

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Podpora komunikace u dospělých osob s mentálním postížením

Bakalářská práce

Autor: Nikola Hamplová
Studijní program: B7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika – intervence
Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Nikola Hamplová

Studium: P18P0562

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika - intervence

Název bakalářské práce: **Podpora komunikace u dospělých osob s mentálním postižením**

Název bakalářské práce AJ: Communication support for adults with intellectual disabilities.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace dospělých osob s mentálním postižením. Cílem teoreticky koncipované části bakalářské práce je popsat specifika dospělých osob s mentálním postižením a přiblížit vliv mentálního postižení na kvalitu komunikačních dovedností osob s mentálním postižením a popsat možnosti podpory rehabilitace řečových a jazykových dovedností dospělých osob s MP. Cílem prakticky orientované části bakalářské práce bude navrhnout a pilotně ověřit funkčnost souboru námětů aktivit pro rozvoj a udržení dosažené úrovně kvality komunikačních dovedností u dospělých osob s mentálním postižením. Z metodologického hlediska bude využito metody studia odborných pramenů a literatury a kazuistické metody.

1. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. *Klinická logopedie. 2.*, aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 616s. ISBN 978-80-7367-340-6.

2. SOLOVSKÁ, Vendula a kol. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením.* Praha: Portál, 2013, 192 s. ISBN 978-80-262-0369-8.

3. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Oponent: Mgr. Martin Kaliba, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 9.12.2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

Podpis autora:

Poděkování

Děkuji tímto PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné metodické vedení, cenné rady a připomínky, které mi poskytla v průběhu zpracování mé bakalářské práce. Dále děkuji Markétě Hudcové, vedoucí vychovatelce v domově sociálních služeb, za zprostředkování nezbytných informací pro zpracování závěrečné práce a možnost výzkumného šetření v domově pro osoby se zdravotním postižením. V neposlední řadě děkuji všem uživatelům sociální služby, bez kterých by tato práce nevznikla.

Anotace

HAMPLOVÁ, Nikola. Podpora komunikace u dospělých osob s mentálním postižením. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2021. 86 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá podporou komunikace u dospělých osob s mentálním postižením.

Teoretická část obsahuje tři kapitoly. Náplní první kapitoly je uvedení do problematiky osob s mentálním postižením prostřednictvím podkapitol soustřeďujících se na odbornou terminologii související s mentálním postižením, klasifikaci mentální retardace a psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením. Druhá kapitola vymezuje komunikaci od obecného základu po specifika komunikace jedinců s MP. Třetí kapitola analyzuje možnosti podpory rozvoje komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením.

Praktická část bakalářské práce se zakládá na pěti kapitolách. Čtvrtá kapitola vymezuje výzkumné šetření. Obsahem páté kapitoly jsou případové studie čtyř dospělých mužů s mentálním postižením v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace se zaměřením na jejich komunikační úroveň. V šesté kapitole je detailně popsán soubor navržených aktivit pro podporu komunikace dospělých jedinců s MP. Následné ověření a zhodnocení efektivity souboru aktivit je součástí sedmé kapitoly. Poslední kapitola se věnuje zhodnocení naplnění cílů bakalářské práce a s těmito cíli spojené diskuze.

Klíčová slova: mentální postižení, dospělé osoby, komunikace, podpora komunikace.

Annotation

HAMPLOVÁ, Nikola. Communication support for adults with intellectual disabilities. Hradec Králové: Faculty of Education of the University of Hradec Králové, 2021. 86 p. Bachelor thesis.

The bachelor thesis deals with the support of communication for adults with intellectual disabilities.

The theoretical part contains three chapters. The content of the first chapter is the introduction to the issue of people with intellectual disabilities through subchapters focusing on professional terminology related to intellectual disabilities, the classification of mental retardation and the psychological peculiarities of people with intellectual disabilities. The second chapter defines communication from the general basis to the specifics of communication of people with mental disabilities. The third chapter analyzes the possibilities of supporting the development of communication skills of adults with intellectual disabilities.

The practical part of the bachelor thesis is based on five chapters. The fourth chapter defines the research survey. The content of the fifth chapter is case studies of four adult men with intellectual disabilities in the zone of mild and moderate mental retardation with a focus on their level of communication. The sixth chapter describes in detail a set of proposed activities to support the communication for adults with intellectual disabilities. Subsequent verification and evaluation of the effectiveness of the set of activities is part of the seventh chapter. The last chapter is devoted to the evaluation of the fulfillment of the goals of the bachelor's thesis and the discussion connected with these goals.

Keywords: intellectual disability, adults, communication, support of communication.

Obsah

Úvod.....	9
1 Uvedení do problematiky osob s mentálním postižením.....	11
1. 1 Vymezení terminologie mentálního postižení a mentální retardace	11
1. 2 Klasifikace mentálního postižení	13
1. 3 Psychické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením	17
2 Komunikace osob s mentálním postižením	21
2. 1 Teoretický základ komunikace	21
2. 2 Narušená komunikační schopnost.....	23
2. 3 Symptomatické poruchy řeči při mentální retardaci	24
2. 4 Úroveň komunikačních kompetencí dospělých osob s MP	26
3 Podpora komunikace u dospělých osob s mentálním postižením.....	28
3. 1 Dospělost a vliv stárnutí na komunikační úroveň	28
3. 2 Rozvoj komunikačních kompetencí v dospělosti.....	29
3. 3 Logopedická intervence u osob s MP	30
3. 4 Terapeutické speciálně – pedagogické přístupy využitelné k podpoře komunikace u dospělých osob s MP.....	37
3. 4. 1 Expresivní terapie	38
4 Uvedení do empirické části bakalářské práce.....	41
4. 1 Vymezení cílů praktické části bakalářské práce	41
4. 2 Metodologie a strategie výzkumného šetření.....	41
4. 3 Charakteristika místa výzkumného šetření	42
4. 4 Charakteristika výzkumného vzorku.....	43
4. 5 Časový harmonogram realizace závěrečné práce	44
5 Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných dospělých osob s mentálním postižením.....	45
5. 1 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 1	46

5. 2 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 2	49
5. 3 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 3	51
5. 4 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 4	54
6 Charakteristika souboru aktivit pro podporu komunikace.....	57
6. 1 Dechová cvičení	57
6. 2 Oromotorická cvičení.....	59
6. 3 Pomůcka k rozvoji exprese dospělých osob s mentálním postižením	61
6. 4 Procesní schémata	63
6. 5 Porozumění slyšené informaci	64
6. 6 Rytmizace a sluchová percepce	67
7 Popis průběhu pilotního ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností u dospělých osob s MP.....	70
8 Zhodnocení naplnění cílů praktické části BP a diskuze	74
Závěr	78
Seznam užitých zkratk	80
Seznam obrázků a tabulek	81
Seznam použité literatury	82
Internetové zdroje	86

Úvod

Komunikace probíhá všude kolem nás. Jedná se o neoddělitelnou část lidského života, neboť člověk jako tvor sociální má přirozenou potřebu získávat a sdílet informace, zkušenosti, pocity a dojmy. Komunikace se nezakládá pouze na klasickém slovním dialogu mezi dvěma či více lidmi, neboť při komunikaci využíváme prostředky nejen verbální, ale i nonverbální – gesta, oční kontakt, postoj, doteky apod. U osob s mentálním postižením však dochází k narušení komunikačních schopností v důsledku celkového postižení osobnosti, které se v různé míře zasazuje právě i o úroveň komunikačních dovedností jedinců s mentálním postižením. V návaznosti na tuto problematiku by mělo být nedílnou součástí speciálně – pedagogické intervence a následné sociální péče u těchto jedinců podporovat rozvoj komunikačních kompetencí a aktivizovat komunikační dovednosti.

Prvotním námětem pro zpracování tématu vztahujícího se k problematice podpory komunikace u dospělých osob s mentálním postižením byla osobní zkušenost s dorozumíváním s uživateli sociálních služeb, konkrétně v domově pro osoby se zdravotním postižením, jejichž primárním znevýhodněním je mentální handicap. Během práce v zařízení sociálních služeb je kontakt s klienty na prvním místě a k nedorozumění při komunikaci s nimi dochází poměrně často. I z těchto důvodů vyvstala mezi vychovateli debata o možnostech podpory komunikační úrovně a možném způsobu logopedické intervence u dospělých osob s mentálním postižením, což vedlo k vypracování této bakalářské práce. Současně je dané problematice v odborné literatuře věnována pouze nepatrná pozornost, proto s ohledem na tuto skutečnost bylo na místě zrealizovat alespoň dílčí výzkumné šetření.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Obsahem teoretické části je nezbytný teoretický rámec, jenž bude východiskem pro výzkumné šetření popsané v praktické části bakalářské práce.

Teoretická část závěrečné bakalářské práce se skládá ze třech kapitol, které se postupně věnují uvedení do problematiky osob s mentálním postižením, popisu komunikačních specifí jedinců s mentálním handicapem a následně možnostem podpory komunikace u dospělých osob s mentálním postižením z hlediska odborné literatury.

Prakticky orientovaná část závěrečné bakalářské práce obsahuje pět kapitol, které se věnují empirickému výzkumu. V úvodní kapitole praktické části jsou vymezeny cíle empirického výzkumu, metodologie a další nezbytné informace týkající se výzkumného

šetření. Následující kapitola obsahuje čtyři případové studie osob tvořících výzkumný vzorek. Obsahem kazuistik je mimo jiné i zhodnocení komunikační úrovně a z něho vycházející návrh pro možnosti rozvoje komunikačních dovedností konkrétních dospělých jedinců s mentálním postižením. Následuje kapitola věnující se popisu vytvořených aktivit za účelem podpory rozvoje a aktivizace komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením. Navržený soubor aktivit se zakládá na specifikách komunikačních obtíží vybraných osob z výzkumného vzorku a dat z odborné literatury. Aktivity byly dále pilotně ověřeny při přímé práci s osobami tvořící výzkumný vzorek, přičemž průběh a výsledek šetření jsou popsány v předposlední kapitole bakalářské práce. Zhodnocení naplnění cílů výzkumného šetření pro účely závěrečné práce a s nimi související diskuze dominují v závěru bakalářské práce.

1 Uvedení do problematiky osob s mentálním postižením

Skupina osob s mentálním postižením je velmi rozmanitá, neboť je tvořena lidmi různého věku s různorodou etiologií a symptomy. Mentální deficit, který lze určit prostřednictvím testů IQ nebo vývojových škál, není jediným nedostatkem, který u lidí s mentálním postižením lze spatřit.

1. 1 Vymezení terminologie mentálního postižení a mentální retardace

Se zaměřením na početnost osob s handicapem v jednotlivých kategoriích, podle klasifikace oboru speciální pedagogika, lze konstatovat, že jednou z nejpočetnějších je skupina osob s mentálním postižením, která spadá do referenčního pole oboru psychopedie. (Švarcová – Slabinová, 2011) Mentální postižení je jedním z nejběžnějších znevýhodnění v populaci napříč národnostmi, kontinenty nebo ekonomickým a kulturním zázemím. (Valenta, 2014) Oblastí problematiky mentálního postižení se zabývá mnoho odborníků v české i cizojazyčné literatuře, proto nelze najít jednotnou definici daných jevů a odborné terminologie. Vývojem oboru a vlivem zahraničních autorů dochází k postupnému odstupu od klasické terminologie k novým korektnějším termínům jako tomu je v případě mezinárodního ID/IDD – Intellectual Disabilities/ Intellectual Developmental Disorders (intelektová a vývojová porucha), který nahrazuje pojem mentální retardace. (Valenta, 2014) V současnosti je kladen důraz primárně na člověka jako lidskou bytost, proto současná terminologie uvádí na prvním místě vždy osobu a následně konkrétní znevýhodnění.

Zároveň s výrazem mentální postižení je specifikován pojem mentální retardace, který někteří autoři v oboru psychopedie uznávají jako rovnocenný s označením mentální postižení. (Černá, 2008) Ve starším pojetí odborníci pracují s MR jako s jedním z možných typů mentálního postižení. (Valenta, 2015) V závěrečné práci, vzhledem k povaze práce a výzkumného vzorku, bude s termínem mentální retardace pracováno jako s rovnocenným pro termín mentální postižení. Pro teoretický rámec práce zde bude uvedeno několik definic, které se více či méně shodují.

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vydanou Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je mentální retardace definována jako „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.*“ (MKN-10

©2021) Dále uvádí možnosti zjištění stupně mentální retardace prostřednictvím testů inteligence nebo vývojových škál, které mimo hodnoty IQ obsáhnou i sociální adaptaci v určitém prostředí.

WHO také připouští, že mentální retardace je trvalé postižení, ale zároveň při kvalitní stimulaci může být stav schopností jedince proměnný *„Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času, a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací.“* (MKN-10 ©2021) I ve starší odborné literatuře autoři zastávají názor, že speciálně pedagogické působení může u jedinců s mentálním postižením zaručit progres k lepšímu: *„Číselná hodnota IQ ale není samospasitelnou. Vzhledem k tomu, že etiologické faktory (způsobující mentální retardaci) postihují kromě rozumových schopností také jiné psychické funkce a složky osobnosti (které hodnotou IQ nezachytáváme), je tato číselná hodnota jen jakousi aktuální mírou výkonnosti a nevyovídá o možném vývoji vlivem speciálně pedagogického působení“* (Bajo – Vašek, 1994, in Müller, 2001, s. 13). Stejný názor zastává také Vágnerová (2014, s. 273) *„Horní hranice dosažitelného rozvoje je dána jak závažností postižení, tak přiměřeností působení výchovných, výukových a terapeutických vlivů.“* Vágnerová (2014) dále vysvětluje, že neschopnost sociální adaptace je důsledkem nedostatečně rozvinutého myšlení a řeči a omezené schopnosti učení.

Valenta (2015, s. 173) vymezuje mentální retardaci jako *„vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, sociálních schopností s prenatální, perinatální i částečně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnost jedince.“*

Definice mentálního postižení můžeme sledovat i z jiných hledisek než z hlediska speciálně – pedagogického. Slowík (2016, s. 112) uvádí, že z hlediska biologického se jedná o *„postižení v důsledku trvalého, závažného, organického nebo funkčního poškození mozku (syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku).“* Z psychologického hlediska na mentální postižení nahlížíme jako na *„primárně sníženou úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě).“* Dle sociálního přístupu je mentální postižení charakteristické *„dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci.“* Z hlediska právního je na mentální postižení pohlíženo jako na *„sníženou způsobilost k samostatnému právnímu jednání, tedy provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí.“*

Pro náhled do zahraniční terminologie mentálního postižení je uvedena definice jedné z nejstarších světových organizací zaměřené na mentální postižení American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD): „*Mentální postižení je postižení charakterizované významnými omezeními jak v intelektuálním fungování (inteligenci), tak v adaptivním chování, které zahrnuje mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností. Toto postižení vzniká před dosažením 22 let.*“ (AAIDD ©2021) Na první pohled zde může být zářející věk vzniku postižení, ale AAIDD považuje mentální postižení za vývojovou vadu, tím pádem se definované symptomy objevují v období vývoje lidského organismu, tedy do 22 let. Hranici intelekt je vymezen pro rozmezí mezi hodnotami 75–70 IQ. Adaptivní chování je soubor dovedností, které se člověk učí a neobejde se bez nich v každodenním životě, proto je adaptivní chování dále klasifikováno na sociální dovednosti (mezilidské vztahy, sebeúcta, sociální odpovědnost, důvěřivost, řešení sociálních problémů, schopnost dodržovat pravidla apod.), praktické dovednosti (sebeobsluha, pracovní dovednosti, finanční gramotnost, používání telefonu/počítače, orientace ve zdravotní péči apod.), a nakonec tzv. koncepční dovednosti, neboli schopnost uvažovat v širších souvislostech prostřednictvím komunikace, gramotnosti, orientace v čase a prostoru apod. Při hodnocení mentálního postižení je velmi důležité, mimo sledování výše uvedeného, zohledňovat prostředí a kulturní odlišnosti, ve kterých jedinec vyrůstá. (AAIDD ©2021)

Dojde-li ke shrnutí mentálního postižení z výše uvedených definic, lze napsat, že základem mentálního postižení je snížení intelektových schopností jedince a jeho omezená schopnost adaptace na sociální prostředí.

1. 2 Klasifikace mentálního postižení

Klasifikovat osoby s mentálním postižením dle výše uvedených definic je možné z více hledisek. Nejčastější je rozdělení podle hodnoty inteligenčního kvocientu (IQ). V tomto případě hodnota IQ slouží pouze ke kvantitativní klasifikaci, která nezahrnuje individuální rozdíly ve schopnostech jedinců s mentálním postižením v jednotlivých stupních mentální retardace, které mohou být různorodé. (Švarcová – Slabinová, 2011) Slowík (2010) zdůrazňuje využívání klasifikace MKN-10 pouze jako orientační vymezení, které popisuje jednotlivé stupně mentálního postižení stručně a povrchním způsobem.

Označení MKN-10	Název	IQ	Dosažitelný mentální věk
F70	Lehká mentální retardace	69–50	9–12 let
F71	Středně těžká mentální retardace	49–35	6–9 let
F72	Těžká mentální retardace	34–20	3–6 let
F73	Hluboká mentální retardace	19 a méně	mladší 3 let
F78	Jiná mentální retardace	Nelze přesně určit z důvodu přidružených postižení (smyslové, tělesné, PAS, poruchy chování).	
F79	Nespecifikovaná mentální retardace	Diagnostikována mentální retardace, ale pro nedostatek znaků nelze přesně zařadit.	

Tabulka 1 Kvantitativní klasifikace mentální retardace dle MKN-10

Charakteristika osob s lehkou mentální retardací

Jedná se o nejlehčí typ mentálního postižení, což vede i k pozdějšímu diagnostikování mentálního deficitu. Opoždění v motorické oblasti kolem prvního roku života (lezení, sed, chůze) je minimální, nebo v úrovni normy. Pokud se nejedná o kombinované postižení, viditelné problémy nastupují až v předškolním věku, kdy se začíná projevovat malá slovní zásoba, stereotypy ve hře, narušená komunikační schopnost, malá zvědavost aj. Tyto děti selhávají ve škole, kde jsou na ně kladeny vyšší nároky a ve svém výkonu zaostávají za ostatními dětmi. (Škodová, Jedlička, 2007) Během školní docházky se plně projeví problémy v učení, způsobeny mimo jiné postižením schopnosti logického myšlení a abstrakce, obtížemi v lexii a grafii, omezenou pamětí nebo sníženou pozorností a soustředěností. U některých jedinců s lehkou mentální retardací se projeví vlohly pro manuální nebo sportovní aktivity, ve kterých je nutné je neustále podporovat, poněvadž jejich vlastní zájem pro danou činnost není příliš vysoký. Z hlediska emocí se můžeme setkat s emocionální labilitou, impulzivitou a úzkostí. Důležitou roli v socializaci jedince s LMR představuje rodinné zázemí a výchovné působení. (Pipeková, 2010)

Dospělí lidé s lehkou mentální retardací dosahují částečné samostatnosti. Bez větších problémů zvládají péči o vlastní osobu, dokážou najít pracovní uplatnění, udržovat sociální vztahy. Jejich úsudek a myšlení má však své limity, které jsou

následkem deficitu kognitivních funkcí. Nejsou schopni uvažovat hypoteticky, takže jejich myšlení a řeč je velmi konkrétní a bez abstraktních pojmů. Pokud je brán ohled na individuální nedostatky jedince s LMR a dostává se mu dostatečné podpory a kontroly, může být aktivním a prospěšným členem společnosti. (Vágnerová, 2014)

Charakteristika osob se středně těžkou mentální retardací

U dětí se středně těžkou mentální retardací je opožděný psychomotorický vývoj patrný již v kojeneckém či batolecím věku. Motorika je zasažena celkovou neobratností a špatnou koordinací pohybů. U tohoto stupně mentální retardace se běžně vyskytují souběžná postižení, a to zejména epilepsie, autismus nebo jiné neurologické potíže. (Škodová, Jedlička, 2007) Renotírová (2006) a Pipeková (2010) popisují symptomatické tělesné postižení jako časté. Opožděný vývoj řeči je vázaný na celkovou retardaci psychomotorického vývoje, proto je řeč velmi konkrétní, slovní zásoba je minimální, vyskytují se agramatismy a poruchy artikulace. Učení je založeno na neustálém opakování s nutností mechanického podmiňování. Při dobrém pedagogickém vedení a podpory rodiny dokážou osoby se středně těžkou MR získat odpovídající vzdělání a adekvátní komunikační dovednosti. Chování jedince se středně těžkou mentální retardací je stereotypní, založeno na naučených návycích. Častá je afektivní labilita a nepřiměřené emocionální reakce. (Pipeková, 2010)

V dospělém věku nachází osoby se středně těžkou mentální retardací pracovní uplatnění na pozicích, které nabízí jednoduchou manuální práci s přesně strukturovaným postupem a odborným dohledem, nebo v chráněném prostředí. Mobilita těchto jedinců bývá zachována a dokážou být dostatečně soběstační v sebeobsluze, přesto se bez podpory v různé míře v běžné společnosti neobejdou. (Vágnerová, 2014)

Charakteristika osob s těžkou mentální retardací

Jedinci s diagnózou těžká mentální retardace se pohybují v pásmu IQ mezi hodnotami 34–20. K výraznému intelektovému deficitu se ve většině případů přidružuje závažnější tělesné nebo sensorické postižení různého stupně. Subnormální vývoj je znatelný již od útlého věku jedince. (Škodová, Jedlička, 2007) Jejich myšlení je omezeno pouze na základní souvislosti a vztahy, což se projeví na limitované schopnosti učení. Správné a včasné výchovně – rehabilitační působení může přispět k rozvoji motorických, rozumových a komunikačních dovedností na úroveň zvládnutí základních úkonů sebeobsluhy a plnění jednoduchých, konkrétních pokynů. Možnosti rozvoje schopností pro dostatečnou soběstačnost jsou však zasaženy typem a stupněm přidruženého postižení. (Švarcová – Slabinová, 2011) Z těchto důvodů je možné se ve skupině lidí

s těžkou mentální retardací setkat s jedinci samostatnými v hygienických návycích, ale i s jedinci neschopnými udržet si tělesnou čistotu i v dospělém věku. Vliv kombinovaného postižení je patrný mimo jiné i na jazykových schopnostech a řeči. Řeč je jednoduchá, zakládá se na jednotlivých slovech, nebo nemluví vůbec a komunikují prostřednictvím nonverbální komunikace. Vyskytují se poruchy chování a emocí, které se projevují emoční labilitou, prudkou změnou nálad nebo sebepoškozováním. (Pipeková, 2010)

I přes veškerou snahu jsou jedinci s těžkou mentální retardací v dospělosti odkázáni na pomoc jiných lidí, ať už se jedná o soustavnou podporu, nebo úplné odkázání na péči druhých. (Vágnerová, 2014)

Charakteristika osob s hlubokou mentální retardací

Nejtěžším stupněm mentálního postižení je hluboká mentální retardace s hodnotami IQ pod 20. U těchto osob nelze inteligenční kvocient přesně změřit, proto je pouze odhadovaný. S velmi nízkým intelektem je spojeno i omezení mobility, která je na úrovni minimálních pohybů, nebo úplné imobility. Kombinace psychického a somatického postižení je dále ve většině případů spojeno se poruchou zrakového a sluchového vnímání, poruchou autistického spektra nebo těžkými neurologickými abnormalitami. Komunikace je pouze na úrovni elementární nonverbální komunikace, výkřiků a grimas. Řeč nebývá vytvořena vůbec. (Škodová, Jedlička, 2007) Afektivní sféra je závažně postižená a taktéž dochází k častému sebepoškozování. Poznávací schopnosti jedinců s hlubokou mentální retardací jsou omezeny na diferenciaci známých a neznámých podnětů, které vedou k vyjádření libosti nebo nelibosti. (Pipeková, 2010)

Lidé s tímto stupněm mentálního postižení jsou celoživotně závislí na komplexní péči jiných osob. Vzhledem ke kombinovanému postižení nedokážou ve většině případů získat dovednost sebeobsluhy. Péči o tyto jedince komplikuje nejen inkontinence, ale i časté upoutání na lůžko. (Slowík, 2016)

V klasifikaci nemocí Světové zdravotnické organizace MKN-10 jsou mimo výše definované kategorie uvedeny **jiná mentální retardace** a **nespecifikovaná mentální retardace**. Diagnóza jiná mentální retardace by měla být užívána jedině tehdy, pokud je z důvodu kombinovaného postižení nemožné určit stupeň mentální retardace. To nastane při diagnostice osob s jasně sníženým intelektem a k tomu se jedná např. o osobu neslyšící, nevidomou, nekomunikativní či jedince s poruchou autistického spektra. (Švarcová – Slabinová, 2011) Poslední typ prokazatelné mentální retardace je

nespecifikovaná MR, která je diagnostikovaná v případě, že není dostatek informací pro zařazení do výše jmenovaných stupňů mentální retardace. (Slowík, 2016)

Jednotlivé stupně mentální retardace se dále klasifikují podle typu postižení, který se projevuje v chování a míře aktivity jedince s mentálním postižením. Je nutné rozlišovat tři základní typy:

- torpidní typ – hypoaktivní, apatický, netečný,
- eretický typ – hyperaktivní, dráždivý, neklidný,
- nevyhraněný typ – procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze.

