

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Barbora Evjáková

Studijní obor: Logopedie

**Možnosti logopedické intervence u dospělých klientů s lehkou mentální
retardací**

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Renata Mlčáková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci, 18. dubna 2013

.....
Barbora Evjáková

Poděkování:

Děkuji Mgr. Renatě Mlčákové, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce. Děkuji také všem pracovníkům a klientům zařízení Bobelovka, centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb v Jindřichově Hradci za ochotu a spolupráci. Zvláštní poděkování přísluší klientovi J. za poskytnutí osobních údajů pro zpracování kazuistiky.

Obsah

Úvod.....	6
1 Mentální retardace.....	7
1.1 Základní terminologie.....	7
1.2 Klasifikace.....	10
1.3 Etiologie.....	14
1.4 Specifika osobnosti dospělého člověka s lehkou mentální retardací.....	15
2 Řečové kompetence osob s lehkou mentální retardací.....	23
2.1 Vývoj řeči	23
2.1.1 Vliv stupně mentální retardace.....	25
2.1.2 Vliv typu mentální retardace.....	26
2.1.3 Vliv formy mentální retardace.....	27
2.1.4 Jazykové roviny.....	28
2.2 Poruchy řeči.....	32
3 Komunikační kompetence osob s lehkou mentální retardací.....	35
3.1 Verbální komunikace osob s lehkou mentální retardací.....	35
3.2 Neverbální komunikace osob s lehkou mentální retardací.....	37
3.3 Výbrané přístupy k rozvoji komunikace s osobou s lehkou mentální retardací.....	38
4 Možnosti logopedické intervence u dospělých osob s lehkou mentální retardací.....	41
4.1 Rozvoj obsahové stránky řeči.....	44
4.2 Rozvoj formální stránky řeči.....	47
4.3 Nedirektivní komunikační techniky.....	48
4.4 Možnosti implementace logopedické intervence do služeb institucí pro osoby s mentální retardací.....	52
PRAKTICKÁ ČÁST.....	57
5 Výzkumné šetření č. 1.....	57
5.1 Vymezení cíle výzkumného šetření č. 1.....	57
5.2 Použité metody výzkumného šetření č. 1.....	58
5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku č. 1.....	59
5.4 Výsledky výzkumného šetření č.1.....	62
5.4.1 Analýza výsledků specifických skupin respondentů výzkumného šetření č.1.....	82

5.4.2	<i>Analýza kombinací výpovědí vztahujících se k vybraným položkám interview.....</i>	88
5.5	<i>Závěry a diskuse.....</i>	94
6	Výzkumné šetření č. 2.....	104
6.1	<i>Vymezení cíle výzkumného šetření č. 2.....</i>	104
6.2	<i>Použité metody výzkumného šetření č. 2.....</i>	104
6.3	<i>Charakteristika zkoumaného vzorku č. 2.....</i>	106
6.4	<i>Výsledky výzkumného šetření č. 2.....</i>	108
6.5	<i>Závěry a diskuse.....</i>	122
7	Kazuistika.....	125
	Závěr.....	126
	Seznam použité literatury:.....	128
	Seznam zkratk.....	137
	Seznam příloh.....	138
	Seznam tabulek výzkumného šetření č. 1.....	138
	Seznam tabulek výzkumného šetření č. 2.....	138
	Seznam obrázků.....	138

Úvod

Tematická orientace diplomové práce se odvíjí od zkušeností, nabytých v instituci s názvem Bobelovka, centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb v Jindřichově Hradci, kde jsme působili v rámci realizace logopedické intervence u dospělých mužů s mentální retardací lehkého a středně těžkého stupně.

Často jsme byli konfrontováni s negativní reakcí na cílovou kategorii osob, jíž se věnujeme. Ony vyhraněné názory z řad laické veřejnosti se transformovaly v incentive pro realizaci této práce.

Osoby s mentální retardací jsou neopomenutelnými elementy společnosti, jež by jako celek měla usilovat o zvýšení kvality jejich života. V tomto procesu má svou funkci i logopedická intervence, a to i u osob s mentální retardací dospělého věku. Dle našeho mínění stojí za frekventovanými projevy nepochopení smyslu práce logopeda se zmíněnou kategorií jedinců většinou neznalost či zkreslené představy o kompetencích logopedů, náplni jejich práce a o věkové limitaci jejich klientů.

Cíl práce spočívá v objasnění náhledu laické veřejnosti na populaci osob s mentální retardací a na význam realizace logopedické intervence u jejich dospělých představitelů. Dále se práce orientuje na odborníky-logopedy a jejich zkušenosti a mínění vztahující se k profesnímu působení na uvedenou cílovou skupinu.

Jako mediátor získávání informací od logopedů byl zvolen dotazník, v případě laické veřejnosti jsme užili strukturované interview. Ukázkou naší spolupráce s jedním z klientů zmiňované instituce je kazuistika, zařazená mezi přílohy.

Práce je strukturována do dvou hlavních částí, teoretické a praktické. Jednotlivé kapitoly jsou dále členěny na podkapitoly, v nichž je uvedena detailnější analýza vybraných prvků tématu. Úvodní část práce je orientována na specifikaci mentální retardace z hlediska terminologie, etiologie a klasifikace. Druhá kapitola je deskripcí člověka s lehkou mentální retardací z aspektu psychologického, na níž navazuje vymezení specifík v jeho řeči, tedy kapitola třetí. V následující části práce jsou vytyčeny zvláštnosti verbální a neverbální komunikace osob s lehkou mentální retardací a poslední, pátá kapitola prezentuje náměty na vedení logopedické intervence u zmíněné cílové kategorie klientů.

Praktická část práce vyhodnocuje výsledky realizovaných výzkumných šetření. Pokoušíme se o vzájemnou komparaci získaných dat, hledání souvislostí mezi nimi.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

1.1 Základní terminologie

Vzhledem ke značné nejednotnosti terminologie vztahující se k problematice námi vymezené cílové skupiny, tedy dospělých osob s lehkou mentální retardací, považujeme za vhodné uvést naši práci vzhledem do této oblasti.

Jedním ze stěžejních termínů naší práce je **mentální retardace**, jejíž vymezení významně participuje na volbě efektivních speciálněpedagogických intervenčních postupů. Etymologicky je pojem, jak uvádí Vašek a kol. (1994), odvozen z latinského *mens*, 2. pád *mentis*-mysl, *retardare*-zdržet, *retardatio*-zdržení, omeškání.

Volně lze tento termín přeložit jako zpoždění duševního vývoje (¹Valenta, 2009) či také opožděnost rozumového vývoje, jak uvádí Müller (2006), který dále píše, že v odborné terminologii se pojem mentální retardace rozšířil až po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO), konané roku 1959 v Miláně. Termín byl přejat z lékařské terminologie, avšak dodnes není všemi a všude bezvýhradně přijímán (ve Velké Británii usilují zj. sociální pracovníci o jeho vyřazení z odborné terminologie). V některých anglicky mluvících zemích se podle ¹Valenty (2009) místo označení mentální retardace užívá termín „learning disability“ (výuková neschopnost, nedostatečnost), což vnímáme spíše jako poruchy učení než postižení intelektu. Nejdále v této problematice dospěla AAIDD (Association on Intellectual and Developmental disabilities), jež v novém vymezení poruchy aplikuje termín „intellectual disability“. (Valenta, 2012)

Jak konstatují Matulay (1989) a Vašek a kol. (1994), v pojmu mentální retardace odhalujeme vývojový aspekt poruchy, čímž je akcentován fakt, že mentální retardace není stavem definitivně ukončeným. Tyto poznatky kontrastují s názory starších publikací o lidech s mentální retardací, které připomíná Švarcová (2011). V jejich pojetí je úroveň rozumových schopností, s níž jedinec přichází na svět, po celý jeho život prakticky nezměnitelná. Současné zkušenosti speciálního školství však dokazují, že v mnoha případech osob s mentální retardací lze vhodným pedagogickým působením dosáhnout výrazného zlepšení.

Definice mentální retardace je velké množství. Řada autorů se odvolává na vymezení sestavená autoritami dané oblasti, mezi takové autority se řadí i **WHO** a její **Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů** (MKN-10): „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich.*“ (Valenta, 2012)

Černá a kol. (2008) a Lečbych (2008) akcentují definici sestavenou zmíněnou **AAIDD**, kterou lze rovněž zařadit mezi výše uvedené autority. Tuto definici uvádí Černá a kol. (2008), čerpá z Luckassonové a kol. (2002): „*Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech.*“

V rámci psychopedie se operuje s termíny **mentální retardace** a **mentální postižení**. Jak uvádí Kozáková (2005), řešení vztahu těchto dvou frekventovaných pojmů byla věnována nejedna diskuse. Někteří autoři je vnímají a používají jako synonyma, mezi takové patří např. Černá, Novotný, Zemková, 1982; Jakabčic, Požár, 1995; Michalíková, Mišová, 2003. Jiní mezi nimi spatřují diskrepanci, související s rozsahem obou pojmů. Mezi takové autory se řadí kupř. Vašek, 1994; Ward, 1994; Valenta, Müller, 2003, 2009.

Při snaze o diferenciaci termínů mentální retardace a mentální postižení se autoři často odvolávají na Vaška a kol. (1994, s.90), kteří považují mentální postižení za „*nejširší, nejvšeobecnější, střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci ve školství, který orientačně označuje prakticky všechny jednotlivce s IQ pod 85, tedy osoby v pásmu mentální retardace a osoby v hraničním pásmu mentální retardace.*“

Hraniční pásmo mentální retardace se podle Kozákové (2005) někdy označuje též jako mírná duševní zaostalost, dříve slaboduchost. Rozsah inteligenčního kvocientu (IQ) se pohybuje mezi 70 a 85 body. Bajo, Vašek (1994) uvádějí pojem **mentální subnorma** jakožto další možné pojmenování tohoto pásma inteligenčního kvocientu, jehož rozptyl v populaci se pohybuje od pěti do 16 %. Mohou sem patřit děti výchovně a sociálně zanedbané, infantilní, s

epilepsií, s ADHD, nemocné a fyzicky oslabené či neurotické děti, děti se smyslovými poruchami, se specifickými poruchami učení apod. (Valenta, 2009)

Termín mentální retardace se stal nadřazeným dřívějším označením, mezi něž patřila i **oligofernie**, od jejíhož užívání se začalo upouštět v 60. letech 20. století. (Kozáková, 2005) Tento pojem, poprvé užitý Emilem Kraepelinem, charakterizuje Valenta (2009) jako primární mentální postižení, stav mentální retardace vrozené nebo získané v raných etapách života, tedy do dvou let věku dítěte.

V *Defektologickém slovníku* (2000) je vysvětlen původ slova, jež pochází z řeckého *oligos-málokterý* a *frén-mysl*. Edelsberger zde oligofrenii definuje jako „*nedostatečný vývoj celé osobnosti postiženého, především po stránce duševní, někdy i s defekty tělesnými.*“

Vzhledem k tomu, že mentální retardace označuje stav vrozené (primární) či raně získané poruchy rozumového vývoje, je zapotřebí specifikovat i získanou (sekundární) poruchu, pro jejíž pojmenování užíváme názvu **demence**. Podle *Defektologického slovníku* (2000) je termín odvozen od latinského *mens-mysl*.

Podle Müllera (2006) nastává její rozvoj po druhém roce ontogenetického vývoje jedince. S touto časovou limitací se setkáváme ve většině případů vymezení demence, avšak Černá a kol. (2008) staví do kontrastu definici mentálního postižení podle *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (DSM-IV-TR 2000), který uvádí jako kritérium C, že mentální postižení se rozvíjí do 18 let věku.

Podle Svobody a kol. (in Valenta, Müller a kol., 2009) je nezbytné diferencovat demenci v dospělosti od demencí v dětském věku, pro mnohé odborníky i po stránce terminologické. Z toho důvodu uvádíme pojem **deteriorace intelligence** (zhoršení, úbytek schopností), jímž bývají označovány právě dětské demence. Důvodem diferenciací je odlišnost charakteristik z aspektu rozložení postižených funkcí a též odlišnost průběhu demence, jelikož dítě je patologickým procesem zasaženo během vývoje.

Dalším důležitým termínem je **sociálně podmíněné mentální postižení** (dříve pseudooligofrenie, nepravá oligofrenie, sociální debilita, sociální oligofrenie, pseudodebilita). (Valenta, 2009) Jedná se o stav snížené inteligence zapříčiněný vlivem sociálních faktorů (výchovná zanedbanost, nedostatečná stimulace, sociokulturní znevýhodnění jedince, nepodnětné prostředí, psychická deprivace atd.), nikoli poškozením centrální nervové

soustavy (CNS). Na základě působení těchto činitelů nepozorujeme u dítěte rozvoj rozumových schopností odpovídající jeho věku. Typickými projevy jsou výrazné opoždění vývoje řeči, myšlení či schopnosti sociální adaptace, dále infantilismus, hravost. U těchto jedinců je možné zaznamenat negativismus, apatii, odmítání kontaktu s další osobou. Důležité je zdůraznit, že se nejedná o stav neměnný a trvalý, ale že jej naopak lze vhodným výchovným působením ovlivnit. Sociální faktory se mohou podílet na variaci IQ v rozmezí 10 až 20 bodů. (srov. např. Bazalová, 2010; Kozáková, 2005)

V označení osob s mentální retardací sledujeme výraznou pojmovou rozříštěnost, řadu termínů považujeme za zastaralé a neodpovídající moderním trendům. Jiné pojmy nabyly pejorativní nádech, začali jsme se s nimi setkávat běžně ve společnosti jako s vulgarismy či slovy užívanými se záměrem zesměšnit. Takové termíny uvádí např. ¹Valenta (2009): úchyl, debil, imbecil, idiot, dement, kretén, psychopat, zvláštník, mongol, daun aj.

V populaci žijí asi 3-4 % osob s mentální retardací, přičemž hodnota v celosvětovém měřítku stále stoupá. Faktory podmiňující tuto růstovou tendenci popisuje blíže např. Švarcová, 2011; ²Valenta, 2009.

Prevalence osob s mentální retardací v populaci je s ohledem na stupeň postižení charakterizovatelná pravidlem nepřímé úměry, tedy čím hlubší postižení, tím nižší četnost. Osoby s lehkou mentální retardací představují asi 2,6 % populace, se středně těžkým stupněm postižení 0,4 % populace, s těžkou mentální retardací pak 0,3 % a nakonec s hlubokým stupněm poruchy zhruba 0,2 % populace. (²Valenta, 2009)

Ve Spojených státech amerických žije 7,5 milionu osob s mentální retardací, čímž vykazují asi 50krát četnější výskyt v komparaci s lidmi s totální hluchotou a 36krát častější ve srovnání s osobami s totální slepotou. Z celosvětového hlediska lze dle WHO poukázat na diferenci v prevalenci mentální retardace na jednotlivých kontinentech, kdy nejméně osob s touto diagnózou bylo evidováno v Austrálii (525 000), nejvíce přirozeně v Asii (97 710 000). V Evropě žije 15 390 000 osob s mentální retardací. (<http://www.specialolympics-hessen.de>)

1.2 Klasifikace

Nejen definování, rovněž klasifikace mentální retardace představuje nesnadný proces. Mentální retardaci lze diferencovat na základě rozličných kritérií, jako jsou např. klinické

symptomy, etiologie, vývojová období, hloubka postižení, stupeň inteligence. V dřívějších dobách se objevovaly klasifikace založené na posouzení kompetencí ke vzdělávání (jedinci vzdělavatelni a nevzdělavatelni). (Kozáková, 2005)

Často je mentální retardace diferencována na základě hodnoty Sternem zavedeného IQ, vyjadřujícího poměr mentálního a chronologického věku člověka. Měří se zpravidla individuálními inteligenčními zkouškami Wechslerovy stupnice pro děti či dospělé a inteligenčními škálami Termana a Merrillové. (Müller, 2006)

Nejznámější klasifikace mentální retardace je dána MKN-10, již vydala WHO v Ženevě. U nás vstoupila revize v platnost 1.1.1993. Klasifikace dle závažnosti (stupně) mentální retardace je uvedena v její páté kapitole *Poruchy duševní a poruchy chování* pod záhlavím *Mentální retardace* (F 70-79). Její uspořádání je následující (ke každému stupni mentální retardace uvádíme stručnou charakteristiku):

- **F 70 Lehká mentální retardace**

IQ se pohybuje v pásmu 50 až 69 bodů (u dospělých; odpovídá mentálnímu věku od devíti do 12 let), dříve se označovala jako debilita. (Müller, 2006; *Slovník psychiatrických termínů*, 1998)

Pro tyto osoby je typický opožděný vývoj řeči, přičemž opoždění v oblasti motorických dovedností (sezení, lezení, chůze) je jen mírné, v některých případech dosahují jedinci pásma normy. Výraznější obtíže lze identifikovat po zařazení do školské instituce. Ve většině případů jsou klienti plně nezávislí v sebeobsluze, jsou schopni vykonávat nenáročná zaměstnání, zpravidla založená na manuální zručnosti. Významnou roli zde sehrává jejich výchovné prostředí. Po stránce emocionální se jeví jako afektivně labilní, impulzivní, zvýšeně sugestivní a anxiózní. Jejich myšlení bývá stereotypní a málo flexibilní, deficitní je schopnost abstrakce a logického úsudku. Kontrastně mechanická paměť a vizuomotorické schopnosti vykazují relativně dobrou úroveň. V sociálně nenáročném prostředí jsou schopni se pohybovat bez větších omezení a komplikací. (srov. např. Janotová, 2005; Škodová, 2007; Valenta, 2009; Bazalová, 2010)

- **F 71 Středně těžká mentální retardace**

IQ se udává v rozmezí 35 až 49 bodů (u dospělých; odpovídá mentálnímu věku od šesti do devíti let), dříve se užíval pojem imbecilita. (Müller, 2006; *Slovník psychiatrických termínů*, 1998)

Obvykle již v kojeneckém, nejpozději v batolecím období se projeví výrazné opožďování celkového vývoje jedince. Jeho myšlení i řeč jsou značně omezené, stejně tak schopnost sebeobsluhy. Vzdělávací proces je limitován na základ školského trivia s orientací na zdokonalování jednoduchých praktických činností. Těmto osobám je třeba poskytovat chráněné prostředí (zj. chráněné bydlení a zaměstnání) v průběhu celého jejich života. Nebývají schopni úspěšně a bez pomoci řešit náročnější situace, i když někteří dosáhnou jisté hranice nezávislosti a soběstačnosti. Mentální retardace, zpravidla organické etiologie, se zde často kombinuje s epilepsií, neurologickými, somatickými a dalšími duševními poruchami. (srov. např. Janotová, 2005; Škodová, 2007; ²Valenta, 2009; Bazalová, 2010)

- **F 72 Těžká mentální retardace**

IQ nabývá hodnot od 20 do 34 bodů (u dospělých; odpovídá mentálnímu věku od tří do šesti let), dřívější označení bylo idioimbecilita, prostá idiocie. (Müller, 2006; *Slovník psychiatrických termínů*, 1998)

Od raného věku lze pozorovat opožďování všech vývojových mezníků. Tito jedinci nebývají schopni sebeobsluhy, potrava se jim musí speciálně upravovat, bývají celoživotně závislí na péči jiných osob. Ve většině případů se setkáme s postižením kombinovaným, často jde o spojení s motorickými poruchami a symptomy celkového poškození CNS. Frekventované jsou stereotypní pohyby, hra s fekáliemi, piky, automutilace, instabilita nálad či impulzivita. (srov. např. Janotová, 2005; Škodová, 2007; ²Valenta, 2009; Bazalová, 2010)

- **F 73 Hluboká mentální retardace**

IQ dosahuje nejvýše 20 bodů (u dospělých; odpovídá mentálnímu věku do tří let), dříve nesla název idiocie, vegetativní idiocie. (Müller, 2006; *Slovník psychiatrických termínů*, 1998)

I v nejbazálnějších životních úkonech vyžadují tyto osoby trvalou a maximální péči. Zpravidla nepoznávají své okolí. Typické je těžké porušení motoriky nebo stereotypní automatické pohyby. Časté jsou senzorycké deficity těžkého stupně či závažné neurologické poruchy. (srov. např. ²Valenta, 2009; Bazalová, 2010)

- **F 78 Jiná mentální retardace**

Této kategorie se využívá pouze v těch případech, kdy stanovení stupně intelektové retardace za pomoci obvyklých metod je obzvláště komplikované nebo nemožné z důvodů přidružených sensorických či somatických poruch (např. u osob nevidomých, neslyšících, s těžkým tělesným postižením) (Švarcová, 2011)

- **F 79 Nespecifikovaná mentální retardace**

Do této kategorie zařadíme jedince, u něhož je prokázána přítomnost mentální retardace, ale není k dispozici dostatek informací, na základě kterých bychom jej klasifikovali do jedné ze shora uvedených kategorií. (Bazalová, 2010)

Müller (2006) dále doplňuje, že kódy MKN-10 poskytují kromě informací o stupni mentální retardace rovněž údaje o případném narušeném chování člověka (např. afekty vzteku, automutilace), a to prostřednictvím číslic v následujících intencích:

- **0** - žádná nebo jen minimální porucha chování,
- **1** - významná porucha chování, vyžadující intervenci.

Mentální retardace bývá někdy klasifikována rovněž na základě chování člověka, diferencujeme tak **typ**:

- **Eretický** (neklidný, instabilní, verzatilní)-je prchlivý, rychle se u něho střídají vzruch a útlum. V oblasti emocionální pozorujeme instabilitu, rychlé změny citů, slabou vůli. Pro nedostatečnou schopnost koncentrace má obtíže setrvat při určité činnosti.
- **Apatický** (netečný, torpidní)-zde jsou naopak procesy vzruchu a útlumu chorobně zpomalené. Charakteristická je těžkopádnost, inaktivita a bradykineze. Chová se tiše, klidně, někdy lze pozorovat stereotypní automatické pohyby (kývání tělem apod.). (Kozáková, 2005)

Na pomezí těchto dvou forem mentální retardace se nachází typ **nevyhraněný**, u něhož jsou procesy vzruchu a útlumu relativně v rovnováze, příp. jeden z nich nepatrně dominuje.

1.3 Etiologie

Etiologická deskripce mentální retardace je nezbytná z hlediska preventivního a rovněž pro výběr vhodných intervenčních postupů. Stav mentální retardace je etiologicky obtížně identifikovatelný, neboť za ním stojí řada příčin, jež se navzájem prolínají, podmiňují a spolupůsobí. Podle Langerera (1996) není jednoznačná specifikace příčin mentální retardace možná pro jejich symptomatologickou variabilitu, kvalitativní i kvantitativní diference v mentálním deficitu. Složitost jejího etiologického vymezení dokládá i fakt, že až 80 % případů mentální retardace je neznámého, resp. neurčeného původu. (Švarcová, 2011; Matulay, 1989) ³Valenta (2009) hovoří o třetině etiologicky neobjasněných případů. Dle zdroje Bierne-Smith (in Černá a kol., 2008) je pravděpodobnost komplikací etiologického vymezení tím vyšší, čím je stupeň mentální retardace lehčí.

Etiologické faktory lze dělit na exogenní (vnější) a endogenní (vnitřní). **Endogenní** příčiny jsou zakódovány již v nejjemnějších systémech gamet, jejichž spojením vzniká nový jedinec. (Matulay a kol., 1986) Do této etiologické kategorie spadají *hereditární* či *geneticky podmíněné poruchy*. Druhé jmenované lze podle Zvolského a kol. (2005) diferencovat na dominantně podmíněné (vzácné, např. neurofibromatóza), podmíněné poruchou pohlavních chromozómů (např. Klinefelterův či Turnerův syndrom), recesivně podmíněné (především metabolické poruchy, např. fenylketonurie, galaktosémie). Podle Drtílkové (2001) se asi 150 typů metabolických poruch může kombinovat s intelektovým deficitem. Poslední ze skupin geneticky podmíněných poruch jsou deficity podmíněné chromozomálně, jejichž největší skupinu představují podle Valenty a Müllera (2012) syndromy způsobené genovou mutací, změnou počtu chromozómů či jejich struktury. Metabolické a chromozomální poruchy jsou příčinou zhruba 25 % případů mentální retardace (Drtílková, 2001). Přehledný výčet geneticky podmíněných poruch uvádí např. zdroj <http://telemedicina.med.muni.cz>

V rámci aktuálního výzkumu mutací genů, jakožto možných příčin mentální retardace, užívají odborníci také metodu exomového sekvenování (exomy jsou úseky DNA kódující proteiny). Pomocí této metody bude v budoucnu zřejmě možné diagnostikovat mentální retardaci dříve, a to s vynaložením nízkých nákladů. <http://news.doccheck.com>

Exogenní vlivy, vedoucí k rozvoji mentální retardace, působí v době početí, v průběhu gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Mohou, ale nemusí bezprostředně zapříčinit poškození mozku plodu či dítěte. Rovněž mohou „spouštět“ projevy hereditárně zakódované patologie nebo mohou modifikovat její průběh. Na vyvíjející se nervový systém

plodu může působit spektrum škodlivin, přičemž čím dříve v těhotenství zasáhnou, tím jsou důsledky fatálnější. (srov. např. Matulay, 1989; Švarcová, 2011)

Z hlediska doby působení exogenních činitelů je lze dále diferencovat na prenatální, perinatální a postnatální. Mezi **prenatální** faktory řadíme dle zdroje <http://symptomat.de> např. vliv chemoterapie či radioterapie na plod. Dále jde kupř. o infekční onemocnění matky (např. rubeola, toxoplazmóza), chemické látky působící v prostředí gravidní ženy, hormonální poruchy typu diabetes mellitus či hypotyreózy, malnutrici matky, kouření, vliv některých farmak či nadměrnou konzumaci alkoholu v době gravidity. Mezi **perinatální** etiologické činitele lze zahrnout předčasný porod, nízkou porodní hmotnost, mechanická traumata, hyperbilirubinémii či asfyxii. (srov. např. Matulay a kol., 1986; Matulay, 1989; Drtílková, 2001; Valenta, Müller, 2012)

V komparaci s předchozími je skupina **postnatálních** etiologických faktorů podle Matulaye (1986; 1989) nejméně významná pro vznik mentální retardace. Zařazuje sem infekce, úrazy a nedostatečnou výživu. ³Valenta (2009) přidává záněty mozku způsobené mikroorganismy (např. klíšťová encefalitida, meningitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění či krvácení do mozku.

Je prokázáno, že **sociokulturní vlivy** se nejvíce uplatňují při vzniku lehké mentální retardace (Matulay, 1989), jež se tak stává etiologickou kombinací organicity (v některých případech), heredity a exogenních sociokulturních determinant. Taková mentální retardace je stavem reverzibilním, ovlivnitelným příslušnými intervenčními programy. (Valenta, Müller, 2012) Roku 1986 prováděl Langer s Novotnou výzkum, z něhož vyplynulo, že rodiče dětí s lehkou mentální retardací dosahují nižšího vzdělání, průměrně mají více potomků a materiální a kulturní úroveň rodiny je nižší. (Langer, 1996)

1.4 Specifika osobnosti dospělého člověka s lehkou mentální retardací

Konstruování této podkapitoly jsme založili kromě informací z aktuálních publikací též na poznatcích ze starších zdrojů, jako je Rubinštejnová (1973) či Dolejší (1973), u nichž podle Lečbycha (2008) nacházíme východisko k deskripci specifík osobnosti člověka s mentální retardací z aspektu jeho kognitivních funkcí.

Vzhledem k cílové kategorii osob naší práce shledáváme důležitou specifikaci životní etapy dospělosti. K tomuto období neodmyslitelně patří i problematika sexuality, partnerství či rodičovství, tedy významné elementy lidské osobnosti, jež svým uspokojením (či naopak)

zásadně participují na fungování a komplexním vyladění člověka. Bylo by příhodné postihnout též možnosti, jež společnost dospělému jedinci s mentální retardací nabízí v oblasti bydlení, zaměstnání a vzdělávání. Pro tato, jistě relevantní témata však kapacita naší práce, orientované především na logopedickou problematiku, není dostačující

Dospělost je v novodobých industriálních společnostech charakterizována řadou definic, jejichž sjednocení je obtížné. Nutná je totiž diferenciacie dospělosti biologické a dospělosti duševní, a to za současného respektování systémových sociokulturních a právních aspektů. Příkladem vymezení dospělosti je Benešova definice: „*Dospělým ve smyslu vzdělávání je osoba, jejíž hlavní sociální role se dají charakterizovat statusem dospělého a která zároveň ukončila svou vzdělávací dráhu ve formálním vzdělávacím systému.*“ (Šiška, 2005)

Pipeková (in Černá a kol., 2008) řadí mezi atributy dospělosti zaměstnání, manželství a rodičovství, právní faktory (držení občanského průkazu, právo volit apod.). Právě v těchto oblastech zažívají osoby s mentální retardací značná omezení, daná hloubkou postižení a také přístupem společnosti, v níž žijí.

Jenkins (in Šiška, 2005) pojímá dospělost společně s dalšími životními etapami jako sociální konstrukt. V industriální společnosti brání dosažení dospělosti jiné sociální konstrukty, např. dlouhodobá nezaměstnanost absolventů škol či právě mentální retardace .

Černá a kol. (2008) vymezuje faktory, jež k dosažení dospělosti přispívají, nebo mu naopak zabraňují:

Obecně:

- ukončení školní docházky,
- získání zaměstnání,
- odchod z domova rodičů,
- uzavření sňatku, založení rodiny,
- administrativní a právní aspekty, např. dosažení zletilosti, trestní zodpovědnosti, darování krve a orgánů apod.

Specificky:

- právo volit a být volen,
- získání sociálních dávek od státu, postoje personálu,

- postoj dospívajících (zda se chtějí stát dospělými),
- diagnostická terminologie (přirovnávání hloubky postižení k vývojovým stádiím jedince),
- předsudky a stereotypy společnosti.

Na dospělé osoby s mentální retardací, na kvalitu jejich života, se orientuje diplomová práce Knýřové z roku 2006 s názvem *Kvalita života mentálně retardovaných*. Na základě výsledků výzkumného šetření uvádí autorka oblasti života v pořadí, nejčastěji udávaném dospělými respondenty s mentální retardací dle relevance, kterou jim subjektivně přisuzují: jídlo, odpočinek, příjemné prostředí a bydlení, spánek, být zdravý, mít koníčky, peníze, láska, sexuální život, rodinné vztahy, vztahy s ostatními, být v bezpečí, mít víru, mít práci. Výsledkem šetření byl též výčet oblastí, s nimiž jsou respondenti ve svém životě nejvíce spokojeni: spánek, láska, jídlo, koníčky, pocit fyzické kondice, příjemné prostředí, rodinné vztahy. Uvítali by lepší pracovní příležitosti a možnost mít vlastní byt. (<http://www.rojko.sk>)

„Osobnost člověka funguje jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní.“ (Vágnerová, 2008, s. 511) Osobnost člověka s mentální retardací si nyní přiblížíme z hlediska psychických funkcí, nepostradatelných pro kognitivní proces, jehož postižení je primárním specifikem mentální retardace. Od tohoto deficitu se odvíjí řetězec souvislostí, vedoucích člověka k adaptaci na postižení a vytvoření jedinečné osobnostní struktury. (Lečbych, 2008)

Důsledkem kognitivních deficitů je vyšší míra závislosti jedinců s mentální retardací na druhých osobách a též na zprostředkování informací těmito osobami. Nelze však opomenout rozdílný vliv odlišných prostředí na formování osobnosti člověka s mentální retardací. (ibid.)

Lidé s mentální retardací mají totožné **základní psychické potřeby** jako ostatní populace. Vlivem omezenější kapacity rozumových kompetencí a učení mohou být tyto potřeby různým způsobem modifikovány. Čím je stupeň mentální retardace hlubší, tím je člověk v saturaci svých potřeb závislejší na okolí. Na straně druhé mají lidé s mentální retardací tendenci naplňovat své potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob, jímž tohoto dosahují, je odrazem jejich aktuálního psychického a somatického stavu, tudíž i mentální úrovně. (Vágnerová, 2008)

V komparaci s intaktní populací shledáváme u osob s mentální retardací třikrát až

čtyřikrát vyšší prevalenci psychických poruch a nápadností chování. Podle Gaedta (1995) je komorbidita mentální retardace a psychiatrických poruch 10-14 %. (Lingg, Theunissen, 2000)

- ***Myšlení***

Myšlení je zobecněné a slovem zprostředkované poznávání reality, umožňuje poznat podstatu předmětů a jevů, dovoluje predikci výsledků určitého jednání a kreativní a cílevědomou práci. (Rubinštejnová, 1973)

Myšlení osob s lehkou mentální retardací dosahuje zpravidla úrovně konkrétních logických operací. Jejich uvažování je úzce spjato s realitou, mají potíž odpoutat se od vlastních potřeb a pocitů, což se projeví jejich sníženou kritičností a vyšší sugestibilitou. (Vágnerová, 2008) Lidé s mentální retardací mají sníženou schopnost generalizace, diferenciacie podstatného, chybují v procesech analýzy a syntézy. (Lečbych, 2008) Disponují omezenou zásobou představ a limitovanou schopností postihovat kauzální souvislosti mezi jevy a předměty. (Procházka, Petrášová, 2012)

Dalšími specifiky myšlení osob s mentální retardací je stereotypnost, rigidita a ulpívání na jistém typu řešení. Na tyto rysy lze nahlížet jako na obranu člověka před novými, neznámými podněty, jež mu nejsou příjemné a mohou být zdrojem různých obav. Omezenou flexibilitu těchto jedinců je třeba respektovat a neklást na ně nepřiměřené nároky, které by jakožto stresové faktory vyvolávaly nepříznivé reakce. (Vágnerová, 2008)

Řídící funkce myšlení je u osob s mentální retardací slabá, nejsou schopny domýšlet své jednání a předvídat jeho důsledky. Aplikace osvojených rozumových operací vykazuje nižší kvalitu, méně čerpají ze svých zkušeností. Uvědomění si problému je deficitní, utváření adekvátních, efektivních strategií jeho řešení se pohybuje na nízké úrovni. Mnohdy absentuje motivace k řešení problémů. (Procházka, Petrášová, 2012)

- ***Volní projevy***

Volní jednání charakterizuje Lečbych (2012, s. 261) jako vědomou a záměrnou činnost člověka zaměřenou na dosažení stanoveného cíle. Zde lze u jedinců s mentální retardací zaznamenat zvýšenou sugestibilitu, emoční a volní labilitu, impulzivitu, agresivitu, anxiozitu i pasivitu. Specifikem této sféry bývá dysbulie a abulie. (Valenta, 2009) Abulie se může vyskytovat v souvislosti s primárním deficitem kognitivních schopností (uvědomění si komplexních potřeb, volba adekvátních prostředků k realizaci). (Lečbych, 2012)

Subkomponentou volního jednání je též *aspirace*, tedy vědomé vymezování životních cílů, tvorba životního plánu a usilování o jeho naplňování. Zde se často uplatňují důsledky sociálních zkušeností osob s mentální retardací z různých životních rolí, vliv výchovy a pedagogického vedení. (ibid.) I podle Heinemana a Groefa (1997) orientují tito lidé své snahy směrem k dosažení objektů vytyčených rodiči, pedagogy apod., hovoří o lidech s mentální retardací jako o géniích ve vyhledávání očekávání druhých.

Osoby s lehkým stupněm mentální retardace mívají v kontrastu s jedinci s těžšími deficity realističtější představu o svém uplatnění. Z aspektu realističnosti aspirací však snadněji podléhají sugesci. Prochází-li chráněným prostředím, nebývají tolik konfrontováni kritikou, okolí je hodnotí vlídně, mnohdy jsou pod vlivem lítosti okolí utvrzováni v nerealistických kompetencích. (Lečbych, 2012)

- ***Smyslová percepce***

Smyslová percepce neboli vnímání je dle Petráše (2012, s. 138) procesem odrazu reality, při němž člověk smysly a s nimi souvisejícími nervovými centry získává informace o okolním světě. Specifika vnímání osob s mentální retardací uvádí Rubínšteinová (1973):

- *zpomalenost a zúžený rozsah vizuální percepce*-člověk s mentální retardací nesleduje podnět globálně, ale postupně, čímž se komplikuje jeho orientace v neznámém prostředí,
- *nediferencovanost počítků a vjemů*-výrazně bývá narušena diskriminace figury a pozadí (logoped by měl vnímaný materiál předem organizovat, jasně vyčlenit figuru od pozadí),
- *inaktivita vnímání*-dostávají se problémy s percepcí veškerých detailů,
- *nedostatečné prostorové vnímání, nedokonalé vnímání času,*
- *snižovaná senzitivita taktilních vjemů,*
- *nedostatky akustického analyzátoru* se projevují opožděnou diferenciací fonémů a jejich zkreslením.

Vizuální percepce je pro špatnou koordinaci očních pohybů nesystematická, což se projevuje zj. ve čtení, jehož kvalitu snižuje i deficitní grafomotorický vizus (schopnost rozlišovat podobné grafémy), který je důsledkem obtíží ve vizuální diferenciaci. Ve sféře vizuální integrace shledáváme narušení schopnosti komplexní percepce, což vede k potížím vnímat celek jako komplex vzájemně provázaných detailů. (Petráš, 2012) Výskyt kombinace

mentální retardace a zrakových poruch je 23-57 %. (Lingg, Theunissen, 2000)

U jedinců s mentální retardací se diferenciačně podmíněné spoje a dynamické stereotypy utvářejí v oblasti *sluchového analyzátoru* pomalu, což vede k insuficientní diskriminaci fonémů, popř. k jejich zkreslení, zasažena je tak oblast fonematického sluchu. Důsledkem je opoždění v rozvoji řeči, tudíž i opožděný vývoj psychický. (Petráš, 2012) Komorbidita mentální retardace a sluchových poruch je 3-24 %. (Lingg, Theunissen, 2000)

- **Paměť**

Při vymezení paměti uvádí Rubinštejnová (1973) slova Sečenova, podle nichž paměť představuje základní kámen psychického vývoje. Díky paměti si člověk uchovává a generalizuje minulou zkušenost, nabývá vědomosti a dovedností. Absence paměti by zabránila utváření osobnosti, jelikož bez hromadění předešlých zkušeností nemůže vzniknout jednota způsobů chování a určité systémy vztahů k okolnímu světu.

Lidé s mentální retardací disponují spíše mechanickou pamětí, jež není schopna větší selekce. (Valenta, 2009) Iniciační fáze paměti osob s mentální retardací probíhá déle, a to v důsledku frekventovaných poruch pozornosti. (Lečbych, 2008) Osvojování nových informací je podmíněno četným opakováním a zabírá delší časový úsek. Naučené poté rychleji zapomínají, pamětní stopy se nevybavují přesně. Mívají problém nabyté vědomosti včas aplikovat v praxi. Uvedené jevy vyplývají ze specifík jejich CNS, tedy z tendence podmíněných spoju vyhasínat rychleji. (Valenta, 2009)

Osoby s mentální retardací si lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v jejich čistě náhodných spojitostech. Obtížně si vstíjí vnitřní logické souvislosti a vztahy, jelikož je nediferencují. Zapamatování dojmů z vnějšího světa nabývá v některých případech výrazné patologické formy, jedná se o eidetickou paměť (člověk před sebou vidí stále stránku knihy, ale svými slovy její obsah vyložit nedovede). (Rubinštejnová, 1973) V této souvislosti uvádí Lečbych (2008) literární příklady osob s mentální retardací, které dokáží z paměti vyjmenovat telefonní seznam či si pamatují pořadí jmen v kalendáři.

U odborníků participujících na péči o osoby s mentální retardací je často poukazováno na riziko rozvoje burn-out syndromu. Právě potřeba neustálého opakování aktivity, které se pracovník snaží klienta naučit, snadné a rychlé zapomínání získaných a tvrdou prací podložených vědomostí a dovedností bývají příčinou demotivace těchto zainteresovaných odborníků a pocitů bezvýznamnosti jejich snah o určitý pokrok.

- **Pozornost**

Tato kognitivní funkce souvisí dle ²Valenty (2009) s bezprostředním vnímáním a poznáním, lze ji diferencovat na bezděčnou a záměrnou. Záměrná pozornost je spjata s vůlí a má charakter podmíněného reflexu. Člověk s mentální retardací ji dokáže udržet po kratší dobu, následovat by měla relaxace. Autor dále cituje Kysučana (1982), podle něhož vykazuje záměrná pozornost jedinců s mentální retardací zúžený rozsah sledovaného pole, instabilitu, snadnou unavitelnost a sníženou schopnost rozdělení na více aktivit.

Charakter narušení pozornosti u jedinců s mentální retardací se odvíjí od její etiologie (jiný obraz lze pozorovat u člověka s mentální retardací na bázi organického deficitu CNS a jiný v případě geneticky podmíněné mentální retardace). (Procházka, 2012)

Logoped by při práci s klientem s mentální retardací měl zvýšeně dbát zásady krátkodobého cvičení, a to i v případě již dospělých jedinců. Při nerespektování specifických aspektů jejich pozornosti logoped riskuje přetěžování klienta a ztrátu jeho zájmu o jakoukoli aktivitu realizovanou ve spolupráci s ním. Jde o ztrátu motivace, což by zásadně negativně poznamenalo průběh celé intervence.

- **Emotivita**

Emoce jsou důležitou komponentou lidského chování, ovlivňují též motivaci našeho jednání. Jejich funkce spočívá rovněž v regulaci chování a determinaci výkonů intelektových, motorických, sportovních, uměleckých apod., a to za spolupůsobení percepčních a kognitivních schopností. (Dolejší, 1973) Insuficience racionálního hodnocení a problémy ve sféře sebeovládání omezují rozvoj efektivnějšího způsobu autoregulace. Nedokonalá kontrola a řízení vlastních emocí, spojená s koncentrací na přítomnost, vede k preferenci jednání, jež přináší bezprostřední uspokojení. (Vágnerová, 2008)

Jedinci s mentální retardací disponují zvýšenou senzitivitou vůči podnětům z okolí (např. silná reakce na konflikty), jsou náchylnější k rozvoji anxiózních reakcí. Nedokonalé porozumění některým životním změnám a příčinám negativních zážitků může vést k propojení nepříjemných situací se situací celkovou a následně vyústit v dlouhodobou, silnou úzkost. Tito lidé mívají nižší frustrační toleranci, snadněji podléhají únikovým, agresivním či panickým reakcím. (Petrášová, 2012)

Rubinštejnová (1973) udává výčet emocionálních charakteristik osob s mentální retardací následně:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, minimální rozsah prožitků, absence emočních odstínů (buď dominuje jednostranné uspokojení, či jednostranné neuspokojení),
- emoce nejsou svou dynamikou a intenzitou adekvátní podnětům,
- egocentrické city podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,
- lidé s mentální retardací snáze podlehnou afektu, frekventovanější bývají výkyvy nálad (může se objevovat apatie, euforie aj.).

O specifických emocích, jež člověk s mentální retardací vztahuje k vlastnímu tělu, se zmiňují např. Heineman a Groef (1997). Poukazují na možný výskyt automutilací, při nichž tělo neslouží jako původce těchto činů (např. hlava bije do zdi, ale bolest není signálem k ukončení této činnosti). Automutilace je v tomto ohledu prostředkem k navození příjemných emočních stavů, a to díky vlivu látek, jejichž efekt redukuje bolest a navozuje stav euforie.

Autoři dále citují Gaedta (1990), jenž u uvedené kategorie osob zmiňuje vyšší incidenci depresí v komparaci s intaktní populací. Depresivní afekt se dle něho rozvíjí v situacích pocitu beznadějného ohrožení ztrátou, odloučením, ve kterých člověk s mentální retardací zaznamenává absenci kompetencí ke změně. Depresivní reakce vycházejí ze snahy nalézt autonomii, což autor přirovnává k ranému období ve vývoji dítěte, jež zde opouští bezprostřední ochranu matky.

2 Řečové kompetence osob s lehkou mentální retardací

Ač se naše práce zabývá problematikou osob dospělých, je z aspektu ontogeneze jejich řečových, resp. komunikačních kompetencí nezbytné zmínit období dětství. Pro efektivní logopedickou intervenci je signifikantní znalost komunikačních specifík osob s lehkou mentální retardací, proto se je zde pokusíme vymežit.

Řeč je významným prostředkem myšlení a socializace člověka. Prostřednictvím vnitřní řeči lze formulovat myšlenky, zatímco vnější řeč umožňuje jejich recepci či expresi. Z neuropsychologického aspektu představuje lidská řeč jednu ze symbolicko-komunikačních funkcí mozku, který zabezpečuje porozumění sdělovanému nebo zformulování toho, co má být sdělováno. Právě bezprostřední spojení mezi činnostmi mozku a řečí je příčinou narušení řečového vývoje osob s mentální retardací. Že se nejedná pouze o narušení kvantitativní povahy, potvrzuje i Böhme, podle něhož jsou verbální výkony osob s mentální retardací v různé míře snižené, ale také změněné a zpomalené. (Müller, 2001) Též Lechta (2011) upozorňuje u dětí s mentální retardací na specifickou etiologii, specifickou symptomatologii a výrazné zvláštnosti metod užívaných v rámci logopedické péče.

Narušený vývoj řeči patří mezi nejcharakterističtější rysy osob s mentální retardací. Skutečnost, že obvykle disponují deficitními komunikačními schopnostmi, vedla řadu autorů k pokusům terminologicky vyčlenit poruchy řeči u těchto jedinců. Arnold a Wirth hovoří o *dyslogii*, jíž označují charakteristický vývoj všech jejich řečových funkcí. Chvatcev používá termín *oligolalie* a zdůrazňuje, že ani dyslalii dětí s mentální retardací, jde-li o její podstatu, nelze ztotožňovat s výslovností dětí intaktních. (Lechta, 2011) Další pojmenování sledujeme u Sováka (1978), jde o syndrom *dysfrenie*, který vysvětluje jako onemocnění dětského věku postihující rozumovou oblast a sekundárně i řeč. Lechta (2011) dále uvádí Učňův termín *patopsycholingvistika*, tedy disciplínu zkoumající řeč narušenou z důvodu mentální retardace.

2.1 Vývoj řeči

Řeč jedinců s mentální retardací je narušena ve všech složkách. Její začátky bývají opožděné, což může být jedním z nejpatrnějších příznaků, který zpravidla registruje nejbližší okolí dítěte. Rodiče si tak mohou začít uvědomovat, že jejich potomek se v komparaci s vrstevníky vyvíjí odlišným způsobem.

Vývoj řeči dítěte s mentální retardací hodnotíme jako **narušený**, současně též jako **opožděný**, jednotlivá stadia řečového vývoje nastupují s větším či menším časovým zpožděním. Lechta (2011) dokládá opoždění ve vývoji řeči dětí s mentální retardací na výzkumech, které prováděl Brumetz (1978). Ty poukazují na slabší a „jiný“ křik při narození těchto dětí, dále na opožďování rozvoje schopnosti volat matku a rozpoznávat její hlas. Podle Seemana (1955) více než 40 % „debilů“ začíná mluvit až po dosažení tří let. Lechta (2011) upozorňuje na výzkumy Arnolda (1970), z nichž plyne skutečnost, že po třetím roce věku začíná mluvit až 65 % dětí s mentální retardací. Owens (in Mikulajová in Kerekrétiová a kol., 2009) konstatuje, že čím je úroveň intelektu člověka nižší, tím u něho přibývá kvalitativních poruch, nelze tedy již hovořit o prostém zaostávání ve vývoji komunikační schopnosti.

Projevy narušeného vývoje řeči u osob s mentální retardací popisuje např. Valenta (2009) a upozorňuje na nedostatečný **fonematický sluch** těchto jedinců, který je odrazem pomalého vytváření diferenciačních podmíněných spojů a dynamických stereotypů. Jejich řečový vývoj je podle něj také komplikován nedostatky v artikulaci, jež plynou ze slabých spojů v centrech jemné motoriky, a dále insuficientní schopností rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči v integrátoru fatických funkcí.

Hodnotíme-li řečový vývoj osob s mentální retardací podle Sovákovy klasifikace poruch vývoje řeči, pak jej lze označit za **omezený**. Takový jedinec totiž v této oblasti nikdy nedosáhne normy, vždy je omezena zvuková, gramatická či obsahová stránka řeči. Jistých pokroků ve vývoji lze speciální péčí docílit, nikdy ale nelze počítat s tím, že řeč člověka s mentální retardací dosáhne gramatické, obsahové a artikulační normy. (Klenková, 2006)

Intaktní děti začínají mluvit během prvního roku života, čímž se u nich otevírá široká oblast možností stimulace celkového psychického vývoje, přirozeně prostřednictvím řeči. V případě, že mentální retardace zasáhne dítě již v tomto raném období i v oblasti komunikace, pak negativní vliv postižení narůstá o redukovanou možnost pedagogicko-psychologického ovlivňování řeči. Zde pak lze vysledovat dopad opožděného počátku ontogeneze řeči, podmíněného mentální retardací, i na jiné oblasti psychiky dítěte. (Lechta, 2011)

V pozdějším věku lze dle Busemana (1968) v některých případech s obtížemi určit, do jaké míry je narušení inteligence primárním defektem a zabraňuje osvojení lidské řeči, nebo do jaké míry je porucha řeči překážkou v nabývání poznatků a získávání dovedností a vyvolává snížení inteligence. (ibid.) Ke vztahu mezi řečí a ostatními složkami psychiky se vyjadřuje Dolejší (1973), podle něhož panují výrazné disproporce mezi vývojem řeči a

vývojem neverbálních složek psychiky osob s mentální retardací. Právě neverbální složky inteligence se pohybují na vyšší úrovni.

V případě, že dítě nemluví, jeho vývoj mezi druhým až třetím rokem věku se jeví jako opožděný, nemusí se automaticky jednat o mentální retardaci. Důležitou roli má včasná diagnostika a na ní navazující stanovení diagnózy. V tomto směru se uplatňuje celý tým odborníků (lékaři, psychologové, speciální pedagogové), přičemž je nutné se opřít o longitudinální pozorování dítěte. (Klenková, 2006)

V klinické praxi, jak uvádí Škodová (2007), se nejčastěji mentální retardace zaměňuje za stavy, jako je opožděný vývoj řeči prostý, vývojová dysfázie, sluchová vada. Neopominutelná je tedy **diferenciální diagnostika**

Vývoj řeči osob s mentální retardací lze charakterizovat s ohledem na **stupeň, typ a formu mentální retardace**, přičemž právě stupeň determinuje vývoj řeči těchto jedinců nejvýrazněji.

2.1.1 Vliv stupně mentální retardace

Stupeň mentální retardace má vliv na vývoj řeči člověka a také na pozdější úroveň jeho komunikačních kompetencí. Jedinec nedisponuje v plné míře poznávacími schopnostmi (úsudek, paměť, pozornost, transfer aj.), jež jsou nezbytnou podmínkou rozvoje jazykové schopnosti jakožto funkce symbolické. Rovněž zde sehrává svou úlohu odlišný potenciál učít se a jiná sociální zkušenost. Mezi jednotlivými stupni mentální retardace není ostře vymezena hranice, ale vždy se jedná o plynulý přechod. Nejnápadnější difference v oblasti řečových schopností lze pozorovat mezi kategoriemi těžké a středně těžké mentální retardace, naopak mezi středně těžkou a lehkou formou není rozdíl tak výrazný. (srov. např. Lechta, 2011; Škodová, 2007; Mikulajová, 2009)

Vzhledem k cílové skupině naší práce, již jsou dospělí lidé s lehkou mentální retardací, je tato podkapitola deskripce řečového vývoje jedinců právě s lehkým stupněm mentální retardace.

Počátky vývoje řeči u dětí s lehkou mentální retardací se podle Sováka (1978) opožďují o rok i více, postupně dítě dospívá ke schopnosti abstrakce a generalizace, tedy na úroveň druhé signální soustavy. Jeho abstraktní myšlení ale nedosáhne stupně jako u intaktního

vrstevníka. Deficity se objevují v usuzování. Naproti tomu Škodová (2007) uvádí, že počátek vývoje řeči nemusí být výrazně opožděn. Opoždění se nápadněji projeví až na vyšších vývojových stupních, kdy jedinec čelí složitějším úkolům a náročnějším situacím.

Diagnóza lehké mentální retardace bývá mnohdy vyřčena až v předškolním věku dítěte. Nezřídka však bývá intelektový deficit odhalen v období školní docházky, kdy dítě selhává. (ibid.) Podle Lechty (2011) tak může být promeškána nejvhodnější doba ke stimulaci jedince. Žáci s lehkou mentální retardací si zvládají osvojit trivium, přesto nastávají v jejich učení těžkosti, do značné míry způsobené jejich omezenými schopnostmi v oblasti grafické stránky jazyka. Negativně působí i slabší úroveň pojmotvorby a porozumění řeči. (Mikulajová, 2009)

Lechta (2011) pokládá za zajímavý psychologický pohled Kainze (1943) na vývoj řeči osob s mentální retardací, dle něhož mívají tito jedinci potíže formulovat své myšlenky do slov proto, že během ontogeneze řeči u nich nenastala adekvátní harmonie mezi vnitřní a vnější řečí.

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny osvojit si přiměřenou aktivní i pasivní slovní zásobu. Pokud u nich dosáhneme odstranění vadné výslovnosti nebo případných řečových vad, nemusí být jejich projev výrazně rozdílný v komparaci s průměrem populace. V každodenních komunikačních situacích mohou být tedy jejich verbální schopnosti dostačující, avšak selhávají v případě, kdy se ocitnou v nepředvídané situaci, v níž nelze aplikovat zafixované řečové stereotypy. (Müller, 2001)

2.1.2 Vliv typu mentální retardace

Podle Lechty (2011) nám tato klasifikace umožňuje základní orientaci z hlediska způsobu komunikace. V extrémních případech se nemusí dařit navázat kontakt jak s jedincem jednoho, tak druhého typu mentální retardace, což se pochopitelně specificky projeví v průběhu ontogeneze jeho řeči.

- ***Eretický typ***

Za komunikačními potížemi osob tohoto typu mentální retardace stojí jejich neklid a nesoustředěnost. Zpravidla se jedná o jedince hyperaktivní, bývají hluční, vykřikují, zasahují do hovoru druhých.

