

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2016

Jana Trpková

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ergoterapie



Jana Trpková

**Program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v
ergoterapii**

Developmental Movement program according to Veronika Sherborne and its use in
occupational therapy

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jaromíra Uhlířová

Praha, rok 2016

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Jaromíře Uhlířové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce, paní Mgr. Petře Dvořákové, která mi pomohla uskutečnit praktickou část této práce, poskytla mi cenné rady a svůj čas.

Poděkování patří také dětem a jejich rodičům, kteří mi umožnili zpracovat praktickou část této práce.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

JANA TRPKOVÁ

V Praze dne:

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM:

TRPKOVÁ, Jana. *Program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii. [Developmental Movement program according to Veronika Sherborne and its use in occupational therapy]*. Praha, 2016. 85 s., 4 přílohy.

Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce: Uhlířová, Jaromíra.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno: Jana Trpková

Vedoucí práce: Mgr. Jaromíra Uhlířová

Oponent práce:

Název bakalářské práce: Program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii

Tato bakalářská práce se zabývá tématem pohybového programu Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii. Tento program je velmi efektivní metodou zaměřenou na rozvoj pohybu, emocí, smyslů i rozumu a využívá se nejčastěji u dětí. V České republice není bohužel příliš využíván ani známý a proto se v práci opírám především o informace získané ze zahraniční literatury a o informace čerpané z knihy, kterou napsala sama autorka tohoto programu. Cílem práce je seznámit čtenáře s pohybovým programem a tím zvýšit povědomí o jeho existenci mezi odbornou i laickou veřejností.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce shrnuje základní informace o programu Developmental Movement a o jeho autorce, dále uvádí základní cíle metody, rozdělení jednotlivých cviků, zásady při jeho cvičení a charakteristiku diagnóz, na které je tento program primárně zaměřen. Praktická část práce má dva hlavní cíle. Prvním cílem je zmapování situace v České republice v oblasti využití tohoto programu a jejím druhým, stěžejním cílem je vytvořit univerzálně použitelnou cvičební jednotku tohoto programu a tu následně vyzkoušet v praxi. Součástí praktické části je i jedna kazuistika. V závěru práce jsou pak uvedeny výsledky praktického vyzkoušení cvičební jednotky v praxi.

Klíčová slova: Developmental Movement, Veronika Sherborne, pohybový program, metoda rozvoje pohybu, terapie u mentálního postižení

ABSTRACT OF BACHELOR THESIS

Title of bachelor thesis: Developmental Movement program according to Veronika Sherborne and its use in occupational therapy

This Bachelor's thesis is concerned with the topic of a movement programme called Developmental Movement according to Veronika Sherborne and its usage in occupational therapy. This programme is a very effective method focused on the advancement of movement, emotion, senses and reasoning, and is usually applied to children. Unfortunately, the programme is rarely used or heard-of in the Czech Republic, and that is why this thesis largely draws on information from international literature, as well as from the book written by the author of this programme herself. The goal of the thesis is first and foremost to familiarize the reader with the Developmental Movement and therefore raise the awareness of its existence among members of academia as well as the general public.

The thesis is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part provides basic information about the Developmental Movement programme and its author and puts forth the basic goals of the method, the division of certain exercises, the basic principles of the programme and the characteristic of the diagnoses this programme is primarily concerned with. The practical part of the thesis consists of two main goals. The first goal is to map the situation of Development movement application in the Czech Republic, the second goal is to create a universally-applicable exercise unit for this particular programme. One piece of casuistry is also included in the practical part. The results of the practical testing of the exercise regime can be found at the end of the thesis.

Key words: Developmental Movement, Veronika Sherborne, movement programme, the method of movement development, therapy for people suffering mental disability

OBSAH:

Úvod	11
1. Teoretická část	13
1.1. Vymezení pojmu ergoterapie	13
1.1.1. Ergoterapie	13
1.1.2. Ergoterapie v pediatrii.....	13
1.2. Veronika Sherborne - autorka pohybového programu	15
1.2.1. Veronika Sherborne	15
1.2.2. Labanova pohybová analýza	16
1.3. Charakteristika programu Developmental Movement.....	18
1.3.1. Vymezení základních pojmů	18
1.3.2. Základní informace	18
1.3.3. Psychomotorická terapie	20
1.3.4. Cíle metody	21
1.4. Pohybová hra a druhy cviků.....	22
1.4.1. Pohybová/vztahová hra (RP).....	22
1.4.2. Cíle vztahové hry	22
1.4.3. Základní rozdělení	22
1.4.4. Posloupnost cviků	25
1.4.5. Význam partnera.....	25
1.5. Zásady cvičení.....	26
1.6. Základní charakteristika diagnóz, na které je program primárně zaměřen	27
1.6.1. Mentální retardace	27
1.6.2. Autismus.....	28
1.6.3. Downův syndrom.....	28
1.6.4. Dětská mozková obrna	29
1.6.5. Hyperaktivita	30
1.6.6. Poruchy chování a emocí	30
2. Praktická část	31
2.1. Metodologie práce	31
2.1.1. Cíle bakalářské práce	31
2.1.2. Základní otázky bakalářské práce.....	31
2.1.3. Metoda sběru dat pro zmapování situace v ČR	31
2.1.4. Metoda sběru dat pro vytvoření cvičební jednotky.....	32

2.2. Situace v ČR.....	33
2.3. Návrh cvičební jednotky	34
2.3.1. Struktura cvičební jednotky.....	34
2.3.1.1. Úvod.....	35
2.3.1.2. Cviky pečující, "s"	36
2.3.1.3. Cviky proti, "v rozporu"	43
2.3.1.4. Cviky "spolu"	45
2.3.2. Praktické vyzkoušení	47
2.4. Kazuistika.....	48
2.5. Výsledky	52
3. Diskuze	54
Závěr	57
4. Seznam použité literatury	59
5. Seznam příloh	64

Úvod

Pro zpracování své bakalářské práce jsem si zvolila téma - Program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii. Je to program, který mě velmi zaujal především svou jednoduchostí, přirozeností a nenáročností, a zároveň velmi širokou škálou možností v jeho aplikaci. Další motivací pro zpracování tohoto tématu byl také fakt, že program se využívá především u dětí, s nimiž bych v budoucnu ráda pracovala.

Tento program vymyslela bývalá učitelka tělesné výchovy a tance, později i fyzioterapeutka, Veronika Sherborne v roce 1960. Její myšlenky vycházely z analýzy lidského pohybu Rudolfa von Labana (Stankowski, 2005). Veronika Sherborne při zpracování tohoto konceptu vycházela ze dvou hlavních myšlenek - a to přesvědčit, že dítě se potřebuje ve svém vlastním těle cítit jako doma a tím získat nadvládu nad svým tělem, a že potřebuje být schopno vytvářet vztah (Sherborne, 2001). Program Developmental Movement je jednou z nejpoužívanějších forem terapie pro zdokonalování dětí s různými mentálními a motorickými dysfunkcemi (Zwolinska et al., 2014).

I přes svou jednoduchost, nenáročnost a efektivitu se tento program v České republice téměř vůbec nevyužívá. Nasvědčuje tomu i malé množství literatury dostupné v českém jazyce, které je většinou jen formou obecného seznámení s programem nebo jako dále nedefinovaná další možnost terapeutických přístupů. Z toho vyplývá i fakt, že celkové povědomí mezi odbornou veřejností o tomto programu je velmi nízké. Spíše než ergoterapeuti tento koncept znají speciální pedagogové a v České republice s ním pracuje jen velmi málo zařízení. V zahraničí je tato situace odlišná. Koncept našel své uplatnění především v Belgii, Norsku, Švédsku, Finsku i v Polsku.

I přes to, že s tímto konceptem v České republice mnoho ergoterapeutů nepracuje, si myslím, že zásadní vztah k ergoterapii má. Tuto spojitost usuzuji především z toho, že koncept je zaměřen na výchovu prostřednictvím pohybu (Karásková, 2012). Z konceptu vycházející cvičení stimulují vývoj dítěte jak po stránce pohybové, tak i po stránce smyslové, emocionální a rozumové (Sherborne - Interní materiály SPC Nový Jičín) a primárním zaměřením tohoto konceptu jsou diagnózy jako mentální retardace, autismus, Downův syndrom, hyperaktivita a další jiné poruchy chování.

Teoretické i praktické seznámí ergoterapeutů s tímto konceptem a jeho možné zavedení do terapií považují za velmi užitečný přínos této práce, stejně tak jako možnost aplikace nové, efektivní metody, na kterou dítě velmi dobře reaguje.

Cíl bakalářské práce: Cílem této bakalářské práce je především teoreticky seznámit odbornou i laickou veřejnost s programem Developmental Movement Veroniky Sherborne, přiblížit jeho základní myšlenky a hlavní cíle a tím zvyšovat jeho možnou praktickou využitelnost. Cílem praktické části bude nejprve zmapovat situaci v České republice v oblasti využití tohoto konceptu na různých pracovištích pracujících s dětmi, na jejichž diagnózy je koncept primárně zaměřen, dále vytvořit univerzální cvičební jednotku tohoto konceptu, která bude sloužit především ergoterapeutům ale i rodičům a tu následně prakticky vyzkoušet. K dosažení zejména tohoto cíle mi pomohla především kniha Veroniky Sherborne, kterou jsem si přeložila, a dále také návštěva v Mateřské škole Pražské v Doksech, která jako jedna z mála s tímto konceptem pracuje, a umožnila mi zúčastnit se jednoho z jejich cvičení.

1. Teoretická část

1.1. Vymezení pojmu ergoterapie

V této kapitole bude stručně definováno, co to ergoterapie je, a jaké je její základní uplatnění v pediatrii.

1.1.1. Ergoterapie

Ergoterapie svými specifickými diagnostickými a léčebnými metodami pomáhá při léčbě jedinců každého věku, kteří jsou trvale či dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. O dosažení a zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince ergoterapeut usiluje při běžných denních, pracovních a zájmových činnostech (Kolář et al., 2009). Hlavním cílem ergoterapie je důstojný život, pocit tělesné, duševní a sociální pohody, ale také obnova a udržení schopností vykonávat běžné a přirozené lidské činnosti u osob se zdravotním postižením (Klusoňová, 2011).

Česká asociace ergoterapeutů definuje obor takto: *„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Navíc používá pojem zaměstnávání (occupation) místo činnosti a rozšiřuje ho na veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a které vnímá jako součást své identity. Hlavním cílem ergoterapie je pak umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné“* (Krivošíková, 2011, s.18).

Oblasti působení ergoterapeutů jsou pak velmi široké. Ergoterapie se uplatňuje nejenom ve zdravotnických oborech, ale čím dál častěji i v sociálních službách. Ergoterapeuta můžeme potkat jak v nemocnicích, stacionářích a neziskových organizacích, tak i ve speciálních školách (Kolář et al., 2009).

1.1.2. Ergoterapie v pediatrii

V pediatrii se ergoterapeut zaměřuje na děti od narození do osmnácti let. Primárním zaměřením ergoterapeuta v této oblasti je podpora rovnoměrného vývoje

dítěte, a to v oblastech hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky, sensorických a kognitivních funkcí, selektivní hybnosti a stereognostických funkcí (Kolář et al., 2009). „Cílem ergoterapie je podpořit optimální stav pohody mezi dítětem a prostředím, jeho podporou a nároky“ (Case-Smith, 2005, s. 16).

U dětí je ergoterapie praktikována především formou cílené hry, která podporuje všestranný vývoj a dosažení co nejlepších funkčních schopností. Hra patří mezi přirozené aktivity dětí a můžeme jí označit jakoukoliv spontánní činnost, která přináší potěšení, obsahuje vnitřní motivaci a odměnu a může být jak prostředkem tak i cílem ergoterapie (Klusoňová, 2011). Při ergoterapii u dětí se využívá mnoho různých pomůcek a hraček, které odpovídají věku dítěte (Havelka, 2004).

Klusoňová (2011) rozděluje hru z pohledu jejího účelu na hru jako zaměstnávání a na cílenou ergoterapii hrou. Nespecifická, kondiční hra jako zaměstnávání má za úkol harmonizovat dětskou psychiku, odvádět pozornost od negativních vlivů souvisejících se změnou zdravotního stavu, pomoci v adaptaci na cizí prostředí nebo na odloučení od rodiny. Účelem specifické, cílené ergoterapie hrou je stimulace poškozené nebo oslabené pohybové funkce a rozvíjení funkce kognitivní. Hra se v tomto případě může využít i při nácviku dovedností a sebeobsluhy. Hry můžeme dále rozdělit na hry funkční, manipulační, napodobovací, úlohové, receptivní, didaktické, konstrukční, pohybové, společenské, PC hry a Kimovy hry (Klusoňová, 2011).

Ergoterapeut v léčbě využívá mnoho dalších metod a přístupů, které vycházejí z různých teorií a rámců vztahů. Jedním z terapeutických přístupů je například sensorická integrace podle Ayresové. Tento přístup se využívá především v léčbě dětí s opožděným vývojem, s poruchami učení a u mentálního postižení (Krivošíková, 2011). Mezi základní předpoklady tohoto přístupu patří například silná vazba mezi sensorickým vstupem a motorickým výstupem, díky čemuž terapeut v léčbě využívá senzomotorické činnosti ke stimulaci percepce a propriocepce. Tato léčba využívá i různé smysluplné činnosti, které využívají integraci jednotlivých systémů, jako je zrakový, sluchový, čichový, vestibulární, proprioceptivní a taktilní. Sensorická integrace je tedy „schopnost mozku koordinovat dva nebo více smyslových podnětů a sloučit je za účelem jejich uspořádání pro další použití“ (Ayres in Krivošíková, 2011).

Dalším z důležitých přístupů je koncept podle manželů Bobathových, jeden z nejuznávanějších konceptů v dětské rehabilitaci. Často bývá označován jako neurovývojová léčba a vychází z nejnovějších neurofyziologických poznatků o vývoji

motoriky dítěte. V průběhu terapie je využívána vlastní aktivita dítěte, kterou terapeut pouze modifikuje a tím dítěti umožní provedení normálního pohybu. Terapeut pohyb za dítě neprovádí ale pouze mu nabízí možnost získat novou senzomotorickou zkušenost. Bobath koncept byl původně vytvořen pro děti s dětskou mozkovou obrnou a pacienty po cévních mozkových příhodách. Lze ho ale využít prakticky u jakéhokoliv neurologického postižení hybnosti. Není omezen ani věkem a pro novorozence byl vytvořen dokonce nadstavbový model - Baby Bobath (Kristková, 2015).

V rámci komplexní péče jedinců s postižením mohou být využívány i další speciální terapeutické metody zaměřené na rozvoj motoriky (Palacká, 2011), které ergoterapeuti čteně využívají. Mezi tyto metody můžeme zařadit například bazální stimulaci, snoezelen, míčkování, zooterapii a nebo metodu pohybového rozvoje Veroniky Sherborne (Palacká, 2011).

1.2. Veronika Sherborne - autorka pohybového programu

1.2.1 Veronika Sherborne

Veronika Sherborne (1922 - 1990) byla učitelka tělesné výchovy a tance, později fyzioterapeutka. Ještě jako studentka absolvovala dvoudenní kurz Rudolfa Labana. Tento taneční umělec a teoretik, jehož pohybová analýza je dodnes užívána mnoha terapeuty, měl na Veroniku velmi hluboký a dlouhotrvající účinek (Sherborne association UK, cit.2016). Veronika proto studovala s Labanem jeden rok v Art of Movement Studios v Manchesteru. V tomto studiu byly také vytvořeny počátky vývojového pohybu Veroniky Sherborne (Veronica Sherborne and Sherborne Developmental Movement, 2016).

Sherborne se u úvodu své knihy zmiňuje o tom, že se od Labana naučila zcela odlišnému porozumění o lidském těle a jeho pohybu. Ve své práci aplikovala Labanovu teorii na potřeby běžných dětí, dětí se speciálními potřebami a na děti předškolního věku. Sherborne byla následně požádána o to, aby svou práci představila učitelům a terapeutům v Norsku, Švédsku, Kanadě, Austrálii a Polsku, později také ve Finsku a Belgii. Po její smrti tento koncept našel uplatnění i v Japonsku a dalších Evropských zemích. V roce 1990 vydala svou knihu - Developmental Movement for Children (Sherborne association UK, cit.2016).

Veroniky kariéra trvala téměř 50 let. Její metoda byla pevně zakořeněna v jejím vlastním pozorování, jak si děti hrají v normálním průběhu svého vývoje a toto pozorování následně spojila s filozofií teorie Labanova pohybu (Veronica Sherborne and Sherborne Developmental Movement, 2016).

