

## Úvod

Komunikace je jedna ze základních potřeb člověka. Představme si člověka, který je schopen komunikovat, ale nemá s kým. Pocity osamělosti, úzkosti, deprivace a izolace si málo kdo z nás umí představit. Osoby hluchoslepé, které v dnešní době můžeme potkávat na ulici s červenobílou holí v ruce mají tyto pocity v rámci komunikace s běžnou populací často, a nejen v tomto případě.

Při vzájemných setkání osob se současným postižením sluchu a zraku v České republice dochází k tomu, že si v důsledku využívání rozdílných komunikačních technik nerozumí, popřípadě jsou tyto techniky příliš pomalé a pro komunikaci nevyhovující.

Ve světě se jednou z univerzálních, rychlých komunikačních technik stává taktilní (dotekový) znakový jazyk, jež se pomalu začíná rozvíjet i v České republice.

Téma diplomové práce jsem si zvolila na základě zkušeností v rámci znakového jazyka neslyšících a studia speciální pedagogiky se změřením nejen na surdopedii, ale i tyflopeditii.

Díky těmto dvěma studijním kombinacím a zkušenostem z praxe bylo možné zaměřit se na modifikovaný znakový jazyk pro osoby s hluchoslepotou.

Práce je rozčleněna na dvě části. V první části se věnuji teorii hluchoslepoty, sluchovému a zrakovému postižení, znakovému jazyku a teorii taktilního znakového jazyka.

Druhá, praktická část obsahuje výzkum náročnosti jednotlivých typů znaků pro osoby s duálním sensorickým postižením.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Hluchoslepota

Hluchoslepota je jedním z nejtěžších postižení. Systematická péče, výchova a vzdělání osob se současným postižením zraku a sluchu se v České republice začala rozvíjet až od roku 1992. Do té doby byly tyto osoby nejčastěji zařazovány do ústavů sociální péče s minimálním právem na vzdělání.

### 1.1 Základní vymezení pojmu

Obecně se užívá termínu *hluchoslepota* – nejen u nás, ale i v zahraničí. Můžeme se ale také setkat s termíny *slepohluchota* nebo dokonce *slepohluchoněmota*. Definice nejsou jednotné, ale všechny se shodují ve faktu, že hluchoslepota není jen pouhým součtem ztráty zraku a sluchu, ale jedná se o speciální formu omezení.

Osoba s hluchoslepotou není vždy jen ta, která má úplnou ztrátu zraku a sluchu, ale také osoba, která má tyto funkce postiženy jen částečně.

Definice hluchoslepoty můžeme rozdělit na *definice z hlediska lékařského*, nebo *z hlediska funkčního*. Lékařské definice určují stav zraku a sluchu, případně funkčnost těchto smyslů. Udávají konkrétní hodnoty postižení zraku a sluchu v číslech, které jsou ovšem sporné při diagnostice především malých hluchoslepých dětí bez vytvořené schopnosti komunikace. Nastávají pak případy, kdy je dítě označeno jako jedinec s mentální retardací a důsledky špatné diagnostiky mohou nepříznivě ovlivnit celý jeho vývoj (Ludíková, 2000).

#### ***Lékařské definice:***

*„Polská definice považuje za hluchoslepeho toho jedince, jehož optický úhel (zorné pole) v lépe korigovaném oku není větší než 30 stupňů a jehož*

*sluchové schopnosti mu umožňují přijímat podněty stejné nebo silnější než 40 dB za určitých frekvencí řeči, to je od 500 do 4000 Hz.“ (Ludíková, 2000, s. 11)*

*„Francouzská definice hluchoslepoty pojímá úplně hluchoslepé jako osoby, které v rovině sluchové mají průměrnou ztrátu sluchu větší než 70 dB v řečových frekvencích na lepším uchu. V rovině zrakové mají zrakovou ostrost 1/20 nebo méně. V rovině neuropsychické mají chování autistické z důvodů sensorického strádání. Tato skupina vyžaduje speciální diagnostický a terapeutický přístup.“ (Ludíková, 2000, s. 11)*

### **Funkční definice:**

Funkční definice vymezují hluchoslepotu z pohledu vztahu postiženého k okolí, jeho úrovně komunikace a socializace. Zabývají se člověkem jako celkem, nikoliv jen stavem postižení.

Jednou z funkčních definic je definice severských států z roku 1980, která hluchoslepotu označuje jako kombinaci sluchového a zrakového postižení. Osoby s hluchoslepotou mají vážné problémy s komunikací, získáváním informací a orientací v prostředí. Také nemohou využívat služeb, které jsou určeny jen pro osoby se zrakovým nebo sluchovým postižením (Ludíková, 2000).

Další definice byla původně vypracovaná V. Husákovou (In Jakeš 2003), která uvádí, že hluchoslepotu je zdravotním postižením způsobeným souběhem sluchové a zrakové vady. Osobě hluchoslepé způsobuje psychické a sociální problémy i problémy v běžných situacích všedního života. K osobám takto postiženým je nutný individuální a specifický přístup v oblastech výchovy, vzdělávání a sociální rehabilitace. Postižení jedince s hluchoslepotou je závislé na délce projevu smyslového poškození a na jeho stupni (Husáková, 1993, In Jakeš 2003). Tato definice se nejčastěji používá v České republice.

Obecně závazná definice ve Spojených státech amerických určuje, že hluchoslepé děti jsou ty, které mají speciální potřeby v oblasti komunikace, vývoje a učení a nemohou se vzdělávat v programech pouze pro děti s poškozeným sluchem nebo pouze poškozeným zrakem či pro děti se

současným postižením sluchu a zraku bez dodatečné náležitě pomoci (Jakeš, 2003).

Na světové konferenci mezinárodního sdružení Deafblind International, která se konala roku 1999, byla stanovena další definice. Hluchoslepota podle výše uvedeného sdružení znamená kombinaci zrakového a sluchového poškození a její vymezení musí být zakotveno v legislativě, aby mohlo odkazovat na zvláštní specifické potřeby hluchoslepých lidí (Jakeš, 2003).

Anglická národní asociace hluchoslepoty a zarděnek SENSE označuje hluchoslepotu jako kombinaci zrakového a sluchového porušení, které je příčinou jedinečných problémů v komunikaci, pohybu, výchově, přísunu informací a pochopení okolního světa (Ludíková, 2000).

Jakeš (2003) uvádí přepracovanou verzi definice podle B. Titzla z roku 2001, která téměř odpovídá definici V. Husákové.

V roce 2001 byla také schválena jiná definice Světovou federací hluchoslepých. Hluchoslepota je v jejich pojetí vymezována jako jedinečné postižení způsobené kombinací vážného sluchového a zrakového poškození (Jakeš, 2003).

*Manifest hluchoslepých členů VIA<sup>1</sup> (2002, s. 2) vymezil hluchoslepotu jako „jedinečné postižení, které je způsobeno kombinací vážného poškození sluchu a zraku. Všechny moderní definice hluchoslepoty mají jedno společné. Shodují se v tom, že se tento termín vztahuje nejen na osoby s úplnou ztrátou sluchu a zraku, ale i na jedince, kteří mají tyto funkce postiženy jen částečně. Znamená to důležitou věc, že totiž hluchoslepý člověk nemusí být úplně hluchý a slepý. Může také být těžce nedoslýchavý a slabozraký, nebo hluchý a slabozraký či slepý a nedoslýchavý. Ale v žádném případě hluchoslepota nemůže a nikdy nesmí být důvodem k rezignaci.“*

Na I. celostátní konferenci v Olomouci roku 2003 s názvem *Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepe*, bylo upozorněno na to, že osoby s hluchoslepotou vyžadují diferencované a individualizované edukační a rehabilitační programy, jejichž metody realizace musí být velmi různé a musí zohledňovat potřeby každého jedince. Tyto programy vyžadují

---

<sup>1</sup> VIA = Sdružení hluchoslepých, Praha 5; původně cesta.

specializovaný tým odborníků vybavených patřičnými znalostmi, schopnostmi a charakterovými vlastnostmi.

Jednu z posledních definic hluchoslepoty v ČR uvedl J. Jakeš v roce 2003. Podklad pro její vytvoření představují definice V. Husákové z roku 1993; upravená verze B. Titzla z roku 2001; Závěry z I. celostátní konference s mezinárodní účastí v Olomouci na téma Současný stav a perspektivy péče o hluchoslepé v ČR; Manifest hluchoslepých členů VIA z roku 2002; definice Světové federace hluchoslepých (WFD<sup>b</sup>)<sup>2</sup> z roku 2001; ustanovení ze Světové konference mezinárodního profesního sdružení Deafblind International v roce 1999; Severské definice z roku 1980; Federální definice obecně závazná ve Spojených státech amerických z roku 1993 a vymezení hluchoslepoty legislativou Velké Británie.

Na hluchoslepotu pohlíží J. Jakeš (2003) jako na pedagogický, psychologický, lékařský, sociální a rehabilitační problém.

Prostředkem jejího definování je strukturní vzorec:

$H = f(S \times Z \times r \times Q)$ , který by se měl stát kritériem při posuzování osob se současným postižením sluchu a zraku.

- **H** znamená výraz hluchoslepoty
- **f (S × Z × r × Q)** označuje popis výrazu hluchoslepoty
- **f** označuje vztah závislosti H na komponentách v závorce
- × je znak pro součin
- **S** označuje stav sluchu. Aby se jednalo o hluchoslepotu, musí stav sluchu splňovat kritéria stanovená v dokumentu – *Memorandum – pro poskytování kompenzačních pomůcek z titulu hluchoslepoty*, které bylo podepsáno pod záštitou předsedkyně výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu PČR (Parlamentu České republiky) Zuzany Roihtové v Praze 10. 12. 2001.
- **Z** označuje stav zraku, který musí také splňovat všechna kritéria v dokumentu – *Memorandum – pro poskytování kompenzačních pomůcek z titulu hluchoslepoty*.
- **r** „označuje koeficient (součinitel) hluchoslepoty odvozený na základě relačního procesu agregace a substituce funkcí sluchu a zraku. Tento

---

<sup>2</sup> WFD<sup>b</sup> = World Federation of the Deafblind.

*koeficient vyjadřuje, nakolik je omezena či znemožněna přirozená schopnost kompenzace sluchové nedostatečnosti zrakově a naopak.*“ (Jakeš, 2003, s. 305)

Míra ztráty sluchu a zraku se uvádí v procentech, poté se převádí do formy zlomku na setiny a vzájemně se vynásobí. Výsledný koeficient se pohybuje v intervalu od nuly do jedné. Procentuální hodnoty stupně sluchového a zrakového postižení upravuje vyhláška MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) č. 207/ 1995Sb.

• **Q** označuje důsledky a okolnosti, jež mají vliv na kvalitu člověka. Na úrovni této komponenty navrhuje Jakeš (2003) užívat *fasetový přístup snížené schopnosti*. Fasety<sup>3</sup> člení do sedmi kategorií, k nimž přidává klasifikační stupnici.

#### **Fasety snížené schopnosti:**

1. Snížená schopnost základní sebeobsluhy
2. Snížená schopnost péče o domácnost
3. Snížená schopnost komunikace obvyklými způsoby ve společnosti
4. Snížená schopnost dorozumívání a práce s vizuálními a akustickými informacemi v obvyklých formách
5. Snížená schopnost učení včetně sebevýchovy
6. Snížená schopnost v pracovním uplatnění
7. Snížená schopnost adaptace na prostředí

#### **Klasifikační stupnice:**

1. Nepatrně snížená schopnost
2. Spíše málo snížená schopnost
3. Podstatně snížená schopnost
4. Téměř neschopnost
5. Úplná neschopnost

K diagnostice hluchoslepoty podle vzorce lze prakticky využít při komponentách S, Z a r *Vyhlášku MPSV č. 207/1995 Sb.*, která upravuje stupně zdravotního postižení a způsob jejich posuzování pro účely dávek státní

---

<sup>3</sup> Fasety = různé úhly pohledu na jeden problém.

sociální podpory, a Memorandum – pro poskytování kompenzačních pomůcek z titulu hluchoslepoty.

Pro každou fasetu zvlášť při komponentě Q můžeme jako vzor využít tiskopisy pro posuzování nároku na příspěvek pro bezmocnost a nároky na výhody II. a III. stupně. Aby se jednalo o hluchoslepotu stačí splnění alespoň jedné s faset.

Při určování komponenty Q, tedy kvality života a kvality uspokojování základních životních potřeb, by měli spolupracovat ušní a oční lékař, klinický psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce České správy sociálního zabezpečení a hluchoslepý zástupce hluchoslepých lidí. (Jakeš, 2003)

J. Jakeš (2003) hodnotí svůj vzorec hluchoslepoty takto: *„Uvedený vzorec vystihuje hluchoslepotu v úplnosti, zahrnuje rozmanitost jejích typů, forem, projevů, požadavků na výchovnou, vzdělávací, rehabilitační a sociální péči, ochranu, pomoc a služby. Může být používán pro rozvojové, vzdělávací, sociální, sociologické, demografické a další účely. Může také sloužit přímo hluchoslepým lidem jako nástroj usnadnění jak vlastní identifikace, tak hledání, nacházení a hodnocení své identity.“* (s. 308)

Z několika uvedených definic se nám jako nejpřijatelnější pro podmínky České republiky jeví právě definice resp. vzorec hluchoslepoty vytvořený již zmíněných Janem Jakešem, a to především z důvodu úplnosti a rozsáhlosti při diagnostice celé osoby se současným postižením sluchu a zraku.

Závěrem podkapitoly, jež vymezuje pojem hluchoslepoty, připomínáme, že existuje několik typů hluchoslepoty, ať již s úplnou ztrátou zraku a sluchu, nebo s úplnou ztrátou zraku a nedoslýchavostí, úplnou ztrátou sluchu a slabozrakostí, nedoslýchavostí a slabozrakostí ... atd.

Z toho vyplývá potřeba individuálního přístupu ke každému jedinci ať již v komunikaci nebo výchově a vzdělání. Žádná univerzální metoda práce s hluchoslepými neexistuje.

## 1.2 Etiologie hluchoslepoty

Příčin hluchoslepoty je mnoho. Ludíková (2000) uvádí, že jich bylo objeveno a popsáno přes padesát, a přesto zbývá ještě velké množství příčin, o kterých nevíme.

