

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Sociální práce a sociální politika

Ivana Baková

*Komunikace s lidmi s mentálním postižením a postoje
k nim v sociální práci*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. et Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2017

Prohlášení: „Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

Datum: 10. 3. 2017

Ivana Baková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu PhDr. et Mgr. Liboru Novosádovi Ph.D., za užitečné a cenné rady, které mi během tvorby této práce poskytoval. Poděkování patří i všem, zaměstnancům Vincentina, kteří mi umožnili výzkum, poskytli vhodné materiály a ochotně odpovídali na moje otázky při rozhovorech. Poděkovat chci také mojí rodině, za trpělivost a podporu během realizace této práce a v průběhu celého studia.

Obsah

1	Úvod.....	1
2	Sociální komunikace	3
2.1	Definice a význam komunikace	3
2.2	Cíl a funkce komunikace	3
2.3	Formy sociální komunikace.....	4
2.3.1	Verbální komunikace	4
2.3.2	Paralingvistické projevy	6
2.3.3	Neverbální komunikace.....	6
2.4	Komunikační proces	8
2.4.1	Základní schéma interpersonální komunikace	8
2.4.2	Prvky komunikačního procesu	9
2.5	Význam sociální percepce v komunikaci	10
3	Mentální postižení	12
3.1	Definice	12
3.2	Etiologie.....	13
3.3	Klasifikace osob s mentálním postižením	13
3.3.1	Klasifikace podle MKN	13
3.3.2	Klasifikace podle MKF	15
3.4	Specifické znaky osob s mentálním postižením	16
4	Komunikace osob s mentálním postižením.....	17
4.1	Význam komunikace v sociální práci.....	17
4.2	Rozdíly v komunikaci mezi jednotlivými klasifikačními skupinami	18
4.3	Pravidla komunikace vzhledem ke specifickým znakům mentálního postižení	19
4.4	Komunikace v konceptu bazální stimulace	20
4.5	Alternativní a augmentativní komunikace.....	21
5	Postoje k lidem s mentálním postižením.....	24

5.1	Postoje společnosti	24
5.2	Práva osob s mentálním postižením	25
5.3	Integrační a inklusivní procesy ve společnosti	26
5.4	Základní ukotvení sociální práce	27
5.5	Postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci.....	28
6	Výzkumná část	30
6.1	Popis výzkumného terénu.....	30
6.1.1	Domovy pro osoby se zdravotním postižením:.....	30
6.1.2	Chráněné bydlení.....	32
6.1.3	Zásady poskytovaných služeb a vybavení prostor hlavní budovy zařízení.....	33
6.2	Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	33
6.3	Výzkumná strategie	34
6.4	Výzkumná metoda	34
6.5	Výzkumný soubor.....	36
6.6	Etické zásady a rizika výzkumu	37
6.7	Sběr dat a jejich transkripce.....	38
6.8	Diskuse	55
7	Závěr.....	61
	Anotace.....	62
	Bibliografický seznam.....	63

1 Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou komunikace s lidmi s mentálním postižením a postojům k nim v sociální práci. Toto téma jsem si zvolila proto, že komunikaci považuji za jeden z nejdůležitějších nástrojů sociální práce, díky kterému je možné porozumět mimo jiné situaci, potřebám a motivaci člověka. Jedině tehdy, když sociální pracovník porozumí příčinám, které motivují člověka k určitému chování a jednání, může mu účinně pomáhat v řešení jeho životních problémů. Na osoby s mentálním postižením se zaměřuji proto, že jejich projevy jsou pro většinu společnosti velmi těžko pochopitelné a jejich schopnosti účinně komunikovat jsou vzhledem k jejich postižení značně ztíženy. O to větší výzvou je pro sociálního pracovníka porozumět, a tak moci přispět ke zlepšení kvality jejich života.

Pro zpracování bakalářské práce na to téma jsem se rozhodla pod dojmem, který na mě udělala praktická zkušenost se sociální prací v sociálním zařízení Vincentinum ve Šternberku, kterou jsem absolvovala v rámci studia VOŠ sociální Caritas. Měla jsem možnost pozorovat, jaké postoje zaujímají zaměstnanci sociální služby ke svým klientům, jaké vztahy se mezi nimi utváří a jak se tyto postoje a vztahy odrážejí ve vzájemné komunikaci. Velmi jsem oceňovala lidskost, přirozenost a oboustrannou vřelost, kterou bylo možné pozorovat v celé řadě případů na různých domovech a při různých činnostech.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké způsoby komunikace se v praxi nejlépe osvědčily pečujícím osobám u konkrétní skupiny klientů. Pro vytvoření jednotlivých skupin jsem zvolila Mezinárodní klasifikaci nemocí, postižení a handicapů podle Světové zdravotnické organizace, která je v praxi dosud nejrozšířenějším klasifikačním kritériem. Ta rozděluje osoby s mentálním postižením na skupiny s lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Vytýčeného cíle dosáhnu za pomoci kvalitativního výzkumu metodou přímého a zprostředkovaného pozorování. V přímém pozorování budu vycházet ze svých zkušeností získaných v průběhu osmdesáti hodin absolvované praxe v rámci studia a z doby, kterou jsem v zařízení strávila v průběhu sběru dat na absolventskou práci v loňském roce a bakalářskou práci v letošním roce. Zprostředkované pozorování mi umožní polostrukturované rozhovory s pečujícími osobami, které představují klíčové pracovnice jednotlivých klientů z výzkumného vzorku.

V jednotlivých kapitolách bakalářské práce popisují principy sociální komunikace obecně, vysvětlují jednotlivé pojmy spojené s mentálně postiženými lidmi a zabývám se specifiky komunikace s nimi. Dále se věnuji postojům společnosti k osobám s mentálním postižením a vlivu, který tyto postoje mají na sociální práci. Ve výzkumné části představuji sociální zařízení Vincentinum, jako sociální službu, kde uskutečním empirický výzkum. V dalších kapitolách stanovím cíl výzkumu a výzkumnou otázku, zvolím si výzkumnou strategii a metodu, zdůvodním volbu výzkumného vzorku a etické zásady výzkumného procesu. V posledních kapitolách proběhne interpretace získaných dat a diskuse nad výsledky, což mi umožní vyslovit závěr a doporučení pro praxi.

2 Sociální komunikace

Cílem této kapitoly je objasnit základní definice související s komunikací a význam komunikace pro člověka jako bytost společenskou. Kapitola také obsahuje jednotlivé formy, prvky a funkce komunikačního procesu.

2.1 Definice a význam komunikace

Význam komunikace vyplývá ze základní charakteristiky člověka jako tvora společenského a jeho základní potřeby žít ve společnosti ostatních lidí. Aby mohlo lidské společenství fungovat, musí mezi sebou jeho členové vzájemně komunikovat. Čím kvalitnější je vzájemná komunikace, tím lépe funguje celé lidské společenství. (Vybíral, 2003, s. 20)

Komunikaci je třeba vnímat jako širokou škálu různých kontaktů mezi lidmi, vyplývající ze společenské povahy člověka, kde některé projevy jsou ryze lidské a některé se vyskytují i u dalších živočišných druhů tvořících společenská uskupení. Slovo komunikace má svůj původ v latině. Latinsky *communicare* znamená sdílet, radit se, slovním základem je slovo *communis* (společný), které poukazuje na skutečnost, že kdykoli s někým komunikujeme, pak se zároveň i setkáváme, prožíváme vzájemná sdělení a mezi komunikujícími vznikají vztahové vazby. (Slowík, 2010, s. 12)

Sociální neboli mezilidskou komunikací je možno definovat jako proces předávání informací, který umožňuje sociální jednání. Rozhodující je spojení člověka s vnějším světem, dorozumění a vzájemné sdělování. Pomocí komunikace člověk sděluje konkrétní informace, emoce, vzájemné vztahy, i vztah člověka k sobě samému, vypovídá o naší inteligenci. (Bednaříková, 2006, s. 13)

2.2 Cíl a funkce komunikace

Komunikace má **vztahový a obsahový rozměr**, vždy ovlivňuje ty osoby, které se jí účastní. Za **digitální** označujeme komunikaci založenou na rozumu a logice, v **analogové** komunikaci převládá obrazná a intuitivní složka. Základním cílem každé komunikace je vzájemné dorozumění mezi lidmi, sdělení informace, myšlenky, pocitu nebo názoru. Komunikovat spolu může několik lidí současně nebo dva jedinci takzvaně tváří v tvář. Jeden člověk sdělení vysílá a druhý ho přijímá. Vzájemné dorozumívání probíhá za pomoci smyslů. Nejčastěji je to

sluch a zrak, ale člověk získává potřebné informace také za pomoci čichu, chuti či hmatu. (Plaňava, 2005, s. 14 – 15)

Vzájemné porozumění je možné jen tehdy, používají-li její účastníci stejné komunikační signály. Jelikož se v praxi nestává, že by dva lidé používali naprosto stejnou sadu signálů, je potřeba se komunikaci přizpůsobit jeden druhému. Komunikace je souborem verbálních, paraverbálních a neverbálních signálů, které se navzájem doplňují. Zároveň je možné označit komunikaci za nepřetržitý proces, složený z příčin a důsledků vedoucích k dosažení vytýčeného cíle. Komunikace má svůj cíl, k jejímu uskutečnění máme vždy nějakou motivaci. Mezi hlavní cíle komunikace můžeme zařadit: potřebu učit se, získávat znalosti, potřebu vytvářet vztahy, potřebu pomáhat druhým, potřebu ovlivňovat chování druhých. (DeVito, 2008, s. 56 – 59)

Podle Bednařikové plní mezilidská komunikace funkci informační, instrukční, přesvědčovací, vztahovou, zábavnou a exhibiční. (Bednařiková, 2006, s. 17)

2.3 Formy sociální komunikace

Komunikace může být **přímá**, probíhající tváří v tvář nebo **nepřímá**, kdy jsou účastníci odděleni časem (písemné sdělení), nebo prostorem (při telefonování, mailování); **jednostranná** - monolog, kdy nedochází ke střídání rolí řečníka a posluchače nebo **dvoustranná** – dialog, kdy se role přirozeně střídají a každá akce, vyvolá reakci; **se zpětnou vazbou** nebo **bez zpětné vazby**. Rozdíl spočívá v tom, má-li řečník možnost vnímat reakce posluchače, jako odezvu na vyslovené nebo nikoli. Podle počtu komunikujících rozdělujeme komunikaci na **intrapersonální, interpersonální a masovou**. Základními formami komunikace je verbální, neverbální a paralingvistická. (Bednařiková, 2006, s. 17)

2.3.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace znamená vyjadřování se prostřednictvím slov. Verbální komunikace je charakteristickým znakem člověka a je přirozeně doprovázena řečí těla. Slovo je základním prvkem jazyka, jedná se o společenský konstrukt, kterým označujeme konkrétní věc, ale teprve zařazením slova do věty, pochopíme jeho význam. (Linhartová, 2007, s. 12)

Řeč je nejuniverzálnějším prostředkem komunikace. Ve slovní komunikaci rozlišujeme komunikátora, tj. vysílače sdělení a recipienta, tj. příjemce sdělení. Verbální komunikace má

ústní i písemnou formu. Ústní forma verbální komunikace může mít podobu mluvení a naslouchání, zatímco písemnou formu tvoří psaní a čtení. (Bednaříková, 2006, s. 45, 46)

Rozhovor

Součástí umění verbální komunikace je rozhovor. Úlehla označuje rozhovor za základní pracovní nástroj sociálního pracovníka, který umožňuje vytvoření partnerského vztahu s klientem. Profesionální rozhovor má svoje přesně stanovené fáze. První **přípravná fáze** probíhá ještě před příchodem klienta. V této době sociální pracovník studuje všechny dostupné materiály, aby se co nejlépe připravil na vlastní jednání. Druhá fáze **otevření** rozhovoru slouží k získání důvěry klienta, navázání vzájemného vztahu, na kterém je možné založit spolupráci. Ve třetí fázi, kterou označujeme jako **dojednání**, je cílem ujasnit si co klient požaduje, jaká je jeho zakázka. **Vlastní průběh** rozhovoru, jako čtvrtá fáze je společnou prací sociálního pracovníka a klienta vedoucí k vyřešení problému. Poslední fázi nazýváme **ukončení** rozhovoru, je to prostor pro zhodnocení spolupráce i pro nabídku další pomoci do budoucna. (Úlehla, 2009, s. 15)

Aktivní naslouchání

Pomáhá komunikátorovi ověřovat, zda komunikant správně pochopil, co se pokoušel komunikátor vyjádřit. Jeho podstatou je porozumět myšlenkám a pocitům osoby, která hovoří, aniž bychom vyjadřovali vlastní názor. Aktivní naslouchání využívá následující techniky:

- **Povzbuzování** - podněcování komunikačního partnera k dalšímu hovoru, ujišťování ho o našem zájmu o probírané téma, cílem je získat co nejvíc informací.
- **Objasňování** - doptávání se na další informace, které s rozhovorem souvisí a mohou být důležité pro správné pochopení.
- **Parafrázování** - znamená vlastními slovy zopakovat hlavní myšlenky, fakta ale i pocity mluvčího. Důležité je ověřit si, že nám neuniklo něco podstatného.
- **Zrcadlení** - projevení pochopení a porozumění pro pocity komunikujícího, slouží k vyjádření základních emocí, které komunikující prožívá (například: vidím, že se velmi zlobíte) a tím mu umožnit tyto pocity zvládnout a přehodnotit.
- **Shrnutí** - stručné shrnutí a strukturování hlavních myšlenek a faktů, včetně emocí.
- **Ocenění** - pochvala, za projevenou důvěru, ochotu k řešení, vynaložené úsilí. (Křivohlavý, 2009 s. 35)

2.3.2 Paralingvistické projevy

Paraverbální oblast komunikace doprovází komunikaci verbální – řecké *para* znamená „u, při, vedle“. Souvisí s naším ústním slovním projevem, v písemném projevu se nenachází. Zabývá se formou, kterou je sdělení řečeno. Paralingvistické aspekty řeči poukazují na psychický stav toho, kdo právě hovoří. Znamenají sdělování informací pomocí výšky, síly a zabarvení hlasu, zvoleného tónu řeči, rychlosti a plynulosti hlasového projevu, použité intonace a melodie řeči. Důležité je také frázování a správná výslovnost. Nesou zpravidla emoční náboj, který je od racionální roviny sdělení neoddělitelný a může někdy zcela změnit smysl slovního sdělení. (Bednaříková, 2006, s. 18)

2.3.3 Neverbální komunikace

Neverbální (mimoslovní) komunikace je také často označována jako „řeč těla“. Prozrazuje více skutečných pocitů než verbální projev, protože je řízena neuvědomovanou částí lidské psychiky. Mimoslovní komunikace se na celkové komunikaci podílí až 93 %, je úzce spjata s kulturním prostředím člověka, takže v různých kulturách má stejný projev rozdílný význam. Řeč těla vysílá zřetelnou zprávu druhým, i když se člověk vůbec verbálně neprojevuje. Jestliže vzniká rozpor mezi tím, co člověk říká a jaké signály vysílá jeho tělo, ostatní se řídí řečí těla, která má větší vypovídací hodnotu. Řeč těla odhaluje naši osobnost a temperament, kulturní i rodinné tradice, role, které plníme ve společnosti, a nemálo vypovídá také o našem zdravotním stavu. Vždy je však třeba usuzovat z většího počtu neverbálních signálů a nedělat ukvapené závěry z nahodilého projevu. (Černý, 2012, s. 27 – 30)

- **Mimika**

Mimické projevy se skládají z pohybů mimických svalů v obličeji, očního kontaktu a také z fyziognomie obličeje jako fixovaného výrazu tváře, který vznikl častým opakováním mimických projevů určitého typu. Mimické svaly v lidském obličeji umožňují více než tisíc různých výrazů, z nichž poznáme emoční rozpoložení komunikačního partnera. Lidskou mimiku se člověk učí v průběhu svého vývoje pozorováním svých blízkých a později pozorováním ostatních. (Černý, 2012, s. 114)

- **Oční kontakt**

Pohled do očí je vyjádřením vzájemné důvěry a zájmu komunikujících. Pokud se nám někdo nedívá do očí, vzbuzuje naši nedůvěru a nepříjemné pocity. (Vykopalová, 2006, s. 61)

Nejdelší pohledy věnujeme těm osobám, ke kterým cítíme náklonost nebo lásku. Rozšířené zornice signalizují vzrušení, zájem, lásku naopak jejich zúžení vypovídá o hněvu, agresi a nepřátelství. (Bednaříková, 2006, s. 26)

- **Gestikulace a gestika**

Kulturně podmíněné pohyby rukou či hlavy, které doplňují náš mluvený projev, nazýváme gestikulací, pokud gesta řeč nahrazují, mluvíme o gestice. Gestikulace se liší podle temperamentu jednotlivce a kulturních tradicí jednotlivých národů. (Černý, 2012, s. 104)

- **Kinezika**

Význam pohybů lidského těla a jeho částí při komunikaci se zabývá kinezika. Pohyby jsou většinou mimovolní, jako je mnutí rukou, pokyvování hlavou, škrábání ve tváři, poklepávání končetin, ventilujeme jimi napětí a nervozitu. (Křivohlavý, 2009, s. 70)

- **Posturologie**

Komunikace prostřednictvím postojů a držení těla. Fyzický postoj těla vypovídá o napětí, zdrženlivosti a obranném postavení, či naopak o uvolnění a celkově přátelském, vstřícném postoji člověka při vzájemném jednání. Podobný postoj vypovídá o vzájemné souhlasnosti nejen postojů ale i názorů. (Černý, 2012, s. 68)

Postavení a poloha, kterou člověk zaujímá v sociální interakci, vzniká automaticky a do určité míry vyjadřuje celkový postoj člověka k probíhajícím událostem. (Křivohlavý, 2009, s. 65)

- **Proxemika**

Komunikace přibližováním a oddalováním. Každý člověk si kolem sebe vytváří osobní prostor, jehož narušení vyvolává nejistotu, napětí či dokonce agresivitu. Tento prostor je velmi individuální. Introvert si nepřipustí ostatní k tělu tak blízko, jako to běžně udělá extrovert. Rozdíly lze pozorovat také podle pohlaví, věku či mocenského postavení. Do intimní zóny (45 cm) si člověk pouští pouze svoje nejbližší: milence, manžele, děti. Umožňuje přímý fyzický kontakt a komunikaci ovlivňují i čichové a termální kanály. Osobní zóna (45 – 120 cm) je určena pro sourozence, přátele a osobní neformální setkání. Sociální zóna (120 – 360 cm) se také nazývá zónou „respektu“ například při jednáních na úradech, ve služebním styku, při nakupování. Ve veřejné zóně (nad 360cm) již nevznikají osobní vztahy. (Černý, 2012, s. 55)

Do proxemiky se řadí také teritorialita neboli prostorové chování člověka. Spočívá ve vytváření vlastnického vztahu k určitému prostoru či předmětu. Pro úspěšnou komunikaci je vhodné respektovat partnerovi osobní komunikační zóny stejně jako jeho teritoriální chování a zvyklosti. (Bednaříková, 2006, s. 23)

- **Haptika**

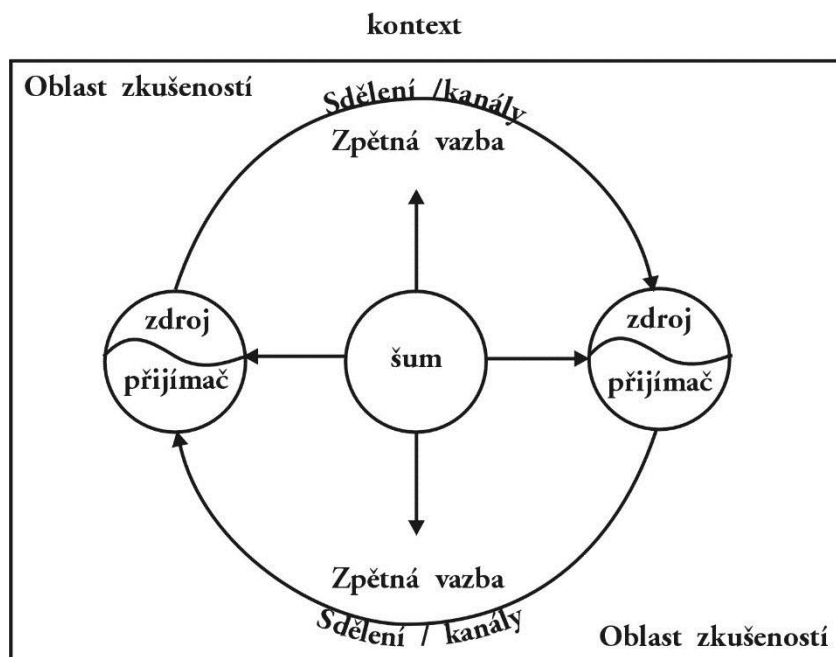
Je komunikace prostřednictvím doteků jako podání ruky, objetí, poklepání po rameni. Hmatový kontakt utvrzuje o přátelství a lásce našich blízkých, může však být také projevem nepřátelství, či nadřazenosti. Na některé části těla je dotek zakázán, aby nebyla porušena pravidla společenského chování či kulturní zvyklosti v dané společnosti. (Bednaříková, 2006, s. 24 - 25)

- **Celkový vzhled**

V souvislosti s neverbální komunikací má velký význam také celkový vzhled, úprava zevnějšku, styl a barevnost oblékání. Ovlivňuje první dojem, který vzniká v prvních minutách setkání s neznámým člověkem. Člověk svým celkovým vzhledem dává najevo svoji příslušnost ke skupině a zároveň odlišnost od ostatních. Příjemným vzhledem vyvoláváme více důvěry. (Nakonečný, 2009, s. 161)

2.4 Komunikační proces

2.4.1 Základní schéma interpersonální komunikace



„Říct neznamená slyšet, slyšet neznamená rozumět, rozumět neznamená pochopit, či dokonce souhlasit.“ (DeVito, 2001, s. 20)

Komunikační proces můžeme označit jako proces vzájemného působení mezi lidmi při dorozumívání. Skládá se z jednotlivých komunikačních aktů, které na sebe navazují a cyklicky se opakují.

