

ÚVOD

„Jazyk není pouze dorozumívacím prostředkem, ale je nástrojem rozvoje myšlení, nutný pro pochopení vlastní identity a významný pro orientaci člověka ve světě“.

Zdeněk Matějček

Komunikace prostupuje životem lidí na celém světě. Prostřednictvím komunikace můžeme sdělovat svá přání, předávat si myšlenky či vyjadřovat své emoce. Abychom mohli verbálně komunikovat, musíme rozumět slovům, vědět co vyjadřují a znát jejich význam. Lidé s mentálním postižením mohou mít v této oblasti komunikace problém. Evidentní je narušení komunikační schopnosti jedinců s mentálním postižením v jednotlivých jazykových rovinách od lehkého až po celkovou neschopnost verbální komunikace.

Cílem prezentované diplomové práce je analýza reflexe jednotlivých jazykových rovin v komunikaci jedinců s mentálním postižením. Výzkumnými metodami práce se staly pozorování a interview. Šetření bylo realizováno v zařízeních specifikovaných jako chráněná bydlení.

Předkládaná diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. První část zahrnuje teoretická východiska dané problematiky. Je vymezena odborná terminologie a předestřeny aktuální poznatky z oblastí vztahujících se k tématu diplomové práce. Dále je věnována pozornost jazykovým rovinám, lingvistickým aspektům komunikace, mentálnímu postižení, ontogenezi lidské řeči a symptomatickým poruchám řeči u jedinců s mentálním postižením. Empirická část je pak orientována na kvantitativní výzkum jednotlivých jazykových rovin klientů v zařízeních označovaných jako chráněná bydlení formou interview a pozorování.

Doufáme, že předkládaná diplomová práce přinese svým obsahem bližší orientaci v problematice komunikace osob s mentálním postižením a poukáže na míru jejich využití jednotlivých jazykových rovin v běžné komunikaci.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část je rozdělena do pěti stěžejních kapitol. Záměrem teoretické části diplomové práce je vymezení adekvátní odborné terminologie, etiologie, symptomatologie a aktuálních poznatků z daných oblastí vztahujících se k tématu diplomové práce (dále jen DP).

1 Terminologické vymezení pojmů

V první kapitole teoretické části předkládané DP byly definovány základní pojmy vztahující se k tématu.

Komunikace

Pro vymezení výše uvedeného pojmu byl zvolen Dvořákův Logopedický slovník (2007), ve kterém je komunikace definována jako přenos informačních obsahů prostřednictvím různých komunikačních systémů, hlavně pomocí jazyka. Jde o výměnu informací, dorozumívání a sdělování – realizované ve formě psané, mluvené a ukazované.

Narušená komunikační schopnost

Lechta (1990, s. 19) definoval narušenou komunikační schopnost následovně: „Komunikační schopnost jedince je narušena tehdy, jestliže některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů, resp. může jít o verbální i neverbální, mluvenou i psanou formu interindividuální komunikace, její expresivní i receptivní složku.“

Jazykové roviny

Dle Dvořákova terminologického a výkladového logopedického slovníku (2007) se jedná o dílčí systém (subsystém) jazyka, který je charakterizovaný specifickými základními jednotkami:

rovinou foneticko-fonologickou

- primárními jednotkami jsou fonémy

rovinou morfologicko-syntaktickou

- jednotkami této roviny jsou morfémy a slova, jejichž tvorba reflektuje gramatická pravidla v mluvním projevu, tzn. gramatickou správnost vět, slov, slovosledu a mluvnických kategorií - čísla, rodu, pádu aj.

rovinou lexikálně sémantickou

- zahrnuje pasivní a aktivní slovní zásobu, úroveň zobecňování, vymezení pojmů apod.

pragmatickou rovinou

- vyjadřuje praktickou sociální schopnost formulovat různé komunikační záměry jedince např. vyjádřit postoje, emoce, požádat o něco, schopnost vést dialog, spontánně vyprávět apod.

Mentální postižení a mentální retardace

V současné době odborná literatura uvádí termíny jak mentální postižení, tak i mentální retardace. Oba termíny neodmyslitelně patří do základního terminologického aparátu. Zmíněné termíny jsou dnes používány často jako synonyma a hranice mezi nimi není zcela jasně odborně vymezena. Přesto nacházíme u mnoha autorů různá vymezení.

Pokud se podíváme na první z termínů, tedy mentální postižení, zjistíme, že tento pojem je daleko obecnější než mentální retardace. Nalézt však definici tohoto termínu není jednoduché. Vašek (1994, s. 90) ve výkladovém terminologickém slovníku Špeciálna pedagogika vymezuje mentální postižení následovně: „Mentálne postihnutie je najširší, najvšeobecnejší, strešný pojem, ktorý orientačne označuje prakticky všetkých jednotlivcov s IQ pod 85, tedy osoby v pásme mentálnej retardácie a osoby v hraničnom pásme mentálnej retardácie“.

Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že pojem mentální retardace má také svou historii. Termín se začal používat ve větším měřítku až po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a postupně nahradil řadu relevantních pojmů. U termínu mentální retardace však nacházíme definic mnohem víc. Následující Valentovo vymezení přináší komplexní pohled na mentální retardaci včetně její etiologie: „Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“ (Valenta in Valenta, Müller, 2007, str. 12).

Další definice pochází od Švarcové (2003), která charakterizuje mentální retardaci (mentální postižení) jako zaostávání v rozumovém vývoji, odlišnosti vývoje některých psychických vlastností a poruchami v adaptačním chování.

V pořadí již třetí definice mentální retardace, kterou uvádí Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), využívaná převážně v Evropě, je vymezována následovně: „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. Jedinci s mentální retardací mohou být postiženi celou řadou duševních poruch, jejich prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (Valenta in Valenta, Müller, 2007, str. 12).

Domníváme se, že všechny definice jsou stále aktuální a v zásadě reálné. Uvedením více definic vzniká komplexní ucelený obraz termínu mentální retardace.

V předkládané DP je nezbytné vymezit pojmy klient a uživatel služeb.

Uživatel služeb

Terminologické vymezení pojmu uživatel služeb se řídí směrnici zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o osobu, jež trvale či dočasně využívá pomoc či podporu sociální služby v dohodnutém rozsahu.

Klient

Pojem klient vymezuje Dvořák (2007) ve svém terminologickém a výkladovém logopedickém slovníku: Klientem je zákazník, který užívá služeb logopeda, advokáta, lékaře apod.

V prezentované DP je pojem klient užíván jako zastřešující, čistě z hlediska stylizačního, čili pro lepší vyznění textu.

2 Ontogeneze lidské řeči

Vývoj řeči probíhá v jednotlivých stádiích, mezi nimiž se vyskytují jen velmi neznatelné hranice. Je důležité zmínit, že během vývoje řeči může docházet k období akcelerace či jisté retardace, ale nikdy nelze dané stádium přeskočit. Jedinec musí projít vždy všemi stádií řečového vývoje, individuální je pouze délka jejich trvání.

Za první stadium ontogeneze řeči považujeme tzv. přípravné období, jež zahrnuje prenatální období a první rok života.

Lechta (1990) uvádí, že přípravné období nelze klasifikovat jako stádium vývoje skutečné řeči. Jedná se především o dozrávání funkcí, osvojení návyků apod., na jejichž bázi se později vybuduje skutečná řeč jedince.

Jedním z prvních projevů jedince je nepodmíněný hlasový reflex - křik. Ten je, jak uvádí Jedlička (in Škodová, Jedlička 2003), považován za reakci na změnu prostředí, kterou dítě při porodu prožívá. Vyjadřuje nelibost nad změnou teploty, také na pocit hladu. Melodická proměna křiku není bohatá, ale brzy nabere formantovou strukturu. Kolem 8. – 10. týdne začíná období broukání a postupem času přechází do období žvatlání. V této etapě řečového vývoje jsou vyprodukované zvuky výsledkem tzv. hry s mluvidly (nejprve se objevují ty, které vznikají na rtech a mezi kořenem jazyka a patrem – taktéž tyto svaly dítě používá při sání). Vyvíjí se akusticko-fonační reflex a zvukový projev dítěte nabývá hojné melodičnosti.

Období rozumění řeči se objevuje někdy mezi 8. a 9. měsícem života a jedná se nejprve o suprasegmentální složky řeči – dítě obsah sdělení rozlišuje dle melodie, přízvuku, zbarvení hlasu a poté se tyto sdělovací prvky stávají i jeho projevem. Období porozumění jednotlivým segmentům je zřejmě závislé na mluveném jazyce. V českém jazyce jde o začátek prvního roku života (Jedlička in Škodová, Jedlička, 2003).

Pro srovnání uveďme, že Lechta (1990) se zmiňuje o rozumění řeči jedince v období kolem 10. měsíce života. Dodává, že se nejedná o rozumění v pravém slova smyslu, protože dítě ještě nechápe obsah slov, které slyší.

Za druhé období ontogeneze řeči považujeme tzv. vlastní vývoj řeči, který začíná skutečným verbálním projevem.

Za skutečný verbální projev považuje Lechta (1990) jednoslovné věty. Děti dosahují této úrovně kolem dovršení 1. roku života, někdy i dříve. Důležitou úlohu v jednoslovných větách hrají i prozodické faktory, které pomáhají pochopit význam tzv. jednoslovné věty. Rozlišujeme tři druhy jednoslovných vět, v závislosti na intonaci – žádost, otázku a oznámení. Jelikož dítě v tomto období vyjadřuje převážně svoje city a přání, nazýváme toto období emocionálně-volným. Dítě v tomto věku již rozumí mnoha slovům, nedokáže je však vyslovit, proto tedy převládá pasivní slovní zásoba nad aktivní. V období okolo 1,5 – 2 roku věku dítě napodobuje dospělé, a také samo opakuje slova – častěji nová. Tehdy hovoříme o egocentrickém stádiu vývoje řeči. V průběhu dalších stádií nastává zdokonalování v kvantitativní i kvalitativní oblasti vývoje řeči. Kolem druhého roku života nastává asociačně-reprodukční stádium, kdy dle Sováka (in Lechta, 1990) dítě aplikuje slova, které slyší v asociaci s jinými jevy. Kondáš (in Lechta, 1990) píše, že mezi druhým a třetím rokem života se dítě dostává do stádia rozvoje komunikační řeči – pomalu se snaží dosahovat drobné cíle, rádo komunikuje s dospělými. Neméně důležité je stádium logických pojmů, které probíhá okolo 3. roku života, protože je zde evidován přechod na druhou signální soustavu. Slova se stávají signálními pojmy. Okolo 4. roku života hovoříme o intelektualizaci řeči přetrvávající až do dospělosti. V průběhu tohoto stádia probíhá zpřesňování gramatiky a obsahu slov, a také roste slovní zásoba (Lechta, 1990).

Jak uvádí Jedlička (in Škodová, Jedlička, 2003), je ukončení základního vývoje řeči stále diskutovanou otázkou, pokud přihlédneme i k formální stránce řeči. Proto je nutné hranici posunout k 5. – 6. roku věku dítěte. Důležité podmínky ke správnému vývoji řeči jsou: nepoškozená centrální nervová soustava, sluch a intelekt v normě, vrozená míra nadání pro jazyk a odpovídající sociální prostředí.

3 Lingvistické aspekty řeči

Historie lingvistiky sahá daleko do minulosti. Je to nauka o jazyku – jazykověda a patří do věd humanitních. Zabývá se studiem našeho, přirozeného jazyka. Lingvistik souvisí s mnoha vědními disciplínami, a také zahrnuje lingvistické disciplíny, které zkoumají jazykové podsystémy. Tyto budou obsahem dané kapitoly. Jedná se o morfologii, syntax, fonetiku, fonologii, lexikologii, pragmatiku a sémantiku.

Jak uvádí Marková v kapitole Úvod do lingvistiky (in Kerekrétiová a kol., 2009), každý člověk, který chce ovládat svůj mateřský jazyk a chce dosáhnout smysluplné a efektivní komunikace, si musí osvojit jednotlivé poznatky z oblasti jazyka a řeči. A ty právě zkoumá lingvistika.

V úvodu této kapitoly objasníme, jakých podob může komunikace dosáhnout a jakým způsobem vůbec probíhá. Podkladem pro tuto kapitolu se stala odborná literatura s názvem Základy logopedie (Kerekrétiová a kol., 2009).

Komunikace může mít různé podoby – verbální (využívá slova) nebo neverbální (neslovní prostředky), zvukovou (vnímáme sluchem) nebo nezvukovou (vnímáme jinými smysly, zpravidla zrakově), verbální zvuková (mluvená řeč) a verbální nezvuková (psaná řeč), neverbální zvuková (různé citoslovce) a neverbální nezvuková (mimika a gesta). Jednotlivé formy komunikace se navzájem prolínají a doplňují. Na komunikaci se obvykle podílí minimálně dvě osoby. První informaci vysílá a druhá ji přijímá – čili produktor musí vytvořit a zformulovat v mysli zprávu, dále ji kóduje – vybírá vhodná slova zodpovídající dané myšlence, poté, co proběhl výběr slov, nastává druhé kódování – objevují se pokyny pro artikulační orgány, které umožní vyslovení zvuků, jimiž jsou tato slova tvořena. Výsledkem kódování je sekvence slabik a slov, která jsou vyslovována. Jde tedy o produkci, která přeměňuje zprávu na signál –

v případě mluvené řeči jsou signály zvuky artikulované. Signál se šíří kanálem až k příjemci, ten řeč přijímá (sluchem a zrakem) a dekoduje jej tak dlouho, dokud neodhalí zprávu, respektivě význam nebo obsah, který chtěl komunikační partner (produktor) říci. V běžné komunikaci platí, že si komunikační partneři mění své role (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Za nezbytné také považujeme objasnit to, co pomáhá a umožňuje při řeči informaci zakódovat a odevzdat, co je příčinou osobitosti řeči a jakou funkci plní v dané společnosti.

Za nejefektivnější a nejrychlejší způsob komunikace je považována mluvená, artikulovaná řeč. Ovšem z motorického hlediska je to velice složitý dynamický stereotyp, který si člověk osvojuje během celého života. Na realizaci řeči se podílí mnoho struktur – od motorických oblastí mozkové kůry, nižších nervových center a nervových drah, až po samotné artikulační orgány. Mluvená řeč vzniká koordinovanou činností těchto složek – artikulací, respirací a fonací. To znamená, že jednotlivé orgány pracují v přesně synchronizovaném pořadí. K odevzdání určité informace je nutný systém, kterým se tato informace zakóduje – tímto systémem je jazyk (český, slovenský, anglický atd.). Je to systém znaků, zpravidla symbolů, které používá určitá skupina lidí při dorozumívání (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Lidská řeč má velice osobité postavení mezi jinými komunikačními systémy. Disponuje určitými atributy - řeč využívá hlasovo-auditivní kanál; řečový signál rychle vyhasíná; produktor má přístup ke všemu, co se týče produkce, může kontrolovat obsah i formu díky zpětné vazbě; slovní zásoba je tvořena diskrétními jednotkami; pomocí jazyka jsme schopni hovořit o věcech vzdálených v prostoru i čase; jazyk nám umožňuje klamat a podvádět; jazyk lze vyučovat i naučit; člověk, který mluví jedním jazykem, si dokáže osvojit i jiný jazykový systém. Jazyk má metajazykovou funkci -

s jeho pomocí dokážeme mluvit o samotné komunikaci, řeči a jazykovém systému (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Jazyk plní více funkcí, a to:

- komunikativní,
- kognitivní,
- reprezentativní,
- estetickou.

