

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2012

Drahomíra Kastnerová

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie

Bakalářská práce

Autor: Drahomíra Kastnerová

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Výchova ke zdraví

Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, duben 2012

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

The Emotional Expression of Mother in connection with application of
Vojta Therapy

Bachelor Thesis

Author: Drahomíra Kastnerová
Study programme: Specialization in Education
Study of Programme: Health Education
Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2012

Jméno a příjmení autora: Drahomíra Kastnerová

Název bakalářské práce: Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie

Pracoviště: Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2012

Abstrakt:

V bakalářské práci se zabývám využitím Vojtovy terapie při léčbě dětí s různým stupněm motorického postižení, od nejlehčího až po dětskou mozkovou obrnu (DMO) a dále tím, jak na postižení dítěte a nutnost intenzivního cvičení reaguje matka. Vojtův princip je považován za nejúčinnější způsob léčení těchto dětí, Jako hlavní cíl práce jsem si stanovila evaluaci efektivity léčby právě dle Vojty a zjištění vývoje emotivity matky v průběhu léčby. Respondenty bylo třicet matek dětí ve věku do 18 měsíců, které docházejí na cvičení do mé ordinace.

V teoretické části popisují skutečnosti týkající se Vojtovy metody a rehabilitace dětí, které zahrnují etiologii, symptomy, klinický obraz, diagnostiku, prevenci, samotnou terapii a úlohu rodiny a matky v péči o dítě s handicapem.

Praktická část se metodologicky opírá o principy kvantitativního výzkumu, který byl založen na sekundární analýze dat a přímém pozorování. Jako prostředek ke splnění dílčího cíle práce, tedy pro analýzu emocí matek při terapii dítěte dle Vojty jsem použila dva dotazníky, Zungův sebesposuzovací dotazník úzkosti a dotazník vlastní konstrukce. Kineziologické vyšetření spontánní hybnosti, kvality a kvantity tělesné postury při vývoji vzpřimovacích mechanismů potvrdilo objektivní zlepšení u dětí po třech měsících aplikace terapie dle Vojty. Jako příklad uvádím jednu kazuistiku. Z mého výzkumu vyplynulo, že míra úzkosti matek se po třech měsících cvičení dítěte Vojtovou metodou snížila. Na efektivitu terapie dle Vojty mají též vliv jisté aspekty, mezi něž patří frekvence, intenzita, včasnost zahájení terapie, správné vedení rodičů fyzioterapeutem a jejich přístup k terapii.

Klíčová slova: Vojtova metoda, reflexní lokomoce, léčebná rehabilitace, psychomotorický vývoj, emoce, Zungův dotazník

First name and surname of the author: Drahomíra Kastnerová

Title of the baccalaureate thesis: The Emotional Expression of Mother in connection with application of Vojta Therapy

Department: Department of Health Education, Pedagogical Faculty, University of South Bohemia in České Budějovice

Supervisor of the baccalaureate thesis: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

Year of defense of the baccalaureate thesis: 2012

Abstract:

The baccalaureate thesis deals with the use of Vojta induction therapy for the treatment of children suffering from various degrees of motor disability ranging from the mildest one up to poliomyelitis, and furthermore with how the mother responds to the child's disability and to the need of intensive exercise. The Vojta principle is understood as the most effective way of therapy in these children. The main aim of the thesis was to evaluate the treatment efficacy precisely according to Vojta, and to determine the mother's emotiveness during the treatment. The respondents included thirty mothers of children in the age up to 18 months that came to my office for exercises.

The theoretic part describes facts related to this paediatric disease, which include etiology, its symptoms, clinical image, diagnostics, prevention, the treatment itself, and the role of the family and the mother in caring for the disabled child.

In terms of methodology, the practical part is supported by the principles of qualitative- quantitative research based on secondary data analysis and direct observation. Two questionnaires were used as the means to complete a partial goal of the thesis, thus to analyze the mothers' emotions during the child's therapy according to Vojta – Zung Anxiety Self-Assessment Scale and my own questionnaire. Kinesiological assessment of spontaneous motility, of the quality and quantity of physical posture in the development of stand up mechanisms confirmed objective improvement in all respondents after the therapy according to Vojta, which is evidenced by the case report

attached. The research indicated reduced anxiety levels of the mothers after three months of exercises with the child using the Vojta method. Certain aspects, which include the frequency, dosage, timely initiation of therapy, proper guidance of the parents by the physiotherapist and the parents' approach to the therapy, also exert an effect on the efficacy of Vojta therapy.

Keywords: Vojta Method, reflection locomotion, therapeutic rehabilitation, psychomotor development, emotions, Zung's Questionary

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petry Vojtové Ph.D., 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 bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 20. 4. 2012

Drahomíra Kastnerová

Poděkování:

Děkuji Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícné jednání při psaní této bakalářské práce.

Obsah

1 Úvod	12
2 Vojtův princip reflexní lokomoce	14
2.1 Kineziologie, ontogenetický vývoj člověka	16
2.2 Diagnostika	17
2.2.1 Spontánní motorika, motorický vývoj dítěte	19
2.2.2 Posturální aktivita	19
2.2.3 Posturální reaktibilita	24
2.2.4 Terapeutický systém	27
2.3 Zásady provádění terapie	32
2.4 Indikace k terapii Vojtovou metodou	33
2.5 Spolupráce rodičů při Vojtově terapii	34
2.6 Pláč dítěte při aplikaci Vojtovy terapie	35
3 Emocionální stránka péče o dítě s postižením	37
3.1 Vymezení pojmu emoce	37
3.2 Dělení emocí	38
3.2.1 Úzkost	39
3.3 Reakce rodičů na postižení dítěte	40
3.4 Zvládání zátěže pečující matkou a její emoce	41
4 Výzkumné šetření	42
4.1 Cíle výzkumu a hypotézy	42
4.2 Metodika výzkumu	43
4.3 Charakteristika respondentů	45
4.4 Zpracování získaných dat	45
4.5 Výsledky výzkumného šetření	47
4.6 Příklad jedné kazuistiky	73
<i>Anamnéza</i>	73

5 Diskuze	75
6 Závěr	80
7 Použitá literatura	82
8 Seznam grafů	84
9 Seznam tabulek	86
10 Seznam zkratk	88
11 Seznam příloh	89

1 Úvod

Vojtova metoda reflexní lokomoce je v posledních letech stále populárnější, dále se rozvíjí a nachází uplatnění v léčebné rehabilitaci u řady onemocnění. Vychází z předpokladu, že psychický vývoj dítěte jde ruku v ruce s vývojem motoriky. Lze ji popsat jako diagnostický a terapeutický systém založený na neurofyziologickém podkladu, který se stal nezbytnou součástí léčby hybných poruch hlavně u dětí. Základním principem terapie je možnost ovlivnit řízení pohybu v centrální nervové soustavě a vyvolat správnou svalovou souhru - pohybové vzorce, které jsou vrozené, ale které se samy z různých příčin neaktivují (VOJTA, PETERS, 1995).

Mít zdravé dítě je jistě přáním všech rodičů. Někdy však může dítě trpět poruchou motorického vývoje, může být dokonce vážně postiženo. Nemusí to nutně znamenat tragédii. Správná diagnostika a včasné zahájení léčby vede téměř vždy ke změně k lepšímu. Rodiče se musí naučit se svým dítětem vhodně pracovat.

V mé bakalářské práci s názvem *Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie* se věnuji využití reflexní terapie při léčbě dětí s různým stupněm postižení a zjišťuji emoce matek při terapii. K volbě tohoto tématu přispělo moje povolání fyzioterapeuta a zájem o dětskou rehabilitaci. Léčba Vojtovou metodou se v Česku více rozšířila až po „revoluci“, je stále předmětem mnohých diskuzí a nabízí možnosti objevování nových poznatků.

Emoce matek a vůbec celé rodiny bývají při terapii velmi často opomíjené. Právě emoce rodičů ale následně ovlivňují jejich přístup ke cvičení. Ve své praxi jsem se setkala i s případy, kdy díky negativním emocím matky nepřistupovaly k terapii dostatečně zodpovědně a to podstatně ovlivnilo vývoj jejich postiženého dítěte.

Z různých knih a článků se můžeme dočíst o Vojtově terapii a jejích principech, jen velmi málo publikací však hovoří o pocitech matek při seznamování se s Vojtovo metodou. Jak se matky vyrovnávají s diagnostikovanou odchylkou v psychomotorickém vývoji svého dítěte? Co prožívají? Jak velká je úzkost matek při zahájení cvičení s dítětem? Sniží se míra úzkosti v průběhu léčby? Těmito otázkami se zabývám ve své práci.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části uvádím základní informace o Vojtově metodě, popisují hlavní zásady provádění

této terapie, dále se věnuji reflexologií, která ukazuje na odchylky ve vývoji dítěte. Poukazuji na význam rodiny při léčbě. Zabývám se vysvětlením pojmu „emoce“

V praktické části se zaměřuji na emoce matek při cvičení dítěte Vojtovo metodou. Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. Použila jsem Zungův sebesuzovací dotazník úzkosti a dotazník vlastní konstrukce. Dále uvádím jako příklad jednu kazuistiku, která dokazuje pozitivní ovlivnění psychomotorického vývoje dítěte díky terapii Vojtovo metodou. Závěrem praktické části je shrnutí výsledků dotazníků a potvrzení hypotéz.

2 Vojtův princip reflexní lokomoce

Vojtova metoda je uznávaný diagnostický a terapeutický systém. Je nezbytnou součástí léčby motoricky postižených. Jejím autorem je český dětský neurolog profesor Václav Vojta (1917-2000). V začátku 50. let působil v lázních Železnice, kde začal objevovat některé posturální souvislosti s určitými hybnými manévry u dětských pacientů trpících dětskou mozkovou obrnou. V roce 1968 emigroval do Německa, zde pracoval a prováděl výzkumy na Ortopedické univerzitní klinice v Kolíně a v Dětském centru v Mnichově. Od roku 1990 učil Vojta na Karlově univerzitě v Praze.

Vojtův princip vychází ze znalosti vývojové kineziologie, ze zákonitostí motorického vývoje dítěte v prvním roce života, z rané diagnostiky do 3. měsíce věku a terapie, především v prvních šesti měsících života dítěte (ORTH, 2009). Reflexní lokomoce dle Vojty je nejcitlivější a nejselektivnější indikací pro záchyt patologického hybného vývoje. Vojtův systém můžeme rozdělit na tři základní kapitoly (HUSÁROVÁ, 2005):

- **Vývojová kineziologie** – ontogenetický vývoj člověka.
- **Diagnostika.**
- **Terapeutický systém.**

Všem třem kapitolám je společné pozorování, analýza a aktivace hybných vzorců, které vysvětlují, zda vrozené hybné programy mohou být použity, nebo zda lze tohoto použití dosáhnout pomocí terapie (HUSÁROVÁ, 2005)

Pod pojmem hybné vzorce se rozumí společné a doplňující se funkce různých svalových skupin, které tělo drží, a s nimiž se tělo vzpřimuje proti zemské přitažlivosti, pohybuje se vpřed a provádí cílené pohyby. Hybné vzorce jsou nezbytné i pro vyjadřovací možnosti člověka, neboť chování osoby je vždy spojeno s pohybem. Jsou koordinovány a kontrolovány v centrálním nervovém systému při zapojení sensorických signálů motorického systému, a proto jsou označovány za senzomotorické hybné vzorce. Jsou k dispozici tři typy pohybu, které jsou dále popsány dle Orth (2009):

- **Reflexní reakce** – jsou nejjednodušší motorické způsoby chování. Jedná se o rychlé, stereotypní a mimovolní reakce, například odtážení ruky od horkého předmětu.

- **Rytmické pohyby** – k nim patří např. žvýkání, dýchání, lezení, běhání. Sjednocují rysy reflexního a vědomého jednání. Převážně je vědomě kontrolován jen začátek a konec hybné sekvence. Když jsou jednou vyvolány, mohou opakuje se pohyby pokračovat reflexním způsobem téměř automaticky.

- **Cílené pohyby** – jsou účelové a většinou se je člověk učí. Jejich provádění se zlepšuje s přibývajícím cvičením. Čím více se tyto naučené pohyby zlepšují cvičením, tím méně podléhají vědomému řízení, např. když, se člověk naučí jednou řídit auto, nemyslí již na jednotlivé pohyby, které jsou třeba k řazení nebo brzdění atd. (ORTH, 2009, s. 15).

Tyto tři kategorie se liší složitostí a stupněm vědomé kontroly. Každá z těchto kategorií pohybu závisí na kombinaci těchto dvou základních druhů svalové kontroly:

- **Fázická kontrola** – díky ní jsou svaly přechodně aktivovány, aby mohly provést uzavřené pohyby jako uchopení šálku nebo hození míčku. U opakovaných pohybů jako např. chůze, jsou svaly aktivovány rytmickým způsobem.

- **Tonická kontrola** – díky ní jsou svaly aktivovány pro dlouhodobou kontrakci, např. zachování určitého držení.

Centrální nervový systém má k dispozici motorický systém s několika úrovněmi řízení, aby mohly pohyby probíhat koordinovaně (ORTH, 2009):

- **Mícha** – reprezentuje nejnižší stupeň hybné kontroly. Obsahuje neuronální obvody, které předávají rozmanité množství automatických a stereotypních hybných vzorců a reflexů. Organizují reflexní chování a podílejí se na vědomých pohybech. Mechanizmy na úrovni míchy jsou pro lokomoci podstatné.

- **Mozkový kmen** – hraje důležitou roli při kontrole držení, kromě toho kontroluje svaly končetin, a proto má význam pro uzavřené, cílené pohyby, zvláště horní končetiny a ruky. K tomu jsou příslušná centra pro kontrolu pohybů očí a hlavy.

- **Motorický kortex** (mozková kůra) – ztělesňuje nejvyšší motorickou úroveň kontroly. Její motorická pole iniciují a kontrolují složitější vědomé pohyby.

Všechny tři úrovně pracují jak hierarchicky, tak paralelně. Každá ze tří kontrolních úrovní dostává senzorycké informace pro ni relevantní. Motorický systém dostává trvale informace zvenku, například o poloze a orientaci těla a končetin v prostoru i o stupni stažení svalstva. Dále dostává informace zevnitř, například rozhodnutí sáhnout po tužce a psát. Zpracováním těchto informací se daří motorickému systému zvolit odpovídající reakci a provést harmonizaci v průběhu pohybu. Rozdílné části motorického systému

přítom splňují vlastní úlohy, které probíhají paralelně ke vzájemně propojeným funkcím (ORTH, 2009, s. 16).

Do regulace motorických funkcí dále zasahuje také mozeček a bazální ganglia. Mozeček stupňuje přesnost pohybu, ovlivňuje koordinaci činností, bazální ganglia pracují s informacemi ze všech částí mozkové kůry. Rytmičné pohyby, reflexní reakce i cílené pohyby používá dítě v prvním roce života na své cestě k vertikálnímu vzpřímení. Odpovídají věku, jsou popisovány jako hybné vzorce a jsou viditelné v časově závislých vývojových krocích. Tyto vzorce mohou být aktivovány pro diagnostické a terapeutické účely již u kojence a podávají zprávu o schopnosti koordinace centrálního nervového systému (CNS) kojence (ORTH, 2009, s. 17).

2.1 Kineziologie, ontogenetický vývoj člověka

Kineziologie je věda zkoumající pohyb člověka, která vychází především z poznatků biomechaniky a neurofyziologie. Pohybový projev člověka je možno schematicky rozdělit do tří hlavních kategorií. Je to motorika sloužící k zajištění základních životních funkcí (dýchání, příjem potravy, vyměšování, rozmnožování, termoregulace), dále motorika sloužící k zajištění kontaktu s okolím a tedy i ke komunikaci a nakonec motorika sloužící k zaujetí či udržení polohy nebo přesunu z místa na místo (TROJAN, DRUGA, PFEIFFER, 1997).

Ontogenetický vývoj motoriky člověka je geneticky determinován, probíhá zcela automaticky a je pokračováním vývoje intrauterinního. „Hnacím motorem“ motorické ontogeneze je motivace dítěte. Za předpokladu motivace dítěte se tedy automaticky objevují jisté svalové souhry, schopnosti dítěte se motoricky projevit a něčeho dosáhnout. Vyžívání CNS je charakterizováno vývojovými stupni. Každý vývojový stupeň je obsažen ve vyšším vývojovém stupni, což dokazuje kineziologická analýza těchto globálních motorických vzorů (KOLÁŘ, 2005).

Vývojová kineziologie se zabývá motorickým vývojem dítěte a dává nám jasná pravidla k rozpoznání ideální hybnosti dítěte. Zaměřuje se především na období prvních 12 až 18 měsíců po narození. V tomto období probíhají nejzřetelnější kvalitativní změny, které mají zásadní význam pro další vývoj. Podle Vojtovy představy se dítě rodí s geneticky složitými pohybovými programy, které během vývoje postupně zapojuje do své motoriky. Zastánci tohoto tvrzení uvádí, že vhodnou aferentní stimulací lze u dítěte

navodit takovou posturální situaci, kdy předvede pohyb, kterého by jinak bylo schopno až na dalším vývojovém stupni během svého pozdějšího vývoje (KOLÁŘ, 2005).

V praxi je věnována pozornost především odchylkám od normy vznikajícím během intrauterinního vývoje a perinatálně. Zevní podmínky se uplatní především v období novorozeneckém, kojeneckém, batolecím. Patří k nim uspokojování základních životních nároků, ale také dostatek adekvátních zevních podnětů stimulujících a uspokojujících zájem dítěte o okolí i vlastní tělo. Základními podmínkami normálního vývoje jsou: normální genetická výbava, normální zevní podmínky a normální dosavadní vývoj jedince. Pokud není jedna z těchto podmínek splněna, nelze již mluvit o normálním vývoji.

Vývoj lokomoce dítěte v prvním roce života lze jednoduše charakterizovat jako postupnou vertikalizaci se zužováním opěrné báze a s tím spojenou rostoucí labilitu polohy. Vzpřímené držení klade větší nároky na udržení rovnováhy, dítě ovšem získává lepší orientaci, uvolňuje ruce pro úchop a získává možnost efektivnější lokomoce. Podmínkou vzpřímeného držení těla je schopnost vytvořit společné těžiště pro segmenty těla a udržet jeho průmět v opěrné bázi. Tato schopnost je zajištěna aktivitou svalů řízených centrální nervovou soustavou (VAŘEKA, DVOŘÁK, 2009).

Lokomoce může proběhnout, když jsou splněny některé základní podmínky, které Vojta označuje jako „lokomoční princip“. Podle Vojty (1993) obsahuje každá lidská lokomoce tři neoddělitelné složky. Těmito složkami jsou:

- Svalový tonus – přiměřený svalový tonus je základem pro veškerou motoriku.
- Posturální aktivita – schopnost zaujmout aktivní vzpřímenou polohu.
- Posturální reaktivita – schopnost udržet aktivní vzpřímenou polohu (VOJTA, 1993).

2.2 Diagnostika

Prof. Dr. Václav Vojta vypracoval diagnostiku, která je zaměřená na stanovení stadia motorického vývoje dítěte a odhalení případných hybných poruch již ve velmi raném věku, prakticky v prvních týdnech života. Tato diagnostika má tři hlavní součásti. Zahrnujeme sem vývojovou kineziologii, kdy je sledováno aktivní držení dítěte v poloze na břiše a na zádech, později v sedu či stoji (posturální aktivita). Dále je pomocí sedmi polohových reakcí hodnocena posturální reaktivita a řadíme sem také

vyšetření dynamiky primitivních reflexů. Rutinní znalost polohových reakcí konfrontována s vyšetřením posturální aktivity a primitivní reflexologie potom udávají směr k vytvoření vývojové diagnózy (VAŘEKA, 2000).

Diagnostika je tedy součástí Vojtova principu. K diagnostice patří:

1. Analýza pohybu včetně posouzení spontánní motoriky.
2. Polohové reakce a jejich posouzení.
3. Primitivní reflexy a jejich posouzení.

Z toho posouzení můžeme vyvodit:

- Vývojový věk motoriky.
- Stav vývoje motoriky.
- Terapeutický postup.
- Prognózu pro další motorický vývoj.
- Popř. nutnost další diagnostiky.

Terapeuti Vojtovy metody používají pro zajištění stavu analýzu pohybu včetně posouzení spontánní motoriky. Pokud jsou odborně vyškoleni v jejich provádění a posuzování, používají i polohové reakce. Vojtovou metodou reflexní lokomoce lze oslovit svalové skupiny a jejich řazení tak, abychom zabránili sekundárním změnám. Zároveň se tak v CNS nabízí nové, kineziologicky správné pohybové uspořádání. Unikátní je díky možnosti začít s léčbou pohybového aparátu již v novorozeneckém období, a to za podmínky včasné diagnostiky (KOVÁČIKOVÁ, 2000).

U dětí, u kterých hrozí riziko vývoje cerebrální parézy, se objevují odchylky ve spontánní aktivitě, posturální reaktivitě i v dynamice primitivních reflexů.

Cerebrální paréza je charakterizována poruchou centrální kontroly hybnosti, již zmíněnou hrubou poruchou posturální reaktivity, avšak můžeme ji zcela spolehlivě vyloučit, pokud je v polohových reakcích zcela standardní odpověď. S těžkou centrální koordinační poruchou (CKP) se vždy pojí závažná porucha primitivní reflexologie. Naopak u velmi lehké centrální koordinační poruchy je pravděpodobnost patologického vývoje minimální. Nejedná se v žádném případě o přechodné stádium, které musí zákonitě vyústit do patologie. Jsou-li dostupné modely aktivačního systému CNS, tj. terapie reflexní lokomocí, která je zahájena v období prvního trimenonu, může zabránit rozvoji a fixaci hybné poruchy (VOJTA, 1993).

Vojtovou metodou vstupujeme do základního geneticky daného motorického programu a přesně dopředu víme, jako motorickou odpověď prostřednictvím aference vybavíme. Tuto odezvu z CNS můžeme klinicky hodnotit jako kvalitativní vyjádření motoriky. Spontánní motorika, vyšetření polohovými testy nebo reflexy jsou pak pro nás kontrolou a zpětnou vazbou, jak kvalitní aferenci jsme při terapii vyvolali (VOJTA, 1993).

2.2.1 Spontánní motorika, motorický vývoj dítěte

Za spontánní motoriku se dá označit souhrn samovolných pohybů dítěte, tzn. všechny motorické projevy z vlastního popudu. Anticipace předchází pohybovému impulzu a je součástí motoriky, která dítěti zprostředkuje získat předmět svého zájmu. Vojta nazývá tuto kooperaci ideomotorickou (ORTH, 2009).

Pohyb člověka je základním projevem jeho života, vychází z jeho potřeb a slouží k udržení jeho integrity v okolním prostředí (VÉLE, 1997). Víme, že centrální program, který má na starosti automatické ovládání těla a jeho držení, se stává aktivní už ve čtyřech až šesti týdnech života a je dokončen do věku tří měsíců dítěte. Prostřednictvím zrání tohoto programu se začíná uplatňovat synchronní aktivita mezi svaly s antagonistickou funkcí, tzv. svalová koaktivita. Díky vyvážení funkce mezi antagonisty dochází jak v oblasti páteře, tak u periferních kloubů k nastavení pozice, umožňující symetrické funkční osové zatížení kloubů. Takto popsany kineziologický model držení je náplní celého dalšího posturálního vývoje - sedu, lezení i chůze (ZOUNKOVÁ, 2005).

2.2.2 Posturální aktivita

Schopnost automaticky řídit polohu těla má centrální nervový systém již v novorozeneckém období. Nazýváme ji posturální aktivitou. Hlavním úkolem vyšetřujícího je posoudit spontánní motoriku dítěte při zachování předmětu zájmu a to kvality tělesné postury při vývoji vzpřimovacích mechanismů (VOJTA, 1993).

Psychomotorický vývoj dítěte (dělení na trimenony)

I. trimenon

Fyziologické vzpřimování z polohy na břiše

Novorozenec (do 1 měsíce) leží na břiše nesymetricky a nestabilně. V oblasti sterna naléhá na podložku, hlavu má v predilekci, trup je asymetrický. Poloha novorozence je flekční, dále již zmíněná asymetrická a nestabilní. Ustalují se vegetativní funkce, pohyby jsou holokinetické, svalový tonus se mění, ramenní a pánevní pletence nejsou v ose (VOJTA, 1993). Paže drží v primitivní flexi, evokují křídýlka, ruce má pěst. Pánev a dolní končetiny jsou také ve flexi, zadeček je nejvyšší bod těla. V thorakolumbálním přechodu nacházíme hyperlordózu.

