

**UNIVERZITA PALACKÉHO V
OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálně pedagogických studií**

**Vliv rehabilitačních technik na děti
předškolního věku s DMO**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Olomouc 2011

Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Vypracovala:
Hana Martínková, DiS.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Vliv rehabilitačních technik na děti předškolního věku s DMO“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci 6. 4. 2011

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D., za pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji i rodičům, kteří se podíleli na průzkumu vedeném k praktické části, za čas a informace, které mi poskytli.

Obsah

Úvod	- 5 -
1 Dítě Předškolního věku	- 7 -
1.1 Definice dítěte předškolního věku	- 7 -
1.2 Vývoj motorických schopností v období předškolního věku	- 8 -
1.3 Vývoj verbálních schopností v období předškolního věku	- 9 -
1.4 Vývoj poznávacích procesů v období předškolního věku	- 10 -
1.5 Emoční vývoj a socializace v období předškolního věku	- 11 -
2 Dětská mozková obrna	- 14 -
2.1 Etiologie DMO	- 14 -
2.1.1 Prenatální příčiny	- 14 -
2.1.2 Perinatální příčiny	- 15 -
2.1.3 Postnatální příčiny	- 15 -
2.1.4 Percentuální zastoupení jednotlivých etiologií	- 15 -
2.2 Formy dětské mozkové obrny	- 16 -
2.2.1 Hemiparetická forma DMO	- 16 -
2.2.2 Bilaterální spastické formy DMO	- 18 -
2.2.3 Dyskinetická forma DMO	- 20 -
2.2.4 Cerebelární forma DMO	- 21 -
2.2.5 Smíšené formy DMO	- 22 -
2.2.6 Neobvyklé obrazy DMO	- 22 -
3 Rehabilitační techniky	- 24 -
3.1 Vojtova metoda reflexní lokomoce	- 25 -
3.2 Bobath koncept	- 28 -
3.2.1 Teoretická východiska Bobath konceptu	- 29 -
3.2.2 Klasifikace DMO dle Bobath konceptu	- 30 -
3.2.3 Principy neurovývojové terapie	- 30 -
3.3 Petöho conductive education	- 31 -
3.3.1 Základní myšlenky Petöho konceptu	- 31 -
3.3.2 Principy konduktivní podpory	- 32 -

3.3.3	Cíle konduktivní podpory	- 33 -
3.4	Další rehabilitační metody	- 34 -
3.4.1	Metodika prof. Tardieu	- 34 -
3.4.2	Schwartzova metodika	- 34 -
3.4.3	Synergetická reflexní terapie	- 35 -
4	Praktická část.....	- 36 -
4.1	Předmět průzkumu šetření.....	- 36 -
4.2	Cíle a hypotézy	- 36 -
4.3	Průzkumný vzorek	- 37 -
4.4	Metodologie.....	- 37 -
4.4.1	Metody sběru dat.....	- 37 -
4.4.2	Metody analýzy dat.....	- 39 -
4.5	Analýza a interpretace výsledků.....	- 40 -
4.6	Závěr praktické části	- 56 -
	Závěr	- 58 -
	Bibliografie	- 59 -
	Seznam příloh	- 61 -

ÚVOD

Téma své bakalářské práce jsem zvolila na základě několikaletých zkušeností v práci s dětmi postiženými dětskou mozkovou obrnou a jejich rodinami.

Během práce sociálního pracovníka jsem vyslechla mnoho postesknutí rodičů dětí s dětskou mozkovou obrnou nad malou informovaností o možnostech využití alternativních rehabilitačních technik.

V České republice je tradičně zažito spojení dětské mozkové obrny s rehabilitací dle Vojtova principu. Tomuto trendu nasvědčuje jak rozsáhlá síť rehabilitačních center, pracujících dle tohoto učení, tak i jednostranná doporučení z úst lékařů.

Z pojetí dítěte jako individuality však vyplývá, že toto - do značné míry šablonovité - pojetí péče o jedince s dětskou mozkovou obrnou není dostatečné. Takto intenzivní rehabilitace dítě ovlivňuje nejen v oblasti rozvoje motorických dovedností, ale i v oblasti psychiky. Toto ovlivnění pak může znamenat stagnaci v rozvoji kognitivních dovedností dítěte předškolního věku, potřebných pro vstup do školy.

Za cíl své bakalářské práce bylo vytyčeno informování odborné veřejnosti o možnostech využití Bobath konceptu jako dalšího typu rehabilitace vhodného pro dítě s tímto postižením a nastínění dalších rehabilitačních technik použitelných pro tento typ onemocnění.

Bakalářskou je rozčleněna do čtyř kapitol. První tři části jsou teoretickým uvedením do dané problematiky, čtvrtá pak pojednává o konkrétních poznatcích z průzkumu prováděného v rodinách dětí s dětskou mozkovou obrnou.

První část je zaměřena na definici dítěte předškolního věku, jeho vývoje v oblasti poznávacích procesů, verbálních schopností a emočního vývoje. Obsah druhé kapitoly je zaměřen spíše na vývoj motoriky dítěte v kontextu jeho postižení. Zahrnuje tedy popis dětské mozkové obrny, její etiologii a jednotlivé formy v návaznosti na motorické schopnosti jedince. Třetí kapitola je výčtem rehabilitačních technik používaných při stanovené diagnóze DMO, přičemž zvláštní důraz je kladen na Vojtovu metodu reflektivní lokomoce a Bobath koncept. Zde jsem se pokusila vystihnout základní rozdíly a principy obou terapií a jejich využití v běžném rodinném životě. Poslední kapitola je souhrnem poznatků z průzkumů provedených v rodinách dětí s DMO. Z těchto výpovědí je pak patrné, zda byla potvrzena či vyvrácena prvotní

hypotéza, že pomocí Bobath konceptu lze dosáhnout srovnatelného rozvoje motorických dovedností dítěte a je tedy rovnocennou rehabilitační technikou pro toto onemocnění, čímž nabízí rodinám dětí s DMO alternativu, která pro některé děti může být přijatelnější a tím přispívat k harmonickému rozvoji jejich osobnosti.

1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

1.1 DEFINICE DÍTĚTE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Předškolní věk lze definovat jako období mezi třetím a šestým, respektive sedmým rokem života dítěte. Jak lze již z názvu tohoto období usuzovat, jde o období do zahájení školní docházky, dá se proto také říci, že toto období není definované pouze věkem dítěte, ale právě nástupem do školy (Vágnerová, 2005).

Předškolní věk je pro dítě zcela zásadní etapou života. Dochází v ní k osamostatňování, ať už z pohledu motorických dovedností, kdy je dítě schopno samostatného pohybu srovnatelného s pohybem dospělých lidí, tak i v oblasti psychiky. Dítě je mnohem nezávislejší, vyhledává kontakt s vrstevníky, bez větší potřeby jistění blízkou osobou. Dochází k velkému rozvoji v oblasti poznávání světa, i když i nadále postrádá logické prvky uvažování (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Předškolní věk bývá označován také jako období iniciativy. Toto tvrzení vychází z potřeby dítěte prosadit se jako jedinec a z touhy po ocenění jeho kvalit. Dítě je v tomto období velice tvořivé, má tendence dosahovat vytyčené cíle a zdolávat překážky (Vágnerová, 2005).

V této etapě dětského vývoje lze již také pozorovat určitou míru socializace. Ta je pro dítě stěžejní z pohledu fungování ve společnosti vrstevníků, potažmo ve společnosti jako takové. Učí se základním principům společnosti, poznává hranice přípustného chování a je již schopno určité míry seberegulace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Pozorovatelný je také rozvoj sebepojetí dítěte, který je do značné míry ovlivňován jistotou ve vztazích s rodiči. S tímto je také spjat emoční vývoj. Dítě je již schopno tlumení emočních výkyvů a objektivnějšího hodnocení nastalé situace (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Z výše uvedeného lze tedy usuzovat, že období předškolního věku je pro vývoj dítěte velice důležité. Možnost osamostatňování a přesahu z rámce rodiny je značně závislá na fungujícím zázemí, poskytujícím dostatek podpory a lásky.

Další části kapitoly budou detailněji popisovat jednotlivé oblasti vývoje dítěte a jejich specifika.

1.2 VÝVOJ MOTORICKÝCH SCHOPNOSTÍ V OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

Batoleci období je v rozvoji motorických dovedností dítěte dozajista obdobím dominantním. Dochází v něm k prudkému rozvoji v oblasti hrubé motoriky. Dítě se učí chodit a pohybovat běžným způsobem.

V období předškolního věku již nedochází k tak nápadným změnám, je však rozhodující pro upevnění těchto návyků a rozvoj obratnosti dítěte. Pohyb dítěte vykazuje známky ladnosti a jistoty, které jsou dány stálým zdokonalováním v oblasti koordinace, větší hbitostí a elegancí pohybů (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Konkrétně je tedy dítě již schopno samostatné chůze bez většího nebezpečí pádů, chůze je jistá i na nerovném povrchu. Po schodech chodí bez nutnosti přidržování a je schopno zdolávání překážek.

Upevňování nabytých dovedností je asi nejlépe pozorovatelné při hrách s vrstevníky. Dítě je schopné bez problémů utíkat, přeskakovat i seskakovat. Koordinovanost pohybů je evidentní i při stožení na jedné noze, kdy se doba trvání podstatně prodlužuje. Hod při hrách s míčem je zcela srovnatelný s hodem dospělých (Langmeier, Krejčířová, 1998).

K rozvoji a upevňování schopností dochází i v oblasti jemné motoriky, což má za následek mnohem větší samostatnost v sebeobsluze dítěte. V průběhu etapy předškolního věku si dítě postupně osvojuje mnoho dovedností. Je již mnohem samostatnější ve vykonávání osobní hygieny, zvládá si dobře umýt ruce, s dohledem se může samo koupat a s následnou hygienou po vykonání fyziologické potřeby potřebuje jen menší pomoc. V oblékání potřebuje asistenci spíše v přípravě oblečení, případně v doupravení, je schopné se samo obout a postupně zvládá i koordinaci pohybů potřebnou pro vázání tkaniček. Velký posun lze pozorovat i v příjmu potravy. Dítě jí samo, ke konci předškolního období už používá i příbor (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Prohloubení schopnosti koordinace ruky je zásadní i pro kresbu. Dítě zprvu spíše napodobuje různé směry čáry podle předlohy, tyto obrazce jsou čím dál složitější, od jednoduché čáry až po trojúhelník. V tomto období se rozvíjí i spontánní kresba, jejíž význam přesahuje i do rozvoje kognitivních schopností jedince (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Toto období je významné také pro vývoj motoriky mluvidel, což dítěti umožňuje lepší srozumitelnost řeči a snadnější tvorbu slov. O vývoji verbálních schopností bude podrobněji pojednáno v další části kapitoly.

1.3 VÝVOJ VERBÁLNÍCH SCHOPNOSTÍ V OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

V předškolním věku lze pozorovat velký nárůst zájmu o mluvenou řeč, ať už o řeč pasivní či aktivní. Děti jsou v tomto věku vděčnými posluchači pohádek, které do velké míry odpovídají jejich vnímání života. Většina pohádek má jednoduchý děj, lidé a pohádkové bytosti mají jednoznačné role, proto se v nich dítě snadno orientuje a jsou pro ně zdrojem informací pro rozvoj verbálních dovedností. Naslouchání mluvené řeči dítěti umožňuje rozvoj ve větné stavbě stejně jako nárůst aktivní slovní zásoby. Pro pochopení významu nového slova je pro dítě zcela nezbytné porozumění zbývajícímu sdělení. Pokud dítě takto nabyté slovo přijme, používá ho pak i ve vlastních spojeních. Děti předškolního věku mají tendence k experimentování se slovy, vytvářejí nová slovní spojení, výrazy nebo slova složená (Vágnerová, 2005).

V počátcích tohoto období děti vyslovují nepřesně a tvoří věty o třech slovech, před nástupem do školy není fyziologická patlavost téměř pozorovatelná a dítě již tvoří i složitější věty. Prozatím však nemají příliš vyvinutý cit pro jazyk, proto je jejich projev často agramatický, popř. vykazuje chyby (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Jak už bylo na začátku uvedeno, roste v tomto období i zájem o řeč aktivní. Dítě se se zájmem učí říkadla, písničky. Rádo samostatně promlouvá, a to i v případech, kdy je samo sobě jediným posluchačem. V tomto kontextu mluvíme o tzv. egocentrické řeči, která má velký význam pro rozvoj poznávacích procesů. Dítě k sobě samému promlouvá, pojmenovává vnímané předměty a jevy. Promluva mívá jednoduchou formu, protože není určena pro jinou osobu. Tato řeč je úzce spjata s myšlením a v pozdějším období přechází k řeči vnitřní. S rozvojem verbálních schopností je tedy úzce spjat i rozvoj kognitivních procesů dítěte (Langmeier, Krejčířová, 1998).

1.4 VÝVOJ POZNÁVACÍCH PROCESŮ V OBDOBÍ PŘEDŠKOLNHO VĚKU

Piaget označil tuto fázi kognitivního vývoje jako období názorného, intuitivního myšlení. Pojmenování vychází z uvažování typického pro dítě předškolního věku, které není příliš přesné, nerespektuje zákony logiky (Vágnerová, 2005). Dítě je tedy již schopno uvažovat v celistvých pojmech, které vznikají na základě vystižení podstatných podobností, usuzování je však vázáno na vnímání či představování. Úsudek dítěte je tedy značně vázán na smyslové vjemy či představy dítěte a při jeho utváření není využíváno logických vazeb či postupů.

Dítě předškolního věku je do značné míry limitováno úrovní poznávacích dovedností, které jsou typické neschopností postihovat všechny podrobnosti vnímaného. Dítě má tendence k eliminaci na vizuálně nápadné, i když ne vždy objektivně podstatné vlastnosti. Dalším významným omezením je neschopnost utvářet si objektivní názor. Dítě si není vědomo možnosti plurality názorů, proto vychází pouze ze svého pohledu na předmětnou věc či děj. Neméně důležitým je vnímání pouze aktuální podoby pozorovaného (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Takto získané informace dítě zpracovává taktéž charakteristickým způsobem. Pro dítě předškolního věku je typická takzvaná magičnost myšlení. Dítě prozatím není schopné dostatečně rozlišovat skutečnost od svých fantazií. Často přikládá neživým objektům lidské vlastnosti. Dokáže sice rozlišovat živé a neživé, ale neuvědomuje si s tím spjaté zákonitosti (Langmeier, Krejčířová 1998, Vágnerová, 2005).

Vytváření úsudků je pro děti předškolního věku velice náročným procesem, který si podvědomě usnadňují využíváním absolutizmu. Poznání má pro ně jednoznačnou a definitivní platnost. Jeho proměnlivost je pro ně prozatím nepochopitelná, proto mívají tendence ignorovat změny, které by jejich úsudek dementovaly (Vágnerová, 2005).

Pro kognitivní schopnosti jedince je důležitý také vývoj paměti. Zvýšení kapacity paměti je značně závislé na schopnosti zaměření pozornosti, která v průběhu předškolního věku roste. Na využití paměti má však velký vliv porozumění souvislostem a míra informovanosti o dané oblasti, což objasňuje menší schopnost zapamatování si dětí předškolního věku. Dalším důvodem nižších paměťových schopností dítěte je neschopnost využití paměťových strategií. Pokud si dítě předškolního věku něco zapamatuje, děje se tak bezděčně. Základní paměťové strategie využívá jen pod vedením dospělé osoby, bezprostředně po instrukci. Takto naučené jednání jsou pak děti schopny provádět i samostatně, ale pouze v situaci,

ve které se to naučily. Zajímavým faktem, týkajícím se paměti dětí předškolního věku je dozajista i skutečnost, že děti do šestého roku života si uchovávají vzpomínky na prožité události pouze útržkovitě, v malém množství a s ne zcela reálnou výpovědní hodnotou (Vágnerová, 2005).

