

Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## DIPLOMOVÁ PRÁCE

Komunikativní dovednosti u mladých lidí s mentálním postižením

Communication skills of young people with mental disabilities

Anna Löffelmannová

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

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Komunikativní dovednosti u mladých lidí s mentálním postižením 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.

V Praze 15. 4. 2016

.....

podpis

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za vedení diplomové práce, věnovaný čas a podnětné rady. Poděkování patří také vybrané praktické škole dvouleté a jejím žákyním.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce se zabývá problematikou komunikace u mladých lidí s mentálním postižením. V teoretické části diplomová práce vymezuje mentální retardaci. Představuje život mladého člověka s mentálním postižením. Ukazuje vzdělávací a pracovní možnosti těchto mladých lidí. Teoretická část se dále zabývá řečí osob s mentálním postižením. Podává informace o vývoji řeči a o jejich narušené komunikační schopnosti. Nastiňuje možnosti logopedické diagnostiky a intervence. V rámci praktické části diplomové práce byl vytvořen diagnostický test zaměřený na komunikaci mladých lidí s mentálním postižením ve vybraných situacích denního života. Na základě použití testu u žákyň vybrané praktické školy dvouleté, dostupných dokumentů a rozhovoru s třídní učitelkou žákyň byla řeč žákyň analyzována. Pro každou žákyni je vytvořen návrh na rozvoj komunikace využitelný při sestavování individuálního vzdělávacího plánu žákyně. Přínosem práce je vytvořený návrh opatření pro rozvoj komunikace žáků praktické školy dvouleté, který je v souladu s kurikulárními dokumenty.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Komunikativní dovednost, mentální postižení, praktická škola dvouletá, pragmatická jazyková rovina, dospělý člověk s mentálním postižením

## **ABSTRACT**

The thesis discusses the issues of communication of young people with mental disabilities. The theoretical part of the diploma work defines mental retardation. It shows the life of a mentally-disabled young person and explains the educational and employment opportunities of such young people. The theoretical part further focuses on the speech of persons with intellectual disabilities. It provides information about the development of speech and about impaired communication abilities. The work outlines the possibilities of speech therapy, its diagnostics and intervention. A diagnostic test oriented on the communication of young people with mental disability in selected situations of daily life was created within the practical part of the thesis. The speech of pupils was analysed on the basis of a test used in a selected two-year practical primary school, and on the basis of available documents and interview with the class teacher. A proposal of communication development was created for every pupil, which can be used in the preparation of the pupil's individual education plan. The contribution of the thesis is in the created proposal of measures for the development of communication of pupils at two-year practical schools, which is consistent with the school curricular documents.

## **KEYWORDS**

Communication skills, mental retardation, selected two-year practical primary school, pragmatic language skills, young people with mental disabilities

## OBSAH

1. Úvod .....	7
2. Mentální postižení.....	9
2.1. Vymezení mentálního postižení .....	9
2.2. Etiologie mentálního postižení .....	10
2.3. Klasifikace mentálního postižení .....	11
2.4. Diagnostika mentálního postižení .....	11
2.5. Downův syndrom .....	15
3. Člověk s mentálním postižením v období adolescence a rané dospělosti .....	17
3.1. Adolescentní období a raná dospělost v životě člověka s mentálním postižením.....	17
3.2. Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením .....	18
3.3. Diagnostika profesní orientace a tranzitní programy .....	21
3.4. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením.....	23
3.5. Sociální služby pro dospělé osoby s mentálním postižením .....	26
4. Řeč osob s mentálním postižením .....	28
4.1. Vývoj řeči.....	29
4.2. Specifika vývoje řeči dle stupně, formy a typu mentálního postižení.....	30
4.3. Řeč osob s mentálním postižením z pohledu jazykových rovin.....	32
4.4. Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením .....	34
5. Logopedická intervence u osob s mentálním postižením .....	36
5.1. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením.....	36
5.2. Terapie narušené komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením	37
5.3. Zásady při logopedické intervenci u dospělých osob .....	39
5.4. Alternativní a augmentativní komunikace.....	39

6. Cíl šetření .....	44
7. Metodika šetření .....	44
8. Diagnostický test.....	46
9. Šetření na praktické škole dvouleté .....	50
9.1. Rozhovor s třídní učitelkou žákyň .....	50
9.2. Analýza dokumentů.....	50
9.3. Komunikativní dovednosti žákyň praktické školy dvouleté .....	51
9.3.1. Helena .....	52
9.3.2. Kristýna.....	56
9.3.3. Denisa .....	60
9.3.4. Pavla.....	63
9.3.5. Julie .....	66
10. Závěr šetření.....	70
11. Opatření vedoucí k rozvoji komunikačních dovedností žáků praktické školy dvouleté.....	71
12. Závěr.....	73
13. Seznam literatury a zdrojů .....	75
14. Seznam příloh.....	79

## 1. Úvod

V současné době je podpora co nejsamostatnějšího života dospělých osob s mentálním postižením velmi aktuální téma. Někteří dospělí lidé s mentálním postižením žijí ve vlastním či chráněném bydlení, dochází do zaměstnání, aktivně se zapojují do života společnosti. Pro jiné může být vlastní samostatnost zatím pouze snem. Nutným předpokladem pro emancipaci této znevýhodněné skupiny jsou dobré komunikativní dovednosti. Pokud se u osoby s mentálním postižením podaří rozvinout sociálně funkční řeč, je již o krůček blíže vlastní nezávislosti. Ve své diplomové práci se proto zabývám komunikativními dovednostmi lidí s mentálním postižením, kteří vstupují do světa dospělých.

V teoretické části vymezuji problematiku mentálního postižení. Nahlížím do života osob s mentálním postižením v období adolescence a rané dospělosti. Představuji, jaké se jim v tomto období nabízí možnosti vzdělávání, zaměstnání, samostatného bydlení a jakých sociálních služeb mohou využít. V oblasti komunikace představuji specifika řeči osob s mentálním postižením. Zaměřuji se na vývoj řeči u lidí s mentálním postižením, na poruchy řeči, které se často pojí s mentální retardací, na řeč z pohledu jednotlivých jazykových rovin. Ukazuji, jak je řeč mentálně postižených determinována stupněm a formou postižení. Nastihnuji možný přístup k diagnostice a logopedické intervenci narušené komunikační schopnosti u dospělých lidí s mentálním postižením. V práci se dotýkám také problematiky alternativní a augmentativní komunikace.

V praktické části si kladu za cíl zjistit úroveň komunikačních dovedností žákyň vybrané praktické školy dvouleté. Zaměřuji se především na pragmatickou jazykovou rovinu. Pro tento účel v diplomové práci představuji a popisuji vytvořený diagnostický test, který se zaměřuje na oblasti sebeprezentace, telefonování, nakupování, cestování, oslovování, projevení názoru a argumentace, řešení problému. Na základě rozhovoru s třídní učitelkou praktické školy dvouleté, analýzy dokumentů a rozhovorů s jednotlivými žákyněmi dle připraveného testu analyzuji komunikativní dovednosti těchto žákyň. Následně u každé žákyně vytyčuji body, které by měly být včleněny do jejího individuálního vzdělávacího plánu s cílem rozvoje komunikace.



Přínos práce je v návrhu opatření vedoucích k rozvoji komunikace žáků praktické školy dvouleté. Návrh koresponduje s rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá, především zasahuje vzdělávací oblast jazyk a jazyková komunikace a komunikativní kompetenci.

## **2. Mentální postižení**

V rámci problematiky mentálního postižení je vymezena definice mentálního postižení, současná terminologie, etiologie, klasifikace mentálního postižení, charakteristika lehkého a středně těžkého mentálního postižení, diagnostika, popis Downova syndromu.

### **2.1. Vymezení mentálního postižení**

Mentální retardace je termín poměrně nejednoznačný a v současnosti vymezovaný značným množstvím definic, jež mají společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí (Valenta 2012). Švarcová (2001) doplňuje, že podstatným znakem mentální retardace je trvalost poznávací činnosti.

Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize (dále jen MKN - 10) řadí mentální retardaci do oblasti duševních poruch a poruch chování a označuje ji kódy F 70 – F 79. Mentální retardaci definuje jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je tři až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (MKN – 10 1992, s. 198).

Dle American Association for Mental Retardation (AAMR) je mentální retardace snížená schopnost charakterizována výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Pro aplikaci definice AAMR stanovuje následujících pět předpokladů:

- snížení aktuálního fungování musí být posuzováno v souvislosti se společenským prostředím typickým pro daný věk a kulturu jedince,
- v úvahu se bere kulturní a jazyková rozmanitost a také individuální rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování,
- u každého jedince se vedle omezení často vyskytují i silné stránky,
- smyslem zjišťování limitů je vypracování systému potřebné podpory,
- s vhodnou individuální podporou dojde po určité době k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací (Černá 2015).

V současné terminologii se samotný syndrom nazývá mentální retardace a termíny jedinec s mentálním postižením a jedinec s mentální retardací se v odborné veřejnosti považují za synonyma (Černá 2015).

Všeobecně se udává, že četnost osob s mentálním postižením v populaci je 3 - 4 % (Švarcová 2001). Dle statistických údajů v České republice žije přibližně 300 000 osob s mentálním postižením (Valenta 2014).

## **2.2. Etiologie mentálního postižení**

Etiologie mentální retardace je velmi rozmanitá. Mezi lidmi s mentálním postižením existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Přes veškeré pokroky biologických věd a zpřesňující se možnosti diagnostiky mentální retardace zůstává mnoho příčin vzniku mentálního postižení dosud neznámých (Černá 2015).

Faktory vzniku mentálního postižení můžeme rozdělit na prenatální, perinatální a postnatální. Černá (2015) a Valenta (2012) vymezují následující faktory. Mezi prenatální faktory řadí: infekční onemocnění matky, otrava olovem a přímá intoxikace embrya či plodu, kongenitální syfilis, ozáření dělohy, nedostatečná výživa matky, endokrinní poruchy matky, Rh inkompatibilita, fetální alkoholový syndrom, kokainový syndrom, získaný defekt imunity (AIDS), získané intrauterinní poškození, dědičnost, specifické genetické příčiny, environmentální faktory. Mezi faktory perinatálními uvádějí mozkové hypoxie novorozence a krvácení do mozku v důsledku porodní patologie, perinatální encefalopatie (organické poškození mozku), mechanické poškození mozku při porodu, předčasný

porod, nízká porodní váha a nefyziologická novorozenecká žloutenka. Jako nejčastější postnatální příčiny uvádějí zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida), nádorová onemocnění, krvácení do mozku.

### **2.3. Klasifikace mentálního postižení**

V České republice se klasifikace mentální retardace nejčastěji řídí dle Mezinárodní klasifikace nemocí. MKN - 10 (1992) rozlišuje šest kategorií mentálního postižení: lehká mentální retardace (F 70), středně těžká mentální retardace (F 71), těžká mentální retardace (F 72), hluboká mentální retardace (F 73), jiná mentální retardace (F 78), nespecifikovaná mentální retardace (F 79).

Alternativním klasifikačním systémem je dle Černé (2015) Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM–IV), který vydala Americká psychiatrická asociace. Tento systém je využíván například v USA či Španělsku. DSM-IV třídí mentální retardaci dle hloubky následovně: lehká mentální retardace – 317, středně těžká mentální retardace – 318, těžká mentální retardace - 318.1, hluboká mentální retardace - 318.2, mentální retardace, hloubka nespecifikovaná – 319. V současnosti je k dispozici aktualizovaný manuál DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013).

Černá (2015) a Valenta (2012) uvádějí klasifikaci dle American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (dále jen AAIDD). Ta klasifikuje dle intenzity potřebné podpory, kterou osoby s mentálním postižením potřebují, na podporu občasnou, limitovanou, značnou, trvalou.

### **2.4. Diagnostika mentálního postižení**

Cílem diagnostiky mentální retardace je zjistit individuální specifické potřeby jedince a tyto potřeby se snažit naplňovat a tím umožnit důstojný život ve společnosti (Černá 2015).

Za diagnostiku mentální retardace nesou v České republice odpovědnost speciálně pedagogická centra (SPC) a pedagogicko-psychologické poradny (PPP). Samotnou depistáž osob s mentálním postižením provádějí speciálně pedagogická

centra a střediska rané péče (SRP). Pro započetí diagnostického procesu je v případě, že se jedná o nezletilého do 18 let věku či dospělého jedince, který nemá způsobilost k právním úkonům, nutný souhlas rodičů či zákonného zástupce jedince s mentálním postižením (Vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Diagnostika mentální retardace vyžaduje týmovou spolupráci. Stanovení diagnózy mentální retardace je záležitostí pedopsychiatra, klinického či poradenského psychologa (Valenta 2003).

Nejčastěji používanými metodami v oblasti diagnostiky osob s mentálním postižením jsou pozorování a rozhovor. Dále lze při diagnostice pracovat s anamnézou, dotazníky, analýzou produktů a činností (analýza hry, kresby,...), případovou studií (Černá 2015).

Dle Černé (2015), Švarcové (2001) a Valenty (2012) stanovení diagnózy mentální retardace vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí (intelektových, paměťových, exekutivních, vývojových škál,...), posouzení adaptivního chování a klinického posouzení míry zvládnutí běžných sociálně-kulturních nároků. Dále by se při diagnostice mentální retardace měla věnovat pozornost následujícím oblastem: motorika, laterálita, vnímání tělového schématu a vývoj řeči. V rámci vyšetření by měl být realizován i podrobnější neuropsychologický rozbor. Samozřejmostí je podrobná anamnéza zaměřená na biologické a psychologické (sociální prostředí a vztahy) faktory a informace o dosavadním vývojovém tempu.

DSM - IV uvádí diagnostická kritéria A, B, C. Kritérium A je podprůměrná obecně intelektuální funkce s horním limitem pro diagnózu IQ 70. V rámci kritéria B musí jedinec projevovat omezení v adaptivním chování alespoň ve dvou z následujících oblastí dovedností: komunikace, sebeobsluha, bydlení, interakce, využívání komunitních zdrojů, rozhodování a volba, vzdělávání, práce a zaměstnání, volný čas, zdraví, bezpečnost. Dle kritéria C se musí objevit před 18 rokem života (Černá 2015).

Psycholog by měl při volbě vhodných testových metod přihlížet k některým charakteristikám lidí s mentálním postižením, jako jsou problémy s koncentrací

pozornosti, slabší motivací či zvýšenou unavitelností. Obecně můžeme říci, že optimální jsou v tomto případě ty metody, které umožňují rychlé střídání krátkých jednotlivých úkolů a které obsahují hodně úkolů praktických, manipulačních. Značnou důležitost při diagnostice hraje správná motivace jedince s mentálním postižením ke spolupráci (Černá 2015).

Pro hodnocení inteligence se používají administrované testy rozumových schopností, které jsou normativní. V současné době používané testy jsou Wechslerův test a Stanford-Binetův test (Černá 2015). Wechslerova testu je možno využít i v diferenciální diagnostice, neboť z nich lze usuzovat na strukturu inteligence. Stanford-Binetův test užívá věkové standarty úkolů, tedy vychází z vývojového principu kognitivních schopností. Jako doplňující či pomocný test inteligence lze použít například Test kresby lidské postavy, který byl u nás standardizován Šturmou a Vágnerovou pro děti od 3,5 do 11 let (Valenta 2003).

V diagnostice laterality používáme nejčastěji pozorování, vyhodnocování anamnestických údajů (rozhovor s matkou) a testy laterality. Z testů laterality je u nás neznámější test podle Matějčka a Žlaba. Dalším známým testem je Harrisův test laterality, který bývá používán pro děti od sedmi let (Černá 2015).

Pro posouzení zrakové percepce je určen Edfeldtův reverzní test nebo Vývojový test zrakového vnímání M. Frostigové. Na oblast sluchové percepce je orientována Zkouška sluchové diferenciacce (Valenta 2003).

Diagnostiku vývoje řeči a jazykových schopností je dobré provádět v přirozených podmínkách při hře, rozhovoru apod. Zaměřujeme se na aktivní slovní zásobu, pasivní slovní zásobu, způsob vyjadřování, plynulost řečového projevu. Aktivní slovní zásobu diagnostikujeme formou volného rozhovoru či popisu obrázků, pasivní slovní zásobu zjišťujeme formou chápání a provádění slovních příkazů, otázek či instrukcí. Při diagnostikování vývoje řeči používáme logopedické testy, pozorování, řízený rozhovor (Černá 2015).

V rámci motoriky diagnostikujeme zvlášť hrubou a jemnou motoriku. Ve zjišťování hrubé motoriky u osob s mentálním postižením je klasickou metodou Motometrická škála Oseretzkého. Používanější metodou v České republice je

Orientační test dynamické praxe (OTDP), známý jako Míkův test. Obsahuje osm položek zaměřených na pohyby rukou, nohou a jazyka. Celkovou pohyblivost a úroveň hrubé motoriky sledujeme při tělesné výchově a při sebeobslužných činnostech. Úroveň jemné motoriky se zjišťuje zkouškami, jako je Waltrova a Poppelreuterova zkouška, Dexterimetr, Šroubky. Ty jsou zaměřeny na koordinaci a rychlosti pohybů horních končetin. Úroveň jemné motoriky u osob s mentálním postižením se projevuje ve zkouškách typu obkreslování dle předlohy, skládání puzzle, navlékání korálků, zavazování tkaniček, vytrhávání, vystřihávání, nalepování či skládání papíru, stavby z kostek dle předlohy, kresby či psaného projevu (Černá 2015).

Při hodnocení adaptability a sociálních dovedností klienta lze vycházet jednak z anamnézy a klinických nástrojů (pozorování, rozhovor, analýza produktů, jakými jsou např. spontánní a strukturovaná hra), jednak lze využít evaluačních škál. Dosud nejpoužívanější metodou je Vinelandská škála sociální zralosti zaměřená na mapování celkové soběstačnosti (Valenta 2012). Dalšími možnostmi je využití následujících materiálů: Škála adaptivního chování AAMR-ABS, Škála Günsburgova, Podpurná diagnostika u dětí s těžkým postižením, Diagnostika těžce mentálně postižených. U osob s těžšími formami mentální retardace a s kombinovaným postižením používáme škály funkční nezávislosti, které zahrnují následující oblasti: sebeobsluha, tělesná čistota, pohyb-přesuny, komunikace, sociální porozumění (Černá 2015).