(Valenta, 2014)

Při přesahu za hranice škatulkování jedinců s mentálním postižením podle hodnoty IQ, je možné nahlížet na danou problematiku z hlediska kvalitativního. To zahrnuje pojetí specifických zvláštností osob v jejich praktických schopnostech a dovednostech. Jako příklad lze demonstrativně uvést osoby zařazené do skupiny středně těžké mentální retardace. Někteří jedinci s diagnózou středně těžká mentální retardace mají schopnost sociální interakce a efektivní komunikace, ale jsou motoricky neobratní, zatímco jiný jedinec s totožnou diagnózou bude zručný v sensoricko – motorických úkolech, a naopak v činnostech s nutnou verbální komunikací bude vysoce podprůměrný. (Švarcová – Slabinová, 2011) Lze konstatovat, že na jedince s mentálním postižením je nutné pohlížet jako na jedinečnou lidskou bytost a respektovat jeho individuální vlastnosti a potřeby.

1. 3 Psychické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením

S vnějším i vnitřním světem je člověk seznamován prostřednictvím kognitivních funkcí, které nám umožňují integraci s okolím i uvědomování si sebe sama. Jedná se o vyšší nervové činnosti centrálního nervového systému. Mezi základní kognitivní funkce patří paměť, myšlení, učení, vnímání a pozornost, které nejsou přímo vázány na realizátora jejich činnosti pro vnější svět (př. pohyb, řečovou realizaci). Dále mezi kognitivní funkce patří schopnost počítat, chování, představitost, exekutivní funkce (řešení problémů, plánování) a v neposlední řadě jazykové schopnosti a řeč ve všech jejich podobách – verbální projev včetně artikulace, písemná forma pro čtení a psaní. (Poruchy kognitivních funkcí ©2008)

Mentální postižení se nepromítne pouze na inteligenčním deficitu člověka, ale zasahuje celou osobnost, tedy i psychické funkce, které jsou nezbytné pro kognitivní

(poznávací) procesy. Přestože osobnost každého jedince s mentálním postižením je individuální a má své charakteristické rysy, lze u velké části z nich pozorovat podobné znaky, které se projevují v různé míře a hierarchii. (Slowík, 2010)

Myšlenkové procesy analýzy, syntézy a dalších odvozených operací jsou označovány jako **myšlení**. Jedná se o poznávací funkci probíhající na neurofyziologické úrovni, která je neodmyslitelně spojena s řečí a je sociálně podmíněna. (Hartl, Hartlová, 2010) U lidí s mentálním postižením je myšlení omezeno na konkrétní logické operace vázané s realitou, což znamená, že nejsou schopni složitější abstrakce a globálního uvědomění. Chyby v analýze a syntéze, doplněné nedůsledností a zkreslením vlastními pocity, mohou vést ke špatnému úsudku. (Valenta, 2014) V porovnání uvažování dětí a dospělých s mentálním postižením je myšlení dospělých značně ovlivněné dlouhodobým učením. To se projevuje rigiditou, stereotypním řešením problémů a ulpíváním na známém. Typická je v tomto směru také snazší ovlivnitelnost nebo výbuchy vzteku, agrese, pokud se dostanou do situace, které sami nerozumí. (Vágnerová, 2014)

Schopnost člověka přemýšlet o věcech, vztazích a kvalitách kolem nás, je založena na vnímání podnětů z okolí. **Vnímání** je tedy percepční proces, jenž prostřednictvím smyslů a příslušných nervových center v mozku přijímá informace nejen o vnějším, ale i vlastním vnitřním světě. (Hartl, Hartlová, 2010) Valenta (2014) uvádí souhrn zvláštností vnímání osob s mentální retardací:

- zpomalenost a nižší rozsah zrakové percepce – omezené vnímání perspektivy, částečné překrývání kontur;
- nerozlišování počitků a vjemů – tvar, barva, špatná diskriminace figury v pozadí;
- inaktivní (neúčinné) vnímání – neschopnost vnímat veškeré detaily;
- snížená schopnost vnímání prostoru a času;
- omezená citlivost taktilních vjemů.

Funkce **paměti** je zakódování, uchování a vybavování si minulých vjemů a počitků. Cílem je tedy zapamatování si informací o podnětech, které už nepůsobí. (Hartl, Hartlová, 2010) Zapamatované informace mohou být různého charakteru – pocity, motivy, způsoby řešení problémů, akustické vjemy, haptické informace nebo senzomotorické činnosti. Fungování paměti je závislé na poznávacích procesech a je ovlivněno psychikou a emocemi. Vstřípení informací do paměti je možné třemi

cestami: verbální, obrazovou nebo motorickou. Jedno z mnoha dělení paměti umožňuje roztrždit ji dle doby trvání, po kterou jsou zkušenosti uchovávány. Jedná se o paměť senzorickou (ultrakrátkodobou), krátkodobou paměť a paměť dlouhodobou. Tento systém pracuje na principu selektivního třídění informací neboli rozdělení důležitých a nedůležitých vjemů, načež pouze informace s označením důležité přechází z krátkodobé do dlouhodobé paměti. (Juklová, Loudová a kolektiv, 2015) Specifika paměti osob s mentálním postižením se zakládají na pomalém osvojování a problémech s retencí informací v dlouhodobé paměti. Základním principem k zapamatování nového je mnohanásobné opakování, a i přesto dochází k rychlému zapomínání, nepřesné reprodukci nebo neschopnosti využít naučené v praxi. Z hlediska problematiky lidí s mentální retardací je důležité rozdělení paměti na logickou a mechanickou, která u mentálně postižených převažuje. Následkem toho dochází k nekvalitnímu třídění paměťových stop, protože chybí logická stránka paměti, která zajišťuje pochopení a propojení vzájemných souvislostí a smyslů. Velkou roli hraje i patologické vyhasínání paměťových stop, které u lidí s mentální retardací probíhá rychleji než u intaktních jedinců. (Valenta, 2014)

Pozornost u lidí s mentálním postižením je zasažena zvláštnostmi vnímání, neboť právě na bezprostředním vnímání a poznání se koncentrace člověka na nějaký předmět nebo jev po určitou dobu zakládá. Zároveň je podmíněna zvědavostí člověka při orientaci ve světě. (Juklová, Loudová a kolektiv, 2015) U osob s MR je však přirozená tendence poznávat nízká nebo úplně chybí. Člověk s mentálním deficitem se ve své pozornosti rychleji unaví, je nestálý a nedokáže ji zaměřit na více činností najednou. Udržet záměrnou pozornost zvládají po kratší dobu než intaktní vrstevníci a bezprostředně pak musí následovat odpočinek a uvolnění. (Valenta, 2014)

Vůle je jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti. **Volní projevy**, neboli uvědomělé a cílevědomé jednání usilující o dosažení vědomě stanovených cílů, jsou charakteristické možností volby. Pokud na cestě za vytyčeným cílem stojí překážka, nastává stav frustrace vzbuzující úzkost a stres. K překonání nepříjemné situace je použito obranných mechanismů, které sice nezmění danou situaci, ale pomůžou situaci vnímat jiným způsobem do doby, než se jí jedinec bude schopen postavit přímo. (Juklová, Loudová a kolektiv, 2015) Volní projevy jsou u lidí s mentálním postižením zasaženy vyšší sugestibilitou, citovou labilitou, impulzivností, agresivitou, nízkou sebekontrolou, nebo naopak pasivitou či úzkostností. (Valenta, 2014) Porucha vůle (dysbulie) může

dosáhnout až abulie, která se vyznačuje nejistotou volby, celkovým nedostatkem vůle nebo neschopností jednat. (Švarcová – Slabinová, 2011)

Prožívání a chování je výrazně ovlivněno **emocemi**. Hartl (2010) definuje emoce jako širokou škálu citových prožitků, které jsou doprovázeny fyziologickými změnami či motorickými projevy. Mezi základní emoce se řadí libost, nelibost, radost, smutek, strach, zlost, důvěra, láska. (Hartl, Hartlová, 2010) Ovládnutí emoční stránky je složitější než ovlivnitelnost rozumových procesů. Z těchto důvodů dochází u lidí s mentálním postižením k vyšší tendenci poddávat se afektům či mrzutosti, jelikož nejsou schopni nad situací převzít racionální kontrolu. Po emoční stránce jsou nezralí a bezprostředně se soustředí na uspokojení svých vlastních potřeb. (Švarcová – Slabinová, 2011) Valenta (2014) uvádí, že úměrně s věkem člověka s mentálním postižením klesá i intenzita emočních reakcí.

Důležitou kognitivní funkcí je **schopnost učení**. Učení je aktivní proces, kterým si člověk rozšiřuje vrozené schopnosti, aby se dokázal přizpůsobit novým stavům. Obecně platí, že učení je základem pro psychický vývoj. Rozvoj schopnosti učit se je možný od raného věku po stáří, ale s přibývajícím věkem je osvojování nového složitější a méně produktivní. (Hartl, Hartlová, 2010) Z pohledu lidí s mentálním postižením je schopnost učení omezena z několika důvodů. Hlavním problémem je snížená potřeba poznávat svět kolem sebe. Dalšími determinanty jsou již zmiňované problémy s pozorností, zvláštnosti vnímání, poruchy paměti a specifika myšlenkový pochodů. Důležitou součástí v procesu učení je motivace, která se při práci s osobami s mentálním postižením stává naprosto nezbytnou. Učení se novému pro ně není přirozeně tak atraktivní, jak pro zdravé vrstevníky. Chybí – li tedy vnitřní motivace, musí se využít motivace vnější, která může být ve formě materiální (např. oblíbená pochutina) nebo nemateriální v podobě pochvaly či podpory člověka, ke kterému mají kladný citový vztah. Učení je tedy primárně stimulováno emocemi, a nikoli racionalitou. (Vágnerová, 2014)

2 Komunikace osob s mentálním postižením

Komunikace je nedílnou a neodmyslitelnou součástí života každého člověka. I člověk s mentálním postižením má potřebu komunikovat se svým okolím, s tím rozdílem, že schopnost komunikace osob s mentální retardací je ovlivněna celkovým postižením osobnosti, která ji zasahuje rozdílným způsobem a v různé míře. (Slowík, 2010) Různorodost individuálních schopností je dobře pozorovatelná na variabilitě rozvoje jazykových schopností – někteří jsou vázáni na podpůrné komunikační prostředky, kdežto jiní zvládají vést jednoduché konverzace. (Švarcová – Slabinová, 2011)

2.1 Teoretický základ komunikace

Komunikaci jako takovou je možné sledovat z úhlů několika oborů – lingvistika, psychologie, sociologie, informatika aj. Lingvistický slovník komunikaci uvádí následovně: „*Vysílání a příjem informací mezi aspoň dvěma partnery při splnění určitých podmínek a zapojení dalších faktorů, a to jazykem (komunikace verbální) nebo jinak (komunikace neverbální).*“ (Lotko, 2003, s. 61) Valenta (2014, s. 45) definuje pro speciální pedagogiku lidskou komunikaci jako: „*Všechny procesy a funkce sdružené s produkcí a rozuměním řeči a psanému jazyku, stejně jako všech forem nonverbální komunikace.*“ Klasický model teorie komunikace popisuje průběh komunikace začínající u mluvčího, který posílá sdělení adresátovi. Sdělení je kódováno do systému, který je společný všem účastníkům a musí být zasazeno do kontextu, aby zachovalo svůj smysl a správně působilo. Následuje kontakt komunikačního kanálu a dekodování sdělení adresátem. (Macura, Jedličková, 2012) Následující definice popisuje fungování fatických funkcí během komunikace: „*Úlohou vstupní části je dekodovat zprávu, identifikovat ji se slovním obrazem nabytým už dřívější zkušeností a fixovaným pamětí. Po identifikaci se v nejvyšší části vybaví obsah slova. K pochopení obsahu se váže hodnocení a s ním i rozhodování o odpovědi. Připravená odpověď dostane slovní tvar vybavením paměťových stop...*“ (Kulišková in Valenta, 2012, s. 227)

Pro naplnění komunikačního záměru je nutný **jazyk**. Jedná se o systém znaků, který slouží k mezilidskému dorozumívání. Znak v tomto smyslu slouží jako zástupný symbol a systém je soubor znaků s jasně stanovenými pevnými pravidly. (Valenta, 2015) Vágnerová (2016, s. 235) charakterizuje jazyk jako: „*Kognitivní a komunikační systém umožňující kódování významů, jejich sdílení a výměnu.*“ Jazyk je záležitostí společenskou, proto náleží určité etnické skupině a neustále se vyvíjí. (Škodová, Jedlička,

2007) V případě dešifrování jazyka jako komunikačního kódu se objeví čtyři základní složky:

- složka sémantická – význam a rozsah strukturních úrovní jazyka (např. morfémů, slov, vět);
- složka syntaktická – stavba vět a souvětí;
- složka fonologická – zvuková stránka jazyka;
- složka pragmatická – praktické užití jazyka v sociální komunikaci. (Kulišková in Valenta, 2012)

Marie Vágnerová (2014) přidává ještě pátou kategorii, a to složku prozodickou, která neverbálními aspekty verbálního sdělení (tón hlasu, melodie, tempo, přestávky apod.) umožňuje vyjádřit postoje a emoční náladu.

Adekvátní užívání jazyka je podmíněno kognitivními procesy, zpravidla pamětí, vnímáním, intelektem, pozorností či schopností učit se. (Valenta, 2015) Užívání jazyka je úzce spojeno s jazykovými kompetencemi neboli vrozeným nadáním pro osvojení si systému pravidel k produkci a porozumění promluv. (Lotko, 2003)

Při širším náhledu na osvojování jazyka a jazykového chování či vystupování je nutné pěstovat ne pouze jazykové kompetence (znalost jazyka), ale **kompetence komunikační** (jak užívat jazyk v určité situaci). Pojem komunikační kompetence charakterizuje soubor předpokladů či schopností jedince, které se týkají pravidel, zvyklostí a prostředků komunikace. Lze je chápat jako přirozenou schopnost zvládnání komunikace v reálné komunikační situaci. (Zezulková, 2013) Získávání těchto kompetencí je závislé na interakci jedince se sociálním okolím, ale zároveň je limitováno mentální kapacitou pro užívání jazyka. (Valenta, 2015) V systému vzdělávání patří jazykové kompetence mezi kompetence klíčové. Rámcové vzdělávací programy pro jednotlivé stupně vzdělávání vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělání. Základ, který má být v rámci komunikačních kompetencí rozvíjen, obsahuje znalosti jazyka (gramatika, všechny jazykové roviny), věcné znalosti, interakční znalosti (komunikační pravidla) nebo strategická pravidla (schopnost užívat vhodné prostředky jazykové). (Zezulková, 2013)

Specificky lidskou schopností je **řeč**. Jedná se o proces užívání jazyka založený na verbálních i neverbálních prostředcích sloužících ke sdělování a dorozumívání. (Valenta, 2015) Jakmile jsou myšlenky zformulovány a prostřednictvím mluvních orgánů zrealizovány do zvukové podoby, jedná se o **mluvu** vytvářenou v procesu **mluvení**.

(Kulíšková in Valenta, 2012) Zvuková realizace jazyka je založena na motorické činnosti pro tvorbu hlasu (dýchání, fonace), tvorbu hlásek (artikulace) a celkovém zapojení mluvních orgánů (mluvidel). (Neubauer, 2010) S řečí souvisí také pojem **fatické funkce**, které jsou založeny na sluchovém vnímání, zrakovém verbálním vnímání a motorické schopnosti artikulačních orgánů, neboť právě ony stojí za tvorbou a porozumění řeči v mluvené i grafické podobě. (Kulíšková in Valenta, 2012)

Komunikaci dělíme podle způsobu přenosu informací na **verbální a neverbální**. Verbální neboli také slovní komunikaci je možné užívat v podobě orální produkce nebo v písemné podobě. Orální řeč má složku expresivní (produkce řeči) a receptivní (porozumění řeči). Verbální komunikace má dominantní postavení nad komunikaci neverbální, jelikož obsáhne hlavní myšlenky sdělení a nonverbální komunikace je pouze nevědomím doplňkem. Jak samotný termín neverbální komunikace naznačuje, jedná se o dorozumívání bez použití verbálních prostředků. Neverbální signály jsou vysílány z velké části podvědomě, proto bývají upřímnější a vypovídají více o našich postojích, náladách a citovém ladění. (Kulíšková in Valenta, 2012) Prostředkem neverbální komunikace jsou mimika, gesta, doteky, oční kontakt, postoj, melodie, intonace, tempo, rudnutí, pocení apod. Valenta (2015) dále klade důraz na výstavbu neverbální komunikace, která by měla být součástí speciálně – pedagogické intervence. Využitelnost nonverbální komunikace ve speciální pedagogice je široká, neboť může tvořit samostatné jazykové jednotky, které jsou využitelné pro osoby, které nekomunikují orální řečí. Nejpoužívanějším systémem jsou piktogramy, které usnadňují orientaci prostřednictvím zobrazení. Samostatně pak stojí znakový jazyk, jakožto mateřský jazyk neslyšících založený na tvaru rukou, jejich pohybu a postavení, mimice, pozici hlavy a horní části trupu. (Neubauer, 2010)

2. 2 Narušená komunikační schopnost

Jedním z nejužívanějších termínů v současné logopedii je narušená komunikační schopnost (NKS). Tento pojem se stal v průběhu vývoje oboru zastřešujícím pro dříve užívané vada řeči či porucha řeči. Narušenou komunikační schopnost popisuje Lechta (2011): „*Komunikační schopnosti člověka je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykového projevu (příp. několik rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru.*“ (s. 173) Z výše definovaných termínů týkajících se komunikace a charakteristice NKS je možné odvodit, že narušená komunikační schopnost

se může projevit ve verbální i neverbální komunikaci, orální i grafické podobě jazyka, expresivní i receptivní složce dorozumívání. (Lechta, 2011) Klenková (2012) zdůrazňuje definici Lechty tím, že klade důraz na vnímání NKS jako komplexní problematiky, a proto se nelze zaměřovat pouze na zvukovou stránku jazyka, jejíž narušení je nejvíce nápadné. Při pozorování a hodnocení komunikační schopnosti jedince je nutné vnímat odchylky ve všech rovinách jazykového projevu – obsahové, gramatické a sociální interakce.

Důležitým úkolem při logopedické diagnostice je určit, které odchylky v komunikaci jsou v rozmezí normy, a které už lze považovat za patologický jev, tedy narušenou komunikační schopnost. Při tomto rozhodování je nutné nahlížet na konkrétní případ z hlediska vývojové a fyziologické úrovně (zda aktuální úroveň užívání jazyka odpovídá vývojovým normám a fyziologické vyspělosti jedince), terapeutické potřeby (zda je nutný zásah logopedické intervence), lingvistických norem a komunikačního záměru (jestli odchylka v komunikaci zabraňuje jeho naplnění). (Škodová, Jedlička, 2011)

Obor logopedie klasifikuje NKS podle následující typologie vytvořené profesorem Lechtou na deset primárních kategorií narušené komunikační schopnosti:

- *vývojová nemluvnost;*
- *získaná orgánová nemluvnost;*
- *získaná psychogenní nemluvnost;*
- *narušení zvuku řeči;*
- *narušení fluence řeči;*
- *narušení článkování řeči;*
- *narušení grafické stránky řeči;*
- *symptomatické poruchy řeči;*
- *poruchy hlasu;*
- *kombinované vady a poruchy řeči.* (Lechta in Škodová, Jedlička, 2007 s. 25)

2. 3 Symptomatické poruchy řeči při mentální retardaci

Symptomatické poruchy řeči spadají do jedné ze základních kategorií narušené komunikační schopnosti. Řečová vada je přidružená k jinému primárnímu postižení (onemocnění, poruše), a stává se tak symptomem daného postižení. Stupeň a druh

narušených komunikačních schopností je důležitý pro diagnostiku dominujícího postižení. Nejčastěji se se symptomatickou vadou řeči setkáváme u jedinců s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, sluchovou nebo zrakovou vadou. V literatuře se můžeme dále setkat s termínem sekundární poruchy řeči. (Lechta, 2011) Z pohledu klinických logopedů a diagnostiky narušené komunikační schopnosti v praxi se s diagnózou symptomatická porucha řeči lze setkat velice sporadicky, neboť děti raného věku, které přichází do ordinací klinických logopedů, získávají diagnózu opožděný vývoj řeči (R62.0), který logoped dále klasifikuje jako opožděný vývoj řeči prostý nebo sekundární opožděný vývoj řeči k primárnímu postižení. (Bendová, 2015)

Jedním z nejvíce charakteristických znaků narušené komunikační schopnosti u osob s mentální retardací je deficitní vývoj řeči. Nutné je zdůraznit, že i když se u dítěte s mentálním postižením objeví první projevy řeči, tyto projevy budou už od začátku abnormální. Řeč se vyvíjí pomalu, deformovaně a často nedosáhne obvyklé úrovně. Vzhledem k jazykovým rovinám je u těchto jedinců omezená slovní zásoba, nepoměr mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, úroveň osvojování gramatické stránky jazyka se odráží na intelektu jedince, chybná slovní stavba ve větách, v řečovém projevu převládají podstatná jména nad ostatními slovními druhy apod. (Lechta, 2011)

Etiologie vzniku přidruženého narušení komunikačních schopností se zakládá na teorii o třech základních modelech. První koncept poukazuje na dominující postižení jako primární příčinu doprovázenou narušenou komunikační schopností. Druhá možnost uvádí jedinou primární příčinu vzniku, která stojí za způsobením dominantního postižení i přidruženého postižení, jejichž vliv zasáhne negativně komunikační schopnosti. Poslední model poukazuje na dvě primární příčiny vedoucí k dominantnímu i paralelnímu postižení. (Škodová, Jedlička, 2007)