Má strukturu, kde vznikají vzájemné vztahy (paradigmatické a syntagmatické) (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Jak uvádí Marková (in Kerekrétiová a kol., 2009), na to, abychom mohli posoudit, zda je komunikační schopnost člověka v normě nebo se nějakým způsobem odlišuje, je nutno jazykovou normu znát a mít vědomosti o stavbě a fungování jazyka. Člověk se s těmito poznatky nerodí, ale v průběhu života si je postupně osvojuje. Klademe si otázku, co všechno je nutné se naučit – jedná se o systém čtyř základních rovin – první zohledňuje zvukovou stránku jazyka a řeči (foneticko-fonologická rovina); další dvě se zabírají významovou rovinou jazyka (sémantika) – ta má tedy dvě části – gramatiku (morfologicko-syntaktická rovina) a následně se týká slovní zásoby a významu slov (lexikálně-sémantická rovina); a využíváním čtvrté jazykové roviny se učíme, jak všechny tyto informace používat v sociální interakci (pragmatická rovina).

Foneticko-fonologická rovina – v rámci této jazykové roviny objasníme pojmy foném, hláska, fonologický proces, prozodické faktory řeči, slabika (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Při narození máme předpoklady osvojit si kterýkoliv jazyk. Náš sluchový analyzátor vnímá do určitého věku zvukové bohatství všech jazyků. Časem se však pod vlivem prostředí „nastavuje“ a vnímá jen

ty zvuky, které v daném mateřském jazyce rozlišují význam slov. Jedná se o fonémy (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Fonémy tvoří tzv. fonologický systém, který si většinou osvojíme do šesti let života. Společně s fonémy se učíme vyslovovat také zvuky, a to dle norem daného jazyka – výslovnost se zdokonaluje díky rozvíjející se fonematické diferenciaci (schopnost rozlišovat fonémy sluchem) a motorice artikulačních orgánů. Vyslovit určitý zvuk správně znamená vědět, na jakém místě artikulačního traktu zvuk tvoříme, které artikulační orgány se na tomto podílejí a hlavně jakým způsobem. V průběhu osvojování zvukového systému daného jazyka uplatňujeme fonologické procesy – tímto zjednodušujeme cílová slova, která překračují naši kapacitu a přizpůsobujeme je určitým možnostem (auditivním, kognitivním nebo motorickým) (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Pokud mluvíme, spojujeme jednotlivé zvuky do větších celků – slabik. Dosud neexistuje všeobecně přijímaná definice slabiky – jedná se o nejmenší jednotku, která vyhovuje dorozumívání akusticky. Dle akustické teorie má každá slabika jeden vrchol zvučnosti, a ten tvoří její jádro (zvuk s nejvyšší zvučností). Každá slabika musí mít určitou strukturu a je tvořena určitými zvuky – ty se však nemohou kombinovat libovolně, ale podle tzv. fototaktických pravidel (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Společně se slabikou s vyššími jednotkami řeči jsou spojovány tzv. prozodické faktory řeči (díky těmto faktorům rozlišujeme přízvuk, kvantitu slabik, melodii, tempo či pauzy; pomáhají členit nepřetržitý proud zvuků řeči ve spontánní řeči, např. dle přízvuku jsme schopni určovat hranice slova, pomocí melodie zvládneme rozpoznat hranice věty a určovat také její typ, pomocí ostatních funkcí těchto faktorů lze vyjadřovat city, emoce, postoje) (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Morfologicko-syntaktická rovina – představuje gramatiku daného jazyka, která se skládá ze dvou částí - z morfologie a syntaxu. V rámci morfologie postupně získáváme poznatky o slovních druzích (možnost časování, skloňování, stupňování), a to v závislosti na jazyku, který si postupně osvojujeme. Ohebná slova se dělí na morfémy. Morfémy lze dělit na volné (vystupují v gramatickém tvaru jako samostatné slovo) a vázané (tvoří se slovem jeden zvukový celek). Existuje mnoho druhů morfémů, některé kódují základní význam (lexikální), jiné slouží k odvozování (derivační) a také zmiňme morfémy, které vyjadřují gramatické kategorie nezbytné pro daný slovní druh (gramatické). Syntax je oblast gramatiky, která se zabývá gramatickou konstrukcí – ta má svoji formu (to co vnímáme) a obsah (význam, který kóduje). Gramatické tvary vyjadřují modifikace jednoho slova, ale gramatické konstrukce vznikají spojením mnoha gramatických tvarů. Věta se považuje za základní komunikační jednotku jazyka a slouží k vyjádření myšlenek. Ale hlavní postavení ve větě má sloveso - přiřazuje jednotlivým účastníkům děj, a také má ve svém lexikálním zápise více informací (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Lexikálně-sémantická rovina – zabývá se slovní zásobou a významy slov. Do slovní zásoby řadíme všechna slova, slovní spojení i frazeologické významy. Přiměřeně vzdělaný dospělý člověk by měl ovládat až 50 000 slov. V běžné komunikaci v daném jazyce (tzv. jádro slovní zásoby) užíváme asi kolem 2 600 slov. Slovní zásobu je možno rozdělit dle několika kritérií. Především využíváme dělení slovní zásoby na aktivní (využíváme aktivně v komunikaci) a pasivní (slova, kterým rozumíme, ale nemusíme jej aktivně používat). Je jasné, že pasivní složka je vždy mnohem těžší než aktivní, ale u jednotlivých osob může být jejich vzájemný poměr různý. Slovní zásobu lze také dělit na konkrétní (dokážeme si je lehce představit) a abstraktní (nevyvolávají v nás jasnou konkrétní představu). Všechna slova vytvářejí tzv. lexikální systém, a jsou

součástí všeobecného sémantického systému dle neurokognitivních modelů jazykových procesů. (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Ve druhém odstavci roviny lexikálně sémantické se nám nabízí odpověď na otázku, a to že, jakým způsobem máme slova uspořádaná v naší mysli?

V naší paměti musí být slova organizovaná nějakým způsobem, a to ze dvou důležitých důvodů. V průběhu komunikace se nám slova vybavují velice rychle (průměrně dvě až tři slova za sekundu), pokud by byli jen tak ledabyle „poházená“ v paměti, bylo by nemožné zajistit rychlé prohledávání. Dalším důvodem je fakt, že aniž bychom slyšeli celé slovo, dokážeme říct, o jaké slovo jde (schopnost domýšlet, dokončit). Ovšem stále pokládáme otázku, jak jsou slova v paměti uspořádaná? Nabízí se zde více možností. Jedna z nich uvádí, že se slova nachází vedle sebe významově blízko, zvukově blízko. Také je možné, že blízko u sebe jsou slova, která patří k tomu samému slovnímu druhu, nebo mají podobnou morfemickou stavbu (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Lexikální rovina je jediná, jejíž vývoj se nedá ohraničit věkem. Tato oblast se bude rozvíjet do té doby, dokud je člověk schopný se učit (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Poslední oblast jazykových rovin má pro člověka nesmírný význam. Je součástí jakékoliv komunikace na celém světě.

Pragmatická rovina – jak uvádí Marková (in Kerekrétiová a kol., 2009) díky této oblasti se učíme používat poznatky z prvních třech jazykových rovin v mezilidské interakci a komunikaci. Každý člověk se začíná obeznamovat s těmito poznatky už ve velice útlém věku. Konverzační analýza odhaluje, jaký je člověk komunikační partner. Skládá ze tří hlavních oblastí: první je proces výměny komunikačních rolí, druhou je schopnost člověka řídit téma rozhovoru, třetí a poslední oblastí je schopnost uvědomit si chybu nebo problém v komunikaci a napravit ji. V komunikaci tak stále

probíhá výměna informací. Jestli chápeme komunikaci jako řečovou činnost, je jejím cílem odevzdat novou informaci, ovlivnit situaci a vyvolat změnu komunikačního partnera. Ovšem dekódování zprávy není jednoduché a ovlivňují to tři skupiny faktorů, které nazýváme kontexty. Kontext lingvistický; extralingvistický; paralingvistický. V lingvistickém kontextu hovoříme o dvou základních vlastnostech textu a ty ho odlišují od skupin izolovaných vět (kohéze a koherence výpovědí). V druhé skupině faktorů ovlivňující zpracování přijímané jazykové informace je kontext paralingvistický – zde řadíme schopnost vnímat, interpretovat a používat mimojazykové prostředky komunikace. Jedná se hlavně o gesta, mimiku a prozodické faktory řeči. Díky nim jsme schopni vyjádřit své emoce, postoje apod., melodii věty určují věty tázací či oznamovací atd. Poslední skupinou jsou faktory extralingvistického kontextu a patří zde přeměnné (prostředí, počet komunikačních partnerů, společenský status, fyzický a psychický stav, vědomosti, schopnost vědomosti aktivovat, propojovat s tématem rozhovoru atd.) (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

Aby měla komunikace význam, musí existovat kooperace mezi jednotlivými komunikačními partnery, podle které mají oba dva rovnocennou zodpovědnost za průběh komunikace. Snaží se vyměnit si informace a k tomu je potřebné, aby byly dodržované tzv. komunikační maxima. Ty stanovují, abychom mluvili pravdu, nemluvili hodně ani málo, neodbočovali od tématu a nemluvili dvojsmyslně (Marková in Kerekrétiová a kol., 2009).

4 Mentální postižení

Kapitola je zaměřena na charakteristiku osob s mentálním postižením, globální obraz mentálního postižení, osobnostní rysy, psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením a klasifikaci mentálního postižení.

Osoby s mentálním postižením představují jednu z nejpočetnějších skupin handicapovaných v celé populaci.

Obecně lze uvést, že mentální retardace je nejfrekventovanější poruchou, na níž je orientovaná speciálně pedagogická péče vůbec. V této souvislosti jsou udávána přibližně tři až čtyři procenta osob s mentálním postižením v populaci s tím, že je evidován určitý nárůst výskytu mentálního postižení ve srovnání s minulostí. Jde o diskutabilní příčiny, jako je kvalitnější lékařská péče a diagnostika či důkladnější evidence (Valenta in Valenta, Müller, 2007).

Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že důležité je také procentuální rozdělení z hlediska stupňů mentálního postižení. Platí pravidlo nepřímé úměry – čím hlubší postižení, tím nižší četnost

Tabulka č. 1: Procentuální zastoupení stupňů mentální retardace v populaci

Stupeň mentální retardace	% výskyt v populaci
LMR	2,6
STMR	0,4
TMR	0,3
HMR	0,2

(Valenta in Valenta, Müller, 2007)

V České republice se statistiky osob s mentálním postižením pohybují okolo 300 000, a v celosvětovém měřítku se odhadují na 200 milionů osob s mentálním postižením (Valenta in Valenta, Müller, 2007).

Dolejší (1978) v odborné literatuře vyjmenovává určité determinanty zvláštností jedinců s mentálním postižením vyskytující se v různé hierarchii a variabilitě. Jedná se převážně o infantilní osobnost, sugestibilitu a rigiditu chování, opoždění psychosexuálního vývoje, poruchu komunikace a interpersonálních vztahů, sníženou přizpůsobivost na školní a sociální požadavky, sklony k úzkosti, strachu a neurastenickým reakcím, závislost na rodičích, snížení aspirace a nedostatek výkonu, impulsivnost, emoční labilitu, ustrnutí celkové pohybové koordinace atd.

Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením z hlediska jeho psychických funkcí nalézáme v mnoha oblastech - kognitivních procesech, v psychomotorickém vývoji, v komunikaci apod.

Percepce

Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že u smyslové percepce osob s mentálním postižením je proces utváření zkušeností pomalý a probíhá s odchylkami na rozdíl od intaktních jedinců. Také Rubinštejnová (1973) poukazuje na jednotlivé zvláštnosti percepce u osob s mentálním postižením, a to:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání;
- inaktivita vnímání; snížená citlivost hmatových vjemů;
- nedostatečné prostorové vnímání;
- nedokonalé vnímání času a prostoru;
- opožděná diferenciací fonémů;
- snížená koordinace pohybů;

- nedostatečné prostorové vnímání;
- nediferencovanost počitků a vjemů – tvarů, barev a předmětů.

Výše uvedené nedostatky percepce lze relativně úspěšně modifikovat speciálně pedagogickými metodami a přístupy (Valenta in Valenta, Müller, 2007).

Myšlení

Myšlení je jednou z poznávacích funkcí. Pakliže utváříme vztahy mezi jevy, jedná se o myšlení konkrétní, ale pokud relacujeme mezi pojmy, jde o myšlení abstraktní. Významem slova je pojem, při spojení dvou pojmů se jedná o soud, spojením dvou soudů vzniká úsudek. Úsudku docílíme cestou indukce nebo dedukce. K základním myšlenkovým operacím řadíme rozlišování, komparaci, třídění, analýzu a zobecnění. Myšlení u osob s mentálním postižením je příliš konkrétní, neschopno vyšší abstrakce a generalizace, včetně nepřesností a chyb v analýze a syntéze. Myšlení osob s mentálním postižením se vyznačuje slabou řídicí funkcí a nekritičností, je nedůsledné. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Jelikož myšlenky vyjadřujeme pomocí slov – tedy řečí – je to právě řeč, která bývá u jedinců s mentálním postižením narušena. V první řadě nacházíme nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, a také se jedná o nedostatky v artikulaci (Valenta in Valenta, Müller, 2007).

Paměť

Paměť osob s mentálním postižením vykazuje určité zvláštnosti. Postižení si osvojují nové informace pomalu a až po mnohém opakování, naučené rychleji zapomínají, vědomosti neumí včas uplatnit, pamětní stopy si vybavují nepřesně. K dalším specifikům paměti u osob s mentálním postižením patří také nekvalitní třídění pamětních stop, kdy se jedná především o mechanickou paměť (Valenta in Valenta, Müller, 2007).

Pozornost

Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že pozornost souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáváním, je možno ji dělit na bezděčnou a záměrnou. Osoby s mentálním postižením neudrží příliš dlouho záměrnou pozornost, po trvalém soustředění musí následovat relaxace.

Kysučan (1982) na rozdíl od Valenty uvádí další poznatky. Záměrná pozornost osob s mentálním postižením vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, sníženou schopnost rozdělení pozornosti na více činností, nestálost a snadnou unavitelnost.

