

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Nelly Handlová

Analýza komunikačních schopností osob s mentálním postižením z
pohledu speciální pedagogiky

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury v závěru práce.

V Olomouci dne

.....

podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi věnovali svůj drahocenný čas pro účel této diplomové práce. Především děkuji vedoucí mé práce, paní doktorce Karunové za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování mé diplomové práce.

Obsah

ÚVOD	5
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	6
1.1 TERMINOLOGICKÉ VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	6
1.2 KLASIFIKACE A ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	8
1.3 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	10
2 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	14
2.1 RODINA A OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	14
2.1.1. RODINA A FÁZE VYROVNÁNÍ SE S POSTIŽENÍM SVÉHO ČLENA	14
2.2 SPECIFIKA PSYCHICKÝCH PROCESŮ OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	17
2.2.1 <i>Vnímání</i>	17
2.2.2 <i>Myšlení</i>	18
2.2.3 <i>Paměť</i>	19
2.2.4 <i>Řeč</i>	19
2.2.5 <i>Pozornost</i>	20
2.2.6 <i>Emoce</i>	20
2.2.7 <i>Volní vlastnosti</i>	21
2.2.8 <i>Sebehodnocení</i>	21
2.3 MOŽNOSTI ROZVOJE OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	22
3 KOMUNIKACE U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	28
3.1 VYMEZENÍ POJMU KOMUNIKACE.....	28
3.2 ZÁSADY KOMUNIKACE S OSOBOU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	30
3.3 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	31
3.4 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE.....	33
4 ANALÝZA KOMUNIKAČNÍCH SCHOPNOSTÍ U OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	39
4.1 STANOVENÍ CÍLE VÝZKUMU, METODOLOGIE SBĚRU A VYHODNOCOVÁNÍ DAT	39
4.2 CHARAKTERISTIKA MÍSTA ŠETŘENÍ	40
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	41
4.4 SBĚR DAT	41
4.5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	42
4.5.1 <i>Případová studie, Aleš</i>	42
4.5.2 <i>Případová studie, Adam</i>	45
4.5.3 <i>Případová studie, Patrik</i>	47
4.5.4 <i>Případová studie, Pavlína</i>	51
4.5.5 <i>Případová studie, Anežka</i>	53
5 ZÁVĚRY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	57
5.1. DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH	67
ANOTACE KVALIFIKAČNÍ PRÁCE	

Úvod

Komunikace představuje jednu z nejdůležitějších schopností v lidských životech. Napomáhá nám získávat nové informace, poznatky, ale také poskytuje jistou formu zábavy a oddechu. Rozvoj komunikačních dovedností začíná již od raného věku, kdy rodiče hrají nejdůležitější roli, začínají na dítě mluvit a používají první slova a celkově je motivují ke komunikaci, později komunikační vzory přichází i s nástupem školní docházky, na dítě ve školním prostředí působí převážně kolektiv ostatních dětí, ale také pedagogičtí pracovníci a následně se rozvíjí také v pracovním procesu. Avšak u lidí s mentálním postižením může komunikace mluvenou řečí představovat do určité míry problémy, jelikož v jistých stupních postižení nemusí docházet k rozvoji verbálních kompetencí či například schopností číst a psát, což jsou činnosti pro ostatní populaci zcela běžné. Z toho důvodu je tedy nutné, abychom se pokoušeli s těmito osobami najít společný způsob dorozumívání, který bude vhodný pro obě dvě strany a tím tak zlepšit celkovou situaci. K tomu by mohla sloužit následující práce, která se zaměřuje na analýzu komunikačních schopností u mentálně postižených osob, kdy budeme zkoumat, jaké prvky a projevy tyto osoby využívá při komunikaci se svým okolím.

Následující diplomová práce je rozdělena na dvě části. Skládá se z části teoretické a části praktické. Teoretická část je dále tvořena třemi kapitolami. První kapitola se zabývá celkovým vymezením pojmu mentální postižením, a to z hlediska etiologie, a dále se zabývá klasifikací a charakteristikou jednotlivých stupňů postižení. Druhá kapitola je věnována samotné osobě s mentálním postižením, pozornost se směřuje na rodinu, možná specifika psychických procesů a možnosti rozvoje osoby s mentálním postižením. Poslední, třetí kapitola, se věnuje vymezení pojmu komunikace, vymezuje zásady komunikace s osobou s mentálním postižením, podrobněji popisuje narušenou komunikační schopnosti a také se zabývá alternativní a augmentativní komunikací, jež lze využít u osob s mentálním postižením.

Praktickou část diplomové práce tvoří pět případových studií, jež jsou výsledkem kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo za pomoci pozorování a zpracování osobní dokumentace klientů využívajících sociálních služeb týdenního stacionáře, chráněného bydlení a domova pro osoby se zdravotním postižením v Hodoníně, v Jihomoravském kraji. Hlavním cílem práce je analyzovat komunikační schopnosti osob s mentálním postižením, k čemuž nám taktéž pomohli vhodně stanovené výzkumné cíle. Výsledky analýzy případových studií budou popsány závěrem diplomové práce.

1 Mentální postižení

1.1 Terminologické vymezení pojmu mentální postižení

Mentální postižení a mentální retardace pro mnohé odborníky představuje synonymum, ale mnozí vnímají tyto pojmy rozdílně. *Termín mentální postižení má širší rozsah a používá se jako zastřešující pojem pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě* (Kozáková, 2013a).

Termín mentální retardace pochází z latinských slov *mens* a *retardare*, což můžeme doslovně přeložit jako „opoždění mysli“. Mentální retardace je ale mnohem obsáhlejší postižení, jenž postihuje celou osobnost člověka. Nejenže postihuje psychické schopnosti osob, ale také ovlivňuje vývoj a úroveň rozumových schopností, emoce, komunikační schopnosti, ale také schopnost navazovat sociální vztahy, což může úzce souviset se společenskými a pracovními možnostmi jedince (Slowík, 2016).

Specifický obor speciální pedagogiky, které se zabývá osobami s mentálním postižením) se nazývá psychopedie. Psychopedie představuje nauku o rozvoji, výchově a vzdělávání osob s mentálním postižením. S tímto pojmem se setkáváme pouze u nás, v zahraniční odborné terminologii se nejčastěji využívá pojem speciální pedagogika osob s mentálním postižením (Černá, 2015).

Mezi hlavní znaky mentální retardace řadíme především nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, dále omezení schopnosti učení, z čehož vyplývá náročnější adaptace na běžné životní podmínky. Dále je také omezený rozvoj rozumových schopností (Vágnerová, 2004).

Dle Švarcové (2011) zastupují osoby s mentálním postižením značně početnou skupinu, jedná se totiž o jednu z nejvíce zastoupených skupin mezi postiženými. Ze statistických údajů můžeme vyčíst, že v současné době v naší populaci žije přibližně 3-4 % osob s mentálním postižením, což představuje téměř 300 000 jedinců s tímto postižením (Bendová, 2011).

V minulosti jsme se často sekávali s různými termíny jako je například debilita, imbecilita, idiocie a mnohé jiné, které postupně získávaly pejorativní význam. V rámci humanizace oboru se ale tyto pojmy z psychopedické terminologie vyřadily a byly nahrazeny termíny novými.

Taktéž je tomu i u pojmu mentálně retardovaný/postižený člověk, jelikož naším cílem je snaha především dávat osobu na první místo a až poté zmiňovat typ postižení, doporučuje se tedy používat pojem osoba s mentálním postižením. Tento název se již snažila používat Mezinárodní

asociace pro vědecké studium mentální retardace během prvního kongresu v Montpellieru v roce 1967 a je taktéž preferován dle organizace Inclusion International (Valenta, 2014).

Existuje mnoho definic, které se snaží charakterizovat mentální postižení. Mnoho autorů se jí zabývá a snaží se ji vymezit.

Slowík (2016, s. 112) definuje mentální postižení z několika různých pohledů, které jsou uvedeny v následující tabulce:

Přístup	Definice
Biologický	Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku.
Psychologický	Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. Vzhledem k populační normě).
Sociální	Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje schopnost samostatně, bez cizí pomoci zvládat vlastní sociální existenci.
Pedagogický	Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů.
Právní	Snížena způsobilost k samostatného právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Tabulka č.1 Mentální postižení z různých pohledů (Slowík (2016, s. 112)

Dále Valenta (2014) definuje mentální postižení jako *„vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.“* Z uvedené definice nám vyplývá, že k určení, zda se jedná o mentální postižení, nestačí pouze úroveň IQ, ale taktéž je nutné brát v potaz jednotlivé aspekty osobnosti.

Naopak podle Světové zdravotnické organizace (WHO) se mentální retardace definuje jako *„stav zastaveného či neúplného vývoje, který je charakterizován zvláště narušením*

dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociální schopností. Mentální postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“ (MNK-10).

Od roku 1993 WHO zařazuje mentální retardaci do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování, jenž se označují písmenem F. Jedná se o oddíl 70-79, který specifikuje šest základních stupňů mentální retardace:

- F70 Lehká mentální retardace – IQ 50-69,
- F71 Střední mentální retardace – IQ 35-49,
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 20-34,
- F73 Hluboká mentální retardace – IQ do 19,
- F78 Jiná mentální retardace,
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace (Valenta, 2014).

Jednotlivé stupně mentální retardace budou popsány v jedné z následujících podkapitol mé práce.

Pro srovnání se také často uvádějí definice podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické společnosti (DMS-V) a Americké asociace mentální retardace (AAMR), které se na rozdíl od Mezinárodní klasifikace nemocí více zajímají o veškeré aspekty osobnosti jsou jako například kognitivní a sociální dovednosti, a nejenom o stanovení inteligenčního kvocientu (pod 70 IQ) (Valenta, Muller, 2013).

1.2 Klasifikace a etiologie mentálního postižení

„Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik klasifikačních systémů“ (Pipeková, 2006, s. 59).

Mentální retardaci můžeme dělit podle různých kritérií. Nejčastěji se jedná o klasifikaci podle klinických symptomů, kdy se odborníci zabývají především typickými znaky týkající se vzhledu, rysů osobnosti jedince, jakýchkoliv somatických zvláštností či motorického a psychického jednání osoby s mentálním postižením (Pipeková, 2006).

Bartoňová (2008) dále uvádí klasifikaci podle vývojových období, klasifikace vyplývá z jednotlivých vývojových období u osob s mentální postižením, tj. předškolní věk a jeho zvláštnosti, mladší školní věk, starší školní věk a adolescence. Důležité je zde vycházet ze znalostí intaktní populace týkající se vývojových období a ze zákonitostí, kterými se procesy vývoje řídí.

Další klasifikaci popisuje Valenta (2018), kde diferencuje chování osoby s mentálním postižením z pohledu typu mentální retardace na následující:

- Typ eretický (neklidný, verzatilní) – typickým projevem u tohoto typu je časté střídání vzruchu a útlumu, citová oblast je taktéž nestálá, dochází k častým změnám emocí, jedinci mají slabou vůli a často mají problém soustředit se;
- Typ apatický (netečný, torpidní) – projevy jsou opačné než u předchozího typu, procesy vzruchu a útlumu jsou zpomalené, charakteristická je těžkopádnost, nečinnost a zpomalené pochyby. Celkové chování těchto osob je klidné, může se vyskytovat stereotypie (kývání hlavou, tělem, aj.);
- Typ nevyhraněný – procesy jsou v rovnováze, případně jeden typ se projevuje více (Kozáková, 2013a).

Pro současné speciálně-pedagogické působení se nejčastěji využívá klasifikace dle stupně mentálního postižení. V této klasifikaci se jednotlivé stupně mentálního postižení vyhraňují inteligenčním kvocientem (IQ) a mentální retardace se často popisuje jako nepoměr mezi chronologickým a mentálním věkem. Inteligenční kvocient se dá jednoduše vypočítat. „*Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem*“ (Švarcová, 2006, s. 32).

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Obrázek č. 1: Výpočet IQ (Švarcová, 2006, s. 32)

Při měření stupně mentální retardace se nejčastěji používají standardizované testy inteligence, jako jsou například inteligenční škály L.M. Termana a M. A. Merrillové či individuální inteligenční zkoušky Weschlerovy stupnice pro děti nebo dospělé (Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013). Jak již bylo uvedeno v předchozí podkapitole, jednotlivé stupně mentální retardace budou detaile popsány a vymezeny v následující podkapitole.

Dalším, velmi důležitým členěním je klasifikace podle etiologie. U mentální retardace je velmi složité určit jednotnou příčinu, nejčastěji vzniká souběhem více faktorů (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) a může být způsobeno jak příčinami endogenními, tak i exogenními. Endogenní (vnitřní) faktory zahrnují nejčastěji dědičnost, tedy příčiny genetického typu,

naopak mezi faktory exogenní (vnější) řadíme anorganické příčiny, tj. mechanické působení, vliv léků či chemických látek a příčiny biologické, kam řadíme například působení virů, plísni nebo negativní vlivy symbiotické (Kozáková, 2013a).

Jak již bylo uvedeno, příčiny vzniku mentálního postižení mohou být velmi rozmanité, vždy se ale dle Slowíka (2016) jedná o organické nebo funkční poškození mozku.

Dále Langer (1996, s. 36) rozděluje příčiny mentální retardace podle doby vzniku na mentální retardaci vrozenou (do dvou let života) a získanou. U mentální retardaci vrozené se jedná o primární mentální postižení nazývané oligofrenie neboli slabomyslnost. V případě, že se mentální postižení objeví po druhém roce života osoby, jedná se o sekundární postižení, tzv. demenci. Demence má na rozdíl od oligofrenie předpoklady k postupnému zhoršování a prohlubování symptomů. Uvedené dělení bývá často doplněno o termín pseudooligofrenie, kdy se jedná o sociálně podmíněnou mentální retardaci (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Velmi důležité rozdělení přináší taktéž Valenta a Müller (2013), ti dělí příčiny vzniku mentální retardace na následující příčiny:

- **Prenatální** – jakékoliv příčiny působící od početí do narození dítěte, například genetické příčiny, chromozomální aberace, emocionální zátěž matky, onemocnění matky, kam řadíme například zarděnky, toxoplazmóza, diabetes či poruchy štítné žlázy. Prenatální období je rozděleno na tři stádia – blastopatie, emryopatie a fetopatie. V případě poruchy vývoje zárodku ve stádiu blastopatie a embryopatie, tj. mezi 15. dnem a 3. měsícem těhotenství, dochází k závažnějšímu poškození než v pokročilejším stádiu,
- **Perinatální** – období před, během nebo těsně po porodu. Mezi nejčastější příčiny se řadí především předčasný porod, s čím také souvisí nízká porodní váha, dále hypoxie, asfyxie či jakékoliv poškození plodu při porodu (Kozáková, 2013a),
- **Postnatální** – příčiny působící po narození dítěte. V tomto období může být příčin několik, mezi nejčastější však řadíme virová onemocnění – meningoencefalitida, mozkové léze při nádorech, degenerativní onemocnění mozku či úrazy hlavy (Slowik, 2016, Valenta, Müller, 2013).

1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentálního postižení

Následující podkapitola se bude zabývat charakteristikou jednotlivých stupňů mentálního postižení. Tyto stupně budou postupně charakterizovány dle inteligenčního kvocientu. Dále

budou v této podkapitole uvedeny základní potíže charakteristické pro jednotlivé stupně postižení a také příklady činností, jež osoby s daným stupněm postižení dokáží vykonávat.

F70 – Lehká mentální retardace

Osoby s lehkou mentální retardací mají dle MKN-10 inteligenční kvocient přibližně mezi 50 až 60. Do této skupiny osob s lehkým mentálním postižením Švarcova (2011) zařazuje 80 až 85 % osob. Potíže se projevují již od kojeneckého věku, ale ty nejzávažnější se začínají projevovat až na vyšší vývojové úrovni, kdy dítě musí řešit náročnější úkoly, nejčastěji se projevy potvrdí při nástupu do školy (Müller, 2001). Hlavní potíže se objevují zejména při teoretické práci, mnozí mají také specifické problémy se čtením, psaním a objevuje se snížená schopnost logického myšlení nebo slabší paměť. Pro tyto děti je vhodné zaměření na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků. Spilková (in Zezulková, 2013, s. 25) uvádí a zdůrazňuje *nutnost širšího uplatnění konstruktivistických přístupů k učení, proměnu strategií a metod výuky, způsobu komunikace, kvality klimatu ve třídě, pojetí hodnocení žáků apod.*

I přesto, že je jejich vývoj mnohem pomalejší proti normě, je většina těchto osob v dospělosti schopná být nezávislá v osobní péči a praktických domácích dovednostech (Švarcová, 2015). Dospělé osoby lze zaměstnat, jsou schopny vykonávat jednoduché praktické dovednosti a dokáží přispívat k životu společnosti a úspěšně udržovat sociální vztahy (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

Velmi často se u těchto osob vyskytuje přidružené postižení, jako jsou například poruchy autistického spektra a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení (Švarcová, 2006 in Bendová, Zikl 2011).

