

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Zuzana Hajdová

Působení baby masáže na motoriku u osob s těžkým a kombinovaným
postižením

Olomouc 2013

vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph. D.

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a použila jsem pouze prameny, které jsou uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci, 15. 4. 2013

.....

Anotace

Jméno a příjmení:	Zuzana Hajdová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph. D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Působení baby masáže na motoriku u osob s těžkým a kombinovaným postižením
Název v angličtině:	Effects of baby massage on motor function in people with severe and multiple disabilities.
Anotace práce:	Práce je zaměřena na to, jak působí baby masáž na oblast motoriky u respondentů s těžkým a kombinovaným postižením, ale také na jejich psychiku.
Klíčová slova:	Vývoj člověka, jemná a hrubá motorika, osoba s tělesným postižením, osoba s kombinovaným postižením, rehabilitace, baby masáž, kazuistika.
Anotace v angličtině:	Work is focused on how active baby massage on the area of motor skills among respondents with severe and multiple disabilities, but also on their psyche.
Klíčová slova v angličtině:	Human development, fine and gross motor skills, person with disabilities, person with multiple disabilities, rehabilitation, baby massage, casuistry.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Indické dojení Příloha č. 2 - Ždímání a kroucení Příloha č. 3 - Chodidlo (Perlový hmat) Příloha č. 4 - Procházka Příloha č. 5 - Každý prst Příloha č. 6 - Jemně přes chodidlo Příloha č. 7 - Přes nárt ke kotníkům

Příloha č. 8 - Kroužky kolem kotníků
Příloha č. 9 - Švédské dojení
Příloha č. 10 - Kroucení, ždímání, vařečkování
Příloha č. 11 - Lehké pohoupání, uvolnění nohy
Příloha č. 12 - Mlýnek
Příloha č. 13 - Vodní mlýn
Příloha č. 14 - Protřásání nohou na uvolnění
Příloha č. 15 - Palci do stran
Příloha č. 16 - Slunce – měsíc
Příloha č. 17 - Procházka prsty
Příloha č. 18 - Písmenko I
Příloha č. 19 - Písmenko L
Příloha č. 20 - Písmenko U
Příloha č. 21 - Otevřená kniha
Příloha č. 22 - Motýl
Příloha č. 23 - Podpažní jamky
Příloha č. 24 - Indické dojení
Příloha č. 25 - Ždímání a kroucení
Příloha č. 26 - Krouživá masáž dlaně
Příloha č. 27 - Každý prst
Příloha č. 28 - Pohlazení dlaně
Příloha č. 29 - Hřbet ruky
Příloha č. 30 - Kroužky kolem zápěstí
Příloha č. 31 - Švédské dojení
Příloha č. 32 - Ždímání, kroucení, vařečkování
Příloha č. 33 - Pohoupání, uvolnění paží
Příloha č. 34 - Otevřená kniha na čele
Příloha č. 35 - Palci přes obočí
Příloha č. 36 - Palci přes oči
Příloha č. 37 - Přes líce dolů
Příloha č. 38 - Horní úsměv
Příloha č. 39 - Dolní úsměv
Příloha č. 40 - Kroužky kolem čelisti

	Příloha č. 41 - Masáž ušních boltců Příloha č. 42 - Malé kroužky podél páteře Příloha č. 43 - Tam a zpět Příloha č. 44 - Sunutí k zadečku Příloha č. 45 - Zadeček Příloha č. 46 - Sunutí od krku k patám
Rozsah práce:	62 stran
Jazyk práce:	Český

Tuto stranu bych ráda věnovala poděkování Mgr. Petře Jurkovičové, Ph. D. za odborné rady, připomínky a nápady při zpracování mé bakalářské práce.

Dále také děkuji Rehabilitačnímu stacionáři Nivy – Zlín, který mě přivedl na myšlenku této práce, jmenovitě děkuji Bc. Markétě Špačkové. Nemohu opomenout poděkování respondentům, které jsem měla možnost masírovat.

A nakonec děkuji mým rodičům, kteří mě ve studiu podporovali a vždy mi byli velkou oporou.

Obsah

Úvod	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Vývoj dítěte	11
1.1 Vývojové periodizace	11
2 Ontogeneze člověka.....	16
2.1 Hodnocení vývojových změn	16
2.2 Motorika	17
2.2.1 Vývoj hrubé a jemné motoriky	18
3 Tělesné a kombinované postižení.....	21
3.1 Tělesné postižení	22
3.2 Příčiny tělesného postižení	22
3.2.1 Vrozené tělesné postižení	23
3.2.2 Získané tělesné postižení	23
3.3 Druhy a typy tělesného postižení.....	24
3.4 Kombinované postižení	25
3.5 Rehabilitace osob s tělesným a kombinovaným postižením	25
3.5.1 Léčebné prostředky rehabilitace	26
3.5.2 Sociální prostředky rehabilitace	28
3.5.3 Pedagogické prostředky rehabilitace	28
3.5.4 Pracovní prostředky rehabilitace	29
4 Baby masáž.....	30
4.1 Účinky masáže.....	30
4.2 Zásady masáže	31
4.3 Jaký olej použít.....	32
4.4 Základní masážní hmaty	33
4.5 Postupy při masírování	34

4.5.1	Polohy při masírování přední části těla	34
4.5.2	Polohy při masírování zadní části těla	43
4.5.3	Závěrečné hlazení od hlavy až k patě	44
PRAKTICKÁ ČÁST		45
5	Cíle a výzkumné otázky práce	45
6	Metodologie	46
6.1	Metody sběru dat	46
6.2	Metody analýzy dat	48
7	Charakteristika respondentů	49
7.1	Speciální pedagog RS	49
7.2	Respondenti z RS	49
8	Výsledky působení baby masáže u respondentů	53
9	Závěrečné shrnutí praktické části	55
Závěr		57
Seznam zkratk		58
Seznam literatury		59
Seznam příloh		61

Úvod

Tématem bakalářské práce je Působení baby masáže na motoriku u osob s těžkým a kombinovaným postižením. S technikou baby masáže se autorka poprvé seznámila v Rehabilitačním stacionáři – Nivy Zlín, pod vedením Bc. Markéty Špačkové, která ji zde aplikuje od roku 2009. Jako první autorku této práce zaujala atmosféra baby masáže, která v místnosti panovala po celou dobu lekce. Později po přečtení literatury s již zmíněnou tematikou autorku zaujala natolik, že se rozhodla právě na této technice stavět téma bakalářské práce.

Pro každého člověka je kontakt tedy dotek velice důležitý. Důležité je, aby byl dotek vnímán pozitivně, ve smyslu užít si příjemného okamžiku, nikoliv mít z doteku strach a jakéhokoliv kontaktu se obávat. Dotekem vnímáme velmi intenzivně pocity druhého člověka, proto je důležité, aby „masér“ během průběhu masáže nemyslel na nic jiného, aby se soustředil pouze na masírovaného.

Práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly, ve kterých jsou shrnuté teoretické poznatky, které souvisejí s tímto tématem. První kapitola je zaměřena na vývoj dítěte, od jeho početí až po smrt. Druhá kapitola se věnuje ontogenezi člověka, jeho motorickému vývoji, definici jemné a hrubé motoriky ale také vývoji jemné a hrubé motoriky. Třetí kapitola obsahuje různé definice zaměřené na tělesné a kombinované postižení. Na příčiny vzniku tělesného postižení tedy na vrozené či získané postižení, druhy a typy tělesného postižení, ale také na velmi důležitou rehabilitaci. Čtvrtá kapitola popisuje techniku baby masáže. Co to vlastně je, odkud se technika vzala, jaký masážní olej máme použít, důležité účinky a zásady při masírování ale hlavně to nejdůležitější, jak se jednotlivé prvky provádí. Praktická část obsahuje pět kapitol. První kapitola je zaměřena na stanovené cíle a výzkumné otázky, které si autorka stanovila na začátku svého výzkumu. Druhá kapitola s názvem metodologie je věnována popsání technik, jakými dané informace k praktické části zpracovávala jako je například analýza dokumentů, rozhovor a kazuistika. Třetí kapitola obsahuje charakteristiku vybraných respondentů a speciální pedagožky z RS. Čtvrtá kapitola nám prozradí výsledky působení baby masáže u vybraných respondentů z RS. A poslední pátá kapitola je věnována závěrečnému shrnutí celé praktické části.

Cílem práce je zjistit, jak baby masáž působí na motoriku převážně u osob s kombinovaným postižením. Mimo jiné se také zaměříme na celkové vnímání masáže jednotlivými respondenty, například na zlepšení trávení a na celkové vnímání doteků na kůži.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vývoj dítěte

Vývoj dítěte je důležitý již od jeho početí. Již na začátku těhotenství probíhají určité pochody, které zajišťují, aby smysly převzaly funkci pro pociťování poloh, hloubek a rovnováhy. Vše spolu systematicky souvisí. Každý pohyb je vnímá smyslovými orgány, zanechává v našem nitru vjemy, které jsou dále spojovány s ostatními a tím se tvoří zkušenosti. V 6. týdnu těhotenství můžeme rozeznat náznak ruky s několika silnými nervy – ruka již začíná uchopovat. Dítě si již během těhotenství dokáže spojit ruce před sebou, cucat si palec, hrát si s nohama apod. Od 12. týdne těhotenství se objevují prudké pohyby, je to důsledkem napnutí nebo skrčení těla dítěte. Kůže je prvním fungujícím smyslovým orgánem dítěte. „*Cítí plodovou vodu na své kůži, vnímá doteky různých částí tělíčka i kontakt se stěnami dělohy. Pociťuje různá podráždění, která na něj působí prostřednictvím matky – její biologické rytmy, pulz, dýchání, pohyby.*“ Dolínková (2006, s. 11) Tím, jak dítě roste, je prostor v matčině těle pro něj čím dál těsnější, proto vzniká stále více povrchových doteků. Kvůli těsnosti je dítě neklidné, více se pohybuje a tím podporuje kontrakce dělohy. V momentě, kdy se člověk narodí, je vystaven veškerému dráždění, které dříve bylo tlumeno dělohou. Působí na něj gravitační síla, která již není mírněna plodovou vodou. Obvyklý pocit být v příjemné teplé tekutině je pryč a dítě vnímá vnější teplotu, tím uvádí do chodu regulační systému. Vytváří se základna pro aktivitu CNS. Dítě již nepřijímá kyslík a výživu pomocí pupeční šňůry, ale začínají se objevovat nepodmíněné reflexy (hledací, sací, mrkací, polykací apod.). (Dolínková, 2006)

1.1 Vývojové periodizace

„Průběh lidského života tvoří souvislý, kontinuální proces postupného narůstání nebo ubývání a je možné jej znázornit plynule vzestupnou a sestupnou křivkou. Celý proces je ovšem složen ze sledu kvalitativně odlišných vývojových etap, které lze psychologicky smysluplně vyložit.“ Šimíčková Čížková (2003, s. 18)

Periodizace dle Václava Příhody

Patří mezi biopsychologické vývojové periodizace, ta vychází z psychologické ontogeneze.

I. „Rozvoj antenatální:

a. zárodečný a embryonální od 0 do 3 lunárních měsíců,

- b. *fetální od 4. do 7. měsíce,*
- c. *prenatální v užším smyslu od 8. do 10. měsíce,*
- II. *První dětství:*
 - 1. *Období nemluvněte,*
 - a. *natální období od 0 do 10 dnů,*
 - b. *novorozence od 10 do 60 dnů,*
 - c. *kojenectví od 2 do 12 měsíců;*
 - 2. *Věk batolete mladšího od 1 do 2 let a staršího od 2 do 3 let;*
- III. *Druhé dětství:*
 - 1. *předškolní do počátku trvalého chrupu od 3 do 6 let,*
 - 2. *prepubescence od 6 do 11 let;*
- IV. *Pubescence od 11 do 15 let;*
- V. *Období hebetické:*
 - 1. *postpubescence od 15 do 20 let,*
 - 2. *mecítma od 20 do 30 let;*
- VI. *Životní stabilizace a vyvrcholení od 30 do 45 let;*
- VII. *Interevium (počínající involuce) od 45 do 60 let;*
- VIII. *Senium:*
 - 1. *senescence od 60 do 75 let,*
 - 2. *kmetství od 75 do 90 let,*
 - 3. *patriarchium od 90 let.* “ Šimíčková Čížková (2003, s. 20)

Periodizace dle Jeana Piageta

Je psychologickou vývojovou periodizací. J. Piaget ve své studii sleduje, jak se u dítěte vyvíjí logické myšlení a jak dítě chápe matematické, geometrické, fyzikální a morální pojmy. (Šimíčková Čížková, 2003)

(Vágnerová, 2012) Každá Piagetova etapa teorie kognitivního vývoje je charakteristická určitým přístupem k poznávání. Jsou zde důležité procesy asimilace (to, jaký způsobem si dítě vykládá nové informace) a akomodace (to je opačný proces, spočívající v přepracování stávajících kognitivních schémat, které se díky novým informacím jeví nepřesně).

Vývojové fáze uvedené v knize od Vágnerové (2012, s. 44):

- 1. *„Fáze senzomotorické inteligence (od narození do 2 let.)*
- 2. *Předoperační fáze (od 2 do 7 let).*
- 3. *Fáze symbolického a předpojmového myšlení (od 2 do 4 let).*
- 4. *Fáze názorného, intuitivního myšlení (od 4 do 7 let).*

5. *Fáze konkrétních logických operací (od 7 do 11 let).*
6. *Fáze formálních logických operací (nastává v 11 – 12 letech).“*

Pro srovnání uvedeme ještě rozdělení podle Šimíčkové Čížkové (2003, s. 24):

- I. *„Etapa senzomotorické inteligence – zahrnuje období od narození do 1, 5 až 2 let.*
- II. *Etapa symbolického a předpojmového myšlení – asi do 4 let.*
- III. *Etapa názorného myšlení – od 4 do 7 let.*
- IV. *Etapa konkrétního myšlení – asi do 11 až 12 let.*
- V. *Etapa formálních operací – po 11 letech v průběhu dospívání. “*

Periodizace dle Sigmunda Freuda

V knize od (Vágnerové 2012) je rozvoj osobnosti podle Freuda závislý na pudu smrti (Thanatos) a pudu života (Eros) a jejich interakcí. Pud Eros je zaměřen na uspokojování vlastních potřeb, jde za dosažením příjemnosti, je řízen pocitem slasti (především sexuálního charakteru) – označováno jako libido. Thanatos představuje tendenci k destrukci, násilí a agresi. Podle Freuda tvoří osobnost tři subsystémy: Id (je základní vrozenou složkou osobnosti), Ego (rozvíjí se z činnosti Id) a Superego (je naučenou a nejpozději se rozvíjející složkou osobnosti).

Freudova psychoanalytická vývojová periodizace vychází z efektního a pudového prožívání života dítěte. Každá etapa je zaměřena na jednu „erogenní zónu“ těla dítěte. Poskytují dítěti v jeho vývoji libost při uspokojování sexuálního pudu. (Šimíčková Čížková, 2003)

- I. *„Orální stadium – 1. rok života.*
- II. *Anální stádium – 2. a 3. rok života.*
- III. *Falické stadium – od 3 let věku dítěte.*
- IV. *Stadium latence – od 5. nebo 6. roku dospívání.*
- V. *Genetické stadium – od počátku dospívání, asi od 12 let. “ Šimíčková Čížková (2003, s. 26)*

Freudova teorie byla přínosná především proto, že upozornila na význam raného vývoje dítěte pro další vývoj lidské osobnosti. Změnil tehdejší přístup k psychickému vývoji dítěte. (Vágnerová, 2012)

Periodizace dle Erika Homburera Eriksona

Psychosociální vývojová periodizace vychází z toho, že jedinec musí vždy na každém stupni vývoje řešit určitý konflikt. Pokud se mu konflikt podaří vyřešit, může pokračovat na další vývojový stupeň. Pokud se ovšem jedinci konflikt nepodaří vyřešit je jeho vývoj ohrožen a pozdržen, stagnuje. (Šimíčková Čížková, 2003)

(Vágnerová, 2012) Charakterizuje Eriksonovo dělení do osmi stadií tak, že každé stadium má určitý cíl, ke kterému směřujeme. Vždy obsahuje problémy, které jsou v této fázi obvyklé a jejich řešení je proměnnou osobnosti. Eriksonův vývoj nekončí dosažením dospělosti, ale pokračuje po celý lidský život.

Psychické fáze uvedené v knize od autorky Šimíčkové Čížkové (2003, s. 28):

- I. *„Základní důvěra proti pocitům nejistoty (asi do 1 roku)*
- II. *Autonomie proti pocitům studu (asi do 3 let věku)*
- III. *Iniciativa proti pocitům viny (předškolní věk)*
- IV. *Snaživost proti pocitům vlastní méněcennosti (mladší školák)*
- V. *Iniciativa proti pocitům nejistoty o své roli mezi lidmi (dospívání)*
- VI. *Intimita proti pocitům izolace (mladá dospělost)*
- VII. *Generativita proti pocitu stagnace (dospělost)*
- VIII. *Integrita proti strachu ze smrti (stárnutí a stáří)“*

Pro srovnání uvedeme ještě jedno dělení psychických fází, které jsou uvedené v knize Vágnerové (2012, s. 41):

1. *„Základní důvěra proti základní nedůvěře.*
2. *Autonomie proti studu a pochybám.*
3. *Iniciativa proti vině.*
4. *Příčinnost proti inferioritě.*
5. *Identita proti konfuzi rolí.*
6. *Intimita proti izolaci.*
7. *Generativita proti stagnaci.*
8. *Ego integrita proti zoufalství.“*

Osobnostní vývoj dle Carla Gustava Junga

Jeho pojetí vývoje je z hlediska analytické psychologie. Chápal psychický vývoj jinak než Freud, přesto z jeho teorie vycházel. Jeho pojetí je volnější, nerozděluje vývoj do specifických vývojových fází. Základ osobnosti považoval za vrozený, nevědomý a univerzální. Jung chápe psychický vývoj jako proces individuace, který je zaměřený na vyjádření a rozvoj vlastní jedinečnosti a hledání smysluplného života. Psychický vývoj dělí na dvě vývojové fáze: (Vágnerová, 2012)

- **Dětství** - je zaměřeno na získání dobrého postavení ve společnosti, na to, jak dítě ve společnosti vystupuje, jak vyhovuje požadavkům společnosti, ale zároveň si uchovává svou individualitu.

