2002) zdůrazňuje, že na průběh vývoje řeči u osob s mentálním postižením je třeba pohlížet komplexně, to znamená i z pohledu lingvistického.

Už samo vymezení toho, co je patologické, je obtížné. V obecné rovině je patologie nějaký odchýlný, chorobný, nenormální životní pochod či jev, resp. věda těmito jevy se zabývající (Hartl 2000; Slovník cizích slov 1996). Vše co je patologické, je tedy vymezeno vztahem k nějaké normě. A stanovení hranic normy v oblasti řeči a jejího vývoje je dodnes problematické a u každého autora mírně odlišné. V každém případě je však pásmo normality v této oblasti relativně širší než v jiných oborech, což je zapříčiněno mnoha objektivními (kodifikace výslovnost v různých národních prostředích, přijatelné variace spisovné výslovnosti, prostředí ve fyzikálním slova smyslu – zvuk) a subjektivními (vzdělání, nesčetné fyziologické a psychologické faktory) příčinami (Lechta 2003). Proto často u popisu řečových

a komunikačních dovedností dětí s MR nacházíme charakteristiku fyziologického stavu s různým komentářem pro děti s MP. Tohoto přístupu využijeme i v tomto textu.

Vývoj řeči a především slovní zásoby patří dle Lechty (2002) v rámci ontogeneze člověka k těm schopnostem, které mají nejprudší průběh. Černý (1998) dokonce přirovnává vývoj jazyka u jedince od narození asi do pěti let, kdy od nulových znalostí dochází k osvojení rozvinutého jazyka, k procesu podobnému tomu, který se uskutečnil při vývoji jazyka a člověka vůbec. S tím rozdílem však, že dítě se učí již hotovému systému. Shledává tedy obecné shodné rysy mezi ontogenezí řeči (jejím vývojem u jednotlivce) a fylogenezí (u lidstva). Přejít k vlastní řeči je velmi pozvolný. Švancara (1981, s. 126) využívá k porozumění tomuto vývoji pojmy: práh porozumění a práh řeči, které také schematicky znázorňuje.

*Obr. Schéma vývoje dětské řeči dle Švancary*



Slova v oblasti A jsou pod prahem porozumění, ale také pod prahem řeči. Autor tuto oblast dále vysvětluje slovem na úrovni reduplikací: pá-pá. Pětiměsíční dítě podle něj toto slovo slyší, ale nerozumí mu (pod prahem rozumění) a nedokáže ho ani zřetelně artikulovat jako dvojslabičné slovo (pod prahem řeči). V části B je řada slov, která dítě po určitou dobu pronáší, aniž by jim rozumělo (tzv. je papouškuje). Tato slova jsou pod prahem rozumění. Naopak také v druhém půlletí života již rozumí určitému slovu, které však nedokáže vyslovit. Tato oblast (C) je nad prahem rozumění, ale pod prahem řeči. Kolem prvního roku se podle

	<p><b>Shrnutí kapitoly:</b></p> <p><i>Kapitola se zabývá problematikou řečových dovedností dětí s MP podle jazykových rovin. Jednotlivé roviny jsou představeny strukturovaně a v posloupnosti dle významu rovin. Kapitola je zakončena přiblížením poruch řeči u dětí s MP.</i></p>
--	--

	<p><b>Aktivizační úloha:</b></p> <p>Najděte tři různé postupy, jak uvést do slovníku dítěte pojem: stejný, házet, malina</p>
--	--

	<p><b>Kontrolní otázky:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Vysvětlete pojem strukturace slovníku, výbavnost slov</li> <li>Vysvětlete význam větného vyjadřování.</li> </ol>
--	---

**PROSTOR PRO VAŠE POZNÁMKY:**






Jak již bylo výše zmíněno, častěji než u zdravé populace se u osob s mentálním postižením vyskytuje také huhňavost. Příčinou otevřené huhňavosti bývá nedostatečná inervace měkkého patra a příčinou zavřené, (která se objevuje častěji) bývá zbytnělá nosní mandle (adenoidní vegetace). Podobně je to i s breptavostí, která se velmi často kombinuje s jinými poruchami. Koktavost se nejčastěji vyskytuje u dětí s Downovým syndromem. (Lechta 2002, s. 93)

V tabulce uvádíme údaje, které se týkají „frekvence výskytu vad řeči v populaci osob s mentálním postižením v závislosti na hloubce postižení.“ (Krahulcová, B. 1995, s. 47).