Komunikační akt je jednotlivý případ komunikace, uzavřený celek ohraničený časem, obsahem a situačním kontextem.

2.4.2 Prvky komunikačního procesu

- **komunikátor** – ten, kdo sděluje
- **komunikant** – ten, kdo sdělení přijímá
- **komuniké** – obsah sdělovaného
- **komunikační prostředek** – způsob přenosu od zdroje k příjemci.
- **kanál** - je cesta, po níž je informace sdělována s použitím různých prostředků
- **kód** – systém znaků a pravidel

Kódování a dekódování vyžaduje znalost použitého znakového systému i pravidel jeho používání. V lidské komunikaci je nejčastěji uplatňovaným znakovým systémem jazyk. (Vybíral, 2005, s. 55 - 60)

- **Komunikační šum**

Pro efektivní komunikaci je nezbytné uvědomovat si, že mezi mluvčím a posluchačem vzniká komunikační šum. Šum znesnadňuje a zkresluje vzájemné sdělení, způsobuje ho:

Situační kontext

Fyzický: fyzické podmínky prostředí, ve kterém komunikace probíhá

Kulturní: pravidla a normy, která konkrétní společnost akceptuje

Sociálně-psychologický: vztahy mezi komunikujícími, jejich postavení ve společnosti, minulé zkušenosti, momentální emocionální rozpoložení

Časový: zdůrazňuje, významnou roli času vzhledem ke sdělované informaci

Komunikační bariéry

Fyziologické bariéry: komunikujících osob například: vady zraku, sluchu, výslovnosti, ztráta paměti.

Psychologické bariéry: jsou způsobeny mentální interferencí (vzájemným ovlivňováním) například předjímáním myšlenek, předpojatostí, kulturními předsudky nebo psychickým onemocněním.

Sémantické bariéry: vznikají jazykovými odlišnostmi, používáním slangových výrazů či profesního žargonu. (DeVito, 2008, s. 41, 42)

Důsledkem komunikačního šumu mohou dva lidé pochopit stejné sdělení odlišně, proto se pro efektivní sdělování doporučuje ověřovat pochopení za pomoci zpětné vazby. **Zpětná vazba** vzniká tak, že člověk při mluvení ke druhé osobě, slyší, co říká, vidí, co píše, má možnost kontrolovat svoje gesta, intonaci hlasu a celkový projev. Kromě zpětné vazby od sebe samého se ještě připojuje zpětná vazba od druhých, která informuje mluvčího, jak jeho sdělení působí na ostatní, tedy je-li přijímáno pozitivně či spíše negativně. (DeVito, 2008, s. 32 - 36)

2.5 Význam sociální percepce v komunikaci

Součástí každé mezilidské interakce je sociální percepce neboli vnímání či pozorování. Pozorování je základním zdrojem informací o člověku. Vychází ze životních zkušeností jedince. Lidé jsou neustále vystaveni velkému množství podnětů a stimulů. Není v silách člověka všechny tyto stimuly zaznamenat a zpracovat, proto je sociální percepce selektivní. (Mikuláščík, 2010, s. 106).

Významným faktorem percepce je naše emoční inteligence, schopnost poznat, jak se lidé cítí, správně dekodovat vysílané signály. Součástí emoční inteligence je: sebeuvědomění, sebeovládání, obratnost v sociálním styku, motivace k vyšším cílům a empatie. (Bednaříková, 2006, s. 16)

Při sociální percepci vzniká celá řada chyb, které vedou k mylným domněnkám o komunikačním partnerovi. Eliminovat tyto chyby lze jen tak, že si uvědomujeme, jak k nim dochází:

Efekt prvního dojmu, kdy si na základě celkového vzhledu člověka v průběhu několika vteřin vytvoříme kladný nebo záporný dojem, který ovlivňuje naše celkové hodnocení. Platí, že první dojem může člověk udělat jen jednou. (Nakonečný, 2009, s. 170)

Haló efekt Úsudek o pozorovaném vzniká na základě jednoho nápadného rysu, který pozorovatel vnímá jako charakteristický. Haló-efekt způsobuje, že pak jedince vnímáme pod vlivem prvního dojmu velmi dlouho, nejsme schopni korigovat své postoje a dívat se na něj objektivněji. (Hartl, 2000, s. 183)

Efekt primárnosti, závisí na řazení informací. Informace, které se k nám dostanou jako první, jsou důležitější než ty, které se k nám dostanou později. (Hartl, 2000, s. 183)

Efekt zakotvení znamená podléhání minulé zkušenosti nebo tradici. Tato zkušenost může být i ojedinelá, ale zato intenzivně prožitá a vede k deformaci v úsudku. (Nakonečný, 2009, s. 170)

Projekce znamená, že pozorovatel očekává, že druhý člověk má podobné motivy, zájmy, postoje a názory jako my, své promítáme do druhého. (Strnadová, 2007, s. 4 – 6)

Předsudky člověk předem soudí, vychází ze zkušenosti převzaté od ostatních, nikoli ze své vlastní osobní zkušenosti. Obvykle vychází z neoprávněného zobecnění nebo zjednodušení, kdy se jedinci přisuzují vlastnosti typické pro jeho sociální skupinu. (Strnadová, 2007, s. 4)

Stereotypy pozorovatel posuzuje pozorovaného na základě převzatého a neměnného souboru představ o člověku nebo skupině lidí, který významně ovlivňuje jeho vnímání a hodnocení. Nejčastěji se setkáme se stereotypním uvažováním vzhledem k etnické a národní příslušnosti.

Implicitní teorie osobnosti je celkové posuzování osobnosti na základě jedné výrazné vlastnosti. Pozorovatel předpokládá, že ten, kdo má určitou vlastnost, má také další vlastnosti, které si s první vlastností podvědomě, automaticky spojuje. (Hayesová, 2000, s. 70)

3 Mentální postižení

Kapitola obsahuje vysvětlení pojmu mentální postižení, příčiny jeho vzniku, klasifikaci a specifické znaky osob s mentálním postižením.

3.1 Definice

Ke člověku s mentálním postižením je třeba přistupovat jako k osobnosti, s charakteristickými individuálními vlastnostmi, které je nutné rozvíjet a podporovat. Synonymem výrazů mentální postižení, mentální retardace je výraz člověk s mentálním postižením, který je považován mezinárodními organizacemi pro pomoc osobám s mentálním postižením za eticky přijatelnější. Důvodem je skutečnost, že retardace je pouze jedním z mnoha osobnostních rysů člověka. (Švarcová, 2011, s. 24 - 27)

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav fyzické, psychické, sociální a estetické pohody. Pojem zdravotní postižení můžeme chápat jako určitou změnu ve zdravotním stavu člověka, která způsobuje omezení v určitých činnostech. Pro účely zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Mentální postižení je tedy součástí zdravotního postižení a osoba s mentálním postižením patří do širší skupiny osob se zdravotním postižením. (§ 3 zákona o sociálních službách 108/2006 sb.)

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ mysl a „retardare“ opozdit, zpomalit. V doslovném překladu můžeme říci opoždění, zpomalení mysli. Skutečnost je však složitější. Mentální retardace je souhrnem různých syndromů, které postihují nejenom psychické schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Člověk s mentální retardací má nejenom snížený vývoj a úroveň rozumových schopností, ale také nízkou úroveň emočního prožívání, komunikačních schopností, sociálních vztahů a také společenského a pracovního uplatnění. Jestliže nahlížíme na člověka z holistického pohledu, pak v rovině biologické najdeme fyzická omezení, daná jeho zdravotním stavem; v psychologické rovině podprůměrnou inteligenci, vzhledem k populační normě. V rovině sociální je charakteristická dezorientace člověka s mentální retardací ve společnosti, což omezuje schopnost samostatného sociálního fungování a snižuje způsobilost k samostatnému právnímu jednání. (Slowík, 2007, s. 109)

3.2 Etiologie

Výskyt mentálního postižení v populaci se odhaduje na 2 – 3 %, v České republice to představuje asi 300 000 lidí, z toho 80% jsou osoby s lehkým mentálním postižením. Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různé, v mnoha případech nelze určit příčinu jednoznačně. Mnohdy je příčin více a pak hovoříme o multifaktoriální etiologii. (Švarcová 2000: s. 32)

Mentální postižení vzniká z **endogenních** (vnitřních) příčin, které jsou zakódovány v genetické informaci jedince, nebo z **exogenních** (vnějších) příčin tj. škodlivé vlivy vnějšího prostředí. Mezi vnější vlivy, které mohou působit v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním patří především:

- **Fyzické:** úrazy, RTG záření v těhotenství, mechanické poškození plodu
- **Chemické:** vlivy životního prostředí, požívání léků v těhotenství, alkohol, návykové látky, nikotin
- **Biologické:** virové a bakteriální choroby, hormonální poruchy, špatná výživa, hypoxie, asfyxie, negativní vlivy symbiotické způsobené soužitím matky a plodu
- **Psychosociální:** nepodnětné a patologické sociální prostředí (Vágnerová, 1993, s. 138)

Pod nadřazený pojem mentální postižení můžeme zahrnout osoby s **mentální retardací** (oligofrenií) a osoby s **demencí**. Zatímco u mentální retardace je příčinou vzniku vrozený mentální deficit, jako následek závažného organického nebo funkčního poškození mozku, osoba s demencí postupně ztrácí svoje mentální schopnosti, které získala v průběhu života, následkem úrazu, nemoci nebo stáří. (Slowík, 2007, s. 111)

3.3 Klasifikace osob s mentálním postižením

Světová zdravotnická organizace WHO - World Health Organization klasifikuje v současnosti zdravotní problémy (nemoci, postižení, úrazy) pomocí dvou klasifikačních systémů, které se navzájem doplňují a slouží ke komplexnímu posouzení osob se zdravotním postižením.

3.3.1 Klasifikace podle MKN

Mezinárodní klasifikaci nemocí, postižení a handicapů podle Světové zdravotnické organizace WHO, MKN-10 platná od roku 1993 obsahuje seznam kódů všech zdravotních problémů a jejich typických znaků, umožňujících mezinárodní srovnání. V této klasifikaci je

pro osoby s mentálním postižením klasifikačním kritériem úroveň kognitivních schopností jedince (myšlení, paměť, pozornost, vůle, vyjádřená naměřeným inteligenčním kvocientem). Inteligenční kvocient je možné definovat jako poměr mentálního a fyzického věku.

$IQ = \text{mentální věk} / \text{chronologický věk} \times 100$ (Slowík, 2007, s. 113)

- **Lehká mentální retardace (F 70)**

Výše IQ je v rozmezí 50 – 69. Osoby s diagnózou lehké mentální retardace jsou schopny samostatné péče o svoji osobu a také o domácnost. V dospělosti mohou pracovat na otevřeném pracovním trhu v nekvalifikovaných manuálních profesích. Jsou schopni účelné každodenní komunikace. Teoretické školní vzdělávání včetně zvládnutí trivia může být problematické, přednost dávají praktickým dovednostem. Emoční a sociální nevyzrálost se může projevit při řešení požadavků spojených s manželstvím, výchovou dětí, finančním zajištěním rodiny a zdravotní péče. Ohroženy jsou předčasným stárnutím a s ním spojeným zhoršováním kognitivních funkcí.

- **Středně těžká mentální retardace (F 71)**

Výše IQ je v rozmezí 35 – 49. Vývoj v dětství se zpomaluje proti ostatním vrstevníkům. Většina osob je schopna dosáhnout nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze, získat základy čtení, psaní a počtů, adekvátně komunikovat. Zvládají jednoduché sociální aktivity, hrozí jim však zneužití z důvodu jejich přílišné bezelstnosti a důvěřivosti. V dospělosti nejsou schopni žít úplně samostatný život, vyžadují dohled a pomoc. Pracovních aktivit se účastní v sociálně terapeutických dílnách formou dobře strukturované, jednoduché manuální práce s odborným dohledem.

- **Těžká mentální retardace (F 72)**

Výše IQ je v rozmezí 20 – 34. Proti předchozí skupině mají osoby s touto diagnózou značně snížené motorické a komunikační schopnosti, jejich život vyžaduje neustálou pomoc a podporu. Vhodně zvolené metody speciálně pedagogické péče přispívají k celkovému rozvoji a zlepšování kvality života. Časté jsou projevy sebepoškozování.

- **Hluboká mentální retardace (F78)**

Výše IQ je nižší než 20. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou značně omezeny v komunikaci, sebeobsluze a mobilitě. Potřebují pomoc a stálý dohled. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené, zaměřené na bazální oblasti. Řeč se rozvíjí minimálně nebo vůbec. Pomocí zvuků vyjadřují svoje pocity libosti či nelibosti. Častou komplikací jsou neurologické nebo fyzické potíže omezující hybnost, epilepsie, autismus, poškození smyslů.

- **Jiná mentální retardace (F 78)**

Diagnóza se používá tehdy, když zjištění inteligence není možné zjistit pro přidružená somatická či sensorická poškození, u osob které nemluví, mají poruchy chování nebo autismus.

- **Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)**

Diagnóza užívaná pro případ, kdy je mentální retardace prokázána, ale chybí dostatek informací pro zařazení osoby do předchozích kategorií. (Slowík, 2007, s. 114)

3.3.2 Klasifikace podle MKF

Mezinárodní klasifikaci funkční schopnosti, disability a zdraví podle Světové zdravotnické organizace WHO, MKF – 2007. Nová verze klasifikace MKF mění zásadně paradigma posuzování OZP. Umožňuje posuzovat zdraví člověka s mentálním postižením komplexně z biologické, psychologické a sociální perspektivy. Klasifikačním kritériem není handicap vyplývající ze zdravotního stavu, ale zachovalá funkčnost, jako schopnost kompenzovat zdravotním stavem omezené funkce, funkcemi neporušenými a dalšími faktory prostředí. Cílem je vyrovnat příležitosti mezi lidmi s disabilitou a většinovou populací, a zároveň jim umožnit co nejlepší možnou kvalitu života. Disabilitou rozumíme omezení až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností vyplývajících ze zdravotních problémů člověka. (Pfeiffer, 2008, s. 15 [dostupné online])

MKF v sobě propojuje dva přístupové modely:

Lékařský model: Vidí disabilitu OZP jako zdravotní problém, a zabývá se kolektivní odpovědností společnosti za vytvoření vhodných podmínek pro adekvátní zdravotní péči. Východiskem je reforma politiky zdravotní péče.

Sociální model: Vidí disabilitu OZP jako sociální problém, a zabývá se kolektivní odpovědností společnosti za vytvoření vhodných podmínek pro zlepšení funkčních schopností jedince, které umožní jeho plnou integraci do společnosti. Východiskem je reforma sociální politiky související s dodržováním lidských práv. (Pfeiffer, 2008, s. 32 [dostupné online])

MKF má dvě části, každou se dvěma komponentami, které mohou být vyjádřeny pozitivně jako předpoklady nebo negativně jako bariéry:

Funkční schopnost a disabilita

- Tělesné funkce a struktury
- Aktivity a participace

Tělesné funkce jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických). Tělesné struktury jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti. Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověka. Participace je zapojení se do životní situace.

Spolupůsobící faktory

- Faktory prostředí
- Osobnostní faktory (Pfeiffer, 2008, s. 22 [dostupné online])

3.4 Specifické znaky osob s mentálním postižením

Lidé s mentálním postižením se liší jak rozsahem postižení, tak osobnostními vlastnostmi. Lze však vysledovat soubor určitých, specifických znaků, které jsou pro osoby s mentálním postižením společné. Základní charakteristikou je, že mentální postižení je vrozené a trvalé.

- Zpomalenost vnímání
- Snížená schopnost rozlišovat počítky a vjemy
- Obtíže v soustředění se na detaily
- Nedostatečné prostorové a časové vnímání
- Zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudku
- Snížená schopnost logického a abstraktního myšlení
- Nedostatečná paměť
- Těkavá nebo naopak ulpívavá pozornost
- Nedostatečná slovní zásoba a neobratnost při vyjadřování
- Poruchy v interpersonálních vztazích a v komunikaci
- Poruchy vizuální motoriky a pohybové koordinace

- Impulzivnost, hyperaktivita nebo naopak celková zpomalenost v chování
- Citová vzrušivost, zvýšená potřeba kontaktu, péče a bezpečí
- Sugestibilita a rigidita chování
- Nedostatečná osobní identifikace ve vývoji vlastního uvědomění „Já“
- Opožděný psychosexuální vývoj
- Nerovnováha mezi aspirací a výkonem
- Snížená přizpůsobivost k sociální adaptaci s rizikem agresivity (Švarcová, 2000, s. 33)

4 Komunikace osob s mentálním postižením

Tato kapitola nastiňuje význam komunikace v sociální práci obecně. Podrobně se věnuje rozdílům v komunikaci jednotlivých skupin osob s mentálním postižením vzhledem k jejich klasifikaci. Dále obsahuje pravidla a formy komunikace, které se osvědčily v sociální práci s osobami mentálně postiženými.

