

Griger Xénia Beatrix, Katona Krisztina, Tóth Mónika

AMIKOR NINCSENEK KÉZNÉL A SZAVAK

Az alternatív és augmentatív kommunikációs szolgáltatások megjelenése a fogyatékosok szociális intézményeiben

Az EFOP-1.9.2 – VEKOP-16-2016-00001 kódszámú, „A fogyatékos személyek számára nyújtott szakmai és közszolgáltatások hozzáférhetőségének kialakítása, fejlesztése” című MONTÁZS kiemelt projekt egyik fő célja a súlyos kommunikációs fogyatékosokkal élők, azon belül az augmentatív és alternatív kommunikációs igényű személyek szükségleteire reagáló, hiánypótló szolgáltatások kialakítá-

sa, működtetése, ezzel az érintett fogyatékos emberek életminőségét és társadalmi integrációját javító szolgáltatások bővítése. A projekt modellprogramjában létrehozták, és 6 különböző helyszínen – Budapesten, Debrecenben Kaposváron, Miskolcon, Szegeden és Zalaegerszegen – működtetik az „Alternatív Kommunikációs Módszertani Központok Hálózatát”.

A komplex kommunikációs igényű személyekről

Hazánkban a célcsoport megnevezésére az „AAK-igényű személyek” kifejezés a leggyakoribb, a szakirodalom gyakran a „kommunikációjában súlyosan akadályozott személy” fogalmát használja. A nemzetközi szakirodalom a „komplex kommunikációs igényű személyek” (complex communication need CCN; Miranda, 2014) kifejezést használja, sugallva, hogy a társadalmi részvétel eléréséhez a támogatásnak elsősorban az emberek igényeihez igazodónak kell lennie.

Augmentatív és alternatív kommunikáció (AAK) igényű személyek „azok, akik a gesztusok, beszéd és/vagy az írásos kommunikáció átmeneti, vagy végleges zavara miatt nem képesek ezek révén kielégíteni valamennyi kommunikációs igényüket. Az ebből fakadó súlyos kommunikációs nehézségeik – AAK – augmentatív, azaz kiegészítő, illetve alternatív, a beszéd-től eltérő kommunikációs csatornák és módszerek segítségével enyhíthetők. A kommunikációs akadály elsődleges oka ezeknél a személyeknél nem a halláskárosodás. Bár e csoport egyes tagjainál fellelhető bizonyos mennyiségű beszéd, a fentieknek megfelelően ez soha nem elegendő arra, hogy a változatos kommunikációs igényeknek megfeleljen.” (American Speech Language and Hearing Association – ASHA, 1991, id.: Kálmán, 2006).

Komplex kommunikációs igényű gyermekek és felnőttek esetében az AAK-val kapcsolatos problémákat, az

alkalmazott módszerek hatékonyságát és elterjedését több kutatás vizsgálta, de szisztematikus országos szintű felmérés még nem készült. Kiseb vizsgálatok (elsősorban szakdolgozati vagy doktori kutatások keretében) készültek az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karon, amelyek a közoktatási, elsősorban gyógypedagógiai nevelést, oktatást biztosító intézményekben vizsgálták a célcsoportot. A felmérések fókuszában az AAK-igényű tanulók és a számukra biztosított szolgáltatások feltérképezése állt. Az adatok szerint a gyógypedagógiai oktatási intézményekben az intellektuális képességzavarral élő tanulók körülbelül 30%-a nem rendelkezik funkcionális szempontból használható beszéddel (Szaffner, 2012; Petres, 2014). A súlyosan halmozott fogyatékos személyeknél ez az arány még magasabb, egy másik vizsgálat szerint 80% (Márkus, 2005). Kálmán Zsófia 1985–87 között végzett kutatást arról, hogy kik azok, akik akkoriban AAK-intervencióra szorulhattak volna. A kutatás leginkább az intézményes nevelésben részesülő személyekre vonatkozott, mivel a családban élők megkeresése nehezített volt. A kérdőíves kutatás eredményei: 77 intézményben 6728 vizsgált személyből 1576-ról vélekedtek úgy, hogy nem rendelkezik funkcionális beszéddel, ez a vizsgált személyek 23%-a (Kálmán, 2006).