Za nejčastější příčiny jsou pokládány kromě dědičných vlivů předčasné porody s následným umístěním dítěte do inkubátoru, virová onemocnění a intoxikace matky v době těhotenství, prenatalní, perinatální a postnatální traumata, metabolické a ektodermální poruchy, toxoplazmóza, syfilis matky a rubeola (Ludíková, 2005).

### Příčiny vrozené

Jednou z častých příčin hluchoslepoty může být *rubeola* (zarděnky). Virus zarděnek je nebezpečný v prvních čtyřech měsících těhotenství, kdy může narušit vývoj orgánů. U dětí se často projevují změny v rozvoji psychomotoriky, opožděný vývoj, srdeční poruchy, mikrocefalus<sup>4</sup>, katarakta<sup>5</sup>, pigmentová retinopatie<sup>6</sup>, glaukom<sup>7</sup>, strabismus<sup>8</sup>, mikroftalmus<sup>9</sup>, poškození sluchu – sensorická hluchota, střední ztráta sluchu – jednostranná i oboustranná.

*Cytomegalovirus* – CMV je kongenitální infekce, která může způsobit chorioretinis<sup>10</sup>, atrofii očního nervu, kataraktu, mikroftalmus, mentální retardaci, spasticitu, epilepsii, mikrocefalus, poškození srdce, jater, sleziny nebo plic.

Příčinou hluchoslepoty může být i pohlavní nemoc *syphilis* v době těhotenství matky. Plod je infikován nitroděložně nebo při průchodu porodními cestami a po porodu se může objevit slepota nebo progresivní zraková vada společně s hluchotou a v některých případech i s mentální retardací.

<sup>4</sup> Mikrocefalus = nápadně malá hlava.

<sup>5</sup> Katarakta = šedý zákal, onemocnění oční čočky.

<sup>6</sup> Pigmentová retinopatie (retinopathia pigmentosa) = jeden z typů onemocnění sítnice oka.

<sup>7</sup> Glaukom = zelený zákal poškozující zrakový nerv.

<sup>8</sup> Strabismus = šilhavost.

<sup>9</sup> Mikroftalmus = nápadně malé oko.

<sup>10</sup> Chorioretinis = zánětlivé onemocnění cévnatky a sítnice oka.



K podobným projevům jako u syphilis dochází při onemocnění matky *toxoplazmózou*. Krizové je zejména období druhé poloviny těhotenství. Vede v podstatě ke stejným projevům, jaké jsou u syphilis – objevuje se slepota nebo progredující zánět očí s možným vznikem slepoty, postižení doprovází hluchota a často se také přidružuje mikrocefalus, mentální retardace nebo poškození jater.

**Syndrom CHARGE** – jedná se o postižení zraku a sluchu, které je doprovázeno srdeční vadou, neprůchodností nosní dutiny, opožděným růstem, mentální retardací a zmenšením genitálních orgánů.

Další příčinou hluchoslepoty může být **Moebiová syndrom**. Vyznačuje se paralýzou očí, které se nemohou pohybovat ze střední linie. Typickým znakem je tzv. *obličejová maska*. Při Moebiově syndromu se vyskytuje v oblasti sluchu obvykle oboustranná ztráta převodního nebo smíšeného charakteru s poruchami orální komunikace. U některých případů byla popsána i mentální retardace.

**Patauův syndrom** – je způsoben dominantně dědičnou trizomií 13. páru chromozómů. Kromě hluchoty a slepoty se projevuje dalšími příznaky jako například: anoftalmií<sup>11</sup>, rozštěpem rtu i patra, volnými klouby palců rukou, volnou kůží v záhybech, polydaktylií<sup>12</sup>, vrozenými vadami srdce, mentální retardací a v některých případech i dalšími anomáliemi vnitřních orgánů.

**Rosenbergův syndrom** se v raném dětství projevuje nedoslýchavostí, která postupně přechází až v hluchotu. Zrková vada – většinou progredující, se objevuje kolem dvacátého roku života. Dále se může objevit porucha chůze, jež je způsobena atrofií svalů dolních končetin.

**Syndrom Cogan 1.** – jedná se o zánět rohovky s poruchou VIII. nervu s nedoslýchavostí. Časté jsou také závratě a tinnitus<sup>13</sup>.

---

<sup>11</sup> Anoftalmie = vrozené chybění oka.

<sup>12</sup> Polydaktilie = dědičný výskyt víceprstosti.

<sup>13</sup> Tinnitus (tinnitus aurium) = subjektivní ušní šelesty.

**Goldův syndrom** – označení pro možnou příčinu hluchoslepoty, při níž dochází k degenerativní změně na sítnici již při stávající sluchové vadě.

**Goldenharův syndrom** doprovázejí vrozené oční a ušní anomálie, vrozená katarakta, anomálie ušní chrupavky, ale také anomálie žeber, obratlů a celkové zaostávání v psychickém vývoji.

Ne příliš známý je **syndrom DE TONI-FANKONI**. Mimo progredující sluchové vady a zánětlivé procesy na sítnici, které končí slepotou, jsou typickým příznakem vrozená ledvinová selhání a zpomalený růst .

Nejčastější příčinou hluchoslepoty je **Usherův syndrom**. Jedná se o genenickou příčinu hluchoslepoty, která se vyskytuje asi v 50 % všech případů. Nejčastěji se projevuje oboustrannou vrozenou sluchovou vadou od nedoslýchavosti až po hluchotu. První příznaky zrakové vady – retinis pigmentosa – se objevují v předškolním věku. Během dětství a dospívání zrakové postižení progreduje a může končit totální slepotou.

### **Příčiny získané**

K nejčastějším příčinám hluchoslepoty vzniklým během života patří: infekční onemocnění, úrazy, progrese zrakových a sluchových vad a infekční meningitida (Ludíková, 2000).

S uvedenými získanými příčinami vzniku hluchoslepoty se můžeme setkat poměrně často. Vliv etiologie hluchoslepoty je různý. Nezáleží pouze na době vzniku, ale také na intelektových a osobnostních předpokladech každého jedince.

### 1.3 Klasifikace osob s hluchoslepotou

Klasifikace osob se současným postižením sluchu a zraku je velmi obtížná, neboť skupina totálně a prakticky hluchoslepých (viz níže) je nejméně zastoupenou skupinou. Převážnou část osob s hluchoslepotou tvoří skupina s nejrůznějšími kombinacemi.

Nejčastěji dělíme hluchoslepe podle stupně duálního postižení, podle způsobu komunikace, podle kontaktu s okolním světem a podle věku, kdy k postižení došlo (Ludíková, 2000).

**A) Podle stupně postižení zraku a sluchu a jejich souhrnu** můžeme vyčlenit pět skupin:

1. totálně hluchoslepe osoby – osoby totálně slepe i hluché, plná absence zraku i sluchu,
2. prakticky hluchoslepi – osoby s minimálními rezidui zraku či sluchu,
3. slabozrací neslyšící – osoby s rezidui zraku a totální či praktickou hluchotou,
4. nedoslýchaví nevidomí – osoby s rezidui sluchu s totální či praktickou slepotou,
5. slabozrací nedoslýchaví – osoby s rezidui zraku i sluchu.

Slabozrací neslyšící, nedoslýchaví nevidomí a slabozrací nedoslýchaví nebývají často klasifikováni jako hluchoslepi. V praxi jsou spíše zařazováni do skupiny osob se zrakovým nebo sluchovým postižením, i přesto, že se nemohou stejně jako totálně a prakticky hluchoslepi bez problémů stýkat s okolím, v plné míře využívat prostředků masové komunikace, služeb, obsluhy, techniky...atd.

Osoby s hluchoslepotou nelze členit pouze podle stupně duálního postižení, neboť v rámci jednotlivých skupin jsou mnohé rozdíly. Jedná se například o odlišnosti v úrovni celkového rozvoje, v možnostech sociální adaptace a styku s okolními lidmi. Příčinou těchto rozdílů je doba ztráty sluchu a zraku, forma kontaktu s okolím, stupeň ovládnutí slovní formy řeči, druh vzdělání a další.

Doba ztráty sluchu má podstatný vliv nejen na sociální adaptaci, styk s okolními lidmi, rozvoj psychiky, ale i na způsob komunikace, který bude jedinec se současným postižením sluchu a zraku využívat.

**B) Podle způsobu komunikace** se vymezují tři základní skupiny:

1. skupina využívající slovní formu řeči,
2. skupina využívající znakovou řeč,<sup>14</sup>
3. skupina nevyužívající slovní formu řeči, ani znakovou řeč.

Hluchoslepí, kteří využívají slovní formu řeči, se narodili buď bez poškození sluchu nebo s lehkým sluchovým postižením, a plynule a kvalitně ovládají slovní formu řeči.

Druhá skupina dává přednost znakové řeči. Většinou se jedná o skupinu s předřechovou ztrátou sluchu<sup>15</sup> a v některých případech i o osoby, jež jsou schopny slovně-řečového kontaktu.

V třetí kategorii se jedná především o hluchoslepé s mentální retardací, osoby, které prožili život v izolaci, nebo malé děti s ranou hluchoslepotou.

Skupinu využívající slovní formu řeči můžeme ještě podrobněji dělit podle způsobu komunikace takto:

- osoby s normální zřetelnou řečí,
- osoby s nezřetelnou, ale pochopitelnou řečí,
- osoby s nesrozumitelnou řečí, které rozumí jen blízké okolí,
- osoby s nesrozumitelnou řečí, které prakticky nikdo nerozumí.

Systém klasifikace není ani v tomto případě zcela jednoznačný. Skupiny podle používání slovní formy řeči při styku s intaktní populací, která neovládá znakovou řeč, můžeme rozlišovat následovně:

- Skupina znaková – ve styku s nepostiženými nemohou používat slovní formu řeči, u těchto osob absolutně převládá znaková řeč.

<sup>14</sup> Znakovou řečí se pro účely zákona č.155/1998 Sb. (*Zákon o znakové řeči a o změně dalších zákonů*) rozumí český znakový jazyk a znakovaná čeština.

<sup>15</sup> Za období předřechové se považuje období do sedmi let věku dítěte.

- Skupina hluchoslepých, která ovládá základy slovní formy řeči, ale používá je pouze příležitostně. Řeč zmíněných hluchoslepých je charakteristická gramatickými a syntaktickými chybami.
- Skupina osob, které mohou komunikovat slovní formou řeči s nepostiženými, ale při kontaktu se znakovými dávají přednost znakové řeči.

Ve skupině preferující znakovou řeč můžeme také stanovit různé stupně dle vzájemného vztahu mezi znakovou a slovní formou řeči. Slovní forma řeči, která doprovází znakovou řeč, může být například na úrovni základní hovorové řeči, úrovni jednoduchých vět nebo samostatných slov.

**C) Podle kontaktu s okolním světem** můžeme hluchoslepé podle Ludíkové (2000) rozdělit na skupiny:

- taktilní, u níž převažuje hmat,
- taktilně-vizuální – při kontaktu využívá hmat, vnímání světla, siluety a zbytkové vidění,
- vizuálně-taktilní – při kontaktu využívá zbytkové vidění současně s hmatem, který má pomocnou roli,
- vizuální skupina, využívající především zbytkové vidění,
- vizuálně-auditivní skupina, jež využívá zbytky sluchu i zraku,
- taktilně-auditivní, která využívá převážně zbytky sluchu a hmatu.

**D) Podle doby, kdy došlo k jednotlivým příznakům** se podle Ludíkové (2005, s. 107) rozlišují další skupiny hluchoslepých:

- hluchoslepí od narození,
- prvotně hluší se ztrátou zraku v raném období (6 až 9 let),
- prvotně hluší s pozdní ztrátou zraku (po 9. roce),
- prvotně nevidomí s ranou ztrátou sluchu,
- prvotně nevidomí s následnou pozdní, počecovou ztrátou sluchu,
- prvotně vidoucí a slyšící s následnou ztrátou sluchu i zraku v raném období,
- prvotně vidící a slyšící s následnou ztrátou sluchu a zraku v počecovém období,

- prvotně slabozrací s následnou ztrátou sluchu,
- prvotně nedoslýchaví s následnou ztrátou zraku.

Nesmíme opomenout, že hluchoslepota je zdravotním postižením způsobeným kombinací zrakového a sluchového poškození. Abychom lépe porozuměli výše uvedeným klasifikacím, je nutné zaměřit se na jednotlivá postižení odděleně.

### ***1.3.1 Osoby se sluchovým postižením***

Jedinci se sluchovým postižením představují velmi nehomogenní skupinu, jejíž proměnlivost je dána hloubkou sluchové vady, dobou kdy k postižení došlo, celkovou úrovní rozvoje osobnosti a sociokulturními podmínkami, v nichž probíhá surdopedická intervence.

Výchovou a vzděláním jedinců se sluchovým postižením se zabývá speciálněpedagogická disciplína *surdopedie* (Souralová, In Renotírová; Ludíková 2003).

Skupinu osob se sluchovým postižením můžeme dělit podle několika kritérií:

#### ***1.3.1.1 Klasifikace podle hloubky postižení***

V rámci České republiky bohužel neexistuje jedna platná klasifikace, která by se jednotně užívala. Na výběr máme několik různých dělení osob se sluchovým postižením podle velikosti ztráty sluchu (hloubky postižení).

#### **Klasifikace podle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1980:**

0-25 dB – normální sluch

26-40 dB – lehká nedoslýchavost

41-55 dB – střední nedoslýchavost

56-70 dB – středně těžké poškození sluchu

71-91 dB – těžké poškození sluchu

více než 91 dB, body nad 1 kHz – velmi závažné poškození sluchu

V audiogramu však nejsou zmíněny žádné body nad 1 kHz – úplná hluchota (Souralová, In Renotiérová; Ludíková 2003).

**Klasifikace podle Lejsky (2003):**

0-20 dB – normální sluch

20-40 dB – lehká vada

40-60 dB – středně těžká vada

60-80 dB – těžká vada

80-90 dB – velmi těžká vada sluchu

90 a více dB – zbytky sluchu (praktická hluchota)

bez audiometrické odpovědi – hluchota úplná (totální)

**Klasifikace podle vyhlášky č. 284/1995 Sb. MPSV, kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění:**

V příloze č.2 této vyhlášky, kapitole VII. smyslové orgány, oddílu B – sluch, s názvem „*Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti*“ nalezneme následující informace:

Obecné posudkové zásady:

Míra poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti se stanoví podle míry snížení sluchu pro řeč, v přítomnosti ušních šelestů, bolestí, poruch rovnováhy, závratí nebo poruch řeči.

