

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Olomouc 2021

Tereza Chumchalová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce
Tereza Chumchalová

Specifika komunikace ve volnočasových aktivitách u
osob s mentálním postižením

Olomouc 2021

vedoucí práce: prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Specifika komunikace ve volnočasových aktivitách u osob s mentálním postižením vypracovala samostatně a čerpala jsem jen z uvedených zdrojů a literatury.

V Olomouci dne 20.4.2021

.....

Tereza Chumchalová

Poděkování

Ráda bych poděkovala prof. Mgr. Kateřině Vitáskové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a za spoustu cenných rad. Dále také samozřejmě děkuji své rodině a přátelům za veškerou podporu. V neposlední řadě děkuji i oběma organizacím, že mi poskytly zázemí k mé praktické části.

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	8
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení	8
1.2 Mentální retardace	8
1.3 Stupně mentálního postižení.....	9
1.4 Modely mentální retardace	10
2 KOMUNIKACE.....	12
2.1 Vymezení pojmu komunikace	12
2.2 Druhy mezilidské komunikace podle prostředí a role	13
2.3 Řeč.....	14
2.3.1 Řeč a její vývoj	14
2.4 Jazyk	14
2.5 Narušená komunikační schopnost	15
2.5.1 Poruchy narušeného vývoje řeči	16
2.5.2 Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením.....	17
2.5.3 Obecné zásady komunikace s osobou s mentálním postižením.....	19
3 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	21
3.1 Vymezení pojmu volný čas	21
3.2 Dělení volného času.....	21
3.3 Funkce volného času	21
3.4 Aktivity pro osoby s mentálním postižením.....	22
3.5 Trávení volného času u osob s mentálním postižením	23
3.6 Zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, zaměřené také na volnočasové aktivity	24
PRAKTICKÁ ČÁST	27
4 VLASTNÍ VÝZKUMNÁ ČÁST	27
4.1 Cíl výzkumné části	27
4.2 Použité metody	27
4.3 Výzkumné otázky	28
4.4 Případová studie	28
4.5 Diskuse	34

Závěr	36
Seznam literatury	37
Seznam zkratek a symbolů	40
Seznam příloh	41

Úvod

Komunikaci považujeme za jednu z nejdůležitějších schopností člověka, při níž si dokážeme vyměňovat informace. Používáme ji dennodenně a rozvíjí se hned od narození. Pokud je komunikace u člověka dobře rozvinuta, pak se mu lépe navazují mezilidské vztahy, má větší ambice do života a pracovní kariéry a snadněji se začleňuje do společnosti. U lidí s mentálním postižením je celá řada problémů a jedním z nich je také narušená komunikační schopnost, která ovlivňuje potřeby každodenního života a také využití jejich volného času.

Bakalářská práce se zabývá problematikou osob s mentálním postižením, převážně trávením jejich volného času. Jelikož každý jedinec potřebuje jiný přístup a má také jiné problémy než ostatní, je ke každému klientovi potřeba tým pracovníků, kteří zlepšují jeho psychický, fyzický i zdravotní stav.

Cílem práce je díky získaným informacím a pozorováním zhodnotit, jak se klient s mentálním postižením dokáže projevovat a dorozumívat ve volnočasových aktivitách, zda je vidět určitý posun zlepšení nebo zhoršení v jeho komunikaci a také, jak moc je komunikace rozdílná od lidí, u kterých nebylo diagnostikováno mentální postižení nebo narušená komunikační schopnost.

První kapitola se zaměřuje na teoretické pojetí termínu mentální postižení a jeho následné kategorizace. Druhá a třetí teoretická kapitola se zabývají oblastí komunikace a narušené komunikační schopnosti a čtvrtá kapitola se bude zabývat volnočasovými aktivitami.

Pátá kapitola už bude čistě praktická, kde bude na základě získaných informací popsáno, s jakým postižením a problémy klient žije a jak vše dopadá na trávení jeho volného času a následnou komunikaci.

TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení – převážně ve zdravotnických oborech se ještě donedávna používal termín „mentální retardace“. Mentální postižení, termín používaný ve speciální pedagogice, zahrnuje převážně jedince s hranicí IQ pod 85. (Valenta, 2018)

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení

Pojem mentální postižení můžeme definovat jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (Světová zdravotnická organizace, MKN-10, 2021)¹

1.2 Mentální retardace

Jedná se o vývojovou poruchu, která vzniká v důsledku organického poškození mozku, což je zapříčiněno poškozením mozkových buněk nebo abnormalitami při vývoji mozku. Jde o „zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám adaptačních schopností.“ (Švarcová, 2006, s. 28) Pojem mentální retardace se začal používat po roce 1959, kdy proběhla konference WHO v Miláně.

Mentální retardace – téma, které je dnes stále tabu a kterým se zabývá více a více odborníků. Zpočátku nejvíce ovlivní rodinu, která najednou musí změnit svůj životní styl, mění se komunikace s okolím, často musí svůj dům přizpůsobit novým okolnostem a samozřejmě to zasáhne rodinu také psychicky a emočně, kdy to buď rodinu stmelí, ale v mnoha případech také rozdělí, jelikož se jim zničehonic rozpadá jejich obraz o „ideálním“ dítěti, který mají vytvořený už dávno před narozením dítěte. Po sdělení diagnózy rodičům si rodiče prochází určitými fázemi vyrovnání se s novou situací. (Zacharová, 2015)

¹ Dostupné online: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

- *Stadium šoku* – je provázeno negativními emocemi a neracionální myšlením; rodiče nejsou schopni naplno vnímat ani okolí, natož nové poznatky od lékařů ohledně léčby.
- *Stadium popření* – dítě má určitý zdravotní handicap a s touto situací se nejdéle nemůže srovnat většinou otec; matka pomáhá svému dítěti, jak nejvíce je to možné, a s otcem se ve většině případů neshodne; často dochází k odchodu otce z rodiny.
- *Stadium kompenzace* – mezistupeň mezi stadiem popření a stadiem smutku; rodiče hledají pomoc v náboženství.
- *Stadium smutku, zlosti, úzkosti* – provázeno negativními emocemi; obviňování okolí, kdy si rodič nechce připustit pravdu.
- *Stadium rovnováhy* – rodiče se smířují s realitou, snižuje se u nich deprese i úzkost a chtějí se zapojit do léčby.
- *Stadium reorganizace* – poslední stadium, kdy se rodiče smířili se situací takovou, jaká je; hledají optimální cesty do budoucna.

1.3 Stupně mentálního postižení

Mentální retardace spadá do Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). U nás platí od roku 1992 a aktuálně se do českého jazyka překládá 11. revize. Další klasifikace mentální retardace je také podle AAIDD = American Association for Mental Retardation a DSM-V = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition. (Valenta, 2018) V MKN-10 rozlišujeme určité stupně mentální retardace, které jsou definované v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Stupně mentální retardace podle MKN-10

Kód	Slovní označení	Pásmo IQ
F 70	Lehká mentální retardace	50 – 69
F 71	Střední mentální retardace	35 – 49
F 72	Těžká mentální retardace	20 – 34
F 73	Hluboká mentální retardace	Pod 20
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Nespecifikovaná mentální retardace	

MKN-10 nerozlišuje jen stupeň mentálního postižení, ale také výskyt poruch chování u klientů (např.: sebepoškození). To se určuje přidáním další číslice za tečku, což nazýváme dodatkovým kódem. (Světová zdravotnická organizace, 2021)

- 0 – žádné nebo minimální poruchy chování
- 1 – významná porucha chování vyžadující pozornost anebo léčbu
- 8 – jiné poruchy chování
- 9 – bez zmínky o poruchách chování

1.4 Modely mentální retardace

Valenta (2018) uvádí, že mentální retardace má 5 modelů. V současné době se ale prosazuje spíše termín mentální postižení, v této kapitole ovšem budeme vycházet z čerpané literatury. Aktuálně se také překládá do českého jazyka ICD-11, což je 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kde termín mentální postižení bude nahrazen termínem intelektové poruchy.

Medicínský model (neboli také model limitační, klasifikační) má u nás v republice dlouholetou tradici rozvoje a můžeme ho považovat za dominantní. Mentální retardaci popisuje tak, že negativně ovlivnila vývoj člověka a jeho intelektové schopnosti. Tento model také říká, že člověk s mentální retardací se špatně adaptuje. Největší snahou tohoto modelu je mentální retardaci zachytit co nejdříve. Definice, která vychází z tohoto modelu a kterou se zabývali čeští

autoři, říká, že „*mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, která vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.*“ (Říčan, Krejčířová a kol., 1997, s. 151)

Model ústavní sociální péče hodně souvisí s předchozím modelem. Tento model se z historického hlediska začal postupně rozvíjet s rozvojem tzv. nalezinců a snaží se dát lidem s mentální retardací důstojnější život. Dá se říci, že je to důležitý model pro osoby, kterým jejich rodina nedokázala uspokojit jejich potřeby. (Valenta, 2018)

Popisný model vznikl jako jiná možnost náhledu na mentální retardaci. Zabývá se převážně užívanou terminologií, ale také metodou tzv. nálepkování (labeling). Důležitý podnět tohoto modelu spočívá také v tom, aby se zdůrazňovala práva osob s mentální retardací a také jejich osobnost. Tímto modelem se snažíme o určitou osvětovou činnost a předcházení předsudkům. (Valenta, 2018)

Spirituální model vnímá každého člověka zvlášť a snaží se o jeho následný rozvoj. Tímto modelem usilujeme také o to, abychom našli určitý existenciální smysl života každé osoby. Důležitý bod tohoto modelu spočívá také v tom, abychom se snažili porozumět osobám s mentálním postižením, snažili se o určitou rovnost a o oboustranné obohacení našeho života. (Valenta, 2018)

Ekologický model se chová podobně jako model popisný a jeho hlavním cílem je jiný pohled na mentální retardaci. Hlavním předpokladem je, že každý člověk má právo účastnit se života, do kterého se narodil a integrovat se do společnosti. Specializované zařízení, kam by mohl být člověk s mentální retardací umístěn, je podle tohoto modelu bráno jako jedno z posledních řešení. V dnešní době z tohoto modelu vychází Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení (dřívější název AAMR). (Valenta, 2018)

2 KOMUNIKACE

Pojem komunikace můžeme chápat jako velmi široký pojem, kdy za hlavní cíl komunikace považujeme předávání a sdílení informací pro okolí. Slouží také jako prostředek utváření společnosti. Mezi hlavní prostředky komunikace můžeme zařadit řeč, písmo, gestikulaci, haptiku či mimiku.

