

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Veronika Kopečná

Speciálněpedagogické intervence osob s mentálním postižením
v rámci Domova sociální péče

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci napsala samostatně. Použila jsem jen uvedení pramenů a literatury.

V Horních Nětčicích dne.....2015

.....

podpis

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi poskytli pro účel této práce svůj čas. Zejména vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za odborné vedení a připomínky při realizaci práce, rodině za podporu a v neposlední řadě také pracovníkům a klientům Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník, díky nimž se mohl tento výzkum realizovat.

Děkuji.

Obsah

Úvod	6
1 Mentální retardace	7
1.1 Vymezení pojmu, terminologie	7
1.2 Etiologie mentální retardace	8
1.3 Klasifikace mentální retardace	10
1.4 Zvláštnosti psychických a kognitivních funkcí a schopností u osob s mentální retardací	12
1.5 Přidružená postižení	13
1.5.1 Dětská mozková obrna	13
1.5.2 Epileptické záchvaty	15
<i>Shrnutí</i>	15
2 Komunikace	16
2.1 Komunikační schopnost	17
2.2 Symptomatické poruchy řeči	18
2.2.1 Poruchy řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou	18
2.2.2 Poruchy řeči u osob s mentální retardací	20
2.3 Alternativní a augmentativní komunikace	22
<i>Shrnutí</i>	23
3 Sociální služby	24
3.1 Historie	24
3.2 Rysy a rizika ústavní péče	24
3.3 Zákon o sociálních službách	26
3.4 Transformace sociálních služeb	28
<i>Shrnutí</i>	29
4 Praktická část	30
4.1 Metodologie a cíle šetření	30
4.2 Charakteristika místa šetření	31
4.3 Případová studie	32

4.4	Analýza řeči	35
4.5	Verbální komunikace zaměstnanců s uživatelkou	36
4.5.1	Četnost verbální komunikace s uživatelkou	36
4.5.2	Důvody verbálního nekomunikování s uživatelkou	37
4.5.3	Užití alternativní a augmentativní komunikace	38
4.5.4	Oslovování uživatelky	38
4.5.5	Nejdiskutovanější témata	39
4.5.6	Reakce uživatelky na témata	40
4.5.7	Věk a praxe v oboru	41
4.5.8	Vzdělání	41
4.6	Závěrečné vyhodnocení šetření	43
4.6.1	Výsledky šetření	43
	Závěr	45
	Seznam použité literatury a zdrojů	46
	Seznam tabulek a grafů	50
	Seznam příloh	51
	ANOTACE	

Úvod

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“

Adrian D. Ward

Při své speciálněpedagogické praxi jsem poprvé dostala možnost podívat se do Domova sociální péče a tato zkušenost mě inspirovala k tématu mé bakalářské péče. Vzhledem k dnešním nejmodernějším trendům, jakými normalizace a inkluze bezesporu jsou, bych ráda zjistila, zda jsou tyto trendy viditelné opravdu i v praxi a podle myšlenky citátu A. D. Warda poznala, jak si naše společnost stojí.

Přestože skupina osob s mentálním postižením je natolik početná, že bezesporu tvoří plnohodnotnou minoritu naší společnosti, je až s podivem, že v dnešním novodobém světě plném informačních technologií a jiných moderních vymožeností je na lidi s postižením obecně a s mentální retardací obzvláště stále pohlíženo s určitým despektem. Snad proto, že tato skupina je natolik heterogenní, že ji nelze globálně charakterizovat a „zaškatulkovat“, vládne ještě v mnoha případech mezi majoritní společností nevědomost a jakýsi strach z neznámého. Svou roli jistě sehrává i to, že zatímco různé druhy tělesných nedostatků jsme schopni nějakým způsobem simulovat a tedy si alespoň rámcově představit, co toto omezení člověku přináší, do mysli jedince s mentální retardací ještě nikdy nikdo nenahlédl. Proto je mnohem složitější dojít k obecně platným, relevantním závěrům.

V teoretické části bakalářské práce nejprve objasním pojmy mentální postižení, mentální retardace, jejich příčiny vzniku a některé pro tyto jevy typické znaky. Jednu kapitolu věnuji komunikaci jedinců s mentální retardací a dále se pokusím objasnit způsoby a pravidla hodnocení a poskytování sociální péče, zajišťované těmito osobám státem.

Cílem praktické části je nejprve sestavení případové studie a analýzy způsobů komunikace uživatelky Domova sociální péče Martiny. Dále se zaměřím na zjištění, zda je v tomto systému v praxi prostor pro uspokojování nejen fyzických potřeb, ale i těch psychických. Pozorováním pracovníků během krmení Martiny se pokusím zjistit, zda tento čas využívají i k verbální komunikaci s ní.

1 Mentální retardace

„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“ (Dolejší, 1973, s. 38).

1.1 Vymezení pojmu, terminologie

Současná nejednotná terminologie týkající se mentální retardace odpovídá nejednotnosti pojmů v celé speciální pedagogice. Jednak je nutné hledat nové termíny pro pojmy, které se postupem času staly společensky nepřijatelnými pro jejich používání širokou veřejností v pejorativním významu, dalším důvodem je pak všeobecná humanizace vědních oborů. Podle Baja (Bajo in Valenta, 2013) se v naší odborné literatuře jen mezi lety 1952 a 1989 užívá víc než dvacet různých označení pro syndrom mentální retardace. Vlivem uvedených jevů bylo upuštěno od používání stupňů mentální retardace (debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita) i od dalších termínů. V moderní terminologii vycházíme především z faktu, že osoba s mentálním postižením je v první řadě člověk, teprve na druhém místě stojí její postižení. Švarcová (2003, s. 26) uvádí že: *„tím má být vyjádřena skutečnost, že retardace není integrální součástí člověka, ale je pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů“*. Dáváme tedy přednost označení osoba, člověk s mentálním postižením (Valenta, 2013).

Termín mentální retardace ve volném překladu znamená zpoždění rozumového vývoje (z latinského *mens, mentis*-mysl, rozum a *retardatio*-zdržet, opožďovat) a podle Bartoňové (2007) se začal používat po milánské konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1959. V současné době jej vymezuje spousta definic, zaměřených především na snížení intelektu jedince a jeho adaptaci na prostředí.

Vágnerová (2004) definuje mentální retardaci jako neschopnost dosáhnout alespoň 70 % normy intelektového vývoje i při přijatelné míře stimulace; přičemž snížená úroveň inteligence je často spojena se změnou dalších schopností či odlišností ve struktuře osobnosti. Jako hlavní znaky označuje snížení rozumových schopností, prenatální etiologii a

trvalost postižení. Švarcová (2003) uvádí, že se jedná o organické poškození mozku, jehož vlivem zaostává vývoj rozumových schopností, dochází k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a adaptačního chování.

Rozdílný pohled je i na srovnání pojmů mentální retardace a mentální postižení. Zatímco někteří autoři je uvádí jako synonyma, Vašek mentální postižení vymezuje jako širší, střešní pojem, označující všechny osoby s IQ pod 85 (Černá, 2008; Vašek in Valenta, 2013). Důvod multiplicity těchto definic spatřuje Švarcová (2003) například v tom, že měření úrovně intelektových vlastností je při dobré vůli velmi „hrubý proces“, který se stává ještě méně přesným v případě diagnostikování dětí s vývojovými nedostatky nebo obtížemi v komunikaci, kdy často nelze běžně dostupnými diagnostickými metodami dosáhnout spolehlivých výsledků.

Další příčinou může být i to, že ani samotný pojem inteligence dosud nebyl jednoznačně definován a stále probíhají snahy o jeho přesnější vymezení. Nejznámějším vyjádřením úrovně inteligence je Sternův inteligenční kvocient (IQ), vyjadřující poměr mezi výkonem dosaženým v úlohách pro daný vývojový stupeň, tj. mezi mentálním věkem a věkem chronologickým. Jeho diagnostickou hodnotu však nelze přeceňovat, protože nevypovídá nic o kvalitativních zvláštностech inteligence (Švarcová, 2003).

1.2 Etiologie mentální retardace

Mentální retardace většinou vzniká součinností mnoha faktorů. Vedle množství biologických příčin ovlivňujících vývoj jedince v prenatálním, perinatálním i postnatálním období, musíme brát ohled i na vlivy sociální, hereditární, a na mnohé chromozomální nebo metabolické poruchy. Jelikož se tyto vlivy prolínají, nelze často přesnou příčinu jednoznačně určit. Přes pokroky diagnostiky zůstává také až polovina příčin stále nepoznána. Mezi stupněm retardace a etiologií uvádějí někteří autoři souvislost. Zjednodušeně lze říci, že čím lehčí postižení, tím častěji není jeho příčina nikdy odhalena (Černá, 2008).

Dle Slowíka (2007) rozlišujeme exogenní a endogenní faktory ovlivňující vývoj jedince. **Exogenní** dělíme na **prenatální** tj. fyzikální, chemické, nutriční, biologické nebo psycho-sociální vlivy působící od početí do porodu; **perinatální** tj. rizikové okolnosti během porodu a krátce po něm např. mechanická poškození, nedostatek kyslíku a jiné; **postnatální** faktory tj. všechny možné negativní vlivy působící po narození během celého

života. Za **endogenní** vlivy považujeme genetické faktory, zejména chromozomální aberace a genové mutace; dále ostatní faktory jako genetické dispozice a změněnou reaktivitu.

Matulay (1986) kromě dělení na endo a exogenní faktory uvádí názor, že mozek je celoživotně schopný dalšího vývoje. Vedle regresivních procesů mohou buňky i dále regenerovat. Regenerované části mozku pak mohou v určitém rozsahu přebírat nové úkoly. Na funkčnost mozku má vliv zejména správná výživa s dostatkem vitamínů a minerálů, blízkost rodičů a pocity bezpečí, senzorická stimulace a citlivý přístup k individuálním potřebám dítěte.

V publikaci „Česká psychopedie“ (Černá, 2008, s. 85) najdeme mimo jiné také jednu ze starších klasifikací, podle Penrose:

<i>A. Genetické, dědičné (endogenní)</i>	<i>1. dávné</i>	<i>způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků</i>
	<i>2. čerstvé</i>	<i>spontánní mutace</i>
<i>B. Vzniklé vlivem prostředí</i>	<i>1. v raném těhotenství</i>	<i>poškození oplozeného vajíčka</i>
	<i>2. v pozdním těhotenství</i>	<i>intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita</i>
	<i>3. intranatální</i>	<i>abnormální porod</i>
	<i>4. postnatální</i>	<i>nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy</i>

Tabulka č.1: Klasifikace dle Penrose

Mentální postižení může vzniknout i kombinací polygenně podmíněného nižšího nadání a nepodnětného prostředí. Děti rodičů s nedostatečnou intelektovou a vzdělanostní výbavou bývají obvykle postiženy stejně. Nejen že mají horší genetické podmínky pro rozumový rozvoj, zároveň tito rodiče intelektově nestačí ani na vytvoření dostatečně podnětného a výchovného prostředí (Vágnerová, 2004).

Podobně Zvolský (1996) udává jako nejčastější příčiny mentální retardace tyto: **Dědičnost**, kdy podle něj intelekt dítěte je výsledkem průměru intelektu rodičů a vliv má dále i rodinné prostředí. **Sociální faktory**, zejména sociokoulturní deprivace v rodině nebo v institucionální výchově, bývají často příčinou lehké mentální retardace. Negativně působí špatné materiální či bytové podmínky, nezdravé rodinné vztahy a s tím související výchova. Mezi **environmentální faktory**, které mohou zapříčinit lehkou i těžší mentální retardaci, řadí například špatnou výživu nebo četná onemocnění matky během těhotenství, dále špatnou výživu a různé infekce v kojeneckém věku, v neposlední řadě porodní i poporodní traumata,

spojená s nitrolebním krvácením. **Specifické genetické příčiny** jsou nejčastěji dominantně nebo recesivně podmíněné poruchy či aberace chromozomů. Jako **nespecificky podmíněné poruchy** označuje situace, kdy příčina postižení zůstane neznámá, zde uvádí cca 15-30% případů.

Podrobněji uvádí nejčastější příčiny vzniku mentální retardace Švarcová (2003). Patří mezi ně **následky infekcí a intoxikací** (prenatální a postnatální infekce př. zarděnková embryopatie, zánět mozku; intoxikace př. olovem; kongenitální toxoplazmóza); **následky úrazů a fyzikálních vlivů** (novorozenecká hypoxie, postnatální poranění nebo hypoxie); **poruchy výměny látek, růstu, výživy** (mozková lipoidóza, kretenismus, fenylketonurie aj.); **makroskopické léze mozku; nemoci způsobené nespecifickými prenatálními vlivy** (hydrocefalus, kraniostenóza aj.); **anomálie chromozomů** (Downův syndrom); **nezralost; vážné duševní poruchy; psychosociální deprivace; a jiné, nespecifické etiologie.**

1.3 Klasifikace mentální retardace

„Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik klasifikačních systémů. Jak je patrné z výčtu klasifikací, pohled na problematiku mentální retardace se mění v čase a v úhlu pohledu odborníků, kteří sestavují klasifikaci“ (Bartoňová, 2007, s. 29,33).

Při klasifikaci mentální retardace vycházíme z několika zdrojů. Někteří autoři (Bartoňová, 2007; Černá, 2008) uvádějí členění podle etiologie (viz výše). U nás nejznámější a nejpoužívanější klasifikace je podle stupně, míry postižení dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, přijaté v platnost Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě roku 1992. Daná klasifikace však již neobsahuje stupeň „mírná mentální retardace“ pro rozmezí hodnot IQ 85-69, která se uvádí ve starších klasifikacích a občas se s ní lze ještě v praxi setkat. Snížení intelektu v daném případě není způsobeno organickým poškozením mozku, ale sociálními a dalšími faktory (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí aj.). Tyto děti již dnes za mentálně postižené nepovažujeme. Někteří autoři tyto stavy označují jako pseudooligofrenie (dříve sociální debilita). Valenta (2013) uvádí pojem **hraniční pásmo mentální retardace**, příp. mentální subnorma.

Kódová čísla MKN-10	Slovní označení (staré označení)	Hodnota IQ
F70	Lehká mentální retardace (debilita)	50-69
F71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35-49
F72	Těžká mentální retardace (idiocie)	20-34
F73	Hluboká mentální retardace (idiocie)	0-19
F78	Jiná mentální retardace	Je nesnadné, nelze určit
F79	Nespecifikovaná mentální retardace	-//-

Tabulka č. 2: Klasifikace dle WHO (Švarcová, 2003)

Fischer, Škoda (2008, s 93) označují tuto klasifikaci za **kvantitativní**, jelikož kritériem jeho hodnocení je kvantita úbytku rozumových schopností. „*Kvantitativní hodnocení inteligence poskytuje pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého člověka k populační normě*“.