F71 – Středně těžká mentální retardace

Do této kategorie spadají osoby s IQ v rozmezí 35 až 49 a představují přibližně 10 % mentálně postižením (Švarcová, 2011). U jedinců zařazených v této kategorii je již značně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči, přestože jsou jejich schopnosti omezeny, jsou některé osoby za pomoci kvalifikované osoby schopny osvojení základů čtení, psaní a počítání. Velmi důležité a přínosné je používání speciálních programů, které mohou rozvíjet dovednosti a vědomosti těchto osob (Švarcová, 2015). Značné omezení je ale pozorovatelné v oblasti soběstačnosti a manuální zručnosti, vývoj jemné i hrubé motoriky je taktéž omezený a zpomalený, důsledkem toho nastává nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů

(Bartoňová, Pipeková, Vítková, 2016). Chůze je ale většina osob schopna bez pomoci (Švarcová, 2015). I tak jsou ale tyto osoby schopny provádět jednoduché manuální práce, ale za podmínky pečlivé strukturace a odborného dohledu. Nejčastěji vykonávají práci v chráněných dílnách či na chráněných pracovištích (Valenta, Krejčířová, 1997 in Bendová, Zikl, 2011).

Omezení jejich schopností značně souvisí s jejich osobním životem, dochází k velkým problémům při navazování komunikace či jakéhokoliv sociálního kontaktu. Někteří jedinci jsou schopni zvládat běžnou verbální komunikaci nebo užívají prvky alternativní a augmentativní komunikace, ale velká část jedinců má problémy s pouhým vyjádřením potřeb, nebo není schopna se naučit mluvit vůbec (Lechta, 2011).

Souběžně se středně těžkou mentální retardací se vyskytují tělesná a neurologická postižení, především epilepsie. Často se také najdou osoby s dětským autismem nebo jinými vývojovými poruchami.

F72 Těžká mentální retardace

U osob, které se nacházejí v této kategorii je IQ odhadováno mezi 34 až 20. Tato skupina osob není příliš početná, dle Švarcové (2011) se jedná přibližně pouze o 5 % z celkového počtu všechno osob s mentálním postižením. Dle autorky se taktéž tento stupeň postižení značně shoduje se středně těžkým postižením, i když některé symptomatické projevy jsou závažnějšího charakteru. Psychomotorický vývoj je u těchto osob výrazně zpomalený, vyskytuje se vážná pohybová neobratnost spojená se somatickými vadami, které značně souvisí s celkovým poškozením ústředního nervového systému (Bazalová, 2014). Valenta (2013, s. 39) dále uvádí, že *velmi časté jsou poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, hry s fekáliemi, tiky, sebepoškozování, afektů a agrese*. Řeč u osob s těžkým mentálním postižením se dle Bendové (2011) není vůbec vytvořena nebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči, tj pudových hlasových projevů, jež jsou obměňovány podle toho, jedná-li se o projev spokojenosti, přání, odporu či zlosti. Dále autorka uvádí, že nejvíce je narušena dynamika melodie řeči a často se u těchto jedinců projevují echolalické napodobovací reflexy, kdy dítě či osoba opakuje zvuky, které slyší bez toho, aniž by jim porozuměla. Bazalová (2014) však uvádí, že i přes těžké mentální postižení a veškeré symptomy tyto lidé poznávají své blízké osoby a za pomoci řádného nácviku jsou schopni zvládnout základní hygienické návyky a prvky sebeobsluhy. I přesto je ale nutná celoživotní podpora těchto osob. Důležitá je taktéž včasný a systematická kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče, které podporuje rozvoj

komunikačních dovedností, rozumových schopností, motoriky a celkově slouží ke zlepšení jejich kvality života (Švarcová-Slabinová, 2000).

F73 Hluboká mentální retardace

Osoby s hlubokou mentální retardací představují nejnižší stupeň mentální postižení, inteligenční kvocient nepřesahuje 20 (MKN). Jedná se o skupinu osob s nejmenším počtem osob s mentálním postižením. Dle Švarcové (2011) se jedná pouze o necelé 1 % ze všech mentálně postižených osob. Velká část osob zasažena tímto stupeň postižení je výrazně omezena v pohybu, případně až imobilní, vyskytují se také stereotypní automatické pohyby a většinou nepoznávají ani své okolí. S omezením pohybu souvisí také neschopnost vlastní sebeobsluhy, krmení probíhá za pomoci další osoby, jsou také často inkontinentní, tudíž je zapotřebí stálý dohled a pomoc (Švarcová, 2011). Komunikace je možná pouze pomocí neartikulovaných hlasových projevů nebo neprobíhá vůbec. Velmi často ale tyto osoby používají grimasy, výkřiky, úsměv či pláč (Bazalová, 2014). Hluboké mentální postižení se nevyskytuje samostatně, ale bývá často ve spojení těžkým sensorickým a motorickým postižením a těžkými neurologickými poruchami (Valenta, Müller, 2014).

F78 Jiná mentální retardace

Uvedená kategorie se používá v těch případech, kdy stanovení stupně intelektové retardace není snadné nebo jeho určení je nemožné z důvodů přidruženého sensorického či somatického poškození. Nejčastěji u osob nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2015).

F79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se využívá v těch případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není možné získat dostatek potřebných informací, aby byla osoba zařazená do některé z výše uvedených kategorií (Slowík, 2016).

2 Osoba s mentálním postižením

2.1 Rodina a osoba s mentálním postižením

Příchod dítěte do rodiny představuje velkou změnu v dosavadním životě rodičů, nezasahuje pouze do jejich práv, povinností, časového rozvrhu, ale také především zasahuje ostatní členy rodiny. V případě, že do rodiny přichází dítě s mentálním postižením, je zásah velmi razantní. Narození dítěte s mentálním postižením je často bráno jako traumatizující událost, dle autorky Švarcové (2003) může tato skutečnost představovat jednu z psychicky nejbolestivějších událostí, které může člověka potkat.

Adaptace na novou situaci je velmi důležitá. Je potřeba zorganizovat rodinný život dle potřeb dítěte s mentálním postižením, ale také je nutno brát ohled na ostatní členy rodiny. Bazalová (2014) mezi základní potřeby rodiny s postiženým dítětem řadí především vhodnou informovanost o stavu a možnostech dítěte – právem každé rodiny je znát o postižení co nejdříve a taktéž znát veškeré informace o stavu a možnostech dítěte. Další potřebou je emocionální podpora, které by měla být poskytnuta zasažené rodině, nejčastěji v podobě psychoterapie prováděné specialisty. V poslední řadě autorka uvádí finanční a sociální podporu. Jedná se o velmi důležitou potřebu v rodině s dítětem s mentálním postižením. Důležitost je spatřována zejména v praktické oblasti péče o dítě, kdy se rodina snaží dítě neumísťovat do institucionální péče a taktéž je důležitá podpora od specialistů, kteří mohou zajistit pomoc rodině.

2.1.1. Rodina a fáze vyrovnání se s postižením svého člena

Jak již bylo zmíněno výše, narození dítěte s mentálním postižením přináší velkou změnu do života rodiny. Velkou roli v této situaci hraje to, jak je rodina schopná se se zprávou o postižení vyrovnat. Rodina prochází v této situaci několika fázemi, avšak nikde není jistota, že se s touto skutečností v průběhu života vyrovná (Chváralová, 2012). Reakce rodičů probíhají v několika fázích. Bazalová (2014) uvádí fáze tři: fáze šoku a popření, fáze bezmocnosti a fáze postupné adaptace. Další rozdělení přináší Vágnerová (2008), která dělí reakce rodičů na následující fáze:

1. Fáze šoku a popření

Jedná se první fázi dlouhého procesu, rodiče jsou poprvé informováni o diagnóze, prožívají velké zklamání. V této fázi nejčastěji rodiče reagují značně nepřiměřeně, velmi často komentují nastalou situaci výrokem: „To není možné, to nemůže být pravda“. Popírání sdělené informace představuje pro rodiče především ochranu vlastní psychické rovnováhy. Tuto fázi provází také šok, který se projevuje strnutím a neschopností jakékoliv reakce. Během této fáze není rodina schopna vnímat jakékoliv informace o možnostech péče či výchovného vedení dítěte, hlavním důvodem, je především dosavadní nesmíření s existencí postižení dítěte. Velmi důležitou roli v této fázi představuje lékařský personál, který sděluje rodičům tuto zásadní informaci. přesto je ale lékař často vnímaný jako „posel špatné zprávy“, a je následně chápán jako náhradní viník dané skutečnosti (Vágnerová, 2008).

2. Fáze bezmocnosti

Tato fáze představuje pro rodiče období bezmocnosti, nevědí, co by měli dělat, jelikož se nikdy s takovou situací neseťkali. Nejčastěji se objevují pocity zklamání a bezmocnosti. Rodiče cítí vinnu, ke vztahu k dítěti a také prožívají pocity hanby, kdy se obávají reakcí jiných lidí a společnosti. Dochází často k tomu, že mají obavy o zavržení a odmítnutí společností, ale zároveň očekávají pomoc, o které nemají tušení, jak by měla probíhat (Vágnerová, 2008).

3. Fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem

V této fázi nejčastěji dochází ke zvýšení zájmu o podrobnější informace. Rodiče mají zájem o získávání informací ohledně vzniku postižení, jeho podstaty, snaží se dozvědět, jak by měli o své dítě pečovat a jaká jej čeká budoucnost. Avšak emoční naladění rodičů je častým problémem a brání jim v racionálním zpracování poskytnutých informací, což zpravidla vede ke zkreslení. Negativní emoční reakce často souvisejí s prožitky smutku, depresí, s pocity úzkosti a strachu související s budoucností, ale také se projevují pocity hněvu na rodičům nadělený osud.

Během tohoto nelehkého období, rodiče často vyhledávají různé copingové strategie, které jim zejména pomáhají s jejich psychickou rovnováhou a zachování sebehodnocení v rodičovské roli. Obrana především souvisí s předpokládanou příčinou postižení. Často

se stává, že rodiče se považují za viníky nastalé situace, nejčastěji je ale viněna matka, nebo zcela neznámá osoba, například profesionál.

To, jakými způsoby se rodina dokáže vyrovnat s jejich situací závisí na několika faktorech. Jedná se zejména o zkušenosti a vlastnosti rodičů, velkou roli zde hraje partnerský vztah rodičů, ale záleží také na jejich zdravotním stavu, věku či například na druhu a příčině postižení. Strategie zvládnání může mít dvojí podobu, a to jak aktivní, tak i pasivní. Mezi aktivní strategie se řadí snaha bojovat s nepříjemnou situací, kdy se rodiče snaží hledat pomoc u lékaře či jiného specialisty. Naopak pasivní, úniková varianta představuje nějakou formu útěku z neuspokojivé situace. Zde je možno sledovat více variant úniku. Může se jednat o umístění dítěte do institucionálního zařízení, odchodu jednoho rodiče z rodiny, nebo může docházet k dlouhodobému popírání situace, kdy se rodič chová, jako kdyby bylo jeho dítě zdravé a postižená je pouze dočasné. V této fázi je velmi důležité, aby rodiče nejenom zpracovali danou situaci, ale také začali hledat řešení problému, je nutné, aby získali informace o možnostech péče o jejich dítě, další léčbě a jiných speciálněpedagogických postupech (Vágnerová, 2008).

4. Fáze smlouvání

V této fázi rodiče již částečně přijímají skutečnost, že jejich potomek má určitý typ postižení a jejich snahou je najít alespoň částečné zlepšení pro dítě, když už není možné, aby se plně uzdravilo. V tomto období trauma střídá dlouhodobý stres pojící se s únavou a vyčerpáním, které souvisí s péčí o jejich dítě. Uvedené faktory mohou velmi často vyústit v pocity bezvýchodnosti a minimální efektivity jejich úsilí (Vágnerová, 2008).

5. Fáze realistického postoje

V poslední fázi rodiče postupně přijímají fakt, že jejich dítě je postižené a jsou schopni ho přijímat takové, jaké je. Chování rodičů začíná být mnohem přiměřenější, a především jejich plány do budoucnosti jsou reálnější a splnitelnější.

Bohužel ne však ve všech rodinách dochází ke smíření se situací, jež je potkala (Vágnerová, 2008).

Dítě s postižením může představovat zátěž nejenom pro rodiče, ale taktéž i pro sourozence. V těchto případech je nutné dbát na to, aby daná situace a postižení bylo sourozenci přijatelně vysvětleno.

Kozáková (2015) uvádí dva rozlišné postoje a očekávání rodičů ve vztahu k jejich dítěte bez postižení:

1. Koncentrace pozornosti a zájmu na dítě s postižením – v tomto případě rodiče často čekají, že jejich dítě bez postižení se bude chovat více dospěleji a zraleji, tyto děti mají často pocit, že jsou spíše na obtíž,

2. Koncentrace zájmu na dítě bez postižení – tato uvedená varianta může brát chápána jako prostředek kompenzace, což může značit jeden z možných obranných mechanismů.

Ani jeden z uvedených postojů není příliš vhodným postojem rodičů k dané situaci, obě možnosti se můžou stát velmi nebezpečnými. Pokud rodiče soustředí veškerou jejich péči na dítě s postižením, nebo naopak, kdy veškerá pozornost je věnována jejich zdravému dítěti, nepředstavuje vhodné postupy (Bazalová, 2014).

2.2 Specifika psychických procesů osoby s mentálním postižením

Jestliže vykonáváme jakoukoliv výchovně-vzdělávací činnost u osob s mentálním postižením, je vždy nutné brát ohled na určitá specifika, která jsou pro tyto osoby význačná. Mělo by se zde řídit pravidlem: „*čím nižší stupeň mentálního postižení je u osoby diagnostikován, tím více je u ní narušen proces vnímání, myšlení, paměti, řeči atp*“ (Bendová, Zikl, 2011, s. 18). Důležité je taktéž rozlišovat specifika procesů kvantitativních, ale také kvalitativních (Kozáková, 2005).

2.2.1 Vnímání

Vnímání neboli percepce je definováno jako „*bezprostřední odraz souhrnu vlastností předmětů a jevů ve vědomí jedince; z hlediska povahy procesu můžeme specifikovat několik druhů vnímání, např. smyslové (sluchové, zrakové, hmatové, čichové, chuťové), mimosmyslové, barev, času, prostoru, pohybu, rytmu, podprahového a další*“ (Kroupová, 2016, s. 289). Proces

utváření zkušeností je u osob s mentálním postižením velmi pomalý a v jeho průběhu se objevují jasné výkyvy.

Rubinštejnová (1973) uvádí tyto specifika vnímání:

- zpomalený a snížený rozsah zrakového vnímání – dochází zde k neschopnosti porozumění perspektivy či špatnému rozlišování polostínů,
- nediferencovanost počítků a vjemů – řadíme zde tvary, předměty a barvy, značně je také narušena diskriminace figury a pozadí a inaktivita vnímání,
- nedostatečné prostorové vnímání,
- nedokonalé vnímání času a prostoru,
- špatná koordinace pohybu,
- opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení.

V rámci vzdělávacího procesu představuje inaktivita vnímání velký problém, jedinec s mentálním postižením není schopen vnímat předváděný materiál se všemi detaily, což se projevuje především při výuce čtení a psaní. S výukou čtení a psaní souvisí také narušená diferenciací fonémů, kdy osoba s mentálním postižením není schopna sluchově rozlišit podobně znějící hlásky, nejčastěji se jedná o hlásky p/b, t/d, m/n, s/š, s/z (Bendová, Zikl, 2011). Valenta a Müller (2013) ve své publikaci uvádí, že za pomoci vhodných metod a forem práce, pomůcek a vhodně nastaveného výchovně-vzdělávacího procesu, je možné tyto uvedené narušení vnímání alespoň z části překonat.

2.2.2 Myšlení

Myšlení představuje zprostředkované poznání. U osob s mentálním postižením je značně omezená schopnost abstrakce a generalizace, objevuje se přílišná konkrétnost, nepřesnost, a především chyby v analýze a syntéze (Kozáková, 2005). Velký problém představuje také orientace ve sledu událostí, zde dochází k omezení při tvorbě návyků a dovedností, které jsou závislé na časové posloupnosti a k problémům v organizaci jednotlivých činností (Švarcová, 2006). Narušení myšlení je možné zaznamenat i v řeči těchto osob. Naše myšlenky jsou vyjádřeny za pomoci řeči, která je u těchto osob značně deformovaná, dochází k narušení především obsahové stránky řeči. Velmi často jedinec s mentálním postižením nedokáže promýšlet své chování a nepředvídá jeho výsledek (Valenta,

Krejčířová, 1997 in Kozáková, 2005). V některých případech, především u těžších stupňů mentálního postižení dochází k takovému narušení myšlení a abstrakce, že komunikace není možná ani za použití obrázků či fotografií, a je nutné využívat reálné předměty pro porozumění mezi sebou (Bendová, Zikl, 2011). Rozvoj myšlení a s ním související řeč je možné rozvíjet, je však nutná podpora a vedení kvalifikovanou osobou, důležité je postupné osvojování vědomostí, dovedností a návyků, které by měli být individuálně zaměřeny (Švarcová, 2003).