2.1 Vymezení pojmu komunikace

„Komunikace je proces, jímž lidé předávají informaci, ideje, postoje a emoce jiným lidem.“ Vander Zanden (in Nakonečný, 2009, s. 288) **Komunikace** (z lat. communicatio) je lidská schopnost, která utváří mezilidské vztahy pomocí verbálních i neverbálních prostředků. Tento pojem nemá v literatuře jednotnou definici, i když se jím zabývala spousta autorů. Význam komunikace je skoro nepopsatelný, jelikož bez komunikace by se neutvářela společnost. (Klenková, 2006)

Termín komunikace je využíván v mnoha vědních disciplínách – pedagogika, lingvistika, psychologie, sociologie, kybernetika, antropologie atd. Aby komunikace byla úspěšná, má v sobě zahrnuté 4 základní prvky, které se navzájem ovlivňují. **Komunikátor** je osoba, která předává informace, a na druhé straně je **komunikant**, který je příjemcem informací a nějakým způsobem na ně reaguje. Následuje **komuniké**, které zajišťuje obsah sdělení, a poté **komunikační kanál**, což je důležitá podmínka pro výměnu informací. (Klenková, 2006)

Důležitou roli v komunikaci mají verbální i neverbální prostředky. V sociální komunikaci můžeme rozlišit 3 druhy kanálů (verbální komunikace, neverbální komunikace, komunikace činem). Verbální komunikaci (slovní) lze charakterizovat jako komunikaci pomocí mluvené a psané řeči. Do komunikace také patří komunikace neverbální (neslovní), což je používání mimoslovních prostředků. Tato komunikace je vývojově starší než komunikace verbální a dá se do ní zahrnout gestika (pohyby rukou), mimika (obličejové výrazy; odraz emocí), haptika (doteky), proxemika (prostorová vzdálenost), zrakový kontakt (délka očního kontaktu, mrkání), posturologie (komunikace díky poloze těla) a kinezika (komunikace prostřednictvím pohybu). (Klenková, 2006) Komunikací činem rozumíme to, že je to komunikace na základě našeho jednání a našich postojů, které máme k určité osobě. (Kalhous, 2009)

Vybíral (2000) se ve své knize zabývá pojmem interpersonální komunikace. Interpersonální komunikaci charakterizuje jako sdělování a dorozumívání se mezi lidmi a také jako interakci pomocí symbolů (např. pomocí jazyka, gest nebo oblečení a jeho barev). Oproti tomu Neubauer (2018) se zabývá pojmem řečová komunikace. Důležitými jevy vyskytujícími se v řečové komunikaci jsou produkce a recepce řeči. Do produkce spadá záměr komunikujícího, správné užití komunikačních prostředků a následné vybavení zvukové či grafické formy. Do recepce řeči lze zahrnout příjem informací a následnou interpretaci přijatých informací.

2.2 Druhy mezilidské komunikace podle prostředí a role

Většina lidí komunikuje různě podle toho, v jakém prostředí a v jaké sociální roli se momentálně nachází. Jiná komunikace bude v zaměstnání, kde jsou jen dospělí lidé, a jiná bude také v rodině, kde jsou děti. Také můžeme rozlišit komunikaci podle toho, zda jsou přítomna obě pohlaví nebo ne. Nesmíme opomenout také mezilidskou komunikaci, kdy se jedinec nachází v určité sociální roli, na základě které komunikuje určitým způsobem (např. rodina, volnočasové aktivity, cizí neznámé prostředí). Proto dělíme mezilidskou komunikaci následovně (Vybíral, 2009):

- ❖ Intimní párová komunikace v soukromí.
- ❖ Soukromá komunikace partnerů.
- ❖ Jednostranně řízená komunikace s rozdělenými rolemi (např. rozhovor, přijímací pohovor).
- ❖ Neformální, neřízená komunikace v malé primární skupině (např. rodina).
- ❖ Formální, řízená, zdvořilá komunikace v malé sociální skupině.
- ❖ Komunikace samotného člověka na samotném prostranství (sem mj. můžeme zařadit i graffiti).
- ❖ Komunikace člověka v davu (např. fanoušci).
- ❖ Komunikace při obchodování a uzavírání smluv.
- ❖ Komunikace prostřednictvím masmédií (např. živé vysílání).
- ❖ Interkulturní komunikace (tzn. s cizincem nebo v cizím prostředí).

2.3 Řeč

Abychom se mohli zabývat narušenou komunikační schopností, musíme si nejprve ujasnit důležité pojmy, a to řeč a jazyk.

2.3.1 Řeč a její vývoj

„Řeč lze definovat jako biologickou vlastnost člověka, systém, kterým lze přenášet informace pomocí jazyka.“ Jedlička (in Škodová, 2007, s. 97) Z hlediska ontogenetického začíná vývoj řeči obdobím novorozeneckým, neboli křikem. Do tohoto období spadají první řečové projevy dítěte po narození až do doby, kdy se jeho řeč začíná měnit v konkrétnější řečovou produkci. Po novorozeneckém období následuje období broukání (kolem 8. - 10. týdne), na které následovně navazuje období žvatlání (zde se vyvíjí převážně melodičnost a dítě začíná používat svaly, které dříve využívalo při sání). Na období žvatlání navazuje období rozumění (začíná okolo 8. – 9. měsíce). Toto období velmi závisí na mluveném projevu jeho okolí. Posledním obdobím, které zahrnuje ontogenetický vývoj řeči, je období napodobování (kolem 12. měsíce). Dítě začíná využívat prvních slov, které následně skládá do jednoduchých vět.

2.4 Jazyk

„Jazyk je komunikační kód, systém signálů, znaků a symbolů používaný k řečové komunikaci lidí; soubor jazykových forem platných v určitém společenství.“ (Mlčáková in Michalík, 2011, s. 413)

Při sledování komunikační schopnosti vycházíme z jazykových rovin. Jazykové roviny se mezi sebou prolínají. Vývoj jazykových rovin se uskutečňuje rovnoměrně s vývojem člověka, avšak nesmí být narušen vývoj komunikační schopnosti. (Mlčáková in Michalík, 2011)

Foneticko-fonologická jazyková rovina se zabývá zvukovou stránkou lidské řeči, hláskovou tvorbou a vnímáním hlásek a také zahrnuje modulační faktory řeči (např. tempo řeči, výška tónu řeči, rytmus řeči, intenzita hlasu). **Lexikálně-sémantická rovina** zahrnuje slovní zásobu člověka, a to pasivní i aktivní. Další částí, která spadá do této roviny, je sémantika, což je význam slov. V lexikálně-sémantické rovině pozorujeme také, jak lidé rozumí slovům a větám a jak je dokáží vhodně používat v mluvené i psané řeči. **Morfologicko-syntaktická**

rovina se také označuje jako rovina gramatická. Morfologie (neboli tvarosloví) je věda, do které spadá oblast slovních druhů, jejich tvoření a význam. Syntax (skladbu) charakterizujeme jako stavbu vět a souvětí a jejich tvoření. **Pragmatickou rovinu** můžeme chápat jako uplatnění komunikační schopnosti osob v životě. Patří sem také oznámení různých informací, anebo také zrakový kontakt. (Valenta, 2014)

2.5 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost spadá do oboru logopedie, která se dále zabývá její diagnostikou, terapií a prevencí. Logopedie je poměrně mladý vědní obor, který můžeme zařadit mezi obory interdisciplinární, což můžeme vysvětlit jako spolupráci s dalšími vědními obory. Jelikož se jedná o mladý vědní obor, tak se logopedie neustále rozvíjí. (Klenková, 2006)

Definovat pojem narušená komunikační schopnost je obtížné, protože je na ni pohlíženo z mnoha pohledů. Už za obtížný úkol můžeme považovat formulaci tzv. normality, což je hranice mezi tím, kdy se jedná o normu, a mezi tím, kdy už můžeme mluvit o jejím narušení. Při diagnostice narušené komunikační schopnosti si nelze všimnout jen jedné složky řeči, ale všech. (Klenková, 2006)

Definice narušené komunikační schopnosti podle Lechty (2011, s. 173): *„Komunikační schopnost je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“*

