

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# VOJTOVA METODA Z POHLEDU RODIČŮ A PROFESIONÁLŮ



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Pavčina Bezděková**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.**

Olomouc

2017

## Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat vedoucímu práce doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, rady a věnovaný čas. Velké díky patří rovněž mojí rodině a mým blízkým, kteří mi poskytovali podporu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumu.

## Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Vojtova metoda z pohledu rodičů a profesionálů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V..... dne.....

Podpis .....

# OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	<b>OBSAH</b> .....	<b>3</b>
	<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
	<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Historie</b> .....	<b>7</b>
1.1	Život Václava Vojty .....	7
1.2	Vznik a vývoj Vojtovy metody .....	8
<b>2</b>	<b>Fyzioterapeutický koncept Vojtovy metody</b> .....	<b>10</b>
2.1	Vojtova metoda .....	10
<b>3</b>	<b>Psychomotorický vývoj zdravého dítěte do tří let</b> .....	<b>16</b>
3.1	Prenatální období .....	17
3.2	Porod .....	18
3.3	Novorozenecké období .....	18
3.4	Kojenecké období – nejdelší rok .....	20
3.5	Batolecí období .....	22
<b>4</b>	<b>Vybrané poruchy vývoje v dětském věku</b> .....	<b>26</b>
4.1	Etiologie .....	26
4.2	Problematika nemocných a zdravotně postižených .....	27
4.3	Mentální retardace .....	30
4.4	Pervazivní vývojové poruchy .....	30
<b>5</b>	<b>Kontakt mezi fyzioterapeutem, pacientem a rodičem</b> .....	<b>32</b>
5.1	Komunikace .....	32
5.2	Vzájemný vztah a spolupráce .....	33
5.3	Aspekty zlepšující situaci rodiče při ošetřování svého dítěte pomocí Vojtovy metody	34
<b>6</b>	<b>Přehled dosavadních studií spojených s Vojtovou metodou</b> .....	<b>36</b>
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
<b>7</b>	<b>Výzkumný problém, výzkumné cíle a výzkumné otázky</b> .....	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>Zvolený metodologický rámec a metody</b> .....	<b>41</b>
8.1	Zvolený typ výzkumu .....	41
8.2	Efekt výzkumníka .....	41

8.3	Metody získávání dat .....	42
8.4	Metody zpracování a analýzy dat .....	42
8.5	Etické problémy a způsob jejich řešení.....	44
<b>9</b>	<b>Výzkumný soubor a metoda výběru vzorku.....</b>	<b>45</b>
<b>10</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>47</b>
10.1	Otevřené kódování .....	47
10.2	Axiální kódování.....	63
10.3	Selektivní kódování.....	64
<b>11</b>	<b>Odpovědi na výzkumné otázky .....</b>	<b>65</b>
<b>12</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>67</b>
12.1	Limity práce .....	67
12.2	Srovnání s jinými výzkumy a poznatky z teoretické části .....	69
12.3	Zasazení dosažených výsledků do širšího kontextu poznatků o daném tématu	
	71	
<b>13</b>	<b>Závěry.....</b>	<b>73</b>
<b>SOUHRN.....</b>		<b>76</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY .....</b>		<b>80</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>		<b>85</b>

# ÚVOD

Vojtova metoda je fyzioterapeutický koncept, který se využívá k léčbě pohybových poruch v dětském i dospělém věku. Ve svém okolí se výzkumnice často setkává s různími názory na tuto metodu. Někteří blízcí výzkumnice Vojtův princip vyzdvihují za širokou škálu účinků a značnou efektivitu, jiní mu vyčítají zejména to, že v průběhu terapie děti pláčou a její provedení není příjemné.

Toto téma výzkumnice zvolila jednak z důvodu osobní zkušenosti s Vojtovou metodou, jednak z důvodu tak různých se názorů na tuto problematiku.

