

HRICOVÁ, L. Rozvoj komunikačních kompetencí u jedinců se souběžným zrakovým a sluchovým postižením. In: KLENKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností, Vzdelávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2008. ISBN 978-80-7315-167-6.

## **Rozvoj komunikačních kompetencí u jedinců se souběžným zrakovým a sluchovým postižením**

**Klíčová slova:** hluchoslepota, kazuistika – rodinná anamnéza, osobní anamnéza, komunikace, verbální komunikace, neverbální komunikace, komunikační formy hluchoslepých, verbální mluvená řeč, taktilní znakový jazyk, alternativní komunikace, komunikační kompetence HS.

**Abstrakt:** Tento článek je koncipován jako zpráva o vlastní činnosti z praxe provázaná s teorií problematiky hluchoslepoty, podaná v závislosti na teoretickém základu. Jedná se o aktivity vykonávané v rámci péče o hluchoslepeho chlapce předškolního věku, které mají za úkol rozvíjet jeho komunikační schopnosti a dovednosti – jeho komunikační kompetence.

Ve svém příspěvku bych ráda popsala vlastní praktickou zkušenost s podílením se na rozvoji komunikačních kompetencí u dítěte se souběžným postižením zraku a sluchu, tedy s postižením zvaným hluchoslepota. Podle definice české Společnosti pro hluchoslepe Lorm o.s. je hluchoslepota popsána jako *„jedinečné postižení dané různým stupněm souběžného poškození zraku a sluchu, které způsobuje především potíže při komunikaci, prostorové orientaci a samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Zabraňuje hluchoslepém člověku plnohodnotně se zapojit do společnosti a vyžaduje zajištění odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí.“* Toto postižení má více forem a je dáno geneticky v podobě různých syndromů anebo vzniká na základě škodlivých vlivů působících v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Nelze jej chápat jako součet dvou smyslových vad ani jako součet jejich důsledků. Míra postižení obou smyslů se násobí, neboť hluchoslepý člověk si nemůže postižení jednoho smyslu kompenzovat smyslem druhým.

Společně se svou kamarádkou se zapojuji v podstatě do komplexní péče o chlapce předškolního věku s duálním smyslovým postižením, ke kterému se přidružují další problémy. Nechci se příliš zabývat teorií problematiky hluchoslepoty, ale věnovat se především přímo situaci chlapce, s nímž pravidelně každý týden pracujeme. Jistá teoretická východiska jsou

však pro řešené pole nezbytná, budu se je tedy snažit zapojit přímo do textu, bude-li potřeba. Pro dobrou představu a přiblížení situace uvádím na začátek chlapcovu kazuistiku, tedy základní, pro nás důležité informace z jeho života, které mi ochotně poskytla jeho maminka.

## **Kazuistika**

Jedná se o pětiletého chlapce z úplné rodiny, který žije společně s otcem, matkou a o tři roky starší sestrou. V rodině se nevyskytují žádná postižení ani onemocnění a ani matka v průběhu těhotenství žádné závažnější nemoci neprodělala. Tolik k rodinné anamnéze.

V rámci osobní anamnézy bude informací více. Chlapec se narodil předčasně, v září 2002 ve 27. týdnu těhotenství. Průběh porodu byl spontánní, bez komplikací. Jednalo se o dvojčetné těhotenství, obě děti byly na svět přivedeny živé, plod A však do tří dnů po porodu zemřel. Plod B byl po narození (840 g, 37 cm) umístěn na půl roku do inkubátoru.

V nemocnici byl chlapec dlouhou dobu a asi až poslední tři týdny strávil teprve na lůžku.

Zdravotní stav dítěte v poporodním období nebyl příliš optimistický. Zhruba 75 dní se musela provádět umělá plicní ventilace, problémy se vyskytly i se soustavou trávicí. Chlapec prodělal nekrotickou enterokolitidu tenkého střeva, jehož polovina odumřela. Ve 4. týdnu proběhla operace, byla zachráněna polovina tenkého střeva, provedena stomie (vytvořen vývod). Zachovalá část střeva se ukázala jako nedostatečná pro příjem živin. Chlapec neprosplával, dostával nitrožilní výživu, centrální katetry do vnitřních žil, které byly doprovázené infekcemi a opakovanými septickými stavy. Pomalu se u něj rozvíjela retinopatie nedonošených, postupně až 5. stupeň.

