



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Pohybové aktivity a jejich vliv na zdraví a rozvoj jemné a
hrubé motoriky u dětí s postižením**

**Physical activities and their impact on health and development of fine and gross motor
skills of children with disabilities**

Bakalářská práce

HANA KOPECKÁ

Praha 2011

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta



**Pohybové aktivity a jejich vliv na zdraví a rozvoj jemné a hrubé motoriky u
dětí s postižením**

**Physical activities and their impact on health and development of fine and gross motor
skills of children with disabilities**

Bakalářská práce

Zpracovala: Hana Kopecká

Obor: Vychovatelství

Typ studia: Kombinované studium

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Jana Kohnová, Ph.D.

Ústav: Ústav profesního rozvoje pracovníků ve školství

Místo/rok Praha 2011

Čestné prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením

PhDr. Jany Kohnové, Ph.D. V práci jsem použila informační zdroje uvedené v seznamu.“

V Přistoupimi 29. 3. 2011

.....

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Kohnové, Ph.D., za obětavé vedení a konstruktivní připomínky, vedoucí ke zpracování této práce. Velký dík patří i mým kolegyním za jejich nezištnou pomoc.

OBSAH

Úvod	8
1.1. Klasifikace postižení	10
1.2. Vrozená tělesná postižení	11
1.3. Ortopedická a jiná postižení	12
1.4. Dětská mozková obrna (DMO)	13
1.4.1. Formy spastické	14
1.4.2. Formy nespastické	15
2. Metody a terapie u dětí s postižením	16
2.1. Vojtova metoda	16
2.1.1. Vojtův princip	17
2.1.2. Diagnostika	20
2.1.3. Indikace a kontraindikace k Vojtově metodě	22
2.1.4. Bobathova a Petöho terapie	23
2.2. Fyzioterapie	24
2.2.1. Formy a druhy tréninku	25
2.2.2. Předpoklady vytrvalostního tréninku	26
2.3. Animoterapie	26
2.3.1. Canisterapie	27
2.3.2. Hipoterapie	28
3. Pohybové terapie a aktivity u dětí s postižením	33
3.1. Jóga a balanční míče	33
3.1.1. Kdy zařazovat prvky jógy	35
3.1.2. Balanční míče	35
3.2. Psychomotorika	36
3.2.1. Využití psychomotoriky	36
3.2.2. Vnímání v psychomotorice	37
3.2.3. Stimulace jemné motoriky	40
3.3. Trampolína	41
4. Seznámení se s žáky s postižením a jejich pozorování při různých pohybových aktivitách	42
4.1. Systém vzdělávání v základní škole speciální	42

4.1.1. Základní škola speciální	42
4.2. Seznámení se s žáky s postižením a jejich možnostmi edukace a rozvojem pohybových aktivit	45
4.3. Přímá činnost s dětmi	52
4.3.1. Trampolína	52
4.3.2. Padák a další psychomotorické aktivity	53
4.3.3. Snoezelen	55
4.3.4. Rozvoj jemné motoriky	56
Shrnutí	62
Závěr	64
Seznam literatury	65
Přílohy	67

Anotace: Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí - části teoretické a části praktické. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. V první kapitole se zabývám klasifikací postižení s vymezením pojmu dětské mozkové obrny. Ve druhé kapitole popisují metody a terapie u dětí s postižením se zaměřením na Vojtovu metodu, fyzioterapii a animoterapii. V kapitole třetí jsou zastoupeny pohybové terapie a aktivity u dětí s postižením. V této části přibližují rozvoj psychomotoriky. Čtvrtá kapitola je zaměřena na popis praktických postupů žáků speciální školy, popisují metody rozvoje hybnosti. Ve srovnávacích tabulkách jsou uvedeny výsledky aktivního pozorování a jednotlivé aktivity jsou srovnány v grafu.

Klíčová slova: pohyb, aktivita, terapie, postižení, motorika, metoda, motivace, rozvoj, cvičení, děti, kooperace, vnímání, psychomotorika, dětská mozková obrna.

*„Ježto pohybem se ve světě vše děje a zachovává,
je nejpřirozenější, aby vše živé okoušelo radost z pohybu.“*

J. A. Komenský

Úvod

Pohybová aktivita dnešních dětí je velmi aktuální, až ožehavé téma. Pohyb náleží k běžnému životu a to, že děti v současnosti nemají dostatek tělesné aktivity, je evidentní. Zapříčiňuje to zaměstnanost rodičů, kteří nemají dost času na kontrolu vyváženosti trávení volného času, nebo stále větší dopad počítačů a televize na úkor „běhání“ venku? Je to civilizační problém, se kterým budeme nuceni bojovat ve velké míře. Nemoci s tímto spojené jsou častější než v minulém století. Největším strašákem současnosti je obezita. Toto se objevuje u fyziologicky zdravě se vyvíjejících dětí, ale máme mezi sebou i jedince, kteří jsou postiženi nejrůznějšími formami tělesných omezení. Porucha pohybového aparátu, která často bývá velmi zjevná, negativně působí na celou osobnost handicapovaného jedince, a tím spíše by měly mít děti s postižením motivaci se pohybovat a rozvíjet své motorické funkce a tím alespoň částečně splynout se svými vrstevníky.

Předmětem mé bakalářské práce je nastínit, jaké metody a terapie využíváme k udržení či zlepšení pohyblivosti žáků na naší škole.

Cílem je ukázat, že právě samotný pohyb je velmi prospěšný a má pozitivní vliv na celkovou pohyblivost těchto žáků. Dále zjistit, jaké metody a pomůcky mají rádi samotní vybraní žáci a jak se dá jejich pohyblivost na daných pomůckách dále rozvíjet či udržet na co nejlepším stupni.

Pro zpracování své práce jsem použila tyto metody a techniky:

Analýza studované literatury, pozorování žáků v přirozených podmínkách a pozorování žáků při řízených činnostech a aktivitách.

Bakalářská práce je členěna do čtyř kapitol.

První kapitola je zaměřena na klasifikaci postižení, vrozená tělesná postižení. Je zde vymezen pojem dětská mozková obrna.

Druhá kapitola se zabývá metodami a terapiemi, které dokážou zlepšit pohyblivost dětí od narození po celý život.

V třetí kapitole se věnuji pohybovým metodám, které se dají využít pro zlepšení celkového zdravotního stavu a pohyblivosti dětí.

Ve čtvrté kapitole probíhá samotné pozorování žáků v přirozených či řízených činnostech. Aktivním pozorováním se zaměřuji na srovnání působení pohybu na jednotlivé žáky.

Ráda bych se ve své práci zaměřila na osoby s vrozenými pohybovými vadami a jejich možnostmi sebeprojevu a tělesné aktivity. Dále bych přiblížila klasifikaci tělesných postižení a možnosti terapií, jež pomáhají zkvalitnit život s handicapem a zmírnit dopady tohoto handicapu na člověka. V praktické části jsem se zaměřila na seznámení se s vybranými žáky naší školy a následně popisuji školské zařízení, ve kterém pracuji. Dále představím žáky, které jsem si vybrala pro své pozorování jejich pohybové aktivity, dále jsem se zaměřila na metody a terapie, které napomáhají k zlepšení psychomotorického rozvoje žáků na naší škole v rámci edukace.

1. Klasifikace postižení

Pojem „postižení“ může být chápán v různém významu, čemuž stále ještě napomáhá poměrně značná terminologická nejednotnost, a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Na tuto skutečnost upozorňuje M. Vítková (1999), která vychází z A. Būrlího (1997). *Týká se to jednak druhů postižení, ale také samotného pojmu „postižení“.* Jak již bylo výše uvedeno, v současné péči se stále více dostává do popředí člověk jako takový, v našem případě dítě a teprve následně se hovoří o tom, zda se jedná o dítě zdravé, či s postižením. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření. (JANKOVSKÝ, J. s. 30)

Pojem tělesné postižení se dá specifikovat v obecné rovině jako problematický dočasný či trvalý stav v hybnosti člověka (dítěte). Ve velké míře se jedná o poruchy nervového systému, je-li za následek narušení motoriky. Ale též může jít o poruchy pohybového a nosného aparátu. Toto vše se velmi často projevuje i na psychickém vývoji dítěte a jeho osobnosti. Také se toto postižení může dotýkat sociální sféry života, např. v poznávacích, emocionálních, výkonnostních a sociálních projevech.

Za postižení tělesné je považováno snížení pohybové schopnosti přechodné nebo přetrvávající, jež působí na kvalitu života. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu (kosti, klouby, měkké tkáně). Již od dětství těžce handicapovaný jedinec pozoruje obtíže při hře, základních sebeobslužných činnostech, ale i ve škole a dále pak i v pracovním procesu. V průběhu školní docházky bývá postižené dítě mnohdy odkázáno v lepším případě na osobního asistenta nebo převážně na pomoc okolí. Pomoc asistenta je v dnešní době ožehavým tématem. Vzhledem k nedostatku financí si ho ne každý jedinec s postižením může dovolit. Přičemž pomoc asistenta zkvalitňuje život těžce postiženého člověka. Já osobně pracuji jako asistent pedagoga na základní a praktické škole ve třídě s pěti žáky s postižením a vím, že tato činnost je pro žáky přínosem. U dítěte s autistickými rysy na naší škole bohužel nebyl od zřizovatele povolen osobní asistent, ačkoliv je nutný. Práce je to velmi náročná a toto dítě nedokáže samostatně pracovat dle slovních pokynů jako zbylí žáci ve třídě. Vyrůstá v ucelené rodině a díky tomu je okolím motivován k aktivitě. Mnohem hůře jsou na tom lidé s postižením, kteří ve svém okolí nemají pomocnou ruku ve formě rodiny a jsou odkázáni sami na sebe nebo si pomoc hradí.

1.1. Vrozená tělesná postižení

Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet celá řada faktorů, působících v době prenatální, perinatální a raně postnatální (např. infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, parazitární onemocnění – toxoplazmóza aj., úrazy a psychická traumata, toxický vliv chemikálií či léků, užívaných v době gravidity bez doporučení lékaře, komplikované porody, např. s křížením dítěte, protahované nebo překotné porody, příliš velké, malé nebo nedonošené plody, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS, většinou do 1 roku věku, atd.) (RENOTIÉROVÁ, M. s. 31)

- Vrozené vady lebky a páteře

Porucha lebky je nejčastěji zapříčiněna předčasným srůstem lebečních švů. Nejčastější je kraniostenóza. Její léčba probíhá chirurgicky a je zapotřebí včasný zásah, pokud je operace provedena pozdě, dochází u postiženého dítěte k narušení psychomotorických funkcí v důsledku deformace mozku.

Dalším problémem jsou poruchy velikosti lebky. Příčinou bývají většinou vrozená onemocnění centrální nervové soustavy (CNS). Tyto poruchy se spojují s různým stupněm psychomotorické retardace dle specifikace postižení.

Pro hybnost člověka je nebezpečné postižení rozštěpu páteře (spina bifida) – jsou známé případy těžkého rozštěpu, kdy jedinci nejsou schopni života. Časté jsou rozštěpy částečné, kdy mícha je zapouzdřena do jakéhosi tenkého vaku v krajině bederní páteře. Tato tenká kůže se lehce naruší, proto se provádí neurochirurgický a posléze i kosmetický zákrok. Avšak i po tomto řešení přetrvávají komplikace, např. inkontinence moče a stolice, chabá obrna dolních končetin. I malé ranky se špatně hojí a díky velmi tenké kůži na hýždích a zadní části stehen je sklon k proleženinám. Dolní končetiny má dítě nehybné, špatně prokrvené až namodralé, v kyčlích vykloubené. Horní část těla je u takto handicapovaných dětí plně vyvinuta a rehabilitační cviky jsou v první řadě zaměřeny na posilování rukou. Ruce jsou důležité pro následný nácvik pasivní chůze pohupováním pomocí berlí. (dle RENOTIÉROVÁ, M. s. 32)

Nejlehčí postižení tohoto typu jsou skryté rozštěpy páteře, kdy nejsou uzavřeny obratlové oblouky při jejich vývoji a jsou překryty kůží, takže nejsou na první pohled patrné, a jsou vesměs zjištěny až po rentgenovém vyšetření páteře.

- Vrozené vady končetin a růstové odchylky

Deformit končetin je velké množství. Mezi hodně známé patří luxace kyčelních kloubů, kdy hlavice kloubu je mimo jamku. Amélie – vrozené plné nevyvinutí končetin, fokomélie – chybí paže a předloktí a ruce vyrůstají přímo z trupu, totéž se týká i nohou, syndaktylie – srůstý prstů na horních či dolních končetinách. Mezi růstové odchylky patří např. akromikrie – abnormálně krátké končetiny, gigantismus – nadprodukce růstového hormonu a takto postižený člověk dorůstá značné výšky, nanismus – kvůli nedostatku růstového hormonu je vzrůst velmi malý. (dle RENOTIÉROVÁ, M. s. 33)

1.2. Ortopedická a jiná postižení

- Vrozené vykloubení kyčlí – luxace, subluxace – je jednostranné nebo oboustranné nedostatečné vyvinutí kyčelních kloubů. Léčba tohoto onemocnění je procentuálně úspěšná díky účinné prevenci a včasnému zjištění tohoto postižení. Léčba spočívá ve fixaci vhodné polohy dolních končetin.
- Perthesova choroba – osteonekróza hlavice stehenní kosti – hlavice ztrácí celistvost, tříští se na jakési ostrůvky, kde se střídá osifikovaná tkáň s neosifikovanou. Tímto ztrácí hlavice mechanickou odolnost a při zatěžování chůzí se deformuje. Příčina není přesně známa, a jednou z příčin může být poškození cév vyživujících hlavici stehenní kosti. Léčba je dlouhodobého charakteru (2-3 roky) a spočívá převážně v klidovém režimu. (dle JANKOVSKÝ, J. s. 44-45)
- Deformace páteře – hyperkyfóza, skolióza. Skolióza může být vrozená nebo způsobená různými onemocněními páteře, zádových svalů či nervů. Skolióza u dětské mozkové obrny bývá důsledkem diskrepancí (nepoměr) ve svalových vztazích. (dle JANKOVSKÝ, J. s. 45).

Správné držení těla má stěžejní význam, protože umožňuje správné rozložení orgánů v těle a tím zajišťuje jejich optimální funkci (např. ventilace plic). Pokud je páteř nerovnoměrně zatížena, dochází k deformaci obratlů a často je narušena inervace a tím jsou

způsobeny bolesti a problémy, které vyžadují rehabilitační či ortopedickou péči. Vrozené deformace páteře jsou často rezistentní vůči léčebné rehabilitaci, takže těžké skoliózy se léčí korzetem nebo chirurgicky, kdy je páteř v takovém stádiu, aby bolestivě neomezovala život člověka a aby se dále tato vada nezhoršovala.

- Narušení vývoje chrupavky – chondrodystrofie (trpaslictví). Tato choroba vede k nerovnoměrnému růstu, při čemž charakteristická je kombinace znatelně krátkých končetin, větší hlavy a normálního trupu. Léčba souvisí s včasnou úpravou deformit a tím upravit vzhled nemocného a zvednout jeho sebevědomí.

Další vrozené vývojové postižení je: dysmelie – infekcí, zářením, léky aj. způsobená porucha vývoje končetin u embrya.

Toto se dále dělí:

- amelii – vrozené chybění končetin
- fokomelii - zakrnělé končetiny
- mikromelii – končetiny proti tělu velmi krátké

(dle JANKOVSKÝ, J. s. 46)

Všechna tato vrozená onemocnění jsou náročná na léčbu a někdy i na diagnostiku. Pro správný vývoj člověka je důležité včasné zjištění a adekvátní postup rehabilitačních technik a terapií. Neodmyslitelnou roli v rehabilitaci hraje Vojtova metoda. Tato terapie podporuje nejen rehabilitační proces, ale díky spolupráci terapeuta, dítěte a rodiče vede k podpoře psycho-sociálního vývoje dítěte. (dle ORTH, H. str. 197)

1.3. Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna (DMO) je porucha hybnosti způsobená raným poškozením mozku buď před porodem, při porodu, nebo do 1 roku života dítěte. Takto postižený jedinec není omezen pouze pohybově, ale odráží se to i na řečových schopnostech, má snížené rozumové schopnosti, celkový vývoj hybnosti je značně opožděn. Velmi často dítě trpí epileptickými záchvaty, neklidem apod. Poruchy se objevují v různém stupni a kombinaci.

- příčiny prenatalní – infekční nemoci matky, nízké okysličení tkání, úrazy matky nebo těžká psychická traumata, vliv chemických látek, nedonošenost, přenošenost dítěte atd.
- příčiny perinatální – dlouhotrvající porod, přidušení novorozence, těžká novorozenecká žloutenka, velké množství anestetik, porod koncem pánevním atd.
- příčiny postnatální – infekční onemocnění, hnisavé záněty středního ucha, úrazy hlavy, velmi těžká průjmovitá onemocnění atd.

Dětí takto postižených v posledních letech přibývá a DMO se stává jedním z významných problémů dětské neurologie a léčebné rehabilitace.

1.3.1. Formy spastické

- forma diparetická – jsou postiženy obě dolní končetiny, kdy je trup disproporcionálně delší než nohy. Díky zkrácení svalových skupin je patrné vadné držení pánve i nohou. Pánev a trup jsou ve viditelném předklonu a chůze je dítě schopné s pomocí druhé osoby nebo pomocí berlí mezi 3. - 5. rokem. Styl chůze je složitý, buď chodí po špičkách, s ohnutými koleny, nebo po hřbetní a zevní ploše nártu. Při těžké formě postižení dítě nemusí chodit vůbec. V diparetické formě obrny nejsou zpravidla narušeny mentální schopnosti.