2.2.3 Paměť

Definice paměti je následující: „*jedná se o soubor psychických procesů, umožňující vstípení, uchování, vybavení vjemů, poznatků, pohybů či zkušeností*“ (Průcha, 2001, 152). Paměť je selektivní, tzn. že si pamatujeme jen to důležité, nejenom, že nám paměť umožňuje uchovávat si určité informace, ale pomáhá taktéž zobecňovat určité zkušenosti. U osob s mentálním postižením se projevují určitá specifika, především to, že veškeré nové informace si osvojují pomalu, často až po několikačetném opakování (Valenta, 2014). Velmi často mají tyto osoby problémy se znovu vybavením si důležité informace, rychle zapomínají, nepřesně si vybavují informace či své vědomosti neumí včas použít. Tyto nedostatky vycházejí ze zvláštností vyšší nervové soustavy, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji než u intaktní populace (Kozáková, 2005). Důležité je taktéž zmínit fakt, že u osob s mentálním postižením se nejčastěji objevuje mechanická paměť, nikoliv logická. Hlavním důvodem je dle Vágnerové (2004) nepříliš výrazná selekce paměťových stop, což znamená, že paměťové stopy se udržují bez většího třídění bez ohledu na význam, obsah, důležitost či potřebnost uchovávaného.

2.2.4 Řeč

U osob s mentálním postižením je taktéž narušen vývoj řeči, obvykle se jedná o vývoj omezený. Vývoj řeči je především ovlivněn stupněm mentální retardace, její formou a taktéž typem. Narušeny jsou převážně všechny jazykové roviny. Mezi nejčastější narušení řeči se řadí dyslalie, huhňavost a breptavost (Lechta, 2011). Podrobněji se řeči a komunikací budeme zabývat v následující kapitole.

2.2.5 Pozornost

Pozornost úzce souvisí s vnímáním a poznáním a můžeme ji dělit na pozornost bezděčnou a záměrnou. Bezděčná pozornost je zaměřená mimovolně a zaměřuje se tedy především na podněty přicházející z okolí, například intenzivní zvuk. Naopak je tomu u záměrné pozornosti, které je vázaná na vůli jedince (Valenta, 2014). Dle Kozákové (2005) záměrná pozornost poukazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost a snadnou unavitelnost, a sníženou schopnost rozdělit ji na více činností. U těchto jedinců je pak velmi častá chybovost, které souvisí především s vyšší unavitelností a nestálostí osob. Z toho vyplývá, že osoby s mentálním postižením udrží záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než osoby intaktní. Nejčastěji se uvádí maximální doba 15 až 20 minut a poté by měla následovat relaxace (Kozáková, 2015). Důležité je taktéž brát ohledy na individualitu osoby, udržení pozornosti je značně ovlivněno několika faktory, jako je například hloubka mentálního postižení, věk, aktuální zdravotní stav, či druh a typ prováděné činnosti (Vágnerová, 2004).

2.2.6 Emoce

Celková emotivita může být definována jako: „*schopnost reagovat i na nevýznamné události prožíváním emocí*“, zatímco emoce samotná se charakterizuje jako „*celková reakce organismu na situaci, provázena citovým stavem příjemného nebo nepříjemného ladění*“ (Sillamy, 2001, s. 50). Jestliže však porovnáme osoby s mentálním postižením a osoby intaktní, vyplývá nám u osob s mentálním postižením menší schopnost ovládnutí se. Tyto osoby se velmi často nezvládají naučit běžné emoční situace, což u nich může vyvolávat neurotické nebo psychopatické problémy, kam se řadí například enuréza – pomočování či krádeže (Valenta, 2014). Mentální postižení je taktéž příčinou narušení vnějšího vyjádření emocí a jejich rozvoje. Nejčastěji jsou ovlivněny intelektuální city, které souvisí s poznávací činností člověka, ale také se zvědavostí či poznávacími zájmy jedince (Kozáková, 2015). Emocionální stránka a city osob s mentálním postižením se velmi liší od osob bez postižení. Mezi nejčastější zvláštnosti Bazalová (2007) řadí:

- nedostatečně diferencované city,
- primitivnější a protikladné prožitky,
- rozlišené jemné odstíny prožívání nejsou časté,

- opožděné a obtížně se tvořící tzv. vyšší city, tj. svědomí, pocit povinnosti či odpovědnosti,
- častěji se objevují chorobné citové projevy jako je například projevy popudlivosti, epizodické poruchy nálad, euforie či apatie.

S emocemi osob s mentálním postižením taktéž souvisí problematika emoční deprivace, ta nejčastěji nastává u dětí, které vyrůstají v ústavní výchově. Autor Dolejší (Dolejší, 1931 in Bazalová, 2007, s. 26) uvádí, že: „*emoční deprivace také souvisí se sensorickou deprivací, se sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností, se zhoršením životní úrovně rodiny, s nakupením frustračních a stresových situací v rodině atd.*“

2.2.7 Volní vlastnosti

„*Vůle projevující se v uvědoměném a cílevědomém jednání je v souhrnu psychických rysů osobnosti nejdůležitější*“ (Bazalová, 2007, s. 25).

Tato autorka dále uvádí, že problém vůle je nejčastěji otázkou obsahu vůle, motivy a cíle jsou určující. U osob s mentálním postižením se často setkáváme s nedostatkem iniciativy a problém řízení jejich chování.

V jiných odborných publikacích se uvádí, že ve volních projevech neboli vůli, se osoby s mentálním postižením projevují jako nevyzrálé osobnosti. Specifickým projevem je v tomto směru dysbulie – porucha vůle a abulie – nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost či ztráta nebo snížení volních vlastností (Valenta, 2014). Mezi hlavní projevy abulie se řadí nemožnost podřízení svého chování určitému úkolu. To znamená, že jedinci vědí, jakým způsobem se mají chovat a jak jednat, ale nemají potřebu tomu tak udělat (Kozáková, 2015).

2.2.8 Sebehodnocení

Sebepojetí a obraz sebe představují velmi důležitou součást osobnosti člověka. Sebehodnocení souvisí s formováním povahových rysů, s dynamickou osobností a taktéž s chováním a jednáním osoby. Vývoje sebehodnocení je převážně ovlivněný motivací a výchovnými vlivy v rodině nebo ve škole (Bazalová, 2007). Osoby s mentálním postižením se od zdravých osob liší specifickou aspirací. U osob s mentálním postižením je přirozený výkyv na jednu stranu, buď tedy k podhodnocování sebe sama – nižší aspirace, nebo naopak

nadhodnocování se – vyšší aspirace (Valenta, 2014). Mnoho jedinců má především tendenci aspirovat výše, než odpovídá reálným schopnostem (Valenta, Krejčířová, 1997).

2.3 Možnosti rozvoje osoby s mentálním postižením

Rozvoj osobnosti člověka s mentálním postižením potřebuje celkovou podporu a stimulaci v průběhu celého života. Je především důležité, aby podpora těchto osob byla založena na komplexní řadě speciálních přístupů a terapeutických prvků. Mezi nejdůležitější metody v terapeutickém procesu Müller (2014) řadí reedukaci, kompenzaci a rehabilitaci. Pojem terapie vychází z řecko-latinské terminologie a může být překládán jako uctívat, obsluhovat či pečovat (Zikl, 2014).

V této kapitole budou popsány vybrané terapeutické přístupy používané u osob s mentálním postižením. Terapeutické přístupy se obecně definují jako způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem, jejich hlavním cílem je odstranit nebo zmírnit nežádoucí potíže nebo jejich příčiny. Snahou těchto přístupů je taktéž snaha o prospěšnou změnu osoby, jednak v prožívání, chování, ale také ve fyzickém výkonu. Nejčastěji se terapeutické přístupy využívají v rámci samostatných a ucelených systémů terapií, kam se řadí například psychoterapie, dramaterapie či arteterapie, nebo se terapie využívají v rámci jiných odborných činností zaměřujících se na podporu člověka, tj. speciální vzdělávání. Jednotlivé terapie by měly být vedeny vzdělanými terapeuty, kteří mají odpovídající vzdělání a osobnostní předpoklady. Všechny terapie se vyznačují několika zásadními pravidly. Je důležité, aby vždy probíhaly v určitém prostředí a čase, vyznačují se určitou formou (individuální, skupinová, rodinná atp.), důležité je také brát ohled na věk, etiologii a symptomy klienta. Prvotně jsou tyto terapie zaměřeny buď na somatické nebo na psychické změny u klienta. Cílem terapií je především náprava stavu, snižování rizika vzniku a rozvoje dalších potíže a také zlepšování společenských vztahů (Müller, 2014).

Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou založeny na výrazu, důležitou roli taktéž hraje vyjádření vnitřních pocitů nebo potlačených pocitů a vztahů k lidem. Využívá se specifických expresivních projevů jako je vnímání či prožívání, a hlavním cílem je redukce lidské úzkosti a uvolnění skryté tendence člověka (srov. Müller, 2014 a Valenta 2013).

Muzikoterapie

„Muzikoterapii lze pojmut jako aplikaci hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem“ (Valenta, 2013, s. 134). Mezi charakteristické hudební složky využívané v rámci muzikoterapie se řadí melodie, harmonie, rytmus, zvuková barva, tempo či dynamika. Stejně jako všechny ostatní expresivní terapie, tak i muzikoterapie se dělí na receptivní a aktivní formu. Během receptivní formy dochází k pouhému vnímání a prožívání hudby, zatímco u aktivní formy již dochází k aktivnímu zapojení osoby (Müller, 2014).

Mezi nejvhodnější formu muzikoterapie u osob s mentálním postižením se považuje skupinová aktivní terapie, která napomáhá ke snížení nebo zmírnění problémů v prožívání, komunikaci, ale také ve společenských vztazích (Valenta, 2013).

Autor ve své publikaci také uvádí metody aktivní muzikoterapie, řadí zde například:

- hudební improvizaci – spočívá ve spontánním hudebním projevu osoby a zajišťuje přirozené vyjádření a chování klienta,
- hudební interpretace – využívá se reprodukce předem známého hudebního materiálu, což napomáhá ke snížení strachu a úzkosti klienta, zajišťuje potřebná pravidla chování,
- zpěv písní – představuje vhodný společenský kontakt, napomáhá zlepšit řečový projev klientů,
- psaní písní a kompozice hudby – pomáhá k lepšímu sebeuvědomění, sebevyjádření a taktéž k porozumění a spolupráci skupiny,
- hudební vystoupení – představuje seberealizační potenciál,
- pohybové, dramatické, výtvarné a další aktivity při hudbě.

Dramaterapie

Jedná se o terapeuticko-formativní disciplínu, ve které se nejčastěji provádí skupinové aktivity, jenž využívají skupinovou dynamiku divadelních a dramatických prostředků. Využívání těchto prostředků slouží ke zmírnění symptomů, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů. Cílem dramaterapie je také sociální růst a integrace osobnosti (Valenta, 2007 in Müller, 2014).

Ve světě se dramaterapie rozděluje na dva přístupy:

- **drama as therapy** – „pojetí dramaterapie jako svébytného psychoterapeutického postupu“,
- **drama in therapy** – „využití dramaterapeutických postupů v rámci velkých psychoterapeutických škol (Gestalt a behaviorální orientace) (Valenta, 2013).

V rámci dramaterapie je využíváno několik metod a technik, nejčastěji se však používá skupinová práce. Metody dramaterapie mohou být rozděleny podle několika faktorů, tj. dle možnosti začlenění do terapeutického procesu, dle cíle nebo dle užitého dílčího prostředku (Müller, 2014).

Strukturu lekce dramaterapie Valenta obecně člení na:

- úvod,
- rozcvičku, zahřívací cvičení,
- otevření hracího prostoru,
- „nastartování“ hry,
- hlavní část sezení,
- uzavření sezení (Valenta, Müller, 2009 in Müller, 2014).

Arteterapie

Arteterapie v užším slova smyslu se vymezuje jako: „*aplikace prostředků výtvarného umění použitých za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem*“ (Valenta, 2013, s.143).

Arteterapie má široké spektrum využití, může být využívána u všech věkových kategorií a také u jakýchkoliv diagnostických skupin. Forma arteterapie může být individuální, skupinová či rodinná. U osob s mentálním postižením se arteterapie využívá zejména ke kompenzaci intelektových deficitů. Důraz se klade především na esteticko-bazální stimulaci a reorganizaci vnitřních struktur osobnosti (Šicková-Fabrici, 2002 in Müller, 2014).

Během arteterapie se nejčastěji využívá kresby, malby, modelování či jiného výtvarného média k rozvoji představivosti, kreativity a schopnosti sebereflexe klienta. Cíle arteterapie nemusejí být pouze individuální (tvořivost, vyjádření citů, emocí atp.), ale mohou být také sociální, mezi které řadíme například uvědomění si a ocenění druhých, spolupráce během skupinové aktivity, sdílení problémů či podpora a důvěra ve společnost (Liebmannová, 2005 in Müller, 2014).

Zooterapie (Animoterapie)

Pojem zooterapie představuje pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka, pomáhá zvláště v oblasti paměti, motoriky, komunikace či snížení stresu. V procesu zooterapie působí mnoho zvířecích druhů, nejčastěji se jedná o koně (hiporehabilitace), o psa (canisterapie), o kočku (felinoterapie), ale mohou to být různá jiná domácí nebo hospodářská zvířata.

Během terapie za pomoci zvířete se uplatňují následující metody:

- **aktivity za pomoci zvířat (AAA) – Animal Assisted Activities** – jedná se o přirozené působení zvířete na člověka, napomáhá ke zlepšení kvality života klienta a jeho rozvoj sociálních dovedností,
- **terapie za pomoci zvířat (AAT) – Anima Assisted Therapy** – zde se jedná o záměrný kontakt člověka a zvířete, pomáhá zlepšit psychický nebo fyzický stav klienta,
- **vzdělávání za pomoci zvířat (AAE) – Animal Assisted Education** – může se jednat buď o přirozený nebo o cílený kontakt zvířete a člověka, napomáhá během výchovy a vzdělávání klienta,
- **krizová intervence za pomoci zvířat (AACR) – Animal Assisted Crisis Response** – přirozený kontakt zvířete a člověka, jenž se nachází v krizovém prostředí, pomáhá snížit stres a zlepšuje psychický i fyzický stav klienta (Velemínský, 2007).

Zooterapie může být poskytována v několika formách, nejčastěji se jedná o návštěvní program, jednorázové aktivity, pobytový nebo rezidentní program a zásah krizové intervence (Müller, 2014). Během práce se využívá mnoho technik a pomůcek. Mezi nejhlavnější techniky se řadí hry, cvičení, polohování či také péče o zvíře. Jako důležité pomůcky v rámci zooterapie se považují například vodítka, hračky či jakékoliv pomůcky pro péči o zvíře (Velemínský, 2007).

Další terapeutické přístupy

K všestrannému rozvoji osoby s mentálním postižením je potřeba zařadit taktéž jiné podpůrné a rehabilitační metody. Včasná rehabilitace je důležitá pro zlepšení psychomotorického vývoje a pohyblivost osob. Rehabilitace probíhá postupně a zpravidla se začíná nácvikem otáčení, plazení, lezení, sedu, stoje a chůze (Bazalová, 2014). K odstranění patologických problémů tatáž autorka jmenuje několik metod a postupů:

- polohování, vířivka, masáže,
- míčkování – tato metoda je nejčastěji používaná u dětí s těžkým postižením, snaží se vyvolat klid, uvolnění a harmonizaci dechu,
- Bobath koncept – provádí se pomocí tzv. handlingu v reflexně inhibičních polohách nebo tappingu, je založen na spolupráci vícero odborníků, využívají se různé pomůcky (válce, míče, sedačky atd.) a hlavním cílem je ovlivnění patologického tonu a náprava fixace svalových struktur za pomoci tlaku a dotyků.

Mezi terapie s edukační povahou se řadí Snoezelen či bazální stimulace. Tyto podpůrné intervenční prvky jsou tedy vhodné k zařazení do edukačního procesu, obzvláště u klientů s těžkým postižením.

Snoezelen

„Konceptní rámec Snoezelen-MSE je definován jako dynamické prostředí intelektuálního vlastnictví na citlivém, propojeném vztahu mezi účastníkem, zkušeným doprovázejícím člověkem a kontrolovaným prostředím, ve kterém je nabízeno velké množství smyslových stimulů“ (Filatova, 2014). Valenta (2003) pojmenovává toto prostředí jako relaxační, poznávací a interakční. Jedná se především o místnost, která slouží k poskytnutí pozitivně naladěného prostředí. Návštěva Snoezelenu by měla poskytovat uvolnění nejenom klientům, ale i doprovodu, slouží taktéž jako prostředek pro podporu komunikace. Tato místnost by měla být izolovaná od vnějších rušivých elementů, důležitou roli má vybavení místnosti (vodní lůžka, měkké polštáře, trampolína, houpačka apd.). Často používané pomůcky jsou hudební nástroje, plyšová zvířata, relaxační pomůcky, zrcadlová koule, aromalampa a další (Filatova, 2014).

Koncept bazální terapie

Bazální terapie se primárně používá k rozvoji osob s takovým mentálním postižením, které zamezuje zvládnutí stávajících edukačních postupů a programů (např. běžný program ZŠ speciální).

Bazální stimulace se pokouší o podporu nejzákladnějšího lidského vnímání, vrací se tedy do raného ontologického vývoje osoby a snaží se zkopírovat jeho normální průběh. Důležitá je především včasná stimulace, aby mohlo dojít k adaptaci cévní nervové soustavy

(Müller, 2014). Smyslové orgány představují nezaměnitelný význam, díky nim osoby mohou vnímat nejenom sebe, ale i okolní svět. V průběhu terapie dochází k cílené stimulaci smyslových orgánů, které aktivují mozkovou činnost, a ta poté podporuje vnímání, komunikaci a hybnost klientů (Friedlová, 2007).