4.1 Význam komunikace v sociální práci

Komunikace je základním prostředkem sociální práce. Umožňuje získávat potřebné informace o sociální situaci a sociálním fungování klienta a zároveň navazuje vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem nebo jeho okolím pro efektivní řešení konkrétního sociálního problému. (Navrátil, 2001, s. 90)

Pro vykonávání kvalitní sociální práce je nezbytným předpokladem vyzrálá osobnost sociálního pracovníka, jeho sociální a emoční inteligence a také vysoká úroveň jeho komunikačních schopností. Do osobních předpokladů můžeme zařadit důvěryhodnost, způsob projevu, tedy to, jak sociální pracovník neverbálně na klienta působí svým vzhledem, oblékáním, chováním, ale také názory, uznávanými hodnotami, svojí odborností či osobními zkušenostmi. Důvěru klienta získává citlivým zacházením s mocí, kterou nad klientem má, již svojí rolí ve vzájemném vztahu a také diskretním přístupem ke sdělovaným skutečnostem. Mezi komunikační dovednosti můžeme zařadit:

- Schopnost aktivního naslouchání.
- Schopnost empatického vcítění do jednání, uvažování a emocí klienta jako součást emoční inteligence.

- Schopnost orientace ve vztazích a v možnostech řešení konfliktů jako součást sociální inteligence.
- Schopnost celkové analýzy a vzhledu do sociální situace. (Matoušek, 2008, s. 50 – 52)

4.2 Rozdíly v komunikaci mezi jednotlivými klasifikačními skupinami

Řeč člověka je těsně spojena s myšlením a proto úroveň komunikačních schopností odpovídá dosažené úrovni inteligence. (Michalík, 2011, s. 123)

Lidé s mentálním postižením mají vždy změněnou schopnost komunikace, míra je dána individualitou každého jedince a rozsahem jeho postižení. Významnou roli můžeme přisoudit také emoční inteligenci, vyjadřované pomocí emočního kvocientu, ta úzce souvisí s komunikačními, vztahovými a sociálními dovednostmi. Zatímco inteligence bývá vrozená, emoční inteligenci je možné v průběhu života zvyšovat. (Slowík, 2010, s. 53)

Osoby s **lehkou** mentální retardací dokáží v běžném každodenním životě účelně komunikovat, i když si mluvu osvojují opožděně. Mnozí takto postižení lidé mají specifické potíže při čtení a psaní textů. Používají pouze omezenou aktivní i pasivní slovní zásobu a v projevu se dopouštějí různých gramatických chyb. Srozumitelnost jejich vyjadřování bývá v některých případech zhoršena dyslálií (nesprávná výslovnost určitých hlásek). Často kopírují ustálené výroky a fráze, které odposlouchali ve svém okolí či v médiích, mnohdy bez porozumění jejich obsahu. Jejich komunikace vůči ostatním lidem však bývá velmi vstřícná a spontánní.

U osob se **středně těžkým** mentálním postižením je výrazně opožděno chápání a užívání řeči, což znesnadňuje jejich vzdělávání, přesto si někteří jedinci díky kvalifikovanému pedagogickému přístupu osvojí základy trivia. V této skupině jsou značné individuální rozdíly, část jedinců má více rozvinuté sensoricko-motorické schopnosti a omezenou verbální schopnost, zatímco druhá část jedinců je značně neobratná, ale schopná přiměřeně sociálně komunikovat. Z toho vyplývá, že mezi lidmi se středně těžkým mentálním postižením najdeme osoby schopné jednoduché konverzace, stejně jako osoby, které sotva dokážou požádat o uspokojení svých základních potřeb. Někteří nemluví vůbec, přestože rozumějí jednoduchým pokynům a komunikují neverbálně především gestikulací. Pro snadnější

dorozumění se využívají některé alternativní prostředky, jako jsou názorné předměty a obrázky. Na významu nabývají dotyky, pohlazení, objetí a obdobné taktilní formy komunikace pro vyjádření pocitů, které by vzhledem k omezeným řečovým schopnostem zůstaly jinak nesdělitelné.

Při **těžké** mentální retardaci komunikace probíhá pomocí jednotlivých slov, neartikulovaných zvuků, dotyků, gesty nebo ukazováním na předměty. Vzájemné dorozumění je možné jen díky alternativním komunikačním systémům, jako jsou komunikační tabulky, piktogramy, gesta.

Komunikaci je možné navázat i s lidmi s **hlubokým** mentálním postižením. Porozumět pocitům, prožitkům a potřebám klienta umožňuje bazální dialog, řeč jeho těla. Lze dekódovat signály, které tělo vysílá, jako je svalová tenze, rytmus a intenzita dýchání, pohyby očí a končetin, ale také libost či nelibost vyjádřenou neartikulovanými zvuky. Za komunikaci u lidí s hlubokým mentálním postižením můžeme označit také jejich reakci na jednoduché pokyny.

V případech **kombinace** mentálního postižení s jinými druhy somatických potíží se využívá tak zvaná totální komunikace. To je kombinace všech dostupných metod a prostředků s cílem porozumět klientovým potřebám. (Slowík, 2010, s. 47-51)

4.3 Pravidla komunikace vzhledem ke specifickým znakům mentálního postižení

V komunikaci s lidmi s mentálním postižením je třeba dodržovat všeobecně platné zásady komunikace spočívající v taktu, toleranci, empatii, ohleduplnosti, trpělivosti a úctě k partnerovi. Základem je vytvořit bezpečnou, důvěrnou atmosféru a nepřebírat v komunikaci vedoucí úlohu. Dbát na přiměřený oční kontakt. Počátek a konec konverzace je možné ritualizovat, navázat kontakt dotekem, pohlazením či jiným opakujícím se způsobem. Mezi další zásady uplatňované v komunikaci s lidmi s mentálním postižením patří oslovovat dospělého člověka s postižením přímo. Na asistenta nebo jiný doprovod se obracet jen tehdy, nevede-li přímý rozhovor ke vzájemnému pochopení. Zásadní je jednat s osobou s mentálním postižením jako s každým jiným dospělým, kde samozřejmostí je vykání. (Valenta in Michalík, 2011, s. 134, 135)

Vhodné je nechat výběr tématu k rozhovoru na klientovi, nebo volit konkrétní či aktuální téma. V komunikaci se také osvědčilo vyjadřovat svoje myšlenky jasně bez cizích slov,

zkratek a žargonu. Více informací je vhodné rozdělit do několika kratších vět. Pokud je nezbytné použít abstraktní pojmy, je třeba objasnit je na praktických příkladech ze života klienta. Aktivně naslouchat a skutečně rozumět sdělovanému, případně si doplňovat potřebné informace dalšími otázkami. Ptát se vždy otevřenými otázkami, teprve pokud partner nerozumí, je možné nabídnout výběr z několika možností. (Michalík, 2011, s. 134, 135)

K dalším pravidlům úspěšné komunikace s mentálně postiženými lidmi patří přizpůsobení se pomalému tempu projevu jedince a trpělivost v naslouchání, tak aby měl komunikační partner dostatek času se vyjádřit. To platí především v rozhovoru s člověkem, který má vadu řeči nebo používá alternativní způsoby komunikace. Pomalé tempo řeči mohou vhodně doplnit neverbální projevy jako výrazná gesta, srozumitelná a čitelná mimika. Neverbální a verbální projev musí být vždy ve vzájemném souladu. Nezbytné je ověřovat si, zda vám člověk s postižením rozumí, a také jestli s tím, co říkáte, souhlasí nebo ne. Pomáhá parafrázovat klientovu myšlenku vlastními slovy a tím si ověřit správné pochopení. Vhodné je mít na paměti, že lidé s mentálním postižením jsou většinou velmi sugestibilní, proto je dobré formulovat otázky tak, abychom zjistili jejich skutečné potřeby, aniž by docházelo k ovlivňování jejich názoru vlastními zájmy. (Krejčířová, 2007, s. 25 – 30)

Problematická orientace v čase nabádá k obezřetnosti v používání konkrétních časových údajů. Lépe je popsat informaci pomocí jednotlivých činností tak, jak budou následovat po sobě. Také prostorová orientace činí klientům velké potíže, vhodné je proto bez složitého vysvětlování, doprovodit mentálně postiženého raději osobně na správné místo. Lidem s mentálním postižením může způsobovat značné obtíže vlastní písemný projev, stejně jako orientace a porozumění psanému textu. Těmto potížím se dá předcházet tolerancí k agramatismu, společným pročítáním a názorným vysvětlováním obtížných částí. (Krejčířová, 2007, s. 42).

4.4 Komunikace v konceptu bazální stimulace

Koncept bazální stimulace (bazální dialog) je psychologicko-pedagogická aktivita, která podporuje rozvoj vnímání u lidí s hlubokým a kombinovaným mentálním postižením za pomoci jejich tělesných smyslů. Zpočátku přispívá k vnímání vlastního těla, později i nejbližšího okolí a směřuje k navázání komunikace. Respektuje autonomii člověka, podporuje jeho prostorovou orientaci a tím posiluje pocity jistoty a bezpečí. Autor konceptu profesor A. Fröhlich byl již v 70. letech minulého století přesvědčen o tom, že každého člověka je možné

vzdělávat a nedostatečná senzomotorická stimulace vede k sekundárnímu poškození intelektu. Zdůrazňoval individuální přístup ke každému klientovi a ohled k jeho přáním. (Friedlová, 2007, str. 16)

Komunikace v konceptu bazální stimulace slouží k pochopení potřeb klienta a navázání osobního vztahu mezi pečujícím a klientem. Každý klient komunikuje jiným způsobem, a proto je hlavním úkolem bazální stimulace porozumět jeho způsobu dorozumívání. Důležité je pozorovat klientovi reakce, i kdyby byly pouze nepatrné a v náznacích. Příjemné reakce může klient vyjadřovat pomocí mžikání očí, hlubokého dechu, vzdychání, otvírání očí, pousmání, uvolnění svalstva i mimiky. Pokud je klientovi podnět nepříjemný zavírá oči, neklidně a nepravidelně dýchá, svaly jsou křečovitě sevřené, stejně jako mimika obličeje, reakce signalizují obranu, neklid a snahu odvrátit se od pečující osoby. (Friedlová, 2007, s. 18)

Základní typy stimulace:

- **Somatická** stimulace vjemů z povrchu těla a z vnitřního prostředí lidského organismu
- **Vibrační** zprostředkováním vnímání těla jako celku
- **Vestibulární** stimulace rovnovážného ústrojí, podpora prostorové orientace a vnímání pohybu

Nástavbové typy stimulace:

- **optická** zrakové vjemy
- **auditivní** sluchové vjemy
- **orální** vjemy z oblasti dutiny ústní, podpora příjmu potravy
- **olfaktorická** čichové vjemy
- **taktilně-haptická** hmatové vjemy (Friedlová, 2007, s. 33)

4.5 Alternativní a augmentativní komunikace

Augmentativní komunikační systémy (z latinského slova *augmentare* – rozšiřovat) mají za úkol podporovat již získanou schopnost jedince komunikovat za pomoci mluvené řeči a rozšiřovat ji pro snadnější vzájemné dorozumění.

Alternativní komunikační systémy (z latinského slova *alter* – druhý), předpokládají volbu jedné možnosti ze dvou a více eventualit. Mají za úkol nahrazovat mluvenou řeč jinými formami komunikace, jako je například používání gest, znaků, fotografií anebo piktogramů.

Cílem těchto komunikačních systémů je interaktivní komunikace klienta se svým okolím, protože není důležité umět mluvit, ale najít si svůj způsob, přizpůsobený individualitě, schopnostem a dovednostem jedince, jak se dorozumět se svým okolím. Využívání augmentativní a alternativní komunikace je vhodné kombinovat s logopedickou terapií, tedy budovat kvalitní základy mluvené řeči, a zároveň podporovat jedince ve snaze dorozumět se jakýmkoli dostupným způsobem. (Šarounová, 2014, s. 13)

Netechnické pomůcky:

Tvoří reálné předměty, nebo části těchto předmětů jako symboly pro jednotlivé věci a činnosti. Předměty se často doporučují v komunikaci s klienty s těžkou formou mentálního postižení, kteří nerozumějí fotografiím nebo piktogramům a nedokážou si je propojit s konkrétní věcí či činností. (Šarounová, 2014, s. 16, 17)

Jinou alternativou v komunikaci s mentálně postiženými mohou být grafické symboly – piktogramy a jejich systémy. Symboly jsou jednoduchou kresbou znázorňující např. určitý předmět či činnost. Řadí se do tabulek, sešitů nebo komunikačních knih většinou podle jednotlivých tematických okruhů (oblečení, jídlo, hygiena, volný čas). Pod jednotlivými symboly nebo fotografiemi nesmí chybět popis, co nebo koho zobrazují pro ty komunikační partnery, kteří netráví s klientem celý den, a přesto potřebují porozumět tomu, co chce uživatel vyjádřit. V praxi se potvrdilo, že je vhodnější, pokud uživatel zpočátku se symboly fyzicky manipuluje a sestavuje větu pomocí rozstříhaných kartiček, než když na symboly pouze ukazuje, to je možné u pokročilých uživatelů, kteří chtějí komunikovat rychleji. Doporučuje se kombinovat různé metody a pomůcky, protože žádná není universálně vhodná pro všechny. (Michalík, 2011, s. 134)

Technické pomůcky:

Pomůcky s hlasovým výstupem – komunikátory. Uživatel ukazuje na symboly nebo fotografie, kterým musí rozumět a umět je ke komunikaci užívat. Pod nimi je nahrané sdělení, které se zmáčknutím příslušného tlačítka přehraje.

Další možnosti přináší tablety a notebooky – s dotykovým displejem, umožňují individuální nastavení pro uživatele a snadné rozšíření v případě narůstající potřeby komunikovat. Ne vždy je však technická pomůcka uživateli upřednostňována, jsou známy případy, kdy uživatel upřednostňuje tradiční, netechnické, komunikační pomůcky, protože ty vedou ke skutečné interakci mezi dvěma lidmi se silným sociálním rozměrem, který může uživatel u technické pomůcky s umělým hlasem postrádat. (Šarounová, 2014, s. 34 – 53)

Zásady augmentativní a alternativní komunikace

Pro rozvoj komunikace je tedy dobré znát jednotlivé metody a pomůcky, stejně důležité je zvolit vhodnou slovní zásobu a způsob, jak komunikaci nacvičovat. Podobně jako klavír neudělá z člověka klavírního virtuosa, nelze očekávat, že komunikační pomůcka sama o sobě naučí klienta funkční komunikaci. Rozsah slovní zásoby má lehce převyšovat klientovy dosavadní schopnosti, podobně jako se nové slovní zásobě učí malé děti. Nejprve pasivně rozumí, až později aktivně slovo používají. Slovní zásoba je tvořena jádrovou slovní zásobou asi 200 až 300 nejfrekventovanějších slov v daném jazyce a tematickou slovní zásobou. Jádrová slovní zásoba je obdobná pro různá místa, situace, činnosti. Je velmi podobná i pro lidi s rozdílným intelektem, tvoří základ daného jazyka. Tematická rozšiřuje možnosti vyjádření ke konkrétní oblasti v životě uživatele. Skládá se především z podstatných jmen a sloves, která se k danému tématu vážou. Slovní zásoba se snáze rozšiřuje, pokud je uživatel ke komunikaci vhodně motivován. Motivačně působí také okamžitá odměna, podání konkrétní věci, pamlsku, činnost, kterou si klient zvolil. Důležité je, aby mezi přáním uživatele a jeho splněním byla co nejkratší časová prodleva. Uživatel snadněji pochopí souvislost mezi výhodou komunikace a uspokojením jeho potřeby či přání.

Podobně jako při výuce cizího jazyka i u augmentativní a alternativní komunikace postupujeme od základních sdělení ke složitějším a náročnějším. Aby mohl člověk efektivně komunikovat, musí rozumět nejenom jednotlivým symbolům (receptivní složka řeči), ale také nacvičit dovednost, správně je použít v komunikačním kontextu (expresivní složka řeči).

Závěrem je možné shrnout jednotlivé kroky. Na začátku komunikačního procesu vybrat vhodnou pomůcku a přesvědčit se, že uživateli vyhovuje. Motivovat uživatele vhodnými situacemi, které ho inspirují k potřebě sdělovat. Dopředu vytvořit vhodnou jádrovou i tematickou slovní zásobu tak, aby bylo možné tvořit jednoduché věty. Takovou slovní zásobu vložit do komunikační pomůcky. Stanovit si plán nácviku komunikace a dbát na jeho dodržování. (Šarounová, 2014, s. 54 - 77)

5 Postoje k lidem s mentálním postižením

Kapitola se zabývá postoji, které zaujímá k lidem s mentálním postižením současná společnost, jak se tyto postoje promítají do jejich práv, integračních a inkluzivních procesů. V dalších kapitolách dává do souvislosti základní ukotvení sociální práce a to, jak se postoje společnosti k lidem s mentálním postižením odrážejí v sociální práci.

5.1 Postoje společnosti

Lidská společnost ve svém historickém vývoji postupně mění svoje postoje ke skupině osob s mentálním postižením od počáteční segregace, represe a nezájmu, přes charitativní pomoc až k současným humanitním trendům spočívajícím v „*toleranci k odlišnosti*“, které směřují k integračním a inkluzivními společenským procesům. (Slowík, 2007, s. 29 - 30).

Česká republika se v uplynulých 25 letech zařadila mezi státy, které si uvědomují a přijímají zvýšenou odpovědnost za odstraňování existujících bariér bránících osobám se zdravotním postižením v účasti na plnohodnotném životě a integraci do společnosti. Po listopadové revoluci vznikají v naší společnosti nové organizace a spolky hájící zájmy a práva osob se zdravotním postižením a poskytující dosud chybějící služby. Postupně se uplatňují nové metody v sociální práci, novelizují se právní předpisy v oblasti sociálního zabezpečení, dopravy a školství. Častější prezentace tématu zdravotního postižení v médiích přispívá k odstraňování předsudků a pozitivním změnám ve vztahu veřejnosti k této skupině. (NPRP pro OZP, 2015, [dostupné online])

Významnou úlohu v tomto pozitivním vývoji sehrály pravidelně vznikající pětileté národní plány vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, jejichž cílem je zlepšit podmínky a kvalitu života této skupině lidí a naplňovat jednotlivé články Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, kam řadíme také osoby s mentálním postižením. Je prokazatelné, že naplňování těchto plánů přispělo ke zlepšení v řadě oblastí, důležitých pro důstojný život lidí se zdravotním postižením, nicméně další závažné úkoly stojí i před plánem na období 2015 – 2020. Mezi priority patří oblast zaměstnanosti a oblast inkluzivního vzdělávání osob se zdravotním postižením. Nadále je třeba prosazovat bezbariérovou výstavbu a nalézt transparentní, spravedlivý a efektivní způsob financování sociálních služeb. (NPRP pro OZP, 2015 [dostupné online])

5.2 Práva osob s mentálním postižením

Lidská práva jsou jedním ze základních pilířů všech moderních demokratických společností na světě. Česká republika má lidská práva zakotvena v Ústavě, jako zákon č. 2/1993 Sb. pod názvem Listina základních lidských práv a svobod. První článek tohoto zákona říká: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, a nepromlčitelné.*“ Základní práva a svobody člověka vymezují prostor, ve kterém člověk jedná na základě své svobodné vůle a do kterého nesmí zasahovat nikdo jiný, ani jednotlivce ani veřejná moc. Zároveň je třeba mít na paměti, že práva jednoho člověka končí tam, kde jsou ohrožena práva druhého člověka. (Zákon č. 2/1993 Sb.)