1.2.2. Labanova pohybová analýza

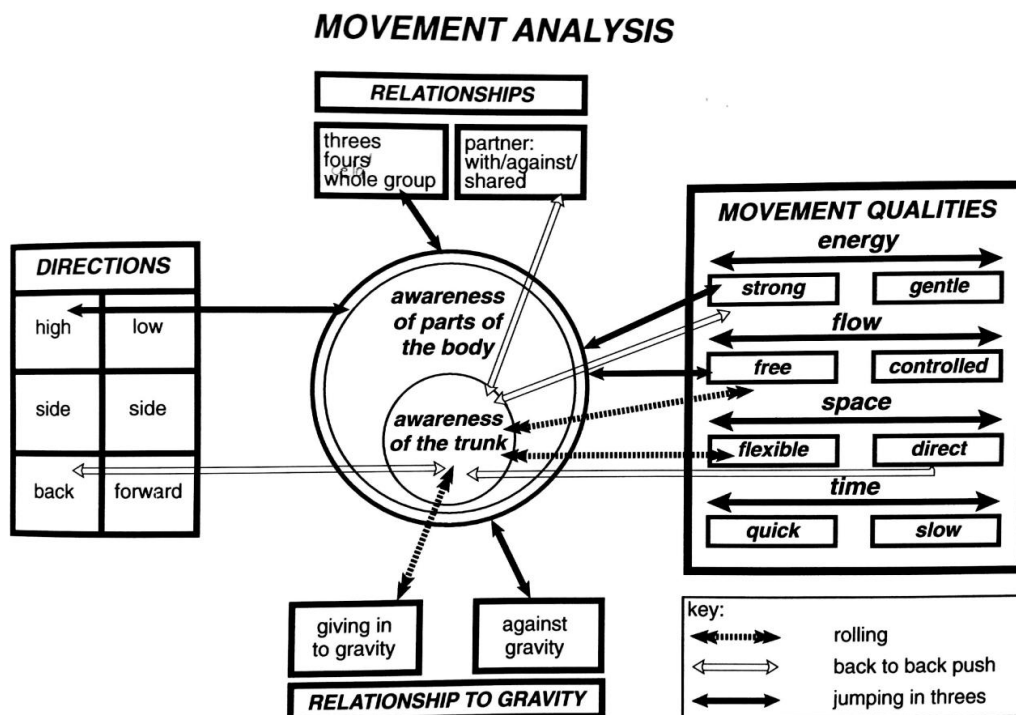
Teorie metody dle Veroniky Sherborne se zakládá na analýze lidského pohybu, kterou uskutečňoval Rudolf von Laban. Veronika Sherborne je také proto nazývána jako pokračovatelka Labanovy školy. Sherborne využila jeho úvahy, které shrnují základní potřeby dětí - potřeba pohybu, exprese, odreagování a kreativity (Stankowski, 2005).

Rudolf Laban byl tanečník, choreograf a pohybový teoretik. Jeho široká vize odhalila obecné zákony lidského pohybu, jak se vyskytuje při práci a při hře, ve vyjadřování a vztazích a v každodenním životě. Laban také věřil, že pohyb těla a mysli je základem veškeré lidské činnosti (Sandlos, 1999). Laban vyvíjel v průběhu života svou teorii a v roce 1938, kdy přišel do Anglie, zde své myšlenky ujasnil (Sherborne, 2001).

Labanova pohybová analýza je systém a jazyk pro pozorování všech forem pohybu. Pohybový analytik může tímto jazykem popisovat a interpretovat lidský pohyb. Labanova analýza se může využívat jako nástroj tanečníků nebo atletů, ale i ergoterapeutů nebo fyzioterapeutů (Sandlos, 1999).

Ideologie Labanovy pohybové analýzy, jak je dnes praktikována, zahrnuje čtyři hlavní kategorie: tělo, snaha, tvar a prostor. Každá z těchto komponent může být dále analyzována. Tento přístup umožňuje systematickou analýzu složitosti lidského pohybu (Sandlos, 1999). Dle Laasonena tvořilo originální Labanovu teorii šestnáct hlavních témat, z nichž Veronika Sherborne přijala prvních osm, a ty ještě následně sloučila do šesti hlavních (cit.dle Ahtiainena, 2010).

Veronika Sherborne objasňuje myšlenku Labanovy pohybové teorie následujícím diagramem.



Obr.č.1. Diagram Veroniky Sherborne, který shrnuje aspekty lidského pohybu (Sherborne, 2001, str. 55)

Centrální kruh představuje centrální část těla a obě končetiny. Pod tímto kruhem ze nachází vztah vůči gravitaci. Na levé straně kruhu Sherborne uvádí šest směrů prostoru a nad kruhem vyobrazuje vztahy s ostatními. Na pravé straně od centrálního kruhu jsou vyznačeny pohybové kvality (Ahtiainen, 2010).

Labanova pohybová analýza spadá do těchto třech částí:

1. Jaká část těla se pohybuje

Pozorovatel by měl zodpovědět následující otázky: Pohybuje se tělo jako celek nebo se pohybuje pouze jeho část? Je do pohybu zapojena především horní část těla nebo spodní? Pohybuje se centrální část těla nebo je pohyb výraznější na periferii? Je pohyb těla koordinovaný?

2. Jakým směrem v prostoru se tělo pohybuje

Laban popsal pohyb těla v 6ti směrech: dozadu/dopředu, vysoko/nízko, ze strany na stranu.

3. Jak a jakým způsobem se tělo pohybuje

Laban separoval 4 odlišné aspekty lidského pohybu: přístup k energii, přístup k plynulosti pohybu, přístup k prostorovým cestám pohybu a přístup k času (Sherborne, 2001).

1.3. Charakteristika programu Developmental Movement dle Veroniky Sherborne

1.3.1. Vymezení základních pojmů

Developmental Movement (=DM) je program Veroniky Sherborne, učitelky a fyzioterapeutky, který je u nás známější pod označením Pohybový program Veroniky Sherborne. Základním rysem tohoto programu je výchova prostřednictvím pohybu. Program je dobře aplikovatelný zejména u mentálně postižených dětí, ale i u dětí hyperaktivních, agresivních, bázlivých, u dětí s omezeným motorickým rozvojem a u dětí trpících autismem (Karásková, 2012).

Relationship play (=RP) je vztahová, pohybová hra, prvek Pohybového programu. Pojmem "hra" je chápáno cvičení nebo jakákoliv manipulace s dítětem během cvičební jednotky. Pojem "vztahová" vymezuje tuto hru jako hru, u které je velmi důležitý vztah mezi dítětem a rodičem nebo starším partnerem, který tuto hru s dítětem vykonává.

Starší partner dítěte (caregiver) je rodič, terapeut, nebo starší, více schopné dítě, které cvičí s mladším dítětem.

Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami je takové dítě, kterému je nutné věnovat zvýšenou péči. Tyto děti se dělí na děti se zdravotním postižením (zrakovým, sluchovým, tělesným nebo mentálním, s vadami řeči, s více vadami, s autismem, se specifickými poruchami učení nebo chování závažnějšího charakteru), na děti se zdravotním znevýhodněním a na děti se sociálním znevýhodněním (Jucovičová, Žáčková, 2006).

1.3.2. Základní informace

Program Developmental Movement byl dle Laasonena vytvořen v roce 1960 již zmiňovanou Veronikou Sherborne, a od roku 1990 vzrůstá na své popularitě (cit.dle Ahtiainena, 2010). Tato metoda pohybového rozvoje je jedna z nejpoužívanějších forem terapie pro zdokonalování dětí s různými mentálními a motorickými dysfunkcemi (Zwolinska et al., 2014). Jak Vocilka (1994) uvádí, pohybovou metodu tvoří několik jednoduchých cvičení, která nejsou fyzicky ani časově náročná. Využívané cviky a pohybové činnosti dítě zpravidla velmi dobře zná a běžně je samo využívá. Tato metoda

je také označována jako terapeutický systém, který je odvozen od přirozených potřeb dítěte být v kontaktu s dospělými. K těmto potřebám dochází při takzvaném "dovádění", které se objevuje v raném dětství každého zdravého dítěte (Zwolinska et al., 2014). Filer metodu Veroniky Sherborne označuje jako psychoterapeutické využití pohybu, díky kterému se člověk může kreativně zapojit do procesu prohlubování emocí a kognitivní, fyzické a sociální integrace. Je založen na principu, že pohyb zvyšuje schopnost jedince učit se a naslouchat prostřednictvím pohybu, myšlení a cítění (cit.dle Hena, 2012).

Hill označuje tento koncept jako formu terapeutické intervence, která se snaží zapojit účastníky do interaktivního učení prostřednictvím sdílných pohybových zkušeností. Tyto pohybové zkušenosti mají přitom svůj původ v běžném lidském vývoji (Hill, 2007). Sherborne nechápe pohyb jako pouze fyzickou aktivitu, ale jako přenos hlubokého respektu na člověka a důvěru ve schopnosti člověka rozvíjet a zlepšovat radost z blízkého kontaktu (Zwolinska et al., 2014).

Metoda vývojového pohybu navozuje přirozený kontakt mezi rodiči a malými dětmi. Autorka vycházela z domněny, že některé rodiče mohou mít strach dotýkat se vlastního dítěte, obzvláště, pokud je dítě postižené (Müller, 2005). Přímý kontakt rodičů a zdravých dětí vyvolává vzájemnou interakci, která ale často mezi rodiči a dětmi s postižením chybí (Valenta a Müller, 2003). Dle Sherborne může být právě tímto narušen plnohodnotný vztah mezi dítětem a rodičem (Müller, 2005). Pohybový program byl právě z tohoto důvodu vyvinut za účelem řešit špatné citové upevnění vztahů mezi rodičem a dítětem a negativního stylu rodičovství. Je to inovativní a včasný zásah, který bere v úvahu potřeby rodičů i dítěte (Laban, 2011).

Chybou, které se vychovatelé mentálně postižených dětí dopouští je, že se zaměřují především na jejich mentální rozvoj. Často zapomínají na to, že pro děti s mentálním postižením je pohyb těla lepším zdrojem poznání než poznání intelektuální (Karásková, 2012).

Tato cvičení stimulují vývoj dítěte jak po stránce pohybové, tak i po stránce smyslové, emocionální a rozumové. Dítěti pomáhají rozvíjet si povědomí o svém vlastním těle, ale i povědomí o prostoru, který ho obklopuje. Stejně tak dítěti pomáhá v rozvíjení sociálních kontaktů a jeho sebevědomí (Sherborne - interní materiály SPC Nový Jičín).

Tento program klade důraz především na pohybovou přirozenost. Poskytuje nejenom výchovu prostřednictvím pohybu, ale také fyzický, sociální a emocionální kontakt (Karásková, 2012). Stankowski (2005) vytyčil jako základní předpoklad tohoto

programu možnost poznávání vlastní síly dítěte, učení se spolupráce s ostatními a sdílení pocitů s ostatními. Kateřina Janků (2013) uvádí, že touto metodou se děti skvěle motivují k cílené pohybové aktivitě a uvědomují si, jak lépe ovládat své tělo.

Tato metoda je dle Laasonena široce užívána učiteli i terapeuty pracujícími s různou věkovou skupinou a poskytuje jakési univerzální cvičení. Metody učení, cílů a zkušeností jsou proto modifikovány dle potřeb skupiny nebo individua (cit.dle Ahtiainena, 2010). Je důležité odlišovat hodnoty tohoto cvičení podle individuálních zvláštností osob i jejich poruch (Stankowski, 2005). Karásková (2012) koncept označila také jako metodickou pomoc pro učitele, psychology, vychovatele i rodiče, jejichž nelehkým úkolem je vychovat dítě se zdravotním postižením.

Pohybový program Veroniky Sherborne je využíván jak v denních a pečovatelských centrech, tak i ve školách, a to zejména při tělesných výchovách mládeže a dětí. Pohybový program může být ale využíván i při cvičeních pro dospělé k podpoře pohybu využívaného jak při individuálním tak při skupinovém cvičení (VAU ry. cit.dle Ahtiainena, 2010).

Müller (2005) řadí tuto metodu do psychomotorické terapie.

1.3.3. Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie, neboli kinezioterapie, je nově se utvářející obor terapie, který díky aktivně prováděným záměrným pohybům vede k somatopsychickému ovlivnění jedince, jeho osobnosti a vztahů (Hátlová, 2003).

Matulaye (1986) chápe psychomotoriku jako psychomotorický vývoj jedince. Psychomotoriku můžeme ale definovat i jako "*okamžitý psychický stav jedince vytvářený souborem pohybových projevů*" (Hartl a Hartlová, 2000).

Při psychomotorické terapii dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka pomocí aktivace jeho motoriky, a z toho důvodu ji lze vymezit jako aplikaci tělesného pohybu. Ta je užívána za účelem pomoc lidem změnit jejich chování, myšlení a emoce (Müller, 2005).

Hátlová (2003) dále uvádí, že psychomotorická terapie se snaží pomocí pohybu získat přístup k pacientovi, a dále tak dosáhnout ovlivnění jeho psychiky díky tomu, že si uvědomí své vlastní psychosomatické „já“. Zpočátku je důraz kladen na neverbální prvky, čímž se postupně otevírá potřeba i verbální komunikace.

V rámci psychomotorické terapie lze využít mnoho jednotlivých postupů, jako například pantomimu, tanec, relaxaci, pohybové hry nebo pohybovou improvizaci.

Specifické metody, ať už pohybově či tělesně stimulující, mohou být součástí různých ucelených konceptů, mezi které spadá i právě metoda pohybového rozvoje Veroniky Sherborne (Müller, 2005).

1.3.4. Cíle metody

Laasonen (dle Ahtiainena, 2010), Müller (2005), Sherborne (2001) a Stankowski (2005) se shodují na definici základního cíle této metody, a to - získat povědomí o sobě samotném, získat povědomí o prostoru, který kolem sebe dítě má, a získat povědomí o ostatních lidech, díky kterému s nimi může dítě dále rozvíjet vztah.

Vědomí sebe samotného je docíleno díky pohybovým zkušenostem a vnitřních fyzických pocitů. Povědomí o ostatních je důležité pro interakci a pro vytváření pozitivního vztahu s ostatními (Laasonen cit.dle Ahtiainena, 2010).

Karásková (2012) uvedla ještě vedle zdokonalování povědomí o vlastním těle a zkvalitnění vnímání prostoru za hlavní cíle metody i navazování kontaktu s jinými lidmi, schopnost vědomého sdílení prostoru s jinými lidmi a rozšiřování škály pohybových dovedností.

Vocilka (1994) dále zařadil mezi cíle metody Veroniky Sherborne zlepšení orientace v prostoru a rozvoj pohybových dovedností, vědomí a poznatků o vlastním těle. Prostřednictvím pohybů dále dochází i k rozvoji citových sociálních vztahů dítěte k lidem v jeho blízkém okolí.

Výstupní hodnoty této důležité a velmi často aplikovatelné metody jsou - usnadnění interpersonálních kontaktů, zlepšení iniciativy a aktivity a uspokojování vlastních potřeb (Janků, 2013). Hill (2007) uvádí, že zásadní význam v rámci tohoto pohybového programu nemají samotné pohyby ale pohybové zkušenosti a příležitosti prozkoumat pohyby, pocity a vztahy prostřednictvím provedení pohybu.

Metoda pohybového rozvoje může dítěti dále pomoc ve fyzickém vývoji a ve vývoji osobnosti. Ve fyzickém vývoji to je pak zejména kontrola nad svým vlastním tělem a ve vývoji osobnosti se odráží pocit silnějšího sebevědomí dítěte, jistota ve vlastních schopnostech, rozvoj vlastní iniciativy a vynalézavosti, citlivost vůči potřebám svého partnera a pocity úspěchu a uspokojení (Sherborne, 2001).

1.4. Pohybová hra a druhy cviků

1.4.1. Pohybová/vztahová hra (RP)

Vztahová hra (relationship play - RP), pohybová hra, nebo také cvik - to vše jsou názvy pro základní prvek konceptu Developmental Movement. Vztahová hra vyžaduje individuální vztah, ve kterém hlavní roli hrají více schopný, vyspělý, starší člověk - partner mladšího, a méně schopný partner - obvykle dítě (Sherborne, 2001).

1.4.2. Cíle vztahové hry

Mezi hlavní cíle této vztahové, pohybové hry patří:

1. Sebedůvěra

Dítě získává důvěru v sebe samotné tím, že je fyzicky podporováno starším partnerem. Pro dítě je bezpečné svěřit se do péče takového partnera. Významnou roli na dítě má také kvalita interakce, která mezi ním a starším partnerem je.

2. Poznání vlastního těla

3. Tělesné a emocionální bezpečí

Dospělý, starší partner, který s dítětem manipuluje, vytváří v dítěti nejenom tělesnou důvěru, ale také citové bezpečí. Vztahová hra proto může být speciálně prospěšná pro takové děti, které jsou emocionálně nebo sociálně nejisté.

4. Komunikace

Jedna z výhod této vztahové hry je vývoj mnoha způsobů komunikace. Dítě velmi často nemá vyvinutý žádný jazyk, ale přesto může celkem jasně komunikovat prostřednictvím pohybové hry. Starší, dospělý partner musí být citlivý na signály, které dítě vysílá

(Sherborne, 2001).

1.4.3. Základní rozdělení

Veronika Sherborne (2001) rozdělila vztahovou hru, na tyto tři typy, a to dle vztahu, který mezi dítětem a jeho starším partnerem během cvičení dominuje:

1. Vztah pečující - "s" (Caring or "with" relationship)
2. Vztah sdílný (Shared relationship)
3. Protivztah (Against relationship)

Každý z těchto tří uvedených typů vztahů obsahuje dále cviky, které odpovídají příslušnému typu vztahu:

1. Vtah pečující - "s":

a) Objekt partnera

- kolébka
- houpací kůň
- salto pozpátku

b) Podpora partnera

- válení
- horizontální houpání
- klouzání
- tunely

c) Pokročilá podpora partnera

- balancování na partnerovi
- poutání
- balancování na zádech partnera
- letadlo
- kotrmelec
- vzájemné objetí
- skákání
- přenos váhy z chodidel na ruce
- houpání

2. Vztah sdílný:

- veslování člunu
- balancování s partnerem
- houpačka

3. Protivztah:

- mačkání
- kámen
- zády k sobě
- věznění

(Sherborne, 2001).

