

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Bakalářská práce

Iva Skřivánková

**Vojtova metoda a její využití u dětí s tělesným postižením
v raném věku**

Olomouc 2015

vedoucí práce: Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a vypracovala jsem ji samostatně s použitím literatury, kterou uvádím v seznamu.

V Olomouci 23. dubna 2015

.....

podpis

Poděkování

Děkuji vedoucí této bakalářské práce Mgr. Evě Urbanovské, Ph.D za odborné vedení a podnětné připomínky při tvorbě této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat své rodině za poskytnutou podporu během mého studia a při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	7
1.1 Terminologické vymezení a etiologie tělesného postižení	7
1.2 Klasifikace tělesného postižení.....	9
1.2.1. Klasifikace tělesného postižení dle doby vzniku.....	9
1.2.2 Klasifikace tělesného postižení dle místa vzniku	16
1.3 Dětská mozková obrna (DMO).....	16
1 REHABILITACE DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	20
2.1 Léčebná rehabilitace	20
2.2 Sociální rehabilitace.....	23
2.3 Pedagogická rehabilitace	24
2.4 Pracovní rehabilitace.....	25
3 VOJTOVA METODA REFLEXNÍ LOKOMOCE	27
3.1 Prof. MUDr. Václav Vojta.....	27
3.2 Vojtova metoda.....	28
3.2.1 Motorický vývoj dítěte v 1. roce života.....	29
3.2.2 Diagnostika.....	31
3.2.3 Terapie	34
3.2.4 Indikace k Vojtově terapii	37
II. PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 VYUŽITÍ VOJTOVY METODY U DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RANÉM VĚKU.....	40
4.1 Úvod do problematiky	40
4.2 Cíl práce.....	40
4.2.1 Výzkumné otázky	41
4.3 Metodologie	42
4.3.1 Charakteristika výzkumného vzorku	42
4.4 Analýza a interpretace dat.....	43
4.5 Diskuze	52

4.6 Doporučení do praxe.....	54
ZÁVĚŘ.....	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	56
SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK	60
SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

Bakalářskou prací na téma Vojtova metoda a její využití u dětí s tělesným postižením v raném věku, jsem si vybrala proto, jelikož bych se do budoucna chtěla věnovat právě dětem s tělesným postižením. Problematika Vojtovy metody mi přijde velmi zajímavá a v současné době aktuálním tématem v rámci rehabilitační péče, nejen u dětí s tělesným postižením.

Cílem této bakalářské práce je získat informace o využití Vojtovy metody u dětí s tělesným postižením v raném věku. Dílčím cílem je zjistit informovanost a spokojenost rodičů těchto dětí.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části bude představena problematika tělesného postižení, její vymezení a klasifikace. Dále se budeme zabývat tématem rehabilitace u dětí s tělesným postižením. V neposlední řadě bude představena osobnost Prof. MUDr. Václava Vojty, terapeutická metoda reflexní lokomoce, průběh motorického vývoje v prvním roce života a charakteristiky tří diagnostických postupů. V praktické části práce bude shrnuto výzkumné šetření, včetně jejich analýzu, diskuze a doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

1.1 Terminologické vymezení a etiologie tělesného postižení

„Tělesná postižení jsou přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Důvodem bývají změny na pohybovém aparátu. Příčinou může být dědičnost, nemoc nebo úraz. Za tělesné postižení jsou považovány vady pohybového a nosního ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení a poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují porušenou hybností“ (Renotiérová, Ludíková, 2004, s. 212).

Hybnost neboli motorika pochází z latinského „motus“, pohyb. Motoriku (hybnost) můžeme vymežit jako souhrn všech pohybů lidského těla, tedy celkovou pohybovou schopnost organismu (Renotiérová, 2003).

Dle Renotiérové (2003) motorika zahrnuje čtyři složky:

- Pohyby spontánní
- Pohyby reflexní
- Pohyby záměrné
- Pohyby expresivní

Tělesná postižení můžeme rozdělit na vrozená a získaná. Nejčastější příčinou vrozených tělesných vad je dědičnost, nemoci matky během těhotenství, užívání léků matkou během těhotenství, ale také nepříznivé vlivy prostředí. Získaná tělesná postižení mohou vzniknout v jakémkoli věkovém období, buď jako následek úrazu nebo onemocnění. Podrobněji se touto problematikou bude zabývat kapitola o klasifikaci tělesných vad.

Jednotným rysem všech těchto jedinců je trvalé nebo přechodné omezení hybnosti, tzv. mobilita nebo imobilita. Příčinnou je přímé poškození motorického a kinestetického analyzátoru ať části centrální, periferní, nebo výkonného pohybového ústrojí (Renotíerová, 2003).

Omezení hybnosti, zejména v dětském věku, má neblahý vliv na tělesný, smyslový i rozumový vývoj člověka. Z pohledu fyzického vývoje dochází k ochabování a slábnutí svalů, jelikož svaly nejsou tolik zatěžovány, jak je tomu u zdravého jedince. Z hlediska rozumového a smyslového vývoje je rozsah poznání omezen nedostatkem podnětů, které jsou hůře dosažitelné z důvodu omezení hybnosti. Při nedostatku motorických a kinestetických impulzů se málo rozvíjí psychická činnost, tím je omezen rozsah a kvalita poznání a myšlení (Renotíerová, 2003).

Tělesné postižení má vliv na celkový vývoj jedince. Při práci s lidmi s tělesným postižením, je velice důležité brát ohled nejen na druh a stupeň postižení, ale také na jejich vlastnosti a chování.

1.2 Klasifikace tělesného postižení

Postoj ke kategorizaci tělesného postižení se u odborné veřejnosti liší, zejména podle kritérií, která jsou ke členění použita. Odborníky je nejčastěji užíváno dělení dle doby (vrozená, získaná tělesná postižení) a místa vzniku postižení (obrní centrální a periferní, deformace, malformace, amputace). V následující kapitole se touto tematikou budeme zabývat podrobněji.

1.2.1. Klasifikace tělesného postižení dle doby vzniku

K tomuto členění se mezi jinými přiklání i Renotierová (2003). Hlavním faktorem je doba vzniku postižení. Tělesné postižení rozdělujeme do tří základních skupin:

- Vrozené
- Získané po úraze
- Získané po nemoci

1.2.1.1. Vrozené tělesné postižení

„Vrozené vady vznikají poruchou vývoje zárodku zpravidla během prvních týdnů těhotenství. Etiologicky se na jejich vzniku může podílet řada faktorů, působících v době prenatalní, perinatální a raně postnatální (např. infekční onemocnění matky v počátečních fázích těhotenství, parazitární onemocnění – toxoplazmóza aj., úrazy a psychická traumata, toxický vliv chemikálií či léků, užívaných v době gravidity bez doporučení lékaře, komplikované porody, např. kříšení dítěte, protahované porody nebo překotné porody, příliš malé nebo nedonošené plody, úrazy dítěte s důsledky pro vývoj CNS, většinou do 1. roku věku, atd.)“ (Renotierová, 2003, s. 30).

Z této definice vyplývá značná heterogenita dané skupiny. Renotierová (2003) ji dále dělí do tří základních skupin a podskupin.

Vrozené vady lebky a páteře

Poruchy tvaru lebky

Nejčastěji jsou způsobeny předčasným srůstem lebečních švů, v důsledku kterého dochází k deformaci lebky. Patogeneze je nejasná – na vzniku se podílejí faktory genetické, endokrinní poruchy, záněty v době nitroděložního vývoje atd. Mezi poruchy tvaru lebky řadíme:

- Brachycefalie – zploštělá hlava
- Skafocefalie – prodloužená hlava
- Trigonocefalie – trojúhelníková čelní část lebky
- Turicefalie – věžovitá hlava

Poruchy velikosti lebky

Nejčastější příčinou bývá onemocnění CNS. Většinou bývají doprovázeny různým stupněm mentální retardace.

- Makrocefalus – nadměrná velikost hlavy, způsobena poruchami cirkulace mozkomíšního moku, mozkovými nádory či mimomozkovými lézemi.
- Hydrocefalus – vodnatelnost mozku. Vnější hydrocefalus vzniká při hromadění mozkomíšního moku mezi plenami a mozkem. Vnitřní hydrocefalus vzniká při zvětšení mozkových komor.
- Mikrocefalus – výrazně malá hlava, způsobena následkem různých genetických odchylek, příznak těžkého poškození mozku po překonané nitroděložní intoxikaci nebo záněty v souvislosti s endokrinními a metabolickými nemocemi.

Další poruchy

- Anencefalus – nevyvinutý koncový mozek a kosti mozkovny. Úmrtí nastává kolem termínu porodu nebo těsně po něm.
- Rozštěp lebky – provázen výhřezem mozku či plen. Novorozenci umírají ihned po porodu.
- Rozštěp rtu, patra, čelisti – častější rozštěp měkkého patra nebo různé kombinace. Hrozí vdechnutí potravy. Nutný chirurgický zákrok a následná logopedická péče.

- Rozštěp páteře (spina bifida) – vzniká nejčastěji v bederní oblasti nedokonalým uzavřením medulární trubice. V nejtěžších případech je páteř rozštěpena po celé své délce, což je neslučitelné se životem. Při lehčí formě je možný neurochirurgický zákrok, ale dolní končetiny zůstávají zdeformovány (zevně vytočené v kyčlích, chabá obrna). Objevují se problémy s inkontinencí moče a stolice.

Vrozené vady končetin a růstové odchylky

- Amélie – úplné nevyvinutí končetin.
- Dymélie – tvarová vývojová odchylka končetin.
- Fokomélie – chybějící paže a předloktí, ruce vyrůstají přímo z trupu. Týká se i dolních končetin.
- Anachnodaktylie – abnormálně dlouhé a tenké prsty
- Syndaktylie – srůstý prstů na dolních i horních končetinách.
- Polydaktylie – zmnožení prstů na dolních i horních končetinách.
- Vrozená kososvislá noha (pes equinovarus congenitus) – doprovází rozštěpy páteře nebo vrozené vymknutí kyčlí.
- Luxace – vymknutí, vykloubení. Nejčastěji dochází k luxaci kyčelních kloubů.
- Akromegalie – zvýšená činnost hypofýzy, nápadné zvětšování okrajových částí těla, způsobení nadměrnou produkcí růstového hormonu po ukončení růstu do výšky.
- Gigantismus – obrovský vzrůst, při zvýšené činnosti hypofýzy.
- Nanismus – trpasličí vzrůst, vzniká z nedostatku růstového hormonu (Renotiérová, 2003).

Centrální a periferní obrny

Obrny týkající se centrální (mozek a mícha) a periferní (obvodové nerstvo) nervové soustavy. Druhy obrn se liší podle rozsahu a stupně závažnosti. Dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí) (Vítková, 2006).

„Mozkové pohybové postižení je senzomotorické poškození držení a pohybu na základě nepokračující léze (zranění, poškození), která postihla zrající, vyvíjející mozek.

Poškození může nastat před narozením, v průběhu narození a cca do 1-4let věku dítěte. Kromě motoriky (pohybové schopnosti) může být postižena sensorika (smyslové vnímání), svalový tonus (svalové napětí), koordinace (souhra) svalů i mentální schopnosti“ (Renotiérová, 2003, s. 34).

Blíže se této problematice budeme věnovat v další části práce.

1.2.1.2. Získaná tělesná postižení

Tělesné postižení může každý člověk získat, bez ohledu na věk, po celý život. Mezi příčiny získaného tělesného postižení patří deformace, úrazy, amputace, následky onemocnění aj.

Deformace

„Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla.“ uvádí Vítková (2006, s. 58). Nejčastější příčinou bývá nesprávné držení těla. Deformity páteře jsou trvalé a stálé. Příčiny mohou být fyziologické (vnitřní), tedy růstové a vnější, na jejich vznik má vliv prostředí.