V 6. měsíci byla provedena i stomie tlustého střeva, které se pomocí nálevů mělo připravit na spojení trávicí soustavy a zanoření obou stomií, k čemuž došlo v dubnu 2003. Asi po měsíci začalo trávení fungovat, ale pak znovu následovaly opakované sepse spojené s podáváním antibiotik. Do 9. měsíce byl chlapec stále v nemocnici, pak byl propuštěn domů, v té době vážil 3250 g. Doma strávil asi měsíc, po kterém recidivovaly poruchy příjmu potravy, problémy s trávením, chlapec stále zvracel, až z nitra střev. Byly u něj zjištěny srůsty tenkého střeva, jež se podařilo operativně odstranit. Chlapec je však stále vyživován NSG sondou. K trávicím problémům se navíc objevovaly chronické bronchitidy i zápal plic – opakovaně léčené podáváním antibiotik.

Vyšetření sluchových analyzátorů proběhlo nejdříve ve 12. měsíci vyšetřovací metodou OAE a nebyly zjištěny žádné odezvy. Ve 14. měsíci bylo provedeno vyšetření BERA, které stanovilo sluchový práh se ztrátami okolo 110 dB (v listopadu 2003). Chlapce

stále provázela také onemocnění sluchového orgánu, středoušní dutina byla téměř neustále vyplněna tekutinou (vyšetření BERA provedeno po jejím odsátí). Chlapci byla v 16. měsíci přidělena sluchadla (bez rehabilitace – rodiče sami jej na sluchadla zvykali), která nosil postupem času celý den a měl z nich užitek – reagoval na silnější zvuky (na řeč ne). Reakce odpovídaly sluchu zhruba na hranici až 65 dB sluchové ztráty. Přes zimu a hned zase na podzim následovaly další bronchitidy spojené s častými delšími hospitalizacemi. Mimo to se objevovaly časté záněty zvukovodu i středního ucha, které komplikují používání sluchadel – od října 2005 až do implantace byla využívána málo (sice častěji, ale jen malou část dne).

V květnu 2005 se rodiče s chlapcem dostali poprvé do Centra kochleárních implantací při FN Motol. V říjnu 2005 byly chlapci odstraněny nosní mandle, v dubnu 2006 opětovně. Ve středouší se však stále vyskytovala tekutina, která byla kontraindikací kochleární implantace. V červnu 2006 byla provedena oboustranná mastoidektomie (provzdušnění středouší), čímž vznikl prostor k sanaci. Září 2006 bylo obdobím různých vyšetření nutných pro případnou implantaci (BERA, ERA, CT, OAE, magnetická rezonance, vyšetření sluchového nervu), následně indikační komise KI implantaci schválila a v únoru 2007 již proběhla operace. KI byl zapojen v dubnu 2007, od té doby dosud proběhlo asi sedm nastavování. Reakce chlapce byly od počátku dobré, později si začal přístroj sundávat a dělá to poměrně často, pokud nemá na hlavě čepici. Nezdá se ale, že by to byla reakce na sluchové vjemy. Od implantace již nejsou takové problémy s otitidou, objevila se pouze jednou a byla залéčena antibiotiky.

Při propuštění z nemocnice byla diagnostikována také DMO – kvadruparéza, která však cvičením Vojtovou metodou byla zlepšena až na formu diparetickou. Cvičení dle Vojty probíhá dodnes, dále je prováděna orofaciální regulační terapie pod vedením PaedDr. Matějčkové. Pro shrnutí pouze zopakují, že zrak je stížen retinopatií nedonošených 5. stupně (není zachován ani světlocit) a sluchové ztráty podle posledních vyšetření jsou 95 dB na levém uchu a 105 dB na uchu pravém. Celkově se nejedná o vrozené postižení (vyloučeno prostřednictvím genetických testů), jde o postižení časně získané. Co se týká formy hluchoslepoty, chlapec se zařazuje do skupiny osob se souběžným postižením zraku a sluchu od narození nebo raného dětství. Je v péči střediska rané péče (SRP) pro zrakově postižené v Brně, kde může být evidován až do sedmi let, SRP Tamtam v Olomouci (výjezdy do rodiny od 2005), speciálně pedagogického centra (SPC) pro sluchově postižené v Olomouci a klinického logopeda, který dochází jednou týdně do rodiny. Bude mít o rok odloženou školní docházku a možná odklad i další rok. Jako možnosti k nabývání základního vzdělávání se rodičům nabízejí ZŠ pro zrakově postižené v Brně anebo třída pro hluchoslepé ve škole pro

sluchově postižené v Olomouci, kde by však chlapec musel být umístěn na internátě, čemuž se rodiče zatím spíše brání.