1.5 EMOČNÍ VÝVOJ A SOCIALIZACE V OBDOBÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

S postupným zráním centrální nervové soustavy a s rozvojem kognitivních schopností se období předškolního věku vyznačuje větší emoční stabilitou a vyrovnaností dítěte. Dítě v tomto období i nadále prožívá velice intenzivně a s velkým důrazem na aktuální situaci, ubývá však negativních emočních reakcí.

Dle Vágnerové (2005) lze způsob emočního prožívání předškolních dětí shrnout do několika bodů:

- **Vztek a zlost** - tyto reakce se vyskytují jen ojediněle. Dítě je schopno porozumět úmyslům jiné osoby.
- **Některé projevy strachu** - předškolní období je typické rozvojem fantazie, děti si vymýšlejí imaginární osoby, které v nich vzbuzují pocity strachu. Tyto pocity mohou být spojeny s určitou mírou vzrušení, proto se děti straší i navzájem. Na základě typu temperamentu může u dítěte vzniknout až bázlivost a upínání se na dospělého
- **Veselost a smysl pro humor** - zprvu se děti baví jen jednoduchými žerty, ke konci předškolního období si už vyprávějí i vtipy. Sdílení zábavy mezi vrstevníky bývá u dětí projevem sympatií a důvěrného vztahu.
- **Uspokojení v rámci očekávání** - dítě předškolního věku se již na nejbližší události těší, v případě negativních emocí se jich obává.

Pro další vývoj jedince je důležitý rozvoj emoční inteligence, která mu umožňuje pochopení vlastních emocí a do určité míry u dítěte rozvíjí empatické jednání. S nárůstem vytváření vztahů s vrstevníky se v předškolním věku projevují i vztahové emoce, které vedou k pocitu sounáležitosti (Vágnerová, 2005).

S vývojem v oblasti emocí je spojen i rozvoj sebehodnotících emocí. Ty můžou být jak pozitivního, tak negativního charakteru. Pozitivní sebehodnotící emoce jsou úzce spjaty s dětským egocentrismem. Dítě v tomto věku rádo vyzdvihuje své úspěchy a je na ně hrdé. Pro socializaci a morální vývoj dítěte je však velice důležitý rozvoj

negativních sebehodnotících emocí, tj. pocitu viny, což vede k důležitému pokroku projevujícím se jako autoregulace svého chování (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Nejvýznamnějším prostředím pro rozvoj socializace dítěte i nadále zůstává rodina, která dítě socializuje pomocí výchovy a začleňování dítěte do společnosti mimo rámec rodiny.

Dítě je v tomto věku již schopno, vzhledem k utváření si vztahových emocí, rozlišovat chování k osobám blízkým od chování k osobám vzdáleným. Toto rozlišení je evidentní na emočních reakcích dítěte. Blízké osoby vítá s úsměvem, radostí a evidentně je vtahuje do svého světa. U osob neznámých je pak mnohdy pozorovatelný projev negativních emocí v podobě obav, dítě pak mnohdy tyto osoby jakoby ignoruje (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Pomocí výchovného úsilí rodičů si dítě vytváří představy o mezích chování potřebných pro bezproblémové fungování ve společnosti. Dítě je již schopno chápat význam rozkazů a příkazů, na základě čehož je přijímá za své a vytváří si systém společenských norem. V tomto období se u dítěte vytváří, jak již bylo výše uvedeno, pocit viny, který mu umožňuje autoregulaci svého chování v kontextu těchto norem (Vágnerová, 2005).

Další významnou složkou socializace dítěte předškolního věku je uvědomování si různých sociálních rolí. V tomto věku je dítě schopno přizpůsobit své jednání společenskému prostředí, ve kterém se zrovna nachází. Bez větších problémů tedy zvládá odlišit chování v rodině od chování například v předškolním zařízení (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Rozvoj socializace dítěte je v tomto věku velice zásadní pro osvojení si kompetencí, potřebných pro nástup do školy.

V této kapitole byly nastíněny základní charakteristiky vývoje dítěte v období předškolního věku. Toto pojetí předpokládá, že popisovaný jedinec více či méně splňuje normy běžné populace. Dítě s dětskou mozkovou obrnou je však v jednotlivých oblastech vývoje limitováno formou a stupněm postižení. Proto bude v následující kapitole dětská mozková obrna popsána nejen z pohledu teoretického, ale i z pohledu praktického zásahu do dětského vývoje vyplývajícího z charakteristik jednotlivých forem. Tento výčet samozřejmě nemůže obsáhnout všechny možné abnormality vývoje, považujeme-li dítě za individualitu, u které nemůžeme

předpokládat reakce dle obecných vzorců, ale má za úkol nastínit odlišnosti vývoje, které lze u jednotlivých forem dětské mozkové obrny předpokládat.

2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna je jedním z nejčastějších neurovývojových onemocnění. Nejedná se o postupující onemocnění, avšak jeho projevy nejsou neměnné. Neprogresivní charakter onemocnění není zcela bezvýhradný, obzvláště u postižení s pozdní prenatální a postnatální etiologií je pomocí zobrazovacích metod pozorovatelný vývoj defektu (Kraus, 2005).

Dominují zde zvláště poruchy motoriky, časté je i spojení s narušením kognitivních schopností a s poruchami intelektu. Mezi další projevy lze zařadit i poruchy sensorických schopností, zejména zraku a sluchu.

Jedná se tedy o raně vzniklé poškození mozku, vzniklé před porodem, za porodu nebo krátce po něm, které se projevuje převážně v poruchách vývoje hybnosti (Lesný, Špitz, 1989).

2.1 ETIOLOGIE DMO

Z výše uvedené definice lze tedy usuzovat, že DMO má jak prenatální a perinatální, tak i postnatální etiologii.

2.1.1 Prenatální příčiny

Ač byl mnohými populačními studii prokázán vztah mezi fetálními abnormalitami a DMO, v konkrétních případech je existence fetální příčiny nervové léze často špatně prokazatelná. U většiny dětí s diagnózou DMO fetálního původu bývá prenatální anamnéza zcela negativní (Kraus, 2005).

Mezi prenatální faktory zapříčiňující DMO se řadí zejména chromozomální aktivity (aneuploidie, polyploidie), faktory nutriční, nitroděložní infekce v období gravidity, užívání drog či léků, následky poranění břicha či pánve, vrozené metabolické poruchy a hypoxie (Kraus, 2005).

Jako zásadní faktor je v literatuře uváděna prematurita. Až 50 % případů DMO tvoří děti narozené s nízkou porodní váhou (Kraus, 2005). Tento fakt je do značné míry zapříčiněn velkými pokroky v oboru neonatologie. Současná medicína umožňuje přežití dětí, které ještě donedávna neměly velké šance. Na základě tohoto faktu tedy procento dětí s DMO důsledkem prematurity vzrůstá.

2.1.2 Perinatální příčiny

Perinatální etiologie bývá nejčastěji spojována s abnormálními porody, mezi které řadíme porody překotné, protahované, porody koncem pánevním, císařským řezem či kleštěmi a porody s novorozeneckou asfyxií. Při novorozenecké asfyxii není krev novorozence dostatečně zásobována kyslíkem, což je způsobeno problémy s dýcháním po porodu. Délka trvání asfyxie způsobující hypoxickou encefalopatii je u každého jedince různá. Obecně však platí, že pokud má asfyxie delší trvání, dochází k celkovému poškození mozku téměř vždy (Šlapal, 2002).

2.1.3 Postnatální příčiny

O časně postnatální etiologii hovoříme obvykle v časovém rozmezí od porodu do ukončení vývoje hematoencefalitické bariéry, která chrání mozek před poškozením. Nejčastějšími příčinami DMO v období po porodu jsou infekce dítěte v oblasti CNS. Stejně dopady mohou mít i infekty plicní či trávicího ústrojí (Šlapal, 2002). Vzhledem k absenci hematoencefalitické bariéry jdou toxiny z krve přímo do mozku a vytvářejí zde léze (Lesný, Špitz, 1989). Dále se pak jedná o poškození mozku následkem úrazů, týrání a o vrozené vady metabolismu působící na vývoj CNS (Šlapal, 2002).

2.1.4 Percentuální zastoupení jednotlivých etiologií

„Nové údaje ze západní Austrálie uvádějí spojení 30% případů DMO s předčasným porodem, 10% s mnohočetným těhotenstvím, 10% s hypoxicko-ischemickou encefalopatií donošených a u 10% postneonatální léze (dopravní úrazy a týrání). Zbývajících 40% má anamnézu negativní a lze předpokládat přítomnost prenatálního inzultu (Kraus, 2005, s. 35).“

Výše uvedené příčiny mají u dítěte za následek téměř vždy rozvoj centrálního hypotonického nebo méně často hypertonického syndromu. V průběhu prvních 2 - 4 let života tyto přecházejí obvykle ve vyhraněnou tonusovou a hybnou poruchu, která charakterizuje jednotlivé formy DMO. Mozkové poškození zřídka kdy progreduje. Klinický obraz je nejčastěji základem klasifikace jednotlivých forem DMO (Šlapal, 2007).

2.2 FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

„Léze mozku, které způsobují DMO, jsou rozmanité a projevují se jednotlivými syndromy. Způsob poškození mozku souvisí se stupněm nezralosti dítěte v období inzultu. Léze vznikající před 20. týdnem gestačního věku vedou k malformacím mozku. Poškození mezi 26. - 30. týdnem gestace způsobují především léze bílé hmoty v periventrikulárních okřscích a vedou k periventrikulární leukomalacii. Její původ je perinatální i postnatální u předčasně narozených dětí. U dětí rozených v termínu způsobují inzulty na konci prvního trimestru poškození kůry a bazálních ganglií (Kraus, 2005, s. 35).“

Nejpoužívanější kategorizací bývá rozdělení dle charakteru tonusové a hybné poruchy na druhy spastické, nespastické a smíšené.

Do spastických forem řadíme diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou DMO, do nespastických pak hypotonickou a dyskinetickou.

V této práci bude použito podrobnější dělení dle Krause (2005) na hemiparetické, bilaterální spastické, diskinetické, cerebrální, smíšené formy DMO a neobvyklé obrazy DMO.

2.2.1 Hemiparetická forma DMO

Hemiparetická forma DMO je charakteristická postižením jedné poloviny těla s větším důrazem na horní končetinu. Jedná se o formu spastickou, která většinou neznemožňuje chůzi dítěte. Chůze je však atypická.

Pro větší přehlednost lze tuto kategorii rozdělit na další dvě podkategorie:

1. Kongenitální hemiparéza

„Kongenitální hemiparéza je definována centrální hemiparézou při lézi, která vznikla před koncem neonatálního období (do 28. dne věku). Tvoří 70 - 90% případů hemiparetické formy DMO. Její incidence má klesající tendenci z 0,6/1000 na 0,4 až 0,25/1000 (Kraus, 2005, s. 69).“

Etiologie dosud není zcela jasná. U 1/3 – 1/4 dětí zůstává etiologie neobjasněná. Ze studií však vyplývá, že u kongenitální hemiparézy jsou zastoupeny prenatální, perinatální i postnatální faktory (Kraus, 2005).

Z klinického hlediska se tedy jedná o jednostrannou parézu a spasticitu charakterizující hemiparézu. Ojedinele se může projevovat i jako oslabení. Projevy kongenitální hemiparézy jsou rozpoznatelné až v pozdějším věku, proto i diagnóza bývá stanovena později (Kraus, 2005).

Už v raném období jsou však pozorovatelné určité projevy. Obvykle se jedná o naklánění hlavy ke zdravé polovině těla, dítě má problémy s přetáčením na břicho přes postiženou část těla a nezvládá se udržet na čtyřech. V pozdějším věku je ve stoji evidentní přenášení váhy na zdravou dolní končetinu, hlava i nadále směřuje k rameni nezasazené poloviny. Počátky chůze nebývají spojovány s vážnějšími problémy, vývoj je u většiny dětí v souladu s normou. V tomto období lze již s jistotou pozorovat postižení dolní končetiny, která při chůzi provádí obloukovitý pohyb (Kraus, 2005).

Horní končetina je, jak už bylo výše zmíněno, zasažena více. Charakteristická je abdukce palce, připomínající novorozenecké držení rukou, flexe v zápěstním kloubu a směřování volně visící ruky palcem k tělu, tzv. pronační držení. Tyto projevy nasvědčují ustrnutí vývoje ve fylogeneticky starší fázi (Lesný, Špitz, 1989).

Přítomné oslabení končetiny bývá zastíněno spasticitou. Spastické příznaky jsou výrazné, u těžších forem znemožňující používání horní končetiny.

V mnoha případech jsou postiženy i senzorycké schopnosti, jedná se zejména o strabismus, méně často pak atrofii optického nervu.

Jako častá přidružená vada se uvádí epilepsie. Terapie bývá účinná, jen v malém procentu případů se jedná o formu resistantní. V případě výskytu epilepsie se zvyšuje riziko mentálního postižení, které se pohybuje v rozmezí 18 - 50% dětí (Kraus, 2005).

2. Získaná hemiparéza

Získaná hemiparéza může mít mnoho příčin, počátky mohou být jak akutního tak i progresivního charakteru. Formy s akutním začátkem se nejčastěji projevují v období prvních tří týdnů. Projevují se křečemi či bezvědomím, na které navazuje stádium ochablosti, později se rozvíjí spasticita. Na rozdíl od kongenitální formy je u těchto případů pozorovatelná ochablost lícního nervu a u levostranného postižení afázie (Kraus, 2005).

V porovnání s kongenitální formou je riziko výskytu epilepsie a mentální retardace podstatně vyšší (Kraus, 2005).

U postižení vzniklých v kojeneckém věku je diferenciální diagnostika značně ztížena, pomocným prvkem bývá výskyt parézy lícního nervu a pseudochabé stádium (Kraus, 2005).

2.2.2 Bilaterální spastické formy DMO

Typickým projevem těchto forem DMO je postižení obou polovin těla, s výrazným postižením dolních končetin. Horní končetiny jsou postiženy takéž, avšak tento fakt je laikem hůře rozpoznatelný (Kraus, 2005).

Do této skupiny lze zařadit nejpočetněji zastoupenou diparetickou formu DMO, ataktickou diparézu, triparetickou formu a kvadruparézu.

1. Diparetická forma DMO

Nejčastějším etiologickým faktorem diparetické formy DMO je nezralost dítěte. Je charakteristická pro děti předčasně narozené v sedmém měsíci těhotenství. U diparetických dětí s prematuritou je postižení mírnější než u dětí bez prematurity (Pfeiffer, 2007).

Relativně vysoká je frekvence perinatálních faktorů. Perinatální faktory se velmi často projevují u dětí s vysokou prematuritou. Čím vyšší gestační věk, tím menší procento perinatálních faktorů. Toto je zřejmě způsobeno kardiorespirační nestabilitou. Diparéza u dětí rozených v termínu pak bývá spojena s perinatálními faktory. V těchto případech se předpokládá, že ve stejném gestačním věku dochází ke stejným epizodám hypoperfúze jako u dětí s prematuritou in utero. V poslední době se uvažuje i o možnosti vlivu predispozicí. V anamnézách matek diparetických dětí bývá vysoká potratovost, sourozenci mívají vysoký výskyt záchvatů a mentálních postižení (Kraus, 2005).