K diagnostice sociability a emočního prožívání používáme rozhovor, pozorování, případovou studii, navozené situace (hru apod.) a tzv. sociometrické metody. Povinnou součástí diagnostiky je vyšetření rodinné interakce - popis rodinného funkčního stylu s výčtem dominantních potřeb všech členů rodiny (Valenta 2012). Nejčastějším způsobem získávání informací o rodině je pozorování, rozhovor a dotazník. Kromě volného pozorování používáme i posuzovací škály. Při diagnostikování rodinných vlivů je vždy nutné rozdělit získané poznatky na vlivy, které se dají odstranit, případně upravit vhodnými výchovnými zásahy, taktními výchovnými radami a na vlivy, do kterých nelze zasahovat, ale které musíme dobře znát a počítat s nimi (Černá 2015).

Pro vyšetřování kojenců a batolat jsou specifickou vyšetřovací metodou vývojové škály. U nejmladších dětí a u dětí s těžšími stupni mentální retardace je diagnóza založena právě na výsledcích komplexních vývojových škál. Mezi nejznámější vývojové škály patří v českých podmínkách Gesellovy vývojové škály, škály Bayleyové či Mnichovská funkcionální diagnostika (Černá 2015). Gesellova škála (vyšetření dětí ve věku od jednoho měsíce do tří let) je složena z položek rozdělených do pěti oblastí: adaptabilita, hrubá motorika, jemná motorika, řeč, sociální chování (Valenta 2003).

Úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit mentální retardaci od smyslové vady (hlavně poruchy sluchu), poruchy řeči (především vývojová dysfázie, mutismus), ADHD, ADD, psychické či kulturní deprivace, syndromu týraného a zneužívaného dítěte, od jiné duševní poruchy typu pervazivní vývojové poruchy, dětské schizofrenie aj. (Valenta 2003).

Na základě diagnostiky vypracováváme individuální vzdělávací plán. Jedná se vždy o týmovou práci poradenského zařízení, vzdělávacího zařízení, rodiny jedince s mentálním postižením a jedince samotného. Je nezbytné provádět reevaluaci závěrů diagnostického procesu, ideálně jednou za rok (Černá 2015).

## **2.5. Downův syndrom**

Nejznámější syndrom způsobený změnou počtu chromozomů je dle Černé (2015) a Valenty (2014) Downův syndrom. V České republice se každoročně narodí kolem sedmdesáti dětí s tímto syndromem (Švarcová 2001). Valenta (2014) uvádí, že lidé s Downovým syndromem tvoří okolo 10 % všech osob s mentálním postižením.

Downův syndrom může být diagnostikován již před narozením dítěte (Černá 2015). Riziko vzniku Downova syndromu se zvyšuje s věkem matky (Valenta 2014).

Černá (2015) a Švarcová (2001) uvádějí následující společné tělesné znaky u osob s Downovým syndromem: malá zavalitější postava, malá zploštělá lebka, malé uši, mohutná šíje, plochý široký obličej s vystouplými lícními kostmi, krátké široké ruce se zakřivenými prsty, šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích,



rýha napříč dlaně, tzv. opičí rýha, snížený svalový tonus, nadměrná kloubní pohyblivost, zvýšená citlivost na respirační infekce, neúplný nebo opožděný sexuální vývoj. Vzhledem k celkové ochablosti svalů mívají volné klouby. Některé děti s Downovým syndromem mají ústa stále otevřená a jazyk může poněkud vyčnívat mezi rty. Jazyk je totiž pro ústní dutinu relativně velký a při svalové hypotonii, která postihuje i svalstvo úst a žvýkací svaly, se snadno dostává z pootevřených úst ven. Patro v ústech je zpravidla nižší a čelisti jsou malé, což může vést k chybnému postavení některých zubů. Růst zubů bývá opožděn. U osob s Downovým syndromem se častěji vyskytují smyslové vady, vrozené srdeční vady, žaludeční a střevní abnormality, poruchy štítné žlázy.

U všech jedinců s Downovým syndromem je přítomná mentální retardace (Švarcová 2001). Hloubka mentálního postižení je různá, nejčastěji jde o lehkou a střední mentální retardaci, která nekoreluje s počtem tělesných znaků, je však do jisté míry ovlivňována výskytem nemocí a zdravotních komplikací (Černá 2015).

Lidé s Downovým syndromem zápolí s technikou řeči velmi obtížně a vyžadují značnou pomoc logopeda (Švarcová 2001).

### **3. Člověk s mentálním postižením v období adolescence a rané dospělosti**

Při poskytování podpory mladým lidem s mentálním postižením nám nestačí pouze informace ohledně syndromu mentální retardace. Je třeba přemýšlet o tom, v čem se dospívání a raná dospělost osob s mentální retardace různí od intaktních jedinců, jaké mají v tomto věkovém období lidé s mentálním postižením potřeby. Důležitá je také orientace v možnostech dalšího vzdělávání, pracovního uplatnění či samostatného bydlení.

#### **3.1. Adolescentní období a raná dospělost v životě člověka s mentálním postižením**

U mentálně postižených je období přechodu do dospělosti dle Šišky (2005) charakteristické řadou zvláštností, které ovlivňují naplňování snahy dosáhnout statusu dospělosti.

Pro mladého člověka s mentálním postižením období adolescence prakticky neexistuje. Adolescentům s mentálním postižením často chybí pozitivní sebehodnocení, sebedůvěra a sociální kompetence nutné pro plynulý přechod do dospělosti. Jejich cestu do dospělosti do značné míry determinuje nízké očekávání ze strany rodiny a poskytovatelů služeb. Život adolescenta s mentálním postižením ovlivňují očekávání, postoje, hodnoty a předsudky společnosti vnímající handicap jako jeho osobní tragédii. Handicap pak vyžaduje odbornou intervenci, o které nemá nárok spolurozhodovat. Pokud navzdory všem intervencím se stane ze školáka dospělý, který nabyl přesvědčení o svém špatném zdravotním stavu, nelze se divit, že přijme pasivní roli nemocného a závislého příjemce péče, za kterou se navíc od něho očekává vděk (Šiška 2005).

V adolescentním období mentálně postižených osob je pro osamostatnění se velmi důležitá podpora v období mezi školní docházkou a nástupem do zaměstnání (Šiška 2005). Více o tranzitních programech určených pro mentálně postižené zejména k překlenutí mezery mezi odchodem ze školy a nástupem do zaměstnání je uvedeno v kapitole 3.3.

Dle Šišky (2005) při práci s adolescentem s mentálním postižením je nutné zaměřit pozornost i na jeho rodiče. Myšlenka, že dítě potřebuje žít mimo domov, pro ně může být velmi bolestivá. Rodiče dospívajících s mentálním postižením potřebují podporu pro vytváření kvalitativně nových vztahů.

Negativní roli v přechodu jedince s mentálním postižením z prostředí rodiny v České republice sehrává nedostatek podpůrných komunitních služeb mimo ústavní péči a často i nevyjasněné koncepce obcí v integraci postižených, o nepřipravenosti, resp. neochotě zřizovat a podporovat chráněná bydlení pro postižené (Černá 2015).

I přes obtížné a nejasné vymezení statusu dospělosti, můžeme dle Šišky (2005) v obecné rovině uvažovat o faktorech, které k dosažení statusu dospělosti přispívají nebo mu naopak brání: ukončení školní docházky, získání zaměstnání, odchod z domova rodičů, uzavření sňatku, založení rodiny, administrativní a právní faktory (např. dosažení zletilosti, trestní odpovědnosti), právo volit a být volen, získání sociálních dávek od státu, postoje personálu, postoje samotných dospívajících (zda se sami chtějí stát dospělými), diagnostická terminologie (přirovnávání hloubky mentálního handicapu k vývojovým stádiím dítěte), předsudky a stereotypy společnosti.

Úkolem poskytovatelů služeb by mělo být v maximální možné míře podporovat mentálně postižené v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Jednou ze stěžejních rolí dospělého je role člověka, který viditelně přispívá do společnosti, již je součástí (Šiška 2005). Služby by se měly zaměřovat na podporu v oblasti zaměstnávání, partnerského a rodinného života, kvalitního prožívání volného času, dalšího vzdělávání a bydlení (Pipeková 2010).

### **3.2. Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením**

V Evropské unii určuje vzdělávací politiku koncept celoživotního vzdělávání. Nedílnou součástí strategie celoživotního učení je vzdělávání dospělých. Se zdůrazňováním rovnosti příležitostí se vzdělávání dospělých chápe jako poskytnutí druhé šance pro ty, kteří z nejrůznějších důvodů dostatečně nevyužili, ať už

nemohli, neuměli, nebo nechtěli využít – své první příležitosti v rámci počátečního vzdělávání. V současné civilizaci je vzdělávání dospělých zvláštním fenoménem edukace. Je zvláštní cílovou skupinou – dospělými a tím odlišnými formami učení a vyučování (Šiška 2005).

Uvažujeme-li o vzdělávání dospělých s mentálním postižením, pak se dle Šišky (2005) a Pipekové (2004) jeví jako potřebné v nejobecnější rovině rozlišit dvě vzdělávání dospělých s mentálním postižením: základní školní vzdělávání, které jedinci nenabývali předtím, než se stali dospělými, a v druhém případě další vzdělávání, které navazuje na vzdělávání, které získali v mladším věku.

Obsah základního vzdělávání dospělých je významný jako způsob získání vzdělání poskytovaného základní školou, základní školou praktickou nebo základní školou speciální pro ty, kteří z různých důvodů nemohli povinné základní vzdělání uskutečnit v době tomu určené – v dětství (Pipeková 2004). Dospělý získává elementární vědomosti, dovednosti a návyky, které si osvojuje běžná populace dětí v průběhu základního vzdělávání (Šiška 2005). Dospělý člověk s mentálním postižením si může doplnit základní vzdělání či základy vzdělání na tomu určených kurzech. Dle školského zákona č. 561/2004 Sb., paragrafu 55, odstavce 3 může základní a střední škola po projednání se zřizovatelem a krajským úřadem organizovat v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem základního vzdělávání kurzy pro získání základního vzdělání. Dle vyhlášky č. 48/2005 Sb. a její novely č. 256/2012 Sb. délku a formu kurzu pro získání základního vzdělání určí ředitel školy, nejvýše však v délce jednoho školního roku. Kurzy se zahajují k počátku prvního nebo druhého pololetí. Obsah vzdělávání a obsah zkoušek na závěr kurzu stanoví škola v souladu s očekávanými výstupy Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání. Na závěr kurzu koná žák zkoušky z předmětů stanovených školním vzdělávacím programem pro poslední ročník základního vzdělávání. Konání zkoušek je možné i bez předchozího vzdělávání v kurzu. Dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. a její novely č. 147/2011 Sb. kurzy pro doplnění základů vzdělání může organizovat základní škola speciální.

Profesní kvalifikaci je možno získat na odborných učilištích či na praktické škole (Bazalová 2010). Praktické školy (jednoleté až dvouleté) jsou určeny pro

absolventy základní školy praktické či běžné základní školy, kteří nemohou pokračovat ve vzdělávání na odborném učilišti. Na praktické škole s dvouletou přípravou dochází k osvojování praktických dovedností v oblasti ručních prací, přípravě pokrmů a běhu rodiny a dále si žáci prohlubují vzdělání ve všeobecně vzdělávacích předmětech (Valenta 2012). Cílem je poskytnout žákům základy odborného vzdělání a základy manuálních dovedností v oboru dle zaměření (Bazalová 2010). Normativním předpisem pro praktickou školu dvouletou je Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá - RVP PRŠ II. V RVP PRŠ II je rozvoj komunikace zakotven ve vzdělávací oblasti Jazyk a jazyková komunikace a dále v komunikativní klíčové kompetenci (RVP PRŠ II 2010). Úspěšným absolventům základních škol speciálních je určena praktická škola s jednoletou přípravou. Zde se připravují především na práci v chráněných pracovištích a na pomocné a úklidové práce v zařízeních sociálních či zdravotnických služeb. Odborné předměty opět zasahují rodinnou výchovu, ruční práce a praktická cvičení, všeobecně vzdělávací předměty učebního plánu prohlubují dovednosti a vědomosti nabyté na základní škole speciální (Bazalová 2010). Normativním předpisem pro praktickou školu jednoletou je Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická škola jednoletá - RVP PRŠ I. V RVP PRŠ I je rozvoj komunikace zakotven explicitně ve vzdělávací oblasti Jazyková komunikace a dále v jedné z klíčových kompetencí – kompetence komunikativní (RVP PRŠ I 2010).

Další vzdělávání dospělých osob s mentální retardací je v rovině všeobecného nebo odborného vzdělávání. Jediněc ho může dosáhnout v pokračovacím vzdělávání, které se zaměřuje na jednotlivé cílové skupiny (např. na pracovníky s nízkou kvalitací, na osoby s mentálním postižením v období mezi ukončením školního vzdělávání a nalezením stabilního zaměstnání) nebo dalším vzděláváním, které je nejčastěji realizované jako vzdělávání na pracovišti (Šiška 2005). Do této skupiny lze zařadit i model podporovaného zaměstnávání (Pipeková 2004).

Možnosti vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením poskytují i nevládní neziskové organizace, které nabízejí například kurzy komunikačních technologií, cizího jazyka či umělecky orientované kurzy. Obsahové zaměření

vzdělávacích činností dospělých osob s mentální retardací je velmi variabilní a závisí na personálním zabezpečení, na zájmech a potřebách účastníků tohoto vzdělávání. Kromě vzdělávací funkce plní tyto činnosti i funkce socializační a integrační povahy (Šiška 2005). Další alternativou jsou večerní školy pro dospělé osoby s mentálním postižením (Bazalová 2010).

### **3.3. Diagnostika profesní orientace a tranzitní programy**

Diagnostika profesní orientace by měla ulehčit osobě s mentálním postižením volbu profesního zaměření. Vždy je nutné brát v potaz přání jedince, na druhou stranu však i specifika mentálního postižení, která vedou k uplatňování tzv. podporované volby (Černá 2015). Správnost a přiměřenost profesní diagnostiky má zásadní vliv na kvalitu dalšího života osoby s mentálním postižením (Přinosilová 2010).

Úkolem diagnostiky pro volbu povolání je doporučení profese vhodné pro daného jedince. Za tímto účelem provádíme psychologické vyšetření, a to konkrétně: vyšetření inteligence, vyšetření dílčích schopností a dovedností, posouzení struktury zájmů, vyšetření osobnosti (Černá 2015). Dále nás zajímají somatické předpoklady pro povolání, pracovní návyky a předpoklady, pracovní tempo a vytrvalost, unavitelnost a odolnost vůči zátěži, schopnost dorozumět se a komunikovat, schopnost spolupráce (Přinosilová 2010). Neméně důležitými zdroji informací kromě psychologického vyšetření je rozhovor s dospívající/dospělou osobou s mentálním postižením a s jejími rodiči, školní prospěch a doporučení školy, informace od spolužáků a sebehodnocení (Černá 2015).

Nejčastějšími příčinami nevhodné aspirace dospívajících osob s mentálním postižením a jejich rodičů bývá přecenení schopností jedince, nedostatek profesních informací či rozhodování na základě jednostranných informací (Přinosilová 2010).

Osvědčeným diagnostickým nástrojem se v zahraničí ukázal Dotazník volby (Choice Questionnaire), jehož autory jsou Stancliffe a Parmenter, odborníci z Centre for Developmental Disability Studies v Sydney. Dotazník se skládá z 26 položek zaměřených na rozhodování v oblasti bydlení, personálu, financí

a hospodaření s nimi, zdraví, sociálních aktivit, komunitní dostupnosti, osobních vztahů, pracovních/denních aktivit a celkové volby. Škála může být vyplněna na základě rozhovoru s klientem či znalosti klienta (Černá 2015).

Připravovat žáky na budoucí volbu povolání je třeba již v průběhu školní docházky. Čím více překážkám student čelí (např. v oblasti komunikace či motoriky), tím dříve je třeba začít (Černá 2015). U žáků s mentálním postižením se na řešení profesní orientace participuje speciálně pedagogické centrum (SPC), pedagogicko-psychologická poradna (PPP) či výchovný poradce školy. Mimo prostředí školství je možné se v rámci profesní orientace obrátit na informační a poradenská střediska (IPS) pro volbu povolání při úřadech práce. Tato střediska mají k dispozici informace o jednotlivých typech škol, učilištích a oborech. Mají přehled o situaci na trhu práce v jednotlivých oborech (Přinosilová 2010).

Přechod ze vzdělávací instituce do zaměstnání se může pro jedince s mentálním postižením stát dle Černé (2015) a Šišky (2005) kritickým obdobím. Neúspěšnost absolventa v pracovním uplatnění znehodnocuje dosažené školní výsledky. Absolvent školy ztrácí návyky z období školní docházky a postupně i motivaci. Může nabýt přesvědčení, že péče o něj je povinností státu.

Jako podpora v období mezi školním vzděláváním a nástupem do zaměstnání existují tranzitní programy. Tyto programy uvádějí mladé lidi do prostředí práce, posunují získané dovednosti do výrobní sféry a pomáhají v obtížné oblasti vztahů na pracovišti. Rozhodujícím prvkem úspěšného umístění na pracovišti je podpora poskytovaná během přechodu z fáze vzdělávání na otevřený trh práce (Šiška 2005).

Cílem tranzitních programů je potřeba propojení vzdělávacího obsahu s požadavky života a práce člověka v komunitě jako nezávislého dospělého jedince. Vzdělávání by se v tomto ohledu mělo odehrávat v přirozeném pracovním a společenském prostředí, kde je možné získané dovednosti uplatnit v reálném životě. Do tranzitních programů je třeba zapojit odborníky z oblasti vzdělávání, zaměstnanosti, sociální práce a zdravotnictví a podporovat jejich spolupráci při

dosahování stanovených individuálních cílů, např. v rámci ucelené rehabilitace (Černá 2015).

V České republice realizuje dle Černé (2015) a Šišky (2005) tranzitní programy pro dospělé s mentálním postižením několik nevládních organizací, jako je například Rytmus – Od klienta k občanovi, o.p.s.

### **3.4. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením**

Vstup na volný trh práce je jedním z nejdůležitějších projevů společenské emancipace osob s mentálním postižením. Při jeho realizaci je však třeba počítat s některými institucionálně podpůrnými mechanismy a s nutností osobní přípravy těchto osob (Valenta 2003).