Beukelman és Miranda (2014) kanadai és ausztráliai vizsgálatokra hivat-

kozva 1,2–1,5% körüli előfordulásról beszél a 4 évesnél idősebb populációban, hangsúlyozva, hogy ez az előfordulás az életkor előrehaladtával nő. Egy 1993-as vizsgálat szerint 4,5%-ot is eléri a 85 éves, illetve annál idősebb populáció esetében (Hirdes, Ellis-Hale és Pearson Hirdes, 1993., hiv. Beukelman és Miranda, 2014.). Ezt támasztja alá egy angol kutatás, melyben a komplex kommunikációs igényű oki háttérrel vizsgálva megállapították, hogy a degeneratív betegségekkel élők (Alzheimer 23%, és Parkinson-kór 22%), valamint az idegrendszeri traumák következtében kialakult állapotban élő személyek (sztrók 11%) igényelnek valamilyen AAK-támogatást (Creer – Enderby – Judge – John, 2016).

Az eredményekből következtetve elmondható, hogy mind életkori, mind kóros és sérülésspecifikus szempontból is nagyon heterogén az a célcsoport, amely AAK-támogatást igényelne. A szolgáltatások kialakításakor egy átfogó modellben érdemes gondolkodni, ami nem kizárólag az egyén megsegítésére koncentrál csak, hanem a kommunikációs környezet minden egyes szereplőjére is. A jelenlegi központok szolgáltatási palettájában a modellprogram idején a következő szolgáltatások vehetők igénybe: speciális kommunikációs képességek és készségek felmérése, fejlesztése; eszközkölcsonzés; eszközhasználat betanítása, tanácsadás, kommunikációs segítő szolgáltatás biztosítása.

A modellprogram célkitűzései között szerepelt, hogy a szolgáltatások a célcsoport minél szélesebb körét érik el. Jelen cikkben olvasható interjú Griger Xénia Beatrixszal készült, aki teljes állásban a debreceni AAK-team lelkes és elkötelezett tagjaként elsősorban a régió szociális intézményeiben végzi úttörőnek számító munkáját.

Mikor hallottál először az augmentatív és alternatív kommunikációról (AAK) és milyen formában?

4 évvel ezelőtt ismertem meg személyesen is Győri Zsófiát, aki mint SHF¹ szakértő segítette az akkori munkahelyemen (felnőtt fogyatékkal élők bentlakásos intézménye) a kiváltási folyamattal kapcsolatos munkánkat a célcsoportra vonatkozóan. Felméréseit augmentatív és alternatív kommunikációs módszerekkel végezte a beszéd fogyatékkal élők körében. Ez volt az első személyes AAK-s tapasztalatom.

Azon a nyáron lehetőségem nyílt Zsófiánál, a DNRE² Immanuel Otthonában³ részt venni az intézmény gyermekei számára szervezett AAK tematikus héten, ahol még jobban megismerhettem a szemléletet és módszert.

Mikor és hogyan kötelezted el magad az AAK területe és az AAK-igényű célcsoport felé?

Szociális szakemberként egy felnőtt fogyatékkal élőket ellátó bentlakásos intézményben dolgoztam. Jó néhány ellátott közülük komplex kommunikációs igényű személy.

Zárójelben jegyezném meg, hogy a szociális képzésben (sem alap-, sem felsőfokon) nem esik szó az AAK-igényű személyekkel történő kommunikációról, miközben sok szakember kerül később a célcsoportot ellátó intézményekbe.