Problematikou práv lidí se zdravotním postižením se zabývá Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se po své ratifikaci v roce 2009 stala součástí našeho právního řádu. I když nevytváří žádná nová práva, upravuje aplikaci existujících práv na specifickou situaci osob se zdravotním postižením. Jedná se například o právo na rovnost před zákonem, právo na život, přístupnost prostředí a informací; dále pak právo na svobodu a osobní bezpečnost, vzdělávání, svobodu pohybu, respektování soukromí, zdraví, zaměstnávání atd. Úmluva se řídí následujícími základními principy:

- respektování lidské důstojnosti a nezávislosti
- nediskriminace, plné zapojení do společnosti
- respektování odlišnosti a rovnost příležitostí
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvíjejících se schopností dětí a jejich práva na zachování identity
- přístupnost (Makovcová, 2010, s. 4, 5 [online])

Je však třeba rozlišovat mezi pojmy lidská práva a právní způsobilost, tedy způsobilost jednotlivce k právním úkonům, jako je například udělení plné moci, sjednání půjčky nebo uzavření smlouvy o sociální službě. Soud rozhoduje v zájmu osoby s mentálním postižením o:

- **Omezení způsobilosti** k některým právním úkonům (v případě, kdy osoba je schopna činit pouze některé právní úkony)
- **Zbavení způsobilosti** k právním úkonům (v případě, kdy osoba není schopna činit žádné právní úkony)

Soud přiděluje osobě s mentálním postižením opatrovníka, který je povinen jednat v zájmu opatrovance a s ohledem na jeho přání a potřeby za něho vyřizovat právní úkony. Omezení

právní způsobilosti stanovuje soud na dobu určitou, nejdéle na dobu tří let, je však možné s ohledem na zájmy a povahu postižení opatrovance, požádat o jeho prodloužení. (Občanský zákoník, Zákon č. 89/2012 Sb., §55 - §65)

Člověk s mentálním postižením je respektován jako dospělá osoba se všemi základními lidskými právy, jako je například právo volně se pohybovat, právo vlastnit majetek, právo na práci a odměnu za vykonanou práci nebo právo na osobní život a soukromí. Má právo svobodně rozhodovat ve všech každodenních záležitostech týkajících se jeho osoby, včetně udělování souhlasu s léčbou, či právo léčbu odmítnout. (Sobek, 2007, s. 99)

5.3 Integrační a inklusivní procesy ve společnosti

Z předchozích kapitol vyplývá, že současný humanistický postoj k lidem s mentálním postižením dbá na dodržování všech zákonných práv a svobod s důrazem na začleňování do majoritní společnosti. Pojem integrace znamená začleňování či spojování určitých částí v jeden celek, tedy soužití menšinové (minoritní) skupiny s většinovou (majoritní) skupinou v rámci jedné společnosti. Integrace tvoří nejvyšší stupeň socializace jedince, je to schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet si k ní pozitivní vztahy a postoje. Integrace probíhá ve všech oblastech lidského života jako je školská integrace, pracovní integrace, komunitní integrace. (Novosád, 2014, s. 11)

Jedinci s mentálním postižením nejsou schopni bez pomoci dosahovat tak vysoké míry socializace, je proto potřeba vytvářet pro jejich integraci vhodné podmínky. Na sociální integraci se tedy podílí nejenom samotný jedinec a jeho individuální zvláštnosti, ale také objektivní aspekty dané stavem společnosti. Mezi objektivní podmínky řadíme:

- vztah státu k postiženým lidem
- společenské vědomí, postoje k postiženým jedincům a stigmatizaci
- životní prostor a v něm technické, dopravní, komunikační a architektonické bariéry
- úroveň výchovy, vzdělání a profesní přípravy
- vhodné pracovní podmínky, tedy využití jejich schopností a nadání

Subjektivní aspekty tvoří:

- zdravotní stav a omezení z něho vyplývající (mobilita, komunikace, vnímání, emoce)
- osobnostní rysy jedince dané vrozenými dispozicemi a výchovným působením
- charakterové vlastnosti umožňující zvládnout nepříznivou životní situaci

- vnější vlivy rodiny a osobního zázemí

Je možné konstatovat, že socializace jedinců se zdravotním postižením není u všech stejná právě díky těmto objektivním a subjektivním podmínkám. Rozlišujeme tedy čtyři stupně socializačního procesu, ve kterém **integrace** zaujímá přední místo. Integrací rozumíme plné začlenění jedince se zdravotním postižením do společnosti. Jedinec je samostatný a nezávislý, nevyžaduje zvláštní přístupy ani ohledy. **Adaptace** je o něco nižší fází socializace, a je charakteristická individuální schopností zdravotně postiženého jedince přizpůsobit se prostředí. **Utilita** označuje sociální zařazení jedince se značně omezeným vývojem. Tento jedinec není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech, nemůže žít samostatně. **Inferioritu** můžeme chápat jako nejnižší stupeň socializace. Jedná se o sociální vyčlenění jedince ze společnosti. Jedinci jsou nesamostatní a odkázáni na pomoc druhých osob i při uspokojování nejzákladnějších potřeb. (Podešva, 2007, s. 84 - 87)

Dnes je již jasné, že žádný koadaptační proces nemůže být konečnou fází integrace, protože vývoj společnosti směřuje k inkluzi. *„Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s mentálním postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení. Inkluzivní postoj spočívá v přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech. V inkluzivním přístupu jsou tedy osoby s postižením zapojovány do všech běžných činností jako lidé bez postižení. To umožňuje majoritní společnosti přijmout základní myšlenku inkluze, že být odlišný je normální.“* (Slowík, 2007, s. 32)

5.4 Základní ukotvení sociální práce

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalovat, vysvětlovat a řešit sociální problémy lidí, nacházejících se v obtížné životní situaci. Opírá se o společenskou solidaritu a individuální lidský potenciál. Pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám sociálně se uplatnit a zároveň vytváří příznivé společenské podmínky umožňující toto uplatnění uskutečnit. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života. (Matoušek, 2007, s. 184)

Vymezení cílů sociální práce se v současnosti opírá o koncept sociálního fungování, jehož představitelkou je Bartlettová. Pojmu sociální fungování můžeme rozumět jako vzájemné interakci, která probíhá mezi prostředím a člověkem. Prostředí klade na člověka požadavky související s jeho sociálními rolemi a člověk tyto požadavky musí plnit. Sociální problém

nastává v okamžiku, kdy člověk nezvládá plnit požadavky svého prostředí. Cílem sociální práce je sociální problém vyřešit buď snížením nepřiměřených požadavků okolí, nebo soustavnou prací s klientem na zlepšení jeho schopností a dovedností. (Matoušek, 2007, s. 185)

Jiný výklad pojmu sociální fungování uvádí americká Národní asociace sociálních pracovníků: „*Sociální fungování je naplnění rolí člověka ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním sociálním okolí i ve vztahu k sobě samému.*“ Zahrnuje:

- **uspokojování základních potřeb:** jídlo, přístřeší, bezpečí, zdravotní péče a ochrana
- **osobní naplnění:** vzdělání, odpočinek, hodnoty, dosažení úspěchu
- **emocionální potřeby:** pocit sounáležitosti, vzájemná péče, být součástí společenství
- **adekvátní sebepojetí:** sebedůvěra, sebeúcta, osobní identita

Úkolem sociálního pracovníka je řešit na profesionální úrovni problémy lidí nacházejících se v obtížné životní situaci a pomáhat jim v sociálním fungování. Zabývá se celkovou životní situací člověka s ohledem na sociální realitu, v níž se člověk nachází. Posuzuje všechny faktory, které brání (bariéry), nebo naopak usnadňují (předpoklady) sociální fungování člověka nejen v oblasti sociální, ale i biologické, psychické či duchovní. Na základě posouzení těchto faktorů stanovuje cíle řešení klientovy situace a postupy jak těchto cílů dosáhnout. (Navrátil, 2001, s. 14)

Význam individuálně zaměřené sociální práce v konceptu sociálního fungování s mentálně postiženými lidmi zdůrazňuje ve své akademické stati Novosád. Zabývá se odpovědností sociálních pracovníků při stanovování rizik, která vznikají z disproporce mezi možnostmi a právy, které se před lidmi s mentálním postižením otvírají vzhledem k inklusivním procesům ve společnosti, a individuálními schopnostmi jedince tato práva a z nich plynoucí povinnosti zvládnout. (Novosád, 2013, s. 59 – 65 [online])

5.5 Postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

Humanistický přístup psychologa Carla Rogerse se v oblasti lidské komunikace věnuje vytvoření vzájemného vztahu, založeného na akceptaci klienta, empatii, oceňování a autenticitě terapeuta. Pokud pomáhající profesionál dokáže klienta pozitivně přijímat a zároveň respektovat jeho osobnost, chovat se vstřícně a s opravdovým zájmem o jeho problémy a pocity, může díky vhodné komunikaci, účinně pomáhat v konstruktivním rozvoji klientovy osobnosti. (Michalík, 2011, s. 475)

Na tyto myšlenky navazuje M. Pörtnerová. Hledá možnosti, jak změnit myšlení a přístup pečujících osob k lidem s mentálním postižením v sociální práci pobytových zařízení. Základem její koncepce je úcta k lidské jedinečnosti a předpoklad, že každý člověk je principiálně zaměřený na růst a sebeaktualizaci, a má vlastní schopnosti ke změnám a řešení problémů. Nezbytné je aktivní naslouchání nejen verbálním, ale i neverbálním projevům člověka, schopnost nezlehčovat jeho vyjádření a plná akceptace klientových potřeb a přání. Klient má právo na vlastní volbu a vlastní zkušenost, musí mu být umožněno přijímat odpovědnost sám za sebe a spoustu dalších zdánlivě samozřejmých věcí, které při důsledném uplatňování zlepšují kvalitu jeho života. Zdůrazňuje význam empatie pečujících osob, ale rovněž kongruence, ke které patří sebereflexe, především vzhledem k rozpoznání vlastního podílu na situaci a ochota přenechat rozhodování na klientovi. (Štegmánová, 2011, s. 430 – 433 [online])

Sociální práce se zaměřuje na zvyšování kvality života lidí s mentálním postižením v oblasti vzdělávání, zaměstnanosti, bydlení i trávení volného času, s cílem dosáhnout stejného způsobu života, jakým žijí jejich vrstevníci v přirozeném společenství. Ideálním stavem je žít v místní komunitě způsobem, který se co nejvíce podobá životu lidí bez postižení. S tím souvisí využívání běžných zdrojů, co největší možná samostatnost a svoboda rozhodování. Sociální služby nemají řídit život uživatele, ale pomáhat mu, aby si dokázal řídit svůj život sám. Sociální služby jsou lidem s mentálním postižením poskytovány nejen na základě posouzení jejich medicínské diagnózy a rozumových schopností, ale také s přihlédnutím k jejich adaptačním schopnostem a dovednostem. (Matoušek, 2010, s. 112 – 115)

Nejpočetnější skupina, tj. osoby s lehkým mentálním postižením, mají velmi dobrou prognózu sociální integrace. Tito lidé jsou schopni zcela samostatně nebo jen s minimální podporou bydlet, pracovat a žít v běžné sociální komunitě. Pokud potřebují pomoc nebo podporu, jsou pro ně vhodné služby chráněného či podporovaného bydlení a podporovaného zaměstnání. Jiná je situace osob s těžkým mentálním postižením, které mají mimo jiné velké obtíže i v běžném sociálním kontaktu, například díky svému spontánnímu projevu. I když tyto jedinci žijí v rodině, zůstává jejich sociální síť většinou řídká a hrozí jim sociální exkluze. Reálné schopnosti nejsou pro inkluzi rozhodující, zásadní je schopnost společnosti překonávat předsudky. (Slowík, 2007, s. 119)

Smyslem sociální práce s mentálně postiženými lidmi je pomáhat jim v co nejlepším sociálním fungování. Umožnit jim, aby se dokázali co nejlépe začlenit, našli svoji identitu a

místo ve společnosti, co nejlépe využili svého potenciálu a dokázali prožít svůj život bez diskriminace, důstojně a plnohodnotně. „*Úkolem sociálního pracovníka je navázat s klientem vhodnými způsoby komunikace kvalitní vztah, pochopit jeho potřeby, přání a individualitu jeho osobnosti. Pomáhat mu zlepšovat podmínky pro život a tím zvyšovat jeho šanci na seberealizaci a úspěšné začleňování do společnosti. Vytvářet možnosti pro celoživotní vzdělávání a proces socializace.*“ (Novosád 2014: s. 21 - 23)

6 Výzkumná část

Ve výzkumné části bakalářské práce krátce představím Vincentinum jako největšího poskytovatele sociálních služeb v Olomouckém kraji se zaměřením na osoby s mentálním a kombinovaným postižením, kde budu provádět svůj výzkum. V dalších kapitolách bude stanoven cíl výzkumu, zvolena výzkumná strategie a metoda, zdůvodněna volba výzkumného vzorku a etické zásady. Dále bude provedena analýza získaných dat a diskuse nad výsledky, na jejichž základě bude vysloveno shrnutí a doporučení pro praxi.

6.1 Popis výzkumného terénu

Vincentinum – poskytovatel sociálních služeb Šternberk, příspěvková organizace od ledna roku 2015 poskytuje na různých místech pět druhů sociálních služeb, a to:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněné bydlení
- Domovy se zvláštním režimem
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře

Vzhledem k vybranému vzorku klientů, kteří bydlí ve službě chráněné bydlení nebo ve službě domov pro osoby se zdravotním postižením, se v charakteristice zaměřím především na tyto dvě služby.

6.1.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením:

Místa poskytování služby:

- Sadová 1426/7, 785 01 Šternberk
- Olomoucká 1474, 783 91 Uničov
- Gymnazijní 1473, 783 91 Uničov
- Masarykovo náměstí 10, 787 01 Šumperk

Ve Šternberku, kde se v bývalém klášteře nachází sídlo organizace od roku 1951, je celoročně poskytována služba domovy pro osoby se zdravotním postižením s celkovou kapacitou 135 klientů na pěti domovech: Bílém, Červeném, Modrém, Hnědém a Zeleném. Organizační dělení domovů souvisí především s mírou potřebné pomoci a podpory klientů a jejich zdravotním stavem. Do roku 2015 byla služba poskytována rovněž ve Šternberku na Bezručově ulici.

V rámci pilotního projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ je od 1. 7. 2014 poskytována jako služba komunitního typu v Šumperku (celkem pro 12 klientů) a od 1. 1. 2015 v Uničově ve dvou nových objektech, resp. ve čtyřech skupinových domácnostech po 6 klientech (celkem 24 klientů).

Posláním Domovů pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku, v Uničově a v Šumperku je poskytovat přiměřenou individuální podporu a péči lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního nebo kombinovaného postižení, a to od 3 let bez věkového omezení. Smyslem služby je rozvinout osobní možnosti a schopnosti každého klienta a zároveň mu umožnit žít co nejuspokojenější život.

Cíle služby:

- Prostřednictvím nabízených aktivit a činností rozvíjet individuální dovednosti a schopnosti klientů tak, aby dosáhli co nejvyšší míry soběstačnosti a nezávislosti na službě.
- Vytvářet podmínky pro optimální rozvoj schopností a znalostí klienta tak, aby byl připraven na případný přechod do služby s nižší mírou podpory.
- Začlenit klienty v maximální možné míře do přirozené komunity
- Podporovat a rozvíjet přirozené sociální vazby a vztahy s rodinou a blízkými osobami

Naplňování cílů služby je vyhodnocováno dle měřitelných a konkrétních kritérií, které jsou obsahem ročního „Hodnocení naplňování veřejného prohlášení“. Kritéria jsou definována na základě potřeb klientů a následně potřeb organizace, vyplývajících z porad a supervizi. (Vincentinum, 2017 [on-line])

6.1.2 Chráněné bydlení

Místa poskytování služby:

- Nádražní 1693/2a, 785 01 Šternberk
- Za Zahradami 1769/14, 785 01 Šternberk
- Revoluční 1375/55, 787 01 Šumperk
- Sadová 1426/7, 785 01 Šternberk

Služba Chráněné bydlení Vincentinum vznikla v rámci pilotního projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ jako služba komunitního typu. Od 1. 7. 2013 je ve Šternberku realizována ve dvou bytech v běžné zástavbě, kde žije celkem 8 klientů. Od 1. 7. 2014 je služba chráněné bydlení provozována v nově zrekonstruovaném domě v Šumperku, kde bydlí 6 klientů. Služba je poskytována celoročně ženám i mužům.

Posláním Chráněného bydlení Vincentinum ve Šternberku a v Šumperku je poskytovat přiměřenou podporu dospělým lidem s mentálním a kombinovaným postižením tak, aby mohli využívat vlastní dovednosti a schopnosti a vedli plnohodnotný život v běžném prostředí jako jejich vrstevníci.

Cíle služby:

- S ohledem na zdravotní stav a dovednosti klienta rozvíjet jeho individuální dovednosti při zvládání péče o domácnost tak, aby se stal na službě co nejméně závislý a byl schopen využívat běžné zdroje v komunitě.
- Vytvářet podmínky pro optimální rozvoj schopností a znalostí klienta tak, aby mohl být zaměstnán a byl připraven na případný přechod do služby s nižší mírou podpory.
- Dosáhnout co nejvyšší soběstačnosti klienta při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.
- Rozvíjet přirozené sociální vazby klienta a podporovat vztahy s blízkými osobami.

Naplňování cílů služby je vyhodnocováno dle měřitelných a konkrétních kritérií, které jsou obsahem ročního „Hodnocení naplňování veřejného prohlášení“. Kritéria jsou definována na základě potřeb klientů a následně potřeb organizace, vyplývajících z porad a supervizí.

Služba je poskytována dospělým osobám s mentálním a kombinovaným postižením, které vyžadují pomoc a podporu jiné fyzické osoby (např. při zajištění chodu domácnosti, při

poskytnutí a zajištění stravy, zprostředkování kontaktu s přirozeným prostředím). Předpokladem k přijetí je schopnost zvládat s podporou běžné úkony péče o vlastní osobu a o domácnost a aktivně spolupracovat na realizaci osobních cílů. (Vincentinum, 2017 [on-line])

6.1.3 Zásady poskytovaných služeb a vybavení prostor hlavní budovy zařízení

Obě uvedené služby se ve své práci řídí těmito zásadami:

- **Zásada individuálního přístupu ke klientovi:** respekt k osobnosti klienta, jeho potřebám a přáním, dovednostem, schopnostem, zdravotnímu stavu.
- **Zásada respektování lidských práv:** právo na důstojnost a soukromí člověka, na vzdělání, práci, samostatný pohyb, na kvalitní informace – je dodržován etický kodex pracovníků v sociálních službách.
- **Zásada začlenění klienta do společnosti:** přiměřená podpora klientů žijících v sociální službě tak, aby měli stejná práva a povinnosti, jako jiní spoluobčané v běžné komunitě.
- **Zásada aktivního přístupu klienta k vlastnímu životu:** zapojení klientů do plánování a hodnocení služby s důrazem na maximální samostatnost a nezávislost.