- forma dipareutická paukospastická – (s malou spasticitou), není tak častá a projevuje se nedostatečnou motorickou koordinací, nepřesností cílených pohybů

- forma hemiparetická – tato forma bývá nejčastější. Postižena je horní i dolní končetina jedné strany těla. Ruka bývá více postižena, je ohnuta v lokti a pohyb upažení, napřímění v lokti, pohyby palce, rozevření prstů a jiné jsou prakticky nemožné. Noha je křečovitě napjatá a při chůzi postižený došlapuje na špičku. V kyčli i koleni je volně pohyblivá. Při stoji je patrné šikmé postavení pánve. Postižené končetiny jsou slabší a kratší a menší bývá i příslušná polovina obličeje. U nejlehčích případů je hybnost skoro normální, vážne však jemná motorika pohybu prstů. Poškození mozku u této formy je druhostranné vzhledem k postiženým končetinám.

- forma hemiparetická oboustranná – mozek je rozsáhle poškozen v obou hemisférách, spastickou obrnou jsou postiženy všechny končetiny, ale nerovnoměrně. Hybnost je velmi

omezena a děti takto handicapované nechodí, nemohou hýbat ani horními končetinami a jsou odkázány na invalidní vozík. Často trpí epilepsií a mají sníženou kognitivní schopnost.

- forma kvadraparetická – horní končetiny jsou postiženy symetricky, postižení dolních končetin vzniká zdvojením diuretické formy. Z prognostického hlediska je kognitivní schopnost jen nepatrná. (dle RENOTIÉROVÁ, M. s. 35-36)

1.3.2. Formy nespastické

- forma dyskinetická – dítě trpí spontánními mimovolnými, nechtěnými a nepotlačitelnými pohyby. Dají se vyprovokovat v klidové fázi třeba leknutím, rozčilením nebo bolestivým podnětem. Tyto pohyby se zvětšují při cíleném a chtěném pohybu dítěte a tím zastíní, nebo přímo znemožní tento pohyb. I v obličejí se mimovolně stahují obličejové, žvýkácí, polykácí svaly do různých grimas a řečový potenciál je narušen, řeč je nesrozumitelná a obtížná. Také dýchání je nepravidelné s různě velkým vdechem a výdechem. Protipólem je svalová ztuhlost, v obličejí je maskovitý výraz, řeč je pomalá, do pohybu se postižení vyloženě musí nutit a chodí pomalu a s nejistotou. Inteligence není při formě tohoto postižení narušena. Tato forma vzniká nejčastěji po těžké novorozenecké žloutence.

- forma hypotonická – na dolních končetinách je výrazně snížen svalový tonus. Kolem 3. roku se tato forma často mění na spastickou, nebo dyskinetickou. Jestliže přetrvá, dítě je stíženo těžkou mentální retardací. Díky nízkému svalovému napětí mají uvolněné klouby a kvůli tomuto mají nejistou, vrávoravou chůzi, kdy jsou kroky nestejně, bez střídavých pohybů končetin.

Jednotlivé formy dětské mozkové obrny se často kombinují – jsou to formy smíšené, kdy mohou být postiženy tři končetiny atd. (dle RENOTIÉROVÁ, M. s. 36-37)

2. Metody a terapie u dětí s postižením

Každý jedinec, který se narodí s určitou formou lehčího nebo těžšího postižení, potřebuje vhodnou léčbu. Jestliže jde postižení odstranit chirurgicky, stane se tak, ale pokud je to dlouhodobější, nebo dokonce doživotní záležitost, přichází na řadu metody a terapie, které již od novorozeneckého věku vhodným způsobem pomáhají zvládnout a případně eliminovat dopady postižení na vývoj takového člověka jak po fyzické stránce, tak i po psychické a vhodně rozvíjejí jeho potenciál.

2.1. Vojtova metoda

Známe velké množství metod, terapií a postupů, jak rozvíjet motoriku, procvičovat hybnost a stimulovat bazální funkce dítěte s postižením. Pokud je postižení vrozené, je, dle mého názoru, jedna z neúčinnějších terapií Vojtova metoda. Její zakladatel Václav Vojta (1917-2000), neurolog a pediatr, působil na Karlově univerzitě v Praze. *V roce 1954 byl konziliářem v léčebně pro zdravotně postižené v Železnici (Česká republika). Pečoval zde o děti a dospívající s cerebrální parézou (poškození mozku). V roce 1968 emigroval do Německa, pracoval a prováděl výzkum na Ortopedické univerzitní klinice v Kolíně v Dětském centru v Mnichově. Od roku 1990 učil Vojta opět na Karlově univerzitě v Praze.* (ORTH, H. s. 11)

Během svého působení na klinice Vojta zjistil, že u poškození mozku lze cílenými polohami působit na určité části těla a že svaly jsou díky výchozím polohám používány jinak než spontánně. Též pozoroval, že intenzita svalového napětí závisela na situaci, v níž byly svaly používány. *Ve své snaze o systematizaci empiricky získaných poznatků Vojta pozoroval, že se jeho působení na pacienty příznivě vyvíjí, i když v té době nebylo terapeuticky ještě zcela propracované. Docházelo přechodně k víceméně zřetelnému vyrovnávání počátečního vysokého svalového napětí. Přitom bylo pozoruhodné, že účinek často vydržel hodiny, nejen krátkou dobu.* (ORTH, H. s. 12)

Při Vojtově působení v Železnici došel k závěru, že existují určité paralely u dospívajících s postižením a kojenci. Některým pacientům cerebrálně paretická porucha nedovolovala v poloze na břiše se opřít o loket a přitom pohnout hlavou. Toto Vojtu přimělo hledat spojující článek. A ten našel pozorováním vzpřimování se dítěte od kojeneckého věku. K následnému rozvoji terapie přispělo zjištění, že držení, vzpřímení a pohyb tvoří jeden celek, a je možné je sledovat pouze ve vzájemné souvislosti. Po prvotních zkušenostech

s dospívajícími zaměřil Vojta svou pozornost na kojence. Vycházel z předpokladu, že pohyb vpřed je vrozený, a již u novorozenců se ho snažil aktivovat. Stimuloval hybnou motoriku tak, že u nich docházelo k procesům, které je možné pozorovat až podstatně později. To jeho hypotézu potvrdilo a dalo to popud k rané terapii u kojenců. Ta začíná ve chvíli, kdy ještě nedošlo k funkčnímu upevnění náhradních motorických funkcí.

2.1.1. Vojtův princip

Principem rozumíme určitou zákonitost či pravidlo, které vystihuje základ dané věci. *Vojtovu principu dávají základ zákonitosti přiřazené následujícím třem oblastem:* (ORTH, H. s. 15)

- motorický vývoj dítěte v 1. roce života
- diagnostika (do 3. měsíce života)
- terapie (v prvních 6 měsících života)

Hybné vzorce – jsou to společné a doplňující se funkce svalových skupin, díky nimž tělo drží a vzpřimuje se, pohybuje se vpřed a provádí cílené pohyby. Tyto hybné vzorce podléhají i vyjadřujícím možnostem člověka, protože chování člověka je spojeno s pohybem. Známe tři typy pohybu:

- *reflexní reakce – nejjednodušší motorické způsoby chování. Jedná se o rychlé, stereotypní a mimovolní reakce, například odtážení ruky od horkého předmětu.*

- *rytmické pohyby – k nim patří například žvýkání, dýchání, lezení, běhání. Sjednocují rysy vědomého a reflexního jednání. Převážně je vědomě kontrolován jen začátek a konec hybné sekvence. Když jsou jednou vyvolány, mohou opakující se pohyby pokračovat reflexním způsobem téměř automaticky.*

- *cílené pohyby – jsou účelové a většinou se je člověk učí. Jejich provádění se zlepšuje s přibývajícím cvičením. Čím více tyto naučené pohyby zlepšují cvičením, tím méně podléhají vědomému řízení. V případě, že se jednou člověk naučí řídit auto, nemyslí již na jednotlivé pohyby, které jsou třeba k řazení nebo brzdění.* (ORTH, H. s. 15)

Tyto kategorie se liší náročností a stupněm vědomé kontroly a máme dva základní druhy této kontroly:

- fázická kontrola – díky ní jsou svaly přechodně aktivovány, aby mohly provést uzavřené pohyby jako uchopení šálku nebo hození míčku. U opakovaných pohybů, jako například chůze, jsou svaly aktivovány rytmickým způsobem.

- tonická kontrola – díky ní jsou svaly aktivovány pro dlouhodobou kontrakci, například zachování určitého držení.

Spojením těchto různých typů vzniká téměř nekonečné množství variant, k nimž může dítě nebo i dospělí ve své senzomotorice sáhnout nebo které jim mohou být umožněny pomocí terapie. Aby mohly pohyby probíhat koordinovaně, má centrální nervový systém k dispozici motorický systém se třemi úrovněmi řízení. (ORTH, H. s. 16)

- mícha – reprezentuje nejnižší stupeň hybné kontroly. Obsahuje neuronální obvody, které předávají rozmanité množství automatických a stereotypních hybných vzorců a reflexů. Organizují reflexní chování a podílejí se na vědomých pohybech. Mechanismy na úrovni míchy jsou pro lokomoci podstatné. Jsou lokalizovány v definovaném neuronálním systému, lokomočním generátoru.

- mozkový kmen – hraje důležitou roli při kontrole držení, kromě toho kontroluje svaly končetin, a proto má význam pro uzavřené, cílené pohyby, zvláště horní končetiny a ruky. K tomu jsou příslušná centra pro kontrolu pohybů očí a hlavy.

- motorický kortex (mozková kůra) – ztělesňuje nejvyšší motorickou úroveň kontroly. Její motorické pole iniciují a kontrolují složitější vědomé pohyby.

Všechny tři úrovně pracují jak hierarchicky, tak paralelně. (ORTH, H. s. 16)

Díky dlouhému vývoji dostal člověk k dispozici genetickou výbavu, která umožňuje vzpřímený pohyb proti gravitaci, pohyb vpřed i vzad i další cílené pohyby. Vzpřímená chůze značně osvobodila horní končetiny a podpořila vývoj rukou třeba k úchopu předmětů. S těmito vzorci pohybu se dítě učí poznávat své tělo i okolí a je to předpoklad pro získání zvláštních dovedností.

Vojtův princip pracuje s hybnými vzorci, u nichž má člověk na zřeteli celé tělo, a ty se zase skládají z více dílčích vzorců. Takže třeba horní a dolní končetiny by měly být koordinovány s trupem. Pokud všechny části těla spolupůsobí, může se tělo např. vzpřímit a pohybovat vpřed a vykonávat i další cílené pohyby. Mícha řídí nevědomé pohyby přímo

nejkratší cestou a mozek řídí dílčí vzorce. Tím vzniká vyváženost. Jednotlivé svaly se v hybném vzorci podřizují společnému cíli.

K odhadnutí motorického vývoje dítěte v 1. roce života je vhodné nejprve pozorovat spontánní pohyby v klidové atmosféře bez časového omezení. Pro toto posouzení je vyvinut plán pro pozice těla a pohybový průběh.

Poloha na břiše – posuzuje se, jak je dítě vzpřímeno na horních končetinách a jakým způsobem zapojuje držení hlavy a trupu. Jak jsou při vzpřímení těla na rukou použity pánev a dolní končetiny. Jakým způsobem dítě zatěžuje ramenní a kyčelní klouby a jak používá břišní svaly a v neposlední řadě se sleduje, jak probíhá držení a pohyb hlavy a optická orientace.

Poloha na zádech – zde se posuzuje, jak se dítě zvládá orientovat na obě strany těla a jak přitom drží trup, zda spolupracují nohy při úchopu rukou a taktéž zda pohyby končetin a hlavy mohou probíhat bez zapojení trupu.

Poloha na boku – zde sledujeme, jakým stylem dítě používá otáčející svalstvo trupu, také jak drží páteř a hlavu při otáčení i jak se opírá o spodní stranu pánve, bok trupu a ramenní kloub.

Při plazení – zde zkoumáme, jestli dítě střídá horní končetiny, jakým stylem táhne nohy za sebou.

Při lezení po čtyřech – jaká je míra kroku rukou a nohou, jak je zajištěn trup a zda břišní svalstvo přebírá nosnou funkci. Také sledujeme, jak jsou používány ruce k opoře, zda jsou lokty volně nataženy a jestli paty zůstávají v jednotné linii s kyčlí a rameny.

Při vstávání, chůzi úkrokem – zjišťujeme, jestli se dítě vytahuje nahoru pomocí rukou, zda zvládá vstát střídavě na obě strany, jakým způsobem jsou nohy zatíženy, jak je zajištěno držení v trupu a jak se pohybuje páteř. (dle ORTH, H. s. 35-36)

2.1.2. Diagnostika

Tato metoda je součástí Vojtova principu. V hrubých rysech načrtnu, co k diagnostice patří:

- analýza pohybu včetně posouzení spontánní motoriky,
- polohové reakce a jejich posouzení,
- primitivní reflexy a jejich posouzení.

Z toho lze vyvodit:

- *stav vývoje motoriky*
- *vývojový věk motoriky*
- *prognózu pro další motorický vývoj*
- *popř. nutnost další diagnostiky*
- *terapeutický postup (ORTH, H. s. 59)*

Jako specifická diagnostika je většinou lékařů použita pohybová analýza spontánní motoriky, a to hlavně ke zjištění vývojového stavu dítěte. Za spontánní motoriku považujeme souhrn všech pohybů, které dítě vykonává z vlastního podnětu. Lékař ukáže dítěti různé hračky a jeho pozornost upoutá jedna věc. Zde se začne pozorovat, jaké motorické prostředky dítě použije, aby tuto hračku získalo. Je-li dítě zdravé, je tato konkrétní hračka v popředí jeho zájmu, má o ní určitou představu a je na ni zvědavé. Motorika bez představy zůstává neorientovaná. Když je dítě narušeno v duševním vývoji, často je postižena jeho představivost, zájem a zvědavost. V popředí zájmu má buď jen své tělo, nebo se stereotypně zabývá jedním předmětem. Jestliže nastane situace, že dítě sice představu o předmětu má, ale nedisponuje dostatečnými motorickými funkcemi, jeho snaha vychází také naprázdno, a navíc dítě frustruje. Zde je patrné, že analýza pohybu je důležitá pro posouzení dítěte. Sleduje se držení trupu v souvislosti s držím hlavy a pohybem končetin. Dítě je komplexně posouzeno v jeho spontánních senzomotorických projevech a lze rozeznat chybějící nebo nedostačující vzorce pro jeho správný vývoj a tím se zaměřit na další terapii a postupy.

Polohové reakce

Tímto pojmem rozumíme: poloha = poloha těla a reakce = odpověď na změnu polohy těla. *Polohové reakce lze označit za klíč ke vrozeným hybným programům.* (ORTH, H. s. 60) Pro vyvolání polohových reakcí u kojenců se změni předem daným způsobem jeho poloha těla. Tím jsou aktivovány podněty na protažení svalů, šlach, kloubů, kloubních pouzder aj. a také jsou drážděny receptory dutiny břišní a hrudníku. Plynulá změna polohy těla také stimuluje orgán rovnováhy ve vnitřním uchu. Všechny tyto podněty jsou zpracovávány v centrální nervové soustavě a z tohoto místa jsou koordinovaně řízeny motorické vzorce.

Vojta objevil a popsal po něm nazvanou „Vojtovu polohovou reakci“. Dalších šest polohových reakcí modifikoval a standardizoval ze stávajících polohových reakcí, a tím je učinil použitelnými a uživatelnými pro vypovídající neurokineziologické vyšetření. (ORTH, H. s. 61)

Vyvolané motorické vzorce vždy odpovídají dosažené vývojové úrovni dítěte. Je udáváno 27 vzorců. V případě, že se zjistí, že se odchyľují vzorce držení a hybné vzorce od normálních vzorců, značí to centrální koordinační poruchu (CKP). Z počtu abnormálních polohových reakcí je sestaveno toto měřítko CKP.

Nejlehčí CKP: 1-3 abnormální polohové reakce

Lehká CKP: 4-5 abnormálních polohových reakcí

Středně těžká CKP: 6-7 abnormálních polohových reakcí

Těžká CKP: 7 abnormálních polohových reakcí s těžkou poruchou tonusu (ORTH, H. s. 61)

U těžké CKP je indikace k rehabilitaci okamžitá a nelze nechat děti bez pohybové léčby.

Primitivní reflexy

Je známo více než 100 takovýchto reflexů. Vojta shrnul zvláště vypovídající primitivní reflexy, které lze vyvolat v určitém období vývoje kojence. Při normálním vývoji je po uplynutí daného období již nelze vyvolat. Jelikož podléhají dynamice, která odpovídá jednotlivým fázím vývoje, tak ustane jejich působení ve chvíli, kdy dítě dokáže řídit držení svého těla a napřimuje se.

2.1.3. Indikace a kontraindikace k Vojtově terapii

Můžeme mít otázku, kdo a kdy by měl být léčen Vojtovou metodou? Jelikož je tato komplexní metoda zaměřena na aktivizaci pohybu, správné držení těla a především na zkvalitnění života jedinců s vrozeným postižením nebo u lidí s následky onemocnění či úrazu, hraje tato metoda dle mého názoru jednu z důležitých rolí v současném rehabilitačním systému. Terapie pomocí plazení a otáčení je s velkým úspěchem praktikována v dětské neurologii, ortopedii, pediatrii, ale i v neurologii a ortopedii dospělých. Jak je patrné, lze tedy terapii aplikovat u pacientů různého věku.

