

# Vojtova metoda

Petra Valchářová

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav porodní asistence  
akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra VALCHÁŘOVÁ**  
Osobní číslo: **H10778**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vojtova metoda**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.  
Popis Vojtovy metody.  
Příprava metodiky průzkumné části.  
Realizace průzkumu pomocí dotazníkového šetření.  
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.  
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KOLÁŘ, Pavel a kol., 2010. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén.**

**ISBN 978-80-7262-657-1.**

**ORTH, Heidi, 2009. Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi. České Budějovice: Kopp.**

**ISBN 978-80-7232-378-4.**

**SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ, 2012. Vývoj a výchova děťátka**

**do dvou let: psychomotorický vývoj. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3304-3.**

**VOJTA, Václav a Annegret PETERS, 2010. Vojtův princip: svalové souhry v reflexní**

**lokomoci a motorické ontogenezi. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2710-3.**

**VOJTA, Václav, 1993. Mozkové a hybné poruchy v kojeneckém věku: včasná diagnóza a**

**terapie. Praha: Grada. ISBN 80-85424-98-3.**

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Kateřina Žárská**

Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

**15. února 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**24. května 2013**

Ve Zlíně dne 15. února 2013



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ...7.3.2013.....

.....Kalendřová.....

*1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací*

*(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odebrané uchazečem k obhajobě musí být tisk nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovních vysokých škol, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo raznošeniny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, utýje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odporčí-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybného projevu jeho vůle u soudu. Ústanovení § 35 odst. 3 záškolní nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z vydatku jin dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licenci podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši vydatku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou Vojtovy metody. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. První část práce je zaměřena na osobu profesora doktora Václava Vojty, psychomotorický vývoj zdravého dítěte, diagnostiku a terapii Vojtovy metody. Obsahem druhé části je kvalitativní výzkum. Tímto výzkumem jsou rozhovory s maminkami, které Vojtovu metodu aplikují u svých dětí. Cílem je zjistit informovanost maminek a jejich způsob prožívání této terapie v praxi.

Klíčová slova: Prof. Dr. Václav Vojta, Vojtova metoda, Vojtův princip, reflexní lokomoce, reflexní plazení, reflexní otáčení, psychomotorický vývoj dítěte.

## **ABSTRACT**

The subject of bachelor thesis is the Vojta's method. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The first part of the thesis is focused on professor Vojta, psychomotor development of a healthy child, diagnosis and therapy of Vojta's method. The qualitative research is used in the next part. There are conversations with mothers who applied Vojta's method with their children. The goal of this part is make a discovery awareness of mom and their experience of this therapy in practice.

Keywords: Prof. Dr. Vaclav Vojta, Vojta method, Vojta therapy, reflective locomotion, reflective creepage, reflective rotation, psychomotor development of child.

## PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Kateřině Žárské za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Dále děkuji paní Markétě Mikulcové za její ochotu, vstřícný přístup a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. Děkuji také všem ženám, které mi poskytly rozhovor, a díky kterým mohla tato práce vzniknout.

V neposlední řadě patří mé díky rodině, která mi po celou dobu byla velkou oporou a poskytovala mi zázemí a podmínky k dokončení studia.

## MOTTO

„ Já jsem to nevynalezl, já jsem to jenom vynašel.“

(V.Vojta)

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 OSOBA PROF. MUDR. VÁCLAVA VOJTY</b> .....	<b>12</b>
1.1 VZNIK VOJTOVY METODY .....	13
1.2 VOJTŮV PRINCIP .....	13
<b>2 MOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE DO 1. ROKU ŽIVOTA</b> .....	<b>14</b>
2.1 MOTORICKÁ ONTOGENEZE .....	14
2.1.1 Náhradní motorické modely.....	15
2.2 VÝVOJOVÁ KINEZILOGIE .....	15
2.3 POLOHA NA BŘÍŠE A NA ZÁDECH.....	16
2.3.1 Postupný vývoj polohy na bříše u zdravého dítěte .....	16
2.3.2 Postupný vývoj polohy na zádech u zdravého dítěte.....	17
2.4 VÝVOJOVÁ STÁDIA.....	17
2.4.1 První tři měsíce = 1. trimenon.....	17
2.4.2 Druhé tři měsíce = 2. trimenon.....	17
2.4.3 Třetí tři měsíce = 3. trimenon.....	18
2.4.4 Čtvrté tři měsíce = 4. trimenon .....	18
<b>3 ZÁKLADY VÝVOJOVÉ DIAGNOSTIKY</b> .....	<b>19</b>
3.1 ANALÝZA POHYBU .....	20
3.2 POLOHOVÉ REAKCE .....	21
3.2.1 Trakční reakce .....	21
3.2.2 Landauova reakce.....	22
3.2.3 Axilární závěs.....	22
3.2.4 Vojtovo boční sklopení .....	22
3.2.5 Horizontální závěs podle Collisové .....	22
3.2.6 Vertikální závěs podle Peipera a Isberta .....	22
3.2.7 Vertikální závěs podle Collisové .....	23
3.3 PRIMITIVNÍ REFLEXY .....	23
3.3.1 Význam primitivní reflexologie .....	24
<b>4 TERAPIE</b> .....	<b>25</b>
4.1 REFLEXNÍ PLAZENÍ .....	26
4.2 REFLEXNÍ OTÁČENÍ.....	29
4.3 PRVNÍ POZICE .....	31
4.4 INDIKACE A KONTRAINDIKACE VOJTOVY METODY .....	33
4.5 DÉLKA, FREKVENCE A INTENZITA CVIČEBNÍ JEDNOTKY .....	33
<b>5 SOUČINNOST TERAPEUTŮ, RODIČŮ A DĚTÍ</b> .....	<b>34</b>



5.1	EDUKACE .....	34
5.2	KOMUNIKACE.....	34
5.3	PŘEDPOKLADY PRO ÚSPĚŠNOU LÉČBU .....	35
5.4	NESNÁZE PŘI REALIZACI VOJTOVY METODY .....	35
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>38</b>
6.1	METODA VÝZKUMU.....	38
6.2	STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY .....	39
6.3	VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	39
6.4	STANDARDIZOVANÉ A POLOSTANDARDIZOVANÉ ROZHOVORY .....	40
6.5	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	41
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....</b>	<b>42</b>
	<b>DISKUZE .....</b>	<b>56</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>57</b>
	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>63</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>64</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>

## ÚVOD

Vojtova metoda je léčebná technika, jejíž základy položil český lékař prof. Dr. Václav Vojta. Je založena na principu využití reflexní lokomoce neboli pohybu řízeného vrozenými reflexy nezávislými na vůli pacienta. Vychází z faktu, že v lidském mozku jsou zakódovány tzv. hybné vzorce, které jsou během terapie obnovovány. U většiny osob s hybnou poruchou se totiž nejedná o svalovou poruchu, nýbrž o poruchu na úrovni řízení pohybu mozkiem. Prof. Vojta zjistil, že drážděním příslušných bodů tlakem, je možné vybavit již zmíněné reflexy a vytvořit správné svalové souhry a pohybové vzorce. Tímto způsobem lze pacientovu hybnou poruchu kompenzovat nebo zcela vyléčit.

Dané téma jsem si zvolila zejména proto, že jsem se s Vojtovou metodou setkala ve svém blízkém okolí a chtěla jsem si na ni utvořit svůj vlastní názor. Zaslýchla jsem mnoho mýtů, které jsou s touto metodou spjaty, ale také slova chvály, která označovala Vojtův princip jako „zázrak“. Téma je aktuální zejména z důvodu dominantního využívání v léčebné rehabilitaci u motorických poruch. Výsledky této terapie potvrzují její účinnost nejen u neurologických onemocnění, ale také u poruch ostatních tělesných systémů. Vojtova metoda ošetřuje holisticky celého člověka a zlepšuje kvalitu jeho dalšího života.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zaměřila na osobu prof. Vojty, vznik Vojtova principu, motorický vývoj dítěte do prvního roku života včetně čtyř vývojových stádií, diagnostiku, terapii a důležitost spolupráce terapeutů, rodičů a dětí během aplikace Vojtovy metody. Ze seznamu literatury, která je uvedena v závěru práce, jsem nejvíce čerpala z knihy *Dítě ve Vojtově terapii* autorky Heidi Orth, která byla vytvořena s úmyslem poskytnout rodičům a terapeutům odborně, systematicky přesto přístupnou cestou, základní principy vývoje dítěte ke vzpřímené chůzi, včetně možnosti včasné diagnostiky a terapie. Další literaturou, na kterou jsem se často obracela, je *Rehabilitace v klinické praxi*, jejímž autorem je Pavel Kolář et al. Kniha je zpracována odborně přesto logicky a srozumitelně. Velmi mě také zaujalo, že je věnována profesoru Václavu Vojtovi. Praktickou část tvoří osm rozhovorů s osmi matkami, kterým byla doporučena Vojtova metoda jako terapie pro jejich děti s různými stupni hybných poruch.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 OSOBA PROF. MUDR. VÁCLAVA VOJTY

Prof. Dr. Václav Vojta se narodil 12. 7. 1917 na západě Čech v obci Mokrosuky. Roku 1937 nastoupil na Univerzitu Karlovu v Praze ke studiu medicíny. Lékařskou fakultu však dokončil až roku 1947 z důvodu přerušení studia počínající válkou a německou okupací. Úspěšně dokončil neurologickou atestaci a roku 1957 složil atestační zkoušku jako dětský neurolog. Od roku 1961 pracoval jako vysokoškolský lektor pro dětskou neurologii na Karlově univerzitě. Téhož roku byl jmenován do funkce metodického vedoucího Dětské léčebny DMO v Železnici, kde pracoval až do své emigrace do Německa roku 1968. Zde se věnoval výzkumům na Ortopedické univerzitní klinice v Kolíně a v Dětském centru v Mnichově (Vojta a Peters, 2010).

Roku 1984 vyústila jeho činnost založením Vojtovy společnosti za přičinění jeho německých kolegů – profesor Vojta se stal jejím prvním předsedajícím. Vojtova společnost se zaměřila na aplikaci jak diagnostické, tak terapeutické metody, a také na další vzdělávání lékařů a fyzioterapeutů na národní i mezinárodní úrovni. Do Prahy se vrátil až po revoluci, roku 1989, kdy opět začal učit na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy (Kolář, 2009, s. 681).

Oficiálně ukončil lékařskou službu roku 1995. Nadále se však věnoval práci v Dětském centru v Mnichově, kde působil až do své smrti. Profesor Václav Vojta zemřel roku 2000, ve věku 83 let (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

Václav Vojta za svého života publikoval více než 100 vědeckých prací, z toho „Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku“ a „Vojtův princip“ byly přeloženy do mnoha světových jazyků. Dílo prof. Dr. Václava Vojty bylo oceněno mnoha cenami a vyznamenáními (Vojta a Peters, 2010).

„Zásadní ceny a vyznamenání: 1974 – Cena Heinricha Heineho, nejvyšší vyznamenání Německé společnosti pro ortopedii, 1983 – Kříž Za zásluhy na stuze, 1994 – Čestný doktorát honoris causa Karlovy univerzity v Praze, 1996 – Rehabilitace profesora Vojty Univerzitou Karlovou v Praze, z politických důvodů mu bylo odebráno místo ordináře na dětské neurologii, 2000 – prezident Václav Havel udělil profesorovi Vojtovi in memoriam státní vyznamenání – Medaili Za zásluhy“ (Vojta a Peters, 2010).

## 1.1 Vznik Vojtovy metody

Základ Vojtovy teorie sahá do let 1950 až 1970, kdy Dr. Vojta objevil reflexní lokomoci neboli pohyb těla vpřed, na základě jeho práce zabývající se léčbou dětí s cerebrální parézou. Pomocí přesně definovaných podnětů se mu podařilo vyvolávat nevědomé motorické reakce trupu a končetin směřující k pohybu vpřed (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

Profesor Vojta předpokládal, že základní hybné vzory jsou geneticky naprogramovány v centrální nervové soustavě u každého jedince, který je má k dispozici jako „stavební kameny“ pro vzpřímení a pohyb vpřed. V případě poruchy centrální nervové soustavy, ať už je její příčina jakákoli, je omezeno samovolné zapojení těchto vrozených vzorů. Pomocí reflexní lokomoce vzniká možnost aktivace centrální nervové soustavy a znovuoobnovení vrozených fyziologických pohybových vzorů (Kolář, 2009, s. 266).

Později obrátil Václav Vojta svou pozornost na kojence. Vycházel z představy vrozené lokomoce, kterou se snažil aktivovat již u novorozenců. Pomocí stimulace jejich motoriky pozoroval hybné procesy, které se samovolně objevují až výrazně později. Tímto byla potvrzena jeho hypotéza a začal se věnovat rané léčbě kojenců ještě před upevněním náhradních motorických funkcí (Orth, 2009, s. 14).

Vyšetřovací metoda dle Václava Vojty se skládá z neurokineziologického vyšetření, polohových reakcí a vyšetření reflexů. Je využívána na celém světě k brzkému rozpoznání hybných poruch – odhalení hybné poruchy u dítěte v novorozeneckém nebo kojeneckém věku nám umožní začít s terapií co nejdříve, tedy i v době, kdy ještě nejsou zcela rozpoznatelné známky motorické poruchy a šance na její ovlivnění jsou nejvyšší (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

## 1.2 Vojtův princip

Pojem princip je chápán jako zákonitost nebo pravidlo poskytující základ nějaké věci. Vojtovu principu dávají základ zákonitosti přiřazené následujícím oblastem – motorický vývoj dítěte během 1. roku života, raná diagnostika do 3. měsíce života a raná terapie zvláště v prvních 6 měsících života. Těmto třem oblastem je společné pozorování, analýza a aktivace hybných vzorů, které popisují, zda mohou být geneticky vrozené hybné programy použity nebo zda lze tohoto použití dosáhnout vhodnou terapií (Orth, 2009, s. 15).

## 2 MOTORICKÝ VÝVOJ DÍTĚTE DO 1. ROKU ŽIVOTA

Motorický vývoj probíhá normálně do 12., nejpozději do 18. měsíce života dítěte. V tomto období získává dítě základ svých motorických možností, které jsou nezbytné pro rozvoj dalších schopností. K základním motorickým prvkům patří vzpřimování na horních a dolních končetinách, využití řečové motoriky a chůze, která je poté zlatým hřebem. Přibližně polovina dětí projde tímto vývojem do jednoho roku života. Dítě využívá pohybové vzory v určitých měsících života a podle optimálního uspořádání těchto vzorců se posuzuje individuální motorický vývoj (Orth, 2009, s. 31).