Porucha sluchu se hodnotí v % podle Fowlera na frekvenci 500 – 4000 Hz.

20 – 50 dB – nedoslýchavost. Nedoslýchavost označuje, že sluchově postižený vybavený sluchadlem v tiché místnosti, ve které vnímání rušivých zvuků nepřesahuje 50 dB, rozumí bez odezírání smyslu vyslovených jednoduchých vět alespoň v 90 %.

70 – 90 dB – praktická hluchota. Praktická hluchota znamená, že sluchově postižený vybavený sluchadlem vnímá zvuk mluvené řeči (ztráta slyšení 85 – 90 %), ale nerozumí jí.

90 dB a více – úplná hluchota. Úplná hluchota představuje stav, při němž sluchově postižený při jakýmkoliv zesílení zvuk nezachytí, vnímá pouze případné vibrace ( ztráta slyšení 100%).

### ***1.3.1.2 Klasifikace podle místa postižení***

Podle místa postižení rozlišujeme *sluchové vady periferní* a *vady centrální*. Na základě tohoto dělení se následně volí způsob léčby.

**Sluchová vada periferní** je charakteristická tím, že léze je umístěna v zevním, středním, vnitřním uchu, nebo na sluchovém nervu. Vady periferní se dělí na poruchy převodní, percepční a smíšené.<sup>16</sup>

**Převodní porucha sluchu** – je podmíněna poruchou přenosu akustické a mechanické energie ve vnějším a středním uchu. Může být způsobena ucpáním zvukovodu mazem, nádorem, srůsty řetězu středoušních kůstek, záněty zvukovodu nebo středního ucha...a další (Lejska, 2003). Převodní porucha se vyznačuje obvykle poklesem slyšitelnosti v celém frekvenčním spektru. Nejčastěji bývá ztráta sluchu do 40 dB. Maximální pokles sluchu může být o 60 až 70 dB (Hrubý, 1998).

**Percepční vada sluchu** – vzniká následkem postižením senzoričkových buněk<sup>17</sup> vnitřního ucha (percepční porucha kochleární), nebo postižením nervových spojů v mozku (percepční porucha suprakochleární). Percepční poruchy jsou většinou trvalé a nelze je léčebně ovlivnit. Jejich příčinou může být podle Lejsky (2003): stařecká nedoslýchavost, infekční choroba, poškození sluchu nadměrným hlukem, vliv ototoxických<sup>18</sup> látek a léků. Může ji však způsobit také infekce matky v době těhotenství, meningitida, úrazy hlavy ..a další. Percepční porucha se častěji projevuje poklesem sluchu na vyšších frekvencích, což vede k nekvalitní percepci mluvené řeči (Hrubý, 1998).

<sup>16</sup> Termín „sluchová vada“ se užívá k označení, který nelze léčebně ovlivnit. Termín „sluchová porucha“ vyjadřuje možnost léčby daného stavu.

<sup>17</sup> Senzorické buňky = smyslové a sluchové.

<sup>18</sup> Ototoxické látky = látky jedovaté pro sluchové smyslové buňky, jedná se především o antibiotika tzv. „mycinové“ řady, které byly hojně zaváděny po 2. světové válce.



***Smíšená porucha sluchu*** – je porucha způsobená kombinací převodní i percepční poruchy sluchu

**Sluchová vada centrální** je charakteristická různými procesy, které způsobují defekty systému sluchových drah. Příznaky centrálních sluchových vad mohou být způsobeny organickou nebo funkční změnou (Souralová, In Renotierová; Ludíková 2003). Lejska (1994) uvádí, že sluchová vada centrální vzniká poškozením sluchové kůry.

### ***1.3.1.3 Klasifikace podle doby vzniku postižení***

Podle doby vzniku postižení dělíme sluchové postižení na *vrozené* nebo *získané*.

**Vrozená vada sluchu** může být získaná během prenatálního vývoje, nebo způsobená komplikacemi během porodu či bezprostředně po něm v období perinatálním. Vždy způsobuje poruchu vývoje řeči a komunikačních schopností (Lejska, 2003).

**Získaná vada sluchu** vzniká v období postnatálním. Postnatální období se vymezuje po období novorozeneckém, tedy po prvním měsíci života dítěte (Edelsberger, 2000).

Pokud dojde k sluchové vadě v době zhruba do sedmi let věku dítěte, kdy ještě není ukončen vývoj řeči, jedná se o sluchovou *vadu prelingvální*. O *vadě postlingvální* mluvíme v případě, že došlo ke sluchovému postižení až po ukončení řečového vývoje a orální řeč je dostatečně upevněná (Souralová, In Renotierová; Ludíková 2003).

### ***1.3.1.4 Klasifikace podle etiologie postižení***

Podle příčin sluchového postižení můžeme rozdělit sluchové vady na:

#### **A) Získané vady sluchu nebo vady sluchu způsobené vlivy prostředí**

Tyto vady jsou vznikají nejčastěji následujícími příčinami: poranění, ototoxické látky, infekce jako zarděnky, meningitida, toxoplasmóza nebo

cytomegalovirus matky v době těhotenství, kernikterus<sup>19</sup>, nekompatibilita Rh faktoru mezi matkou a dítětem...a další.

## **B) Vady sluchu způsobené příčinami dědičnými nebo genetickými**

V 50 % případů se vyskytuje vlivem dědičných faktorů vrozená hluchota. Těchto typů dědičných hluchot bylo určeno více než devadesát<sup>20</sup>.

Vady sluchu způsobenou genetickými příčinami jsou například:

- poruchy jednoho genu, které způsobují až 80 % dědičných hluchot v případě autosomální recesivní dědičnosti<sup>21</sup>, nebo způsobující 20% dědičných hluchot v případě autosomální dominantní dědičnosti<sup>22</sup>.

Neobvyklou, ale přesto vyskytující se příčinou hluchoty, je dědičnost vázaná na X chromosomy.<sup>23</sup>

- chromosomové aberace jsou stavem nadbytku nebo nedostatku chromosomů. V důsledku chromosomové aberace vzniká například Downův syndrom, ke kterému se v mnoha případech přidružuje určitý stupeň sluchové vady.

- mnohafaktoriální případy jsou důsledkem jednoho nebo více genů společně s vlivy prostředí nebo bez nich. Jsou příčinou sluchové vady (např. rozštěp patra).

## **C) Nezjištěné příčiny sluchových vad**

Příčinu sluchové vady nelze vždy zcela přesně stanovit. Uvádí se, že k těmto situacím dochází u 12% až 50 % dětí (Freeman, 1992).

<sup>19</sup> Kernikterus = usazování žlučového barviva bilirubinu v mozku.

<sup>20</sup> Konigsmark a Gorlin, 1976

<sup>21</sup> Autosomální recesivní dědičnost = ke vzniku hluchoty jsou třeba dva abnormální geny, každý od jednoho z rodičů.

<sup>22</sup> Autosomální dominantní dědičnost = pro vznik vady stačí pouze jeden abnormální gen.

<sup>23</sup> Dědičnost vázaná na X chromosomy se vztahuje na ženy. Žena nositelka bude mít postižené syny a dcery v poměru 1:2, a muž nositel genu pro hluchotu bude mít syny nepostižené, ale všechny jeho dcery budou nositelky.

### *1.3.1.5 Klasifikace užívaná v běžné praxi ve speciální pedagogice*

uvádí tyto termíny:

**Nedoslýchavost** – je vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu, jež bývá příčinou opožděného nebo omezeného vývoje mluvené řeči (Potměšil, 2003).

Nedoslýchavost se dále člení na:

- lehkou nedoslýchavost – Postižený využívá sluchu pro běžnou komunikaci, ale s omezením komunikace za nevhodných akustických podmínek jako v případě hlučného prostředí nebo při použití tiché mluvené řeči.

- střední nedoslýchavost – Postiženému umožňuje poslech a rozumění mluvené řeči ve vzdálenosti 1 až 3 metry za vhodných akustických podmínek.

- těžká nedoslýchavost – Postižený slyší mluvenou řeč do vzdálenosti jednoho metru.

- velmi těžká nedoslýchavost – Postiženému umožňuje vnímání mluvené řeči v těsné blízkosti u ucha, ale ve značně deformované podobě (Sovák, 1978).

**Zbytky sluchu** – jedná se o označení sluchového postižení, které se používá pro jedince s neúplnou ztrátou sluchu, která může být vrozená nebo získaná. Při tomto druhu postižení většinou mluvená řeč chybí, nebo je její vývoj značně opožděný.

**Hluchota** – je vrozená nebo v raném věku získaná ztráta sluchu.

**Ohluchlost** – je ztráta sluchu, jež vznikla v období již vytvořené řeči. U postiženého se projevuje postupnou ztrátou kvality formální stránky mluveného projevu (Potměšil, 2003).

**Kombinované vady** – jde o sluchové postižení, ke kterému je přidružená ještě další vada, tedy například sluchové postižení v kombinaci s tělesným, mentálním nebo zrakovým postižením.

### ***1.3.2 Osoby se zrakovým postižením***

Osoba se zrakovým postižením je chápána jako osoba, jejíž zraková vada nebo porucha i po optimální korekci medikamentózní, chirurgické, optické nebo jejich kombinací činí osobě problémy při zrakovém vnímání a zpracování vnímaného zraku v běžném životě.

Zrakové postižení můžeme obecně definovat jako absenci nebo nedostatečnou kvalitu zrakového vnímání. Výchovou, vzděláním a rozvojem osob se zrakovým postižením se zabývá speciálněpedagogická disciplína *tyflopédie*.

Osoby se zrakovým postižením jsou heterogenní skupinou z pohledu stupně zrakového postižení, etiologie, doby vzniku postižení a podobně (Ludíková, In Renotiérová; Ludíková 2003).

#### ***1.3.2.1 Klasifikace podle stupně postižení***

Osoby se zrakovým postižením můžeme podle stupně zrakového postižení členit na:

#### **Osoby s poruchami binokulárního vidění**

Jedná se o kategorii dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání narušeno na základě funkční poruchy. Binokulární poruchy jsou vrozené, nebo vznikají v raném dětství. Jedná se především o poruchy jako je *amblyopie (tupozrakost)* a *strabismus (šilhání)*.

Při amblyopii může být zraková ostrost snížena až na hranici praktické slepoty. Jedná se o funkční vadu zraku a to zpravidla na jednom oku.

Při strabismu dochází k *diplopii* (dvojitému vidění) způsobené nerovnovážným postavením očí. Jedinci se strabismem mají potíže

v analyticko-syntetické činnosti zrakového vnímání, ale i v lokalizaci a hloubkovém vidění (Ludíková, 1988).

### **Osoby slabozraké**

Podle Ludíkové (1998, s. 19) se jedná se o „*kategorii dětí, mládeže a dospělých, kteří mají postiženo zrakové vnímání na stupni slabozrakosti.*“

Kraus (1997) uvádí, že slabozrakost je ireverzibilní<sup>24</sup> pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně.<sup>25</sup> Autor *slabozrakost* dělí na *lehkou* (do 6/60 včetně) a *těžkou* (pod 6/18 až 3/60 včetně).

Z oblasti výchovně vzdělávací se v praxi můžeme setkat i s označením třetího stupně slabozrakosti, a to se slabozrakostí těžkou. Z hlediska sociálního tento stupeň zrakového postižení nazýváme *praktickou slepotou*.

Ludíková (In Renotiérová; Ludíková 2003) uvádí, že slabozrakost může být *vrozená* nebo *získaná* a vždy se jedná o vadu orgánovou, neodstranitelnou. Může být poškozeno zevní oko, vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum. Kromě snížení zrakové ostrosti dochází často i k poruchám zorného pole jako například k výpadkům, k zúžení zorného pole až trubcovitému vidění či k výpadkům v části zorném poli (skotomům).

Osoby slabozraké se pohybují v prostředí pomaleji, protože mají do jisté míry narušenou prostorovou orientaci.

Nejčastější **příčiny slabozrakosti vrozené** jsou: vývojová anomálie oční, katarakta, myopie gravis, glaucom, nystagmus, astigmatismus, albinismus, dědičnost, pokrevní příbuznost rodičů ..a další.

Oproti tomu nejčastější **příčiny slabozrakosti získané** představují: záněty, úrazy, postupné oslabování zraku (Ludíková, 1988).

Slabozrakost s sebou nese důsledky jako snížení, omezení či deformace zrakových schopností, nebo vytváření představ nepřesných, neúplných nebo

<sup>24</sup> ireverzibilní = nezvratný

<sup>25</sup> Jedná se o vyšetření zrakových funkcí do dálky pomocí Snellenových optotypových tabulí, kdy zlomek určuje výslednou ostrost zraku (vizus).

zkreslených, snížení pracovního a grafického výkonu a obtíže při používání běžného textu (Flenerová, 1982).

Ludíková (1988) uvádí, že většina slabozrakých má sníženou koncentraci, pomalejší pracovní tempo, slabou pozornost, rychlejší unavitelnost a vyšší sugestibilitu.

### **Osoby se zbytky zraku**

„Osoby se zbytky zraku jsou kategorií dětí, mládeže a dospělých, která se nachází na hranicích mezi osobami slabozrakými a nevidomými.“ (Ludíková, 1988, s.18)

Podle Světové zdravotnické organizace jsou osoby se zbytky zraku ti jedinci, jejichž ostrost zraku s co nejlepší korekcí se pohybuje od maxima 6/18 po minimum 3/60 (což je počítání prstů na 3m). Zbytky zraku mohou mít charakter stacionární nebo progresivní, a jejich příčiny vrozené nebo získané.

Osoby se zbytky zraku mají snížené, omezené nebo deformované zrakové schopnosti, které vedou k narušení představ, ke snížení grafických schopností a k omezení pracovních možností (Ludíková, 1988).

### **Osoby nevidomé**

Podle Ludíkové (1988, s. 15) se jedná se o „*kategorií s nejtěžším zrakovým postižením, která zahrnuje děti, mládež a dospělé osoby, které mají zrakové vnímání narušeno ve stupni nevidomosti (slepoty).*“

Jesenský (in Ludíková, 1988) vymezuje nevidomost jako defekt obou očí, při němž nevznikají zrakové počítky.

Podle Světové zdravotnické organizace jsou osoby nevidomé ty, jejichž ostrost zraku s co nejlepší korekcí se pohybuje od maxima 3/60 (počítání prstů na 3 m) po stav, kdy jedinec nevnímá světlo (Ludíková, 1988).