**Tabulka Frekvence výskytu vad řeči v populaci osob mentálním postižením v závislosti na hloubce postižení**

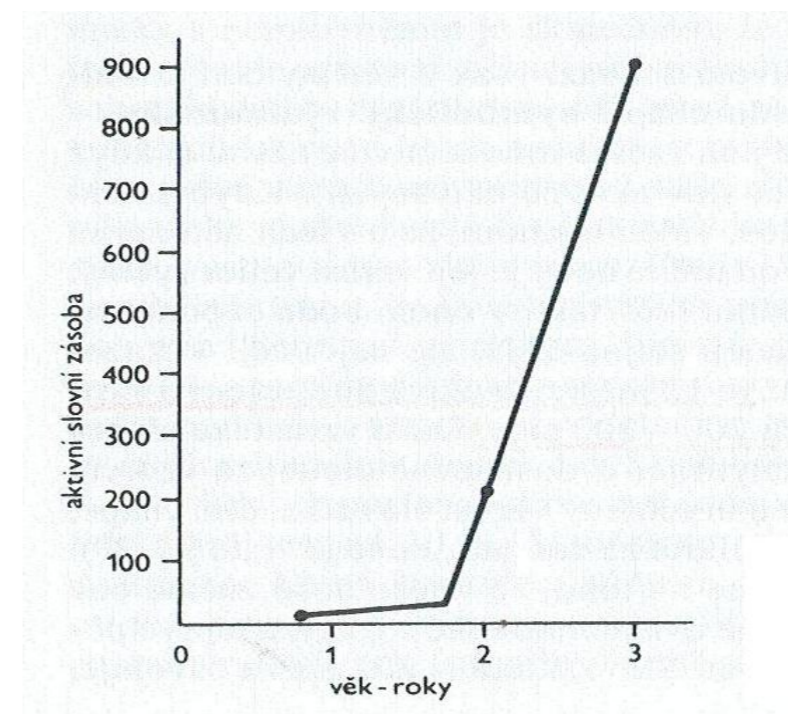
Vada řeči	0–19	20–36	36–51	52–67	68–70
Dyslalie	*	*	96,20 %	96,20 %	40,00 %
Rhinolalie	*	*	29,30 %	29,30 %	8,25 %
Dysgramatismus	*	*		100,00 %	65,00 %
Hlasové poruchy	*	*	22,00 %	22,00 %	2,40–4,60 %
Balbuties	*	*	13,70 % rozptyl 3,70–26,00 %	18,70 % rozptyl 3,70–26,00 %	18,70 %
Tumultus sermonis	*	*	5,30 % rozptyl 0,30–19,60 %	5,30 % rozptyl 0,30–19,60 %	nezjištěno
Dysartrie, anartrie	*	*	7,30 %	7,30 %	7,30 %
Dysprozodie	*	*	9,30 %	9,30 %	nezjištěno
Sdružené vady řeči	*	*	27,00 %	27,00 %	nezjištěno

\* u těchto skupin se nezjišťuje, protože úroveň řečových dovedností nedosahuje úrovně k statistickému šetření

	<p>Pozor, uvědomte si, důležité: Vytvoření představ zákonitostí a posloupností vývoje řečových dovedností umožňuje vytvářet kreativní opatření ke stimulaci jednotlivých dílčích řečových dovedností .</p>
---	--

autora setkáváme s prvními slovy, kterých dítě užívá s porozuměním významu – tyto spadají do kategorie D.

Podle tohoto schématu autor udává, že získání pasivní slovní zásoby předchází aktivní řečový projev. První aktivní slova se pak dle autora objevují okolo prvního roku, nástup prvních slov můžeme vidět u dětí s MR až do 6 (7) roku. Neznamená to však, že by se tím automaticky stal verbální způsob komunikace prioritním. Dorozumívání dítěte je ještě stále především na úrovni pohledů, gest, mimiky, pohybů celého těla atd.