### **Vlastní kontakt a činnost**

Při naší činnosti se snažíme chlapce různými způsoby motivovat ke komunikaci, rozvíjet jeho zbytky sluchu a vnímání zvuků a mluvené řeči pomocí kochleárního implantátu, aktivovat jeho další smysly (chuť, čich i hmat), zaměřovat se rovněž na jeho motoriku – jak jemnou, tak hrubou. Využíváme také prvky muzikoterapie a psychomotoriky (výchova pohybem), bazální stimulace i relaxace. Naším cílem je být co nejkompexnější a poskytovat mu co nejvíce podnětů, které ho zajímají a třeba i nezajímají, a rozvíjet tak jeho komunikaci.

Hluchoslepota zapříčiňuje ve všech činnostech změnu potřeb – při prostorové orientaci a samostatném pohybu, při sebeobslužných činnostech, při zohlednění námahy, úsilí a času při intelektuálních činnostech včetně učení (bezděčné učení je v případě chlapce téměř úplně znemožněno), při získávání informací. Zásadní pro získání informací je schopnost vidění a slyšení. Omezení funkcí těchto smyslů, které je na dálku zprostředkovávají, zvyšuje potřebu využívání paměti a dedukce a ostatních smyslů – hmatu, čichu a chuti, které je potřeba cíleně cvičit a rozvíjet. Hlavní změny potřeb se objevují také při vzájemné interakci a komunikaci.

Schopnost komunikace znamená i pro hluchoslepeho jedince důležitou možnost participace na životě ve společnosti a člověk je, jak známo, tvor společenský. Proto je pro nás tak důležité s chlapcem komunikovat, učit jej komunikaci, nabízet mu různé vhodné komunikační formy a prostřednictvím komunikace mu umožňovat poznávání světa i okolních vztahů. Proces komunikace je sám o sobě velmi složitý a v chlapcově situaci ještě mnohonásobně ztížený, s velkým vlivem na rozvoj jeho osobnosti a vytváření vzájemných vztahů především s blízkými osobami. Způsob komunikace s hluchoslepým dítětem závisí především na rozsahu jeho postižení, na prostředí, okolním hluku, počasí, roli hraje také psychický stav, posazení hlasu mluvícího, způsob řeči, forma a složitost jeho vyjadřování. Pro kontakt s hluchoslepým dítětem nejsou vymezena obecně platná pravidla, je třeba sledovat a poznat individuální potřeby každého konkrétního hluchoslepeho dítěte. Při komunikaci s chlapcem se proto řídíme podle intuice a podle zpětné vazby, snažíme se přinášet mu velké množství podnětů, ale nepřekračovat zároveň jeho hranice, stavět na tom, co zná a přidávat.

Při každém úvodním kontaktu s chlapcem jej vždy upozorňujeme na naši přítomnost. Činíme tak hlasem a také dotykem, on má vždy možnost ohmatat si nás, jak potřebuje, poznat, o koho se jedná. Pro usnadnění orientace má každý, kdo přichází pravidelně s chlapcem do