- **Dospívání** - Jung považuje dospívání za důležitější období než dětství. V této vývojové fázi jde především o rozvoj sociální podoby já. Na konci tohoto období by si měl jedinec uvědomit své negativní vlastnosti a přijmout je. Pokud tento vývojový úkol nesplní, bude si vytvářet v životě zbytečné problémy. Pokud jej však zvládne, bude schopen přijmout v životě pochybnosti a nejistoty. (Vágnerová, 2012)

Pro Junga je důležitější vývoj až v druhé polovině života, protože již člověk splní společenské požadavky. (Vágnerová, 2012)

Vývojová teorie René Spitze

Věnoval se studiu psychického vývoje dětí, které vyrůstaly v ústavech. Když dítě nemohlo být v přítomnosti matky, tudíž nemohlo prožít citovou vazbu, která je pro další vývoj velmi významná. Spitz analyzoval průběh vývoje vztahu k lidem ve třech odlišných fázích:

- Preobjektální fáze (od narození do 3 měsíců).
- Fáze předběžného objektu (od 3 do 7 měsíců).
- Fáze specifického objektu (začíná asi v 7 měsících). (Vágnerová, 2012)

2 Ontogeneze člověka

Pro ontogenezi je charakteristická řada kvalitativních a kvantitativních změn (představují tzv. ontogenetickou rozdílnost) a řídí se platnými vývojovými principy a zákonitostmi. Tyto zákonitosti jsou společné všem jedincům, jsou dědičné. (Kouba, 1995)

Kouba (1995, s. 44) ve své knize *Motorika dítěte* uvádí „*Jedinec je charakterizován jako jedinečné individuum v celé řadě znaků, vlastností a schopností. Genetická podmíněnost, dědičnost (heritabilita) somatických a pohybových znaků se mění v průběhu ontogeneze.*“ Motoriku člověka v průběhu života doprovází mnoho změn. Změny buněčné, orgánové ale i jevové, které se týkají vlastností strukturálních a funkčních.

2.1 Hodnocení vývojových změn

Motorický vývoj lze zjednodušeně vyjádřit pomocí rovnice, která posuzuje kvalitativní a kvantitativní změny:

$$MV = f(V, \check{C}v)$$

MV – motorický vývoj

f – funkce

V – věk

Čv - činitelé

Kvantitativní změny jsou zjišťovány měřením. Jejich projev je buď pozitivní (progresivní) nebo negativní (regresivní). Jako pozitivní vývoj chápeme postupné zvyšování hodnot sledovaných vlastností a jako negativní vývoj naopak jejich snižování (např. tělesná výška a hmotnost či pohybové vlastnosti). Průběh kvantitativních změn zobrazujeme tzv. růstovou křivkou. Znárodnuje závislost mezi stupněm ontogeneze, daným věkem, stupněm vývoje a hodnotou sledované pohybové schopnosti. Chronologický věk nebo také věk kalendářní se odvozuje z data narození. V období progresivního vývoje může být totožný s věkem biologickým. Biologický věk posuzuje, zda motorický vývoj (motorický věk) odpovídá chronologickému věku či nikoliv. Někteří jedinci mají ve vývoji předstih – akceleraci a někteří jsou naopak opoždění – retardováni. Určit biologický věk je však velmi obtížné. Jednou z možností je určení tzv. kostního věku (z rentgenového posouzení stupně osifikace zápěstních kůstek), druhou určení tzv. zubního věku (podle počtu prořezaných zubů stálého chrupu). Jako hrubý odhad můžeme také použít stupeň vývoje druhotných pohlavních znaků (tělesná výška a hmotnost, základní charakteristiky tělesné stavby). Sociální věk představuje sociální chování a sociální role jedince, které by měl mít v příslušné vývojové etapě. (Kouba, 1995)

Podle (Kurice, 1986) představuje vývoj motorických schopností ruky určitý model normy, patologie nebo opožděného vývoje jedince. Dítě ještě nemá v 6. až 10. roce ukončenou osifikaci kostí ruky, dále také není dokončena integrace neuronových pracovních konstelací mozkové kůry, které jsou důležitou složkou pro koordinaci jemné motoriky (článků prstů). Proto jsou děti v tomto období mírně neobratné. Na druhou stranu však dozrává kinestetický analyzátor a prohlubuje se souhra mezi percepčními a motorickými oblastmi CNS.

2.2 Motorika

Motorika představuje souhrn všech pohybů lidského těla, tzn. jeho celkovou pohybovou schopnost. Pohyby, které jsou řízené z mimokorové oblasti mozku a prováděné hladkými svaly jsou označovány jako motilita (dýchání, sání, polykání, trávení apod.). Pojem mobilita se označuje schopnost pohybů kosterního svalstva (přemísťování těla a jeho pracovní výkon). Tyto výkony jsou prováděny příčně pruhovaným svalstvem. Pohyb je přirozeným projevem každého jedince. Nově zvládnuté pohyby se pro jedince stávají prostředkem poznávání okolí, jedinec získává určité zkušenosti a dovednosti, které jsou důležité pro jeho další vývoj. Pohyb souvisí s myšlením, myšlení zase s řečí. Pokud je dítě handicapované, začínají se objevovat nedostatky hlavně v těchto oblastech. (Opatřilová, 2008)

Složky motoriky:

- pohyby spontánní (provádíme je z vlastního podnětu)
- pohyby reflexní (určitý podnět nám vyvolá reflex)
- pohyby záměrné (tyto pohyby jsou volní, ale jsou za určitým účelem)
- pohyby expresivní (pohyby spojené s projevem určitého stavu). (Renotierová, 2002)

Diagnostika motoriky ve speciální pedagogice zaujímá velmi důležitou pozici vzhledem ke stanovení vývojové úrovně jedinců s postižením, což ovlivňuje profesní orientaci a přípravu na výkon povolání. Při diagnostikování je důležité si uvědomit, že motorika u postižených jedinců má určité zvláštnosti, které mají souvislost na typu postižení. U tělesného postižení se jedná o deformace, amputace centrální či periferní obrny. Omezení motoriky se obvykle projevuje v koordinaci pohybů, v síle, obratnosti, rychlosti a v hybnosti končetin. Pro správné diagnostikování je důležité znát správný vývoj dítěte. (Pipeková, 1998; Renotierová, 2002)

Hrubá motorika

Díky velkým svalovým skupinám nám je umožněna lokomoce (chůze, skákání, běh apod.), dále však také nelokomoční pohyby (sezení, tahání, strkání apod.). HM v sobě

zahrnuje celou pohybovou aktivitu dítěte, ovládání a držení těla, koordinaci dolních a horních končetin a rytmizaci pohybu. (Opatřilová, 2003) V naší práci se spíše zaměříme na oblast hrubé motoriky.

Ve škole HM sledujeme v tělesné výchově či v mimoškolních sportovních aktivitách. Dále se také projeví v sebeobslužných činnostech (např. stolování, oblékání apod.) (Pipeková, 1998)

Jemná motorika

Jemná motorika je řízena naopak malými svalovými skupinami. Je zaměřena na manipulaci s drobnými předměty a jejich uchopování. Oblast JM zahrnuje grafomotoriku (aktivita zaměřená na grafickou stránku motoriky), logomotoriku (zaměřená na aktivitu mluvních orgánů, uplatňuje se při artikulované řeči), mimiku (pohybová aktivita obličeje), oromotoriku (pohyby dutiny ústní) a vizuomotoriku (pohybová aktivita zaměřená na zpětnou vazbu). Pro ovládání pohybu rukou je nejdůležitější cílený pohyb a úchop. (Opatřilová, 2003)

Zjišťování JM je zaměřeno na manuální zručnost (Walterova zkouška, Dexterimetr apod.). V diagnostických testech se hlavně v raném a předškolním věku využívají kostky, různé skládačky (lego, puzzle) a práce s drobnými materiály (korálky). Při práci sledujeme koordinaci a rychlost pohybů, dokonalost úchopu, zda je pohyb cílený, spolupráci obou rukou apod. testy se využívají i při diagnostice laterality. (Pipeková, 1998)

2.2.1 Vývoj hrubé a jemné motoriky

Diagnostiku zjišťujeme na základě výkonu v motorických testech jako je např. Motometrická škála Ozereckij – Göllnitz nebo podle vývojových norem motoriky (Gesellova škála, Vývojový screening Passamanick – Knoblochová apod.). U starších dětí čerpáme spíše z osobní anamnézy. Jsou zde klíčové základní pohybové dovednosti, posazování, samostatná chůze, stoj, udržení se v sedu a kvadruparetická lokomoce. (Pipeková, 1998)

Podle (Krejčířové, 2001) je dosažení určité úrovně motorické schopnosti důležité pro předpoklad školní úspěšnosti, protože většina školských dovedností je založena na manuální zručnosti dítěte (jde především o JM). Dítě, které je motoricky neobratné, jeho motorika nekoordinovaná, může mít problémy nejen ve školských dovednostech, ale také ve vrstevnické skupině. Pro děti mají pohybové schopnosti značnou hodnotu, proto jsou tyto děti většinou na okraji skupiny. Hodnocení motorických dovedností je důležité především ve vztazích k různým poruchám CNS. Pro hodnocení motorických schopností a laterality používáme škálu Oseretzkého, orientační test dynamické praxe, test ohýbání drátu a zkoušku laterality. Pro vyšetření motoriky u dětí předškolního a mladšího školního věku můžeme

používat běžných úkonů, které dítě provádí během dne (každý den) jako je např. oblékání bundy nebo obyčejná manipulace s předměty. Pro senzomotorickou koordinaci můžeme použít např. chytání a házení míčku, u zjišťování úrovně JM využíváme většinou kresebných testů (kresba lidské postavy nebo různé obkreslování, můžeme však použít i psaného projevu jako je např. diktát). U motoricky postižených dětí lze využít pro diagnostiku stavbu kostek dle předlohy a pro JM navlékání korálků. Hodnotíme úspěšnost splnění úkolu, ale také to, jak dítě při stavbě postupuje. Sledujeme jeho pohyby, zda jsou koordinované, jestli je pro něj činnost stresující či nikoliv.

V novorozeneckém období jsou pohyby nekoordinované a rychlé. Dítě se rodí s několika důležitými nepodmíněnými reflexy. Mezi základní nepodmíněné reflexy patří:

- reflex hledací (dítě se vždy otáčí směrem k prsu),
- mrkací (v momentě, kdy světlo dopadne nečekače dítěti do tváře – mrkne),
- sací (jakmile mu dáme do úst prs, prst nebo dudlík, začne instinktivně sát),
úchopový (když vložíme dítěti prst do dlaně, sevře ji),
- polykací (novorozenec polyká pouze to, co se mu dostane na kořen jazyka),
- Babinského reflex (dotkneme – li se chodidla dítěte pod prsty, ohne je),
- Babkinův reflex (sevřeme – li rukama dlaně dítěte, zavře oči a hlavičku srovná do osy s tělíčkem),
- plazivý reflex (dítě položené na břicho matky se začne nožičkami odrážet a posouvat),
- vzpor nožkami (držíme – li dítě pod pažemi ve svislé poloze, dokáže se nožkami vzepřít o podložku),
- chůzový reflex (když dítě máme ve vzporu nožkami a lehce ho nakláníme vpravo a vlevo, dítě dělá drobné krůčky),
- polohové reflexy,
- svalové napětí,
- Moroův reflex (škneme – li podložkou pod dítětem, lekne se, roztáhne ruce, nohy i prsty a prohne záda),
- orientační reflexy. Pro orientační reflexy je důležité, aby byly správně vyvinuté smyslové orgány. Dítě se díky nim seznamuje s okolím, pomocí rukou se seznamuje s předměty a jejich vlastnostmi a na základě velkého množství zkušeností se z orientačního reflexu vyvíjí poznávací funkce. (Opatřilová, 2003; Kiedroňová, 2005)

V kojeneckém období jsou velmi důležité zákonitosti, které zpracoval americký vývojový psycholog Arnold Gesell. Zákon kefalokaudální tzn., že vývoj postupuje od hlavičky až k patě, zákon proximodistální (pohyby vychází nejprve z ramene a kyčle dále pak postupují k jemnějším pohybům prstů na ruce a nohou) a zákon ulnoradiální úchop je nejprve dlaňový (potom špetkový). Na konci tohoto období dítě vědomě uchopuje a pouští předměty, dokáže uchopit drobné předměty, používá tzv. klešťový úchop, dále si za spolupráce zraku přendává předmět z jedné ruky do druhé. V batolecím období dochází k velkým vývojovým změnám. Manipulace s předměty se zde stává smysluplnou, dítě dokáže napodobovat. Celkově se hrubá i jemná motorika zdokonaluje. V tomto období dítě začíná preferovat jednu ruku. Předškolní období je oproti batolecímu klidnější, dochází ke zpomalení vývoje. HM je plynulejší, hbitější a koordinovanější. Pro toto období je velmi důležitá senzomotorická koordinace a manuální zručnost. (Opatřilová, 2003)

3 Tělesné a kombinované postižení

Somatopedie je vědou, která se zabývá problematikou lidí s tělesným a zdravotním postižením. Kábele (1992, s. 7) definoval somatopedii jako „*vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním tělesně a zdravotně postižené mládeže.*“ Renotiérová (2006, s. 209) definici somatopedie rozšířila na: „*vědní obor speciální pedagogiky. Zabývá se výchovou, vzděláváním a přípravou pro pracovní a společenské začlenění jedinců s postižením hybnosti.*“ Světová zdravotnická organizace WHO dělí zdravotní postižení na impairment, disability a handicap. Impairment (poškození) charakterizuje jako „*postižení systému pohybového, podpůrného nebo jiných orgánů vedoucích k somatickým změnám.*“ Milichovský (2010, s. 22) Oproti tomu Slowík (2007, s. 26) impairment popsal jako „*Vada, porucha, defekt (impaired) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.*“ Dále podle Slowíka (2007, s. 27) disability znamená „*Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.*“ Handicap Milichovský (2010, s. 22) charakterizuje jako „*ztrátu, znevýhodnění, omezení příležitosti jedince účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.*“ Pro srovnání uvedeme ještě další definici handicapu od Slowíka (2007, s. 27) „*Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.*“

Ve společnosti je mnohdy tělesně postižený člověk nazýván jako „nenormální“, proto jsme se rozhodli zde rozvést pojmy související s tímto tématem jako je např. norma a normalita.

Člověk se může odlišovat v oblasti norem estetických, etických, kulturních nebo výkonových. Každé posuzování hodnocení člověka podle určených měřítek (norem) však nemusí být a většinou ani nebývá jednoznačné a objektivní (např. srovnávání s věkovými vrstevníky). Proto je z hlediska handicapovaných osob vhodnější individuální pojetí normality, kdy je posuzování hodnocení vztahováno pouze k vlastním předpokladům a možnostem člověka (např. člověk, který v minulosti nemohl vůbec chodit, nyní zvládá chůzi pomalou). (Slowík, 2007)

Slowík (2007, s. 23) ve své knize Speciální pedagogika uvedl normu jako: „*Podle původního latinského významu by se slovo norma dalo přeložit jako pravitko, měřítko nebo pravidlo. Obecně je tento pojem dnes chápán především ve smyslu závazné směrnice,*

ustáleného a obecně respektovaného zvyku, nebo dokonce zákona.“ a normalitu jako „ stav osoby, jedince, věci, situace nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována.“. Novosad (2011, s. 70) chápe normu a normalitu obdobně jako již zmiňovaný Slowík. „Obecnou platnou normu charakterizujeme jako dobovou obvyklost – společností uznávané kritérium k hodnocení určitého jevu. Normalita představuje stav jedince, skupiny či společnosti, jenž odpovídá zavedeným, tj. v určitém dobově – regionálně – sociálním kontextu platným normám a uznávaným hodnotám.“

Člověka s tělesným postižením můžeme také nazvat jako člověka imobilního. Kdy: *„Imobilita je stav, při kterém se člověk vůbec nemůže nebo nesmí pohybovat.“* Milichovský (2010, s. 22)

3.1 Tělesné postižení

Tento pojem lze chápat ve velmi širokém spektru. Jankovský (2006, s. 39) definuje tělesné postižení takto: *„Tělesným (somatickým) postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte).“*

Tělesně postižení jsou i takový jedinci, kteří trpí různými degenerativními, metabolickými, endokrinními a jinými poruchami. Do tělesných postižení se také řadí např. srdeční vady, choroby dýchacího systému nebo revmatické potíže. Projevy tělesné vady jsou poruchy hybnosti a s ní související poruchy fyziologické, psychické a sociální, v kognitivní oblasti a také ve vytváření sociálních vztahů. Je důležité uvědomit si, že psychika tělesně postiženého jedince se vyvíjí stejně jako u jedince zdravého. (Milichovský, 2010)

Jako tělesné postižení mohou být považovány vady pohybového a nosného ústrojí (kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení). Může se také projevit poškození nebo porucha nervového ústrojí, pokud se projevuje poruchou hybnosti. (Renotíerová, 2006)

3.2 Příčiny tělesného postižení

Milichovský (2010, s. 21) uvádí etiologii tělesného postižení takto: *„Tělesné postižení může být vrozené nebo získané v průběhu života. Setkáváme se také s tělesným postižením na dědičném základě.“* Jako primární postižení je označováno postižení, kde jde přímo o postižení hybného ústrojí. Sekundárním postižením nazýváme takové postižení, kde se jedná o snížení mobility v důsledku poškození jiného orgánu. Jako nejčastější příčinu tělesného postižení můžeme uvést dědičnost. Mezi další příčiny vrozeného tělesného postižení patří např. infekční onemocnění matky v době těhotenství, nesprávná výživa (nedostatek vitamínů

v potravě), vliv léků, které matka užívala na začátku těhotenství, vliv prostředí, rentgenové záření aj.