Za **kvalitativní hodnocení** je oproti tomu považováno hodnocení individuálních zvláštností, předností a nedostatků. Posuzuje se tedy míra využitelnosti zbylé inteligence a kognitivních funkcí mentálně retardované osoby. Hodnotíme zejména přístup k problémům a způsob jejich řešení; osobní tempo, úroveň pozornosti, paměti a toleranci k zátěži (tzv. individuální úroveň aktivace). Pro správné posouzení kvantitativní úrovně inteligence je nutné znát i etiologii postižení.

- K **organickým poškozením CNS** se často přidávají poruchy hybnosti a dětská mozková obrna, typickým projevem je potom **hyperaktivita, zvýšená dráždivost, poruchy pozornosti a nízká tolerance k zátěži**. Časté jsou také poruchy řeči a motorická postižení. = **typ eretický**.
- **Typ torpidní** je charakteristický **klidným až těžkopádným a pomalým jednáním**, nebývají časté výkyvy nálad, **emocionálně** jsou tito jedinci **stabilní a přizpůsobiví**. Příčinou postižení je většinou **anomálie chromozomů**.
- Jedinci s **psychosociální deprivací** mívají **horší úroveň verbálních schopností, paměti i pozornosti**. Přestože mohou být manuálně zruční, jejich **pracovní, sociální a hygienické návyky** bývají často nedostačující (Fischer, Škoda; 2008).

Bartoňová (2007) doplňuje dělení dle typu chování kromě typu torpidního a eretického ještě o **typ nevyhraněný**.

Další klasifikace je dle doby vzniku. Valenta (2013) rozlišuje **oligofrenii** (dříve slabomyslnost), nebo tzv. primární mentální postižení, jako postižení vzniklé do dvou let věku života; a **demenci**, neboli sekundární mentální postižení, vzniklou po 2. roce života. Svoboda (in Valenta, 2013) však navrhuje pro demenci dětského věku užívat spíše termín **deteriorizace intelligence** (zhoršení, úbytek schopností), vzhledem k rozdílnému rozložení postižených funkcí, i průběhu vývoje. Franiok (2008) k tomuto členění uvádí ještě **výchovnou zanedbanost**, neboli již zmíněnou pseudooligofrenii (příp. zastarale sociální debilitu), způsobenou exogenními faktory, zejména nedostatečně podnětným prostředím. V tomto případě se však nemusí jednat o trvalý stav.

Podle vývojových období rozlišujeme u osob s mentální retardací zvláštnosti vývoje předškolního, mladšího a staršího školního věku, adolescence a dospělosti. Při jejich popisování vycházíme z popisu vývojových období u intaktní populace. Typickými osobnostními rysy, příznaky vzhledu, a naopak i zvláštnostmi osob s mentálním postižením se zabývá symptomatologická klasifikace (Bartoňová, 2003).

Pipeková (2010, s. 291) shrnuje rozdělení mentálního postižení takto:

- *Druh postižení* F 70-79 *mentální retardace*
- *Stupeň postižení*
 - F70 *Lehká mentální retardace (IQ 69-50)*
 - F71 *Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)*
 - F72 *Těžká mentální retardace (IQ 34-20)*
 - F73 *Hluboká mentální retardace (IQ 19 a níže)*
 - F78 *Jiná mentální retardace (stanovení stupně je obtížné pro přidružená postižení)*
 - F79 *Nespecifikovaná mentální retardace (-/-)*
- *Typ postižení*
 - *Eretický (nepokojný, astabilní)*
 - *Torpidní (apatický, netečný)*
 - *Nevyhraněný*

1.4 Zvláštnosti psychických a kognitivních funkcí a schopností u osob s mentální retardací

Na úvod této kapitoly je nutné podotknout, že každý člověk s mentální retardací je jedinečný subjekt s individuálními osobnostními rysy, proto i skupina osob s mentálním postižením je

natolik heterogenní, že ji nelze globálně přesně charakterizovat. I když velká část z této skupiny vykazuje jisté společné znaky, jejichž individuální odchylky potom závisí na druhu, typu, rozsahu a hloubce postižení, jak uvádí např. Bartoňová (2007), Fischer, Škoda (2008), Franiok (2008), Švarcová (2003) apod., jejich výčet však je často také otázkou zkušeností a úhlu pohledu a v neposlední řadě je hodně stereotypizovaný.

Pouze pro představu uvádím nejčastější společné klinické projevy mentální retardace: zpomalená chápavost, konkrétnost a jednoduchost úsudků, snížená schopnost (příp. neschopnost) komparace a vyvozování logických vztahů, snížená mechanická paměť, těkavá pozornost, malá slovní zásoba a neobratnost ve verbálním projevu, poruchy vizuomotoriky a koordinace pohybu, impulzivnost, hyperaktivita nebo naopak zpomalenost chování, citová vzrušivost, vysoká sugestibilita a rigidita chování, abulie nebo dysbulie, nedostatky v osobní identifikaci, opožděný psychosexuální vývoj, nerovnováha aspirací a výkonů, zvýšená potřeba bezpečí, poruchy v komunikaci a interpersonálních vztazích, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům a další (Franiok, 2008; Bartoňová, 2007).

1.5 Přidružená postižení

Mentální retardace, ať už v jakémkoliv stupni, bývá velmi často doprovázena dalšími druhy postižení. Pokud bychom je seřadili podle četnosti výskytu, jednalo by se podle Kozákové (2005) nejčastěji o tyto: **a) narušená komunikační schopnost, b) zrakové postižení, c) poruchy hybnosti, d) poruchy chování, e) epilepsie, f) sluchové postižení.** Dále se skoro u poloviny osob s mentální retardací se vyskytuje dětská obrna, u 75 % těchto osob narušená komunikační schopnost a časté jsou i poruchy pozornosti, vizuomotorické koordinace nebo poruchy sluchu.

Zjednodušeně můžeme uvést, že čím závažnější je stupeň mentálního postižení, tím závažnější je i stupeň a četnost dalších postižení a zároveň opačně, čím těžší jsou projevy tělesných smyslových a komunikačních poruch, tím více se to projeví na intelektu (Valenta, 2013).

1.5.1 Dětská mozková obrna

„Dětská mozková obrna je raně neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnné postižení vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi“ (Kraus, 2005, s. 21).

Podle rozsahu poškození centrální nervové soustavy vznikají velmi různorodé klinické projevy. Objevuje se zejména opožděný a odchýlný motorický vývoj, odchylky svalového tonu, abnormální kinézy a postury, reflexologické odchylky, poruchy růstu nebo různé ortopedické komplikace. Charakteristická je taktéž tělesná neobratnost, nesoustředěnost těkavost, impulzivní reakce, emoční labilita a výkyvy v duševní výkonnosti. Kromě omezení hybnosti se u 50 % dětí s dětskou mozkovou obrnou (dále DMO) vyskytují poruchy řeči, 1/3 dětí se nachází v pásmu lehké mentální retardace a 1/3 v pásmu střední a těžké mentální retardace, až v 50 % se vyskytují parciální nebo generalizované epileptické záchvaty, častý je hydrocefalus (Kraus, 2005).

Jak uvádí Opatřilová (2005), různí autoři udávají odlišné pohledy na klasifikaci DMO. Nejčastější dělení:

- **spastické formy** (diparetická forma, Paukospastická diparetická forma, hemiparetické a kvadraparetická forma)
- **nespastické formy** (hypotonická a dyskinetická forma).

Co se týče mentálního postižení, nejčastěji se můžeme setkat s kvadraparetickou a hypotonickou formou DMO. Dyskineticko-dystonické a hemiparetické formy se objevují jen zřídka (Kozáková, 2005).

Kvadraparetická forma patří k těm nejtěžším a vyskytuje se cca ve 25 % případů. Projevuje se spastickou parézou nebo plegií všech čtyř končetin a vyskytuje se ve dvou subformách. První subforma vzniká poškozením mozkového kmene, což způsobuje závažnější postižení dolních končetin a lehčí u končetin horních. U druhé subformy dochází k poškození obou hemisfér předního mozku a kromě vývoje hybnosti je postižen i intelekt, je zde tudíž mnohem častější výskyt mentální retardace i epilepsie a prognóza bývá mnohem méně optimistická. Při těžších postiženích mozku dochází často k poruchám v dalších funkčních centrech, objevují se přidružené smyslové vady, symptomatické poruchy řeči, mentální retardace, epilepsie.

Hypotonická forma je častým případem centrálního infantilního hypotonického syndromu. Jedná se o vývojovou formu DMO, která se mění během života v průběhu zrání mozku. Jedná se o dominantní oslabení svalového tonu trupu i končetin s nejistou, vrávoravou chůzí a úkroky do stran. Kolem třetího roku se většinou mění ve formu spastickou či dyskinetickou, pokud ne, mluvíme o setrvalém hypotonickém syndromu. Mentální retardace je velmi častá (Opatřilová, 2005).

1.5.2 Epileptické záchvaty

„Jsou to mozková postižení různého původu, projevující se záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, podmíněnými excesivními výboji mozkových neuronů“ (Šlapal, 2002, s. 26).

Fischer, Škoda (2008) definují epilepsii jako velmi rozšířené onemocnění, při kterém dochází k výskytu opakovaných časově omezených záchvatů, které se buď objevují bez příčiny, nebo za podmínek, které běžně u člověka záchvaty nevyvolávají. Podle Opatřilové (2005) můžeme epilepsii dělit na symptomatickou a funkční, podle klinického obrazu pak na ložiskovou a generalizovanou. Nejčastěji se vyskytuje u formy kvadraparetické a triparetické, méně pak u formy hemiparetické a nejméně u diparézy spastické, ataktické a dyskinetické. Klinické příznaky a celkový charakter záchvatu závisí zejména na místě poškození mozku a na dalších okolnostech např. na věku pacienta.

Shrnutí

Dnešní speciální pedagogika má pro mentální retardaci spoustu definic. Všeobecně můžeme říci, že se jedná o trvalé zpoždění rozumového vývoje s rozličnou prenatální, perinatální i postnatální etiologií. Nejčastěji používaná klasifikace dle WHO vychází z hodnot inteligenčního kvocientu a rozlišuje osoby s lehkým, středním, těžkým a hlubokým stupněm mentální retardace. Klinické projevy mohou být velmi variabilní, společným prvkem však bývá zpomalená chápavost a jednoduchost úsudků a kvantitativní i kvalitativní změny v oblastech myšlení, chování, emocí, paměti, řeči i volných projevů. Velmi často jsou přidruženy i další druhy postižení, zejména narušená komunikační schopnost, dětská mozková obrna nebo epilepsie.

2 Komunikace

„Komunikace dává člověku možnost přiblížit se k druhým lidem, vyhnout se samotě a naplnit své potřeby. Pokud není opětována, pochopena či vnímána svobodně, stává se často právě opačně bariérou, překážkou ve snaze stávat se členem společnosti“ (Regec, 2012, s. 5).

Potřebu dorozumívání a sdělování informací, ať už v jakékoliv formě, má každá živá bytost. Člověk, jakožto tvor společenský, je charakterizován komunikací sociální. V širším pojetí je termín „komunikace“ velmi složité definovat, neboť jeho význam se všemi aspekty má přesah do mnoha dalších pojmů a oborů (Vybíral, 2010).

V doslovném překladu komunikace vychází z latinského „communicatio“ a znamená spojování, sdělování nebo přenos. V užším pojetí je komunikace složitý proces výměny informací, tvořený čtyřmi navzájem se prolínajícími prvky. **Komunikátor** funguje jako zdroj informace, sděluje novou informaci (**komuniké**) **komunikantovi**. Ten ji přijme a zareaguje na ni. Aby byla komunikace efektivní, musí se mezi komunikující vytvořit **komunikační kanál** (Klenková, 2006).

Mareš a Křivohlavý (in Klenková, 2006) rozlišují v sociální komunikaci tři hlavní druhy kanálů, komunikaci **verbální**, **neverbální** a komunikaci **činem**. Zatímco neverbální komunikace tu verbální vždy doprovází, opačně už tomu tak být nemusí. Pro věrohodnost sdělení je důležitý také vztah mezi těmito složkami. Pokud jsou v rozporu, např. když při sdělování souhlasu nesouhlasně vrtíme hlavou, je mnohem těžší verbálně sdělované informaci uvěřit. Naopak pokud např. při dotazu zvedneme obočí nebo při souhlasu přikyvujeme, pak je neverbální komunikace doplňkem té verbální a velmi tím zvýší věrohodnost sdělované informace. Neverbální komunikace, tedy to co sdělujeme beze slov, je uskutečňována pomocí vokálních nebo nevokálních prostředků.

Vokálními prostředky označujeme tón a kvalitu hlasu, dobu trvání, různá přerušování apod., mezi ty nevokální tzn. na hlasu nezávislé řadíme **mimiku** (výrazy tváře), **gestiku** (gesta, pohyby rukou, hlavou aj.), **posturiku** (držení těla, polohu rukou a nohou, postoj), **haptiku** (dotyková komunikace, podání ruky, polibek na tvář...), **proxemiku** (vzdálenost osob při komunikaci – intimní, společenská, veřejná...) a **chronemiku** (způsob časového rozvržení rozhovoru ve vztahu k druhým – můžeme ho např. prodlužovat, abychom s daným člověkem strávili více času apod.) (Regec, 2012).

V průběhu rozhovoru se ve většině případů role komunikátora a komunikanta plynule střídají. Komuniké nejen sdělujeme a přijímáme, můžeme je také číst a psát, ikdyž v těchto

případech přicházíme o některé smyslové vjemy (např. pohledy, doteky, pohyby, vůně a další) charakteristické pro komunikaci face to face. Naslouchání tvoří 45 %, mluvení 30 %, čtení 16 % a psaní 9 % komunikace. Porovnání poměru verbální a neverbální komunikace je potom mnohem složitější, závisí totiž na mnoha dalších okolnostech. Pokud chceme například vyjádřit své pocity, může neverbální složka tvořit až 90 %, zatímco při sdělování logických informací s přesně danými termíny, je naopak verbální složka zastoupena až v 70 % (Mikulaščík, 2003).

2.1 Komunikační schopnost

Aby mohl člověk komunikovat, je nutné mít jistou řečovou dovednost. Lechta (2002) ji definuje jako „*schopnost používat jazyk jako složitý komunikační systém znaků a symbolů ve všech formách.*“ Podle DeVita (in Regec, 2012) jde o dovednost prezentovat sám sebe jako člověka sympatického a sebejistého. Oba se shodují, že jde o velmi důležitou lidskou schopnost, v některých pracovních odvětvích u pracovníků velmi žádanou.

