

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sociální užití komunikačních schopností u uživatelů pobytových  
sociálních služeb

Social use of communication by clients of residential care

Bc. Odeta Žáčková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sociální užití komunikačních schopností u uživatelů pobytových sociálních služeb vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

9. 4. 2019

.....

Děkuji všem účastníkům výzkumného šetření, všem zaměstnancům DOZP, včetně všech komunikačních specialistů za ochotu a spolupráci, také paní ředitelce za umožnění vykonání výzkumného šetření. Dále děkuji vedoucí mé práce, doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D., za ochotný a odborný přístup a trpělivost při konzultacích. Nejvíce děkuji svému příteli Jakobovi Žádníkovi, nejen za velikou podporu, ale také za spolupráci, která umožnila vznik fotografií k výzkumnému šetření diplomové práce.

## ANOTACE

Diplomová práce je zaměřena na oblast speciální pedagogiky. Zabývá se vymezením základních poznatků v mezilidské komunikaci a vývoji řeči jak obecně, tak především v rámci symptomatických poruch řeči u osob s mentálním postižením. V souvislosti s komunikací představuje čtyři jazykové roviny, z nichž se nejvíce věnuje pragmatické jazykové rovině a sociálnímu užití komunikace. Propojuje poznatky o intaktním vývoji řeči s vývojem řeči u dětí s mentálním postižením a poznatky o pragmatické jazykové rovině se specifiky pragmatiky osob s mentálním postižením. Výzkumné šetření této diplomové práce vzniklo prostřednictvím interpretace výsledků získaných pomocí hodnotícího materiálu, vytvořeného pro tuto práci na základě teoretických poznatků a inspirace jiných hodnotících materiálů. Šetření mapuje úroveň pragmatické jazykové roviny jakožto sociální užití komunikace u osob využívajících pobytových sociálních služeb, konkrétně jednoho domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Závěrem práce je vyhodnocení úrovně dílčích částí pragmatické jazykové roviny u osob s mentálním postižením a doporučení pro praxi v rámci zlepšení nedostatků na této rovině.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Komunikace, pragmatická jazyková rovina, mentální postižení, symptomatické poruchy řeči, domov pro osoby se zdravotním postižením, sociální užití komunikace.

## ANNOTATION

The diploma thesis deals with the topic of special education. It deals with the definition of basic knowledge in interpersonal communication and speech development in general, and especially in symptomatic speech disorders in people with mental disabilities. In context of communication, it presents four language levels with focus on the pragmatic language and the social-use communication. This thesis connects knowledge of intact speech development with speech development in children with intellectual disabilities, and knowledge of the pragmatic language level with the specifics of pragmatics of people with intellectual disabilities. The research of this thesis is produced by the interpretation of the results obtained by using the evaluation material which was created for this thesis – it is based on theoretical knowledge and inspired by evaluation materials of other authors. The research surveys the level of pragmatic language as a social use of communication among people using residential social services, specifically one home for people with disabilities. The conclusion of the thesis is the evaluation of the partial parts of pragmatic language level in persons with intellectual disabilities and recommendations for practice in improving the deficiencies on this level.

## KEYWORDS

Communication, pragmatic language level, mental disability, symptomatic speech disorders, home for people with disabilities, social use of communication.

## Obsah

1. Úvod .....	7
2. Sociální služby .....	10
2.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením .....	10
3. Komunikace.....	13
3.1 Vývoj řeči.....	14
3.2 Narušená komunikační schopnost.....	15
3.3 Jazykové roviny.....	15
4. Komunikace osob s mentálním postižením .....	21
4.1 Člověk s mentálním postižením jako předmět psychopedie .....	21
4.2 Symptomatické poruchy řeči při mentálním postižení .....	25
5. Sociální užití jazyka u osob využívajících služeb DOZP.....	33
5.1 Cíle výzkumného šetření .....	33
5.2 Metodologie výzkumného šetření .....	33
5.3 Charakteristika místa pro výzkumné šetření.....	34
5.4 Charakteristika výzkumného vzorku .....	35
5.5 Sběr dat.....	35
5.6 Interpretace výsledků .....	39
5.6.1 Verbálně komunikující uživatelé DOZP.....	39
5.6.2 Neverbálně komunikující uživatelé DOZP .....	47
5.6.3 Shrnutí získaných poznatků .....	51
5.7 Výsledky.....	53
5.8 Zmapování aktivit uživatelů DOZP a doporučení pro praxi.....	55
6. Závěr .....	58
Seznam použitých informačních zdrojů .....	61
Seznam příloh.....	65

## 1. Úvod

Pragmatická jazyková rovina, jakožto nejmladší ze všech čtyř jazykových rovin, se v současné době stává díky holistickému pojetí logopedie mnohem více diskutovanou a je jí věnováno již mnohem více pozornosti než v minulém století. Přestože je to nejkomplexnější jazyková rovina, která ovlivňuje nejen samotnou komunikaci, ale má také vliv na sociální vztahy a profesní výkony, není jí stále věnováno tolik pozornosti jako ostatním jazykovým rovinám. Stále se můžeme setkat s názory, že v rámci logopedické péče je nejdůležitější rozvoj foneticko-fonologické roviny, tedy správné artikulace hlásek. V zahraničí se s diskutováním, hodnocením a rozvojem pragmatické jazykové roviny můžeme setkat mnohem více a častěji. A ačkoliv se podvědomí české odborné společnosti o této rovině rozšiřuje, stále chybí publikace či komplexnější zmínky v odborných publikacích o možnosti evaluace této roviny a možnostech jejího rozvoje.

Pragmatika je, zjednodušeně řečeno, aplikace komunikace v jejím sociálním kontextu. Sociální interakce je běžnou součástí každodenního života všech osob, bez ohledu na věk či případné postižení. V rámci mezilidské komunikace se často můžeme setkat s heslem, že „nelze nekomunikovat“. Interpersonální komunikace má výrazný dopad (pozitivní i negativní) na celkový rozvoj jedince, na jeho školní či profesní úspěchy, na jeho milostný a rodinný život. Snahou logopedické péče by tedy mělo být rozvíjení všech jazykových rovin, s důrazem na rozvoj právě pragmatiky, nikoliv její opomíjení. Sociální užití komunikačních schopností jakožto užití pragmatických jazykových dovedností v praxi je zkoumáno a popisováno především u osob s poruchami autistického spektra (PAS), u kterých se setkáváme s jejím, poměrně výrazným, narušením.

Symptomatické poruchy řeči u osob s mentálním postižením jsou rozebírány především z hlediska foneticko-fonologické, morfologicko-syntaktické a lexikálně-sémantické roviny. V souvislosti s osobami s mentálním postižením nalezneme jen minimum zmínek o úrovni či rozvoji pragmatické jazykové roviny – samotní autoři (např. Lechta, 2011) uznávají, že je u těchto osob nejméně prozkoumanou jazykovou rovinou. Přitom by při logopedické intervenci u osob s mentálním postižením mělo být stěžejní právě rozvíjení jazyka pro používání v sociálním kontextu, nikoliv izolovaný rozvoj slovní zásoby a správné výslovnosti bez schopnosti tyto dovednosti užívat. Opřít se v tomto tvrzení jde i o fakt, že lidé s mentálním postižením se potýkají s poměrně

velkou sociální izolací právě z důvodu samotného postižení a stále nízké informovanosti široké veřejnosti– není-li k tomu dostatečně rozvíjena pragmatika, rozsah sociální izolace může být značně vyšší.

Stejně, jako pohled na pragmatickou rovinu, tak se za několik posledních desítek let změnil i pohled na sociální služby. Sociální pobytové služby prošly a stále procházejí velkými transformačními změnami. V současné době je to trend deinstitucionalizace, humanizace a přístup zaměřený na člověka s důrazem na jeho individuální potřeby. Ačkoliv v sociálních pobytových službách převažuje klientela osob s mentálním a kombinovaným postižením, výjimkou nejsou ani osoby s těžkým tělesným postižením, smyslovými vadami, osoby s demencí či neurodegenerativním onemocněním.

Diplomová práce se zabývá komunikací osob s mentálním postižením právě se zaměřením na pragmatickou jazykovou rovinu a sociální jazykové dovednosti. Je členěna do šesti na sebe navazujících kapitol. První kapitolou je úvod, který poskytuje stručný náhled do problematiky celé práce. Druhou kapitolou je legislativní a informativní zasazení DOZP v sociálních službách. Třetí kapitola se věnuje celkové komunikaci obecně – tedy běžnému vývoji komunikace a jejím specifikům, se zaměřením na pragmatickou jazykovou rovinu. Čtvrtá kapitola přináší ucelený přehled o mentálním postižení a zejména pak o symptomatických poruchách řeči a pragmatické jazykové rovině u osob s mentálním postižením. Pátá kapitola je již samotné výzkumné šetření, tedy praktická část diplomové práce, která se opírá o teoretické poznatky získaných v předchozích kapitolách. Pátá kapitola obsahuje své vlastní shrnutí s doporučením pro praxi. Poslední, šestou, kapitolou je závěr a shrnutí celé práce.

Cílem výzkumné části práce je zjištění úrovně sociálního užití jazyka u osob využívajících pobytových sociálních služeb, konkrétně jednoho domova pro osoby se zdravotním postižením (DOZP). Šetření si tedy klade za úkol zmapovat dílčí části pragmatické jazykové roviny u cílové skupiny osob s mentálním postižením, bez zatížení těžkou smyslovou vadou a se zachovaným porozuměním slovním instrukcím. Konkrétně se jedná o osoby v pásmu lehké až těžké mentální retardace (dle MKN-10, 2018), s možnou kombinací s tělesným postižením a lehkými smyslovými vadami. Pro účely výzkumného šetření byl vytvořen vlastní hodnotící materiál na základě inspirace podobných testových materiálů (českých i zahraničních). Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo třicet pět osob dospělého věku v zastoupení obou pohlaví, s různým stupněm

mentálního postižení, způsobem komunikace (verbální i neverbální) a úrovní jazykových dovedností.

## 2. Sociální služby

Předtím, než se začne diplomová práce zabírat samotnou komunikací, je potřeba si vymezit sociální pobytové služby a přiblížit si problematiku **domovů pro osoby se zdravotním postižením** (dále také DOZP), jelikož uživatelé právě této služby jsou cílovou skupinou pro výzkumné šetření této práce.

Sociální služby se poskytují osobám se společenským znevýhodněním s cílem zlepšení kvality života, začlenění do společnosti či naopak s cílem ochránit společnost před riziky, která mohou někteří lidé představovat (Matoušek, 2007). Sociální služby jsou ukotveny v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který neustále prochází většími či menšími změnami prostřednictvím jeho novel.

Základní členění sociálních služeb je dle druhu služby, kterou nabízejí, a to sociální poradenství, služby **sociální péče** a služby sociální prevence.

Dále se dělí dle formy, kterou jsou tyto služby poskytovány, a to buď formou **pobytovou**, ambulantní, nebo terénní.

Pro tuto diplomovou práci zvolená služba DOZP dle uvedeného členění spadá do pobytové služby sociální péče. „*Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., Díl 3, § 38).

Sociální pobytové služby se vyznačují tím, že spojují poskytované služby sociální péče s ubytováním přímo v místě poskytování daných služeb. Ze služeb sociální péče se jedná o tato zařízení: týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněná bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Zákon č. 2008/206 Sb.).

### 2.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Zákon o sociálních službách s sebou v roce 2006 přinesl nespočet změn týkajících se (nejen) služeb pro lidi s postižením. Do této doby vymezovala sociální služby pro

osoby s postižením vyhláška 182/91 Sb.<sup>1</sup>, dle které byly dnes známé domovy pro osoby se zdravotním postižením členěny na ústavy pro různé cílové skupiny. V případě osob s mentálním postižením se jednalo o ústavy pro mentálně postiženou mládež (ve věkové hranici od tří do dvaceti šesti let věku jedince) a ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením (pro osoby nad dvacet šest let). Po roce 2006 došlo k úpravě těchto názvů na domovy pro osoby se zdravotním postižením, přibýly nabízené služby, vzniklo více nestátních neziskových organizací (NNO) a začalo postupně docházet ke změnám a utváření sociálních služeb (nejen) pro osoby s mentálním postižením, jak je známe dnes (raná péče, osobní asistence, chráněná či samostatná bydlení, respitní péče, stacionáře, sociálně-terapeutické dílny apod.) (Matoušek, 2007; Valenta, 2003).

Do roku 2006 byly také Standardy kvality sociálních služeb pouhým doporučením ze strany MPSV, v reakci na změnu sociálních služeb se ovšem 1. 1. 2017 staly závazným právním předpisem, který je součástí přílohy Zákona č. 108/2006 Sb. Tyto standardy jsou významnou formulací kvality sociálních služeb (Matoušek, 2007).

*„V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., Díl 3, § 48).

Služba, jak její název napovídá, je určena osobám se zdravotním postižením. Jedná se o celoroční pobytovou službu, která se poskytuje za úhradu a obsahuje následující základní činnosti (Zákon č. 2008/206 Sb.): ubytování a stravu; pomoc při péči o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně / vytvoření podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu s okolím; pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí.

Na rozdíl od předchozího členění, v dnešní době jsou DOZP určeny pro všechny věkové kategorie s rozmanitými druhy postižení a různou mírou potřebné podpory. V současnosti je volba věkového omezení či specifikace služby pro jistý druh postižení závislá na zřizovateli či poskytovateli těchto služeb.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením a sociální služby celkově stále ovšem procházejí velikými změnami. MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) se věnuje

---

<sup>1</sup> Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

procesu transformace a deinstitucionalizace těchto služeb. Od ústavních prvků po komunitní či rodinné prostředí – v rámci transformace je diskutována potřeba zrušit velké instituce (domovy) a nahradit je jinou, tradičnější formou bydlení (byty či domy v běžných zástavbách). I přes viditelné změny jsou stále sociální služby pro osoby s potřebnou mírou podpory na začátku své dlouhé cesty (Manuál transformace ústavů, 2013; Šelner, 2012).

Pro účely výzkumného šetření diplomové práce byl vybrán jeden domov pro osoby se zdravotním postižením – jeho charakteristika je uvedena v kapitole 5.3 *Charakteristika místo výzkumného šetření*.

### 3. Komunikace

Termín komunikace má původ v latinském slově *communicatio*, které v překladu zastřešuje hned několik pojmů: spojení, sdílení, ale také sdělení a přenos. Samotný termín tedy nemá přesnou definici – záleží na vědním oboru a na kontextu, ve kterém je pojem komunikace užíván – tato diplomová práce se věnuje mezilidské komunikaci, setkat se ale můžeme i s dalšími významy termínu komunikace (doprava, informační technologie apod.). Mluvíme-li tedy o mezilidské komunikaci, můžeme považovat termín komunikace za obecně jakoukoliv interakci mezi dvěma a více lidmi. Není to tedy jen samotné sdělování informace, ale také podílení se na celkové komunikační situaci a její ovlivňování samotnou přítomností (Klenková, 2006; Vybíral, 2009).

Komunikace (mezilidská, jak o ni uvažuje diplomová práce) má několik základních funkcí: informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat, pobavit. Jsou to tedy takové funkce, které jsou nejvíce využitelné v sociálním kontextu a jsou tedy úzce spojeny právě s pragmatickou jazykovou rovinou. Již v samotné tradiční definici komunikace Vybíral (2009) uvádí pojem syntaxe, sémantika a pragmatika, a sděluje, že úkolem pragmatiky „je analýza vztahu mezi produktorem a příjemcem v konkrétním kontextu, porozumění záměru a rozbor takových fenoménů, jakými jsou ovlivňování, přesvědčování, potvrzování, přijímání a odmítání komunikovaného (...)“ (Vybíral, 2009, s. 26).

V procesu komunikace se zapojují následující tři složky: **receptivní** (vnímání pomocí zrakového a sluchového aparátu), **centrální** (zpracování informací a vyvozování závěrů z nich) a **expresivní** (produkce sdělovaného komunikačního záměru) (Klenková, Bočková, Bytešníková, 2012).

Komunikace je všeobecně dělena na verbální a neverbální – tyto dvě složky spolu ovšem úzce souvisí a v ideálním případě kooperují. **Neverbální komunikace** je nejstarší forma komunikace, je kolikrát upřímnější a pravdivější než verbální komunikace, je ovšem vedle verbální komunikace často upozadována a není jí věnováno tolik pozornosti. Pomocí neverbální komunikace je možné objektivně vyjádřit emocionální rozpoložení. Spadají sem tyto části: pohled, mimika, gestikulace, pohyby těla a doteky, vzdálenost při komunikaci, hlasové modality. Kohoutek (1998; in Bytešníková, 2015) popisuje, že pouze 7 % sdělovaných informací pochází z komunikace verbální a zbylých 93 % pochází z komunikace neverbální (Bytešníková, 2015; Klenková, 2006).

**Verbální komunikace** je realizována skrze mluvenou či psanou řeč. Klenková (2006) uvádí, že se skrze ni manifestuje inteligence člověka a má tak veliký vliv na vytváření sociálních kontaktů a jejich udržování. Ačkoliv se tvrdí, že verbální komunikace získala dominantní postavení a neverbální komunikace je využívána jen jako její doplnění, neverbální komunikace může fungovat a uskutečňovat se samostatně, bez komunikace verbální, zatímco verbální komunikace je vždy tou neverbální doprovázena (Bytešniková, 2015; Klenková, 2006).

Již zmíněný termín **řeč** „je specificky lidskou schopností. Jedná se o vědomé užívání jazyka jako složitého systému znaků a symbolů ve všech jeho formách. Slouží člověku ke sdělování pocitů, přání, myšlenek“ (Klenková, 2006, s. 27). V souvislosti s komunikací se také setkáme s pojmem **jazyk**, což je „soustava zvukových a druhotných dorozumivacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní prožitky. Jestliže je řeč výkonem individuálním, pak jazyk je jevem a procesem společenským“ (Klenková, 2006, s. 27).

### 3.1 Vývoj řeči

Aby bylo možné zabývat se vývojem řeči u cílové skupiny této práce – tedy u osob s mentálním postižením – je potřeba pro srovnání uvést ontogenetický vývoj řeči. Ten je ovšem zapotřebí znát nejen k porovnání s vývojem řeči u osob s mentálním postižením, nýbrž i pro včasné a správné určení případné narušené komunikační schopnosti jedince.

Vývoj řeči rozdělují odborníci ve svých publikacích různě, nejčastěji se ovšem můžeme setkat s rozdělením na období předřečové a řečové. **Předřečové období** trvá přibližně do prvního roku života dítěte, samozřejmě je nutné brát v potaz individualitu jedince. Během tohoto období dítě prochází následujícími obdobími. Období **křiku** (novorozenecké období), kdy dítě během prvních týdnů využívá křiku jako reflexní činnosti. Období **broukání** (8.-10. týden), kdy se vlastnosti křiku mění – dítě užívá více měkký hlasový začátek, tvrdý křik v tuto chvíli dítě již využívá k vyjádření nelibosti. Období **žvatlání** (dítě do něj postupně přechází kolem 2.-3. měsíce), kdy využívá pudové zvuky<sup>2</sup> když vytváří hlas, opakuje sací a polykací pohyby. Období **napodobování** (po prvním půl roce života), kdy již dítě vědomě sluchově a zrakově kontroluje okolí a pomocí toho jej napodobuje, využívá nápodobu melodie, výšky a síly hlasu. Poslední předřečové období je období **rozumění**, kdy dítě sice nechápe význam všeho

---

<sup>2</sup> Kutálková (2010, s. 11) uvádí, že tyto zvuky vydávají všechny děti na světě stejné, bez ohledu na světadíl.

sdělovaného, ale je schopné reagovat na jednoduché pokyny pomocí asociování zvuků, gest a mimiky (např. „ukáž, jak jsi veliký“) (srov. Klenková, 2006; Kutálková, 2010; Lechta, 2011; Škodová, 2003).