**Růst slovní zásoby v prvních třech letech dítěte**

O zastoupení slovních druhů v dětské řeči se zmiňuje Švancara (1981, s. 129), který říká, že „na začátku druhého roku převažují v dětském slovníku substantiva, teprve ke konci druhého roku tvoří již slovesa zhruba čtvrtinu a ostatní slovní kategorie (mimo substantiva) asi šestinu slovní zásoby.“

Grančičová (in Lechta et al. 1999, s. 22) dokonce říká, že „slovní zásoba patří k velmi důležitým prediktorům vývoje řeči. Je také jedním ze symptomů, který bývá nejčastěji přítomný při narušené komunikační schopnosti.“ Z hlediska kvality slovníku si pak všimáme toho, jaké slovní druhy jedinec používá, zda jsou to stále jen primárně osvojená substantiva a onomatopoeia nebo zda jsou ve slovníku jedince i další slovní druhy, jestli stále slovo plní funkci věty atp.





Pozor, uvědomte si, důležité:  
Slovník můžeme označit za základní stavební materiál řeči a komunikace. Nemá-li dítě slova (pojmenování, označení) ať již ve formě verbální či neverbální, nemůže dojít k rozvoji dalších řečových systémů.

### Lexikálně-sémantická rovina

U dětí s MP omezená až extrémně chudá slovní zásoba souvisí především se stupněm mentálního postižení. Projevuje se nepoměr mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, jež je výrazně vyšší. Většinu slov znají – jsou obsahem pasivního slovníku, ale nepoužívají je aktivně. V řeči jsou málo frekventovaná slova vyjadřující vlastnosti a kvalitu předmětů – přídavná jména (adjektiva). Na druhou stranu více využívají podstatná jména (substantiva) a slovesa (verba). Děj sémantizace bývá určován častějším používáním jednoho názvu pro předměty podobné i nepodobné. Generalizace jim zůstává povětšinou skryta. Požár (1984) tuto realitu shrnuje takto: „*Ještě ve školních letech si mentálně retardovaní žáci vytvářejí formy řeči, dominující u 3–4letých intaktních dětí, zejména situační řeč, která plně nevystihuje obsah myšlenky, a proto je srozumitelná jen pro toho, kdo situaci zná. Používají velký počet nevýznamových slov oproti relativně menšímu počtu slov významových*“ (Požár 1984, in: Lechta 2008, s. 83).

- slovní zásoba je omezena stupněm snížení intelektu
- omezené používání slov vyjadřujících vlastnosti a kvalitu předmětů, převládají názvy běžných předmětů
- nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou (více slov v pasivním slovníku, aktivně používají jen velmi málo slov)
- časté použití nevýznamových slov a situační řeči
- slovní zásoba neroste aritmetickou řadou jako u zdravé populace
- pro proces sémantizace je typické použití jednoho slova pro řadu podobných i nepodobných věcí a jevů Lechta (2002, s. 82–83).

Zajímavý je také poznatek Sováka, který uvádí, že zatímco zdravému dítěti stačí pro zvládnutí nového navodit podmíněný spoj jednou až dvakrát, u dětí s MP je třeba reakci navozovat někdy i 100–300krát (Sováka 1980). Tento poznatek se dá aplikovat i na osvojování nových slov u dětí s MP. Uvádí se, že slovní zásoba u těchto osob je tvořena ze 70 % podstatnými jmény, 20 % tvoří slovesa a 10 % slovní zásoby jsou zbylé slovní druhy. Zajímavé jsou také poznatky O'Conor, které se týkají slovní zásoby dětí s MP ve věku 5–6 let a dospělých osob s MP (viz tabulka).

provedený Lechtou (1989) zjistil u 88 % žáků 1.–5. ročníku ZVŠ, (dnešní ZŠ praktická) poruchy řeči či hlasu.

Otázkou vztahu mezi úrovní inteligence a frekvencí výskytu poruch řeči u dětí s mentálním postižením se zabývá Lechta, (2002, s. 89). Ten rozděluje autory zkoumající tento problém do dvou skupin: na ty, kteří tvrdí, že úroveň IQ má rozhodující úlohu a druhé, kteří říkají, že stupeň poruchy nemusí být v přímé závislosti na stupni snížení IQ. (To dokazují i případy dětí se středním mentálním postižením, u kterých nejsou žádné zjevné poruchy řeči.) Lechta sám se přiklání k názoru, že **stupeň IQ** podmiňuje existenci **poruch řeči** a upozorňuje na další významný faktor, který se na výskyt poruch řeči u této skupiny podílí a to je **věk**.

Podobné souvislosti a závěry existují také o vztazích mezi úrovní inteligence a počátkem řečového vývoje u jedinců s mentálním postižením (viz kapitola Vývoj řeči v závislosti na hloubce mentálního postižení).