Lechta (2002, s. 51) „*mluví o narušené komunikační schopnosti tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jazykových projevů působí vzhledem ke komunikačnímu záměru jednotlivce interferenčně. Může jít o rovinu foneticko-fonologickou, morfologickou, syntaktickou, lexikální, sémantickou a pragmatickou.*“

Abychom mohli diagnostikovat narušenou komunikační schopnost, je nutné znát i další souvislosti, zejména hranici fyziologické nemluvnosti u dětí nebo vývojová období, kdy jsou dysfluence a dysgramatismus považovány za fyziologické. Pro klasifikaci narušené komunikační schopnosti užívá česká odborná literatura dělení podle symptomu, který je pro danou poruchu nejtypičtější:

- vývojová nemluvnost (vývojová dysfázie)
- získaná orgánová nemluvnost (afázie)
- získaná psychogenní nemluvnost (mutismus)
- narušení zvuku řeči (rinolalie, palatolalie)
- narušení plynulosti/fluence řeči (tumultus sermonis, balbuties)
- narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie)
- narušení grafické stránky řeči
- symptomatické poruchy řeči
- poruchy hlasu
- kombinované vady a poruchy řeči (Lechta, 2002)

2.2 Symptomatické poruchy řeči

Symptomatické poruchy řeči se projevují ve všech jazykových rovinách a tvoří širokou heterogenní logopedickou kategorii. Lechta (2002) je definuje jako narušení komunikační schopnosti, doprovázející jiné, dominující postižení, případně poruchy a postižení. Mezi nejčastěji vyskytující se poruchy patří narušená komunikační schopnost u dětí s dětskou mozkovou obrnou, mentálním postižením, dále u dětí s postižením zraku a sluchu. Vzhledem k tomu, že tyto poruchy bývají často prvním viditelným příznakem mnoha vážných onemocnění, a také s jejich prudkým nárůstem v posledních letech, stoupá i důležitost jejich výzkumu. Vznik symptomatických poruch řeči je podmíněn mnoha etiologickými faktory, které lze od sebe odlišit někdy jen velmi obtížně. Jsou známy tři základní modely vzniku.

- **Primární příčina** způsobuje hlavní poruchu př. hluchotu a ta je doprovázena mimo jiné i narušenou komunikační schopností.
- **Primární příčina** způsobí jak dominantní poruchu s druhotně narušenou komunikační schopností, tak další paralelní postižení, které narušení komunikační schopnosti ještě prohlubuje.
- Na vzniku narušené komunikační schopnosti se podílí současně **několik primárních příčin**. Například nevidomost sekundárně způsobuje narušení komunikační schopnosti verbalismem a zároveň další negativní vliv na vývoj řeči může mít i jiná příčina př. nepodnětné prostředí (Lechta, 2002).

2.2.1 Poruchy řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou

Poškození centrální nervové soustavy při dětské mozkové obrně vzniká již ve velmi raných stádiích vývoje a projevuje se mimo omezení hybnosti a smyslových vad i mnoha různými variacemi vad řeči. Příznaky symptomatických poruch řeči odvíjejí od hloubky a lokalizace poškození, kdy se jedna příčina může projevit vznikem mnoha poruch, nebo naopak stejný klinický obraz řeči může být způsoben různými příčinami (Lechta, 2002).

Etiologie narušené komunikační schopnosti u DMO je velice složitá, nicméně pro stanovení správného terapeutického přístupu a dalších postupů, je pro logopeda nezbytné ji znát. Vlivem primárního poškození hybných funkcí je poškozeno i svalstvo řečových orgánů, což se zákonitě musí projevit i na poškození jednotlivých složek mluvního projevu, jako je **dýchání, fonace, artikulace, plynulost a koordinace řeči** (Kábele, 1988). Vzhledem

k tomu, že v závislosti na etiologii je mluvní projev narušen na různých úrovních a v různém rozsahu, je i škála symptomatických poruch řeči vyskytujících se u DMO velmi široká.

- **Dysartrie** je nejtypičtější poruchou řeči u DMO a zároveň i tou nejkomplikovanější, což se projevuje už při jejím nejednotném vymezení. Lechta uvádí, že zatímco někteří autoři ji definují jako poruchu artikulace, podle jiných jde i o poruchu fonace, přesněji modulace a respirace. Vyskytuje se až u 70 % dětí s DMO, a to od lehčích forem až po úplnou anartrii.
- **Dysprozódie** neboli porucha modulace řeči, projevující se zejména různě narušeným tempem řeči, kolísavou výškou, silou nebo intonací hlasu, výrazně zhoršuje nesrozumitelnost projevu.
- **Dysfonie**, narušená fonace, se vyskytuje u všech těžších forem DMO. Lechta (2002) pro současnou poruchu fonace a artikulace při lézích CNS uvádí zvláštní Böhmeho termín „dysartrofonie“.
- Přestože **narušené dýchání** nemusí být tak viditelné jako jiné projevy, nesmíme ho opomíjet. Tvoří totiž základ řečové produkce a pro mluvení má velký význam.
- **Dysfagie** (porucha polykání) spolu s hypersalivací se vyskytuje také poměrně často. U dětí s DMO bývá nesprávně vytvořen (příp. úplně chybí) retní uzávěr, může se objevovat i otevřený nebo zkřížený skus. Obojí znemožňuje udržet spojené zuby a rty, jazyk se tudíž sune dopředu a sliny mohou volně vytékat.
- **Vývoj řeči** je většinou výrazně **omezen**, nebo alespoň opožděn, což má zásadní vliv na další psychický rozvoj člověka.
- **Hyponasalita** způsobená sníženou nebo chybějící pohyblivostí měkkého patra/vela, se vyskytuje nejčastěji u pyramidové a bulbární formy DMO.
- Může se objevovat **koktavost, breptavost, mutismus i poruchy způsobené orgánovými deformitami řečového efektoru** (př. rozštěpy, odchylky skusu, přirostlá jazyková uzdička)
- **Narušené kverbální chování** se může projevit u každé formy jinak. Objevuje se např. dyskineze, hypersalivace, zvýšená nebo chybějící mimika, při choreatické formě se tvoří různé škleby aj. (Klenková, 2006; Lechta, 2002).

Vzhledem k variabilitě forem a projevů dětské mozkové obrny má i logopedická diagnostika svá specifika. Nutné je detailní, opakované vyšetření v různých polohách dítěte (v sedu, lehu, v reflexně-inhibiční poloze apod.). Logopedická péče je poskytována v rámci komplexní rehabilitace, která je vzhledem k charakteru postižení nezbytná (Klenková, 2006).

K vyšetření řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou vytvořil Kábele (1988) Soubor slov a vět a Orientační vyšetření komunikačních dovedností. Je také autorem metodiky rozvíjení hybnosti a řeči dětí s DMO, založené na **zásadě včasnosti, vývojovosti, reflexnosti, komplexnosti, rytmizace, kolektivnosti a individuálního přístupu**.

2.2.2 Poruchy řeči u osob s mentální retardací

Řeč osob s mentální retardací je narušena takovou mírou, že někteří odborníci se v minulosti pokusili nalézt definici, která by charakterizovala specifický vývoj jejich řeči (Lechta, 2002). Její vývoj již od počátku probíhá pomaleji, ani později však nedosáhne gramatické, obsahové ani artikulační jazykové normy. Nutná je jistá prahová hodnota IQ a pokud jí není dosaženo, míra osvojených řečových schopností dítěte zůstává jen na velmi primitivní úrovni. Některé výzkumy dokonce tvrdí, že už novorozenci se projevují křikem odlišným od křiku dětí intaktních, proto to bývá často i první příznak, který rodiče zaregistrují. Nicméně diagnostikovat mentální postižení jen na základě opožděného vývoje řeči nelze. Je nutná důkladná a včasná diferenciální diagnostika, která odliší mentální postižení od případné sluchové vady, poruchy mluvidel případně prodloužené fyziologické nemluvnosti.

Slovní zásoba mentálně retardovaných dětí je chudá, odvíjí se od stupně postižení. Převažují v ní zejména názvy běžně užívaných předmětů, přídavná jména popisující vlastnosti předmětů se téměř nevyskytují. Zevšeobecňování a používání slov obecného významu se objevuje jen velmi vzácně, často navíc neadekvátně použítá. Spoustu slov, která děti znají, neumí využít aktivně. Oproti intaktní populaci je patrný velký nepoměr mezi aktivním a pasivním slovníkem.

Úroveň gramatiky se stejně jako u slovní zásoby odvíjí od stupně mentální retardace. Velmi málo jsou používána slovesa, přídavná jména, zájmena nebo spojky. Syntax je proti ostatním dětem vývojově opožděný, u lehčích forem převažují jednoduché věty a často se objevují dysgramatismy. Jedinci se střední a těžkou formou normy nikdy nedosáhnou.

Vývoj výslovnosti je stejně jako u ostatních jazykových norem opožděn. Zatímco intaktní děti končí její vývoj většinou s nástupem školní docházky, zde tomu tak není. Vzhledem k tomu, že začínají mluvit později, nemají mentálně postižené děti v tomto období ještě dostatek verbální praxe, celý proces ještě navíc může být znesnadněn např. častou nedoslýchavostí a motorickou neobratností (Klenková, 2006; Lechta, 2002).

Řeč jedinců s **lehkou mentální retardací** není na první pohled ničím nápadná. Problémy se ale projevují např. v nenadálých komunikačních situacích, kde nemohou být

použity zafixované stereotypy, také úroveň abstrakce většinou nedosáhne normy. Podle Valenty (2013) se opožděný vývoj řeči projeví až se začátkem povinné školní docházky. Pozitivní vliv má v těchto případech podnětné výchovné prostředí.

Vývoj řeči u osob se **střední mentální retardací** začíná až po 3 roce, někdy dokonce až v 6. roce života. Později jsou ale schopné zvládnout i základy čtení, psaní a počítání. Lechta (2002) uvádí, že hranice mezi lehkým a středním stupněm retardace je mnohem menší, než mezi její střední a těžkou formou. Dle Valenty (2013) jednoduchost a chudá obsahová stránka řeči přetrvává až do dospělosti, neobvyklá není ani stagnace na nonverbální úrovni komunikace. Klenková (2006) dále poukazuje na Sovákův poznatek, že díky velmi dobré napodobovací schopnosti jsou tyto děti schopné reprodukce někdy i delších textů. Než o aktivní zpracování jde však spíše o mechanické opakování bez pochopení obsahu.

U dětí s **těžkou a hlubokou mentální retardací** řeč obvykle vůbec není vyvinutá, jejich hlasový projev zůstává na pudové úrovni. U těžších forem jsou typické neartikulované zvuky případně modulované podle pocitů libosti či nelibosti. Mimika a neverbální komunikace je také ochuzena, někteří jedinci nejsou schopni vyjádřit ani své základní fyzické potřeby, např. hlad. V lepších případech se pak mohou objevit dysgramatická nebo zkomolená slova, spíše podobná dětskému žvatlání než skutečné řeči (Klenková, 2006; Lechta, 2002).

Poruchy řeči u dětí s mentální retardací jsou velmi heterogenní. Na jejich vznik působí zejména snížená úroveň intelektu, opožděný motorický vývoj a poruchy motorické koordinace, časté poruchy sluchu a anomálie mluvních orgánů, důležitá je i podnětnost prostředí.

- **Dyslalie** je stejně jako u intaktních dětí nejčastěji se vyskytující vadou, s tím rozdílem, že kromě nejfrekventovanějších poruch artikulace R a sykavek, se vyskytuje v hojně míře i špatná výslovnost tzv. lehčích hlásek, jako je P, F, V. Může se ve větší míře objevit i „polykání hlásek“ na konci slov nebo mogilalie tj. úplné vynechávání hlásky, kterou dítě neumí artikulovat. Příčinou četnosti dyslalie může být zvýšený výskyt organických změn na řečových orgánech např. u dětí s Downovým syndromem (gotické patro) nebo u osob trpících kretenismem (velký jazyk).
- Velmi častá je i **huhňavost**. Otevřená se vyskytuje hlavně u těžších forem, a to z důvodu nedostatečné inervace měkkého patra, zavřená huhňavost bývá způsobena zvětšenou nosní mandlí.
- **Dysartrie** se vyskytuje zejména ve spojení s dětskou mozkovou obrnou.

- **Breptavost a koktavost** je typická zejména pro eretické jedince. Mohou být kombinovány s dalšími poruchami, např. s dysgramatismy apod.
- **Echolálie**, neboli mechanické opakování slov bez pochopení jejich smyslu, je poměrně častá u jedinců, kteří nemají porušenu motoriku řečových orgánů.
- Oproti tomu **dysprozódie** se vyskytuje spíše u jedinců s poruchami motoriky (Klenková, 2006).

V logopedické péči je důležitá již zmíněná diferenciatní diagnostika a zahájení péče v co možná nejranějším věku. Pro práci s mentálně retardovanými jedinci byly definovány určité zásady. Uplatňuje se zásada imitování přirozeného vývoje řeči, zásada mentálního věku dítěte, Sovákova zásada výstavby řeči, zásada názornosti a správného řečového vzoru, individualizace, rytmičace a pomocí různých cvičení je dobré se zaměřit na rozvoj motoriky, sluchové percepcie a diferenciacie (Lechta, 2002).

2.3 Alternativní a augmentativní komunikace

Ke komunikaci osob s výrazně narušenou expresivní složkou řeči může být využita Alternativní a Augmentativní Komunikace - AAK (alternative and augmentative communication - AAC). Alternativní komunikační systém nahrazuje mluvenou řeč, zatímco Augmentativní komunikace, z lat. Augmentare - rozšiřovat, je doplňkový způsob komunikace rozšiřující běžnou řeč, která je u osob s narušenou komunikační schopností nedostatečně rozvinuta nebo narušena. Tato alternativa běžných způsobů dorozumívání vytváří u jedinců s narušenou komunikační schopností nový komunikační kanál, čímž zabraňuje vzniku komunikačního deficitu a sekundárně i sociální izolace. Nevýhodou tohoto systému je, že jej neovládá široká veřejnost, neznají jej v obchodech nebo na úřadech. Také časová náročnost samotného komunikačního aktu je mnohem větší. Přesto přináší lidem s narušenou komunikační schopností možnost se vyjádřit, prezentovat a aktivně participovat ve spoustě situacích, ve kterých byli dříve jen jako nezúčastnění posluchači.