3 Komunikace u osob s mentálním postižením

3.1 Vymezení pojmu komunikace

Komunikace představuje velmi široký pojem, se kterým se můžeme setkat v mnoha různých oblastech, například se jedná o pedagogiku, psychologii, lingvistiku, sociologii či antropologii. Vhodné je ale zdůraznit, že komunikace je jedna z nejdůležitějších lidských potřeb, a to zejména v oblasti interakce se společností (Klenková, 2006).

Pojem komunikace vychází z latinského slova „*communicatio*“, které je možno překládat jako spojování, sdělování či přenos nebo společenství, a taktéž ji Vybíral (2000) doplňuje o termín „*communicare*“, což znamená „*činit něco společným, společně něco sdílet*“.

Klenková (2006) komunikaci spojuje s lidskou činností a chápe ji jako „*obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů*“. K uvedené definici autorka přidává rozšiřující výraz interakce, což v oblasti komunikace představuje vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma nebo více systémy.

Z pohledu lidského dorozumívání se uvádí Lejska (2003, s.10) následující vymezení termínu komunikace: „*Celý složitý děj informace ve srozumitelné podobě vydávat a informace přijímat, dekodovat a porozumět se nazývá komunikace. Komunikace slouží k přenosu informací pomocí specifických informačních kanálů – optického, akustického, pachové atd.*“.

Obecně lze komunikaci chápat jako složitý proces výměny informací, jeden z nejznámějších komunikačních modelů sestavil Američan Harold Lasswell, který komunikační proces rozdělil na pět základních otázek:

- who – osoba, která mluví, předává nové informace,
- says what – co daná osoba sděluje,
- in which Channel – jakým způsobem mluví, jaké používá prostředky,
- to whom – na koho daná osoba mluví,
- with what effect? – jaký je výsledek (Lasswell, 2006).

S komunikačním procesem jednoznačně souvisí čtyři základní prvky, jenž se v průběhu vzájemně ovlivňují:

- komunikátor – osoba sdělující nové informace,
- komunikant – osoba přijímající informace,

- komuniké – obsah sdělení, nová informace,
- komunikační kanál – předem dohodnutý kód, důležitá podmínka, aby výměna informací mohla proběhnout (Klenková, 2006).

Důležitou součástí komunikačního procesu jsou nejenom předchozí uvedené základní prvky, ale také motivace a emoce. Aby mohla komunikace probíhat, je potřeba, aby komunikant a komunikátor vnímali, analyzovali a reagovali na určité informace a také splňovali určité podmínky, tj. chtít, umět a moci komunikovat (Friedlová, 2015).

Proces komunikace je velmi komplexní a v jeho průběhu se používají výrazové prostředky, jež mohou být rozděleny buď na slovní (verbální) nebo neslovní (neverbální). Mezi slovní výrazy se řadí slovo mluvené či psané, naopak za neslovní výrazy se považují různé posunky, ať už přirozené nebo umělé. Především mluvená řeč je považována za jednu z nejdůležitějších rolí v rozvoji osobnosti člověka, již v dětství děti přijímají nové informace za pomoci řeči, seznamují se tak s novými předměty, snaží se je pojmenovat a rozvíjet tak jejich vědomosti a znalosti (Janovcová, 2004).

Podle Mlčákové (2014) verbální komunikace probíhá za pomoci artikulovaných, psaných, tištěných nebo plastických slov. Dále se v komunikaci objevují tzv. paralingvistické jevy, jako je například tempo, intonace, hlasitost, tón hlasu. Tyto prvky se projevují zvláště ve formální stránce komunikace.

Neverbální komunikace představuje soubor mimoslovních sdělení, která mohou být předávána jiné osobě vědomě, ale i nevědomě. Mezi prostředky neverbální neboli nonverbální komunikace se řadí:

- mimika – výrazy tváře,
- pohledy – slouží k navázání kontaktu,
- proxemika – vzdálenost a zaujímání pozic při komunikaci,
- posturika – postoj těla sdělující osoby,
- kinestetika – komunikace pomocí pohybů rukou, nohou, hlavy,
- gestika – využívají se normalizované výrazy, pohyby, postoje,
- haptika – bezprostřední tělesný dotyk (Janovcová, 2004).

Klenková (2006) uvedené komunikační výrazy doplňuje o další prozodické aspekty řeči jako je oblečení, zdočnosti a fyzický vzhled osoby.

Neverbální komunikace je na rozdíl od verbální komunikace považována za historicky starší, již v počátcích lidstva byla uplatňována jako hlavní komunikační nástroj. Užívání verbální komunikace následovalo až po vývinu mozku a rozvoji lidského myšlení. Neverbální komunikace se postupně začala využívat jako pouhé doplnění nebo dočasná náhrada verbální komunikace (Klenková, 2006).

Dále tatož autorka uvádí hlavní rozdíl mezi verbální a neverbální komunikací, a to, že zatímco verbální komunikace při své ústní podobě vždy vyžaduje doprovod neverbální komunikace, nejčastěji využití mimiky, gest atp., tak neverbální komunikace může probíhat samostatně.

3.2 Zásady komunikace s osobou s mentálním postižením

Komunikace značně ovlivňuje průběh a kvalitu nejenom edukačního procesu osoby s mentálním postižením, ale souvisí se všemi činnostmi v životě této osoby. Je tedy potřeba, aby byly dodržovány určitá pravidla a zásady během komunikace s osobou s mentálním postižením. Velmi důležité při komunikaci s osobou s mentálním postižením je atmosféra, ta by měla být především důvěrná a bezpečná, dále také nepřebírat vedoucí úlohu v konverzaci. Zásadní pravidlo je jednání s osobou s mentálním postižením jako s jakýmkoliv jiným dospělým, s čímž také souvisí dodržování pravidel vykení (Valenta in Michalík, 2011).

Nejčastější zásady vymezuje Kozáková (2013a) a jedná se o pravidla následující:

- k žákům s MP přistupujeme v komunikaci empaticky a trpělivě, tj. respektujeme pomalejší mluvní tempo, využíváme kratších (ale častějších) rozhovorů,
- dáváme najevo zájem o kontakt, poskytujeme zpětnou vazbu,
- v komunikaci zohledňujeme specifika v oblasti fonemické diferenciaci, artikulaci i v oblasti porozumění řeči,
- myšlenky vyjadřujeme jasně, srozumitelně, jednoduše,
- zohledňujeme komunikační potřeby osoby s MP, v případě potřeby využíváme prostředky alternativní a augmentativní komunikace,
- ověřujeme, zdá osoba s MP správně porozuměla obsahu našeho sdělení,
- neklademe sugestivní otázky (vzhledem v snazší ovlivnitelnosti osoby s MP),
- poskytujeme dostatečný čas na odpověď,

- zohledňujeme sníženou schopnost orientace osoby s MP v neznámém prostředí,
- shrnující zásada na závěr: Jednejme vždy tak, jak bychom si přáli, aby bylo jednáno s námi!

3.3 Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením

Mentální postižení zasahuje nejenom intelekt člověka, ale prolíná se celou osobností jedince. Narušení schopnosti komunikace nastává vždy, ale míra je značně závislá na individualitě každého jedince a rozsahu jeho postižení.

Narušení komunikační schopnosti jedince definuje Lechta (in Klenková, 2006, str. 54) a nastává pokud „*některá rovina (nebo více rozvin současně) jeho jazykových projevů působí intervenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru.*“ Důležité je však vnímat narušenou komunikační schopnost v celé její šíři, tzn. brát v potaz všechny jazykové roviny – foneticko-fonologickou, lexikálně-sémantickou, morfologicko-syntaktickou a rovinu pragmatickou.

Osoby s mentálním postižením mají nejčastěji vývoj řeči opožděný až omezený. Narušení komunikačních schopností patří mezi jeden z charakteristických znaků mentálního postižení. Odchylky v normě je možno pozorovat již od prvních řečových projevů, patrně je i časové opoždění. Mezi nejčastější příčiny narušené komunikační schopnosti se řadí snížený intelekt, opožděný motorický vývoj, poruchy sluchu, anomálie mluvních orgánů, ale také například nevhodné sociální prostředí. Velmi často se u těchto osob projevuje dyslálie, a to převážně z důvodu nedostatečné úrovně motorické koordinace a omezené fonemické diferenciací, mezi další narušení patří hůňavost či breptavost. V případě například přidružené mozkové obrny se obvykle vyskytuje dysartrie (srov. Peteuschmiedová, 2005 a Klenková, 2006).

U osob s mentálním postižením se hovoří o symptomatických poruchách řeči, jelikož jejich narušení komunikační schopnosti je symptomem jiného dominantního postižení, tj. mentálního postižení. Typ narušení komunikační schopnosti závisí na několika faktorech, zvláště na stupni a etiologii postižení (Kozáková, 2013).

Sovák (in Škodová a Jedlička, 2007, str. 390) považuje za symptomatické poruchy řeči „*kombinaci poruchy stavu, kdy dominující postižení přímo nesouvisí se symptomatickou poruchou řeči, za komplikaci pak stav, kdy mezi postižením a symptomatickou poruchou řeči existuje přímá příčinná souvislost*“.

O řeči u osob s **lehkou** mentální retardací se v odborných publikacích uvádí, že jsou tyto osoby schopny užívat účelně řeč v každodenním životě, jsou schopni udržovat konverzaci, i přesto, že jejich mluva je opožděná, problémy mohou nastat v případě nečekaných komunikačních situací, kdy není možné aplikovat zafixované mluvní stereotypy. V tomto stupni postižení, dochází k opoždění vývoje řeči o jeden až dva roky. Abstraktní myšlení a usuzování bývá velmi často narušeno a nedosahuje takové úrovně jako u intaktních dětí (Klenková, 2006). Osoby s mentálním postižením mají potíže s osvojením si gramatických pravidel, což se odráží především při jejich mluvě. Slowík (2010) uvádí, že ne vždy se vyjadřují gramaticky správně a obvykle mají menší aktivní i pasivní slovní zásobu, tudíž v případě náročnějšího sdělení nemusejí porozumět správně. Velmi často mají také specifické problémy se čtením a psaním.

U těchto osob dochází často k rozvoji artikulace a schopnosti napodobovat či reprodukovat své okolí, dokáží také reprodukovat celé písničky. Problémy nastávají při tvorbě jejich vlastních myšlenek (Klenková, 2006).

U jedinců se **středně těžkou** mentální retardací se prvotní rozdíly projevují již od začátku jejich vývoje řeči, dochází k tomu obvykle mezi třetím až šestým rokem věku dítěte. Tyto osoby mají značně opožděný rozvoj chápání a používání řeči, jejich celkové schopnosti jsou v rámci této oblasti sníženy, což také omezuje jejich možnost výuky ve škole, Slowík (2010) však uvádí, že s pomocí kvalifikovaného pedagoga jsou tyto osoby schopny osvojení si trivia – čtení, psaní a počítání. Typická je pro tyto osoby mechanická paměť, ta se projevuje ve schopnosti opakování delších větných celků bez jejich porozumění.

Autor dále uvádí informace o variabilitě a individuálnosti každé osoby, zatímco některé osoby jsou schopny vést jednoduchou konverzaci, přestože mají velmi omezenou slovní zásobu, která je často narušena chybnou výslovností či agramatismy, tak někteří nejsou téměř schopni mluvit o svých základních potřebách, nebo se nenaučí hovořit nikdy. V těchto případech však dokáží porozumět základním verbálním instrukcím a dokáží se naučit komunikovat pomocí gestikulace a neverbální komunikace. Vhodné je využívání některých prostředků alternativní a augmentativní komunikace, zejména názorných předmětů a obrázků. Důležitou roli u tohoto stupně mentálního postižení hrají taktilní formy dorozumívání, především se jedná dotyky, objetí či pohlazení, které jim napomáhají k vyjádření jejich myšlenek (Slowík, 2010).

Řeč u osob s **těžkou** mentální retardací se nejčastěji buď vůbec nevytvoří, nebo se zastavuje na stupni pudových hlasových projevů, což znamená, že osoba pouze vydává zvuky, které se obměňují dle jejich citového rozpoložení. Sovák (1974, in Klenková, 2006)

uvádí, že velmi často se projevují senzomotorické reflexy napodobovací, tj. dyslálie, kdy dítě či osoba opakuje slova a zvuky, které slyší, ale nedochází u nich k porozumění.

Důležitost je zde kladena na využívání alternativních metod komunikace, za nevhodnější pomůcky se považují piktogramy, Makaton či jiné obrázkové systémy.

I přes celkovou sníženou úroveň schopností je u těchto osob důležitá včasná, symptomatická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče, které značně napomáhá k rozvoji motoriky, rozumových a komunikačních schopností, a především přispívá k celkovému zlepšení kvality jejich života (Slowík, 2010).

V případě **hluboké** mentální retardace nedochází vůbec k rozvoji řeči, děti či dospělí nejsou schopni projevovat své potřeby a pocity. Často dochází k rozvoji pouhých neartikulovaných zvuků, které mohou někteří jedinci modulovat dle jejich aktuálního citového rozpoložení (Klenková, 2006). Autorka taktéž uvádí, že se u nich neprojevuje mimika a žádný způsob nonverbální komunikace. Naopak Slowík (2010, str. 50) tvrdí, že za „*pomoci speciálních metod (například bazálního dialogu) lze zachytit základní sdělení klienta týkající se jeho okamžitých pocitů, prožitků a potřeb – samozřejmě s využitím nonverbálních projevů (rytmus a intenzita dýchání, napětí svalstva, pohyby očí, pohyby končetin, neartikulované zvuky apod.), které je nutné naučit se správně dekódovat a porozumět jejich významu.*“

Důležitá je však snaha navázat komunikaci, jelikož ta značně vede ke zvýšení kvality života osob s mentální retardací.

Při **jiné** mentální retardaci je narušení komunikace velmi individuální, záleží vždy na konkrétním obrazu postižení, ke kterému je potřeba se vždy přizpůsobit a najít odpovídající metody a formy komunikace. Často se využívá tzv. totální komunikace, která využívá všech dostupných metod s jasným cílem vzájemně si porozumět s klientem (Slowík, 2010).

3.4 Alternativní a augmentativní komunikace

Mezi nejčastěji užívané lidské schopnosti patří mluvená řeč, která zahrnuje vědomé užívání jazyka, pomocí kterého mohou lidé vyjadřovat své pocity, přání či myšlenky. Naneštěstí jsou v naší společnosti osoby, které mají tyto schopnosti narušeny a verbální komunikace je pro ně značně omezena nebo úplně nemožná. Proto se u těchto osob využívají jiné komunikační prostředky, takzvané augmentativní a alternativní komunikace (Klenková, 2006).

Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) představuje zastřešující pojem zahrnující metody, jenž se používají k doplnění nebo nahrazení mluvního nebo psaného projevu

osoby s mentálním postižením. Díky vytvoření podpůrného nebo náhradního komunikačního kanálu, jsou tyto osoby schopny stát se rovnocenným komunikačním partnerem a mohou tak vyjadřovat své pocity, přání, reagovat na podněty, a především komunikovat se svým okolím (Bendová, 2013). Dle Americké asociace pro řeč, jazyk a sluch je augmentativní a alternativní komunikace definována jako „*oblast klinické praxe, která se zaměřuje na potřeby jednotlivců s významnými a složitými komunikačními poruchami, charakterizovanými poruchami v produkci a/nebo porozumění řeči, včetně mluveného a psaného způsobu komunikace.*“ (ASHA [online], [cit. 2021-04-12]).

Augmentativní komunikační systémy jsou zaměřeny na podporu „*již existující komunikační schopnosti, určité existující dovednosti, které jsou však nedostatečné pro dorozumívání, usnadňují porozumění řeči i vlastní vyjadřování.*“ Zatímco **alternativní komunikační systémy** se užívají přímo jako „*náhrada mluvené řeči*“ (Klenková, 2006, s. 206). Autoři Valenta a Müller (2013) uvádí, že by vždy měla být snaha upřednostnit komunikaci augmentativní před alternativní, a to v případě, že je to dle zdravotního stavu a schopnostem jedince možné.

Systémy AAK se efektivně využívají nejenom u osob s vrozenou narušenou komunikační schopností v důsledku poruch mentálních, smyslových, vývojových poruch řeči, centrálních poruch vývoje hybnosti či kombinovaných postižení, ale taktéž se často využívají u získaných a degenerativních onemocnění jako jsou například poúrazové stavy mozku, nádorová onemocnění, cévní mozkové příhody, Parkinsonovy či Alzheimerovy nemoci (Janovcová, 2003).

Hlavním cílem AAK je umožnění osobám se závažnými poruchami komunikačního procesu využití interaktivní komunikace a zapojení se do většinové společnosti (Janovcová, 2003). Odborné publikace uvádí, že systémy AAK taktéž slouží k dalšímu rozvoji jedince, a to zejména v oblasti psychické, kognitivní, sociální a komunikativní či mohou napomáhat v rozvoji čtení a psaní. Pro zvládnutí AAK systémů je potřeba zabývat se následujícími třemi faktory – možnosti a dovednosti dané osoby, jeho sociálním okolím a samotném systému (Bočková, 2015). E. Cataix-Negre (in Bočková, 2015) uvádí že výuka AAK se často přirovnává k výuce cizího jazyka, dále vysvětluje, že velmi důležitou roli zde hraje blízké okolí klienta, které by se mělo aktivně zapojovat do navozování odpovídajících komunikačních modelů a vytváření komunikačních situací. Často v těchto situacích dochází k potřebnému dalšímu vzdělávání rodičů či jiných blízkých osob.

