

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Specifika komunikace osob se specifickými potřebami**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**

**Doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.**

**Vypracovala:**

**Martina Tesaříková**

**Brno 2010**

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Specifika komunikace osob se specifickými potřebami“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů literatury, který je součástí této bakalářské práce. Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 19.04. 2010

.....  
Martina Tesaříková

## Poděkování

Děkuji paní doc.PaedDr. Jiřině Klenkové,Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce. Ráda bych poděkovala svému manželovi a rodičům za morální podporu a pomoc, kterou mi poskytli při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

Martina Tesaříková

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	5
<b>1 KOMUNIKACE</b> .....	6
1.1 Vymezení pojmu komunikace.....	6
1.2 Narušená komunikační schopnost.....	14
1.3 Intervence u osob s narušenou komunikační schopností.....	16
<b>2 PROBLEMATIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ</b> .....	23
2.1 Mentální retardace a její dělení.....	23
2.2 Narušená komunikační schopnost u osob s mentální retardací.....	26
2.3 Alternativní a augmentativní komunikace.....	28
<b>3 MOŽNOSTI SOCIALIZACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM DO SPOLEČNOSTI</b> .....	30
3.1 Mentální postižení a rodina.....	30
3.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením.....	32
3.3 Vliv prostředí na chování osob s mentálním postižením.....	36
<b>4 VLASTNÍ VÝZKUM, POPIS ZKOUMANÝCH OSOB, POUŽITÉ METODY</b>	
<b>A CÍLE PRŮZKUMU</b> .....	39
4.1 Cíl výzkumu metody.....	39
4.2 Použité metody.....	39
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	40
4.4 Případová studie 11 respondentů, klientů domova pro osoby s zdravotním postižením.....	41
4.5 Analýza výsledků šetření a návrhy pro praxi.....	47
<b>ZÁVĚR</b> .....	49
<b>SHRNUTÍ, SUMMARY</b> .....	51
<b>ANOTACE</b> .....	52
<b>LITERATURA A PRAMENY</b> .....	53
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	55

# ÚVOD

Komunikace je jedním z nejzákladnějších prostředků a schopností člověka si mezi sebou vzájemně vyměňovat informace. Umožňuje interaktivní přenos informací. Pokud má člověk dobře rozvinutou komunikační schopnost, nemá problém s ostatními lidmi komunikovat, rozvíjet mezilidské vztahy. Pokud člověk trpí mentální poruchou, je s tím spojena mimo jiných problémů narušená komunikační schopnost, což negativně ovlivňuje začleňování a integraci těchto osob mezi zdravé jedince.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu zájmu o tuto problematiku. Lidé s mentálním postižením jsou převážně umístěni v sociálních ústavech. Práce s těmito lidmi vyžaduje komplexní přístup a týmovou spolupráci všech pracovníků. O problematice mentálních retardací a jejich narušené komunikační schopnosti a životních potřebách a možnostech se sice často diskutuje, ale není to příliš probádaná oblast.

Cílem práce je na základě provedeného šetření a pozorování klientů sociálního zařízení zaměřit se na oblast jejich komunikačních schopností a dovedností, na jejich vzájemné chování a možnosti projevu v různých životních situacích.

Úkolem teoretické části práce je prostřednictvím rozboru odborné literatury vymežit teoretická východiska pro výzkumná šetření, která budou následně použita v části praktické.

V první teoretické části se snažím vymežit pojem komunikace, narušená komunikace a intervenci u osob s narušenou komunikací, obecně i u mentálně postižených. Ve druhé teoretické části definuji problematiku mentálních retardací a problémy s tímto onemocněním spojené. Dotkla jsem se i alternativních technik komunikace. Ve třetí části popisují možnosti socializace osob s mentálním postižením, jejich možnosti v rodinách a podmínky a služby, které poskytují klientům sociálního zařízení. Rozepsala jsem zde i druhy těchto zařízení.

Čtvrtá kapitola je již samotná praktická část. Zde na základě výzkumného šetření popisují zkoumané osoby, zařízení ve kterém žijí. Na základě základních poskytnutých údajů od pracovníků ústavu popisují vybrané vzorky osob i s jejich problematikou, na základě které je u nich narušena komunikační schopnost. Jejich možnosti a schopnosti oproti jejich věkové zralosti a mentálnímu postižení.

# 1 KOMUNIKACE

Komunikace - složitý proces výměny informací. Schopnost dorozumívat se mezi sebou, komunikovat, hovořit, povídat si pomocí slov, jazyka, řeči, předávat si informace, je lidem dána již od narození. Již v prenatálním věku probíhá přenos informace mezi matkou a vyvíjejícím se dítětem. Ovšem může se stát anomálie při vývoji dítěte a komunikační schopnost a dovednost se poruší, opozdí, nebo dokonce nedojde k jejímu vývoji. V této kapitole si představíme pojem komunikace, vývoj jazyka a řeči, jazykové roviny a narušenou komunikační schopnost.

## 1.1 Vymezení pojmu komunikace

*Lidská společnost je v podstatě síť vztahů mezi lidmi. Když si ji představíme jako rybářskou síť, pak uzly představují lidi a provázky či lana vztahy mezi nimi. Ale co to vlastně je, toto lanoví v lidském světě? Jedna odpověď je, že je to komunikace. (Argyle a Trower, 1979).*

Komunikaci můžeme specifikovat jako přenos myšlenek, emocí, postojů, jednání, od jedné osoby ke druhé, tok informací z bodu A (od zdroje) do bodu B (k příjemci). Původně byl pojem komunikace ve významu „činit něco společným, něco společně sdílet“. To znamená, že se lidé na určitém úkolu nepodíleli pouze komunikací, ale i svojí činností. Jednotnou definici pro pojem „komunikace“ nenajdeme v žádné literatuře.

Komunikace není specificky jevem dorozumívání lidí, ale i ostatních živočichů, ovšem s tím rozdílem, že u lidí se komunikuje prostřednictvím jazyka. Pojem jazyk vysvětlím později. Pro upřesnění můžeme říci, že při komunikaci probíhá přenos různých informačních obsahů, výměna informací, dorozumívání se, neboli sociální komunikace, což znamená, že komunikace je základním dorozumívacím a sdělovacím prostředkem pro člověka.

Pojem „komunikace“ můžeme najít v mnoha vědních disciplínách, např. v pedagogice, psychologii, lingvistice, sociologii, politologii, žurnalistice, antropologii, ale i v kybernetice, dopravě, lékařství. O pojmu komunikace je několik teorií a definic,

ale ze všech je patrné, že na začátku komunikace je vždy **komunikátor**, osoba, která informaci sděluje, a na konci je vždy **komunikant**, osoba, která informaci přijímá. Pro úspěšný přenos informace, **komuniké**, je použitý tzv. **komunikační kanál**, zajišťující tok informací mezi komunikátorem a komunikantem. Pro komunikační kanál je nezbytný vždy dohodnutý kód, sloužící k přenosu informací. Komunikace je prostředkem vzájemných vztahů mezi lidmi a výrazně ovlivňuje rozvoj osobnosti.

### ***Fáze komunikace***

Výměna informací mezi lidmi probíhá na několika úrovních, v několika fázích. Každá fáze má svůj vlastní význam pro člověka v průběhu komunikace. To znamená, že to co chceme sdělit má smysl, stává se srozumitelným.

- První fáze - *ideová geneze* - vznik myšlenky
- Druhá fáze - *zakódování* - vyjádření myšlenky v symbolech
- Třetí fáze - *přenos* - přenášení symbolů od vysílajícího k příjemci
- Čtvrtá fáze - *příjem* - symboly dojdou k příjemci
- Pátá fáze - *dekódování* – interpretace přijatých výkladů
- Šestá fáze - *akce* – činnost příjemce vyvolaná přijatou zprávou

Souhrnně se tyto fáze nazývají **recepce**, neboli předávání sdělení do mentálních struktur adresáta. S recepcí je spojená **percepce**, neboli vnímání.

Moscovici napsal, že „*Komunikace je sociální proces a sociální instituce*“. Komunikace lidí souvisí i s jejich chováním, proto můžeme říci, že „*Komunikací nazýváme koordinované chování, jež se spouští navzájem mezi členy sociální jednotky. V tomto smyslu rozumíme komunikací zvláštní druh chování, propojeného s nervovým systémem, nebo i bez tohoto propojení, v rámci toho, jak organismy operují v sociálních systémech. A podobně jako u každého chování, kde můžeme rozlišovat mezi instinktivní nebo naučenou povahou sociálního chování, můžeme rozlišovat také fylogenetické a ontogenetické způsoby komunikace.*“ (Maturana, Varela, 1998, s.193: In. Vybíral, 2009).

Vyčerpávající definice mezilidského komunikování, jež by zahrnula všechny aspekty (kognitivní, filozofické, lingvistické, kulturní; všechny potenciální proměnné a možné roviny významu a dopadu), není možná (Vybíral, 2009).

Komunikace (z lat. Communicatio) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. V nejširším smyslu slova lze komunikaci chápat jako symbolický výraz **interakce**, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících.

K hlavním funkcím komunikace patří informovat (čili předat zprávu), dále pak instruovat (něco nebo něčemu naučit), přesvědčit (zmanipulovat někoho pro svůj záměr), vyjednávat (důležitá operativnost a vyjednávání pro získání někoho na svoji stranu), a v neposlední řadě funkce pobavit (to znamená zabavení, rozveselování). Pokud se zaměříme na psychologickou stránku komunikace, najdeme zde i další aspekty, účelnost, motivaci a spoustu dalších specifikací, týkajících se pojmu komunikace.

Sociální komunikaci dále můžeme dělit na verbální, neverbální a komunikaci činem. Při **verbální komunikaci** neboli slovní, používáme k dorozumívání procesu mluvená nebo psané řeči. Verbální komunikace má velkou sociální relevanci – inteligence člověka se manifestuje zejména ve slově a písmu (Braun, 1992, : In. Klenková, 2006).

U **neverbální komunikace** se používají gesta, emoční aktivita, postoje, kulturní zvyklosti, interkulturní, etnické a mezinárodní geografické odlišnosti. Neverbální komunikaci vyjadřujeme také například pohybem hlavy, očí (oční kontakt), postojem těla a pohyby těla, mimikou (výrazem tváře), dále také typem oblečení, samotným vlastním fyzickým zjevem, zdobností zevnějšku. Projevy neverbální komunikace jsou svým významem mnohem starší než verbální vyjadřování. Tyto vyjadřovací systémy mohou doplňovat mluvenou řeč pomocí tzv. gestikulace, nebo mohou být použity jako samostatné vyjadřovací jednotky, jazykové jednotky. Jedná se především i využití piktogramů nebo například znakový jazyk pro neslyšící.



Neverbální komunikace je jedním z projevů člověka, kterým se navozují popřípadě vyjadřují mezilidské vztahy. Má historickou prioritu, neboť vyjadřování slovy přichází daleko později, jak ve vývoji lidstva, tak ve vývoji jedince (Klenková, 2006). K neverbální komunikaci dále patří i takové projevy, jako jsou, zbarvení kůže (tzv. zarudnutí nebo zčervenání), třes rukou, chvějící se hlas, celkový tělesný tonus. Ovšem u některých osob, profesionálních mluvčích, je možné tyto symptomy potlačit, naučit se zvládat a ovládat takovou formou, že při jejich mluvě není patrná nejmenší známka projevu emocí.

V období prenatálního vývoje vzniká schopnost sociální komunikace jedince. Obsahová i formální stránka komunikace do značné míry závisí na schopnostech, vzdělání, socializaci, identifikačních vzorech, sebevýchově, temperamentu, momentálním duševním a zdravotním stavu, věku, pohlaví, geografické a etnické kulturní oblasti, příslušnosti k sociální třídě a zejména na tradičních návycích, stereotypch a výchově v původní rodině (Klenková, 2006).

Forma, ve které se komunikace realizuje, je psaná, mluvená nebo ukazovaná. Komunikace mezi lidmi je velmi složitý proces, kdy se nejedná pouze o sdělování a příjem informací mezi osobami, jde o mnohem více, to jak se k sobě chováme, jakým způsobem se vyjadřujeme, jak se oblékáme, jaký volíme účes, formu líčení. Toto vše je zdrojem komunikace. Formy mezilidské komunikace mohou být interpersonální komunikace, rozhovor, komunikace v malé skupině lidí, veřejná komunikace, komunikace zprostředkovaná počítačem, nebo také masová komunikace.

*Interpersonální komunikace* je komunikace, kterou vedeme sami se sebou. Můžeme uvažovat o svých možnostech a schopnostech a pokoušet se přesvědčit sami sebe o tom, jaká bychom učinili rozhodnutí v té které situaci.