Mezi nejčastější poruchy řeči u osob s mentálním postižením, které jsou uváděny v odborné literatuře (Sováka 1978, Bezručková 1983, Lechta 2002, Klenková 2004) patří **dyslálie**, oba typy **huhňavosti**, **breptavost**, **koktavost**, **dysgramatismus**, **echolalie**, **narušená modulace řeči** a **poruchy hlasu** (chrapot, zastřený hlas, příliš tichý hlas, všechny). Tyto poruchy se různě kombinují, hranice mezi nimi překrývají a vznikají tak poruchy řeči, které se u zdravé populace nevyskytují.

Lechta (2002, s. 91) uvádí, že u osob s mentálním postižením převažuje podobně jako u intaktní populace chybná výslovnost sykavek a vibrantů. Často navíc špatně vyslovují i hlásky, které většinou zdravým dětem nedělají problémy a to retoretné a retozubné hlásky (P, F, V). Často se objevuje mogulálie i vynechávání hlásek na konci slov, což je dáváno do souvislosti s nedostatečnou koncentrací a nedostatky ve fonematickém uvědomování u těchto osob. Častěji než u zdravé populace se vyskytují orgánové příčiny dyslálie, kromě výše uvedených je to velký a masitý jazyk u osob s kretenismem a rozbrázděný jazyk a gotické patro u jedinců s Downovým syndromem.

Dále Lechta na základě svého výzkumu provedeného v roce 1975 udává, že i přes logopedickou a speciálně pedagogickou péči u skupiny jedinců s mentálním postižením v předškolním věku se proces vyvozování velkého počtu hlásek, jejich fixace a automatizace přesunuje až do školního věku. Navíc byly zjištěny i rozdíly v kvantitě dyslálie. U populace dětí s mentálním postižením přetrvávají mnohočetné dyslálie (v průměru 9 narušených hlásek), dyslálie artikulačně nenáročných hlásek (p, f, v) a velmi často také slabikové a slovní dyslálie. Zatímco u zdravých dětí se objevuje narušená výslovnost artikulačně náročnějších hlásek (vibranty a sykavky). (Krahulcová 1995, s. 44)

asociace mezi zvuky a jejich zdroji, což se zákonitě projeví i v oblasti fonemické diferenciaci. Dodává, že negativně se na vývoji této oblasti projevuje i další specifikum: děti s hyperkinetickou formou DMO nepřesně vnímají polohu artikulačního aparátu při motorickém a řečovém aktu. Tento fakt narušuje proces osvojování hláskové analýzy slov, chápání a zevšeobecňování významových částí slov. Dle Rheinweilera (1997, sec. cit. Lechta 2002) nejde tedy u dysartických dětí o fonetickou poruchu, ale o "narušení procesu osvojování fonologické jazykové roviny". Škodová (2003) uvádí, že možnosti nápodoby se u dětí s DMO promítají zejména v motorické oblasti. Schopnost napodobit viděné pohyby mluvidel a slyšené hlásky mateřského jazyka je dána individuálními možnostmi konkrétního dítěte. I v případech, kdy děti správně rozliší zvuky, je pro ně těžké nebo i nemožné napodobit určitý zvuk podle akustického vzorce, protože nedisponují dostatečnými pohybovými zkušenostmi.

### **Pragmatická rovina**

Potíže v této oblasti jsou závislé na stupni sníženého intelektu v souvislosti s provedením, chápáním a reagováním jedince v komunikační situaci. Problémy činí i přidružená postižení (DMO...), která znásobují limitaci mentálně postiženého jedince. Dříve jako jediní se hlouběji zabývali symptomy v řečové oblasti pouze Lechta (2008) a Škodová (2007). Švarcová (2006). V posledních letech je právě pragmatické rovině věnována velká pozornost. Nejvíce je tato problematika zpracována právě u dětí s poruchou autistického spektra. Děti mají deficity a oslabení:

- problémy s prezentací vlastního komunikačního záměru
- problémy s pochopením své role jako komunikačního partnera
- problémy s reagováním v komunikační situaci (v závislosti na stupni postižení)
- potíže s aplikací různých komunikačních vzorců v konkrétní situaci (Lechta 2002, s. 86).