V oblasti využívání alternativních způsobů je možno se v odborných publikacích setkat s několika výhodami, ale také nevýhodami. Mezi nejčastější výhody autorka Kubová (1996)

uvádí především snížení pasivity dítěte, větší samostatnost dítěte – může se samostatně rozhodovat, vyjadřovat a prezentovat, dále také rozvoj kognitivních jazykových dovedností a možnost zapojit se do vzdělávacích a volnočasových aktivit. Jako nevýhody řadí omezený výběr komunikačních partnerů, horší společenské využití oproti mluvené řeči, vzbuzování nevídané pozornosti okolí. Kunová a Skalová (in Bendová, 2011) uvedené nevýhody doplňují o další, a to zejména vyšší nároky na sociální okolí, s čím souvisí nutnost komunikačního partnera znát daný alternativní systém, V některých případech se může jednat o systémy časově, ale i finančně náročné.

Při výběru vhodného komunikačního systému, či jejich kombinace je nutné brát ohled na individuální zvláštnosti dítěte či osoby, je potřeba posuzovat jejich možnosti a vztah k předpokládanému vývoji diagnózy (Kubová, 1996). Mezi další kritéria pro výběr AAK patří schopnost osoby vyjádřit své emoce, souhlas či naopak nesouhlas, možnost porozumění neverbální komunikaci a také celkové chování jedince k sociálnímu okolí, jeho způsob trávení volného času a čtenářská dovednost (Laudová, in Bendová, 2011).

Janovcová (2003) dělí hlediska pro výběr AAK systému na pedocentrická a systémová hlediska. Mezi pedocentrická hlediska řadí verbální a fyzické dovednosti jedince, posuzuje stav smyslových orgánů, a to především zraku a sluchu, dále věk a předpoklad dalšího rozvoje osoby, podporu rodinu, kognitivní schopnosti, potřebu a motivaci ke komunikaci a v poslední řadě podporu rodiny a personálu. Mezi systémová hlediska výběru AAK pak řadí způsob přenosu, který může být jednak dynamický (znaková řeč) či statický (piktogramy), dále hodnotí zřetelnost komunikace a rozsah slovní zásoby a její shodu s mluveným jazykem.

Klenková (2006) doporučuje využívání více komunikačních systémů a kombinací metod, pomůcek, symbolů, které se mohou vzájemně propojovat a umožnit tak multisenzoriální přístup. Nicméně, nemělo by se používat více než tři systémů současně.

Systémy AAK podporující komunikaci lze klasifikovat dle následujících hledisek:

1. Dle způsobu přenosu informace:

- dynamické – do této skupiny se řadí prvky založené na využívání znaků a gest, např. prstová abeceda, znaková řeč, Makaton,
- statické – zde patří systém Bliss, piktogramy, komunikační tabulky, symboly VOKS, fotografie či různé předměty a jejich zmenšeniny,

2. Dle využití speciální pomůcek:

- bez pomůcek – využití nonverbální komunikace, například pohled, mimika, gesta, vizuálně motorické znaky,

- s pomůckami – užití různých předmětů, obrázků, fotografií, symbolů či komunikátorů,
- jiné typy – technické pomůcky ke jednoduššímu ovládnutí počítače například upravené klávesnice, spínače apod. (Janovcová, 2003).

V praxi u nás se nejčastěji setkáváme s následujícími komunikačními systémy:

Piktogramy se velmi často používají v edukačním procesu, jedná se o zjednodušená vyobrazení reality, zejména vyobrazení předmětů, činností či vlastností. Je nutné, aby tyto obrázky byly snadno srozumitelné. Každý piktogram představuje jeden věcný význam. Piktogramy napomáhají jedincům, kteří nemohou využívat mluvenou řeč ke sdělení pocitů a potřeb. Existuje několik typů piktogramů, v České republice se nejčastěji užívá model pocházející ze Skandinávie (Janovcová, 2003). Uvedený soubor obsahuje více než 700 znaků, které mohou reprezentovat osoby, věci, činnosti, vlastnosti nebo pocity (Bendová, Zíkl, 2011). Je doporučováno piktogramy řadit a sestavovat tak jednoduché věty či celá sdělení, nejčastěji se k tomu využívají pořadače nebo sešity s povrchem ze suchého zipu. Tyto komunikační deníky a tabulky by měly být vždy vytvořeny individuálně na základě každého jedince (Janovcová, 2003).

Dalším komunikačním systémem je **VOKS** neboli výměnný obrázkový komunikační systém, který používá reálné předměty i symboly. Hlavním cílem tohoto systému je rychlé získání komunikačních schopností na funkční úrovni. Nejčastěji se využívá u osob s poruchou autistického spektra, u osob s Downovým syndromem či s těžkými formami narušení komunikační schopnosti (Bočková, 2015). Při používání tohoto systému je na rozdíl od piktogramů, kde dochází k pouhému ukazování obrázků, důležitá aktivní manipulace se symboly a dochází k výměně obrázku za předmět (Bendová, 2011). Autorka dále uvádí, že nejprve se děti či osoby seznamují se symboly, které poté umisťují do komunikačních knih, jež součástí je komunikační proužek vhodný pro tvorbu vět.

Metoda **Makaton** představuje jazykový program založený na manuálních znacích, které jsou doplněny orální řečí a symboly. Základem je asi 350 znaků řazených do osmi didaktických řad, které popisují pojmy denního života. Každá země své znaky pečlivě vybírá a standardizuje. Důležité je brát ohled na individualitu jedince a poskytnout mu volbu kombinací prvků, která mu vyhovuje (Klenková, 2006). Janovcová (2003) doplňuje, že při používání Makatonu není nutné znakování každého slova ve větu, pomocí obrázkových symbolů se znakují nebo podporují ta slova, která nenesou význam.

Velmi často se k rozvoji komunikačních schopností u osob s mentální retardací využívá **znak do řeči**. Tento systém napomáhá rozvíjet motorické a komunikační schopnosti za využití

řeči těla, gest a mimiky. Nejčastěji se využívá pro děti a mládež s mentálním postižením, poruchami autistického spektra či centrálním narušením motoriky. Hlavním cílem znaku do řeči je rozšíření a usnadnění komunikace, snaží se napomáhat porozumění a používání mluvené řeči. Obvykle se znakují jen pouze důležitá slova ve větě (Janovcová, 2003). Autorka ve své publikaci uvádí pravidla Vater a Boudzio (1996) používání nejenom posunků, ale i znaku do řeči:

- dospělý doprovází svoji řeč gestem. Slovo i posunek probíhají současně,
- dospělý mluví a gestikuluje až se na něj dítě podívá,
- vzdálenost mezi dítětem a dospělým nemá být menší než 50 cm a větší než 2 m,
- obsah posunku je podpořen mimikou,
- dospělý povzbuzuje dítě k napodobení gesta,
- pokud dítě gesto nenapodobuje, vede dospělý ruku,
- dítě a dospělý zpočátku gestikulují jen v určité situaci,
- na každé gesto, které dítě provede, dospělý přiměřeně reaguje,
- při výběru posunků má být brán zřetel na schopnost vnímání a motorické vybavení dítěte,
- dospělý neustále pozoruje, kdy je gesto nahrazeno řečí.

Dalším systémem je metoda **sociální a globálního čtení**. Tyto metody se nejčastěji využívají při výuce mentálně postižených dětí a dětí s více vadami. Dle Klenkové (2006, s. 209) sociální čtení pojedná o „*poznávání, interpretaci a přiměřené reagování na zřetelná znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se vyskytují v nejbližším okolí, aniž by byly využívány čtecí dovednosti*“. Jedná se součást sociálního učení a hlavním využitím je získání poznatků o okolním světě. Globální metoda napomáhá stimulaci zrakového vnímání, verbálního myšlení, záměrné pozornost, a především rozvoji komunikačních dovedností.

Ke komunikaci s osobami s poruchami řeči se kromě různých komunikačních systémů využívají také neelektronické i elektronické komunikační pomůcky. Nejpoužívanější pomůcky jsou individuálně přizpůsobené počítače, které využívají speciální počítačové programy, které mohou být důležité při vzdělávacím procesu. Ovládání může být, jakkoliv přizpůsobeno, například hlavou, ukazovátkem na hlavě, světelným paprskem, zvukem či za pomoci speciálně upravené klávesnice či spínače (srov. Klenková, 2006, Housarová, 2011).

Autorky Klenková (2006) a Janovcová (2003) ve svých publikacích popisují mnoho jiných celosvětově systémů, které jsou založeny na základě symbolů či jiných způsobů. Zmiňují

například také Bliss systém, Dosa-pohybová komunikace, pomůcka ETRAN-N, facilitovaná komunikace, či například využití CUED SPEECH, systému TADAMA či HAND-MUND.

4 Analýza komunikačních schopností u osob s mentálním postižením

4.1 Stanovení cíle výzkumu, metodologie sběru a vyhodnocování dat

Hlavním cílem výzkumné části této práce je analýza komunikace osob s mentálním postižením s jejich okolím. Pro naplnění hlavního výzkumného cíle byly vymezeny následující dílčí cíle:

- Analýza způsobů využívaných ke komunikaci s okolím
- Analýza prostředků sloužících k vyjádření emocí, primárních potřeb či jiných požadavků
- Analýza symbolické a nesymbolické komunikace u osob s mentálním postižením

Na základně stanovení dílčích cílů si klademe vyplývající výzkumné otázky:

- Jakým způsobem nejčastěji osoby s mentální postižením navazují kontakt se svým okolím?
- Jak osoby s mentálním postižením projevují své emoce a primární potřeby?
- Jak projevují souhlas či nesouhlas?
- Jakých druhů symbolické a nesymbolické komunikace si můžeme povšimnout?

Z hlediska metodologie sběru dat bylo výzkumné šetření provedeno pomocí kvalitativní metody a vychází především z pozorování autorky této práce. Pozorování bylo taktéž doplněno o informace vyházející z osobní dokumentace klientů a informací poskytnutých pomocí nestrukturovaného rozhovoru s pracovníky zařízení, tyto informace byly následně zpracovány do následujících případových studií.

Definice kvalitativního přístupu není jednoznačně určena, můžeme však ale říci, že se jedná o proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí, kdy hlavním cílem je získání souhrnného obrazu jevů, jež jsou založeny na hlubokých datech. Specifickou roli v kvalitativním výzkumu hraje vztah mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Hlavním cílem představit to, jakým způsobem lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu za použití různých postupů a metod (Švagříček, Šed'ová, 2007).

Jak již bylo zmíněno, šetření probíhalo pomocí pozorování, které Švagříček (2007, s. 143) definuje jako: „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhající aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces*“.

Pozorování se řadí mezi jednu z nejrozšířenějších a nejstarších metod, které se využívají k získání informací o pedagogické realitě. Chráska (2007, s. 151) uvádí, že se jedná o „*sledování smyslově vnímatelných jevů, zejména chování osob, průběhu dějů aj.*“ Pozorování lze dle časové náročnosti rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé, kdy krátkodobé pozorování nepřekračuje délku jedné vyučovací jednotky, zatímco dlouhodobé pozorování je považováno za vědecké, zpravidla bývá velmi důkladné a může trvat až několik let.

Taktéž můžeme pozorování dělit na standardizované a nestandardizované. Jako standardizované pozorování se považuje takové, které využívá činnosti spočívající v cílevědomém, systematickém a objektivním sledování, během kterého se využívají speciální metody a techniky. Jestliže pozorujeme každodenní činnosti a realitu, jedná se pozorování nestandardizované (Chráska, 2007, str. 151-152).

Výstupem z pozorování je analýza komunikačních schopností osob, která je následně zpracovaná do níže uvedených případových studií osob.

4.2 Charakteristika místa šetření

Výzkumné šetření bylo prováděno v zařízení pro osoby s mentálním postižením v Hodoníně. Jedná se příspěvkovou organizaci zřízenou Krajským úřadem Jihomoravského kraje. Zařízení poskytuje několik typů sociálních služeb, mezi které patří denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením a chráněné bydlení. Služby denního a týdenního stacionáře mohou využívat osoby od 18 do 64 let věku, chráněné bydlení je poskytováno osobám od 19 let do 64 let věku a v poslední řadě je poskytována služba domova pro osoby se zdravotním postižením pro zájemce od 18 do 99+ let věku. Veškeré služby jsou poskytovány uživatelům s mentálním postižením (s možným přidruženým tělesným či smyslovým postižením).

Uživatelé toho zařízení si mohou vybrat z velké nabídky aktivit, které jsou jim poskytovány. Jedná se především o sportovní aktivity, taneční a pohybové aktivity, vaření či nácvik práce s mobilním telefonem nebo počítačem. Významný podíl aktivizace osob představuje pracovní terapeutická činnost, která probíhá v dílnách poblíž zařízení. Uživatelé mohou navštěvovat například keramické, košíkářské či šicí dílny, kde často tráví jejich volný

čas pod odborným vedením výchovných pracovníků. Těmito činnostmi se pracovníci snaží vést uživatele k rozvoji dovedností a k získání pracovních návyků.

Denní režim se v každé službě lehce liší. V denním stacionáři, kdy se jedná o ambulantní službu je předpokládáno, že jsou klienti vedeni k co největší samostatnosti z domácího prostředí a není u nich tolik prostoru k tomu je něco učit. Nicméně, v týdenním stacionáři a domově pro osoby se zdravotním postižením je denní režim velmi podobný. Jedná se o pobytovou službu, kdy jsou klienti vedeni k samostatnosti a soběstačnosti. Také je tomu i ve službě chráněného bydlení, kdy jsou klienti ve své domácnosti. Jednu domácnost tvoří dva až čtyři klienti, kteří se učí samostatnému bydlení za podpory pracovníků.

4.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor je tvořen z pěti uživatelů z výše popsaného zařízení, zejména z týdenního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení. Tito klienti byli cíleně vybráni v souvislosti s typem sociální služby, jež využívají a s ohledem na jejich komunikační schopnosti, které tak poskytují komplexní informace o rozdílech v jejich schopnostech a možnostech. V případových studiích byly vybrány osoby v rozmezí 27–40 let, a jedná se o tři muže a dvě ženy. Všechny osoby mají společné mentální postižení různého stupně a k němu přidružená jiná postižení či znevýhodnění. Nejčastěji se jedná do poruchy autistického spektra a vážná narušení komunikačních schopností. Všech pět klientů potřebuje stálý dohled, který se však jednotlivě může měnit. Nejčastěji je potřeba dohledu při běžných životních situacích, jako je například komunikace s úřady či pomoc s hospodařením s penězi a taktéž s osobní hygienou a věcmi s ní spojenými. Z důvodu ochrany soukromí byla jména u následujících klientů změněna.

4.4 Sběr dat

Na počátku výzkumného šetření proběhl za pomoci sociální pracovnice zařízení výběr vhodného výzkumného vzorku a následně započalo pozorování. K naplnění výše zmíněných výzkumných cílů bylo využito především pozorování výzkumného vzorku, které bylo následně doplněno o informace z jejich osobní dokumentace a postřehy od pracovníků.

Nejdříve bylo nutné navázat přátelský kontakt s klienty zařízení, který byl důležitý k získání vhodných informací. Výzkumné šetření probíhalo bez značných potíží, jelikož denní režim se u klientů opakuje, nedocházelo k větším potížím.

4.5 Analýza získaných dat

Získané informace byly následně zpracovány do případových studií jednotlivých osob, tyto studie mají totožnou strukturu, která je vytvořena dle výše uvedených výzkumných otázek. Nejdříve jsou uvedeny základní informace o klientovi, jeho postižení a záliby. Dále pak následuje analýza způsobů, kterými daná osoba navazuje kontakt s okolím. Zde je pozornost zaměřena především na způsob navázání kontaktu, vyjádření souhlasu či naopak nesouhlasu, a celkově se hodnocena snaha o komunikaci. Poté zkoumá způsob projevu emocí a primárních potřeb jednotlivců. Zde se sleduje komunikace v oblasti základních potřeb, zejména vyjadřování hladu, žízně, potřeb týkajících se využití toalety či jiných fyzických potíží. V rámci vyjadřování emocí se sledují znaky radosti, spokojenosti, ale také naopak smutku či vzteku. Další část je věnována symbolické a nesymbolické komunikaci. Popsány jsou druhy a způsoby komunikace a jejich srozumitelnost, jedná se zejména o gesta, mimiku nebo celkovou řeč těla.