Munkám során azt éreztem, hogy kevés vagyok hozzájuk, de kell, hogy legyen valami mód arra, hogy velük is kapcsolatot tudjak teremteni. Ösztönösen próbálkoztam velük kommunikálni, főként gesztusokkal, tárgyjelekkel, de ez még egyáltalán nem volt tudatos részemről és nem tudtam, hogy jól csinálom-e. Hiszem, hogy a Jóisten rendelte úgy, hogy Győri Zsófia lett az intézményünk szakértője. Azt éreztem, hogy amit tesz, és ahogyan cselekszi, az csoda. Közlést, érzelmet, aktivitást tudott kiváltani azokból a személyekből, akik esetenként 5–10–15 éve a napi rutin szerint, minimális szociális kapcsolat nélkül, szinte apátiában töltik mindennapjaikat. Ennek hatására köteleződtem el. Jött, a már említett AAK tematikus hét, aztán egy intenzív fél évet töltöttem el az Immanuel Otthonban önkéntesként Koncz Nikolettával, szintén kiváló AAK-s szakember⁴ mellett annak érdekében, hogy

minél mélyebb tudásra, tapasztalatra tegyek szert. Végül lehetőségem nyílt az FSZK által elvégezni egy AAK-szakember képzést, és munkát kaptam a MONTÁZS projekten belül induló debreceni AAK-Központban, mint főállású szakember. A klienskörömbe elsősorban értelmi fogyatékkal élő gyermekek és felnőttek tartoznak, valamint szakemberek és szociális intézmények munkatársai, illetve azok ellátottjai.

Hogyan indult a szakmai kapcsolatot a szociális intézményekkel?

Nagyon szerettem bentlakásos intézményben dolgozni, de azt éreztem akkor, hogy azokat a lehetőségeket, amelyeket kaptam, fontos volt megragadnom annak érdekében, hogy a tanultakat később majd visszaforgathassam az intézményben élő személyek javára. Mindig is visszahúzott a szívem. Az intézményben élőknek nincs olyan támogató háttere, mint akik családban élnek, leginkább az SHF-személyek azok, akik a legkiszolgáltatottabbak.

Az AAK-központok kliensei közé nem csak személyek, hanem szakemberek, intézmények is tartozhatnak. Így evidens volt, hogy egy másfajta szemlélettel „úttörő legyek”, és széles körben, nem csak az AAK-igényű személyeket, hanem a környezetükben lévő szakembereket is támogassam a módszerek elsajátításában, alkalmazásában.

A Központ munkatársaival többször megkerestük a megyében/régióban működő szociális intézményeket. A tapasztalatok nagyon vegyesek. Voltak intézmények, ahol örömmel fogadták a lehetőséget és azonnal igényelték a szolgáltatásainkat. Volt, ahova nehezebben tudtunk eljutni, és olyan helyek is, ahonnan nem kaptunk visszajelzést. Alapvetően azt tapasztaltuk, hogy azokba az intézményekbe jutottunk el, ahol jelentősebb számban vannak jelen komplex kommunikációs igényű személyek.

Hogyan kapcsolod össze a két területet a munkában?

Azt gondolom, hogy magát az AAK-t nem lehet külön területként kezelni. Bárhova megyek, az AAK-igényű személyt és a környezetét együtt kell segítenem. Az, hogy ez egy család vagy egy iskola, vagy egy szociális intézmény, az teljesen mindegy. Az AAK, az érintettek esetében, áthatja a mindennapokat.

A szociális területen szerzett korábbi munkatapasztalataim révén otthonosan mozogok akár egy nappali ellátásban, nagy intézményben vagy egy támogatott lakhatásban, lakóotthonban. Van fogalmam az intézmények működéséről,

1 SHF – súlyosan halmozott fogyatékos személyek. „A súlyos és halmozott fogyatékoság az egész élet során fennálló állapot, amelyre jellemző, hogy a testi struktúrák károsodása következtében a speciálisan humán funkciók – mint a kommunikáció, a beszéd, a mozgás, az értelem és az érzékelés-észlelés – minimálisan két területén súlyos vagy legsúlyosabb mértékű zavar mutatható ki. Ennek következtében az érintett személy pszichofizikai teljesítményei extrém mértékben eltérnek az átlagtól, így tevékenységeiben erősen akadályozottá válik, és társadalmi részvételében jelentősen korlátozott lehet. A súlyos és halmozott fogyatékoság hátterében rendszerint a korai életszakaszban bekövetkező, a központi idegrendszer érintő komplex károsodás áll. A fogyatékoságok a legkülönfélébb kombinációkban és súlyossági fokozatokban, esetleg eltérő időben jelenhetnek meg.” (A sajátos nevelési igényű tanulók iskolai oktatásának irányelvei, 132.)