- ***Apatický typ***

V případě tohoto typu mentální retardace se setkáváme s lidmi, pro které je typické

pomalé tempo mluvy, vyprávění, dále pozorujeme nápadnou dysprozódii (monotónnost). Bývají lhostejní, neprojevují zájem o komunikaci, nevykazují přílišnou motorickou aktivitu.

- ***Smíšený typ***

Do této kategorie jsou řazeni jedinci, jež nelze klasifikovat jako vyhraněně neklidné, instabilní, tedy eretické, ale ani jako vyhraněně torpidní, utlumené, tedy apatické. Jedná se o osoby přechodného typu mentální retardace.

Wirth (in ibid.) popisuje zkušenost s vyhraněně apatickými dětmi, u nichž v počátcích vývoje jejich řeči trvá období nemluvnosti relativně déle než u dětí vyhraněně eretických.

2.1.3 Vliv formy mentální retardace

Podle Lechty (2011) nejsou formy mentální retardace z hlediska specifických mluvních projevů zatím výzkumně dostatečně zpracovány, přestože jich je známo velké množství. Relativně důkladněji jsou prozkoumány charakteristiky mluvního projevu u forem, jež se vyznačují nápadnými somatickými znaky.

Uvádíme jen několik příkladů:

- ***Hydrocefalie***

Rubinštejnová (in Lechta, 2011) popisuje někdy zdánlivě nenarušený vývoj řeči jedinců, který může vyvolat dojem též jejich intaktního mentálního vývoje. Jejich aktivní slovní zásoba někdy zahrnuje i vědecké termíny, avšak nedostatečně chápou smysl vysloveného a i v nevhodných situacích opakují, co slyšeli od jiných. Jejich řeč je bezobsažná, prázdná.

- ***Klinefelterův syndrom***

Podle Lechty (2011) je mluvní projev těchto jedinců obzvláště nápadný. Autor uvádí zjištění Wirtha (1990), že jejich celkový inteligenční kvocient je snížen právě díky horším výkonům v oblasti verbálního IQ. Upozorňuje na značné obtíže v hrubé motorice a asi u 50 % z nich na retardaci vývoje řeči.

- ***Downův syndrom***

Novorozenci s Downovým syndromem vykazují velice dobré reakce na slyšené zvuky. V kojeneckém období, kolem šestého měsíce, se zpravidla děti s Downovým syndromem doslova vyžívají v hlasitém žvatlání. První slovo se u nich objevuje kolem druhého roku

věku. V období batolete se rozvíjí schopnost rozumění řeči, na konci třetího roku kombinací dvou slov konstruují primitivní věty. Jazykový vývoj se však začíná opožďovat, mnohdy dětem pomůže aplikace Makatonu, jednoho ze systémů augmentativní a alternativní komunikace. Často pochopí spíše význam znaku než slova. Selikowitz (2011) Na tuto problematiku poukazuje rovněž Mikulajová (2009), jež akcentuje novější výzkumy (Launonen, 2005; Švecová, 2004) dokazující nižší úroveň auditivní percepce těchto dětí v komparaci s percepcí vizuální. Proto se v komunikaci zavádějí grafické znaky a posunky, slouží k „nastartování“ rozvoje mluvené řeči. Používáním těchto prvků se dítě zklidní, úroveň jeho komunikačních kompetencí se zvýší a zároveň se upevní dispozice pro osvojení jazyka. Mnohé děti po čase přestanou užívat znaky zcela. (Selikowitz, 2011)

V předškolním věku se objevují již delší věty s gramatickými chybami a nekorektní výslovností. Na požádání dítě sdělí své jméno, pojmenuje mnoho věcí. Klade otázky typu „co“, otázky typu „kde“, „kdo“, „proč“ nastupují mezi šestým až desátým rokem věku. Lechta (2011) uvádí, že po pátém roce věku lze detekovat typické střídaní stagnace a výrazných pokroků v řeči dítěte s Downovým syndromem. V období školní docházky se řeč zlepšuje, nabývá na zřetelnosti. Do 12 let disponuje průměrné dítě s Downovým syndromem slovní zásobou asi o 2000 slov. Oproti domácímu prostředí se na veřejnosti může jevit jako stydlivé, tudíž i méně komunikativní. (Selikowitz, 2011)

Typickou orofaciální patologií, do značné míry ovlivňující řeč, popisuje Limbrock a kol. (in Lechta, 2011). Jde o otevřená ústa, hypotonický a vpřed posunutý jazyk (vzhledem k malé dutině ústní je poměrně velký), hypotonie rtů, otevřený skus, pseudoprogenie, příp. progenie a dysgnatie, hypotonické a insuficientní velum. Známým specifikem je drsný hlas a celkově zúžený hlasový rozsah. V rámci logopedické intervence lze využít jejich dobře rozvinutou napodobovací schopnost a též hudební sluch.

2.1.4 Jazykové roviny

Aby mohla být úroveň komunikačních schopností osob s mentální retardací posouzena komplexně, je důležitá též analýza jednotlivých jazykových rovin jejich mluvního projevu.

- ***Lexikálně-sémantická rovina***

Podle zjištění Šifové (in Lechta, 2011) se u jedinců s mentální retardací zřídka setkáme se slovy vyjadřujícími vlastnosti či kvalitu předmětů. Dominují spíše názvy běžných

předmětů, ale i s jejich pojmenováním mohou mít děti s mentální retardací v předškolním nebo mladším školním věku potíže. V takovém případě na ně pouze ukazují. Mohou si osvojit jejich názvy, následně je však nedokáží efektivně aplikovat (neidentifikují předmět na obrázku nebo ve skutečnosti). Slova nejvšeobecnějšího a nejspeciálnějšího významu užívají tedy velice zřídka. Pokud se v jejich slovníku vyskytnou, pak často jako mechanicky naučená spojení, která většinou používají neadekvátně. (srov. např. Kysučan, 1990; Lechta, 2011)

Výrazným znakem této jazykové roviny u osob s mentální retardací je disproporce mezi rozsahem jejich aktivní a pasivní slovní zásoby. V jejich pasivním slovníku jsou obsažena slova, z nichž je pouze menší část užívána aktivně. (Lechta, 2011) Podle Kysučana (1990) je zpomalení v procesu utváření slovní zásoby ve značné míře důsledkem ohraničenosti sociálních a verbálních kontaktů a také snížené úrovně zájmových potřeb.

Lechta (2011) akcentuje fakt, že osoby s mentální retardací často vůbec nedospějí k procesům generalizace a diferenciaci. Dále uvádí zjištění Požára a kol. (1984), že v období školní docházky disponují jedinci s mentální retardací formou řeči, kterou lze pozorovat u tříletých až čtyřletých intaktních dětí. Hovoří především o situační řeči, jež plně nevystihuje obsah myšlenky, tudíž jí porozumí pouze člověk dané situace znalý.

- ***Morfologicko-syntaktická rovina***

Stupeň vývoje gramatické stavby řečového projevu člověka je relativně věrným odrazem úrovně vývoje jeho intelektu. Došlo-li by ke komparaci stupně osvojování gramatické stránky mateřského jazyka dítěte s mentální retardací a dítěte intaktního, byl by nápadný rozdíl patrný již na první poslech. (Lechta, 2011)

Gramatické formy jazyka si je schopen osvojit pouze jedinec s lehčím stupněm mentální retardace. I v těchto případech se u něj často objevuje dysgramatismus, a to z důvodu případného selhání přenosu, nebo díky nedostatečnému úsudku. (Sovák, 1978)

Období jednoslovných vět trvá u některých dětí s mentální retardací do šestého až osmého roku věku. Dospějí-li ve třetím až čtvrtém roce věku ke konstrukci krátkých vět, jedná se často o věty agramatické. Vedlejší věty začínají tyto děti tvořit nejdříve po pátém roce života. Důsledkem deficitů v chápání kauzality se v jejich řeči jen vzácně objevují příčinně-důsledkové spojky (např. protože). (Seeman, 1955)

Z hlediska morfologického je v řečovém projevu osob s mentální retardací známá převaha podstatných jmen na úkor sloves. Podle Manové-Tomové (in Lechta, 2011) je tento

jev v řeči dětí starších tří let typickým rysem omezeného vývoje řeči. Na omezené užívání sloves u těchto jedinců poukazuje rovněž Kysučan (1990), který popisuje až rigidní setrvávání při používání několika sloves. Např. při popisu pracovního postupu jsou specifitější slovesa (řezat, přilepit, sklížit apod.) stále nahrazována slovesem dělat. Obzvláště náročné je pro tyto osoby osvojení si a následné užívání sloves s předponami (např. místo zašel, vyšel, ušel apod. převládá užívání slovesa šel).

I užití přídavných jmen je značně omezeno, což vyplývá již z popisu předchozí jazykové roviny. V této souvislosti uvádí Lechta (2011) zjištění Subositse (1972), který v řeči žáků „zvláštních škol“ zaznamenal výskyt 5,14-6,64 % přídavných jmen oproti výskytu 34,23 % podstatných jmen. Značně limitována je též slovní zásoba příslovcí. (Kysučan, 1990)

O řeči dětí s opožděným vývojem se zmiňuje i Dolejší (1973), podle něhož často neužívají zájmen v první osobě, ale samy sebe označují v osobě třetí. Dále hovoří o možnosti absence tzv. období otázek v průběhu vývoje dítěte s opožděným vývojem řeči.

V situacích vyžadujících logické myšlení a usuzování obvykle jedinci s lehčím stupněm mentální retardace selhávají. Odrazem této skutečnosti jsou také potíže s učením se pravidlům a výjimkám jejich mateřského jazyka. (Lechta, 2011)

- ***Foneticko-fonologická rovina***

Vývoj výslovnosti jedinců s mentální retardací rovněž zaostává za normou. Vzhledem k opožděnému nástupu řeči, mají méně verbální praxe, tudíž za kratší čas nestihnou dospět k osvojení a zautomatizování koordinace pohybů artikulačních orgánů. (Lechta, 2011)

Vztah mezi výslovností a úrovní inteligence je zajímavou otázkou, k níž se vyjadřuje např. Sovák (1978), který jej charakterizuje nepřímou úměrou. U některých jedinců s mentální retardací lze totiž pozorovat výslovnost nápadně dobré úrovně, avšak bez ohledu na to, zda chápou význam slova. Zpravidla jde o osoby s neporušenou motorikou a kvalitně vyvinutou schopností imitace, které jsou schopny napodobovat a reprodukovat modulaci řeči, dokonce i melodii celých písní. Naproti tomu se však setkáváme s lidmi s velmi výrazným postižením výslovnosti, kteří mají problém správně diferencovat jednotlivé hlásky, ve slovech dochází k jejich záměnám, příp. asimilacím. U nich s největší pravděpodobností selhává schopnost imitace, a to v důsledku celkového oslabení analyticko-syntetické činnosti, další příčinou může být oslabení či omezení v rozvoji propriorecepce, insuficientní sluchová kontrola a obzvláště fonemický sluch.

Názory na věkovou hranici ukončení vývoje výslovnosti u intaktních dětí se různí, avšak často je tento mezník dán začátkem školní docházky. Přesto ze statistických údajů plyne, že 40 % žáků základních škol zůstává do školního věku s chybnou výslovností. V případě dětí s mentální retardací v období před nástupem školní docházky objevil Lechta (1975) až 96,2 % dětí s chybnou výslovností, přestože se jednalo o děti nacházející se několik let v logopedické péči. (Lechta, 2011)

V některých případech není jedinec s mentální retardací absolutně schopen realizace daného fonému, v důsledku čehož dochází k jeho eliminaci. Může se taktéž objevit nesprávná výslovnost ve smyslu náhrady hlásky jinou, akusticky či artikulačně blízkou hláskou. Další možností je nesprávná výslovnost etiologicky spjatá s poruchou sluchu, jenž má nezastupitelnou roli v rozvoji řeči a jejím dalším užití. Za poruchami výslovnosti mohou stát i deficity sluchové diferenciaci. V případě, že jedinec slova přesně nechápe, nemůže zákonitě rozlišit jejich významové odstíny, což vede ke zpomalení rozvoje slovní zásoby, gramatické struktury jazyka a ke komplikacím ve všeobecném vývoji řeči. (Kysučan, 1990)

Podle Lechty (2011) je z hlediska vývoje výslovnosti úroveň žáků základních škol praktických v průměru ekvivalentní výslovnostní normě intaktních dětí předškolního věku. Pro toto konstatování svědčí i fakt, že proces fixace hlásek mateřského jazyka se u dětí s mentální retardací posouvá do školního věku, kdy ještě dlouho přetrvávají nepřesnosti typické pro vývoj výslovnosti intaktních dětí předškolního věku. Výše zmíněnou tezi potvrzuje i následující zjištění. U dětí s mentální retardací ve věku šest až sedm let bylo vyzorováno, že jednu třetinu z chybně vyslovovaných hlásek tvořily tzv. lehčí hlásky, jejichž správná výslovnost se u intaktních dětí fixuje již ve věku předškolním.

- ***Pragmatická rovina***

V porovnání s předchozími jazykovými rovinami je oblast pragmatiky mluvního projevu osob s mentální retardací prozkoumána nejméně. Popisovány jsou obtíže s prezentací komunikačního záměru, s pochopením role komunikačního partnera, se specifickými reakcemi v komunikační situaci, s užitím rozličných komunikačních vzorců s ohledem na konkrétní komunikační situaci atd., přičemž důležitou roli zde hraje stupeň postižení jedince. Významnou komplikaci představují poměrně častá přidružená postižení (již zmiňované sluchové postižení, zrakové postižení, dětská mozková obrna aj.), která omezují mj. komunikační možnosti jedince s mentální retardací i na úrovni pragmatiky. (Lechta, 2011)

Do pragmatické jazykové roviny se jistě promítají osobnostní specifika osob s mentální retardací, o nichž je pojednáno v předchozí kapitole.

2.2 Poruchy řeči

Problematika jednotlivých typů poruch řeči osob s mentální retardací není v literatuře dostatečně prezentována, přestože při komparaci s intaktní populací vykazují u této skupiny jedinců několikanásobně vyšší frekvenci výskytu. Jako stěžejní se s v našich podmínkách jeví publikace Viktora Lechty *Symptomatické poruchy řeči u dětí* (2002, 2008, 2011), z níž do značné míry vycházíme i my.

Matulay (1989) udává výskyt narušené komunikační schopnosti u 80-85 % jedinců s mentální retardací. Větší množství řečových poruch lze obvykle zaznamenat u dětí vychovávaných od útlého věku v institucích. (Lechta, 2011)

Kromě označení poruchy řeči lze užít komplexnější zastřešující termín **narušená komunikační schopnost**, o níž hovoříme dle Lechty (2007, s. 23) v případě, jestliže některá jazyková rovina (příp. i několik rovin simultánně či sukcesivně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru jedince. Může jít o foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou či pragmatickou rovinu jazyka.

Typická je symptomatická heterogenost v rámci jednotlivých poruch řeči, která spočívá v narušení jak obsahové, tak vnější stránky řeči, často z více aspektů. Existence narušené komunikační schopnosti je determinována kromě stupně intelektu (logicky je třeba očekávat statisticky významně vyšší výskyt poruch řeči u jedinců s těžkou mentální retardací) také faktorem věku. (Lechta, 2011)

Časté bývají kombinace většího počtu poruch řeči, kdy se hranice mezi jednotlivými typy stírají, čímž dochází ke vzniku zcela unikátních kategorií poruch řeči, které u intaktní populace nezaznamenáme. (ibid.)

Narušení komunikační schopnosti se u osob s mentální retardací rozvíjí na základě:

- poklesu mentální úrovně,
- opoždění v motorickém vývoji,
- nedostatečné motorické koordinace (zj. snížená úroveň motoriky artikulačních orgánů),
- častých poruch sluchu,
- nestimulujícího, zanedbávajícího prostředí,

- rozličných anomálií mluvních orgánů (nedokonalá konstituce artikulačních orgánů, vadný skus, rozštěpy, deformace chrupu, čelistí), jež lze z důvodu narušené inervace obvykle hůře korigovat. (srov. např. Klenková, 2006; Lechta, 2011)

- ***Dyslalie***

Představuje nejfrekventovanější typ narušené komunikační schopnosti u jedinců s mentální retardací, obdobně jako u osob intaktních. Jak již bylo zmíněno, nesprávná výslovnost zasahuje rovněž tzv. lehčí hlásky (např. P, F, V), dále se pojí často s dysgramatismem, rinolálií, popř. dysfonií. Specifickou formu dyslalie popisuje Nadoleczny (1926) u osob s Downovým syndromem a na základě typického drsného a hluboko položeného hlasu ji pojmenovává „laryngální dyslalie“. (Lechta, 2011)

Objevuje se vynechávání fonémů ve finální pozici ve slově, zřejmě jako důsledek lability koncentrace těchto jedinců. Typické jsou případy správné výslovnosti izolované hlásky, která ale po zakomponování do slabiky či slova není korektně artikulována. U dětí školního věku s mentální retardací zaznamenáváme častější výskyt mogilalie v porovnání s intaktními vrstevníky, u nichž dochází většinou k uvědomění si chybné výslovnosti dané hlásky a k následné snaze o její artikulaci, i když nesprávným mechanismem. U skupiny s mentální retardací k takovému uvědomění dojít nemusí. (ibid.)

Častěji než u běžné populace se dyslalie rozvíjí u osob s mentální retardací na podkladě orgánových příčin. Její korekci pak komplikuje déletrvající fáze fixace a automatizace hlásky do řeči. (srov. např. Klenková, 2006; Lechta, 2011)

- ***Rinolalie***

U jedinců s mentální retardací se častěji než s otevřenou setkáme se zavřenou formou rinolalie. I tento typ narušené komunikační schopnosti je zde frekventovanější než v intaktní populaci. Zavřená rinolalie se zpravidla rozvíjí vlivem adenoidní vegetace, zatímco příčinou otevřené formy bývá nedostatečná inervace měkkého patra. (Sovák, 1978; Lechta, 2011)

- ***Breptavost (tumultus sermonis)***

Především eretický typ se vyznačuje touto poruchou, projevující se akcelerovanou řečí s eliminací hlásek a někdy i celých slabik. Nezřídka se vyskytuje v kombinaci s dysgramatismem a též s balbuties. Mohou se však objevit i opačné projevy, tedy bradylalie, a

to jako důsledek pomalého spojování představ. (Lechta, 2011)

- ***Koktavost (balbuties)***

Výskyt balbuties u jedinců s mentální retardací je v komparaci s normou opět vyšší, avšak statistické údaje se u mnohých autorů výrazně rozcházejí, což lze vypožorovat i u dat týkajících se prevalence breptavosti. Podle aktuálních názorů lze tento jev vysvětlit skutečností, že u osob s mentální retardací se setkáváme spíše s kombinací obou těchto typů narušené komunikační schopnosti. Některý odborník tedy posoudil stav jedince jako koktavost, jiný jako breptavost. (Lechta, 2011)

Poruchy plynulosti řeči u těchto klientů vznikají často na orgánovém podkladě. Z hlediska forem mentální retardace je výskyt balbuties nejčastěji popisován u osob s Downovým syndromem. Z aspektu stupně mentální retardace platí, že čím hlubší postižení, tím vzácnější výskyt balbuties. (ibid.)

- ***Dysartrie***

Kombinuje-li se mentální retardace s poruchou motoriky, projevuje se tento stav v řeči často různými formami dysartrie. (Sovák, 1978) Jedná se především o osoby, u nichž pozorujeme současný výskyt mentální retardace a dětské mozkové obrny. Z hlediska logopedického zde panuje nepříznivá prognóza, jelikož dysartrie je i u intaktní populace závažným logopedickým problémem. (Lechta, 2011)

- ***Další projevy***

Řadíme sem zmiňované **echolalie**, tedy mechanické opakování slyšeného bez pochopení smyslu. U osob s lehkou mentální retardací lze tyto projevy mapovat spíše v dětství. Dále sem spadá **dysprozódie**, projevující se monotónní řečí, nesprávnou intonací, v některých případech je řeč nápadně tichá a pomalá, jindy rychlá a vzrušená. Charakteristické pro mentální retardaci jsou i **poruchy hlasu**. Jde o chrapot, zastřený, resp. příliš tichý hlas. Hluboký hlas je specifickým symptomem Downova syndromu, vzniká díky malé elasticitě hlasivek při muskulární hypotonii a v důsledku zvýšeného subglotického tlaku. (ibid.)

3 Komunikační kompetence osob s lehkou mentální retardací

Pojem **komunikace** (z lat. *communicatio*=spojování, sdělování, přenos, společenství, participace) značí obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace má výrazný vliv na rozvoj osobnosti a je prostředkem interpersonálních vztahů. V nejširším slova smyslu lze komunikaci vyložit jako symbolický výraz interakce, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma či více systémy. Současně znamená i transfer informací, sloužících jako prostředek k ovlivňování komunikujících subjektů. (Klenková, 2010)

V psychologickém pojetí je komunikace vymezena jako dorozumívání, sdělování, přičemž je zde akcentován fakt, že obecně komunikace není specificky lidským jevem, ale na rozdíl od jazyka existuje i u živočichů. Psychologie ji pojímá zj. jako přenos myšlenek, emocí, postojů a jednání od jedné osoby k druhé. (Hartl, Hartlová, 2000)

Komunikační kompetence lze podle *Pedagogického slovníku* (2009, s. 130) definovat jako „soubor jazykových znalostí a dovedností umožňujících mluvčímu realizovat různé komunikační potřeby, a to přiměřeně k situaci, charakteristikám posluchačů atd. Zahrnuje též uplatňování sociokulturních pravidel komunikace (tzv. řečová etiketa).“

Komunikace je přirozenou potřebou každého organismu a absence příjmu informací nebo trvale nesaturovaná touha po odezvě se v psychice člověka projevují negativně. Komunikativní dovednosti jsou výsledkem vzniku a rozvoje symbolických funkcí, jež v sobě zahrnují nejvyšší funkce řečové (fatické), schopnost vyšší analýzy a syntézy senzitivních a sensorických analyzátorů (gnozii) a vyšší formu motorické činnosti, které se rozvíjejí učením, cvikem a častým opakováním (praxie). Primární podstatou mentální retardace jsou poruchy integračního centra fatických funkcí. Jsou rovněž příčinou deformace obsahu sdělení. Omezená schopnost měnit informace na poznatky, transformovat podněty do symbolických forem, uchovávat je a poté s nimi nakládat, je příčinou problematické socializace osob s mentální retardací. (Zezulková, 2009) Podobně konstatují Heineman a Groef (1997), že člověk s mentální retardací „nemůže číst mezi řádky, což je to, co jej činí neinteligentním.“

3.1 Verbální komunikace osob s lehkou mentální retardací

Verbální komunikací, jíž se všeobecně přikládá větší význam v komparaci s komunikací neverbální, rozumíme přenos sdělení prostřednictvím slov, řeči. Verbálně člověk zpravidla

podává zprávy, sděluje informace, avšak společně s neverbálním projevem tvoří vzájemně se doplňující kontinuum. (Kučerová, 2008)

Verbální exprese těchto jedinců vykazuje typické znaky, díky nimž může být obtížné správně zachytit a interpretovat obsah jejich sdělení. Jedním takovým rysem je hledání správných slov pro vyjádření myšlenky. V tomto případě se mnohdy uchylují ke slovům mlhavým, nejasným-tzv. prázdným, která nesdělují nic konkrétního (např. to, někde, něco, tak). V projevu člověka s lehkou mentální retardací je možné zaznamenat též nahrazení slova jiným, obsahově „blízkým“ (koblíhy-koláče, lední medvěd-zimní medvěd). (Buijssen, 2006)

Někteří lidé s mentální retardací začínají spontánně vyprávět děj zprostředka, aniž by užili úvodních slov či vět, čímž je situace posluchače značně ztížena, jelikož se nemůže opřít o kontext. Další komplikací porozumění může představovat dyslalie multiplex. V takovém případě je vhodné klidným hlasem požádat komunikačního partnera o pomalé zopakování. Na důkaz porozumění posluchač udržuje s mluvčím zrakový kontakt a snaží se o dílčí shrnutí jeho promluvy. V případě přetrvávajícího nepochopení je třeba partnera požádat o sdělení informace užitím jiných slov. (Buijssen, 2006; Pastieriková, Regec, 2010; Valenta, 2011)

V řeči osob s mentální retardací shledáváme i řadu **automatismů**. Např. pracovník domova pro osoby s mentálním postižením je každé ráno konfrontován se stejnými dotazy: „Jak se máš?“, „Jak ses vyspal?“, „V kolik jsi vstával?“ Podle Heinemana a Groefa (1997) mnohdy neočekávají odpověď, příp. si odpoví sami. Automatismy lze v některých případech detekovat i v jejich chování.

Obtíže v porozumění mohou u člověka s lehkou mentální retardací nastat, používáme-li **abstraktní** nebo **cizí pojmy**. Tomu lze předcházet, nahradíme-li je konkrétním příkladem (připomeneme klientovi zážitek či situaci, v níž se ocitl) nebo vhodným přirovnáním. S tímto souvisí i problémy s **orientací v čase**. Informace „Za dvě hodiny půjdeme na poštu.“ pro něho, z hlediska časového, není směrodatná. Pravděpodobně se bude neustále vyptávat, zda už konečně vyrazíme na poštu. Pro minimalizaci jeho dezorientace je vhodnější nahradit časovou jednotku konkrétním údajem, např. „Až uvaříme oběd a najíme se, půjdeme na poštu.“ (Pastieriková, Regec, 2010; Krhutová, 2005)

Obecně je u těchto osob zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost jejich **porozumění**. Pro udržení smyslu komunikace se o dostatečném porozumění průběžně ujišťujeme: „Rozumíte tomu? Potřebujete to vysvětlit ještě jednou?“ Méně se již hovoří o relevanci porozumění nikoli člověka, ale člověku s mentální retardací. K dezinterpretaci jeho chování s následnou

(více či méně závažnou) interferencí sociálních interakcí může dojít relativně snadno, což prezentuje příklad Lingga a Theunissen (2000): změna somatického prožívání (např. bolest zubu) se může transformovat v generalizovanou vznětlivost, již mnohdy okolí interpretuje, bez detailnější analýzy, jako rozladěnost. Perzistuje-li bolest, vedou případně stálé neshody a drobné konflikty k trvalým poruchám vztahů k blízkým. K uvedenému přispívají i jejich limitované možnosti, např. v komparaci s intaktní populací nemají k dispozici běžně užívané prostředky proti bolesti, což může vést (zpravidla u osob těžšího stupně poruchy) k autoagresivitě (např. úder do hlavy), již se snaží redukovat pocity bolesti.

Poznatky Dolejšího (1973) lze vztáhnout i na komunikaci osob s lehkou mentální retardací: nová nebo náročnější komunikační situace, v níž se takový člověk ocitá, pro něho může znamenat pobídku pro výkon, vzbuzuje naději na úspěch, ale zároveň i obavu před selháním. U tohoto jedince právě obava mnohdy převažuje, dává přednost vyhýbání se nezdaru (do komunikace se vůbec nepouští). Motiv vyhnout se selhání je pro něj „odměnou“. Nabízí mu ochranu, jistotu, bezpečí, vyhnoutí se posměchu, neochotě a arogantnímu jednání jeho komunikačního partnera apod. Jedním z možných řešení je nácvik komunikačních situací, do nichž se může v běžném životě dostat (pultový nákup v obchodě, návštěva restaurace, komunikace s úředníky atd.). Cílem je nabytí komunikační jistoty a odvahy. Tím jsou původní „odměny“ neutralizovány a vyhýbavé reakce ztrácejí smysl.

3.2 Neverbální komunikace osob s lehkou mentální retardací

Neverbální komunikace je vývojově nejstarší formou komunikace a její využití by v případě osob s mentální retardací nemělo být opomíjeno, ba právě naopak. Je významným elementem, který napomáhá porozumění a doplňuje, zdůrazňuje obsah sdělované myšlenky. Neverbální komunikace nám umožňuje, mnohdy pravdivěji než při verbální expresi, vykreslit své emoce, vztahy, pocity, postoje. (Krhutová, 2005) Mezi formy neverbální komunikace patří mimika, řeč očí a pohledů, proxemika, haptika, posturologie, kinezika, gestika, úprava zevnějšku a paralingvistika. (Křivohlavý, 1988)

Komunikujeme-li s osobami s mentální retardací, měli bychom myslet též na užití modulačních faktorů řeči (paralingvistických), jako je melodie, rytmus, dynamika atd. Tito lidé mají pro insuficienci pojmotvorného procesu deficit v dekódování slov, avšak vykazují značnou senzitivitu vůči těmto řečovým aspektům. (Krhutová, 2005)

Buijssen (2006) poukazuje na tendenci intaktních osob hovořit hlasitěji při komunikaci

s člověkem, který z nejrůznějších důvodů obtížněji rozumí sdělovanému. Člověk s mentální retardací si ale tuto zvýšenou polohu hlasu může vyložit jako projev hněvu, tudíž jeho reakcí může být také hněv, příp. úzkost, smutek, neklid apod. Toho bychom se měli vyvarovat a naopak volit klidný projev, pomalé tempo, abychom komunikačního partnera nezahlcovali. Pomalé tempo řeči je vhodné doplnit výraznou gestikulací, u které je třeba dát pozor na přílišnou okázalost a prvky podcenění osoby s mentální retardací. (Pastieriková, Regec, 2010)

Důležitost **rozvoje a užívání neverbální komunikace** akcentoval již Dolejší (1973), podle něhož neverbální komunikační prostředky napomáhají porozumění řeči a akcelerují její vývoj. Jejich užitím se zvyšuje srozumitelnost řeči, slovní podněty je tedy vhodné doplňovat mimikou a gesty.

3.3 Vybrané přístupy k rozvoji komunikace s osobou s lehkou mentální retardací

Cílem této podkapitoly není podat výčet doporučení, jak přistupovat k člověku s mentální retardací, aby komunikace s ním byla co nejefektivnější. Takové rady nacházíme v mnoha zdrojích. Zde je vybráno jen několik bodů, jež lze uplatnit mj. i v komunikaci logopeda s klientem s lehkou mentální retardací.

- ***Respektování dospělosti***

Nežřídká se stává, že k dospělému člověku s mentální retardací je přistupováno jako k dítěti. Při komunikaci není brán jako rovnocenný partner, jeho důstojnost je potlačována. Takový přístup se projevuje tím, že mluvčí automaticky volí tykání, v dialogu týkajícím se bezprostředně člověka s postižením se obrací na jeho doprovod. (Valenta, 2011)

Ve zmiňovaných doporučeních se často setkáváme s radou promlouvat k těmto lidem v jednoduchých větách, což však neznamená, že máme užívat zdvořiliny, mluvit nahlas, zbytečně dlouho vysvětlovat jevy „polopatickým“ či příliš familiárním způsobem. (Pastieriková, Regec, 2010) Z hlediska logopedické péče lze dále doplnit problematiku užívaných diagnostických i intervenčních materiálů, jejichž podoba a úroveň odpovídající dospělému věku by měla být samozřejmostí.

- ***Zrakový kontakt***

Buijssen (2006) udává, že člověk na nás reaguje pružněji v případě, kdy k němu

promlouváme nebo mu pomáháme a zároveň se nacházíme v jeho zorném poli. Udržujeme s ním tedy zrakový kontakt a neodvracíme od něj své tělo.

Doporučení navázání zrakového kontaktu se objevuje např. i u Neubauera (2007). Podle Pastierikové, Regece (2010) je však kromě udržování kontaktu důležité, abychom člověku s mentální retardací umožnili tento kontakt také přerušit. Udržováním zrakového kontaktu lze též sledovat porozumění druhé strany.

Logoped se při svém působení na klienta musí koncentrovat též na jeho motivaci a z ní plynoucí ochotu ke spolupráci. Zrakovým kontaktem je vyjadřována pozornost a zájem o komunikačního partnera. To, jak budeme člověka s mentální retardací vnímat a přijímat jeho sdělení, se výrazně odrazí právě v jeho ochotě s námi komunikovat.

- ***Kritika, pochvala***

Vzhledem k tomu, že respektujeme dospělost člověka s mentální retardací, není důvod vyhýbat se oprávněné kritice vůči jeho osobě. Stejně jako v mnoha dalších oblastech je zapotřebí i zde postupovat obezřetněji. Kritika by měla být konstruktivní a vztahovat se k aktuálnímu událostem. Měla by tedy přicházet v době, kdy se nežádoucí chování objevilo. Kritizovat bychom neměli danou osobu („Vy jste hrubý.“), naše výtky by se měla vztahovat výhradně k jejímu chování („Teď jste se zachoval hrubě.“). (Krhutová, 2005)

Pochvala by měla následovat za jakýmkoli (i malým) pokrokem. Je důležité chválit snahu, i když nemusí vést ke zdárnému konci. Ocenění si jistě zaslouží zapálení člověka a jeho chuť do práce. Pochvala by měla být vždy konkrétní a adresná, člověku musí být jasné, zač je chválen. (Valenta, 2011) Mnohdy se u osob s mentální retardací popisuje doslova závislost na pochvale, odměně, povzbuzení. Uložený úkol poté přijímají a plní proto, aby se dané osobě zavděčily, udělaly jí radost, a nikoli pro svůj zájem úkol splnit. (Dolejší, 1973)

Vytváří-li logoped se souhlasem klienta průběžné zvukové záznamy jeho projevů, může mu je po ukončení nácviku přehrát, aby klient sám posoudil a ocenil svůj výkon. Tímto se opět dostáváme k již zmiňované motivaci k další činnosti a spolupráci.

- ***Udržování pozornosti***

Koncentrace pozornosti této skupiny osob může být slabší, zj. u jedinců eretického typu. Zaznamenáme-li v průběhu komunikace úpadek pozornosti, je lepší rozhovor přerušit či ukončit stručným shrnutím dosud vyřčeného. (Valenta, 2011) Po aktivitě, při níž klient

výrazně koncentroval pozornost, by měla následovat činnost relaxační. Tou může být vymýšlení příběhu, při němž se střídá klient a logoped (každý vymyslí jednu větu, na kterou druhý navazuje). Efektivnější je aplikace této aktivity ve skupině více klientů. Zpravidla vede k uvolnění a navození pozitivní atmosféry.

Pro zaměření pozornosti lze též užít dotek, pohlazení ruky apod. (pokud člověka již delší dobu známe; záleží na našem posouzení konkrétní situace a konkrétního člověka). (Valenta, 2011)

Znalost specifík komunikace s osobami s mentální retardací a přístupu k nim by měla být samozřejmá u odborníků, jimiž jsou např. zdravotničtí pracovníci. V článku s názvem *Komunikace osob s mentálním postižením* autorky Chrástková, Kojecká (2011) byl popsán výzkum orientovaný na komunikaci zdravotních sester s osobami s mentální retardací. Výzkumný vzorek tvořily zdravotní sestry ze tří nemocnic Zlínského kraje. Výsledky výzkumu poukazují na 57,4 % respondentů, kteří jsou toho názoru, že zdravotní sestry se komunikaci s uvedenými klienty vyhýbají. Jako překážku v adekvátní komunikaci s lidmi s mentální retardací uvedlo 54,9 % respondentů nedostatek času, ve 42,6 % případů šlo o nepochopení ze strany klienta, neznalost daného postižení uvedlo 20,5 % respondentů a neznalost specifík komunikace 21,3 % zdravotních sester. Pouhých 14 % respondentů neuvedlo žádné obtíže při komunikaci s touto skupinou osob. (<http://www.zdn.cz>)

4 Možnosti logopedické intervence u dospělých osob s lehkou mentální retardací

Spojení logopedické péče, dospělosti a mentální retardace dává vzniknout problematice, která nespadá mezi často zpracovávaná témata. Při konstruování této kapitoly jsme čerpali ze zdrojů, z nichž některé byly zaměřeny na dětskou populaci, některé na osoby s degenerativním onemocněním nervové soustavy. Inspirovali jsme i v dílech autorů, jež lze označit jako klasiky, např. Sovák, Synek či Kábele. Vybrané postupy jsme se pokusili modifikovat pro účely logopedické intervence dospělých osob s lehkou mentální retardací.

Na úvod je nezbytné definovat logopedickou intervenci. Samotný pojem **intervence** představuje vměšování, zásah, zákrok v něčí prospěch nebo též zásah do určitého jevu či procesu s cílem jej ovlivnit. (Dvořák, 2007) **Logopedickou intervenci** pak v nejširším slova smyslu Lechta (2005, s. 18) vymezuje jako specifickou aktivitu, kterou logoped realizuje s cílem identifikovat narušení komunikační schopnosti, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat narušení komunikační schopnosti, předejít tomuto narušení (zlepšit komunikační schopnost člověka). Dále ji specifikuje jako složitý multifaktoriální proces, který je realizován na třech, vzájemně se prolínajících úrovních: logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence.

V naší diplomové práci budeme k logopedické intervenci přistupovat v pojetí užším, orientovaném podrobněji na oblast logopedické terapie. Zbývající dvě složky pokládáme za neméně významné a pro realizaci logopedické terapie nezbytné, avšak z důvodu rozsahu této práce specifikujeme logopedickou intervenci úžeji.

Práce logopeda je z důvodu heterogenosti symptomů a specifík jedinců s mentální retardací velice náročná. (Lechta, 2011). Na druhé straně je však důležitá, jelikož přispívá ke komplexní diagnostice a také péči o tyto osoby. Hodnotí úroveň jejich komunikačních kompetencí, může přispět k odhalení neidentifikovaných či nesprávně interpretovaných komunikačních poruch. Její význam spočívá i v pomoci okolí, rodině, příp. personálu pochopit obtíže v komunikaci, specifické deficity a potřeby těchto osob. (Neubauer, 1997)

Již Dolejší (1973) akcentoval komplexnost, plánovitou provázanost péče o osoby s mentální retardací, a to od raného věku až do dospělosti. Jedinec by měl být dispenzarizován,

pravidelně psychologicky a klinicky sledován. Nelze stanovit fixní věkovou hranici, po jejímž překročení by pokusy o nápravu postižených funkcí již neměly smysl. Správně rozvinutý program péče o osoby s mentální retardací by měl pokračovat i v období dospělosti a snad i ve stáří, neboť právě tato skupina jedinců může v životě narážet na krize častěji než ostatní lidé. Názory autora se shodují i se současnými trendy logopedické intervence.

Pro kvalitní práci logopeda je nutná spolupráce s ostatními odborníky, v jejichž péči se daní klienti nacházejí. Nutný je tedy interdisciplinární přístup, založený na vzájemné úzké kooperaci, koordinaci a komunikaci. Logoped by měl tudíž plán své péče sestavit s ohledem na informace získané od psychologů, psychiatrů, audiologů, neurologů, stomatologů, ortodontů, oftalmologů, foniatrů aj.

Logopedická intervence orientovaná na dospělé osoby s lehkou mentální retardací podporuje:

- zdokonalování komunikačních kompetencí,
- rozvíjení usnadňujícího a adaptivního komunikačního chování,
- vytváření příležitostí ke komunikaci s okolím,
- zlepšení interakce mezi daným člověkem a pečujícími osobami,
- redukci příp. emočního stresu při komunikaci s okolím,
- úctu k sobě samému (Neubauer, 1997)

Logopedickou péči je možné provádět jak **individuálně**, tak i **skupinově**, příp. lze obě formy kombinovat. Vždy musíme brát ohledy na specifické potřeby a přání každého člověka (např. žije-li v domově pro osoby se zdravotním postižením, nemusí být v rámci skupiny svolný ke spolupráci s určitým jedincem z důvodu osobních konfliktů). Důležitým faktorem skupinové terapie je možnost výběru osob na stejné kognitivní a komunikační úrovni. (ibid.)

Terapie realizovaná ve skupině zahrnuje působení tří až šesti osob, kde interakční projevy slouží k procvičení a upevnění získaných dovedností a komunikačních strategií. Skupina může posloužit i k aktivaci osob s nedostatečnou komunikací s okolím. (Preiss a kol., 1998) Tato podoba intervence je podle Neubauera (1997) zaměřena na rozvoj percepce řeči, srozumitelnosti verbální mluvy, jazykového vyjádření, příp. čtení a psaní. Zaměřuje se na praktické provádění adaptivních a facilitačních postupů („přehrávání komunikačních situací“), na vybavení zpětné vazby od logopeda i ostatních členů skupiny, vytvoření

sounáležitěho aktivačního a emočně stimulujícího prostředí.

Některé osoby s lehkou mentální retardací vykazují sníženou schopnost vnímání, koncentrace pozornosti a vytrvalosti při činnosti. Častěji a dříve u nich nastupuje únava. Z těchto důvodů je práce v kolektivu vhodná, jednotlivci se mohou v činnosti střídat v kratších obdobích s přestávkami. (Kábele, 1977) Další výhodou je možnost zapojení pečujících osob a ilustrace vhodných postupů k usnadnění komunikace s daným člověkem. (Neubauer, 1997)

Motivace je nepostradatelným elementem logopedické péče, s jehož relevancí kontrastuje složitost nalezení vhodných incentív, stimulujících klienta ke spolupráci. Dalším faktorem, akcentujícím komplikovanost tématu motivace, je skutečnost, že motivovat ke spolupráci je zapotřebí nejen samotného klienta, ale i osoby z prostředí, v němž žije.

První kontakt logopeda s klientem by měl být orientován na objasnění oblasti jejich spolupráce, logoped nastíní průběh jejich průběžných setkání. Lidé s mentální retardací mívají mnohdy nepříjemné zkušenosti a zážitky s logopedy z dob svého dětství. Z toho důvodu je žádoucí člověku s mentální retardací ozřejmit, že je oprávněn průběh intervence regulovat, tedy vyjádřit svůj názor, specifikovat aktivity, jež mu nejsou příjemné apod.

Spolupráce s logopedem by pro klienta neměla být povinností. Udá-li z vlastní iniciativy nasměrování logopedické intervence sám klient (nervozita při telefonickém rozhovoru, problematické čtení, nízká úroveň schopnosti obsluhy počítače apod.), bývá samotnou prací dostatečně motivován, jelikož se jeho snahy ubírají směrem pro něho osobně významným s perspektivou zkvalitnění jeho praktického života.

Atraktivním prostředkem motivace bývají pomůcky technické, konkrétně **počítač**. Pro klienta může být vítanou obměnou dosud užívaných obrazových materiálů, textů, fotografií. Při práci s osobami s mentální retardací by podle Ludíkové (2002) neměla být tato oblast podceňována, naopak by jí měla být věnována stále větší pozornost. Především pro mladé jedince by obsluha počítače měla být samozřejmostí. Jejich zácvik má koordinovat člověk k tomuto speciálně odborně připravený. Kombinuje-li se mentální retardace s poruchou hybnosti, existuje na trhu řada pro tyto osoby upravených pomůcek, např. počítače s hlasovým výstupem, s možností ovládání hlavou, alternativní klávesnice, hmatový monitor a mnohá další. Preiss a kol. (1998) uvádějí jako příklad počítačových programů Train to Brain, jenž může být aplikován i při práci s dospělým klientem s lehkou mentální retardací.

4.1 Rozvoj obsahové stránky řeči

Obsahová složka řečové komunikace podle Přinosilové (2010, s. 81) je určena úrovní schopnosti formulovat myšlenky, rozsahem slovní zásoby, syntaxí a schopností aplikovat gramatická pravidla.

Logopedická intervence se kromě stavu řeči a intelektu koncentruje i na formu a typ mentální retardace, přičemž velice důležitým faktorem jsou bezesporu charakteristické znaky celé osobnosti člověka. Obecně je pozornost logopeda kladena na přípravná cvičení, rozvoj motoriky artikulačních orgánů a stimulaci rozvoje **obsahové stránky řeči** formou dialogu. (Lechta, 2011) Tyto aktivity lze generalizovaně označit jako **zdokonalování vyjadřovacích schopností a obohacování slovní zásoby**, k čemuž má logoped relativně velký prostor, jelikož rozvoj obsahové stránky řeči by měl prostupovat téměř všemi činnostmi klienta. Logoped využívá každé příležitosti ke konverzaci s člověkem s lehkou mentální retardací o tom, co se událo, co zažil, čemu se aktuálně věnuje, měl by pojmenovávat předměty, jejich vlastnosti, popisovat děje minulé i budoucí, dosahovat slovních abstrakcí atd. (Müller, 2001)

V rámci rozvoje obsahové stránky lze uplatnit též **komunikační facilitační strategie**, spočívající např. v sestavení osnovy daného tématu. Jeho minimalizovaným rozsahem lze překonávat rozvláčnost a malý informační obsah mluvy. (Neubauer, 1997) Konstruovat schéma projevu je vhodné kupř. v situaci, kdy klient podává telefonickou odpověď na inzerát, nabízející možnost pracovního uplatnění. S daným člověkem sestavíme osnovu zahrnující jeho úvodní představení, účel telefonátu, dotazy zjišťující podrobnosti (místo, čas, délka trvání, finanční ohodnocení atd.), případné sjednání schůzky, rozloučení.

V komunikaci nastává nespočet situací, pro něž by bylo vhodné vytvářet facilitační strategie k lepší orientaci a adaptaci člověka s lehkou mentální retardací. Frekventovanou tendencí těchto jedinců bývá druhému maximálně vyhovět, pokud možno co nejrychleji. V běžném životě se tyto sklony projevují např. při návštěvě restaurace, kdy jedinec zdaleka nedočte nabídku pokrmů a nápojů, ale na dotaz číšníka, zda již má vybráno, raději odpovídá kladně a vytváří objednávku, jež nekoresponduje s jeho původním záměrem. Obdobná situace může nastat při nákupu oblečení. Ochotná prodavačka se klienta, zkoušejícího si oděv, dotazuje, zda je spokojený a hodlá-li oblečení zakoupit. Klient, ač je velikost oděvu odpovídající, může mít jiné představy ohledně barvy, střihu apod., přesto se ostýchá se zdvořilým poděkováním zboží odmítnout.

Logoped tedy vede klienta k uvědomění si svého práva volby a svobodného výběru.

Uvádí jej do rozličných komunikačních situací, v nichž je zapotřebí s ohledem na vlastní preference zdvořile nabízené odmítnout (např. telefonní nabídky mobilních operátorů).

Pro člověka s lehkou mentální retardací může být náročné popsat trasu či směr, přestože bezpečně lokalizaci cílového objektu zná. Nenachází slova vystihující jeho záměr, projev ztrácí na informační hodnotě. Zpočátku logoped stimuluje facilitačními strategiemi schopnost deskripce krátké trasy. Klient samozřejmě nemusí vždy znát žádaný cíl a trasu k němu vedoucí, ale může tazatele nasměrovat k informačnímu centru, zastávce městské hromadné dopravy apod. Obdobně i on sám by měl být schopen v situaci, kdy ztrácí orientaci, oslovit neznámého člověka a požádat o radu.

Obsahovou stránku řeči osob s lehkou mentální retardací lze rozvíjet též využitím **příslloví** nebo **přirovnání**. Klientovi objasníme význam těchto termínů, udáme situace jejich smysluplného užití, uvedeme konkrétní příklady a poté se aktivně zapojuje již sám klient. Zadáme první část přísloví či přirovnání (např. Jak se do lesa volá, ...), přičemž zbylou část doplňuje klient (... tak se z lesa ozývá.). Vždy je nutné následně si jejich význam vysvětlit, uvést více příkladů konkrétních situací, kdy by jich bylo možné užit. Aby byly příklady klientovi co nejbližší, situujeme je do jeho vlastního života. Obdobně lze pracovat se **synonymy** a **antonymy**. (Uzlová, 2010)

Máme-li jistotu, že u klienta došlo k dostatečné fixaci významu daných přísloví či přirovnání, spočívá další krok v rozvoji schopnosti jejich správné praktické aplikace. Vybraná přísloví (zpočátku dvě nebo tři) znázorněná na kartách předkládáme klientovi, jehož úkolem je uvést situaci, kdy by bylo možné je použít. Lze postupovat i opačně, kdy popis konkrétního případu zprostředkovává logoped a klient z nabídky vybírá vhodné přísloví či přirovnání.

Konfrontace s mnohoznačností řady českých pojmů a postupné odhalování a uvědomování si jejich významů je rovněž efektivním stimulem obsahové stránky řeči klienta s lehkou mentální retardací. Jedná se tedy o práci s **homonymy** (koruna, taška, zámek aj.).

Pro rozvoj neverbální komunikace může logoped zvolit práci právě s **mimikou** a **gestikulací**. Zpočátku je vysvětlen význam zmíněných pojmů, doplněný o konkrétní příklady na fotografiích (klient, není-li schopen popisu fotografie sám, zodpovídá logopedovy dotazy: „Kde se tento člověk nachází?“, „S kým hovoří?“, „Je veselý, nebo smutný?“ atd.). Navázat můžeme situačními fotografiemi, jež si podobně analyzujeme, přičemž klient musí při jejich rozboru vycházet z výrazu tváře, pohledu, gest apod. Nato se klient pokouší určit, o čem znázorněné osoby pravděpodobně hovoří. Rozhovor lze s účastí logopeda i dramatizovat.

V rámci skupinové práce lze využít též **pantomimu**, při níž se sám člověk s postižením vyjadřuje pomocí neverbálních prvků (tématem mohou být povolání, jež si klienti losují a neverbálně je znázorňují skupině). Trénink se zaměřuje jak na expresi, tak i porozumění nonverbálním elementům komunikace. Osoby žijící v institucionálním zařízení mohou obdobné aktivity uvítat jako vyvedení z každodenního stereotypu.

Logoped může podporovat též klientovo uvědomění si **prozodických faktorů** a jejich významu v komunikaci. Lze se zaměřit na změnu smyslu promluvy plynoucí z variabilního užití modulačních faktorů řeči, např. zadáním jsou větné ekvivalenty „Proč ne?“, „To určitě!“ nebo věta „To bych si tak přál!“. Zprvu moduluje promluvu logoped, klient by měl postihnout význam. Poté zkouší smysl výroku udávat s užitím různých aspektů prozodie sám.

U osob s mentální retardací, i lehkého stupně, se setkáváme s obtížemi v **porozumění** sdělovanému. Tuto problematiku akcentuje Žilková v článku *Lahko čitateľné texty-I.*, umístěném na webových stránkách Združenia na pomoc ľuďom s mentálnym postihnutím v SR. Mnohým informacím, které k nim z různých zdrojů doléhají, vůbec neporozumí, v důsledku čehož je ignorují. Mohou je však pochopit nesprávně, zkresleně, pak není výjimkou, že se jejich podpisy ocitají na dokumentech, s jejichž obsahem nejsou plně seznámeny. Potíže s dokonalým porozuměním informacím provází jejich každodenní život (zprávy z médií, návody na obsluhu spotřebičů, informace o dopravě atd.). Jejich samostatnost závisí na informacích a kompetenci je využít. Jen tak mohou pochopit svá práva a povinnosti, vystupovat samy za sebe a žít svůj život. (<http://www.zpmpvsr.sk>)

Žilková poukazuje na zajímavou skutečnost, že společnost se snaží zpřístupňovat informace osobám se zrakovým postižením převodem textů do Braillova písma a aplikací technických pomůcek, osobám se sluchovým postižením komunikací ve znakovém jazyce nebo prostřednictvím tlumočnicků, jedincům s tělesným postižením se společnost snaží zajišťovat bezbariérový přístup (na úřady, do škol, kulturních zařízení apod.). Co však bylo vykonáno ve prospěch osob s mentální retardací pro jejich snadnější přístup k informacím? Jak respektují existující dokumenty, písemnosti, zprávy jedno z centrálních specifíků jejich osobnosti-narušenou poznávací schopnost? (ibid.)

Zpřístupnění informací můžeme těmto osobám zajistit **úpravou, zjednodušením textů**, s nimiž přicházejí do kontaktu. Důležité je vycházet ze zájmů dané osoby a kooperovat s ní, jelikož výsledný text bude užívat právě ona. Pro názornost a posílení porozumění je dobré doplnit text o obrazový materiál, fotografie, symboly. Zpočátku je zapotřebí jedince

koordinovat při nácvičku manipulace s daným materiálem. (ibid.)

4.2 Rozvoj formální stránky řeči

Formální složka řečové komunikace se podle Přinosilové (2010, s. 81) vztahuje k individuálním charakteristikám typu tvorby hlasu, jeho melodie, výšky, dále výslovnosti, artikulační obratnosti, fluence a tempa řeči.

Postupně se logoped začíná koncentrovat na **formální stránku řeči**, jejíž rozvoj se v logopedické intervenci prolíná se stimulací stránky obsahové. Nelze opomenout ani podněcování monologického mluvního projevu. V logopedické praxi lze vyzorovat tendence výhradní preference péče o formální stránku řeči (výslovnost), zatímco rozvoji stránky obsahové není vždy věnována přiměřená pozornost. Některá slova může tudíž klient vyslovovat nesprávně i proto, že nepřesně (či vůbec) chápe jejich význam. (Lechta, 2011)

Zásadu názornosti bychom měli uplatňovat i při práci s dospělými klienty. Člověk s lehkou mentální retardací potřebuje názorné pomůcky, obrazový materiál, fotografie (vždy odpovídající jeho věku, pokud možno i zájmům). Opakuje-li slova a věty pouze mechanicky, nemůže být o motivaci a profitu této práce řeč. Logoped by mu měl být řečovým vzorem, který hovoří klidně, srozumitelně, přiměřeným tempem. Jeho mluva by měla odpovídat po stránce obsahové, artikulační a gramatické normě. (Klenková, 2004)

V oblasti **rozvoje výslovnosti** dospělého člověka s lehkou mentální retardací jsou realizována zpravidla současně s nácvičkou artikulace jedné hlásky také přípravná cvičení na vyvození správné výslovnosti ostatních, chybně artikulovaných hlásek. Značným a v literatuře často zmiňovaným problémem u této skupiny osob je fáze automatizace správné výslovnosti. Dosáhne-li klient bezproblémové realizace hlásky izolovaně, pak mívá potíže s používáním hlásky v zapojení do slabik, slov a vět. (Lechta, 2011)

Již Synek (1961) či Kábele (1977) doporučovali vyvozené prvky řeči fixovat vizuálně (písmeno, slabika), příp. i motoricky (grafický záznam). Dále nacvičovat korektní výslovnost nově vyvozené hlásky nejdříve opakováním slov a vět, následně při čtení, reprodukci čteného textu, při samostatném vyprávění a rozhovoru. Neubauer (2001) dodává, že integrace nového percepčně-motorického vzoru na úroveň jeho spontánního užití ve všech rovinách řeči, je dlouhý a obtížný proces, vyžadující motivaci a trpělivou snahu. Dále udává výstižné přirovnání: chce-li člověk aplikovat vyvozenou hlásku spontánně v řeči, bude na tom jako osoba, jež se pokouší zároveň driblovat, číst, sledovat televizi a řešit matematický příklad.