Jako symptomatická vada řeči se u osob s mentálním postižením nejčastěji vyskytují rhinolalie, narušená fluence řeči (balbuties, tumultus sermonis) nebo narušené článkování řeči (dysartrie, dyslálie). (Kulíšková in Valenta, 2012) Dyslálie, patologická výslovnost jedné nebo více hlásek mateřského jazyka, je nejčastěji vyskytovanou vadou řeči u intaktních dětí, ale právě i u osob s mentálním retardací. Rozdíl je patrný v uvědomění si vlastní chyby, neboť jedincům s MR chybí do jisté míry sebekontrola, a tak si svou odchýlnou výslovnost neuvědomují. Dysartrie vzniká na základě organického poškození mozku a projevuje se narušením základních řečových modalit – fonace, respirace, artikulace a prozodických faktorů. Patologickou nosovost, vzniklou

na funkčním nebo organickém základě, označuje logopedická terminologie jako rhinolalii. Rezonance v dutině nosní může být zvýšená, snižená nebo smíšená. Z oblasti narušené plynulosti řeči se u osob s mentálním postižením vyskytuje koktavost nebo breptavost. (Lechta, 2011)

2. 4 Úroveň komunikačních kompetencí dospělých osob s MP

Možnosti vývoje komunikačních schopností jedinců s mentálním postižením jsou determinovány stupněm mentální retardace a s ním souvisejícími predispozicemi pro rozvoj řeči, které jsou limitovány právě mentální kapacitou jedince. Vliv na rozvoj komunikačních schopností mají již zmiňované kognitivní funkce, kterým se věnuje kapitola 1. 3 *Psychické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením*. Důležitou roli hraje i zásah speciálně – pedagogického působení či přístup a podpora sociálního okolí při realizaci komunikačního záměru. (Bendová, 2015)

Vývoj řeči je u osob s mentální retardací od raného dětství v porovnání s intaktními jedinci opožděný až omezený, což vede k problémům s komunikací v průběhu celého života jedince. Narušení foneticko – fonologické jazykové roviny je nejnápadnějším symptomem narušené komunikační schopnosti. Dospělí lidé s mentálním postižením projevují nedostatky převážně v oblasti fonemického uvědomování a diferenciaci jednotlivých hlásek. Tento problém se promítne i do patologické výslovnosti hlásek (dyslálie). (Bendová, 2015) Základy vadné výslovnosti vychází už z dětství, kdy zaostávají ve fixaci a osvojování hlásek, následkem čehož je opožděný proces automatizace koordinace mluvidel. Této skutečnosti přispívá i častá motorická neobratnost, nebo paralelní smyslové postižení. Z hlediska slovní zásoby jedinců s mentálním postižením, tedy rovinu lexikálně – sémantickou, převyšuje pasivní slovní zásoba nad aktivním slovníkem. Aktivní slovní zásoba se vyznačuje užíváním konkrétních pojmů. Rozmanitost aplikovaných slovních druhů v řeči je malá se zaměřením na podstatná jména, slovesa, v menší míře přídavná jména, číslovky a zájmena téměř nevyužívají. (Kulíšková in Valenta, 2012) V komunikaci dochází k absenci abstraktních výrazů. Pokud abstraktní pojmy v komunikaci uplatňují, může docházet k tzv. verbalismu neboli použití pojmu bez porozumění. Se slovní zásobou a slovními druhy úzce souvisí větná skladba, která se u dospělých jedinců s mentálním postižením zakládá na jednoduchých větách, bez uvádění příčin a důsledků. Na prvním místě ve větě se objevují slova, která mají pro daného jedince z celého sdělení největší

význam. Typicky se vyskytují slovní a větné dysgramatismy. V neposlední řadě je deficit pozorovatelný i v rovině pragmatické. Komunikace v praktických situacích je u osob s mentálním postižením zasažena obtížemi ve vyjadřování z hlediska uspořádání a formulování myšlenek. Negativní vliv má také pokud se u dané osoby projevuje echolálie nebo dysprozódie. (Bendová, 2015)

Uvedené charakteristiky komunikačních kompetencí jsou pouze všeobecným přehledem. Každý jedinec s mentálním postižením je jedinečný a stejně tak jsou individuální rozdíly v oblasti dorozumívání.

3 Podpora komunikace u dospělých osob s mentálním postižením

Funkční komunikace je u lidí s mentálním postižením východiskem pro učení a rozvoj sociálních kompetencí, neboť komunikace probíhá vždy mezi lidmi, na určitém místě a za určitých podmínek, které vyžadují komplexní pochopení. Je tedy nezbytné, aby člověk s mentálním postižením dokázal vnímat naši komunikaci, správně ji rozuměl, a zároveň na ni dokázal reagovat. Komunikace musí být vystavěna na fungujících kognitivních procesech, proto se u lidí s mentálním postižením speciální pedagog zaměřuje v rámci podpory komunikace také rozvojem těchto procesů, čímž se dostane do sféry komplexních úkolů a metod, které se zaměřují na posilování jednotlivých poznávacích procesů – paměť, myšlení, vnímání, pozornost, řeč apod. (Solovská, 2013)

Pro zvýšení pochopení a zapamatování naučených dovedností je vhodné spojit učení s praktickými situacemi, které přináší klientovi cenné zkušenosti a zážitky. Tyto metody jsou založeny na vědomostech o specifikách myšlení lidí s mentálním postižením, které je stereotypní, jeho logické a abstraktní složky jsou omezeny. V důsledku toho je uzpůsobeno učení se novému do praktických sociálních situací využitelných v běžném životě, s jejichž nácvikem se začíná v podobě modelových situací a inscenovaných rozhovorů. Pokud bude nácvik úspěšný, nic nebrání vyzkoušet nové dovednosti v reálných situacích v interakci s cizími lidmi. Takovýto způsob učení významně posílí výsledný pozitivní efekt. (Solovská, 2013)

3.1 Dospělost a vliv stárnutí na komunikační úroveň

Výsledkem vývojového procesu dospívání je dlouhodobý stav, který je označován jako dospělost. Období dospělosti je velmi variabilní, dynamické a lze ho rozebrat z několika hledisek. Biologická dospělost je období, kdy je jedinec zralý tělesně, sexuálně a intelektově. Z pohledu psychologie se člověk stává dospělým, pokud se projevuje stabilním chováním, myšlením a prožíváním. (Valenta, 2014) Dospívající vnímají jako vstupní bránu do dospělosti dovršení věku 18 let, kdy se jim otevírají možnosti řídit automobil, pít alkohol nebo nabytí volebního práva. Americký psycholog Daniel Levinson zkoumal vývoj osobnosti v dospělosti, a ze získaných dat sestavil strukturovaný model, podle kterého začíná raná dospělost ve 22 letech, ve 45 přechází do střední dospělosti a vrcholí ve starší dospělosti kolem 60 let věku. Mezi jednotlivými etapami

zdůrazňuje pětiletá přechodová období, během kterých dochází k přijímání změn přicházejících vlivem nových závazků. (Thorová, 2015)

Při zaměření se na období dospělosti v pojetí speciální pedagogiky či speciální andragogiky, za dospělého jedince je považován ten, kdo „*ukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému vymezeném příslušnými právními normami, současně převzala sociální role charakteristické pro dospělost a byla jí přiznána odpovídající práva a povinnosti.*“ (Valenta, 2014, s. 176) V uvedené definici je však možné shledat nedostatky, které by vylučovaly z dospělosti osoby s těžšími stupni postižení. Proto je za dospělého považován i ten jedinec, který „*neukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím procesu, ale převzal alespoň některé sociální role charakteristické pro dospělost a byla mu přiznána některá odpovídající práva a povinnosti.*“ (Valenta, 2014, s. 177)

Vlivem vývoje a stárnutí organismu dochází k charakteristickým změnám, které mohou mít dopad na úroveň komunikačních schopností. Na rozdíl od vývoje v dětském věku už mají tyto změny charakter nejen progresivní, ale i regresivní. Úroveň výkonnosti psychických funkcí je vzhledem k vývoji proměnlivá, některé zůstávají zachovány velmi dlouho a jiné prochází regresí více a častěji. (Veteška, Vacínová, 2011) Poruchy řečové komunikace v tomto období jsou ovlivněny fyziologickými změnami v procesu stárnutí, jejichž vlivem dochází především k narušení motorických řečových schopností, respiračním a fonačním obtížím nebo snížení rychlosti a síly koordinace svalů v orofaciální oblasti. Současně dochází k obtížím v oblasti sluchové a zrakové percepce. Klasifikace poruch řečové komunikace docenta Neubauera uvádí poruchy vzniklé v období dospělosti a poruchy akcelerované či přetrvávající od raného vývoje, mezi které se řadí i kognitivně komunikační poruchy při mentálním deficitu. (Neubauer, 2010)

3. 2 Rozvoj komunikačních kompetencí v dospělosti

Rozvoj komunikační úrovně dospělých jedinců s narušenou komunikační schopností není lehký. Jak je patrné z předešlé kapitoly, svou roli zde hraje mimo motorických obtíží také snížení výkonnosti kognitivních a duševních schopností. S tím souvisí schopnost učit se, která se s přibývajícím věkem nápadně redukuje. Zásadní problémy tkví v postupném omezování krátkodobé paměti a schopnosti utvářet trvalou paměťovou stopu. Učení je limitováno úrovní pěti základních faktorů. První podmínkou je kapacitní

rozsah samotné schopnosti učit se. Dále lehkost učení, jeho trvalost, intenzita a osobní zájem naučit se novému a rozvíjet své schopnosti. (Veteška, Vacínová, 2011)

U dospělých osob s mentálním postižením se symptomatickou vadou řeči jsou schopnosti učit se negativně ovlivněny nejen výše zmiňovaným procesem stárnutí, ale výrazně je ovlivňuje mentální handicap a snížené kognitivní schopnosti. Problém je také s nízkou úrovní zvědavosti a nezájmem aktivně vyhledávat podněty. V oblasti komunikačních kompetencí je častým problémem jedinců omezená kapacita pro další rozvoj, a proto je intervence zaměřena na udržení a podporu již získané komunikační úrovně.

Stimulace rozvoje komunikačních kompetencí jedinců s mentálním postižením by se měla řídit několika principy, které respektují různorodost symptomů a subjektivních zvláštností osob s mentálním postižením. Terapeuticko – výchovný proces by měl probíhat pod supervizí kvalifikovaného speciálního pedagoga. Základem jsou běžné edukační principy doplněné specifickými rysy, odpovídající mentální kapacitě jedinců. Speciální pedagogika v první řadě staví na principu individuálního přístupu a respektování individuálního potenciálu každého jedince. Nedílnou součástí je i princip názornosti. Multisenzoriální přístup přináší pozitivní efekt nejen při rozvoji dorozumívacích schopností. Se zaměřením na řečovou výchovu z hlediska multisenzoriálního lze využít artikulačních, sluchových a rytmických her, her se slovy, činnostmi zaměřenými na rozvoj dílčích funkcí souvisejících s komunikací (rozvoj smyslů, pozornost, paměť, grafomotorika apod.) Efektivní podpora k vytváření správné formulace komunikačního záměru je založena především na zkušenostech jedince. Podporou se tak může stát motivace k samostatnému projevu, poskytnout maximální prostor pro subjektivní hodnocení a vyjádření pocitů, přiblížit různé sdělovací prostředky, nebo formovat příležitosti pro experimentaci s jazykovými prostředky. Jazykové zkušenosti souvisí také s řečovým vzorem, který by měl být přiměřený věku a úrovni intelektových schopností, aby měl na jedince pozitivní vliv. (Zezulková, 2013)

3. 3 Logopedická intervence u osob s MP

Osoby s mentálním postižením a narušenou komunikační schopností se do logopedické péče dostávají již v dětském věku a pokračují v ní do dospělosti. Cíle intervence v období dětství a dospívání jsou dlouhodobé a zaměřují se na naplnění komunikačního potenciálu, který je klíčový pro plnohodnotný život. Podpora komunikace zásadně ovlivňuje jejich

výchovu a vzdělávání, profesní přípravu, pracovní uplatnění, socializaci, samostatnost a soběstačnost, uplatňování lidských práv a svobod nebo celoživotní učení. Logopedická intervence v dospělém věku má individuální charakter dle stupně NKS, fyziologickým zvláštnostem kognitivních procesů a udržení komunikačních schopností na úrovni, které bylo vývojově a s podpůrnými opatřeními dosaženo. (Bendová, 2015)

Logopedická intervence začíná sběrem anamnestických dat a přechází na cílenou logopedickou diagnostiku, prostřednictvím které logoped získává informace o přítomnosti narušené komunikační schopnosti, její tíži a závažnost. Současně odborný specialista sleduje stupeň celkového vývoje jedince. Motorika, koordinace mluvidel a proces polykání systémově souvisí s oblastí komunikace, a proto se na ně komplexní diagnostika také zaměřuje. Na základě výsledků diagnostického šetření probíhá diferenciální diagnostika a plánování následné logopedické péče. (Neubauer, 2018) Zezulková (2013) zdůrazňuje význam komplexní intervence: „*Deficit ve vyprávění dílčích funkcí se vždy projeví v osvojování klíčových kompetencí, zejména v kompetenci komunikační a kompetenci k učení.*“ (Zezulková, 2013, s. 33) K podpoře komunikace a parciálních funkcí lze využít několika prostředků, které jsou popsány dále v této kapitole.

Alternativní a augmentativní komunikace (AAK)

Prostředky alternativní a augmentativní komunikace slouží k rozvoji efektivní komunikace u osob, které nemohou využívat klasické formy dorozumívání, zvláště orální i grafickou řečovou komunikaci a obvyklé formy nonverbální komunikace. Oblast AAK je součástí víceoborového zaměření, především komunikačních technologií, lingvistiky, rehabilitace, pedagogiky a psychologie. V České republice je AAK doménou především oboru logopedie. (Neubauer, 2018) Kompenzace expresivní komunikační poruchy prostředky AAK může být trvalá, nebo pouze po určitý časový interval. Hlavním cílem AAK je umožnit jejím uživatelům funkční komunikaci, která je nutná pro zamezení stagnace vývoje v oblasti psychiky, kognice, sociální a komunikativní. (Škodová, Jedlička, 2007) Potencionálními uživateli systémů alternativní a augmentativní komunikace jsou osoby s mentálním postižením, dětskou mozkovou obrnou, poruchou autistického spektra a vícenásobným sensorickým postižením. (Neubauer, 2018) Své využití nachází také u osob se získaným hendikepem, zejména po cévních mozkových příhodách, úrazech a nádorech mozku, s neurodegenerativním onemocněním, nebo získaným smyslovým či kombinovaným postižením. Ovládnutí

prostředků AAK pro kvalitní komunikaci je závislé na možnostech a dovednostech daného klienta, jeho společenském prostředí a na samotném systému. (Bočková, 2015)

Terminologicky lze rozdíl mezi alternativní a augmentativní komunikací vymezit pomocí definice L. Laudové: „*Augmentativní systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.*“ (Laudová in Škodová, Jedlička, 2007, s. 565)

Komunikační systémy alternativní a augmentativní komunikace lze jednoduše klasifikovat podle toho, zda ke komunikaci využívají nebo nevyužívají pomůcky. U systémů s pomůckami jsou pak dále rozlišovány typy používající elektronické či klasické prostředky. Zaměříme-li se na způsob přenosu informací, rozlišujeme systémy statické a dynamické. Nejvyužívanějšími statickými prostředky AAK jsou např. fotografie, piktogramy, VOKS. Mezi dynamickými prostředky pak převládají systémy založené na aplikaci gest a znaků např. prstová abeceda, Znak do řeči, Makaton. V celkovém pojetí využívání systémů AAK hrají důležitou roli taktéž technické pomůcky sloužící k rozšíření spektra užívaných systémů na bázi hlasových a zrakových výstupů, adaptované počítačové klávesnice a myši, spínače využitelné při technice skenování či vícevzrazové komunikátory. (Bočková, 2015)

Sluchové vnímání

Vývoj sluchové percepce začíná již v prenatálním stádiu, kdy plod od pátého měsíce začíná vnímat zvuky vycházející z vnitřního i vnějšího prostředí. Později v břiše matky reaguje neurčitým pohybem na zvuky hudby nebo hlasy známých osob. Novorozenec se zdravým sluchovým aparátem vnímá zvukové podněty globálně a reaguje nediferenciovanou pohybovou aktivitou. Postupně lze rozlišit reakce na libé a nelibé podněty. Rozvoj sluchu se ubírá ke stále větší diferenciaci a ostrosti, které jsou předpokladem pro pozdější vnímání elementů řeči (slov, slabik, hlásek). Dozrávání sluchové percepce probíhá mezi pátým až sedmým rokem, ale není vyloučeno ukončení procesu zrání až kolem deseti let. Pro rozvoj řeči je sluchové vnímání klíčové, a proto je nutné ho od dětství přiměřeně stimulovat. Mezi oblasti auditivní percepce patří:

- naslouchání,
- sluchová paměť,
- sluchová diferenciaci,
- sluchová analýza a syntéza,

- vnímání a reprodukce rytmu. (Zelinková, 2015)

Reedukace sluchu má několik základních pravidel. Vždy se začíná se stacionárním zdrojem zvuku a postupně lze přecházet k pohybuujícímu se zdroji. Řečové zvuky následují až po zvládnutí zvuků neřečových (onomatopoeia, tóny hudebních nástrojů). Zpočátku nácvik probíhá v prostředí s ideálními akustickými podmínkami a zvuky jsou výrazné. Později reedukace postupuje do reálných akustických podmínek a intenzita zvuků se snižuje. Jednotlivé oblasti auditivní percepce spolu výrazně souvisejí, přesto je upřednostněn postupný nácvik. (Jucovičová, 2014)

U dětí s mentální retardací je schopnost vnímat sluchové počítky a vjemy omezena funkčností podmíněných spojů v CNS, které jsou pomalejší než u zdravých dětí, a proto dochází k určitým odchylkám. Pomalu se vytvářející dynamické stereotypy ve sluchovém vnímání zapříčiňují postižení v oblasti fonemického sluchu na úrovni špatné diferenciaci nebo zkreslení fonémů. Retardace sluchového analyzátoru se následně promítne do opožděného vývoje řeči a celkového psychického vývoje. Faktory ovlivňující a limitující sluchové vnímání u osob s mentálním postižením jsou tedy sluchová analýza a syntéza, fonemický sluch a čas, neboť zvukový podnět není možné vnímat libovolně dlouho, proto zde hraje svou roli i pozornost. (Petráš in Valenta, 2012)

Při zaměření se na fonemický sluch se jedná o schopnost diferencovat prostřednictvím sluchu hlásky (fonémy) mateřského jazyka. Fonemický vývoj má dvě složky – fonemické vnímání a fonemickou analýzu. (Lechta, 2011) Rozlišování hlásek je důležité z toho důvodu, že na nich stojí význam slov, neboť změna délky nebo měkčení hlásky může změnit význam celého slova. Pro správný vývoj řeči je dobře se rozvíjející fonemické vnímání nezbytným předpokladem. K nácviku jsou vhodné dvojice slov, které se liší právě jednou hláskou nebo diakritickým znaménkem, a tím se mění význam daných slov. Zároveň při zkoušení je doporučeno střídat rozdílné dvojice a páry stejných slov. U menších dětí je možnost využít vizuální podpory. (Thorová, 2015)

Zrakové vnímání

Zraková percepce se rozvíjí později než sluchová, ale dozrává dříve. Po narození dítě vnímá světlo a tmu, později obrysy předmětů. Diferenciaci tvarů se postupem času zdokonaluje. Rozvoj zraku je spojen s motorickým vývojem, neboť v sedě získává dítě nový zorný úhel vidění, při chůzi může k viděným věcem přijít blíže a prozkoumávat detaily a dochází k postupnému vývoji koordinace oko – ruka. Mezníkem ve vývoji zrakového vnímání je předškolní věk, kdy by měla být vývojová úroveň zraku na takovém

stupni, aby byly děti připraveny na osvojování čtení a psaní. Teoreticky lze vymezit osm oblastí vizuální percepce, které spolu ale velmi úzce souvisí. Jedná se o:

- rozlišování barev a tvarů,
- zraková diferenciaci,
- zraková analýza a syntéza,
- zraková paměť,
- rozlišování figury na pozadí,
- rozlišování reverzních figur,
- koordinace očních pohybů. (Zelinková, 2015)

Bednářová (2010) se ve svých pracovních listech pro nácvik zrakového vnímání zaměřuje mimo jmenované kategorie na uvědomování si posloupnosti, fixaci tvaru písmen, postřehování slabik, pravolevou orientaci, orientaci v prostoru a koncentraci pozornosti. Dává tak důraz na schopnosti nezbytné pro čtení – záměrné vedení očních pohybů při orientaci na stránce zleva doprava, uvědomování si následnosti řádků apod. Motorika okulomotorických (očních) pohybů je rozvíjena v rámci podpory jemné motoriky a společně s grafomotorikou je nezbytná pro psaní a kresbu.

U dětí s mentální retardací je nejčastějším problémem nesystematická koordinace očních pohybů doprovázená neschopností koncentrace pozornosti v časovém úseku, což je velkou překážkou při osvojování grafické podoby jazyka. To, co dítě ve skutečnosti vidí, je závislé na kvalitě podmíněných spojů vytvořených v mozku. Pragmatické hledisko problematiky se nezaměřuje na to, co dítě vidí, ale jak vizuální počítky chápe a zpracovává. Problémové oblasti zrakového vnímání jsou u osob s mentálním postižením především zraková diferenciaci, vizuální integrace a koordinace zraku s motorickou aktivitou. V praxi je snadno rozpoznatelné, že přeskakují od jednoho detailu k druhému a nedokážou chápat obraz jako celek, přetahují při vybarvování, nehodí míč na správné místo apod. (Petráš in Valenta, 2012)

Motorika

Hybnost neboli motorika je jednou z primárních funkcí člověka. Základním elementem aktivit motorického systému je svalová činnost, která zajišťuje pohyby nutné k přesunu z místa na místo, udržení vzpřímené posturu těla a vykonání různorodých úkonů. Motorická aktivita se dělí na hrubou, jemnou, grafomotoriku, motoriku mluvidel a motoriku očních pohybů. (Valenta, 2015) Činnost hladkého svalstva řízenou z mimokorových oblastí mozku nese souhrnné označení motilita a jedná se o procesy

dýchání, trávení apod. Termín mobilita zastřešuje potenciální pohybové předpoklady svalstva kosterního. K úspěšné hybnosti jsou nutné motorické (pohybové) schopnosti vymezované jako soubor předpokladů pro motorickou činnost organismu. U těchto schopností je sledován jejich potenciál, rozsah možného zdokonalování a genetická souvislost. Ovlivnit vývoj motorických schopností lze od raného dětství, a to pozitivně aktivním pohybovým působením, ale i negativně pohybovou pasivitou. V dospělosti jsou motorické schopnosti ovlivnitelné, leč již těžko pozměnitelné. (Stupňáková in Valenta, 2012)

Hrubá motorika neboli činnost velkých svalových skupin odpovídá za celkovou koordinaci a pohyblivost organismu. Jemná motorika je většinou spojována s obratností prstů, uchopováním předmětů a manipulací s nimi. Tyto činnosti zabezpečují drobné svalové skupiny. V širším pojetí se jemná motorika skládá z mimiky, oromotoriky, grafomotoriky, vizuomotoriky a grafomotoriky. Velká část pohybů je rozvíjena a zdokonalována v průběhu života pomocí učení, opakování a tréninku. (Stupňáková in Valenta, 2012) Svaly tvoří společně s nervovými buňkami tzv. nervo-svalový systém. Primární motorický systém, nazývaný také pyramidový, má svůj počátek v kortexu, dále směřuje k míše, odkud se signál předává přes periferní nervy na nervosvalové ploténky, které prostřednictvím chemických mediátorů postoupí informace svalovým vláknům, které následně vykonají žádaný pohyb. (Kaňovský, Herzig, 2007) Celkově je lokomoce ovlivněna integrací procesů perцепčních (zpracování informací), kognitivních (pozornost, emoce, motivace) a motorických. Z hlediska vnějších faktorů ovlivňující pohyb lze označit faktory prostředí, jako je osvětlení, teplota nebo hluk. Specifika vývoje hrubé i jemné motoriky u osob s mentálním postižením jsou hodně individuální, a jejich míra částečně souvisí se stupněm mentální retardace. (Stupňáková in Valenta, 2012)

Při spojení oromotoriky, logomotoriky a mimiky je možné hovořit o komunikační motorice potřebné k verbální a neverbální komunikaci. Motorika mluvidel je nepostradatelná schopnost nutná pro správnou artikulaci. Jedná se především o pohybovou aktivitu mluvních orgánů a pohyby dutiny ústní. Aktivní artikulační aparát je složen ze rtů, dolní čelisti, jazyka, měkkého patra a hlasivek. Ve spojitosti s motorikou mluvidel se mluví o orofaciálním svalstvu. Cílená artikulace navazuje na motorické vlastnosti mluvidel, které souvisí s jejich primární funkcí v souvislosti s příjmem potravy a dýcháním. (Lechta, 2011) Prakticky to znamená, že při nácviku motoriky mluvních orgánů je cíleno na dýchací cvičení, sání, foukání, pohyby jazyka apod. Cvičení hybnosti orofaciální oblasti lze rozdělit na aktivní a pasivní (masáže). Aktivní nácvik je směřován

ke specifickým pohybům rtů, jazyka, měkkého patra a velofaryngeálního uzávěru tak, aby bylo možné na natrénované motorice stavět artikulaci jednotlivých hlásek. I v této oblasti lze uplatnit multisenzoriální přístup, kdy je poskytnuta vizuální podpora v zrcadle, nebo taktilní nápověda dotekem v místě lokalizace pohybu. (Cvengrošová, online ©2017) Speciální terapie zaměřující se na orofaciální oblast jsou např. myofunkční terapie nebo orofaciální regulační terapie podle Castillo-Moralese. (Lechta, 2011)

Respirační cvičení

Dýchání je primární životní funkcí, a zároveň je neodmyslitelně spjata s hlasem a řečí. Proto se u osob s narušenou komunikační schopností prvotně odborný specialista zabývá respirací, jestli probíhá správným způsobem, aby mohl dotyčný naplnit svůj komunikační záměr. Cílem logopedické intervence v oblasti dýchání je nádech nosem a koordinovaný výdech ústy.