Tyto deformity dělíme podle:

- Roviny **sagitální** (předozadní) – zvětšená krční lordóza, kulatá záda.
- Roviny **frontální** (čelní) – podle místa vzniku krční, hrudní a bederní skoliózy. Podle typu C – vybočení vlevo, D – vybočení vpravo a S – složená skolióza (Renotiérová, 2003).

Správné držení těla má velký význam pro vývoj každého jedince. Zajišťuje organismu správné rozložení všech orgánů a jejich kvalitní funkci. Pomáhá při ventilaci plic a jejich správném prokrvování, napomáhá dobrému růstu a vývoji svalstva a jeho napětí. Pracovní výkon je usnadněn, jsou-li osy kloubů a kostí dobře postaveny, vzhledem k tomu, že napomáhají správné pohyblivosti páteře (Vítková, 2006).

Za **vadné držení těla** je považována každá odchylka od správného držení, která se nedá aktivním úsilím, svalovou činností srovnat. Vadné držení můžeme pozorovat u osob

s ochablým svalstvem, které je častým symptomem u jedinců s hlubším mentálním postižením, a také v některých případech zrakového a sluchového postižení. Při vadném držení těla je nerovnoměrně zatěžován nosný aparát, je narušen nervový rozvoj celého těla, které může doprovázet bolest zad, hlavy, horních i dolních končetin (Renotierová, 2003).

Největšího pokroku lze dosáhnout prevencí a rehabilitačním cvičením pod dohledem fyzioterapeutů.

1.2.1.3 Tělesná postižení po úraze

Trvalé následky úrazů ovlivňují celkový rozvoj osobnosti člověka. Zcela nebo jen částečně ztěžují jeho mobilitu, znesnadňují výchovu a vzdělání a negativně působí na kvalitu jeho života. Mezi nejčastější příčiny úrazů patří dopravní nehody, tonutí, popáleniny, živelné pohromy, pády, zasažení elektrickým proudem a další.

Úrazová poranění mozku a míchy

Nejvýznamnější úrazy mozku a míchy:

- **Otřes mozku** neboli komoče. Vzniká úderem do hlavy. Příznakem bývá závrať nebo ztráta vědomí, která trvá minuty až hodiny.
- **Zhmoždění mozku nebo části mozku (kontuze)** vzniká při těžších poraněních hlavy působením většího zevního úderu.
- **Zlomeniny obratlů** jsou častým následkem poškození míchy v oblasti krční, hrudní a bederní páteře. Příčiny vzniku mohou být sportovní úrazy, úrazy po dopravních nehodách, úrazy po pádu z výšky, skoky do mělké vody. Poškození míchy způsobuje poruchu hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí (Renotierová, 2003).

Úrazové poškození periferních nervů

- **Neuropraxis** je nejlehčí stupeň postižení. Často vzniká zavřeným tupým poraněním periferních nervů. Následkem bývá dočasné ochrnutí svalů.
- **Axonotmesis** je těžší stupeň postižení. Následkem je dočasná ztráta spojení svalů s nervem, vzniká chabá obrna a poruchy cití.
- **Neurotmesis** je nejtěžší stupeň postižení periferních nervů. Trvalým následkem může být chabá obrna s poruchou cití. Předcházet jí můžeme chirurgickým zákrokem nebo umělou stimulací svalů.
- **Obrna pažní pleteně** bývá následkem komplikovaných porodů, kdy dochází k přímému poškození nervové pleteně tahem nebo tlakem (Renotierová, Ludíková a kol., 2004).

Amputace

O amputaci hovoříme tehdy, dojde-li k umělému oddělení orgánů či končetiny od těla. Příčinou amputace bývají vážné úrazy, cévní onemocnění, zhoubné nádory nebo akutní infekce (sepsy). Amputace je nevyhnutelná, pokud poúrazové nebo chorobné změny těla zhoršují život jedince, tzn., snižují pracovní schopnost nebo jedince ohrožují na životě (Renotierová, 2003).

1.2.1.4 Tělesné postižení po nemoci

„Nemoc bývá charakterizována jako porušení rovnováhy organismu s jeho prostředím s důsledky v anatomických a funkčních změnách v organismu.“ (Renotierová, Ludíková a kol., 2004, s. 218).

Nejčastějšími a nejzávažnějšími onemocněními jsou:

- **Perthesova choroba** – při této nemoci dochází k zánětlivým procesům hlavice stehenní kosti. Zjištění pravé příčiny tohoto onemocnění bývá obtížné (vykloubení kloubu, úraz, virové či bakteriální onemocnění). Perthesova nemoc postihuje nejčastěji děti okolo 5-7. roku. Léčba spočívá ve včasné diagnóze a terapii, je-li

promeškána, je nutný chirurgický zákrok, při kterém dojde k výměně hlavice stehenní kosti. Operace se v průběhu růstu dítěte musí opakovat. U včasné diagnózy je léčba sice dlouhodobá (jeden až dva roky), ale vyžaduje pouze klid dítěte na lůžku (Renotierová, 2003).

- **Progresivní svalová dystrofie (myopatie)** – vzniká na základě dědičných a metabolických poruch. Jedná se o primární svalové onemocnění. Projevuje se tím, že svaly postupně chudnou, ubývá svalových vláken, která se rozpadají a zanikají. Místo nich se vytváří funkčně bezcenné vazivo s nestejně velikou příměsí tuků. Pravá i levá strana těla bývá postižena stejně (symetricky), avšak rychlost procesu je u každého jedince individuální. U myopatie rozlišujeme dvě formy nemoci:
 - ◆ *Forma sestupná* – svaly atrofují, zmenšují se. Začíná na svalstvu pletence ramenního a dále se šíří na horní končetiny, na svalstvo trupu, svalstvo bederní, pletence pánevního až k dolním končetinám.
 - ◆ *Forma vzestupná* – začátek nemoci pozorujeme na svalstvu pánevního pletence a na svalstvu bederním. Dále se tento proces šíří vzhůru a bývá doprovázen nápadným zvětšením lýtkového svalstva. Na začátku nemoci není mobilita nijak snížena. Hybnost bývá omezena až postupem času, podle toho, které svaly jsou postiženy. V posledním stádiu nemoci se již nemocný nepostaví na nohy, chůze je tak znemožněna. Jedinci trpící myopatií jsou odkázáni na invalidní vozík a pomoc druhé osoby (Vítková, 2006; Renotierová, 2003).

1.2.2 Klasifikace tělesného postižení dle místa vzniku

K tomuto členění se mezi jinými odborníky přiklání i Vítková (2006). Na rozdíl od předchozí kategorizace, je v tomto případě hlavním kritériem místo, kde došlo k postižení části těla. Rozlišujeme tyto základní typy postižení:

- **Obrny centrální a periferní** – jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole 1.2.1, tyto obrny zahrnují centrální a periferní část. Obrny můžeme dělit podle stupně závažnosti na **parézy** (částečné ochrnutí) a **plégie** (ochrnutí úplné). Tyto obrny dále můžeme dělit podle svalového napětí (tonus) na **hypertonii** (spasticita), **hypotonii** (snížení svalového napětí), **střídavý tonus**. Podle umístění rozeznáváme **kvadruparézu/kvadruplégii** (částečná nebo celková obrna všech končetin), **diparézu/dioplegii** (ochrnutí dolních končetin), **hemiparézu/hemiplégii** (ochrnutí jedné poloviny těla). Dětská mozková obrna (DMO) a lehká mozková dysfunkce patří mezi nejčastější závažná centrální postižení.
- **Deformace** – viz kapitola 1.2.1.2 Získaná tělesná postižení
- **Malformace** – „*Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin. Částečné chybění končetin označujeme jako amelie, stav, kdy končetina navozuje přímo na trup, nazýváme fokomelie.*“ (Vítková, 2006, s. 65) Malformace patří mezi vrozené vývojové vady.
- **Amputace** – viz kapitola 1.2.1.3 Tělesná postižení po úraze

1.3 Dětská mozková obrna (DMO)

Dětská mozková obrna (též označována pouze jako mozková obrna), dále jen DMO, patří mezi vrozená postižení. Vzniká před narozením, při nebo brzy po porodu dítěte (do 1. roku života). DMO patří mezi závažná centrální postižení (Vítková, 2006).

„DMO je definována jako syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku (Tichý, J. a kol 1998, s. 336). Uvádí se 2-5 případů DMO na 1000 živě narozených dětí. Ve speciálně pedagogické literatuře se uvádí cca 50-60% výskytu z celého počtu pohybových poruch (srov. např. Kábele, F. 1988, s. 5)“ (Vítková, 2006, s. 41).

Etiologie DMO je velmi rozmanitá. Příčiny vzniku dětské mozkové obrny – infekce a oběhové poruchy matky během těhotenství, které způsobují nedostatečné okysličování plodu, zejména mozku, porodní asfyxie, nedonošenost, komplikované protahované porody, aj.

Dle Slowíka (2006) se u dětí s dětskou mozkovou obrnou mohou vyskytnout další přidružená postižení, jako mentální retardace různého stupně, poruchy řeči, výjimkou nejsou ani smyslová postižení (vady sluchu a zraku) a také epilepsie. Vítková (2006, s. 42) uvádí: „*U DMO je dominující motorické postižení, ale může dojít k postižení i smyslových funkcí a k různě vyjádřenému defektu mentálnímu. Pro DMO je typická tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalé vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči.*“

DMO můžeme členit dle typu hybného postižení na spastické, tedy zvýšený svalový tonus a nespastické. Mezi spastické formy řadíme diparetickou, dipareticko-paukospastickou, hemiparetickou, oboustranně hemiparetickou a kvadruparetickou formu DMO.

Do nespastických forem řadíme dyskinetickou, dříve extrapyramidová, a hypotonickou formu DMO. (Renotiárová, Ludíková a kol., 2004)

- **Diparetická forma (Littleova nemoc)** – nejčastější forma dětské mozkové obrny, vyskytuje se u předčasně narozených dětí s nízkou porodní váhou. Postiženy jsou zejména dolní končetiny v oblasti bérců. Pro tuto formu je charakteristická tzv. nůžkovitá chůze, způsobena specifickým držením těla. Chodidla jsou vtočena dovnitř, kolena směřují k sobě, pánev je vychýlena dopředu. Chůze bývá možná, jen s oporou druhé osoby nebo s pomocí berlí. Diparetická forma vzniká poškozením mozkového kmene. Mentální schopnosti povětšinou zůstávají v normálu, jelikož mozková kůra není zasažena.
- **Diparetická forma paukospastická** – tzn. s malou spasticitou. Méně častý výskyt, než u předchozí formy. Překřížení dolních končetin nevzniká, nejsou zkráceny

přitahovače stehen. U této formy je obvyklá nedostatečná koordinace, poruchy cílených pohybů a jejich nepřesnost.