Pokud jde o zmíněné **čtení**, ne vždy musí být klient k této činnosti svolný. Jeho negativní postoj může plynout ze značných čtenářských obtíží a možná i nepříjemných vzpomínek na školní léta. Respektujeme jeho názor a do čtení jej nenutíme.

Úprava formální stránky řeči bývá u osob s tímto typem postižení velmi často komplikována **narušeným fonematickým sluchem**. Podle Lechty (2011) frekventovanější výskyt tohoto jevu zaznamenáváme při kombinaci mentální retardace se sluchovou vadou a poruchou motoriky.

Jako další z prostředků rozvoje formální stránky mluvního projevu osob s lehkou mentální retardací lze využít **zpěv**. Jeho relevanci akcentují např. Marková, Středová (1987) nebo též Kábele (1977), který jeho úlohu vidí v rozvoji smyslu pro rytmus, tempo, sílu, koordinaci a fluenci mluvního projevu. Je třeba počítat s klientovým odmítnutím této aktivity (jako u řady dospělých intaktních osob). Opět jeho přístup respektujeme a hledáme jiné postupy. Jindy však může být zpěv naopak klientem uvítán, např. u některých klientů s Downovým syndromem bývá oblíbený.

4.3 Nedirektivní komunikační techniky

Nedirektivní komunikační techniky jsou zpravidla užívány jako intervenční postupy zaměřené na dětskou populaci s narušeným vývojem řeči, zde jsme je však modifikovali do podoby aplikovatelné u klientů s lehkou mentální retardací dospělého věku. Vycházíme z výčtu nedirektivních komunikačních technik v interpretaci Weistuchové a Lewise (1991), jak jej uvádějí Mikulajová, Kapalková (2005), a doplňujeme je o příklady možné praktické realizace.

- **Mapování kontextu**

Lze jej též označit jako techniku komentování. Jedná se o popis předmětů, právě probíhajících dějů a událostí, které jsou v centru pozornosti člověka. Efektivnost spočívá ve správném načasování podle momentálních zájmů jedince, důležitým faktorem je rovněž řeč logopeda, která by měla být o něco málo rozvinutější než úroveň řeči klienta.

V praxi se diferencují tři typy mapování:

- komentování kontextu,
- komentování činnosti logopeda v průběhu společné aktivity s klientem (self-talking),

- komentování činnosti klienta (parallel-talking).

Tuto techniku lze efektivně užít v situacích, v nichž logoped klienta přímo doprovází, např. při nákupu mapují sortiment, ceny, rozvíjejí plány na vaření. V restauraci komentují jídelní lístek, rozebírají jednotlivé pokrmy (jaké suroviny jsou zapotřebí, jaká jsou oblíbená a neoblíbená jídla klienta, jeho rodiny, známých apod.).

Strategie komentování by měla prolínat veškerými činnostmi logopedického působení.

- ***Přemost'ování***

Tato technika představuje používání slova známého z jednoho kontextu v jiném, nové souvislosti. Proces utváření slovních kategorií probíhá ve dvou etapách. Zpočátku jde o rychlé, velice všeobecné pochopení slova použitého v rámci konkrétního kontextu. Na druhé úrovni probíhá pomalejší a postupná specifikace významu daného slova v procesu jeho používání. Jde o velmi důležitou strategii, jelikož lidé s mentální retardací si kategorie pojmů utvářejí obtížněji.

Přemost'ováním lze přiblížit význam zcela nových pojmů. Např. klient se ve výuce práce na počítači seznamuje s elektronickou komunikací a pojmem email. Zafixování a schopnost jeho aktivního užití může logoped stimulovat právě přemost'ováním, kdy termín užívá co nejčastěji, v různém kontextu („Řediteli jsem se nedovolal, pošlu mu email.“, „Dnes mi přišel legrační email.“, „Objednal jsem si knihy přes email.“).

Techniku je vhodné použít i pro objasnění významu přísloví, frází a pro rozvoj schopnosti jejich následné efektivní aplikace. Např. smysl přísloví *kdo pozdě chodí, sám sobě škodí* může logoped přibližovat jeho častým používáním v různých souvislostech jako v předchozím případě („Ráno mi ujel autobus-kdo pozdě chodí, sám sobě škodí.“, „U oběda na mě nezbyl zákusek-kdo pozdě chodí, sám sobě škodí.“).

- ***Modelování***

Zde jde o záměrné užívání určité struktury v řeči orientované na klienta s nadějí, že ji klient začne časem spontánně užívat sám. Samozřejmě je nepřípustné nutit jej k bezprostřednímu opakování ve stylu „tak řekněte“. Logoped klientovu nesprávně formulovanou promluvu zopakuje, a to v žádoucí podobě po stránce formální, obsahové i pragmatické. Neodpovídá-li klient, naformuluje odpověď za něj.

Tímto způsobem logoped interpretuje projev klienta se správným slovosledem, správnými gramatickými tvary slov („V podzimu už Pavel přijede.“ - „Pavel přijede už na podzim, to se také těším.“). V případě klienta s balbuties může logoped modelovat jeho promluvu prostřednictvím pomalejšího, ale stále přirozeného tempa řeči, s užitím měkkých hlasových začátků, správné respirační techniky atd. U člověka s artikulační neobratností v rámci korekce jeho projevu realizuje logoped problematická slova pomalejším tempem, se zřetelnou, ne však příliš akcentovanou artikulací.

- ***Otázky***

Technikou otázek se jedinec učí, že odpovědi na dotazy jsou očekávané a prodlužují dialog. Logoped se jimi snaží cíleně vyvolat klientovu odpověď, získat informaci či alespoň odezvu ano/ne. Důležité je správné načasování otázky-měla by se vztahovat k činnosti, již se právě klient věnuje, nebo k objektu, na nějž koncentruje svou pozornost. Neefektivní je stále opakování téhož dotazu, přestože klient neodpovídá. Nutné je vyčkat na jeho odezvu, popř. pro něj otázkami odpověď přímo namodelovat. Je dobré užívat otevřené otázky, ne pouze ty, jež provokují k odpovědi ano/ne.

Při práci s obrazovým materiálem či fotografiemi není vhodné dotazovat se stylem „Co je toto?“ a „Kdo je tohle?“. Vzhledem k užívaným materiálům, tematicky orientovaným na zájmy klienta, bychom se měli pokoušet spíše o stimulaci spontánní narativity. To se však nezdaří vždy, proto lze zpočátku samostatný projev podněcovat otázkami „Kdo je na fotografii?“, „Kde jsou?“, „Co dělají?“ apod. Odpověď klienta může logoped doplnit svou myšlenkou, na ni může reagovat opět klient. Děj obrazového materiálu lze rovněž vztáhnout k vlastním zkušenostem klienta, např. „Byl jste také u moře?“, „Jak byste bábovku pekla vy?“

Nereaguje-li klient na otázku, může jít o důsledek nedostatečného porozumění složité konstrukci dotazu, logoped by tedy měl volit jeho jednodušší formu (např. „Co vás vedlo k tomu, že jste nevyužil možnost se s někým poradit?“ - „Proč jste se s někým neporadil?“). Někdy sám klient žádá logopeda o pomoc s adaptací formulace textu jeho komunikačním kompetencím, např. při luštění křížovek, vyplňování testů v tisku („Preferujete nákupy v komplexech obchodních domů, nebo dáváte přednost malým obchodům typu smíšené zboží?“ - „Nakupujete raději v Kauflandu, nebo v koloniálu na náměstí?“).

- **Nové uspořádání**

Při použití této strategie mění logoped gramatickou strukturu věty, význam však zachovává. Klient si tak uvědomuje možnost vyjádření jedné idey více různými způsoby. Nové uspořádání má následující funkce:

- klient opakovaně poslouchá tentýž obsah, tudíž získává čas na zpracování významu promluvy a na formulování odpovědi,
- techniku lze užít ke korekci nebo objasnění nedorozumění v komunikaci.

Strategii nového uspořádání je možno využít při popisu situačních fotografií („Žena má vztek a křičí.“-„Žena se zlobí a vyvádí.“), logoped může též poskytovat jinou podobu klientova sdělení např. v souvislosti s plánováním jeho aktivit („V sobotu budu pomáhat Janě luxovat a utírat prach.“-„Aha, o víkendu budete se sestrou uklízet.“).

Nové strategie může vytvářet aktivně i sám klient. Jeho úkolem je podávat alternativy znění zadané věty vztahující se k právě konané činnosti, předložené fotografii apod. („Manželé si v pátek udělají pěkný večer.“-„Manželé v pátek půjdou do kina.“, „Muž a žena půjdou v pátek do restaurace“.).

- **Uznání**

Touto technikou, rozvíjející zj. jazykové schopnosti v rovině pragmatiky, dáváme klientovi najevo, že jej posloucháme. Pro její efektivní užití je nutné pozorně sledovat zájmy klienta, dokázat správně interpretovat jeho záměry a také mu poskytnout doplňující obsahovou nebo gramatickou informaci (viz následující techniky).

Uznání lze vyjádřit neverbálně (zrakovým kontaktem, kývnutím hlavy, úsměvem či zamračením pojmím se k obsahu promluvy, zdvihnutím obočí jako reakcí údivu apod.) a samozřejmě i cestou verbální, snahou o interpretaci jeho pocitů v popisované situaci či zkonstatováním jeho zážitku („To pro vás muselo být hrozné. Do takové situace bych se nechtěl dostat.“, „Určitě jste si užil mnoho zábavy.“)

- **Rozšiřování**

Touto strategií logoped vyjádří klientův projev v komplexnější syntaktické formě. Zpřesňuje a rozvíjí jeho neúplné promluvy do komplexnější podoby. Opět je nutná adaptace

na úroveň řečového projevu klienta a na aktuální objekt jeho pozornosti.

Rozšiřování je vhodné aplikovat např. v rámci dialogu, týkajícího se společného zážitku logopeda a klienta. Mohou hovořit o zhlédnutém filmu: „Líbil se vám včerejší film?“-„Jo.“- „Film byl moc pěkný. Co se vám líbilo nejvíce?“-„Všechno.“-„Celý film byl hodně zajímavý.“-...)

- ***Prodlužování***

V tomto případě je téma hovoru udržováno odpovídáním na projevy klienta sémanticky příbuznými promluvami, tedy k jeho promluvě logoped přidává další výpověď. Cílem je vyprovokovat souvislou řeč, od čehož se odvíjí další označení této techniky, a to „konverzační lešení“, kterým je klient udržován v aktivní konverzaci.

Klient logopedovi popisuje průběh fotbalového zápasu a zakončí jej slovy: „Nakonec jsme vyhráli.“ Nato reaguje logoped konstatováním: „Museli jste mít velkou radost a pořádně slavit.“-„To jo, slavili jsme do rána.“-„Takový úspěch se musí oslavit. Horší je pak ranní vstávání.“-„No! Vstával jsem až po obědě.“-...

4.4 Možnosti implementace logopedické intervence do služeb institucí pro osoby s mentální retardací

Logoped může své služby poskytovat dospělým klientům s mentální retardací v prostorách logopedické ambulance, kam klient dochází z rodiny. Mnoho zmíněných osob však trvale žije v prostředí institucionálním. V takovém případě je klient dopravován na pracoviště logopeda či logoped dochází např. do domova pro osoby s mentálním postižením, což nebývá příliš frekventovanou variantou. Jako nadstandard lze označit služby logopedů zaměstnaných přímo v zařízeních pro osoby s mentální retardací.

Při zpracovávání této kapitoly jsme čerpali z webových stránek institucí poskytujících služby dospělým osobám s mentální retardací. Některé služby jsou zde uvedeny a dále analyzovány z hlediska jejich propojení s logopedickou intervencí.

- ***Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím***

V této oblasti zajišťují instituce doprovod k lékaři, do zaměstnání, na orgány veřejné správy, do institucí poskytujících veřejné a jiné navazující sociální služby nebo též do zařízení

s nabídkou volnočasových aktivit. Zajištěn je též doprovod zpět. Dále služby zahrnují obnovu či upevnění kontaktu s rodinou klienta, pomoc a podporu v rámci dalších sociálních aktivit vedoucích k jeho společenské integraci. (<http://www.ladalukavec.cz>)

Klientovi je tímto umožněna participace na společenském životě, tudíž se mu dostává možností aplikovat výše popisované facilitační strategie v praxi. Zpětně logopedovi podává informace o komunikačních komplikacích či úspěších, s nimiž se setkal. Tyto reflexe logoped zohledňuje a podle nich adaptuje další průběh intervence.

- ***Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí***

Do této skupiny služeb spadá pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů. (<http://www.ladalukavec.cz>) Obhajoba vlastních práv je v mnohých případech nesnadná i pro jedince intaktního, natož pro člověka s mentální retardací, jenž díky své nekritičnosti a sugestivitě snáze podlehne dojmu, že není v právu. V první řadě je důležité, aby takový jedinec byl se svými právy (i povinnostmi) dostatečně obeznámen. Jejich uplatnění může logoped zvolit jako téma trénované komunikační situace, v níž jde např. o reklamaci zboží. Klient žádá navrácení finanční úhrady zboží s proslou dobou minimální trvanlivosti. Logoped vystupuje v roli neochotného prodejce a zároveň společně s klientem konstruuje vhodné argumenty, jež by klient mohl v takové situaci užít.

Do této kategorie služeb spadá i pomoc při vyřizování běžných záležitostí. Zde může být logoped klientovi nápomocný při vyplňování formulářů, složenek, vyhledávání informací v tisku, na internetu, objednávání se k lékaři, kadeřníkovi apod. Pomoc s vyplněním formuláře nespočívá v nadiktování obsahu jednotlivých kolonek, ale v objasnění, co a proč je po klientovi žádáno, popř. kde požadované informace vyhledá (např. rodné číslo na průkazu zdravotní pojišťovny).

- ***Malířská a keramická dílna, výtvarný ateliér***

Klienti zde vyrábějí dárkové předměty z keramické hlíny, různými technikami malují obrázky podle předloh. Věnují se tkaní koberců, pletení košíků, vyšívání, malování na textil apod. Jde o činnosti důležité pro udržování jemné motoriky prstů. Některé instituce se rovněž účastní prodejních trhů a nabízejí též zakoupení výrobků přímo v dílnách. Klienti vyrábějí produkty i na zakázku, přizpůsobují svou tvorbu přání zákazníka, což vede k nabytí pocitu

odpovědnosti a relevance konané práce. (<http://www.domovbezzamku.cz>, <http://www.bobelovka.cz>)

Realizace prodejních trhů či jiných akcí, na nichž klient prezentuje svá díla, jsou vhodnou příležitostí pro transfer jeho dovedností získaných při spolupráci s logopedem (např. pravidla společenského chování, vhodné fráze). Situaci konfrontace klienta s potenciálním zákazníkem a rozhovor mezi nimi lze aplikovat jako jedno z témat nacvičovaných komunikačních situací.

- ***Axmanova technika modelování***

Jedná se o práci se šamotovou hlinou, formovanou do tvaru podlouhlých zaoblených útvarů, jež jsou na sebe skládány kolem podložky. Umožňuje samostatné řemeslně-výtvarné aktivity, vede k uvolnění svalových křečí, zlepšení koordinace pohybu horních končetin (je-li jejich mobilita narušena). Práce se šamotovou hlinou je fyzicky náročná, tudíž je vhodná pro ventilaci případné agresivity klienta. (<http://www.domovbezzamku.cz>)

Význam techniky lze akcentovat např. s ohledem na stimulaci grafomotoriky. Do péče logopeda se může dostat dospělý klient s lehkou mentální retardací, jenž byl ve školních letech prohlášen za nevzdělavatelného, tudíž nemá osvojené ani základy trivia. Po uvážení logopeda a v případě zájmu samotného klienta (v mnohých případech rodiny) se logopedická intervence může koncentrovat na osvojení základů čtení, psaní a počítání. Iniciální fáze nácviku se orientuje na stimulaci grafomotoriky, uvedenou techniku lze tedy rovněž považovat za styčný bod logopedické intervence a institucionálně poskytovaných služeb.

- ***Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti***

Mezi tyto aktivity je řazena mj. podpora při zajištění chodu domácnosti. (<http://www.ladalukavec.cz>) V této souvislosti může logoped klientovi poskytnout modifikované, zjednodušené texty (popisované výše), např. recepty náročnějších pokrmů, pro jejichž přípravu by klient dříve nenašel odvahu, zjednodušený návod na zkonstruování nábytku či na uvedení spotřebiče do chodu, zjednodušené zpracování jízdnicích řádů nebo informací o právech a povinnostech klienta.

Jako další z tohoto okruhu aktivit je uváděn nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností. (<http://www.ladalukavec.cz>) Vhodným způsobem realizace tohoto bodu je kupř. pořádání narozeninových oslav klientů v rámci

institucionálních zařízení. Oslavenec se podílí na přípravě občerstvení, plánování a organizace akce, v jejímž rámci dochází k upevňování společenských pravidel chování (např. výroba a roznesení pozvánek, uvítání hostů, gratulace, obdarování oslavence, pohostinnost). Akce tohoto typu jsou primárně zacíleny na zábavu, stmelení kolektivu klientů, vytváření celkové pozitivní atmosféry, posílení vztahu mezi klientem a pracovníkem instituce. Logoped takových chvílí může rovněž využít, konkrétně formou následné práce s fotografiemi z oslavy. Klient popisuje děj na fotografiích, může si vytvářet zážitkové album. Lze je též uplatnit v oblasti již zmiňované neverbální komunikace (vychází z mimiky, gestikulace jednotlivých aktérů).

- ***Dílna praktického života***

Zde klienti vyrábějí produkty ze dřeva, věnují se práci na zahradě, rybaří, učí se hospodařit s financemi, seznamují se s drobnými řemeslnickými pracemi v domácnosti, ale též s informační technikou. (<http://www.domovbezzamku.cz>)

Koncentrují-li se logoped s klientem na nácvik komunikačních situací souvisejících s nákupem, zajistí vyšší efektivitu aktivity užitím názorných materiálů (letáky supermarketů či jejich webové stránky). Právě stimulace dovednosti hospodařit s finančními prostředky by měla být jednou z priorit této činnosti. Klient se učí komparaci jak cen, tak i kvality zboží.

- ***Vaření***

Tato aktivita zahrnuje plánování jídelníčku, tvorbu seznamu potravin potřebných k přípravě pokrmu, kalkulaci ceny nákupu, orientaci v obchodech, rozvoj znalostí o netradičních surovinách (pohanka, jáhly apod.) a také povědomí o zdravém životním stylu. (<http://www.bobelovka.cz>)

Klient může postupovat podle zjednodušených receptů, v případě jeho zájmu mu logoped zprostředkovává informace o zdravé výživě. Klient se seznamuje s internetovými či tištěnými články na toto téma, učí se orientaci a práci s textem. Následně může být veden k osvojení schopnosti aktivního vyhledávání těchto (i jiných) informací na internetu.

- ***Počítačová učebna***

Zde se klienti rozvíjejí v základech práce s počítačovou technikou, seznamují se s ní a s jejími funkcemi, pracují s textovým editorem, učí se používat internet, odesílat emaily a

probíhá zde také výuka zacílená na práci s didaktickými programy adaptovanými pro osoby se speciálními potřebami. (<http://www.zahrada-usp.cz>)

Logopedická péče by měla být orientována také na schopnost získávat a využívat informace, což je v dnešní době bez užití techniky již nemyslitelné. Klient dostává drobné úkoly, zpočátku se odvíjející od jeho zájmů, postupně se rozšiřující o sféru praktických záležitostí. V počáteční fázi klient vyhledává na internetu informace o svém oblíbeném herci, zpěvačce, o automobilech, zvířatech, sportu apod. Poté pátrá po programech kin, divadel, rozpisu kulturních akcí města, televizních programech atd. Na základě individuálního posouzení úrovně klientových kompetencí využívat informační technologie lze zadávat i náročnější úkoly (vyhledat ordinační hodiny lékaře, dobu odjezdu vlaku atd.).

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktickou část naší práce jsme rozdělili do tří samostatných oblastí, které představují dvě výzkumná šetření a jedna kazuistika.

5 Výzkumné šetření č. 1

5.1 Vymezení cíle výzkumného šetření č. 1

První výzkumné šetření praktické části této práce je orientováno na veřejnost a její mínění vztahující se k populaci osob s mentální retardací. **Cílem** bylo zmapovat její povědomí o oboru logopedie a názor na smysl a význam této péče u dospělých jedinců s mentální retardací. Jako prostředek pro získávání informací bylo zvoleno strukturované interview (Příloha 1).

K naplnění stanoveného cíle je nutné zodpovědět následující **výzkumné otázky**, pomocí nichž bude zkoumána vytyčená **hypotéza (H)**:

- Jaké představy mají zástupci laické veřejnosti o lidech s mentální retardací, např. čeho se mentální retardace týká, jak se u člověka může projevit apod.?
- Jak velká část představitelů laické veřejnosti osobně jednala s člověkem s mentální retardací?
- Jaké pocity u respondentů vyvolal osobní kontakt s osobou s mentální retardací?
- Jak reprezentanti laické veřejnosti běžně označují osoby s mentální retardací?
- Co si zástupci laické veřejnosti představují pod pojmem logopedie?
- Jaký význam přikládají představitelé laické veřejnosti realizaci logopedické intervence u dospělých osob s mentální retardací?

H: Laická veřejnost čteněji vnímá u osob s mentální retardací jejich případné symptomatické, na první pohled nápadné poruchy a opomíjí tak primárnost mentálního deficitu.

5.2 Použité metody výzkumného šetření č. 1

Interview

V sociálních vědách představuje nejrozšířenější diagnostickou a výzkumnou techniku. (Hartl, Hartlová, 2000). Jedná se o metodu shromažďování dat o pedagogické realitě, jež spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta. Někdy je tento termín nahrazován českým označením rozhovor, anglický pojem se však jeví jako výstižnější (*inter*=mezi; *view*=pohled, názor). Na základě míry řízení výzkumníkem je diferencováno na strukturované, polostrukturované a nestrukturované. (Chráška, 2007)

Právě v *Pedagogickém slovníku* (2009, s. 250) je interview chápáno jako synonymum rozhovoru, představuje výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem. Je zaznamenáváno na magnetofon či jiným způsobem, a poté analyzováno z hlediska obsahu rozhovoru, chování respondentů atd. V pedagogickém empirickém výzkumu bývá užíváno obvykle v kombinaci s dotazníkem.

Chráška (2007) diferencuje interview strukturované, nestrukturované, polostrukturované a skupinové. Z aspektu autorova pojetí jsme aplikovali interview strukturované (konstantní znění a pořadí položek), avšak jestliže respondent zjevně neporozuměl položce, formulovali jsme ji jiným způsobem. V mnohých případech došlo spontánně k navázání přirozené konverzace s respondentem. Těmito rysy se náš postup blíží spíše neformálnímu interview.

Pro účely této práce jsme zvolili metodu strukturovaného interview.

Po oslovení náhodného respondenta mu byl vysvětlen účel, jemuž interview poslouží, důraz byl kladen na anonymitu jeho odpovědí. Souhlasil-li respondent se spoluprací a s realizací záznamu jeho výpovědi s užitím diktafonu, přistoupili jsme k první položce.

Úvodní čtyři položky jsou kontaktní (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a profese). Věkové kategorie respondentů byly rozděleny následovně: 15-20 let, 21-35 let, 36-45 let, 46-60 let, 61 a více let. Dalších sedm položek je orientovaných na povědomí respondentů o mentální retardaci, logopedii, dále položky zjišťují jejich případný osobní kontakt s člověkem s mentální retardací a pocity k této zkušenosti se pojící. Další sekce interview mapuje, jak veřejnost běžně označuje osoby s mentální retardací v rámci neformálního rozhovoru. Závěrem se dotazujeme respondenta na potřebnost logopedické péče u dospělých osob s mentální retardací, v čem jim může být přínosem, či zda je již pro tuto

cílovou skupinu bezpředmětná.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku č. 1

První výzkumný vzorek respondentů tvořili **představitelé laické veřejnosti**. Ti byli vybíráni náhodně, volili jsme osoby obou pohlaví, snažili jsme se postihnout všechny věkové kategorie od 15 let výše. Co se nejvyššího dosaženého vzdělání týče, zahrnuje výzkumný vzorek škálu respondentů se vzděláním základním až po absolventy vysokoškolského studia.

Celkové hodnocení ochoty veřejnosti ke spolupráci vyznívá velice kladně (viz Tab. č. 1). Jen v ojedinělých případech jsme se setkali s odmítnutím. Naopak i po ukončení realizace záznamu výpovědi se mnohdy respondenti svěřovali se svými vlastními příběhy, zkušenostmi a vyjadřovali názory týkající se této problematiky.

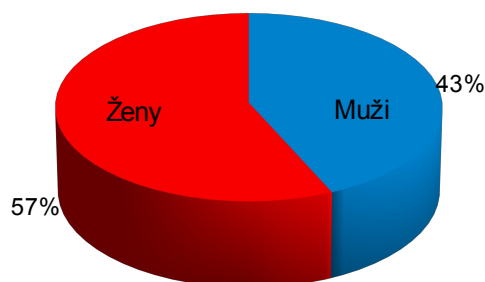
Následující grafy a tabulky znázorňují složení výzkumného vzorku respondentů z hlediska jejich pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a profese. V tabulkách a v textu uvádíme hodnoty v desetinných číslech, pro větší přehlednost jsme však pro popisky grafů volili čísla celá. Procentuální hodnota v grafech je vždy vyjádřením podílu respondentů z počtu dotázaných, kteří podali danou odpověď. V textu však uvádíme i další hodnoty, jako je např. podíl z celkového zkoumaného vzorku, ze vzorku dotázaných žen či mužů apod.

Tab. č. 1: Počet oslovených a spolupracujících respondentů

Osloveno	Spolupráce	Hodnota v %
116	104	89,7

Tab. č. 2: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle pohlaví

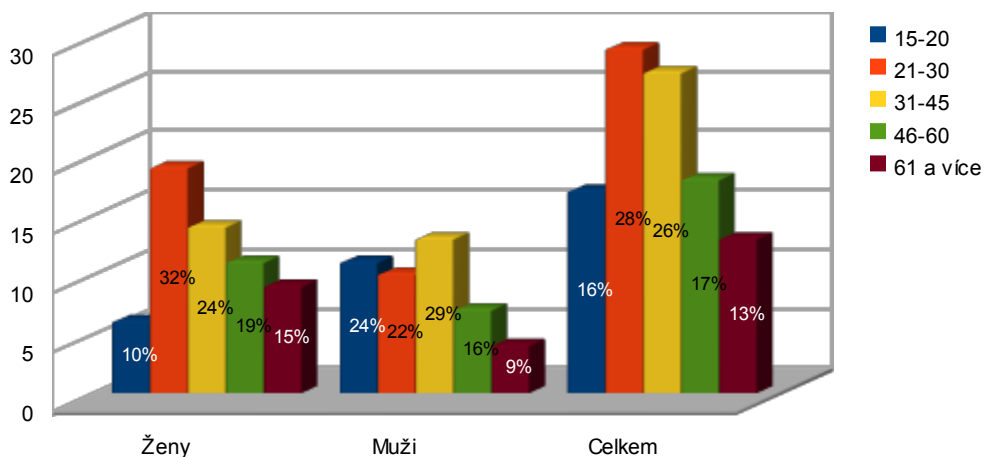
Ženy	Hodnota v %	Muži	Hodnota v %	Celkem
59	56,7	45	43,3	104



Graf č. 1: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle pohlaví

Tab. č. 3: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle věku

Věk	Ženy	Hodnota v %	Muži	Hodnota v %	Celkem	Hodnota v %
15-20	6	10,2	11	24,4	17	16,3
21-30	19	32,2	10	22,2	29	27,9
31-45	14	23,7	13	28,9	27	26
46-60	11	18,6	7	15,6	18	17,3
61 a více	9	15,3	4	8,9	13	12,5



Graf č. 2: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle věku

Tab. č. 4: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle dosaženého vzdělání

	Ženy	Hodnota v %	Muži	Hodnota v %	Celkem	Hodnota v %
ZŠ dospělí	1	1,7	4	8,9	5	4,8
Žák ZŠ	3	5,1	6	13,3	9	8,7
SOU	9	15,3	3	6,7	12	11,5
SŠ	19	32,2	20	44,4	39	37,5
SŠ zdr.	2	3,4	2	4,4	4	3,8
VŠ	10	16,9	8	17,8	18	17,3
VŠ SP	3	5,1	1	2,2	4	3,8
VŠ zdr.	1	1,7	1	2,2	2	1,9
VŠ pedag.	11	18,6	0	0	11	10,6

Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání jsme mezi respondenty vymezili zvláštní kategorie těch, kteří jej dosáhli ve směru zdravotnickém, pedagogickém či přímo v oboru

speciální pedagogika, jelikož od těchto respondentů lze vzhledem k jejich vystudovaným oborům očekávat hlubší znalosti či zkušenosti týkající se problematiky mentální retardace (dále MR).

V další části práce hovoříme o respondentech s nejvyšším dosaženým vzděláním základním, mezi něž jsou kategorizováni i současní žáci základní školy (dále ZŠ), ač ještě uvedeného stupně vzdělání nedosáhli. V textu jsou však vždy diferencováni od dospělých respondentů této kategorie.

Tab. č. 5: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle profese

	Ženy	Hodnota v %	Muži	Hodnota v %	Celkem	Hodnota v %
Nezaměst.	3	5,1	2	4,4	5	4,8
Pedag.	8	13,6	2	4,4	10	9,6
Zdr.	3	5,1	0	0	3	2,9
Sociální	2	3,4	0	0	2	1,9
Student SŠ	2	3,4	6	13,3	8	7,7
Student SŠ zdr.	0	0	1	2,2	1	1
Student VŠ	9	15,3	11	24,4	20	19,2
Student VŠ zdr.	0	0	1	2,2	1	1
Student VŠ pedag.	1	1,7	3	6,7	4	5,8
Student VŠ SP	5	8,5	0	0	5	2,9
Ostatní	26	44,1	19	42,2	45	43,3

I zde se orientujeme zvláště na respondenty, kteří z aspektu profesního působí v oblasti zdravotnické, pedagogické (též v oboru speciální pedagogika) a také sociální. Důvody jsou stejné jako u kategorií respondentů vymezených z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání.

V kategorii Ostatní jsou zařazeni respondenti, kteří profesně nepůsobí ve zmíněných sférách. Jako příklady lze uvést následující zaměstnání: účetní, zahradní architekt, taxikář, zedník, elektrotechnik, botanik, knihovnice, slévárenský dělník, instalatér aj.

Dotazovaní v penzi či na mateřské dovolené byli kategorizováni mezi respondenty podle své původní profese, tedy té, již vykonávali v produktivním věku či před nástupem mateřské dovolené.

5.4 Výsledky výzkumného šetření č.1

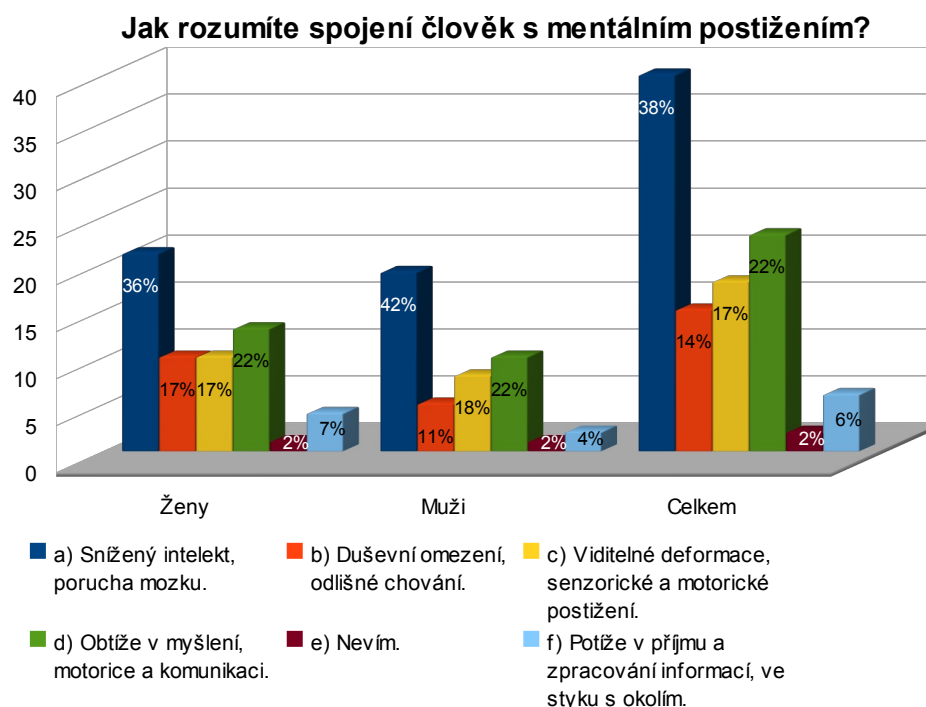
Na základě interpretace vyjádření respondentů byl ke každé položce interview vytvořen výčet odpovědí. Uvádíme též shledané výraznější diference ve výpovědích respondentů z hlediska pohlaví, věku, dosaženého vzdělání či profese. Vzhledem k charakteru některých položek jsme volili jejich kombinace a zkoumali tak možné souvislosti mezi výpověďmi dotázaných. Pro názornost jsou položky doplněny o grafická vyjádření ve formě grafů.

1. Jak rozumíte spojení člověk s mentálním postižením?

- a) Snížený intelekt, porucha mozku.
- b) Duševní omezení, odlišné chování.
- c) Viditelné deformace, senzorické a motorické postižení.
- d) Obtíže v myšlení, motorice a komunikaci.
- e) Nevím.
- f) Potíže v příjmu a zpracování informací, ve styku s okolím.

Ač v naší práci operujeme s termínem mentální retardace, pro účely komunikace s představiteli laické veřejnosti jsme se rozhodli k preferenci pojmu mentální postižení, jelikož jej v naší cílové skupině považujeme za frekventovanější.

Nejčastěji si respondenti spojovali dotazovaný pojem se sníženým intelektem či poruchou mozku (odpověď a), již udalo 40 respondentů (38,5 %). V odpovědi a) spatřujeme bagatelizaci problematiky, okleštění jen na zásadní rys, tedy intelektový deficit, bez další specifikace. Druhou nejfrekventovanější je odpověď d), kterou shledáváme u 23 respondentů (22,1 %). Lze ji pojmout jako relativně výstižnou, poněvadž vyjma rozumových funkcí zohledňuje i komunikaci a motoriku. Odpověď c) vnímáme jako nejvíce zkrácenou, jelikož v ní dotazovaní opomíjejí fakt intelektového deficitu a akcentují symptomatická postižení, na první pohled viditelná. Zaznamenáváme ji u 18 dotazovaných (17,3 %).



Graf č. 3: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 1 dle pohlaví

S výraznou dominancí odpovědi a) se setkáváme u respondentů ve věkových rozmezích 21-30 a 31-45 let. U první jmenované kategorie jde o 44,8 % dotazovaných. Jedná se o 10 žen (52,6 %) a pouhé tři muže (30 %). Ve druhé skupině respondentů shledáváme tuto odpověď ve u 44,4 % respondentů. Jde naopak jen o čtyři ženy (28,6 %) a osm mužů (61,5 %).

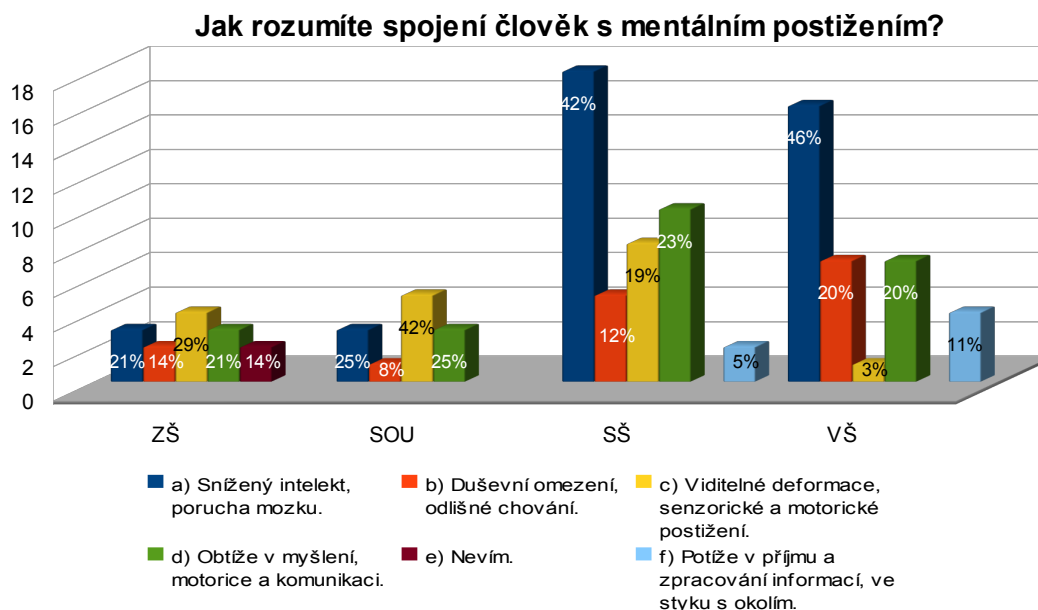
V odpovědi f) lze pozorovat přesah deficitů intelektových schopností do sféry sociální. Udávali ji nejvíce respondenti 21-30letí, konkrétně tři ze šesti (ženy). V celém vzorku respondentů se objevují dvě odpovědi Nevím vztahující se k této položce, a to u 15-20letých.

V kategorii dotazovaných věku 46-60 let se s největší četností objevuje odpověď c), a to ve 33,3 % případů. Jde o pět žen (45,5 %) a jediného muže (14,3 %). Ve stejném počtu zde poté zaznamenáváme odpovědi a) a d), konkrétně jde 27,8 % případů.

Odpověď d) je nejčetnější u dotazovaných věku 61 a více let (46,2 %). Naopak nejčastější odpověď předchozí kategorie, odpověď c), se zde objevuje jen v 15,4 % případů.

Nejčastěji odpověď a) udávali středoškolsky vzdělaní respondenti (dále SŠ), a to v 18 případech (45 %). U vysokoškolsky vzdělaných dotazovaných (dále VŠ) byla tato odpověď rovněž nejčetnější (45,7 %). Z této kategorie ji udalo sedm mužů (70 % všech VŠ vzdělaných mužů) a devět žen (36 % všech VŠ vzdělaných). Odpověď c) udalo 18 respondentů (17,3 %

všech dotázaných), nejčastěji SŠ vzdělání (osm respondentů, tedy 44,4 %).



Graf č. 4: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 1 dle dosaženého vzdělání

V kategorii studentů VŠ výrazně převládá odpověď a), podalo ji 13 respondentů (43,3 %). Jedná se o devět žen (60 % všech studentek VŠ) a čtyři muže (26,7 % všech VŠ studentů). U studentů SŠ překvapivě zaznamenáváme odpověď a) jen jednou, odpovědi b), c), d), e) jsou rovnoměrně zastoupeny vždy dvěma respondenty. Pod pojmem člověk s mentálním postižením si nedokázali nic vybavit dva dotazovaní, oba 15-20 letí studenti SOU.

Odpověď c), zaměřenou především na viditelné deformace, nacházíme s největší četností u kategorie Ostatní (17,8 %). Jde o šest žen (24 % respondentek kategorie Ostatní) a dva muže (10 % respondentů této kategorie). Nezaměstnaní respondenti nejčastěji podávali právě odpověď c), šlo o tři dotazované (60 % respondentů kategorie Nezaměstnaní).

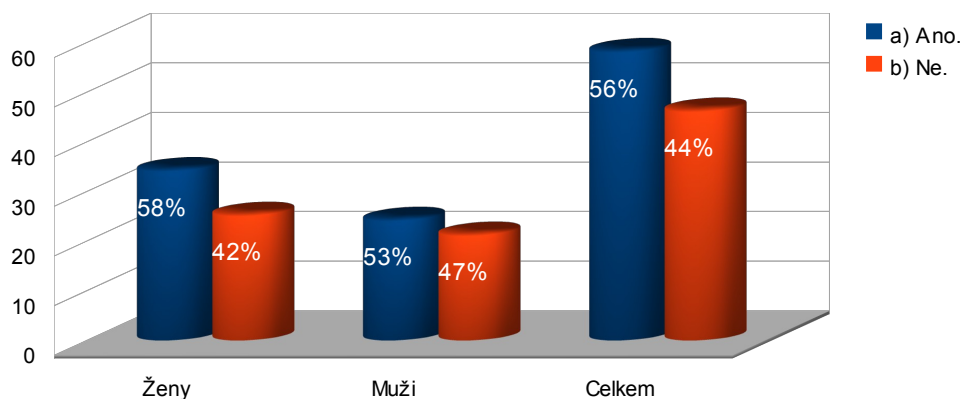
2. Jednal jste někdy osobně s člověkem s mentálním postižením?

- a) Ano.
- b) Ne.

Do kontaktu s osobou s MR přišlo 58 respondentů (55,8 %), z čehož jde o 34 ženy (58,6 % respondentů, kteří jednali s osobou s MR, a 57,6 % všech dotázaných žen) a 24 mužů (41,4 % respondentů se zkušeností s jednáním s člověkem s MR a 53,3 % všech respondentů-

mužů). Naopak tuto zkušenost nesdílí 46 dotázaných (44,2 %), z toho jde o 25 žen (54,3 % záporně odpovídajících respondentů a 42,4 % všech respondentek) a 21 mužů (45,7 % respondentů bez zkušenosti s jednáním s osobou s MR a 46,7 % všech dotázaných mužů) .

Jednal jste někdy osobně s člověkem s mentálním postižením?



Graf č. 5: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 2 dle pohlaví

Do kontaktu s osobou s MR přišlo nejvíce 31-45letých respondentů, konkrétně 17 (63 %). Odpověď Ne udalo 10 dotázaných této kategorie (37 %). Největší diskrepance v odpovědích zaznamenáváme u věkové kategorie 61 a více let, kde se s osobou s MR setkala devět respondentů (69,2 %), další čtyři však tuto zkušenost nesdílí (30,8 %). Jedinou věkovou kategorií respondentů, kteří častěji odpovídali záporně, byla skupina 21-30letých. Poměr odpovědí byl 13 (44,8 %) ku 16 (55,2 %).

Odpověď b) udávalo nejvíce SŠ vzdělaných dotázaných, konkrétně 23 (53,5 % ze všech SŠ vzdělaných respondentů). Celkem představují 50 % všech, kdo nejednali s člověkem s MR. Odpověď a) se nejčastěji objevuje u VŠ vzdělaných, jde o 23 dotázaných (65,7 % ze všech VŠ vzdělaných respondentů).

15 studentů VŠ (50 %) odpovědělo Ano, stejný počet podal zápornou odpověď. Ta se objevuje též u čtyř z pěti nezaměstnaných respondentů (80 %). Ač zde respondenti vykazují vysoké procentuální zastoupení, nelze z tohoto zjištění vyvozovat validní závěry, a to vzhledem k nízkému zastoupení kategorie Nezaměstnaní v celém zkoumaném vzorku.

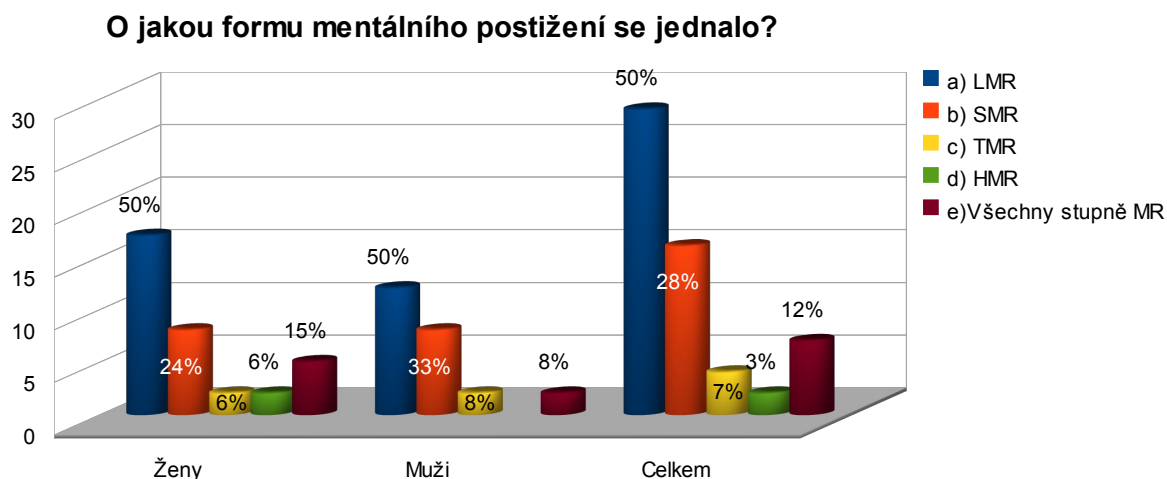
3. O jakou formu mentálního postižení se jednalo?

- a) Lehká mentální retardace (LMR).
- b) Středně těžká mentální retardace (SMR).
- c) Těžká mentální retardace (TMR).
- d) Hluboká mentální retardace (HMR).
- e) Osoby všech stupňů mentální retardace.

Ač znění položky požaduje specifikaci formy mentálního postižení, popisovali respondenti stupeň MR osob, s nimiž přišli do kontaktu.

Nejvíce žen i mužů, kteří přišli do osobního kontaktu s člověkem s MR, jednalo s osobou s LMR, šlo o 17 žen (50 % respondentek, jež osobně jednaly s člověkem s MR), a 12 respondentů (50 % dotázaných mužů s touto zkušeností). Tyto ženy představují mezi respondenty, jež osobně jednali s člověkem s MR, podíl 29,3 %, muži tvoří 20,7 %.

S lidmi všech stupňů MR jednalo 12,1 % respondentů, z toho pět žen (14,7 %) a dva muži (8,3 %). Mezi dotázanými, jež přišly do kontaktu s člověkem s MR, představují tyto ženy podíl 8,6 %, muži tvoří 3,4 %.

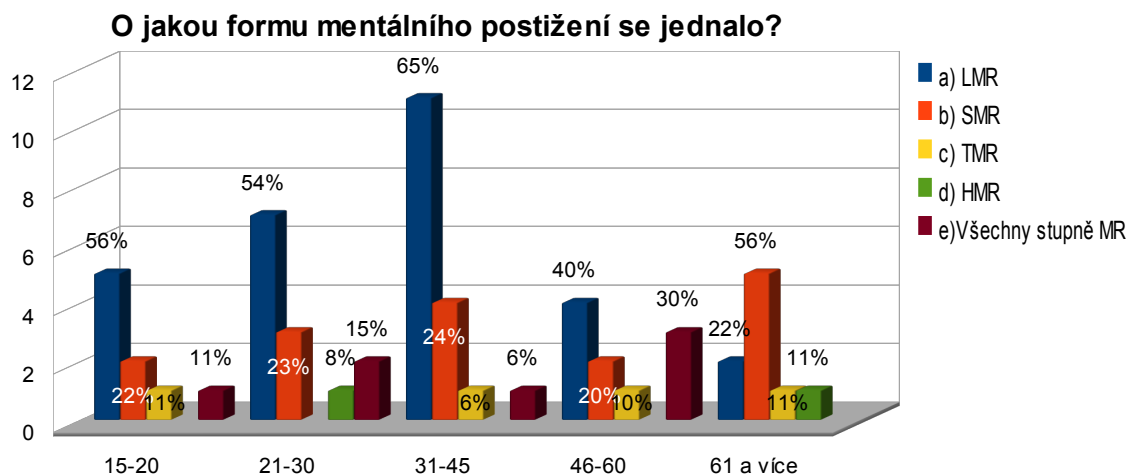


Graf č. 6: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 3 dle pohlaví

S nejvyšší frekvencí byl zaznamenán kontakt s osobou s LMR (odpověď a), a to u věkové kategorie 31-45letých. Jednalo se o 11 respondentů (19 % dotázaných, kteří osobně jednali s člověkem s MR). Ze všech 31-45letých, kteří přišli do kontaktu s člověkem s MR, tvoří 64,7 %. Z hlediska pohlaví jednalo s osobou s LMR sedm respondentek této věkové

kategorie (77,8 % respondentek věku 31-45 let, jež přišly do kontaktu s člověkem s MR) a čtyři dotázaní muži (50 % všech 31-45letých mužů, kteří sdílejí zmíněnou zkušenost).

Dotázaní věku 21-30 let rovněž nejčastěji jednali s osobou s LMR (53,8 %). Jedinou věkovou skupinou, jež jednala nejčastěji s lidmi jiného nežli lehkého stupně MR, jsou dotázaní věku 61 a více let, kteří nejčastěji volili odpověď b), a to v pěti případech (55,6 %).

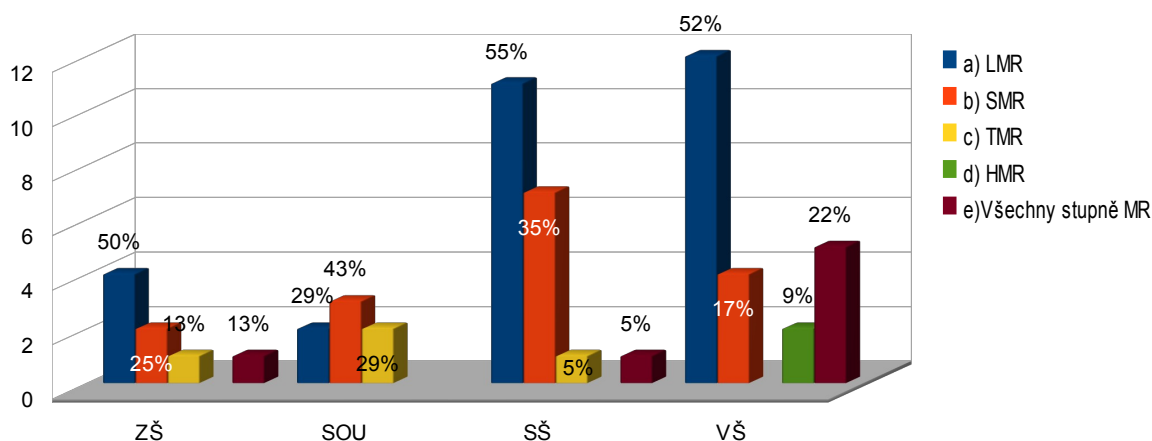


Graf č. 7: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 3 dle věku

Ze všech respondentů, kteří osobně jednali s člověkem s LMR, jich má 12 VŠ vzdělání (41,4 %). Jde o devět žen, což činí 52,9 % respondentek, které se setkaly s člověkem s LMR, a rovněž 52,9 % z celkového počtu VŠ vzdělaných žen s touto zkušeností. Zbylí tři muži představují 50 % mezi dotázanými VŠ vzdělanými muži, kteří osobně jednali s člověkem s MR, a 25 % z počtu dotázaných mužů se zkušeností s kontaktem s člověkem s MR.

Rovněž SŠ vzdělání dotázaní nejčastěji jednali s osobami s LMR, jde o 11 respondentů (55 %) z 20 SŠ vzdělaných dotázaných se zkušeností s kontaktem s jedincem s MR.

O jakou formu mentálního postižení se jednalo?



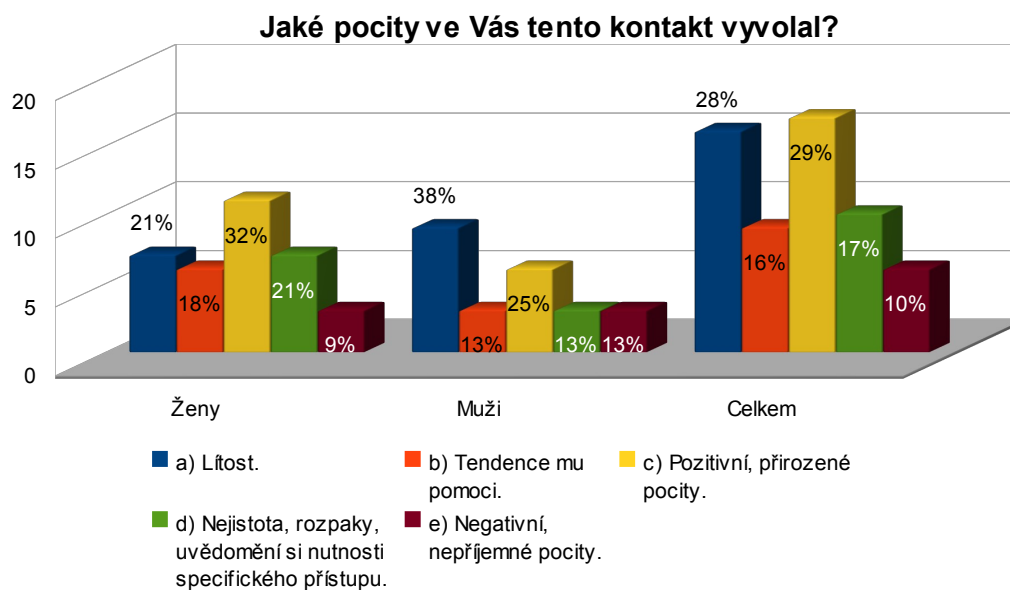
Graf č. 8: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 3 dle dosaženého vzdělání

Opomineme-li kategorii Ostatní, v níž 13 respondentů popisovalo kontakt s člověkem s LMR (44,8 % respondentů, kteří mají zkušenost s člověkem s MR), pak volili nejvíce odpověď a) studenti VŠ, a to v devíti případech (60 %) z celkových 15, kteří osobně jednali s osobou s MR. Z toho jen tři ženy (z celkových sedmi studentek VŠ, které jednaly s osobou s MR, tedy 42,9 %) a šest mužů (z osmi studentů VŠ s uvedenou zkušeností, tedy 75 %).