Umožňuje nám pracovat s vlastními osobními vztahy. *Umožňuje nám založit, udržovat, někdy zničit, jindy napravit osobní vztahy, ať už s novými známými, se starými přáteli, s milenci, milenkami, se členy rodiny nebo s kolegy v práci.* (De Vito, 2008).

*Rozhovor*, nebo-li komunikace formou otázek a odpovědí. Prostřednictvím rozhovoru se dovídáme informace od druhých, ptáme se na jejich postoj k určitým věcem, zjišťujeme podrobnosti o určitých informacích, vzhledem ke zkušenostem, které například tyto lidé mají ve svém oboru.

*Komunikace v malé skupině* tedy se jedná o komunikaci v malé skupině lidí, přibližně pět až deset osob, ve které žijeme. Rodina, školní nebo pracovní kolektiv. To znamená, že tato skupina lidí se vzájemně ovlivňuje, působí na sebe, řeší společné problémy, rozvíjí nové nápady a znalosti. Tato skupinová komunikace řeší tzv. vztahové potřeby a problémy. *Veřejná komunikace* je typem komunikace, kde dochází k ovlivňování velkého počtu lidí jednou osobou, nebo malým počtem osob. Můžeme ji specifikovat jako komunikaci mezi řečníkem a posluchači. Dochází k tomu, že prostřednictvím médií informuje, přesvědčuje, nebo ovlivňuje jen malá skupina lidí, nebo dokonce jen jediný člověk. Dalším typem komunikace může být tzv. *počítačová komunikace*. Což znamená, že prostřednictvím počítačové techniky můžeme jednoduše komunikovat se svými přáteli, obchodními partnery, nebo prostě jen tak hledat zábavu touto formou komunikace. Jedná se o emaily, webové stránky, různé blogy aj. Typem komunikace, kde jeden zdroj ovlivní velké množství lidí po celém světě je *masová komunikace*. Mezi nejvýznamnější masmédiá patří televize, film, rozhlas, noviny a časopisy.

Význam a důležitost komunikace pro život lidí nelze dostatečně nikdy ocenit.

Bez komunikace nemůže žádná společnost existovat, natož pak se vyvíjet. Jak pro existenci, tak pro organizaci každé společnosti, je komunikace základním procesem, neboť každá společná akce individuů je založena na významech, které poté, co byly přeneseny prostřednictvím komunikace, jsou společně sdíleny. (Klenková, 2006). Podle Lechty **komunikační schopnost** patří k nejdůležitějším lidským schopnostem. Schopnost řečové komunikace je schopnost vědomě používat jazyk, jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách (Lechta, 1994).

### **Jazyk a řeč a jejich vývoj**

Specifickou schopností člověka je **řeč**, prostřednictvím které může jedinec vyjádřit své potřeby, pocity, přání a myšlenky, umožňuje mu navazovat nové kontakty, získávat nové informace. Je to schopnost používat verbální i neverbální prostředky k dorozumívání se s ostatními lidmi. Jde o vědomé využívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách.

Řeč je to, co umožňuje rozhovor a vytváří společenství, spojuje „já a ty“. Řeč je univerzální, není omezena na žádnou domluvenou oblast významů, může a musí vyjadřovat úplně všechno (Klenková, 2006).

Řeč vyjadřuje to, co je v oblasti „MY“, to znamená, že v řeči se vždy obracíme k druhým lidem, ne k sobě samým. Řeč je specificky lidskou vlastností a schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka a jako složitého systému znaků a symbolů ve všech formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek. Tato schopnost nám není vrozená, na svět si však přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím.

Řeč můžeme rozdělit na řeč zevní a vnitřní. Obě se od sebe liší, ale zároveň spolu souvisejí. Rozdíl mezi zevní řečí a vnitřní řečí je hlavně ve vyjadřování. V případě tzv. zevní mluvy používáme mluvu, řeč mluvenou, ovšem u vnitřní řeči se myšlenky vyjadřují nejen verbálně, ale i graficky. Jedná se zde o čtení a psaní. Zahrnuje složku jak motorickou, tak i symbolickou. Řeč není pouze záležitostí mluvních orgánů (zevní řeč), ale především mozku a jeho hemisfér (vnitřní řeč). Úzce souvisí s kognitivními procesy a myšlením (Klenková, 2006).

Z analýzy odborné literatury vyplývá, že vývoj řeči neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivňován řadou endogenních i exogenních faktorů. Vývojem a stavem centrální nervové soustavy, vývojem sensorického vnímání, vývojem a úrovní intelektových a motorických schopností a v neposlední řadě působením sociálního prostředí. Ontogeneze řeči u člověka je složitý proces, který probíhá v určitých stádiích, mezi nimiž nejsou přesně vymezeny hranice. Tato stadia vývoje mohou mít rozdílnou délku trvání. Stadia vývoje řeči dělíme na období tzv. přípravné (předřečové) a vlastní vývoj řeči. Rozdělení vývoje řeči na vývojové fáze, které je vhodné použít při orientačním posouzení úrovně řeči uvádí Lechta (2003):

- ❖ 1. období pragmatizace - přibližně do konce 1.roku života
- ❖ 2. období sémantizace - 1.- 2.rok života
- ❖ 3. období lexémizace - 2.-3. rok života
- ❖ 4. období gramatizace - 3.-4. rok života
- ❖ 5. období intelektualizace - po 4. roce života

Jednotlivé fáze a jejich názvy vystihují procesy, které jsou pro dané období typická a probíhají v tom kterém období. Samozřejmě to neznamena, že si člověk jednotlivé aktivity v tom, kterém období neosvojuje, ale proces osvojení zde vrcholí.

Řeč z pohledu neurologie : „S vytvořením druhé signální soustavy, jejímž základním elementem je slovo, souvisí také vznik a rozvoj symbolických funkcí, které v sobě zahrnují fatické funkce ( nejvyšší řečové funkce ), gnozii ( schopnost vyšší analýzy a syntézy senzitivních i sensorických analyzátorů ) a praxii ( vyšší forma motorické činnosti, umožňující vykonávat složité pohybové stereotypy vytvářející se učením, cvikem a častým opakováním ), ( Šlapal, 1996, In: Klenková, 2006, s. 27 ).

Společným znakem pro dorozumívání se je **jazyk**, který můžeme označit za soustavu zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy. Pomocí jazyka můžeme vyjádřit vše, co potřebujeme, tedy veškeré prožitky, vědění, představy o sobě samých, ale i o světě, o veškerém dění kolem nás.

Jazyk se řadí mezi jev společenský. Jazyk a řeč společně čerpají podněty ze společenského prostředí, ve kterém se rozvíjejí i realizují současně. Řeč i jazyk spolu souvisí. Pokud chce člověk mluvit určitým jazykem, musí tento jazyk ovládat, a pokud jazyk ovládá, nebrání mu nic v jeho používání. Řeč je individuální, ale jazyk je jevem a procesem společenským, řeč je společensky podmíněna.

### ***Jazykové roviny a jejich vývoj***

Při vývoji řeči se využívá poznatků vývoje jazykových rovin. Pokud není narušen vývoj komunikačních schopností, vývoj jazykových rovin probíhá rovnoměrně s vývojem dítěte. Jazykové roviny se při vývoji prolínají.

Tyto jazykové roviny se dělí do čtyř základních skupin:

a/ *Morfologicko-syntaktická rovina (obsahová)* - tato rovina se začíná zkoumat okolo 1. roku života dítěte, kdy dítě tvoří, začíná tvořit první slova ( např.mama, baba, tata)

b/ *Lexikálně-sémantická rovina (gramatická)* - tato rovina se zabývá slovní zásobou a jejím vývojem, s přibývajícím věkem dítěte a rozvojem komunikace se slovní zásoba zvyšuje (např. při nástupu do školy, tedy v 6 letech, by dítě mělo znát přibližně 3000 slov)

c/ *Foneticko-fonologická rovina (zvuková)* - tato rovina se věnuje vývoji dítěte brzy po narození, týká se to zvukových projevů dítěte křiku, pláče a broukání.

d/ *Pragmatická rovina (sociální aplikace)* - neboli rovina sociálního uplatnění komunikační schopnosti.

### **Zvuková stránka řeči**

Zvukovou stránkou řeči se zabývá fonetika. Fonetika se dále dělí na fonetiku *artikulační* (zabývá se tvořením hlásek), *akustickou* (zabývá se zvukovou podobou hlásek), *percepční* (zkoumá příjem zvuků u posluchače). Zjednodušeně řečeno fonetika se zabývá zvukovou stránkou jazyka, především fyziologickou činností mluvidel a akustickou podstatou zvuků. Zvuky lidské řeči se tvoří mluvními orgány, které tvoří ústrojí respirační (dýchací), ústrojí fonační ( hlasové), ústrojí modifikační (artikulační ), (Klenková, 2006).

Dalšími faktory ovlivňující vývoj řeči jsou tzv. *modulační faktory*. Jedná se o přízvuk, melodii řeči, tempo řeči a zabarvení hlasu. Tyto faktory jsou důležité při sdělování informací, během komunikace. Vyjadřujeme jimi závažnost sdělení, citové rozpoložení, klademe důraz na určitou situaci.

## 1.2 Narušená komunikační schopnost

### *Logopedie a narušená komunikační schopnost*

Pokud nastane nesoulad ve vývoji v některé z výše uvedených složek řeči, jazyka a rovin vývoje řeči, pak hovoříme o **narušené komunikační schopnosti**, nebo vzniku poruch ve vývoji řeči. Narušenou komunikační schopností, její diagnostikou, terapií a prevencí se zabývá obor logopedie.

**Logopedie** je mladý vědní obor, který se neustále rozvíjí. Logopedii můžeme zařadit mezi obory interdisciplinární, což znamená že využívá poznatků z jiných vědních oborů a současně s těmito vědními obory spolupracuje.

Definovat narušenou komunikační schopnost není snadné. I v odborné literatuře, zabývající se poruchou komunikačních schopností, se setkáváme s různými názory. Velmi komplikované a nesnadné je již vymezení tzv. normality, tzn. určení, kdy se jedná o normu a kdy již můžeme hovořit o narušení. Zde je nutné respektovat určité jazykové zvláštnosti (např. můžeme porovnat výslovnost sykavek v jazyce českém a anglickém, tempo řeči u nás a v japonštině, arabštině, odlišná výslovnost vibrant v češtině a v němčině, nosové zabarvení francouzštiny apod.), zvážit v jakém jazykovém prostředí hodnocená osoba žije, jaké má vzdělání, není-li mluvním profesionálem. Nelze se rovněž orientovat pouze na narušenou formální stránku řeči, ale musíme si všimnout všech rovin jazykových projevů člověka (Klenková, 2006).

Za narušenou komunikační schopnost nelze pokládat ( Lechta In Škodová, Jedlička, 2003):

- *fyziologickou nemluvnost* - přirozený jev před dovršení prvního roku života,
- *vývojová dysfluence (neplynulost)* – „normální“ projevy neplynulosti řečového projevu okolo třetího roku dítěte,
- *fyziologicky dysgramatismus* – nedostatky v gramatické složce řeči přibližně do čtvrtého roku života
- *fyziologickou dyslalií* – nesprávná výslovnost některých hlásek před dovršením přibližně pátého roku života, jedná se o fyziologické jevy.

Pro vymezení narušené komunikační schopnosti je nejvíce akceptovatelná definice Lechty (2003), : „*Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfológickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.*“

Příčiny vzniku narušené komunikační schopnosti mohou být různé. Můžeme je dělit na orgánové a funkční, dále je můžeme dělit z hlediska časového nebo lokalizačního. Z hlediska časového jsou rozdělujeme na období prenatální (před narozením, v období vývoje plodu), perinatální (během porodu), postnatální (po narození). Z hlediska **lokalizačního** se k nejčastějším příčinám řadí:

- receptivní poruchy (poruchy rozumění řeči),
- fatické poruchy (narušení nejvyšších řečových funkcí),
- expresivní poruchy (poruchy řečové produkce).
- působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí ( možná příčina opoždění ve vývoji řeči)
- narušená sociální interakce (možné poruchy psychotické povahy)
- orgánová poškození receptorů
- genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky

V logopedické praxi i v odborné literatuře je užívána klasifikace narušené komunikační schopnosti podle symptomu, který je pro to které narušení nejtypičtější , symptomatická klasifikace, kterou uvádí Lechta (1990, 2003).

*10 základních kategorií dělení narušené komunikační schopnosti:*

- 1) vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
- 2) získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- 3) získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- 4) narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)

- 5) narušení fluence (plynulosti) řeči (tumulus sermonis, balbuties)
- 6) narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
- 7) narušení grafické stránky řeči
- 8) symptomatické poruchy řeči
- 9) poruchy hlasu
- 10) kombinované vady a poruchy řeči.