Význam práce s ohledem na člověka s mentálním postižením je následující:

- práce poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard,
- práce pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka status „být zaměstnán“ u člověka s postižením pozitivně ovlivňuje postoje společnosti k postiženým a nakonec i osobní spokojenost jedince,
- pracovní místo v integrovaném prostředí je prostředkem pro vytváření a rozvíjení nových sociálních interakcí,
- práce je jeden ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení svých kompetencí,
- vytváření nových pracovních příležitostí je pro společnost finančně výhodnější než poskytování podpory v nezaměstnanosti,
- placená práce přispívá k vysvobození osoby s postižením z dlouhodobé závislosti na podpůrných službách a péči (Šiška 2005).

Přestože díky zákonu č. 435/2004 Sb. jsou v České republice nástroje aktivní politiky zaměstnanosti jako například příspěvek na zřízení pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, systém povinného podílu osob se zdravotním postižením na celkovém počtu zaměstnanců a pracovního poradenství, mají dle Šišky (2005) občané s mentálním postižením na otevřeném trhu práce malou šanci.



Metodou podpory zaměstnance s postižením na pracovišti založenou na vzájemné důvěře je tzv. model podporovaného zaměstnávání (Černá 2015). Mohou ho využít lidé s mentálním postižením, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Služba podporovaného zaměstnání je orientována na konkrétní osobu a konkrétní pracovní místo. Služba sleduje nejen získání ale i udržení si místa (Pipeková 2010). Podpora se poskytuje jak jedinci s handicapem, tak jeho zaměstnavateli. Vychází z principu, podle kterého je třeba poskytovat nejen zácvik a podporu samostatnému pracovníkovi, ale především optimálně koordinovat zájmy, potřeby, dovednosti a vloh pracovníka s potencionálními požadavky zaměstnavatele (Černá 2015). Služba podporovaného zaměstnávání zahrnuje pracovní asistenci, zastupování a pomoc při jednání s úřady, poradenství a individuální konzultace apod. Zaměstnavateli je podpora poskytována v souvislosti s úpravou pracovního místa a pracovní náplně, s vytvořením podmínek pro přijetí zaměstnance do pracovního kolektivu, motivací apod. (Pipeková 2010).

U podporovaného zaměstnání jde o smysluplnou, placenou a konkurenceschopnou práci, pracovní náplň je sestavena z pomocných, nekvalifikovaných činností, člověk s postižením pracuje na běžném pracovišti a je v kontaktu se spolupracovníky bez postižení (Šiška 2005).

I přes zájem osob s mentálním postižením o tuto službu, se však podaří integrovat pouze několik osob. Jen velmi málo zaměstnavatelů je ochotno přijmout osobu s mentálním postižením (Pipeková 2010).

Dospělí s mentálním postižením mohou najít pracovní uplatnění v rámci chráněného pracovního místa, chráněné dílny či sociálně terapeutické dílny.

Chráněné pracovní místo je pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu tří let (Zákon č. 435/2004 Sb.)

Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se

zdravotním postižením (Černá 2015). Na pracovišti je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců (Vysokajová 2000). Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek (Černá 2015).

K přímé podpoře osob s mentálním postižením na otevřeném trhu práce patří pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace umožňuje zavádět do praxe model podporovaného zaměstnání (Černá 2015). Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti je pracovní rehabilitace souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání. Krajská pobočka Úřadu práce v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání na kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce (Zákon č. 435/2004 Sb.). Podle prováděcí vyhlášky by individuální plán měl obsahovat formy pracovní rehabilitace, předpokládaný časový průběh a cíl pracovní rehabilitace, termíny a způsob hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace (Černá 2015).

Ke vstupu na volný trh práce je nutná osobní připravenost adeptů. S touto osobní přípravou souvisí řada výchovně-preventivních aktivit (uskutečňovaných v rámci programů podporovaného zaměstnávání nebo v rámci jiných např. vzdělávacích programů) směřujících k budování schopnosti převzít odpovědnost za vlastní život. Mezi jinými lze jmenovat tzv. sebeobhajování a „JOB“ kluby (setkávání zaměstnaných klientů, případně klientů čekajících na zprostředkování zaměstnání). Sebeobhajování je aktivita, která má umožnit lidem s mentálním postižením vystupovat a hovořit sami za sebe (prezentovat vlastní práva a zájmy) s efektem vedoucím k eliminaci bariér v nejrůznějších oblastech společenského života (Valenta 2003).

### **3.5. Sociální služby pro dospělé osoby s mentálním postižením**

System sociální péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a je prováděn podle zákona č. 108/2006 Sb. v platném znění, o sociálních službách a vyhlášky MPSV ČR č. 505/2006 Sb. v platném znění doplněné standardy kvality sociálních služeb (Valenta 2014).

Mladí lidé s mentálním postižením využívají především následující zařízení sociálních služeb: centrum denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociální poradny a sociálně terapeutické dílny. Služby jsou podrobněji popsány v zákonu o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Odborného sociálního poradenství se lidem s mentálním postižením dostane v poradnách pro osoby se zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Centrum denních služeb je dle zákona č. 108/2006 Sb. ambulantní služba pro osoby vyžadující pomoc jiné fyzické osoby, která mimo jiné nabízí pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. Denní stacionář se odlišuje tím, že je určen pro osoby, které potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby a nabízejí navíc pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Týdenní stacionáře oproti stacionářům denním nabízí i pobytové služby.

Pro mladé lidi s mentálním postižením je jistě aktuální otázka bydlení. Člověk s mentálním postižením zpravidla potřebuje podporu ve zvládnutí nároků samostatného bydlení (Černá 2015). Podporované bydlení je terénní sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při prosazování práv a zájmů. Chráněné bydlení je pobytová služba, která má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. Osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. V případě podporovaného bydlení bydlí obyvatel ve vlastní domácnosti, ve které je mu poskytována podpora. V chráněném bydlení obyvatel bydlí v domácnosti, kterou vlastní poskytovatel služby a obyvateli je poskytováno jak bydlení, tak podpora (Zákon č. 108/2006 Sb). Dále může osoba

s mentálním postižením využít bydlení v domově pro osoby se zdravotním postižením (dříve ÚSP), který pro své klienty zabezpečuje služby jako bydlení, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, přiměřené pracovní uplatnění, výchovu a vzdělávání (Valenta 2014).

Další vhodnou službou je pečovatelská služba a osobní asistence (Zákon č. 108/2006 Sb.). Osobní asistent pomáhá člověku s mentálním postižením především tím, že ho podporuje, aby co nejvíce činností zvládal sám. Jedná se o oblast sebeobsluhy, obstarávání domácnosti či využívání veřejných služeb v obci. Člověk s mentálním postižením může potřebovat pomoc s celkovou orientací v okolí bydliště, asistent proto pomáhá vysvětlit a najít smysl běžných věcí či událostí mimo domácnost, či co jak kdo míní. Asistence zahrnuje rozvoj sociálních dovedností uživatele. Významná je i oblast vlastního rozhodování. Asistent by měl člověku pomoci orientovat se ve vlastních preferencích, v možnostech, které se mu nabízejí, měl by mu pomoci rozhodovat se a svoje přání vyjadřovat. Asistent má především respektovat přání člověka s postižením, ale zároveň se nevzdávat zájmu o jeho bezpečnost (Černá 2015).

Vyhláška č. 505/2006 Sb. definuje standardy kvality sociálních služeb a hovoří o tzv. individuálním plánování průběhu sociální služby. Kopečný (2014) vidí právě v individuálním plánování sociální služby možnost zavedení systematického poskytování logopedické intervence s konkrétně stanovenými cíli a možnými etapami nastavené terapie mladým lidem s postižením, kteří jsou uživatelé sociálních služeb.

## 4. Řeč osob s mentálním postižením

Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace i enkulturace člověka a řeč již tradičně bývá označována za nástroj myšlení, a proto je narušená komunikace vždy značným psychosociálním problémem jedince i jeho prostředí (Valenta 2003).

Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí, jež bývá u osob s mentálním postižením obvykle výrazně narušená. V prvé řadě nacházíme nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, tj. v nedostatečném rozlišování jednotlivých slyšených hlásek (postižený sice hlásky slyší, ale nerozlišuje či nerozlišuje dostatečně). Dalším faktorem vedoucím k deformaci řeči jsou nedostatky v artikulaci – vyslovování hlásek, slabik a slov a v gramatické stránce řeči (Valenta 2014). Dle Lechty (2011) a Škodové (2003) jsou narušeny i modulační faktory řeči (melodie, tempo, rytmus). Z podstaty mentálního postižení samozřejmě plyne defekt obsahu sdělení, tj. nedostatečná schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a programování řeči, malá slovní zásoba (Valenta 2014).

Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením má svou specifickou etiologii, specifickou symptomatologii a metody logopedické péče mají také výrazné zvláštnosti (Lechta 2011).

Vzhledem k tomu, že porucha řeči je jedním ze symptomů mentální retardace, hovoříme o symptomatické poruše řeči, jejíž charakter závisí na mnoha faktorech, z nichž determinující roli hrají etiologie poruchy a její stupeň (Valenta 2003).

„Symptomatické poruchy řeči definujeme jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a onemocnění“ (Lechta 2011 s. 52).

Symptomatické poruchy řeči třídíme dle Lechty (2011) na specifické, tj. typické pro dané postižení a nespecifické, vyskytující se i v dalších případech, v jiných druzích narušené komunikační schopnosti, které nejsou pro dané postižení typické. Projevují se ve všech jazykových rovinách. Prognóza závisí zejména na

charakteru primární příčiny, stupni a specifikách dominujícího postižení (onemocnění, poruchy), jakož i na kvalitě sociálního prostředí.

#### **4.1. Vývoj řeči**

Narušený vývoj řeči je jedním z nejcharakterističtějších znaků mentálního postižení. Vývoj řeči je narušen v důsledku odlišných vnitřních předpokladů až do té míry, že nedosáhne úrovně normy. Můžeme říci, že se jedná o omezený vývoj řeči, protože řeč nedosáhne obvyklé úrovně (Lechta 2011).

Začátky vývoje řeči bývají opožděné a závisí na stupni mentální retardace (Klenková 2006). Jak uvádí Lechta (2011), často se jedná o první projev, podle kterého rodiče usoudí, že se jejich dítě vyvíjí odlišně.

Vývoj řeči intaktních dětí začíná obvykle okolo 1. roku života (do té doby byla přípravná stadia), u dětí s mentálním postižením v tomto věku se už zpravidla projevují nápadné odchylky od normy. Současně s prvními řečovými projevy se u intaktních dětí otevírá i široká oblast možností pro pedagogické ovlivňování, stimulaci celkového psychického vývoje, přirozeně prostřednictvím řeči. Jestliže se postižení tohoto dítěte už v tomto věku projevuje i v oblasti komunikace, jeho negativní vliv se vlastně ještě násobí právě o redukovanou možnost pedagogicko-psychologického ovlivňování prostřednictvím řeči. Negativní důsledky opožděných začátků ontogeneze řeči způsobené mentálním postižením se pak už v raném věku začínají zpětně projevovat i v jiných oblastech psychiky (Lechta 2011).

Nemluví-li dítě v období mezi 2. - 3. rokem života, nemusí se vždy jednat o mentální retardaci. Příčinou může být nemluvnost na základě sluchové vady, poruchy mluvidel, prostého opoždění vývoje řeči, hereditárního opoždění ve vývoji řeči, vývojové dysfázie, zanedbané péče o vývoj řeči, neurózy řeči. Pro správnou diagnostiku je nutné dlouhodobé pozorování dítěte (Klenková 2006).

Když se u dětí s mentálním postižením už konečně začnou objevovat první projevy řeči, od začátku se vymykají normě. Řeč nemá u nich vedoucí úlohu při usměrňování aktivity. Chápání řeči je mnohem vyvinutější než aktivní řeč v mnohem větší míře než u nepostižených dětí. Objevují se nápadné disproporce mezi vývojem

řeči a vývojem neverbálních složek psychiky těchto dětí. Neverbální složka je často na výrazně lepší úrovni (Lechta 2011).

#### **4.2. Specifika vývoje řeči dle stupně, formy a typu mentálního postižení**

Vývoj řeči a pozdějších komunikačních schopností závisí na typu a formě mentální retardace i na stupni snížení intelektu (Škodová 2003).

U jedinců s lehkou mentální retardací dochází ke zpoždění ve vývoji řeči o rok i více v komparaci s normou (Valenta 2003). Při správné podpoře mohou být schopni i zevšeobecňování a abstrakce. Verbální schopnosti lidí s lehkým mentálním postižením mohou být v každodenních, běžných komunikačních situacích dostačující, jejich řeč nemusí být nápadná. Verbálně však mohou selhat zejména v nepředvídatelných komunikačních situacích, jestliže nelze použít zafixované řečové stereotypy (Lechta 2011). Nejvíce je postižen pojmotvorný proces - schopnost abstrakce a následné generalizace, existuje disharmonie mezi vnitřní a vnější řečí, řeč je obsahově chudá, časté jsou agramatismy (Valenta 2003). U osob s mentálním postižením se může správně vyvinout artikulace, avšak porozumění řeči, které je přímo závislé na inteligenci je narušené. Správně vyvinutá artikulace bývá zvláště u dětí s neporušenou motorikou a se silně vyvinutou napodobovací schopností. Dokáží reprodukovat i modulaci řeči, také se naučí reprodukovat i celé písničky (Klenková 2006). Lehká mentální retardace nemusí být včas u dítěte rozpoznána, v tomto případě je riziko, že se pak nevyužije nejvhodnější čas na ranou stimulaci (Lechta 2011).

U jedinců se středně těžkou mentální retardací dochází již k omezenému vývoji řeči. Počátek řečového období je kolem pátého a šestého roku života, převažuje prvosignální úroveň (Valenta 2003). Poměrně známá je jejich schopnost mechanicky zopakovat někdy i delší řečové celky, aniž by rozuměli tomu, o čem vlastně mluví. Je to zřejmě díky jejich dobré napodobovací schopnosti. S tím souvisí i poměrně častá echolalie u těchto osob (Lechta 2011). Objevuje se převaha jednoslovných (v nejlepším případě jednoduchých) vět a značná využitelnost nonverbálních prostředků řeči (Valenta 2003). Postupně zvládnou dorozumění se svým okolím, ale jejich pasivní slovník je mnohem větší než slovník aktivní.

Dosažený stupeň vývoje je však velmi individuální. U některých lidí se středně těžkým mentálním postižením se může řeč rozvinout až na relativně dobrou úroveň (Škodová 2003).

U jedinců s těžkou mentální retardací převažuje pudová úroveň komunikace a situační reakce na slova (nikoliv pojmy) typu jíst atd. Jsou citliví pro extralingvistickou (zvukovou) a paralingvistickou komunikaci (prostřednictvím modulačních faktorů řeči), popř. další nonverbální prostředky řeči (Valenta 2003). Pokud se podaří osvojit si některá slova ze základní slovní zásoby, akusticky vyznívají spíše jako žvatlání než jako artikulovaná řeč (Škodová 2003). U hluboké mentální retardace je komunikace na úrovni neartikulovaných výkřiků, příležitostné echolálie, napodobovacích a projevových zvuků (Valenta 2003). Dle Lechty (2011) obvykle osoby s těžkou či hlubokou mentální retardací produkují alespoň dysfonický hlas, který modulují podle momentálního citového rozpoložení.

Vliv formy mentální retardace na vývoj řeči je u nás velmi málo zpracován. Lépe jsou známy specifické mluvní projevy u forem, které se vyznačují nápadnými somatickými znaky. Nejznámější údaje jsou o řeči u dětí s Downovým syndromem (Lechta 2011). Příčinou potíží v komunikaci osob s Downovým syndromem je samozřejmě samotný jev mentálního postižení ale dále se na těchto obtížích mohou podílet poruchy sluchového vnímání či problémy s motorikou jazyka, úst a užíváním nosní dutiny a ovládním správného dýchání (Peuschel 1997). Jen asi čtvrtina dětí s Downovým syndromem začne mluvit před dovršením čtvrtého roku života. Vývoj řeči dětí s Downovým syndromem je charakteristický střídáním období stagnace a zjevnými pokroky. Objevuje se dobrá napodobovací schopnost a dobrý hudební sluch, čehož lze využít v rámci logopedické intervence (Lechta 2011).

Jak uvádí Lechta (2011) a Škodová (2003), mentální postižení se třídí i podle typu chování na typ instabilní (neklidný) a typ apatický (utlumený). Osoby, které nelze zařadit ani do jedné skupiny patří do nevyhraněného typu mentálního postižení. Vývoj řeči jedince s mentálním postižením může ovlivňovat i to, k jakému patří typu. U instabilních dětí je příčinou celkový neklid a nesoustředěnost, obvykle jsou příliš hlučné, vykřikují a zasahují do rozhovoru jiných. Apatičtí jedinci jsou málo



pohybliví, lhostejní, neprojevují zájem o komunikaci, mluví pomalu a monotónně, přetrvává u nich delší období nemluvnosti než u typu instabilního.

#### **4.3. Řeč osob s mentálním postižením z pohledu jazykových rovin**

Při popisu odlišností v řeči mentálně postižených osob je nutné postihnout všechny čtyři jazykové roviny: foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou, pragmatickou.

Do jazykové roviny lexikálně sémantické spadá dle Dvořáka (2007) a Vitáskové (2005) oblast chápání významu slov, přenesených významů v podobě metafor, přísloví a pořekadel, rozsah aktivní a pasivní slovní zásoby, definice pojmů, úroveň zobecňování apod. Slovní zásoba jedinců s mentálním postižením je omezena stupněm intelektu a bývá velmi chudá. V jejich slovníku převládají názvy běžných předmětů (Lechta 2011). Málo užívají přídavná jména a slova s nejobecnějším významem (Valenta 2003). U osob s mentálním postižením je velký rozdíl mezi pasivní a aktivní slovní zásobou (Černá 2015). Jen málo slov, které znají, používají aktivně. I v průběhu speciálně pedagogické stimulace se tento pasivní slovník aktivizuje velmi těžko. Lidé s mentálním postižením přiřazují jedno a totéž slovo celé řadě víceméně podobných nebo i úplně nepodobných věcí a jevů. Naproti tomu ke generalizaci jako k zevšeobecnění významu a diferenciaci jako rozlišovacímu odstínění pojmů se často vůbec nedostanou (Lechta 2011).