U většiny dětí je období prvních 6 - 12 měsíců obdobím latentním, jen v ojedinělých případech je už u novorozence pozorovatelná hypotonie, apatie a problémy s výživou. Po období latence následuje rozvoj dystonie, která je typická mimovolnými generalizovanými pohyby a difúzním zvýšením svalového napětí při každé změně polohy. V období dystonie lze objektivně pozorovat přetrvávající Moroův reflex, naklánění hlavy dozadu, asymetrické tonické šíjové reflexy, na dolních končetinách předčasně vyhasíná reflexní úchop. Dále jsou pozorovatelné problémy

s přetáčením se na břicho a sedem. Dítě má vzpřimovací mechanismy v oblasti pánve na úrovni novorozence, což mu posazení znemožňuje (Kraus, 2005).

Dalším stádiem je stádium spasticity. Svalové napětí dolních končetin je typicky zvýšené. Kyčle i kolena jsou ve flexi, ve stoji dochází k vnitřní rotaci dolních končetin a objevuje se hyperlordóza a hrudní kyfóza (Kraus, 2005).

Možnost samostatné chůze se odvíjí od stupně postižení. Při těžkém postižení je chůze znemožněna nedostatečnou rovnováhou, hypotonií trupového svalstva a kontrakturami. Při lehčích postiženích dítě chodí po špičkách s viditelnou flexí kolenních kloubů (Vítková, 2006).

Ač je u diparetické formy zasažena spíše oblast dolních končetin, pozorovatelné změny lze v některých případech nalézt i u končetin horních. Například se jedná o držení ohnutého lokte při chůzi nebo zhoršenou schopnost koordinace rychlých pohybů. Jemná motorika bývá postižena jen minimálně (Kraus, 2005).

Na rozdíl od hemiparetické formy DMO se u diparetiků epilepsie a mentální postižení objevuje méně často. Narušení intelektových schopností bývá častější jen u dětí s výraznějším postižením horních končetin (Kraus, 2005).

2. Ataktická diparéza

Tato forma bývá také nazývána spasticko-ataktickou diparézou. Ve většině případů se jedná o postižení vrozené, jehož etiologie je rozličná. Nejčastěji je však uváděn výskyt prenatálních příčin. Z perinatálních příčin lze uvést asfyxii či nízkou porodní hmotnost, z postnatálních příčin pak hydrocefalus kojenců (Kraus, 2005).

Tato forma diparézy se zpočátku projevuje jako hypotonie postupně přecházející ve spasticitu s hyperreflexií. Přibližně kolem druhého roku se objevuje třes a kolísání při stoji či chůzi, což může být příčinou neschopnosti samostatného stoje a chůze. Nesouměrnost pohybů a špatná koordinace může narušit i jemnou motoriku jedince (Kraus, 2005).

3. Triparetická forma DMO

Výskyt této formy DMO narůstá díky snížení počtu dětí umírajících vlivem vysoké prematurity. Častým důvodem bývá asymetrické masivní nahromadění krve způsobené intraventrikulárním krvácením.

Toto postižení bývá často spojováno s vysokým výskytem epilepsie a mentálního postižení (Kraus, 2005).

4. Kvadruparéza

Jedná se o nejtěžší postižení, které je charakterizováno jako spastická paréza či plegie všech končetin. Toto postižení však nebývá z pohledu horních a dolních končetin vyvážené. U formy s větším zasažením horních končetin se jedná o postižení obou hemisfér, proto je její prognóza vývoje motorického, ale i mentálního nepříznivější než u typu s výrazným postižením dolních končetin (Lesný, Špitz, 1989).

Etiologie kvadruparetické formy je opět velmi rozmanitá a těžko zjištělná, proto lze ve většině případů usuzovat jen dle anamnézy.

U těžkých forem kvadruparézy jsou pozorovatelné patologie již v prvním trimestru. Děti s takovýmto postižením mají problémy s absencí primárních reflexů, jako jsou sací a polykací reflex a otevření úst, což často znemožňuje klasický příjem potravy, který musí být nahrazen sondou. V oblasti motoriky se může vyskytovat protažení dolních končetin, ohnutí končetin horních a prohnutí hlavy dozadu. Už v tomto období je evidentní vysoké svalové napětí znesnadňující spontánní pohyby. U mírnějších forem bývá postižení zpravidla odhaleno v trimestru druhém, kdy dítě není schopno udržet hlavičku a vzepřít se na předloktí. Čím více je dítě v pohybu iniciativní, tím dříve dochází k fixaci patologických vzorů pohybu (Vítková, 2006).

V případě kvadruparézy je samostatný pohyb jen velice ojedinělý. Pokud k němu dojde, vykazuje značné patologie. Jako významné se proto jeví docílení pevného sedu, ze kterého dítě bude schopno vykonávat různé činnosti. Obecně pak platí, že čím větší úsilí musí dítě pro udržení se v této pozici vyvinout, tím méně činností bude schopno vykonávat (Vítková, 2006).

2.2.3 Dyskinetická forma DMO

Dětská mozková obrna je syndromem z perinatálního období, na jehož vzniku se do značné míry podílí poporodní žloutenka, obzvláště pak inkompatibilita Rh faktoru (Pfeiffer, 2007).

„Dyskinetická forma je definována dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu (Kyllerman, in Kraus, 2005, s. 81).“

Tato definice vystihuje běžný obraz dítěte s dyskinetickou formou dětské mozkové obrny. Tento obraz se tedy vyznačuje zejména krouživými mimovolními pohyby horních a dolních končetin. Tyto pohyby lze pozorovat i u svalů v obličejové části, což vede k vytváření různých grimas, dále u svalů žvýkacích, polykacích a u svalů zúčastněných na tvorbě hlasu a řeči. Pro tyto abnormality pohybového vzorce je typické, že jejich četnost narůstá ve stresových situacích, často také ve chvílích, kdy se jedinec snaží o volní pohyb. „*Pokud je dítě v klidu, při pasivním protažení svalů je tonus nízký. Proto se používá také názvu extrapyramidový syndrom hyperkineticko-hypotonický (Pfeiffer, 2007, s. 254).*“

Dle výčtu oblastí svalů, které tato forma DMO postihuje, lze usuzovat i na problémy každodenního života. Osoby s dyskinetickou formou mívají problémy s udržením vzpřímené polohy v sedu či chůzi, nezvládají také vertikální pohled vzhůru. Chůze bývá mimovolními pohyby a neschopností dostatečné kontroly tonu trupu často zcela znemožněna. Problémy se vyskytují i v oblasti řeči a dýchání. Pozorovatelné jsou poruchy výslovnosti a artikulace. Často je přidružena i porucha sluchu. Poruchy v oblasti polykání způsobují nadměrné slinění.

Při postižení obličejové části mívají osoby s dyskinetickou formou DMO problémy se sociální stigmatizací. Grimasy způsobené mimovolními pohyby a záškuby společně s neschopností plynulé řeči a s tím spjatou neschopností uplatnění rozumových schopností je společností často považováno za známku mentálního postižení (Vágnerová, 1999). Mentální vývoj je však většinou normální nebo v rozsahu IQ 70 - 80, zásadní jsou poruchy jemné motoriky, zapříčiňující problémy se psaním. Výskyt epilepsie je asi jen u jedné čtvrtiny případů (Kraus, 2005).

2.2.4 Cerebelární forma DMO

Cerebrální forma dětské mozkové obrny bývá také označována jako ataktická.

Klinické příznaky jsou značně variabilní. Jedná se zejména o poškození vnímání rovnováhy a citlivosti. Příznaky jsou pozorovatelné mezi prvním a druhým rokem života, kdy je typické nestabilní lezení o široké bázi, porucha koordinace končetin, porucha souhry antagonistů, intenční tremor vyskytující se u poruch mozečku, který se vyskytuje až při dokončení pohybu, kterým se chce jedinec dotknout předmětu. Pokud dojde k projevům posledních tří zmiňovaných příznaků až kolem druhého či třetího roku života, je prognóza dalšího vývoje dítěte příznivější.

Dochází i k rozvoji chůze o široké bázi s častými frekvenčními pády (Kraus, 2005). Pozorovatelné jsou také problémy s artikulací a se psaním.

Mentální schopnosti jedince jsou u tohoto druhu dětské mozkové obrny značně variabilní. Pohybují se v rozmezí lehké až těžké mentální retardace, vyskytnout se mohou i autistické rysy osobnosti (Kraus, 2005).

2.2.5 Smíšené formy DMO

Definice smíšené formy dětské mozkové obrny je velmi nejednoznačná a odvíjí se od úhlu pohledu. Za smíšenou formu DMO bývá tedy považována kombinace dystonie a atetózy u kongenitální hemiplegie, dalším častým spojením bývá ataxie, dystonie a spasticita. Cerebelární příznaky se mohou projevovat u všech forem DMO (Kraus, 2005).

2.2.6 Neobvyklé obrazy DMO

Za neobvyklý obraz DMO je dle Krause (2005) považována tzv. hypotonická neboli atonická forma DMO.

Tato forma je typická nízkým svalovým tonem dítěte, který přetrvává i po druhém až třetím roce života. Dítě má sníženou aktivitu a projevuje se i stagnací ve vývoji. U většiny dětí později hypotonie ustupuje narůstající spasticitě, dyskinezi nebo ataxii.

Jedná se o velmi těžkou formu DMO, často provázenou zřetelnou mentální retardací.

Klinický obraz dětské mozkové obrny se tedy značně liší dle jednotlivých forem tohoto postižení. V současnosti však neexistuje způsob léčby, který by tyto projevy zcela vyléčil, ať se jedná o postižení lehčí či výraznější. Mezi metody používané k zmírnění dopadů na běžný život jedince řadíme zejména farmakologickou léčbu, operační zákroky a rehabilitační péči.

Za nejvýznamnější, bývá považována právě oblast rehabilitační péče, která v životě osoby s dětskou mozkovou obrnou zaujímá největší podíl a je stěžejní pro rozvoj jejích dovedností.

Existuje mnoho rehabilitačních přístupů a teorií, jejichž filosofie jsou velice rozmanité. Některé rehabilitační přístupy jsou zaměřeny téměř výlučně na rozvoj správných pohybových vzorců na bázi podráždění a reakce, jiné vycházejí z názoru, že

správných pohybových vzorů lze dosáhnout i pomocí motivace, ať už motivace vnější nebo vnitřní.

Toto široké spektrum nabízených možností pak umožňuje rodiči, speciálnímu pedagogovi nebo rehabilitačnímu pracovníkovi vybrat pro „své“ dítě tu rehabilitační techniku, která bude v co největší míře splňovat jeho nároky pro plynulý a harmonický vývoj nejen v oblasti motoriky, ale i psychiky.

Cílem další kapitoly bude tedy nastínění základních charakteristik a rozdílů v přístupu jednotlivých rehabilitačních škol, jmenovitě Vojtovy metody reflexní lokomoce, Bobath konceptu a Petöho metody konduktivní podpory a popis dalších podpůrných léčebných rehabilitací, které by mohlo usnadnit případnou orientaci při výběru rehabilitační techniky.

3 REHABILITAČNÍ TECHNIKY

V úvodu této kapitoly bude souhrnně popsán historický vývoj třech rehabilitačních technik vyvinutých pro léčbu osob s dětskou mozkovou obrnou. V porovnání bude jistě zajímavé, že všechny tyto konkurenční metody vznikaly téměř ve stejném období a do určité míry by se jistě dalo i říci, že ze sebe vycházely či se alespoň inspirovaly. Po stručném náhledu do jejich historie pak bude pojednáno o každém přístupu jednotlivě.

Zakladatelem nejstaršího terapeutického přístupu: Petöho konduktivní metody je lékař André Petö. Svou metodu začal vyvíjet již před začátkem druhé světové války, větší rozvoj však nastal až po jejím konci, v období kdy pracoval s motoricky postiženými dětmi a zřídil na vysoké škole pro speciální pedagogiku pokusné oddělení. Jeho začátky nebyly jednoduché, měl jen omezené finanční zdroje, přesto se zhruba po dvou letech dostavil první velký úspěch. V roce 1947 se Petö stává vysokoškolským profesorem speciální pedagogiky a o rok poté vzniká katedra pro pohybovou terapii. V roce 1950 zakládá Petö v Budapešti institut pro pohybovou terapii, kde se pracuje dle jeho metody indukivní podpory (Čermáková, 2007).

Zakladatelem konduktivní metody André Petöm byli do určité míry inspirováni při vývoji své metody i manželé Berta a Karl Bobathovi. Jeho myšlenky však do svého filosoficky zcela odlišného konceptu nepřebírali.

Při jeho vývoji vycházela zejména Berta Bobathová ze svých klinických zkušeností fyzioterapeutky. Základem jejich terapeutického přístupu byla myšlenka, že u dětí se stejným typem postižení se vyskytují téměř stejné patologie, jejich znalost pak terapeutovi umožňuje těmto patologiím předejít a pokusit se o vytvoření správných pohybových vzorů. V neposlední řadě se s dítětem může pracovat na pohybových vzorech potřebných pro volní aktivity, které jsou pro ně prozatím nedosažitelné, ale pro naplnění jeho potřeb a k rozvoji celkového vývoje potřebné.

Manželé Bobathovi založili v Londýně Bobath centrum, které je místem pro léčbu pacientů s dětskou mozkovou obrnou, ale i ostatních neurologických problémů a školicím centrem pro terapeuty (Chmelová, in Kraus, 2005).

Zakladatelem poslední terapeutické metody byl český lékař Prof. MUDr. Václav Vojta. Počátky tohoto dětského neurologa jsou spojeny s Českou republikou, kde působil jako asistent na Hennerově klinice až do jmenování do vedení dětského neurologického oddělení 4. neurologické kliniky LF UK v Praze. V tomto období měl možnost při manipulaci s dětmi předškolního věku vyzkoušet změny ve svalových souhrách, které vykazovaly pravidelnost, a vzbudily jeho zvláštní zájem. Poprvé v životě u těchto dětí vznikaly ve svalech pravidelně a automaticky takové svalové funkce, které byly až doposud z funkce vyřazeny. Vojta byl přesvědčen, že pokud jsou tyto svalové souhry jednou vyvozeny, dostávají se nevědomě do spontánních pohybových vzorů pacienta. Koncem padesátých let pak bylo prokázáno, že takto nabytý pohybový vzor se rozšíří na celé tělo, tzn., že vzniká tzv. globální koordinační komplex. V této fázi se tedy terapie doposud používaná jen u dospělých pacientů s roztroušenou sklerózou a polyradikulomyelitidou začala využívat i pro terapii kojenců s hybnými poruchami.

Po emigraci profesora Vojty do Německa byla metoda koordinačního komplexu globálních vzorů pomocí přednášek zaváděna do mnoha zemí světa. Tyto přednášky systematicky zpracovala paní Annergret Peters, která později spolu s profesorem Vojtou převedla pracovní texty do srozumitelnějšího textu určeného pro seznámení široké veřejnosti s terapeutickým principem motorické rehabilitace (Čermáková, 2011).

3.1 VOJTOVA METODA REFLEXNÍ LOKOMOCE

Vojtova metoda (Vojtův princip reflexní lokomoce) je neurofyziologicky a vývojově orientovaný systém s cílem znovuobjevení vrozených pohybových vzorů, které byly blokovány postižením mozku v časném dětství nebo byly v důsledku traumatu ztraceny. Cílem je aktivovat ztracené nebo nahradit patologické motorické funkce, vyvolat změny držení nebo pohybu. Metoda je tvořena dvěma koordinačními celky pohybu, které jsou vybavitelné z určité polohy těla stimulací celkem dvaceti specifických, senzitivních a propioceptivních zón. Reflexní plazení z polohy na břicho a reflexní otáčení v poloze na zádech a na boku. Dráždění vzniká tlakem na okostici, povázky, protažením svalů (Nakládalová, 2007). Se změnou motorickou dochází i k významné vegetativní reakci: dýchání, pocení, zčervenání kůže.