Na předřečové období přirozeně navazuje **období řečové**. To nastává v době kolem prvního roku dítěte, ale opět je potřeba počítat s individualitou jedince. I během řečového období dítě projde (do té doby, dokud není řeč plně vyvinuta), několika menšími obdobími. Prvním je **emocionálně-volní** období, kdy dítě již verbálně vyjadřuje svá přání – nejčastěji jsou to zvukomalebná slova, jednoslovné věty (např. „pá“ či „ham“), stále zatím přetrvává žvatlání. Dalším obdobím je **asociačně-reprodukční**, které je charakteristické užíváním výrazů, spojených s konkrétním jevem či situací (jednoduché asociace). Během tohoto období (mezi 2. a 3. rokem) dochází k znatelnému rozvoji řeči a dítě užívá podstatných a přídavných jmen i sloves ve víceslovných větách. Okolo třetího roku nastává období **logických pojmů** – dítě již rozumí téměř tisíci slovům, zná předložky, protiklady, odpovídá na otázky a samo je pokládá, užívá minulý čas a množné číslo, používá zájmena, příslovce a více sloves, v tomto období může docházet k vývojovým obtížím v řeči – opakování, zarážení. Posledním obdobím je období **intelektualizace řeči**, které nastává mezi třetím až čtvrtým rokem a přetrvává až do dospělosti člověka, dítě již velmi výstižně vyjadřuje své myšlenky, užívá již většinu hlásek (užívá, ovšem nemusí plně ovládat), postupně se rozšiřuje slovní zásoba, přichází období otázek („Proč?“ „Kdy?“ „Jak?“). Řeč je již srozumitelná a dítě je schopno vést dlouhé konverzace (srov. Klenková, 2006; Kutálková, 2010; Škodová, 2003).

### 3.2 Narušená komunikační schopnost

V současné době v logopedické terminologii nahrazuje termíny vada či porucha řeči všeobecný termín narušená komunikační schopnost (NKS). Komunikační schopnost je považována za narušenou v případě, že je jedna či více jazykových rovin narušena a působí v komunikačním projevu v mateřském jazyce jedince rušivě. Je ovšem potřeba brát v potaz fyziologické jevy, působící rušivě (např. dysgramatismy či dysfluence), které jsou přirozené pro dětský věk – po překročení věkových hranic se ovšem stávají patologickými a hovoříme tedy o NKS (Klenková, 2006; Lechta, 2005; Peutelschmidová in Vitásková a Peutelschmidová, 2005).

### 3.3 Jazykové roviny

Z logopedického i lingvistického hlediska jsou vymezovány čtyři jazykové roviny, které napomáhají porozumění jazykové normě. Tyto roviny se nevyvíjí zvlášť, naopak,

vzájemně se jejich vývoj prolíná a doplňuje. Jak již bylo uvedeno, v případě narušení jedné či více jazykových rovin hovoříme o **narušené komunikační schopnosti**. Pro správné užití jazyka, jakožto komunikačního prostředku, je tedy potřeba si osvojit a rozvíjet všechny čtyři roviny. Vzhledem k tomu, že prvním třem uvedeným rovinám se věnuje celá řada (nejen) odborných publikací, nebude zde vyhrazen prostor pro jejich podrobnější popis ani jejich vývoj. Jsou zde uvedeny především pro komplexnost poznatků o lidské komunikaci a pro srovnání s jejich specifiky v případě symptomatických poruch řeči u osob s mentálním postižením (viz kapitola 4.2.2 *Symptomatické poruchy řeči při mentálním postižení*).

**Lexikálně-sémantická** rovina se zabývá slovní zásobou a významem užívaných slov. Slovní zásobu vymezují autoři různě, všeobecně ovšem můžeme hovořit o aktivní slovní zásobě (tedy slova, která dítě/dospělý reálně a aktivně využívá v komunikaci), či pasivní slovní zásobě (slova, která dítě/dospělý zná, aktivně je ovšem nevyužívá). Např. Mistrík (1993; in Kerekrétiová, 2009) slovní zásobu dělí na další podkategorie, a to na individuální a národní, subjektivní a objektivní, stylisticky nepříznačnou a příznačnou, emociálně neutrální a expresivní. Hodnocení úrovně rozvoje této roviny je složitý proces, při kterém je nutné si určit, která slovní zásoba bude ověřována. Ve věku šesti let má dítě, dle Klenkové, ve slovní zásobě do tří tisíc slov, ovšem není uváděno, o jakou slovní zásobu se jedná. Nejhůře lze vývoj narušení této roviny posoudit u osob s kombinovaným postižením a osob neslyšících. Její vývoj ovšem, na rozdíl od ostatních rovin, není ohraničený věkem – vyvíjí se po celý život jedince (Kerekrétiová, 2009; Klenková, 2006; Lechta, 1987).

Další rovinou, zkoumající samostatná slova, je **morfologicko-syntaktická** rovina. Tato rovina zkoumá gramatickou stránku jazyka – slovní druhy, ohýbání slov, skladbu věty, slovosled atd. Z hlediska ontogenetického vývoje řeči je možné ji zkoumat až kolem prvního roku dítěte, tedy v řečovém období. Lechta (1987) tvrdí, že na rozdíl od ostatních rovin je na základě chybného vývoje této roviny možné usuzovat sníženou úroveň intelektu jedince. Do čtyř let věku se jedná o fyziologické dysgramatismy, poté již deficity v této rovině mohou signifikovat narušenou komunikační schopnost (Kerekrétiová, 2009; Klenková, 2006; Lechta, 1987).

V logopedickém podvědomí je nejvíce diskutovanou jazykovou rovinou **foneticko-fonologická**. Je totiž nejvíce patrná ihned při promluvě jedince a pozorovatelná již v předřečovém stadiu. Zkoumá produkované zvuky, výslovnost slov a jejich diferenciaci

apod. Na jejím intaktním rozvoji se podílí i obratnost řečových orgánů a případné deficity. V českém jazyce je všeobecně dáno ontogenetické fixování jednotlivých hlásek – nejprve si dítě zafixuje vokály, poté závěrové konsonanty, úžinové konsonanty, polozávěrové konsonanty a až poslední se fixují vibranty. Pro správnou úpravu výslovnosti je potřeba, aby logoped znal pořadí tvoření těchto hlásek. Dítě by mělo mít zafixované hlásky při nástupu na základní školu, pokud nemá, jedná se o narušenou komunikační schopnost vyžadující logopedickou intervenci (Kerekrétiová, 2009; Klenková, 2006; Lechta, 1987).

### **Pragmatická jazyková rovina – sociální využití jazyka**

Nejmladší a nejméně prozkoumanou jazykovou rovinou je rovina pragmatická. Ačkoliv v zahraničí se pragmatice<sup>3</sup>, jak se také tato rovina často označuje, věnují již mnohem déle (Gallagher, 1990, uvádí od 70. let 20. století), v české a slovenské lingvistice a logopedii si své místo stále upevňuje. Lechta v Logopedickém repetitoriu v roce 1987 pragmatiku zmiňuje takto: *„konkrétny řečový prejav človeka, konkrétna „sociálna aplikácia komunikačnej schopnosti“ (ktorá sa niekdy nazýva aj pragmatická rovina) nie je iba prostou sumou jednotlivých jazykových rovin, ale kvalitatívne vyšším procesom“* (Lechta, 1987, s. 43), více pozornosti jí, na rozdíl od ostatních rovin, bohužel nevěnuje. Peutelschmidová (2005) uvádí, že *„pragmatika, sociální uplatnění osvojení řečových dovedností, upřednostňování sociálního aspektu řeči a jazyka je poměrné novum v logopedickém pohledu na slovní komunikaci“* (Peutelschmidová, 2005, s. 11).

V současnosti se pragmatice dostává ovšem mnohem více pozornosti. *„Souvisí to s měnícím se paradigmatem logopedie směřujícím od praktického artikulačně-fonetického mechanického pojetí k vyšší zodpovědnosti logopedů za reální dopad efektivity logopedické péče“* (Vitásková a Kytarová, 2013, s. 13). *„Pragmatická rovina jazyka, jeho sociální role je zcela právem v centru pozornosti při posuzování jazykových a řečových kompetencí jedince.“* (Peutelschmidová, in Vitásková a Peutelschmidová, 2005, s. 130). Úkolem logopedické péče by tedy neměla být jen srozumitelnost verbálního projevu, ale projevu celkového.

Pragmatická jazyková rovina reflektuje sociální aspekty užívání jazyka. Zahrnuje základní lidské verbální i neverbální dovednosti. Velmi jednoduše, přesto velmi věcně vystihuje tuto rovinu věta od Hirschové (2013, s. 314): *„pragmatika vždy postihuje jazyk*

---

<sup>3</sup> *„Pragmatika – zkoumání řečových aktů jako úkonů, kterými se (ne)dosahuje jistých záměrů“* (Dvořák, 1998, s. 129).

*v jeho proměnlivém vztahu k jeho uživatelům a okolní realitě.*“ Pojmy, se kterými pragmatika často operuje jsou komunikační **kontext** či **situace** – oba jsou zpravidla tvořeny těmito složkami: komunikátor (vysílač komunikace – mluvčí), komunikant (příjímač komunikace – adresát), komuniké (sdělovaná informace), psychické rozpoložení obou účastníků komunikace a kontext sdělované informace (Hirschová, 2013).

Oproti ostatním jazykovým rovinám je pragmatická rovina mnohem více komplexní a závisí na mnoha faktorech – od základních kognitivních funkcí, přes osobní znalosti a zkušenosti až po samotný komunikační a sociální kontext (Martin a McDonald, 2003). Na základě mnoha definic a zmínek o pragmatické jazykové rovině, pragmatice a sociálním užití jazyka je potřeba určit, co vše do této oblasti komunikace spadá. Za pragmatické jazykové dovednosti můžeme označit širokou škálu **verbálních** a **neverbálních** (lépe řečeno paralingvistických) aspektů. Do **verbálních** řadíme všechny ty aspekty, které souvisí s obsahem sdělovaného. **Používání jazyka jako komunikace v mnoha různých způsobech**, jako například: pozdrav (přivítání a rozloučení), informační funkce (co se dělo, děje či bude dít), žádost, slib, prosba. **Změna jazyka jako komunikace s ohledem na situaci či komunikačního partnera**, vhodná volba slov, například: jiná komunikační strategie v závislosti na komunikačním partnerovi (rozdílná konverzace s dítětem a dospělým); schopnost předat informace někomu, kdo není zainteresovaný do situace – a schopnost přeskočit informace, které mu naopak známé jsou; jiná komunikační strategie v závislosti na situaci (rozdílná konverzace např. na hřišti a ve škole). **Dodržování základních (nepsaných) pravidel konverzace**: vyjádření ve vhodnou dobu<sup>4</sup>; volba téma a informování ostatních komunikačních partnerů o tomto tématu; udržení tématu hovoru a jeho případná změna; v případě nepochopení komunikačním partnerem snaha o vysvětlení jiným způsobem. **Paralingvistická** část pragmatiky obsahuje také mnoho aspektů – pomocí nich lze vyjadřovat emoce (smutek, radost atp.). Patří sem užívání gest a řeči těla (např. ukazování, krčení rameny); udržování vhodné fyzické vzdálenosti a vhodného fyzického kontaktu během komunikace; užívání mimiky; navázání a udržení očního kontaktu, plynulost verbálního projevu. Spadají sem také hlasová specifika, jako srozumitelnost, síla a kvalita hlasu, melodie (určuje, zda se jedná o otázku či oznámení). Dále je potřeba zmínit také **extralingvistické** faktory,

---

<sup>4</sup> V anglickém jazyce je přímo užívaný termín Turn taking – doslova spíše „převzetí komunikace“, označuje to tedy nenarušování projevu komunikačního partnera, vyčkání a využití svého prostoru pro vyjádření.

kteře ovlivňují sociální komunikaci a již uvedené pragmatické aspekty, jako například: prostředí, ve kterých komunikace probíhá; aktuální psychický a fyzický stav komunikačních partnerů a jejich schopnost tento stav odhadnout a adekvátně na něj reagovat (ASHA; Gallagher, 1990; Kerekrétiiová, 2009; Prutting a Kirchner, 1987; Vitásková a Kytarová, 2017; Wilkinson, 1998).

**Vývoj** pragmatické jazykové roviny popisuje Schifffová-Myersová následovně (1994, in Lechta 2003). **Stadium do cca 3,5 let dítěte:** pragmatickou funkcí komunikace je cíl ovlivnit chování ostatních osob, získat předměty, o které má dítě zájem, upoutat na sebe pozornost, přidat se k některým aktivitám, společensky komunikovat v rámci hry. Dítě užívá komunikaci v přítomném čase, komentuje, co dělá a co chce, aby dělalo okolí. Komunikačního partnera si uvědomuje, ovšem nepřizpůsobuje se mu. **Stadium do cca 4 let dítěte:** pragmatické funkce komunikace jsou stejné jako v předchozím stadiu, objevují se již ovšem otázky „co?“ a „kde?“ – ne ve všech případech tyto otázky ovšem slouží k získání informace, nýbrž jako kontakt s komunikačním partnerem. Dítě již komunikuje v minulém i budoucím čase – vše ovšem v bezprostřední blízkosti přítomnosti. Hovor je schopné již samostatně iniciovat, navazovat na předchozí souvislosti rozhovoru, již jednou užitá slova zaštiťuje pojmenovávání zájmeny a správně užívá zájmena označovací. **Stadium do cca 6 let dítěte:** funkce komunikace je již osobní kontakt s okolím, využívá často otázek, které jsou reakcí na předchozí sdělení komunikačního partnera. Projev dítěte je spontánní, samostatně navazuje konverzaci. Dokáže objasnit příčinu a následek.

**Poruchy** v pragmatické jazykové rovině jsou charakteristické obtížemi na verbální i neverbální složce, které se reflektují do rozvoje mluvené i psané komunikace. Problémy v této oblasti negativně působí nejen na efektivitu samotné komunikace, což úzce souvisí s negativním působením v oblasti sociálních vztahů a studentských či profesních výkonů. V případě narušení pragmatických jazykových dovedností se zpravidla setkáme s narušením nejen jedné části, ale s více (výše zmíněných) částí pragmatiky. Nejčastěji bývá narušení této roviny uváděno u osob s poruchami autistického spektra, setkat s ním můžeme ovšem u všech osob – nezávisle na druhu či stupni zdravotního znevýhodnění (Vitásková a Kytarová, 2017).

V případě, že chce logoped či jiný odborník **hodnotit úroveň** pragmatické jazykové roviny u jakéhokoliv jedince, nemá k dispozici v současné době standardizovaný materiál zaměřující se na tuto rovinu. V zahraničí se s takovými testy setkat můžeme – jedná

se například o test **TOPL** (Test of Pragmatic Language, Diana Phelps-Terasaki a Trisha Phelps-Gunn), test **PLSI** (Pragmatic Language Skills Inventory, James E. Gilliam a Lynda Miller), test **SLDT** (Social Language Development Test, Linda Bowers, Rosemary Huisingh, Carolyn LoGiudice) a další testy<sup>5</sup>. Také bývá hodnocení sociálního užití jazyka součástí komplexních testových baterií řečové produkce. Českým odborníkům tedy nezbývá nic jiného, než hodnotit pomocí svého vlastního pozorování a zkušeností. Vznikají tendence vytvářet vlastní hodnotící materiál na základě uvedených či jiných testových materiálů. Důkazem tohoto autorského vytváření hodnotícího materiálu je například publikace *Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchou autistického spektra* (Vitásková a Kytnarová, 2017) – tyto autorky se pro vznik vlastního materiálu inspirovaly dohromady dvanácti materiály z různých oblastí komunikace. Vlastní hodnotící materiál byl vytvořen i v rámci výzkumného šetření této diplomové práce (viz kapitola 5. *Sociální užití jazyka u osob využívajících služeb DOZP*).

---

<sup>5</sup>Všechny uvedené testy a další testové materiály jsou dostupné na webových stránkách PRO-ED, 2019: [https://www.proedinc.com/Products/CategoryCenter/OLA!PRAG/Pragmatic\\_Language.aspx](https://www.proedinc.com/Products/CategoryCenter/OLA!PRAG/Pragmatic_Language.aspx).

## **4. Komunikace osob s mentálním postižením**

### **4.1 Člověk s mentálním postižením jako předmět psychopedie**

Psychopedie, jakožto rozsáhlá a rozmanitá disciplína speciální pedagogiky, se (stručně řečeno) zabývá edukací osob s mentálním postižením. Stejně jako všechny ostatní speciálně pedagogické disciplíny (různé „pedie“), i psychopedii můžeme považovat za obor interdisciplinární povahy. Velmi úzce je vázána na poznatky z biologie a genetiky (nejen při diagnostice samotného MP), spolupracuje s různými medicínskými odvětvími – především s neurologií a psychiatrií. Dále je také, vzhledem k její edukativní povaze, vázána na pedagogiku, filozofii a sociologii. V neposlední řadě je psychopedie velmi často, vzhledem ke kombinaci vzniklých vad, propojena s ostatními speciálně pedagogickými disciplínami – nejčastěji s logopedií, etopedií a somatopedií. Cílem psychopedie není nic jiného, než komplexní péče o člověka s mentálním postižením – dosažení jeho maximálního možného rozvoje, vytvoření podmínek pro kvalitní život, zařazení do společnosti, podpora při uplatňování práv a hledání pracovního uplatnění (Bazalová, 2014; Bazalová in Pipeková, 2010; Černá, 2008; Valenta, 2003).

#### **Terminologie mentálního postižení**

V literatuře i ve společnosti psychopedických odborníků se stále můžeme setkat s nejasnou terminologií. Valenta (2003) uvádí, že s výjimkou psychiatrie nemá žádný obor takové problémy v oblasti terminologie. Pokud bychom se podívali zpět do historie, našli bychom nespočet označení pro mentální postižení, která se v dnešní době používají jako slova pejorativně zabarvená a stávají se tedy společensky nepřijatelnými k označení cílové skupiny psychopedie. Ačkoliv diplomová práce operuje s pojmem člověk/osoba s mentálním postižením, oficiální klasifikace MKN10 od WHO/ÚZIS ČR (World Health Organization / Ústav zdravotnických informací a statistiky) používá pojem mentální retardace.

Jedinci s mentálním postižením, stejně jako ostatní jedinci, jsou individuální osobnosti, vzájemně se od sebe lišící v různých ohledech. Ačkoliv je každý jedinec s mentálním postižením jedinečný člověk se specifickými charakterovými vlastnostmi a schopnostmi, u většiny z nich se v různé míře objevují společné rysy, které dále záleží na hloubce postižení. Pro další pochopení problematiky je ovšem potřeba cílovou skupinu jedinců s mentálním postižením blíže charakterizovat. Podle Bazalové (2014, s. 15) můžeme mentální postižení *„charakterizovat jako snížení intelektu, které se projeví v kognitivní, řečové, motorické a sociální složce osobnosti. Jedná se o postižení trvalé,*

*keré nelze vyléčit, ale nabídnutím vhodných přístupů můžeme dojít ke zlepšení stavu. (...)  
Při diagnostice mentálního postižení však nelze vycházet pouze z hodnoty IQ, ale z mnoha  
dalších faktorů a zkoumání celé osobnosti jedince.“*

### **Etiologie mentálního postižení**

Škála etiologických faktorů mentálního postižení je velmi široká, často je téměř nemožné určit, o který z vlivů se u konkrétního jedince jedná. Obecně lze etiologii rozdělit dvěma způsoby. Prvním dělením je dle původu vzniku postižení na **endogenní** (vnitřní, tedy dědičné) a **exogenní** (vnější, tedy chemické, biologické, traumatické) činitele. Podrobnějším dělením je dle předpokládané doby vzniku postižení – **prenatální** (před narozením dítěte), **perinatální** (během porodu či bezprostředně po něm) a **postnatální** příčiny (v době po porodu do dvou let věku dítěte – později se již nejedná o mentální postižení, ale o vzniklou demenci). Mezi **prenatální** příčiny patří nejčastěji již uváděná dědičnost<sup>6</sup>, infekční onemocnění matky (např. zarděnky, syfilis, toxoplazmóza, herpes), špatná životospráva matky (špatná či nedostatečná výživa, drogy, alkohol), působení záření, přímá intoxikace plodu aj. Do **perinatálních** příčin můžeme zařadit poškození mozku při hypoxii (nedostatek kyslíku), poranění hlavy, nízká porodní hmotnost, předčasný porod a také protrahovaný porod<sup>7</sup>. Posledními příčinami jsou příčiny **postnatální**, mezi které patří infekce a intoxikace novorozence, jako například otravy těžkými kovy, meningitida, encefalitida, dále traumatické úrazy hlavy, krvácení do mozku, mozková onemocnění, deprivace, zanedbávání, podvýživa (Bazalová, 2014; Černá, 2009; Švarcová, 2006; Valenta, 2003).