Cílem práce je pokusit se prozkoumat a popsat zmíněnou oblast z pohledu rodičů, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou, dále z pohledu fyzioterapeutů působících ve Vojtově terapii a v neposlední řadě také z pohledu výukových terapeutů, kteří zajišťují vzdělávání fyzioterapeutů.

V teoretické části je na základě rešerše relevantní literatury a výzkumů nejprve představen zakladatel této metody prof. Václav Vojta a dále je popsán vznik a vývoj tohoto terapeutického principu. Poté se zabýváme samotným fyzioterapeutickým konceptem Vojtovy metody. Dále popisujeme psychomotorický vývoj zdravého dítěte do tří let věku. Také je zařazena kapitola o možných příčinách poruch vývoje v dětském věku a nastíněny jsou i některé konkrétní nemoci a zdravotní postižení. Dále je pozornost věnována kontaktu mezi fyzioterapeutem, ošetřující osobou a pacientem. Poslední kapitola teoretické části se zabývá výzkumy v oblasti Vojtovy metody.

V empirické části je představeno výzkumné šetření, které spočívalo v realizaci polostrukturovaných interview s 12 rodiči ošetřujícími své děti Vojtovou metodou, 7 fyzioterapeuty a 4 výukovými terapeuty. K výběru probandů byla použita metoda příležitostného výběru, samovýběru a metoda sněhové koule. Analýza dat probíhala pomocí metody zakotvené teorie, která je založena na principu otevřeného, selektivního a axiálního kódování.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 HISTORIE

## 1.1 Život Václava Vojty

Prof. MUDr. Václav Vojta, DrSc. byl český lékař, který se specializoval v oboru neurologie. Narodil se 12. července 1917 v obci Mokrosuky v jižních Čechách. Studium medicíny na Univerzitě Karlově zahájil v roce 1937, v důsledku vypuknutí války a německé okupace jej však mohl dokončit až v roce 1947 (Vojta & Peters, 2010).

O rok později nastoupil jako asistent na neurologické klidnice prof. Kamila Hennera, kterému jako projev vděku za cenné rady věnoval jednu ze svých nejvýznamnějších knih „Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku“. Na této klinice pracoval až do roku 1956. V roce 1954 vykonal atestaci v oboru neurologie a tři roky poté složil atestační zkoušku z dětské neurologie. V letech 1961-1968 pracoval jako vysokoškolský lektor pro dětskou neurologii na Univerzitě Karlově v Praze a ve stejné době působil v pražské poliklinice na Karlově náměstí. Roku 1968 emigroval do Spolkové republiky Německo, kvůli čemuž byla jeho metoda u nás zakázána (Dolínková, 2006; Vojta, 1993; Vojta & Peters, 2010).

V Německu působil nejprve jako vědecký pracovník na Ortopedické klinice v Kolíně u prof. Imhausera, později mu byla nabídnuta možnost pokračovat ve své práci na vývojové kineziologii<sup>1</sup> a diagnostice a vést kurzy pro lékaře a fyzioterapeuty. V roce 1975 prof. Vojta přešel se svým týmem do Dětského centra v Mnichově. Po roce 1989 se profesor Vojta mohl vrátit zpět do Prahy, kde začal vyučovat na Fakultě tělesné kultury a sportu Univerzity Karlovy a také se účastnil mnohých lékařských i terapeutických kurzů. I přes svůj návrat do České republiky prof. Vojta pořád působil v Mnichově, kde se svým

---

<sup>1</sup> Vývojová kineziologie je věda, která se zabývá pohybovými projevy člověka (Hartl & Hartlová, 2010).

tým dále rozvíjel diagnostický a terapeutický systém reflexní lokomoce<sup>2</sup>. Roku 1995 oficiálně ukončil svou činnost v dětském centru a o pět let později zemřel ve věku 83 let v Mnichově (Kolář, 2010; vojtovaspolecnost, nedat.).