Dechové ústrojí se dělí na horní a dolní cesty dýchací. Součástí horních cest dýchacích je dutina nosní, vedlejší nosní dutiny, nosohltan, střední a dolní úsek hltanu. Dále pak navazují dolní cesty dýchací, které se skládají z hrtanu, průdušnice a hlavních průdušek. V hrtanu v hlasové štěrbině jsou uloženy hlasivkové vazy, které změnou vlastního napětí a tvaru hlasivkové štěrbiny určují výšku hlasu. Součástí plicní ventilace jsou dýchací svaly – bránice a mezižeberní svaly. Při vdechu dochází ke stahu dýchacích svalů, čímž se zvýší objem dutiny hrudní a v plicích se sníží tlak, což umožňuje proudění vzduchu do plic. Výdech následuje po svalovém uvolnění a snížení na původní hrudní objem. Při dýchání je důležité také správné držení těla. (Novotný, Hruška, 2015)

Základem tvorby hlasu je výdechový proud. Pro efektivní komunikaci je nutné vhodně hospodařit s dechem a výdechový proud správně koordinovat. (Barkowitz, 2014). Trénink dýchání by měl nastat v okamžiku, kdy je respirace plytká, nedostatečná nebo naopak je dýchání hlučné, doprovázené rušivými zvuky. V těchto případech je terapie postavena na uvolnění při dýchání, sebekontrolu dýchacích pohybů a vnímání sebe sama. U osob, které nevhodně zachází s dechem, budou respirační cvičení zaměřena na nácvik fyziologického nádechu, výdechu a odmlky a jejich souvislých přechodů. Celkově lze logopedické cíle v oblasti nácviku respirace shrnout na koordinaci dýchání s přiměřenou dechovou oporou, rozvíjet smíšené bránicově - hrudníkové dýchání, zvýšit množství, tlak a rychlost výdechového proudu vzduchu a sjednotit dýchání s fonací. (Lechta, 2011)

3. 4 Terapeutické speciálně – pedagogické přístupy využitelné k podpoře komunikace u dospělých osob s MP

Přístupy terapeutického jednání jsou obecně definovány jako odborné a cílené metody práce s člověkem, které míří k odstranění nebo snížení negativních a nežádoucích obtíží. Pokud není možné dosáhnout těchto cílů, zaměřují se terapeutické přístupy alespoň na odstranění příčin vzniku potíží. Hlavním cílem je tedy dosažení prospěšné změny, což lze parafrázovat jako rozvoj a rozšíření kompetencí jedinců se speciálními potřebami. V praxi se s uplatňováním terapeutických přístupů dostane jedinec do kontaktu v kontextu primární aplikace v rámci jednotlivých terapií (např. dramaterapie, psychoterapie, muzikoterapie apod.), nebo se sekundární aplikací v rámci různých specializovaných činností, které se zaměřují na podporu znevýhodněných osob (např. speciální vzdělávání, výchovná práce v sociálních službách apod.). (Müller in Valenta, 2012)

Základním teoretickým a metodologickým zdrojem speciálně-pedagogických terapeutických přístupů je psychoterapie. Použitelné jsou převážně směry psychoterapie, které využívají prostředky aktivizační, činnostní a terapeuticko-formativní. Z definice psychoanalýzy, která uvádí psychoanalýzu jako odbornou, vědomou a účelnou aplikaci psychologických prostředků se záměrem pomoci lidem „*změnit jejich myšlení, chování, emoce nebo osobnostní strukturu*“ tak, aby se stali přijatelnější pro společnost i je samotné, vychází i definice jednotlivých speciálně-pedagogických terapeutických přístupů. (Müller, 2014) Z těchto poznatků Müller (2014) uvádí klasifikaci speciálně - pedagogických přístupů následovně:

- terapie hrou,
- psychomotorické terapie,
- činnostní a pracovní terapie,
- expresivní terapie,
- terapie za účasti zvířete,
- další specializované fyzioterapeutické či edukační přístupy.

Speciálně-pedagogická péče o osoby s mentálním postižením je charakteristická součástí ucelené rehabilitace těchto osob. Její specifika jsou založena na několika klasifikačních kritériích, z nichž vyplývají specifické potřeby klientů. U jedinců s mentálním postižením jsou terapeutické přístupy navrhovány podle charakteru postižení (etiologie, závažnost, projevy, prognóza) a individuálních vývojových zvláštností.

Terapie samozřejmě nestaví pouze na možnostech klienta, ale důležitou roli zde hraje také osobnost a schopnosti terapeuta a v neposlední řadě možnosti zařízení (stacionář, ambulance apod.), v němž jsou terapeutické přístupy aplikovány. (Valenta, 2012)

Vzhledem k zaměření závěrečné práce na komunikaci dospělých osob s mentálním postižením bude dále pozornost věnována pouze terapeutickým přístupům vhodných pro danou věkovou skupinu a pro danou problematiku.

3. 4. 1 Expresivní terapie

Podstatou expresivních terapií je vyjádření vnitřních pocitů, stavů prostřednictvím umělecké exprese s užitím uměleckých prostředků – hudba, literatura, dramatické umění, výtvarné umění, taneční umění apod. Využitelnost těchto prostředků je dvojitá. Lze využít pasivního vnímání a prožívání výsledků práce, nebo se aktivně účastnit procesů tvorby. Expresie (výraz) patří do skupiny lidské aktivity související s neverbální i verbální komunikací. Expresí jsou totiž vyjadřovány a uvolňovány vnitřní pocity, psychické stavy a nálady. Do expresivní terapie přesahuje i terapie psychomotorická, která se zaměřuje na ovlivnitelnost duševních funkcí a osobnosti jedince pomocí aktivního motorického jednání. (Müller in Valenta, 2012)

Z analýzy prezentovaného vyplývá, že podpora komunikace užitím expresivních terapií vychází převážně z uvolnění osoby s mentálním postižením, které je jedním z výsledků těchto přístupů, díky němuž je otevřenější k verbální komunikaci. Aplikace jednotlivých terapií nebo jejich prvků se modifikuje podle individuálních potřeb klienta. Nedílnou součástí je sebereflexe, která je prováděna formou rozhovoru nebo je přenechán klientovi volný prostor k vlastnímu vyjádření – jak se během terapie cítil, jestli má radost z výsledku, na co se příště více zaměří, co ho nejvíce bavilo apod. Expresivní terapie umožňují využít umělecké prostředky nejen terapeuticky, ale v rámci komplexního edukačního procesu.

Muzikoterapie

Muzikoterapii se v rámci speciální pedagogiky řadí mezi terapeuticko-formativní přístupy, který staví samotnou terapii na hudebních složkách – melodii, harmonii, rytmus, tempo, dynamika, zvuková barva. Hudba v sobě skrývá emocionální, neverbálně komunikační, strukturální a estetické kvality. Cíle muzikoterapie zasahují do široké oblasti terapeutického působení – léčba, rozvoj sociálních dovedností a komunikace, sebepojetí, motivace aj. U klientů s mentálním postižením je nejvhodnější formou skupinová muzikoterapie, kde se sami klienti terapie aktivně podílejí.

V dnešní době je muzikoterapie stálicí ve speciálně-pedagogické intervenci. Nejčastěji využívaným modelem muzikoterapeutické práce je tzv. hudba jako terapie (*Music as Therapy*). V tomto případě je hudba v popředí celé terapie a terapeut pouze napomáhá klientovi vytvořit kladný vztah k hudebnímu umění. Konkrétními příklady jsou „Kreativní muzikoterapie“ nebo „Orffova muzikoterapie“. (Kantor a kolektiv, 2009)

Dramaterapie

Dramaterapie je v odborné literatuře spojována s termíny teatroterapie a psychodrama. Toto spojení vychází ze základů jednotlivých terapeutických přístupů, neboť všechny staví své působení na využívání dramatického umění – improvizaci hry v roli, pohybové výrazové prostředky, osobitý inscenační prostor apod. Přestože používání prvků dramatického umění je společným znakem jmenovaných terapií, existují různé faktory, které je od sebe odlišují. Samotná dramaterapie se od teatroterapie a psychodramatu liší převážně širším teoretickým i metodologickým základem. (Müller in Valenta, 2012)

Z definice (Valenta, 2007) se dramaterapie řadí mezi terapeuticko-formativní přístupy. V procesu terapie využívá aktivní skupinové dramatické a divadelní prostředky, jejímž užitím chce docílit zmírnění psychických a sociálních problémů, zvýšit interpersonální interakci, nebo posílit sebedůvěru, sebeúctu a emoční prožívání. Aplikace dramaterapie u lidí s mentálním postižením ve skupinové formě probouzí v klientech přirozenou pospolitost, díky které se zvyšují prožitky z aktivity, a odbourává u klientů strach z možného neúspěchu. Verbální i neverbální komunikace jsou neodmyslitelnými prvky dramaterapie, proto využití tohoto přístupu může vést ke zlepšení a udržení patřičné úrovně komunikačních schopností. (Mezinárodní asociace uměleckých terapií ©2015)

Arteterapie

Níže definovaný pojem arteterapie je v dnešní ustálené terminologii vnímán v užším slova smyslu. Dříve termín arteterapie zastřešoval veškeré složky expresivních terapií a v širším slova smyslu je brán jako synonymum pro expresivní terapie.

Jednou z nejrozšířenějších expresivních terapií je arteterapie, která v porovnání s muzikoterapií a dramaterapií nevzbuzuje takový pocit strachu. Expresí prostřednictvím výtvarného umění pomáhá odborníkům odhalit skryté pocity, stavy, dojmy v rámci diagnostiky, ale samozřejmě má velký přesah i do terapie. Pro práci s osobami s mentálním postižením je arteterapie přínosná především jako prostředek k redukci psychické tenze, relaxaci a uvolnění komunikačních kanálů. (Valenta, 2012)

Kresba jako komunikační prostředek provází člověka již od raného dětství, kdy tyto projevy jsou považovány za zcela přirozené. V podtextu kresby druhé osoby lze také odhalit, jak o sobě daný člověk smýšlí, vnímá sám sebe. V psychologické a speciálně-pedagogické praxi se jedná o účinný diagnostický prostředek – test kresby lidské postavy, kresba začarované rodiny, Baum test aj. (Šicková-Fabrici, 2016)

4 Uvedení do empirické části bakalářské práce

Problematika dospělých osob s mentálním postižením je tématem, které není v odborné literatuře dostatečně popsáno. S ohledem na tuto skutečnost je třeba této cílové skupině věnovat pozornost a na základě výsledků analýzy jejich komunikačních dovedností realizovat v dané oblasti alespoň dílčí výzkumná šetření.

4.1 Vymezení cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je vypracovat návrh souboru aktivit vycházejících ze speciálně pedagogické intervence se zaměřením na oblast logopedie a následně tyto aktivity pilotně ověřit aplikací do praxe u konkrétních dospělých uživatelů sociálních služeb s mentálním postižením. Záměrem využití aktivit je posílení či udržení dosažené komunikační úrovně, aktivizace komunikačních dovedností a podpora komunikačních kompetencí dospělých osob s mentálním postižením.

Pro potřeby přesnějšího určení hlavního cíle praktické části závěrečné práce byly vymezeny tři **dílčí cíle** výzkumu:

- DC1: Popsat aktuální úroveň komunikačních schopností konkrétních dospělých osob s mentálním postižením, u kterých neprobíhala v průběhu života přímá logopedická intervence.
- DC2: Zhodnotit efektivitu navrženého souboru aktivit pro podporu komunikace v kontextu posílení či udržení dosažené komunikační úrovně a aktivizace komunikačních schopností výzkumného vzorku.
- DC3: Zjistit, zda vybraní zaměstnanci výchovné části sociální služby shledávají navržený soubor aktivit jako přínosný pro práci s klienty s mentálním postižením za účelem podpory komunikačních kompetencí.

4.2 Metodologie a strategie výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření bude zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell in Hendl, 2016, s. 46) Dle této definice dané výzkumné strategie byl vyhodnocen kvalitativní přístup k vybrané problematice jako nejvhodnější.

Toto výzkumné šetření se zakládá na metodách studia odborných pramenů a literatury, případové studie, strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami a metoda krátkodobého pozorování ve spojení s přímou prací s výzkumným vzorkem.

Prostřednictvím **studia odborných pramenů a literatury** bude koncipován teoretický rámec závěrečné práce, který poslouží jako podklad části empirické. Odborná literatura bude taktéž východiskem pro návrh konkrétních aktivit pro podporu komunikace dospělých osob s mentálním postižením. Předem nelze předpokládat umožnění přístupu do osobních složek klientů z důvodu ochrany osobních údajů. V rámci praktické části bude využito obrázkových materiálů pro grafické zpracování souboru aktivit pro podporu komunikace dospělých osob s mentálním postižením přístupných na internetu z prostředí Google a z obrázkových souborů pro alternativní a augmentativní komunikaci (piktogramy, VOKS).

Případová studie se zabývá detailním rozbohem jednoho nebo více případů. Výsledkem kazuistické studie je nashromáždění velkého množství dat o jednom jedinci nebo skupině jedinců. Zachycuje detaily a vztahy, které lze propojovat v celistvý popis případu. Jedná se o spolehlivou výzkumnou strategii, která umožňuje prostřednictvím shromážděných dat porozumět studované osobě, nebo osobám. (Hendl, 2016) Jednotlivé kazuistické studie budou obsahem kapitoly číslo 5 *Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných dospělých osob s mentálním postižením*. Data pro případové studie budou získávána zprostředkovaně **polostrukturovaným rozhovorem s otevřenými otázkami** se zaměstnancem sociálního zařízení s právem přístupu do kartotéky klientů. Detaily budou následně doplněny po **krátkodobém pozorování** (hospitační činnosti) výzkumného vzorku v jeho přirozených podmínkách.

Aplikace navržených aktivit pro podporu komunikace dospělých osob s MP bude ozkoušena **při přímé práci s výzkumným vzorkem**.

4. 3 Charakteristika místa výzkumného šetření

Výzkumné šetření bude probíhat v zařízení sociálních služeb. V tomto konkrétním zařízení jsou nabízeny dvě pobytové služby, a to domov pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionář. Cílovou skupinou uživatelů služby jsou dospělé osoby s mentálním postižením ve věku od 19 do 64 let. Domov pro osoby se ZP poskytuje celoroční péči zahrnující ubytování se stravou a pomoc při běžných úkonech o vlastní osobu. Na stejném principu funguje i týdenní stacionář s rozdílem v časové dotaci, která

je limitována od pondělí do pátku. Součástí poskytovaných služeb jsou i činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizující.

Domov sociálních služeb se nachází v malé vesnici nedaleko města Kutná Hora. Sídlo organizace zastřešující tento a několik dalších domovů sociálních služeb se nachází v Praze. Popisované místo výzkumného šetření je lokalizováno v prostorách bývalého mlýna, který byl pro potřeby sociálních služeb přebudován na komplexně vybavené zařízení s kuchyní, prádelnou, společenskou halou, relaxační místností, jídelnou, tělocvičnou, sesternou, kanceláři zaměstnanců a ložnicovou částí s dvoulůžkovými a třílůžkovými pokoji. Kapacita střediska sociálních služeb je celkem 31 lůžek. V přilehlých budovách jsou umístěny keramická dílna a truhlářská dílna. K objektu náleží rozlehlá zahrada.

Uživatelé sociální služby v tomto středisku jsou dospělé mobilní osoby s mentálním postižením se sníženou soběstačností v primárních životních dovednostech. S dopomocí jsou schopni zajistit si osobní péči, využívat veřejná místa a služby. Posláním služby je zprostředkovat klientům plnohodnotný a kvalitní život.

Zástupce střediska sociálních služeb si nepřál, aby v závěrečné práci figurovala oficiální data a názvy z důvodu možného zneužití či poškození soukromí uživatelů sociální služby.

4. 4 Charakteristika výzkumného vzorku

Vybraná skupina osob s mentálním postižením bude složena ze čtyř dospělých mužů ve věku od 44 let do 51 let. Základními společnými znaky jsou mentální retardace v pásmu lehká až středně těžká a narušená komunikační schopnost, která nebyla, minimálně od nástupu do domova sociálních služeb, cílem logopedické intervence. V průběhu závěrečné práce budou osoby tvořící výzkumný vzorek označovány termínem klient. Všichni čtyři muži splňují kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku pro potřeby výzkumného šetření závěrečné práce.

Podrobné charakteristiky osob tvořících výzkumný vzorek budou zpracovány v rámci případových studií, které budou náplní kapitoly 5 *Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných osob s mentálním postižením*. Současně budou v kapitole č. 5 rozepsána kritéria pro výběr kandidátů k zařazení do skupiny výzkumného vzorku.

4. 5 Časový harmonogram realizace závěrečné práce

Závěrečná práce vznikala v období od prosince 2019, kdy došlo k zadání tématu a anotace práce do univerzitního systému, do začátku dubna roku 2021. Časový harmonogram musel být oproti původnímu návrhu značně přepracován z důvodu špatného vývoje pandemické situace onemocnění Covid-19 v celé České republice. Kvalitativní výzkum využitý v empirické části závěrečné práce měl být postaven na základě dlouhodobého pozorování v průběhu jarních a podzimních měsíců v roce 2020. V té době aktuální proti epidemiologická opatření však uzavřela zařízení sociálních služeb pro návštěvy. Praxe vysokoškolských studentů byly taktéž značně omezeny. S ohledem na aktuální situaci a události v průběhu zpracování závěrečné práce byl časový harmonogram navržen následovně:

- Zadání tématu a anotace závěrečné práce do univerzitního systému (prosinec 2019);
- Plánování výzkumného šetření se střediskem sociálních služeb, komunikace s místem výzkumného šetření, výběr kandidátů do výzkumného vzorku (duben – květen 2020);
- Studium literatury, zpracování teoretické části závěrečné práce, návrh aktivit pro podporu komunikace (září 2020 – leden 2021);
- Zpracování případových studií (leden 2021);
- Tvorba pomůcek a pracovních listů pro podporu komunikace (únor 2021);
- Přímá práce s výzkumným vzorkem, pilotní ověření vytvořených materiálů, interpretace výsledků šetření, kompletace textu práce, korektura a formální úprava závěrečné práce (březen 2021).

5 Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných dospělých osob s mentálním postižením

Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných dospělých osob s mentálním postižením bude v této kapitole popsána s využitím čtyř případových studií, jež prezentují získané informace o vývoji jedinců od narození po současnost a umožňují náhled na aktuální úroveň jejich komunikačních schopností. Předmětem zájmu jsou klienti domova pro osoby se zdravotním postižením, kde probíhala empirická část výzkumu pro účely závěrečné práce. Sociální zařízení si nepřálo být v této práci jmenováno a oficiálně uvedeno.

Základní kritéria pro výběr klientů do skupiny výzkumného vzorku byla:

- osoba s lehkým až středně těžkým mentálním postižením,
- schopnost dorozumívat se verbálně,
- problémy ve verbální komunikaci,
- alespoň částečná schopnost číst,
- v průběhu života neprobíhala cílená logopedická intervence,
- dostatečná ochota klienta spolupracovat,
- souhlas se spoluprací ze strany zákonného zástupce klienta.

Každá případová studie je přehledně rozčleněna na osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, sociální anamnézu a rozbor komunikačních schopností. Osobní anamnéza se zaměřuje na průběh těhotenství a porodu, psychomotorický vývoj, lékařské zákroky a onemocnění v průběhu života, zásah speciálně pedagogické péče v dětství a dospívání až po následné umístění jedince do péče sociálních služeb. Důležité je upozornit, že z hlediska terminologie výchovně vzdělávacích institucí byly zachovány názvy platné v době edukace vybraných jedinců. Rodinná anamnéza úzce navazuje na anamnézu osobní, neboť uvádí základní informace o rodičích klienta, jeho sourozencích a vlivu výchovy v rodině na vývoj jedince. Sociální anamnéza přibližuje chování a komunikaci jedince v kolektivu ostatních klientů a zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením. Část nazvaná titulem komunikační úroveň se zaměřuje na popis jednotlivých dílčích funkcí, které je nutné komplexně rozvíjet, pokud je žadáným cílem dosáhnout u jedinců kvalitní komunikace. Konkrétně se jedná o zrakové vnímání, sluchové vnímání, motoriku, svalové napětí v orofaciální oblasti, respiraci a fonaci. Na konci rozboru jednotlivých dílčích funkcí je část věnována charakteristice řečového projevu z hlediska

jazykových rovin. V závěru případových studií je návrh pro možnosti podpory komunikačních dovedností vycházející z konkrétních potřeb klientů.

Získávání dat probíhalo z větší části zprostředkovaně, jelikož tato práce vznikala v době pandemie onemocnění Covid-19, nebylo proto možné docházet do zařízení sbírat data osobně. Ve spolupráci s vedoucí pracovnící domova pro výchovnou část bylo možné spojení prostřednictvím videohovorů a elektronické pošty. Pracovnice v sociální službě zodpověděla ve vytvořeném polostrukturovaném formuláři základní údaje o klientech a specifikovala jejich komunikační schopnosti. Pro celistvistvu případových studií byly doplněny informacemi z video rozhovoru a krátkodobé hospitační činnosti v domově pro osoby se zdravotním postižením.