### **Klasifikace mentálního postižení**

Dle výše zmíněné klasifikace MKN-10 (2018)<sup>8</sup> je mentální retardace (F 70-79) dělena následovně:

F70 Lehká mentální retardace – IQ jedince se pohybuje mezi 50 až 69

F71 Středně těžká mentální retardace – IQ jedince se pohybuje mezi 35 až 49

---

<sup>6</sup> Ačkoli Černá, 2009, s. 87 uvádí, že správně se termín „prenatální“ neuzivá pro dědičně podmíněné příčiny vzniku, sama ho v prenatálních příčinách uvádí, stejně jako další autoři.

<sup>7</sup> Protrahovaný porod je porod, trvající 18 a více hodin. Autoři (Bazalová, 2014; Černá, 2009; Švarcová 2006) se shodují na faktu, že takto komplikovaný porod je perinatální příčinou MP, ovšem Valenta (2003, s. 53) uvádí, že se jedná o vyvrácený mýtus a délka porodu nemá vliv na vznik mentální retardace, pokud nedojde k jinému poškození dítěte.

<sup>8</sup> MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize., 2018, s. 244-45.

F72 Těžká mentální retardace – IQ jedince se pohybuje mezi 20 až 34

F73 Hluboká mentální retardace – IQ jedince nedosahuje více než 20

F78 Jiná mentální retardace

F79 Neurčená mentální retardace

### **Symptomatologie mentálního postižení**

Jak již bylo výše zmíněno, každý jedinec s mentálním postižením je jedinečnou osobností. Snížení intelektu v různých rozmezích ovšem vede k jistým specifickým ve všech složkách osobnosti. Vzhledem k povaze výzkumného šetření budou specifika komunikace jedinců s MP analyzovány zvlášť v podkapitole Symptomatické poruchy řeči.

**Lehké mentální postižení** (IQ 50 až 69) se nejvýrazněji projevuje až od školního věku. Do tří let se dítě vyvíjí velmi podobně jako jeho vrstevníci. Ve věku do šesti let si můžeme všimnout deficitů v komunikaci, jako je opožděný vývoj řeči či narušená komunikační schopnost. S příchodem školní docházky se projevují obtíže následujících složek: paměti, logického myšlení, schopnosti abstrakce, analýzy a syntézy, problémy koordinace a motorických dovedností. Bazalová (2014) uvádí, že se u této skupiny osob objevují specifika v emocionální složce – jedinec bývá více úzkostný, impulzivní, jedná více afektivně a je více sugestivní. Děti s lehkým mentálním postižením jsou za pomoci vytvoření individuálních vzdělávacích plánů integrovány do běžného vzdělávacího systému. V dospělosti jsou schopni žít samostatně, nalézt uplatnění na pracovním trhu, založit rodiny a udržovat sociální vztahy (Bazalová, 2014; ICD-10, 1996; Švarcová, 2006; Valenta, 2003).

**Středně těžké mentální postižení** (IQ 35 až 49) je již na první pohled více znatelné – v předškolním věku dítě zaostává ve vývoji řeči, v motorických dovednostech i sociálních schopnostech. Tato opoždění přetrvávají až do dospělosti jedince. Častěji se také můžeme setkat s kombinací se somatickým postižením či často přidruženou epilepsií. Celková samostatnost a sebeobsluha je částečná, jedinec potřebuje nejen slovní podporu, ale také reálnou pomoc svého okolí a trénink běžných denních úkonů. Vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením probíhá nejčastěji ve speciálních třídách či školách, za dobře vytvořených podmínek není ovšem vyloučena integrace do běžné ZŠ. Valenta (2003) uvádí, že jedinci jsou schopni obsáhnout znalosti trivna (čtení, psaní, počítání). V dospělosti je jedinec zařaditelný na trhu práce především

v chráněných pracovních místech. Vzhledem ke snížené samostatnosti, většina jedinců potřebuje celoživotní podporu v běžném životě – žijí tedy v rodinném prostředí, v chráněném bydlení či v domovech pro osoby se zdravotním postižením (Bazalová, 2014; ICD-10, 1996; Švarcová, 2006; Valenta, 2003).

**Těžké mentální postižení** (IQ 20 až 34) je charakteristické výrazným opožděním psychomotorického vývoje, které je velmi znatelné již v předškolním věku. Na rozdíl od středně těžkého mentálního postižení je vytváření řeči již minimální – často se vývoj zastavuje na předřečovém období, nebo jedinci užívají jednoduchá jednotlivá slova. Velmi znatelně je zasažena motorika a celková pohyblivost. Časté jsou poruchy chování – například sebepoškozování či agrese. Bazalová (2014) uvádí, že jsou děti vzdělávány ve speciálních školách – integrace do běžného proudu vzdělávání je prakticky nulová. Samostatnost a sebeobsluha je výrazně omezena, u některých jedinců může dojít k nácvičce a osvojení základních sebeobslužných návyků, někteří nejsou schopni tyto úkony celoživotně obsáhnout. Z tohoto důvodu jsou závislí na podpoře svého okolí (Bazalová, 2014; ICD-10, 1996; Švarcová, 2006; Valenta, 2003).

**Hluboké mentální postižení** (IQ pod 20) je často v kombinaci s dalšími zdravotními problémy či postižením – smyslové postižení, somatické postižení, epilepsie, neurologické poruchy. U těchto jedinců se objevují stereotypní pohyby, komunikační schopnosti zůstávají na neverbální složce, při dobré intervenci je možnost porozumění jednoduchým požadavkům. Vzdělávání probíhá ve speciálních školách či v domácím prostředí. Vzhledem k neschopnosti výkonu sebeobslužných činností jsou závislí na celoživotní pomoci v každodenních aktivitách (Bazalová, 2014; ICD-10, 1996; Švarcová, 2006; Valenta, 2003).

### **Nejčastější syndromy spojené s mentálním postižením**

Stejně jako úroveň mentálního postižení ovlivňuje celkovou osobnostní stránku jedince, tak ji ovlivňují také známé diagnostikované syndromy. Každý z níže uvedených syndromů má svá specifika, a i přesto, že mají tyto osoby stejné či podobné symptomy – fyzické i mentální projevy, je každý z nich stále jedinečnou osobností se svými specifickými osobnostními vlastnostmi. Pro lepší pochopení některých z níže uvedených projevů symptomatických poruch řeči je ovšem vhodné tyto syndromy ve stručnosti uvést. Nebude zde ovšem u každého syndromu probírána vývoj osobnosti ani řeči zvlášť.

**Downův syndrom** je nejznámější a nejčastější syndrom pojící se k mentálnímu postižení. Je způsoben chromozomální aberací. Diagnostikován může být již v prenatálním období.

Jedinci s DS mají typické tělesné znaky – například nízký vzrůst, mohutný krk, krátké široké prsty, zešíklé oči s nápadnou kožní řasou, malou dutinu ústní a veliký jazyk, přidružující se srdeční obtíže a smyslové vady. Mentální postižení může být v celé škále klasifikace, nejčastěji se jedná ovšem o středně těžké. **Rettův syndrom** se objevuje výhradně u žen, jedná se o neurodegenerativní postižení, které zasahuje tělesné (omezený růst, apraxie, stereotypní pohyby rukou) i mentální (středně těžká až hluboká mentální retardace) funkce. **Williamsův syndrom** má také specifické tělesné znaky – hvězdčovitě duhovky, široké čelo, velká ústa a rty, poruchy růstu. Přidružené bývají srdeční vady. Mentální postižení je také velmi různé, nejčastěji lehké až středně těžké. **Angelmanův syndrom** provází těžké psychomotorické opoždění a svalové abnormality. Typické pro tento syndrom je usmívání a projevy dobré nálady, které ovšem ne vždy signalizují dobrou náladu. Osoby bývají v pásmu těžké až hluboké mentální retardace. Dalšími syndromy jsou: syndrom fragilního X, Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom kočičího křiku a další syndromy s menší prevalencí (Bazalová, 2014; Černá, 2009).

#### 4.2 Symptomatické poruchy řeči při mentálním postižení

Jak již bylo v kapitole Komunikace uvedeno, v případě problému na jedné nebo více jazykových rovin hovoříme o narušené komunikační schopnosti. Narušená komunikační schopnost se může vyskytovat buď jako postižení hlavní, tedy symptom dominující nad ostatními, nebo se může vyskytovat jako symptom jiného, hlavního, tedy dominujícího postižení – v tomto případě hovoříme o symptomatické poruše řeči. Ve stručné definici od Lechty (2011, s. 52). „*Symptomatické poruchy řeči tedy definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění. Mezi nejčastější symptomatické poruchy řeči u dětí patří zejména narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, u neslyšících, nevidomých dětí atd.*“

Na rozdíl od ostatních symptomatických poruch řeči, které nejsou u uvedených dominantních postižení pravidlem, u osob s mentálním postižením dochází k narušení vývoje řeči zpravidla vždy. Lechta (2011) uvádí dokonce několik autorů, kteří na SPŘ u lidí s mentálním postižením nahlížejí jako na samostatnou řečovou poruchu a snaží se jí i samostatně vyčlenit. Narušená komunikační schopnost u lidí s mentálním postižením má svá specifika a liší se od narušené komunikační schopnosti u intaktních osob v mnoha

směrech – rozdílná je etiologie, zákonitý vývoj řeči (jiný či pomalejší), symptomatologie i samotná terapie.

Největším ukazatelem pro předpokládaný vývoj řeči je úroveň mentálního postižení a naopak, úroveň jazykových dovedností u dětí slouží často jako opěrný bod pro prognózu vývoje dítěte (není ovšem možné na základě opožděného vývoje řeči uvažovat pouze o mentálním postižení). Zatímco osoby s lehkým mentálním postižením jsou v mnoha případech schopny až abstrakce, osoby s těžkým a hlubokým mentálním postižením zůstávají v mnoha případech pouze na produkci pudových zvuků (Klenková, 2006; Lechta, 2011; Škodová, 2003).

### Vývoj řeči

Vývoj řeči u dětí s mentálním postižením se odvíjí od stupně mentálního postižení. Obecně ale lze tvrdit, že u všech stupňů mentálního postižení je vývoj řeči opožděný. Již v předřečovém stadiu může docházet k nápadnostem, které mohou signalizovat projevy mentálního postižení – na základě nedostatečné poznávací aktivity dítěte může dojít k odchylkám v křiku, pláči a schopnosti kontaktovat matku a okolí. Když se dítě s mentálním postižením začne verbálně projevovat, již od začátku vývoje řeči se liší od vývoje řeči dětí intaktních.

V případě **lehkého mentálního postižení** uvádí Klenková (2006) posunutý začátek řečového období o přibližně jeden až dva roky. První izolovaná slova se objevují mezi druhým až pátým rokem života. Tyto děti ve většině případů zvládnou oblast trivie (čtení, psaní a počítání) a dokonce se mohou v řečových schopnostech dostat až do úrovně zevšeobecňování a abstrahování – což je velmi důležitá schopnost při reakci na nově vzniklé situace. Ačkoliv této schopnosti mohou některé děti dosáhnout, nepředpokládá se dosažení stejné úrovně jako u intaktních osob. Narušené bývá většinou usuzování, a právě reakce na nově vzniklé, nepředvídatelné a nenatréované situace – v těchto případech osoby s mentálním postižením mohou reagovat neadekvátně, jelikož většinou nemohou použít již zafixované řečové a komunikační stereotypy. Největším rizikem v případě řeči dětí s lehkým mentálním postižením je právě nenápadnost řečových nedostatků – hrozí zde promeškání nejvhodnější doby pro vhodnou stimulaci a terapii. Narušení komunikační schopnosti u dospělých jedinců s lehkým mentálním postižením nemusí být na první pohled nápadné – artikulace může být vyvinuta správně, obsahově řeč ovšem zůstává chudá (Klenková, 2006; Lechta, 2011; Peter, 2014; Škodová, 2003).

**Středně těžké mentální postižení** se vyznačuje již znatelně posunutým vývojem řeči – udává se počátek řečového období až kolem šestého roku dítěte. Je zde velký rozptyl (nejen) v řečových dovednostech na základě mentální úrovně jedince. Při horní hranici není tak nápadný rozdíl mezi lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Tyto děti jsou také schopny dosáhnout osvojení trivlia. Děti ve spodní hranici středně těžkého mentálního postižení již trivium neobsáhnou. Obecně jsou tyto děti schopny nápodoby – zvládnou zopakovat delší větné celky, často bez porozumění jejich obsahu – tedy echolalie celých vět. Slovník aktivní slovní zásoby je, ve srovnání s pasivním, chudý a měl by být předmětem (nejen) logopedické péče. Osoby se středně těžkým mentálním postižením jsou v dospělosti schopny se verbálně domluvit s okolím v dostatečné míře – je tedy předpokládána jistá samostatnost a schopnost jednoduché pracovní činnosti. Dle Švarcové (2006) se u skupiny osob se středně těžkým mentálním postižením vyskytují znatelné rozdíly v dosažené úrovni jednotlivých schopností – tedy i v řeči. Někteří jedinci se domluvit verbálně dovedou, jiní si verbální projev neosvojí a komunikují převážně prostřednictvím neverbální komunikace (Klenková, 2006; Lechta, 2011; Škodová, 2003).

Lechta (2011) uvádí, že zatímco mezi lehkým a středně těžkým mentálním postižením není tak markantní rozdíl, v dalším stupni – tedy mezi středně těžkým a těžkým mentálním postižením již rozdíl znatelný je, a to právě v řečových výkonech jedince. Zatímco u osob se středně těžkým mentálním postižením se řeč vytváří a je prostředkem komunikace, u osob s **těžkým stupněm mentálního postižení** se řeč buď nevyvíjí vůbec, nebo ve velmi omezené míře. V případě zachování produkce řeči lze hovořit o echolalii – nikoliv ovšem o echolalii celých vět, ovšem pouze o slovní nebo slabikové. Pokud tito jedinci tvoří samostatná slova, zůstávají na bázi jednoduchých slovních stereotypů (často i bez porozumění vlastního významu slova) – jako reakce na některé osoby, činnosti či jiné podněty. Logopedická péče zahrnuje rozvoj motorických schopností jedince, využití prvků alternativní komunikace a schopnosti porozumění základním sociálním situacím (Klenková, 2006; Lechta, 2011; Škodová, 2003).

Osoby v pásmu **hlubokého mentálního postižení** se, dle Lechty (2011) již komunikovat verbálně nenaučí, ani oblast neverbální komunikace nebývá rozvinuta – projev zůstává na vydávání neartikulovaných zvuků na pudové úrovni. Maximálním komunikačním sdělením bývá modulace těchto zvuků na základě emocionálního rozpoložení (vyjádření libosti či nelibosti). Často nedochází ani k porozumění sdělovaných informací či instrukcí. Péče o takto těžce postižené osoby zahrnuje například

bazální stimulaci či nácvik základních neverbálních technik (Klenková, 2006; Lechta, 2011; Škodová, 2003; Švarcová, 2006).

### **Jazykové roviny**

Symptomatická porucha řeči u osob s mentálním postižením, na rozdíl od symptomatických poruch řeči u jiných cílových skupin, viditelně zasahuje do všech čtyř jazykových rovin. Narušení všech rovin, stejně tak jako ostatních neřečových schopností a dovedností, je závislé na stupni mentálního postižení. Není tedy možné dopodrobna generalizovat projevy narušení u daných rovin.

Slovní zásoba, která spadá do **lexikálně-sémantické** jazykové roviny, je u osob s mentálním postižením ve srovnání s intaktními jedinci výrazně chudá. Znatelně větší zastoupení má u osob s MP pasivní složka slovní zásoby – o to více o tomto můžeme uvažovat u osob s těžkým až hlubokým mentálním postižením, kdy je řečová tvorba velmi chudá. V aktivní slovní zásobě jsou zastoupeny především podstatná jména, názvy předmětů běžné denní potřeby. Přídavná jména jsou užívána zřídka, stejně jako slova velmi všeobecná, abstraktní či se speciálním významem – a pokud jsou užívána, tak často neadekvátně. Také většině lidí s MP chybí schopnost generalizace (Lechta, 2011; Peter, 2014; Škodová, 2003).

Vedle nápadně malé aktivní slovní zásoby mají osoby s mentálním postižením již od dětského věku patrné problémy s osvojováním gramatiky, kterou se zabývá **morfologicko-syntaktická rovina**. Zaostávání je zde ve srovnání s intaktní populací patrné – správnou formu gramatiky ovládají zpravidla jen osoby s lehkým mentálním postižením, i u těch se ovšem setkáváme s častými dysgramatismy a agramatismy. Věty tvoří většinou krátké a jednoduché, z morfologického hlediska převažují podstatná jména nad ostatními slovními druhy – jak již bylo uvedeno, přídavná jména v řeči užívají zřídka, stejně tak slovesa jsou v užívání upozaděna. U lidí se středně těžkým a těžkým mentálním postižením jsou tyto fakty ještě více umocněny (Lechta, 2011; Peter, 2014; Škodová, 2003).

I v případě, kdy jsou předchozí dvě jazykové roviny výrazně narušeny se můžeme setkat s tím, že výslovnost není signifikantním ukazatelem mentálních a řečových dovedností jedince. **Foneticko-fonologická rovina** bývá při mentálním postižení narušena z mnoha důvodů, ovšem na rozdíl od obsahově chudého slovního projevu není na první dojem patrná, a dokonce lze očekávat, že osoby s lehkým mentálním postižením

dosáhnout bezchybné výslovnosti. Ve srovnání s vývojem výslovnosti u intaktních dětí ovšem děti s mentálním postižením ve výslovnosti zpravidla zaostávají. Faktorů, které mají negativní dopad na výslovnost jedinců s MP je více – například deficit v kognitivních schopnostech, opožděný vývoj řeči, snížená motorická obratnost, přidružená smyslová postižení (Lechta, 2011; Peter, 2014; Škodová, 2003).

### **Pragmatická jazyková rovina**

Pragmatická jazyková rovina, na rozdíl od ostatních jazykových rovin, je stále nejméně popisovanou rovinou – ačkoliv se jí v poslední době dostává čím dál tím větší pozornosti. Lechta (2011) uvádí, že ačkoliv je pragmatická rovina nejméně prozkoumanou rovinou, jsou u dětí s mentálním postižením na této rovině patrné nedostatky. Uvádí například zhoršenou prezentaci samotného komunikačního záměru a nedostatečné pochopení a přijetí role komunikačního partnera. Dále uvádí nedostatky při reagování a nedostatečnou znalost různých komunikačních vzorců a jejich používání při vzniklých komunikačních situacích.