Pokud dítě použije pohybový vzorec, jeho pohyby jsou zprvu nešikovné, ale opakovaným procvičováním se stávají elegantnějšími. Takto vytvořené vzorce lze dále užívat při novém motorickém učení. Tyto zkušenosti získává dítě již v děloze, kdy v 8. týdnu embryonálního vývoje má vyvinuty svaly hlavy, trupu a velkou část svalstva končetin, umožňující mu pohyb. Od 4. - 5. měsíce gravidity cítí matka pohyby dítěte. Impulzy způsobené pohybem přicházejí jak od embrya, tak od matky a tímto způsobem mezi oběma vzniká komunikace (Orth, 2009, s. 32).

Během prvního roku prožívá dítě své tělo a okolí prostřednictvím svého hybného systému. Smyslové vjemy a reakce na ně jsou úzce propojeny s motorikou a nelze je od sebe oddělit. Tímto způsobem vzniká funkční jednotka s názvem senzomotorika. Pohyb je tudíž souhra svalů, kloubů a smyslových orgánů. Výsledkem je vznik senzomotorických vzorců zahrnujících celé tělo (Orth, 2009, s. 31).

V raném věku dítěte dochází k budování základů celého dalšího vývoje, proto je nezbytné zaměřit se nejen na neurologický vývoj, který je u nás poměrně běžně sledován, ale také na vývoj psychický. Během psychologického vyšetření se u dítěte sleduje úroveň jeho poznávacích schopností jako je smyslové vnímání a zpracování vnímaných informací. Dále vývoj mezilidské komunikace, se kterou úzce souvisí emoční vývoj, a reakce dítěte na vnější prostředí a různé podněty (Sobotková, Dittrichová a kol., 2003, s. 13,14).

### 2.1 Motorická ontogeneze

Svalové souhry modelů držení těla a pohybu probíhají v celém organismu současně a jsou tzv. aktivní kostrou vývoje pohybu vpřed a vedou dítě k vertikalizaci. Nastávají nevědomě díky mechanismům během motorického vývoje v prvních letech života. K jejich

nejdůležitějším obsahům patří posturální aktivita neboli automatické držení těla, dále specifické vzpřimovací mechanismy hlavy, trupu, klíčových kloubů a cílené pohyby končetin včetně jemné motoriky (Vojta a Peters, 2010, s. 3).

Celkové členění svalových funkcí, které vedou dítě v prvním roce života k volné chůzi, je podkladem pro ideální modely držení těla. Rozhodující pro členění svalových funkcí je nejen vyrovnání se s gravitací, ale také schopnost svalstva měnit směr působení – směrem k začátku svalu - origo, směrem k úponu svalu - insertio (Vojta a Peters, 2010, s. 4).

Jednotlivé pohyby kloubů u modelů držení těla jsou označovány jako dílčí vzory. Také pohyb hlavy, krční páteře nebo končetiny je dílčím vzorem. Svalové souhry reflexní lokomoce se vyskytují „pouze“ v dílčích vzorech a pouze zde může probíhat spontánní motorické uvolnění uložených svalových souher. Uvolněné dílčí vzory se poté projevují jako stavební prvky spontánní motoriky (Vojta a Peters, 2010, s. 4).

Proces ukládání a uvolňování dílčích motorických vzorů závisí na neuronální mase, na spojení mezi nervem a svalem a také na mentální schopnosti neboli na motivaci (Vojta a Peters, 2010, s. 4).

### **2.1.1 Náhradní motorické modely**

Náhradní motorické modely jsou patologickým projevem motorické poruchy a k jejich fixaci dochází v 6. týdnu života. Zafixované náhradní modely vedou k zastavení ideální motorické ontogeneze. Dále také nemůže probíhat vývoj ideálních členění svalových funkcí (Vojta a Peters, 2010, s. 4).

## **2.2 Vývojová kineziologie**

Vývojová kineziologie je pojem vytvořený Václavem Vojtou. Ten zkoumal a vyvinul různé postupy týkající se neurologie kojence. Hlavní roli ve všech postupech hrají svalové souhry týkající se celého těla. Pomocí těchto postupů lze diagnostikovat a léčit poruchy pohybového vývoje. Jedná se o modely držení těla, systém reflexů a polohových reakcí v raném dětství, terapeutický systém „reflexní lokomoce“ a teorie náhradních motorických modelů. Kromě reflexů a polohových reakcí je možné použít všechny tyto postupy i u dospělých pacientů (Vojta a Peters, 2010, s. 5).

Znalost vývojové kineziologie je tedy přínosem nejen pro rehabilitaci hybných poruch u dětí, ale i pro rehabilitaci dospělých. Při pohledu na držení osového orgánu (hlava, trup, pánev) dospělého pacienta je možno rozpoznat, z jakého období si nese každá osoba jisté nedostatky. Špatná kvalita držení těla může přinést přinejmenším onemocnění páteře projevující se bolestí zad nebo křížové krajiny (Kováčiková, 2000, s. 14).

Motorický ontogenetický vývoj probíhá souvisle ode dne narození dítěte (automaticky) a je dokončen samostatnou vzpřímenou chůzí (Kováčiková, 2000, s. 14).

### **2.3 Poloha na břiše a na zádech**

Motorické funkce dítěte jsou rozvíjeny z polohy na zádech, na břiše a na boku. V poloze na břiše jsou pohyby novorozence klidné na základě větší stability. Z této polohy se v prvních třech měsících života zvedá na lokty. V poloze na zádech je držení novorozence zprvu nestálé. Lze jej snadno zneklidnit, a proto reaguje neuspořádanými pohyby. Takto nejistý je z důvodu chybějící regulace držení (Orth, 2009, s. 32).

Kosterní a svalový systém dítěte potřebuje minimálně 12 měsíců, aby bezpečně udržel tělo dítěte v různých fázích vertikalizace. V tomto období se spojují různé funkce jednotlivých svalů do naprosto odlišných vzorců a jsou dále procvičovány. Až po prvním roce života se dítěti otvírá vertikální i horizontální prostor, protože se může otáčet, posadit, lézt po čtyřech i vstát (Orth, 2009, s. 33).

#### **2.3.1 Postupný vývoj polohy na břiše u zdravého dítěte**

Novorozenec zaujímá schoulenou polohu s pokrčenými koleny a vystrčenými lokty, jeho hlava je níže než pánev. Ve 2. měsíci se pánev i lokty se dostávají k podložce, dítě se opírá o břicho a předloktí a hlava se nachází ve středním postavení. V průběhu třetího měsíce je dokončeno kvalitní a symetrické tzv. 1. vzpřímení. V polovině 4. měsíce dokáže dítě zaujmout zkřížený vzor. V 5. měsíci je zátěž dítěte buď na stehnech a patkách dlaní s lehce pokrčenými prsty a prohnutými pažemi, nebo jsou paže pokrčené a opora je o celé dlaně. Po dovršení prvního půl roku života má dítě zvládnuto tzv. 2. vzpřímení, učí se pivotovat a umí se přetáčet ze zad na břicho (Kiedroňová, 2010, s. 196, 197).



### 2.3.2 Postupný vývoj polohy na zádech u zdravého dítěte

Pohyb novorozence není koordinovaný, horní i dolní končetiny jsou pokrčené a hlava je otočena k jedné straně. Během 2. měsíce mizí jednostranné držení hlavy, dítě zaujímá polohu šermíře a krátkodobě zvedá horní i dolní končetiny nad podložku. Ve 3. měsíci je dítě relaxované, leží symetricky, v ose a s rozloženým těžištěm a zvedá horní i dolní končetiny nad podložku – dochází k prvnímu kontaktu rukou. Na počátku 2. trimenonu zvedá dítě symetricky nohy nad podložku ve všech kloubech do pravého úhlu, zvedá ruce nad podložku, prohlíží si ruce a sahá na úroveň třísel. V 5. měsíci zvedá nohy i pánev nad podložku, dotýká se kolen a umí se otočit na bok a bočně vzpřímit. Po půl roce života se umí dítě přetočit ze zad na břicho a poloze na břicho také dává přednost, v poloze na zádech si hraje s hračkou, kterou si umí předávat z ruky do ruky. V 7. měsíci se dítě umí přetočit z břicha na záda, upřednostňuje polohu na břišku, na zádech si hraje s dvěma hračkami a sahá si na nožky, které přitahuje k ústům (Kiedroňová, 2010, s. 226).

## 2.4 Vývojová stádia

### 2.4.1 První tři měsíce = 1. trimenon

V tomto období začíná dítě cíleně využívat své tělo a utváří motorické vzorce, které jsou základem pro další pohybový vývoj. K základním prvkům prvního trimenonu patří primitivní reflexy, které do 6. týdne odeznívají, fixace a sledování určitého předmětu, pohyby hlavou, horními i dolními končetinami bez doprovodného pohybu těla, pohyby očima nezávislé na otáčení hlavy, utvoření opěrné plochy z počátku nejisté polohy na zádech a uchopování dolních končetin rukama (Orth, 2009, s. 36, 37).

### 2.4.2 Druhé tři měsíce = 2. trimenon

V druhém trimenonu se mění držení těla dítěte, což mu umožní provádět cílené a jemně koordinované pohyby. Na zádech dochází ke křížení středu těla, střídavému použití obou stran těla, vnímání nohou, roztažení kloubů zápěstí při natažené ruce a začínající opozice palce. Na břicho se utváří vzorec opory na jednom lokti, přenesení váhy na jednu opěrnou horní končetinu, kontakt kolena s podložkou a opora ruky na otevřených rukou (Orth, 2009, s. 43).

### **2.4.3 Třetí tři měsíce = 3. trimenon**

Dítě se postupně vzpřimuje do vertikály tím, že objevuje prostor nahoře, vzpřimuje se přes boční sed, otáčí se z břicha na záda a ukazuje pinzetový úchop (Orth, 2009, s. 48).

### **2.4.4 Čtvrté tři měsíce = 4. trimenon**

V tomto období se silně rozšiřuje objevování a zkoumání okolí. V okamžiku, kdy dítě pochopí, že se může pohybovat ve všech možných směrech, vytáhne se horními končetinami nahoru, chodí stranou a opírá se o zed', vstane z dřepu a okolo prvního roku dělá své první volné kroky (Orth, 2009, s. 52).

### 3 ZÁKLADY VÝVOJOVÉ DIAGNOSTIKY

Velké množství studií o různých typech reflexů a reakcí se pokoušely odpovědět na otázku, jaký bude osud nápadněji reagujícího novorozence či kojence. Zda se u něj jedná o skutečný opožděný vývoj se schopností dané opoždění dohnat, nebo zda se pod pojmem „opožděný“ skrývá nezvratné poškození se všemi motorickými i mentálními následky. Termínem „diagnosis under increased suspicion“ potvrdil T. T. S. Ingram nejistotu a bezradnost lékařů, kteří se objeví tváří v tvář takto postiženému kojenci. Lékaři hledají v tomto případě útočiště v tzv. Gaussově křivce, která označuje absolutní patologii až nad 97 %, protože velká většina nápadněji reagujících dětí se během vývoje postupně normalizuje. Děti nad 97 % zůstávají většinou v hybné i mentální oblasti na okraji společnosti po celý život. Právě v „období čekání“, tj. „diagnosis under increased suspicion“, se vyskytuje závažný problém spokojení se s představou pouhého opožděného vývoje (Vojta, 1993, s. 33).

Při hledání vhodné terapie se vyskytuje pojem plasticita CNS, neboli tvárnost, která je u novorozence řádově vyšší než u dítěte ve školním věku. Z toho vyplývá, že rozhodujícím faktorem v úspěšnosti terapeutického zásahu je čas. Tedy tzv. vyčkávání může být pro dítě osudné (Vojta, 1993, s. 34).

Další postup vhodné terapie je ztížen neschopností vymezit rozhraní mezi fyziologickým a patologickým stavem. Dle Prof. MUDr. Václava Vojty se v teoretických i klinických oborech prosazuje diagnostika pomocí technických metod, které se snaží vyjádřit kvantitu změn a jsou považovány za objektivní. Tato diagnostika se však nevztahuje na léčení mozkových hybných poruch – např. pomocí EEG lze prokázat, že poškozený jedinec usíná hůře než zdravý. Z toho vyplývá, že každý špatně usínající kojeneček je poškozený, což není reálné (Vojta, 1993, s. 34).

Vojtova diagnostika zahrnuje analýzu pohybu, sedm polohových reakcí, jejich posouzení, a dynamiku primitivních reflexů. Včasná diagnostika spočívá ve vyhodnocení tří základních parametrů – správné zhodnocení úrovně ontogeneze motoriky, reflexologické vyšetření a vyšetření posturální reaktivity pomocí polohových testů. V okamžiku, kdy začíná dítě komunikovat se svým okolím, a nemá k dispozici normální motoriku, použije náhradní motorické projevy, u kterých vzniká nebezpečí zafixování a definitivní znemožnění nástupu normální motoriky. První náhradní motorické projevy je možno sledovat nejpozději v šesti týdnech věku dítěte, kdy přibližně 75 % dětí kontaktuje své okolí a usmívá se.

Náhradní motorika se plně rozvine během prvních 3 měsíců a do půl roku života dítěte se začne fixovat. U vážnější hybné poruchy je příliš pozdě na její odstranění v období třetího nebo čtvrtého trimenonu a je nutno počítat s daleko většími následky než při zahájení léčby v trimenonu prvním (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

Pediatrická klinika v Sarajevu vytvořila studii, která byla založena na tříletém zkoumání sta dětí s poruchou motorického vývoje. U dětí byla zahájena Vojtova terapie. Většina, přibližně 70 % dětí, začala s léčbou v brzkém věku, 25% v pozdějším věku a zbylých 5 % velmi pozdě. Dle studie je zřejmé, že děti s brzkým nástupem léčby dělaly výrazné pokroky v relativně krátkých intervalech, oproti tomu děti, jejichž léčba započala v pozdějším věku, dělaly pokroky mírnější a v delších intervalech. Zbylých 5 % dětí vykazovalo pouze velmi slabé pokroky a následky motorické poruchy byly závažné (Meholjic, 2011, p. 32).