Emoce

Emoční projevy jsou pro všechny z nás důležité. Jedinci s mentálním postižením je však využívají často neuváženě a nepřiměřeně. Rubinšteinová a Dolejší se podrobněji zabývali tímto faktem.

Co se týče emocí, je vybavenost schopnosti ovládat se jedince s mentálním postižením daleko menší, než je tomu u intaktních jedinců. Jedinec velmi často přenáší kladné emoce na dobře zvládnutelné situace a naopak negativní emoce na situace nezvládnutelné (Dolejší, 1978).

Rubinšteinová (1973) uvádí výčet zvláštností emocionální sféry osob s mentálním postižením:

- city jsou neadekvátní svou dynamikou a intenzitou k podnětům;
- egocentrické emoce ovlivňují tvorbu postojů a hodnot
- city jsou často dlouhodobě nediferenciované;
- rozsah prožitků je minimální;

- city velmi často obchází intelekt a jedinec snáze podléhá afektu.

Volní projevy

Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že i volních projevů jedinců s mentálním postižením je viditelná zvýšená sugestibilita, impulzivnost, agresivita, citová a volní labilita, ale rovněž pasivita a úzkostnost. Zvláště specifickým rysem je dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle).

4.1 Klasifikace mentálního postižení

U klasifikace mentálního postižení často vycházíme ze stupně rozumových schopností, tedy inteligence. Citovaný pojem bývá objasňován jako schopnost učit se a přizpůsobovat se novým situacím a životním podmínkám.

Mentální postižení lze klasifikovat z mnoha hledisek. Vycházíme z diagnostiky dle etiologie, vývojových období, klinických symptomů, stupně inteligence či hloubky postižení.

Mezi nejčastěji užívané klasifikace mentální retardace patří klasifikace dle MKN-10:

Tabulka č. 2: Klasifikace mentální retardace dle MKN-10

F 70 – F79 Mentální retardace (duševní opoždění)		
F70	Lehká mentální retardace	IQ 50-69
F71	Středně těžká mentální retardace	IQ 35-49
F72	Těžká mentální retardace	IQ 20-35
F73	Hluboká mentální retardace	IQ do 19
F78	Jiná mentální retardace	-
F79	Nespecifikovaná mentální retardace	-

Mimo stupně mentální retardace MKN-10 diferencujeme v kódu čtvrtý znak – rozsah přidruženého postižení chování:

Tabulka č. 3: Rozsah přidruženého postižení chování

x.0	Žádné či minimální postižení chování
x.1	Výrazné postižení chování vyžadující pozornost nebo léčbu
x.8	Jiná postižení chování
x.9	Bez zmínky o postižení chování

(WHO, 2006, s. 178)

Pro komparaci ilustrujme klasifikaci DSM-IV z roku 1994:

Tabulka č. 4: Klasifikace mentální retardace dle DSM-IV

317	MildMentalRetardation	IQ 50/55-70
318.0	ModerateMentalRetardation	IQ 35/40-50/55
318.1	Severe MentalRetardation	IQ 20/25-35/40
318.2	ProfoundMentalRetardation	IQ pod 20/25
319	MentalRetardation, SeverityUnspecified	

(DSM-IV, 2009)

V návaznosti na výše uvedené klasifikace Valenta (in Valenta, Müller, 2007) uvádí, že psychopedická terminologie může diferencovat chování klienta z hlediska typu mentální retardace, a to na:

- typ eretický (neklidný, hyperaktivní);
- typ torpidní (netečný, hypoaktivní).

Podrobnější klasifikaci jednotlivých stupňů mentální retardace dle MKN-10 nabízí Valenta (in Valenta, Müller, 2007):

1. Lehká mentální retardace – charakterizuje se opožděným řečovým vývojem, hlavní problémy se projeví až s nástupem do školy, většina klientů je nezávislá v sebeobsluze, klienti jsou

schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání, pohybovat se v sociálně nenáročném prostředí bez problémů či jiných omezení, výchovné prostředí zde hraje velkou roli, distribuce ostatních duševních poruch je identická s intaktní populací, organická etiologie se vyskytuje u menšiny klientů, u většiny se jedná o spodní variaci distribuce inteligence v populaci.

2. Středně těžká mentální retardace – myšlení a řeč jsou výrazně omezeny, schopnost sebeobsluhy rovněž, klienti vyžadují chráněné prostředí (chráněné bydlení a zaměstnávání) většinou po celý život, potenciálnost edukace se omezuje na trivium, řeč je obsahově chudá a jednoduchá i v dospělosti, může stagnovat na nonverbální úrovni, často bývá postižení kombinované s epilepsií, tělesným, neurologickým a jiným duševním postižením, etiologie tohoto stupně mentální retardace je již většinou organická.
3. Těžká mentální retardace – výrazné opoždění psychomotorického vývoje je zřejmé již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou jasně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni, kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS, časté poruchy chování, stereotypní pohyby, hry s fekáliemi, sebepoškozování, afektové stavy a agresivní chování.
4. Hluboká mentální retardace – zde je nutná trvalá péče i v nezákladnějších úkonech v péči o vlastní osobu, četné motorické a senzorycké postižení, těžké neurologické poruchy, velmi nízké komunikační schopnosti – maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům, nonverbální odpovědi, etiologie je organická, kombinace nejtěžších forem pervazivních poruch.

V závěru kapitoly se seznámíme s charakteristikou osob s jinou duševní chorobou. Tito jedinci ovšem sále spadají do oblasti psychopedie.

Jak uvádí Valenta (in Valenta, Müller, 2007) jedná se o osoby s pervazivní vývojovou poruchou. Rozeznáváme několik druhů těchto poruch, které se však liší určitými symptomy. Tuto charakteristiku doplňuje Zvolský (1998), který je člení na dětský autismus, Rettův syndrom, jiné dezintegrační poruchy v dětství, Aspergrův syndrom a atypický autismus.

Do okruhu osob s jinou duševní chorobou náleží také jedinci s poruchami chování a emocí, kde dle Valenty (in Valenta, Müller, 2007) patří klienti s hyperkinetickou poruchou, poruchami chování, emočními poruchami, poruchami sociálních vztahů, tikovými poruchami a s jinými poruchami chování a emocí. Poslední skupinou jsou klienti se schizofrenií. Mnoho klientů s mentální retardací trpí také jinou formou duševní poruchy a značný díl připadá hlavně schizofrenii. Zvolský (1998) dále upřesňuje a rozděluje schizofrenii na následující typy: paranoidní schizofrenie, hebefrenie, katatoní schizofrenie, simplexní schizofrenie.

4.2 Sociální aspekty

Pro jedince s mentálním postižením je velmi důležité jejich zázemí. Je evidentní, že nejvyšší míra socializace takto postiženého jedince je na prvním místě. Proto snažit se vytvořit domov, který poskytuje jedinci s mentálním postižením hodnou míru socializace je podstatný. Život v rodině je jedna z variant, ale pokud již fyziologický věk rodičů jedince s mentálním postižením, nepříznivá sociální situace či zdravotní stav nedovolují dále pečovat a podporovat osobu s mentálním postižením, je nutno nalézt jinou

možnost. Takovou možností se mohou stát domovy pro osoby se zdravotním postižením, nebo právě chráněná bydlení.

Počet klientů v chráněném bydlení nedosahuje vysokého počtu, je zde garantována jistá míra soukromí, domácnost se podobá běžné domácnosti, pozitivem bývá i začínající trend koedukovaných zařízení, také je zde kladen důraz na co nejvyšší míru samostatnosti a klienti zde mohou žít jako kdokoliv jiný bez větších omezení.

Odbornou definici chráněného bydlení nám nabízí Valenta (in Valenta, Müller, 2007, s. 108) a definuje jej následovně: „Chráněné bydlení je určeno dospělým klientům, kteří jsou schopni se sami o sebe postarat s malou pomocí personálu pobytových služeb, při kterém tyto chráněné byty nejčastěji vznikají jako konkrétní normalizace života klientů. Tendence je budovat tyto byty mimo domovy pro osoby se zdravotním postižením v běžné městské či vesnické zástavbě“.

V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 51¹, lze nalézt ještě užší definici chráněného bydlení.

„ (1) Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

¹Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách. [online]. [cit. 6. 1. 2011]. Dostupné na World WideWeb: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>

- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“.

Dále uvádí, že se jedná o službu sociální péče a je poskytována za úhradu.

5 Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením

Lechta (2002) uvádí, že poruchy řeči obecně, jsou jedním ze symptomů mentálního postižení. Je tedy jasné, že v tomto ohledu hovoříme o symptomatické poruše řeči, jakož to o jednom z okruhů narušené komunikační schopnosti. Charakter symptomatické poruchy řeči závisí na mnoha faktorech. Hlavní roli zde hrají stupeň mentální retardace a její etiologie.

Řeč jedinců s mentálním postižením bývá často tak nápadně narušena, že v odborné literatuře jsou evidovány pokusy terminologicky vyčlenit poruchy řeči těchto jedinců z ostatních řečových poruch (Lechta, 2002).

Vývoj řeči

Lechta (2002) potvrzuje, že jedním z charakteristických znaků mentálního postižení je narušený vývoj řeči. Vývoj řeči je narušen až do té míry, že nedosáhne normy. Dle Sovákovy typologie poruch vývoje řeči, tu jde o omezený vývoj řeči, jelikož již od počátku se řeč jedinců s mentálním postižením rozvíjí pomalu, deformovaně a nedosáhne obvyklé normy. Již počátky ontogeneze řeči se u těchto jedinců objevují se zpožděním. Může jít o první impuls, dle kterého rodiče usoudí, že se jedinec vyvíjí odlišně. Zatímco u intaktních jedinců začíná vývoj řeči okolo prvního roku života, u jedinců s mentálním postižením se již v tomto věku objevují odchylky od normy. Böhme (1976 in Lechta, 2002) píše, že z vývojového hlediska je nutno dosáhnout určité hodnoty intelektu, která umožňuje vývoj řeči. Jedinci s intelektem pod touto hodnotou mají k dispozici jen různorodou míru primitivních řečových schopností. Jen pro srovnání, u intaktního jedince, který začíná svůj první řečový projev kolem prvního roku života, se u nich otevírá také oblast možností pro pedagogické ovlivňování, stimulaci psychického vývoje apod., samozřejmě prostřednictvím řeči. Pokud se mentální postižení jedince

v oblasti komunikace projeví už v tomto věku, násobí se tak negativní vliv ještě o nemožnost pedagogicko-psychologického ovlivňování prostřednictvím řeči na takové rovině, jako u intaktního jedince. Proto se negativní důsledky vývoje řeči začínají projevovat také v jiných oblastech psychiky. Je ovšem nutno poukázat na fakt, že i přes první projevy řeči u jedinců zejména při těžším stupni mentální retardace se od začátku vymykají normě. Řeč nemá vedoucí funkci při usměrňování aktivity. Pochopení řeči – pasivní slovník – je vyvinutější než aktivní řeč. Pro laika tedy může být opožděný začátek řeči jedním ze symptomů, které signalizují možnost narušení intelektu. Nelze však pouze z opožděného vývoje řeči dojít k závěru, u kterého jedince jde o snížení intelektu. U jedinců, kteří nezačali mluvit do druhého až třetího roku života, se může jednat o dysfázii, prodlouženou fyziologickou nemluvnost, poruchu sluchu či případně zanedbanost atd. Je nutná pozorná a správná diagnostika či dlouhodobé pozorování (Lechta, 2002).

Řečový vývoj osoby s mentálním postižením lze hodnotit z několika hledisek. V níže uvedeném textu se budeme zabývat vlivem jednotlivých stupňů mentální retardace, také jejich forem a typů.

Vliv stupně mentální retardace

Je evidentní, že od stupně sníženého intelektu se bude vyvíjet řeč a bude na něm záviset její průběh. V níže uvedeném textu se dozvíme specifika narušení vývoje řeči v souvislosti s jednotlivými stupni mentální retardace. I pro laiky musí být zřejmé, že nejméně narušený vývoj řeči bude u jedinců s lehkou mentální retardací, naopak u jedinců s těžkou či hlubokou mentální retardací se řeč ani nevyvine.

Vývoj řeči u jedinců s **lehkou mentální retardací** bývá opožděn o rok i více (Kondáš, 1977 in Lechta, 2002), ale postupně lze dosáhnout druhé signální soustavy, což znamená schopnost abstrahování a zevšeobecňování (Sovák, 1965 in Lechta, 2002).

Verbální schopnosti v běžných komunikačních situacích mohou být dostačující, tím pádem jejich řeč nemusí být okolí nápadná. Selhání však přichází v nepředvídatelných komunikačních situacích, bez možnosti použití zafixovaných řečových stereotypů (Lechta, 2002).

Začátky vývoje řeči u jedinců se **středně těžkou mentální retardací** bývají velmi opožděné. Řeč se začíná vyvíjet až kolem šestého roku života, v některých „lehčích případech“ se může relativně dobře rozvinout. Dochází k dosažení úrovně první signální soustavy. U těchto jedinců se vyskytuje častá echolálie, známá je i schopnost mechanického opakování, někdy i delších řečových celků, bez porozumění. Jde o vliv dobře vyvinuté napodobovací schopnosti (Lechta, 2002). Jedinci se středně těžkou mentální retardací si dokážou osvojit základy sebeobsluhy a jednoduché pracovní dovednosti, naučí se dorozumívat se svým okolím, přičemž platí, že mnohem víc znají, než aktivně využívají (Matulay, 1986 in Lechta, 2002).

Jedinci s **těžkou a hlubokou mentální retardací** se zpravidla vůbec nenaučí mluvit, projevy řeči zůstávají na pudové úrovni. Nedosáhnou úrovně vyšší nervové činnosti. V těžších případech vydávají neartikulované zvuky, jejich mimika není přiměřená a neprojeví se žádná neverbální komunikace. Často však produkují alespoň chraptivý, dysfonický hlas, který modulují dle jejich citového rozpoložení. Někdy lze dosáhnout reakce na zavolání, ta však není ekvivalentní skutečnému pochopení řeči, ale jedná se pouze o situační reakci. Postupem času se může podařit osvojit si několik slov, avšak značně zkomolených a dysgramatických (táta, máma apod.) (Lechta, 2002).

Vliv formy mentální retardace

V této subkapitole uvedeme vývoj řeči u některých forem mentálního postižení jako je Downův syndrom, kretenismus či Klinefeltrův syndrom.

Marková a Středová (1987 in Lechta, 2002) uvádí, že jedinci s Downovým syndromem začínají vyslovovat jednoduchá slova kolem druhého až třetího roku života, jednoduché věty však začínají tvořit kolem pátého roku života. Pro další vývoj řeči je charakteristické střídání mezi obdobími stagnace a jistými pokroky, známý je i celkově zúžený rozsah hlasu či drsné zabarvení hlasu. V rámci logopedické intervence však lze využít dobrý hudební sluch a napodobovací schopnosti (Lechta, 2002). O typické orofacionální patologii u jedinců s Downovým syndromem se zmiňují Limbrock a kol. (1988 in Lechta, 2002). Jedná se hlavně o otevřená ústa, hypotonie rtů a ústního svalstva, hypotonický, dopředu vysunutý jazyk, hypotonické a insuficientní velum a otevřený skus.