V souvislosti s tím, zda je vrozené nebo získané postižení horší se vedou již několik let diskuze. Novosad (2011, s. 113) „*Takové diskuze jsou však irelevantní, neboť se pokoušejí porovnávat objektivně neporovnatelné.*“

3.2.1 Vrozené tělesné postižení

Mohou být různého stupně a různé závažnosti. Mezi nejčastější vrozená postižení můžeme uvést např. amélie, fokomélie, dysmelie a luxace kyčelních kloubů. Výzkumy dokázaly, že lidé s vrozeným tělesným postižením se s ním lépe vyrovnávají. Vyrovnávají se s ním totiž již od malička a dá se říct, že si na něj postupně zvykají. Těmto dětem se zdá být vše přirozené tak, jak to dělají – podle svých daných možností. U dětí s vrozeným postižením může hrozit pouze že, budou mít nedostatek podnětů pro jejich rozvoj poznávacích procesů a nevhodné prostředí (rodina, škola). Je důležité dítěti zprostředkovat podnětné prostředí. I dítě s vrozeným tělesným postižením má prožít svůj dětský věk tj. chodit do mateřské školy (pokud dítě nemůže být zařazeno do mateřské školy s intaktními dětmi, volíme mateřskou školku speciální). (Milichovský, 2010)

Novosad (2011, s. 13) pro srovnání uvádí: „*nemůžeme usuzovat, že člověk s trvalým vrozeným nebo časně získaným postižením je v příznivějším postavení.*“ Přesto však můžeme říct, že člověk s vrozeným postižením má na adaptaci postižení a smíření se se situací více času než člověk s postižením získaným.

3.2.2 Získané tělesné postižení

Úraz hlavy (mozku) či páteře (poranění míchy), amputace končetin, závažné poranění obličeje - deformace či znetvoření jsou velice závažné úrazy, které mohou mít trvalé následky s charakterem chronické nemoci nebo tělesného postižení. Na vzniklou situaci se člověk nemůže nijak připravit a nemá ani určitý čas se na vzniklou situaci adaptovat. Jako první po úrazu následuje určitý způsob vyrovnání se se situací. Člověk je sám v šoku a ještě k tomu na něj působí úzkostné jednání blízkých osob z okolí. Získané tělesné postižení můžeme rozdělit na formu dočasného nebo trvalého postižení. Každý případ člověka se získaným postižením je jiný, je jedinečný. Někteří se s následky úrazu vyrovnávají poměrně rychle, umí si vytvořit nový způsob života jiní se s tím vyrovnat nedokážou. (Milichovský, 2010; Novosad, 2011)

3.3 Druhy a typy tělesného postižení

Rozhodli jsme se v naší práci uvést vybrané druhy a typy postižení. Do oblasti tělesného postižení zahrnujeme také chronická onemocnění. Chronická onemocnění jsou většinou vleklá a trvalá. Mohou se střídát stavy remise (příznaky nemoci jsou málo patrné) a stavy prudkého vzplanutí nemoci (rychlé a výrazné zhoršení stavu nemocného). Metabolická onemocnění nebo revmatoidní artritida aj. nemoci jsou zpočátku chronické, až potom přejdou do formy tělesného postižení. Tělesné postižení může člověk získat i po opakovaných nebo neléčených nemocech jako jsou například záněty průdušek a hepatitida. Mezi další chronické typy onemocnění patří různé srdeční vady a kardiovaskulární onemocnění, onemocnění plic a dýchacích cest, poruchy imunity, poruchy metabolických procesů, nádorová (onkologická) onemocnění, epilepsie a kožní onemocnění. Chronické onemocnění negativně působí na fyzický a sociální aktivity člověka. Tlumeně mohou působit i léky, které člověk užívá, nejzávažnější vliv má ovšem chemoterapie. Tahle léčba je dlouhodobá, mnohdy trvá celý život. (Novosad, 2011)

Tělesná postižení dělíme na obrny, deformace a amputace. U centrální obrny a jiných závažných neurologických onemocnění (postižení) posuzujeme úroveň motoriky člověka, důležité je sledovat svalový tonus. (Jankovský, 2006) ve své knize Ucelená rehabilitace dětí rozlišuje svalový tonus na hypotonii – snížení svalového tonu nebo spasticitu – zvýšení svalového tonu. (Opatřilová, 2003) v knize Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou dělí svalový tonus na normotonie (svalový tonus v mezích normy), hypotonie (stav sníženého svalového tonu), hypertonie (zvýšený svalový tonus) a atonie (vymizení svalového tonu po smrti). Vokurka (1995, s. 432) uvádí, že „*tonus kosterního svalstva je řízen nervy a nervovými podněty z centrálního nervového systému, jejichž poruchy mohou tonus zvyšovat (hypertonus, např. u parkinsonismu), nebo snižovat (hypotonus, např. při přerušení nervu)*“. Obrna může být buď částečná, ta se nazývá paréze nebo úplná, to je plegie. Podle toho, jaká část těla je postižena rozlišujeme parézy na monoparézu (postižení jedné končetiny), paraparézu (poškození dolních končetin) Novosad uvádí předponu di- pro poškození obou dolních končetin, méně často se objevuje postižení horních končetin, hemiparézu (postižení levé nebo pravé části těla) a kvadruparézu (všechny čtyři končetiny jsou postiženy). Stejně jako parézy se rozlišují i plegie. Dále do kategorie obrn je zařazena: DMO, infekční obrna (poliomyelitis), roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova choroba, degenerativní mozková onemocnění, cévní mozková příhoda, traumatické obrny a periferní obrny. (Jankovský, 2006; Opatřilová, 2003; Novosad, 2011)

Deformace mohou být buď vrozené anebo získané. Do vrozených deformací můžeme zařadit: vrozené vady končetin (amélie, dysmelie, fokomélie, arachnodaktylie, syndaktylie, polydaktylie), vrozená noha (kosá, hákovitá, kososvislá), různé poruchy tvaru lebky (brachycefalie, skafocéfalie, trigonocéfalie, turicefalie, plagiocéfalie) nebo poruchy velikosti lebky (makrocefalus, hydrocefalus, mikrocefalus), nanismus (trpaslictví) či akromegalie (gigantismus), rozštěpy (lebky, rtu, čelisti, patra, páteře), vrozené luxace kloubů (např. kyčle), změny struktury kostí a změny svalů. Naopak do získaných můžeme zařadit: progresivní svalovou dystrofii (myopatie), Perthesova choroba, myasthenia gravis, aseptické kostní nekrózy, artritidy, artrózy či osteoartrózy. Poslední skupinou jsou amputace, ke kterým dochází většinou po traumatech nebo při chirurgickém zásahu, jako důsledek onemocnění. (Novosad, 2011; Renotiérová, 2002)

3.4 Kombinované postižení

Osoba s kombinovaným postižením je osoba, která je postižena dvěma nebo více na sobě nezávislými druhy postižení. Může se jednat například o kombinaci tělesného postižení a mentálního nebo smyslového postižení. (Milichovský, 2010)

U kombinovaného postižení se jedná o komplikovanou situaci. Její řešení je vázáno na to, o jakou kombinaci postižení se jedná, ale také záleží na tom, které z daných postižení člověka více znevýhodňuje. (Jankovský, 2006)

Pro představu toho, jak bylo kombinované postižení definováno dříve, si dovolíme uvést definici podle Krause (1964, s. 134), kterou zveřejnil ve své knize Tělesně postižené dítě: „*Na úseku sociální péče se kombinovaná vada vždycky rozumí pouze kombinace postižení tělesného a postižení duševního, a to tak, že k jakémukoli tělesnému postižení přistupuje oligofrenie lehkého stupně, tedy debilita.*“

3.5 Rehabilitace osob s tělesným a kombinovaným postižením

Podle Jesenského (1995, s. 24) představuje rehabilitace „*procesy znovuschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka.*“ Podle Renotiérové (2002, s. 56) je slovo rehabilitace „*odvozeno od latinského slova *habilitas* (tj. způsobilost, schopnost) a předpony *re-* (znovu, opět).*“ Vysokajová 2000 (in Slowík 2007, s. 53) uvádí: „*Rehabilitace je časově ohraničený cílený proces, který má umožnit postiženému člověku dosáhnout optimální mentální, fyzické a sociálněfunkční úrovně k tomu, aby mohl změnit svůj život (ve smyslu dosažení vyšší úrovně nezávislosti). Pod pojem rehabilitace můžeme zahrnovat také opatření*

určená pro kompenzaci funkční ztráty nebo funkčního omezení (např. technickými pomůckami) a další prostředky určené k usnadnění společenské adaptace a readaptace.“

Dlouho předtím se rehabilitace zaměřovala spíše jen na nápravu poškozených funkcí člověka. V dnešní době již není rehabilitace chápána tak striktně a stavovsky pouze jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale spíše jako interdisciplinární obor, který mimo zdravotnickou péči zahrnuje i péči sociálně právní, pedagogickou psychologickou a pracovní. Rehabilitaci můžeme nazvat jako rehabilitaci komprehensivní tj ucelenou. Ucelená rehabilitace je dle Jesenského členěna do 4 složek na rehabilitaci pracovní, léčebnou, sociální a v neposlední řadě i rehabilitaci pedagogickou. Člení ji podle toho, na co je rehabilitace zaměřena a podle toho jaké prostředky a instituce při ní používá. (Jankovský, 2006; Jesenský, 1995; Pipeková, 1998)

Podle délky trvání rozlišujeme rehabilitaci dlouhodobou (permanentní) a krátkodobou (přechodnou). Krátkodobá rehabilitace je chápána jako následná péče, která bezprostředně navazuje na péči léčebnou. Je zaměřena na návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice člověka. Většinou se využívá při léčebné rehabilitaci ve zdravotnických nebo lázeňských zařízeních. U osob s tělesným postižením preferujeme spíše rehabilitaci dlouhodobou. Tato rehabilitace je zaměřena na osoby s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním poškozením. Z počátku je řešena pomocí léčení a dále využíváme prostředky rehabilitace sociální, pedagogické a pracovní. (Jesenský, 1995)

Světová zdravotnická organizace WHO rehabilitaci definovala již v roce 1969 takto: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.“* Jankovský (2006, s. 20) Během dalších let se tato definice rozšiřovala a roku 1994 byla rehabilitace charakterizována jako: *„proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.“* Jankovský (2006, s. 20)

3.5.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Je zaměřena jak na odstraňování postižení a funkčních poruch, tak na postupné vyřazování následků zdravotního postižení. Složka léčebné rehabilitace se propojuje s vlastním léčením, je ovšem hlavním oborem působení ve zdravotnictví. Léčebná rehabilitace obsahuje mnoho aktivit, které mají interdisciplinární charakter. Setkáváme se zde například s prvky psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie apod. Řadíme zde následující postupy: (Jankovský, 2006)

Fyzikální terapie

Zahrnuje různé druhy masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem, laserové záření, léčba teplem (termoterapie), vodoléčba a léčba přírodními léčivými prostředky – balneoterapie. (Jankovský, 2006)

Léčebná tělesná výchova

Jako základní forma je tělesné cvičení, můžeme ho realizovat buď jako individuálně nebo skupinově. Obsahuje léčebné gymnastické prvky a prvky reflexní motoriky. Využíváme zde Vojtovu metodu reflexní lokomoce (reflexní plazení a otáčení), metodiku manželů Bobathových (důraz na techniku držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, klíčové body a „tapping“), kompletní metodiku prof. Tardieu, Pöteho metodiku konduktivní pohybové pedagogiky. Dále je zde zahrnuta Kabatova pedagogika (známá jako proprioceptive neuromuscular facilitation) a v neposlední řadě Pfaffenrotova synergická reflexní terapie. (Jankovský, 2006)

Ergoterapie

Chápeme ji jako léčbu smysluplnou činností. U dětí jde o léčbu formou hry tj. dětská ergoterapie. Dítě nemá ještě vytvořené pohybové stereotypy z minulosti, teprve si je musí vytvořit. V dětské ergoterapie je vhodný individuální přístup (dochází k zlepšování jemné a hrubé motoriky, pohybové a vizuomotorické koordinace, zlepšení komunikace atd. Každému člověku je zpracován individuální léčebný program, který bere ohled na jeho zdravotní postižení. Cílená ergoterapie je buď generalizovaná (věnuje se nepostiženým částem těla) anebo specifická (věnuje se postiženým částem těla). Ergoterapie má i resocializační efekt. (Jankovský, 2006)

Animoterapie

V animoterapiích nejčastěji používáme hipoterapii a canisterapii. Hipoterapie se používá častěji, terapie využívá k léčebným účelům koně. Využívá působení tepla zvířete, taktilní podněty, podpůrné a obranné reakce a labyrintové reflexy. Velký pozitivní vliv mají kroky koně, které jsou jedinečné a nenahraditelné. Hipoterapii můžeme rozdělit do 3 skupin: hipoterapii, léčebně pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných. Lekce provádí speciálně vyškolený fyzioterapeut. Canisterapie využívá kontaktu se psem. Touto terapií působíme na zlepšení psychické pohody, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zrání dítěte. Můžeme jí dokonce odstranit agresivní chování nejen k zvířatům, ale i k lidem. (Jankovský, 2006)

Další specifické terapie

Zde zařazujeme arteterapii, muzikoterapii a psychoterapii. Tyto specifické terapie přesahují do všech složek ucelené rehabilitace (tj. rehabilitace léčebná, pedagogická, sociální i

pracovní). Arteterapie využívá k léčbě výtvarné prostředky, jako je např. malba, kresba anebo práce s jinými materiály (hlavně keramika). Terapií procvičujeme jemnou motoriku, grafomotoriku, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce, dále má také pozitivní vliv na psychiku dítěte. Muzikoterapie je léčba pomocí hudby a aktivit spojených s hudbou a zpěvem. Využívá rytmu, hudby, různých zvuků a tónů. Zpěv a dechové aktivity mají vliv na tělesné a psychické procesy. Pracuje s verbálními i neverbálními prostředky (pohybové aktivity), je prostředkem k vyjadřování vnitřních pocitů. Psychoterapie je buď chápána jako léčebný prostředek rehabilitace nebo jako aplikovaná psychologická disciplína. (Jankovský, 2006)

3.5.2 Sociální prostředky rehabilitace

Úkolem rehabilitace je, aby byl člověk schopen přijmout své postižení, nemoc, poruchu nebo určité znevýhodnění a také se v co nejvyšší míře integrovat do společnosti. Člověk se musí se svým postižením naučit žít. Sociální prostředky rehabilitace uplatňují metody reedukace (zdokonaluje výkonnost v oblasti postižené funkce, zpětně působí pozitivně na psychiku jedince), kompenzace (postupy, kterými se zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než postižené) a akceptace (přijetí postižení). Kvalita života lidí s postižením je velmi ovlivňována vlivem rodiny (manželství, narození dítěte se zdravotním postižením). Sociální rehabilitace je rozpracována do různých programů, podle stupně a druhu postižení. Jsou součástí individuálních a skupinových plánů rehabilitace. Nesmíme opomenout zahrnout do této oblasti rehabilitační inženýrství, které obsahuje kompenzační, reedukační, protetické pomůcky, technické vybavení rehabilitace a nakonec i architektonické bariéry. V téhle oblasti je zahrnuto i ekonomických a materiálních podmínek pro samostatný život jedince s postižením, individuální důchody a jiné finanční příspěvky. (Jankovský, 2006; Průcha, 2008)

3.5.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Při socializaci člověka hraje významnou roli jeho výchova, proto jsou prostředky pedagogické rehabilitace nejvýznamnější právě v dětství a dospívání. U osob se získaným postižením jde v pedagogické rehabilitaci o návrat k původní linii rozvoje osobnosti, hovoříme o ní do doby, kdy člověk znovu získá svou identitu (tzv. odbourávání odchylek způsobených získaným postižením). Jiná situace nastane, jedná – li se o člověka s postižením od narození (tito lidé mohou zaostávat v dílčích nebo celkových schopnostech). V obou možnostech pedagogická rehabilitace znamená záměrné působení pedagogicko-psychologickými prostředky, tedy reedukace, tento proces není spontánní, ale je organizován. Poté nastupuje speciální výchova a vzdělávání, využívající speciálních metod, prostředků a

postupů tj. speciální pedagogika. Speciální pedagogika se dělí podle druhu postižení, ale i podle metod práce na jednotlivé „pedie“ (např. psychopedie, surdopedie, tyflopédie, etopedie, somatopedie aj.). Jednotlivé „pedie“ spolu spolupracují tzv. kruhová péče. Velmi důležitý je optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených, ten jim usnadní integraci do sociálního, kulturního či pracovního prostředí. V rámci ucelené rehabilitace je nepostradatelná psychoterapie, která je zaměřena na znovuoobnovení integrity osobnosti člověka. Do této oblasti můžeme také zahrnout pedagogiku vypracovanou Marií Montessori, která je zaměřena na zlepšení komunikačních dovedností, ty vedou k samostatnosti člověka. Jako hlavní cíl pedagogických prostředků rehabilitace je dosažení maximálního možného vzdělání. (Jankovský, 2006)

3.5.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Tento způsob rehabilitace navazuje na výsledky předchozích rehabilitací tj. léčebné a sociální. Využívá se u zdravotně postižených osob, které mají pracovní produktivní věk. (Jesenský, 1995)

Pracovní rehabilitace zahrnuje soustavnou péči, která je věnovaná lidem se zdravotním postižením tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti tj. na trhu práce. Obnovuje pracovní potenciál u osob, které díky zdravotnímu postižení mají změněnou pracovní schopnost nebo dokonce nemohou pracovat. Pracovní integrace patří do primárních potřeb člověka, pokud tedy není uspokojována, dochází k frustraci. Pracovní rehabilitace by měla takovým stavům předcházet. Velmi účelná je rekvalifikace. Ve vyspělých státech se uplatňují dva přístupy. Zvýhodňování zaměstnavatelů – mají různé daňové úlevy a stanovení kvót – zaměstnavatelé jsou povinni vytvořit určitý počet pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením (chráněné pracovní místa, chráněné pracovní dílny). Do oblasti pracovní rehabilitace neodmyslitelně patří podporované zaměstnávání, jedná se o zapojení osob se sociálním znevýhodněním (lidé z azylových domů) na běžná pracoviště. Další významnou oblast tvoří tzv. psychosociální rehabilitace - využívání volného času, rozvíjení zájmových činností, atd. (Jankovský, 2006)

4 Baby masáž

Baby masáž je sestavena z citlivého a jemného doteku dětského (může být však i dospělého) těla. Dotek je hlavním činitelem masáže.