4. Jaké pocity ve Vás tento kontakt vyvolal?

- Lítost.
- Tendence mu pomoci.
- Pozitivní, přirozené pocity.
- Nejistota, rozpaky, uvědomění si nutnosti specifického přístupu.
- Negativní, nepříjemné pocity.

Nejčastěji popisovali respondenti pozitivní, přirozené pocity při kontaktu s osobou s MR (odpověď c), šlo o 17 z 58 dotázaných (29,3 %), z čehož je 11 žen (64,7 %) a šest mužů (35,3 %). U žen byla deskripce přirozených, pozitivních pocitů nejfrekventovanější, avšak muži častěji popisovali lítost (odpověď a), a to devět z nich (37,5 %). Osobní kontakt s člověkem s MR vyvolává negativní pocity v šesti respondentech (10,3 %).

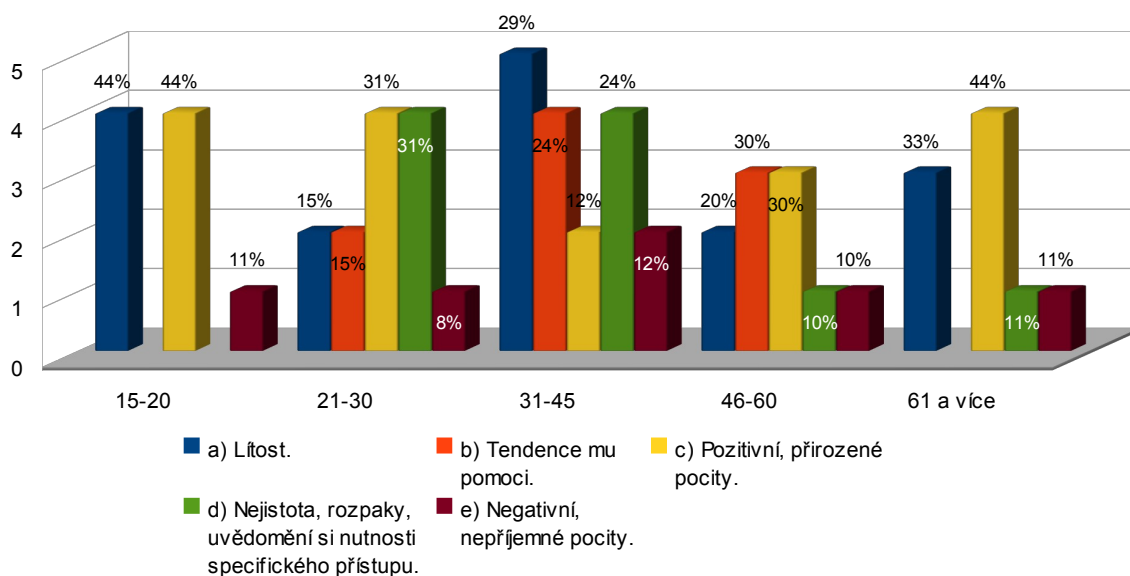


Graf č. 9: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 4 dle pohlaví

Nejčtenější odpověď c) je u věkové kategorie 15-20letých respondentů zastoupena ve čtyřech z devíti případů (44,4 %). Z toho jde o jednu ženu (ze dvou žen 15-20letých, jež přišly do osobního kontaktu s člověkem s MR) a tři muže (ze sedmi této skupiny, kteří osobně jednali s člověkem s MR, tedy 42,9 %). Rovněž čtyři respondenti této kategorie popisují lítost, odpověď a), u níž bylo rozložení dle pohlaví totožné. Zajímavou skutečností je, že mezi 15-20letými respondenty se neobjevuje tendence pomoci osobě s MR ani nejistota při kontaktu s ním, zatímco u 31-45letých byly tyto odpovědi druhé nejčastější (23,5 %).

V respondentech věkové kategorie 31-45 let vyvolává kontakt s člověkem s MR nejčastěji lítost (pět dotázaných, tedy 29,4 %). V nejstarší věkové kategorii nepopisovali respondenti tendence pomoci lidem s MR (odpověď b). Této skupině dotázaných nejčastěji kontakt s osobou s MR evokuje přirozené emoce (44,4 %).

Jaké pocity ve Vás tento kontakt vyvolal?



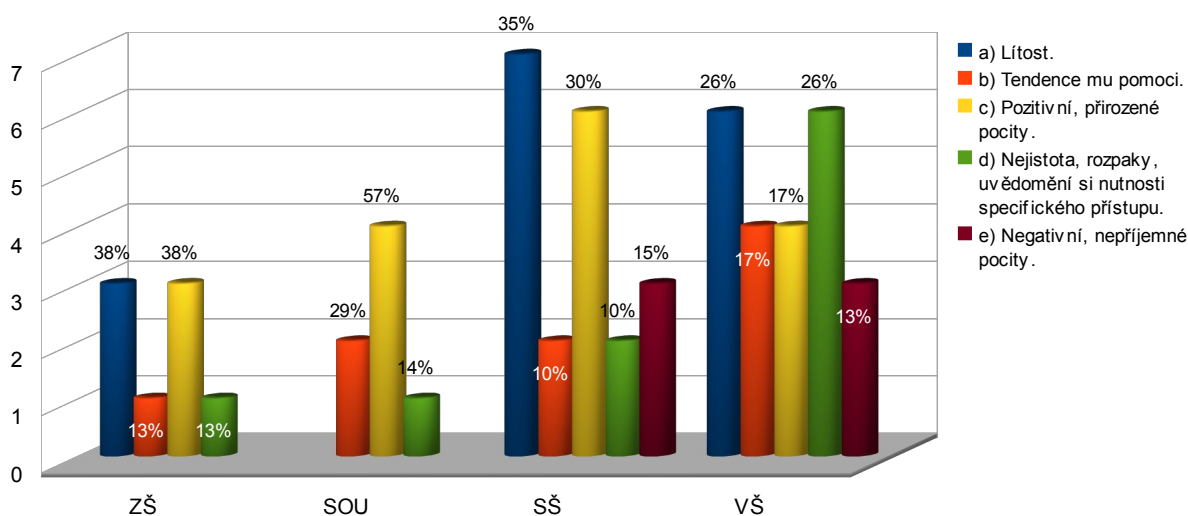
Graf č. 10: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 4 dle věku

U SŠ vzdělaných sledujeme nejčastěji popisy lítosti (odpověď a), a to u sedmi dotázaných (35 %). Jde o dvě ženy (18,2 % z 11 SŠ vzdělaných respondentek, jež osobně jednaly s člověkem s MR) a pět mužů (55,6 % z devíti SŠ vzdělaných respondentů se zmíněnou zkušeností). Jako druhá v pořadí byla těmito respondenty udávána odpověď c), pozitivní, přirozené pocity. Šlo o šest dotázaných, a to pouze ženského pohlaví (54,5 %).

Negativní emoce z kontaktu s člověkem z MR udává šest respondentů (10,3 %), z čehož jsou tři (15 %) SŠ a tři (13 %) VŠ vzdělaní. U VŠ vzdělaných zaznamenáváme odpovědi a) a d) vždy v šesti případech (26,1 %).

U respondentů s dosaženým vzděláním na středním odborném učilišti (dále SOU vzdělání) jsme nejčastěji sledovali pozitivní, přirozené pocity, a to ve čtyřech ze sedmi případů (57,1 %), rozložení mužů a žen bylo relativně vyrovnané. Ani jeden z nich nepopisuje lítost či negativní pocity z kontaktu s člověkem s MR.

Jaké pocity ve Vás tento kontakt vyvolal?



Graf č. 11: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 4 dle dosaženého vzdělání

Studentům SŠ evokoval kontakt s člověkem s MR nejčastěji přirozené, pozitivní pocity, a to ve třech z pěti případů (60 %). Stejně je tomu u studentů VŠ, kde jde o čtyři z 15 respondentů (26,7 %), ovšem zde nacházíme zastoupení tří respondentů (20 %) též u odpovědí a), d), e).

5. Jaké označení pro osoby s mentálním postižením používáte běžně při hovoru ?

- Mentálně postižení.
- Postižení, handicapovaní, retardovaní
- Jiní, zaostalí.
- Nevhodná až vulgární označení.
- ČLOVĚK s mentálním postižením, handicapovaný ČLOVĚK.
- Nemocní.

Pro bližší specifikaci odpovědi d) uvádíme výčet respondenty udávaných nevhodných až vulgárních označení pro osoby s MR: nešťastníci, chudáci, mentoši, retardi, debilové, debílci, dauníci, mentálové, idioti, mentošky.

Nejfrekventovaněji označují respondenti jedince s MR jako postižené, handicapované či retardované. Jde o odpověď b), již udalo 35 dotázaných (33,7 %), z čehož jde o 18 respondentek (51,4 % respondentů, kteří podali odpověď b), a 30,5 % všech dotázaných žen)

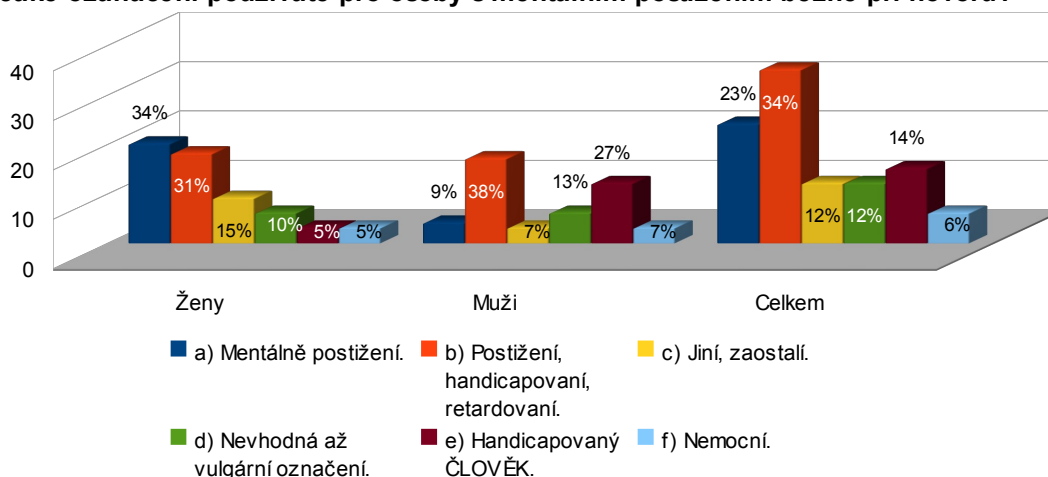
a 17 dotázaných mužů (48,6 % respondentů, kteří podali odpověď b), a 37,8 % všech respondentů-mužů).

Respondentky nejčastěji označují osoby s MR jako mentálně postižené (odpověď a). Takto odpovědělo 20 respondentek (33,9 %), jež tvoří 83,3 % dotázaných uvádějících odpověď a). Druhou nejčtenější byla odpověď b).

Majorita respondentů-mužů uváděla odpověď b). Nejfrekventovanější ženskou odpověď a) podali jen čtyři dotázaní muži (8,9 %), tedy 16,7 % respondentů volících odpověď a). Diskrepanci shledáváme i u označení člověk s mentálním postižením (odpověď e), jež užívají pouze tři ženy (5,1 % dotazovaných žen, tedy 20 % všech respondentů odpovídajících e) a 12 mužů (26,7 % mužských respondentů a 80 % dotázaných uvádějících odpověď e).

Pojmenování jiní či zaostalí (odpověď c) používá pro osoby s MR 12 dotázaných (11,5 %), z toho tři muži (25 %) a devět žen (75 %). Vulgární či nevhodná označení (odpověď d) pro osoby s MR uvedlo šest mužů a šest žen, dohromady představují 11,5 %.

Jaké označení používáte pro osoby s mentálním postižením běžně při hovoru?



Graf č. 12: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 5 dle pohlaví

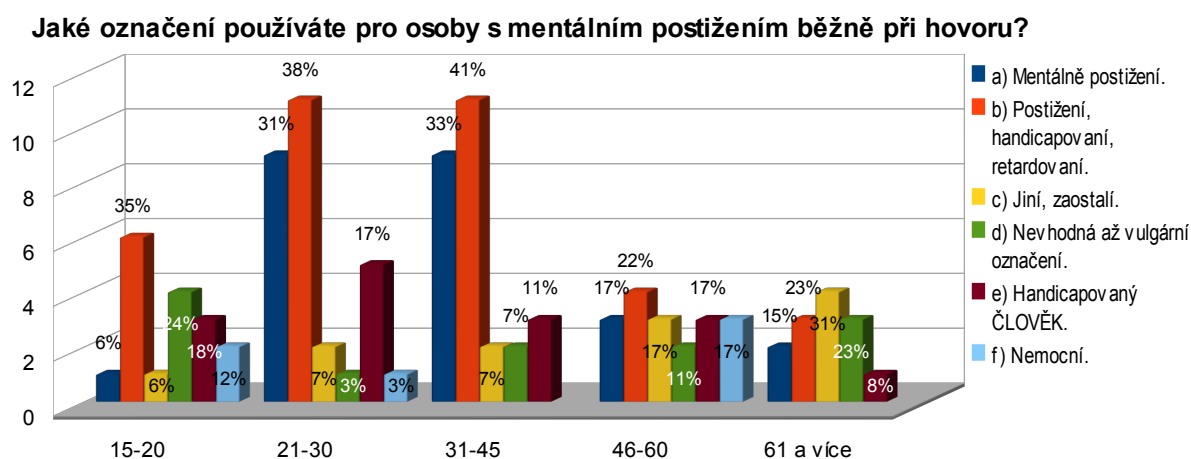
Nejmladší věková kategorie dotázaných nejčastěji označuje osoby s MR jako postižené, handicapované či retardované (35,3 % dotázaných této věkové skupiny), jedná se o tři ženy (50 %) a tři muže (27,3 %). Pozoruhodné je, že právě u nejmladších reprezentantů populace zaznamenáváme jako druhá nejfrekventovanější hanlivá či nevhodná pojmenování osob s MR, jde o 23,5 % 15-20letých respondentů.

V kategorii 21-30letých respondentů shledáváme nejčastěji odpověď b), a to u 11 z nich (37,9 %). Druhé nejčtenější (31 %) je označení mentálně postižení, jež udalo osm žen

(42,1 %) a jeden muž (10 %). V komparaci s ostatními věkovými kategoriemi zde nacházíme nejčastěji odpověď e). Slovo člověk v pojmenování osob s MR vyzdvihlo pět 21-30letých respondentů (17,2 %).

U respondentů věku 31-45 let zjišťujeme odpovědi a) a b) ve stejné incidenci jako v předchozím případě. Jako mentálně postižené označuje osoby s MR sedm žen (50 %) a dva muži (15,4 %). Odpověď b) podalo šest žen (42,9 %) a pět mužů (38,5 %).

Pojmenování jiní či zaostalí užívají nejčastěji respondenti ve věku 61 a více let, konkrétně čtyři dotázaní (30,8 %) této věkové kategorie.

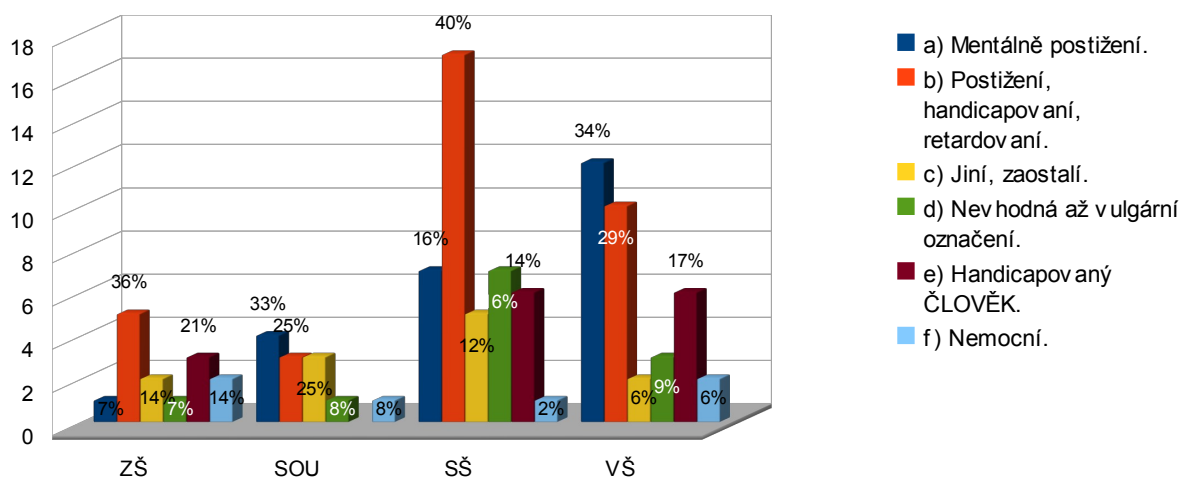


Graf č. 13: Rozložení odpovědí vzatujících se k položce č. 5 dle věku

Nejfrekventovanější pojmenování jedinců s MR jako postižení, handicapování či retardování (odpověď b) užívají nejvíce respondenti se SŠ vzděláním, konkrétně 17 z nich (48,6 %), kteří ze všech SŠ vzdělaných dotázaných představují 39,5 %. Jde o šest žen (28,6 %) a 11 mužů (50 %). Vulgární či nevhodná pojmenování osob s MR užívají nejčastěji respondenti SŠ vzdělání (58,3 %), přičemž ze všech SŠ vzdělaných respondentů tvoří 16,3 %.

Respondenti VŠ vzdělání pojmenovávají osoby s MR ve 34,3 % případů jako mentálně postižené. Z toho jde o 10 žen (40 %) a dva muže (20 %).

Jaké označení používáte pro osoby s mentálním postižením běžně při hovoru?



Graf č. 14: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 5 dle dosaženého vzdělání

V největší míře se s hanlivými či nevhodnými označeními (odpověď d) setkáváme u studentů VŠ, konkrétně představují 33,3 % všech respondentů užívajících tato pojmenování.

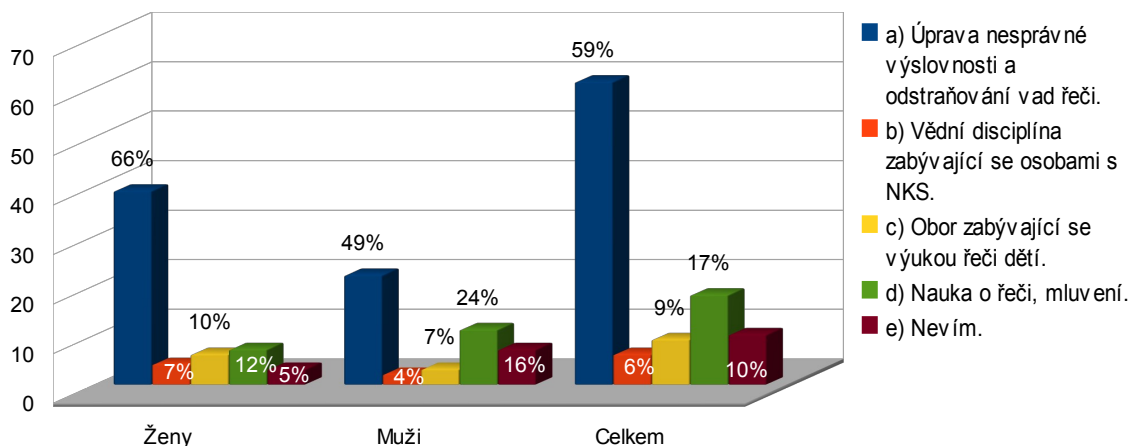
Jako jiné či zaostalé (odpověď c) označuje osoby s MR 12 respondentů, z toho devět (75 %) z kategorie Ostatní, v níž dominuje, stejně jako u studentů VŠ, SŠ a u nezaměstnaných respondentů, odpověď b), po níž následuje odpověď a).

6. Co je podle Vás logopedie?

- Úprava nesprávné výslovnosti a odstraňování vad řeči.
- Vědní disciplína zabývající se osobami s narušenou komunikační schopností.
- Obor zabývající se výukou řeči dětské populace.
- Nauka o řeči, mluvení.
- Nevím.

Jak ženy, tak muži nejčastěji udávali odpověď a), konkrétně 39 žen (66,1 %) a 22 mužů (48,9 %). Dohromady tvoří 58,7 % všech dotázaných, z čehož 63,9 % představuje ženská a 36,1 % mužská část. Druhou nejčtenější odpovědí byla u obou pohlaví odpověď d), již podalo sedm žen (11,9 %) a 11 mužů (24,4 %). Jako nauku o řeči, mluvení tedy pojímá logopedii 17,3 % respondentů, z čehož jde o 61,1 % mužů a 38,9 % žen.

Co je podle Vás logopedie?



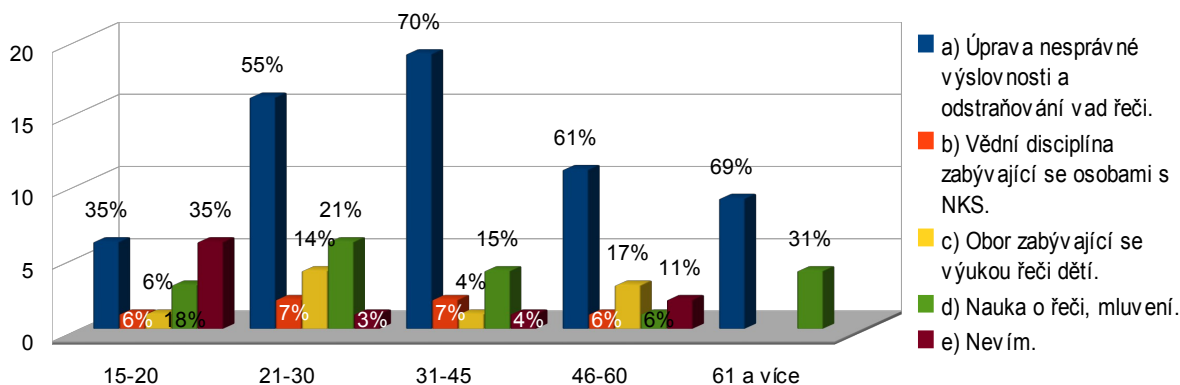
Graf č. 15: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 6 dle pohlaví

U všech věkových kategorií dominovala odpověď a), s výjimkou nejmladší, jež se stejnou četností (šest respondentů) udala i odpověď e), Nevím. Ze všech dotázaných, kteří podali odpověď a), tvoří 15-20letí 9,8 %. V případě odpovědi e) představují 60 %.

Odpověď a) udávali nejčastěji 31-45letí respondenti (31,1 %). Z dotázaných této věkové skupiny takto odpovědělo 70,4 %. Kategorie 21-30letých respondentů rovněž nejčastěji charakterizovala logopedii jako úpravu nesprávné výslovnosti a odstraňování vad řeči (55,2 %). Šlo o 12 žen (63,2 %) a čtyři muže (40 %). Spojení logopedie a dětské populace převládá u respondentů této věkové skupiny (44,4 % všech dotázaných, kteří podali odpověď c).

Též u 46-60letých respondentů byla nejčastěji (61,1 %) zaznamenána odpověď a), i zde s vyšší četností u žen, kterých bylo osm (72,7 %), mužů tři (42,9 %). V kategorii nejstarších respondentů shledáváme pouhé dva typy odpovědí. V největší míře jde o odpověď a) (69,2 %), již podalo osm žen (88,9 %) a jeden muž (25 %).

Co je podle Vás logopedie?



Graf č. 16: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 6 dle věku

Majorita respondentů s nejvyšším dosaženým vzděláním základním (ZŠ vzdělání) se k položce č. 5 nedokázala vyjádřit. Šlo o osm ze 14 respondentů (57,1 %), z čehož pět respondentů nese v současné době status žáka ZŠ a tři (muži) jsou již dospělého věku.

Respondenti s nejvyšším dosaženým vzděláním SOU volili nejčastěji odpověď a), konkrétně devět ze 12 respondentů (75 %). Z toho sedm žen (77,8 %) a dva muži (66,7 %). Vzhledem k výsledkům předchozí kategorie se i zde nabízí anticipace odpovědi e), avšak sledujeme ji až u dvou SŠ vzdělaných respondentů-mužů (4,7 %).

Nejfrekventovanější byla odpověď a) u osob se SŠ vzděláním (41 %). Podalo ji 25 ze 43 respondentů tohoto stupně vzdělání (58,1 %). Jako nauku o řeči, mluvení (odpověď d) pojímá logopedii devět reprezentantů SŠ vzdělaných (20,9 %). Značně zkreslená odpověď c), orientující péči logopeda jen na dětskou populaci, byla nejčastěji udávána právě osobami se SŠ vzděláním (z devíti respondentů ji v této skupině udalo pět, tedy 55,6 %).

U respondentů s VŠ vzděláním byla odpověď a) zaznamenána ve 22 případech (62,9 %), z čehož jde o 17 žen (68 %) a pět mužů (50 %).

Nejvýstižnější odpověď b) udávali nejčastěji studenti VŠ, a to ve třech případech (50 % takto odpovídajících respondentů a 10 % ze všech dotázaných studentů VŠ).

Zkreslenou odpověď c) rovněž zaznamenáváme nejčastěji u studentů VŠ, a to u čtyř (44,4 % ze všech takto odpovídajících), čímž tvoří podíl 13,3 % ze souboru VŠ studentů. Stejný počet odpovědí c) udala i kategorie Ostatní, tedy čtyři ze 45 respondentů (8,9 %). V této kategorii však výrazně dominovala odpověď a), podalo ji 28 respondentů (62,2 %).

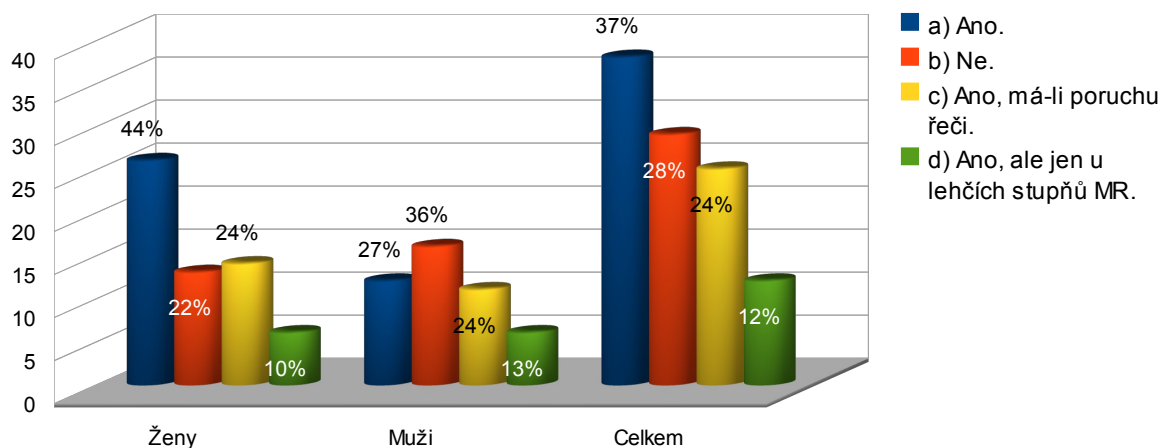
7. Potřebují podle Vás dospělí lidé s mentálním postižením logopedickou péčí?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Ano, má-li poruchu řeči.
- d) Ano, ale jen u lehčích stupňů MR.

Respondenti v počtu 38 (36,5 %) zastávají názor, že dospělý člověk s MR potřebuje péči logopeda (odpověď a), z čehož 68,4 % představují ženy (26 respondentek) a 31,6 % muži (12 respondentů). Oponuje jim 29 dotázaných (27,9 %), z čehož jde o 13 žen (44,8 %) a

16 mužů (55,2 %). Zatímco respondentky se ve většině případů domnívají, že pro jedince s MR je logopedická péče v dospělosti potřebná (44,1 %), dotázaní muži jsou spíše opačného názoru (35,6 %). Negativní postoj vůči této problematice vyjadřuje také 22 % reprezentantek laické veřejnosti. Z dotazovaných mužů odpovědělo kladně 26,7 %.

Potřebují podle Vás dospělí lidé s mentálním postižením logopedickou péči?



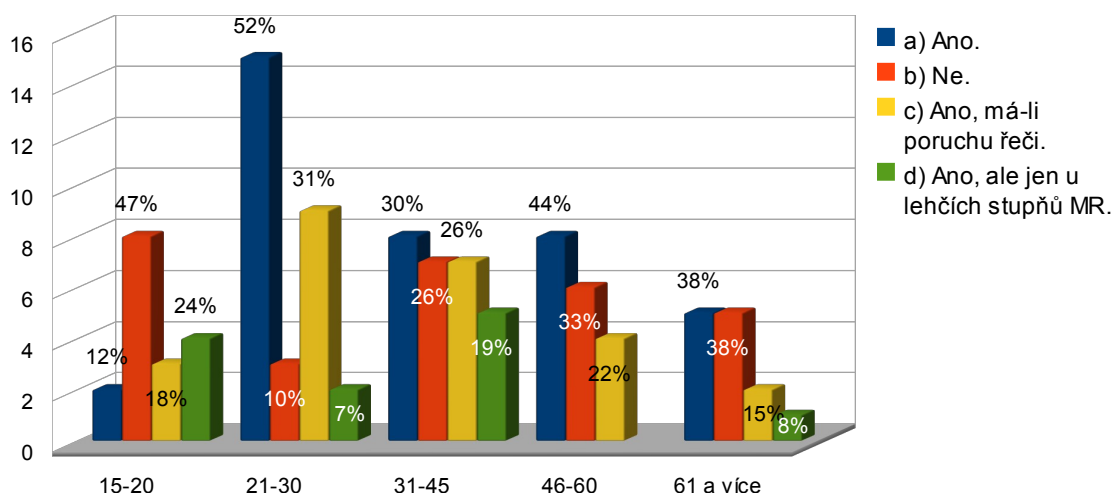
Graf č. 17: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 7 dle pohlaví

Nejmladší věková kategorie udávala s nejvyšší četností zápornou odpověď b), šlo o 47,1 % respondentů věku 15-20 let a 27,6 % všech takto odpovídajících dotazovaných. Jednalo se o dvě ženy (33,3 %) a šest mužů (54,5 %). Druhou nejfrekventovanější byla odpověď d), volili ji čtyři zástupci této věkové kategorie (23,5 %), kteří představují 33,3 % všech respondentů vnímajících logopedickou intervenci jako potřebnou pouze u osob s lehkým stupněm MR. Pozoruhodné je, že odpověď a) udali jen dva 15-20letí respondenti (11,8 %).

Naopak v kategorii 21-30letých respondentů zaznamenáváme odpověď Ano v 51,7 % případů, z toho u 12 žen (63,2 %) a tří mužů (30 %). Ze všech respondentů udávajících tuto odpověď tvoří 21-30letí 39,5 %. Jako druhou nejčetnější zde zaznamenáváme odpověď c), a to u devíti dotázaných (31 %), což činí 36 % všech, kdo vidí smysl logopedické intervence u dospělých osob s MR jen v případě poruchy jejich řeči.

V kategorii 46-60letých respondentů neshledáváme odpověď d). U nejstarší skupiny dotázaných nacházíme stejný počet odpovědí a) a b), tedy pět (38,5 %).

Potřebují podle Vás dospělí lidé s mentálním postižením logopedickou péči?



Graf č. 18: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 7 dle věku

U respondentů s nejvyšším dosaženým ZŠ vzděláním převažovaly záporné odpovědi (35,7 %). Šlo o čtyři z devíti současných žáků ZŠ (44,4 %) a jednoho dospělého člověka (20 %), kteří představují 17,2 % všech respondentů tohoto názoru.

Čtyři respondenti s SOU vzděláním (33,3 % ze všech SOU vzdělaných dotázaných) uvedli odpověď Ano, stejný počet podal odpověď Ne. Odpověď a) však udávaly pouze ženy.

SŠ vzdělaní respondenti v počtu 14 (32,6 %) se domnívají, že lidé s MR potřebují logopedickou péči i v dospělosti. S nepatrným rozdílem sledujeme jako druhou nejčtenější odpověď c), podalo ji 13 respondentů (30,2 %). Mezi dotázanými, kteří uvedli tuto odpověď, tvoří SŠ vzdělaní podíl 52 %. Zápornou odpověď podalo 11 SŠ vzdělaných respondentů, tedy 25,6 % ze všech respondentů tohoto stupně vzdělání a 37,9 % takto odpovídajících.

U VŠ vzdělaných respondentů je nápadnější rozdíl v odpovědích, kdy 17 (48,6 % VŠ vzdělaných a 44,7 % respondentů tohoto mínění) zastává kladný názor na realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR. Z toho však 15 žen (60 %) a pouze dva muži (20 %). Devět respondentů (25,7 %) této kategorie odpovědělo záporně, jde o čtyři ženy (16 %) a pět mužů (50 %).

U studentů SŠ dominuje odpověď Ne, již podali čtyři z devíti této kategorie respondentů (44,4 %). U studentů VŠ je nejfrekventovanější odpověď a), kterou uvedlo 12 respondentů (40 % ze všech VŠ studentů a 31,6 % respondentů udávajících odpověď a). Studenti VŠ podali odpověď c) ve 33,3 % případech, čímž tvoří 40 % všech tohoto mínění. Zápornou

odpověď uvedlo pět studentů VŠ (16,7 %), z toho jedna žena (6,7 %) a čtyři muži (26,7 %).

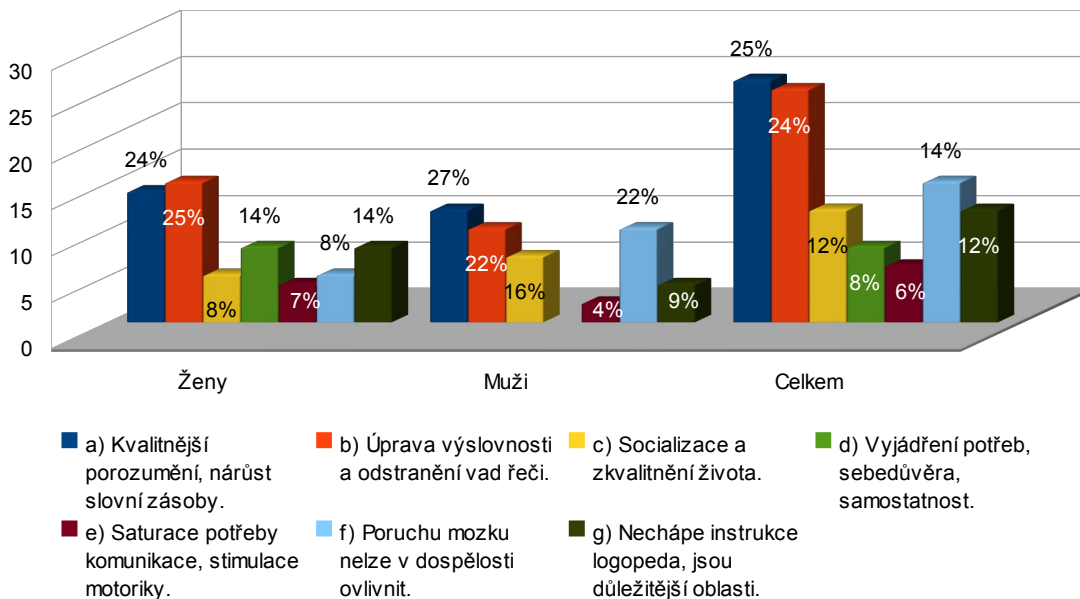
V kategorii Ostatní zaznamenáváme 16 odpovědí kladných (35,6 %), 14 záporných (31,1 %) a 11 odpovědí c) (24,4 %). U třetích jmenovaných shledáváme výraznější diskrepanci v rozložení odpovědí dle pohlaví, a to osm žen (30,8 %) a tři muži (15,8 %).

8. Proč je/není podle Vás logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?

- a) Člověk se poté lépe dorozumí s okolím, roste jeho slovní zásoba.
- b) Dochází zde k úpravě výslovnosti a odstranění vad řeči.
- c) Logopedická péče napomáhá socializaci člověka a zkvalitnění jeho života.
- d) Člověk dokáže lépe vyjadřovat své potřeby, roste jeho sebedůvěra a samostatnost.
- e) Logoped naplňuje potřebu komunikace, napomáhá duševnímu rozvoji, stimuluje motoriku.
- f) Logopedická péče není důležitá, jelikož poruchu mozku jakožto příčinu MR již v dospělosti nelze ovlivnit.
- g) Logopedická péče u dospělého člověka s MR nemá smysl, poněvadž by nepochopil logopedovy instrukce; jsou důležitější oblasti, jež je třeba rozvíjet.

V komplexním náhledu na vyjádření respondentů nepatrně převládá odpověď a) (26 dotázaných, tedy 25 %) nad odpovědí b) (25 dotázaných, tedy 24 %). Ženy častěji volily odpověď b) (15 respondentek, tedy 25,4 %), druhou zmíněnou podalo 14 žen (23,7 %). Odpověď d) udalo osm respondentek (13,6 %), stejná incidence je zaznamenána i u záporné odpovědi g). U mužů naopak shledáváme absenci odpovědi d). Poměr odpovědí a) a b) u respondentů-mužů činí 12 (26,7 %) ku 10 (22,2 %). Často volili negativní odpověď f), konkrétně 10 dotázaných mužů (22,2 %). Z celého výzkumného vzorku podalo záporné odpovědi f) a g) 15 (14,4 %) a 12 (11,5 %) respondentů.

Proč je/není podle Vás logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?



Graf č. 19: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 8 dle pohlaví

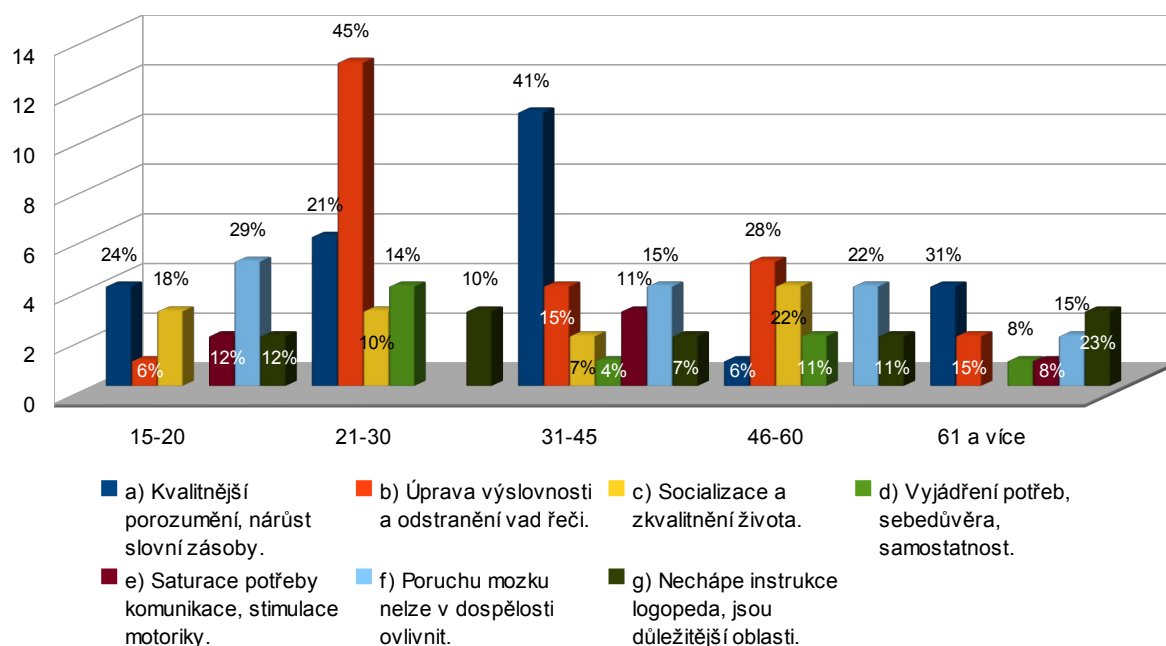
Respondenti nejmladší věkové kategorie nejčastěji odpovídali záporně (odpověď f), konkrétně v pěti případech (29,4 % a 33,3 % všech tohoto mínění). U věkové kategorie 21-30 let dominuje odpověď b). Zvolilo ji 44,8 % respondentů, z toho šest žen (31,6 %) a sedm mužů (70 %). Odpověď f) zde absenteje. Zápornou odpověď g) shledáváme ve třech případech (10,3 % a 25 % všech respondentů tohoto mínění).

Ve věkové kategorii 31-45letých respondentů je nejčteněji volena odpověď a), a to v 11 případech (40,7 %), což představuje 42,3 % ze všech dotázaných, kteří podali tuto odpověď.

Respondenti spadající do věkové kategorie 46-60 let ani jednou nepodali odpověď e), zato nejčastěji, v počtu pěti, uváděli odpověď b) (27,8 % všech respondentů této věkové kategorie a 20 % všech takto odpovídajících). Odpověď c) a záporná odpověď f) zde mají rovněž výraznější zastoupení, a to 22,2 % (po čtyřech respondentech). Z respondentů tohoto mínění tvoří 46-60letí 33,3 % a 26,7 %.

V poslední věkové kategorii převládá odpověď a) (30,8 %), již volili dvě ženy (22,2 %) a dva muži (50 %). Druhá nejčtenější je odpověď g), a to u 23,1 % respondentů této věkové kategorie, jde o tři ženy, jež představují čtvrtinu dotázaných tohoto mínění.

Proč je/není podle Vás logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?



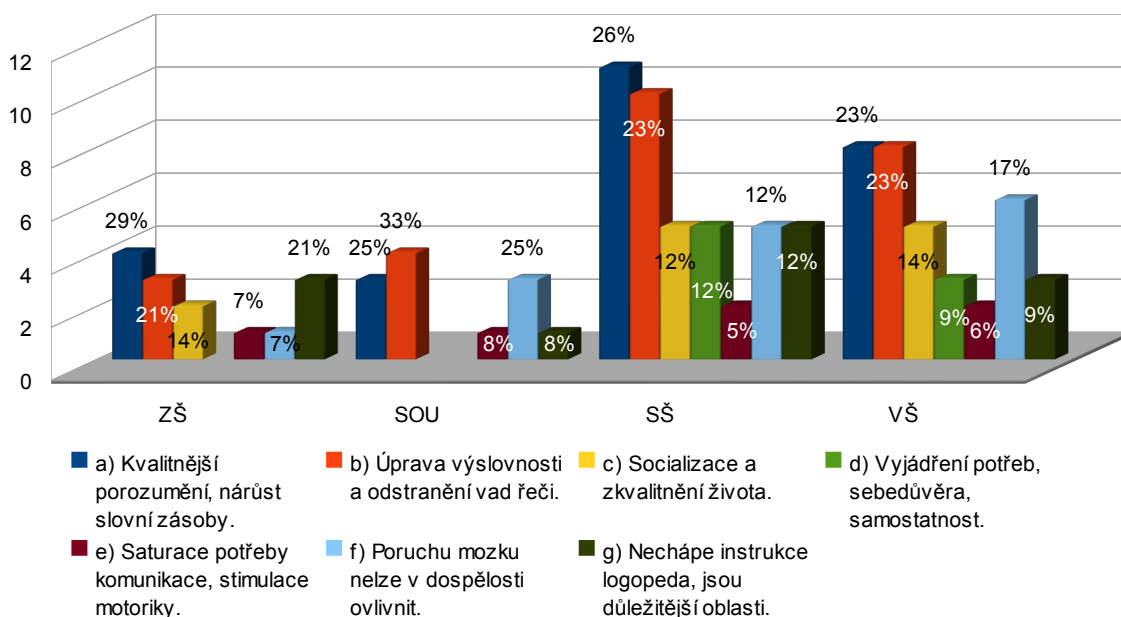
Graf č. 20: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 8 dle věku

Respondenti s nejvyšším dosaženým ZŠ vzděláním nejčastěji volili odpověď a) (28,6 %), z toho tři současní žáci a jeden dospělý muž. Vyšší incidenci zaznamenáváme u záporné odpovědi g), a to v 21,4 % případů (dva současní studenti a jeden dospělý muž).

Dotázaní s dosaženým SOU vzděláním nejčastěji uváděli odpověď b) (33,3 %), šlo o dvě ženy (22,2 %) a dva muže (66,7 %). Tři respondenti (25 %) podali odpověď f). Oslovení lidé se SŠ vzděláním nejčastěji podávali odpověď a), šlo o 11 dotázaných (25,6 % všech SŠ vzdělaných a 42,3 % všech takto odpovídajících respondentů).

Respondenti VŠ vzdělání podali odpovědi a) i b) v počtu osmi (22,9 %), což činí 30,8 % a 32 % takto odpovídajících respondentů. Zápornou odpověď f) udalo 17,1 % VŠ vzdělaných dotázaných, tvoří 40 % respondentů tohoto názoru. Jde o dvě ženy (8 %) a čtyři muže (40 %).

Proč je/není podle Vás logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?



Graf č. 21: Rozložení odpovědí vztahujících se k položce č. 8 dle dosaženého vzdělání

V kategorii nezaměstnaných respondentů se nejčastěji objevuje záporná odpověď f), a to ve dvou z pěti případů (40 %). Ve skupině studentů SŠ byla nejčastěji shledána odpověď a), jde o tři z devíti respondentů (33,3 %, šlo pouze o muže). Stejný počet odpovědí a) a b) nacházíme v kategorii Ostatní, a to 11 (24,4 %), což činí 42,3 % a 44 % všech takto odpovídajících respondentů.

Studenti VŠ vykazují nejvyšší incidenci u odpovědi b), již podalo 10 dotázaných (33,3 % všech studentů VŠ a 40 % všech respondentů tohoto mínění). Zápornou odpověď f) uvedli čtyři respondenti této skupiny (26,7 % takto odpovídajících dotázaných). Odpověď a) zde byla druhá nejčastější, shledáváme ji u šesti dotázaných (20 % VŠ studentů a 23,1 % respondentů, kteří udali odpověď a).

5.4.1 Analýza výsledků specifických skupin respondentů výzkumného šetření č.1

Účelem zpracování této podkapitoly je orientace na vybrané výpovědi respondentů výzkumného vzorku č. 1, kteří dosáhli vzdělání středoškolské či vysokoškolské úrovně v pedagogických nebo zdravotnických oborech (v případě vysokoškolského vzdělání též v oboru speciální pedagogika) a dále na dotázané, kteří jsou studenty středních či vysokých škol pedagogického nebo zdravotnického zaměření (v případě vysokých škol také zaměření speciálněpedagogického). Koncentrujeme se také na některé odpovědi respondentů, kteří jsou

zaměstnání ve sféře zdravotnické, pedagogické či sociální.

1. Jak rozumíte spojení člověk s mentálním postižením?

- a) Snížený intelekt, porucha mozku.
- b) Duševní omezení, odlišné chování.
- c) Viditelné deformace, senzorické a motorické postižení.
- d) Obtíže v myšlení, motorice a komunikaci.
- e) Nevím.
- f) Potíže v příjmu a zpracování informací, ve styku s okolím.

Vysokoškolského vzdělání v oboru speciální pedagogika (dále VŠ SP) dosáhli čtyři respondenti, z toho tři ve spojení člověk s mentálním postižením shledávají pouze snížený intelekt a poruchu mozku (odpověď a). Zbýlý respondent podal odpověď f).

Respondenti působící v pedagogické sféře z 50 % podávali odpověď a). Zde však v komparaci s ostatními kategoriemi shledáváme nejvyšší incidenci odpovědi f), tedy pojetí člověka s MR jakožto jedince s nedostatky v příjmu a zpracování informací a s potížemi ve styku s okolím. Vyjadřuje ji 30 % dotázaných této skupiny, jde o ženy. Snížený intelekt a porucha mozku byly odpovědi, již podali překvapivě čtyři z pěti studentů VŠ SP (80 %). Od této kategorie respondentů jsme očekávali preciznější vymezení označení člověk s mentálním postižením než akcentaci „pouhého“ intelektového deficitu.

2. Jednal jste někdy osobně s člověkem s mentálním postižením?

- a) Ano.
- b) Ne.

SŠ vzdělání zdravotnického směru dosáhli dvě ženy a dva muži, obě respondentky osobně jednaly s osobou s MR, z mužů pouze jeden. Všichni respondenti s VŠ SP vzděláním přišli do kontaktu s člověkem s MR. VŠ vzdělání pedagogického směru má 11 žen, z toho osm (72,7 %) osobně jednalo s jedincem s MR.

Výzkumný vzorek zahrnuje pět studentek VŠ SP, všechny osobně jednaly s člověkem s MR. VŠ pedagogického směru studuje jedna žena (setkala se s osobou s MR) a tři muži, z nichž jeden odpověděl kladně. Respondenti působící v pedagogické oblasti v osmi případech

osobně jednali s člověkem s MR (80 %), jde o sedm žen (87,5 %) a jednoho muže (50 %).

3. O jakou formu mentálního postižení se jednalo?

- a) Lehká mentální retardace (LMR).
- b) Středně těžká mentální retardace (SMR).
- c) Těžká mentální retardace (TMR).
- d) Hluboká mentální retardace (HMR).
- e) Osoby všech stupňů mentální retardace.

VŠ SP vzdělání mají tři ženy a jeden muž, z toho s osobou s LMR jednala jedna žena, s jedincem se SMR jedna žena a jeden muž, poslední respondentka této skupiny se setkala s lidmi všech stupňů MR. Čtyři dotázané s VŠ pedagogickým vzděláním jednaly s jedincem s LMR (50 %), v kategoriích SMR a HMR je zastoupení vždy po jedné respondentce (12,5 %) a dvě se osobně setkaly s osobami všech stupňů MR (25 %).

Ze studentek VŠ SP jedna přišla do osobního kontaktu s osobou s LMR, dvě s jedinci se SMR a dvě uvedly odpověď e).

Pracovníci pedagogické sféry jednali nejčastěji s člověkem s LMR, a to čtyři z osmi, tedy 50 % (jde o ženy). Zaměstnanci zdravotnického resortu přišli ve dvou případech do kontaktu s osobou se SMR, jeden respondent pak s člověkem s HMR. Výzkumný vzorek dále zahrnuje dva dotázané pracující v oblasti sociální, z nichž jeden osobně jednal s člověkem s LMR, druhý s lidmi všech stupňů MR.

4. Jaké pocity ve Vás tento kontakt vyvolal?

- a) Lítost.
- b) Tendence mu pomoci.
- c) Pozitivní, přirozené pocity.
- d) Nejistota, rozpaky, uvědomění si nutnosti specifického přístupu.
- e) Negativní, nepříjemné pocity.

U SŠ vzdělaných respondentů shledáváme nejčastěji evokaci lítosti (odpověď a), a to u sedmi dotázaných (35 % ze všech SŠ vzdělaných respondentů, kteří mají zkušenost s jednáním s jedincem s MR). Z toho se jedná o dvě ženy (18,2 %, z nichž jedna vystudovala

SŠ pedagogického, druhá zdravotnického směru) a pět mužů (55,6 %).

Respondenti se vzděláním VŠ SP popisovali lítost i tendenci pomoci (vždy po jednom respondentovi) a ve dvou případech nejistotu s uvědoměním si nutnosti specifického přístupu. Ani jeden z nich nevnímá člověka s MR běžně, bez ohledu na jeho postižení. Negativní emoce při kontaktu s člověkem s MR udávaly dvě respondentky s dosaženým VŠ vzděláním v oboru zdravotnickém a pedagogickém.

Z pěti studentek VŠ SP popisovaly dvě tendence pomoci člověku s MR, u dvou se objevují pozitivní, přirozené emoce a jedna studentka podala deskripci pocitů nejistoty, rozpaků a vědomí nutnosti specifického přístupu k osobě s MR.

Negativní emoce zaznamenáváme u jedné ze sedmi žen pracujících ve školství (14,3 %), jedné ze tří žen působících ve zdravotnictví (33,3 %), u jedné ženy z kategorie Ostatní a u tří mužů-studentů VŠ (37,5 %), z nichž jeden studuje VŠ pedagogického směru.

5. Jaké označení pro osoby s mentálním postižením používáte běžně při hovoru ?

- a) Mentálně postižení.
- b) Postižení, handicapovaní, retardovaní
- c) Jiní, zaostalí.
- d) Nevhodná až vulgární označení.
- e) ČLOVĚK s mentálním postižením, handicapovaný ČLOVĚK.
- f) Nemocní.

Dva muži se SŠ zdravotnickým vzděláním označují osoby s MR jako postižené, handicapované či retardované. Jedna žena téhož vzdělání užívá pojmenování jiní či zaostalí a jedna respondentka stejné kategorie akcentuje slovo člověk v pojmenování jedinců s MR.

Dva ze čtyř respondentů s VŠ SP vzděláním užívají označení mentálně postižení a dva zdůrazňují slovo člověk v pojmenování osoby s MR. Lidé s VŠ vzděláním pedagogického směru udávali nejčastěji odpověď a), a to ve čtyřech případech (36,4 %). Jeden (žena) z respondentů s VŠ zdravotnickým vzděláním podal odpověď b) a druhý (muž) odpověď e).

Hanlivá nebo nevhodná označení osob s MR nenacházíme u respondentů působících ve zdravotnictví či ve sféře sociální. Překvapivě odpověď d) byla nejčtenější u dotázaných, jejichž profese je orientována pedagogickým směrem (tři respondenti, tedy 30 % dotázaných působících v této sféře). Mezi respondenty, kteří užívají nevhodná až vulgární označení pro

osoby s MR, tvoří pedagogičtí pracovníci 20 %.

6. Co je podle Vás logopedie?

- a) Úprava nesprávné výslovnosti a odstraňování vad řeči.
- b) Vědní disciplína zabývající se osobami s narušenou komunikační schopností.
- c) Obor zabývající se výukou řeči dětské populace.
- d) Nauka o řeči, mluvení.
- e) Nevím.