Pragmatice a sociální komunikaci se věnují odborníci především u osob s poruchami autistického spektra. Vitásková a Kytarová (2017) ovšem uvádí ve srovnání s osobami s PAS i osoby se specificky narušeným vývojem řeči a lehkým mentálním postižením. Mezi parametry pragmatiky zde při srovnávání uvádí několik oblastí, ve kterých se zmiňuje o cílové skupině této diplomové práce. Vizuelní percepce a zrakový kontakt, které jsou důležité pro jazykovou zdatnost po pragmatické stránce, závisí na etiologii samotného mentálního postižení – např. u osob s Williamsovým syndromem bývá vizuálně-prostorová percepce narušena, naopak osoby s Downovým syndromem bývají ve vizuálně-prostorové percepci zdatnější v kontrastu s narušenou komunikační schopností. Také v případě osob s mentálním postižením dochází k uhýbání očnímu kontaktu.

Dalším důležitým prvkem pragmatické roviny je schopnost vyjadřování emocí – ať pozitivních emocí skrze úsměv a smích, či negativních emocí skrze zamračení či pláč. Vitásková a Kytarová (2017) uvádí, že oblasti vyjádření emocí u osob s mentálním postižením stále nejsou dostatečně prozkoumány. Nejméně je tato oblast prozkoumána u dětí (potažmo tedy i dospělých jedinců) s hlubokým mentálním a kombinovaným postižením. Ovšem i zde závisí na etiologii postižení – u již zmíněných dětí s Williamsovým syndromem dochází k projevu pozitivních emocí prostřednictvím úsměvu a celkově spokojeného výrazu tváře, což ovšem není vždy reflexe skutečného

rozpoložení daného jedince. U dětí s Angelmanovým syndromem je pak úsměv a smích často projevem zvyšujících se projevů agresivního chování. V návaznosti na projev emocí je neméně důležitá pro pragmatické jazykové dovednosti a sociální užití jazyka mimika. K pochopení a užívání mimiky slouží takzvané faciální mimikry, které slouží k současnému zapojení svalových částí, účastnících se na mimickém vyjádření jedince. Narušení nebo úplná neschopnost projevat emocionální rozpoložení skrze mimiku může vést k narušení vnímání a porozumění mimickým výrazům – jedinec není schopen navodit shodné emocionální rozpoložení jako druhá osoba a nedochází tedy k porozumění informace vycházející z mimiky.

Vitásková a Kytnarová (2017) uvádí výsledky, které získaly během zkoumání pragmatické jazykové roviny u dětí s PAS, lehkým mentálním postižením, se specificky narušeným vývojem řeči a u dětí intaktních. Uvádí, že „*ve vnímání pragmatických aspektů komunikace vyjádřené a vnímané pomocí vizuálních schémat chybovaly nejvíce děti s lehkým mentálním postižením*“ (Vitásková, Kytnarová, 2017, s. 209). Také zmiňují, že děti s lehkým mentálním postižením vykazovaly nejhorší výsledky ve zrakovém kontaktu, sociální interakci a komunikačních pravidlech – oproti tomu tyto děti vykazovaly bezchybné výsledky v hodnocení problémového chování, což autorky přisuzují intervenci logopedů a speciálních pedagogů.

Podle Zezulkové a Rakusové (2013) pramení problémy v pragmatické rovině u dětí s mentálním postižením především ze snížených rozumových dovedností a také z obtíží spojených s logopedickými nedostatky. Upozorňují na fakt, že jsou tyto děti nepříznivě ovlivněné podmínkami běžné komunikace – jsou přehlčené informacemi, ve kterých se nedokáží dostatečně orientovat. Takže i přes fakt, že ve většině případů znají slova užívaná během rozhovorů, nedochází k úplnému porozumění sdělované informace od intaktního komunikačního partnera a může tím docházet k redukci přirozené potřeby zpětné vazby v rámci sociální interakce a tím pádem redukci samotných komunikačních dovedností dětí s mentálním postižením.

Ve všech aspektech vývoje osobnosti a kognitivních dovednostech samozřejmě hraje důležitou roli samotná etiologie mentálního postižení. Je zřejmé, že děti s Downovým syndromem budou vykazovat úplně jiné pragmatické dovednosti než například děti s Williamsovým syndromem či mentálním postižením při mozkové obrně. Dle Pruthi (2013) jsou děti s Downovým syndromem v pragmatické rovině jazyka znatelně zdatnější než v syntaktické stránce řeči. Vykazují srovnatelných výsledků v iniciaci komunikace

jako děti intaktní – ovšem převážně v případě, že se dožadují konkrétních věcí, nikoliv v interpersonálním kontextu. Také v udržování tématu rozhovoru jsou děti s Downovým syndromem i Williamsovým syndromem poměrně zdatní. Celkově si děti s mentálním postižením osvojí základní konverzační techniky, nikoliv však na úrovni intaktních dětí. Kumin (1996) uvádí, že děti s Downovým syndromem mají dobré sociálně-interakční schopnosti a již v raném věku využívají dostatečně gesta a neverbální komunikační strategie. Přesto, že je samozřejmě vzhledem k mentálnímu postižení potřeba učit využívat komunikaci v mnoha situacích, vykazují velký mluvní apetit a touhu komunikace s okolím. Ovšem i Kumin (1996) tvrdí, že i přes poměrně zdatné sociálně-interakční schopnosti osob s Downovým syndromem je, především v dospělém věku, znatelný nedostatek v pragmatické rovině – jako intervenci pak uvádí například simulování každodenních komunikačních situací a hraní rolí.

Rozvoj pragmatické roviny můžeme považovat za jednu z nejdůležitějších úloh v rozvoji komunikace u osob s mentálním postižením. Lze to demonstrovat na velmi trefném příkladu, který uvádí Peutelschmidová (2005, s. 11, 12). „*Příklad z logopedické praxe, týkající se těžce mentálně retardované mladé ženy. Po několika měsíčním upřímném úsilí logopedka dostáhla vyvození hlásky L, nejuspěšnější ve slově lama. Snahu a smysluplnost postupu logopedky lze snadno zpochybnit pragmatickou úvahou: má těžce mentálně retardovaná žena konkrétní představu o pro naši zeměpisnou polohu exotickém zvířeti? A v případě kladné odpovědi je třeba se ještě dotázat, kolikrát v životě zmiňovaná žena slovo lama použije? Nebylo efektivnější – a nebojme se označení pragmatictější – využít času pro budování určitých pojmů pro praktickou denní komunikaci (z oblasti hygieny, potřeb, jídla atd.) s třeba ne zcela perfektní artikulací?*“ Vzhledem k tomu, že u osob s mentálním postižením můžeme počítat s omezením na všech jazykových rovinách, je důležité si nastavit reálné cíle terapie (nejen ovšem v logopedické péči). Ideálně takové, které daná osoba ve svém životě nejvíce využije – stejně jako je zbytečné učit někoho chodit, když se sám neposadí, je zbytečné vyvozovat perfektně hlásky, když je obsahová a pragmatická stránka jazyka chudá.

Jelikož je pragmatická jazyková rovina sociální rolí jazyka, cílem (nejen) logopeda by měl být rozvoj a zajištění komunikace, která nemusí nutně probíhat pouze orální cestou. Je třeba klást důraz na to, aby jedinec mohl dostatečně projevit svůj komunikační záměr a aktivně i pasivně se účastnit v konverzaci. S tím úzce souvisí metody **alternativní a augmentativní komunikace (AAK)**. Jedná se o způsoby podporující

narušenou schopnost dorozumívat se mluvenou a psanou řečí – bez ohledu na to, zda je tato schopnost narušena z důvodů zhoršených kognitivních či motorických funkcí. Je určena pro osoby všech věkových kategorií nezávisle na druhu postižení. Nejčastěji je ovšem AAK využíváno v případě mozkové obrny, poruch autistického spektra, mentálního či kombinovaných postižení – výjimku zde tvoří osoby se sluchovým postižením, protože komunikační systémy neslyšících se vyčleňují zvlášť a nespádají do AAK. Metod AAK je veliké množství, vzhledem k charakteristice této diplomové práce a dostatku publikací zabývajících se touto tematikou, zde nebudou metody popisovány. Výhodou AAK je její pozitivní vliv na rozvoj mluvené řeči, ačkoliv laická a často i odborná veřejnost má obavy z opaku (Peutelschmidová in Vitásková a Peutelschmidová, 2005; Šarounová, 2014).

## 5. Sociální užití jazyka u osob využívajících služeb DOZP

Výzkumné šetření diplomové práce se v teorii opírá o výše uvedené shromážděné teoretické poznatky o problematice komunikace osob s mentálním postižením.

### 5.1 Cíle výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření je **zjištění úrovně sociálního užití jazyka u osob využívajících pobytových sociálních služeb**, konkrétně služby domova pro osoby se zdravotním postižením. K dosažení cíle byly formulovány následující dílčí cíle:

- Vytvoření materiálu pro hodnocení sociálního užití komunikace na základě odborné literatury a inspirace jinými testy
- Analýza dílčích projevů pragmatických jazykových dovedností u cílové skupiny v jejich přirozeném prostředí za běžného každodenního provozu domova
- Zmapování aktivit pro zlepšení komunikace uživatelů v daném DOZP, případná doporučení pro praxi zaměřující se na nedostatky v oblastech pragmatické jazykové roviny

Dále byly k dosažení cíle výzkumného šetření formulovány výzkumné otázky:

- Pozorujeme u osob s mentálním postižením výrazné nedostatky na pragmatické jazykové rovině? Pokud ano, v jakých dílčích částech nejvíce?
- Projevuje se symptomatická porucha řeči u osob s mentálním postižením v sociálním užití jazyka? Pokud ano, jak můžeme tento projev pozorovat?

### 5.2 Metodologie výzkumného šetření

Výzkumné šetření je kombinací dvou přístupů metodologie výzkumů. Přístupy jsou všeobecně známé dva – kvalitativní a kvantitativní. Reichel (2009) ve stručném srovnání uvádí rozdíly mezi těmito dvěma přístupy. Z **kvantitativního** přístupu se zde objevují tyto vlastnosti: extenzivní šetření zkoumané skutečnosti, zkoumání předpokládaných vztahů a ověřování hypotéz, potřeba postup předem naplánovat, vyhodnocení po ukončení sběru dat, kvantifikace a unifikace dat, očekávané zobecnění výsledků. Z **kvalitativního** přístupu jde o tyto vlastnosti: nestandardizované získávání údajů, napomáhání porozumění zkoumanému problému, dobré poznání konkrétních podmínek a situací, minimální využití statistiky, časová náročnost sběru a analýzy údajů. Stručné srovnání nabízí také Hendl (2016) - dle jeho srovnání jsou z kvantitativního výzkumu užitý tyto vlastnosti: strategie je strukturovaná, výzkumník se nachází vně situace; z kvalitativního jsou to: vztah výzkumníka k subjektu je těsný, teorie často během šetření

vzniká. Hendl dále uvádí, že je běžné (a v některých případech i výhodnější) užívat model smíšený, tedy kombinaci výše zmíněných přístupů. Jako přednosti smíšeného výzkumu předkládá to, že slovní prezentace se využívá pro zlepšení významu číselných údajů – a naopak číselné údaje slouží ke zlepšení přesnosti slovní prezentace; je možné odpovídat na širší výzkumné otázky, přináší celistvější znalosti pro podporu teorie i praxe.

### **5.3 Charakteristika místa pro výzkumné šetření**

Jako místo pro uskutečnění výzkumného šetření bylo zvoleno zařízení sociálních pobytových služeb – Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále také DOZP). Z důvodu zachování co největší anonymity uživatelů, podílejících se na výzkumném šetření, nebude přímo uveden název organizace. Pro lepší představu o skladbě uživatelů této sociální služby je ale potřeba toto zařízení popsát. Jedná se o DOZP, jež je příspěvkovou organizací a zřizovatelem organizace je Hlavní město Praha.

V současné době<sup>9</sup> má DOZP tři pracoviště. V hlavní budově se nachází aktivizačně-terapeutické místnosti – výtvarná dílna, rukodělná dílna, truhlářská dílna, místnost pro muzikoterapii, snoezelen a aktivizační kavárna. Do těchto aktivit jsou zapojováni uživatelé z centrální budovy, docházejí sem ovšem i uživatelé detašovaného pracoviště a chráněného bydlení. Domov také zajišťuje vzdělávání osob, jichž se týká základní povinná školní docházka, prostřednictvím externí pedagožky. Dále domov realizuje projekt na podporu a rozvoj komunikačních schopností osob s mentálním a kombinovaným postižením prostřednictvím externích speciálních pedagogů.

Hlavní budova má kapacitu pro devadesát pět osob. Domov je rozdělen na pět domácností, každá domácnost má svou specifickou cílovou skupinu uživatelů – dle stáří či potřebné míry podpory. Věková hranice uživatelů není stanovena – jsou zde uživatelé od předškolního věku po seniorský věk. Uživatelé, žijící v hlavní budově, jsou převážně s vyšší mírou potřebné podpory.

Detašované pracoviště je rozdělené do tří domácností. Pracoviště je určené pro osoby potřebující nižší míru podpory, často docházejí do škol, zaměstnání a zájmových kroužků. Posledním místem je chráněné bydlení s kapacitou pro 6 osob. Chráněné bydlení je určené pro osoby s poruchou autistického spektra. Pro účely tohoto výzkumného šetření bylo vybráno pracoviště hlavní budovy.

---

<sup>9</sup> Údaje jsou z výroční zprávy 2018, vzhledem k anonymitě ovšem nebude uváděna jako použitý zdroj.

#### **5.4 Charakteristika výzkumného vzorku**

Jak již bylo výše zmíněno, výzkumné šetření probíhalo za spolupráce uživatelů z DOZP. Uživatelé, žijící zde, mají nejrůznější druhy znevýhodnění a od toho se odvíjející potřeby. Pro účely této práce byla vybrána cílová skupina osob s mentálním či kombinovaným postižením. Osoby z cílové skupiny nemají významně narušenou schopnost porozumění instrukcím. Jedná se tedy o pásmo lehké až horní hranice těžké mentální retardace (diagnóza F70 – F72 dle MKN 10, 2018). Uživatelé s demencí či mentálním postižením v kombinaci se závažným smyslovým postižením byli z tohoto šetření vynecháni, s cílem omezit zkreslení závěrů výzkumného šetření. Také byly vynechány osoby s poruchou autistického spektra – vzhledem k tomu, že osoby s PAS mají časté obtíže na úrovni pragmatických komunikačních dovedností a sociálního chování, bylo by výsledné výzkumné šetření více zkresleno.

Je potřeba ovšem brát v potaz, že každý z těchto uživatelů je jedinečná osobnost, a tak je tedy těžké přesně popsat blíže výzkumný vzorek. Každý z uživatelů má jinou minulost, někteří žili většinu svého života v domácím prostředí, někteří žijí v pobytových sociálních službách již od dětství. Rozdíl je zde také v opatrovnictví – někteří mají přiděleného veřejného opatrovníka, jiní mají jako opatrovníky rodinné příslušníky, se kterými uživatelé tráví podstatně více volného času. Tyto faktory mohly a stále mohou pozitivně i negativně ovlivňovat komunikační schopnosti uživatelů, nejsou ovšem v hodnocení výsledků nijak zahrnuty.

#### **5.5 Sběr dat**

Proces sběru dat, ještě před samotnou jejich analýzou a utváření dílčích závěrů, byl poměrně zdlouhavý. Nejprve bylo potřeba provést rešerši a zajistit tak vhodné testové materiály pro inspiraci k vytvoření vlastního materiálu pro sběr dat. Dále proběhla návštěva DOZP ve třech dnech – za spolupráce pracovníků v přímé obslužné péči (dále také POP), vedoucích konkrétních domácností a komunikačních specialistů – speciálních pedagogů (dále také KS) byl navázán kontakt s uživateli. Byly osloveny všechny domácnosti DOZP a na základě konzultace s KS bylo vybráno třicet pět uživatelů v zastoupení všech domácností. Během těchto návštěv probíhalo výzkumné šetření prostřednictvím nestrukturovaného neformálního rozhovoru. Na rozhovory nebylo vymezeno žádné časové omezení – některý rozhovor trval deset minut, některý půl hodiny.

V současnosti se problematikou pragmatické jazykové roviny (a tudíž sociálním užitím komunikace) v České republice zabývá stále více odborníků. Jako předlohy (z větší či menší části) posloužily ke vzniku materiálu pro sběr dat k výzkumnému šetření diplomové práce následující publikace/testové materiály:

- Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra (Vitásková, Kytnarová, 2017)
- Dotazník funkcionální komunikace (Košťálová a kolektiv autorů, 2015)
- Pragmatics protocol (Prutting a Kirchner, 1987)
- Heidelbergský test vývoje řeči (Mikulajová, 1997)
- Social Communication (American Speech Language Hearing Association, ASHA, © 1997-2019).

Na základě výše uvedených materiálů byla vytvořena tabulka, která zaznamenává jednotlivé (dílčí) části pragmatické jazykové roviny. Části byly zvoleny tak, aby bylo možné je hodnotit co nejvíce plošně napříč DOZP – tedy tak, aby bylo možné zapojit do výzkumného šetření i osoby s těžkým mentálním postižením, ovšem se zachovanou schopností porozumění instrukcím. Některé části pragmatiky nebyly zvoleny k hodnocení vzhledem široké škále etiologie a symptomatologie mentálního postižení účastníků šetření (například prozodické vlastnosti), některé nebyly zvoleny vzhledem k časové náročnosti šetření (vytvoření, sběr dat a následné vyhodnocování).

V první části tabulky jsou hodnoceny dílčí části pragmatické jazykové roviny pouhým pozorováním, tedy bez nutnosti aktivního zapojení uživatelů do jakékoliv aktivity, kromě samotné komunikace. V druhé části tabulky jsou hodnoceny reakce uživatelů na předkládaný obrazový materiál (příloha č. 1).

<b>Hodnocené kritérium</b>	<b>ANO</b> (přiměřená reakce)	<b>NE</b> (nepřiměřená reakce)	<b>BEZ REAKCE</b> (nemožné posoudit)	<b>POZNÁMKY</b>
Pozdrav/přivítání				
Podání ruky/jiné navázání kontaktu				
Vyčkání při komunikaci				
Střídání komunikačních rolí				
Včasná odpověď				
Udržení tématu				
Zopakování vlastního vyjádření				

Adekvátní odpověď/volba slov				
Vhodná blízkost při konverzaci				
Fyzický kontakt				
Postoj těla				
Oční kontakt – navázání				
Oční kontakt – udržení				
Mimika				
Gesta				
Veselý				
Věta – veselý				
Smutný				
Věta – smutný				
Překvapený				
Věta – překvapený				
Naštvaný				
Věta – naštvaný				
Sanitka				
Sanitka – věta				
Policie				
Policie – věta				
Hasiči				
Hasiči – věta				

*Tabulka č.1, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

Hodnocení dílčích částí pragmatické jazykové roviny bylo zjednodušeně určené na ANO – adekvátní reakce, NE – neadekvátní reakce, BEZ REAKCE – či nemožné posoudit. V tabulce byl prostor pro poznámky – během vlastního šetření bylo ovšem zjištěno, že je tento prostor nedostačující pro některá specifika a zajímavosti vzešlé z konverzace s uživateli – v případě opakování šetření by bylo vhodné prostor pro poznámky rozšířit na úkor šířky předchozích tří sloupců.

Hodnocení ANO – adekvátní reakce, NE – neadekvátní reakce, BEZ REAKCE – či nemožné posoudit a prostor pro poznámky bylo užito stejně i pro druhou část šetření, která již operovala s aktivním zapojením uživatelů – zde by ovšem postačovalo hodnocení na pouhé ANO či NE, reakce byla vždy možná posoudit. Druhá část šetření, která na rozdíl od první, vyžadovala aktivní spolupráci uživatelů, měla dvě části.

První část výzkumného šetření, vyžadující aktivní spolupráci uživatelů, bylo rozlišování emocí, reakce na ně, schopnost přiřadit vzniklou situaci k patřičné emoci.

K tomuto účelu byly vytvořeny fotografie mužské tváře (viz příloha č. 1), zachycující čtyři základní emoce:

- Veselý – možné pojmenovat také jako šťastný, spokojený, usměvavý.
- Smutný – také jako nešťastný, nespokojený, zarmoucený.
- Překvapený – také jako zaskočený, vyděšený, užaslý.
- Naštvaný – jako rozzlobený, rozhořčený, zamračený.