Kraus (1997, s. 317) uvádí, že „*nevidomost je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 – světlocit.*“ Zprostředkovává následující dělení nevidomosti:

**A) Nevidomost praktická** – Pokles centrální zrakové ostrosti je pod 3/60 do 1/60 včetně a binokulární zorné pole je menší než  $10^\circ$ , ale větší než  $5^\circ$  kolem centrální fixace.

**B) Nevidomost skutečná** – Pokles centrální zrakové ostrosti je 1/60 - světlocit, a binokulární zorné pole je  $5^\circ$  a méně i bez porušení centrální fixace.

**C) Plná slepota** – Stav, který vymezuje jako světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu <sup>26</sup> (amaurosa).

Podle doby vzniku můžeme *nevidomost* dělit na *vrozenou* nebo *získanou*.

Častými **příčinami nevidomosti vrozené** jsou infekční nemoci matky v době těhotenství (rubeola, syfilis, toxoplasmóza...), dědičnost, horečnatá onemocnění, narkomanie matky...a další.

**Příčinami nevidomosti získané** jsou často úrazy, meningitida, komplikace při diabetes, progrese refrakčních vad<sup>27</sup>... a jiné.

Osoby nevidomé mají značně ovlivněnou prostorovou orientaci a samostatný pohyb. K pohybu využívají chůzi s bílou holí, vodících psů, nebo průvodcovských služeb. Prostorovou orientaci jim usnadňují ozvučené či hmatové popisy trasy.

Nevidomí jsou pro svoje postižení odkázáni na kompenzační činitele pro získávání informací z okolního světa. Tyto kompenzační činitele rozlišujeme na *kompenzační činitele nižší*, kterými jsou hmat, sluch, čich a chuť, a na *kompenzační činitele vyšší* mezi které patří zejména myšlení, paměť, řeč, představivost a obrazotvornost (Ludíková, In Renotierová; Ludíková 2003).

<sup>26</sup> Světlocit = schopnost oka rozlišovat světlo od tmy. Osoba se světlocitem s chybnou projekcí určí směr světla, nikoliv jeho zdroj.

<sup>27</sup> Refrakční vady = myopie (krátkozrakost), hypermetropie (dalekozrakost), astigmatismus (nepravidelné zakřivení rohovky nebo čočky), afakie (čočka je umístěna mimo zornicovou oblast), pseudoafakie (čočka je operativně nahrazena nitrooční čočkou), a změny refrakce (například presbyopie = stařecká vetchozrakost, zhruba po 40. roku věku jedince).

Hmatové vnímání se u nevidomých dělí na:

**A) pasivní hmat**, který umožňuje získat informace o jednotlivých vlastnostech předmětu nikoliv ale celistvou představu. Probíhá za relativního klidu povrchu receptoru i vnímaného objektu.

**B) aktivní hmat (haptika)**, díky kterému dochází k aktivnímu ohmatávání objektu a nevidomý získává představu o jednotlivých vlastnostech předmětu, celostní představě předmětu, ale i umístění v prostoru.

**C) instrumentální hmat**, je způsob získávání informací v omezené podobě pomocí nějakého nástroje - nejčastěji slepecké bílé hole (Litvak, 1979).

### **Osoby s kombinovanými vadami**

Osoby s kombinovanými vadami jsou „*kategorií dětí, mládeže a dospělých, u kterých se trakové postižení vyskytuje společně ještě s jiným defektem.*“ (Ludíková, 1988, s. 22)

#### ***1.3.2.2 Klasifikace podle doby vzniku postižení***

Podle doby vzniku dělíme zrakové vady na:

- vrozené (prenatální a perinatální),
- získané (postnatální, juvenilní, senilní).

#### ***1.3.2.3 Klasifikace podle etiologie postižení***

Podle etiologie rozlišujeme, zda jde o poruchu:

- orgánovou,
- funkční.

#### ***1.3.2.4 Klasifikace podle délky trvání zrakového postižení***

Zrakové postižení členíme dle délky na:

- krátkodobé (akutní),
- dlouhodobé (chronické),
- opakující se (recidivující) zrakové postižení.



### ***1.3.2.5 Klasifikace podle vývoje zrakového postižení***

Vývoj zrakového postižení může být:

- stacionární (neměnný),
- progresivní (může docházet ke zhoršení nebo zlepšení).

### ***1.3.2.6 Klasifikace podle věku:***

Výchovou a vzděláním se zabývá tyflopédie, kterou můžeme podle věku osob rozdělit na:

- tyflopédii předškolního věku,
- tyflopédii školního věku,
- tyfloandragogiku <sup>28</sup> (Ludíková, 1988).

Z uvedených klasifikací osob se sluchovým a zrakovým postižením vyplývá existence mnoha variant skupin hluchoslepých, které nám následně činí obtíže nejen v kontaktu s nimi, ve výchově a vzdělávání, ale i v diagnostice, jež je jednou z nejdůležitějších fází péče.

---

<sup>28</sup> V dnešní době je oblast tyflopédie rozšířena o tyflopédii raného věku a tyflogerantogogiku.

## 2 Komunikace

*„Komunikace je chápána jako „přenos nejrůznějších informačních obsahů v rámci různých komunikačních systémů za použití různých komunikačních médií, zejména prostřednictvím jazyka, sdělování.“* (Petráčková, Kraus, 2000, s. 406)

Strnadová (1998) uvádí, že komunikace je pro lidský život nezbytná a není rozhodující, jaký *jazykový kód* použijeme. Jazykový kód plní svou funkci jen za předpokladu, že je člověku smyslově dostupný a srozumitelný.

Jazykový kód plní podle Strnadové (1998) tyto funkce:

- funkce sdělovací, uchovávací a poznávací
- funkce společenská
- funkce tvořivá a estetická

Osoby s duálním senzoryckým postižením využívají ke komunikaci různé komunikační techniky. Tato skutečnost je zapříčiněna množstvím kombinací stupňů a druhů postižení zraku a sluchu, dobou jejich vzniku a kvalitou reedukace. U dětí s vrozenou hluchoslepotou můžeme vymezit předpoklady pro komunikaci a následně i vývojové etapy komunikace.

### 2.1 Předpoklady a vývojové etapy komunikace

Souralová (2000) uvádí, že základními *předpoklady komunikace* je získávání pozornosti, vzájemná pozornost, možnost volby, schopnost imitace, navození komunikační situace prostřednictvím činnosti, vytvoření sociálního prostředí a motivace ke komunikaci.<sup>29</sup>

Pokud jsou tyto předpoklady splněny, můžeme pozorovat vývojové etapy komunikace. Hluchoslepé dítě jich může využívat i několik současně. Vývoj komunikačního systému prochází jednotlivými stádii, jež se od sebe

---

<sup>29</sup> Více v publikaci *Vzdělávání hluchoslepých II.*, Eva Souralová, Praha: Scientia, 2000.

liší stupněm abstrakce dorozumívacích symbolů, které používá (Souralová, 2000).

Vývojové etapy komunikace člení Souralová (2000) následovně:

### **A) Nesymbolická komunikace**

V nesymbolické komunikaci dochází k přenosu informací bez užití symbolů. Uskutečňuje se pomocí chování a pohybů těla. Vyjadřovací systém je založený na vrozených gestech, kterými hluchoslepé dítě vyjadřuje své pocity.

Vyjadřování pocitů je nezbytné pro vytvoření vztahu s komunikačním partnerem a je základem pro navozování prvních nesymbolických komunikačních kontaktů.

### **B) Užití reálných objektů**

V této etapě jsou komunikačním prostředkem konkrétní předměty, které reprezentují činnost, osoby...atd. Reálných objektů se využívá například ke stanovení struktury dne a týdne a k strukturování jednotlivých činností.

### **C) Užívání symbolických objektů**

Symbolické objekty jsou malé symbolické části zmenšených nebo nahrazených reálných objektů. Například masážní kulička informuje dítě, že půjde na rehabilitaci.

Symbolické objekty se doplňují popisem v černotisku nebo Braillovým bodovým písmem pro nevidomé, aby byla zajištěna návaznost na další vývojovou etapu komunikace

## **D) Dvojměrná reprezentace objektů**

Symbolické objekty jsou postupně nahrazovány realistickými obrazy, které znázorňují určitý předmět. Pro děti se zachovanými zbytky zraku je přechod k tomuto typu komunikace snadnější. Používají se kresby, fotografie i umělecké obrazy, ze kterých bude předmět lehce rozpoznatelný. Pro děti nevidomé se vytváří objekty s reliéfními konturami.<sup>30</sup>

## **E) Gestikulace**

V této formě komunikace se využívá omezený počet přirozených posunků (jíst, pít, ano, ne...), jejichž používání už představuje určitý stupeň abstrakce. Hluchoslepé děti jsou schopné zmíněné přirozené posunky si samy vytvářet (Souralová, 2000).

## **F) Znakový jazyk**

Znakový jazyk je souhrn vizuálně pohybových signálů tvořených pohyby jedné nebo obou rukou. Znaky ukazují, napodobují nebo symbolizují jednotlivé předměty, pojmy a činnosti (Janotová, Řeháková, 1990).

Znakový jazyk definuje Hlaváčová (2003) jako dorozumívací systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou a horní částí trupu (Hlaváčová, 2003).

## **G) Komunikační techniky založené na systému mluveného jazyka**

Souralová (2000) definuje tyto komunikační techniky jako manuální systémy, ve kterých jsou písmena nahrazena symboly vnímatelnými hmatem. Tato forma komunikace předpokládá schopnost ukládat, rozlišovat a strukturalizovat vysoce abstraktní symboly, které charakterizují jednotlivé jevy.

---

<sup>30</sup> Ve speciální mateřské škole pro hluchoslepé v Olomouci se v této etapě komunikace využívají také piktogramy a pro děti nevidomé piktogramy reliéfní.

Mezi komunikační techniky založené na systému mluveného jazyka patří: prstová abeceda, daktylotika do dlaně, Braillovo bodové písmo pro nevidomé a jeho doteková forma na jednu nebo obě ruce do prstů, dlaňové komunikační systémy jako Lormova abeceda, Špičková abeceda a vpisování tiskacích písmen do dlaně. Mezi komunikační techniky založené na systému mluveného jazyka patří také psané písmo.

## **H) Orální řeč**

Etapa komunikace orální (mluvenou) řečí představuje nejvyšší stupeň vzájemné interakce a sociální komunikace.

Při dorozumívání orální řečí je někdy využívána metoda TADOMA, jež je založena na systematickém odhmatávání hlasového projevu mluvčího na rtech, tvářích a krku.

Přehled uvedených komunikačních systémů není kompletní, neboť existuje mnoho systémů, které jsou založeny na individuálním dorozumívacím kódu mezi komunikujícími. Tyto systémy jsou nevýhodné tím, že osobu izolují od komunikace s ostatními osobami.

## **2.2 Komunikační výukové metody**

V druhé polovině 20. století byly vytvořeny tři známé výukové metody hluchoslepých. Jedná se o výukovou metodu Van Dijkovu, metodu VIS - A - VIS a metoda Callier-Azusa.

### ***2.2.1 Van Dijkova výuková metoda***

Tato metoda byla speciálně zpracovaná pro hluchoslepe v Holandsku v roce 1964. Jejím autorem je Jan van Dijk, který ji vytvořil v době, kdy nárůst dětí s hluchoslepotou po epidemii zarděnek značně vzrostl.

Souralová (2000) uvádí, že zmiňovaná metoda je založena na principu komplexního přístupu k dítěti, jehož východiskem je pozorovaná interakce mezi matkou a dítětem. *„Tato vzájemnost je základní formou dialogu mezi oběma zainteresovanými subjekty. Dialog postupně získává na složitosti v důsledku postupujícího celkového vývoje dítěte a rozvíjející se úrovně formálního dorozumívacího systému.“* (Souralová, 2000, s. 12)

Van Dijk uvádí principy teorie rozvoje, k nimž řadí například:

- vhodně stimulovat, modulovat a transformovat činnost dítěte, abychom potlačili sebestimulující a stereotypní chování,
- pokud je to možné, využívat zbytky zraku a sluchu, a zároveň rozvíjet ostatní kompenzační činitele,
- učit dítě významu objektů, které nesou informaci o následující aktivitě a navázat s ním kontakt,
- učit dítě přirozeným symbolům a následně používat schematických abstraktně symbolických dorozumívacích systémů.

Van Dijkova teorie obsahuje i mnohé výukové jednotky:

### **1) Vytváření prvotní vazby a pocitu bezpečí.**

**2) Stimulování smyslů ve vztahu k vnějšimu světu.** Do této výukové jednotky Van Dijk zahrnuje:

- koaktivní pohyb (napodobování pohybů druhé osoby),
- koaktivní manipulace (nácvik běžných každodenních úkonů),
- nepojmenovaný odkaz (na daný objekt dítě odkazuje pomocí jiného objektu nebo činnosti),
- napodobování modelového pohybu učitele bez fyzické nápovědy,
- kreslení, které povzbuzuje hluchoslepé dítě k využívání zbytků zraku a zároveň je prostředkem komunikace,
- reedukace sluchu, při níž se cvičí reakce na zvukové a vibrační podněty ve spojení s pohybovými aktivitami.

### 3) Strukturalizace bezprostředního okolí dítěte.

- činnosti spojené s tříděním, porovnáváním, uspořádáním a řazením objektů do skupin, které vedou k uvědomování si předmětů v okolí,
- zobecňující činnosti které vedou dítě k uvědomování si charakteristické vlastnosti subjektů nebo objektů například prostřednictvím vůně, chuti, zvuku nebo obrazu,
- sekvenční paměťové činnosti, při níž dítě získává a třídí informace do různých struktur na základě zobecňování. Příkladem je režim dne, týdne...atd.

### 4) Osvojování dorozumívacích symbolů.

- z přirozených posunků se postupně vyvíjejí abstraktní dorozumívací symboly.

#### 2.2.2 *Komunikační metoda VIS-A-VIS*

Takzvaná „*konverzační metoda tváří v tvář*“ VIS-A-VIS se vyvinula v nordických zemích na podkladě Van Dijkovy teorie výchovy a vzdělávání hluchoslepých dětí.

Komunikační metoda VIS-A-VIS je založena na interakci matka – dítě, při které matka věnuje maximální pozornost přirozeným signálům dítěte a adekvátně na ně reaguje. Matka dítě napodobuje a zároveň ho iniciuje k další aktivitě. Hluchoslepé dítě si pak uvědomí zpětnou vazbu a vzniká první komunikace, která se následně rozvíjí. Konverzační metoda VIS-A-VIS vychází z teorie výuky řeči u neslyšících dětí, a potřeby rodiče co nejrychleji se dorozumět s dítětem.