Morfologicko-syntaktická rovina jazyka, jak uvádí Dvořák (2007) a Vitásková (2005), řeší otázku existence jednotlivých slovních druhů v promluvě, uplatňování gramatických pravidel v mluvním projevu, gramatickou správnost slov, vět, slovosledu, rodu, čísla, pádu, užívání složitějších větných celků atd. Úroveň vývoje gramatické stavby řečových projevů poměrně věrně odráží úroveň vývoje intelektu (Lechta 2011). Gramatické formy řeči zvládnou pouze jedinci s lehkým mentálním postižením, ale i ti často používají dysgramatismy. V oblasti syntaxu přetrvává dlouhé období jednoslovných či krátkých vět, které bývá prodlouženo o několik let (Valenta 2003). Z pohledu morfologického převažují dle Lechty (2011) v řeči osob s mentálním postižením podstatná jména, méně se vyskytují slovesa a výjimečně používají přídavná jména, zájmena a příslovce. Ve složitějším souvětí obvykle

selžou zvláště při používání příčinně – důsledkových spojek. Vysvětlením je nedostatek v chápání kauzality. Často kladou na začátek věty to, co má pro ně subjektivně největší význam. Pro lidi s lehkým mentálním postižením je velmi těžké naučit se gramatická pravidla a výjimky mateřského jazyka. Řeč dětí se středním a těžkým stupněm mentálního postižení se gramatické stránce ani nepřiblíží.

Jazyková rovina foneticko-fonologická se zabývá zvukovou stránkou řečové produkce (Vitásková 2005). Vývoj výslovnosti je u dětí s mentálním postižením také opožděn. To může pramenit z mnohem menší verbální praxe vzhledem k tomu, že začínají mluvit později. Neměly tedy tolik příležitostí si na dostatečné úrovni osvojit a zautomatizovat koordinaci artikulačních orgánů. Svou roli také může hrát motorická neobratnost, častá nedoslýchavost a narušená schopnost fonematické diferenciaci. Proces fixace hlásek u dětí s mentálním postižením posouvá až do období školního věku. Úroveň výslovnosti zvláště u lehčích stupňů mentální retardace nemusí být determinována sníženým intelektem. U některých osob s mentálním postižením může být řeč z hlediska výslovnosti i bezchybná. Situace jedinců se středním a těžkým mentálním postižením je tu pochopitelně nesrovnatelně horší (Lechta 2011).

Pragmatická rovina jazyka je zcela právem v centru pozornosti při posuzování jazykových a řečových kompetencí jedince. Toto pojetí je v souladu s hlavním posláním logopeda, s jeho úkolem zajistit komunikaci, která nemusí vždy probíhat orální cestou (Vitásková 2005). V hodnocení úrovně pragmatické roviny nás zajímá schopnost vyjádřit komunikační záměr (požádat o něco, vyjádřit postoje a emoce, schopnost vést dialog, spontánně vyprávět) a to v pozici aktivní jako mluvčí i v roli pasivní jako posluchač (Dvořák 2007). Do této oblasti zahrnujeme i oblast tzv. koverbálního chování (schopnost komunikovat v nezvukové dimenzi, v oblasti nesymbolických procesů). Narušené koverbální chování – působí v komunikaci značně nepříznivě (Vitásková 2005). Tato jazyková rovina je u osob s mentálním postižením nejméně prozkoumaná. Tito lidé mají problémy se samotnou prezentací svého komunikačního záměru, s pochopením své role jako komunikačního partnera, se specifickým reagováním v komunikační situaci, a to zejména v závislosti na konkrétní komunikační situaci. Situaci komplikují i častá přidružená postižení (Lechta 2011). Dochází zde ke střetu způsobu myšlení

a jednání intaktní společnosti a osob s mentálním postižením. Osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací stagnují ve vývoji řeči zpravidla na úrovni předřečového stadia, verbální komunikace se u nich nerozvíjí. Zvláštního významu zde proto nabývají neverbální komunikační prostředky. Jedinci se středním a lehkým stupněm mentálního postižení procházejí v rámci svého celkově retardovaného psychomotorického vývoje obdobím pragmatizace různě dlouhou dobu v závislosti na individuálních možnostech a schopnostech. Stejně individuální je osvojení určité úrovně pragmatických dovedností během následujících etap vývoje řeči (Zezulková 2011). Určité pragmatické dovednosti se mohou děti s mentálním postižením naučit formou hry, jak uvádí Lechta (2011).

#### **4.4. Narušená komunikační schopnost u osob s mentálním postižením**

Poruchy řeči jsou u osob s mentálním postižením mnohem častější než u intaktní společnosti (Zezulková 2013). Při popisu poruch řeči u mentálně postižených osob lze hovořit o heterogenosti symptomů. Heterogenost se projevuje zejména v tom, že je u nich porušena obsahová stránka řeči a současně i její vnější stránka (Lechta 2011). Častým jevem je kombinace několika poruch řeči současně, přičemž hranice mezi jednotlivými druhy poruch se stírají a vytváří se tak zvláštní kategorie narušené komunikační schopnosti, která se u intaktní populace nevyskytuje (Zezulková 2013).

Příčinou narušené komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením je snížená mentální úroveň, opoždění v motorické oblasti, nedostatečná motorická koordinace, častá porucha sluchu, nepodnětné a zanedbávající prostředí a nejrůznější anomálie mluvních orgánů jako například nedokonalá stavba artikulačních orgánů, vadný skus, deformace čelistí, chrupu, rozštěpy (Klenková 2006).

Stejně jako u intaktních dětí se nejčastěji vyskytuje u dětí s lehkým mentálním postižením dyslalie. Obvyklá je nesprávná artikulace sykavek a hlásky R. Problémy ale tvoří i hlásky, které většině intaktních dětí nedělají obtíže, například P, F, V. Dyslalie je u dětí s mentálním postižením často kombinována s dysgramatismem, huhňavostí, dysfonií. Někdy tyto děti vynechávají hlásky na konci slov, což zřejmě

pramení ze špatné koncentrace (Lechta 2011). Typická při korekci vadné výslovnosti je dle Klenkové (2006) delší fáze fixace a automatizace hlásky do řeči. Oproti intaktní společnosti jsou častější orgánové dyslalie. Je prodloužené období fyziologické dyslalie (Valenta 2003).

Huhňavost se také vyskytuje u osob s mentální retardací častěji než u intaktní populace. Případy zavřené huhňavosti početně převažují nad otevřenou huhňavostí, která může mít příčinu v nedostatečné inervaci měkkého patra (Lechta 2011). Zavřená huhňavost bývá zapříčiněna zbytnělou nosní mandlí (Klenková 2006).

Breptavost projevená zrychlenou řečí, vynecháváním hlásek a někdy i celých slabik je pro děti s mentálním postižením příznačná (Lechta 2011). Breptavost bývá u těchto dětí dle Klenkové (2006) kombinována s dysgramatismem či s koktavostí.

Výskyt koktavosti je u dětí s mentálním postižením dle Lechty (2011) oproti normě častější, nejčastější výskyt je u osob s Downovým syndromem.

Různé formy dysartrie se u osob s mentálním postižením mohou objevit, pokud je mentální retardace spojená s poruchou motoriky. Takovým případem je nejčastěji mentální postižení kombinované s dětskou mozkovou obrnou, jak uvádí Lechta (2011) a Klenková (2006).

Podle Klenkové (2006), Lechty (2011) a Valenty (2003) je častá také echolalie projevující se mechanickým opakováním slyšeného bez pochopení smyslu. V řeči některých osob s mentálním postižením se objevuje dysprozódie. Řeč je monotónní, intonace nesprávná, v některých případech je řeč nápadně tichá a pomalá, jindy zase zrychlená a vzrušená. Velmi často se setkáme i s narušením rytmu řeči. Poruchy hlasu také nejsou u jedinců s mentálním postižením výjimkou. Často u nich pozorujeme chrapot, zastřený příliš tichý hlas. Charakteristický hlas pozorujeme u osob s Downovým syndromem (Lechta 2011).

## **5. Logopedická intervence u osob s mentálním postižením**

Logopedická péče o osoby s mentálním postižením je v České republice zabezpečována státními i nestátními institucemi ve spolupráci resortu zdravotnictví, resortu školství, resortu práce a sociálních věcí. Péče je poskytována v tom resortu, který je pro jednotlivce vzhledem ke stupni a případné kombinaci jeho postižení nejdostupnější (Škodová 2003).

V rámci logopedické intervence u osob s mentálním postižením se snažíme nejen zmírnit negativní vlivy dominujícího postižení na řeč, ale tam, kde je to jen trochu možné, poskytnout postiženému jedinci prostřednictvím řečového kanálu nástroj kompenzace vlivů dominujícího postižení. Cílem intervence je sociálně funkční řeč (Lechta 2011)

### **5.1. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením**

Logopedická diagnostika nastupuje po psychologickém vyšetření dítěte. Řeč i úroveň pohybových schopností jsou rovněž součástí psychologického vyšetření, ale pro potřeby logopedické péče si je většinou logoped vyšetřuje sám. Vyšetření řeči obsahuje: vyšetření rozumění řeči, vyšetření obsahové stránky řeči (úroveň pasivní i aktivní slovní zásoby a schopnost využít ji adekvátně jejímu obsahu v komunikaci); vyšetření řečových motorických funkcí (respirace, fonace, artikulace); zhodnocení úrovně prozodických faktorů řeči; zhodnocení možností a schopností neverbální komunikace ke kompenzaci těžkých poruch komunikace (Škodová 2003).

V logopedické praxi může nejčastěji dojít k záměně narušené komunikační schopnosti u dítěte s mentálním postižením za opožděný vývoj řeči prostý, vývojovou dysfázii nebo za sluchovou vadu, jak uvádí Klenková (2006), Lechta (2011), Škodová (2003) a Valenta (2003).

Na základě logopedického vyšetření dle Škodové (2003) stanoví logoped dosaženou úroveň vývoje řeči a následně volí vhodnou diagnostickou metodu i úroveň obtížnosti postupů k rozvoji řeči.

## **5.2. Terapie narušené komunikační schopnosti u osob s mentálním postižením**

Pro rozvoj dítěte s mentálním postižením je podle Klenkové (2006) a Lechty (2011) klíčová včasná diagnostika s návazností rané podpory dětí s mentální retardací. Pro stimulaci dítěte je raný věk nejvhodnější, protože dochází k vývoji mentálních funkcí a je možné fyziologické i psychologické procesy úspěšně ovlivňovat. Včasnou intervencí také můžeme předcházet negativním důsledkům omezeného vývoje řeči.

Lechta (2011) uvádí tyto obecné metodické principy pro práci s dětmi se symptomatickými poruchami řeči: princip komplexnosti, princip individuálního přístupu, princip polysenzorického přístupu, princip včasného zákroku, princip týmové péče, respektování principu imitace normálního řečového vývoje, princip preferování obsahové stránky řeči a princip přístupu hrou.

Dle Lebeera (2006) je důležité pro rozvoj řeči dítěte s mentálním postižením zohledňovat všechny aspekty jazykových a řečových dovedností, respektovat individuální tempo dítěte, podporovat preverbální komunikační dovednosti, od útlého věku se zaměřovat na činnosti podporující rozvoj řeči, udržovat zájem dítěte o napodobování, využívat v komunikaci posunky a znaky, rozšiřovat slovní zásobu, nezapomínat, že porozumění řeči přichází dříve než samotná řeč a především je důležité zvýšit množství i kvalitu každodenní komunikace s dítětem.

Při logopedické intervenci je důležité se neorientovat dle chronologického věku ale dle mentálního příp. verbálního věku. Proto je největší pozornost věnována přípravným cvičením, rozvoji motoriky mluvních orgánů a stimulaci rozvoje obsahové stránky řeči formou dialogu a až poté se zaměřujeme na formální stránky řeči (Lechta 2011).

Při výstavbě řeči dětí s mentálním postižením postupujeme dle Lechty (2011) od základního řečového mechanismu (hlasu) přes významové prvky až k tvorbě pojmů. Začínáme stupněm řeči, kam už dítě dospělo. U dětí s těžkým mentálním či kombinovaným postižením využíváme tzv. somatický dialog a bazální komunikaci.

Je nutné věnovat velkou pozornost rozvoji sluchové diferenciaci a motoriky artikulačního aparátu. Vhodné je při logopedické intervenci dětí s mentálním postižením využívat hudbu a spojení hudby s pohybem. Důležitý je rovněž správný řečový vzor (Lechta 2011).

Při odstraňování poruch řeči je třeba aplikovat cvičení formou hry. Současně s nácvičkou jedné hlásky realizujeme přípravná cvičení na vyvození správné výslovnosti ostatních, chybně artikulovaných hlásek. Fixace a automatizace vyvozené hlásky je u dětí s mentálním postižením dlouhodobý proces někdy i v řádech let. U dětí s mentálním postižením s narušenou inervací artikulačního aparátu a u dětí s Downovým syndromem je velice výhodné při nácvičce správné výslovnosti aplikovat orofaciální stimulaci dle Castilla Moralese (Lechta 2011).

Častou chybou při logopedické intervenci u dětí s mentálním postižením je snaha o úpravu artikulace bez dostatečné slovní zásoby a pochopení obsahu slov. Dítě poté selhává na všech vyšších jazykových úrovních, jak uvádí Lechta (2011) a Škodová (2003).

Škodová (2003) považuje za těžiště logopedické péče u dětí s lehkým mentálním postižením právě rozvíjení obsahové stránky řeči, na niž později navazuje úprava výslovnosti. Logopedická péče u osob se středně těžkou mentální retardací dle Škodové (2003) spočívá v rozšiřování aktivní slovní zásoby, v globálním rozvoji obsahové stránky řeči a v rozvoji grafomotoriky, hrubé a jemné motoriky. Cílem péče u těchto osob není dokonalé zvládnutí mluvené řeči, ale maximálně možný rozvoj všech komunikačních schopností a dovedností, tak aby byly v dospělosti využitelné pro pozdější samostatný život. Dle Lechty (2011) a Škodové (2003) je třeba v těžších případech mentálního postižení koncipovat logopedickou péči tak, aby zahrnovala nejen úsilí o rozvíjení verbálních aktivit, ale i nácvičce elementárních neverbálních a alternativních komunikačních technik. Cílem je vybudování sociálně přijatelné komunikace umožňující vyjadřování elementárních potřeb, přání a citů.

Řečová výchova je neodmyslitelně spjata s rozumovou výchovou. Proto logopedická péče o děti s mentálním postižením musí prolínat celou výchovně-

vzdělávací činnost. Přetrvávání vysokého výskytu poruch řeči u dětí s mentálním postižením ještě ve starším školním věku vyžaduje komplexní péči o komunikační schopnosti těchto dětí i ve vyšších ročnících škol. Hlavním cílem řečové výchovy ve školách je kompenzovat nedostatky ve verbalizaci, jež vyplývají ze samotného postižení či z vývoje ochuzeného o patřičné podněty. Tato výchova by měla mít podobu systematického budování slovní zásoby, nacvičování vyjadřovacích dovedností a vytváření schopností porozumění a smysluplného užívání řeči (což je vše důležité pro konečné poznávání jevů z vnějšího i vnitřního prostředí). Podkladem pro výchovu řeči musí být cílené vytváření takových výchovných situací, které se vyznačují dostatečným množstvím podnětů pro řečový rozvoj. Jde o situace, při nichž je zcela na místě odpovídající slovní doprovod, o situace, při nichž by žáci měli zcela přirozeně vyprávět o tom, co momentálně dělají, měli by pojmenovávat předměty a jevy, jejich vlastnosti, pojmenovávat minulé i budoucí děje, dosahovat podle možností slovních abstrakcí apod. (Valenta 2003).

### **5.3. Zásady při logopedické intervenci u dospělých osob**

Logopedická intervence u dospělých osob s mentálním postižením má svá specifika. Především je nutné přistupovat k jedinci s mentálním postižením jako k dospělému člověku, který může sám participovat na procesu logopedické intervence. Materiály pro dospělé osoby s mentálním postižením by měly korespondovat s jejich věkem a zájmy. Dle Šišky (2005) je klíčové si uvědomit, s jakými získanými kompetencemi dospělá osoba s mentálním postižením přichází, jaké jsou její psychické zvláštnosti a především jaká je její motivace.

U dospělých osob by měl být cíl logopedické péče v nácviu komunikačních dovedností uplatnitelných ve vhodném zaměstnání, při seberealizaci či při společenském a kulturním životě jedince (Sovák 2005).

### **5.4. Alternativní a augmentativní komunikace**

Ke kompenzaci či reedukaci poruch komunikace u osob s mentálním postižením můžeme využít různé systémy alternativní či augmentativní komunikace (Valenta 2003).



„Augmentativní systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči“ (Šarounová 2014, s. 9 - 10). Pokud nám to situace umožní, snažíme se dle Valenty (2003) upřednostňovat augmentativní komunikaci před alternativní.

Při využití jakýchkoliv metod alternativní a augmentativní komunikace by mělo být samozřejmostí současné zapojování všech dostupných komunikačních schopností člověka – tedy všech zbytků mluvené řeči, vokalizace, přirozených gest, mimiky apod. Alternativní a augmentativní komunikace má pozitivní vliv i na rozvoj mluvené řeči. Není třeba se bát, že užívání symbolických gest může zpomalit vývoj mluvené řeči (Šarounová 2014).

Mezi systémy alternativní a augmentativní komunikace pro osoby s mentální retardací patří: komunikace facilitovaná referenčními předměty, Makaton, Znak do řeči, Bliss systém, Piktogram systém a systém PCS, Sociální čtení, Dosa-metoda a Snoezelen (Valenta 2003).

Makaton a Znak do řeči se zavádějí u osob s mentálním postižením, jejichž motorické schopnosti provádění znaků umožňují. Mají výhodu rychlého a bezprostředního užití pro komunikaci bez nutnosti pracného a zdlouhavého vyhledávání v různých pomůckách, čímž se tento způsob dorozumívání více blíží mluvené řeči. Nevýhodou užití znaků je to, že málokdo v okolí osoby s komunikačními potížemi sám dobře znakuje nebo znakům rozumí na pokročilé úrovni (Šarounová 2014).

Makaton je jazykový program postavený na standardizovaných znacích, které jsou doplněny orální řečí, popř. speciálními symboly (Valenta 2003). Znakují se klíčová slova ve větě (Šarounová 2014). Symboly Makatonu se používají hlavně jako podpůrný prostředek rozvíjení jazyka, porozumění pojmům a čtenářských dovedností, mohou být ale též využity jako primární prostředek komunikace (Valenta 2003). Celý slovník obsahuje 350 znaků (Ludíková 2005). Ty jsou řazeny do didaktických řad podle využitelnosti v denním životě i náročnosti, přičemž výuka systému pokračuje do té doby, než se dítě dostane na hranici svých možností.