Vojta ve své technice zachází do úplného začátku novorozeneckého věku a geniálně zpracoval kineziologii tohoto časového období při nastartování hybných vzorů plazení. Lokomoci jako pohybový vzor člověk v sobě chová, ale ke skutečné lokomoci plazení ji nepoužívá. Technika má velkou přednost, protože nevyžaduje spolupráci dítěte. O to víc klade nároky na matku nebo jinou osobu, která se jednotlivé pohybové sekvence učí od metodiky znalého fyzioterapeuta a s dítětem pracuje doma. Vojta ukazuje, jak funkce některých svalů pletence ramenního a pánevního dna mají antigravitační funkci a současně pomáhají zvedat těžiště. Čím je těžiště výš, tím je pozice dítěte labilnější, ale také volnější. Dále zdůrazňuje posun těžiště k jedné straně a tím uvolňování jedné ruky k úchopu a osvobození od lokomoční funkce.

Jak již bylo uvedeno, reflexní plazení je založeno na reflexních podnětech z tzv. spoušťových zón. Ve skutečnosti nejde o lokomoci z místa na místo, ale o přípravu základních pohybů trupu a kořenových částí končetin (Vojta, Peters 1995, in Nakládalová 2007).

Další pohybový vzor je otáčení se ze zad na břicho, pohyb, který již každé dítě musí aktivně zvládnout, aby se dostalo z pozice apedální. Zpočátku se Vojta bránil vzpřimování dítěte, pokud nezvládlo pohybové vzory plazení. V případech, kdy je morfologická porucha centrálního nervového systému velká, nelze však tuto zásadu bezvýhradně uplatňovat a Vojta od ní ustoupil. Děti se skutečnému plazení neučí, ale učí se správnému řazení svalových sekvencí jednotlivých pohybových vzorů. Pohybu se klade odpor, což je výrazný facilitační prvek. Pohyb se startuje tlakem na spoušťové body (zóny), které postupně Vojta se svými spolupracovnicemi u dětí nalézal. Dále zavedl užitečné pojmy *punctum fixum* a *punctum mobile*, podle toho, jak se končetiny podílejí na virtuálním plazivém pohybu prohýbáním páteře do stran. Uvolnění hypertonického napětí extenzorů páteře (*opistotonu*) je významným požadavkem budoucí lokomoce ve vzpřímené pozici. Dítě, které neovládá všechny stupně volnosti páteřního kanálu, nebude schopné citlivě reagovat na složité vztahy k trojrozměrnému prostoru a řízení těžiště nad základnou vlastního těla.

Reflexní otáčení je pohybový komplex, který probíhá otáčením ze zad na bok a dále do polohy na břicho při vyprovokování kroužkového pohybu ruky.

Vojtova metoda vyžaduje dobrou znalost celé novorozenecké, kojenecké a batolecí kineziologie. Metodu provádějí odborně školení fyzioterapeuti, kteří pak

zacvičují rodiče ke každodennímu provádění stimulací příslušných bodů a zón několikrát denně (Pfeiffer, 1996, in Nakládalová, 2007).

Princip reflexní lokomoce může při včasné aplikaci zabránit patologickému motorickému, ev. i mentálnímu vývoji.

Vojtova metoda se zpočátku setkávala s odporem lékařů a fyzioterapeutů, protože byla často spojena s pláčem postižených, zejména když Vojta přišel s nápadem začít s terapií co nejdříve v prvních týdnech po narození. Nedůvěru vyvolávala i jeho snaha naučit léčebné péči i matky postižených dětí, které přece“ jako laici nemohly terapii rozumět“. Vojta však prosadil svou, ubytovával ve svém ústavu matky malých pacientů, naslouchal jim a řídil se heslem „Matka má vždy pravdu“ (Vojta, 1995).

Již během prvního roku života mohou být podle Vojty na základě pozorování motorického vývoje kojence diagnostikovány poruchy v neuromuskulární oblasti. Když se terapie provádí už od prvních měsíců života, dříve než se abnormální vzorce motoriky a držení těla změni v patologické a zesílí jako náhradní, může působit výrazně na mozek, a tím i na vznikající tělesné schéma, tj. představu o vlastním těle v prostoru (Vojta, 1995).

Vojtovi se podařilo diagnostikovat vývojové poruchy dříve, než je mohla upozorovat matka. Metoda stimulace spouštěvých zón mu umožnila začínat s terapií v období, kdy je ještě racionální kontakt s pacientem obtížný nebo zcela nemožný – nepotřeboval je instruovat řečí a nepotřeboval jeho volní účast. Využil také účinného působení matky na dítě (Vojta, 1995).

Při terapii se provádějí podle věku a možností pacienta vícekrát denně určitá cvičení, stanovená terapeutem. Terapeut je zodpovědný v každém individuálním případě za stanovení nejvhodnějšího typu a rozvrhu cvičení a za vedení všech zúčastněných osob.

3. 2 BOBATH KONCEPT

Bobath koncept, neboli neurovývojová terapie, je terapeutickým rehabilitačním postupem určeným pro osoby s patologií centrální nervové soustavy. Tento bio-psycho- sociální přístup se využívá zejména pro rehabilitaci dětí s dětskou mozkovou obrnou a to již od kojeneckého věku ve formě Baby Bobath terapie. Ve světě je u dětí s dětskou mozkovou obrnou Bobath koncept nejvyužívanější formou rehabilitace. Cílová skupina je však mnohem rozmanitější. Využívá se například i u dospělých osob s hemiplegií po cévních mozkových příhodách či po úrazech CNS (Chmelová, in Kraus 2005).

Neurovývojová terapie není metodou v pravém slova smyslu, jedná se spíše o koncept s holistickým přístupem, který se neustále mění dle reakcí a potřeb pacienta během léčby. Dalo by se tedy říci, že Bobath koncept je filosofií, která se zabývá celou osobností pacienta, učí terapeuta analyzovat jeho problémy a hledat pro ně co nejúčinnější řešení. Terapeutické techniky pak slouží jen jako prostředek k dosažení vytyčených cílů (Chmelová, in Kraus, 2005). Bobath koncept tedy není striktním zastáncem zachování pevného schématu normálního vývoje s chronologií: lezení, stavění se, chůze. Vychází totiž z myšlenky, že centrální nervová soustava má vlastní strategie, které jí umožňují učení se novým pohybům a způsobům chování, což vede k pokračování vývoje.

Při terapii dle Bobath konceptu se provádí individuální vyšetření pacienta v rámci funkcí a individuální plánování terapie. Výsledkem by měl být čtyřiašedesátihodinový plán terapie respektující potřeby pacienta a jeho rodiny. Z toho vychází i další ze základních principů a to je důraz na týmovou práci. V centru týmu stojí pacient a jeho rodina, ale zastoupeno je zde i mnoho dalších osob podílejících se na péči o jedince v duchu multidisciplinárního přístupu. Jedná se tedy o lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, psychologa ale také speciálního pedagoga či přátele. Pro úspěšnost terapie je totiž stěžejní, aby všichni pohlíželi na problémy dítěte stejně a používali vhodné léčebné techniky. Toto má zajistit důkladný výcvik rodičů, popřípadě ostatních osob, které se podílejí na péči o pacienta.

Předešlý výčet byl stručným shrnutím základních rysů neurovývojové terapie. Další část textu bude věnována teoretickým východiskům konceptu, Bobath klasifikaci dětské mozkové obrny, principům terapie dle těchto forem a stručnému popisu jednotlivých terapeutických technik.

3.2.1 Teoretická východiska Bobath konceptu

Teoretickým východiskem manželů Bobathových při koncipování jejich díla byl mechanismus centrální posturální kontroly. Ten je zodpovědný za normální posturální tonus, normální reciproční interakci svalů a různorodost posturálních a pohybových vzorů (Chmelová, in Kraus, 2005).

U dětské mozkové obrny je však posturální tonus vždy patologický. U spastických forem je příliš vysoký, u hypotonické formy příliš nízký a u atetoidních forem kolísavý.

Normální reciproční interakce svalů umožňuje dítěti udržet rovnováhu a stabilitu potřebnou pro pohyb. Dále je nezbytná pro plynulý, správně načasovaný a nasměrovaný pohyb. U dětí s dětskou mozkovou obrnou však dochází k problémům v poměru mezi mobilitou a stabilitou. U spastických forem přílišná stabilita brání nástupu mobility, u atetoidních forem je tomu naopak, přílišná mobilita neumožňuje udržení stability (Chmelová, in Kraus, 2005).

Různorodost posturálních a pohybových vzorů je nutná pro funkční dovednost. Pohybové vzory jsou geneticky dány a následně přizpůsobovány požadavkům prostředí. U osob se spastickou formou dětské mozkové obrny je však různorodost pohybových vzorů značně omezena, protože se pohybují pomocí globálních pohybových vzorů. U osob s ataktickou formou se pak objevuje redukovaná pohybová selektivita (Chmelová, in Kraus, 2005).

Mechanismus normální posturální kontroly má za úkol udržet rovnováhu a přizpůsobit polohu těla před, během a po dokončení pohybu. Obsahuje tedy automatické reakce- vzpřimovací, rovnovážné a obranné- které se vyvíjejí a umožňují normální pohyb jedince.

Bobath koncept dále vychází z předpokladu, že mozek je do určité míry schopen plasticity, schopnosti regenerace a tvorby zástupných center. Tato centra mohou nahradit nevratně poškozenou hlavní neuronální síť a převzít její úlohu, proto je při terapii vyvíjen tlak na rozvoj postižené části těla neustálým přísunem různorodých podnětů (Chmelová, in Kraus, 2005).

Pro snadnější komunikaci mezi terapeuty je v rámci Bobath konceptu využívána specifická klasifikace dětské mozkové obrny, která bude popsána v následujícím oddíle této kapitoly.

3.2.2 Klasifikace DMO dle Bobath konceptu

„DMO pro Bobathovy představuje především trvalou, ale ne neměnnou poruchu postury a pohybu, které jsou výsledkem neprogresivního poškození nezralého mozku (Chmelová, in Kraus, 2005, s. 215).“

Zásadním projevem centrálního postižení je dle tohoto učení porucha posturálního tonu a koordinace pohybů. Na základě této skutečnosti byla vytvořena klasifikace DMO vycházející z kvality posturálního tonu a jeho šíření.

Klasifikace tedy zahrnuje tyto skupiny:

spastická forma: lehká, střední, těžká

hypotonická forma

steroidní forma: čistá atetóza, choreoatetóza, atetóza s dystonickými spasmy, atetóza se spasticitou

ataktická forma: sespasticitou, bezspasticity, s atetózou, bez atetózy

Dle této klasifikace tedy terapeut zvolí přístup, který je pro danou formu nejvhodnější a dále ho rozšiřuje dle individuálních potřeb a schopností klienta.

3.2.3 Principy neurovývojové terapie

Neurovývojová terapie má vzhledem k tomu, že se nejedná o metodu, ale koncept mnoho principů ze kterých terapeut při své práci vychází. Tyto principy jsou jak obecné povahy, tak i povahy konkrétní, vázané na určitý typ dětské mozkové obrny.

Prvním z principů je práce v uzavřených kinematických řetězcích pomocí zevní opory a pomalých pohybů. V této fázi terapeut omezí pohyblivost klienta s cílem dosažení nejlepší možné úrovně prováděného pohybu. K tomuto využívá opory vlastního těla nebo kompenzačních pomůcek. Kontrolou horní části trupu ovlivňuje funkce horních končetin, kontrolou dolní části trupu pak ovlivňuje dolní končetiny a vlastní lokomoci. Stimulací pacienta by mělo docházet také k zlepšování automatických reakcí, dynamické stability a selektivních pohybů (Chmelová, in Kraus 2005).

Dalším principem je ovlivňování spasticity klienta, s cílem normalizovat posturální tonus. Ke snížení spasticity je využíváno antispastických poloh, pohyby jsou vykonávány pomalu a při sebemenším nástupu spasticity je využíváno hned

několika terapeutických technik, jako je handling, aproximace či tapping, které mají spasticitu zmírnit (Chmelová, in Kraus 2005).

Z počátku terapie se využívá jen minimální síly svalů. Při nadměrném zatěžování by totiž docházelo k narůstání spasticity. Proto se začíná na minimálním odporu, čímž se zlepšuje svalová aktivita a je možné postupně zvýšení zátěže.

Další fází terapie je práce v otevřených kinematických řetězcích, kde dochází k odebrání zevní opory a nácviku vybraných pohybů.

Jedním z nejdůležitějších principů je zapojování postižené části. Jde o neustálé zdůrazňování a preferování postižené části, které má zamezit nadměrnému používání části zdravé, které může způsobovat narůstání spasticity postižené strany (Chmelová, in Kraus 2005).

3.3 PETŐHO CONDUCTIVE EDUCATION

Tuto metodu vyvinul maďarský lékař a vychovatel prof. András Pető. Petőho metoda bývá též nazývána konduktivní podporou. Název pochází z latinského slova conducere, které v překladu znamená sbírat, shromažďovat.

3.3.1 Základní myšlenky Petőho konceptu

Pető nepovažoval pohybová postižení za skutečnost, kterou nelze změnit, a ze které se musí vytěžit to nejlepší jen tím, že se člověk postižení přizpůsobí. Na pohybová postižení se díval jako na poruchu učení se a ne jako nemoc, popř. motorické postižení (Fink, in Čermáková, 2007).

Cílem Petőho metody je tedy pomoci člověku naučit se to, co mu chybí, dále snaha o dosažení co možná největší samostatnosti, nezávislosti dítěte na osobách, prostředcích a integrace pacienta ve společnosti.

V centru konduktivní podpory proto nestojí postižení, ale člověk. Konduktivní podpora se snaží speciálními opatřeními a metodami překonat tuto poruchu učení se. Podporuje pohotovost a schopnost učení se, které přispívají k rozvoji celé osobnosti člověka. Pro Petőho bylo přirozené, že se lidský organismus skládá nejen z kostí, orgánů a svalů, ale že i duše a duch jsou nerozlučitelně spojeni s tělem. Proto se Petőho koncept snaží podporovat postiženého člověka nejen v oblasti motoriky

a kognitivních funkcí, ale i v oblasti emocionální, sociální a komunikační (Fink, in Čermáková, 2007).

Konduktivní učení je proto komplexním přístupem, kterým se působí nejen na pohybové schopnosti dětí, jejichž motorika je narušena v důsledku poruchy v centrálním nervovém systému, ale kterým se pozitivně ovlivňuje celkový vývoj dítěte (Pavlů, in Čermáková, 2007).

3.3.2 Principy konduktivní podpory

Petöho metoda je charakterizována následujícími principy:

Princip skupiny- tento princip patří mezi základní aspekty této metody a veškerá práce s dětmi je založena na tomto principu. Oproti velmi rozšířenému názoru, že by se k dětem se speciálními potřebami mělo přistupovat individuálně, představuje Hári jiné pojetí této problematiky a to, že nadměrná individuální péče by mohla děti přivést do nepřirozeného stavu a oddělit je od každodenního života a života ve skupině (Fink, in Čermáková 2007).