V prostorách hlavní budovy Vincentina můžeme najít bezbariérovou tělocvičnu, snoezelen místnost, pracoviště fyzioterapie, rehabilitační bazén a tělocvičnu. Pro nejrůznější kulturní akce, semináře, vzdělávání zaměstnanců a konference je určený společenský sál. Kreativitu mohou klienti rozvíjet v aranžérské, textilní, výtvarné a keramické dílně. Prostor pro setkávání nabízí uživatelům čajovna, kde obsluhu velmi profesionálně zajišťují sami klienti zařízení. Součástí objektu je také kaple, kde probíhají bohoslužby a koncerty. (Vincentinum, 2017 [on-line])

6.2 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

- **Cíl:** „Zjistit, jaký způsob komunikace se v praxi nejlépe osvědčil pečujícím osobám u konkrétní skupiny klientů“

- **Výzkumná otázka:** „*Jaké způsoby komunikace se v praxi nejlépe osvědčily pečujícím osobám u skupiny osob s lehkým, středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením?*“

6.3 Výzkumná strategie

Výzkum je podle K. F. Puncheho organizovaný, systematický a logický proces zkoumání, kde empirická informace slouží pro zodpovězení kladených otázek. Vzhledem k vybranému tématu a cíli absolventské práce jsem si zvolila empirický výzkum, tedy výzkum založený na zkušenosti člověka a pozorování světa. (Punch 2006: s. 17)

Vzhledem k cíli své absolventské práce, jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu, typickou definici tohoto výzkumu uvádí Disman: „*Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam přikládány sdělovaným informacím.*“ Na začátku výzkumu je pozorování a sběr dat, pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v souboru dat, za účelem formulování předběžných závěrů. Výstupem této metody zkoumání je tedy nově stanovená hypotéza nebo teorie. (Disman, 2008, s. 285 - 287)

Kvalitativní výzkum usiluje o odhalení podstaty něčích zkušeností se zkoumaným jevem a získání nových neotřelých názorů na již známé jevy. K nezbytným dovednostem kvalitativního výzkumníka patří schopnost získat spolehlivé a platné údaje, vyhnout se jejich zkreslení a schopnost náležitého odstupu a kritické analýzy. (Strauss 1999: s. 11)

M. Disman popisuje jednotlivé kroky kvalitativního výzkumu následovně: na začátku se definuje sociální problém, dalším krokem je terénní výzkum, jehož součástí je stanovení výzkumného vzorku, sběr dat, analýza získaných dat a jejich interpretace. Výstupem je vyslovení závěru. (Disman 2008: s. 299)

Za sociální problém definuji: Způsoby komunikace mezi pečujícími osobami a konkrétní skupinou klientů.

6.4 Výzkumná metoda

Jako výzkumná metoda bude použita **metoda přímého a zprostředkovaného pozorování**. Výsledky pozorování budou ověřovány pomocí **polostrukturovaného rozhovoru**, ten patří mezi nejvýhodnější postupy pro získání kvalitativních dat. Dokáže eliminovat nevýhody jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor ovšem

vyžaduje přípravu ve formě vytvoření určitého tematického schématu, to je okruh témat, která budou předmětem rozhovoru. Toto schéma specifikuje otázky, pokládané respondentům, pořadí otázek se může během rozhovoru různě měnit. Lze pokládat také doplňující otázky pro ověření a upřesnění přesného a správného vzájemného pochopení sdělené informace. Obvykle se doplňující informace ukazují být velmi užitečné, přinášejí mnoho vázaných informací, které nám pomáhají lépe uchopit problém, jenž nás zajímá (Miovský, 2006, s. 159 - 160).

Otázky byly pokládány přímo klientům, jestliže to bylo vzhledem k jejich komunikačním schopnostem možné, anebo klíčovým pracovnícím (respondentkám), které dlouhodobě poskytují vybraným klientům podporu a jejich poznatky či praktické zkušenosti s uplatňováním různých forem komunikace při různém stupni mentálního postižení umožňují dosáhnout výzkumného cíle. V případě klientů, kteří vzhledem ke svému mentálnímu postižení mají sníženou schopnost porozumění, komunikace a úsudku, lze zprostředkované pozorování považovat za vhodnou metodu, jak získat validní údaje.

Připravené schéma polostrukturovaného rozhovoru:

1) Verbální komunikace

- *Je klient schopen verbálně komunikovat?*
- *Je schopen porozumět sdělovaným informacím?*
- *Je schopen adekvátně odpovídat, formulovat myšlenky?*
- *Jaké techniky aktivního naslouchání se ve vzájemné komunikaci mezi klientem a klíčovým pracovníkem osvědčily?*

2) Paralingvistické projevy

- *Jaké paralingvistické projevy lze vypožorovat v průběhu komunikace mezi klientem a klíčovým pracovníkem?*
- *Jaký je emoční náboj sdělení?*

3) Neverbální komunikace

- *Jaký způsob neverbální komunikace se osvědčil?*

4) Vliv komunikace na postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

- *Jak klient dokáže sdělovat svoje potřeby a přání?*

- *Jak klient reaguje, když se komunikace nedaří, jaké postupy se osvědčily pro řešení této situace?*
- *Jaký vztah vzniká díky komunikaci mezi klientem a klíčovým pracovníkem?*

6.5 Výzkumný soubor

Ještě před kontaktováním respondentů je nutné stanovit, kdo může být respondentem, jaké podmínky musí splňovat a jak bude teoreticky zdůvodněn výběr výzkumného vzorku pro zamýšlený výzkum. Při použití účelového výběru musí výzkumník definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje. (Disman 2002: 113)

Při účelovém výběru zkoumaného vzorku, který patří u kvalitativního výzkumu k nejrozšířenějším metodám, vybíráme na základě předem stanovených kritérií vhodné respondenty. (Miovský, 2006, s. 135)

*Výzkumný vzorek pro tuto bakalářskou práci bude reprezentovat populaci lidí s mentálním postižením. Konkrétně se bude jednat o klienty Vincentina, organizace, která se zaměřuje na poskytování sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. S ohledem na cíl výzkumu, jsem se rozhodla pro účelový výběr zkoumaného vzorku tak, aby vybraní klienti splňovali moje předem stanovené kritérium, kterým je stupeň mentálního postižení. Vhodný vzorek mi doporučil pracovník, který se v rámci Vincentina zaměřuje na logopedickou intervenci, a má s komunikačními schopnostmi klientů dlouhodobé zkušenosti. Účelově volil klienty tak, aby i v malém výzkumném vzorku vynikly rozdílné schopnosti jednotlivců v rámci jedné kategorie. Celkový počet dvanácti klientů rozdělím do čtyř kategorií po třech, podle stanoveného stupně mentálního postižení na lehké, středně těžké, těžké a hluboké. Jednotlivé kategorie budu ve výzkumu označovat písmeny: **L** pro lehké mentální postižení, **ST** pro středně těžké mentální postižení, **T** pro těžké mentální postižení a **H** pro hluboké mentální postižení. Jednotlivé klienty označím čísly 1,2,3.*

Základní informace o respondentkách, jejich vzdělání a praxi:

Respondentka č. 1. Je klíčovou pracovnící pro klienty ST1, ST2 a L1. Střední odborné vzdělání s maturitou osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 11 let, v zařízení Vincentinum 11 let.

Respondentka č. 2. Je klíčovou pracovnící pro klienty ST3, L2 a L3. Základní vzdělání, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 12 let, v zařízení Vincentinum 12 let.

Respondentka č. 3. Je klíčovou pracovnící pro klienty T1 a T2. Střední odborné vzdělání s maturitou, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 14 let, v zařízení Vincentinum 14 let.

Respondentka č. 4. Je klíčovou pracovnící pro klienta T3. Střední odborné vzdělání s maturitou, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 13 let, v zařízení Vincentinum 13 let.

Respondentka č. 5. Je klíčovou pracovnící pro klientku H1. Základní vzdělání, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 2 roky, v zařízení Vincentinum 2 roky.

Respondentka č. 6. Je klíčovou pracovnící pro klientku H2. Střední odborné vzdělání bez maturity, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 1 rok, v zařízení Vincentinum 1rok.

Respondentka č. 7. Je klíčovou pracovnící pro klienta H3. Střední odborné vzdělání bez maturity, osvědčení o rekvalifikaci pracovníka v sociálních službách, praxe v sociálních službách 7 let, v zařízení Vincentinum 7 let.

6.6 Etické zásady a rizika výzkumu

Před vlastní realizací výzkumu je nutné ujasnit si etické zásady:

Výzkumník má právo svobodně si zvolit výzkumné téma. Výzkumník přebírá odpovědnost za přesnost a objektivitu zpracování. Ve výzkumu respektuje názorovou pluralitu, lidskou důstojnost a autonomii. Veškerá data uvádí anonymně. Respondentům výzkumu je nutné garantovat svobodnou volbu: účastnit se výzkumu, anebo svou účast odmítnout. Musejí se rozhodovat s vědomím, že jde o účast dobrovolnou a zároveň musí být plně poučeni o podstatě výzkumu a možných rizicích, která z něho plynou. Výzkumník získá od každého respondenta informovaný souhlas ještě před zahájením výzkumného šetření. (Haškovcová, 2007, s. 25, 26).

Výzkum je ovlivněn i tím, jakou důvěru a respekt si výzkumník od účastníků výzkumu získá. Jde nejen o motivaci respondentů k účasti na výzkumu, ale i motivaci účastníků k poskytování validních a přesných informací. (Miovský, 2006, s. 279)

Respondenty nesmí výzkumník nijak ovlivňovat a podsouvat jim své myšlenky, naopak musí je při rozhovoru motivovat a dát jim prostor k tomu, aby mu sami sdělili své poznatky a zkušenosti. V kvalitativním výzkumu rozhodují o výběru proměnných respondenti na základě sdělených informací k danému tématu. „*Výzkumníkovou úlohou je pak nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které respondent považuje za relevantní*“. (Disman, 2008, s. 290)

Osoba výzkumníka je zodpovědná za provedení výzkum, a tak se stává držitelem určité moci nad jeho účastníky. Má přesnou představu o tom, jak má výzkum proběhnout a co bude jeho výstupem. Respektuje individualitu každého respondenta a ponechává prostor, aby se tyto odlišnosti mohly projevit. Nevnučuje účastníkům výzkumu svoji představu o tom, jak má výzkumná situace proběhnout, nesmí stavět své záměry nad zájmy respondentů, kteří se výzkumu účastní. Základním výzkumným postojem není manipulace s lidmi, ale vytváření vhodné výzkumné situace tak, aby byl dosažen výzkumný cíl. (Miovský, 2006, s. 72 - 73)

Se správnou interpretací získaných dat je spojeno nejzávažnější riziko kvalitativního výzkumu, za které Disman považuje zkreslení. Ke zkreslení dochází při redukci získaných dat, kdy výzkumník opomine pro výzkum podstatnou proměnnou. (Disman, 2008, s. 29)

6.7 Sběr dat a jejich transkripce

Transkripce je proces, kdy výzkumník přepisuje do textové podoby rozhovor, který je zaznamenán audio nebo audiovizuálním způsobem. Převedení do textové podoby usnadňuje další práci s daty a jejich lepší analýzu. (Miovský 2006: s. 205 - 206)

Otevřené kódování je část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování data rozdělujeme na samostatné části, ve kterých následně hledáme podobnosti a rozdíly pro vzájemné srovnávání. Pokud máme nadefinované jednotlivé části či oblasti dopředu, je možné se ptát, jaká je hlavní myšlenka vyjádřená tímto odstavcem rozhovoru, pojmenovat ji a následně udělat analýzu tohoto pojmu. (Strauss 1999: s. 43 - 51)

Dříve než proběhly rozhovory, byli klienti i respondentky seznámeny s obsahem a cílem bakalářské práce. Zdůraznila jsem, že účast na výzkumu je dobrovolná a ujistila jsem respondentky, že poskytnutá data budou použita pouze pro účely mé bakalářské práce. Následně jsem od respondentek získala informovaný souhlas s účastí v tomto výzkumu. Jednotliví klienti byli pro zachování anonymity sbíraných dat označeni písmeny a čísly. Pro snadnější analýzu získaných dat byl pořizován záznam na diktafon, později přepsaný do textové podoby. Zpracování dat proběhlo technikou otevřeného kódování. Při transkripci jsem usilovala nejenom o shrnutí komunikačních schopností klientů, ale také o představení osobnosti klienta, která je pro komunikační schopnosti klíčová. Pro přehlednost jsem oddělila přímou řeč klientů a přímou řeč respondentek rozdílným typem písma.

KLIENT L1 – přímý rozhovor s klientem a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 44 let, v zařízení je od roku 2016. Pochází z jiného města, kde žil v bytě s rodiči. Po smrti matky mu byl přidělen sociální byt. Brzy se však ukázalo, že nedokáže plnit všechny povinnosti spojené se samostatným bydlením. Klientovi je soudem omezena právní způsobilost, pro umístění do tohoto zařízení se rozhodl po konzultaci se svojí opatrovnící především proto, že klientkou Vincentina je také jeho mladší sestra, se kterou má hezký vztah a přál si bydlet v její blízkosti. Nyní bydlí ve vlastním pokoji s koupelnou.

Respondentka č. 1 uvádí: „Klient je schopen normálně slovně vést rozhovor, pouze jeho vyjadřovací schopnosti jsou trochu omezené a některá slova nejsou vyslovena dostatečně zřetelně. Formuluje smysluplné věty a adekvátně reaguje na otázky. Dokáže vyjádřit svoje přání i potřeby dostatečně srozumitelně, nestává se, že by došlo k nedorozumění.“

Je společenský, očividně byl rád, že si se mnou může popovídat. Nechal si uvařit kávu a rozprávěl se o svém životě. Klient dokončil zvláštní školu a vyučil se zedníkem. Začal pracovat, vzpomíná si, že „s chlapama stavěli zábřežskou mlékárnu.“ Umí číst, psát i počítat, zná hodnotu peněz, ale nedokáže s nimi samostatně hospodařit. Přiznal se mi, že se zadlužil a dluh nedokázal splácet.

Klient je v zařízení zaměstnán, pracuje jako uklízeč a mzdu si ukládá na účet. Kupuje si pouze drobnosti, jako je kosmetika a sladkosti. Takto popisoval průběh svého všedního dne: „Po snídani jdu dělat na schody, na půl jedné mám oběd, po obědě chodím do aranžérské dílny. Tam přes zimu pleteme koberce a třídíme plastové vršky. V létě je to lepší, to chodíme

pracovat na zahradu. Ve tři je svačina, po ní se podívám do novin, zajímá mě sport, v pět míváme večeri. Pak se dívám na televizi, baví mě zprávy, sport, kriminálky, třeba Komisař Rex.“ Respondentka č. 1. klienta hodnotí jako *„přátelského a nekonfliktního člověka, který má nadhled a u práce dokáže přemýšlet. Pokud něčemu nerozumí, umí se zeptat.“*

V zařízení si ještě nezvykl: *„Abych Vám řekl pravdu, nelíbí se mi tu, jsou tu samý divný lidi. Připadám si tu zavřený, musím se prosit, vyptávat, jestli můžu někam jít nebo ne.“* Když jsem se ptala, proč nezůstal v sociálním bytě, odpověděl: *„Chtěl jsem mezi lidi, bylo mi tam smutno, jak umřela máma, už tam za mnou nikdo nechodil.“*

Respondentka č. 1. k celé záležitosti dodává: *„Klient má vyšší aspirace než jsou jeho skutečné schopnosti. Navíc se na rozdíl od předešlého života musí více přizpůsobovat a respektovat pravidla kolektivního zařízení i ostatní klienty kolem sebe, což mu v porovnání s životem v sociálním bytě přijde omezující. Do budoucna budeme hledat možnosti, jak klienta umístit do chráněného bydlení. Získá tak větší svobodu v rozhodování, kterou nyní postrádá a zároveň by mohl bydlet společně s klientkou ve výzkumu označenou jako ST1, se kterou navázal přátelství. Pokud by do chráněného bydlení docházeli pracovníci v sociálních službách a pomáhali klientům zvládat běžné každodenní povinnosti a zároveň aktivovali klienty v době jejich volného času, myslím, že by mohli žít docela spokojeně.“*

Klient mluví o svém vztahu k sestře: *„Sestřičku chci vzít na jaře do města na zmrzlinu, to si pochutná.“* A k přítelkyni: *„Ted' chodím s ST1. Byl jsem u ní na návštěvě na chráněném bytě. To jsem hleděl, jak to mají pěkně zařízené. K svátku jí koupím růžičku, to bude koukat. Ona je moc hodná, já ji mám rád.“* Vzpomíná také na kamarády z dětství: *„Kamarády jsem měl jako kluk, ted' jsou ženatí, mají jiné zájmy, asi mezi ně moc nepatřím.“*

KLIENTKA L 2 – přímý rozhovor s klientkou a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 58 let, v zařízení od roku 1963, tedy od svých čtyř let. Několikrát do roka navštěvuje svoji matku, mají spolu hezký vztah. Klientka žije spolu s dalšími třemi klienty v chráněném bytě, mimo areál zařízení v centru města.

Klientka bez problémů komunikuje, při rozrušení se objevuje balbuties. Je milá, přátelská s neustálým úsměvem na tváři. Pamatuje si mě z doby mé praxe, hned se ke mně hlásí a ptá se mě: *„Jak se mi daří a co potřebuji.“* Bez problémů chápe význam věty, má relativně bohatou

slovní zásobu. Pokud si není jistá, jestli obsah sdělení správně pochopila, dokáže se zeptat. Na zahájenou konverzaci adekvátně reaguje. Ve Vincentinu pracuje jako posel v sociálních službách, pomáhá na domovech s drobnými pochůzkami, zaskočí do lékárny s receptem, na poštu, na městský úřad do podatelny. Svoji práci má moc ráda a dodává jí pocit vlastního významu a seberealizace. K výkonu své práce potřebuje dobré komunikační schopnosti i paměť. Respondentka č. 2. k tomu uvádí: „Několikrát se stalo, že klientka zapomene, pokud má vyřídit víc úkolů najednou. Když jí to připomenu, tak se urazí, protože chce dělat svoji práci dobře. Proto se nám osvědčilo zadávat jí jednotlivé pochůzky postupně, pak na nic nezapomene a je spokojená, jak všechno dobře zvládla. Při plnění pracovních povinností jsem si všimla, že má problém odmítnout požadavek druhého člověka, přestože se už cítí unavená, raději vyhoví, než by působila neochotně.“

Má smysl pro humor, někdy nám vypráví vtipy. Dokáže i „zalhat,“ když jí to přinese nějakou drobnou výhodu. Na bytě nejlépe zvládá všechny praktické činnosti a pomáhá dalším klientům v době, kdy tam nejsou zaměstnanci. Pohlídá, aby bylo zamčeno, netekla voda, dokáže zavolat, pokud by se stalo něco mimořádného, třeba někdo z bytu onemocněl.“

Klientka umí číst a píše dopisy mamince. Udržuje také kontakty se svými přáteli (ostatními klienty), kteří se odstěhovali do jiných měst. Volají si a jezdí na vzájemné návštěvy. Respondentka č. 2 uvádí: „Pokud návštěva trvá moc dlouho, dá se vyzporovat, že je z neustálého mluvení už unavená a sama přijde s návrhem: půjdeme se projít ven. Ve vztahu ke svému příteli se chová moc hezky a dohlíží si na něho, aby se dobře oblékl, najedl, vaří mu kávu a peče lité koláče. Slovně s ním laškuje.“

Respondentka č. 2. uvádí, že klientka dokáže vhodně používat gesta: „*být potichu, poslat přítele pryč.*“ Z neverbální komunikace zaznamenala: „V jednání s druhým člověkem se hodně přibližuje až do intimní zóny komunikačního partnera.“

KLIENT L 3 – přímý rozhovor s klientem a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 53 let, v zařízení od roku 2015, tedy od svých 50 let. Před nástupem do zařízení byl dva roky v psychiatrické léčebně. Má sestru, která klienta pravidelně navštěvuje a klient zase jezdí na návštěvy k ní domů.