Lechta (2002) dále uvádí specifika poruch řeči u jedinců s kretenismem. Jen v nejtěžších případech se objevuje idiotická němota, tito jedinci začínají mluvit okolo čtvrtého roku života, charakteristická je pro ně apatie a časté poruchy sluchu ještě znásobují negativní vliv mentálního postižení na vývoj řeči.

Také u jedinců s Klinefeltrovým syndromem Wirth (1990 in Lechta, 2002) zjistil, že jejich mluvní projev bývá nápadný. U poloviny z nich byl zjištěn retardovaný vývoj řeči a špatná koordinace hrubé motoriky.

Vliv typu mentální retardace

Lechta (2002) uvádí, že mentální retardaci také dělíme z hlediska dle typu chování. Rozeznáváme tři typy, a to:

- instabilní (neklidný, eretický)

- apatický (tlumený, torpidní)
- nevyhraněný

Již název jednotlivých typů mentální retardace nám napovídá, že první typ bude komunikativní a výřečný, druhý typ bude naopak zamklý, apatický vůči komunikaci a u třetího typu se budou období komunikace a apatie střídat dle nálad.

Lechta (2002) dále objasňuje, že ontogenezi řeči u mentálně postižených jedinců může ovlivňovat i to, pokud jde o typ apatický či eretický. Ve vzácných případech mohou selhat pokusy o navázání kontaktu s oběma typy, což ovlivní vývoj řeči. U eretických jedinců je příčinou nesoustředěnost a neklid. V komunikaci jsou tyto jedinci příliš hluční, hyperaktivní, často zasahují do rozhovoru jiných a vykřikují. Apatiční jedinci jsou lhostejní, málo pohybliví, bez zájmu o komunikaci, mluvní projev je pomalý, taktéž i vypravování a potýkají se s nápadnou dysprozodií. Je však jasné, že stupeň mentální retardace vymezuje vývoj řeči těchto jedinců daleko více než její forma a typ.

Poruchy řeči jedinců s mentálním postižením

Ze statistik vyplývá, že poruchy řeči u osob s mentálním postižením jsou několikanásobně častější než u intaktní populace. Mnoho předních odborníků se podílelo na výzkumech četnosti výskytu poruch řeči u osob s mentálním postižením. Uveďme výsledky alespoň několik z nich.

Predmerský (1966 in Lechta, 2002) píše o čtyřiceti až šedesáti procentech žáků s mentálním postižením, u nichž se vyskytly poruchy řeči. Sovák (1947 in Lechta, 2002) zjistil sedmdesát procent žáků s mentálním postižením s poruchami řeči. Synek (1962 in Lechta, 2002) hovoří až o osmdesáti pěti procentech a Matulay (1989 in Lechta, 2002) o osmdesáti až osmdesáti pěti procentech mentálně

postižených žáků s poruchami řeči. Lechta (1975 in Lechta 2002) zjistil u všech mentálně postižených dětí v mateřské škole poruchy řeči.

Poměrně zajímavý je fakt, jenž uvádí Lechta (2002). U jedinců s mentálním postižením vyrůstající v institucích je spatřeno více poruch řeči než u těch, kteří jsou v denním styku s rodinou. Citová deprivace znásobuje negativní vliv mentálního postižení, a díky tomu bylo zjištěno, že až u sta procent takto institucionalizovaných jedinců s mentálním postižením se vyskytují poruchy řeči.

Při popisu poruch řeči u jedinců s mentálním postižením hovoříme o heterogenosti symptomů. Manifestuje se především v porušené obsahové stránce řeči (gramatika, slovní zásoba apod.) a taktéž i vnější stránka řeči, mnohdy z více aspektů (tempo, artikulace, rezonance, přízvuk, melodie apod.) Také stojí za zmínku, že v souvislosti s formami mentální retardace, se nejčastěji poruchy řeči vyskytují u osob s Downovým syndromem (Lechta, 2002).

Rovněž je zajímavá otázka vztahu mezi frekvencí výskytu poruch řeči a úrovní inteligence u osob s mentálním postižením. Názory autorů se různí, jedna skupina tvrdí, že stupeň poruchy řeči není přímo ovlivněn stupněm snížením intelektu, druhá skupina trvá na rozhodující úloze tohoto faktoru. Z literatury jsou známé údaje o tom, že stupeň intelektu nemusí korelovat s výskytem poruch řeči. Předpokládáme však, že tyto poznatky platí spíše pro starší jedince, zatímco u mladších jedinců s mentálním postižením nacházíme souvislosti mezi stupněm intelektu a poruchami řeči. Je tedy více než jasné, že vedle intelektu determinuje trvání poruch řeči také věkový faktor. Také u jednotlivých stupňů mentální retardace je nutno očekávat souvislost mezi stupněm intelektu a poruchami řeči. U osob s těžkým mentálním postižením lze očekávat vyšší výskyt poruch řeči než např. u osob s lehkým mentálním postižením (Lechta, 2002).

Lechta (2002) ilustruje, že u jedinců s mentálním postižením se často kombinuje několik poruch řeči současně. Tato tendence se projevuje nejen ve výskytu více poruch řeči najednou, ale také ve stíhatelnosti hranic mezi jednotlivými poruchami řeči. Tímto se vytváří zvláštní kategorie poruch, která se u intaktních jedinců nevyskytuje. Příčiny jednotlivých poruch řeči u osob s mentálním postižením jsou multifaktorové. Působí zde například anomálie periferních mluvních orgánů (rozštěpy, deformace chrupu apod.). Takové abnormality nejsou u intaktních jedinců příliš časté. Dále je zde patrná spolupůsobnost nedostatečné úrovně motorické koordinace. Jedním z hlavních projevů snížené úrovně motoriky je oblast motoriky artikulačního aparátu. Na poruchy řeči u osob s mentálním postižením se také podílejí časté poruchy sluchu – fonemické diferenciací. Také je nezbytné se zmínit o funkčních příčinách, vědomí vlastní „méněcennosti“, časté zanedbávání ze strany okolí, a také významný negativní vliv, kterým je omezený vývoj řeči.

Nyní bychom přešli k samotným okruhům narušené komunikační schopnosti, v pořadí od nejvíce až po nejméně vyskytované.

Stejně jako u intaktních jedinců, také u osob s mentálním postižením se za nejčastější narušení komunikační schopnosti považuje **dyslalie**. Jde obvykle o nesprávnou artikulaci sykavek a hlásky R. Často je však porušená výslovnost celé řady tzv. lehčích hlásek, např. P, F, V, které si intaktní jedinci osvojí většinou ještě v předškolním věku. Dyslalie jedinců s mentálním postižením bývá také kombinovaná s dysgramatismem, huhňavostí eventuálně s dysfonií. U dyslalických jedinců s mentálním postižením se objevuje mogilalie (nevyslovení hlásky, kterou jedinec neumí artikulovat), vynechávání hlásek na konci slov, což souvisí s labilitou koncentrace: vyslovováním delšího slova koncentrace nesahá až po dokončení slova. Obvyklé jsou případy, kdy dokážou

izolovanou hlásku artikulovat správně, ale ve slovech a slabikách ji opět vyslovují špatně (Lechta, 2002).

Huhňavost se vyskytuje častěji u osob s mentálním postižením než u intaktních jedinců. Otevřená huhňavost je evidentní hlavně v těžších případech a její příčinou může být insuficientní inervace měkkého patra. Zavřená huhňavost se ovšem u osob s mentálním postižením vyskytuje častěji (Lechta, 2002).

Breptavost – zrychlená řeč s vynecháváním hlásek nebo i celých slabik je typická pro jedince s mentálním postižením, především pro typ eretický. Často bývá kombinovaná s dysgramatismem a koktavostí (Lechta, 2002).

Lechta (2002) uvádí, že výskyt **koktavosti** u osob s mentálním postižením se dle různých autorů liší. Sovák (1947 in Lechta, 2002) se ztotožňuje se 3, 7% balbutiků, zatím Webb, Kinde (1967 in Lechta, 2002) hovoří až o 26% balbutiků. Není však pochyb o tom, že výskyt koktavosti u osob s mentálním postižením je mnohokrát častější než u intaktních jedinců. Je zřejmé, že poruchy plynulosti řeči mají u těchto jedinců také orgánové pozadí. Z různých forem mentálního postižení se balbuties vyskytuje nejčastěji u jedinců s Downovým syndromem, pokud bychom hovořili o stupních mentální retardace Böhme (1976 in Lechta, 2002) píše, že s úbytkem intelektu se balbuties vyskytuje vzácněji: lehká mentální retardace – 18,7%, středně těžká mentální retardace – 12,7%, těžká mentální retardace – 2,3%.

Různé formy **dysartrie** se vyskytují u jedinců s mentálním postižením ve spojení s poruchami motoriky. Jedná se především o jedince, kdy je mentální postižení kombinované s dětskou mozkovou obrnou. Prognóza těchto osob je pak mimořádně špatná, jelikož i dysartričtí intaktní jedinci jsou vážným logopedickým problémem (Lechta, 2002).

Mezi **další projevy** patří častá echolalie (mechanické opakování bez pochopení smyslu), které jsou zřejmě projevem napodobovacích schopností. Jedinci s těžkou mentální retardací opakuji slyšené slova nebo zvuky, jedinci se středně těžkou mentální retardací dovedou někdy přesně reprodukovat složité řečové celky. Také u jedinců s lehkou mentální retardací se objevuje echolalie (Lechta, 2002).

Sovák (1981 in Lechta, 2002) píše, že pouze jedinci s neporušenou motorikou a s vyvinutou napodobovací schopností zvládnou napodobit a reprodukovat modulaci řeči. Pokud je i tato stránka řeči narušena, dochází k dysprozódii. Řeč je monotónní, tichá, pomalá nebo naopak zrychlená a vzrušená, také intonace je nesprávná.

Lechta (2002) dodává, že je nezbytné zmínit poruchy hlasu, které patří mezi charakteristické projevy mentální retardace. Často pozorujeme zastřený, tichý hlas či chrapot.

5.1 Specifika jazykových rovin u osob s mentálním postižením

Poruchy jazykového systému u osob s mentálním postižením se manifestují ve všech jazykových rovinách. V následující kapitole porovnáme poznatky několika autorů na specifika jazykových rovin u osob s mentálním postižením.

Lexikálně-sémantická rovina

Slovní zásoba osob s mentálním postižením spočívá především na stupni sníženého intelektu. Na tomto faktu závisí slovní zásoba jednice, a proto patří k nejnápadnějšimu příznaku narušení obsahové stránky řeči. Odborník na slovní zásobu osob s mentálním postižením Šifová (1965 in Lechta, 2002) konstatuje, že jedinci zřídka používají slova, která vyjadřují kvalitu předmětů a vlastnosti. V jejich slovníku totiž převládají názvy obvyklých předmětů. Slova nejvšeobecnější

a speciální používají velmi vzácně, nebo v neadekvátní situaci. Pro srovnání Lechta (2002) uvádí, že na rozdíl od intaktních jedinců, se u osob s mentálním postižením projevuje nepoměr mezi pasivní a aktivní slovní zásobou. Většina slov, které znají, patří do pasivního slovníku a jen malou část z nich využívají aktivně. V průběhu speciálněpedagogické stimulace může být pasivní slovník aktivizován. Tento proces se však potýká s mnohými těžkostmi. U intaktních jedinců nejde o tak markantní dominanci slovníku pasivního nad aktivním.

O procesu sémantizace ilustruje Edelsberger (1952 in Lechta, 2002). Jedinci s mentálním postižením vyjadřují jedním slovem celou řadu víceméně podobných nebo i úplně nepodobných věcí a jevů. Oproti tomu ke generalizaci jako k zevšeobecnění významu a diferenciaci jako rozlišovacímu odstínění pojmů se jedinci s mentálním postižením nedostanou.

Požár a kol. (1984 in Lechta, 2002) dodává, že jedinci s mentálním postižením si ve školních letech vytvářejí tzv. situační řeč, která plně nevystihuje obsah myšlenky, a je srozumitelná jen pro osoby, kdo situaci zná. Používají velký počet slov nevýznamových, který převládá nad počtem slov významových.

Morfologicko-syntaktická rovina

Úroveň gramatické stavby řečových projevů odráží úroveň vývoje intelektu jedince. Oproti rozdílným řečovým charakteristikám, které mohou někdy maskovat skutečnou úroveň intelektu, jsou totiž rozdíly v úrovni gramatické stránky řeči u osob s mentálním postižením a osob intaktních patrné již na první poslech (Lechta, 2002). Sovák (1981a in Lechta, 2002) uvádí, že gramatické formy jazyka zvládne jen jedinec s lehkou mentální retardací, ale i v těchto případech je možno pozorovat dysgramatismus, nehledě na to, že správné používání gramatických tvarů neobjevuje později než u jedinců intaktních.

Co se týče syntaxu, Šifová (1965 in Lechta, 2002) zjistila, že řeč dítěte ve věku šesti až sedmi let se skládá převážně z jednoduchých vět. V tomto věku však intaktní dítě již používá souvětí. To potvrzuje i Seeman (1955 in Lechta, 2002), a uvádí, že jednoslovné věty, kterých intaktní jedinci dosahují okolo prvního roku života, osoby s mentálním postižením jich dosáhnou až kolem šestého či osmého roku života. V lepších případech, pokud se jedinec naučí krátké věty kolem třetího až šestého roku života, jsou agramatické. Tvoření vedlejších vět se objevuje až po pátém roce života. Je zde proto velmi patrné zaostávání vývoje proti intaktnímu jedinci, které je schopno osvojit si mateřský jazyk zhruba do čtvrtého roku života.

U morfologie je známé, že jedinci s mentálním postižením používají relativně mnoho podstatných jmen a jen vzácně se v řeči objevují slovesa. Také výskyt přídavných jmen, zájmen a příslovcí je oproti intaktním jedincům velmi nízký. Pro gramatickou stavbu řeči je typické ojedinělé používání příčinně-důsledných spojek. Projevuje se zde selhání, při dokončování vět pomocí spojek „protože“ nebo „ačkoli“. Jde o nedostatečné chápání kauzality. Často se stává, že i jedinci s mentálním postižením, kteří ovládají správný slovosled, v momentě rozrušení, kladou na první místo ve stavbě věty slova, která pro ně mají subjektivně největší význam (Lechta, 2002).