V našich zemích se rozvojem tohoto systému zabývá Společnost pro augmentativní a alternativní komunikaci, o.p.s. (Valenta 2003).

Znak do řeči (TTT systém) je otevřený systém přirozených znaků, které lze libovolně upravovat pro potřeby konkrétního klienta. Přirozené znaky zkracují věty, usnadňují rychlejší rozvoj pojmotvorného procesu u dětí s mentálním postižením tím, že vybírají nejpodstatnější pojmy a zpřehledňují význam vět, znak je konkrétnější než slovo (Valenta 2003). Znaky respektují individuálně sníženou úroveň kognitivních funkcí uživatele (Ludíková 2005). Při výuce systému znak do řeči je třeba mít na zřeteli několik zásad: pojem musí mít vždy stejný znak, znak se musí vždy doprovodit orální řečí, musíme mít jistotu, že dítě má vybudovaný rámcový pojem znakovaného slova, znak se snažíme fázovat na počet slabik znakovaného slova (Valenta 2003). Doporučuje se znaky zavádět při každodenních aktivitách (Šarounová 2014). Systém Znak do řeči se užívá například při stimulaci rozvoje verbální řeči dětí s Downovým syndromem (Černá 2015).

Komunikace facilitovaná referenčními předměty (trojrozměrnými symboly) využívá reálné předměty symbolizující konkrétní činnost (např. talíř = čas svačiny). Tyto symboly slouží i jako podpora dalších komunikačních systémů. Při jejich použití u osob s těžším mentálním postižením je důležité, aby byly neměnné a vždy spojeny s konkrétními situacemi (Valenta 2003).

Grafických symbolů využívají systémy: PCS symboly, Widgit symboly, Piktogramy, systém Bliss. Jednotlivé symboly z jakýchkoliv grafických systémů lze zpracovat na kartičky a využívat je jednotlivě (Šarounová 2014).

Komunikační systém Bliss je statický systém, v němž jsou symboly předkládány v určité dvojrozměrné nebo trojrozměrné formě, které se v průběhu komunikace již nemění. Symboly jsou založeny na významu, nikoli na zvucích. Systém symbolů Bliss je mezinárodně standardizovaný. Všechny symboly se skládají z omezeného množství základních tvarů. Mohou být nakresleny rukou rychle a vždy stejně (Švarcová 2001). Běžná komunikace pomocí Bliss symboliky zpravidla probíhá ukazováním grafických symbolů umístěných na komunikační tabulce (Ludíková 2005). Vzhledem k vysoké abstraktní náročnosti logických

symbolů systému je dle Šarounové (2014) a Valenty (2003) nutno kriticky zvážit využití Bliss systému pro komunikaci osob s těžší mentální retardací.

V porovnání se symboly systému Bliss jsou piktogramy mnohem konkrétnější, a tím i přístupnější v komunikaci s jedinci s těžším stupněm mentální retardace (Valenta 2003). Piktogramy jsou jednoduché bílé symboly na černém pozadí. Piktogramy zobrazují konkrétní pojmy, ideogramy abstraktní pojmy (Šarounová 2014). V zahraničí užívané piktogramy u nás modifikovala a vydala formou slovníku „Piktogramy“ i s metodickou příručkou Libuše Kubová (Valenta 2003). Používání piktogramů je vždy doplněno mluvenou řečí a případně i znaky (Kubová 1996).

PCS systém (Picture Communication Symbols) je soubor barevných obrázků, které jsou realističtější ve vztahu ke skutečnosti, kterou zastupují, než je tomu v případě piktogramů. Uvádí se, že tyto symboly dítě rozeznává již od 18 měsíců (Valenta 2003). Symboly jsou barevné, je však možno používat je i v černobílé formě V základní verzi, kterou je možno rozšířit, je obsaženo kolem 500 symbolů. Databáze symbolů je přeložena do češtiny (Šarounová 2014).

Symboly Widgit jsou koncipovány tak, aby čitelně zobrazovaly pouze jediný pojem bez zbytečných informací navíc. V černobílé a barevné verzi je kolem 8000 symbolů, kterým je přiřazeno cca 20 000 slov. Databáze symbolů je přeložena do češtiny (Šarounová 2014).

Sociální čtení je chápáno jako poznávání, interpretace a přiměřené reagování na zraková znamení a symboly, piktogramy, slova a skupiny slov, které se často objevují v okolním prostředí nebo v širším kontextu, aniž by byly využívány čtecí technické dovednosti (Valenta 2003).

Dosa metoda má využití u těžce mentálně postižených. Komunikace se odehrává prostřednictvím těla. Prostor pro bazálně dialogický přístup ke klientovi s hlubokým stupněm mentální retardace nabízí nizozemská licence tzv. Snoezelen. Jedná se od hluku izolovanou místnost s vodními lůžky, s možností tlumeného a různobarevného osvětlení, s vodními varhanami, nastavitelnou hudbou i zvuky i nabídkou čichových vjemů (Valenta 2003).

Osoby s mentálním postižením mohou komunikovat pomocí komunikačních tabulek. Ty mohou mít různou podobu, je možno je kombinovat i s fotografiemi. Pro jejich sestavování je potřebné základní vyšetření komunikačních schopností, důležitý je také výběr slovní zásoby. Osobní tabulky jsou vytvářeny pro konkrétního uživatele a měly by mu sloužit ve všech prostředích, ve kterých se pohybuje (Šarounová 2014).

K významným formám komunikace využitelným u osob s mentálním postižením patří i dotyk a interakce přes kožní kontakt (Valenta 2003).

Jednotlivé metody alternativní a augmentativní komunikace je nutné pro konkrétní uživatele s mentálním postižením modifikovat, především s ohledem na jejich schopnost rozeznat symbol, rozumět jeho názvu a umět ho použít v komunikační situaci (Šarounová 2014).

Dle Švarcové (2001) patří mezi výhody alternativních způsobů komunikace: snižování tendence k pasivitě dětí, které mají speciální potřeby, zvyšování aktivity dětí i vychovatelů během vzdělávacích činností i ve volném čase, rozvoj kognitivních a jazykových dovedností, rozšíření komunikačních možností dítěte se speciálními potřebami, umožnění osobám, které mají velké potíže při vyjadřování, aktivně se zúčastnit konverzace tam, kde dosud byly pouze pasivními a často opomíjenými posluchači.

Za nevýhody alternativní a augmentativní komunikace považuje Švarcová (2001): vzbuzování pozornosti veřejnosti; menší společenská využitelnost než mluvená řeč; oddělení uživatelů alternativní a augmentativní komunikace od části společnosti, která tyto systémy neovládá; nezbytné osvojení systémů všemi potenciálními účastníky komunikace; zavedení systému může být považováno za důkaz, že dítě nikdy nebude mluvit.

## 6. Cíl šetření

Cílem empirického šetření je zjistit úroveň komunikačních dovedností žáků praktické školy dvouleté. Důraz je kladen především na pragmatickou jazykovou rovinu, kde se konkrétně práce zaměřuje na oblast sebe prezentace, telefonování, nakupování, cestování, oslovování, projevení názoru, řešení problému.

Dílčím cílem je na základě zjištěné úrovně sestavení návrhu potřebných opatření vedoucích k rozvoji komunikace pro každého žáka s mentálním postižením tak, aby korespondoval s komunikační kompetencí a se vzdělávací oblastí jazyk a jazyková komunikace.

Dalším dílčím cílem je vytvoření obecného návrhu na zlepšení komunikačních dovedností žáků praktické školy dvouleté.

## 7. Metodika šetření

Šetření bylo prováděno kvalitativními metodami.

V první fázi byly vytvořeny otázky k polostrukturovanému rozhovoru. Ty byly v rámci předvýzkumu ověřeny. Polostrukturovaný rozhovor byl veden s učitelkou praktické školy dvouleté. Jeho cílem bylo nahlédnutí do fungování třídy praktické školy dvouleté a posouzení komunikačních dovedností jednotlivých žákyň z pohledu paní učitelky.

Ve druhé fázi byl sestaven diagnostický test, který společně s rozhovorem a pozorováním přispěl ke zjištění silných a slabých stránek žákyň v komunikaci. Test byl v rámci předvýzkumu ověřen a upraven do výsledné podoby, v které byl použit u žákyň praktické školy dvouleté. Šetření se zúčastnilo se pět mladých žen s mentálním postižením, které navštěvují praktickou školu dvouletou. Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá (2010) používá pro označení mladých lidí s mentálním postižením v prostředí praktické školy dvouleté termín žák a žákyně, proto i v této práci budeme mladé ženy s mentálním postižením nazývat žákyně.

Rovněž proběhla analýza dostupných materiálů. Byly prostudovány individuální vzdělávací plány jednotlivých žákyň, školní vzdělávací plán praktické školy dvouleté a osobní dokumentace žákyň.

Pro správnou realizaci šetření bylo nutné sehnat potřebné informované souhlasy zainteresovaných osob.

## 8. Diagnostický test

Diagnostický test vychází z RVP PRŠ II a ze ŠVP jako závazného dokumentu pro vybranou praktickou školu dvouletou.

Diagnostický test je zaměřen především na pragmatickou jazykovou rovinu. Byly zvoleny vybrané komunikativní situace v životě člověka a s těmi bylo následně pracováno. Situace byly voleny v souladu s požadavky RVP PRŠ II a ŠVP. Diagnostický test má sedm subtestů: *Sebeprezentace, Telefonování, Nakupování, Cestování, Oslovování, Projevení názoru a argumentace, Řešení problému*. K jednotlivým subtestům byly vytvořeny záznamové archy (Příloha 2), které slouží především pro orientaci při následném hodnocení úrovně komunikativních dovedností mladých lidí s mentálním postižením v těchto oblastech. Ukazují možná kritéria, na která se lze při hodnocení úrovně pragmatické jazykové roviny zaměřit. V ostatních jazykových rovinách nás zajímají především problematická místa, která brání cíli komunikačního záměru jedince. To znamená, že nás k účelu této diplomové práce například nezajímají lehké odchylky ve výslovnosti žáků. U záznamových archů je vždy uveden i popis simulované situace. K některým subtestům byl pro účely diagnostiky vytvořen i obrazový materiál. Ten však není součástí práce, protože obsahoval i fotografie z místa šetření a fotografie žáků praktické školy dvouleté. Obrázky byly voleny schválně z prostředí žáků. Zveřejněním obrazového materiálu bychom nemohli zaručit anonymitu. U subtestů je ale uveden popis obrazového materiálu, který je pro vytvoření představy dostačující.

V rámci subtestu *Sebeprezentace* má mladý člověk s mentálním postižením projevit schopnost se představit svému komunikačnímu partnerovi. Zajímá nás, jak žák během této situace vystupuje, jaké informace o sobě sdělí (jméno, bydliště, zájmy, název školy,...). Hodnotíme také využití neverbální komunikace, aktivní zapojení do komunikace a zájem o komunikaci. Oblast sebeprezentace můžeme zařadit dle RVP PRŠ II (2010) do oblasti klíčové kompetence komunikativní, kdy žák má využívat získané komunikativní dovednosti k vytváření vztahů a ke kvalitní spolupráci s ostatními lidmi. Dále oblast sebeprezentace spadá i do vzdělávacího okruhu český jazyk a literatura, kde je jedním z výstupů vyjadřovat se správně

a srozumitelně. V rámci vymezeného učiva je v RVP PRŠ II učební látka představování se.

V rámci subtestu *Telefonování* nejdříve zjišťujeme, zda žák vlastní telefon a zda běžně telefonuje. Následně je tento subtest rozdělen na dvě části. Obsahem první části je příjem telefonátu od známého člověka. Simulujeme následující situaci. Žákovi telefonuje kamarád a ptá se, jestli má odpoledne čas a šel by s ním na vycházku. Hodnotíme, zda je žák schopen přijmout na mobilním telefonu (vlastním, příp. půjčeném) hovor, zda se představí a je schopen srozumitelně odpovídat komunikačnímu partnerovi a v závěru rozhovoru se rozloučit. Po telefonátu má žák shrnout, kdo mu telefonoval, proč a na čem se s volaným dohodli. Druhá část subtestu hodnotí situaci, kdy žák má sám zavolat neznámé osobě. Probíhá fingovaný telefonát, kdy žák volá do bazénu a má se zeptat na otevírací dobu. Hodnotíme dovednost zadat telefonní číslo do mobilního telefonu (vlastního, příp. půjčeného) a vytočit číslo, chovat se adekvátně při hovoru s neznámou osobou. Ostatní kritéria jsou analogická s první částí. Dovednost telefonovat je zahrnuta v RVP PRŠ II (2010) v komunikativní kompetenci v rámci využívání pro komunikaci běžných komunikačních a informačních prostředků. V RVP PRŠ II (2010) ve vzdělávacím okruhu český a jazyk a literatura je vymezeno přímo učivo telefonování.

Třetí subtest *Nakupování* se skládá ze dvou situací. V první části modelujeme následující situaci. Žák je v pizzerii, chce si objednat pizzu. Nejdříve se ale potřebuje obsluhy zeptat na druhy a ceny pizz. Modelace situace byla podpořena fotografií dvou žen, které si u číšníka v pizzerii objednávají a obrázkem pizzy. Žák nejdříve popíše obrázky a poté vede konverzaci, kdy chce zjistit, jaké druhy pizzy číšník nabízí a kolik stojí. Hodnotíme, zda žák dodržuje pravidla zdvořilé komunikace, zda uskuteční komunikační záměr a zda je po rozhovoru schopen reprodukovat zjištěné informace. V druhé komunikační situaci má žák ukázat, že má osvojené komunikační dovednosti vztahující se k nakupování v obchodě. Obrazový materiál k této situaci obsahuje fotografii paní prodavačky, obchodu s oblečením, obrázek modré bundy. Žák popíše tyto obrázky. Poté žákovi představujeme situaci, kdy je ve velkém obchodě s oblečením a chce si koupit bundu. Nemůže však najít oddělení bund. Když se žák doptá na místo, kde bundy nalezne, potřebuje zjistit cenu bundy



a zda mají bundu i v jiné barvě. Opět hodnotíme pravidla dodržování zdvořilé komunikace, schopnost oslovit paní prodavačku, provést komunikační záměr a po rozhovoru shrnout zjištěné informace. Dovednost nakupovat spadá do vzdělávací oblasti RVP PRŠ II (2010) jazyk a jazyková komunikace, která má mimo jiné vést žáka k využívání jazykových vědomostí a dovedností v běžných komunikačních situacích denního života.

Čtvrtým subtestem *Cestování* zkoumáme oblast komunikativních dovedností při cestování, orientaci ve městě. V první části modelujeme situaci, kdy žák je v neznámém městě a potřebuje se dostat na nádraží. Tato situace je demonstrována obrázkem neznámé ulice s lidmi. V druhé části je žák již na nádraží a potřebuje zjistit, z jakého nástupiště a v kolik hodin odjíždí vlak. Obrazový materiál u této situace obsahuje fotografii nádražní haly a fotografii vlakového nádraží s kolejiemi. Žák má opět popsat obrázky a uskutečnit komunikační záměr. Hodnocení je analogické se subtestem tři. Oblast komunikačních situací při cestování a orientace v neznámém prostředí spadá rovněž jako subtest tři do oblasti Jazyk a jazyková komunikace.

Subtest pět *Oslovování* je zaměřen na pozdravení a oslovování. Žákovi jsou předloženy obrázky pěti postav – lékař, policista, dítě, učitelka a kamarád žáka. Úkolem žáka je říci, jak by tyto osoby oslovil a pozdravil. Do záznamového archu hodnotíme správně zvolenou formu tykání či vykání.

V subtestu šest *Projevení názoru a argumentace* v první části předkládáme žákovi obrázek psa a obrázek kočky. Žák má odpovědět na to, zda by doma raději choval psa nebo kočku. V druhé části má žák před sebou obrázek hor a obrázek mořské pláže, má se rozhodnout, kam by se raději vypravil na dovolenou. Svě odpovědi má zdůvodnit. V tomto subtestu hodnotíme schopnost rozhodnout se a své rozhodnutí zdůvodnit. Subtest šest vychází z komunikační kompetence vymezené v RVP PRŠ II (2010), kdy by žák měl vyjadřovat své názory a postoje a vhodnou formou se snažit obhájit svůj názor.

V posledním subtestu číslo sedm *Řešení problému* má žák vyřešit tuto situaci. Ve třídě je spolužák, který si bez dovolení půjčuje věci žáka a žákovi to není příjemné. Žák má tuto situaci vyřešit a předvést, jak by vypadala konverzace mezi

ním a spolužákem, případně paní učitelkou. Tento subtest se zabývá nejen komunikativními kompetencemi žáků, ale také kompetencemi sociálními a personálními a kompetencí k řešení problémů.

## **9. Šetření na praktické škole dvouleté**

Šetření bylo prováděno ve vybrané praktické škole dvouleté. Praktická škola dvouletá funguje v rámci většího zařízení, které dále nabízí služby mateřské školy, základní školy speciální, praktické školy jednoleté, sociálně terapeutické dílny, chráněných dílen a chráněného bydlení.

### **9.1. Rozhovor s třídní učitelkou žákyň**

Po vytvoření otázek k polostrukturovanému rozhovoru byl v rámci předvýzkumu veden rozhovor s učitelkou jiné praktické školy dvouleté, který upozornil na nedostatky otázek. Došlo především k přeformulování některých slovních obrátů.

Polostrukturovaný rozhovor byl následně veden s třídní učitelkou praktické školy dvouleté na základě předem připravených otázek (Přílohy 1). Paní učitelka byla informována o účelu rozhovoru, o možnosti rozhovor kdykoliv bez udání důvodu ukončit, o zachování anonymity respondenta. Souhlasila s účastí v rozhovoru k účelu diplomové práce. Paní učitelka vystudovala speciální pedagogiku – učitelství, má patnáctiletou praxi na prvním stupni běžné základní školy a nyní pracuje pátým rokem jako třídní učitelka v praktické škole dvouleté. Rozhovor trval dvacet minut. Byl realizován v prostředí učebny praktické školy dvouleté. První část rozhovoru přinesla informace o fungování praktické školy dvouleté. Sem můžeme zařadit například otázky o personálním zajištění, počtu žáků ve třídě, způsobu začlenění podpory rozvoje komunikace žáků. Druhá část rozhovoru se zaměřila přímo na oblast komunikace u jednotlivých žáků. Paní učitelka nám vzhledem ke každodennímu kontaktu s žáky poskytla velmi důležité informace pro další práci.