Ve *čtvrtém týdnu* vývoje uvolňuje primitivní flexi pánve a dolní končetiny nechává ve volné extenzi. Těžiště je lokalizováno v oblasti pupku, dítě leží na bříšku, ruce má položeny předloktím na podložku. Nejčastěji v rozmezí *čtvrtého a šestého týdne* navazuje kontakt s okolím.

V *šestém týdnu* stále přetrvává predilekce hlavy, ale mizí záklon, dítě začíná zvedat hlavu, projevuje se symetrická extenze šíje. Horní končetiny se dostávají mírně dopředu, na akrech vidíme radiální úchop. Trup je v asymetrii. Dolní končetiny už nejsou v maximální flexi (VOJTA, 1993).

V *období osmi týdnů se na břiše dítě* opírá se o předloktí, postavení horních končetin je více vpředu. Začíná se vzpřimovat na břiše kraniokaudálně, říkáme, že dítě pase koníky. Dolní končetiny jsou v extenzi a v mírné abdukci. Díky vývoji orientace vzniká ve *třetím měsíci* symetrická opora o lokty, těžiště se posouvá kaudálně k symfýze. V této poloze dítě uvolňuje pěsti, provede abdukci palce se současnou extenzí v zápěstí bez ulnární dukce. Hlavu je schopno udržet mimo opěrnou bázi a může s ní volně otáčet (VOJTA, 1993).

Fyziologické vzpřimovací mechanismy z polohy na zádech

I v poloze na zádech u novorozence stále převládá asymetrie. Hlava je držena v predilekci, což je fyziologické do 3. měsíce, pohyb se omezuje na kraniocervikální přechod. V trupu je patrná rotace. Na čelistní straně sledujeme zvětšenou bederní lordózu. Horní končetiny jsou maximálně flektovány v loktech, vidíme ruce v pěsti a ulnární dukci. Maximální flexe je i v kyčlích, akra jsou v everzi (VOJTA, 1993).

Ve čtvrtém až šestém týdnu života začíná dítě svým pohledem fixovat. Optická orientace se projevuje pohybem celého těla, který přechází v postoj šermíře (tj. zevní rotace v ramenním a kyčelním kloubu, extenze čelistní horní a dolní končetiny se zevní rotací), ten představuje motorický výraz fixace pohledu (VOJTA, 1993).

V šestém týdnu začíná mizet predilekce hlavy, asymetrie pletenců a trupu. Horní končetiny jsou v radiálním úchopu, začíná se projevovat souhra oko - ruka, která vrcholí na začátku II. trimenonu. Pánev setrvává v asymetrii. U dolních končetin sledujeme primitivní kopání, kdy dítě skrčí a natáhne nohy. Postupně dochází ke koordinaci pohybů, tzv. monokinetická hybnost (VOJTA, 1993).

V osmi týdnech u dítěte nacházíme koordinaci ruka- ruka za kontroly zraku. Nohy mohou být ve flexi krátkodobě nadzvednuty nad podložku. Poprvé dochází v poloze na zádech k posunu těžiště kraniálně. Hlava je skoro ve středním postavení, stejně jako horní končetiny, které se tam dostávají. Známkou propojení obou hemisfér je kontakt obou končetin. Začíná kontakt ruka - ruka - (oko). Pánev je více dorzálně sklopená (VOJTA, 1993).

Ve třetím měsíci se při zrakovém kontaktu objevuje úsilí k uchopení předmětu celým tělem.

Konec třetího a začátek čtvrtého měsíce se vyznačuje zráním regulačních procesů, které zajišťují přesně určené držení. Dojde k extenzi osového orgánu prostřednictvím aktivace autochtonní muskulatury v celém rozsahu, tj. od kosti týlní až po kost křížovou. Tato extenze je v rovnováze s flexory osového skeletu, tj. hluboké flexory krku a břišní svaly. Dále je v oblasti periferních kloubů nastavena rovnovážná aktivita mezi antagonisty, která znovu umožňuje pro danou oporu příznivé osově zatížení nosných struktur. Tento model držení páteře je podkladem pro celý vývoj postury. Ve všech následujících vývojových fázích se opakuje stále stejný model držení osového orgánu. Odlišnost pozorujeme jen v odlišné opěrné bázi, vůči které je vztažen. Při správné funkci CNS je prostřednictvím svalové aktivity zajištěno postavení kloubů umožňující jejich optimální statické zatížení. Kloub je tedy funkčně centrován, je-li maximální rozložení tlaku na kloubních plochách. Musíme poznamenat, že žádné dítě s postižením CNS nedosáhne nikdy držení osového orgánu a periferních kloubů, které odpovídá této vývojové fázi, tj. konci třetího a začátku čtvrtého měsíce (VOJTA, 1993).

Třetí měsíc v poloze na zádech je hlava rovně ve středním postavení, pletence vyrovnané, dítě si hraje s rukama, trup je asymetrický. Zatížení představuje kosočtverec,

tnz. záhlaví, horní trapézy až po Th 12, horní úhel lopatek, pánev v dorzálním sklopení. Dolní končetiny jsou v trojflexi, dále je abdukce v kyčlích, akra jsou ve středním postavení. Tato poloha je stabilní, symetrická a extenční. Na břicho je hlava v ose, otáčí ji na obě strany, zatížení vytváří trojúhelník - mediální epikondyly, symfýza, pánev dorzálně sklopena. DKK jsou v extenzi a v mírné abdukci. Na konci I. trimenonu se symetrická extenze šíje promítá až do Th oblasti, dítě je opřeno o předloktí, otevírá pěstičky (VOJTA, 1993).

II. trimenon

Zaměřujeme se na držení osového orgánu, vyšetřujícího zajímá plné napřimení osového orgánu se zapojením autochtonní muskulatury, a to v celém jejím rozsahu, tj. od kosti týlní až po kost křížovou v rovnováze s hlubokými flexory. Hodnotíme postavení v klíčových kloubech, které musí být centrované. V oblasti ruky je zásadní abdukce prstů. V poloze na zádech dítě uchopuje pouze ze strany při držení ruky v ulnární dukci.

V období mezi čtvrtým a pátým měsícem se soustředíme na úchop horní končetiny v poloze na zádech. Dítě je schopné uchopit předmět nabízený ze střední roviny a provádí ho v radiálním postavení ruky. Dolní končetiny se diferencují, při otáčení jednu DK natahuje, tj. opora, druhá DK jde do fáze. Při otáčení se zapojují hlavně šikmé břišní svaly (VACUŠKOVÁ, VACUŠKA, RYŠAVÁ, 2003).

V poloze na břicho hodnotíme také pozici těla při úchopu, kdy opěrnou bázi tvoří loket, spina iliaca anterior a mediální kondyl kolenního kloubu. Natočí se za hračkou, opře se o jednu ruku, přenesení váhu na jednu ruku a sáhne po ní. Těžiště je kaudálnější, skoro až na stehnech, opírá se o epikondyly lokte, vidíme „plavání“ neboli dítě se odlepí, zamává a spadne. Dolní končetiny jsou již volně flektované, umí si jednou nožkou nakročit, na konci se opře o kolena. Při pasivním posazení vydrží s opřením zad chvíli sedět, ale přetrvává infantilní kyfóza, důležité je dítě neuposazovat (VOJTA, 1993).

V šestém měsíci života se dítě se za fyziologických okolností otočí ze zad na břicho. Schopnost první lokomoce se váže na funkci úchopovou. V poloze na zádech se dotýká celou ploškou nohy. Na břicho se dítě opírá se o dlaně, emendované lokty, těžiště je umístěno skoro až na kolenou (VOJTA, 1993).

III. trimenon

V sedmém měsíci vrcholí souhra oko-ruka-ústa. Pánev je maximálně zvednutá a dítě se začíná stavět do šikmého sedu, kdy se opře o předloktí, druhá ruka je fázická, jednu nohu flektuje. Vyšší poloha šikmého sedu vypadá tak, že loket je v extenzi, ruka je opřená o dlaň, dítě zatěžuje jen polovinu zadečku. Pak následuje rovný sed, tedy sed na obou sedacích hrbolech. Dolní končetiny jsou v mírné abdukci, kolena v semiflexi nebo napnutá. Po sedmém měsíci (nejpozději však v devátém měsíci) života se objevuje tulení. Při tulení se dítě opírá střídavě o lokty a táhne svůj trup po zemi dopředu. Končetiny se tohoto pohybu neúčastní, jsou vláčeny po podložce za tělem. Fáze tulení přetrvává 2 - 3 týdny (VACUŠKOVÁ, VACUŠKA, RYŠAVÁ, 2003).

V osmém měsíci dítě sedí rovně, z lehu na zádech se dostane do sedu. Z lehu na břicho se přesune do kleku na čtyři. Dítě začíná lézt a jeho páteř se esovitě vlní. Rozlišujeme tzv. zdravé lezení, kdy pravidelně střídá všechny čtyři končetiny, bérce má položeny na podložce a špičky dovnitř v supinaci. Nezralé lezení je typické tím, že dítě leze po kolenou, ne po bérkách a akra má v dorsální flexi (VOJTA, 1993).

Devátý měsíc je charakteristický pro přechod z kleku vysokého do kleku vzpřímeného, tj. přechodná fáze do vertikalizace. Dítě si z kleku si nakročí a stoupne si o široké bázi. Mluvíme o kvadrupedální lokomoci, kdy dítě zapojuje všechny čtyři končetiny, obchází nábytek, více zatěžuje mediální stranu nohy (VOJTA, 1993).

IV. trimenon

Je pro něj typický nácvik chůze, pro rychlý posun vpřed dítě ale stále ještě leze, využívá kvadrupedální lokomoci. Na konci IV. trimenonu začíná chůze vpřed o široké bázi, dítě se umí aktivně předklonit a zvednout. V momentě, kdy se toto naučí, končí fáze lezení (VOJTA, 1993).

V. trimenon

Dítě se pohybuje ve vertikále, chůze je pořád neobratná, vychází z kyčelních kloubů, flexe v koleni je malá. Pánev je v anteverzi, vidíme vyklenuté břicho a odstávající lopatky. Vývoj chůze se dokončuje ve 3. roku života. Nejprve mluvíme o dromokinetické chůzi, potom nastupuje chůze kratikinetická. Cílem je dosažení sociální bipedální lokomoce, tedy zastavit, otočit se a vrátit se dle své vůle, neboli dosažení soběstačnosti dítěte v prostoru (VOJTA, 1993).

2.2.3 Posturální reaktibilita

Termín posturální reaktibilita znamená v pojetí kineziologie dle Vojty primitivní reflexologii a polohové reakce. Vyšetřující terapeut vystavuje dítě řadě podnětů, na které dítě reaguje. Zmíněné podněty jsou svým kineziologickým obsahem a provedením přesně a standardně definované vyšetřovací postupy. Odpověď centrální nervové soustavy dítěte je opět zákonitá a standardní. Přívlastek standardní zde znamená, že zmíněné podněty, stejně jako i odpovědi na ně, musí být vždy naprosto stejné, přesně opakovatelné a reprodukovatelné ve své kineziologické kvalitě i v kvantitě. Testy posturální reaktivity vypovídají o automatickém řízení tělesného držení již od velmi raného stádia vývoje. Odhalují přítomnost motorického postižení a kvalifikují jej. Je možné procentuelně odhadnout míru ohrožení (MAREŠOVÁ, JOUDOVÁ, SEVERA, 2011).

Polohové reakce

Profesor Dr. Václav Vojta navrhl sedm polohových reakcí, které používáme k diagnostice vývojového věku, odhalení stupně posturální zralosti. Každá reakce má jiný provokační manévr, jsou vyvolávány pasivní změnou polohy těla dítěte. Od provokovaných reakcí se odečítají eventuelní neideální reakce, které nás informují o možné pohybové poruše. Odpověď je závislá na vývojovém stupni. Před provedením manévru je vždy nutné uvolnit pěst dítěte. Manévr musí být proveden rychle a plynule, aby nedošlo k poškození svalstva a kloubů končetin. Vždy se hodnotí první reakce. Testy se opakují třikrát po sobě, vyhodnocuje se ten, který je proveden v největší kvalitě. Polohové reakce mají výpovědní hodnotu, když jsou provedeny najednou, je třeba provést vždy všech sedm polohových reakcí. Při zjištění odchylky od normy v odpovědi na manévr můžeme říci, že automatické řízení těla je poškozeno (VOJTA, 1993).

Vojtova bočně sklopná reakce: Provádí se tak, že terapeut uchopí dítě za pas zády k sobě a překlopí jej z vertikálního závěsu do horizontální polohy na obě strany. Sleduje reakce všech končetin.

Trakční zkouška: Dítě leží na zádech, hlavu má ve středním postavení. Terapeut uchopí dítě za distální část předloktí, prst vsune do dlaně dítěte tak, aby vyvolal reflexní úchop. Dbá na to, aby nedráždil dorzum ruky. Pomalu přitáhne dítě do sedu. Hodnotí se reakce hlavy, trupu a končetin.

Landauova reakce: Pro tento test je velmi důležité, aby dítě bylo klidné, neplakalo, protože reakce by nebyla objektivní. Terapeut uchopí dítě pod bříškem, udržuje horizontální polohu a hlava musí být ve středním postavení. Zaměřuje se na hodnocení extenze osového orgánu, reakci hlavy a reakce končetin

Horizontální závěs dle Collisové: Výchozí polohou dítěte je leh na zádech. Terapeut uchopí dítě za stejnostranné končetiny, stiskem dlaně tonizuje svalstvo pletenců a pak zvedne dítě nad podložku do takové výšky, která představuje délku jeho horní končetiny. Posuzuje se reakce opačných stejnostranných končetin a reakce trupu.

Vertikální závěs dle Collisové: Při této zkoušce je důležité vykonat ji šetrně, plynule a netrhnout dolní končetinou. Provádí se z polohy na zádech, hlava musí být ve středním postavení. Terapeut uchopí jednu dolní končetinu za oblast stehna (pravou rukou pravou dolní končetinu) a tonizuje stiskem svalstvo pletence pánevního. Teprve potom náhle přetočí dítě hlavou dolů. Sleduje reakci volné dolní končetiny. Tato zkouška je velmi objektivní k určení vývojového stádia.

Reakce dle Peipera a Isberta: Podává informaci o posturální situaci trupu. Do čtyř měsíců ji terapeut vybavuje z polohy na zádech, po čtvrtém měsíci z polohy na břiše. Terapeut drží dítě za stehna, to visí krátce hlavou dolů, hodnotí se reakce horních končetin a osového aparátu.

Axilární závěs: Terapeut chytí dítě za oblast trupu tak, aby se malíkovými hranami dotýkal lopaty kosti kyčelní, zvedne jej zády k sobě do vertikální polohy. Nesmí dráždit svými palci m. trapezius. Sleduje se zde reakce dolních končetin (VOJTA, 1993).

Primitivní reflexologie

Primitivní reflexy jsou charakteristické odpovědi na určité podněty, které vycházejí z fylogeneticky starších organizačních hierarchií nervového systému, a které jsou zpřístupněny centrální nervové soustavě. U zdravého dítěte se objevují v určitých časových intervalech. Vybavíme-li tyto vývojové primitivní reflexy u dítěte v období mimo vývojový věk, který jim ve fyziologii náleží, pak signalizují již abnormalitu či patologii motorického vývoje. Při posuzování primitivních reflexů se zaměřujeme také na jejich symetričnost, kvalitu a intenzitu (MAREŠOVÁ, JOUDOVÁ, SEVERA, 2011).

Prognosticky významné primitivní reflexy (ORTH, 2009):

Babkinův reflex: Tento reflex se vyskytuje v období od narození do 4 týdnů. Provádí se v poloze na zádech, kdy vyšetřující uchopí zápěstí dítěte a palci vyvine lehký tlak do obou dlaní. Odpovědí je otevření úst. Vyhasnutí souvisí s nástupem optické orientace.

Hledací reflex: Fyziologicky se tento reflex vyskytuje do třech měsíců. Vybavuje se v poloze na zádech, kdy se dítěti podráždí okolí úst a dítě pohybuje jazykem a ústním koutkem do směru dráždění.

Sací reflex: Dítě leží na zádech, terapeut vloží prst do úst dítěte a cítí sání. Fyziologicky se tento reflex vyvolá do třetího měsíce.

Galantův reflex: Terapeut uchopí dítě pod bříškem a dráždí paravertebrální svaly od dolního úhlu lopatky k pánvi. Reakcí je úklon trupu na stranu dráždění, stejnostranné končetina se k sobě přiblíží, kontralaterální končetiny se od sebe oddálí. Fyziologicky se tento reflex vyskytuje do čtvrtého měsíce.

Tonický úchop rukou: Dítě leží v poloze na zádech, terapeut uchopí zápěstí a zatlačí palce do dlaně dítěte. Dojde k automatickému stisku. Reflex vymizí po šestém měsíci, kdy dochází k vytvoření opěrné funkce horní končetiny.

Tonický úchop nohou: Dítě je v poloze na zádech, terapeut jemně zatlačí na distální částí chodidla, na bříška pod prsty nohou. Vyvolá tím flexi prstů. Reflex vymizí kolem devátého měsíce věku, kdy dojde k vytvoření opěrné funkce dolní končetiny.

Primitivní vzpěrná reakce dolních končetin: Reflex se vybavuje v období 0 - 4 týdnů. Terapeut uchopí dítě v podpaží ve vzpřímené poloze, přiloží obě dolní končetiny ploskami k podložce a zatíží je. Od dítěte očekává extenční vzpěrnou odpověď na dolních končetinách bez napřimení trupu.

Chůzový automatismus: Reflex se vyvolá obdobně jako vzpěrná reakce, liší se pouze v tom, že dráždíme pouze jednu plosku nohy. Reakcí je trojflexe na druhé končetině. Dítě provádí mimovolní chůzi. Vybavitelný je v období do čtyř týdnů.

Suprapubický reflex: Reflex se vybavuje v poloze na zádech, uplatňuje se zde proprioceptivní stimulace. Terapeut působí malým tlakem na horní okraj symfýzy dítěte, dítě reaguje extenzí dolních končetin, addukcí a vnitřní rotací v kyčelních kloubech, plantární flexí nohy a vějířem na akrech. Fyziologický je tento reflex do šestého týdne.

Zkřížený extenzorový reflex: Dítě leží v poloze na zádech (flexe v koleni i v lokti), terapeut vyvíjí mírný tlak přes koleno směrem do kyčle, odpovědí je extenze druhé dolní končetiny, plantární flexe a vějíř prstů na akru. Reflex se vyskytuje v období 0 – 6 týdnů.

Patní reflex: Pro vybavení tohoto reflexu terapeut uchopí dolní končetinu v semiflekčním postavení v koleni a kyčli a provede poklep kladívkem na patu. Odpovědí je extenze v kyčli a koleni. Fyziologická je tato odpověď do čtvrtého týdne života.

Moorův reflex: Vybavuje se v poloze na zádech. Terapeut trhne podložkou, na které je dítě uloženo, dojde k abdukci horních končetin s rozevřenými prsty, následuje addukce.

2.2.4 Terapeutický systém

Vojtova metoda je založena na principu vyvolání reflexní lokomoce, tzn. dvou umělých globálních lokomočních vzorů, kterými jsou reflexní plazení (RP) a reflexní otáčení (RO). Vzory jsou umělé, v lokomoci se jako spontánní lokomoční komplexy neobjevují. Součástí reflexní lokomoce jsou tři složky, které jsou ve své podstatě obsaženy v každém pohybu. Jedná se o udržení polohy, vzpřimování a fyzický pohyb.

Globální modely reflexní lokomoce zahrnují svalové souhry, které jsou součástí motorické ontogeneze a určují rozmanité pohybové možnosti člověka motoricky zdravého. Při jejich aktivaci je důležité zachovávat definovanou výchozí polohu těla a správně užívat spoušťové zóny (PEPELKOVÁ, 1996).

V průběhu aktivace dochází k izometrické kontrakci. Ta může zesilovat díky dráždění a nasazením odporu proti vznikajícímu průběhu pohybu. Jedná se o časovou sumaci. Pokud použijeme více stimulačních zón, dojde k plánovanému pohybu pomocí prostorové sumace. Děje se tak rychleji a dokonaleji než při stimulaci pouze jedné zóny. Rozlišujeme hlavní a vedlejší zóny (VOJTA, PETERS, 1995).

Reflexní plazení

Výchozí polohou reflexního plazení je poloha na břiše. Reflexní plazení charakterizuje vzpřimování a pohyb těla vpřed ve zkříženém vzoru. Vybavuje se krokový cyklus, který má čtyři části: flekční, relaxační, opěrnou a odrazovou fázi. Fáze

se střídají ve stejném pořadí v recipročním vzoru na všech čtyřech končetinách. Pohyb začínají horní končetiny, následují je dolní (VOJTA, PETERS, 1995).

Výchozí nastavení (viz Příloha 1, Obrázek 1)

Určující pro výchozí nastavení je poloha hlavy. Hlava je natočená do 30° rotace, opírá se o tuber frontale. Na straně, kde je tvář, nazýváme končetiny čelistními a na straně záhlaví končetinami záhlavními.

Čelistní horní končetina: Paže je v oblasti ramene položena ve flexi v rozmezí 120° - 135° a ve 30° abdukci, v lokti leží ve 45° flexi, předloktí je v pronaci, zápěstí ve středním postavení, prsty jsou volně pokrčeny, lehce abdukovány a palec v opozici. Opěrným bodem je mediální epikondyl humeru, umístěný na podložce. Pomyslná spojnice proložená ramenem a zápěstím tvoří rovnoběžku s podélnou osou páteře. U ramenního kloubu provedeme lehkou trakci, během této stimulace dojde k centraci ramenního kloubu (VOJTA, PETERS, 1995).

Záhlavní horní končetina leží volně podél těla, v rameni se nachází extenze, vnitřní rotace a mírná abdukce. v lokti extenze. Předloktí je v supinaci a akrum volné.

Záhlavní dolní končetiny se nachází v lehké zevní rotaci, flexi a abdukci v kyčelním kloubu, mediální kondyl femuru leží na podložce, v kolenu je 90° flexe. U dospělých respektujeme omezení hybnosti v kloubech. (VOJTA, PETERS, 1995).

Čelistní dolní končetina u dospělých je volně v extenzi, addukci a vnitřní rotaci v kyčelním kloubu. Koleno je extendováno, noha leží na nártu. Malé děti a kojenci mají kyčelní kloub ve flexi 30°, abdukci 60° a lehké vnější rotaci (VOJTA, PETERS, 1995).

Zóny záhlavní horní končetiny:

- Acromion, směr tlaku se orientuje mezi lopatky, asi do výše Th 4.
- Processus styloideus radii (mediální výběžek vřetenní kosti na palcové straně), tlak směřuje dorzálně, kraniálně a laterálně (do středu a k lokti a rameni) (VOJTA, PETERS, 1995).

Zóny čelistní horní končetiny:

- Epikondyl medialis humeri (vnitřní epikondyl pažní kosti), tlak směřujeme dorsálně, kaudálně a mediálně (směrem k rameni).

- Mediální hrana lopatky mezi střední a dolní třetinou, tlak směřuje laterálně, kraniálně a dorzálně (nahoru k rameni). Dochází k periostálnímu dráždění a k protažení adduktorů lopatky a m. serratus anterior (VOJTA, PETERS, 1995).

Zóny záhlavní dolní končetiny:

- Processus lateralis tuberis calcanei (patní zóna - zevní výběžek kosti patní na vnější hraně paty), tlak cílíme ventrálně, kraniálně a mediálně (proti podložce a kolenu).
- Fascie m. gluteus medius - směr tlaku míří do kolenního kloubu na čelistní straně (VOJTA, PETERS, 1995).

Zóny čelistní dolní končetin:

- Epikondyl medialis femoris, tlak míříme dorzálně, mediálně a kraniálně (ve směru kyčelního kloubu a proti addukci). Koleno nezvedáme od podložky, dochází k protažení adduktorů
- Spina iliaca anterior superior, tlak směřujeme do kyčle opačné strany. (VOJTA, PETERS, 1995).