Tyto fotografie byly uživatelům předloženy najednou (v závislosti na stupni mentálního postižení buď všechny čtyři, nebo po dvojicích) – prvním úkolem uživatelů bylo říci, případně ukázat (v případě neverbálně komunikujících uživatelů vždy ukázat), jaké emoce fotografie zachycují. Druhým úkolem bylo říci, popřípadě ukázat, jaká situace předcházela vyobrazené emoci. Pro případ předkládání fotografií uživatelům komunikujících neverbálně, nebo uživatelům s vyšší potřebnou mírou podpory, byly ke každé emoci vymyšlené jednoduché návodné věty, které mohli uživatelé přiřadit k emocím. Tyto věty byly vymyšleny s ohledem na každodenní život uživatelů v DOZP a s ohledem na jejich životní zkušenosti. V případě osob s těžkým mentálním postižením byly věty přednášeny se zabarvením hlasu a výraznější mimikou.

- Jsem veselý – věta: Mám radost, dostal jsem dárek!
- Jsem smutný – věta: Není mi dobře, bolí mě břicho.
- Jsem překvapený – věta: Co, cože? Dneska nebude k obědu řízek?
- Jsem naštvaný – věta: Ukradli mi peníze.

Druhou částí výzkumného šetření vyžadující aktivní účast uživatelů, byla schopnost zavolat pomoc v případě nouze. Uživatelům byly předloženy tři fotografie integrovaného záchranného systému (viz příloha č. 2) – vůz záchranné služby, policejní a hasičský vůz. Prvním úkolem bylo přiřadit auto k dané složce integrovaného záchranného systému. Druhým úkolem bylo určit, při jaké situaci budou uživatelé danou složku volat. Uživatelé v pásmu lehkého mentálního postižení byli vyzváni k tomu, aby situaci sami popsali, neverbálně komunikující uživatelé a uživatelé s větší mírou potřebné podpory dostali jednoduché návodné věty. Věty byly opět vymyšleny s ohledem na životní zkušenosti uživatelů.

- Sanitní vůz – věta: Zavolám je, když jsem hodně nemocný a potřebuji do nemocnice.
- Policejní vůz – věta: Zavolám je, když někdo provede něco hodně špatného.

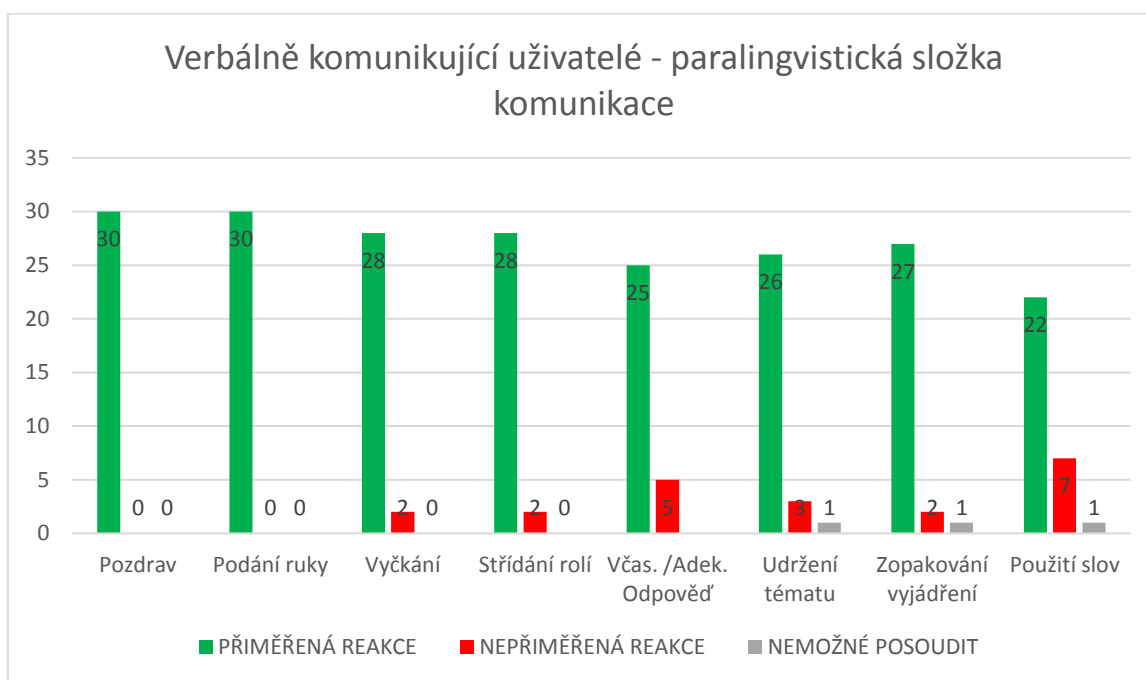
- Hasičský vůz – věta: Zavolám je, pokud bude někde hořet.

## 5.6 Interpretace výsledků

Samotné vyhodnocení výsledků z výzkumného šetření probíhalo již mimo zařízení DOZP. Z třiceti pěti uživatelů, podílejících se na výzkumném šetření, bylo třicet uživatelů verbálně komunikujících a pět komunikujících neverbálně. Tyto dvě skupiny uživatelů byly vyhodnoceny zvlášť, aby nedošlo ke zkreslení výsledků a ztrátě zjištěných zajímavých faktů. Celkově se zúčastnilo dvacet jedna mužů a čtrnáct žen, pro zachování co největší anonymity uživatelů není v interpretaci výsledků brán zřetel na genderové rozdíly – ženy i muži jsou označováni jednotně v mužském rodě.

Pro lepší představu výsledků je využito grafového zobrazení výsledků s následným popisem zjištěných faktů. Pokud je v textu užíváno interpretace slovních výroků uživatelů, jedná se vždy o přesný přepis bez úprav.

### 5.6.1 Verbálně komunikující uživatelé DOZP



Graf č. 1, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019

Všichni uživatelé jsou zvyklí se s komunikačním partnerem svým způsobem **přivítat a pozdravit**. Stejně tak mu při navázání podat ruku, zamávat či kývnout hlavou. Ačkoliv **podání ruky** většina uživatelů neinicuje – pozitivně na něj reagují – ruku partnera přijímají, zmáčknou, potřesou s ní. Důvodem menší inicializace prvotního kontaktu může být to, že se s examínátorem většina z nich zná osobně, či proto, že jej do místnosti a komunikační situace uvádí osoba jim důvěrně známá (speciální pedagog).

U uživatelů s větší mírou potřebné podpory byl po celou dobu rozhovoru **přítomen speciální pedagog**, který má s uživateli navázaný hlubší kontakt – z důvodu získání větší důvěry a lepší možnosti spolupráce.

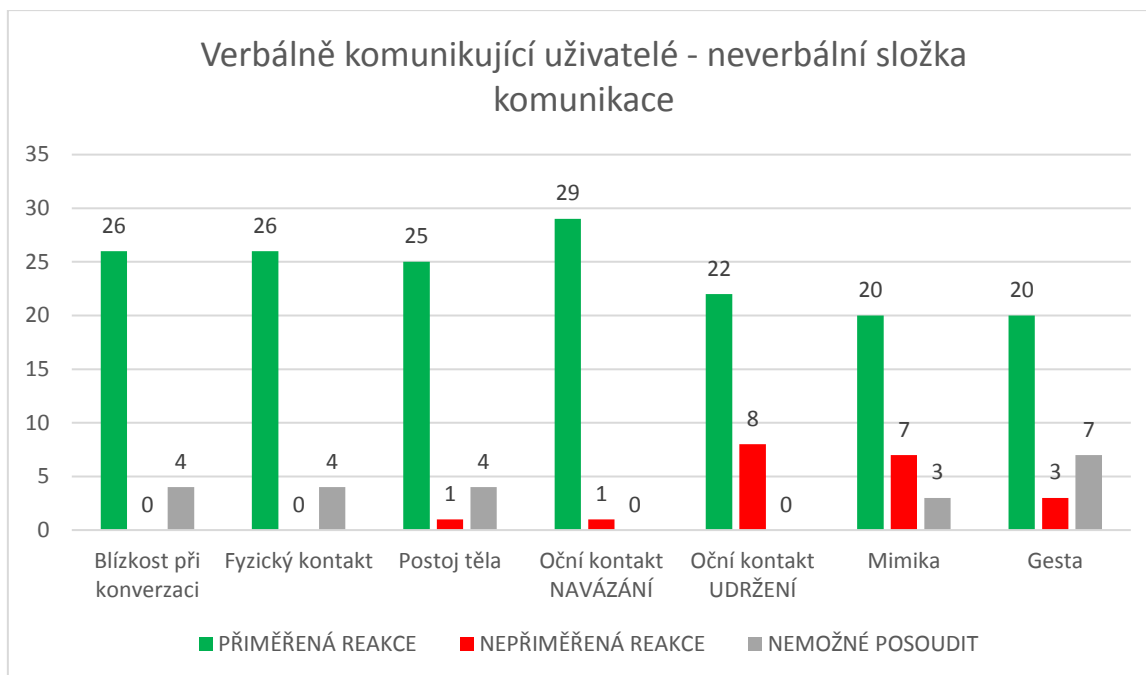
Ze třiceti uživatelů pouze dva nejsou schopni **vyčkání při konverzaci a střídání rolí** – nedočkavě hovoří a přerušují examinátora, nevyčkávají na svůj prostor v konverzaci. Jedná se o stejné osoby v případě vyčkání při komunikaci i střídání komunikačních rolí (tato informace z grafu není zřejmá).

Pět uživatelů nedokáže **adekvátně a včasně odpovídat/reagovat na otázky** – z toho jeden uživatel reaguje sice včas, ale pouze echolalicky, čtyři uživatelé reagují velmi pomalu a poměrně neadekvátně vzhledem ke vzniklé situaci.

**Udržet téma hovoru** uživatelům také nečiní problém – jsou zvědaví na průběh setkání a rozhovoru, je to pro ně nová a tím pádem zajímavá situace, také vědí, že součástí rozhovoru bude obrázkový materiál, který je zaujal. Pouze tři uživatelé neudrží linii rozhovoru vůbec, jejich pozornost zaujme pokaždé něco nového a je potřeba je opakováním pokynů vracet zpět k tématu. Jeden uživatel užívá slovní echolalii – opakuje každé poslední slovo svého komunikačního partnera i přes to, že je schopen svého vlastního vyjádření.

**Zopakovat své vlastní vyjádření** dokáže dvacet sedm uživatelů – při znovu položené otázce opakuji své předchozí tvrzení. Jeden uživatel je sice schopný zopakovat své vyjádření, jeho tvrzení je ovšem pokaždé pozměněné a má tak jiný význam než tvrzení první. Dva uživatelé nejsou ani na několikáté požádání schopni své tvrzení zopakovat – můžeme předpokládat, že necítí potřebu jej opakovat, nebo nedochází k porozumění pokynu k opakování.

**Slova volí adekvátně** k situaci pouze dvacet dva uživatelů – u jednoho bylo toto tvrzení nemožné potvrdit vzhledem k těžké dysartrii (pokud byla použita některá slova neadekvátně, nelze tento fakt posoudit, protože jim nemohl bez předchozího nácviku examinátor porozumět), sedm uživatelů není schopno užívat slova správně – je možné, že tato skutečnost vychází z faktu, že některé pojmy, které zazněly během rozhovoru, uživatelé neznají a reagují na ně tedy jinak, než je očekáváno. Často také opakuji jedno slovo dokola, nezávisle na tom, jaká otázka je pokládána.



*Graf č. 2, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

**Neverbální složky komunikace** se dají hodnotit mnohem objektivněji. Adekvátní **blízkost při konverzaci** dodržují všichni verbálně komunikující uživatelé, výjimku zde tvoří osoby se zhoršenou mobilitou vzhledem k těžkému tělesnému postižení – uživatelé na lůžku či na vozíku – v takovém případě tento faktor nelze hodnotit. Faktor tělesného postižení ovlivňuje i další hodnocené složky – fyzický kontakt a postoj těla při konverzaci. Během rozhovoru žádný z verbálně komunikujících uživatelů výrazně nenarušil osobní prostor svého komunikačního partnera nadměrným či nepatřičným fyzickým kontaktem, hodnotit toto nelze pouze u již uvedených osob s podstatně sníženou mobilitou. Taktéž u **postoje těla** během konverzace nebyly u dvaceti pěti uživatelů zaznamenány žádné nežádoucí projevy – uživatelé seděli na židli či pohovce naprosto přiměřeně k dané situaci, u čtyř imobilních osob opět nebylo možné tento fakt hodnotit. Pouze jeden uživatel byl během rozhovoru nepatřičně usazen – seděl velmi neformálně, nepřiměřeně k situaci a postoji examinátora – odtažitě, s roztaženýma nohama, opřen lokty o stehna, jeho posed byl velmi familiární.

**Oční kontakt** v úvodu setkání navázali všichni uživatelé kromě jednoho, u kterého byl sice zaznamenán pokus o navázání očního kontaktu, ale k samotnému navázání nedošlo. **Udržení očního** kontaktu již dělalo uživatelům větší problém – dvacet dva uživatelů během rozhovoru oční kontakt udržovalo, sedm po prvotním navázání očního kontaktu již necítilo potřebu jeho udržování a svůj pohled směřovali pouze

na papíry a obrázky položené stranou, či těkali očima z místa na místo, jeden – již uvedený uživatel – oční kontakt nenavázal a není tedy možné hovořit o tom, že by jej mohl udržovat.

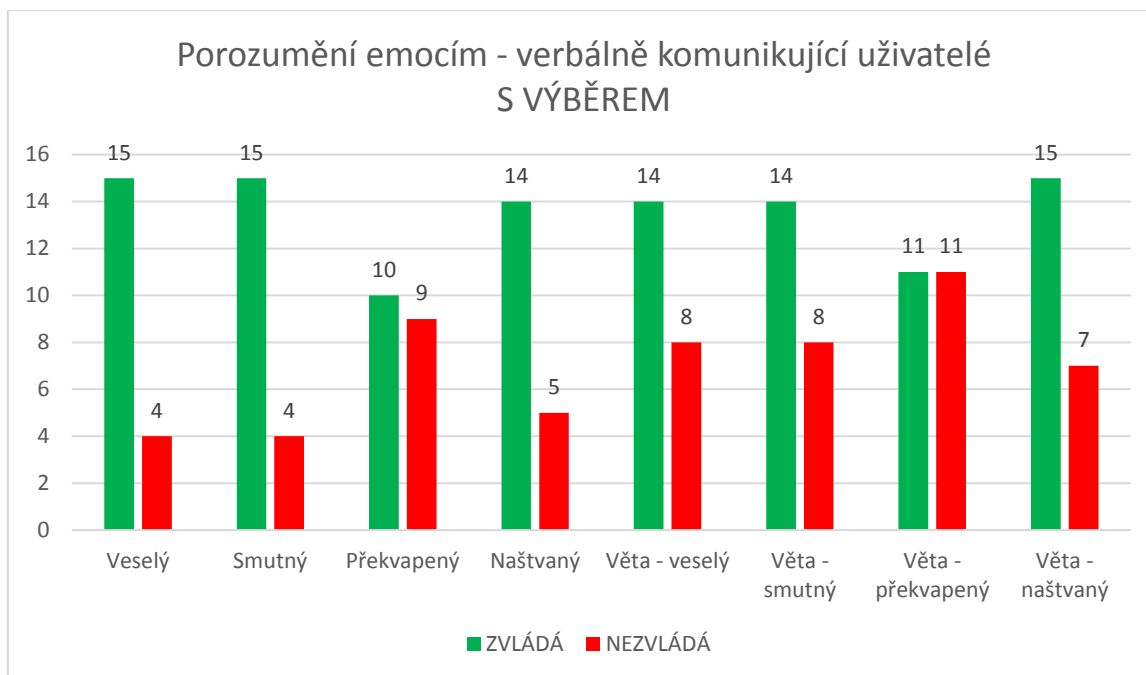
**Mimiku** obličejem vhodně užívalo během rozhovoru pouze dvacet uživatelů (tj. jedna třetina), tři uživatele nebylo možné hodnotit z důvodu tělesného postižení, sedm uživatelů využívalo svou mimiku nevhodně – častý byl bezdůvodný smích či úsměv, často úsměvu užívali v situacích, kdy nevěděli odpověď na některou z položených otázek, či se usmívali nevhodně při popisu obrázku smutného a našťvaného člověka, také při popisu příčin volání složek integrovaného záchranného systému.

**Gesta** nebylo možné hodnotit u již zmíněných tří uživatelů s tělesným postižením. Sedm uživatelů nevyužívalo gesta téměř vůbec, nebo je užívali ve špatný čas – gesto nevím, když odpovídali správně atp. Dvacet uživatelů využívalo gesta přirozeně a přiměřeně k situaci – gesto „nevím“, když opravdu nevěděli, kývaly hlavou na podporu vyjádření souhlasu (vertikální „ano“) či nesouhlasu (horizontální „ne“), také ovšem užívali gesta na podporu slov „ale“ - rukou a „myslím“ – mimikou podpořenou pohybem ruky.

Celkově tedy více jak třetina verbálně komunikující cílové skupiny výzkumného šetření vykazuje velmi dobré komunikační návyky. V následujícím textu budou popsány reakce verbálně komunikujících uživatelů na předkládaný obrazový materiál.

Uživatelé verbálně komunikující měli možnost sami **popsat** předložené emoce a složky integrovaného záchranného systému, nebo mohli na základě instrukcí **vybírat**. U uživatelů, kteří samostatně obrázky popisovali můžeme hovořit o **užívání aktivní slovní zásoby**. U uživatelů, kteří volili výběr na základě instrukcí by tedy bylo možné uvažovat o **užívání slovní zásoby pasivní**, je ovšem potřeba brát v potaz, že vzniklá situace nebyla nikterak nacvičena a je tedy možné, že uživatelé jsou schopni daná slova užívat aktivně, ale vzhledem k mentálnímu postižení nejsou schopni reagovat na náhle vzniklé situace adekvátně.

Z celkového počtu třiceti verbálně komunikujících uživatelů byl po provedení šetření **vyřazen** z části vyžadující aktivní spolupráci pouze **jeden uživatel**, a to z důvodu nemožnosti posoudit, zda jsou reakce náhodné, či ne – byl v té době nemocný, nereagoval na obrázky dle slov přítomného speciálního pedagoga tak, jak reaguje běžně.