Václav Vojta publikoval přes 100 vědeckých prací a jeho knihy „Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku“ a „Vojtův princip“ byly přeloženy do řady světových jazyků. Celoživotní dílo profesora Vojty bylo oceněno mnohými vyznamenáními a cenami, jako je např. cena Heinricha Heineho Německé společnosti pro ortopedii, Kříž za zásluhy na stuze „Řádu Za zásluhy Spolkové republiky Německo“, Čestný doktorát honoris causa Univerzity Karlovy v Praze, státní vyznamenání – medaile Za zásluhy in memoriam a mnoho dalších (Kolář, 2010; Vojta & Peters, 2010).

## 1.2 Vznik a vývoj Vojtovy metody

Tato metoda začala vznikat v 50. letech 20. století, kdy Václav Vojta zpozoroval změnu spasticity<sup>3</sup> v průběhu manipulace s dítětem školního věku trpícím spastickou diparézou<sup>4</sup>. Díky svým četným pozorováním rozvíjel svůj terapeutický koncept a objevil reflexní lokomoci (Vojta & Peters, 2010). U pozorovaných dětí zjistil, že díky přesně definovaným podnětům v jistých částech těla a v různých tělesných polohách, může vyvolat nevědomé motorické reakce končetin a trupu (Kolář, 2010).

Václav Vojta vycházel z představy, že *základní hybné vzorce<sup>5</sup> jsou programovány geneticky v centrálním nervovém systému každého jedince* (Kolář, 2010, 266). Daný jedinec je má k dispozici jako „základní stavební kameny“ potřebné k vzpřímení i pohybu vpřed. Pohybem vpřed je zde myšlen úchop, otáčení, lezení i samotná chůze. V důsledku poruch pohybové soustavy i CNS (centrální nervové soustavy) je spontánní zapojení těchto

---

<sup>2</sup> *Reflexní lokomoce (reflexní pohyb, pohyb vpřed) ve své podstatě směřuje k vzrůstající a stupňující svalové aktivitě, kdy se tělo všemi svými částmi snaží dosáhnout vzpřímení a pohybu vpřed* (Čemusová, J., Pánek, D., & Pavlů D., 2011, 161).

<sup>3</sup> *Zvýšený svalový tonus s odporem proti protažení a náhlým zhroucením při přílišném protažení většinou posturálních svalů* (Orth, 2009, 215).

<sup>4</sup> Spastická diparéza je jeden z typů dětské mozkové obrny, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Horní končetiny bývají většinou postiženy také, ale v menší míře (Šišková, 2011).

<sup>5</sup> *„Pod pojmem hybné vzorce se v této souvislosti 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“* (Orth, 2009, 15).



„základních stavebních kamenů“ omezeno. Díky Vojtově metodě je možné aktivovat CNS a pokud jsou dříve nefunkční svalové funkce „vzbuzeny“ a popsaná manipulace s pacientem je vykonávána opakovaně, pacient může přenést tyto svalové funkce do spontánní motoriky, čímž je schopen je vykonávat automaticky (Haladová, 2007; Vojta & Peters, 2010).

## 2 FYZIOTERAPEUTICKÝ KONCEPT VOJTOVY METODY

### 2.1 Vojtova metoda

Vojtova metoda je odborníky i veřejností nazývána také Vojtova metoda reflexní lokomoce, Vojtův princip, Vojtova terapie a Reflexní lokomoce dle Vojty. V této práci bude paralelně pracováno se všemi zmíněnými pojmy.

Vojtova metoda reflexní lokomoce je léčebná metoda, která je v dnešní době využívána ve velkém množství zemí. Jsou jimi např. Německo, Nizozemí, Francie, Norsko, Švédsko, Španělsko, Itálie, Rakousko, Rumunsko, Česká republika, Polsko, Argentina, Chile, Mexiko, Venezuela, Korea, Japonsko a Indie (Haladová, 2007). K výuce s vlastními výukovými terapeuty a vlastním výukovým týmem byly Mezinárodní Vojtovou společností zmocněny týmy v Německu, Nizozemí, České republice, Španělsku a Japonsku (vojtovaspolecnost, nedat.).