Narušení komunikační schopnosti může být trvalé nebo přechodné, vrozené nebo získané. Může být hlavním dominantním symptomem, nebo může být symptomem, případně důsledkem jiného dominantního postižení, poruchy nebo onemocnění. Potom hovoříme o *symptomatických poruchách řeči*. Člověk, u kterého se porucha projevuje si poruchu může, ale i nemusí uvědomovat.

### 1.3 Intervence u osob s narušenou komunikační schopností

Pojem intervence můžeme obecně charakterizovat jako zásah nebo zákrok do něčeho, nebo v něčí prospěch ( Slovník cizích slov, Klimeš, 1985). Z logopedického hlediska je intervence zákrok v něčí prospěch, zásah do nějakého jevu nebo procesu s cílem ovlivnit jej, často jako synonymum reedukace, terapie (Logopedický slovník, 2007) .Vše co souvisí s prací logopeda, logopedická péče, výchova a rozvoj řeči, veškerá logopedická činnost, to vše je logopedická intervence.

Cílem logopeda u osoby s narušenou komunikační schopností je :

- Identifikovat problém - diagnostika
- Eliminovat tento problém, nebo alespoň zmírnit - terapie
- Prevence, předcházení vzniku tohoto problému - prevence

Můžeme říci, že logopedická intervence je celkové působení logopeda na osobu s vadou řeči. Znamená to logopedickou diagnostiku, logopedickou terapii, logopedickou prevenci. V praxi se tyto úrovně navzájem prolínají. Metody, které se v rámci logopedické intervence aplikují, nebyly ještě jednoznačně definovány. Moderní logopedie se tímto problémem zabývá.



Jako vědní obor využívá také poznatky z tzv. hraničních vědních disciplin: medicíny, lingvistiky, speciální pedagogiky, psychologie atd. Dochází k interdisciplinárnímu procesu, kdy přechody mezi jednotlivými typy terapie jsou tak plynulé, že je není možné jednoznačně rozčlenit k určitému oboru (Lechta, 2002).

Východisko, které rozhodujícím způsobem determinuje úspěšnost terapie nerušených komunikačních schopností je logopedická diagnostika. Někdy se za její součást považuje také návrh terapeutických opatření. V tomto případě vzniká plynulý přechod mezi diagnostikou a terapií.

Známe tři úrovně logopedické diagnostiky:

- **Orientační vyšetření** *v průběhu tohoto vyšetření se zjišťuje, jestli vyšetřovaná osoba má nebo nemá narušenou komunikační schopnost*
- **Základní vyšetření** *toto vyšetření nám dává odpověď na otázku o jaký druh narušené komunikační schopnosti se skutečně jedná*
- **Speciální vyšetření** *toto vyšetření určuje typ, formu, patogenezi a další zvláštnosti narušené komunikační schopnosti (jedná se o co nejpřesnější identifikaci zjištěné narušené komunikační schopnosti).*

Cílem terapie narušené komunikační schopnosti je překonat komunikační bariéru, i když může přetrvávat její narušení. Podle Mayerové je tato terapie procesem řízení a provázení klienta z aktuální úrovně určité funkce na úroveň, která by měla být dosažena. Realizuje se pomocí terapeutického programu: plánu, kterým může logoped eliminovat nebo redukovat problém narušené komunikační schopnosti. Grohnfeldt uvádí, že cílem terapie je „zlepšení komunikačních schopností člověka“.

V Německu se takto koncipovaný cíl logopedické intervence dostal do legislativy (Lechta, 2002). Lechta publikoval v roce 1990 model komplexního logopedického vyšetření, který splňuje všechny požadavky kladené na logopedické vyšetření.

Model logopedického vyšetření doporučuje následující postup:

- Navázání kontaktu
- Anamnéza (osobní, rodinná)
- Vyšetření sluchu ( orientační vyšetření )
- Vyšetření porozumění řeči ( vyšetření receptivní složky řeči)

- Vyšetření řečové produkce ( vyšetření expresivní složky řeči – výslovnost jednotlivých hlásek, slovní zásoba, stavba řeči, muzikálnost, dýchání při řeči, užití hlasu, čtení , psaní, počítání)
- Vyšetření motoriky ( celkové motoriky, jemné motoriky, motoriky mluvních orgánů)
- Vyšetření lateralit
- Prozkoumání sociálního prostředí (Klenková, 2006).

Při diagnostickém procesu narušené komunikační schopnosti se většinou využívají všeobecné zásady diagnostiky, tj. zásada objektivnosti, komplexnosti a týmového přístupu, kvantifikace a dlouhodobého pozorování. Logopedická diagnostika využívá obecných metod speciálněpedagogické diagnostiky, které uvádí Vašek(1991), Přinosilová(1997):

- Pozorování
- Metody explorační
- Diagnostické zkoušení
- Testové metody
- Kasuistické metody
- Rozbor výsledků činnosti
- Přístrojové a mechanické metody

Logopedickou terapii je možné charakterizovat jako specifickou aktivitu, která se realizuje specifickými metodami a ve specifické situaci záměrného učení. Toto učení je řízené, kontrolované a usměrňované logopedem.

Na základě obecného vymezení dělíme metody logopedické intervence do tří základních skupin:

- Stimulující – *stimulují nerozvinuté a opožděné řečové funkce /aplikace např. narušeného vývoje řeči/*
- Korigující – *korigují vadné řečové funkce /aplikace např. u poruchy dyslalie/*
- Reedukující – *reedukují ztracené nebo dezintegrované řečové funkce / aplikace např. u afázie/ (Lechta, 2003) .*

Velký význam se klade také na metodu **theraplay**, která hravým způsobem (*ale zpravidla bez hraček*), připravuje na terapeutické podmínky a terapeutickou interakci

osob, které z různých důvodů ještě nejsou schopné participovat na terapii. „Hravým způsobem“ jsou (*podle specifik toho kterého postižení*) aplikovány i základní metody rozvoje řeči, např.:

- self-talking (jednoduchými výrazy komentujeme aktuální dění, naše jednání),
- parallel-talking (verbalizujeme momentální jednání, pocity osoby),
- metoda korekční zpětné vazby („zopakujeme“výpověď osoby – ale ve správné formě),
- metoda rozšířené imitace – imitace s expanzí („zopakujeme“výpověď osoby, přičemž ji v adekvátní míře rozšíříme),
- metoda alternativních otázek (otázky zaměřené na osobu koncipujeme ve formě: “Je to x nebo y...” – abychom si vynutili jinou odpověď než jen gestem,
- metoda doplňování vět (hravou formou podněcujeme osobu, aby dokončila větu, kterou začneme)“ (Lechta, 2002, s. 65, 66) .

Při aplikaci logopedických metod je důležité, aby byly účinné, efektivní a účelné. Terapeutická účinnost zahrnuje míru užitečnosti a prospěšnosti v experimentálních podmínkách, efektivnost ukáže jejich užitek v typicky klinických podmínkách a účelnost se týká relativní účelnosti jedné metody v porovnání s ostatními. Aby byly metody logopedické intervence účinné, je třeba respektovat tyto základní principy:

- všeobecné principy řízeného učení – motivaci, zpětnou informaci, opakování a transfer
- pedagogické principy – uvědomělost, aktivitu, názornost, soustavnost, individuální přístup atd.
- speciálně pedagogické principy – komplexnost, optimální prostředí, socializaci atd.
- specificky logopedické principy – minimální akci, relaxaci, terapeutické vztahy, multisenzoriální nebo monosenzoriální přístup, překonávání komunikační bariéry, imitaci normálního řečového vývoje, preferování obsahové stránky řeči atd. (Lechta, 2002).

V současnosti je logopedická intervence naší republiky poskytována v zařízeních státních, nestátních i soukromých, a to v rámci ministerstev tří resortů – školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), zdravotnictví (MZ) a práce a sociálních věcí (MPSV). Na realizaci logopedické intervence se podílejí logopedi, kliničtí logopedi a logopedičtí asistenti (Bytešnicková in Pipeková, 2006, Klenková, 2006).

Logopedická intervence v resortu **zdravotnictví** je poskytována v logopedických poradnách při poliklinikách, v logopedických pracovištích při lůžkových odděleních foniatrie, neurologie, psychiatrie, rehabilitace a geriatrie, dále privátních logopedických ambulancích, rehabilitačních stacionářích, denních stacionářích při zdravotnických zařízeních, léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) a v lázeňských zařízeních. **V resortu práce a sociálních věcí** je logopedická péče poskytována v ústavech sociální péče. Logopedická intervence v resortu školství je realizována v mateřských školách logopedických, logopedických třídách při běžných ZŠ, ve speciálních třídách při základní škole pro žáky s rouchami učení, v MŠ pro sluchově postižené, v ZŠ pro sluchově postižené, v ZŠ praktických a ZŠ speciálních. (Bytešnicková in Pipeková, 2006).

Logopedická intervence v resortu školství patří především školským poradenským zařízením. Patří sem pedagogicko psychologické poradny a speciálně pedagogická centra s vadami řeči. Činnost těchto zařízení je podřízena vyhláškou č.72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.

PPP – pedagogicko psychologická poradna – je samostatně specializované poradenské pracoviště, zaměřené na komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou intervenci a informační a osvětovou činnost.

SPC – speciálně pedagogické centrum – je speciální školské zařízení, které v rámci daného regionu poskytuje služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaných ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních. SPC se zaměřují na podporu integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

SPC pro děti s vadami řeči – zajišťuje v rámci stanoveného regionu metodickou pomoc a služby dětem a žákům s narušenou komunikační schopností, jejich zákonným zástupcům, školám. Současně provádí depistáž /vyhledávání/ osob s narušenou komunikační schopností v rodinách a školních institucích. Zajišťuje pravidelnou informační činnost, která má za cíl informovat o fyziologickém vývoji řeči, podmínkách jejího správného vývoje, o možnostech rozpoznání odchylek od běžného vývoje a projevech poruch komunikačních schopností. Speciálně pedagogické centrum poskytuje informace o významu mluvního vzoru a kultuře mluveného projevu (Kubová, 1995).

*„Včasná odborná péče, kterou pracovníci center dětem poskytnou, je nutná nejen pro jejich vzdělávání a osobnostní rozvoj, ale má i nesporný společenský a sociální význam také pro rodiče těchto dětí, kteří jsou vystaveni náročným životním situacím spojeným s péčí a výchovou postižených dětí. Vznik SPC v naší republice byl vyvolán důrazným požadavkem rodičů a přátel zdravotně postižených dětí, kteří postrádali komplexní speciálně pedagogickou péči o postižené děti od nejranějšího věku.*

*Speciálně pedagogická centra se zaměřují na poradenskou činnost pro děti a mladistvé s jedním typem postižení, případně na děti a mladistvé s více vadami, kde dominuje typ postižení, pro které bylo SPC zřízeno, od nejranějšího věku až do doby ukončení školní docházky, podle potřeby i pro jedince vyšších věkových kategorií.“*  
(Kubová, 1995, s. 8).

Cíle speciálně pedagogického centra v oblasti logopedické prevence dle Kubové (1995):

- realizace komplexní speciálně pedagogické a odborné logopedické diagnostiky u osob s narušenou komunikační schopností,
- stimulace přirozeného rozvoje řeči a předcházení vzniku poruch a vad v řečovém vývoji jedince, příp. provádění reedukace vadné výslovnosti u osob intaktních,
- předcházení negativnímu vývoji a zabránění sekundárním následkům postiženého jedince.

*Řeč je předmětem komunikace. Řeč je mimořádně složitá funkce, jejíž vývoj se realizuje v jednotlivých vývojových stádiích. V průběhu komunikace dochází k výměně informací mezi lidmi. Logopedie se zabývá narušenou schopností komunikace. Prostřednictvím logopedické intervence dochází k redukci nebo odstranění narušené komunikační schopnosti.*

## 2 PROBLEMATIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

### 2.1 Mentální retardace a její dělení

Mentální retardace je , kdy se úplně zastaví nebo není úplný duševní vývoj jedince v počátcích vývoje dítěte, do dvou let. Pokud dochází k postupnému úbytku intelektových vlastností a schopností po druhém roce života jedince, pak hovoříme o demenci

Termín „*mentální retardace*“ byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci (American Association of Mental Deficiency – AAMD) ve 30. letech 20.století .Termín mentální retardace znamená opožděnost rozumového vývoje, je odvozen z latinského „*mens*“ (mentis – mysl, rozum) a retardace z latinského „*retardatio*“ – zdržet, zaostávat, opožďovat. (Koluchová in Vítková a kol.,2004).

Mentální retardací rozumíme opožděný nebo poškozený všeobecný normální vývoj dítěte a to po stránce rozumové, přičemž se velmi často vyskytují pohybové poruchy, narušené je celkové chování. Vágnerová (1999, s.146) definuje mentální retardaci takto: „*Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje ( méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován*“.