### **Vady řeči u osob s mentálním postižením**

Vzhledem k častému výskytu obtíží v komunikaci a řeči, lze považovat za jeden z typických rysů projevu osob s mentálním postižením i **vady řeči**. V minulosti bylo provedeno několik výzkumů, (např. Nadoleczny 1924, Sovák 1947, Synek 1962), které i přes různé výsledky dokazují, že vady řeči se u této skupiny vyskytují častěji než v populaci zdravých jedinců. (Bezručková 1983, Lechta 2002). Z pozdější doby je možné uvést výzkum Matulaye (1986), který uvádí, že u 80–85 % osob s mentálním postižením se vyskytují vady řeči. Další výzkum

Podle Kutálkové (2002) je také výrazné používání četných neologismů. Obtíže ve schopnosti verbálně se vyjadřovat, slova jsou tvořena těžkopádně (ne na bázi postižení motorického systému, ale na základě obtíží ve **vybavování slov**), v nejtěžších případech se jedinec naučí jen několik slov

- dysnomie = nesprávné pojmenování věcí nebo obtíže při pojmenování objektů, nenalézání adekvátního slova
- „mluvení v kruhu“ s nedostatkem vhodného slovníku
- obtíže se sémantikou (slovním významem)
- vážne automatizace slov ve spojení s realitou (tedy opět problém s významem slova)
- výrazně nižší aktivní slovník než je rozumění slovům a větám, výrazná je také diskrepance mezi verbální komunikací (která je nižší) a neverbálním intelektem

*Tabulka Slovní zásoba podle O'Conor*

	<b>Dospělá osoba s MP</b>	<b>Dítě (5–6 let)</b>
jádro	350	270
obal + slovník	2400	3500

O'Conor dále dodává, že i přesto, že slovní zásoba dětí z intaktní populace je menší, umí tyto děti slova lépe kombinovat než osoby s mentálním postižením.

### **Morfologicko-syntaktická rovina**

Tato rovina je opětovně úzce vázána na stupeň snížení intelektu. Sovák (1981) uvádí skutečnost, že „gramatické formy jazyka zvládne jen mentálně retardované dítě s lehčím stupněm postižení. Ale i v lehčích případech můžeme často pozorovat dysgramatismus“ (Sovák 1981a, in: Lechta 2008, str. 83). Komunikace dlouho probíhá na úrovni jednoslovných vět. Seeman (Seemen 1955, in: Lechta 2008) udává věkovou hranici u těžších forem 6–8 let a 3–4 roky u lehčích oproti intaktním dětem, které jednoslovné věty pronášejí kolem 1. roku života. Produkce je ovšem agramatická. Vedlejší věty tvoří nejdříve kolem 5. roku. V morfologii, jak již víme z předcházející části, používají mentálně postižení v řečovém projevu nejčastěji substantiva následovaná verby. Zřídka adjektiva, adverbia (příslowce) či pronomia (zájmena) – (Subosits 1972, in: Lechta 2008). Potíže nastávají i v případě aplikace příčinně – důsledkových spojek (protože, ačkoli). V průběhu dokončování vět s těmito

spojkami selhávají. Tuto skutečnost vysvětluje Lechta (2008) jako nedostatek v chápání kauzality.

Potíže dětí v oblasti morfosyntaxy může shrnout následovně:

- úroveň gramatické stavby řeči odráží úroveň intelektu
- gramatické formy zvládnou jen někteří jedinci s lehčím stupněm mentálního postižení
- časté agramatismy
- tvoření vět je závislé na stupni intelektu (jednoslovné věty, jednoduché věty, vedlejší věty málo a jen u jedinců s lehkou mentální retardací)
- velmi časté použití podstatných jmen, vzácněji slovesa, přídavná jména
- zřídka zájmena a příslovce, příčinně-důsledkové spojky (Lechta 2002, s. 83–84)



Pozor, uvědomte si, důležité:  
Teprve věty vyjadřují naše myšlenky. Přejechy v užívání vět mezi jednotlivými úrovněmi (jednoslovné, dvouslovné, jednoduché, souvětí) jsou doprovázeny výraznými obtížemi a komplikacemi. Proto formy AAK umožňují se vracet ke zformulované větě, což verbální kanál neumožňuje.