Jako úpravu nesprávné výslovnosti a odstraňování vad řeči si vysvětlují obor logopedie čtyři respondenti se SŠ vzděláním zdravotnického směru. Jedna žena s VŠ SP vzděláním odpověděla stejným způsobem, dvě ženy a jeden muž s tímž vzděláním udali nejvýstižnější odpověď b). Majorita respondentů s VŠ pedagogickým vzděláním podala odpověď a), šlo o devět žen (81,8 % z 11 respondentů zmíněného stupně a oboru dosaženého vzdělání).

Odpověď a) byla zaznamenána u devíti z 10 pracovníků v pedagogické sféře (90 %), přičemž šlo o osm žen (100 %) a jednoho muže (50 %).

Nejvýstižnější odpověď b) udávali nejčastěji studenti VŠ, a to ve třech případech (50 % respondentů takto odpovídajících). Šlo o tři studentky SP, jež ze všech studentů VŠ představují 10 %. Zkreslenou odpověď c), vztahující logopedickou intervenci pouze na populaci dětí, zaznamenáváme u jednoho studenta VŠ pedagogické.

7. Potřebují podle Vás dospělí lidé s mentálním postižením logopedickou péči?

- a) Ano.
- b) Ne.
- c) Ano, má-li poruchu řeči.
- d) Ano, ale jen u lehčích stupňů MR.

Respondenti se SŠ zdravotnickým vzděláním zastávají ve dvou případech (muži) názor, že realizace logopedické intervence má smysl jen u dospělých osob s MR, které mají poruchu řeči. Jedna žena téhož vzdělání podala odpověď a) a druhá respondentka s dosaženým vzděláním stejného stupně a oboru považuje péči logopeda za smysluplnou jen u dospělých jedinců s lehčím stupněm MR. Neshledáváme zde tedy incidenci záporné odpovědi b).

Respondenti s VŠ SP vzděláním podali ve třech případech (ženy) kladnou odpověď a), jeden muž vyjádřil negativní názor na dotazovanou problematiku a jeden muž udal odpověď c). Rovněž dotazované osoby s VŠ pedagogickým vzděláním podávaly nejčastěji odpověď Ano, jednalo se o pět z 11 případů (45,5 %). Respondenti s VŠ zdravotnickým vzděláním volili v jednom případě odpověď a), ve druhém d), tedy rovněž kladné mínění, avšak s podmínkou lehčího stupně MR dospělého klienta.

U respondentů působících ve zdravotnictví a sociální sféře neshledáváme výskyt záporných odpovědí. Čtyři studentky VŠ SP podaly odpověď a), zbylá jedna studentka odpověď c). Student VŠ zdravotnického směru podal odpověď d) a u studentů VŠ pedagogického zaměření zaznamenáváme v jednom případě odpověď Ano, jednou se objevila negativní odpověď a podle mínění dvou z nich je práce logopeda přínosná u dospělých osob pouze lehčího stupně MR.

8. Proč je/není podle Vás logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?

- a) Člověk se poté lépe dorozumí s okolím, roste jeho slovní zásoba.
- b) Dochází zde k úpravě výslovnosti a odstranění vad řeči.
- c) Logopedická péče napomáhá socializaci člověka a zkvalitnění jeho života.
- d) Člověk dokáže lépe vyjadřovat své potřeby, roste jeho sebedůvěra a samostatnost.
- e) Logoped naplňuje potřebu komunikace, napomáhá duševnímu rozvoji, stimuluje motoriku.
- f) Logopedická péče není důležitá, jelikož poruchu mozku jakožto příčinu MR již v dospělosti nelze ovlivnit.
- g) Logopedická péče u dospělého člověka s MR nemá smysl, poněvadž by nepochopil logopedovy instrukce; jsou důležitější oblasti, jež je třeba rozvíjet.

Čtyři z pěti respondentů (80 %) se SŠ zdravotnickým vzděláním vidí smysl poskytované logopedické péče dospělým lidem s MR v úpravě výslovnosti a odstranění vad řeči. Respondenti s dosaženým VŠ SP vzděláním volili ve dvou případech odpověď a), jednou b) a jeden z nich podal odpověď c). U dotázaných s VŠ pedagogickým vzděláním nacházíme nejvíce odpovědí a) (27,3 %), avšak dva respondenti udali odpověď f) (18,2 %) a jeden dotázaný (9,1 %) této kategorie spatřuje relevantnější oblasti, jež je třeba u dospělých osob s MR stimulovat (odpověď g). Respondenti s VŠ zdravotnickým vzděláním odpověděli v

jednom případě a) a ve druhém vnímají smysl práce logopeda u dospělého klienta s MR v saturaci jeho potřeby komunikace, v duševním rozvoji a stimulaci motoriky .

Ve skupině dotázaných působících ve sféře pedagogické se s největší četností objevuje odpověď a) (30 %). Studentky VŠ SP podaly ve dvou případech odpověď b), rovněž dvakrát odpověď c) a jednou bylo uvedeno mínění, že logoped dospělým osobám s MR pomáhá v expresi svých potřeb, zvyšuje jejich samostatnost a sebedůvěru. Student VŠ zdravotnického zaměření shledává význam realizace logopedické intervence u zmíněné cílové skupiny ve zkvalitnění receptivní složky řeči a v obohacení slovní zásoby (odpověď a). Respondenti vzdělávající se na VŠ pedagogického směru odpovídali b), d), e), g), vždy po jednom dotázaném.

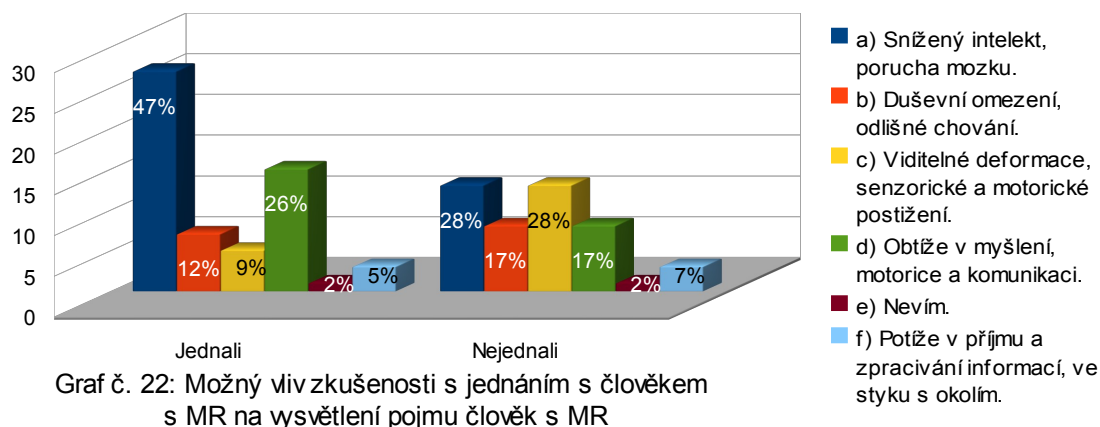
5.4.2 Analýza kombinací výpovědí vztahujících se k vybraným položkám interview

Ze zkoumání možných souvislostí mezi tím, zda respondent ve svém životě jednal s osobou s MR, a tím, co si představuje pod pojmem člověk s mentálním postižením, vyplynulo následující.

Z 58 dotázaných, kteří jednali s osobou s MR, si 27 (46,6 %) představí pod zmíněným pojmem snížený intelekt či s poruchu mozku (odpověď a). Ze všech takto odpovídajících představují respondenti s uvedenou zkušeností 67,5 %. Respondenti, kteří nikdy s člověkem s MR nepřišli do styku, podávali odpověď a) ve stejném počtu 13 (28,3 %) jako odpověď c), jež akcentuje zj. viditelné tělesné deformace a opomíjí intelektový deficit jakožto relevantní rys MR. Tito dotázaní tvoří 72,2 % všech respondentů, kteří podali odpověď c).

Pod pojmem člověk s mentálním postižením si nedokázali nic vybavit dva respondenti, z nichž se jeden setkal s osobou s LMR, druhý zkušenost s jednáním s člověkem s MR nemá.

V procesu komparace četností odpovědí a) a c) u zkoumaných dvou kategorií respondentů lze zpozorovat, že ti, kteří jednali s osobou s MR, ve 46,6 % případů akcentují její intelektový deficit, ovšem odpověď c) udalo pouhých 8,6 % (pět tázaných). Respondenti bez osobní zkušenosti s kontaktem s člověkem s MR poukazují tedy spíše na symptomatické, na první pohled viditelné deformace, zatímco druhá kategorie popisuje primární znak MR, a to snížení rozumových schopností. Byl tedy prokázán vliv zkušenosti respondentů s jednáním s člověkem s MR na to, jakým způsobem takovou osobu vnímají.

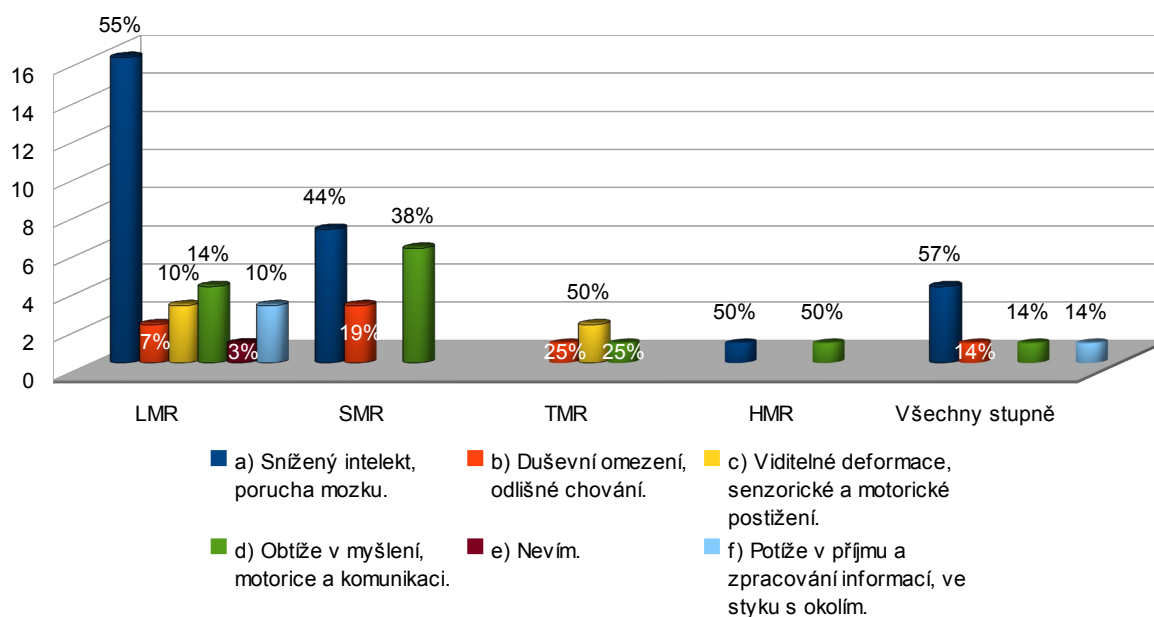


Dále uvádíme souhrn poznatků z kombinace první a třetí položky interview, tedy **souvislostí mezi tím, s člověkem jakého stupně MR se respondent setkal, a jeho představou o osobě s mentálním postižením.**

Respondenti, kteří se setkali s jedincem s LMR, si v 55,2 % případů (16 respondentů) vybaví pod pojmem člověk s mentálním postižením osobu se sníženým intelektem či poruchou mozku (odpověď a). Tyto asociace shledáváme u devíti z 12 mužů (75 %), kteří osobně jednali s jedincem s LMR.

Také 43,8 % respondentů, kteří mají zkušenost s kontaktem s člověkem se SMR, uvádí odpověď a). Jde o 50 % z osmi respondentek s touto zkušeností, druhá polovina pojímá člověka s MR jako jedince s deficitem v oblasti myšlení, motoriky a komunikace (odpověď d).

Při interpretaci sebraných dat jsme zpozorovali následující tendenci. Čím hlubší je stupeň MR člověka, s nímž respondent přišel do kontaktu, tím spíše dotazovaný poukazuje při objasnění pojmu člověk s mentálním postižením také (příp. pouze) na symptomatické projevy. Pro generalizaci tohoto tvrzení by však bylo zapotřebí zkoumat početnější vzorek respondentů se zkušeností s jednáním s osobami těžších stupňů MR.



Graf č. 23: Možný vliv stupně MR osoby, s níž respondent jednal, na jeho interpretaci pojmu člověk s MR

Analýzou **souvislostí mezi tím, zda respondenti osobně jednali s jedincem s MR, a tím, jaká pro tyto osoby užívají označení**, vyplynulo následující.

Dotázaní, kteří mají zkušenost z jednání s člověkem s MR, v 31 % případů (18 respondentů) označují tyto osoby jako mentálně postižené (odpověď a), z čehož 77,8 % představují ženy (14 respondentek, což činí 41,2 % tázaných žen, jež osobně jednaly s jedincem s MR). Z 24 mužů s touto zkušeností 17 (70,8 %) označuje osoby s MR jako postižené, handicapované či retardované (odpověď b).

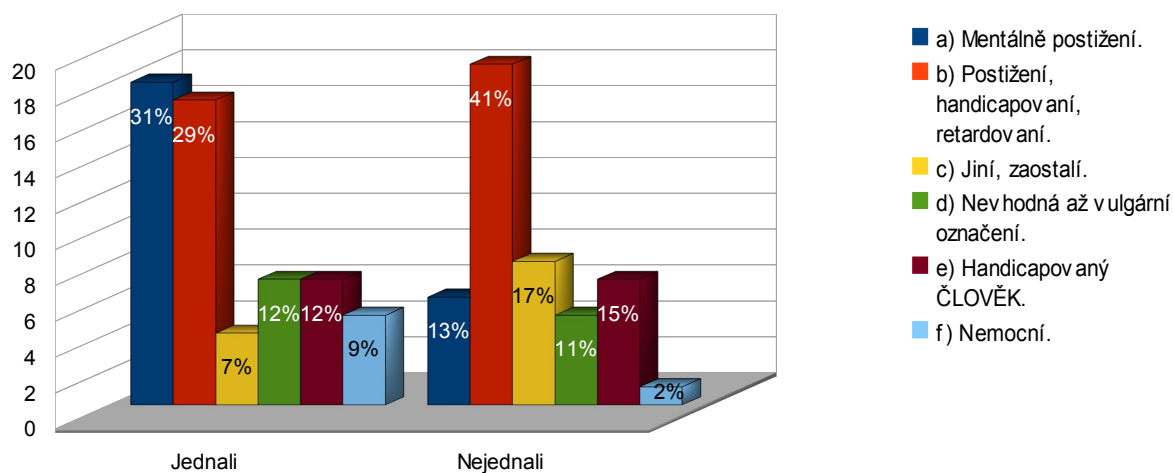
Respondenti, kteří s člověkem s MR nejednali, preferují označení dle odpovědi b) (19 ze 46 tázaných bez uvedené zkušenosti, tedy 41,3 %). Užívá jej 40 % respondentů-mužů a 44 % dotázaných žen, jež nesdílejí zmíněnou zkušenost.

Respondenti-muži, bez ohledu na to, zda jednali s osobou s MR, a dotázané ženy, jež nemají tuto zkušenost, označují osoby s MR většinou bez specifikace jejich postižení, tedy retardovaní, handicapovaní nebo postižení. Respondentky, které přišly do kontaktu s osobou s MR, hovoří o těchto jedincích jako o mentálně postižených.

Ani v případě druhých nejfrekventovanějších označení osob s MR u respondentů, kteří s nimi nepřišli do kontaktu, nejde o bližší určení jejich stavu. Hovoříme o odpovědi c), tedy jiní, zaostalí, kterou podalo osm dotázaných (17,4 %) této kategorie.

Mužští respondenti, kteří nejednali s osobou s MR, akcentují v jejím pojmenování ve

33,3 % případů (sedm dotázaných) slovo člověk. Ze šesti respondentů, jež užívají pro osobu s MR označení nemocní, jich pět (83,3 %) osobně s takovou osobou jednalo.



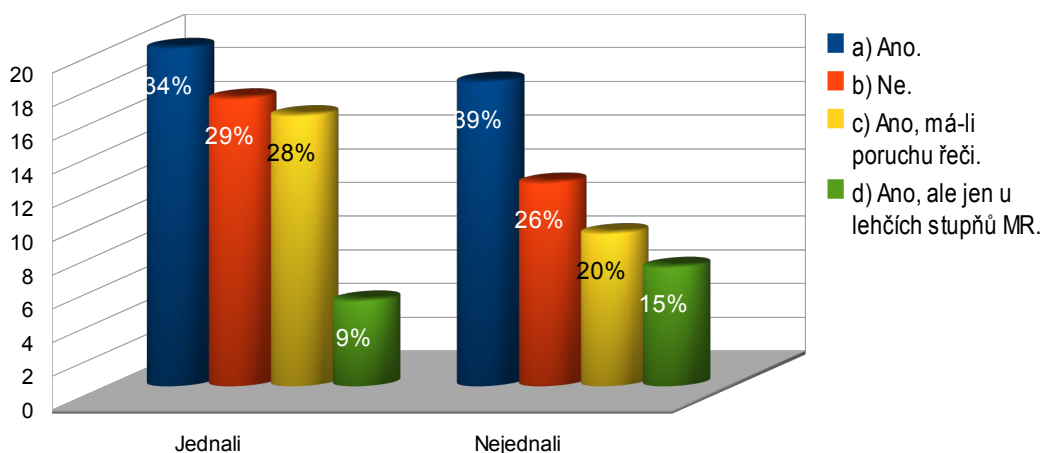
Graf č. 24: Možné souvislosti mezi zkušeností s jednáním s osobou s MR a pro ni užívaným označením

Výpovědi respondentů jsme dále interpretovali na základě kombinace položek č. 2 a 7. Šlo o zkoumání **spojitostí mezi tím, zda respondent jednal s člověkem s MR, a tím, považuje-li realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR za důležitou.**

Zde pozorujeme diference v názorech respondentů z aspektu pohlaví. Téměř polovina respondentek (16 z 34, tedy 47,1 %), jež osobně jednaly s jedincem s MR, považuje práci logopeda s uvedenou kategorií klientů za důležitou (odpověď a), zatímco 50 % mužů (12 z 24) této skupiny je opačného názoru (odpověď b). Respondentky bez zkušenosti z jednání s člověkem s MR ve 32 % případů (osm z 25) nevidí význam v realizaci logopedické péče u dospělých osob s MR. Oponuje jim osm z 21 dotázaných mužů (38,1 %) bez této zkušenosti.

Z komplexního náhledu na zkoumaný vzorek lze shrnout, že 20 z 58 respondentů (34,5 %), kteří jednali s člověkem s MR, podalo odpověď a), z čehož 80 % tvoří ženy. I u druhé z kategorií dotázaných byla nejčastěji volena odpověď a), a to 18 respondenty (39,1 %).

Zkušenost s kontaktem s člověkem s MR tedy neovlivnila dotázané v jejich názoru na důležitost realizace logopedické intervence u dospělého člověka s MR.

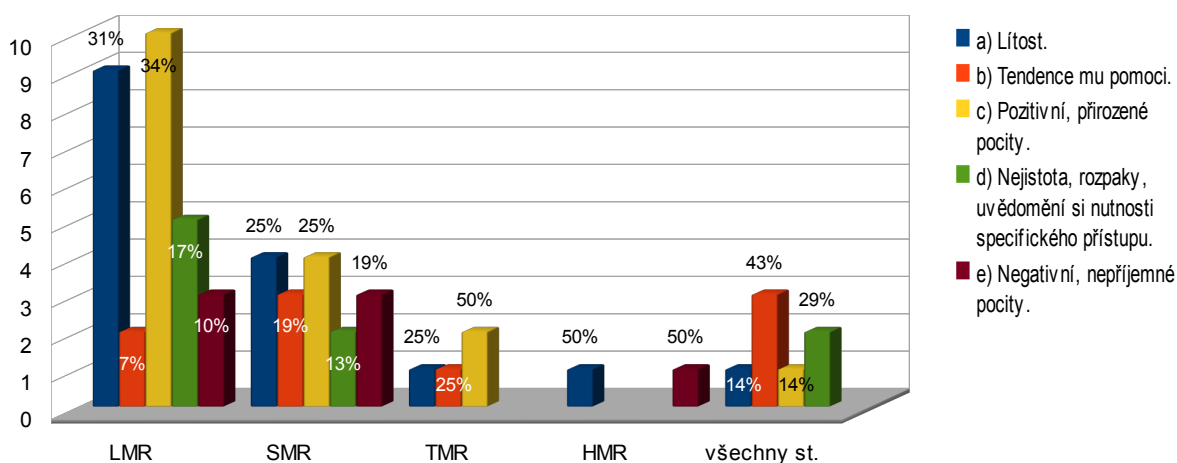


Graf č. 25: Možné souvislosti mezi zkušeností s jednáním s osobou s MR a názorem na smysl realizace logopedické intervence u dospělých osob s MR

Z analýzy **spojitostí mezi tím, s člověkem jakého stupně MR se respondent setkal, a tím, jaké v něm kontakt evokoval emoce**, vyplynula následující zjištění.

Respondenti, kteří osobně jednali s člověkem s LMR, v 10 z 29 případů (34,5 %) uvádějí pozitivní, přirozené emoce (odpověď c) při kontaktu s ním. Z dotázaných popisujících uvedenou pocity představují 58,8 %. Odpověď c) podalo též 50 % respondentů se zkušeností z jednání s člověkem s TMR, avšak jde o podíl z pouhých čtyř tázaných. Tendence pomoci (odpověď b) je preferována třemi ze sedmi respondentů (42,9 %) , kteří přišli do styku s lidmi všech stupňů MR.

Pro stanovení validních závěrů bohužel zkoumaný vzorek nezahrnuje dostatek respondentů, kteří by osobně jednali s lidmi těžších stupňů MR.



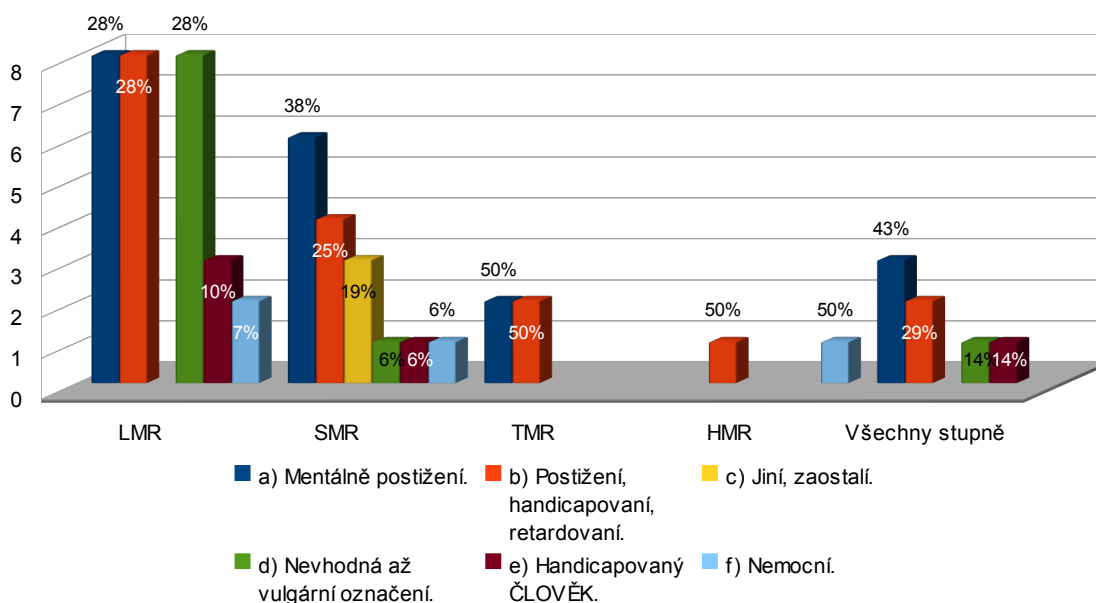
Graf č. 26: Možná souvislost mezi stupněm MR člověka, s nímž respondent osobně jednal, a evokovanými emocemi z tohoto kontaktu

Následně byl zkoumán **vztah mezi tím, s člověkem jakého stupně MR respondent jednal, a tím, jak tyto osoby označuje v rámci běžného neformálního hovoru.**

V kategorii respondentů, kteří osobně jednali s jedincem s LMR, představují 27,6 % ti, kteří tyto osoby označují jako mentálně postižené (odpověď a), postižené, handicapované či retardované (odpověď b) a ti, jež pro ně užívají nevhodných až vulgárních pojmenování (odpověď d). Vždy jde o zastoupení sedmi respondenty. U první zmiňované odpovědi sledujeme rozdíl z hlediska pohlaví. Tuto odpověď podalo sedm ze 17 respondentek, které jednaly s osobou s LMR (41,2 %), avšak jen jeden z 12 mužů s touto zkušeností (8,3 %). Tato kategorie mužů častěji podávala odpověď b), jde o čtyři respondenty (33,3 %).

Odpověď c), jiní či zaostalí, byla zaznamenána pouze u respondentů, kteří jednali s osobou se SMR. Podali ji tři reprezentanti (18,8 %) této kategorie dotázaných (vždy ženy).

Zde by byla možná anticipace tendence vyšší incidence nevhodných až vulgárních označení u dotázaných, kteří jednali s člověkem hlubšího stupně MR. Avšak ta se nepotvrdila.



Graf č. 27: Možná souvislost mezi stupněm MR osoby, s níž respondent jednal, a označením, jež pro tyto osoby běžně užívá

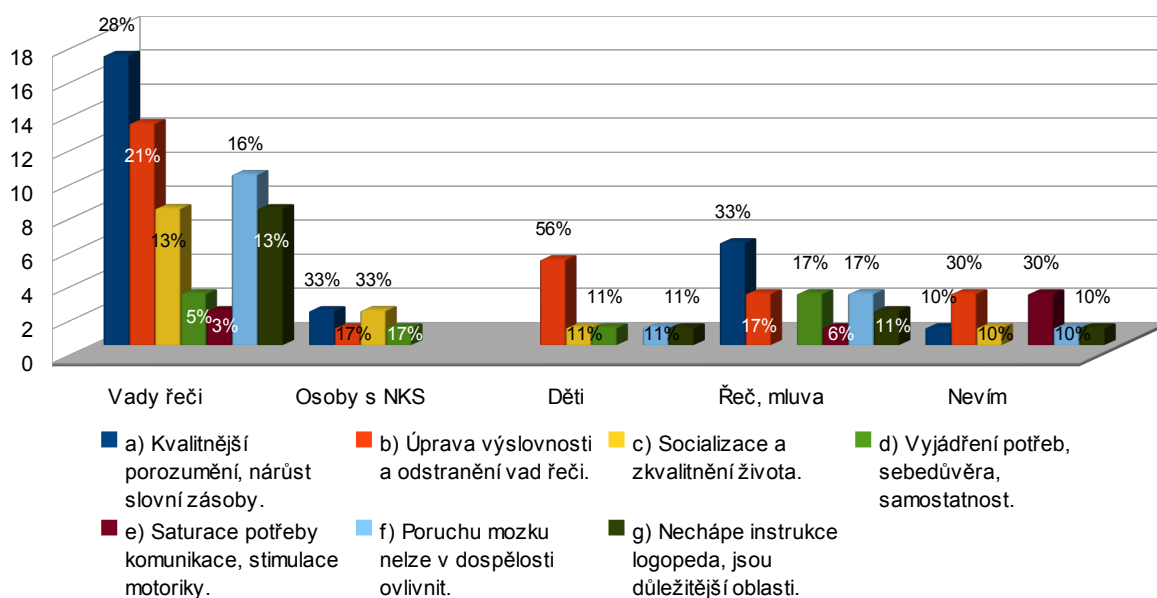
Poslední zkoumanou kombinací bylo propojení výpovědí respondentů o tom, **jak si vysvětlují pojem logopedie, s objasněním důvodů (i)relevance realizace logopedické intervence u dospělých osob s MR.**

Z počtu respondentů, kteří pojmají logopedii jako obor zabývající se úpravou

nekorretní výslovnosti a odstraňováním vad řeči, jich 17 (27,9 %) považuje práci logopeda se zmíněnými klienty za důležitou pro růst jejich slovní zásoby a vylepšení komunikace s okolím (odpověď a). S popsáním pojetím logopedie této skupiny koresponduje vidina významu logopedické intervence u dospělých osob s MR v odstranění vad řeči a úpravě nesprávné výslovnosti (odpověď b), s níž se zde setkáme ve 12 případech (21,3 %).

Z dotázaných, kteří podali odpovědi f) a g), jež v práci logopeda u dospělých klientů s MR neshledávají smysl, je 66,7 % respondentů právě z kategorie pojímající obor logopedie jako úpravu výslovnosti a vad řeči. V případě odpovědi f) jde o 10 z 15, u druhé zmíněné odpovědi osm z 12 tázaných. Uvedené lze vysvětlit tím, že respondenti, kteří v kompetencích logopeda spatřují intervenci orientovanou jen na oblast artikulace, opomíjejí další složky osobnosti klienta, jež může logoped stimulovat, a tudíž nekladou jeho práci zvláštní význam.

Překvapením není zjištění, že respondenti, kteří oklešťují logopedickou intervenci pouze na rozvoj dětské řeči, v 55,6 % případů (pět dotázaných) spatřovali smysl práce logopeda u uvedených klientů v odstranění vad řeči a v úpravě výslovnosti. Tento názor zastává 66,7 % respondentek (čtyři tázané) vnímajících obor logopedie uvedeným způsobem.



Graf č. 28: Možné souvislosti mezi respondentovou interpretací pojmu logopedie a důležitostí, kterou (ne)přikládá realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR

5.5 Závěry a diskuse

Na podkladě analýzy sebraných dat byly výzkumné otázky vyhodnoceny následovně.

- **Jaké představy mají zástupci laické veřejnosti o lidech s mentální retardací (čeho se mentální retardace týká, jak se u člověka může projevit atd.)?**

Pojem člověk s mentálním postižením respondentům nejčastěji asocioval poruchu mozku a snížený intelekt (odpověď a). Jednalo se o 38,5 % všech dotázaných, z čehož 52,5 % představují ženy a 47,5 % muži. Ze všech dotázaných žen takto odpovědělo 35,6 %, v případě respondentů-mužů šlo o 42,2 %. Tato odpověď se koncentruje na vyzdvižení relevantního rysu MR, avšak opomíjí bohatost symptomatických projevů, jež zcela zásadním způsobem ovlivňují celkový stav a kvalitu života člověka. Zkreslenost takového pojetí dokazují mnohé formulace výpovědí respondentů, jež byly zařazeny pod odpověď a), pro ukázkou: „Mozek nepracuje na plné obrátky.“, „Nemá zdravý rozum.“, „Tělo funguje jinak než mozek.“, „Postižená hlava.“, „Huř myslí a má záchvaty.“, „Nemá takové IQ.“

Z aspektu věku dominuje zmíněná odpověď a) v kategoriích respondentů 15-20letých, 21-30letých a 31-45letých. Osobu s MR jako jedince s poruchou mozku, sníženým intelektem si vysvětluje 44,8 % 21-30letých respondentů, z toho 76,9 % žen (představují 52,6 % všech respondentek této věkové kategorie). Týž názor zastává 44,4 % 31-45letých dotázaných, z čehož muži tvoří 61,5 %.

V odpovědi c) se odráží představy o osobách s MR jakožto o jedincích s postižením zraku, sluchu, mobility, s tělesnými deformacemi na první pohled viditelnými. Tuto odpověď shledáváme nejvíce zkreslenou, jelikož v ní jsou zařazeny nejednou se objevující výpovědi respondentů typu: „Člověk na vozíčku.“, „Nevidí, neslyší, nemůže chodit.“, „Má pohybovou vadu.“, „Postižení vzhledu.“, „Má obrnu a nekomunikuje.“, „Projeví se vzhledově, chová se jinak.“, „Je limitován nemocí, nemůže chodit a je nevidomý.“, „Chybí mu ruce a nohy.“ Ze všech respondentů, kteří udali tuto odpověď, jich 33,3 % spadá do věkové kategorie 46-60 let. Dominují zde ženy (83,3 %), celkem tuto odpověď podalo 45,5 % žen této věkové kategorie.

Nejstarší věková skupina preferuje představu o lidech s MR jakožto o jedincích s deficitem v myšlení, komunikaci a motorice, jde o 46,2 % respondentů věku 61 a více let.

Co se nejvyššího dosaženého vzdělání týče, podávají dominující odpověď a) s nejvyšší četností SŠ vzdělání respondenti (45 %). Ze všech dotázaných této skupiny pak tvoří 41,8 %. Tutéž představu o člověku s MR sdílí i 45,7 % VŠ vzdělaných respondentů. Celkem 70 % VŠ vzdělaných respondentů-mužů podalo odpověď a).

Ze všech respondentů, kteří udali odpověď a), představují studenti VŠ 32,5 %, což činí

43,3 % studentů VŠ. Tuto odpověď podalo 69,2 % studentek VŠ. Dále tento názor vyjádřili čtyři z pěti studentů VŠ SP. Z celého zkoumaného vzorku si pod pojmem člověk s MR nedokázali nic vybavit dva respondenti, oba studenti SOU věkové kategorie 15-20 let.

Odpověď c) dominuje v kategorii nezaměstnaných respondentů, uvedlo ji 60 % z nich.

Z uvedeného vyplývá, že představy reprezentantů laické veřejnosti o lidech s MR se většinou vztahují k deficitu intelektových schopností. Avšak např. z aspektu věku a pohlaví v jednotlivých věkových kategoriích shledáváme ve výpovědích respondentů zajímavé diskrepance.

- **Jak velká část představitelů laické veřejnosti osobně jednala s člověkem s mentální retardací?**

Do osobního kontaktu s člověkem s MR přišlo 55,8 % respondentů. Tuto zkušenost sdílí 57,6 % dotázaných žen a 53,3 % mužských respondentů. S jedincem s MR naopak nikdy nejednalo 44,2 % respondentů. Ze zkoumaného vzorku tedy nepřišlo do kontaktu s osobou s MR 42,4 % žen a 46,7 % mužů.

Z hlediska věku udávala nejčastěji zkušenost s kontaktem s osobou s MR kategorie 31-45letých (29,3 %), tuto odpověď podalo 63 % respondentů věku 31-45 let. Naproti tomu 55,2 % respondentů věkové kategorie 21-30 let nikdy nejednalo s člověkem s MR.

Záporná odpověď se s největší četností objevuje u SŠ vzdělaných dotázaných (53,5 % respondentů tohoto stupně dosaženého vzdělání a 50 % všech, kdo nepřišli do kontaktu s osobou s MR). Ovšem i opačná odpověď má četné zastoupení (46,5 %).

Nejčastěji přišli do kontaktu s člověkem s MR VŠ vzdělaní respondenti (65,7 % z dotázaných VŠ vzdělaných a 39,7 % všech, kdo odpověděli kladně). Zde shledáváme výraznější rozdíl než v předchozím případě, jelikož zápornou odpověď podalo jen 34,3 %.

Dále lze ze sebraných materiálů vyhodnotit, jaký stupeň postižení měly osoby, s nimiž dotazovaní jednali nejčastěji.

Nejčastěji přicházeli respondenti do kontaktu s lidmi s LMR (odpověď a), a to 50 % respondentek a 50 % dotázaných mužů. Představují 29,3 % a 20,7 % ze všech ženských a mužských respondentů se zkušeností s kontaktem s jedincem s MR.

S osobou s LMR jednalo nejvíce 31-45letých respondentů (64,7 %), přičemž mezi dotázanými, kteří podali odpověď a), představují podíl 31,3 %. S člověkem s LMR tedy jednalo 77,8 % 31-45letých žen, které přišly do kontaktu s osobou s MR, a 50 % respondentů-mužů této kategorie se zkušeností z jednání s jedincem s MR.

Z dotázaných, kteří osobně jednali s člověkem s LMR, představují 41,4 % VŠ vzdělání respondenti. Jedinou kategorií, kde se respondenti nesečkali nejčastěji s osobou s LMR, ale SMR (42,9 %), byla skupina SOU vzdělaných. Vzhledem k jejich nedostatečnému zastoupení ve výzkumném vzorku nelze z popsaného vyvozovat validní závěry.

Z respondentů, kteří osobně jednali s člověkem s LMR, jich 44,8 % spadá do kategorie Ostatní. Ze studentů VŠ, kteří se setkali s osobou s MR, jich 60 % jednalo s jedincem lehkého stupně MR. Tuto zkušenost má 75 % mužských respondentů-studentů VŠ, kteří přišli do kontaktu s člověkem s MR.

- **Jaké pocity u respondentů vyvolal osobní kontakt s osobou s mentální retardací?**

Pozitivní, přirozené emoce (odpověď c) z konfrontace s jedincem s MR popisovalo 29,3 % respondentů. Jde o 64,7 % respondentek (32,4 % dotázaných žen s touto zkušeností) a 35,3 % respondentů-mužů (25 % dotázaných mužů sdílejících tuto zkušenost). Ženy tedy udávaly nejčastěji odpověď c), avšak u dotázaných mužů dominovaly popisy lítosti (odpověď a), a to u 37,5 % z nich. Negativní emoce vzbuzuje kontakt s člověkem s MR v 10,3 % respondentů.

Lítost a přirozené pocity popisují nejčastěji 15-20letí respondenti, a to se zastoupením 44,4 %. Odpověď a) se s nejvyšší frekvencí objevuje i u 31-45letých dotázaných (29,4 %), představují 31,3 % ze všech takto odpovídajících respondentů. Avšak i tendence pomoci (odpověď b) a nejistota (odpověď d) zde mají značnou četnost (23,5 %), naopak v nejmladší věkové kategorii shledáváme jejich absenci. Respondenti věku 61 a více let pocítují při kontaktu s člověkem s MR ve 44,4 % případů lítost. Absentují zde tendence mu pomoci.

SŠ vzdělání se zkušeností z jednání s člověkem s MR popisovali v 35 % případů lítost (43,8 % všech respondentů s tímto pocitem). Ze všech SŠ vzdělaných mužů s touto zkušeností udává zmíněnou emoci 55,6 %. Druhou nejfrekventovanější odpovědí jsou pozitivní, přirozené pocity, jež popisuje 30 % dotázaných této kategorie (ženy). Představují tak 54,5 % SŠ vzdělaných respondentek, které jednaly s osobou s MR, a 35,3 % všech takto

odpovídajících. Lze tedy vypožorovat, že SŠ vzdělaní muži častěji popisovali lítost, zatímco respondentky této kategorie uváděly pozitivní pocity.

Negativní emoce udává 10,3 % respondentů, z čehož jsou tři SŠ vzdělaní a tři mají VŠ vzdělání. Přirozené, pozitivní emoce evokoval kontakt s osobou s MR 57,1 % respondentů s SOU vzděláním. U VŠ studentů shledáváme relativně vyrovnaný výskyt odpovědí, přičemž mírně převažují popisy přirozených pocitů (26,7 %). Stejně je tomu u studentů SŠ (60 %).

- **Jak reprezentanti laické veřejnosti běžně označují osoby s mentální retardací?**

Pro osoby s MR používá nejvíce respondentů označení postižení, handicapovaní či retardovaní (odpověď b), konkrétně 33,7 % dotázaných. Z toho jde o 51,4 % respondentek a 48,6 % respondentů. U mužské části zkoumaného vzorku tato odpověď dominuje, avšak ženy volily s nepatrnou převahou označení blíže specifikující stav člověka s MR, a to mentálně postižení (odpověď a). Jde o 33,9 % respondentek a 83,3 % všech, kteří jedince s MR označují tímto způsobem. Pro srovnání podalo odpověď a) jen 8,9 % respondentů-mužů. Nevhodně až vulgárně (odpověď d) pojmenovává osoby s MR 11,5 % dotázaných.

Jako postižené, handicapované či retardované označuje osoby s MR 35,3 % 15-20letých respondentů, jako druhá nejčtenější pojmenování těchto jedinců zde shledáváme nevhodná až vulgární označení (23,5 % dotázaných této skupiny a 33,3 % všech, kteří podali odpověď d).

Z kategorie 21-30letých respondentů jich 37,9 % označuje jedince s MR jako postižené, handicapované či retardované. Zmíněnou odpověď b) podalo 50 % všech mužských respondentů této věkové kategorie, zatímco u 42,1 % 21-30letých respondentek zaznamenáváme odpověď a). Ze skupiny 31-45letých dotázaných podalo odpověď a) 50 % respondentek a odpověď b) shledáváme u 53,8 % mužů. Jedinou věkovou kategorií, jež označuje osoby s MR častěji jinak než dle odpovědi b), jsou dotázaní starší 60 let, z nichž 30,8 % hovoří o lidech s MR jako o jiných či zaostalých.

Dominující označení osob s MR jako postižení, handicapovaní nebo retardovaní se objevuje nejčastěji u SŠ vzdělaných respondentů (48,6 %, ze SŠ vzdělaných dotázaných tak odpovědělo 39,5 %). O jedincích s MR takto hovoří 50 % SŠ vzdělaných respondentů-mužů. Nevhodná až vulgární označení shledáváme nejčastěji právě u SŠ vzdělaných (58,3 % dotázaných, kteří užívají tato pojmenování osob s MR). Vysoké hodnoty jsou důsledkem četného zastoupení SŠ vzdělaných ve výzkumném vzorku, tudíž je opět nelze vyzdvihnout

jako závěr s obecnější validitou.

Polovina respondentů, kteří o lidech s MR hovoří jako o mentálně postižených, dosáhla VŠ vzdělání. Z dotázaných VŠ SP vzdělání používají zmíněné označení dva a rovněž dva vyzdvihují lidskou hodnotu v pojmenování osob s MR (odpověď e).

Nevhodná až vulgární označení osob s MR shledáváme nejčastěji u studentů VŠ (33,3 % z respondentů takto odpovídajících). Naopak 40 % dotázaných, kteří hovoří o osobách s MR jako handicapovaných či lidech s mentálním postižením, představují právě studenti VŠ.

Nejvyšší počet respondentů, kteří označují osoby s MR jako postižené, handicapované či retardované, zaznamenáváme v kategoriích studentů VŠ, studentů SŠ, nezaměstnaných respondentů i ve skupině Ostatní.

- **Co si zástupci laické veřejnosti představují pod pojmem logopedie?**

U reprezentantů laické veřejnosti dominuje pojetí logopedie jakožto úpravy nesprávné výslovnosti a vad řeči (odpověď a). S tímto názorem jsme se setkali u 58,7 % respondentů, a to v poměru 63,9 % žen a (66,1 % respondentek) a 36,1 % mužů (48,9 % dotázaných mužů).

V takovém pojetí oboru logopedie shledáváme značnou bagatelizaci, jakož i v mnohých výpovědích některých respondentů, pro ukázkou: „Když má někdo špatný mluvení.“, „Lidi se naučí písmenka a ještě k tomu správně mluvit.“, „Logopedie je postižení řeči.“, „Logoped je doktor, který se zabývá vadami řeči.“, „Spravování řeči.“

Tato představa dominuje ve všech věkových kategoriích vyjma nejmladší, kde se stejnou četností zaznamenáváme odpověď e), tedy Nevím. Tito respondenti představují 60 % všech, kteří se k pojmu logopedie nedokázali vyjádřit. Odpověď a) zde podali jen muži (35,3 %). Podíl 70,4 % respondentů, kteří pojmají logopedii jako úpravu nesprávné výslovnosti a vad řeči, spadá do kategorie 31-45letých (31,1 % dotázaných uvedené skupiny).

Pojem logopedie si nejčastěji spojují s rozvojem řeči dětské populace 21-30letí respondenti (44,4 % všech tohoto mínění). Z respondentů podávajících tuto odpověď jich 33,3 % spadá do kategorie 46-60letých. Zde však 61,1 % dotázaných vnímá logopedii jako úpravu nesprávné výslovnosti a vad řeči, přičemž tento názor zastává 72,7 % respondentek této kategorie. S vysokým zastoupením odpovědi a) se setkáváme i v nejstarší věkové skupině dotázaných (69,2 %), kde takto odpovídalo 88,9 % žen.

Majorita respondentů (57,1 %) s nejvyšším dosaženým ZŠ vzděláním se nedovedla k pojmu logopedie vyjádřit, tvoří tak 80 % všech neznalých tohoto pojmu (pět z osmi dotázaných je stále žáky ZŠ).

Jako úpravu nesprávné výslovnosti a vad řeči pojímá logopedii 75 % respondentů s dosaženým SOU vzděláním a 41 % SŠ vzdělaných (58,1 % všech dotázaných tohoto mínění). Dále 55,6 % všech respondentů, kteří práci logopeda vztahují pouze na dětskou populaci, dosáhlo SŠ vzdělání. Mezi VŠ vzdělanými podalo odpověď a) 62,9 % respondentů.

Jako vědní disciplínu zabývající se osobami s NKS (odpověď b) definovali logopedii nejčastěji studenti VŠ, konkrétně studenti oboru SP. Kontrastně 44,4 % respondentů, kteří pojetí logopedie oklešťují jen na rozvoj dětské řeči, spadá právě mezi studenty VŠ. Stejný počet těchto odpovědí nacházíme v kategorii Ostatní.

• **Jaký význam přikládají představitelé laické veřejnosti realizaci logopedické intervence u dospělých osob s mentální retardací?**

Před objasněním smyslu, který respondenti (ne)spatřují v práci logopeda s dospělým klientem s MR, shrneme, jak velká část zkoumaného vzorku (ne)považuje tento druh intervence u dospělého člověka s MR za důležitý.

Podle 36,5 % respondentů je realizace logopedické intervence u dospělých jedinců s MR důležitá (odpověď a). Uvedený podíl dotázaných tvoří 68,4 % žen (44,1 % všech respondentek) a 31,6 % mužů (26,7 % mužského elementu zkoumaného vzorku). Jako irelevantní (odpověď b) zde zásah logopeda hodnotí 27,9 % respondentů, z čehož 44,8 % představují ženy (22 % všech respondentek) a 55,2 % muži (35,6 % dotázaných mužů). Na rozdíl od dotázaných žen a zkoumaného vzorku jako celku tedy nepovažuje většina respondentů-mužů logopedickou péči u dospělých osob s MR za podstatnou.

Ze všech věkových kategorií respondentů vyjadřují nejčastěji záporný názor 15-20letí. Jde o 47,1 % dotázaných této skupiny a 54,5 % dotázaných mužů uvedené věkové kategorie. Odpověď a) udalo pouhých 11,8 % těchto respondentů, zato z 21-30letých dotázaných podalo zmíněnou odpověď 51,7 %. Toto mínění zastává 63,2 % respondentek věku 21-30 let.

Ve skupině nejstarších dotázaných shledáváme kladné i záporné odpovědi se stejnou četností (38,5 %). V komparaci se zkoumaným vzorkem jako celkem zde zaznamenáváme

opačný poměr odpovědí z hlediska pohlaví. Smysl v realizaci logopedické péče u dospělé osoby s MR zde totiž spatřuje 50 % dotázaných mužů, oponuje jim 44,4 % respondentek.

Respondenti s nejvyšším dosaženým ZŠ vzděláním nespátřují v práci logopeda s dospělým klientem s MR smysl ve 35,7 % případů (čtyři z pěti těchto dotázaných jsou stále žáky ZŠ). Odpověď a) byla se stejnou četností jako odpověď b) udávána u skupiny SOU vzdělaných dotázaných (33,3 %), přičemž kladný názor vyjadřovaly pouze ženy.

Mezi SŠ vzdělanými respondenty je preferována odpověď a) (32,6 %). S nepatrným rozdílem v četnosti (30,6 %) shledáváme mínění, že realizace logopedické péče má smysl pouze u jedinců s poruchou řeči (52 % ze všech dotázaných tohoto názoru).

VŠ vzdělání dotázaní preferují kladnou odpověď (48,6 %), z podílu respondentů tohoto mínění tak představují 60 %. Kontrastně lze poukázat na 50 % VŠ vzdělaných respondentů-mužů podávajících zápornou odpověď.

Záporný postoj vůči smyslu realizace logopedické intervence u dospělých osob s MR převládá u studentů SŠ, z nichž jej zastává 44,4 %. Celkem 40 % studentů VŠ hodnotí práci logopeda s dospělým člověkem s MR jako smysluplnou, přičemž tohoto mínění je 60 % respondentek této kategorie. Dále představují studenti VŠ 40 % všech dotázaných, kteří spatřují význam logopedické intervence, má-li dospělý klient s MR poruchu řeči.

Nyní shrneme odůvodnění názorů respondentů, jež se vztahují k významu realizace logopedické intervence u dospělých klientů s MR.

Čtvrtina výzkumného vzorku shledává smysl práce logopeda v nárůstu slovní zásoby dospělého člověka s MR a zkvalitnění komunikace s okolím (odpověď a). S výskytem 24 % byl spatřován význam logopedické péče u dospělých osob s MR v odstranění vad jejich řeči a úpravě nesprávné výslovnosti (odpověď b). U mužské části zkoumaného vzorku dominovala první zmíněná odpověď (26,7 %), zatímco respondenty v 25,4 % případů podávaly odpověď b). Představují tak 60 % všech dotázaných tohoto mínění. Názor, že logopedická intervence pomáhá dospělým osobám s MR vyjadřovat potřeby, stimuluje jejich sebedůvěru a samostatnost, neshledáváme u žádného z respondentů-mužů, pouze u 13,6 % dotázaných žen.

Většinu respondentů (66,7 %), kteří považují realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR za bezpředmětnou, jelikož poruchu mozku jakožto příčinu MR již v dospělosti nelze zvrátit (odpověď f), tvoří muži. Stejnou část představují ženy mezi dotázanými, jež považují práci logopeda s uvedenou kategorií osob za zbytečnou, poněvadž klient by nepochopil význam logopedových instrukcí, navíc tito respondenti shledávají

důležitější oblasti, jež je zapotřebí stimulovat (odpověď g).

Odpověď f) dominuje u nejmladších respondentů (29,4 %). Naopak její absenci sledujeme v kategorii 21-30letých dotázaných, kde převládá odpověď b) (44,8 %). Tu podalo 70 % všech respondentů-mužů této věkové skupiny. Mezi 31-45letými respondenty je preferována odpověď a), a to v 40,7 % případů.

Podíl 27,8 % respondentů věku 46-60 let podal odpověď b), avšak 22,2 % z nich se vyjadřuje negativně odpovědí f). V nejstarší věkové kategorii udalo 30,8 % respondentů odpověď a), záporný postoj (odpověď g) zastává 23,1 % dotázaných této skupiny.

Mezi respondenty s nejvyšším dosaženým ZŠ vzděláním dominuje odpověď a) (28,6 %), odpověď g) je druhá nejčetnější (21,4 %). V případě dotázaných s SOU vzděláním sledujeme v 33,3 % případů odpověď b) a negativní názor na význam logopedické intervence u dospělých osob s MR vyjadřuje odpovědí f) 25 % těchto respondentů.

Z dotázaných, kteří podali odpověď a), tvoří SŠ vzdělání 42,3 %. Mezi respondenty, kteří spatřují smysl práce logopeda s dospělým klientem s MR v úpravě nesprávné výslovnosti a odstranění vad řeči (odpověď b), představují 40 %. U dotázaných s dosaženým VŠ vzděláním se v 22,9 % případů objevují odpovědi a) a b). Tato skupina tvoří 40 % všech, kteří podali odpověď f), přičemž tohoto mínění je 40 % VŠ vzdělaných respondentů-mužů.

Z podílu dotázaných, kteří hodnotí práci logopeda s dospělým klientem s MR na bázi odstranění vad řeči a úpravy nekorektní výslovnosti, tvoří 40 % studenti VŠ. Ti dále představují 26,7 % všech respondentů, kteří vyjádřili svůj negativní postoj odpovědí f).

Ve skupině Ostatní byla téměř polovinou respondentů (46,7 %) podávána odpověď f).

H: Laická veřejnost čteněji vnímá u osob s mentální retardací jejich případné symptomatické, na první pohled nápadné poruchy a opomíjí tak primárnost mentálního deficitu.

Stanovenou **hypotézu** se dle našeho názoru nepodařilo potvrdit, přesto lze konstatovat, že reprezentanti laické veřejnosti mají o lidech s MR zkreslené představy. Svědčí pro to nejfrekventovanější asociace k pojmu člověk s mentálním postižením, a to snížený intelekt a porucha mozku (38,5 %). Výše uvedené příklady konkrétních odpovědí respondentů dokreslují značnou bagatelizaci celé zkoumané problematiky. Tito dotázaní se koncentrovali pouze na intelektový deficit s absencí specifikace postižení dalších struktur osobnosti.

Uvedeným způsobem vnímá osoby s MR 46,6 % respondentů, jež přišli do kontaktu s člověkem s MR, avšak jen 28,3 % dotázaných bez této zkušenosti.

S vysokou četností zaznamenáváme i kontrastní tendence, jež korespondují se stanovenou hypotézou, a to akcentaci symptomatických projevů (senzorické či motorické postižení) bez vymezení relevantního rysu MR, tedy snížení intelektových schopností. V komplexním náhledu na zkoumaný vzorek takto odpovědělo 17,3 % respondentů (třetí nejčastější odpověď), přičemž celých 72,2 % z uvedeného souboru dotázaných nemá zkušenost s osobním kontaktem s jedincem s MR. Naopak ti, kteří jednali s osobou s MR, akcentovali symptomatické deficity pouze v 8,6 % případů.

6 Výzkumné šetření č. 2

6.1 Vymezení cíle výzkumného šetření č. 2

Cílem naší práce je dále postihnout, do jaké míry se logopedi orientují na skupinu osob s MR a do jaké věkové kategorie nejčastěji spadají jejich klienti s touto diagnózou. V neposlední řadě jsme se pokusili o zmapování metod, jež logoped při práci s jedinci s MR aplikuje, a také oblastí, na jejichž stimulaci se společně s klientem koncentrují. Pro tyto účely byl zkonstruován dotazník (Příloha 2), který bude blíže popsán vzápětí.