Mentální retardace je „*stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoliv však u většiny; zpomalení, zpoždění duševního vývoje jedince, někdy sociálním zanedbáváním, někdy v důsledku somatického onemocnění...projevuje se v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázena nižší schopností orientovat se v životním, zvláště sociálním prostředí , jedinec zaostává za vrstevníky v učení, sociálních a pracovních dovednostech a v citovém životě...*“ (Hartl, Hartlová, 2004, s.507).

#### ***Dělení mentální retardace***

Mentální retardaci rozdělujeme na vrozenou a získanou, dále z časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. Dalším faktorem vzniku a rozvoje

mentální retardace je působení špatného sociálního prostředí, dále symptomatická klasifikace a klasifikace podle vývojového období. MR dělíme rovněž podle typu chování. Rozlišujeme typ:

- *eretický* (verzatilní, nepokojný, instabilní) – tento typ je charakteristický svojí agresivitou, neklidem
- *torpidní* (apatický, netečný) – tento typ je netečný, otupělý, bez zájmu
- *nevyhraněný* - tuto část tvoří velká část osob s MR

V současnosti se používá členění mentální retardace podle WHO – Světové zdravotnické organizace z roku 1992. Od 1.ledna 1993 je mentální retardace zařazena do oboru psychiatrie. Z tohoto důvodu se označuje písmenem F. Celý oddíl F70-F79 je považován za základní kód mentální retardace. Ke stanovení míry a hloubky mentální retardace se používá inteligenční kvocientu.

**Tabulka č.1:** Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MNK-10)

Kódová čísla	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50 - 69
F 71	Středně těžká mentální retardace	35 - 49
F 72	Těžká mentální retardace	20 - 34
F 73	Hluboká mentální retardace	0 - 19
F 78	Jiná mentální retardace	Bez bližší

Podle stupně postižení dělíme mentální retardaci do těchto skupin:

- **Lehká mentální retardace** - (dále jen LMR) osoby postižené lehkou mentální jsou schopné a soběstačné v sebeobsluze (oblékání, jídlo, osobní hygiena), mohou účelně užívat řeč a udržovat konverzaci v běžných životních situacích, osvojí si bez problémů praktické domácí dovednosti. Potíže se projevují při osvojování si teoretických znalostí ve škole. Tyto osoby mají krátkodobou pozornost, mohou být impulsivní a většinou jsou labilní a trpí stavy úzkosti. Většinou zvládají lépe praktické dovednosti, takže jsou zaměstnáváni prací, zvládají jednoduché učební obory. U osob s LMR se mohou projevit i další



vývojové poruchy, poruchy chování, epilepsie, tělesná deformita. Tyto osoby používají řeč účelně, ale mluvu si osvojují opožděně.

- **Středně těžká mentální retardace** – (dále SMR) skupina takto postižených osob je velmi rozdílná ve svých schopnostech. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně ve zvládnání manuálních dovedností, a jiní jsou schopni sociální interakce, ale manuálně jsou neobratní. U těchto osob je narušená jemná motorika, osvojují si proto jen konkrétní pojmy, pod dohledem jsou schopni vykonávat jednoduchou pracovní činnost. Jsou komunikativní a rádi navazují kontakty druhými. Ve škole jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání, ovšem pouze pod odborným vedením speciálního pedagoga. U těchto osob se může vyskytovat další psychiatrická onemocnění jako je středně těžká mentální subnormalita, a středně těžká oligofrenie.
- **Těžká mentální retardace** – (dále jen TMR) u jedinců s tímto typem postižení se velmi projevuje značná porucha motoriky, nebo jsou přidružena i jiná poškození, která prokazují poškození nebo špatný, či nedostatečný vývoj CNS. Postižení jsou většinou kombinovaná, jde o postižení rozumových schopností spojených s poruchami pohybového a smyslového aparátu různého stupně (např. sluchu). Tyto osoby jsou „vzdělávány“ pomocí kvalifikované výchovně rehabilitační péče odborníků. Osvojují si základy sebeobsluhy, jednoduché dovednosti smyslového a rozumového charakteru. Komunikují převážně pomocí alternativních komunikačních systémů.
- **Hluboká mentální retardace** – (HMR) . Osoby takto postižené tvoří 1% všech MR. Takto postižené osoby mají těžce postižený nejenom intelekt, ale i pohybové schopnosti. Jsou velmi těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům nebo instrukcím. Tyto osoby jsou imobilní, což je hlavním důvodem jejich odkázanosti na celodenní péči. Neosvojí si základy mluvené řeči, jsou schopny reagovat na emočně zabarvený tón hlasu, velice často mají omezené vnímání zrakových podnětů. Vydávají neartikulované zvuky. U těchto osob jsou běžná těžká neurologická postižení, u mobilních pacientů se projevují vývojové pervazivní poruchy, např. atypický autismus.
- **Jiná mentální retardace** – tato kategorie stanovení MR se používá u osob s přidruženou těžkou senzoryckou nebo somatickou vadou nebo postižením např. u slepých, hluchoněmých jedinců nebo u jedinců s těžkými poruchami chování.

- **Nespecifikovaná mentální retardace** ( tato v tabulce není uvedena) označení F79 . Toto označení se užívá v případech, kdy je sice mentální retardace prokázána, ale z důvodu malého množství informací o stavu pacienta není možné tohoto zařadit do výše uvedených kategorií. (IQ 85-69), jedná se o sníženou úroveň rozumových schopností, která nesouvisí s organickým poškozením mozku. Jedná se o sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí nebo o smyslové vady. V těchto případech se jedná o opožděný rozumový vývoj, ne o mentální retardaci .

## 2.2 Narušená komunikační schopnost u osob s mentální retardací

Řeč mentálně postižených osob je vždy značně narušená. Začátky řeči bývají opožděné, omezené. Jedná se o ometenou zvukovou, gramatickou i obsahovou stránku řeči. Speciální péčí je možné dosáhnout určitých pokroků ve vývoji řeči, ale mentálně retardovaný jedinec nikdy nedosáhne takového výsledku a stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové a artikulační jazykové normě (Klenková, 2006).

Vývoj řeči a narušená komunikační schopnost MR závisí na míře mentálního postižení jedince.

Vývoj řeči a MR osob závisí na anatomických a funkčních strukturách mozku, závisí na rozumových schopnostech dítěte. Vlivem příčin, které způsobují MR, se projeví odchylky ve vývoji řeči. Především vážne sluchové rozlišování zvuků lidské řeči, hlásek, slov. Bez potíží nebývá ani jejich osvojování. I když si dítě slovo zapamatuje, nemusí chápat obsah, postižena je obsahová stránka řeči. MR osoby se dorozumívají i neverbálně (gesty, posunky, mimikou), v tomto vyjádření jsou spontánnější a emocionálnější. Intaktní děti začínají mluvit od 1.roku života. Tím se stimuluje jejich celkový psychický vývoj. Je-li MR dítě postižené v tomto věku i na řeči, nelze je ovlivňovat prostřednictvím řeči na takové úrovni jako intaktní děti (Lechta, 2002).

Průběh a vývoj řeči u MR osob závisí na stupni sníženého intelektu. Každý stupeň mentální retardace má jiný vývoj komunikačních schopností, ovšem není zde jednoznačné ohraničení vývoje.

Osoby s **lehkou mentální retardací** mají většinou komunikační schopnosti vytvořeny. V porovnání s normou jsou tyto osoby ve vývoji řeči opožděny o jeden až dva roky. Řeč je obsahově chudá, má úroveň 2. signální soustavy. Vážně schopnost úsudku. Výslovnost u některých jedinců může být přesná a srozumitelná, ovšem nemusí plně chápat smysl a rozumět obsahu slova. Tyto osoby mohou selhat v nepředvídaných komunikačních situacích, kde nemohou použít zafixované řečové stereotypy (Lechta, 1994). Užívají modulační faktory řeči.

U osob se **středně těžkou mentální retardací** může být řeč vytvořena, ale u některých osob se projevuje komunikace obtížná. Projevuje se to špatnou artikulací a používáním jednoduchých slov. Větné a slovní dysgramatismy nejsou výjimkou. Řeč je na úrovni 1. signální soustavy. Tyto osoby reagují na oslovení, pokyny a výzvy. Dokáží spojit zvuky, které slyší s konkrétní situací. Dokáží se naučit opakovat určité řečové celky, mechanicky, obsah často nechápou, nebo nepochopí. V řeči se objevují echolálie (tzv. „papouškování“). Pasivní slovník mají vyvinutější.

Osoby s **těžkou mentální retardací** se projevují neartikulovanými zvuky. Komunikují především neverbálním způsobem ( gesta, posunky). Vyjadřují tak různé pocity libosti, nelibosti, vzteku, bolesti či hladu. Duševní vývoj těchto osob na pudové úrovni, v jejich řeči se objevují především pudové složky. Ve výjimečných případech může jedinec opakovat slyšené zvuky, ale nechápe jejich obsah, používá echolálie.

U **hluboké mentální retardace** se komunikace neprojevuje vůbec, nebo pouze v nonverbální podobě. Hlasové projevy jsou afektového rázu. Osoba reaguje na barvu a sílu hlasu ( konejšivý hlas ji uklidní, silný hlas ji podráždí ). Tyto osoby nevyjadřovat své pocity verbálně ani neverbálně.

Mentálně retardované děti už od narození méně křičí, později rozpoznávají matčin hlas, později jí křikem přivolávají, později reagují na slovní výzvy a pokyny. Déle trvá než začnou spojovat slabiky do slov a slova do vět. Vývoj řeči často nastupuje u MR dítěte až po 3. roce, záleží na typu retardace.

## 2.3 Alternativní a augmentativní komunikace ( AAK )

Alternativní a augmentativní komunikace si klade za cíl umožnit jedincům se závažnými poruchami komunikačního procesu aktivní dorozumívání a zapojení do života společnosti. Systémy AAK jsou efektivně využívány jak u vrozených narušení komunikačního procesu jako důsledku handicapů smyslových, mentálních , centrálních poruch vývoje hybnosti, vývojových poruch řeči a kombinovaných postižení, tak u poruch získaných degenerativním onemocněním, např.: poúrazových stavech mozku, nádorech mozku, cévních mozkových příhodách, Parkinsonovy nemoci aj. Lze je přizpůsobit mentální úrovni konkrétních jedinců.(Janovcová, 2003).

Augmentativní systémy slouží k podpoře a rozvoji již existujících, nedostatečných , komunikačních schopností. Alternativní systém slouží jako náhrada mluvené řeči. U mentálně retardovaných osob se využívají i tyto typy AAK technik, ovšem je nutné brát v úvahu jejich dovednosti a schopnosti.

Uvedme si například „**Makaton**“, což komunikační jazykový program, který poskytuje základní prostředky komunikace. Využívá manuální znaky doplněné mluvenou řečí a obrázkovými symboly.

Dále „**Znak do řeči**“, který podobně jako Makaton, využívá přirozené znaky a některé znaky používané ve znakovém jazyce neslyšících. Využívá se u MR osob v našich zemích.

„**Piktogramy**“ černobílé zjednodušené zobrazené tvary předmětů, činností, vlastností, osob, zvířat. Pokud se tyto obrázky spojí, je možné z nich poskládat jednoduchá slovní spojení nebo jednoduché věty.

„**Sociální čtení**“ je využíváno ve výuce mentálně postižených dětí i dětí s více vadami. “ *Je chápáno jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zrakové znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se vyskytují v nejbližším okolí, aniž by byly využívány čtecí dovednosti (techniky čtení).*“ (Vítková a kol., 2004, s.150)

*Mentální retardace je vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí. Jde o stav trvalý. Existuje mnoho nejrozličnějších příčin, které mohou mentální vývoj člověka narušit, zpomalit nebo ho odchýlit od normy. Mentální retardaci můžeme dělit podle stupně postižení a podle typu chování. U jednotlivců s mentálním postižením pozorujeme určité společné znaky.*

### 3 MOŽNOSTI SOCIALIZACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM DO SPOLEČNOSTI

#### 3.1 Mentální postižení a rodina

Jedno naše české přísloví říká „všude dobře, doma nejlíp“. A myslím, že to platí nejen pro zdravé jedince, ale především pro osoby mentálně, ale i jinak zdravotně postižené. Každý člověk se cítí nejlépe v prostředí, které mu není cizí, které mu poskytuje nejen pocit bezpečí a jistoty, ale i emocionální stability. Je to především rodina, kde tyto osoby najdou všechnu péči a s láskou je jim poskytována. I když výjimka potvrzuje pravidlo. Tedy, že se najdou i rodiny, které nejsou schopné poskytnout svému postiženému členovi dostatečnou péči ne z důvodu že to neumějí, ale proto, že nechtějí.