Princip celistvosti- koncept konduktivní podpory je ucelený systém, který ovlivňuje celou osobnost člověka. Lidé s pohybovými postiženími, způsobenými narušením mozku mívají potíže ve více oblastech. Z tohoto důvodu je konduktivní podpora komplexním systémem, který je zaměřen na člověka jako celek s velkým důrazem na význam výchovy. Za tento přístup ke klientovi je odpovědná konduktorka, která musí mít kvalitní profesní přípravu zahrnující znalosti z mnoha oblastí. Konduktorka vytváří vhodné prostředí a aktivity, zaměřené na tělesný duševní i intelektuální vývoj klienta (Čermáková, 2007).

Princip denní rutiny- Petöho metoda je spoluutvářena principem denní rutiny. Místnost, zařízení, čas a průběh dne je nejdůležitějším prvkem. Petö vycházel při zařizování místností ve svém Institutu z poznatků o potřebách osob s postižením, proto je zařizoval jednoduše, funkčně a přehledně.

Strukturování průběhu dne má lidem s postižením přinést ulehčení, celý proces je proto časově a obsahově strukturován a naplánován. Důležitou částí strukturovaného průběhu dne je rehabilitace, která zahrnuje tři oblasti: cvičení pohybu, vyučování a výchova.

Principem konduktivní podpory je také poskytnutí dostatku času na provádění běžných denních činností, což má umožnit i osobám s těžkým postižením naučit se samostatnosti při co největším množství úkonů (Čermáková, 2007).

Princip aktivity- základní myšlenkou konduktivní podpory je vybízení k aktivitě namísto pasivity. Aktivitou však nejsou myšleny jen pohybové aktivity, pod tento pojem je zahrnováno i vytyčení si cíle, zájmu či plánování činností. K této aktivitě jsou klienti vybízeni konduktorkou, která má klienty za úkol všemi možnými prostředky k aktivitě motivovat. Konduktorka tedy musí mít do určité míry empatické schopnosti, aby byla schopna jednotlivce správně namotivovat.

Veškeré činnosti v rámci konduktivní podpory mají mít za následek zlepšení pohybů potřebných pro sebeobsluhu klienta (Čermáková, 2007).

Princip facilitace- v překladu znamená facilitace usnadnění. Toto usnadnění pak v rámci konduktivní podpory dostává význam podpůrného prostředku, který má klientovi pomoci při pochopení úkolu, jeho plánování a provedení. Za základní formy facilitace jsou považovány: strukturální facilitace, mediální facilitace, pedagogicko- psychologická a sociální facilitace a individuální facilitace (Čermáková, 2007).

3.3.3 Cíle konduktivní podpory

Veškeré činnosti vykonávané v rámci konduktivní podpory, jsou vázané na dosažení cílů, ke kterým tato metoda směřuje.

Cíle konduktivní podpory jsou charakterizovány takto:

1. formování osobnosti, tzn., že tato osobnost je schopná se učit, adaptovat se na různé podmínky, je samostatná, sebevědomá, veselá, ochotná pomoci atd.,
2. úspěšná integrace,
3. dosažení co možná největší míry samostatnosti,
4. podpora celkové koordinace těla, koordinace oko – ruka, ...,
5. dosažení aktivního způsobu života,
6. naučení se různým způsobům pohybu (např. změna místa a pozice),
7. podpora komunikačních schopností,
8. zabránění chybnému držení těla,
9. podpora kognitivních schopností,
10. zvyšování výdrže a schopnosti koncentrace,
11. schopnost regulace svalového tonu,
12. Naučení se sebekontrolé a sebevědomění (Čermáková, 2007).

Konduktivní podpora je tedy komplexní pedagogický systém, jehož cílem je působení na celkový rozvoj jedince (Čermáková, 2007).

Předchozí tři rehabilitační koncepty byly nastíněním možného pojetí rehabilitační péče o děti s DMO. První dva koncepty jsou v České republice běžně používané. Dle Petöho konduktivní podpory se u nás sice prozatím pracuje jen ojedinele. Jeho popis byl zvolen zejména pro zajímavost pojetí této rehabilitační techniky.

V další kapitole budou v krátkosti popsány další rehabilitační techniky, využívané při léčbě dětí s dětskou mozkovou obrnou.

3.4 DALŠÍ REHABILITAČNÍ METODY

3.4.1 Metodika prof. Tardieu

Je určená pro děti od tří let. Tardieu dělil postižené děti na infirmité motrice cérébrale (IMC) a encephalopathie (EP) a dle tohoto dělení přizpůsoboval přístup k jejich léčbě. Dle profesora Tardieu jsou děti s IMC vzdělavatelné a jsou schopny začlenění do běžného života. U dětí s EP jejichž intelekt je zasažen věnoval pozornost spíše jejich rodičům ve formě psychoterapie a metodiky, jak s dětmi správně zacházet.

Metodika navazuje na léčbu reflexní lokomocí (Brauner, in Kraus, 2005).

3.4.2 Schwartzova metodika

Charakteristickým rysem této metodiky je působení na emocionální vývoj dítěte. Není založena na podpoře rozvoje normálních pohybových vzorů, což je do značné míry její velkou nevýhodou. Motivuje však dítě k pohybu nabízením různých předmětů (hraček) zavěšených od stropu místnosti, kterých může dosáhnout hned několika způsoby a tím vykonává požadovaný pohyb (Švajgl, 1997).

3.4.3. Synergetická reflexní terapie

Synergetická reflexní terapie byla vyvinuta dr. W.Pfaffenrotem k prevenci a léčbě projevů dětské mozkové obrny. Její význam je zejména ve zvyšování účinnosti jiných rehabilitačních technik, jako jsou Vojtova metoda reflexní lokomoce a Bobath koncept.

Synergetická reflexní terapie využívá vědeckých poznatků neurofyziologických principů reflexu a kombinací různých reflexně terapeutických metod navyšuje jejich účinnost.

Synergetická reflexní terapie využívá prvky z akupresury, masáže reflexních zón, chiroterapii, myofasciální techniky, korekci patologického držení páteře a končetin a další doplňkové metody.

Přínos synergetické reflexní terapie je zmírnění základního napětí svalstva (tonusu) a u atonických dětí celkové zvýšení tonizace svalstva, zřetelné zlepšení reakcí při Vojtově metodě, zvýšená schopnost koncentrace a vnímání, zvýšené intelektuální a tělesné aktivity, větší samostatnost, zlepšení pohybového vzoru, stabilizace a zlepšení psychického stavu (Brauner, in Kraus, 2005).

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 PŘEDMĚT PRŮZKUMU ŠETŘENÍ

Jako praktickou část své bakalářské práce jsem zvolila průzkum, který byl rozdělen na dvě části. V první části byla zjišťována informovanost respondentů o možnostech rehabilitace, vhodné pro jejich děti, ze strany odborné veřejnosti. Druhá část byla zaměřena na zjištění názoru vybrané skupiny respondentů na srovnatelnost dvou rehabilitačních technik: Vojtova principu reflexní lokomoce a Bobath konceptu.

Výsledky kvantitativního průzkumu se ukázaly ve zkoumané oblasti vlivu rehabilitačních technik na děti předškolního věku jako ne zcela dostatečné, proto byly pro upřesnění a zvýšení výpovědní hodnoty doplněny o informace získané z rozhovorů vedených při vyplňování dotazníků. Zkoumaná oblast byla totiž pro průzkumný vzorek natolik zásadní a intimní, že strohé odpovědi na dané otázky by byly pro respondenty neuspokojující a průzkum by byl ochuzen o zajímavé poznatky vyplývající z upřesňujících výpovědí. Tento způsob průzkumu měl u respondentů také navodit pocit zájmu o jejich problémy a zvýšit tak ochotu dotazník vyplnit, protože se jedná o velice citlivé téma.

Jako základní metoda byl tedy zvolen dotazník, v němž mohli respondenti zvolit z daných odpovědí, popřípadě odpovědět volnou formou. Pro vyhodnocení těchto dotazníků byla použita metoda uspořádání dat a sestavení tabulek četností. Pro větší zřetelnost byla k těmto tabulkám vytvořena i grafická znázornění zjištěných dat.

Takto zjištěná data byla doplněna komentářem, vycházejícím z informací zjištěných při rozhovoru vedeném při vyplňování dotazníků. Přepisy těchto rozhovorů jsou k nahlédnutí jako přílohy této bakalářské práce.

4.2 CÍLE A HYPOTÉZY

Cílem této bakalářské práce bylo tedy zjištění, jak jsou rodiče dětí, u nichž byla diagnostikována dětská mozková obrna, odbornou veřejností informováni o možnostech rehabilitace. Dalším cílem pak bylo zjištění, zda jsou výsledky rehabilitace dle nejčastěji používaných rehabilitačních metod z pohledu rodičů

srovnatelné. A zda je v návaznosti na tento fakt, preference jedné rehabilitační techniky lékařskou veřejností odůvodněná.

S ohledem na vytyčené cíle byly stanoveny otázky a pracovní hypotézy, a to:

1) Jaká je úroveň poskytovaných informací odbornou veřejností o možnostech rehabilitační léčby u dětí s dětskou mozkovou obrnou?

H₁: Více respondentů považuje poskytované informace za jednostranné a nedostatečné, než za dostačující.

2) Jsou výsledky rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce a Bobath konceptu srovnatelné?

H₂: Větší počet respondentů je přesvědčen o srovnatelnosti výsledků rehabilitace oběma rehabilitačními technikami, než o větší efektivitě jedné z rehabilitačních metod.

4.3 PRŮZKUMNÝ VZOREK

Při výběru průzkumného vzorku jsem vycházela ze studia spisové dokumentace dětí předškolního věku, jejichž rodiče pobírají, či požádali o příspěvek na péči na Magistrátu města Olomouce. Tímto způsobem bylo vyselektováno 53 spisů. Z informací získaných studiem záznamů ze sociálního šetření, pak vznikla databáze klientů, u nichž byla diagnostikována dětská mozková obrna. Počet těchto klientů se omezil na 14 dětí. V tomto počtu však byly zahrnuty i děti s lehčími projevy dětské mozkové obrny. Pro lepší srovnatelnost získaných dat, byla tato skupina zúžena na děti předškolního věku s těžšími formami dětské mozkové obrny, které rehabilitovali jak podle Vojtova principu reflexní lokomoce tak i dle Bobath konceptu. Výsledný průzkumný vzorek tedy čítal 10 dětí.

4.4 METODOLOGIE

4.4.1 Metody sběru dat

Jako primární metoda sběru dat byl zvolen dotazník, který bývá velmi frekventovanou metodou v pedagogickém výzkumu. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Dotazník je souhrn předem připravených a důsledně formulovaných otázek, jejichž pořadí je seřazeno tak, aby na sebe logicky navazovaly.

Výhodou sběru dat pomocí dotazníkové metody je časově nenáročné získání dat od většího počtu respondentů (Chráska, 2007).

Jednotlivé položky dotazníku lze dle způsobu odpovědi rozdělit na strukturované a nestrukturované. U strukturovaných položek respondent odpovídá předem navrženými odpověďmi, zatímco u nestrukturovaných položek odpovědi sám vytváří.

Nestrukturované neboli otevřené položky respondentovi nenabízejí žádné hotové odpovědi, respondent se spontánně vyjadřuje k danému problému volnou formou. Z tohoto důvodu je vyhodnocení daných odpovědí složitější a vyžaduje vytvoření dodatečné kategorizace. Umožňuje však hlubší proniknutí do dané tematiky (Chráska, 2007).

Strukturované neboli uzavřené položky respondentovi nabízejí daný počet předem připravených odpovědí. Tato forma kladení dotazníku je jednodušší jak pro jeho vyhodnocování, tak i pro vyplňování respondenty. Jeho příprava však vyžaduje značnou opatrnost, aby připravené odpovědi nebyly zavádějící. Pro zamezení této situaci je možné uvést jako jednu z možných variant nabídku „jiné odpovědi“, čímž se položka stává polouzavřenou (Chráska, 2007).

Dalšími typy položek dotazníku jsou tzv. škálové, výčtové a stupnicové položky. U položek škálového typu odpovídá respondent výběrem určitého bodu na připravené škále. Výčtové položky jsou pak charakteristické možností výběru hned několika variant odpovědí. Počet možných odpovědí je neomezený nebo dán předchozí instrukcí. U stupnicových položek má respondent za úkol odpovědi seřadit dle určitého kritéria (Chráska, 2007).

V sestavovaném dotazníku bylo použito položek otevřených, uzavřených i polouzavřených. Z celkového počtu patnácti otázek je tedy pět uzavřených, šest polouzavřených a čtyři otevřené položky. Otevřené položky byly zvoleny jen u otázek, zjišťujících časové rozmezí, což se jevílo při sestavování dotazníku jako položka vyhodnotitelná. Při zjišťování subjektivních názorů respondentů byly použity položky polouzavřené z důvodu větší objektivity a snížení rizika zavádějících odpovědí.

Vzhledem ke složitosti zkoumaného problému a z důvodu lepšího pochopení dané tematiky byl u vyplňování dotazníku s respondenty veden i rozhovor, při kterém měli možnost doplnění svých odpovědí. Tyto informace se ukázaly jako velice zajímavé a pro výsledky průzkumu velice přínosné, proto je jejich přepis

součástí této bakalářské práce a informace takto získané jsou vkládány jako poznámky ke kvantitativním výsledkům jednotlivých otázek.

4.4.2 Metody analýzy dat

Dle Chrásky (2003) se v klasických kvantitativně orientovaných pedagogických výzkumech nejčastěji využívá pro zpracování většího počtu neměřených dat několika kroků, a to: uspořádání dat a sestavení tabulek četností, grafické znázornění naměřených dat, výpočet charakteristiky polohy (středních hodnot) a výpočet charakteristik rozptýlení (měr variability).

V této bakalářské práci bylo využito, pro zpracování získaných dat, tabulek četností a grafického znázornění naměřených dat.

Dále byly kvantitativní výsledky obohaceny o komentáře vycházející z rozhovorů vedených s respondenty nad vyplněným dotazníkem.

Takto zpracovaná data měla za úkol potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V rámci průzkumu bylo osloveno deset respondentů, kteří měli vyplnit sestavený dotazník a s kterými byl následně veden rozhovor nad vyplněným dotazníkem. Účast vybraného průzkumného vzorku byla stoprocentní.

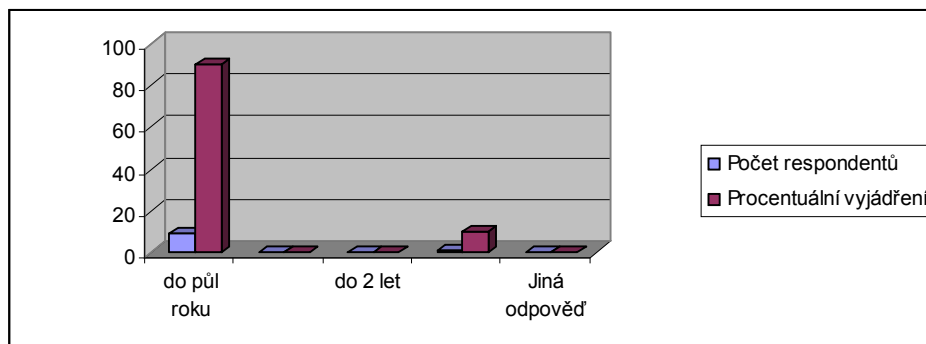
Otázka č. 1. : Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?