Narušená komunikační schopnost může být hlavním dominujícím symptomem anebo symptomem jiného postižení - tím mluvíme o symptomatických poruchách řeči (např. dysartrie u DMO). Také může být z časového hlediska trvalá anebo přechodná a z hlediska příčiny orgánová nebo funkční. Jedinec s narušenou komunikační schopností si může své problémy uvědomovat anebo nemusí a také můžeme hovořit o získané či vrozené narušené komunikační schopnosti. (Lechta, in Kerekrétiová, 2009)

Za narušenou komunikační schopnost nelze pokládat **fyziologickou nemluvnost**, což je přirozený biologický jev, který trvá do 1. roku života dítěte. Dítě si prochází předřečovými a přípravnými fázemi řečového vývoje. (Lechta in Škodová, 2007) Další jev je **vývojová**

dysfluence (neplynulost), která vzniká okolo 3. – 4. roku dítěte. Charakterizujeme ji jako neplynulost a opakování slov. (Lechta, 2010) Následuje **fyziologický dysgramatismus**, který Lechta (in Škodová, 2007, s. 24) definuje jako „nesprávnosti v morfológico-syntaktické rovině jazykových projevů přibližně do čtvrtého roku života.“ Poslední je **fyziologická dyslalie**, což je fyziologický jev nesprávné výslovnosti, kdy dochází k vynechávání nebo záměně hlásky či skupiny hlásek. Hláška či skupiny hlásek mohou být také tvořeny na nesprávném artikulačním místě. Projevuje se v předškolním věku. (Pipeková, 2010)

2.5.1 Poruchy narušeného vývoje řeči

S vývojem centrální nervové soustavy a také s rozvojem kognitivních, motorických, percepčních a jazykových funkcí bývají spojeny také poruchy vývoje řeči. Na tyto poruchy musíme klást velký důraz, protože při pozdní diagnostice, např. opožděného či narušeného vývoje řeči, to může mít negativní dopad na dítě při následném vývoji. Do narušeného vývoje řeči řadíme opožděný vývoj řeči a vývojovou dysfázii, do poruch artikulace řeči můžeme zařadit vývojovou dysartrii a dyslálii. Dále také z hlediska vývoje řeči se můžeme zabývat koktavostí, breptavostí, rhinolalií, palatolalií a mutismem, které jsou dále popsány v podkapitole 3.3. (Bytešníková, 2012)

Opožděný vývoj řeči může být známkou jiného vážného onemocnění. Proto se mu musí věnovat určitá pozornost. Příčin opožděného vývoje řeči je mnoho, dají se sem zařadit např. sluchové vady, těžké zrakové vady, poruchy autistického spektra či neurologická onemocnění (např. dětská mozková obrna). Možností řešení je také mnoho a vždy se odvíjí od příčiny opožděného vývoje řeči. **Vývojová dysfázie**, neboli specificky narušený vývoj řeči, je charakterizována neschopností nebo ztíženou schopností naučit se verbální komunikaci. Narušena bývá receptivní i expresivní složka řeči. Jedinec má malou slovní zásobu, vyskytují se dysgramatismy, problémy se objevují i v porozumění u delších vět či souvětí a také v záměně či vynechání slabik nebo hlásek. Dalšími projevy vývojové dysfázie může být nerovnoměrný vývoj intelektu či narušení vývoje paměťových funkcí. Okolí osoby, které byla diagnostikována fatická porucha, mívá často problém s porozuměním jeho řeči. V pozdějším věku se můžou vyskytnout i specifické poruchy učení. **Dysartrie**, neboli porucha motorické realizace řeči, vzniká na základě organického poškození centrální nervové soustavy. Do dysartrie ale také můžeme zahrnout poruchy respirace, poruchy polykání, poruchy fonace či poruchy nosní rezonance. Dysartrii můžeme také rozdělit na vývojovou (např. u dětské mozkové obrny) a

získanou (např. po úrazech či nádorech). **Dyslálie** (patlavost) je nejčastější porucha řeči vyskytující se v předškolním věku. U dyslálie je hláska tvořena na nesprávném artikulačním místě nebo může docházet k záměně či vynechání hlásky či skupiny hlásek. Za příčiny lze považovat vady sluchu, poruchy centrální nervové soustavy či anatomické odchylky mluvidel. Za nejvyskytovanější problém u dyslálie je považována tvorba sykavek a hlásek L, R, a Ř. (Aksenovová, 2015)

2.5.2 Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením

U osob s mentálním postižením je řeč vždy nějakým způsobem narušena. Je to zapříčiněno symptomatickými vadami řeči. (Slowík, 2016) Správně zvolenou péčí může osoba s mentálním postižením dosáhnout určitých pokroků a progresu ve své komunikační schopnosti. (Klenková, 2006)

U NKS je narušena složka receptivní i expresivní, verbální i neverbální a grafická či mluvená. Může se jednat o stav trvalý nebo přechodný. Lechta (1990) následovně vymezil 10 okruhů narušené komunikační schopnosti:

- 1) **Vývojová nemluvnost** (specificky narušený vývoj řeči) – postihuje produkci řeči a někdy také porozumění řeči ve všech jazykových rovinách v různé míře. Často je definována také jako vývojová dysfázie. Většina autorů také tvrdí, že vývojová dysfázie vzniká na základě poruchy CNS. Vyskytují se také dysgramatismy (jde o poruchu tvořit gramaticky správné tvary; do 4 let mluvíme o fyziologickém dysgramatismu, který se časem upraví, v pozdějším věku musíme vyhledat odbornou pomoc). (Valenta, 2014, s. 50-52)
- 2) **Získaná orgánová (neurogenní) nemluvnost (afázie)** – vzniká v kortikální nebo subkortikální oblasti mozku na základě lokálního poškození a příčinou mohou být cerebrovaskulární onemocnění (jde o onemocnění CNS s následným krvácením do mozkové tkáně nebo špatným prokrvením mozku) nebo také mozkové nádory (v důsledku např. zánětlivých či degenerativních onemocnění). Největší problém bývá v porozumění řeči, vytváření neologismů a v poruchách plynulosti řeči. Může být také částečná nebo úplná ztráta řeči. (MKN-10, 2021)
- 3) **Získaná neurotická (psychogenní) nemluvnost (mutismus)** – jedná se o ztrátu nebo nepřítomnost projevů řeči, které nejsou podmíněny organickým poškozením CNS. Jedná se o psychogenní poruchu, kdy dochází k odmítání mluvní komunikace, útlumu

řeči z důvodu strachu anebo k mlčení kvůli pocitu studu. V logopedii rozlišujeme elektivní mutismus (= výběrový; ztráta schopnosti promluvit je vázána na určitého jedince či situaci), totální mutismus (ztráta schopnosti promluvit se vztahuje na všechny osoby a ve všech situacích) a surdomutismus (útlum řeči se rozšíří i na problémy se sluchem). (Škodová, 2007)

- 4) **Narušení článkování řeči (dyslálie, dysartrie)** – dysartrie je motorická řečová porucha. Vzniká v důsledku organického poškození centrální nervové soustavy a je zasažena respirace, rezonance, artikulace i fonace v různé míře. Dysartrie může být vývojová či získaná. (Škodová, 2007) Krahulcová (2013, s. 139) definuje dyslálii jako „*poruchu nebo vadu výslovnosti hlásky nebo skupiny hlásek tvořené odlišným způsobem nebo zvukem v kterémkoli věku.*“ Za projev dyslálie lze také považovat pravidelné vynechávání určité skupiny hlásek nebo nahrazování hlásek. Příčina dyslálie může být orgánová nebo funkční. Orgánová dyslálie je způsobena např. poruchami sluchu a zraku, poruchami mluvidel nebo poruchami CNS. Za nejčastější příčinu funkční dyslálie je považována patologie artikulační dynamiky.
- 5) **Narušení plynulosti (fluence) řeči (balbuties = koktavost, tumultus sermonis = breptavost)** – koktavost můžeme charakterizovat jako narušení plynulosti řeči a také narušení tempa řeči. Za projevy pokládáme časté pauzy, prodlužování a opakování slabik či slov a narušení rytmické stránky řeči. (MKN-10, 2021) Breptavost definujeme jako narušení plynulosti řeči, kdy jedinec má nezvykle rychlé tempo řeči, nesrozumitelnou artikulaci a sníženou schopnost správných jazykových formulací. Příčiny vzniku nejsou dodnes úplně objasněny, ale uvádí se dědičnost či organická porucha neboli poškození mozku v podkorové oblasti. (Klenková, 2012)
- 6) **Narušení zvuku řeči (rhinolalie, palatolálie)** – Rhinolalie = porucha zvuku řeči neboli huhňavost může být trvalá či přechodná nebo organická či funkční. Huhňavost rozlišujeme otevřenou (vyskytuje se při rozštěpech obličeje v důsledku narušeného patrohltanového uzávěru), zavřenou (příčinou může být překážka v nosohltanu či dutině ústní) a smíšenou (může se vyskytovat např. při nedostatečném patrohltanovém uzávěru a zároveň za přítomnosti nosních polypů). (Aksenovová, 2015) Palatolálie je porucha řeči, kterou charakterizují rozštěpy patra a také rozštěp patra a rtu. Je to vývojová vada, kdy je řeč tvořena na špatném závěru. V důsledku tohoto narušení komunikační schopnosti je postihnuta foneticko-fonologická rovina (z důvodu poruchy nosní rezonance a artikulace) a lexikálně-sémantická rovina. Palatolálie postihuje jak verbální tak neverbální komunikaci. (Kerekrétiová, 2008)

- 7) **Narušení grafické stránky řeči** – sem spadají specifické poruchy školních dovedností, do kterých zařazujeme dyslexii (= specifická porucha čtení), alexii (= úplná nebo částečná neschopnost číst), dysgrafii (= specifická porucha psaní), agrafii (= neschopnost psaní), dysortografií (= specifická porucha pravopisu), dyskalkulii (= specifická porucha matematických dovedností) a akalkulii (= porucha zacházení s čísly).
- 8) **Poruchy hlasu** – do poruch hlasu zahrnujeme dysfonii neboli chrapot a afonii, což je ztráta hlasu.
- 9) **Symptomatické poruchy řeči** - doprovází jiné dominantní postižení, onemocnění nebo narušení vyskytující se u osob s mentálním postižením, se zrakovým postižením, se sluchovým postižením, se somatickým postižením, u osob s poruchou autistického spektra, u osob s psychickým onemocněním a u osob s neurologickým onemocněním.
- 10) **Kombinované vady a poruchy řeči** - může být kombinace více druhů NKS – např. breptavost a poruchy artikulace.