Narození mentálně postiženého dítěte bývá považováno za velmi traumatizující skutečnost, někteří autoři zejména narození těžce mentálně postiženého dítěte považují za jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, která může člověka v životě potkat (Švarcová, 2006). Rodiče se na své dítě těší a plánují si již předem jeho „skvělou“ budoucnost. Bohužel se možností narození postiženého dítěte nikdo nepočítá, a když se tato událost přihodí, dostaví se zpravidla u rodičů takto postižených dětí úzkost, strach, obavy, pocit viny i studu, protože jejich dítě je jiné, než ostatní zdravé děti.

Rodiče mentálně postižených dospělých „dětí“, kteří se smířili s osudem a přijali těžký úkol vychovávat mentálně postižené dítě, nebývají nešťastní. Ve svém dítěti velmi často nacházejí tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy neopustí, nezradí, ale ani záměrně a úmyslně nezarmoutí (Švarcová, 2006). Narození postiženého dítěte změní běh celé rodiny. O dítě je nutné se starat na plný úvazek, většinou tuto „obět“ poskytuje matka, vzdá se práce, kariéry, životního stylu, jen proto, aby dítěti zajistila potřebnou náročnou péči. Pokud se oba rodiče při výchově takového dítěte střídají a vzájemně doplňují, je vše v pořádku, podporují se vzájemně. Pokud některý z rodičů (většinou otec) své dítě nechce vychovávat a odejde od takové rodiny, vzniká pro matku velmi složitá životní situace. Rodiče se musejí vyrovnat se ztrátou svých přátel a známých.

Snad jen proto, že tito lidé nevědí, jak se chovat k postiženému dítěti. Nechápu jejich svět a bojí se, aby něco nepokazily, raději odejdou. Ovšem každá strana má svůj rub a líc, na jedné straně přátelé odcházejí a přicházejí nový, kteří problému rozumí, mají doma podobné děti, pracují s nimi a předávají velmi důležité informace, potřebné k výchově, vývoji a rozvoji postiženého dítěte.

Pro vývoj dítěte je velmi důležité, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi změnami okolnostmi a zaujali k němu pozitivní postoj. Dítě zejména v ranných etapách svého vývoje, potřebuje citlivou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života. Nejvhodnější přístup asi spočívá v umění brát a mít rád dítě takové jaké je. (Švarcová,2006).

Pro mentálně postižené osoby je rodina důležitá i v jejich dospělém věku. U osob s lehčí formou mentálního postižení se tyto „děti“ mají kam vracet, nacházejí zde své zázemí a útočiště, i když jsou zapojeny v pracovním procesu. U forem se středního mentálního postižení je zaměstnávání osob složitější, pokud je to možné, pracují v tzv. chráněných dílnách, kam každý den docházejí sami a nebo za doprovodu rodičů či asistenta. Ovšem takových pracovišť je velmi omezené množství. Dospělí postižení těžkou formou mentální

retardace jsou zcela odkázáni na pomoc a péči jiných lidí (rodičů, sociálních pracovníků), jsou umístováni v zařízeních sociální péče. Tato zařízení jsou s denním pobytem, týdenním pobytem nebo celoročním pobytem.

Nový zákon o sociálních službách , který vešel v platnost v lednu 2007, upravuje podmínky poskytování sociální péče a pomoci osobám v nepříznivé životní situaci, prostřednictvím sociálních služeb nebo příspěvku na péči. Důraz je zde kladen na rodinu. Ta se může rozhodnout, zda umístí osobu(člena rodiny) se zdravotním postižením do ústavní péče, nebo zda bude sama pečovat a starat se, nebo služby sociální pomoc a služby zajistí prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. Tyto služby hradí zadavatel, tedy rodina.

Pro lidi s mentálním postižením se tak zvyšuje možnost rodiny rozhodnout, do jaké míry se bude sama podílet na zajišťování péče o své členy, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a které sociální služby jim z příspěvku na péči „zakoupí“ (Švarcová, 2006).

### 3.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením

*„Člověk s postižením má stejné potřeby jako zdravý člověk. První z je být uznán a milován takový, jaký je.“* sestra Michele Pascale Duriezová (Švarcová, 2006)

Když se vrátíme v čase do historie, zjistíme, že duševní choroby a mentální postižení jsou popisovaná i z doby prvobytně pospolné společnosti. A protože zde neznali vysvětlení, proč se lidé takto chovají, jediná léčba byla tzv. „vyhánění zlých duchů“ z člověka, které prováděli „šamani“, osoby k tomu určené a znalé.

Zmínky o první, ale velmi nedokonalé ústavní péči, pokud tomu takto můžeme říkat, jsou ve staré Řecku. Tato zařízení se nazývala **aspénia**, péči v nich zajišťovali lékaři a kněží.

**Kláštery a hospitály** poskytovaly útočiště a pomoc z hlediska sociálně-charitativního mentálně postiženým lidem v období středověku. Tato doba byla silně nábožensky motivovaná, takže každá duševní choroba byla vysvětlena jako „boží trest“. V období renesance se již setkáváme s vědeckým výkladem duševních chorob a mentálních postižení. Těmito poruchami se zabývá lékařská věda a filozofie. Už v tomto dávném období mentálně retardované občany vyčleňovali ze společnosti, byli izolováni.

**Vězení nebo špitál**, instituty vznikající v dobách osvícenství. Postižení lidé v nich byli zavíráni a opět izolováni od okolního světa. Lékařská péče v těchto institucích byla téměř nulová. Velké množství ústavů s počínající sociální péčí bylo zakládáno od počátku 18.století.

Na počátku 19. století dochází ke specializaci ústavních zařízení, která se rozdělují na **nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny a starobince**. V průběhu 19. století dochází ke změně názorů na handicapované jedince. O tento posun v před se zasloužila řada lékařů, vědců a pedagogů. Nový pohled na mentální retardaci dává vznik organizované péči – ústavů pro mentálně retardované, které vznikají ve Francii, Rakousku, Velké Británii a Čechách. Vedle ošetrovatelské péče zde zaujímá své postavení i výchovná a vzdělávací činnost. (Pipeková, 2006). Existence ústavů sociální péče u nás je spojena s vývojem naší společnosti. Ta ještě není zcela připravena na nové



formy péče o osoby s mentální retardací-osobní asistenci, komunitní péči, integrované bydlení, proto je naléhavé se otázkami péče neustále zabývat. (Pipeková, 2006).

Cílem ústavní péče je, aby každá osoba s mentálním postižením mohla vyrůstat v rodinném prostředí. Švarcová uvádí (2000, s.138): „*Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, a chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.*“

V současné době existuje široká nabídka ústavů sociální péče, to znamená, že rodiče si mohou vybírat zařízení jak z hlediska kvality, ale i místa poskytování služeb (Pipeková, 2006). Ústavy sociální péče se rozdělují do několika skupin, podle délky pobytu klienta, věku, typu postižení, pohlaví, kapacity a v neposlední řadě i podle zřizovatele.

Podle délky pobytu dělíme ústavy na ústavy s :

- ❖ Denním pobytem – stacionáře (zajišťují výchovně vzdělávací, rehabilitační, zájmovou složku péče),
- ❖ Týdenním pobytem pobyt od pondělí do pátku (péče o klienty je zajišťována od pondělí do pátku formou ústavní péče –výchova, vzdělávání, rehabilitace- víkendy klienti tráví v rodinném prostředí),
- ❖ Celoročním pobytem (tyto ústavy zajišťují komplexní péči s své klienty v průběhu celého roku).

Podle vyhlášky č.182/1991 Sb., § 61 se ústavy dělí do několika skupin:

- ❖ Pro tělesně postiženou mládež,
- ❖ Pro tělesně postiženou mládež s přidruženými mentálními vadami,
- ❖ Pro tělesně postiženou mládež s více vadami,
- ❖ Pro mentálně postiženou mládež,
- ❖ Pro tělesně postižené dospělé občany,
- ❖ Pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením,
- ❖ Pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami,
- ❖ Pro smyslově postižené dospělé občany,
- ❖ Pro mentálně postižené dospělé občany,

- ❖ Domov důchodců,
- ❖ Domovy – penzióny pro důchodce.

Rozdíl mezi ústavem pro mládež a ústavem pro dospělé je ve věkové hranice, kdy jsou do těchto ústavů klienti přijímáni. Ústavy pro mládež přijímají své klienty ve věku od 3 do 26 let, pro dospělé občany od 26 let s těžším stupněm mentálního postižení a s tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří **potřebují ústavní péči** ne léčebnou. Výjimečně do ústavů je možné přijmout i klienty s lehčí formou mentálního postižení, většinou v případech, pokud tito občané potřebují ústavní péči. Dále se ústavy dělily podle pohlaví jejich klientů na ryze mužské a ženské.

Dnes se stále více setkáváme se smíšeným typem těchto ústavů, hlavně z důvodů přirozenosti prostředí pro klienty. Ústavy jsou malé a velké. V malých neboli rodinných ústavech mohou klient najít kvalitnější podmínky pro svůj pobyt a lépe udržovat vztahy mezi sebou navzájem i personálem. Posledním kritériem dělení ústavů je podle zřizovatele těchto zařízení. Jedná se buď o zařízení **státní** (kde je zřizovatelem ministerstvo, obec, kraj), nebo **nestátní** (kde je zřizovatel charita, občanské sdružení aj.) Státní ústavy sociální péče jsou zřizovány na základě zřizovací listiny a řídí se *Organizačním řádem*. Chod organizace se řídí *Provozním řádem*. *Pracovní náplň* stanoví rozsah a obsah práce jednotlivých zaměstnanců. *Domovní a domácí řád* je závazný jak pro klienty, tak pro zaměstnance. Jsou zde zahrnuty podmínky vztahů mezi klienty a ústavem. *Harmonogram dne* je závazný pro všechny klienty i personál a předepisuje denní režim organizace, od kterého se odvíjí celkový pracovní plán.

V současné době ústavy sociální péče (nezáleží na typu ústavu) procházejí složitým procesem nesoucím mnoho změn, které souvisejí s neustálým vývojem společnosti (Pipeková, 2006).

Podle nového zákona, který vešel v platnost v 1.1.2007 se ústavy sociální péče správně nazývají „**Domov pro osoby se zdravotním postižením**“, popřípadě denní a týdenní stacionáře.

#### *Změny v zákoně o sociálních službách od ledna 2007*

Sociální služby podle tohoto zákona zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,

- služby sociální prevence.

Pro poskytování služeb se zřizují zařízení sociálních služeb:

- centra denních služeb ;denní, 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;

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují tyto služby:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím ka jejich potřebám. (Švarcová, 2006).

Kontrolu plnění podmínek a povinností poskytovatelů sociálních služeb provádí inspekce poskytování služeb. Podrobnosti nalezneme na webových stránkách Národní rady zdravotně postižených ([www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)).

### 3.3 Vliv prostředí na chování osob s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením žijí mezi námi od prvobytně pospolné společnosti. Lidé postižení tímto typem vývojové poruchy se od zdravých lidí liší jak svým chováním, tak i svým vzhledem, způsobeným různými vývojovými poruchami a vadami. Bohužel ještě donedávna se každá společnost snažila takto postižené jedince před světem izolovat, ukryvat, schovávat ať už záměrně ze studu za tyto postižené osoby, nebo ze strachu, aby nebyly „ostudou pro celou společnost“. V současné společnosti dochází k integraci mentálně postižených osob do společnosti zdravých lidí. Začíná se již v předškolním věku, kdy jsou do mateřských škol integrovány děti se zdravotním postižením a s lehčí formou mentálních retardací. Zdravé děti si tak mohou zvykat na své spolužáky a začínají už v takto ranném věku chápat nutnost těmto postiženým dětem pomáhat.

Pohled na vývoj postojů společnosti se odráží od počátku 20.století v uplatňování lidských práv osob s mentální retardací. Vše začalo založením Ligy národů po 1.světové válce. V roce 1924 byla přijata Deklarace práv dítěte, která tvořila základ všem dalším deklaracím o právech dítěte (1959). V šedesátých letech se na scéně mezinárodních lidských práv objevil nový fenomén, a to organizace rodin dětí s mentální retardací – Evropská liga společnosti mentálně handicapovaných. Ta si kladla za cíl zvýšit zájem o mentálně handicapované bez ohledu na národnost, rasu či přesvědčení. Zabezpečovat v jejich prospěch všechny možné zdroje, dostatečnou péči v oblasti léčebné, bytové, vzdělávací, přípravy na povolání, zaměstnávání a sociálních služeb. Z tohoto programového prohlášení z roku 1966 se dalším jednáním na mezinárodních fórech nastínila možnost zformulovat je do deklarace . 20.prosince 1971 byla Deklarace práv mentálně postižených osob jednoznačně přijata Valným shromážděním Spojených národů. (Pipeková :In Vítková, 2004).