Klasifikovat je můžeme několika způsoby:

a) podle způsobu přenosu informace

- **statické** – Bliss, piktogramy
- **dynamické** – komunikace pomocí gest a znaků př. znakový řeč, prstová abeceda, znak do řeči, Makaton...

b) podle druhu senzorického kanálu zprostředkovávajícího danou informaci

- **akusticko-taktilní** – Braillovo písmo, Lormova abeceda, latinka do dlaně, reliéfní pomůcky...
- **optické** – mimicko-gestikulační komunikace, znaková řeč, daktylotika, písmo, Bliss, piktogramy, odezírání, pohyby těla...
- **opticko-akustické a vibrační systémy** – totální komunikace, orální komunikace, komunikace pomocí vibračních nebo elektroakustických systémů...

c) podle konečnosti počtu znaků

- **otevřené** – nekonečný počet znaků, kombinacemi znaků vznikají nové významy
- **uzavřené** – počet znaků je konečný, každý má jen jeden obsahový význam

d) podle využitelnosti pomůcek

- **bez pomůcek** – využívána je hlavně neverbální komunikace př. mimika, gestika pohledy...
- **s pomůckami** – využívány fotografie, obrázky, reálné předměty, symboly, komunikátory...
- **jiné typy** – technické pomůcky k obsluze počítače, dotekové obrazovky, upravené klávesnice...(Klenková, 2006; Bendová, 2005)

Shrnutí

Potřeba komunikace je vlastnost všech živých organismů, pro lidskou populaci ale navíc představuje důležitý socializační činitel. Pro realizaci komunikace je důležitá komunikační schopnost. Pokud však některá z jazykových rovin projevu působí proti komunikačnímu záměru interferenčně, mluvíme o narušené komunikační schopnosti. Narušené komunikační schopnosti doprovázející jiné dominující postižení označujeme jako symptomatické poruchy řeči. Ty se velmi často vyskytují u dětí s mentální retardací a dětskou mozkovou obrnou.

3 Sociální služby

Sociální službou se pro účely zákona o sociálních službách č.108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů rozumí: „*Činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“

3.1 Historie

Sociální služby byly do konce 18. století zajišťovány především církevními institucemi. Tzv. sociální služby, jejichž úkolem bylo zabezpečit základní životní potřeby lidem v nouzi, začaly vznikat až od 19. století, nicméně medicínský model, který v nich byl uplatňován, přetrvával v naší legislativě až do roku 2007. Po komunistickém převratu v roce 1948 veškerou spolkovou a charitativní sociální péči převzal totalitní stát. Vznikl tak značně deformovaný monopolní systém, který byl nedemokratický a centralizovaný. Mimo vlivu církve a charity, byla ze systému téměř vyloučena i rodina a občanům byla násilně přisouzena role pasivních příjemců služeb a dávek, aniž by se podíleli na rozhodování o jejich rozsahu a kvalitě. Je tedy jasné, že po roce 1989 je potřeba zásadních změn v této oblasti naprosto nezbytná. Novelizace zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení sice umožnila vznik nových nestátních organizací a rozvoj alternativních forem sociální péče např. ambulantní a terénní služby, nicméně nedostatky v systému financování a absence plánovitého komplexního rozvoje další pokroky velmi zpomalila. Výsledkem je stále převládající systém pobytových služeb, včetně třídění uživatelů na základě některých společných znaků, který je zaměřen převážně na nejzákladnější potřeby klientů (Bednář, 2012).

3.2 Rysy a rizika ústavní péče

Bednář (2012, s. 11) uvádí Goffmanovu definici **totální instituce**: „*Jsou to organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od života běžných občanů moderní společnosti. Jde o místo, které slouží současně jako bydliště i jako pracoviště, v němž větší počet podobně situovaných jedinců oddělených na delší dobu od vnější společnosti vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života.*“

Znaky totální instituce:

- a) Na jednom místě jsou realizovány aktivity, které v běžném životě vykonáváme odděleně a na různých místech.
- b) Všechny aktivity probíhají za přítomnosti druhých osob a dohlíží na ně tatáž autorita.

- c) Je dodržován přísně závazný rozpis činností
- d) Často dochází k přerušení jak rodinných, tak i profesních a občanských vztahů.
- e) Všechny činnosti naplňují proklamované cíle organizace (Vávrová in Bednář, 2012).

Jedním z charakteristických znaků ústavní péče je umísťování institucí do budov původně sloužících k jiným účelům. Hojně byla využívána různá šlechtická sídla a záměčky, nezřídka situované na samotu nebo do malých obcí či okrajů měst. Od toho se pak odvíjí i stereotypní architektonické řešení těchto budov. Problémem je jednak bariérovost, dále pak neefektivní centralizované členění prostor, zejména separovaná oddělení na jednotlivých patrech, časté situování ergoterapeutických dílen do suterénu, velké chodby, řady ložnic, spousta nevyužitelného prostoru a zároveň nedostatek soukromí i míst pro společné aktivity. Důsledkem toho rostou náklady na údržbu i ne hospodárnost provozu.

Typickým členěním institucí podle rozsahu péče, věku nebo typu postižení klienta, vznikají oddělení obyvatel s podobnými znaky, které nepodněcují v člověku motivaci „učit se žít“ a podporují tzv. labeling, nálepkování či etiketování. Tato struktura často sleduje spíše potřeby organizace, než potřeby klientů. Personální složení je zatíženo feminizací a bohužel ne vždy splňuje požadavky na komplexní týmovou spolupráci. Vytržením jedince z jeho přirozeného sociálního prostředí, od rodiny a přátel, vzniká sociálně vykonstruovaná závislost, abychom tomu předešli, je nutné podporovat u klientů růst zdravého sebevědomí a nabízet příležitosti ke smysluplným činnostem (Bednář, 2012).

Matoušek (1999, s. 118) definuje následující rizika vyplývající z dlouhodobé ústavní péče:

- **Hospitalismus** – Dobrá adaptace na umělé podmínky ústavu, spojená se snižující se schopností fungovat v civilním životě mimo ústav. Je pochopitelně mnohem snazší pohybovat se v omezeném prostředí ústavu, kde jsou obstarány všechny činnosti péče, následkem těchto redukcí však může být např. zhoršená komunikační schopnost, hledání náhradního uspokojení, regrese do ranějších vývojových stádií apod.
- **Homogenní kolektivy** - Ústavy bývaly zřizovány pro osoby stejného pohlaví, se stejným problémem nebo postižením a často i s velmi podobnou osobnostní charakteristikou a „sociální inteligencí“. Je tedy vysoce pravděpodobné, že pobyt v tomto velkém, uzavřeném kolektivu bude problémy spíše násobit, než řešit. Nemalou roli hraje i nepřítomnost opačného pohlaví. Vzhledem k tomu, že člověk je sexuální bytostí, často je pak tento nedostatek kompenzován např. homosexuálními vztahy, které zvláště u mladistvých mohou přetrvávat i po propuštění z ústavní péče.

- **Ponorková nemoc** – Problém uzavřených, stereotypních prostředí (dříve námořníci, astronauti...) působí negativně na toleranci, zvyšuje únavu, později vyprovokovává nepřátelské postoje apod.
- **Konfúze rolí** – Vzhledem k situaci, že ústav do jisté míry supluje rodinu, může vychovatel v něčem připomínat přítele či učitele, v první řadě ale musí zastávat svou profesionální roli, a to i pokud impuls k překročení profesionálních hranic dal klient, odpovědnost nese vždy zaměstnanec.
- **Omezené partnerství** – Oblast partnerství a sexuality bývá zpravidla nedostatečně zpracována, často je nemožné navázat trvalý vztah, ať už k jedné osobě, nebo ke stabilní společenské skupině.
- **Šikana** – V institucích s uzavřeným, autoritativním režimem, jsou podmínky pro prosazování svých zájmů násilím, příp. jiným omezujícím způsobem. Nejohroženější skupinou jsou většinou nejslabší jedinci, s nízkým sebevědomím, nemocí, nebo nějakým způsobem odlišní. Jako šikana bývá označováno většinou agresivní chování klientů vůči klientům, ale často dochází i k zneužití moci personálu. Kromě nadměrného trestání, ponižování, dochází i k „jemnějším projevům, jako např. ubírání stravy, přisvojování si klientových výsledků práce personálem, nebo k sexuálnímu zneužívání.
- **Ztráta soukromí** – „*Domov je místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí*“ („ibid“). Bohužel v tomto ohledu ústavy často domovem nejsou. Problémem je zejména vynucené sdílení pokojů více klienty, aniž by si mohli vybrat, s kým ho budou sdílet. Také nutnost podřídit se režimu a potřebám ostatních obyvatel zapříčiňuje fakt, že si člověk nemůže např. poslouchat hlasitou hudbu, kdy se mu líbí apod.

3.3 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. platící v České republice od ledna 2007 přinesl největší změny sociálních služeb v posledních dvaceti letech. Převratnou novinkou je zejména úprava vztahu mezi uživatelem a poskytovatelem služby. Uživatel, který byl dříve vždy jen pasivním příjemcem služby, se dnes aktivně podílí na **smlouvě o poskytování služeb**, v níž jsou definovány jeho individuální potřeby a nasmlouvány přesně ty služby, které potřebuje k jejich uspokojení (Michalík, 2008).

Výraznou změnou je i **příspěvek na péči**, který je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Na základě zákonem definovaných základních životních

potřeb, kterých jsou nebo nejsou uživatelé schopni, jsou rozděleni do čtyř stupňů závislosti, podle nichž je zákonem stanovena výše příspěvku. Za tyto finance jdoucí ze státního rozpočtu poskytuje uživateli sociálních služeb pomoc osoba blízká, asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb registrovaný dle zákona č.108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Podle Michalíka (2008) je zavedení příspěvku snahou o odstranění nerovnosti uživatelů, viditelné např. na příkladu dvou dětí se stejným stupněm, postižení, kdy jednomu umístěnému v ústavu sociální péče stát přispíval částkou několikanásobně vyšší, než druhému v domácí péči.

Zákon o sociálních službách dále ukládá poskytovatelům povinnost poskytovat sociální služby pouze na základě oprávnění – registrace, které vzniká na základě rozhodnutí vydávaného krajským úřadem. Všichni poskytovatelé sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, jsou uvedeni v **registru poskytovatelů sociálních služeb**. V elektronické podobě je dostupný z: <http://iregistr.mpsv.cz>.

Ze zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů vychází i povinnost poskytovat služby v určité kvalitě, za jejíž kontrolu odpovídá inspekce řízená krajským úřadem. Při této příležitosti vstoupily v platnost **Standardy kvality**, které vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí jako metodický materiál už v roce 2002, nyní jsou součástí prováděcí vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. Michalík (2008) uvádí Standardy kvality jako soubor měřitelných a do jisté míry ověřitelných kritérií, popisujících jak má vypadat kvalitní služba. Bednář dodává, že kromě pravidel a principů poskytování sociálních služeb, slouží zejména jako měřítko pro hodnocení jejich naplnění. Od roku 2007 tedy platí patnáct standardů, rozdělených na **standardy procedurální, personální a provozní**, pro něž jsou dále vypracovány doporučené postupy poskytovatele pro oblast jím poskytované služby tzv. **kritéria**. Byly také určeny některé povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, vyplývající ze Standardů a jejichž nedodržování se sankcionuje (Bednář, 2012).

Nově také zákon stanovil předpoklady pro práci pracovníka v sociálních službách, sociálního pracovníka i akreditace vzdělávacích zařízení a programů, aby byla zajištěna odbornost poskytovaných služeb. Pro obce a kraje pak zákon ukládá povinnost **komunitního plánování** (Matoušek, 2007).

Nová kategorizace rozdělila sociální služby na **služby sociální péče**, jako přímé péče o osoby se sníženou samostatností (osobní asistence, pečovatelská služba, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.), služby **sociální prevence**, sloužící k předcházení segregace lidí ohrožených negativními vlivy (azylové domy, domy na půl cesty, nízkoprahová zařízení apod.) a **sociální poradenství**. Nové jsou především

terénní služby osobní asistence, dále chráněné bydlení nebo podpora samostatného bydlení. Každá služba je v zákoně popsána, je zde uvedena nejen charakteristika, ale i cílová skupina a základní nabízené činnosti. Podle místa poskytování rozlišujeme služby terénní, ambulantní a pobytové (Matoušek, 2007).

Ministerstvo práce a sociálních věcí už nyní chystá od roku 2016 opět změnu v kategorizaci sociálních služeb. Reaguje údajně zejména na připomínky poskytovatelů, pro které je škála služeb příliš široká a zahrnuje je zbytečnou administrativou. Nová typologie sociálních služeb by měla soustředit nynějších 33 typů služeb do šesti základních typů. Rozsah činností zůstane, pouze bude jasněji definován a shrnut pod menší počet typů služeb (Jandová, 2013).

3.4 Transformace sociálních služeb

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí“ (Matoušek, 1999, s. 19).

K odstranění zastaralého systému, kde jsou uživatelé služeb pouze pasivními příjemci sociálních dávek a služeb, je však kromě nové legislativy nutná i celková transformace sociálních služeb, ve znamení humanizace, normalizace a deinstitucionalizace. Princip normalizace formuloval americký sociolog Goffman, později bylo vytvořeno osm kritérií:

- Oddělení práce od volného času a bydlení
- Normální denní rytmus
- Normální roční rytmus
- Normální chod života
- Dostatečné ekonomické zabezpečení
- Respektování potřeb a přání člověka
- Přiměřený kontakt pohlaví a život v sexuálním světě
- Přiměřený standart ve vybavenosti zařízení (Valenta, 2013, s. 321)

Deinstitucionalizace je proces přeměny institucionální péče na péči komunitní. Cílem je podpora uživatelů sociálních služeb, aby mohli žít podle své svobodné volby, životem, který je obvyklý pro jejich vrstevníky, žít v běžné zástavbě a využívat sociální služby, zastávat běžné společenské role a mít normální denní i životní rytmus dle svého výběru, chodit do práce, do školy apod. Transformací velkokapacitních ústavů v zařízení jiného typu je podpořeno naplňování lidských práv a práv uživatelů na plnohodnotný život. Výsledkem deinstitucionalizace by měla být společnost, která vnímá své členy užívající sociální služby

v jejich běžných společenských rolích, př. jako sousedy, žáky, kolegy, prodavače....apod. Na podporu transformace sociálních služeb byl Ministerstvem práce a sociálních věcí realizován projekt Podpora transformace sociálních služeb a v rámci tohoto projektu pak vzniklo Národní centrum podpory transformace sociálních služeb zaštiťující celý tento proces (MPSV).