Zjištěné informace byly zpracovány a následně využity při analýze komunikativních dovedností žákyň.

### **9.2. Analýza dokumentů**

K analýze dokumentů bylo potřeba souhlasu dalších zainteresovaných subjektů. Ředitelka zařízení, pod které spadá praktická škola dvouletá, poskytla souhlas s realizací šetření. Přestože jsou všechny žákyně, se kterými bylo v rámci šetření pracováno plnoleté, mají až na jednu žákyni všechny omezenou způsobilost

k právním úkonům, tudíž byli o šetření informováni i jejich zákonní zástupci. Ti poskytli souhlas se šetřením a s nahlížením do dokumentace žákyň. Realizace šetření se samozřejmě nejvíce dotýkala mladých žen s mentálním postižením z praktické školy dvouleté. Těm byl vysvětlen důvod návštěvy u nich ve škole, způsob, jakým se bude společně pracovat, jak se naloží s daty, které budou u nich ve škole získány a že v rámci práce bude zachována jejich anonymita. Mladým ženám s mentálním postižením bylo vysvětleno, že účast v šetření je pouze jejich dobrá vůle a mohou se kdykoliv rozhodnout, že už nebudou chtít spolupracovat a odstoupit ze šetření. Po podání těchto instrukcí všechny vybrané žákyně souhlasily, že se rády šetření zúčastní.

Nejdříve byl podrobně nastudován Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá (dále jen RVP PRŠ II). Následně došlo k analýze školního vzdělávacího programu (dále jen ŠVP) praktické školy dvouleté a individuálních vzdělávacích plánů (dále jen IVP) jednotlivých žákyň. Tyto informace byly následně použity při tvorbě diagnostického testu a při tvorbě návrhu rozvoje komunikativních dovedností u mladých lidí s mentálním postižením, kteří navštěvují praktickou školu dvouletou. Osobní dokumentace žákyň poskytla především údaje o předchozím vzdělávání žákyň a psychologické posudky žákyň.

### **9.3. Komunikativní dovednosti žákyň praktické školy dvouleté**

Ve třídě praktické školy dvouleté, kde šetření probíhalo, pracuje jedna speciální pedagožka a dva asistenti pedagoga, kteří se pravidelně střídají. Třídu navštěvuje pět žákyň a dva žáci. Občas třídu ještě navštěvují dva muži s mentálním postižením v rámci kurzu k doplnění základů vzdělání. Pro jednoho žáka ze třídy praktické školy dvouleté by toto šetření bylo velmi náročné, kontakt s cizími lidmi ho vždy rozhodí a následně jedná velmi afektovaně, proto byl tento žák na doporučení speciální pedagožky ze šetření vyloučen. Druhý žák rovněž nebyl do šetření zahrnut. Jedná se o mladého muže, který nemá mentální postižení, ale velmi těžkou formu dětské mozkové obrny, která se mimo jiné manifestuje anartrií. Je schopen velmi dobře komunikovat pomocí komunikačních tabulek.

Šetření se nakonec zúčastnilo pět mladých žen, žákyň praktické školy dvouleté.

Rozhovory s žákyněmi praktické školy dvouleté probíhaly v prostředí školy. Žákyně byly o plánovaných rozhovorech předem informovány. Rozhovor probíhal na základě připraveného diagnostického testu. Na jednotlivé rozhovory byl dostatek času. Během rozhovoru byly zaznamenávány poznámky do záznamových archů (Příloha 2). Na základě pozorování, rozhovorů s žákyněmi a s paní učitelkou byla provedena analýza komunikativních dovedností mladých žen s mentálním postižením.

### **9.3.1. Helena**

Helena je dvacetiletá mladá žena s mentálním postižením. Když se Helena narodila, bylo její matce již čtyřicet pět let a jejímu otci čtyřicet osm let. Vyšší věk rodičů a to především matky Heleny mohl sehrát roli v tom, že se Helena narodila s Downovým syndromem. Helena má dva sourozence, o dvacet pět let starší sestru a o dvacet dva let staršího bratra.

Helena vyrůstala v prostředí rodiny. V předškolním období navštěvovala Helena běžnou mateřskou školu. V šesti letech rodiče požádali o odklad školní docházky, kterému bylo vyhověno. V sedmi letech dívka nastoupila do běžné základní školy. Zde se Helena učila dle individuálního vzdělávacího plánu. Jako Heleny asistentka pracovala ve škole její sestra. Ke konci prvního stupně se rodiče z důvodu rostoucích požadavků na dívku a na základě doporučení pedagogicko-psychologické poradny rozhodli zařadit dívku do základní školy praktické. Důvodem byla i možnost menšího kolektivu a individuálního přístupu. Zde se dívka opět učila dle individuálního vzdělávacího plánu. Jeden ročník dívka opakovala. Po základní škole praktické nastoupila Helena do praktické školy dvouleté. Tento rok Helena ukončí studium na praktické škole dvouleté. Od září příštího roku bude Helena navštěvovat sociálně terapeutickou dílnu, která sídlí ve stejné budově jako praktická škola dvouletá.

Dle vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny navazuje Helena sociální kontakt velmi dobře. Je milá a komunikativní. Sociální dovednosti Heleny jsou pevné. Rozumové schopnosti Heleny jsou na hranici lehkého a středně těžkého mentálního postižení. Helena je snaživá a do školy chodí ráda. Během činností se Helena často hlasitě podporuje slovy: „To zvládneš! Jsi šikovná! Přijdeš na to!“ Během výuky Helena vyžaduje velkou míru pozornosti.

Do praktické školy dvouleté Helena dojíždí ze svého domova. Její rodiče chtějí, aby nadále bydlela doma a i příští rok dojížděla do sociálně terapeutické dílny ze svého domova. Možnost chráněného bydlení se rozhodli nevyužít. V budoucnu kladou rodiče v péči o Helenu velké naděje do Heleniných sourozenců. Byli by rádi, kdyby Helena bydlela s některým ze sourozenců.

Helena je veselá mladá žena, která ráda vyrábí a zpívá. Dle paní učitelky, pokud se ve škole ba dokonce v celém zařízení něco šustne, Helena to vždy ví jako první.

### **Analýza komunikativních dovedností Heleny**

Na první pohled působí Helena velmi sebevědomě. Sociální kontakt navazuje velmi snadno. Foneticko-fonologická rovina jazykového projevu je lehce narušena. Dívka má dyslalii, která se manifestuje především při výslovnosti sykavek a hlásky R. Dále je Heleny projev ovlivněn huhňavostí a koktavostí. Helena dochází pravidelně k logopedovi. Tato narušení komunikační schopnosti, ale netvoří bariéru při uskutečnění komunikačního záměru.

V rámci prvního subtestu se dívka představila a sdělila o sobě základní informace. Bez dopomoci vyprávěla o svých zájmech, místě bydliště, navštěvované škole, rodině, svém věku. Po chvíli Helena ale začala zacházet do velmi osobních údajů a odbočovat k tématům, která již s danou konverzační situací nesouvisela. Vyprávěla například o svých sousedech, o finanční situaci své rodiny, o vaření a o osvědčených receptech. Tyto nadbytečné informace by mohly být posluchačem při prvním seznámení s Helenou hodnoceny jako nevhodné. Osobní údaje by mohly být kýmkoliv zneužity. Během rozhovoru bylo vidět, že dívka je zvyklá se představovat cizím lidem a má tuto komunikační situaci velmi dobře naučenou, ale nedokáže odhadnout sociální kontext celé situace. Dá se předpokládat, že stejným způsobem by se prezentovala kamarádovi, ale i zcela neznámé osobě na ulici.

Helena vlastní mobilní telefon a je zvyklá telefonovat. Zvládá na svém telefonu přijmout hovor. Při přijetí hovoru není zvyklá se do telefonu představovat. Telefon využívá především pro účely komunikace s rodiči a rodinou, kdy není třeba se představovat. Během fingovaného rozhovoru dívka kamarádce odsouhlasila, že by šla ráda ven, pokud jí tedy maminka pustí. Následovalo vyprávění o mamince

a odbočky, které s danou situací vůbec nesouvisely. V modelové situaci, kdy měla dívka zavolat neznámé osobě a zjistit dané informace, se Helena již představila. Během telefonátu používala nesprávnou slovní zásobu. Například místo pojmu otevírací doba používala termín volno. Ptala se tedy, zda mají v bazénu volno. Díky tomuto špatně zvolenému termínu by nemuselo dojít k uskutečnění komunikačního záměru. Volající, který rozhovor inicioval, by měl vést rozhovor. To se dívce nedařilo. Automaticky předpokládala, že se rozhovoru ujme osoba na druhé straně. Proto sama ani rozhovor neukončila, nepoděkovala a ani se nerozloučila. Po obou rozhovorech byla Helena schopná shrnout informace, které se z telefonátů dozvěděla.

V subtestu tři byla Helena schopná správně popsat obrázky. Přicházela s návrhy možných dialogů, které osoby na obrázcích vedou. V rámci modelové situace se dokázala zeptat na druh i cenu pizzy. Sama prý často chodí do pizzerie, kde si objednává a hovoří s číšníkem. Obrázky patřící k druhé části tohoto subtestu také zvládla popsat. Při popisu si ale rozsáhle vymýšlela pohádkové příběhy k jednotlivým obrázkům. Například prodavačku na obrázku popisovala jako známou módní návrhářku. Modelovou situaci rozhovoru v obchodu také Helena zvládla. Po obou rozhovorech byla Helena schopná shrnout průběh rozhovorů.

Ve čtvrtém subtestu měla Helena ukázat své komunikativní dovednosti při cestování a orientaci v neznámém městě. Helena zvládla dobře jak situaci ve městě, tak na nádraží. Stejně jako v prvním subtestu dívka nebyla schopná zaujmout k neznámým komunikačním partnerům vhodný přístup. V komunikaci k neznámým osobám byla velmi familiární. Helena si často nemůže vybavit správné slovo, proto velmi často opakuje: „Jak bych to jen řekla. Jak se to poví to tamto“.

V pátém subtestu dívka při pozdravu správně zvolila formu tykání či vykání a vhodného oslovení. Pouze u dítěte Helena místo pozdravu řekla: „Jé, ten je ale krásný“. Zdůvodnila to tak, že pokud potká malé dítě, je slušné říci mamince, jak má krásné dítě, přestože to často ani není pravda.

V subtestu šest se dívka rozhodla pro kočku. Dovolenu by raději strávila u moře. Helena používá místo vedlejších vět důvodových vedlejší věty účelové.

Příkladem jsou tyto věty: „Kočku bych nechtěla, aby škrábala nábytek. Jet k moři je lepší, aby tam krásně svítí slunce a je tam teplo.“

V sedmém subtestu by dívka řešila problém rozhovorem se spolužákem. Ve svém přístupu k řešení modelového problému dívka jednala velmi afektovaně.

V mluvním projevu Heleny se mimo problémů ve výslovnosti objevují i četné dysgramatismy. Pragmatickou rovinu narušují časté echolalie a logorea. Helena má problémy s výbavností termínů. Dívka špatně odhaduje svůj vztah ke komunikačnímu partnerovi, což vede k projevům, které se mohou zdát v dané situaci nevhodné. To dokládá i paní učitelka. Dle paní učitelky si Helena dokáže poradit ve většině běžných komunikačních situací i v komunikaci s neznámými lidmi. Neverbální komunikace je na dobré úrovni. Je v souladu s komunikací verbální.

### **Návrh rozvoje komunikativních dovedností Heleny**

Pragmatickou rovinu nejvíce narušuje příliš familiární jednání Heleny i k neznámým lidem. Problémem není pouze nevhodné chování, ale i riziko, že někdo využije Heleniny důvěry a zneužije Heleny osobní údaje, které na setkání poví každému. V zařízení, pod které spadá praktická škola dvouletá, si všichni žáci i zaměstnanci navzájem tykají, oslovují se jménem a mají k sobě velmi blízko. Helena nerozlišuje mezi ředitelem zařízení a svým spolužákem. Oba považuje za blízké kamarády. V zařízení je běžné, že si žáci s kuchařkami navzájem tykají a sdělují jim i své osobní problémy a radosti. Helena poté předpokládá, že takto to funguje i mimo zařízení. Je na zvážení, zda je takovýto přístup vhodný. Pokud by již v zařízení fungovala při komunikaci určitá jasně daná hierarchie rolí, možná by to v rámci sociálního učení tento fenomén odstranilo. Ve výuce předmětu člověk a společnost by mělo být zařazeno učivo týkající se ochrany osobních údajů a bezpečnosti při komunikaci s neznámými lidmi. Pomocí scének by se měl nacvičit přístup k neznámým lidem různého postavení. Žákyně by se také měla učit rozlišovat informace na ty, které lze veřejně sdělovat, a na ty, které je lepší si ponechat pro sebe. Tato problematika je v RVP PRŠ II (2010) zakotvena ve vzdělávací oblasti Člověk a společnost, v kompetenci sociální a personální a v průřezovém tématu osobnostní a sociální výchova. Otázka vlastní bezpečnosti je v kompetenci sociální a personální definovaná cílem: „Žák by si měl uvědomovat



nebezpečí možného fyzického i psychického zneužití vlastní osoby“ (RVP PRŠ II 2010, s. 13). Vhodné chování při komunikaci je v oblasti člověk a společnost vymezeno cílem: „Žák by měl uplatňovat vhodné způsoby sociálního chování“ (RVP PRŠ II 2010, s. 22). Tento cíl je realizován učivem vystupování a chování na veřejnosti a ve společnosti.

Správnému porozumění Heleny mluvního projevu brání dysgramatismy. Především se jedná o chybné časování sloves a záměny vedlejší věty příčinné a vedlejší věty účelové. Tato látka by společně s rozvojem slovní zásoby měla být začleněna v předmětu český jazyk a literatura. Je součástí učiva spisovné češtiny, tvarosloví, větné sklady, slovní zásoby a odborné terminologie vymezeného ve vzdělávací oblasti jazyk a jazyková komunikace v RVP PRŠ II (2010).

Komunikaci v běžných denních situacích zvládá Helena dobře. Nacvičit bychom měli především dovednost řídit rozhovor a ukončit rozhovor.

V běžné komunikaci s Helenou bychom měli dívku vést ke zpomalení řečového tempa.

### **9.3.2. Kristýna**

Kristýně je dvacet jedna let. V raném dětství vyrůstala Kristýna pouze s matkou. Kristýny otec o dívku nejeví zájem. V předškolním věku dívka navštěvovala běžnou mateřskou školu. V tomto období byla Kristýna matce z důvodu zanedbávání dítěte odebrána. Kristýny matka trpí schizofrenií, která jí znemožnila se o dívku starat. Kristýna byla svěřena do pěstounské péče ke svým prarodičům.

První stupeň absolvovala Kristýna ve škole hlavního vzdělávacího proudu. Na začátku školní docházky dívka v učivu velmi zaostávala. V rámci vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně byla dívce diagnostikována mentální retardace. Ve škole se dívka vzdělávala dle individuálního vzdělávacího plánu. Základní škola, kam Kristýna docházela, byla venkovskou školou, která výuku na druhém stupni již nenabízela. Na základě doporučení pedagogicko-psychologické poradny se Kristýny prarodiče rozhodli pro základní školu praktickou. Zde ale Kristýna nebyla spokojená především z důvodu velmi špatného zařazení do kolektivu. Dívka proto přešla na základní školu speciální. Zde si našla kamarády.

Základní školu speciální dokončila. Kurzem si poté doplnila základní vzdělání. Pak začala navštěvovat praktickou školu dvouletou. Po ukončení praktické školy dvouleté by ráda pracovala v chráněné kavárně.

V současné době Kristýna žije pouze s babičkou. S matkou se vídá výjimečně, s otcem vůbec. Péče o Kristýnu se po ovdovění babičky stává pro Kristýny babičku čím dál náročnější. Roli sehrávají jistě i přibývající léta babičky.

Dle vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny má Kristýna poruchu orientace. Dle slov babičky ji musí doprovázet i po vesnici, protože by jinak netrefila domů. Kristýna těžko navazuje kontakt. Je velmi stydlivá. Při sebeobsluze potřebuje dívka stálý dohled. Kristýna zvládá jednoduché instrukce a úkony. Kristýna má problémy v motorice. Obtíže převažují v oblasti jemné motoriky, což je patrné na písmu dívky. Kristýna má zhoršenou krátkodobou i dlouhodobou paměť. Při posledním psychologickém vyšetření byla verbální složka inteligence dívky na úrovni IQ 58. Názorová složka inteligence byla na nižší úrovni. Kristýny kresba je bez rozlišení detailů. Dívka maluje pouze jednoduché tvary. Úroveň matematických dovedností se zastavila na počítání do deseti. K problémům přistupuje Kristýna stereotypně. Neznámé problémy a úlohy řeší chybně. U Kristýny je patrné úzkostné napětí a frustrace. U dívky se střídají apatické chvíle s afekty. Dívka trpí psychosomatickými obtížemi. Je přecitlivělá, unavená, trpí pocity strachu a často zažívá pocity nebezpečí.

Kristýna má ráda zvířata a moc hezky pomáhá babičce s hospodářstvím. Pokud se jí podaří se s někým skamarádit, pak je velmi obětavá a pozorná.

### **Analýza komunikativních dovedností Kristýny**

Kristýny projev je charakteristický dysfonií. Zvukové narušení hlásek není patrné. K logopedovi Kristýna nedochází. Logopedickou péčí neprošla ani v dětství.

Představení se v rámci prvního subtestu probíhalo následovně: „Jsem Kristýna. Mám babičku a tetu. Doma máme psa, čtyři kočky, sedm slepic a králíky.“ Po dívce jsem chtěla, aby mi o sobě řekla i jiné věci. Dívka odpověděla: „Ještě máme dvě ovce a jedno prase“. Kristýna sama nevymyslela další informace, které by mohla v rámci představení se říci. Když jí byly kladeny otázky ohledně zájmů, bydliště či věku vždy správně odpověděla.