V rámci ochrany osobních dat nejsou v kazuistických studiích uváděny žádné citlivé údaje.

5. 1 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 1

Klient číslo 1 je muž narozený v roce 1977. V době výzkumu mu bylo 44 let. Byla mu diagnostikována hypotonická forma dětské mozkové obrny a mentální postižení na úrovni lehké mentální retardace. Dle užívané terminologie v době narození klienta je zařazen mentálně v pásmu debility a oligofrenie (pozn. aktuálně se jedná o lehkou mentální retardaci a lehkou slabomyslnost). Dále se u klienta vyskytuje epilepsie.

Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo bez komplikací, stejně jako u prvorozeného dítěte. Porod byl v termínu, trval dvě hodiny a nevyskytly se žádné problémy. Porodní váha byla 3400 gramů a porodní délka 51 centimetrů. Sací reflex u novorozence byl v pořádku, ale z důvodu vrozeného postižení matka dítě nekojila. Motorický vývoj byl opožděn – sed ve 12. měsíci, chůze v 16. měsíci. První slova začal používat v 1 roce, ale exprese řeči byla narušena motorickým a mentálním postižením. Věty přicházely až ve 3 letech. Chlapec byl do svých 5 let na plenách a nedokázal sám jíst, proto byl velmi dlouho krměn. Projevila se u něj porucha spánku. Během života byl dvakrát hospitalizován s těžkým otřesem mozku, který si způsobil při epileptickém záchvatu. Několikrát byl v anestezii pro ošetření chrupu.

Edukace začala ve zvláštní mateřské škole (nyní MŠ speciální), kde však působil velmi neklidně a projevovala se psychická labilita. Následovala pomocná škola (nyní ZŠ

speciální), ve které se projevoval plačtivě, měl časté výbuchy vzteku a špatnou koncentraci pozornosti. Z hlediska vývoje komunikačních schopností byla řeč málo srozumitelná, reagoval na jednoduché podněty a tvořil prosté věty. Projevovala se špatná jemná i hrubá motorika. Z důvodu psychické lability a špatného chování ke starší sestře byl několikrát hospitalizován v psychiatrické léčebně. Od roku 1988 je klientem týdenního stacionáře a v současné době trvale pobývá v domově pro osoby se zdravotním postižením. Rád kouká na sport a při dobrém psychickém rozpoložení poslouchá hudbu.

Ačkoliv míra postižení v oblasti socializace, chování, motoriky a komunikace je zásadním problémem, jeho inteligence a paměť jsou na dobré úrovni – pamatuje si informace z dětství, z televize. Problém nastává při použití vědomostí v praxi.

Rodinná anamnéza

Matka klienta se narodila roku 1946 a má ukončené magisterské vysokoškolské vzdělání. V mezidobí mezi narozením dcery a následně syna matka prodělala potrat. V současné době žije u dcery bez závažných zdravotních komplikací. Otec klienta narozený v roce 1925 zemřel ve věku nedožitých 78 let. Stejně jako matka měl ukončené magisterské vysokoškolské vzdělání. O šest let starší sestra klienta nemá žádné zdravotní komplikace a dosáhla středoškolského vzdělání s maturitou. V dětství s klientem neměla dobrý vztah, neboť se k ní choval agresivně, byl výbušný a neklidný. V rodinné anamnéze klienta není žádný záznam o výskytu jakéhokoli postižení v rodině.

Sociální anamnéza

Socializace klienta už od dětských let neprobíhala příliš dobře. Nekomunikoval s vrstevníky, byl neurotický a stranil se společnosti. V průběhu dospívání se jeho chování změnilo a dnes vystupuje velmi extravertně. Klient je závislý na svých rituálech a stereotypech, ale rád rozdává úkoly ostatním klientům i pracovníkům v sociální službě. S ostatními klienty mimo rozdávání úkolů příliš nekomunikuje. S pracovníky domova rád spolupracuje a klade jim velké množství otázek různého typu.

Komunikační úroveň

V rámci diagnózy DMO bylo rodině doporučeno docházet k logopedovi. Klient však přes všechny snahy s logopedem nespolupracoval, a proto byla logopedická péče ukončena. Ve zprávě od klinického logopeda figuruje diagnóza dysartrie, jelikož se u chlapce projevovala artikulační neobratnost, respirační a fonační obtíže, ale pro nespolupráci klienta nebylo možné provést standardizovanou diagnostiku. Dále probíhala logopedická intervence pouze v rámci výchovně vzdělávacích institucí, a to pouze na základní úrovni. Aktuálně se klient domluví verbálně a přes slyšitelné vady

na úrovni foneticko-fonologické jazykové roviny mu je dobře rozumět. Ze systémů AAK využívá černobílé piktogramy, které slouží k orientaci ve struktuře denních činností. Zrakové vnímání je postiženo na základě stárnutí organismu a je kompenzováno brýlemi na dálku. Sluchová percepce je bez problémů. Úroveň motorických schopností a dovedností je nízká. Problémy se projevují v jemné i hrubé motorice. Klient je v tomto ohledu neobratný, netrpělivý, překotný, nepřesný, neumí udržet tužku. Při stolování bojuje s udržením lžice a koordinací oko ruka při jezení. Při péči o vlastní osobu má motorické nesnáze s čištěním zubů a močením. Svalové napětí v orofaciální oblasti je zvýšené a dochází tak k častým křečím v čelisti nebo křečovitému otevírání úst. Tyto projevy akcelerují při emočním vypětí do skřípání zubů či jejich cenění. Během mluvení špatně pracuje s dechem – časté přídechy uprostřed slov. Někdy mluví do vyčerpání výdechového proudu a pak se hluboce nadechne, což je doprovázeno stereotypním mnutím nosu nebo přejížděním ukazováčku po předních zubech v puse.

Komunikace jako taková se zakládá na sdílení se zaměstnanci domova a častém mluvení sám pro sebe – co bude teď a co potom, co bude dělat, co bude jíst. Mluva je překotná, někdy až nesrozumitelná. Slovní zásoba je poměrně bohatá – pamatuje si i cizí výrazy, které slyšel v televizi nebo od matky, když mu v dětství četla. Skladba vět je jednoduchá převážně v rozkazovacím způsobu. Často opakuje po ostatních klientech a napodobuje je. Při komunikaci s klienty mnohdy křičí, mává rukama a skáče na místě. Na otázky reaguje, avšak s využitím stereotypně opakovaných frází – „Myslíte?; Nejsm si jist, ale myslím si že...“ Dotazy směrem k zaměstnancům domova se také zakládají na stereotypu. U klienta chybí sebekontrola a autokorekce.

Možnosti podpory komunikačních dovedností

Prostor pro podporu komunikačních dovedností se u tohoto klienta nabízí převážně v oblasti respirace a oromotoriky. Klient při mluvení špatně koordinuje výdechový proud, nedokáže šetřit s dechem a postrádá zautomatizovaný návyk nádech nosem – výdech ústy, a proto by se terapie měla zaměřit na utvrzení tohoto návyku. Motorika mluvních orgánů je nepřesná, neobratná, proto je možno zařadit do terapie jednoduché cviky pro zlepšení obratnosti jazyka, rtů, čelisti apod. K nápravě překotného tempa řeči lze využít nácvik rytmizace řeči. Pozitivní vliv možno očekávat i při aplikaci prvků muzikoterapie, neboť hudba, ve většině případů, vyvolává u klienta žádané zklidnění, koncentraci pozornosti a soustředění na text písně nebo vlastní hlasovou produkci.

5. 2 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 2

Klient číslo 2 je muž narozený v roce 1972. V době výzkumu mu bylo 49 let. Mentální postižení u klienta je etiologicky spojeno s Downovým syndromem. Stupeň mentální retardace je na rozhraní lehké a středně těžké s hodnotou IQ 50 – 49. Na první pohled znatelné špatné držení těla je způsobeno vbočenými koleny (lat. genua valga), cervikobrachiálním syndromem a od dětství přetrvávajícími deformitami chodidel ve formě plochých nohou a valgózních kotníků (lat. pedes planovalgi). Klient má diagnostikovanou benigní formu chronické hepatitidy typu B.

Osobní anamnéza

Průběh těhotenství byl bez problémů. Klient je prvorozené dítě. Porod byl v termínu bez komplikací. Porodní váha byla 2900 gramů a porodní délka 50 centimetrů. Novorozenec nebyl kojen. Od narození dítěte byly patrné fyziologické zvláštnosti ukazující na Downův syndrom. Genetika potvrdila trizomii 21. páru chromozomů. Psychomotorický vývoj byl opožděný – sed ve 13. měsíci, chůze v 17. měsíci. První slova produkoval ve 3 letech a první věta v pátém roce života dítěte. Do pěti let byl plenován. Klient neprodělal v minulosti žádné závažné úrazy a operace, pouze fraktura stehenní kosti ve stáří 10 let.

Ve zvláštní mateřské škole (nyní MŠ speciální) byl velmi klidný, spavý a působil introvertně. Následně pokračoval na pomocné škole (nyní ZŠ speciální). Od roku 1988 je klientem týdenního stacionáře provozovaného domovem pro osoby se zdravotním postižením. Nejraději vybarvuje omalovánky, kouká na televizi a jí. Povahově je líný, nesnášenlivý k ostatním klientům, pohodlný a vždy má poslední slovo.

Rodinná anamnéza

Matka klienta se narodila roku 1950 a zemřela v roce 2020. Měla ukončené základní vzdělání. Otec klienta se narodil v roce 1945 a zemřel roku 2009. Byl absolventem maturitního středoškolského oboru. Mladší bratr klienta získal maturitní vzdělání. Klient č. 2 je v současné době je klientem týdenního stacionáře a víkendy tráví s rodinou mladšího bratra. V rodinné anamnéze klienta není žádný záznam o výskytu jakéhokoli postižení v rodině.

Sociální anamnéza

Klient se straní sociálního kontaktu s ostatními klienty i pracovníky domova. Vyhledává klid a samotu, kde si může vybarvovat omalovánky. Komunikace se sociálním

okolím je provázána emoční labilitou a afektivním chováním. Často se rozčiluje a hledá chyby na ostatních klientech, rád kritizuje. Většinou se s nikým na ničem neshodne, protože vždy prosazuje jen svou pravdu. Není tolerantní ani sebekritický, věčně je v opozici, neumí přijmout kompromis nebo uznat vlastní chybu. Řeč vygraduje až do křiku, je vzteklý, nabíhají mu žíly na krku. Pokud se cítí maximálně nekomfortně, dokáže dát i facku.

Komunikační úroveň

Logopedická péče ve složce klienta nefiguruje, a proto není žádná oficiální diagnóza narušené komunikační schopnosti. Možný zásah logopedické intervence lze přepokládat v rámci působení výchovně vzdělávacích institucích. Klient komunikuje verbálně bez využití AAK. Zraková vada je kompenzována velmi silnými brýlemi. Ve sluchovém vnímání se u klienta nevyskytují závažné komplikace. Jemná a hrubá motorika jsou na nízké vývojové úrovni. Celkově není klient příliš zručný a působí neobratně. Grafomotorika je jednou ze silnějších stránek klienta. Dobře drží tužku, umí se podepsat a rád vybarvuje omalovánky. Aktivita mimického svalstva je při běžné komunikaci snižena až mizivá. Při jednání v afektu či během koncentrace pozornosti ulpívá jeho výraz v křečovitém úsměvu. Verbální projev je narušen špatnou koordinací výdechového proudu. Mluví do maximálního vyčerpání dechu, po kterém následuje silný nádech.

Řeč klienta je narušena chybnou artikulací a častými neplnulostmi. Nonfluentnost se projevuje buď tonoklonickými pauzami se značným prefonačním spasmem, nebo naopak překotným tokem řeči se zvýšenou dynamikou mluvy. Se vzrůstajícím emočním znepokojením vzrůstá i počet zakoktání nebo se zvyšuje tempo řeči. Rozumění verbálnímu projevu není příliš snadné, avšak pokud klient opravdu něco potřebuje, dokáže svou řeč usměrnit. Autokorekce není příliš vysoká. V komunikaci převládají řečové stereotypy – mluví stále o stejných věcech, situacích, stěžuje si na ostatní klienty. Slovní zásoba je omezená, nekvalitní a nespolehlivá, ve smyslu, že si rád vymýšlí. Na otázky a výzvy zaměstnanců domova pro osoby se zdravotním postižením reaguje dle nálady a psychického rozpoložení. Běžně se společenské komunikace straní, ale pokud se zapojí nedokáže poslouchat ostatní, jede si podle svého a vynucuje si pozornost ostatních. Verbální i názorová hranice odpovídají stupni mentální retardace.

Možnosti podpory komunikačních dovedností

Pro práci s klientem č. 2 bude klíčová motivace. Klient je líný a pohodlný, což vede i k nezájmu o jakékoliv nové aktivity. Straní se ostatním klientům i zaměstnancům, má rád svůj stereotyp, proto bude jeho aktivizace zásadní. Vzhledem k přítomným symptomům Downova syndromu je nutné zapojit a zpevnit svalstvo v orofaciální oblasti a celkově rozpohybovat mluvní orgány. Nelze zapomenout i na kontrolu správného držení těla, které by mohlo být překážkou při dechovém tréninku. Nejvýraznější vadou řeči jsou tonoklonické pauzy. Pro nápravu lze doporučit nácvik vyteskávání slov po slabikách, rytmizaci řeči, opakování předříkávaných vět, dramatizaci reálných situací nebo hru v rolích apod. Klient by měl být při terapii v co největší pohodě a uvolnění, proto bude nutné brát ohled na jeho aktuální psychické rozpoložení a modifikovat průběh sezení jeho individuálním zvláštnostem v chování.

5. 3 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 3

Klientem číslo 3 je opět dospělý muž narozený v roce 1969. V době zpracování této kazuistiky mu bylo 51 let. Mentální postižení není u tohoto jedince příliš markantní, neboť se hodnota inteligenčního kvocientu pohybuje v rozmezí hraničního intelektu a lehké mentální retardace (IQ 70 – 66). Nejvýraznějším postižením tohoto klienta je obsedantně kompulzivní porucha a s ní spojené úzkostné stavy, které pokud nejsou krátkodobě uspokojeny rituálním jednáním dostavuje se u klienta afektivní labilita. Často se projevují i poruchy chování.

Osobní anamnéza

Těhotenství matky bylo od počátku pozorováno jako rizikové, a to hlavně z důvodu jejího vyššího věku a nezkušenosti s porodem. V druhém měsíci těhotenství začala matka krvácet. Od této doby byla pod důsledným lékařským dohledem a těhotenství bylo udržované. Porod přišel v 37. týdnu těhotenství a jeho průběh byl bez komplikací. Porodní váha novorozence byla 3500 gramů a porodní délka 51 centimetrů. Fyzické proporce se tedy pohybovaly v normě. Od narození se projevovala svalová hypotonie, a i z těchto důvodů nebyl kojen. Motorický vývoj byl opožděný, a to především z důvodu ochablého svalstva. Základy samostatného sedu přicházely kolem jednoho roku klienta. Chůze následovala po 15. měsíci. Odstranit pleny se u klienta povedlo ve 3 letech. Rozvoj komunikace začal standardními před řečovými obdobími

broukání a žvatlání. Neměl problém s očním kontaktem a produkce prvních slov začala v 9. měsíci. Od tří let se snažil řečově projevoval v jednoduchých větách. Vzhledem k motorické neobratnosti a uvolněnosti v držení těla došlo v 8. měsíci věku dítěte k pádu na hlavu, následkem kterého byl hospitalizován v nemocnici a chirurgicky ošetřen. V průběhu dětství, dospívání i dospělosti došlo k podobnému úrazu několikrát.

Nástup klienta do zvláštní mateřské školy (nyní MŠ speciální) byl ze strany matky doprovázen velkým očekáváním, že čas strávený s vrstevníky pomůže chlapci k pozitivnímu progresu v psychickém a sociálním vývoji. Bohužel ve většině aktivit nezvládal udržet s ostatními krok a pro jeho vývoj to mělo opačný důsledek, než jeho matka očekávala. Chlapec psychicky špatně snášel svou neschopnost vyrovnat se spolužákům, začal koktat a později téměř přestal mluvit. Z těchto důvodů ukončil docházku do mateřské školy. Po nástupu do pomocné školy (nyní ZŠ speciální) se opakovala situace podobná zkušenostem ze zvláštní MŠ a chlapec musel opakovat 1. třídu. Ve škole byl velmi dráždivý, vulgární a výbušný. Jenom díky velkému úsilí matky zvládl projít 8 tříd pomocné školy. Od roku 2000 je uživatelem sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením s celoročním provozem v Praze. V roce 2007 se bydliště klienta přesunulo do nového domova pro osoby se zdravotním postižením lokalizovaného mimo hlavní město (pozn. místo výzkumného šetření).

Rodinná anamnéza

Klient až do nástupu do sociálního zařízení vyrůstal v úplné rodině. Matka klienta se narodila v roce 1926 a zemřela roku 2009. Měla ukončené základní vzdělání. Klient byl její jediné dítě, o které se vždy zodpovědně starala a pečovala, dokud měla dostatek sil. Otec klienta byl o dva roky starší než matka (nar. r. 1924) a zemřel v roce 2008. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání bylo vysokoškolské s inženýrským titulem. V historii rodiny se nevyskytovalo žádné vrozené ani závažné získané postižení.

Sociální anamnéza

Úroveň sociální adaptace klienta se odvíjí podle jeho nálad a aktuálního psychického ladění. Některé dny vyhledává samotu a straní se klientům i zaměstnancům domova pro osoby se ZP. Nereaguje na žádné nabízené aktivity, je pasivní a všechno odmítá. Časté jsou situace, kdy dělá že neslyší nebo reaguje jen na to, co se mu hodí. Jindy se snaží kolektivně zapojit a trávit čas s kamarády. Toto pozitivní naladění však často končí pronásledováním labilních klientů domova, u kterých ví, že je dokáže lehce vyprovokovat a rozčílit. Následuje pak závěrečná fáze jeho vystupování v podobě neustálého stěžování si a rozčilování. V kolektivní komunikaci je pasivní,

nekomunikativní a je v opozici. Samotné chování v kolektivu je narušeno nutkavým rituálním chováním. V případě jeho lepších dní rád zpívá, tančí, vkládá do promluv vtípky nebo vulgarismy, které dokážou rozesmát celý kolektiv domova. Bezprostředně po vulgarismu však přichází napomenutí od zaměstnanců domova, což se klienta velmi dotkne, urazí se a dochází k hádkám a provokaci ostatních klientů. Změny psychického rozpoložení klienta přichází během vteřiny, kdy se z nadšení pro aktivitu promění v absolutní nezájem, potřebu samoty a vyvrcholí vztekem. Vztek klient filtruje prostřednictvím agresivního chování – ničí zařízení domova, škrábe a špiní omítku, vytrhává listy knih z pevné vazby nebo trhá listy květin.

Komunikační úroveň

Cílená logopedická intervence není ve složce klienta zaznamenána. Možné logopedické působení lze očekávat ve speciálních výchovně vzdělávacích institucích. Komunikace probíhá na verbální úrovni bez použití systémů AAK. Zrakové ani sluchové vnímání není nijak poškozeno. Reakce klienta na sluchové podněty jsou ovlivněny jeho vůlí, neboť často záměrně nereaguje, ale vnímání není prokazatelně narušeno. Postura těla a motorické schopnosti jsou poznamenány od dětství ochablým svalstvem. Klient se proto vyhýbá aktivitám, k jejichž splnění je nutná motorická gramotnost. Celkově je klient neobratný, nešikovný a nesoustředěný. Grafomotorika je taktéž poznamenána a její úroveň lze hodnotit jako nízkou. Pohyblivost mimického svalstva během mluvy je nulová. Problémy s polykáním se u klienta nevyskytují, ale projevuje se hypersalivace.

V řeči klienta jsou nápadné především časté neplynulosti v podobě tonoklonických pauz. Vzhledem k neúčasti logopedické intervence během speciálně pedagogického působení nebyla diagnostikována balbuties, ale symptomy koktavosti jsou znatelné. Dalším nápadným jevem je narušení hlasu řeči, který zní jako kdyby klient mluvil hrudním hlasem bez použití hlasivek. Při respiraci během verbálního projevu dochází k maximálnímu vyčerpání výdechového proudu, který však není příliš objemný. Hospodárnost s dechem je špatná, časté přídechy ve slovech. Porozumění však není těmito nedokonalostmi natolik narušeno, aby nebylo možné s klientem orálně komunikovat. Dorozumívá se prostřednictvím jednoduchých vět. Slovní zásoba je poměrně široká a dokáže si vymýšlet vlastní neologismy a vulgarismy. Obsah sdělení bývá zasažen vtíravými myšlenkami, které souvisí s jeho psychiatrickou diagnózou. Z hlediska pravdivosti sdělení často vymýšlí lži, ve kterých se stává obětí jednání někoho jiného. Na otázky a žádosti reaguje podle aktuálního psychického rozpoložení buď

aktivně, nebo naprostým ignorováním. Používá stereotypní fráze, o kterých ví, že vyprovokují ostatní klienty.

Možnosti podpory komunikačních dovedností

Nálady a psychické rozpoložení klienta č. 3 se mohou stát největší překážkou při snaze aplikovat pomůcky pro podporu komunikace. Dále k tomuto problému přispívá i obsedantně kompulzivní porucha. Z těchto důvodů je nutná neustálá pozornost vychovatele a jeho včasné reakce na případné změny v klientově chování. Z hlediska verbálního projevu je vhodné se zaměřit na posílení orofaciálního svalstva, speciálně na pevnost retoretného uzávěru. Dechová cvičení se mohou také osvědčit jako přínosná. Vzhledem k hodnotě IQ lze předpokládat u klienta zlepšování v rozvoji slovní zásoby, pokud bude učení probíhat pravidelně a s dostatečným opakováním. Aktivní slovní zásobu je možno rozvíjet i dramatisací reálných situací, nebo cíleným rozhovorem o denních činnostech. Artikulaci lze zlepšit nácvikem artikulačního postavení mluvidel, kterému bude předcházet trénink motorických schopností mluvních orgánů.

5. 4 Popis komunikačních dovedností dospělé osoby s mentálním postižením - případová studie č. 4

Posledním členem výzkumného vzorku, tedy klient číslo 4, je dospělý muž narozený v roce 1975 a v době výzkumu bylo 45 let. Diagnóza tohoto klienta je Downův syndrom. V souvislosti s genetickým postižením je u klienta přítomna mentální retardace, která se pohybuje v rozmezí lehké a středně těžké. Klient se léčí s vysokým krevním tlakem a astmatem.

Osobní anamnéza

V průběhu těhotenství nenastaly žádné komplikace. Výsledky žádného z vyšetření nevykazovaly u dítěte možnost vrozeného postižení, alespoň rodiče o tom nebyli informováni. Závažná komplikace nastala při porodu, kdy u novorozence došlo k asfyxii a musel být následně kříšen. Z hlediska tělesných porodních proporcí byl chlapec v hodnotách normy – váha 3400 gramů, délka 48 centimetrů. Matka chlapce nekojila. Opožděný psychomotorický vývoj se projevil pozdním sezením, které přišlo až po prvním roce života. Samostatná chůze se dostavila až ve 2 letech. Projevy řečové exprese v podobě prvních slov se objevovali od 2 let a jednoduché věty ve 4 letech. Pleny se u chlapce povedlo odstranit ve 4. roce, ale do 8 let u něho bylo velmi časté pomočování. Schopnost samostatně se najíst ovládá od 5 let. V dětství trpěl častými záněty středního

ucha, byla mu odstraněna nosní mandle a několikrát měl zlomenou pravou i levou dolní končetinu.