2.5.3 Obecné zásady komunikace s osobou s mentálním postižením

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením je důležité, aby byla komunikace vedena podle toho, jaké jsou komunikační schopnosti jedince s mentálním postižením, a na tom byla komunikace stavěna. Naopak nemělo by se vycházet z toho, co jedinci s mentálním postižením dělá v komunikaci problém a co nezvládne. Zde jsou uvedeny obecné zásady, jak přistupovat ke komunikaci s osobou s mentálním postižením:

- a) Komunikaci s osobou s mentálním postižením zahajte podáním ruky a následně jedinci vykejte. Dospělé osoby oslovujte tituly pan/paní. Tykání proběhne až po vzájemné domluvě.
- b) Při sdělování informací se ujistěte, jestli Vás osoba s mentálním postižením poslouchá a jestli na Vás i dobře vidí.
- c) Na začátku komunikace či aktivity vysvětlete, o čem budete dále mluvit a co Vás bude v následujících chvílích čekat.
- d) Konverzaci ved'te postupně a vše pořádně vysvětlete.
- e) V prvním případě se snažte vést komunikaci přímo s jedincem s mentálním postižením, v dalším případě se obraťte na klienta asistenta.
- f) V průběhu administrativního vyřizování věcí se snažte, aby osoby s mentálním postižením byly samostatné.

- g) Snažte se přizpůsobit tempu jedinců s mentálním postižením. Důležitá je pro ně trpělivost.
- h) Využívejte jednoduché věty, jak věty oznamovací, tak i tázací. Není příliš vhodné používat souvětí. Vyčkejte na odpověď jedince, v komunikaci neužívejte neznámá slova. Vhodná je také názorná ukázka.
- i) Zvolte vhodný počet informací, které osobám s mentálním postižením sdělujete.
- j) V komunikaci se zkuste vyhýbat dvojsmyslným informacím a ironiím.
- k) V průběhu komunikace se jedince s mentálním postižením ptejte, zda rozumí tomu, o čem mluvíte. (Inclusion Europe, 2009)

3 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

3.1 Vymezení pojmu volný čas

Volný čas můžeme definovat jako „čas, se kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů. Doba, která zůstane z 24 hodin po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, o vlastní fyzické potřeby včetně spánku.“ (Hájek, 2008, s. 66)

Pojem volný čas má spoustu definic a zabývá se jím také spousta autorů. Tento pojem se dá charakterizovat také jako doba, kdy se můžeme svobodně rozhodnout, jak tento čas naplníme. Je zřejmé, že tyto činnosti člověka naplňují a dělají ho šťastným. U těchto činností se člověk zregeneruje, ale také dochází k osobnostnímu rozvoji. Je důležité ale nezapomenout na to, že do pojmu volný čas zahrnujeme také ztrátový čas, což vymezuje např. dobu, kterou nám zabere cesta za zájmovou činností. (Bendl, 2015)

3.2 Dělení volného času

Šerák (2009) ve své knize rozdělil volný čas do tří časových úseků. **Čas pracovní**, který představuje u dětí školní docházku a u dospělých pracovní dobu. Druhé časové rozdělení je **čas vázaný neboli polovolný**, který je charakterizován jako čas pro uspokojování základních biologických potřeb člověka (např. spánek, strava, osobní hygiena). Lze sem zařadit také domácí práce, péče o rodinu a cestu do práce. Posledním vymezením je **čas volný**.

3.3 Funkce volného času

Funkce volného času vymezil Horst Werner Opaschowski. Dělí je do 8 skupin následovně:

1. Individuální (směřují k osobnímu rozvoji člověka)
 - **Rekreace** - zotavení, odpočinek, osvobození od zátěže, uvolnění.
 - **Kompenzace** - vyvážení jednostrannosti, rozptýlení a potěšení.
 - **Edukace** - vzdělávání, poznávání, zvědavost, učení, změna a rozvoj osobnosti.

- **Kontemplace** - klid, sebereflexe, čas na sebe samého, hledání vlastní individuality a identity, meditace a rozjímání.
2. Sociální (zohledňují skutečnost, že člověk je tvor společenský)
- **Komunikace** - sdílení, vztahy, láska, něžnost, empatie, kontakt a družnost.
 - **Integrace** - tvoření skupin, bezpečí, společné prožívání, sounáležitost, kolektivní vztah, společnost, sociální učení, hry a rituály.
 - **Participace** - angažovanost, účast, iniciativa, spolurozhodování, solidarita.
 - **Enkultura** - kreativní rozvoj, fantazie, spontaneita, řešení problémů, účast na kulturním životě. (Hofbauer, 2004, s.14-15)

Další vymezení funkcí volného času přináší Pávková. (in Hájek, 2008) Ta rozděluje funkce výchovně vzdělávací, zdravotní, sociální a preventivní. **Výchovně vzdělávací funkce** je v dnešní době nejvíce upřednostňována. Vyskytuje se v jednotlivých zařízeních pro výchovu mimo vyučování, kde se snaží nejvíce o formování lidské osobnosti a dosažení cílů. Tato funkce se snaží také o to, aby se děti, mládež i dospělí lidé vzdělávali pomocí různých aktivit a aby docházelo k postupnému uvědomění celoživotního vzdělávání a rozvíjení kognitivních procesů. Důležitá je také **zdravotní funkce**, která dbá především o to, aby i v době mimo vyučování byl rozvíjen a podporován zdravý tělesný, sociální a duševní vývoj. Zdravotní funkci zajišťuje jak aktivní pohyb, tak také dobře zvolená strava. Charakteristické pro zdravotní funkci je rovněž střídání činností, např. individuální nebo skupinová činnost, aktivní či pasivní nebo také aktivity organizované či spontánní. Poslední, co spadá do tohoto dělení, je **funkce sociální**. Nejčastější chápání této funkce spočívá v tom, že instituce, které mají na starost výchovu ve volném čase, zajišťují péči o děti, jejich bezpečnost a dozor v době, kdy jejich rodiče jsou ještě v zaměstnání. Nejvíce tuto funkci naplňují školská zařízení, převážně školní družina. Tuto funkci mohou dále plnit i ubytovací a výchovná zařízení, ale také zařízení pro ochrannou a ústavní výchovu. V neposlední řadě sem lze zařadit i zařízení sociální péče.

3.4 Aktivity pro osoby s mentálním postižením

Při komunikaci s osobou s mentálním postižením musíme brát v úvahu snížené kognitivní procesy, které vychází ze stupně mentálního postižení jedince. Nejvíce se snížené kognitivní procesy projeví ve fázi učení se novým dovednostem. Při uskutečňování fyzických

aktivit nesmíme opomenout případné klientovy přidružené vady (např. smyslové, tělesné) k předem diagnostikovanému mentálnímu postižení.

Na co je v komunikaci s osobou s mentálním postižením brán velký zřetel, je motivace, kreativita, trpělivost a vztah s osobou, která se jedinci s mentálním postižením věnuje. Aktivit tvořené pro osoby s mentálním postižením bývají plánované, aby se dopředu vyřešily důležité věci jako bezpečnost či střídání činností. Důležité je brát v potaz pomalejší tempo osob s mentálním postižením oproti tzv. typické neboli intaktní populaci. Při komunikaci volíme vhodná slova, která jedinec zná, tvoříme jednoduché věty a naopak se vyhýbáme souvětím. Musíme si uvědomit, že tito jedinci k sobě potřebují nějaký dohled, který je poté bude i různými aktivitami provázet. Za dohled můžeme pokládat asistenta nebo člena rodiny, který je na aktivitu i dopraví. (Bátorová, 2013)

I přes určité překážky v pohybových aktivitách pro osoby s mentálním postižením je pro ně pohyb velmi důležitý. Snaží se díky tomu předcházet určitým zdravotním problémům např. v obezitě, poruchám v dýchání a také poruchám oběhového systému. Všechny tyto aktivity mají pozitivní odezvy jak na fyzické zdraví jedinců, tak i na psychické zdraví osob s mentálním postižením. Zároveň jsou rozvíjeny i oblasti sebeobsluhy, komunikace a socializace s novými lidmi.