- a) do půl roku dítěte
- b) do roku dítěte
- c) do dvou let dítěte
- d) do tří let dítěte
- e) jiná odpověď (prosím uveďte)

První otázka byla zaměřena na zjištění období, ve kterém byla u dítěte dětská mozková obrna diagnostikována. Tato otázka byla zásadní pro vyhodnocení doby, která uplynula od stanovení diagnózy po doporučení rehabilitace jako jedné z léčebných metod.

Pouze u jednoho z respondentů byla dětská mozková obrna diagnostikována v pozdějším věku tří let, původní diagnózou byly vývojové odchylky. U zbývajících respondentů byla diagnóza stanovena hned po narození.

Věk dítěte	do roku	půl roku	do 1 roku	do 2 let	Do 3 let	Jiná odpověď	Celková četnost
Počet respondentů	9	0	0	1	0	0	10
Procentuální vyjádření	90	0	0	10	0	0	100



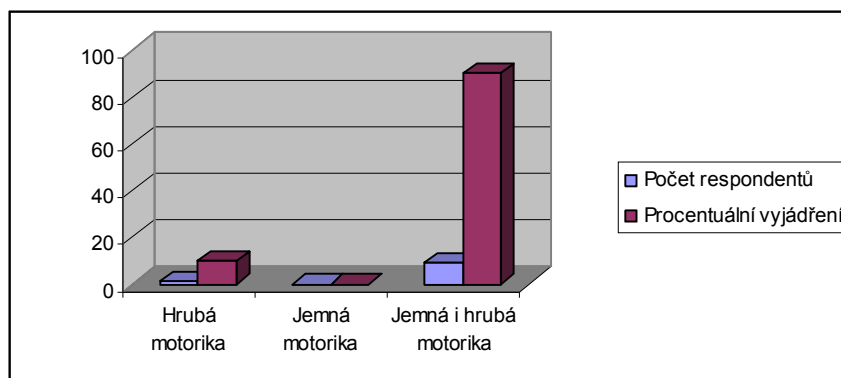
Otázka č. 2: Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?

- a) problémy s hrubou motorikou
- b) problémy s jemnou motorikou
- c) problémy s jemnou i hrubou motorikou

Cílem druhé otázky bylo zjistit, která oblast motorického vývoje byla následkem dětské mozkové obrny narušena a následně, kterou oblast bylo potřeba pomocí rehabilitačních technik rozvíjet.

Vzhledem k tomu, že průzkumný vzorek byl omezen na děti s těžšími projevy dětské mozkové obrny, vyskytovaly se u 90% respondentů problémy jak s hrubou tak i s jemnou motorikou. Motorický vývoj byl tedy u většiny respondentů značně narušen.

Motorické problémy	Hrubá motorika	Jemná motorika	Jemná i hrubá motorika	Celková četnost
Počet respondentů	1	0	9	10
Procentuální vyjádření	10	0	90	100

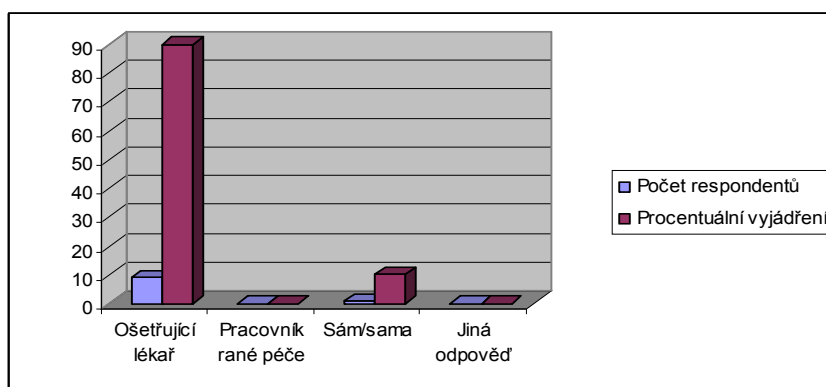


Otázka č. 3: Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?

- a) ošetřující lékař
- b) pracovník rané péče
- c) sám/sama jsem o rehabilitaci usilovala
- d) jiná odpověď (prosím uveďte)

Cílem této otázky bylo zjistit, kdo poskytuje primární informace o možnosti léčby rehabilitačními metodami. Ukázalo se, že se z 90% jedná o ošetřujícího lékaře, který u dítěte stanovil diagnózu. Pouze jeden z respondentů uvedl jinou odpověď, a to, že si informace o možnosti rehabilitace vyhledal sám. Jednalo se o respondenta, u jehož dítěte byla diagnostikována dětská mozková obrna až v pozdějším věku.

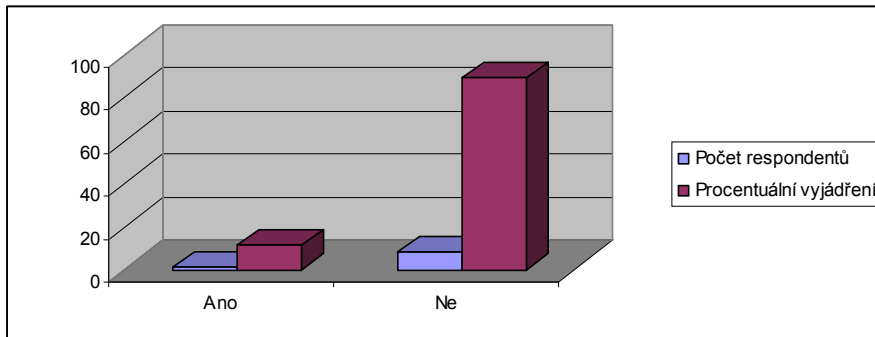
Doporučující osoba	Ošetřující lékař	Pracovník rané péče	Sám/sama	Jiná odpověď	Celková četnost
Počet respondentů	9	0	1	0	10
Procentuální vyjádření	90	0	10	0	100



Otázka č. 4: V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?

- a) ano
- b) ne

Míra spokojenosti	Ano	Ne	Celková četnost
Počet respondentů	1	8	9
Procentuální vyjádření	11,11	88,89	100



Otázka č. 5: V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:

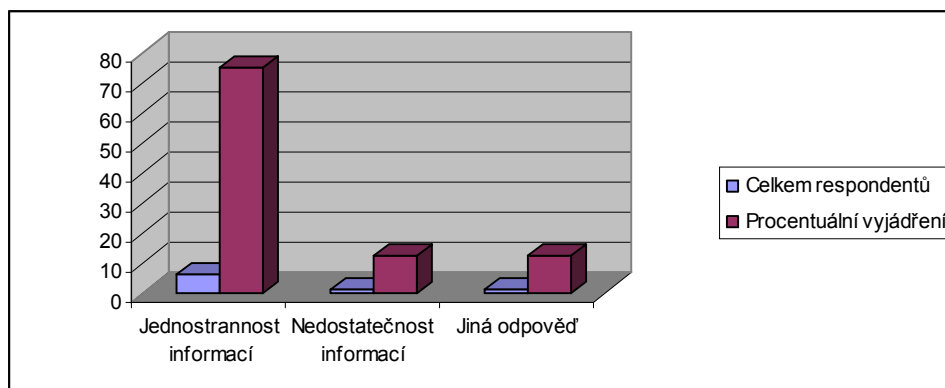
- a) jednostrannosti poskytnutých informací o rehabilitačních metodách vhodných pro Vaše dítě
- b) nedostatečně obsáhlých informacích o rehabilitační metodě jako takové
- c) jiná odpověď (prosím uveďte)

Tato otázka byla navazující na otázku předchozí, proto v ní odpovídalo již jen osm respondentů. Většina odpovědí byla zaměřena na jednostrannost doporučované rehabilitační techniky. Z rozhovorů vyplynulo, že lékařská veřejnost nabízí jako jedinou možnou rehabilitační techniku Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Jeden z respondentů dokonce uvedl, že byl lékařem upozorněn, že v případě rehabilitace dle jiné metody poškozuje vývoj svého dítěte.

Jeden z respondentů uvedl, že nebyl spokojen s hloubkou poskytnutých informací u doporučované rehabilitační techniky. Tento nedostatek pociťoval zejména v oblasti možných negativních reakcí dítěte na rehabilitaci.

Poslední z respondentů využil možnosti jiné odpovědi, ze které vyplynulo, že jeho nespokojenost spočívala v obou z nabízených variant.

	Jednostrannost informací	Nedostatečnost informací	Jiná odpověď	Celková četnost
Celkem respondentů	6	1	1	8
Procentuální vyjádření	75	12,5	12,5	100



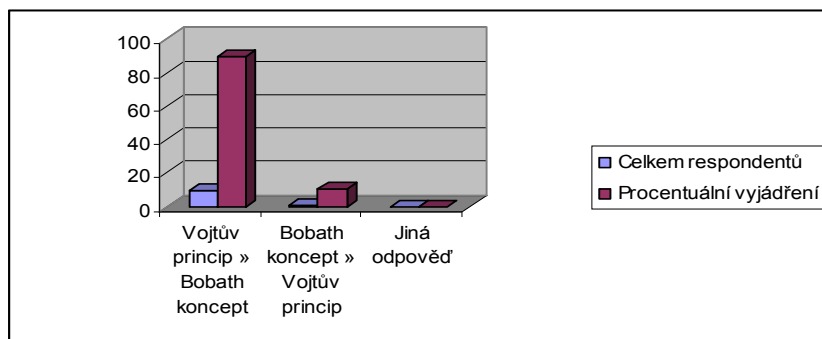
Otázka č. 6: Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?

- a) 1. metoda: Vojtův princip reflexní lokomoce » 2. metoda: Bobath koncept
- b) 1. metoda: Bobath koncept » 2. metoda: Vojtův princip reflexní lokomoce
- c) jiná odpověď (prosím uveďte)

Tato otázka byla do dotazníku vložena z důvodu zjištění posloupnosti využívání rehabilitačních technik. Z výsledků je evidentní, že všichni respondenti, kterým byla doporučena rehabilitační technika ošetřujícím lékařem, začínali s Vojtovou metodou reflexní lokomoce. Jen jeden z respondentů začínal s rehabilitací dle Bobath konceptu. Jednalo se o respondenta, který o rehabilitaci usiloval sám a informace o možnostech rehabilitace si vyhledal sám z jiných zdrojů.

Z rozhovorů s respondenty dále vyplynulo, že dle Bobath konceptu začali pracovat až později, ve většině případů v období, kdy se dítě začalo rehabilitaci dle Vojtova principu bránit nebo se u něj vyskytly některé z negativních reakcí. Informace o alternativní rehabilitační metodě si již zjišťovali sami z jiných zdrojů. A to buď na internetu, nebo ze zkušeností jiných rodičů.

	Vojtův princip » Bobath koncept	Bobath koncept » Vojtův princip	Jiná odpověď	Celková četnost
Celkem respondentů	9	1	0	10
Procentuální vyjádření	90	10	0	100

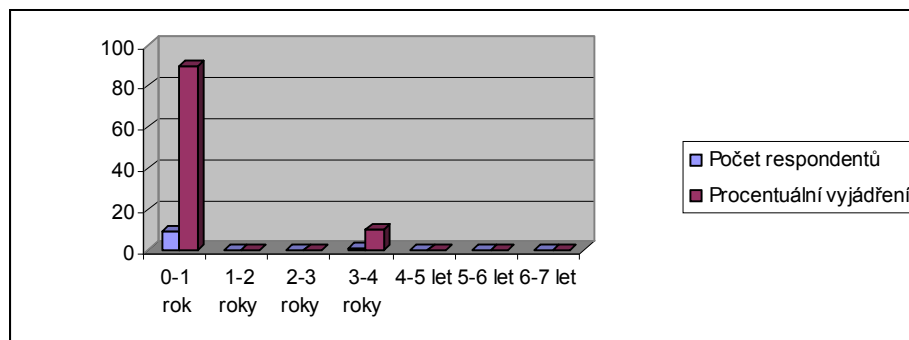


Otázka č. 7: V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?

Prosím uveďte:

Vzhledem k volné odpovědi na tuto otázku, byla pro její vyhodnocení stanovena časová rozmezí věku dítěte do ukončeného celého roku. Jednalo se tedy o věk od jednoho roku do sedmi let.

Věk dítěte	0-1 rok	1-2 roky	2-3 roky	3-4 roky	4-5 let	5-6 let	6-7 let	Celková četnost
Počet respondentů	9	0	0	1	0	0	0	10
Procentuální vyjádření	90	0	0	10	0	0	0	100



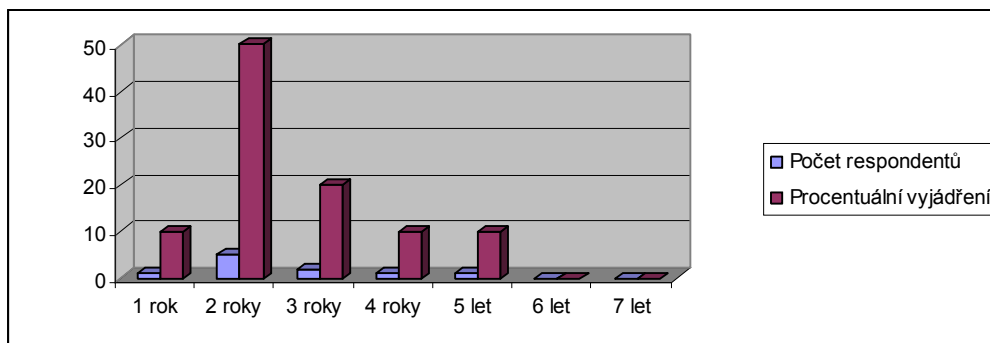
Otázka č. 8: Jak dlouho jste dle této metody cvičili?

Prosím uveďte:

I u této otázky byla zvolena možnost volné odpovědi, která byla z důvodu vyhodnocení dat zaokrouhlena na celé roky.

Ze získaných výsledků a z vedeného rozhovoru bylo evidentní, že děti rehabilitaci dle Vojtova principu reflexní lokomoce snášeli zhruba do dvou až tří let. Poté začali s rehabilitací problémy, které rodiče vedly k hledání alternativního způsobu rehabilitace.

Počet let rehabilitace	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	6 let	7 let	Celková četnost
Počet respondentů	1	5	2	1	1	0	0	10
Procentuální vyjádření	10	50	20	10	10	0	0	100

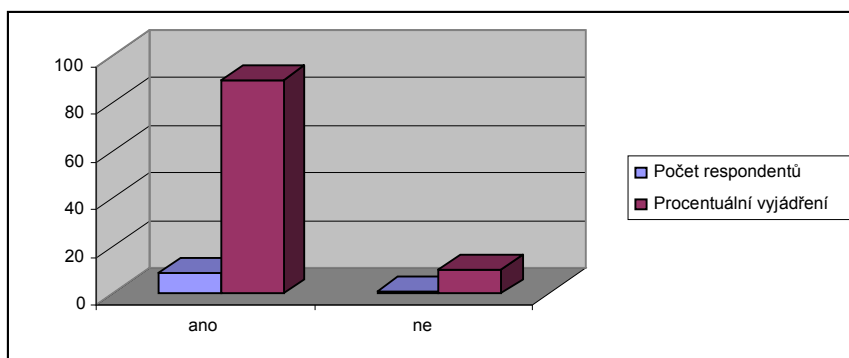


Otázka č. 9: Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?