*Graf č. 3, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

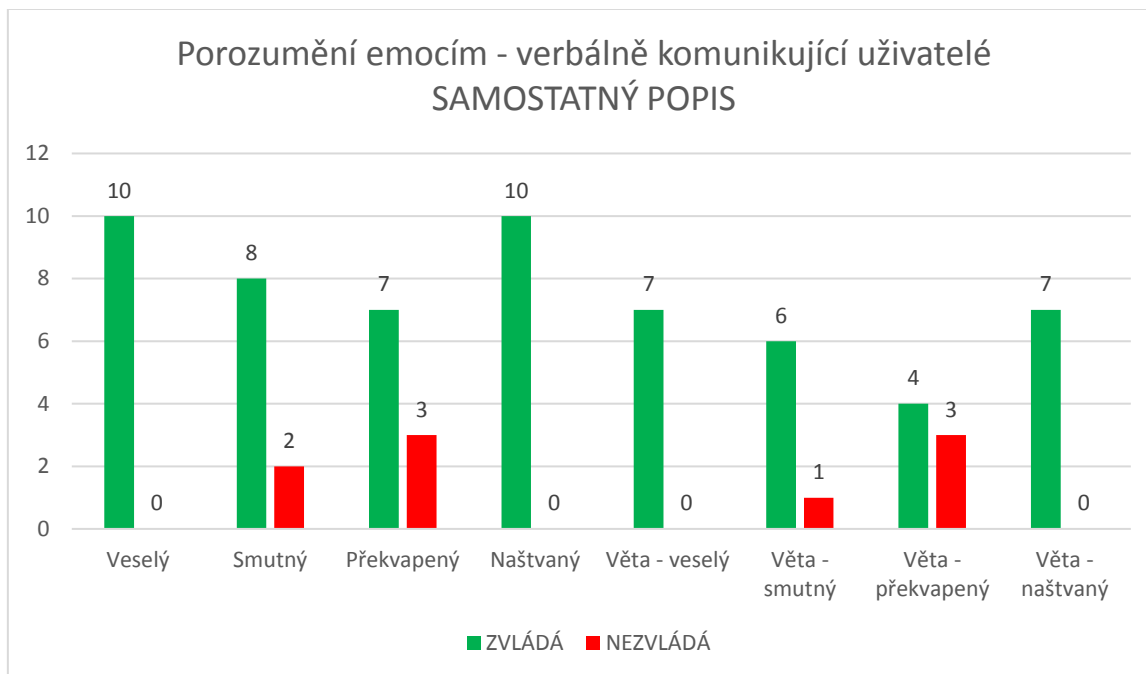
Výše uvedený graf zobrazuje reakce na jednotlivé **emoce a věty**, popisující situaci, která k dané emoci vedla, a to verbálně komunikujících uživatelů s potřebou návodných instrukcí (tedy těch, kteří nedokázali samostatně předkládané materiály komentovat). Samotné emoce potřebovalo vybrat na základě slovní instrukce devatenáct uživatelů (tj. téměř dvě třetiny verbálně komunikujících uživatelů). Věty pak na základě slovních instrukcí potřebovalo vybírat dvacet dva uživatelů. Tedy tři uživatelé, kteří zvládli emoci popsat samostatně (následující graf), nebyli schopni vymyslet příčinu těchto emocí – a to ani sami na sobě („Jsem veselý, když...“).

Jeden uživatel byl schopen naprosto správně popsat dané emoce, ale situace jim předcházející nebyl schopen ani vybrat – což značí, že slova emocí zná, ale není schopen je aktivně užívat jako opravdové označení pocitu. Pouze jeden uživatel nerozeznal emoce vůbec, jeden uživatel rozeznal pouze emoci veselý (zahrnuti v grafu).

Z šetření vyplynulo, že uživatelé velmi dobře reagují na základní emoce – *veselý* a *smutný*. Tyto emoce dokázaly správně určit více než dvě třetiny uživatelů. Emoce *naštvaný* dopadla obdobně. Stejně tak tyto emoce byly nadpoloviční většinou správně vybírány i v případě situací k nim vedoucích.

Značný problém měli uživatelé při přiřazení vhodného obrázku k emoci *překvapený* – celkově uživatelé označení této emoce spíše neznali, polovina uživatelů označilo emoci správně, ovšem je také možné, že postupovali vyřazovacím způsobem –

zapamatovali si, že tento obrázek ještě nevybrali. Totožně emoce *překvapený* dopadla i k výběru situací vedoucí k ní – polovina uživatelů vybrala správně, polovina nikoli. Je zde zřejmé, že pokud se uživatelé ve svém běžném životě s touto emocí setkávají, neumějí ji často pojmenovat.



*Graf č. 4, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

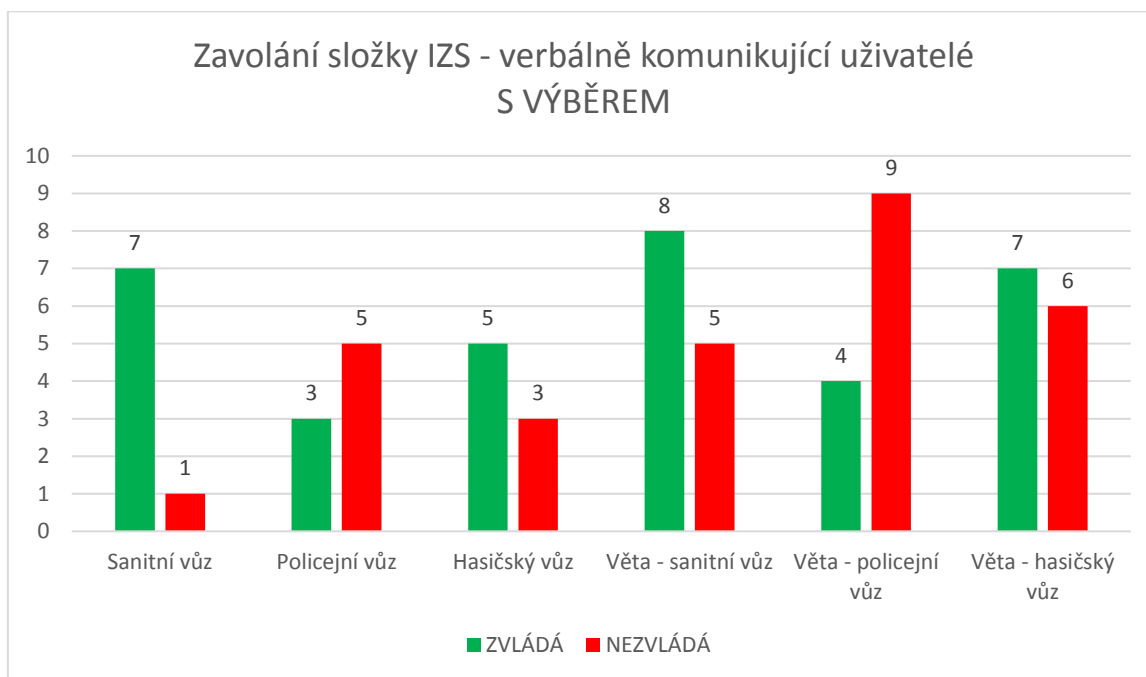
Uživatelů, kteří nepotřebovali slovní instrukci k výběru emocí a zvládli je popsat samostatně, bylo v případě pojmenovávání samotných emocí deset (tj. jedna třetina verbálně komunikujících uživatelů). V případě popisu situací vedoucí k daným emocím, bylo uživatelů sedm. Tedy tři uživatelé, kteří zvládli emoce popsat samostatně, potřebovali podporu pomocí možností výběru.

Stejně tak, jako v případě předchozího grafu, i zde je zřejmé, že základní emoci – *veselý*, *naštvaný* zvládali uživatelé bez problému. Zde byla úspěšnost sto procentní. Velmi překvapivým zjištěním je zde fakt, že uživatelé dokázali k těmto dvěma emocím vymyslet i správnou předcházející situaci. I emoce *smutný* dopadla velmi dobře. Znatelnou obtíž ovšem dělala uživatelům opět emoce *překvapený* – tu uživatelé chybně popsali ve třech případech takto: „Rád by zpíval“ (pravděpodobně proto, že má muž na fotografii otevřená ústa), „Je smutný“ a „Má se jakžtakž“.

Pro představu zde budou uvedeny některé situace, které uživatelé vymysleli a správně je přiřadili k fotografiím (v přesném přepisu):

- Veselý: „Je veselej, udělal si kafe.“ „Dozvěděl se nějakou dobrou zprávou.“

- Smutný: „Má problémy v rodině.“ „Něco se mu nevyvedlo.“ „Bolí ho břicho.“ „Je zklamaný, nebo má průšvih.“
- Naštvaný: „Nechte mě spát, jsem po noční.“ „Mám se špatně, je mi nevolno.“ „Je mi blbě.“ „Něco se mu nelíbí, nebude to dělat.“ „Mám vztek.“ „Má problémy v práci.“

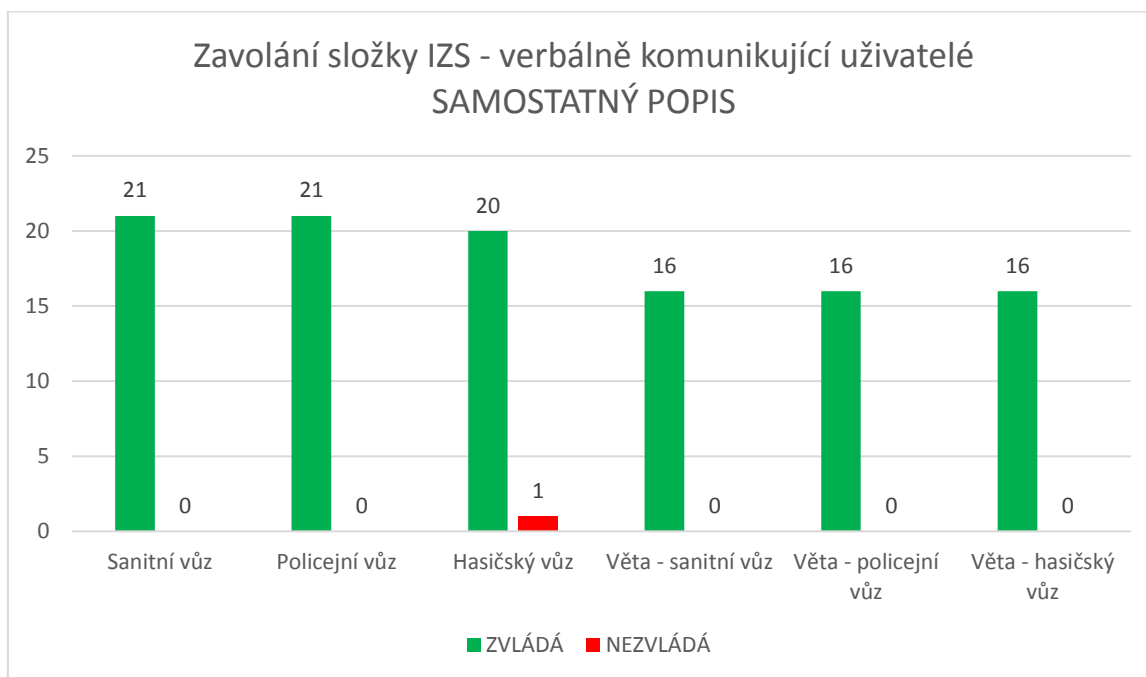


*Graf č. 5, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

Složky integrovaného záchranného systému zvládlo samostatně popsat více uživatelů než v případě emocí. Konkrétně název složky potřebovalo dle instrukcí vybírat jen osm uživatelů, což je o jedenáct méně než u jednotlivých emocí. V případě vět, které popisují situaci, kdy a kterou složku je nutné zavolat, potřebovalo slovní instrukce k výběru třináct osob, což je o devět osob méně než u vět, které popisovaly situaci vedoucí k emocím. V obou případech se tedy jedná téměř o třetinu uživatelů, potřebujících slovní podporu, méně než v případě porozumění emocím. Je zřejmé, že se uživatelé s tímto tématem setkávají častěji, mají jej více naučené a celkově o něm mají větší přehled, než o pocitech svých či lidí kolem sebe. Také se zde operuje s již konkrétnějšími informacemi, na rozdíl od poměrně abstraktních emocí.

Uživatelé, kteří potřebovali k výběru pomoc návodného popisu, nejlépe identifikovali sanitní vůz – vůz nepoznal pouze jeden verbálně komunikující uživatel, věty přiřadila dobře více než polovina. Největší potíže činilo uživatelům poznat a určit policejní vůz, více než polovina jej určila špatně (nebo nevybrala vůbec), návodnou větu

určila dobře pouze jedna třetina uživatelů. Hasičský vůz uživatelé poznávali lépe než vůz policejní, ovšem situaci, vedoucí k zavolání hasičské služby, určila dobře jen polovina uživatelů. Z tohoto zjištění můžeme vyvodit fakt, že se uživatelé v domově setkávají především se zdravotnickou záchranou službou. Všech pět uživatelů, kteří špatně přiřadili větu k sanitnímu vozu, nedokázalo správně přiřadit ani věty k dalším dvěma vozům (ačkoliv sanitní a hasičský vůz poznali).



*Graf č. 6, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

Více než dvě třetiny verbálně komunikujících uživatelů (konkrétně dvacet jedna) byly schopny samostatně popsat vozy IZS. V případě sanitního a policejního vozu byli uživatelé stoprocentně úspěšní. Pouze jeden z těchto uživatelů nedokázal pojmenovat hasičský vůz. Situace, vedoucí k zavolání daných složek popsal samostatně šestnáct uživatelů – tedy více než polovina verbálně komunikujících uživatelů. Zde byla úspěšnost ve všech třech případech stoprocentní. Velmi zajímavé byly situace, které uživatele vymýšleli – s většinou z těchto situací se uživatelé v DOZP mohou setkat pouze výjimečně. Většina uživatelů má také povědomí o telefonním čísle složek IZS – z trojčíslí znají první dvě čísla, často u všech uvádějí „155“. Všechna koncová čísla trojčíslí (150, 155, 158) znají pouze dva uživatelé.

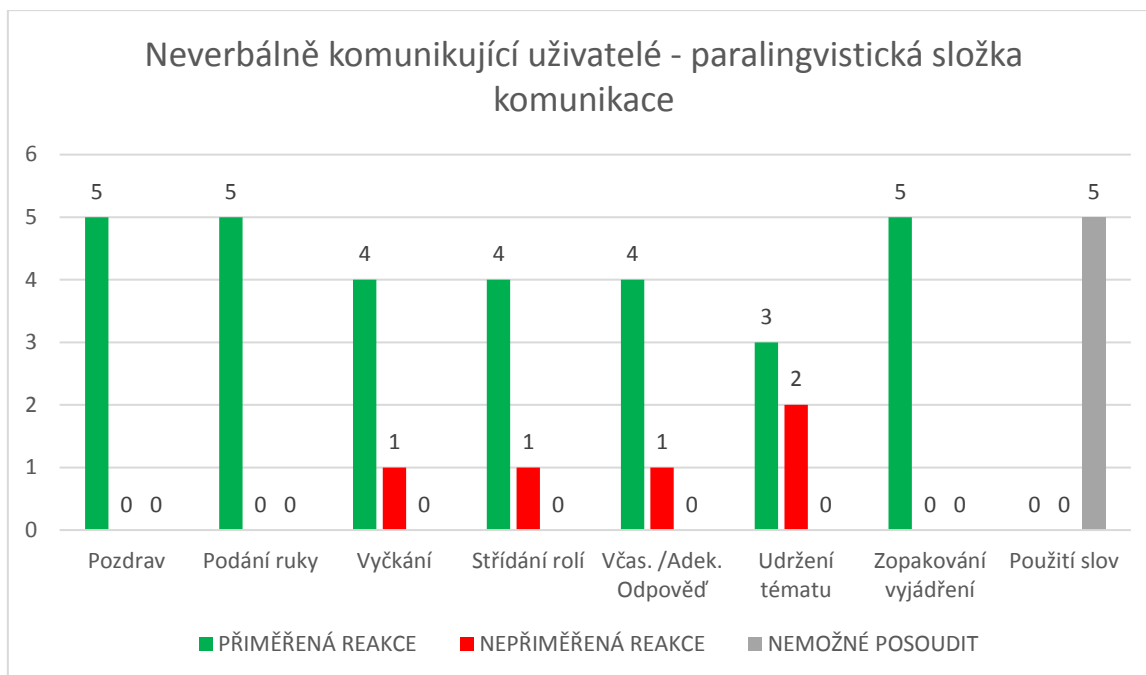
Pro představu zde budou uvedeny některé situace, které uživatelé vymysleli a správně přiřadili k fotografiím (v přesném přepisu, s vynecháním „Zavolám je...“):

- Sanitní vůz: „Když je mi špatně, nebo když potřebuju do porodnice.“ „Když se někomu něco stane.“ „Když je někde úraz.“ „Když je někdo nemocný.“ „Vezou někoho do nemocnice.“
- Policejní vůz – „Když má někdo záchvat.“ (myšleno vztek a agrese, nikoliv epileptický) „Při vloupačce.“ „Když někdo někoho zavraždil nebo zastřelil, nebo něco ukradl.“ „Když někdo uteče – hledají ho.“ „Když je bouračka.“ „Když vykradou byt.“ „Když hledají pachatele.“ „Když je krádež v samoobsluze.“
- Hasičský vůz – „Když je požár.“ (většina případů) „Když je bouračka.“ „Přijedou a hasí oheň.“

Z výše uvedených informací je jasné, že uživatelé, kteří jsou v DOZP schopni verbální komunikace (v různé míře), jsou poměrně zdatní v komunikačních strategiích, dokáží navazovat kontakt s komunikačním partnerem. Pokud ovšem porovnáme záležitost emocí a složek IZS, je naprosto zřejmé, že více uživatelů dobře rozumí situacím, které vedou k zavolání pomoci než situacím, které vedou k nějaké emoci. Může to být dáno abstraktivním charakterem emocí, větší pedagogickou přípravou či samotnou osobní zkušeností.

### **5.6.2 Neverbálně komunikující uživatelé DOZP**

Výše uvedené informace se týkaly pouze uživatelů verbálně komunikujících. Vzhledem k tomu, že výběr uživatelů byl specifikován na uživatele se zachovanou schopností porozumět informacím a bez závažného smyslového postižení, nešla spolupráce navázat se všemi uživateli DOZP. Neverbálně komunikujících osob zde žijících je veliký počet, na základě uvedených kritérií došlo ovšem k navázání spolupráce pouze s pěti osobami (je ovšem možné, že během dnů, kdy probíhalo výzkumné šetření byli někteří uživatelé mimo domov).



*Graf č. 7, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

Stejně parametry hodnocení byly použity u osob neverbálně komunikujících – někteří z nich používají přirozená gesta a prvky makatonu. U těchto osob ovšem nemůžeme hovořit o verbální složce jazyka, a tedy jediná nehodnocená oblast byla adekvátní používání slov.

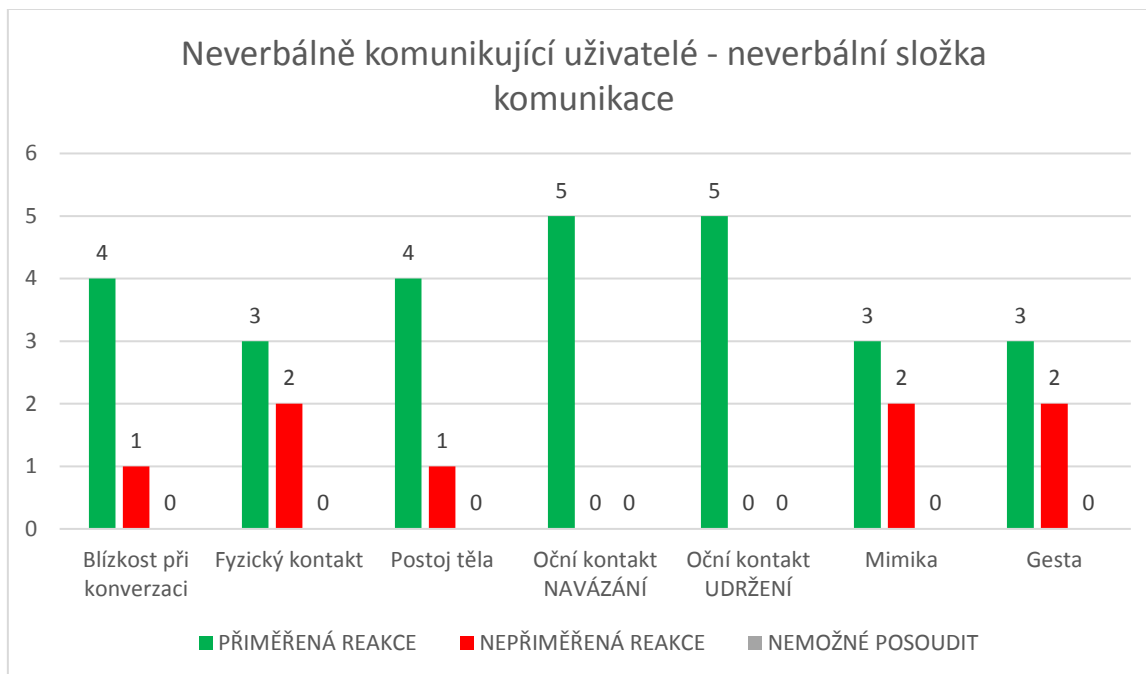
**Pozdravení a podání ruky** zvládá všech pět uživatelů naprosto adekvátně – aktivně ovšem podání ruky neinicují, stejně jako verbálně komunikující uživatelé – na podnět podání ruky komunikačního partnera ovšem reagují, podávají ruku, tisknou ji nebo s ní potřesou. I zde může být důvod menší iniciace prvotního kontaktu jim již známý examínátor.