Shrnutí

Sociální služby jakožto činnosti poskytující osobám v nepříznivé sociální situaci pomoc se začleněním do společnosti, jsou důležitou součástí sociální politiky státu. Český sociální systém poznamenaný totalitním řízením minulého režimu už dlouho volal po změně a dočkal se jí v roce 2006. Nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů přinesl nejen nové terénní typy služeb a zcela nový systém vyplácení příspěvků, ale také pojmy jako deinstitucionalizace a transformace. Na uživatele služeb se již nepohlíží jako na pouhé „konzumenty“, nově si mohou sami vybrat, jaké služby potřebují. Přestože problémů je stále celá řada, zejména transformace ústavních služeb je dlouhodobý a náročný proces, kýžené výsledky tu jistě jsou.

4 Praktická část

Praktická část se týká 37leté ženy s těžkou mentální retardací v kombinaci s omezením hybnosti, z oddělení pro uživatele s vyšší mírou podpory Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník. Její jméno bylo po dohodě s rodinou změněno.

4.1 Metodologie a cíle šetření

Hlavními cíli mé bakalářské práce bylo **zpracovat případovou studii** uživatelky s těžkým mentálním a tělesným postižením a provést **analýzu řeči** této uživatelky. Důvodem bylo zejména poznat způsob jejího vyjadřování, což bylo nezbytné pro analýzu verbální komunikace zaměstnanců uživatelkou. V další části bylo provedeno pozorování komunikace několika pracovníků domova sociální péče v průběhu podávání jídla uživatelce domova, během něhož byly zjišťovány odpovědi na následující **dílčí cíle**:

- Zjistit zda pracovníci během podávání stravy a krmení uživatelky s ní verbálně komunikují. V případě záporné odpovědi zjistit důvody proč tomu tak bylo a za jakých podmínek by s uživatelkou verbálně komunikovali, případně komunikovali více?
- Zjistit zda pracovníci znají metody alternativní a augmentativní komunikace, používají je, nebo by je chtěli použít a vyzkoušet?
- Zjistit jak pracovníci uživatelku oslovují, jaká témata k hovoru pracovníků s uživatelkou byla nejčastěji diskutována a na která z témat nejvíce reagovala uživatelka?
- Zjistit jaký je věk pracovníků, obor vzdělání a délka jejich praxe v sociální sféře. Porovnat zda mají tyto údaje vliv na četnost a kvalitu komunikace s uživatelkou.

Při tvorbě praktické části bakalářské práce byly použity tyto metody:

- **participační pozorování** uživatelky a zaměstnanců při práci, data byla průběžně zapisována, z rozhovorů zaměstnanců s uživatelkou byl pořizován audiozáznam pouze pro potřeby průzkumu
- **participované rozhovory** s pracovníky domova v průběhu mé měsíční praxe v tomto zařízení, aniž by jim byl dopředu sdělen přesný cíl rozhovoru, aby co nejméně docházelo k ovlivňování výsledků, získaná data byla zapisována ex post a následně zpracována do grafů s komentářem
- informace pro **případovou studii** byly získány z dostupných lékařských záznamů, dokumentů Domova a participovaného rozhovoru s matkou uživatelky
- **logická analýza osobní dokumentace uživatelky a dokumentů zařízení**

- **logická analýza odborné literatury**
- **logická analýza získaných dat**

4.2 Charakteristika místa šetření

Poznatky pro praktickou část mé bakalářské práce byly čerpány v Domově pro osoby se zdravotním postižením Javorník (DZP Javorník). Toto zařízení se nachází ve středu Hostýnských vrchů v obci Chvalčov, nedaleko Bystřice pod Hostýnem. Přestože se nachází uprostřed nádherné přírody, není problém ani jeho dostupnost, a to jak po silnici, tak vlakem či autobusem.

Klientelu domova tvoří osoby se zdravotním a mentálním postižením se sníženou soběstačností, od staršího dětského věku do stáří (nejmladší uživatel má 10 let a nejstarší obyvatelkou je paní ve věku 68 let). Celková kapacita domova je 120 klientů, z toho 4 využívají služby denního stacionáře a 2 týdenního stacionáře. Snahou domova je i vytvoření služby chráněného bydlení, nicméně finanční ani prostorové podmínky nejsou úplně ideální. Vzniklo tedy zatím pouze jakési „pseudo-chráněné bydlení“, které využívá několik uživatelů s nízkou mírou podpory. Pozitivní je jistě už jen pokus zřídit nový typ služby a hlavně snaha o individuální řešení.

Samotný domov je začleněn do běžné zástavby, bez omezení vstupu. Je tvořen centrální budovou, se dvěma odděleními pro uživatele s vyšší mírou podpory a čtyřmi samostatnými rodinnými domky pro uživatele s nižší a střední mírou podpory. V hlavní budově se dále nachází centrální kuchyně, zázemí pro administrativu a vedení domova, centra denních činností, rehabilitace a vodoléčba.

Součástí DZP Javorník jsou i dvě třídy – praktická a speciální, spadající pod Základní školu speciální a Základní školu praktickou Kroměříž, kam dochází asi 8 dětí z domova a několik žáků z nedalekého okolí. Toto řešení zároveň s tím, že i někteří lékaři (praktický lékař, psychiatr, stomatolog) působí pravidelně přímo v budově domova, bohužel stále připomíná „totální instituci“. Malým krokem k lepšímu je snad alespoň to, že uživatelé z rodinných domků dochází za těmito službami do hlavní budovy.

Pro uživatele s nižší a střední mírou podpory podle zájmu v zařízení fungují během dopoledne čtyři dílny ergoterapie - šicí, vyšivací, tkací a keramická, a jedna dílna arteterapeutická, kam dochází 8-10 uživatelů. Cílem je udržení denního režimu, duševní pohody, vlastní seberealizace, navazování kontaktů a také rozvíjení motoriky, smyslového

vnímání a estetického citění uživatelů. Během odpoledne pak fungují pro zájemce zájmové kroužky, jako dramatický, hudební a sportovní, některé, jako lyžování, plavání nebo turistický kroužek fungují jen sezónně. Ostatní uživatelé tráví čas dle svých individuálních přání, např. pobyty venku apod. Pro uživatele s vyšší mírou podpory jsou určeny aktivizační činnosti zaměřené na udržení nebo zvýšení samostatnosti v oblasti hygieny, oblékání, stolování...dle jejich přání, potřeb a zájmů.

Snahou pracovníků domova je zpřístupnění co nejširší škály možností využití volného času pro všechny obyvatele domova, včetně organizování a návštěv kulturních, sportovních a společenských akcí. Každoročně je pořádán Mikuláš, Masopust, diskotéky, besídky, turistické vycházky do okolí, účast na speciálních olympiádách s mnoha skvělými výsledky!! Uživatelé mají možnost se účastnit zimních nebo letních rekreací, a to v tuzemsku i v zahraničí. V minulosti již navštívili ostrov Djerbu, Bulharsko, Tunis, z našich lokalit např. Baťův kanál, Krkonoše, Jeseníky a další. Na financování těchto akcí se významně podílí nadační fond „Gemáček a Javorníček“ založený v roce 2002 firmou Gemma ve spolupráci s vedením domova.

Pracovníci domova se snaží podporovat přirozené kontakty uživatelů s okolím. I když by toto mělo být samozřejmostí u všech zařízení tohoto typu, ne všude tomu tak opravdu je. I zde v Javorníku je co zlepšovat, z mého pohledu zejména v oblasti uživatelů s vyšší mírou podpory, nicméně krásným důkazem a také vzorem do budoucna je svatba jedné obyvatelky domova s mužem z Chvalčova, kterou pořádal a zajistil domov ve spolupráci s ženichovou rodinou v roce 2004 (dostupné z: <http://jaryn.nwt.cz/usp/>).

4.3 Případová studie

„Jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů, ... o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. ... Předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům“ (Hendl, 2005, s. 104).

Jméno: Martina

Věk: 37 let

Osobní anamnéza

Těhotenství probíhalo normálně, porod dle slov matky v termínu, o genetickém zatížení rodiny neví. Porod proběhl bez komplikací, Apgar skóre 6-8-9, porodní váha 2400g/45cm,

kojena jen do 2 měsíců věku, pro nedostatek mléka. Nápadné začalo být výrazné opoždění psychomotorického vývoje. Proto bylo cca v roce věku provedeno podrobné neurologické vyšetření.

Martina je drobná, tmavovlasá 37letá žena. Při prvním setkání kontaktu byla vždy velmi pozitivně naladěná a usměvavá. Na dalších setkáních již reagovala na známý hlas, kdykoliv jsem se objevila ve dveřích, očividně měla ze setkání radost. I přes zjevné komunikační obtíže projevovala velkou ochotu komunikovat.

Ukazovala mi fotografie rodiny i sbírku pohledů a dopisů. Velmi také dbá na svůj zevnějšek, ráda se parádí, nechává si lakovat nehty a miluje korále a náramky. Má ráda hudbu, sleduje hudební pořady v televizi a jednou týdně navštěvuje hudební kroužek v domově. Vadí jí ruch v denní místnosti mezi ostatními klienty na oddělení, zejména mívá konflikty se dvěma muži, protože vzhledem k charakteru svého postižení se jim nemůže bránit. Ráda se dívá na televizi ve svém pokoji, kde ji nikdo neruší. Jinak je ale naopak velmi společenská, kromě návštěv rodiny má radost, když se jí kdokoliv věnuje, pracovníci domova, praktikanti apod. Je ráda středem pozornosti, občas si ji vynucuje i nevhodným chováním (např. během krmení se mi pozvracela, podle ošetřujícího personálu tak zkouší hranice, upoutává pozornost jen na sebe, dělá to všem nově příchozím pracovníkům, praktikantům).

Rodinná anamnéza

Martina se narodila zdravým rodičům jako 3. dítě v pořadí, dva starší bratři i mladší sestra jsou zdraví. Matka, v době porodu 28letá, pracovala jako dělnice v továrně. Otec v té době 30letý pracoval jako soustružník. Sociální i emocionální zázemí rodiny bylo v době narození Martiny dobré, ale vzhledem k náročné péči o ni a o další tři nezletilé děti byla Martina ve svých šesti letech na žádost matky umístěna do zařízení sociální péče, kde žije již 30 let, dodnes. Vztahy s rodinou jsou nadále dobré, sourozenci za Martinou několikrát do roka jezdí, v létě si ji berou na měsíc domů. V pokoji má vystavenou spoustu fotografií rodiny, velmi ráda si je prohlíží a ukazuje je ostatním, sbírá také pohlednice a dopisy, které jí rodina posílá.

Lékařská anamnéza

- V roce věku provedeno kompletní neurologické vyšetření a posléze byla diagnostikována hluboká mentální retardace (F73.0) ve smyslu oligofrenie
- epilepsie typu grand mal (G 40.9)

- dětská mozková obrna (G80.9) ve formě spastické kvadruparesy, s postupným úplným ochrnutím pravé ruky
- perinatální encefalopatie, přesněji kraniostenosa, typ oxycephalie
- skolioza vysokého stupně, spolu s celodenním pobytem v téměř horizontální poloze zapříčiňuje špatné odkašlávání a časté vleklé záněty dýchacích cest, reflux.

V průběhu života se její stav nijak výrazně neměnil, neprodělala ani žádná další vážnější onemocnění. Nadále se u Martiny vyskytují epileptické záchvaty různé intenzity, většinou emočně vázané (po návštěvách nebo po návratu od rodiny, při konfliktech s ostatními obyvateli domova, pokud jí není vyhověno apod.)

Psychomotorický vývoj

Psychomotorický vývoj byl od narození výrazně opožděn. V šesti letech se podle zprávy z neurologického vyšetření Martina převracela na břicho, nelezla, nemluvila, předměty uchopovala levou rukou, sed zvládla pouze s oporou. Tento stav se již výrazně nezměnil.

Dnes Martina s oporou sedí na speciálním kočáře a v tomto polosedě tráví převážnou část dne. Jemná motorika je, vzhledem k ochrnuté pravé ruce a malému rozsahu pohybu levé, paretické ruky, velmi omezená. Předměty bere do levé ruky dlaňovým občas klešťovým úchopem. Posun udělala v oblasti hygieny, při potřebě si řekne a je vysazovaná na toaletu, pleny má pouze na noc. Ve všech ostatních sebeobslužných činnostech je zcela odkázána na pomoc druhé osoby.

Strava je jí od útlého věku mixována, vzhledem k patologickému tvaru lebky má potíže jak při polykání, tak při řeči. Přesto je Martina velmi komunikativní, pomáhá si gesty, očima a mimikou (podrobnější analýzy řeči viz níže).

Záznamy z vyšetření

- **neurologické vyšetření v roce věku**

psychomotorický vývoj výrazně opožděn, neleze, nesedí, zjištěna mentální retardace, epilepsie, paréza všech končetin, lebka výrazně oploštělá
(přesná lékařská zpráva není k dispozici, vyčteno z pozdějších lékařských záznamů)

- **neurologické vyšetření ve třech letech**

dívka s mentální retardací – hluboký stupeň (oligofrenie), časté epileptické záchvaty, perinatální encefalopatie, dentice nedokončená, výrazná podváha, spastická kvadruparesa, kolena stočena na levou stranu, pravá ruka téměř nepohyblivá, levou zvládá dlaňový

úchop, nesedí, začíná lézt, krmena z lahve, celodenně přebalována, nemluví, začíná se objevovat broukání, matce doporučeno ústavní umístění

- **neurologické vyšetření v šesti letech**

stav od minula téměř nezměněn, diagnostikována hluboká mentální retardace, epilepsie typu Grand mal, DMO spastická kvadruparesa a úplné ochrnutí pravé ruky, těžká skolirosa páteře, výrazná kraniostenosa typ oxycephalie s perinatální etiologií, první chrup dokončen, dentice kazová, strava mixována, polykání s potížemi, časté zvracení, pleny na noc, přes den vysazována, sedí s oporou, neleze, nemluví, na matku reaguje pozitivně, jinak neklidná a plačtivá, matka vzhledem k péči o dvě starší děti a další novorozené péči o ni už nezvládá, vyslána žádanka o ústavní umístění.

- Žádná další odborná vyšetření v pozdějším věku nebyla dle záznamů provedena.

Školní anamnéza

Martina byla ve svých šesti letech diagnostikována jako nevzdělavatelná a matce bylo doporučeno její umístění do ústavní péče. Nikdy tedy nenavštěvovala školu, ani jí nebyla poskytnuta žádná logopedická péče.

4.4 Analýza řeči

„Diagnostiku řeči 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“ (Přinosilová in Černá, 2008, s. 120).