V druhé polovině 20.století byl kromě zmíněných výukových metod vytvořen v roce 1985 test pro odhad komunikativních dovedností s názvem Callier-Azusa.

### 2.2.3 Test Callier-Azusa Scale

Test pro odhad komunikativních dovedností byl sestaven Robertem Stillmanem a Christym Battlem z Dallaské univerzity v Texasu. Je tvořen škálou pro posuzování komunikativních dovedností hluchoslepých a těžce handicapovaných osob. Jeho cílem je poskytnout základní informace pro plánování individuálních výchovně vzdělávacích programů.

Škála Callier-Azusa je tvořena řadou položek ze čtyř oblastí:

- 1) Názorné a symbolické schopnosti.
- 2) Receptivní komunikace.
- 3) Účelová komunikace.
- 4) Reciprocita, jež odhaduje individuální schopnost účastnit se komunikace.

Vyhodnocování aktivit dítěte podle škály Callier-Azusa se provádí pozorováním dítěte v přirozeném prostředí za vytvoření množství podnětných situací po dobu nejméně dvou týdnů.

## 2.3 Komunikační techniky osob s hluchoslepotou

Komunikaci tvoří *system verbální a neverbální*.

**Verbální systém** je uskutečňován především formou mluvenou nebo psanou, přičemž ve formě mluvené se uplatňuje síla, melodie a barva hlasu, přízvuk, rytmus a tempo řeči. Do verbálního systému patří také znakový jazyk neslyšících.

**Neverbální systém** je charakteristický přenášením informací pomocí haptiky (doteku), kineziky (pohybu), proxemiky (vzdálenosti) a dalších způsobů komunikace beze slov (Souralová, 2005).

Souralová (2005) dělí komunikační techniky hluchoslepých na *formy neverbální a verbální*.



**Neverbální formy komunikace** preferují často osoby s vrozenou hluchosleporu. Zahrnují nesymbolickou komunikaci, komunikaci prostřednictvím reálných objektů, komunikaci prostřednictvím symbolických objektů, dvojrozměrnou reprezentace objektů a gestikulaci.

**Verbální formy komunikace** se dělí podle dominantního analyzátoru příjmu informací na komunikační techniky auditivní, vizuální a taktilní, přičemž taktilní komunikační techniky využívají osoby se současným postižením sluchu a zraku téměř nejvíce.

### **1. Auditivní komunikační techniky**

Tyto komunikační techniky jsou reprezentované orální řečí a představují nejvyšší stupeň komunikace. S touto formou komunikace mají hluchoslepí obecně nesnáze a většinou ji nepoužívají.

### **2. Vizuální komunikační techniky**

Do zmíněných metod patří například znakový jazyk neslyšících, psané písmo a odezírání. Vizuálních komunikačních technik využívají především osoby s dominantní sluchovou vadou, neboť se mohou opírat o částečně zachovalé zrakové vnímání.

### **3. Taktilní komunikační techniky**

Taktilní komunikační techniky vycházejí z mluveného jazykového systému v podobě symbolů, které lze vnímat hmatem a pohybem. Příjem i produkce těchto informací vyžaduje schopnost pracovat s vysoce abstraktními symboly. K taktilním komunikačním technikám patří doteková prstová abeceda, Braillovo bodové písmo, dlaňové komunikační systémy (Lormova abeceda, Špičková abeceda), vpisování velkých písmen do dlaně, prstová abeceda do dlaně, TADOMA a taktilní znakový jazyk (Souralová, 2005).

### **2.3.1 Prstová abeceda**

Prstová abeceda je systém znaků tvořených různou polohou prstů jedné ruky nebo obou rukou v prostoru, které zobrazují písmena (grafémy). Prstová abeceda, nebo-li daktyl, je analogická s mluvenou řečí a používá se hlavně ve vzdělávání sluchově postižených osob.

Lze ji však využít v komunikaci s hluchoslepými v její modifikované formě, buď v blízkosti oka hluchoslepeho, nebo tzv. daktylotikou do dlaně (Souralová 2000).

*Krahulcová (2003, s. 217) uvádí, že „prstová abeceda, nazývaná též daktylní abeceda, daktylní řeč, daktylotika, prstnice, je slovní vizuálně-motorická komunikační forma, při které se užívá různých poloh a postavení prstů k vyjádření písmen. Prstová abeceda vyjadřuje jednotlivá písmena polohami a tvarem prstů, z nichž se syntetickým a sukcesivním postupem tvoří slova stejně, jako se hlásky spojují do slov v mluvené řeči. Prstová řeč je vizuální formou doslovného, přesného tlumočení textu z hlediska formálního.“*

### **2.3.2 Braillovo bodové písmo pro nevidomé**

Jedná se o reliéfní bodové písmo, které se čte hmatem. Vytvořil ho Louis Brail ve svých 16-ti letech v roce 1825. Jeho písmo bylo ale přijato a začalo se používat až v roce 1850 (Smýkal,1994).

Braillovo bodové písmo pro nevidomé je vytvořeno z různých kombinací šesti bodů seřazených do dvou tříbodových sloupců postavených vedle sebe. Kombinací těchto bodů je tvořena celá abeceda včetně diakritických znamének.

Základním předpokladem komunikace prostřednictvím Braillova písma je dostatečně rozvinutý hmat. Při hmatovém čtení se využívá kůže bříška posledního článku prstu - nejčastěji ukazováčku či prostředníčku.

Braillovo bodové písmo se v komunikaci osob s hluchoslepotou používá ve dvou taktilních variantách:

### **Jednoruční Braillovo písmo do dvou prstů**

Jednoruční Braillovo písmo funguje na systému vpisování jednotlivých písmen na levý ukazováček a prostředníček. Ke komunikaci tímto způsobem je nutná dobrá znalost kombinace bodů, které tvoří písmena. Komunikace je relativně rychlá, ale vyžaduje velké soustředění obou komunikačních partnerů.

### **Dvouruční Braillovo písmo do prstů**

Při používání tohoto systému si komunikační partneři položí ruce na sebe a osoba, která předává hluchoslepému informaci, vyťukává písmena do prstů příjemce podobně jako by psala na bodové písmo na Pichtově psacím stroji pro nevidomé. Mezery mezi slovy se naznačují dotekem malíčků (Souralová, 2000).

Kombinací bodů Braillova písma lze vyjádřit všechna písmena, číslice, interpunkční znaménka, notopis, matematické značky ...atd.

### **2.3.3 Dlaňové komunikační systémy**

Jedná se o komunikační techniky, ve kterých se využívá percepce hmatem na dlani.

#### **Lormova abeceda**

Autorem Lormovy abecedy byl brněnský slepý básník Jindřich Landesmann. Název abecedy Lormova vychází z jeho pseudonymu, který zněl Jeroným Lorm.

V tomto systému každému písmenu odpovídá část prstu nebo dlaně. Písmena jsou tvořena dotekem bodu, čarou nebo vibrací na levé dlani. Číslo jsou umístěna na vnější straně levé ruky.

Lormova abeceda byla přepracována Anna Aquinou Sedláčkovou, která učila v Hradčanském ústavu pro slepé a na oči choré. Její přepracování nebylo zdařilé, hlásky byly řazeny bez ohledu na frekvenci a zhuštěné hmaty přispívaly k častým chybám.

Podruhé byla Lormova abeceda přepracována A. Špičkou.

### **Špičkova abeceda**

Špička vytvořil dlaňovou abecedu určenou pro komunikaci dvou hluchoslepých, nebo nevidomého s hluchoslepým. Na rozdíl od Lormovy abecedy jsou ruce komunikačních partnerů neustále v kontaktu a ke sdělení informace se využívá mírný stisk.

### **Vpisování tiskacích písmen do dlaně**

Vpisování tiskacích písmen do dlaně využívají často osoby, které ztratily zrak i sluch ve vyšším věku a činí jim značné obtíže naučit se jinou formu komunikace.

Princip vpisování tiskacích písmen do dlaně spočívá v psaní obrysů velkých tiskacích písmen abecedy pravou rukou do dlaně levé ruky hluchoslepeho. Hluchoslepý předává informace stejným způsobem, tedy píše pravou rukou na levou dlaň partnera (Souralová, 2000).

### **Daktylotika**

Tato komunikační technika vychází z prstové abecedy. Hlaváčová (2003) uvádí, že při daktylotice se poloha a postavení prstů které zastupují písmena neznačí do prostoru, ale umísťují se do dlaně. Jednotlivé polohy a postavení prstů nejsou sledovány zrakem, ale vnímány plochou dlaně.

#### **2.3.4 TADOMA**

Komunikační technika TADOMA spočívá v systematickém odhmatávání hlasového projevu osoby, jež sděluje informace (Souralová, 2000). Hluchoslepá osoba se mluvčího dotýká jednou rukou, přičemž palec je na krku v oblasti hlasivek, ukazováček na rtech a prostředníček je umístěn na tváři.

TADOMA je velmi náročná komunikační technika, kterou používá jen několik málo hluchoslepých jedinců. Ve větší míře je využita jako doplňující prvek komunikace.

Jednou z komunikačních technik osob se současným postižením sluchu a zraku, jež se v České republice teprve vyvíjí, je taktilní znakový jazyk, který vychází ze znakového jazyka neslyšících. V této práci jsou oběma dvěma technikám věnovány následující dvě samostatné kapitoly.

## 3 Znakový jazyk

### 3.1 Vymezení pojmu

Podle zákona č.155/1998 o znakové řeči je znakový jazyk vymezen jako „*přirozený a plnohodnotný komunikační systém tvořený specifickými vizuálně-pohybovými prostředky, tj. tvary rukou, jejich postavením a pohyby, mimikou, pozicemi hlavy a horní části trupu. Český znakový jazyk má základní atributy jazyka, tj. znakovost, systémovost, dvojí členění, produktivnost, svébytnost a historický rozměr, a je ustálen po stránce lexikální i gramatické.*“<sup>31</sup>(Zákon č.155/1998, § 4, písm.2)

V zákoně č. 155/1998 je znaková řeč nadřazeným pojmem, pod který se zahrnuje český znakový jazyk a znakovaná čeština. Z hlediska lingvistiky však toto označení nedává smysl, neboť lingvistika rozumí řeči individuální a neopakovatelné akty lidských promluv, konkrétní projev jazyka (Macurová, SP, 2001).

Znakovaná čeština je podle § 5 tohoto zákona definovaná jako umělý jazykový systém, jež usnadňuje dorozumívání mezi slyšícími a neslyšícími. Znakovaná čeština využívá znaky se současnou artikulací a odpovídá gramatice českého jazyka.

Znaková řeč neslyšících je označení pro vizuálně-motorické symbolické komunikační systémy, a to hlavně českého znakového jazyka a znakovaného českého jazyka. Jedná se o souhrn pohybových a mimických, přirozených i konvenčně dohodnutých výrazových prostředků, jejichž podstata spočívá v pohybech a konfiguraci rukou a prstů, mimice obličeje a dalších nonverbálních komunikačních formách. Znakovou řeč často doplňuje mluvená řeč, prstová abeceda nebo psaná podoba jazyka (Krahulcová , 2002).

---

<sup>31</sup> Více informací o vlastnostech znakového jazyka naleznete v práci P.Bímové s názvem Jazyk znakový? Jazyk přirozený. Dostupné na webových stránkách doktorandů Ústavu českého jazyka a teorie komunikace FF UK <http://ds.fox1.cz/?module=ad&arid=12>

Každý národ má svůj znakový jazyk – existuje český znakový jazyk, německý znakový jazyk, americký znakový jazyk označovaný jako ASL (*American Sign Language*) a další.

Je zajímavé, že existuje i územní a sociální nářečí v rámci znakového jazyka (Strnadová, 1998)

Znakovaný jazyk (v našem případě znakovaná čeština) se také vyskytuje v jiných zemích. Například *Manually Coded English* (MCE), *Pidgin Signed English* (PSE), *Ameslish* (kombinace ASL a anglického jazyka), *Lautsprachbegleitende Gebardensprache*, *Kalkirujuščaja žestnaja reč...* atd.

Existuje také mezinárodní znakový jazyk s názvem *Gestuno*, bohužel kromě Bulharska se téměř nepoužívá (Krahulcová, 2002).

### 3.2 Manuální a nemanuální složky znakového jazyka

Znakový jazyk neslyšících má *dvě základní složky* – *manuální a nemanuální*. Manuální složka je nositelkou lexikálního významu a nemanuální složka má funkci gramatickou.

#### 3.2.1 Manuální složka

Manuální složky znaků a klasifikace formativních parametrů jsou podle Stokoea (1960) například:

- a) místo, kde je znak artikulován (**TAB tabula**),
- b) tvar ruky/rukou, která/é artikuluje/í (**DEZ designator**),
- c) vztah ruky/rukou k tělu: orientace dlaně/í (**ORI 1 orientation**) a orientace prstů (**ORI 2**),
- d) vztah ruky k ruce, pouze u znaků artikulovaných oběma rukama (**HA hand arrangement**),
- e) pohyb/y ruky/rukou (**SIG signator**). (In Krahulcová, 2002)

Ve své studii o americkém znakovém jazyce z roku 1960 zveřejnil Stokoe soupis symbolů ke každému parametru, díky kterým je možné znaky znakového jazyka zapsat.<sup>32</sup>

Macurová (1996) uvádí návrh způsobu zápisu znaků uzpůsobený potřebám českého znakového jazyka.

## TAB

Tabulka 1

### TAB (místo artikulace)

Převzato z: MACUROVÁ, A. Proč a jak zapisovat znaky českého znakového jazyka: Tabulka 1. In *Speciální pedagogika*, 1996, č.1, s. 5 – 19.

neutrální prostor		
∅ (prostor před tělem, kde se ruce pohybují přirozeně a volně)	} tvář(e)	∨ horní část paže (od loktu k rameni)
∨ celý obličej	) ucho/uši	∨ dolní část paže (od zápěstí k loktu)
∧ horní část hlavy	∏ krk	∩ loket
> horní část obličeje, čelo	∏ horní část trupu	∩ vnější zápěstí (dlaň dolů)
< oko/oči	∩ dolní část trupu	∩ vnitřní zápěstí (dlaň nahoru)
∧ nos	∏ ramena	∏ bok(y)
∩ dolní část obličeje, brada	∏ hrud'	∩ stehno
∩ pod bradou	∩ pas a těsně pod ním levá / pravá hrana	∩ od kolena ke kotníku
∩ ústa a rty	[ ] trupu (od podpaží k bokům)	

<sup>32</sup> Systém symbolů pro notaci znakového jazyka se jmenoval Stokoe's Notation System (SNS).