Jedná se o diagnostický a terapeutický systém, který je využíván k rehabilitaci neurologických i ortopedických funkčních pohybových poruch v dětství i v dospělosti (Bar & Chmelová, 2011). V důsledku cvičení této metody dochází k obnovení a v případě infantilní cerebrální parézy<sup>6</sup>, dokonce k vytvoření úplně nových, pohybových vzorů, které byly zablokovány z důvodu postižení mozku v časném dětství nebo byly ztraceny v důsledku traumatu (Kolář, 2010). Velkou výhodou je možnost aplikace tohoto systému bez vědomé spolupráce pacienta. Toho využívají terapeuti například u cvičení s pacienty po cévní mozkové příhodě (Haladová, 2007; Kováčiková, 2000).

V praxi terapie vypadá tak, že terapeut, nebo rodič, který je zainstruován terapeutem k domácí terapii, vyvine tlak na přesně definované zóny na těle člověka, který

---

<sup>6</sup> „Souhrnný název pro poškození mozku v průběhu jeho vývoje (před, během nebo po narození)“ (Orth, 2011, 214).

musí zaujímat konkrétní tělesnou polohu a v důsledku toho dochází k aktivaci svalové souhry (Dolínková, 2004).

### **2.1.1 Reflexní lokomoce**

*„V pojmu reflexní lokomoce jsou spojena dvě slova, reflex a lokomoce. Pojem reflex je definován v mnoha učebnicích jako bezděčná, v podstatě stále stejně probíhající reakce na specifický podnět. Lokomoce je pohyb vpřed všech pohybu schopných organismů včetně člověka. Předpoklady lokomoce jsou geneticky dané“ (Orth, 2009, 71).*

Vojta a Peters (2010, 3) definují reflex v reflexní lokomoci jako stav, kdy *určitými podněty lze vyvolat motorické aktivity, jejichž důsledkem je pohyb vpřed.*

*„Reflexní lokomoce je aktivační systém, který je možné uvést do chodu zvenčí, a to určitými polohami těla a vyvolávacími podněty“ (Vojta & Peters, 2010, 3).*

### **2.1.2 Aktivace reflexní lokomoce**

Základem metody reflexní lokomoce jsou dva pohybové komplexy, konkrétně reflexní plazení a reflexní otáčení, kdy pomocí vyvíjení tlaku na spoušťové zóny dochází k vyvolání těchto lokomočních pohybů. *Tyto pohybové komplexy obsahují základní prvky každého pohybu vpřed: automatické řízení rovnováhy při pohybu, vzpřimování těla, cílené úchopové a krokové pohyby končetin (Kolář, 2010, 266).*

K aktivaci reflexní lokomoce dochází ze tří základních poloh, tedy z polohy v leže na břiše, z polohy na zádech a z polohy na boku. K vyprovokování některé z pohybových reakcí je používáno přesné úhlové nastavení končetin a trupu, tah a tlak v kloubech, aktivace spoušťových zón a odpor, který je kladen proti pohybům, jež vznikají. Díky těmto úkonům dochází ke správnému zapojení svalů a svalová aktivita se rozšíří do celého těla. Během cvičení se různě kombinují polohy, spoušťové zóny, směr tlaku, dále odpor, který ošetřující osoba vyvíjí proti vznikajícímu pohybu a nastavení končetin, díky čemuž vzniká individuální terapie pro konkrétní diagnózu (Kolář, 2010).