U osob s mentálním postižením nastává největší selhání hlavně v situacích vyžadujících usuzování a logické myšlení, a také při učení se různým pravidlům a výjimkám mateřského jazyka (Lechta, 2002). Další odborník Buseman (1968 in Lechta, 2002) zjistil na základě výzkumu, že u osob s mentálním postižením stagnuje proces výstavby vět na úrovni sedmého až osmého roku. Jedná se hlavně o stagnaci na úrovni jednoduchých výpovědích o jevech. Vedlejší věty, které vyjadřují užší vztahy mezi událostmi, se nevyskytly téměř vůbec. V další zkoumané oblasti – vztah mezi inteligencí s délkou vět byl zjištěn ještě užší vztah. Analogická stagnace byla zjištěna také

v oblasti morfologie, zejména u výskytu přídavných jmen a příslovcí. Řeč jedinců se středně těžkou, těžkou či hlubokou mentální retardací se samozřejmě po gramatické stránce nepřiblíží normě vůbec (Lechta, 2002).

Foneticko-fonologická rovina

Lechta (2002) pokládá za velmi zajímavé, avšak málo probádané, vztah mezi vadnou výslovností a úrovní inteligence. I když je patrné, že s klesáním stupně inteligence stoupá počet jedinců s nesprávnou výslovností, snížený intelekt nemusí vždy jasně vymezovat (především v lehčích případech) i úroveň výslovnosti. Jsou známy případy, kdy řeč u jedinců s mentálním postižením byla v relativně mladém věku bezchybná. Pokud se však jedná o vývoj výslovnosti, je výsledek jednoznačný: Tak jako při jiných vývojových charakteristikách, tak i zde zaznamenáváme u vývoje osob s mentálním postižením zaostávání za normou. Začínají hovořit později než intaktní jedinci, je zde nápadná nižší verbální praxe; za kratší čas je teda nemožné osvojit a zautomatizovat koordinaci artikulačních orgánů. K tomu se ještě přidružuje motorická neobratnost, která je pro osoby s mentálním postižením typická, nedoslýchavost, narušená schopnost fonematické diferenciacce apod. V literatuře evidujeme velké rozdíly v názorech na věkovou hranici při ukončení vývoj výslovnosti u intaktních jedinců. Nejpozději položenou hranicí je období začátku školní docházky. Naopak u jedinců s mentálním postižením bylo zjištěno zhruba devadesát šest procent vadné výslovnosti při ukončení mateřské školy. A přitom se jednalo o děti patřící do komplexní speciálněpedagogické péče. Je tedy více než patrné, že zde způsobilo vrozené mentální postižení markantní rozdíl mezi úrovní vývoje výslovnosti u jedinců intaktních a jedinců s mentálním postižením. Proces fixace hlásek je tedy posunut u jedinců s mentálním postižením až do školního věku. Rozdílem je také počet chybně vyslovovaných hlásek, jelikož

u intaktních jedinců jde obvykle o chybné vyslovování ojedinělých, těžce artikulovaných hlásek (hlásky Ř a R, sykavky), u jedinců s mentálním postižením ve věku od šesti do sedmi let se jedná u jedné třetiny o chybné vyslovování tzv. lehčích hlásek. U intaktních jedinců jsou lehčí hlásky fixovány ještě v předškolním věku.

Vývoj výslovnosti jedinců s mentálním postižením je proces, který určitě nekončí (jak tomu je u osob intaktních), ani u osob s lehkou mentální retardací, počátkem školního věku. Situace jedinců se středně těžkou, těžkou či hlubokou mentální retardací je pochopitelně mnohem horší (Lechta, 2002).

Pragmatická rovina

Mentální postižení má zřejmý vliv na celý socializační proces jedince i jeho okolí. Jak uvádí Lechta (2002), tato jazyková rovina je u osob s mentálním postižením nejméně probádaná. Více než jasné však je, že jedinci mají problémy zejména v prezentaci svého komunikačního záměru, ale také s pochopením své role komunikačního partnera (turntalking), také se specifickým reagováním v komunikační situaci či s aplikací různých komunikačních vzorců v závislosti na jednotlivé komunikační situace. Lze to odvodit zejména v závislosti na stupni mentálního postižení. Situaci mohou komplikovat častá přidružená postižení (dětská mozková obrna, pohybové postižení, sluchové postižení atd.), jenž mohou i zde výrazně limitovat možnosti jedince s mentálním postižením.

EMPIRICKÁ ČÁST

6 Cíle šetření

Narušení komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením je aktuálně diskutovaným a poutavým tématem. Cílem šetření bylo analyzovat úroveň jednotlivých jazykových rovin u osob s mentálním postižením v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace. Šetření probíhalo ve dvou etapách v instituci označované jako chráněné bydlení. Cílem chráněného bydlení je aktivní rozhodování klientů o způsobu trávení a vyplnění volného času, přičemž hlavním kritériem je realizace běžného způsobu života.

Pro předkládanou diplomovou práci byla stanovena následující hypotéza:

Vliv mentálního postižení na rozvoj jednotlivých jazykových rovin osob s mentálním postižením vykazuje v jejich komparativním pojetí signifikantní rozdíl.

7 Charakteristika šetřeného souboru

Reflektovaná zařízení, identifikovaná jako chráněná bydlení, spadají pod příspěvkovou organizaci Harmonie se sídlem v Krnově.

Šetření proběhlo ve dvou etapách. První etapa byla realizována v Městě Albrechticích, v instituci označované jako Chráněné bydlení Petra Bezruče. Tato nově zrekonstruovaná budova je v provozu od roku 2002 a má celkovou kapacitu dvaceti uživatelů služeb. Poskytuje celoroční pobytové služby osobám s mentálním či kombinovaným postižením především z Moravskoslezského kraje ve věku od osmnácti let, kdy horní hranice věku stanovena není. Budova je třípatrová, se třemi samostatnými bytovými jednotkami. Každá bytová jednotka zahrnuje kuchyň, pokoje uživatelů služeb a sociální zařízení. Za objektem se nachází zahrada. Celkovou klientelu tvoří dvacet uživatelů služeb, z toho je šestnáct žen a čtyři muži. Zařízení je koedukované ².

Tabulka č. 5: Věková kategorie uživatelů služeb 1

	18-30	30-45	45-60	60-75	75-90
MUŽI	0	4	0	0	0
ŽENY	0	1	7	7	1

²Harmonie, příspěvková organizace. [online]. [cit. 4. 12. 2010]. Dostupné na WorldWide Web: http://www.usp-harmonie.cz/pracoviste/chranene-bydleni-petra-bezruce-mesto-albrechtice_2

Tabulka č. 6: Stupeň mentálního postižení 1

Stupeň mentálního postižení	Lehké	Středně těžké	Těžké	Hluboké
ŽENY	2	0	0	0
MUŽI	4	14	0	0

Odborný tým tvoří celkem tři pracovníci střídající se v poměru dva ku jedné v denních a nočních službách. Pracovníci zajišťují chod chráněného bydlení a podporu a péči uživatelům služeb.

Uživatelům služeb se nabízí možnost vzdělávání a nabývání praktických dovedností v aktuálně realizovaných kurzech a dílně.

Tabulka č. 7: Účast na aktivitách ve vzdělávací instituci a sociálně-terapeutické dílně

	Vzdělávací kurz	Sociálně-terapeutická dílna
MUŽI	0	4
ŽENY	3	12

Tři uživatelky služeb navštěvují současně vzdělávací kurz i sociálně-terapeutickou dílnu. Naopak čtyři uživatelky služeb nenavštěvují žádnou vzdělávací instituci ani sociálně-terapeutickou dílnu.

Následující tabulka uvádí délku pobytu v inkriminovaném zařízení.

Tabulka č. 8: Délka pobytu v kolektivním zařízení 1

	Do 1 roku	2 roky	5 let	8 let
MUŽI	4	0	0	0
ŽENY	1	1	1	13

Druhá etapa šetření byla realizována taktéž v Městě Albrechticích, v zařízení označovaném Chráněné bydlení Krajánek. Budova je čerstvě zrekonstruovaná, zahájení provozu proběhlo v dubnu 2010. Jde o proces transformace, kdy z domova pro osoby se zdravotním postižením v Městě Albrechticích byla část uživatelů služeb přestěhována do nové budovy. Klientelu tvoří jedenáct uživatelů služeb, z toho osm mužů a tři ženy.

Tabulka č. 9: Věková kategorie uživatelů služeb 2

	18-30	30-45	45-60	60-75	75-90
MUŽI	1	5	2	0	0
ŽENY	0	2	1	0	0

Budova je bezbariérová, se dvěma samostatnými bytovými jednotkami. Každá bytová jednotka zahrnuje pokoje jednolůžkové nebo dvoulůžkové, obývací pokoj, kuchyň a sociální zařízení. Také je možno využívat dílnu, prostory pro volnočasové aktivity, rozlehlou

zahradu s altánem a lavičkami. Zařízení poskytuje celoroční pobytové služby osobám s mentálním či kombinovaným postižením³.

Tabulka č. 10: Stupeň mentálního postižení 2

Stupeň mentálního postižení	Lehké	Středně těžké	Těžké	Hluboké
MUŽI	2	6	0	0
ŽENY	0	3	0	0

Tým pracovníků zajišťuje činnost chráněného bydlení, péči a podporu klientů. Během se jedná o dva pracovníky sociálních služeb, v noci pak provoz zajišťuje jeden pracovník sociálních služeb.

Časové rozpětí pobytu v zařízení zaznamenává následující tabulka.

Tabulka č. 11: Délka pobytu v kolektivním zařízení 2

	0-10 let	11-20 let	21-30 let	31-40 let
MUŽI	0	3	1	4
ŽENY	0	0	0	1

³Harmonie, příspěvková organizace. [online]. [cit. 4. 12. 2010]. Dostupné na WorldWide Web: http://www.usp-harmonie.cz/pracoviste/chanene-bydleni-vila-krajanek_11

U dvou uživatelů služeb není délka pobytu v kolektivním zařízení známa.

V Chráněném bydlení Krajánek vzhledem k užšímu věkovému průměru klientů byla nabídka aktivit pestřejší, proto je zaznamenána ve dvou tabulkách.

Tabulka č. 12: Účast na aktivitách 1

Aktivity 1	Sociálně-rehabilitační dílna	Sociální rehabilitace RÚH Krnov	Vzdělávací kurz pro dospělé
MUŽI	6	3	1
ŽENY	2	2	0

Tabulka č. 13: Účast na aktivitách 2

Aktivity	Pracovní terapie	Praxe	Kroužek
MUŽI	2	1	1
ŽENY	1	1	0

Každý z uživatelů služeb navštěvuje více aktivit. Pouze dva uživatelé služeb navštěvují jen sociálně terapeutické dílny.

8 Metodologie šetření

Pro předkládanou diplomovou práci byla zvolena metoda interview. V odborné literatuře je terminologické vymezení pojmů interview a rozhovoru charakterizováno jako výzkumná metoda rozhovoru, kdežto rozhovor je forma běžné lidské komunikace (Miovský, 2006).

Současný odborník Miovský uvádí: „Interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání dat. Při jeho zvládnutí nejde pouze o získávání potřebných sociálních dovedností a citlivosti, ale také o kultivaci schopností pozorovat (jak introspektivní, tak extrospektivní pozorování) a umění obě metody vzájemně provázat a dokázat z nich pro výzkum vytěžit maximum. Z terminologického hlediska termínem interview označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie“ (Miovský, 2006, s. 155-156).

Dle míry strukturace můžeme interview rozdělit do tří základních skupin:

- nestrukturované interview,
- polostrukturované interview,
- strukturované interview (Miovský, 2006).

V předkládané diplomové práci bylo zvoleno strukturované interview. Jedná se o metodu, která stojí na hraně mezi interview a dotazníkovými metodami. Má pevně dané schéma, které je pro tazatele platné a neumožňuje příliš četné změny či úpravy. Sled a znění otázek je fixované. Příprava strukturovaného rozhovoru bývá technicky náročná, jde o přesné zvládnutí detailů. Výhody je možno spatřit u výzkumných témat z oblasti sociální psychologie a tam, kde uplatníme interpersonální srovnávání. Strukturované interview je možno chápat jako „zlepšenou dotazníkovou formu“, jelikož pomocí osobního kontaktu a motivační prací lze dosáhnout validnější

odpovědi. Koresponduje s požadavky kvantitativního přístupu. Nevýhodou strukturovaného interview se může stát omezený prostor tazatele při rozvíjení relevantního a zajímavého tématu, se kterým jsme nepočítali a jež vyplynulo až v průběhu vlastního interview. Strukturované interview vede více k uniformním reakcím a odpovědím – účastníci jsou nuceni se přizpůsobit již předem vytvořené struktuře (Miovský, 2006).

Chráska (2007) uvádí důležitá pravidla při realizaci interview:

- mělo by probíhat vždy za vhodné situace (dostatečný časový prostor, průběh bez svědků, kterých se samotné interview netýká, průběh v přirozeném prostředí);
- bývá doporučováno začínat s otázkami nejobecnějšího charakteru;
- zabránit působení psychologických faktorů, jež mohou negativně působit na výsledky rozhovoru;
- vytvoření podmínek pro navázání kontaktu s respondentem a tím i vytvoření jeho motivaci ke spolupráci (přiměřený zájem tazatele o výpovědi respondenta, taktnost, nevtíravost, úprava zevnějšku, chování tazatele apod.);
- přesný záznam průběhu interview.

8. 1 Organizační zajištění výzkumného šetření

Šetřený soubor tvořily osoby se zdravotním postižením (lehké a středně těžké mentální postižení) bez sluchového postižení. Interview probíhalo na základě dřívějších osobních kontaktů, čímž byl vyloučen problém vzájemného ostychu.

K uskutečnění cílů diplomové práce byl aplikován kvalitativní výzkum. Probíhal na základě strukturalizovaného interview - jednalo se o stanovení základních úkolů v jednotlivých jazykových rovinách, kdy v každé části interview v závislosti na jazykové rovině byly

použity cílené otázky či úkoly. Délka rozhovoru neměla překročit patnáctiminutovou hranici. Na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR byla záměrně vybrána výše uváděná dvě chráněná bydlení, a to z důvodu předchozí spolupráce na bakalářské práci a absolvované odborné praxe. Vedení chráněných bydlení byla nejprve kontaktována telefonicky. Otázkou bylo, zda je možnost realizovat interview s uživateli služeb (výzkumná metoda rozhovoru). Seance byly předem časově naplánované. V úvodní fázi šetření proběhly společenské kontakty a navození situační atmosféry. Poté následovaly rozhovory s uživateli služeb. Interview byla prováděna individuálně. V Chráněném bydlení Petra Bezruče proběhlo deset interview a v Chráněném bydlení Krajánek proběhlo interview sedm. Byla naplněna všechna lidská i odborná kritéria.

9 Výsledky šetření a jejich interpretace

Výsledky předkládané diplomové práce byly zpracovány na základě strukturovaného interview, uskutečněného ve dvou zařízeních označovaných jako chráněná bydlení. Interview reflektovalo roviny jazykového systému.

V první části analýzy šetření budou interpretovány výsledky týkající se roviny **pragmatické**. Pragmatické roviny se týkaly celkem čtyři dotazy, dále uvedené pod písmeny a-d.

a) Dobrý den, jak se máte?