**DEZ**

Pro zápis znaků českého znakového jazyka (ČZJ) jsou písmenové symboly tvarů ruky převzaty většinou z české jednoruční prstové abecedy. Pro tvary ruky, které se v české jednoruční prstové abecedě nevyskytují, jsou užity znaky speciální (5, 8). Tvary rukou jsou rozčleněny do pěti skupin:

- 1. zavřená ruka (A),
- 2. skrčená ruka (O, C),
- 3. ruka s prsty u sebe (B),
- 4. ruka s prsty od sebe (5, 8),
- 5. zavřená ruka se vztyčenými prsty (D, V, P, I, Y, R).

Do těchto skupin je zahrnuto celkem 12 tvarů ruky.



## Tabulka 3

**ORI 1, ORI 2 (poloha dlaně a prstů ve vztahu k tělu)**

Převzato z: MACUROVÁ, A. Proč a jak zapisovat znaky českého znakového jazyka: Tabulka 4. In *Speciální pedagogika*, 1996, č.1, s. 5 – 19.

∧ nahoru	↓ k tělu	> doprava
∨ dolů	↑ od těla	< doleva

## Tabulka 4

**HA (vzájemná poloha rukou)**

Převzato z: MACUROVÁ, A. Proč a jak zapisovat znaky českého znakového jazyka: Tabulka 5. In *Speciální pedagogika*, 1996, č.1, s. 5 – 19.

vedle, podél sebe	¶ jedna ruka za druhou (blíže k tělu)	⊙ jedna ruka uvnitř druhé
— jedna ruka nad druhou	⌘ propojení rukou	× ruce ve vzájemném kontaktu

Tabulka 5

**SIG (pohyb)**

Převzato z: MACUROVÁ, A. Proč a jak zapisovat znaky českého znakového jazyka: Tabulka 6. In *Speciální pedagogika*, 1996, č.1, s. 5 – 19.

∧ nahoru	↻ výměna	☞ skrčení (prstů)
∨ dolů	~ střídání	⋈ třepotání
↕ nahoru a dolů	⊕ zkřížení	"drobení" (konečky prstů)
> doprava	⌘ spojení / uchopení	⊞ otvírání
< doleva	⇄ míjení	⊞ zavírání
↔ ze strany na stranu	⊗ kontakt	∅ žádný pohyb
↓ k tělu	⊙ kruhový pohyb	opakování (za symbolem SIG)
↑ od těla	⊙ kroucení (otočka v zápěstí)	◦ krátký pohyb
↕ k tělu a od těla	⊙ dlaň nahoru	● prudký pohyb
⊙ vsunutí	⊙ dlaň dolů	□ konečný stav ruky
⊂ přiblížení	⊂ kývání (ohyb v zápěstí)	
⊃ oddálení	⊂ mávání (ohyb v kotníku ruky)	

Tabulka 6

**SIG kruhový pohyb**

Převzato z: MACUROVÁ, A. Proč a jak zapisovat znaky českého znakového jazyka: Tabulka 7. In *Speciální pedagogika*, 1996, č.1, s. 5 – 19.

	<b>horizontální</b>		<b>vertikální</b>		<b>pravoúhle vertikální</b>	
	ve směru hod. ruč.	proti směru hod. ruč.	ve směru hod. ruč.	proti směru hod. ruč.	ve směru hod. ruč.	proti směru hod. ruč.
jedna ruka						
dvě ruce						

pro pohyb obou  
rukou  
ve stejném směru

pokud se ruce nepohybují simultánně, je za symbol pohybu @ umístěn symbol pro střídání ~

**Příklad zápisu znaku „Velikonoce“**

Ruce jsou postaveny podél sebe („bok po boku“) u brady s dlaněmi směřujícími k tělu a prsty nahoru. Opakovanými kroutivými pohyby v zápěstí

se ruce pohybují směrem od těla a zároveň se od sebe vzdalují.(Macurová, 1996, SP, č. 1)<sup>33</sup>

Pro zachycení nemanuální složky znaků se zatím notační systémy vyskytují pouze v zahraničí (Bímová, 2004).

### 3.2.2 Nemanuální složka

Nemanuální složka znakového jazyka zahrnuje mimiku, gestikulaci, posturologii, haptiku a další nonverbální prostředky. Nemanuální prvky znaků mají funkci v lexikální nebo gramatické a jsou nedílnou součástí znaku. Pokud je změněme, může dojít i ke změně významu sdělení, neboť větná stavba ve znakovém jazyce má pevně stanovená pravidla (Strnadová, 1998).

#### Nemanuální komponenty se využívají:

1. pro přídavná jména (př. krásný, studený),
2. pro stupňování přídavných jmen (př. nejkrásnější, malinkatý),
3. pro slovesa (těžká jízda na kole do kopce, lehká jízda dolů z kopce),
4. pro určení druhů vět (tázací, oznamovací, rozkazovací),<sup>34</sup>
5. pro vyjádření negace.

### 3.3 Inkorporace do znakového jazyka

Inkorporace představuje včleňování více znaků do sebe prostřednictvím simultánnosti znakového jazyka. Znaky se artikulují současně. Například u sdělení „čekali jsme čtyři hodiny“ se čtyři hodiny ukáží jedním znakem, ve kterém je číslovka čtyři umístěná do pohybu znaku hodina. V tomto případě se jedná o inkorporaci času.

<sup>33</sup> Další informace k manuálním složkám píše A. Macurová, v časopise Slovo a slovesnost, č.55, 1994 v článku s názvem *Jazyk v komunikaci neslyšících (Předběžné poznámky)*.

<sup>34</sup> Problematikou tázacích vět ve znakovém jazyce se zabývá A. Hronová ve článku *Poznáváme český znakový jazyk III – tvoření tázacích vět* v časopise Speciální pedagogika, roč. 12, 2002, č.2, strana 113 – 123.

Rozlišujeme inkorporace:

- a) času<sup>35</sup>
- b) počtu<sup>36</sup>
- c) způsobu
- d) předmětu do slovesa
- e) inkorporace směru ve slovesu
- f) inkorporace s osobní zájmenou sponou
- g) inkorporace záporu

### 3.4 Druhy znaků

#### 3.4.1 Druhy znaků podle vztahu znaku a jevu

Podle vztahu a jevu rozlišujeme znaky:

##### 1. Deiktické (ukazovací)

Jedná se o znaky, které se používají jen v bezprostřední blízkosti předmětu. Například znaky nos, brada, oko, ty, on ...a další.

##### 2. Ikonické (napodobovací)

Znaky ikonické připomínají základní vlastnost jevu nebo předmětu, jež zastupují.

Můžeme je rozdělit na:

- a) ikonické znaky transparentní, u nichž je vztah mezi znakem a předmětem zcela jasný, například znak dům, pít ...atd.
- b) ikonické znaky translucidentní, u nichž je vztah mezi znakem a jevem zřejmý až když znak známe. Těchto znaků je v českém znakovém jazyce nejvíce. Například znak autobus, salám ... atd.

<sup>35</sup> O inkorporaci času a obecně o vyjadřování času pojednává A. Macurová v časopise Speciální pedagogika 13, 2003, č. 2, na straně 89 – 98. ve článku s názvem *Poznáváme český znakový jazyk IV. (Vyjádření času)*.

<sup>36</sup> Více informací v článku *Poznáváme český znakový jazyk – poznámky k vyjadřování mnohosti* v časopise Speciální pedagogika, roč.14, 2004, č.2, strana 107 – 126 od A.Macurové a J. Petříčkové

### 3. Symbolické (arbitrální)

Další typ znaků – znaky symbolické, nepřipomínají svým provedením ani vlastnost jevu ani předmět, který zastupují. Symbolické znaky vznikají většinou postupně ze znaků ikonických za účelem zjednodušení a pro rychlejší provedení. Jsou to například znaky kultura, právník...atd.

### 4. Specifické

O tom, zda se do znakového jazyka řadí i znaky specifické se stále vedou diskuze.

Pro označení těchto znaků neexistuje v českém jazyce přesný překlad. Často vyjadřují nějakou emoci či osobní postoj mluvčího a jsou vždy doplněné specifickým orálním komponentem - mimikou úst.<sup>37</sup>

#### 3.4.2 Druhy znaků dle způsobu artikulace

Macurová (1996) rozděluje znaky dle způsobu artikulace na tři základní typy:

##### 1. Znaky artikulované jednou rukou

- a) znaky s nulovým kontaktem (např. muset, kolik),
- b) znaky s kontaktem na nějakou část těla, tedy na čelo, nos, ústa, hrud'... (např. mít rád).

##### 2. Znaky artikulované dvěma rukama

- a) znaky, v nichž jsou aktivní obě ruce stejného tvaru (např. život, zdraví),
- b) znaky "symetrické" – obě ruce jsou ve stejném tvaru, aktivní je dominantní ruka a druhá ruka je pasivní. Dominantní ruka provádí pohyb buď nad, za, pod, před atd. rukou pasivní ( např. proč, čočka, tráva),
- c) znaky "asymetrické" – obě ruce jsou v různém tvaru a dominantní ruka artikuluje nad (pod, za, před atd.) rukou pasivní (např. opakovat, čokoláda).

---

<sup>37</sup> Problematikou specifických znaků se zabývá ve člancích J. Motejzíkova: Poznáváme ČZJ V. (Specifické znaky). Speciální pedagogika 13, 2003, č. 3, s. 218 – 226 a také P. Vysuček: Poznáváme ČZJ VI. (Specifické znaky). Speciální pedagogika 14, 2004, č. 1, s. 16 – 27.



### 3. Znaký složené

– vznikají kombinací výše uvedených typů (např. nashledanou, červenec).  
(Macurová, *SP*, 1996)

#### 3.5 Tvoření otázek ve znakovém jazyce

V českém jazyce existují otázky **doplňovací**, u nichž čekáme rozsáhlejší odpověď, a otázky **zjišťovací**, na které odpovídáme *ano* nebo *ne*. Podle toho, komu je otázka určena, je dále rozlišujeme na *deliberativní* a *nedeliberativní*.

**Deliberativní** otázky jsou tzv. „rozvažovací“, které mluvčí klade sám sobě. Tyto otázky jsou výrazem pochybnosti, nejistoty nebo nerozhodnosti.

U otázek **neliberativních** se mluvčí obrací k někomu jinému. V případě, že čeká odpověď, jedná se o otázky **pravé**, pokud jde spíše o konstatování nějaké skutečnosti a mluvčí nečeká odpověď, jedná se o otázky **nepravé**. Nepravé otázky lze dále členit na *podivové* a *řečnické*. **Podivové otázky** vyjadřují podiv nad něčím, co jsme nečekali. **Řečnické otázky** mají funkci námitky nebo odmítnutí (Hronová, 2002).

Při tvoření otázek ve znakovém jazyce se uplatňují manuální komponenty, například znaky *co*, *kdo*, *kde*, *jak*, *proč*..atd., ale i komponenty nemanuální, k nimž patří mimika obočí, zrakový kontakt, pohyby ramen, hlavy...atd. Nemanuální komponenty znakového jazyka plní *funkci pragmatickou* (mluvčí dává najevo, že čeká odpověď), *regulační* (začíná nebo ukončuje hovor) a *referenční* (mluvčí určuje a lokalizuje příjemce).

Nemanuální komponenty se při tvoření otázek používají obvykle následovně:

**A) Otázky doplňovací** – u mluvčího jsou charakteristické mimické pohyby obočí (zvednutí, svrštění), zrakový kontakt a ramena „nahrbená“ dopředu

**B) Otázky zjišťovací** – zrakový kontakt je velmi výrazný, mluvčí má nakloněná ramena a hlavu dopředu, přičemž brada je mírně zdvižená nahoru

**C) Otázky nepravé** – zrakový kontakt mluvčího s příjemcem chybí

**D) Otázky podivové** – zrakový kontakt mluvčího není žádný nebo výjimečně přerušovaný

**E) Otázky vnitřní** – jsou charakteristické skloněnou hlavou mluvčího s pohledem upřeným mimo příjemce.

### 3.6 Variety znakového jazyka

Znakový jazyk používají osoby neslyšící, děti neslyšících rodičů, rodiče neslyšících dětí, sourozenci, přátelé a spolupracovníci neslyšících, tlumočníci a další osoby, které komunikují s neslyšícími. Jejich znakový projev se různí podle situace, věku, pohlaví, rasy, geografického rozmístění znaku (určitý znak se ukazuje jinak v Olomouci a jinak v Praze), podle komunikačního partnera nebo podle znalosti majoritního jazyka popř. cizího jazyka (Strnadová, 1998).

Na závěr této kapitoly je nutné připomenout, že ve světě začali jazykovědci znakové jazyky studovat na začátku 60. let 20. století (Macurová, *SP*, 2001), zatímco výzkum českého znakového jazyka byl v České republice zahájen až v roce 1993 v Institutu pro neslyšící v Berouně (Bímová, 2004).

Výzkum znakového jazyka dále pokračuje a přibývají nové poznatky a zkušenosti.

## 4 Taktilní znakový jazyk

### 4.1 Vymezení pojmu

Taktilní znakový jazyk je často používaná komunikační technika hluchoslepých především v západní a severní Evropě. Jedná se o modifikovaný znakový jazyk neslyšících pro osoby se současným postižením sluchu a zraku. Komunikační partneři se drží za ruce a tím si mohou i přes ztrátu zraku předávat informace prostřednictvím znaků, které ukazují.

Někdy se taktilní znakový jazyk označuje jako komunikační technika „*znakování ruku v ruce*“. V České republice se taktilní znakový jazyk zkoumá zhruba od 90.let 20. století. Jeho praktické používání je teprve v začátcích, neboť výuka taktilního znakového jazyka se u nás provozuje jen velmi krátce.<sup>38</sup>

V taktilní formě znakového jazyka dochází často k posunu ze simultánního projevu k projevu lineárnímu. Je to způsobené snížením možnosti rozlišovat výrazové prostředky (Souralová, 2005).