Ve složce klienta nejsou uvedené přesné záznamy o speciálně pedagogické intervenci. Jediná zmínka je o docházce do pomocné školy (nyní ZŠ speciální). Od třinácti let klienta je uživatelem sociálních služeb ve formě celoročního pobytového zařízení v domově pro osoby se zdravotním postižením. Klient má rád sport, zejména pak stolní tenis a pétanque. V oblibě jsou také aktivity spojené s hudbou – zpěv, tanec, hra na Orffovy nástroje.

Rodinná anamnéza

Matka klienta se narodila v roce 1950. Získala základní vzdělání a pracovala jako dělnice v továrně. V současné době žije u prvorozené dcery a její zdraví je poznamenáno pouze typickými chorobami související s vyšším věkem. Otec klienta narozen 1950 zemřel v roce 2003. Jeho nejvyšší dosažené vzdělání je základní a taktéž pracoval jako dělník. Setra klienta je starší o 7 let a dosáhla základního vzdělání. Manželské soužití rodičů klienta nebylo dobré. Matka dvakrát porodila mrtvé dítě a po narození dítěte s postižením manžel psychicky strádal. Další pokus o dítě byl opět nenaplněn, neboť manželka potratila. Po těchto událostech otec klienta rodinnou situaci neustál a s manželkou se rozvedl. Klient tedy vyrůstal pouze s matkou a starší sestrou, které však výchovu chlapce a zaměstnání zároveň nezvládaly. Proto klienta umístily do domova pro osoby se zdravotním postižením.

Sociální anamnéza

Socializace ve známé skupině lidí nečiní klientovi velké obtíže. Rád se předvádí a je tak středem pozornosti. Celkově je společenský, pracovitý, v kolektivu aktivní, veselý, spokojený. V oblibě má kolektivní aktivity – sportovní, výtvarné, hudební. Je velmi soutěživý, ale těžce přijímá prohru. Důležitou roli v jeho aktivizaci hraje silná motivace a vysvětlení, proč má dělat to, co má dělat. Komunikace s ostatními klienty, pokud se nejedná o nějakou týmovou činnost, je minimální nebo na úrovni napomínání, komandování. Více se dorozumívá s personálem domova. Pokud někdo potřebuje pomoc vždy se mu snaží poskytnout podporu. V případě nutné domluvy mezi přáteli je neustále v opozici a nedokáže přijmout kompromis a vlastní chybu. Občas bývá lítostivý a plačtivý.

Komunikační úroveň

Klient v dětství nedocházel do logopedické ambulance s žádnou vadou řeči. Vzhledem k omezeným informacím z dob edukačních nelze odhadnout možný zásah

logopedické intervence ve výchovně vzdělávacích zařízeních. Komunikace probíhá verbálně bez využití systémů AAK. Prvky převzaté z AAK ve formě piktogramů a fotografií využívá pouze k osvěžení paměti, nebo pokud si nemůže vybavit určité slovo, ale dorozumí se verbálně. Klient má lehkou zrakovou vadu vzniklou v důsledku stárnutí organismu (presbyopie) kompenzovanou brýlemi na dálku. Sluchová percepce není nijak poznamenána. Z hlediska motoriky a komoce je klient velmi šikovný a nedostatky, které se u něj projevují jsou úměrné jeho věku. V jemné motorice se snaží být velmi precizní. Rád kreslí a vybarvuje omalovánky. Mimika se projevuje minimálně. Nejvýraznější projevy v oblasti mimických svalů lze pozorovat při pocitech velké radosti nebo vzteku.

Řeč je patlavá a bývá nesrozumitelná. Jedním z důvodů této vady může být hypotonický jazyk, jakožto symptom Downova syndromu, který není dostatečně hybný pro správnou artikulaci. Respirace během mluvení není rušivým elementem. V současné době dochází u klienta k častějším příděchům, ale to převážně z důvodu zhoršujícího se astmatu. Při verbálním projevu používá jednoduché věty. Slovní zásoba je chudá a zakládá se na stereotypních frázích. Chuť komunikovat závisí na aktuálním psychickém rozpoložení klienta. Při zpěvu se vyskytují slovní echolálie. V běžné mluvě občas opakuje poslední hlásky slov („jsme byli - li, zpívali jsme - me, kočka – ka“). Sebekontrolu v řečovém projevu postrádá.

Možnosti podpory komunikačních dovedností

Klient č. 4 je velmi aktivní a do nových činností se zapojuje s nadšením. Z hlediska logopedické terapie lze doporučit zaměření se na motoriku mluvních orgánů, především jazyka, který je symptomaticky k Downovu syndromu hypotonický a při artikulaci působí rušivě. Respirace při verbálním projevu je narušena astmatem, a tak dechová cvičení mohou alespoň částečně podpořit koordinaci nádechu a výdechového proudu. Vzhledem k velké snaze klienta se nabízí možnost stimulovat rozvoj aktivní, ale i pasivní slovní zásoby, a to prostřednictvím rozhovorů, hraní reálných situací, nebo společným čtením. Klient číslo 4 je hudebně i výtvarně poměrně nadaný, proto by se tyto jeho kvality nechaly taktéž při terapii využít.

6 Charakteristika souboru aktivit pro podporu komunikace

Námět pro konkrétní pomůcky podporující komunikaci dospělých jedinců s mentálním postižením vychází ze získaných dat, která se zakládají na stěžejních informacích vyplývajících z případových studií jednotlivých osob tvořících výzkumný vzorek. Cílem všech vytvořených materiálů je u výzkumného vzorku rozvíjet či aktivizovat komunikační dovednosti.

Pomůcky jsou uzpůsobeny pro dlouhodobé užívání při výchovných činnostech v domově pro osoby se zdravotním postižením, a to jak skupinově, tak individuálně při práci jeden na jednoho. Do role terapeuta je postaven zaměstnanec v sociálních službách zaměřující se na výchovné, aktivizující a vzdělávací aktivity klientů. Dále bude tato osoba v závěrečné práci označována termínem vychovatel.

Primární oblasti, na které se soubor aktivit vztahuje, jsou dechová cvičení, oromotorická cvičení, schopnost vyjádření informace, rozšiřování aktivní slovní zásoby prostřednictvím popisu procesních schémat, porozumění a zapamatování si slyšených údajů, rytmizace řeči a sluchové vnímání. Detailní popis jednotlivých pomůcek je obsahem následujících podkapitol.

6. 1 Dechová cvičení

První aktivita, která bude blíže přiblížena, je zaměřena na podporu koordinace dýchání při verbální komunikaci. Za účelem podpory správné respirace byl vytvořen pracovní list, jehož obsahem jsou aktivity zaměřené na dílčí schopnosti v oblasti dýchání, které jsou pro efektivní dorozumívání nezbytné. Tento podklad může být využíván i jako didaktický materiál s metodickou oporou pro zaměstnance sociálních služeb, kteří s klienty pracují.

Námětem pro tuto tematickou aktivitu byly problémy na úrovni koordinace nádechu a výdechu při komunikaci, různého typu a v různé míře, se kterými se potýkají všichni klienti z výzkumného vzorku. Následkem těchto potíží je narušeno porozumění ze strany komunikačních partnerů nebo úplné znemožnění naplnění komunikačního záměru klientů. Nejběžnějšími chybami jsou nevhodnost s dechem, špatná koordinace výdechového proudu a nesouhra nádechu a výdechu při orální mluvě. Cílem aktivit v pracovním listu je vtisknout osobám s mentálním postižením základní principy sebekontroly dýchání při verbálním dorozumívání a podpořit jejich schopnosti na úrovni koordinace nádech nosem – výdech ústy, šetření s dechem, regulace výdechového proudu a dechová výdrž.

Teoretický základ pro tvorbu pracovního listu vychází z odborné literatury - Valenta (2013) a Lechta (2011). Východisky pro praktické úkoly a aktivity byly převážně internetové stránky zaměřující se na logopedická cvičení, které jsou citované v závěru bakalářské práce. Vše je doplněno poznatky a zkušenostmi z logopedické praxe v ambulanci klinické logopedie. Nedílnou součástí pracovního listu je obrázková vizuální podpora, která má funkci názornou a motivační.

Pracovní list lze využít několika způsoby dle individuálních potřeb a možností uživatelů sociálních služeb. Primárně je určen pro práci s menší skupinou (4 – 6 osob). Vychovatel postupně prochází s klienty jednotlivá cvičení a zároveň kontroluje jejich správné provedení. Při individuální práci jeden na jednoho může klient řídit svou činnost dle pracovního listu samostatně a zaměstnanec sociální služby mu je oporou a opět kontroluje správnost úkonů. Tato možnost individuální práce je podmíněna schopností klienta číst. Při aktivizující práci s klienty lze využít pouze některá cvičení z pracovního listu jako rozcvičku či zklidnění před samotnou terapií, činností. Časová dotace pro práci s pracovním listem se bude lišit podle způsobu aplikace materiálu a počtem využitých dalších námětů pro podporu dýchání.

Struktura pracovního listu odpovídá postupu komplexní terapie a zaměřuje se tedy mimo jednotlivé dechové cvičení i na správné držení těla při dýchání či motivační výtvarné a herní činnosti.



Obrázek 1 Dechová cvičení - pracovní list s pomůckami

6. 2 Oromotorická cvičení

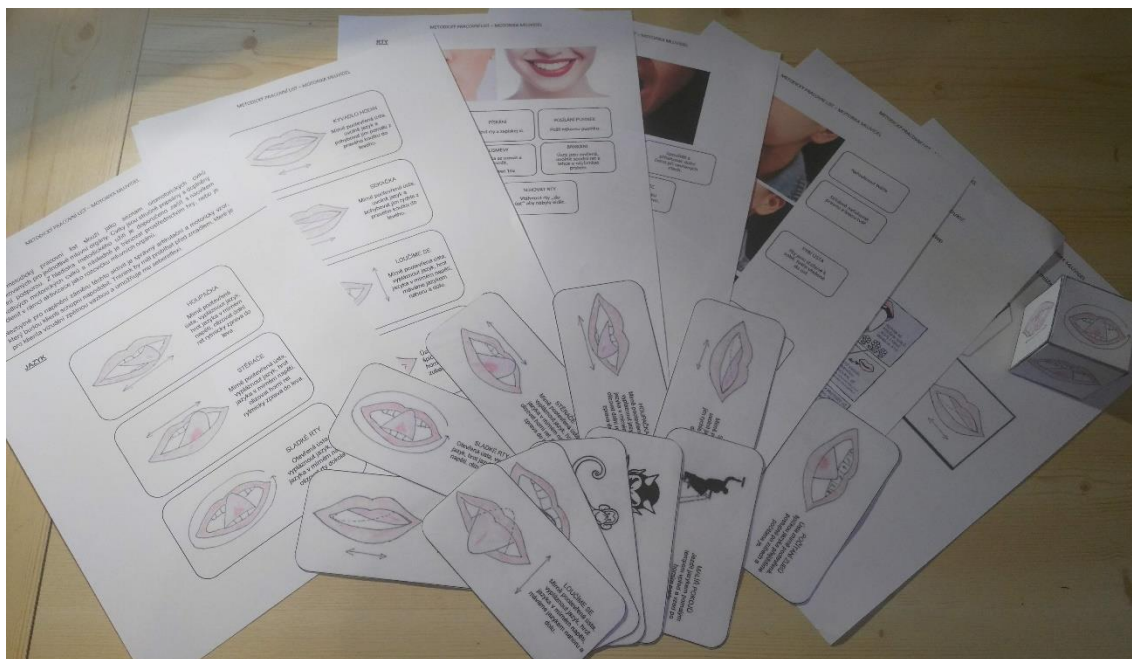
Další oblastí, na kterou se v rámci podpory komunikačních dovedností u dospělých lidí s mentálním postižením závěrečná práce zaměřuje, je podpora rozvoje motoriky mluvních orgánů. Správná hybnost orgánů podílejících se na artikulaci je předpokladem pro kvalitní mluvní projev. Svaly v orofaciální oblasti je nutné posilovat stejně jako kterékoli jiné příčně pruhované svalstvo na lidském těle. Stimulace motoriky mluvidel a artikulační způsobilosti by měla probíhat společně s rozvojem spontánních verbálních schopností a podporovat tak zvýšení srozumitelnosti projevu klienta. Vytvořený metodický pracovní list obsahuje náměty na cviky pro rozvoj hybnosti a koordinace jednotlivých mluvních orgánů, které lze s klienty s narušenou komunikační schopností trénovat nejen v rámci aktivizační terapie, ale i jako rozcvičku mluvidel před herní činností. Cvičení se zakládají na názornosti a schopnosti napodobování jednotlivých pohybů podle vzoru, který prezentuje vychovatel.

U vybrané skupiny klientů s mentálním postižením jsou nedostatky v hybnosti mluvních orgánů více či méně nápadné. Z případových studií a pozorování klientů při běžných činnostech byly nedostatky v této oblasti diagnostikovány jako jedna z hlavních příčin narušené komunikační schopnosti, neboť neobratnost mluvních orgánů a nesoustředěnost na provedení artikulačních pohybů měla za následek mluvní projev, který působil patlavě či překotně a výrazně narušil porozumění ze strany komunikačního partnera. Zároveň byla při komunikaci pozorovatelná i nízká aktivita mimiky a mluvčí působili strnulým dojmem v oblasti obličeje. Cílem vytvořeného materiálu pro podporu rozvoje oromotoriky je nácvik izolovaných pohybů nezbytných pro správnou artikulaci, zpevnění orofaciálního svalstva a vzbuzení u klientů povědomí o hybnost mluvidel, čímž lze docílit soustředěnosti při spontánní mluvě na precizní výslovnost. U klientů s Downovým syndromem lze předpokládat v rámci symptomatologie snížené svalové napětí jazyka a orofaciálního svalstva, přesto pravidelné cvičení může vést minimálně k udržení již dosažené úrovně hybnosti.

Teoretické východisko pro vytvoření metodického pracovního listu se zakládá na odborné literatuře autorů Kutálková (2005), Valenta (2013) a Lechta (2011). Náměty na jednotlivá motorická cvičení mluvidel vychází převážně z internetových zdrojů citovaných v závěru práce a ze zkušeností získaných v průběhu praxe v ambulanci klinické logopedie. Součástí pracovního listu je vizuální podpora, která má primárně názornou funkci.

Návrh metodického pracovního listu je přizpůsoben pro individuální práci s jednotlivcem, ale lze ho modifikovat i pro práci s menší skupinou (4 – 6 osob). Toto kritérium je závislé na schopnosti vychovatele kontrolovat správné provedení cviků u více osob či schopnost klientů sebekontroly před zrcadlem. Práce s pracovním listem není závislá na celistvém používání, ale jedná se spíše o přehledový materiál, který lze využívat přizpůsobeně k individuálním potřebám jednotlivců. Nutnou vlastností vychovatele, který bude s tímto materiálem pracovat, je správný artikulační vzor a bezproblémové zvládnání všech oromotorických úkonů. Důležitou pomůckou pro užívání je zrcadlo, které poskytne klientovy zpětnou vazbu pro vlastní kontrolu vykonaného pohybu.

Metodický pracovní list je strukturován podle mluvních orgánů na cviky pro jazyk, rty a dolní čelist. Cvičení zaměřená na zkvalitnění motoriky jazyka jsou zaměřena na jeho zpevnění, koordinaci a rozsah pohybů. Trénink motoriky rtů je koncipován v rámci zpevnění retoretného uzávěru a cílené utváření úst do artikulačního postavení. U dolní čelisti je důraz kladen na pohybový rozsah a získání kontroly nad těmito pohyby. Z důvodu minimálního užívání mimiky při komunikaci, u osob začleněných ve výzkumném vzorku, jsou v pracovním listu zařazeny i cviky pro rozpohybování tváří. V závěru je nabídka aktivit, které lze využít motivačně či fixačně.



Obrázek 2 Oromotorická cvičení - metodický pracovní list s pomůckami

6. 3 Pomůcka k rozvoji exprese dospělých osob s mentálním postižením

Pomůcka vytvořená za účelem aktivizace a podpory rozvoje komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením seznamuje klienty s různými možnostmi, jak naplnit komunikační záměr. Pomůcka nabízí možnost vyjádření prostřednictvím verbálního popisu, pantomimy a grafického zobrazení. Pro zvýšení motivace k činnosti je pomůcka pojata ve formě hry, a proto se skládá z obrázkových kartiček se slovy a losovacího kolotoče.

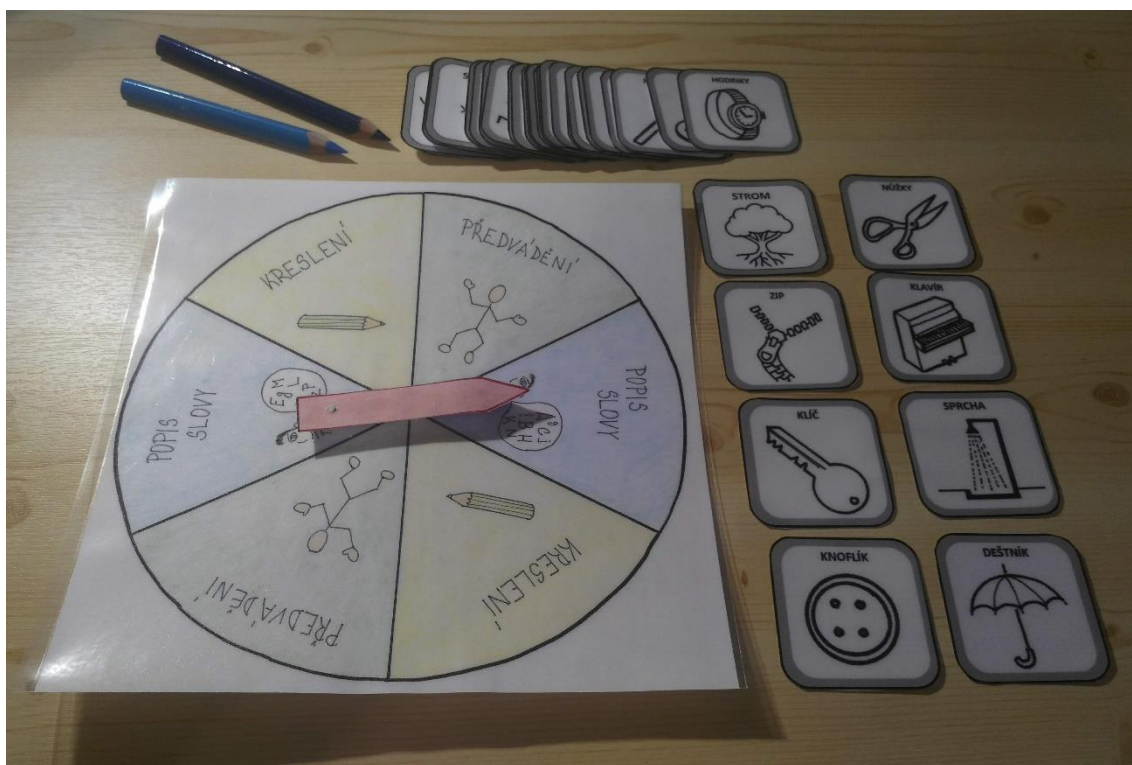
V situaci, kdy klient nedokáže pomocí verbálního projevu sdílet své myšlenky s komunikačním partnerem, může mluvený projev doplnit jiným vyjádřením, a to ve formě gest a nápodoby, nebo prostřednictvím tužky a papíru. Využití více prostředků může tak přispět k efektivnější komunikaci a usnadnit klientům dorozumívání s přáteli či zaměstnanci sociální služby. Zároveň pomůcka podporuje grafomotoriku, uvědomění si charakteristiky a základních vlastností předmětů, představivost, ovládání vlastního těla, verbální komunikaci a rozvoj aktivní slovní zásoby. Cílem aktivity je z globálního hlediska posílení u klientů povědomí o možnostech různého vyjádření, že nemusí být nutně odkázáni pouze na mluvené slovo, ale podle své individuální potřeby mohou využít jiný podpůrný prostředek ve formě gest, pantomimy, kresby či písma. Praktické provedení formou hry zanechá v klientech pozitivní emoce, které přispívají k lepšímu zapamatování a pozdějšímu znovu vybavení nabytých dojmů a dovedností.

Námět pro vytvoření pomůcky vychází z odborné publikace, které je zaměřena na rozvoj a podporu dovedností dospělých osob s mentálním postižením. (Solovská, 2013) Provedení ve formě hry je volně inspirováno společenskou hrou *Activity*. Větší část obrázků použitých pro tvorbu kartiček náleží k souboru černobílých obrázků k výměnnému obrázkovému komunikačnímu systému VOKS. (Knapcová, Jarolímová, 2005) Zbylé piktogramy jsou volně dostupné v souboru ikon programu MS PowerPoint 2019.

Pro použití pomůcky je nutný losovací kolotoč, soubor kartiček s obrázky různých jevů (předměty denní potřeby, sporty, zvířata apod.), prázdný papír a tužka. Losovací kolotoč se skládá z kruhu s šesti výsečemi, na kterých se střídají tři disciplíny – popis slovy, předvádění, kreslení. Papír s nakresleným kruhem je zalaminován a uprostřed je pomocí nýtku připevněna šipka, kterou lze roztočit a tím si vylosovat jednu ze tří disciplín. Soubor kartiček byl graficky vytvořen v programu Microsoft PowerPoint 2019,

následně vytisknut, zalaminován a rozstříhán na jednotlivé karty. Vyobrazené jevy jsou klientům dobře známé z běžného života v domově pro osoby se zdravotním postižením.

Před začátkem používání pomůcky musí být klientovi vysvětlena pravidla o průběhu aktivity. Vše začíná zatočením šipkou na losovacím kolotoči. Poté si z balíčku vybere jednu kartu se souboru kartiček a její obsah zatají před ostatními spoluhráči. Podle výsledku losování se klient snaží vybraný jev popisovat slovy, nebo pantomimicky předvádět či nakreslit. Vychovatel hádá, o jaký předmět či činnost se jedná. Je dobré nechat klientovi dostatek času a v případě, že si není jistý, jak postupovat, odkryje obsah kartičky a návodnými otázkami nebo poznámkami mu poskytnout pomoc. Po splnění úkolu se role obrací a klient se snaží hádat, jaký jev popisuje, předvádí či kreslí vychovatel. Využití pomůcky lze různorodě modifikovat pro specifické potřeby klientů. Zároveň je možné použití pro terapii s jednotlivcem i s malou skupinou (4 – 6 osob). Po ukončení aktivity by měla proběhnout reflexe vztahující se k průběhu hry, sebehodnocení klienta, popisu pocitů z různých typů vyjádření, zhodnocení schopností klientů ze strany vychovatele apod.