V dnešní době se dotek zredukoval na stisk ruky a při vzájemných dotycích se cítíme jako by se nám někdo vkrádal do soukromí. Ale vždyť právě hmat je jedním ze smyslů, které se rozvíjí jako první (v děloze). Již v těhotenství dítě vnímá svět kolem sebe. Po narození děti zkoumají a objevují svět kolem sebe, proto jsou nezbytně důležité hmatové podněty pro jejich zdravý vývoj. Hmat zprostředkovává těsný kontakt s rodiči, který nám utváří pevná pouta na celý život. Mazlení, hlazení a dotyk rodičovské ruky jsou pomocníky při utváření zdravé představy o sobě samém. Již E. H. Erikson tvrdí, že si dítě vytváří důvěru v lidi v poslední čtvrtině prvního roku života, odtud pramení pak důvěra v sebe sama. Pokud toto vývojové období prožije bez potíží, dá se předpokládat, že místo důvěry ho bude životem provázet nedůvěra. (Sedmík, 1995; Hašplová, 2009)

Jemná dětská pokožka je velmi citlivá, jakmile se dítěte dotkneme, spustíme proces, který několika receptory nahlásí tento dotek do příslušného mozkového centra (limbický systém), potom hypofýza začne vyplavovat hormony štěstí ale také hormony uvolňující. Dítěti se zvýší prokrvení a srdeční tep. Tím se dítě uvolní a vnímá pocity štěstí. (Schutt, 2010)

Baby masáž je sestavena ze tří druhů dětských masáží. „*První jsou tradiční indické masáže, další jsou masážní metody pocházející ze Švédska a jako třetí uvádím masáž chodidla, jež se vyvinula z reflexních technik.*“ Hašplová (2009, s. 14)

V Indii je masáž zařazena do každodenní péče o kojence. Tato tradice se již několik let dědí z generace na generaci, je zde ve zvyku, že děti vyrůstají ve velkých rodinách, kde má matka velkou podporu od příbuzenstva. Oproti tomu u nás je dominantní spíše malá rodina a veškerá starost o novorozence je kladena na matku, která mnohdy v svém příbuzenství podporu nemá. Matka je přetěžována a v důsledku toho se u ní projeví nervozita, která se potom přenáší i na dítě. (Walter, 2010)

4.1 Účinky masáže

„*Masáž stimuluje a zlepšuje krevní oběh, což ovlivňuje činnost orgánů a rozvoj všech tkání, zlepšuje dýchání, celý organismus se dobře okysličuje, posilují se hrudní svaly a správné držení těla. Masáž stimuluje pokožku, jednotlivé nervy a jejich zakončení, aktivuje větší počet nervů, a tím se posiluje hmat. Tato masážní technika ovlivňuje svalstvo, jeho zpevnění i uvolnění, a koordinaci pohybů. Dokáže vyvolat i kloubní změny, neboť při doteku*

v blízkosti kloubů dochází k uvolnění hormonů do organismu, což podporuje pohybový aparát.“ Hašplová (2009, s. 14)

Mezi další účinky této techniky patří navazování láskyplných vztahů mezi rodiči a dětmi i mezi všemi členy rodiny navzájem. Můžeme jí odstranit u dětí poporodní trauma. Pozitivně ovlivní děti, které trpí specifickými poruchami učení, lehkou mozkovou dysfunkcí, některými formami Downova syndromu nebo autismu. Dále také zlepšujeme stav astmatiků, alergiků, ekzematiků aj. Je důležité, aby dítě masáž pozitivně přijalo. Zejména u autistických dětí je důležité postupovat trpělivě a citlivě. Masáž je natolik univerzální, že ji lze používat jak u zdravých, tak i u handicapovaných dětí, u novorozenců ale i u starších dětí. Při masáží se dítě naučí relaxovat, dokážou se soustředit,lepší se jim spánkový rytmus a budou odolnější vůči nemocem a škodlivým vlivům okolního prostředí. Dítě je po masáži klidnější, uvolněnější, netrpí bolestmi břicha, lépe se mu spí a jeho nálada je veselejší. (Hašplová, 2009; Guzmán, 2009)

Dítě si při masáži získává bazální jistotu (pocity přijetí, lásky a ochrany), lépe uvědomuje své tělo, což pozitivně působí na uvědomění si správného držení těla. Masáž podporuje celkový tělesný vývoj dítěte, díky vyplavování růstových hormonů z mozku dochází ke stimulaci srdečné – oběhové funkce. (Schutt, 2010)

I u předčasně narozených dětí má masáž velký význam, získává lásku a pojení s rodiči. Mezi pozitivní účinky můžeme zařadit: přibírání na váze, zlepšení trávení, stimulace vývoje a růstu, dítě je vnímavější a můžeme tím zkrátit pobyt v nemocnici. (Guzmán, 2009)

Kontraindikacemi masáže mohou být alergie spojené s vyrážkou, cukrovka, otoky kloubů, popáleniny, průjmy, vykloubení, žaludeční sondy, zlomeniny, nevolnosti (zvracení), cysty, horečka, vysoký krevní tlak, infekční onemocnění apod. Pokud se objeví některá z těchto kontraindikací, je nutné poradit se s lékařem. (Hašplová, 2009)

4.2 Zásady masáže

- Před masáží je důležité dítě na ni dostatečně naladit, namotivovat.
- Celková délka masáže je asi 15 – 20 minut, u novorozenců je masáž pochopitelně kratší, trvá asi 5 - 10 minut. Dítě si masáž plně užije, až se mu zcela zahojí pupík tj. kolem 5 – 7 týdne života. Od té doby můžeme masáže postupně prodlužovat.
- Masáž bychom měli opakovat každý den zhruba ve stejnou hodinu.
- Každý hmat opakujeme 2 – 3krát.
- Během masáže bychom neměli myslet na nic jiného než na dítě a masírování, všechny starosti bychom měli hodit za hlavu.

- Je důležité masáž provádět v době, kdy dítě nemá hlad nebo naopak není právě najedené, není unavené nebo ospalé. Je vhodné ji provádět po koupeli, kdy je tělo dítěte dobře prohřáté a uvolněné. Pokud je masáž prováděna ve špatnou dobu, dítě se nedokáže dostatečně uvolnit a tak si masáž neužije ani dítě ani masér.
- Další důležitou zásadou je vybrat vhodnou místnost a vytvořit zde příjemnou atmosféru pro masírování dětského tělíčka. Můžeme masírovat na zemi, na posteli anebo na masážním pultu. Místnost musí být dostatečně vyhřátá a tichá, můžeme zapálit vonné svíčky, ztlumit světlo a pustit tichou relaxační hudbu. Pokud dítěti hudba nevyhovuje, můžeme mu po dobu masáže tiše povídat, zpívat, říkat co právě děláme anebo se na něj jen usmívat.
- Před začátkem masírování si nachystáme plenky a osušky, často se dětem stávají nehody díky uvolnění střev. Vždy si nachystáme jednu osušku, plenu nebo jinou příjemnou podložku pod dítě a jednu, kterou zakryjeme již namasírované části těla. U nedonošených dětí se velmi osvědčila masáž na ovčí kůži.
- Připravíme si misku s masážním olejem. Než začneme masírovat, sundáme si z rukou všechny prstýnky, náramky, hodinky apod., aby nás při masáži nic nerušilo a abychom dítěti nijak neublížili. Je taktéž vhodné mít krátce ostříhané nehty. Vždy, když si na ruce olej nabere, nejprve ho v dlaních dostatečně zahřejeme, přivoníme, dáme přivonět i dítěti a až potom ho vtíráme do kůže dítěte.
- Během masáže dýcháme zhluboka a pomalu, dítě náš dech vnímá a může ho i napodobovat. (Hašplová 2009; Schutt, 2010; Sedmík 1995)

Je dobré, když masáž umí oba rodiče a dítě má možnost si vybrat od kterého chce být v daný den masírováno. Není však vhodné, aby se u jedné masáže rodiče střídali. Pokud si během masáže všimneme únavy, rozmrzelosti nebo nějakých jiných příznaků nelibosti, masáž ukončíme. Vždy však musíme domasírovat párové končetiny. (Hašplová, 2009)

4.3 Jaký olej použít

Po nanesení oleje se olej vstřebává do pokožky a dále přechází do krevního oběhu našeho těla. Stačí pouze tři minuty a účinné látky, které olej obsahuje, jsou prokazatelně obsaženy v krvi a přibližně za půl hodiny se absorbují do organismu a začnou působit. Z těla ven se vyloučí plícemi, močí a pokožkou. Vůně masážních olejů má určitý vliv na naši mysl a city. Po narození dítěte jeho komunikace začíná dotekem a vůní matky. Jako uklidňující prostředek pro dítě působí molekuly steroidu, který je obsažen v lidském potu (osmon 1). Do půl roku věku dítě masírujeme pouze jemně vonícími nosnými oleji jako je slunečnicový nebo

olivový. Z olejů se speciálními účinky máme na výběr mandlový, jojobový olej, olej z pšeničných klíčků, z broskvových jader, z jader révy aj. U starších dětí můžeme použít i esenciální oleje pro relaxaci, mezi oblíbené patří např. mandarinka nebo pomeranč sladký. Při masáži používáme dostatek oleje, aby mohla být masáž plynulá a příjemná. Menší množství oleje použijeme pouze v obličejové části. (Hašplová, 2009)

Rostlinné oleje lze používat bez příměsí konzervantů anebo ve směsi s esenciálními oleji. Používají se k masážím, koupelím apod. Mezi tyto oleje patří: slunečnicový, mandarinkový, mandlový, olivový, pupalkový, jojobový, sójový, makový, olej z broskvových jader, olej z vlašských nebo lískových ořechů aj. Esenciální oleje tedy koncentrované éterické oleje používáme k aromaterapii, tyto oleje mají silnou charakteristickou vůni. Příjemné vůně vyvolávají psychickou pohodu, která působí na celé tělo. Z těchto olejů jsou mezi dětmi nejvíce oblíbené oleje z citrusů. Obecně mají tyto oleje energetizující účinky, působí pozitivně na nervový a trávicí systém. Mezi citrusové oleje patří: bergamot, citron, grapefruit, mandarinka, neroli a pomeranč. Další oblíbenou skupinou jsou oleje silice. Tyto oleje působí pozitivně na dýchací ústrojí, je vhodné je užívat při chřipkových onemocněních a laryngitidách. Jsou to oleje: borovice lesní, eukalyptus, eukalyptus citriodora, máta peprná, máta kadeřavá a smrkové jehličí. Do třetí skupiny jsou řazeny silice různého účinku, vhodné pro aromaterapii (anýz, čajovník Tea Tree, fenykl, geranium, heřmánek, levandule, meduňka lékařská, růže, santalové dřevo a šalvěj muškátová). (Hašplová, 2009)

4.4 Základní masážní hmaty

Novorozence a kojence masírujeme pouze základními technikami ze švédské masáže. Do již zmíněných technik patří efloráž, petrisáž, pleskání, tření a protahování – strečink. Každou z technik děláme různě rychle a s rozdílným tlakem, ale v zásadě plynule, s pravidelným rytmem a důležité je udržovat neustálý kontakt s dítětem. Masáž provádíme vždy ve směru proudění krve v žilách, směrem k srdci. Pohyby vzhůru jsou vždy s použitím tlaku, ale při cestě zpět je nutné tlak povolit. (Kavanagh, 2008)

Efloráž (klouzavé pohyby)

Technika je odvozena z francouzského slova effeurer, což znamená „lehce se dotýkat“. Hmat aplikujeme celou plochou dlaně, s prsty u sebe hladkými, klouzavými pohyby. U novorozenců používáme místo celých dlaní pouze prsty, u větších dětí používáme obě dlaně. Ze začátku používáme jen lehký tlak, který můžeme postupně zvyšovat, podle toho, jak si na masáž dítě zvyká. (Kavanagh, 2008)

Petrisáž (hnětení)

Petrisáž jsou hmaty, které používají stlačování, hnětení a mačkání svalstva. Tento název je opět odvozen z francouzského slova petrir, což znamená „hníst“. Hmaty lze aplikovat buď jednou rukou anebo oběma rukama, pokud masírujeme malé části těla, použijeme palce a prsty rukou. U novorozenců tuto techniku neaplikujeme v místech, která jsou měkká, počkáme, až se oblast zpevní. (Kavanagh, 2008)

Pleskání

Technika připomíná mírné bubnování, je to vlastně masáž lehkým sekáním. Z dlaní si uděláme tvar mističky a rychle, rytmicky jimi bubnujeme dětské tělíčko. Kontakt je zajištěn hranami dlaní a konečky prstů. (Kavanagh, 2008)

Tření

Jde o pohyby bříšky prstů, palců nebo částí dlaně. Nejčastěji se pohyby provádí jednou rukou a s malým nebo žádným skluzem, není tudíž k tomuto prvku nutné používat olej. U dětí se používá pouze lehký tlak, u dospělých mohou být pohyby silnější. (Kavanagh, 2008)

Protahování – strečink

U novorozenců se protahování provádí velmi jemně a pouze tehdy, kdy je dítě zcela uvolněné. Proto se strečink zařazuje obvykle na konec masáže. Pokud má však dítě problémy s klouby, nikdy tento prvek neprovádíme. (Kavanagh, 2008)

4.5 Postupy při masírování

Důležité je, abychom masáž u kojenců prováděli velmi jemně. V prvních týdnech života dítěte je masáž spíše o roztírání oleje, masírujeme spíše náznakově. Hašplová (2009, s. 47) popisuje masáž kojenců takto: *„Při masáži končetin můžeme místo táhlých a krouživých pohybů užít zpočátku kroužkování. Končetinu obejmeme palcem ukazováčkem a lehce sevřeme do kroužku, uvolníme, prsty posuneme a stisk opakujeme.“*

Masáž většinou zahajujeme na přední části těla dítěte, zda začneme u horních nebo dolních končetin je ovšem na nás a na dítěti. Při masáži kojenců nepoužijeme ani celou plochu dlaně, používáme spíše břívka dvou prstů – prostředníčku a ukazováku. (Sedmík, 1995)

Postupy a techniky baby masáže vychází z technik, které sestavila paní V. Schneiderová – McClureová. (Hašplová, 2009)

4.5.1 Polohy při masírování přední části těla

Je několik způsobů. Vhodnou polohu si vybíráme podle toho, jak je dítě velké, jak se dítě v dané poloze cítí a také to, v jaké poloze se nám bude nejlépe masírovat.

1. způsob: Sedneme si na podložku s nataženými nohama a dítě si na ně položíme. Tato poloha je vhodná u těch nejmenších dětí. My i dítě dostáváme dostatek tepla a jistoty z kontaktu. Dítě je klidné, jsme pro něj oporou.
2. způsob: Sedíme na podložce s nataženými rozkročenými nohama nebo sedíme na patách s koleny od sebe a dítě máme položené na podložce před námi. U malých dětí nebo dětí, které neumí držet hlavičku, pomůžeme jim a uděláme „kolébku“ z plosek nohou. Tzn., že dáme chodidla k sobě a v jejich klenutí vznikne mezera pro hlavičku.
3. způsob: Tento způsob používáme hlavně u větších dětí. Sedíme stejně jako ve 2. Způsobu a dítě máme položené před sebou, jeho nožky máme položené přes svoje stehna. V této poloze masírujeme do té doby, dokud dosáhneme až na jeho hlavičku. Při masírování dolních končetin si můžeme chodidlo opřít o hrudník. Pokud masírujeme již větší dítě či dospělého je vhodný způsob 4.
4. způsob: Tato poloha se provádí buď vsedě na patách vedle hrudníku dítěte, tak abychom dostali jak na hlavu, tak na paty nebo použijeme masážní pult. (Hašplová, 2009)

Každá část masáže má určité pojmenování, je to dobré pro lepší zapamatování. Lépe se nám pamatuje, který prvek má následovat. Masírování přední části těla je rozděleno na úseky: dolní končetiny, břicho, hrudník, horní končetiny a obličej. Jak jsem již zmiňovala je jedno, kterou částí začneme, zda horními nebo dolními končetinami.

Dolní končetiny

Při masáži dolních končetin dochází k uvolnění v oblasti od pánve až po prsty u nohou. Provádíme ji vždy nejprve na jedné končetině potom až na druhé. Po namasírování první končetiny, ji zabalíme do osušky nebo prostěradla, aby dítěti nebyla zima. Stejně postupujeme i u horních končetin. (Schutt, 2010)

1. Indické dojení

Pevnými tahy (nikoliv silovými) suneme ruce střídavě od kyčle ke kotníku. Přes koleno stisk vždy uvolníme, v oblasti všech kloubů masáž provádíme spíše jemným hlazením. Nezapomeňme na to, že se těla neustále musíme dotýkat, rukama při jednotlivých postupech přehmatáváme. Viz. příloha č. 1. (Hašplová, 2009)

2. Ždímání a kroucení

Ruce položíme pod sebe na nohu masírovaného a suneme je protichůdnými pohyby opět od kyčle ke kotníku. Je to stejný pohyb, jako kdybychom ždímalí prádlo. Tento pohyb uvolňuje svalové napětí a odstraňuje stres z dolních končetin. Viz. příloha č. 2. (Hašplová,

2009). (Walter, 2010) uvedený prvek označuje názvem „kopřiva“. Je to stará dětská hra, tento hmat má vyvolat lehkou pálivou bolet, která je na dětském těle ovšem nemožná, díky použití olejíčku.