Výsledek rehabilitační léčby je tedy závislý na počátku zahájení terapie, existují však další faktory, jako je rozsah postižení nebo přístup k terapii v rodině, které ovlivňují výsledek léčby (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

### 3.1 Analýza pohybu

Analýza pohybu v oblasti spontánní motoriky je nezbytná pro posouzení vývojového stavu dítěte. Spontánní motoriku chápeme jako souhrn spontánních pohybů dítěte, tj. pohyby z vlastního podnětu. Vhodným příkladem je situace, kdy je dítěti nabídnuta hračka, která vzbudí jeho pozornost například svou pestrostí. Dítě si utvoří jistou představu, jakým způsobem získá předmět své zvědavosti. Tato představa předchází pohybovému impulzu. Prof. MUDr. Václav Vojta označil tuto součinnost jako ideomotoriku. Následně dítě použije všechny své motorické prostředky, které má k dispozici, aby hračku získalo – leze po čtyřech, snaží se ji uchopit a prozkoumat. Součinnost představy a motorických prostředků je zcela nezbytná. Pokud je dítě narušeno ve svém mentálním vývoji, je často omezena právě jeho představivost a zvědavost. Často se spokojí pouze s vlastním tělem nebo se stereotypně zabývá jediným předmětem. Opačná situace nastává, pokud má dítě utvořeno jasnou představu, ale nedisponuje motorickými prostředky. Opět vzniká problém, který způsobuje frustraci dítěte (Orth, 2009, s. 59, 60).

Analýza pohybu je tedy nezbytnou součástí diagnostiky. Skládá se z posouzení držení, které následně umožňuje pohyb. Pohyby končetin a hlavy se posuzují v souvislosti

s držení trupu. Pozorování těchto souvislostí vede k rozpoznání chybějících nebo nedostatečných pohybových vzorců (Orth, 2009, s. 60).

## 3.2 Polohové reakce

Pojmem polohová reakce je myšlena odpověď na změnu polohy těla způsobená vyšetřujícím. Polohové reakce je možno označit jako klíč k vrozeným hybným programům. Každá reakce je složena ze skupiny podnětů, které dává vyšetřující centrální nervové soustavě k odpovědím. Při vyvolání polohových reakcí se změni poloha těla dítěte předem daným standardním způsobem. Tímto způsobem jsou osloveny jak receptory reagující na protažení svalstva, šlach, fascií i kloubů, tak receptory hrudní a břišní dutiny. Při standardizovaném provedení polohových reakcí vede souhrn těchto podnětů vždy k řídicím úrovním míchy a mozku (Orth, 2009, s. 60).

Zpracování podnětů v centrální nervové soustavě se projevuje v motorických odpovědích. Podle toho Prof. MUDr. Vojta usuzoval, že se centrální nervová soustava vždy podílí ve svém celku a může ustavičně měnit svou strukturu. Tento proces označuje jako posturální reaktibilitu neboli schopnost centrální nervové soustavy reagovat na podněty odpovídající odpovědi držení v polohové reakci (Orth, 2009, s. 60).

Prof. MUDr. Vojta objevil a popsal „Vojtovu polohovou reakci“. Dalších šest polohových reakcí obměnil ze stávajících polohových reakcí, a tím je učinil použitelnými pro neurokineziologické vyšetření. Polohové reakce se označují jako: trakční reakce, Landauova reakce, axilární závěs, Vojtovo boční sklopení, horizontální závěs podle Collisové, vertikální závěs podle Peipera a Isberta, vertikální závěs podle Collisové (Orth, 2009, s. 61).

### 3.2.1 Trakční reakce

Při trakční reakci dochází ke zvednutí dítěte z polohy na zádech za distální část předloktí přibližně o 45 stupňů do šikmé polohy. Tato reakce umožňuje hodnotit reakci celého těla včetně všech končetin. Tah se provádí stiskem mezi 3. a 4. prstem ruky lékaře, kde má největší sílu. Současně vloží palec z ulnární strany do dlaní dítěte (Vojta, 1993, s. 57).

Zde se hodnotí, jakým způsobem reaguje hlava, trup a dolní končetiny (Pediatie pro praxi, ©2007).

### 3.2.2 Landauova reakce

Během Landauovy reakce je dítě uchopeno plochou dlaní v závěsu pod břichem v horizontální poloze (Vojta, 1993, s. 64).

U této reakce se hodnotí reakce končetin a natažení osového orgánu (Pediatrie pro praxi, ©2007).

### 3.2.3 Axilární závěs

Axilární závěs je vertikální poloha, kdy je dítě uchopeno v pase, hlavou vzhůru a zády k vyšetřujícímu lékaři. Vyšetřující v této poloze nesmí tlačit palci na dolní okraj trapézového svalu, protože by tím došlo k vyvolání extenze dolních končetin (Vojta, 1993, s. 66).

Zde se hodnotí reakce dolních končetin (Pediatrie pro praxi, ©2007).

### 3.2.4 Vojtovo boční sklopení

Vojtovo boční sklopení se provádí náhlým překlopením dítěte z vertikálního závěsu zády k vyšetřujícímu do horizontální polohy (Vojta, 1993, s. 55).

Vojtova reakce hodnotí reakci končetin (Pediatrie pro praxi, ©2007).

### 3.2.5 Horizontální závěs podle Collisové

Horizontální závěs podle Collisové je reakce, kdy je dítě zvednuto za paži a stejnostrannou dolní končetinu z výchozí polohy na zádech do polohy horizontální. Musí být vždy obráceno zády k vyšetřujícímu (Vojta, 1993, s. 62).

Vyšetřující hodnotí reakce opačných stejnohlých končetin (Pediatrie pro praxi, ©2007).

### 3.2.6 Vertikální závěs podle Peipera a Isberta

Během této reakce je dítě uchopeno v oblasti kolen a rychle zvednuto hlavou dolů (Vojta, 1993, s. 60).

Tato reakce hodnotí reakci horních končetin a osového orgánu (Pediatrie pro praxi, ©2007).

### 3.2.7 Vertikální závěs podle Collisové

Dítě je uchopeno za koleno a náhle bez škusnutí je zvednuto hlavou dolů do vertikální polohy (Vojta, 1993, s. 61).

U vertikálního závěsu je hodnocena volně visící končetina (Pediatrie pro praxi, ©2007).

Během prvního roku života poskytují polohové reakce představu o možnostech vrozených pohybových programů při neurologickém vyšetření. Zmíněné reakce vypovídají o koordinaci centrální nervové soustavy a o dosažené vývojové úrovni dítěte. Jejich podstatnou výhodou je fakt, že se nemusí čekat, až do okamžiku, kdy dítě ukáže spontánně všechny pohybové vzorce. Polohové reakce jsou v kojeneckém věku považovány za rutinní screeningový postup. V případě, že jsou pohybové vzorce normálně uzpůsobeny a centrální koordinace vhodně reaguje na odpovídající podněty, je velmi pravděpodobné, že se bude dítě i normálně senzomotoricky vyvíjet. Pokud se však budou odchýlovat vzorce držení a hybné vzorce od vzorců normálních, jedná se o centrální koordinační poruchu. Takto odchýlený vzorec se označuje jako abnormální. Dle počtu abnormálních polohových reakcí jsou vyvozeny koordinační poruchy, jejichž nejlehčí forma popisuje jednu až tři abnormální polohové reakce, lehká forma čtyři až pět abnormálních polohových reakcí, středně těžká forma centrální koordinační poruchy šest až sedm abnormálních reakcí a těžká forma sedm abnormálních reakcí se závažnou poruchou napětí živé tkáně (Orth, 2009, s. 61).

### 3.3 Primitivní reflexy

K základům vývojové diagnostiky patří vyšetření tzv. primitivních reflexů. Toto označení pochází z latinského slova *primus* neboli první. Primitivní reflexy jsou odpovědi na určité podněty, které jsou zpřístupněny centrální nervové soustavě (Orth, 2009, s. 64).

Při nezralosti vyšších center centrální nervové soustavy je možné opatřit reflexy sjednocené na nižší úrovni řízení. Toto opatření primitivních reflexů je možné pouze do časově vymezeného období, ovšem při patologiích je jejich opatření prodlouženo (Kraus a kolektiv, 2005, s. 103).

Pokud se primitivní reflexy, které by měly být přítomny v prvních 4–6 týdnech života, objeví ve druhém nebo třetím trimenonu, jsou chápány jako negativa vývoje. Jestliže se objevují výrazné změny v těchto reflexech již v novorozeneckém období, a to vždy při poruše posturální aktivity, původní představa o negativěch vývoje padá. Týká se to úchopových

reflexů ruky a nohy, které mohou být v novorozeneckém období oslabeny, případně nevybaveny, chůzového automatizmu, který je jednou nevybaven pro absenci vzpěrné reakce dolních končetin, jindy pro její nadměrnou sílu, nebo Babkinova i Galantova reflexu, které se v novorozeneckém období nedají vybavit vůbec – pouze pokud dojde ke zlepšení reflexní lokomoce (Vojta, 1993, s. 51).

Také v primitivních reflexech se neodráží pouze jednotlivé části odpovědi, ale spíše rozsáhlé části hybného vzorce, který zahrnují celé tělo, např. vzpěrná reakce dolních končetin ukazuje nejen natažení dolních končetin, ale současně ohnutí horních končetin (Vojta, 1993, s. 51).

### **3.3.1 Význam primitivní reflexologie**

Pro využití polohových reakcí je nutné, aby byly odpovědi na ně zřetelné, aby zobrazovaly reaktivitu centrální nervové soustavy v různých fázích vývoje, a aby byly schopné zřetelně odlišit normální a abnormální průběh (Vojta, 1993, s. 97).

Pokud dítě na konci 6. měsíce života dosáhlo odpovídající úrovně posturální reaktivity, mělo by ovládat radiální úchop, jehož předpokladem je pronační pohyb předloktí a otevření ruky a dlaně, dále by se mělo umět vztyčit opřením o dlaně v poloze na břicho a koordinovaně se otáčet z polohy na zádech do polohy na břicho. Ve stejné době by měl být přítomen tzv. optikofaciální reflex, což je reflexní mrknutí na optický předmět a měl by vymizet reflex úchopový. Pokud polohové reakce probíhají zcela normálně, je vyloučen vývoj mozkové hybné poruchy a pokud souhlasí vývojový stupeň s kalendářním věkem, je vyloučeno i mentální poškození (Vojta, 1993, s. 97).



## 4 TERAPIE

Díky Vojtově metodě je možné aktivovat tzv. vrozené hybné programy, které se skládají z různých typů pohybů. Pokud dojde k poškození centrální nervové soustavy, omezí se přístup k těmto programům. Podobná překážka může vést k poškození mozku před nebo během porodu, případně může způsobit vadný vývoj již v děloze. Poranění svalů nebo periferních nervů mohou vést až k závažným poruchám řízení pohybu. Dítě s poruchou řízení pohybu má omezen normální přístup k vrozeným hybným programům a tím pádem nedostatečně využívá svou motoriku. Výsledkem jsou odchylující se pohybové vzorce, které mají závažný vliv na vývoj dítěte především v prvním roce života (Orth, 2009, s. 69).

Prof. MUDr. Václav Vojta objevil pomocí reflexní lokomoce léčbu umožňující překonat tyto překážky. Nezbytností pro tuto terapii jsou neporušené nebo alespoň částečně neporušené spoje mezi nervy a svaly, přes které je možno pomocí podnětů působit na periferní a centrální nervový systém. Díky stimulační informaci jsou aktivovány hybné vzorce, které jsou využívány k úspěšné terapii (Orth, 2009, s. 69, 70).

Aplikace tohoto způsobu léčby se osvědčuje nejen u novorozenců a kojenců, kteří nedokáží porozumět pokynům, ale také u dospělých jedinců, jejichž úroveň vnímání je po určitou dobu utlumena například z důvodu úrazu hlavy. I v takovém případě je možno vyprovokovat optimální svalové souhry pomocí vhodné stimulace a zajistit tak prevenci vzniku svalových dysbalancí či náhradních pohybových vzorů (Zounková, 2000).

Terapie dle Vojty zahrnuje tři základní modely. První model je aktivován na břicho a označuje se jako reflexní plazení, druhý model je aktivován na zádech a nazývá se reflexní otáčení. Třetí model terapeutického systému je první pozice a aktivuje se z polohy na obou kolenou. Všechny zmíněné modely mají nezastupitelný význam v léčbě Vojtovou metodou a nelze je nijak nahradit. Jsou základními stavebními kameny pro bipedální lokomoci neboli pohyb vpřed. Prostřednictvím výchozí polohy (= potřebné informace pro centrální nervový systém k nalezení vrozených hybných programů) a aktivačních zón (= citlivá stimulační místa na trupu a končetinách) jsou aktivovány motorické generátory, které umožňují částečné nebo úplné využití modelu ve spontánní hybnosti. Vojtova metoda tedy poskytuje základní motorický program, bez kterého není možné vyvíjet tzv. nastavbové motorické funkce vytvořené procesem učení (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

Reflexní plazení je přítomno ihned po narození dítěte, kdežto reflexní otáčení se vyskytuje až na konci třetího měsíce. Přesto, že jsou oba modely uloženy v centrální nervové soustavě, tak se v globálních modelech člověka nevyskytují. Globální vzory reflexního plazení i otáčení obsahují dílčí vzory motorické ontogeneze vedoucí ke správnému vývoji motoriky (Kraus a kolektiv, 2005, s. 195).

Při pohybu vpřed po čtyřech se dítě opírá a odráží od podlahy pomocí končetin. Dochází ke vzniku tzv. krokových pohybů. Jsou popsány čtyři stále se opakující fáze kroku a jejich průběh se označuje jako krokový cyklus. První fází cyklu je flekční fáze, kterou začíná krok, druhá fáze se označuje jako relaxační, ve které se přepíná svalovina do následující fáze, která se nazývá opěrná. V této fázi se trup vzpřímí na končetině a nastává poslední fáze, odrazová, která umožňuje pohyb vpřed (Orth, 2009, s. 81).

Reflexní plazení, otáčení a první pozice ovlivňují budoucí hrubou a jemnou motoriku dítěte. Mimo to však pozitivně ovlivňují také dýchací, trávicí, vylučovací a vegetativní systém. Umožňují koordinaci dechových pohybů hrudníku s vývojovými polohami u dýchacího systému, dále úchop, polykání a zpracování potravy u trávicího systému, střevní peristaltiku a úpravu vyprazdňování u vylučovacího systému a emoční projevy nebo prokrvení u systému vegetativního (Zounková, 2005, s. 27).

#### **4.1 Reflexní plazení**

Reflexní plazení je terapeutický model, jehož výchozí polohou je poloha na břiše. Horní i dolní končetiny jsou označovány podle otočení hlavy – horní a dolní končetina na straně obličeje se označuje jako čelistní, končetiny na straně záhlaví se označují jako záhlavní (Kraus a kolektiv, 2005, s. 196).