Příklady indikace v brzké terapii v kojeneckém věku:

Středně těžké a těžké centrální koordinační poruchy (CKP), lehké asymetrické CKP s rizikem vzniku poškození mozku, paraplegie, mozko-lebeční traumata aj.

Uvedené indikace k brzké terapii kojenců:

Downův syndrom, motorická retardace, dysplázie kyčlí, poruchy držení a chyby ve vzpřimování aj.

Indikace u starších dětí a dospělých:

Skoliózy a kyfózy, funkční omezení pohybového aparátu, roztroušená skleróza aj.

Kontraindikace a rizika terapie:

Teplota vyšší než 38,5 st. C., po očkování živou očkovací látkou (asi 10 dnů pauza), metastazující nádory, akutní fáze po operaci, kdy není stabilizovaný krevní oběh a jizva vyvrálá, akutní záněty, epileptické záchvaty aj.

Z hlediska rizik bychom měli mít na zřeteli, že na začátku každého ošetření by měly být zohledněny individuální reakce pacienta. U kojenců před i po terapii kontrolovat barvu kolem úst, zbarvení kůže, teplotu, dýchání, pulz,... Dávkování terapie by mělo být uzpůsobeno dle dispozic pacienta.

Cíle terapie jsou:

Aktivovat a podporovat rehabilitační proces.

Umožnit použití hybných vzorců ke vzpřímení, pohybu vpřed,

Umožnit diferencované vnímání těla.

Dosáhnout co největší možné samostatnosti dítěte a lepší kvality jeho života.

Nejdůležitější atributy terapie jsou:

Aplikace nezávisle na věk a obrazu nemoci.

Cílené použití v rané terapii, od narození.

Definované výchozí polohy a spouštěvé zóny.

Aktivace charakteristických hybných vzorců, které umožňují držení těla a cílené pohyby.

Pravidelně opakovaný průběh rytmických pohybů, které jsou typické pro pohyb vpřed.

Reprodukovatelnost vzorců pro osvědčenou, spolehlivou aplikaci. (ORTH, H. s. 70)

Vojtově metodě jsem věnovala velkou pozornost, protože si myslím, že to je nejkomplexnější metoda terapie v podpůrné léčbě tělesných postižení. Existují ještě další terapie a zmíním alespoň terapii Bobathovu a Petöho. Terapie Bobathových také předpokládá aktivní zapojení rodičů, avšak ve srovnání s Vojtovou metodou se očekává větší angažovanost dítěte v procesu rehabilitace. I tuto terapii lze využít od kojeneckého věku ihned po stanovení diagnózy.

2.1.4. Bobathova a Petöho terapie

Bobathova nebo Petöho terapie jsou velkým přínosem v léčbě tělesných postižení dětí i dospělých. *Souhrnná koncepce (fyzioterapie, ergoterapie a logopedie) manželů Bobathových, která je určena pro léčbu dětí s dětskou mozkovou obrnou, spočívá v dosahování relaxace (uvolňování) svalového napětí pomocí polohových a pohybových reflexů, uvedením celého těla nebo jeho částí (hlavy, trupu či končetin) do tzv. reflexně-inhibičních poloh. Jsou to zpravidla polohy opačné než ty, které postižené dítě zaujímá při nesprávném pohybovém výkonu. Principem této metody jsou dva faktory:*

- *Utlumení (inhibice) a přerušování abnormálního reflexního držení.*

- *Vybudování základních vzorců, které odpovídají normálnímu pohybu a jsou základem pro všechny diferencované pohyby. Ty jsou navozovány a fixovány v různých cvičebních situacích. (RENOTIÉROVÁ, M. s. 58)*

Ve zjednodušeném vysvětlení je to poznatek, že svalové napětí končetin jde ovlivnit polohou hlavy a polohou jednotlivých částí trupu a končetin v kloubech blízko trupu. Tím se sníží napětí i mimovolní pohyby a utváří se lepší podmínky k pohybovému projevu dítěte. Tudíž nácvik požadované polohy má dětem s postižením umožnit větší rozsah a přesnost pohybu, což pro ně bylo předtím nemožné či obtížné. *Bobathova metodika se zaměřuje na zlepšování celkové pohybové koordinace a vytváření normálního svalového tonusu. Zkušenosti ukázaly, že je možné, aby se stala pravidelnou součástí běžného denního režimu postižených dětí jako jeho terapeutický princip. Je využitelná i při nácviku jemné motoriky psaní a při nácviku řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou. (RENOTIÉROVÁ, M. s. 58)*

Petöho terapie byla pojmenována podle maďarského lékaře Petö, který tuto rehabilitační techniku využil na rozvoj praktických pohybových dovedností u dětí postižených dětskou mozkovou obrnou. Především se zaměřuje na rozvíjení volných vlastností dětí, které ony využívají a uplatňují v běžných denních činnostech. Při této terapii se používají předměty denní potřeby, jako jsou např. židle, stoly, lavičky, kroužky, hůlky aj. Tuto metodu lze aplikovat u tělesně postižených dětí s normálními intelektovými schopnostmi, protože podněty ke cvičení jsou vedeny převážně slovními pokyny a důležité je pochopení jeho významu. (dle RENOTIÉROVÁ, M. s. 59)

2.2. Fyzioterapie

Správným použitím přirozených životních podnětů, které jsou většinou základem fyzioterapie, lze pozitivně ovlivnit četné pochody v lidském organismu. (KRAUSS, H. s. 9)

Správné funkce orgánů a optimální výkonnost souvisí s dobrým krevním oběhem. Mnoho fyzioterapeutických metod se zaměřuje na správné prokrvení. Cévy v místě působení se teplem rozšiřují a projevuje se zčervenáním daného místa.

Zdraví, a tím podstatná součást našeho života, je určováno třemi faktory: vrozenými dispozicemi, vlivy okolí a způsobem, jakým s těmito danostmi nakládáme, tedy naším běžným chováním. (KRAUSS, H. s. 24)

Díky fyzioterapii je možné odbourat poruchy teplotní regulace, krevního oběhu, dechu, pohybu, spánku, poruchy funkce sliznic, trávení, snížené obranyschopnosti a jiných. Ke zmíněnému pohybu se váže hodně funkčních poruch opěrného aparátu. Jednou z nejvýznamnějších je například porucha páteře s častými záchvaty bolesti. S páteří souvisí mnohé potíže a omezení a není to pouze výsadou lidí staršího věku. Již v mládí se objevují sklony k funkčnímu zablokování. Nejhorší přitom nebývá omezený pohyb postižených obratlů, ale časté záchvaty „ústřelového“ typu, které zapříčiňují nepohyblivost značným reflexním napnutím svalů. Fyzioterapie se v těchto případech zaměřuje na příčinu bolesti. Narušenou statiku páteře lze stabilizovat pomocí speciálních cviků k posílení oslabených svalů, k nápravě hybného aparátu slouží gymnastická cvičení aj. *Fyzioterapie umožňuje působit na poškozené, už selhávající nebo chorobným procesem zvláště ohrožené funkční oblasti, průběh nemoci zlepšuje a přináší pacientovi subjektivní úlevu.* (KRAUSS, H. s. 75)

Tato metoda většinou pracuje s podněty, na které naše tělo určitým způsobem reaguje. Každý člověk je individuální, a proto i reakce orgánů jsou vždy různé a často se mění i podle momentálního naladění nervového systému nebo vlivem dalších faktorů. Pro všechny fyzioterapeutické procedury je jedno společné – lze je stupňovat, to znamená, že je lze aplikovat v adekvátní formě u každého a v konkrétních situacích s kýženým úspěchem a bez rizika. Pro praktické zpracování terapeutického programu je vhodné i najít optimální zapojení do biorytmů, kterým každý člověk z větší části podléhá. Je hodně faktorů, jež v rámci fyzioterapeutické léčby určují způsob reakce a schopnost zátěže.

2.2.1. Formy a druhy tréninku

Nejsnadněji ovlivnitelný proces je pohyb. Díky pohybu lze optimálně rozvíjet mnoho orgánů a funkčních okruhů těla a uchovávat je aktivní na dlouhou dobu. Ovšem schopnost orgánů se přizpůsobit daným požadavkům má i svá negativa. Dnešní doba není nakloněna přílišnému pohybu a tím nese riziko snížené výkonnosti a rozličných chorob. Svalstvo tvoří asi 1/7 celkové tělesné hmotnosti člověka. Kolik pohybu tedy člověk potřebuje? Správným sestavením tělesného výkonnostního tréninku stimulujeme mnoho orgánových soustav našeho těla. Sestava je uzpůsobena dle individuálních schopností a možností, jimž se tělo dokáže přizpůsobit. Cílem tohoto tréninku je, aby jedinec zvládal dlouhodobé vysoké nároky jak fyzické, ale i psychické s co nejmenší únavou a stresovou zátěží. Vytrvalostní zátěž zvyšuje výkonnost srdce, také zlepšuje tonus kosterního svalstva a celého cévního systému. Taktéž

výkon plic a dýchacího systému je na lepší úrovni. Dýchání je hlubší, vdechovaný vzduch se v plicích rozdělí rovnoměrněji, tudíž tělo dostane vyšší množství kyslíku.

Cviky volíme dle toho, jakým způsobem zatěžují srdeční funkci, krevní oběh, dýchání a jak to člověk zvládne z hlediska kondice. Tudíž silové cviky nebo cviky na zobrazení určitého pohybu nejsou žádoucí. Na prvním místě je běh nebo rychlejší chůze. Tyto formy pohybu nemají žádné finanční nároky, lze je trénovat po celý rok a především se dají stupňovat. Alternativou je pohyb na šlapadle nebo systematické stoupání do schodů. Další aktivitou je jízda na kole. Lidé s postiženými klouby, kteří nemohou běhat, tuto variantu preferují. Nevýhodou je, že paže a ramena jsou většinou ve fixní poloze, která ovlivňuje dýchání a horní polovina těla je téměř nehybná. Další formou je plavání, které dovoluje trénink i lidem s postižením. (dle KRAUSS, H. s. 189-206)

2.2.2. Předpoklady vytrvalostního tréninku

Trénink představuje určité zatížení zaměřené nejen na udržení, ale i zvýšení tělesné výkonnosti, a tudíž předpokládá důkladné zvážení zdravotního stavu. Jinak je velké riziko přetížení, z čehož plyne například pro špatně zásobené srdce nebezpečí nedokonalého prokrvení. Omezení platí pro záněty srdce, plic, vnitřních orgánů a u forem angíny pectoris. U lidí s vysokým tlakem a silnou nadváhou je třeba přezkoušet, do jaké míry se dá srdce, v tomto případě už přetěžované, ještě dál zatížit vytrvalostním tréninkem. Lehčí formy vysokého tlaku reagují na trénink většinou pozitivně. (dle KRAUSS, H. s. 193)

Je-li trénink úspěšný, zjistí člověk až podle zkušenosti se sebou samotným. Výkonnost se zvyšuje většinou po osmi týdnech a po dalších osmi se dosahuje výkonu přiměřenému věku a konstituci.

Jak bylo výše popsáno, udržovat vitální funkce našeho těla je nezbytné pro aktivní život. Ovšem část lidí již tuto šanci nemá, a pro ně jsou tu jiné terapie, které jim zkvalitní jejich prožívání. Mezi takové metody patří zapojení do terapie pomocí zvířat.

2.3. Animoterapie

Tato metoda spočívá v zařazení zvířat do léčby. Tento způsob není jednotně přijat v lékařských kruzích, ale vezmeme-li v potaz to, že příroda nás v mnohých věcech inspiruje, a navíc je i hodně druhů léků vyrobeno z přírodních zdrojů, měla by zvířata mít svou

nezastupitelnou účast v našem životě. Vždyť náš „domácí mazlíček“ nerozlišuje, zda je jeho pán dokonale krásný, on pozná, zda ho má ten jeho „človíček“ rád a zda je schopen mu poskytnout odpovídající péči a ochranu. Milující a milované zvíře nezradí a nedokáže ublížit. Ovšem je velmi nutné mít na paměti, že špatně vychované nebo nemilované zvíře může být naopak agresivní. Zvířata jednají instinktivně a při pocitu strachu a ohrožení se brání a mohou i zaútočit.

S domácími zvířaty je nutné vždy nějakým způsobem komunikovat a tím, že je majitel nucen zabezpečit i potřeby zvířete, zlepšuje si tím fyzickou kondici a je schopen se sám o sebe postarat do vyššího věku téměř samostatně. Zvířata díky své přirozenosti nejsou náchylná k častým změnám nálad, a proto pozitivně ovlivňují fyzický i psychický stav člověka. Mezi nejoblíbenější tvory chované pro účely animoterapie patří především psi a kočky. U nepohyblivých pacientů jsou s úspěchem využíváni také ptáci v kleci nebo akvarijní rybičky.

2.3.1. Canisterapie

Základním principem léčebného využití psa je probuzení samoléčebných schopností člověka. Pes je člověku partnerem ve hře, svým způsobem života nutí člověka ke zkvalitnění svého života. Díky aktivizaci svalů a psychických podnětů se postupně zlepšuje hrubá i jemná motorika pacientů, ti jsou pak schopni pevnějšího a stabilnějšího postoje na nohách, jsou samostatnější v samoobslužných činnostech, přestávají trpět zácpou. Samotnou rehabilitaci začínají vycvičení psi jemnou masáží pacienta. Terapeuti cíleně pokládají dětem na různá místa piškotky a dají dětem piškot i do dlaně, pes pamlsek sebere a poté nataženou dlaň olíže a tím u dítěte dochází k jemnému dráždění a zlepšení svalového tonusu ochablých svalů. Při polohování dítěte pomocí psů, dochází k protažení svalů a k povolení svalového spasmu. Díky úzkému kontaktu psa s tělem člověka se svaly prohřejí a prokrví.

Na léčebném procesu se pes podílí maximálně 2-3 hodiny a samotný rehabilitační úkon trvá cca 30 minut. Důležitá je momentální nálada psa a jeho chuť věnovat se práci s lidmi s postižením.

Canisterapii lze využít k různým druhům postižení i k podpoře léčení rozličných nemocí, např.:

- vysoký krevní tlak, poruchy srdečního rytmu – při kontaktu se psem se pacienti dostávají daleko dříve do lepší kondice než jen při samotném užívání léků, stejně jako při depresích a úzkostných stavech;
- komunikace, rozvoj jemné a hrubé motoriky
- mozková mrtvice, úrazy mozku s kombinací vady řeči
- infarkt, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, demence, aj.

Největší výsledky polohování se psy jsou vidět u tělesně postižených, kteří trpí svalovými křečemi nebo třesem. Ovšem ani polohování se psem není všemocné, ale pokud křeče či třes ustanou alespoň na čas, je to velký úspěch, a bez vedlejších účinků.

Výběr psa je prováděn velmi zodpovědně a výcvik s přípravou psa trvá rok. Pes je vybírán podle jeho vlastností. Hlavní je skvělá socializace, dále je důležitý výborný psychický i zdravotní stav, tolerance k jiným zvířatům i k lidem. Kromě psů asistenčních jsou nyní cvičeni i psi diagnostičtí, kteří zvládají včasné najít diabetika, narkomana, ale poznají i blížící se záchvat. Není rozhodující rasa psa, ale jeho charakter a výchova.

Terapie pomocí zvířat v žádném případě nemůže nahradit léčení odbornými lékaři, rehabilitačními pracovníky, psychology a ostatními odborníky. Jde však o obrovský psychoterapeutický impulz, který vede k motivaci a spolupráci při léčení i u umírajících pacientů bez ohledu na věk. Po celou dobu léčení také tímto způsobem naplňujeme kvalitu života nemocných. (NERANDŽIČ, Z. s. 50)

2.3.2. Hipoterapie

Hipoterapie je jedna z nejvíce rozšířených variant léčby pomocí animoterapie v současné době. Význam této metody stále vzrůstá a její problematikou se zabývá čím dál více odborníků na rehabilitaci. Jedinečnost této terapie tkví v tom, že využívá jako rehabilitační nástroj živého tvora – koně. *Kráčející kuň svým pohybem dráždí řídicí centra a nutí člověka k balancování (snaze udržet své těžiště v těžišti koně). Tím dochází k aktivování svalů kloubů, probouzí se vedení v nervových drahách, a mozek se tak učí zhodnotit a zpracovat (centralizovat) informace o vztahu těla (řízeného orgánu) k prostoru a zpětně ho řídit.* (NERANDŽIČ, Z. s. 93)

Hipoterapeut vede koně po členitějším terénu, aby jezdec musel aktivně reagovat na změny těžiště. Tím se u něj umocňuje jak prožitek z vjemů z okolí, ale i aktivnější forma rehabilitace. Četnost a délka terapie závisí na individuální diagnóze a dispozicím léčeného člověka. Opět jako u jiných metod je tu možnost stupňování. Nejoptimálnější doba ježdění je minimálně po dobu 3 měsíců 2-3x týdně cca 20 minut.

Výstroj koně a praktické postupy

Žádoucí je nevyužívat sedlo, ale jezdit přímo na hřbetu koně. Tím je umocněn kontakt pacienta se zvířetem a tím terapie efektivnější. Přímý, co nejtěsnější kontakt lidského a koňského těla umožňuje lepší procítění pohybů koně, jejich přenos a splynutí s koněm. Stejně tak vyšší teplota koňského těla, 37,5 až 38,5 st. C, snižuje přenosem tepla pacientovu spasticitu. (dle Hollý, K., Hornáček, K. s. 65) Díky tomu, že se nepoužívají třmeny, povislé končetiny tak trénují reedukaci chůze. Pokud třmeny a sedlo diagnóza určuje, je to v případě fixace dolních končetin kvůli nežádoucímu tahu na kyčle u chabých paréz, hemiparéz nebo při asymetrii končetin.