### 4.2 Obecná charakteristika taktilního znakového jazyka

Ke komunikaci taktilním znakovým jazykem se využívá **různých postavení** komunikačních partnerů, při kterých osoba s hluchoslepotou vnímá jednotlivé znaky hmatem. Langrová (2004) uvádí několik různých postavení komunikujících vůči sobě navzájem:

#### A) Pozice dorzální

Osoba komunikující s hluchoslepým stojí za jeho zády, přičemž dochází k úplné formě fyzické asistence. Pozice dorzální se užívá většinou při nácviku

---

<sup>38</sup> První kurz znakového jazyka byl zahájen v Brně v Poradenském centru LORMu v říjnu roku 2004.

taktilního znakového jazyka, ale pro komunikaci dospělých hluchoslepých osob je nevhodná.

### **B) Pozice frontální**

Komunikující partneři sedí v čelním postavením proti sobě a dotýkají se oběma rukama. Intaktní osoba může některé komplikované či nejasné znaky provádět tak, že zpřesní znak na těle hluchoslepečeho. Tato pozice je výhodná pro prvotní nácvik taktilního znakového jazyka, neboť umožňuje hluchoslepečemu sledovat obě znakující paže. Nevýhoda je spatřována v tom, že ne v každé životní situaci má hluchoslepý možnost při komunikaci být v sedě.

### **C) Pozice paralelní**

Komunikující osoby sedí či stojí vedle sebe. V této pozici lze využívat postavení, kdy hluchoslepečá osoba vnímá znaky pouze dotekem jedné ruky, kterou se přidrží dominantní znakující ruky komunikačního partnera. Volnou rukou pak může signalizovat, zda rozumí či nikoli, nebo okamžitě reagovat na sdělené informace. Tím je umožněna okamžitá zpětná vazba, která má pro komunikaci nesmírný význam. Paralelní pozice ke komunikaci je možné využít i při chůzi, přičemž druhá ruka hluchoslepečeho mapuje terén s červenobílou holí.

Tato forma je pro hluchoslepečeho náročná, neboť přijímá informace jen jednou rukou, kterou musí správně identifikovat daný znak (Langrová, 2004).

## **4.3 Obecné principy modifikace znakového jazyka pro osoby s hluchoslepotou**

Modifikace znakového jazyka neslyšících je nutná, aby osoby s hluchoslepotou neztrácely informace, které neslyšící běžně získávají vizuální cestou. Obecně lze říci že je vhodné, aby:

- počet pohybů při každém pohybu byl omezen na minimum,
- počet motorických elementů v každém znaku byl co nejmenší,
- při znakování v prostoru se doporučuje, aby výchozí a konečná pozice znaku byla umístěna na těle a byla zřetelná.

Nedostatek vizuální zpětné vazby by měl být nahrazen dotykově kinestetickou zpětnou vazbou (Ludíková, Suralová, 1994).

Zpětná vazba je v komunikaci hluchoslepých dvojího typu:

A) první způsob má konsekutivní charakter – komunikační partneři se střídají ve zpětné vazbě tak, že ten, kdo informaci přijímá, nemůže simultánně reagovat na obsah sdělení v průběhu artikulace toho, kdo informaci vysílá.

B) simultánní reakce – se využívá při artikulaci jedné ruky, přičemž druhá ruka podává zpětnou vazbu například poklepáváním prsty nebo stiskem ruky (Collins, Petronio, In Suralová, 2005).

#### **4.4 Principy modifikace manuální složky znakového jazyka**

##### **Artikulační prostor (TAB)**

Vnímání artikulačního prostoru je dáno charakterem zrakové vady hluchoslepečho jedince. Potíž činí znaky s nestabilním artikulačním místem. V tomto případě je nutné převést znak na tělo, aby měl znak jasný začátek a konec artikulace. Znak, který využívá jen jeden základní prostor, je modifikovat jednodušší.

##### **Tvar ruky (DEZ)**

Obecně by měl hluchoslepý využívat celou ruku. U osob, jež mají převahu zrakového postižení a nemají dobrou nebo téměř žádnou představu o prostoru, se často vyskytují potíže se správnou polohou ruky.

##### **Pohyb ruky (SIG)**

Zde dochází k modifikaci velmi často. Pohyb ruky při artikulaci znaku činí hluchoslepečmu potíže, a proto se počet pohybů při každém znaku omezuje na minimum a snižuje se množství motorických prvků. Pohyb je v taktilním znakovém jazyce obecně kratší než v jazyce znakovém.

### **Orientace ruky (ORI 1), (ORI 2)**

Není vždy zcela možné, aby orientace ruky byla zachována, neboť by to vedlo k nepřírozené poloze ruky jednoho nebo obou z komunikačních partnerů při vzájemném držení. Proto v tomto komponentu manuální složky znakového jazyka taktéž dochází k častým modifikacím.

### **4.5 Principy modifikace nemanuální složky znakového jazyka**

Nemanuální složka, která obsahuje mimiku, gestikulaci a další nonverbální prostředky (mj. i stylistickou diferenciaci vlastních výrazových prostředků) je pro osobu se současným postižením sluchu a zraku velmi náročná. Obecně lze říci, že vnímání a správná diferenciacie nonverbálních prostředků je pro hluchoslepé značně omezena a v některých případech (dle stupně zrakové vady) i znemožněna.

Domachowski (2000) uvádí, že hluchoslepí mají v mnoha situacích možnost používat neverbální komunikáty, pokud se je naučí a jsou upozorněni na pravidla jejich používání. Tím se jejich komunikace s okolím a hlavně s intaktní populací značně zpřístupní. Například pro první kontakt by měli hluchoslepí volit nejlépe ruce po lokty. Hlava a rameno jsou už pro společnost méně přijatelnější a oblast od stehů nahoru naprosto nepřijatelná.

Dalším neverbálním komunikátorem, který se mohou naučit a správně ho používat, je směr pohledu spojený se zrakovým kontaktem a vhodná vzdálenost komunikujících partnerů (Domachowski, 2000).<sup>39</sup>

Aby byly nemanuální prostředky pro osoby se současným postižením sluchu a zraku „čitelné“, musíme je modifikovat do hmatové formy, která je jim přístupná – tedy do manuálních komponentů znakového jazyka.

Způsob rozkazovací se například provádí zvýšeným svalovým napětím při artikulaci znaku, který se záměrně zdvojí.

Mezi přídavnými jmény a příslovci byl zjištěn rozdíl ve svalovém napětí a rychlosti při provádění artikulačního znaku.

---

<sup>39</sup> Směr pohledu spojený se zrakovým kontaktem využívají i osoby s vrozenou nevidomostí.

#### **4.5.1 Gesta v neverbální komunikaci**

Do nemanuální složky patří již výše zmíněná gesta. Lewis (In Suralová, 2005) rozděluje gesta do čtyř hlavních skupin:

##### **A) Symboly**

Symboly mohou být včleněny přímo do slova nebo slov v rámci užití významové oblasti, (např. vztyčený palec jako OK, který má svůj přesný významový ekvivalent – „v pořádku, správně“. Symboly mohou být použity samostatně nebo včleněny do krátkých vět.

Tato gesta se tvoří pomocí prstů, rukou, paží, pokrčením nosu ...atd.

##### **B) Ilustrátory**

Jedná se o gesta spojená s řečí, jež se mohou používat pro zdůraznění slov, frází, naznačení vztahů, udávání tempa nebo rytmu mluveného slova. Ilustrátor je každý druh pohybu těla, který hraje roli ve vztahu k verbální komunikaci.

##### **C) Regulátory**

Regulátory jsou signály změn, které mají důležitou roli pro zahájení nebo ukončení komunikace.

##### **D) Adaptéry**

Adaptéry jsou označovány pohyby, gesta a jiné činnosti používané pro vyjádření pocitů a k řízení reakcí. Obvykle se objevují ve stresových situacích, kdy míra emocí odpovídá míře změn projevujících se ve složce manuální i nemanuální (Lewis, In Suralová, 2005).

#### **4.5.2 Gesta v neverbální komunikaci osob s duálním senzoryckým postižením**

##### **A) Symboly**

Gesta ve funkci symbolů v komunikaci hluchoslepých potvrdit nemůžeme.

## **B) Ilustrátory**

Stejně jako symboly i funkci ilustrátorů nelze jednoznačně v komunikaci hluchoslepých potvrdit, neboť při zdůrazňování rytmického charakteru komunikace by mohlo docházet k záměně s některým nemanuálním komponentem.

## **C) Regulátory**

Regulátory jsou v komunikaci hluchoslepých jedny z nejdůležitějších gest. Díky nim může hluchoslepá osoba navázat kontakt a udržovat pozornost v průběhu komunikace. Regulátory jsou důležité také pro zpětnou vazbu.<sup>40</sup>

## **D) Adaptéry**

Gesta ve formě adaptérů se vyskytují především v komunikaci hluchoslepých dětí, které jejich prostřednictvím prezentují svůj emocionální stav. Adaptéry jsou typické jako součást motorických aktivit těchto dětí. Správná identifikace významu adaptérů je základem pro výstavbu komunikačního systému matky (nebo jiné pečující osoby) s dítětem.

## **4.6 Tvoření otázek a vyjádření času v taktilním znakovém jazyce**

### **4.6.1 Tvoření otázek**

Tvoření otázek u osob s hluchoslepotou je různé podle jejich možnosti příjmu informací vizuální cestou. Otázku většinou rozpoznáme podle pauzy – jakéhosi mírného váhání po provedení znaku. Při nácviku taktilního znakového jazyka se u začátečníků můžeme někdy setkat s hluchoslepu osobou (většinou staršího věku), která díky výchově či vzdělání není přivyklá na pokládání otázek. V tomto případě se tázací věta uvozuje znaky „*ptám, ty...*“, pokud se ovšem nejedná o otázky typu „*Jak se máš*“, „*Kam jdeš*“ ... atd.

---

<sup>40</sup> Ke zpětné vazbě může sloužit i předem dohodnutý signál. Například v případě, že hluchoslepi neporozuměl sdělované informaci zatne ruce v pěst a s rukama tlumočnicka pohybuje střídavě vpravo a vlevo.



V rámci nemanuálních prostředků při tvoření otázek využívají osoby se současným postižením sluchu a zraku mimiku (zvednuté neb svrážené obočí, vysunutí brady...), pohyby hlavy i horní části trupu.

K rozlišování otázek zjišťovacích a doplňovacích dochází většinou díky vyvození druhu otázky z kontextu sdělení (Souralová, 2001).

#### **4.6.2 Vyjádření času**

V taktilním znakovém jazyce je vyjadřování času v rámci užívání prostoru k orientaci v čase a vytvoření kategorie času jen velmi omezené. Způsob jeho vyjádření je zatím předmětem výzkumů.

### **4.7 Výuka taktilního znakového jazyka hluchoslepých**

#### **4.7.1 Výuka znaků obecně**

**A) Znaky deiktické** – většinou činí hluchoslepým jen minimální potíže.

**B) Znaky ikonické** – jsou při nácviku znaků v taktilní podobě upřednostňovány, protože připomínají základní vlastnost jevu nebo předmětu, který zastupují.

**C) Znaky symbolické** – v počáteční výuce jsou pro osoby s hluchoslepotou obtížné, neboť nejsou svázány s konkrétní situací a nevyjadřují charakteristické rysy objektů a jevů jako znaky ikonické. Představují tím pro hluchoslepé vysoký stupeň abstrakce.

**D) Znaky specifické** – představují pro hluchoslepé nejvyšší stupeň abstrakce a v komunikaci jich využívá jen minimum osob se současným postižením sluchu a zraku.

Na vnímání náročnosti těchto čtyřech uvedených typů znaků, je zaměřená praktická část, jež je součástí této práce.

Při taktilním znakování spočívají ruce hluchoslepého volně na palcové hraně a hřbetu ruky partnera. Prsty hluchoslepého se snaží zachytit změny poloh a prstů ruky partnera. Prsty hluchoslepého jsou od sebe tedy mírně vzdáleny. Ruka partnera musí mít možnost volného pohybu v přivřeně objímající dlani hluchoslepého (Langrová, 2004).

Z hlediska motoriky nácvičku znaků je důležité, aby znaky, které se provádí oběma rukama, byly symetrické.

U osob s vrozenou nevidomostí (amaurosou), u nichž je omezená nebo téměř žádná prostorová orientace a představivost<sup>41</sup>, se uplatňuje nejprve odhmatání znaku, popřípadě následná dopomoc k „poskládání“ prstů do správné pozice a umístění do prostoru<sup>42</sup> a poté následné provedení znaku. K fixaci správného použití znaku se používá metoda, při níž lektor sdělí pomocí znaků informaci hluchoslepému, který ji následně zopakuje.

Zajímavý článek píše J. L. Clark (2005). Kritizuje v něm způsob výuky amerického znakového jazyka (ASL) v Minesotě. Pokud do kurzu výuky ASL přijde osoba s hluchoslepotou, je lektory nucena učit se americký znakový jazyk prostřednictvím vizuální percepce. Mnohé z těchto osob ji však díky stupni své zrakové vady využívat nemohou, a proto z kurzů odchází. Clark s tímto postupem nesouhlasí. Taktilní formu hodnotí jako ideální formu učení se ASL pro hluchoslepé i intaktní studenty. Nepostižený student si totiž často osvojuje špatné návyky (například nesprávný úhel zápěstí...atd), protože nikdy neměl možnost si znaky „zmapovat“ pouze prostřednictvím taktilního vnímání (Clark, 2005).

Často se uvádí, že taktilní znakový jazyk používají ke komunikaci osoby s dominantním sluchovým postižením, popřípadě osoby s progredující zrakovou vadou. Ze světových konferencí hluchoslepých však víme, že k této technice komunikace se přiklání většina hluchoslepých s rozdílnými typy sensorického postižení, neboť taktilní znakový jazyk se jeví jako nejrychlejší a rozšiřuje se díky němu pole komunikačních partnerů.

---

<sup>41</sup> Kvalita prostorového vnímání a představivosti nevidomých se stejným stupněm zrakové vady se může lišit. Příčinou často bývá styl výchovy v rodině, způsob výchovy a vzdělávání ve škole či rozdílnými psychologickými vlastnostmi konkrétního jedince.

<sup>42</sup> Pokud je znak v prostoru náročný, doporučuje se stanovit pevný výchozí a konečný bod znaku na těle.