Stimuluje se též **trupová zóna**, která je uložena na straně záhlavní ve výši kaudálního úhlu lopatky před m. erector spinae, laterálně od mediální roviny, ve výši trnových výběžků obratlů Th 5 a Th 6. Tlak při stimulaci směřuje mediálně, ventrálně a kaudálně. Výslednice vede do ramene (VOJTA, PETERS, 1995).

Kineziologický obsah RP

Stimulaci začínáme většinou na čelistní horní končetině. Tlakem na processus styloideus radií dojde především ke stažení svalových skupin pletence ramenního. Dítě se vzpírá o loketní kloub, přitahuje trup asymetricky k čelistní straně šikmo dopředu a vzhůru. Loket se stává opěrným bodem celého pohybového vzorce. Těžiště dítěte se zvedá mírně vzhůru a do strany, významná je asymetrická aktivita zádoových svalů a rotace hlavy na druhou stranu. Dochází k napřímení krční páteře.

Tlakem na mediální epikondyl femuru na dolní čelistní končetině dochází k její aktivaci. Opěrným bodem je zde kolenní kloub. Aktivují se hýžďové svaly, zvětšuje flexe a zevní rotace v kyčelním kloubu. Pánevní pletenec se zvedá se z podložky.

Cvičení záhlavních končetin je méně důležité a méně rozpracované. Záhlavní horní končetina je tzv. nakračující končetina. Pohyb záhlavní končetiny je označován jako flekční fáze kroku. Spoušťová zóna dolní záhlavní končetiny je patní zóna. Chceme docílit toho, aby se noha opřela o patu, extenční fáze (VOJTA, PETERS, 1995).

Reflexní otáčení

Proces reflexního otáčení je plynulý, rozděluje se do dvou fází. První fáze vychází z polohy na zádech, druhá fáze z polohy na boku.

Výchozí poloha pro reflexní otáčení (RO) je poloha na zádech, dále se pokračuje v poloze na boku, konečná je potom poloha na čtyřech. V reflexním otáčení mají končetiny hlavně funkci opěrnou.

Stimulace vychází z asymetrické polohy, proto začínáme tlakem do hrudní zóny a tím dosáhneme symetrické polohy na zádech (VOJTA, PETERS, 1995).

Reflexní otáčení I (viz Příloha 1, Obrázek 2)

Vycházíme z lehu na zádech, hlava je lehce extendována a rotována k jedné straně (úhel 30°). Končetiny a trup jsou položeny volně na podložce (VOJTA, PETERS, 1995).

Kineziologický obsah

Hrudní zóna leží na čelistní straně v mamilární linii mezi 5. - 6. nebo 6. - 7. žebrem. Tlak směřujeme dorzálně, mediálně a kraniálně. Dochází k protažení mezižebních svalů v oblasti 6. žebra na čelistní straně, dále nastává přímý účinek na autochtonní muskulaturu, protahuje se úpon bránice na čelistní straně, také mezižební svaly a m. obliquus abdominis externus čelistní strany. Protažení přechází i na úpon bránice záhlavní strany a m. quadratus lumborum. Současně je drážděna pohrudnice a mediastinum.

V první fázi se podélná osa těla nastaví přenesením těžiště těla kraniálně do středního postavení a vznikne velmi labilní opěrná báze jako předpoklad otáčení. Záhlaví, obě lopatky a páteř až po spodní torakální oblast se stávají oporou, mají opěrnou funkci. Dolní končetiny jsou pravoúhle drženy proti gravitaci. První fáze je dokončena aktivitou, která změní asymetrickou polohu v lehu na zádech v polohu symetrickou. Následuje rotační proces pánve a ramenního pletence (druhá fáze RO),

kdy dojde k diferenciaci horních a dolních končetin. Končetiny se začínají připravovat na zkřížený vzor lezení (VOJTA, PETERS, 1995).

Reflexní otáčení II

Cílem druhé fáze reflexního otáčení je dosažení chůze po čtyřech. Tato fáze vychází z polohy na boku. Hlava se nachází v prodloužení páteře, opora těla je o hlavicí humeru a lopatu kosti kyčelní spodních končetin. Spodní horní končetina (HK) je ve flexi vzhledem k hrudníku, vrchní horní končetina leží volně na laterální straně hrudníku. Vrchní dolní končetina (DK) je v 90° flexi v koleni a kyčelním kloubu, v addukci v kyčelním kloubu. Spodní dolní končetina je lehce flektována v kyčelním kloubu, opřena o zevní stranu stehna, v semiflexi v kolenním kloubu. Spodní DK plní v průběhu aktivace opěrnou funkci a zdvihá trup proti gravitaci nahoru a dopředu, spodní HK má též funkci opěrnou. Vrchní končetiny se pohybují vzhůru a dopředu, přičemž se připravují na další průběh otáčení (VOJTA, PETERS, 1995).

Vybavovací zóny na svrchní polovině trupu (viz Příloha 1, Obrázek 3):

- Mediální hrana lopatky na rozhraní střední a spodní třetiny.
- Spina iliaca anterior superior.
- Střední díl aponeurózy m. gluteus med.
- Ventrální část akromionu.
- Processus styloideus radii.
- Trupová zóna (VOJTA, PETERS, 1995).

Vybavovací zóny na končetinách (viz. Příloha 1, Obrázek 4):

- Mediální epicondylus humeri.
- Patní zóna.
- Mediální epicondylus femoris.
- Processus styloideus radii.
- Laterální epicondylus femoris (VOJTA, PETERS, 1995).

2.3 Zásady provádění terapie

Cvičení dle Vojty probíhá na specializovaném pracovišti dětské rehabilitace. Základem je však provádění stimulace denně doma. Fyzioterapeuti jsou s dítětem a matkou v pravidelném kontaktu. Před aplikací terapie musí dojít k přesnému kineziologickému vyšetření pacienta a k přesnému určení diagnózy. Od tohoto se celá další terapie odvíjí. Terapeut stanoví krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán. Odborníci matku zaučí, dohlíží na správnost provádění cvičení a opravují případné nedostatky. Cvičení dle Vojty musí probíhat několikrát denně. U kojenců je délka stimulace krátká, asi 10 minut, ale postupně se prodlužuje. Terapie se individuálně přizpůsobuje každému dítěti. Dítě se nesmí přetěžovat, během cvičení terapeut vystupuje klidně, je trpělivý a vstřícný jak k dítěti, tak k jeho rodičům (ORTH, 2009).

Před začátkem cvičení terapeut naváže kontakt s dítětem a jeho matkou. Edukaci terapie je třeba věnovat dostatek času. Matka, případně oba rodiče, musí program zvládnout, musí jim být srozumitelný cíl terapie. Zároveň by měli být schopni jednoduše zhodnotit stav dítěte před terapií a zlepšení stavu po terapii. Jedině tak mohou vydržet dlouhodobí stres z nejisté prognózy vývoje svého dítěte (KOLÁŘOVÁ, 2005).

Uvedení do výchozí polohy pro stimulaci musí respektovat jistá 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 hybné modely. Tlak na spouštěvé zóny se většinou při vlastní stimulaci provádí palcem (popř. jiným prstem nebo hranou dlaně), vždy musí být přiměřený, nebolestivý, postupně vznikající a stálý. Terapeut ho může v průběhu cvičení různě směřovat (VOJTA, PETERS, 1995).

Cvičí se i děti s velmi vážným postižením. Doporučená doba léčby je asi jeden rok, poté proběhne vyhodnocení výsledků terapie. Pokud není úspěšná, teprve pak je možné případ prohlásit za beznadějný (ORTH, 2009).

Vojtova metoda je založena na univerzálních postupech, je možné ji proto považovat za využitelnou u všech poruch pohybového systému. Terapeut však musí znát reálné hranice možností této metody. Při rozhodování o zahájení či pokračování terapie je zapotřebí neustále zvažovat všechna pro i proti. Velmi důležitá je správnost provedení Vojtovy metody. Terapeut by měl být dobře vyškolen a metodu musí ovládat jak po stránce praktické, tak i po stránce teoretické (VAŘEKA, 2000).

Léčba Vojtovo metodou má i negativní dosahy na pacienta a jeho rodinu. Řadíme k nim časovou náročnost terapie, bolest, finanční nároky, nedostatek zkušených dětských fyzioterapeutů (HUSÁROVÁ, 2001).

2.4 Indikace k terapii Vojtovou metodou

Děti v kojeneckém věku:

- Dětská mozková obrna (DMO).
- Lehké, asymetrické centrální koordinační poruchy (CKP), z nichž se případně může vyvinout cerebrální paréza.
- Středně těžké a těžké CKP.
- Fixované asymetrické držení hlavy (tortikolis).
- Periferní parézy, například paréza brachiálního plexu.
- Rozštěp páteře.
- Pes equinovarus - koňská noha.
- Spina bifida, hydrocelus.
- Vrozené vývojové anomálie, například skolióza, aplazie.
- Vrozené myopatie.
- Jiná neurologická onemocnění.

Starší děti a dospělí:

- Cévní mozková příhoda.
- Periferní paréza.
- Bolesti související s páteří.
- Skoliózy a kyfózy.
- Periartritida - bolestivé rameno.
- Kloubní kontraktury.
- Funkční omezení pohybového aparátu.
- Myopatie.
- Roztroušená skleróza.
- Jiná neurologická onemocnění.

Všeobecné kontraindikace Vojtovy metody:

- Nevyškolený terapeut.

- Vysoké dávky kortikoidů.
- 10 dní po očkování.
- Akutní onemocnění (horečka, průjmy, zvracení, infekce...).
- Metastazující nádory a diagnosticky ještě objasněné nádory.
- Akutní fáze po operacích.
- Cerebrální, epileptické záchvaty ve fázi nasazení léčby (ORTH, 2009).

2.5 Spolupráce rodičů při Vojtově terapii

Úspěch terapie závisí zpravidla na spolupráci a postoji pacienta a jeho rodiny k terapii. Když jsou Vojtovo terapií léčeny děti, zodpovědnost za ně nesou rodiče. Součástí terapie je komunikace mezi rodiči, terapeutem a dítětem. Komunikace probíhá nejen slovy, ale i řečí těla, mimikou, gestikulací a polohou hlasu. Nonverbální komunikace je kromě toho silně vymezena vlastním jednáním. Dítě je uchopováno a pokládáno do různých poloh, při stimulaci terapeut často vede ruce rodičů, aby věděli, kde a kterým směrem správně tlačit. Rodiče a terapeuti by měli pocitově stát za tím, co dělají nebo říkají. Jinak vysílají tělesné signály, které se neshodují s jejich jednáním. Dítě zpětně reaguje svým chováním na tyto signály, cítí pocity dospělého. Není to dítě, kdo většinou špatně snáší požadavky ve Vojtově terapii, ale jeho matka nebo otec.

Dítě cítí, že je jeho nejbližší osoba v nepohodě a znejistí. Svoji nejistotu vyjadřuje prostřednictvím hlasových a tělesných prostředků (pláč, odmítání, bránění se, atd.). Matky jsou svému dítěti emocionálně velmi blízko, znají své dítě, ví o jeho zvycích, denním režimu, mohou je v terapii dobře vézt. Dobře odhadnou hranice zatížení a podle toho cvičení vhodně vedou a dávkuje. Pozitivní vnímání terapie matkou, přináší úspěchy (ORTH, 2009).

Vojtova terapie je úspěšná, když jsou rodiče dobře motivováni a terapie je jim vhodným, srozumitelným způsobem vysvětlena a přiblížena. To je úkolem dětského lékaře a fyzioterapeuta. Motivace rodičů roste s úspěchem. Úspěch odmění úsilí a námahu při terapii a je hnacím motorem pro pokračování.

Předpoklady úspěšné terapeutické práce:

- Důvěra mezi rodiči, terapeutem a dítětem.
- Spolehlivost.
- Upřímnost.

- Odpovědnost za sebe i druhé.
- Úcta k ostatním.
- Akceptování odlišnosti druhé osoby (ORTH, 2009).

Provádět terapii podle Vojty je intenzivní práce pro dítě i jeho rodiče. Dítě je několikrát denně přivedeno na svou výkonnostní hranici, rodiče provádějí terapii důsledně. Proto je často terapie označována jako tvrdá a možná je i takto pocíťována. Rodiče se mnohdy brání vyžadovat od jejich dítěte takový výkon, někdy je odrazuje jejich okolí. Rodiče cítí, že jsou vystaveni výčitce, že týrají své dítě a způsobují mu psychické škody. Právě na počátku terapie je mohou taková obviňování značně znejistit a zatížit. Velmi důležitá je podpora od terapeutky, aby rodiče pozitivně naladila k překonání negativní odezvy od okolí a vytrvání v terapii (ORTH, 2009).

Největší zátěž je při cvičení většinou na matce. Matka dítě denně ošetřuje a organizuje denní průběh terapie. Otcové jsou zde většinou výjimkou. Matka, která cvičí své dítě Vojtovou metodou, by měla mít tyto vlastnosti:

- *Moc a sílu*, protože je zatěžována nejen psychicky, ale i fyzicky. Často se musí vzdát aktivit, z kterých jiní rodiče s dětmi čerpají sílu, například setkávání se s přáteli nebo víkendové aktivity. Mnohdy řeší konflikt s partnerem, z důvodu nastolení jiného režimu, nového rozdělení rolí a úloh v domácnosti.
- *Přesvědčení a potenciál vydržet*, když matku přepadnou pochybnosti o jejím konání.
- *Velký organizační talent*, aby zvládla skloubit péči o dítě s běžným chodem domácnosti a zájmem o ostatní členy rodiny (ORTH, 2009, s. 193).

2.6 Pláč dítěte při aplikaci Vojtovy terapie

Pro rodiče je pláč jejich dítěte během Vojtovy terapie další zatížení, které musí být bráno vážně. Rodiče vnímají první křik po narození dítěte velmi pozitivně a jsou šťastni, když jejich dítě pláče. Pláč ukazuje vůli dítěte k životu a také, že funguje dýchání. Tento pláč je ale pravděpodobně i vyjádření nejistoty kvůli změnám podmínek po narození. K těmto změnám přispívá nezvyklé okolí, protože vzduch jako prostředí a suché pleny jsou pocíťovány jinak, než vlhké nitroděložní prostředí. Samostatné dýchání vyvinutými plícemi a s tím spojená přeměna krevního oběhu patří také k nezvyklému zážitku, stejně jako regulace tělesné teploty. Nikdo by nepomyslel

brát tyto vjemy jako negativní. Když kojeneček pláče ve svém dalším vývoji, jsou rodiče vystrašení. Je to jistě dobře, protože kojeneček na sebe tímto způsobem upozorňuje. Je nutné, aby rodiče poslouchali, co kojeneček svým pláčem vyjadřuje, aby mohli přiměřeně a nejlépe v klidu reagovat. Zpravidla se dospělému podaří velmi rychle odlišit pláč z hladu od křiku v důsledku nepohodlí nebo bolesti. Terapie je spouštěčem pláče pro nezvyklou zážitku. Dítě musí opustit navykklé držení těla a nedělá to z vlastní vůle, je to od něj požadováno zvenčí. Jakmile terapie zaujme pevné místo v denním programu, stává se mu známou a je většinou dítětem akceptována. (ORTH, 2009).

3 Emocionální stránka péče o dítě s postižením

3.1 Vymezení pojmu emoce

Rozsah problematiky emocí je široký a existuje mnoho publikací vznikajících v průběhu nových lidských výzkumů, které se emocemi zabývají. Emoce v psychologii řadíme do poznávacích procesů, které patří do prožívání člověka. Význam slova „emoce“ vyjadřuje zvláštní způsob prožívání, provázený často i fyziologickými změnami a jinými reakcemi, jako je například zrychlený dech, zrychlený srdeční tep, pláč či smích, červenání, ale i zažívací problémy při prožívání trémy (ŠIMEK, 1995).

Podle I. Stuchlíkové (2002, s. 11) jsou emoce *„velmi komplexní jevy, jejichž charakteristickým rysem je jejich velká citlivost a proměnlivost. Citlivost emocí na změny v osobních situačních okolnostech se odráží v tom, že bez zjevných změn v objektivních okolnostech se emoce může sama proměňovat.“*

Podle Vágnerové (2004) lze emoce definovat jako schopnost organismu reagovat na podněty prožitkem libosti a nelibosti, spojeným s fyziologickými odpověďmi a změnou aktivity, mnohdy i dalšími vnějšími projevy.

V psychologickém slovníku je uvedena tato definice emocí (HARTL, 2004): *„Biologicky účelné adaptace, evolučně starší, a proto silnější a hůře ovlivnitelné než rozumové procesy. Jsou spojovány s činností limbického systému. Podle mohutnosti rozlišujeme efekty, nálady a vášně.“*

Emoce mají funkční vztah ke všem psychickým procesům, úzká je hlavně souvislost emocí a motivace. Ta rozhoduje o tom, co se člověk naučí a jaké cíle si bude klást. Pro člověka je emoční prožitek důležitý, protože informuje jeho vědomé složky o tom, jak byla zhodnocena situace a jakou činnost či její změnu emoce doporučují. Člověk nemusí toto zhodnocení emočních okruhů k provedení nějaké akce uposlechnout, v tom se liší od ostatních savců. Emoce nezůstávají jen u hodnocení situace a prováděné činnosti, jsou současně i impulsem k nějaké aktivitě, k jejímu vystupňování nebo v případě deprese i její zábranou (NAKONEČNÝ, 2000).

Emoce závisí nejen na povaze provokujícího činitele, ale především na jedinci, na jeho tělesném a duševním stavu, na jeho osobnosti, životní historii a jeho dřívějších zkušenostech. Přesto, že dané emoce vznikají za určitých okolností, jež mají pro většinu osob též význam, zůstávají v podstatě individuální. Vyjadřují neadaptovanost člověka

a úsilí o znovunastolení přechodně narušené rovnováhy. Původní funkcí emocí je hodnocení podnětů nebo situací v nichž se jedince nachází, kdy kritériem tohoto hodnocení je biologická účelnost. Díky této hodnotící funkci jsou emoce vybaveny zážitky příjemného a nepříjemného, ty signalizují biologickou prospěšnost a škodlivost. Příjemné a nepříjemné zážitky tvoří základní dimenzi emocí (ŠIMEK, 1995).

3.2 Dělení emocí

Podle I. Stuchlíkové (2002, s. 49) jsou nejobsáhlejšími výčty základních emocí: „*Plutchikův, vytvořený v rámci tzv. psychoevoluční teorie emocí, a Izardův, vytvořený v rámci tzv. teorie diskrétních emocí.*“ Obě teorie předpokládají existenci osmi základních emocí. Těmito emocemi jsou hněv, smutek, znechucení, strach, překvapení, radost, přijetí a očekávání. Plutchikova psychoevoluční teorie chápe emoce jako vrozené funkce, důležité pro přežití člověka, Udává, že základní emoce je dimenzí, na které se může projevovat intenzita. Izardova teorie primárních emocí říká, že emoce vznikly jako adaptace na různé typy situací a emoce jsou základní motivací pro lidské chování. Jednotlivé emoce mají svoji funkci v tom, jak ovlivňují hodnocení situace a jednání člověka. Z primárních emocí se tvoří emoce sekundární (STUHLÍKOVÁ, 2002).

J. Šimek (1995, s. 132) dělí emoce na kladné (radost, spokojenost) a záporné (smutek, zlost). Dále pak rozlišuje emoce aktivizující (zlost, úzkost, radost) a tlumící (deprese, zklamání), emoce nižší a vyšší. Vše, co má souvislost se společenskými hodnotami, jsou emoce vyšší. Emoce související s uspokojováním základních potřeb jedince řadíme k nižším.

Emoce je možné třídit také na pozitivní a negativní. Pozitivní emoce jsou například spontánnost, radost, zájem atd. Bývají krátkodobé, napomáhají učení, budování sociálních vazeb, rodinných vztahů. Pozitivních emocí je méně než negativních. Na každé tři až čtyři negativní emoce připadá jedna pozitivní. Mezi negativní emoce patří smutek, strach, hněv, úzkost (STUHLÍKOVÁ, 2002).

Většina autorů rozeznává čtyři základní emoce. Je to hněv, smutek, strach a radost. **Hněv** bývá vzbuzen jako reakce na specifický, nežádoucí útok. Jednání druhého hodnotíme jako nespravedlivé, má za následek zhoršení našeho postavení. Hněv může být jak negativní, tak pozitivní emocí, záleží na situaci, ve které se právě nacházíme.

Hněv často bývá spojen s agresí vůči zdroji frustrace, s tendencí o své uspokojení bojovat, potrestat viníka (STUHLÍKOVÁ, 2002). **Radost** je pozitivní emoce, je to příjemný emoční stav. Znamená reakci na úspěch, dosažení cíle, překonání překážky. Přináší uvolnění, uspokojení. Radost může mít podobu spokojenosti až pocitu štěstí. Podle I. Stuchlíkové (2002, s. 127) existují dva typy štěstí: „*Dlouhodobý přetrvávající pocit štěstí (subjektivní pohoda, spokojenost) a krátkodobá emoce intenzivního štěstí (radost, uspokojení).*“ Emoce, která se projevuje v okamžicích zklamání, neúspěchu a ztráty nebo pouhé představy ztráty je **smutek**. Smutek je nelibý emoční stav, vede k útlumu, poklesu zájmu o cokoli, ke ztrátě smyslu jakékoliv činnosti. V mírné podobě se projevuje jako zarmoucení, ve výraznější jako žal. Smutek často bývá spojen s depresivními stavy (VÁGNEROVÁ, 2005). **Strach** je daný určitou situací, míváme strach z někoho nebo něčeho. Není to typicky kladná nebo záporná emoce. Strach nám umožňuje se přizpůsobit nově vzniklé situaci, je reakcí na nebezpečí. Vztahuje se nejen k přítomnosti, ale především k budoucnosti. Strach se může vystupňovat v úzkost. **Úzkost** je považována za základní emoci naší doby, lidé ztrácejí pocit bezpečí. Úzkost nemá konkrétní předmět, není to obava z něčeho určitého, z konkrétního nebezpečí, hrozby (NAKONEČNÝ, 2000).

3.2.1 Úzkost

Úzkost bývá definována jako trvalý pocit ohrožení, kdy prožívající jedinec není schopen přesně říct, co jej ohrožuje. Řada psychologů poukazuje na množství společných prožitkových, behaviorálních a fyziologických aspektů úzkosti a strachu. Pojmy úzkost a strach nebývají proto vždy striktně rozlišovány. Časté prožívání strachu vede k náchylnosti k úzkosti. Psychologové dnes hovoří o úzkosti stavové (aktuální úroveň úzkosti konkrétního člověka v konkrétní situaci) a rysové (pro daného člověka obvyklá úroveň úzkosti) (STUHLÍKOVÁ, 2002).

Rodičovství představuje jednu z nejvíce zátěžových situací v životě člověka. Projevem je zvýšená míra úzkosti. Nemałym zdrojem úzkosti je zpravidla zdravotní stav dítěte. Tyto obavy mohou mít reálné základy i osobnostní příčiny. Velkou hrozbu představuje narození postiženého dítěte, kdy pro řadu lidí je takřka nemožné se s tímto faktem vyrovnat. Často se setkáváme se situací, kdy obavy z rodičovství vzbuzuje nejistota z vlastní schopnosti být dobrým rodičem. Zde působí společenská tendence

posuzovat rodiče podle činů a úspěchů (neúspěchů) jejich dětí spolu s osobnostní strukturou jedince. Rodiče v takovém případě považují za životně důležité, aby dítě začalo dostatečně brzy mluvit, chodit, chovalo se způsobně a tak dále. Jakékoliv „selhání“ dítěte bývá zdrojem mimořádné úzkosti. Velká úzkost může vyústit až do úzkostné poruchy (VYMĚTAL, 2000).