- **Hemiparetická forma** – druhá nejčastější forma DMO. Vzniká poškozením mozku v oblasti mozkových hemisfér. Je charakteristická spasticitou horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Horní končetina je více postižena než dolní. Horní končetina bývá ohnuta v lokti, paže přitažena k trupu. Dolní končetina je napnutá, postižený došlapuje na špičky. U nejlehčích případů nemusí být pohyb vůbec omezen. Mezi přidružené komplikace patří, mentální postižení, poruchy učení a epilepsie.
- **Oboustranná hemiparetická forma** – patologické držení dolních i horních končetin. Děti s touto formou DMO bývají odkázáni na invalidní vozík a pomoc druhé osoby, jelikož je chůze a pohyb horních končetin znemožněn. Vzniká poškozením mozku v obou hemisférách.
- **Kvadruparetická forma** – těžší forma diparetická. Vzniká poškozením mozkového kmene, na jehož základě jsou postiženy všechny končetiny. Převaha postižení dolních končetin způsobena zdvojením formy diparetické. Převaha postižení horních končetin způsobena zdvojením formy hemiparetické. Tato forma DMO má nejméně příznivou prognózu.
- **Forma dyskinetická** – je charakteristická přítomností mimovolních, bezděčných, nechtěných a nepotlačitelných pohybů. Tyto pohyby se mohou projevat jako: *atetické* (pomalé, vlnivé), *choreatické* (prudké, drobné, nečekané), *balistické* (prudké, o velkém pohybovém rozsahu, obvykle celou končetinou), *myoklonické* (drobné pohyby svalových skupin nebo jednotlivých svalů), *lordotická dystonie* (projevuje se při chůzi kroucením trupu jednak kolem vertikální osy, jednak směrem dozadu. Vzniká nápadná lordóza, a to při současném stáčení hlavy. Mimovolní pohyby zpravidla ruší a znemožňují pohyby chtěné. Mohou zcela znemožnit chůzi. Bezděčné pohyby postihují i svalstvo obličejové, žvýkací a polykací. Záškuby v obličeji vytváří různé grimasy, které neodpovídají psychickému stavu nemocného, např. smích, pláč, zloba, vztek. Někdy postihují i svalstvo podílející se na tvorbě řeči a hlasu. Řeč bývá nesrozumitelná, pomalá, s vyrážením slabik a slov. Nepravidelné dýchání s různou hloubkou vdechu i výdechu. U některých případů dyskinetické formy DMO nejsou mimovolní pohyby

přítomny. Vyskytuje se svalová ztuhlost, chudá mimika, řeč je monotónní, chůze pomalá a nejistá. Dyskinetická forma DMO vzniká poškozením gangliových buněk. IQ bývá v normě, jelikož není poškozena kůra mozková.

- **Forma hypotonická** – je typická snížením svalového napětí, které je výraznější na dolních končetinách. Kolem 3. roku se obvykle mění na některou formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud tato forma DMO přetrvává, je doprovázena těžkým mentálním postižením. Tyto děti mají zvýšený rozsah pohybů v kloubech, způsobené sníženým svalovým napětím. Chůze bývá nejistá a klopýtavá (Renotiérová, 2003).

„Ke smíšeným formám se řadí nejen kombinace dyskinetických forem se spastickými, ale i tzv. kombinované vady, kdy hybné postižení provázejí např. poruchy zraku, sluchu či mentální postižení, které k vlastnímu syndromu DMO nepatří.“ (Vítková, 2002, s. 46).

1 REHABILITACE DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Pojem rehabilitace pochází z latinského *habilis* = způsobilý, a předpony *re*=návrat či opakování děje. Rehabilitace tedy znamená znovu uzpůsobení člověka po úraze, s vrozeným nebo zhoršujícím se postižením a onemocněním, tedy jeho návrat do předešlého stavu. V roce 1994 Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci jako „*proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti.*“ (Jankovský, 2006, s. 20).

Rehabilitace se tedy nezabývá jen problémy zdravotními, ale také sociálními, pedagogickými, psychologickými, ekonomickými, politickými atd. V tomto případě tedy mluvíme o tzv. ucelené (komprehenzivní) rehabilitaci, která zahrnuje péči nejen zdravotnickou, ale rovněž pedagogicko psychologickou, sociálně právní a pracovní.

Ucelená rehabilitace se dělí na rehabilitaci:

- Léčebnou
- Pracovní
- Sociální
- Pedagogickou (Jankovský, 2006).

2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace patří mezi významné složky ucelené rehabilitace. Úzce souvisí s vlastním léčením pacienta, časově i obsahem. Je nezbytné s léčebnou rehabilitací začínat co nejdříve po odeznění akutního stadia nemoci, úrazu nebo po chirurgickém zákroku, kdy je stav pacienta (jeho organismu) připraven na obnovující proces a obranné mechanismy se doposud nestačily rozvinout (tuhnutí a zkracování tkání, svalů, vaziva a jizvení). Úkolem léčebné rehabilitace je odstranění postižení a obnovení původního zdravotního stavu nebo dosáhnout maximální možnou úpravu zdravotního stavu (Jankovský, 2006; Renotiérová, 2003).

Léčebné metody (postupy), které jsou nejčastěji používány především u dětí s tělesným postižením.:

- **Fyzikální terapie** – využívá různé fyzikální energie k léčebným účelům. Mezi metody fyzikální terapie patří různé druhy masáží, elektroléčba (v dětské fyzioterapii není tak časně užívána), léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem (infrachervené a ultrafialové záření), laserové záření (dráždění akupunkturních bodů v rámci léčby DMO), termoterapie (léčba teplem) a zejména vodoléčba -rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň (Jankovský, 2006).
- **Léčebná tělesná výchova (LTV)** – je hlavní a nejčastěji využívanou metodou léčebné rehabilitace, zabývá se pohybovým ústrojím.

„Jejím základním cílem je dosažení správného nebo potřebného provedení pohybu jako předpokladu pro realizaci motorických činností běžného života. Je to využití vědecky zdůvodnitelných a empiricky prokazatelně efektivních pohybů k udržení ohrožené funkce tělesných ústrojí nebo k jejímu znovuzískání, pokud byla tato funkce ztracena.“ (Dvořák, 2007, s. 22). Základem je tělesné cvičení, jde hlavně o terapii pohybového (posturálního) chování. Gútha (in Jankovský, 2006) uvádí dva strategické léčebné postoje a to léčebné gymnastické prvky a reflexní motoriku. Reflexi se využívají k vyvolání stahů ochrnutých svalů nebo stah svalu podporují. V tomto případě je nezbytně nutné zmínit Vojtovu metodu reflexní lokomoce, které se budeme podrobněji zabývat v následující kapitole. Mezi nejčastější formy léčebné rehabilitace můžeme zmínit koncept manželů Bobathových, Pöteho terapie, Kabatova metodika, aj. LVT je velmi efektivní a neúčinnější zejména u dětí s DMO.

- **Ergoterapie** – neboli léčba smysluplnou činností. Je velmi účinnou léčbou, která je určena jedincům s nejrůznějším zdravotním postižením. Rozvíjí pracovní schopnosti. V ergoterapii bývají rozlišovány čtyři hlavní oblasti: **Kondiční ergoterapie** (hlavním úkolem je psychická rovnováha a odpoutání pozornosti nemocného od nepříjemných vlivů choroby), **ergoterapie cílená na postiženou oblast** (důraz je kladen na cílené, přesné a dávkované pohyby), **ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění**, **ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti** (např. ADL z anglického *Activites of Daily Living*, jejíž hlavním cílem je dosažení optimální úrovně, při fungování v běžných denních činnostech -

osobní hygiena, oblékání, jedení, přesun). Velmi specifická je dětská ergoterapie. Děti si pohybové vzorce teprve utváří, v tomto případě tedy nejde o návrat ztracených funkcí. U dětí je nutné respektovat vývojové hledisko. Jde o léčbu pomocí hravých aktivit. Při stanovení ergoterapeutického plánu je nutné brát v úvahu vývojová stadia. Důležitý je také individuální přístup, dobrá příprava rodičů a rodiny. Dětská ergoterapie usiluje o co maximální samostatnost a resocializaci dítěte.

- **Animoterapie** – neboli terapie pomocí zvířat. Zde můžeme zmínit např. hipoterapii (k léčebným účelům se využívají koně), canisterapii (k léčebným účelům se využívají psi).
- **Další specifické terapie a metody** – mezi ně patří muzikoterapie (léčba pomocí hudby), arteterapie (léčba pomocí výtvarných prostředků), psychoterapie (léčba pomocí psychologických prostředků).

Dalšími možnými prostředky, které souvisí s léčebnou rehabilitací, jsou například chirurgické zákroky, kompenzační (technické) pomůcky, farmakoterapie, manipulační léčba (Jankovský, 2006; Votava, 2003).

Léčebná rehabilitace se nejčastěji provádí ve zdravotnických zařízeních, jmenovitě to jsou:

- **Rehabilitační kliniky** jsou zřizovány při fakulturních nemocnic. Zajišťují ambulantní program i rehabilitaci na dalších odděleních nemocnic. Zpravidla mívají i vlastní lůžková oddělení popřípadě denní stacionář. Rehabilitační kliniky poskytují více než běžné ambulantní pracoviště léčbu osobám s následky úrazů a akutních nemocí. Také zajišťují péči lidem s trvalým postižením.
- **Rehabilitační ústavy** poskytují dlouhodobou rehabilitaci osobám se zdravotním postižením. Především jsou zaměřeny na léčbu ortopedických a neurologických pacientů.
- **Lázeňské léčebny** mají v ČR i Evropě dlouholetou tradici. Léčba je založena na používání přírodních léčebných zdrojů (rašeliny, slatiny a především léčebné vody). Hlavním předpokladem je kvalifikovaný personál, který k tradiční

přírodní léčbě přidává prostředky rehabilitačního lékařství. Klientelou jsou zde osoby nemocné a zdravotně oslabené.

- **Rehabilitační centra** se od běžných rehabilitačních oddělení odlišují širším personálním obsazením (kromě rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů se na péči podílí ergoterapeut, psycholog, speciální pedagog, logoped, sociální pracovník a ortopedicko-protetický technik), náplní práce a vybavením. Rehabilitační centra zajišťují komplexní rehabilitační péči pacientům s trvalým nebo dlouhodobým postižením (Votava, 2003).

2.2 Sociální rehabilitace

Jako každý člověk i lidé s postižením potřebují ve svém životě někam patřit. V rámci lidské společnosti dochází k procesu humanizace¹, socializace a personalizace². To samé platí o člověku s postižením. Závisí na tom, jak je společností přijímán, na jeho společenském postavení a roli, kterou ve společnosti zaujímá.

Úkolem sociální rehabilitace je, aby jedinec postižením byl schopen přijmout své postižení, znevýhodnění, nemoc či chorobu a v maximální možné míře se začlenil do společnosti (Jankovský, 2006).

Dle zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách je sociální rehabilitace „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (§70).

Sociální rehabilitace patří mezi významné složky ucelené rehabilitace, je celoživotním procesem a úzce spjata s léčebnou, pedagogickou i pracovní rehabilitací. Týká se všech jedinců se zdravotním postižením a to od raného dětství až do pozdního stáří (Votava, 2003).

¹ Polidštění, zlidštění, zušlechťování lidské povahy. Dostupné z (<http://www.slovník-cizich-slov.net/humanizace-humanisace/>)

² Utváření individualizované osobnosti člověka, především výchovou a sebevýchovou. Dostupné z (<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/personalizace-jedince>)

Prostředky sociální rehabilitace se zabývají obecně všemi skupinami lidí s postižením, ale také řeší specifické problémy podle toho, o jaké postižení se jedná (druh a stupeň postižení). Tyto problémy jsou řešeny formou **reedukace** (rozvoj poškozené funkce a zbylých schopností), **kompence** (náhrada postižené funkce za funkci nepoškozenou) a **akceptace** (přijetí postižení do svého života). Podle služby dělíme sociální rehabilitaci na terénní, ambulantní a pobytovou. Sociální rehabilitace je realizována například ve zdravotnických zařízeních, školách a školských poradenských zařízeních, v domovech s pečovatelskou službou, při práci, volnočasových aktivit, v rámci nestátních neziskových organizací. Konkrétně můžeme uvést chráněné dílny, podporované bydlení, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, osobní asistence, azylové domy, raná péče aj (Jankovský, 2006).

2.3 Pedagogická rehabilitace

Obsahem můžeme pedagogickou rehabilitaci vymezit jako pedagogické působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením. Úzkou vazbu má tedy pedagogika na speciální pedagogiku. Jak uvádí Votava (2003, s. 123) „*Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.*“

Cílem pedagogické rehabilitace je docílit u osob se zdravotním postižením co nejvyššího stupně vzdělání, co nejlepší vyhovující kvalifikaci, podpoření samostatnosti a aktivní zařazení do společnosti, prostřednictvím výchovy a vzdělání. Výchova hraje významnou roli v rámci socializace člověka. Celoživotní proces vzdělání je nutné chápat, jako otevřený systém. Nedílnou součástí jsou také mimoškolní a volnočasové aktivity osob se zdravotním postižením. Pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější v období dětství a dospívání (Jankovský, 2006; Votava, 2003).