Pro přehlednost uvádím rozdělení vztahových her do následující tabulky:

<i>Vztah pečující - "s" (Caring or "with" relationship)</i>	
a) Objetí partnera	• Kolébka
	• Houpací kůň
	• Salto pozpátku
b) Podpora partnera	• Válení
	• Horizontální houpání
	• Klouzání
	• Tunely
c) Pokročilá podpora partnera	• Balancování na partnerovi
	• Poutání
	• Balancování na partnerových zádech
	• Letadlo
	• Kotrmelec
	• Vzájemné obětí
	• Skákání
	• Přenos váhy z chodidel na ruce
• Houpání	
<i>Vztah "sdílný" (Shared relationship)</i>	
• Veslování člunu	
• Balancování s partnerem	
• Houpačka	
<i>Protivztah (Against relationship)</i>	
• Mačkání	
• Kámen	
• Zády k sobě	
• Věznění	

Interní materiály SPC Nový Jičín uvádí rozdělení vztahové hry dle charakteristiky cviků na cviky "pro" a "s", cviky "spolu" a cviky "proti", které opět vycházejí z výše zmiňovaných druhů vztahů podle Veroniky Sherborne.

- **Cviky "pro" a "s"** - dospělý a dítě cvičí společně s tím, že dospělý zastává aktivní roli a dítě roli pasivní.

Cíl: Poskytnout dítěti pocit bezpečí a motivaci pro spolupráci.

- **Cviky "spolu"** - jsou cviky, které probíhají formou spolupráce obou partnerů.
- **Cviky "proti"** - zařazují se až v době, kdy dítě získá potřebnou důvěru v dospělém.

Cíl: Poskytnout dítěti pocit aktivity, síly i bezpečí (Sherborne - interní materiály SPC Nový Jičín).

Karásková (2012) rozdělila ve své publikaci dále ještě pohyby na:

1. Pohyby umožňující poznání vlastního těla
2. Pohyby utvářející vztah jedince k okolí
3. Pohyby umožňující vytváření vztahu a spolupráce s ostatními lidmi
4. Pohyby umožňující rozvíjení tvořivosti.

1.4.4. Posloupnost cviků

Jednotlivá cvičení jsou řazena do tří vzájemně na sebe navazujících fází. Těmto fázím však předchází ještě úvodní kontakt, seznámení se s vlastním tělem nebo poznávání prostoru (Müller, 2005).

V první fázi cvičí dítě v návaznosti na dospělého, který je aktivní. Dospělý dítětem manipuluje za účelem připravit a probudit jeho vlastní možnosti. Ve druhé fázi působí dítě aktivně proti dospělému. Cílem této druhé fáze je uvědomit si vlastní možnosti dítěte a umět je použít. Třetí fáze je věnována vzájemné spolupráci dítěte a dospělého s cílem sdílet vzájemné pocity (Alešová in Valenta, M. a Müller, O., 2003).

Jednotlivá cvičení, pohybové hry, mají svou danou posloupnost.

1. Zahájení - v této první části se nejprve partneři přivítají jménem. Následně pracují na uvědomování si vlastního těla tím, že se ho dotýkají, a následně se dotýkají partneři navzájem.
2. Cviky "pro" a "s" - druhá fáze pohybového sezení.
3. Cviky "proti" - třetí fáze pohybového sezení.
4. Cviky "spolu" - čtvrtá fáze pohybového sezení

(Sherborne - interní materiály SPC Nový Jičín).

1.4.5. Význam partnera

Metoda Veroniky Sherborne je dle Laasonena označována za tak efektivní z důvodu komunikace a interakce mezi partnery během cvičení (cit.dle Ahtiainena, 2010). Existuje mnoho možností, jak partnery sestavit. Nejlepším partnerským vztahem je samozřejmě rodič a dítě, což ale není vždy možné. Další možné vztahy, které lze bez problémů vytvářet, jsou: učitel a dítě s běžnými potřebami, učitel a dítě se speciálními potřebami, dítě se speciálními potřebami a dítě s potřebami běžnými, vychovatel a dítě předškolního věku (Sherborne, 2001).

Sherborne (2001) dále uvádí, že vzájemnými partnery během cvičení si mohou být děti s běžnými potřebami navzájem mezi sebou, dále starší děti s lehkým mentálním postižením mohou být partnery pro mladší děti s těžkým mentálním postižením. Starší děti ze základní školy mohou dělat partnera dětem se speciálními potřebami. Starší děti s těžkým mentálním postižením mohou hledat partnera prakticky v komkoliv a nebo se naučit být partnery pro děti s hlubokým a mnohonásobným mentálním postižením.

Bylo prokázáno, že osoby, které doprovázejí dítě při této pohybové metodě, mají pozitivní vliv na jejich rozvoj. Největší pokrok byl zaznamenán, když partnerem dítěte byl pracovník speciálně vzdělávacího centra (Zwolinska et al., 2014).

Za dvě základní role partnera označila Sherborne (2001) komunikační dovednosti a hlas partnera. V komunikačních dovednostech je nejdůležitější oční kontakt a mimika partnera. Hlas je velmi důležitým komunikačním prostředkem, a zahrnuje i zvuky, broukání nebo zpívání. Partner by měl rozlišovat a vhodně zařazovat hlas tichý a pomalý nebo hlas povzbuzující. Místo hlasu partnera lze využít i nahranou hudbu.

1.5. Zásady cvičení

Jak Stankowski (2005) uvádí, dítěti jsou určité cviky pouze nabízeny. Dítě je může samo obměňovat, čímž rozvíjí svou spontánnost a kreativitu. Důležité je akceptovat potřeby dítěte a jeho případné nápady či modifikace podporovat. Neméně důležitý důraz klademe také na to, aby v průběhu cvičení mohl žák poznávat svou vlastní sílu ale zároveň aby se učil spolupráci a sdílení se svým partnerem (Vocilka, 1994). V průběhu cvičení se děti tedy učí od svých partnerů (Laasonen cit.dle Ahtiainena, 2010). K praktikování tohoto konceptu neexistují žádné pevně dané kroky a v praxi se zdá být jednoduchý. Dovoluje tím účastníkům cítit a rozpoznávat své pocity. Přijetím svých pocitů je účastník schopen pracovat skrze ně (Filer cit.dle Hena, 2012).

Vocilka (1994) dále popisuje několik dalších zásad, která by během cvičení měla být dodržována. Během cvičení by měl být kladen důraz na střídání pasivních a aktivních rolí. Dále je velmi důležité sledovat, zda není dítě unaveno a zda je možné ve cvičení pokračovat. Vhodné je po 2 - 3 cvičení zařazovat relaxaci na žíněnce nebo na dece. Na závěr i v průběhu cvičení může být zařazeno zpívání. Dítě při něm držíme za ruce nebo v náručí.

Během cvičení může dospělý doplňovat dítě povzbudivými slovy. Tato slova mohou být: "zatlač", "vylez", "lehni", "zavři oči", "udělej domeček", "pevně", "jemně". Lze použít i předložky, jako například "nad", "pod", "za". Velmi důležitým aspektem komunikace je oční kontakt (Sherborne, 2001). Cvičení zařazujeme pravidelně a dlouhodobě, tedy nejméně 1 - 2x týdně po dobu 20 - 30 minut, u strašících žáků až 60 minut (Kurková, 2006).

Veronika Sherborne (2001) dále také vytyčuje několik zásad, které je třeba dodržovat při plánování cvičebního programu:

1. Důležité je, aby byla hodina dopředu naplánována a cviky zapsány v poznámkách.
2. V průběhu cvičení může dítě spontánně zařadit aktivitu, která není v plánu.
3. Učitel průběh cvičení pozoruje a vyhodnocuje, jaké aktivity jsou pro dané dítě nebo třídu vhodné.
4. Říkáme dětem, proč určité aktivity cvičíme.
5. Na konci hodiny se děti zeptáme, co se jim nejvíce líbilo.

1.6. Základní charakteristika diagnóz, na které je pohybový program primárně zaměřen

Velmi důležité je odlišovat hodnoty tohoto cvičení dle individuálních potřeb osob i jejich poruch, kterými mohou být různé stupně a typy mentální retardace, autističtí jedinci, osoby s dětskou mozkovou obrnou, s poruchami chování a emocí, deprivované děti z patologických rodin, děti neslyšící a nevidomé, děti chronicky nemocné, s vadami řeči a verbální komunikace (Stankowski, 2005).

V následující kapitole budou stručně definovány základní diagnózy, které ve své publikaci uvádí Veronika Sherborne.

1.6.1. Mentální retardace

Mentální retardace je vývojová porucha rozumových schopností. Vyznačuje se snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností. Etiologie může být jak prenatální, perinatální tak i časně postnatální (Valenta et al., 2012).

Termín mentální retardace je nejednoznačný a v současné době ho vymezuje mnoho definic. Tyto definice mají společné především zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na sociální prostředí

(Valenta et al., 2012). Bartoňová (et al., 2007) objasňují pojem mentální retardace jako opožděnost rozumového vývoje. Čadilová a Jůn (2007) uvádí, že mentální retardace je vrozený stav. Při tomto vrozeném stavu nedošlo k úplnému rozvoji mentálních schopností. Následkem toho je omezení rozumových a adaptivních schopností člověka. Valenta (et al., 2012) uvádí rozdělení mentální retardace dle inteligence a schopnosti adaptability do šesti skupin - lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace.

Motoriku dětí s mentálním postižením nelze zobecňovat. Celkem vzato lze ale říct, že jejich pohyb není ani volný, ani kontrolovaný, ani flexibilní, ani přímý, ani rychlý, ani vytrvalý. Pro učitele, terapeuty i rodiče je mnohem důležitější a složitější navazování kontaktu s těmito dětmi než s dětmi běžnými (Sherborne, 2001).

1.6.2. Autismus

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje - porucha některých mozkových funkcí. Důsledkem této poruchy pak může být to, že dítě nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá (Thorová, 2006).

Thorová (2006) dále uvádí, že poruchy autistického spektra jsou primárně poruchami komunikace. Jedním z prvních signálů pro rodiče je proto opoždění v oblasti vývoje řeči. Narušena není ale pouze oblast komunikace, ale i sociální interakce.

Hlavní charakteristika pohybu dětí s autismem je opakování pohybu, vytrvalost a jemný dotek. Dítě bývá často posedlé nějakou konkrétní věcí. Většinou nejeví zájem o rozvoj svého tělesného povědomí a vyhýbá se vytváření vztahů (Sherborne, 2001).

1.6.3. Downův syndrom

Děti s Downovým syndromem mají více odlišností než podobností. Mohou být klidné i umíněné, některé mohou mít rády hudbu, jiné nezajímá, některé jsou energické, jiné zas málo aktivní. Do jisté míry ale mají všechny mentální retardaci, ať už lehkou nebo těžší. Downův syndrom patří mezi nejčastěji vrozené syndromy a také je nejčastěji rozpoznatelnou příčinou mentální retardace (Selikowitz, 2005).

Mezi charakteristické příznaky dítěte s Downovým syndromem patří: plochý obličej, oči mírně zešíklé vzhůru, volná kůže na zadní části krku, který bývá krátký a široký, větší jazyk, široké ruce s krátkými prsty, malíček může mít pouze jeden kloub namísto dvou ("klinodaktylie"), pouze jedna příčná rýha na dlani, nebo široké nohy.

Mezi další příznaky patří ochablé svalstvo končetin a krku - hypotonie (Selikowitz, 2005).

Co se pohybu týče, tyto děti mají výrazný volný průběh a dobrou flexibilitu pohybu. Velmi často bývají tyto dvě pohybové kvality rozvíjeny lépe u dětí s Downovým syndromem než u dětí běžných. Jejich problémem ale může být jemná motorika a soustředění pozornosti. Celkově lze ale říct, že tyto děti mají rády pohybové aktivity, mají z nich dobrý pocit a bývají dobrými partnery k jiným dětem (Sherborne, 2001).

1.6.4. Dětská mozková obrna

Dětskou mozkovou obrnou označujeme poruchy hybnosti a vývoje hybnosti. Tyto poruchy vznikají poškozením mozku před porodem, během porodu nebo po porodu (Neubaerová, Javorská a Neubauer, 2011).

Dětskou mozkovou obrnu řadíme k nejčastějším závažným neurovývojovým onemocněním. Počet jedinců, kteří trpí touto diagnózou, se v poslední době mnohočetně zvyšuje. Hlavní příčinou tohoto nárůstu jsou pokroky v neonatologické péči, která v současné době umožňuje přežití ohrožených a nedonošených jedinců. Dětská mozková obrna představuje neurologické onemocnění, které je způsobeno raným poškozením mozku v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Mezi hlavní projevy onemocnění patří poškození vývoje hybnosti (Wu, Pedersen, Miller, et al., 2013).

Děti s dětskou mozkovou obrnou můžeme dle rozsahu motorického a mentálního postižení rozdělit do několika skupin. Každá skupina vyžaduje individuální a specifický přístup. První skupinou jsou pacienti postižení těžkou motorickou poruchou i těžkou mentální retardací. Tyto pacienti jsou plně odkázáni na péči okolí. Druhou skupinou jsou pacienti postižení těžkou motorickou poruchou a jen středním nebo lehkým stupněm mentální retardace. U této skupiny pacientů je velmi důležité zahájit rehabilitaci co nejdříve přičemž hlavními problémy u nich jsou kontraktury a neurogenně vzniklé deformity. Do třetí skupiny spadají pacienti postižení středně těžkou motorickou poruchou s pouze lehkým stupněm mentální retardace. Jejich výhodou je především jejich spolupráce. Čtvrtá skupina je tvořena pacienty postiženými lehkou motorickou poruchou s lehkým stupněm mentální retardace, která není tak častá a poslední skupinu tvoří pacienti postižení velmi lehkou, izolovanou motorickou poruchou bez známek mentální retardace. Výhodou těchto dětí je jejich vysoká spolupráce (Kolář et al., 2009).

1.6.5. Hyperaktivita

V souvislosti s pojmem hyperaktivita je důležité ujasnit si terminologii, která se po dobu několika let stále vyvíjela a obměňovala. Od 90. let 20. století se užívá v souladu s MKN - 10 termín hyperkinetická porucha. Setkat se můžeme i se zkratkou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Tato zkratka vychází z terminologie Americké psychiatrické asociace a představuje označení pro syndrom deficitu pozornosti spojený s hyperaktivitou. Pojem ADD (Attention Deficit Disorder) je označení pro syndrom deficitu pozornosti bez přítomnosti hyperaktivity (Jucovičová a Žáčková, 2010.).

Jako nejčastější příčinu vzniku ADHD uvádí Jucovičová a Žáčková (2010) drobné difúzní poškození mozku, které vzniká v období vývoje a zrání centrální nervové soustavy.

Goetz, (2009) uvádí jako hlavní projevy ADHD hyperaktivitu, impulzivitu a poruchy pozornosti. U ADHD se mohou vyskytovat i určité přidružené poruchy, mezi které patří: poruchy motoriky a senzomotorické koordinace, poruchy percepčních a kognitivních funkcí, poruchy paměti, poruchy myšlení a řeči nebo poruchy opozičního vzdoru (Jucovičová a Žáčková, 2010).

Sherborne (2001) uvádí, že hlavní charakteristika hyperaktivních dětí je přehnaná rychlost, volný průběh pohybu a síla. Energie, která je pro tyto děti charakteristická, bývá často extrémně rušivá i vyčerpávající pro ostatní děti i dospělé. Hyperaktivní děti neprojevují žádný zájem o své vlastní tělo a odmítají vztah.

1.6.6. Poruchy chování a emocí

Pohybové projevy těchto dětí jsou opět velmi variabilní. Převážně se u nich vyskytují extrémní pohybové kvality. Některé dítě může mít obrovskou sílu, a jiné zas žádnou, některé se pohybuje rychle, některé zas téměř vůbec a u některého můžeme vidět extrémní volný průběh pohybu, u některého může být tento průběh velmi omezený. Mnoho těchto dětí nevykazuje zájem o rozvoj svého tělesného povědomí a pro mnoho z nich je složité vytvářet si vztah s ostatními lidmi.

Na průběh pohybové terapie reagují dobře pouze tehdy, mají-li dobrý vztah s členy skupinky nebo se svým partnerem (Sherborne, 2001).

2. Praktická část

2.1. Metodologie práce

Tato bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části bakalářské práce jsou na základě zdrojů z české i zahraniční literatury shrnuty základní poznatky o programu Developmental Movement dle Veroniky Sherborne. Hlavním zdrojem, ze kterého jsem čerpala nejvíce informací, je kniha Developmental Movement for children od Veroniky Sherborne. Tato kniha je k dispozici pouze v anglickém jazyce a není v běžných obchodech České republiky k dostání. Knihu jsem si proto na vlastní náklady zakoupila v zahraničním internetovém obchodu a následně ji přeložila. V praktické části bakalářské práce jsem se nejprve zaměřila na zmapování situace o využití programu Developmental Movement v České republice. Následně jsem navrhla cvičební jednotku tohoto programu a v praxi jsem ji na několika vhodných adeptech vyzkoušela.