3.3 Reakce rodičů na postižení dítěte

Pro rodiče není většího duševního otřesu, než je poznání, že se jejich dítě nebude vyvíjet, jak by mělo. Výhled do budoucnosti je zatemněn, čeká je mnoho starostí. První zjištění, že dítě není úplně v pořádku, znamená otřes rodičovských představ a postojů. Matějček (2001, s. 25) uvádí, že postoj rodičů k dítěti nevzniká náhle, ale je obvykle výsledkem jejich předchozího života, odráží jejich zkušenosti a prožitky z dětství a dospívání, ovlivňuje jej jejich vztah k rodičům i vztah k současnému životnímu partnerovi. Narození dítěte s postižením prožívají rodiče často jako vlastní selhání, ztrácí sebedůvěru a mohou trpět pocitem úzkosti a méněcennosti. Úzkost často přechází v pocit beznaděje a zoufalství. Tento stav extrémní úzkosti trvá u různých lidí různě dlouho. Lidské psychice přichází na pomoc obranné mechanismy. Nejčastěji se jedná o tzv. popření, kdy si nechceme zlou skutečnost připustit, odmítáme ji. Jinou obranou je hledání viny. Snažíme se vůči někomu nebo něčemu zaměřit svou agresivitu, kterou vzbuzuje prožívaná úzkost. Agrese tak uvolňuje napětí. Třetím nejčastějším obranným mechanismem je vztažení viny na sebe sama. Toto sebeobviňování může vyústit až do deprese, kdy je potřeba pomoc psychiatra. Teprve když překonáme obranné tendence a osvobodíme se od pocitů viny, nastupuje proces přijetí dítěte (MATĚJČEK, DYTRYCH, 1997).

Období, kdy se rodiče konfrontují s realitou, bývá označováno jako „krize rodičovské identity“. Narození dítěte s postižením ovlivňuje celou rodinu. Rodina je nucena přebudovat svou soustavu hodnot, denní režim i plány do budoucna. To představuje zátěž, se kterou se musí rodina postupně vyrovnávat (OPAŘILOVÁ, 2006).

Jsou rodiče, kteří se dobře vyrovnávají i s velmi vážným postižením dítěte a jsou rodiče, kteří nezvládají relativně malý handicap. Rodiče dítěte se zdravotním postižením jsou podle typu a závažnosti postižení denně konfrontováni s problémy vyplývajícími z omezené pohyblivosti dítěte, ze snížené inteligence, z obtížné komunikace,

nesoustředěnosti, zvýšené unavitelnosti, impulzivity, sklonu k afektivním a agresivním reakcím apod. (MATĚJČEK, DYTRYCH, 1997).

3.4 Zvládání zátěže pečující matkou a její emoce

Péči o postižené dítě nejsou oba rodiče zatíženi stejnou měrou, matka je ohrožena více vzhledem ke specifčnosti svého postavení v rodině, která v rodinách se zdravotně postiženým dítětem více odpovídá tradičnímu rozdělení rolí. Pro matku představuje narození postiženého dítěte také větší stres než pro otce. Při zvládání zátěže, která plyne z příchodu dítěte se zdravotním postižením do rodiny, se uplatňuje řada somatických, psychických i sociálních faktorů. Ze somatických faktorů je to věk, pohlaví, zdravotní stav, fyzická síla a schopnost zvládat únavu. Z psychických faktorů zvládání zátěže ovlivňuje emoční ladění matky, způsob, jakým uvažuje a reaguje v různých životních situacích. Matky, které jsou orientovány extrovertně, lépe navazují sociální kontakty, umějí říci, co je trápí i požádat o pomoc a psychickou podporu. Pomoc od druhých také snadněji přijmou. Díky své emoční vyrovnanosti posuzují celou situaci s větším nadhledem, umí nacházet různá alternativní řešení a zvládají vytvářet kolem sebe síť lidí, kteří v případě nutnosti mohou poskytnout pomoc. K pozitivním osobnostním vlastnostem se řadí přívětivost, přátelskost, otevřenost novým zkušenostem, sebekontrola a sebeovládání. Emoční labilita naproti tomu souvisí s vyšší mírou prožívané úzkosti, sklonem k sebeobviňování, sebepodceňování a k negativnímu očekávání vedoucímu až k rezignaci. Emočně labilní matky často mívají tendence k opakovanému uvažování o tom, proč k takové situaci došlo. Tyto matky pak volí méně efektivní strategie zvládání zátěžové situace. Matky s nižší životní spokojeností bývají mnohem více úzkostné a často je u nich diagnostikována deprese (VÁGNEROVÁ, STRNADOVÁ, KREJČOVÁ, 2009).

4 Výzkumné šetření

4.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cíle výzkumu

Bakalářská práce, kterou předkládám k obhajobě, sleduje tyto **cíle**:

1. Porovnat míru úzkosti u matek cvičících dítě Vojtovo metodou v době, kdy s terapií začínají, po prvním cvičení a následně po třech měsících terapie.
2. Zhodnotit emocionální stav matek v průběhu rehabilitace dítěte, zjistit zda u matek převládají pozitivní nebo negativní emoce.
3. Zjistit, zda je pro matky více náročné zvládnout techniku terapie dle Vojtovy metody po stránce psychické nebo po stránce fyzické.
4. Zjistit, zda jsou matky dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě a kde tyto informace získávají.
5. Provádět přímé pozorování výsledků terapie v průběhu rehabilitace při své práci fyzioterapeuta.

Hypotézy

Na základě dosavadní praxe, poznanych skutečností a prostudování odborné literatury jsem stanovila pět následujících hypotéz:

1. Předpokládám, že po prvním cvičení dítěte Vojtovo metodou je u matek přítomna větší míra úzkosti než po třech měsících terapie.
2. Předpokládám, že v průběhu rehabilitace dítěte převládají u matek negativní emoce (smutek, úzkost, atd.) nad pozitivními (radost, atd.).
3. Předpokládám, že pro matky je více náročné zvládnout techniku Vojtovy metody po stránce psychické než po stránce fyzické.
4. Předpokládám, že matky jsou dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě svým fyzioterapeutem.

4.2 Metodika výzkumu

Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření. Zvolila jsem dva dotazníky, standardizované dotazníkové šetření za použití uzavřených otázek tzv. Zungovu sebesuzovací stupnici úzkosti (HONZÁK, 1999) a dále jsem sestavila vlastní dotazník obsahující 22 položek. Tento dotazník jsem zaměřila na kontaktní informace a faktory ovlivňující emocionální stav respondentek. Samotnému sestavování dotazníku předcházelo přesné formulování daného problému, podrobné seznámení se s problematikou, studium odborných publikací (literatura, časopisy, internet), které mají úzký vztah k dané problematice. Využila jsem konzultace psychologa Mgr. Betlacha.

Pro získání potřebných informací je nutné, aby dotazník obsahoval všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď, obsah dotazníku nesmí respondenta odrazovat a formulace otázek musí být srozumitelné a jednoznačné. Dotazníky bývají převážně anonymní.

Výhodami dotazníkového šetření je získání dostatečného množství respondentů a rychlé zpracování dat. Nevýhodou dotazníku je, že při nepochopení respondenta nebo chybné formulaci otázky není možné nic opravit nebo upřesnit. V dotazníku se nejvíce objevují otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené (CHRÁSTKA, 2007).

Vliv terapie reflexní lokomoce dle Vojty na psychomotorický vývoj dítěte dokládá kazuistika.

Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody, zabývá se popisem jednotlivého případu, sleduje vývoj určitého problému, včetně provedených opatření, jejich průběhu a výsledků. Může se týkat jednotlivce, skupiny lidí i instituce (HARTL, 2004, s. 106).

Vlastní sestavený dotazník (viz Příloha 2)

Pomocí otázek v dotazníku jsem chtěla zjistit identifikační údaje a faktory ovlivňující emoce matek dětí cvičících Vojtovo metodou. Zabývala jsem se tím, jak matky spolupracují při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou. Dotazník se skládá z 22 položek a místa pro jiná sdělení. Otázky v dotazníku korespondují se stanovenými cíli a hypotézami. Dotazník začíná oslovením respondentek, představením výzkumu a tématu šetření, obsahuje návod k vyplnění. Respondentky mají označit své odpovědi

křížkem. U většiny otázek je možná pouze jedna odpověď, pokud se dá zvolit více možností, respondentky jsou na to upozorněny.

Dotazník obsahuje dvě otevřené otázky, kde mají respondentky doplnit informace. Některé z respondentek neodpovídají na všechny otázky, jsou vždy upozorněny, kdo má odpovědět a kdo ne. V dotazníku jsou použity také otázky polouzavřené (2) a uzavřené (18).

Zungova sebesuzovací stupnice úzkosti (viz Příloha 3)

Úzkost je subjektivní psychický symptom, jehož objektivizace je složitá. Použila jsem proto Zungovu sebesuzovací stupnici úzkosti. Dotazník se skládá z dvaceti položek, které jsou zaměřené na symptomy typické pro úzkost. V deseti případech jsou položky formulovány symptomaticky pozitivně a v deseti negativně a dle toho poté probíhá škálování na stupnici 1-4. Je zde možnost volby ze čtyř odpovědí: „Nikdy nebo zřídka“, „Někdy“, „Dost často“, „Velmi často nebo stále“. Čím více odpověď vypovídá o vyšší míře úzkosti, tím vyšší hodnotu má na škále.

Proměnná „*Míra úzkosti*“ je stanovená SAS indexem, který se získá vydělením sumy dosaženého skóre osmdesáti, což je maximální možné skóre, kterého lze dosáhnout a vynásobením stem. Dle dosažené hodnoty SAS indexu je stanoveno hodnocení pro míru úzkosti takto: pro SAS index méně než 50 „Normální, nejeví známky úzkosti“, pro SAS index od 50 do 60 „Přítomny známky minimální, nebo lehké úzkosti“, pro SAS index od 60 do 69 „Přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená úzkost“, pro SAS index od 70 a více „Přítomna těžká až extrémně těžká úzkost“ (HONZÁK, 1999).

Kazuistika

Pro ověření účinku Vojtovy terapie na stav dítěte předkládám jednu kazuistiku jako příklad. Další kazuistiky by mohly být předmětem dalšího vědeckého zkoumání. Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody, zabývá se popisem jednotlivého případu, sleduje vývoj určitého problému, včetně provedených opatření, jejich průběhu a výsledků. Může se týkat jednotlivce, skupiny lidí i instituce (HARTL, 2004, s. 106). Předložená kazuistika sleduje diagnostiku a terapii u dětského klienta, se kterým matka navštěvovala v pravidelných časových intervalech rehabilitační zařízení

v Dobřanech. K diagnostice jsem použila vyšetření polohových reakcí a reflexů. Dítě jsem sledovala a vedla u něho terapii dle Vojty od října roku 2011 do března 2012.

Průběh výzkumného šetření

Šetření bylo zahájeno začátkem října roku 2011 v rehabilitačním zařízení v Dobřanech a probíhalo do začátku března roku 2012. Osloveným respondentkám byly mnou poskytnuty podrobné informace k vyplnění dotazníků. K dosažení co největší věrohodnosti šetření byly dotazníky opatřeny obálkou. Jelikož byly dotazníky distribuovány osobně, zajistila se jejich 100% návratnost.

4.3 Charakteristika respondentů

Zkoumaný vzorek se skládal z třiceti žen všech věkových kategorií a různých stupňů vzdělání (viz tabulky č. 4 a č. 5 v dotazníku). Ženy aplikovaly u svých dětí Vojtovu terapii. Ve vzorku bylo 17 chlapců a 13 dívek. Oslovila jsem respondentky, které splňovaly tyto charakteristické rysy:

1. Matky pečující o dítě ve věku od narození do 18 měsíců.
2. Matky navštěvující rehabilitační zařízení v Dobřanech, aplikující u svého dítěte Vojtovu metodu reflexní lokomoce.
3. Matky starší 18 let.

4.4 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem zpracovala ve formě tabulek a grafů pomocí programu Microsoft Office Excel. Každou tabulku a graf jsem opatřila komentářem. Vyhodnocení Zungovy sebesuzovací stupnice úzkosti jsem provedla konverzí hrubého celkového skóre na výsledný index. Data získaná ze Zungovy sebesuzovací stupnice úzkosti po první terapii dítěte Vojtovo metodou a po třech měsících terapie dítěte jsem vzájemně porovnávala grafem.

Uvedená data jsou vyjádřena absolutní a relativní četností. Absolutní četnost je počet statistických jednotek, kterým náleží stejná hodnota znaku. Relativní četnost znamená podíl četnosti znaku na rozsahu souboru. Součet absolutních četností je roven rozsahu souboru a součet relativních četností se rovná 1 (ZVÁROVÁ, 2004).

Hypotéza číslo 1 je v bakalářské práci pro zjištění statistické významnosti testována pomocí dvouvýběrového párového t-testu na střední hodnotu. Test je součástí analýzy dat programu Microsoft Office Excel.

Hypotéza je tvrzení nebo předpoklad, jímž se v rámci dané teorie vyjádří určitá představa. Oprávněnost hypotézy prověřují pozorování a experimenty. Statistická hypotéza je tvrzení o statistických objektech, a protože předmětem zájmu ve statistice jsou soubory a zejména rozdělení četnosti znaků sledovaných v těchto souborech, bývá statistická hypotéza tvrzením o těchto rozděleních (REITEROVÁ, 2009, s. 50).

Chceme-li zjistit, zda je daná hypotéza správná, je třeba vytvořit pravidlo, které by každému výběrovému souboru přiřazovalo jedno ze dvou možných rozhodnutí: hypotézu buď přijmout, nebo zamítnout. Toto pravidlo se nazývá statistickým testem. Pracujeme s pojmem tzv. nulová hypotéza (H_0). Nulovou hypotézu formulujeme na začátku testu. Při testování statistické hypotézy se předpokládá, že může platit buď nulová hypotéza, nebo k ní alternativní hypotéza (H_A) (REITEROVÁ, 2009, s. 51).

Při testování hypotéz postupujeme takto:

1. Formulujeme nulové a k nim alternativní hypotézy.
2. Zvolíme odpovídající testové kritérium (t-test).
3. Zvolíme hladinu významnosti (0,01 nebo 0,05).
4. Určíme počet stupňů volnosti.
5. Vypočítáme hodnoty testového kritéria (podle vzorce).
6. Vyhledáme kritické hodnoty pro zvolenou hladinu významnosti a pro zvolený test ve statistických tabulkách.
7. Porovnáme hodnoty vypočítaného testového kritéria s kritickou hodnotou.
8. Rozhodneme o zamítnutí či přijetí nulové hypotézy.

Překročí-li hodnota testového kritéria kritickou hodnotu, H_0 zamítáme při zvolené hladině významnosti a přijímáme H_A . V opačném případě nulovou hypotézu přijímáme (REITEROVÁ, 2009).

V kazuistice jsem hodnotila vstupní a výstupní informace.

4.5 Výsledky výzkumného šetření

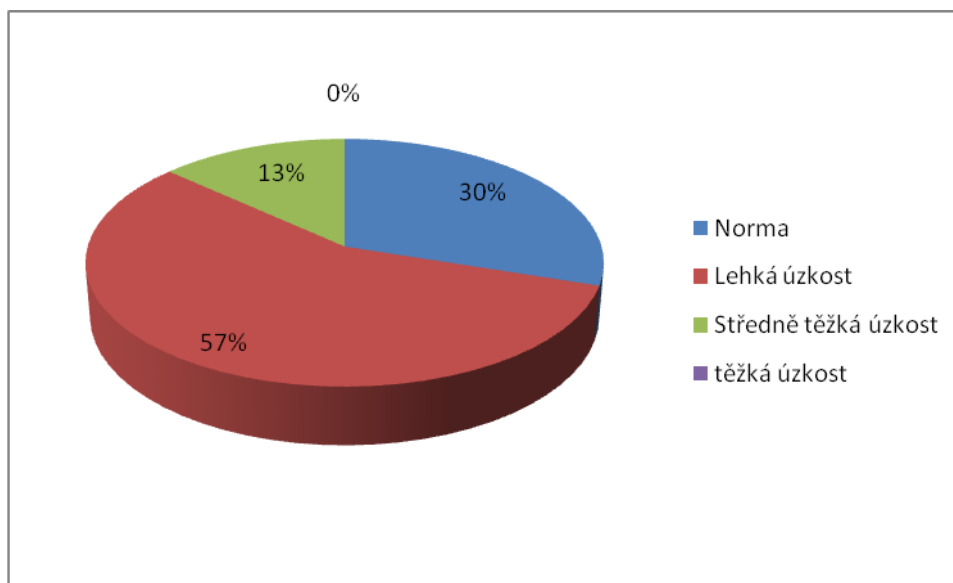
Zungova sebesuzovací škála úzkosti, stav po první terapii dítěte Vojtovo metodou.

Tabulka č. 1 Míra úzkosti matek po první terapii dle Vojty

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Norma	9	30%
Lehká úzkost	17	57%
Středně těžká úzkost	4	13%
Těžká úzkost	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 1 Míra úzkosti matek po první terapii dle Vojty



(zdroj- vlastní tvorba)

Tabulka a graf č. 1 ukazují míru úzkosti matek cvičících své dítě Vojtovo metodou po prvním cvičení. Je patrné, že nejvíce oslovených respondentek, 17 (57%), pocíťovalo mírnou úzkost, 4 (13%) respondentky vnímaly středně těžkou úzkost a 9 (30%) respondentek nejevilo žádné známky úzkosti.

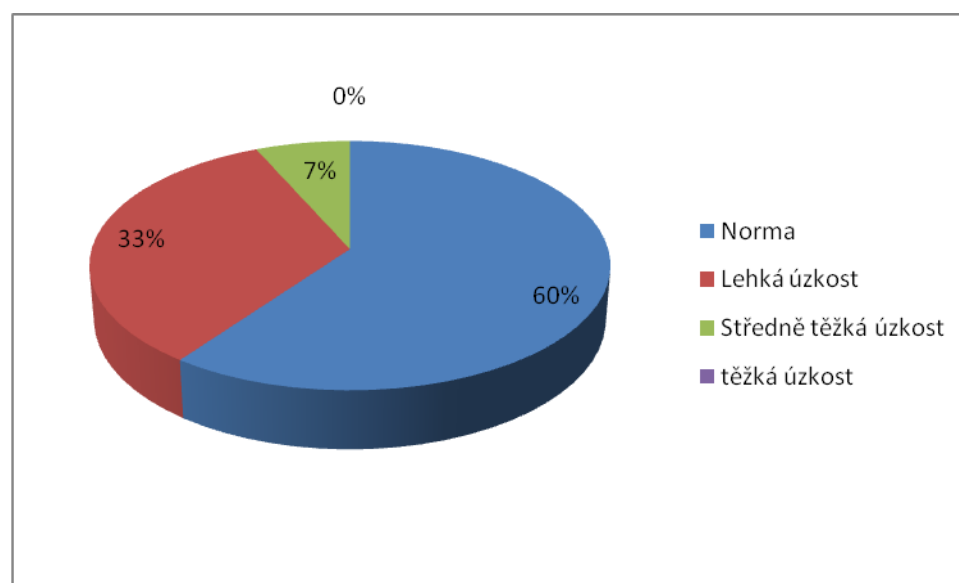
Zungova sebesuzovací škála úzkosti, stav po třech měsících terapie Vojtovo metodou.

Tabulka č. 2 Míra úzkosti matek po třech měsících terapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Norma	18	60%
Lehká úzkost	10	33%
Středně těžká úzkost	2	7%
Těžká úzkost	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 2 Míra úzkosti matek po třech měsících terapie

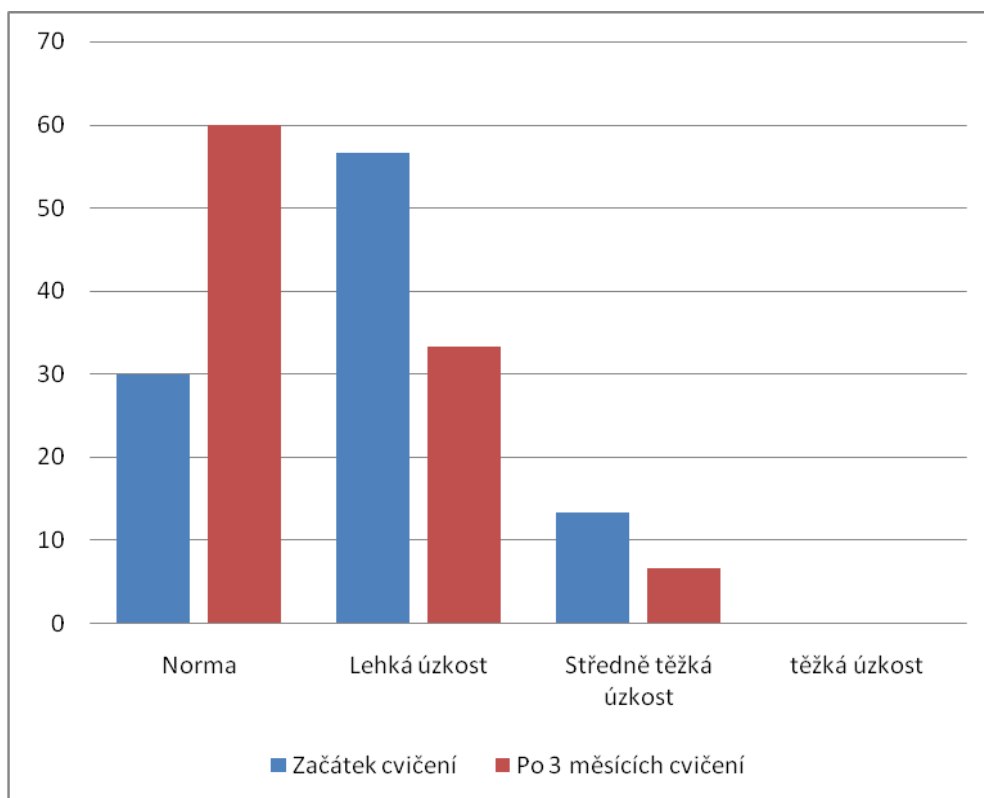


(zdroj- vlastní tvorba)

Tabulka a graf č. 2 ukazují míru úzkosti matek cvičících své dítě Vojtovo metodou po třech měsících cvičení. Je patrné, že nejvíce oslovených respondentek 18 (60%), nejevilo žádné známky úzkosti, 2 (7%) respondentky vnímaly středně těžkou úzkost a 10 (33%) respondentek pociťovalo lehkou úzkost.

Zungova sebesuzovací škála úzkosti, srovnání stavu po první terapii dítěte Vojtovo metodou a po třech měsících terapie.

Graf č. 3 Srovnání míry úzkosti matek po první terapii dítěte Vojtovo metodou a po třech měsících terapie



(zdroj- vlastní tvorba)

Tabulka a graf č. 3 přináší srovnání míry úzkosti matek po první terapii dítěte Vojtovo metodou a po třech měsících terapie. Je patrný posun k lepšímu vnímání terapie, k ústupu úzkostných pocitů.

Testování hypotézy č. 1:

Předpokládám, že po prvním cvičení dítěte Vojtovo metodou je u matek přítomna větší míra úzkosti než po třech měsících terapie.

Pro účely testování hypotézy č. 1 jsem si formulovala nulovou hypotézu (H_0) a hypotézu alternativní (H_A).

H_0 : Hodnoty míry úzkosti budou stejné první den terapie dítěte Vojtovo metodou i po třech měsících terapie.

H_A : Hodnoty míry úzkosti budou rozdílné první den terapie dítěte Vojtovo metodou a po třech měsících terapie.

Tabulka č. 3 Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

	První den terapie	Po 3 měsících
Stř. hodnota	50,26666667	46
Rozptyl	51,78850575	59,44827586
Pozorování	30	30
Pears. korelace	0,868184616	
Hyp. rozdíl stř. hodnot	0	
Rozdíl	29	
t Stat	6,055827544	
P(T<=t) (1)	6,83375E-07	
t krit (1)	1,699127027	
P(T<=t) (2)	1,36675E-06	
t krit (2)	2,045229642	

(zdroj- vlastní tvorba)

Závěr: Vypočítaná hodnota T-testu je vyšší než kritická hodnota, proto nulovou hypotézu (H_0) zamítáme a přijímáme hypotézu alternativní (H_A). Přijmutím H_A jsme ověřili, že míra úzkosti u matek se po třech měsících terapie dítěte Vojtovo metodou sníží.