Kristýna nevládní mobilní telefon, dle jejích slov již ale jednou v životě telefonovala a častokrát viděla, jak lidé telefonují. Na půjčeném telefonu Kristýna nezvládla přijmout hovor. V rámci modelové situace příjmu telefonátu od kamaráda adekvátně reagovala. Vytočit číslo na mobilním telefonu Kristýna nedokázala. V situaci, kdy měla ona sama iniciovat rozhovor, se brzy zbavila řídicí funkce. Když se zeptala na informaci, přestala do telefonu mluvit. Nevěděla, co dále říct. Vůbec jí nenapadlo za informaci poděkovat a rozloučit se. Pořád mlčela.

Obrázky třetího subtestu dívka správně popsala. Nedokázala ale vymyslet, o čem by si lidé na obrázku mohli povídat. V rámci situace v pizzerii i v obchodě správně uskutečnila komunikační záměr.

V rámci čtvrtého subtestu měla dívka popsat obrázky. Při popisu se projevila nedostatečná slovní zásoba. Dívka například místo slova pokladna použila slovo obchod nebo místo paní pokladní užila termín průvodčí. V jednotlivých situacích správně uskutečnila komunikační záměr.

V subtestu pět dívka správně použila správný pozdrav i oslovení k obrázkům vybraných osobností. Subtesty tři a čtyři ukázaly, že dívka při používání gramatických koncovek plynule přechází mezi tykáním a vykáním.

V šestém subtestu by si dívka vybrala kočku a dovolenou by raději strávila v horách. Svě rozhodnutí dívka zdůvodnila takto: „Vybrala bych si kočku, protože je hezká a vybrala bych si hory, protože je hezká.“ V řeči se objevují dysgramatismy. Kristýnu jsem podněcovala, aby svá zdůvodnění rozvedla. Dívku už nenapadlo, jak by dále svá rozhodnutí mohla zdůvodnit.

V sedmém subtestu by dívka situaci řešila rozhovorem s učitelkou, kdy by si jí postěžovala a doufala by, že paní učitelka celou situaci vyřeší.

Na mluvním projevu Kristýny je patrná stereotypnost a rigidita myšlení. Kristýna má velmi nízkou schopnost kreativního myšlení. Pokud má sama vymyslet otázku či přijít s vlastním zdůvodněním či názorem, Kristýna většinou mlčí. Mlčením dívka reaguje na všechny situace, ve kterých si nezvládne poradit nebo si nemůže vzpomenout na nějaké slovo. Dívky slovní zásoba je omezená. Objevují se četné dysgramatismy. Dívka je v mluvním projevu velmi ostýchavá. Většinou rozhovor sama nezačíná a pouze reaguje na výzvu. Dívky verbální komunikace je na vyšší

úrovni než komunikace neverbální. S gesty, výrazem obličeje, tónem hlasu pracuje Kristýna velmi omezeně. Celkový projev Kristýny je zpomalený. Kristýna má velmi špatnou krátkodobou paměť. Vždy po každém rozhovoru měla tento rozhovor shrnout. Kristýna už většinou nebyla schopná dát dohromady, co během rozhovoru zjistila, na čem se dohodla. Dle paní učitelky potřebuje v běžných denních komunikačních situacích podporu. Samostatně by Kristýna například nakupování nezvládla.

### **Návrh rozvoje komunikativních dovedností Kristýny**

Kristýna nevyhledává kontakt a sama rozhovor neinicuje. Dívka je velmi stydlivá. Potřebuje při komunikaci získat sebedůvěru. Je důležité dívku podporovat pozitivní zpětnou vazbou.

Dívka má velmi omezenou slovní zásobu. Ta by měla být budována dle RVP PRŠ II (2010) ve vzdělávacím okruhu český jazyk a literatura.

Kristýně dělaly vybrané komunikativní situace velký problém. Vzhledem k velmi omezené schopnosti tvořivého myšlení potřebuje dívka mít komunikaci v běžných denních situacích zautomatizovanou. Nejdříve je nutné s Kristýnou nacvičit slovní zásobu k vybranému komunikačnímu tématu. Poté tuto konverzační situaci nacvičit ve třídě například pomocí scének či hry s loutkami. Následně by si měla Kristýna vyzkoušet toto konverzační téma s někým, koho zná, třeba se zaměstnancem zařízení či se svou babičkou. Až poté by měl přijít na řadu trénink v neznámém prostředí. Ze začátku bude potřebovat Kristýna v konverzaci s cizími lidmi podporu. Pro Kristýnu je především důležité, že ví, že v té situaci není sama a pokud by selhala, že je tu paní učitelka, která jí pomůže. Důraz klademe také na dovednost ukončit rozhovor. Ve vzdělávacím okruhu český jazyk a literatura je učivo telefonování a nácvik konkrétních situací (RVP PRŠ II 2010). Tato látka částečně spadá i do vzdělávacího okruhu základy společenských věd. Nácvik situací je také součástí průřezového tématu osobnostní a sociální výchova. Samozřejmostí je zakotvení v komunikativní kompetenci.

U Kristýny bychom měli rozvíjet kreativitu. Kristýna by se měla učit například odhadovat, o čem si lidé na obrázcích mohou povídat, nebo zdůvodnit vlastní volbu

či názor. Tím dojde k naplnění jednoho z cílů komunikativní kompetence vymezené v RPV PRŠ II (2010).

Pokud Kristýna nezná odpověď nebo nerozumí, co jí bylo řečeno, mlčí. Je potřeba naučit dívku reagovat i v těchto situacích. Pro komunikačního partnera je mlčení nejasným signálem, kdy neví, zda dívka nerozumí, neví, co má říci, nebo nejeví o komunikaci zájem.

Dívka užívá neverbální komunikaci pouze minimálně. To znemožňuje komunikačnímu partnerovi správné porozumění Kristýnina mluvního projevu. Projev je monotónní. Nevyužívání neverbální komunikace nejspíše souvisí i s Kristýny úzkostnou povahou a strachem se projevit. Pro začátek by bylo dobré pomocí obrázků osob, které vyjadřují nějakou emoci, trénovat porozumění těmto výrazům a snažit se je napodobovat. Práci s hlasem můžeme trénovat například pomocí hraní divadla. Rozvojem neverbální komunikace se má zabývat především osobnostní a sociální výchova.

### **9.3.3. Denisa**

Denise je osmnáct let. Má starší sestru a mladšího bratra.

Dívka navštěvovala mateřskou školu běžného typu. Již v mateřské škole byly u dívky patrné odchylky ve vývoji. Při testování školní zralosti diagnostikoval psycholog v pedagogicko-psychologické poradně přítomnost mentální retardace. Na doporučení poradenského zařízení nastoupila Denisa do základní školy praktické. Zde získala základní vzdělání. Poté Denisa nastoupila na praktickou školu dvouletou s výhledem, že by v budoucnu začala studovat odborné učiliště.

Dle posledního vyšetření z pedagogicko-psychologické poradny navazuje dívka kontakt s odstupem. Spolupracuje velmi pomalu. U dívky nebyla zachycena porucha vědomí, vnímání ani představitosti. V emoční sféře se objevuje jednoduchá afektivita a labilita směrem k úzkostným reakcím a ambivalentním postojům a pocitům. Myšlení je jednoduché a pomalejší. Úroveň ve složkách inteligence je nerovnoměrná. Verbální úroveň je v pásmu lehké mentální retardace. Názorná složka inteligence se pohybuje v pásmu středně těžké mentální retardace. Úroveň motoriky je dobrá. Mnesticke funkce jsou výrazně zhoršeny.

Vzhledem k tomu, že se Denisy rodiče nedávno rozvedli a Denisa byla svěřena do péče matky, s jejímž novým partnerem si dívka nerozumí, začala Denisa bydlet ve chráněném bydlení.

Denisa se zajímá o počítače, módu a sport. Ráda by se v budoucnu stala kadeřnicí.

### **Analýza komunikativních dovedností Denisy**

Denisa nedochází k logopedovi. V dětství navštěvovala Denisa logopeda s cílem korekce výslovnosti.

V prvním subtestu se Denisa představila následovně: „Jsem Denisa a jsem teta“. Přestože Denisa řekla vše, co považovala za důležité, nesplňovalo to běžné předpoklady v této oblasti. Další údaje, které by o sobě mohla říci, nevymyslela. Pokud byla doptávána, správně odpověděla na dotaz ohledně místa bydliště, zájmů apod.

Denisa vlastní mobilní telefon. Je zvyklá velmi často telefonovat svým kamarádům. Dívka správně přijala telefonát. Do telefonu se představila a adekvátně reagovala na dotazy. V druhé části dívka správně vytočila číslo, představila se, provedla komunikační záměr. Už však nedokázala telefonát správným způsobem ukončit. Po uskutečnění komunikačního záměru byla zticha a přestala do telefonu mluvit.

V rámci třetího subtestu Denisa správně popsala obrázky. Pokud měla dívka vymyslet, o čem si mohou osoby na obrázkách povídat, uváděla možná témata, která ale s obrázky vůbec nesouvisela. Například že ženy v pizzerii se zeptají číšníka, zda vyrábí z keramiky. Komunikační záměr v obou situacích uskutečnila Denisa správně.

Ve čtvrtém subtestu Denisa správně popsala obrázky. Vyřešit situace samostatně, ale nedokázala. Například v situaci na nádraží tvrdila, že by se zeptala průvodčího ve vlaku, v kolik a z jakého nástupiště vlak odjíždí. Když jsem Denisu navedla na možné řešení, správně uskutečnila komunikační záměr.

V subtestu pět dívka správně oslovila i pozdravila všechny vybrané osoby. V ostatních částech testu stejně jako Kristýna plynule přecházela mezi tykáním a vykáním.

V subtestu šest by si dívka raději vybrala psa. Dovolenu by ráda strávila v horách. Při zdůvodnění dívka nepoužívala vedlejší věty. Například u volby dovolené reagovala Denisa takto: „Hory. Příroda je hezká. Není tam horko.“

V subtestu sedm by Denisa situaci řešila se spolužákem. V modelové situaci byla Denisa poněkud hrubá.

Výslovnost hlásek není narušená. Objevuje se koktavost, která ale nebrání uskutečnit komunikační záměr. Dysgramatismy se objevují pouze výjimečně. Dívka hovoří v jednoduchých větách. Úroveň neverbálních dovedností odpovídá dovednostem verbálním. V neverbálním projevu je patrný apatický přístup. Dívka neumí zareagovat v situacích, kdy nerozumí nebo neví, co říci. Situaci řeší mlčením, kdy ale komunikační partner nerozumí, proč Denisa mlčí. Denisa má problémy s ukončením rozhovoru z vlastní iniciativy. Dívka byla schopná vždy velmi hezky shrnout obsah jednotlivých rozhovorů. Dle paní učitelky potřebuje Denisa v běžných denních záležitostech při komunikaci podporu. Sama nechodí nakupovat, nekoupí lístek na vlak. Celkový projev Denisy je zpomalený.

### **Návrh rozvoje komunikativních dovedností Denisy**

Problémy v psychických procesech se promítají i do oblasti komunikace. Dívka není schopná na základě obrázků vymyslet možnou komunikační situaci. Toto bychom měli s dívkou trénovat. Denisa nezvládá řešit jednoduché problémové situace. Měli bychom Denise takovéto situace předkládat a společně s ní nacházet možná řešení. Tento nácvik pak pomůže Denise při orientaci v běžném životě. Tím naplníme cíle kompetence k řešení problémů (RVP PRŠ II 2010).

Oblast sebe prezentace je nutné nacvičit od základu. Komunikaci v ostatních situacích běžného života Denisa zvládá. Dívka tyto situace potřebuje pouze nacvičit v neznámém prostředí, nejdříve samozřejmě s podporou pedagoga. Trénujeme nácvik ukončení rozhovoru, poděkování a rozloučení se.

Slovní zásobu má Denisa na dobré úrovni. Můžeme pokročit k nácviku syntaxe, a to především používání vedlejší věty příčinné. Syntax je učivem českého jazyka a literatury dle RVP PRŠ II (2010)

#### **9.3.4. Pavla**

Pavle je dvacet let. Mladá žena má Downův syndrom. Svým rodičům se narodila, když jim bylo oběma sedmnáct let. Pavla má mladšího bratra.

Pavla chodila do mateřské školy speciální. Poté pokračovala studiem na základní škole speciální. Následně si doplnila základní vzdělání formou kurzu. Nyní Pavla navštěvuje praktickou školu dvouletou. Všechny školy, kde se Pavla vzdělávala, jsou součástí jedné instituce. Po praktické škole dvouleté nastoupí Pavla do sociálně terapeutické dílny, která je součástí opět této instituce.

Dle pedagogicko-psychologické poradny má Pavla středně těžkou mentální retardaci. Kognitivní funkce jsou narušeny. Pavla se špatně koncentruje. Dívka má obtíže jak v hrubé, tak v jemné motorice. Sociální kontakty navazuje Pavla snadno. V sebeobsluze je Pavla samostatná. V emoční oblasti se často objevuje labilita. Dívka se často chová afektovaně.

Pavla má lehkou zrakovou vadu, která jí ale v životě omezuje pouze minimálně.

Dívka chodí do školy velmi ráda, ve výuce je snaživá. Z předmětů má nejraději výtvarnou výchovu a angličtinu.

Ve svém volném čase chodí Pavla ráda ven se svým psem, ráda zpívá a sleduje filmy.

#### **Analýza komunikativních dovedností Pavly**

Od dětství navštěvovala dívka logopeda kvůli špatné výslovnosti. Přechodem na praktickou školu dvouletou k logopedovi docházet přestala. Narušeny jsou sykavky. Vyskytuje se huhňavost a breptavost.

V prvním subtestu se dívka představila, sdělila své jméno, bydliště, zájmy. Poté ale od tématu sebeprezentace úplně uhnula a začala vyprávět o tom, jak



v dílnách pletou košíky, jaká je legrace s asistentem učitele, na který seriál se včera dívala a co se v něm odehrávalo. Pavla přeskakovala od jednoho tématu k dalšímu.

Pavla vlastní telefon. Používá ho především při komunikaci s rodinou. Pavla dokázala přijmout hovor a adekvátně v telefonu reagovat. Do telefonu se nepředstavila. Druhou situací, kdy měla Pavla telefonovat do bazénu, nezvládla. Ihned do telefonu začala vyprávět o tom, jak jezdí se školou do bazénu a po plavání si kupují párky v rohlíku. Úplně zapoměla na cíl rozhovoru.

Bylo vidět, že pro Pavlu je velmi těžké si modelové situace představit. V tomto případě jsem měla připravené dvě figurky. Konverzační situace se v dalších subtestech odehrávaly pomocí těchto figur. Situace, kdy se svým způsobem jednalo o hraní loutkového divadla, byly pro Pavlu přijatelnější.

V rámci třetího subtestu dívka správně popsala obrázky. Popis byl ale doprovázen mnoha dalšími výroky, které nebyly v dané situaci relevantní. Odbočovala k tématům, která s popisem obrázků nesouvisela. Dívka správně vymyslela možné konverzační situace, které se mohou na obrázkách odehrávat. Komunikační záměr dívka provedla správně. Často používala chybně zvolené termíny, například na místo číšník používala označení kuchař.

V rámci čtvrtého subtestu dívka opět správně popsala obrázky, vymyslela možný scénář na základě obrázků, správně uskutečnila komunikační záměr. Opět se vyskytovala četná odbíhání od tématu.

V pátém subtestu Pavla ukázala, že dokáže správně volit formu oslovení a pozdravu.

V šestém subtestu Pavla řekla, že by si raději domů pořídila psa. Když měla svou volbu zdůvodnit, nepoužila vedlejší větu příčinou, ale začala vyprávět o svém pejskovi. Dovolenu by raději strávila u moře. Opět místo zdůvodnění začala vyprávět o tom, jak byli se školou v Chorvatsku.

Problém ze sedmého subtestu by Pavla řešila tak, že by se svěřila svému tatínkovi a ten by problém vyřešil. Pokud by měla mluvit přímo se spolužákem, tak by mu řekla, aby toho nechal, jinak že mu ona jeho věci rovnou zničí nebo někam zahodí.

Pavly mluvní projev má velmi zrychlené tempo. Objevuje se logorea, která může komunikačního partnera, který Pavlu nezná zmást a zakrývat Pavly problémy v komunikaci. Pavla špatně rozlišuje komunikační situace a její přístup k neznámému komunikačnímu partnerovi se může jevit jako nevhodný či příliš familiární. Časté jsou také echolalie. Občas se v projevu objevují dysgramatismy. Neverbální komunikace je v souladu s komunikací verbální. Porozumění řeči je dobré, po každé modelové situaci Pavla věděla, co se odehrávalo, co zjistila či na čem se domluvila. Dle paní učitelky je Pavla schopná za sebe vyřizovat většinu záležitostí běžného života. Zvládá samostatně nakupovat, jezdit autobusem atd. Problém ale je ten, že Pavla na ulici oslovuje zcela neznámé lidi a ne každému to může být příjemné.

### **Návrh rozvoje komunikativních dovedností Pavly**

S Pavlou bychom měli nacvičovat adekvátní přístup k jednotlivým komunikačním partnerům, stejně jako bylo podrobněji popsáno u žákyně Heleny.

Největším problémem, který velmi narušuje oblast komunikace, je logorea. Pavla v řeči neudrží jednotný směr a velmi často odbíhá k tématům, které jsou komunikačně neopodstatněné. Není poté schopná uskutečnit komunikační záměr. Měli bychom se snažit dívku směřovat k původnímu tématu. V předmětu český jazyk bychom měli klást důraz například na vyhledávání klíčových informací v rozhovoru či v textu. Tento fenomén je velmi náročné zlepšit, dívka již má zautomatizován velký počet slovních stereotypů.

Jako problematické se v komunikaci jeví dysgramatismy související s použitím špatného času. Dívka v řeči zaměňuje čas přítomný, minulý a budoucí. Pro komunikačního partnera je pak náročné se ve vyprávění Pavly časově zorientovat. Trénink správného použití času by měl být součástí vzdělávacího okruhu český jazyk a literatura.

V rámci běžné komunikace bychom se měli snažit vést Pavlu ke zpomalení mluvního tempa.

Běžné denní komunikační situace bychom měli s Pavlou nacvičovat například formou loutkového divadla. Během nácviku bychom se měli pokusit co nejvíce zabránit povídání, které není v dané situaci relevantní.

### **9.3.5. Julie**

Julii je dvacet jedna let. Julie se narodila s Downovým syndromem. Juliiny matce bylo v té době čtyřicet jedna let a otci čtyřicet šest let. Julie má o dvacet let starší sestru a o dva roky mladšího bratra.