Letöltés ideje: 2021.08.16. https://www.oktatas.hu/koznevelas/kerettantervek/2020_nat/iranyelvek_alapprogramok

2 Debrecen-Nagytemplomi Református Egyházközség

3 www.immanuelotthon.hu/

4 Koncz Nikolettával a MONTÁZS projekt keretében működő Debreceni AAK-Módszertani Központban is dolgozik AAK-szakemberként.

ismerem a jogszabályi háttérrel, a napi rutint. Bár ellátotti összetételtől függ, de van némi rálátásom arra, hogy milyen nehézségek lehetnek mind az ott élők, mind a szakemberek életében. Ehhez mérten próbálok reálisan kivitelezhető javaslatokat tenni az AAK-s lehetőségekre. Korántsem tökéletes, amit csinálunk, de el kell fogadni az intézmények kereteit.

Az AAK-Módszertani Központ szakembereként mik voltak a legfontosabb céljaid és módszereid az intézményekkel való munkában?

Egyik fontos célként az intézmény vezetőinek partnerrelé emelném ki. Nem mindegy, hogy egy vezető szívügyének tekinti az AAK-t vagy csak úgy áll hozzá, hogy „jó lehetőség, mert az intézmény javát szolgálja, de nekem erre nincs időm”. A dolgozók megérik a vezető hozzáállását, és ennek megfelelően állnak ők is dologhoz. A tapasztalat azt mutatja, hogy ott tudtuk motiválni a szakembereket, ahol a vezető is jelen volt az érzékenyítéseken, belső továbbképzéseken, érdeklődött a beosztottjaitól a haladásról, voltak elvárásai és kapcsolatot tartott az intézményben jelen lévő AAK-s szakemberrel.

A másik fontos célom a dolgozók motiválása, képessé tétele az AAK-szemléletben való munkavégzésre. Egyfajta empowermentnek⁵ is lehet ezt tekinteni. Gyakorlatorientáltan igyekeztem mindenbe bevonni őket, a legegyszerűbbnek tűnő feladatoktól kezdve. Igényeltem, hogy részt vegyenek az ellátotti fejlesztéseken, és én is részt vettem az ő általuk tartott foglalkozásokon, hogy lássam, hogyan lehet azokba is beépíteni az AAK-t. Mindent próbáltunk teamben megbeszélni, közösen megoldásokat keresni. Ez a folyamat a fejlesztőpedagógusokat érintette. Nehezen hitték el, hogy képesek rá, kissé gátolta őket maga a helyzet, hogy hogyan végezhetnének ők ilyen munkát, ha erre külön szakember van, ők pedig nem azok.

Volt még egy harmadik célom, hogy láthatóvá tegyük mindenki számára az AAK-t. Érzékeljék, hogy valami történik. Egyfajta gondolatébresztést szerettem volna. Ez ellátottra és dolgozóra egyaránt igaz, hiszen miért ne lehetne a lakótársakat is bevonni, tanítani a módszerre, a szociális kapcsolatok erősítése érdekében. Azt viszont egyedüli, külsős dolgozóként lehetetlenség volt vállalni, hogy több száz embert elérjek egy-egy helyen.

Első körben igyekeztünk egységes piktogramokkal ellátni az intézmények helyiségeit, intézményi napirendek készültek, könnyen érthető információs tájékoztatókat helyeztünk ki a folyosóra. Azt tapasztaltuk, hogy az ellátottak, dolgozók megálltak, megnézték, érdeklődtek: Mi ez? Miért van ez? – tehát valamiféle figyelmet keltett a vizuális támogatás.