Vlastní dotazníkové šetření

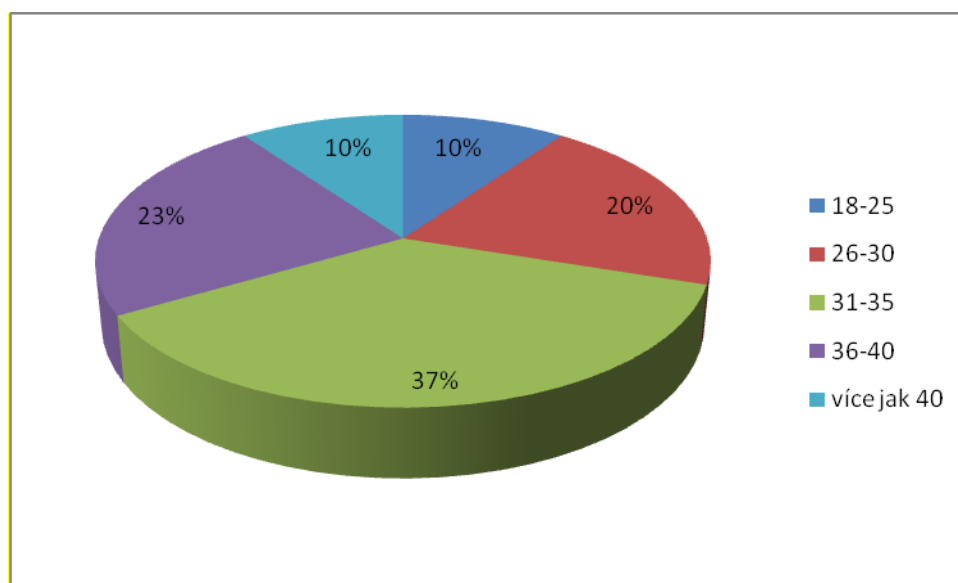
Položka č. 1 Jaký je Váš věk?

Tabulka č. 4 Věk matek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	3	10%
26-30	6	20%
31-35	11	37%
36-40	7	23%
Více jak 40	3	10%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 4 Věk matek



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 1 je informační otázka, která nám zjišťuje věk matek. Nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 31-35 let, která byla zastoupena 11 (37%) respondentkami. Věková kategorie 36-40 let byla zastoupena 7 (23%) respondentkami, věková kategorie 26- 30 let 6 (20%) respondentkami, skupina více jak 40 let 3 (10%) respondentkami a skupina matek ve věku 18-25 let 3 (10%) respondentkami.

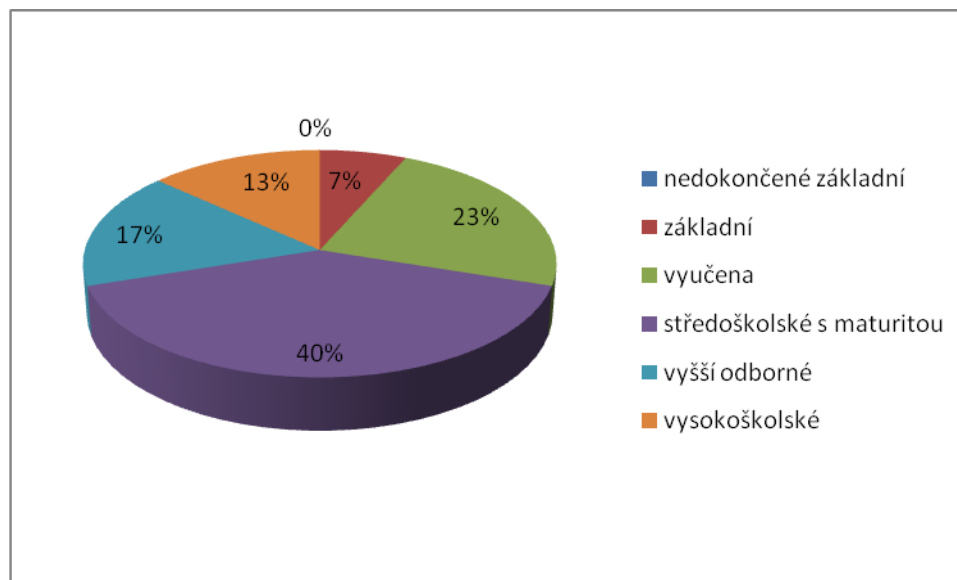
Položka č. 2 Jaké je vaše dosažené vzdělání?

Tabulka č. 5 Dosažené vzdělání

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedokončené základní	0	0%
Základní	2	7%
Vyučena	7	23%
Středoškolské s maturitou	12	40%
Vyšší odborné	5	17%
Vysokoškolské	4	13%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 5 Dosažené vzdělání



(zdroj- vlastní tvorba)

Z této otázky vyplynulo, že ze třiceti respondentek uvádí nejvíce dotazovaných dosažené středoškolské vzdělání s maturitou, 12 (40%) respondentek. S nedokončeným základním vzděláním nebyla žádná respondentka, základní vzdělání mají 2 (7%) respondentky, vyučení bez maturity má 7 (23%) respondentek, vyšší odborné vzdělání má 5 (17%) respondentek a vysokoškolské 4 (13%) respondentky.

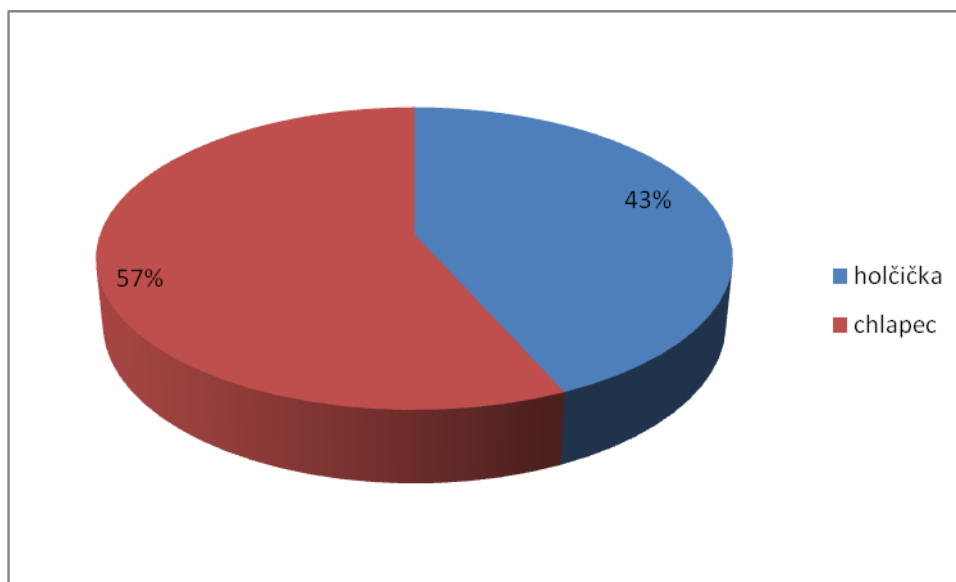
Položka č. 3 Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?

Tabulka č 6 Pohlaví léčených dětí

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Holčička	13	43%
Chlapec	17	57%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 6 Pohlaví léčených dětí



(zdroj- vlastní tvorba)

Z odpovědí na tuto otázku je patrné, že ve skupině dotazovaných mírně převládají chlapci, to udává 17 (57%) respondentek, dívku má 13(43%) respondentek.

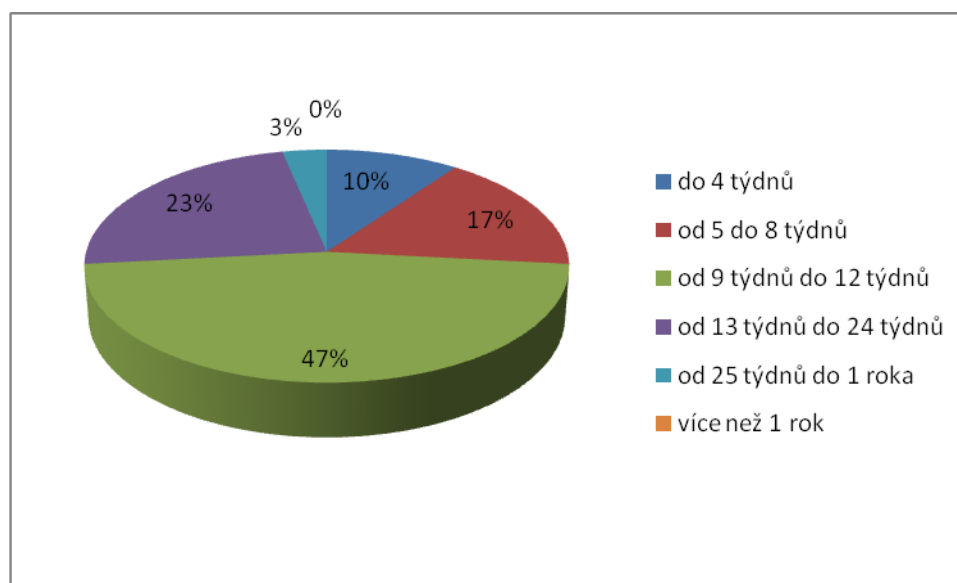
Položka č. 4 Jaký byl věk vašeho dítěte, když jste začali s terapií dle Vojty?

Tabulka č. 7 Jaký byl věk dítěte při zahájení terapie

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 4 týdnů	3	10%
Od 5 do 8 týdnů	5	17%
Od 9 týdnů do 12 týdnů	14	47%
Od 13 týdnů do 24 týdnů	7	23%
Od 25 týdnů do 1 roka	1	3%
Více než 1 rok	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 7 Jaký byl věk dítěte při zahájení terapie



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 7 má informační charakter, zjišťuje věk dítěte při zahájení terapie Vojtovo metodou. Nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 9-12 týdnů, která byla zastoupena 14 (47%) dětmi. Věková kategorie 13-24 týdnů byla zastoupena 7 (23%) dětmi, věková kategorie 5-8 týdnů 5 (17%) dětmi, věková kategorie do 4 týdnů 3 (10%)

děťmi, věková kategorie 25 týdnů až 1 rok 1 (3%) dítětem a jiné odpovědi se nevyskytly.

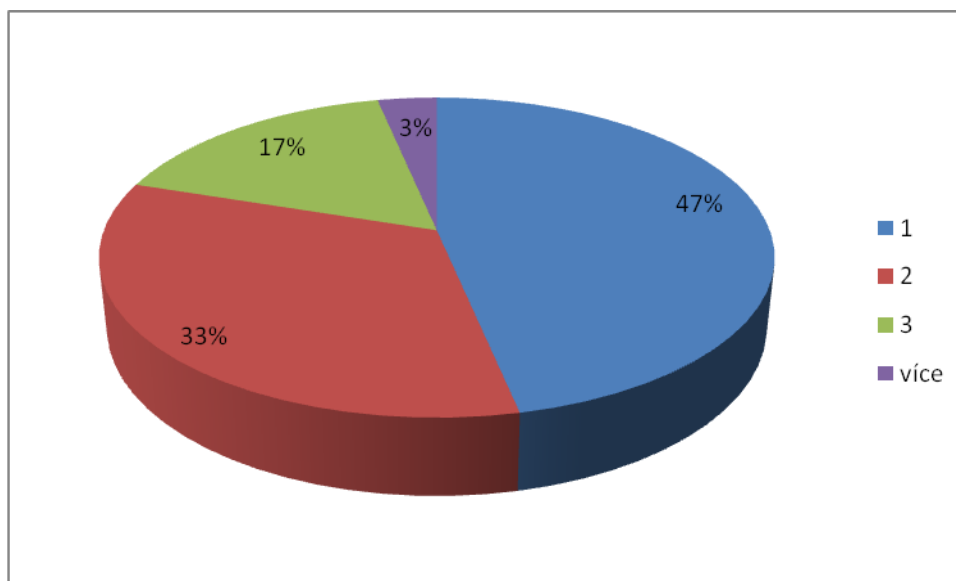
Položka č. 5 Kolik máte dětí?

Tabulka č. 8 Počet dětí matek

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	14	47%
2	10	33%
3	5	17%
Více	1	3%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 8 Počet dětí matek



(zdroj- vlastní tvorba)

Z odpovědí na tuto položku bylo patrné, že nejčastěji cvičily dítě Vojtovo metodou matky, které mají jedno dítě, 14 (47%) respondentek, 10 (33%) respondentek uvedlo 2 děti, 5 (17%) respondentek 3 děti a více než 3 děti měla 1 (3%) respondentka.

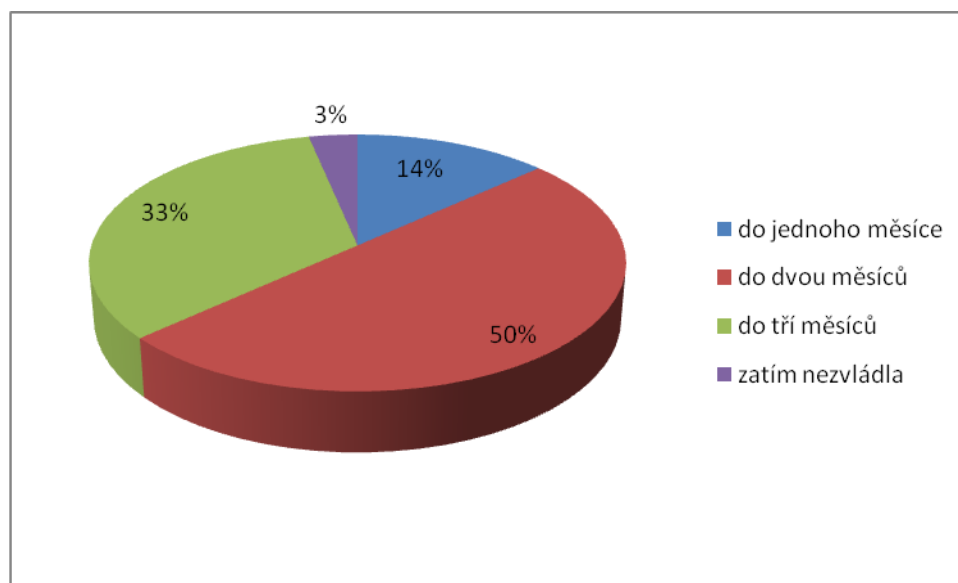
Položka č. 6 Za jak dlouhou dobu jste zvládla terapii dle Vojty?

Tabulka č. 9 Doba nutná ke zvládnutí terapie dle Vojty

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do jednoho měsíce	4	13%
Do dvou měsíců	15	50%
Do tří měsíců	10	33%
Zatím nezvládla	1	3%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 9 Doba nutná ke zvládnutí terapie dle Vojty



(zdroj- vlastní tvorba)

Úkolem této položky bylo zjistit, za jak dlouhou dobu matky zvládly terapii dle Vojty. Nejvíce respondentek uvádí dobu do dvou měsíců, 15 (50%) respondentek, 10 (33%) respondentek uvedlo dobu do tří měsíců, do jednoho měsíce odpověděly 4 (14%) respondentky, a že metodu zatím nezvládla, uvedla 1 (3%) respondentka.

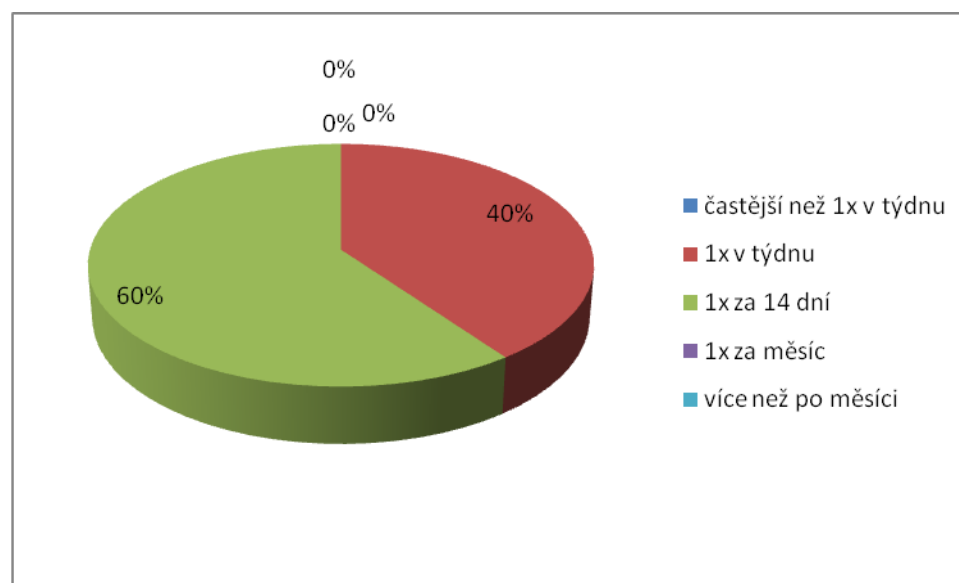
Položka č. 7 Jak časté jsou kontroly vašeho dítěte fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení?

Tabulka č. 10 Četnost kontrol fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Častější než 1x v týdnu	0	0%
1x v týdnu	12	40%
1x za 14 dní	18	60%
1x za měsíc	0	0%
Více než po měsíci	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 10 Četnost kontrol fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení



(zdroj- vlastní tvorba)

Nejvíce respondentek odpovědělo na tuto položku, že kontroly dítěte u fyzioterapeuta probíhají 1x za 14 dní, 18 (60%) respondentek, 12 (40%) respondentek uvedlo, že kontroly fyzioterapeutem probíhají 1x v týdnu a jiné odpovědi se nevyskytly.

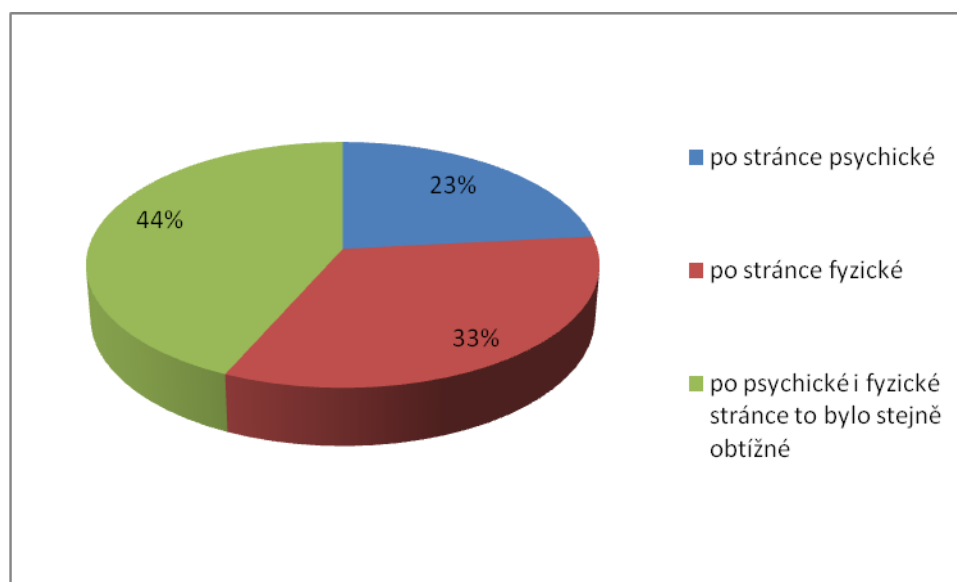
Položka č. 8 Bylo pro Vás těžké zvládnout Vojtovu metodu?

Tabulka č. 11 Obtížnost zvládnutí Vojtovy metody

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po stránce psychické	7	23%
Po stránce fyzické	10	33%
Po psychické i fyzické stránce to bylo stejně obtížné	13	44%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 11 Obtížnost zvládnutí Vojtovy metody



(zdroj- vlastní tvorba)

Z této otázky vyplývá, že pro respondentky bylo převážně stejně těžké zvládnout Vojtovu metodu po psychické i fyzické stránce, to uvedlo 13 (44%) respondentek, 10 (33%) respondentek uvádí, že největší problém byla fyzická stránka, a nejméně respondentkám, 7 (23%), cvičení působilo problémy po psychické stránce.

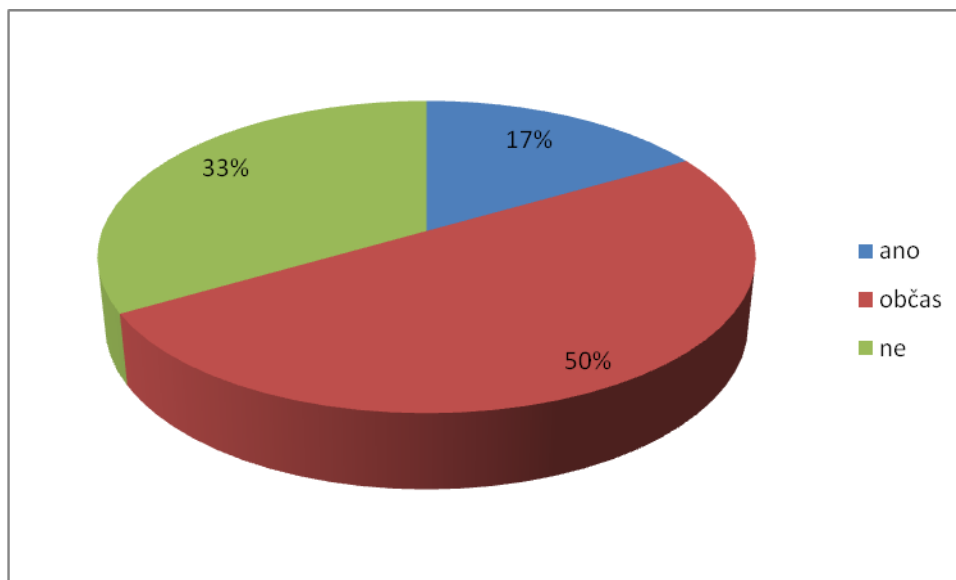
Položka č. 9 Je pro Vás terapie dle Vojty těžká i nyní?

Tabulka č. 12 Potíže s terapií v současnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	5	17%
Občas	15	50%
Ne	10	33%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 12 Potíže s terapií v současnosti



(zdroj- vlastní tvorba)

Otázka č. 9 zjišťovala, zda činní matkám potíže terapie dle Vojty i po třech měsících. Nejvíce respondentek odpovídalo, že jim terapie občas činí potíže, 15 (50%) respondentek. 10 (33%) respondentek odpovědělo, že jim terapie nedělá potíže, a nejméně respondentek, 5 (17%), uvádí, že jim terapie stále činí potíže.

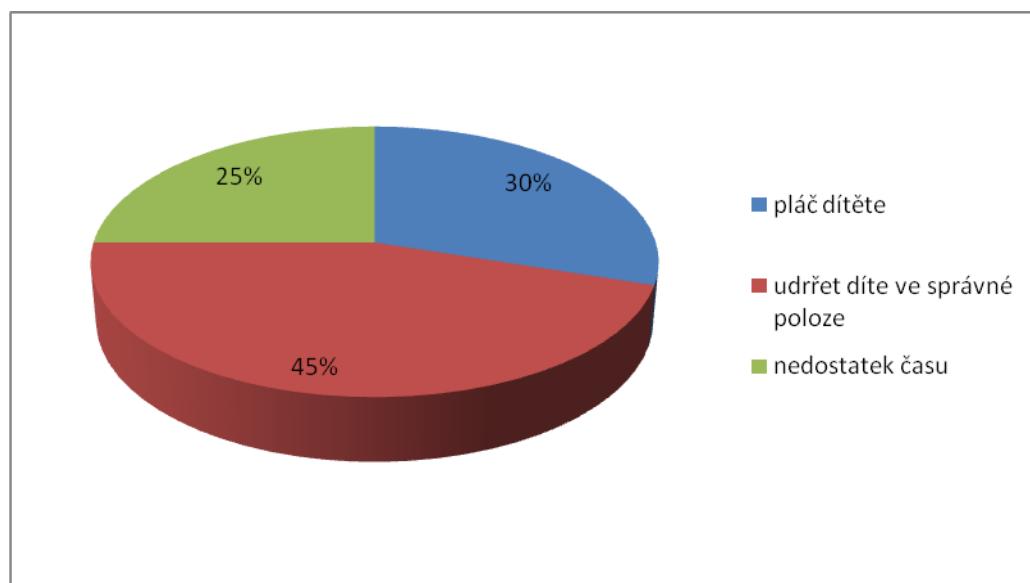
Položka č. 10 Napište prosím, v čem spatřujete při terapii problém (na otázku odpovídají matky, které v předešlé otázce odpověděly „ano“ nebo „občas“).