Osoby s mentální retardací trpí **poruchou adaptační schopnosti**. Už při vzdělávání dětí v jejich školním věku je nutné dbát na klidné prostředí, které je nutné pro jejich koncentraci. Je proto důležité, aby při výuce tyto děti nebyly rušeny zdravými žáky, a jejich příprava a práce byla vedena odborníkem, pedagogem psychopedem, který zajistí kvalitní vedení těchto dětí. Je důležité, aby děti s mentálním postižením

měli kontakt se zdravými spolužáky. Tento kontakt se může uskutečňovat prostřednictvím mimoškolních aktivit, v družinách, při různých zájmových činnostech.

U dospělých lidí s mentálním postižením záleží na jejich hloubce mentálního postižení. Tito lidé žijí buď v domovech pro osoby s mentálním postižením, nebo v rodinách. Záleží na tom jestli mohou pracovat, v chráněných dílnách nebo vykonávat jednoduchou manuální činnost pod dozorem. Tito lidé zpravidla pracují ochotně a rádi. Tito lidé pracují na základě pracovní smlouvy, převážně na zkrácený pracovní úvazek, práce je strukturovaná a organizovaná tak, aby odpovídala jejich možnostem a schopnostem. Provoz takových pracovišť je nerentabilní, z tohoto důvodu je dotován z prostředků úřadů práce.

„Chráněnými pracovišti“ jsou vytvářena přímo v domově pro osoby se zdravotním postižením. V těchto zařízeních mají klienti umožněnou účast na pracovním procesu, tzv. „pracovní terapie“. Jednoduše řečeno, klienti domovů pracují na základě pracovní smlouvy přímo v sociálním zařízení, například v prádelně, při manipulaci s odpady, na zahradě, při vyřizování jednoduchých administrativních pochůzek (pošta, lékař, lékárna, jednoduchý nákup), při přípravě jídla, manipulaci a roznáše.

U lidí s mentální retardací je důležité, aby ten kdo s nimi pracuje, dokázal pochopit jejich životní styl, jejich problém. Pokud na tohoto člověka bude kladen nátlak, chvátat na něj a křičet, v žádném případě nebude dosaženo dokončení požadovaného úkolu. Při jednání s těmito „osůbkami“ je nutná notná dávka empatie, aby nedocházelo k nedorozuměním. Lidé s mentálním postižením jsou velmi naivní a důvěřiví, velmi snadno si dokáží oblíbit člověka, který s nimi dobře zachází, ovšem je pro ně těžké pochopit, že mohou být zneužiti špatným jednáním lidí. To znamená, že mentálně postižení jsou velmi důvěřiví.

Lidé s mentálním postižením jsou velmi křehcí a zranitelní. Je to způsobeno jejich mentální poruchou. Pokud jsou vychováni a vedeni v sociálním prostředí, ve kterém se k nim lidé chovají ohleduplně, láskyplně a upřímně, jsou také takoví. Je to zpětná vazba. Nedokáží ublížit. Ale pamatují si velmi dobře, když těmto lidem někdo ubližuje, nedokáží si to sami vysvětlit, nepoznají tuto hranici tzv. „dobra a zla“, kam až může zajít, v jejich neprospěch. Proto je důležité, že dnešní legislativa umožňuje těmto lidem žít jak v domech s péčí o ně samotné, tak v rodinách a je snaha tento jejich aktivní život zpestřit provázaností těchto služeb.

*Každý mentálně postižený člověk má právo na to, aby jeho život a životní styl byl na co nejvyšší a nejkvalitnější možné úrovni. Ať už se jedná o péči v rodině nebo v ústavním zařízení pro tyto osoby. Je věcí každé společnosti vytvořit systém intervencí v oblasti zabezpečení potřeb svých členů. Výška životní úrovně mentálně postižených osob závisí na kvalitě, hodnotách, národním a historickém dědictví a možnostech celé společnosti, ve které tyto osoby žijí.*

## **4 VLASTNÍ VÝZKUM, POPIS ZKOUMANÝCH OSOB, POUŽITÉ METODY A CÍLE PRŮZKUMU**

### **4.1 Cíl výzkumu**

Za cíl výzkumného šetření bylo stanoveno provést analýzu komunikačních schopnosti a kompetence osob s mentální retardací. Jedná se o osoby žijící trvale v domově pro zdravotně postižené občany s různou formou a stupněm mentálního postižení. Záměrně jsou vybrány osoby s různým typem mentálního postižení, pro porovnání jejich schopností a možností komunikačních kompetencí a jejich dalšího rozvoje. I když se jedná o skupiny věkově dospělých osob, je nutné s nimi pracovat klidně, v pro ně příjemném prostředí. Pokud se toto prostředí změní nebo odchýlí od normy tyto osoby reagují nepřiměřeně. Šetření vychází s dostupných údajů a informací na základě kterých se snaží se ukázat, jak každá změna prostředí působí na komunikaci, kladně nebo záporně, na vyjadřování u těchto osob a jejich reakce. Je zde nastíněna možnost integrace těchto mentálně postižených lidí do společnosti zdravých jedinců. Možnosti jejich vzájemného soužití mentálně postižených a intaktních osob.

### **4.2 Použité metody**

Ve bakalářské práci jsem vycházela především z pozorování klientů přímo při jejich každodenních činnostech. Pomocí převážně neřízeného rozhovoru jsem zjišťovala míru jejich reakcí v daných situacích, jejich schopnosti a možnosti reagovat a komunikovat, zpětnou vazbu mezi mnou a nimi. Pozorovala jsem možnosti komunikace mezi jimi samými, jakým způsobem a jak se k sobě vzájemně chovají a jak k sobě přistupují a jak reagují na okolní svět cizích a neznámých osob, jak se chovají v přítomnosti svých vychovatelů, ošetřovatelů a pedagogů. V řízeném rozhovoru s klienty jsem zjišťovala míru jejich přiměřených reakcí a schopností odpovídat na připravené otázky. Dále jsem vycházela s dostupných anamnestických údajů klientů, rozhovorů se sociálními pracovníky, ošetřovatelkami a logopedkou. Protože údaje

klientů jsou chráněné, pracovala jsem pouze s údaji, do kterých mi bylo umožněno nahlédnout sociální pracovníci.

Protože klienti neumí psát ani číst, využila jsem u nich metodu kreslení, k tomu, aby prostřednictvím kresby vyjádřili svá přání, pocity, myšlenky.

### 4.3 Charakteristika výzkumného vzorku

#### *O zařízení*

Něco málo o historii a vzniku pracoviště, na kterém jsem prováděla šetření a ve kterém osoby s mentálním postižením žijí. Tento nejmenovaný poskytovatel sociálních služeb se nachází v Olomouckém kraji, je zařazen do procesu tzv. transformace pobytových služeb. Dle historických pramenů se ústav v současných prostorách nachází od března roku 1951. O jeho vzniku a postupném stěhování existují doložené historické prameny. Jde o poskytovatele sociálních služeb Šternberk, který je zároveň opatrovníkem klientů, u nichž není znám kontakt na rodinu.

V domově pro postižené osoby, ve kterém jsem prováděla šetření jsou tito lidé rozděleni do skupin ne podle věku, ale podle závažnosti a míry mentálního postižení. To znamená, že „pod jednou střechou“ žijí 3 věkové kategorie osob s mentálním postižením. Jsou to :

- ❖ děti a mládež od 3 do 26 let s mentálním a kombinovaným postižením,
- ❖ dospělí lidé s mentálním a kombinovaným postižením,
- ❖ senioři s mentálním a kombinovaným mentálním postižením.

Těmto klientům jsou poskytovány výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které všestranně rozvíjí jejich osobnost a poskytují individualitu sociálních služeb.

Organizace pro své klienty zajišťuje i další fakultativní služby jako jsou např. jednodenní pobyty, rekreace, návštěvy kulturních akcí a v neposlední řadě i integrační tábory. Pro rozvoj schopností a dovedností klientů je využívána i pracovní terapie



v dílnách např. při výrobě svíček, aranžérské dílně, textilní a keramické dílně. Klientům jsou poskytovány logopedické terapie, metody strukturovaného učení, snoezel terapie.

K dalším aktivitám patří i sportovní vyžití klientů a jejich aktivní účast na mnoha sportovních soutěžích. Ze sportů je to například stolní tenis, přespolní běh, atletické disciplíny, běžecké lyžování, plavání, kuželky aj. V těchto disciplínách dosáhli klienti zařízení i nemalých úspěchů, jak republikových, tak i při reprezentaci v zahraničí.

Počet klientů v tomto ústavním zařízení je přibližně 220 osob.

### *Výzkumný vzorek*

V průběhu mého šetření jsem měla možnost pracovat s 11 osobami s různou formou mentálního postižení. Jedná se o klientky výše zmíněného zařízení sociálních služeb. Věk vybraného vzorku osob se pohybuje v rozmezí od 26let do 50let.

První kontakt s dívkami mě příjemně překvapil. Nedaly na sobě příliš znát svoji zvědavost a ochotně mě odpověděly na několik otázek, aby se představily. V úvodu popíší všechny pozorované dívky. Z důvodu anonymity jsem dívkám změnila jejich jména.

## 4.4 Případová studie 11 respondentů, klientů domova pro postižené osoby

### *Vlastní šetření*

- ❖ Aneta : žena, 28 roků, velmi komunikativní, pohybově nadaná, ráda tančí, záliba v ručních pracech, malování na hedvábí, ráda pozoruje filmy a poslouchá hudbu, zvládá základní čtení, psaní a počty, zapojuje se při pomoci v ošetřování a krmení klientů s těžkými formami MR,
- ❖ Adína : žena, 50 let, baví jí práce v kuchyni, jednoduché vaření a pečení, věnuje se vyšívání, dokáže uklidit, nesportuje, nepracuje, stará se o domácnost, při konverzaci rozumí, mírně zadržává, dokáže reagovat na náhodnou otázku odpovědí,

- ❖ Zita : žena, asi 35 let, sama svůj věk neví, pracuje v prádelně, skládá prádlo, snaží se vyšívat, uklízí, nesportuje, komunikace je velmi omezená, rozumí daným příkazům a zadaným úkolům, navštěvovala školu,
- ❖ Josefina : žena, 26 let, znakuje, její mozková porucha jí neumožňuje mluvit, rozumí, odpovídá na otázky alternativně, navštěvuje dosud školu, má ráda výlety, plavání, je ráda středem pozornosti, v kolektivu není příliš oblíbena,
- ❖ Olga : žena, věk 36 let, pracuje na zahradě a v aranžérské dílně, je zručná při tomto typu činnosti, slovní zásoba je omezená, vyjadřování velmi jednoduché, ráda tančí, plave a z ručních prací jí baví pletení, stydlivá,
- ❖ Anna : žena, 35 let, temperamentní, pracuje v aranžérské dílně, sportuje (plavání, vrh koulí, stolní tenis), práce na zahradě, velmi aktivní, ráda tančí, vyšívá, komunikační projev je na velmi nízké úrovni, velmi dobře navazuje kontakt, při hovoru se u ní projevuje tzv. papouškování, nerada dělá domácí práce, nerada chodí ven sama, bojí se, že se ztratí,
- ❖ Klára : žena, věk neví, pracuje na zahradě, v prádelně, ráda poslouchá hudbu, sleduje televizní pohádky a seriály, nesportuje, v domácnosti vaří a uklízí, uzavřená,
- ❖ Kateřina : žena, věk 29 let, pracuje v prádelně, v létě pracuje na zahradě, sleduje televizi, komunikace vážne, je velmi stydlivá, hledá výrazy, zadávané úkoly je nutné vícekrát zopakovat, těžce navazuje kontakt,
- ❖ Iva : žena, 27 let, sportovně založená, plavání kolo běžky, stolní tenis, vrh koulí, tanec, velmi aktivní, kreslí na hedvábí, účastnila se speciálních olympiád, kde získala umístění 1.a2.místo, Francie a Irsko, Česká republika, komunikace omezena, velmi nízká úroveň vyjadřovacích schopností, snadno navazuje kontakt s cizími lidmi,
- ❖ Barbora : žena 31 let, věk určila s pomocí ostatních, soutěže v aranžování květin, má ráda zvířata, ráda tančí, ale nesportuje, navštěvovala školu, vyjadřovací schopnosti jsou na velmi špatné úrovni, tvoří jen velmi jednoduché, často se opakující věty, malá slovní zásoba, malá paměť, ráda chodí na procházky, má ráda dobré jídlo (velmi vybíravá), ráda má zmrzlinu a sladkosti, poslouchá rádio, televize ji příliš nezajímá, má oblíbenou hračku – talisman,
- ❖ Ester : žena, 37 let, velmi jemná, neprůbojná, zakřiknutá, milá, špatné vyjadřovací schopnosti, omezená komunikace, minimální slovní zásoba, sportuje, umístění na olympiádě v Číně, zážitek při pobytu v letadle, ráda tančí,

věnuje se vyšívání, má ráda zvířata, se zájmem sleduje televizní seriály, pracuje v textilní a keramické dílně, při navazování nových kontaktů velmi důvěřivá.