2.1.1. Cíle bakalářské práce

Hlavním cílem teoretické části je na podkladě české i zahraniční literatury shrnout teoretické poznatky o programu Veroniky Sherborne a tím zvýšit informovanost o tomto cvičebním programu. V praktické části jsem si stanovila hned tři základní cíle práce. Prvním cílem je zmapování situace v České republice v oblasti využití programu Developmental Movement v zařízeních různého typu. Jako druhý cíl jsem si stanovila navrhnout univerzálně využitelnou cvičební jednotku tohoto programu a třetím cílem práce je vyzkoušet zmiňovanou cvičební jednotku v praxi.

2.1.2. Základní otázky bakalářské práce

1. Kolik zařízení v České republice využívá program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne?

2. Jak lze program Developmental Movement využít v ergoterapii?

2.1.3. Metoda sběru dat pro zmapování situace v ČR

Ke sběru informací o zmapování situace v České republice jsem udělala průzkum s využitím prvků metod kvantitativního výzkumu - uzavřené otázky rozeslané

do 31 pracovišť po České republice pomocí elektronické pošty (příloha č. 2). Formou dotazu jsem kontaktovala taková zařízení, která pracují s dětmi, na jejichž diagnózy nebo problémy je program Veroniky Sherborne primárně zaměřen a ve kterých pracuje ergoterapeut, fyzioterapeut nebo speciální pedagog, který by v zařízení mohl program praktikovat.

Oslovila jsem následující zařízení: Mateřská škola Pražská Doksy, Speciální školka Nový Jičín, Montessori centrum Český Těšín, Centrum terapeutické péče o děti s autismem, Jedličkův ústav a školy, APLA - Středisko terapie a sociální rehabilitace, IC Zahrada, CSS Tloskov, Komunitní centrum Motýlek, Asistence o.s., Arpida, DC Paprsek - Středisko Hloubětín, DC Paprsek - Středisko Prosek, DC Paprsek - Středisko DAR, MŠ speciální a Speciálně pedagogické centrum Štíbrova, Sanatoria Klimkovice, Diakonie ČCE - Středisko Raná péče Stodůlky, Diakonie ČCE - Středisko Ratolest, Diakonie ČCE - Středisko Zvonek, MŠ Opletalova, Domov Laguna Psáry, AUT centrum o.p.s., Modrý klíč o.p.s., Sluneční domov, Občanské sdružení ProCit, MŠ speciální Sluníčko a Speciálně pedagogické centrum, Dětské centrum Strančice, MŠ Libocká, ZŠ speciální a praktická škola Roosveltova, Denní stacionář Akord, Hamzova léčebna Luže - Košumberk.

2.1.4. Metoda sběru dat pro vytvoření cvičební jednotky

Vzhledem k tomu, že česká literatura je nedostačujícím zdrojem v oblasti informací o programu Developmental Movement, hlavními zdroji pro tvorbu teoretické a z ní vycházející praktické části bakalářské práce mi byly zdroje cizojazyčné. Pro tvorbu cvičební jednotky tohoto konceptu jsem využila převážně knihu Veroniky Sherborne - Developmental Movement for children. Tato kniha uvádí podrobný popis jednotlivých cviků pohybového programu. Veškerý popis cviků v mé cvičební jednotce tedy vychází z této knihy.

Podrobné nastudování teoretických poznatků o pohybovém programu mi umožnilo sestavit cvičební jednotku dle jeho hlavních zásad a pravidel. Cviky, které jsem do cvičební jednotky zařadila, jsem vybrala tak, aby byly aplikovatelné u co nejširší skupiny dětí a manuál aby plnil co nejuniverzálnější funkci. Nezařazovala jsem proto takové cviky, které by mohly být složitější jak na motorické požadavky tak na porozumění. Dalším zdrojem inspirace pro výběr vhodných cviků mi byla i videa běžně dostupná na internetu. V poslední řadě mi i velmi důležitou inspirací byla návštěva v

Mateřské škole Pražské v Doksech, kterou jsem ještě před sestavováním cvičební jednotky navštívila a zúčastnila jsem se jednoho skupinové cvičení dle programu Developmental Movement.

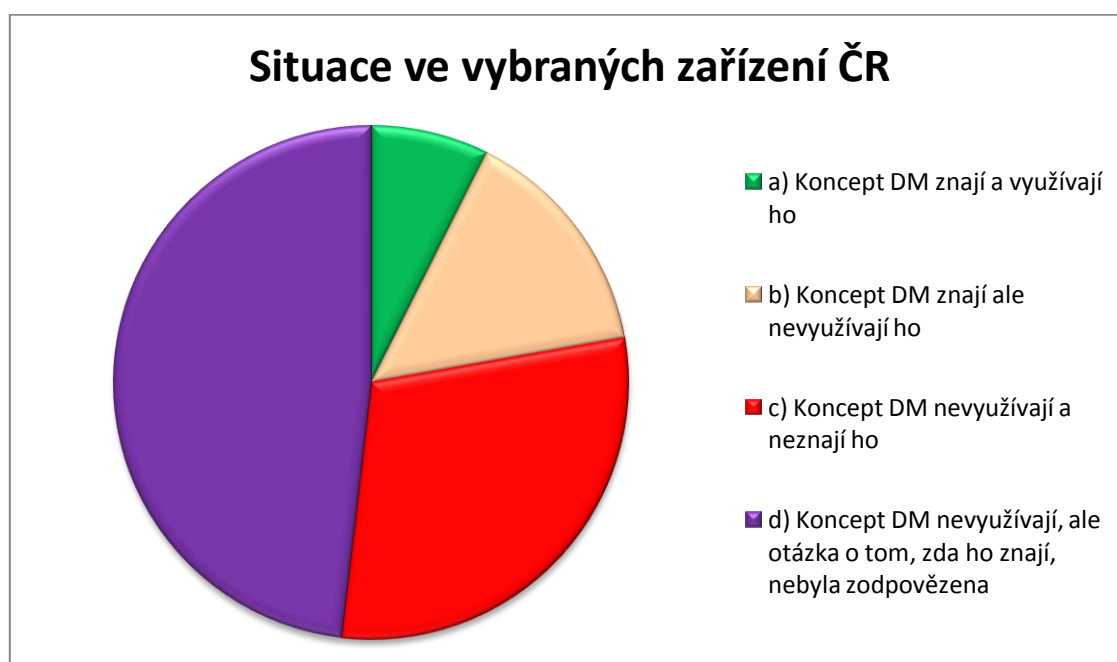
Vlastní navržená cvičební jednotka je určena pro individuální cvičení dvou partnerů - staršího a mladšího. Dle potřeb ji lze ale modifikovat i do skupinových cvičení tohoto konceptu, základní zásady a pravidla zůstávají stále stejná.

2.2. Situace v ČR

Z dotazovaných 31 zařízení v České republice se mi dostalo 27 odpovědí.

Jednotlivá zařízení jsem dle odpovědí rozdělila na taková, která a) koncept znají a využívají, b) koncept znají, ale nevyžívají, c) koncept nevyžívají ani ho neznají a d) koncept nevyžívají ale otázka o tom, zda ho znají, nebyla zodpovězena. Výsledky tohoto průzkumu pro mě byly velmi překvapivé.

Koncept Developmental Movement dle Veroniky Sherborne znají a využívají pouze 2 z dotazovaných zařízení. Jsou to: Mateřská škola Pražská Doksy a Speciální školka Nový Jičín. Další 4 zařízení koncept znají nebo o něm z různých zdrojů již slyšela, ale nevyžívají ho, 8 dalších zařízení koncept nevyžívá ani ho nezná a zbylých 13 zařízení koncept nevyžívá a otázka o tom, zda koncept znají, nebyla zodpovězena.



Graf č.1. Situace o povědomí a využití konceptu DM ve vybraných zařízeních ČR

2.3. Návrh cvičební jednotky

Po důkladném prostudování teoretických poznatků, inspirací internetovými videi a návštěvě Mateřské školy Pražské v Doksech jsem sestavila cvičební jednotku tohoto programu.

Vlastní navržená cvičební jednotka Pohybového programu dle Veroniky Sherborne je zaměřená na individuální cvičení tohoto programu. Dle potřeby ji lze ale samozřejmě modifikovat i do skupinových terapií, zásady se nemění.

Tento navržený program je program pro dvojici partnerů - starší partner (terapeut, rodič, starší dítě) a mladší partner (mladší dítě). V tomto manuálu budu používat pojmenování "**terapeut**" jako starší partner, a "**dítě**" jako partner mladší.

Z důvodu co největší využitelnosti a nejefektivnějšího přínosu není tato cvičební jednotka zaměřena na konkrétní diagnózu a poskytuje určitý návod, jak koncept praktikovat u co nejširší skupiny dětí. Vzhledem k tomu, že u některé diagnózy existují jisté speciální zásady nebo doporučení, které je vhodné dodržovat, budou tyto zásady uváděny u konkrétního cviku, kterého se budou týkat.

Cviky a postupy, které manuál uvádí a popisuje, je samozřejmě nutné přizpůsobit přímo dítěti, se kterým pracujeme, jelikož má každé jiné možnosti a dovednosti. Některé cviky lze vynechat, některé lze rozšířit, nebo nechat dítě samotně cviky obměňovat. Některé cviky jsou doplněny vhodnou povzbudivou básničkou, kterou lze opět obměňovat například dle toho, co má dítě rádo. Jediné co k cvičení budeme potřebovat je pohodlné oblečení dítěte i terapeuta a žíněnku, popřípadě deku. Veškeré fotografie k tomuto manuálu jsem vytvořila sama a popis všech cviků vychází z knihy *Developmental Movement for children* od Veroniky Sherborne.

2.3.1. Struktura cvičební jednotky

A: Úvod

- zahájení, přivítání se jménem
- úvodní kontakt - seznámení se s vlastním tělem, s partnerem, s prostorem

B: Cviky pečující, "spolu"

- dítě cvičí v návaznosti na terapeuta, terapeut je aktivní
- terapeut dítětem manipuluje
- cíl: připravit a probudit vlastní možnosti dítěte

C: Cviky "proti"

- dítě cvičí aktivně proti terapeutovi
- cíl: uvědomit si vlastní možnosti a umět je použít

D: Cviky "spolu"

- spolupráce dítěte a terapeuta
- cíl: sdílet vzájemné pocity

2.3.1.1. Úvod

1. Představení se - oba partneři se navzájem představí jménem.

2. Poznávání vlastního těla - dítě a terapeut sedí naproti sobě a dotýkají se částí svého těla. (*"Ukážeme si kde máme vlasy, uši, oči, nos, pusy, ramena, břicho, stehna, kolínka, nohy"*).

3. Poznávání těla svého partnera

a) Dítě a terapeut se následně začnou dotýkat navzájem stejných částí těla. (*"Ukážeš kde mám já vlasy, uši,..."*)

U poznávání svého těla i těla partnera lze využít i následující básničku:

"Paci, paci, pacičky, to jsou moje/tvoje ručičky.

Ťapy, ťapy, ťapičky, to jsou moje/tvoje nožičky.

Ručky, aby dělaly, nožky, aby běžaly.

Očka, aby viděly, ouška, aby slyšely.

Pusinka je na papání a nosánek na čmouchání" (atropin.cz, 2010-2015).

b) Dítě a terapeut sedí stále naproti sobě, mají bosé nohy a navzájem se jimi hladí po nohou.

c) Dítě si sedne před terapeuta, který má roztažené nohy. Terapeut začne hladit dítě po zádech a dělá mu "masáž".

d) Dítě a terapeut si vymění pozice - dítě si stoupne za terapeuta, hladí ho po zádech a dělá "masáž" jemu.

4. Poznávání prostředí - v poslední aktivitě úvodu se terapeut postaví, dítě leží na břiše na podložce a chytne se za terapeutovi kotníky. Terapeut poté začne chodit po místnosti a dítě tahá za sebou.

2.3.1.2. Cviky pečující, "s"

Cviky pečující rozdělujeme ještě do třech skupin - cviky, při kterých je dítě objímáno, cviky, při kterých je dítě podporováno, a cviky s pokročilou podporou dítěte.

a) objetí dítěte

Tyto cviky dodávají dítěti pocit bezpečí a proto je vhodné s nimi začít.

1. Kolébka

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze. Mezi nohama má posazené dítě, které obejmě nohama, rukama i trupem. Následně začne terapeut jemně kolébat dítě z jedné strany na druhou. Oporu dítěti terapeut poskytuje i svými koleny a stehny. Terapeut určuje vhodné tempo a rozmezí naklánění. Vhodné i příjemnější pro dítě je, když si může svou hlavu opřít o terapeutův hrudník. Při kolébání může mít dítě nohy pokrčené i natažené. Dítě by mělo při této aktivitě zavřít oči. Pokud toho není schopné, položí mu terapeut jemně svou ruku přes oči.

Cíl: Tato aktivita pomáhá vytvářet vztah mezi terapeutem a dítětem a také tento vztah zlepšuje. Při této aktivitě je důležité sledovat, zda je dítě schopné odevzdat svou váhu dospělému. Pokud ano, znamená to, že mu důvěřuje.



Obr.č.1 Kolébka

2. Houpací kůň

Popis cviku: Zůstáváme ve stejné pozici jako u předchozí aktivity. Terapeut chytí dítě pod kolena, pokud je dítě velmi malé, může sedět na stehnech terapeuta. Následně terapeut začne houpat dítě dopředu a dozadu. Pokud najde dítě v této aktivitě bezpečí, může být houpání výraznější. Houpání může být natolik výrazné, že nohy dítěte budou sahat až za jeho hlavu.

Při této aktivitě poskytuje pečovatel dítěti totální podporu.

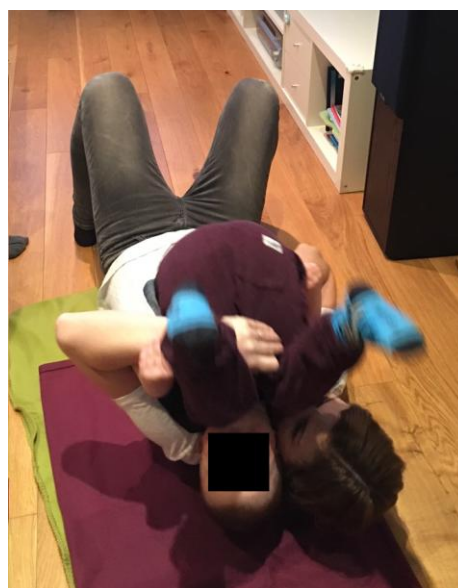


Obr.č.2 *Houpací kůň*

3. Salto pozpátku

Popis cviku: U odvážnějších a sebejistých dětí může terapeut přes houpacího koně pomalu přejít do salta pozpátku. Houpacího koně zvýšíme natolik, že nohy dítěte budou vzhůru, až udělá kotrmelec (salto) přes ramena terapeuta.

Cíl: Při této aktivitě se učí dítě věřit svému partnerovi i sobě, rozvíjí tím ovládnutí svého těla.



Obr.č.3 *Salto pozpátku*

b) podpora

- podpora může být totální (= svěření a přenášení veškeré váhy) nebo částečná (= dítě se naklání proti terapeutovi)
- aktivity jsou nenáročné a podporují dítě k zapojení

1. Ještěr (kůň)

Popis cviku: Terapeut přejde do pozice na všech čtyřech. Dítě si sedne na jeho záda, obličejem směrem dopředu. Terapeut začne chodit po místnosti jako kůň.



Obr.č.4 Ještěr (kůň)

2. Válení

Popis cviku: Po první aktivitě terapeut dítě jemně skutálí na zem a přejdeme k další aktivitě - válení.

- a) Nejprve sedí terapeut na podlaze s nataženými nohama a dítě leží napříč jeho stehna. Terapeut si začne válet dítě ke kotníkům a zpátky ke stehnům.



Obr.č.5 Válení, varianta a)

b) Následně se přejde k válení se po podložce. Nejprve může dospělý dítěti ve válení pomáhat - válení začíná prvním otočením jednoho kyčelního kloubu, ramena a kolene, následuje rotace a otočení v trupu.

c) Poté se válí terapeut a dítě dohromady - položí se na břicho, hlavami k sobě, nad hlavami si spojí ruce a následně se začnou společně válet.



Obr.č.6 *Válení, varianta c)*

Cíl:

- tato aktivita podporuje uvědomování si svého trupu
- dítěti dodává pocit volného průběhu pohybu váhy, pocit pohybu těla jako celku

- dítě si vytváří povědomí o svém vlastním těle
- flexibilita v trupu ukazuje, že dítě si je vědomo svého těla

Tuto aktivitu lze doprovodit následující básničkou:

"Koulela se ze dvora, takle velká brambora.

Neviděla neslyšela, že na ni padá závora.

Kam koukáš ty závoro? Na tebe ty bramboro.

Kdyby tudy projel vlak, byl by z tebe bramborák" (atropin.cz, 2010-2015).

3. Klouzání

Popis cviku: Z válení přejdeme do klouzání. Dítě leží na zádech, terapeut chytne dítě za nohy a tahá ho po místnosti. S dítětem manipuluje ve velkém rozsahu pohybu - ze strany na stranu - zvyšuje tím flexibilitu pasu.

Aktivita podporuje oční kontakt mezi dítětem a terapeutem.

Terapeut si všímá, jestli má dítě při klouzání položenou hlavu na podlaze, což je známka sebedůvěry. Pokud je dítěti nepříjemný dotek hlavy se zemí, může si dát pod hlavu ruce.