Tabulka č. 13 Konkrétní problémy při terapii v současnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pláč dítěte	6	30%
Udržet dítě ve správné poloze	9	45%
Nedostatek času	5	25%
Celkem	20	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 13 Konkrétní problémy při terapii v současnosti



(zdroj- vlastní tvorba)

Tato položka zjišťovala, v čem vidí respondentky problém při terapii dítěte dle Vojty. Největší potíže činí matkám udržet dítě ve správné poloze, a to 9 (45%) respondentkám, 6 (30%) respondentkám dělá problém pláč dítěte, 5 (25%) respondentkám činí potíže nedostatek času.

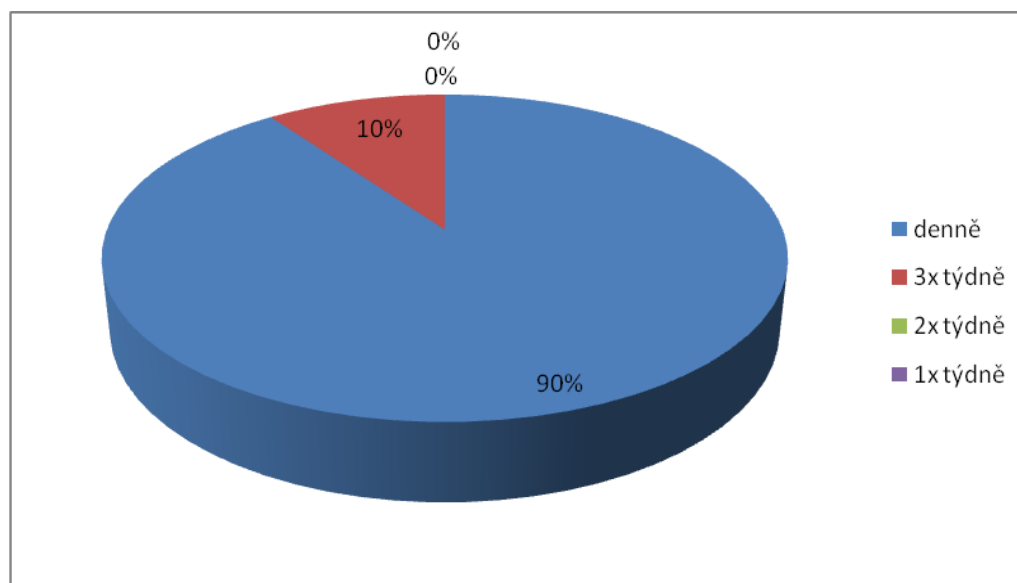
Položka č. 11 Jak často s dítětem cvičíte?

Tabulka č. 14 Frekvence cvičení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	27	90%
3x týdně	3	10%
2x týdně	0	0%
1x týdně	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č 14 Frekvence cvičení



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 11 zjišťovala, jak často matky s dítětem cvičí. Vyplynulo z ní, že 27 (90%) respondentek s dítětem cvičí denně, z těchto respondentek nejvíce uvádělo, že cvičí 4-5x denně. 3 (10%) respondentky uváděly, že s dítětem cvičí 3x týdně. Jiné odpovědi se nevyskytly.

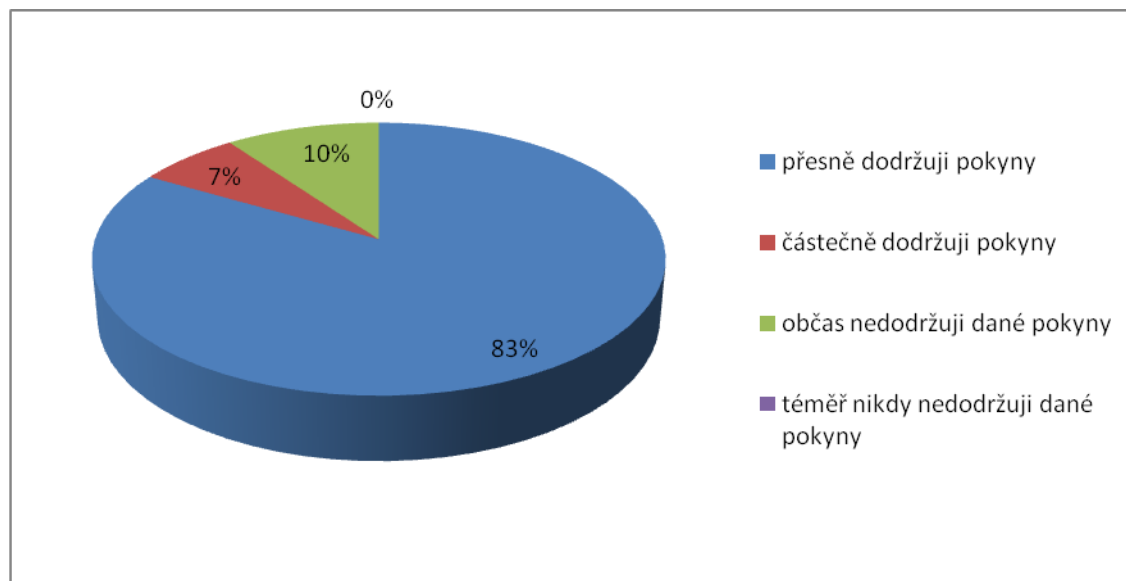
Položka č. 12 Řídíte se při terapii instrukcemi fyzioterapeuta?

Tabulka č. 15 Dodržování instrukcí fyzioterapeuta

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přesně dodržuji pokyny	25	83%
Částečně dodržuji pokyny	2	7%
Občas nedodržuji dané pokyny	3	10%
Téměř nikdy nedodržuji dané pokyny	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 15 Dodržování instrukcí fyzioterapeuta



(zdroj- vlastní tvorba)

Cílem položky č. 12 bylo zjistit, zda respondentky dodržují při cvičení Vojtovy metody instrukce fyzioterapeuta. 25 (83%) respondentek se přesně drží instrukcí fyzioterapeuta, 2 (7%) respondentky pouze částečně dodržuje pokyny, 3 (10%) respondentky občas nedodržují dané pokyny a žádná z respondentek nevedla možnost, že téměř nikdy nedodržuje instrukce.

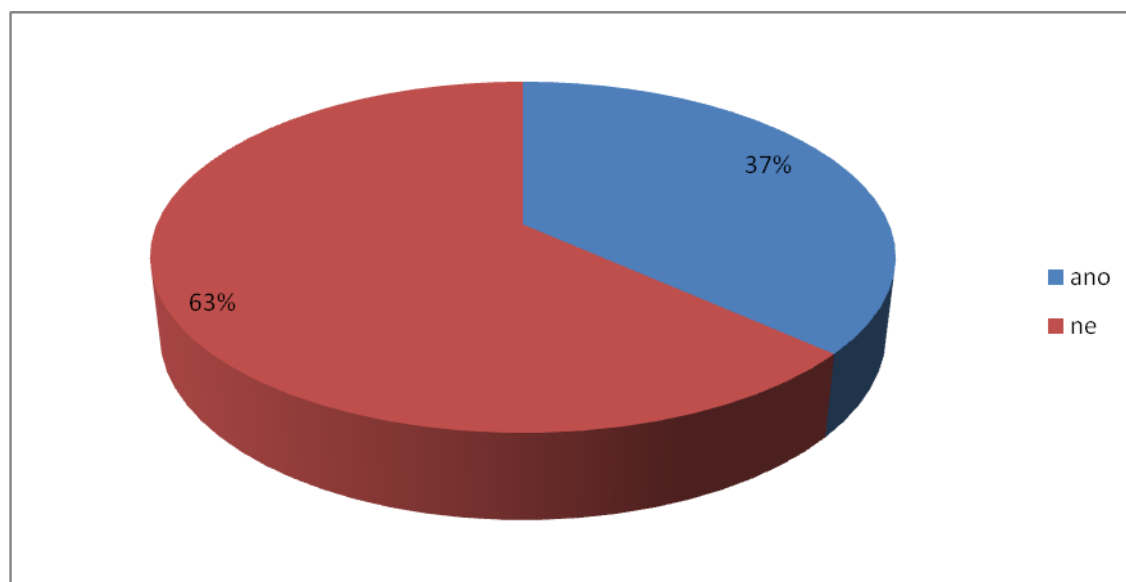
Položka č. 13 Vytýká Vám fyzioterapeut chyby při aplikaci Vojtovy metody?

Tabulka č.16 Chyby při aplikaci Vojtovy metody

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	11	37%
Ne	19	63%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 16 Chyby při aplikaci Vojtovy metody



(zdroj- vlastní tvorba)

Na tuto položku odpovědělo 19 (63%) respondentek, že jim jejich fyzioterapeut nevytýká chyby při aplikaci Vojtovy metody a 11 (37%) respondentek uvedlo, že jim fyzioterapeut chyby při aplikaci Vojtovy metody vytýká, nejčastěji špatnou polohu dítěte při cvičení

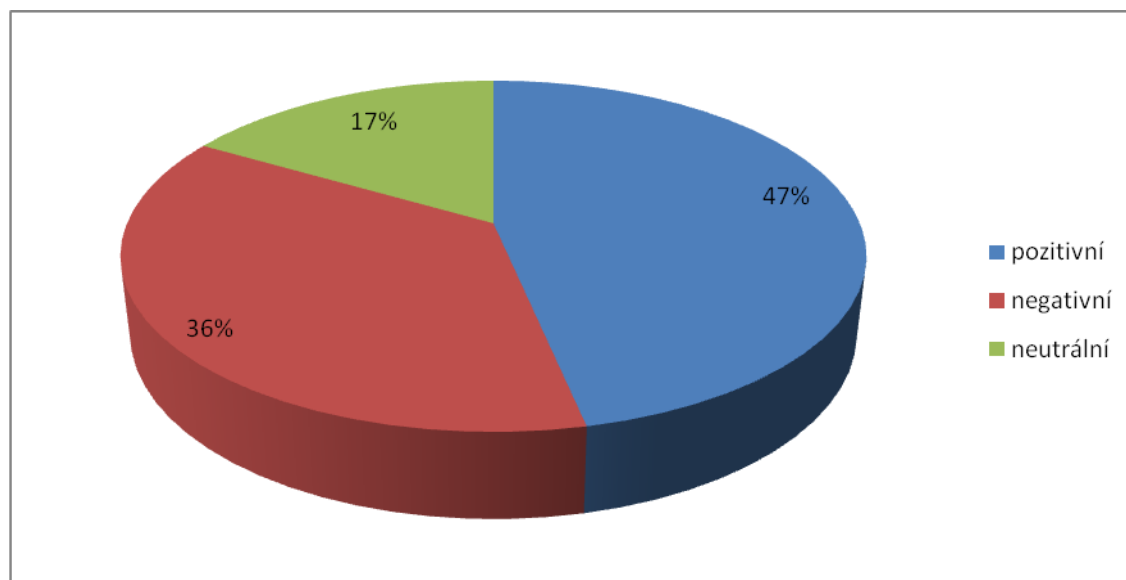
Položka č. 14 Jaká byla reakce rodiny na terapii dítěte dle Vojty?

Tabulka č. 17 Reakce rodiny na terapii

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní	14	47%
Negativní	11	37%
Neutrální	5	17%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 17 Reakce rodiny na terapii



(zdroj- vlastní tvorba)

Na dotaz, jaká byla reakce rodiny na terapii dítěte dle Vojty, 14 (47%) respondentek uvedlo, že pozitivní, 11 (36%) respondentek uvedlo, že negativní a 5 (17%) respondentek, že neutrální.

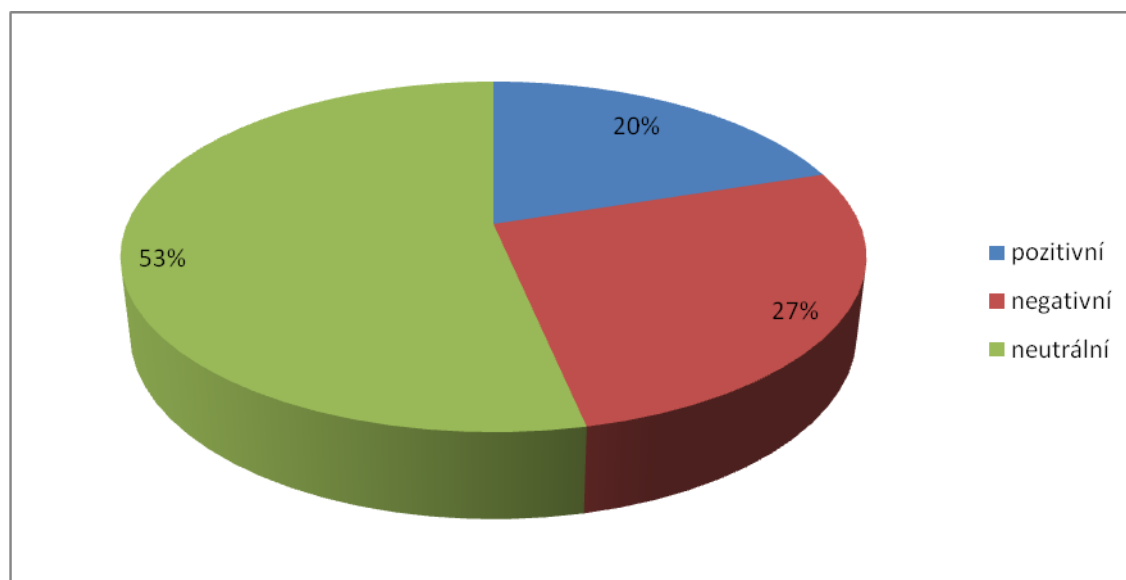
Položka č 15 Jaký byl v začátcích Váš postoj k Vojtově metodě?

Tabulka č. 18 Postoj matky k terapii v začátcích

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pozitivní	6	20%
Negativní	8	27%
Neutrální	16	53%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 18 Postoj matky k terapii v začátcích



(zdroj- vlastní tvorba)

Tato položka zjišťovala vnímání Vojtovy metody respondentkami. Větší část respondentek, 16 (53%), uvedla, že zpočátku vnímala Vojtovu metodu neutrálně, 8 (27%) respondentek mělo negativní postoj a 6 (20%) respondentek postoj pozitivní.

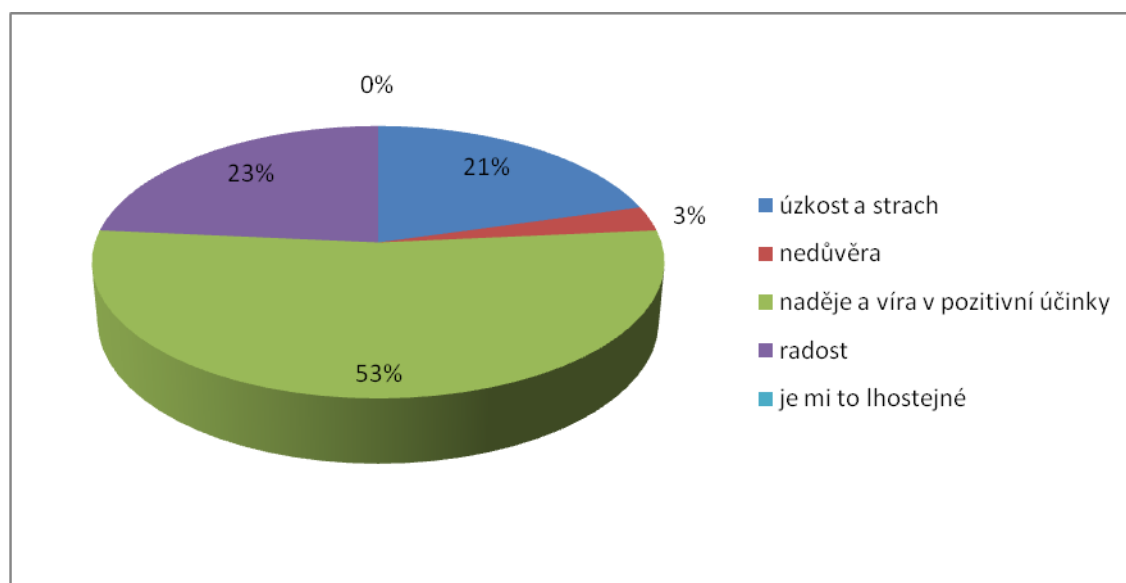
Položka č. 16 Jaké máte nyní, po třech měsících terapie, pocity z rehabilitace?

Tabulka č.19 Současné pocity z rehabilitace

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Úzkost a strach	7	21%
Nedůvěra	1	3%
Naděje a víra v pozitivní účinky	18	53%
Radost	8	23%
Je mi to lhostejné	0	0%
Celkem	34	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 19 Současné pocity z rehabilitace



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 16 se týkala současných pocitů a emocí matek při aplikaci Vojtovy metody u svého dítěte. Nejvíce respondentek, 18 (53%), odpovědělo, že cítí naději a víru v pozitivní účinky, 8 (23%) respondentek cítí radost, 7 (21%) odpovědělo, že má pocit úzkosti a strachu, 1 (3%) respondentka cítí nedůvěru a žádná z respondentek neuvědomila možnost, že je jí to lhostejné.

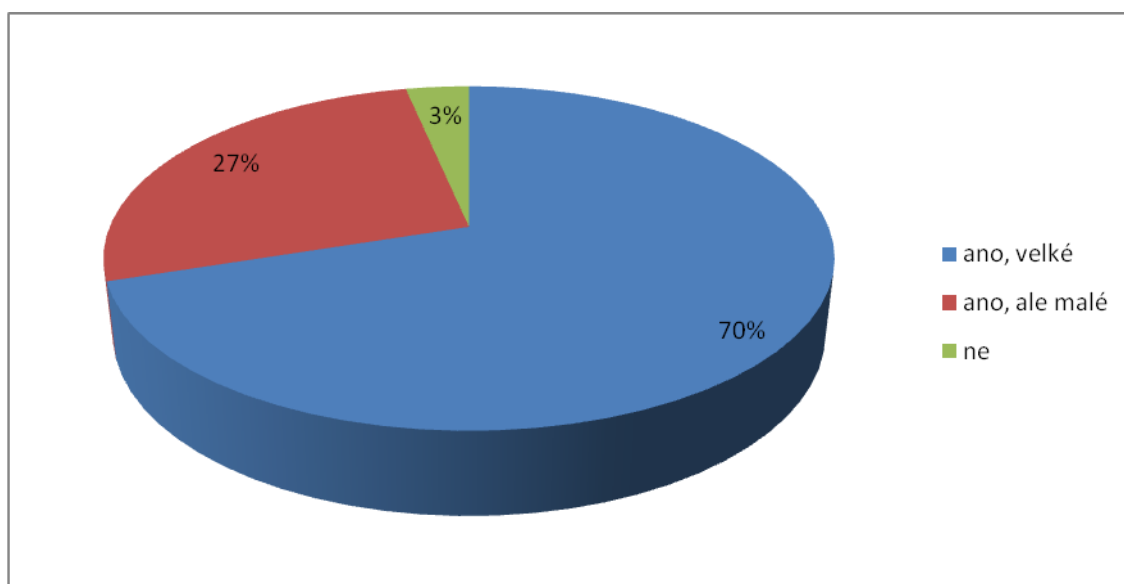
Položka č. 17 Vnímáte po třech měsících aplikace Vojtovy metody u dítěte pokroky?

Tabulka č. 20 Pokroky dítěte

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, velké	21	70%
Ano, ale malé	8	27%
Ne	1	3%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 20 Pokroky dítěte



(zdroj- vlastní tvorba)

Na položku č. 17, vnímáte pokroky dítěte, 21 (70%) respondentek odpovědělo ano a velké, 8 (27%) respondentek uvedlo, že ano, ale malé a 1 (3%) respondentka odpověděla ne.

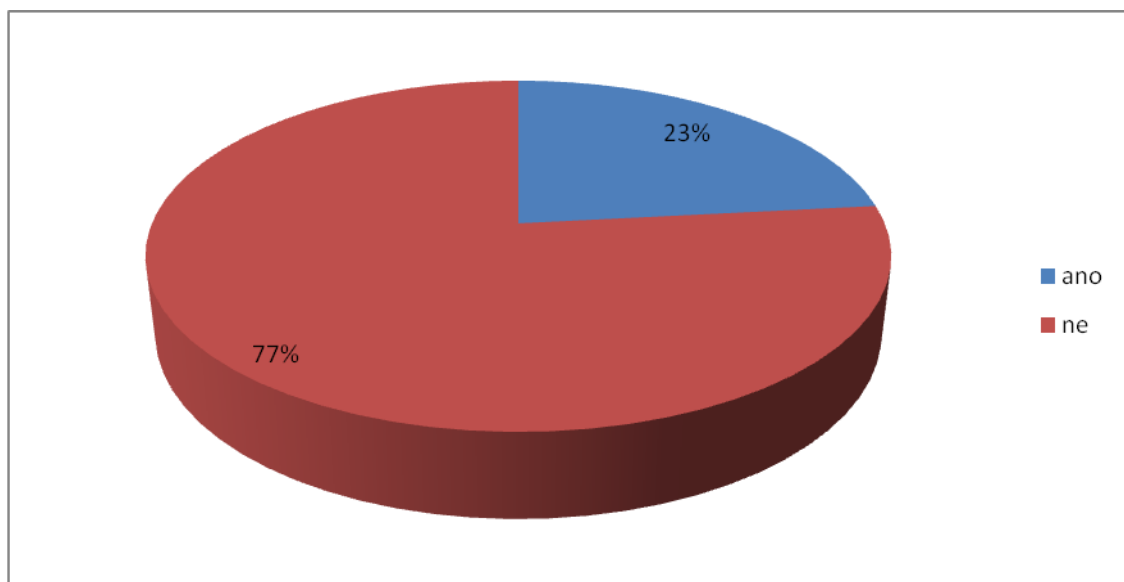
Položka č. 18 Máte čas při péči o dítě i sama na sebe?

Tabulka č.21 Dostatek volného času

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	7	23%
Ne	23	77%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 21 Dostatek volného času



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 18 se dotýkala významného faktoru ovlivňujícího emoce matek, jejich volného času. 23 (77%) respondentek odpovědělo na otázku, jestli mají při péči o dítě čas samy na sebe, že ne a 7 (23%) respondentek odpovědělo ano.

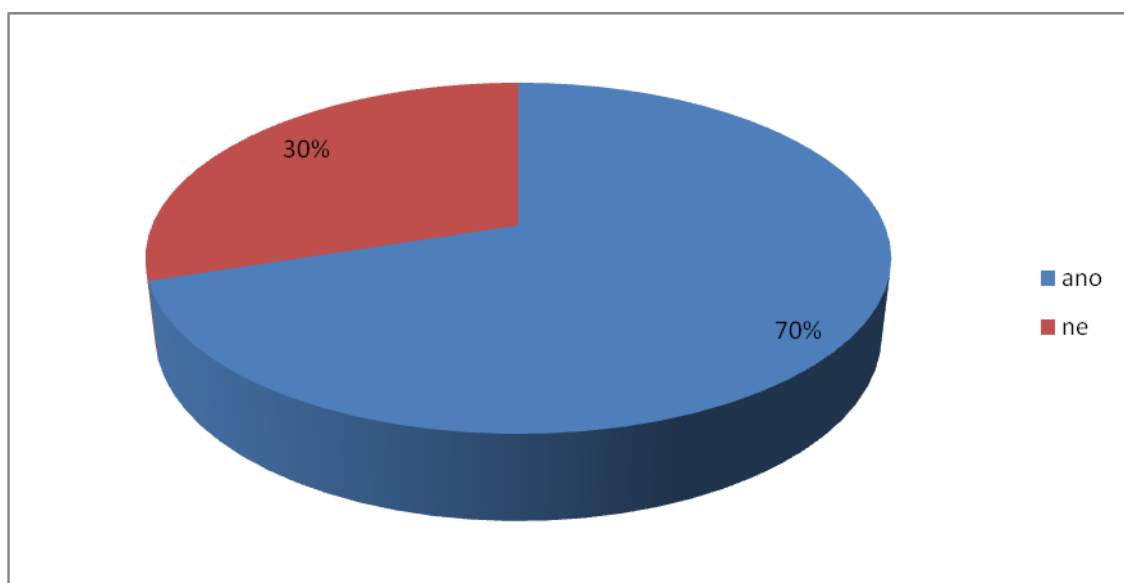
Položka č. 19 Měla jste a máte dostatek informací, co se týče zdraví vašeho dítěte a Vojtovy metody?