Ze sociologického hlediska se jedná o typ otázky, která je běžně kladena, jde o společensky obvyklou otázku při běžném styku s okolím. Otázka má velice intaktní obsah, a proto nepředpokládáme, rozsáhlejší reakci.

V souladu se společenskou zvyklostí oslovení klienti Chráněného bydlení Petra Bezruče (dále jen CHB Petra Bezruče) i Chráněného bydlení Krajánek (dále jen CHB Krajánek) odpovídali krátce, jednoslovně, jejich odpovědi nebyly ovlivněny stupněm mentálního postižení, pohlavím ani jejich fyzickým věkem.

Nejfrekventovanější odpovědi zněly: dobře; dobrý; mám se dobře.

b) Jak se jmenujete?

Dotaz položila osoba pro osloveného neznámá.

Klienti CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek všech věkových kategorií se představili výhradně křestním jménem. Představení se pouze křestním jménem, nikoli příjmením svědčí o sociálním klimatu zařízení, ale zároveň se jedná o určitý stupeň infantilnosti klientů. Proto lze vliv mentálního postižení považovat za evidentní.

c) Kolik Vám je let?

Z celkového počtu deseti oslovených klientů v CHB Petra Bezruče odpovědělo na otázku sedm. Tři klienti nevěděli, kolik je jim let. Jednalo se o jednoho muže a dvě ženy ve věkovém rozmezí od čtyřiceti jedna až do padesáti osmi let. Výše uvedení tři klienti spadají do pásma středně těžké mentální retardace. Žádná z odpovědí nebyla ovlivněna pohlavím. Klienti znali svého věku odpovídali v souladu s realitou.

V CHB Krajánek z celkového počtu sedmi dotázaných, odpovědělo pět. Dva klienti odpověď neznali. Jednalo se o dva muže, spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věku čtyřicet jedna a čtyřicet sedm let. Zbývající reakce byly v souladu s realitou, bez vlivu pohlaví dotázaných.

V reakci na tuto položenou otázku nebyl mezi jednotlivými zařízeními zásadní rozdíl.

d) Co jste dnes dělal?

Dotaz byl položen v odpoledních hodinách. Byl zde evidentní předpoklad, že již proběhla jistá aktivita.

Na otázku odpověděli všichni klienti z obou zařízení. Odpovědi byly v obou zařízeních obsahově složitější a barvitě bez ohledu na věk, pohlaví či stupeň mentální retardace.

Při komparaci klientů CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek je nutno uvést, že klienti CHB Petra Bezruče jsou věkově starší, a co se pohlaví týče, jsou to převážně ženy, a proto jejich aktivity byly pasivnějšího charakteru. U klientů CHB Krajánek převládá nižší věkový průměr a mužské pohlaví, a také proto jejich aktivity byly zaměřeny na aktivnější činnost a byly pestřejší.

K nejfrekventovanějším aktivitám patřilo nakupování, práce v dílnách, výlety do okolních měst, procházky po městě, dále vaření a pomocné práce v kuchyni.

K nejfrekventovanějším pasivním aktivitám patřila výchovně vzdělávací činnost, ruční práce, sledování televize a poslech rádia.

Z prvního komplexu – roviny pragmatické – je evidentní osvojení základů společenského chování při běžném styku s okolím – reakce na pozdrav, odpověď na otázku „Jak se máte?“. Představení všech klientů křestním jménem svědčí o dobrém sociálním klimatu v zařízení, na druhou stranu však vykazuje určitý stupeň infantilnosti klientů. Při dotazování na věk část klientů se středně těžkou mentální retardací není schopna odpovědi. Poslední otázka, zaměřená na aktivity klientů, svědčí dle jejich výpovědí o pestrosti a mnohotvárnosti.

Ve výsledcích klientů byl prokázán evidentní vliv mentálního postižení, nikoli však věku nebo pohlaví. Délka pobytu klientů v jednotlivých zařízeních nebyla sledována, z důvodu, že nedocházelo k signifikantním rozdílům.

V druhé části analýzy šetření budou interpretovány výsledky týkající se roviny **foneticko-fonologické**.

Šetření probíhalo na základě materiálů, které byly přežaty z testu Hodnocení fonemického sluchu u předškolních dětí, jehož autory jsou Škodová, Michek a Moravcová⁴.

⁴Celý test slouží k vyšetření fonemického sluchu. Zaměřuje se na čtyři distinktivní rysy hlásek: znělost – neznělost, kontinuálnost – nekontinuálnost, nosovost – nenosovost a kompaktnost – difuznost (pro samohlásky). Baterie obsahuje celkem 60 dvojic slov, rozdělených do čtyř subtestů po 15-ti dvojicích, podle výše uvedených distinktivních rysů hlásek. Dvojice slov se od sebe liší vždy jen jedním distinktivním rysem. Slova byla záměrně vybírána tak, aby byla obsahově známá dětem od 3 let. Celý test trvá asi 15 minut. Testový materiál vznikl v České republice a je určen potřebám českých dětí (BECHYŇÁKOVÁ, Jana. *Analýza testových baterií hodnotících foneticko-fonologickou rovinu řeči se zaměřením na děti s vývojovou dysfázií*. Brno, 2008. 86 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. [online]. [cit. 10. 2. 2011]. Dostupné na World Wide Web: http://is.muni.cz/th/104784/pedf_m/DP16.txt?lang=en <http://>)

Celý soubor obsahuje slova, u kterých lze předpokládat sémantickou srozumitelnost.

Vzhledem k mentálnímu postižení byl zvolen omezený počet dvojic slov, z důvodu zamezení sluchové únavy. Soubory obsahují jednu dvojici výrazů, které jsou identické.

Nejprve byla šetřena míra schopnosti diferenciaci znělých a neznělých konsonant, a to na základě dvojic slov auditivně rozlišovaných jednou hláskou (jednou z párových hlásek).

Soubor inkriminovaných slovních dvojic:

KOZA-KOSA

VOZY-VOSY

PERE-BERE

PUPEN-BUBEN

KOZA-KOZA

Otázka byla formulovaná následně: Jsou slova, která slyšíte, stejná, nebo ne?

V prvním zařízení, CHB Petra Bezruče, byly výsledky při posuzování míry schopnosti diferenciaci znělých a neznělých konsonant různorodé. Bylo osloveno deset klientů.

Tabulka č. 14: Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 1

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	2	2	1	1	2	2

Dva klienti ve věku padesáti a padesáti sedmi let spadající do pásma středně těžké mentální retardace nebyli schopni konsonanty diferencovat. Bylo zřejmé, že úkol nebyl pochopen sémanticky. Vliv mentálního postižení je zde evidentní. Dva klienti se střední mentální retardací ve věku čtyřiceti pěti a padesáti osmi let diferencovali konsonanty ve dvaceti procentech příkladů. Ve čtyřiceti a šedesáti procentech diferencoval znělé a neznělé konsonanty vždy pouze jeden klient ve věku šedesáti dvou let spadající do pásma středně těžké mentální retardace. Osmdesát procent diferenciací zvládli dva klienti ve věku padesáti osmi a šedesáti dvou let, z čehož jeden spadal do pásma lehké mentální retardace a druhý do pásma středně těžké mentální retardace. Stoprocentního rozlišení znělých a neznělých konsonant byli schopni taktéž dva klienti, jeden v pásmu lehké mentální retardace – čtyřicet jedna let a druhý v pásmu středně těžké mentální retardace – šedesát jedna let.

Devět z deseti oslovených klientů jsou ženy.

V druhém zařízení, CHB Krajánek, byly výsledky při posuzování míry schopnosti diferenciaci znělých a neznělých konsonant kompaktnější. Dotázáno bylo sedm klientů.

Tabulka č. 15: Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 1

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	5	0	0	2	0	0

Pět klientů, čtyři muži a jedna žena, spadajících do pásma středně těžké mentální retardace ve věkovém rozmezí mezi dvaceti pěti až šedesáti lety nebylo schopno diferenciaci znělých a neznělých konsonant. Bylo zřejmé, že neproběhlo sémantické porozumění. Dva

klienti, jeden s lehkou mentální retardací a druhý se středně těžkou mentální retardací ve věku dvacet a třicet tři let, byli schopni diferencovat znělé a neznělé konsonanty v 60% příkladů. Šest ze sedmi dotázaných klientů byli muži.

V šetření daného problému byl zjištěn podstatnějsí rozdíl mezi klienty CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek. U CHB Petra Bezruče je šíře procentuální úspěšnosti schopnosti diferenciaci znělých a neznělých konsonant variabilnější než u CHB Krajánek. V CHB Krajánek byl prokázán vyšší počet klientů, jež nebyli schopni žádné diferenciaci znělých a neznělých konsonant z důvodu sémantického neporozumění.

Jako druhá v pořadí byla šetřena míra schopnosti diferenciaci kontinuitnosti (hlásek úžinových) a nekontinuitnosti (hlásek závěrových), a to na základě dvojic slov auditivně rozlišovaných jednou hláskou.

Soubor inkriminovaných slovních dvojic:

PES-LES

HUSA-PUSA

PES-PES

MOUKA-MOUCHA

PUSA-PUSA

Otázka byla formulovaná následně: Jsou slova, která slyšíte, stejná, nebo ne?

V CHB Petra Bezruče z celkového počtu deseti oslovených klientů tři nebyli schopni diferenciaci kontinuitnosti a nekontinuitnosti. Jednalo se o klienty se střední mentální retardací

ve věkovém rozmezí padesát sedm až šedesát dva let. Opět nedošlo k sémantickému porozumění. Čtyři klienti, jeden s lehkou mentální retardací ve věku padesáti osmi let a tři se středě těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí čtyřiceti pěti až šedesáti dvou let, byli schopni diferenciací v šedesáti procentech. Další tři klienti, z toho jeden spadající do pásma lehké mentální retardace – šedesát jedna let a dva spadající do pásma středně těžké mentální retardace – čtyřicet jedna a šedesát jedna let, zvládli diferenciací kontinuitnosti a nekontinuitnosti v celé šíři, tedy stoprocentně.

Tabulka č. 16: Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 2

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	3	0	0	4	0	3

V CHB Krajánek byly výsledky odlišné. Celkem bylo osloveno sedm klientů, z toho šest mužů. Všichni muži byli mladšího věkového průměru.

Tabulka č. 17: Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 2

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	5	0	0	0	0	2

Kontinuitnost a nekontinuitnost nebylo schopno diferencovat pět klientů, čtyři muži ve věkovém rozmezí dvacet pět až čtyřicet sedm let a jedna žena – šedesát let, spadajících do pásma středně těžké mentální retardace. Dvojice slov nebyly pochopeny sémanticky.

Naopak dva klienti, z toho jeden s lehkou mentální retardací – třicet tři let a druhý se středně těžkou mentální retardací – čtyřicet jedna let, zvládli diferenciaci na sto procent.

Opět se projevil evidentní rozdíl mezi CHB Petra Bezruče, kde výsledky procentuální úspěšnosti klientů při diferenciaci schopnosti kontinuálnosti a nekontinuálnosti jsou variabilnější, také fyziologický věk je vyšší a oslovení klienti jsou převážně ženy v poměru devět ku jedné, a CHB Krajánek, v němž pět ze sedmi oslovených klientů nebylo schopno diferenciaci z důvodu sémantického nepochopení, fyziologický věk klientů je nižší a šest ze sedmi oslovených jsou muži.

Jako třetí byla šetřena míra schopnosti diferenciaci nosovosti a nenosovosti (je dána existencí nosní rezonance), a to na základě dvojic slov auditivně rozlišovaných jednou hláskou.

Soubor inkriminovaných slovních dvojic:

NOS-KOS

MYŠKA-LIŠKA

MYŠKA-MYŠKA

BOTY-NOTY

MRAK-DRAK

Otázka byla formulovaná následně: Jsou slova, která slyšíte, stejná, nebo ne?

V CHB Petra Bezruče byly výsledky opět různorodé. Bylo osloveno deset klientů. Čtyři klienti spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věkovém rozmezí čtyřicet pět až šedesát dva let nebyli schopni diferenciaci nosovosti a nenosovosti, jeden klient - šedesát dva let, v pásmu středně těžké mentální retardace rozlišoval nosovost a nenosovost v 80%, a pět klientů – čtyři ženy z toho dvě

s lehkou mentální retardací a dvě se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí padesát sedm až šedesát tři let a jeden muž se středně těžkou mentální retardací - čtyřicet jedna let zvládli rozlišování na plných sto procent.

Tabulka č. 18: Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 3

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	4	0	0	0	1	5

V CHB Krajánek bylo osloveno sedm klientů. Čtyři klienti, jedna žena a tři muži se střední mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet pět až šedesát let nebyli schopni diferenciaci nosovosti a nenosovosti. Dva klienti spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věku čtyřicet pět a čtyřicet sedm let úspěšně diferencovali nosovost a nenosovost v šedesáti procentech a jeden klient spadající do pásma lehké mentální retardace ve věku třiceti tři let rozlišil dvojice slov z hlediska nosovosti a nenosovosti na sto procent.

Tabulka č. 19: Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 3

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	4	0	0	2	0	1

Obě chráněná bydlení se opět lišila ve výsledcích. V CHB Petra Bezruče pět z deseti oslovených klientů bylo schopno stoprocentní diferenciaci nosovosti a nenosovosti. Naopak v CHB Krajánek byl výraznější počet klientů – čtyři ze sedmi oslovených, kteří diferenciaci nosovosti a nenosovosti nezvládali, a to z důvodu sémantického neporozumění. Věkově byli klienti CHB Petra Bezruče starší, než v CHB Krajánek.

Jako čtvrtá byla šetřena míra schopnosti diferenciaci kompaktnosti a difuznosti⁵, a to na základě dvojic slov auditivně rozlišovaných jednou hláskou.

Soubor inkriminovaných slovních dvojic:

MISKA-MASKA

TÁTA-TETA

MYŠKA-MUŠKA

TUŽKA-TAŠKA

MYŠKA-MYŠKA

Otázka byla formulovaná následně: Jsou slova, která slyšíte, stejná, nebo ne?

V CHB Petra Bezruče byly výsledky výrazně pozitivní. Pouze dvě klientky se středně těžkou mentální retardací ve věku padesát osm a šedesát dva let nebyly schopny diferenciaci kompaktnosti a difuznosti, naopak dvě klientky spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věku čtyřicet pět a šedesát dva let rozlišily dvojice slov z osmdesáti procent, a šest klientů – tři ženy, spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věkovém rozmezí

⁵„Kompaktní jsou hlásky, které mají většinu akustické energie soustředěnou ve střední části spektra. Patří sem nízké samohlásky a patrové souhlásky. Difuzní jsou ty hlásky, které mají akustickou energii rozloženou v celém poli. Patří sem vysoké samohlásky a labiální souhlásky“ (Klenková, 2006, s. 47).

padesát jedna až šedesát tři let, dvě ženy spadající do pásma lehké mentální retardace ve věku padesát osm a šedesát jedna let a jeden muž spadající do pásma středně těžké mentální retardace ve věku čtyřicet jedna let rozlišili kompaktnost a difuznost na sto procent.