Při výchozí poloze leží hlava na podložce a je mírně rotovaná. Reflexní plazení probíhá v tzv. zkříženém vzoru, kdy se současně pohybuje pravá dolní a levá horní končetina a naopak. Tělo je opřeno o jednu dolní končetinu a protilehlou paži. Následně dochází k vyvolání svalové aktivity. Terapeut klade odpor hlavě, která se začíná otáčet na opačnou stranu. Hlava zůstává v ose páteře a tím dochází k zesilování svalové aktivity celého těla (Kolář, 2009, s. 266).



**Obrázek 1** Výchozí postavení reflexního plazení (Kolář, 2009, s. 266)

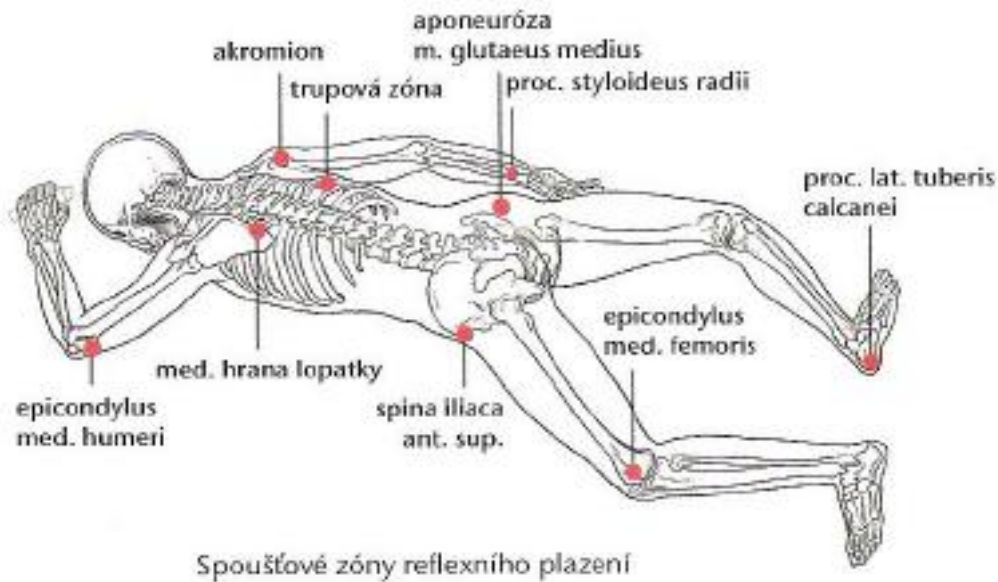
Čelistní horní končetina se zpočátku opírá předloktím o podložku, spoušťovou zónou je mediální epikondyl humeru (kostěný výstupek kosti pažní). Dochází k pohybu, kdy čelistní horní končetina spolu s pletencem ramenním přebírají opěrnou funkci trupu (opěrným bodem se nyní stává loket), hlava a trup se posouvá laterálně dopředu a nastává flexe zápěstí (Kolář, 2009, s. 267).

Paže záhlavní horní končetiny je podél trupu a v rameni a loktu je nulové postavení. Spoušťovou zónou je v tomto případě processus styloideus radii a provokovaný pohyb začíná flexí v rameni, rotací předloktím vedoucí ke flexi lokte, radiální dukci v zápěstí a končí zachycením se o podložku a převzetím nosné funkce. V tomto okamžiku se otáčí hlava a končetina, která byla původně záhlavní, je nyní čelistní (Kolář, 2009, s. 267).

Čelistní dolní končetina u dětí se nachází ve výchozím postavení tak, že je v mírné flexi, je zevně rotována a abdukována v kyčelním kloubu. U dospělých je dolní končetina natažena a umístěna na podložce ve vnitřní rotaci v kyčelním kloubu. Spoušťovou zónou je zde mediální epikondyl femuru a provokovaný pohyb je popsán flexí, zevní rotací, abdukci v kyčelním kloubu, flexí v kolenním kloubu, dorzální flexí, everzí v hlezenním kloubu a extenzí prstů. Nakročené koleno je přichystáno na nosnou funkci (Kolář, 2009, s. 267, 268).

Výchozím postavením záhlavní dolní končetiny je lehká flexe, abdukce a zevní rotace v kyčelním kloubu. Vnější hrana paty neboli processus lateralis tuberis calcanei je

spoušťovou zónou a provokovaný pohyb vypadá následovně: končetina převezme opěrnou funkci v zevní rotaci stehna, dochází k dorzální flexi pánve, nadlehčení trupu a opěrným bodem se stane pata. V hlezenním kloubu nastává dorzální flexe a inverze a celý pohyb je zakončen odrazem a flexí prstů (Kolář, 2009, s. 268).



**Obrázek 2 Spoušťové zóny reflexního plazení** (Kolář, 2009, s. 269)

Při dráždění spoušťové zóny vzniká z výchozí polohy poloha aktivní a velmi nestálá. Při Vojtově terapii dochází k brždění této polohy kladeným odporem, který umožňuje nejen prodloužit trvání pohybu, ale také vnímat cílený pohyb jako zpomalený (Vojta a Peters, 2010, s. 36).

Při reflexním plazení dochází mimo jiné k zesílení břišního lisu díky kontrakcím břišní stěny a tlaku působícího na obsah vnitřních orgánů. Stahy břišní stěny působí odporem proti vychýlení bránice při dýchání. Obojí vede k zesílení tlaku v dutině břišní a má za následek postupné stahy bránice. Svalový odpor proti stahu bránice vede k prohloubenému dýchání, k rozvinutí hrudního koše a k zesílení žebního dýchání. Při zesílení břišního lisu nastává protažení svalstva pánevního dna, které na protažení reaguje stažením. Při poruchách pánevního dna se daří relativně rychle upravit funkci zevního análního sfinkteru (Vojta a Peters, 2010, s. 102).

## 4.2 Reflexní otáčení

Reflexní otáčení je dalším lokomočním vzorcem a jeho sled lze srovnat s průběhem pohybu otáčení z polohy na zádech u dítěte v prvním roce života. Toto otáčení začíná v poloze na zádech, pokračuje přes boční polohu až k lezení po čtyřech a končí vstáváním a chozením kolem nábytku. Díky aktivaci probíhají změny polohy těla, kdy nejpodstatnější je přizpůsobení držení trupu, protože je nezbytné pro volný pohyb končetin – odpovědi končetin a hlavy jsou tedy posuzovány dle přizpůsobení držení (Orth, 2009, s. 120, 121).

Zdravý kojeneček se umí na konci 6. měsíce spontánně otočit do polohy na břicho. Již v období třetího měsíce se u dítěte začne vyvíjet koordinace pohybů rukou a vymizí primitivní reflexy. Patologický způsob otáčení je možno rozpoznat na první pohled (Vojta, 1993, s. 189).

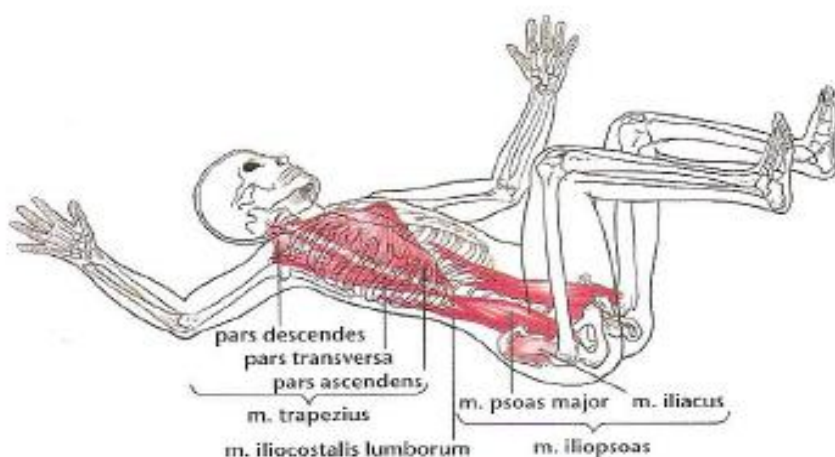
Reflexní otáčení má dvě fáze. Během první fáze se pomocí stimulace v oblasti hrudní zóny v mezižebřerním prostoru otáčí tělo do polohy na boku. V této fázi dochází k napřímení páteře, opření se o plochu zad, dále k přípravě horních končetin pro opěrnou funkci a nadzvednutí končetin dolních nad podložku. Nezbytná je sešraná aktivace břišního svalstva (Kolář, 2009, s. 269).

Výchozí polohou je poloha na zádech, hlava je otočena k jedné straně a končetiny leží volně na podložce. Spouštěčovou zónou je tlak na hrudník v oblasti mezižebřerních prostor, obvykle mezi šestým a sedmým žebrem. Tento tlak směřuje proti podložce, k lopatce záhlavní strany, dochází ke kontaktu s *linea nuchae* na záhlavní straně – drsná čára na šupině kosti týlní, při otáčení hlavy je tomuto pohybu kladen odpor (Kolář, 2009, s. 269).



**Obrázek 3 Reflexní otáčení I – výchozí poloha** (Kolář, 2009, s. 269)

Provokovaný pohyb je popsán Kolářem (2009, s. 269, 270) následovně: „nastavení trupu a páteře do středního postavení, paralelní nastavení ramenní a pánevní linie, záda se stanou opěrnou bází, dochází k napřimění horní části trupu, zevní rotace záhlavní horní končetiny, abdukce a flexe čelistní horní končetiny, obě DK se flektují v kyčelních a kolenních kloubech, kyčelní klouby jsou v zevní rotaci a abdukci, DK jsou nad podložkou, hlezna v neutrálním postavení, pánev se klopí dorzálně do neutrálního postavení, hlava se otáčí k opačné straně, dýchání se prohlubuje.“



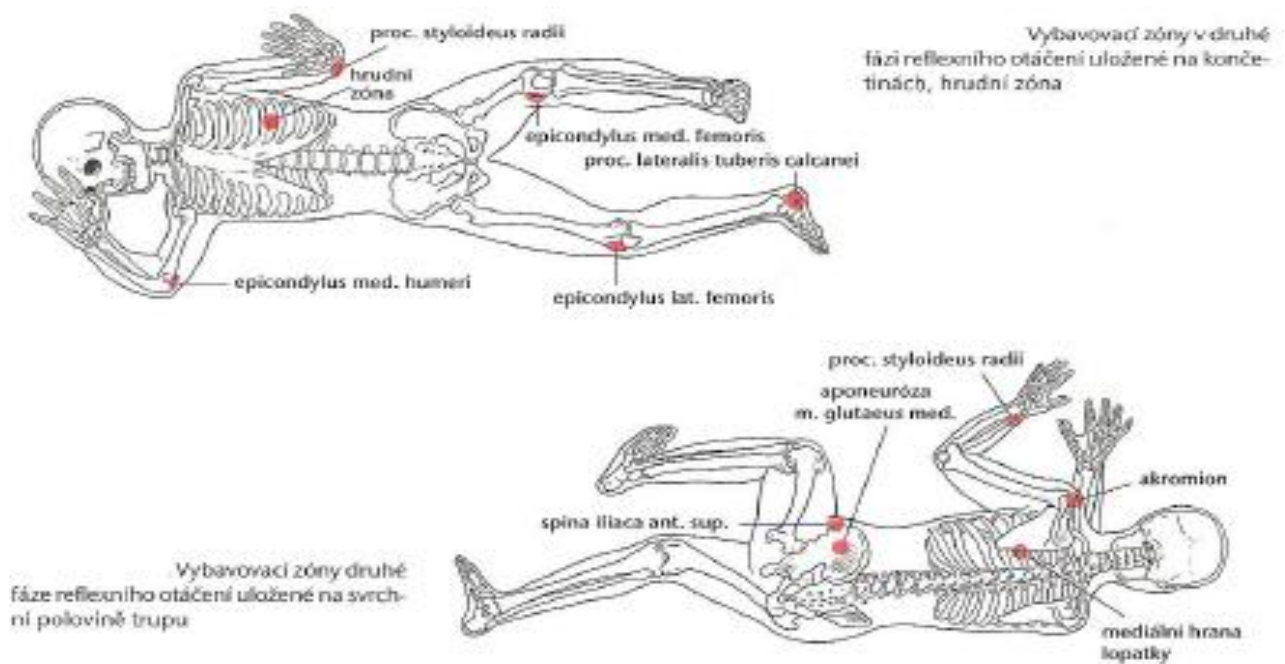
**Obrázek 4 Reflexní otáčení I – konečná fáze** (Kolář, 2009, s. 270)

Během druhé fáze pokračuje proces otáčení. Poloha na boku je velmi nestálá a přechodná situace, kdy se pro aktivaci hybného vzorce užívají nejen spoušťové zóny, ale také vhodné změny polohy. Ramenní a pánevní pletenec se může vzájemně protiběžně pohybovat. Tento pohyb je veden přes spoušťové zóny a poskytuje významný účinek na otáčející se svalstvo trupu (Orh, 2009, s. 140).

„Výchozí poloha druhé fáze je poloha na boku. Spoušťovými zónami je akromion svrchní horní končetiny HK, processus styloideus radii svrchní HK, spina iliaca anterior superior svrchní DK, mediální epikondyl femuru svrchní DK, mediální epikondyl humeru spodní HK, laterální epikondyl femuru spodní DK, processus lat. tuberis calcanei spodní DK“ (Kolář, 2009, s. 270).

Provokovaný pohyb: „Svrchní horní končetina: flekční fáze (nákročná); abdukce, zevní rotace paže; lehká flexe a supinace v lokti; na akru dorzální flexe s radiální dukcí;

rozevření ruky od malíku; svrchní dolní končetina: flekční fáze (nákročná); flexe v kyčelním a kolenním kloubu; zevní rotace v kyčelním kloubu; na akru dorzální flexe ve středním postavení; spodní horní končetina: fáze stoje, opření o rameno, paži, loket; paže v zevní rotaci, lehká flexe v lokti; pronace předloktí; rozevření dlaně; spodní dolní končetina: fáze stoje, opření o laterální plochu stehna a pánve; stehno v lehké zevní rotaci; semiflexe kolena; dorzální flexe v hlezenním kloubu s inverzí; flexe prstů“ (Kolář, 2009, s. 270).