Na dobře připraveného koně by se mělo dát nasednout z obou stran, ale běžné je nasedání zleva. Pro většinu pacientů je nemožné vylézt na koně, který nemá sedlo, bez pomoci, tudíž je třeba vysadit je na něj pomocí různých speciálních pomůcek. Nejklasičtější je rampa nebo schůdky se zábradlím. Po vysazení je zkontrolováno, v jaké části páteře pacient sedí a je případně jeho sed poupraven. Sleduje se držení trupu, ramen, hlavy, dolních končetin atd. Poté terapeut verbálně popíše sed tak, aby si pacient mohl aktivně uvědomit postavení svého těla a zvládl ho v případě nutnosti zkorigovat. Pacient je též upozorňován na správné dýchání. Chůze koně by měla být plynulá a bez zbytečných zastávek, protože se pacient nedostane do rytmu a nesplyne s koněm v jeden pohybový celek a nedosáhne se tím kýženého terapeutického efektu. *U pacientů, kteří nejsou schopni samostatného sedu nebo držení hlavy, je z pohledu terapeutického postupu velmi důležité řešit otázku, zda provádět hipoterapii ve formě stimulačního polohování v různých pozicích, která odrážejí různá vývojová stádia, nebo využít asistovaný sed s fyzioterapeutem.* (HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. s. 75)

U některých pacientů lze po nějakém čase přejít od polohování k asistovaným pozicím. Tento postup je považován za nejefektivnější a nejčastěji praktikovaný. Ovšem kombinace obou možností je též účinná. Asistovaný sed se využívá u pacientů, kteří nejsou schopni sedu aktivního, a terapeut dokáže korigovat pozice díky těsnému sedu za pacientem na koňském

hřbetu. Jeho aktivita je podmíněna dle diagnózy a pomocí paží a hrudníku krátkodobě koriguje pacientovo držení trupu a hlavy.

Jízdou na koni se předchází civilizačním chorobám jak po psychické, tak i po fyzické stránce. Jízdou je u člověka stimulován pohybový aparát i všechny vnitřní orgány. U osob s onemocněním pohybového systému je díky této terapii průběh zpomalen a u pacientů po úrazu pohybového aparátu je pomocí hipoterapie navracena původní funkce a kondice. Čím je člověk mladší, tím intenzivnější je působení koně na rozvoj jeho psychických a fyzických schopností, tedy na zdraví. Nejpozději do 11 let věku je možné přecvičit špatné a vycvičit správné vzorce pohybových aktivit člověka. *Terapeutické ježdění a působení koně je nenásilné, relativně snadné a při dobrém vedení pro děti neškodné. Ve školním věku přibývá dětí s vadným držením těla a s poruchami chování. Léčení je komplikované nejistotou, někdy dokonce odmítáním a agresí ze strany dětí a jejich rodičů. Proto je v takových případech fyzické cvičení doplňováno prvky psychologického působení.* (NERANDŽIČ, Z. s. 113)

V dospělém věku jsou již plně fixované chybné vzorce držení těla a pohybu. Hipoterapie zde pomáhá kondičně rozvíjet motoriku. Úskalí zde přináší strach pacienta, který na koni nikdy nejezdil a je zde i limit hmotnostní.

Dospělé mentálně retardované osoby kůň motivuje k větší psychické, motorické a emocionální aktivitě. Zajišťuje tím uchování dovedností docílených léčbou a výukou v dětství, na jejichž rozvoji je kůň rovněž schopen se spolupodílet. (dle NERANDŽIČ, Z. s. 108) Lidé s mentální retardací nemají specifické kontraindikace, ale je nutno zhodnotit stav dalších přidružených nemocí, jimiž lidé s postižením často trpí (srdeční vady, vady plic, cév, pohybového aparátu aj.). Lidé, kteří se koně bojí, by neměli léčbu hipoterapií podstupovat.

Nevhodnost hipoterapie

Akutní infekční onemocnění, těžší onemocnění srdce, mozková mrtvice, vysoký krevní tlak, riziko odchlípení sítnice oka, porucha srážlivosti krve, roztroušená skleróza v akutním stavu, nestabilní epilepsie, lámavost kostí, deformity páteře 2. stupně, posun obratlů, revmatické choroby, alergie na koňskou srst, prach aj.

Vhodnost hipoterapie

- Dětská mozková obrna – předpoklad pro indikaci je ten, že dítě samostatně sedí, anebo jen s minimální oporou. Kontraindikace u takto postižených je v případě, když větší vrozená luxace kyčelních kloubů brání sedu rozkročmo na koňském hřbetu.
- Roztroušená mozkomíšní skleróza – zde je omezení možnosti rehabilitace hipoterapií. Pacient s touto nemocí může jezdit na koni pouze v období remise, to znamená v době, kdy nemoc má stálý charakter a nezhoršuje se – je to tedy období klidu. (dle NERANDŽIČ, Z. s. 102). Takto nemocní pacienti by neměli prochladnout ani se přehřát. Ani fyzická a psychická zátěž není žádoucí, protože stres negativně ovlivňuje nemoc. Hipoterapeut musí jejich počínání na koňském hřbetě korigovat.
- Úrazové poškození mozku a míchy – tato rehabilitace je vhodná pouze při dokonalém zabránění pádu.
- Svalová dystrofie – pacienti s touto chorobou trpí úbytkem aktivní svalové hmoty. Zmnožení vaziva způsobuje s tím spojenou deformitu páteře, končetin, hrudníku. Postiženo je veškeré příčně pruhované svalstvo včetně srdečního svalu. (dle NERANDŽIČ, Z. s. 103) Hipoterapie je až na druhém místě co se týče formy léčení, prvotní je léčebný tělocvik, kdy se cíleně udržuje psychická a fyzická kondice, aktivují se dechové funkce.
- Epilepsie – nemocní s epilepsií často předem určí, kdy budou mít záchvat. U dětských pacientů je četnost záchvatů vyšší než u dospělých. Pokud se přistoupí k léčbě pomocí hipoterapie, neměly by být záchvaty čtenější než 3-4krát ročně. Také by měla být záruka, že ježdění u dítěte záchvat nevyvolá. Při hipoterapii je velmi důležitá kázeň a sebereflexe nemocného, aby v případě předzvěsti záchvatu na koně nesedal.
- Vadné držení těla – jestliže nebyly při vyšetření pomocí rentgenu, magnetické rezonance, počítačové tomografie či klinickým vyšetřením neurologem zjištěny závažné nálezy, jsou tito nemocní pro hipoterapii dobře indikováni. Když u skolióz nepřesáhne vychýlení páteře 25 stupňů hodnocení a zakřivení se nezhoršuje, je vítaná tato forma rehabilitace. Je častým jevem, že lékaři pod tlakem rodičů neschvalují ani tělesnou výchovu ve škole, a to je kámen úrazu. Díky tělesné pasivitě dochází k zafixování vadného držení těla, svalové ochablosti a k bolestem zad a páteře. Při léčebné jízdě na koni dochází mimo cvičení

trupu ke správné harmonizaci dechových stereotypů a ke správnému zapojování hlavního dechového svalu – bránice a pomocných svalů. (dle NERANDŽIČ, Z. s. 104)

Pokud není forma této rehabilitace dostupná z jakýchkoli důvodů, existují další formy cvičení, které napomáhají rozvoji a upevnění tělesné konstituce. Jednou z dalších dostupných a neméně účinných variant je jóga. Již od útlého věku můžeme tímto cvičením děti motivovat, a tím je cíleně a prospěšně vést k pohybu, kterého je v dnešní době zapotřebí.

3. Pohybové terapie a aktivity u dětí s postižením

Pohybem je rozvíjen nejen somatický, ale i psychický a sociální aspekt člověka. Aspektem zde rozumíme celkový postoj jedince k životu, výchovu, vzdělávání, řešení situací běžného dne, průběh socializace a začlenění se do každodenního života a sport bych vnímala jako nenásilný způsob splynutí člověka zdravého nebo jedince s postižením s ostatními. Kooperace při kolektivním sportování či aktivitách je bezesporu velkým přínosem v socializaci.

Každého pohybu se účastní jednotlivé části našeho těla – hlava, krk, trup, paže, dolní končetiny. Při sledování jednotlivých pohybů je zejména důležitá jemná manipulace rukou, její *zvláštnosti a stupeň koordinovanosti pohybů, hlavně jejich postupnost a sladěnost přesnost – souhra. Pro úspěšnost pohybu nestačí však jen zrakové vnímání a zraková představa daného pohybu (krok, skok, uchopení předmětu), ale je zapotřebí je spojovat s pohybovou představou, která se vytváří vykonáváním pohybu. Při motorické představě pohybu dochází v příslušných pohybových centrech mozkové kůry ke vzruchům, které vyvolávají sotva patrné pohyby v odpovídajících svalových skupinách.* (MONATOVÁ, L. s. 54)

Ať při samostatně prováděném sportování, nebo při řízených a organizovaných sportovních aktivitách je, dle mého názoru, důležité, aby se aktivně zapojení jedinci cítili pohodlně ve volném oblečení, aby činnost nebyla jednotvárná a cíleně rozvíjela jejich individuální možnosti pohybu.

3.1. Jóga a balanční míče

Jóga je jedna z nejstarších pohybových aktivit. O raných začátcích jógy se toho i přes staletá bádání moc neví. Je doloženo, že v Indii byly objeveny první zmínky před 5000 lety. Já bych se ráda zaměřila na dětskou jógu. *Pohled do historie nám napovídá, že první zmínky o dětské józe klademe do doby 1713 éry Ánanda, tj. 1748 našeho letopočtu, kdy byl náhodně objeven rukopis BÁLÁJÓGAPRADÍPIKA, což znamená KAHAN – osvětlující základy jógy způsobem, jež je přístupný dětem.* (POHLODKOVÁ, E. s. 5) Cvičení vychází z velké části z klasických jogínských cviků pro dospělé, ale je uzpůsobeno dětskému tělu, jež se teprve vyvíjí.

Tělesné cvičení pomocí jógy pro děti by mělo začínat ve věku mezi 3.- 6. rokem. V tomto věku je cvičení pro děti přijatelnější díky jeho formě, protože cviky vychází z přirozené potřeby pohybu. Úskalím by zde mohl být fakt, že dětská pozornost je kolísavá, a proto je nutné najít vhodnou motivaci pro cvičení. V dětské józe je prostor pro kreativitu. Pomocí říkanek, krátkých veršovaných pohádek, písniček se pokoušíme zaujmout pozornost dítěte tak, aby se samo pohybově zapojilo. Samozřejmě, že nejde hovořit o józe v pravém slova smyslu, ale spíše o jógových prvcích. V takto nízkém věku dítě nedokáže plně koncentrovat pozornost na prožitek vnitřních pocitů, pohybu, dechu, ale důležitý je prvopočátek jeho snahy o cílený pohyb, který postupem času vypiluje a zdokonalí až do kýžené ásany.

Čím jsou děti mladší, necháváme dech přirozeně plynout. Zaměřujeme se na prodloužený nádech a výdech a na dýchání nosem. (POHLODKOVÁ, E. s. 7) Cílem tohoto cvičení je naučit děti dovednostem, jež mohou ve svém dalším životě upotřebit. Jóga je cílené rozvíjení nejen fyzické, ale i intelektuální, psychické a duchovní rovnováhy. Jak již bylo zmíněno, pohyb je důležitý k rozvoji svalstva, pohybových schopností i správného držení těla, ale neméně důležitý je fakt, že díky správné životosprávě a režimu zkvalitňuje funkci vnitřních orgánů.

Ve školním věku v průběhu školní docházky je též vhodné jógová cvičení dětem zařazovat nejen do tělesné výchovy, ale i do běžných hodin z důvodu protažení, prokrvení, relaxace aj. Děti jsou staticky přetíženy dlouhým sezením, které je demotivuje k optimálním výkonům. Při takovémto zatížení se často objevují: vady páteře v důsledku nesprávného držení těla, častá onemocnění horních cest dýchacích, oslabení břišních svalů, v důsledku psychické zátěže bolesti hlavy, útlum pozornosti, ospalost, podrážděnost aj.

Autorka píše: Použití jógových technik u dětí je vlastně na úrovni jakési abecedy pohybu. Snažím se je naučit řízenému pohybu v souladu s dechem, vnímání pocitů při cvičení, relaxaci a uvolnění a samozřejmě správnému držení těla s posílením ochablých svalových skupin a protažením zkrácených. (POHLODKOVÁ, E. s. 74)

V aplikaci jógových technik je odlišný způsob oproti obvyklé tělesné aktivitě. Jsou daná určitá pravidla, která by se měla pomalu uvádět do praxe: cviky zařazovat po chvilkách, cvičení provádět v pomalém tempu a plynule a doporučuje se mít i zavřené oči, aby dítě nerušily okolní vlivy, v určité pozici vydržet jen do hranice snesitelnosti a spíše kratší dobu, cvičení provádět víceméně denně a vhodně motivovat rozličnými podněty, je nutné nespěchat

a také děti nekárat za nepřesné pohyby aj. Cvičení by měl provádět cvičitel znalý zásad jógy a hlavně by mělo přinášet radost jak učiteli, tak především dětem.

3.1.1. Kdy zařazovat prvky jógy

- Během vyučování – pokud jsou děti viditelně unavené a nekoncentrované, aplikují se různé druhy chůze, poskoky s výdechy, výpony s uvolněním aj.
- Během čtení a psaní – uvolnění krční páteře, poklepy hlavy, tření uší a oční cviky, jako motivace může posloužit říkanka, pro krční páteř třeba: „ Tik, tak, hodiny, ...“
- Před psaním – dítě si stlačuje a masíruje prsty nebo prsty roztahuje a tiskne.
- Pro koncentraci a zklidnění.
- Na vycházce – můžeme rovnovážným cvičením napodobovat stromy nebo zvířátka.
- V hodině tělesné výchovy – viz. Příloha. (dle POHLODKOVÁ, E. s. 77-85)

3.1.2. Balanční míče

Balanční míče představují pomůcku určenou k balančnímu cvičení. Najdeme je ve vybavení většiny tělocvičen a také i ve školních zařízeních, kde jsou využívány k rehabilitačnímu cvičení v rámci tělesné výchovy. Veškeré balanční pomůcky mají podobný cíl. S balančními pomůckami lze u dětí posílit svaly, napomáhají ke správnému držení těla a také stimulují děti ke schopnosti udržet rovnováhu. U větších dětí provádění cviků na míči stimuluje jejich tělo k neustálému vyrovnávání těžiště a tím jsou zapojovány svalové skupiny, jež jsou při běžných aktivitách opomíjeny. Cvičení na balančním míči je fyzicky náročnější. Dobře působí i na dýchání dětí. Při cvičení na míčích je velmi důležitá opatrnost a plynulé pohyby, protože prudký pohyb by mohl u padajícího dítěte vyvolat obranný protipohyb, vedoucí ke zvýšení svalového napětí.

Jóga i cvičení na balónech jde ruku v ruce s psychomotorickým vývojem dítěte. Psychomotorika vyplývá z dětské pohybové přirozenosti, kdy by měla být podněcována hravým způsobem, nápaditě, účelně a hlavně promyšleně. Dítě zdravé nebo i dítě s postižením tímto získává adekvátním způsobem a s ohledem na jeho možnosti, poznatky o sobě samotném, o svém těle i světě kolem.

3.2. Psychomotorika

Psychomotorika je systém tělesné výchovy, který využívá pohybu jako výchovného prostředku. Hovoří se o výchově pohybem, která je cílená a odpovědná, ale hravá a zábavná. Podporuje iniciativu, samostatnost, tvořivost a respektuje individualitu každého cvičence. Nesoustřeďuje se jen na rozvoj pohybových schopností, na tělesnou zdatnost, ale i na psychickou a společenskou složku osobnosti každého jedince. Dbá, aby cvičení odpovídalo úrovni pohybových schopností cvičenců, bere v úvahu i jejich psychické vlastnosti (např. odvahu a bážlivost, sebevědomí a sebepodceňování se) a také vztahy k jiným lidem (např. družnost, uzavřenost atd.). V psychomotorice se klade důraz na uvědomování si vlastních pocitů a citů i na rozvoj schopností vcítit se v pocity a potřeby druhých, chápat je a respektovat, co nejlépe s druhými spolupracovat, pomáhat jim. (ADAMÍROVÁ, J. s. 7)

Cílem psychomotoriky je harmonická osobnost, která by si měla zachovat svou individualitu. Úkolem je získání zkušeností z vnímání vlastního „já“, dále vnímání materiální oblasti i společenské oblasti. Přitom použitelné prostředky jsou vcelku běžné, ale vyskytují se i méně obvyklé, nebo dokonce úplně nové. Jsou zastoupeny oblasti cvičení, různé hry, pantomima i jóga aj. Prioritou je, aby děti pracovaly co nejvíce samostatně, tvořivě a dle svých dispozic. Pomocí her se děti učí spolupracovat s ostatními v menších či větších kolektivech, kdy hry mají většinou nesoutěživý charakter a výkonnost jednotlivců se posuzuje individuálně v časových limitech.