A fejlesztések során is igyekeztünk a képekre támaszkodni, hiszen hosszú távon ezek a legegyszerűbben, legolcsóbban elkészíthető eszközök, amelyek könnyen pótolhatók, és mindenki számára egyértelmű jelentéssel bírnak.

Hány szociális intézményben, milyen számú klienssel (érintett személy, szakember) foglalkoztál?

A megyében 4 szociális intézményben voltunk jelen, közülük 3 több telephelyen is működik. Van köztük bentlakásos intézmény (gyermek és felnőtt fogyatékos személyeket ellátó), nappali ellátás, foglalkoztató és támogatott lakhatás. Nagyjából 30 főt tudunk ellátni a kliensek közül a Központ működése óta.

Az intézmények esetében fontos volt szem előtt tartani, hogy olyan ellátottakat válasszunk, akik motiváltak, és a környezetükben lévő szakemberek viszonylag könnyen és eredményesen tudnak foglalkozni velük. Rengeteg AAK-igényű kliens él ezekben az intézményekben, és sajnos sokakat nem tudunk elérni. Egyes intézmények ellátotti összetétele megkívánná egy-egy főállású AAK-szakember jelenlétét.

Szakemberek tekintetében minden intézmény teljes mentálhigiénés csoportja, valamint a részlegek vezetőápolói részt vettek az érzékenyítő alkalmakon. Egy intézmény kért érzékenyítést a teljes ápolószemélyzet számára. A komolyabb tudásmegosztást már csak a téma iránt érdeklődőkkel folytattuk, ők nagyjából 20–25-en lehettek.

Hogyan érintette a járvány és annak következményeként a bezárás a napi feladataidat?

A szociális intézmények látogatási tilalma ránk is vonatkozott, így a személyes jelenlétünk ez idő alatt szünetelt a bentlakásos intézményekben. Online és telefonon bármikor rendelkezésére álltunk a szakembereknek. Ez az időszak viszont olyannyira leterhelte őket, hogy minimális kapcsolatot tudunk fenntartani. Nem volt elvárható tőlük, hogy az AAK-ra összpontosítsanak, hiszen emberfeletti munkát végeztek ők is a vírus elleni védekezésben, az ellátottak megóvásában minden egyes nap.

Szakemberként rosszul érintett a lezárás, egyik napról a másikra nem tudtam járni a lakókhöz, úgy éreztem, hogy az elkezdett munkám kárba vész, de ez az időszak mindenkinek nehéz volt, és ezt is el kellett fogadni. Szociális nappali intézményekbe viszont tudunk járni, így ezekkel a kliensekkel hangsúlyosan tudunk foglalkozni. Az intézményektől független klienseinket pedig online foglalkozások keretein belül láttuk el, így mi szakemberek ezt az időszakot is tevékenyen töltöttük, új tapasztalatokat szerezve az online térben.

Ami az újranyitáskor leginkább megnehezítette a munkánkat, az az, hogy a bentlakásos intézményekben sok szakember, akikre az AAK-t építettük, kilépett a rendszerből a lezárás alatt, így intézményi szinten valóban újra kellett kezdenünk a munkafolyamatokat.

Hol látod a nehézségeket, a buktatókat?

Szép lassan rá kellett jönnöm arra, hogy nem akarhatom jobban a kliens javát, mint a kliens vagy a környezete. Szerintem ez a legnagyobb nehézség, amelyet szakemberként meg kellett tanulnom kezelni. Van olyan kliensünk, akinél el kellett fogadnunk azt, hogy alapvetően nincs több igénye a kommunikációra a jelenleginél. Kiváló beszédértése van, csendes résztvevője bármilyen témájú beszélgetésnek és tökéletesen

⁵ A menedzsmentirodalomból eredő angol szakkifejezés, egy új és hatékony szervezetvezetési forma. Lényege, hogy az embereket bevonják saját munkájuk megtervezésébe és az őket érintő döntések meghozatalába. Így teszik őket képessé arra, hogy saját kapacitásukat maximálisan kihasználva járuljanak hozzá a szervezet működtetéséhez. A kifejezés a szociális munka egyik módszereként is használatos.

elboldogul a bölintás-fejrázás-vállvonogatás kombinációival, nem akar új módszert alkalmazni, hiába lenne képes szinte bármilyen lehetőség használatára.