Pro dosažení vytyčeného cíle se pokusíme zodpovědět následující **výzkumné otázky** a potvrdit, či vyvrátit stanovenou **hypotézu (H)**:

- Jak velkou část klientely logopedů představují lidé s MR?
- S osobami jakého stupně MR pracují logopedi nejčastěji?
- Do jaké věkové kategorie převážně spadají klienti s MR, jimž logopedi poskytují svou péči?
- Jakou důležitost přikládají logopedi realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR?
- Na rozvoj jakých oblastí je podle logopedů zapotřebí se zaměřit při práci s dospělým člověkem s MR?
- Aplikace jakých metod, technik, pomůcek apod. je vhodná v rámci logopedické intervence u dospělých klientů s MR?
- Jaký je názor logopedů na význam snah o korekci výslovnosti u dospělých osob s LMR?

H: Lidé s mentální retardací nepředstavují výrazný podíl logopedické klientely, přičemž logopedi se čteněji orientují na práci s dětmi s mentální retardací než s dospělými s touto diagnózou.

6.2 Použité metody výzkumného šetření č. 2

Dotazník

Tuto frekventovanou výzkumnou metodu vymezuje Chráska (2007) podle Gavory

(2000) jako způsob písemného kladení dotazů a získávání písemných odpovědí. Je řazena mezi nestandardizované diagnostické prostředky a lze ji chápat jako interview předložené v písemné podobě. (Valenta, 2009).

V **lékařském pojetí** jde o základní a nejrozšířenější sociologickou výzkumnou techniku, používanou nejvíce v sociálním lékařství. Bývá spjat se statistickou metodou. Slouží ke sběru dat a je vhodné jej užít zj. pro kvantitativní shromáždění relativně jednoduchých údajů. Mezi jeho výhody patří finanční a prováděcí nenáročnost. (Vokurka, Hugo a kol., 2005)

Jeho další výhodou je možnost rychlého a ekonomického shromažďování dat od velkého počtu respondentů. V protíváze stojí nízká návratnost, náročnost jeho zkonstruování a také fakt, že nezjišťuje pedagogickou realitu. (Chráska, 2007)

V **pedagogickém pojetí** jde o výzkumný a diagnostický prostředek ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování osob. Je založen na souboru výroků zkonstruovaném podle kritérií vědecké metodologie, je předkládán v písemné podobě. Objektivnost získaných výsledků se výrazně odvíjí od formulace položek, výběru respondentů a způsobu zadávání dotazníku. (Průchová, Walterová, Mareš, 2009, s. 58)

Jednotlivé položky dotazníku se dělí z hlediska cíle, pro který jsou určeny, formy požadované odpovědi a obsahu, který je položkou zjišťován. (Chráska, 2007)

Dotazník byl adresován odborníkům-logopedům. Jako prostředek vyhledávání respondentů jsme zvolili internet. Vzhledem ke značnému množství dotazníků rozesílaných po celé České republice byla cesta jejich vyplnění a zpětného odeslání rovněž elektronická.

V úvodu je vymezen účel, za jakým respondenti dotazník vyplňují, dále pokyny, jak postupovat. Následují kontaktní položky zjišťující fakta (pohlaví, věk, pracoviště). Položky zaměřené na pohlaví a věk jsou uzavřené, v případě pracoviště jde o položku polouzavřenou.

Položky č. 1, 2, 3 zjišťují fakta a jsou uzavřené. Položky č. 4 a 7 řadíme mezi uzavřené, zaměřené na mínění, postoje a motivy. Jako otevřené označíme položky č. 5 a 6. Za konečnou položkou následuje prostor pro volné zdůvodnění a rozvedení názoru respondenta, který se vztahuje k poslední označené odpovědi.

V závěru respondentům děkujeme za ochotu a čas, který dotazníku věnovali.

Emailové adresy logopedů jsme získávali z těchto internetových zdrojů:

- <http://www.firmy.cz/Prvni-pomoc-a-zdravotnictvi/Zdravotnicke-sluzby/Zdravotnicka-zarizeni/Lekarske-ordinace/Logopedicke-ordinace?source=chint>
- <http://najisto.centrum.cz/zdravi/lekari-a-lekarske-ordinace/logopedie/>

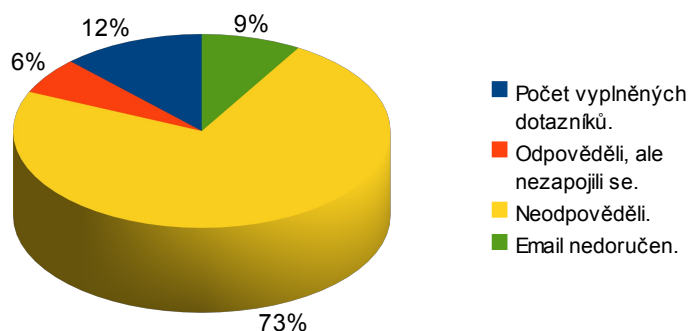
6.3 Charakteristika zkoumaného vzorku č. 2

Celkem bylo prostřednictvím emailu kontaktováno 245 logopedů, z čehož jich 30 bylo svolných s participací na výzkumném šetření. Od 15 logopedů jsme obdrželi odpovědi se zamítnutím spolupráce. Nedoručených emailů (pro zřejmě neaktualizované údaje o užívaných mailových adresách) bylo 21.

Výsledné hodnoty v tabulce a v textu jsou udávány v desetinných číslech, zatímco z důvodu větší přehlednosti jsou hodnoty v grafech znázorněny celými čísly. Procentuální hodnoty v grafech vyjadřují vždy podíl respondentů z počtu dotázaných, kteří podali danou odpověď. V textu jsou však uvedeny i další hodnoty, jako je např. podíl z celkového zkoumaného vzorku, ze vzorku dotázaných žen nebo mužů apod.

Tab. č. 1: Zapojení respondentů do výzkumného šetření č. 2

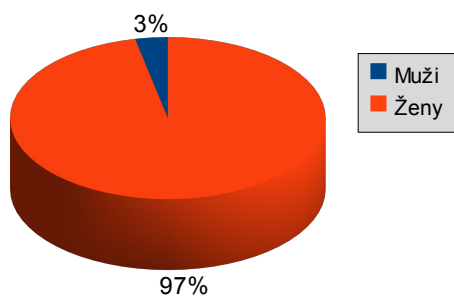
Vyplněné dotazníky	30	Hodnota v %	12,2
Odpověděli na email, ale nezapojili se	15	Hodnota v %	6,1
Neodpověděli na email	179	Hodnota v %	73,1
Email nedoručen	21	Hodnota v %	8,6
Rozesláno emailů	245		



Graf č. 1: Zapojení respondentů do výzkumného šetření č. 2

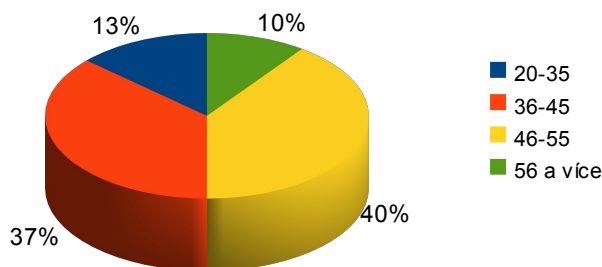
Aktivní spolupráci pouhých 12,2 % oslovených logopedů na výzkumném šetření č. 2 si vysvětlujeme značnou časovou vytižeností oslovených odborníků, což nám potvrzují i některé ze zasláných odpovědí. V jiných případech odmítnutí argumentovali logopedi svou nezkušeností s prací s klienty s MR, ač v kontaktním emailu stálo, že i pro logopedy neorientující se na skupinu osob s MR je dotazník určen.

Do výzkumného šetření se zapojilo 29 žen (96,7 %) a jediný muž (3,3 %).



Graf č. 2: Složení výzkumného vzorku č. 2 dle pohlaví

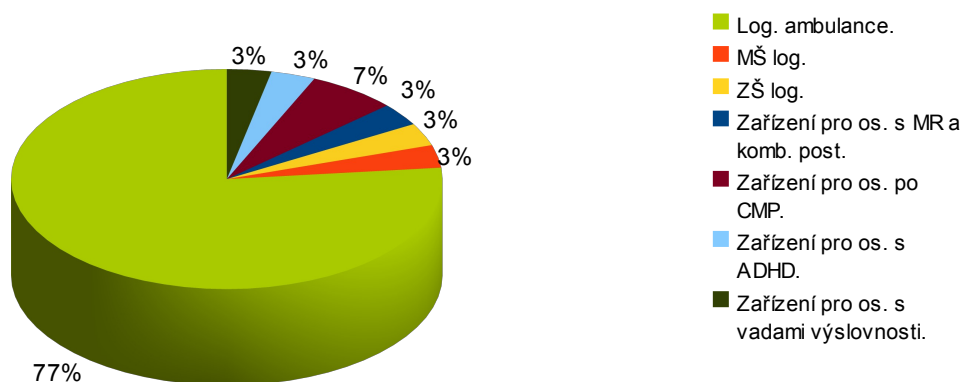
Z aspektu věkového zahrnuje výzkumný vzorek čtyři respondenty 20-35leté (13,3 %), 11 dotázaných ve věku 36-45 let (36,7 %), 40 % 12 respondentů 46-50letých (40 %) a tři dotázané logopedy starší 56 let (10 %).



Graf č. 3: Složení výzkumného vzorku č. 2 dle věku

Další položka dotazníku zjišťovala pracoviště, na němž respondenti působí. V rámci logopedických ambulancí provozuje své služby 23 dotázaných (76,7 %), v MŠ logopedické pracuje jeden respondent (3,3 %), stejně tak v ZŠ logopedické. Logopedickou intervenci v zařízení pro osoby po cévní mozkové příhodě (CMP), s afázií a s difúzním poškozením mozku vykonávají dva dotázaní (6,7 %). Vždy po jednom respondentovi nacházíme v

zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, v instituci pro jedince s vadami výslovnosti a nakonec v zařízení pro děti s ADHD, ADD, LMR, děti sociálně znevýhodněné, děti s pseudodyslexií a s postižením intelektu na bázi polygenní dědičnosti.



Graf č. 4: Složení výzkumného vzorku dle pracoviště respondentů

6.4 Výsledky výzkumného šetření č. 2

U vybraných položek uvádíme v rámci jejich vyhodnocení též výraznější difference ve výpovědích z aspektu věku respondentů či pracoviště, na němž působí. Pro názornost získaných výsledků doplňujeme vyhodnocení položek o grafická znázornění v podobě grafů, příp. tabulek.

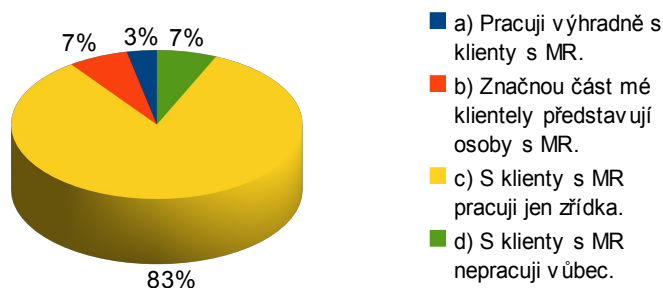
1. Jak velkou část z Vaší klientely tvoří osoby s mentální retardací?

- Pracuji výhradně s klienty s mentální retardací.
- Značnou část mé klientely představují osoby s mentální retardací.
- S klienty s mentální retardací pracuji jen zřídka.
- S klienty s mentální retardací nepracuji vůbec.

Majoritní část respondentů (v počtu 25) přichází do pracovního kontaktu s osobami s MR jen ve výjimečných případech, konkrétně jde o 83,3 %, což představuje 95,7 % všech respondentů působících v logopedických poradnách. Značnou část klientely představuje zmíněná cílová skupina u 6,7 % respondentů. Jde o jednoho dotázaného působícího v logopedické poradně, a jednoho logopeda, který své služby poskytuje v instituci pro osoby po CMP a klienty s difúzním poškozením mozku. Stejnou incidenci zaznamenáváme u

respondentů, kteří s lidmi s MR nepracují vůbec, jedná se o pracovníky ZŠ logopedické a zařízení pro osoby s vadami výslovnosti. Jediný dotázaný logoped (3,3 %) koncentruje svou práci výhradně na osoby s MR, a to v instituci poskytující služby jedincům s MR a kombinovaným postižením.

Jak velkou část z Vaší klientely tvoří osoby s mentální retardací?



Graf č. 5: Podíl osob s MR z celkové klientely respondentů

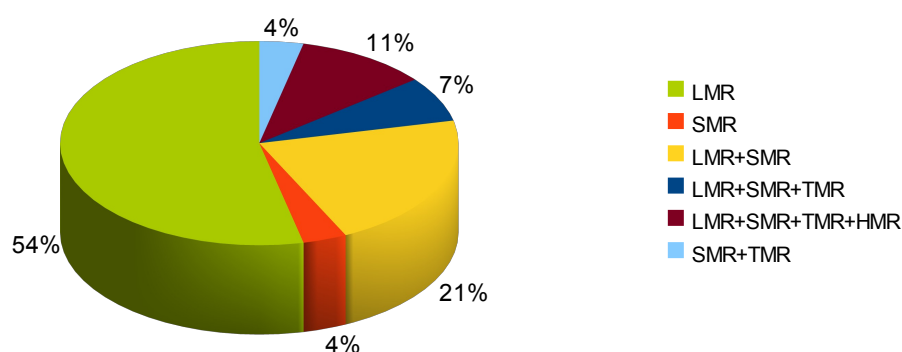
2. S klienty jakého stupně mentální retardace převážně pracujete?

- S osobami s lehkou mentální retardací.
- S osobami se středně těžkou mentální retardací.
- S osobami s těžkou mentální retardací.
- S osobami s hlubokou mentální retardací.

Procentuální údaje u této položky jsou vypočítávány z celkového počtu 28 respondentů, nezařazujeme tedy dotázané, kteří s osobami s MR nepracují vůbec.

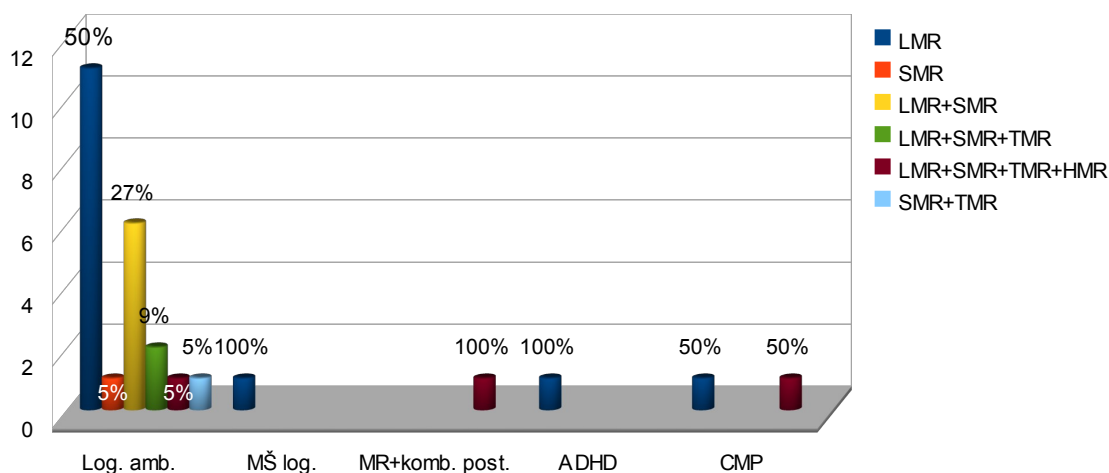
Nejvíce respondentů (v počtu 15) poskytuje logopedickou intervenci osobám s LMR (53,6 %). Zohledníme-li kombinaci s dalšími stupni MR, pak osobám s LMR poskytuje svou péči 26 logopedů (92,9 %). S jedinci s lehkým a středním stupněm MR pracuje šest dotázaných (21,4 %). Na osoby všech stupňů MR se profesně orientují tři tázaní logopedi (10,7 %), přičemž všichni spadají do věkové kategorie 36-45 let. Dva respondenti (7,1 %) poskytují logopedickou péči jak jedincům s LMR, tak i SMR a TMR. Po jednom dotázaném (3,6 %) pracuje s lidmi se SMR a se SMR i TMR

S klienty jakého stupně mentální retardace převážně pracujete?



Graf č. 6: Klientela dotázaných logopedů dle stupně MR

Respondenti působící v logopedických ambulancích, kteří mají pracovní zkušenosti s jedinci s LMR, s klienty se SMR a dotázaní pracující s lidmi s obou stupňů MR (rovněž působící v logopedických ambulancích) dohromady tvoří 64,3 % (18 z 28 respondentů). Ovšem pro generalizaci tvrzení, že se do logopedických poraden koncentrují spíše klienti s lehčími stupni MR, nemáme dostatečný výzkumný vzorek, jenž by navíc zahrnoval více respondentů působících v institucích, které se specializují na péči o osoby s MR.



Graf č. 7: Možná souvislost mezi stupněm MR klientů a typem pracoviště, jež jim poskytuje služby

3. Jakého věku jsou převážně klienti s mentální retardací, s nimiž pracujete?

- Klienti předškolního věku (3-6 let).
- Klienti školního věku, dospívající (6-18 let).
- Dospělí klienti (18 a více let).

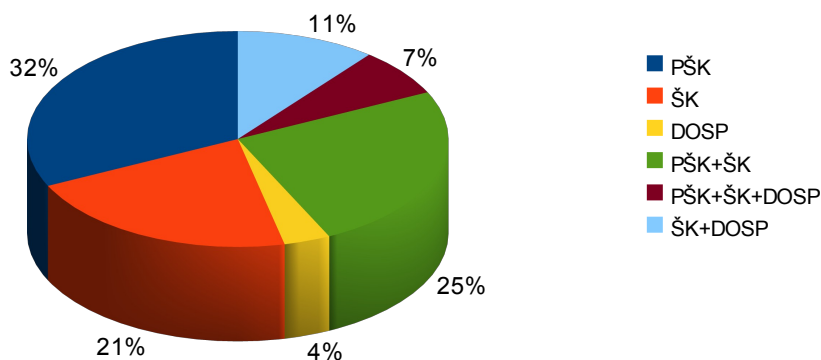
I zde budou procentuální údaje vypočítávány ze základu 28 respondentů, kteří mezi svými klienty mají i osoby s MR.

Nejčastěji pracují logopedi s dětmi předškolního věku s MR (devět respondentů z 28, tedy 32,1 %). Jako druhý nejčetnější údaj sledujeme logopedickou intervenci u klientů s MR věku předškolního a školního (sedm dotázaných, tedy 25 %), pomyslné třetí místo patří práci s klienty školního věku (šest respondentů, tedy 21,4 %). Dotázaní těchto tří uvedených kategorií působí v naprosté většině případů v logopedických ambulancích. Celkem 18 dotázaných (64,3 %) tedy uvedlo, že v kategoriích osob s MR převážně koncentruje své služby na děti předškolního věku a stejnou incidenci respondentů sledujeme i v případě práce s jedinci s MR věku školního.

Klientelu s MR mužského respondenta tvoří převážně děti školního věku.

Dospělé klienty s MR najdeme u šesti respondentů (21,4 %), u tří spadajících do věkové kategorie 36-45 let a u tří respondentů starších 56 let. Z hlediska pracoviště působí tyto čtyři dotázaní v logopedických ambulancích, jeden v zařízení pro osoby s MR a kombinovaným postižením a zbylý respondent pracuje v zařízení pro jedince po CMP a s difúzním poškozením mozku.

Jakého věku jsou převážně klienti s mentální retardací, s nimiž pracujete?



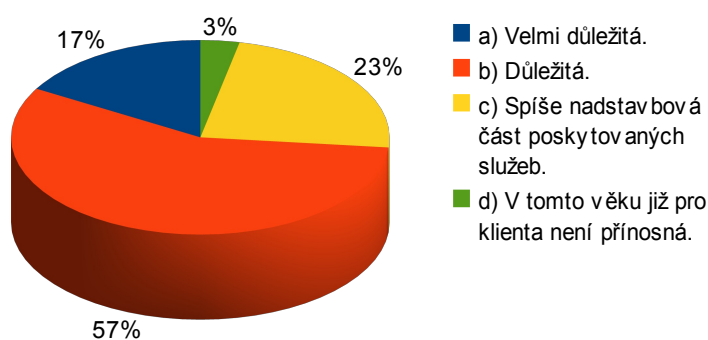
Graf č. 8: Klienti s MR dle věku

4. Jak je podle Vašeho názoru důležitá logopedická péče u dospělých klientů s mentální retardací?

- a) Velmi důležitá.
- b) Důležitá.
- c) Spíše nadstavbová část poskytovaných služeb.
- d) V tomto věku již pro klienta není přínosná.

S nejvyšší četností (17 ze 30 respondentů, tedy 56,7 %) bylo zaznamenáno mínění, že logopedická péče u uvedené cílové skupiny je důležitá (odpověď b). Z věkového hlediska dominují v tomto názoru 36-45letí dotázaní, a to v počtu sedmi (41,2 %), z aspektu pracoviště působí 12 respondentů (70,6 %) tohoto názoru v logopedických ambulancích. Druhým nejčastějším (sedm dotázaných, tedy 23,3 %) bylo shledáno pojetí logopedické péče u dospělých osob s MR jako nadstavbové služby (odpověď c). Takto odpovídali nejčastěji 46-55 letí dotázaní, a to v počtu tří. Představují 42,9 % všech respondentů tohoto mínění, jež sdílí i jediný respondent-muž tohoto výzkumného vzorku. Za velmi důležitou (odpověď a) považuje logopedickou intervenci pět respondentů (16,7 %), naopak jako již nepřínosnou pro vymezené klienty ji vnímá jedna respondentka starší 56 let, působící v logopedické ambulanci.

Je podle Vašeho názoru důležitá logopedická péče u dospělých klientů s mentální retardací?



Graf č. 9: Důležitost logopedické péče u dospělých klientů s MR

5. Na rozvoj jakých oblastí se při práci s dospělým klientem s mentální retardací zaměřujete, příp. (nepracujete-li s dospělými klienty s mentální retardací) jaké oblasti by měly být podle Vás rozvíjeny u této cílové skupiny v rámci logopedické intervence? Uved'te, prosím, co nejvíce informací.

- a) Aktivní a pasivní slovní zásoba, oromotorika, artikulace.
- b) Gramatika, syntax, auditivní a vizuální percepce, jemná motorika.
- c) Kognitivní funkce, sebeobsluha, orientace v praktickém životě.

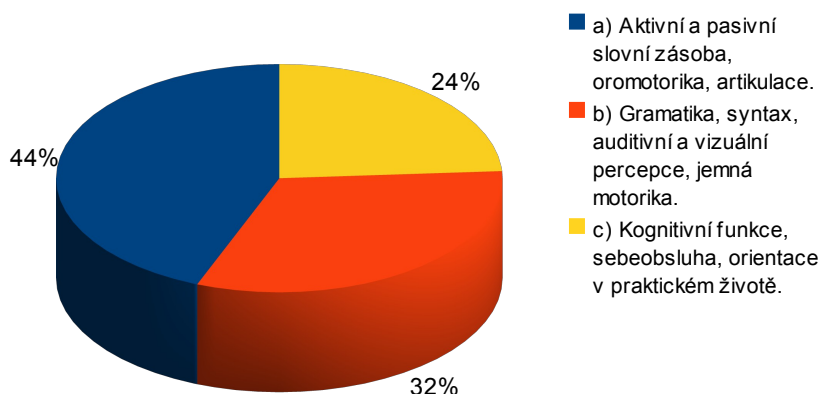
Pro účel vyhodnocení odpovědí vztahujících se k této položce byl vytvořen výčet nejčastěji udávaných oblastí, které logopedi u dospělých klientů s MR stimulují. Pochopitelně nebylo možné zachytit zde veškeré respondenty podávané informace a jejich kombinace, proto je v textu blíže rozvádíme v Poznámkách respondentů.

Na pátou položku nepodalo odpověď pět dotázaných (16,7 %), tudíž základem, z něhož budou odvozována procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí, bude 25 respondentů. Nevyjádřili se dva respondenti poskytující logopedickou péči v logopedických ambulancích, dále vždy po jednom dotázaném působícím v MŠ logopedické, ZŠ logopedické a v zařízení pro osoby s vadami výslovnosti.

Nejvíce dotázaných logopedů (v počtu 11, tedy 44 %) se při práci s dospělým člověkem s MR koncentruje na oblast aktivní a pasivní slovní zásoby, oromotoriky a artikulace (odpověď a). Tuto odpověď podávali nejčastěji respondenti věkové kategorie 46-55 let, konkrétně pět (50 %) z nich, čímž představují 25 % všech dotázaných tohoto názoru. Do zmíněných 44 % respondentů spadá jediný mužský respondent, dále ti, kteří pracují v zařízení pro osoby po CMP a s difúzním poškozením mozku, a dotázaná logopedka ze zařízení pro děti mj. s postižením intelektu.

Gramatiku, syntax, jemnou motoriku, auditivní a vizuální percepce (odpověď b) zde rozvíjí osm respondentů (32 %). Zbývajících šest dotázaných logopedů (mezi nimi i respondentka působící v zařízení pro osoby s MR a kombinovaným postižením) představuje 24 % a stimuluje u uvedené cílové skupiny klientů rozvoj kognitivních funkcí, sebeobsluhy a orientace v praktickém životě (odpověď c).

Na rozvoj jakých oblastí se při práci s dospělými klienty s mentální retardací zaměřujete?



Graf č. 10: Rozvíjené oblasti v rámci logopedické intervence u dospělých osob s MR

6. Jaké konkrétní metody, techniky, pomůcky apod. využíváte při práci s dospělými klienty s mentální retardací, příp. (nepracujete-li s dospělými klienty s mentální retardací) jaké metody, techniky, pomůcky apod. by měly být podle Vás užívány při práci s touto cílovou skupinou v rámci logopedické intervence? Uveďte, prosím, co nejvíce informací.

- Prostředky augmentativní a alternativní komunikace (dále AAK), textové a obrazové materiály.
- Počítačové programy, didaktické hry, zvukové pomůcky.
- Nácvik komunikačních strategií, předměty denní potřeby.

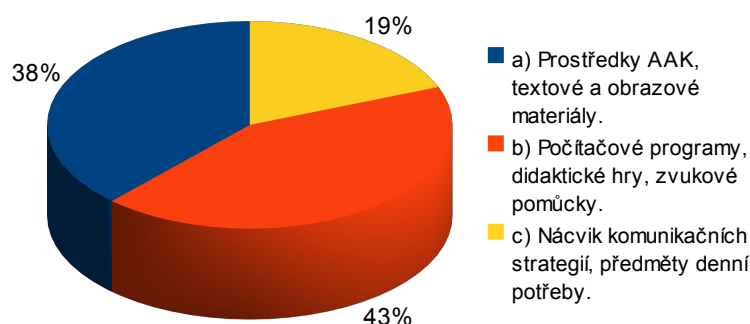
Rovněž k šesté položce byl na základě respondenty nejfrekventovaněji podávaných informací sestaven jejich výčet k vyhodnocení položky. Popisy kombinací a příkladů metod, pomůcek a technik, aplikovaných v rámci logopedické intervence u dospělých osob s MR, byly natolik rozmanité, že budou podrobněji popsány v Poznámkách respondentů.

K šesté položce se nevyjádřilo devět dotázaných (30 %), proto základem pro vyvození procentuálního zastoupení respondentů u jednotlivých odpovědí bude hodnota 21. Zastoupení dotázaných, kteří k této položce neuvodli žádné informace, je z hlediska pracoviště obdobné jako u předchozí položky, jen respondentů působících v logopedických ambulancích je zde pět a navíc přibyl dotázaný pracující v instituci pro osoby po CMP a s difúzním poškozením mozku.

Respondenti při práci s dospělými osobami s MR užívají nejčastěji počítačové programy, didaktické hry či zvukové pomůcky (odpověď b), již podalo devět dotázaných tedy

42,9 %). Často též pracují s prostředky AAK, s textovými a obrazovými materiály (odpověď a), jež se objevuje u osmi respondentů, tedy 38,1 %). Tuto odpověď podal i jediný respondent-muž, respondentka působící v instituci pro klienty s MR a kombinovaným postižením, dále dotázaná logopedka ze zařízení pro děti mj. s intelektovými deficity a jedna z respondentek pracující s klienty po CMP. Ve čtyřech případech (19 %) nacvičují dotázaní logopedi s uvedenými klienty komunikační strategie a pracují s předměty denní potřeby. Jde pouze o 46-55leté respondenty (33,3 % dotázaných této věkové kategorie) působící v logopedických ambulancích.

Jaké konkrétní metody, techniky, pomůcky apod. využíváte při práci s dospělými klienty s mentální retardací?



Graf č. 11: Metody, techniky, pomůcky užívané logopedy při práci s dospělými lidmi s MR

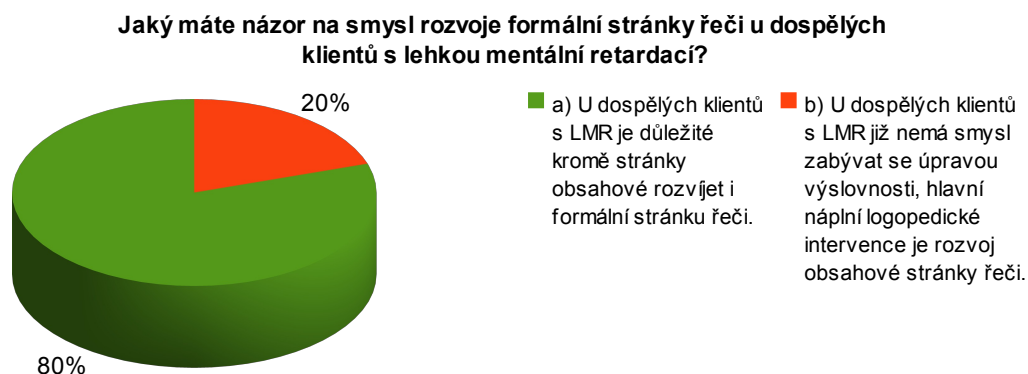
7. Jaký máte názor na smysl rozvoje formální stránky řeči (úpravy výslovnosti) u dospělých klientů s lehkou mentální retardací?

- U dospělých klientů s lehkou mentální retardací je důležité kromě stránky obsahové rozvíjet i formální stránku řeči.
- U dospělých klientů s lehkou mentální retardací již nemá smysl zabývat se úpravou výslovnosti, hlavní náplní logopedické intervence je rozvoj obsahové stránky řeči.

Odpověď a) označilo 24 respondentů (80 %). Výraznější diference zaznamenáváme v kategorii respondentů 36-45letých, z nichž toto mínění zastává 72,7 % dotázaných, a dále u respondentů spadajících do věkové skupiny 46-55 let, kde zmíněnou odpověď volilo 10 dotázaných (včetně jediného mužského respondenta) z 11, tedy 91,7 %. Uvedeného názoru jsou i všichni tři dotázaní starší 56 let.

Z pohledu pracovišť označilo odpověď a) 19 dotázaných logopedů (82,6 %), kteří své

služby vykonávají v logopedických ambulancích. V opozici je šest respondentů (20 %), z nichž jedna dotázaná působí v instituci pro osoby s MR a kombinovaným postižením, další logopedka tohoto mínění pracuje v zařízení pro osoby po CMP a pro pacienty s difúzním poškozením mozku a spadá sem rovněž dotázaná, která profesně působí v MŠ logopedické.



Graf č. 12: Názor na smysl rozvoje formální stránky řeči u dospělých klientů s LMR

8. Z jakého důvodu jste označili právě tuto odpověď? Rozveďte, prosím, svůj názor.

- Nelze jednoznačně odpovědět, jde o individuální záležitost.
- Korekce výslovnosti je důležitá pro zvýšení kvality jejich komunikace s okolím.
- Korekce výslovnosti je důležitá pro rozšíření možnosti jejich pracovního uplatnění.
- Neodpověděli.

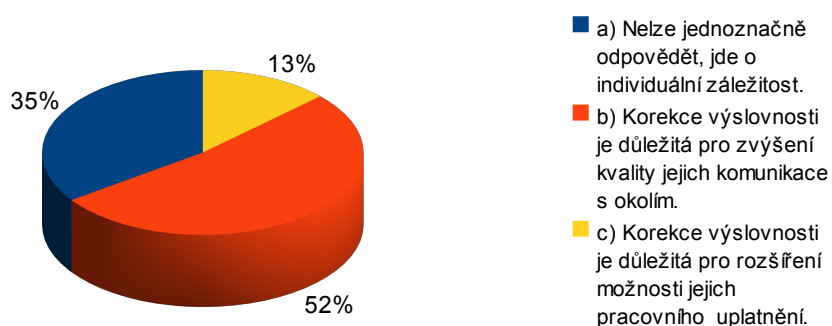
Pro přehlednost a snazší orientaci jsme položku numericky označili, ač tomu tak v dotazníku není. Na bázi odpovědí respondentů jsme zkonstruovali výčet nejčastěji udávaných informací, na jehož základě položku vyhodnotíme. Některá konkrétní mínění dotázaných logopedů, vztahující se k této položce, budou blíže specifikována v Poznámkách respondentů.

K osmé položce se nevyjádřilo sedm respondentů (23,3 %), procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí budou tedy vypočítávána ze základu 23 dotázaných. Z těchto sedmi respondentů je pět (71,4 %) ve věku 45-56 let, z hlediska pracoviště jde o čtyři dotázané působící v logopedických ambulancích a vždy po jednom respondentovi pracujícím v MŠ logopedické, ZŠ logopedické a v zařízení poskytujícím služby jedincům s vadami výslovnosti.

Nadpoloviční většina respondentů vidí smysl korekce výslovnosti u dospělých osob s LMR v nárůstu úrovně dorozumění se s okolím (odpověď b). Jedná se o 12 dotázaných

(52,2 %), z čehož 11 (91,7 %) působí v logopedických ambulancích a jeden respondent v zařízení pro dětskou populaci mj. s postižením intelektu. Specifický význam, lišící se od klienta ke klientovi (odpověď a), přisuzuje korekci výslovnosti osm respondentů (34,8 %), mezi nimiž je i respondentka ze zařízení pro osoby s MR a kombinovaným postižením a obě dotázané logopedky poskytující své služby klientům po CMP a s difúzním poškozením mozku. Zbývající tři dotázaní (13 %) spatřují smysl tohoto druhu intervence v optimalizaci možností pracovního uplatnění dospělých osob s LMR (odpověď c).

Zdůvodnění odpovědi vztahující se k předchozí položce

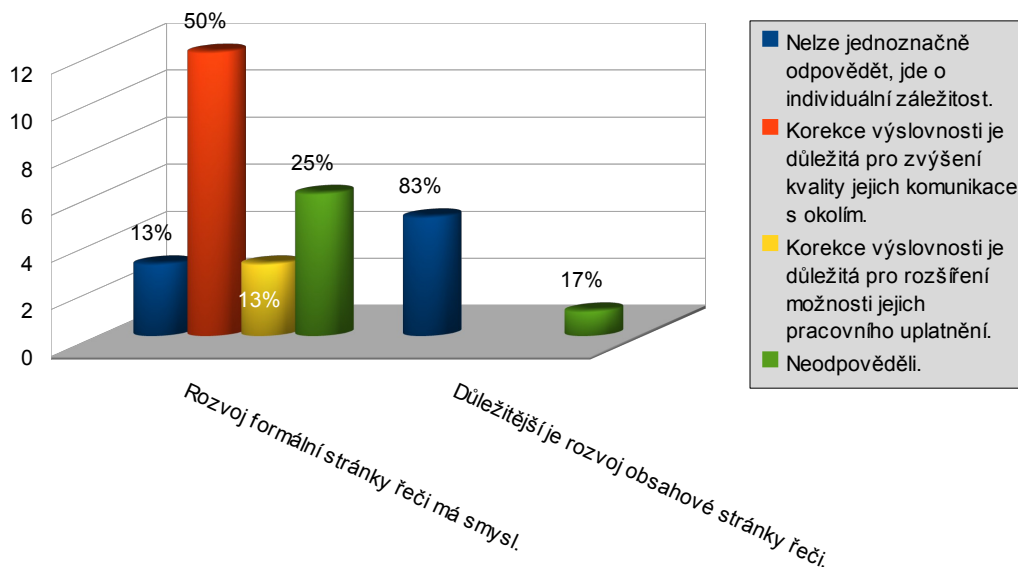


Graf č. 13: Názor na význam logopedické intervence u dospělých osob s LMR

Nyní zkombinujeme odpovědi respondentů vztahující se k této položce s odpověďmi u položky předchozí. Jde o hledání možných souvislostí mezi názory na význam realizace logopedické intervence u dospělých osob s MR a míněními o smyslu rozvoje formální stránky řeči uvedené cílové kategorie klientů.

Zde lze zpozorovat, že dotázaní logopedi, kteří preferují rozvoj obsahové roviny řeči (odpověď b), v pěti ze šesti případů (83,3 %) korekci výslovnosti u dospělých klientů s LMR zcela nezavrhují, pouze akcentují individualitu každého člověka, jíž je nezbytné zohledňovat při konstruování plánu logopedické intervence u konkrétního klienta.

Respondenti, kteří u dospělých klientů s LMR považují za smysluplný i rozvoj formální stránky řeči (odpověď a), zdůvodňují toto své mínění ve 12 případech (50 %) následným zkvalitněním komunikace klientů s okolím.



Graf č. 14: Možné souvislosti mezi názory na význam realizace logopedické intervence u dospělých osob s MR a míněními o smyslu rozvoje formální stránky jejich řeči

Poznámky respondentů

V předchozích částech textu jsme odkazovali na bližší specifikaci podávaných výpovědí respondentů, vztahujících se k položkám č. 5, 6 a 8. První zmiňovanou položkou byly mapovány složky osobnosti, jež logopedi u dospělých klientů s MR stimulují, či (v případě, že se zmíněnou klientelou nepracují) by se na jejich rozvoj orientovali. Do uvedeného výčtu nejčastěji podávaných odpovědí nebylo možné zahrnout všechny popisované oblasti, proto výpovědi některých logopedů přiblížíme nyní.

Respondentka věkové kategorie 46-55let podává své 10leté zkušenosti s realizací logopedické intervence u dospělých mužů s MR, u nichž rozvíjela oblasti, jako jsou zvýšení kvality porozumění řeči, instrukcím, dovednost vést rozhovor na konkrétní téma či v konkrétní situaci, narativní schopnosti (rozvoj děje). Stimulace formální stránky řeči spočívala v koncentraci na preciznost artikulace, rytmus a fluenci řeči, koordinaci respirace v průběhu mluvního aktu. Co se korekce výslovnosti týče, akcentuje stejně jako další respondenti individualitu každého klienta a poukazuje na problematiku inhibice patologických návyků realizace hlásek a osvojování si nových modelů motoriky artikulačních orgánů v dospělém věku. Jejimi postřehy z praxe jsou u mnohých případů dospělých klientů s MR vysledovaná nízká úroveň cílevědomosti, jistá pohodlnost, absence chuti ke změně

stereotypního režimu dne i zažitých způsobů realizace mluvních projevů. Jakákoli výrazná změna představovala interferenci relevantního pocitu bezpečí a jistoty v životě. Podle této respondentky je nezbytná spolupráce s psychologem, chceme-li tyto osoby ovlivňovat změnou, již vnímáme jako mediátor nárůstu kvality jejich života. Při realizaci logopedické intervence u dospělých klientů s MR je rovněž důležité brát zřetel na jejich případné zkušenosti z dětství s tímto druhem terapie. Nutné je zohledňovat daným postižením omezené možnosti těchto osob, nelze na ně klást vysoké nároky a přetěžovat je. Empatie je zde důležitější než cílevědomost logopeda (příp. jiného odborníka).

Za účelem uplatnění osob s MR v majoritní společnosti je dle názoru 46-55leté respondentky vhodné zaměřit se na manipulaci s finančními prostředky. Respondentka starší 56 let, jejíž klientela zahrnuje i dospělé osoby s MR, zohledňuje v rozvoji komunikačních kompetencí potřeby konkrétních klientů. Mnozí jsou schopni sami stanovit cílové sféry, na jejichž zdokonalení chtějí pracovat (komunikace s lékaři, při nákupu apod.). Obdobně by i dotázaná logopedka věkové kategorie 20-35 let stimulovala rozvoj slovní zásoby zmíněných klientů s ohledem na situace, v nichž běžně figurují. Respondentka stejné věkové skupiny popisuje koncentraci na rozvoj komunikačních kompetencí s koncentrací na sociální potřeby klienta (schopnost exprese potřeb).

Respondentka věkové skupiny 36-45 let zdůrazňuje význam rozvoje koncentrace pozornosti a grafomotoriky. Několik logopedů by se při práci s dospělým člověkem s MR zaměřilo na všechny jazykové roviny s akcentem úrovně pragmatiky. Jiní by se orientovali na oblast gramatiky a větné stavby. Respondentka věkové kategorie 46-55 let poukazuje na aplikaci fonačních cvičení. Jediný mužský respondent by se při práci s dospělým klientem s MR zaměřil na obohacení jeho slovní zásoby, na oblast artikulace a gramatiky.

Dotázaná působící v instituci pro osoby s MR a kombinovaným postižením u verbálně komunikujících klientů rozvíjí verbální paměť, schopnost samostatné deskripce jevů, elementy sociálního učení (kompetence verbální reakce na každodenní situace). U klientů s nedostatečnou úrovní verbálních schopností pro komunikaci s okolím aplikuje systémy AAK, a to jeden druh, či více typů v kombinaci s orální mluvní produkcí dle možností člověka. Prostřednictvím komunikačního slovníku rozvíjí u klientů schopnost vedení rozhovoru, popisu situačního obrázku či spontánního sdělení bez předchozího ataku logopeda.

Na objasnění konkrétních metod, technik, pomůcek apod., využívaných logopedy při

práci s dospělými klienty s MR, byla zacílena **položka č. 6**.

Ve dvou případech byla zaznamenána aplikace pomůcek určených pro osoby s afázií, např. slovník pro afatiky. Mnozí neuvádějí pro práci s dospělými klienty s MR specifické pomůcky, pracují s prakticky využitelnými předměty dle vybavení pracoviště. Dotázaná logopedka starší 56 let, jež poskytuje péči i dospělým osobám s MR, poukazuje na nutnost kreativity logopeda a uvádí v této souvislosti příklad, kdy pomůcku, již běžně užívá pro korekci výslovnosti u dyslalie, může u zmíněných klientů aplikovat s cílem rozvoje slovní zásoby či eliminace agramatismů.

Čtyři respondenti zdůrazňovali nutnost modifikace pomůcek dle potřeb, zájmů a věku klienta, tedy vyvarování se infantilizace klientů. V kontrastu s tímto zaznamenáváme u jedné dotázané využívání pexesa, jiná respondentka užívá při práci s dospělými lidmi s MR hry na počítači či na tabletu, hry značky Granna, Logico Piccolo, Logico primo. Materiály určené dětské populaci užívá při práci s dospělými klienty s MR i další respondentka, konkrétně popisuje CD programy pro předškolní děti, dětské knihy a časopisy, pracovní listy pro grafomotoriku, úkoly pro předškoláky.

Respondentka věkové skupiny 36-45 let by při práci s dospělým klientem s MR dbala především na multisenzorický přístup (stejně jako dvě další), do terapie by zahrнула i arteterapii a muzikoterapii. Dotázaní logopedi by mnohdy užívali zvukové pomůcky, jako je diktafon, CD přehrávač či magnetofon. Jedna dotázaná uvádí v této souvislosti aplikaci bubínků, klavíru, trianglu či flétny.

Se značnou frekvencí sledujeme využívání počítačových programů, jako je Mentio či Altík. Dotázaná logopedka věkové kategorie 20-35 let doporučuje též práci na Ipadu. Respondentka věku 46-55 let by u dospělých osob s MR rozvíjela kompetence základního ovládání počítače, práce na internetu, vyhledávání hesel. Dále by činnost s nimi vztáhla na nácvik komunikačních strategií, rozhodování, hodnocení složitějších informací, jednání v krizových situacích (úraz, dopravní nehoda apod.).

Respondentka starší 56 let, jež pracuje i s dospělými lidmi s MR, vytváří pro své klienty křížovky adaptované na jejich intelektovou úroveň. Dotázaná věkové skupiny 46-55 let pracuje s dospělými klienty s MR jen výjimečně, užívá obrazové materiály, v případě potřeby orofaciální stimulaci a dle individuálního posouzení podporuje i rozvoj čtenářských kompetencí. Zmíněná orofaciální terapie navíc s terapií myofunkční a percepčně-motorickou je zaznamenána ještě u jedné respondentky věku 46-55 let, jež dále zdůrazňuje nutnost

vizualizace.

U jediného muže výzkumného vzorku shledáváme důležitou poznámku motivace a názornosti, následně však uvádí nutnost drilu artikulace a opakování.

Respondentka, jež logopedickou péči poskytuje klientům v zařízení pro osoby s MR a kombinovaným postižením, se při práci s nimi opírá o názornost a vizualizaci materiálu (piktogramy, VOKS, kliparty, tématické obrázkové knihy, letáky, fotografie, encyklopedie). Dále užívá zvukové pomůcky, didaktické a strukturované hry, zaměřené na navlékání, třídění, vkládání a přiřazování.

Pomůcky výhradně na korekci výslovnosti popisuje 46-55letá dotázaná logopedka, jež by především u dospělých klientů užívala rotavibrátor (v celém výzkumném vzorku se popis jeho užití objevuje ve dvou případech). Další metody by volila dle posouzení polohy jazyka v dutině ústní při realizaci jednotlivých hlásek.

V **položce č. 8** bylo úkolem respondentů blíže specifikovat mínění, k němuž se přiklonili u položky předchozí.

Často shledáváme odpověď, že nelze jednoznačně říci, zda korekce výslovnosti u dospělého člověka s LMR má, či nemá smysl. Někteří respondenti poukazují na relevanci angažovanosti a motivace rodinných příslušníků klienta, příp. vychovatelů instituce, mnohdy si i sám klient uvědomuje nedostatky ve svém projevu a má zájem na nich s logopedem pracovat.

Tři dotázaní logopedi nevidí u osob s LMR v období dospělosti, stejně jako u intaktních dospělých, překážku v rozvoji jejich výslovnosti. Častěji však respondenti podávali názor, že o korekci výslovnosti se lze pokusit, ale vždy záleží na individuálním posouzení každého klienta, aby nedocházelo k jeho zbytečné traumatizaci opakujícími se neúspěchy a demotivací pro další logopedickou intervenci, orientovanou jiným směrem. Vzhledem k mentálnímu deficitu klienta shledává řada respondentů menší pravděpodobnost, že v dospělém věku dokáže správně vyvozený způsob realizace hlásky fixovat, automatizovat a užívat ve spontánní řeči. Mnohdy se nemusí podařit ani jej vyvodit. Primárně tedy doporučují stimulovat obsahovou stránku řeči a o úpravu výslovnosti se pokusit.

Respondentka věkové kategorie 36-45 let považuje úpravu výslovnosti u dospělých osob s LMR za důležitou, přičemž poukazuje na časovou náročnost a nutné praktické zkušenosti logopeda, který musí posoudit, u jakých forem poruch artikulace je korekce

smysluplná.

Mnozí dotázaní logopedi spatřují význam korekce výslovnosti u dospělých klientů s LMR ve zlepšení srozumitelnosti jejich mluvního projevu, tudíž zefektivnění komunikace s okolím, v nárůstu úrovně socializačních kompetencí a dle některých i v zisku výhodnější pozice na trhu práce. Respondentka věkové skupiny 46-55let dodává, že důsledkem úpravy výslovnosti může být u takového člověka nárůst pocitu sebeuspokojení.

6.5 Závěry a diskuse

Na bázi informací, získaných vyhodnocením jednotlivých položek, jsme formulovali odpovědi na stanovené výzkumné otázky následujícím způsobem.

- **Jak velkou část klientely logopedů představují lidé s MR?**

Osoby s MR nepředstavují v rámci logopedické klientely kategorii, na niž by se služby zmíněných odborníků vztahovaly ve větší míře. Ojedinelé případy jedinců s MR mezi svými klienty popisuje 83,3 % respondentů. Jediný respondent se věnuje výhradně uvedené cílové skupině, avšak na rozdíl od zmíněné dominující skupiny dotázaných, kteří působí v 88 % případů v logopedických ambulancích, tento realizuje logopedickou intervenci v instituci pro osoby s MR a s kombinovaným postižením. Stejný, 6,7 %, zastávají množina respondentů, kteří s lidmi s MR nepracují vůbec, a kategorie dotázaných, u nichž naopak značnou část klientely tvoří lidé s MR.

- **S osobami jakého stupně MR pracují logopedi nejčastěji?**

S nejvyšší frekvencí popisovali dotazovaní logopedi spolupráci s osobami s LMR, jde o 53,6 % logopedů, v jejichž klientele se objevují osoby s MR pouze lehkého stupně. Logopedi, kteří pracují s lidmi různě závažné MR, včetně lehkého stupně, představují 92,9 %. Dále byly s nižším procentuálním zastoupením uváděny kombinace klientů s různými stupni MR (např. klienti lehké a středně těžké MR u 21,4 % respondentů).

- **Do jaké věkové kategorie převážně spadají klienti s MR, jimž logopedi poskytují svou péči?**

Dotázaní logopedi, kteří pracují s osobami s MR, se v této cílové kategorii klientů nejčastěji orientují na jedince školního věku, konkrétně jde o 64,3 % respondentů. Rovněž děti předškolního věku s MR bývají častými reprezentanty klientely s MR, a to u 60,7 % dotázaných logopedů. S dospělými lidmi s uváděnou diagnózou pracuje 21,4 % respondentů.

- **Jakou důležitost přiřkládají logopedi realizaci logopedické intervence u dospělých osob s MR?**

Jako důležitou vnímá práci logopeda s dospělým člověkem s MR 60 % respondentů. Realizaci tohoto typu terapie u zmíněné cílové kategorie považuje 26,7 % dotázaných odborníků za nadstavbový element poskytovaných služeb. Pro 10 % respondentů je logopedická péče poskytovaná dospělým klientům s MR velmi důležitá. Tomuto mínění oponuje jediná respondentka, která v ní u osob dospělého věku s MR nespatřuje již žádný potenciál.

- **Na rozvoj jakých oblastí je podle logopedů zapotřebí se zaměřit při práci s dospělým člověkem s MR?**

Stimulaci rozvoje aktivní a pasivní slovní zásoby, motoriky mluvních orgánů a artikulace považuje v rámci logopedické intervence u dospělých klientů s MR za stěžejní 44 % respondentů. Podíl 32 % dotázaných akcentuje při práci s uvedenou skupinou klientů oblast gramatiky, syntaxe, jemné motoriky, vizuální a auditivní percepce. Zbýlých 24 % dotázaných logopedů by rozvíjelo kompetence klientů na úrovni kognitivních funkcí, sebeobsluhy a orientace v praktickém životě.

- **Aplikace jakých metod, technik, pomůcek apod. je vhodná v rámci logopedické intervence u dospělých klientů s MR?**

Podíl 42,9 % respondentů považuje při práci s dospělými klienty s MR za vhodnou

aplikaci počítačových programů, didaktických her a pomůcek, jejichž smysl spočívá v efektu zvukovém. Prostředky AAK a nejrůznější zdroje textových a obrazových materiálů používá, příp. (nepracují-li s klienty s MR dospělého věku) by požívalo 38,1 % dotázaných logopedů. Zbylých 38,1 % respondentů doporučuje koncentraci na nácvik komunikačních strategií a manipulaci s předměty denní potřeby.

- **Jaký je názor logopedů na význam snah o korekci výslovnosti u dospělých osob s lehkou MR?**

Dotázaní logopedi považují v 52,2 % případů korekci výslovnosti dospělých klientů s MR za významnou pro pozitivní efekt v oblasti srozumitelnosti jejich mluvního projevu, a tudíž i pro přínos v komunikaci s okolním prostředím. Soubor 34,8 % respondentů nedokáže striktně určit, zda je snaha o úpravu formální stránky řeči uvedené kategorie klientů smysluplná, jelikož je nutné ke každému klientovi přistupovat individuálně a význam korekce výslovnosti posuzovat s ohledem na specifika jeho zdravotního stavu a osobnosti. Z toho důvodu hovoří primárně o podpoře rozvoje obsahové stránky řeči, v odůvodněných případech, po posouzení individuálních kompetencí klienta, i o stimulaci výslovnosti. Zbylou kategorií s nejnižším zastoupením 13 % představují dotázaní logopedi, kteří spatřují pozitiva v korekci formální roviny mluvního projevu dospělých klientů, a to pro oblast jejich pracovního uplatnění.

H: Lidé s mentální retardací nepředstavují výrazný podíl logopedické klientely, přičemž logopedi se čteněji orientují na práci s dětmi s mentální retardací než s dospělými s touto diagnózou.

Zjištěním, že 83,3 % respondentů se v rámci své logopedické praxe orientuje na klienty s MR jen v ojedinělých případech, a shledáním, že v 64,3 % případů pracují dotázaní s dětmi s MR předškolního a stejný podíl logopedů s dětmi s MR školního věku, potvrzujeme platnost vytyčené hypotézy. Klientelu s MR tvořenou výhradně dospělými lidmi zaznamenáváme u jediného respondenta výzkumného vzorku. Zohledníme-li kombinace dospělosti s dalšími věkovými kategoriemi, pak s cílovou skupinou klientů přichází do profesního kontaktu šest respondentů (21,4 %).

7 Kazuistika

Vzhledem k jedné z příloh, jíž je kazuistika jakožto ukázka naší spolupráce s dospělým klientem s LMR, zařazujeme teoretické vymezení i této metody.

Tato klinická, původně lékařská, metoda se označuje též jako případová studie, case study, case history a ve **speciálněpedagogickém pojetí** zpravidla obsahuje rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu, prognózu, terapeutickou, terapeuticko-formální či reedukační intervenci, jejich průběh a výsledky, popř. katamnézu. (Edelsberger, 2000)

⁴Valenta (2009) se odkazuje na Vaška (1991), který ji vymezuje jako metodu spočívající v důkladném studiu všech dostupných písemných i jiných materiálů o postiženém nebo narušeném jedinci, v jejich diagnostickém zhodnocení a formulování závěrů. Mezi zmíněné dostupné materiály spadají lékařské, psychologické, sociální diagnózy a expertizy, dále soudní spisy, pedagogické deníky, vysvědčení atd.