**Obrázek 5 Reflexní otáčení II** (Kolář, 2009, s. 270)

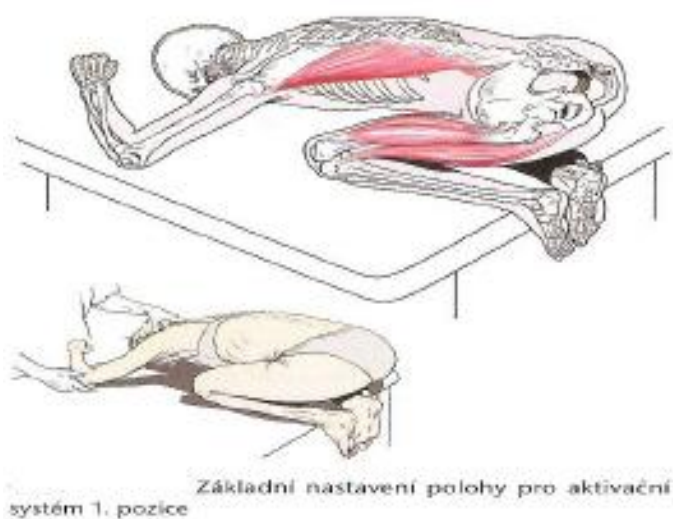
### 4.3 První pozice

První pozice je výchozí polohou pro vertikalizaci. Prof. MUDr. Václav Vojta popsal 6 terapeutických pozic, kdy v první pozici jsou dolní končetiny ve flexi v kyčelních a kolenních kloubech, trup se nachází na stehnech, hlava je rotována k jedné straně a opřena o podložku. V poslední, šesté pozici je již trup téměř ve stoji. Během terapie se nejčastěji využívá první nebo druhá pozice, které mají za úkol vyvolat takovou svalovou aktivitu, která zvedá trup vzhůru (Kolář, 2009, s. 268).

Výchozí poloha 1. pozice je popsána tak, že hlava leží na čele (tuber frontale) a obě dolní končetiny jsou v kolenou i kyčlích maximálně flektovány. Pacient leží na bérkách, stehna



a kolena vyčnívají stranou pod hrudníkem za účelem lehkého odtažení v kyčelních kloubech. Nohy se nachází mimo rehabilitační stůl tak, že mezi nártem a okrajem stolu musí být vhodná vzdálenost pro možnost vytažení nohou nahoru bez kontaktu se stolem. Loket obličejové horní končetiny se nachází na úrovni nosu nebo obočí ve flexi a abdukci v ramenním kloubu. Zápěstí a prsty jsou volně položeny na stole. Dlaň horní končetiny na záhlavní straně ukazuje směrem nahoru z důvodu lehkého vtočení v ramenním kloubu (Orth, 2009, s. 157).



**Obrázek 6 První pozice** (Kolář, 2009, s. 268)

Spoušťové zóny jsou stejné jako zóny v reflexním plazení a provokovaný pohyb začíná vzpřímením pánve do vertikální polohy. Dochází k aktivaci svalstva pánevního dna, břišního svalstva a svalů břišního pletence. Dolní končetiny, které jsou skrčené pod trupem, pracují proti gravitaci. Záhlavní dolní končetina se opře o střed tibie a dojde k odrazu. Na čelistní dolní končetině nastane krátká flekční fáze, po které se koleno opře o střed tibie, noha se dostane do středního postavení a je zjevná volná extenze prstů. Na nohou také dochází k abdukci zápěstních kůstek. Čelistní horní končetina je opěrná a záhlavní končetina se pohybuje vpřed. Páteř se napřimuje a hlava rotuje na opačnou stranu (Kolář, 2009, s. 268, 269).



#### 4.4 Indikace a kontraindikace Vojtovy metody

Vojtova terapie má široké spektrum využití a její aplikace je možná u většiny medicínských disciplín, jako je dětská neurologie, dětská ortopedie, pediatrie, neurologie a ortopedie dospělých, případně i dětská kardiologie (Orth, 2009, s. 66).

K diagnózám vhodných k terapii je infantilní cerebrální paréza, jinak také označována jako dětská mozková obrna, dále centrální koordinační porucha, dysplazie kyčlí, stavy po mozkové mrtvici, roztroušená skleróza, pourazové stavy včetně úrazů páteře a míchy, rozštěpy páteře, fixované asymetrické držení hlavy neboli tortikolis, syndrom zmrzlého ramene, skolióza, vadné držení těla a bolesti hlavy spojené s nevhodným postavením krční páteře (Československá rehabilitační společnost Dr. Vojty, ©2005).

Kontraindikacemi jsou stavy nebo podmínky okolí, které neumožňují terapii nebo vyžadují přerušování léčby. Ke kontraindikacím patří teplota okolí vyšší než 38,5 °C, očkování živou očkovačnou látkou, metastázující nádory, akutní fáze po operacích, zánětlivé procesy nebo epileptické záchvaty v počáteční fázi zahájení léčby (Orth, 2009, s. 67).

Na počátku Vojtovy terapie je nezbytné pozorovat projevy dítěte a vyloučit možná rizika a nežádoucí účinky, protože jako každá forma léčby, má i Vojtova terapie určitá rizika. Příkladem zvláštního nebezpečí jsou onemocnění, jako je vrozená lámavost kostí, vysoké odvápnění kostry nebo významné srdeční vady (Orth, 2009, s. 67,68).

#### 4.5 Délka, frekvence a intenzita cvičební jednotky

Délka cvičení se odvíjí od stáří a tělesné konstituce dítěte. U novorozence trvá 5 minut s opakováním 4krát až 6krát denně, u starších dětí se délka zvyšuje na 20 minut 2krát až 3krát denně. Je ovšem vhodnější zaměřit se spíše na přesné provedení cviku než počet minut. U dětí školního věku se prodlužuje doba cvičební jednotky a frekvence se snižuje, je nezbytné dbát na denní režim dítěte a přizpůsobit léčbu jeho školním i mimoškolním aktivitám. Intenzita cvičení musí být taková, aby dítě příliš neunavilo, aby bylo bdělé a správně reagovalo na opakované stimuly. Doporučuje se bdělost dalších 40 minut po provedení cvičení z důvodů přetrvávání změněné mozkové aktivity. Pouze tímto způsobem si může pacient osvojit změněnou schopnost koordinovat tělo v prostoru s následující stavbou zaujaté polohy a pohybu (Zounková, 2005, s. 28).

## 5 SOUČINNOST TERAPEUTŮ, RODIČŮ A DĚTÍ

„Je snazší ošetřit deset mužů než jednu ženu,  
je snazší ošetřit deset žen než jedno dítě“

Čínské přísloví

Pro úspěšnou terapii je zpravidla nezbytná spolupráce a pozitivní postoj pacienta k léčbě. V případě, že jsou Vojtovou metodou léčeni kojenci a malé děti, nemohou na sebe převzít tuto zodpovědnost a zastoupí je rodiče. Proto je důležitá spolupráce rodičů s terapeutem, která je založena na způsobu výchovy, na osobním nasazení, na okolí, na dostatečné edukaci a také na rozsahu hybné poruchy. Aby tato spolupráce mohla fungovat, vyžaduje kromě odborných znalostí a kompetencí terapeuta také aktivní zapojení všech zúčastněných, které je podstatné pro utvoření důvěry a správnou interakci (Orth, 2009, s. 169).

### 5.1 Edukace

Volba Vojtovy metody musí být ze strany rodiny dobrovolná. Rodiče musí být edukováni o tom, co to je Vojtova metoda, z jakého důvodu se provádí, jakým způsobem, které pohybové reakce jsou žádané, které naopak chybné, jaké příznivé či nepříznivé reakce mohou očekávat a jaká je časová náročnost. Dále si musí uvědomit, že terapeut je pouze jejich učitelem, že oni sami budou provádět cvičení s dítětem několikrát denně. Rodiče se učí prakticky provádět zadané programy, rozlišovat žádané pohybové reakce a pravidelně dochází na kontroly. Četnost těchto kontrol závisí nejen na aktuálním stavu dítěte, ale také na zručnosti rodičů (Kraus a kolektiv, 2005, s. 204, 205).

### 5.2 Komunikace

Komunikaci obecně rozčleňujeme na verbální a nonverbální. Pod pojmem verbální komunikace rozumíme předávání informací pomocí řeči – vysvětlení a objasnění terapie. Velmi podstatnou složkou Vojtovy terapie je také nonverbální komunikace, která je využívána prostřednictvím řeči těla – mimika, gestikulace, držení těla (Orth, 2009, s. 170).

Komunikace probíhá na různých komunikačních úrovních, jako je kognitivní úroveň, emocionální úroveň a úroveň jednání. Na kognitivní úrovni jsou předávány praktické informace, které jsou nezbytné pro porozumění terapii. Je založena na intelektu a rozumu. Emocionální úroveň je sdělována pomocí řeči těla, mimiky, gestikulace nebo polohy

hlasu – tyto signály vyjadřují pocity. Pokud rodiče nebo terapeuti nestojí pocitově za tím, co dělají, dítě vycítí, že něco není v pořádku, a protože nemá jiné možnosti vyjádření, reaguje tělesnými a hlasovými prostředky. Často nastává situace, že rodiče cítí protichůdné postoje k Vojtově metodě. V tomto případě je nezbytné hovořit o svých pocitech s terapeutem, u kterého by mělo empatické porozumění a podpora převažovat nad odbornými znalostmi. Poslední komunikační úroveň je úroveň jednání, pomocí které probíhá realizace terapie. Pro úspěšnou realizaci je však nutná vzájemná souhra dvou předchozích úrovní. Provádění Vojtovy metody nepodléhá striktním pravidlům. Pro reflexní lokomoci platí určité podmínky, jako výchozí polohy a spoušťové zóny, přesto jsou přípustné obměny, které umožní konkrétnímu dítěti nalézt nejlepší léčebnou cestu (Orth, 2009, s. 170,171,173).

### **5.3 Předpoklady pro úspěšnou léčbu**

Jedním z nejdůležitějších předpokladů je motivace rodičů, která se nachází vždy v osobě samotné, to znamená, že nemohou být motivováni zvenku. Terapeuti však mohou rodiče pro léčbu nadchnout. Ve většině případů chtějí rodiče pro své dítě to nejlepší, a pokud vidí v terapii kýžený výsledek, jsou ochotni a motivováni terapii aplikovat. K dalším předpokladům patří důvěra, spolehlivost, upřímnost, úcta k ostatním a převzetí zodpovědnosti za sebe i za druhé (Orth, 2009, s. 174, 176).

### **5.4 Nesnáze při realizaci Vojtovy metody**

Vojtově metodě je vytýkáno, že je příliš drastická, že při ní děti pláčou, což může vést k tomu, že budou časem neurotické. Tato výtky není správná. Dítě musí být stimulováno větším tlakem, aby se začalo projevovat, a čím je dítě více postižené, tím musí být tlak silnější. Fyzioterapeut tímto tlakem umožní usměrňování svalové aktivity, aby se co nejvíce podobala pohybům zdravého dítěte. Vojtova metoda se má zkoušet i u nejtěžších případů alespoň po dobu jednoho roku (Trojan, Druga a Votava, 2005, s. 147).

Spouštěčem pro křik je to, že kojeneček poznává své tělo jinak než dosud. Místo nekoordinovaných pohybů nastupují koordinované, které jsou pro dítě neznámé. Tato nejistota je zpočátku větší, s postupem času ustává a kojeneček si na terapii zvykne (Orth, 2009, s. 179).

Dalšími nesnázemi mohou být předsudky z okolí, zátěž na výkon rodičů, na jejich sílu a potenciál vydržet, odmítání dítěte okolím jako „odlišné jedinečnosti“ atd. (Orth, 2009, s. 192).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se věnuji strukturovaným rozhovorům za účelem získání informací ohledně Vojtovy metody a její aplikace v praxi.

### 6.1 Metoda výzkumu

Zvolila jsem kvalitativní vědeckou metodu zaměřenou na techniku rozhovoru. Tuto metodu jsem si vybrala proto, že cílem bakalářské práce není zjistit četnost výskytu motorických poruch dětí a jejich následná terapie Vojtovou metodou, ale proto, že je práce zaměřena na získání osobních informací od respondentek. Tyto informace jsou pro matky, jejichž děti podstoupily léčbu Vojtovou metodou, citlivé, vzbuzují u nich emoce a vyvolávají vzpomínky na náročné období jejich života.

Rozhovor je považován za nejstarší a nejčastěji používaný zdroj informací. Označujeme ho jako přirozený prostředek komunikace mezi lidmi. Přestože je řazen mezi nejobtížnější techniky získávání dat, je současně nejvhodnější. Během provádění rozhovoru je nezbytností nejen citlivost a umění sociálních dovedností, ale také schopnost pozorovat a dokázat z rozhovoru vytěžit maximum (Kutnohorská, 2009, s. 38,39).

K základním typům rozhovorů patří rozhovory standardizované, nestandardizované a polostandardizované (Kutnohorská, 2009, s. 39).

V bakalářské práci jsem zvolila jak rozhovory standardizované, tak jeden rozhovor nestandardizovaný. Rozhovory standardizované byly tvořeny předem připravenými otázkami s jasně daným pořadím. Mým úkolem u těchto rozhovorů bylo působit neutrálně a nedávat najevo vlastní postoje. Otázky byly formulovány jako otevřené, kladla jsem je sedmi matkám při osobním setkání v ordinaci paní Markéty Mikulcové na Rehabilitačním oddělení Baťovy nemocnice. Poslední rozhovor proběhl polostandardizovaným způsobem, z důvodu mého osobního vztahu k respondentce. Připravila jsem si okruhy otázek, jejichž pořadí jsme libovolně měnily dle potřeb respondentky. Rozhovor byl pojat více do hloubky a zaměřen na velmi emotivní situace. Zde jsem měla možnost více vnímat prožívání závažné životní situace, která se zprvu jeví jako beznadějná.

## 6.2 Stanovené cíle a hypotézy

Cílem výzkumu je zjistit z rozhovorů, jak probíhá léčba Vojtovou metodou v praxi. Při zpracování bakalářské práce jsem zformulovala 4 cíle a k nim odpovídající hypotézy.

**Cíl 1: Zjistit, z jakého důvodu se dotazovaní rozhodli pro terapii Vojtovou metodou.**

**Hypotéza 1:** Předpokládám, že více než polovina dotazovaných se pro terapii rozhodla z důvodu předčasného porodu a s ním souvisejícími komplikacemi.