- a) ano
- b) ne

Z odpovědí uvedených v dotazníku by se mohlo zdát, že respondenti nebyli s rehabilitační technikou spokojeni. Z doprovodného rozhovoru však ve většině případů vyplynulo upřesnění této odpovědi, a to, že zhruba do jednoho roku dítě rehabilitaci snášelo bez větších problémů. Poté však začalo více prosazovat svou vůli, což mělo za následek prohlubující se problémy různého charakteru. V některých případech se dítě rehabilitaci začalo natolik bránit, že měla rehabilitace spíše negativní výsledky a to i v oblasti motorického vývoje.

	ano	ne	Celková četnost
Počet respondentů	9	1	10
Procentuální vyjádření	90	10	100



Otázka č. 10: Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

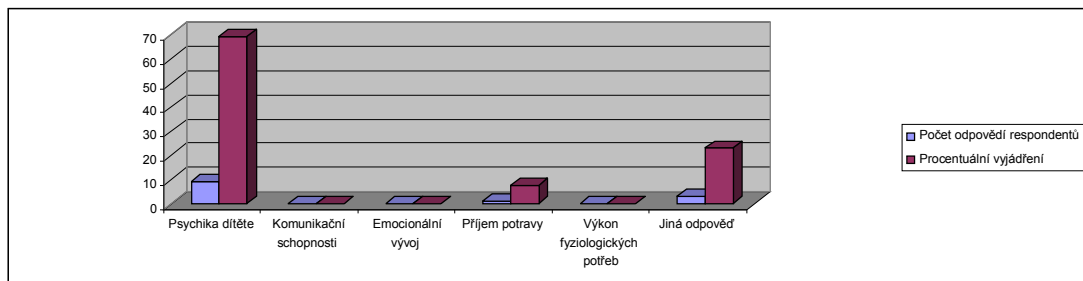
- a) psychika dítěte
- b) vývoj komunikačních schopností dítěte
- c) emocionální vývoj
- d) příjem potravy dítěte
- e) výkon fyziologických potřeb dítěte
- f) jiná odpověď (prosím uveďte)

Tato otázka měla za úkol rozvedení předchozí pozitivní odpovědi a upřesnění její výpovědní hodnoty. Možné varianty byly zvoleny z poznatků získaných studiem záznamů ze sociálních šetření ve spisové dokumentaci týkající se příspěvku na péči.

Ukázalo se, že valná většina dětí začala mít následkem špatného snášení rehabilitační techniky psychické problémy. Jedno dítě mělo po rehabilitaci problémy s příjmem potravy. Tři respondenti pak využili možnosti „jiná odpověď“, ve které dva z nich uvedli, že se u jejich dítěte objevily následkem velkého vypětí při rehabilitaci epileptické záchvaty. Jeden respondent uvedl, že jeho dítě při rehabilitaci zvracelo.

U všech uvedených odpovědí se jedná o subjektivní názor respondentů.

	Psychika dítěte	Komunikační schopnosti	Emocionální vývoj	Příjem potravy	Výkon fyziologických potřeb	Jiná odpověď	Celková četnost
Počet odpovědí respondentů	9	0	0	1	0	3	13
Procentuální vyjádření	69,23	0	0	7,69	0	23,08	100



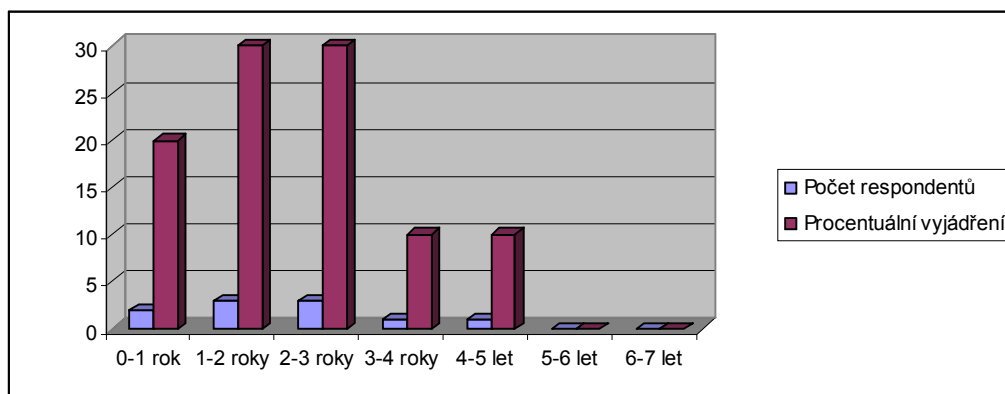
Otázka č. 11: V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?

Prosím uveďte:

Vzhledem k volné odpovědi na tuto otázku, byla pro její vyhodnocení stanovena časová rozmezí věku dítěte do ukončeného celého roku. Jednalo se tedy o věk od jednoho roku do sedmi let.

Ze získaných výsledků a z vedeného rozhovoru bylo evidentní, že děti přecházeli na rehabilitaci dle Bobath konceptu nejčastěji v období od jednoho roku do tří let.

Věk dítěte	0-1 rok	1-2 roky	2-3 roky	3-4 roky	4-5 let	5-6 let	6-7 let	Celková četnost
Počet respondentů	2	3	3	1	1	0	0	10
Procentuální vyjádření	20	30	30	10	10	0	0	100

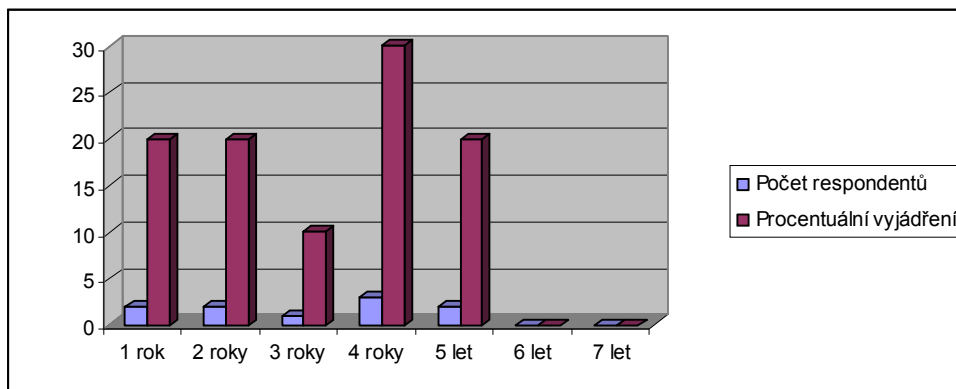


Otázka č. 12: Jak dlouho jste dle této metody cvičili?

Prosím uveďte:

I u této otázky byla zvolena možnost volné odpovědi, která byla z důvodu vyhodnocení dat zaokrouhlena na celé roky.

Počet let rehabilitace	1 rok	2 roky	3 roky	4 roky	5 let	6 let	7 let	Celková četnost
Počet respondentů	2	2	1	3	2	0	0	10
Procentuální vyjádření	20	20	10	30	20	0	0	100

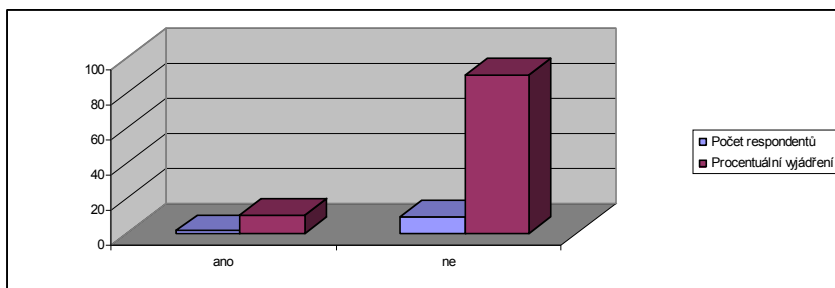


Otázka č. 13: Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu negativní účinky?

- c) ano
- d) ne

Na tuto otázku odpovídali respondenti z devadesáti procent záporně. Pro upřesnění k této své odpovědi sedm respondentů uvedlo, že dle jejich názoru nedochází k negativním reakcím na rehabilitaci z velké míry proto, že rehabilitace probíhá během běžných denních činností a dítě v ní vidí smysl. I tento typ rehabilitace však děti nevyhledávají a protahování je jim nepříjemné.

	ano	ne	Celková četnost
Počet respondentů	1	9	10
Procentuální vyjádření	10	90	100



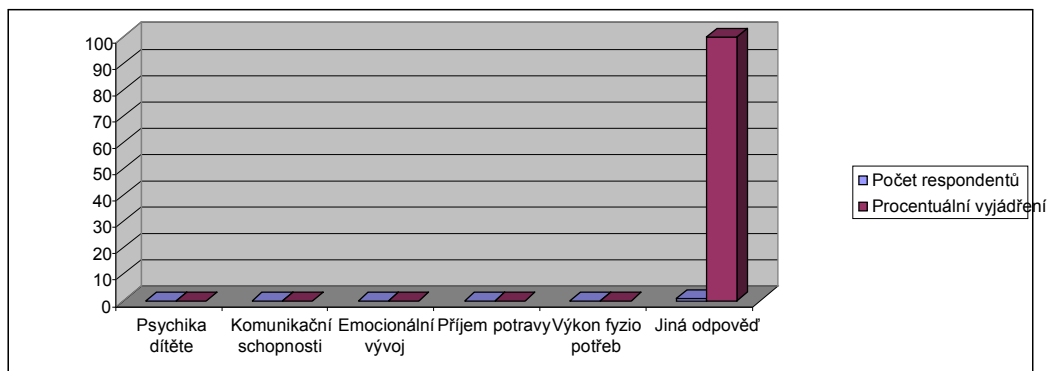
Otázka č. 14: Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

- g) psychika dítěte
- h) vývoj komunikačních schopností dítěte
- i) emocionální vývoj
- j) příjem potravy dítěte
- k) výkon fyziologických potřeb dítěte
- l) jiná odpověď (prosím uveďte)

U této otázky již odpovídal jen jeden z respondentů, který zvolil variantu „jiné odpovědi“. V této pak uvedl, že dle jeho názoru jsou výsledky rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce výraznější a pokud je dítě dobře k rehabilitaci motivováno, nemá rehabilitace vedlejší negativní účinky. Za negativum tedy uvedl menší účinnost rehabilitační techniky.

Tato odpověď se sice vztahuje k otázce č. 15, ale z důvodu objektivity byla zahrnuta i do této otázky.

	Psychika dítěte	Komunikační schopnosti	Emocionální vývoj	Příjem potravy	Výkon fyziologických potřeb	Jiná odpověď	Celková četnost
Počet respondentů	0	0	0	0	0	1	1
Procentuální vyjádření	0	0	0	0	0	100	100



Otázka č. 15: Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?

- a) ano**
- b) ne**

V této otázce se respondenti vyjadřovali k srovnatelnosti výsledků rehabilitace v oblasti vývoje motorických schopností dítěte. Z výsledků je jasné, že dle názoru respondentů jsou obě rehabilitační techniky z pohledu účinnosti srovnatelné.

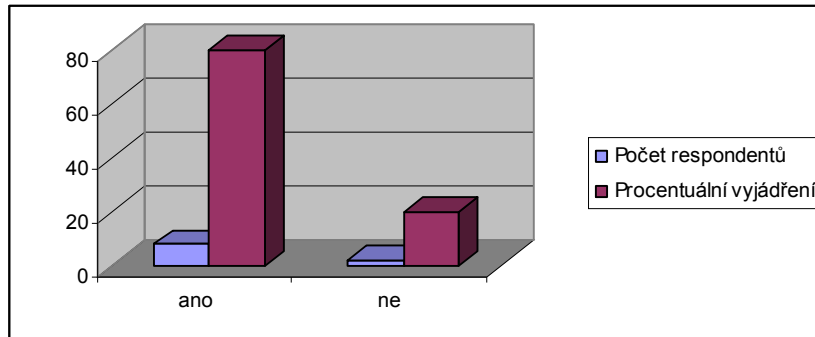
Z rozhovorů pak vyplynulo, že z osmdesáti procent případů jde v rehabilitaci dítěte spíše jen o udržování zdravotního stavu. Z tohoto pohledu rodiče volí tu metodu rehabilitace, která co nejméně dítě zatěžuje a umožňuje mu harmonický rozvoj.

Negativní účinky u jejich dítěte při rehabilitaci Vojtovou metodou reflexní lokomoce, totiž u dvou případů způsobily, že dítě při rehabilitaci nejen nespolupracovalo, ale šlo přímo do odporu, což rehabilitaci posunulo do polohy neúčinné. U zbývajících šesti respondentů byla účinnost sice zachována, ale rehabilitace byla pro obě strany, tedy pro rodiče i dítě, natolik náročná, že výsledky, kterých bylo její zásluhou dosaženo, nebyly úměrné vynaloženému úsilí.

Čtyři z respondentů pak uvedli, že nevyklučují, že se k rehabilitaci podle Vojtova principu reflexní lokomoce později vrátí. Toto však, dle jejich názoru, bude možné až v případě, kdy dítěti budou schopni vysvětlit přínos rehabilitace dle tohoto principu.

Dva respondenti uvedli, že výsledky rehabilitace dle dvou konkurenčních rehabilitačních metod není možné srovnat. Jeden z respondentů uvedl, že výsledky rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce jsou výraznější, jedná se však jen o oblast motorického vývoje. V oblasti psychiky dítěte pozoruje negativní reakce. Druhý z respondentů je pak přesvědčen o větší efektivitě této metody, přičemž u dítěte nepozoruje žádné negativní vlivy.

	ano	ne	Celková četnost
Počet respondentů	8	2	10
Procentuální vyjádření	80	20	100



4.6 ZÁVĚR PRAKTICKÉ ČÁSTI

Na základě analýzy a interpretace výsledků lze závěrem praktické části odpovědět na otázky a vyvrátit či přijmout pracovní hypotézy:

1) Jaká je úroveň poskytovaných informací odbornou veřejností o možnostech rehabilitační léčby u dětí s dětskou mozkovou obrnou?

H₁: Více respondentů považuje poskytované informace za jednostranné a nedostatečné, než za dostačující.

Pro tuto otázku lze pracovní hypotézu přijmout. Většina respondentů, tedy 88,89% považuje informace poskytované odbornou veřejností, resp. lékařskou veřejností, za nedostačující. 75% z těchto respondentů vidí negativa zejména v jednostrannosti doporučované rehabilitační techniky, 12, 5% v nedostačující hloubce poskytnutých informací a 12, 5% v kombinaci obou těchto variant.

2) Jsou výsledky rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce a Bobath konceptu srovnatelné?

H₂: Větší počet respondentů je přesvědčen o srovnatelnosti výsledků rehabilitace oběma rehabilitačními technikami, než o větší efektivitě jedné z rehabilitačních metod.

Pro druhou otázku můžeme taktéž pracovní hypotézu přijmout. Osmdesát procent respondentů uvedlo, že jsou obě rehabilitační techniky v oblasti vlivu na motorický vývoj dítěte srovnatelné. Můžeme tedy říct, že dle názoru průzkumného vzorku rodičů jsou obě rehabilitační techniky stejně efektivní.

Z průzkumu vyplynulo, že rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou by přivítali, ze strany odborné veřejnosti lepší informovanost. Informace poskytované při stanovení diagnózy považují za kusé a upřednostňující jednu z rehabilitačních technik, tedy Vojtovu metodu reflexní lokomoce.

Samotné přijetí diagnózy je pro rodinu velice náročné. Nutnost vlastní iniciativy při hledání alternativního řešení rehabilitační léčby pak pro rodiče znamená další úsilí, které musí vyvinout. Vzhledem k tomu, že se v dané oblasti neorientují, je

pro ně vyhledávání potřebných informací a zorientování se v daném tématu mnohem složitější, proto by uvítali, kdyby iniciativa vycházela z řad odborníků.