Respondentka uvádí: „Klient není moc komunikativní, dá se o něm říci, že je spíše samotářský typ, který vyhledává klid a pohodu. Verbálně se vyjadřuje zcela srozumitelně, čte, podepisuje se, jeho věty jsou smysluplné. Také reakce na verbální podněty jsou adekvátní situaci. Dokáže vyjádřit svoje přání i potřeby, ale málo se prosazuje. Stalo se mi, že jsem zapomněla klientovi přinést jeho nákup, sám od sebe se mi nepřipomněl, čekal, až jsem si vzpomněla sama.“

Při rozhovoru odpovídá jednoduchými větami, spíš chce poslouchat, co říkají ostatní. Usmívá se, posezení je mu příjemné, ale není zvyklý se prosazovat ani mluvit sám o sobě. Prozrazuje o sobě: „*Nemám rád kávu ani pivo, jenom čaj, ten mi chutná.*“

Klient vzpomíná: „*Pocházím z malé vesnice, chodil jsem do zvláštní školy, měl jsem rád hudební výchovu, zkoušel jsem se naučit hrát na kytaru, ale moc mi to nešlo. Pracoval jsem jako dělník, taky jsem dělal pošťáka.*“ Když se začnu se zájmem vyptávat, dodává: „*Ale dělal jsem ho jenom jeden měsíc. Nestáčil jsem na peníze, tam se musely roznášet i důchody a to na mně bylo moc. Partnerku nemám, dřív jsem měl holku ze stejné vesnice, kam jsem jezdil na návštěvy za tetou, ale už si ani nevzpomínám, jak se vlastně jmenovala.*“

Klient má moc rád hudbu a také tancuje v tanečním kroužku. V průběhu rozhovoru mě upozorňuje na písničky, které slyší v rádiu, jmenuje jednotlivé interprety a říká, jestli má zrovna tuhle písničku rád nebo ne. Zajímá se také o závody formule jedna, ukazuje mi sešit, kde má vystřižené a nalepené vozy i jednotlivé závodníky. „*Rád se dívám na televizi, když jsou závody, to musím vidět, ale baví mě i fotbal, hokej a ostatní sporty. Mám tady kamaráda, on má na pokoji televizi, tak se díváme spolu. Poslouchám populární i rockovou hudbu, nejvíc na rádiu Impuls. Baví mě i kreslit ve výtvarné dílně, ale moc to neumím, ani si už nevzpomenu, co jsem kreslil posledně. Do práce nechodím, moc se mi nechce, to jim radši tady na domově pomůžu utřít stoly po jídle a mám klid. Nebaví mě chodit do města, to mě vůbec neláká, to si radši zahraju tady s kolegou stolní fotbal, karty nebo Člověče nezlob se.*“ Rozpovídá se také o vánocích, že byl u sestry, která má dvě dospělé děti, jaké dostal dárky a že mu vaří jídla, která má rád, třeba řízky. „*To jsem si pochutnal.*“

Respondentka č. 2. dodává, „že klient potřebuje dohled v oblasti osobní hygieny (neumí se sám oholit), v péči o zdraví, v oblasti volnočasových aktivit a péči o domácnost. Klientovi hrozí riziko zneužití, pro jeho sníženou schopnost adekvátně vyhodnotit situaci a velkou důvěřivost i k naprosto neznámým lidem.“

KLIENTKA ST 1 – rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 43 let, v zařízení je od roku 1982, tedy od svých osmi let. Rodina o klientku neprojevuje zájem. Čtvrtým rokem využívá služeb chráněného bydlení spolu s dalšími třemi klientkami.

Respondentka č. 1. si uvědomuje komunikační bariéry, které je třeba v rozhovoru s klientkou zohledňovat. „Verbálně klientka komunikuje, má však omezenou slovní zásobu. Nezná běžná slova jako struhadlo, zásuvka, naběračka, které nově potřebuje až na chráněném bydlení a musí se je postupně doučit, kvůli lepší komunikaci při zaopatření domácnosti. Často u ní dochází k záměně pojmů, místo pračka řekne lednička. Mnohem zásadnějším problémem v jejích komunikačních schopnostech je porozumění. Klientka má naučené fráze, které působí věrohodně. Ostatní se ve verbálním projevu s touto klientkou automaticky přizpůsobí v řeči používaným frázím a začnou komunikovat na úrovni, která je pak nad možností klientky, která potom nerozumí obsahu sdělení. Proto je vhodné mluvit na klientku v jednoduchých větách a pomocí zpětné vazby kontrolovat porozumění. Ale také přímo kontrolovat, co se děje. Dost časté jsou situace, kdy klientka nějak odpoví na otázku, ale skutečnost je jiná. Například: Na dotaz máš nakoupenou večeři? Odpovídá: Mám. Teprve když chci ukázat účtenku z obchodu, zjistím, že večeři nemá. Nebo chci vědět, kolik zbývá másla v ledničce, klientka mi odpoví, že másla je dost a přitom je v ledničce jen prázdná miska.“

„Klientka má také problémy v oblasti samostatného rozhodování a vyhodnocování situací: Například se složitě rozhoduje mezi dvěma různými příchutěmi jogurtů. Nedokáže samostatně roztřídit rohlíky do svačिनových sáčků po dvou. Dalším příkladem problematického rozhodování je situace, kdy smažila na pánvičce cibulku, mně zazvonil telefon, tak jsem odešla na chodbu hovor vyřídit. Klientka smažila tak dlouho, až cibulku zcela spálila. Když jsem se jí zeptala, proč neodstavila pánev včas, odpověděla, „*že mě nechtěla rušit.*“ Z těchto příkladů vyplývá, v jakých oblastech komunikace potřebuje klientka pomoc a podporu.“

Má krásný vztah s klientem označeným ve výzkumu jako L 1, mluví na něho ve zdvořilých a pečuje o něho až s mateřským citem. Usilují o to, aby mohli žít v chráněném bydlení spolu.

KLIENT ST 2 - rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 38 let, v zařízení je od roku 1982, tedy od svých tří let. Klient má výrazně omezenou schopnost komunikace. Nemá rodinu a nikdo ho nejezdí navštěvovat.

Respondentka č. 1. uvádí: „Klient verbálně nekomunikuje, dorozumívá se pomocí alternativních komunikačních prostředků, jako jsou znaky, piktogramy a gesta. Souhlas nebo nesouhlas vyjadřuje pomocí pokývnutí nebo hlasitého hučení. Má vypracovaný vlastní komunikační slovník, z něhož umí používat velké množství znaků. Pokud jsou ostatní lidé ochotni komunikovat s pomocí tohoto slovníku, rád si popovídá. Rozumí, co mu ostatní říkají, pouze potřebuje informaci zjednodušit nebo doplnit znakem a správné pochopení ověřit pomocí zpětné vazby. Všechny instrukce pro klienta musí být jasné a přesně sdělované. Nerad řeší nepříjemnosti, ale rád komunikuje na témata, která ho zajímají. Tehdy každou informaci opakuje a zdůrazňuje několikrát. Respondentka uvádí, že při komunikaci se jí osvědčilo, kontrolní otázkou ověřovat pochopení. Klient často znakuje, že chápe, přestože tomu tak skutečně není. Například se stalo, že klient nepřišel do práce, protože si večer znakoval s klíčovou pracovnící a pochopil, že jede na výlet, který byl až o víkendu. Aby se zamezilo takovým druhům nedorozumění, jsou klientovi sdělovány jen takové informace, které jsou aktuální a budou se odehrávat bezprostředně po jejich sdělení. Protože se neorientuje v čase, osvědčil se pro komunikaci s klientem na toto téma obrázkový rozvrh dne. V komunikačních tématech se osvědčují taková, která se klienta bezprostředně dotýkají v jeho každodenním životě.“

Klient je ve Vincentinu zaměstnán, v zimě vykonává úklidové práce, v sezoně pracuje na zahradě. Umí pečlivě vyšívat, vykreslovat obrázky, rád poslouchá rádio, chodí plavat na bazén. Je členem pěveckého kroužku, nedokáže zpívat, ale doplňuje ostatní melodicky. Bydlí v chráněném bytě, kde má spolubydlící, která mu dobře rozumí a dokáže přetlumočit jeho požadavky ostatním uživatelům bytu, ale i pečujícím osobám. Klient má stále dobrou náladu, je však velmi opatrný až bojácny, nemá rád změny a neočekávané situace. Pokud se neorientuje v nastalé situaci nebo nerozumí komunikaci je nervózní a vnitřně napjatý. Respondentka č. 1. k tomu uvádí: „Na venek lze pozorovat, jak si okusuje nehty a kůži na prstech až do krve. Pokud dokáže nelibost pojmenovat, znakuje ji nebo ukazuje ve slovníku, to že je rozčilený, poznám podle toho, že do něčeho bouchne nebo se kousne do ruky.“

Klient má přítelkyni, za kterou jezdí navštěvovat do domova pro osoby se zdravotním postižením do Uničova. Pomocí informační kartičky si dokáže samostatně koupit jízdenku na

vlak nebo autobus. Umí znakovat slova Uničov, Olomouc. Doprovod mu dělá klíčová pracovníce, ta může pomoci, pokud by se po cestě vyskytly komunikační potíže.

Klient pravidelně navštěvuje logopedickou terapii, kde pracuje především na rozvoji znakového jazyka. Stává se mu, že znaky občas zamění, zvláště pokud je verbální podoba foneticky podobná (salám x salát, třešně x česnek) tvoří znaky nepřesně (tužka x propiska, tábor x dům) nebo si vytváří vlastní znaky či gesta. S logopedkou spolupracuje na rozšiřování vlastního komunikačního slovníku. Ten má uspořádaný tak, že na jedné stránce má pro větší přehlednost vedle sebe umístěn znak i obrázkový symbol.

KLIENTKA ST 3 – přímý rozhovor s klientkou a její klíčovou pracovnící

Věk 38 let v zařízení od roku 1986, tedy od svých sedmi let. Pravidelně jezdí na návštěvy ke své sestře, ta má velkou rodinu a klientka se v době návštěv stává její součástí. U sestry bývá v létě, o vánocích, narozeninách, zabíjačkách a jiných příležitostech. Má moc ráda svoji sestru, malé děti a zvířata. Vždy se moc těší, na další návštěvu u své rodiny.

Respondentka č. 2. uvádí: „Klientka má značně omezenou slovní zásobu, užívá několik desítek frází, ale má problém s vybavováním si slov a následně také s vyjadřováním a sdělováním informací či požadavků. Mimo naučené fráze mluví agramaticky a pomalu. Rozumí, co se po ní vyžaduje, ale chybí jí ochota požadavek splnit. Dokáže se samostatně rozhodovat, například volit ze dvou jídel. Neumí číst ani psát, i s dopomocí se jen s obtížemi podepíše. Pravidelně dvakrát týdně navštěvuje logopedickou terapii.

Klientka formuluje jednoduché myšlenky do jednoduchých vět. *„Maruška bude mít malý. Kdy bude jaro? Pojedu k Marušce. Už volala? V pondělí budu mít narozeniny.“*

Respondentka č. 2. K tomu uvádí: „Občas je těžké pochopit požadavek klientky, ona se pak rozzlobí, že jí nerozumíme a začne hlasitě nadávat. Sdělí mi například, že sestra čeká dítě, ale už nedokáže odpovědět na dotaz, kolik dětí její sestra má celkem. Nedokáže svoje neteře a synovce, se kterými tráví hodně času, ani vyjmenovat. Pamatuje si jen Natálku. Sděluje například, že v pondělí bude mít narozeniny, ale skutečně je má až za tři měsíce.“

„Neorientuje se v čase, nezná hodiny. Rozumí pojům včera, dnes a zítra. Má slovní zásobu číslovek, dnů i měsíců, ale nerozumí jejich používání ve větách. Orientuje se v budově zařízení, avšak do města potřebuje průvodce. U klientky je třeba dohlížet na řádně

prováděnou hygienu a na správnou volbu oblečení. Nemá problém zkombinovat do jednoho oděvu letní části se zimními. Je také nedbalá na nošení podprsenky a ponožek, a když jí na to upozorním, rozzlobí se. Umí si uklidit pokoj, ale dělá to nerada, a dává mi to najevo buď výrazem v obličeji, nebo přímo nadávkami.“

Respondentka č. 2. dále uvádí: „Schopnosti klientky jsou do značné míry ovlivněny vůlí klientky o něco se snažit a usilovat, která je minimální. V rámci projektu zaměstnávání klientů nebyla spokojená a raději oželí svoji mzdu, než by pravidelně pracovala. Její zácvik byl ukončen, protože odmítala dodržovat pravidla a pracovní postupy. V keramické dílně se špatně soustředí na práci, sama říká, *„že ji vyrábět keramiku nebaví, a raději by tam nechodila.“* Její názory se však mění podle momentální nálady, při rozhovoru s jiným pečujícím pracovníkem uvádí, *„že v keramické dílně pracuje ráda.“* S běžnou prací na domově ráda vypomůže, pokud je o pomoc hezky požádána, nemá ráda strohé příkazy. Klientka byla také zařazena do programu cvičného bytu, sama však o tuto aktivitu nejevila zájem. Rizikově manipulovala s elektrospotřebiči, nechala téct vodu v koupelně aj. Přes snahu a dopomoc aktivizačních pracovníků se nenaučila uvařit žádný pokrm.“

„Vytváří si vazbu na lidi: Ptá se na nemocného klienta, *„jak dlouho bude nemocný“*, utírá mu pusku a řekne *„Lad'a je chudák.“* Vzpomíná na bývalé klienty a zaměstnance: *„Aničku jsem měla ráda.“* Má ráda, když jí věnují svoji pozornost, například v koupelně jí upravují vlasy, stříhám nehty. Domnívám se, že si užívá okamžik, kdy mě má jenom pro sebe. I když to neříká slovy je uvolněná a spokojená. Je skromná i v okamžiku, kdy si může pořídit něco dobrého nebo hezkého řekne, *„že jí stačí co má a že nic nepotřebuje.“*

KLIENTKA T 1 – rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 50 let, uživatelem služby je od roku 2002, tedy od svých třiceti pěti let, do tohoto věku se o klientku starali rodiče. Nyní má jen sestru, která ji posílá balíčky a píše k vánocům, narozeninám, svátkům, osobně se sestry nestýkají. Je mobilní, hygienu zvládá s dopomocí, je inkontinentní.

Respondentka č. 3. uvádí: „Klientka mluví velmi nezřetelně, pečující osoby si na její způsob verbálního projevu musí nejprve zvyknout, pak postupně začínají rozumět. Zřetelně vyslovuje pouze některá slova: *„mokrá“* (když potřebuje čistou plenu), *„nahá“* (při koupání) nebo *„namazat“* (když má vysušené rty). Často používá vulgarismy, ty vyslovuje správně a velmi

hlasitě, nejsou však adresovány konkrétním osobám a nedají se považovat za slovní útok, jen osobitý způsob projevu vlastní vůle. Svůj verbální projev doplňuje klientka gesty a výraznou mimikou. Dokáže tak dostatečně jasně vyjádřit všechny svoje potřeby i názory. Komunikační blok může vzniknout tak, že pečující osoby neporozumí klientčině požadavku nebo stížnosti, a to vyvolá projevy její nespokojenosti.“

„Klientka rozumí pokynům a požadavkům, avšak ne vždy je ochotna je plnit. Pokud je nucena do činnosti, kterou nechce vykonávat, projevuje se špatnou náladou a nadávkami. Umí například vymalovat předtištěný obrázek, ale nedělá to ráda. Skládá kostky z jedné krabičky do druhé nebo navléká korálky. V okamžiku, kdy jí to přestane bavit, hází je po zemi. Nemá také ráda, pokud ji něco zaujme a musí činnost přerušit.“

„Abychom minimalizovali toto nevhodné chování, musíme častěji střídát činnosti a pozorně si všímat, kdy je klientka činností zaujatá (tehdy ji nevyrušovat), a kdy už ji činnost začíná unavovat či nudit (nabídnout jinou činnost). Také neustále hledáme vhodné pomůcky, které by vzbudily klientčin zájem. Zároveň je nezbytná důslednost v požadavcích, protože klientce není možné ve všech situacích ustupovat. Její chování by se zhoršovalo. Na vulgarismy reagujeme tím, že klientku odvedeme na klidné místo a tam se jí pokoušíme vysvětlit, že se chová nevhodně. Klientka často používá slovo: „*zabiju!*“ především v situacích, kdy na domově vzniká napětí, některý z ostatních klientů je nespokojený, nadává nebo křičí. Klientka tak reaguje na situaci, ve které se necítí dobře. Tato reakce má zřejmě kořeny v rodinném prostředí. Jak klientka sama sděluje: „*tata kravál, není hodnej.*“

Respondentka č. 3. klientku dále popisuje: „Klientka má ráda svůj klid, společnost ostatních vyhledává jen tehdy, pokud může dění pozorovat, aniž by se ho musela účastnit. Ráda se sama prochází domovem, pokud je spokojená, vede dlouhé rozhovory sama se sebou nebo dlouze vysedává u okna na chodbě. S ostatními klienty na domově nemluví vůbec, neverbálně projevuje náklonost k jiným z klientek pro její klidnou povahu. Dává jí pusu na ruku nebo hlavu. Naopak nemá ráda hlučné klienty. S pečujícími osobami nevytváří žádné osobní vztahy, nevyhledává fyzickou blízkost. Dokáže si však říci o pomoc, například vyměnit plenu, pokud je znečištěná nebo požádat o převlečení oděvu, pokud se ušpiní při stravování. Jedině se mnou vztah navázala, a když má dobrou náladu, povídáme si večer na pokoji.“

„Má ráda krátké vycházky do altánku, kde pozoruje život v jeho okolí, auta, chodce, nevádí jí ani přítomnost jiných klientů. Naopak nemá ráda dlouhé procházky či rekreační pobyty, kdy se ocitá v neznámém prostředí a nezvyklých situacích. Tehdy se zvyšuje počet negativních

projevů a tak se snažíme o to, aby byla novým situacím a novému prostředí vystavována co nejméně. Vyžaduje na všechno dostatek času, činnosti musí dělat vlastním tempem, negativně reaguje na spěch a nervozitu lidí kolem sebe. Pokud touží po klidu a bezpečí vytáhne si peřinu a schová se pod ni.“

Samostatně se umí najíst, sklidit po sobě nádobí ze stolu, vyčistit si zuby, umýt si obličej, výjimečně si sama dojde na toaletu. Dokáže se obléci, avšak některé části oděvu si obléká opačně. V čase se orientuje podle denního režimu, nerozumí složitějším časovým pojmům jako je pozítří, příští týden, loni. V prostorách domova se pohybuje zcela samostatně, v budově zařízení potřebuje doprovod.

Pro snadnější představu o komunikačních projevech klientky, doplňuji tabulku z jejího individuálního plánu:

CO SE STALO	CO TO ASI ZNAMENÁ	OPATŘENÍ
drhne si obličej žínkou až do krve.	projev špatné nálady	dohlížet na ni v koupelně
projevuje se nepříjemně hlasitými zvuky, které znějí jako chrochtání	projev špatné nálady	předcházet špatné náladě, promluvit na ni, nepodporovat nežádoucí chování
hlasité vulgarismy	projev špatné nálady	zjistit příčinu, nepodporovat nežádoucí chování
rozhazuje kostky, korálky	projev špatné nálady, nesouhlas, protest	zjistit příčinu, předcházet situaci včasnou změnou činnosti
zarazí si palec a ukazováček do očních víček a velmi rychle třepe hlavou	projev špatné nálady, nesouhlas, protest	zjistit příčinu, předcházet situaci nepodporovat nežádoucí chování
schválně znečistí stůl jídlem a nápoji	špatná nálada, nesouhlas, protest	zjistit příčinu, předcházet situaci, nepodporovat nežádoucí chování

KLIENT T 2 – rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 57 let, uživatelem služby je od roku 1968, tedy od svých osmi let. Klientův zdravotní stav se velmi rychle tělesně i duševně zhoršil v průběhu posledního roku. Ještě před rokem chodil, jezdil na výlety, nyní je trvale upoután na lůžko. Z rodiny ho pravidelně navštěvuje matka a bratr.