Děti s těžkým mentálním postižením může tahat terapeut v dece.



Obr.č.7 Klouzání

4. Tunely

Popis cviku: Terapeut přejde do pozice na všech čtyřech - opírá se o ruce a o kolena. Dítě bude prolézat v prostoru pod ním. Může prolézat napříč tělem nebo podél těla. Pokud je toho dítě schopné, udělá tunel pro terapeuta - dítě je pak ve vyšší pozici na všech čtyřech, kdy se opírá o ruce a o chodidla.

Aktivitu doprovázíme básničkou:

" Do tunelu jede vlak, pomaličku tak a tak.

Kudy kudy cestička, už je venku nožička" (atropin.cz, 2010-2015).



Obr.č.8 Tunely



Obr.č.9 Tunely

c) pokročilejší podpora

1. Balancování na partnerovi

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze, má natažené nohy. Dítě si stoupne na stehna terapeuta a opírá se o jeho ruce.

Z této varianty se může přejít do varianty o něco složitější - terapeut sedí na podlaze, má pokrčené nohy, dítě se postaví na terapeutovi kolena, navzájem se drží za ruce.

Tato aktivita opět podporuje oční kontakt.



Obr.č.10 *Balancování na partnerovi*

2. Opičátka

Popis cviku: Terapeut sedí na zemi, má obě nohy do roztažené do stran. Dítě se na terapeuta posadí tak, že ho obejmeme nohama okolo břicha a rukama okolo krku. Terapeut se následně předkloní a přejde do pozice na všech čtyřech. Dítě se terapeuta musí pevně držet, terapeut se poté může pohupovat ze stany na stranu.

"V Americe při muzice, tancovaly tři opice.

Jedna tak a druhá tak, a ta třetí všelijak" (atropin.cz, 2010-2015).



Obr.č.11 *Opičátka*

3. Letadlo

Popis cviku: Terapeut si lehne na záda a pokrčí kolena. Jeho holeně budou tvořit oporu pro břicho dítěte. Dítě se položí trupem na terapeutovi holeně, obličejem k zemi. Terapeut následně může s dítětem pohybovat dolů a nahoru, popřípadě do stran. Tato pozice je velmi dobrá pro navázání očního kontaktu.



Obr.č.12 *Letadlo*

Tato aktivita je opět vhodná pro doplnění básničkou:

*" Letí, letí letadlo, koho by to napadlo.
Vyletělo mezi mráčky, pozdravilo
všechny ptáčky.*

*Obletělo celý svět, vrátilo se na zem
zpět"* (atropin.cz, 2010-2015).

4. Kotrmelec

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze, nohy má natažené a mírně od sebe. Dítě stojí za zády terapeuta, je nakloněno přes jeho rameno a opírá se svým břichem o jeho záda. Poté dítě položí ruce na zem mezi nohy terapeuta. Terapeut obejmě hlavu a břicho dítěte (okolo zad) a zajistí, že dítě dopadne na ramena a sroluje se po páteři. Děti milují být nohama vzhůru.

U této aktivity je opět důležité zvážit, zda je pro konkrétní dítě vhodná.



Obr.č.13 *Kotrmelec*

2.3.1.3. Cviky proti, "v rozporu"

Pokud dítě přijalo pohybové zkušenosti v předchozí fázi cviků a začala se objevovat jeho iniciativa, je připraveno vyzkoušet vztah v rozporu, čili cviky proti. V těchto aktivitách testuje dítě svou vlastní sílu. Terapeut přizpůsobuje svou sílu dítěti a dítě přes tyto aktivity rozvíjí kontrolu nad tou vlastní.

Cíl: Naučit dítě zaměřit a analyzovat jeho vlastní sílu, rozvíjet nad ní kontrolu silou a naučit se ji vhodně používat.

Úkolem terapeuta není dominovat a vyhrávat bitvy, ale poskytnout dítěti naplnění zkušeností s jeho vlastní silou.

Terapeut dále testuje dítě, povzbuzuje jeho snahu a dovoluje dítěti být úspěšný.

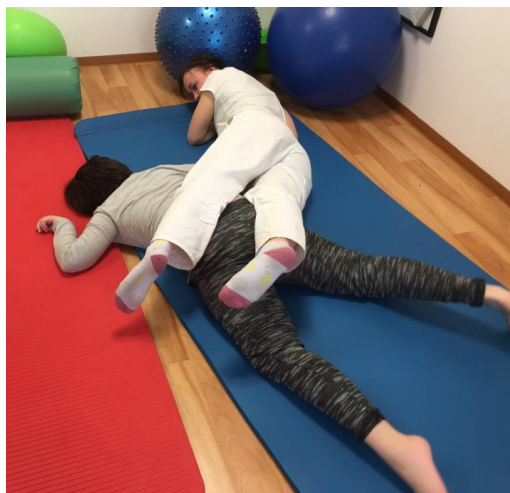
Tento druh vztahu by měl také obsahovat humor, měl by být podáván vtipnou formou.

Cviky mohou být problematické pro děti s těžkým mentálním postižením.

1. Mačkání

Popis cviku: Terapeut leží na podlaze, obličejem k zemi. Opírá se o svou horní část těla a pod nohama má dítě. Dítě je povzbuzováno a nuceno vykroutit se z pod těla dospělého. Terapeut se o dítě opírá pouze na tolik, kolik dítě zvládne.

Dítě pociťuje spokojenost a pocit úspěchu, když se mu podaří uniknout.



Obr.č.14 Mačkání

2. Kámen

Popis cviku: Dítě se posadí na podlahu, má pokrčená kolena, chodidla mírně od sebe. Jeho ruce s roztaženými prsty se jemně dotýkají podlahy. Dítě je "kámen" a terapeut testuje jeho stabilitu taháním za kolena. Pokud je dítě na tlak připraveno, dospělý tahá o něco silněji. Ne však tak silně, aby dítě neodtlačil z jeho opěrné báze. Terapeut může testovat sílu dítěte i ze zadu taháním za ramena.

Vždy dítě na tlak nejdříve připravíme jemným zataháním nebo zatlačáním.

Následně si partneři vymění pozice a dítě bude tahat terapeuta. Když terapeut ucítí, že je vynaložena co největší síla dítěte, povolí a nechá se svalit, čímž dítěti poskytne pocit radosti a úspěchu.

Pokud jde o těžce postižené dítě, terapeut si sedne vedle něj, vezme jednu jeho ruku a položí ji na své rameno a vyzve dítě, aby zatlačilo. Dítěti pomůže zatlačit, poté se terapeut svalí, čímž dítě odmění.

Cíl: Poskytnout dítěti požitek síly a stability a "nepoškodit" ho.

Tato aktivita kombinuje sílu se stabilitou. Velmi důležitý je oční kontakt a slovní doprovod.



Obr.č.15 Kámen - terapeut testuje dítě



Obr.č.16 Kámen - dítě testuje terapeuta

3. Zády k sobě

Popis cviku: Oba partneři sedí zády k sobě, mají pokrčená kolena, chodidla drží pevně na zemi a ruce mají opřeny za sebou. Poté si začnou tlačit navzájem do svých zad čímž zkouší, jak je jejich partner silný. Výsledkem bývá obvykle statický zápas.



Obr.č.17 Zády k sobě

4. Věznění

Popis cviku: Terapeut sedí na zemi, mezi nohama má posazené dítě. Dítě sedí v pomyslném domečku. Domeček je nejprve přístupný, kolébá se, postupně přichází věznění. Terapeut svírá dítě rukama, dítě je nuceno vyvléknout se "dveřmi", "oknem" nebo "komínem". Terapeut nechá dítě utéct pokud ucítí, že vyvinulo co největší sílu.



Obr.č.18 Věznění

2.3.1.4. Cviky "spolu"

1. Veslování člunu

Popis cviku: Terapeut a dítě sedí na podlaze, obličejem k sobě, nohy mají roztažené a chodidla terapeuta a dítěte na sebe naléhají. Velmi malé děti mohou sedět na terapeutových nohách. Terapeut a dítě se vzájemně uchopí za zápěstí, jeden partner se položí, druhý si sedne, a naopak.

Tento cvik představuje nejjednodušší sdílnou aktivitu, při které je opět velmi důležitý oční kontakt.

Cíl: - Pomoc dítěti položit se, aby jeho hlava zůstala na zemi.

- Podpořit dítě, aby vytáhlo pečovatele do pozice v sedě.



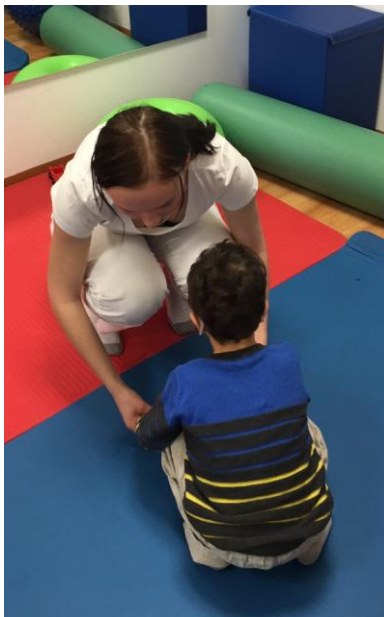
Obr.č.19 Veslování člunu

2. Balancování s partnerem

Popis cviku: Oba partneři sedí na podlaze, opřeny o chodidla, která mají u sebe ve stabilní pozici (takzvaná pozice na "bobku"). Partneři se uchopí za zápěstí, následně se vzpřimují a zase sedají zpět. Když toto zvládnou, přejdou do varianty, kdy jeden se postaví a druhý zůstává sedět a naopak.

Mezera mezi partnery je nastavena délkou jejich paží, která jsou mírně flektována.

Tato aktivita vyžaduje dobrou souhru mezi partnery a uvědomění si jeden druhého.



Obr.č.20



Obr.č.21



Obr.č.22 *Balancování s partnerem*

3. Houpačka

Popis cviku: Partneři sedí zády k sobě, opírají se o sebe (opět v pozici na "bobku") a mají pokrčená kolena. Tlačí navzájem proti svým zádkům a postavují se a zase posazují.



Obr.č.23 *Houpačka*

Druhá varianta: Oba partneři leží na zádech, nohy mají ve vzduchu, drží se za zápěstí a tisknou k sobě chodidla. Zvedají nohy nad podlahu a tělem dělají oblouk, čímž balancují na ramenou.

Tato aktivita vyžaduje pevnost stehenních svalů.



Obr.č.24 *Houpačka - druhá varianta*

2.3.2. Praktické vyzkoušení

Mezi hlavními cíli bakalářské práce bylo vyzkoušet cvičební jednotku v praxi. Toto praktické vyzkoušení mi bylo umožněno ve Fakultní nemocnici v Motole na Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství UK 2.LF a FN Motol na dětské části a v Centru komplexní péče o děti s poruchami vývoje a jejich rodiny. Na těchto dvou odděleních Motolské nemocnice jsem absolvovala čtrnácti denní praxi. Cvičební jednotku jsem zde vyzkoušela celkem na dvanácti pacientech. Tito pacienti byly vybráni dle předem stanoveného požadavku, kterým byla přítomnost některé z diagnóz, na které je koncept primárně zaměřen. Pro připomenutí uvádím diagnózy, kterými jsou mentální retardace, autismus, Downův syndrom, dětská mozková obrna, hyperaktivita a poruchy chování a emocí. Věková hranice dítěte nebyla předem nijak stanovena. Mezi dvanácti pacienty, se kterými byla cvičební jednotka vyzkoušena, bylo pět dívek a sedm chlapců ve věku 4 roky - 12 let. Diagnózy těchto dětí byly - lehká až středně těžká mentální retardace, autismus, lehká i těžká porucha pozornosti, spastická hemiplegická dětská mozková obrna, opožděný psychomotorický vývoj a Williamsův syndrom. Prostředím při cvičení byla vždy klasická ergoterapeutická místnost, která neměla žádné specifické požadavky. Jedinou potřebnou pomůckou byla žíněnka na zemi.

2.4. Kazuistika

Vyšetřovaná osoba: E.G. (dívka)

Datum narození: 18.11. 2007

Věk: 8 let

Lékařská diagnóza: Lehká mentální retardace, spastická hemiplegická mozková obrna (levostranná hemiparéza s převahou na LHK), kardiomyopatie

Datum vyšetření: 14.3. 2016

Jméno vyšetřujícího: Jana Trpková

Anamnéza:

Osobní anamnéza: II. riziková gravidita, těhotenství udržované pro inkompatibilitu, porod v 32+2 týdnu sekci, po porodu těžký ikterus, porodní váha: 2000g, zjištěn Gorlinův syndrom.

Raný psychomotorický vývoj lehce opožděný, cvičila Vojtovu a Bobathovu metodu, seděla ve 3/4 roce, chodila ve 14 měsících, první slova v roce, ve 2 letech mluvila ve větách.

Ve dvou letech - zástava srdce s následným poškozením CNS, regrese ve vývoji, paleocerebelární syndrom, nechodila, nereagovala, nemluvila.

operace: oční operace strabismu 6/12; operace srdce

Rodinná anamnéza: matka: cukrářka, Gorlinův syndrom - kožní projevy, basaliomy, šedý zákal, její rodina sledována pro totéž; otec: obchodní zástupce, zdrav; bratr: 11 let nemá žádné projevy, pouze sledován

Farmakologická anamnéza: Betaloc (lék na srdce)

Alergologická anamnéza: neguje

Bolest: netrpí žádnými bolestmi

Školní anamnéza: ZŠ běžného typu s Montessori programem s podporou asistenta - 1.ročník

Sociální anamnéza: ZTP/P; Bydlí v bezbariérovém domku u Prahy s rodiči a bratrem

Zájmy, koníčky: Ráda lyžuje, jezdí na kole s přidanými kolečky po stranách, jezdí na koloběžce

Kompenzační pomůcky: Speciální klávesnice k PC, tablet

Ergoterapeutické vyšetření:

1. HKK

dominance - PHK

grafomotorika - pacientka nezvládá grafomotoriku, píše na speciální klávesnici k PC, vážne koordinace oko - ruka

postavení a vzhled - ramenní klouby obou HKK lehce v protrakci, svalový tonus v normě, chybí souhyb HKK při chůzi

rozsahy pohybů - aktivní i pasivní rozsahy obou HKK jsou orientačně v normě

(vyšetřena flexe, extenze, abdukce a addukce v ramenním kloubu, flexe a extenze v loketním kloubu, palmární a dorzální flexe v zápěstí, flexe a extenze v MP, IP1 a IP2 kloubech)

a) PHK: orientační vyšetření svalové síly v normě, čítí povrchové (taktilní, algické, termické, diskriminační), hluboké (polohocit, pohybocit) a stereognozie (tvar krychle, koule, kvádrů) neporušeno, úchopy zvládne všechny včetně jejich fází (vyšetřen úchop válcový, kulový, pinzetový, tužkový, mincový, nehtový a špetkový)

b) LHK: frustní hemiparéza, svalová síla oproti PHK snížena, byly vyšetřeny stejné kvality čítí jako u PHK - na LHK je porušeno čítí taktilní - bez zrakové kontroly nerozliší dotyk, dále nerozeznala tvar krychle a kvádrů v oblasti stereognozie, úchopy zvládne všechny ve všech jejich fázích (vyšetřeny stejné jako u PHK)

manipulace s míčem - míč chytá nekonstantně, bimanuálně hází míč před sebe, při házení míče nad hlavu ho hodí za sebe, házení samostatně PHK a LHK je horší

2. DKK- bez otoků, hybnost DKK neomezena

chůze - horší dynamika chůze, nejistota při chůzi, umí chodit po špičkách, na patách zvládne pouze stoj, po čáře nechodí, celkově je balančně nejistá

3. Soběstačnost

pADL:

sebesycení - zvládá se najíst sama, nepoužívá ale příbor, pouze lžící, jídlo jí tedy musí někdo nakrájet

oblékání - svlékání i oblékání horní poloviny těla zvládá s dopomocí, neumí si zapnout knoflíky ani zip u mikiny; svlékání i oblékání dolní poloviny těla zvládá opět s dopomocí, největší problém jí dělá svlékání kalhot, a svlékání a oblékání ponožek, neumí si zavázat boty, používá boty na suchý zip; oblékání a svlékání horní i dolní poloviny těla je omezeno výrazně zvýšeným časovým intervalem, celkově větší problém dělá horní polovina těla

osobní hygiena - zvládá samostatně

koupání - zvládne sama, potřebuje dopomoc při osušování

kontinence - plně kontinentní

iADL - ve veškerých iADL je závislá na ostatních (což ale vzhledem k věku nepovažují za problém)

4. Mobilita

U pacientky není porušena pohyblivost na lůžku ani otáčení, pohyby do lehu - sedu, sedu - stoje zvládá, zvládá se pohybovat v interiéru i exteriéru, i v nerovném terénu, v jakýchkoli přesunech není žádný problém, omezující je pouze nejistota

5. Kognitivní funkce

Pacientka je orientovaná místem, časem i osobou, rozumí otázkám i instrukcím, během terapie spolupracuje, občas jí trvá déle, než pochopí, co se po ní chce, pozornost ke konci terapie klesá. Pacientka má lehkou až středně těžkou mentální retardaci.

6. Komunikace

Rozumí slovním instrukcím, aktivní řeč je plynulá, vyskytuje se dyslalie.