Verbálně se Martina projevuje jen velmi málo. Většinou komunikuje spíše ukázáním na to, co chce, gesty levou rukou, mrkáním, výrazy v obličeji, kýváním hlavy a hlasitým jekotem. K vyjádření souhlasu používá slovo „JO“, pokud se jedná o věc, o kterou jeví zájem, doprovází jej kýváním hlavy a širokým úsměvem. Velmi často se objevuje echolálie. Nesouhlas vyjadřuje hlasitým jekotem, je velmi dobře čitelný i ve výrazu tváře, někdy používá i slovo „NE-E“. Pokud se jí něco výrazně nelíbí (např. při kontaktu s některými klienty) je výraz někdy až děsu jasně patrný i z intonace křiku. Někdy u toho také mává (zdravější) levou rukou, případně si ji dává před obličej, jako by si jej chránila. Potřebu jít na toaletu vyjadřuje slovem „A-A“, zda se jedná o močení či stolici nerozlišuje. Pro označení své osoby užívá slovo „MATA“ (pravděpodobně jako Martina, Mart'a-tak ji oslovuje

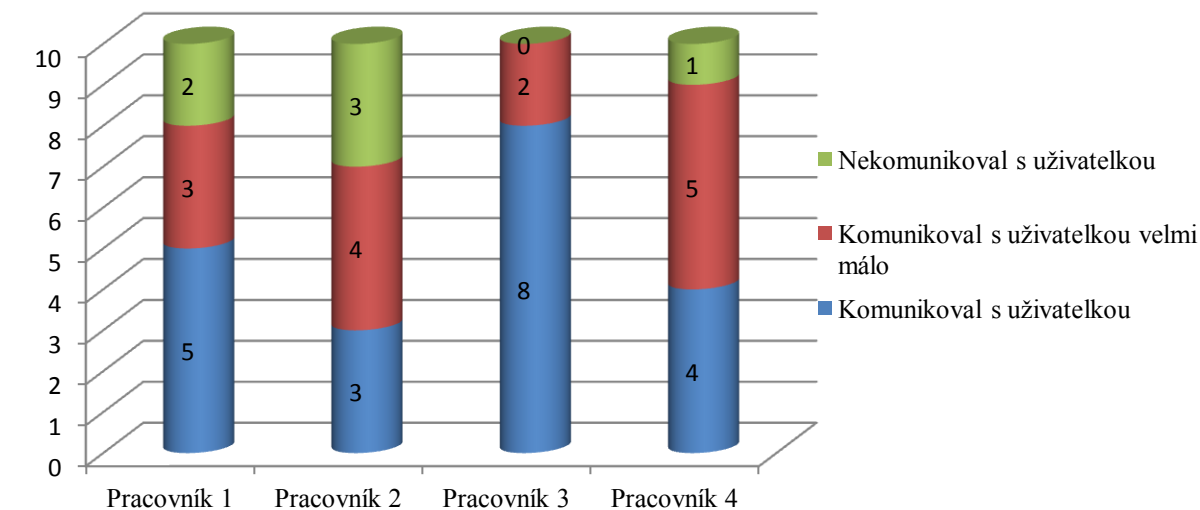
personál) se současným ukázáním na sebe pomocí ukazováku levé ruky. Pro některé pracovníky má své označení, znějící jako krátké zkomoleniny jejich jmen („JAŠI“, „AŇA“). Další projev je omezen na neartikulované zvuky, někdy připomínající nesrozumitelná krátká slova. Nedostatek aktivní slovní zásoby vynahrazuje ochotou komunikovat. Vzhledem k tomu, že její pasivní slovní zásoba se jeví jako podstatně lepší než aktivní složka, dá se s ní poměrně dobře komunikovat pomocí používání slůvek „JO“ a „NE-E“. Občas je ale používá zřejmě jen jako mechanická opakování slova, aniž by věděla, s čím souhlasí.

4.5 Verbální komunikace zaměstnanců s uživatelkou

V průběhu šetření byli pozorováni zaměstnanci Domova pro osoby se zdravotním postižením Javorník během podávání stravy a krmení uživatelky Martiny. Vzhledem k tomu, že během jedné pracovní směny v tomto zařízení zodpovídá jeden pracovník až za cca 6 uživatelů, bohužel ne vždy má dostatek času na verbální komunikaci s každým jednotlivým z nich. Proto je praktická část mé bakalářské práce věnována průzkumu, zda alespoň čas, který zaměstnanci s uživatelkou stráví během podávání stravy, využijí k verbální komunikaci s ní. Během dvou kalendářních měsíců byli pozorováni 4 pracovníci, kteří se v péči o uživatelku střídali, každý v 10 případech. Získaná data byla zpracována do grafů. Další doplňující informace byly získány participovanými rozhovory s jednotlivými zaměstnanci.

4.5.1 Četnost verbální komunikace s uživatelkou

Graf 1 zaznamenává, zda zaměstnanci během alimentace s uživatelkou verbálně komunikovali. Zaměstnanci jsou označeni jako pracovník 1, pracovník 2, pracovník 3 a pracovník 4. Pozorováno bylo 10 případů krmení každým pracovníkem, celkem tedy 40 situací. Cílem tohoto úkolu je zjistit, zda pracovníci využívají čas určený k alimentaci pouze k uspokojení fyzických potřeb uživatelky, v tomto případě hladu, nebo zda uspokojují i její psychické potřeby, tedy zda jej využívají k verbální komunikaci s uživatelkou.

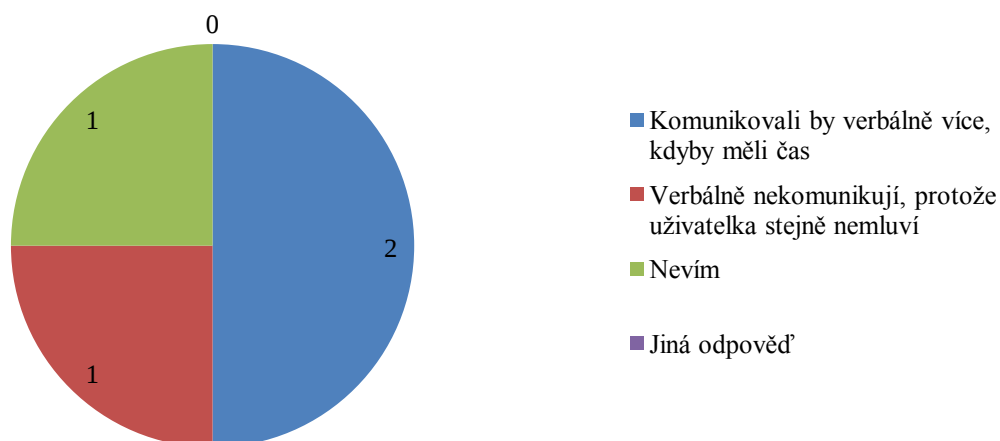


Graf 1: Četnost verbální komunikace s uživatelkou

Z výsledků grafu vyplývá, že pouze ve dvaceti pozorovaných situacích ze čtyřiceti, tj. v 50 % situací zaměstnanci s uživatelkou verbálně komunikovali. V šesti případech (tj. 15 %) s ní verbálně nekomunikovali vůbec a ve zbylých čtrnácti případech (35 %) verbálně komunikovali jen velmi málo. Pouze jeden pracovník využil čas k verbální komunikaci ve 100 % situací, z toho v 20 % ale komunikoval pouze málo.

4.5.2 Důvody verbálního nekomunikování s uživatelkou

Druhý graf odpovídá na otázku, proč zaměstnanci s uživatelkou verbálně nekomunikovali. Cílem úkolu bylo zjistit důvody, proč tento čas nebyl k verbální komunikaci využit, případně za jakých podmínek by pracovníci jednali jinak. Odpovědi byly získány během participovaných rozhovorů s pracovníky.

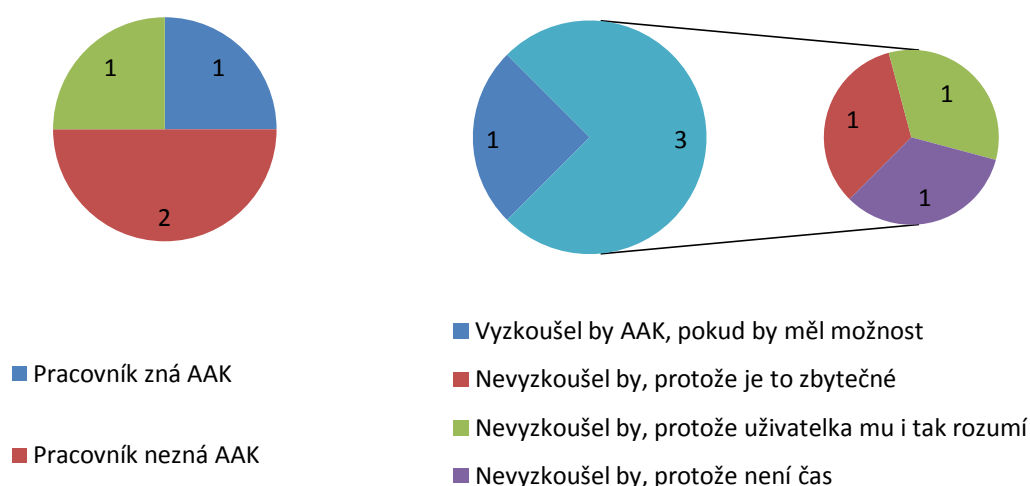


Graf 2: Důvody verbálního nekomunikování s uživatelkou

Jak nám graf ukazuje, dva pracovníci odpověděli, že pokud by měli na krmení klientky více času, určitě by ho ke komunikaci využili. Jeden pracovník odpověděl, že s klientkou verbálně nekomunikuje, protože klientka stejně nemluví. Jeden pracovník nevěděl. V souhrnném výsledku se dá říct, že 50 % dotázaných pracovníků by si klientkou verbálně komunikovalo více a častěji, pokud by měli lepší podmínky.

4.5.3 Užití alternativní a augmentativní komunikace

Cílem třetího úkolu bylo zjistit, zda pracovníci znají **alternativní a augmentativní komunikaci** (dále jen AAK), zda by ji, kdyby měli možnost, vyzkoušeli a důvody, které k tomu mají. Výsledky opět zjišťovány participovaným rozhovorem.

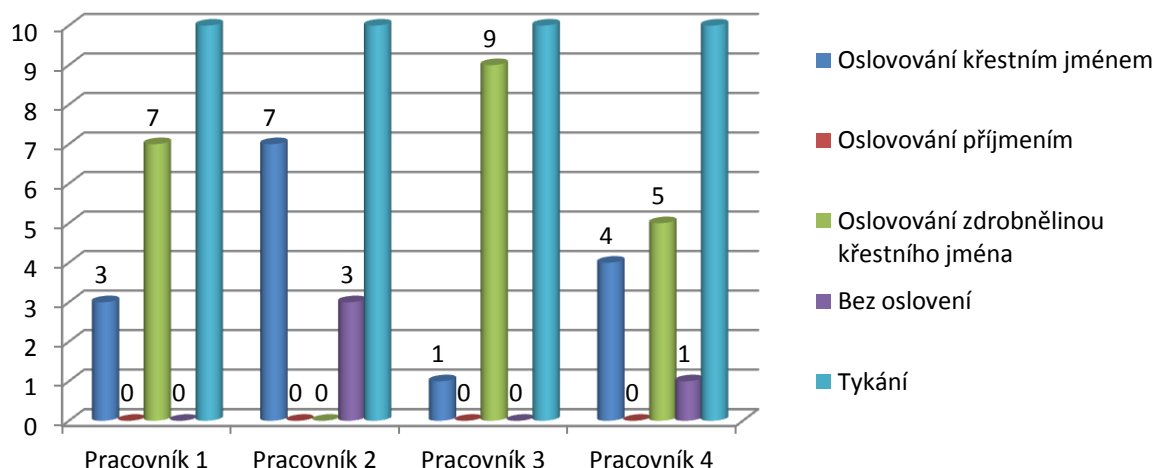


Graf 3: Užití alternativní a augmentativní komunikace

Bohužel bylo zjištěno, že dva z dotázaných zaměstnanců AAK neznají vůbec (pracovník 1 a 2), pracovník 4 o něm někde slyšel a pouze zaměstnanec 3 ví, o co se jedná. Z dalšího šetření vyplynulo, že pouze pracovník tři by byl ochoten AAK vyzkoušet, pokud by k tomu dostal možnost. Zbývajících tři by ho zkoušet nechťeli. Jedním z uvedených důvodů bylo, že uživatelka i bez AAK rozumí základním sdělením. Druhý pracovník uvedl, že na to v pracovní době není časový prostor a třetí pracovník označil AAK za zbytečné. Celkové shrnutí ukazuje, že 75 % pozorovaných zaměstnanců AAK nezná a staví se k jeho používání negativně.

4.5.4 Oslovování uživatelky

V grafu 4 je zaznamenáno, jak pracovníci uživatelku oslovovali a zda jí tykali nebo vykali.

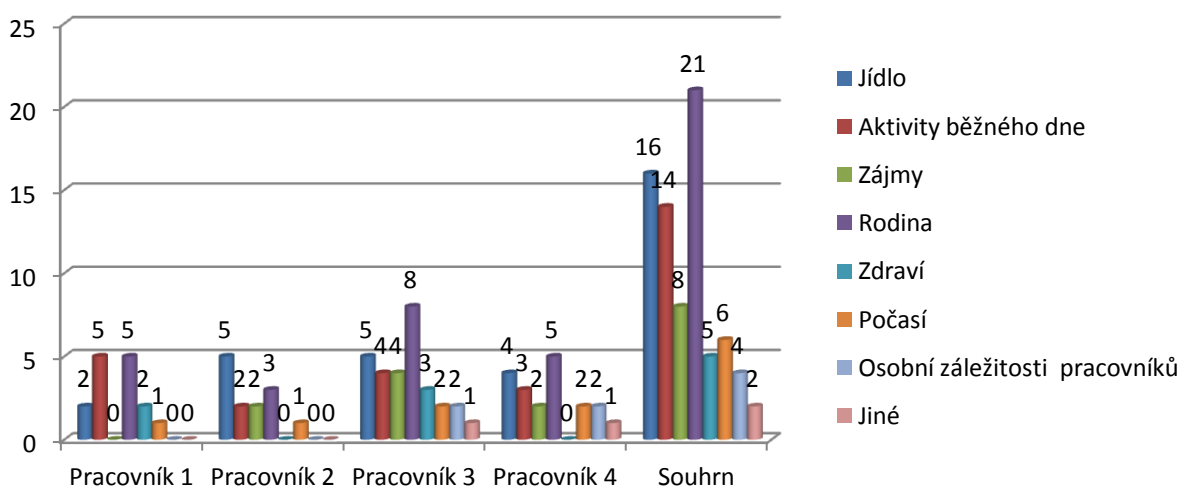


Graf 4: Oslovování uživatky

Z šetření vyplývá, že všichni pracovníci klientce tykali. Žádný z pracovníků ji neoslovuje příjmením a pouze dva pracovníci celkem ve čtyřech případech tj. v 10 % s klientkou komunikovali bez oslovení. V celkovém shrnutí lze říci, že v 90 % případů zaměstnanci klientku oslovují jejím křestním jménem nebo jeho zdrobnělou formou. Z dalších rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že klientka je obyvatelekou Domova již cca 30 let, všichni ji znají a na tykání se dohodli, je tedy na tento způsob komunikace zvyklá a sama ho vyžaduje.