Sokszor érzem azt is, hogy a környezet nem motivált, amit valahol meg lehet és meg kell érteni. Nagyon sok esetben a szülők már belefáradtak. Sok gyermeknek fontosabb, hogy megkapja a gyógytornát, gyógymasszázst azért, hogy ne legyen fájdalma. Ráadásul a legtöbb esetben a szülő a gyermek pissenéséből is tudja, mit szeretne, így az AAK otthon háttérbe szorul. Figyelmet kell fordítani a családra, a többi testvérre, nem lehet emiatt hibáztatni őket. Ugyanakkor a szülőknek is meg kell érteni, hogy úgy a foglalkozásoknak sincs semmi értelme, ha a tanultakat csak heti egy órában használja a gyermek a szakemberrel, és ők otthon ehhez semmit nem tesznek hozzá.

Én hosszú távon gondolkodom. Azt látom, hogy sok olyan AAK-igényű és -használó gyermek éri meg a felnőttkort, akik azután a szülők öregedésével intézménybe kerülnek, ahol egyértelmű jelzéseket kellene használniuk, hogy boldogulni tudjanak, megértessék magukat. Az AAK-módszerek elsajátításának támogatása fontosabb feladat, mint gondolnánk.

A szociális intézmények esetében a legnagyobb probléma szerintem a rigiditás, a „szokásjog”. Ha eddig jó volt úgy, ahogy csináltuk, miért kellene változtatnunk rajta. Egyértelmű törvényi kötelezettségük nincs az AAK biztosítására, egy esetleges szakemberi státusz adott létszám esetén csak az én álmom.

Továbbá élesen különválnak az ápoló-gondozók a mentálhigiénés csoport tagjaitól, ami bizonyosan sok mindenre hatással van az intézményen belül, de az AAK-s munkára biztosan. Az AAK-nak teammunkában kellene megvalósulnia. Amíg egy fejlesztőpedagógus napi 8 órában van jelen, addig az ápolók 0–24-ben dolgoznak. A munkafolyamat AAK szempontjából is megoszlik a munkakörök között, de fontos, hogy az ápolóknak is biztos ismerete legyen a témában, tudjanak közölni, értelmezni és partnerré válni a kölcsönös kommunikációban.

Nehéz a gondozókat bevonni, mindössze egy intézmény van, ahol talán azt mondhatom, hogy elindult valami az ápolók közt is, itt a vezetőjük és a mentálhigiénés csoport is nagyon aktív, elhivatott az ügyben.

Hozzá kell tenni, hogy az intézményekben dolgozók nagyon leterheltek és nagyon kevesen vannak, nem kapnak elég megbecsülést. Az is tény, hogy az AAK bevezetése, alkalmazása az intézményekben, bármennyire próbáltuk minimálisra csökkenteni a terheket, eleinte plusz energiát igényel a dolgozóktól. Nehéz megtalálni a középutat, hogy maximálisan támogassam őket, legyenek tekintettel a leterheltségükre, de ne végezzek el helyettük olyan munkát, ami ahhoz szükséges, hogy elsajátítsák a módszereket a későbbi önálló munkavégzéshez, tehát nem szabad nekem se „túlgondozni” az intézményeket.

A nehézségek ellenére milyen sikereket értél el, mire vagy nagyon büszke a munkádban?