3. Chodidlo nebo také Perlový hmat

U chodidla veškeré pohyby směřujeme od paty k prstům. Zde je masáž nejintenzivnější z celého těla, hlazením stimulujeme veškeré vnitřní orgány. Hlazení provádíme buď jedním palcem anebo oběma palci, které projíždí od paty k prstům. Projíždíme opravdu každý kousek chodidla. Během masáže sledujeme obličej dítěte, abychom zjistili, zda mu je masáž příjemná nebo ne. Viz. příloha č. 3. (Hašplová, 2009; Walter, 2010)

(Walter, 2010) uvádí ještě jeden prvek, který se používá na chodidlo a to pohyb „**plesknutí, obrat a stáhnutí**.“ Prvek se skládá ze tří částí, jak už napovídá název. Jako první chodidlo dítěte budeme pleskat (postupně budeme pleskání zesilovat). Ruku necháme ležet na chodidle, potom ji plynule otočíme a naposledy rychle stáhneme z chodidla pryč.

4. Procházka

Bříšky prostředníku a ukazováku se „projdeme“ po plosce nohy. Pokud to dítě lechtá, nedošlo u něj ještě k dostatečnému uvolnění těla, proto tento prvek na nějaký čas z masáže vynecháme. Zpět jej zařazujeme až následující týden. Viz. příloha č. 4. (Hašplová, 2009)

5. Každý prst

Palcem, ukazovákem a prostředníkem sevřeme vždy jeden prst u nohy a krouživým pohybem ho promasírujeme až k jeho špičce. Na špičce prstu se na chvíli můžeme zastavit, lehce ho povytáhnout či špičku lehce zmáčknout. Tím stimulujeme koncové body meridiánů – energických drah orgánů a soustav. Viz. příloha č. 5. (Hašplová, 2009)

6. Jemně přes chodidlo

Plosku nohy pohladíme celou dlaní a tím stáhneme veškerou únavu a napětí z nohy pryč, dokončíme tak masáž chodidla. Viz. příloha č. 6. (Hašplová, 2009)

7. Přes nárt ke kotníkům

Tento prvek provádíme oběma palci rukou. Tahy palců se střídají směrem od prstů ke kotníku. Těmito tahy působíme na hrudník, plíce a odvádíme lymfu aj. Viz. příloha č. 7. (Hašplová, 2009)

8. Kroužky kolem kotníků

Kroužky provádíme opět palci. Tato masáž působí nejen na kotník, ale i na kyčelní kloub a křížovou oblast. Dále působí jako prevence proti zánětům středního ucha. Viz. příloha č. 8. (Hašplová, 2009)

9. Švédské dojení

Zde už se zase věnujeme celé dolní končetině. Opět ji masírujeme pevnými tahy, jako tomu bylo při Indickém dojení. Nyní však masírujeme opačně, tzn. od kotníku ke kyčli. Viz. příloha č. 9. (Hašplová, 2009)

10. Kroucení, ždímání, vařečkování

Pohyby vedou opět od kotníku ke kyčli (od periferie k srdci). Ruce máme ve stejné poloze jako v bodě 2, můžeme je ovšem nechat i natažené. Pohyby rukou připomínají otáčení vařečky v dlaních. Těmito pohyby stimulujeme tok energie, krve a lymfy směrem k centru. Viz. příloha č. 10. (Hašplová, 2009)

Tento prvek připomíná, jako kdybychom otáčeli vařečku v dlaních, proto je vhodná básnička o kuchaři. Prvek vařečkování se provádí jak u dolních, tak horních končetin, můžeme ji tudíž použít tam, kde se nám to bude líbit.

*„Utíkejte pro vařečku,
zamícháme polívečku.*

*Polívka se pěkně vaří –
kuchaření se nám daří.“* Pospíšilová (2009, s. 40)

11. Lehké pohoupání, uvolnění nohy

Poslední prvek, který je věnovaný dolní končetině, je zaměřený na uvolnění. Uchopíme nohu jednou rukou za kotník, druhou rukou pod kolenem a jemně s ní pohoupeme. Když je dítě dostatečně uvolněné, je končetina těžká a vláčná. Po dokončení tohoto prvku nohu pomalu položíme na podložku, přikryjeme a celý postup opakujeme na druhé dolní končetině. Viz. příloha č. 11. (Hašplová, 2009)

Při masáži dolních končetin můžeme dítěti říkat různé básničky jako např.:

*„Když nožkami cvičit chceme,
nejprve je protřepeme,
natáhneme, pokrčíme*

a pak s nimi zacvičíme.“ Pospíšilová (2009, s. 49)

Břicho

Masáž této části patří u dětí mezi oblíbené, dospělí se naopak při masáži břicha cítí zranitelní. Malé děti velmi často trpí plynatostí, proto pro ně může být tato masáž velmi prospěšná. Dále jí stimulujeme dýchání a trávení. V oblasti břicha můžeme vyvinout silnější tlak. Než ovšem budeme pokračovat, ujistíme se, zda s tím dítě souhlasí. Pokud nechce, pohladíme ho, pomazlíme se s ním a masáž ukončíme. (Hašplová, 2009; Schutt, 2010; Sedmík, 1995)

1. Mlýnek

Celou dlaní kroužíme kolem pupíku, důležité je abychom kroužili ve směru hodinových ručiček. Podporujeme tím peristaltiku střev. Viz. příloha č. 12. (Hašplová, 2009)

2. Vodní mlýn

Položíme si ruce rovnoběžně nad sebe otočené dlaněmi k bříšku dítěte. Pohyb děláme tak, že suneme dlaně střídavě od hrudní kosti směrem dolů k podbříšku. Pohyby připomínají lopatky vodního mlýnku. Tato masáž vyrovnává napětí v horní a dolní části břicha. Viz. příloha č. 13. (Hašplová, 2009)

3. Protřásání nohou na uvolnění

Tento prvek použijeme pouze v případě, že má dítě problémy s kolikou. Body 1 – 3 můžeme opakovat i několikrát denně např. při přebalování. Můžeme je používat i preventivně, abychom předešli napětí v krajině břišní. Viz. příloha č. 14. (Hašplová, 2009)

4. Palci do stran

Položíme si ruce na břicho dítěte tak, abychom palce měli ve středu břicha (nad pupíkem). Pohyb je roztírání palců do stran. Viz. příloha č. 15. (Hašplová, 2009)

5. Slunce – měsíc

Při tomto prvku dělají obě ruce stejný pohyb (kroužky kolem pupíku), ale levá ruka ho dělá opožděně. Začínáme pravou rukou, která kreslí „sluníčko“ kolem pupíku, levá ruka zase kreslí „měsíc“ - v horní části břicha. Zbytek kruhu přejede po pravé ruce. Tyto pohyby působí na energetický tok všech vnitřních orgánů a peristaltiku tenkého a tlustého střeva. Viz. příloha č. 16. (Hašplová, 2009)

6. Procházka prsty

Procházku děláme stejným způsobem jako procházku po plošce nohy. Pohyb provádíme levou rukou od pravé strany bříška dítěte přes pupík na levou stranu bříška. Procházku opakuje 2 – 3krát v pomyslných řadách nad sebou. U kojenců můžeme cítit, jak před prsty hrmeme „vzduchové bublinky“ v bříšku. Viz. příloha č. 17. (Hašplová, 2009)

7. I love you

Tento prvek se skládá ze tří částí, písmenek I, L a U. Během tohoto prvku je na místě, abychom pohyb procítili a říkali dítěti, jak moc ho máme rádi. Můžeme mu u toho říkat krátkou básničku nebo písničku. Písmenko I píšeme tak, že špičky prstů pravé ruky položíme na srdíčko dítěte a jemně přejedeme přes bříško až ke kyčli. Viz. příloha č. 18. Zde necháme ruku položenou a můžeme pokračovat na druhé písmeno. Písmeno L píšeme levou rukou a píšeme ho obráceně. Špičky prstů položíme na pravou bradavku dítěte, dlaň na pravou stranu bříška. Pohyb vedeme jemně a pomalu k jeho levé prsní bradavce a dokončíme ho stejným pohybem, jakým jsme psali písmeno I. Viz. příloha č. 19. Opět necháme ruku položenou tam,

kde jsme dokončili pohyb. Poslední písmeno U píšeme zase pravou rukou a píše se také obráceně. Pohyb vedeme od pravé kyčle dítěte, přes hrudník (pravá a levá prsní bradavka) dolů k levé kyčli. Stimulujeme akupresurní body na pročištění horních a dolních cest dýchacích. Viz. příloha č. 20. (Hašplová, 2009)

Při prvku I love you říkáme dítěti, jak moc ho máme rádi.

Na závěr masáže břicha položíme na dolní část žeberního oblouku tzv. „**horké ruce**“ a chvíli je tam necháme položené. (Walter, 2010)

Hrudník

Masáží hrudníku stimulujeme dýchání dítěte, bude se mu lépe nadechovat ale i vydechovat. (Schutt, 2010)

1. Otevřená kniha

Nejprve naše ruce budou představovat zavřenou knihu – dlaně máme u sebe. Sepnuté ruce položíme do středu hrudníku dítěte, následně se budou naše dlaně rozjíždět po hrudníku dítěte až na boky – otevřená kniha. Na bokách může mírně zatlačit. Viz. příloha č. 21. (Hašplová, 2009)

Podle (Walter, 2010) je jakoby prvek „Otevřená kniha“ rozdělen do dvou prvků: **1. Dotek motýlích křídel** a **2. Srdeční hmat**. Dotek motýlích křídel děláme podobně jako Otevřenou knihu, ale přejíždíme pouze hranami dlaní od hrudní kosti až ke stranám hrudníku. Naopak prvek Srdeční hmat je pouze o přejíždění otevřených dlaní stejným tahem.

2. Motýl

Prvek se opět skládá ze tří částí. Jako první položíme ruce na kyčle dítěte (prsty směřují ke středu břicha). Potom suneme pravou ruku od levého kyčle až k pravému rameni dítěte, na rameno můžeme mírně zatlačit a vrátíme ruku zpět na kyčel (jemným dotekem). Ten stejný pohyb uděláme levou rukou od pravého kyčle k levému rameni dítěte a lehce zpět. Viz. příloha č. 22. (Hašplová, 2009)

Při prvku motýlek je vhodná tahle básnička:

„Podívejte, milé děti,

motýlek k vám právě letí!

Posadil se na kytičku

a tam počkal na chvíličku.

Pak křidélky zamával

a pak zase letí dál.“ Pospíšilová (2009, s. 26)

Stejný prvek uvádí i Bruno Walter ve své knize Masáže kojenců, pouze s rozdílným názvem, který je **Andreasův hmat**.

Horní končetiny

Při masáži této oblasti uvolňujeme napětí v oblasti od ramene až po konečky prstů, uvolňujeme klouby a stimulujeme krevní oběh. Před tím než budeme pokračovat, se ujistíme, že chce být dítě dále masírováno. Pomalu a jemně zvedneme jednu paži a začneme masírovat. (Hašplová, 2009; Schutt, 2010)

1. Podpažní jamky

Dobře naolejovanými rukama přejíždíme v podpažní jamce nahoru a dolů. Nejprve opět děláme jednu končetinu, až potom přejdeme na druhou. Viz. příloha 23.

2. Indické dojení

Stejně jako u masáže dolní končetiny i u horní provádíme indické dojení. Postupujeme od ramene k zápěstí, ruku vždy jednou rukou držíme – je důležitý kontakt. V oblasti lokte stisk uvolníme. Viz. příloha 24. (Hašplová, 2009)

3. Ždímání a kroucení

Tento bod je opět podobný bodu 10 z masáže dolní končetiny. Ždímání provádíme již podle známého postupu ve směru k periférii (od ramene k zápěstí). Body 2 a 3 uvolňují svalové napětí v končetině a odstraňují stres. Viz. příloha č. 25. (Hašplová, 2009)

4. Krouživá masáž dlaně

Kroužky do dlaně kreslíme buď pomocí palce anebo všech prstů (podle velikosti dlaně masírovaného). Kroužíme směrem k palci. Ve vzdálenosti jednoho prstu od okraje dlaně je tzv. ciferník, kde je mnoho bodů pro stimulaci orgánů. Proto tuto oblast dostatečně promasírujeme. Viz. příloha č. 26. (Hašplová, 2009)

5. Každý prst

Každý prst promasírujeme jednotlivě, stejně jako tomu bylo u dolních končetin, můžeme každý prst malinko povytáhnout a zmáčknout špičku prstu. Stimulujeme energetické dráhy. Viz. příloha č. 27. (Hašplová, 2009)

Při masáži horních končetin můžeme dítěti říkat jakékoliv básničky, např.:

*„To je máma, to je táta,
to je dědek, to je bába,
to je vnouček malý klouček.“* Walter (2010, s. 110)

Nebo básnička Prstíky:

*„Jestlipak si spočítáš,
kolik prstů v ruce máš?
Spočítáš teď jistě hned,
že jich bude asi pět.“*

Jedna, dvě, tři, čtyři, pět.“ Pospíšilová (2009, s. 74)

6. Pohlazení dlaně

Vnitřní stranu ruky pohladíme, rukou projíždíme každý milimetr od zápěstí až ke konečkům prstů, můžeme zajet i mezi prsty. Tím dokončíme odstředivou masáž dlaně, stáhneme z ní únavu a napětí. Viz. příloha č. 28. (Hašplová, 2009)

7. Hřbet ruky

Palci hladíme hřbet ruky směrem od prstů k zápěstí, začínáme tím tak dostředivou masáž tj. tok krve, lymfy a energie směrem k centru. Viz. příloha č. 29. (Hašplová, 2009)

8. Kroužky kolem zápěstí

Opět palci prokroužíme oblast kolem zápěstí, stimulací zápěstního kloubu působíme na kostrč, křížovou kost a bederní kost. Viz. příloha č. 30. (Hašplová, 2009)

9. Švédské dojení

Způsob masáže „švédské dojení“ horní končetiny je stejný jako dolní končetiny. Pevné tahy vedeme směrem od zápěstí k rameni. Upozorňuji, že ruku neupouštíme, stále ji jednou rukou držíme. Viz. příloha č. 31. (Hašplová, 2009)

10. Ždímání, kroužení, vařečkování

Ruce s nataženými prsty postupují krouživými pohyby proti sobě směrem od zápěstí k ramennímu kloubu (od periferie k centru). Pohyb připomíná otáčení vařečky v dlaních. Viz. příloha č. 32. (Hašplová, 2009)

11. Pohoupání, uvolnění paží

Opatrně a jemně uchopíme promasírovanou horní končetinu levou rukou za zápěstí a pravou rukou za loket a mírně s ní zahoupáme. Potom ji položíme na podložku a opět ji zakryjeme osuškou nebo prostěradlem, aby na ni dítěti nebylo zima. Celou masáž horní končetiny opakujeme na druhou. Viz. příloha č. 33. (Hašplová, 2009)

Obličej

Na obličejí jsou děti na rozdíl od dospělých velmi zranitelní. Pokud jsou rozmrzelé, nachlazené nebo jim rostou zuby, pravděpodobně masáž obličejí odmítnou. Je nutné masáž provádět velmi opatrně a jemně a s velmi malým množstvím oleje. (Hašplová, 2009)

1. Otevřená kniha na čele

Položíme si palce doprostřed čela a sjíždíme s nimi současně až ke spánkům. Jakmile máme palce na spáncích, tak s nimi mírně zavibrujeme. Prvek opakujeme. Viz. příloha č. 34.

2. Palci přes obočí

Palce položíme na kořen nosu a oběma současně přejedeme přes obočí a na jejich konci uděláme malé kroužky. Body, které jsou na kořeni nosu a pod obočím jsou akupresurní body na pročištění dutin v kosti čelní. Viz. příloha č. 35. (Hašplová, 2009)

3. Palci přes oči

Velmi jemně se dotkneme víček dítěte a přejedeme od vnitřních koutků k vnějším. Viz. příloha č. 36. (Hašplová, 2009)

4. Přes líce dolů

Palce nachystáme ke kořeni nosu. Oběma najednou vedeme pohyb přes lícni kosti až ke spánkům. Na spáncích opět mírně zavibrujeme. Viz. příloha č. 37. (Hašplová, 2009)

5. Horní úsměv

Palci přejedeme hodní ret od nosu až ke koutkům úst a mírně je pozvedneme do úsměvu. Vůbec se toho nemusíme bát. Viz. příloha č. 38. (Hašplová, 2009)

6. Dolní úsměv

Palci vedeme stejný pohyb jako u následujícího bodu akorát s tím rozdílem, že palce umístíme pod dolní ret. Až dojedeme ke koutkům, opět je pozvedneme do úsměvu. Body 5 a 6 se používají i v logopedii. Viz. příloha č. 39. (Hašplová, 2009)

7. Kroužky kolem čelisti

Na tuto masáž si můžeme vybrat buď palce anebo ukazovák s prostředníkem. Mě se tento prvek dělal lépe ukazovákem a prostředníkem. Prsty postavíme do středu brady a malými kroužky dokroužíme až za uši. Za ušima rovně přejedeme až na šíji a odtud zase zpět na bradu. Viz. příloha č. 40.

8. Masáž ušních boltců

Tahle část masáže je u dětí velmi oblíbená. Pečlivě promasírujeme ušní lalůčky, boltce až k hornímu okraji palcem a ukazovákem. Masáží ušních boltců stimulujeme jemnou motoriku a činnost všech vnitřních orgánů a soustav. Masáž směrem vzhůru (na okraj ušního boltce) uklidňuje, směrem dolů stimuluje. Viz. příloha č. 41. (Hašplová, 2009)

9. Hlazení kolem čelisti a za ušima

Závěrečný prvek je skoro stejný jako bod 7, ale s tím rozdílem, že ruce nedělají kroužky, ale pouze hladí. Hladí dítě od brady po obvodě obličeje až za uši, pak dále pokračují za ušima až na ramena a na konec na ruce. (Hašplová, 2009)

Hlava

Položíme špičky mírně roztažených prstů na linii hlavy a pomalu táhneme s mírným tlakem ke straně hlavy (až k uchu). Tlak pomalu směrem k uchu slábne, až skončí pouze

pohlazením okolí uší. Hmat stimuluje cirkulaci mezi mozkiem a míšní tekutinou. (Walter, 2010)

4.5.2 Polohy při masírování zadní části těla

Stejně jako u předchozích poloh máme i zde více způsobů.