Jak u osob se získaným postižením, tak u osob, kteří se s postižením narodili, působí pedagogická rehabilitace záměrně pedagogicko-psychologickými prostředky, ve smyslu reedukace, tedy obnovení normálního stavu. Jestliže dojde k obnovení, přichází na řadu speciální výchova a vzdělání, ve kterých jsou využívány speciální metody, prostředky

a postupy, dle druhu a stupně postižení. Obor, který se touto oblastí zabývá, je speciální pedagogika, která se dělí na jednotlivé „pedie“ a to podle druhu postižení a metod práce (Jankovský, 2006).

Pedagogické prostředky rehabilitace se neobejdou bez spolupráce s dalšími odborníky, jako jsou speciální pedagogové, vychovatelé, osobní asistenti, asistenti pedagoga a další pedagogové, kteří by měli být dostatečně informováni o vzdělání a výchově osob se zdravotním postižením a byli připraveni zvládnout integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Nezbytná je v tomto případě také úloha rodičů. Rodiče jsou hlavním a důležitým prostředkem pedagogické rehabilitace. Podílejí se nejen na rehabilitaci pedagogické, ale i sociální a léčebné. Spolupráce mezi rodiči a odborníky je v tomto případě velmi významná. Rodiče se snaží získávat informace, znalosti a dovednosti, aby byli schopni dát dětem potřebnou péči (Votava, 2003).

2.4 Pracovní rehabilitace

Pracovními prostředky rehabilitace rozumíme proces pracovní přípravy, který zahrnuje pravidelnou péči, která je věnována lidem se zdravotním postižením tak, aby se mohli uplatnit na trhu práce, tedy v pracovní činnosti (Jankovský, 2006).

Dle §69 zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 sb. je pracovní rehabilitace „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené.*“

Pracovní začlenění je důležitou a primární potřebou každého člověka, pokud tato potřeba není naplněna, dochází ke stresu či frustraci. Pracovní rehabilitace má tedy za úkol těmto stavům předcházet. Ovšem vytváření pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením není jednoduchá věc. Cílem je tedy obnovení pracovních ambicí u osob, které z důvodu zdravotního postižení nejsou práce schopni, nebo byla jejich pracovní schopnost z důvodu zdravotního postižení narušena (Jankovský, 2006).

Pracovní rehabilitaci zajišťuje krajská pobočka Úřadu práce, v místě bydliště osoby se zdravotním postižením, ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky (zákon č. 435/2004 sb, §69).

3 VOJTOVA METODA REFLEXNÍ LOKOMOCE

Vojtova metoda (Vojtův princip, metoda reflexní lokomoce) patří mezi diagnostické a terapeutické systémy. Je nepostradatelnou součástí diagnostiky a terapie hybných poruch nejen u dětí. Autorem Vojtovy metody reflexní lokomoce je Prof. MUDr. Václav Vojta, po němž je tato metoda pojmenována (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

3.1 Prof. MUDr. Václav Vojta

Prof. MUDr. Václav Vojta byl českým a německým lékařem, především se specializoval na dětskou neurologii. V letech 1938 – 1948 studoval na lékařské fakultě. Po úspěšném dokončení lékařské fakulty nastoupil jako asistent na neurologické klinice Prof. Hennera, svou praxi zde konal 8 let. V roce 1957 úspěšně vykonal atestaci zakončenou atestační zkouškou z dětské neurologie a byl dosazen do vedení dětského neurologického oddělení na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, kde působil do roku 1961. V témže roce nastoupil jako ordinář pro dětskou neurologii ve Fakultní poliklinice na Karlově náměstí v Praze a byl jmenován metodickým vedoucím Dětské léčebny DMO v Železnici, kde pracoval až do roku 1968, poté emigroval do Německa. V Německu jeho pracovní kariéra neskončila. Na Ortopedické klinice v Kolíně mu byla nabídnuta pozice vědeckého pracovníka. V roce 1975 odešel z Kolína do Mnichova, kde odborně působil v Dětském centru. Svou lékařskou kariéru oficiálně ukončil v roce 1995 (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

V letech 1961 až 1972 objevoval a zkoumal hybné vzorce, což vedlo k poznání a vývoji vlastní diagnostické a terapeutické metody. Při tomto výzkumu byl také objeven motorický vývoj člověka, a tak mohla být realizována kineziologická analýza pohybu dítěte ve vývoji.

Vyšetřovací metoda je využívána k včasnému rozpoznání vývojové poruchy. Tato metoda se skládá z neurokineziologického vyšetření, vyšetření reflexů a polohových reakcí. Při včasném zjištění hybné poruchy u dítěte v novorozeneckém či kojeneckém

období umožňuje zahájit terapii v době, kdy hybné poruchy nejsou rozeznatelné a možnost jejich ovlivnění je nejvyšší.

V Praze roku 1967 bylo zahájeno školení lékařů a rehabilitačních pracovníků v diagnostice hybných poruch a terapii Vojtovy metody reflexní lokomoce.

Zásluhou německým kolegů se práce zdokonalovala a výsledkem bylo založení Vojtovy společnosti. V roce 1998 se stala Mezinárodní Vojtovou společností, sídlící v Mnichově.

Kurzy Vojtovy metody se dnes konají v mnoha zemích po celém světě. V České republice je tímto úkolem pověřeno rehabilitační centrum RL-corporus s.r.o. sídlící v Olomouci.

Prof. MUDr. Václav Vojta za svůj život publikoval více jak 100 vědeckých prací. Nejznámější jsou knihy Vojtův princip a Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku, které byly přeloženy do několika jazyků. Byl oceněn mnoha cenami a akademickými tituly. V Japonsku získal akademický titul profesor. Zemřel v roce 2000 (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

3.2 Vojtova metoda

Podstatou Vojtovy metody jsou následující tři oblasti:

- **Motorický vývoj** dítěte v 1. roce života
- **Diagnostika** zejména raná diagnostika do 3. měsíce života
- **Terapie** obzvláště raná terapie v prvních 6 měsících života (Orth, 2009).

„Je jim společné pozorování, analýza a aktivace hybných vzorců, které vysvětlují, zda geneticky dané a tím vrozené hybné programy mohou být použity, nebo zda lze tohoto použití dosáhnout pomocí terapie.“ (Orth, 2009, s. 15).

V této souvislosti se pod pojmem hybné vzorce rozumí doplňující a společné funkce svalových skupin. Tyto různé svalové skupiny tělo drží a vzpřimují jej proti zemské

přitažlivosti, pomocí nich tělo provádí cílené pohyby a pohyby vpřed. Hybné vzorce jsou také potřebné pro vyjadřovací schopnosti člověka, jelikož chování jedince, je vždy spojeno s pohybem. Hybné vzorce jsou ovládány v centrálním nervové soustavě při zapojení senzorických signálů motorického systému, jsou tedy označovány jako *senzomotorické hybné vzorce* (Orth, 2009).

3.2.1 Motorický vývoj dítěte v 1. roce života

V prvním roce života se u člověka projevují největší kvalitativní změny ve vývoji. Tento motorický vývoj dítěte probíhá normálně do 12., nejpozději do 18. měsíce života. Tedy od narození po první samostatné krůčky. V uvedeném období dítě získává základní motorické schopnosti, které pak dále využívá k získávání schopností dalších (Orth, 2009).

Motorickým vývojem dítěte se zabývá vývojová kineziologie, určuje pravidla k rozpoznání ideální hybnosti dítěte a popisuje motorické vývojové vzory, které jsou charakteristické pro určité období (věk dítěte). Motorické vzorce jsou nazývány jako ideální motorika. Dle těchto vzorců můžeme určit, na kterém vývojovém stupni se dítě nachází. Znalost vývojových změn je důležitou součástí jak v diagnostice, tak při samotné rehabilitaci pohybových poruch a to nejen u dětí, ale i u dospělých, kdy můžeme zjistit, v kterém vývojovém stádiu došlo k dané poruše či nedostatku (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

Vývojová stádia se rozdělují na tři trimenony:

1. **Trimenon (první 3 měsíce života dítěte)** – v tomto období se vytvářejí základní motorické vzorce, které jsou důležité pro další pohybový vývoj. Nejdůležitější základní prvky v tomto vývoji jsou primitivní reflexy (viz. Kapitola 3.2.2.3), oční kontakt, pohyby hlavou, dolními i horními končetinami bez doprovázejících pohybů těla, pohyb očí bez otáčení hlavy, koordinace ruka-ústa, jistá opěrná plocha na zádech, v poloze na bříše zdvih hlavy, předloktí a lokty jsou opřené o podložku (tzv. „pást koníčky“).

- 2. Trimenon (druhé 3 měsíce života dítěte)** – v tomto období se mění držení těla, jsou prováděny cílené a jemně koordinované pohyby. V poloze na zádech uchopování jednou rukou na stejné straně těla, křížení středu těla, obě strany těla jsou střídavě využívány, koordinace ruka-noha-ústa, základní rozdílné funkce rukou. V poloze na břiše opora na jednom lokti, opora na dlaních rukou, opěrná funkce dolních končetin, otáčení ze zad na bok.
- 3. Trimenon (třetí 3 měsíce života dítěte)** – v tomto období probíhá vzpřímení do vertikály (svislá poloha). Začíná objevovat prostor nad hlavou, vzpřímení začíná přes boční sed, otočení z břicha na záda je možné, houpání na rukou a nohou, jemná motorika rukou vykazuje pinzetový úchop.
- 4. Trimenon (čtvrté 3 měsíce života dítěte)** – v tomto období se již dokáže dítě pohybovat, leze po čtyřech, posadí se a postaví se. Postaví se pomocí horních končetin, chodí stranou, opírá se střídavě oběma rukama o nábytek či zeď, vstane z dřepu. Toto období končí prvními samostatnými krůčky, tedy mezi 12. až 18. měsícem (Orth, 2009).

3.2.2 Diagnostika

Diagnostika je důležitou součástí Vojtovy metody. Vypracoval ji autor metody Prof. MUDr. Václav Vojta. Tato diagnostika spočívá v:

1. Analýze pohybu a posouzení spontánní motoriky
2. Polohových reakcí a jejich posouzení
3. Primitivních reflexech a jejich posouzení

Z posouzení můžeme vyhodnotit:

- Stav vývoje motoriky
- Vývojový věk motoriky
- Prognózu pro další motorický vývoj
- Terapeutický postup (Orth, 2009).

Včasná diagnostika a následná terapie hybných poruch je velmi důležitá, jelikož plasticita centrální nervové soustavy je v raném věku dítěte největší a postupně dochází k jejímu ubývání. Jestliže se u dítěte od narození vyskytuje abnormální vývoj motoriky, začne si vytvářet své náhradní motorické vzorce. V prvním trimenonu (první tři měsíce života) se náhradní motorika plně rozvine a během druhého trimenonu se začne upevňovat. Odstraňování hybné poruchy ve 3. a 4. trimenonu, dokonce okolo jednoho roku dítěte, s sebou může nést vážné následky, dítě může zůstat trvale postiženo. Včasným zahájením terapie může být hybná porucha zcela odstraněna, nebo přetrvávat pouze s minimálními následky (RL-CORPUS s.r.o., ©2012).