Lidé s mentálním postižením mohou také provozovat určité sportovní aktivity, jak rekreační tak závodní, některé dokonce i na celosvětové úrovni. S tím souvisí i účast na paralympijských hrách. Sporty, které zde uvidíte, jsou např. cyklistika, fotbal, atletika. Pravidla jsou ale upravena, např. při fotbale je na hřišti jen 5 hráčů. Účastníci mají samozřejmě určité intelektové omezení. V České republice se závodními sporty zabývá organizace Český svaz mentálně postižených sportovců, který spadá do Unie zdravotně postižených sportovců a který má zaregistrovány sportovce s IQ nižším než 75. (Bátorová, 2013)

3.5 Trávení volného času u osob s mentálním postižením

Jarmarová (in Valenta, 2018, s. 359) uvádí, že *„zájmy a záliby (např. technické, sportovní, hudební, čtenářské) jsou získané motivy, ve kterých je zdůrazněn vztah jedince k určitému druhu činnosti nebo skutečnosti: projevují se soustředěním pozornosti v tomto směru, poznáváním dané skutečnosti, realizací příslušné činnosti, uspokojením z ní a nelibostí při jejím*

omezování.“ Zájmy osob s mentálním postižením se odvíjí od toho, co konkrétně jedince zajímá. Jedinci s mentálním postižením mohou mít také úzký či široký okruh zájmů.

Volný čas se dá organizovat i ve školských zařízeních. Je to také určitá forma podpůrných opatření. Školská zařízení mohou organizovat různé kroužky, které se snaží podpořit zájmovou činnost. Tato činnost se podpůrným opatřením stane tehdy, jsou-li naplněny konkrétní specifické potřeby žáka. Rozvíjíme zde složku vzdělávací i výchovnou a také klientovy dovednosti a schopnosti.

Volnočasové aktivity mohou osoby s mentálním postižením také trávit na různých pobytových akcích či kurzech, např. škola v přírodě, kdy jsou tyto pobyty zaměřeny na rozvoj vědomostí a dovedností. (Valenta, Potměšil in Michalík, 2015)

V rámci integrace existují také organizace zajišťující volnočasové aktivity pro osoby s mentálním postižením. Větší dostupnost těchto organizací je ve městě oproti vesnici. Také záleží na stupni mentálního postižení. Mezi organizace zabývající se volnočasovými aktivitami u osob s mentálním postižením můžeme zařadit organizace DUHA, Centrum aplikovaných pohybových aktivit, Jdeme autistům naproti o.s. či Za sklem, o.s. (KPSS, 2021)

3.6 Zařízení sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením, zaměřené také na volnočasové aktivity

„Sociální služby (i pro osoby s mentální retardací) představují jistou alternativu nebo doplnění služeb poskytovaných osobami blízkými.“ (Michalík, in Valenta, 2018, s. 133)

V podstatě jde o to, že sociální služby jsou určitý druh podpory, kdy tyto služby poskytují registrovaní poskytovatelé. Sociální služby jsou také uvedeny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon se zabývá nejen vymezeními známými už před rokem 2006, ale také službami, které u nás do roku 2006 neexistovaly. Důležité je také rozlišit formy poskytování sociálních služeb, které dělíme na formy pobytové, terénní a ambulantní. (Michalík, in Valenta, 2018)

Dá se říci, že všechny uvedené sociální služby musí zajišťovat i určité volnočasové aktivity. Ty poslouží k odreagování od práce či vystřídání činností, kde pracujeme např. na rozvoji komunikační schopnosti, jemné i hrubé motoriky či nácviku sebeobsluhy. Volnočasové aktivity

by měly být zahrnuty ve všech formách sociálních služeb. Následně si popíšeme všechna zařízení sociálních služeb podle zákona o sociálních službách. (108/2006 Sb.)

Zařízení sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb.:

- a. Centra denních služeb – ambulantní služby pro osoby se ZP či chronickým onemocněním. Je zde nutnost přítomnosti jiné fyzické osoby.
- b. Denní stacionáře – zde se poskytují ambulantní služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu jejich zdravotního postižení nebo věku. Také se zde poskytují služby klientům s chronickým duševním onemocněním, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby.
- c. Týdenní stacionáře – zde probíhají pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, sníženou soběstačností či pro osoby s chronickým duševním onemocněním.
- d. Domovy pro osoby se zdravotním postižením – pobytové formy sociálních služeb pro osoby se sníženou soběstačností kvůli zdravotnímu postižení. Je zde nutná pomoc jiné fyzické osoby.
- e. Domovy pro seniory – pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku.
- f. Domovy se zvláštním režimem – pobytové služby pro osoby s chronickou duševní poruchou, závislostí na návykových látkách a pro osoby s demencí.
- g. Chráněné bydlení – pobytová služba individuální či skupinová pro osoby se ZP nebo duševním onemocněním.
- h. Azylové domy – pro osoby s nepříznivou sociální situací. Forma pobytová, ale jen na přechodnou dobu.
- i. Domy na půl cesty – pobytová služba pro osoby do 26 let věku, kteří jsou propuštěni z léčby nebo mají splněný svůj výkon trestu na odnětí svobody.
- j. Zařízení pro krizovou pomoc – zde se vyskytují všechny formy sociální péče. Tato služba je určena pro jedince, kteří se nachází v nepříznivé situaci, kterou nedokáží sami vyřešit.
- k. Nízkoprahová denní centra – ambulantní či terénní služby.
- l. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež – ambulantní nebo terénní služby pro osoby ve věku od 6 do 26 let, které jsou ohroženy nežádoucími společenskými jevy.
- m. Noclehárny – ambulantní služba pro osoby bez přístřeší.

- n. Terapeutické komunity – pobytové služby pro osoby, které jsou závislé na návykových látkách, nebo pro osoby s duševním onemocněním. Obě tyto skupiny mají problém se začlenit do společnosti.
- o. Sociální poradny.
- p. Sociálně terapeutické dílny – ambulantní služby pro osoby se ZP, které podporují zdokonalování určitých návyků a dovedností v rámci terapie.
- q. Centra sociálně rehabilitačních služeb.
- r. Pracoviště rané péče – poskytovaná pro rodiny s dětmi do 7 let věku dítěte se zdravotním postižením.
- s. Intervenční centra – pro osoby, které byly účastníky násilného chování.
- t. Zařízení následné péče – ambulantní nebo pobytová forma sociální péče pro osoby s chronickým duševním onemocněním nebo osoby závislé na návykových látkách, které zároveň dochází na ambulantní léčbu.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VLASTNÍ VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumné části

Cílem mé bakalářské práce je díky získaným informacím a pozorování popsat komunikační schopnost u osob s mentálním postižením ve volnočasových aktivitách a jak se tato komunikační schopnost liší od osob bez mentálního postižení. Poté se ještě zaměřuji na specifika komunikační schopnosti ve volnočasových aktivitách. Do výzkumného vzorku byly zahrnuty osoby s různým stupněm mentálního postižení. Jedná se také o osoby v heterogenní věkové skupině, abych mohla více specifikovat jejich vývoj v komunikaci. Výzkumná část poukazuje na verbální i neverbální komunikaci a také na kladné a záporné vyjádření emocí, podle toho, v jaké situaci se jedinec zrovna nachází. Osoby s mentálním postižením jsem měla možnost pozorovat ve dvou zařízeních. První zařízení je nezisková organizace, která poskytuje služby pro rodiny s osobami s mentálním postižením a poruchami autistického spektra. Klienti, kteří tuto organizaci navštěvují, sem dochází maximálně na 3 hodiny v týdnu. Mezitím navštěvují základní školy, základní speciální školy nebo střední školy jednoletých oborů. Druhé zařízení poskytuje sociální služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením v rámci denního stacionáře. Jsou zde i různá rehabilitační cvičení pro klienty, na která navazují určité činnosti spojené právě s volným časem, ale také s aktivitami zaměřenými na rozvoj klientů. Pro osoby dospělého věku je zde možnost využití i chráněného bydlení. Osoby, které spadaly do mé části výzkumného vzorku, byly vybrány na základě stupně mentálního postižení, dle věku a v mnohém záleželo také na tom, zda organizace navštěvují i teď, v době celosvětové pandemie onemocnění SARS-CoV-2.

4.2 Použité metody

V mé bakalářské práci se zaměřím na kvalitativní výzkum, konkrétně případovou studii. Tato metoda byla prováděna v době od 1.1.2021 do 31.3.2021. Informace jsem poté získávala pozorováním a dále od rodičů klienta, formou online dotazníku a rozhovoru a také od zaměstnanců organizací, kteří se klientovi věnují delší čas. I u zaměstnanců organizací jsem využila rozhovor a poté doplňující dotazník. Pozorovala jsem klientovu komunikační schopnost, jak na ni speciální pedagogové dokážou zareagovat a jak je poté klientova komunikační

schopnost vyvinuta. Bohužel z důvodu momentální epidemiologické situace mi byly umožněny u každého klienta jen dvě hodiny na pozorování, poté jsem čerpala z informací, které jsem získala od rodičů klienta či sociálních pracovníků. Zajímaly mne i rozdíly v komunikační schopnosti, když se klient ocitne ve volnočasové aktivitě, oproti tomu, když klient komunikuje v rodinném prostředí. U každé případové studie jsem si zjistila kompletní klientovu diagnózu. Díky zaměstnancům, kteří s klienty pracují, jsem měla možnost nahlédnout i do určitých klientových individuálních vzdělávacích plánů, kde byly zaznamenány i pokroky či zhoršení klienta. Vše jsem měla samozřejmě možnost zhlédnout pouze v omezené míře, z důvodu chráněných údajů.