styku, přiřazen takzvaný zástupný předmět, který je vždy stejný, nemění se. Měl by být typický pro jednu konkrétní osobu či situaci. My jsme si například zvolily jako zástupný předmět prstýnky. Jelikož docházíme většinou společně a provádíme s ním stejné aktivity, máme prstýnky stejné. Ještě lépe by možná bylo odlišit se zároveň od sebe, ale už jsme to takto zavedly a dáváme mu zároveň možnost rozeznat nás od sebe hmatem a také čichem. Krátce před naším příchodem dostane chlapec zástupné předměty do ruky, aby věděl, co ho čeká a mohl se na to psychicky připravit. Postupem času si takto spojí daný předmět s určitou osobou či činností. Ze začátku to nebylo tak znatelné a také zprvu nějakou dobu probíhalo přiřazování zástupného předmětu a dedukování, ale po několika návštěvách nás chlapec začal podle prstýnků poznávat a bylo velice legrační sledovat jeho reakce. Většinou nám mimika v jeho obličeji prozradila, že z našeho příchodu nemá prázdnou radost, mračil se a byl nešťastný, někdy se dokonce zlobil a rozčiloval či začal natahovat. My jsme od něj vyžadovaly velkou aktivitu a jemu se nechtělo pracovat. Také nám zprvu často usínal. Bylo to v době, kdy míval problémy se spaním a často přehozený režim dne, ale stejně se domníváme, že někdy takto pouze používal reflex, který si vybudoval, aby měl od nás klid. Nepomohlo mu to. Po pár týdnech se pak situace usadila a nyní reaguje na naše prstýnky víceméně pozitivně.

Kdykoliv při vstupu do místnosti, kde se hluchoslepý nachází, je důležité se mu představit, přivítat se s ním. Nemělo by se však k němu přistupovat náhle a zbrkle, aby se nevylekal. Když jej oslovujeme, dotkneme se jemným dotykem jeho paže a oslovíme jej jménem, aby věděl, že komunikujeme právě s ním. Při komunikaci musíme být velmi trpělivé a stále pamatovat na ztíženou možnost kompenzace jednoho smyslu druhým. Pokud při konverzaci narazíme na výrazy typu vidět, dívat se, prohlédnout si, číst si, pokud je dítě nevidomé, nebojíme se tato slova používat. Hluchoslepé osoby je běžně používají a dítě se je musí naučit také. Také vždy při odchodu z místnosti musíme myslet na to, abychom nezapomněly upozornit hluchoslepeho, že místnost opouštíme. Při komunikaci dbáme vždy na přítomnost co nejméně hlučného prostředí, aby se vyloučily rušivé vlivy a případná nedorozumění. Hluchoslepeho upozorňujeme při každém převzetí slova dotykem paže na to, že začínáme hovořit. Během komunikace je důležitá zpětná vazba. Pokud chceme vědět, zda nám hluchoslepý dostatečně porozuměl, vyzkoušíme nejlépe prakticky, co nám rozumí.

Aby si účastníci komunikace mohli navzájem porozumět, musí být při jejich kontaktu splněna podmínka, že komunikační kanál, tudíž cesta sloužící k přenosu informace, musí být pro účastníky komunikace shodná. Účastníky komunikace jsou komunikátor čili osoba sdělující a komunikant neboli osoba přijímající, tedy příjemce sdělení. Předpokladem je, že účastníci komunikace si tyto role střídají, aby komunikace nebyla pouze jednosměrná. Obsah

sdělení, který se při komunikaci předává, se nazývá komuniké. Komuniké může být přenášeno v různých komunikačních formách.