Obrázek 3 Pomůcka pro rozvoj exprese dospělých osob s MP

6. 4 Procesní schémata

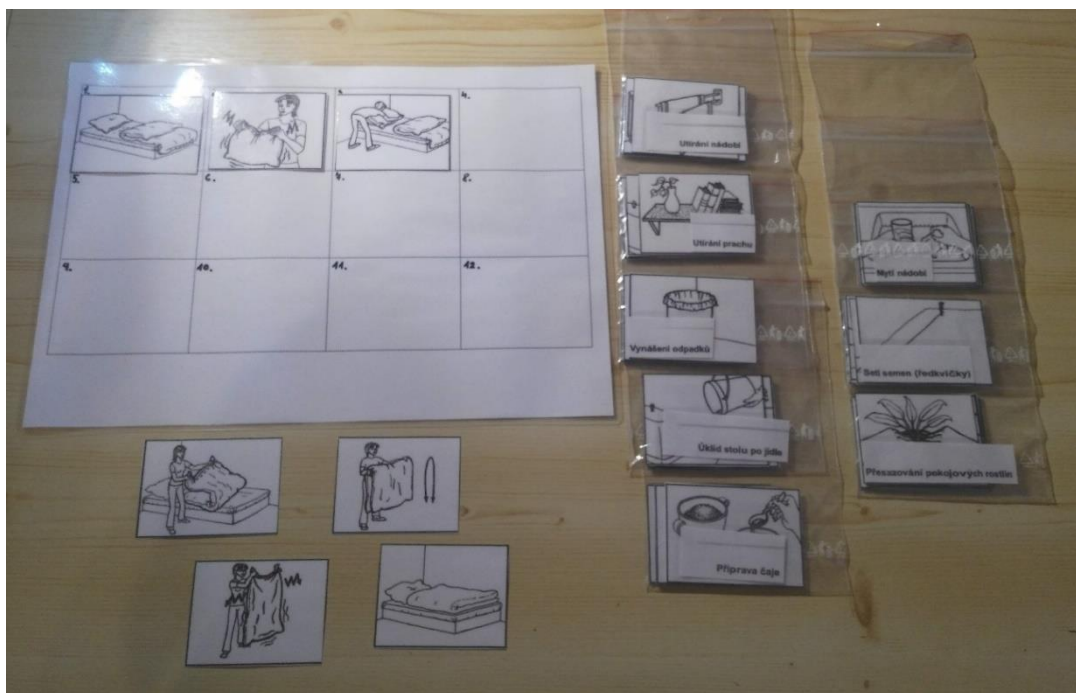
V rámci praktické části bakalářské práce byla vytvořena také pomůcka zaměřená na praktické dovednosti a s nimi spojenou komunikaci. Jedná se o procesní schémata běžných aktivit, se kterými mají klienti v rámci pobytu v sociálním zařízení zkušenost a jsou jim velmi dobře známé. Práce s touto pomůckou je založena na uvědomění si posloupnosti jednotlivých kroků, které vedou ke zdárnému naplnění cíle dané aktivity. Práci s procesními schématy doprovází verbální popis úkonů ze strany klienta a možné doplňující otázky a připomínky ze strany vychovatele. Obrázkové ztvárnění jednotlivých kroků je pro klienta motivující nejen k logickým úvahám o serialitě dané činnosti, ale i pro komunikaci.

Klienti v domově pro osoby se zdravotním postižením mají sníženou soběstačnost v základních životních dovednostech, ale s dopomocí personálu sociálního zařízení jsou schopni zajistit si osobní péči. V rámci denního harmonogramu domova dostávají možnost zapojit se do běžných činností, které jsou nedílnou součástí každodenního života dospělého člověka. Prostřednictvím praktického konání za asistence vychovatele získávají důležité zkušenosti v oblasti samostatného života. S ohledem na psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením nejen v oblasti paměti, vnímání, myšlení a schopnosti učení, je proces učení zakládán na jasných instrukcích a neustálém opakování. Cílem této pomůcky je poskytnout klientům prostředek k opakování a pamětnímu vybavování průběhu běžných denních aktivit. Zároveň dochází k podpoře verbálního projevu a rozvoji aktivní slovní zásoby, neboť úkolem klienta je i slovně popsat a odůvodnit děj na kartičkách.

Vizuální zobrazení procesních schémat prostřednictvím objektivních černobílých piktogramů je součástí knihy *Čtete obrázky: komunikační systém tvořený návodnými kresbami: procesní schémata*. (Hemzáčková, Kubová, 2011) Z dané publikace byly vybrány schémata: příprava čaje, úklid stolu po jídle, vynášení odpadků, utírání prachu, mytí a utírání nádobí, přesazování pokojových rostlin, setí semen a stlaní postele. Jednotlivé činnosti se skládají ze 7 až 12 karet.

Pomůcka pro opakování průběhu praktických aktivit se skládá z kartiček s jednotlivými kroky a podložkou posloupnosti. Karty i podložka jsou pro lepší udržitelnost zalaminované. Práce s pomůckou je primárně doporučena pro individuální terapii s jedním klientem, ale lze ji využít i pro menší skupinu (4 – 6 osob), pokud jsou členové dané skupiny schopni pracovat samostatně a přemýšlet o posloupnosti vybrané schematicky vyobrazené činnosti. Klient si zvolí jedno z připravenými procesních

schémat. Vyloží před sebe na stůl vybrané kartičky a seznámí se s jejich obsahem. Klient má dostatek času, aby se v kartách zorientoval a mohl následně popsat, co vyobrazují. Pokud si není s něčím jistý, vychovatel se ho snaží podpořit návodnými otázkami. Po objasnění významu jednotlivých piktogramů začne klient se sestavováním procesního schématu na podložku posloupnosti. Průběh svého jednání slovně komentuje. Následně po správném seřazení všech karet klient zrekapituluje průběh vyobrazené činnosti.



Obrázek 4 Procesní schémata

6. 5 Porozumění slyšené informaci

Součástí souboru návrhu aktivit pro podporu a aktivizaci komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením byla zvolena i aktivita, která se parciálně zaměřuje na podporu rozvoje sluchového vnímání a dále pak zejména na rozvoj porozumění čtenému textu, paměti a následné interpretaci slyšeného. Prostřednictvím převyprávění slyšeného textu bude klient rozvíjet své schopnosti zachytit, zapamatovat si a následně sdělit stěžejní informace vycházející z textu, schopnost uvědomit si souslednost dějů a schopnost odpovídat na otázky. Navíc jsou příběhy doplněny pomůckami pro vizuální zobrazení slyšených údajů, které by měly být klientovi podporou pro jeho vlastní vyprávění. Předpokladem pro aplikaci této pomůcky jsou schopnosti klienta verbálně interpretovat data, rozumět mluvenému slovu, vnímat obsah sdělení, syntéza slyšeného s viděným, orientace v časové posloupnosti a prostoru.

Všechny osoby tvořící výzkumný vzorek jsou bez problémů se sluchovou percepcí na úrovni funkčnosti sluchových orgánů, ale vykazují jisté problémy v oblasti třídění slyšených informací a následné ukládání těchto údajů do paměti. Pokud nastane nesrovnalost na této úrovni, nelze od klientů očekávat správné pochopení slyšeného, následné znovu vybavení dat a jejich interpretaci. Současně se v této problematice podílí i snížená schopnost diferenciací důležitých a méně důležitých částí vyprávění. Cílem pomůcky pro rozvoj uvědomění si slyšeného vyprávění je prostřednictvím jednoduchých příběhů a vizuální podpory rozvíjet schopnost vnímat serialitu vyprávění s důrazem na stěžejní informace, tyto údaje udržet v paměti a následně je verbálně sdělit komunikačnímu partnerovi. Komplexní využití pomůcky dále podporuje koncentraci pozornosti, prostorovou orientaci (vpravo, vlevo, pod, nad, vedle apod.), nebo schopnost zamyslet se nad získanými informacemi a odpovídat na otázky.

Vytvoření pomůcky bylo volně inspirováno námětem aktivity pro rozvoj porozumění textu, slyšené informaci, která je prezentována v odborné literatuře. (Solovská, 2013) a diagnostickým materiálem *Token test* pro diagnostiku úrovně porozumění verbální řeči osob s poruchou fatických funkcí. Obrázkové podklady pro příběhy jsou volně přístupné z internetových stránek. (Metodické příručky pro ZŠ a MŠ ©2012)

Pomůcka pro rozvoj rozumění slyšeným informacím a následnému výkladu zaznamenaných údajů se skládá ze tří různě náročných úrovní, které lze aplikovat podle individuálních schopností klienta. Nejjednodušší varianta pomůcky se skládá z podložky s nakresleným domem a osmnácti objektů, které lze příběhově do domu nebo k domu dosadit. K těmto podkladům se váže příběh *Byl jednou jeden dům*. Těžší variantou jsou příběhy *Na rybách* a *V ZOO*, které mají přesně danou posloupnost a vyskytuje se v nich více informací. Stěžejní události z vyprávění jsou vizuálně zobrazeny na kartičkách, ale je možné, podle schopností klienta, obohatit příběhy novými detaily. Poslední modifikace pomůcky je více abstraktní než předchozí možnosti a více než na serialitu příběhu se zaměřuje na pravolevou orientaci, pochopení smyslu předložek určujících místo v prostoru vytvořené podložky, konkrétní rozmístění předmětů a paměť. Jedná se o složitější úkoly, jejichž užití je nutné zvážit podle úrovně klientových schopností. Materiální podklady jsou zalaminovány a některé z nich vybaveny suchým zipem pro lepší udržitelnost a manipulaci.

Před začátkem používání pomůcky je nutné vysvětlit klientovi průběh aktivity. Vychovatel přednese jednoduchý příběh a úkolem klienta bude historku následně

převyprávět podle toho, co si zapamatoval. Při vyprávění příběhu je vhodné mluvit přiměřeným tempem a srozumitelně. Poté, co klient převypráví situaci, dostane před sebe materiály k vizuální podpoře a instrukce o tom, že vychovatel převypráví příběh znovu a on může v průběhu povídání postupně rozmisťovat objekty na podložku. Následně proběhne kontrola umístění obrázků, při které se vychovatel doptává klienta na detaily z vyprávění. Konec činnosti nastává po klientově znovu převyprávění příběhu, jež by mělo být s vizuální podporou téměř kompletní.

Práce s pomůckou je doporučena pro individuální práci s klientem. Zároveň umožňuje vytvářet variace příběhů přidáním nebo ubráním informací, rozšiřováním děje či úpravou materiálních podkladů pro vyprávění.



Obrázek 5 Porozumění slyšené informaci (1. část)



Obrázek 6 Porozumění slyšené informaci (2. část)

6. 6 Rytmizace a sluchová percepce

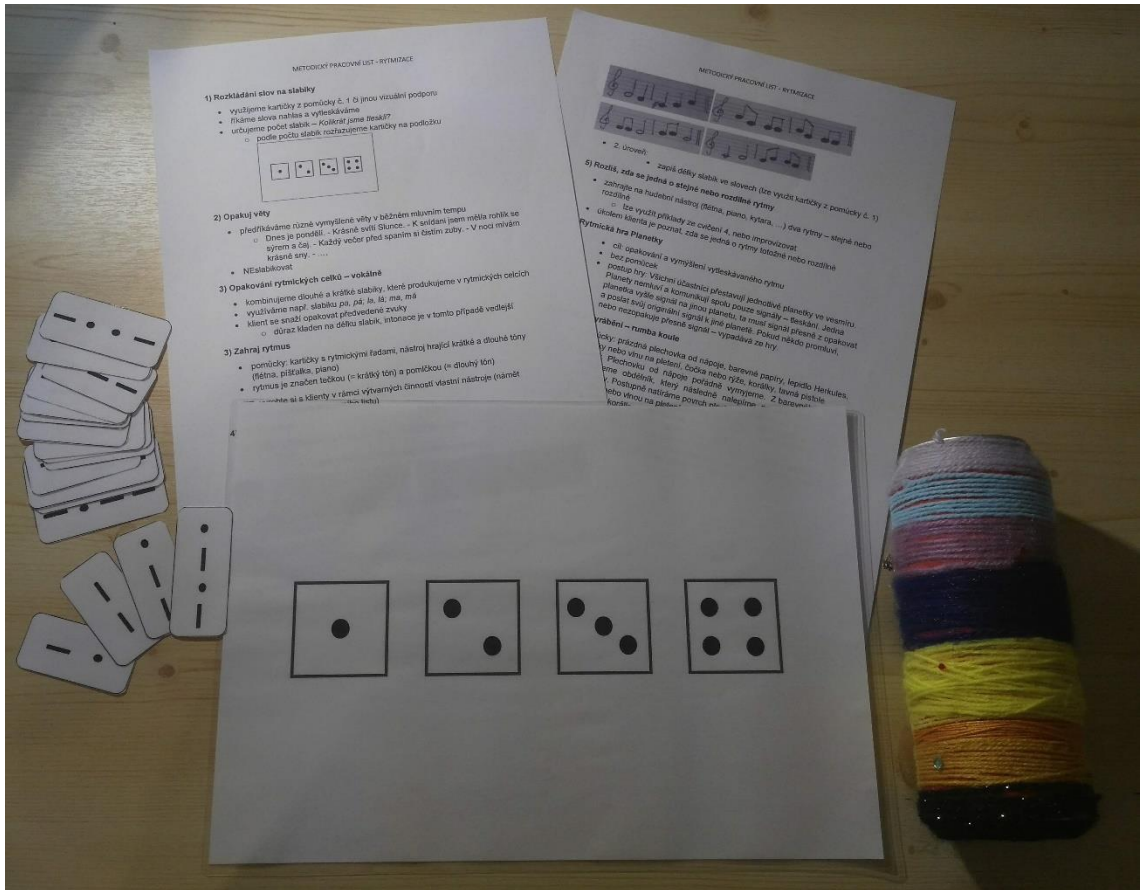
Ve vztahu k rozvoji komunikačních dovedností dospělých osob s MP je třeba věnovat pozornost také rytimizaci a sluchové percepci. Za tímto účelem byl vytvořen metodický pracovní list, jenž obsahuje návodná cvičení pro rozvoj rytmického vnímání mluvené řeči a s ním spojené sluchové vnímání. Rytmus nemá pouze mluvená řeč, ale lze ho pozorovat v přírodě nebo nejtýpčtěji v hudbě. O schopnosti rytimizace se hovoří, pokud je jedinec schopen vnímat a interpretovat rytmus. Lze konstatovat, že u jedinců s narušeným vnímáním rytmu se tato vada promítne negativním způsobem do grafické i verbální komunikace, která může působit překotně, neplynule a zhoršuje se tak porozumění mluvené řeči. Metodický list je zaměřen na rozvoj vnímání a reprodukce rytmu prostřednictvím prvků muzikoterapie, jakožto formativního a motivačního prvku.

Námětem pro vytvoření metodického pracovního listu zaměřeného na oblast rytimizace byla narušená komunikační schopnost klientů vybraných do výzkumného vzorku, která se u všech projevuje buď překotným mluvním tempem, patlavou mluvou nebo neplynulým vyjadřováním, což má za následek špatnou srozumitelnost mluvního

projevu pro jejich okolí. Základními problémy jsou neuvědomování si členění vět a slov na jednotlivé fragmenty, nedodržování konců vět či nesoustředěnost na vlastní verbální projev. Cílem cvičení začleněných do metodického pracovního listu je prostřednictvím několika aktivit usměrnit pozornost klientů na vnímání rytmu ve slovech (větách), diferencovat různé délky tónů či interpretovat vlastní originální rytmické řady.

Valenta (2013) seznamuje s nácvikem rytmického vnímání u lidí s mentálním postižením v rámci výuky hudební výchovy. I z tohoto důvodu jsou aktivity této pomůcky zapracované do muzikoterapeutické oblasti. Východiskem pro konkrétní prvky muzikoterapie byla odborná literatura Kantor s kolektivem (2015) a Hanák (2011).

Struktura metodického pracovního listu je založena na principu posloupnosti, kdy jednotlivá cvičení jsou závislá na zvládnutí cvičení předchozího, avšak s přihlédnutím k individuálním zvláštnostem klientů v oblasti rytmizace je možné vytipovat si pouze některé z nabízených aktivit, které jsou pro konkrétního klienta přínosné. První cvičení je zaměřené na rozkládání slov na slabiky současně s vytleskáváním a počítáním slabik. Pro větší motivaci je možné na místo vytleskávání slabik je vytukávat prostřednictvím dřívek z Orffova instrumentáře. Druhá aktivita se věnuje rozvoji soustředěnosti na vlastní mluvní projev, a to pomocí opakování jednoduchých vět v přiměřeném tempu řeči, které předřikává vychovatel jakožto ideální mluvní vzor. Následující cvičení už pracují s rytmem jako takovým prostřednictvím hudebního ztvárnění. Nejdříve se cvičení orientují na vokální opakování krátkých a dlouhých segmentů, bez ohledu na intonaci, která není v tomto případě stěžejní. Následuje interpretace rytmu podle zápisu na přiložených kartičkách (tečka = krátký tón, pomlčka = dlouhý tón). Karty jsou rozděleny podle obtížnosti na tři úrovně – dva tóny, tři tóny a čtyři tóny. Pro ztvárnění rytmů je možné využít vlastnoručně vyrobený nástroj, na jehož výrobu je v závěru pracovního listu návod. Pokud klient pochopí zápis krátkých a dlouhých tónů je možné přejít na cvičení, ve kterém poslouchá hrané rytmy a snaží se je pomocí teček a pomlček zapsat. Náměty pro rytmické celky jsou součástí metodického pracovního listu, ale lze improvizovat. Vyšší úroveň této aktivity je zápis dlouhých a krátkých slabik ve slově. Nedílnou součástí je schopnost diferenciací dvou rytmů. Předposlední cvičení se věnuje rytmické hře, kterou lze modifikovat pro malou skupinu nebo dvojici. Na závěr je uvedena již zmiňovaná příprava pro výrobu hudebního nástroje.



Obrázek 7 Rytmizace a sluchová percepce - metodický pracovní list s pomůckami

7 Popis průběhu pilotního ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností u dospělých osob s MP

Vytvořený návrh souboru aktivit pro podporu komunikace u dospělých osob s mentálním postižením byl ověřen při přímé práci s klienty v místě výzkumného šetření, tedy domově sociálních služeb poskytující služby týdenní stacionář a domov pro osoby se zdravotním postižením. Vzhledem k vývoji pandemické situace onemocnění Covid-19 bylo možné pouze pilotní ověření aktivit, a to v rozmezí jednoho týdne. Prvotní seznámení klientů s vytvořenými materiály probíhalo v úterý a ve středu při individuální přímé práci. Následné ověření vlivu materiálů na dovednosti klientů bylo provedeno v pátek tentýž týden.

- **Pilotní ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností - K1**

U klienta číslo 1 (K1) bylo předem předpokládáno problémové chování, které může narušit průběh logopedického sezení. Přímá práce s klientem probíhala ve středu dopoledne, což se následně ukázalo jako špatné načasování, neboť klient byl před obědem nervózní a obával se, že jídlo nestihne nebo mu ho sní někdo jiný. Na úvod bylo klientovi vysvětleno, jaké činnosti jsou pro něj připravené a jakým směrem se bude společná práce ubírat. Toto seznámení bylo provedeno převážně za účelem získání si klientovi pozornosti a pro jeho zklidnění. V tomto případě byly pomůcky ověřovány pouze parciálně, neboť klient nebyl v příliš dobrém psychickém rozpoložení, což dokazovaly i pro klienta typické stereotypní pohyby horní části těla, drbání nosu či přejíždění prstem po horních zubech značící psychickou nepohodu. Přístup k aktivitám ze strany klienta byl pasivní, nechtěl se zapojit a vše by radši nechal udělat vychovatelku. Při dechových cvičení vždy odsouhlasil, že pochopil zadání, avšak po nádechu nebyl schopen správně vydechnout a pokus končil panikou při zadržném dechu. U oromotorických cvičení se mu líbilo přirovnání jednotlivých pohybů jazyka a snažil se plnit všechny úkoly. Na uvolnění atmosféry byla dále zařazena hra pro procvičení vyjadřovacích schopností, která měla u klienta relativně úspěch, ale odmítal kreslení. Poslední vyzkoušenou aktivitou byla procesní schémata, která dobře seřadil, ale verbální popis činností byl na nízké úrovni. Na doplňující a návodné otázky odpovídal stroze, nebo vůbec. Lze konstatovat, že tyto reakce byly podmíněny blízcím se obědem a veřejným šumem linoucím se z jídelny.

V pátek proběhla přímá práce s klientem po obědě a odpolední siestě, což se pozitivně podepsalo na celkovém uvolnění klienta. Velkým překvapením bylo, že si

klient pamatoval většinu oromotorických cviků ze střeďečného sezení. Výsledek dechových cvičení byl i se zvýšeným důrazem na nápodobu stejný jako při minulém pokusu. Paměť je u klienta na dobré úrovni, a proto i pomůcka číslo 5 byla využita s pozitivními výsledky. Verbální popis procesních schémat byl lehce lepší, ale stále je zde dostatek prostoru pro zlepšení. Rytmus řeči byl procvičován pouze rozdělováním slov na slabiky a jejich počítání.

- **Pilotní ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností - K2**

První seznámení s pomůckami u klienta číslo 2 (K2) bylo provedeno v úterý dopoledne. Motivovanost klienta pro logopedické činnosti byla nízká a celkově byl ve špatném psychickém rozpoložení, proto bylo nutné vynaložit velké úsilí k probuzení v něm nadšení pro společnou práci. Přes veškeré snahy působil klient svéhlavě, proto mu bylo nabídnuto samostatné vypracování pracovního listu s dechovými cvičeními, při kterém vychovatelka může působil pouze jako průvodce a kontrolor správného provedení úkonů. Klient rád vybarvuje, proto možnost vymalování si obrázku v pracovním listu částečně odbouralo jeho vzpurnost. Vzhledem k situaci mu byla následně nabídnuta pomůcka číslo 3, jejíž součástí je možnost kreslení, které má klient rád a působil to motivačně. V průběhu aktivity došlo i na slovní popis a předvádění. Pantomimické vyjádření bylo minimalistické a poznamenáno nevolí klienta pro činnost. Slovní popis byl obsahově srozumitelný, ale narušený četnými neplýnulostmi v řeči. U praktických schémat byl správně popis některých činností, které jsou každodenní součástí chodu domova (stlaní postele, úklid stolu po jídle), avšak seřazení obrázků dělalo klientovi problémy. Z pozorování a komentování kartiček ze strany klienta lze konstatovat, že pro něj byla schématická vyobrazení jednotlivých dějů rozdílná od reality a tím pádem nesrozumitelná. Bylo pozorovatelné, že klienta baví práce s umístováním kartiček, proto byla ozkoušena pomůcka pro rozvoj porozumění slyšeným informacím, ale pouze s příběhem *Byl jeden dům* a rozmistování objektů na podložku dle instrukcí. S ohledem na klientovo psychické rozpoložení mu bylo nabídnuto zbylých aktivit nebo možnost zopakování něčeho, co ho bavilo. K cvičením zaměřujících se na plýnulost řeči bohužel nedošlo.

V pátek při druhé aplikaci pomůcek v praxi s klientem číslo 2 měl klient lepší náladu než při minulém sezení. Proto bylo využito situace a na úvod byla začleněna rozcvička mluvních orgánů, která při prvním setkání neproběhla. V této oblasti se projevila klientova neobratnost a z neúspěchu byl nervózní. Proto byl následně

začleněn do terapie metodický pracovní list pro rozvoj rytmizace a sluchové percepce, načež klient reagoval pozitivně, a proto byla aplikována kompletně všechna cvičení. Na závěr se opakovaly některé aktivity z úterý, ale nelze z odezvy klienta při úterním sezení porovnávat výsledky s páteční aktivizací.