Tabulka č. 22 Dostatek informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	70%
Ne	9	30%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 22 Dostatek informací



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 19 ukazuje, kolik respondentek se domnívá, že byly o Vojtově metodě a zdraví svého dítěte dostatečně informovány. 21 (70%) udává, že mělo dostatek informací, 9 (30%) respondentek udává, že nemělo dostatek informací.

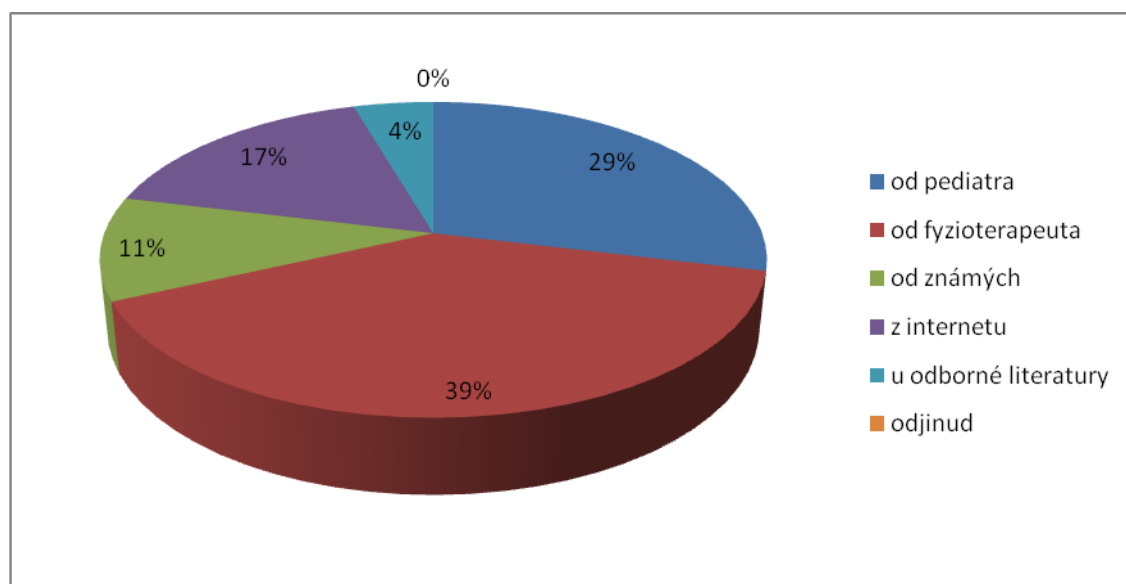
Položka č. 20 Kde jste získala informace o Vojtově metodě?

Tabulka č. 23 Zdroj informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od pediatra	19	29%
Od fyzioterapeuta	26	39%
Od známých	7	11%
Z internetu	11	17%
U odborné literatury	3	5%
Odjinud	0	0%
Celkem	66	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 23 Zdroj informací



Graf č. 23 Zdroj informací (zdroj- vlastní tvorba)

Otázka č. 20 zjišťovala, odkud dotazované respondentky získávaly informace o Vojtově metodě. Nejvíce respondentek dostalo informace od fyzioterapeuta a nejméně z odborné literatury.

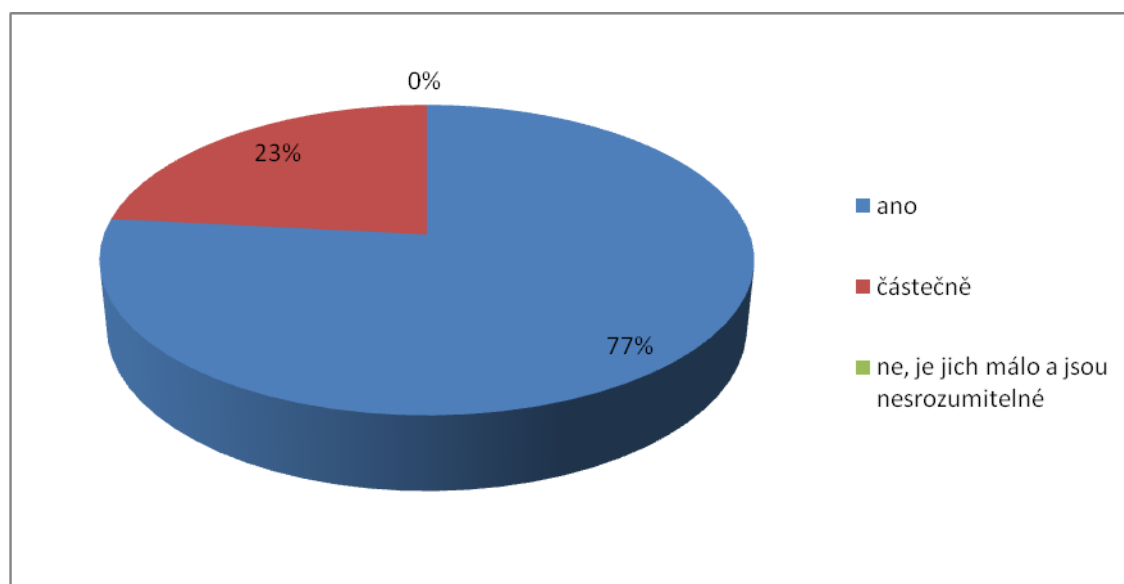
Položka č. 21 Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

Tabulka č.24 Srozumitelnost informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	23	77%
Částečně	7	23%
Ne, je jich málo a jsou nesrozumitelné	0	0%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 24 Srozumitelnost informací



(zdroj- vlastní tvorba)

Položka č. 21 udává, kolika respondentkám byly informace dostatečně srozumitelné. 23 (77%) respondentek odpovědělo, že jim byly informace dostatečně srozumitelné, 7 (23%) respondentek odpovědělo, že jim informace byly jen částečně srozumitelné, a nikdo z dotázaných neodpověděl, že informací bylo málo a nesrozumitelné

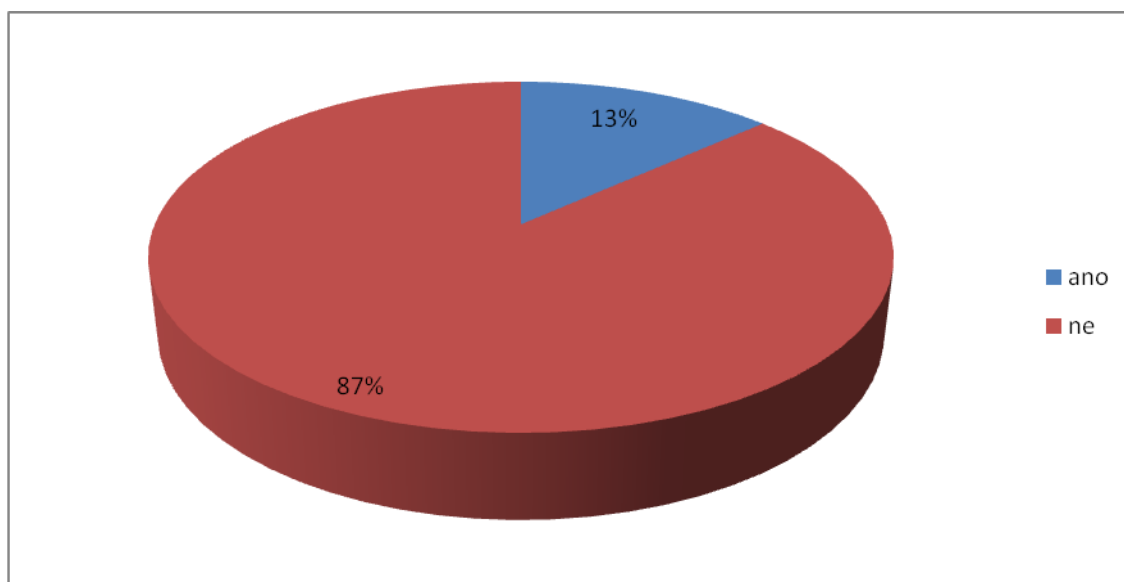
Položka č. 22 Je ve Vašem okolí dostatek rehabilitačních zařízení, které poskytují terapii dle Vojty?

Tabulka č. 25 Dostatečné množství specializovaných pracovišť

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	4	13%
Ne	26	87%
Celkem	30	100%

(zdroj- vlastní tvorba)

Graf č. 25 Dostatečné množství specializovaných pracovišť



(zdroj- vlastní tvorba)

Cílem položky č. 22 bylo zjistit, zda si matky myslí, že je v jejich okolí dostatek rehabilitačních zařízení poskytujících terapii dle Vojty. 26 (87%) respondentek se domnívá, že ne a 4 (13%) respondentky si myslí, že ano.

4.6 Příklad jedné kazuistiky

Anamnéza

Věk: 3 měsíce

Pohlaví: žena

Diagnóza: Centrální koordinační porucha (CKP), Predilekce I. dx.

Osobní anamnéza: První gravidita, porod proběhl ve 40. týdnu, spontánně. Apgar skóre 10-10-10. Kříšena nebyla.

PH 3100/50 cm. Novorozenecký icterus. Kojen. Bez neurologických i jiných obtíží.

Nynější onemocnění: Dítě přichází na rehabilitační ambulanci s doporučením dětského neurologa pro CKP a predilekci.

Kineziologické vyšetření vstupní:

Dne 25. 10. 2011- Dítě je vyšetřeno na rehabilitační ambulanci v Dobřanech, za přítomnosti matky, které je fyzioterapeutem vysvětlena nutnost cvičení dítěte dle Vojty.

Dítě je vysvěčeno a ponecháno volně na lehátku v poloze na břiše a poté na zádech.

Poloha na zádech:

Hlava je držena v predilekci na pravou stranu, v záklonu. Pasivní hybnost hlavy je volná. Zjištěno zvýšené svalové napětí na HKK i DKK, poloha je nestabilní, patrná asymetrie, konvexita trupu doleva, značně oslabená břišní muskulatura. Dítě drží sevřené ruce v pěst. Správně fixuje předmět pohledem, bez snahy se dotknout rukou.

Poloha na břiše:

Značně nestabilní poloha, asymetrická, těžiště těla je v oblasti sternu. Vidíme vzor nedokonalého I. vzpřímení.

Při vyšetření reflexů a polohových reakcí nezjištěna závažná odchylka, patrné zvýšené svalové napětí.

KRP

Odstranění predilekčního držení hlavy, asymetrie a zvýšeného svalového tonu, zlepšení stability v poloze na břiše a na zádech, dosažení ideálního vzoru první a druhé opory, vzoru opory o jednu ruku, nastartování otáčení dítěte.

DRP

Dosažení správného psychomotorického vývoje dítěte a tím zamezení pozdějšímu případnému vadnému držení těla.

Terapie:

Terapie reflexní lokomoce dle Vojty pod dozorem fyzioterapeuta probíhaly jednou za čtrnáct dní v rehabilitační ambulanci. Při první návštěvě byla matka instruována. Dozvěděla se, že dítě by mělo ležet v postýlce pravou stranou směrem ke zdi. Vyhne se fixování predilekčního držení hlavy doprava tím, že bude sledovat předměty umístěné v prostoru po své levé straně. Při komunikaci s dítětem by měli rodiče stát na levé straně. Matka by měla dítěti v poloze na břiše fixovat HK k podložce přidržováním za lokty. Tím se poloha stává stabilnější. Doporučeny byly kojenecké masáže a plavání k odstranění zvýšeného svalového napětí.

Matka byla edukována pro správné provedení cvičení reflexní lokomoce dle Vojty, postupně se naučila pozici RO1, RO2 a reflexní plazení. Dozvěděla se, že má cvičit 4x denně a zóny držet vždy jednu minutu. Celková doba cvičení by neměla přesáhnout deset minut. Matka velmi dobře spolupracovala, její přístup k terapii byl pozitivní a vstřícný. V průběhu léčby bylo patrné postupné zlepšování stavu dítěte. Po čtyřech měsících cvičení se fyzioterapeutka rozhodla na základě konzultace s dětským neurologem terapii dle Vojty ukončit. Doporučila matce pokračovat v kurzech kojeneckého plavání a v masážích dítěte.

Kineziologické vyšetření kontrolní:

Dne 1. 3. 2012 – Dítěti je nyní sedm měsíců. Dle svého věku odpovídá motorickému vývoji. Zvládá druhé vzpřímení, otáčí se ze zad na břicho i opačně, umí šikmý sed, „pivotuje“.

Závěr:

Pomocí Vojtovy metody byl nastaven správný ontogenetický vývoj dítěte. Díky dobře zvládnuté terapii reflexní lokomoce dle Vojty se podařilo úplně odstranit predilekční držení hlavy i zvýšené svalové napětí.

5 Diskuze

Ve své práci jsem se pokusila nalézt odpověď na otázku: Jaké jsou emoce matek při cvičení dítěte Vojtovo metodou? Zjišťovala jsem, jak velkou míru úzkosti cítí matky po první terapii a jakou po třech měsících cvičení. Zajímalo mě vliv Vojtovy metody na psychomotorický vývoj dítěte, a zda existuje souvislost mezi pozitivním ovlivněním stavu dítěte terapií a emočním laděním matek. Zaměřila jsem se též na vnější okolnosti, které úzce souvisí s prožíváním matek.

Pro výzkum jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Matkám jsem předložila k vyplnění Zungovu sebesuzovací stupnici úzkosti a dotazník vlastní. Vyhodnocením získaných dat jsem si ověřila své cíle a hypotézy.

Stanovila jsem si tyto cíle a hypotézy:

Cíl č. 1- Porovnat míru úzkosti u matek cvičících dítě Vojtovo metodou v době, kdy s terapií začínají, po prvním cvičení a následně po třech měsících terapie.

Předpokládala jsem, že v začátcích terapie cítí matky větší úzkost než po třech měsících terapie. Je to dáno diagnostikovanou odchylkou v psychomotorickém vývoji jejich dítěte, to znamená nejistotu do budoucna a také neznalost Vojtovy metody. Vlivem pravidelné, intenzivní terapie se lepší stav dítěte, míra úzkosti matek se snižuje. Stanovila jsem si hypotézu:

Hypotéza č. 1- Předpokládám, že po prvním cvičení dítěte Vojtovo metodou je u matek přítomna větší míra úzkosti než po třech měsících terapie.

Pro ověření této hypotézy byla použita Zungova sebesuzovací stupnice úzkosti, kterou matky vyplňovaly po první terapii a po třech měsících cvičení. Z výsledků dotazníků vyplynulo, že po první terapii pociťovalo středně těžkou úzkost 13% matek, lehkou úzkost 57% matek a bez úzkosti bylo 30% matek. Po třech měsících terapie cítilo středně těžkou úzkost jen 7% matek, lehkou úzkost 33% matek a bez úzkosti bylo již 60% matek. K testování hypotézy jsem dále použila dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu. Na základě výpočtů bylo zjištěno, že můj předpoklad byl správný.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Cíl č. 2- Zhodnotit emocionální stav matek v průběhu rehabilitace dítěte, zjistit zda u matek převládají pozitivní nebo negativní emoce.

Zde jsem předpokládala, že díky časové náročnosti cvičení, obtížnosti zvládnutí terapie a většinou negativním projevům dítěte při terapii, budou u matek převládat negativní emoce. Stanovila jsem si hypotézu:

Hypotéza č. 2- Předpokládám, že v průběhu rehabilitace dítěte převládají u matek negativní emoce (smutek, úzkost, atd.) nad pozitivními (radost, atd.).

Pro zjištění této hypotézy bylo v dotazníku využito otázek č. 15 a 16. Z výsledku dotazníku je patrné, že 53% matek cítí naději a věří v pozitivní účinky terapie, 23% matek cítí radost, 21% pociťuje při cvičení úzkost a strach a 3% matek jsou nedůvěřivých. Převládají emoce pozitivní.

Hypotéza č. 2 se mi nepotvrdila.

Cíl č. 3- Zjistit, zda je pro matky více náročné zvládnout techniku Vojtovy metody po stránce psychické či po stránce fyzické.

Na základě zkušeností, které mám jako fyzioterapeut, jsem se domnívala, že matky hůře snášejí cvičení dítěte dle Vojty po stránce psychické. Určila jsem hypotézu:

Hypotéza č. 3- Předpokládám, že pro matky je více náročné zvládnout techniku Vojtovy metody po stránce psychické než po stránce fyzické.

Pro ověření této hypotézy bylo v dotazníku využito položek č. 8, 9, 10. Z výsledků dotazníkového šetření je zřejmé, že cvičení Vojtovy metody činí matkám stejně potíže po stránce psychické i fyzické, to uvedlo 43% respondentek. Na otázku, co jim vadí nejvíce, odpověděla převážná většina, 45%, že udržet dítě ve správné poloze.

Hypotéza č. 3 se mi nepotvrdila.

Cíl č. 4- Zjistit, zda jsou matky dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě a kde tyto informace získávají.

Myslím si, že matkám poskytne dostatek srozumitelných informací hlavně dětský fyzioterapeut. Stanovila jsem hypotézu:

Hypotéza č. 4- Předpokládám, že matky jsou dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě svým fyzioterapeutem.

Pro zjištění tohoto cíle byly v dotazníku použity položky č. 19, 20 a 21. Většina matek, 70%, uvedla, že mají dostatek informací o Vojtově metodě. Tyto informace získalo 39% respondentek od fyzioterapeuta, 29% od pediatra, 11% z internetu, 7% od známých a pouze 3% z odborné literatury. Pro 77% matek byly informace dostatečně srozumitelné.

Hypotéza č. 4 se potvrdila.

.Cíl č. 5- Provádět přímé pozorování výsledků terapie v průběhu rehabilitace při své práci fyzioterapeuta.

Mým cílem bylo na základě indikace od dětského neurologa provést instruktáž matek o Vojtově terapii, provést diagnostiku dle Vojty pomocí vyšetření reflexů a polohových reakcí a stanovit rehabilitační plán. Předkládám kazuistiku, kde popisují pozitivní účinek Vojtovy terapie na psychomotorický vývoj dítěte.

V dotazníku byly použity také položky zaměřující se na vnější okolnosti, které mohou jakýmkoliv způsobem ovlivnit prožívání a emoce matek při cvičení.

Položka č. 1 zjišťuje věk matek. Nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 31-35 let (37% respondentek). Nejméně početné byly skupiny matek ve věku 18-25 let a více jak 40 let, obě měly zastoupení 10%.

Položka č. 2 se zabývá dosaženým vzděláním respondentek. Nejčastěji provádí terapii dítěte Vojtovo metodou ženy se středoškolským vzděláním s maturitou (40% respondentek). Ve skupině s nedokončeným vzděláním nebyla žádná respondentka.

Položka č. 3 zjišťuje pohlaví dítěte. Ve skupině mírně převažují chlapci (57%).

Položka č. 4 zjišťuje věk dítěte na začátku cvičení Vojtovo metodou. Základním pravidlem Vojtovy terapie je začít se cvičením co nejdříve. Čím je dítě mladší, tím lepších dosahuje výsledků. Na otázku nejvíce respondentek odpovědělo, že věk dítěte při zahájení cvičení byl 9-12 týdnů (47%). Žádné z dětí nebylo starší než 1 rok.

Položka č. 5 se táže, kolik mají respondentky dětí. Nejvíce matek odpovědělo, že 1 (47%), 3% matek uvedly více než 3 děti.

Položka č. 6 zjišťuje, za jak dlouhou dobu zvládly matky terapii Vojtovo metodou. 50% respondentek odpovědělo, že do dvou měsíců, 33% do tří měsíců, 13 % do jednoho měsíce a 3% respondentek zatím terapii nezvládly.

Položka č. 7 se dotazuje, jak často chodí matky s dítětem na kontroly k fyzioterapeutovi. Fyzioterapeut dohlíží na správné provedení terapie. 60% matek odpovědělo, že navštěvuje rehabilitační zařízení 1x za 14 dní, 40% matek 1x v týdnu. Pro optimální výsledky terapie je důležitá zpětná vazba mezi matkou a fyzioterapeutem.

Položka č. 11 zjišťuje frekvenci terapie. 90% respondentek cvičí s dítětem denně, 10% 3x v týdnu. Pro pozitivní efekt terapie je nutné provádět terapii u dítěte pravidelně, několikrát denně dle doporučení fyzioterapeuta.

Položka č. 12 se táže, zda se matky řídí pokyny fyzioterapeuta. 83% matek přesně dodržuje pokyny, 10% občas nedodržuje dané pokyny a 7% částečně dodržuje pokyny. Základem úspěchu terapie je, aby se rodiče přesně řídili radami terapeuta.

Položka č. 13 zjišťuje, zda fyzioterapeut vytýká matkám chyby při terapii. 63% matek odpovědělo, že nevytýká, 37% matek uvedlo, že vytýká. Nejčastější chybou je dle respondentek špatná poloha dítěte při cvičení.

Položka č. 14 se zabývá reakcí rodiny na terapii dítěte Vojtovo metodou. 37% matek uvádí negativní reakci rodiny, 47% pozitivní reakci a 17% neutrální reakci. Nejbližší okolí se velkou měrou podílí na přístupu matky k terapii. Dokáže svým postojem motivovat, ale i odradit.

Položka č. 17 zjišťuje, zda matky vnímají pokroky dítěte při terapii. 70% žen odpovědělo, že vnímá velké pokroky, 27% žen vidí pokroky, ale malé a 3% žen nevnímají žádné pokroky.

Položka č. 18 se zabývá tím, jestli mají matky při náročné péči o dítě dostatek času samy na sebe. 77% uvedlo ne a 23% uvedlo ano.

Položka č. 22 zjišťuje, zda je dle názoru matek v jejich blízkém okolí dostatek rehabilitačních zařízení specializujících se na Vojtovu metodu reflexní lokomoce. 87% dotázaných se domnívá, že v okolí je těchto pracovišť nedostatek. Hlavní důvod spatřují v časové a finanční náročnosti kurzů Vojtovy metody, které v Česku pořádá společnost RL-Corpus s.r.o. se sídlem v Olomouci.

Výsledky svého šetření bohužel nemohu porovnat s výsledky jiných autorů, protože všechny práce věnující se tématu Vojtovy metody reflexní lokomoce, které jsem našla, jsou pojaté pouze v rovině teoretické, zaměřují se převážně na neurofyziologické zákonitosti Vojtovy metody, podstatu fungování terapie nebo se jedná o kazuistiky. Emocemi matek, které aplikují tuto metodu u svých dětí, se žádná dostupná literatura nezabývá.

Někteří autoři se ve své práci věnují psychice dětí. Rokyta (1998) tvrdí, že Vojtova metoda reflexní lokomoce zvyšuje dráždivost dětí, které reagují často pláčem a mohou být v budoucnu neurotické. I nejmenší děti si prý bolest pamatují, neboť mají již dostatečně vyvinutý nervový a endokrinní systém. Jiní autoři (ORTH, 2009) popisují terapii jako nebolestivou a pláč dítěte vysvětlují tím, že se dítě brání omezování svého pohybu. Zounková (2005) uvádí, že v případě stimulace vhodnou propioceptivní

aferencí, která dostačuje k vyvolání žádoucí motorické odpovědi, aplikace Vojtovy metody dráždivost dítěte nezvyšuje.

Mezi matkou a dítětem vzniká již během těhotenství těsné pouto. Toto spojení přetrvává ještě dlouho, i když přestřížení pupeční šňůry a první nadechnutí dítěte znamenají pro dítě první krok na cestě k samostatnému životu (ORTH, 2009). Domnívám se proto, že emoce matky kopírují emoce dítěte a naopak. Během své desetileté praxe dětského fyzioterapeuta jsem dospěla ke zjištění, že Vojtova metoda reflexní lokomoce je velice účinná, ale také náročná jak pro matky, tak pro jejich děti. Při realizaci této terapie je nezbytně nutný citlivý a chápavý přístup fyzioterapeuta, který zajistí pozitivní naladění a motivaci matky ke spolupráci. Bez spolupráce matky je veškerá práce fyzioterapeuta naprosto zbytečná.

6 Závěr

Vojtova metoda má velký význam při léčbě motorických postižení. Jedná se o propracovaný diagnostický a terapeutický systém, který automaticky - reflexně, mimo vůli pacienta, probudí jeho „blokovanou“ fyziologickou, motorickou schopnost. Úspěšnost reflexní lokomoce je dána plasticitou centrálního nervové soustavy. Terapie je aplikována převážně u dětských pacientů, ale má své uplatnění i u dospělých.