4.3 Výzkumné otázky

Hlavním výzkumným cílem je v této bakalářské práci zjistit, jaké jsou komunikační schopnosti osob s mentálním postižením v jejich volnočasových aktivitách. Pomocí **dílčích cílů** se snažíme popsat stanovený hlavní cíl. Za dílčí otázky jsme stanovili:

- 1) Jakým způsobem se osoba s mentálním postižením dorozumívá ve volnočasových aktivitách?
- 2) Jak moc je ovlivněn volný čas osob s mentálním postižením z důvodu různého stupně mentálního postižení?
- 3) Jaké aktivity mohou využít osoby s mentálním postižením k trávení volného času?
- 4) Co ovlivňuje rozvoj komunikace u osob s mentálním postižením?
- 5) Jak moc je důležitá podpora ze strany rodiny pro rozvoj u osoby s mentálním postižením?
- 6) Po jakém časovém období je vidět zhoršení či zlepšení komunikace osob s mentálním postižením?

4.4 Případová studie

Do případové studie jsem vybrala pět respondentů, kteří jsou klienty sociálních zařízení zajišťujících volnočasové aktivity. Z důvodu udržení anonymity jsem klientům změnila jejich křestní jména. Věková hranice respondentů je od 9 do 26 let.

Vlastní výzkum

Ondřej, 19 let

- Diagnóza: byla diagnostikována těžká mentální retardace s poruchami autistického spektra. Je omezena komunikační schopnost z důvodu stanovené diagnózy. Diagnóza byla stanovena ve 3 letech.
- Ondřej navštěvuje speciální školu jednoletého oboru a dvakrát týdně organizaci pro osoby s poruchami autistického spektra.

Ondřej je zamlklý, velmi usměvavý kluk. Momentálně má novou osobní asistentku, která mu pomáhá ve speciální škole. Ondřej se snaží s asistentkou pracovat a komunikovat a je vidět, že je při jejich vzájemné práci spokojený. Velký pokrok při práci s asistentkou se odvíjí od toho, že Ondřej asistentce věří a navázali spolu dobrý vzájemný kontakt. Ve speciální škole se momentálně snaží zlepšit své komunikační dovednosti a jemnou a hrubou motoriku. V komunikaci je vidět výrazný rozdíl v cizím prostředí oproti prostředí, kde se cítí dobře. V cizím prostředí (převážně škola) Ondřej spíše nekomunikuje a na pokyny vyučujících často nereaguje. V organizaci, kam Ondřej dochází, je velmi šťastný a má to zde rád. Má zde stálého speciálního pedagoga, se kterým pracuje. V této organizaci se momentálně zaměřuje na počítání, držení tužky a snaží se více komunikovat. V této oblasti má velkou podporu i od rodiny, která se s ním snaží hodně pracovat i doma. Samozřejmě je u něj vidět narušená komunikační schopnost, ale na druhou stranu je vidět obrovský pokrok. Ondra se dokáže dorozumět jednoduchými slovy (např. hájí, pít, auto). Celkově má největší problém s výslovností. Někdy samozřejmě nastane i situace, že i speciálnímu pedagogovi dělá problém pochopit, co se Ondra momentálně snaží říct. V tu chvíli ale funguje neverbální komunikace, kdy si Ondra na konkrétní věc ukáže nebo dotyčnou osobu přivede na dané místo. Nejvíce jeho komunikační schopnosti rozumí rodina, která už ví, co Ondra myslí nebo co se snaží vyjádřit. Jelikož do organizace dochází už delší čas, i tady už nenastávají velké potíže oproti škole. Problém mu dělá i rozhodovací schopnost, kterou se v organizaci snaží také rozvíjet. Na otázky typu ano/ne moc často neodpoví a když ano, tak jen pokýváním hlavou. Tato rozhodovací schopnost se projevuje i při výběru předmětů, kdy si Ondra nedokáže vybrat mezi dvěma předměty jeden, se kterým by si chtěl hrát. Když už si konkrétní předmět vybere, tak na něj jen ukáže, ale do vlastní ruky ho nevezme. V organizaci samozřejmě pracuje na zlepšování jeho dovedností a komunikační schopnosti, to ale neznamená, že by nedělal i činnosti, které má rád

a díky kterým by si i odpočinul mezi aktivitami. V organizaci má samozřejmě vytvořený individuální vzdělávací plán pro jeho osobní rozvoj.

Mezi jeho oblíbené činnosti patří poslech relaxační hudby, malování a vyškrabávání obrázků. V organizaci má samozřejmě vytvořený individuální vzdělávací plán pro jeho osobní rozvoj.

Tomáš, 26 let

- Diagnóza: Tomovi byla diagnostikována lehká mentální retardace s těžkým pohybovým defektem a dětská mozková obrna, která byla zaviněna špatným porodem, kdy došlo k zanedbání ze strany personálu. Doktoři to rodičům sdělili týden po porodu.
- Tomáš navštěvoval 9 let základní školu speciální pro žáky s více vadami a poté 5 let praktickou školu. Letos už šestým rokem bydlí v chráněném bydlení, v rámci kterého dochází každé dopoledne do denního stacionáře. Dříve docházel také do organizace podporované základní speciální školou, kde navštěvoval i kroužek keramiky, fotografování a vaření.

Jelikož u Toma je diagnostikovaný nejnižší stupeň mentální retardace, tak zde není výrazný rozdíl mezi komunikací ve volnočasových aktivitách (kam dochází pravidelně a kde to zná) a v cizím prostředí. Samozřejmě se to odvíjí i od Tomovy snahy komunikovat. Tom je odmalička velmi společenský, takže si i rád vytváří nové kontakty. Největší potíže nastávají, když se Tomovi nechce komunikovat. To poté koncovky slov polyká a pořádně nevyslovuje ostatní hlásky. Největší problém ve výslovnosti mu dělají hlásky L, R, Ř a měkké slabiky dě, tě, ně. Verbální komunikace ale funguje, takže v komunikaci není často využíváno gest. Ve stacionáři jsou na Toma už zvyklí, takže zde není výrazný problém v porozumění. Důležité ale je se na Tomovu výslovnost soustředit, aby lidé ve stacionáři pochopili, co momentálně Tom říká. Ve stacionáři se momentálně pořád zdokonaluje hlavně ve schopnostech, které potřebuje k samostatnému životu v chráněném bydlení.

Aby činnosti spojené s rozvojem schopností nedělal celý den, prokládá je jeho oblíbenými činnostmi, což je např. čtení knih, sledování sportovních utkání (tenis, fotbal, hokej, biatlon) a poslech hudby nejen v rádiu, ale má také své oblíbené CD. Tom je ve stacionáři a v chráněném bydlení spokojený, panuje zde příjemná atmosféra a má zde dobré vztahy se zaměstnanci, kteří rozumí jeho komunikační schopnosti.

Lenka, 14 let

- Diagnóza: Lence byla diagnostikována středně těžká mentální retardace a porucha autistického spektra.
- Lenka dochází do základní školy speciální a třikrát týdně do stacionáře, kde tráví 2,5 hodiny denně.

Ve stacionáři má pokaždé na nástěnce nachystané kartičky, které jsou seřazeny postupně podle toho, co ji dnes čeká (např. aktivity na rozvoj jemné nebo hrubé motoriky, cvičení pro zlepšení těla, samostatná činnost). Lenka se snaží pracovat samostatně i v heterogenní skupině. Ráda si totiž hledá nové kamarády, takže jí nedělá problém cizí prostředí. Nové osoby, které vidí, poplácá po hlavě a dotýká se jich. Verbálně nekomunikuje, jen vydává zvuky. Pro lidi, kteří s ní začali ve stacionáři pracovat, to byl ze začátku problém, jelikož nevěděli, o co Lenka žádá nebo co potřebuje. V neverbální komunikaci se také nachází nedostatky, ale ve stacionáři zaznamenali velký pokrok, když se Lenka naučila ukazovat na věci, které chce. Komunikace probíhá už zmíněnými vydávanými zvuky, kývavými pohyby ze stranu na stranu, pohyby těla, rukou a předváděním různých gest. Libost či nelibost určité aktivity či situace vyjadřuje zavíráním očí, smíchem, předvádí různé grimasy. Při prvních setkáních zaměstnanců s Lenkou měli zaměstnanci s touto komunikační schopností problém, ale jakmile začali s Lenkou více pracovat, pochopení komunikace se výrazně zlepšilo. Ve stacionáři pracují na rozvoji převážně neverbální komunikace, hlavně v oblasti výrazů obličeje a pochopení emocí, kterými se poté může vyjadřovat. Také se snaží o různá cvičení pro zlepšení rovnováhy těla. Vše je zase prokládáno činnostmi, u kterých si Lenka odpočine.

Mezi její oblíbené činnosti patří návštěva snoezelenu, kde ráda pozoruje rybičky v akváriu, nebo jen leží ve vodní posteli s knihou a snaží se přiřadit obrázky ke zvukům. Poté ráda díky hmatu poznává všechny nové věci. Nerada je v klidu.

Zuzana, 9 let

- Diagnóza: Zuzce byly diagnostikovány poruchy autistického spektra se střední mentální retardací.
- Zuzka navštěvuje denní stacionář, vždy na 3 hodiny.