Respondentka č. 3. Uvádí: „Klient slyší, ale nerozumí mluvenému slovu, sám nikdy nemluvil, nikdy neměl téměř žádné mimické projevy, pouze někdy mu z oka steče slza, jako projev bolesti či smutku. Jen zcela výjimečně se na mně usměje, jako výraz vděku za poskytovanou péči. Na zavolání svého jména otočí hlavu bez další reakce, neprojevuje náklonost, neumí číst ani psát. Nechápe, k čemu slouží kartáček, hřeben, sám se nenají, nenapije. Pokud mu nechutná jídlo, plive ho zpět.“

Respondentka č. 3. vyzorovala, že „klientovi vyhovuje poslouchat tichou relaxační hudbu, nebo za hezkého počasí trávit čas venku na sluníčku a čerstvém vzduchu. Provádím bazální stimulaci a stimuluji také všechny klientovy smysly, jen k tomu nevyužíváme snoezelen místnost, kam klient ze zdravotních důvodů nemá přístup. Klient má svůj košíček se dříve oblíbenými předměty, o které nyní neprojevuje zájem. Přesto je nutné za ním neustále chodit k lůžku, mluvit na něho, hladit ho a projevovat mu náklonost a zájem, aby se necítil osamělý. Klientovi se vytvořil bolestivý dekubit, proto jsme velmi opatrní při jakékoliv manipulaci s jeho tělem. Mám vyzorováno, že při polohování se chytá za moji ruku, je to jeho projev strachu z neopatrné manipulace, která ho zabolí. Podobně reaguje také na koupání, kde celé jeho tělo strne ve svalové tenzi. Při manipulacích se snažíme na klienta mluvit příjemným konejšivým tónem a postupovat co nejohleduplněji.“

Pro snadnější představu o komunikačních projevech klienta, doplňuji tabulku z jeho individuálního plánu:

CO SE STALO	CO TO ASI ZNAMENÁ	OPATŘENÍ
pláče	má bolesti	konzultovat stav se zdravotní sestrou
při hlazení po tváři se usmívá nebo pláče	spokojenost nebo smutek	věnovat klientovi zvýšenou pozornost
při návštěvě rodiny pláče	poznává svoje blízké je smutný a lítostivý	projevovat pochopení a blízkost
při polohování uchopuje pečujícího za ruku	projev obav z bolesti	postupovat se zvýšenou opatrností

KLIENT T 3 - rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 63 let, v zařízení od roku 1979, tedy od svých 15 let. Klient s diagnózou Downova syndromu je mobilní, pouze na delší cestu potřebuje vozík. Při nízkém tlaku hrozí klientovi

omdlení a poslední dobou se zhoršuje jeho zrak. Rodina klienta nenavštěvuje, pouze sestra posílá balíčky.

Respondentka č. 4. uvádí: „Sám se dokáže obléci a obout, najíst se lžící a napít z hrníčku, občas bývá inkontinentní, osobní hygienu zvládá pouze s dopomocí pečujících osob. Nedokáže si samostatně ustlat, ani uklidit pokoj. Neorientuje se v čase, nechápe pojmy včera, dnes, zítra, nezná dny v týdnu, ani měsíce v roce. V areálu zařízení se může pohybovat pouze s doprovodem. Klient navštěvuje výtvarnou dílnu, kde si rád maluje (pouze čáry) a čajovnu, které pro něho představují možnosti společenského kontaktu se zaměstnanci a ostatními klienty. Má moc rád kávu, kterou si zde pravidelně objednává.“

„Klient není schopen verbální komunikace, zná jen několik málo slov (*auto, pryč, kávu, máma, jo, jo...*). Nechápe požadavky svého okolí, ale s dopomocí je vykoná, umí jasně projevit svoji vůli. Pokud je mu něco nepříjemné, nebo nechce vykonávat určitou činnost, začne silně křičet a úmyslně spadne na zem. Nemá rád příkazy, uposlechne, jen pokud se s ním jedná klidně a trpělivě.“ Respondentka uvádí, „že se jí osvědčilo předcházet klientově „blokaci“ převedením celé situace do humoru nebo odvedením pozornosti jinam. Například když se večer nechtěl nechat zakrýt, začala si s ním hrát „na maminku“, jak ho večer zakrývala ona, to pomohlo. Přes uvedené skutečnosti klient patří spíše mezi klienty dobře naladěné s veselou povahou. Vyhledává kontakt s pečujícími osobami a „váže se na ně.“ Rád se s nimi objímá a nechává se hladit. S ostatními klienty domova nekomunikuje ani nenavazuje vztahy, na nového spolubydlicího nereaguje vůbec, jako by v místnosti ani nebyl.“

Respondentka č. 4. dále uvádí: „Jako jediný na domově dokáže vytvořit vtipnou situaci. Běhá po domově, plácá pečující ženy po zadku, fouká jim do vlasů nebo na ně vybafne za rohem. Má upřímnou radost, když přistoupíme na jeho hru a předstíráme úlek. Umí „zpívat“ s náležitou melodií a hlasem operního pěvce zanotuje: „*pijou, pijou, pijou*“ a ostatní klienti ho ocení potleskem. Uklání se a šťastně se směje. Hraje jednoduché melodie na foukací harmoniku nebo na klávesy, je to jeho oblíbená zábava.“

Pro snadnější představu o komunikačních projevech klienta, doplňuji tabulku z jeho individuálního plánu:

CO SE STALO	CO TO ASI ZNAMENÁ	OPATŘENÍ
laškuje, bafá na pečující	upozorňuje na sebe, je šťastný	reagovat úsměvem, leknutím, potěší ho to
chytí za ruku, obejmě	je spokojený, potřebuje fyzický kontakt	opětovat, obejmout klienta, podat mu ruku. Není třeba obávat se sexuálního podtextu
mumlá cosi neurčitěho na konci je slovo <i>kafe</i>	říká si o uvaření kávy, má ji moc rád	vyhovět klientovi, podávat vlažnou kávu
občas pláče	je smutný, stýská se mu po domově	nabídnout klientovi tělesnou blízkost, pohladit ho, snažit se ho rozveselit

KLIENTKA H 1 – přímé pozorování a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 46 let, v zařízení je od roku 1982, tedy od svých dvanácti let. Je trvale upoutána na lůžko, může pohybovat horními končetinami a dokáže se přetočit na pravý bok. Nemá rodinu ani příbuzné, kteří by ji navštěvovali, proto vznikl velmi hezký vztah mezi klientkou a její klíčovou pracovnící.

Respondentka č. 5 uvádí, že „vzájemnou důvěru buduje dva roky“. Je možné pozorovat, jak pozitivně klientka na respondentku reaguje úsměvy, spokojeným povídáním, celkovou uvolněností v projevu. Klientka byla zařazena do výzkumného vzorku proto, že i přes svoje hluboké mentální postižení dokáže v některých situacích jednoduše verbálně komunikovat se svým okolím. Užívá jednoduché věty, které jsou částečně smysluplné: „*Ahoj, jak se máš*“ Jako úvodní fráze k navázání kontaktu užívá: „*Co jsi dělala doma? Pusť mi nějaké disko! Kupte mi matraci Dorneo. Podej mi balon. Dovez mně ten velké kočár,*“ když chce jít ven „*Klid, ticho tady bude,*“ když si chce zjednat pořádek na pokoji a vadí jí hluční spolubydlíci. Na dotaz, jestli si dá ke kávě trubičku, odpovídá slovy: „*Já si taky myslím.*“ Na chodícího klienta volá z kočárku: „*Ty běž pryč*“. Když se jede podívat na promítané představení, odpovídá na dotaz, jestli se těší slovy: „*Víš ty co, mně je to jedno.*“

Respondentka č. 5 popisuje klientku slovy: „Je velmi společenská, nechce být sama na pokoji. Společnost si vyžádá hlasitým voláním „*Paní, paní*“ na všechny pečující osoby. Pokud musí být sama, zlobí se, nadává nebo pláče. Pokud je mezi pečujícími ve společenské místnosti na kočárku, spokojeně si „břebentí“ sama pro sebe nebo na klíčovou pracovníci, která se k ní naklání, hladí ji a klidným melodickým hlasem na ni reaguje. Řeč, kterou klientka vede sama se sebou, se dá charakterizovat jako časově opožděná echolálie, kdy klientka opakuje fráze, které slyšela v minulosti, v kontextově zcela neadekvátních

souvislostech. „Koupila jsem si kozačky za pět set. Přišla do práce, dala si pivo. Byla jsem ve školce. Byla tady tchýně. Potom jsme šli ve čtvrtek do kina. Jarka přijde na noc.“ Mezi slovním projevem, který je smysluplný a tím, kdy si jen tak povídá sama pro sebe, není žádná pomlka ani jiný způsob oddělení, takže často splývají. Rozumí a verbálně reaguje pouze na dotazy týkající se jídla, případně svých přání (jít ven, vypít si kávu, podat něco do kočárku). Nezabaví ji ani krátká kreslená pohádka, nerozumí ději a dává přednost živé lidské tváři a přímému fyzickému kontaktu.

„Neverbální projevy libosti lze vyzorovat v celkovém uvolnění, v příjemném tónu a melodii jejího hlasu, v úsměvech i hlasitém smíchu. Manipuluje s hračkami, sama pro sebe si povídá, ráda se koupe, chodí na procházky ven a miluje, když se jí zpívá.“

„Nelibost projevuje verbálně nadávkami a nepříjemným křikem, neverbálně křečovitou strnulostí horních končetin, tím, že přestává mluvit, mění se její mimika, mračí se, pláče. To, že se nerada polohuje, poznáme podle toho, že nám vyhazuje pomůcky z lůžka.“

KLIENTKA H 2 – přímé pozorování a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 30 let, uživatelem služby je od roku 1990, tedy od svých dvou let. Je trvale upoutána na lůžko, dokáže pouze otáčet hlavou a pohybovat rukama. Na jedno oko nevidí vůbec, druhým rozeznává jen světelné podněty. Nikdo z rodiny o ni nejeví zájem.

Respondentka č. 6. uvádí: „Nemluví vůbec a není vyzorováno, že by rozuměla, pokud na ni mluví ostatní. Nedokáže uchopit předměty samostatně, pouze s dopomocí. Starám se o klientku déle než jeden rok, důvěru získávám postupně, především vzájemnou blízkostí ve snoezelen místnosti. Vstup do místnosti klientce oznamuji cinknutím na zvonkohru, aby věděla, kam přichází a co se bude odehrávat. Je to podobný signál jako třeba iniciační dotyk, který používám při manipulaci s klientkou.“

„Všimla jsem si, že pozitivně reaguje na světelné podněty a relaxační hudbu. Pokud jsem sama v psychické pohodě, přilehnu si k ní na vyhřívanou vodní postel, tak aby mohla vnímat moje tělo a cítila jeho teplo. Uklidňuje ji rytmus mého dechu a tlukot srdce. Musím ale být sama v psychické pohodě, protože jinak klientka vycítí moji nervozitu a reaguje svalovou tenzí. Vnímám, její klidný dech a svalovou uvolněnost. Domnívám se, že je jí moje blízkost příjemná, je to čas, který prožíváme společně a to je pro klientku výjimečný okamžik. Pokud

nejsem na tento způsob spoluprožívání duševně naladěna, stimuluji klientku pohupováním na vodní posteli, zvuky hudebních nástrojů, masáží těla.“

„Verbálně se projevuje pouze hlasitým křikem, kterým si přivolává pozornost, proto je neverbální komunikace rozhodující pro správné pochopení potřeb a přání klientky.“ Respondentka č. 6. uvádí, že „rozpozná příjemné a nepříjemné pocity své klientky velmi snadno. Pokud je klientka spokojená, má uvolněné rysy v obličeji a usmívá se. Uvolněnost lze pozorovat v držení celého těla. Při bolestech, nebo pokud je jí něco nepříjemné, objevují se v obličeji křečovitě grimasy, ruce v obranném postoji chrání obličej a jsou zaťaté v pěsti. Celé tělo klientky se prohýbá do tvaru luku, je v silné křeči a dochází k prudkému záklonu hlavy. Začne hlasitě křičet, až celá zmodrá a zpotí se. Tato prudká fyzická reakce může přejít do epileptického záchvatu. K těmto reakcím dochází nepředvídatelně i tehdy, když je klientka uspokojena ve svých základních potřebách (nakrmená, přebalená, napitá) a chybí jejich zjevná příčina. Epileptický záchvat mohou ale vyvolat i libé pocity a emoce, například: klientka se ráda koupe a přitom se hlasitě směje, smích může být spouštěčem záchvatu.“

Protože zrakové vnímání je jen částečné, klientka získává informace o svém okolí spíše sluchem. Respondentka uvádí: „Klientka podle šoupání mých nohou po podlaze pozná, kdy přicházím, a začne se usmívat. Má ráda, když jí zpívám, říkám krátké říkanky doprovázené hrou na tělo, anebo jen tak něco vyprávím. Ona nerozumí obsahu, ale uklidňuje ji tón a konejšivá melodie mého hlasu. V poslední době jsem si několikrát všimla, že zvedá hlavu, pokud ji zaujme nějaký zvuk, to dříve nedělala. Má ráda hrací pytlík z jemného froté naplněný rolničkami, ten si dokáže stáhnout rukama na obličej, asi se to nedá označit za cílené hraní si s hračkou, spíš jenom projev zájmu o zvuk rolniček. Také pozoruji, že ráda jezdí kočárkem do parku, kde je příjemný stín stromů a může poslouchat zvuky vody ve fontáně. Naše zařízení je umístěno v prudkém kopci, mám vyzozorováno, že klientce vadí především sjezd dolů, otáčím proto kočárek tak, aby sjížděla hlavou nahoru a necítila se ohrožena nepřírozenou polohou svého těla.“

KLIENT H 3 – přímé pozorování a rozhovor s klíčovou pracovnící

Věk 27 let, uživatelem služby je od roku 2005. Do patnácti let o klienta pečovala matka a její rodiče. Po smrti maminky prarodiče nezvládali náročnou péči a rozhodli se umístit klienta do zdejšího sociálního zařízení. Nyní ho jezdí pravidelně navštěvovat babička (děda zemřel) a vždy mu přiveze nějaké sladkosti nebo hračky.

Respondentka č. 7. uvádí: „Klient říká jediné slovo „*bába, bába*“ tehdy, když babičku uvidí, anebo v ten den, kdy má babička přijet na návštěvu, a já ho na tuto událost připravuji.“ Popisuje, jak se mu vesele rozzáří oči, usmívá se a radostně plácá rukama.

„Ostatní verbální projevy klienta jsou již nesrozumitelné, proto se pozorně zaměřuji na jeho neverbální komunikaci. Typickým projevem klientovy spokojenosti je, že drží v ruce nějaký předmět a poťukává si s ním do hlavy. Klient potřebuje mít neustále něco v ruce.“

V době mojí návštěvy na domově držel v ruce plyšového panáčka, hodně dlouho si s ním ťukal na hlavu, pak si ho prohlížel velmi z blízka, respondentka to popsala slovy: „z oka do oka.“ Později ho ukazoval klientce v mém výzkumu označené jako H1. Měla jsem dojem, že se chce se svojí hračkou pochlubit. Ta se však pravděpodobně cítila být jeho přítomností nad svým kočárkem ohrožená, a proto reagovala slovy: „*Ty běž pryč.*“ Nelze s jistotou říci, jestli klient uposlechl její příkaz, anebo sám od sebe ztratil zájem, nicméně po několika málo sekundách skutečně odchází. Pohybuje se po domově, otvírá zásuvky, přenáší různé předměty bez jakéhokoli slovního projevu.

Respondentka č. 7. dále doplňuje: „Pokud je spokojený, rád se směje a vyhledává společnost. Přisedne si v obývacím pokoji ke mně na sedačku a nechá se hladit po zádech. Poslouchá, co si ostatní povídají. Plynulé řeči klient nerozumí, pouze se naučil reagovat na jednotlivé krátké pokyny. Například při výměně plen se na pokyn nadzvedává. Při oblékání spolupracuje a rozumí pojmům ruka, noha, dále pojmům ven, jídlo, pití.“

„Je jediným chodícím klientem tohoto domova. Chůze je velmi nejistá i na rovných podlahách a někdy se změní na lezení po čtyřech. Po schodech a nerovném terénu klient chůzi trénuje s pomocí pečujících osob. Na větší vzdálenosti potřebuje speciální vozík, ze kterého také rád obědvá. Cítí se v něm bezpečněji než na židličce a lépe se nají. Lžičku používá spíš jako hračku, nedokáže se s ní sám najíst, podobné je to i s kartáčkem na zuby, hřebenem. Předměty si uchopí, hraje si s nimi, ale nechápe, k jakému účelu by měly sloužit. Oblíbeným předmětem je podbradník, se kterým si rád přejíždí po obličejí.“

Respondentka č. 7. také uvádí: „Nálada klienta je patrná na první pohled. Spokojenost vyjadřuje třeba poplácáváním po mém těle. Vnímám to jako jeho projev radosti, že tu s ním jsem. K oblíbeným činnostem patří poslech živé hudby, myslím si, že si tento typ hudby oblíbil proto, že ji poslouchal již v dětství. Víím, že klientův dědeček hrál na několik hudebních nástrojů. Také se rád koupe ve vaně a navštěvuje snoezelen místnost. Tam si rád

prohřívá tělo na vodní posteli, kde někdy i usne. Vyhovuje mu poslouchání relaxační hudby a na masáž froté rukavicí reaguje smíchem, je lechtivý. Na vibrační podložce vždy zpočátku reaguje svalovým napětím, pak se uvolní a užívá si působení vibrací na svoje tělo.“

„Nemá rád hlučnou společnost, hodně lidí, nucení do činnosti, stísněné prostory. Pocity nespokojenosti či obav mohou u klienta přerůst až v silné záchvaty vzteku, kdy se tluče do hlavy a kope kolem sebe. Přestože je klient drobné postavy dva lidé ho v tomto stavu nedokáží udržet, aby si neublížil. Záchvaty ale vznikají i bez zjevné příčiny, je však možné vyzorovat jejich nástup.“

Respondentka popisuje, „jak se klientovy poklidné pohyby mění na zrychlené, neškodné poťukávání do hlavy se stupňuje do bolestivých úderů. Záchvatům se snažíme předcházet především tak, že si pečlivě všímáme řeči jeho těla a ostatních projevů klientovy vůle. Například když mu nechutná jídlo sklopí hlavu, když chce nějaký předmět, na který nedosáhne, natahuje k němu ruce. Při zastavení kočárku na procházce se začne kývat, tím dává najevo, že chce jet dál. Klient má velmi rád procházky na zahradě zařízení. Poznáme to tak, že směrem ven z budovy zrychluje svoji chůzi a směje se. Dobře reaguje na moji pochvalu, pohlazení nebo pozitivní motivaci v podobě nějaké sladkosti. Neví, co říkám, ale vnímá tón a melodii mého hlasu.“

6.8 Diskuse

Skupina osob s lehkým mentálním postižením

1) Verbální komunikace

Ze získaných dat výzkumného vzorku této skupiny vyplývá, že všichni klienti této skupiny jsou schopni verbální komunikace. V běžné komunikaci dokáží porozumět sdělovaným informacím, adekvátně odpovědět na položenou otázku a také jasně vyjádřit svoji myšlenku. V komunikaci této zkoumané skupiny a jejich klíčových osob jsou často využívány techniky aktivního naslouchání. Klíčové pracovnice oceňují snahu klienta vyjádřit se, povzbuzují ho v této činnosti a parafrázováním se ujistují, že správně pochopily význam sdělované informace. Projevují trpělivost v jednání s klienty, ponechávají jim dostatek času pro sdělení jejich přání a potřeb. Tímto přístupem snižují riziko manipulativního jednání s klienty, kteří

jsou vzhledem ke svému postižení zvýšeně sugestibilní. Spontánnost a otevřenost těchto klientů je dalším charakteristickým projevem jejich verbální komunikace, která zároveň svědčí o jejich bezelstnosti a bezbrannosti.