V psychomotorických aktivitách se využívají prostředky běžně dostupné, jako je tělocvičné náčiní, anebo věci každodenní potřeby nebo specifické pomůcky, poutající svou pestrostí pozornost a zvyšující motivaci. V rámci tělovýchovného procesu může tento obor tvořit ucelenou náplň hodin nejen tělesné výchovy, ale i běžných učebních hodin. Zvláště podnětné to je u dětí s postižením (např. s mentálním postižením nebo s lehkými mozkovými dysfunkcemi aj.)

3.2.1. Využití psychomotoriky

Jak je již výše uvedeno, v psychomotorice se rozvíjí nejen duševní stránka, ale i návyky ke správnému držení těla, prostorová orientace, koordinace pohybů, rovnováha i obratnost. Obratnost patří k základním schopnostem pohybu a hrubé motoriky a je v ní zahrnuta celá řada dílčích schopností, jako třeba rytmus, koordinace atd. Aby mohl být cílený pohyb

uskutečněn, je nutné zvládat tyto schopnosti. Při provádění psychomotorických her dochází k rozvoji tzv. senzomotorických vjemů – vizuálních a hmatových. Vjemy pomáhají člověku v orientaci v prožitcích a díky hrám si je dítě rozvíjí a uvědomuje, takže zároveň posiluje koncentraci, soustředěnost i zlepšuje duševní rovnováhu. (dle BLAHUTKOVÁ, M. s. 14)

Aktivity s psychomotorickou náplní by měly být dokonale připravené ať už v tělesné výchově, nebo i v jiných předmětech. Nejvíce prostoru by mělo být věnováno hrám a soutěžím, z kterých dítě bude mít radost už jen proto, že se pohybuje, a navíc by měly tyto aktivity motivovat k další spontánní činnosti. Činnosti je žádoucí kombinovat s nácviky s náčiním nebo nářadím, která jsou pro děti nová, a vše provázat soutěžemi. *Podle Adamírové (2000) základem psychomotoriky je získat pohybem co nejvíce zkušeností o sobě z hlediska fyziologického, kognitivního a emocionálního a umět je využívat pro své sebepoznání, sebezdokonalování, ale i chování a jednání.* (BLAHUTKOVÁ, M. s. 15)

Smyslové vnímání, rozumové poznávání, citové prožitky jsou procesem dotváření osobnosti. Neméně důležité je získání zkušeností z oblasti prostředí o věcech nebo předmětech, které se dají využít pracovním, cvičebním nebo psychomotorickým aktivitám. Dalším úkolem je poznání okolního prostředí a osob, které se vyskytují v přímé blízkosti dětí a na základě prožívaných citů, přání i pocitů skrze tyto osoby by mělo dítě poznat samo sebe. A zároveň by se mělo naučit akceptaci druhých, chápat je a nacházet k nim cestu. Celý tento proces probíhá od socializačního navazování kontaktů přes schopnost kooperace až po pomoc druhým i na úkor vlastních potřeb. Jak je z tohoto patrné, je to proces celoživotní.

Ve školním prostředí se díky psychomotorickým činnostem dítě učí spolupracovat s vrstevníky a rozvíjí i své komunikační schopnosti. V tělesné výchově rozhodně psychomotorika nenahrazuje skladbu a náplň hodiny, ale je její součástí. *Pohybová činnost musí být součástí denního života každého člověka a pomáhá mu žít šťastně a radostně.* (Mužik, Krejčí, 1997), (BLAHUTKOVÁ, M. s. 16)

3.2.2. Vnímání v psychomotorice

Vnímání vlastního těla – vlastní osoby, probíhá v přímé souvislosti s věkem a tělesným i duševním vývojem, kdy se tyto oblasti vzájemně prolínají a dotvářejí osobnost jedince. Aby dítě získalo co nejvíce zkušeností ve vnímání svého těla, je vhodné se cíleně zaměřit na procítění velikosti těla a jeho jednotlivých částí, dále na svalové napětí a uvolněnost,

stabilitu těla, prostorovou orientaci a pohyb v prostoru a také vnímat city a pocity. K takovému vnímání napomáhá vhodná stimulace.

Vizuální podněty – provádí se hry se zrcadlem, dítě se učí vnímat předměty z různých úhlů a poloh, využívá se zdrojů světla ve ztemnělé místnosti aj.

Opticko-motorická koordinace – používají se velké a blýskavé předměty, aby upoutaly pozornost dítěte, tyto předměty ukazujeme a zase schováváme a po určité době opakujeme a sledují se reakce dítěte

Opticko-akusticko-motorická koordinace – využívá se hudby a hudebně pohybových říkanek, hraje se na tělo – plácání, tleskání, podupávání atd., poklepy prstů do dlaně, využití ozvučných dřívěk aj.

Čichové podněty – využívá se příjemných i nepříjemných vůní.

Chuťové podněty – dítě se učí vnímat chuť, teplotu jídla a kombinuje se chuť a čich.

Sluchové podněty – dítě se učí rozlišovat zvuky z okolí, nabízíme mu zvukové hračky, měníme intonaci i intenzitu hlasu aj.

Vnímání v oblasti materiální – cílem by mělo být poznání prostředí, které dítě obklopuje, tak, aby se zvládlo optimálně orientovat a pohybovat v prostoru a správně jednat. Prvotním úkolem je, aby se dítě seznámilo s co největším množstvím předmětů a dokázalo je rozpoznat dle tvaru, barvy – získalo poznatky o vlastnostech těchto předmětů. V psychomotorice se k tomu využívají předměty buď z každodenního života, nebo tělocvičné nářadí a náčiní a dále také speciální psychomotorické pomůcky, s kterými si dítě může hrát a motivují ho k pohybu.

Poznávání objektů – dítě se učí poznávat reálné předměty, obrázky a fotografie a osoby na nich, také se učí přiřazovat obrázky ke skutečným věcem a naopak aj. (dle OPATŘILOVÁ, D. s. 114-117)

Ve vnímání ve společenské oblasti – dítě se učí poznávat sociální složku a tento proces probíhá celoživotně. Pomocí her se dítě učí navazovat kontakt, spolupracovat s druhými, učí se chápat sebe i ostatní, učí se důvěře aj.

Metoda psychomotorických podnětů je hojně využívána v praxi jak u dětí zdravých, tak u dětí s různými formami postižení. Zároveň se trénuje rozvoj hrubé i jemné motoriky.

Rozvoj hrubé motoriky

Hrubá motorika lze rozvíjet nejen řízenou činností, ale především přirozenými pohyby jako jsou: chůze, chůze do i ze schodů s postupným střídáním nohou, chůze na obrubník a jeho překročení aj.

Formou řízených činností jsou mimo jiné i tyto aktivity: cvičení na trampolíně, na balančních míčích, podložkách, s padákem aj.

Rozvoj jemné motoriky

Již od počátku dítěte by měl být kladen důraz na význam rozvoje pohybu ruky, protože díky tomu se správně formují funkce: opěrné, odtahovací, uchopovací a ukazovací, které tvoří pohybový základ manipulačních činností. (dle OPATŘILOVÁ, D. s. 83)

U dětí, kde je díky tělesnému postižení patrná patologie, věnujeme stimulaci jemné motoriky obzvláštní pozornost. Když je u dítěte ztížená pohyblivost rukou díky zvýšenému svalovému napětí, stimulujeme uvolňující cviky v ohýbacích skupinách svalu ruky nebo provádíme pasivně masáže. Jednoduchá pasivní masáž je jemné hlazení hřbetu ruky, masírování od zápěstí ke koncům prstů, provádí se jemné poklepy a krouživé pohyby. *Základním pravidlem při cvičení jemné motoriky je, že tam, kde je spasticita – uvolňujeme, tam, kde je hypotonie – posilujeme.* (OPATŘILOVÁ, D. s. 83) Pokud má dítě převážně ruku sevřenou v pěst, vkládá se do jeho dlaně prst nebo menší předmět.

Jemnou motorikou tedy rozumíme schopnost souhry ruky, rukou nebo jejich částí při provádění pohybové činnosti. Kvalita provádění cviků, které pomáhají rozvíjet jemnou motoriku, souvisí s psychickým stavem dítěte. Kvalita prováděných cvičení klesá s postupnou únavou a ztrátou pozornosti dítěte, tudíž je důležité cviky uzpůsobit dítěti na míru a správně ho motivovat. Takže spíše tyto rozvíjející aktivity zařazujeme do denního režimu v menším rozsahu, ale častěji. Souhra rukou je jedním ze základních předpokladů zvládnutí dovednosti psaní. Při cvičení dbáme i na přesnost pohybů, které dítě vykonává buď podle slovních pokynů, nebo nápodoby.

3.2.3. Stimulace jemné motoriky

- Pasivní stimulace úchopu – dítěti se podává předmět nejprve do jedné a poté i do druhé ruky, aby dokázalo používat obě ruce naráz, a mírným tlakem se jeho ruka sevře. U menších dětí se povzbuzuje pohyb pestrými hračkami, které poutají jeho pozornost, a dítě se po nich natahuje.

- Navozování úchopu – do rukou se dítěti vkládají předměty dobře uchopitelné (např. válečky) a při úchopu by palec měl být postaven do opozice. Dítě může předmět uchopovat oběma rukama najednou a později buď jednou, nebo druhou rukou.

- Předávání z ruky do ruky – do každé ruky se dítěti vloží jeden předmět a předvede se mu, jak předměty může o sebe bouchat, to je dobré pro to, že si dítě uvědomí pohyb obou rukou. Předávání věcí se nacvičuje s jedním menším předmětem pomocí lehkého stisku přes hřbet dětské ruky.

- Stimulace koordinace oko – ruka – dítě motivujeme k uchopení zavěšených věcí, kterými hýbeme před dítětem v dostatečné vzdálenosti. Po jejich uchopení je dítě zkoumá. Nutné je pozorovat, zda je úchop veden levou i pravou rukou.

- Dlaňový úchop – dítě předměty svírá v dlani, dbáme na pozici palce v opozici, je nutné, aby dítě získalo správný návyk úchopu.

- Klešťový úchop – volíme menší předměty ke stimulaci dítěte, aby věc uchopilo mezi palec a ukazováček.

Je mnoho možností, které věci dítěti nabídnout, aby upoutaly jeho pozornost a motivovaly ho k úchopům a experimentům. Vybíráme molitanové míčky, kde dítě zjišťuje možnosti manipulace předmětu v dlani, krabičky, dózy, které se dají naplnit hračkami a dítě je vyprazdňuje a poté opět plní, využívají se sáčky naplněné např. čočkou, těstovinami aj. (dle OPATŘILOVÁ, D. s. 83-86)

Při nácvičku jemné motoriky bez náčiní s menším rozsahem pohybu dbáme na přesnost vykonávaného pohybu. Cviky provádí dítě tak, že má ruce před tělem a postupně spojuje prsty u rukou a zase je oddaluje. Další varianta pohybu je, že se palcem jedné ruky postupně jemně dotýká prstů ruky druhé a poté opakuje pohyb dalšími prsty. Též imituje pohyb strouhání mrkvičky, luskání prstů, před světlem vytváří různé siluety zvířat pomocí rukou tak,

aby vrhaly stín na zeď, skrčuje ukazováček a vytváří věšáček aj. (dle KARÁSKOVÁ, V. s.32-33)

Při stimulaci jemné motoriky se neomezujeme jen na postižený orgán, ale současně hledáme náhradní pomoc u orgánů zdravých. Využíváme kompenzačních pomůcek a různých technických opatření. Při volbě metod musíme respektovat specifika vývoje, která vycházejí z psychologie dítěte. Vždy zachováváme individuální přístup, respektujeme věk, vyspělost, druh a stupeň postižení. Základním přístupem je snaha o příznivé naladění dítěte a zjišťování, jakým způsobem je možno uspokojit nebo probudit edukační potřeby dítěte. V tomto smyslu pak hovoříme o činnostech jednak podpůrných, ale i nápravných. (OPATŘILOVÁ, D. s. 86)

3.3. Trampolína

Trampolína je sama o sobě motivačním prvkem, který děti láká k aktivitě, a ony na ní rády cvičí. Při tomto typu pohybové aktivity je skvěle rozvíjena hrubá motorika pomocí různých poskoků, snaha o vertikalizaci, kooperace s dalšími dětmi aj. U dětí s tělesným postižením je trampolína aktivně využívána k rozvoji pohybových dovedností, které jsou využitelné při nápravě specifických poruch vnímání a chování. Při výkonu těchto dovedností jsou kladeny nároky na specifickou nervosvalovou koordinaci, orientaci v prostoru, sociální vnímání a prožívání. Pohupující se trampolína má u dětí s poruchou hybnosti vliv na snazší uvědomování si vnímání vlastního těla a změnu polohy těla. V hodinách zdravotní tělesné výchovy se trampolína využívá ke stimulaci změny polohy těžiště těla. Děti s těžkým tělesným postižením na trampolíně zažívají pohyby podobné období prenatálního života, které jim jsou příjemné, a s pomocí učitele nebo terapeuta zapojují svalstvo a tím zažívají pocity radosti z pohybu, který je pro ně jinak nerealizovatelný. Trampolína slouží jak k aktivnímu pohybovému cvičení, tak i k relaxaci, kdy dítě zklidní svůj dech a zkoordinuje ho s pohyby pohupující se trampolíny. (dle TOUPALOVÁ, B. materiály ze semináře)

Praktická část

4. Seznámení se s žáky s postižením a jejich pozorování při různých pohybových aktivitách

4.1. Systém vzdělávání v základní škole speciální

Pracuji na Základní a Praktické škole v Českém Brodě. Škola sdružuje základní školu praktickou, základní školu speciální a praktickou školu dvouletou. Zaměřila jsem se na základní školu speciální, jelikož v této škole pracuji jako asistentka pedagoga. Ve třídě vzděláváme žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, věková hranice je od 7 – 16 let a edukační proces je uzpůsoben jejich možnostem a schopnostem. Ve škole máme celkem 7 tříd pro žáky s různými formami postižení a z toho jsou dvě třídy na detašovaném pracovišti v ústavu sociální péče, kde většina žáků, navštěvujících naše školní zařízení, i bydlí. V těchto třídách jsou vzděláváni žáci s těžkým tělesným i mentálním postižením, kteří nejsou schopni převozu do naší školy. Pro práci s dětmi s postižením je naše pracoviště vybaveno nejrozmanitějšími pomůckami, které zkvalitňují nebo zmírňují život s handicapem. Ve své práci píší o pohybových aktivitách u dětí s postižením, a tudíž se zaměřuji na jejich vzdělávací potřeby a možnosti rozvoje hybnosti. K dispozici máme velké množství kompenzačních a podpůrných pomůcek, které stimulují děti k většímu snažení o pohybový projev a zároveň o zlepšení komunikačních schopností, rozvoj psychiky a začlenění se do kolektivu.

Na škole máme zařízenou relaxační místnost, která současně slouží jako cvičebna. Žáci si zde mohou zacvičit na trampolíně, rolpedech, balančních míčích a relaxovat v bazénu s míčky či při hře s legem. Další velmi pozitivně hodnocenou místností je snoezelen. Zde probíhá převážně relaxace a individuální práce se žáky.

4.1.1. Základní škola speciální

Vzdělávání v České republice legislativně upravuje Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, vyšším odborném vzdělávání (Školský zákon) ze dne 24. září 2004. Tento zákon nabyl účinnosti dnem 1. ledna 2005. Na tento zákon navazuje Vyhláška č. 73 ze dne 9. února 2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. A na tuto opět roku 2007 změněna vyhláška č.62/2007 s účinností od 1. září 2007. Za žáky se speciálními vzdělávacími

potřebami se považují žáci se zdravotním postižením, žáci se zdravotním znevýhodněním a žáci se sociálním znevýhodněním. Právě vyhláška č. 73 stanovuje přesné znění názvů škol pro tyto žáky. Dříve užívaný název Pomocná škola je nahrazen termínem Základní škola speciální.

Žáci v pomocné škole byli vzděláváni podle Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Novým školským zákonem byly vydány nové vzdělávací programy. Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy byl určen žákům z přípravného stupně základní školy speciální nebo žákům, u kterých je patrné na samotném počátku školní docházky, že s největší pravděpodobností nebudou schopni zvládat vzdělávání podle Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Tento vzdělávací program již neplatí, ale lze vycházet ze zkušeností s ním při tvorbě vlastního „Školního vzdělávacího programu“.

Novým dokumentem je Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání (RVP ZP 2005). Tento dokument dává možnost realizace obsahové a strukturální návaznosti učiva ve prospěch žáků. Rámcový vzdělávací program je základním dokumentem a východiskem pro tvorbu školních vzdělávacích programů pro základní vzdělávání (ŠVP ZP), platí od školního roku 2007/2008. Ovšem samotný Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání je pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami příliš náročný a složitý, proto vznikla příloha RVP ZV určená pro žáky s lehkou mentální retardací. Pro žáky základní školy speciální byl vytvořen v souladu se Školským zákonem č.561/2004 Sb. samostatný Rámcový vzdělávací program speciálního vzdělávání dříve Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně, Rehabilitační program pomocné školy. Tento program sloužil jako návod a předloha pro tvoření samotných Školních vzdělávacích programů pro základní školy speciální, podle kterých pracují tyto školy od školního roku 2007/2008.

Na základní škole speciální jsou vzděláváni takoví žáci, u nichž je taková úroveň rozumových schopností, která jim znesnadňuje nebo neumožňuje vzdělávání na základní škole. Ovšem dovoluje jim osvojování základních vědomostí a dovedností v podmínkách, které jsou uzpůsobeny jejich individuálním potřebám s vyškolenými pedagogy. Jsou zde vzděláváni žáci se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací. Výuka na základní škole speciální trvá 10 let.