1. způsob: Sedíme na podložce s nohama nataženýma a dítě máme položené kolmo přes svá stehna. Dítě se opírá kolínky o podložku. V této poloze se cítí klidně, hlavně díky blízkému kontaktu.
2. způsob: Provádíme jej tak, že si sedneme (do tureckého sedu nebo sed na patách) ze strany dítěte u hrudníku.
3. způsob: Masírovaného (velké dítě nebo dospělého člověka) položíme na masážní pult nebo jinou podložku, kterou bychom mohli nerušeně obcházet. (Hašplová, 2009)

Masírování zadní části těla obsahuje pouze úsek, který se nazývá záda.

Záda

Protože jsme dítě museli vyrušit z pohodlné polohy a otočit ho na břicho, před začátkem masírování ho několikrát pohladíme po zádech a zadečku. Poté nanese dostatečné množství prohřátého oleje a můžeme začít. (Hašplová, 2009)

1. Malé kroužky podél páteře

Od středu páteře vedeme malé kroužky, začínáme u krčního obratle a pokračujeme směrem dolů ke kostrči. Směr kroužení je ven od páteře. Ve vzdálenosti dvou prstů od páteře se nachází u každého obratle reflexní body ke stimulaci. Viz. příloha č. 42. (Hašplová, 2009)

2. Tam a zpět

Položíme dlaně pod sebe a budeme je sunout protichůdně z boku na bok (tzn. pravou k sobě, levou od sebe a následně levou k sobě a pravou od sebe atd.). Směr masáže je od krku k zadečku. Viz. příloha č. 43. Pokud není dítě dostatečně uvolněné je vhodné masáž začít bodem č. 2 a až potom provádět kroužky podél páteře. (Hašplová, 2009)

3. Sunutí k zadečku

Levou ruku zapřeme o zadeček dítěte a druhou ruku (pravou) suneme od krku až k zadečku. U větších dětí či dospělých můžeme přidat i předloktí, abychom pokryli celou plochu zad. Viz. příloha č. 44.

4. Zadeček

Masáž zadečku je u dětí opět velmi oblíbená. Dlaněmi masírujeme pomalu a rytmicky, působíme proti sobě – do stříšky anebo dlaněmi do špetky na každé půlce zvlášť. Viz. příloha č. 45.

5. Sunutí od krku k patám

Závěrečný bod je podobný jako bod 3. Suneme dlaní nebo předloktím od krku dolů, nezastavíme se však na zadečku, ale pokračujeme až k patám. Levou rukou si přitom dítě přidržujeme za kotníky, u větších dětí se zapřeme o chodidla. Viz. Příloha č. 46. (Hašplová, 2009)

4.5.3 Závěrečné hlazení od hlavy až k patě

Když ukončíme jednu z částí masáže (přední nebo zadní části těla) následuje hlazení od hlavy až k patě. „*Položíme ruce na nejvyšší bod temene (spojnice uší), chvílku zde spočineme a pomalu postupujeme přes obličej, hrudník až ke špičkám nohou. Znovu se vrátíme na temeno a hladíme po stranách hlavu přes ramena, paže až ke konečkům prstů.*“ Hašplová (2009, s. 84). Stejný postup hlazení bude následovat po masáži zadní části těla, jako závěrečné hlazení. Po hlazení nastal čas na to, abychom si dítě přitiskli k sobě a na malou chvíli jen tak leželi vedle sebe, cítili jeden druhého, dítě se v této chvíli cítí v bezpečí. Dítě je zabaleno v osuškách nebo prostěradlech, někdy se nám dokonce může stát, že po masáži usne. V této chvíli ho nebudíme, necháme jej odpočinout.

Při závěrečném pohlazení můžeme dítěti buď říkat básničku anebo ho necháme jen tak odpočívat.

„Ten, kdo umí hodný být,

ten zaslouží pohladit.

Pohladíme ručičky,

pohladíme nožičky.

Všechny hodné dětičky –

chlapečky i holčičky.“ Pospíšilová (2009, s. 89)

Na rozdíl od Hašplové Walter ukončuje masáž hravým cvičením. Začíná se dolními končetinami, kdy podobně jako při tureckém sedu střídavě křížíme nohy a lehce je tlačíme k břichu. Poté stejný cvik uděláme i s horními končetinami, nezáleží však na tom, abychom ruce při roztahování rozevírali ruce příliš. A jako třetí cvik je, že chytíme např. pravou dolní končetinu a protilehlou levou horní končetinu a zkřížíme je. (Walter, 2010)

PRAKTICKÁ ČÁST

Autorka práce byla během svého studia na praxi v Rehabilitačním stacionáři Nivy – Zlín (dále jen RS). A právě zde se dozvěděla o již v práci zmiňované baby masáži, která autorku díky svému láskyplnému přístupu k dítěti a samotnou atmosférou okamžiku zaujala natolik, že se rozhodla, zabývat se právě touto technikou v bakalářské práci. V RS baby masáž viděla jako první a dodnes se bohužel nesečkala s jiným zařízením, které by ji mělo zahrnutou ve své nabídce poskytované péče. V bakalářské práci se zaměří na působení baby masáže u respondentů s tělesným a kombinovaným postižením. Práce je zaměřena na působení baby masáže u čtyř vybraných respondentů z RS.

5 Cíle a výzkumné otázky práce

Hlavní cíl práce

Zjistit jak působí baby masáž na motoriku u osob s tělesným a kombinovaným postižením.

Parciální cíle

1. Zjistit, jaké jsou u respondentů motorické pokroky od doby, kdy u nich byla baby masáž aplikována.
2. Zjistit, jak na každého respondenta individuálně technika působí.
3. Zjistit, co se u respondentů během doby, kdy je u nich technika aplikována změnilo a jaké změny nastaly.

Výzkumné otázky

1. Nechají si všichni respondenti namasírovat všechny části těla?
2. Jak je důležitý výběr masážního oleje?
3. Jaký je rozdíl mezi masírováním respondenta speciálním pedagogem a rodičem?
4. Dokáže se respondent se spasmy dostatečně uvolnit, aby byl dosažen pozitivní prožitek z baby masáže?
5. Opravdu se respondentům po určité době působení baby masáže zlepší trávení, jak se uvádí v literatuře?

6 Metodologie

Název metodologie je složen z řeckých slov *methodos* + *logos*, což v překladu znamená metoda + slovo, nauka. Můžeme ji tedy chápat jako nauku o vědeckých metodách. Ve stejném významu jako je metodologie se používá i pojem filozofická věda. Metodologii můžeme vymežit jako: „*systematickou teorii metod, jako teorii vědy, jako vědu o metodologických pravidlech, jako studium principů, jimiž se řídí vědecké zkoumání, jako analýzu vědeckého způsobu práce aj.*“ Maňák (2005, s. 62) Výzkumná metodologie zahrnuje různé aktivity, postupy, metody, analýzy jako je např. sběr dat, analýzy dat, formulování a testování hypotéz, studium literatury, atd. Metodologie je určitý soubor metod, jimiž badatel zjišťuje specifikace problému. (Maňák, 2005)

6.1 Metody sběru dat

Rozhovor (interview)

Interview patří mezi nejoblíbenější, nejvýhodnější a o velmi starou metodu získávání kvalitativních dat ve výzkumu. Při metodě dochází ke kontaktu mezi osobami, které interview vedou. Interview můžeme také charakterizovat jako moderovaný rozhovor, který je prováděný určitým cílem a účelem výzkumné studie. Často se interview používá jako diagnostická metoda. Interview je propojen i s další metodou, která k němu neodmyslitelně patří a to metodou pozorování. Pozorujeme reakce druhé strany, její neverbální komunikaci. Pro kvalitní interview je velmi důležité kvalitní pozorování, které nám o dotazovaném může mnohé prozradit. Pokud je atmosféra při rozhovoru důvěrná a otevřená, tím hlouběji se dostáváme k datům, které chceme při interview získat. Musíme si uvědomit, že se do interview vnáší mnoho našich pocitů a zkušeností a proto se snažíme o co největší objektivitu. Interview lze rozdělit do tří základních skupin podle míry strukturace:

- Nestrukturované interview
- Polostrukturované interview
- Strukturované interview

Důležitými kritérii pro třídění interview jsou vhodné vnější podmínky a chování tazatele, pohlaví, věk a další vlastnosti tazatele. Důležité je také výběr denní doby, kdy se má interview uskutečnit (musíme respektovat zvyky cílových skupin). (Miovský, 2006; Maňák, 2005)

Nestrukturované interview – velmi se podobá běžnému rozhovoru. Charakteristický je nenásilný průběh a přirozenost konverzace. Při tomto typu interview nemá tazatel dopředu připravený strukturovaný plán průběhu konverzace, pouze se držíme hlavního tématu. Když vcházíme do nestrukturovaného interview, máme malou představu, jak bude interview

probíhat, víme pouze to, čeho chceme nakonec dosáhnout. V mnohých situacích se spíše přizpůsobujeme tazateli a situaci, která nastala, zde hrozí, že se odpoutáme od tématu. Výhodou nestrukturovaného interview je jeho flexibilita a kreativita konverzace, nevýhodou však může být zpracovávání získaných dat. (Mioviský, 2006)

Polostrukturované interview – vyžaduje náročnější technickou přípravu než interview nestrukturovaný, ale přesto je tento typ nejrozšířenější. Tazatel si před průběhem interview přichystá určité schéma (plán) otázek, na které se bude dotazovaných ptát. Během konverzace lze pořadí otázek měnit. V polostrukturovaném interview můžeme klást různé doplňující otázky, abychom se dostali do hloubky otázek, vzhledem k cílům a výzkumným otázkám. Vzhledem k délce a složitosti interview můžeme používat různé pomůcky např. záznamový arch, osnovu otázek aj. Mezi výhody polostrukturovaného interview patří především to, že dokáže eliminovat nevýhody obou zbývajících metod interview, za velkou výhodu pokládáme kladení doplňujících otázek. Nevýhody této metoda nemá, jako jedinou bychom mohli zmínit pouze to, že se tazatel nebude držet daného tématu. (Mioviský, 2006)

Strukturované interview – považujeme ho jako metodu, která stojí na pomezí mezi dotazníkem a interview. Strukturované interview má pevně dané téma, kterého se tazatel musí držet. Pořadí a znění otázek je přesně dané a na zodpovězení otázek má dotazovaný většinou přesné časové schéma. Příprava na tento typ interview je velmi náročná, mnohdy musí tazatel znát otázky nazpaměť (není zde prostor pro improvizaci). Výhodu této metody najdeme především u výzkumných témat (všude tam, kde potřebujeme především interpersonální srovnávání). Hlavní nevýhodou je omezený prostor pro doplňující otázky např. o zajímavém tématu, který nebyl předpokládán, ale vyplynul z konverzace. (Mioviský, 2006)

Pro naši práci jsme využili nestrukturovaného interview a pro zapisování poznámek jsme použili zápisový arch.

Analýza dokumentů

Tato metoda využívá studia dokumentů, které již existují (např. soudní spisy, pedagogická a psychologická vyšetření, zdravotní dokumentace respondenta aj.). Tyto dokumenty vypracoval někdo jiný, my z nich pouze shromažďujeme informace. Při studiu dokumentů se zaměřujeme především na to, čeho chceme dosáhnout, co jsme si stanovili ve výzkumných otázkách.

V pedagogice se využívá ke zjišťování písemného nebo vizuálního materiálu (např. školní dokumentace, učebnice, vzdělávací programy apod.). Metoda analýzy dokumentů patří mezi kvalitativní metody získávání dat. (Maňák, 2005)

6.2 Metody analýzy dat

Kazuistika

Název kazuistika známe také pod názvem případová studie, která popisuje jednotlivé případy (např. vznik, průběh a léčení) duševní choroby nebo odstranění povahové vlastnosti. Kazuistika se většinou dělí: osobní anamnézu, rodinnou anamnézu, u dítěte školní anamnézu, diagnostiku, prognózu a doporučení. Obvykle slouží k nastínění nebo vyvození teoretických závěrů a hypotéz, dále také k porovnání s podobnými případy. Kazuistika byla původně používána pouze v lékařství, nyní se s ní setkáme i s jako pedagogickou, psychologickou či právníkou kazuistikou. Data důležitá do kazuistiky se většinou získávají z mnoha různých dokumentů: výsledky psychologického a lékařského vyšetření, rozhovory s respondentem, s jeho rodinou, učiteli či vrstevníky, podmínky prostředí a chování respondenta. Kazuistika se může týkat buď pouze jednoho respondenta anebo skupiny respondentů či instituce. (Maňák, 2005)

7 Charakteristika respondentů

7.1 Speciální pedagog RS

Paní Markéta Špačková je osobou, která autorce baby masáž předvedla jako první a následně jí pomohla při zpracování bakalářské práce. Paní Špačková vystudovala bakalářské studium na Univerzitě Palackého v Olomouci, obor Speciální pedagogika pro výchovné pracovníky se státní závěrečnou zkouškou ze somatopedie, psychopedie a arteterapeutických technik. Jako zaměstnanec speciální pedagog RS působí od 12/2000. V průběhu svého zaměstnání byla na rodičovské dovolené v době od 7/2003 do 7/2009. S technikou baby masáže se seznámila na předporodních přípravách u porodní asistentky Radmily Dorazilové, u které si i kurz následně udělala v době 11/2006. Po ukončení rodičovské dovolené paní Špačková absolvovala akreditovaný kurz Terapeutických technik v multisenzorickém prostředí snoezelen, kde jedna z možností terapie snoezelen byla baby masáž. Poté začali baby masáž praktikovat i v RS. V době, kdy se baby masáž do RS teprve dostávala, ještě nebyl v zařízení vybudován snoezelen, takže se masírovalo v provizorní třídě, kde byly matrace na zemi a samozřejmě zde byla připravena atmosféra vyhovující pro tuto techniku. Nyní se paní Markétě Špačkové podařilo pomocí grantů, sponzorských darů a financí z rozpočtu zařízení vybudovat snoezelen, pro který jsou hodiny baby masáže nedílnou součástí.

7.2 Respondenti z RS

Klára (nar. r. 2007)

RA: matka diabetes melitus, otec a sourozenec zdraví.

OA: narozena z rizikového těhotenství, porod ve 26 + 5 týden pro preklampsii matky a fetální hypotrofii matky PH 795g, krátce po porodu křížena, novorozenecké křeče 3. stupně, opakovaně ATB.

Dg.: těžká PM retardace, mikrocefalie v důsledku atrofie mozku, dysmorfie obličeje, spastická kvadruparetická hypotonická forma DMO, opistotonus.

Klára je těžce motoricky postižena, je velmi drobného vzrůstu. Je ležící (imobilní), krmena lžící, nedodrhuje však hygienu - nosí pleny, na komunikaci reaguje úsměvem, motorickým neklidem a vokalizací.

JM a HM: Důležitá je pravidelná rehabilitace. Pracuje se s ní v polohovací židli, neudrží tělo ani hlavu v žádoucí poloze, stáčí se do opistotonu. Navštěvuje snoezelen, leží na vodní

posteli, je zde uvolněná. JM je nevyvinutá, neudrží v ruce předmět, není zde přítomen cílený pohyb. Hlavu otáčí ze strany na stranu. Tělo je neustále ve spastické křeči.

Zraková stimulace: Klára na zrakovou stimulaci nereaguje.

Prognóza a doporučení: Nadále pokračovat ve stimulaci smyslových funkcí zaměřené na poznávání vlastního těla. Stimulujeme jej různými povrchy, baby masáží apod. Důležité je správné polohování ve spolupráci s fyzioterapeutkou. Nadále pokračovat ve zrakové stimulaci. Podporovat Klárku ke komunikaci, stimulovat ji k hlasovému projevu mluvenou řečí, zpěvem, dětskými říkankami či hříčkami s tělem.

Šárka (nar. r. 2007)

OA: porod v termínu bez komplikací.

Dg.: Edwardsův syndrom, hypotonický syndrom (v rámci genetické vady), komplexní srdeční vada s těžkou plicní hypertenzí, defekt komor, septa a arterií i chlopní.

Dívka je imobilní, odkázána na péči druhé osoby. Krmena sondou, nedodrží hygienu - nosí pleny. Je velmi citlivá na dotek v oblasti úst (při stimulaci např. cukrovou vatou se dáví). Má velmi ráda jakýkoliv kontakt, vždy se začne usmívat. Kontakt vyhledává, otáčí hlavu za zvukem, ráda pozoruje lidi.

JM a HM: Zvládá se přetočit na boky. Pase koníčky, ale tato poloha není oblíbená. Nejspokojenější je v náručí, stále vyhledává oční kontakt. Velmi radostně vnímá společné poskakování na míči, vydrží se také válet na rehabilitačním míči v poloze na břišku. JM – sama do rukou neuchopuje. Když jí ovšem něco vložíme do ruky, tak s ní mává a s dopomocí si přendá předmět z jedné ruky do druhé. Na stimulaci jsou zařazovány vibrační předměty a baby masáž celého těla aromaolejem.

Socializace a vývoj řeči: Je velmi společenská, stále vyhledává oční kontakt, když ho vyhledá – usměje se. Neupoutává však pozornost na svou oblíbenou osobu. Pokud se jí něco nelíbí, dá to najevo pláčem. Nemluví, je zde pouze přítomná vokalizace, ráda si pobrukuje. Ráda poslouchá písničky a říkanky, má ráda čtení z knížky. Za zvukem otáčí hlavu i pohyb hračky v prostoru sleduje. Oblíbené jsou u ní nasvícené hračky.