- **Pilotní ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností - K3**

Klient číslo 3 (K3) byl pro společnou práci velmi motivován, choval se přátelsky a byl otevřený logopedickým aktivitám. Klidové postavení mluvidel je u klienta patologické, a to má vliv i na celkovou hybnost v orofaciální oblasti. Svalstvo je ochablé, a i přes velkou snahu nedokázal většinu oromotorických cviků splnit. Pracovní list s dechovými cvičeními splnil celý sám s minimální dopomocí. Následovalo cvičení rozvíjející porozumění mluvené řeči, sluchové vnímání a paměť, které se klientovi líbilo a výsledky byly také pozitivní. Klient sám doplňoval připravené příběhy vlastními nápady a dalšími detaily. Z vlastní iniciativy začal vyprávět vtipnou historku, kterou s přáteli z domova zažil na výletě v ZOO. Volně pak následovaly aktivity s procesními schémata, s nimiž neměl klient žádný závažný problém a jeho projev byl srozumitelný. Kartičky z pomůcky číslo 3 byly využity jako vizuální podpora pro slovní hádanky vycházející z popisu objektu. Na závěr byl kompletně ozkoušen metodický pracovní list podporující rytmizaci. Klient má rád hudbu a tanec, proto byl ze všech aktivit nadšený a zároveň byla znatelná velká snaha pro správné splnění úkolů.

V pátek už nebyl klient tak dobře naladěný, což se projevilo i na míře jeho ochoty spolupracovat. Naštěstí motivace pro logopedické aktivity zapůsobila a bylo možné zopakovat všechna cvičení ze středečního sezení. Vzhledem ke krátkému časovému rozmezí mezi přímou prací, není možné posuzovat vliv aktivit na úroveň komunikačních dovedností, ale lze ohodnotit práci s jednotlivými pomůckami, která je u tohoto klienta na cestě k pozitivnímu progresu.

- **Pilotní ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností - K4**

Aplikace pomůcek při výchovné práci s klientem číslo 4 (K4) proběhla v úterý dopoledne. Klient je povahově přátelský, rád pomáhá ostatním a pro společnou aktivitu byl velmi motivovaný. Po stručném vysvětlení způsobu a účelu logopedických aktivit, souhlasil se spoluprací a aktivně se do úkolů zapojil. Od začátku bylo znatelné, že klient rád verbálně komunikuje a sdílí své názory. Dechová a motorická cvičení, zařazená na úvod terapie v rámci rozcvičky, nedělala klientovi žádný problém a úspěšně splnil

všechny navržené aktivity. Hra pro rozvoj exprese byla ze strany klienta pozitivně přijata a nedělal mu problém žádný z možných vyjadřovacích způsobů. Při kresbě byl precizní, u předvádění kreativní a slovní popis objektů byl dobře pochopitelný. Jako další pomůcka následovala procesní schémata. Klient je v sociálním zařízení hodně aktivní a bez okolků se účastní různých pracovních a úklidových činností, proto dokázal popsat děj některých aktivit bez vizuální podpory. Problémem se ukázalo být pouze některá vyjádření děje piktogramy, které klient hůře rozpoznával. U pomůcky pro rozvoj sluchového vnímání a paměti prokázal správnou orientaci v prostoru. Pamětní uchování příběhů bylo složitější, ale při častějším tréninku lze očekávat pozitivní progres. V rytmických cvičeních se projevila klientova vášeň pro hudbu, s čímž se váže i správné splnění úkolů vycházejících z pomůcky číslo 6. I přes splnění rytmických aktivit, v řeči stále přetrvává neschopnost soustředit se na vlastní mluvní tempo a rytmus.

Druhé sezení proběhlo v pátek odpoledne. Klient už věděl, co ho čeká a snažil se ukázat, co vše si pamatuje. Na začátek proběhla dechová a oromotorická rozcvička. Dále byla zařazena procesní schéma, ve kterých se klient zlepšil, neboť už dokázal správně diferencovat všechny obrázky. Následovalo cvičení pro rytmizaci řeči, a to konkrétně slabikování a opakování vět. Na tuto oblast bude nutné se u tohoto klienta do budoucna více zaměřit. Pro uvolnění následovalo několik kol hry s pomůckou číslo 3. Na procvičení paměti bylo využito pomůcky pro porozumění slyšené informaci, při které byl jeden příběh totožný s již ozkoušeným v úterý a jeden úplně nový. Na závěr proběhla hra s vyjadřováním a rytmické cvičení s vyrobenou pomůckou.

8 Zhodnocení naplnění cílů praktické části BP a diskuze

Hlavním cílem výzkumného šetření pro naplnění záměru bakalářské práce bylo navrhnout a pilotně ověřit soubor aktivit pro podporu komunikačních dovedností u dospělých osob s mentálním postižením. Do skupiny výzkumného vzorku byli vybráni čtyři dospělí muži s mentálním handicapem v rámci stejného pobytového sociálního zařízení.

Vytyčený hlavní cíl a s ním související dílčí cíle empirické části závěrečné bakalářské práce byly realizovány prostřednictvím případových studií, vypracování návrhu souboru aktivit pro podporu komunikace dospělých osob s mentálním postižením a jeho pilotním ověřením naplněny.

DC1: Popsat aktuální úroveň komunikačních schopností konkrétních dospělých osob s mentálním postižením, u kterých neprobíhala v průběhu života přímá logopedická intervence.

K naplnění dílčího cíle 1 byly využity metody kvalitativního výzkumu, a to konkrétně případové studie a pozorování. Osoby tvořící výzkumný vzorek byli vybráni na základě několika kritérií, mezi kterými byla mimo jiné i podmínka neúčasti klienta v procesu logopedické intervence v průběhu života. Kompletní kritéria pro zařazení do výzkumného vzorku byla uvedena v kapitole číslo 5.

Kazuistiky klientů se skládají z dat osobní anamnézy, rodinné anamnézy, sociální anamnézy, popisu komunikačních dovedností klienta a návrhu možností podpory komunikační úrovně. Ze získaných anamnestických údajů byly vybrány jako stěžejní ty, jež mohou mít souvislost s etiologií mentálního postižení a narušené komunikační schopnosti. Tyto informace pak následně sloužily ke komplexnímu náhledu na problémy s dorozumíváním, se kterými se klienti potýkají. Celkové zhodnocení komunikační úrovně se zakládalo na dílčích funkcích souvisejících s komunikačními dovednostmi, charakteristice verbálního projevu z hlediska jazykových rovin a sociální interakce s ostatními uživateli sociální služby a zaměstnanci domova pro osoby se zdravotním postižením. Případové studie jsou obsahem kapitoly 5 *Konkretizace komunikačních dovedností u vybraných dospělých osob s mentálním postižením*. Výsledky kazuistického sběru dat se staly podkladem pro vypracování aktivit zaměřujících se na podporu komunikace.

Diskuze: Lze konstatovat, že projevy narušené komunikační schopnosti, při zhodnocení úrovně komunikačních dovedností osob tvořících výzkumný vzorek, korespondují s informacemi týkajícími se úrovně komunikačních dovedností u osob

s mentálním postižením, tak jak jsou prezentovány v odborné literatuře. Např. Bendová (2015) uvádí, že závažné problémy v komunikaci osob s mentálním postižením se zakládají na špatné úrovni fonemického uvědomování, jednoduché větné skladbě, nepochopení abstraktních pojmů, neschopnosti vyjádření myšlenek či motorické neobratnost mluvních orgánů. Všechna tato specifika byla pozorována také u dospělých osob s mentálním postižením tvořících výzkumný vzorek.

DC2: Zhodnotit efektivitu navrženého souboru aktivit pro podporu komunikace v kontextu posílení či udržení dosažené komunikační úrovně a aktivizace komunikačních schopností výzkumného vzorku.

Soubor aktivit pro podporu komunikace u dospělých osob s mentálním postižením byl navržen na základě údajů vyplývajících z detailních případových studií osob tvořících výzkumný vzorek (viz. kapitola 5). Ze získaných informací lze shledat shodné problémy ve verbální komunikaci všech vybraných klientů lišící se pouze mírou narušení, a proto je možné vymezit základní oblasti podílející se na přetrvávající narušené komunikační schopnosti osob vybraných do výzkumného vzorku. Jedná se o obtíže s koordinací dechu při komunikaci, sníženou hybnost mluvních orgánů a orofaciálního svalstva, nízká úroveň aktivní slovní zásoby, stereotypní mluvní fráze, zvýšené tempo či neplynulosti v řeči, nesoustředěnost na vlastní mluvní projev a nepozornost při naslouchání druhému. Tyto obtíže jsou často doplněny náladovostí klientů a jejich psychickou afektivitou.

Vytvořené pomůcky se zaměřují na komplexní uchopení všech problémových oblastí narušující komunikační úroveň výzkumného vzorku. Podrobný popis vytvořených materiálů je obsahem kapitoly 6 *Charakteristika souboru aktivit pro podporu komunikace*. Ověření funkčnosti pomůcek a zhodnocení jejich efektivitu na rozvoj komunikačních dovedností proběhlo při přímé práci v zařízení sociálních služeb v průběhu jednoho týdne. Toto zásadní časové omezení výzkumného šetření v terénu bylo reakcí na pandemickou situaci v ČR a s ní související vládní protiepidemiologická opatření, jež omezila přístup do zařízení sociálních služeb. Každému klientovi z výzkumného vzorku byla věnována dvě individuální setkání oddělená minimálně jedním odpočinkovým dnem. Průběh terapie s jednotlivými klienty je popsán v kapitole 7 *Popis průběhu pilotního ověření využití pomůcek k podpoře rozvoje komunikačních dovedností u osob s MP*, ve které je i zhodnocena účinnost pomůcek u konkrétních uživatelů sociální služby.

Diskuze: Cílem navrženého, vytvořeného a následně v praxi aplikovaného souboru aktivit bylo posílit či podpořit udržení dosažené komunikační úrovně, aktivizovat

komunikační dovednosti a posílit komunikační kompetence dospělých osob s mentálním postižením vybraných do výzkumného vzorku. Z hlediska efektivity lze konstatovat pozitivní vliv na podporu komunikačních dovedností vybraných osob, ale pouze z hlediska krátkodobého. S ohledem na vzniklou situaci, kvůli které bylo výzkumné šetření značně modifikováno, nelze generovat závěry obecného charakteru, a to i z důvodu malého výzkumného vzorku. S ohledem na dlouhodobou podporu rozvoje a udržení komunikačních dovedností jedinců s mentálním postižením by bylo dále vhodné spektrum pomůcek zacílených do výše uvedených specifických oblastí rozšířit.

Se zaměřením na motivovanost a vzbuzení zájmu klientů k práci s vytvořeným souborem aktivit a následným elánem klientů pro plnění úkolů, lze konstatovat, že připravené činnosti byly pro klienty dostatečně atraktivní a dokázaly v nich podnítit maximální zájem pro aktivitu.

DC3: Zjistit, zda vybraní zaměstnanci výchovné části sociální služby shledávají navržený soubor aktivit jako přínosný pro práci s klienty s mentálním postižením za účelem podpory komunikačních kompetencí.

Vedoucí vychovatelka střediska sociálních služeb prováděla hospitační činnost při pilotním ověření pomůcek během přímé práce s klienty zařazenými do výzkumného vzorku. Následně jí a několika dalším zaměstnancům výchovné části v sociální službě byl soubor návrhu aktivit blíže představen a byli seznámeni s cílem aplikovaných činností a způsoby práce, které je možné upravit podle schopností jednotlivých klientů. Poté proběhla diskuse o možných úskalí navržených činností a zároveň subjektivní ohodnocení několika vychovatelů, které bylo ve velké míře pozitivní.

Vytvořený soubor pomůcek pro rozvoj a aktivizaci komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením vyhodnotila vedoucí vychovatelka domova pro osoby se zdravotním postižením jako kompetentní pro práci s uživateli sociální služby za účelem podpory komunikačních kompetencí. Ocenila především esteticky a účelně vyladěné pomůcky a obsahovou stránku pracovních listů. Pozitivně hodnotila také návrhy aktivit pro motivaci k práci, která je u klientů zásadní při podchycení jejich pozornosti a zápalu pro činnost.

Diskuze: Získané výsledky vychází pouze z hospitační činnosti vybrané vychovatelky během aplikace pomůcek a následného veřejného představení ostatním vychovatelům ze strany autorky závěrečné práce. V rámci dlouhodobé spolupráce by bylo zajímavé pozorovat samostatnou práci vychovatelů s vytvořenými materiály, aby sami zjistili výhody a nevýhody pomůcek, navrhli případné úpravy či rozšířili činnosti o vlastní

nápady. (Pozn. Původním záměrem bylo zrealizovat zhodnocení návrhu souboru aktivit pro podporu komunikace u dospělých osob s mentálním postižením z pohledu více pracovníků, avšak s ohledem na pandemii COVID 19 toto ale nebylo možné uskutečnit).

Závěr

Bakalářská práce se věnovala problematice osob s mentálním postižením, jejich komunikaci, a především možnostem podpory rozvoje komunikačních kompetencí dospělých osob s mentálním handicapem. Nabízí tak mezioborové spojení témat z oblasti psychopedie a logopedie, které není v odborné literatuře dostatečně popsáno. Teoretická východiska, sloužící jako informativní základ pro výzkumné šetření praktické části práce, byla věnována uvedení do oblasti mentálního postižení z hlediska terminologie, kvantitativní klasifikace, s poukázáním na individuální kvalitativní vlastnosti, a popisu specifčnosti psychických procesů osob s mentálním postižením. Dále pak navazovala teoretickým rámcem komunikace osob s mentálním handicapem a charakteristikou možností podpory či aktivizace komunikace modifikovaných pro potřeby dospělých lidí s mentálním postižením.

V rámci symptomatologie mentálního postižení se u jedinců s mentálním deficitem objevuje v různé míře narušená komunikační schopnost, která však během speciálně – pedagogické intervence často zůstává oproti ostatním symptomům opomíjena. Přestože péče o jedince s MP je komplexního charakteru, zaměřuje se na celou osobnost, nelze vyloučit možný pozitivní progres v komunikačních dovednostech, který by byl výsledkem přímé logopedické intervence. Na základě této myšlenky vzniklo výzkumné šetření, jehož vymezení, průběh a zhodnocení výsledků jsou zaznamenány v praktické části bakalářské práce.

Z vyplívajících teoretických informací byl pro výzkumné šetření definován hlavní cíl, který byl realizován kvalitativní výzkumnou strategií za účelem naplnění tří dílčích cílů. Hlavním záměrem empirické části práce bylo navrhnout, otestovat a zanalyzovat soubor návrhu aktivit pro podporu komunikace dospělých osob s mentálním postižením. Výběr osob do výzkumného vzorku byl determinován podmínkami, jež vymezovaly prostor pro jedince s vadami řeči, které se v širokém spektru osob s MP vyskytují nejčastěji. Aby bylo možné alespoň částečné zhodnocení vlivu navrženého souboru aktivit pro posílení komunikačních dovedností, byli do výzkumného vzorku zařazeni čtyři dospělí muži, uživatelé sociálních služeb, s mentálním postižením a souběžným narušením komunikačních schopností. Při podrobném anamnestickém šetření byla získána data o komunikační úrovni jednotlivých osob tvořících výzkumný vzorek, která se následně stala podkladem pro tvorbu aktivit rozvíjejících a podporujících komunikační

dovednosti, a to především v oblastech, které vybraným osobám činí při komunikaci největší obtíže.

Vytvořený soubor šesti aktivit pro podporu komunikace u dospělých osob s mentálním postižením se zaměřuje na rozvoj dílčích schopností souvisejících s komunikací a zároveň na aktivizaci jazykových dovedností v praktických situacích. Ověření funkčnosti a efektivity vytvořených materiálů muselo být uzpůsobeno pandemické situaci nákazy Covid-19, a proto došlo pouze k pilotnímu ověření při přímé práci s osobami tvořící výzkumný vzorek v krátkém časovém horizontu jednoho týdne. I přes situační komplikace, byly výsledky krátkodobé výzkumné činnosti dostatečně průkazné a umožnily zhodnotit efektivitu navrženého souboru aktivit jako přínosnou pro podporu komunikačních dovedností dospělých osob s mentálním postižením.

Seznam užitých zkratk

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
AAK	alternativní a augmentativní komunikace
ČR	Česká republika
DC	dílčí cíl
DMO	dětská mozková obrna
ID	Intellectual Disabilities
IDD	Intellectual Developmental Disorders
IQ	intelligenční kvocient
K	klient
LMR	lehká mentální retardace
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize
MP	mentální postižení
MR	mentální retardace
MŠ	mateřská škola
NKS	narušená komunikační schopnost
VOKS	Výměnný obrázkový komunikační systém
WHO	World Health Organization
ZP	zdravotní postižení
ZŠ	základní škola

Seznam obrázků a tabulek

Tabulka 1: Kvantitativní klasifikace mentální retardace dle MKN-10

Obrázek 1: Dechová cvičení - pracovní list s pomůckami

Obrázek 2: Oromotorická cvičení - metodický pracovní list s pomůckami

Obrázek 3: Pomůcka pro rozvoj exprese dospělých osob s MP

Obrázek 4: Procesní schémata

Obrázek 5: Porozumění slyšené informaci (1. část)

Obrázek 6: Porozumění slyšené informaci (2. část)

Obrázek 7: Rytmizace a sluchová percepce - metodický pracovní list s pomůckami

Seznam použité literatury

1. BARKNOWITZ, Susanne. Dýchání jako živoucí dění: dechová terapie v praxi. Brno: Integrál Brno, 2014, 111 s. ISBN 978-80-87176-40-5.
2. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina. Zrakové vnímání: optická diferenciacie II. Praha: DYS-centrum Praha, 2010, 56 s. EAN 9788090449435.
3. BENDO VÁ, Petra. "Vybrané kapitoly z psychopedie a etopedie nejen pro speciální pedagogy". Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 137 s. ISBN 978-80-7435-423-6.
4. BOČKOVÁ, Barbora. Vybrané kapitoly z alternativní a augmentativní komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 2015, 72 s. ISBN 978-80-210-7896-3.
5. ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2008, 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
6. HANÁK, Petr. Zkušenosti z aplikace nových metod práce při vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Česko: s.n., 2011, 131 s. ISBN 978-80-254-0022-8.
7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010, 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
8. HEMZÁČKOVÁ, Krista a Libuše KUBOVÁ. Čteme obrázky: komunikační systém tvořený návodnými kresbami: procesní schémata. Praha: Parta, 2011, 62 s. ISBN 978-80-7320-055-8.
9. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 437 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
10. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. Reeducace specifických poruch učení u dětí. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014, 175 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0645-3.
11. JUKLOVÁ, Kateřina, Irena LOUDOVÁ, Radka SKORUNKOVÁ, Eva ŠVARCOVÁ a Jindra VONDROUŠOVÁ. Vybrané kapitoly z pedagogiky a psychologie nejen pro speciální pedagogy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 160 s. ISBN 978-80-7435-427-4.

12. KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. Základy muzikoterapie. Praha: Grada, 2009, 296 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
13. KANTOR, Jiří, Svatava DRLÍČKOVÁ, Martina FRIEDLOVÁ, Jana WEBER, Jan KOUCUN, Martina KOMZÁKOVÁ a Lenka KRUŽÍKOVÁ. Muzikoterapie a arteterapie pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Opava: Slezská univerzita, 2015, 114 s. ISBN 978-80-7510-096-2.
14. KAŇOVSKÝ, Petr a Roman HERZIG. Obecná neurologie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 242 s. ISBN 978-80-244-1663-2.
15. KLENKOVÁ, Jiřina, Barbora BOČKOVÁ a Ilona BYTEŠNÍKOVÁ. Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2012, 103 s. ISBN 978-80-7315-229-1.
16. KNAPCOVÁ, Margita a JAROLÍMOVÁ, Marcela. Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2005. 2 sv. ISBN 80-86856-07-0.
17. KUTÁLKOVÁ, Dana. Logopedická prevence: průvodce vývojem dětské řeči. Vyd. 4. Praha: Portál, 2005, 213 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7056-9.
18. LECHTA, Viktor. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. 358 s. ISBN 8071788015.
19. LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 2011, 192 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
20. LECHTA, Viktor. Terapie narušené komunikační schopnosti. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011, 386 s. ISBN 978-80-7367-901-9.
21. LOTKO, Edvard. Slovník lingvistických termínů pro filology. 3. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 128 s. ISBN 80-244-0720-5.
22. MACURA, Vladimír a Alice JEDLIČKOVÁ. Průvodce po světové literární teorii 20. století. Brno: Host, 2012, 840 s. ISBN 978-80-7294-848-2.
23. MÜLLER, Oldřich. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 87 s. ISBN 80-244-0207-6
24. MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014, 512 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
25. NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018, 768 s. ISBN 978-80-262-1390-1.

26. NOVOTNÝ, Ivan a Michal HRUŠKA. Biologie člověka. 5., rozšířené a upravené vydání. Praha: Fortuna, 2015, 248 s. ISBN 978-80-7373-128-1.
27. PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 402 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
28. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
29. SLOWÍK, Josef. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7367-691-9.
30. SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 168 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
31. SOLOVSKÁ, Vendula a kol. Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením. Praha: Portál, 2013, 192 s. ISBN 978-80-262-0369-8.
32. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016, 304 s. ISBN 978-80-262-1043-6.
33. ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA. Klinická logopedie. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007, 616 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
34. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011, 224 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
35. THOROVÁ, Kateřina. Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt. Praha: Portál, 2015, 575 s. ISBN 978-80-262-0714-6.
36. VÁGNEROVÁ, Marie. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014, 814 s. ISBN 978-80-262-0696-5.
37. VÁGNEROVÁ, Marie. Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2016, 416 str., ISBN 978-80-246-3268-1.
38. VALENTA, Milan. Dramaterapie. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011, 264 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
39. VALENTA, Milan. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Praha: Portál, 2014, 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
40. VALENTA, Milan. Slovník speciální pedagogiky. Praha: Portál, 2015, 320 s. ISBN 978-80-262-0937-9.

41. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.
42. VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich a kol. Psychopedie. 5.přepřacované a aktualizované vydání, Praha: Parta, 2013, 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
43. VETEŠKA, Jaroslav a Tereza VACÍNOVÁ. Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2011, 208 s. ISBN 978-80-7452-012-9.
44. ZELINKOVÁ, Olga. Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015, 264 s. ISBN 978-80-262-0875-4.

Internetové zdroje

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities: AAIDD [online]. Washington, DC: AAIDD, ©2021 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: <https://www.aaid.org/>
2. CVENGROŠOVÁ, Nataša. Okienko špeciálneho pedagóga - Oromotorické cvičenia. Infora [online]. ©2017 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://www.infora.sk/clanky/c41-okienko-specialneho-pedagoga-oromotoricke-cvicenia-natasa-cvengrosova>
3. Fejlesztő Műhely: Logo Kuckó [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://fejlesztomuhely.blogspot.com/p/logo-kucko.html>
4. Kognitivní procesy. Wikisofia [online]. ©2013 [cit. 2020-12-09]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Kognitivn%C3%AD_procesy#cite_ref-1
5. Logopedická cvičení. Materská škola Lípa [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <http://www.mslipa.cz/logopedie/logopedicka-cviceni/>
6. Metodické příručky pro ZŠ a MŠ: projekt Orientání dny [online]. ©2012 [cit. 2021-02-22]. Dostupné z: <http://mp.orientacnidny.cz/clanek/zobraz/62>
7. Mezinárodní asociace uměleckých terapií [online]. Mezinárodní asociace uměleckých terapií, ©2015 [cit. 2021-01-11]. Dostupné z: <https://www.maut.cz/>
8. MKN - 10 klasifikace [online]. Praha 2: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2021 [cit. 2020-11-21]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
9. Poruchy kognitivních funkcí. ProLékaře [online]. Praha: MeDitorial, ©2008 [cit. 2020-12-21]. Dostupné z: https://www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/poruchy-kognitivnich-funkci-18/poruchy_kognitivnich_funkci-14
10. SYCHROVÁ, Pavla. Úspěšná komunikace s dítětem. In: Šance dětem [online]. ©2021 [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/uspesna-komunikace-s-ditetem-2>
11. ZÁKON 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách. Zákony pro lidi.cz [online]. [cit. 2021-02-12]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>