Vzdělávání žáků s mentálním postižením je velice náročné a vyžaduje odbornou speciálně-pedagogickou péči a vhodné podmínky pro výchovu a vzdělání. Důležité je: malý počet žáků ve třídě, školní třídy přizpůsobené potřebám dětí, speciální pracovní sešity a učebnice, vyhovující časový rozvrh, tiché a nestresující školní prostředí, které poskytuje žákům pocit bezpečí a jistoty a umožňuje koncentraci na školní práci. Mnohé praktické zkušenosti ukazují, že žáci si během této doby osvojí takové dovednosti a návyky, které obohatí jejich život a pomohou jim v lepším začlenění do společnosti.

Vzdělávání plní i úlohu výchovnou, kdy vede žáky ke kladnému a přátelskému vztahu k druhým a k potřebě zapojit se do společnosti. Velký důraz je kladen na komunikační schopnosti, které vedou k sociální integraci. Připravuje žáky k možnosti pokračování ve vzdělávání v praktické škole.

Struktura základní školy speciální

Vzdělávání v základních školách speciálních je desetileté. Umožňuje žákům, aby si osvojili základní vědomosti, dovednosti a návyky, které využijí v okolním světě, ke své samostatnosti, nezávislé péči na druhých osobách a k zapojení do společenského života. Vzdělání je umožněno i dětem, které donedávna nemohly žádnou školu navštěvovat. Vzhledem k uplatnění práva všech dětí na vzdělání navštěvují základní školu speciální i žáci s velmi závažným stupněm postižení. Většina těchto žáků není schopna zvládnout osnovy pomocné školy, a proto byl pro ně sestaven Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy.

Organizačně se základní škola speciální člení na čtyři stupně: nižší, střední, vyšší, pracovní. Před nižší stupeň lze předřadit přípravný stupeň. Počty žáků ve třídách základní školy speciální jsou odlišné:

- třída nižšího stupně do 8 žáků.
- třídy středního, vyššího a pracovního stupně do 10 žáků.
- třída přípravného stupně do 6 žáků.

Tab. č.1: Délka docházky do jednotlivých stupňů základní školy speciální podle vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy

STUPEŇ	DÉLKA DOCHÁZKY
Přípravný stupeň	1 – 3 roky
Nižší stupeň	3 roky
Střední stupeň	3 roky
Vyšší stupeň	2 roky
Pracovní stupeň	2 roky

4.2. Seznámení se s žáky s postižením a jejich možnostmi edukace a rozvojem pohybových aktivit

Pro své aktivní pozorování jsem si vybrala 4 žáky s pohybovým postižením. Ve škole se vzdělávají již několik let. Pochází buď z rodinného prostředí, nebo žijí v ústavu sociální péče a do naší školy jsou denně dováženi. Informace zde podávané mám zčásti z dokumentace školy a zčásti ze svého působení, poznatků a společných aktivit s těmito žáky. První z hodnocených dětí je Jirka.

Jirka

Narodil se roku 1989. Bohužel již v dětském věku byl umístěn do ústavu sociální péče (ÚSP), kde se rychle adaptoval. Jirka má diagnózu morbus down (Downův syndrom) s kombinací vrozené srdeční vady a svalové hypotonie. Díky tomu je velmi snadno unavitelný. Jeho rozumové schopnosti se pohybují v úrovni středně těžké mentální retardace. Jirka v době, kdy začal navštěvovat speciální školu, byl z velké části chodící, postupem věku a zhoršováním se jeho choroby, začal Jiřík vykazovat známky imobility. Nyní jezdí na vozíku, ale denně rehabilituje chůzi pomocí francouzských holí podle svých možností.

Dle aktuálního vyšetření má Jirka vytvořeny hygienické návyky, ovšem potřebuje pomoc vzhledem k jeho problematické motorice a snadné unavitelnosti. V kolektivu je Jirka společenský, kamarádský, ovšem rád je i autoritářský, a to především k mladším dětem. V chování k dospělým osobám je nekonfliktní a velmi rád by se v ústavu sociální péče podílel na běžných činnostech, které vzhledem k svým možnostem zvládá.

V jeho motorických schopnostech je patrné problematické držení těla a s tím spojené problémy s chůzí. Na větší vzdálenosti Jirka potřebuje vozík, a pokud nemá francouzské hole, pohybuje se na kratší vzdálenosti lezením po kolenou nebo chůzí v podřepu a s oporou. V rámci jemné motoriky se postupem času zlepšoval díky cílenému grafomotorickému i psychomotorickému procvičování. V současné době napodobuje písmo tiskací, ovšem písmena nerozeznává a z tvarů píše obloučky, křivky, kreslí i tvary, které spojuje do námětové kresby a dílo i pojmenuje. Tužku drží v pravé ruce a správně. V kognitivním vnímání zvládá poznávat tvary i správně označuje barvy. K jeho oblíbeným aktivitám a zájmům patří sledování televize, poslech hudby s aktivním zapojením rytmických projevů horní polovinou těla a prohlížení knížek.

Edukace

Jirka je vzděláván dle individuálního vzdělávacího plánu, kde jsou vhodnými činnostmi rozvíjeny jeho rozumové, smyslové a pohybové možnosti za pomoci motivačních podnětů, pomůcek a činností. V rámci rozumové výchovy je u Jirky rozvíjeno zrakové vnímání pomocí sebezpozorování v zrcadle, uvědomování si prostorové orientace i pomocí pojmů sedí, leží, stojí. Jirku baví napodobování pohybů předváděných pedagogem. U sluchového vnímání je stimulováno otáčení se za zvukem, rozvíjení smyslu pro rytmus, poznávání rozličných hudebních nástrojů aj. Díky dotykové terapii a masáží prstů a dlaní je u Jirky rozvíjeno hmatové vnímání a cílenými prostředky je Jiřík motivován k rozvoji jemné motoriky úchopy předmětů různých velikostí i tvarů. Baví ho třídít předměty do různých krabic a opět je vyndávat. Pokud jde o pohybové aktivity, rehabilitační aktivity, zaměřující se nejen na oslabené dolní končetiny, jsou zařazeny i do hudebně pohybové výchovy. Jirka se rád a s nadšením zapojuje do rytmických pohybů a jednoduchých cvičení. V hodinách rehabilitační tělesné výchovy vedených vyškolenými pedagogy je Jiřík aktivně zapojován do psychomotorických her, kde je jednou z jeho nejoblíbenějších pomůcek a aktivit padák. Hra probíhá v aktivním zapojení dětí, které stojí po obvodu látkového kruhu – padáku,

ve středu padáku jsou naházeny míče a děti ho pohybem paží rozhoupou a snaží se udržet míčky uprostřed padáku. Jirka se hry účastní převážně na vozíku, ale o to s větším nasazením a elánem. Další aktivity v rehabilitační a tělesné výchově jsou zaměřeny na celistvý rozvoj hybnosti i motoriky. Doporučené pomůcky dle individuálního vzdělávacího plánu jsou balanční míče, trampolína, nafukovací matrace, bazén s balónky a předměty běžné denní potřeby aj. Doporučené aktivity jsou napodobování chůze i dalších pohybů, cvičení koordinace pohybů, aktivní procvičování jemné i hrubé motoriky a následná relaxace ve snoezelenu. V ústavu sociální péče Jirka aktivně využívá procedury v masážní vaně pod dohledem rehabilitační pracovnice.

Lád'a

Od narození roku 1990 má Lád'a diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu kvadruparetické formy. Posledních několik let je trvale upoután na vozík, i když v prvních školních letech byl schopen relativně pevných kroků s oporou. Nyní tělesné postižení velmi omezuje Lád'ův pohyb i u horních končetin a začíná se objevovat svalová dystrofie. Jeho stav je patrný na činnostech, jež jsou čím dál častěji obtížnější k vykonávání. Ačkoliv je Lád'a upoután na vozík, rád se zapojuje do společenských aktivit podle svých možností. Chlapec nemluví a jeho dorozumívací schopnosti jsou nápodobou hlasových projevů a gest. Aktivně používá asi 5 slov, které opakovaně aplikuje na různé věci. Poznává a reaguje na své jméno a rozumí jednoduchým verbálním pokynům. Vyhledává osobní kontakt, rád se dotýká druhých a laškovně poplácává slečny po pozadí. Tímto natahováním si aktivně trénuje horní polovinu těla a hlavně horní končetiny, u kterých dochází ke křečovitým stavům. V sebeobslužných činnostech se zvládá sám najíst, dokáže si umýt i utřít ruce, toaletu není schopen zvládnout, tudíž je na plenách. V oblékání je odkázán na trvalou pomoc, i když se snaží částečně pomoci. V manipulaci s předměty není moc obratný a i zde je závislý na pomoci druhých. I Lád'a je od útlého věku umístěn v ústavu sociální péče a je dobře zadaptován. K jeho oblíbeným aktivitám patří poslech hudby, kdy radostně mává rukama a vydává zvuky. Také ho zajímají obrázkové časopisy převážně s auty a časopis drží v obou rukách a vcelku zručně otáčí stránky.

Edukace

V rámci docházky do speciální školy má v edukačním procesu, dle individuálního vzdělávacího plánu, plnou hodinovou dotaci v předmětech: smyslová, rozumová, pracovní

a výtvarná, tělesná a rehabilitační a hudební a pohybová výchova. Cílem výuky ve smyslové výchově je u Ládi rozvoj psychických funkcí díky smyslovým vjemům. Ve zrakovém vnímání se rozvíjí i schopnost jemné motoriky skládáním obrázků, pomocí úchopů a vkládání do odpovídajících otvorů. V hudební a pohybové výchově je Láďa zapojován do rytmických cvičení, kdy hudbu vnímá a doprovází ji hrou na ozvučná dřívka nebo činelky, ale rytmus nedokáže udržet.

V rámci rozumové výchovy jsou u Ládi rozvíjeny socializační schopnosti se spolužáky i lidmi z okolí. Největší motivací je pro něho pamlsek a to zvládá i lehká dorozumivací gesta a dokáže projevit souhlas i nesouhlas. V tomto předmětu je cílem rozvoj jemné motoriky. Láďa uchopuje předměty a přendává je z ruky do ruky, uvolňující cviky podněcují chlapcovu schopnost sebeprojevu pomocí velmi primitivní kresby tužkou i štětcem. V pracovní a výtvarné výchově je edukační proces zaměřen na manuální dovednost v tvořivé činnosti, modelování, práci s barvami, papírem, přírodninami aj. Také jsou zde prohlubovány Láďovy hygienické návyky, schopnost sebeobsluhy s částečnou dovedností se obléci nebo při oblékání aktivně pomáhat. V rehabilitační a tělesné výchově je individuálním vzdělávacím plánem doporučeno vhodné polohování a uvolňování končetin. Tato aktivita je u Ládi nezbytná i vzhledem ke svalové dystrofii. Poslední, školou zakoupenou kompenzační pomůckou je sedací vak, kde je Láďa schopen sedět bez opory a pomoci druhé osoby a zde aktivně vykonává i rehabilitační cviky. Dalšími rehabilitačními pomůckami je například trampolína, kam se Láďa musí vysadit a poté je stimulován lehkým pohupováním k uvolnění svalového tonusu. K procvičení rukou a zároveň rozvoji jemné motoriky je u Ládi aktivně používáno velké množství pomůcek, například plastové šroubky a matičky, které je třeba zašroubovat nebo naopak rozdělat. Navlékání korálků se Láďovi moc nelíbí, spíše preferuje úchop předmětů větších tvarů. Z materiálů preferuje spíše měkčí, např. pěnové puzzle, kde se pokouší vkládat správné tvary do odpovídajících otvorů. Pro jeho časté procvičování jsou věci dávány co nejdále, aby se Láďa musel natahovat a aktivoval i zádové svalstvo, které se sezením na vozíku již značně povolilo a páteř se v hrudní oblasti zdeformovala.

Slávek

Slávek se narodil roku 1993 a byla u něj diagnostikována středně těžká mentální retardace s dětskou mozkovou obrnou nespastické formy s hypotonií. V dětském věku se ještě objevily příznaky epilepsie. Slávek byl svěřen do péče babičky. Jeho rodiče jsou rozvedeni

a matka je vážně nemocná a není schopna se o syna postarat. Otec má novou rodinu a Slávka si bere každých 14 dnů na víkend.

Slávek je spíše tichý, zpočátku při setkání s cizími lidmi je uzavřený a nekomunikuje. Mívá krátká negativistická období a je svéhlavý. Po rozkukání komunikuje slovně, ale s omezeným počtem slov a jeho mluva je spíše nesrozumitelná. Špatně vyslovuje, neartikuluje, slova se pokouší opakovat, ale s obtížemi. Slávek rozumí a chápe verbální pokyny. Chlapec je manuálně zručný a vyhledává činnosti, kde může pomáhat. Rád pracuje na zahradě, kde hrabe, okopává i zametá. Také vyhledává činnosti v kuchyni, ale jeho šikovnost je ovlivněna dětskou mozkovou obrnou. Bez problémů dokáže zamíchat v míse suroviny, umyje i utře nádobí, ale třeba v krájení nožem je nejistý. V sebeobslužných činnostech je samostatný, hygienické návyky zvládá. Na vyzvání pomůže i obslouží spolužáky, ale sám aktivitu v této oblasti nevyvíjí. Jeho vedoucí ruka je pravá, v grafomotorickém projevu je nejistý, tužku drží mírně nesprávně a jemná i hrubá motorika je ovlivněna dětskou mozkovou obrnou. Slávek je vzděláván ve speciální škole již devátý rok. Vzhledem k středně těžké mentální retardaci a stagnujícím vývoji rozumových schopností, je vzděláván také podle individuálního vzdělávacího plánu.

Edukace

U Slávka je důležitý rozvoj smyslového vnímání v závislosti na jemné motorice, myšlení a řeči. Předkládáním různých věcí je motivován k úchopům, vnímání prostoru, koordinaci oko – ruka, poznávání tvarů, barev aj. V rozumové výchově je cílem snaha o aktivní zapojení Slávka do komunikace, rozvíjení paměti, představivosti a grafických dovedností. V grafomotorice nacvičuje psaní hůlkového písma, což se mu daří jen při udržení pozornosti. Poté sklouzává k různým tvarům a čarám. V rámci řečové výchovy jsou zapojeny oromotorická cvičení rtů a jazyka k lepší artikulaci a je kladen důraz na správné dýchání. Jemná motorika je dále procvičována i v hudební výchově, kdy Slávek doprovází hudbu hrou na různé nástroje, kde je třeba mu upravovat úchop a ukazovat pohyb rukou, aby nástroj rozezvučel. Jeho oblíbená činnost je hra na tělo, tleskání, poklepy a lehké podupování do rytmu. I ve výtvarné výchově Slávek procvičuje motoriku prstů při malbě prstovými barvami, práci s papírem a nůžkami, při práci s legem – montáž a demontáž stavebnice.

V pohybové výchově je chlapec aktivně zapojován do kondičních cvičení, trénuje chůzi a správné držení těla, běh, chůzi do schodů, překračování překážek, plazení, napodobuje

pohyby formou psychomotorických her. Při házení míčem je učen kooperaci s ostatními dětmi, trefuje se na cíl, trénuje chytání míče i házení. V rámci rehabilitace cvičí na pedalu, balančních míčích, běžeckém trenažéru, trénuje rovnovážná cvičení i na trampolíně za hudebního doprovodu nebo pomocí různých říkadél.

Klára

Klára se narodila roku 1990. Její diagnóza je epilepsie, dětská mozková obrna s levostrannou hemiparézou horní i dolní končetiny, mikrocefalie – těžká vývojová porucha s předčasně ukončeným růstem mozku, středně těžká mentální retardace, silný slinotok související s dětskou mozkovou obrnou.

Klárka žije v úplné rodině s fungujícími vztahy, rodiče o ni vzorně pečují a je ve své rodině šťastná a spokojená.

Klárka je snaživá slečna, která se zapojuje do všech aktivit a s radostí vítá nové. Rozvíjí si schopnosti běžného života a v mezích svých schopností zvládá základní normy slušného chování. Motivační je pro ni pochvala a uznání snahy. Ke spolužákům i pedagogům se Klárka chová mile a přátelsky, snaží se vyhovět a pomoci slabším. V manuálních činnostech například v keramické dílně nebo cvičném bytě je velmi šikovná, aktivity vykonává s nadšením a celkově je to pozitivně naladěný člověk. Klárka je společenská, ve známém prostředí se chová uvolněně, má ráda kolektivní činnosti a miluje hudbu, do které se aktivně zapojuje. V dorozumívacích schopnostech se snaží, ale odpovídá jednoslovně a spíše čeká na pomoc s vyslovením slova. Více používá levou ruku, ovšem pravá ruka je spíše uzpůsobena k rozvoji jemné motoriky.

Z aktuálního pedagogického vyšetření vyplývá, že Klárka nečte, ale s třídní učitelkou pracuje s metodou globálního čtení, zná jen některá písmena, nepíše, spíše obtahuje hůlkové písmo v hůlkové písance, kresbu zvládá s pomocí, ale kreslí moc ráda. Je doporučen rozvoj jemné motoriky, hlavně u pravé ruky.