Pro řečový projev dětí s MP je typické, že věty začínají tvořit, pokud jejich slovní zásoba obsahuje 80–100 slov, zatímco zdravým dětem stačí slovní zásoba v rozsahu pouze 50 slov. Tyto děti dlouho používají dvouslovné věty, na této úrovni setrvávají a přechod na vyšší úroveň jim dělá potíže. Dále je pro ně typické, že každé slovo si osvojují jako nové. Tyto děti neumí například přechylovat (například les - lesník, zahradník - zahradnice), neumí odvozovat (například jahoda - jahodová, léto - letní) a specificky také tvoří zápor – tvoří dvouslovná spojení (například já budu ne). Dále vynechávají předložky, nedodržují pády a rody, a jak v aktivní tak i v pasivní slovní zásobě nevěnují pozornost koncům slov.

### **Foneticko-fonologická rovina**

V této oblasti si musíme uvědomit fakt, že řečový vývoj u dětí s mentálním postižením začíná mnohem později. Skutečnost uvádějící řečové počátky do časového horizontu, kdy jejich intaktní vrstevníci pomalu zakončují tento vývoj, předurčuje nutně zaostávání za normou. Jak píše Lechta (2008) mají tito jedinci méně časového prostoru na osvojení i zautomatizování koordinace artikulačních orgánů. Další překážky v podobě např. motorické neobratnosti, podporují nevýhodnou výchozí pozici. Obecně lze říci, že u daných osob přetrvávají nedostatky v průběhu fixace hlásek, který se posouvá až do školního věku. Škodová (2007) udává narušení nejen výslovnosti, ale také modulačních faktorů řeči (rytmus, melodie...). Deficity a oslabení ve zvukové stránce řeči můžeme shrnout následovně:

- s nižší úrovní IQ se častěji objevuje nesprávná výslovnost (v důsledku motorické neobratnosti, narušené schopnosti fonemické diferenciaci)
- vývoj výslovnosti je prodloužen až do školního věku (opožděný vývoj řeči má za následek kratší verbální praxi, což znamená, že není dostatečně zautomatizována koordinace artikulačních orgánů) (Lechta 2002, s. 85).

### **Fonémické a fonologické uvědomování u dětí s mentální retardací**

Snížený intelekt nemusí vždy znamenat výskyt narušení výslovnosti u dítěte. Přesto však je ze statistik zřejmé, že s klesáním úrovně IQ stoupá počet dětí s vadnou výslovností. Svědčí o tom i množství dětí s vadnou výslovností v praktických školách ve srovnání s počty dětí ze škol základních. Jak uvádí Lechta (2002) ve věku, kdy se u normálních dětí už vývoj výslovnosti završil, mají děti s mentální retardací mnohem méně verbální praxe; v kratším čase si tedy nemohly na dostatečné úrovni osvojit a zautomatizovat koordinaci artikulačních orgánů. K tomu ještě přistupuje motorická neobratnost a narušená schopnost fonemické diferenciaci. U dětí s mentální retardací je počet chybně vyslovovaných hlásek v porovnání s normou velmi vysoký. Nesprávnou artikulaci nepozorujeme pouze u hlásek s obtížnou výslovností (např. hlásky r či sykavek), nýbrž i tzv. lehčích hlásek, kam řadíme třeba hlásky p, f, v. Lehčí hlásky si dítě „zdravé“ fixuje ještě v předškolním věku. U dětí s mentální retardací jsou časté případy, kdy dokáží izolovanou hlásku vyslovit správně, ale ve slabikách a slovech ji artikulují špatně. (Lechta 2002).



Pozor, uvědomte si, důležité:

Zvukové doprovody k AAK jsou velmi důležité, protože mohou pomáhat přibližovat dítě k rychlejší formě dorozumívání.

### **Fonémické a fonologické uvědomování dětí s DMO**

Vzhledem k tomu, že se výslovnost jednotlivých hlásek neobejde bez motorické koordinace řečového ústrojí, je jasné že tato jazyková rovina bude u dětí s DMO velmi a nápadně narušená. Častý je opožděný či omezený vývoj řeči. Dítě má omezené možnosti napodobit pohyb nutný k realizaci hlásek (brání mu v tom spasticita, nebo mimovolné pohyby). Lechta (2002) uvádí, že dítě, které se i přes značné obtíže naučí vyslovit jednotlivé hlásky, má následně problém s jejich spojováním ve slabiky, slova a věty. Ani schopnost fonemické diferenciaci se nemůže, v důsledku narušené hybnosti, přiměřeně rozvíjet. V důsledku narušené hybnosti dítě s DMO nemůže reagovat na zvuky, které slyší. Proto obtížněji tvoří