3.2.2.1 Pohybová analýza spontánní motoriky

Pojem spontánní motorika označuje všechny spontánní pohyby dítěte, které vykoná z vlastní iniciativy. Pohybová analýza spontánní motoriky se využívá lékaři a terapeuti pro specifickou diagnostiku a k posouzení vývojového stavu dítěte. Analýza pohybu je důležitou součástí při posuzování vývoje dítěte. Skládá se z posouzení držení, které teprve pak umožňuje pohyb a posouzení držení v trupu v souvislosti s pohyby hlavy a končetin (Orth, 2009). „*Pozorování těchto funkčních souvislostí umožňuje vyšetřujícími posoudit dítě celkově v jeho spontánních senzomotorických projevech a možnostech, případně může rozeznat chybějící nebo pro další vývoj kvalitativně nedostatečné vzorce. Z tohoto poznatku lze potom vyvodit stanovení cíle a postup terapie.*“ (Orth, 2009, s. 60).

3.2.2.2 Polohové reakce

V tomto případě je poloha myšlená jako poloha těla a reakce je odpověď na změnu polohy těla, která je záměrně způsobena vyšetřujícím lékařem či terapeutem. Při vyvolání polohové reakce se změní poloha těla dítěte předem daným, standardizovaným způsobem. Získaná polohová reakce, tedy odpověď na změnu polohy těla, se přizpůsobuje dle vývojového stupně dítěte. Ve vývojové diagnostice se polohové reakce uplatňují již od svého zavedení do praxe a můžeme je označit jako klíč ke vrozeným hybným programům (Orth, 2009; Vojta, 1993).

Polohových reakcí je celkem sedm:

- **Vojtovo boční sklopení (Vojtova reakce)** – tuto polohovou reakci objevil a popsal sám Václav Vojta. Výchozí polohou je vertikální závěs. Dítě držíme za pas, zády k vyšetřujícímu a provádíme překlopení dítěte do horizontální polohy na jednu i druhou stranu. Předmětem Vojtova bočního sklopení je sledování reakcí dolních a horních končetin. Reakce je dána věkem. Zkoušku můžeme provádět do 1,5 roku dítěte, poté začne dítě své tělo ovládat a tato reakce je neohodnotitelná.

- **Trakční zkouška** – výchozí polohou je leh na zádech, hlava ve středním postavení. Dítě pomalu zvedáme za předloktí do polohy o 45 stupňů. Předmětem této zkoušky je sledování postavení dolních končetin, trupu a hlavy. Reakce je opět dána vřkem.
- **Reakce podle Peipera a Isberta** – prvních 4 – 5 měsíců je výchozí poloha na zádech, později na bříše. Hlava je ve středním postavení a ruce jsou otevřeny. Dítě uchopíme v oblasti kolen a rychle jej zvedneme tak, že dítě je hlavou dolů.
- **Vertikální závěs podle Collisové** - Výchozí polohou je leh na zádech, kdy dítě uchopíme za koleno a náhle (bez škusnutí) jej zvedneme do polohy hlavou dolů. U této zkoušky probíhá reakce ve dvou fázích. Předmětem tohoto testu je sledování pokrčení dolní visící končetiny a velikost odtažení v kyčelním kloubu.
- **Horizontální závěs podle Collisové** – Výchozí polohou je opět leh na zádech, dítě uchopíme za horní i dolní končetinu na téže straně a zdvihneme do horizontální polohy. Dítě musí být zády k vyšetřujícímu. Předmětem je sledování postavení hlavy a spodních končetin.
- **Landauova reakce** – Výchozí polohou je leh na bříše, kdy vyšetřující drží dítě dlaní pod břichem v horizontální poloze. Předmětem je sledování postavení horních a dolních končetin, hlavy a osy trupu.
- **Axilární závěs (závěs v podpaží)** – Dítě uchopíme v podpaží hlavou vzhůru, zády k vyšetřujícímu. Předmětem tohoto testu je sledování dolních končetin (Vojta, 1993).

3.2.2.3 Primitivní reflexy

„ Reflex je funkční jednotkou nervové soustavy. Je to zákonitá odpověď organismu na dráždění čidel, zprostředkována nervstvem.“ (Trojan a kol., 2005, s. 13)

Primitivní reflexy jsou takové, které jsou původní, nepodmíněné. Primitivní reflexy můžeme u intaktního jedince vyvolat v určitém období vývoje. Po uplynutí těchto období je nelze při normálním vývoji vyvolat. Nepřítomnost či změny v přítomnosti primitivních reflexů jsou zákonitě vykazovány, je-li vývoj dítěte ohrožen. (Orth, 2009; Vojta, 1993)

3.2.3 Terapie

Prostřednictvím Vojtovy metody reflexní lokomoce můžeme uvést v činnost vrozené hybné programy, které se skládají z různých typů pohybů. Činnost vrozených hybných programů je při Vojtově terapii způsobena drážděním určitých míst na těle (spoušťové zóny) a drážděním přesně vymezené polohy těla. Základem Vojtovy metody jsou dva pohybové prvky a to reflexní plazení a reflexní otáčení (Orth, 2009).

Reflexní lokomoce

Pomocí reflexní lokomoce je možné navrátit funkce svalů, které člověk při svém pohybu používá nevědomě. Reflexní lokomoce uvede v činnost nepoužívané či oslabené svaly a umožňuje koordinaci protilehlých svalových skupin. Ke stimulaci využívá vrozený pohybový program centrální nervové soustavy, který je při poškození blokován. Tato aktivace se provádí pohybovými modely, reflexní plazení a reflexní otáčení a drážděním spoušťových zón. Při aktivaci je důležitá nevědomá spolupráce (Orth, 2009; Vojta, Peters, 1995).

4.2.3.2 Reflexní plazení

Reflexní plazení je označováno jako globální vzorec, tzn., že průběh pohybu se vztahuje na celé tělo. Reflexní plazení obsahuje dvě části a to vzpřímení a pohyb trupu směrem vpřed. Podmínkou pro vzpřímení trupu je extenze páteře ve všech úsecích. Výchozí poloha je na břiše, hlava je otočena vpravo nebo vlevo. Podle otočení hlavy označujeme strany těla: strana otočená k obličejí se nazývá obličejová strana a strana odvrácená je nazývána záhlavní strana. Z toho vyplývá, že horní a dolní končetiny jsou rozlišovány na obličejové, nebo také čelistní a záhlavní končetiny (Orth, 2009; Vojta, Peters, 1995).

Výchozí poloha v reflexním plazení: (viz. Obr. 1)

Jak již bylo zmíněno, výchozí poloha je na břiše.

Hlava je nastavena ve směru extenze a pootočena asi o 30 stupňů kolem podélné osy těla.

Obličejová (čelistní) horní končetina je flektována v ramenním kloubu od 120 do 135 stupňů s odtažením (abdukce) asi 30 stupňů. Ohnutí (flexe) v lokti je asi 45 stupňů. Předloktí leží na podložce v pronaci (hřbet ruky je otočen dopředu a dlaň dozadu, tzn. palcem k tělu), zápěstí leží na straně obličejové, na spojnici s ramenním a kyčelním kloubem.

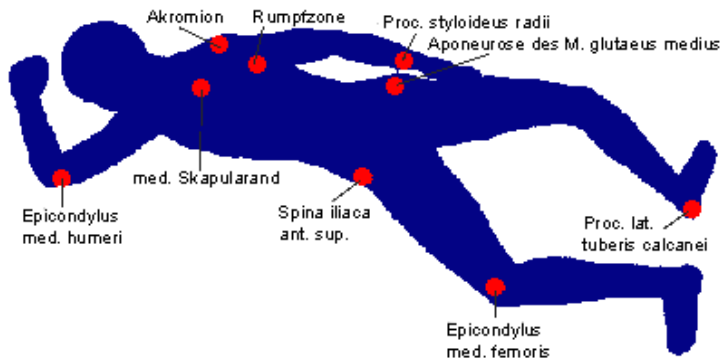
Záhlavní horní končetina je volně natáhnutá a položená vedle těla. Vnitřní rotace v ramenním kloubu a dlaň směřuje vzhůru.

Čelistní dolní končetina je volně položena na podložce.

Záhlavní dolní končetina má vyváženou zevní a vnitřní rotaci, odtažení (abdukce) je asi 30 stupňů a přitažení (flexe) asi 30 stupňů. Výchozí postavení kyčle je nejlepší, když je osa stehna rovnoběžná s osou pažní (Vojta, Peters, 1995).

Vybavovací (spouštěcí) zóny reflexního plazení: (viz. Obr. 1)

Zóny vybavovací, též označované jako spouštěvé rozdělujeme na hlavní a vedlejší. Zóny jsou přiřazeny obličejové a záhlavní straně. Na každé končetině je jedna spouštěvá zóna. Na zádech záhlavní strany se nachází jedna zóna a na pánvi a na pletenci ramenním leží zóny dvě. Aktivace reflexního plazení probíhá prostřednictvím receptorů, tyto receptory řídí polohu těla v prostoru. Převážně jsou vnímány přes receptory svalů a kůže a v nepatrné míře přes receptory kloubů (Orth, 2009; Vojta, Peters, 1995).



Obr. 1 *Výchozí postavení a spoušťové zóny reflexního plazení (Vojta, ©2015)*

4.2.3.3 Reflexní otáčení

Reflexní otáčení je posloupnost pohybů, které zdravé dítě zvládá okolo 6. měsíce života. Spontánní otáčení začíná v poloze na zádech, dále pokračuje přes polohu na boku až k poloze na břicho. Cílem koordinovaného otáčení je lezení, tedy první stupeň lidské lokomoce (Trojan a kol, 2005).

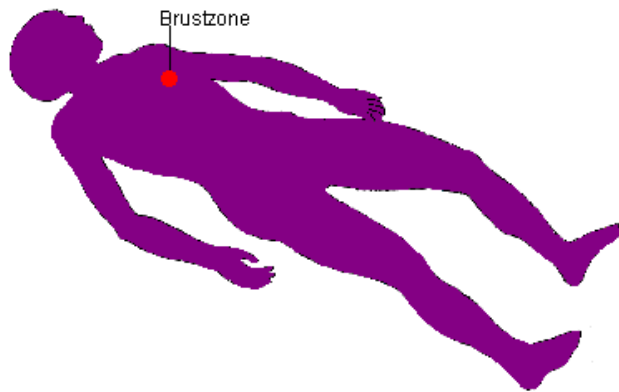
Proces reflexního otáčení je plynulý a rozdělen do dvou fází.

1. Fáze reflexního otáčení (viz. Obr. 2)

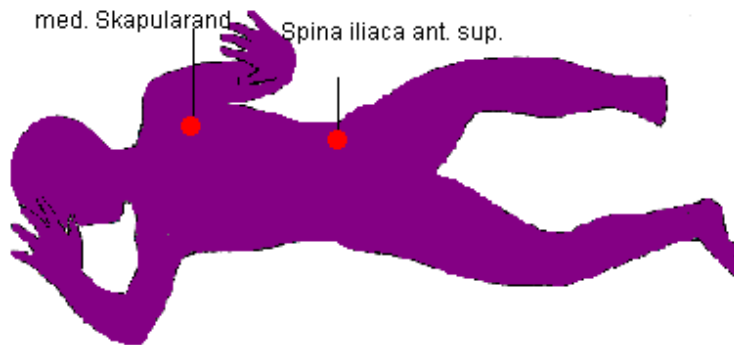
Výchozí polohou je asymetrická poloha na zádech, hlava je otočena k jedné straně v úhlu 30 stupňů. Stejně jako u reflexního plazení je polovina těla označována podle polohy hlavy (obličejová a záhlavní strana). Dolní i horní končetiny leží volně na podložce.

2. Fáze reflexního otáčení (viz. Obr. 3)

Výchozí polohou je poloha na boku. Hlava je v prodloužení těla, spodní boční strana hrudního koše a pánve se dotýká podložky. Spodní horní končetina leží v úhlu 90 stupňů, je ohnuta vzhledem k hrudníku a druhá končetina je položena na boční straně hrudníku. Vrchní dolní končetina je v kyčelním a kolenním kloubu ohnuta do pravého úhlu a leží na spodní dolní končetině. Opěrným bodem je spodní horní končetina a boční strana trupu (Vojta, 1993).