**Vyčkat na vyjádření komunikačního partnera** zvládají téměř všichni uživatelé, kromě jednoho, který nedečkávě bere materiály na stole a nevyčkává na instrukce a svůj prostor. Stejně tak v případě **střídání rolí**, čtyři uživatelé jsou naprosto schopni reagovat v čase, který je pro ně v konverzaci vyhrazen a stejně tak jej poskytnout partnerovi.

**Včasně a adekvátně reagují** také čtyři uživatelé z pěti – jeden uživatel odpovídá s velikou časovou prodlevou s nutností opakovaného pobízení – nejedná se ovšem o stejného uživatele jako v případě vyčkání a střídání v komunikaci – tento uživatel je schopný včasné i adekvátně reagovat na dotazy a podněty.

**Udržet téma** hovoru dokáží pouze tři uživatelé, další dva mají problémy s udržením pozornosti, nechají se snadno rozptýlit jakýmkoliv jiným podnětem okolí

(vizuálním i zvukovým). Velmi dobře jsou ovšem uživatelé schopni **zopakovat svá vyjádření** (zvládá všech pět) – toto tvrzení bylo ověřeno především ve výběru obrázků v druhé části šetření. Není potřeba uživatele k opakování ztelněji pobízet, porozumění instrukcím je plně zachováno.



*Graf č. 8, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

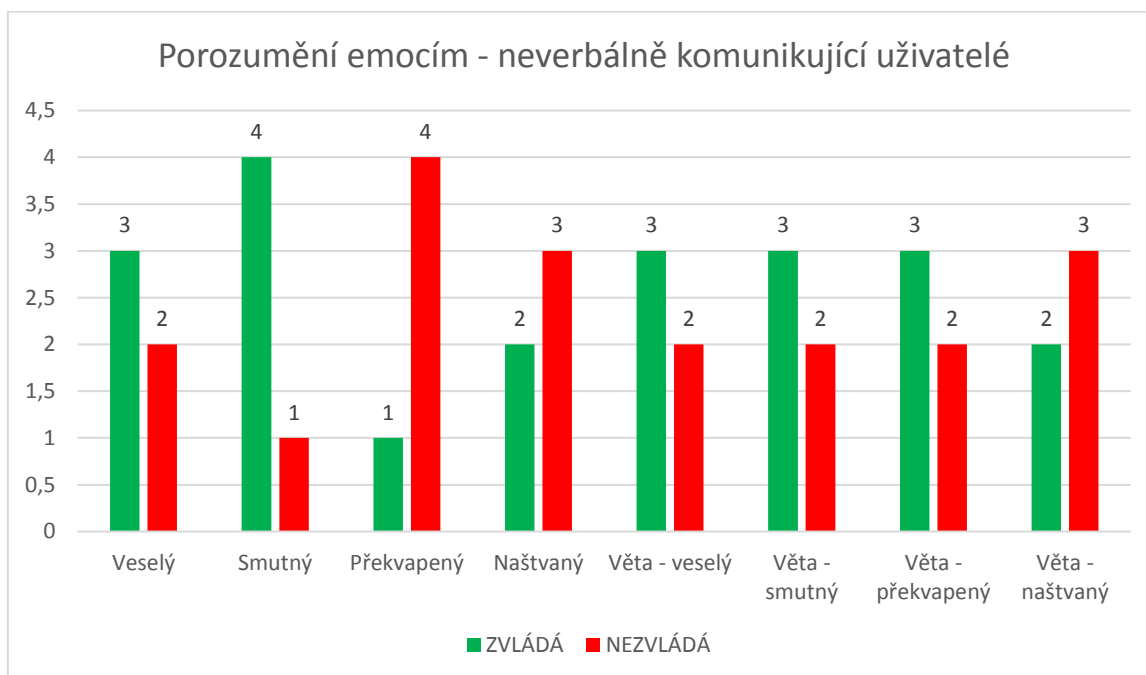
Žádný z neverbálně komunikujících účastníků výzkumného šetření není imobilní, nebylo tedy – na rozdíl od výše uvedených verbálně komunikujících imobilních uživatelů – potřeba používat hodnocení nemožné posoudit, postačilo zde pouze hodnocení přiměřené či nepřiměřené reakce.

**Adekvátní blízkost při konverzaci** dodržovali čtyři uživatelé z pěti – jeden uživatel zaujal postoj v osobním prostoru komunikačního partnera a v tomto prostoru i setrval. **Fyzický kontakt** byl nepřiměřený u dvou uživatelů – u zmíněného uživatele, který narušoval osobní prostor již svým postojem, u jednoho uživatele docházelo k přehnanému kontaktu a dotekům na poměrně osobní úrovni i přes vhodnou vzdálenost při rozhovoru. Uživatelé byli informováni o nevhodnosti doteků, přesto stále vstupovali do osobního prostoru examinátora doteky, převážně na obličej, vlasy a paže. Postoj těla byl hodnocen jako nepřiměřený pouze u uživatele, u kterého byly nepřiměřeně hodnoceny i předchozí dva faktory.

Zajímavým zjištěním byl fakt, že všech pět neverbálně komunikujících uživatelů bylo schopno **oční kontakt** nejen navázat, ale i **udržovat** po celou dobu rozhovoru.

Bylo znatelné, že jsou uživatelé zvyklí aktivně komunikovat s okolím i přes to, že nevyužívají mluvené řeči.

**Mimika a gesta** byla hodnocená jako přiměřená u tří osob. Dva uživatelé mimiku k vyjádření či podpoře sdělení využívali nesprávně – kupříkladu se smáli tomu, že je někdo smutný, usmívali se, když ukazovali bolení břicha apod. K užívání gest u těchto dvou uživatelů nedošlo, ačkoliv by to mohl být jejich komunikační prostředek – gesta nebyla buďto žádná, nebo jen minimální a neodpovídající.



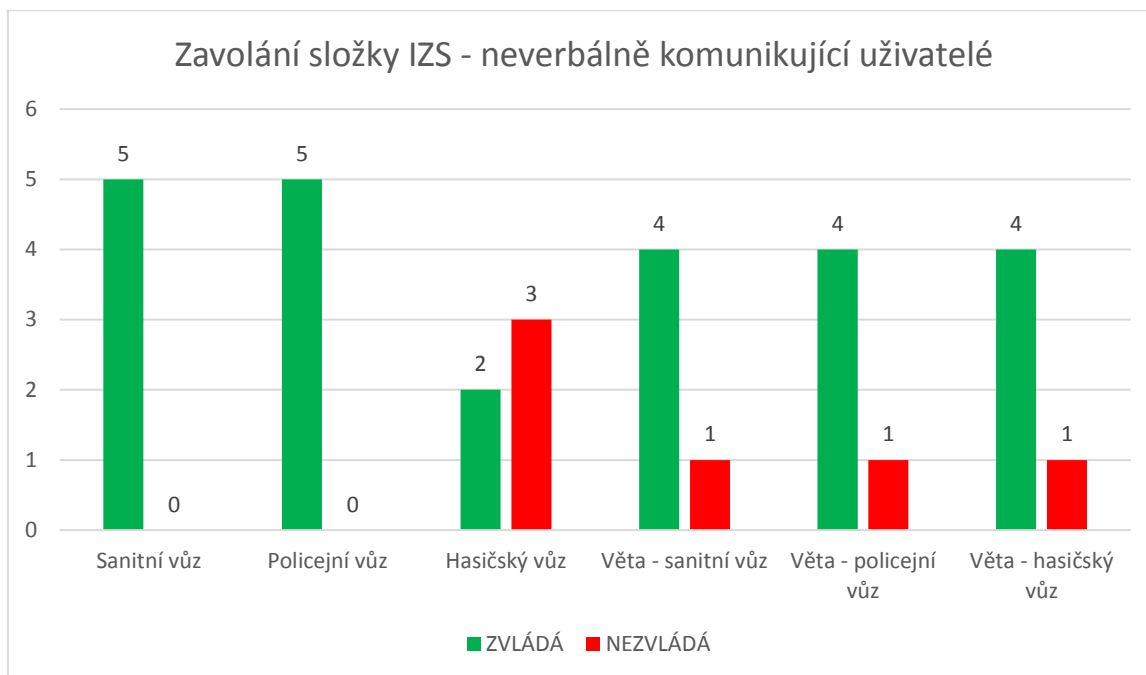
Graf č. 9, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019

Z grafu je patrné, že pro neverbálně komunikující uživatele bylo porozumění emocím a přiřazení situací k nim vedoucích poměrně těžkým úkolem. Je potřeba ovšem vzít v potaz, že se zde operuje s velmi malým a specifickým vzorkem a není tedy možné zjištění paušalizovat.

Jeden uživatel emoce i situace k nim vedoucí vybíral čistě náhodně – pokyn „vyberte“ ovšem pochopil, protože na reagoval na jednotlivé pokyny: správně reagoval na vozidla IZS, porozumění zadání bylo tímto ověřeno.

Nejhůře, stejně jako u osob verbálně komunikujících, dopadla emoce *překvapený*. Tu na základě pouhého popisu emoce vybral dobře pouze jeden uživatel. Při výběru situace k emoci *překvapený* byla úspěšnost vyšší – patrně proto, že byla použita výraznější mimika examinátora ve spojení se slovy „Co? Cože?“ v návodné větě – správně přiřadili tři uživatelé. Nejlépe uživatelé rozeznali emoci *smutný*, tu poznali čtyři

uživatelé. Při výběru situace k emoci *smutný* uživatelé reagovali na konkrétní slovo „bolí“ a správně vybrali emoci tři z pěti. Emoci *veselý* poznali pouze tři uživatelé – při výběru situací pozitivně reagovali na slovo „dárek“ – při tomto slovu se usmáli a vybrali správně emoci také tři uživatelé. Emoci *naštvaný* v případě samotného výběru emoce i výběru situace rozeznali pouze dva uživatelé – nejednalo se ovšem o ty samé.



*Graf č. 10, zdroj – vlastní výzkumné šetření, 2019*

Stejně jako u verbálně komunikujících uživatelů, i u neverbálně komunikujících uživatelů byla větší úspěšnost u výběru složek IZS. V případě výběru sanitního vozu a policejního vozu byla úspěšnost stoprocentní. Uživatelé bez většího váhání vybírali správná vozidla, díky jejich úspěchu a větší znalosti problematiky je tato aktivita bavila více než předchozí s emocemi. Pouze s výběrem hasičského vozu měli problém tři uživatelé – všichni tři místo hasičského vozu vybírali policejní vůz.

Při výběru vět, které popisují situaci předcházející zavolání daných složek IZS, vždy chyboval jeden uživatel – v každém případě to byl ovšem jiný uživatel. Otázkou je, jak je možné, že situaci, kdy voláme hasičce, vybrali i uživatelé, kteří na základě instrukce nevybrali správně hasičské vozidlo (pravděpodobně se nasetkávají s pojmem „hasič“), ale mají představu o tom, že když „hoří“, tak přijede červené auto.

### **5.6.3 Shrnutí získaných poznatků**

V předchozím textu byly podrobněji uvedeny poznatky zjištěné po vyhodnocení všech záznamových archů. Aby bylo možné odpovědět na výzkumné otázky, je potřeba

se pokusit údaje shrnout a vytvořit z nich závěr. Pokud nedošlo k nějaké významné odchylce, nebude zde dále brán zřetel na formu komunikace uživatelů (verbální či neverbální) a na formu odpovědí na pokládané otázky při výzkumném šetření (výběr či samostatné slovní vyjádření).

Sto procentní úspěšnost byla zaznamenána pouze u **pozdravu a podání ruky** – jak již bylo uvedeno, uživatelé sice ve sto procentech podání ruky neinicují, ovšem reagují na něj adekvátně (ruku přijímají, tisknou ji, třesou s ní). V případě **vyčkání při komunikaci a střídání komunikačních rolí** nebyly zaznamenány výrazné odchylky – více než devadesát procent uživatelů vykazuje adekvátní reakci. **Včasná či adekvátní odpověď** byla jako pozitivně hodnocena pouze u osmdesáti tří procent uživatelů, což je ovšem stále více než tříčtvrtě úspěšnost – stejná úspěšnost byla v případě **udržení tématu konverzace**. **Zopakovat své vyjádření** dokázalo více než devadesát procent uživatelů.

Obecné shrnutí je nemožné u následujících hodnocených kritérií: adekvátní použití slov (vzhledem k značnému podílu uživatelů neverbálně komunikujících), vhodná blízkost při konverzaci, adekvátní fyzický kontakt a postoj těla (vzhledem k podílu uživatelů s těžkým tělesným postižením).

**Oční kontakt** navázalo téměř sto procent uživatelů (vyjma jednoho), vzhledem k tomuto zjištění bylo zajímavé to, že o **udržení očního kontaktu** se úspěšně pokoušelo pouze sedmdesát sedm procent uživatelů – to je přibližně o jednu čtvrtinu uživatelů méně.

Z neverbální složky komunikace, která spadá do pragmatické jazykové roviny, dopadlo nejhůře využívání **mimiky a gest** při konverzaci – přibližně šedesát pět procent uživatelů využívalo mimiku a gesta během konverzace správně či adekvátně, dvacet pět procent uživatelů (tj. celá jedna čtvrtina) využívalo mimiku a gesta buď nevhodně či vůbec, zbylých přibližně osm procent uživatelů nebylo možné hodnotit (těžké TP).

V případě **hodnocení samostatných emocí** poznávali uživatelé nejlépe emoci *veselý* – tu poznalo více než osmdesát procent uživatelů (dvacet osm). Emoci *smutný* poznalo o jednoho uživatele méně (dvacet sedm) a o dalšího uživatele méně poznalo emoci *naštvaný* (dvacet šest). Emoce *překvapený* dopadla o poznání hůře, než předchozí tři emoce – poznalo ji pouze padesát tři procent uživatelů (osmnáct).

**Situace, vedoucí k uvedeným emocím**, vybíralo správně podstatně méně uživatelů než samotné emoce. Nejvíce uživatelů vybralo správně situaci vedoucí k emoci *naštvaný* – přibližně sedmdesát procent (dvacet čtyři) - to znamená, že více než jedna čtvrtina uživatelů určila situaci špatně. Situaci, vedoucí k emoci *veselý*, určilo správně o jednoho uživatele méně (dvacet tři), k emoci *smutný* pak o dalšího uživatele méně (dvacet dva) – v obou případech se jedná o více než třicetiprocentní neúspěšnost. Nejhůře uživatele určovali situaci vedoucí k emoci *překvapený*, tu správně určilo pouze padesát procent uživatelů.

**Složky integrovaného záchranného systému** uživatelům činily podstatně menší obtíže. Sanitní vůz poznalo devadesát sedm procent uživatelů (třicet tři), policejní vůz poznalo osmdesát pět procent uživatelů (dvacet devět), hasičský vůz poznalo sedmdesát devět procent uživatelů (dvacet sedm). V případě situací, vedoucí k zavolání jednotlivých složek IZS byla úspěšnost menší – sanitní vůz osmdesát dva procent uživatelů (dvacet osm), policejní vůz sedmdesát jedna procent (dvacet čtyři) a hasičský sedmdesát devět procent (dvacet sedm).

## 5.7 Výsledky

Výzkumné šetření proběhlo za účasti třiceti pěti uživatelů Domova pro osoby se zdravotním postižením. Během šetření byly u těchto uživatelů mapovány dílčí části pragmatické jazykové roviny prostřednictvím vytvořené hodnotící tabulky. Dále bylo hodnoceno sociální užití komunikace skrze porozumění emocím a situacím, vedoucím k daným schopnostem; hodnocena byla také schopnost rozeznat složky integrovaného záchranného systému a zhodnotit, při jaké vzniklé krizové situaci je vhodné složky volat.

Prostřednictvím grafů byly znázorněny získané informace, které byly podrobně analyzovány pod každým grafem zvlášť. Analýza informací posloužila pro shrnutí poznatků. Na základě shrnutí zde budou nyní prezentovány výsledky celého šetření a zodpovězeny výzkumné otázky, které byly kladeny na počátku celého výzkumného šetření.

Šetřením bylo zjištěno, že uživatelé jednoho konkrétního domova, v pásmu lehké až těžké mentální retardace se zachovanou schopností porozumění instrukcím, jsou schopni navazovat sociální kontakt a ve velké části hodnocených kritérií vykazují přiměřené reakce. V paralingvistické složce komunikace se ukázaly drobné **nedostatky v oblastech**, které souvisí se sníženou schopností koncentrace a udržení pozornosti, což je jedním ze symptomů mentálního postižení. V **neverbální složce komunikace byly**

**zaznamenány nedostatky** v oblasti udržení očního kontaktu, což je možné také přisuzovat snížené schopnosti udržení pozornosti. **Největší deficit** byly zaznamenány **v oblasti mimiky a užívání gest** – uživatelé buď tyto neverbální složky komunikace neužívají adekvátně vzhledem k vzniklým situacím, nebo je neužívají téměř vůbec.

Vzhledem k tomu, že určená kritéria na počátku šetření nevyřadila z výzkumného vzorku uživatele s těžkým tělesným postižením, výsledky u některých dílčích částí **nebylo možné obecně shrnout** – pokud bychom ovšem ze získaných výsledků v těchto částech imobilní uživatele vyřadili, získali bychom poměrně velké procento úspěšnosti mobilních uživatelů. Stejně tak zahrnutí neverbálně komunikujících uživatelů zkresluje hodnocení adekvátního použití slov – pokud by tito uživatelé v hodnocení této dílčí části byli vyřazeni, úspěšnost ostatních uživatelů by byla také poměrně vysoká.

V případě porozumění emocím a situacím s nimi spojenými uživatelé **chybovali poměrně často**. Je zde **znatelný deficit v oblasti chápání abstraktních pojmů**. Lepších výsledků bylo dosaženo v případě popisu či výběru jednotlivých emocí – v případě popisu či výběru situací uživatelé chybovali častěji. Největší problémy měli uživatelé s poznáním emoce *překvapený*, základní emoce *veselý*, *smutný* a *naštvaný* uživatelé poznávali podstatně lépe – zatímco emoci *překvapený* poznala v obou případech pouze přibližně polovina uživatelů, ostatní emoce dopadly přibližně o dvacet procent lépe. Uživatelé v tomto případě potřebovali poměrně velkou podporu examinátora – dvě třetiny uživatelů či více **nedokázaly emoce a situace k nim vedoucí popisovat samostatně** a potřebovaly využít možnosti výběru. Je patrné, že porozumění této problematice je u osob s mentálním postižením značně snížené a aktivní slovní zásoba daných pojmů výrazně zaostává za pasivní. K tomuto tvrzení přispívá i výše uvedené zjištění, že mimika a užívání gest bylo nejhůře hodnocenou částí výzkumného šetření, které neoperovalo s aktivní účastí uživatelů. To koreluje s informacemi, se kterými pracuje teoretická část práce v kapitole 4.2 *Symptomatické poruchy řeči při mentálním postižení*.

Složky integrovaného záchranného systému znají uživatelé velmi dobře – i v případě situací vedoucích k zavolání daných složek dosahovali uživatelé o dvacet procent **lepších výsledků** než v případě poznávání emocí. Vzhledem k tomuto zjištění lze potvrdit fakt, že **účastníci šetření byli schopni porozumět instrukcím** examinátora. Na základě uvedených výsledků lze potvrdit, že konkrétním pojmům, v tomto případě pojmům pojících se s IZS, rozumí osoby s mentálním postižením mnohem lépe, než abstraktním pojmům – v tomto případě emocím.