Az AAK-s munka hosszú folyamat, és nagy türelmet igényel. Gyors és nagyon látványos sikereket ritkán tapasztalunk. Ugyanakkor az apró sikerek mindennaposak. Számomra siker az, ha motiválttá tudok tenni egy szülőt, szakembert. Siker, amikor az édesanya visszajelez, hogy „végre már nem püföl

szét semmit” a gyermek, amihez egyébként nem kellett más, csak egy igen-nem kártya és megtanítani a szülőt, hogyan tegye fel az eldöntendő kérdéseket. Siker, ha az apró célkitűzéseinket elérjük a klienssel, és tovább tudunk haladni. Siker egy intézményben, ha a dolgozók saját ötlettel állnak elő, ha lelkesen mesélik mit tapasztaltak egy-egy önállóan végzett foglalkozáson. Az is nagy öröm, amikor a dolgozók rácsodálkoznak, hogy „Hát ezt is tudja?” az ellátott, és az AAK által rejtett képességek jönnek elő. A legjobb érzés mégis az, amikor az intézményekben járok, hogy a klienseim hétről hétre várnak, és boldogan jönnek a foglalkozásra.

Mi a terved, hogyan folytatod a munkát a projekt hátralévő időszakában?

Nincs már sok hátra a projektből, új ötleteimbe, bár lennének, az idő rövidege miatt, már nem fogok belekezdeni. A jelenlegi munkámat szeretném folytatni, klienseim tudását stabilá tenni, a környezetük számára pedig – legyen az család vagy intézmény – a lehető legtöbb ismeretet átadni, hogy önállóan is képesek legyenek magabiztosan alkalmazni az AAK-t.

Folytatnád-e szívesen ezt a típusú munkát a projektzárás után is?

Természetesen! Kicsit olyan érzésem van, mintha félbehagynánk a munkát. Nagyon sok komplex kommunikációs igényű személy van, akit nem tudunk elérni. Széles körben (nem szakmabeliek között) az érzékenyítést igazából el sem kezdtük. Hogyan történjen meg a társadalmi befogadás, elfogadás úgy, hogy nem tudunk partnerek lenni a kommunikációban?

Ha el lehetne rugaszkodni a valóságtól és álmodni egy nagyot, akkor mit mondanál, hogy milyen az ideális AAK-szakember munkája?

A munkánk lényegi eleme szerintem most is ideális. Hasznos lenne, ha hosszú távon fennmaradhatna. Fontos lenne a kliensek számára, hogy mint beszédfogyatékkal élők, az egyes AAK-eszközöket finanszírozottan is megkaphassák.

Számomra álmom, hogy a szociális képzés minden szintjén essen szó az AAK-ról, elsősorban gyakorlati tudásuk legyen a szakembereknek, és a törvények tegyenek lehetővé az érintett intézmények számára AAK-szakemberi státuszt.

Végül pedig remélem, egyszer még megérem azt, amikor nem kell magyaráznom az embereknek, hogy mi az az AAK, tehát a társadalomban is ismert fogalomává válik.

..... Felhasznált irodalom

- Beukelman D. R. – Mirenda P. (2014): *Augmentative Alternative Communication. Supporting children and adults with complex communication needs*. Paul H. Brookes Publishing, Baltimore (Maryland).
- Creer S. – Enderby P. – Judge S. – John A.: Prevalence of people who could benefit from augmentative and alternative

- communication (AAC) in the UK: determining the need. In *International Journal of Language & Communication disorders* Vol. 51. No. 6. 639–653.
- Kálmán Zsófia (2006): *Mással-hangzók - Az augmentatív és alternatív kommunikáció alapjai*. BLISS Alapítvány, Budapest.
 - Márkus Eszter (2005): *Súlyosan-halmazottan fogyatékos gyermekek nevelésének elméleti és gyakorlati problémái*. Doktori értekezés, ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Neveléstudományi Doktori Iskola, Budapest, 100-110.
 - Petres Anna (2014): *Az augmentatív és alternatív kommunikáció alkalmazásának aktuális helyzete az értelmileg akadályozott személyekkel foglalkozó magyarországi intézményekben*. Szakdolgozat; ELTE BGGYK gyógypedagógus alapképzés; Budapest.
 - Szaffner Gyula (2009): *A segítő kommunikáció alkalmazásának keretei, aktuális helyzete és igényfelmérése Budapesten*. Szakdolgozat; ELTE BGGYK mesterképzés; Budapest.