Obr. 2 *Výchozí poloha v první fázi reflexního otáčení (Vojta, ©2015)*



Obr. 3 *Výchozí poloha v druhé fázi reflexního otáčení (Vojta, ©2015)*

3.2.4 Indikace k Vojtově terapii

Vojtova metoda je ucelená terapie, která využívá geneticky zakódované globální vzorce se standardizovaným neurofyzilogickým základem. Můžeme tedy říci, že možnost jejího využití je u všech poruch pohybového aparátu. Při rozhodování a zahájení Vojtovy metody je nutno brát v ohledu nejen samostatné možnosti terapie, ale také by měla být odhadnuta nežádoucí rizika, tomu můžeme předcházet na počátku každého vyšetření. Je nutno brát ohled na individuální reakce pacienta (dítěte) (Orth, 2009).

Správné provedení Vojtovy metody je nejdůležitějším kritériem. Terapeuti (rehabilitační pracovníci), kteří aplikují Vojtovu metodu reflexní lokomoce, by měli být v první řadě řádně proškoleni a dobře znát principy této terapie. Vojtova metoda reflexní lokomoce se využívá v dětské neurologii, ortopedii, pediatrii i v neurologii a ortopedii dospělých (Orth, 2009).

Vojtova metoda reflexní lokomoce se například využívá u:

- Středně těžkých a těžkých centrálních koordinačních poruch
- Lehké asymetrické centrální koordinační poruchy, z nichž se může vyvinout cerebrální paréza
- Periferní parézy (např. porodně-traumatická paréza brachiálního plexu)
- Rozštěp páteře (spina bifida)
- Hydrocefalus
- Paraplegie
- Vrozené vývojové anomálie
- Vrozené myopatie

Přehled diagnóz vhodných k terapii Vojtovou metodou u dětí:

- Hypotonické syndromy různých etiologií (např. Downův syndrom)
- Motorická retardace
- Poruchy držení a chyby ve vzpřimování (např. C-skolióza, lordóza)
- Dysplázie kyčlí
- Chybné postavení nohy (např. koňská noha)
- Dětská mozková obrna (DMO)
- Jiná neurologická onemocnění (Orth, 2009; Vojta, 1993).

Přehled diagnóz u starších dětí a dospělých:

- Vrozené a získané periferní parézy
- Myopatie
- Skoliózy
- Cévní mozková příhoda
- Funkční omezení pohybového aparátu

- Roztroušená skleróza
- A další neurologická onemocnění (Orth, 2009; Vojta, 1993).

Kontraindikace

Tělesné stavy nebo okolní podmínky, které neumožňují plnohodnotnou terapii nebo vyžadují přerušování terapie, jsou např.:

- Očkování (terapie by měla být přerušena alespoň na 10 dní)
- Akutní zánětlivé procesy
- Tělesná teplota přesahující 38 stupňů
- Metastazující nádory, diagnosticky neobjasněné nádory (Orth, 2009; Vojta, 1993).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VYUŽITÍ VOJTOVY METODY U DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RANÉM VĚKU

4.1 Úvod do problematiky

Problematika Vojtovy metody reflexní lokomoce je u nás i v zahraničí stále velmi probíraným tématem. Najdeme mnoho odborných knih a časopisů, které popisují Vojtovu metodu, její vznik, diagnostické možnosti a účinek na motorický vývoj různorodých cílových skupin. Vojtova metoda je ve spoustě publikací zmiňována, jako součást ucelené rehabilitace, jak u osob s omezením hybnosti, tak u osob kombinovaným postižením či opožděným psychomotorickým vývojem. Problematice Vojtovy metody je věnováno mnoho bakalářských a diplomových prací, které se zaměřují na srovnání Vojtovy metody s jinou rehabilitační metodou, posouzení informovanosti a zkušenosti rodičů, vliv této terapie u různých cílových skupin a také na zkušenostech pacientů, kteří touto metodou prošli (Jílková, 2008; Uličná, 2013; Valchářová, 2013). Nesmíme opomenout příručky, které jsou určeny nejen terapeutům, ale i rodičům a vychovatelům (Orth, 2009).

4.2 Cíl práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je analýza využití Vojtovy metody reflexní lokomoce u dětí s tělesným postižením v raném věku. Dalším cílem je zjistit spokojenost a informovanost rodičů dětí s tělesným postižením o dané problematice.

4.2.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1: U kterého typu tělesného postižení (omezení hybnosti) se Vojtova metoda využívá nejvíce?

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je nejčastější věková hranice zahájení rehabilitace pomocí Vojtovy metody?

Výzkumná otázka č. 3: Jsou rodiče dostatečně informováni o Vojtově metodě reflexní lokomoce?

Výzkumná otázka č. 4: Jakým způsobem dítě reaguje na cvičení Vojtovy metody reflexní lokomoce?

Výzkumná otázka č. 5: Lze u dítěte pozorovat zlepšení stavu vlivem Vojtovy metody?

Výzkumná otázka č. 6: Jak rodiče hodnotí efektivitu Vojtovy metody?

4.3 Metodologie

Praktická část bakalářské práce byla uskutečněna formou kvantitativního výzkumu. Jako metoda byla použita forma dotazníku. Gavora (in Chráska, 2007) vymezuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“. Jak uvádí Svoboda (2012), otázky v dotazníku se dělí dle formy požadované odpovědi na otevřené, uzavřené a polouzavřené. U otevřených otázek respondenti odpovídají volně, většinou ve větách. U uzavřených otázek si respondent vybírá jen z uvedených možností (odpovědí) a u polouzavřených otázek vybírá také z již připravených odpovědí, ale tuto odpověď může libovolně doplnit.

Dotazník (viz. Příloha B) byl anonymní a tvořil 22 otevřených, uzavřených a polouzavřených otázek. Otázky se zabývaly okolnostmi porodu, diagnostiky omezení hybnosti, zahájení rehabilitace, zahájení a průběh Vojtovy metody reflexní lokomoce.

4.3.1 Charakteristika výzkumného vzorku

Dotazníky měly být původně rozdány 50 rodičům dětí s tělesným postižením, které nejsou starší sedmi let. Výzkumné šetření mělo probíhat na Rehabilitačním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc a ve zdravotnickém zařízení RL-Corpus, které se specializuje na aplikaci Vojtovy metody u jedinců s omezením hybnosti. Při výzkumném šetření se ovšem vyskytly velké obtíže a z Rehabilitačního oddělení Fakultní nemocnice Olomouc se i přes velké snažení nevrátil ani jeden dotazník. Důvodem byla skutečnost, že na rehabilitaci právě nedochází žádné dítě s tělesným postižením, nebo je starší 7 let. Do zařízení RL-Corpus bylo tedy posláno 30 dotazníků. Celková návratnost z původních dotazníků byla pouhých 22%, tedy 11 vrácených dotazníků. Návratnost dotazníku ze zařízení RL-Corpus byla necelých 37%, tedy 11 navracených dotazníků. Z důvodu malého počtu navracených dotazníků není možné dojít k objektivním výsledkům. Přes tuto skutečnost budou výsledky šetření sloužit k získání informací o využití Vojtovy metody u dětí s tělesným postižením v raném věku v zařízení RL-Corpus.

4.4 Analýza a interpretace dat

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

Tabulka č. 1 Jaký byl průběh Vašeho těhotenství?

	Počet
Bez komplikací	8
Menší komplikace	1
Větší komplikace	2

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že u většiny respondentů probíhalo těhotenství bez komplikací.

Tabulka č. 2 Jakým způsobem probíhal porod Vašeho dítěte?

	Počet
Předčasný porod	4
Porod v termínu	6
Po termínový porod	1

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že více jak polovina respondentu porodila v termínu. Méně jak polovina rodila předčasně a jen jeden respondent po termínu.

Tabulka č. 3 Pokud při porodu nastaly nějaké komplikace, vypište prosím jaké?

	Počet
Hypoxie plodu	2
Protahovaný porod	1
Porod císařským řezem z důvodu hypoxie plodu	1
Porod císařským řezem z důvodu skoliózy matky	1
Nepostupující plod v porodních cestách	1

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že komplikace při porodu jsou u respondentů různorodé. Ve dvou případech byla komplikací hypoxie plodu. U pěti respondentů probíhal porod bez komplikací.

Tabulka č. 4 Jaké je omezení hybnosti Vašeho dítěte?

	Počet
Dětská mozková obrna	3
Opožděný psychomotorický vývoj	3
Svalová onemocnění – hypotonie	1
Paréza brachiálního plexu	2
Torticollis	1
Predilekce hlavy vlevo	1

Komentář: Z tabulkového znázornění je zřejmé, že u dětí respondentů se vyskytují různá omezení hybnosti. Nejvíce však dětská mozková obrna a opožděný psychomotorický vývoj.

Tabulka č. 5 Kdy bylo u Vašeho dítěte diagnostikováno omezení hybnosti?

	Počet
V 1. Trimenonu	7
Ve 2. Trimenonu	2
Po 1. roce života	1
Stále bez přesné diagnózy	1

Komentář: Více jak polovina respondentů uvedla, že omezení hybnosti bylo dítěti diagnostikováno během 1. trimenonu. Jeden respondent uvedl, že stanovení diagnózy proběhlo až po 1. roce života dítěte a u jednoho respondenta je dítě stále bez přesné diagnózy.

Tabulka č. 6 Kdy byla zahájena rehabilitace u Vašeho dítěte?

	Počet
Bezprostředně po stanovení diagnózy	11

Komentář: Všichni respondenti uvedli, že rehabilitace byla zahájena bezprostředně po stanovení diagnózy.

Tabulka č. 7 Kterou z metod léčebné rehabilitace jste využili? (respondenti mohli zaškrtnout více odpovědí)

	Počet
Vojtova metoda reflexní lokomoce	11
Léčebná tělesná výchova	2

Komentář: Z metod léčebné rehabilitace respondenti využili ve všech případech Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Dva respondenti pak využili současně jak Vojtovu metodu reflexní lokomoce, tak léčebně tělesnou výchovu.

Tabulka č. 8 Cvičíte nadále s Vaším dítětem prostřednictvím Vojtovy metody reflexní lokomoce?

	Počet
Ano	11

Komentář: Všichni respondenti stále k rehabilitaci využívají Vojtovu metodu reflexní lokomoce.

Tabulka č. 9 Jakým způsobem jste se o Vojtově metodě reflexní lokomoce dozvěděli?
(respondenti mohli vybrat více možností)

	Počet
Lékař	8
Média	2
Literatura	1
Od známých	1
Ze školy	1
Rehabilitační pracovník	1

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že většina respondentů byla seznámena lékařem. Jeden respondent byl s Vojtovou metodou seznámen v rámci studia na škole. Jeden respondent byl informován rehabilitačním pracovníkem. Další respondenti se o Vojtově metodě dozvěděli od známých nebo pomocí médií a studiem literatury.

Tabulka č. 10 Jak Vám bylo zdůvodněno doporučení Vojtovy metody reflexní lokomoce? (tato otázka byla otevřená)

	Počet
Jediná léčebná metoda pro stanovenou diagnózu	2
Centrální koordinační porucha	1
Vhodná pro stimulaci nervů	2
Jediná efektivní možnost posílení svalů	1
Očekávané komplikace v motorickém vývoji	1
Zkušenost známých	1
Zlepšení motorického vývoje	2

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že doporučení Vojtovy metody reflexní lokomoce bylo u každého dítěte zdůvodněno jiným způsobem, v závislosti na druhu omezení hybnosti.

Tabulka č. 11 Kdy byla zahájena rehabilitace Vojtovou metodou reflexní lokomoce?