4.5.1 Případová studie, Aleš

Seznámení s klientem

Aleš je třiceti šestiletý muž, který trpí středně těžkou mentální retardací a závažným narušením komunikace, které se projevuje především jako echolálie. Aleš přes týden bydlí na jednolůžkovém pokoji, který má základní vybavení, důležitá je pro něj televize a osobní fotografie. Každý víkend jezdí domů za rodinou. Pro Aleše je důležitá pravidelnost, potřebuje, aby se jeho návyky neměnily a byly respektovány. Jestliže se jeho stereotyp nedodrží, jedná se především o pravidelné pití kávy (třikrát denně) dochází u Aleše k vykojení, začne být nervózní a bude vykřikovat, při dlouhodobém neuspokojení jeho potřeby může dojít až sebepoškozování, v tomto případě kousání ruky. Pokud bychom ho však porovnali s ostatními klienty, je velmi samostatný, pořádný a má přehled o svých osobních věcech. Jak také doplňuje pracovník zařízení: „Aleš si dokáže sám uklidit pokoj, ví, kde mají věci své místo, ale pro kontrolu potřebuje můj dohled.“ Taktéž je schopen se sám obléci a vysvléci, ale občas

se stane, že neodhadne a nezvolí oblečení odpovídající situaci a počasí. Aleše se také postupně naučil ovládat malé spotřebiče jako je například televize, mikrovlnná trouba či rychlovarná konvice, za pomoci, které si rád vaří kávu a dělá mu radost, že to dokáže bez pomoci ostatních. Velmi šikovný je ve skládání puzzle, což je jeho největším koníčkem spolu s koupáním v bazénu. Pravidelně každý den dopoledne chodí do keramické dílny, kde ho práce baví a v odpoledních hodinách rád chodí na společné procházky. Pracovníci naopak upozorňují, že nedokáže hospodařit s penězi či sám jednat s úřady, v tomto ohledu není schopen žádného právního jednání, zejména protože neumí číst, psát a ani se sám podepsat. Velký problém u něj představuje tma, které se bojí a taktéž má obavy z cizích psů.

Navazování kontaktu s okolím, vyjádření souhlasu a nesouhlasu

Aleš není příliš společenský člověk, sám od sebe kontakt nenavazuje. Udržuje pouze několik kamarádských vztahů v zařízení, ale například v porovnání s některými ostatními klienty nemá partnerku. V případě, kdy už se pokouší o navázání kontaktu s novou osobou, potřebuje vždy asistenci pracovníka, který mu pomůže se seznámením. S komunikací má značné obtíže, často jen opakuje slova a je zapotřebí druhé osoby, která objasní, co říká. Celkově bychom mohli říci, že Aleš nestojí o žádnou pozornost, nejraději tráví svůj volný čas ve svém pokoji, kde, jak již bylo zmíněno, rád skládá puzzle nebo sleduje televizi.

Souhlas Aleš dokáže vyjádřit bez problému, vyjadřuje ho pomocí přikyvování. Jestliže se jedná věci, které probíhají dle jeho stereotypu, dokáže bez problému spolupracovat. V tomto případě jsou tedy jeho projevy jasně srozumitelné. V případě nesouhlasu se Aleš vzteká, je značně rozhozený, křičí a odmítá cokoliv dále dělat. S touto situací si již pracovnice ví rady a dokáže ho zklidnit.

Projevy emocí a primárních potřeb

Vyjadřování emocí u Aleše bývá v některých případech velmi obtížné, těžko se rozeznává, jak se právě cítí. Radost a spokojenost vyjadřuje smíchem, tleskáním a můžeme pozorovat radostnou mimiku v jeho tváři. Radost v něm vyvolává vlastní příprava kávy a v případě cesty do obchodu nákup nanuku či kofoly. V případě vyjadřování negativních emocí, jako je smutek či vztek, můžeme pozorovat změnu v jeho tváři, výrazně se mění její mimika a je často doprovázená vztekem, křikem. Jestliže dojde k tomuto chování, Aleš bouchá dveřmi a také dokáže sprostě nadávat pracovnícím či vychovatelům, kteří způsobí jeho

rozčilení. Smutek lze u něj poznat především tak, že v případě společných aktivit nejeví zájem, neúčastní se a pouze pozoruje své okolí.

U vyjadřování primárních potřeb lze zaznamenat mnoho způsobů, kterými se snaží něco získat. V případě hladu či žízně má již naučený jasný režim, který je každý den stejný a nemění se. Aleš má volný přístup k pití po celý den, pouze v situacích, kdy chce jeho kávu, ke které nemá přístup, musí požádat pracovnice. To probíhá tak, že si vezme svůj hrnek do ruky a přichází za nimi s prosbou „káva káva“. V situacích týkajících se používání toalety je Aleš také velmi šikovný, toaletu dokáže sám používat, nepotřebuje k tomu žádnou podporu. Pouze v případě, kdy se chystají na delší společnou vycházku nebo výlet, je potřeba se ujistit, že toaletu použil a nyní již nepotřebuje. Jestliže nastane situace, kdy Aleše něco bolí nebo má nějaký problém, dokáže rozpoznat, že se něco děje. Jelikož má Aleš problémy s vyjadřováním, snaho o oznámení jeho problému bude doprovázena pláčem či třením a ukazováním na bolestivé místo.

Projevy nesymbolické a symbolické komunikace

Mezi projevy nesymbolické komunikace u Aleše můžeme pozorovat především pohyby jeho těla, pozorujeme trhavé pohyby hlavy v případě souhlasu či nesouhlasu. Mezi další projevy rozhodně řadíme křik, což je jeho způsob vyjádření nesouhlasu a nějakého problému. Dalším prvkem, který má komunikační charakter je jeho každodenní ranní návštěva sociální pracovnice, kdy požaduje, aby mu ukázala chodidla, toto však vyžaduje pouze od dané sociální pracovnice a když není tato pracovnice v zaměstnání. Daná pracovnice tuto situaci potvrzuje: „Aleš je rozhozený, náhrada chodidel jiné pracovnice ho bohužel neuspokojuje.“ Tímto způsobem ji každé ráno vítá a značí to, že ji má rád. Ticho je taktéž dalším prvkem Alešovi komunikace, jelikož není příliš společenský, je ticho pro něj velmi důležité a můžeme tak zjistit, jak se zrovna cítí a co asi prožívá. Jelikož se Aleš není schopen správně verbálně vyjadřovat a ke komunikaci potřebuje asistenci, může se stát, že osoby, které ho neznají, mají problém se srozumitelností jeho požadavků.

I přes to, že sám neumí číst a psát, dokáže bez problému porozumět mluvě ostatních i například rozpoznávat obrázky či fotografie, které vidí. V komunikaci se však často vyskytuje nápodoba a opakování zvuků a slov. Nejčastěji se jedná o opakování mluvy vychovatelů či slov, které slyší v televizi. Dlouho probíhala snaha o užívání prvků znakového jazyka, který by značně napomohl v komunikaci a vyjadřování se, ale Aleš neprojevuje snahu, nemá o její využití zájem.

4.5.2 Případová studie, Adam

Seznámení s klientem

Adam je dvaceti devíti letý muž s diagnózou těžké mentální postižení, ke kterému má přidružený atypický autismus a významné poruchy chování. Adam taktéž využívá služeb týdenního stacionáře a pravidelně jezdí každý víkend domů za rodinou. Přes týden bydlí na dvouúžkovém pokoji, který má základní vybavení, jelikož nemá žádné specifické požadavky a takto je spokojen. V některých oblastech Adam vyžaduje dohled, dokáže se sám obléci a vysvléci, ale není však schopen si zvolit vhodné a odpovídající oblečení dle počasí. Často se stává, že se obleče rubem nahoru. Neumí si zavázat tkaničky a zapnout zip. V oblasti stravování si Adam umí sám nakrájet maso, ale jídlo umí jíst pouze lžicí a vidličkou. Jelikož má taktéž velmi rád kávu, postupně se naučil používat rychlovarnou konvici a nyní je tak schopný si ji sám vařit. V rámci vlastního pokoje bohužel není schopen si udržovat pořádek, je potřeba, aby u něj vždy někdo uklízel, dokáže si uklidit oprané prádlo do skříně, avšak velmi neúhledně.

Taktéž je důležité sledovat Adamův pohyb při společných vycházkách, zaměstnanec zařízení dodává, že Aleš nedodrhuje bezpečnost při přecházení silnice, samostatně vstupuje do vozovky, neumí se ani rozhlédnout při přecházení silnice. Taktéž se umí ztratit v místech, kde se sejde větší množství lidí. Pro Adama je velmi důležité klidné prostředí a vlastní prostor, mezi jeho největší záliby patří videa a DVD, moc rád hraje na kytaru, kterou má k dispozici, kdykoli o ni projeví zájem. Má velmi rád jídlo a kávu, naopak velký problém má s již výše zmíněnými hluchými a přelidněnými místy, jedoucimi vlaky a s pláčem dětí.

Navazování kontaktu s okolím, vyjádření souhlasu a nesouhlasu

V oblasti navazování kontaktů, není ani Adam společensky založený. Adam v zařízení nenavazuje vztahy s ostatními, celkově můžeme pozorovat, že nemá rád společnost. Pracovnice doplňuje: „Aleš nejraději tráví volný čas v jeho pokoji, kde, si rád prohlíží časopisy se ženami.“ Společných kulturních akcí či akcí, které pořádá zařízení se účastí pouze v případě, že je tam méně lidí. Bližší vztah má pouze se svou rodinou, ke které moc rád jezdí. V komunikaci nejen s ostatními klienty zařízení, ale také s pracovníky má velké potíže. Sám verbálně komunikovat neumí, Adam umí pouze vydávat slova „ne“, „áno-pepa“, „uj-uj“ a časté je u něj pouhé kvílení. Postupně však ale se učí komunikovat pomocí metod alternativní a augmentativní komunikace

(dále již AAK), především tedy piktogramů či fotografií. S rozvojem AAK mu pomáhají pracovnice zařízení.

Slova „áno-pepa“, „uj-uj“ u něj představují souhlas, tímto tedy naznačuje, že to pro něj není problém a je ochotný spolupracovat. Nesouhlas má u Adama mnoho podob, mezi prvotní projevy se řadí mračení a celková změna postoje těla, což však může postupovat až do projevů sebepoškozování či ohrožování ostatních, nejčastěji se kouše do ruky, okusuje si prsty nebo si dává dlaně na uši, čímž naznačuje nechut' se dále s někým bavit nebo je vůbec poslouchat.

Projevy emocí a primárních potřeb

Projevy emocí jsou u Adama velmi různorodé. V případech, že se mu něco líbí projevuje své emoce především smíchem, jestliže jsou situace velmi radostné, smích se znásobuje a je velmi hlasitý, celkově když má radost, můžeme pozorovat úplnou změnu postoje těla a mimiky v tváři, v běžných situacích má spíše neutrální až zamračený výraz, tudíž na něm radostné emoce lehce poznáme. Mezi další projev spokojenosti, který můžeme pozorovat je pobrukování si a radostné výskoty, především různých hlásek a zvuků, které ho pravděpodobně v dřívějšku zaujaly. Další projev radosti, který však můžeme považovat spíše za nevhodný, je sahání si do klína a jeho škrábání, toto gesto pro něj představuje vrchol spokojenosti. Jak už bylo zmíněno výše, Adam negativní emoce projevuje také několika způsoby, které bohužel nedokáže pořádně kontrolovat, a tudíž může ohrožovat nejenom sebe, ale v jistých případech i jeho blízké okolí. Svou nespokojenost a smutek projevuje nejenom pouhým mračením se, ale doprovází ho také sebepoškozování nejenom samotného Adama, ale také ostatních uživatelů, na které hlasitě křičí, štípe je anebo kouše. V těchto případech již zkušené pracovnice ví, jak mají postupovat a umí ho řádně zklidnit. Nejčastěji zabírá izolace, kdy Adama pošlou do svého pokoje, kde se sám uklidní a poté se vrací zpět do kolektivu ostatních.

V případě primárních potřeb není Adam úplně samostatný, umí však sám rozpoznat a říci, kdy potřebuje využít toaletu, v tomto případě přichází za pracovníkem a dotekem ruky ho dovede k příslušnému místu, kde poté potřebuje pomoc s hygienou. Adam nepozná, že ho něco bolí, neumí říct, zda má nějaký problém. Je potřeba, aby jeho zdravotní stav pravidelně kontroloval. K tomu slouží zdravotní sestry pracující v zařízení, stejně tak i pracovníci již poznají, že něco není v pořádku a zvědavými otázkami zjišťují, zda má nějaký problém nebo ho něco bolí. V případě potřeby jídla a pití, je to opět stejné, jako u předchozího klienta. Jelikož

má již Adam naučený režim snídaní, obědů, večeří a svačin, který se nemění, je to pro něj velmi jednoduché. V případě, že má Adam hlad dříve, než je například čas večeře, může se jídla vyžadovat křikem. Taktéž Adam má jako velmi oblíbený nápoj kávu, ke které sám nemá přístup, jelikož neví, jaké je množství, které může vypít, dožaduje se jí tedy každý den několikrát u pracovnic. Pokud ji bude chtít během dne, přichází za pracovníkem s fotografií kávy, kterou si odlepí z komunikační tabule, a poté dostane do hrníčku správné množství a sám si kávu uvaří.

Projevy nesymbolické a symbolické komunikace

Nesymbolický způsob komunikace u Adama převažuje nad symbolickým způsobem. Jak již bylo zmíněno, u Adama můžeme jednoduše rozpoznat změnu jeho nálady. Komunikační záměr u něj představují změny svalového napětí v obličeji, ale můžeme je pozorovat také po celém těle, obzvláště mimika u něj hraje velkou roli a rozlišuje, zda s něčím souhlasí, něco se mu líbí či nikoliv. Důležité je pro Adama ticho, tím naznačuje, že je spokojený a nic ho netrápí. Hlas Adam využívá pouze v případě křiku či vydávání chrčivých zvuků. V rámci nesymbolické komunikace využívá také kytaru, projevuje častý zájem a snahu na ni hrát, lépe řečeno pouze zkoušet vydávat různé melodie.

Slovním projevům Adam plně rozumí, avšak nikdy si řeč ani písmo neosvojil, aktivně tyto způsoby řeči nepoužívá. Postupně se učí využívat ke komunikaci prostředky AAK jako jsou především fotografie a piktogramy, která se snaží využívat každý den, ve snaze o lepší porozumění. Adam odmítá využívat znakový jazyk či jiné prvky vizuálně-motorických systémů, vrchol komunikace u něj představují fotografie. Jelikož Adamovi signály ve snaze jak o nesymbolickou, tak i symbolickou komunikace nejsou v některých případech zcela jasné, může být jeho způsob o komunikaci pro cizí osoby velmi obtížný a špatně srozumitelný.

4.5.3 Případová studie, Patrik

Seznámení s klientem

Patrik je dvacetiosmiletý muž, jeho diagnóza je těžká mentální retardace v kombinaci s atypickým autismem a těžkou narušenou komunikační schopností. Patrik využívá služby chráněného bydlení, bydlí tedy na bytě v samostatném pokoji, avšak bydlení sdílí s dalšími dvěma klienty. Byt je plně vybavený, rovněž i jeho pokoj. Pro Patrika je však nejdůležitější, aby měl ve svém pokoji k dispozici CD přehrávač a lampičku, kterou si již umí zapnout sám.

Pracovník pouze zkontroluje, zda jsou přístroje zapojeny do zásuvky. Velmi důležité je pro něj jeho vlastní soukromí, z toho důvodu byl také přestěhován na byt, kde je oproti zařízení více klidu. Soukromí vyžaduje především z toho důvodu, že má velkou potřebu uspokojování svých vlastních potřeb a za jistých okolností je i potřeba umožnit návštěvu opačného pohlaví. Patrik vyžaduje stálou pomoc ve všech oblastech, umí se sám obléci a vysvléci, ale je nutné, aby měl oblečení nachystané od pracovníka, stává se, že nezvolí vhodné oblečení dle situace, nedokáže si sám zavázat tkaničky u bot, zapnout knoflíky či zip na oděvu. V oblasti stravování je schopný sám si nachystat talíř a hrníček ke stolu, umí jíst pouze vidličkou nebo lžící, kterou používá i na krájení měkkého jídla, s tužším pokrmem vyžaduje pomoc. Velkou pomoc potřebuje také v rámci úklidu, není schopný uklidit si svůj pokoj, neumí ustlat postel, po dlouhé době nácviků dokáže utřít stůl a umýt použité nádoby. Pracovnice doplňuje: „U Patrika je velmi důležité, aby se nacvičené činnosti stále opakovaly a on je tak nezapomněl a dokázal je prohlubovat.“ Mezi největší Patrikovi koníčky patří poslech hudby, tanec a společenské akce, rád se koupe v bazénu, i přesto, že je neplavec a miluje koně a psy. Pravidelně se účastní hypoterapie, která probíhá v zařízení. Naopak nemá rád, když na něj křičí, v těchto situacích se výrazně léká a nepřiměřeně pohybuje s rukama. Patrik taktéž není schopný hospodařit s penězi, nezná jejich hodnotu, také nedokáže jednat s úřady. V tomto ohledu vyžaduje také velkou podporu.

Navazování kontaktu s okolím, vyjádření souhlasu a nesouhlasu

Patrik je velmi společensky založený člověk, moc rád chodí na koncerty, plesy či jiné společenské události pořádané zařízením. Vždy je však nutné, aby měl s sebou doprovod pracovníka, který na něj dohlíží. I přesto, že má rád společnost a zábavu, sám neumí s ostatními kontakt navázat, k tomu je zapotřebí pomoc pracovníka, který mu pomůže zapojit se do skupiny kolektivu, tance a podobně. S neschopností navázat kontakt úzce souvisí Patrikova neschopnost verbálně se dorozumívat, z toho důvodu se stává, že kontakty nevyhledává, naopak můžeme pozorovat, že se velmi často straní ostatním spolubydlícím a raději tráví čas o samotě ve svém pokoji. Je velmi náladový a v tom se odráží jeho chuť ke kontaktu s ostatními lidmi nebo i pracovníky. V případě, že má Patrik zájem navázat kontakt s ostatními klienty zařízení, nutná je plná podpory pracovníka, který pomůže objasnit, co chce. Taktéž při kontaktu s Patrikovým opatrovníkem je potřeba zprostředkované komunikace. Patrik se sám verbálně vyjadřovat neumí, ke komunikaci se stále učí využívat alternativní způsoby, především ve formě

komunikační tabule. Na tabuli má fotografie a obrázky s celým průběhem dne (všechny činnosti od snídaně až po večerní hygienu a následně spánek).