Tyto klientky trpí určitou formou lehké a střední mentální retardace. Podrobný popis všech těchto osob jako zkoumaného vzorku by byl velmi obsáhlý, vybrala jsem si pro svoji práci 4 klientky, které mají společné onemocnění a přece se vzájemně odlišují.

V následující analýze se budu zabývat klientkami Ester, Aničkou, Josefínou a Anetou. Tyto ženy trpí určitou formou mentální retardace od narození. Na v ústavní péči jsou tyto ženy odkázány od velmi útlého věku, nepoznaly rodinnou výchovu. Svě představy o rodičích a sourozencích si idealizují.

**Aneta** : nar. 1981

Z anamnézy :

- v roce 1982 byla Aneta umístěna do kojeneckého ústavu, od 3 let umístěna do ústavu sociálních služeb, kde žije doposud. Jejím opatrovníkem je město.

- rodiče – romského původu, vzdělání základní, zbavena svéprávnosti,

- dítě z 2. gravidity, má další 2 sourozence, ostatní podrobnosti o porodu a porodní hmotnosti nejsou známi. Dítě odebráno rodičům z důvodu zanedbání péče a výchovy v rodině.

- dg. : lehká mentální retardace, zdravotní stav dobrý, zbavena svéprávnosti,

Aneta je zařazená v seznamu klientek pro transformační proces, na základě své píle a učenlivosti má možnost se dostat mezi zdravou komunitu lidí.

Vývoj Anety probíhal na základě působení pracovníků sociálního zařízení. Školní docházku zahájila v roce 1994 ( bylo jí 13 let), důvodem zpoždění byly zřejmě psychické poruchy, které nemám blíže specifikovány. Umí základy čtení, psaní a počítání. Školní docházka byla již ukončena v roce 2006. Navštěvovala základní školu speciální (dříve zvláštní školu).

Aneta je komunikativní typ, nebojí se zapojovat do rozhovoru, navazovat kontakty, její vyjadřovací úroveň je dobrá, slovní zásoba bohatá, dokáže reagovat na

otázky vlastní odpovědí, která dává smysl. Psaní velkými písmeny. Logopedická terapie byla ukončena v roce 2006, zároveň s ukončením povinné školní docházky.

Aneta si dokáže stanovit cíl své činnosti a dokáže tohoto cíle dosáhnout a stát si za ním. Je důvěryhodná, dokáže vyřizovat složitější finanční operace na poště, svěřenou částku peněz nezpronevěří. Díky svým schopnostem a svému snažení je zařazena do projektu podporovaného zaměstnání s názvem „posel v sociálních službách“. Má sjednaný zkrácený pracovní úvazek jako „interní doručovatelka“. Dokáže požádat sociální pracovníci o radu, uvědomuje si nástrahy okolního světa nebezpečí života a vlivu cizích lidí. K cizím lidem není příliš důvěřivá. Díky své vynikající vyjadřovací schopnosti a komunikativnosti dokáže pomoci ve vyjadřování spolubydlícím klientům.

V průběhu navazování kontaktu a následném rozhovoru s ní nebyl problém v oblasti komunikačních dovedností. Jedná se o ženu s lehkou formou mentální retardace, s velmi dobrou slovní zásobou a vyjadřovací schopností. Sociální přizpůsobivost je u ní podporovaná. Její úroveň rozumových schopností je vzhledem k jejímu postižení velmi dobrá.

**Josefina** : nar. 1983

Z anamnézy :

- dítě z 2.gravidity, rodiče nejsou známi
- rodina zbavena rodičovských práv, dívka od narození umístěna v kojeneckém ústavě, dále od roku 1986 – 1995 umístěna v dětském domově a v internátní zvláštní škole. Od roku 2005 je klientkou ústavu sociálních služeb Šternberk, jejím opatrovníkem je město, zbavena svéprávnosti. V letošním roce 2010 ukončí povinnou školní docházku na základní škole speciální.
- dg.: smíšená porucha osobnosti, paréza cerebrální infantilní, chůze spastickoparalitická, DMO s pravostrannou revelací, střední mentální retardace, adenotomie, z logopedického vyšetření – není známá příčina nemluvnosti, mluvidla jsou ochablá, méně pohyblivý jazyk. Pasivní slovní zásoba je na dobré úrovni, aktivní slovní zásoba je minimální díky nemluvnosti. Projevuje se u ní nestandardní patlavost, snaží se mluvit a artikulovat, řeč je neartikulovaná, ale vyslovuje správně ve znacích i do počtu slabik. Nevyslovuje sykavky, L,Ř,R, měkčeně di, ti, ni, dále nevyslovuje D,

F,V,N.Velmi omezeně vyslovuje M,Ma,Me, P,Pa,B-izolovaně, T,Ta,Ty. Domlouvá se pomocí alternativních slovních spojení. Nemluví, ale dobře rozumí.

Logopedická terapie doposud trvá, vzhledem k vývojovému pokroku a neukončené povinné desetileté školní docházce.

Je velmi citlivá, snad díky způsobu ústavní výchovy, velmi se upne na pracovníka, kterého chce mít sama pro sebe. Dokáže citově vydírat klíčové pracovníky. V případě neúspěchu v různých situacích nebo při vynucování pozornosti útočí křikem a umíněností. Trpí narušenou komunikační schopností, způsobenou zřejmě dětskou mozkovou obrnou. DMO znesnadňuje činnost mluvidel .

Po navázání kontaktu se stává až neodbytnou. V kolektivu ostatních klientek není příliš oblíbená pro svoje povahové rysy ( krade klientkám ovoce a jídlo). Vzhledem ke svému postižení DMO má klientka problém s koncentrací pohybu (špatná chůze, koncentrace při psaní). Tato žena byla již od raného dětství umístěna v ústavu sociálních služeb, její vývoj a vývin je značně opožděný. Nečte, nepíše, velmi špatně se vyjadřuje verbálně, komunikuje prostřednictvím alternativních komunikačních technik. Své pocity dokáže vyjádřit jednoduchou kresbou.

**Anička :** nar. 1975

Z anamnézy :

- dítě z 3. gravidity, od 1,5roku umístěna v dětském domově, od 8let svého věku umístěna v sociálním zařízení pro postižené osoby ve Šternberku. Opatrovníkem je matka, není v kontaktu s rodinou, je zbavena svéprávní způsobilosti a právních úkonů.
- dg.: jedná se o střední mentální retardaci s Downovým syndromem. Dle dalších vyšetření zdravá, bez medikace, trpí obdobím depresí, má omezenou prostorovou orientaci.
- z logopedického vyšetření – slovní zásoba omezena, problém s porozuměním řeči, v náročnějších situacích agramatismy, špatný zkus čelisti /horní nepřekryje spodní/.

Je velmi citlivá, až přecitlivělá, skutečnosti a události si idealizuje, dokáže si vymýšlet. Školní docházku neabsolvovala. Neumí číst ani psát, má dobrou fotografickou paměť, dokáže opisovat písmena, ale nerozumí textu.

Je velmi aktivní v pracovních činnostech i ve sportovních činnostech. Účastní se různých soutěží a olympiád, kde obsazuje přední místa. Je zařazena do integračního a

transformačního projektu. Z důvodu špatné prostorové orientace nejeví potřebu opouštět sama ústavní zařízení. Těžce navazuje kontakty, je sice přátelská, ale k cizím lidem nedůvěřivá. Její slovní zásoba je velmi malá, komunikace na velmi nízké úrovni.

V roce 2007 byla ukončena u této ženy logopedická terapie z důvodu minimálního pokroku. Z hlediska své mentální poruchy potřebuje stálý dohled sociálních pracovníků. Tato klientka není problémová. Kontakt navazuje hůře, je velmi opatrná, ale zvědavá. Po navázání kontaktu se projeví její komunikativnost a temperamentové vlastnosti. V případě nezdaru nebo při kárání a vytykání nebo zakazování některých činností se u klientky projevuje afektivní jednání. Jinak je velmi přátelská.

**Ester:** nar. 1971

Z anamnézy:

- dítě z 11. těhotenství, rodina – cikánské etnikum, otec i matka bez vzdělání, negramotní, otec alkoholik, rodina velmi sociálně slabá a zanedbaná, dítě rodičům ze sociálních důvodů odebráno, umístěno do ústavní péče, od roku 1984 umístěna v ústavu soc.služeb Šternberk, opatrovníkem je město, je zbavená svéprávnosti.
- dg.: střední mentální retardace – oligofrenie v pásmu těžké debility, poruchy sociální adaptace, asociální, školní inficience, EEG-normální, léčena na DPL v důsledku halucinací..

Z důvodu její poruchy a postižení nebyla doporučena ani zahájena povinná školní docházka. Byla zařazena do pracovní terapie, vhodná jednoduchá pracovní zařazenost v rámci postižení, napodobuje, dokáže manuálně tvořit, je velmi citlivá a důvěřivá, lehce zneužitelná, velmi tichá, velmi úzkostná, medikace na potlačení úzkosti. Ve svém vývojovém stadiu dosáhla zralého věku /stropu/, není roztěkaná, její tempo je volnější, klidnější. Upřednostňuje pohodlí, i když ráda tančí. K jejím přednostem patří zpěv a vyšívání. I přes své mentální znevýhodnění je zařazena do transformačního a integračního projektu. Z důvodu zanedbané rané péče potřebuje dohled sociální pracovníce. Z logopedického hlediska má velmi omezenou slovní zásobu, slovní omezení je v rámci mentální retardace, slovní patlavost, výraznější agramatismy. Fyzicky je zdravá. Kontakt s ní byl navázán těžce, byla velmi nedůvěřivá. Po získání důvěry k osobě je její vztah velmi upřímný a hluboký.

Z důvodu minimálního pokroku byla v roce 2007 ukončena logopedická terapie.

#### 4.5 Analýza výsledků šetření a možné využití v praxi

Výše byly rozpracovány informace o 4 klientkách ústavu sociálních služeb, které zde žijí od útlého věku a jejichž hlavní diagnóza je mentální retardace. Každá z výše uvedených a popisovaných klientek pochází z jiného sociálního prostředí, má různě rozvinutou formu mentální retardace, u každé klientky je jiný vývoj tohoto onemocnění. Všechny klientky, i přes své onemocnění, jsou velmi aktivní, můžeme je zařadit do skupiny dospělých s mentálním postižením a jinými vadami. Jsou přizpůsobivé svému prostředí a jsou zařazeni do transformačního programu, díky svému aktivnímu způsobu života

U každého klienta s mentální retardací je možné vysledovat určitý vývoj a posun vpřed. Pokud jsou jejich schopnosti rozvíjeny i prohlubovány i v dospělém věku, dokáží se adaptovat v určitých podmínkách.

Transformace klientek je koncipována způsobem samostatného chráněného bydlení. Zatím se tento záměr provádí v rámci prostor ústavního zařízení. Ale jak je vidět z tohoto šetření, i klienti s mentálním postižením jsou schopni si zabezpečit a naučit se základní společenské a sociální funkce potřebné k životu mimo hranice ústavu.

S komplexní péčí s rozvojem komunikačních dovedností, což je u každého jedince s mentálním postižením individuální, se dá uvažovat o transformaci těchto lidí do normálního života. Z hlediska poruchy komunikace u problém pouze u klientky Josefíny, které sice rozumí mluvenému projevu, ale díky mentální retardaci a dětské mozkové obrně a s tím spojené poruše v řečovém centru, není schopna mluveného slova. Ona sama se snaží komunikovat pomocí alternativních pomůcek, jako je slovník, nebo základní znaky znakové řeči. U všech těchto zkoumaných osob existuje určitá vývojová hranice, proto je vždy na zvážení odborníka, zda má smysl pokračovat v určité terapii nebo ne.

Při svém šetření v ústavním zařízení jsem posuzovala míru a možnosti komunikace u osob se střední mentální retardací, jejich přizpůsobení se podmínkám

v ústavním zařízení, možnosti jejich dalšího vývoje a rozvoje, životní podmínky upravené pro svůj život v ústavním zařízení a případně podmínky v běžném životě mezi zdravými lidmi. Tyto osoby s lehčí formou mentálního postižení jsou schopni komunikace se zdravou populací lidí. Ovšem handicapem pro mentálně postižené klienty jsou nevyvinuté rozumové schopnosti, kdy nemohou adekvátně reagovat v určitých životních situacích. Při transformaci mentálně postižených jedinců do společnosti je vždy nutné, aby jim byl na blízku sociální pracovník, který jim zabezpečí případnou radu, či pomoc. Myslím si, že naše společnost by se neměla bránit integraci občanů s postižením mezi sebe, a především by měla být větší ohleduplnost k těmto lidem. Tito lidé jsou díky svému postižení velmi zranitelní. Doporučila bych zaměřit se na pomoc těmto dospělým a postiženým občanům především z hlediska jejich zařazení do společenského a pracovního života. Ne mentálně postižený musí umět mluvit se zdravými lidmi, ale naopak, zdraví lidé se musí naučit porozumět jejich jednoduchému a křehkému světu, navázat s nimi kontakt a umět s nimi hovořit.