Pohybuje se zde v heterogenní skupině. Její čas v denním stacionáři vypadá tak, že každý den má nachystanou strukturu z fotek (fotky představují činnosti, které ji daný den čekají). Struktura

je poskládaná z činností na rozvoj komunikačních dovedností, dovedností jemné i hrubé motoriky a také volnočasových aktivit. Momentálně se u Zuzky nejvíce rozvíjí správné držení tužky. Verbální komunikace zaostává, dorozumívá se hlavně neverbální komunikací. Využívá převážně gesta, která se naučila se zaměstnanci ve stacionáři, např. pít, prosím, pozdrav. Zde se ale gesta neustále rozvíjí. Podle zaměstnankyně, se kterou pracuje Zuzka nejdéle, udělala Zuzka v neverbální komunikaci velký pokrok a zřídka kdy se stává, že by se nedobraly výsledku komunikačního procesu. Při řízené činnosti je u Zuzky vidět menší nadšení než při samostatné činnosti. Proto zde dobře funguje odměnový systém.

Mezi její oblíbené volnočasové aktivity patří poslech písniček, skákání na míči, pouštění vody v akváriu. Když je Zuzka spokojená, projevuje to hlasitým smíchem. Pokud je v nepohodě, často pláče, zakrývá se dekou nebo kobercem a někdy to může dojít také do agrese (štípání). Může se také stát, že od konkrétní situace, která se Zuzce nelíbí, odejde pryč. Proto zde dobře funguje střídání činností.

Barbora, 23 let

- Diagnóza: U Barči bylo diagnostikováno kombinované postižení (střední mentální retardace, epilepsie).
- Barča dochází do denního stacionáře, dohromady 13 hodin týdně.

Barča se zde pohybuje ve stejné věkové skupině. Komunikace je verbální i neverbální, ale v té verbální dokáže použít maximálně 10 slov (např. mama, tata, teta, jo, ne). V neverbální komunikaci využívá gesta a ukazuje na předměty, které požaduje. Při každé aktivitě je také velice hlasitá (př. jééé, jááá) a zvýšeně máchá rukama. Celá práce s Barčou na zlepšení komunikační schopnosti či motorických dovedností v rámci terapeutických činností záleží na tom, jak se Barče zrovna chce komunikovat a jestli je i nějakým způsobem motivována. Často je i využívána obrázková komunikace, kdy Barča ukáže na obrázek, který vyjadřuje určitou činnost nebo předmět. Tyhle obrázky jsou přilepeny na nástěnce a Barča je vždy odlepí a přilepí podle sebe. Problémem v komunikační schopnosti je také to, že když se snaží Barča komunikovat o objektu, který není v jejím dohledu, tak jí to dělá potíže. Objekty potřebuje vidět, abstraktní myšlení zde nefunguje. Je velmi zvědavá, takže ji zaujmou činnosti, které nezná nebo nedělá často. S tím souvisí i to, že ráda poznává nové lidi. Mezi činnosti, díky kterým zlepšuje jemnou i hrubou motoriku a komunikační schopnost, patří keramika, arteterapie a muzikoterapie.

Všechny aktivity jsou prokládány relaxačními činnostmi, což jsou procházky, relaxace v polohovacím křesle a snoezelen. Snaží se zlepšovat i ve věcech osobní hygieny a nachystání lehkého jídla (např. svačina). Mezi činnosti, které ji baví a nejsou nějak fyzicky náročné a odpočine si u nich, patří poslech oblíbené hudby a objevování nových předmětů.

4.5 Diskuse

V praktické části bylo uvedeno pět případových studií, 2 chlapců a 3 dívek. Informace byly zjištěny z mého pozorování klientů a následným vyplněním doplňujících otázek od zaměstnanců volnočasových organizací a také rodičů osob s mentálním postižením. Hlavní diagnózou všech zúčastněných respondentů bylo mentální postižení různého stupně. Respondenti se také lišili věkem a také organizací, kam docházeli v jejich volném čase. Je vidět velká rozmanitost volnočasových aktivit pro klienty s mentálním postižením. Aktivity byly uskutečňovány podle potřeb a zájmů jedinců a velký důraz byl kladen na rozvoj komunikační schopnosti a poté jemné i hrubé motoriky.

Jelikož nebyla možnost pozorovat klienty delší časové období, např. 6 měsíců, nemohu sama mluvit o tak obrovském zlepšení, ale rozhodně mohu říci, že i za dobu, kterou jsem věnovala pozorování klientů a získávání informací, jsem určitý posun v komunikační schopnosti viděla u každého respondenta. Dle mého názoru je nejdůležitější vztah pracovníka volnočasové instituce s klientem s mentálním postižením. Ostatně tohle zjištění bylo vidět i v případových studiích, kde byla komunikace mezi zaměstnancem a klientem hodnocena dobře, jelikož zaměstnanci pracují s klienty už delší dobu, proto si na komunikaci zvykli a rozumí jí. I přesto je zásadní se na komunikaci soustředit, aby byla dobře pochopena. Z vlastní zkušenosti můžu říct, že jelikož jsem se s klienty před mým pozorováním nesetkala, tak jsem jako pro ně jako cizí člověk měla ze začátku s komunikací velký problém, hlavně u respondentů s těžšími stupni mentálního postižení.

Všichni respondenti z praktické části měli určitým způsobem rozvinutou verbální i neverbální komunikaci. Verbální komunikace nebyla rozvinuta jen u klientky Lenky. Všichni ostatní respondenti se o verbální komunikaci alespoň pokusili, a i když zaměstnancům organizací dělalo problém ji pochopit, klienti využívali neverbální komunikaci. Díky té se vždy dobrali výsledku komunikačního procesu.

Každý z klientů má svůj individuální vývoj a jinak narušenou komunikační schopnost, kterou lze vždy na rozdíl od intaktních lidí poznat. Narušená komunikační schopnost se odvíjí jak od stupně mentálního postižení a dalších poruch, které byly klientovi diagnostikovány, tak od samostatné práce s klientem. V uvedených případových studiích můžeme vidět, jak moc je zásadní právě motivace do aktivit. Od toho se odvíjí i motivace členů rodiny a následné aktivity i v rodinném prostředí pro rozvoj komunikační schopnosti jedince. Dle mého názoru je právě podpora od členů rodiny a následná motivace do aktivit v organizacích velmi zásadní. S tímto

souvisí právě komunikace u Ondřeje, kde můžeme i při těžké mentální retardaci vidět určitý posun ve verbální komunikaci, kdežto u klientky Lenky, které byla diagnostikována středně těžká mentální retardace, nevidíme verbální komunikaci vůbec. Toto se hodně odvíjí právě od toho, že rodina s Ondřejem doma hodně pracovala, dělala různé aktivity a snažili se ho zlepšovat ve všech jeho dovednostech. Lenčina rodina Lenku samozřejmě podporuje, ale nedělali s ní v rodinném prostředí žádné aktivity „navíc“, a proto si myslím, že tu verbální komunikace není.

V této kapitole jsem se snažila zaměřit na své poznatky z praktické části, ve které jsem se soustředila na verbální a neverbální komunikaci jedinců, jak se jedinci s mentálním postižením dokáží dorozumět ve volnočasových aktivitách a zda je v jeho komunikační schopnosti vidět konkrétní posun.

Závěr

Bakalářská práce s názvem Specifika komunikace ve volnočasových aktivitách u osob s mentálním postižením měla za cíl díky dostupným informacím a pozorováním zjistit, jak se jedinci s mentálním postižením dorozumívají ve volnočasových aktivitách, jestli je u jedinců s mentálním postižením vidět zhoršení či zlepšení komunikační schopnosti i díky určitým aktivitám ve volnočasovém prostředí a také jestli je komunikace ovlivněna změnou prostředí a jak velká je změna v komunikační schopnosti oproti osobám intaktním.

Teoretická část vychází z dostupné literatury, která se zaměřuje na pojmy logopedie, narušená komunikační schopnost, komunikace, mentální postižení a volnočasové aktivity.

Praktická část měla za úkol nastínit komunikační schopnost u osob s mentálním postižením ve volnočasových aktivitách. Výzkum byl prováděn ve dvou zařízeních pro osoby s mentálním postižením. Zbývající doplňující otázky, jak na pracovníky ve volnočasových zařízeních, tak na rodiče klientů s mentálním postižením, byly prováděny online formou, která je dále znázorněna v přílohách této bakalářské práce.

Teoretická či praktická část může sloužit jak pracovníkům volnočasových zařízení či zařízení sociálních služeb, tak rodičům osob s mentálním postižením.

Seznam literatury

AKSENOVOVÁ, Z. 2015. Poruchy řeči – praktický pohled v ordinaci pediatra. *Pediatricpropraxi.cz*. Solen [online]. 16(5) [cit. 2021-02-12] 316-319. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2015/05/19.pdf>

BÁTOROVÁ, M., BRŮŽKOVÁ, L., ŠOPÍKOVÁ, J. *Pohybové aktivity při zdravotním omezení*. Brno: Centrum sportovních aktivit Vysokého učení technického v Brně, 2013. ISBN 978-80-214-4

BENDL, S. *Vychovatelství*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4248-9.

BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Komunikace dětí předškolního věku*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-3008-0.

Elektronický katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouc, 2021. Volnočasové aktivity. *kpss.olomouc.eu* [online]. [cit. 2021-03-20]. Dostupné z: <https://kpss.olomouc.eu/katalog/navazne-sluzby/volnocasove-aktivity/>

HÁJEK, B. HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogické ovlivňování volného času: trendy pedagogiky volného času*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-473-1.