**Cíl 2: Zjistit, zda byla skupina dotazovaných spokojená s rozsahem a způsobem podaných informací, týkajících se zahájení a průběhu léčby.**

**Hypotéza 2:** Předpokládám, že skupina dotazovaných byla spokojena jak s rozsahem, tak způsobem podání informací.

**Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem vnímají dotazované ženy Vojtovu metodu a zda ji považují za přínosnou.**

**Hypotéza 3:** Předpokládám, že je Vojtova metoda u většiny dotazovaných žen vnímána pozitivně a že si ženy uvědomují pokroky, které jejich dítě dělá.

**Cíl 4: Zjistit, jak na léčbu reagovalo dítě zpočátku a s odstupem času.**

**Hypotéza 4:** Předpokládám, že děti zpočátku reagovaly odmítavě, s odstupem času příznivěji.

## 6.3 Výběr výzkumného vzorku

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na konkrétní skupinu respondentů, kteří se z jakéhokoli důvodu rozhodli pro léčbu jejich dětí Vojtovou terapií – tyto osoby jsou tedy schopny objektivně posoudit význam Vojtovy metody v reálném životě a popsat vše co sebou tato terapie přináší.

Ideálním vzorkem se pro mě staly matky navštěvující Rehabilitační oddělení Baťovy nemocnice. Rehabilitují zde dospělí i děti po úrazech, náhradách velkých kloubů, osoby

s neurologickým onemocněním, případně s dalšími nemocemi, u kterých je možné zlepšením funkce zlepšit celkový stav pacienta. Významnou součástí je léčba dětí s centrální koordinační poruchou specialistkami zaměřenými na Vojtovu metodu.

Součástí mého výzkumného vzorku byla také mně blízká osoba. Přesto, že je to již 13 let od doby, kdy se jí předčasně narodila vážně postižená dcera, Vojtovu terapii stále vnímá velmi emotivně. Je to dáno i tím, že byla odsuzována svým okolím z týrání vlastního dítěte. V současnosti je na sebe pyšná, že se nenechala zviklat předsudky a že její dceři pomohla výrazně zlepšit kvalitu života.

#### 6.4 Standardizované a polostandardizované rozhovory

Dotazník určený ke standardizovanému rozhovoru je tvořen 14 otevřenými otázkami a je rozdělen do 4 základních okruhů:

1. okruh otázek (otázky 1 – 5) je zaměřen na to, z jakého důvodu a kdy byla zahájena léčba Vojtovou metodou. První dvě otázky jsou zaměřeny na samotný porod a okamžiky bezprostředně po něm, další dvě se zabývají důvodem léčby a vnímáním matky jakýchkoliv odchylek u jejího dítěte, poslední se vztahuje na počátek Vojtovy terapie, který má obrovský význam.

2. okruh otázek (otázky 6 a 7) se týká informovanosti matek o této problematice. Zda byly dostatečně edukovány a zda jim způsob podání informací vyhovoval. V další otázce mi ženy popisovaly nejdůležitější zásady, kterých se držely po celou dobu léčby.

3. okruh otázek (otázky 8 – 11) jsou otázky zabývající se samotnou léčbou. Zajímalo mě, kolikrát denně a v jakých intervalech ženy s dětmi cvičí a především jak dítě na léčbu reaguje – případně jak reagovalo ze začátku a jak nyní. Také mě zajímalo, zda se během terapie objevil problematický cvik, se kterým měla problém jak matka, tak dítě. Ve svém blízkém okolí jsem se setkala se situací, kdy s dítětem cvičila pouze matka, a otec se od léčby distancoval, z tohoto důvodu mě zajímala poslední otázka 3. okruhu, zda Vojtovu metodu cvičili oba rodiče nebo jen jeden z nich.

4. okruh otázek (12 – 14) je zaměřen na vnímání terapie. Zajímalo mě, jak na Vojtovu metodu reagovaly matky po psychické stránce a zda ji vnímají jako pozitivní a přínosnou. Případně zda by ji doporučily i ostatním rodičům s podobným problémem.



## 6.5 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat v bakalářské práci jsem zvolila techniku otevřeného kódování. Tato technika je při zpracování kvalitativního výzkumu velmi oblíbená.

Otevřené kódování je součástí analýzy, jejímž úkolem je kategorizovat pojmy pomocí pečlivého studia vybraných dat. Údaje jsou zde rozebrány na samostatné části a dále prozkoumávány a porovnávány. Následně jsou zjištěny podobnosti a rozdíly. Během otevřeného kódování dochází ke zkoumání našich i cizích domněnek, což má za následek vytváření nových objevů. (Kutnohorská, 2009, s. 66)

Prvním krokem zpracování získaných dat bylo vytvořit tabulky. Následně jsem kódovala jednotlivé odpovědi a vzniklé kódy přepsala do již vytvořených tabulek. Dalším krokem byla kategorizace neboli seskupení kódů podle podobnosti či jiné souvislosti. Pro větší přehlednost jsem ke každé tabulce vytvořila graf s komentářem.

## 7 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Jednotlivé otázky, které byly součástí rozhovorů, jsou vyhodnoceny tabulkou, grafem a slovním komentářem.

**Tabulka 1 Délka trvání těhotenství**

	Počet	%
Předčasný porod	7	87,5
Porod v termínu	1	12,5
Celkem	8	100

**Graf 1 Délka trvání těhotenství**

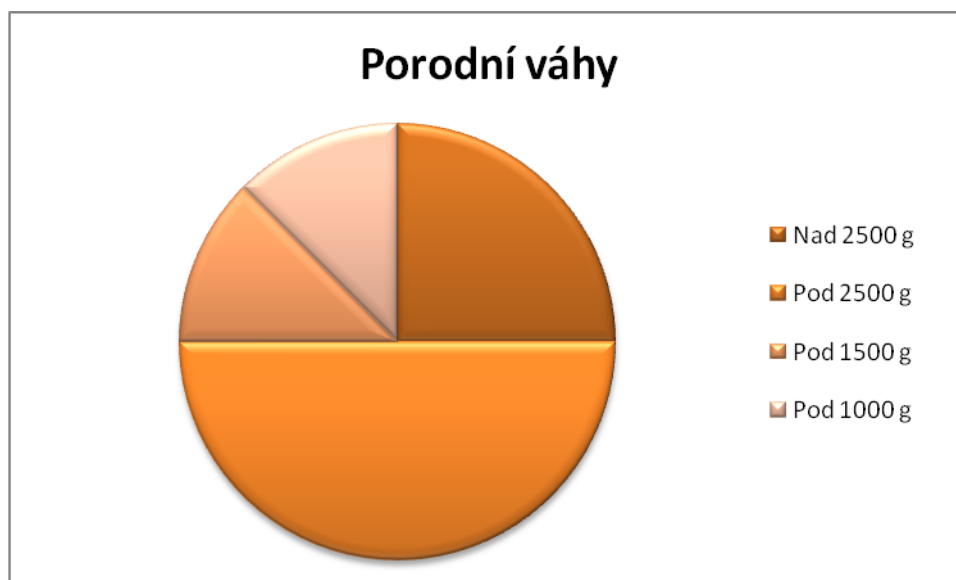


**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že 87,5 % respondentek porodilo předčasně. Pouze jedna respondentka (12,5 %) rodila v termínu.

Tabulka 2 Porodní váhy

	Počet	%
Nad 2500 g	2	25
Pod 2500 g	4	50
Pod 1500 g	1	12,5
Pod 1000 g	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 2 Porodní váhy

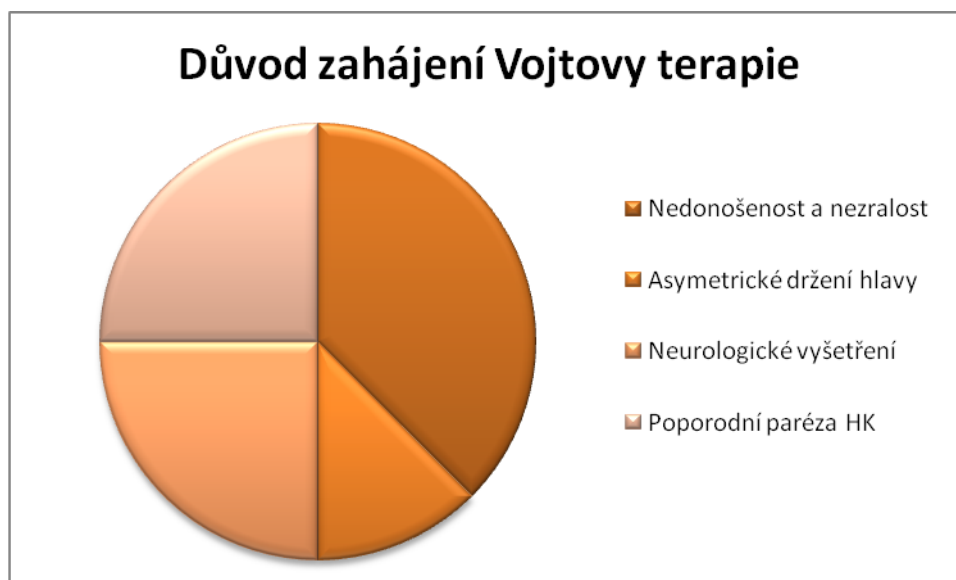


**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že 50 % novorozenců vážilo pod 2500 gramů, 25 % novorozenců vážilo nad 2500 gramů, dále jedna z dotazovaných respondentek porodila chlapečka vážícího 1470 gramů. V nezávažnějším stavu byla holčička, která se narodila pouze s 950 gramy.

Tabulka 3 Důvod zahájení Vojtovy terapie

	Počet	%
Nedonošenost a nezralost	3	37,5
Asymetrické držení hlavy	1	12,5
Neurologické vyšetření	2	25
Poporodní paréza HK	2	25
Celkem	8	100

Graf 3 Důvod zahájení Vojtovy terapie

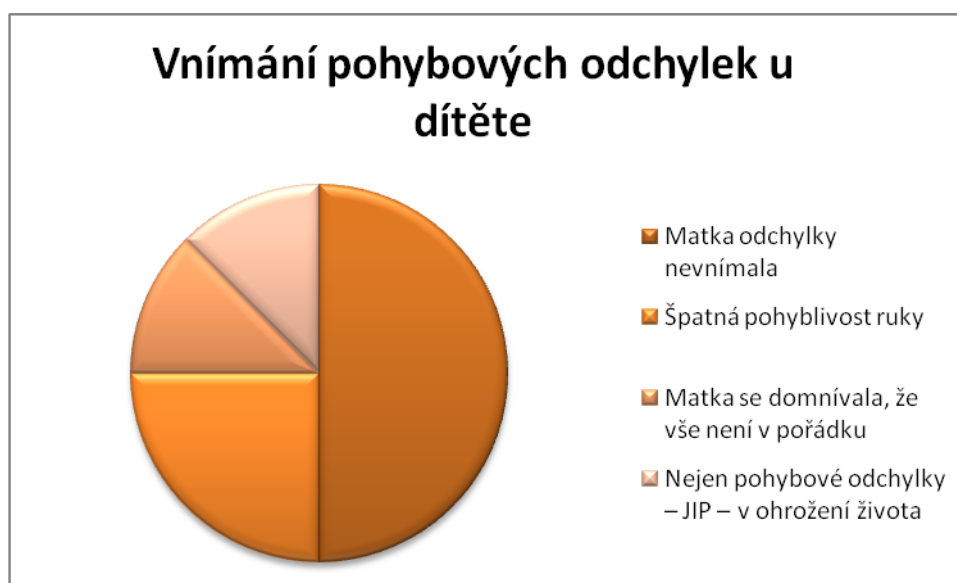


**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že ve většině případů (37,5 %) byla důvodem zahájení léčby Vojtovou metodou nedonošenost a nezralost novorozence. Druhým nejčastějším důvodem byla poporodní paréza horních končetin a neurologické vyšetření, které bylo u obou případů provedeno ve 3. měsíci. Pouze v jednom případě bylo důvodem asymetrické držení hlavy.

Tabulka 4 Vnímání pohybových odchylek u dítěte

	Počet	%
Matka odchylky nevnímala	4	50
Špatná pohyblivost ruky	2	25
Matka se domnívala, že vše není v pořádku	1	12,5
Nejen pohybové odchylky – JIP – v ohrožení života	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 4 Vnímání pohybových odchylek u dítěte



**Komentář:** V 50 % ženy uvedly, že pohybové odchylky u svých dětí nepozorovaly. Ve většině případů byl důvodem nedostatek zkušeností, vzhledem k tomu, že matky byly primipary. Dalších 25 % žen u dětí odchylky pozorovaly, jedna respondentka (12,5 %) uvedla, že vnímala nějaký problém, který však nedokázala popsat – neurologické vyšetření potvrdilo její domněnku. Poslední dotazovaná žena (12,5 %) vypověděla, že její dítě bylo v ohrožení života, tudíž ji pohybové odchylky trápily ze všeho nejméně.

Tabulka 5 Zahájení Vojtovy metody

	Počet	%
V porodnici	3	37,5
Během 1. trimenonu	4	50
Po stabilizaci stavu dítěte	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 5 Zahájení Vojtovy metody



**Komentář:** Polovina respondentek uvedla, že se zahájením terapie začala během prvního trimenonu. Dále 37,5 % dotazovaných vypověděly, že cvičit začaly již v porodnici, během druhého nebo třetího dne po narození dítěte. Poslední respondentka zahájila léčbu se svou dcerou po stabilizaci jejího život ohrožujícího stavu.

Tabulka 6 Množství a způsob podání informací

	Počet	%
Vše vyhovovalo	8	100
Celkem	8	100

Graf 6 Množství a způsob podání informací

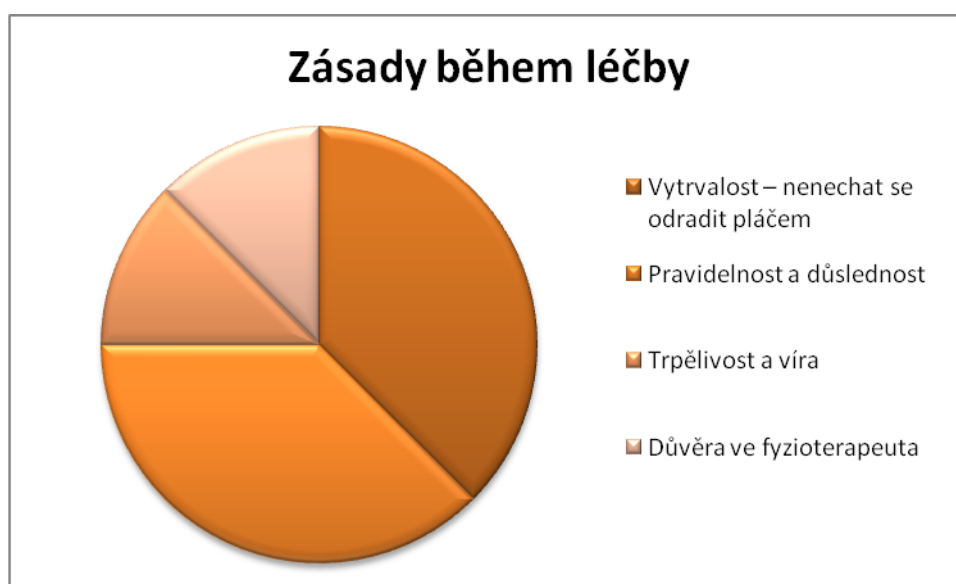


**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že všechny dotazované respondentky byly naprosto spokojeny s rozsahem i způsobem podání informací týkajících se Vojtovy metody. Shodovaly se v citlivém přístupu rehabilitační sestry nejen k dětem, ale také k matkám samotným. Vše jim bylo srozumitelně vysvětleno a informace dostávaly postupně, nikoli najednou.