Tabulka č. 20: Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 4

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	2	0	0	0	2	6

Ve srovnání s předchozím zařízením, v CHB Krajánek byly výsledky opět diametrálně rozdílné. Celkem pět klientů - čtyři muži a jedna žena se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet pět až šedesát let nebylo schopno diferenciací dvojic slov z hlediska kompaktnosti a difuznosti. Bylo zřejmé, že úkol nebyl pochopen sémanticky. Naopak dva klienti, jeden spadající do pásma lehké mentální retardace ve věku třicet tři let a druhý se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřicet jedna let zvládli rozlišení na sto procent.

Tabulka č. 21: Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek

% úspěšnost	0%	20%	40%	60%	80%	100%
Počet klientů	5	0	0	0	0	2

Výsledky v obou zařízeních označovaných jako chráněná bydlení byly protichůdné. V CHB Petra Bezruče byla stoprocentní

úspěšnost diferenciaci kompaktnosti a difuznosti u šesti klientů - tři ženy a jeden muž se středně těžkou mentální retardací a dvě ženy s lehkou mentální retardací v celkovém věkovém rozmezí čtyřicet jedna až šedesát tři let. V CHB Krajánek neproběhla diferenciaci kompaktnosti a difuznosti z důvodu sémantického neporozumění u pěti klientů - čtyři muži a jedna žena se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet pět až šedesát let.

V druhém komplexu – rovině foneticko-fonologické – lze spatřit evidentní rozdíl ve výsledcích oslovených klientů CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek. Prokázaný je rovněž celkový pokles správně diferencovaných dvojic slov dle rysů distinktivních hlásek klientů CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek. Je zřejmé, že k poklesu došlo na základě stupně mentálního postižení, fyziologického věku i pohlaví. Ženy vykazovaly celkově lepší výsledky než muži.

Při diferenciaci znělých a neznělých konsonant dosáhli lepších výsledků klienti CHB Petra Bezruče. Z deseti oslovených klientů pouze dva nebyli schopni diferencovat znělé a neznělé konsonanty. Devět z deseti oslovených byly ženy se starším věkovým průměrem. Osm klientů spadalo do pásma středně těžké mentální retardace a dva do pásma lehké mentální retardace. Při šetření míry schopnosti diferenciaci znělosti a neznělosti v CHB Krajánek bylo zjištěno, že ze sedmi oslovených klientů jich pět nebylo schopno odpovědi z důvodu sémantického neporozumění. Jedná se o klienty s mladším věkovým průměrem - šest mužů a jedna žena se středně těžkou mentální retardací. Lze vyzorovat evidentní vliv mentálního postižení a pohlaví i přes mladší věkový průměr.

Při posuzování míry schopnosti diferenciaci kontinuálnosti a nekontinuálnosti u klientů CHB Petra Bezruče byl zjištěn identický poměr mezi klienty, kteří byli schopni stoprocentní diferenciaci kontinuálnosti a nekontinuálnosti jednotlivých dvojic slov a těmi,

kteří nebyli schopni diferenciaci kontinuity a nekontinuity z důvodu sémantického nepochopení. V prvním případě se jednalo o klienty ženského pohlaví se středně těžkou mentální retardací, v druhém případě šlo o dvě ženy a jednoho muže s lehkou a středně těžkou mentální retardací. U obou případů se jednalo o klienty s vyšším věkovým průměrem. Nelze přikládat přímý vliv mentálnímu postižení ani pohlaví. Pět klientů – čtyři muži a jedna žena se středně těžkým mentálním postižením a nižším věkovým průměrem CHB Krajánek nebylo schopno diferenciaci kontinuity a nekontinuity. Naopak dva klienti – muži - jeden s lehkou a druhý se středně těžkou mentální retardací opět s mladším věkovým průměrem diferencovali kontinuitu a nekontinuitu stoprocentně.

V CHB Petra Bezruče nebyly schopny diferenciaci nosnosti a nenosti čtyři klientky se středně těžkou mentální retardací s vyšším věkovým průměrem. Naopak pět klientů – čtyři ženy z toho dvě spadající do pásma lehké mentální retardace a jeden muž se středně těžkou mentální retardací taktéž s vyšším věkovým průměrem zvládli diferenciaci nosnosti a nenosti stoprocentně. Je zde evidentní vliv mentálního postižení, nikoli věku či pohlaví. V CHB Krajánek čtyři ze sedmi oslovených klientů spadající do pásma středně těžké mentální retardace s nižším věkovým průměrem nediferencovali nosnost a nenost z důvodu sémantického nepochopení, pouze jeden klient s lehkou mentální retardací diferencoval nosnost a nenost stoprocentně. Je zde evidentní vliv rozdílu mezi lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace v závislosti na míře schopnosti diferenciaci nosnosti a nenosti.

Šest klientů CHB Petra Bezruče diferencovalo kompaktnost a difuznost na sto procent. Jednalo se o pět žen a jednoho muže staršího věkového průměru. Čtyři klienti spadali do pásma středně těžké mentální retardace a dvě klientky spadaly do pásma lehké

mentální retardace. Pouze dvě klientky se střední mentální retardací staršího věkového průměru nebylo schopno diferenciaci kompaktnosti a difúznosti z důvodu sémantického neporozumění. Nebyl zde prokázán podstatný vliv pohlaví ani věku. V CHB Krajánek pět klientů spadající do pásma středně těžké mentální retardace – čtyři muži a jedna žena mladšího věkového průměru nebyli schopni rozlišení kompaktnosti a difúznosti z důvodu sémantického porozumění. Byl zde evidentní vliv mentálního postižení. Naopak dva klienti, jeden s lehkou mentální retardací a druhý se středně těžkou mentální retardací byli schopni rozlišení kompaktnosti a difúznosti na sto procent. Jednalo se o muže mladšího věkového průměru.

Ve třetí části analýzy budou interpretovány výsledky týkající se roviny **morfologicko-syntaktické**. Této roviny se týkaly celkem tři dotazy, dále uvedené pod písmeny a-c.

V první části souboru (a) bylo úkolem doplnit souvětí podřadné. I přes eventuální obtížnost byl tento úkol vědomě zařazen na první místo v souboru, jelikož pozornost klientů se koncentrovala výrazně na první větu. Úkol byl do určité míry obtížný s vědomím, že splnění úkolu vyžaduje určitou intelektovou náročnost klientů.

Všichni oslovení klienti CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek navštěvovali dílny, a proto byli seznámeni s termínem „dílna“.

a) Já chodím do dílny, protože ...

Jednotlivé odpovědi oslovených klientů CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek byly značně variabilní. Lišily se obsahem, délkou, strukturou věty, gramatickou správností atd.

Z deseti oslovených klientů CHB Petra Bezruče jich gramaticky správně doplnilo větu sedm. Jednalo se o šest žen a jednoho muže ve věkovém rozmezí čtyřicet jedna až šedesát tři let. Vyjma jedné klientky s lehkou mentální retardací všichni výše uvedení spadali

do pásma středně těžké mentální retardace. Další dvě klientky, jedna s lehkou mentální retardací a druhá se středně těžkou mentální retardací ve věku padesát osm a čtyřicet pět let doplnily větu nesprávně. Bylo zřejmé, že zde neproběhlo sémantické porozumění. Jedna klientka se středně těžkou mentální retardací ve věku padesát sedm let nebyla schopna doplnit větu.

Nejčastější odpovědi zněly: protože se tam hodně naučím; protože přijdu mezi společnost; protože mě to baví.

Ze sedmi oslovených klientů v CHB Krajánek čtyři klienti doplnili větu gramaticky správně. Jednalo se o tři muže a jednu ženu ve věkovém rozmezí třicet tři až šedesát let. Mimo jednoho muže s lehkou mentální retardací, ostatní klienti spadali do pásma středně těžké mentální retardace. Dva muži ve věku dvacet devět a čtyřicet jedna let se středně těžkou mentální retardací nedoplnili větu gramaticky správně a jeden klient se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřicet pět let nebyl schopen větu doplnit.

Nejčastější odpovědi zněly: protože se tam učím; protože mě to baví.

V druhé části souboru (b, c) bylo úkolem klientů doplnit větu, která určovala umístění předmětu – tužky a krabice. Této větě vždy předcházela ještě věta oznamovací, a také názorná ukázka předvedená tazatelem. Příklad: Na stole leží košík. Tužka je vedle; vedle košíku. Sedíme u stolu. Krabice je na zemi.

b) Na stole leží košík. Tužka je ...

Z deseti oslovených klientů CHB Petra Bezruče doplnili gramaticky správně větu tři. Jednalo se o tři ženy ve věkovém rozmezí padesát sedm až šedesát dva let, dvě se středně těžkou mentální retardací a jedna s lehkou mentální retardací. Naopak sedm klientů, šest žen a jeden muž se středně těžkou mentální retardací ve

věkovém rozmezí čtyřicet jedna až šedesát čtyři let větu doplnili, ale nesprávně.

Ze sedmi oslovených klientů CHB Krajánek doplnil gramaticky správně větu pouze jeden klient s lehkou mentální retardací ve věku třiceti tří let. Šest klientů se středně těžkou mentální retardací, jedna žena a šest mužů ve věkovém rozmezí od dvaceti devíti do šedesáti let doplnili větu nesprávně.

Nejčastější odpověď zněla: tady.

c) Sedíme u stolu. Krabice je ...

Všichni klienti CHB Petra Bezruče doplnili větu správně. V CHB Krajánek doplnilo správně větu klientů pět. Jednalo se o čtyři muže a jednu ženu se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet devět až šedesát let. Bylo zřejmé, že dva klienti – jeden s lehkou mentální retardací a jeden se středně těžkou mentální retardací ve věku třicet tři a čtyřicet jedna let nepochopili úkol a větu doplnili špatně.

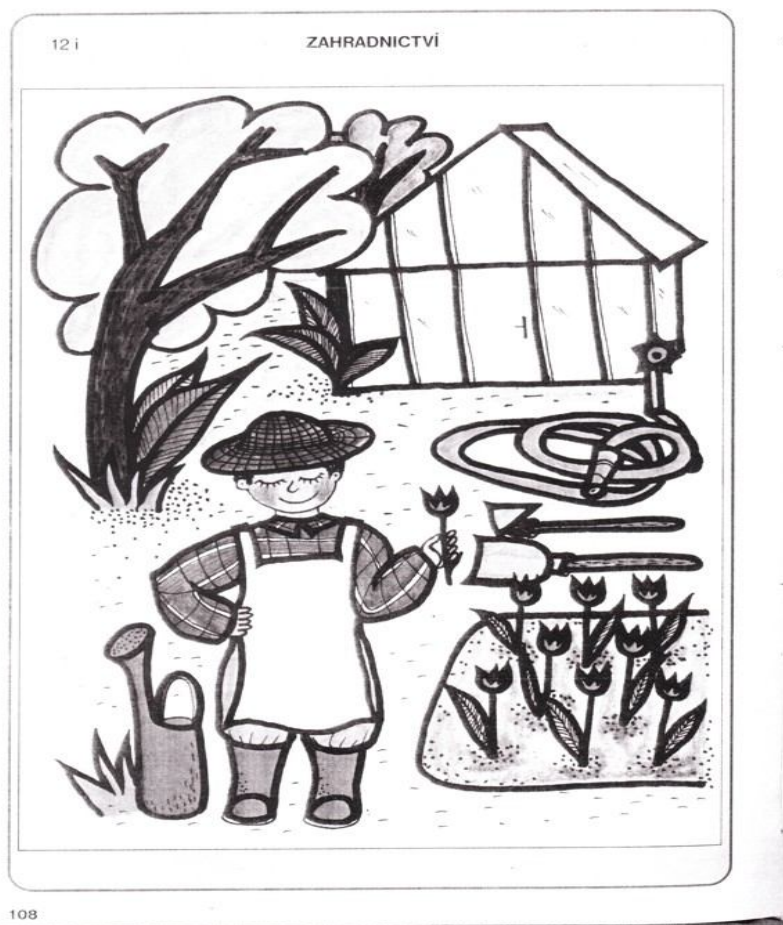
Z třetího komplexu – roviny morfologicko-syntaktické vyplývá určitá podobnost ve výsledcích klientů CHB Petra Bezruče a CHB Krajánek. Reakce na první část souboru (a) disponují převládajícími gramaticky správnými doplněnými větami souvětí podřadného klienty v zařízení CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek. V druhé části souboru (b) je u mnoha klientů CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek evidentní neporozumění návaznosti a vztahu mezi první a druhou větou. Odpovědi klientů často označovaly místo, kde předmět leží nikoli příslovce popisující polohu tužky v návaznosti na první větu. Ve třetí části souboru (c) všichni klienti CHB Petra Bezruče bez problému určili umístění předmětu - krabice. Ze sedmi oslovených klientů CHB Krajánek jich správně určilo pozici předmětu pět. U dvou klientů bylo zřejmé, že úkol nebyl pochopen sémanticky. Je zde evidentní vliv mentálního postižení. Vliv věku či pohlaví nebyl prokázán.

Ve čtvrté části analýzy budou interpretovány výsledky týkající se roviny **lexikálně-sémantické**. Roviny lexikálně-sémantické se týkaly celkem čtyři dotazy, dále uvedené pod písmeny a-d. Dotazy jsou rozděleny do dvou kategorií. První kategorie je označena písmenem a, druhá kategorie písmeny b, c, d.

V prvním dotazu (a) šetřeného souboru bylo úkolem klientů popsat obrázek. Byl zvolen obrázek z knížky Diagnostika předškoláka (Klenková, 2003). Byl vybrán motiv s názvem „zahradnictví“, který byl klientům námětově bližší.

a) Co je na obrázku? Co tam vidíte?

Obrázek č. 1: Zahradnictví 1



Všichni klienti CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek dokázali popsat obrázek.

Popisu v ucelených větách byly schopny dvě klientky, jedna s lehkou mentální retardací a druhá se středně těžkou mentální retardací ve věku šedesát dva a padesát osm let z CHB Petra Bezruče.

Naopak nejméně obsažný popis (pouze šest a méně slov) prokázali klienti z CHB Krajánek, a to přesně tři muži se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet devět až čtyřicet jedna let.

Ve druhé části souboru (b, c, d) bylo úkolem klientů zodpovědět tři otázky. Celkem tři odpovídající dotazy byly položeny z důvodu, aby nedošlo k zjednodušení. Cílem těchto otázek bylo odhalení míry a schopnosti využití přídavných jmen z aktivní slovní zásoby klientů v běžném hovoru.

b) Jaká je ta tužka?

Předmět byl klientům názorně ukázán. I když lze odpověď pojmout z více hledisek (barva, materiál, velikost, tvar apod.), klienti se pohybovali v nejjednodušší oblasti – barvě.