	Počet
Bezprostředně po stanovení diagnózy	10
Později – od 4 let	1

Komentář: Vojtova metoda reflexní lokomoce byla u většiny dětí respondentů zahájena ihned po stanovení diagnózy. Jen v jednom případě pak později s časovým odstupem.

Tabulka č. 12 Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o Vojtově metodě reflexní lokomoce?

	Počet
Ano	8
Částečně	3

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že většina respondentů má dostatečné množství znalostí o Vojtově metodě reflexní lokomoci.

Tabulka č. 13 Jakým způsobem jste získávali a získáváte potřebné informace o Vojtově metodě reflexní lokomoci? (respondenti mohli vybrat z více možností)

	Počet
Od lékaře	3
Studiem literatury	4
Kurz v zařízení RL-Corpus	1
V rámci studia na vysoké škole	1
Fyzioterapeut	11
Internet	3

Komentář: Všichni dotazovaní respondenti získávali a získávají informace od fyzioterapeuta. Zároveň získávají informace pomocí literatury, tuto odpověď zvolili čtyři respondenti, pomocí internetu, kdy tuto odpověď zvolili tři respondenti. Tři respondenti mimo již zmíněného fyzioterapeuta, získávají informace od lékaře. Jeden dotazovaný byl seznámen s Vojtovou metodou v rámci kurzu, konkrétně v zařízení RL-corpus. Jeden respondent získal informace v rámci studia na vysoké škole.

Tabulka č. 14 V jakých frekvencích (denně) cvičíte podle Vojtovy metody reflexní lokomoci?

	Počet
2 x denně	1
3 x denně	1
2-3 x denně	3
4 x denně	6

Komentář: Frekvence cvičení, dle tabulkového znázornění, probíhá více jak u poloviny respondentů čtyřikrát denně. Dvakrát až třikrát denně frekvence cvičení probíhá u třech respondentů. Po jednom respondentu probíhá cvičení dvakrát a třikrát denně.

Tabulka č. 15 Akceptuje (přijímá) dítě cvičení podle Vojtovy metody reflexní lokomoce?

	Počet
Ano	11

Komentář: Respondenti se shodli, že jejich dítě přijímá cvičení podle Vojtovy metody reflexní lokomoce.

Tabulka č. 16 Jakým způsobem dítě reaguje?

	Počet
Pláč	10
Vzdor	10
Slovní doprovod („bolí mě to“)	1
Cvičí dobrovolně	1

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že děti respondentů reagují na cvičení Vojtovy metody reflexní lokomoce pláčem a vzdorují se. V jednom případě respondent uvedl i slovní doprovod. Pouze jedno dítě je při cvičení klidné.

Tabulka č. 17 Kdo nejčastěji cvičí s dítětem? (respondenti mohli zvolit více odpovědí)

	Počet
Matka	9
Matka a otec	2

Komentář: Většina respondentů uvedla, že Vojtovu metodu aplikuje pouze matka. Ve dvou případech je pak spolupráce obou rodičů.

Tabulka č. 18 Pozorujete u Vašeho dítěte změny od doby, kdy jste začali cvičit podle Vojtovy metody reflexní lokomoce? (pokud ano, jaké?)

	Počet
Ano	11

Komentář: Respondenti se shodli na tom, že změny pozorují ve zlepšení celkového stavu dítěte. Většina respondentů uvádí změny v psychomotorickém vývoji.

Tabulka č. 19 Myslíte si, že tyto změny mají souvislost s cvičením podle Vojtovy metody reflexní lokomoce? (respondenti měli prostor ke zdůvodnění svého názoru)

	Počet
Ano je to jediná možná léčba	1
Ano, bez cvičení nastává zhoršení	5
Ano (bez uvedení názoru)	5

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že všichni respondenti přisuzují pozorované změny právě Vojtově metodě reflexní lokomoce. Polovina respondentů uvádí, že pomocí Vojtovy metody jsou změny pozorované ihned po zahájení terapie a při přerušení nastává zhoršení stavu.

Tabulka č. 20 Které další faktory by mohly mít, podle Vašeho názoru, vliv na změny ve vývoji Vašeho dítěte? (tato otázka byla zvolena jako otevřená)

	Počet
Trpělivost, důstojnost, spolupráce	3
Podnětné domácí zázemí (rodinné prostředí)	2
Sport (plavání, jízda na kole)	2
Pobyt ve školce	1
Rehabilitace v lázních	1

Komentář: Dle tabulkového znázornění je zřejmé, že každý respondent uvádí jiné faktory, které se podílejí na změnách ve vývoji dítěte. Nejčastěji uváděným faktorem byla trpělivost, důstojnost a spolupráce při aplikování Vojtovy metody. Další respondenti uvádějí sportovní činnosti, pobyt ve školce a lázních.

Tabulka č. 21 Jakým způsobem vnímáte Vojtovu metodu jako rodič?

	Počet
Zpočátku velmi náročné, s nárůstem zkušeností lepší	9
Pozitivně	2

Komentář: Většina respondentů uvedlo, že Vojtovu metodu vnímali zpočátku jako velkou psychickou i fyzickou zátěž, s nárůstem zkušeností se psychická i fyzická zátěž zmírňuje. Ve dvou případech respondenti vnímají Vojtovu metodu velmi kladně.

Tabulka č. 22 Doporučili byste Vojtovu metodu jiným rodičům?

	Počet
Ano	11

Komentář: Respondenti se shodli. Všichni dotazovaní by doporučili Vojtovu metodu všem rodičům, jejichž děti vykazují omezení hybnosti.

4.5 Diskuze

Na začátku praktické části této práce byly stanoveny výzkumné otázky. Z důvodu malé návratnosti dotazníků budeme tyto výzkumné otázky porovnávat na základě získaných dat v zařízení RL-Corpus. Nemůžeme tedy objektivně posoudit, pravdivost výzkumného šetření.

Výzkumná otázka č. 1: U kterého typu tělesného postižení (omezení hybnosti) se Vojtova metoda využívá nejvíce?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že Vojtova metoda je nejvíce využívána u dětí s dětskou mozkovou obrnou a u dětí s opožděným psychomotorickým vývojem.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká je nejčastější věková hranice zahájení rehabilitace pomocí Vojtovy metody?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejčastěji byla rehabilitace pomocí Vojtovy metody zahájena bezprostředně po stanovení diagnózy dítěte. Diagnóza byla dětem stanovena v 1. trimestru, tedy v prvních třech měsících života.

Výzkumná otázka č. 3: Jsou rodiče dostatečně informováni o Vojtově metodě reflexní lokomoce?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že dotazovaní rodiče mají dostatečné množství informací o Vojtově metodě reflexní lokomoce.

Výzkumná otázka č. 4: Jakým způsobem dítě reaguje na cvičení Vojtovy metody reflexní lokomoce?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že dítě Vojtovu metodu přijímá, avšak při cvičení reaguje pláčem a vzdorem.

Výzkumná otázka č. 5: Lze u dítěte pozorovat zlepšení stavu vlivem Vojtovy metody?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že lze u dítěte pozorovat zlepšení celkového stavu.

Výzkumná otázka č. 6: Jak rodiče hodnotí efektivitu Vojtovy metody?

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že Vojtova metoda je rodiči hodnocena jako metoda velmi náročná, ale s nárůstem zkušeností je vnímána pozitivně. Vojtovu metodu hodnotí jako účelnou z důvodu zlepšení celkového stavu dítěte.

Jak již bylo uvedeno v úvodu praktické části bakalářské práce, hlavním cílem práce byla analýza využití Vojtovy metody reflexní lokomoce u dětí s tělesným postižením v raném věku. Dalším cílem pak bylo zjistit spokojenost a informovanost rodičů dětí s tělesným postižením. Z výzkumného šetření vyplynulo, že Vojtova metoda je využívána u různého typu tělesného postižení (omezení hybnosti). Zahájení léčby pomocí Vojtovy metody závisí na stanovení diagnózy. Čím dříve je Vojtova metoda u dítěte zahájena, tím větší je šance navrácení či zlepšení stavu dítěte. Denní frekvence cvičení je u každého dítěte individuální. Dobré rodinné prostředí, spolupráce obou rodičů, trpělivost a pravidelné cvičení Vojtovy metody je důležitým faktorem, při dosažení zlepšení stavu dítěte. Rodiče mají k dispozici dostatek informací o Vojtově metodě reflexní lokomoci. Vojtova metoda je, v zařízení RL-Corpus, účelnou terapií u dětí s tělesným postižením v raném věku.

V porovnání s výsledky výzkumných šetření bakalářských a diplomových prací, které se zabývají problematikou Vojtovy metody, můžeme říci, že záměr výzkumného šetření této práce byl naplněn (Jílková 2008; Uličná, 2013; Valchářová, 2013). Bylo potvrzeno, že nejčastějším typem omezení hybnosti, u kterého je Vojtova metoda využívána, je dětská mozková obrna. Zahájení léčby je většinou v prvních měsících života dítěte, popřípadě ihned po stanovení diagnózy. Léčba Vojtovou metodou má vliv na celkové zlepšení stavu dítěte. Rodiče mají povětšinou dostatečné informace a dále se vzdělávají. Začátek terapie je doprovázen nejistotami a velkým psychickým vypětím. Byly objasněny faktory, které napomáhají při léčbě Vojtovou metodou. Těmito faktory jsou podpora rodiny, motivace dítěte, trpělivost, důstojnost a pravidelnost cvičení.

4.6 Doporučení do praxe

Vzhledem k výsledkům, které byly zjištěny při výzkumném šetření v rámci zdravotnického zařízení RL-Corpus, navrhuji následující. Pokud dítě při cvičení Vojtovy metody reaguje odmítavě, pokusila bych se docílit toho, aby cvičení nebralo jako nějaký trest, ale spíše denní rituál. Cvičení můžeme dětem zpříjemnit například tím, že na něj budeme mluvit a vysvětlovat mu, co právě děláme. Při cvičení je důležitá neustálá komunikace, jak verbální, tak neverbální. I když nám možná dítě nebude rozumět, rozvíjí se vztah mezi námi. Pokud dítě reaguje pláčem a odmítá spolupracovat, není v tomto případě na místě dítě kárat, či napomínat. Naopak dítě po každém cvičení pochválit.

Informovanost rodičů o Vojtově metodě sice je dostačující, ovšem tato metoda je rodiči hodnocena jako metoda z počátku velmi náročná. Z toho důvodu bych se zaměřila na větší psychickou připravenost. To znamená větší psychickou podporu, jak ze strany odborníka, tak ze strany rodiny. Dokázat přimět i další rodinné příslušníky, aby se zapojily do cvičení.

ZÁVĚŘ

Tělesné postižení, ať už získané či vrozené, je způsobeno změnami na pohybovém aparátu. Zejména v dětském věku mají tyto změny neblahý vliv na celkový vývoj člověka. Ucelená rehabilitace je proces, který napomáhá dětem s tělesným postižením a to prostředky léčebnými, sociálními, pedagogickými, pracovními. Hlavním cílem všech složek ucelené rehabilitace je podpora k samostatnosti a aktivní začlenění do společnosti.

Jedním z prostředků léčebné rehabilitace je Vojtova metoda. Autor této metody je Prof. MUDr. Václav Vojta, který objevil a vypracoval vlastní diagnostické a terapeutické metody. Diagnostické metody spočívají v dobré znalosti vývojových fází člověka. Samotná diagnostika pak zkoumá tyto vývojové změny, pomocí polohových reakcí, spontánních pohybů a posouzení primitivních reflexů. Metoda Prof. V. Vojty se skládá ze dvou hlavních principů a to reflexní plazení a reflexní otáčení. Pomocí vybavovacích zón, které jsou přesně vymezeny, dokážeme v těle dítěte vyvolat správné pohybové vzorce, které jsou patologicky (chorobně) vyvinuty z důvodu tělesného postižení. Indikace Vojtovy metody je velmi různorodá.