### **2.1.3 Spoušťové zóny**

*„Spoušťové zóny jsou zvláště citlivá stimulační místa na trupu a na končetinách. Jejich pomocí, zvláště se zónami na končetinách, může být lokomoční program aktivován z předem daných výchozích poloh (Orth, 2009, 78).*

Spoušťové zóny se nacházejí například na konci pažní kosti, na patách, na předloktí, na lopatkách, v oblasti mezižebří, v oblasti vnitřní strany kolen, dále v břišní straně pánve, na vřetenní kosti blízko zápěstí apod. Čím je postižení závažnější, tím více je potřeba tlak na spoušťové zóny zesílit, nebo využít větší množství zón. Během stimulace těchto zón dochází k vyvolání automatických lokomočních pohybů, jimiž jsou reflexní plazení a reflexní otáčení (Kolář, 2010; Trojan, Druga, Pfeiffer, & Votava, 2001; Vojta, 1993).

#### **2.1.4 Reflexní plazení**

Základní poloha reflexního plazení je poloha na břiše (viz příloha č. 4, obrázek č. 1). Hlava je mírně otočená a leží na podložce. Ta polovina těla, na kterou je rotovaná hlava, je označována jako čelistní (někdy také obličejová) strana, opačná část těla je označována jako záhlavní (někdy také týlní) strana. Horní i dolní končetiny, které jsou na straně obličejové, se nazývají čelistní dolní končetina a čelistní horní končetina. Záhlavní dolní končetina a záhlavní horní končetina se nazývají končetiny na straně nazvané záhlaví. Čelistní horní končetina je posunuta dopředu, zatímco záhlavní horní končetina je položena vzadu. Obě dvě dolní končetiny jsou v kyčelním kloubu rotovány zevně a jsou napůl ve flexi. Hybný vzorec, který je vyvolán v poloze reflexního plazení probíhá v takzvaném zkříženém vzoru. To znamená, že se pohybuje pravá horní končetina a zároveň levá dolní končetina a naopak. Tělo je opřeno o paži a protilehlou končetinu. Tím je vyprovokovaná svalová aktivita, která odpovídá situaci, ve které je trup mírně nad podložkou a je nachystán pro pohyb vpřed. Hlava se otáčí na druhou stranu a zároveň se tomuto jejímu pohybu fyzioterapeut snaží klást odpor. Zmíněným cvikem dochází k zesílení aktivace svalů po celém těle a začínají se utvářet předpoklady pro vzpřímení a dále předpoklady potřebné k opoře, úchopu, a i k chůzi. U novorozence lze vyvolat celý pohybový vzor prostřednictvím jedné zóny, u starších kojenců, větších dětí a dospělých se musí zóny kombinovat. V reflexním plazení je celkově devět těchto zón (Kolář, 2010; Vojta, 1993).

#### **2.1.5 Reflexní otáčení**

Reflexní otáčení je proces přecházení z polohy na zádech přes polohu na boku a končí v poloze chůze po čtyřech. Tento rotační děj se dělí na dvě části, které jsou nazvány reflexní otáčení I. a reflexní otáčení II. Označení stran těla se u těchto poloh opět

určuje podle toho, na kterou stranu je rotována hlava (čelistní) a opačná (záhlavní) strana (Haladová, 2007; Kolář, 2010).

V první fázi (reflexní otáčení I) pacient leží na zádech, jeho hlava je otočena k obličejové straně asi o 30 stupňů. Pokud není toto otočení hlavy možné ihned při začátku terapie, je o něj usilováno v jejím průběhu. Pro horní a dolní končetiny nejsou stanoveny přesné polohy, u kojence leží končetiny spontánně, u starších i dospělých pacientů jsou horní končetiny položeny podél těla a dolní končetiny jsou nataženy (viz příloha č. 4, obrázek č. 2) (Orth, 2009).