Edukace

Ve smyslové výchově je třeba u Klárky podněcovat sluchové, zrakové a hmatové vnímání. Třídí různé předměty a rozlišuje dle tvaru, materiálu, velikosti atd. V rozumové výchově je mimo jiné aktivity motivována k ukazování různých částí těla a oblečení sama

na sobě i ostatních. Tímto si rozvíjí i hrubou motoriku. V rozvoji grafických dovedností Klárka trénuje jemnou motoriku nácvikem úchopů do celé ruky, špetky, dvou prstů, dále procvičuje ruce formou uvolňujících cviků – namotává klubíčko, šroubuje, vkládá tvary a při psaní píše svislé i vodorovné čáry, obloučky, kolečka aj. V rámci předmětu hudební výchova aktivně hraje na hudební nástroje a rytmicky se pohupuje. V rehabilitační tělesné výchově provádí nácviky chůze, skoků, různou nápodobu pohybů podle pedagoga, trénuje obratnost, cvičí na balančních míčích a v rámci cvičení na trampolíně se učí koordinaci pohybů, relaxačně dechová cvičení, vertikalizaci aj.

Pomůcky a předměty edukace

Pomůcky, které používáme ve škole, jsou různorodé. Jsou to věci denní potřeby, tělocvičné náčiní a nářadí, různé hračky rozvíjející intelekt i jemnou motoriku, sedací anatomické vaky, trampolína, balanční míče, běžecký tretražér, snoezelen aj.

- Snoezelen je podpůrná metoda, která vznikla v Holandsku. Vytvořili ji dva mladíci, kteří vykonávali vojenskou službu v oddělení pro relaxaci v jednom ústavu. V originále je název odvozen od slov „snuffelen“ – čichat a „doezelen“ – dřímat. Český ekvivalent zatím nemáme.

- Metoda snoezelen je určena jedincům s nejtěžšími formami postižení, jelikož nabízí přiměřené množství stimulačních aktivit. Tito jedinci díky svému handicapu nemohou aktivně vykonávat mnoho činností a jsou odkázáni na primární smyslové vjemy svého okolí. Snoezelen jim umožňuje široké využití. Díky speciálně vytvořenému prostředí, kde je cílem působit nejvíce na smysly jedince a tím mu nabízet možnosti, čemu se chce věnovat. Při relaxaci a trávení volného času si dítě samo zvolí, po jakém předmětu sáhne, zda se položí na příjemnou matraci atd., aby u něj došlo k maximálnímu uvolnění a zklidnění. Je zde k dispozici i audiovizuální technika, bodová světla, světelné efekty pomocí různých projektorů, aromalampy, různé hračky příjemné na dotek a případně i misky s jídlem odlišných chutí.

- Aktivita ve snoezelenu se předem neplánují, ale přizpůsobují se aktuálním potřebám a přirozeným projevům jedince.

4.3. Přímá činnost s dětmi

4.3.1. Trampolína

V naší škole máme trampolínu o průměru 5 metrů. Děti ji hojně využívají k tělesným cvičením i relaxaci. Vždy pracují pod dohledem vyškoleného pedagoga, který prošel školením o cvičení na trampolíně a hlavně o bezpečnosti dětí při této aktivitě.

Jirka je při cvičení na trampolíně aktivnější než ostatní děti. Sám se dokáže na trampolínu po schůdcích dostat i přes svůj handicap bez pomoci druhé osoby. Jirka cviky na trampolíně zvládá velmi dobře a například v sedu zkřížném dokáže trampolínu sám rozhoupat a vykonává skoky a zároveň otočky o 360°. Ve skocích využívá převážně hýžd'ových a zadních stehenních svalů. Jiřík má velkou snahu o vertikalizaci, ovšem rozsah jeho postižení mu to nedovoluje. Mezi jeho oblíbené činnosti patří relaxační techniky. Učitel lehce pohupuje plachtou trampolíny a on uvolňuje svalstvo břicha a zad. Tyto svaly jsou u Jirky hodně oslabeny vzhledem k dlouhodobému sezení na invalidním vozíku. K dalším oblíbeným aktivitám u Jirky patří pohazování si míčem s ostatními dětmi na trampolíně. Pedagog tuto pohybovou činnost řídí slovními pokyny a děti si pohazují míčem mezi sebou. Tímto si trénují jak prostorovou orientaci, tak jemnou i hrubou motoriku. V této aktivitě Jirka vyniká díky vytrénovaným svalům paží. Ke cvičením dětem pouštíme příjemnou hudbu a jednotlivé cviky podněcujeme písničkami nebo říkadly. Jirka nechce trampolínu opustit, je rozradostněný a nejlepší je trampolínou zakončovat vyučování, protože díky přívalu pozitivních emocí, není poté schopen udržet pozornost na další prováděné aktivitě.

Láďa se velmi rád zapojuje do aktivit spojených se cvičením na trampolíně. Po náročném vysazení na trampolínu se v poloze ležmo rád pohupuje za účasti dalších spolužáků, snaha o rozhoupání trampolíny je možná tehdy, pokud ho učitel sevře do objetí vpolosedě a velkou část aktivity vytváří sám učitel. Láďa se snaží hýžd'ovými svaly pohybovat a pérovat. Jeho pokus o vertikalizaci je možný pouze se závěsným zařízením, ovšem Láďa se prozatím bojí a není mu tato aktivita příjemná. Cvičení probíhá nejprve samotným uvolněním v poloze ležmo na zádech. Učitel jemně pohupuje trampolínou a Láďa přirozeně napodobuje pohyb vytvářený pohupováním, současně se dbá na správné dýchání. Dále následuje pohupování na břicho, tato aktivita je náročnější, Láďa se prohýbá a zvedá se na ruce. Nedochozí u něho k uvolnění krčních a zádových svalů, které jsou u Ládi neustále v napětí. Nejlépe se cítí

v pozici polosedě s oporou učitele a v této pozici je možno dalších rozvinutých aktivit, házení míčku se spolužáky, mávání rukou. Úsměv na tváři vypovídá, že Láďa je velmi spokojen.

Klára o trampolínu sama neprojevuje zájem. Pokud jde na trampolínu s učitelem či spolužáky, až po chvílce se cítí bezpečně a příjemně. Ačkoliv jí její pohybový vývoj dovoluje skákání ve stoje, Klárka se v této pozici necítí bezpečně, a pokud je nucena takto cvičit, všechny cviky vykonává pouze s pomocí učitele. Na trampolíně Klára vykonává relaxační cviky, pohupování vleže na břiše i na zádech. Tyto pozice jsou velmi přínosné na její zdravotní handicap - mimovolný slinotok. V těchto polohách dochází ke zmírnění slinotoku a uvolnění svalstva. Oblíbenou činností je pro Klárku hra s míčem a mírné pohupování na trampolíně. Trampolínu dokáže lépe rozhoupat ve vzporu klečmo, zde se do aktivity zapojují svaly paží, nohou a samotné zádové svaly. V sedu zkřížném je pro ni rozhoupání trampolíny mnohem náročnější. V pozorování jsem zjistila, že velmi přínosnými cviky pro Klárku jsou chůze a pomalý běh po obvodu trampolíny, Klárka tuto činnost zvládá s malou pomocí, velké soustředění na správnou koordinaci pohybů způsobuje, že Klárka zapomíná, že tuto činnost vykonává ve vertikální poloze.

Slávek má rád veškeré pohybové aktivity. Na trampolíně vykonává všechny příslušné cviky s malou pomocí či doprovodem. Dokáže skákat ve stoji, ač jsou jeho poskoky mírně nekoordinované vzhledem k diagnóze. Jeho koordinace je velmi těžkopádná a často padá, vykonávat jakékoliv obtížnější cviky u něj není možné. Relaxační techniky v poloze ležmo zvládá dobře a cítí se při nich velmi příjemně a uvolněně. V sedu zkřížném jen těžko trampolínu rozpohybuje. Jako nejlepší polohu má ve vzporu klečmo a v této poloze se také po trampolíně pohybuje. Rád cvičí vsedě v kruhu se spolužáky, kde si navzájem hází míčem a mírně se pohupují. Při těchto aktivitách dochází k zapojení všech svalových skupin a k jeho celkovému zklidnění. I když se ve škole vzdělává již několik let a na trampolínu dochází několikrát týdně, vždy to na jeho psychiku působí spíše negativně.

4.3.2. Padák a další psychomotorické aktivity

O aktivitě s padákem jsem psala již výše. Jde o psychomotorickou pomůcku, která u dětí podporuje pocit spolupráce s ostatními. Rozvíjí převážně hrubou motoriku a díky manipulaci s padákem děti vnímají pohyb ostatních. Padák je kulatá plachta o průměru 6-9 metrů bez provazů a šňůr. Bývá jednobarevný, ale lepší je vícebarevný, neboť barvy u dětí podporují

motivaci pro hru s ním. Je vyroben z tenké a vzdušné látky, ale pevné a odolné proti roztržení. Po vnějším obvodu a u otvoru uprostřed je padák zpevněn.

Je spousta her, které lze s padákem hrát. Mezi naše nejoblíbenější patří pohazování balónek uprostřed padáku tak, aby nám žádný neupadl. Děti zdvíhají ruce nad hlavu a zase je dávají dolů a přitom pevně padák svírají v dlaních. Při tomto cvičení se vidí a vnímají navzájem a vždy je rozradostní, když někdo udělá „chybu“ a balónek mu uteče.

Jirka preferuje aktivitu, kdy děti drží padák po obvodu asi ve výšce boků. Padák je sešit z různobarevných pruhů a učitel vyvolává barvy a ty dvě děti, které stojí u těchto pruhů, podbíhají pod padákem ve chvíli, kdy ostatní děti zvednou ruce nad hlavu, a tím padák vytvoří prostor pro proběhnutí. Jiřík pod padákem podjíždí na vozíku, protože by nezvládl vzdálenost 7 metrů přeběhnout bez pomoci a vyměňuje si s protistojícím dítětem místo a ono zase zaujme místo Jirkovo. V dalších psychomotorických aktivitách Jirka vyhledává a s radostí přijímá míčové hry, kdy zvládá házet i chytat míč a přehazovat ho ostatním, také se rád trefuje na cíl. Tyto aktivity vykonává převážně na vozíku nebo v pokleku na podložce. Plazení se vyhýbá. Chůze do schodů u Jirky není možná vzhledem k diagnóze, taktéž skoky a poskoky i chůze přes překážky. V kleku na podložce Jirka udrží rovnováhu a stabilitu má pevnou.

Klárku při hře s padákem spíše baví držení se po obvodu a obcházení po tělocvičně za doprovodu skladeb a písniček. Při této činnosti Klárka cítí jistotu díky úchopu plachty a jednotnému pohybu s ostatními. Někdy se stane, že se děti neudrží a některé spadne. V tu chvíli dochází u Klárky k pocitu strachu, že bude zabalena do padáku, a tento pocit je pro ni nepříjemný. V chůzi do schodů i přes překážky si je Klárka dost jistá, ani nevyhledává pomoc ostatních. Plazení zvládá, ale nepreferuje. Poskoky nejraději vykonává s pomocí pedagoga či asistenta. V míčových hrách se bojí. Balón hodí, ale nechytá. Na cíl se nedokáže trefit.

Láďa hry s padákem vůbec nevyhledává, spíše je pasivním účastníkem a sleduje dění v tělocvičně. Pokud hraje hudba a děti se s padákem pohybují, on je povzbuzuje tleskáním a radostným povykáním. V dalších psychomotorických cvičeních nebo hrách Láďa vyhledává míčové hry. Balón zvládá chytit jen z malé vzdálenosti, hází bez pomoci, ale směr je nekoordinovaný. Chůze a další pohyby s ní spojené Láďa není schopen vykonávat díky upoutání na invalidní vozík. Položíme-li ho na podložku, zvládá se pomalým tempem plazit a trůfám si říci, že tímto pohybem si zlepšuje tělesnou hybnost.

Slávek při přechodu do velké tělocvičny trpí opět pocity úzkosti, stejně jako v rehabilitační místnosti. Nemá rád změny, ale po chvíli se uklidní a aktivně se zapojuje do dění. S padákem preferuje hru, kdy je vprostřed plachty vhozen nafukovací balónek a děti se schovávají pod padák jako pod stříšku a balónek drží na středu padáku. Tuto aktivitu mohou prociťovat s otevřenýma nebo naopak se zavřenýma očima, ale pedagog dbá na to, aby to netrvalo příliš dlouho a některé z dětí netrpělo úzkostí. Pro Slávka je, dle mého pozorování, tato aktivita příjemná proto, že se díky uzavřenému prostoru a společnosti dětí, které zná, cítí v bezpečí před okolním světem. Míčové hry Slávka baví, s radostí se zapojuje do hry a zvládá míč chytat i házet na cíl. Když se trefí, vždy radostně tleská. Při cvičení spojených s nácvikem chůze je Slávek šikovný. Chůze mu nečiní problém, ale chůze do schodů nebo přes překážky je mu nepříjemná a je jí schopen pouze s lehkou pomocí asistenta. S jistotou opory o někoho udrží rovnováhu, ale stabilita je vratká. Plazení zvládá výborně.

4.3.3. Snoezelen

Ve škole máme relaxační místnost vybavenou vodní matrací, balančními míči, plyšovými hračkami, miskami s jídlem různých chutí, aromalampami, různými světelnými tělesy, audiotechnikou aj. Děti zde provádějí aktivity, které vedou k jejich relaxaci a celkovému zklidnění organismu i psychiky. Ve chvíli, kdy jdeme do této místnosti, doprovází dva dospělí dva žáky. Každému se věnujeme individuálně a dbáme na jejich momentální náladu a rozpoložení. Místnost je spíše užší a vchod do ní je při manipulaci s vozíčkářem náročnější.

Jirka se v této místnosti cítí velmi dobře. Z vozíku se přesune na vodní matraci a převaluje se na záda i na břicho a zaměřuje se aktivně na svůj dech. Stejně jako na trampolíně při relaxačních aktivitách si Jirka uvolňuje zádové a břišní svalstvo. Na matraci si bere různé na omak příjemné hračky, se kterými buď odpočívá, nebo vsedě si s nimi pohazuje. Do této aktivity rád zapojuje i pedagoga a imituje házecí pohyby na cíl.

Lád'a má problém se do snoezelenu vůbec dostat. Jak jsem již psala, místnost má úzký vchod a Lád'a se z vozíku bez pomoci nedostane. Takže ho musíme dvě zvednout a přenést na vodní matraci. Jen ojedinele se stane, že je na matraci Lád'a spokojen. Nelíbí se mu pohyb houpání a jak se mu podle matrace uzpůsobují svaly, které má velmi atrofované. Aby dokázal chvíli na matraci vydržet, musí zaktivovat zádové svaly a přetočit se na břicho a ve vzporu na loktech pozoruje okolí. Nejraději má, když se mu pustí hudba a světýlka, to je pak pozoruje a přestává myslet na to, že mu tento pohyb moc nevyhovuje.

Klárka se v relaxační místnosti cítí dobře, má ráda vodní matraci, kde se převaluje z boku na bok anebo zkouší různé cviky, které si na pevné podložce netroufne udělat. V kleče s oporou o ruce procvičuje záda v „kočičím hřbetu“, pohupuje se aktivně v kolenou, kdy zapojuje zadní stehenní, zádové svaly i svaly rukou. Vždy se vesele směje a povykje. Naši společnost ke svým tělesným aktivitám ani nepotřebuje a je evidentní, že relaxační místnost pro ni není určena k pasivnímu odpočinku, ale k odpočinku aktivnímu.

Slávka ve snoezelnu nejvíce zajímají světla a různé technické přístroje, co máme k dispozici. Sám si vyleze na vodní matraci nebo se pohupuje na balančním míči, kdy má chodidla rovně na podlaze a vyvažuje těžiště dle pohybů vpřed nebo vzad a sleduje, jak světla ve ztemnělé místnosti běhají po stěnách. Na balónu se musí otáčet a tím si aktivně protahuje všechny svalové skupiny.

4.3.4. Rozvoj jemné motoriky

Zde bych chtěla popsat pozorování, jak daní žáci zvládají jednotlivé úkony, které jim jsou v rámci výuky zadávány, a zjištění z toho vyplývající. Porovnám úchop tužky a grafomotorický rozvoj a projev jednotlivých žáků, dále manuální zručnost při jednotlivých úchopech předmětů a manipulaci s nimi.

Klára vzhledem k hemiparéze levé horní končetiny by měla více používat pravou ruku. Levou ruku Klárka používá jako úchopovou třeba při oblékání, otevírání lahve odšroubováním uzávěru, při utírání nádobí atd. Stisk má malý, ale zapojuje svaly předloktí. V pravé ruce trénuje úchop tužky nebo štětce. Úchop má křečovitý, spíše v horní části tužky a ruku má ztuhlou. Před psaním s Klárkou provádíme uvolňující cviky nejen celé paže, ale hlavně zápěstí a prstů pomocí jednotlivých technik – strouhá mrkvičku, spojuje postupně všechny prsty špičkami k sobě, opře ruku o podložku a postupně zvedá a pokládá prsty, rukou mává, dlaně tře o sebe aj. Další úchopy, třeba celou dlaní, Klárka zvládá velmi dobře. Preferuje větší předměty, ale nebrání se ani navlékání korálků, vyšívání pomocí dřevěné jehly na dřevěné tabulce. Nebaví ji modelovat, tam musí zapojovat obě ruce a to Klárce vadí. Z různých motivačních předmětů má nejraději pěnové puzzle, kdy vkládá odpovídající tvary do otvorů, spojuje pěnové dílky k sobě a skládá je do krabiček. Také ráda píše křídou na tabuli. Zde si trénuje špetkový úchop a zároveň procvičuje při psaní a kreslení velkých tvarů celou paži. Nevládá vystřihovat.