4.5.5 Nejdiskutovanější témata

Graf 5 nám poskytuje výčet témat komunikace. Cílem úkolu bylo zjistit, jaká jsou nejčastější témata k hovoru s klientkou, zda s ní pracovníci hovoří pouze o jídle a o tom co jí, nebo jsou témata širší, která se nejvíce opakují.

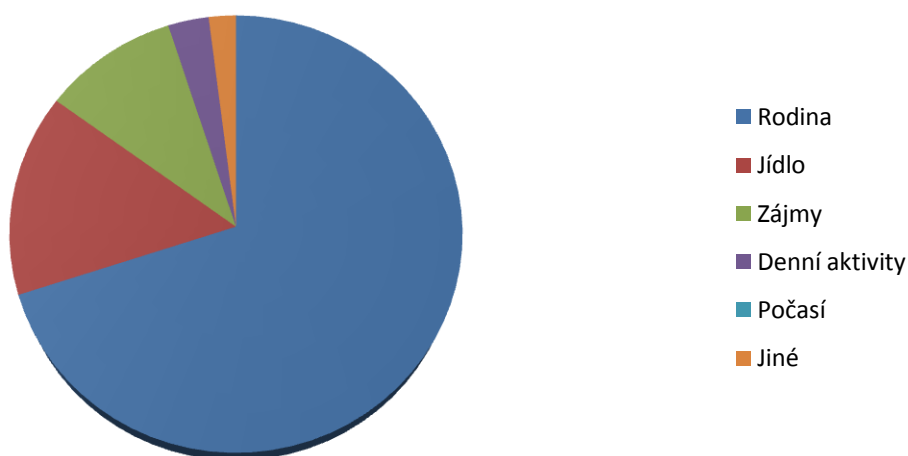


Graf 5: Nejdiskutovanější témata

Nejčastěji diskutovaná témata seřazená od nejvíce opakovaného byla tato: rodina, jídlo, aktivity běžného dne, její zájmy, počasí, zdraví, osobní záležitosti pracovníků a jiné. Vzhledem k tomu, že někdy zaměstnanci vystřídali i tři témata za jeden rozhovor, nesedí počet mluvených témat s počty šetřených situací. Nelze je tedy ani vyjádřit procenty. Do kategorie jídlo je zahrnuta konverzace o tom co má daný okamžik k jídlu, jestli jí to chutná, zda by si dala raději něco jiného apod. Pod aktivity běžného dne jsem pro větší přehlednost shrnula komunikace o tom, co dělala včera, ráno, co bude dělat zítra, ale i věci týkající se např. každodenních hygienických procesů, do zájmů je zařazeno mimo jiné, i co sleduje v televizi. Celkově nejvíce opakovaným námětem k hovoru bylo téměř u všech pracovníků téma rodiny. Důvodem je zřejmě klientčina široká rodina, která za ní jezdí. Oproti tomu pouze dvě pracovnice mluvily s klientkou i o své rodině a svých osobních záležitostech. Nejširší škálu témat vystřídala pracovnice číslo 3.

4.5.6 Reakce uživatelky na témata

Šestý úkol má za cíl zjistit, na jaká témata nejvíce reagovala klientka



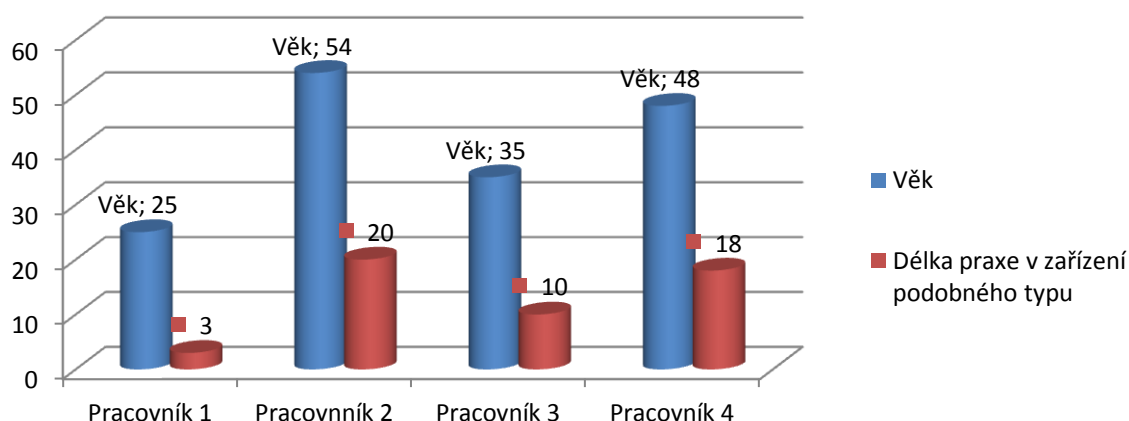
Graf 6: Reakce uživatelky na témata

Podle grafu má klientka nejraději téma rodiny. Vždy na něj reagovala velmi potěšeně, úsměvem nebo hlasitým smíchem, často se sama snažila aktivně komunikovat a upozornit na toto téma. Druhé nejemotivnější pro ni bylo ve většině případů téma jídla, tentokrát spíše v negativním slova smyslu. Většinou jídlo odmítala hlasitým voláním „Nee“, případně odvracela tvář nebo držela jídlo v ústech a odmítala spolknout. Třetí nejsilnější oblastí, na kterou byla zaznamenána reakce klientky, jsou její zájmy. Velmi radostně přijímala komunikaci zejména o lakování nehtů, sledování televize a o hudebním kroužku,

který navštěvuje. Reakce na ostatní témata byly vesměs zanedbatelné. Závěrem musím uvést, že nejoblíbenější klientčino téma se shoduje s nejvíce diskutovaným, ze strany pracovníků, viz graf 5.

4.5.7 Věk a praxe v oboru

Cílem osmého úkolu bylo zjistit věk a délku praxe pracovníků a posléze se podle srovnání s grafem 1 pokusit určit, zda mají tyto údaje v našem případě vliv na četnost a kvalitu komunikace s klientkou.

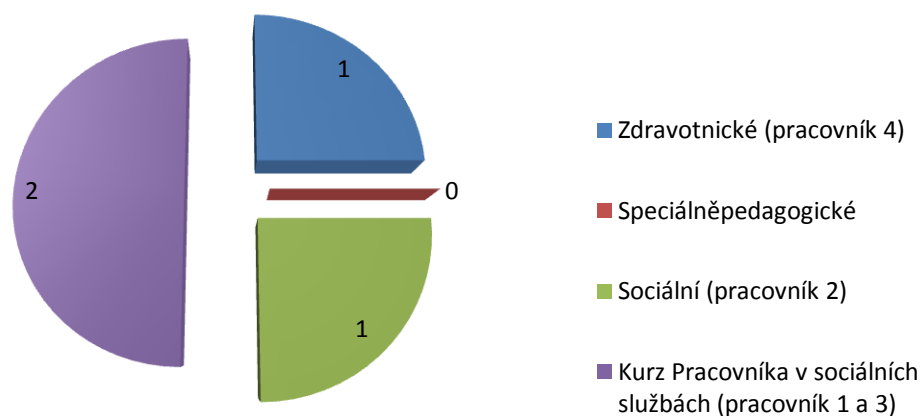


Graf 7: Věk a praxe v oboru

Všichni pracovníci jsou ženy ve věku mezi pětadvaceti a čtyřiapadesáti lety. Dvě z nich (pracovnice 2 a 4) pracují v sociální sféře v podstatě celý život. Pracovník 3 je pětatřicetiletá žena s desetiletou praxí. Pracovnice 1 je nejmladší a praxi má teprve tři roky. Výsledky ukazují, že ani dlouhá praxe v oboru nezaručuje lidský přístup. Naopak, když se ohlédneme na graf 1, pracovnice 2 s nejdelší praxí s klientkou komunikovala nejméně ze všech pozorovaných zaměstnanců, nejvíce pak pracovník číslo tři s desetiletou praxí. Také jsme si potvrdili Bednářovo (2012) tvrzení o feminizaci oboru.

4.5.8 Vzdělání

V osmém grafu je zpracován obor vzdělání zaměstnanců, zejména mě zajímalo, zda mají vzdělání sociálního nebo speciálně pedagogického směru a posléze srovnání zda má toto zjištění vliv na četnost verbální komunikace s uživatelkou.



Graf 8: Vzdělání

Pracovnice číslo dvě má vzdělání sociálního charakteru, pracovnice čtyři má vzdělání zdravotnické, obě pracují na pozici pracovníka v sociálních službách. Pracovnice tři po studiu střední školy ekonomického směru z vlastního zájmu chtěla jít pracovat do sociální sféry. Od té doby s kurzem pracovníka v sociálních službách pracuje na této pozici a dle jejích slov ji práce velmi baví. Pracovnice číslo jedna po studiu středního odborného učiliště absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách, důvodem byla dle jejích slov lepší šance nalézt zaměstnání. Všichni pracovníci jsou středoškoláci a ani jeden z nich nemá speciálněpedagogické ani vzdělání, což pravděpodobně vysvětluje neznalost systémů AAK.

4.6 Závěrečné vyhodnocení šetření

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zpracovat případovou studii a analyzovat řeč a způsoby dorozumívání uživatelky DZP Javorník a dále pozorování čtyř pracovníků domova sociální péče při krmení uživatelky. Tímto způsobem byly získány odpovědi na dílčí cílové otázky, které budou zodpovězeny v následující kapitole.

4.6.1 Výsledky šetření

- **Zjistit zda pracovníci během podávání stravy a krmení uživatelky s ní verbálně komunikují. V případě záporné odpovědi, zjistit důvody proč tomu tak bylo a za jakých podmínek by s uživatelkou verbálně komunikovali, případně komunikovali více?**

Z grafu 1 vyplývá, že pracovníci domova využívají čas určený k alimentaci uživatelky i jako příležitost k verbální komunikaci s ní jen v 50 % případů, v dalších 35 % případů s ní komunikovaly nedostatečně a ve zbylých 6 % neproběhla komunikace vůbec. Jak ukazuje graf 2, jako důvod uvedly nedostatek času nebo i fakt, že klientka stejně nemluví. 50 % dotázaných pracovníků by s uživatelkou verbálně komunikovalo více a častěji, pokud by měli lepší podmínky.

- **Zjistit zda pracovníci znají metody alternativní a augmentativní komunikace, používají je nebo by je chtěli použít a vyzkoušet?**

Systémy alternativní a augmentativní komunikace znala jen jedna pracovnice, jedna o nich slyšela. Celkově se k ní 75 % pozorovaných zaměstnanců stavělo negativně, pouze jedna z pracovníků by je ráda vyzkoušela. Jak vyplývá z grafu 3, jako důvod jedna pracovnice uvedla, že uživatelka základním sdělením porozumí i bez AAK, jeden pracovník to dokonce označil za zbytečné. V týmu chybí speciální pedagog (viz graf 8), který by seznámil ostatní zaměstnance se systémy AAK a s jejich přínosem pro kvalitu života uživatelů.

- **Zjistit jak pracovníci uživatelku oslovují, jaká témata k hovoru pracovníků s uživatelkou byla nejčastěji diskutována a na která z témat nejvíce reagovala uživatelka?**

Všichni pracovníci učitelce tykali a oslovovali ji křestním jménem, případně jeho zdrobnělinou, protože uživatelka je na tento způsob zvyklá a sama ho vyžaduje (graf 4). Nejčastěji diskutovaná témata k hovoru byla rodina, jídlo, aktivity běžného dne, její zájmy, počasí, zdraví, osobní záležitosti pracovníků a jiné (viz graf 5). Uživatelka sama nejvíce

reagovala na téma rodiny, často se snažila sama aktivně komunikovat a upozornit na toto téma. Druhým nejvíce emotivním tématem bylo jídlo, byť spíše v negativním smyslu a třetím zájmy uživatelky (graf 6). Pozitivní zjištění je, že nejvíce diskutovaná témata se shodují s tématy, které má nejraději uživatelka sama.

- **Zjistit jaký je věk pracovníků, obor vzdělání a délka jejich praxe v sociální sféře.**

Porovnat zda mají tyto údaje vliv na četnost a kvalitu komunikace s uživatelkou.

Pozorovanými pracovníky byly ženy, ve věku mezi pětadvaceti a čtyřiapadesáti roky, všechny zaměstnané na pozici pracovníka v sociálních službách. Jedna zaměstnankyně měla zdravotnické vzdělání, jedna vzdělání sociálního směru a dvě pracovnice pracovaly původně v jiném oboru a poté absolvovaly kurz pracovníka v sociálních službách.

. Bylo zjištěno, že vzdělání ani délka praxe v oboru nemusí mít vždy vliv na četnost, délku ani kvalitu verbální komunikace s uživatelkou. Nejvíce verbálně-komunikačních situací a nejvíce témat k hovoru vystřídala (graf 1 a 5) pracovnice, která původně není vzdělána v oboru a má desetiletou praxi, naopak zaměstnankyně s celoživotní praxí s uživatelkou verbálně komunikovala nejméně.

Uživatelka Martina je i přes svůj těžký handicap velmi komunikativní a společenská. Díky své pasivní slovní zásobě se s ní dá velmi dobře verbálně dorozumět pomocí slůvek ano a ne, přesto jsou jisté oblasti, kde vyjádření tímto způsobem není dostačující. Dle mého názoru by bylo více než vhodné a přínosné vyzkoušet u ní některý ze způsobů alternativní a augmentativní komunikace, pomocí něhož by mohla lépe vyjádřit svá přání, a tím přispět k větší socializaci a kvalitě svého života. Vzhledem k tomu, že Martina má velmi ráda fotografie, doporučovala bych začít s nimi a postupně vyzkoušet např. piktogramy nebo jiný obrázkový systém. Velmi přínosné by bylo zapojit do pracovního týmu speciálního pedagoga se znalostí systémů AAK, který by principy jejich používání a zejména jejich přínos osvětlil i dalším pracovníkům zařízení.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na život klientky s těžkým mentálním i tělesným postižením v domově sociální péče. Cílem práce bylo zjistit, zda zaměstnanci využívají čas strávený s klientkou během podávání stravy a krmení, jen k uspokojení hladu, tedy potřeb fyzických, nebo saturují i její psychické potřeby, zejména zda s ní verbálně komunikují.