HOFBAUER, B. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 978-80-7178927-5.

Inclusion Europe, 2009. Zásady úspěšné komunikace s lidmi s mentálním postižením. *spmpcr.cz* [online]. [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: http://www.spmpcr.cz/wp-content/uploads/delightful-downloads/2015/06/Zasady-uspesne-komunikace-s-lidmi-s-mentalnim-postizenim_ETR.pdf

KALHOUS, Z., OBST, O., A kol. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-571-4.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopédie*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KEREKRÉTIOVÁ, A. *Velofaryngální dysfunkce a palatolalie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2264-1.

KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Kapitoly pro studenty logopedie: text k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.
- KRAHULCOVÁ, B. *Dyslálie – patlavost*. Praha: Beakra, 2013. ISBN 978-80-903863-1-0.
- LECHTA, V. A kol.: *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LECHTA, V. *Koktavost*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-643-8.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1990. 978-80-08-00447-9.
- MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L. A kol.: *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouc, 2015. ISBN 978-80-244-4654-7.
- MICHALÍK, J. A kol.: *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NEUBAUER, K. A kol.: *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997. ISBN 978-80-7169-512-2.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.
- Světová zdravotnická organizace, 2021. MKN-10 klasifikace. *mkn10.uzis.cz* [online]. [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
- ŠERÁK, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. A kol.: *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978-80-7367-060-7.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., A kol. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, M. A kol.: *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-387-1.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 978-80-7178-291-2.

ZACHAROVÁ, E. 2015. Nemocné nebo zdravotně postižené dítě v rodině. *Pediatríepropraxi.cz*. Solen [online]. 15(1) [cit. 2020-06-22] 55–56. Dostupné z: <https://www.pediatríepropraxi.cz/pdfs/ped/2014/01/17.pdf>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/pravni-predpisy-pro-socialni-sluzby>

Seznam zkratk a symbolů

AAK	Alternativní a augmentativní komunikace
CNS	Centrální nervová soustava
DMO	Dětská mozková obrna
DSM-V	Diagnostický a statistický manuál – V. revize
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize
NKS	Narušená komunikační schopnost
WHO	World Health Organization
ZP	Zdravotní postižení

Seznam příloh

Příloha č. 1: Písemný záznam online dotazníku sestavený pro zaměstnance, kteří pracují s klientkou s mentálním postižením. Dotazník byl dodán až po trávení času s klientkou a vlastním pozorováním.

Příloha č. 2: Písemný záznam online dotazníku sestavený pro zaměstnance, kteří pracují s klientkou s mentálním postižením. Dotazník byl dodán před dobou strávenou pozorováním práce klientky.

Příloha 1

Otázky jsou určeny pro osoby, které pracují s klienty ve stacionáři.

- 1) Jaké postižení má dítě o které se staráte? Jaký je jeho věk a pohlaví?

dívka, mentální postižení, 14 let

- 2) Kolik času dítě tráví ve stacionáři? Jak často dochází?

5 x týdně, 2,5 hod denně

- 3) Pohybuje se dítě ve stejné věkové skupině nebo v heterogenní věkové skupině? Jak

tráví čas ve stacionáři?

v heterogenní,
 má nastavený režim dle fotek na
 nástěnce, pohybuje se sama, otevírá
 klienty, má ráda zvuky, poslouchá hudbu,
 sama vydává zvuky, má v ruce své hračky,

- 4) Jaké jsou jeho největší záliby, a co naopak dítě nerado dělá?

pozorování světelného válce, poslouchání
 různých zvuků, potýká se na věci
 -okna, zavěšených předmětů, klavír,
 drnkám prsty do šňůrky s korálky které
 si drží v druhé ruce, nerada je uklidit.

- 5) Jak byste popsali klientovu verbální a neverbální komunikaci? Jaká používá gesta, co

mu dělá problém za slova?

verbálně nekomunikuje, vydává
 spíše zvuky, gesta, pohyb rukou,
 tělem, kyvavé pohyby těla,

- 6) Jak se dítě vyjadřuje v průběhu aktivit, pozitivně i negativně, které dělá ve volném čase? Je tam nějaký rozdíl při vyjadřování, používání mimických svalů, reakcí, emocí nebo gest?

stereotypní kyvavé pohyby trupem, vydávaní stereotypních zvuků, lítost či nelibost dále např. pomocí grimas, smíchem, trhááním hlavy, zarážáním očí,

- 7) Dělá klientovi problém komunikovat s neznámým člověkem? Popř. jaké jsou tam rozdíly v komunikaci, když mluví s někým z jeho prostředí a s někým cizím?

chudší při kontaktu s neznámým člověkem je stejné, nerozlišuje to, projevuje se jen zvuky a osaháváním, plácáním po hlavě apod.

- 8) Máte někdy problém dítěti při komunikaci porozumět?

ne

Příloha 2

Otázky jsou určeny pro osoby, které pracují s klienty ve stacionáři.

1) Jaké postižení má dítě o které se staráte? Jaký je jeho věk a pohlaví?

23, ŽENA, KOMBINOVANÉ (MENTÁLNÍ, FYZICKÉ, EPILEPSIE)

2) Kolik času dítě tráví ve stacionáři? Jak často dochází?

5x TÝDNĚ, 13 HODIN

3) Pohybuje se dítě ve stejné věkové skupině nebo v heterogenní věkové skupině? Jak

tráví čas ve stacionáři?

VE STEJNÉ;

- KERAMIKA, PROCHÁZKY, ARTETERAPIE, MUZIKOTERAPIE, SUDZELEN
- ODPOČINEK, POLOHOVAŇÍ, OSOBNÍ HYGIENA
- SVAČINA, OBĚD

4) Jaké jsou jeho největší záliby, a co naopak dítě nerado dělá?

+ POSLECH OBLÍBENÉ HUDBY

+ RÁDA SE ÚČASTNÍ NABÍZENÝCH ČINNOSTÍ, JE ZVÍDAVAT

5) Jak byste popsali klientovu verbální a neverbální komunikaci? Jaká používá gesta, co

mu dělá problém za slova?

+ AKTIVNĚ POUŽÍVÁ PŘÍMÁ 10 SLOV (MAMA, TATA, TETA, JO, NE ...)

+ UKAZUJE RUKOU NA LIDI, PŘEDMĚTY

- 6) Jak se dítě vyjadřuje v průběhu aktivit, pozitivně i negativně, které dělá ve volném čase? Je tam nějaký rozdíl při vyjadřování, používání mimických svalů, reakcí, emocií nebo gest?

PŘI KAŽDÉ AKTIVITĚ JE VELICE HLASITÁ (PREJEVY: JÉÉ, JÁÁ)
ZVÝŠENĚ GESTIKULUJE, MÁCHÁ RUKAMA

- 7) Dělá klientovi problém komunikovat s neznámým člověkem? Popř. jaké jsou tam rozdíly v komunikaci, když mluví s někým z jeho prostředí a s někým cizím?

VZHLÉDEM K JEJÍ ZVÍDAVOSTI JI KAŽDÝ NOVÝ
ČLOVĚK ZAUJME

- 8) Máte někdy problém dítěti při komunikaci porozumět?

- KDYŽ CHCE KOMUNIKOVAT O NĚČEM NA CO NELZE UKÁZAT, CO NENÍ REÁLNĚ V OKOLÍ
- PŘI POUŽÍVÁNÍ OBRÁZKOVÉ KOMUNIKACE (FOTOGRAFIE) ODLEPNE VŠECHNY A PAK JE ZASE CHCE VŠECHNY NALEPOVAT

Anotace

Jméno a příjmení:	Tereza Chumchalová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	prof. Mgr. Kateřina Vitásková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Specifika komunikace ve volnočasových aktivitách u osob s mentálním postižením
Název v angličtině:	Specifics of communication in leisure activities for people with mental disabilities
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce s názvem Specifika komunikace ve volnočasových aktivitách u osob s mentálním postižením má teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu mentální postižení a následnou kategorizaci, pojem komunikace, řeč a jazyk a také termín narušená komunikační schopnost a dále vývojové poruchy řeči. V poslední teoretické kapitole je popsán termín volný čas, jeho dělení a funkce a následné trávení volného času u osob s mentálním postižením. Praktická část na základě případových studií má za úkol popsat komunikaci u osob s mentálním postižením ve volnočasových aktivitách, následně poukázat na zhoršení či zlepšení komunikační schopnosti a jaký to má dopad na jejich trávení volného času.</p>
Klíčová slova:	Mentální postižení, komunikace, komunikační schopnost, narušená komunikační schopnost, poruchy řeči, volný čas, osoby s mentálním postižením
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis entitled "Specifics of communication in leisure activities for people with mental disabilities" is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the definition of the concept of mental disability and its categorization, the concept of communication, speech and

	<p>language, as well as the term impaired communication ability and developmental speech disorders. The last chapter of the theoretical part describes the term leisure time, its distribution, functions and the spending of leisure time for people with mental disabilities. The practical part, based on case studies, aims to describe the communication of people with mental disabilities in leisure activities, point out the deterioration or improvement of communication ability and the impact on their leisure time activities.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, communication, communication ability, impaired communication ability, speech disorders, leisure time, people with mental disabilities
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1+2 – on-line dotazníky
Rozsah práce:	41 stran
Jazyk práce:	Český jazyk