V případě verbálního projevení souhlasu umí svou vůli vyjádřit slovem „hm“ a „ano“. Těmito slovy dává ostatním najevo, že mu například daná činnost nevadí a je ochotný spolupracovat. Taktéž souhlas dává najedu gesty, jako je veselé mávání rukami či úsměvem ve tváři. Větší projevy můžeme vidět v případě nesouhlasu. Jestliže nastane situace, kdy se Patrikovi něco nelíbí a snaží se vyjádřit svůj nesouhlas, umí se projevit slovem „ne“, které může doprovázet zrychlené pocházení po místnosti spolu se silným boucháním dlaní do sebe. V těchto případech se pracovníci snaží Patrika zklidnit tichým klidným hlasem, který na něj zabírá.

Projevy emocí a primárních potřeb

Emocionální projevy mohou mít u Patrika mnoho podob. Mezi nejčastějšími projevy radosti můžeme pozorovat především úsměv na tvář, který u Patrika není nijak častý, proto lze změnu nálady snadno rozpoznat. K dalším projevům řadíme viditelné změny svalového napětí v těle, jestliže nastane situace, kdy je Patrik velmi spokojený, cítí se v bezpečí a úplné pohodě, sledujeme jemné pohupování tělem, které se může v některých situacích zrychlovat. Posledním pozorovatelným signálem je rychlé máchání rukama, které by si neznalý člověk mohl vyložit spíše jako gesto nespokojenosti, ale pro Patrika to představuje uvolnění a potěšení. Na druhé straně, také signálů nelibosti můžeme sledovat několik. Jakmile se Patrikovi něco nelíbí nebo je smutný, můžeme vidět okamžitou změnu ve tváři, objevuje se smutný výraz v obličejí, který mohou doprovázet hlasité zvuky, které připomínají pláč. Podobný signál jako u radosti a nadšený můžeme pozorovat i v případě naštvání či velké nespokojenosti se specifickou situací. Tento projev má podobu zrychlené chůze, agresivního rozhazování rukama, které může vyvrcholit až do takové podoby, že Patrik se snaží ublížit sám sobě, a to boucháním pěstmi do hrudníku. Tuto situaci může vyvolat například změna programu či neshoda s pracovníky.

S primárními projevy se u Patrika setkáváme velmi často. Na rozdíl od výše zmíněných klientů, nemá zatím plně naučený denní režim, a především nemá představu o čase, což znamená, že neví, za jak dlouho bude například večeře. Projevy hladu a zájem o jídlo Patrik projevuje podobnými signály jako u nespokojenosti, v případě sdělení, že do večeře zbývá například hodina, začíná měnit výraz ve tváři a vydává smutné zvuky. Občas odchází do svého pokoje, kde má své ovoce, které sní. Jestliže požaduje po pracovníkovi vodu nebo limonádu, přijde k němu s obrázkem, a poté mu pracovník pomůže. Jestliže Patrik něco vyžaduje a neumí

si to sám zajistit, opět přichází s fotografií nebo obrázkem za pracovníkem, který mu vyhoví, někdy si také pozornost vyžádá dotekem na rameno či záda. V oblasti péče o vlastní zdraví, umí sám rozpoznat, že ho něco bolí, přichází tak za pracovníkem se slovy „bolí, bolí“, ale dokáže specifikovat místo bolesti. Je nutné, aby byl jeho zdravotní stav pravidelně kontrolován. Taktéž je potřeba asistence při osobní hygieně, Patrik nezvládá sám rozpoznat potřebu využití toalety, je potřeba mu tuto potřebu připomínat.

Projevy nesymbolické a symbolické komunikace

Prvky nesymbolické komunikace jsou zřetelně pozorovatelné taktéž u Patrika. Mezi hlavní signály, které při tomto druhu komunikace využívá patří zejména změna jeho svalového napětí, které vnímáme nejenom v jeho tváři ale také po celém těle. Dominantním projevem je především zrychlené tempo chůze. Zrychlením chůze nám Patrik dává výrazně najevo jeho právě prožívaný stav, který lze jednoduše rozeznat, jestliže ho již blíže známe. Jak již bylo zmíněno, hlas Patrik příliš nevyužívá, je velmi omezený, ale můžeme si povšimnout, že je využíván k vyjádření nespokojenosti či smutku v podobě hlasitých zvuků a kvílení. Taktéž pláč používá k dosažení cíle. Jelikož Patrik není schopný domlout se mluvenou řečí, postupným a vytrvalým cvičením se učí využívat k dorozumívání se svým okolím různé předměty či fotografie, které má neustále u sebe.

Z pohledu symbolické komunikace je vidět, že Patrik mluvené řeči rozumí, dovede reagovat a plnit pokyny pracovníků, ale taktéž i ostatních klientů, kteří jsou schopní komunikovat pomocí řeči. Občas se stane, že Patrik použije či odlepí z komunikační tabule úplně jinou fotografii či obrázek a vůbec tuto činnost nevnímá, z čehož vyplývá, že i komunikace pomocí VOKS systému je náročná a nepřesná. Bohužel ani s pomocí Patrik nezvládá osvojení psané formy jazyka, ať už v podobě psané nebo čtené, nedaří se ani používání vizuálně-motorických systémů, jako je například znakový jazyk či znakovaná čeština, tudíž ani tyto formy komunikace nemůžeme u Patrika využít. Z výše uvedeného tedy plyne, že neporozumění a nejasnosti v komunikaci jsou velmi časté, avšak při pravidelném kontaktu s Patrikem se nám porozumění dostává a jeho způsoby komunikace jsou jasně rozpoznatelné.

4.5.4 Případová studie, Pavlína

Seznámení s klientem

Pavlína je dvacetisedmiletá žena s diagnózou těžké mentální postižení s vážným narušením komunikačních schopností. Pavlína využívá služeb domova pro osoby se zdravotním postižením, v zařízení obývá pokoj společně s další klientkou. V pokoji má veškeré potřebné vybavení, především má zařízený svůj koutek s lůžkem a obrázky, které si přála. Pavlína vyžaduje neustálou kontrolu téměř ve všech oblastech. Dokáže se sama se slovní podporou pracovníka obléci, vysvléct i obout, je však ale nutné, aby oblečení i obuv měla předem přichystané, poté je nutné, aby pracovník zkontroloval, zda si oblečení oblékla správně. Stravování zvládá zcela sama, umí dokonce používat příbor, k pití je potřeba napomínat. Pomocí taktéž vyžaduje v oblasti péče o domácnost, v tomto případě, o její sdílený pokoj. Není schopná sama od sebe například ustlat lůžko, tuto činnost však pravidelně nacvičují a za slovní podpory ji zvládne Pavlína vykonat. Velmi důležité je dbát na rozvoj sebeobsluhy, a veškeré činnosti neustále připomínat a procvičovat, aby si je řádně upevnila. Pavlína se aktivně zapojuje do všech činností, které zařízení připravuje a pořádá. Každé dopoledne navštěvuje košíkářské dílny, kde s pomocí pracovníků pomáhá pracovat. Moc ráda také chodí na odpolední procházku, během ní se však potřebuje držet pracovníka či jiné klientky, jelikož hrozí riziko vběhnutí do vozovky. Celkově můžeme sledovat, že má Pavlína ráda společenské události spojené s poslechem hudby či tancem, také moc ráda kreslí či tvoří. Pracovnice zařízení dodává, že Pavlína však nejraději využívá canisterapie, která je pravidelně zařazena do programu zařízení. Bohužel se však zatím nenaučila sama hospodařit s penězi, nezná jejich hodnotu, nedokáže ani samostatně komunikovat s úřady, k tomu je zapotřebí pomoc od pracovníků.

Navazování kontaktu s okolím, vyjádření souhlasu a nesouhlasu

Pavlína je velmi společenská osoba, velkou radost jí dělá kolektiv kolem ní. V rámci zařízení udržuje mnoho kamarádských vztahů, je však schopná navázat vztah i s ostatními lidmi mimo zařízení. Pavlínin způsob navazování kontaktů je především taktilní, je velice kontaktní, ráda se s lidmi objímá a celkově můžeme pozorovat, že má v oblibě dotek. Velký problém však pro ni představuje síla doteku či objetí, nedokáže rozeznat, že je její objetí příliš silné a může být pro někoho až nepříjemné, obzvláště u klientů, pro které je dotyk nepředstavitelný a bojují

s ním. Pomocí mluvené řeči kontakty nedokáže navázat vůbec, bohužel Pavlína nemá vytvořenou verbální řeč, proto v této oblasti potřebuje plnou podporu pracovníka.

Vyjádření souhlasu můžeme velmi lehce zpozorovat u Pavlíny v obličeji, souhlas dává najevo pohledem v očích, výraz ve tváři je radostný a pokyvuje hlavou. Můžeme si také povšimnout zvuků v podobě nadšeného výskání, které signalizuje nadšení a chuť do nabízení aktivity či činnosti. Pavlína má téměř neustále dobrou náladu, projevy souhlasu a radosti jsou u ní tedy častější než ty nesouhlasné. Ale i s těmi se u Pavlíny setkáváme a je nutné je rozlišit od zvuků, které vyjadřují souhlas. Osoby, které však s Pavlínou pravidelně pracují již mají zkušenosti a vědí, jak je rozlišit. Negativní reakce mají podobu chrčení spolu se změnou výrazu obličeje a záporným kroucením hlavy. Občas, jestliže je Pavlína obzvláště nespokojená, začíná zrychleně pohybovat rukama a rozhazovat jimi. V těchto případech odchází do svého pokoje a například nabízené aktivity se neúčastní.

Projevy emocí a primárních potřeb

Pavlína dokáže vyjadřovat pouze některé emoce, jak již bylo zmíněno výše, je velmi radostná osoba s převážně stále dobrou náladu, tudíž převažují spíše pozitivní reakce. Její veselost se projevuje na celém jejím těle, lze zpozorovat jak v mimice tváře, tak i na jejím tělesném postavení. Pavlína si ráda a moc hezky tančí, čímž vyjadřuje její spokojenost. V případě smutku či zlosti, který nastává především v momentě, kdy mají pracovníci k Pavlíně nějaké požadavky a ty se jí nelíbí, změní se její radostný výraz v neutrální, což může být matoucí, jelikož někdy nelze rozpoznat, jaké emoce právě prožívá a jaké má právě myšlenky. Kdykoliv však nastane taková situace, kdy je opravdu silně rozhozená, začíná se vztekat a následně přechází do pláče.

Jako každý člověk, i Pavlína potřebuje naplnit a uspokojit své základní životní potřeby. Na hlad či žízeň nejprve upozorní pracovníka dotekem, aby získala jeho pozornost a poté vykonává pohyby rukou, kterou si vede u ústům a naznačuje tak činnost pití či jedení, nejčastěji se však jedná o pocit hladu, jelikož i u jídla ji pracovníci vybízejí k pití, které často odmítá. Vzhledem k inkontinenci klientky a závislosti na plenách neprojevovala Pavlína žádnou potřebu. Avšak tato dovednost je s ní pravidelně nacvičována, a učí se, jak si vyžádat návštěvu toalety. Nejčastěji to probíhá tak, že vezme pracovníka za ruku a dovede ho na potřebné místo. Pavlína dokáže rozeznat, že jí něco bolí a umí to i projevit. S bolestí přichází za pracovníkem a ukazuje na místo bolesti, případně lze pozorovat, že na bolest reaguje rychlým uskočením.

Projevy nesymbolické a symbolické komunikace

Projevy nesymbolické komunikace u Pavlíny jsou častější než projevy symbolické. Pavlínin komunikační záměr je vyjadřován za pomoci její nálady. Dobrou náladou signalizuje souhlas a ochotu spolupracovat. Ticho u Pavlíny hraje také důležitou roli, naznačuje tak, že něco není v pořádku a má nějaký problém, obvykle s její spolubydlící. V rámci nesymbolické komunikace využívá reálné předměty, kterými se snaží komunikovat se svým okolím. Nejčastěji se jedná o předměty denní potřeby jako je například hrneček, příbor či kus oblečení.

Mluvené řeči Pavlína rozumí, chápe, kdykoliv je po ní něco vyžadováno, ale přesto se sama verbálně komunikovat nenaučila. Naneštěstí se Pavlína stále nenaučila používat ke komunikaci fotografie či obrázky, které by značně napomohli porozumění, bohužel však nerozumí významu obrázku a stále zůstává u reálných předmětů. Taktéž pokusy o využívání jakýchkoliv prvků vizuálně-motorické komunikace se nepodařilo zařadit mezi komunikační systémy Pavlíny. V tomto případě je pravděpodobné, že osoba, která se s Pavlínou blíže nezná, má problémy s pochopením jejího jednání a je potřeba komunikaci zprostředkovat pomocí pracovníků.

4.5.5 Případová studie, Anežka

Seznámení s klientem

Anežka je čtyřicetiletá žena, u které je diagnostikován těžký stupeň mentálního postižení spolu s epilepsií. Anežka využívá služeb domova pro osoby se zdravotním postižením, ale jednou měsíčně jezdí ke svému bratrovi, ke kterému jezdí moc ráda a vždy se na víkend moc těší. V zařízení obývá jednolůžkový pokoj, který má vybavený dle potřeb, zejména v pokoji vyžaduje rádio a různé CD, které si ráda ve volných chvílích pouští. Jelikož je hudba jednou z oblíbených činností, postupným nácvikem se rádio sama naučila zapínat. I přes vysoký stupeň postižení, je Anežka velmi šikovná, ráda chodí do keramické dílny, kde s pomocí pracovníků tvoří, a také moc ráda kreslí. V zařízení patří mezi aktivnější klienty, neodmítá žádnou navrhovanou aktivitu, v odpolední hodinách ráda chodí na společné procházky, cvičí na trampolíně nebo gymnastickém míči. V oblasti úklidu svého vlastního pokoje je zapotřebí pomoc od pracovníků. Anežku samotnou nenapadne stlát postel či si uklidit své oblečení do skříně, je nutné, aby jí tyto úkony byly připomínány a poté je schopná je vykonat. Vybírání je potřeba i u oblékání, oblečení jí vždy musí přichystat pracovníci

a Anežka si jej sama zvládne obléci, problémy u ní představují tkaničky, proto nosí pouze tenisky na suchý zip. Při stravování vyžaduje velkou asistenci, k jídlu zvládá pouze manipulaci lžící, je tedy zapotřebí, aby jídlo měla již nakrájené a připravené. Pro Anežku je velmi důležitý společenský kontakt, nejenom se stejným, ale i opačným pohlavím. Obzvláště ráda je středem pozornosti, kterou si získává výstředním zdobením vlasů v podobě barevných sponek či čelenek. Je viditelné již na první pohled, že Anežka je velmi milá a chová se hezky k jejím kamarádům, za žádné situace jim neubližuje ani nekřičí. Je tedy důležité, aby se dohlíželo na případnou šikanu, která pramení z jejího přívětivého chování.

Navazování kontaktu s okolím, vyjádření souhlasu a nesouhlasu

Navazování kontaktu patří mezi jednu z nejdůležitějších věcí, které ji dělají šťastnou. Anežka má moc ráda společnost, a jak již bylo zmíněno, je ráda středem pozornosti. V zařízení udržuje několik kamarádky vztahů a má taktéž i partnera, s nímž se ráda účastní společenských událostí pořádaných domovem. Při navazování kontaktu je Anežka spíše kontaktní, preferuje dotek. Ráda ostatní klienty objímá, hladí po zádech či vlasech. Toto chování komentuje pracovnice následovně: „Někdy si však Anežka bohužel neuvědomuje, že ne všichni její kamarádi mají dotek rádi, což občas způsobuje malé potyčky.“ Anežka nemá problém seznámit se i s cizími lidmi, je velmi kamarádká. Nové přátelství se snaží navázat prvotním dotekem a přivítáním se slovem „ahoj“. Verbální komunikace je bohužel u Anežky nemožná, mezi její slovní zásobu patří již zmíněné slůvko „ahoj“ a poté slovo „auto-auto“, které se naučila z důvodu častých jízd autem k lékaři. Verbální navázání kontaktu tedy není možné.

Souhlas Anežka projevuje srozumitelně, jestliže dává najevo svůj souhlas, vidíme zřetelné kývání hlavy, které může následovat radostným máváním rukou a viditelným úsměvem ve tváři. Velmi zřídka lze pozorovat i zvukové projevy, které připomínají spokojené oddechování či mručení. Třebaže je Anežka považována spíše za veselou povahu, a projevy nesouhlasu u ní nejsou tak časté, i tak je u ní ve výjimečných situacích lze pozorovat. V momentě, kdy s nějakou činností či aktivitou značně nesouhlasí, dává to najevo velmi hlasitým pláčem, kterému předchází zvuky podobné kvílení. Tyto projevy se vyskytují také v případě strachu, který je nejčastěji vyvolán cizími psy.