Podklady pro praktickou část práce byly získány opakovaným podrobným pozorováním několika pracovníků Domova během alimentace klientky a doplňujícími nestrukturovanými rozhovory s pozorovanými zaměstnanci. Abych lépe pochopila rozhovory pracovníků a mohla z nich vyselektovat důležité informace, nejprve jsem se věnovala sestavení případové studie klientky a analýze způsobů její komunikace. Data získaná z pozorování byla následně zpracována graficky.

V první teoretické kapitole práce jsou vysvětleny pojmy mentální retardace, její klasifikace a etiologie, dále zvláštnosti osob s tímto znevýhodněním. Druhá kapitola je věnována komunikaci, narušené komunikační schopnosti osob s mentálním postižením a okrajově i způsobům náhradních druhů komunikace. V poslední teoretické kapitole jsou shrnuty některé informace o sociálních službách v České republice.

Výsledky z praxe bohužel nejsou příliš uspokojivé. Pracovníci s uživatelkou verbálně komunikovali jen v polovině případů. Ani míra zkušeností vyplývající z délky praxe na tuto skutečnost neměla vliv, spíše naopak. Uživatelka domova i přes míru svého postižení má poměrně dobrou kapacitu pasivní slovní zásoby a je velmi komunikativní, přesto některé pracovnice zastávají názor, že nepotřebuje komunikovat, vždyť „přece nemluví“, případně pro jiné pracovní povinnosti nemají na komunikaci s ní čas. Těžko soudit, zda na tento fakt má vliv to, že ani jedna z pozorovaných pracovnic nemá speciálněpedagogické vzdělání a přiznejme si, že pobytové sociální služby jsou i přes všechny transformační snahy stále ještě více zaměřeny na uspokojování v první řadě fyzických potřeb klientů, teprve pak těch dalších. Pevně věřím, že v budoucnu bude stále více zařízení, kde tomu tak nebude.

Seznam použité literatury a zdrojů

1. BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J. 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7.
2. BEDNÁŘ, M. 2012. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 153 s. ISBN 978-80-244-3069-0.
3. BENDOVIÁ P. Komunikace osob s kombinovanými vadami. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2005. *Kombinované vady*. Vyd 1. V Olomouci: Univerzita Palackého. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
4. ČERNÁ, M. a kol. 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. DOLEJŠÍ, M. 1973. K otázkám psychologie mentální retardace. Praha: Avicennum.
6. FISCHER, S.; ŠKODA, J. 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
7. FRANIOK, P. 2008. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 3., dopl. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. 142 s. ISBN 978-80-7368-622-2.
8. HENDL, Jan. 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. KÁBELE, F. 1988. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou*. 1. vyd. Praha.

10. KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Vyd. 1. Praha: Grada. 224 s. Pedagogika. ISBN 80-247-1110-9.
11. KRAUS, J. a kol. 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. 344 s., [6] s. obr. příl. ISBN 80-247-1018-8.
12. KOZÁKOVÁ Z. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2005. *Kombinované vady*. Vyd 1. V Olomouci: Univerzita Palackého. 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
13. LECHTA, V. 2002. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál. 191 s. ISBN 80-7178-572-5.
14. MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Sociologické nakladatelství. 159 s. Studijní texty; sv. 8. ISBN 80-85850-76-1.
15. MATOUŠEK, O. a kol. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
16. MATULAY, K. 1986. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta. ISBN 70-077-86.
17. MICHALÍK, J. 2008. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání. 223 s. ISBN 978-80-903658-1-0.
18. MIKULAŠTÍK, M. 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0650-4
19. OPATŘILOVÁ, D. 2010. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.

20. PIPEKOVÁ, J. 2010. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.
21. REGEC, V. a kol. 2012. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 204 s. Ostatní odborné publikace. ISBN 978-80-244-3203-8.
22. SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.
23. ŠLAPAL, R. 2002. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido. 35 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-017-4.
24. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. 2003. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. 187 s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-821-X.
25. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
26. VALENTA, M. a kol. 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. 495 s. ISBN 978-80-7320-187-6.
27. VYBÍRAL, Z. 2010. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. 263 s. ISBN 80-7178-291-2
28. ZVOLSKÝ, P. 1996. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-718-4203-6.

Použité elektronické zdroje

1. *Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník* [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://jaryn.nwt.cz/usp/>
2. JANDOVÁ H. 2013. *MPSV: Nový balíček služeb zlepší dostupnost sociální pomoci* [online]. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://podporaprocesu.cz/mpsv-novy-balicek-sluzeb-zlepsi-dostupnost-socialni-pomoci/>
3. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Manuál transformace ústavů* [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=85933&app=NavBar&grp=AtonPortlets&mod=Menu&sta=NavBarMenu&pst=NavBarLightMenu&p1=OID_INT_2328&p2=RoundPanel_BOOL_True&p3=ExpandAll_BOOL_True&p4=ShowRoundPanel_BOOL_True&acode=106557292.
4. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>
5. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Transformace sociálních služeb* [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>
6. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam tabulek a grafů

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Klasifikace dle Penrose

Tabulka č. 2: Klasifikace dle WHO

Seznam grafů:

Graf 1: Četnost verbální komunikace s uživatelkou

Graf 2: Důvody verbálního nekomunikování s uživatelkou

Graf 3: Užití alternativní a augmentativní komunikace

Graf 4: Oslovování uživatelky

Graf 5: Nejdiskutovanější témata

Graf 6: Reakce uživatelky na témata

Graf 7: Věk a praxe v oboru

Graf 8: Vzdělání

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Rozhovor zaměstnance s uživatelkou

Příloha 1

Vybraný rozhovor zaměstnance s uživatelkou

Zde uvádím přepis jednoho z pozorovaných rozhovorů pracovník 3 (žena, 35 let, 10 let praxe, vzdělání: kurz PSS)

Vysvětlivky: **M:** klientka Martina, **P:** pracovník 3, *kurzívou označen popis doprovodných činností*

P: Ahoj Marti, nesu oběd. Máš hlad?

M: „Nee“, *krouť hlavou a mračí se, šermuje rukou před obličejem.*

P: Koukej, máš nudlovou polívku, je dobrá.

M: *Stále se mračí a krouť hlavou.*

P: Tak ji aspoň ochutnej a přinesu ti druhý.

M: *Otvírá pus, postupně polyká dvě lžíce polévky a odvrací hlavu:* „Nee“!

P: Dobře, nebudu tě nutit. Ale teď si pošmákněš, koukej, co máš? *Ukazuje Martině misku s jídlem.*

M: *Dívá se do misky, stále se mračí, mlčí.*

P: Sladký máš přece ráda, žemlovku si dáš ne?

M: *Kývá na souhlas.*

P: Já myslela, že ti s těma pejskama vyhládlo a vidím, že moc ne. (*pozn. Myšleno na canisterapii*)

M: *Směje se:* „Nee“ *a ukazuje na misku a ke dveřím.*

P: Jo, to je mi jasný, že bys to dala radši tomu psovi, ale jenom jez. A kdo tam s tebou byl? Iveta?

M: *Kývá a zamračeně ukazuje na muže na vozičku opodál.*

P: Radek taky?

Jmenovaný slyšel, že se o něm mluví, přiblížil se k Martině a sahá jí na koleno.

M: *S děsem v očích hlasitě zavřískne.*

P: Radku máš tam taky oběd, tak se mu věnuj, ano? Marti a ty si ho nevšímej.

M: *Vyžděšeně se ohlíží na Radka.*

P: Jééé, Mart'ó a ty máš dneska svátek, že?

M: *Kývá, usmívá se a ukazováčkem si klepe na hrudník:* „Ma-ta“!

P: No tak všechno nejlepší! A dostala jsi něco?

M: *Zvedá ruku a strká ji pracovníci k očím, cinká náramkem, hlasitě se směje a opakuje: „Joo, jo.“*

P: No ten je super, ty zase budeš hvězda!! Já ti k tomu nalakuju nehty, chceš?

M: *Kroutí hlavou, usmívá se a znovu zvedá ruku, ukazuje temně rudé nehty.*

P: Aha, tak až příště jo? A kdo ti je nalakoval?

M: *Ukazuje prstem doprava (směrem ke svému pokoji): „D-D-D-D“.*

P: Měla jsi návštěvu?

M: „Jo“, *kývá, usmívá se, ukazuje z okna.*

P: Kdo přijel, brácha?

M: „Jo“, *znovu kývá a ukazuje z okna. „Brrrrrrrrrm“, napodobuje zvuk auta.*

P: Jo? Přijeli autem? Z Brna?

M: *Mává rukou, hlasitě se směje a kývá hlavou, viditelně dává najevo radost: „Jo-o, jo, jo-o“.*

P: Vaši taky přijeli?

M: „Jo, jo, jo-o!“ *(pozn.: není pravda, přijeli jen sourozenci s rodinami)*

P: Marti a ten hezkej brácha taky přijel?

M: *Přikyvuje, usmívá se s plnou pusou kaše.*

P: To je ten Dominik, nebo jak se jmenuje?

M: *Šermuje rukou před obličejem, vyrazí pracovníci lžící z ruky: „Né-e“.*

P: Teda Martino, koukej, co děláš! Sbírá lžící a utírá kaši z oblečení.

M: *Hladí pracovníci po ruce, tváří se provinile: „Ne-e“*

P: Tak jak se jmenuje ten krásnej? Jo počkej, to je Dan?

M: „Jo, jo-o, jo-o“, *kývá.*

P: Ten je tak krásnej, Marti, kdybych byla mladší... směje se, mrká na M.

M: *Chechtá se nahlas, hýká smíchy.*

P: Brala bys mě za švagrovou?

M: „Ne-e“, *kroutí hlavou, mává rukou a ukazuje směrem k pokoji. Usmívá se.*

P: Neboj, já vím, že je brácha ženatej.

M: *Stále ukazuje směrem k pokoji: „E-e-e“*

P: Co? Dovezli ti fotky? A holky tu nebyly? *(pozn. myšleno neteře)*

M: „Jóó-jo“, *směje se s pusou od ucha k uchu, očividně má velkou radost.*

P: Tak mi je potom ukážeš jo?

M: „Jo, jo!“ *přikyvuje, usmívá se, opět drží kaši v ústech.*

P: Jez prosím tě, podívej se, jaké si vyžle, to máš z toho, že nejíš. Když nebudeš jíst, dostaneš sondu jak Aneta. To bys chtěla? (Pozn.: *Uživatelka velmi špatně jí a nespolupracuje při jídle, pracovníci ji nutí, aby nemusela být zavedena PEG-perkutánní endoskopická gastrostomie*)

M: *Tváří se vyděšeně, pomrkává, natahuje k pláči, kroutí hlavou.*

P: Tak a co říkal brácha, dovezl ti klobásy? (Pozn.: *bratr vede firmu vyrábějící uzeniny*)

M: *Znovu kroutí hlavou, odmítá nabízenou lžici.*

P: Ty vážně nechceš?

M: „Ne, ne“.

P: A co jsi jedla?

M: *Ukazuje směrem k zázemí pracovníků, odkud se posléze ozývá vysvětlení: „Měla před hodinou zákusek a kafe“*

P: Vaši ti dovezli zákusky?

M: *Usmívá se, kývá a rukou gestikuluje nad hlavou, vypadá to jako „Móóc“.*

P: Tak si dej poslední lžičku a já to odnesu. Teda, ten brácha je na tebe hodnej, to kdyby věděl, že nejíš!!

M: *Směje se, rukou napodobuje hlazení (nelze přesně rozeznat, koho tím myslí, zda bratra, nebo pracovníci).*

P: No jo, brácha je hodnej. Počkej, ještě ti přinesu pití a půjdeš si odpočinout? Bude „ležing“?

M: *Přikyvuje, usmívá se a naznačuje pohybem ruky přikrytí až po krk.*

P: Hned bych si lehla s tebou, šlofika po obědě.... *Odváží M. do pokoje, ukládá ji na lůžko.*

M: *Naznačí pohybem ruky místo vedle sebe*

P: Nene, to nejde, jen hezky odpočívej sama. Chceš pustit televizi?

M: „Jo-o:“ *Prstem ukazuje, který program tam chce nechat (Pozn.: ŠLÁGR)*

P: Nezapomeň, že máš odpoledne zpívání. Iveta tě tam pak odveze. *Odchází.*

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Kopečná
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Kantor, Jiří, Ph.D.
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Speciálněpedagogické intervence osob s mentálním postižením v rámci Domova sociální péče
Název v angličtině:	Special Educational Intervention mentally handicapped persons in Department of Social Welfare
Anotace práce:	Bakalářská práce ve své teoretické části objasňuje pojmy mentální retardace, její etiologii, klasifikaci, druhá kapitola se věnuje komunikaci a symptomatickým poruchám při mentální retardaci a dětské mozkové obrně. Třetí kapitola je věnována sociálním službám. Hlavním cílem praktické části bylo zpracovat kazuistiku a analýzu řeči uživatelky Domova sociální péče s těžkým mentálním i tělesným postižením, vedlejším cílem bylo zjistit, zda zaměstnanci využívají čas určený ke krmení i k verbální komunikaci s uživatelkou. Byly použity metody zúčastněného pozorování, participovaných rozhovorů, případové studie, analýzy dat.
Klíčová slova:	Mentální retardace, komunikace, symptomatické poruchy řeči, sociální služby, domov sociální péče, kazuistika, rozhovor
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis in its theoretical part explains the concepts of mental retardation, its etiology, classification, the second chapter is devoted to communication and symptomatic speech disorders in mental retardation and cerebral palsy. In the third chapter are described social services. The main aim in practical part of it was to handle the case study and analysis of speech of client Social Welfare with severe mental and physical disabilities, the secondary objective was to determine whether the staff use the time allotted for feeding client also for verbal communication with him. Participating observation methods were used, unstructured interview, case studies, data analysis.
Klíčová slova v angličtině:	Mental retardation, communication, symptomatic speech disorders, social services, Department of Social Welfare, case report, discussion
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Rozhovor zaměstnance s uživatelkou
Rozsah práce:	51 stran/12 750slov/77 466 znaků
Jazyk práce:	Český