7. Denní režim

Pracovní dny vstává cca v 7:00, do školy dojíždí autem s matkou, školu má od 8:00 do cca 14:00, odpoledne se věnuje svým koníčkům - jízda na kole, koloběžce, v zimě na lyžích, nebo dochází na terapie - hipoterapie, ergoterapie, logopedie.

8. Silné stránky

Komunikační dovednost, schopnost zapojit obě HKK, dobrá motorika dominantní končetiny, samostatnost v některých pADL - zejména v oblasti osobní hygieny, pozitivní naladění pacientky

9. Slabé stránky

Narušeny exekutivní funkce, personální ADL - zejména oblast oblékání a sebesycení, grafomotorika, celková nejistota při mobilitě

10. Cíl terapie z pohledu rodiče pacientky

Zlepšit grafomotoriku - což bylo zatím vyřešeno speciální klávesnicí

Soběstačnost - zvládnout především samostatné oblékání a svlékání

11. Cíl terapie z pohledu terapeuta

Krátkodobý cíl (5 týdnů) - zlepšení v oblasti grafomotoriky - pacientka se bude umět po 5ti týdnech terapie podepsat; dále zlepšení sebejistoty při mobilitě a chůzi - pacientka si bude jistá v oblasti mobility a chůze, tyto činnosti bude zvládat s odpovídající rychlostí, a nejistota ji nebude omezovat

Dlouhodobý cíl (3 měsíce) - dosáhnout co největší možné soběstačnosti, a to zejména v oblasti oblékání a svlékání - pacientka si bude schopná po 3 měsících terapie samostatně obléknout i svléknout horní i dolní polovinu těla, bude umět rozepínat i zapínat knoflíky na svetru a u kalhot, bude umět rozepínat i zapínat zip, bude si umět zavázat boty.

12. Ergoterapeutický plán

Krátkodobý plán - Trénink JM - práce s terapeutickou hmotou (stupňovat dle tvrdosti, od nejměkčí k tvrdší), navlékání korálek (nejprve korálky s velkým otvorem navlékat do drátků, poté navlékat např. do tkaničky, nakonec můžeme přejít k navlékání korálek

s menším otvorem na provázek), zvedání drobných předmětů pinzetou (stupňovat pomocí velikosti pinzety a velikosti předmětů).

Trénink koordinace oko-ruka - sledování linií vedených rukou dítěte k cíli - přendávání předmětu z jedné ruky do druhé v horizontální linii + pohled dítěte na předmět - dítě musí ruku s předmětem sledovat.

Trénink samotné grafomotoriky - cviky na uvolňování celé horní končetiny, uvolňovací cviky zápěstí na magnetické tabuli - kreslení různých tvarů jako ležaté osmičky, jednotažky, nácvik psaní jednotlivých písmen na papír - nejprve měkkou obyčejnou tužkou, poté fixem.

Trénink sebejistoty při mobilitě a chůzi za využití cvičení dle konceptu Veroniky Sherborne.

Dlouhodobý plán - Trénink oblékání - před samotným tréninkem oblékání bych pracovala na zvyšování uvědomění si vlastního těla a opět na zvyšování sebedůvěry při mobilitě což je pro samotné oblékání důležitým aspektem. Na zvyšování uvědomění si vlastního těla pacientky a zvyšování sebedůvěry při pohybu bych zařadila 1x týdně cvičení dle konceptu Veroniky Sherborne.

Samotný trénink oblékání: Trénink oblékání bude probíhat nejprve formou oblékání panenky, následně budeme trénovat samotné rozepínání a zapínání knoflíků a zipů na pacientky oblečení. Před každým tréninkem zapínání knoflíků a zipů zařadíme nejprve jednoduché cviky na trénink JM - například navlékání korálků.

Pro nácvik zavazování bot se budeme učit uzel nejprve například na šátku nebo silnějším provaze, poté přejdeme ke tkaničkám nejprve samotným, poté navlečených v botách.

13. Zhodnocení terapie

Ergoterapie u pacientky proběhla formou jedné terapie, která byla věnována vyšetření a následnému 30ti minutovému cvičení dle vlastně navržené cvičební jednotky programu Developmental movement dle Veroniky Sherborne. Tato pacientka splňovala základní kritéria pro využití této cvičební jednotky a byla velmi vhodnou adeptkou.

Během terapie byla pacientka optimistická a spolupracující. V úvodní fázi cvičení bylo zjevné, že pacientka si je nejistá v oblasti vzájemného dotýkání se a v oblasti sebedůvěry. Již v průběhu terapie se ale tato nejistota odbourala, a pacientky sebedůvěra stoupala. Na konci terapie už neměla žádný problém se vzájemným dotýkáním a i její sebedůvěra a odhodlání pro vyzkoušení nových cviků byla razantně vyšší než na

počátku terapie. Pacientka bez problémů tolerovala všechny cviky a na konci terapie mi sdělila, že cvičení se jí líbilo.

Doporučovala bych tedy zařadit tuto cvičební jednotku 1x týdně (s matkou) a během dalších terapií bych se zaměřila na trénink grafomotoriky a nácvik pADL zejména v oblasti oblékání.

2.5. Výsledky

Celá navržená cvičební jednotka byla odzkoušena na dvanácti dětech. Do těchto dvanácti dětí nejsou započítány další tři, se kterými se cvičební jednotka nepodařila odzkoušet. Všechny tři děti byly mladší 4 let a jednalo se o děti nedonošené. Hlavním problémem těchto dětí byl opožděný psychomotorický vývoj. Důvodem, proč u nich cvičební jednotka nebyla odzkoušena byl ten, že byly velmi plačtivé a jakýkoli dotek jiné osoby u nich byl nemožný. Z důvodu přetrvávajícího pláče tyto děti odmítaly vyzkoušení cviků i se svým rodičem.

U dalších dvanácti dětí se podařilo odzkoušet celou cvičební jednotku. Vzhledem k tomu, že neexistuje, nebo mi není znám žádný test, který by hodnotil hlavní efekty na dítě během tohoto cvičení, proběhlo hodnocení efektu pouze subjektivně. U všech dvanácti dětí bylo zřejmé, že cvičení na ně má pozitivní efekt. Mezi tyto pozitivní efekty řadím zejména spolupráci u jinak nespolupracujících dětí, schopnost vzájemného se dotýkání u dětí, kteří těsně před cvičením toto dotýkání odmítaly, v jistých fázích cvičení uklidňující efekt na děti, které trpí lehkou nebo těžkou formou ADHD, získání pocitu důvěry v terapeuta docíleného tím, že dítě se nejprve bálo vyzkoušet odváznější cvik a po prvním vyzkoušení cvik vyžadovalo znova, navázání očního kontaktu u dětí jinak odmítajících vztah s ostatními, schopnost vydržet u celého, fyzicky náročnějšího cvičení i u dětí, které jinak jakékoli fyzicky náročné aktivity odmítají a ze smíchu, který se u všech dětí minimálně během dvou cviků objevil subjektivně usuzuji, že cvičení je bavilo a bylo pro ně přínosné.

V průběhu cvičení jsem dále zaznamenala, že nejvíce oblíbenými cviky pro děti byly - houpací kůň, salto pozpátku, klouzání, letadlo a kámen. Naopak méně oblíbeným cvikem bylo válení ve variantě, kdy terapeut válí dítě po svých stehnech a kotrmelec. Mezi nejobtížnější cviky této jednotky patřily cviky - opičátka a balancování na partnerovi. U cviku opičátka bylo největším problémem schopnost dítěte udržet se

pevně na terapeutovi a nespadnout, což se povedlo pouze třem dětem. U cviku balancování na partnerovi bylo nejobtížnějším prvkem vylézt na terapeutovy stehna a udržet se na nich. Tento cvik se povedl pouze jednomu dítěti.

Z praktického odzkoušení cvičební jednotky jsem také vyzozorovala hlavní podmínky, které dítě musí splňovat, aby u něj bylo možno cvičební jednotku aplikovat. Tyto podmínky jsou: schopnost imitace, lehká až středně těžká mentální retardace, vytvořena komunikační složka a věk minimálně 3-4 roky.

Mezi hlavní výhody, které tato cvičební jednotka má, patří: velmi jednoduchá aplikace cviků na širokou skupinu dětí, nenáročnost na pomůcky a prostředí, pozitivní efekt na děti s lehkou až středně těžkou mentální retardací, na děti s poruchou autistického spektra a na děti s ADHD, kombinace cviků náročnějších na fyzickou kondici i na schopnost důvěry v sebe samotného i terapeuta, a rozvíjení spolupráce dítěte s terapeutem.

Hlavní nevýhodou této cvičební jednotky je, že ji nelze aplikovat u dětí s těžší formou mentální retardace a u velmi malých dětí. Lze ale vybrat alespoň některé cviky, které nevyžadují nároky na pochopení a při kterých je dítě spíše pasivní - například kolébka, houpací kůň, válení ve variantě a), kdy si terapeut válí dítě po svých nohou, klouzání v dece nebo věznění. Tyto cviky pak lze zařadit do běžných terapií.

Praktická část bakalářské práce splnila všechny tři cíle, které jsem si stanovila.

3. Diskuze

Cílem mé bakalářské práce bylo jednak shrnout teoretické poznatky o programu Developmental Movement Veroniky Sherborne, dále zmapovat situaci v České republice v oblasti využití tohoto programu v různých sociálních i zdravotnických zařízeních a sestavit univerzálně využitelnou cvičební jednotku tohoto programu a tu následně vyzkoušet v praxi.

Hlavním problémem u shromažďování teoretických poznatků tohoto konceptu pro mě byla nedostačující odborná literatura. Tento nedostatek se týkal především literatury české, ale i v zahraniční literatuře jsem očekávala větší množství zejména vědeckých studií, které by se touto problematikou podrobněji zabývaly. Následným porovnáním veškeré literatury, ze které jsem informace o konceptu čerpala, jsem došla k závěru, že základní fakta o cílech, základním rozdělení, zásad cvičení nebo primárního zaměření konceptu se v celku nelišila, názory jednotlivých autorů se nevyvracely a navzájem spolu korespondovaly.

Zajímavé ale pro mě byly různé definice či označení konceptu od několika autorů, které se ve své podstatě obsahově lišily ale zároveň se myšlenkově doplňovaly, čímž vytvářely novou, ucelenou a tím smysluplnou definici konceptu. Například Zwolinska (et al., 2014) koncept označila jako jednu z nejpoužívanějších forem terapie pro zdokonalování dětí s různými mentálními a motorickými dysfunkcemi, která je dle Vocilky (1994) tvořena několika jednoduchými cvičeními, jež dle Laasonena (cit.dle Ahtiainena, 2010) poskytují jakési univerzální cvičení a dle Hilla (2006) se snaží zapojit účastníky do interaktivního učení prostřednictvím sdílných pohybových zkušeností. Poskytuje nejenom výchovu prostřednictvím pohybu, ale také fyzický, sociální a emocionální kontakt (Karásková, 2012), jehož rozvoj je důležitý především mezi rodiči a malými dětmi (Müller, 2005). Karásková (2012) pak ve svém označení nezapomněla dodat, že koncept slouží také jako metodická pomoc pro učitele, psychology, vychovatele nebo rodiče. Filer (cit.dle Hena, 2012) tuto metodu ještě označil jako psychoterapeutické využití pohybu, s jehož myšlenkou souhlasil i Müller (2005), který koncept zařadil do psychomotorické terapie.

Odlišností, kterou jsem zaznamenala, bylo tvrzení Zwolinske (et al., 2014), která uvádí, že nejpozitivnější vliv na dítě v průběhu cvičení dle její studie má pracovník

speciálně vzdělávacího centra. Oproti tomu Sherborne (2001) tvrdí, že nejlepším partnerským vztahem během cvičení je rodič a dítě.

Další oblastí, která se zdá být nejednoznačná a nad kterou bych se chtěla zamyslet, je samotný překlad pojmu Developmental Movement. Doslovný anglický překlad slova "developmental" znamená "vývojový" a pojmu "movement" znamená "pohyb". Toto spojení by se tedy dalo přeložit jako vývojový pohyb, neboli pohyb v souladu s vývojem dítěte. V české literatuře můžeme najít překlad tohoto pojmu například v publikaci Karáskové (2012), která pojem přeložila jako Pohybový program Veroniky Sherborne. Dalším českým autorem, který se překladu velmi dobře ujal, byl Müller (2005), v jehož publikaci se o programu píše jako o Metodě pohybového rozvoje. Pro další využití konceptu Developmental Movement v České republice by proto bylo určitě vhodné zavést jednotnou terminologii, která by mohla vycházet jak z překladu českých autorů, nebo by mohlo být používáno originální označení Developmental Movement. Další variantou pro jednotnou terminologii tohoto programu by mohlo být i označení "Cvičení podle Veroniky Sherborne" nebo "Sherborne terapie".

Výsledky ohledně zmapování situace v České republice pro mě byly překvapující. Ze všech dotazovaných zařízení tento koncept využívají pouze dvě. Tento výsledek však ale neznámá, že zařízení jsou v České republice jediná. Nízké využití tohoto konceptu přisuzuji především tomu, že odborná česká literatura je velmi nedostačujícím zdrojem v této oblasti a tudíž i povědomí o existenci konceptu či možnostech jeho využití je nedostatečné. Negativně shledávám i to, že kniha od samotné autorky programu Veroniky Sherborne - Developmental Movement for children, není zatím v České republice v běžných obchodech k dostání a pořídit si ji lze pouze v anglickém jazyce. Proto i samotný překlad knihy je její vydání v českém jazyce by k rozšíření tohoto programu jistě pomohlo.

Z absolvovaných praxí na pracovištích určených pro děti a z internetových stránek dalších takových pracovišť jsem také zjistila, že celkem vysoké procento z nich využívá v terapiích primárně přístupy jako jsou koncept dle manželů Bobathových, Vojtův princip, bazální stimulaci, různé typy zooterapie nebo snoezelen. I přes skvělý efekt těchto metod nevidím důvod, proč do terapií nezařazovat i další jiné a efektivní přístupy, kterým může být právě koncept Veroniky Sherborne.

Cvičební jednotka, kterou jsem pomocí načerpaných informací sestavila, a následně na několika dětech vyzkoušela, splnila všechna má očekávání. Velmi příjemným zjištěním pro mě byl také fakt, že většina teoretických informací se odrazila

i v mém praktickém vyzkoušení. Vzhledem k tomu, že jsem nikdy v minulosti o tomto druhu cvičení neslyšela a ani jsem s ním neměla žádné praktické zkušenosti, nevěděla jsem, jaký efekt mám očekávat a zda vše bude probíhat přesně podle teoretických informací. Již ale hned po několika prvních praktických odzkoušení se mi potvrdilo, jak velké množství teoretických poznatků v praxi funguje. To se týká například velmi rychlého nárůstu sebedůvěry dítěte v průběhu terapie, ale i jeho důvěry v terapeuta. Další teoretický poznatek, který se odrazil v praxi, bylo zlepšení v navazování kontaktu a v rozvoji sociálního vztahu, který byl docílen právě prostřednictvím provedení pohybu. Vocilka (1994) také uvedl časovou a fyzickou nenáročnost během cvičení tohoto konceptu. Zatímco časová nenáročnost se mi v praxi potvrdila, s fyzickou nenáročností bych při cvičení vlastní cvičební jednotky plně nesouhlasila. Fyzická náročnost byla v průběhu cvičení kladena zejména na terapeuta, ale i fyzicky méně odolné děti již ke konci cvičení některé cviky z důvodu únavy odmítaly. Po krátkém odpočinku na žíněnce i přes to cvičení dokončily. Tato náročnost nemusela být nutně dána samotným konceptem, jako spíše z něho vycházející sestavenou cvičební jednotkou.

V průběhu cvičení se mi ale i některá další tvrzení nepotvrdila. Například Veronika Sherborne (2011) uvádí, že starší děti s lehkým mentálním postižením mohou být při cvičení partnery pro mladší děti s těžkým mentálním postižením, nebo starší děti s těžkým mentálním postižením se mohou naučit být partnery pro děti s hlubokým a mnohonásobným mentálním postižením. Toto tvrzení je pro mou vlastní navrženou jednotku opět irelevantní. Opět se toto vyvrácení ale může týkat pouze mé jednotky spíše, než celého konceptu. Neúspěch tohoto tvrzení přisuzuji zejména tomu, že má cvičební jednotka byla navržena univerzálně a nebyla zaměřována na žádnou speciální diagnózu dítěte. Proto by například v rámci jiné práce mohly být tyto potřeby uváženy, a tím by mohla vzniknout jiná, na pochopení a fyzickou námahu méně náročná, cvičební jednotka zaměřena právě například pro děti s těžkou mentální retardací.

Za další úspěch v neposlední řadě považuji také to, že většina rodičů, kteří byly při cvičení programu Developmental Movement v průběhu mé praxe přítomni, byly z tohoto nového přístupu velmi nadšeny. Informace o tom, že na toto cvičení vytvářím i manuál je zaujal, a rády by ho obdržely. Vyhotovený manuál bych ráda zaslala i na pracoviště, která jsem v rámci průzkumu kontaktovala a nebo ho publikovala v Informační bulletin ČAE.

Závěr

Tato bakalářská práce se věnovala shromažďování základních informací o programu Developmental Movement dle Veroniky Sherborne. Hlavním účelem bylo zvýšit povědomí o jeho existenci jak mezi odbornou tak i laickou veřejností v České republice, ve které není příliš známý ani využívaný a také jeho možné zavedením do praxe.