## **Komunikační formy hluchoslepých**

Na tomto místě bych ráda jmenovala nejčastější komunikační formy, které užívají hluchoslepi lidé. Především je to mluvená řeč a její psaná podoba, neboť většina hluchoslepých má buď zbytky sluchu nebo zbytky zraku či obojí. Náš chlapec má v podstatě jednu z nejtěžších forem hluchoslepoty. Další komunikační formou je znakový jazyk – pro jedince se zbytky zraku a taktilní znakový jazyk – vhodný pro osoby s praktickou nebo totální hluchoslepotou. Základem tohoto typu komunikace je spojení rukou hluchoslepe osoby s osobou, která znakuje. Jednotlivé znaky vycházejí ze znakového jazyka pro neslyšící, pro tuto techniku jsou však upraveny dle potřeb hluchoslepých. Dalším významným komunikačním prostředkem je Lormova abeceda – dlaňová abeceda, která je vhodná především pro prakticky či totálně hluchoslepe osoby. Jednotlivým písmenům abecedy jsou přiřazeny příslušné doteky (poklepy či tahy) do dlaně hluchoslepe osoby. Hluchoslepým osobám s praktickou či totální slepotou je určeno Braillovo písmo, hmatové reliéfní písmo. Kombinace šesti bodů ve dvou sloupcích o třech řádcích tvoří jednotlivá písmena, která se pomocí hmatu čtou. Hluchoslepi se ztrátou zraku a sluchu v pozdějším věku užívají vpisování tiskacích písmen do dlaně. Do dlaně hluchoslepeho člověka se jednoduše vpisují obrysy velkých tiskacích písmen. Prstová abeceda (daktylní abeceda, daktylotika, daktyl) je komunikační systém určený k využití pro hluchoslepe osoby se zachovalými zbytky zraku, jeho nutným předpokladem je znalost latinské abecedy a českého jazyka. Abeceda využívá různých poloh a tvary prstů k vyjádření jednotlivých písmen, hlásky se spojují do slov stejně jako v mluvené řeči. V České republice se používá zejména prstová abeceda obouruční, někdy také jednoruční či smíšená. Daktylotikou do dlaně rozumíme upravenou prstovou abecedu, která není značena osobou do prostoru, ale umísťuje se přímo do dlaně hluchoslepeho člověka. Při metodě TADOMA užívané osobami s vrozenou hluchoslepotou má hluchoslepy svoji ruku položenou na tváři mluvčího tak, aby mohl malíčkem vnímat vibrace jeho hrdla, palcem pohyby rtů a ostatními prsty tvář mluvčího. Pokud jde o odezírání, mezi hluchoslepy jde o méně užívanou formu komunikace, pro čtení ze rtů totiž musí mít hluchoslepa osoba zachované velmi dobré zbytky zraku.

Jelikož každý hluchoslepy dospělý i každé hluchoslepe dítě má naprosto jiný druh a stupeň postižení, jinou kombinaci poruchy sluchu a poruchy zraku a z toho plynoucí značně

odlišné potřeby, je výběr jednotlivých dorozumívacích systémů zcela individuální, jejich volba závisí na době vzniku postižení, na převažující smyslové vadě, na věku, vývojové úrovni a na psychickém i fyzickém stavu hluchoslepeho.

### **Komunikace s hluchoslepým chlapcem**

Při komunikaci a v kontaktu s chlapcem využíváme především mluvenou řeč, neboť kochleární implantát mu umožňuje její vnímání, jen je třeba, aby se naučil řeči správným způsobem rozumět (v současné době je schopen porozumět a vyhovět asi deseti jednoduchým pokynům). Na dalším rozvoji se prostřednictvím sluchové výchovy podílíme. Dále využíváme tzv. znakování ruku v ruce, tedy taktilní formu znakového jazyka. Tuto techniku začali rodiče s chlapcem praktikovat ke sluchadlům v květnu 2005. Existují její dvě techniky – technika hmatového vnímání pozice prstů a poloh dlaní a technika hmatového vnímání pozice prstů a poloh dlaní přímým vedením ruky hluchoslepeho – u chlapce používáme zatím pouze druhou z nich a využíváme jen některé vybrané znaky, například pro zvířátka či pojmenování ovoce. Rodiče používají kolem sta znaků pro předměty a činnosti, chlapec sám ještě znaky neukáže, ale znakům prý rozumí. Lormova abeceda, vpisování tiskacích písmen do dlaně, daktylotika do dlaně nenachází v našem případě uplatnění, neboť chybí znalost českého jazyka a jeho psané podoby. U chlapce lze pozorovat celkově opožděný vývoj mající příčinu v duálním smyslovém postižení, jednom z nejtěžších postižení vůbec. Chlapec sám s námi komunikuje pouze mimikou, různými zvuky, libými či nelibými podle situace, řečí těla a gesty, případně také doteky. Poznáme většinou zatím jen základní informace, zda je spokojený či ne, zda se mu něco líbí anebo nelíbí. U některých činnostech nám dává najevo, že ho baví a že by je chtěl opakovat (např. při zpívání Houpy, houpy, kočka snědla kroupy – hodně se směje a sám se kýve a houpe do rytmu, abychom začali zpívat). Je třeba jej stále vést v činnostech a stále ho motivovat ke zkoumání přisouvaných podnětů, vzbuzovat jeho zvědavost a zájem o ně. Chybí mu zatím jakákoli samostatnost. Absence zraku mu znemožňuje odezírání. Nejvíce se tedy z chlapcovy strany setkáváme s komunikačními formami neslovní podstaty, tedy s neverbální komunikací. Patří sem mimika, která vyjadřuje pomocí výrazu obličeje emoce (strach, údiv, radost, smutek, vztek). Mimika může být a bývá rovněž součástí znaků při znakování – tzv. nemanuální faktory znakového jazyka. Dále sem řadíme gestikulaci (kývání, mávání, radostné rychlé pohyby rukama, kopání nohama). Posturologie, což jsou různá natočení těla k partnerovi nebo odvrácení se, fyzický postoj, zejména sklon hlavy či nakročení, znuděný, ledabylý postoj apod., se nemá možnost zapojit ve větší míře, protože s chlapcem pracujeme