Tabulka 7 Zásady během léčby

	Počet	%
Vytrvalost – nenechat se odradit pláčem	3	37,5
Pravidelnost a důslednost	3	37,5
Trpělivost a víra	1	12,5
Důvěra ve fyzioterapeuta	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 7 Zásady během léčby



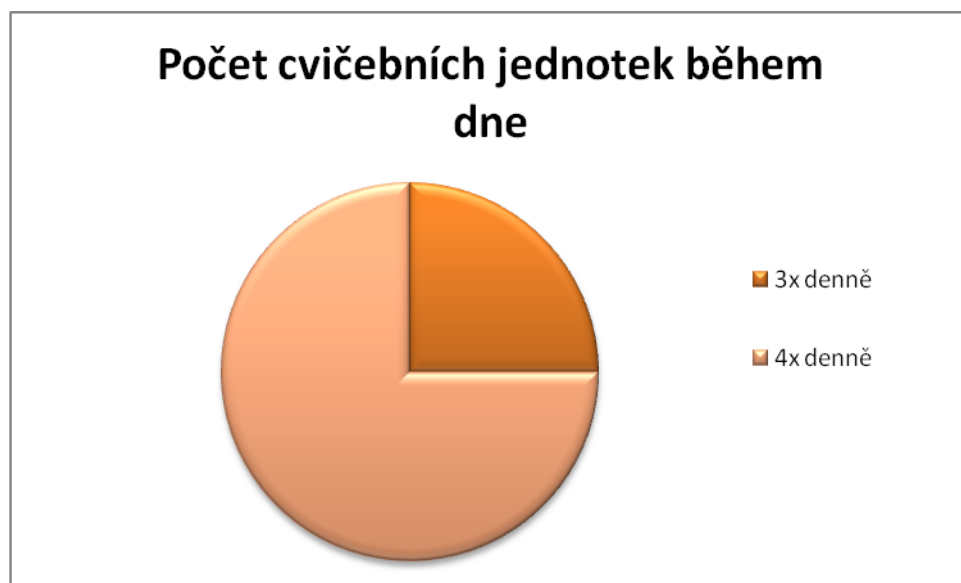
**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že 37,5 % respondentek považuje za nejvýznamnější zásadu během terapie vytrvalost. Ženy uváděly, že pro ně bylo velmi náročné nepřestat s cvičením při zřejmém odmítání terapie dítětem a jeho vytrvalým pláčem. Stejný počet žen (37,5 %) se shodlo na pravidelnosti a důslednosti, jako nejdůležitější zásadě během léčby. Jedna respondentka (12,5 %) klade důraz na trpělivý přístup k dítěti a víru ve zlepšení zdravotního stavu. Pro poslední dotazovanou (12,5 %) je nejvýznamnější zásadou důvěra ve fyzioterapeuta.



Tabulka 8 Počet cvičebních jednotek během dne

	Počet	%
3x denně	2	25
4x denně	6	75
Celkem	8	100

Graf 8 Počet cvičebních jednotek během dne

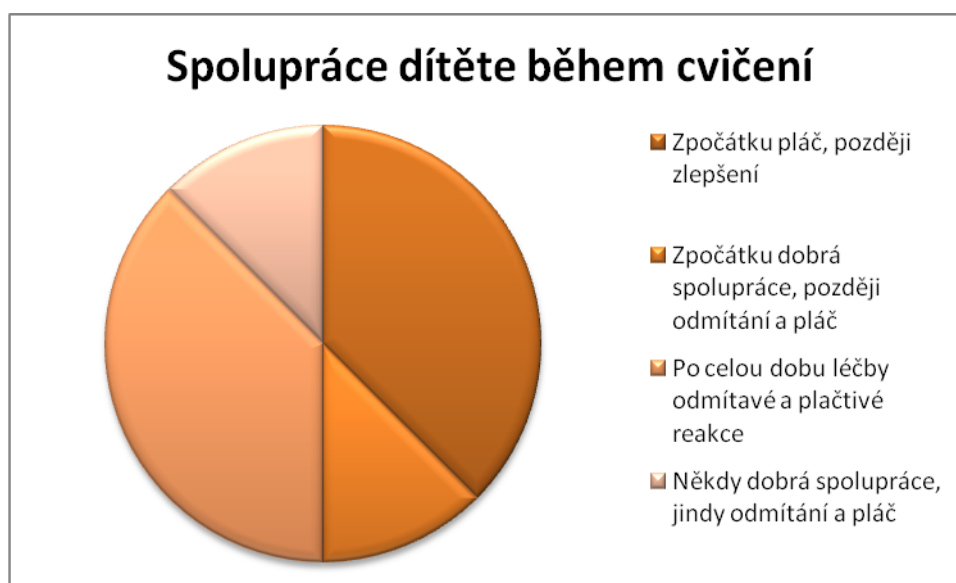


**Komentář:** Respondentky se ve většině případů (75 %) shodly na cvičení, které probíhá 4krát denně. Důležité však je, že s postupem času se závislostí na zlepšení dítěte se počet cvičebních jednotek snižuje, až zcela vymizí.

Tabulka 9 Spolupráce dítěte během cvičení

	Počet	%
Zpočátku pláč, později zlepšení	3	37,5
Zpočátku dobrá spolupráce, později odmítání a pláč	1	12,5
Po celou dobu léčby odmítavé a plačtivé reakce	3	37,5
Někdy dobrá spolupráce, jindy odmítání a pláč	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 9 Spolupráce dítěte během cvičení

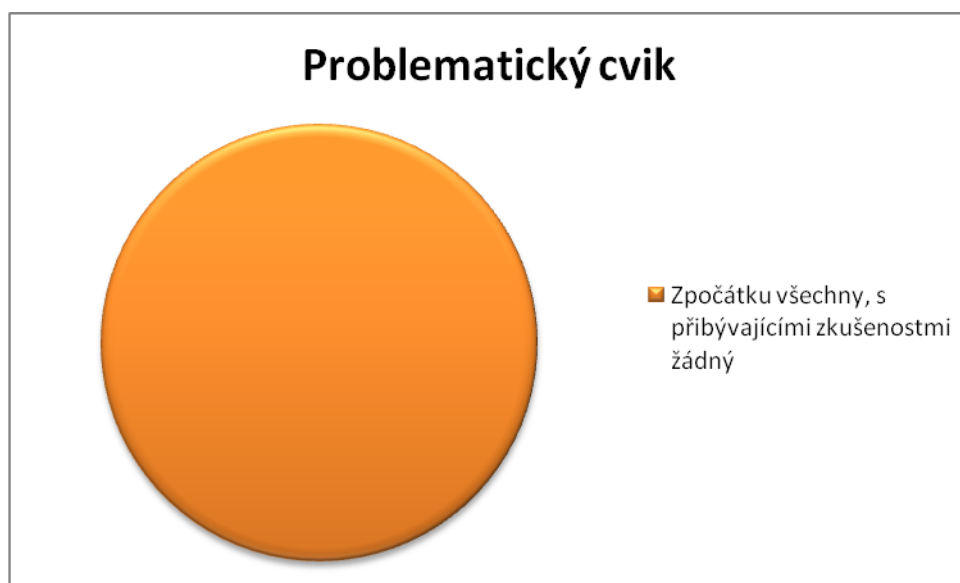


**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé individuální prožívání Vojtovy metody dětmi – 37,5 % dotazovaných vypovědělo, že jejich děti zpočátku reagovaly pláčem, s odstupem času spolupracovaly lépe, stejné množství respondentek uvedlo, že jejich děti reagovaly a stále reagují během rehabilitace odmítavě a plačtivě. Jedna respondentka (12,5 %) uvedla zhoršení prožívání dítěte po roce léčby a další střídavé prožívání rehabilitace.

Tabulka 10 Problematický cvik

	Počet	%
Zpočátku všechny, s přibý- vajícimi zkušenostmi žádný	8	100
Celkem	8	100

Graf 10 Problematický cvik

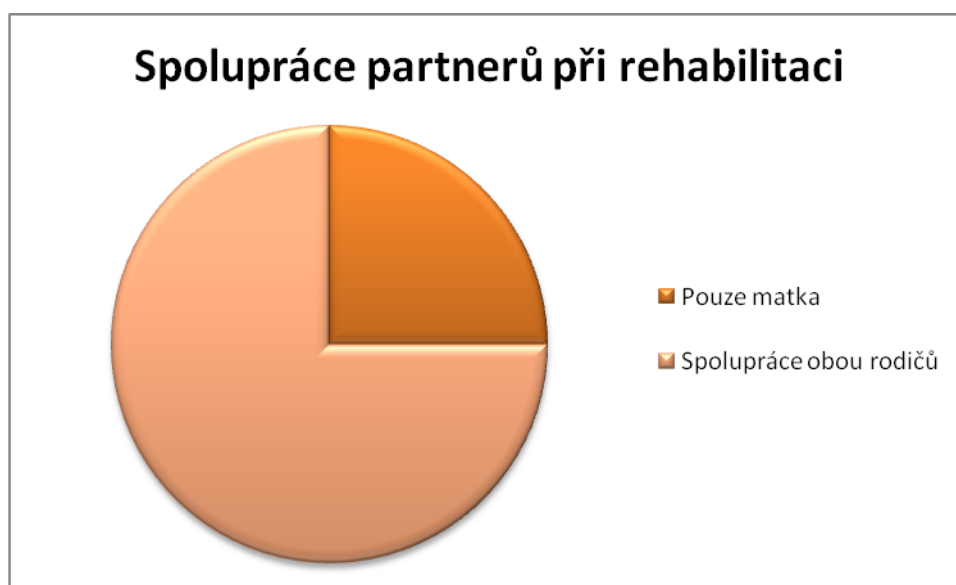


**Komentář:** Všechny dotazované respondentky se shodly, že žádný cvik nebyl natolik problematický, aby se s pílí a odhodlaností nedal zvládnout. Většina se také shodla na důležitosti vhodného rehabilitačního pracovníka.

Tabulka 11 Spolupráce partnerů při rehabilitaci

	Počet	%
Pouze matka	2	25
Spolupráce obou rodičů	6	75
Celkem	8	100

Graf 11 Spolupráce partnerů při rehabilitaci

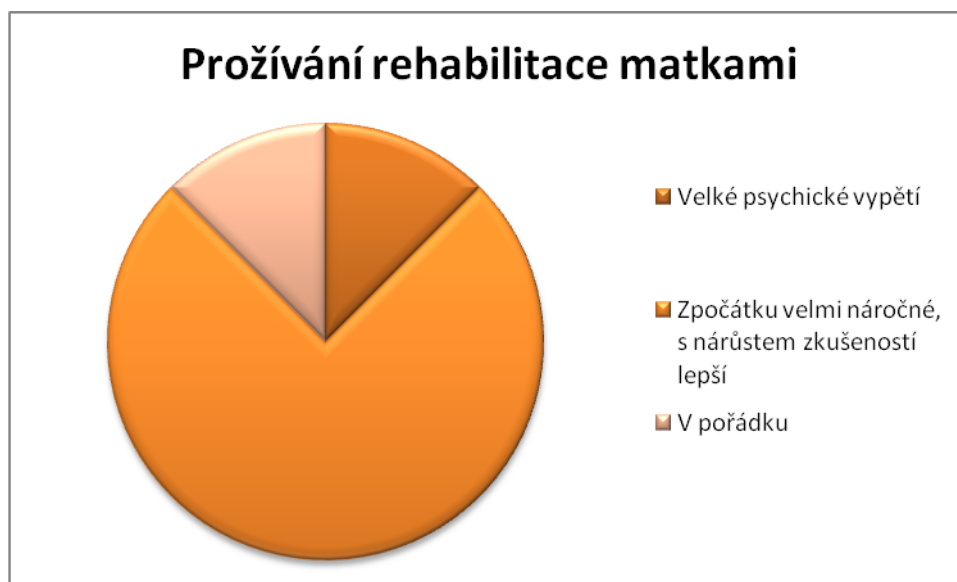


**Komentář:** Většina respondentek (75 %) uvedla, že se jejich partneři snaží jakoukoli mírou do cvičení zapojit. Také se shodly v důležitosti psychické podpory, která je v této situaci nezbytná. Zbývá část (25 %) dotazovaných žen uvedla, že se jejich partneři do cvičení vůbec nezapojovali – v jednom případě byla dokonce matka obviňována svým partnerem z týrání jejich dítěte.

Tabulka 12 Prožívání rehabilitace matkami

	Počet	%
Velké psychické vypětí	1	12,5
Zpočátku velmi náročné, s nárůstem zkušeností lepší	6	75
V pořádku	1	12,5
Celkem	8	100

Graf 12 Prožívání rehabilitace matkami



**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že většina dotazovaných (75 %) prožívala počátky Vojtovy terapie velmi intenzivně a emotivně. S přibývajícimi zkušenostmi se však situace zlepšila – ženy si byly jistější při provádění cviků, cítily menší strach a dobrý pocit z vykonaného cvičení. Jedna respondentka (12,5 %) již měla předchozí zkušenosti, takže cvičení zvládala bez jakýchkoliv problémů a poslední respondentka (12,5 %) pocítovala psychické vypětí velmi dlouhou dobu, nyní, po 13 letech, je šťastná, že vytrvala.