Teoretická část práce se proto věnuje sběru dat o této problematice, která jsou čerpána jak ze zahraniční tak z české literatury. Přináší základní informace o autorce tohoto programu a o pohybové analýze Rudolfa Labana, z níž program vychází. Dále přináší informace o tom, co koncept Developmental Movement je, jaké jsou jeho hlavní cíle a vymezuje jeho základní rozdělení a zásady, které je důležité dodržovat při jeho cvičení. V poslední kapitole teoretické části práce popisují i základní diagnózy, na které je koncept primárně zaměřen.

Cíle praktické části byly hned tři. Prvním bylo zmapování situace v České republice v oblasti využití toho programu v různých zařízeních, která pracují s dětmi a poskytují rehabilitaci ve formě ergoterapie nebo fyzioterapie. Tímto průzkumem byla zodpovězena první otázka bakalářské práce, kolik zařízení v České republice využívá program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne? Výsledek průzkumu pak ukázal, že z dotazovaných 31 zařízení koncept využívají pouze dvě, další čtyři zařízení koncept znají nebo o něm již slyšela a zbylá zařízení koncept nevyužívají, ani ho neznají, nebo otázka o tom, zda ho znají, nebyla zodpovězena. Toto zmapování situace mělo poukázat především na velmi nízkou míru povědomí o konceptu mezi odbornou veřejností a následně na ještě nižší praktické využití. Toto zjištění pak dalo smysl druhému a třetímu cíli práce, jímž bylo vytvořit cvičební jednotku programu Developmental Movement, a tu následně vyzkoušet v praxi.

Cvičební jednotka není z důvodu co největšího využití zaměřena na žádnou diagnózu a poskytuje návod, jak koncept praktikovat u co nejširší skupiny dětí. Je primárně určena ergoterapeutům, kteří ji mohou zařadit do svých individuálních terapií, ale může sloužit i rodičům jako metodická pomoc pro rozvoj svého dítěte. Cvičební jednotka je tvořena teoretickou a praktickou částí. Teoretická část velmi stručně seznamuje s programem, uvádí jeho cíle a zásady cvičení. Praktická část pak svou strukturou představuje samotnou cvičební jednotku a dle základních zásad dodržuje

správnou posloupnost cviků. Cvičení dle navržené cvičební jednotky bylo vyzkoušeno na několika dětech ve Fakultní nemocnici v Motole se skvělými výsledky a výborným efektem na děti.

Cvičební jednotku bych v rámci jejího dalšího využití chtěla rozeslat do některých zařízení v České republice, zejména pak do FN v Motole, kde jsem cvičební jednotku praktikovala a současně tak její finální verzi přislíbila některým rodičům.

Odpověď na druhou základní otázku práce, jak lze koncept Developmental Movement využít v ergoterapii, je tedy jasná. Díky jeho výbornému efektu a jednoduché aplikaci si myslím, že zavedení cvičební jednotky do individuálních ale i skupinových ergoterapií bude velmi přínosné jak svým efektem tak svou nenáročností i novou možností cvičení. Doufám proto, že cvičební jednotka přispěje k rozvoji programu Developmental Movement v České republice jak v ergoterapii tak i v dalších zdravotnických či jiných oborech, které s dětmi pracují.

4. Seznam použité literatury

1. AHTIAINEN, Anni. Work related challenges and Sherborne Developmental Movement - Educational evening for Vehmaa day care personnel. In: *Theseus.fi* [online]. 2010 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25283/ahtiainen_anni.pdf?sequence=1
2. Atropin.cz. *Řikanky. Řikanky a říkadla pro malé i velké* [online]. ©2010-2015 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://rikanky.atropin.cz>
3. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.
4. CASE-SMITH, Jane. *Occupational Therapy for Children*. 5th ed. St. Louis USA: Elsevier Mosby, 2005. 976s. ISBN 0-323-02873-X.
5. ČADILOVÁ, Věra, H. JŮN a K. THOROVÁ. *Agrese u dětí s mentální retardací a autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 243s. ISBN 9788073673192.
6. GOETZ, Michal a Petra UHLÍKOVÁ. *ADHD porucha pozornosti s hyperaktivitou*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-630-4.
7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
8. HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2003 SBN 80-246-0420-5.
9. HAVELKA, Stanislav et al. *Revmatologie období růstu*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-85912-89-9.

10. HEN, Meirav a Ofra WALTER. 2012. The Sherborne Developmental Movement (SDM) teaching model for pre-service teachers [online]. 2012 [cit. 2016-04-05]. DOI: 10.1111/j.1467-9604.2011.01509.x. ISSN 02682141. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-9604.2011.01509.x>
11. HILL, Cyndi. *Communicating through movement: Sherborne developmental movement - towards a broadening perspectives*. Clent: Sunfield Publications, 2007. ISBN 09-550-5680-2.
12. JANKŮ, Kateřina. *Terapie ve speciální pedagogice – základy a obecná vymezení*. Ostrava, 2013. ISBN 978-80-7464-280-7. Dostupné také z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/PdF_Janku_Terapie-1.pdf
13. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2697-7.
14. KARÁSKOVÁ, Vlasta a Wiesława DLUŽEWSKA-MARTYNIÉC. *Pohybový program Veroniky Sherborne*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 9788024431413.
15. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
16. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-807-2626-571.
17. KRISTKOVÁ, Veronika. NDT-Bobath koncept v pediatrické praxi. In: *Fyziobeskyd: dětská rehabilitace a fyzioterapie* [online]. 2015 [cit. 2016-04-02]. Dostupné z: <http://www.fyziobeskyd.cz/ndt-bobath-koncept-v-pediatricke-praxi/>
18. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.

19. KURKOVÁ, Martina. *Metody rozvoje motoriky u žáků ve třídě s rehabilitačním vzdělávacím programem* [online]. Brno, 2006[cit. 2015-06-01]. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/152954/pedf_m/Diplomka.pdf
20. LABAN, Rudolf. *The mastery of movement*. 4th ed., rev. and enl. Alton, Hampshire: Dance Books, 2011. ISBN 18-527-3145-1.
21. MATULAY, Karel et al. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. ISBN 70-077-86.
22. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
23. NEUBAUEROVÁ, Lenka, M. JAVORSKÁ a K. NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-109-9.
24. PALACKÁ, Blanka. *Alternativní metody v péči a podpoře o děti se souběžným postižením více vadami* [online]. Brno, 2011 [cit. 2016-03-02]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková, Ph.D. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/345841/pedf_m/.
25. SANDLOS, Lisa. *Laban Movement Analysis: Unlocking the Mysteries of Movement*. In: *Lisa Sandlos Dance* [online]. ©1996-2011 [cit. 2016-04-07]. Dostupné z: <http://www.xoe.com/LisaSandlos/labamovement-analysis>
26. SELIKOWITZ, Mark. *Downův syndrom: definice a příčiny, vývoj dítěte, výchova a vzdělávání, dospělost*. Praha: Portál s.r.o., 2005. ISBN 80-7178-973-9.

27. SHRBORNE, Veronica. *Developmental Movement for children : Mainstream, special needs and pre - school*. 2. vydání. Londýn: Worth Publishing Ltd, 2001. 121 s. ISBN 13 978-1-903269-04-6.
28. SHEBORNE, V. Metoda pohybového rozvoje. Pohyb, který rozvíjí. Interní materiály SPC Nový Jičín. 1999.
29. STANKOWSKI, Adam. *Pedagogická terapie – možnost nebo nutnost?*. Ostrava: Ostravská Univerzita, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-149-8.
30. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
31. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
32. VALENTA, Milan, J. MICHALÍK a M. LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.
33. Veronica Sherborne. *Developmental Movement Sherborne Association UK*. [online]. [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: <http://www.sherbornemovementuk.org/veronica-sherborne.html>
34. Veronica Sherborne and Sherborne Developmental Movement. In: *Concord media* [online]. 2016 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: http://www.concordmedia.org.uk/documents/Case-Studies/veronica_sherborne_and_sherborne_developmental_movement.pdf
35. VOCILKA, Miroslav. *Výchova a vzdělávání artistických dětí*. 1. vyd. Praha: Septima, 1994. 72 s. ISBN 80-85801-33-7

36. WU, Ch., PEDERSEN, L., MILLER, J., SUN, Y., STREJA, E., ULDAL, P., OLSEN, J. Risk of Cerebral Palsy and Childhood Epilepsy Related to Infections before or during Pregnancy. PLOS ONE. 2013, vol. 8, no. 2. ISSN 1932-6203.

37. ZWOLIŃSKA, Danuta, R. PODSTAWSKI a D. NOWOSIELSKA-SWADŹBA. The Importance of Persons Accompanying Children with Moderate Intellectual Disability in the Teraphy of Veronica Sherborne Developmental Movement. *Advances in Rehabilitation* [online]. 2014, **28**(2) [cit. 2016-02-05]. DOI: 10.2478/rehab-2014-0036. ISSN 1734-4948. Dostupné z: <http://www.degruyter.com/view/j/rehab.2014.28.issue-2/rehab-2014-0036/rehab-2014-0036.xml>

38. ŽÁČKOVÁ, Hana a Drahomíra JUCOVIČOVÁ. *Metody hodnocení a tolerance dětí s SPU: (pro 1. stupeň ZŠ)*. Aktualiz. vyd. Praha: D H, 2006. ISBN 80-903-5794-6.

5. Seznam příloh

Příloha č. 1. Cvičební jednotka programu Developmental Movement

Příloha č. 2. Otázka rozeslaná po pracovištích ČR

Příloha č. 3. Souhlas zákonného zástupce dítěte

Příloha č. 4. DVD s videozáznamem ukázky cvičení programu Developmental Movement dle navržené cvičební jednotky

5.1. Příloha č. 1 Cvičební jednotka programu Developmental Movement

Program Developmental Movement dle

Veroniky Sherborne

cvičební jednotka



Zpracovala Jana Trpková
jako součást bakalářské práce na 1.LF UK
Praha 2016

I. TEORIE

1.1. Program Developmental Movement

Developmental movement je program Veroniky Sherborne, učitelky a fyzioterapeutky, který je u nás známější pod označením **Pohybový program Veroniky Sherborne**. Základním rysem tohoto programu je výchova prostřednictvím pohybu (Karásková, 2012). Tuto pohybovou metodu tvoří několik jednoduchých cvičení, která nejsou fyzicky ani časově náročná (Vocilka, 1994).

Metoda je také označována jako terapeutický systém, který je odvozen od přirozených potřeb dítěte být v kontaktu s dospělými (Zwolinska et al., 2014). Program pohybového rozvoje navozuje přirozený kontakt mezi rodiči a malými dětmi. Autorka vycházela z domnění, že některé rodiče mohou mít strach dotýkat se vlastního dítěte, obzvláště, pokud je dítě postižené (Müller, 2005). Tato cvičení stimulují vývoj dítěte jak po stránce **pohybové**, tak i po stránce **smyslové, emocionální a rozumové** (Sherborne- interní materiály SPC Nový Jičín). Velmi důležité je odlišovat hodnoty tohoto cvičení dle individuálních potřeb osob i jejich poruch, kterými mohou být různé stupně a typy mentální retardace, autističtí jedinci, osoby s dětskou mozkovou obrnou, s poruchami chování a emocí, deprivované děti z patologických rodin, děti neslyšící a nevidomé, děti chronicky nemocné, s vadami řeči a verbální komunikace (Stankowski, 2005).

1.2. Cíle metody

Hlavní cíle této metody jsou:

- získat **povědomí o sobě samotném, o svém vlastním těle**
- získat **povědomí o prostoru**, který kolem sebe dítě má
- získat **povědomí o ostatních**, čímž s nimi bude schopno rozvíjet vztah
- schopnost vědomého sdílení prostoru s jinými lidmi
- rozšiřování škály pohybových dovedností
- zlepšení orientace v prostoru
- rozvoj pohybových dovedností, vědomí a poznatků o vlastním těle
- rozvoj citových a sociálních vztahů dítěte

(Karásková, 2012; Laasonen in Ahtiainen, 2010; Müller, 2005; Sherborne, 2001; Stankowski, 2005 a Vocilka, 1994).

1.3. Zásady cvičení

Během cvičení je důležité dodržovat následující zásady:

- cviky jsou dítěti pouze nabízeny, dítě je může samo obměňovat
- akceptujeme potřeby dítěte a jeho případné nápady či modifikace
- klademe důraz na to, aby dítě mohlo poznávat svou vlastní sílu ale zároveň aby se učilo spolupráci
- střídáme pasivní a aktivní role
- v průběhu cvičení sledujeme, zda není dítě unaveno a zda je možné ve cvičení pokračovat
- je vhodné zařadit po 2 - 3 cvičení relaxaci
- na závěr i v průběhu cvičení můžeme zařadit zpívání nebo básničky
- cvičení doplňujeme povzbudivými slovy
- velmi důležitý aspekt v průběhu cvičení je oční kontakt
- cvičení zařazujeme pravidelně a dlouhodobě po dobu 20 - 30 minut
- důležité je, aby byla hodina dopředu naplánována a cviky zapsány v poznámkách
- na konci cvičení se dítěte zeptáme, co se mu nejvíce líbilo

(Kurková, 2006; Sherborne, 2001; Vocilka, 1994).

II. PRAXE

Sestavená cvičební jednotka Pohybového programu Veroniky Sherborne je zaměřena na individuální cvičení tohoto programu. Dle potřeby ji lze modifikovat i do skupinových terapií, zásady se nemění.

Cvičební jednotka je určena pro dvojici partnerů - starší partner (terapeut, rodič, starší dítě) a mladší partner (mladší dítě). V tomto manuálu budu používat pojmenování "**terapeut**" jako starší partner, a "**dítě**" jako partner mladší. Z důvodu co největší využitelnosti a nejeefektivnějšího přínosu není tato jednotka zaměřena na konkrétní diagnózu a poskytuje určitý návod, jak koncept praktikovat u co nejširší skupiny dětí.

Cviky a postupy, které manuál uvádí a popisuje, je samozřejmě nutné přizpůsobit přímo dítěti, se kterým pracujeme, jelikož má každé jiné možnosti a dovednosti. Některé cviky lze vynechat, některé rozšířit. Některé cviky jsou doplněny básničkou, kterou lze opět nahradit takovou, kterou má dítě rádo. Jediné co k cvičení budeme potřebovat je pohodlné oblečení dítěte i terapeuta a žíněnku, popřípadě deku.

Veškeré fotografie k tomuto manuálu jsem vytvořila sama. Popis cviků vychází z knihy Developmental Movement for children od Veroniky Sherborne.

Uváděná říkadla jsem vybrala tak, aby byla vhodná pro jednotlivé cviky a všechna jsou čerpána z těchto webových stránek: <http://rikanky.atropin.cz>

2.1. Struktura cvičební jednotky

1: Úvod

- zahájení, přivítání se jménem
- úvodní kontakt - seznámení se s vlastním tělem, s partnerem, s prostorem

2: Cviky pečující, "s"

- dítě cvičí v návaznosti na aktivního dospělého, dospělý dítětem manipuluje
- *cíl*: připravit a probudit vlastní možnosti dítěte

3: Cviky "proti"

- dítě cvičí aktivně proti dospělému
- *cíl*: uvědomit si vlastní možnosti a umět je použít

4: Cviky "spolu"

- spolupráce dítěte a dospělého
- *cíl*: sdílet vzájemné pocity

2.2. Cvičební jednotka

1. Úvod

1. Představení se - oba partneři se navzájem představí jménem.

2. Poznávání vlastního těla - dítě a terapeut se posadí naproti sobě a dotýkají se částí svého těla. (*"Ukážeme si kde máme vlasy, uši, oči, nos, pusu, ramena, bříško, stehna, kolínka, nohy."*)

3. Poznávání těla svého partnera

a) Dítě a terapeut se následně začnou dotýkat navzájem stejných částí těla. (*"Ukážeš kde mám já vlasy, uši, ...?"*)

Poznávání svého těla i těla partnera lze doplnit následující básničkou:

"Paci, paci, pacičky, to jsou moje/tvoje ručičky.

Ťapy, ťapy, ťapičky, to jsou moje/tvoje nožičky.

Ručky, aby dělaly, nožky, aby běhaly.

Očka, aby viděly, ouška, aby slyšely.

Pusinka je na papání a nosánek na čmuhání".

b) Dítě a terapeut sedí stále naproti sobě, mají bosé nohy a navzájem se jimi hladí po nohou.

c) Dítě si sedne před terapeuta, který má roztažené nohy. Terapeut začne hladit dítě po zádech a dělá mu "masáž".

d) Dítě a terapeut si vymění pozice. Dítě si stoupne za terapeuta, hladí ho po zádech a dělá "masáž" jemu.

4. Poznávání prostředí - v poslední aktivitě úvodu se terapeut postaví, dítě leží na břiše na podložce a chytne se za terapeutovi kotníky. Terapeut poté začne chodit po místnosti a dítě tahá za sebou..

2. Cviky pečující, "s"

Cviky pečující rozdělujeme ještě do třech skupin - cviky, při kterých je dítě objímáno, cviky, při kterých je dítě podporováno, a cviky s pokročilou podporou dítěte.

a) objetí dítěte

Tyto cviky dodávají dítěti pocit bezpečí a proto je vhodné s nimi začít.