Poněkud odlišný pohled nabízí **psychologické pojetí** kazuistiky, která je vymezena jako popis jednotlivých případů, např. vznik, průběh a vyléčení duševní choroby nebo odstranění povahové vlastnosti apod.; může se týkat jak jedince, tak i skupiny lidí či instituce; slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. (Hartl, Hartlová, 2000)

Pedagogické vědy pojmají případovou studii jako „výzkumnou metodu v empirickém pedagogickém výzkumu, při níž je zkoumán jednotlivý případ (např. žák, škola apod.). Ten je detailně popsán a vysvětlován, takže dochází k takovému typu objasnění, jehož při zkoumání týchž objektů v hromadném souboru nelze dosáhnout. Výhodou je možnost hlubokého poznání podstaty případu, nevýhodou omezená zobecnitelnost výsledků.“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 231)

Nakonec lze pro srovnání uvést ještě **lékařské pojetí** kazuistiky, které ji vnímá jako popis konkrétního případu určitého onemocnění, jež má často zajímavý a poučný charakter. (Vokurka, Hugo, 2005)

Naše kazuistika je přiložena k práci pod označením Příloha 3, v níž je uveden veškerý postup při zpracovávání.

Závěr

Cílem naší práce bylo poukázat na možnost a relevanci uplatnění logopeda v péči o dospělé osoby s LMR, dále detekce četnosti a konkrétních podob tohoto typu intervence v praxi. Zaměřili jsme se též na laickou veřejnost, na její mínění a zkušenosti týkající se osob s mentální retardací a její názory na realizaci logopedické intervence u dospělých reprezentantů této kategorie.

První část práce, teoretická, se věnuje specifikaci MR a osob s touto diagnózou, a to z pohledu psychologického i logopedického. Podává deskripci zvláštností jejich osobnosti, analyzuje jejich řečové a komunikační kompetence a podává návrhy na obsah logopedické intervence. Je zde vytyčeno několik oblastí, jakožto možných styčných bodů logopedické intervence a služeb institucí orientujících se na dospělé klienty s MR.

Praktická část práce je diferencována do dvou oddílů dle výzkumných šetření, z nichž první bylo realizováno prostřednictvím strukturovaného interview, jímž jsme dospěli k následujícím zjištěním. Pojem člověk s mentálním postižením si nejčastěji respondenti vykládali jako snížený intelekt a poruchu mozku. S jedincem s MR jednalo osobně 55,8 % dotázaných, z nichž polovina přišla do kontaktu s osobou s lehkým stupněm poruchy. Kategorie respondentů, kteří mají zkušenost s jednáním s člověkem s MR, popisovala nejčastěji pozitivní, přirozené pocity z tohoto kontaktu. Uvedený typ emocí dominoval u žen, kdežto muži častěji udávali pocity lítosti. Osoby s MR respondenti nejfrekventovaněji označují termíny postižení, handicapování či retardování. Respondentky s nejvyšší četností (33,9 %) blíže specifikují stav člověka pojmem mentálně postižený. Kontrastně u mužů byla tato odpověď zaznamenána pouze v 8,9 % případů. Termín logopedie si 58,7 % dotázaných vysvětluje jako úpravu nesprávné výslovnosti a odstraňování vad řeči. K významu logopedické intervence u dospělého člověka s MR se nejčastěji (36,5 %) respondenti vyjadřovali pozitivně, avšak v kategorii mužů dominovalo záporné mínění (35,6 %). Dotázaní muži s negativním názorem argumentují ve 22,2 % případů ireverzibilitou mozkového deficitu. Respondenti s kladným postojem nejčastěji (25 %) shledávají relevanci práce logopeda s dospělým člověkem s MR ve zkvalitnění porozumění a nárůstu slovní zásoby. S rozdílem jednoho procenta zaznamenáváme odpověď, v níž je smysl logopedické péče u zmíněné kategorie spatřován v úpravě výslovnosti a odstranění vad řeči.

Druhé výzkumné šetření, orientované na odborníky z praxe-logopedy, bylo realizováno

s využitím metody dotazníku. Majorita respondentů (83,3 %) pracuje s klienty s MR jen zřídka, přičemž 64,3 % poskytuje péči dětem s MR předškolního věku a stejná část zkoumaného vzorku se věnuje dětem s MR věku školního. S dospělými lidmi s MR pracuje šest respondentů (21,4 %), přičemž výhradně na tuto klientelu se specializuje jeden dotázaný. Jako důležitou ohodnotilo realizaci logopedické péče u dospělých osob s LMR 56,7 % respondentů. Při práci s dospělou klientelou s MR se 44 % logopedů koncentruje (příp. by se koncentrovali, pracovali-li by se zmíněnou skupinou osob) na stimulaci rozvoje aktivní a pasivní slovní zásoby, oromotoriky a artikulace. Mezi popisovanými metodami a pomůckami, využívanými při práci s dospělými jedinci s MR, zaznamenáváme v 42,9 % případů počítačové programy, didaktické hry nebo zvukové pomůcky. Ke smyslu rozvoje formální stránky řeči u dospělých klientů LMR se 80 % respondentů vyjadřuje pozitivně. Význam práce logopeda s uvedenou skupinou klientů spatřuje 52,2 % dotázaných v korekci výslovnosti a následném zkvalitnění jejich komunikace s okolím.

Při komplexním náhledu na výsledky obou výzkumných šetření lze konstatovat, že reprezentanti laické veřejnosti mají o lidech s MR mnohdy zkreslené představy oscilující mezi dvěma extrémy. Na jedné straně jde o limitovanou akcentaci intelektového deficitu, na straně druhé o deskripci symptomatických, zj. sensorických a somatických poruch s absencí mentálního narušení. Značnou bagatelizaci shledáváme i u pojetí logopedie. Kategorie osob s MR, především dospělých, nepatří mezi frekventovanou logopedickou klientelu. Přesto logopedi v mnohých případech vynakládají snahu o maximální adaptaci intervence potřebám klientů, užívají širokou škálu pomůcek a metod. V kontrastu s tímto zaznamenáváme též případy aplikace intervenčních prostředků zacílených na dětskou populaci či orientaci pouze na formální stránku řeči.

Mezi přílohy práce je zařazena kazuistika, podrobně analyzující výsledky práce s dospělým klientem s LMR. Je praktickou ukázkou možného vedení logopedické intervence u této kategorie klientů, zahrnuje realizaci mnohých námětů uvedených v teoretické části práce.

Doufáme, že naše práce přispěla k rozšíření náhledu na osoby s MR, jakož i na možnosti uplatnění logopeda. Otázka integrace či inkluze osob se specifickými potřebami je často diskutována, hledají se prostředky zkvalitnění jejich života. Z aspektu cílů, jako je úspěšná socializace, budoucí uplatnění ve společnosti, ale též z hlediska subjektivního pocitu spokojenosti klienta může být logopedická intervence relevantním elementem komplexní péče orientované na dosažení uvedených cílů.

Seznam použité literatury:

BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2010, s. 289-304. ISBN 978-80-7315-198-0.

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-X.

ČERNÁ, Marie a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1973.

DRTÍLKOVÁ, I. Mentální retardace. In RABOCH, J., ZVOLSKÝ, P. a kol. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001, s. 342-356. ISBN 80-7262-140-8.

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: [terminologický a výkladový]*. 3., upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007. Logopaedia clinica. ISBN 978-80-902536-6-7.

EDELSBEREGER, Ludvík a kol. *Defektologický slovník*. 3. upravené vydání. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HEINEMAN, Evelyn a DE GROEF Johan. *Psychoanalyse und gestige Behinderung: Fallstudien aus Belgien, Deutschland, England, Frankreich und den USA*. 1. vydání. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag, 1997. ISBN 3-7867-2037-1.

JANOTOVÁ, D. Mentální retardace. In ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2005, s. 154-164. ISBN 80-7184-203-6.

KÁBELE, F. Rozvíjení řeči u oligofrenních dětí. In: SABADOŠ, P. a kol. *Logopédia v komplexnej starostlivosti o dieťa*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1977, s. 119-128.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušená komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 119-128. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. Logopedie. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přepracované a rozšířené vydání. Brno: Paido, 2010, s. 117-140. ISBN 978-80-7315-198-0.

KLENKOVÁ, J. Vývoj řeči u tělesně, mentálně a zrakově postižených dětí. In: VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004, s.123-137. ISBN 80-7315-071-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KRHUTOVÁ, Lenka a kol.. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1168-7.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie a sociální komunikace*. 1. vydání. Praha: Svoboda, 1988.

KYSUČAN, Jaroslav. *Psychopedie: teorie výchovy mentálně retardovaných*. 1. vydání. Praha, 1990.

LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přepracované vydání. Hradec Králové: Kotva, 1996. ISBN 80-900254-8-X.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

LECHTA, V. Logopedická starostlivosť o oligofrenikov v osobitnej materskej škole. In: SABADOŠ, P. a kol. *Logopédia v komplexnej starostlivosti o dieťa*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľství, 1977, s. 129-138.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2011. 3., doplněné a přepracované vydání. ISBN 978-80-7367-977-4.

LECHTA, V. Metody a techniky logopedické terapie, principy jejich aplikace. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s.15-32. ISBN 807178-961-5.

LINGG, Albert, THEUNISSEN, Georg. *Psychische Störungen und geistige Behinderung: ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis*. 4. přepracované a aktualizované vydání. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2000. ISBN 3-7841-1246-3.

KUČEROVÁ, Anna. Komunikace u osob se specifickými potřebami. In LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Sborník příspěvků ze závěrečné konference k projektu ESF. "Tvorba a realizace kurzů v rámci celoživotního vzdělávání rozšiřujících kvalifikaci v oblasti speciální pedagogiky" = Memorial volume of entries at the concluding conference on the ESF project "Creation and implementation of courses within lifelong education, expanding qualification in the field of special education" = Sammelwerk der Beiträge von der Abschlusskonferenz zum Projekt ESF "Planung und Realisierung von Weiterbildungskursen zur erweiternden Qualifizierung im Bereich Sonderpädagogik": Olomouc, 15.5.2008*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008, s. 9-14. ISBN 978-80-244-1977-0.

LUDÍKOVÁ, Libuše. Výpočetní technika jedna z cest ke zkvalitnění života mentálně retardovaných. In: *Mentálne postihnutie z interdisciplinárneho aspektu*. 1. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského-Pedagogická fakulta, 2002, s. 80-82. ISBN 80-967180-9-6.

MARKOVÁ, Zdeňka, STŘEDOVÁ, Ljuba. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. Knižnice speciální pedagogiky.

- MATULAY, Karol a kol. *Mentálna retardácia*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1986.
- MATULAY, Karol. *Ošetrvanie mentálne poškodených*. 1. vydání. Martin: Osveta, 1989.
- MIKULAJOVÁ, M. Narušený vývin řeči. In KEREKRÉTIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*. 1. vydání. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009, s. 115-135. ISBN 978-80-223-2574-5.
- MIKULAJOVÁ, M., KAPALKOVÁ, S. Terapie narušeného vývoje řeči. In LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005, s. 33-82. ISBN 807178-961-5.
- MÜLLER, Oldřich. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0207-6.
- MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie-Andragogika*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1204-7.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2001. ISBN 80-7041-098-1.
- NEUBAUER, Karel. *Poruchy řečové komunikace u dospělých osob*. 1. vydání. Praha: Asociace klinických logopedů České republiky, 1997.
- NEUBAUER, K. Syndrom demence a poruch komunikace. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 180-206. ISBN 978-80-7367-340-6.
- PALČOVÁ, Alena, ed. *Slovník psychiatrických termínů*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-78-6.

PASTIERIKOVÁ, L., REGEC, V. Komunikace a lidé s mentálním postižením. In: JURKOVIČOVÁ, P. a kol. *Komunikace a lidé s mentálním postižením: metodický materiál*. 1. vydání. Univerzita Palackého v Olomouci, 2010, s. 28-50. ISBN 978-80-244-2648-8.

PETRÁŠ, P. Smyslová percepce. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 138-167. ISBN 978-80-247-3829-1.

PETRÁŠOVÁ, J. Emoce. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 241-248. ISBN 978-80-247-3829-1.

PREISS, Marek. a kol. *Klinická neuropsychologie*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-443-6.

PROCHÁZKA, M. Pozornost. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 200-208. ISBN 978-80-247-3829-1.

PROCHÁZKA, M., PETRÁŠOVÁ, J. Intelektové poznávací funkce. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 178-199. ISBN 978-80-247-3829-1.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 6., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

PŘINOSILOVÁ, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. In: PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2010, s. 61-100. ISBN 978-80-7315-198-0.

RUBINŠTEJNOVÁ, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka: Přír. pro vys. šk.* 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1973.

SEEMAN, Miloslav. *Poruchy dětské řeči.* 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

SOVÁK, Miloš. *Logopedie.* 1. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1978.

SYNEK, František. Logopedie na zvláštní škole. In: *Logopedie ve výchově a vzdělání.* 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 1961, s. 229-246. Sborník přednášek z IX. Celostátního zasedání logopedických pracovníků.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti.* 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠKODOVÁ, E. Symptomatické poruchy řeči. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie.* 2., aktualizované vydání. Praha: Portál, 2007, s. 389-427. ISBN 978-80-7367-340-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* 4., přepracované vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty.* 1. vydání. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

⁴VALENTA, M. Diagnostika v psychopedii. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2009, s. 61-88. ISBN 978-80-7320-137-1.

³VALENTA, M. Etiologie mentálního postižení. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2009, s. 58-60. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, M. Koncept mentálního postižení a terminologie. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 28-61. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M. Lidé s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

²VALENTA, M. Specifika osobnosti klienta s mentálním postižením a jinou duševní poruchou. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2009, s. 35-43. ISBN 978-80-7320-137-1.

¹VALENTA, M. Terminologie v psychopedii. In VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2009, s. 7-16. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, M., MÜLLER, O. Etiologie mentální retardace. In VALENTA, M., MICHALÍK, J. a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012, s. 55-61. ISBN 978-80-247-3829-1.

VAŠEK, Štefan a kol. *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. 1. vydání. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. ISBN 800-80-121-7-X.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 5., aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

ZEZULKOVÁ, Eva. Komunikativní kompetence dětí a žáků s mentálním postižením. *Časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky*. 2009, roč. 19, s. 20-24. Praha: Univerzita Karlova-Pedagogická fakulta. ISSN 1211-2720.

Internetové zdroje:

Centrum sociálních služeb Lukavec. *Popis realizace služby*. [online]. 2010. Dostupné z: <http://www.ladalukavec.cz/clanky/popis-realizace-sluzby/>

Domov bez zámku. Terapeutická činnost. *Terapeutická činnost pro osoby se zdravotním postižením úsp jinošov*. [online]. 2010 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.domovbezzamku.cz/terapeuticka-cinnost-5-4/>.

Helmholtz Zentrum München. DocCheck News. *Geistige Retardierung: Spontan mutiert*. [online]. 27.9. 2012 [cit. 2013-03-10] Dostupné z: <http://news.doccheck.com/de/article/211191-geistige-retardierung-spontan-mutiert/>

CHRÁSTKOVÁ, Eva, KOJECKÁ, Renata. Sestra. *Komunikace u osob s mentálním postižením*. [online]. 10.10. 2011 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikace-u-osob-s-mentálním-postizenim-461759>.

Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. Genetika. *Genetika: Poruchy mentálních funkcí*. [online]. 2013 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: <http://telemedicina.med.muni.cz/pdm/genetika/index.php?pg=geneticke-poradenstvi--specializacni-cast--onemocneni-nervoveho-systemu--poruchy-mentálních-funcí>

KNÝŘOVÁ, Pavla. *Kvalita života mentálně retardovaných*. [online]. Brno, 2006. 101 s. Diplomová práce na Katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. [cit. 2013-03-02] Dostupné z: <http://www.rojko.sk/files/studovna/Array22.pdf>

Bobelovka-centrum pobytových a ambulantních sociálních služeb, Jindřichův Hradec. *Terapeutické pracoviště*. [online]. c2006-2007 [cit. 2012-03-11]. Dostupné z: <http://www.bobelovka.cz/pages/index.php?pg=sect&sekce=19&subsekce=22&id=6>.

Special Olympics Hessen. *Geistige Behinderung*. [online]. 2013. [cit. 2013-03-10] Dostupné z: <http://www.specialolympics-hessen.de/was-ist-special-olympics/geistige-behinderung.html>

Symptomat.de. *Geistige Behinderung*. [online]. 2013 [cit. 2013-03-09]. Dostupné z: http://symptomat.de/Geistige_Behinderung.

Zahrada, poskytovatel sociálních služeb, Kladno. *Sociálně terapeutická dílna-základní informace*. [online]. [cit. 2012-03-21]. Dostupné z: <http://zahrada-usp.cz/socialne-terapeuticka-dilna/>.

ŽILKOVÁ, Andrea. Dobromysl.cz. *Lehce čitelné texty*. [online]. 2012 [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1716>

Seznam zkratek

AAID - Association on Intellectual and Developmental disabilities

AAK – augmentativní a alternativní komunikace

aj. - a jiné

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

CNS – centrální nervová soustava

CMP – cévní mozková příhoda

DSM-IV-TR 2000 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

HMR – hluboká mentální retardace

IQ – inteligenční kvocient

komb. post. - kombinované postižení

kupř. - kupříkladu

LMR – lehká mentální retardace

Log. amb. - logopedická ambulance

MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

MŠ log. - mateřská škola logopedická

např. - například

Nezaměst. - nezaměstnaný

NKS – narušená komunikační schopnost

Pedag. - pedagogický

popř. - popřípadě

příp. - případně

resp. - respektive

SMR – středně těžká mentální retardace

SOU – střední odborné učiliště

SP – speciální pedagogika

SŠ – střední škola

TMR – těžká mentální retardace

tj. - to jest

VŠ – vysoká škola

WHO – Světová zdravotnická organizace

Zdr. - zdravotnický

zj. - zejména

ZŠ – základní škola

ZŠ log. - základní škola logopedická

Seznam příloh

Příloha 1 – Interview

Příloha 2 – Dotazník

Příloha 3 – Kazuistika

Příloha 4 – Anamnestický dotazník

Seznam tabulek výzkumného šetření č. 1

Tab. č. 1: Počet oslovených a spolupracujících respondentů

Tab. č. 2: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle pohlaví

Tab. č. 3: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle věku

Tab. č. 4: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle dosaženého vzdělání

Tab. č. 5: Složení výzkumného vzorku č. 1 dle profese

Seznam tabulek výzkumného šetření č. 2

Tab. č. 1: Zapojení respondentů do výzkumného šetření č. 2

Seznam obrázků

Obrázek 1: Komunikační situace č. 1

Obrázek 2: Komunikační situace č. 2

Obrázek 3: Komunikační situace č. 3

Obrázek 4: Životopis 3.9. 2012

Obrázek 5: Životopis 7.9. 2012

Příloha 1

Interview

NÁZOR VEŘEJNOSTI NA OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A NA REALIZACI LOGOPEDICKÉ PÉČE U DOSPĚLÝCH JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Pohlaví:

Věk:

Nejvyšší dosažené vzdělání:

Profese:

- 1. Jak rozumíte spojení ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM?**
- 2. Jednal jste někdy osobně s člověkem s mentálním postižením?**
- 3. O jakou formu mentálního postižení se u něho jednalo?**
- 4. Jaké pocity ve Vás tento kontakt vyvolal?**
- 5. Jaké označení pro osoby s mentálním postižením používáte běžně při hovoru?**
- 6. Co je podle Vás logopedie?**
- 7. Potřebují podle Vašeho názoru dospělí lidé s mentálním postižením logopedickou péči?**
- 8. Proč podle Vás je/není logopedická péče u dospělých klientů s mentálním postižením důležitá?**

Příloha 2

Prosím, nevyplňujte



MOŽNOSTI LOGOPEDICKÉ INTERVENCE U DOSPĚLÝCH KLIENTŮ S LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Tento dotazník je součástí diplomové práce na téma uvedené v nadpisu. Má posloužit šetření, které zjišťuje mj. názor a zkušenosti logopedů s intervencí u osob s mentálním postižením. Veškeré údaje jsou anonymní, budou použity pouze pro účely zmíněné diplomové práce.

Pokyny pro vyplnění:

U Vámi zvolené odpovědi, prosím, zakřížkujte příslušnou kolonku. Zvolíte-li odpověď **jiné:**, dopište na řádku příslušnou odpověď. V případě potřeby je možné označit více než jednu z nabízených možností.

Pohlaví: Muž
 Žena

Věk: 20 – 35 let
 36 – 45 let
 46 – 55 let
 56 let a více

Pracoviště: Logopedická ambulance.
 Zařízení poskytující služby klientům s
(doplňte druh postižení, nemoci, poruchy)
 SPC logopedické.
 MŠ logopedická.
 ZŠ logopedická.
 Jiné:

1. Jak velký z Vaší klientely tvoří osoby s mentální retardací?

- Pracuji výhradně s klienty s mentální retardací.
- Značnou část mé klientely představují osoby s mentální retardací.
- S klienty s mentální retardací pracuji jen zřídka.
- S klienty s mentální retardací nepracuji vůbec.

2. S klienty jakého stupně mentální retardace převážně pracujete?

- S osobami s lehkou mentální retardací.
- S osobami se středně těžkou mentální retardací.
- S osobami s těžkou mentální retardací.
- S osobami s hlubokou mentální retardací.

3. Jakého věku jsou převážně klienti s mentální retardací, s nimiž pracujete?

- Klienti předškolního věku (3-6 let).
- Klienti školního věku, dospívající (6-18 let).
- Dospělí klienti (18 a více let).

4. Jak je podle Vašeho názoru důležitá logopedická péče u dospělých klientů s mentální retardací?

- Velmi důležitá.
- Důležitá.
- Spíše nadstavbová část poskytovaných služeb.
- V tomto věku již pro klienta není přínosná.

5. Na rozvoj jakých oblastí se při práci s dospělým klientem s mentální retardací zaměřujete, příp. (nepracujete-li s dospělými klienty s mentální retardací) jaké oblasti by měly být podle Vás rozvíjeny u této cílové skupiny v rámci logopedické intervence?

.....

.....

.....

.....

6. Jaké konkrétní metody, techniky, pomůcky apod. využíváte při práci s dospělými klienty s mentální retardací, příp. (nepracujete-li s dospělými klienty s mentální retardací) jaké metody, techniky, pomůcky apod. by měly být podle Vás užívány při práci s touto cílovou skupinou v rámci logopedické intervence?

.....
.....
.....
.....

7. Jaký máte názor na smysl rozvoje formální stránky řeči (úpravu výslovnosti) u dospělých klientů s lehkou mentální retardací?

U dospělých klientů s lehkou mentální retardací je důležité kromě stránky obsahové rozvíjet i formální stránku řeči.

U dospělých klientů s lehkou mentální retardací již nemá smysl zabývat se úpravou výslovnosti, hlavní náplní logopedické intervence je rozvoj obsahové stránky řeči.

Z jakého důvodu jste označili právě tuto odpověď? Rozved'te, prosím, svůj názor:

.....
.....
.....
.....

VELICE VÁM DĚKUJI ZA VÁŠ ČAS, OCHOTU A SPOLUPRÁCI!

Příloha 3

Kazuistika

Úvod

Při zpracování kazuistiky jsme vycházeli z pracovních zkušeností, nabytých vedením logopedické intervence u dospělých mužských klientů s mentální retardací v Centru pobytových a ambulantních sociálních služeb Bobelovka v Jindřichově Hradci.

Pro realizaci této práce byl ze skupiny mladých mužů zvolen klient J. Jako odůvodnění tohoto kroku lze uvést atraktivitu jeho případu vzhledem k nejzávažnějšímu stavu klienta J. v komparaci s ostatními. Avšak ač většina z nich nese diagnózu lehké mentální retardace, netroufáme si hledat kritérium pro jejich srovnávání, jelikož každý je individualitou, osobností, jež je založena nejen na bázi rozmanitých potíží, omezení, nemocí, ale též dovedností, schopností a nadání. Jako zajímavý postřeh lze hodnotit, že řada obtíží, s nimiž jsou klienti konfrontováni, není důsledkem jejich postižení, nýbrž se jedná o dopad přístupu a situace v jejich primárních rodinách.

Kazuistika představuje studium jedinečných případů. Klient J. tento požadavek bezesporu splňuje. Tímto mu děkujeme za jeho ochotu a vstřícnost při spolupráci, stejně jako dotazovaným klientům, vychovatelce a zdravotnici zařízení.

Klient J. byl osloven s nabídkou spolupráce na realizaci této kazuistiky. Byl mu objasněn pojem kazuistika, její obsah, jakým způsobem, z jakých zdrojů a oblastí budou čerpány informace. J. neměl námítky a s nabídkou souhlasil.

S klientem J. jsme si zpočátku vykali, ale vzhledem k ne příliš velkému věkovému rozdílu přišla při druhém sezení nabídka k tykání, a to z jeho strany.

Anamnestický dotazník (viz Příloha 4) sestává ze tří sekcí, anamnézy rodinné, zdravotní a osobní. Pro získání anamnestických údajů byla zvolena forma rozhovoru s klientem J., se dvěma pracovníci instituce a dále se dvěma dalšími klienty. Před spuštěním diktafonu jsme J. nastínili položky anamnestického dotazníku, k nimž se měl vyjadřovat. U některých dotazů ohledně rodiny jsme v jeho tváři zpozorovali vážnější výraz. Cílem nebylo získání všech vytyčených informací za každou cenu, proto jsme jej upozornili, že nebude-li chtít některý z dotazů zodpovědět, nemusí. Anamnestický dotazník je přiložen v závěru práce. Ke všem zde

uvedeným položkám se klient J. vyjádřil, avšak jejich prezentace si vyžadovala jednodušší formulace či znění v několika nabízených verzích. Tučně je vyznačena oficiální forma dotazu, za ním v závorce námi formulovaná varianta položky v reálně probíhajícím rozhovoru. Pro bližší představu průběhu rozmluvy zařazujeme krátkou ukázkou, v níž je v uvozovkách zachycena odpověď klienta, naše proslovy jsou označeny závorkami.

Při dotazování se naše největší obavy koncentrovaly na oblast samotné mentální retardace. Predikce reakcí na dotazy ohledně výskytu tohoto stavu v rodině klienta či jeho náhledu na omezení, která v souvislosti s touto diagnózou pozoruje, byla nejistá. Zpočátku jsme měli tendence měnit formulace položek, mírnit přímot dotazu, poté jsme však dospěli k závěru, že pro klientovo správné pochopení položky a pro zachycení informace žádoucího obsahu je nezbytné ptát se i na tyto intimní oblasti přímo.

Nutno podotknout, že u některých informací, jejichž zdrojem byl klient J., pozbýváme jistoty jejich věrohodnosti. Tuto skutečnost však nepřisuzujeme jeho snaze lhát, jako spíše potížím s časovou orientací (např. měsíc-rok).

Datum: 2.3. 2012

Dle sdělení: klienta J.

Datum a místo narození: 2. 9. 1987, Český Krumlov

Národnost: česká

Státní příslušnost: ČR

Bydliště: původně Chvalšiny, v současnosti Centrum pobytových a sociálně ambulantních služeb Bobelovka v Jindřichově Hradci

Rodinná anamnéza

Matka klienta J. je vyučena v oboru kuchařka. Její věk J. neznal, odhaduje 40 až 50 let. V současnosti je zaměstnána jako kuchařka, nejspíš v hotelu, J. nevěděl přesně. Dle jeho slov matka sourozence má, patrně bratra, avšak J. ho již dlouhou dobu neviděl. Na logopedii matka J. nikdy nedocházela.

Otci klienta je 50 let, jeho vzdělání J. nezná. Má dvě sestry a v současné době je zaměstnán u dopravní společnosti jako řidič kamionu. S matkou J. jsou rozvedeni, nejspíš od roku 2005, podle J. nejsou v kontaktu.

Bratrovi klienta je patrně 28 let, žije s přítelkyní a synem, s J. ani s matkou se nestýká. Sourozenci přišli naposledy do kontaktu roku 2007. Je vyučen opravářem zemědělských strojů v Trhových Svinech, nynější zaměstnání J. nezná. Klient na bratra vzpomíná v dobrém, míní, že jejich shledání by bylo pro obě strany příjemné.

Co se zdravotního stavu rodiny týče, popisuje J. postižení sluchu u matky, jež je nositelkou sluchadla na pravém uchu. Podle klienta tuto kompenzační pomůcku užívá po celou dobu, co si J. vzpomíná. Vážná onemocnění se prý mezi rodinnými příslušníky nevyskytují, poukazuje jen na diabetes babičky, u níž se tato choroba rozvinula až v seniorském věku.

Klientova rodina bydlela v bytě panelového domu ve Větrní, poté si postavili dům ve Chvalšínách, odkud se matka po rozvodu odstěhovala, otec nato nemovitost prodal. Matka nyní žije se svým zhruba stejně starým přítelem, jehož J. hodnotí pozitivně, stejně tak i jeho potomky z předchozího manželství. S matkou udržuje J. telefonický kontakt, osobně ji navštěvuje o vánočních svátcích. Jiné vztahy však chová k přítelkyni otce, které je údajně 67

let a J. ji charakterizuje jako náladovou a zlou. I ona má z předchozího vztahu dvě děti, není s nimi však v kontaktu, podle slov J. ji nezajímají. Klient se s nimi bez jejího vědomí setkal, vyhledal je s pomocí své přítelkyně v Českých Budějovicích a hodnotí je jako příjemné osoby. O tomto setkání nevlastní matka dodnes neví. Vztah s otcem J. vnímá jako neuspokojivý, přičemž vinu klade jeho přítelkyni.

Manželství rodičů se rozpadlo z důvodů stálých hádek, jež otec, který se již stýkal se svou nynější partnerkou, údajně záměrně vyvolával. Pro J. nebyl rozvod rodičů překvapením. Na přání otce setrval klient první týden u něj, a to za účelem seznámení s nevlastní matkou. Podle J. byly jejich vztahy konfliktní od počátku (údajně mu vyčítala, že jej živí apod.). Podle klientových slov mu oba zakazovali chodit ven, nakonec mu sebrali doklady, což J. řešil s policií, avšak pomoci se mu prý nedostalo. Dále J. popisuje svůj odjezd do Prahy, kam se dopravil autobusem z peněz ze svého bankovního účtu (kartu k němu si prý před otcem a jeho partnerkou uschoval). Bydlel na ubytovně, vydělával si pracovními brigádami. V kontaktu byl pouze s matkou a babičkou. Návrat, jehož důvodem byla nutnost vyřízení dokladů, se dle klienta konal až po dvou letech. Po podrobnějším dotazování jsme společně dospěli ke dvěma měsícům (prosinec 2006 až únor 2007).

Zdravotní anamnéza

Klient popisuje 18 prodělaných operací očí, avšak dle sdělení zdravotnice zařízení (viz dále) byly chirurgické zákroky tři, bohužel bez efektu. Deficity vizuální a auditivní percepce klient nevnímá, stejně jako své mentální postižení. V této souvislosti vzpomíná na jediný konkrétní okamžik, kdy pocítil jisté omezení, a to v době, kdy chtěl získat řidičský průkaz. K obtížím s řečí se vyjadřuje následovně:

6. Měl jsi někdy problém se svou řečí-někdo ti nerozuměl, nedovedl jsi něco vysvětlit atd.?

(Měl jsi někdy problém se svojí řečí? Dostal ses třeba do situace, že by ti někdo nerozuměl?

Třeba v obchodě ti prodavačka nerozumí, je na tebe nepříjemná a odmítne tě obsloužit.)

„Jo, stalo.“ (Kde třeba? I v tom obchodě?) „Jo, i v obchodě.“ (A ještě někde?) „Ještě ve škole. Na intru.“ (A s učitelem nebo se spolužáky?) „S učitelem hlavně.“ (Jsi nervózní, když máš jít třeba na poštu a víš, že budeš muset s někým mluvit. Napadne tě- Ježišmarja, co když mi nebude rozumět-?) „Ne, já to neřeším.“ (Prostě když nerozumí...) „... tak ať de do hajzlu sám.“

V předškolním věku byla klientovi poskytována logopedická péče v Českých Budějovicích, na její délku si již nevzpomíná. Dále se mu věnovali logopedi v Základní a zvláštní škole pro nemluvící v Týně nad Vltavou, kde plnil povinnou školní docházku v letech 1995-2000. Hodnotí je takto:

9. Vzpomínáš si, co jste s paní logopedkou dělali? (Lišilo se hodně to, co jste dělali ve škole a co v Budějvicích? Co jste vlastně dělali, vzpomeneš si?)

„V Budějvicích...“ (To bylo vlastně, než si nastoupil do školy, ne?) „Jo, před.“ (A co jste tam tedy dělali?) „V Budějvicích, tam mi dávala hlavně hadry na hubu.“ (Hadry?) „No, takový teplý hadry.“ (Asi aby se ti uvolnily svaly.) „Já nevím.“ (A masírovala tě? UKAZUJI NA SVÉM OBLIČEJI) „Ne, vůbec.“ (A potom jste dělali co?) „No, většinou, no, potom jsme jeli domů.“ (A třeba jak tady spolu cvičíme před zrcadlem, to jste nedělali?) „Ne, to vůbec.“ (A třeba nějaké obrázky ti nedávala domů?) „Jo, obrázky jo.“ (A s mamkou jste doma něco cvičili?) „Ne, vůbec.“ (A dostával jsi třeba na doma básničky nebo tak něco?) „Ne, jenom obrázky.“ (Když říkáš, že ve škole ti pomohli, tak tam jste dělali co?) „Tam jsme mluvili,

mluvili a mluvili. “ (A to učitelka stála před vámi...) „Ne, celá třída ne. My jsme chodili ... ze třídy jsme chodili do ředitelny. “ (Po jednom?) „No, po jednom. “ (Takže jste šli do ředitelny, kde byla asi nějaká logopedka.) „Ředitelka. “ (Aha, takže jste pracovali přímo s ředitelkou. A ta byla dobrá?) „Jo, dobrá. “ (Vzpomeneš si, co jste tam dělali? Taky jste jen vybarvovali, nebo už jste se učili i nějaké hlásky vyslovovat?) „Jako... Všechno jsme se tam učili vlastně. “ (Takže třeba i knížky, učili jste se písmena, číslice a do toho jste cvičili i mluvení.) „Jo. “ (Takže tady ti pomohli. Z Týna jsi odešel kdy, kolik ti bylo?) „ V devadesátým pátým sem tam šel do první třídy a v dva tisíce sem vyšel. “ (Takže jsi v pátý třídě vyšel a chodil jsi pak někam na logopedii?) „No, ke kámošce. “ (Aha, tvoje kamarádka je logopedka. Jak dlouho jsi k ní chodil?) „Eště když sem byl na intru. “ (Od tý pátý třídy? Nebo jsi tam začal chodit dýl?) „No, dýl, vlastně. “ (Takže ti bylo patnáct? Když jsi nastoupil na intr?) „No... “

J. dále hodnotí naši spolupráci, tedy logopedickou intervenci poskytovanou v dospělosti. Dle jeho mínění mu může být nápomocná, ač již není klientem dětského věku. Subjektivně pociťuje pokrok, konkrétně v oblasti výslovnosti.

Osobní anamnéza

Mateřskou školu navštěvoval J. ve Chvalšínách. První až pátý ročník absolvoval v Základní a zvláštní škole pro nemluvíci v Týně nad Vltavou (ve vstupní zprávě uvedena jako Internátní škola pro špatně mluvící), kde pobýval na internátu (dle jeho slov 14 dní, někdy měsíc). Povinnou školní docházku dokončil ve Zvláštní škole v Českém Krumlově, kam denně dojížděl autobusem. Na první jmenovanou školu vzpomíná rád, hodnotí ji velmi pozitivně, získal zde mnoho vědomostí. Rovněž v Českém Krumlově byl spokojený. Spoluzáky i učitele na obou školách vnímá kladně, neměl s nimi nikdy výrazný konflikt, v kontaktu však nejsou.

Po ukončení devátého ročníku nastoupil do Lišova ke studiu oboru Pomocné práce v autoservisu. Toto zaměření bylo vybráno rodiči, osobně si přál pracovat jako zedník, ovšem ke studiu tohoto oboru mu nebylo umožněno se hlásit. Po absolvování chtěl J. pokračovat ve vzdělávání v jiné oblasti, což prý otec zamítl (nechtěl již finančně podporovat synovo další studium). Tamní pedagogové již poukazovali na obtížné porozumění řeči klienta, jiné problémy J. nepopisuje. V kolektivu spolužáků se setkal s negativními ohlasy na svou osobu, avšak měl zde i své přátele, kteří se jej zastali. V Lišově pobýval opět na internátu, z něhož dojížděl každý týden domů, jelikož o víkendu nebyl internát v provozu. Pokoj sdílel se dvěma chlapci, jež v komparaci se současnými spolubydlícími hodnotí lépe.

V průběhu školních let se J. vzdělával i v cizím jazyce, navštěvoval kroužek německého jazyka, jehož výuku vnímá neutrálně. Výrazně negativní vztah si vytvořil ke geometrii, naopak zalíbení našel v odborných praxích, jež absolvoval během středního stupně vzdělávání.

Mezi jeho zájmy dominuje již léta cyklistika. Často vzpomíná na svou partu přátel ze Chvalšín a vzpomínky doplňuje historkami o večírcích na chatě, jež mu scházejí. V návaznosti na dotaz ohledně současných přátel hovoří o značně omezených možnostech výběru. Dále se svěřuje se svou dvouměsíční známostí, s níž navázal kontakt prostřednictvím facebooku. Dívka je rovněž z Jindřichova Hradce, pravidelně se scházejí. Svou ideální budoucnost klient spatřuje ve Chvalšínách ve vlastním domě s manželkou a dětmi. Profesně se touží realizovat v podnikatelské sféře (přeje si založit dopravní firmu s nákladními automobily).

Na dotaz ohledně svých silných stránek a pozitiv uvádí matčino hodnocení jeho osoby

jako chytré. Naopak slabiny a negativa si na sobě neuvědomuje.

Své dosavadní pracovní zkušenosti popisuje J. následujícím způsobem:

19. Jsi/byl jsi někde zaměstnán? Pokud ano, kde. (Byl jsi někdy někde zaměstnanej, když teda pomínenme ty brigády v Praze.)

„Jo, byl.“ (A kde jsi pracoval?) „V tenis centru.“ (Cos tam dělal?) „Údržbáře.“ (A jak dlouho?) „Tam to bylo dobu ... doba ... doba ne na určito. Ale potom ... a potom se mi stalo to, co se mně nemělo stát.“ (A co to bylo?) „Já sem vyměňoval žárovku a šrouch sem o plíšek, dotknul se elektriky a šroubovák, místo aby byl tak UKAZUJE, tak byl takovej. A to sem udělal zkrat. Tak to vyhořelo.“ (Takže tě vyhodili?) „Jo, kůli tomu.“ (A pak jsi ještě našel někde zaměstnání?) „Jó.“ (Co to bylo?) „Palety.“ (To jsi je někde skládal?) „Počítal jsem je.“ (A to bylo tvoje poslední zaměstnání, než jsi šel sem?) „Nó.“ (Chodíš ted' někam na brigády?) „Ne, ale chtěl.“ (A kam bys třeba chtěl tady v Hradci?) „Do Kauflandu.“ (Máš už to tam domluvený nebo tě to zatím jenom napadlo?) „Jen napadlo.“ (To by ale chtělo někomu o tom říct, ne?) „Já vim, no.“

Zkušenosti s alkoholem a vztah k němu popisuje klient dále:

20. Máš zkušenosti s alkoholem? Pokud ano, kdy jsi poprvé pil alkohol a při jaké příležitosti? (Takže práce, kterou jsi měl, tě bavila, vysněné zaměstnání už jsi mi taky řekl. Přejdeme dál. Jestli máš zkušenosti s alkoholem, se asi nemusím ptát. SMÍCH Kdy poprvé jsi zkusil alkohol?)

„Já? Když mi bylo dvanáct.“ SMÍCH (Dvanáct let, hm... Kde to bylo?) „U dědy.“ (Děda ti něco dal nebo sis tam někde něco vzal?) „Ne, děda ... Děda slavil narozeniny a -Dej si.-“ (Co ti dal?) „Fernetu.“ (Jako jednoho panáka ...) „Kdyby jednoho.“ SMÍCH (To už ti nedával děda, nebo jo?) „Děda – Nalej si, nalej si.-“ (Jak to skončilo nakonec?) „Nakonec? Že sem nemoh dojít ani domů, tak sem spal u dědy a u babičky. Přišla babička ráno, prej a děda – Nech ho spát.-“ SMÍCH

21. Proč máš rád alkohol?, 22. Jaké na tebe má alkohol účinky? (Takže máme tvůj první alkoholový zážitek. Proč máš třeba rád alkohol? DLOUHO VÁHAL Jaké na tebe má účinky?)

„Já když sem byl doma, tak sem vždycky říkal – Du si vypláchnout mozek.-“ (Takže když máš nějaký problém, tak se rád napiješ? Jako že se uvolníš?) „No, že na chvíli na to

zapomenu.“ (A co třeba tady? Tady nemůžeš pít alkohol. Tak jak to řešíš? Vadí ti to?) „No, jako, no ... Většinou jo, no.“ (A jak to jako řešíš? Musíš to vydržet nebo ...) „Musím to vydržet, no ...“

Cigarety kouřil klient poprvé se svým přítelem v pátém ročníku. S tímto návykem přestal po několika letech, ještě před nástupem do zařízení. Důvodem byl rychlejší nástup stavu opilosti při současné konzumaci piva a cigaret. S marihuanou či jinými drogami zkušenost nemá, ani jej nelákají. Ovšem otec se svou přítelkyní si myslí opak.

V roce 2006 stanul J. před soudem, jelikož jej přítel označil za viníka autonehody, jíž ve skutečnosti pod vlivem alkoholu způsobil sám. Klient v době nehody pobýval v restauračním zařízení, což mu dosvědčila řada svědků, tudíž byl v závěru soudního řízení označen jako nevinen.

Nápad umístit J. do Jindřichova Hradce pochází prý od otcovy partnerky. Vztahy mezi ní a klientem byly natolik vyhrocené, že na toto oznámení reagoval spíše neutrálně (dle jeho slov mu to bylo jedno), přál si odloučení od nevlastní matky. Původně se měl J. nastěhovat k matce, ale ta údajně reagovala na návrh slovy: „Ani náhodou!“

Vztahy s ostatními klienty zařízení hodnotí J. : „Dobrý. Jde to.“ Jako skutečného přítele označí (k našemu podivu) svého spolubydlicího, klienta P. Na dotaz týkající se méně oblíbených klientů podá výčet všech ostatních. K nedávnému konfliktu a fyzické potyčce s klientem V. (popisují jej dále klient V. a pracovnice zařízení) se vyjádřil slovy, že si již nevzpomíná. Vztahy s vychovatelkami hodnotí příznivě, nediferencuje nejoblíbenější a naopak nejméně oblíbenou „tetu“.

ZÁVĚRY LÉKAŘSKÝCH ZPRÁV A DOKUMENTŮ

Následující informace jsme získali studiem dokumentů a lékařských zpráv, k nimž nám zdravotnice instituce umožnila přístup a ochotně je s námi konzultovala.

Vyšetření sluchu

Poslední vyšetření sluchu bylo u klienta J. provedeno 11.1. 2012. Ze zprávy vyplynula diagnóza bilaterální percepční nedoslýchavosti, popsány byly klidné celistvé bubínky a otoskopicky volné zvukovody.

Dále byl sluch vyšetřován prostřednictvím šeptané a hlasité řeči, kdy šepot (bilaterálně) slyšel klient J. na tři až čtyři metry a hlasitou řeč na pět až šest metrů.

Dle závěru vyšetření není nutné stav sluchu korigovat sluchadlem. Další setkání proběhne za 1,2 roku.

Vyšetření zraku

Vyšetření absolvoval klient 13.5. 2011. Pravé oko klienta J. bylo popsáno jako klidné, bulbus se stáčí dolů a dovnitř. Levé oko je charakterizováno rovněž jako klidné, media (střední vrstva cév) je čirá, cévy užší a myoepitelové buňky (buňky hladké svaloviny epitelového původu, součást slzných žláz) jsou stlačeny (konus).

Výsledky vyšetření zrakové ostrosti s vlastní korekcí (brýle) byly 6/15 a 6/12. Na pravém oku má pět dioptrií a na levém pět a půl dioptrie. Od roku 2008 je stav zraku klienta J. stabilizován.

Dle sdělení zdravotnice mu byl v minulosti operativně odstraněn strabismus na levém oku. Také pravé oko bylo operováno, a to již dvakrát z důvodu pokleslého očního víčka, avšak změna ani po jedné z intervencí nenastala.

Psychiatrické vyšetření (prováděl dřívější ošetřující lékař-psychiatr)

Zpráva pocházela z psychiatrické ambulance v Českých Budějovicích ze dne 31.3. 2010 (dva měsíce před nástupem klienta J. do zařízení Bobelovka).

11.9. 2009 byl klient J. akutně hospitalizován poté, co v agresivním raptu atakoval svého otce. Byl zmedikován Valproátem, levomepromazinem a depotním Moditenem. Subjektivní stav byl v době průběhu tohoto vyšetření popisován jako velmi dobrý, klient J.

působil sice jako utlumený, ale bez větších poruch chování a jiných potíží. Na váze přibral zhruba 15 kilogramů. Nejevil známky agresivity, nastal u něj zcela abusus alkoholu. Lékař jej hodnotí jako dobře usměritelného, podle výpovědí rodiny nejeví známky hrozícího autoagresivního či heteroagresivního jednání.

Dále je klient J. popisován jako lucidní, klidný, pasivní, nesdílný, upravený a relativně spolupracující. Jeho psychomotorické tempo odpovídá normě, nepříliš ochotně navazuje kontakt, který je však vcelku kvalitní, odpovídá subnormálnímu intelektu.

Řeč klienta J. je psychiatrem popisována jako souvislá, odpovědi jako přiléhavé bez latencí. Komplexní výpověď je z obsahového aspektu chudá, plochá a nejasná.

Myšlení nevykazuje patrné bludy nebo obsese, je souvislé, logické, avšak nevýpravné, simplexní. Percepce není porušena, klient je orientován všemi kvalitami.

Emotivita byla zhodnocena jako plochá a přiléhavá, nálada jako tupě nediferencovaná. U klienta J. nebyly zaznamenány anxiózní tenze.

Z vyšetření vyplynula jako definitivní diagnóza lehká mentální retardace a výrazná porucha osobnosti a chování.

Psychiatrické vyšetření (prováděl současný ošetřující lékař-psychiatr)

Poslední návštěva psychiatra proběhla 10.2. 2012. Důvodem shledání byl incident, jenž se odehrál mezi klienty zařízení Bobelovka. Klient J. byl nařknut ostatními z přerušování užívání psychiatrem předepsaných léků, načež údajně vyhrožoval něčí smrtí. Situace se vyjasnila zjištěním, že uvedené výhrůžky mezi klienty zazněly, ale v jiném kontextu a z úst jiného z nich. Udání týkající se léků však oprávněné bylo.

Klientovi J. je předepsána nízká medikace za účelem inhibice agresivity. Konkrétně jde o přípravky Valproat a Tisercin. Důvodem přerušování jejich užívání byl jeho subjektivní pocit absence jakýchkoli problémů, cítil se dobře a medikaci nepovažoval za nutnou. Na základě domluvy a slibu, který lékaři dal, nyní pokračuje v jejich užívání.

Psychiatr shledal klienta J. jako správně orientovaného základními kvalitami, jako klidného, s nižší spontaneitou. Klient J. nevykazuje známky mánie nebo těžší deprese. Dále lékař popisuje navazování relativně dobrého kontaktu a řeč jako lehce dysartrickou. Klient je bez floridních psychotických příznaků a suicidálních tendencí.

V závěru zprávy stála diagnóza F 70.0 Lehká mentální retardace, anamnesticky výrazné poruchy osobnosti a chování a v anamnéze zaznamenal lékař reaktivní depresivní

symptomatologii. Nyní je však stav klienta J. dobře kompenzovaný.

Vstupní zpráva (při nástupu do Centra pobytových a ambulantních sociálních služeb Bobelovka)

Nástup do instituce proběhl 1.6. 2010. Klient J. byl na Bobelovku zařazen na žádost svého otce, který jako důvod uvedl klientovo konfliktní jednání a zvýšenou agresivitu (dle otce proběhly i fyzické potyčky mezi ním a klientem J.).

Klientovi s diagnózou lehká mentální retardace byla 21.9. 2005 uznána částečná invalidita. Byl zbaven způsobilosti k právním úkonům-může nakládat s finančními prostředky do výše 500 Kč měsíčně, v ostatních oblastech byl zbaven způsobilosti k právním úkonům zcela. Není schopen vykonávat práci psychicky náročnou, s nároky na vlastní rozhodování, řízení, na rychlost pracovního tempa a koncentraci. Podle otce u práce nevydrží a vyžaduje stálý dohled.

Vstupní zpráva dále obsahovala výčet školských zařízení, která klient J. navštěvoval, jsou jimi Internátní škola pro špatně mluvící v Týně nad Vltavou (první až pátý ročník, 1995-2000), Zvláštní škola v Českém Krumlově (šestý až devátý ročník), Odborné učiliště v Lišově-pomocné práce v autoservisu (dvouletý obor).

VÝPOVĚDI KLIENTŮ, ZAMĚSTNANCŮ

Datum: 24.2. 2012

Dle sdělení: zdravotnice zařízení

Stěžejní problém spočívá podle tohoto zdroje v rodině klienta, konkrétně v konfliktech klienta J. s jeho otcem, zvláště pak s macechou. Tato oblast je podrobně řešena v rámci rodinné anamnézy. Paní zdravotnice vypovídá v této souvislosti navíc o období vánočních svátků v roce 2011, které klient J. trávil doma. Po jeho návratu na Bobelovku podali klientův otec se svou současnou manželkou návrh na přesun klienta J. do psychiatrické léčebny v Českých Budějovicích.

Podle slov klienta J. mu otec nabídl dvě varianty. Nabídka byla údajnou odezvou na fyzickou potyčku J. s jedním z klientů. J. si měl vybrat, zda zůstane v Jindřichově Hradci a dále bude konfrontován oním klientem, nebo mu otec zařídí přesun do Českých Budějovic. Že jde o psychiatrickou léčebnu, již neuvedl a nevíme, zda byl s tímto obeznámen nebo zda mu bylo vysvětleno, o jaké zařízení se jedná. Rozhodl se pro první možnost.

Zdroj se dále zaměřil na minulost klienta J. Před nástupem do instituce se často pohyboval mezi přáteli, o nichž při každé příležitosti vypráví. Z jeho příběhů o akcích na chatách a večírcích plných alkoholu plyne představa typické party mladých lidí, jejímž členem J. byl. Podle paní zdravotnice ho však „přátelé“ využili pro krádež automobilu, který byl následně při nehodě zničen. Klient J. byl pro tento čin odsouzen a splácení škody probíhá dodnes (24.2. 2012).

Paní zdravotnice klienta J. neshledává agresivním, nikdy s ním dle jejích slov nebyly v tomto ohledu potíže. Ku prospěchu by mu podle ní bylo zaměstnání, nejlépe fyzická práce, jelikož dopoledne strávené v chráněných pracovních dílnách není pro smysluplnou náplň dne dostačující.

Datum: 9.3. 2012

Dle sdělení: vychovatelky zařízení („tety“)

Tato sympatická mladá paní reagovala na žádost o poskytnutí informací o klientovi J. velice vstřícně, ke všem dotazům se ochotně vyjádřila. Klienta J. zná necelé dva roky, tedy od

doby nástupu do instituce. Dle jejího mínění ho nejvýstižněji charakterizuje označení flegmatik, avšak je-li překročena míra jeho trpělivosti, reaguje velmi intenzivně.

Cení si jeho smyslu pro humor, J. umí legraci vytvořit, udržet a je-li terčem vtipu on sám, dokáže se s ostatními své situaci zasmát. Jeho slabinou je podle jejích slov jednoznačně lenost. Shoduje se s dalšími pracovníky na tom, že J. „slyší pouze to, co chce, a následně dělá to, co chce“.

Vztahy s ostatními klienty uchovává J. podle paní vychovatelky na přátelské úrovni, i když atmosféru na „bytečku“ (chráněné bydlení) specifikuje jako ponorkovou nemoc. Frekventované konfrontace se odehrávají mezi J. a již zmiňovaným V. Klient V. je dominantní typ osobnosti s tendencemi velet, rozkazovat, organizovat aktivity ostatním bez ohledu na autority. Nerespektuje soukromí jiných klientů, bez zaklepání vchází do jejich pokojů, kritizuje je za nepořádek, zápach, lenost. Ostatní klienti zpravidla nestojí o hádky, tudíž mu vyhoví. J. však bývá tím, kdo se staví do cesty manýrům klienta V.

Z podobné situace vzešla 5.12. 2011 potyčka, kdy věčně flegmatický a nic neřešící J. tlak klienta V. nevydržel a fyzicky jej napadl. Atak byl opětován. Podle vychovatelky byla reakce J. neúměrná, ale nikoli neopodstatněná.

Soužení klienta J. se zaměstnanci instituce hodnotí paní vychovatelka jako bezproblémové. Přirozeně je občas nutné určité potíže řešit, neshledává je ale závažnými. Sama se s ním nikdy do rozporu nedostala, nestalo se jí, že by odmítl realizovat výkon zadané aktivity.