2) Paralingvistické projevy

Z pozorování vzájemné komunikace mezi klienty a jejich pečujícími osobami lze zjistit, že pečující osoby se zaměřují na to, aby forma jejich sdělení byla pro klienty čitelná. Používají přiměřenou sílu hlasu, příjemný tón, správnou intonaci. Vyhýbají se ironii, mluví pomalu a zřetelně vyslovují. V jedné větě sdělují pouze jednu informaci, vyčkají na klientovu reakci a teprve pak pokračují v řeči. Pečující osoby si hlídají svoje emoce tak, aby jejich působení na klienty bylo profesionální. Naopak u klientů paralingvistické projevy odráží jejich skutečné pocity. Můžeme pozorovat zvýšenou emocionalitu, která pomáhá kompenzovat sníženou racionální složku osobnosti.

3) Neverbální komunikace

Z mého vlastního pozorování neverbálních projevů v komunikaci mezi klienty a pečujícími osobami lze zjistit, že klienti této výzkumné skupiny umí používat gesta vhodná k dané situaci a dochází u nich k přirozenému očnímu kontaktu. Jejich celkový postoj vyjadřuje zřetelně, jak prožívají konkrétní situaci, jestli je jim příjemná nebo nepříjemná. Často je komunikace této skupiny provázená dotyky, jako projevy vzájemné náklonosti. *Typickým příkladem je objetí klienta kolem ramen při chůzi, se slovy: „tak pojď, jdeme se na to podívat.“* Ze strany klientů lze pozorovat porušování intimní zóny pečujících osob, protože sami mají tuto zónu menší a k porušování dochází nevědomky.

4) Vliv komunikace na postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

Všichni klienti v této skupině dokážou mluvit o svých přáních a potřebách, jen je nezbytné vytvořit jim k tomu časový prostor a dokázat se vhodně zeptat, vzbudit v klientech důvěru a tu pak nezklamat a dodržet slíbené. U klientů této skupiny můžeme vyzorovat uspokojení potřeb až po seberealizaci v pracovní či aktivizační činnosti. Klienti v této skupině mají svoje rodiny, se kterými udržují kontakty, mají partnery, kteří jim naplňují citové potřeby a klíčové pracovníky, kteří jim pomáhají řešit praktické problémy všedních dní a kterým se mohou svěřit, pokud mají starosti. Vzájemný vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem je založen na vzájemné sympatii a důvěře.

Skupina osob se středně těžkým mentálním postižením

1) Verbální komunikace

Výzkumný vzorek potvrzuje, že v této skupině klientů může být velmi rozdílná úroveň komunikace. Zatímco obě klientky se dokážou domluvit a mají problémy spíše se slovní zásobou a s porozuměním, vybraný klient reprezentuje tu část mentálně postižených jedinců, u nichž byl výrazněji omezen vývoj řeči, a komunikace je možná jen alternativními komunikačními prostředky. Všimla jsem si a v rozhovorech se utvrdila o tom, že informace sdělované klientům musí být stručně a jasně formulované. Otázky jsou kladeny častěji jako uzavřené tak, aby klient odpovídal jednoznačně ano/ne. Klíčové pracovníce musí ověřovat porozumění pomocí zpětné vazby, *například: „rozumím správně, že hledáš zelenou mikinu?“* Komunikaci ztěžují především snížené rozumové a paměťové schopnosti klientů, roli hraje také to, že klienti této skupiny se již příliš neorientují ani v čase ani v prostoru. Důsledkem těchto omezení jsou neadekvátní odpovědi na kladené otázky. Snížená schopnost rozhodovat se i v banálních záležitostech, zase způsobuje četnost mylných rozhodnutí. Ve skupině jsem zaznamenala také projevy echolálie. Doslovné opakování vět po jiných lidech, bez faktického pochopení významu.

2) Paralingvistické projevy

S klesajícím významem verbální komunikace nabývají v této skupině na významu paralingvistické projevy. Především pro klíčové pracovníky je velmi důležité vnímat emoční náboj klientových sdělení, který je může včas a významněji, než sdělení verbální, varovat v případě klientovy psychické nepohody, nespokojenosti, špatné nálady. Klíčové osoby při komunikaci s klienty uplatňují především klidnou řeč s důraznou intonací a významnými pomlkami, které jim pomáhají udržovat pozornost a zájem.

3) Neverbální komunikace

U klientů lze pozorovat, že pomocí mimiky, gest, haptických projevů a celkových postojů svého těla vyjadřují svoje pocity, které by slovně vyjádřit nedokázali, anebo vyjádřili jen velmi neobratně. Z jejich neverbálního projevu klíčové pracovníce poznají spokojenost nebo nespokojenost, vnitřní napětí, nervozitu, obavy, ale také přátelství, radost anebo vstřícnost. Klíčové osoby využívají řeč těla ke snadnějšímu navázání vzájemného vztahu, protože pro

klienty je neverbální komunikace snáze čitelná než slovní projev. Pozitivní přijímání klienta se všemi jeho dobrými i špatnými vlastnostmi je patrné na první pohled.

4) Vliv komunikace na postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

Jak vyplynulo z výzkumu, klienti v této skupině již mají značné problémy se srozumitelným vyjádřením svých potřeb a přání. Často dochází k nepochopení ze strany pečujících osob a následnému projevu nespokojenosti ze strany klienta. Cílem komunikace je předcházet nedorozumění za využití všech komunikačních prostředků, které jsou k dispozici. Klíčové osoby musí být trpělivé, nesmí snižovat klientovu důstojnost a musí usilovat o vzájemné pochopení. Klienti by strádali především, pokud by nikdo neoceníl jejich snahu, pokud by se cítili vyloučení ze společnosti ostatních, pokud by jim chyběl pocit bezpečí, anebo nebyly uspokojeny jejich základní biologické potřeby. Potřeba seberealizace, jak vyplynulo z mého výzkumu, již není u klientů prioritní, upřednostňují spíše nižší potřeby jako je klid a pohodlí.

Skupina osob s těžkým mentálním postižením

1) Verbální komunikace

V této výzkumné skupině se verbální projev klientů omezuje na maximálně několik více či méně srozumitelných slov. Na významu nabývají různé zvuky, které přebírají význam slov. Podstatné je, že používaná slova jsou smysluplná a klienti, i když jen s minimální slovní zásobou, dokážou sdělovat pro ně hodně významné informace. Proto je velmi důležité, že pečující osoby věnují náležitou pozornost všem verbálním projevům klientů, i když se zdají být na první poslech nesrozumitelné. Zaznamenávají je a přemýšlí nad jejich významem.

2) Paralingvistické projevy

Hlasová modulace verbálního projevu klíčových pracovníků ke klientům je odrazem jejich psychického stavu a celkového naladění na pomáhající profesi. Jestliže převážně jednají s klienty, kteří mnohdy nechápou význam mluveného projevu, musí si být vědomi toho, že klienti podvědomě vycítí, jakým hlasem byla slova pronesena. Poznají, jestli je pracovník veselý, unavený, smutný, rozezlený, tedy jakou má náladu. Při mém pozorování jsem zaznamenala pouze profesionální a pozitivní přístup. *Například v melodii a tónu hlasu pečující osoby u klienta upoutaného na lůžko byla jasně patrná snaha potěšit a rozveselit.*

3) Neverbální komunikace

Nejvýznamnějším způsobem komunikace je však klientovo chování a to, co sděluje pomocí řeči svého těla. Jedině pozorování a snaha pečujících osob pochopit motivaci klienta k určitému chování, vedou k pochopení jeho vůle, potřeb, libých nebo nelibých pocitů. Protože klienti se častěji setkávají s nepochopením ze strany pečujících osob, jsou také jejich reakce na neporozumění jejich požadavkům daleko výraznější, než u komunikujících klientů. Snaha porozumět klientům je nejlépe patrná z přiložených tabulek, které pro názornost přikládám u všech klientů této skupiny. Důležité je zaměřovat pozornost pečujících osob na mimiku, gesta, obranné či vstřícné postoje těla. Také to, jak se klienti dotýkají pečujících osob či ostatních klientů, vypovídá o vzájemných sympatiích či antipatiích.

4) Vliv komunikace na postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

Verbální komunikace u lidí s těžkým mentálním postižením ztrácí význam ve smyslu vzájemného sdělování myšlenek, ale nabývá na významu ve smyslu budování a udržování vzájemných vztahů mezi pečujícími osobami a klienty. Důležité je na klienty mluvit, přestože nerozumí, vnímají zájem o svoji osobu a cítí se být součástí společenství celého domova. Cílem vzájemné komunikace je porozumět projevům a jejich příčinám, a tím předcházet problematickému chování dříve, než vznikne, respektovat klientovu vůli, nenutit ho k nechtěnému, jednat trpělivě a empaticky.

Skupina osob s hlubokým mentálním postižením

1) Verbální komunikace

Důkazem toho, že ke každému klientovi je třeba přistupovat individuálně, především s ohledem na jeho konkrétní schopnosti a dovednosti, je částečně mluvící klientka ve skupině, kde se už schopnost verbálně komunikovat nepředpokládá. Z vlastního pozorování i postřehů pečujících osob je patrné, že klientka mluví v některých situacích smysluplně a v krátkých větách vyjadřuje svoje potřeby, přání i obavy. Většina jejího slovního projevu je však echolálie. Klientka si pamatuje slovní spojení i celé věty, které slyší z běžného hovoru pečujících osob a ty pak opakuje. Typické verbální projevy klientů s hlubokým mentálním postižením jsou pláč, křik anebo spokojené pobrukování.

2) Paralingvistické projevy

Pečující osoby naprosto přirozeně mluví na svoje klienty příjemným, konejšivým hlasem, který navozuje pocity bezpečí a klidu. Není důležité, co říkají, ale jak jejich hlas působí a jaké pocity a nálady u klientů vyvolává.

3) Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je u této skupiny klientů nejdůležitější složkou vzájemné komunikace. Díky empatickému pozorování je možné zaznamenat klientovy potřeby: klient mhouří oči, protože ho oslňují sluneční paprsky, chvěje se zimou, protože na něho foukne studený vzduch z otevřeného okna, má bolesti, což vyjadřuje jeho mimika nebo bolestivé zasténání. Díky empatickému vciťování se dají rozpoznat klientovy pocity jako je osamělost, nuda, smutek, radost, strach. Díky bazálnímu dialogu je možné pochopit, co je klientovi nepříjemné či naopak příjemné. Tělo vysílá jasné signály v podobě svalové tenze nebo uvolnění, zrychleným nebo zklidněným dýcháním, napětím či uvolněním mimických svalů v obličeji. Hodně lze vyčíst z pohledu do očí, jasným signálem je smích či pláč. Pro uspokojení pocitů sounáležitosti a pozitivního přijetí jsou pro klienty významné dotyky. Lze pozorovat, jak klíčové pracovnice naplňují tyto potřeby hlazením po tváři, vlasech, poplácáváním a vlastní tělesnou blízkostí.

4) Vliv komunikace na postoje k lidem s mentálním postižením v sociální práci

Cílem je zajistit těmto klientům život ve spokojeném podnětném prostředí, kde jsou klienti součástí lidského společenství a nestrádají společenskou izolací. Komunikace ve všech svých podobách je prostředkem k uskutečnění tohoto cíle. Přispívá ke stimulaci jednotlivých smyslů klienta a tím probouzí jeho vnímání vlastního těla v prostoru a sebe samého v lidském společenství.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaký způsob komunikace se v praxi nejlépe osvědčil pečujícím osobám u konkrétní skupiny klientů. Výzkum provedený na vzorku 12 osob dokazuje, že mezi jednotlivými skupinami osob s mentálním postižením existují značné rozdíly ve způsobech komunikace, které umožňují nebo znesnadňují vzájemné pochopení.

Výzkum naznačuje, jak je téma komunikace s lidmi s mentálním postižením široké, že není možné objektivně zaznamenat všechny komunikační projevy především proto, že každý jedinec má svoje specifické způsoby vyjadřování. Lze však shrnout některá obecná doporučení: Chovat se k lidem s mentálním postižením adekvátně k jejich věku, s ohledem na jejich lidskou důstojnost. V komunikaci se přizpůsobit jejich tempu a vyjadřovacím schopnostem, dávat najevo svůj zájem a vzbuzovat pocity důvěry a bezpečí. Klient musí vědět, že mu vždy bude nasloucháno a jeho problémy budou následně vyřešeny k jeho spokojenosti. U osob s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením úlohu verbální komunikace přebírají neverbální projevy. Klienti svým chováním a jednáním vyjadřují to, co nemohou sdělit slovy. Soustavné empatické pozorování se stává nejdůležitějším způsobem komunikace, umožňuje pochopit, co si klienti přejí a potřebují a tak včas předcházet projevům jejich nespokojenosti.

Postoje a přístupy k lidem s mentálním postižením v celé společnosti vycházejí z humanistických ideálů a individuálního přístupu k jednotlivci. Dochází k zásadní změně paradigmatu. Na člověka s mentálním postižením se nepohlíží optikou jeho omezených možností, co vzhledem ke svému postižení dělat nemůže, ale naopak z pohledu jeho zachovalých funkcí, co všechno by dělat mohl a jaké pro to má individuální předpoklady. Společnost prostřednictvím sociálních služeb hledá způsoby, jak osoby s mentálním postižením v maximální možné míře zapojovat do aktivního prožívání vlastního života.

Význam komunikace v sociální práci zaměřené na osoby s mentálním postižením spočívá ve vybudování důvěrného vztahu mezi pečujícími osobami a jejich klienty, který umožňuje porozumět specifickým způsobům, jakými se klienti vyjadřují verbálně, anebo projevují neverbálně. Jestliže pečující osoba pochopí, co konkrétní klient vyjadřuje, jaké jsou jeho pocity, problémy, potřeby a přání, může je efektivně řešit. Komunikace se tak stává účinným prostředkem v úsilí sociálních služeb o důstojný a kvalitní život lidí s mentálním postižením.

Anotace

Téma Bakalářské práce zní: „Komunikace s lidmi s mentálním postižením a postoje k nim v sociální práci.“ Práce popisuje principy sociální komunikace obecně, vysvětluje jednotlivé pojmy spojené s mentálně postiženými lidmi a zabývá se specifiky komunikace s nimi. Dále se věnuje postojům společnosti k osobám s mentálním postižením a vlivu, který tyto postoje mají na sociální práci.

Cílem práce je zjistit, jaký způsob komunikace se v praxi nejlépe osvědčil pečujícím osobám u konkrétní skupiny klientů. K získání požadovaných dat jsem zvolila kvalitativní výzkum, jako výzkumnou metodu přímé i zprostředkované pozorování. Výsledky pozorování jsem zjišťovala pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum potvrzuje nezbytnost individuálního postoje pečujících osob v komunikaci s jednotlivci.

Annotation

The topic of this bachelor thesis is „Communication with people with mental disabilities and the attitude to them in social work.“ The thesis describes principles of social communication in general, explains individual terms connected to mentally affected people and deals with particularities in communication with them. It also focuses on different attitudes of society to humans with mental disabilities and influence which these attitudes have on social work.

The principal aim of this thesis is to find out, which communication method, according to caregivers, is the most appropriate in practice for a concrete group of clients. To gain required data I have chosen the quality research. As a research method I have selected the direct and mediated observation. I found out the results of observation by using the semi-structured interview. The research confirms the necessity of an individual attitude of caregivers in communication with individuals.

Bibliografický seznam

- BEDNAŘÍKOVÁ I. 2006 *Sociální komunikace*. Olomouc: UP Pedagogická fakulta
- ČERNÝ V. 2007. *Řeč těla*. Brno: Computer Press
- DEVITO J. 2008. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada
- DISMAN M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum
- FRIEDLOVÁ K. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada
- HARTL P, HARTLOVÁ H. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- HAŠKOVCOVÁ, H. 2007. *Informovaný souhlas*. Praha: Galén
- HAYESOVÁ N. 2000. *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál
- HENDL J. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál
- KREJČÍŘOVÁ O. 2007. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: UP pedagogická fakulta
- KŘIVOHLAVÝ J. 2009. *Psychologie moudrosti a dobrého života*. Praha: Grada
- LINHARTOVÁ V. 2007. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada
- MAKOVCOVÁ S. 2010. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online] Dostupné 16. 1. 2017 z: <http://www.mpsv.cz/>
- MATOUŠEK O. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál
- MATOUŠEK O. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- MATOUŠEK O. 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
- MICHALÍK J. a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál
- MIKULÁŠTÍK M. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada
- MIOVSKÝ M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- NAKONEČNÝ M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Akademia

NÁRODNÍ PLÁN PODPORY ROVNÝCH PŘÍLEŽITOSTÍ *pro osoby s mentálním postižením*. 2015. [on-line] Dostupné 13. 1. 2017 z <http://www.vlada.cz/>

NAVRÁTIL P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman

NOVOSÁD L. 2014. *K průsečíkům a souvislostem speciálně pedagogické podpory a sociální práce (Inklusivní vzdělávání ve vybraných interdisciplinárních souvislostech)*. Ostrava: PFOU v Ostravě.

NOVOSÁD L., GIRGLEOVÁ L. 2013. *Aplikace konceptu sociálního fungování u dospělého klienta s mentálním postižením*. Sociální práce/Sociální práce, č. 3. [on-line] Dostupné 22. 1. 2017 z <http://www.socialniprace.cz/>

PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ O. 2007. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. [on-line] Dostupné 11. 2. 2017 z <http://www.uzis.cz/>

PLÁŇAVA I. 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací* Praha: Grada

PODEŠVA L. 2007. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti* Olomouc: UP v Olomouci

PUNCH K. F. (2008) *Základy kvalitativního šetření*. Praha: Portál.

SLOWÍK J. 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál.

SLOWÍK J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada

SOBEK, J. 2007. *Práva lidí s mentálním postižením: příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Praha: Portus

STRAUSS A., CORBINNOVÁ J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Praha: Albert

STRNADOVÁ V. 2007. *Sociální vnímání*. [on-line] Dostupné 17. 2. 2017 z <http://www.svkhk.cz/>

ŠAROUNOVÁ J. 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál.

ŠTEGMANNOVÁ I. 2011. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Sociologický časopis č. 2. [on-line] Dostupné 5. 1. 2017 z <http://www.sreview.soc.cas.cz/>

ŠVARCOVÁ I. 2011 *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál

- ÚLEHLA I. 2009. *Umění pomáhat*. Praha: Slon
- VÁGNEROVÁ M. 1993. *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Praha: UK
- VINCENTINUM. 2017. [on-line] Dostupné 1. 3. 2017 z <http://www.vincentinum.cz/>
- VYBÍRAL Z. 2005. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál
- VYKOPALOVÁ, H. 2005. *Komunikace jako součást profese*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati
- ZÁKON č. 2/1993 Sb. *Listina základních lidských práv a svobod*. Sbíрка zákonů ČR 2016
- ZÁKON č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách*. Sbíрка zákonů ČR 2016
- ZÁKON č. 89/2012 Sb. *Občanský zákoník*. Sbíрка zákonů ČR 2016