Pět klientů z CHB Petra Bezruče bylo schopno odpovědět na otázku celou větou. Jednalo se o čtyři ženy, jedna s lehkou mentální retardací a tři se středně těžkou mentální retardací ve věku padesát sedm až šedesát dva let a jednoho muže se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřiceti jedna let. Další čtyři klientky, jedna s lehkou mentální retardací a tři se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřicet pět až šedesát tři let odpověděly na otázku pouze jedním slovem – přídavným jménem. Pouze jedna klientka se středně těžkou mentální retardací ve věku šedesáti dvou let nebyla schopna odpovědět na otázku. Bylo zřejmé, že zde nedošlo k sémantickému porozumění.

V CHB Krajánek z celkového počtu sedmi oslovených klientů dva klienti – muži, jeden s lehkou mentální retardací a druhý se středně těžkou mentální retardací ve věku dvacet devět a třicet tři let odpověděli na otázku celou větou. Tři klienti – jedna žena a dva muži se středně těžkou mentální retardací ve věku třicet šest až šedesát let odpověděli na otázku pouze jedním slovem – přídavným jménem. Dva klienti – muži se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřicet sedm a čtyřicet pět let nebyli schopni odpovědět na otázku.

c) Jaké je dnes počasí?

V CHB Petra Bezruče z deseti oslovených klientů osm klientů odpovědělo na otázku celou větou. Jednalo se o sedm žen – jedna s lehkou mentální retardací a šest se středně těžkou mentální retardací a jednoho muže se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí od čtyřiceti jedna let až po šedesát tři let. Dvě klientky jedna s lehkou mentální retardací a druhá se středně těžkou mentální retardací ve věku šedesát jedna a čtyřicet devět let nebyly schopny odpovědět. Bylo zřejmé, že otázka nebyla pochopena sémanticky.

Ze sedmi oslovených klientů v CHB Krajánek pět klientů odpovědělo na otázku pouze jedním slovem – přídavným jménem. Jednalo se o čtyři muže – jeden s lehkou mentální retardací ve věku třiceti tři let a tři se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí dvacet devět až čtyřicet jedna let a jednu ženu se středně těžkou mentální retardací ve věku šedesáti let. Dva klienti – muži se středně těžkou mentální retardací ve věku čtyřicet pět a čtyřicet sedm let nebyli schopni odpovědět na otázku. Bylo zřejmé, že nedošlo k sémantickému porozumění.

d) Jaký je pokoj, ve kterém sedíme?

Z deseti oslovených klientů CHB Petra Bezruče odpověděli tři klienti na otázku celou větou. Jednalo se o tři ženy jedna s lehkou mentální retardací a dvě se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí padesát osm až šedesát dva let. Jedním slovem – přídavným jménem odpověděla na otázku jedna klientka se středně těžkou mentální retardací ve věku padesáti sedmi lety. Šest klientů nebylo schopno odpovědět na otázku. Bylo zřejmé, že nedošlo k sémantickému porozumění. Jednalo se o pět žen – jedna s lehkou mentální retardací a čtyři se středně těžkou mentální retardací a jednoho muže se středně těžkou mentální retardací ve věkovém rozmezí od čtyřiceti jedna let do šedesáti tří let.

V CHB Krajánek čtyři klienti - muži odpověděli na otázku jedním slovem – přídavným jménem. Jednalo se o tři klienty se středně těžkou mentální retardací a jednoho klienta s lehkou mentální retardací ve věku dvacet devět až čtyřicet sedm let. Dva klienti – jedna žena a jeden muž spadající do pásma středně těžké mentální retardace nebyli schopni odpovědi. Bylo zřejmé, že nedošlo k sémantickému porozumění.

Ze čtvrtého komplexu – roviny lexikálně-sémantické pokládáme za pozitivní výsledky, které svědčí o přiměřené slovní zásobě klientů s mentálním postižením CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek. V první části souboru (a) je kladným znakem všech klientů CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek popis obrázku. Rozdíl je pouze v popisu v ucelených větách, čehož byly schopny dvě klientky CHB Petra Bezruče. Ostatní klienti CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek popsali obrázek slovy nebo útržky vět, přičemž nejméně obsáhlé odpovědi se vyskytovaly u několika klientů CHB Petra Bezruče. V druhé části souboru (b, c, d), která je orientovaná především na využití přídavných jmen, převážná část klientů CHB Petra Bezruče i CHB Krajánek odpověděla na otázky skutečně přídavnými jmény, ať už v ucelené větě nebo jen slovem. Je zde evidentní vliv mentálního postižení, nikoli pohlaví či věku.

ZÁVĚR EMPIRICKÉ ČÁSTI

Stěžejní oblasti vymezené v teoretické části předkládané diplomové práce byly ověřovány a analyzovány prostřednictvím kvantitativního šetření, které bylo realizováno výzkumnou metodou interview s klienty dvou zařízení označovaných jako chráněná bydlení, a to v Moravskoslezském kraji v Městě Albrechticích.

Praktická část diplomové práce je rozdělena do několika celků. Obsahuje cíle šetření a popis organizačního zajištění, charakteristiku a metodologii šetřeného souboru, výsledky analýzy a jejich interpretaci.

V předkládané empirické části diplomové práce bylo snahou zachytit difference týkající se rozvoje jednotlivých jazykových rovin pomocí interview realizovaného s klienty s mentálním postižením, následně pak porovnat výsledky dosažených úrovní jednotlivých jazykových rovin klientů a určit vliv faktorů podílejících se na rozvoji jazykových rovin klientů.

V první části analýzy šetření byla interpretována rovina pragmatická. Z celkového počtu čtyř dotazů, uvedených pod písmeny a-d, byl vliv mentálního postižení evidentní u každého dotazu. Naopak vliv pohlaví či věku prokázán nebyl.

V druhé části analýzy šetření proběhla interpretace roviny foneticko-fonologické. Zde byl evidentní celkový pokles správně diferencovaných dvojic slov dle rysů distinktivních hlásek. Bylo zřejmé, že k poklesu došlo na základě stupně mentálního postižení, fyziologického věku i pohlaví. Ženy vykazovaly celkově lepší výsledky než muži.

Ve třetí a čtvrté části analýzy šetření byla uskutečněna interpretace roviny morfologicko-syntaktické a roviny lexikálně-sémantické. U všech zodpovězených dotazů roviny morfologicko-syntaktické, výše uvedených pod písmeny a-c, byl prokázán negativní

vliv mentálního postižení, ne však věku či pohlaví. Taktéž u všech zodpovězených dotazů v rovině lexikálně-sémantické byl zřejmý vliv mentálního postižení, nikoli však fyziologického věku nebo pohlaví.

Výsledky analýzy šetřeného souboru potvrdily hypotézu, která uvádí, že vliv mentálního postižení na rozvoj jednotlivých jazykových rovin osob s mentálním postižením vykazuje v jejich komparativním pojetí signifikantní rozdíl. Ve všech výše uvedených částech šetřeného souboru jednotlivých jazykových rovin byl prokázán negativní vliv mentálního postižení. Z analýzy vyplynulo, že vliv mentálního postižení byl zásadně evidentní v rovině foneticko-fonologické. V této rovině byl také prokázán vliv fyziologického věku a pohlaví klientů, přičemž ženy dosáhly celkově lepších výsledků než muži. Naopak nejméně byla mentálním postižením ovlivněna rovina pragmatická. Jedná se o velice pozitivní zjištění. Rovina pragmatická představuje pro běžnou komunikaci nejdůležitější složku.

ZÁVĚR

Komunikace představuje výměnu informací, vzájemné dorozumívání a sdělování. Její úroveň je jedním z faktorů, které determinují stupeň socializace a sociální integrace osob s mentálním postižením do intaktní společnosti. Jedincům s mentálním postižením může verbální komunikace činit problémy. Vývoj řeči bývá narušen až do té míry, že nedosáhne pomyslné normy. V empirické části prezentované diplomové práce byly v závislosti na této premise reflektovány jednotlivé jazykové roviny klientů chráněného bydlení.

Smyslem práce bylo poodkrýt oblast, která se stává stále aktuálnější, avšak přesto není odborně příliš zpracovaná. Předkládanou diplomovou práci tvořily dvě stěžejní části – teoretická a praktická. Teoretická část byla shrnuta do pěti kapitol obsahujících adekvátní odborné poznatky z literatury a jiných pramenů. Empirická část byla zpracována na základě kvantitativního výzkumu, vycházejícího z interview s klienty. Výsledky realizovaného interview potvrdily hypotézu, která uvádí, že vliv mentálního postižení na rozvoj jednotlivých jazykových rovin osob s mentálním postižením vykazuje v jejich komparativním pojetí signifikantní rozdíl.

Domníváme se, že předkládaná diplomová práce přinesla výsledky, které by mohly sloužit jako inspirace další odborné reflexe nebo podklad pro následující šetření či výzkum v této oblasti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

1. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1978. 190 s.
2. DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 3.vyd. Žďár nad Sázavou: LogopaediaClinica, 2007. 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.
3. CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
4. KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 228 s. ISBN 80-247-1110-9.
5. KYSUČAN, J. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Olomouc: VUP, 1982. 135 s.
6. LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium*. 1. vyd. Bratislava: SPN, 1990. 276 s. ISBN 80-08-00447-9.
7. LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-572-5.
8. MARKOVÁ, J. Úvod do lingvistiky. In KEREKRÉTIIOVÁ, A. a kol. *Základy logopedie*, s. 61-74. 1.vyd. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. 344 s. ISBN 978-80-223-2574-5.
9. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
10. RUBINŠTEJNOVÁ, S. J. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. 1.vyd. Praha: SPN, 1973. 206 s.
11. ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.

12. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-736-7060-7.
13. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 978-80-7320-099-2.
14. VAŠEK, Š., a kol. *Špeciálna pedagogika*. Terminologický a výkladový slovník. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. 245 s. ISBN 80-08-01217-X.
15. WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
16. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1996. s. 206. ISBN 80-718-4203-6.
17. BECHYŇÁKOVÁ, Jana. *Analýza testových baterií hodnotících foneticko-fonologickou rovinu řeči se zaměřením na děti s vývojovou dysfázií*. [online]. Brno, 2008. 86 s. Diplomová práce. Masarykova Univerzita. Dostupné na World Wide Web: http://is.muni.cz/th/104784/pedf_m/DP16.txt?lang=en <http://>.
18. *DSMIV*. [online]. [cit. 5. 1. 2011]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.behavenet.com/capsules/disorders/dsm4TRclassification.htm>.
19. Harmonie, příspěvková organizace. [online]. [cit. 4. 12. 2010]. Dostupné na World Wide Web: http://www.usp-harmonie.cz/pracoviste/chranene-bydleni-petra-bezruce-mesto-albrechtice_2.
20. Harmonie, příspěvková organizace. [online]. [cit. 4. 12. 2010]. Dostupné na World Wide Web: http://www.usp-harmonie.cz/pracoviste/chranene-bydleni-vila-krajanek_11.

21. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách. [online]. [cit. 6. 1. 2011]. Dostupné na World WideWeb:<http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>.

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulka č. 1	Procentuální zastoupení stupňů mentální retardace v populaci...	22
Tabulka č. 2	Klasifikace mentální retardace dle MKN-10.....	26
Tabulka č. 3	Rozsah přidruženého postižení chování.....	27
Tabulka č. 4	Klasifikace mentální retardace dle DSM-IV.....	27
Tabulka č. 5	Věková kategorie uživatelů služeb 1.....	46
Tabulka č. 6	Stupeň mentálního postižení 1.....	47
Tabulka č. 7	Účast na aktivitách ve vzdělávací instituci a sociálně- terapeutické dílně.....	47
Tabulka č. 8	Délka pobytu v kolektivním zařízení 1.....	48
Tabulka č. 9	Věková kategorie uživatelů služeb 2.....	48
Tabulka č. 10	Stupeň mentálního postižení 2.....	49
Tabulka č. 11	Délka pobytu v kolektivním zařízení 2.....	49
Tabulka č. 12	Účast na aktivitách 1.....	50
Tabulka č. 13	Účast na aktivitách 2.....	50
Tabulka č. 14	Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 1.....	57
Tabulka č. 15	Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 1.....	58
Tabulka č. 16	Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 2.....	60
Tabulka č. 17	Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 2.....	60
Tabulka č. 18	Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 3.....	62
Tabulka č. 19	Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek 3.....	62
Tabulka č. 20	Procentuální úspěšnost klientů CHB Petra Bezruče 4.....	64
Tabulka č. 21	Procentuální úspěšnost klientů CHB Krajánek.....	64
Obrázek č. 1	Zahradnictví.....	70

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Struktura prvního telefonického kontaktu

Příloha č. 2 – Interview

Příloha č. 1 – Struktura prvního telefonického kontaktu

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Pokorná a jsem studentkou druhého ročníku navazujícího magisterského studia speciálně pedagogické andragogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V současné době pracuji na diplomové práci. Tématem práce je analýza realizace reflexe jazykových rovin v kontextu s mentálním postižením. Nedílnou součástí práce je interview s klienty Vašeho zařízení – chráněného bydlení. Interview je orientováno na reflektování rovin jazykového systému a jeho délka by neměla překročit patnáctiminutovou hranici. Byla by tedy možná spolupráce při realizaci již zmíněného interview?

Příloha č. 2 - Interview

Zařízení:

Klient:

Datum:

Délka trvání:

A) ROVINA PRAGMATICKÁ

a) Dobrý den, jak se máte? b) Jak se jmenujete? c) Kolik Vám je let? d) Co jste dnes dělal?

B) ROVINA FONETICKO- FONOLOGICKÁ

a) Jsou slova, která slyšíte stejná, nebo ne?

ZNĚLOST-NEZNĚLOST

KOZA-KOSA

VOZY-VOSY

PERE-BERE

PUPEN-BUBEN

KOZA-KOZA

KONTINUÁLNOST-NEKONTINUÁLNOST

PES-LES

HUSA-PUSA

PES-PES

MOUKA-MOUCHA

PUSA-PUSA

NOSOVOST-NENOSOVOST

NOS-KOS

MYŠKA-LIŠKA

MYŠKA-MYŠKA

BOTY-NOTY

MRAK-DRAK

KOMPAKTNOST-DIFUZNOST

MISKA-MASKA

TÁTA-TETA

MYŠKA-MUŠKA

TUŽKA-TAŠKA

MYŠKA-MYŠKA

C) ROVINA MORFOLOGICKO-SYNTAKTICKÁ

Doplňte věty:

a) Já chodím do dílny, protože (doplňte)

b) Na stole leží košík. Tužka je(doplňte)

c) Sedíme u stolu. Krabice je (doplňte)

D) ROVINA LEXIKÁLNĚ-SÉMANTICKÁ

a) Co je na obrázku? Co tam vidíte?



108

b) Jaká je ta tužka? c) Jaké je dnes počasí? d) Jaký je pokoj, ve kterém sedíme?

DĚKUJI ZA ROZHOVOR