Na dotaz, zda se jeho postižení sluchu nějakým způsobem promítá do její práce s ním, odpověděla, že je zapotřebí mu některé informace opakovat, ale dle jejího názoru občas záměrně předstírá, že neslyší, a to především v případech týkajících se úklidu nebo jiných domácích prací. V souvislosti se zrakovým postižením nezaznamenává žádné komplikace, dokonce poukazuje na práci J. v dřevodílně, kde vyřezává i malé složité tvary. Jeho komunikační dovednosti již hodnotí hůř, obzvláště v situacích spontánního vyprávění, často doplňovaného smíchem, což vede k markantnímu poklesu úrovně srozumitelnosti jeho projevu. Řešení takových situací vkládá paní vychovatelka do žádosti klienta J. o klidné a pomalé zopakování. Nikdy nenastal případ totálního nepochopení, kdy by s ním nebylo možné pracovat či mu v něčem vyhovět.

I tento zdroj shledává perspektivu pro klienta J. v aktivitě, koníčku, nejlépe v zaměstnání. Integrace do pracovního procesu by vedla k aktivizaci jeho kompetencí a

komplexně by posílila jeho osobnost. Paní vychovatelka nad tímto problémem přemýšlí, snaží se najít pro J. pracovní uplatnění alespoň na několik hodin týdně. Navzdory popisované lenosti se klient J. o práci zajímá, paní vychovatelce se opakovaně nabízí jako víkendová výpomoc např. při práci v lese.

Datum: 2.3. 2012

Dle sdělení: klienta P. (spolubydlící, diagnóza: lehká mentální retardace)

Tito dva mladí muži, sdílející společný pokoj v rámci chráněného bydlení, se znají necelé dva roky, tedy od doby J. nástupu do zařízení. Podle P. je J. „splachovací“ typ člověka, jenž téměř nic neřeší, je tvrdohlavý, soukromé záležitosti si vyřizuje osobně po svém. P. popisuje situace původně vznikající se záměrem legrace, který se však mění v okamžiku, kdy J. začne využívat své konstituční převahy a fyzické síly.

Na otázku, co má P. na J. rád, nedokázal odpovědět. Až později v průběhu hovoru uvedl, že si s J. v mnoha ohledech vycházejí vstřícně, domlouvají se na kompromisech (např. P. má do pozdních večerních hodin rozsvíceno při práci na počítači a J. naopak přes den poslouchá radio). Nejčastějším tématem jejich hádek bývá úklid. S ostatními klienty i pracovníky instituce vychází J. podle mínění P. bez problémů, ačkoli občasné spory s ostatními obyvateli „bytečku“ probíhají.

Datum: 9.3. 2012

Dle sdělení: klienta V. (diagnóza: lehká mentální retardace)

I klient V. zná J. od jeho nástupu do zařízení a ve shodě s ostatními akcentuje mezi jeho vlastnostmi lenost. Podle slov V. má J. v oblibě pivo, své přátele a jídlo, neoblíbenou aktivitou je úklid. V. podává popis situací, kdy klientovi J. připomněl jeho práci, načež se na něj J. vulgárně osočil a vyhrožoval mu fyzickým atakem.

S ostatními klienty prý J. pro četné konflikty ne vychází nejlépe. V. poukázal na jeho tajné návštěvy restauračních zařízení, kam údajně zavítá při každé příležitosti cesty do města. Poté se chlubí ostatním klientům, od nichž se informace zpravidla donese vychovatelkám. Podle V. následuje trest ve formě zákazu vycházek.

Vztahy J. se zaměstnanci hodnotí V. jako bezproblémové. V této souvislosti dodává, že

mu na J. vadí jeho „donášení“ vychovatelkám, vnímá jej jako falešného člověka. Vzhledem k tomu, že je tento zdroj druhým aktérem zmiňované fyzické potyčky, směřoval rozhovor i k tomuto tématu.

Příčinou podle V. byly neumyté hrnečky, které měl J. na starost. V. mu jeho nesplněný úkol připomněl, načež J. odpověděl: „Drž hubu, jinak ti dám přes držku.“, což si V. nenechal líbit: „Já nemám držku, ale pusu. Jsem svobodnej, mám svoje práva a můžu si říkat, co chci.“ Výsledkem bylo roztržené obočí, poraněná tvář a nos klienta J., zatímco klient V. prý žádná zranění neutrpěl.

Komunikují spolu pouze v nejnnutnějších případech. Náš rozhovor V. zakončil tím, že klienta J. nemá rád.

NAŠE SPOLUPRÁCE S KLIENTEM J.

Každé sezení s klientem J. uvádí krátký rozhovor o dění předchozích dní, po němž následuje série oromotorických cvičení s akcentací oblasti rtů, čelisti a jazyka. V komparaci s počátky naší spolupráce shledáváme v této sféře zlepšení, týkající se přesnosti realizovaných pohybů a jejich fluence.

Následně se věnujeme stimulaci formální stránky řeči, konkrétně automatizaci hlásky Ď a fixaci hlásky L. Vizuální oporou klienta je obrazový materiál. Vzhledem k jeho dospělému věku pracujeme s výstřižky z letáků, s obrázky staženými z internetových stránek, s ohledem na mužské pohlaví a záliby volíme témata nářadí, sportovního náčiní, zvířat apod.

Finální, zato časově nejvíce dotovanou část našeho sezení věnujeme rozvoji obsahové stránky řeči. Zde je klient uváděn do rozmanitých komunikačních situací, navyšujeme kapacitu jeho slovní zásoby, rozvíjíme kompetence neverbální komunikace (význam gest, mimiky), učí se práci s textem, koncentrujeme se na aktivity každodenního života (vyplnění poštovní poukázky, složenky, formuláře, podání inzerátu, konstrukce životopisu apod).

Pro rozvoj narativních schopností a pro fixaci a automatizaci jevů, jimž se společně věnujeme, zadáváme klientovi na konci sezení přípravu vyprávění na témata jím volená, příp. námi určená (např. ideální dovolená, stavba dílny, můj včerejší sen).

Dále uvádíme výsledky některých aplikovaných vyšetření a ukázkou naší spolupráce v oblasti stimulace rozvoje obsahové stránky řeči.

- 12.1. 2012 jsme u klienta J. realizovali **vyšetření fonemického sluchu**. Zkušební materiál jsme čerpali z Orientačního vyšetření schopnosti fonemické diferenciaci. S klientem jsme seděli u stolu, on v čele, po naší levici. S ohledem na postižení sluchu klienta jsme dvojice slov vyslovovali s vyšší intenzitou hlasu, zřetelně, ale se snahou neakcentovat případné difference mezi slovy. Úkolem klienta bylo určit, zda dvojice slov zní stejně, či nestejně.

Není-li u dvojice slov nic uvedeno, určil klient rozdíl/shodu správně. Chyba je značena jako X.

KOSA-KOZA	zácvik	LAMPA-RAMPA	
-----------	--------	-------------	--

PES-PEC	zácvik	PRÁM-TRÁM	
SÍLA-ŽÍLA	X, sám se opravil	PUK-BUK	
PECE-PEČE	X, sám se opravil	VIJE-BIJE	X, sám se opravil
LÍCE-LÍŽE		VÁLEC-PALEC	
VÁZY-VÁŽÍ		TRČÍ-KRČÍ	
VĚŠÁK-VĚŽÁK		TOPIL-DOFIL	
LIŠKA-LÍČKA		NOC-MOC	
BAČA-BASA		DUBY-ZUBY	
ČAPKA-ŽABKA		TYKÁ-ZIKÁ	X, sám se opravil
MISKA-MIŠKA		DÝKY-DÍKY	
LATA-VATA		NEMÁ-NĚMÁ	X, X, X neslyšel rozdíl, až po vysvětlení významu slov

- Pro zhodnocení fonematického sluchu byla dále 12.1. 2012 realizována **Zkouška sluchového rozlišování-WM**. Zkoušku jsme uvedli následně: „Umíš japonsky? Ne? To neví, ani já ne. Teď ti ale budu říkat dvojice slov, která budou jako japonská, a ty budeš určovat, jestli znějí stejně, nebo ne. Zkusíme si to TRUF-TRAF, KLAŠ-KLAŠ, SLEM-SLEK.“ Zácvičné dvojice slov určil J. správně, přešli jsme tedy ke zkoušce.

PNÍ-PNÍ		VŽEP-FŠEP		TIRP-TYRP	
FRAŠ-FLAŠ		KVĚŠ-KVEŠ		ŽDIS-ŽDYS	
BRAM-PRAM		ŠTĚL-ŠTEL		NÝST-NÍST	
ŽLEF-ŠLEF	X	DYNT-DINT		MNĚT-MNĚT	
TMES-DMES		ŠTÍM-ŠTÝM		PEŘ-PJEŘ	
TOST-TOST		NYVL-NYVL		PTÝL-PTÝL	

Dle našeho názoru fonematický sluch není výrazně problematický, ani v jiných úkolech nezaznamenáváme závažnější obtíže tohoto typu.

- Vzhledem k nízké úrovni srozumitelnosti řeči klienta J. jsme u něho 13.1. 2012 provedli **Orientační vyšetření výslovnosti**, na jehož bázi jsme započali práci na vyvození hlásky Ď. Ve snaze vyhnout se stereotypnosti opakování jsme u vybraných slov zařadili krátké, jednoduché „hádanky“, např. kytici dáme do *vázy*, Honza měří dva *metry*, k obědu máme

knedlo-vepřo-*zelo* apod.). Klient J. některé hlásky (např. K) vysloví bez problému izolovaně, ve slově či větě, jíž má zopakovat, anebo koncentruje-li se na projev, avšak ve spontánním mluvním projevu není jeho výslovnost korektní.

Zde uvádíme výčet problematických hlásek a hodnotící materiál.

Ď	děda, dělá, dívá, děti, vidí chodí, hadi, lodě	Č	Čína, čelo, čichá, čenich, oči, koláče, míč, čokoláda
L	láme, lampa, lepí, Láďa, mele, málo, jablko, kluci	Š	šije, šedý, šaty, šátek, Dáša, Míša, kaše, piš
H	Hana, houpá, houby, noha, tahá, váhy, ouha	Ž	žába, žije, žene, žito, běží, leží, váže, žízala
C	cena, celý, cinká, více, ulice, konec, nic	R	ruka, rána, troubí, metr, Petr, hadr, cukr, dobrý
S	sedí, sype, sova, Standa, mísa, maso, husa, pes, nos	Ř	řeka, říká, řada, řeže, hoří, vaří, šetří, křivý
Z	zima, zebe, zelí, zajíc, koza, kazí, váza, vozí		

Hlásky Ď byla tvořena v nesprávném artikulačním postavení, a to s hrotem jazyka směřujícím vzhůru.

Nekorektní výslovnost hlásky L byla zapříčiněna malým čelistním úhlem, nedostatečným pohybem jazyka v tenzi (artikulační fázi) a též nedostatečným tlakem jazyka na alveolární výběžku.

Výslovnost hlásky H je bez obtíží, je-li součástí slabiky ve finální pozici (např. váhy). V iniciálním postavení hlásky je dech realizující její výslovnost natolik slabý, že v některých slovech působí dojmem *mogilálie*.

Hlásky C ve finální pozici zaznívá jako hlásky S (např. *kones, nis*). V ostatních typech postavení si nejsme jisti kategorizací, ale jeví se nám jako addentální sigmatismus (je také charakteristický pro osoby s poruchou sluchu).

V případě hlásky S v iniciálním postavení je výslovnost velice oslabena, celkově v jakékoli pozici schází charakteristický sykot. Koutky úst nejsou téměř vůbec zaostřeny. Místo *mísa* zopakoval *míchá*, což je dle našeho názoru důsledkem poruchy sluchu.

U hlásky Z zaznamenáváme obdobné potíže jako v předchozím případě. Místo *kazí* zaznělo *kadí*, místo *vozí* zopakoval *vodí*. Příčinu opět shledáváme v nedostatečné funkci sluchu.

Hlásky Č zaznívá často jako hlásky Š (např. čšenich, míčše). Místo *oči* zopakoval *oři*. Podle našeho mínění jde o jev shodný s předchozími případy.

V případě hlásky Š se jedná spíše o oslabenou, nevýraznou výslovnost. Opět schází charakteristický šum. Ve finálním postavení hlásky jsme shledali až přechod k hlásce Č (např. pičš).

Hlásky Ž v iniciálním postavení je vyslovována relativně správně, v ostatních pozicích se však objevují substituce (hlásky Ž je nahrazována hláskou Z, např. běží).

Realizace hlásky R je dle našeho názoru založena na principu velárního rotacismu.

Hlásky Ř je vyslovována velice nezřetelně, téměř vynechána je v iniciálním postavení. Ve slovech typu *vaří*, *hoří* se její znění blíží hlásce Ž.

- 31.1. 2012 jsme se zaměřili na **antonyma a synonyma**. V úvodu jsme si vysvětlili význam protikladů a doplnili je několika příklady. Postup cvičení spočíval v námi prezentovaných slovech, k nimž klient vymýšlel antonyma.

Naše výpovědi jsou vyznačeny kurzívou.

Protiklady

DOBRÝ	„Špatný.“
SLANÝ	„Kyselý.“- „Co je slané?“- „Třeba sůl.“- „A opakem soli je..., do čaje si nedám sůl, ale...“- „Cukr.“- „A cukr je...“- „Sladký.“
PODLAHA	„Lino.“- „Kde je podlaha-nahoře, nebo dole?“- „Dole.“- „Opakem dole je...“- „Nahoře.“- „A nahoře máme...“- „Strop.“
PLNÝ	„Prázdný.“
HŘÁT	„Zima.“ (uznáno)
NÍZKÝ	„Vysoký.“
STUDENÝ	„Teplý.“

Synonyma

Zpočátku byl problematický transfer myšlenkových operací zaměřených na produkci antonym k produkci slov stejného či podobného významu. V obou cvičeních bylo možné pozorovat specifické asociace klienta (např. bodnout-jdí se vycpat).

OTEC	„Fotr.“
UMAZANÝ	„Čistý.“, po upozornění na zaměření úkolu: „Špinavý.“
LEGRACE	„Humor.“ (chvíli přemýšlel)
DÝM	„Kouř.“ (po nápovědě: „Z cigarety nebo z komína jde...“)
JEŽIBABA	„Bába.“- „To je docela dobré, ale chtělo by to ještě přesněji. V pohádce je ošklivá bába, kouzlí...“ - „Čarodějnice!“
MIMINKO	„Kluk.“- „Když řekneš miminko, nepoznáš, jestli je to kluk nebo holka. Co takhle když budeš chtít říct, že se tvoji kamarádce narodilo...“ - „Dítě!“
BODNOUT	„Jdi se vycpat.“- „Dobře, to by taky šlo. A co takhle bodnout někoho nebo do něčeho? Jaké jiné slovo použiješ místo bodnout někoho, třeba jehlou.“ - „Píchnout někoho jehlou.“

• **Přirovnání a ustálená slovní spojení** byla tématem našeho sezení 1.2. 2012. Nejdříve jsme si vysvětlili význam těchto jevů a uvedli si příklady příležitostí jejich aplikace. Po evidentním pochopení principu jejich funkce na straně klienta J. jsme zadali začátek přirovnání a J. doplnil zbývající část (např. Drzý jako ... *opice*.) Pro důkladnější porozumění klienta bylo často nezbytné přirovnání zakomponovat do věty, třeba i zcela jednoduché, tedy konkretizovat situaci jeho užití.

V případě ustálených slovních spojení bylo úkolem klienta J. vysvětlit jejich význam, uvést příklady situací jejich smysluplné aplikace apod.

Obdobně jsme pracovali s **příslovími**. Majoritní prezentovaných úvodních částí přísloví klient dokončil, tedy prokázal jejich znalost, avšak význam nebyl schopen objasnit, příp. jej vysvětloval doslova (např. Jak se do lesa volá, ... *tak se z lesa ozývá*.- „Jako když zařve do lesa, tak slyší ozvěnu.“)

Přirovnání

SLADKÝ JAKO	„Med.“
KYSELÝ JAKO	„Citrón.“
KRADE JAKO	„Lupič, straka.“, (po upozornění, že se často přirovnává ke zvířatům, v tomto případě k ptákov)
SPÍ JAKO	„Medvěd.“
CHUDÝ JAK	„Kostelní myš.“
ZMOKLÁ JAKO	<i>VÁHAL</i> , „Vypadala jak zmoklá ...“ - „Slepice.“

PILNÝ JAKO	„Pilník, pes.“-toto přirovnání neznal, vysvětlili jsme si jej
TŘESE SE JAKO	„Ratlík.“
VĚRNÝ JAKO	VÁHAL, „O kterém zvířeti se říká, že je člověku věrné?“-„O psovi.“
SLZY JAKO	„Jablko.“-„Po tváři se mu koulely slzy jako ...“ - toto přirovnání neznal, vysvětlili jsme si jej

Ustálená slovní spojení

MÁ SE JAKO PRASE V ŽITĚ.	znal, ale význam nedovedl sám vysvětlit, „ <i>Má se tedy dobře, nebo špatně?</i> “-„Dobře, je bohatej.“
ZŘÍDIT SE POD OBRAZ BOŽÍ.	„Chlastat.“
MÁ PAROHY.	„Jelen.“-„ <i>Žena mu nasadila parohy.</i> “-„Je ženatej.“-spojení neznal, vysvětlili jsme si jej
MÁ Z OSTUDY KABÁT.	spojení neznal, vysvětlili jsme si jej
NENECHALA NA NĚM NIT SUCHOU.	„Opice.“, spojení neznal, vysvětlili jsme si jej
MÁ ZLATÉ RUCE.	„Pracovitej.“
TOMU TA HUBA JEDE!	„Ukecanej.“
TVÁŘÍ SE KYSELE.	„Nemá náladu.“
VENKU SE ŽENÍ VŠICHNI ČERTI.	„Chumelí.“
PŘIŠEL S KŘÍŽKEM PO FUNUSE.	spojení neznal, vysvětlili jsme si jej
CHLUBÍ SE CIZÍM PEŘÍM.	spojení neznal, vysvětlili jsme si jej, načež sám podal příklad a uvedl vhodnou situaci jeho užití
VĚŠET BULÍKY NA NOS.	spojení neznal, vysvětlili jsme si jej

K příslovím, ustáleným slovními spojeními, přirovnáním, synonymům i antonymům se v průběhu intervence stále vracíme, usilujeme o fixaci neznámých a o efektivní praktickou aplikaci známějších z nich. Jedním z možných postupů je uvádění klienta do fiktivních situací, které má opsat hodícím se např. příslovím.

- Jako pomůcku pro práci s J. jsme 2.2. 2012 užili **leták supermarketu**. Úkolem klienta bylo obstarat suroviny na přípravu večeře pro svou přítelkyni. Právě leták a propagované zboží v něm posloužily jako mediátor myšlenkového transportu do supermarketu, kde klient fiktivně nakupuje. Na výběr měl pouze zboží v letáku. Byla-li zapotřebí surovina zde neuvedená, mohl o ni požádat prodavačku. Na našem zvážení již bylo, zda klientovi požadované zboží poskytneme, či mu situaci zkomplikujeme a necháme ho hledat vhodnou alternativu.

Před zahájením plnění úkolu byl klientovi doporučen postup, tedy v úvodu specifikovat pokrm, který hodlá přítelkyni připravit, v návaznosti na to konstruovat seznam potřebných potravin a při samotném „nákupu“ zohledňovat nejen kvalitu potravin, ale též jejich cenu, a za tímto účelem komparovat nabízené zboží.

J. zvolil jako menu vepřový řízek a brambory. Zpočátku strukturoval jednotlivé fáze přípravy pokrmu, ale seznam surovin si nevytvořil. Snad z toho důvodu na první straně letáku „koupil“ krutí plátky. Po připomenutí původního plánu argumentoval srovnatelnou kvalitou krutího masa s vepřovým („Krutí je taky dobrý maso.“). Z postu prodavačky jsme vznesli dotaz na požadované množství masa, dostalo se nám odpovědi: „Asi dvě kila.“ Upozornili jsem jej na neadekvátní porci masa pro dvě osoby, snažili jsme se též o přiblížení vhodného množství suroviny na požadovaný počet řízků, avšak klient stále zastával svůj původní názor s dodatkem, že se rozdělí s ostatními klienty.

Dále „nakupoval“ vejce, hladkou mouku (váhal, zda se maso neobaluje v polohrubé mouce), strouhanku, mléko, brambory (na dotaz ohledně množství požadoval balené brambory v síťce). Téma našeho hovoru se přesunulo k podávaným nápojům, což klienta vedlo k „nákupu“ kávy, vína a hruškovice. Po připomínce týkající se možné abstinence jeho slečny požadoval colu. Se záměrem komplikace situace nebyl jím požadovaný nápoj k dispozici, avšak J. pohotově zareagoval „koupí“ limonády. Posledním zásahem z naší strany bylo nasměrování klienta na drobné pochutiny, podávané po večeři, což vedlo k výběru Toffife. Fiktivní nákupní košík završil sklenicí okurek, již objevil na poslední straně letáku.

Následující úkol klienta spočíval v součtu cen vybraného zboží. V průběhu jeho „nákupu“ jsme sumy surovin zapisovali do sloupce. Samostatně měl s počty značné potíže, pomohli jsme tedy převzetím iniciativy a klient prováděl „pouze“ dílčí matematické operace. I v nich občas chyboval, avšak společně jsme se dobrali konečné sumy 427 Kč. Za účelem úhrady částky mu byly poskytnuty makety bankovek, z nichž použil dvě dvou stovkové a jednu padesátikorunu. Pro určení sumy, jež by náležela klientovi zpět, bylo třeba realizovat výpočet písemně. Avšak operace odečítání nebyl klient schopen vykonat téměř ani s dopomocí. Formulace typu: „Sedma-a kolik je deset?“ musely být nahrazeny prostým: „Deset minus sedm je...“

Orientaci klienta v letáku při fiktivním nákupu hodnotíme pozitivně, bez problému se zorientoval v sekcích ovoce, uzenin, drogerie (těmto stránkám se vzhledem k zadanému tématu vyhýbal). Počáteční konstrukce seznamu potřebných surovin neproběhla, přesto se s

výjimkou masa držel původního plánu. Bez našeho zásahu při výběru nápojů by s velkou pravděpodobností „nakoupil“ kvantum alkoholu bez ohledu na možnou abstinenci ostatních aktérů. Komparaci cen surovin se klient nevěnoval ani po upozornění z naší strany (např. při výběru kávy se mu nabízely dvě možnosti, vybral bez rozmyslu variantu o téměř 40 Kč dražší). S námi v roli prodavačky konverzoval slušně, ve frázích často zaznívalo *prosím* a *děkuji*.

Zkušenosti s reálnými situacemi nákupu v supermarketu má klient četné, jelikož je několikrát v týdnu absolvuje s jednou z vychovatelek zařízení. Před jeho nezodpovědnou manipulací s finančními prostředky jej chrání hlavní iniciativa celé akce spočívající v kompetencích pracovnice.

- 9.3. 2012 jsme realizovali **vyšetření artikulace** s akcentací oblastí rtů a jazyka. Inspiraci jsme čerpali ze záznamového archu určeného pro diagnostiku dysartrie. Některé z úkolů jsme nahradili jinými, hodnotící škálu jsme vytvořili rovněž vlastní.

1 ... pohyb, úkol nevykonal vůbec

2 ... pohyb, úkol vykonal s obtížemi typu ...

3 ... pohyb, úkol vykonal bez problémů

Rty

Rty v klidové poloze	3	
Rty sevřené	2	drobné pohyby ze strany na stranu, poloha postrádá stabilitu
Protruze rtů	2	rty se vychylují laterálně (napravo), zvýšený tonus
Zaostření ústních koutků (bez zubů)	2	zvýšený tonus, drobné pohyby
Zaostření ústních koutků (se zuby)	3	
Artikulační schopnosti (počet opakování slabik za pět sekund)		BA-11, PA-7, MA-12, FA-11, VA-14

Jazyk

Protruze jazyka	2	jazyk vysunut málo, pohyby vzhůru
Laterální pohyby (mezi ústními koutky)	3	
Kroužení kolem rtů	3	

Hrot jazyka na střed horního rtu	3	
Hrot jazyka na střed dolního rtu	3	
Hrot jazyka po patře vzad a zpět	3	
Hrot jazyka do pravého koutku	3	
Hrot jazyka do levého koutku	3	
Artikulační schopnosti (počet opakování slabik za pět sekund)		TA-17, GI-15, TI-15, DRN-8, CI-12, NA-13, ČI-11, NI-12, KI-12, ZA-14, TRN-8, ŽA-11, DA-10, LA-20, DE-9, DZU-5, SE-9, DŽU-7, ŠE-14, LI-21

DRN-velární rotacismus

DE-námaha při realizaci

CI-nekorektní výslovnost

DZU-námaha při realizaci, výslovnost jako ZU

ČI- výslovnost jako CI

TRN-námaha při realizaci

DŽU-námaha při realizaci, odděloval hlásku

ŽA-výslovnost jako ZA

D

DA-námaha při realizaci

ŠE-výslovnost jako SE

Artikulace klienta J. je značně narušena. Nutno však podotknout, že za dobu naší spolupráce u něho shledáváme pokroky, především v oblasti motoriky jazyka. Zpočátku nebyl schopen např. pohybu jazyka ve stylu „čerta“. Vzhledem k infantilismu aktivity projevujeme snahu uvést klienta do reálnější situace, v níž by tento pohyb a zvuk mohl využít (např. jde v masce 5.12. postrašit děti svých přátel).

Značné potíže má s vyhověním instrukci maximálního otevření úst. Zde rty vykazují zvýšený tonus, má tendenci ústa stále přivírat, a to především v případech zapojení pohybů jazyka.

Úroveň diadochokineze se u klienta J. pohybuje na nízké úrovni, čehož jsou důkazem výsledky úkolů spočívajících v rychlém opakování slabik, limitovaným pětisekundovým intervalem.

- S klientem J. jsme se orientovali též na analýzu **komunikačních situací**. Aktivita navazovala na oblast neverbální komunikace, v níž jsme se věnovali mimice a gestům. Zprvu byly oba termíny definovány, poté následovaly praktické ukázky mimické exprese a gestikulace, vždy s uvedením jejich významu a s konkretizací situace jejich efektivní

aplikace.

Porozumění komunikačním situacím, prezentovaným na počítači, bylo založeno na principu pozorování výrazu tváře, celkové tělesné pozice jednotlivých aktérů, prostředí apod. a jejich správné interpretace. Dílčími úkoly klienta bylo specifikovat prostředí, v němž se děj odehrává, účinkující situace, jejich psychické ladění a možné promluvy. Klient J. většinou hovořil sám, občas byla však nutná intervence z naší strany formou krátkého dotazu. Výpovědi aktérů situace uváděl klient často přímou řečí. Vybíráme a uvádíme jen některé z analyzovaných komunikačních situací, jejich vyobrazení je zařazeno na konci práce.

První komunikační situace (Obrázek 1), analyzovaná 13.4. 2012, se odehrává v pokoji porodnice, klient ji popsal následně.

Tatka a máma a mimčo sou v ložnici. Řeší, čím je asi to mimčo. Ona má z toho radost, on taky, ale nedává to najevo. Ona říká, že je to naše společné. On: „To není moje!“

Zajímavé je, že klient i v evidentně harmonické, idylické atmosféře zobrazené situace shledává závažný konflikt.

Druhá zobrazená komunikační situace (Obrázek 2), již jsme rozebírali 17.8. 2012, se odehrává mezi recepční a mladým párem v prostředí hotelu.

Je to v bance nebo v hotelu, spíš v hotelu. Je tu recepční, pán a paní. De o pokoj, domlouvaj se, jaké pokoj si mají vzít. Jestli apartmán, nebo pokoj pro dva. Recepční, říká, že ho mají. Oni ho berou. Recepční říká: „Budete platit hotově, nebo fakturou?“ Ptá se, na jak dlouho tam budou. Prej na dva týdny. Sou na dovolený, nebo jí požádá o ruku, nebo sou na svatební cestě.

Klient J. podal deskripci děje výstižně, dotazy ze strany recepční jsou reálné stejně jako možné záměry pobytu mladého páru v hotelu.

Děj třetí komunikační situace (Obrázek 3), s níž klient pracoval 3.9. 2012, je zasazen do prostředí pošty mezi úřednicí a zákaznicí.

Česká pošta. Dvě paní řeší problém. Nesedí na účtu peníze, něco nestrhli, nebo strhli, ale strhnout neměli. Domlouvaj se, jak to vrátit. „Všechno to dáme do správného směru.“ Pošťáčka má dobrou náladu, u té druhý záleží, jakou má povahu. Je v klidu, neřeší to řevem.“

Zde klient konstruoval rozhovor charakteristický spíše pro prostředí banky, přesto jde o situaci reálnou. Ladění úřednice odvozuje z exprese tváře, v případě zákaznice se musí řídit

pozicí jejího těla, dle níž soudí na klidnou povahu ženy.

Při komplexním náhledu na výsledky klientovy analýzy všech prezentovaných komunikačních situací pozorujeme výraznou tendenci projekce konfliktů do dění na fotografiích. Často zařazoval témata nevěry a finančních podvodů.

- Za účelem stimulace obsahové stránky řeči byla 2.7. 2012 zařazena aktivita, spočívající ve výběru postupně vždy jedné z nabídky rubem vzhůru otočených kartiček. Jejím obsahem bylo slovo, jež si klient přečetl a měl jej **opisem vyjádřit** bez užití samotného zadání ani slova jemu příbuzného. Naším úkolem bylo opisovaný výraz uhádnout. V průběhu aktivity docházelo ke střídání rolí.

MALÍŘ	„Povolání. Přide do bytu, musí to tam všechno vyklidit, oškrabat, potom možná naštukovat a potom i na...“
UČITEL	„Je to ve škole. Musí ho poslouchat a učit se s ním.“
KRMELEC	„Je to v lese, choděj tam zvířata najíst se. Je tam hodně toho. Dává se tam jídlo.“
PES	„Spí to v posteli, honí kočky.“
MEDVĚD	„Je to pod zámkem v Krumlově a hrajou si.“
DOKTOR	„Když mám zlomenou ruku nebo mě bolí něco.“

Opisy pojmů podával relativně výstižně, pouze v některých případech měl potíže s určením podnětu jakožto hledaného výrazu (viz druhý příklad-učitel versus žáci). Slovům ze zadání i jim příbuzným výrazům se dovedl vyhnout, problém neměl ani při výměně rolí, kdy se stal hádajícím aktérem on.

- Dne 19.7. 2012 jsme se s klientem J. začali zabývat problematikou **inzerátů**. Pracoval s inzeráty, staženými z internetových stránek, s tematikou nabídky i poptávky zaměstnání, automobilů a zvířat. Nejdříve proběhla společná analýza konkrétní ukázky, následovala specifikace relevantních údajů inzerátu a nakonec dramatizace situace telefonického hovoru, během něhož klient v roli zájemce o inzerované zboží zjišťoval další potřebné údaje a sjednával podmínky koupi. Prováděli jsme též komparaci výhod a nevýhod inzerátů podávaných elektronicky a inzerátů publikovaných klasicky v tisku.

Klient J. v roli zájemce o inzerovaná štěňata kladl podstatné dotazy, projevil se jeho osobní sympatie k této oblasti. Pro doplnění informací uvedených v inzerátu se tázal na stáří a pohlaví štěňat, povahu rodičů, veterinární ošetření, místo bydliště majitelů, možnost osobní návštěvy apod.

V rámci rozboru inzerátu automobilu 27.7. 2012 odhalil nekorektní údaje týkající se typu paliva a spotřeby vozu. Ve stejné pozici jako v předchozím případě kladl při fiktivním telefonátu důležité dotazy, doplňující informace z inzerátu, ohledně termínu technické kontroly, vybavení vozu, délky doby vlastnictví majitele, důvodu prodeje, osobní zkušenosti majitele apod. V roli inzerujícího totožný vůz podával namísto relevantních údajů, jako jsou značka, spotřeba, druh paliva atd., příliš podrobné informace (např. vůz je po výměně kapalin, má nové obvody), jež jsme poté společně kategorizovali jako nadstavbové, zjišťované konkrétním zájemcem v rámci hovoru s inzerujícím.

Inzerce zaměstnání byla řešena 1.8. 2012. Opět jsme na úvod zařadili analýzu inzerátu, konkrétně nabídky zaměstnání jako instalatér-potrubář. Klient J. z postu zájemce zjišťoval další, v inzerátu neuvedené informace. Koncentroval se na praktické údaje, dotazoval se věcně na výši platu, možnosti ubytování, případný nárok na poukázky na stravu apod. V roli potencionálního zaměstnavatele jsme požadovali stručnou prezentaci klientova dosaženého vzdělání a získaných praktických zkušeností. S minimální dopomocí, týkající se především údajů o předchozích zaměstnání a zastávaného pracovního postu v nich, požadované informace uvedl.

Ve sféře inzerce zaměstnání byl dále klient J. postaven na stranu poptávky, a to do role majitele penzionu, hledajícího personál pro svůj podnik. V tomto fiktivním telefonickém hovoru jsme sehráli roli číšnice, již se klient dotazoval na vzdělání, předchozí praktické zkušenosti, typy zařízení, kde byla zaměstnána. Klient pohotově reagoval na naše dotazy ohledně kapacity penzionu, možnosti ubytování, počtu číšníků a kuchařů, pracovní doby atd.

K inzerátům různé tematiky jsme se v průběhu intervence stále vraceli, opakovali důležité údaje pro jejich správnou konstrukci a dramatisovali telefonáty inzerujících a zájemců. Klient prokázal svůj přehled ve zvolených oblastech inzerce, pomoc z naší strany v rámci dotazování či inzerce nebyla výrazná. Navíc informace, které klient sám neuvedl a byl na ně upozorněn z naší strany, si pamatoval a při dalších sezeních je zpravidla uváděl. Ať byl postaven do jakékoli role, vykazoval nadmíru tolerance, ochoty vyhovět druhé straně, avšak mnohdy na úkor vlastní osoby (např. číšníci umožní bezplatný pobyt v penzionu).

- Dalším tématem naší práce s klientem J. byl **životopis**, jemuž jsme se začali věnovat 22.8. 2012. Podle jeho slov s touto problematikou zkušenosti má, podával životopis za účelem získání zaměstnání. Na naši žádost o vymezení důležitých sekcí, jež by v životopisu měly být obsaženy, uvedl výčet údajů, jako je jméno, mailová adresa, bydliště, vzdělání, praxe, název firmy, u níž byl uchazeč zaměstnán. Společně jsme doplnili informace typu data narození, data a místa sepsání, speciálních schopností a dovedností, časového vymezení vzdělávání a zaměstnání na různých pracovištích, případných zálib a vlastnoručního podpisu.

V jednotlivých sezeních jsme prováděli analýzu strukturovaných i klasických forem životopisu s akcentací jejich výhod a nevýhod. Ukázky byly staženy z internetových stránek a byly prezentovány na počítači.

Při rozborech ukázek životopisů jsme akcentovali aplikaci vhodných frází, jejichž význam jsme si vysvětlili, např. mám zájem o pracovní pozici..., vlastním řidičský průkaz skupiny B, ovládám německý jazyk aktivně a ruský jazyk pasivně, dovednosti práce na počítači jsou na úrovni základní apod. V některých příkladech životopisů byly obsaženy složitější výrazy, jež bylo třeba vysvětlit, uvést jejich význam v praxi (např. administrativní záležitosti, koordinátor služeb).

Osobně spatřujeme nižší náročnost v postupu konstrukce strukturované formy životopisu, z toho důvodu jsme klienta směřovali k této variantě. Seznámili jsme jej s internetovými odkazy, na nichž jsou k dispozici ukázky a formuláře pro strukturované životopisy. Navíc jsme jej uvedli do aktuálních trendů zaměstnavatelů, kteří stále častěji k inzerované nabídce zaměstnání připojují internetový odkaz na požadované údaje, jež mají uchazeči o pracovní pozici uvádět, nebo odkazují přímo na formulář životopisu s dodatkem, že jiná forma zaslaných životopisů nebude hodnocena.

První pokus o konstrukci životopisu prezentoval klient J. 3.9. 2012. Ač si klient dal s prací záležet a byl za ni pochválen, nedostatky jsme shledali a společně s ním probrali. Užívá kombinaci obou forem životopisu. Fráze specifikující úroveň kompetencí v cizích jazycích klient evidentně nepochopil správně, což se odrazilo v jejich aplikaci v životopisu („Domluví se pasivně i normálně.“). Též jsme jej upozornili na možnost vhodnější formulace žádosti o pracovní pozici („Mám zájem o vaší práci jezdit s nákladákem.“). Klienta tato aktivita zajímala a patrně mu záleželo na co nejdokonalejším výsledku, tudíž si z vlastní iniciativy začal vytvářet osnovu na základě našich připomínek. Podle takto sestaveného schématu konstruoval novou formu životopisu, jíž předložil 7.9. 2012. Obě

varianty jsou zařazeny na konci práce.

ZÁVĚR, PROGNÓZA

Klienta J. hodnotíme jako osobitého mladého muže, který, věnuje-li se aktivitám spadajícím mezi jeho zájmy, podává vynikající výkony. Pro činnost, jež ho naplňuje, se dovede nadchnout. Naopak aktivitám, jimž subjektivně nepřikládá výraznější relevanci, má tendence se vyhnout či jejich realizaci co nejvíce oddálit. Je výrazně ovlivněn svou minulostí, i v současnosti se jako centrální téma jeho mentálních procesů jeví jeho zážitky s popisovanou partou přátel. Při jejich prezentaci však nabýváme dojmu, zda nejsou do jisté míry spíše produktem jeho fantazie či konfabulací. Ale na takovéto závěry je naše znalost klienta J. příliš krátká a povrchní.

Klientovo psychické ladění, od něho se odvíjející ochota a kvalita sociální interakce, pracovní výkonnost apod. jsou do značné míry důsledkem dění v jeho primární rodině, což je sféra, kam výrazné intervence orientovat nelze.

V současné době považujeme za největší překážku klientovu inaktivitu a v kontrastu s ní jeho touhu po zaměstnání, po uplatnění. Práce by mu umožnila interakci v novém sociálním prostředí, nabyt by cenné zkušenosti a znalosti, týkající se každodenního života. Určitá činnost, s ní spojené závazky a povinnosti by se staly interferencí stereotypnosti, která je výstižným termínem pro jeho dosavadní způsob žití.

Příloha 4

DŮVĚRNÉ

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Datum:

Dle sdělení:

Jméno:

Datum a místo narození:

Národnost:

Státní příslušnost:

Bydliště:

Rodinná anamnéza

1. **Kolik let je tvé matce?** (Kolik let je tvojí mamince?)
2. **Jaké má tvá matka vzdělání?** (Vzpomínáš si, jestli ti mamka někdy říkala, kam chodila do školy, co studovala?)
3. **Kde tvá matka pracuje?**
4. **Vzpomeneš si, jestli ti tvoje maminka někdy říkala, že by chodila na logopedii?**
5. **Má tvá matka sourozence?** (Má mamka sourozence, má brácha nebo ségru?)
6. **Kde pracuje bratr matky?** (A kde pracuje ten strejda?)
7. **Nevzpomínáš si náhodou, že by ti maminka o něm vyprávěla, že chodil na logopedii?**
8. **Kolik let je tvému otci?** (Kolik je tátovi let?)
9. **Jaké má tvůj otec vzdělání?** (A kam on chodil do školy?)
10. **Vzpomínáš si, že by ti otec někdy vyprávěl, jak navštěvoval logopedii?** (A nevíš, táta navštěvoval logopedii, chodil k logopedce, nebavili jste se někdy o tom?)
11. **Kde pracuje tvůj otec?** (A kde pracuje táta?)
12. **Má tvůj otec sourozence?** (Má táta brácha nebo ségru?)
13. **Máš sourozence?, 14. Kolik mu je let?** (Ty jsi říkal, že máš brácha. Kolik je bráchovi let?)
15. **Jaké je bratrovo vzdělání?** (Kam chodil brácha do školy, co studoval?)
16. **Vzpomínáš si, že by někdy navštěvoval logopedii?** (A co brácha, chodil někdy k

logopedce?)

17. Kde vaše rodina bydlí/bydlela? (Když ještě vaše rodina byla pohromadě, kde jste bydleli? V baráku, v paneláku...)

18. Má někdo ve vaší rodině (i babičky, dědečkové, tety, strýcové atd.) potíže se sluchem? (Tak teď přejdeme ke zdraví. Ty máš problémy se sluchem. Chodíš na ušní, teď jsi byl na vyšetření. Mě by zajímalo, jestli má někdo ve vaší rodině, a nemusí to být jen mamka, taťka, brácha, ale i babička, strejdové, tety, potíže se sluchem?)

19. Má někdo ve vaší rodině (i babičky, dědečkové, tety, strýcové atd.) potíže se zrakem? (Ty máš taky problémy se zrakem, nosíš brýle, máš za sebou nějaké operace. Má třeba ještě někdo ve vaší rodině potíže se zrakem?)

20. Má někdo ve vaší rodině (i babičky, dědečkové, tety, strýcové atd.) mentální postižení? (Pak jsem se chtěla zeptat, jestli se ve vaší rodině vyskytuje mentální postižení.)

21. Má někdo ve vaší rodině (i babičky, dědečkové, tety, strýcové atd.) nějakou závažnou nemoc? (Tak jdeme dál... Měl někdo ve vaší rodině nějakou vážnou nemoc? Třeba rakovinu něčeho nebo cukrovku.)

22. Jaký je tvůj vztah s matkou? (Tak teď jak bys popsal, jak vycházíš s mamkou?)

23. Jaký je tvůj vztah s otcem? (A co tvůj vztah s tátou? S tátou jak vycházíte?)

24. Jaký je tvůj vztah s bráchou?

25. Jsou tvoji rodiče rozvedeni? Proč si myslíš, že k rozvodu došlo? (To, že jsou tvoji rodiče rozvedení, to už víme. Kolik ti vlastně bylo, když se rozvedli?)

26. Jaký vztah má tvůj otec s tvou matkou (stýkají se, mluví spolu)? (A co vaši teď, komunikují spolu, jsou v kontaktu?)

27. Jak vycházíš s matčíným přítelem? (Jak vycházíš s Janou, jsme už řešili. A jak vycházíš s přítelem od mamky?)

Zdravotní anamnéza

1. Vzpomeneš si, jestli jsi měl někdy nějakou vážnější nemoc nebo úraz, kvůli kterému jsi musel být v nemocnici? (Vzpomínáš si, jestli jsi měl někdy nějakou vážnější nemoc nebo úraz, kvůli kterému jsi musel být v nemocnici? Nebo jsi třeba dlouho ležel v posteli?)

2. Jak vnímáš své potíže se sluchem? Vadí ti v něčem, omezují tě? (Jak třeba vnímáš svoje potíže se sluchem? V čem ti třeba vadí? Nebo uvědomuješ si vůbec, že špatně slyšíš? Nebo to

vůbec nevnímáš?)

3. Jak vnímáš své potíže se zrakem? Vadí ti v něčem, omezují tě? (A co třeba potíže se zrakem? Taký ne?)

4. Jak vnímáš své mentální postižení? Vadí ti v něčem, omezují tě? (Když si vezmeme tvoje mentální postižení, jak ho vnímáš? Vadí ti v něčem? Nebo naopak jestli ti nějakým způsobem pomáhá? Byla nějaká situace, kdy sis řekl: Tak a teď já nemůžu ...)

5. Setkal ses někdy s negativními reakcemi na své postižení-posmíval se ti někdo, nadával, ponižoval? (Setkal ses někdy s tím, že by se ti někdo posmíval, ponižoval tě?)

6. Měl jsi někdy problém se svou řečí – někdo ti nerozuměl, nedovedl jsi něco vysvětlit atd.? (Měl jsi někdy problém se svojí řečí? Dostal ses třeba do situace, že by ti někdo nerozuměl? Třeba v obchodě ti prodavačka nerozumí, je na tebe nepříjemná a odmítne tě obsloužit.)

7. Navštěvoval jsi jako dítě logopedii? Pokud ano, kde a jak často. (Ty jsi chodil do školy pro nemluvící, kde jste asi měli logopedii. Chodil jsi ale ještě někam jinam, k jiné logopedce?)

8. Myslíš si, že ti logopedická péče pomohla? Pokud ano, v čem? (A myslíš si, že ti to v něčem pomohlo?)

9. Vzpomínáš si, co jste s paní logopedkou dělali? (Lišilo se hodně to, co jste dělali ve škole a co v Budějicích? Co jste vlastně dělali, vzpomeneš si?)

10. Myslíš si, že ti logopedická péče může pomoci i teď v dospělosti? Pokud ano, v čem. (Teď už asi tři měsíce pracujeme spolu. Myslíš si, že ti logopedie může pomoci i v dospělosti? Všiml sis třeba, že by ses v něčem zlepšil?)

Osobní anamnéza

1. Navštěvoval jsi jesle, mateřskou školu nebo obojí? Pokud ano, kde? (Chodil jsi jako dítě do jesliček nebo do školky?)

2. Na jakou základní školu jsi chodil? (Už jsme řekli, že jsi do páté třídy chodil do školy pro nemluvící v Týně nad Vltavou. A od té páté třídy jsi byl kde?)

3. Jak hodnotíš své učitele na ZŠ-hodní/zlí, hodně/málo naučili, (ne)měli jste konflikty atd. (Jak hodnotíš své učitele v tom Týně nad Vltavou nejdřív? Byli hodní, zlí, hodně tě naučili, nebo třeba málo...)

- 4. Jak hodnotíš své spolužáky na ZŠ-kamarádi, (ne)měli jste konflikty, (ne)posmívali se ti atd. (A co spolužáci?)**
- 5. Jakou školu jsi navštěvoval po ukončení ZŠ? (Ty jsi pak chodil do školy v Lišově. Co to bylo za obor?)**
- 6. Proč ses rozhodl pro tento obor? (Kdo vlastně vymyslel, že tam půjdeš? To sis vymyslel ty, tys to chtěl?)**
- 7. Jak hodnotíš své učitele na této škole-hodní/zlí, hodně/málo naučili, (ne)měli jste konflikty atd. (Takže když si vezmeme Lišov, jak tam hodnotíš učitele?)**
- 8. Jak hodnotíš své spolužáky na této škole-kamarádi, (ne)měli jste konflikty, (ne)posmívali se ti atd. (A spolužáci?)**
- 9. Byl jsi na internátu? Pokud ano, kde a jak často jsi jezdil domů? (Jak často jsi jezdil domů z intru?)**
- 10. Jak hodnotíš své vychovatele na internátu-hodní, zlí, (ne)měli jste konflikty atd. (A co třeba ti vychovatelé na intru, nebo teda vychovatelky?)**
- 11. Jak hodnotíš své spolubydlící na internátu-kamarádi, (ne)měli jste konflikty, (ne)posmívali se ti atd. (A co spolubydlící? Kolik vás třeba bylo na pokojí?)**
- 12. Co tě ve škole (ZŠ i učňovském oboru) nejvíc bavilo? (Co tě ve škole nejvíc bavilo? Ať už na základce nebo v Lišově.)**
- 13. Jaké byly tvé zájmy v pubertě? (Co tě bavilo, jaký byly tvoje zájmy, koníčky v pubertě, když jsi byl v Lišově. Cos měl rád?)**
- 14. Jaké jsou tvé zájmy teď? (A co teď, co tě baví? Zůstal ti ten koníček?)**
- 15. Měl jsi v pubertě hodně kamarádů-i mimo školu? (Měl jsi v pubertě hodně kamarádů? Teď nemyslím jenom ve škole, ale i mimo školu.)**
- 16. Máš v současnosti hodně kamarádů? (Co třeba teď v současnosti, máš hodně kamarádů, nebo je to dost omezený tady na kluky?)**
- 17. Měl jsi nebo máš vztah s nějakou dívkou/ženou? (Co holky? Máš nějakou? Nebo jsi měl dřív?)**
- 18. Chtěl bys v budoucnosti mít manželku a děti? (A co takhle do budoucna, chtěl bys mít manželku a děti?)**
- 19. Jsi/byl jsi někde zaměstnán? Pokud ano, kde. (Byl jsi někdy někde zaměstnanej, když teda pomineme ty brigády v Praze.)**
- 20. Máš zkušenosti s alkoholem? Pokud ano, kdy jsi poprvé pil alkohol a při jaké**

příležitosti? (Takže práce, kterou jsi měl, tě bavila, vysněné zaměstnání už jsi mi taky řekl. Přejdeme dál. Jestli máš zkušenosti s alkoholem, se asi nemusím ptát. *SMÍCH* Kdy poprvé jsi zkusil alkohol?)

21. Proč máš rád alkohol?, 22. Jaké na tebe má alkohol účinky? (Takže máme tvůj první alkoholový zážitek. Proč máš třeba rád alkohol? *DLOUHO VÁHAL* Jaké na tebe má účinky?)

23. Kouřil jsi někdy cigarety, marihuanu nebo máš zkušenosti s jinými drogami? Pokud ano, kde jsi se k nim dostal, kdy jsi je poprvé vyzkoušel, jaké na tebe měly účinky? (A co třeba cigarety, kouřil jsi někdy? Nebo kouříš?)

24. Měl jsi někdy problémy se zákonem? (Měl jsi někdy problémy se zákonem? Třeba jestli jsi byl někdy u soudu nebo na policajtech.)

25. V čem si myslíš, že jsi opravdu dobrý (co ti jde, co na tobě ostatní obdivují)? (V čem si myslíš, že jsi fakt dobrej? Co ti jde? Co na tobě lidi obdivují a říkají si – Ty jo, to bych taky chtěl umět.-)

26. Myslíš si, že ti něco výrazně nejde a mohl bys v tom být lepší? (A co si naopak myslíš, že ti nejde, že bys v něčem mohl být lepší.)

27. Líbí se ti na Bobelovce? (Jak se ti líbí tady na Bobelovce?)

28. Z jakého důvodu jsi na Bobelovce? (Proč jsi vlastně přišel na Bobelovku, co k tomu vedlo?)

29. Kdyby sis mohl vybrat, kde a s kým bys chtěl žít? (Kdyby sis mohl vybrat, mohl by sis dělat úplně, co bys chtěl, tak kde bys chtěl žít? Kde bys chtěl bydlet? Kde a taky s kým?)

30. Jak vycházíš s ostatními klienty - (ne)jste kamarádi, (ne)máš s někým/nikým konflikty atd.? (Jak vycházíš tady s klukama?)

31. Jak vycházíš se zaměstnanci („tetami“) - nějaké máš rád, nějaké nemáš rád, (ne)máte konflikty? (A co tety, jak spolu vycházíte?)

Datum:

Dle zdroje: klient zařízení

1. Jak dlouho se s J. znáte?
2. Jaký podle tebe J. je (jaké má vlastnosti, co má rád, co nemá rád atd.)?
3. Co se ti na J. líbí, co na něm obdivuješ?
4. Co ti na J. vadí?
5. Jak J. vychází s ostatními klienty, má hodně kamarádů?
6. Jak J. vychází se zaměstnanci Bobelovky („tetami“)?

Datum:

Dle zdroje: pracovnice zařízení

1. Jak dlouho J. znáte?
2. Jak byste J. popsala (vlastnosti, zájmy atd.)?
3. Jaké jsou jeho silné stránky, v čem vyniká?
4. Jaké jsou jeho slabé stránky, co mu dělá potíže?
5. Jaký je jeho vztah k ostatním klientům, jak s nimi vychází?
6. Jaký je jeho vztah k zaměstnancům, jak s nimi vychází?
7. Má na Vaši práci s ním vliv jeho sluchové postižení?
8. Má na Vaši práci s ním vliv jeho zrakové postižení?
9. Má na Vaši práci s ním vliv úroveň jeho komunikačních dovedností?
10. Jaké jsou podle Vás jeho vyhlídky do budoucna?



Obrázek 1: Komunikační situace č. 1 (převzato z http://ona.idnes.cz/potvrzeno-otec-u-porodu-zene-prospeje-a-sebe-obohati-pc1-/deti.aspx?c=A100208_122806_ona_deti_jup)



Obrázek 2: Komunikační situace č. 2 (převzato z: <http://www.canstockphoto.cz/povol%C3%A1n%C3%AD-recep%C4%8Dn%C3%AD-2786193.html>)



Obrázek 3: Komunikační situace č. 3 (převzato z: <http://www.novinky.cz/ekonomika/203181-ceska-posta-ma-porad-nedostatky-potvrdila-kontrola.html>)

39.

ZVOTOPIS

JMENNUS E Jan Wittberger

BEDICHT E

CHRUDIM

LET 25

PS E.

5708

ROK NAROZENI
1987

ČISLO DOMU.

105

DOBŘE VĚM MÁM ZAJEM DVAŠI PRACI ŽE DIT S NAKLADY KEM,
MAM PRAKXI 6 LET + DOPLUČNĚ SE PABUKE I NORMAČE.
DSEM VE VČEM PROLE AUTOSERVISU LIŠOV 2004/2006

STŘEDNÍ ODBORNÁ ŠKOLA
LIŠOV

KONTAKTY MOBIL 428 878 978
MAIL

JAN W.

JANWITBERGER@seznam.cz
WITBERGER@seznam.cz

1. 9. 2012

Obrázek 4: Životopis 3.9. 2012

JAN WITTBERGER
JINDŘICHUV HRADEC
BOBELOVKA

OTIN 90
34401

ROK 1982
LET 25

EMAIL JAN.KASTANIKOLA@seznam

4.9. dle osnovy, led.
jme společně sestavili

MOBIL: 428 878 978

DOBŘE DEM MAM ZAJEM OPRACI ŘIDIČE MAM VAKLADÁKEN PRAXI 7 LET
FIRMA: IRO ZEMPAS - ZEMNÍ PRÁCE 1.8.2006 - 4.9.2012

VZDĚLÁNÍ
SOŠ LIŠOV do 2004-2006
POMOCNÉ PRÁCE AUTOSEKURVISU

KURZY SKOLEM
BAGR IJEREB, JESTĚRKA, MAJAKA
PRGOUNI, ZKUSENOSTI

CHOPNOSTI ZAPLOSTI A DOVEDNOSTI
ŘÍDICKÉ PRŮKAZ
SKUPINĚ A, B, C, H
PC, ZAKLADNÍ

ZAJMĚ HUDBA
KOCO

JAZEK RUSKÉ
NĚMECKÉ FRANSKÉ

Jindřichuv Hradec

Obrázek 5: Životopis 7.9. 2012