Pro výzkumnou část svého šetření jsem oslovila matky navštěvující se svými dětmi Rehabilitačním zařízením v Dobřanech, kde pracuji. Celkem se mého šetření účastnilo třicet matek, jejichž dětem byla dětským neurologem indikována terapie Vojtovo metodou reflexní lokomoce. Matkám jsem předložila dva dotazníky, Zungovu sebeposuzovací stupnici úzkosti a dotazník vlastní konstrukce. Potěšil mě ochotný přístup matek při vyplňování dotazníků.

Stanovila jsem si pět cílů a čtyři hypotézy.

Prvním cílem bylo porovnat míru úzkosti u matek cvičících dítě Vojtovo metodou po prvním cvičení a následně po třech měsících terapie. Z výsledků šetření vyplývá, že po prvním cvičení dítěte Vojtovo metodou 57% respondentek pociťovalo mírnou úzkost, 13% respondentek vnímalo středně těžkou úzkost a 30% respondentek nejevilo žádné známky úzkosti. Po třech měsících terapie 60% matek necítilo žádnou úzkost, 33% pociťovalo lehkou úzkost a pouze 7% matek uvádělo středně těžkou úzkost. Je patrný ústup úzkostných pocitů.

Druhým cílem bylo zhodnotit emocionální stav matek v průběhu rehabilitace dítěte, zjistit zda u matek převládají pozitivní nebo negativní emoce. Na základě šetření bylo zjištěno, že převážná většina matek vnímá po třech měsících terapie dítěte Vojtovo metodou pozitivní emoce. 53% respondentek v dotazníku uvedlo, že cítí naději a víru v pozitivní účinky terapie, 23% cítí radost a jen 21% pociťuje úzkost a strach. Jedna respondentka uvedla, že cítí nedůvěru. 70% respondentek vnímá po třech měsících terapie velké pokroky dítěte.

Třetím cílem bylo zjistit, zda je pro matky více náročné zvládnout techniku terapie dle Vojty po stránce psychické nebo po stránce fyzické. Z výzkumu vyplynulo, že 44% matek vnímá terapii stejně náročnou po stránce psychické i fyzické. 23% matek uvádí, že je terapie náročná po stránce psychické a 33% matek udává, že po stránce fyzické.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda jsou matky dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě a zdravotním stavu svého dítěte, a kde tyto informace získávají. Výsledky šetření ukázaly, že 70% žen je dostatečně informováno o Vojtově metodě a nejvíce informací získávají od fyzioterapeuta, to udává 39% žen.

Pátým cílem bakalářské práce bylo provádět přímé pozorování výsledků terapie v průběhu rehabilitace při své práci fyzioterapeuta. Příkladem mé práce je jedna popsaná kazuistika.

Domnívám se, že všech pět cílů práce bylo splněno.

První hypotéza: „*Předpokládám, že po prvním cvičení dítěte Vojtovo metodou je u matek přítomna větší míra úzkosti než po třech měsících terapie*“ se potvrdila. Druhá hypotéza: „*Předpokládám, že v průběhu rehabilitace dítěte převládají u matek negativní emoce nad pozitivními*“ se nepotvrdila. Třetí hypotéza: „*Předpokládám, že pro matky je více náročné zvládnout techniku Vojtovy metody po stránce psychické než po stránce fyzické*“ se také nepotvrdila. Čtvrtá hypotéza: „*Předpokládám, že matky jsou dostatečně a srozumitelně informovány o Vojtově metodě svým fyzioterapeutem*“ se potvrdila.

Veškeré další výsledky získané z dotazníkového šetření jsem zhodnotila a dospěla jsem k názoru, že matky aplikující u svých dětí Vojtovu metodu bývají vystaveny zvýšenému psychickému i fyzickému vyčerpání. Pro jejich pozitivní psychické ladění, které je předpokladem úspěchu léčby, je důležitý profesionální a laskavý přístup fyzioterapeuta, dostatek informací o prováděné terapii, porozumění nejbližšího okolí a v neposlední řadě matky nesmí opomíjet své vlastní potřeby. Matky by měly mít čas samy na sebe, měly by mít možnost někde čerpat energii. Ve výzkumu bylo zjištěno, že 77% matek nemá dostatek volného času.

Realizace bakalářské práce byla velmi náročná, neboť na zvolené téma nejsou zpracovány žádné publikace ani studie. Bylo by jistě zajímavé navázat na tuto práci dalším výzkumem s větším počtem respondentek. Myslím, že takový výzkum by mohl být velkou výzvou a přinesl by jistě zajímavé výsledky.

Díky psaní bakalářské práce jsem získala nové informace o Vojtově metodě reflexní lokomoce, které mohu využít při své práci fyzioterapeuta. Pracuji teď s rodiči s větším porozuměním a pochopením složitosti jejich situace.

7 Použitá literatura

- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 312 s. ISBN 80-7178-803-1.
- HONZÁK, R. *Deprese, depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. ISBN 80-85824-95-7.
- HUSÁROVÁ, R. Využití Vojtovy techniky u dospělých. *Rehabilitácia*. 2005, roč. 42, č. 3, s. 138-134.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOVÁČIKOVÁ, V. Co je to Vojtova metoda. Část 1. *Sestra*. 2000, roč. 10, č. 2, s. 14. ISSN 2114-1241.
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna, možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. 154 s. ISBN 978-80-7262-703-5.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. vyd. Ústí nad Labem: H&H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Jak a proč nás trápí děti*. 1. vyd. Praha: Grada, 1997. 187 s. ISBN 80-7169-587-4.
- NAKONEČNÝ, M. *Lidské emoce*. 1. vyd. Praha: Akademia, 2000. 335 s. ISBN 80-200-0763-6.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.
- POPELKOVÁ, H. Vojtova metoda a její užití, *Sestra*. 1996, roč. 6, č. 3, příl. Temat. sešit, č. 4, s. 8. ISSN 2014-2215.

- REITEROVÁ, E. *Základy statistiky pro studenty psychologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2009. 87 s. ISBN 978-80-244-2316-6.
- ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2006. 686 s. ISBN 80-903750-0-6.
- STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 226 s. ISBN 80-7178-553-9.
- ŠIMEK, J. *Lidské pudy a emoce*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1995. 215 s. ISBN 80-7106-121-2.
- VACUŠKOVÁ, M., VACUŠKA, M., RYŠAVÁ, M. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou. *Pediatric pro praxi*, 2003, roč. 14, č. 1, s. 7-8. ISSN 1803-5264.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80 -7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
- VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 333 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
- VAŘEKA, I. Vojtova reflexní lokomoce a vývojová kineziologie. *Rehabilitácia*, 2000, roč. 33, č. 4, s. 19-20. ISSN 0375-0922.
- VAŘEKA, I., DVORŽÁK, R. Jak vlastně funguje Vojtova metoda? *Rehabilitace a fyzikální lékařství*, 2009, roč. 16, č. 1, s. 3-5. ISSN 1211-2658.
- VÉLE, F. *Kineziologie pro klinickou praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 272 s. ISBN 80-7169-256-5.
- VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. 1. vyd. Praha: Grada a.s. společně s nakladatelstvím Avicenum, 1993. 367 s. ISBN 80-85424-98-3.
- VOJTA, V., PETERS, A. *Vojtův princip*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1995. 184 s. ISBN 80-7169-004-X.
- VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství-J. Kocourek, 2000. 481 s. ISBN 80-86123-15-4.
- ZOUNKOVÁ, I. Vojtova metoda reflexní lokomoce. *In Kraus, J. a kol. Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

8 Seznam grafů

Graf č. 1: Míra úzkosti matek po prvním cvičení Vojtovo metodou

Graf č. 2: Míra úzkosti matek po třech měsících cvičení

Graf č. 3: Srovnání

Graf č. 4: Věk matek

Graf č. 5: Dosažené vzdělání

Graf č. 6: Pohlaví léčených dětí

Graf č. 7: Věk dítěte při zahájení cvičení

Graf č. 8: Počet dětí matek cvičících Vojtovo metodou

Graf č. 9: Doba zvládnutí cvičení Vojtovy metody

Graf č. 10: Četnost kontrol fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení

Graf č. 11: Obtížnost zvládnutí Vojtovy metody

Graf č. 12: Potíže se cvičením v současnosti

Graf č. 13: Konkrétní potíže s cvičením v současnosti

Graf č. 14: Frekvence cvičení

Graf č. 15: Dodržování pokynů fyzioterapeuta

Graf č. 16: Chyby při cvičení

Graf č. 17: Reakce rodiny na cvičení

Graf č. 18: Postoj matky ke cvičení v začátcích

Graf č. 19: Pocity z rehabilitace

Graf č. 20: Pokroky dítěte

Graf č. 21: Dostatek volného času

Graf č. 22: Dostatek informací

Graf č. 23 : Zdroj informací

Graf č. 24: Srozumitelnost informací

9 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Míra úzkosti matek po prvním cvičení Vojtovo metodou

Tabulka č. 2: Míra úzkosti matek po třech měsících cvičení

Tabulka č. 3: Dvouvýběrový párový t-test na střední hodnotu

Tabulka č. 4: Věk matek

Tabulka č. 5: Dosažené vzdělání

Tabulka č. 6: Pohlaví léčených dětí

Tabulka č. 7: Věk dítěte při zahájení cvičení

Tabulka č. 8: Počet dětí matek cvičících Vojtovo metodou

Tabulka č. 9: Doba zvládnutí cvičení Vojtovy metody

Tabulka č. 10: Četnost kontrol fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení

Tabulka č. 11: Obtížnost zvládnutí Vojtovy metody

Tabulka č. 12: Potíže se cvičením v současnosti

Tabulka č. 13: Konkrétní potíže s cvičením v současnosti

Tabulka č. 14: Frekvence cvičení

Tabulka č. 15: Dodržování pokynů fyzioterapeuta

Tabulka č. 16: Chyby při cvičení

Tabulka č. 17: Reakce rodiny na cvičení

Tabulka č. 18: Postoj matky ke cvičení v začátcích

Tabulka č. 19: Pocity z rehabilitace

Tabulka č. 20: Pokroky dítěte

Tabulka č. 21: Dostatek volného času

Tabulka č. 22: Dostatek informací

Tabulka č. 23 : Zdroj informací

Tabulka č. 24: Srozumitelnost informací

10 Seznam zkratek

CNS centrální nervový systém

CKP centrální koordinační porucha

DK dolní končetina

DKK dolní končetiny

HK horní končetina

HKK horní končetiny

RP reflexní plazení

RO reflexní otáčení

DMO dětská mozková obrna

ICP infantilní cerebrální paréza

DRP dlouhodobý rehabilitační plán

KRP krátkodobý rehabilitační plán

tj. – to je

tzn. – to znamená

tzv. – tak zvaná

11 Seznam příloh

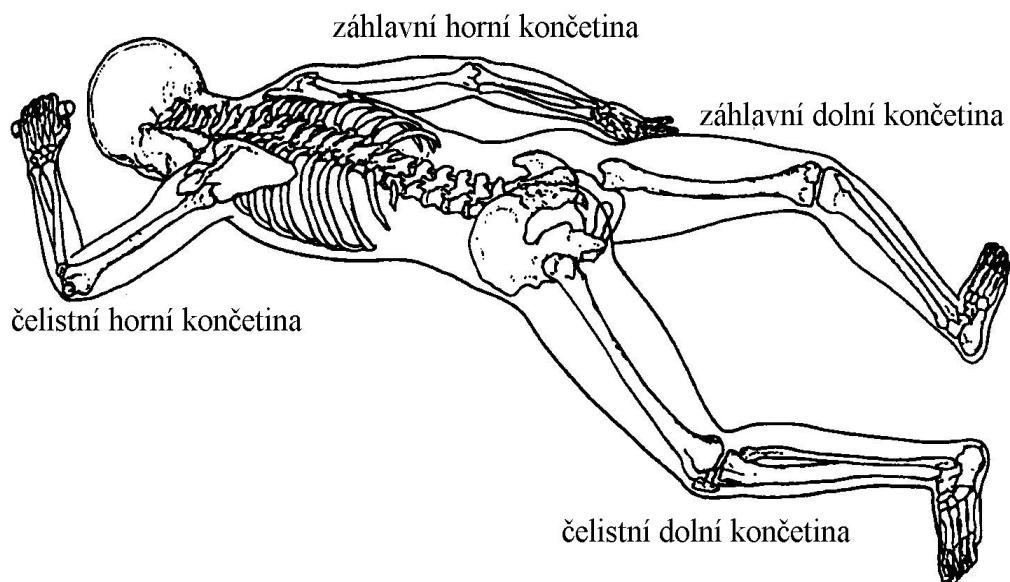
Příloha č. 1: Výchozí polohy Vojtovy reflexní lokomoce

Příloha č. 2: Vlastní dotazník

Příloha č. 3: Zungova sebesuzovací stupnice úzkosti (verze pro ženy)

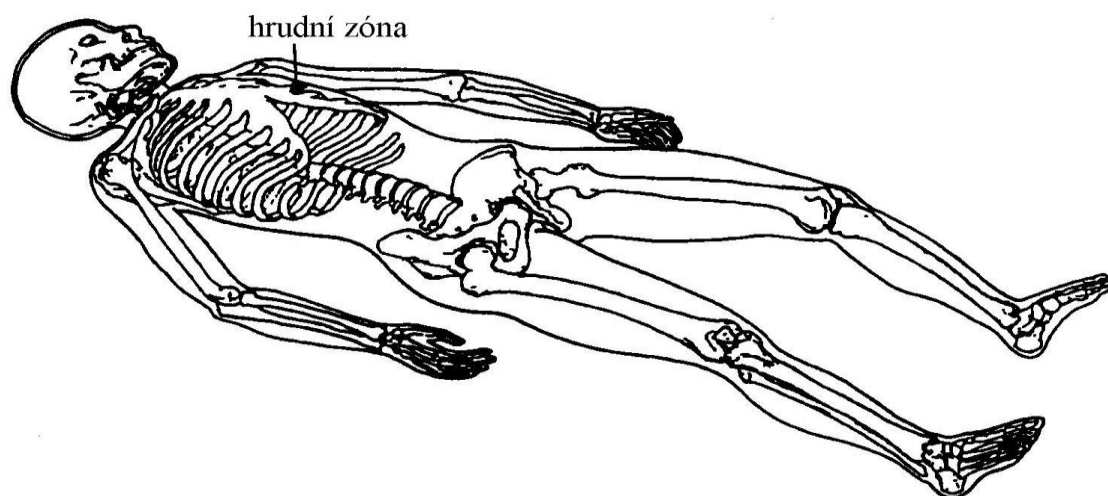
Příloha č. 1 Výchozí polohy Vojtovy reflexní lokomoce (VOJTA, PETERS, 2005)

Obr. 1: Výchozí postavení reflexního plazení



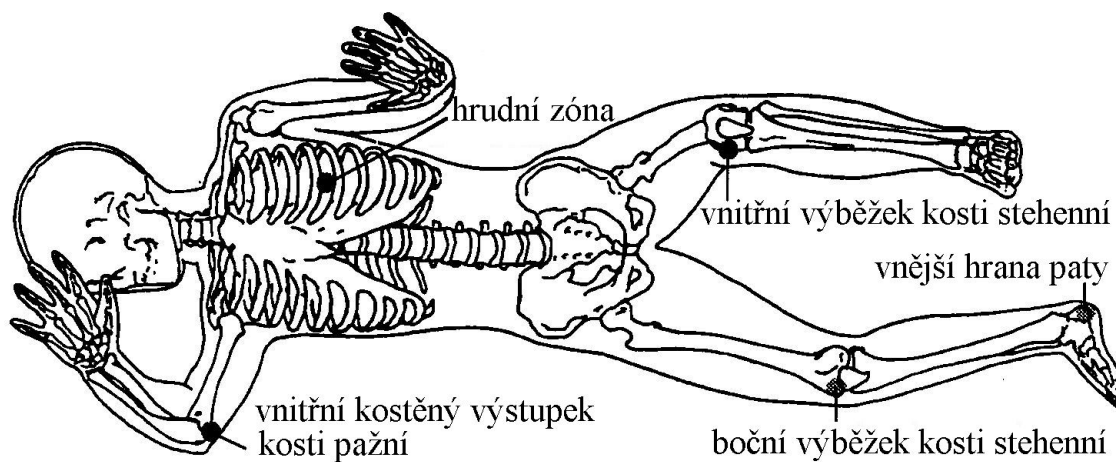
(Zdroj: Vojta, Peters, 1995)

Obr. 2: Výchozí poloha reflexního otáčení a umístění hrudní zóny



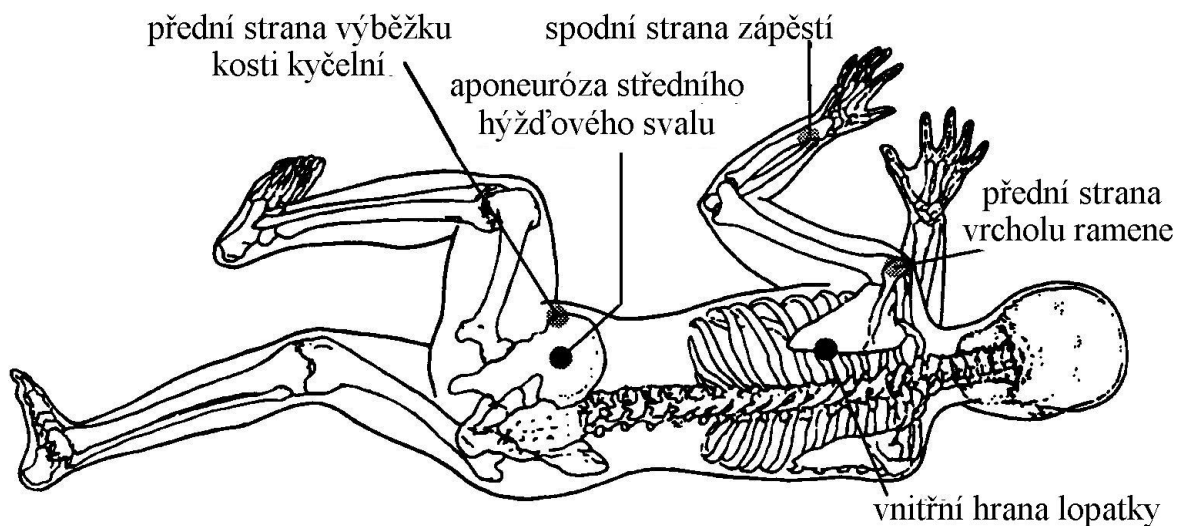
(Zdroj: Vojta, Peters, 1995)

Obr. 3: Výchozí poloha druhé fáze reflexního otáčení a spoušťové zóny na přední straně trupu



(Zdroj: Vojta, Peters, 1995)

Obr. 4: Výchozí poloha druhé fáze reflexního otáčení a spoušťové zóny na zadní straně trupu



(Zdroj: Vojta, Peters, 1995)

Příloha č. 2 Vlastní dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Drahomíra Kastnerová, studuji na Jihočeské Univerzitě v Českých Budějovicích na Pedagogické fakultě 3. ročník Výchovy ke zdraví. V rámci zpracování bakalářské práce „**Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy metody**“ provádím výzkumné šetření. Obracím se proto na Vás s prosbou o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní. Údaje budou použity jen pro zpracování této bakalářské práce. U otázek zvolte jednu z odpovědí, pokud není uvedeno jinak. Svoji odpověď značte křížkem. U některých otázek je volné místo na doplnění odpovědi.

1. Jaký je Váš věk?

- 18-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- více jak 40

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- nedokončené základní
- základní
- vyučena
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

3. Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?

- holčička
- chlapec

4. Jaký byl věk Vašeho dítěte, když jste začali s terapií dle Vojty?

- do 4 týdnů
- od 5 do 8 týdnů
- od 9 týdnů do 12 týdnů
- od 13 týdnů do 24 týdnů
- od 25 týdnů do 1 roka
- více než 1 rok

5. Kolik máte dětí?

- 1
- 2
- 3
- Více

5. Za jak dlouhou dobu jste zvládla terapii dle Vojtovy metody?

- do jednoho měsíce
- do dvou měsíců
- do tří měsíců
- zatím nezvládla

6. Jak časté jsou kontroly Vašeho dítěte fyzioterapeutem v rehabilitačním zařízení?

- častější než 1x v týdnu
- 1x v týdnu
- 1x za 14 dní
- 1x za měsíc
- více než po měsíci

7. Bylo pro Vás těžké zvládnout Vojtovu metodu?

- po stránce psychické
- po stránce fyzické
- po psychické i fyzické stránce to bylo stejně obtížné

9. Je pro Vás terapie dle Vojty těžká i nyní?

- ano
- občas
- ne

10. Napište prosím, v čem spatřujete při terapii problém (odpovídáte pouze, odpověděli-li jste v otázce č. 9 ano nebo občas).

- pláč dítěte
- udržet dítě ve správné poloze
- nedostatek času
- jiné

11. Jak často s dítětem cvičíte?

- denně (napište kolikrát denně).....
- 3 x týdně
- 2 x týdně
- 1 x týdně

12. Řídíte se při terapii instrukcemi fyzioterapeuta?

- přesně dodržuji pokyny
- částečně dodržuji pokyny
- občas nedodržuji dané pokyny
- téměř nikdy nedodržuji dané pokyny

13. Vytýká vám fyzioterapeut chyby při aplikaci Vojtovy metody?

- ano (*napište, které nejvíce*)
- ne

14. Jaká byla reakce rodiny na terapii dítěte dle Vojty?

- pozitivní
- negativní
- neutrální

15. Jaký byl v začátcích Váš postoj k Vojtově metodě?

- negativní
- neutrální
- pozitivní

16. Jaké máte nyní, po třech měsících terapie, pocity z rehabilitace? (možno označit více odpovědí)

- úzkost a strach
- nedůvěra
- naděje a víra v pozitivní účinky
- radost
- je mi to lhostejné

17. Vnímáte po třech měsících aplikace Vojtovy metody u dítěte pokroky?

- ano, velké
- ano, ale malé
- ne

18. Máte čas při péči o dítě i sama na sebe?

- ano
- ne

19. Měla jste a máte dostatek informací, co se týče zdraví Vašeho dítěte a Vojtovy metody?

- ano
- ne

20. Kde jste získala informace o Vojtově metodě? (možno označit více odpovědí)

- od pediatra
- od fyzioterapeuta
- od známých
- z internetu
- z odborné literatury
- odjinud (napište odkud)

21. Byly pro Vás tyto informace srozumitelné?

- ano
- částečně
- ne, je jich málo a jsou nesrozumitelné

22. Je ve Vašem okolí dostatek rehabilitačních zařízení, které poskytují terapii dle Vojty?

- ano
- ne

Místo pro vlastní vyjádření.

.....

.....

Příloha 3: Zungova sebesuzovací stupnice úzkosti (verze pro ženy)

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z dvaceti položek	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dost často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutná, skleslá a zkroušená.				
2. Ráno se cítím nejlépe.				
3. Jsou chvíle, kdy je mi do pláče.				
4. V noci mám potíže se spaním.				
5. Jím stejné množství jídla jako dříve.				
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi stále činí potěšení.				
7. Všimla jsem si, že ubývám na váze.				
8. Mám potíže se zácpou.				
9. Srdce mi buší rychleji než obvykle.				
10. Unavím se a i bez příčiny.				
11. Mám v hlavě jasno jako obvykle.				
12. Snadno zvládnou totéž co dřív.				
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu.				
14. Jsem plná naděje do budoucna.				
15. Jsem podrážděná více než obvykle.				
16. Snadno se rozhoduji.				
17. Cítím, že jsem užitečná a potřebná.				
18. Žiji plným životem.				
19. Cítím, že by pro ostatní bylo lépe, kdybych zemřela.				
20. Těší mě stejné věci co dříve.				

Instrukce pro vyplnění:

Přečtete si pečlivě každou větu. Pro každou položku zaškrtněte ve sloupcích ten, který nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítila v průběhu posledního týdne. Dodržujete-li dietu, u položek 5 a 7 odpovídejte, jako kdybyste na dietě nebyl.

Věk:

Datum:

Zpracováno podle W.W.K. Zung, 1975