Julie byla do svých osmi let doma s matkou, mateřskou školu nenavštěvovala. V osmi letech nastoupila do běžné základní školy. Její matka jí dělala osobní asistentku. Dívka ale ani s individuálním vzdělávacím plánem učivo nezvládala a výuka se nejevila efektivní. Rodiče Julie se proto rozhodli vzdělávat dívku doma. Dívka tedy byla do páté třídy vzdělávána doma v rámci individuálního vzdělávání. Do šesté třídy nastoupila Julie opět do běžné základní školy. Protože se nepodařilo sehnat peníze na asistenta, nastoupila do školy jako Juliina asistentka její matka. Přestože se jednalo o běžnou základní školu, ve třídách byl snížený počet žáků, což umožnilo při výuce uplatňovat individuální přístup, který dívka potřebovala. Po základní škole, kde dívka získala základní vzdělání, nastoupila Julie na odborné učiliště. Pro dívku byly nároky školy i odloučení od matky tak náročné, že po roce ze školy odešla a začala navštěvovat praktickou školu dvouletou.

Dle psychologického vyšetření se úroveň rozumových schopností dívky pohybuje na hranici lehkého a středně těžkého mentálního postižení. Sociální kontakt navazuje dívka obtížně. Objevují se problémy v oblasti jemné motoriky. Dívka má patrné nedostatky ve zrakové a sluchové percepci. V sebeobslužných činnostech je dívka samostatná. Julie se velmi snadno unaví.

Dívka bydlí doma s rodiči, kteří jí každý den do praktické školy dvouleté dováží. Samostatné bydlení Julie v chráněném bydlení není možné z důvodu Juliiny velké vázanosti na matku.

Julie je milá mladá žena, ráda vaří a tancuje. Vždy ochotně pomáhá spolužákům i paní učitelce.

### **Analýza komunikativních dovedností Julie**

Julie docházela k logopedovi v předškolním věku a v mladším školním věku. Nyní logopeda nenavštěvuje. Julie má velké problémy s produkcí řeči.

V prvním subtestu Julie sdělila své jméno. Více informací o sobě sama od sebe nesdělila. Když jsem se doptávala, bylo vidět, že mi Julie rozumí, ale těžko dokáže svou odpověď sdělit. Při svých odpovědích částečně používala mluvenou řeč a částečně pantomimu. Vždy trvalo dlouhou dobu, než něco sdělila. Například na otázku, co ráda dělá, odpověděla: „To...to...voda.“ Pohybem představovala plavání.

V druhém subtestu Julie ukazovala, jak zvládá telefonovat. Julie vlastní telefon, který používá pouze k telefonování se svou maminkou. Dokáže přijmout hovor i vytočit telefonní číslo. V první části Julie nedokázala do telefonu odpovídat, ale pokud jsem volila otázky tak, že odpověď byla ano nebo ne, reagovala Julie adekvátně. Druhá část byla pro Julii nezvladatelná. V komunikaci telefonem nemohla Julie podpořit svůj mluvní projev neverbální komunikací. Komunikačnímu partnerovi na druhé straně telefonu by byl Juliin mluvní projev zcela nesrozumitelný. V telefonu mluvila velmi pomalu. Otázku ohledně otevírací hodiny v bazénu položila takto: „Já... ptala.....kdy.....voda....taková....bazén.“

Obrázky třetího subtestu Julie popsala velmi těžko. Označila správně některé předměty a osoby na obrázcích. Pokud se snažila o popis vět, často narazila na nedostatečnou aktivní slovní zásobu. Problémy měla i v uskutečnění komunikačního záměru v obou situacích. Julie velmi dobře používá neverbální komunikaci, která usnadňuje komunikačnímu partnerovi pochopení Juliiny řeči.

Popis obrázků čtvrtého subtestu byl obdobný jako v subtestu tři. Stejně tak komunikace v obou situacích testu byla velmi komplikovaná. Pro náhodného kolemjdoucího by byl Juliin projev zcela nesrozumitelný. Na cestu se Julie ptala takto: „Tam....kdy.....máma...vlaky...tam.“ Slovo máma zakomponovala Julie do projevu asi proto, že často jezdí vlakem se svou maminkou.

V pátém subtestu Julie správně řekla, jak by jednotlivé osoby pozdravila a oslovila.

V šestém subtestu by si Julie raději zvolila psa. Svou volbu zdůvodnila takto: „Pes je hezký. Julie já ráda psy.“ Dovolenu by raději strávila v horách, protože to vypadá trochu jako doma.

V sedmém subtestu jsem Julii přednesla situaci a ptala jsem se jí, jak by mohla situaci řešit. Odpověděla: "Julie neví". Ptala jsem se, co by mohla spolužákovi říct. Julie řekla: „Nic...on...on...zlobil... on křičel...já...mámě."

Lidé, kteří Julii znají, se s ní dokáží domluvit. Pro neznámého člověka je Juliin projev nesrozumitelný. Neverbální komunikace je na mnohem vyšší úrovni než komunikace verbální. Během rozhovoru bylo na Julii vidět, jak moc chce správně odpovědět, ví, co chce říci, ale nedokáže to sdělit. Většinou svůj záměr něco sdělit po pár neúspěšných pokusech vzdá a pokrčí rameny a řekne: „To jedno." Mnohokrát také velmi dobře využívala pantomimy. Pokud dívka hovořila, její projev byl pomalý, často se objevovaly tony a klony. Dívka dokáže velmi dobře odhadnout aktuální sociální situaci a zaujmout ke komunikačnímu partnerovi správný přístup. Julie má oproti špatné aktivní slovní zásobě, velmi dobrou pasivní slovní zásobu. Řeči rozumí dobře. To je vidět i na tom, že zvládá velmi dobře odpovídat na otázky ano-ne. Dle paní učitelky Julie není schopná sama komunikovat s neznámými lidmi a zařizovat si sama své záležitosti. Julie nedokáže sama nakoupit, koupit si lístek do autobusu, zeptat se na cestu atd.

### **Návrh rozvoje komunikativních dovedností Julie**

Julie má s produkcí řeči velké problémy. V rámci učiva budování slovní zásoby ve vzdělávacím okruhu český jazyk a literatura (RVP PRŠ II 2010) bychom se měli zaměřit na budování aktivní slovní zásoby. Volit bychom měli základní slovní zásobu a především slova s jednoduchou výslovností.

Julie potřebuje dostávat pozitivní zpětnou vazbu. Ví, že v řeči selhává, a proto se uzavírá do sebe a komunikaci se vyhýbá. Při komunikaci s Julíí je důležité mít hodně trpělivosti a dávat dívce najevo zájem o komunikaci s ní.

Je na zvážení, zda by pro dívku nebylo vhodné podpořit mluvní projev některou z forem alternativní a augmentativní komunikace.

Dále rozvíjíme neverbální komunikaci, která je na velmi dobré úrovni.

Měli bychom nechávat dívce dostatek prostoru se vyjádřit a samostatně se rozhodovat. Julie by si měla osvojit základní dovednosti při komunikaci s cizími

lidmi, naučit se například si o něco požádat. Dívka se komunikace s neznámými lidmi velmi bojí. V běžném životě za Julii většinou hovoří její maminka.

Pro správný rozvoj komunikace je velmi důležité, aby Julie byla v péči logopeda, nejlépe takového, který má zkušenosti s dospělými osobami s Downovým syndromem.

## 10. Závěr šetření

Třídní učitelka žákyň praktické školy dvouleté se snaží oblast logopedické péče zahrnout ve výuce praktické školy dvouleté v předmětu český jazyk a literatura. Návuk běžných komunikačních situací denního života probíhá v rámci předmětu člověk a společnost například formou scének.

Analýza komunikativních dovedností mladých žen s mentálním postižením ukazuje, že komunikační dovednosti žen s lehkým až středně těžkým mentálním postižením se velmi různí. Proto by bylo vhodné v rámci komunikační kompetence a předmětu český jazyk a literatura podrobněji zpracovat oblast komunikace do individuálních vzdělávacích plánů žákyň v souladu s očekávanými výstupy RVP PRŠ II (2010). V současném provedení individuálních vzdělávacích plánů žákyň není rozvoj komunikace jejich součástí.

V mluvních projevech žákyň se nejčastěji objevovaly tyto formy narušené komunikační schopnosti: dyslalie, koktavost, breptavost, huhňavost, echolalie. Častý výskyt těchto poruch řeči dokládá i Lechta (2011) a Valenta (2003). Tato narušení ale nebyla takového rozsahu, aby bránila uskutečnění komunikačního záměru. Jako problematické fenomény zasahující pragmatickou rovinu řeči se ukázaly: logorea, nesprávné chápání sociálního kontextu komunikační situace, nevhodný přístup ke komunikačnímu partnerovi, neschopnost řídit rozhovor a rozhovor ukončit, nedostatečná slovní zásoba. Tyto jevy se odrážejí v komunikaci v běžných denních situacích. Dalším problémem bylo to, že mladé ženy s mentálním postižením nerozlišují informace a sdělují o sobě a své rodině i velmi osobní údaje.

Za vybranými žákyněmi praktické školy dvouleté dochází dle paní učitelky dobrovolníci. Každá žákyně má svého dobrovolníka, s kterým tráví jedno odpoledne v týdnu. Dobrou spoluprací a správným vedením by mohl tento čas velmi dobře vést k budování komunikace v oblasti pragmatické jazykové roviny. Například když si dobrovolník domlouvá se žákyní schůzku, nemusí tato komunikace jít primárně přes paní učitelku. Může telefonicky komunikovat s žákyní a až následně o termínu informovat paní učitelku.

## **11. Opatření vedoucí k rozvoji komunikačních dovedností žáků praktické školy dvouleté**

Na základě zkušeností s žákyněmi praktické školy dvouleté byla vytvořena následující opatření vedoucí k rozvoji komunikačních dovedností žáků praktické školy dvouleté:

- Měla by být navázána spolupráce s logopedem.
- Na základě logopedické diagnostiky, která by pokrývala všechny jazykové roviny, by měl být rozvoj komunikace začleněn do individuálního vzdělávacího plánu. Zde by měla být logopedická intervence zakotvena především v komunikativní kompetenci a ve vzdělávacím okruhu český jazyk a literatura.
- V rámci výuky by měla být budována slovní zásoba s důrazem na její aktivní použití.
- Žáci praktické školy dvouleté by se měli v rámci sociálního učení učit rozlišovat postavení jednotlivých komunikačních partnerů a v rámci komunikace se chovat adekvátním způsobem.
- V rámci rozvoje sociální a personální kompetence by žáci měli být informováni o ochraně svých osobních údajů a učit se rozlišovat, které informace o sobě a komu je vhodné sdělovat a které údaje je žádoucí si nechat pro sebe.
- Žáci praktické školy dvouleté jsou schopni iniciovat rozhovor. Už ale nejsou schopni tento rozhovor dále řídit. Jsou navyklí, že iniciativu přejímá jejich komunikační partner. Je důležitá naučit žáky dovést rozhovor až do konce. Učit je, jakým způsobem ukončit rozhovor, rozloučit se a poděkovat.
- Žáci by si měli vytvořit komunikační vzorce, které mohou využít v situaci, kdy nerozumí nebo neví, co mají povědět.
- V každodenních situacích necháváme žáky, aby si co nejvíce věcí zařídili sami. Nemluvíme za ně. Jednotlivé komunikační situace nejdříve nacvičíme v hodině, poté v situaci, kdy se žák cítí bezpečně a až nakonec ve veřejném prostoru.



- Pokud za žáky dochází dobrovolníci, měli by se na rozvoji komunikace žáků pod vedením logopeda či třídní učitelky také aktivně podílet.

## 12. Závěr

V diplomové práci postihuji problematiku komunikativních dovedností u mladých lidí s mentálním postižením. Vymezuji mentální postižení, představuji život člověka s mentálním postižením z pohledu získávání statusu dospělosti, z pohledu jeho pracovních a vzdělávacích možností. Uvádím dostupné sociální služby určené těmto lidem. V diplomové práci se zabývám teoretickými východisky řeči mentálně postižených osob. Představuji možnosti logopedické diagnostiky a logopedické intervence. Nastiňuji specifika logopedické práce s lidmi v dospělém věku.

V rámci praktické části diplomové práce jsem vytvořila diagnostický test, který postihuje vybrané situace denního života. Zajímalo mě, jak zvládají v těchto situacích komunikovat žákyně praktické školy dvouleté. Na základě rozhovorů s žákyněmi dle připraveného testu, rozhovoru s třídní učitelkou žákyň a dostupných dokumentů jsem analyzovala řeč žákyň. Pro každou žákyni jsem navrhla pár vztyčných bodů problematických míst, v kterých by chtělo komunikaci žákyně podpořit. Tyto body jsou v souladu s rámcovým vzdělávacím programem pro obor vzdělávání praktická škola dvouletá.

Přínos práce vidím v obecném návrhu opatření pro rozvoj komunikace u žáků praktické školy dvouleté, který je v souladu s kurikulárními dokumenty.

Problematika komunikativních dovedností u osob s mentálním postižením je velmi složitá. Oblast komunikace je silně determinována sníženou rozumovou schopností. Rozumové schopnosti jsou zpětně ovlivňovány zhoršenými komunikativními dovednostmi. Dostáváme se tedy do začarovaného kruhu. Ve své praktické části diplomové práce se zabývám pouze malým výsekem tohoto složitého fenoménu. Na mou práci lze dále navazovat. Například by mohly být vytvořeny standardizované testy, které by testovaly komunikativní dovednosti u mladých lidí s mentálním postižením. Pomocí těchto testů by mohli učitelé praktických škol dvouletých diagnostikovat své žáky na začátku prvního ročníku. Zjistili by tak aktuální úroveň komunikativních dovedností svých žáků. Zjištěná úroveň by učitelům pomohla správně zapracovat rozvoj komunikace do výuky. Současně by mohla být vytvořena logopedická metodika k rozvoji komunikace těchto osob. To jsou ale již dlouhodobé vize, na kterých by se museli podílet společně odborníci

z oblasti psychopedie, logopedie a samozřejmě také tým zkušených speciálních pedagogů, kteří jsou s mladými lidmi s mentálním postižením v denním kontaktu.

### 13. Seznam literatury a zdrojů

BAZALOVÁ, Barbora, 2010. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, s. 289-304. ISBN 978-80-7315-198-0.

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 2. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 222 stran. ISBN 978-80-246-3071-7.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [online]. 2013, [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>

DVOŘÁK, Josef. *Logopedický slovník: terminologický a výkladový*. 3. Upravené a rozšířené vyd. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2007, 248 s. ISBN 978-80-902536-6-7.

KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada, 224 s. ISBN 80-247-1110-9.

KOPEČNÝ, Petr, 2014. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 210 s. ISBN 978-80-210-7339-5.

KUBOVÁ, Libuše, 1996. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí*. Praha: Tech-Market, 45 s. ISBN 80-902134-1-3.

LEBEER, Jo (ed.), 2006. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje: podpora začleňování znevýhodněných dětí do běžného vzdělávání*. Vyd. 1. Praha: Portál, 264 s. ISBN 80-7367-103-4.

LECHTA, Viktor, 2011. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 3., dopl. a přeprac. Praha: Portál, 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.

LUDÍKOVÁ, Libuše, 2005. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

*Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka.* 1994. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. 282 s. ISBN 80-85121-37-9.

MPSV ČR. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění* [online]. Praha, MPSV ČR, 2015, [cit. 2016-02-7]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/505_2006_2015.pdf)

MPSV ČR. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. Praha, MPSV ČR, 2009, [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-48-2005-sb-1?highlightWords=%C4%8D.+48%2F2005>.

MPSV ČR. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [online]. Praha, MPSV ČR, 2009, [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7454/Pravni\\_predpisy\\_A5.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7454/Pravni_predpisy_A5.pdf)

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola jednoletá* [online]. Praha, MŠMT ČR, 2010, [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/rvp-pro-obor-vzdelani-prakticka-skola-jednoleta-a-dvouleta?highlightWords=RVP+PR%C5%A0>.

MŠMT ČR. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání praktická škola dvouletá* [online]. Praha, MŠMT ČR, 2010, [cit. 2016-02-29]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/rvp-pro-obor-vzdelani-prakticka-skola-jednoleta-a-dvouleta?highlightWords=RVP+PR%C5%A0>.

PEUSCHEL, Siegfried M., 1997. *Downův syndrom pro lepší budoucnost: metodická příručka pro rodiče.* Praha: Teach-Market, 131 s. ISBN 80-86114-15-5.

PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.), 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2004. *Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie.* In VÍTKOVÁ, Marie, 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální.* 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, s. 292-308. ISBN 80-7315-071-9.

PIPEKOVÁ, Jarmila, 2004. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In VÍTKOVÁ, Marie, 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, s. 292-308. ISBN 80-7315-071-9.

PŘINOSILOVÁ, Dagmar, 2010. Diagnostika ve speciální pedagogice. In PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, s. 61-100. ISBN 978-80-7315-198-0.

SOVÁK, Miloš, HOUDEK, Lubomír (ed.), 2005. *Výběr z díla Prof. MUDr. PhDr. Miloše Sováka, DrSc.: (15. 4. 1905 - 29. 9. 1998): vydána při příležitosti 100. výročí narození*. 1. vyd. Praha: Galén, 202 s. ISBN 80-7262-384-2.

ŠIŠKA, Jan, 2005. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 100 s. ISBN 80-246-0992-4.

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Klinická logopedie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 616 s. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, 2001, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál. 178 s. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, Milan, 2014. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Vyd. 1. Praha: Portál. 269 s. ISBN 978-80-262-0602-6.

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

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, 2003. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VITÁSKOVÁ, Kateřina, PEUTELSCHMIEDOVÁ, Alžběta, 2005. *Logopedie*. 1. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 182 s. ISBN 80-244-1088-5.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.), 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VYSOKAJOVÁ, Margerita, 2000. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 139 s. ISBN 80-246-0057-9.

ZEZULKOVÁ, Eva, 2011. *Jazyková a komunikační kompetence dětí s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 134 s. ISBN 978-80-7368-991-9.

ZEZULKOVÁ, Eva, 2013. *Rozvoj komunikační kompetence žáků s lehkým mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 172 s. ISBN 978-80-7464-395-8.

## **14. Seznam příloh**

Příloha 1: Otázky k rozhovoru s třídní učitelkou žákyň praktické školy dvouleté

Příloha 2: Záznamové archy