Projevy emocí a primárních potřeb

Emoce Anežka vykazuje několika způsoby, lze u ní snadno rozpoznat, jakou náladu zrovna prožívá. Projevy libosti můžeme pozorovat již v Anežčině výrazu a mimice tváře. Jestliže je spokojená a má radost, můžeme vidět široký úsměv na tváři a taktéž jemný smích, který je nejčastěji doprovázen objímáním ostatních klientů či pracovníků. Naopak, v případě smutku či situace, kdy se Anežce něco nelíbí, začíná si dávat dlaně na uši, čímž se snaží zamezit přísunu informací, které nejsou dle její libosti a taktéž se snaží opustit místnost. V posledních letech začala Anežka zneužívat její epilepsie, a stává se, že v momentě, kdy pracovníci Anežce něco přikazují, a ona s tím nesouhlasí, dokáže si sama vyvolat epileptický záchvat, který jí zaručí, že situace, ve které se nacházela skončí a příkazy přestanou.

Taktéž Anežka potřebuje několikrát denně uspokojit její základní potřeby. Jelikož bohužel není schopná komunikovat pomocí mluvené řeči, veškeré požadavky probíhají nejčastěji pomocí posunků nebo dotykem, kterým si získává pozornost pracovníků a následně je dovede na místo, které chce navštívit. Pocit hladu či žízně u Anežky nepozorujeme, ona tyto potřeby taktéž nedává znát. Na pitný režim je potřeba pravidelně několikrát denně připomínat, jelikož sama od sebe nemá tu potřebu pít. Co se týče jídla, nevyžaduje specifické pokrmy během dne, stačí jí jídlo dle denního režimu. Nutnost návštěvy toalety je vyjádřena pomocí posunků a gest jako je křížení nohou, tudíž dává jasné signály, co zrovna potřebuje. Bohužel tyto posunky jsou využívány až ve stavu nejvyšší potřeby, tudíž například před delší procházkou či návštěvou úřadů je nutné zjistit, zda toaletu nepotřebuje navštívit. Bolest u Anežky můžeme znatelně pozorovat, jestliže jí něco bolí, její veselá povaha přechází v tichost, kterou naznačuje nějaký zdravotní problém. Jestliže se objevuje náhlá bolest, Anežka dokáže ukázat na místo bolesti.

Projevy nesymbolické a symbolické komunikace

Projevy nesymbolické komunikace můžeme sledovat taktéž u Anežky. Mezi nejvíce rozpoznatelný projev patří ticho. Tichem Anežka naznačuje, že něco není v pořádku, nejčastěji se jedná o zdravotní problém. Dalším dominantním prvkem v nesymbolické komunikaci je u Anežky tanec, kterým dává najevo, že je všechno v pořádku a je spokojená. Používání hlasu není u Anežky běžné, umí použít pouze pozdrav „ahoj“, který umí použít při vstupu do místnosti

s lidmi, ale i při odchodu. Nejčastěji však komunikuje pomocí pohybů těla a již naučených gest, které mají komunikační záměr.

Mluvené řeči rozumí pouze částečně, již se naučila několik pokynů a slovních spojení, kterým plně rozumí, avšak s náhodnou konverzací má jisté problémy a nedokáže ji správně porozumět. U Anežky není možné používat ani psanou formu jazyka, ani ona se bohužel nenaučila základy čtení a psaní. Velmi dobře však zvládá dorozumívání se pomocí již naučených gest, které přesně symbolizují danou činnost, tudíž porozumění nedělá velké problémy ani lidem, kteří Anežku příliš dobře neznají.

5 Závěry výzkumného šetření

Hlavními cíli výzkumné části této práce bylo analyzovat komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením. Z hlavního cíle vyplývalo několik dílčích cílů, které analyzovaly způsoby využívané ke komunikaci s okolím, dále se zaměřovaly na prostředky sloužící k vyjádření emocí, primárních potřeb či jiných požadavků, a v poslední řadě analyzovaly symbolické a nesymbolické způsoby komunikace u osob s mentálním postižením.

Prostřednictvím výše uvedených metod výzkumného šetření byly zpracovány odpovědi na stanovené výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č.1: Jakým způsobem nejčastěji osoby s mentální postižením navazují kontakt se svým okolím?

Při navazování kontaktu s okolím využívá každý klient rozdílný způsob komunikace. Lze pozorovat, že každá osoba je naprosto rozdílná. Někdo téměř nevyžaduje navazovat kontakty a raději tráví čas o samotě, zatímco naopak jiní společnost a kontakt s ostatními vyžadují a potřebují ho ke své spokojenosti. U některých klientů představuje nejvyšší problém neschopnost se verbálně vyjadřovat, tudíž nedokáže kontakt navázat samostatně, a vyžadují vždy asistenci pracovníků. Mezi nejčastěji používané metody, využívané u osob, které kontakt vyžadují a dokáže ho navázat, patří zejména dotek či objetí. Takový způsob navázání kontaktu lze sledovat především u zmíněných žen. U jedné z žen lze také pozorovat verbální navázání kontaktu, které zahajuje slovem „ahoj“, avšak další verbální komunikace není možná. Je nutné tedy podotknout, že kontakt s okolím u osob tvořící výzkumný vzorek téměř vůbec nenavazují muži, ani o něj nemají zájem, zatímco ženy jsou více kamarádské a raději navazují taktilní kontakt.

Výzkumná otázka č.2: Jak osoby s mentálním postižením projevují své emoce a primární potřeby?

V oblasti projevování emocí a primárních potřeb lze taktéž zaznamenat velké rozdíly u všech pozorovaných osob. Obecně lze zaznamenat nespočetné množství projevů, kterými lze tyto potřeby vyjádřit. I přesto, lze ale pozorovat několik společných projevů, mezi které se řadí

viditelné projevy a změny v mimice tváří, nejčastěji se však jedná o smích, úsměv na tváři, tanec či jiné pohyby vykonávané v případech spokojenosti a veselosti. Za společné rysy v případě vzteku či smutku lze považovat vztek, rozloženost či agresivní pohyby končetinami, což může vyústit až v sebeubližování či ubližování ostatním klientům nebo pracovníkům.

Vzhledem k vyjadřování primárních potřeb by se dalo konstatovat, že se projevy od sebe příliš neliší. Klienti nejčastěji využívají předměty, fotografie či obrázky, které symbolizují věc, kterou právě požadují. Mezi projevy primárních potřeb se může také vyskytovat křik či pláč, a to zejména v případě požadování jídla v jiný čas, než je stanoveno denním režimem. Taktéž lze zaznamenat využívání kontaktu, klienti dotekem upozorní pracovníka, a následně ho například vedou na místo nebo k předmětu, jenž chtějí využívat.

Výzkumná otázka č.3: Jak projevují souhlas či nesouhlas?

Na základně porovnání všech případových studií lze zhodnotit, že pro vyjádření souhlasu či nesouhlasu jsou využívány takové projevy, které lze jednoduše rozpoznat u všech klientů. U některých klientů probíhá vyjádření souhlasu pomocí již naučených a zautomatizovaných slůvek jako jsou například slova „hm“, „ano“, „áno-pepa“ nebo „uj-uj“. Tyto slova naznačují ochotu spolupracovat. Souhlas lze také vyvodit z gest či pohybů rukou. Nesouhlas pomocí slova „ne“ umí vyjádřit pouze jeden klient, ostatní k odmítnutí využívají nejčastěji pohyby hlavou a celého těla, u někoho se nesouhlas vyjadřuje značně viditelným vztekem, který přechází až do sebe ubližování. Někteří klienti vyřeší nesouhlas odchodem z místnosti. Nejvíce ohrožující je však případ, kdy klientka v případě nesouhlasu dokáže zneužívat svého zdravotního stavu a dokáže se sama vyvolat epileptický záchvat.

Výzkumná otázka č.4: Jakých druhů symbolické a nesymbolické komunikace si můžeme povšimnout?

Z pohledu symbolické a nesymbolické komunikace můžeme sledovat mnoho projevů, které však mají rozdílné významy. Mezi nejvíce používané projevy patří zejména pohyb těla a celková změna svalstva. Tyto projevy mají víceméně u všech klientů význam stejný. Nejvíce zajímavý projev předvádí klient Aleš, který ke komunikaci s konkrétní pracovnící požaduje pohled na její chodidla. Důležitým projevem nesymbolické komunikace je ticho. Tento projev má však u různých klientů různý význam. U někoho představuje naprostou spokojenost a pocit pohody, kdy klienta nic netrápí, naopak u někoho je to prvek vyžadující zvýšenou pozornost,

jelikož klient tak naznačuje, že ho něco trápí a má potíže, které mohou mít podobu jak zdravotního charakteru či například problémy s kamarády v zařízení. Dalším často viděným prvkem nesymbolické komunikace je manipulace s předměty, jelikož se klienti nedokáží domluvit pomocí mluvené řeči, využívá tak ke komunikaci tyto předměty.

V oblasti symbolické komunikace dochází až na výjimku k porozumění mluvené řeči, klienti dokáží identifikovat, co po nich například pracovníci požadují, nedokáží však využívat schopností číst a psát. Vizuelně-motorické systémy se taktéž u zkoumaného vzorku nevyužívají, jedinou možností představuje využití reálných obrázků či fotografií.

Srozumitelnost zkoumaného vzorku často vyžaduje dlouhodobý vztah s klienty, jelikož jejich projevy mohou být pro cizí osoby velmi matoucí a náročné na porozumění.

5.1. Doporučení pro praxi

Výše zpracované téma diplomové práce se týká populace osob s mentálním postižením a v současné době je také považováno jako velmi aktuální. Jak již bylo zmiňováno, pro tuto skupinu osob představuje komunikace za pomoci běžné verbální řeči značné potíže, z čehož vyplývají také problémy s jejich začleněním do běžné společnosti. Na základně kvalitativního výzkumu by bylo vhodné se v budoucnu více zaměřit na celkovou analýzu komunikačních schopností u osob s mentálním postižením, a následně tak těmto osobám pomoci s jejich začleněním do společnosti. Je na nás, abychom jim tento proces usnadnili, naučili se s nimi komunikovat, zjistit jejich potřeby a tím jim zajistit kvalitnější způsob života.

U osob s mentálním postižením je velmi důležité, aby si každá osoba zvolila dle svých možností a schopností funkční komunikační prostředek, který dokáže využívat ke komunikaci se svým okolím. Je nutné, abychom se zaměřili především na rozvoj jejich schopností a dovedností, jelikož dlouhodobým opakováním a nácvikem můžeme dosáhnout překvapujících výsledků. Upevňování nových znalostí a činností představuje zdlouhavý proces, který je nutný dodržovat, vyžaduje velkou trpělivost všech zúčastněných se osob, ale definitivně se vyplácí.

Z uvedeného výzkumu vyplývá, že pracovníci, kteří se již pravidelně věnují těmto klientům, znají jejich reakce a jsou tak schopni individuálně se přizpůsobovat jejich zvláštnostem a dokáží zvolit vhodné komunikační systémy, které pravidelně využívají a snaží se je uplatnit v komunikaci s okolím.

Závěr

Diplomová práce se zabývala analýzou komunikačních schopností u osob s mentálním postižením. Hlavním cílem bylo zjistit, jakým způsobem osoby s mentálním postižením komunikují, jaké využívají prostředky a metody, a to nejenom mezi sebou, ale také se svým okolím, v tomto případě převážně s pracovníky zařízení, které navštěvují.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí, teoretické a praktické části. Teoretická část vznikala z poznatků a studia odborné literatury a je zaměřena především na vymezení důležitých pojmů, které souvisí s prací. První kapitola definuje problematiku mentálního postižení, vymezuje klasifikace a etiologii postižení a v poslední řadě se zabývá charakteristikou jednotlivých stupňů mentálního postižení. Druhá kapitola je zaměřena na osobu s mentálním postižením, s čímž úzce souvisí rodina dané osoby, dochází také k popisu psychických procesů osoby s mentálním postižením a dostává se také k popisu možností rozvoje u osob s mentálním postižením. Poslední kapitola teoretické části popisuje specifika komunikace ve spojitosti s narušenou komunikační schopností, vymezuje základní pravidla, která jsou vhodná při komunikaci s osobou s mentálním postižením a v poslední řadě se zabývá alternativní a augmentativní komunikací, kdy vymezuje vhodné způsoby a metody pro osoby s mentálním postižením.

Na teoretickou část plynule navazujeme částí praktickou. Samotné výzkumné šetření probíhalo pomocí kvalitativní metody, kdy byly využity metody pozorování, byla zpracována osobní dokumentace klientů a cenné informace byly zjištěny pomocí nestrukturalizovaného rozhovoru s pracovníky zařízení pro osoby se zdravotním postižením v Hodoníně, v Jihomoravském kraji, kde samotné výzkumné šetření probíhalo. Získané informace byly následně zpracovány do jednotlivých případových studií.

Hlavním cílem této diplomové práce byla analýza komunikačních schopností u osob s mentálním postižením. Za pomoci vhodně stanovených dílčích cílů a následně vymezených výzkumných otázek se podařilo stanovené informace získat a bylo tak možné získat odpovědi na jednotlivé otázky. Avšak je nutné podotknout, že výsledky praktické části uvedené v diplomové práci jsou především kvalitativní povahy, což znamená subjektivního rázu a není tak možno je zevšeobecnit.

Seznam použité literatury

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Jarmila PIPEKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání žáků s mentálním postižením v odborném učilišti a na praktické škole. 2.*, přeprac. a rozš. vyd. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-050-0.

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Jarmila PIPEKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ, ed. *Strategie ve vzdělávání žáků v základní škole speciální: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-256-7.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2.*, rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

BENDOVÁ, Petra a Veronika RŮŽIČKOVÁ. *Alternativní a augmentativní komunikace 2*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3705-7.

BENDOVÁ, Petra. *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3853-6.

BENDOVÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

FILATOVA, Renáta. *Snoezelen-MSE*. [Frýdek-Místek]: Kleinwächter Josef, 2014. ISBN 978-80-905419-3-1.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-1110-9.

HOUSAROVÁ, Blanka. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011. ISBN 978-80-7372-789-5.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0054-3.

JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace: učební text*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3204-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Lucia PASTIERIKOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3714-9.

KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: [metodická příručka pro učitele speciálních škol a vychovatele ústavů sociální péče pro mentálně postiženou mládež]*. Praha: Tech-market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977-4.

LEJSKA, Mojmír. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-038-7.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. *Logopedické minimum*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2.

RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka: příručka pro vysoké školy*. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.

SILLAMY, Norbert. *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. ISBN 80-244-0249-1.

SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

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

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan a Oldřich MULLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

ZEZULKOVÁ, Eva. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-80-7464-395-8.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

Online zdroje:

Augmentative and Alternative Communication. In: *American Speech-Language-Hearing Association* [online]. [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Augmentative-and-Alternative-Communication/>

LASSWELL, Harold D. The Structure and Function of Communication in Society. *The Quarterly Journal* [online]. New York: Harper & Bros, 1948 [cit. 2021-04-12]. Dostupné z: <http://connections-qj.org/article/structure-and-function-communication-society>

Seznam tabulek a obrázků

Tabulka č.1: Mentální postižení z různých pohledů (Slowík, 2016, s. 112)

Obrázek č. 1: Výpočet IQ

Seznam příloh

Příloha č. 1: Záznamový arch pro pozorování

Příloha č. 1: Záznamový arch pro pozorování

Záznamový arch pro pozorování

Základní údaje o klientovi	
Navázání kontaktu	
Vyjádření souhlasu	
Vyjádření nesouhlasu	
Projevy emocí	

Vyjádření primárních potřeb	
Nesymbolická komunikace	
Symbolická komunikace	
Doplňující informace poskytnuté od pracovníků	
Poznámky pozorovatele	

Anotace kvalifikační práce

Jméno a příjmení:	Bc. Nelly Handlová
Ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Karunová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Analýza komunikačních schopností osob s mentálním postižením z pohledu speciální pedagogiky
Název v angličtině:	The Analysis of Communicative Abilities of People with Mental Disorders from the Point of View of Special Education
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na komunikační schopnosti, analyzuje především způsob a projevy komunikace u osob s mentálním postižením. Teoretická část práce se zabývá pojmem mentální postižení z hlediska etiologie, klasifikace a dále charakteristikou jednotlivých stupňů postižení. Další kapitola se zaměřuje na rodinu osoby s mentálním postižením, případná specifika psychických procesů a možnosti rozvoje osoby. Poslední kapitola definuje komunikaci, zásady komunikace osob s mentálním postižením a v poslední řadě využitelné druhy alternativní a augmentativní metody komunikace. Praktická část probíhala za využití kvalitativně orientované výzkumné metody a analyzuje projevy komunikace osob s mentální postižením do jednotlivých případových studií.
Klíčová slova:	Mentální postižení, komunikace, narušená komunikační schopnost, alternativní a augmentativní komunikace
Anotace v angličtině:	The diploma thesis is focused on communication skills, it mainly analyzes the manifestations of communication of people with mental disabilities. The theoretical part deals with the concept of mental disability in terms of etiology, classification and the characteristics of individual degrees of disability. The next chapter focuses on the family of a person with a mental disability, the possible specifics of mental processes and the possibilities of the person's development. The last chapter defines communication, the principles of communication of people with mental disabilities and the types of alternative and augmentative methods of communication. The practical part was acquired using a qualitatively oriented research method and analyzes the manifestations of communication of people with mental disabilities and then sorts them out to the individual case studies.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disorder, communication, communication disorder, alternative and augmentative communication
Rozsah práce:	67 stran + příloha
Jazyk práce:	Český jazyk