Slávek má úchop tužky nebo štětce mírně nesprávný a i jeho grafomotorický projev je nejistý. Před psaním věnujeme u Slávka velkou pozornost uvolňujícím cvikům, které mu prsty prokrví a zároveň uvolní. V psaném projevu nezvládá koordinaci oko – ruka a zvládá psát jen jednoduché tvary a čáry. Velmi často se stane, že ani dle předlohy nezvládne daný tvar napsat. Spíše preferuje činnost, kde není kladen důraz na přesnost pohybů. Pracuje s předměty, které jsou větších tvarů, jako je dřevěné pexeso, kostky, duplo aj., a zapojuje úchop celé ruky. Má rád sestavování stavebnice i její demontáž, rád třídí věci dle použitých materiálů a tvarů. Uspokojuje ho práce v dílně s keramickou hlínou, zvládá práci v kuchyni. Při pracovní výchově velmi rád vystřihuje různé tvary nebo obrázky z časopisů.

Láďa nemá vyvinutý úchop dvěma prsty. Preferuje úchop celé ruky nebo špetkový. Nabízenou tužku nebo štětec přijme, ale má problém s přesností držení daného předmětu i s následným grafickým projevem. Tahy má nekoordinované a nerozeznává, kde může psát nebo kreslit a kde ne. Vzhledem k charakteru Láďova postižení rozvíjíme u něj spíše manuální zručnost. Při manipulaci s menšími předměty má problémy. Nedokáže navlékat korálky na šňůrku, protože nezkoordinuje pohyb obou rukou naráz, navléká korálky na připevněnou špejli, a i to mu jde velmi těžko. Ve vkládání předmětů je jistější, ale i na této činnosti je znát rozsah jeho postižení. Největším cílem u Ládi je spíše rozvoj hrubé motoriky, aby zvládl základní pohybová schémata, protože svalová dystrofie začíná gradovat.

Jirka je v rozvoji jemné motoriky ze všech srovnávaných žáků nejlepší. Je velmi znát postupné zlepšování v oblasti psaného projevu, kdy nejprve zvládal jen jednoduché čáry a tvary, a v současné době dokáže psát hůlkovým písmem dle předlohy. Tužku drží v pravé ruce a úchop je správný, i s patřičným sklonem k podložce. Velmi úspěšné byly masáže prstů, uvolňovací cviky, které zdokonalovaly Jirkovy motorické schopnosti. V rámci edukace Jirka pracuje se všemi dostupnými pomůckami, které ve škole máme a i nadále rozvíjí své pohybové i rozumové schopnosti.

V závěrečné části aktivního pozorování bych ráda srovnala jednotlivé žáky a jejich schopnosti v rozvoji jemné a hrubé motoriky při použití vypsání metod a pomůcek.

Tab.1: Trampolína – hodnocení 0-5 bodů (5 bodů je maximum, zvládá)

	Slávek	Lád'a	Klára	Jirka
Vertikalizace	2	1	3	4
Skok samostatně	3	0	1	5
Skok s pomocí	5	0	4	5
Rozhoupání	4	4	3	5
Běh po obvodu	4	0	4	0
Prostorová orientace	3	2	3	4
Házení míčem - kooperace	4	4	5	5
Relaxace	5	5	5	5
Aktivita	4	4	2	5
Celkem bodů	34	20	29	38

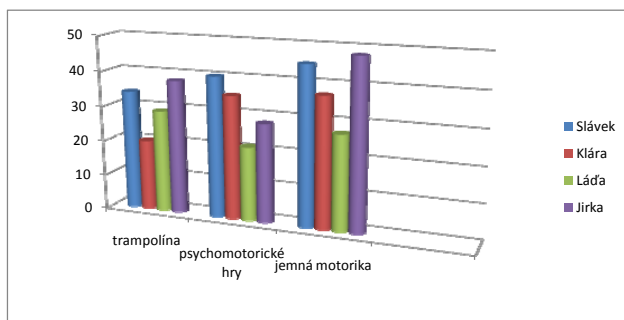
Tab.2: Psychomotorické hry - hodnocení 0-5 bodů

	Slávek	Klára	Lád'a	Jirka
Padák	5	4	0	5
Míčové hry – kooperace	5	1	4	5
Chytání míče	4	3	3	5
Házení míče	5	3	4	5
Hod míče na cíl	4	0	3	4
Vnímání stability a rovnováhy	3	5	2	4
Plazení	5	4	5	0
Chůze do schodů	3	5	0	0
Skoky	3	5	0	0
Chůze přes překážky	3	5	0	0
Celkem bodů	40	35	21	28

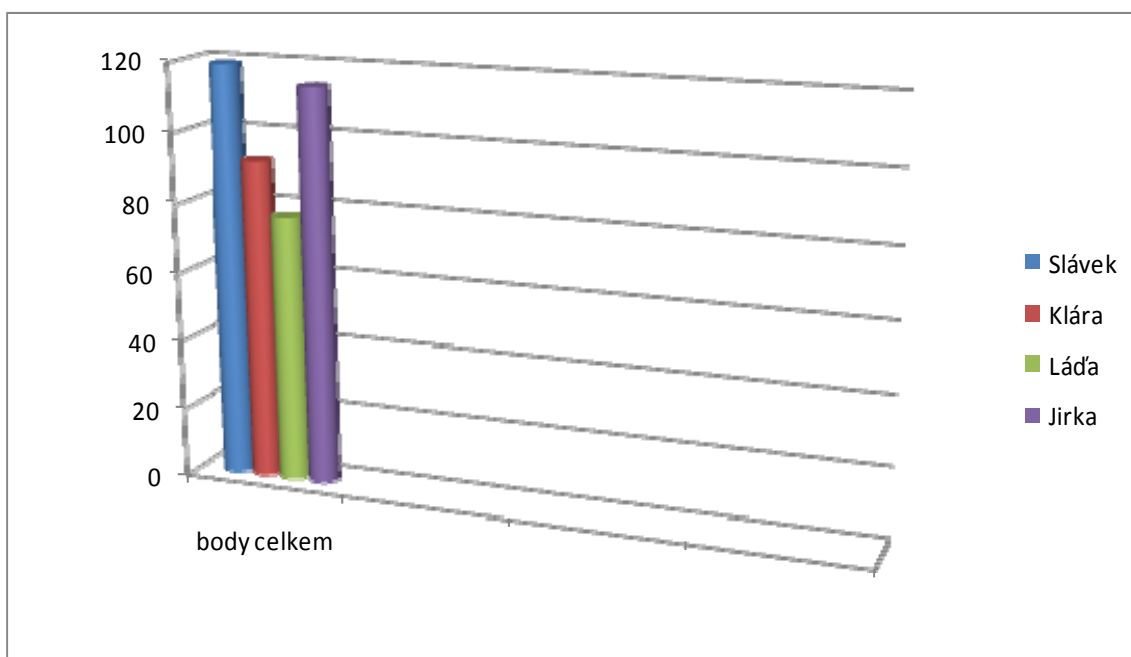
Tab.3: Rozvoj jemné motoriky – hodnocení 0-5 bodů

	Slávek	Klára	Lád'a	Jirka
Úchop dlaní	5	5	5	5
Úchop špetkový	5	4	4	5
Úchop dvěma prsty	4	4	1	5
Psaní	3	3	1	4
Uvolňující cviky	5	5	4	5
Navlékání korálek	4	4	2	4
Vkládání tvarů	5	5	4	5
Šroubování	5	4	3	5
Modelování	4	2	3	5
Stříhání nůžkami	5	1	0	5
Celkem bodů	45	37	27	48

Graf č.1: Srovnání pohybových schopností a dovedností žáků



Graf č.2: Srovnání jednotlivých žáků



Shrnutí

V závěrečném srovnání všech pozorovaných žáků při jejich aktivitách vyšel najevo fakt, že každý z nich má své limity, ale jsou i možnosti, jakým způsobem vhodně motivovat jejich pozornost, aby si nenásilným způsobem rozvíjeli své rozumové i pohybové schopnosti. Dle očekávání nejhůře dopadl Lád'a. U něho jsou limitující faktory související s diagnózou dětské mozkové obrny s postižením všech končetin. Svalová hypotonie je velmi rozsáhlá a znemožňuje Lád'ovi veškerý pohyb. Ve sledovaných aktivitách se bodové rozpětí pohybuje v rozmezí 21-29 bodů. Nejpřínosnější je pro něho relaxace na trampolíně. Při této aktivitě se Lád'a cítí spokojený a šťastný. V psychomotorických aktivitách si Lád'a nevěří a je nesnadné ho zaujmout nějakou činností. Ale i přes toto všechno je pro Lád'u důležité, že je v každodenním kontaktu s dalšími spolužáky a i nadále je aktivně zapojován do edukačního procesu.

Klárka se v bodové škále řadí za Lád'u a dle zjištění, je u ní velký výkyv v pohybových aktivitách. Výsledné rozmezí je od 20 do 37 bodů. Nejlépe si Klárka vede v rozvoji jemné motoriky. Vzhledem k jejímu postižení je velmi šikovná a s radostí vykonává činnosti, u kterých nemusí vynakládat zvýšenou tělesnou aktivitu. Z toho plynou i výsledky hodnocení při cvičení na trampolíně, kde se Klárka bojí. Preferuje pohyb na pevném a rovném povrchu. Ačkoliv má hemiparetickou formu dětské mozkové obrny, zapojuje se do psychomotorických her, kde vykazuje schopnost kooperace. Podle mého názoru by měla Klárka více chodit. Bydlí ve stejném městě, kde navštěvuje i školu, ale maminka ji denně vozí na vozíku. Pro Klárku je pohyb důležitý, zlepšuje si držení těla a bojuje proti svalové atrofii.

Jirka je v bodovém hodnocení na druhém místě. Také u něho jsou znatelné výkonnostní výkyvy v hodnocených aktivitách. Nejhůře se zapojuje v psychomotorických hrách. I u Jirky je limitní zdravotní stav. Vzhledem k rychlé unavitelnosti a postižení dolních končetin nemá Jirka dostatek možností sebeprojevu pohybem. Nejlepší výsledky dosahuje v rozvoji jemné motoriky. Velmi rád se zapojuje do činností, kde může využívat ruce a prokázat svou šikovnost. Z pohybových aktivit má rád trampolínu a cvičení ve všech formách, kromě obíhání trampolíny po obvodu. I když se Jirka bodově řadí na druhou pozici, míra jeho intelektuálních možností a dovedností ho pro mě řadí na místo první. Stále je u něho patrný velký potenciál rozvoje rozumových schopností a hlavně motorických dovedností.

Ze sledovaných žáků má prvenství Slávek. Výsledné rozpětí je mezi 35 – 45 body. U Slávka jsou hodnocené aktivity relativně vyvážené, ale nejméně jistý si je ve cvičení na trampolíně. Jak již bylo popisováno výše, Slávek má hypotonickou formu dětské mozkové obrny a strop rozvoje rozumových možností. I přes toto zjištění je velmi důležité, aby se u Slávka i nadále cíleně rozvíjela jemná i hrubá motorika. Díky těmto aktivitám si stále udržuje schopnost pohybu a díky neustálému procvičování získaných dovedností má větší šanci začlenit se do života s jedinci s podobným postižením.

Závěr

Rehabilitační metody a terapie hrají důležitou roli v léčbě jedinců s tělesným postižením. Pro větší úspěšnost léčby je nutné začít s vhodnými terapiemi již od útlého věku dítěte. V teoretické části jsem nastínila různé formy metod i terapií a v praktické části jsem provedla srovnání jednotlivých žáků a aktivit, které v rámci edukace rozvíjejí jejich rozumové i pohybové schopnosti. Z pozorování vyplynulo, že existují různé metody, jak adekvátním způsobem motivovat dítě k rozvoji pohyblivosti. Mým pozorováním jsem dospěla k závěru, že i když je každé dítě jiné a má rozdílné formy postižení, je nutné ho zapojit do činností, které zvládá. Na zvládnuté činnosti a aktivity jsou dále nabalovány složitější a obtížnější činnosti. Pravidelným opakováním a procvičováním, dochází k lepším výsledkům a velké radosti žáků z úspěchů.

Nezáleží na činnosti nebo aktivitě, k jakým je dítě vedeno, ale spíše na tom, že samotná motivace dává dítěti možnost se do těchto aktivit zapojit po svém a vytěžit z nich maximum. Vždy se najde způsob, aby dítě prožívalo radost z pohybu a z možnosti být společně s jinými dětmi v kontaktu. Rozvíjí se u nich schopnost kooperace a utužuje se socializační proces. Tělesná postižení bývají většinou celoživotní záležitostmi a každodenní procvičování pohybového aparátu je nutnost. Jsem ráda, že se mohu podílet v rámci svého zaměstnání nejen na edukačním, ale především na motivačním působení na děti s tělesným a jiným postižením. Mám možnost využívat se žáky veškeré vybavení naší základní školy a tím i sledovat jejich individuální pokroky. Ve spolupráci se zkušenými kolegy poznávám možnosti, které ještě větší měrou žáky motivují k výkonům. Z mého subjektivního pozorování je evidentní, že většina žáků naší školy vnímá pomoc pedagogů v jejich boji s tělesným handicapem velmi pozitivně. Dosahují kladných výsledků postupně a každý svým tempem, ale s o to větším elánem a chutí se zapojit do nabízených aktivit.

Zamýšlím se nad skutečností, že ač jsou to lidé s handicapem, dokážou se těšit ze života a mnohdy nám jsou příkladem díky jejich houževnatosti, vytrvalosti a vnímání smyslu života.

SEZNAM LITERATURY

Použitá literatura:

ADAMÍROVÁ, J. Hravá a zábavná výchova pohybem – Základy psychomotoriky, Praha: Unie zdravotní tělesné výchovy ČSAP 2000

BLAHUTKOVÁ, M. Psychomotorika, Brno: Masarykova univerzita Pedagogická fakulta 2003. ISBN 80-210-3067-4

HOLLÝ, K, HORNÁČEK, K. Hipoterapie – Léčba pomocí koně, Ostrava: Montanex 2005, ISBN 80-7225-190-2

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, Praha: Triton 2001, ISBN 80-7254-192-7

KARÁSKOVÁ, V. a kol. Cvičíme a hrajeme si, Ostrava: Montanex 2004, ISBN 80-7225-113-9

KRAUSS, H. Fyzioterapie pro každého, Praha: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství 1990, ISBN 80-201-0069-5

MONATOVÁ, L. Pedagogika speciální, Brno: Masarykova univerzita v Brně Pedagogická fakulta 1995, ISBN 80-210-1006-6

NERANDŽIČ, Z. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit, Praha: Albatros 2006, ISBN 80-00-01809-8

OPATŘILOVÁ, D. Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami, Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta – katedra speciální pedagogiky 2005, ISBN 80-210-3819-5

ORTH, H. Dítě ve Vojtově terapii Příručka pro praxi, České Budějovice: Kopp 2009, ISBN 978-80-7232-378-4

POHLODKOVÁ, E., MATYSÍKOVÁ, L., MRÁZOVÁ, J. Děti a jóga, Brno: Nakladatelství Pavel Křepelka 2008, ISBN 978-80-86669-10-6

POHLODKOVÁ, E. Psychomotorika a jóga pro děti předškolního věku, Brno: Nakladatelství Pavel Křepelka 2007, ISBN 80-86669-06-8

RENOTIÉROVÁ, M. Somatopedické minimum, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci Pedagogická fakulta 2003, ISBN 80-244-0532-6

Inspirativní literatura:

DOLÍNKOVÁ, I. Cvičíme s kojenci a batolaty, Praha: Portál 2006, ISBN 80-7367-072-0

FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči, Praha: Grada 2007,
ISBN 978-80-247-1314-4

HAŠPLOVÁ, J. Masáže dětí a kojenců, Praha: Portál 2006, ISBN 80-7367-125-5

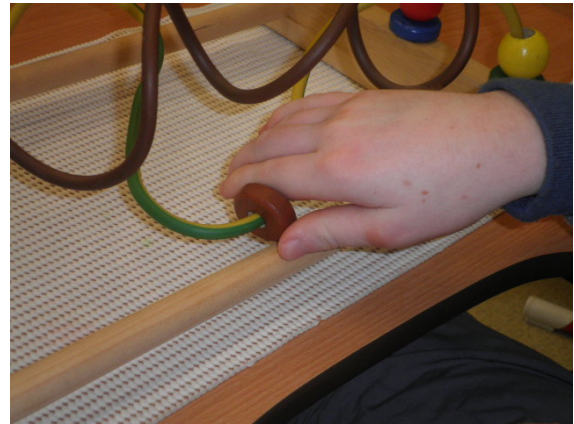
KADEŘÁVKOVÁ, K., JELEN, T. Zdravotní tělesná výchova a gerontologie, Praha. Česká
obec sokolská 2000, ISBN 80-86402-00-2

ZIKEŠOVÁ, M. Jóga nejen pro děti aneb Jak sluníčko pozdravit a dušičku pohladit, Praha:
Erika 2005, ISBN 80-7190-662-X

Přílohy:

Rozvoj jemné motoriky





Balanční míče a trampolína





Padák




obr. 28




obr. 29




a/ Pozdravíme sluníčko,
usmějem se maličko.





82 b/ Jsi tam někde na obloze
ukrytý ve zlatém voze.




c/ Povyskočí ze své skrýše,
paprskem si na zem píše.



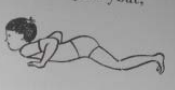
d/ Kdo umí držet rovně
hlavu.

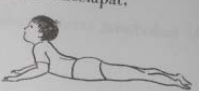
e/ postavit most na podlahu.




f/ s kočičkou si pěkně hrát, vyhrbit se, prohýbat.




g/ hada nechat tiše spát, na ocas mu nešlapat.



h/ prolézt všechny skulinny.



i/ být poslušný jak hodiny.



Ukázka cviků pro rozvoj jemné motoriky