Praktická část byla založena na analýze výzkumného šetření s interpretací výsledků. Výzkumnou metodou byl zvolen dotazník. Ovšem z důvodu malé návratnosti dotazníků, jsme nemohli objektivně posoudit pravdivost výzkumného šetření. Získaná data byla tedy vyhodnocena pouze v rámci zařízení RL-Corpus a dále porovnána s bakalářskými a diplomovými pracemi, které se taktéž věnují problematice Vojtovy metody u dětí s omezením hybnosti.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

DVOŘÁK, Radmil. *Základy kinezioterapie*. 3. vyd., (2. přeprac.). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 104 s. ISBN 978-80-244-1656-4.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JÍLKOVÁ, Jarmila. *Vliv Vojtovy metody u dětí s kombinovaným postižením* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 57 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra speciální pedagogiky. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/160332/pedf_b/

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp, 2009, 216 s. ISBN 978-80-7232-378-4.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 87 s. ISBN 8024405326.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.

SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 1 CD-ROM. ISBN 978-80-244-3068-3.

TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005, 237 s. ISBN 80-247-1296-2.

ULIČNÁ, Petra. *Vojtova metoda* [online]. Olomouc: Univerzita palackého, 2013. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Dostupné z: http://theses.cz/id/cqhtcw/Vojtova_metoda.pdf

VALCHÁŘOVÁ, Petra. *Vojtova metoda* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Dostupné z : http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20719/valch%C3%A1%C5%99ov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VOJTA, Václav a Annegret PETERS. *Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze*. Vyd. 1. čes. Praha: Grada, 1995, 181 s. ISBN 80-7169-004-x.

VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: včasná diagnóza a terapie*. Vyd. 1. české. Překlad Miloš Máček. Praha: Grada, 1993, 367 s. ISBN 8085424983.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Internetové zdroje:

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. . [online]. ©2015 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.vojta.com/cs/>

RL-Corpus s.r.o. . [online]. ©2012 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://www.rl-corporus.cz/rl-corporus-sro.html>

Slovník cizích slov. . [online]. © 2005-2015 [cit. 2015-04-23]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

Legislativní dokumenty:

Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách. Dostupné z :
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Zákon č. 435/2004 sb. o zaměstnanosti. Dostupné z:
https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zoz_-_22._1._2015.pdf

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 *Výchozí postavení a spoušťové zóny reflexního plazení*str. 36

Obr. 2 *Výchozí poloha v první fázi reflexního otáčení*.....str. 37

Obr. 3 *Výchozí poloha v druhé fázi reflexního otáčení*.....str. 37

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Jaký byl průběh Vašeho těhotenství?.....	str. 43
Tabulka č. 2 Jakým způsobem probíhal porod Vašeho dítěte?.....	str. 43
Tabulka č. 3 Pokud při porodu nastaly nějaké komplikace, vypište prosím jaké?.	str. 44
Tabulka č. 4 Jaké je omezení hybnosti Vašeho dítěte?.....	str. 44
Tabulka č. 5 Kdy bylo u Vašeho dítěte diagnostikováno omezení hybnosti?.....	str. 45
Tabulka č. 6 Kdy byla zahájena rehabilitace u Vašeho dítěte?.....	str. 45
Tabulka č. 7 Kterou z metod léčebné rehabilitace jste využili?.....	str. 45
Tabulka č. 8 Cvičíte nadále s Vaším dítětem prostřednictvím Vojtovy metody reflexní lokomoce?.....	str. 46
Tabulka č. 9 Jakým způsobem jste se o Vojtově metodě reflexní lokomoce dozvěděli?.....	str. 46
Tabulka č. 10 Jak Vám bylo zdůvodněno doporučení Vojtovy metody reflexní lokomoce?.....	str. 47
Tabulka č. 11 Kdy byla zahájena rehabilitace Vojtovou metodou reflexní lokomoce?.....	str. 47
Tabulka č. 12 Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o Vojtově metodě reflexní lokomoce?.....	str.48
Tabulka č. 13 Jakým způsobem jste získávali a získáváte potřebné informace o Vojtově metodě reflexní lokomoci?	str. 48
Tabulka č. 14 V jakých frekvencích (denně) cvičíte podle Vojtovy metody reflexní lokomoci?.....	str. 49
Tabulka č. 15 Akceptuje (přijímá) dítě cvičení podle Vojtovy metody reflexní lokomoce?.....	str. 49

Tabulka č. 16 Jakým způsobem dítě reaguje?.....	str. 49
Tabulka č. 17 Kdo nejčastěji cvičí s dítětem?	str. 50
Tabulka č. 18 Pozorujete u Vašeho dítěte změny od doby, kdy jste začali cvičit podle Vojtovy metody reflexní lokomoce? (pokud ano, jaké?).....	str. 50
Tabulka č. 19 Myslíte si, že tyto změny mají souvislost s cvičením podle Vojtovy metody reflexní lokomoce?.....	str. 50
Tabulka č. 20 Které další faktory by mohly mít, podle Vašeho názoru, vliv na změny ve vývoji Vašeho dítěte?	str. 51
Tabulka č. 21 Jakým způsobem vnímáte Vojtovu metodu jako rodič?.....	str. 51
Tabulka č. 22 Doporučili byste Vojtovu metodu jiným rodičům?.....	str. 51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

PŘÍLOHA č. 1

Dotazník

Vážení rodiče,

Obracíme se na Vás s žádostí o spolupráci při vyplnění dotazníku. Vaše názory budou sloužit ke zhodnocení Vaší spokojenosti, informovanosti a využití Vojtovy metody reflexní lokomoce u dětí v raném věku (do 7 let). Dotazník je anonymní. Údaje, které získáme, budou sloužit ke zpracování bakalářské práce.

Děkuji za Vaši spolupráci.

Iva Skřivánková, Pedagogická fakulta UP Olomouc

Vaši odpověď na následující otázky zakroužkujte, v případě otevřených otázek prosím odpověď vypište.

1. Jaký byl průběh Vašeho těhotenství?

- a) Bez komplikací
- b) Menší komplikace
- c) Větší komplikace

2. Jakým způsobem probíhal porod Vašeho dítěte?

- a) Předčasný porod
- b) Porod v termínu
- c) Po termínový porod

3. Pokud při porodu nastaly nějaké komplikace, vypište prosím jaké?

.....

.....

.....

4. Jaké je omezení hybnosti Vašeho dítěte?

- a) Dětská mozková obrna
- b) Opožděný psychomotorický vývoj
- c) Spina bifida (rozštěp páteře)
- d) Svalová onemocnění (myotonie, myastenie, myopatie, progresivní svalová dystrofie)
- e) Jiné (vypište)

5. Kdy bylo u Vašeho dítěte diagnostikováno omezení hybnosti?

- a) Během těhotenství
- b) Po porodu – uveďte prosím věk dítěte v době stanovení diagnózy
.....

6. Kdy byla zahájena rehabilitace u Vašeho dítěte?

- a) Bezprostředně po stanovení diagnózy
- b) Později – s časovým odstupem (prosím doplňte)

7. Kterou z metod léčebné rehabilitace jste využili? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) Vojtovu metodu reflexní lokomoce
- b) Bobath koncept
- c) Synergickou reflexní terapii
- d) Jinou – prosím, uveďte kterou
.....

Pokud jste v otázce 7 zvolili možnost Vojtovy metody reflexní lokomoce, věnujte, prosím, pozornost další části dotazníku. V opačném případě Vám velmi děkuji za poskytnuté informace a Váš čas.

8. Cvičíte nadále s Vaším dítětem prostřednictvím Vojtovy metody reflexní lokomoce?

- a) ano
- b) ne

9. Jakým způsobem jste se o Vojtově metodě reflexní lokomoce dozvěděli?

- a) Lékař
- b) Média
- c) Literatura

- d) Od známých
- e) Jiné (vypište).....

10. Jak Vám bylo zdůvodněno doporučení Vojtovy metody reflexní lokomoce?

.....

.....

.....

11. Kdy byla zahájena rehabilitace Vojtovou metodou reflexní lokomoce?

- c) Bezprostředně po stanovení diagnózy
- d) Později – s časovým odstupem (prosím doplňte)

12. Myslíte si, že máte dostatečné množství informací o Vojtově metodě reflexní lokomoce?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne

13. Jakým způsobem jste získávali a získáváte potřebné informace o Vojtově metodě reflexní lokomoce?

- a) Od lékaře
- b) Studium literatury
- c) Kurzy, přednášky, konference – uveďte prosím, konkrétně.....
.....
- d) V rámci studia na VŠ
- e) Jiné

14. V jakých intervalech cvičíte podle Vojtovy metody reflexní lokomoce? (vypište)

.....

.....

.....

15. Akceptuje dítě cvičení podle Vojtovy metody reflexní lokomoce?

- a) Ano
- b) Ne

16. Jakým způsobem dítě reaguje? (vypište)

.....
.....
.....

17. Kdo nejčastěji cvičí s dítětem? Můžete zvolit více odpovědí.

- a) Matka
- b) Otec
- c) Fyzioterapeut

18. Pozorujete u Vašeho dítěte změny od doby, kdy jste začali cvičit podle Vojtovy metody reflexní lokomoce?

- a) Ano

Jaké?

.....
.....
.....
.....

- b) Ne

19. Myslíte si, že tyto změny mají souvislost s cvičením podle Vojtovy metody reflexní lokomoce? Zdůvodněte, prosím, svůj názor.

- a) Ano
- b) Ne

.....
.....
.....
.....

20. Které další faktory by mohly mít, podle Vašeho názoru, vliv na změny ve vývoji Vašeho dítěte?

.....
.....
.....
.....

21. Jakým způsobem vnímáte Vojtovu metodu jako rodič?

- a) Velké psychické napětí
- b) Zpočátku velmi náročné, s nárůstem zkušeností lepší
- c) Pozitivně

22. Doporučili byste Vojtovu metodu jiným rodičům?

- a) Ano
- b) Ne

Děkuji Vám za Váš čas, důvěru a poskytnuté informace. O výsledcích výzkumného šetření Vás budu ráda informovat, pokud budete mít zájem.

V případě, že chcete sdělit některé informace a skutečnosti, budu ráda za Vaši reflexi a zpětnou vazbu.

Iva Skřivánková

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Iva Skřivánková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Urbanovská, Ph.D
Rok obhajoby:	2015

Název práce:	Vojtova metoda a její využití u dětí s tělesným postižením v raném věku
Název v angličtině:	Vojta method is used for children with disabilities at an early age
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zabývá problematikou Vojtovy metody a jejího využití u dětí s tělesným postižením v raném věku. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce je zaměřena na terminologii, etiologii a klasifikaci tělesného postižení. Dále se zabývá rehabilitací u dětí s tělesným postižením, problematikou Vojtovy metody, charakteristiky diagnostických postupů a průběh terapie. Praktická část je zaměřena na vyhodnocení výzkumného šetření. Cílem této práce je analyzovat využití Vojtovy metody u dětí s tělesným postižením v raném věku. Zjistit informovanost a spokojenost rodičů s Vojtovou metodou.</p>
Klíčová slova:	Tělesné postižení, dětská mozková obrna, rehabilitace, Vojtova metoda, reflexní lokomoce
Anotace v angličtině:	<p>Bachelor thesis deals with Vojta method and its use for children with disabilities at an early age. It is divided into theoretical and practical. The theoretical part is focused on terminology, etiology and classification of physical disability. It also deals with rehabilitation for children with physical disabilities and problems Vojta method, characteristics of diagnostic procedures and course of therapy.</p> <p>The practical part is focused on evaluation research. The aim</p>

	of this work is to analyze the use of Vojta method for children with disabilities at an early age. Out the awareness and satisfaction of parents with Vojta.
Klíčová slova v angličtině:	Disability, cerebral palsy, rehabilitation, Vojta method, reflex locomotion
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Dotazník
Rozsah práce:	62 stran
Jazyk práce:	Český