V případě obou částí vyžadujících aktivní účast uživatelů, lze velmi dobře demonstrovat také tvrzení, že osoby s mentálním postižením mají problémy v případě vyjadřování příčin a následků. Jak v případě situací vedoucích k emocím, tak v případě situacích vedoucích k zavolání složek IZS je patrné, že činí uživatelům mnohem větší potíže vymyslet či vybrat příčinu než jen samostatné pojmy.

Z výzkumu vyplynuly **odpovědi na výzkumné otázky**, které byly položeny na začátku šetření.

Otázka č. 1: *Pozorujeme u osob s mentálním postižením výrazné nedostatky na pragmatické jazykové rovině? Pokud ano, v jakých dílčích částech nejvíce?*

U osob s mentálním postižením **pozorujeme nedostatky** na některých dílčích částech pragmatické jazykové roviny. Nejvíce na neverbálních částech této roviny, a to na používání mimiky a gest. Pozorujeme nedostatky na schopnosti udržovat oční kontakt v průběhu konverzace, i přes schopnost navázání očního kontaktu. Dále také pozorujeme problémy v oblasti porozumění emocím – především pak vyjádření příčiny a následku daných emocí.

Otázka č. 2: *Projevuje se symptomatická porucha řeči u osob s mentálním postižením v sociálním užití jazyka? Pokud ano, jak můžeme tento projev pozorovat?*

Symptomatická porucha řeči u osob s mentálním postižením se v sociálním užití jazyka **projevuje**. Tento projev můžeme pozorovat nejvíce na právě výše uvedených nedostatcích v oblasti pragmatické jazykové roviny. Na základě zjištění o nedostatečné či nevhodně užívané mimice a gest společně se zhoršeným porozuměním vyjádření emocí druhé osoby můžeme předpokládat nižší schopnost empatie a tím pádem i nevhodné reakce na nejrůznější situace.

## **5.8 Zmapování aktivit uživatelů DOZP a doporučení pro praxi**

Aktivity, které naplňují volný čas uživatelů DOZP, mají veliký podíl na rozvoj jejich dovedností či alespoň udržování stávajících schopností. V případě jednoho konkrétního domova, ve kterém probíhalo výzkumné šetření této práce se jedná o **širokou škálu aktivit**, které mohou uživatele posouvat v (nejen) komunikačních dovednostech stále dál. V první řadě jsou to jednotlivé **aktivizační programy** všech domácností, které se snaží aktivně zapojit co největší počet uživatelů. Dále jsou to samotné aktivizační, lépe řečeno **terapeutické dílny**, do kterých mohou uživatelé docházet a rozvíjet tak své dovednosti a prakticky využít své schopnosti. Také domov uživatelům zprostředkovává speciálně-

pedagogické terapie (dramaterapii, muzikoterapii i zooterapii). Jako velký přínos pro uživatele tohoto domova můžeme vnímat **tým speciálních pedagogů**, jejichž pracovní náplní je podpora a rozvoj komunikačních dovedností všech uživatelů, bez ohledu na věk či stupeň postižení. Všechny tyto výše zmíněné aktivity přispívají, větším či menším podílem, k rozvoji dovedností uživatelů. Během rozhovorů s uživateli bylo patrné, že jsou zvyklí na sociální kontakt a spolupráci – lze hodnotit na základě toho, že žádný z oslovených uživatelů spolupráci neodmítnul, ani během rozhovoru neodešel, a ve většině případů uživatelé svou pozornost soustředili na examinátora a předkládané materiály. Ačkoliv prošly sociální služby za posledních pár let poměrně velkou změnou a stále jsou v transformačním procesu, nemohou adekvátně nahradit rodinné prostředí, které je přirozené a mnohem více stimulační. Zajímavým doplněním zjištěných faktů by zde mohly být informace o předchozím bydlišti uživatelů a o vztahu s rodinou či opatrovníkem. Vzhledem k tomu, že v domově probíhá řada volnočasových i výchovně-vzdělávacích aktivit, uživatelé mají velké množství stimulů pro rozvoj.

Možné doporučení pro praxi s cílem zlepšit sociální komunikační dovednosti klientů domova:

- Zapojování mimiky a gestikulace – názorné ukázky, přehrávání.
- Trénink vyjádření emocí – nácvik výrazů před zrcadlem, přiřazování fotografií či jiných podpůrných obrázkových materiálů, vysvětlování příčin a následků, dramaterapie.
- Trénink sociálních situací – příchod do obchodu či do kavárny atp., požádání či zavolání o pomoc.
- Podněcování k vlastnímu vyjádření.
- Větší kontakt s okolím – vyžaduje zapojení společnosti.

Hlavním doporučením pro praxi by tedy mohlo být ještě **více individualizovat přístup** k uživateli – nikoliv ovšem v terapeutickém či pedagogickém směru, spíše na základě každodenní intenzivní bazální komunikaci pro zlepšení a upevnění sociálně komunikačních strategií. Vzhledem k tomu, že jsou většinou v domácnostech přítomní dva pracovníci přímé obslužné péče (na přibližně dvacet uživatelů), pravděpodobně nebude možné tento přístup aplikovat.

Protože sociálními pobytovými službami s klientelou s mentálním postižením nebývá zpravidla nabízena tak intenzivní speciálně-pedagogická intervence zaměřená na rozvoj

komunikačních dovedností jako v případě tohoto DOZP, je možné usuzovat, že by výzkumné šetření sociálního užití jazyka osob žijících v jiném DOZP nepřineslo takto pozitivní výsledky. Demonstrovat toto tvrzení můžeme i na příkladu výzkumu (Kopečný, 2014), kdy bylo osloveno devadesát šest domovů pro osoby se zdravotním postižením, a logopedická intervence probíhala jen ve třiceti procentech z nich. Ve většině z těchto domovů probíhaly jiné speciálně-pedagogické terapie (ergoterapie, muzikoterapie, zooterapie). V případě, že je v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytována logopedická péče, je dle výzkumu Kopečného a Klenkové (2013) největší pozornost při rozvoji komunikačních dovedností věnována právě pragmatické jazykové rovině a sociálnímu užití komunikace.

## 6. Závěr

Hovoříme-li o narušené komunikační schopnosti, která není primární, nýbrž sekundární – je symptomem jiného postižení – hovoříme vždy o symptomatické poruše řeči. V rámci sledování komunikace u osob s mentálním postižením se vždy setkáme se specifiky a odchylkami oproti intaktnímu ontogenetickému vývoji řeči. Je to právě řeč a její vývoj, co může signalizovat podezření na mentální postižení daného jedince. Nelze ovšem paušalizovat a shrnout poznatky na sdělení, že vývoj řeči při mentálním postižením vypadá tak či onak. Osoby s mentálním postižením jsou, stejně jako všechny jiné osoby, bez ohledu na pohlaví, věk či případné zdravotní omezení jedinečné osobnosti s vlastními charakterovými rysy, možnostmi a limity. Přesto ovšem osoby s mentálním postižením již od dětského věku vykazují jisté podobné znaky (nejen ve vývoji řeči), které jsou závislé na stupni mentálního postižení a jeho etiologii.

Dosud dostupné publikace, zabývající se vývojem řeči u osob s mentálním postižením se shodují na většině řečových obtíží spojených se symptomatickými poruchami řeči. V rámci analýzy jednotlivých rovin u cílové skupiny je obecně známo, že aktivní slovní zásoba je mnohem menší než ta pasivní, a i ta pasivní je mnohem chudší než slovní zásoba intaktní populace. Také osvojování gramatických pravidel mateřského jazyka činí osobám s mentálním postižením nápadné problémy a většina z nich není schopna si je v průběhu života dostatečně osvojit. Výslovnost je narušena také, ovšem mnohokrát není tak nápadná, jako například časté dysgramatismy či užívání omezeného počtu slov. Ve většině publikací ovšem stále chybí informace o tom, jak lidé s mentálním postižením dokáží interpersonálně komunikovat, užívat komunikaci jako prostředek navazování sociálních kontaktů, zda mají vůbec chuť komunikaci zahajovat a jak jsou v komunikaci s komunikačními partnery úspěšní.

Diplomová práce, členěna do šesti na sebe navazujících kapitol, obsahuje ucelený přehled teoretických poznatků problematiky sociálních služeb; komunikace a řečového vývoje u intaktních osob se zaměřením na pragmatickou jazykovou rovinu; ucelené poznatky o mentálním postižení a s ním se pojících symptomatických poruch řeči se zaměřením na pragmatickou jazykovou rovinu. Během získávání informací z českých i zahraničních zdrojů bylo zjištěno předpokládané narušení sociálního užití jazyka i u lidí s mentálním postižením, ačkoliv většinou v komparaci s pragmatickou jazykovou rovinou u osob s poruchami autistického spektra. Na základě těchto získaných informací

a inspirace různými testovými materiály byl pro výzkumnou část diplomové práce vytvořen vlastní hodnotící materiál.

Pro výzkumné šetření byla zvolena metodologie smíšeného výzkumu – kombinace kvalitativního a kvantitativního přístupu. Výzkumné šetření probíhalo v jednom domově pro osoby se zdravotním postižením, s poměrně velikou kapacitou uživatelů a širokou škálou věkových kategorií a druhů zdravotního postižení. Celkem se zúčastnilo třicet pět dospělých osob s mentálním postižením, nezatížených výraznou smyslovou vadou, se zachovanou schopností porozumění instrukcím. Třicet osob bylo verbálně komunikujících, pět bylo komunikujících neverbálně. Ve výzkumném šetření nebyl brán zřetel na pohlaví. Jak již bylo zmíněno – byl vytvořen materiál, testující dílčí části pragmatické jazykové roviny s ohledem na kognitivní dovednosti účastníků šetření. Pro získání větší důvěry a pocitu bezpečí byl během rozhovorů s některými uživateli přítomen speciální pedagog, na kterého jsou uživatelé zvyklí. Před zahájením samotného šetření byly položeny výzkumné otázky a dílčí cíle práce, které byly na konci zodpovězeny. V páté kapitole *Sociální užití jazyka u osob využívajících služeb DOZP* byla představena vybraná metodologie, charakteristika výzkumného vzorku a místa pro výzkumné šetření, popsán hodnotící materiál a interpretovány výsledky. Výsledky byly interpretovány prostřednictvím grafů a podrobného komentáře ke každé hodnocené složce zvlášť. Byly interpretovány výsledky těchto skupin uživatelů: verbálně komunikující bez potřeby slovních instrukcí k výběru, verbálně komunikující s potřebou slovních instrukcí k výběru, neverbálně komunikující. Na podkladě takto detailního rozboru získaných výsledků bylo představeno shrnutí získaných poznatků a byly zodpovězeny výzkumné otázky. Závěrem výzkumného šetření bylo zmapování aktivit uživatelů v DOZP, které pozitivně ovlivňují rozvoj komunikačních dovedností, dále doporučení pro praxi.

Výsledkem výzkumného šetření bylo zjištění, že symptomatická porucha řeči u osob s mentálním postižením má negativní dopad na pragmatickou jazykovou rovinu a sociální užití jazyka. Nejhůře hodnocenou částí této roviny bylo vlastní užívání mimiky a gestikulace, což koresponduje se zjištěním zhoršeného porozumění vyjádření emocí. Vzhledem k aktivitám konkrétního domova jsou ale uživatelé v sociální komunikaci poměrně schopnými komunikačními partnery, díky časté intervenci se speciálními pedagogy jsou zvyklí na navazování kontaktu. Největším přínosem pro rozvoj pragmatické jazykové roviny by v případě tohoto konkrétního domova a konkrétních

uživatelů byl více individualizovaný přístup s možností každodenního a více intenzivního tréninku rozhovoru se zaměřením na expresi vlastních pocitů a udržování očního kontaktu.

## **Seznam použitých informačních zdrojů**

BAZALOVÁ, Barbora. Dítě s mentálním postižením. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BYTEŠNÍKOVÁ, Ilona. Koncepce rané logopedické intervence v České republice. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7561-0.

ČERNÁ, Marie a kolektiv autorů. Česká psychopedie. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.

DVOŘÁK, Josef. Logopedický slovník. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998. ISBN 80-238-2655-7.

GALLAGHER, Tanya M. Clinical Pragmatics: Expectations and Realizations. Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology, 1990.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výskumu. Bratislava: Vydavateľstvo UK, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HIRSCHOVÁ, Milada. Pragmatika v češtině. Praha: Karolinum, 2013. ISBN 978-80-246-2233-0.

KEREKRÉTIOVÁ, Aurélie. Základy logopedie. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.

KLENKOVÁ, Jiřina a BOČKOVÁ, Barbora a BYTEŠNÍKOVÁ Ilona. Kapitoly pro studenty logopedie. Brno: Paido, 2012. ISBN 978-80-7315-229-1.

KLENKOVÁ, Jiřina. Logopedie. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1110-9.

KOPEČNÝ, Petr a KLENKOVÁ, Jiřina. Rozvoj pragmatické jazykové roviny uživatelů sociálních služeb. ŠTUDENT NA CESTE K PRAXI II. Zborník príspevkov zo Študentskej vedeckej medzinárodnej konferencie v odbore špeciálna pedagogika a liečebná pedagogika, 2013, 136-149. ISBN 978-80-555-0840-5.

KOPEČNÝ, Petr. Speciálně pedagogické přístupy k rozvoji komunikačních schopností osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti. Brno, 2014. Disertační práce. Masarykova univerzita. Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky.

KOŠŤÁLOVÁ, M., POLÁKOVÁ, B., ULREICHOVÁ, M., ŠMÍD, P., JANOUŠOVÁ, E., KUHN, M., KLENKOVÁ, J., BEDNAŘÍK, J., Dotazník funkcionální komunikace (DFK): validace originálního českého testu. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 2015, 78/11(2): 188-195. ISSN 1210-7859.

KUMNIN, Libby. Speech and language skills in children with Down syndrome. In: Mental retardation and developmental disabilities, research reviews 2: 109-115. 1996.

KUTÁLKOVÁ, Dana. Vývoj dětské řeči krok za krokem. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3080-6.

LECHTA, Viktor a kolektiv. Diagnostika narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

LECHTA, Viktor a kolektiv. Logopedické repetetorium. Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1987. ISBN 80-08-0047-9.

LECHTA, Viktor a kolektiv. Terapie narušené komunikační schopnosti. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.

LECHTA, Viktor. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-977.

MARTIN, Ingerith a MCDONALD, Skye. Weak coherence, no theory of mind, or executive dysfunction? Solving the puzzle of pragmatic language disorders. Brain and Language, 2003, 451–466.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MIKULAJOVÁ, Marína. Heidelberský test vývoje řeči H-S-E-T. Brno: Psychodiagnostika, 1997. Přeloženo dle: Grimmová, H., Schöler, H., Heidelberger Sprachentwicklungstest H-S-E-T, Göttingen: Verlag für psychologie Dr. C. J. Hogree, 1991.

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Tabelární část. Aktualizované vydání k 1. 1. 2018 © Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR 2017, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. Manuál transformace ústavů. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta. Logopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1233-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PRUTTING, Carol A. a KIRCHNER, Diane M. A clinical appraisal of the pragmatic aspects of language. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1987, s. 105-119.

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

ŠAROUNOVÁ, Jana a kolektiv. Metody alternativní a augmentativní komunikace. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠELNER, Ivo. Fenomén člověk s postižením. Olomouc: Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. ISBN 978-80-87623-06-0.

ŠKODOVÁ, Eva a JEDLIČKA, Ivan a kolektiv. Klinická logopedie. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VALENTA, Milan a MÜLLER, Oldřich. Psychopedie. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a KYTNAROVÁ, Lucie. Pragmatická jazyková rovina u osob s poruchami autistického spektra. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5214-2.

VITÁSKOVÁ, Kateřina a PEUTELSCHMIDOVÁ, Alžběta. Logopedie. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1088-5.

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

WILKINSON, Krista M. Profiles of language and communication skills in autism. *Mental retardation and development disabilities research reviews*, 1998, 73-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. ICD-10 Guide for mental retardation. Geneva: 1996.

ZEZULKOVÁ, Eva a RAKUSOVÁ, Jarmila. Výchova řeči v pedagogické praxi. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-322-4.

### **Seznam internetových zdrojů:**

American Speech-Language-Hearing Association [online]. © 1997-2019 [cit. 1. 3. 2019]

Dostupné z: <https://www.asha.org>

BORGIS a.s. [online]. © 2003–2019 [cit. 16. 3. 2019] Dostupné z:

<https://www.novinky.cz>

Forum 24 a.s. [online]. © 2019 [cit. 16. 3. 2019] Dostupné z: <https://forum24.cz>

PRO-ED [online]. © 2019 [cit. 9. 3. 2019], Dostupné z: <https://www.proedinc.com>

THT Polička, s.r.o. [online]. © 2018 [cit. 16. 3. 2019] Dostupné z: <https://www.tht.cz/cs>

WHO, © ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) [online]. © 2018 [cit. 1. 3. 2019], Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. © 2019 [cit. 9. 1. 2019],

Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon\\_o\\_socialnich\\_sluzbach-stav\\_k\\_1.\\_10.\\_2017.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf)

## **Seznam příloh**

### **Příloha č. 1 – fotografie k výzkumnému šetření, vyjádření emocí**

#### **Emoce veselý**



Autor: Odeta Žáčková

#### **Emoce smutný**



Autor: Odeta Žáčková

## **Emoce překvapený**



Autor: Odeta Žáčková

## **Emoce naštvaný**



Autor: Odeta Žáčková

## Příloha č. 2 – fotografie k výzkumnému šetření, složky integrovaného záchranného systému

### Sanitní vůz



[cit. 2019-16-03] Autor: Archiv Forum 24 a.s. [online]. © 2019 Dostupné z: [http://forum24.cz/wp-content/uploads/2016/03/1449903\\_296469\\_Sanitky\\_13-768x512.jpg](http://forum24.cz/wp-content/uploads/2016/03/1449903_296469_Sanitky_13-768x512.jpg)

### Policejní vůz



[cit. 2019-16-03] Autor: Radek Petrášek, Česká tisková kancelář (ČTK) [online]. © 2018 Dostupné z: [http://www.nasepraha.cz/data/USR\\_093\\_DEFAULT/policie\(1\).jpg](http://www.nasepraha.cz/data/USR_093_DEFAULT/policie(1).jpg)

## Hasičský vůz



[cit. 2019-10-03] Autor: THT Polička, s.r.o. [online]. © 2018 Dostupné z: <https://www.tht.cz/cs/zasahove-pozarni-automobily/cisternova-automobilova-strikacka/cisternova-automobilova-strikacka-cas20-s2z-scania-p360-4x4-3655-01>

### Seznam tabulek a grafů

Tabulka č.1: Hodnotící tabulka výzkumného šetření .....	37
Graf č. 1: Verbálně komunikující uživatelé – paralingvistická složka komunikace .....	39
Graf č. 2: Verbálně komunikující uživatelé – neverbální složka komunikace .....	41
Graf č. 3: Porozumění emocím – verbálně komunikující uživatelé s výběrem .....	43
Graf č. 4: Porozumění emocím – verbálně komunikující uživatelé samostatný popis ....	44
Graf č. 5: Zavolání složky IZS – verbálně komunikující uživatelé s výběrem .....	45
Graf č. 6: Zavolání složky IZS – verbálně komunikující uživatelé samostatný popis ...	46
Graf č. 7: Neverbálně komunikující uživatelé – paralingvistická složka komunikace ...	48
Graf č. 8: Neverbálně komunikující uživatelé – neverbální složka komunikace .....	49
Graf č. 9: Porozumění emocím – neverbálně komunikující uživatelé .....	50
Graf č. 10: Zavolání složky IZS – neverbálně komunikující uživatelé .....	51