po většinu času ve stoličce anebo na zemi a on sám příliš nevyvíjí pohybovou aktivitu. Diparetická forma DMO mu v současné době nedovoluje bipedální chůzi. Co se týče proxemiky, to je v podstatě podobné, chlapec tuto komunikaci sice využívat může, ale zase v omezeném prostoru. Důležité je podotknout, že mu víceméně nevádí narušování jeho intimní zóny cizími lidmi. Je velice optimistický a přátelský, z tohoto hlediska se s ním spolupracuje velmi dobře. Haptika se u něj projevuje velmi výrazně, na tento způsob komunikace je hodně zvyklý. Zahrnujeme sem sílu doteků, jejich povahu a četnost. Zajímá nás, zda se jedná o doteky přímé či letmé, o pohlazení, podání ruky nebo poklepání na rameno, stlačení ruky, mačkání apod. Chlapec má velmi omezené vnímání vyjadřování svých komunikačních partnerů. Nonverbální prvky komunikace nemůže vnímat vůbec, pokud se nejedná o hmatové či smyslové vjemy.

### **Alternativní komunikace**

K problematice komunikace hluchoslepých patří také téma alternativní komunikace. Alternativní komunikační systémy pro těžce postižené jedince jsou určeny pro velmi těžká a kombinovaná postižení a hluchoslepota mezi těžké formy postižení bezpochyby patří. Alternativní komunikační systémy jsou jednoduché symbolické komunikační systémy určeny dětem či dospělým, kteří vůbec nemluví, nejsou schopni zvládnout jak orální, tak vizuálně motorické formy jazyka, mají potíže s cíleným pohybem na malou plochu, případně jejich mentální potenciál nedosahuje takové úrovně, aby mohli používat složitější komunikační systémy. Individuálně volíme alternativní systémy komunikace tak, abychom komunikaci zprostředkovali co možná nejlépe. Velice důležité je využít reálných předmětů pro nabídnutí multisenzoriálního přístupu – tady nastupuje problém například se zvířaty apod., když se nám jedná o méně pohyblivé dítě, které je vázáno na domov kvůli stravování atd. Zvířata si podle plyšových panáčků žádné hluchoslepé dítě nikdy nepředstaví reálně, nepochopí je. Vůbec, u chlapce nám chybí možnost kompenzace zrakem, což souvisí s tím, že bychom mu měli dodat všechny podněty tak, aby je mohl poznat čichem a hmatem. Což je samozřejmě v mnoha případech, možná ve valné většině, značně problematické. Program dne se dá plánovat pomocí konkrétních pojmů, pro jednotlivé činnosti i osoby máme již výše zmíněné zástupné znaky – hlavní role zde náleží hmatu. Hovoříme o tzv. předmětové komunikaci.

Mezi alternativní formy komunikace pro těžká postižení se řadí také bazální stimulace a komunikace, což je jakási základní elementární nabídka k posilování rozvoje daného jedince, která se zaměřuje na somatické a taktilně haptické podněty. Dochází k využívání



povrchu těla a jeho poznání jako orgánu vnímání, obrací se pozornost na vibrační, vestibulární a akustické podněty. Má to souvislost se sluchovou výchovou – učení se vnímání tónů, vibrací, zvuků a šumů, vnímání jejich kvality, zdroje, směru, charakteru, orientace v pohybu těla a hlavy v prostoru. Bazální stimulace a komunikace se také dále orientuje na orální podněty – dochází k aktivizaci úst k různým vjemům a zkoumání s koordinací ruka-ústa, ke zprostředkování chuťových a čichových podnětů a rovněž se zaměřuje na vizuální podněty – to je ale v případě chlapce bohužel úplně znemožněno. Cílem bazální komunikace je vytvoření pocitu bezpečí a důvěry, možnosti spolehnout se na okolí, utvoření dojmu trvalé a spolehlivé sociální interakce. Prvky bazální komunikace v naší práci s chlapcem využíváme.