Dalším tématem byla srovnatelnost dvou konkurenčních terapeutických přístupů. Z výpovědí respondentů, lze přijmout názor, že jsou obě rehabilitační techniky v oblasti motorického vývoje srovnatelné. Jako problém respondenti pocítují i rivalitu těchto terapeutických přístupů. Z pohledu rodičů by byla nejlepší variantou rehabilitace vytvořená, dle individuálních potřeb dítěte, kombinací jednotlivých prvků obou přístupů. Takto sestavený rehabilitační plán rehabilitačním pracovníkem, by dle jejich názoru umožňoval harmonický rozvoj dítěte jak v oblasti motorických dovedností, tak i v ostatních oblastech vývoje dítěte.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo vytvoření materiálu, popisujícího některé rehabilitační techniky, využívané v rehabilitaci osob s dětskou mozkovou obrnou. Velký důraz byl kladen na popis Bobath konceptu, jako jedné z možných rehabilitačních technik, ke kterému doposud neexistuje velké množství odborné literatury v českém jazyce. Většina materiálů, ze kterých čerpají Bobath terapeuti nebyla publikována, proto bylo v teoretické části pojednávající o této technice využito i informací získaných rozhovorem s jedním z terapeutů. Pro zajímavost byla popsána i metoda Petöho konduktivní podpory, která v České republice prozatím není příliš využívána. Záměrem této práce nebylo vytvořit vyčerpávající materiál popisující detailně jednotlivé metody, ale nabídnout jejich stručné charakteristiky a vystihnout zejména rozdíly jednotlivých přístupů.

Bakalářská práce byla tedy rozčleněna do čtyř kapitol, z nichž první tři obsahují teoretické uvedení do problému, zatímco poslední kapitola je zaměřena na průzkum v rodinách dětí s dětskou mozkovou obrnou.

V prvních dvou kapitolách je zpracován teoretický základ, zahrnující popis dítěte předškolního věku a jeho vývojových specifik. Přičemž první kapitola je věnována vývoji latentní populace, v kapitole druhé je pak popsána dětská mozková obrna jako taková, její jednotlivé druhy a problémy, které mohou vývoj dítěte ovlivnit.

Ve třetí kapitole pak byly popsány jednotlivé druhy rehabilitačních metod, s důrazem na Vojtův princip reflexní lokomoce, Bobath koncept a Petöho metodu konduktivní podpory.

Poslední kapitola byla věnována průzkumu provedenému v rodinách dětí předškolního věku, u nichž byla diagnostikována dětská mozková obrna. Cílem této části bylo potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz a v neposlední řadě i doplnění teoretických předpokladů názory rodičů, pro něž je rehabilitace dle těchto přístupů každodenní realitou.

BIBLIOGRAFIE

- ČERMÁKOVÁ, T. *Petöho metoda v České republice a Německu*. Brno, 2007. 96 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- FRANCOVÁ, Radmila. *Ucelená rehabilitace žáků s diagnózou DMO v praxi základní školy praktické*. Brno, 2006. 115 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- KAČÁNI, Vladislav, et al. *Základy učitel'skej psychológie*. Bratislava : Mladé letá, 2004. 229 s. ISBN 80-10-00429-4.
- KRAUS, Jan, et al. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada , 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Praha : Eteria, 2002. 127 s. ISBN 80-238-8729-7.
- LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha : Grada Publishing, 1998. 343 s. ISBN 80-7169-195-X.
- LESNÝ, Ivan; ŠPITZ, Jan. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha : [s.n.], 1989. 229 s. ISBN 80-04-22922-0.
- NAKLÁDALOVÁ, Lenka. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením v mateřské škole*. Brno, 2007. 78 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
- PAZDEROVÁ, Dagmar. *Edukace dětí předškolního věku s DMO*. Brno, 2008. 60 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
- PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci : Pro studium a praxi*. Praha : Grada , 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno : Paido, 2002. 35 s. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno : Paido, 2007. 51 s. ISBN 978-80-7315-160-7.
- ŠVAJGL, Josef. *Návrh koncepce posilovacího tréninku pro zdravotně postižené osoby po dětské mozkové obrně*. Praha, 1997. 40 s. Diplomová práce. Karlova univerzita v Praze.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno : Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-85931-69-9.

VOJTA, Václav; PETERS, Annegret. *Vojtův princip : Svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze*. Praha : Grada Publishing, 1995. 184 s. ISBN 80-7169-004-X.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 Dotazník průzkumného šetření
- Příloha č. 2 Přepis rozhovoru s respondentem č. 1
- Příloha č. 3 Přepis rozhovoru s respondentem č. 2
- Příloha č. 4 Přepis rozhovoru s respondentem č. 3
- Příloha č. 5 Přepis rozhovoru s respondentem č. 4
- Příloha č. 6 Přepis rozhovoru s respondentem č. 5
- Příloha č. 7 Přepis rozhovoru s respondentem č. 6
- Příloha č. 8 Přepis rozhovoru s respondentem č. 7
- Příloha č. 9 Přepis rozhovoru s respondentem č. 8
- Příloha č. 10 Přepis rozhovoru s respondentem č. 9
- Příloha č. 11 Přepis rozhovoru s respondentem č. 10

Příloha č. 1: Dotazník

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - a) do půl roku dítěte
 - b) do roku dítěte
 - c) do dvou let dítěte
 - d) do tří let dítěte
 - e) jiná odpověď (prosím uveďte)

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - a) problémy s hrubou motorikou
 - b) problémy s jemnou motorikou
 - c) problémy s jemnou i hrubou motorikou

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - a) ošetřující lékař
 - b) pracovník rané péče
 - c) sám/sama jsem o rehabilitaci usilovala
 - d) jiná odpověď (prosím uveďte)

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - a) ano
 - b) ne

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - a) jednostrannosti poskytnutých informací o rehabilitačních metodách vhodných pro Vaše dítě
 - b) nedostatečně obsáhlých informacích o rehabilitační metodě jako takové
 - c) jiná odpověď (prosím uveďte)

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - a) 1. metoda: Vojtův princip reflexní lokomoce » 2. metoda: Bobath koncept
 - b) 1. metoda: Bobath koncept » 2. metoda: Vojtův princip reflexní lokomoce
 - c) jiná odpověď (prosím uveďte)

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
- prosím uveďte:
8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- prosím uveďte:
9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- a) ano
b) ne
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- a) psychika dítěte
b) vývoj komunikačních schopností dítěte
c) emocionální vývoj
d) příjem potravy dítěte
e) výkon fyziologických potřeb dítěte
f) jiná odpověď (prosím uveďte)
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- prosím uveďte:
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- prosím uveďte:
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- a) ano
b) ne
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- a) psychika dítěte

- b) vývoj komunikačních schopností dítěte
- c) emocionální vývoj
- d) příjem potravy dítěte
- e) výkon fyziologických potřeb dítěte
- f) jiná odpověď (prosím uveďte)

15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?

- a) ano
- b) ne

Příloha č. 2: Přepis rozhovoru s respondentem č. 1

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - respondent uvedl, že nejen že nebyl spokojen s poskytnutými informacemi, ale značně ho znepokojoval i přístup lékařů, při nesouhlasu se zvolenou rehabilitační léčbou. Lékař v případě nesouhlasu s rehabilitací dle Vojtovy metody označil péči o dítě za nedostatečnou.

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- respondent uvedl, že dítě do dvou let snášelo rehabilitaci jen s drobnými psychickými potížemi. Od dvou let již přestalo spolupracovat úplně. Každé cvičení znamenalo velkou psychickou zátěž jak pro respondenta, tak i pro jeho dítě. Dítě bylo i po rehabilitaci značně podrážděné a nervózní.
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- menší stres při rehabilitaci, vzhledem k přirozenosti situace
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- v pozdějším věku uvažují o návratu k Vojtově metodě

Příloha č. 3: Přepis rozhovoru s respondentem č. 2

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - respondent uvedl, že kromě hlavní rehabilitační techniky v současné době dojíždějí na hypoterapii.

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?

- bez doplňujících informací

10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

- respondent uvedl, že se dítě terapii bránilo a mělo při ní psychické problémy

11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?

- bez doplňujících informací

12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?

- bez doplňujících informací

13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?

- Rehabilitace probíhá při běžných denních činnostech, formou hry, proto nepůsobí negativně na psychiku dítěte

14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

- Respondent uvedl, že při rehabilitaci nepozoruje žádné vedlejší vlivy. Dítě rehabilitaci snáší lépe, dokonce se i těší.

15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?

- respondent se chce k rehabilitační metodě Vojtova principu reflexní lokomoce vrátit, až bude dítěti schopen objasnit její přínos

Příloha č. 4: Přepis rozhovoru s respondentem č. 3

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - respondent uvedl, že kromě hlavní rehabilitační metody provádějí kraniosakrální terapii a čínské masáže

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?

- bez doplňujících informací

10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

- dítě respondenta při rehabilitaci dle Vojtova principu trpělo psychickými problémy. Už při vysvlékání hystericky křičelo, mělo problémy s příjmem potravy a křečemi břicha.
- po rehabilitaci se začaly projevovat epileptické záchvaty

11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?

- bez doplňujících informací

12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?

- bez doplňujících informací

13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?

- bez doplňujících informací

14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?

- bez doplňujících informací

15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?

- bez doplňujících informací

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru s respondentem č. 4

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - respondent uvedl, že se svým dítětem provádějí ještě synergetickou reflexní terapii, hypoterapii, canisterapii a reflexní masáže

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- cvičení v přirozených situacích u dítěte nevyvolávalo stresové situace
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- výsledky Vojtova principu reflexní lokomoce jsou výraznější, ale spíše v oblasti motorické
 - respondent dále uvedl, že nevyklučuje v pozdějším věku návrat k Vojtově metodě reflexní lokomoce

Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s respondentem č. 5

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- psychické problémy se projevovaly sníženou vůlí k aktivitě, pláčem, vztekem, nočními děsy a přerušovaným spánkem
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- dítě snáší rehabilitaci dobře zejména proto, že nevyžaduje zvláštní podmínky při cvičení a dítě může být rehabilitováno kdykoliv během dne
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- bez doplňujících informací

Příloha č. 7: Přepis rozhovoru s respondentem č. 6

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - respondent uvedl, že k hlavní rehabilitační metodě navíc využívají míčkování obličejů, ergoterapii a hypoterapii

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- respondent uvedl, že po rehabilitaci dle tohoto principu se u jeho dítěte začaly projevovat epileptické záchvaty
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- forma hry, smysluplné činnosti, evidentní záměr, proto dítě rehabilitaci snáší dobře
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- bez doplňujících informací

Příloha č. 8: Přepis rozhovoru s respondentem č. 7

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- dítě respondenta rehabilitaci snášelo špatně, bylo unavené, apatické, hystericky při rehabilitaci křičelo a zvracelo
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- Pro dítě je tato forma rehabilitace mírnější, prováděná spíše formou hry
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- bez doplňujících informací

Příloha č. 9: Přepis rozhovoru s respondentem č. 8

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - rehabilitaci doplňují synergetickou reflexní terapií

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- dítě plakalo při jakémkoliv vysvlékání, bylo velice podrážděné.
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- Rehabilitace je snášena lépe zejména proto, že je ihned při rehabilitaci vidět záměr, který je dítě schopno pochopit
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- respondent se chce později pokusit o návrat k rehabilitaci pomocí Vojtova principu reflexní lokomoce nebo alespoň k jeho prvkům, to vše však jen za předpokladu, že dítě bude rehabilitaci lépe snášet

Příloha č. 10: Přepis rozhovoru s respondentem č. 9

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
 - bez doplňujících informací

2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
 - bez doplňujících informací

4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
 - bez doplňujících informací

5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
 - bez doplňujících informací

6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
 - bez doplňujících informací

7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
 - bez doplňujících informací

8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- bez doplňujících informací
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
- bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
- bez doplňujících informací
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
- nedostatečná efektivita
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
- dle respondenta není možné srovnávat efektivitu Vojtova principu reflexní lokomoce a Bobath konceptu. Účinnost Vojtovy metody je dle něj mnohem vyšší a veškerá negativa lze překonat dobrou motivací dítěte. Respondent dále uvedl, že rodič musí nejdříve začít u sebe a sám být přesvědčen o efektivitě a přínosu pro dítě.

Příloha č. 11: Přepis rozhovoru s respondentem č. 10

1. Kdy byla u Vašeho dítěte diagnostikována DMO?
DMO diagnostikována mezi třetím a čtvrtým rokem, nejdříve byly diagnostikovány vývojové odchylky
2. Jakým způsobem se projevovaly motorické problémy u Vašeho dítěte?
- bez doplňujících informací
3. Kdo doporučil Vašemu dítěti rehabilitační péči?
- bez doplňujících informací
4. V případě, že Vám byla rehabilitace doporučena druhou osobou, byl/a jste spokojen/a s rozsahem poskytnutých informací?
- bez doplňujících informací
5. V případě, že jste nebyl/a spokojen/a s poskytnutými informacemi, příčina Vaší nespokojenosti spočívala v:
- bez doplňujících informací
6. Jaká byla posloupnost využívaných rehabilitačních metod u Vašeho dítěte?
- bez doplňujících informací
7. V jakém věku jste začali cvičit dle Vojtova principu reflexní lokomoce?
- bez doplňujících informací
8. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
- bez doplňujících informací

9. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Vojtova principu reflexní lokomoce vedlejší negativní účinky?
 - bez doplňujících informací
10. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
 - dítě rehabilitaci těžce snášelo, bránilo se, proto nemohli rehabilitovat důsledně a od rehabilitace upustili
11. V jakém věku jste začali cvičit dle Bobath konceptu?
 - bez doplňujících informací
12. Jak dlouho jste dle této metody cvičili?
 - bez doplňujících informací
13. Vyskytly se u Vašeho dítěte následkem rehabilitace dle Bobath konceptu vedlejší negativní účinky?
 - vzhledem k formě rehabilitace respondentem nebyly pozorovány negativní následky rehabilitace
14. Pokud ano, v jaké oblasti byly tyto negativa pozorovatelné?
 - bez doplňujících informací
15. Jsou dle Vašeho názoru výsledky obou rehabilitačních technik srovnatelné?
 - bez doplňujících informací

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Martínková
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Vliv rehabilitačních technik na děti předškolního věku s DMO
Název v angličtině:	The influence of rehabilitation techniques for preschool children with cerebral palsy
Anotace práce:	<p>Tato práce je v teoretické části zaměřena na popis dítěte předškolního věku a jeho specifických dovedností, narušení vývoje vlivem diagnostikované dětské mozkové obrny a na charakteristiku rehabilitačních metod používaných při této diagnóze.</p> <p>Praktická část pak poukazuje na názory vybraného vzorku respondentů v oblasti srovnatelnosti efektivity Vojtova principu reflexní lokomoce a Bobath konceptu a na hloubku poskytovaných informací o možnostech rehabilitační léčby odbornou veřejností.</p>
Klíčová slova:	DMO, dítě předškolního věku, rehabilitační techniky, Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept.
Anotace v angličtině:	<p>This work is focused on the theoretical description of the pre-School child and its specific skills, disruption due to the development of children diagnosed with cerebral palsy and the characteristics of rehabilitation techniques used in the diagnosis.</p> <p>The practical part refers to the views of a sample of respondents in the comparable effectiveness of the principle of reflex locomotion Vojta and Bobath concept and the depth of information on treatment option for rehabilitation experts.</p>
Klíčová slova v angličtině:	Cerebral palsy, preschool children, rehabilitation techniques, Vojta reflex locomotion method, Bobath Concept
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 Dotazník průzkumného šetření</p> <p>Příloha č. 2- 11 Přepis rozhovoru s respondentem č. 1- 10</p>
Rozsah práce:	61 stran
Jazyk práce:	čeština