Tabulka 13 Vliv Vojtovy metody na dítě

	Počet	%
Pozitivní vliv	8	100
Celkem	8	100

Graf 13 Vliv Vojtovy metody na dítě

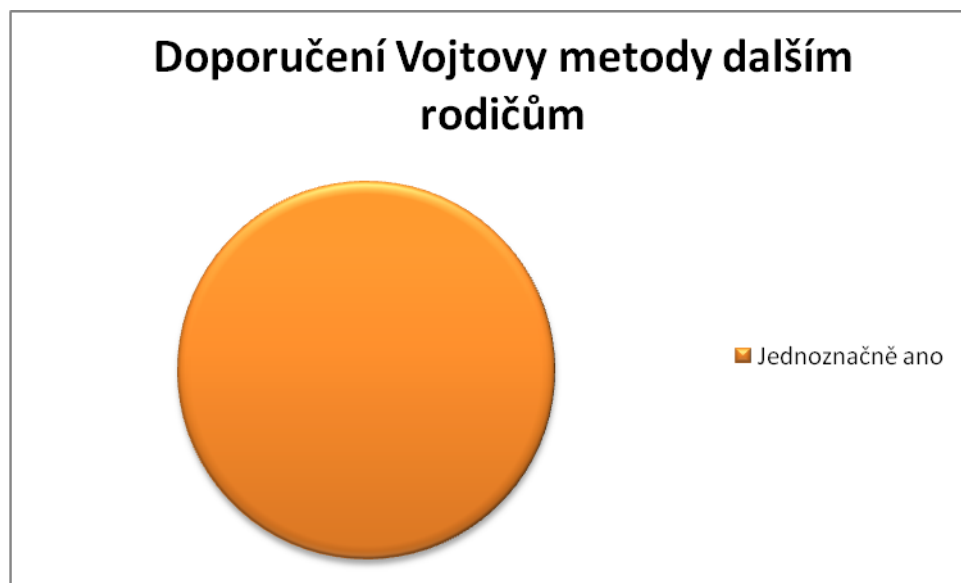


**Komentář:** Všechny dotazované respondentky se jednoznačně shodly na pozitivním vlivu Vojtovy terapie na jejich dítě. Ženy, které cvičí delší dobu, dokonce popisují pokroky, které jsou u jejich dětí viditelné.

Tabulka 14 Doporučení Vojtovy metody dalším rodičům

	Počet	%
Jednoznačně ano	8	100
Celkem	8	100

Graf 14 Doporučení Vojtovy metody dalším rodičům



**Komentář:** Dle grafického znázornění je zřejmé, že se respondentky opět shodly. Všechny dotazované ženy by Vojtovu metodu doporučily všem rodičům, jejichž děti vykazují jakoukoli motorickou odchylku. Upozorňují také na to, jak je důležité nic nezanedbat a dítě pečlivě sledovat.

## DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou Vojtovy metody. Její praktická část je realizována pomocí kvalitativního výzkumu, ve kterém je kladen důraz na potvrzení či vyvrácení hypotéz, které jsem stanovila na začátku. Celá praktická část je zaměřena na aplikaci Vojtovy metody v praxi. Zajímalo mě, zda se poznatky z reálného cvičení shodují s teoretickými informacemi, které jsem našla v odborné literatuře.

Kvalitativní výzkum je založen na 8 rozhovorech s ženami, které se svými dětmi rehabilitují pomocí Vojtovy metody. Tyto rozhovory pro mě byly velkým přínosem. Díky nim jsem se dostala do osobního kontaktu jak s matkami, tak samotnými dětmi. Jsem velmi ráda, že jsem dala přednost osobním rozhovorům před neosobními dotazníky. Dotazované ženy byly velmi ochotné, bylo zřejmé, že pro všechny z nich je Vojtova metoda významnou rehabilitací, kterou považují za přínosnou. Nejvíce na mě zapůsobil rozhovor se ženou, kterou znám již od dětství. Nikdy jsem si neuvědomovala, jak je neuvěřitelně silná osobnost a jakými překážkami musela se svou, dnes již třináctiletou dcerou, projít. Také jsem pochopila, jak je důležitá povaha člověka při realizaci této metody. S osobou, která předem odsuzuje veškeré snažení druhého partnera, jejíž názor je moudřejší než názory odborníků, se jednoduše spolupracovat nedá. O to hůře se dotazované respondentce muselo cvičení provádět. Zásadní je ale to, že při pohledu na svou dceru ví, že udělala maximum a že jí výrazně zkvalitnila život.

Díky provedeným rozhovorům jsem si mohla utvořit svůj vlastní názor, o kterém jsem se zmiňovala již v úvodu - Vojtova metoda má nezastupitelný význam v dětské rehabilitaci. Není to „zázrak“, je to odhalení něčeho, co je nám geneticky dané. Nebýt pana prof. Dr. Vojty spousta z nás by měla daleko méně kvalitní život se spoustou omezení a trápení.



## ZÁVĚR

Výzkumné šetření bakalářské práce je založeno na čtyřech cílech a k nim příslušných hypotézách.

### **Cíl 1: Zjistit, z jakého důvodu se dotazovaní rozhodli pro terapii Vojtovou metodou.**

**H 1:** Předpokládám, že více než polovina dotazovaných se pro terapii rozhodla z důvodu předčasného porodu a s ním souvisejícími komplikacemi.

Dle zjištěných dat, je zřejmé, že 37,5 % dotazovaných zahájilo Vojtovu terapii z důvodu nedonošenosti či nezralosti dítěte. Zbylí dotazovaní se pro léčbu svých dětí rozhodli z důvodu asymetrického držení hlavy v jednom případě (12,5 %), poporodní parézy horní končetiny související s předčasným porodem ve dvou případech (25 %) a neurologického vyšetření také ve dvou případech. Má hypotéza byla tedy správná.

### **Cíl 2: Zjistit, zda byla skupina dotazovaných spokojená s rozsahem a způsobem podaných informací, týkajících se zahájení a průběhu léčby.**

**H 2:** Předpokládám, že skupina dotazovaných byla spokojena jak s rozsahem, tak způsobem podání informací.

Dle výzkumného šetření je zřejmé, že se má hypotéza potvrdila. Celých 100 % dotazovaných žen bylo naprosto spokojeno s přístupem rehabilitačních pracovníků a také s rozsahem a způsobem podání informací.

### **Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem vnímají dotazované ženy Vojtovu metodu a zda ji považují za přínosnou.**

**H 3:** Předpokládám, že je Vojtova metoda u většiny dotazovaných žen vnímána pozitivně a že si ženy uvědomují pokroky, které jejich dítě dělá.

Má hypotéza se opět potvrdila, všechny dotazované ženy vnímají Vojtovu metodu pozitivně a plně si uvědomují pokroky svých dětí a výhody, která sebou tyto pokroky přinášejí.

### **Cíl 4: Zjistit, jak na léčbu reagovalo dítě zpočátku a s odstupem času.**

**H 4:** Předpokládám, že děti zpočátku reagovaly odmítavě, s odstupem času příznivěji.

V tomto případě se má hypotéza nepotvrdila. Uvědomila jsem si individuálnost prožívání této metody dětmi. V 37,5% děti zpočátku reagovaly odmítavě a po delší době začaly lépe spolupracovat. Stejně množství dětí (37,5 %) reagovalo odmítavě a plačtivě při každém

cvičení po celou dobu rehabilitace. V jednom případě (12,5 %) dokonce dítě reagovalo zpočátku poklidně a odmítat léčbu začalo až přibližně po  $\frac{3}{4}$  roku léčby. V posledním případě reagovalo dítě střídavě. Někdy proběhlo cvičení v poklidu, jindy s pláčem a odmítáním.

Téma bakalářské práce považuji za velmi zajímavé. Velmi ráda jsem se zaobírala teoretickými informacemi, které jsem se následně snažila stručně zpracovat. Nejvíce přínosná však pro mě byla praktická část. Umožnila mi poznat něco skutečně významného pro léčbu malých i dospělých pacientů. Přínosem pro mě především bylo, že jsem se dozvěděla spoustu nových a zajímavých informací. Dále jsem si vyzkoušela metodu kvalitativního výzkumu zaměřenou na rozhovory. Mé pocity byly zpočátku rozpačité, později jsem se však do role tazatele vžila a práce mě velmi bavila.

## DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Bakalářská práce se v teoretické části zabývá základy Vojtovy terapie, jejímu vzniku, diagnostice a následnému užití v praxi. Z toho důvodu by mohla být přínosem jako studijní materiál jak pro laickou veřejnost, tak pro veřejnost odbornou.

Za laickou veřejnost považuji rodiče, kterým byla Vojtova metoda doporučena, a mají zájem se o ní dozvědět co možná nejvíce. Případně se již pro rehabilitaci rozhodli a chtějí se teoreticky připravit na vše, co je čeká.

Odbornou veřejností mohou být kromě fyzioterapeutů také porodní asistentky, které mají zájem o rozšíření svých znalostí v této oblasti, případně se s Vojtovou metodou setkaly již na novorozeneckém oddělení a touží být svým pacientkám oporou a rádkyněmi.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] KIEDROŇOVÁ, Eva., 2010. *Rozvíjej se děťátko: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3744-7.
- [2] KOLÁŘ, Pavel., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
- [3] KOVÁČIKOVÁ, Věra., 2000. Co je to Vojtova metoda. *Sestra*. č. 03, s. 14.
- [4] KRAUS, Josef., 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- [5] KUTNOHORSKÁ, Jana., 2009. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [6] MEHOLIJC, Ajsa., 2011. Cerebral disorders of movement and habilitation by Vojta method. *Original paper*. č. 19, s. 32-36.
- [7] ORTH, Heidi., 2009. *Dítě ve Vojtově terapii: Příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp. ISBN 978-80-7232-378-4.
- [8] SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ., 2003. *Narodilo se s problémy a co bude dál?*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0398-X.
- [9] TROJAN, Stanislav, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1296-2.
- [10] VOJTA, Václav. *Mozkové a hybné poruchy v kojeneckém věku: včasná diagnóza a terapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85-424-98-3.
- [11] VOJTA, Václav a Annegret PETERS., 2010. *Vojtův princip*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2710-3.
- [12] ZOUNKOVÁ, Irena., 2005. Fyzioterapie ve vývojové neurologii. *Vox pediatricae*. roč. 5, č. 10, s. 27-28.
- [13] ZOUNKOVÁ, Irena. 2000. Fyzioterapeutem získané klinické zkušenosti při aplikaci metody Vojtovy. *Rehabilitace*. č. 29.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

[14] *Československá rehabilitační společnost Dr. Vojty* [online]. 2000 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.vojtovaspolecnost.cz/vv.php>.

[15] KOLÁŘOVÁ, Jaroslava a Petra HÁNOVÁ. Včasná diagnostika hybných poruch kojenců v prvním trimenonu prvního roku života. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, č. 5 [cit. 2013-03-12]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2007/05/03.pdf>.

[16] *RI-corporis: Rehabilitace hybných poruch Vojtovou metodou* [online]. 2003 [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://ri-corporis.cz/ri-corporis-sro.html>.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

<b>Obrázek 1</b> Výchozí postavení reflexního plazení .....	27
<b>Obrázek 2</b> Spoušťové zóny reflexního plazení .....	28
<b>Obrázek 3</b> Reflexní otáčení I – výchozí poloha .....	29
<b>Obrázek 4</b> Reflexní otáčení I – konečná fáze .....	30
<b>Obrázek 5</b> Reflexní otáčení II .....	31
<b>Obrázek 6</b> První pozice .....	32

**SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1 Délka trvání těhotenství.....</b>	<b>42</b>
<b>Tabulka 2 Porodní váhy.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabulka 3 Důvod zahájení Vojtovy terapie.....</b>	<b>44</b>
<b>Tabulka 4 Vnímání pohybových odchylek u dítěte.....</b>	<b>45</b>
<b>Tabulka 5 Zahájení Vojtovy metody.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabulka 6 Množství a způsob podání informací.....</b>	<b>47</b>
<b>Tabulka 7 Zásady během léčby.....</b>	<b>48</b>
<b>Tabulka 8 Počet cvičebních jednotek během dne.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabulka 9 Spolupráce dítěte během cvičení.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabulka 10 Problematický cvik.....</b>	<b>51</b>
<b>Tabulka 11 Spolupráce partnerů při rehabilitaci.....</b>	<b>52</b>
<b>Tabulka 12 Prožívání rehabilitace matkami.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabulka 13 Vliv Vojtovy metody na dítě.....</b>	<b>54</b>
<b>Tabulka 14 Doporučení Vojtovy metody dalším rodičům.....</b>	<b>55</b>

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Délka trvání těhotenství.....	42
Graf 2 Porodní váhy.....	43
Graf 3 Důvod zahájení Vojtovy terapie .....	44
Graf 4 Vnímání pohybových odchylek u dítěte .....	45
Graf 5 Zahájení Vojtovy metody .....	46
Graf 6 Množství a způsob podání informací .....	47
Graf 7 Zásady během léčby.....	48
Graf 8 Počet cvičebních jednotek během dne .....	49
Graf 9 Spolupráce dítěte během cvičení .....	50
Graf 10 Problematický cvik.....	51
Graf 11 Spolupráce partnerů při rehabilitaci.....	52
Graf 12 Prožívání rehabilitace matkami .....	53
Graf 13 Vliv Vojtovy metody na dítě .....	54
Graf 14 Doporučení Vojtovy metody dalším rodičům .....	55



## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha I: Rozhovor**

## **PŘÍLOHA I: ROZHOVOR**

1. V kolikátém týdnu těhotenství se narodilo Vaše dítě?
2. Jaká byla jeho porodní váha?
3. Z jakého důvodu jste začali cvičit Vojtovu metodu?
4. Pozorovala jste u svého dítěte nějaké pohybové odchylky?
5. Kdy jste začali provádět terapii Vojtovou metodou?
6. Vyhovovalo Vám množství a způsob podání informací před zahájením cvičení?
7. Jaké nejdůležitější zásady je podle Vás nutno během léčby dodržovat?
8. Kolik cvičebních jednotek provádíte denně?
9. Jak spolupracovalo Vaše dítě během cvičení?
10. Objevil se u Vás během cvičení nějaký problematický cvik?
11. Jak probíhalo cvičení s dítětem? Cvičila jste sama nebo se do rehabilitace zapojil také Váš partner? Případně, jakým způsobem?
12. Jak na Vás působila rehabilitace po psychické stránce?

13. Myslíte si, že má Vojtova metoda pozitivní vliv na vývoj Vašeho dítěte? Jakým způsobem byste ji ohodnotila?

14. Doporučila byste Vojtovu metodu i ostatním rodičům a proč?