*V této kapitole jsem se věnovala poznatkům z praktické činnosti. V rámci výzkumného šetření jsem věnovala pozornost chování, komunikaci a životu mentálně retardovaných osob, žijících v domově sociálních služeb. Pozorovala jsem jejich projevy, reakce a chování v tomto pro ně známém prostředí.*



## ZÁVĚR

V bakalářské práci na téma Specifická komunikace osob se specifickými potřebami jsem si kladla za cíl porovnat komunikační kompetence, schopnosti a dovednosti osob s mentální retardací. Jejich schopnosti a dovednosti navazovat kontakt, způsob chování jedinců s tímto problémem, komunikaci mezi zdravými a postiženými lidmi a možnosti jejich integrace a transformace mezi intaktní osoby.

V teoretické části jsem vycházela z dostupné literatury týkající se problematiky komunikace, narušené komunikační schopnosti, vybírala jsem základní poznatky. Dotkla jsem se obecně tématu mentální retardace, její klasifikace, komunikačních kompetencí mentálně retardovaných osob. Zmínila jsem se o možnostech alternativní a augmentativní komunikace. Dále jsem se věnovala problematice péče o dospělé mentálně postižené jedince, od jejich útlého věku, jejich umístění v ústavních zařízeních a následnou péči o tyto jedince. Uvědomuji si, že výčet informací je neúplný, témata jsou obsáhlá a myslím si, že každé téma by mohlo být zpracováváno samostatně. Z literatury jsem vybírala poznatky, které se mi zdály důležité obzvláště z hlediska využití pro praxi.

Ve výzkumné části jsem popsala klientky žijící v ústavním zařízení od dětství. Cílem tohoto výzkumu bylo zjistit komunikační možnosti a schopnosti klientů ústavu a jejich možnost integrace a transformace mezi zdravé občany. Uvedla jsem i jednotlivé metody, které jsem použila při zjišťování těchto poznatků. Z vybraného vzorku pozorovaných osob, jsem pro své šetření zvolila osoby s rozdílným stupněm středního mentálního postižení, případně s dalšími vývojovými poruchami. I když základní onemocnění je stejné, každý postižený člověk je individuální vývojovou osobností. Pokusila jsem se charakterizovat prostředí, ve kterém tyto lidé žijí, pracují, které znají. Pro práci s mentálně postiženým člověkem je důležité navázat dobrý a upřímný kontakt, aby se necítil ohrožen, je důležité tohoto člověka dobře poznat (pozorováním, rozhovorem s ním, s pracovníkem zařízení, vychovatelem, popřípadě čerpat údaje z vyšetření). Každý jedinec s mentálním postižením má omezené hranice rozvoje a vývoje, ale i přes tyto překážky je možné s těmito lidmi pracovat a rozvíjet v nich tyto schopnosti. Po změně sociálního zákona v roce 2007 se nabídla široká škála sociálních

služeb pro handicapované občany a je především na společnosti a na pracovnících těchto služeb, jaký zaujmeme postoj v jejich změnách a vývoji pro naše hendikepované spoluobčany.

## **Shrnutí**

Předkládaná bakalářská práce se zaměřuje na problematiku komunikace a chování osob s mentálním postižením. Jejich řeč a chování je značně ovlivněno stupněm a typem mentální retardace, přítomnosti dalšího postižení, ale také prostředím, ve kterém tyto osoby trvale žijí.

Výzkumná část práce v rámci šetření věnuje pozornost osobám s mentální retardací, jejich komunikaci a pobyt v kolektivu klientů v domově pro osoby se zdravotním postižením. Ukázat možnosti, výhody a nevýhody vlivu prostředí, ve kterém osoby s mentální retardací žijí a možnosti jejich transformace mezi zdravé spoluobčany.

## **Summary**

This thesis is focused on problems of communication and behavior of people with mental retardation. The speech and the behaviour of these persons is significantly influenced by grade and sort of mental retardation, by presence of another handicap, but also by environment where these persons live.

The practical part in the investigation pays attention to persons with mental retardation, their communication and stay in a group of clients in the home for people with disabilities. Shows the possibilities, advantages and disadvantages of the impact of the environment where persons with mental retardation live and ability of integration into the healthy population.

## **Klíčová slova**

Komunikace, komunikační schopnosti, narušená komunikační schopnost, logopedická intervence, mentální retardace, alternativní a augmentativní komunikace, sociální zařízení, symptomatické poruchy řeči, osoby se specifickými potřebami

## **Anotace**

Bakalářská práce „Specifika komunikace osob se specifickými potřebami“ se zabývá specifiky komunikační kompetencí osob se specificky narušeným vývojem řeči.

Teoretická část vymezuje obecně pojem komunikace, zabývá se narušenou komunikační schopností, zaměřuje se na problematiku mentální retardace a narušenou komunikační schopnost u osob s mentální retardací a možností intervence. Zaměřuje se na rozdílnost pobytu mentálně retardovaných osob v rodině a v ústavním zařízení a jeho vliv na tyto osoby. Prostřednictvím kasuistik praktická část analyzuje komunikační kompetence osob s mentální retardací a hodnotí možnosti transformace osob s mentální retardací mezi zdravé jedince.

## *Keywords*

*Communication, communication skills/ability, communication disorder, logopedics intercession, mental retardation, alternative and augmentative communication, public assistance facility, social facilities, symptomatic speech disorder, persons with special needs..*

## *Annotation*

*The thesis “Communication Specifics of People with Special Needs” describes the specifics of communication competence of people who have got uniquely distorted their speech development. Theoretical part defines in general the conception of communication and concerns on distorted communicational ability of people with mental retardation and possibility of intervention. It is focused on the difference between stay of the mentally retarded people in the family and in the constitutional facility and its influence on such people. The practical part through casuistry analyses communication competence of the persons with Cephalonia and evaluates possibilities of transformation of such persons between healthy populations.*

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARTOŇOVÁ, M. *Specifické poruchy učení v kontextu vzdělávacích oblastí RV PZV*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-162-1
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Rozvoj komunikačních kompetencí u dětí předškolního věku*. Brno: MU 2007. ISBN 978-80-210-4454-8
- DeVITO, J.A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Tiskárna Unipress, Žďár nad Sázavou, 2007. ISBN 978-80-902536-6-7
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Pedagogická fakulta MU, katedra speciální pedagogiky. 2003
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9
- KLENKOVÁ, J.: *Kapitoly z logopedie I*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5
- KLENKOVÁ, J.: *Kapitoly z logopedie II a III*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-62-1
- KLENKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností. Vzdělávání žáků se speciálními výchovnými potřebami*. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-167-6
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1985. 14-621-85
- KUBOVÁ, L. *Speciálně pedagogická centra*. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-42-6
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-961-5
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5
- LECHTA, V., MATUŠKA, O. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného veku*. Bratislava: Invocentrum, 1995.

LOVE, Russel J., WANDA, G. Webb. *Mozek a řeč*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-464-9

MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L.: *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: SPN, 1987. ISBN 14-340-87

PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-558-5

REIFOVÁ, I. a kol. *Slovník mediální komunikace*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-926-7

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-456-6

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0841-3

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe*. Brno: MSD, 2003. ISBN 80-86633-08-X

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, ISBN 978-80-7367-387-1

VYMĚTAL, J. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2614-4

*Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*

*Vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů ze speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Písemný záznam řízeného rozhovoru pro klienty s mentální retardací

Příloha č. 2: Kresba klientky na téma vánoční dárky

Příloha č. 3: Kresba klientky na téma zima a vánoce

Příloha č. 4: Fotografie z pozorování

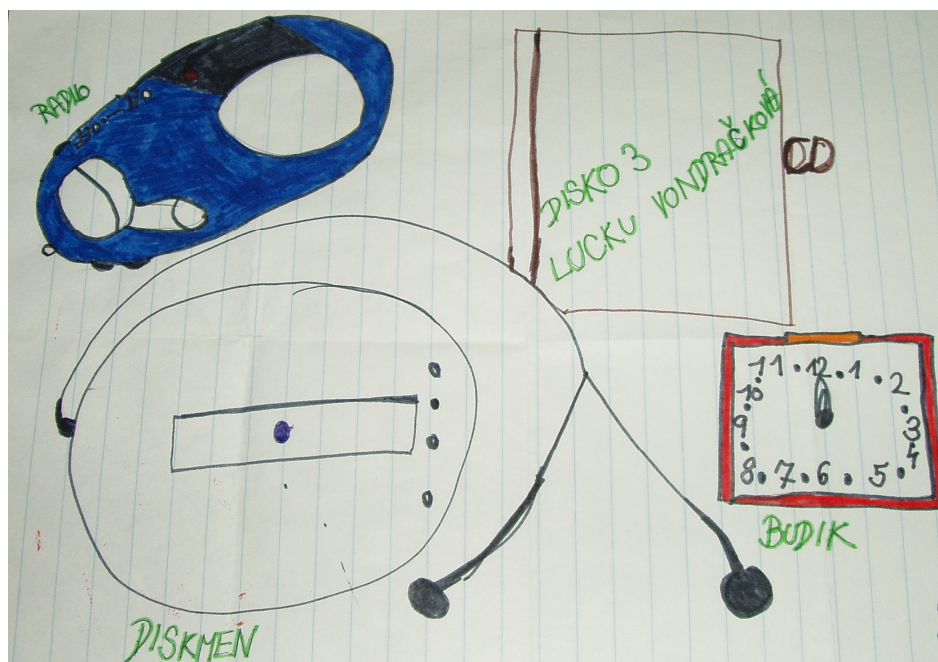
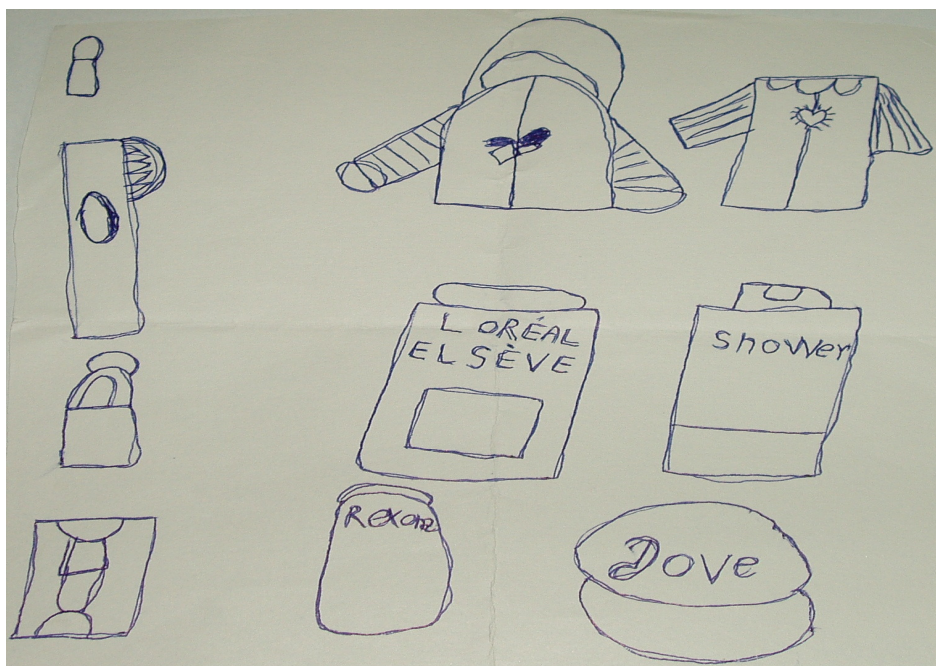
Příloha č.1: Písemný záznam řízeného rozhovoru pro klienty s mentální retardací

Zařízení - poskytovatel sociálních služeb :

1. Jak se jmenuješ?
2. Kolik je Ti let ?
3. Víš kdy slavíš své narozeniny?
4. Umíš psát ?
5. Umíš číst ?
6. Co ráda děláš, jaké máš zájmy ?
7. Baví tě práce v domácnosti?
8. Dokážeš nakreslit, co chceš k vánocům pod stromečkem ?



Příloha č. 2:



Příloha č. 3:



Příloha č. 4:





