

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Uplatnění Vojtovy metody v rámci uceleného systému rehabilitace
v centru ARPIDA v Českých Budějovicích**

Diplomová práce

2011

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

Autor: Bc. Věra Soukupová, DiS

ABSTRAKT

Název práce: Uplatnění Vojtovy metody v rámci uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA v Českých Budějovicích

Předkládaná diplomová práce si klade za cíl pokusit se zjistit, do jaké míry může Vojtova metoda ovlivnit schopnost dítěte přijímat a aktivně se zapojit do dalších prostředků uceleného systému rehabilitace. Diplomová práce se zabývá uplatněním Vojtovy metody v rámci uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA v Českých Budějovicích.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část práce pojednává o současném stavu problému, charakterizuje jednotlivé prostředky uceleného systému rehabilitace a informuje čtenáře o Vojtově metodě reflexní lokomoce.

Praktická část je členěna do dvou kapitol. První kapitola seznamuje čtenáře s charakteristikou vybraného zařízení. Ve druhé kapitole jsou zpracovány kazuistiky klientů doplněné o analýzu rozhovorů s rodiči a dalšími členy multidisciplinárního týmu. Na základě těchto materiálů jsem vytvořila šest kazuistik klientů centra ARPIDA. Hlavní diagnózou klientů byla dětská mozková obrna v různých formách s kombinovanými vadami, kterou má pět ze šesti sledovaných klientů.

V diplomové práci jsem použila metodu kvalitativního výzkumu. V praktické části byla použita technika analýzy zdravotnické a osobní dokumentace vybraných klientů centra ARPIDA, vlastní přímé pozorování, analýza rozhovorů s rodiči a ostatními členy multidisciplinárního týmu, a využití z vlastní práce fyzioterapeuta.

V závěru práce konstatuji, že aplikace Vojtovy metody je nezbytná v rámci uceleného systému rehabilitace ve snaze o snížení následků postižení a zkvalitnění života jedinců s postižením. Vlastním výzkumem jsem se snažila ověřit poznatky, které jsem získala studiem literatury při zpracovávání teoretické části. Závěrem této praktické části je shrnutí výsledků, zhodnocení splnění cílů a závěry šetření s doporučením.

Práce může sloužit odborníkům a studentům, kteří se této problematice věnují, ale také členům multidisciplinárního týmu jako jejich zpětná vazba.

ABSTRACT

Title of the thesis: Application of Vojta method within the comprehensive system of rehabilitation provided in ARPIDA Centre in České Budějovice

The diploma thesis at hand aims to find out to what extent Vojta method can stimulate child's ability to receive and actively participate in other means of the comprehensive rehabilitation system. The diploma thesis observes application of Vojta method within the comprehensive system of rehabilitation provided in ARPIDA in České Budějovice.

The diploma thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the current state of the issue in question, provides characteristics of individual means of the comprehensive system of rehabilitation, and acquaints the reader with the technique named reflex locomotion, which is referred to as the Vojta method.

The practical part comprises of two chapters. The first chapter provides the reader with a description of the selected facility. The second chapter introduces case reports of the clients completed with analyses of interviews held with parents and other members of the multidisciplinary team. Using the mentioned materials, the author produced six case reports of selected clients of ARPIDA centre. Five out of six observed clients were diagnosed with infant cerebral palsy in different forms with combined defects.

For the purposes of the diploma thesis, the author used the method of qualitative research. The practical part is based on analyses of medical records and personal documentations of selected clients of ARPIDA centre; author's own direct observation; analyses of interviews held with parents and other members of the multidisciplinary team; and observations made by the author while performing her duties as a physiotherapist.

Finally, it was concluded that application of Vojta method is necessary within the comprehensive system of rehabilitation which strives to reduce the effects of the disability and improve the quality of life in subjects with the said disability. The author's own research was designed to verify the findings learned from the literature reviewed for the

purposes of the theoretical part. The conclusion of the practical part contains a summary of results, assessment of accomplished goals; and research outcomes and recommendations.

The thesis may be found useful by both experts and students who have professional interests in the issue; yet, it should also be made available to the members of the multidisciplinary team as a feedback.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 5. 2011

podpis studenta

Děkuji Doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D., za odborné vedení práce, za trpělivost a mnoho cenných rad a podnětů. Dále děkuji za spolupráci celému kolektivu centra ARPIDA o.s. v Českých Budějovicích.

OBSAH

<u>ABSTRAKT.....</u>	<u>2</u>
<u>ABSTRACT.....</u>	<u>3</u>
<u>ÚVOD.....</u>	<u>9</u>
<u>1. současný stav.....</u>	<u>11</u>
<u>2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ.....</u>	<u>11</u>
<u>3. pojem rehabilitace.....</u>	<u>13</u>
<u>4. Ucelený systém rehabilitace.....</u>	<u>15</u>
<u>5. Léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace.....</u>	<u>17</u>
<u>a. Léčebná tělesná výchova.....</u>	<u>18</u>
<u>b. Ergoterapie</u>	<u>19</u>
<u>c. Animoterapie</u>	<u>20</u>
<u>d. Ostatní terapie využívané v centru Arpida.....</u>	<u>22</u>
<u>e. Další léčebné prostředky užívané v centru ARPIDA.....</u>	<u>23</u>
<u>6. Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace.....</u>	<u>24</u>
<u>7. Pedagogické prostředky uceleného systému rehabilitace.....</u>	<u>26</u>
<u>8. Pracovní rehabilitace.....</u>	<u>28</u>
<u>9. Reflexní lokomoce jako léčebná metoda.....</u>	<u>31</u>
<u>10. Osobnost prof. MUDr. Václava Vojty, DrSc.....</u>	<u>32</u>
<u>11. Mechanismus reflexní lokomoce.....</u>	<u>33</u>
<u>12. Terapeutický systém.....</u>	<u>36</u>
<u>13. Účinky Vojtovy metody terapie.....</u>	<u>37</u>
<u>14. Aktivace reflexní lokomoce.....</u>	<u>38</u>
<u>1.4.5.1 Reflexní plazení.....</u>	<u>39</u>
<u>1.4.5.2 Reflexní otáčení.....</u>	<u>41</u>
<u>1 Empirická část.....</u>	<u>43</u>
<u>1.1 Cíl práce.....</u>	<u>43</u>
<u>1.2 Výzkumné otázky.....</u>	<u>43</u>
<u>2 Metodika.....</u>	<u>44</u>

<u>POZOROVÁNÍ.....</u>	<u>44</u>
<u>ANALÝZA ODBORNÉ LITERATURY.....</u>	<u>44</u>
<u>ANALÝZA DOKUMENTŮ.....</u>	<u>44</u>
<u>PŘÍMÉ POZOROVÁNÍ V PRŮBĚHU TERAPIE.....</u>	<u>44</u>
<u>OBSAHOVÁ ANALÝZA ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE.....</u>	<u>44</u>
<u>OBSAHOVÁ ANALÝZA OSOBNÍ DOKUMENTACE KLIENTŮ</u>	<u>44</u>
<u>ANALÝZA ROZHovorŮ SE ZŮČASTNĚNÝMI SPECIALISTY (ČLENY</u>	
<u>MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU).....</u>	<u>44</u>
<u>VLASTNÍ PRÁCE FYZIOTERAPEUTA.....</u>	<u>44</u>
<u>ANALÝZA ROZHovorŮ S RODIČI KLIENTŮ.....</u>	<u>44</u>
<u>2.1.1 Předpokládané využití práce.....</u>	<u>45</u>
<u>2.2 Charakteristika výzkumného prostředí a souboru.....</u>	<u>46</u>
<u>15. Centrum ARPIDA o. s. v Českých Budějovicích.....</u>	<u>46</u>
<u>16. Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA.....</u>	<u>47</u>
<u>17. Pedagogické prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA.....</u>	<u>49</u>
<u>18. Léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA.....</u>	<u>51</u>
<u>1 Výsledky.....</u>	<u>52</u>
<u>19. Kazuistické (případové) studie.....</u>	<u>53</u>
<u>20. Analýza rozhovorů.....</u>	<u>78</u>
<u>21. diskuse.....</u>	<u>82</u>
<u>1 Závěr.....</u>	<u>86</u>
<u>22. Seznam použitých zdrojů.....</u>	<u>88</u>
<u>1 Klíčová slova (KEY WORDS).....</u>	<u>92</u>
<u>2 seznam Příloh.....</u>	<u>93</u>
<u>23. Přílohy.....</u>	<u>94</u>

ÚVOD

Řeč, rozumová činnost a práce jsou tři specificky lidské činnosti, pomocí kterých se člověk zařazuje a udržuje ve společnosti. Pohybové a dorozumívací schopnosti jsou nezbytným předpokladem pro výchovu, vzdělávání, přípravu na budoucí povolání, pracovní a společenské zařazení postižených dětí. Proto jsou poruchy rozumové činnosti, řeči a hybnosti nejtěžšími překážkami při výchově, vzdělávání a při přípravě na budoucí povolání.

U lidí se zdravotním postižením se stává ucelený systém rehabilitace nepostradatelnou složkou naší společnosti. Ucelenost v rehabilitaci znamená především včasnost, návaznost jednotlivých složek na sebe a také komplexnost. Jejím smyslem a cílem je pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života. Součástí uceleného systému rehabilitace je také aktivní přístup zdravotně postižených ve snaze zapojit se do běžného života.

Od roku 2005 pracuji v centru ARPIDA. Zde jsem se setkala s Vojtovou metodou reflexní lokomoce. Jelikož tuto metodu používám již několik let, zajímají mne výsledky mé dosavadní práce, proto jsem se rozhodla věnovat této tématice i ve své diplomové práci.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Část teoretická je zpracována monografickou technikou, s použitím obsahové analýzy.

Teoretická část práce ve čtyřech kapitolách pojednává o současném stavu problému, vymezuje základní pojmy, charakterizuje jednotlivé prostředky uceleného systému rehabilitace a informuje o Vojtově metodě reflexní lokomoce.

Praktická část poukazuje na konkrétní případy a možnosti využití Vojtovy metody ve snaze o snížení následků postižení a zkvalitnění života jedinců s postižením. Vlastním výzkumem jsem se snažila ověřit poznatky, které jsem získala studiem literatury při zpracovávání teoretické části. Závěrem této praktické části je shrnutí výsledků, zhodnocení splnění cílů a závěry šetření s doporučením.

Při praktické části byla použita technika analýzy dokumentů (zdravotní dokumentace vybraných klientů centra ARPIDA), vlastní přímé pozorování, analýza

rozhovorů s rodiči, specialisty a také jsem využila zkušenosti z mé vlastní činnosti na pracovní pozici fyzioterapeuta.

1. SOUČASNÝ STAV

V běžném životě se setkáváme s lidmi, kteří se od našeho života nějak odlišují. Tito lidé, i když tvoří minoritu, jsou přirozenou součástí naší společnosti. V oblasti péče o děti s motorickým nebo kombinovaným postižením, se významně prosazuje ucelený systém rehabilitace, který účelně propojuje jednotlivé její prostředky. Je žádoucí, aby bylo dítě na aplikaci jednotlivých prostředků rehabilitace připraveno. Malé dítě se zdravotním postižením (novorozenec) se tak zpravidla v rámci terapie nejdříve setkává s aplikací Vojtovy metody. Následně jsou pak aplikovány i další prostředky uceleného systému rehabilitace. Vojtova metoda vychází z myšlenky, že duševní vývoj dítěte jde ruku v ruce s pohybovým vývojem.

2. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Mezinárodní klasifikace poruch postižení a handicapů, Světová zdravotnická organizace (WHO) 1980 (Květoňová - Švecová 2004):

- *Porucha* (anglicky „disorder“) je medicínsky definovaný stav nebo nemoc (např. fenylketonurie).
- *Postižení* (anglicky „impairment“) je ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické struktury či funkce (např. paréza dolních končetin).
- *Omezení schopností* (anglicky „disability“) je každé omezení či ztráta schopnosti (plynoucí z postižení) provádět činnost, která je pokládána za normální pro lidskou bytost (např. nemožnost chůze).
- *Handicap* je vliv poruchy (postižení) na práci člověka (dosažení cílů), které si přeje nebo jsou od něj a od společnosti očekávány (např. nemožnost přijmout zaměstnání vyžadující pohyblivost, nemožnost přístupu do veřejných budov a prostorů).

Tyto definice současně ukazují na to, že je nutné chápat postižení v celé jeho šíři s ohledem na všechna terapeutická opatření (od medicínské intervence přes rehabilitaci, výchovu a vzdělávání, až k sociální péči).

Někteří autoři rozlišují pouze postižení a handicap. Do pojmu postižení zařazují jak význam porucha tak i postižení. V našich podmínkách se běžně používá spojení „postižení lidé“. Tento pojem je v zahraničí nahrazen pojmem „lidé/děti s postižením“. Tím je kladen důraz na člověka jako na osobnost takovou. Objevuje se také pojem „člověk/dítě se zvláštními potřebami“ (Květoňová - Švecová 2004).

3. *POJEM REHABILITACE*

Pojem „rehabilitace“ byl zaveden v 19. století a původně znamenal léčebné postupy, které vedou k navrácení funkčních schopností (*habilis* = schopný). Byl navržen i český výraz – návratná péče, který správně vystihuje podstatu rehabilitace, ale v praxi se tento výraz neujal (Votava 2003).

Rehabilitace jako systém ovšem vznikl v USA po 1. světové válce, kde ji v roce 1918 zaštitili speciálním zákonem. U nás velmi dobře organizoval práci profesor Rudolf Jedlička v Praze na Vyšehradě. Ve frankofonních zemích se termín rehabilitace používal málo. Převažovalo zde označení reedukace a readaptace. Po druhé světové válce se pojem rehabilitace rozšířil po celém světě. Velkou zásluhu na tom měla Světová zdravotnická organizace (WHO), dále Rehabilitation International (Rehabilitace mezinárodní) (Pfeiffer 2007).

WHO počala zpracovávat klasifikaci následků nemocí. Ta plynule navazuje na Mezinárodní klasifikaci nemocí (ICD), která byla navržena v roce 1983 pařížským městským statikem doktorem Jacksem Bertillonem. Tato klasifikace měla překlenout rozdíly mezi různými názvy nemocí v různých zemích. Názvy nemocí byly popisovány a pojmenovány podle profesorů, kteří nemoci poprvé popsali. Klasifikace užila čísel, což je velmi užitečné při mezinárodní komunikaci. V České republice je velmi známá, neboť se běžně používá při styku se zdravotními pojišťovnami (Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava 2005).

Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (1980)

Tuto klasifikaci vydala WHO jako pokusnou klasifikaci, která je do českého jazyka přeložena jako Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů – Příručka klasifikace se vztahuje k následkům nemoci a stala se rychle velmi známou a populární, protože se snaží řešit palčivý problém. Byla několikrát přepracována a v roce 2001 vyšla definitivní verze, kterou přijal i náš stát. Název se změnil v pozitivním slova smyslu na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (ICF). Tato

klasifikace se stala základní ideovou a také vedoucí pomůckou při zavádění rehabilitace (Trojan, Druga, Pfeiffer, Votava 2005).

Optimálním výsledkem rehabilitace je odstranění všech důsledků nemoci nebo úrazu, které se mohou projevovat jak na pohybovém ústrojí, tak na psychice. V mnoha případech však funkce, které byly ztraceny následkem úrazu nebo nemoci, nelze obnovit vůbec nebo jen částečně. Příkladem jsou stavy po poranění míchy, kdy nastává trvalé poškození, které je však možné funkcemi, jež zůstaly zachovány, kompenzovat. Současně musíme zabránit tomu, aby docházelo ke zhoršení stavu. Toto má za úkol sekundární prevence (Votava 2003).

4. UCELENÝ SYSTÉM REHABILITACE

Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která není chápána striktně, tedy jako zdravotnický obor ve smyslu fyzioterapie, ale jako obor interdisciplinární, který zahrnuje nejen péči zdravotnickou, ale také péči sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. Na zásadní význam nově pojaté rehabilitace poukazuje J. Pfeiffer, který uvádí, že rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice a Evropská unie také proto vyzývá všechny své členy, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Jde o plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života, při využití všech dostupných prostředků jak léčebných, sociálních, výchovných, tak i pracovních (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005).

Podle Jankovského je ucelená rehabilitace interdisciplinární obor, který zahrnuje obor rehabilitační, obory pedagogicko - psychologické, pracovní a sociálně - právní (Jankovský 2006).

J. Jesenský užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatý termín *komprehensivní rehabilitace* a rozděluje ji podle zaměření při plnění úkolů na čtyři hlavní složky – *rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou*. Toto členění ale v dnešní době neodpovídá současnému pojetí rehabilitace a v zásadě bychom měli mluvit pouze o jednotlivých prostředcích rehabilitace. V tomto duchu máme na mysli rehabilitaci dlouhodobou, kterou je důležité odlišit od rehabilitace krátkodobé, či přechodné, jejímž cílem je návrat ke zdraví a upevnění celkové kondice (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005).

Rehabilitace se týká nejen lidí, kteří se vyvíjeli jako zdraví jedinci a v důsledku onemocnění byli vyřazeni z běžného života a běžných aktivit, ale i jedinců, kteří se s určitým postižením již narodili nebo onemocněli v dětském věku. Cílem uceleného systému rehabilitace je co nejlepší a nejúspěšnější začlenění člověka se zdravotním postižením do aktivního života s jeho dobrou kvalitou. Zapojení lidí se zdravotním postižením do normálního života se týká rehabilitace dlouhodobé (Jankovský 2006).

Cílem rehabilitace v dětství je podpořit přirozený vývoj a přiblížit ho i u postiženého dítěte vývoji jeho zdravých vrstevníků, popřípadě dosáhnout zcela fyziologického vývoje (Votava 2003).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci v roce 1969 následně: „Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovuvýcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti“ (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005). Tato definice se postupem let několikrát měnila a rozšiřovala. V roce 1994 byla rehabilitace charakterizována jako proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvíjet nebo posilovat fyzické, mentální nebo sociální dovednosti. Tato zatím konečná definice nám říká, že rehabilitaci nemůžeme zužovat pouze na fyzioterapii, ale vnímat ji oborově (Jankovský 2006).

Ucelenost rehabilitace je dána tím, že se jednotlivé prostředky navzájem propojují. Odborníci z léčebné rehabilitace musí vědět, jaký odborník je za určitou složku ucelené rehabilitace odpovědný a s kým bude spolupracovat při řešení konkrétních úkolů. Odborník by měl být schopen svým klientům poradit, co mohou v rámci uceleného systému rehabilitace očekávat a na koho se mohou obrátit (Votava 2003).

V České republice chybí systém ucelené rehabilitace, který by pomáhal lidem po úrazech s úpravou bydlení, rekvalifikací nebo nalezením práce. K dalším problémům patří dlouhé rozhodovací lhůty např. při přiznání podpory, nedostatečné bezbariérové vybavení škol a také nízké počty pedagogů a asistentů ve školách. Národní rada sice za 10 let zvýraznila problematiku lidí se zdravotním postižením, ale bohužel se jí trvale nedaří vyřešit problém zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Není to ale jen problém pouze České republiky, ale celé Evropské unie. Některé podpůrné projekty se ovšem nevyužívají snadno. Dlouhodobě nezaměstnaným chybí mnohdy i potřebná kvalifikace. Národní radě se přesto podařilo prosadit řadu zákonů. Patří mezi ně především Zákon o sociálních službách, ale i úpravy ve stavebním zákoně a v zákonech zdravotnických. Významným činem je též schválení národního programu mobility pro všechny. Jedná se o program, který podporuje odstraňování bariér v dopravě. Realizaci

některých projektů zkomplikovala hospodářská krize. Národní rada chce nyní prosadit, aby vláda nekrátila prostředky na podporu lidí se zdravotním postižením (www.zdravky.cz). V následujících kapitolách budou popsány jednotlivé prostředky uceleného systému rehabilitace.

5. Léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace

Léčebná rehabilitace je velmi významnou složkou uceleného systému rehabilitace. Je zaměřena nejen na odstranění postižení (poškození) a funkčních poruch, ale je též zaměřena na eliminaci vzniklého zdravotního postižení (Jankovský 2006). Podle J. Jesenského (1995) jsou léčebné prostředky zaměřeny jak na odstranění postižení a funkčních poruch, tak i na eliminaci následků zdravotního postižení, včetně jeho dimenze sociální. Stejný autor uvádí rozdělení léčebné rehabilitace podle J. Pfeiffera a J. Votavy na rehabilitaci *vertikální*, která vede k původnímu obnovení organismu před onemocněním a na rehabilitaci *horizontální*, která je dlouhodobá. Horizontální rehabilitace řeší problematiku postižení a poškození, které mají závažný charakter s chronickým průběhem. Léčebná rehabilitace se prolíná s vlastním léčením, a proto mezi nimi nelze stanovit přesné hranice.

Léčebná rehabilitace není jen součástí medicíny, ale má v sobě prvky psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie apod. Podle J. Jankovského je k léčebným prostředkům rehabilitace řazena léčebná tělesná výchova, fyzikální terapie, ergoterapie, farmakoterapie, animoterapie, muzikoterapie, arteterapie a psychoterapie (Jankovský 2006). Podle J. Jesenského však termíny arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, hipoterapie, kineziterapie atd. označují jevy určitých pracovních oblastí, jež mají často užší vztah k rehabilitaci a to ke složce sociální, pedagogické a pracovní (Jesenský 2000). V péči o děti s DMO (dětskou mozkovou obrnou) či s ICP (infantilní cerebrální parézou) jsou v rámci léčebné rehabilitace zařazeny následující postupy (Jankovský 2006).

a. Léčebná tělesná výchova

Votava uvádí, že léčebná rehabilitace je obvykle první etapou, kterou zajišťují zdravotníci svými prostředky ve zdravotnických zařízeních. Zahajovat rehabilitační program léčebnou rehabilitací však není absolutní pravidlo (Votava 2003).

Podle Jankovského léčebná tělesná výchova patří mezi hlavní metody fyzioterapie, která se zabývá pohybovým aparátem. Léčebná tělesná výchova představuje nejúčinnější prostředek, který je velmi efektivní u dítěte s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO). Její základní formou je tělesné cvičení, které je prováděno buď:

- Individuálním cvičením – v případě, že je s dítětem špatná spolupráce nebo nerozumí pokynům, které mu dáváme.
- Skupinovým cvičením – jsou zde zařazeny děti, které pohybům a povelům rozumí, spolupracují a jejich postura a motorika je na relativně dobré úrovni (Jankovský 2006).

Podle A. Gútha (1995) se jedná o dva strategické léčebné přístupy:

- Léčebné gymnastické prvky.
- Reflexní motorika – Vojtova metoda reflexní lokomoce (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005). Mezi další techniky a metody, které se u dětí s DMO používají, patří metoda manželů Bobathových, dále metoda podle Kabata, metodika podle J. Čáповé, reflexologie plosky nohy atd.

Tyto techniky a metody jsou v centru ARPIDA vnímány většinou jako doplňkové, a i nadále zde zůstává Vojtova metoda u dětí s DMO základní terapeutickou metodou v uceleném systému rehabilitace (Jankovský 2006).

Fyzikální terapie (FT)

Fyzioterapie využívá řadu dalších léčebných prostředků, z nichž mnohé jsou pasivní (Votava 2003). Mezi metody fyzikální terapie patří různé druhy masáží, elektroléčba, vodoléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba teplem

(termoterapie), perličková a vířivá lázeň, balneoterapie (léčba přírodními léčivými prostředky) (Jankovský 2006).

b. Ergoterapie

Je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace (Jankovský 2006). Cílem ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti a samostatnosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a zlepšení jejich kvality života (Votava 2003).

Pro každého člověka je vypracován individuální léčebný program, který musí respektovat jeho zdravotní stav, typ a stupeň postižení. Tento program by měl rozvíjet různé pracovní schopnosti člověka takovým způsobem, aby se mohl úspěšně začlenit do plnohodnotného života (Jankovský 2006). Významnými propagátory ergoterapie u nás jsou J. Votava a J. Pfeiffer. V současné době zaznamenává tento obor dynamický rozvoj (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005).

Podle A. Gútha nevnímáme práci a hru v rámci ergoterapie jako léčbu zaměstnáváním, ale jde o tzv. cílenou ergoterapii, ať se už jedná o formu:

- specifickou – usilující o obnovení pohybů postižených částí těla
- generalizovanou – věnující pozornost nepostiženým částem těla (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005).

D. Kubínková a A. Křížová rozlišují v ergoterapii čtyři hlavní oblasti, které se doplňují a navzájem propojují. Sledují, zda je potřeba zvýšit psychickou kondici člověka, anebo jsou cíleně zaměřeny na poškozenou (postiženou) oblast. Další oblast ergoterapie pomáhá člověku usnadnit komunikaci s okolím. Jako čtvrtý typ rozlišujeme ergoterapii zaměřenou na soběstačnost a samostatnost jedince (Jankovský 2006).

V oblasti pracovní rehabilitace zaujímá stále větší úlohu ergodiagnostika, která posuzuje následky onemocnění nebo úrazu, schopnosti jedince pro možné umístění do zaměstnání, respektive sociální začlenění člověka do společnosti (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005).

Mezi významnou součást ergoterapie patří hodnocení a přizpůsobení technických pomůcek, jejich indikace a nácvik používání. Ergoterapie zahrnuje i nácvik

soběstačnosti. Přizpůsobuje prostředí, ve kterém se dítě pohybuje, obzvláště interiéru bytu a odstraňuje architektonické bariéry (schody, prahy atd.).

Velmi specifická je dětská ergoterapie, kdy dítě s DMO nemá z minulosti žádné zkušenosti a nemá osvojeny pohybové stereotypy. Pohybové stereotypy si dítě teprve vytváří v průběhu života. Velmi důležité je respektovat vývojové hledisko dítěte, kdy např. patnáctileté dítě nemusí po stránce motorické a mentální odpovídat patnácti letům zdravého dítěte.

Základní metodou pro děti je hra. Dětská hra a činnost obecně mají svá vývojová stádia, která je nutné brát v úvahu při sestavování ergoterapeutického plánu pro dítě s postižením. Jestliže má být dětská ergoterapie efektivní, je nutný a žádoucí individuální přístup.

V obecné rovině je cílem ergoterapie dosažení maximální možné samostatnosti a soběstačnosti dítěte. Nedílnou součástí v celém procesu mají zejména rodiče postiženého dítěte, proto je nezbytná jejich spolupráce. Dalším efektem ergoterapie kromě efektu léčebného, je efekt resocializační. Proto ergoterapie úzce souvisí s rehabilitací pracovní a rehabilitací sociální (Jankovský, Pfeiffer, Švestková 2005, Jankovský 2006).

c. Animoterapie

Animoterapii (pet - terapii) definují Hátlová a Suchá jako asistovanou psychoterapii pomocí zvířecích mazlíčků (Hátlová, Suchá 2005). V centru ARPIDA je používána především hipoterapie a canisterapie. V animoterapii lze využít jakékoliv zvíře, které je jedinci příjemné a se kterým jedinec dokáže navázat vizuální a taktilní kontakt (Votava 2003). Toto působení ovlivňuje komplexně funkce lidského organismu, kdy má výrazně pozitivní účinky na psychiku dětí a na fyziologické funkce (např. mírný pokles krevního tlaku a zpomalení srdeční činnosti) (Hátlová, Suchá 2005).

Hipoterapie – je komplexní rehabilitační metodou, která vychází z neurofyziologických základů, kdy se k léčebným účelům používají koně. Tato terapie využívá mnoho nespecifických prvků, mezi které patří taktilní podněty, labyrintové reflexy a velmi významným prvkem je i teplota těla koně. Ke specifickým prvkům patří

vlastní kůň, jeho krok, který je nenahraditelný. Každý kůň má jiný krokový mechanismus (Jankovský 2006). Hipoterapie propojuje jak oblast zdravotnickou, tak sahá i do oblasti psychické a sportovní (Jankovský 2006). Hipoterapie (hiporehabilitace) jako komplexní metoda se dělí do čtyř oblastí:

- hipoterapie
- léčebně pedagogicko-psychologické ježdění
- sport handicapovaných
- rekondiční ježdění (www.hipoterapie.cz)

Hipoterapii indikuje lékař a provádí ji vyškolený fyzioterapeut. Tento terapeut k sobě může mít případně i pomocníka, který zabezpečuje klienta před pádem z koně, či předchází vzniku zranění (Jankovský 2006). Hipoterapie bývá většinou indikována u neurologických onemocnění, ortopedických onemocnění a interních onemocnění (astma bronchiale, kardiovaskulární onemocnění atd.).

U dítěte (jedince) vede většinou ke zlepšení koordinace pohybů, normalizace svalového tonu a k narušení patologických stereotypů. Dochází ke zlepšení rovnováhy, k úpravě svalové dysbalance, k posílení kardiovaskulárního systému atd. (www.hipoterapie.cz).

Canisterapie – využívá působení psů. Terapeutický pes musí plně zvládat základní povely poslušnosti (přivolání, posazení), trpělivě snášet doteky a měl by umět upozornit na nestandardní chování osoby se zdravotním postižením (Votava 2003). Mezi významné účinky canisterapie patří zlepšení psychické kondice, pohybových schopností, rozvoj jemné a hrubé motoriky, zlepšení komunikačních dovedností a citové zrání dětí. Dále můžeme touto metodou zbavit dítě strachu ze zvířat a zároveň psi podněcují dítě (jedince) ke hře a k pohybu. Současně mají vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze a motivaci (Jankovský 2006, www.canisterapie.cz).

d. Ostatní terapie využívané v centru ARPIDA

Arteterapie

Je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání, ovlivnění lidské psychiky i mezilidských vztahů (www.arteterapie.cz). Mezi ně patří malba, kresba, výtvarná práce s využitím různých materiálů. Práce s keramikou a hlinou je velmi vhodná pro děti s DMO (Jankovský 2006). Jako další materiály se používají kameny, kovy, dřevo, popřípadě i plasty. K efektům této terapie patří vedle procvičování jemné motoriky a grafomotoriky, také vizuální percepce a vizuomotorická koordinace a samozřejmě v ní i psychický efekt na klienta.

Svůj specifický význam má arteterapie u dětí se zdravotním postižením a to zejména u dětí s DMO, kdy vedle efektu fyzioterapeutického umožňuje dítěti prožitek vlastního úspěchu. Právě prožívání vlastního úspěchu má obrovský vliv na vytváření osobnosti dítěte (Jankovský 2006). Arteterapie je také vhodná u dětí (osob) s afázií, protože je pro ně často jedinou možností, jak komunikovat s okolím (Lippertová - Grünerová 2005).

Muzikoterapie

Termínem muzikoterapie označujeme terapeutické metody, ve kterých je dominantní hudba a zpěv. Má velmi podobný význam i efekt jako arteterapie. Využívá rytmu hudby, různých zvuků, tónů a pracuje se zpěvem. K tomu používá verbální a neverbální prostředky. Různé části těla rezonují s jinými zvuky a tóny (dle barevnosti, rytmu a hlasitosti). Pomocí těchto tónů můžeme pracovat na uvolňování (relaxaci) napětí nebo na jejich stimulaci (Jankovský 2006, Votava 2003). Dobré výsledky při muzikoterapii jsou pozorovány i u klientů s dysartrií, u kterých se při užití této metody stabilizuje svalový tonus, který pomáhá dechovým i artikulačním funkcím. Stejný efekt je i u afázií (Jankovský 2006).

Psychoterapie

V rámci uceleného systému rehabilitace je nepostradatelná také psychoterapie. Jejím cílem je znovuobnovení integrity osobnosti člověka.

V. Smékal uvádí tři hlavní cíle psychoterapie:

- Odstranění symptomu nebo se s ním naučit žít.
- Pomoci člověku sám se rozhodnout a nést důsledky svého rozhodnutí. Z toho vyplývá odpovědnost za své konání.
- Pomoci člověku najít, co se za symptomem ukrývá a uvést to do pohybu.

Jde o léčbu, kdy využíváme psychologických prostředků. Můžeme ji vnímat buď jako léčebný prostředek rehabilitace nebo jako aplikovanou psychologickou disciplínu, která v sobě může zahrnovat nejrůznější tvůrčí činnosti, obzvláště výtvarné a hudební. Toto se týká především dětské psychoterapie. Psychoterapie však není jen záležitostí dítěte s postižením, ale více se dotýká rodičů a celé jeho rodiny (Jankovský 2006).

Logopedická terapie

Jedná se o vědní obor interdisciplinárního charakteru (Lechta 2003). Cílem logopedie je rozvoj a maximalizace komunikačního potenciálu jedince, který je postižen řečovou nebo komunikační poruchou. Dalším cílem je zachování dobré kvality sociálního kontaktu s okolím. Terapeutický program je zaměřen na druh a stupeň poruchy řeči, možné odstranění, omezení nebo potlačení poruchy a možnou obnovu porušených funkcí či stabilizace projevů poruchy (Škodová, Jedlička et al. 2003).

e. Další léčebné prostředky užívané v centru ARPIDA

Chirurgická léčba

Většina výkonů se provádí na šlachách (např. prolongace Achillovy šlachy) nebo na periferních motorických neuronech (zmírnění spasticity především u kvadruparetické formy DMO). Ale ne vždy je tato chirurgická léčba indikována. Velmi často se chirurgické řešení rozchází v názorech ortopeda, neurologa, rehabilitačního lékaře i fyzioterapeuta. Je neoptimálnější, aby se navzájem na eventuálním chirurgickém řešení všichni domluvili (Jankovský 2006).

Farmakoterapie

U dětí s DMO je farmakoterapie doplňkovou terapií. Užívají se myorelaxancia, sedativa, antiepileptika atd.

Botulotoxin

Botulotoxin bývá někdy s úspěchem aplikován u spastických dětí s DMO v určitých intervalech (měsíce, roky).

Mobilizace

Užívá se při funkčních poruchách pohybového aparátu a bývá součástí manipulace.

Manipulační léčba

Manipulaci provádí pouze lékař. Její aplikace se používá při kloubních blokáдах.

Úprava životosprávy

Velmi nutná je úprava životosprávy, ale tato problematika spadá spíše do tzv. „civilizačních nemocí“.

Technické a kompenzační pomůcky

Rehabilitační inženýring, který je nezbytný a velmi důležitý nejen pro lokomoci dítěte, ale také pro snadnější manipulaci s dítětem. Pro lokomoci používáme kárky, vozíky, chodítka, trojbodové nebo čtyřbodové berle, ortézy atd. Pro manipulaci s dítětem jsou důležité upravené zvedáky do vany, upravené přístroje, podavače atd. (Jankovský 2006).

6. Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace

Pojem sociální rehabilitace je podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách soubor specifických činností, které směřují k dosažení samostatnosti a nezávislosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácviků činností, které jsou běžné pro samostatný život. Přitom využívá zachované schopnosti a potenciál jedince. Tato rehabilitace se poskytuje formou terénních, ambulantních nebo pobytových služeb, které jsou poskytovány v centrech sociálně rehabilitačních služeb (zákon 108/2006 Sb.).

Hlavním úkolem této části uceleného systému rehabilitace je, co nejvhodněji integrovat zdravotně postiženého člověka do společnosti. Jedná se o proces, ve kterém

osoba s dlouhodobým či trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností, které směřují k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře. Je nutné brát ohled na její zdravotní postižení, a to za účelem získání nejvyššího stupně sociální integrace, která je důležitým předpokladem pro pracovní rehabilitaci, rekvalifikaci a nalezení vhodného pracovního uplatnění.

Sociální rehabilitace představuje souhrn určitých specifických činností (velmi často služeb), které jsou aktivními nástroji, jež mají působit na snížení, popř. snižování míry závislosti osoby se zdravotním postižením. Jedná se zejména o nácvik sebeobsluhy a vedení domácnosti, nácvik speciálních komunikačních dovedností, nácvik používání kompenzačních pomůcek, nácvik prostorové orientace a samostatného pohybu, poradenství atd. (Jankovský, 2001).

U člověka dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. To samé platí i u člověka s postižením. Je velmi důležité, jakou roli ve společnosti člověk zaujímá i jaké je jeho společenské postavení. Jestliže má být tento vztah v rovnováze, je úkolem sociální rehabilitace, aby byl člověk s postižením schopný jednak přijmout své postižení a v maximální možné míře se do společnosti integrovat (Jankovský 2006).

M. Sovák (1984) užívá ještě další pojmy. Patří sem defekt a defektivita. Tyto pojmy jsou velice ilustrativní. Jestliže se k defektu (funkčnímu nebo orgánovému) přidruží sociální dimenze, pak dochází k nežádoucí defektivitě (kdy je člověk na společnosti zcela závislý a je jí na obtíž). Právě proto musí rehabilitace usilovat o to, aby k defektivitě vůbec nedocházelo. V tomto úsilí jsou sociální prostředky rehabilitace opravdu základním pilířem. Je ale poměrně obtížné izolovat prostředky sociální rehabilitace od dalších složek uceleného systému rehabilitace. Odlišnost od ostatních složek může být snad jenom v tom, že sociální prostředky mají permanentní charakter, tedy jsou celoživotním procesem.

Sociální prostředky rehabilitace uplatňují metodu:

- reedukace – jde o rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností
- kompenzace – jedná se o náhradu poškozené funkce jinou nepoškozenou funkcí
- akceptace – jde o přijetí života s postižením.

Děje se tak v různých institucích (chráněné dílny, chráněné případně podporované bydlení osob se zdravotním postižením) (Jankovský 2006).

Podle Votavy (2003) je sociální rehabilitace proces, kdy osoba se zdravotním postižením dosahuje maximálně možné soběstačnosti a samostatnosti za účelem dosažení maximálního stupně sociální integrace. Částečně se sociální rehabilitace překrývá se systémem sociálních služeb.

Podle Jesenského (2000) usiluje sociální rehabilitace o rozvoj schopností jedince, o prevenci a odstranění defektivitu především speciálně pedagogickými a psychologickými prostředky.

Kvalita života lidí se zdravotním postižením je velice závislá na stabilitě rodiny, tedy na fungování všech jejích systémů a subsystémů. Cíle a úkoly sociálních prostředků rehabilitace jsou rozpracovány v programech (J. Jesenský 1995), které berou na vědomí druh a stupeň postižení. Nemůžeme opomenout ani rehabilitační inženýring, který výrazně ovlivňuje sociální rehabilitaci, ať už jde o činnost kompenzační, reedukační, protetickou nebo eliminaci architektonických bariér atd.

Nedílnou součástí sociálních prostředků rehabilitace je vytváření ekonomických a materiálních podmínek pro život. Dále sem náleží přiznání invalidního důchodu a dalších finančních příspěvků podle zákona 117/1995 Sb., indikace pro přiznání mimořádných výhod I. - III. stupně a v neposlední řadě sem patří také služby osobní asistence (Jankovský 2006).

7. Pedagogické prostředky uceleného systému rehabilitace

Význam pedagogických prostředků uceleného systému rehabilitace spočívá v působení a procesu vzdělávání osob se zdravotním postižením. Tato rehabilitace je prováděna speciálně pedagogickými prostředky. Cílem pedagogického prostředku rehabilitace je dosáhnout nejvyššího možného stupně vzdělání a optimální kvalifikace u osob se zdravotním postižením (Votava 2003).

V této oblasti přetrvává určitá terminologická nejednotnost, která je způsobená úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku, respektive na psychologii. I když se pedagogické prostředky rehabilitace prolínají s prostředky uceleného systému

rehabilitace, je nesporné, že tento systém rehabilitace je nutné chápat jako pedagogický jev (Jankovský, 2006).

Vzdělávání osob se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním je ukotveno v § 16 Školského zákona (Zákon 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) a jejich speciální vzdělávací potřeby zajišťuje školské poradenské zařízení. Vzdělávání dětí a žáků s těžkým postižením dále upravuje Vyhláška 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Při socializaci člověka hraje výchova (edukace) velmi významnou roli, která nemá vztah pouze k dětství nebo dospívání. Jde o celoživotní proces. Vzdělání je nutné chápat jako otevřený systém. Tyto skutečnosti se týkají jak lidí s postižením, tak zdravé populace.

U osob se získaným postižením je úsilí zaměřeno na návrat k původní linii až do doby, kdy se mu podaří získat novou identitu. Tento proces není ale jednoduchý. V podstatě jde o obnovení normálního vývoje osobnosti.

Jiná situace je u člověka, který je postižený už od narození. Tito jedinci mohou zaostávat v dílčích nebo i celkových schopnostech za normální populací. V obou případech to znamená, že pedagogická rehabilitace je záměrné působení pedagogicko - psychologickými prostředky ve smyslu reedukace. Jedná se o rehabilitaci osobnosti, kdy vzniká terén pro vstup speciální výchovy a vzdělávání. Tato oblast je doménou speciální pedagogiky, která se podle typu postižení dělí na různé – pedie. Patří sem například somatopedie (určena pro tělesně postižené), psychopedie (určena pro mentálně postižené), tyflopédie (určena pro zrakově postižené), surdopedie (určena pro sluchově postižené). U mnoha dětí bývají však vady kombinované.

Hlavním úkolem rehabilitace v oblasti pedagogiky je optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených. To velmi usnadňuje jejich sociální, pracovní a kulturní integraci. Takoví jedinci se mohou aktivně účastnit produktivního života a nejsou na okraji společnosti. Jsou aktivní jak v oblasti ekonomické, kulturní, sociální i politické.

Proto je pedagogická rehabilitace vnímána jako návratný proces – reedukace, která usiluje o obnovení normálního vývoje osobnosti. Tento proces musí být cílevědomě organizován.

Na speciální pedagogiku navazuje raná péče, školní edukace a profesní vzdělání (Jankovský 2006).

8. Pracovní rehabilitace

Jestliže mluvíme o pracovní rehabilitaci, nemáme na mysli pouze pracovní přípravu, tím je myšleno získávání vědomostí, návyků a dovedností, ale mnohem širší proces, který zahrnuje soustavnou péči o lidi se zdravotním postižením (Jankovský 2006). Podle zaměstnanosti a trhu práce je pracovní rehabilitace chápána jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti osob se zdravotním postižením a jejich vyrovnání se příležitostí na trhu práce.

Pracovní rehabilitace je součástí komplexu činností a opatření, které vedou k plné integraci postiženého do pracovního procesu. Pracovní rehabilitace zahrnuje především poradenskou činnost, která je zaměřena na volbu povolání, zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Zaměřuje se také na teoretickou a praktickou přípravu pro povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon povolání nebo jiné výdělečné činnosti (www.mpsv.cz).

Cílem pracovní rehabilitace je uplatnění na trhu práce. Předpokladem uplatnění je obnovení pracovního potenciálu lidí, kteří v důsledku svého postižení mají změněnou pracovní schopnost nebo nejsou schopni pracovat. Naléhavost pracovní integrace je dána tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka a pokud není potřeba naplněna, dochází k frustraci, až ke stresovému stavu. Smyslem pracovní rehabilitace je tomuto stavu předcházet.

Zařazení zdravotně postiženého jedince do procesu pracovní rehabilitace se provádí na základě objektivního posouzení jeho pracovních schopností. Využitím motivačních kurzů je jedinci umožněn vstup do následné přípravy k práci, včetně rekvalifikace. Cílem je, umožnit mu zachovat si nebo získat zaměstnání.

Pracovní rehabilitace využívá následujících nástrojů:

- *Speciální poradenství k volbě povolání, změně a udržení zaměstnání* spočívá ve vytypování vhodné profese s ohledem na zdravotní postižení osoby, v návrhu opatření spojených s udržením pracovního místa této osoby u zaměstnavatele a vybavení pracoviště speciálně upravenými pomůckami pro dané postižení.
- *Přizpůsobené kvalifikační a rekvalifikační kurzy* jsou kurzy, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením a osobám se speciálními vzdělávacími potřebami k získání kvalifikace.
- *Přechodné zaměstnání* je zaměstnání, využívané zejména pro osoby se zdravotním postižením v době její pracovní neschopnosti.
- *Podporované zaměstnání* spočívá ve vyhledání konkrétního pracovního místa pro konkrétní osobu. Na základě dohody mezi úřadem práce a subjektem akreditovaným k provádění této služby, je pro osobu se zdravotním postižením vyhledáno pracovní místo na otevřeném trhu práce.
- *Chráněné pracoviště* je speciální pracoviště, které je přizpůsobené osobě se zdravotním postižením jak pracovním prostředím, tak formou i produktivitou práce.
- *Sociální zaměstnávání* je zařízení, kam postižený dochází podle svých možností. Nejde o výdělečnou činnost, ale o aktivizaci klienta a možnost zachování určitých pracovních dovedností a také o možnosti kontaktu s lidmi.

Pracovní prostředky rehabilitace, ale i sociální prostředky rehabilitace jsou oblastmi, kde se musí uplatňovat sociální politika státu:

- *Posudkové komise sociálního zabezpečení* - rozhodují o přiznání Změněné pracovní schopnosti, mimořádné výhody I. - III. stupně.
- *Úřady práce* - směřují k vytváření takových pracovních podmínek, aby osoby se změněnou pracovní schopností (ZPS), respektive osoby se zdravotním postižením našly vhodnou pracovní uplatnění (zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti).

- *Zvýhodňování zaměstnavatelů*, kteří mají zájem o vytvoření pracovních míst pro postižené lidi. *Stanovení kvót*, kdy jsou zaměstnavatelé povinni vytvořit určitý počet pracovních míst pro postižené osoby. Jejich nedodržení je postihováno sankcemi.
- Vytvoření tzv. *chráněných pracovních dilen*, kdy výrobní program je přizpůsobený zdravotnímu stavu a pracovním možnostem lidí s postižením.

Další významnou oblastí v uceleném systému rehabilitace je využívání volného času a zájmových činností, ale to spíše spadá do psychosociální rehabilitace (Jankovský 2006).

9. REFLEXNÍ LOKOMOCE JAKO LÉČEBNÁ METODA

Profesor Václav Vojta na základě vlastních pozorování a zkušeností položil základy metody, respektive diagnostický a terapeutický princip (Kolář 2009). Vzory reflexního plazení a reflexního otáčení se v rehabilitaci používaly u starších dětí s motorickou poruchou od roku 1950. Později se tato metodika rozšířila také na motoricky ohrožené kojence (Vojta 1995).

Podstatou je nácvik základního pohybového stereotypu tzn. pohybu vpřed. Základ metody je tvořen dvěma koordinačními pohyby vpřed, což je jednak reflexní plazení, které je aktivováno na břicho a dále reflexní otáčení, které je aktivováno na zádech a na boku (Hromádková 2002).

Profesor Vojta vycházel z představy, že základní hybné vzory jsou geneticky programovány v centrálním nervovém systému každého jedince (Kolář 2009). Jsou přítomny okamžitě po narození. Oba jsou to umělé modely. Jsou výbavné pouze jen z určité polohy těla a pod určitou stimulací. Jako spontánní komplexy pohybu vpřed neexistují a v pohybu člověka se v globálních modelech nevyskytují (Hromádková 2002).

Při poruchách centrálního nervového systému a pohybové soustavy, ať už je příčina jakákoliv, je spontánní zapojení vrozených pohybových vzorů omezeno. Pomocí reflexní lokomoce nastává možnost aktivovat centrální nervový systém a probudit ho z narušené situace s cílem znovu obnovit vrozené fyziologické vzory (Kolář 2009).

Výsledkem léčby byly a jsou globální změny v držení těla. Jde o globální pohybový vzor, který se rozšíří na celé tělo. Tento vzor je označen jako globální koordinační komplex. Základním přínosem této metody je přesné rozlišování svalových funkcí v terapii reflexní lokomoce, odpovídajících svalové diferenciaci lidského motorického vývoje, a směřujících proti motorické patologii (Kraus 2005).

10. Osobnost prof. MUDr. Václava Vojty, DrSc.

Autorem reflexní lokomoce je český lékař, specializací dětský neurolog, Václav Vojta, po kterém se tato metoda nazývá po celém světě Vojtův princip. Výrazně se zasloužil o rozšíření znalostí v oblasti dětské neurologie a kineziologie.

Profesor Václav Vojta se narodil v roce 1917 v jižních Čechách. V roce 1948 dokončil studia na lékařské fakultě v Praze. Mezi léty 1948 - 1956 působil jako asistent na neurologické klinice prof. Hennera. V roce 1957 se stal dětským neurologem, byl jmenován do vedení dětského neurologického centra na 4. neurologické klinice LF UK v Praze, kde působil až do roku 1961. Poté nastoupil jako ordinář pro dětskou neurologii na Fakultní polikliniku v Praze na Karlově náměstí. V letech 1961 - 1968 vedl Dětskou léčebnu pro děti s dětskou mozkovou obrnou v Železnici. V té době začal objevovat a zkoumat hybné vzory, což ho vedlo až k vývoji jeho vlastní diagnostické a terapeutické metody.

V roce 1968 prof. Václav Vojta emigroval i se svou rodinou do Německa. Zde pracoval jako vědecký pracovník na Ortopedické klinice v Kolíně u prof. Imhäusera. Na jaře roku 1975 přestoupil profesor Vojta do Dětského centra v Mnichově. Zde se stal zástupcem profesora Hellbrügga a vedoucím rehabilitačního oddělení.

Činnost profesora Vojty vyústila v roce 1984, kdy v Mnichově byla založena Vojtova společnost v čele s prof. Dr. Vojtou, která usilovala o mezinárodní prosazení Vojtovy metody a o její další rozvoj. Tato společnost se stala roku 1998 společností mezinárodní (Internationale Vojta Gesellschaft). Jejím úkolem bylo nejen prosazování použití lokomočního principu v diagnostice a v terapii na národní a mezinárodní úrovni, ale též výzkum v tomto oboru a vzdělávání lékařů a fyzioterapeutů. Po roce 1989 se profesor Vojta vrátil do Prahy. Tam se účastnil terapeutických a lékařských kurzů a podílel se též na výuce na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy. Profesor Vojta zemřel roku 2000 v Mnichově ve věku 83 let.

Dílo prof. Dr. V. Vojty bylo oceněno mnoha cenami a akademickými tituly. V roce 1986 byl jmenován Profesorem honoris causa na katolické Univerzitě v Soulu Katolického centra, Jižní Korea. V roce 1992 byl jmenován docentem na Karlově

Univerzitě v Praze. V roce 1996 byl jmenován profesorem a byl přijat do učitelského sboru.

V roce 1999 mu byl zapůjčen titul Theodor Hellgrügge Award od mezinárodní Aktion Sonnenschein za jeho vynikající zásluhy a prosazování a další vývoj vývojové rehabilitace (www.rl-corporus.cz). Došlo k založení neziskové organizace Aktion Sonnenschein – pomoc pro děti s mnohočetnými postiženími. Působnost této organizace přesáhla hranice Německa a v roce 1999 se z ní stala mezinárodní společnost.

V roce 2000 prof. Vojta obdržel státní vyznamenání – medaili Za zásluhy in memoriam (Kolář 2009).

Dnes se pořádají kurzy Vojtovy metody po celém světě. V České republice se touto terapií zabývá společnost RL-Corporus s.r.o., která má sídlo v Olomouci (www.rl-corporus.cz).

11. Mechanismus reflexní lokomoce

Mechanismus reflexní lokomoce obsahuje vedle aktivity svalů pro trup a končetiny, také aktivitu svalstva pro motoriku orofaciální oblasti a motoriku očí. Ovlivňuje močové funkce a funkce konečníku, rozvinutí mediastina a plic (Kolář 2009). Vlivem reflexní lokomoce dochází nejen k posunu těžiště, vzpřimovacím reakcím a nastolení fyziologických startů opěrných a fázických funkcí končetin, ale také k ovlivnění jemné motoriky, schopnosti artikulace, zlepšení řeči, vyrovnávání disproportionálního růstu končetin a ovlivnění vegetativních reakcí (Kraus 2005).

Aplikace Vojtovy metody je zcela specifická pro diagnózu infantilní cerebrální parézy (dětské mozkové obrny). Nejenže umožňuje relaxaci (uvolnění) spastického svalstva, ale nabízí i zařazení blokových svalů do funkce, což je velmi důležité hlavně u těch nejmladších pacientů.

Diagnózy, u kterých se Vojtova metoda používá:

- onemocnění centrálního nervového systému (infantilní cerebrální paréza, degenerativní neurologická onemocnění, stavy po poranění mozku a míchy atd.)
- poškození periferních nervů

- ortopedické poruchy (dysplazie kyčelního kloubu, skolióza, asymetrické držení těla atd.) (Kolář 2009)
- vrozené myopatie
- vrozené vývojové anomálie (artrogrypóza, kostní skoliózy, svalové aplazie)
- mozko-lebeční traumata
- paraplegie (Orth 2009).

Neurokineziologické vyšetřovací techniky vytvořené profesorem Vojtou – polohové testy a reflexologie – se dnes po celém světě používají pro časnou diagnostiku motorických vývojových poruch u kojenců a malých dětí. Jsou základem pro co nejčasnější zahájení terapie – i když ještě nelze klinicky rozeznat žádné konkrétní poruchy (www.vojta.com).

Polohových reakcí je sedm (trakční zkouška, zkouška Landau, axilární vis, Vojtovo boční sklopení, Collis horizontale, Collis verticale, zkouška Peiper-Isbert) a používají se k odhalení stupně posturální zralosti CNS. (viz příloha 1) Některé reakce již byly dříve známé, avšak Vojta přesně definoval jejich odpovědi v závislosti na věku dítěte. Jen jedna polohová zkouška je původní a také nese jméno autora (Vojtovo boční sklopení). Prostřednictvím polohových reakcí je možné odečíst od provokovaných reakcí eventuelní neideální reakce, které nás informují o možné hybné poruše. Polohové testy mají výpovědní hodnotu jen jako celek, mohou odhalit přítomnost hybného postižení a spolu s vyšetřením reflexů pak lze hybné postižení kvantifikovat a v procentech odhadnout velikost ohrožení (Vojta, 1993).

Použití léčby reflexní lokomocí je možné i u dětí s mentálním postižením. Velkým kladem je hlavně to, že se jedná o aktivní cvičení bez nutnosti spolupráce ze strany dítěte. Účelným cvičením lze některým komplikacím předejít, ale nelze tím vyvolat pohybovou motivaci. Ta je omezena především pro mentální postižení, které tak brání lepším terapeutickým úspěchům (Vojta 1993).

Rizika terapie kontraindikace

Téměř každá forma terapie obsahuje i určité riziko. Mohou se objevit nežádoucí a nepředvídatelné účinky. Rizika takových nežádoucích účinků by měla být odhalena a odhadnuta před každým ošetřením. Pokud mluvíme o Vojtově terapii, je důležité obzvláště na začátku každého ošetření pozorně sledovat individuální reakce dítěte. Je velmi důležité sledovat vegetativně labilního kojence během terapie i po terapii. Musíme sledovat barvu kolem úst, zbarvení kůže a její teplotu, silné pocení, pulz a dýchání, což je velmi důležitý indikátor při terapii. Dávkování terapie by tomuto mělo být přizpůsobeno (Orth 2009).

Absolutní kontraindikace neexistuje. Kvalifikovaný terapeut musí metodu přizpůsobit danému stavu a reakci pacienta (Kolář 2009).

Obecné kontraindikace: horečka, akutní fáze po operaci (Orth 2009), maligní forma epilepsie, 2 - 4 dny po očkování, akutní virózy nebo infekce, metastazující nádory, premedikace před lékařským vyšetřením atd.

Spolupráce terapeutů, rodičů a dětí

Dlouhodobý úspěch terapie závisí na spolupráci a postoji pacienta k terapii. Ochota spolupracovat a pozitivní postoj k terapii umožňují pravidelnou a správnou aplikaci těchto terapeutických opatření. U dětí spolupráci zastupují jejich rodiče. Proto je velmi důležitá jejich spolupráce s terapeutem, aby se dosáhlo cíle léčby. Terapeut, dítě a rodiče musí usilovat o cíl společně. Aby tato interakce mohla v pořádku probíhat, vyžaduje vedle vyškoleného terapeuta i aktivní podíl všech zúčastněných osob, který je nutný ke vzniku důvěry a kladení i přijímání požadavků (Orth 2009).

Při každém vyšetření i při každé terapii dítěte je nutno dbát na klidný, trpělivý a vstřícný přístup jak k dítěti, tak k jeho rodičům. Pohybové postižení (či jen podezření na něj) totiž samo o sobě stresuje nejen rodiče, ale i celou rodinu, proto by terapie měla probíhat v optimistickém, ale i realistickém duchu.

Před začátkem cvičení nejprve terapeut naváže kontakt s dítětem a jeho matkou, která by měla být pokud možno vždy přítomna. Zjišťuje např. změny, které se odehrály

od minulé návštěvy, úspěšnost cvičení doma popř. jiné problémy. S dítětem manipuluje šetrně, klidně a pomalu.

Uvedení do výchozí polohy pro stimulaci musí respektovat některá pravidla. Poloha musí odpovídat nikoliv kalendářnímu věku dítěte, ale jeho vývojovému stupni. Dále tato poloha musí být zaujata tak, aby dítě nemělo možnost uplatnit náhradní pohybové vzorce. V poloze musí být možné provádět danou stimulaci a klást daný odpor.

Terapie by se měla provádět denně a to několikrát (4 x). U kojenců je délka stimulace krátká (10 min) a postupně se prodlužuje. Vždy je třeba postupovat přísně konkrétně, individuálně a dítě nepřetěžovat.

S matkou se nacvičuje i manipulace s dítětem, a to především polohování, které zamezuje vzniku např. kontraktur na spastických svalech, dále pokládání dítěte do inhibičních poloh, kde je patologická motorika co nejvíce omezena atd. (Vojta 1993).

12. Terapeutický systém

Podkladem pro Vojtovu terapii je vývojová kineziologie. Jednotlivé vývojové etapy, jako je poloha na zádech, první vzpřímení v poloze na břiše, otáčení, šikmý sed, lezení po čtyřech, stoj a chůze se hodnotí nejen ve statické podobě, ale také jakým způsobem k této proměně z jedné polohy do druhé dochází a také, jaké svaly se při tom aktivují (Kolář 2009). Podle Véleho (1997, 2000), podrážděním určitého místa na periférii jak dotykem, tlakem, postavením segmentů, změnou teploty a aktivitou svalů se vyvolá centrální odpověď. Její průběh závisí na časoprostorovém seskupení signálů, neboli na vzorci aferentní signalizace. Tento vzorec vzniká kombinací z proprioceptorů a iritací určitého místa na pokožce, periostu nebo na jiné tkáni. Motorická odpověď, která je vyvolána tímto způsobem se dostavuje po určité prodlevě a je nazývána reflexní reakcí, protože není vyvolána volním podnětem, ale periferní stimulací. Tyto složité reflexní reakce mají charakter pohybového posturálního programu nebo programu otáčení se, vzpřimování a lokomoce (Kraus 2005). Sumovanou stimulací zón lze vyvolat, po různě dlouhé době působení, komplexní motorické reakce.

Tyto reakce nejsou nahodilé, ale jsou zákonité a pravidelné. Jednotlivé pohybové průběhy připomínají pohyby, které jedince dovedly do vzpřímeného držení těla a do chůze (Kolář 2009). Těchto pohybů profesor Vojta použil s úspěchem ve své specifické terapii centrálních poruch motoriky dětí (Kraus 2005).

Pro lokomoci (pohyb vpřed) označuje za důležité tři komponenty. Jsou to automatické řízení polohy těla, vzpřímení trupu proti gravitaci a příslušná fázická pohyblivost. Ta se projevuje úchopovým a kráčivým pohybem končetin. (viz příloha 2) Technikou podle Vojty je možné vstoupit do geneticky kódovaného pohybového programu člověka, do jeho řízení (Kolář 2009).

Vojtova metoda prokázala, že postižený je schopen většího zlepšení, než dosavadní přístupy neurologie připouštěly. Postižený je pravděpodobně schopný používat i jiné systémy a dráhy než ty, které jsou normálně vůlí k dispozici. Dokazuje to nesmírnou plasticitu řídicího nervového systému. Nesmíme tomu ale rozumět jen jako soubor drah, které spojují určitá centra, ale jako systém, který uspořádá vstupní sensorická data a používá je modifikovaná na výstupu. Je to systém schopný autoreparace i dynamického vývoje. Funkce však musí být k tomuto vývoji stimulovány. Je možné mluvit o programování pohybových funkcí (Kraus 2005).

Pohybové vzorce vyvolané Vojtovou metodou musí být vybavitelné u všech zdravých dětí a to kdykoliv. Nelze používat vzorec, který by bylo možné vyvolat jen občas. Každý vzorec by měl být vyvolatelný z více spouštěvých zón (www.rl-corpus.cz). Prof. Vojta popsal 9 spouštěvých zón, které se nacházejí na trupu a končetinách (Feldkamp 1989).

13. Účinky Vojtovy metody terapie

Kosterní svalstvo

Páteř se segmentálně napřimuje, rotuje a je funkčně pohyblivější. Hlava se může pohybovat volněji. Dochází k centraci kloubů. Viditelné reakce jsou především na kořenových kloubech tj. kyčelních a ramenních. Tím dochází k eliminaci vadného držení těla.

Ruce a nohy se dají rozsáhleji a cíleněji využít pro opěrné a úchopové funkce.

Oblast obličeje a úst

Usnadňují se sací, polykací a žvýkací pohyby. Pohyb očí je cílenější. Směr pohledu pak není závislý na pohybu hlavy. Hlasový projev se zesiluje. Nástup řeči je snadnější a zlepšuje se výslovnost.

Dechové funkce

Hrudní koš se rozšiřuje. Dýchání se prohlubuje a zklidňuje.

Vegetativní nervový systém

Kůže se lépe prokrvuje. Zlepšuje se rytmus spánku a bdění. Aktivují se regulační funkce střev a močového měchýře.

Vnímání

Zlepšuje se reakce k udržení rovnováhy. Orientace v prostoru je lepší. Vjemy studené/teplé, ostré/tupé jsou silnější, respektive jednoznačnější. Vnímání vlastního těla je zřetelnější. Poznávání tvarů a struktur hmatem (stereognosie) se zlepšuje. Schopnost koncentrace je trvalejší a flexibilnější.

Psychika

Pacient je vyrovnanější, spokojenější a dokáže snášet vyšší emoční zátěž. Při terapii dochází k „zakotvení“ pohybových funkcí a funkcí držení těla v centrálním nervovém systému. Zlepšenou pohybovou úroveň, dosaženou jen několikrát opakovaným krátkým cvičením, je možné udržet po celý den. Konečným efektem je i větší samostatnost a nezávislost dítěte na dospělých.

14. Aktivace reflexní lokomoce

Základem metody jsou tři pohybové komplexy, mezi které patří reflexní plazení, reflexní otáčení a proces vzpřimování (1. - 6. pozice).

Tyto komplexy obsahují základní prvky každého pohybu vpřed, a to:

- automatické řízení rovnováhy při pohybu (řízení posturální)
- vzpřímení těla
- cílené úchopové a krokové pohyby končetin (hybnost fázická).

Reflexní lokomoce se aktivuje ze třech základních poloh:

- poloha vleže na břiše
- poloha vleže na zádech
- poloha v kleku, s maximální flexí v kyčelních a kolenních kloubech, kdy hlezna jsou přes okraj stolu, horní končetiny jsou ve stejném držení jako v reflexním plazení a hlava je rotována na stranu čelistní horní končetiny na podložce.

K vyvolání pohybové reakce Vojta používá:

- přesné výchozí úhlové nastavení končetin a trupu
- statický a dynamický tah a tlak v kloubu
- aktivační zóny na trupu, horních a dolních končetinách
- odpor, který je kladený proti vznikajícím pohybům.

Svalová aktivita se rozšíří na celé tělo a přes opěrné body na končetinách se uskutečňuje přesun těžiště. Trup je na končetinách vzpřímen a nesen dopředu. Celý děj probíhá dynamicky, kdy se střídají stojné a kročné fáze na horních a dolních končetinách (Kolář 2009). Reflexní program může být vyvolán z jedné zóny nebo jejich kombinací a tehdy mluvíme o prostorové sumaci. Jestliže nastavíme některému pohybu reflexního programu přiměřený odpor k prodloužení jeho trvání, mluvíme o časové sumaci (Hromádková 2002, Kraus 2005). Kombinováním aktivačních zón, odporů, změn ve směru tlaku a nastavením končetin ve výchozí poloze, dochází k mnoha variacím tří základních poloh (Kolář 2009).

1.4.5.1 Reflexní plazení

Výchozí polohou je poloha na břiše. Hlava leží na podložce a je mírně rotovaná. Podle polohy hlavy označujeme polovinu těla. Kam je hlava otočená obličejem, tak tuto stranu označujeme za stranu čelistní, tam kde je vlasová část, označujeme tuto stranu

jako záhlavní. Končetiny na straně obličejě označujeme jako čelistní horní končetina a čelistní dolní končetina. Končetiny na straně záhlavní nazýváme záhlavní horní končetina a záhlavní dolní končetina. (viz příloha 3)

Vyvolaný pohybový vzor probíhá v tzv. zkříženém vzoru, kdy se současně pohybuje pravá dolní a levá horní končetina a naopak. Tělo se opírá o jednu dolní končetinu a protilehlou paži. Je vyprovokována svalová aktivita, kdy je trup nadlehčen nad podložku a připraven pro pohyb vpřed. Hlava začíná rotovat na opačnou stranu - (stranu záhlavní) a terapeut proti rotaci hlavy klade odpor a hlava při pohybu zůstává v prodloužené ose páteře. Tím zesilujeme aktivaci svalů celého těla a je vytvářen předpoklad pro vzpřimovací proces. Jedná se především o aktivaci mechanismů, které jsou potřebné k opoře, úchopu, vzpřímení a chůzi (Kolář 2009). (viz příloha 4)

Aktivační systém 1. až 6. pozice

Profesor Vojta popsal šest terapeutických pozic, ve kterých je tělo nesené z horizontální polohy do vertikály a do stoje. V 1. pozici jsou dolní končetiny v maximální možné flexi v kyčelních a kolenních kloubech, trup spočívá na stehnech, hlava je opřena o podložku a rotována ke straně čelistní horní končetiny. V 6. pozici je trup skoro ve stoji. (viz příloha 5) V terapii využíváme nejčastěji 1. nebo 2. pozici, kde je hlavním cílem aktivovat vzpřímení na dolních končetinách a provokovat takovou svalovou aktivitu, která zvedá trup vzhůru. (viz příloha 6)

Spoušťové zóny jsou stejné jako v reflexním plazení. Provokovaným pohybem při stimulaci zón se vyprovokuje svalová aktivita, která vzpřimuje pánev z horizontální do vertikální polohy a tím nese trup do vertikály a prostoru. Na pánvi se uplatňuje mohutný tah svalů pánevního dna, svalů pletence pánevního a břišního svalstva. Tato skupina svalů táhne k punktu fixum, které je uloženo distálně na dolních končetinách. Tento mechanismus by se nemohl uplatnit bez kvalitní opory a vzpřímení na horních končetinách. Dolní končetiny pracují antigravitačně a také diferencovaně. Přestože jsou dolní končetiny skrčené pod trupem, podle reakce na periferii rozeznáváme diferencovanou funkci. Na záhlavní dolní končetině proběhne fáze opory na středů tibie a následně odraz (dorzální flexe hlezna, supinace a flexe prstů). Na čelistní straně

dolní končetiny proběhne krátká flekční fáze (dorzální flexe, pronace nohy a extenze prstů). Pohyb horních končetin je podobný jako při reflexním plazení (Kolář 2009).

1.4.5.2 Reflexní otáčení

Průběh reflexního otáčení je rozdělen do dvou fází. První fáze vychází z polohy na zádech a končí v poloze na boku. To je výsledkem stimulace hrudní zóny. Pohyb z polohy na boku do polohy na břicho se označuje jako druhá fáze reflexního otáčení a jeho cílem je lezení po čtyřech.

Tento koordinační komplex probíhá zákonitě a je možné u něho rozeznat tři od sebe neoddělitelné komponenty:

- automatické řízení polohy těla
- odpovídající vzpřimovací mechanismy
- fázickou hybnost (Vojta 1993)

Z terapeutického a didaktického hlediska je tento rotační děj rozdělený do dvou fází, které označujeme jako reflexní otáčení první fáze a reflexní otáčení fáze druhé (Kraus 2005). Reflexní otáčení začíná z polohy na zádech do polohy na boku a končí v lezení na čtyřech (Kolář 2009).

Reflexní otáčení 1. fáze

V poloze na zádech při dráždění hrudní zóny v mezižebří dosáhneme otočení polohy na bok. Výchozí poloha je vleže na zádech, kdy hlava je rotovaná k jedné straně a končetiny jsou položeny lehce na podložce. Spoušťová zóna je tlakem na hrudník mezi 6. - 7. žebrem, směrem diagonálním k lopatce záhlavní strany. Dále kontaktujeme linea nuchae na záhlavní straně a při rotaci hlavy klademe proti tomuto pohybu odpor. (viz příloha 7)

Provokovaným pohybem je nastavení trupu a páteře do středního postavení, nastavení ramenní a pánevní linie, záda se stávají opěrnou bází a dochází k napřimění horní části trupu. Následuje zevní rotace a abdukce záhlavní horní končetiny, abdukce a flexe čelistní horní končetiny. Na dolních končetinách dochází k oboustranné flexi v kyčelních a kolenních kloubech. Kyčelní klouby jsou v abdukci a zevní rotaci. Dolní

končetiny jsou nad podložkou, hlezna jsou v neutrálním postavení. Pánev je klopena dorzálně, hlava rotuje na opačnou stranu a prohlubuje se dýchání (Kolář 2009). (viz příloha 8)

Reflexní otáčení 2. fáze

Terapeuticky je tato fáze výhodná. Obsahuje totiž pohybové procesy, které jsou přítomny ve spontánním otáčení, lezení a chůzi do stran. Horní a dolní končetiny jsou oporou o tělo a posunují ho vzhůru a dopředu. Opora se posouvá od ramene k lokti a dlani. Opora v oblasti pánve se přesouvá distálně po zevní straně stehna ke kolenu. Dochází k napřimění páteře v průběhu procesu otáčení a hlava je držena v poloze na boku proti gravitaci (Kolář 2009). (viz příloha 9)

1 EMPIRICKÁ ČÁST

1.1 CÍL PRÁCE

Pokusit se zjistit, do jaké míry může Vojtova metoda ovlivnit schopnost dítěte přijímat a aktivně se zapojit do dalších prostředků uceleného systému rehabilitace.

1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Při vynechání terapie Vojtovou metodou dojde ke zlepšení/zhoršení ve škole, při ergoterpii, hipoterpii, logopedii, muzikoterpii, arteterapii a zájmových činnostech?
2. Jak je tento druh rehabilitace účinný u jednotlivého klienta a v jaké oblasti?
3. Ovlivňuje Vojtova metoda řeč, jemnou a hrubou motoriku a soběstačnost?

2 METODIKA

Kvalitativní výzkum

Metoda:

- pozorování
- analýza odborné literatury
- analýza dokumentů

Technika:

- přímé pozorování v průběhu terapie
- obsahová analýza zdravotnické dokumentace
- obsahová analýza osobní dokumentace klientů
- analýza rozhovorů se zúčastněnými specialisty (členy multidisciplinárního týmu)
- vlastní práce fyzioterapeuta
- analýza rozhovorů s rodiči klientů

Pozorování

Vlastní přímé pozorování jsem prováděla od září 2010 do konce března 2011. Tato metoda byla využita při mapování prostředí, ve kterém klienti tráví převážnou část dne a při analýze celkových projevů klientů během vyučování a terapií. Přímé pozorování v průběhu fyzioterapie jsem prováděla při vlastní práci fyzioterapeuta.

Polostandardizovaný rozhovor

Rozhovor byl se souhlasem rodičů a ostatních členů multidisciplinárního týmu nahráván na diktafon a poté kvalitativním způsobem analyzován. Soubor tvořili rodiče, speciální pedagog, arteterapeut, klinický logoped, ergoterapeut, muzikoterapeut a hipolog.

Obsahová analýza dat

Technika obsahové analýzy dat je označována jako objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu (Disman, 2002). Ve výzkumu jsem obsahovou analýzu použila pro zjištění osobních anamnéz jedinců s dětskou mozkovou obrnou v různých formách s kombinovanými vadami, kteří jsou klienty centra ARPIDA, o.s. v Českých Budějovicích. Se souhlasem ředitele zařízení jsem měla možnost nahlédnout do osobní i zdravotnické dokumentace sledovaných klientů. Na základě získaných dat jsem vytvořila celkem šest kazuistik u vybraných klientů centra ARPIDA, o.s.

2.1.1 Předpokládané využití práce

Tato diplomová práce může sloužit jako návrh ke zkvalitnění a zlepšení spolupráce odborníků multidisciplinárního týmu, který zajišťuje realizaci všech prostředků uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA. Rovněž může být použita jako podpůrný edukační materiál v rámci výuky předmětu Ucelená rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě, nebo pro další odborníky, kteří se touto problematikou zabývají.

2.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ A SOUBORU

Výzkum byl prováděn v centru ARPIDA o.s. v Českých Budějovicích, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením.

15. Centrum ARPIDA o. s. v Českých Budějovicích

Název ARPIDA je odvozený z počátečních písmen

A = Akce

R = Rehabilitace

P = Pomoc

I = Integrace

D = Dobrovolnost

A = Agape (jako projev křesťanské lásky) (Jankovský 2006)

Centrum ARPIDA je nestátní nezisková organizace, která pracuje na bázi občanského sdružení a o.p.s., jež zajišťuje komplexní péči dětem, mládeži a mladým dospělým osobám s tělesným a kombinovaným postižením v duchu uceleného systému rehabilitace (Výroční zpráva ARPIDA 2009). (viz příloha 10)

Areál centra byl vybudován v letech 1990 - 1993 bez finanční účasti státu a to především díky úsilí skupiny nadšených a koordinovaných lidí, zejména Miloslava Cibocha. V letech 2002 až 2004 byly díky velkým investicím do stavebních úprav centra využity rozsáhlé půdní prostory. Tímto vznikly další třídy a terapeutické místnosti. Vzhledem k tomu, že v roce 2004 byla zcela vyčerpána prostorová kapacita nynějšího objektu, začala koncem roku 2005 výstavba nového objektu, který byl určen pro modelové chráněné bydlení a pro praktickou školu dvouletou (Jankovský 2006).

ARPIDA při své odborné činnosti propojuje péči v oblasti sociální, výchovně vzdělávací a zdravotní. Zajišťuje odbornou činnost detekční, diagnostickou, terapeutickou, rehabilitační, výchovně vzdělávací a zdravotní. Její činnost je směřována k lidem, kteří mají sníženou soběstačnost v důsledku zdravotního postižení a podporuje uživatele žít samostatný, soběstačný a důstojný život s maximálním zapojením se do

společnosti. Činnost centra však není zaměřena pouze na dítě s postižením, ale také na jeho rodinu, která je vnímána jako organický celek. Práce má týmový charakter. Je zde uplatňována vysoká odbornost, interdisciplinární přístupy, osobní odpovědnost pracovníků a integrace klientů služeb v jejich přirozeném sociálním prostředí, obzvláště v rodině (Výroční zpráva ARPIDA 2009).

V průběhu roku 2009 využívalo služeb v centru ARPIDA 130 osob, kteří denně docházely do centra ARPIDA. Ambulantní služby využilo několik set osob (Výroční zpráva ARPIDA 2009).

Velmi důležitá je spolupráce rodičů postižených dětí, která prostupuje všemi oblastmi činnosti centra a to do takové míry, že se i rodiče stávají členy pracovního týmu. Odborná péče je v centru ARPIDA zaměřena na rodinu jako celek, tedy na rodiče, sourozence a další členy rodiny. Odborná činnost má mezioborový charakter. Je zde plně respektována přirozená a nenásilná integrace v duchu inkluze. Nejedná se tedy pouze o vyrovnávání příležitostí pro děti a mládež s tělesným postižením, ale také o funkční začlenění těchto dětí do přirozeného prostředí. Je zde též uplatňována i obrácená integrace, kdy do centra dochází zdravé děti, které navštěvují zájmové kroužky (Jankovský 2006).

16. Sociální prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA

Tyto prostředky tvoří základní pilíř veškeré odborné činnosti centra ARPIDA a prostupují všemi oblastmi komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace. V průběhu roku 2009 byly rozvíjeny sociální služby, zdokonalovány standardy ve znění zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. ARPIDA má registrovány tyto služby:

- ***Denní stacionář*** je určený pro děti a mládež ve věku od 3 do 26 let, kteří mají těžké kombinované postižení s mentálními dispozicemi, které odpovídají pásmu hluboké mentální retardace.
- Nově je od září 2010 otevřen ***denní stacionář pro dospělé***, kteří nemají z důvodu svého postižení možnost po ukončení povinné školní docházky dále studovat nebo

pracovat na otevřeném ani chráněném trhu práce a zároveň nenašli navazující sociální službu, která by uspokojila jejich potřeby a očekávání.

- ***Osobní asistence*** je určena pro děti, mládež a osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 3 do 26 let. Osobní asistenci využívají výhradně klienti, kteří navštěvují Mateřskou školu, Základní školu a Praktickou školu při centru ARPIDA.
- ***Sociálně terapeutické dílny*** jsou určeny pro osoby s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením ve věku od 16 do 40 let. Tyto osoby pobírají invalidní důchod a byl jim přiznán příspěvek na péči. Sociálně terapeutické dílny mohou navštěvovat pouze absolventi Základní školy praktické, Základní školy speciální nebo Praktické školy dvouleté při centru ARPIDA. Denní provoz centra umožňuje vytvoření celkem 6 chráněných pracovních míst (Výroční zpráva ARPIDA 2009).
- ***Raná péče*** s možností ubytování se uskutečňuje především v rámci rehabilitačních pobytů, které jsou využívány rodiči s postiženými dětmi. Je určena pro děti s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením již od narození do věku 7 let dítěte a též pro jejich rodiny. Tyto pobyty využívají klienti z celé České republiky.
- ***Sociální rehabilitace*** v rámci modelového bydlení, které je propojeno s ergodiagnostikou ve spolupráci s činností Praktické školy dvouleté. Je určena pro mládež a pro osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 16 do 26 let. Tato služba je též určena pouze pro absolventy škol při centru ARPIDA.
- ***Základní sociálně právní poradenství***, které nabízí možnost půjčování kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Každý, kdo má zájem o sociální službu, má také nárok na informace a bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení jeho nepříznivé situace (Výroční zpráva ARPIDA 2009).

17. Pedagogické prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA

Předškolní vzdělávání

Mateřská škola pro tělesně postižené je určena pro děti s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením zpravidla od tří let věku. V každé třídě pracují dvě učitelky a pomocnice.

Základní vzdělávání

Základní škola pro tělesně postižené je určena pro žáky s tělesným (motorickým) postižením bez postižení mentálního. Škola má celkem 10 ročníků (1. ročník s rozložením učiva do dvou let). Koncepce základní školy je taková, že se snaží všechny žáky tohoto vzdělávacího programu integrovat v běžných (kmenových) školách v místě jejich bydliště. V těch případech, kde není integrace z objektivních důvodů možná, plní žák povinnou školní docházku i nadále v centru ARPIDA dle individuálního vzdělávacího plánu (Výroční zpráva ARPIDA 2009).

Základní škola praktická je určena pro žáky s tělesným (motorickým) postižením a lehkou mentální retardací. Na základě povolení MŠMT ČR má škola opět celkem 10 ročníků (1. ročník s rozložením učiva do dvou let) (www.arpida.cz).

Základní škola speciální, včetně rehabilitačního vzdělávacího programu je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením. Rehabilitační vzdělávací program je určen pro žáky s těžkým kombinovaným postižením, s mentálními dispozicemi v rámci pásma středně těžké a těžké mentální retardace. Základní škola speciální má celkem 10 ročníků plus přípravný stupeň základní školy speciální, který je určen pro děti s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, které se připravují pro vzdělávání dle vzdělávacího programu základní školy speciální. Je určen pro děti od 5 let věku a má celkem tři přípravné ročníky (www.arpida.cz).

Střední vzdělávání

Praktická škola dvouletá je určena pro žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením, kteří absolvovali základní vzdělání v základní škole praktické, popřípadě v základní škole speciální. Činnost praktické školy dvouleté je účelně propojena s tzv. modelovým bydlením při centru ARPIDA a s ergodiagnostikou (www.arpida.cz).

Ve všech třídách škol při centru ARPIDA je malý počet žáků, s nimiž pracuje více pedagogických pracovníků (zpravidla učitel – speciální pedagog a asistent pedagoga). K dispozici jsou též osobní asistenti. V souladu se školskou legislativou je pracováno podle ŠVP (školní vzdělávací program). Žákům je věnována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace - vedle prostředků pedagogických je zajištěna realizace prostředků sociálních a léčebných.

Speciálně pedagogické centrum

Speciálně pedagogické centrum (SPC) je školské poradenské zařízení dle vyhlášky č. 72/2005 sb. určené pro děti a žáky s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením z Jihočeského kraje. Pro tyto klienty zajišťuje zejména depistáž, diagnostickou, poradenskou, terapeutickou, metodickou, integrační a rehabilitační činnost. Realizuje též specifické formy terapie, jako je arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a animoterapie. Odborný tým tvoří dětské psychologové, speciální pedagogové, arteterapeut, muzikoterapeut a sociální pracovník. Odborný tým úzce spolupracuje s pracovníky Nestátního zdravotnického zařízení při centru ARPIDA.

Stanice zájmových činností

Stanice zájmových činností (SZČ) zajišťuje činnost zájmových útvarů pracujících v centru ARPIDA v průběhu školního roku. Zajišťuje jednorázové zájmové akce v průběhu roku určené zejména pro klienty centra ARPIDA (např. Mikulášská besídka, vánoční tradice, dětský karneval, velikonoční tradice, Den Děti). Pořádá prázdninové

tábory pro klienty centra ARPIDA – letní tábor pro děti s tělesným a kombinovaným postižením, psychorehabilitační tábor pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče.

Školní družina

Školní družina je určena pro žáky škol při centru ARPIDA. Činnost školní družiny je integrální součástí uceleného systému rehabilitace.

18. Léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA

Zdravotní tým nestátního zdravotnického zařízení při centru ARPIDA je tvořen čtyřmi odbornými lékaři (pediatr, neurolog, ortoped, rehabilitační lékař). Dále jsou zde tři kliničtí logopedi, deset fyzioterapeutů, dvě zdravotní sestry, dvě ergoterapeutky a hipolog.

Z léčebných prostředků je nejvíce preferován individuální léčebný tělocvik (převážně Vojtova metoda reflexní lokomoce), realizovány jsou však také prvky metody manželů Bobathových, Kabatova metoda (PNF), popřípadě prvky vývojové kineziologie podle J. Čáповé a skupinový léčebný tělocvik. Vodoléčba je uskutečňována formou vířivé a perličkové lázně, dále je realizováno cvičení v rehabilitačním bazénu s teplotou vody 32 stupňů Celsia pod supervizí fyzioterapeutů tzv. hydrokinezioterapie. Z dalších druhů fyzikální terapie je v centru využívána magnetoterapie, elektroléčba, termoterapie a akupresura. Velmi důležitá je též ergoterapie a ergodiagnostika.

V centru ARPIDA jsou realizovány všechny tři složky hiporehabilitace: hipoterapie, léčebně pedagogické ježdění, sportovní ježdění handicapovaných. Centrum ARPIDA má k dispozici tři vlastní koně, hipodrom, kruhovou jízdárnu. Dále je ve spolupráci s externími canisterapeuty realizována canisterapie (Výroční zpráva ARPIDA 2009).

1 VÝSLEDKY

Výzkumný soubor tvořilo 6 vybraných klientů centra ARPIDA, z toho 3 chlapci a 3 dívky. Průměrný věk klientů byl 11 let.

Kritériem výběru sledovaného souboru byly různé typy diagnóz, s odlišnými fázemi psychomotorického vývoje. U každého z klientů je indikována Vojtova metoda a další plnohodnotná fyzioterapeutická péče, která je poskytována v souladu s ordinací ošetřujícího lékaře. Dle těchto kritérií jsem také chtěla poukázat na široké spektrum klientů centra ARPIDA, kteří centrum ARPIDA v současné době navštěvují.

Hlavní diagnózou klientů v centru ARPIDA je dětská mozková obrna v různých formách s kombinovanými vadami, kterou má pět ze šesti sledovaných klientů. Šestý klient z výzkumného souboru má diagnostikovanou hereditární senzorio motorickou neuropatii Dejerine – Sottas.

Klienti se účastnili pravidelně 3 – 4 x týdně rehabilitace, 2 x týdně ergoterapie. Logopedie, canisterapie, hipoterapie, muzikoterapie, arteterapie jsou u klientů prováděny pravidelně 1 x týdně.

V rámci výzkumu byla Vojtova metoda po 14 dní nahrazena jinou plnohodnotnou fyzioterapií, dle ordinace ošetřujícího lékaře (tzn. zkoumaní klienti po celou dobu výzkumu necvičili Vojtovu metodu v centru ARPIDA a ani v jejich domácím prostředí). Tento výzkum byl prováděn po písemném souhlasu rodičů nebo zákonných zástupců zkoumaných klientů. (viz příloha 11)

Všechna data byla pro zajištění maximální objektivity výzkumu získávána pouze jedním fyzioterapeutem.

Vlastní výzkum je dělený na dvě části. První část obsahuje případové studie s anamnézou a zhodnocením chování klientů v motorických dovednostech při terapii Vojtovou metodou a zhodnocením chování klientů v motorických dovednostech při jiné plnohodnotné fyzioterapii. Druhá část obsahuje analýzu rozhovorů s ostatními specialisty (pedagog, klinický logoped, hipoterapeut, ergoterapeut, arteterapeut, muzikoterapeut) a rodiči klientů.

19. KAZUISTICKÉ (PŘÍPADOVÉ) STUDIE

KLIENT 1

Jméno a věk: A.J., dívka, narozena v roce 2005, 6 let.

Aktuální diagnóza: DMO, diparetická forma

Operace: 2x aplikován botulotoxin prodloužení Achillovy šlachy bilaterálně

Rodinná anamnéza: Rodiče do jejích 4 let žili ve společném bytě s jejím mladším bratrem. Kolem 5. roku věku se rozvedli. Klientka žije ve společné domácnosti s matkou a bratrem, otec si jí bere na víkendy. Klientka bydlí v panelovém bytě s výtahem. Matka pracuje na poloviční úvazek.

Nynější anamnéza: DMO, diparetická forma, neurogenní měchýř - inkontinence, plánuje se reoperace Achillových šlach.

Edukace: Mateřská škola.

Klientka poprvé přišla na LTV v roce 2006. Terapie probíhala doposud v jiném městě. Fyzioterapie byla prováděna zpočátku 1 x/ týden, poté 1 x/ 14 dní. Matka zacvičena. V roce 2009 začala navštěvovat MŠ v centru ARPIDA, kam je denně dovážena a odvážena Českou maltézskou pomocí (ČMP).

Aktuální stav: Dívka je velmi společenská, zvládá sebeobsluhu, je samostatná, pomáhá ostatním dětem. Chodí o trojbodovém svícnu. Sama vyleze na mechanický vozík, který sama ovládá.

Ergoterapie: ano. Trénink soběstačnosti a samostatnosti, rozvoj jemné motoriky, sed ve vozíku stabilní a sed vyhovuje, bez problémů manipuluje s předměty, navléká korálky, učí se uvazovat tkaničku atd.

Hipoterapie: ano. Klientka má vybraného koně, který jí již rok vyhovuje, sed stabilní.

Arteterapie: ano. Klientka je občas schopna sedět na obyčejné židli, maluje bez problémů.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: ano. Muzikoterapeutka je spokojená, nástroje klientka používá, zpívá, terapie se aktivně účastní, slova písní si pamatuje.

Zájmové činnosti: ne.

Sociální příspěvky: ZTP/P, rodičovský příspěvek, příspěvek na provoz motorového vozidla.

Poskytované služby: osobní asistence.

Pomůcky: poukaz na chodítka a tříbodové berle, mechanický vozík, ortopedická obuv.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, perličková koupel, měkké techniky na uvolnění kontraktur, pasivní LTV zkrácených svalů, LTV na přístrojích, vertikalizace, hipoterapie, labilní plochy (míče).

Aktuální stav: leze po čtyřech střídavě, neumí lézt zkříženě, postaví se u opory, obchází kolem opory, chůze o trojbodovém svícnu s doprovodem po chodbě. Na vozík si umí někdy vylézt sama, ale častěji s pomocí, sama ho umí ovládat. Ve stoji bez držení padá vzad. Převažuje reklinace hlavy s protrakcí ramen. Horní polovinu těla si oblékne sama, s dolní polovinou těla potřebuje pomoci. Je inkontinentní a v močovém měchýři zůstává reziduum moči, proto musí být cévkovaná.

Terapie Vojtovou metodou - dle vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení I. a III. fáze, modifikaci reflexního plazení – reflexní plazení v závěsu a 1. pozici.

Při Vojtově reflexní terapii se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zvládne sama bilaterálně, pánev zůstává ventrální.
2. Otáčení: zvládne sama na obě strany a přetočí se sama ze zad na břicho, také na obě strany. Tuto lokomoci zvládá dobře.
3. Vyhoupnutí na čtyři: předvede sama, pánev zůstává ventrálně.
4. Lezení po čtyřech: leze střídavě, neumí lézt zkříženě, opora o extendované HKK v loktech, DKK při lezení zůstávají v semiflexi v kyčelních kloubech a převládá pohyb DKK do extenze. DKK zůstávají v mírných vnitřních rotacích v kyčelních kloubech.

5. Vertikalizace u opory: zvládne sama, s nakročením přes PDK, přes LDK zvládne také, sama si umí vylézt na mechanický vozík.
6. Šikmý sed: zvládne sama na obě strany.
7. Volný sed: sed je pro klientku nestabilní, převažuje výrazná kyfotizace celé páteře a flexe na DKK v kyčelních a kolenních kloubech, klientka se po chvíli pokládá na záda.
8. Sed s DKK ze stolu: sed je velmi stabilní, narovná se kyfóza v bederní a hrudní páteři, v tomto sedu si dokáže obléct horní polovinu těla.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: pouze o trojbodovém svícnu, ujde cca 100 metrů bez přestávky, DKK zůstávají ve vnitřních rotacích, chůze po špičkách, pokud chce došlápnout na paty, musí se zastavit, provést hyperextenzi v koleni a rotovat pánev do strany.

Perspektiva: při zlepšení stability trupu a změny postavení pánve, bude moci stát u opory bez držení a kdykoliv bude schopna vylézt na mechanický vozík. Při změně držení v pánvi, může dojít k relaxaci pánevního dna a v močovém měchýři nebude zůstat reziduum. Klientka nebude muset být cévkována.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zůstává stejné.
2. Otáčení: stejné, jen pomaleji provedené.
3. Vyhoupnutí na čtyři: zvládne sama, zvýraznila se ventrální pánev a došlo k pokrčení obou HKK, zhoršilo se vzpřímení na HKK.
4. Lezení po čtyřech: stejné, zhoršena v opoře o HKK, kdy paže flektuje v obou loktech.
5. Vertikalizace u opory: zhoršeno nakračování DKK, ale nakonec se vertikalizuje u opory, avšak na mechanický vozík není schopna vylézt.
6. Šikmý sed: zvládne sama na obě strany.
7. Volný sed: stav nezměněný, stále přetrvává nejistota.

8. Sed s DKK ze stolu: v tomto sedu se udrží sama, má tendence k přepadnutí vpřed, bojí se hloubky před sebou, musím ji jistit, při oblékání horní poloviny těla se zvýraznila nejistota a klientka raději uléhá na záda, kde se obléká.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: zhoršena ve fyzické výkonnosti, ujde cca 50 metrů, musí dělat delší pauzy na odpočinek, zadýchává se při chůzi.

Celkový dojem: Klientka se velmi těžko postaví u žebřin v tělocvičně, není schopna sama vylézt na vozík, při chůzi o trojbodovém svícnu je velmi unavená, odpočívá ve stoji opřena o trojbodové svícny. Při zpáteční cestě do MŠ ji již musím odvézt na vozíku.

Edukace: podle učitelek MŠ po psychické stránce stav nezměněn. Po motorické stránce není schopna sama vylézt na vozík. Chůze o trojbodovém svícnu je velmi pomalá.

Ergoterapie: stav stejný. Při činnostech se však musela lokty opírat o stůl ergoterapeuta, aby mohla pohodlně sedět ve vozíku.

Hipoterapie: při sedu obkročmo na koni, nemohla klientka obejmout nohama tělo koně, na kterém dosud jezdila. Hipoterapeut musel tedy koně vyměnit za jiného, menšího a štíhlejšího.

Arteterapie: v oblasti jemné motoriky nedošlo ke zhoršení ani ke zlepšení, jen v sedu na mechanickém vozíku ji arteterapeutky musely několikrát rovnat, do obyčejné židle klientku raději neposazovaly.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: stav stejný, muzikoterapeutka si žádné změny nevšimla.

Zájmová činnost: ne.

KLIENT 2

Jméno a věk: N.P., chlapec, narozen v roce 1999, 12 let.

Aktuální diagnóza: DMO, kvadruparetická forma spastická, epilepsie kompenzovaná, strabismus, alergie na náplast.

Operace: tříetážová operace (uvolnění adduktorů, triceps surae, hamstringy).

Rodinná anamnéza: Klient je jediný syn rodičů, rodiče žijí spolu v rodinném domě. Matka nepracuje, otec je řidičem z povolání. Blízké příbuzenstvo bydlí v jejich okolí v místě bydliště.

Nynější anamnéza: kvadruparetická forma DMO, spastická forma, strabismus.

Edukace: Základní škola speciální.

V roce 2001, byl přijat na rehabilitační pobyt v rámci rané péče do centra ARPIDA, v roce 2003 byl přijat do mateřské školy v centru ARPIDA, byla mu odložena povinná školní docházka pro rok 2005-2006. V roce 2006 klient nastoupil do Základní školy speciální v centru ARPIDA. Je denně dovážen i odvážen Českou maltézskou pomocí (ČMP). Terapii v centru má cca 3-4 x do týdne.

Aktuální stav: Při výuce se klient snaží komunikovat s asistentem pedagoga. Ukazuje předměty, řekne si na WC.

Ergoterapie: ano. Klient sedí ve speciální židli i v mechanickém vozíku, s předměty manipuluje, dává je na určené místo nebo do otvorů, komunikuje holými větami, řekne si, co potřebuje, je mu rozumět, spolupracuje a je spokojený.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. Klient má vývojovou dysartrii a mentální postižení. Mluvní produkce je omezena na jednotlivá slova nebo krátké ustálené věty, často bez logické návaznosti v kontextu. Slovní zásoba je omezená, pojmenuje spíše známé předměty.

Muzikoterapie: ano. Klient drží předměty v ruce, tluče s nimi do rytmu, občas ze sebe vydá tón k písničce, je klidný a spokojený.

Zájmové činnosti: ne.

Sociální příspěvky: příspěvek na péči 4. stupeň, příspěvek na úpravu bytu, příspěvek na provoz motorového vozidla.

Pomůcky: poukaz na mechanický vozík, elektrický vozík, polohovací dynamická sedačka, ortopedická obuv, vertikalizační stůl, tříkolka.

Poskytované služby: osobní asistence.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, měkké techniky, LTV na přístrojích, perličková koupel, bazén, nácvik lokomoce, vertikalizační stůl.

Aktuální stav: Klient je přivážen na mechanickém vozíku (sám vozík ovládat neumí), pouze povolí ruce na obruče vozíku a zkouší se chytout těchto obručí. Sám řídí elektrický vozík levou horní končetinou (dle informací matky). Je inkontinentní. Svléknout a obléknout se neumí kvůli spastickým rukám. V rámci lokomočního vývoje se přetáčí ze zad na břicho a zpět. Pohyb je pomalý a inkoordinovaný. Tulení se cca pár centimetrů. Má výraznou prominenci hrudní kyfózy s protrakcí ramen. Na břicho se vzepré na rukách s občasným nakročením dolní končetiny. Sám se neposadí, sed zvládne s dopomocí s tendencí k pádu. Vertikalizace též s pomocí.

Hipoterapie byla prováděna v lehu na břicho, ale z důvodu bolestivosti a strachu z koně, byla dočasně ukončena. Je schopen sám jíst, ale potřebuje speciální kompenzační pomůcky pro úchop.

Terapie Vojtovou metodou - dle vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení I. až IV. fáze, reflexní plazení a 1. pozici.

Při Vojtově reflexní terapii se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: neplazí se, užívá náhradní model tulenění, nepoužívá DKK při nakročení, ale je schopen izolovaně nakročit LDK a poté nakročit PDK.
2. Otáčení: zvládne přetočení ze zad na břicho a z břicha na záda.
3. Vyhoupnutí na čtyři: sám tuto lokomoci nepředvede, když klienta pasivně dostaneme do pozice na čtyřech, je schopen se udržet o semiflektované paže v loktech, ruce zůstávají v pěst.

4. Lezení po čtyřech: neprovede.
5. Vertikalizace u opory: neprovede.
6. Šikmý sed: neprovede.
7. Volný sed: neprovede.
8. Sed s DKK ze stolu: je schopen pouze při pasivním posazení, kdy se musí přidržovat okraje stolu (pouze na krátkou dobu), sed je velmi nestabilní, občas je schopen povolit levou horní končetinu a opřít se o dlaň levé ruky s dorzální flexí v zápěstí, po chvíli opět padá zády na podložku.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: neprovede.

Perspektiva: Zlepšení a stabilita v sedě na vozíku, a v sedě na rehabilitačním stole, výdrž v sedu a uvolnění končetin k úchopu. Napřimění hrudní hyperkyfózy.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zvyrazňuje se spasticita na HKK i DKK, klient vleže na břicho není schopen nakročení jedné ani druhé DK, výdrž v opoře o lokty je velmi krátká, pohyblivost pomalá a pro klienta velmi náročná.
2. Otáčení: je pomalé, na bok se přetáčí na několik pokusů, na břicho se dostane s velkými obtížemi, patrná ztuhlost celého těla a zvýšeného napětí v HKK i DKK.
3. Vyhoupnutí na čtyři: nastavit pasivně do polohy je obtížné, potřebuji pomoc druhé osoby, obtížně flektuji DKK v kyčelních kloubech a kolenou, je výrazná abdukce DKK, dochází ke kyfotizaci páteře, klient se pokládá na lokty s reklinací hlavy. Jestliže klienta v této poloze držím ještě chvíli, začíná se zvyšovat napětí těla, až dochází k postupné extenzi na DKK a klient je „vystřelen“ silnou extenzí vpřed do lehu na lokty a dlaně rukou.
4. Lezení po čtyřech: neprovede.
5. Vertikalizace u opory: neprovede.

6. Šikmý sed: neprovede.
7. Volný sed: neprovede.
8. Sed s DKK ze stolu: při pasivním sedu, je klient v kyfóze, obě HKK jsou v abdukci od těla, klient nedokáže díky nestabilitě sedět, dochází k extenzi páteře a skoro okamžitě padá zády na podložku s abdukovanými pažemi.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: neprovede.

Celkový dojem: klient je vystrašený, při každém mém pohybu se zvýrazňují úlekové reakce klienta, pohyby jsou strnulejší, pomalejší, je bojácnější, ve výrazu obličeje je viditelná ztuhlost mluvidel a ustrašenost v obličeji.

Edukace: Klient sedí na vozíku, je ustrašený, neklidný, leká se, nechce komunikovat, bojí se promluvit.

Ergoterapie: klient měl problém pohodlně vydržet sedět po celou dobu terapie ve speciální židli určenou pro klienta. Klient se velmi lekne nejen při otevření dveří, ale i při pohybu ergoterapeutky, pouští předměty s rukou, komunikuje ještě méně než dříve, odpovídá pouze slovy (ano – ne), chybí koordinace rukou.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. Klient je vyděšený, má časté úlekové reakce i na mírné zvukové podněty (spuštění kazety), komunikace omezena, slova ojedinělá.

Muzikoterapie: klient se při muzikoterapii leká veškerých zvuků, které nástroje vydávají, nezpívá, nezapojuje se do činností, je ustrašený.

Zájmové činnosti: ne.

KLIENT 3

Jméno a věk: B.L., dívka, narozena v roce 1994, 17 let.

Aktuální diagnóza: DMO, hemiparetická forma, epilepsie kompenzovaná, stav po operaci pravé horní končetiny (transpozice svalů ruky).

Rodinná anamnéza: Žije s rodiči na vesnici v rodinném domě se zahradou. Má dva starší sourozence, sestru a bratra. Matka i otec jsou zaměstnáni na plný úvazek, starší sestra studuje vysokou školu a bratr klientky střední školu.

Nynější anamnéza: DMO hemiparetická forma, epilepsie kompenzovaná léky, 3 x byla provedena operace ruky na pravé horní končetině pro umožnění úchopu ruky.

Edukace: Základní škola praktická.

Navštěvuje Základní školu praktickou, kde má nyní problémy s učivem a musí se více učit než dříve. Po ukončení školní docházky je plánovaná sociální rehabilitace v centru ARPIDA.

Aktuální stav: klientka je pracovitá, snaží se ve škole při vyučování. Na otázky odpovídá celou větou.

Ergoterapie: ano. Klientka manipuluje s předměty pouze LHK, PHK zůstává pouze jako pomocná, zapíná knoflíky, zipy pouze LHK. PHK do běžných činností nezapojuje.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ano. Klientka maluje pouze LHK, PHK si pouze přidržuje občas čtvrtku papíru.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: ano. Klientka k pohybu používá pouze LHK, PHK je statická. Když na povel PHK použije, pohyby jsou inkoordinované, pohyb vychází především z ramene (pouze pohyb do flexe a extenze).

Zájmové činnosti: ne.

Sociální příspěvky: příspěvek na péči 4. stupně, příspěvek na provoz motorového vozidla.

Poskytované služby: osobní asistence.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, perličková koupel, měkké techniky na uvolnění kontraktur, pasivní LTV zkrácených svalů a LTV ruky s měkkými technikami, LTV na přístrojích, hipoterapie, LTV na labilních plochách (míče).

Aktuální stav: Klientka je chodící, soběstačná, dopomoc pouze v osobní hygieně. V postuře těla je patrná hyperkyfóza v oblasti hrudní páteře s protrakcí ramen a předsunutým držením hlavy, v bederní části je hyperlordóza. Pravá strana těla je hypogenická s držením končetin ve vnitřní rotaci v ramením a kyčelním kloubu, flexe ruky v lokti a extenzi v koleni. Noha našlapuje na špičku. Klientka je po operaci pravé ruky, pro zlepšení úchopu.

Terapie Vojtovou metodou - dle kineziologického vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení I. fáze a modifikaci reflexního plazení – reflexní plazení v závěsu.

Při Vojtově reflexní terapii se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: pohyby jsou svižnější, rychleji provedené. Klientka zvedne PHK do větší flexe v rameni, dochází k lepší opoře o loket a přenesení váhy, pánev je klopena dorzálně a nedochází k zvětšování bederní lordózy.
2. Otáčení: chybí švihová fáze PDK. Končetina je držena v addukci v kyčelním kloubu a extenzi v koleni. HKK zůstávají ve flexi v obou loktech.
3. Vyhoupnutí na čtyři: zvládne sama, PHK zůstává opřena o ruku na podložce.
4. Lezení po čtyřech: flexe v kyčli je provedena mírnou addukcí v kyčelním kloubu (usuzuji k addukci vzhledem ke zkratu dolní končetiny), PDK není tažena cirkumdukci a PHK je položena na podložce.
5. Vertikalizace u opory: přes LDK zvládne sama a rychle vertikalizaci provede, přes PDK ji noha zůstává u žebřiny a klientka si postavení těla a končetiny musí dorovnat úkrokem LDK vzad.
6. Šikmý sed: přes LHK zvládne, přes PHK si ruku drží na podložce, poté ruku pouští z podložky do flexe v lokti.

7. Volný sed: klientka sedí v kyfóze hrudní páteře, protrakci v ramenou a DKK jsou semiflektované v kolenou na podložce. PDK je ve vnitřní rotaci a addukci v kyčelním kloubu.
8. Sed s DKK ze stolu: zvládne sama, tělo je drženo ve skoliotickém držení s rotací pánve dorzálně vpravo, sed je stabilnější a na povel se dokáže aktivně vyrovnat.
9. Stoj bez opory: zvládne sama, stojí na celém chodidle, patrné skoliotické držení páteře, s rotací pánve dorzálně vpravo, koleno na PDK směřuje do vnitřní rotace a addukce v kyčelním kloubu.
10. Stoj na 1 DK: na LDK se udrží déle jak 20 sekund, na PDK po opakování pohybu do 10 sekund se souhybem PHK.
11. Chůze: změnilo se držení v pánvi, klientka na LDK nenapadá, došlap na LDK je tichý, neslyšitelný, cirkumdukce je patrná až po delší chůzi, zpočátku pouze nastoupila addukce, později vnitřní rotace v kyčelním kloubu na PDK. Klientka semiflektuje PDK v koleni.

Perspektiva: Zvládne stoj na PDK dolní končetině a zvládne manipulovat s předměty na PHK.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: je pomalé, velmi přemýšlí o pohybech, plazení bez opory PHK a chybí odraz o koleno, pánev je výrazně ventrální.
2. Otáčení: chybí nakročení a švihová fáze na PDK, LDK do nakročení jde, horní končetiny jsou ve flexi v loktech a ruce v pěst.
3. Vyhoupnutí na čtyři: zvládne sama, PHK zůstává nad podložkou.
4. Lezení po čtyřech: chybí čistá flexe v kyčelním kloubu vpravo, při lezení jde dolní končetina cirkumdukci a addukci do flexe v koleni s položením ruky o podložku, nikoliv k opoře ruky.

5. Vertikalizace u opory: nakročením přes PDK jsou ve stoji patrné titubace s tendencí k pádu vzad a PDK zůstává v hyperextenzi v kolenním kloubu a na špičce nohy.
6. Šikmý sed: přes PHK zvládne, zvýší se spasticita na PHK.
7. Volný sed: sed v hyperkyfóze hrudní páteře, protrakci ramen a výrazné vnitřní rotaci na PDK, horní končetiny jsou opřené o podložku.
8. Sed s DKK ze stolu: zvládne sama, tělo je drženo ve skoliotickém držení s rotací pánve dorzálně vpravo, sed je stabilnější a na povel se dokáže aktivně vyrovnávat.
9. Stoj bez opory: zvládne sama, výrazná levostranná skolióza, s rotací pánve dorzálně vpravo.
10. Stoj na 1 DK: na LDK se udrží 10 sekund, na PDK velmi nestabilní, vydrží 2 sekundy a zvýší se spasticita a flexe PHK.
11. Chůze: samostatná, pánev je při chůzi nestabilní, chybí flexe PDK při chůzi, chodí cirkumdukci a napadá na LDK.

Celkový dojem: Stav klientky je podobný. Při chůzi jsou slyšitelné dopady při došlapu na LDK, nepostaví se střídavě na 1 DK, musí se přidržovat zdi nebo žebřin.

Edukace: stav nezměněn. Pouze při vyjadřování je plynulost řeči často prokládána delšími pauzami.

Ergoterapie: stav stejný. Klientka stále používá LHK do činností, PHK stále zůstává pouze jako pomocná.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ano, stav nezměněn. Klientka maluje pouze LHK, PHK si přidržuje čtvrtku papíru.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: ano, stav stejný. Muzikoterapeutka nezaznamenala žádnou změnu.

Zájmové činnosti: ne.

KLIENT 4

Jméno a věk: B.S., dívka, narozena v roce 2002, 8 let.

Dřívější stav: Klientka přišla s rodiči na rehabilitaci ve 3 letech. Její rodiče sdělili, že klientce začaly vypadávat předměty z rukou a podlamovaly se jí dolní končetiny. Ve 4 letech začala chodit do MŠ v centru ARPIDA. V této době jí byla stanovena diagnóza polyradikuloneuritis. Klientka byla stále schopná vertikalizace a samostatně chodit, začala mít problémy s vypadáváním předmětů z rukou a začaly se jí podlamovat dolní končetiny. V roce 2006 klientka stále ještě chodila.

V roce 2007 jí byla věnována intenzivní rehabilitace, byla i na lázeňském pobytu. Klientka začala chodit o široké bázi, došlo k paréze horní končetiny a zhoršení kvality svalstva celého těla.

V roce 2008 byla klientce stanovena diagnóza HSMN – kvadruparéza, bez možnosti aktivního sedu. Klientce byl indikován elektrický vozík. Začala psát a malovat ústy. Došlo k plegii obou HKK i DKK, záda jsou hypotonická, zvládla se přetočit ze zad na břicho, hlavu nedržela, nebyla schopna opory o HKK.

V roce 2009 začala pomalu hýbat LDK, byla schopna se udržet v sedu, hlavu drží, přitáhne dolní končetiny, jezdí sama na elektrickém vozíku. Byl jí předepsán i mechanický vozík na trénink přesunů z vozíku a zpět.

Z prostředků uceleného systému rehabilitace je indikována hipoterapie, vodoléčba, LTV na neurologickém podkladě, měkké techniky 4 x týdně, ergoterapie, akupresura atd. Klientka nastoupila do 1. třídy 1. ročníku, učí se psát a číst, navštěvuje kroužek muzikoterapie a arteterapie.

Aktuální stav:

Klientka je v 2. třídě ZŠ, kterou zvládá velmi dobře. Sedí ve speciální židli, která je nastavena přímo pro její správný sed, sama jezdí na elektrickém vozíku. Je vidět výrazné zlepšení motoriky svalstva. Sama začala jezdit na trojkolce, LTV na přístrojích, v lokomoci válí sudy, sama se posadí s lehkou dopomocí, je vertikalizována v parapodiu, začala zapojovat ruce do činností, znovu zkouší psát rukama, ale psaní pusou je stále pro ni snadnější.

Aktuální diagnóza: polyradikuloneuritis, hereditární senzorio motorická neuropatie – Dejerine – Sottas.

Rodinná anamnéza: Bydlí s rodiči a třemi sourozenci v bytě, otec zaměstnán ve státní správě, matka je na mateřské dovolené a dálkově studuje vysokou školu.

Nynější anamnéza: hereditární senzorio motorická neuropatie Dejerine – Sottas.

Edukace: Základní škola, 2. ročník

Klientka nastoupila do Mateřské školy při centru ARPIDA, kde po mentální stránce prospívala velmi dobře. V 8 letech nastoupila do 1. ročníku základní školy, kde prospívala také velmi dobře. Nyní je již žákem 2. ročníku a učivo ve škole zvládá též bez problémů. Naučila se psát a malovat ústy. Velmi ráda maluje a dosahuje úspěchů v mezinárodních soutěžích. Vzhledem ke zlepšování zdravotního stavu, je schopna na krátkou dobu psát a malovat i rukama.

Aktuální stav: Klientka je velice snaživá, inteligentní, komunikativní, snadno si najde přátele. Prospěch je velmi dobrý.

Ergoterapie: ano. Klientka začala používat ruce ke psaní, trénují s ergoterapeutkou náhradní držení tužky, vymalovává omalovánky ústy, trénuje psaní písmen a číslic.

Hipoterapie: ano, stav je zlepšen ve stabilitě trupu a držení těla.

Arteterapie: ano, s arteterapeutkou pracují na malování ústy, podpis klientky trénují rukama.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: ano. Klientka začala používat nástroje při zpěvu (chrastící kuličky, zvonky) jednotlivé písně je schopna udýchat a také uzpívat.

Zájmové činnosti: ne.

Sociální příspěvky: příspěvek na péči 4. stupně, příspěvek na provoz motorového vozidla, vydán poukaz na mechanický a elektrický vozík, poukaz na parapodium, ortopedická obuv.

Poskytované služby: osobní asistence.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, perličková koupel, měkké techniky na uvolnění kontraktur, pasivní LTV zkrácených svalů, měkké techniky, LTV na přístrojích, hipoterapie, LTV na labilních plochách (míče).

Terapie Vojtovou metodou - dle kineziologického vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení I., II. a III. fáze a reflexní plazení.

Při Vojtově reflexní terapii se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zvládne bilaterálně, obě HKK jsou v extenzi u těla, pánev převažuje ventrální s kontrakturami svalů iliopsoasů a hamstringů, kolena jsou semiflektovaná.
2. Otáčení: zvládne bilaterálně, obě HKK jsou v extenzi u těla, pánev převažuje ventrální s kontrakturami svalů iliopsoasů a hamstringů, kolena jsou semiflektovaná, otáčení je velmi pomalé.
3. Vyhoupnutí na čtyři: zvládne pouze při pasivním držení, kdy je schopna opory o extendované HKK. Převažuje ventrální pánev, hyperextenze loktů.
4. Lezení po čtyřech: neprovede.
5. Vertikalizace u opory: klientka je schopná se vertikalizovat do vysokého kleku s dopomocí druhé osoby, dokáže se s přidržováním za ruce o žebřiny ve vysokém kleku udržet.
6. Šikmý sed: pouze s dopomocí.
7. Volný sed: velmi nestabilní kvůli kontrakturám na DKK.
8. Sed s DKK ze stolu: sed je velmi stabilní, HKK se opírají o hrany stolu.
9. Stoj bez opory: klientka je vertikalizována pouze v parapodiu.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: neprovede.

Perspektiva: pokud se uvolní kontraktury, bude možný samostatný stoj a schopnost psát rukama.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klientka v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

- 1 Plazení: zvládne bilaterálně, obě HKK jsou v extenzi u těla, pánev převažuje ventrální s kontrakturami svalů iliopsoasů a hamstringů, kolena jsou semiflektovaná.
- 2 Otáčení: zvládne bilaterálně, obě HKK jsou v extenzi u těla, pánev převažuje ventrální s kontrakturami svalů iliopsoasů a hamstringů, kolena jsou semiflektovaná, otáčení je velmi pomalé.
- 3 Vyhoupnutí na čtyři: zvládne pouze při pasivním držení, kdy je schopna opory o extendované HKK. Převažuje ventrální pánev, hyperextenze loktů.
- 4 Lezení po čtyřech: neprovede.
- 5 Vertikalizace u opory: neprovede.
- 6 Šikmý sed: pouze s dopomocí.
- 7 Volný sed: velmi nestabilní kvůli kontrakturám na DKK.
- 8 Sed s DKK ze stolu: sed je velmi stabilní, HKK se opírají o hrany stolu.
- 9 Stoj bez opory: klientka je vertikalizována pouze v parapodiu
- 10 Stoj na 1 DK: neprovede.
- 11 Chůze: neprovede.

Celkový dojem: Stav klientky je ve své podstatě stejný, v oblasti lokomoce a v oblasti hrubé motoriky nedošlo ani ke zlepšení, ani ke zhoršení. V oblasti jemné motoriky došlo ke zlepšení na rukách a prstech. Klientka dokáže již po delší dobu psát rukou, ústa však v grafomotorice stále ještě využívá.

Edukace: stav nezměněn.

Ergoterapie: ano. Klientka začala více používat ruce ke psaní, trénují s ergoterapeutkou náhradní držení tužky.

Hipoterapie: ano, stav je stejný jako minule. Klientka při jízdě na koni se stále lepší ve stabilitě trupu a držení těla, sama je schopná si položit ruce na madla sedla a držet si tak ruce aktivně.

Arteterapie: ano, s arteterapeutkou stále pracují na malování ústy, ale podpis klientky trénují rukama.

Logopedie: ne.

Muzikoterapie: ano. Klientka začala používat lehké nástroje při zpěvu, jednotlivé písně je schopna nejen udýchat, ale i uzpívat.

Zájmové činnosti: ne.

KLIENT 5

Jméno a věk: K.P., chlapec, narozen v roce 1999, 12 let.

Aktuální diagnóza: DMO spastická kvadruparetická forma, převaha sin., psychomotorická retardace, v roce 2004 třítážová operace na DKK.

Rodinná anamnéza: Žije pouze s matkou. Před 4 lety se přestěhovali ze severozápadních Čech do Jihočeského kraje, s ohledem na možnost využívat ucelené rehabilitace v centru ARPIDA. Klient má sourozence, ale nestýká se s nimi. Matka nepracuje, je v domácnosti. Klient je se svým otcem v kontaktu a navštěvuje jej v severozápadních Čechách.

Nynější anamnéza: DMO, spastická kvadruparéza, převaha sin., psychomotorická retardace.

Edukace: Základní škola speciální s rehabilitačním vzdělávacím programem.

Klient nyní navštěvuje Základní školu speciální s rehabilitačním vzdělávacím programem. Je v 5. ročníku. Za poslední dobu se klient výrazně zlepšil a je patrný posun v kognitivních funkcích.

Aktuální stav: klient je ve vyučovací hodině velmi aktivní. Snaží se komunikovat, odpovídá jednoduchými větami a ukazuje předměty.

Ergoterapie: ano. Klient uchopí předmět skoro okamžitě, komunikuje, usmívá se, dobře spolupracuje.

Canisterapie: ano. Při kontaktu se psem, kdy je klient položen vedle psa, se chce se psem mazlit, hladí ho po srsti otevřenou rukou, září mu oči štěstím.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. Klient má vývojovou dysartrii s mentální retardací. Mluvní produkce je omezena na slovní výpovědi a jednoduché ustálené věty.

Muzikoterapie: ano, vykřikuje při zpěvu, hraje na paličky, je radostný.

Zájmové činnosti: ne.

Sociální příspěvky: příspěvek na péči 4. stupně, příspěvek na provoz motorového vozidla, vydán poukaz na mechanický vozík, vydán poukaz na vertikalizační stůl, ortopedická obuv.

Poskytované služby: osobní asistence.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, perličková koupel, měkké techniky na uvolnění kontraktur, pasivní LTV zkrácených svalů, LTV na přístrojích, vertikalizační stůl, nácvik chůze v chodítku, LTV na labilních plochách (míče, válec).

Aktuální stav: Mechanický vozík ovládá sám pouze pravou horní končetinou, ale jen na kratší vzdálenost. Po delší trase je unavený a potřebuje při pohybu pomoci. Mechanický vozík je upravený na ovládání pro hemiparetiky. Jeho lokomoce v bytě je buď na vozíku, nebo otáčením ze zad na břicho a z břicha na záda. V tréninku soběstačnosti se snaží pomáhat s oblékáním horní poloviny těla. Je schopen se sám najíst a napít, jídlo musí mít ale nakrájené. Používá i speciálně upravený příbor a talíře. Na toaletu si sám řekne.

V postuře těla je dominantní flekční držení hlavy, ramena jsou v protrakci a vnitřní rotaci s flexí obou loktů a pronačním držením předloktí. Akrum vlevo je spastické do pěsti, akrum vpravo dokáže uvolnit a provést dlaňový úchop. V lehu na zádech je patrná insuficience ventrální muskulatury, hyperlordóza, ventrální pánev. Kyčle jsou drženy ve flexích v kyčelních a kolenních kloubech. Tyto klouby lze však pasivně protáhnout, ale pohyb je omezen. Není možné provést plnou extenzi. Na akrech dolních končetin chybí podélná a příčná klenba, kotníky jsou valgózní.

Terapie Vojtovou metodou - dle kineziologického vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení a modifikaci reflexního plazení – reflexní plazení v závěsu, 1. pozici.

Při Vojtově reflexní terapii se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: klient je schopen opory o oba lokty, je schopen nakročení a odrazu o PDK. LDK je schopen pouze naznačit, ale pohyb není schopen provést, tuto končetinu táhne za sebou. Plazení pouze na krátkou vzdálenost a musí být motivován.
2. Otáčení: otáčí se na břicho a zpět bilaterálně.
3. Vyhoupnutí na čtyři: klient tento pohyb pouze naznačí v opoře o lokty, podsune si obě DKK pod sebe zhruba do 30 stupňové flexe v kyčelních kloubech. DKK není schopen dát zcela pod břicho. Je to možné pouze s dopomocí a s fixací za pánev je schopen DKK dostat po břicho, dochází i k extenzi PHK do opory o ruku. LHK, zůstává v semiflexi v lokti.
4. Lezení po čtyřech: neprovede.
5. Vertikalizace u opory: zvládne s dopomocí, není schopen se ve stoji držet za ruce, proto se opírá ve stoji o předloktí.
6. Šikmý sed: zvládne pouze přes PHK.
7. Volný sed: nestabilní, padá na podložku.
8. Sed s DKK ze stolu: sed je stabilní je schopen se držet za hrany stolu, páteř je výrazně kyfotická, na povel se dokáže krátkodobě napřímit.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: je schopen chůze v chodítku s dopomocí. Kroky jsou krátké, chybí vzpřímení na nohách a odraz nohy od země. Chybí stabilita trupu i stojné dolní končetiny.

Perspektiva: napřímením páteře, bude možný stabilní sed ve vozíku a zlepšení možnosti ovládnání mechanického vozíku, zlepšení samostatnosti a soběstačnosti v péči o sebe.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: je schopen opory o oba lokty, ale PHK není schopna se nadzvednout od podložky a klient se pouze od loktů odráží, obě DKK jsou v extenzi taženy za sebou bez možnosti nakročení, klient zůstává na místě, není schopen se posunout vpřed.
2. Otáčení: přes LHK je otáčení pomalé, často si dělá pauzy, ale otočku zvládne.
3. Vyhoupnutí na čtyři: opře se o předloktí, zvedne hlavu do prostoru, ale na HKK se již nevzpřímí, neprovede extenzi v lokti.
4. Lezení po čtyřech: neprovede.
5. Vertikalizace u opory: s dopomocí stojí u opory, PHK je schopen se o žebřiny podepřít, ale LHK je ve flexi v lokti a abdukci paže od těla. Klient je schopný, žebřiny se pouze dotknout, ale není schopen se LHK přidršet ani opřít o loket, a trup se stáčí k PHK a klient má tendenci upadnout.
6. Šikmý sed: zvládne jej, ale je velmi nestabilní a šikmý sed je nedokončený.
7. Volný sed: neprovede.
8. Sed s DKK ze stolu: došlo ke kyfotizaci páteře, klient extenduje nohy v kolenou, dochází k vnitřní rotaci v kyčelních kloubech, addukuje paže k tělu a padá na levou stranu k podložce.
9. Stoj bez opory: neprovede.
10. Stoj na 1 DK: neprovede.
11. Chůze: stav stejný, má problém držet se chodítka, zvětšila se reklinace hlavy a došlo k zvětšení hrudní kyfózy.

Celkový dojem: klient působí velmi staženým dojmem, není schopen se při plazení pohnout z místa, celkový pohyb je strnulý. Při pohybech nepoužívá ruce k držení ani k úchopu. Velmi se zvýraznila nestabilita v oblasti trupu. Má velký problém udržet se v sedu s DKK ze stolu, častěji se lekne a nestabilita se ještě zvýrazní.

Edukace: klient při vyučovací hodině nekomunikuje, působí velice unaveným dojmem. Při komunikaci je značná prodleva mezi otázkou a odpovědí.

Ergoterapie: ano. U klienta došlo k inkoordinaci pohybů. Když chce klient sáhnout pro předmět, povede se mu uchopit předmět až na potřetí, při ergoterapii je pasivní, velmi málo komunikuje.

Canisterapie: ano. Při kontaktu se psem, kdy je klient položen vedle psa, je vidět v obličeji klienta nechuť být blízko zvířete, u klienta se zvětšuje jeho odtažitost a zvyšuje se svalové napětí těla.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. U klienta je výrazná latence otázka x odpověď. Než klient odpoví je mezi otázkou a odpovědí velká časová prodleva.

Muzikoterapie: ano. Muzikoterapeutka si všimla, že při terapii není klient při zpívání slyšet a je spíše pasivní, nemá zájem o nástroje, které v rámci muzikoterapie používají.

Zájmové činnosti: ne.

KLIENT 6

Jméno a věk: P.Š., chlapec, narozen v roce 2001, 10 let.

Aktuální diagnóza: DMO, diparetická forma, hypotonický syndrom.

Rodinná anamnéza: Žije s matkou a starší sestrou. Vlastního otce nemá, v nynější době žije s matkou, sestrou a s přítelem matky v panelovém bytě bez výtahu. Vzhledem k nestabilitě v rodině, se zhruba každých půl roku stěhují do různých měst a bytů v jižních Čechách. Matka nepracuje, její přítel pracuje v zemědělství. Dcera studuje VOŠ.

Nynější anamnéza: DMO, diparetická forma, hypotonický syndrom, posturální nestabilita, známky vadného držení těla.

Edukace: Základní škola praktická.

Klient nastoupil do Mateřské školy při centru ARPIDA ve 4 letech. Prováděla jsem terapii zpočátku 3 x/ týden, poté 4 x/ týden. Matka přiváží klienta denně do MŠ při centru ARPIDA. V 7 letech byl zaškolen v 1. ročníku ZŠ praktické. Nyní navštěvuje 2. ročník základní školy praktické.

Aktuální stav: chůze samostatná a jistější. Při vyučování je snaživý, řeč je srozumitelná.

Ergoterapie: ano, trénink soběstačnosti a samostatnosti, rozvoj jemné motoriky. Je nově schopen si zapnout přezky na obou svých botách, zapne si knoflíky, oblékne si horní i dolní polovinu těla sám. Na ergoterapii přichází sám, nikoliv nepřijíždí na vozíku, chůzi po schodech zvládá s doprovodem.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. Klient má vývojovou dysartrii. Řeč je velmi špatně srozumitelná z důvodu zrychleného tempa řeči, otevřené hůňavosti, špatné dechové ekonomice a nepřesné artikulaci více hlásek, obě řady sykavek L, R, Ř, F, V. Při terapii je schopen srozumitelné mluvy, usměrnění tempa řeči a je schopen důslednější artikulace.

Muzikoterapie: ano. Klient se zapojuje hudebními nástroji do písni, zpívá, je mu lépe rozumět, dokáže pak i o písni mluvit.

Zájmové činnosti: ano, dochází na počítačový kroužek s doprovodem speciálního pedagoga. Po skončení kroužku si matka klienta vyzvedává a klient usedá na mechanický vozík.

Sociální příspěvky: příspěvek na péči 3. stupně, ZTP/P, rodičovský příspěvek, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na péči.

Poskytované služby: osobní asistence.

Pomůcky: mechanický vozík, ortopedická obuv.

Fyzioterapie: LTV na neurofyziologickém podkladě, perličková koupel, aktivní LTV pro posilování svalů trupu a zad, LTV na přístrojích, vertikalizace, labilní plochy (míče) pro trénink stability a koordinace těla.

Aktuální stav: leze po čtyřech střídavě, neumí lézt zkříženě, postaví se v prostoru, chůze na krátkou vzdálenost samostatná, s častými pády a výraznou nestabilitou ve stoje. Vozík si obsluhuje sám. Sám se obléká i svléká, někdy potřebuje pomoci s obouváním bot. Již si umí zapnout boty s přezkami.

Terapie Vojtovou metodou - dle vyšetření jsem zvolila reflexní otáčení I. a II. fáze a 1. pozici.

Při Vojtově reflexní terapii se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zvládne sám bilaterálně, opora o lokty je slabší, dochází k elevaci ramen.
2. Otáčení: zvládne sám na obě strany.
3. Vyhoupnutí na čtyři: předvede sám, pánev zůstává ventrální, s povolenou ventrální muskulaturou, dochází k hyperextenzi obou loktů, prsty rukou jsou natažené.
4. Lezení po čtyřech: leze střídavě, neumí zkříženě, DKK při lezení zůstávají v semiflexi a vnitřní rotaci v kyčelních kloubech.
5. Vertikalizace u opory: zvládne sám bez držení u opory.
6. Šikmý sed: zvládne sám na obě strany.
7. Volný sed: sed je pro klienta nestabilní, převažuje kyfóza hrudní páteře s reklinací hlavy. V postavení DKK v kyčelních kloubech převažuje addukce a semiflexe, kolenní klouby jsou ve valgózním postavení.
8. Sed s DKK ze stolu: sed je stabilní, trup je držen v mírné kyfóze, umí si obléknout horní a dolní polovinu těla, zapne si boty s přezkami.
9. Stoj bez opory: zvládne sám, občas má problémy s nestabilitou trupu, DKK směřují do valgozity kolenou a dochází k addukci a vnitřní rotaci obou kyčelních kloubů.
10. Stoj na 1 DK: zvládne oboustranně cca 3 sekundy.
11. Chůze: na krátkou vzdálenost chodí sám, jakmile začne zrychlovat krok, dojde k pádu. Při pádu nestihne použít oporu o ruce jako záchranu, často tedy padá přímo na hlavu. Sám ujde zhruba 500 metrů. Na delší trasy používá mechanický vozík.

Perspektiva: zlepšení samostatnosti, zvládne si zapnout sám přezky na botách, (zlepší se jemná motorika), zabránění nekontrolovaných pádů.

Po 14 dnech, kdy není prováděna terapie Vojtovou metodou, se klient v motorických dovednostech chová následujícím způsobem:

1. Plazení: zůstává stejné, pouze flexe v rameni je menší a zvětšila se i flexe na obou loktech.
2. Otáčení: stejné, má problémy udržet směr otáčení na žíněnce.
3. Vyhoupnutí na čtyři: zvládne sám, zvýraznila se ventrální pánev, došlo k pokrčení obou HKK v loktech, zvýraznila se reklinace hlavy, dochází ke zvedání obou bérců nad podložku.
4. Lezení po čtyřech: stejné, zhoršen v opoře o HKK, paže flektuje v obou loktech, zvýrazňuje reklinaci hlavy, došlo k elevaci obou ramen, klient je po chvíli unavený a potřebuje odpočinek.
5. Vertikalizace u opory: zvládne sám, při nakračování se přidržuje žebřin.
6. Šikmý sed: zvládne sám na obě strany, ke konci pohybu se výrazně kyfotizuje v páteři a zvětšuje se nestabilita vsedě.
7. Volný sed: stav stejný, zvýraznila se pouze ještě více nestabilita v sedě.
8. Sed s DKK ze stolu: přetrvává nejistota, má tendence k pádu vpřed, není schopen se sám obléct, musí se stále přidržovat stolu. Jestliže klienta v sedě pasivně přidržují a zajišťují jeho stabilitu, není schopen si na botách zapnout přezky.
9. Stoj bez opory: zvládne sám, je si ale nejistý, má tendence se stále něčeho přidržovat.
10. Stoj na 1 DK: nezvládne, DK ani nenadzvedne od podložky.
11. Chůze: zhoršen ve fyzické výkonnosti, po chůzi 100 metrů raději usedá na vozík. Pokud vzdálenost chce prodloužit, dochází k pádům, zadýchává se, potí se, zvětšuje se nestabilita těla.

Celkový dojem: klient je velmi nestabilní, po pár krocích padá na zem, ruce při pádu velmi těžce předpaží k zabránění úderu o zem. Ruce nyní použije, protože sám cítí, že pád se blíží. Při neplánované změně pohybu, okamžitě padá bez použití rukou. Zhoršil se v jemné motorice, není schopen si sám zapnout přezky na botách. Ke svým přesunům nyní používá především mechanický vozík.

Edukace: klient je velice unavený, nechce odpovídat, je mu špatně rozumět. Objevily se častější pády a nestabilita.

Ergoterapie: ano, po 14 denním necvičení Vojtovo metodou se klient zhoršil v oblékání horní i dolní poloviny těla, nezapne si přezky na botách, nezapne knoflík, velmi obtížně zvládá manipulaci s drobnými předměty. Při chůzi do schodů mu musí ergoterapeut pomáhat, je velmi unavený a má tendence k pádu.

Hipoterapie: ne.

Arteterapie: ne.

Logopedie: ano. Je znatelně zhoršená chuť k orální komunikaci, až mluvní negativismus. Při rychlém tempu je řeč velmi špatně srozumitelná.

Muzikoterapie: ano. Klient hůře vyslovuje hlásky a jednotlivá slova v písni více patlá, není mu moc rozumět, o čem se v písni zpívá.

Zájmové činnosti: ano. Klient dochází na počítačový kroužek, tam ale speciální pedagog změny nezaznamenal, pouze větší četnost pádů při docházce na kroužek.

20. ANALÝZA ROZHovorŮ

Analýzu rozhovorů jsem prováděla následujícím způsobem: otázky rozhovoru jsem rozčlenila do dvou kategorií. Na závěr jsem je doložila vybranými odpověďmi specialistů a rodičů klientů.

Jednotlivé kategorie:

- 1. Vliv Vojtovy terapie na psychomotorický vývoj dítěte a jeho zdraví**
- 2. Změny v psychomotorickém vývoji v průběhu výzkumu v očích rodičů**
- 3. Změny v psychomotorickém vývoji v průběhu výzkumu v očích ostatních členů multidisciplinárního týmu**

1. Vliv Vojtovy terapie na psychomotorický vývoj dítěte a jeho zdraví

V této kategorii jsem se zajímala, zda rodiče mohou ze svého pohledu pozorovat nějaké změny v celkovém vývoji a zdraví svých dětí, k nimž došlo od počátku zahájení terapie až po současnost.

Změny, které mohou rodiče, ale i ostatní pozorovatelé vnímat, samozřejmě úzce souvisí s hloubkou postižení. Čím je postižení těžší, tím jsou změny, které lze pozorovat pouhým okem, větší (na počátku terapie) a tím kratší čas je „zapotřebí“ ke zhoršení úrovně jejich psychomotorického vývoje.

Zlepšení v hrubé motorice a to zejména zlepšení v držení trupu a stability, uvedli ve své odpovědi čtyři rodiče z celkového počtu.

Všichni rodiče uvedli, že Vojtova terapie přispěla k tomu, že se jejich dítě naučilo přetáčet, lézt, sedět a stát. Pět rodičů z celkového počtu uvedlo, že při terapii Vojtovo metodou, bylo oblékání dětí podstatně snazší. Rodiče mohli snáze své děti obléknout z důvodu snížení celkového napětí těla (svalového tonu).

Co se týče kognitivního vývoje, přispěla terapie Vojtovou metodou, podle slov rodičů, velkou měrou zejména ke zlepšení komunikace a řeči. Dva rodiče z celkového počtu rodičů uvedli, že se jejich dětem díky terapii Vojtovou metodou zlepšila

vyjadřovací schopnost. Dva rodiče vyzdvihli návaznost s ostatními terapiemi v centru ARPIDA.

2. Změny v psychomotorickém vývoji v průběhu výzkumu v očích rodičů

V této kapitole jsem se dotazovala rodičů, zda si všimli změny v motorice, chování klientů v době, kdy byla Vojtova metoda nahrazena jinou plnohodnotnou terapií.

Rodiče i specialisté uváděli především změny v kvalitě schopností, než v jejich kvantitě. Největší změnu, kterou rodiče pozorovali během výzkumu, a kterou také nejčastěji uváděli, bylo zhoršení spasticity a celkové zvýšení svalového napětí. To se týká čtyř rodičů z celkového počtu. Další zhoršení zaznamenali rodiče zejména v oblasti hrubé motoriky. U jednoho z klientů se zhoršila kvalita sedu a u dalšího klienta došlo ke zhoršení stereotypu chůze. Klientka č. 3 začala napadat na LDK. V jednom případě si rodiče všimli, že v průběhu výzkumu u jejich syna přibylo pádů při chůzi.

Další změny u čtyř dětí z celkového počtu se týkaly zhoršení stability, celkového držení těla a koordinace pohybu. Klientka č. 1 během výzkumu sama nedokázala vylézt na vozík a ani se nedokázala sama obléknout, což při terapii Vojtovou metodou zvládala bez pomoci druhé osoby.

Čtyři rodiče uvedli, že jejich děti měly problém s oblékáním. Klienti, kteří se před změnou uměli obléci sami, po změně měli s oblékáním problémy a jejich činnost trvala delší dobu. Zejména u klienta č. 6, se výrazně zhoršila jemná motorika. Tento klient si sám nezapnul čtyři přezky na botách, což při terapii Vojtovou metodou zvládal bez problémů.

3. Změny v psychomotorickém vývoji v průběhu výzkumu v očích ostatních členů multidisciplinárního týmu

Stejnou otázku jakou jsem kladla rodičům, jsem kladla i ostatním členům multidisciplinárního týmu. Ptala jsem se, zda pozorovali nějaké změny u klientů v oblasti psychomotorického vývoje nebo v chování v průběhu výzkumného šetření.

Ergoterapie se účastnili všichni klienti výzkumného souboru. Ergoterapeutka si v průběhu výzkumu všimla u čtyř klientů změn v jemné motorice (např. klienti nezapnuli zip, knoflík). Klientka č. 1 se při terapii musela opírat o lokty. Klient č. 2 nevydržel sedět ve vozíku po celou dobu ergoterapie, byl velice lekávy a ustrašený. Dále ergoterapeutka konstatovala, že u klientek č. 3 a č. 4 nesledovala žádné změny.

Muzikoterapie se účastnili všichni klienti. U klientek č. 1, 3 a 4 muzikoterapeutka nepozorovala v průběhu výzkumu žádnou změnu. Klient č. 2 přestal během výzkumu zpívat a hrát na nástroje. Terapeutce se zdál ustrašený a často se při hodině lekal. Klient č. 5 začal zpívat potichu. Přestal hrát na nástroje, což se při terapii Vojtovou metodou nikdy nestalo, naopak běžně hrál. U klienta č. 6 se objevila špatná výslovnost při zpěvu.

Arteterapie se účastnili 3 klienti ze sledovaného souboru. Klientka č. 1 musela být terapeutkou v průběhu hodiny několikrát rovnána ve vozíku. Na židli jí terapeutka raději neposazovala. U klientek č. 3 a 4 terapeutka nepozorovala žádné změny.

Hipoterapie se účastnila pouze klientka č. 1. Této klientce musel být vyměněn kůň z důvodu velké spasticity adduktorů.

Canisterapie se účastnil pouze jeden klient (č. 5). U tohoto klienta pozorovala terapeutka nápadnou odtažitost od zvířete a zvýšené svalové napětí.

Zájmovou činnost navštěvoval také pouze jeden klient (č. 6), u kterého si pedagog všiml pouze vyšší frekvence pádů.

Speciální pedagogové si všimli změny pouze v kvalitě pohybů a v jemné motorice, též uváděli zhoršenou manipulaci s pomůckami a psacími potřebami. Pedagogové se také shodli, že se u pěti klientů v průběhu výzkumu zvýšila spasticita

a zhoršila stabilita sedu. Klienti byli při vyučování unavení, pasivní při vyučovacích hodinách.

Další oblastí, ve které se klienti dle pedagogů zhoršili, byla řeč, hlavně výslovnost (patlavost), nechut' mluvit, ztuhlost mluvidel a nesprávné dýchání při mluvení. U dvou klientů se objevila latence mezi otázkou a odpovědí.

V oblasti kognitivních funkcí, se přerušení Vojtovy terapie nijak neprojevalo. Domnívám se, že to bylo zapříčiněno příliš krátkým časovým úsekem prováděného výzkumu.

Na *logopedii* dochází tři klienti z výzkumného souboru. U všech klientů klinický logoped pozoroval omezenou komunikaci, zhoršenou srozumitelnost, špatnou dechovou ekonomiku, ztuhlost mluvidel. Klient č. 1 byl při logopedii vyděšený, měl časté úlekové reakce i na mírné zvukové podněty. Podle klinického logopeda se u klienta č. 5 v průběhu výzkumu objevila výrazná latence otázka x odpověď. U klienta č. 6 se objevila během výzkumného šetření nechut' k orální komunikaci, až mluvní negativismus. Klientova řeč byla špatně srozumitelná.

21. DISKUSE

Výsledky šetření prokázaly, že Vojtova terapie pozitivním způsobem ovlivňuje fyzický i psychický vývoj dětí. Na základě vlastního pozorování a analýzy rozhovorů se specialisty a s rodiči dětí je možné definovat vliv Vojtovy terapie na konkrétních případech. Jakýkoliv posun a zlepšení je však úzce spjatý s typem i hloubkou postižení u konkrétního klienta. U dětí s velmi těžkým postižením je možné pozorovat kvalitativní změny již po kratším časovém úseku.

Z šetření vyplynulo, že se Vojtova terapie podílí zejména na rozvoji v oblasti motoriky. Významným způsobem napomáhá snižovat spasticitu, čímž umožňuje lépe vykonávat daný pohyb. Vojtova terapie má vliv především na hrubou motoriku, kdy během šetření došlo u klientů ke zhoršení některých pohybových stereotypů při vynechání Vojtovy terapie. Dále došlo ke zhoršení stability trupu a celkového držení těla, ke zhoršení koordinace pohybů i ke snížení fyzické zdatnosti.

Pět klientů ze šesti se převážně zhoršili v hrubé i jemné motorice i motorice mluvidel. U klientky č. 4 došlo naopak k mírnému zlepšení v motorice. Z toho usuzuji s ohledem na její dřívější stav. Klientka dříve chodila, ví co má dělat, má představu pohybu. Klientka nemá dětskou mozkovou obrnu ani mentální postižení.

Poruchy v oblasti motoriky brzdí rozvoj samostatnosti. Takto postižený jedinec se stává zcela závislý na péči svého okolí. To má negativní důsledky v oblasti sebehodnocení a identity a může to vést až k nežádoucí disabilitě. Rehabilitace se proto musí snažit o to, aby k disabilitě vůbec nedocházelo.

Neschopnost správně vykonávat některé pohyby a především se srozumitelně vyjadřovat, má vliv i na oblast vzdělávání. Omezuje nebo úplně znemožňuje dítěti psaní, kreslení, výtvarné práce i mluvní projevy. Proto, že nemohou být splněny výchovné a vzdělávací podmínky způsobem, jak je tomu u zdravých dětí. Omezují se, případně se zcela vylučují, možnosti přípravy na některá povolání a pracovní obory. Tato situace je pro dítě velice obtížná, protože mu nedovoluje zvolit si činnosti podle svých zálib. Tím vznikají další problémy. Ke zdravotnímu, tělesnému a pohybovému postižení se přidávají i psychické a společenské konflikty a vytvářejí se nežádoucí

povahové rysy. Není-li takovému člověku poskytnuta včasná a účinná pomoc, může se z něj vyvinout až člověk nevyrovnaný, nespokojený, se sklony k depresím. Tuto pomoc nabízí léčba reflexní lokomocí, která léčí tělesný a tím i duševní stav člověka. (Jankovský, 2006)

Imobilita nebo snížená schopnost pohybu, omezuje možnosti ve výchově a vzdělávání. Ztěžuje nebo úplně brání dítěti účastnit se některých dětských her a dalších forem školní i mimoškolní činnosti v širším kolektivu dětí. Tato situace má nepříznivý vliv na celkový tělesný i duševní vývoj dítěte. Nedostatek základních pohybových dovedností brání dalšímu tělesnému i psychickému rozvoji (Pipeková 1998).

Vývoj myšlení je spjat se senzomotorickou činností. Veškeré poznání je závislé na smyslovém vnímání a toto vnímání je závislé na pohybových dovednostech, které léčba reflexní lokomocí pomáhá rozvíjet. Celkový motorický rozvoj tvoří totiž základ pro zdokonalování jednotlivých poznávacích procesů.

Rozvoj vnímání u dítěte začíná na základě motorické činnosti, kdy dítě ohmatává a zkoumá předměty kolem sebe. Tělesné postižení omezuje jeho pohyb, a tím u něj nedochází ke zdokonalování v oblasti poznání. Dítě je paměťově deprivováno. To má vliv i na rozumovou stránku jeho osobnosti. Pohyb a jeho vnímání umožňují lepší orientaci, poznávání předmětů, učení se novým dovednostem a vede i k uspokojování některých potřeb. To vše má velký vliv na duševní vývoj dítěte.

Nejčastějšími příčinami poruch řeči jsou poruchy hybnosti mluvních (řečových) orgánů, poškození hybných funkcí svalstva artikulačních orgánů, především rtů a jazyka. Odstranění nebo zmírnění těchto poruch cvičením je předpokladem pro zlepšení mluvního projevu a to je pak podmínkou pro lepší integraci takového dítěte do společnosti. Z výzkumu vyplývá, že léčba reflexní lokomocí má vliv na motoriku jazyka, žvýkacích svalů i na polykání a dýchání, což má vliv nejen na rozvoj řeči, ale i na zlepšení příjmu potravy.

Těžké kombinované postižení je závažnou situací, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení a dále na tom, které z těchto postižení je pro dítě nejvíce znevýhodňující. Od těchto skutečností se pak odvíjí speciální péče, která probíhá

v několika rovinách a sférách, které jsou více či méně propojeny a měla by mezi nimi fungovat vzájemná kooperace.

Různorodost skupiny a komplexnost tělesného a kombinovaného postižení klade velké nároky na rehabilitaci. K tomu, aby byla rehabilitace úspěšná, je zapotřebí interdisciplinární spolupráce celé řady odborníků a spolupracovníků a v neposlední řadě i rodičů.

Na péči o dítě v rámci uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA se podílí celý tým odborných pracovníků. Patří sem sociální pracovník přijímající dítě do sociální služby, odborný lékař indikující fyzioterapii, ergoterapii a hipoterapii, fyzioterapeut, speciální pedagog, psycholog, klinický logoped, arteterapeut, muzikoterapeut, asistent pedagoga, osobní asistent, hipolog a další.

Rodiče dětí využívají celou řadu prostředků uceleného systému rehabilitace, mezi nimiž zaujímá své místo i fyzioterapie. Z mého šetření vyplynulo, že fyzioterapii (spíše terapii Vojtovou metodou) řadí na první místo komplexní léčby všichni ze šesti dotazovaných rodičů. Zdůraznili však návaznost a propojenost s ostatními terapiemi, aby při práci s dítětem mohlo být dosahováno pozitivních změn.

Ze své vlastní praxe fyzioterapeuta považují za důležité kombinovat s Vojtovou metodou i jiné terapie. Je to patrné u klientů (č. 1 až č. 6), kteří potřebují do svého života zařadit i běžné denní činnosti a dosahovat tak soběstačnosti a samostatnosti v péči o sebe. Při terapii Vojtovou metodou jsou u klientů aktivovány lokomoční vzory. Klienti nemají představu, jak tyto vzory použít v lokomoci, neboť čtyři klienti ze šesti mají mentální postižení různého stupně. Vojtova metoda poskytne těmto klientům zlepšení v pohybech, ale nedá jim „recept“, jak o sebe pečovat, pomáhat při oblékání atd.

Aby byla rehabilitace co možná nejúčinnější, je třeba s dítětem cvičit pravidelně a to několikrát denně. Proto je velice důležité, že v centru ARPIDA je umožněno provádět terapii i během pobytu ve škole. Když si uvědomíme, že dítě zde stráví i více jak polovinu dne, pak by bylo cvičení pouze odpoledne méně efektivní. Takto je cvičení rozloženo rovnoměrně do celého dne.

U všech šesti klientů byla velmi důležitá spolupráce, kterou jsem celkem lehce navázala již během prvních setkání. Komunikace s klienty byla při provádění Vojtovy metody velmi důležitá, ať už počítáním číslovek nebo dotazováním se při cvičení, zda je všechno v pořádku. Klienti jsou již naučeni, že cvičit je důležité a že se cvičit musí. To také všichni klienti plně respektují.

Při své každodenní praxi fyzioterapeuta jsem zjistila, že kontakt s klientem lze navázat již od 2 měsíců jeho věku. Při Vojtově metodě děti pláčou, nechtějí cvičit, ale neustálým slovním doprovodem, chválením a počítáním lze u dětí dospět k uklidnění při terapii. Děti vycítí, že cvičit musí, neboť pravidelnou terapii mají i s rodiči v domácím prostředí. Tím jsem chtěla zdůraznit, že při motivaci dítěte, jeho spolupráci a pro zklidnění klienta po terapii, je nutný nejen individuální přístup a dostatek času, ale také vhodný slovní doprovod. Tento doprovod by měl být prováděn klidným trochu zvučnějším hlasem, mírně rytmickým, který je spojený s pochvalou klienta.

1 ZÁVĚR

Zpracovávání této práce bylo pro mě velice zajímavé a poučné. Potvrdilo se mi, že kombinace terapie Vojtovou metodou s jinou fyzioterapií (především u starších klientů), je velice důležitá nejen pro pohybový vývoj tělesně postiženého dítěte, ale i pro jeho vývoj psychický, pro výchovu, vzdělávání, přípravu na budoucí povolání, pracovní a společenské zařazení postižených klientů.

Hlavním cílem mé práce bylo ukázat, co to Vojtova metoda je a jaké má postavení v uceleném systému rehabilitace. Domnívám se, že jsem stanovený cíl práce splnila.

Tato práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsem uvedla základní informace o uceleném systému rehabilitace a jejich jednotlivých prostředcích. Dále jsou v teoretické části práce popsány obecné informace o Vojtově metodě reflexní lokomoce.

Praktická část je vytvořena jako část výzkumná. Je členěna do dvou kapitol. První kapitola seznamuje čtenáře s charakteristikou vybraného zařízení. Ve druhé kapitole jsou zpracovány kazuistiky klientů doplněné o analýzu rozhovorů s rodiči a dalšími členy multidisciplinárního týmu a výsledky kvalitativního výzkumu.

Ucelený systém rehabilitace představuje koordinovanou péči o jedince s tělesným, kombinovaným či jiným zdravotním postižením. Jejím hlavním cílem je obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života, který má též odpovídající kvalitu. Ucelený systém rehabilitace je chápán jako interdisciplinární obor zajišťující péči zdravotnickou, sociálně právní a také pedagogicko psychologickou. Předmětem uceleného systému rehabilitace je člověk, jako integrální a celistvá bytost, která má své potřeby a přání. Důležitou podmínkou správného fungování celého systému je vzájemná propojenost a koordinace mezi jednotlivými prostředky rehabilitace.

Vojtova terapie je speciální formou reflexní fyzioterapie. Terapie Vojtovou metodou je určena pro širokou škálu klientů zejména z oblasti neurologie, ortopedie i neonatologie.

Centrum ARPIDA je nestátní neziskovou organizací, které poskytuje své služby v sociálně-zdravotní a výchovně-vzdělávací oblasti širokému spektru uživatelů se zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním. Sociální služby jsou poskytovány

v souladu se zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Při poskytování sociálních služeb nabízí možnost využívat podpůrné fakultativní aktivity jako je fyzioterapie, hiporehabilitace a canisterapie v rámci nestátního zdravotnického zařízení. Mezi další aktivity, kterým se centrum ARPIDA věnuje, patří např. muzikoterapie a arteterapie.

Pomocí Vojtovy metody se může zcela zásadně změnit kvalita hybnosti, patologický pohybový vývoj a tím i kvalita života jedince s postižením. Vojtova metoda (princip) umožňuje postiženým jedincům lepší začlenění do pracovního i společenského prostředí. Pomáhá jim překonávat obtíže, které vyplývají z jejich postižení a přispívá k jejich zdravotní, psychické a sociální rehabilitaci. Má vliv na poznání, myšlení, řeč a umožňuje poznávání okolního prostředí.

V praktické části jsem zjistila, že je tato léčba významná i z hlediska komunikace, psychického stavu klientů, samostatnosti a integrace člověka do společnosti, a to i z hlediska možnosti vzdělávání. Význam spolupráce rodiny s odborníky a jejich dobrá a jednotná péče o postižené děti, spolupráce a vzájemná informovanost všech zúčastněných, dodržování všech zásad a metod, to jsou prostředky, které podstatně mohou přispět k lepším výsledkům v rozvíjení pohybových a dorozumívacích dovedností. Tím se vytvoří i větší předpoklady pro pracovní a společenské začlenění postižených dětí.

Výsledky, ke kterým jsem v této práci dospěla, byly pro mě velice povzbuzující.

Tato práce může sloužit jako návrh ke zkvalitnění a zlepšení spolupráce odborníků multidisciplinárního týmu, který zajišťuje realizaci všech prostředků uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA. Rovněž může být použita jako podpůrný edukační materiál v rámci výuky předmětu Ucelená rehabilitace na Zdravotně sociální fakultě a také dalším odborníkům, kteří se touto problematikou zabývají.

22. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARPIDA o.s. cit. dostupné z: <www.arpida.cz>.
2. arteterapie online. cit. dostupné z: <www.arteterapie.cz>.
3. canisterapie online. cit. dostupné z: <www.canisterapie.cz>.
4. Česku chybí systém ucelené rehabilitace online. cit. dostupné z: <www.zdravky.cz/zpravodajstvi/z-domova/cesku-chybi-system-ucelene-rehabilitace#SlideFrame_1>
5. ČIHÁK, R. *Anatomie 1*. 2. vyd. Praha: Grada, 2001. 516 s. ISBN 80-7169-970-5.
6. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-7184-141-2.
7. FELDKAMP, M., AUFSCHEITER, D. BAUMANN, J. *Krankengymnastische Behandlung der Infantilen Zerebralparese*. 4., neu bearbeitete Auflage Neueausgabe. München: Pflaum, 1998. 275 s. ISBN 3-7905-05478-1.
8. GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
9. GÚTH, A. *Výšetrovacie a liečebné metodiky pre fyzioterapeutov*. 1. vyd. Bratislava: Liečreh, 1995. 448 s. ISBN 80-967383-0-5.
10. HÁTLOVÁ, B. - SUCHÁ, J. *Kinezioterapie demenci*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 108 s. ISBN 80-7254-564-7.
11. hipoterapie online. cit. dostupné z: <www.hipoterapie.cz>.
12. HROMÁDKOVÁ, J. a kol., *Fyzioterapie*. 1. vyd. H&H: Vyšehradská s.r.o., 2002. s. 428. ISBN 80-86022-45-5.
13. ICF. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf, WHO, 2005. 340 s. ISBN 978-3-87360-047-8.
14. *International Classification of Functioning Disability and Health - ICF*. World Health Organisation: 2001. ISBN 92 4 154542 9.
15. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. 196 s. ISBN 80-7254-192-7.

16. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
17. JANKOVSKÝ, J. *Výroční zpráva o činnosti a hospodaření centra ARPIDA, o.s. v roce 2009*.
18. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: JČU Zdravotně sociální fakulta 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
19. JESENSKÝ, J. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.
20. JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 354s. ISBN 80-7184-823-9.
21. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
22. KRAUS, J. et al. *Dětská mozková obrna*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
23. KUBÍNKOVÁ, D., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1.
24. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Paido: Brno, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
25. LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 336 s. ISBN 80-7178-801-5.
26. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 350 s. ISBN 80-7262-317-690.
27. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, České vydání. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Praha: Grada 2001. ISBN 978-80-247-1587-2.
28. MINKES, J. H., SARNAT, H. B., MARIA, B. L. *Child Neurology*. 7. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins 2005. s 397-401. ISBN 0-7817-5104-7.
29. ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii. Příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Kopp 2009. 216 s. ISBN 978-80-7232-378-4.

30. PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
31. PFEIFFER, J. *Neurologie v rehabilitaci pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
32. SOVÁK, M. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 283 s.
33. Stručný průvodce zákonem o sociálních službách online. cit. dostupné z: <www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>.
34. ŠKODOVÁ, E; JEDLIČKA, I. et. al. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 978-80-7178-546-0.
35. TROJAN, S., DRUGA, R. *Centrální mechanismy řízení motoriky*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1986. 130 s.
36. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 237 s. ISBN 80-247-1296-2.
37. VÉLE, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 271 s. ISBN 80-7169-256-5.
38. VÉLE, F. *Kineziologie*. 2. vyd. Praha: Triton 2007. 376 s. ISBN 978-80-7254-837-8.
39. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
40. VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Včasná diagnóza a terapie*. 1.vyd. Praha: Grada, Avicenum, 1993. 367 s. ISBN 80-85424-98-3.
41. VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip*. 1. české vyd. Praha: Grada, 1995. s. 184, ISBN 80-7169-004-X.
42. VOJTA, V., PETERS, A. *Das Vojta – Prinzip. Muskelspiele in reflexfortbewegung und motorischer Ontogeneze*. 2.vyd. Berlin: Springer – Verlag 1997. 202 s. ISBN 3- 540-60576-72.
43. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 5.vyd. Praha: Maxdorf, 1998. 490 s. ISBN 80-85800-81-0.

44. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
45. Prof. Dr. Václav Vojta [online]. Dostupné na: < http://www.rl-corpus.cz/prof_Vojta.htm>.
46. Vojtova metoda (Vojtův princip) [online]. Dostupný na: < <http://www.rl-corpus.cz/terapie.htm>> .
47. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [cit. 18. 2. 2009] Dostupné na: < [www: www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) >
48. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných Dostupné na:< [www: www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) >.
49. *Zaměstnávání osob se zdravotním postižením* [online]. Dostupné na: < [www: http://www.mpsv.cz/cs/8](http://www.mpsv.cz/cs/8) > .
50. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [cit. 1. 12. 2010] Dostupné na: < [www: www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) > .
51. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [cit. 18. 2. 2011] Dostupné na:< [www: www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) > .
52. Zákon č. 117/1995 Sb. o státní sociální podpoře [cit. 18. 2. 2011] Dostupné na:< [www: www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) > .
53. Zákon č. 561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [cit. 18. 2. 2011] Dostupné na:< [www: www.msmt.cz](http://www.msmt.cz) > .

1 KLÍČOVÁ SLOVA (KEY WORDS)

Dětská mozková obrna (Infant cerebral palsy)

Multidisciplinární tým (Multidisciplinary team)

Reflexní lokomoce (Reflex locomotion)

Vojtova metoda (Vojta method)

Ucelený systém rehabilitace (Comprehensive system of rehabilitation)

2 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - Polohové reakce

Příloha 2 - Krokový cyklus

Příloha 3 - Výchozí postavení reflexního plazení

Příloha 4 - Spoušťové zóny reflexního plazení

Příloha 5 - Aktivační systém

Příloha 6 - První pozice

Příloha 7 - Reflexní otáčení I – výchozí poloha

Příloha 8 - Reflexní otáčení I – konečná fáze

Příloha 9 - Reflexní otáčení II

Příloha 10 - ARPIDA - foto

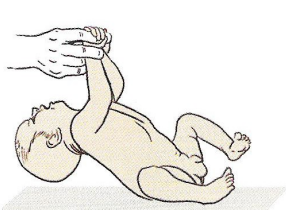
Příloha 11 - Souhlas s výzkumným šetřením

23. PŘÍLOHY

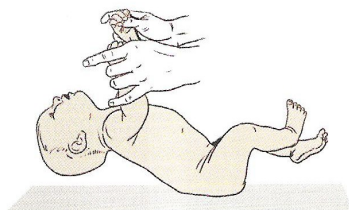
Příloha 1

Polohové reakce

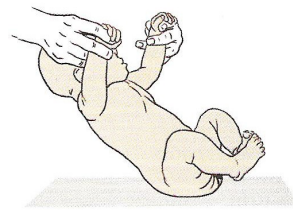
1. Trakční zkouška



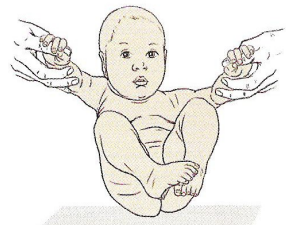
1. fáze – novorozenecké stadium vývoje



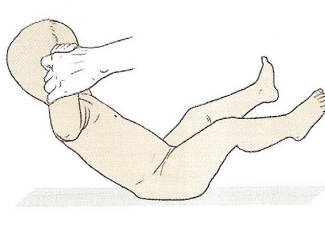
2. fáze – 7. týden



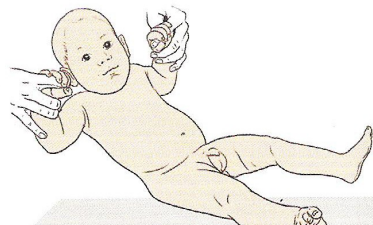
2. fáze – 3. měsíc



2. fáze – 6. měsíc



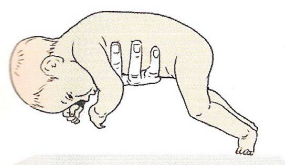
3. fáze – 7. měsíc



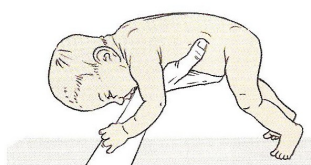
4. fáze – 9. měsíc

Zdroj: Kolář, 2009

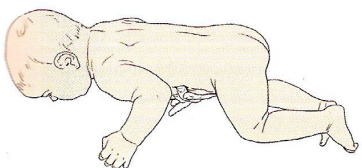
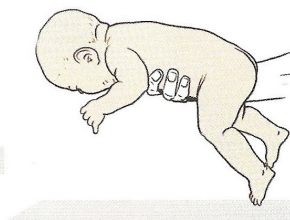
2. Landauova reakce



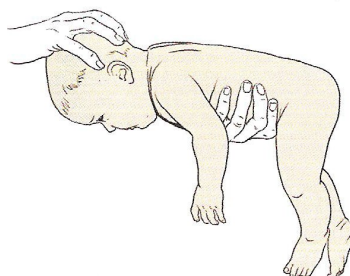
Landauova reakce:
1. fáze – novorozenecké stadium



Landauova reakce: 2. fáze



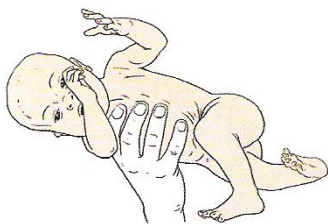
Landauova reakce: 3. fáze



Landauova reakce: 4. fáze

Zdroj: Kolář, 2009

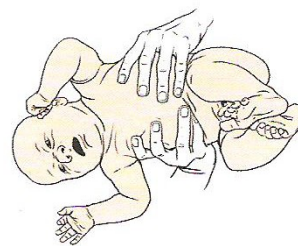
3. Vojtovo boční sklopení



Vojtovo boční sklopení:
1. fáze



Vojtovo boční sklopení:
1. fáze – objímací pohyb paží



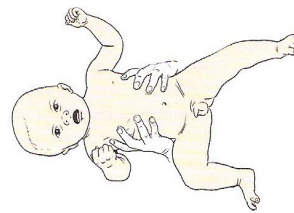
Vojtovo boční sklopení:
1. přechodná fáze



Vojtovo boční sklopení: 2. fáze



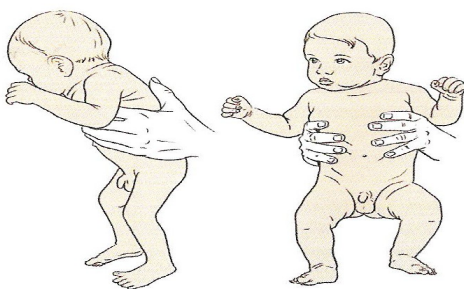
Vojtovo boční sklopení:
2. přechodná fáze



Vojtovo boční sklopení: 3. fáze

Zdroj: Kolář, 2009

4. Axilární vis



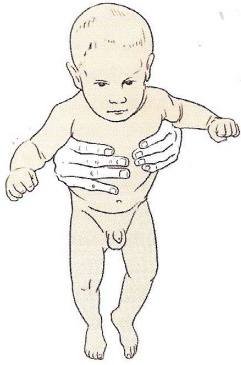
Axilární vis: 1a fáze na pohledu
zepředu a z boku



Axilární vis:
1b fáze – flexe
v kyčelních kloubech

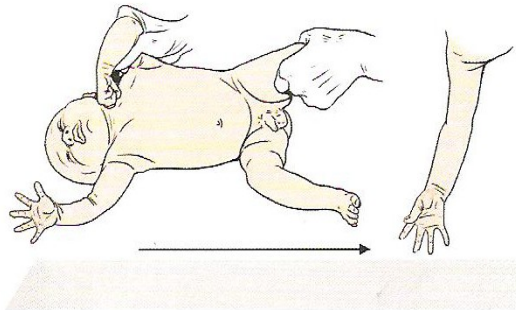


Axilární vis:
2. fáze

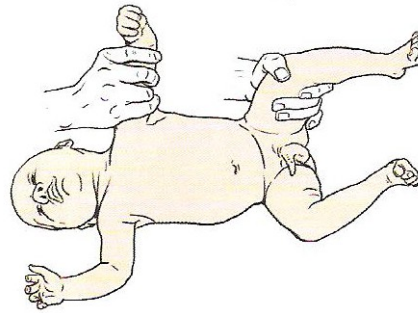


Axilární vis:
1b fáze – vymizení
flekční synergie
dolních končetin

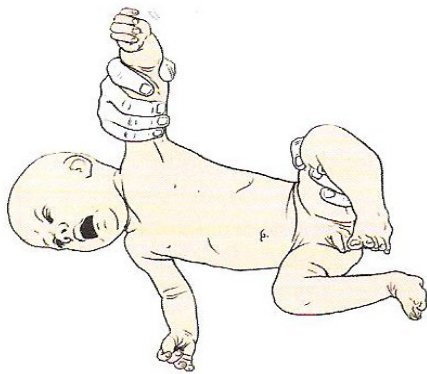
5. Horizontální závěs podle Collisové



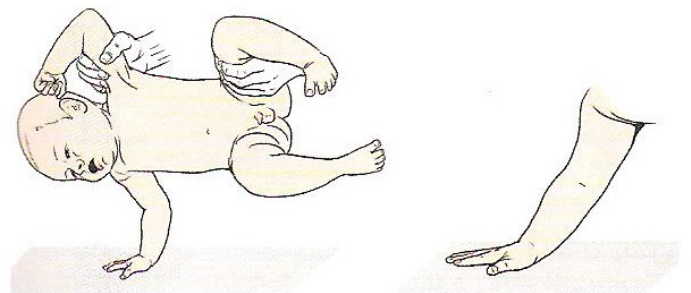
Horizontální závěs podle Collisové: 1a fáze



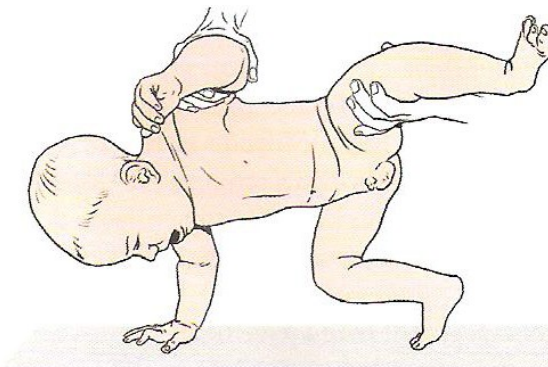
Horizontální závěs podle Collisové:
1b fáze



Horizontální závěs podle Collisové:
2. fáze

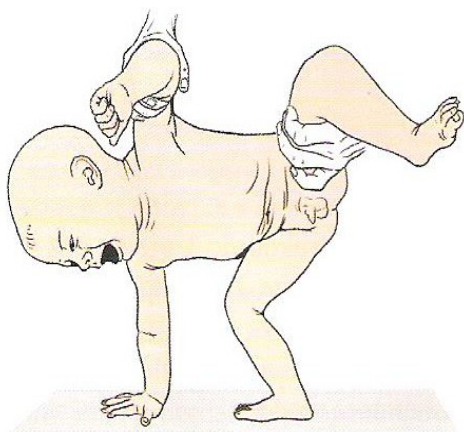


Horizontální závěs podle Collisové: 2. fáze – otevření
celé dlaně, extenze prstů



Horizontální závěs podle Collisové: 3. fáze

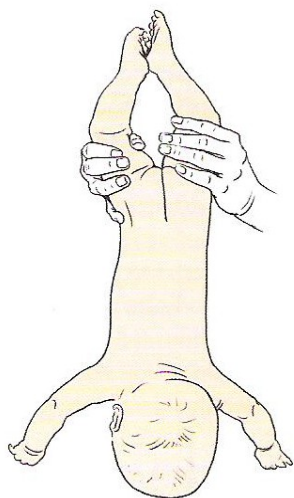
Zdroj: Kolář, 2009



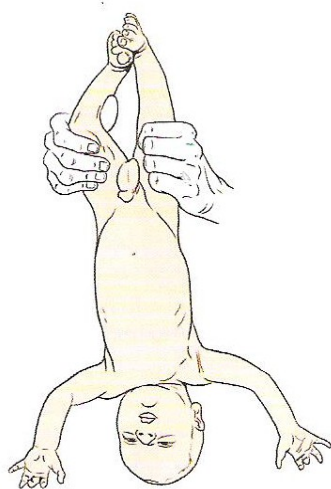
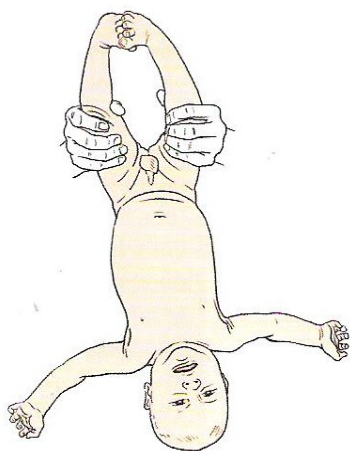
Horizontální závěs podle Collisové: 3. fáze – at
DK a opření plosky o podložku

6. Reakce podle Peipera a Isberta

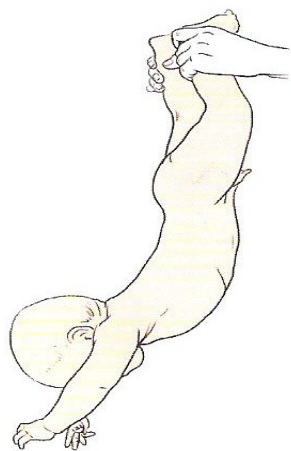
7.



Reakce podle Peipera a Isberta: 1. fáze



Reakce podle Peipera a Isberta: 2. fáze



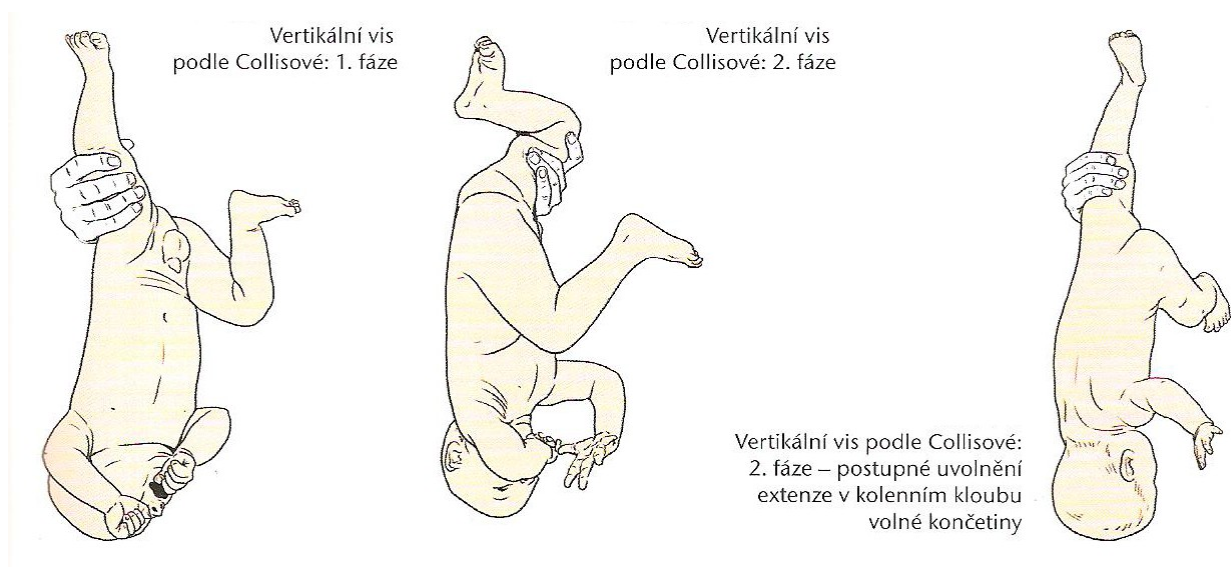
Reakce podle Peipera a Isberta: 3. fáze



Reakce podle Peipera a Isberta: 4. fáze

Zdroj: Kolář, 2009

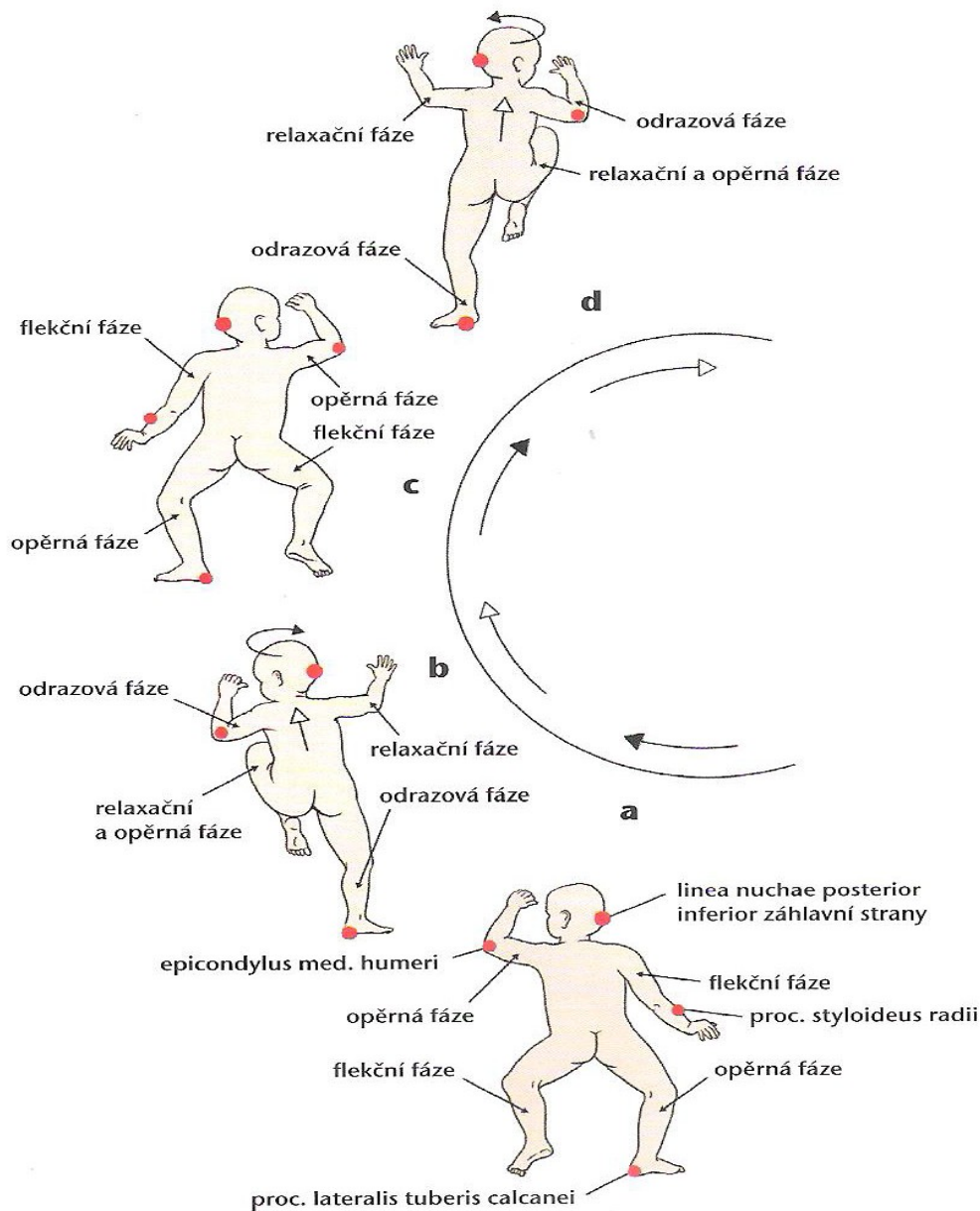
7. Vertikální vis podle Collisové



Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 2

Krokový cyklus

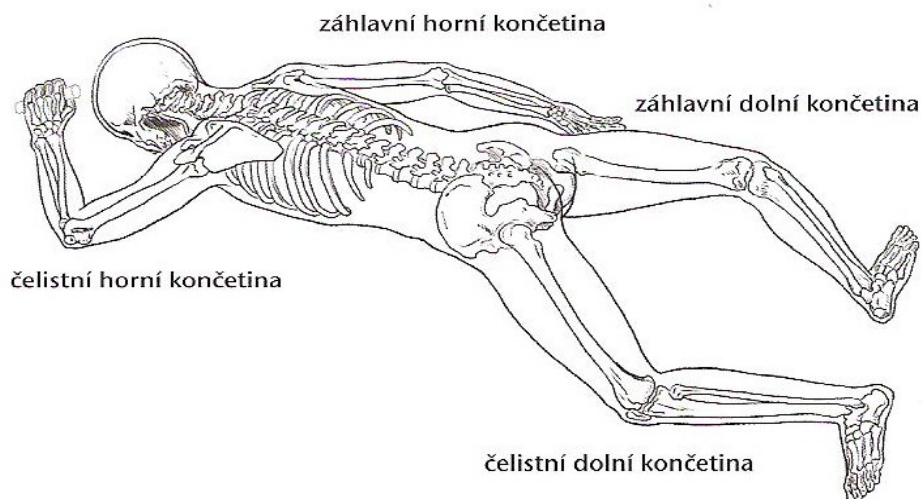


Reflexní plazení ve zkříženém pohybovém vzoru. Krokový cyklus obsahuje flekční, relaxační, stojnou a odrazovou fázi. Odlišné fáze krokového cyklu závisí na otáčení hlavy. Ta překračuje mezi **b** a **c** a mezi **d** a **a** střední linii. Tím se mění fáze kroku a svalové funkce. *Pozn.:* spouštěvé zóny na epicondylus medialis humeri čelistní strany, na proc. styloideus radii záhlavní strany a na processus lateralis tuberis calcanei záhavní strany. Tlak na linea nuchae posterior inferior záhavní strany brzdí otáčení hlavy. Části v **b** a **d** znázorňují pohyb vpřed a otáčení hlavy

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 3

Výchozí postavení reflexního plazení

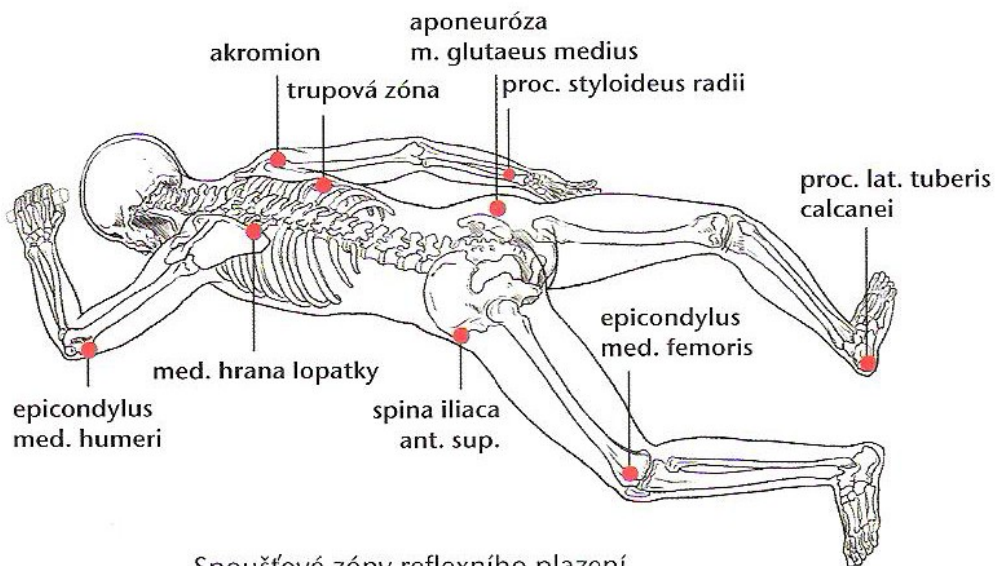


Výchozí postavení reflexního plazení

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 4

Spoušťové zóny reflexního plazení



Spoušťové zóny reflexního plazení

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 5

Aktivační systém 1 až 6. pozice

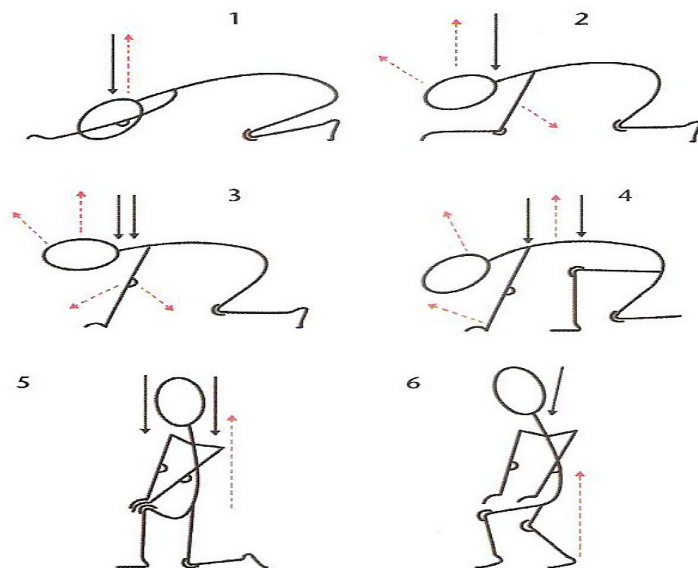
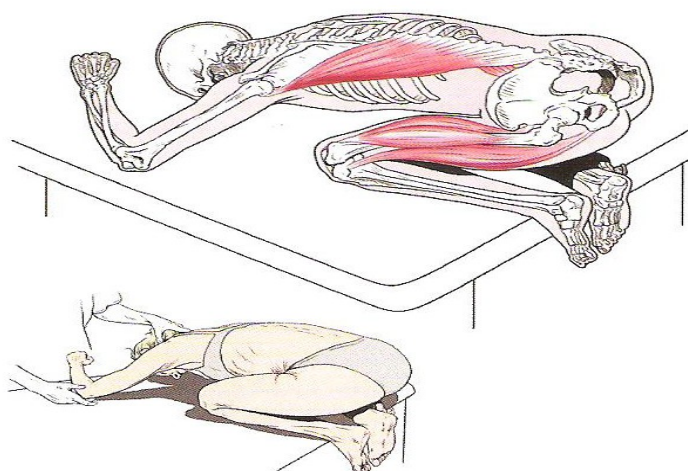


Schéma průběhu a fází provokovaného pohybu – vertikalizace jedince v aktivačním systému pozice 1–6

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 6

První pozice

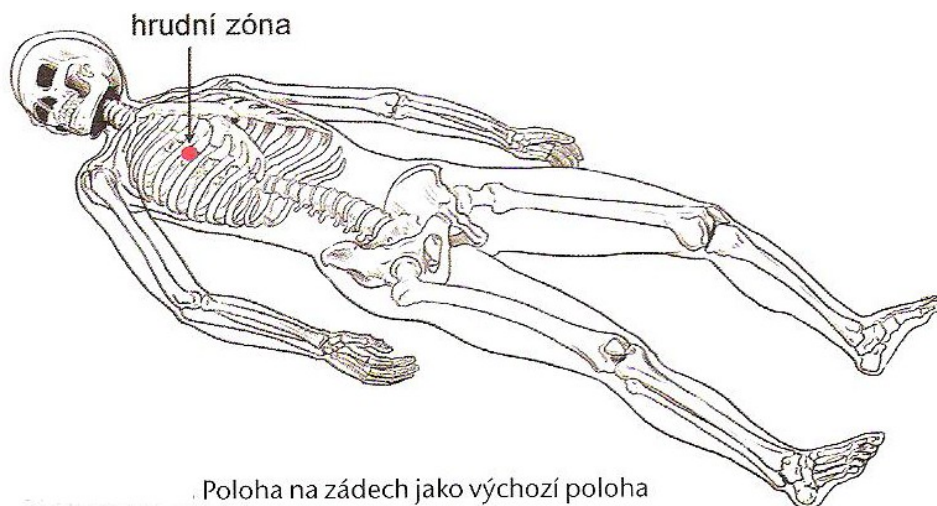


Základní nastavení polohy pro aktivační systém 1. pozice

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 7

Reflexní otáčení I – výchozí poloha

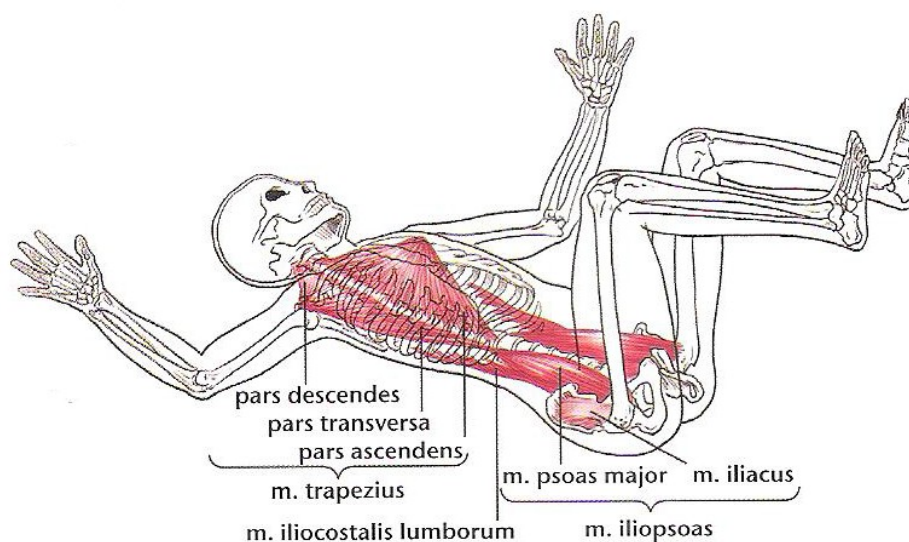


Poloha na zádech jako výchozí poloha otáčivého děje v první fázi reflexního otáčení. Hrudní zóna jako vybavitel otáčivého děje leží v oblasti mezižebních prostor kolem 6. žebra

Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 8

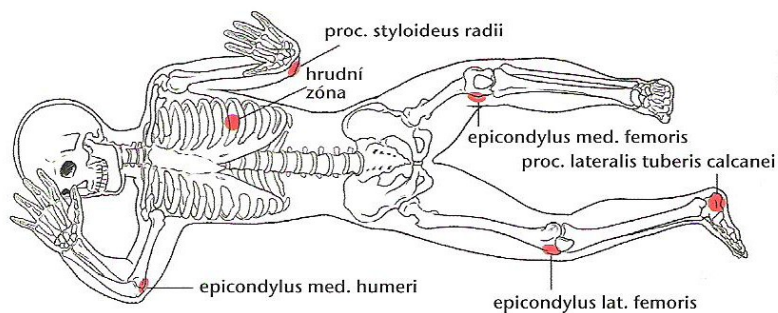
Reflexní otáčení I – konečná fáze



Zdroj: Kolář, 2009

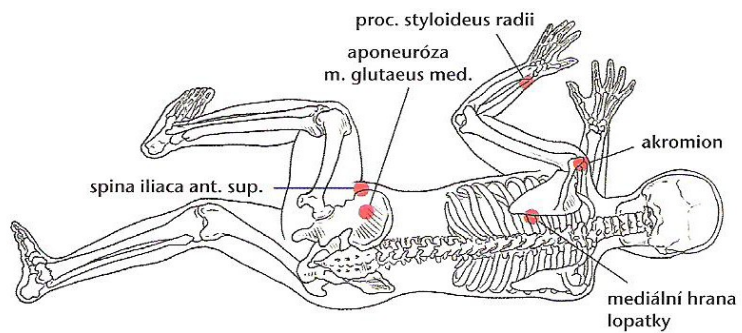
Příloha 9

Reflexní otáčení II



Vybavovací zóny v druhé fázi reflexního otáčení uložené na končetinách, hrudní zóna

Vybavovací zóny druhé fáze reflexního otáčení uložené na svrchní polovině trupu



Zdroj: Kolář, 2009

Příloha 10

ARPIDA - foto



Zdroj: www.arpida.cz

Příloha 11

Souhlas s výzkumným šetřením

V Č. Budějovicích dne

Žádost o umožnění výzkumné terapie

Vážení rodiče,

v rámci výzkumného projektu, s názvem „*Uplatnění Vojtovy metody v rámci uceleného systému rehabilitace v centru ARPIDA v Českých Budějovicích*“, nebude u Vašeho dítěte prováděna po 14 dnů terapie Vojtovou metodou. Místo Vojtovy terapie bude Vašemu dítěti poskytnuta v plném rozsahu metodicky jiná a plnohodnotná fyzioterapeutická péče, a to v souladu s ordinací ošetřujícího lékaře. Pokud zaznamenáte zhoršení stavu Vašeho dítěte, bude neprodleně opět zahájena terapie Vojtovou metodou.

Děkujeme za porozumění a vzájemnou spolupráci.

Bc. Věra Soukupová, DiS
Fyzioterapeut
centrum ARPIDA, o.p.s.

Vyjadřuji svůj souhlas se zařazením mého dítěte do tohoto výzkumného šetření:

Vlastnoruční podpis rodiče