Prognóza a doporučení: Pokračovat ve stimulaci všech smyslů. Při zrakové stimulaci předkládat stále nové hračky, je vhodné střídát při tom polohy (za spolupráce fyzioterapeuta). Rozvíjet koordinaci oko – ruka a hmatovou stimulaci – pomůcky s různými povrchy, materiály. Podporovat manipulaci s předměty. Podporovat vnímání celého těla a jeho částí.

Podporovat k vlastnímu řečovému projevu např. zpěvem, hříčkami, básničkami nebo různými zvuky.

Kristián (nar. r. 2008)

RA: bez zátěže.

OA: protahovaná II. doba porodní, PH 3460g, PD 52 cm, hypoxie, 6 hod. po porodu resuscitován, hypoglykémie.

Dg.: Hypopituitarismus při hypoplázii adenohipofýzy a aplazii neurohipofýzy, dysplazie opt. nervů a chiasmatu, amauroza, PMR.

Má rád svůj klid, nejraději se válí na posteli v polštářích, s plínkou přes obličej, ruce pokrčené a přitisknuté na krk. Zklidní se, když je chován v náručí. Chlapec si sám nehraje, hračky od sebe spíše odhazuje. Hračky však nejprve osáhá, ale pak je odsune. Nabízené aktivity většinou odmítá, při změně polohy dává najevo nelibost křikem a chytá se rukama za uši a krk. V poslední době se mu daří usměrnit spánkový rytmus, který byl dříve nepravidelný.

JM a HM: Pracuje v Aris židli. Speciální pedagožky se snaží s Kristiánem o manipulační činnosti – posouvání korálek po drátě, vkládání kelímků do sebe, hra na činely, vkládání kuliček do otvoru apod. Občas si nechá vést ruce. V oblíbené má vibrační hračky, dokáže ji delší dobu držet v ruce a tisknout na hrud'. Obličej se tet si neohmatává. A pokud se o to tety pokusí, spíše je do obličej štípne. Vleže se kulí ze strany na stranu. Dokáže si sednout, ale sed spontánně nepoužívá.

Socializace a vývoj řeči: Nekomunikuje. Poznává známé osoby (dříve určité projevy radosti – nyní je v této oblasti znatelné zhoršení). Kontakt s ostatními dětmi není přítomný. Od dospělé osoby kontakt vyžaduje – držení za ruku, rád se chová v náručí, ale jen ve schoulené podobě. Zhoršila se i spolupráce při slovních hříčkách a při reakcích na výzvy.

Vývoj zraku: Zraková stimulace pomocí baterky a kelímků a zatemnění. Přestal však na ni reagovat.

Prognóza a doporučení: Pokračovat ve smyslové stimulaci. U zrakové stimulace využíváme prosvícení a kontrastní barvy. Pomocí písniček a říkadel nadále stimulovat chlapce k řeči. Jak k porozumění řeči, tak k vlastnímu řečovému projevu. Rozvíjet spolupráci při jednoduchých činnostech. Rozvíjet hmatové vnímání (různé povrchy, různé materiály). Učit ho základním činnostem – sebeobsluha při jídle, oblékání apod. Využívá snoezelen, učí se zde užívat si doteků na těle při baby masáži.

Lukáš (nar. r. 2004)

RA: rodiče zdraví.

OA: z 3. rizikové gravidity po IVF, porod SC v 25 + 2, PH 740g, PD 34 cm.

Dg.: bronchopulmonální dysplazie, retinopatie, konvergentní strabismus, DMO dyskineticko – kvadruparetická forma, PMR při mozkové atrofii s hypoxicko – ischemickou encefalopatií.

JM a HM: Lukáš je imobilní. Otáčí hlavu za pohybujícím se obrázkem (předmětem), otáčí se z břicha na záda a zpět, ze zad na bok, v poloze na zádech přitáhne kolínka k hrudníku a bradu k hrudníku, v této poloze setrvá i minutu než se opět uvolní. Na břichu „pilotuje“. Objevují se mimovolní pohyby při jakékoliv aktivitě. Nedodrží hygienu - nosí pleny. HM – chlapec pravidelně rehabilituje. Pracuje s fyzioterapeutkou z RS - polohování. Je u něj zařazena terapie snoezelen – polohování na vodní posteli, baby masáž a stimulace zraku. JM velmi ovlivňují silné dyskinézy a spasmy, je to komplikací při cíleném pohybu. V ruce udrží předmět jen určitou dobu. Zvládne posunout předmět po dráze, dokáže se zrakem podívat na jmenovaný předmět. Umí pozdravit vstřícným pohybem ruky k natažené ruce dospělého. Na práci potřebuje více času. Má velmi rád kreslení speciálními pomůckami – SES kuličkou, fixem nebo štětcem s kulatým nástavcem nebo světelným perem. Má rád společné kreslení, doprovázené písničkami a říkankami.

Rozvoj smyslů: Rád pozoruje okolí, reaguje na příjemné podněty úsměvem a zklidněním nebo naopak zvýšenou aktivitou a vokalizací. Sleduje předmět (obrázek) v pohybu. Poznává známé osoby. Používáme světelnou stimulaci – při terapii ve snoezelenu. Na sluchové podněty reaguje motorickým neklidem, někdy vokalizací. Hmat je procvičován masáží, kartáčováním, úchopy vkládáním předmětů do ruky, kreslením apod.

Rozvoj řeči a socializace: Nemluví, někdy projeví vokalizovaný souhlas. Projevy jsou však spontánní (radostné nebo nelibé výkřiky). Nejspíš rozumí mluvené řeči. Ke komunikaci využívá oční kontakt, mimiku a pohyb. Má velmi rád společnost.

Prognóza a doporučení: U motoriky doporučujeme zlepšovat cílený pohyb a úchop. Procvičování koordinaci oko – ruka. Dále pokračovat ve zrakové stimulaci. Používat terapii snoezelen a baby masáž, kartáčování a vibrační stimulace. Více zapojovat zpěv, básničky a říkadla. Dávat chlapci na výběr z nabízených činností, aby se aktivně zapojoval - projevil souhlas.

8 Výsledky působení baby masáže u respondentů

Klára

Klára přijímala masáže ve snoezelenu pozitivně již od samého začátku. Vyhovuje jí klid v místnosti, relaxační hudba a velká vyhřívaná vodní postel. Intenzivně vnímala vůni masážního oleje. Při záchvatech spasmu během masáže jí ho pomáhá překonat masážní prvek č. 3 z oblasti masáže břicha „Protřásání nohou na uvolnění“. U Kláry není žádný masážní prvek, který by jí nevyhovoval, kladně přijímá všechny masážní prvky.

Šárka

Od té doby, co je u Šárky baby masáž aplikována došlo k celkovému zklidnění. Má ráda, když se na ni po celou dobu masáže mluví nebo se jí zpívá. Celou dobu pozorně poslouchá a užívá si klidné chvíle. Pozitivně reaguje na světla pohybující se po stěnách snoezelenu. U Šárky se musí dávat pozor na to, kdy jedla a kdy jde na masáž, někdy se stane, že při masáži břicha zvrací. Proto se u ní masáž břicha dělá velice jemně, jde spíše o hlazení a o působení příjemných doteků na kůži.

Kristián

Kristián měl zpočátku problémy zvyknout si na dotek. Nelibost dával najevo křikem a chytáním se za uši a krk. Zpočátku se u něj jednalo o velmi krátkou masáž, která byla zaměřena spíše na požitky z doteku než na samotnou baby masáž. Nyní je u něj zřejmý velký pokrok, masáž si již dokáže patřičně užít. Nechá si namasírovat celé tělo, i když v oblasti břicha a plosek nohou je velmi citlivý. Ale i v těchto oblastech došlo k velkému pokroku, dříve si na břicho nenechal ani sáhnout, nyní určité prvky masáže snese a doteku se nebrání. To samé platí i u plosek nohou, určitým prvkům se nebrání. Kristiánovi se líbí ležet na vodní posteli a při závěrečné relaxaci je vždy velmi spokojený. Někdy na něm jde vidět, že by tam nejraději zůstal ležet a spal.

Lukáš

Lukáš je respondent, který si baby masáž užívá ze všech respondentů RS nejvíce. Žádný dotek mu ani zezáčátku nevadil. Vyzozorovali jsme, že když se masáže v RS začínaly teprve aplikovat a masírovalo se v provizorní třídě, Lukáš si je neužíval tolik jako nyní v místnosti snoezelen, která má přece jen příjemnější atmosféru.

Informace z interview s paní Markétou Špačkovou

Baby masáže jsou v RS zařazeny od roku 2009, kdy se paní Markéta vrátila z rodičovské dovolené. Masáže se zde provádí většinou 1 den v týdnu, jejich plánování se

však řídí hlavně podle denního programu celého RS. Během dne, kdy masáže probíhají, se stihne buď 1 anebo i 2 lekce a většinou se namasírují 2 – 3 respondenti (vše se odvíjí od toho, kdo z respondentů zrovna do RS přijde a podle, již zmiňovaného denního programu). Celkem na baby masáž dochází 10 dětí.

Každému respondentovi musíme ze začátku aplikace baby masáže dát určitý čas na adaptaci. Zpočátku aplikování baby masáže se respondenti snaží vyrovnávat tlak, kterým na ně působí speciální pedagožka/maminka, nakonec se však dokážou uvolnit. Někdy respondent může být plačtivý, nervózní (nebude první vědět, co se s ním děje), to ovšem časem také vymizí. Někdy mají respondenti z doteku strach, díky minulým nepříjemným zážitkům. Například při deformitách nohou jsou respondenti většinou zvyklí na nepříjemné doteky, které jsou zapříčiněné tvarováním nohou do ortéz a s tím mají spojený nepříjemný zážitek. Postupem času si však masáž respondenti začínají užívat. Uvědomí si, že jakmile je někdo položí na vodní postel ve snoezelenu, tak je nečeká nepříjemný zážitek, ale naopak zážitek velmi příjemný. Na jejich obličeji poznáme libé či nelibé doteky, obličeje sledujeme během celého průběhu masáže. Respondenti si postupně začínají zvykat i na doteky v obličeji, na doteky, které jsou příjemné.

Působením baby masáže u výše vybraných respondentů došlo k určitým změnám v několika oblastech. Masáž prokazatelně působí na zlepšení trávení, na uvědomění si vlastního těla (dochází k podráždění reflexních zón), na uvolnění hlenů (poklepávání na hrudníku), ale také na „uhlazení aury“. Masáží se také podporuje správný spánkový rytmus. Pro respondenta je masáž určitá práce, na kterou se musí soustředit a to ho příjemně unaví. Paní Markéta uvedla dva základní typy pohybů:

- odstředivé pohyby působí na uvolnění končetiny.
- dostředivé pohyby naopak působí jako stimulace k pohybu.

Paní Markéta má s baby masáží další plány. Moc ráda by masáž naučila rodiče respondentů, aby ji mohli aplikovat ne jen jednou týdně v RS, ale nejlépe každý den doma. I pro respondenta to bude jiný zážitek, když ho bude masírovat rodič místo speciální pedagožky.

9 Závěrečné shrnutí praktické části

V závěrečném shrnutí si autorka odpoví na výzkumné otázky, které byly položeny na začátku praktické části:

1. Nechají si všichni respondenti namasírovat všechny části těla?
2. Jak je důležitý výběr masážního oleje?
3. Jaký je rozdíl mezi masírováním speciálním pedagogem a rodičem?
4. Dokáže se respondent se spasmy dostatečně uvolnit, aby byl dosažen pozitivní požitek z baby masáže?
5. Opravdu se respondentům po určité době působení baby masáže zlepší trávení, jak se uvádí v literatuře?

Díky interview se speciální pedagožkou paní Markétou Špačkovou a možností vyzkoušet si baby masáž u vybraných respondentů může autorka práce odpovědět na výše uvedené výzkumné otázky. Během několika lekcí, které absolvovala v RS v místnosti snoezelenu, mohla pozorovat rozdíly mezi jednotlivými vybranými respondenty. Jsou mezi nimi velké rozdíly, opravdu ne všichni si nechají namasírovat všechny části těla. Někdo je citlivý na oblast plosek nohou, někdo na oblast břicha a někdo má zase nejcitlivější místo v okolí úst. Proto musíme ke každému respondentovi přistupovat individuálně. Při masáži míst, která nepatří mezi jeho oblíbené, buď jen lehce naznačíme určitý prvek anebo prvek zcela vynecháme. Naopak prvky, které jsou oblíbené, můžeme opakovat víckrát.

Výběr masážního oleje je také velice individuální, každému respondentovi voní a působí na něj něco jiného. Většinou však používáme jemně vonící nosné oleje, které jsou oblíbené zvláště u malých respondentů. U starších respondentů můžeme použít i oleje esenciální.

Během působení v RS neměla autorka bohužel možnost setkat se s rodičem, který by baby masáž u svého dítěte sám aplikoval. Proto autorka nemůže zcela objektivně odpovědět na třetí výzkumnou otázku. Avšak z interview od paní Markéty je zřejmé, že je tenhle rozdíl prokázán. Speciální pedagog nemůže dát respondentovi tolik lásky při doteku jako právě jeho rodič.

Během vykonávání praktické části si autorka vyzkoušela masírovat dva respondenty se spasmy v horních i dolních končetinách. Odpověď na čtvrtou výzkumnou otázku tedy zní: „Ano, dokáže si respondent baby masáž užít i přes projevující se spasmy.“ Právě kvůli spasmům je mezi prvky baby masáže zařazen prvek s názvem „Protřásání nohou na

uvolnění“, který pomůže respondentovi spasmy překonat. Pro překonání spasmu v horních končetinách pomohla masáž dlaně, při které respondent dlaň uvolnil a otevřel.

Nejspíš v každé literatuře zaměřené na baby masáž se píše, že pozitivně působí na trávení. Je tomu ale opravdu tak? Po delším sledování respondentů jsme zjistili, že je to pravda. Díky masážím břicha se tzv. bubliny ve střevech posunují a tím se trávení opravdu zlepšuje. Masírovaný respondent tolik netrpí kolikou jako ostatní.

Autorce se velmi líbilo spojení snoezelenu a baby masáže. Z masáže na vodní posteli, s tlumeným světlem a s hvězdičkami na stropě máte přeci jen jiný požitek než z masáže na obyčejném lůžku v obyčejném pokoji. Je velmi důležité ke každému jednotlivci přistupovat individuálně, každému se líbí něco jiného, ale také každý má jinou diagnózu.

Závěr

Cílem práce bylo zjistit, zda baby masáž působí na motoriku u osob s těžkým a kombinovaným postižením. Baby masáž pozitivně působí na všechny typy respondentů, jak na osoby s těžkým a kombinovaným postižením, tak na osoby bez postižení. Základní prvky baby masáže je vhodné aplikovat například při každém přebalování anebo po koupání apod. Pro respondenta se masáž stane určitým rituálem a zlepší se jeho vývoj. Díky praktické části bakalářské práce měla autorka možnost si jednotlivé respondenty sama namasírovat, samozřejmě pod vedením zkušené speciální pedagožky, která na baby masáž absolvovala kurz. Autorka při průběhu masáží zjistila, jaké prvky patří mezi oblíbené u respondentů a které se jim naopak nelíbí.

Baby masáž má nejen pozitivní vliv na respondenta, ale také na druhou stranu čili na „maséra“ (nejlépe rodiče). Láskyplnými doteky se prohlubuje vztah mezi rodičem a respondentem. Do baby masáže zapojujeme i různé dětské básničky a říkanky, písničky, kterými dítě zaujmeme a následně jej vedeme také k jejich naučení. Technika je velmi příjemná a přínosná pro respondentův další psychomotorický vývoj. V praxi se setkáváme i s negativními pocity z kontaktu s jinou osobou a strachem z doteků. Po několika lekcích masáže se však strach podaří ve většině případů odbourat a baby masáž si tak začnou užívat.

Baby masáž je technikou, která předává lásku respondentovi pomocí doteků, beze slov. Vaše jemné doteky řeknou vše za vás, ať už jste smutní nebo veselí, vše proudí přes vaše ruce k respondentovi, který tyhle nálady vnímá.

Seznam zkratek

MV – motorický vývoj

f – funkce

V – věk

Čv – činitelé

HM – hrubá motorika

JM – jemná motorika

CNS – centrální nervová soustava

WHO – Světová zdravotnická organizace

RS – Rehabilitační stacionář

RA – rodinná anamnéza

OA – osobní anamnéza

Dg. – diagnóza

DMO – dětská mozková obrna

PH – porodní hmotnost

ATB – antibiotika

PM – psychomotorický vývoj

PMR – psychomotorický vývoj retardován

PD – porodní délka

IVF – in vitro fertilizace (umělé oplodnění oocyty)

S. C. – porod císařským řezem

Seznam literatury

1. DOLÍNKOVÁ, I. *Cvičíme s kojenci a batolaty*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 128 s. ISBN 978-80-7367-379-6.
2. GUZMÁN, C. *Masáže nastávajících maminek a miminek*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 104 s. ISBN 978-80-251-2471-0.
3. HAŠPLOVÁ, J. *Masáže dětí a kojenců*. 4. vyd. Praha: Portál, 2009. 114 s. ISBN 978-80-7367-652-0.
4. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 2. vyd. Praha: Nakladatelství TRITON, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
5. JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
6. KAVANAGH, W. *Něžné doteky*. 1. vyd. Olomouc: Anag, 2008. 112 s. ISBN 978-80-7263-453-8.
7. KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J. *Somatopedie. Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1992. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
8. KIEDROŇOVÁ, E. *Něžná náruč rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 299 s. ISBN 80-247-1210-5.
9. KOUBA, V. *Motorika dítěte*. 1. vyd. České Budějovice: Pedagogická fakulta JU České Budějovice, 1995. 100 s. ISBN 80-7040-137-0.
10. KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. 2. přepracované vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1964. 208 s. ISBN 14-324-75.
11. KURIC, J. a kol. *Ontogenetická psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 264 s. ISBN 14-409-86.
12. MAŇÁK, J., ŠVEC, Š., ŠVEC, V. *Slovník pedagogické metodologie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2005. 134 s. ISBN 80-7315-102-2.
13. MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2010. 75 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
14. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
15. NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.

16. OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, 2003. 52 s. ISBN 80–210–3242–1.
17. OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulty Masarykovy univerzity v Brně, 2008. 180 s. ISBN 978–80–210–4575–0.
18. PIPEKOVÁ, J. A KOL. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80–85931–65–6.
19. POSPÍŠILOVÁ, Z., POLÁČKOVÁ, P. *Pohyb s říkadly pro nejmenší*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009. 128 s. ISBN 978–80–247–2769–1.
20. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2008. 322 s. ISBN 978–80–7367–416–8.
21. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2006. 313 s. ISBN 80–244–1475–9.
22. RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2002. 85 s. ISBN 80–244–0532–6.
23. SEDMÍK, J. *Masáže kompletní kniha masážních technik*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Svoboda, 1995. 188 s. ISBN 80–205–0429–X.
24. SCHUTT, K. *Šťastné dítě. Masáže, hry, hudba*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978–80–247–3152–0.
25. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978–80–247–1733–3.
26. SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 792 s. ISBN 80-7178-545-8.
27. ŠIMÍČKOVÁ ČÍŽKOVÁ, J., BINAROVÁ, I., HOLÁSKOVÁ, K., PETROVÁ, A., PLEVOVÁ, I., PUGNEROVÁ, M. *Přehled vývojové psychologie*. 2. nezm. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 175 s. ISBN 80–244–0629–2.
28. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2012. 531 s. ISBN 978-80-246-2153-1.
29. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: MAXDORF, 1995. 518 s. ISBN 80–85800–28–4.
30. WALTER, B., VELTEN, H. *Masáže kojenců*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 128 s. ISBN 978–80–247–2739–4.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 - Indické dojení
- Příloha č. 2 - Ždímání a kroucení
- Příloha č. 3 - Chodidlo (Perlový hmat)
- Příloha č. 4 - Procházka
- Příloha č. 5 - Každý prst
- Příloha č. 6 - Jemně přes chodidlo
- Příloha č. 7 - Přes nárt ke kotníkům
- Příloha č. 8 - Kroužky kolem kotníků
- Příloha č. 9 - Švédské dojení
- Příloha č. 10 - Kroucení, ždímání, vařečkování
- Příloha č. 11 - Lehké pohoupání, uvolnění nohy
- Příloha č. 12 - Mlýnek
- Příloha č. 13 - Vodní mlýn
- Příloha č. 14 - Protřásání nohou na uvolnění
- Příloha č. 15 - Palci do stran
- Příloha č. 16 - Slunce – měsíc
- Příloha č. 17 - Procházka prsty
- Příloha č. 18 - Písmenko I
- Příloha č. 19 - Písmenko L
- Příloha č. 20 - Písmenko U
- Příloha č. 21 - Otevřená kniha
- Příloha č. 22 - Motýl
- Příloha č. 23 - Podpažní jamky
- Příloha č. 24 - Indické dojení
- Příloha č. 25 - Ždímání a kroucení
- Příloha č. 26 - Krouživá masáž dlaně

- Příloha č. 27 - Každý prst
- Příloha č. 28 - Pohlazení dlaně
- Příloha č. 29 - Hřbet ruky
- Příloha č. 30 - Kroužky kolem zápěstí
- Příloha č. 31 - Švédské dojení
- Příloha č. 32 - Ždímání, kroužení, vařečkování
- Příloha č. 33 - Pohoupání, uvolnění paží
- Příloha č. 34 - Otevřená kniha na čele
- Příloha č. 35 - Palci přes obočí
- Příloha č. 36 - Palci přes oči
- Příloha č. 37 - Přes líce dolů
- Příloha č. 38 - Horní úsměv
- Příloha č. 39 - Dolní úsměv
- Příloha č. 40 - Kroužky kolem čelisti
- Příloha č. 41 - Masáž ušních boltců
- Příloha č. 42 - Malé kroužky podél páteře
- Příloha č. 43 - Tam a zpět
- Příloha č. 44 - Sunutí k zadečku
- Příloha č. 45 - Zadeček
- Příloha č. 46 - Sunutí od krku k patám

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: **Indické dojení** Hašplová (2009, s. 52)



Příloha č. 2: **Ždímání a kroucení** Hašplová (2009, s. 53)



Příloha č. 3: **Chodidlo (Perlový hmat)** Hašplová (2009, s. 54)



Příloha č. 4: **Procházka** Hašplová (2009, s. 54)



Příloha č. 5: **Každý prst** Hašplová (2009, s. 55)



Příloha č. 6: **Jemně přes chodidlo** Hašplová (2009, s. 55)



Příloha č. 7: **Přes nárt ke kotníkům** Hašplová (2009, s. 56)



Příloha č. 8: **Kroužky kolem kotníků** Hašplová (2009, s. 56)



Příloha č. 9: **Švédské dojení** Hašplová (2009, s. 57)



Příloha č. 10: **Kroucení, ždímání, vařečkování** Hašplová (2009, s. 58)



Příloha č. 11: **Lehké pohoupání, uvolnění nohy** Hašplová (2009, s. 59)



Příloha č. 12: **Mlýnek** Hašplová (2009, s. 60)



Příloha č. 13: **Vodní mlýn** Hašplová (2009, s. 60)



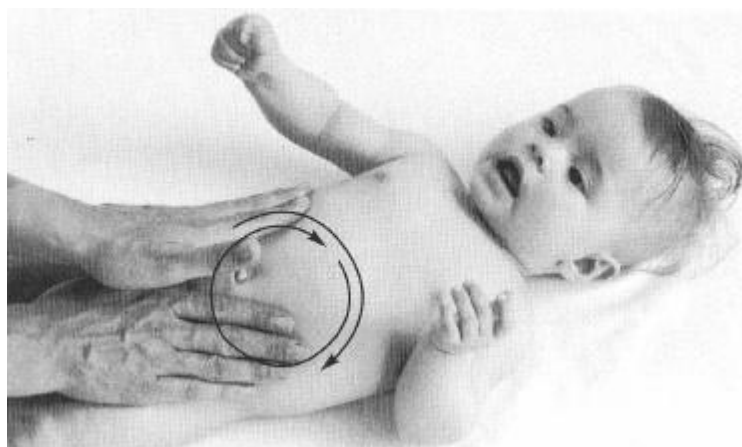
Příloha č. 14: **Protřásání nohou na uvolnění** Hašplová (2009, s. 61)



Příloha č. 15: **Palci do stran** Hašplová (2009, s. 61)



Příloha č. 16: **Slunce – měsíc** Hašplová (2009, s. 62)



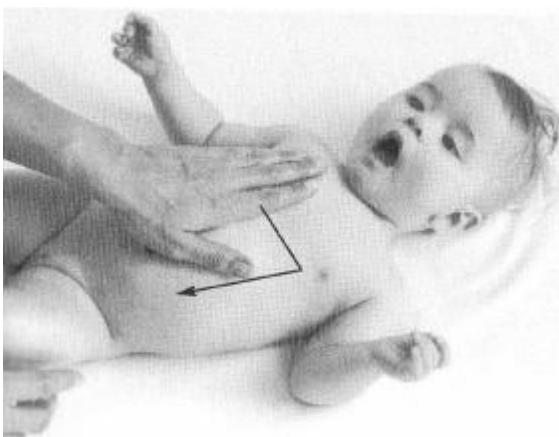
Příloha č. 17: **Procházka prsty** Hašplová (2009, s. 63)



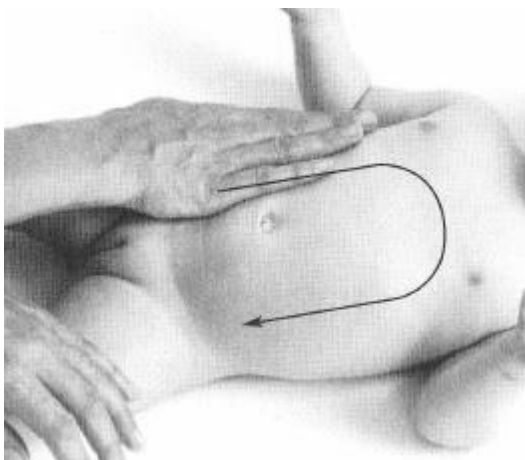
Příloha č. 18: **Písmenko I** Hašplová (2009, s. 64)



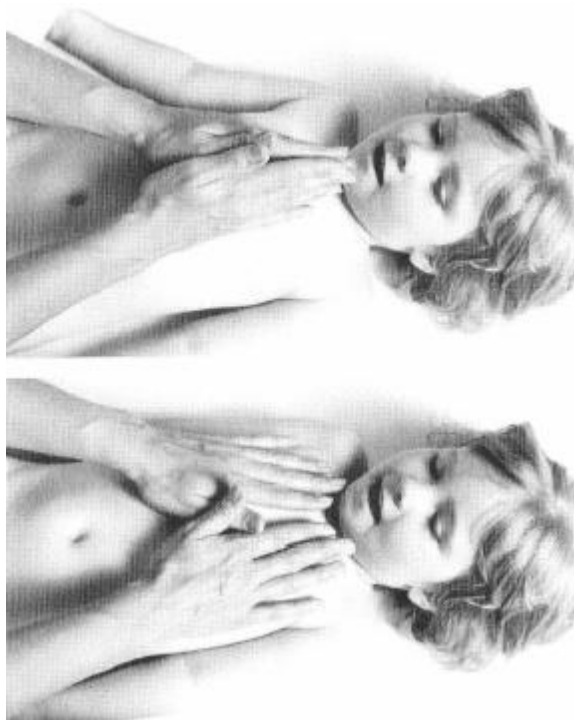
Příloha č. 19: **Písmenko L** Hašplová (2009, s. 64)



Příloha č. 20: **Písmenko U** Hašplová (2009, s. 65)



Příloha č. 21: **Otevřená kniha** Hašplová (2009, s. 67)



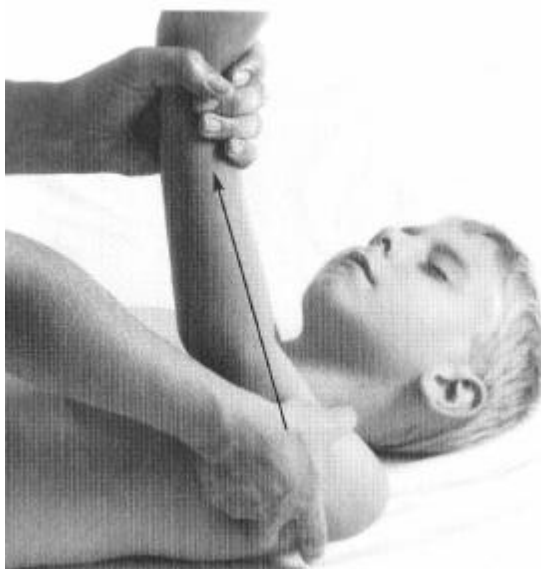
Příloha č. 22: **Motýl** Hašplová (2009, s. 68)



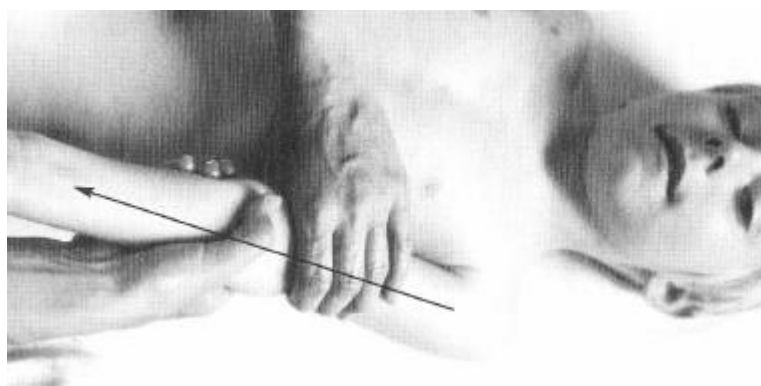
Příloha č. 23: **Podpažní jamky** Hašplová (2009, s. 69)



Příloha č. 24: **Indické dojení** Hašplová (2009, s. 70)



Příloha č. 25: **Ždímání a kroucení** Hašplová (2009, s. 71)



Příloha č. 26: **Krouživá masáž dlaně** Hašplová (2009, s. 71)



Příloha č. 27: **Každý prst** Hašplová (2009, s. 72)



Příloha č. 28: **Pohlazení dlaně** Hašplová (2009, s. 72)



Příloha č. 29: **Hřbet ruky** Hašplová (2009, s. 73)



Příloha č. 30: **Kroužky kolem zápěstí** Hašplová (2009, s. 74)



Příloha č. 31: **Švédské dojení** Hašplová (2009, s. 74)



Příloha č. 32: **Ždímání, kroucení, vařečkování** Hašplová (2009, s. 75)



Příloha č. 33: **Pohoupání, uvolnění paží** Hašplová (2009, s. 75)



Příloha č. 34: **Otevřená kniha na čele** Hašplová (2009, s. 76)



Příloha č. 35: **Palci přes obočí** Hašplová (2009, s. 77)



Příloha č. 36: **Palci přes oči** Hašplová (2009, s. 78)



Příloha č. 37: **Přes líce dolů** Hašplová (2009, s. 78)



Příloha č. 38: **Horní úsměv** Hašplová (2009, s. 80)



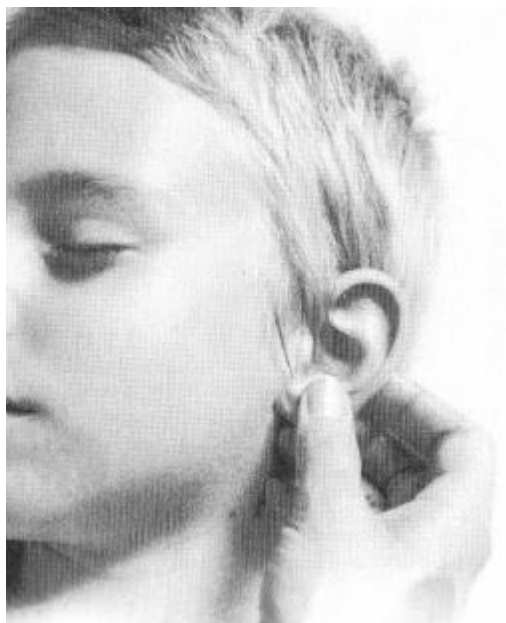
Příloha č. 39: **Dolní úsměv** Hašplová (2009, s. 81)



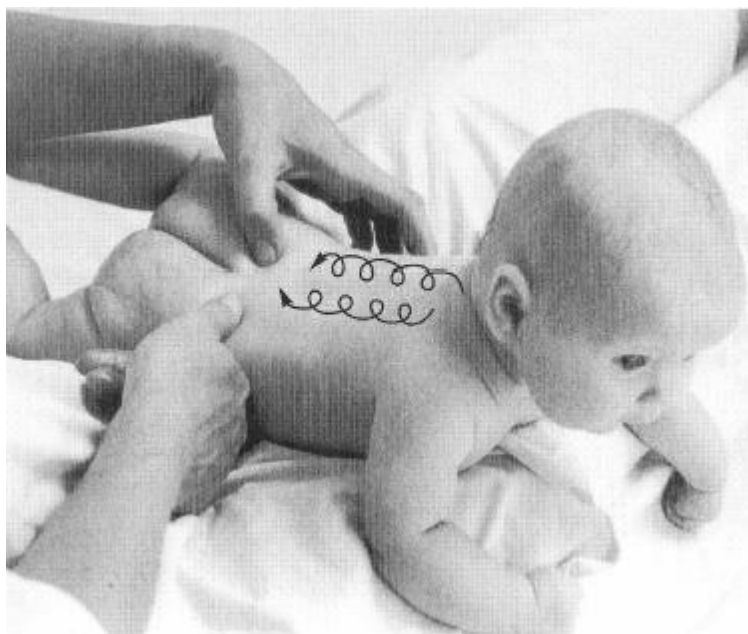
Příloha č. 40: **Kroužky kolem čelisti** Hašplová (2009, s. 82)



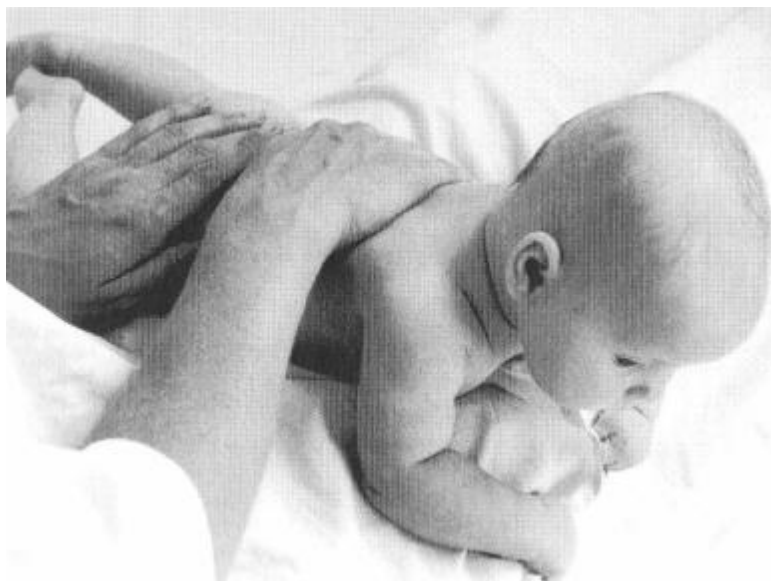
Příloha č. 41: **Masáž ušních boltců** Hašplová (2009, s. 83)



Příloha č. 42: **Malé kroužky podél páteře** Hašplová (2009, s. 87)



Příloha č. 43: **Tam a zpět** Hašplová (2009, s. 88)



Příloha č. 44: **Snutí k zadečku** Hašplová (2009, s. 89)



Příloha č. 45: **Zadeček** Hašplová (2009, s. 90)



Příloha č. 46: **Sunutí od krku k patám** Hašplová (2009, s. 90)