1. Kolébka

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze. Mezi nohama má posazené dítě, které obejmě nohama, rukama i trupem. Následně začne terapeut jemně kolébat dítě z jedné strany na druhou. Oporu dítěti terapeut poskytuje i svými koleny a stehny. Terapeut určuje vhodné tempo a rozmezí naklánění. Vhodné i příjemnější pro dítě je, když si může svou hlavu opřít o terapeutův hrudník. Při kolébání může mít dítě nohy pokrčené i natažené. Dítě by mělo při této aktivitě zavřít oči. Pokud toho není schopné, položí mu terapeut jemně svou ruku přes oči.

Cíl: Tato aktivita pomáhá vytvářet vztah mezi terapeutem a dítětem a také tento vztah zlepšuje. Při této aktivitě je důležité sledovat, zda je dítě schopné odevzdat svou váhu dospělému. Pokud ano, znamená to, že mu důvěřuje.



Obr.č.1 Kolébka

2. Houpací kůň

Popis cviku: Terapeut i dítě zůstává ve stejné pozici jako u předchozí aktivity. Terapeut chytí dítě pod kolena, pokud je dítě velmi malé, může sedět na stehnech terapeuta.

Terapeut následně začne houpat dítě dopředu a dozadu. Pokud najde dítě v této aktivitě bezpečí, může být houpání výraznější. Houpání může být natolik výrazné, že nohy dítěte budou sahat až za jeho hlavu.

Při této aktivitě poskytuje terapeut dítěti totální podporu.

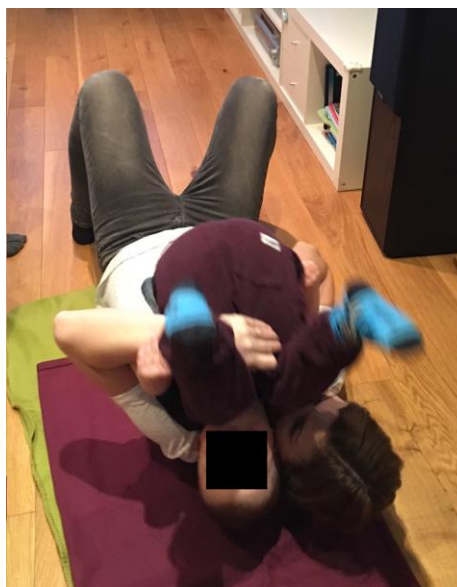


Obr.č.2 *Houpací kůň*

3. Salto pozpátku

Popis cviku: U odvážnějších a sebejistých dětí může terapeut přes houpacího koně pomalu přejít do salto pozpátku. Houpacího koně zvýšíme natolik, že nohy dítěte budou vzhůru, až udělá kotrmelec (salto) přes ramena terapeuta.

Cíl: Při této aktivitě se učí dítě věřit svému partnerovi i sobě, rozvíjí tím ovládnutí svého těla.



Obr.č.3 *Salto pozpátku*

b) podpora

- podpora může být totální (= svěření a přenášení veškeré váhy) nebo částečná (= dítě se naklání proti terapeutovi)
- aktivity jsou nenáročné a podporují dítě k zapojení

1. Ještěr (kůň)

Popis cviku: Terapeut přejde do pozice na všech čtyřech. Dítě si sedne na jeho záda, obličejem směrem dopředu. Terapeut začne chodit po místnosti jako kůň.



Obr.č.4 Ještěr (kůň)

2. Válení

Popis cviku: Po předchozí aktivitě terapeut dítě jemně skutálí na zem a přejde k další aktivitě - válení.

- a) Nejprve sedí terapeut na podlaze s nataženými nohama a dítě leží napříč jeho stehna. Terapeut si začne válet dítě ke kotníkům a zpátky ke stehnům.



Obr.č.5 Válení, varianta a)

b) Následně se přejde k válení se po podložce. Nejprve může terapeut dítěti ve válení pomáhat - válení začíná prvním otočením jednoho kyčelního kloubu, ramena a kolene, následuje rotace a otočení v trupu.

c) Poté se válí terapeut a dítě dohromady - položí se na břicho, hlavami k sobě, nad hlavami si spojí ruce a následně se začnou společně válet.



Obr.č.6 *Válení, varianta c)*

- Cíl:**
- tato aktivita podporuje uvědomování si svého trupu
 - dítěti dodává pocit pohybu těla jako celku
 - dítě si vytváří povědomí o svém vlastním těle

Válení můžeme doprovodit následující básničkou:

"Koulela se ze dvora, takle velká brambora.

Neviděla neslyšela, že na ni padá závora.

Kam koukáš ty závoro? Na tebe ty bramboro.

Kdyby tudy projel vlak, byl by z tebe bramborák".

3. Klouzání

Popis cviku: Z válení přejdeme do klouzání. Dítě leží na zádech, terapeut chytne dítě za nohy a táhá ho po místnosti. S dítětem manipulujeme ve velkém rozsahu pohybu - ze strany na stranu, čímž zvyšuje flexibilitu pasu.

Aktivita podporuje oční kontakt mezi dítětem a terapeutem.

Terapeut si všímá, jestli má dítě při klouzání položenou hlavu na podlaze, což je známka sebedůvěry. Pokud je dítěti nepříjemný dotek hlavy se zemí, může si dát pod hlavu ruce.

Děti s těžkým mentálním postižením může tahat terapeut v dece.



Obr.č.7 Klouzání

4. Tunely

Popis cviku: Terapeut přejde do pozice na všech čtyřech - opírá se o ruce a o kolena. Dítě bude prolézat v prostoru pod ním. Může prolézat napříč tělem nebo podél těla. Pokud je toho dítě schopné, udělá tunel pro terapeuta - dítě je pak ve vyšší pozici na všech čtyřech, kdy se opírá o ruce a o chodidla.

Aktivitu doprovázíme básničkou:

" Do tunelu jede vlak, pomaličku tak a tak.

Kudy kudy cestička, už je venku nožička".



Obr.č.8 Tunely



Obr.č.9 Tunely

c) pokročilejší podpora

1. Balancování na partnerovi

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze a má natažené nohy. Dítě si stoupne na stehna terapeuta a opírá se o jeho ruce.

Z této varianty se může přejít do varianty o něco složitější, kdy terapeut sedí na podlaze, má pokrčené nohy a dítě se postaví na terapeutovi kolena. Opět se navzájem drží za ruce.

Tato aktivita podporuje oční kontakt.



Obr.č.10 *Balancování na partnerovi*

2. Opičátka

Popis cviku: Terapeut se posadí na zem a obě nohy roztáhne do stran. Dítě se na terapeuta posadí tak, že ho obejmě nohama okolo břicha a rukama okolo krku. Terapeut se následně předkloní a přejde do pozice na všech čtyřech. Dítě se terapeuta musí pevně držet, terapeut se následně začne pohupovat ze stany na stranu.

Pro aktivitu je vhodné doplnění následující básničkou:

"V Americe při muzice, tancovaly tři opice.

Jedna tak a druhá tak, a ta třetí všelijak".



Obr.č.11 *Opičátka*

3. Letadlo

Popis cviku: Terapeut si lehne na záda a pokrčí kolena. Jeho holeně budou tvořit oporu pro břicho dítěte. Dítě se položí trupem na terapeutovi holeně, obličejem k zemi. Terapeut následně může s dítětem pohybovat dolů a nahoru, z jedné strany na druhou. Tato pozice je velmi dobrá pro navázání očního kontaktu.



Obr.č.12 Letadlo

Tato aktivita je opět vhodná pro doplnění básničkou:

*" Letí, letí letadlo, koho by to napadlo.
Vyletělo mezi mráčky, pozdravilo
všechny ptáčky.
Obletělo celý svět, vrátilo se na zem
zpět".*

4. Kotrmelec

Popis cviku: Terapeut sedí na podlaze, nohy má natažené a mírně od sebe. Dítě stojí za zády terapeuta, je nakloněno přes jeho rameno a opírá se svým břichem o jeho záda. Poté dítě položí ruce na zem mezi nohy terapeuta. Terapeut obejmě hlavu a břicho dítěte (okolo zad) a zajistí, že dítě dopadne na ramena a sroluje se po páteři. Děti následně udělá kotrmelec.

U této aktivity je opět důležité zvážit, zda je pro konkrétní dítě vhodná.



Obr.č.13 Kotrmelec

3. Cviky proti, "v rozporu"

Pokud dítě přijalo pohybové zkušenosti v předchozí fázi cviků a začala se objevovat jeho iniciativa, je připraveno vyzkoušet vztah v rozporu, čili cviky proti. V těchto aktivitách testuje dítě svou vlastní sílu. Terapeut přizpůsobuje svou sílu dítěti a dítě přes tyto aktivity rozvíjí kontrolu nad tou vlastní.

Cíl: Naučit dítě zaměřit a analyzovat svou vlastní sílu, rozvíjet kontrolu nad svou silou a naučit se ji vhodně používat.

Úkolem terapeuta není dominovat a vyhrávat bitvy, ale poskytnout dítěti naplnění zkušeností s jeho vlastní silou. Terapeut testuje dítě, povzbuzuje jeho snahu a dovoluje mu být úspěšný. Tento druh vztahu by měl obsahovat humor, měl by být podáván vtipnou formou. Některé z těchto cviků mohou být problematické pro děti s těžkým mentálním postižením.

1. Mačkání

Popis cviku: Terapeut leží na podlaze, obličejem k zemi. Opírá se o svou horní část těla a pod nohama má dítě. Dítě je povzbuzováno a nuceno vykroutit se z pod těla dospělého. Terapeut se o dítě opírá pouze na tolik, kolik dítě zvládne.

Dítě pociťuje spokojenost a pocit úspěchu, když se mu podaří uniknout.



Obr.č.14 Mačkání

2. Kámen

Popis cviku: Dítě se posadí na podlahu, má pokrčená kolena, chodidla mírně od sebe. Jeho ruce s roztaženými prsty se jemně dotýkají podlahy. Dítě je "kámen" a terapeut testuje jeho stabilitu taháním za kolena. Pokud je dítě na tlak připraveno, dospělý tahá o něco silněji. Ne však tak silně, aby dítě odtlačil z jeho opěrné báze.

Terapeut může testovat sílu dítěte i ze zadu taháním za ramena. Vždy dítě na tlak nejdříve připravíme jemným zataháním nebo zatlačením.

Následně mohou být vyměněny pozice - dítě tahá terapeuta. Když terapeut ucítí, že je vynaložena co největší síla dítěte, povolí a nechá se svalit, čímž dítěti poskytne pocit radosti a úspěchu.

Pokud jde o těžce postižené dítě, terapeut si sedne vedle něj, vezme jednu jeho ruku a položí ji na své rameno a vyzve dítě, aby zatlačilo. Dítěti pomůže zatlačit, poté se terapeut svalí, čímž dítě odmění.

Cíl: Poskytnout dítěti požitek síly a stability a "nepoškodit" ho.

Tato aktivita kombinuje sílu se stabilitou. Velmi důležitý je oční kontakt a slovní doprovod.



Obr.č.15 Kámen - terapeut testuje dítě



Obr.č.16 Kámen - dítě testuje terapeuta

3. Zády k sobě

Popis cviku: Oba partneři sedí zády k sobě, mají pokrčená kolena, chodidla drží pevně na zemi a ruce mají opřeny za sebou. Poté si začnou tlačit navzájem do svých zad čímž zkouší, jak je jejich partner silný. Výsledkem bývá obvykle statický zápas.



Obr.č.17 Zády k sobě

4. Věznění

Popis cviku: Terapeut sedí na zemi, mezi nohama má posazené dítě. Dítě sedí v pomyslném domečku. Domeček je nejprve přístupný, kolébá se, postupně přichází věznění. Terapeut svírá dítě rukama, dítě je nuceno vyvléknout se "dveřmi", "oknem" nebo "komínem". Terapeut nechá dítě utéct pokud ucítí, že vyvinulo co největší sílu.



Obr.č.18 Věznění

4. Cviky "spolu"

1. Veslování člunu

Popis cviku: Terapeut a dítě sedí na podlaze, obličejem k sobě, nohy mají roztažené a chodidla terapeuta a dítěte na sebe naléhají. Velmi malé děti mohou sedět na terapeutových nohách. Terapeut a dítě se vzájemně uchopí za zápěstí, jeden partner se položí, druhý si sedne, a naopak.

Nejjednodušší sdílná aktivita, při které je opět velmi důležitý oční kontakt.

Cíl: - Pomoc dítěti lehnout si, aby jeho hlava zůstala na zemi.

- Podpořit dítě, aby vytáhlo terapeuta do pozice v sedě.



Obr.č.19 Veslování člunu

2. Balancování s partnerem

Popis cviku: Oba partneři sedí na podlaze opřeny o chodidla, která mají u sebe ve stabilní pozici (takzvaná pozice na "bobku"). Uchopí se za zápěstí a následně se vzpřimují a zase sedají zpět. Když toto zvládnou, přejdou do varianty, kdy jeden se postaví a druhý zůstává sedět a naopak.

Mezera mezi partnery je nastavena délkou jejich paží, která jsou mírně flektována. Tato aktivita vyžaduje dobrou souhru mezi partnery a uvědomění si jeden druhého.



Obr.č.20



Obr.č.21



Obr.č.22 *Balancování s partnerem*

3. Houpačka

Popis cviku: Partneři sedí zády k sobě, opírají se o sebe (opět v pozici na "bobku"), kolena mají pokrčená. Tlačí navzájem proti svým zádkům a postavují se a zase posazují.

Obr.č.23 *Houpačka*



Druhá varianta: Oba partneři leží na zádech, nohy mají ve vzduchu a tisknou k sobě chodidla. Zvedají nohy nad podlahu a tělem dělají oblouk, čímž balancují na ramenou. Tato aktivita vyžaduje pevnost stehenních svalů.



Obr.č.24 *Houpačka - druhá varianta*

Na závěr cvičební jednotky je vhodné zařadit opět kolébku, kterou bylo cvičení zahájeno.

III. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. TRPKOVÁ, Jana. *Program Developmental Movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii*. [Developmental Movement program according to Veronika Sherborne and its use in occupational therapy]. Praha, 2016. 85 s., 4 přílohy. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí práce: Uhlířová, Jaromíra.
2. AHTIAINEN, Anni. Work related challenges and Sherborne Developmental Movement - Educational evening for Vehmaa day care personnel. In: *Theseus.fi* [online]. 2010 [cit. 2016-03-30]. Dostupné z: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/25283/ahtiainen_anni.pdf?sequence=1
3. Atropin.cz. *Řikanky. Řikanky a říkadla pro malé i velké* [online]. ©2010-2015 [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://rikanky.atropin.cz>
4. KARÁSKOVÁ, Vlasta a Wiesława DLUŽEWSKA-MARTYNIÉC. *Pohybový program Veroniky Sherborne*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 51 s. ISBN 9788024431413.
5. KURKOVÁ, Martina. *Metody rozvoje motoriky u žáků ve třídě s rehabilitačním vzdělávacím programem* [online]. Brno, 2006[cit. 2015-06-01]. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. Katedra speciální pedagogiky. Vedoucí práce Prof. PhDr. Marie Vítková, CSc. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/152954/pdf_m/Diplomka.pdf
6. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
7. SHRBORNE, Veronica. *Developmental Movement for children: Mainstream, special needs and pre - school*. 2. vydání. Londýn: Worth Publishing Ltd, 2001. 121 s. ISBN 13 978-1-903269-04-6.

8. SHEBORNE, V. Metoda pohybového rozvoje. Pohyb, který rozvíjí. Interní materiály SPC Nový Jičín. 1999.
9. STANKOWSKI, Adam. *Pedagogická terapie – možnost nebo nutnost?*. Ostrava: Ostravská Univerzita, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-7368-149-8.
10. VOCILKA, Miroslav. *Výchova a vzdělávání artistických dětí*. 1. vyd. Praha: Septima, 1994. 72 s. ISBN 80-85801-33-7.
11. ZWOLIŃSKA, Danuta, R. PODSTAWSKI a D. NOWOSIELSKA-SWADŹBA. The Importance of Persons Accompanying Children with Moderate Intellectual Disability in the Teraphy of Veronica Sherborne Developmental Movement. *Advances in Rehabilitation* [online]. 2014, **28**(2) [cit. 2016-02-05]. DOI: 10.2478/rehab-2014-0036. ISSN 1734-4948. Dostupné z: <http://www.degruyter.com/view/j/rehab.2014.28.issue-2/rehab-2014-0036/rehab-2014-0036.xml>

5.2. Příloha č. 2. Otázka rozeslaná po pracovištích ČR

Dobrý den,

jsem studentkou ergoterapie na 1.LF UK a jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila Koncept Developmental movement dle Veroniky Sherborne a jeho využití v ergoterapii. Chtěla jsem se Vás proto zeptat, zda tento koncept ve Vašem zařízení využíváte, popřípadě zda jste se s ním někdy setkali.

Předem děkuji za odpověď.

Jana Trpková

5.3. Příloha č. 3. Souhlas zákonného zástupce dítěte

Souhlas zákonného zástupce dítěte s pořizováním fotografií a videozáznamů pro účely bakalářské práce

Souhlasím s pořizováním fotografií a videozáznamů svého dítěte [REDACTED]
r.č. [REDACTED]..... pro účely bakalářské práce Jany Trpkové, studentky oboru
ergoterapie na 1.LF UK v Praze.

Jméno [REDACTED]..... Podpis [REDACTED].....

V *Praze* dne *4.4.2015*