#### 4.7.2 *Výuka znaků v České republice*

Než byla v České republice zahájena výuka taktilního znakového jazyka, byla provedena depistáž neslyšících osob, které komunikovaly znakovým jazykem a v důsledku zhoršování svého zraku musely komunikaci přizpůsobit novým podmínkám.

Poté následoval pobyt hluchoslepých v Radešíně pořádaný LORMem v srpnu roku 2004, kde se zkoumala obecná pravidla komunikace taktilním znakovým jazykem.

Další pobyt za účelem sjednocení znaků, jež se budou používat, se konal v Radešíně roku 2005. Na něj navázala organizace LORM, Ph.D. Jiří Langer a další odborníci z katedry speciální pedagogiky, pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci tvorbou výukového CD – ROMu taktilního znakového jazyka pro hluchoslepé.<sup>43</sup> Na zmíněném CD- ROMu budou předvedeny ty nejběžněji užívané znaky v dotekovém provedení, s možností měnit pozadí, zpomalit video s provedením znaku či zobrazit detail znaku.

Velkým přínosem tohoto CD-ROMu je jednotná výuka, která zabrání nebezpečí používání různých znaků podle regionu či věku uživatele.

V červenci roku 2006 se chystá třetí výukový pobyt hluchoslepých v Letovicích, jehož náplní bude především konverzace taktilním znakovým jazykem. Reakcí na zmíněný pobyt by měla být tvorba dalšího CD-ROMu zabývajícího se pravidly větné stavby a obecně způsoby konverzace.

V současné době probíhá výuka taktilního znakového jazyka uskutečňovaná LORMem v Praze, v Brně a v Liberci.

---

<sup>43</sup> Tento CD-ROM se nyní dokončuje a bude sloužit potřebám LORMu při výuce taktilního znakového jazyka.

## 5 Historie a současná péče o hluchoslepé

### 5.1 Historie péče o hluchoslepé

Nejstarší zmínka o výchově hluchoslepých je dochována v díle *abbé C. Cartina*, vydaného pod názvem „*Anna – ou l’aveugle sourde – muette*“ v roce 1843 v Brugách.

Z roku 1836 existují poznatky o výchově hluchoslepých od dr. Samuela Howeho, který byl zakladatelem a ředitelem Perkinsova ústavu pro nevidomé v Bostonu. Na jeho poznatkách byla založena i výchova světoznámé hluchoslepé Heleny Kellerové.

První zpráva o výchově hluchoslepých u nás pochází z roku 1907 ze Zemského ústavu pro nevidomé v Brně. Tito hluchoslepí používali ke komunikaci Lormovu abecedu v úpravě ředitele ústavu Jana Špičky.

V roce 1908 byla do ústavu pro slepé děti v Praze na Hradčanech přijata nevidomá dívka, jež o rok později přišla o sluch a stala se hluchoslepou. Ve zmiňovaném ústavu působila i odborná učitelka Aquina Anna Sedláčková, která byla autorkou původní dotekové abecedy pro hluchoslepé.

Josef Zeman (školní inspektor) v roce 1925 odhadoval, že v Československu žije asi 200 hluchoslepých. V té době je označoval jako „hluchoněmé slepce“.

Po roce 1948 péče o hluchoslepé téměř neexistovala. Teprve v roce 1991 bylo pro pomoc hluchoslepým založeno občanské sdružení LORM – společnost pro hluchoslepé (Jakeš, 1998).

### 5.2 Současná péče o hluchoslepé

V České republice je od roku 1992 budována koncepce výchovně-vzdělávací péče o hluchoslepé. Základem koncepce je zajištění výchovy a vzdělávání pro děti od předškolního věku až po dospělost s přípravu na povolání. V ČR existují v současné době pouze dvě školy pro výchovu a vzdělávání hluchoslepých dětí. Jedná se o *Speciální mateřskou školu*

a *Speciální základní školu pro sluchově postižené v Olomouci*<sup>44</sup> a *Speciální mateřskou školu pro děti s více vadami v Berouně*.

Pro mládež a dospělé hluchoslepé zatím v ČR není k dispozici žádné zařízení, jež by na výše zmíněné instituce navazovalo.

Navržená výchovně-vzdělávací koncepce péče o hluchoslepé zahrnuje:

**A) Zřízení speciálních tříd pro hluchoslepé děti** v případě, že jim nemůže být poskytnuta péče v jiném speciálním zařízení. Maximální počet žáků v těchto institucích představuje čtyři děti na dva vysokoškolsky vzdělané speciální pedagogy se zaměřením na tyflopédii či surdopedii.

**B) Zřízení speciálněpedagogického centra (SPC) pro hluchoslepé**, které má zajišťovat poradenské služby a provádět depistáž.

**C) Zajištění ambulantních pobytů ve speciálních třídách pro hluchoslepé děti a jejich matky.**

**D) Poskytování ambulantní péče v rodině**, pro situace, v nichž hluchoslepé dítě nemůže být umístěno v zařízení, ani s matkou jezdit na ambulantní pobyty (Ludíková, 2005).

V zahraničí je péče o osoby s hluchoslepotou nejlépe rozvinuta v Dánsku, a to v *Aalborgském centru pro hluchoslepé*, které má 170 zaměstnanců.

Zmíněné národní centrum zahrnuje: mateřskou školu, speciální školu „*Bogehuset*“, chráněné bydlení, centrum pro mladé hluchoslepé, rezidenční domy pro dospělé („*Danalien*“, „*Minibo*“, „*Solhuset*“) a denní aktivační centrum pro mladé i dospělé hluchoslepé „*Skovhuset*“.

Základem komunikace v těchto zařízeních je taktilní znakový jazyk.

---

<sup>44</sup> Škola pro hluchoslepé v Olomouci vznikla roku 2002 jako experiment.

V centru žije 150 klientů, dalším 150 se poskytují poradenské služby. Centrum má 6 poradců pro děti a mládež do 18 let. Jejich úkolem je zajistit vzdělávání v oblasti interakce a komunikace. Poradci pomáhají také ve sféře budování aktivit.

Aalborgské centrum pro hluchoslepé poskytuje poradenství v denním centru, mateřské škole a v chráněném bydlení.

Poradenský tým tvoří vychovatelé, učitelé, terapeuti a specialisté v oblasti neslyšících a nevidomých. Pro dospělé jsou k dispozici dva poradci v chráněných bytech.

Hlavní náplní centra je zajištění výuky ve smyslu interakce a komunikace pro všechny věkové skupiny. Jak již bylo zmíněno, *Aalborgské centrum pro hluchoslepé* zahrnuje:

- **Centrum mateřské školy**, které bylo otevřeno v roce 2001.
- **Speciální škola**, jež spolupracuje s domovem pro děti, centrem pro mladé a s chráněným bydlením. Domov pro hluchoslepé děti „*Bogehuset*“ je pro 7 až 8 dětí ze školního centra, ve věku od 5 do 18 let. O děti se stará 17 zaměstnanců. Domov „*Bogehuset*“ též zajišťuje mnoho zájmových kroužků.
- **Centrum pro mladé hluchoslepé** mívá většinou kolem 15 klientů a 25 zaměstnanců. Cílem centra je osamostatnit klienty v co největší míře od rodičů. Mládež má dva dny v týdnu výuku v centru, 2 dny pracovních aktivit<sup>45</sup> v denním centru „*Skovhuset*“ a jeden den učení se sociálním a komunikačním dovednostem pomocí praktických činností, výletů, vycházek.
- **Rezidenční domy pro dospělé** jsou určeny hluchoslepým k trvalému pobytu. Jedná se o domy „*Danalien*“, „*Minibo*“ a „*Solhuset*“, ve kterých léčba a služby jsou zajišťovány zdarma, zatímco nájem a strava se platí (Štěrbová; Pogodová, 2005).

---

<sup>45</sup> Do těchto aktivit patří tesařina, lesnictví, činnosti v domě, jízda na koni, plavání ... atd.

## 6 Organizace pro hluchoslepé

### 6.1 Organizace v zahraničí

- **IAEDB - Mezinárodní asociace pro výchovu a vzdělávání hluchoslepých** (International Association for the Education of Deaf-Blind People)

IAEDB koordinuje činnost všech organizací, které se chtějí podílet na výchově a vzdělávání hluchoslepých. Tato mezinárodní organizace pořádá odborné semináře a konference a vydává vlastní časopis.

- **NUD - Skandinávské výcvikové středisko**

NUD je určený pro personál severských zemí, pracující s hluchoslepými.<sup>46</sup> Skandinávské výcvikové středisko pracuje také jako informační a výzkumné centrum. Jeho součástí je rozsáhlá knihovna, která obsahuje v podstatě všechny tituly, které se týkají hluchoslepoty. Kromě toho NUD vydává časopisy, odborné příručky i knihy.

- **EUCO - organizace pro koordinaci vzdělávání odborníků v Evropě - EUCO** (The European Coordinating Unit for Staff Development in Deafblind Services)

Organizace byla založena v roce 1993. Jejími hlavními cíly jsou například zmapování systému péče o hluchoslepé v Evropě, distribuce informací o činnosti jednotlivých organizací, pomoc při vzdělávání odborníků v zemích, které nemají žádné nebo jen malé zkušenosti s péčí o hluchoslepé ... atd.

Součástí EUCO je také **informační centrum**, které se zaměřuje na nově vzniklé a vznikající programy péče o hluchoslepé ve Východní Evropě. V roce 1993 vydalo EUCO velmi podrobný seznam organizací, institucí

---

<sup>46</sup> Severské státy jsou Dánsko, Finsko, Norsko, Švédsko a Island

a jednotlivců, kteří se věnují péči o hluchoslepé nejen v Evropě, ale po celém světě.<sup>47</sup>

- **WFDB** - Světová federace hluchoslepých (World Federation of the Deafblind)

Rozhodnutí o založení Světové federace hluchoslepých padlo v roce 1997 na 6. světové konferenci Heleny Kellerové v Kolumbii.(GONG, 2005).

- **DbI** - Světová asociace hluchoslepých (Deafblind International).

Informace o této asociaci jsou k dispozici na webové stránce [www.deafblindinternational.org](http://www.deafblindinternational.org)

- **EDBU** - Evropská unie hluchoslepých (the Founding of the European Deafblind Union - EDBU)

Unie byla založena v roce 2003. EDBU vydává mezinárodní časopis pro hluchoslepé „Bridges“ jejíž šéfredaktorkou je naše hluchoslepá pracovnice LORMu Marta Karásková (Jakeš, Doteky, 2004).

- **EdbN** - Evropská síť hluchoslepých ((European Deafblind network – EdbN)

## 6.2 Neziskové organizace a sdružení hluchoslepých v České republice

- **LORM - společnost pro hluchoslepé**

Organizace LORM byla založena v roce 1991 v Praze. Její náplní je vyhledávání klientů, domácí péče, pořádání edukačně rehabilitačních pobytů, rekondiční pobyty, poradenství, klubová činnost, osobní asistence a psychoterapeutické intervence. Každý rok pořádá LORM sbírku s názvem „Červenobílé dny“. Více informací můžeme nalézt na jejich webové stránce [www.lorm.cz](http://www.lorm.cz).

---

<sup>47</sup> Více informací viz L.Ludíková. Vzdělávání hluchoslepých I, Praha: Scientia, 2000, s.27 - 31



- **VIA-Sdružení hluchoslepých**

Vzniklo díky rozštěpení LORMu v roce 1999 v důsledku nejednotného pohledu na přístup a výběr metod práce s klientem. VIA sídlí v Praze a informace poskytuje mimo jiné i na webových stránkách [www.okamzik.cz](http://www.okamzik.cz).

- **ZÁBLESK- sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí**  
Kopřivnice, [www.zablesk.olomouc.com](http://www.zablesk.olomouc.com).

V roce 2001 bylo založeno sdružení rodičů a přátel hluchoslepých dětí *Záblesk*. Cílem sdružení je zkvalitňovat péči o hluchoslepé děti, prosazovat práva a potřeby takto postižených dětí a podílet se na zabezpečování jejich životních podmínek v dospělém věku.

- **Multihandicap centrum**

Multihandicap centrum je součástí Tyfloservisu o.p.s.<sup>48</sup> a zaměřuje se na poskytování bezplatných služeb na pomoc všem osobám starším 15 let, které mají kromě těžké zrakové vady ještě další omezení – je určeno tedy i osobám hluchoslepým. Centrum pracuje ambulantní, terénní, individuální i skupinovou formou.

- **Klub přátel červenobílé hole**

Informace o tomto klubu je možné nalézt na webové stránce [www.klubpratel.wz.cz](http://www.klubpratel.wz.cz), kde je dostupný i jejich internetový občasník s názvem *PAPRSEK*.

---

<sup>48</sup> Tyfloservis o.p.s. je středisko rehabilitace nevidomých a slabozrakých pro osoby starší 15-ti let v každém kraji. Jedná se o specializované pracoviště Sjedenocené organizace nevidomých a slabozrakých (SONS).

## 6.3 Konference

### A) Světová konference Heleny Kellerové

První světová konference Heleny Kellerové se konala v roce 1978. Od té doby se koná každé 4 roky a setkávají se na ní hluchoslepí z celého světa, aby si vyměňovali své poznatky z oblasti hluchoslepoty.

V červnu roku 2005 proběhla ve Finsku *8.Světová konference Heleny Kellerové a 2. Valné shromáždění světové federace hluchoslepých (WFDB)*.

Valné shromáždění je součástí Světové konference a koná se jednou za čtyři roky. Valné shromáždění je nejvyšším orgánem WFDB.

Národním zástupcem za Českou republiku na toto volební období byla na *2. valném shromáždění Světové federace hluchoslepých* zvolena Marta Karásková..( *Marta Karásková a Petra Zimermanová GONG, 2005*)

### B) Evropská konference hluchoslepých

Konference se koná každý rok. V roce 2005 se konala na Slovensku v Prešově a organizovala ji Deafblind International (DbI). ( *Marta Karásková a Petra Zimermanová, Doteky 2005*).

Významný mezník v životě hluchoslepých je datum 1.4 2004, kdy Evropský parlament přijal a vyhlásil oficiální dokument nazvaný "*Písemné prohlášení o právech hluchoslepých lidí*" (Doteky, 2004 , není autor, s.20 ).

### C) Valná hromada občanského sdružení LORM

V listopadu 2004 proběhla *6. Valná hromada občanského sdružení LORM*, která probíhá vždy jednou za dva roky a na níž si členové volí nové vedení na. Nyní je zvoleným předsedou **JUDr. B. Dohelský** (Zimermanová, 2004)