Druhou fázi (reflexní otáčení II) (viz příloha č. 4, obrázek č. 3) začíná v poloze vleže na boku, kdy horní končetina i dolní končetina na spodní straně tvoří oporu pro celé tělo a posunují ho dopředu a vzhůru. Během pohybu vpřed se opora těla na horní končetině posouvá od ramene přes loket až k dlani, dále z oblasti pánve přes stehno až ke kolenu. Během otáčení dochází k napřimení páteře a celý proces otáčení je ukončen v poloze ležením po čtyřech (Kolář, 2010).

### **2.1.6 Diagnostika Vojtovy metody**

Václav Vojta koncepci včasné diagnostiky do detailu propracoval a zdokumentoval. Principem včasné diagnostiky se zabýval několik let. Poukazoval na to, že pokud bude zvolena vhodná metoda (Vojtova metoda) a bude zahájena včas (nejlépe těsně po narození), je možné patologickému vývoji dítěte předejít. U reflexní lokomoce dle Vojty je výhodou, že není nutná vědomá spolupráce osoby, s níž je terapie prováděna, takže je vhodná pro cvičení s dětmi už od novorozeneckého období (Marešová, Joudová, & Severa, 2011).

Závěry Václava Vojty vztahující se k jeho koncepci včasné diagnostiky potvrzuje studie Meholjić-Fetahović (2005). Při této studii bylo 70 dětí rozděleno do dvou skupin podle doby, kdy začaly rehabilitovat. Studie potvrdila, že lepších zdravotních výsledků dosáhly děti, které byly diagnostikovány včas, oproti dětem, u kterých byla terapie zahájena později (např. z toho důvodu, že pohybová porucha nebyla dříve odhalena).

Někdy se však vada neodhalí ihned po narození. Obecně však platí, že čím dřív si lékař všimne problému u dítěte, tím dřív je možné začít s rehabilitací a dosáhnout tak co nejlepšího možného výsledku. Je nutné znát rozsah poruchy, léčba musí být pravidelná (s dítětem cvičí nejenom fyzioterapeut, ale několikrát denně i rodič) a fyzioterapeut musí

předat umění správné terapie rodičům, aby mohli cvičení doma bez obav realizovat. Včasná diagnostika u dítěte v raném věku sestává ze tří hlavních bodů a to: zhodnocení spontánní aktivity dítěte, vyšetření reflexů a vyšetření polohových reakcí. To, jak je porucha závažná, se určuje na základě posouzení všech tří vyšetřovacích parametrů dohromady (Dolínková, 2011).

### **2.1.7 Indikace k terapii**

Vojtova terapie má širokou škálu využití. V dnešní době se znalosti, zkušenosti a výsledky této metody využívají v dětské neurologii, dětské ortopedii, pediatrii, v dětské kardiologii, dále v neurologii a ortopedii dospělých. S terapií je možné začít v každém věku, dokud jsou k dispozici neuromuskulární spojení, pokud je tedy v pořádku nervové zásobení svalů. Díky neustálému vývoji této metody a dlouholetým zkušenostem dnes již víme, že Vojtova metoda je vhodná a přinese cílené změny nejenom v prvních letech života dítěte, ale i u starších dětí či dospělých pacientů (Orth, 2009).

U pacientů v dětském věku se terapie nejčastěji uplatňuje zejména u asymetrického vývoje a retardace mozkového vývoje, centrálních koordinačních poruch, dětské mozkové obrny, dále paréz horních i dolních končetin, svalových onemocnění, u ortopedických poruch jako skolióza či dysplazie kyčelního kloubu, poruch a onemocnění spojených se žvýkacími a polykacími problémy a dechových poruch (kinepro, nedat.; Kolář, 2010).

U dospělých bývá tato metoda využívána v případě mozkové obrny, při poruchách hybnosti a bolesti páteře a kloubů, u paréz horních a dolních končetin, cévních mozkových příhod, roztroušené sklerózy, míšní léze a svalových onemocnění (kinepro, nedat.). Dále také u myopatie, skoliózy, kyfózy apod. (Orth, 2009).