## **Úprava prostředí**

Na vzniku smyslového postižení v prelingválním stádiu řeči, určitém stupni sluchového a zrakového postižení a přítomnosti dalšího postižení či dalších problémů a poruch, na tom všem je závislá potřeba specifických úprav prostředí a služeb pro jedince. Chlapec má doma prostornou postýlku s ohrádkou a množství hraček, hodně podnětů, zejména zvukových a vibračních stimulačních předmětů je k dispozici v místnosti na koberci, kde má další pole působnosti. Často pracuje ve stoličce. Je dobré rozšířit co nejvíce prostor jeho vnímání. Naposledy jsme pracovali s chlapcem na dvorku, byla to naše první společná návštěva venku. Nabízí se spousta dalších podnětů jako hlína, písek, tráva, květiny, jejich stavba, různé vůně, pachy, dotekový dojem, lechtání hmyzu apod. Z činností doma třídíme předměty, učíme jej poznávat všemi smysly různé druhy ovoce. Také využíváme africký buben, chlapec disponuje dobrým smyslem pro rytmus. Velice rád poslouchá zpěv, který jej uklidňuje, ale i rozradostňuje. Těší se z pohybu. Z neznámých věcí mívá strach, nechce s nimi zprvu přicházet do kontaktu, ale zvykáme jej na poznávání různých věcí nových.

S chlapcem jsem přišla poprvé do kontaktu v srpnu 2007, naše společná činnost i s mou kamarádkou trvá od října 2007. Z našich záznamů o činnosti vyplývá, že se nám již podařilo udělat nějaké malé pokroky, ze kterých máme radost a podněcují nás k další práci.

## **Literatura**

HOLMANOVÁ, J. *Raná péče o dítě se sluchovým postižením*. Praha: Septima, 2002. ISBN 80-7216-162-8.

- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: FRPSP, 1997.
- JANOTOVÁ, N. *Reedukace sluchu sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85801-90-6.
- JANOVCOVÁ, Z. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: PdF MU, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
- JARNÍKOVÁ, I. *Eliška. Příběh hluchoslepé holčičky*. Praha: Společnost pro ranou péči, 2005. ISBN 80-239-6206-X.
- JUSSEN, H., KRÜGER, M. (Hrsg.). *Manuelle Kommunikationshilfen bei Gehörlosen: Das Fingeralphabet*. Berlin: Marhold, 1975.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006.
- KRAHULCOVÁ, B. *Komunikace sluchově postižených*. Praha: Nakladatelství Karolinum UK, 2003. ISBN 80-246-0329-2.
- LEONHARDT, A. *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik*. Basel: E. Reinhardt, 1999.
- LEONHARDT, A. *Entspannungsspiele für hörgeschädigte und sprachbehinderte Kinder*. Berlin: Luchterhand, 2000. ISBN 3-472-04092-0.
- LEONHARDT, A. *Ausbildung des Hörens – Erlernen des Sprechens. Frühe Hilfen für hörgeschädigte Kinder*. Berlin: Luchterhand, 1998. ISBN3-472-03628-1.
- LUDÍKOVÁ, L., SOURALOVÁ, E. *Úvod do výchovy hluchoslepých*.
- OLBRICH, I. *Auditive Wahrnehmung und Sprache*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 2002. ISBN 3-8080-0326-X.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- PŮSTOVÁ, Z. *Psychomotorický vývoj sluchově postižených dětí v předškolním věku*. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-022-2.
- SVOBODOVÁ, K. *Logopedická péče o děti s kochleárním implantátem*. Praha: Septima, 2005. ISBN 80-7216-214-4.
- VANĚČKOVÁ, V. *Výchova řeči sluchově postižených v předškolním věku*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-858001-83-3.
- VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004.