### **2.1.8 Kontraindikace k terapii**

Vojtovu metodu nelze indikovat v případě hořčnatého nebo zánětlivého onemocnění, průjmu a zvracení, 5-7 dní po očkování, u lidí trpících některou z pervazivních vývojových poruch, u jedinců s těžkým mentálním postižením (vojtovaspolecnost, nedat.). Také u těhotných žen, některých vzácných onemocnění jako je např. osteogenezis imperfekta neboli nemoc křehkých kostí a dalších vážných onemocnění srdce a svalů (kinepro, nedat.).

### **2.1.9 Dávkování terapie**

Dávkování terapie je pro tuto metodu stěžejní kvůli konsolidaci nervových spojení. Po terapii zůstane program pohybových modelů po různě dlouhou dobu aktivní v mozku pacienta a při opakování aktivace může zůstat přístup k modelům, jež byly aktivovány i celý den. Počet denních dávek u novorozenců, kojenců a malých dětí je tedy stanoven na 4 terapeutické jednotky za den a díky tomu je možné trvale zlepšit držení těla, pohyby i vnímání. Dále je důležité terapii správně během dne rozložit a také ji přizpůsobit konkrétnímu jedinci. Některé dítě může např. cvičit už 15 minut po jídle, jiné až za hodinu. Mezi jednotlivými cvičeními by měl být dvouhodinový odstup, v případě novorozence i kojence by měl být tento odstup dlouhý 3,5 až 4 hodiny. Mezi poslední terapeutickou jednotkou a spánkem by měl být hodinový rozestup. O tom všem je potřeba rodiče informovat a důkladně s nimi rozložení terapie konzultovat, protože tato terapie, která se provozuje několikrát za den, je pro rodiče značným narušením celého dne a zvláště zpočátku pro ně může být dodržování časových intervalů problematické (Haladová, 2007; Orth, 2009; Uličná, 2013; vojta, nedat.).

### **2.1.10 Intenzita terapie**

Intenzita terapie závisí na stáří člověka, se kterým je prováděna. U novorozenců a předčasně narozených dětí je délka jedné terapeutické jednotky 1 až 2 minuty. V případě kojenců trvá 5 až 6 minut a v pozdějším věku je doba trvání navýšena na 10 až 12 minut. Menší děti zvládají aktivaci dlouhou 15 až 20 minut a u starších dětí, dospívajících a dospělých trvá aktivace od 20 do 30 minut (Haladová, 2007; Orth, 2009).

### **2.1.11 Účinky terapie**

Spektrum účinků Vojtova principu je velmi široké, proto přináší terapie užitek mnoha pacientům napříč všemi věkovými kategoriemi s nejrůznějšími onemocněními. Vzhledem k tomu, že dochází k ovlivnění motorického vývoje, tak se u pacienta mění rovnováha a těžiště těla, mění se funkce svalů, mizí patologické primitivní reflexy a rozdíl růstu končetin se začíná vyrovnávat. Je ovlivněn i nástup jednotlivých fází motorického vývoje, tedy napřímení, rozevření rukou a nohou apod. Ke změně dochází i při dýchání, lepší se schopnosti mluvidel a zlepšuje se koncentrace a orientace v prostoru (Uličná, 2013). Z psychologického hlediska začíná být pacient vyrovnanější, spokojenější, dokáže snést vyšší emoční zátěž a rozvíjí se u něj větší samostatnost a nezávislost (vojta, nedat.).

### 3 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVÉHO DÍTĚTE DO TŘÍ LET

Důvod, proč zde budeme zmiňovat psychomotorický vývoj zdravého dítěte je ten, že se snažíme, aby vznikla práce, která se pokusí o co nejkomplexnější náhled na problematiku Vojtovy metody. Chceme, aby si po přečtení této práce rodiče/pečující osoby dokázali reálně představit, jak by měl zdravý vývoj vypadat, a z toho si následně uvědomit, jestli se podle tohoto vývoje jejich dítě vyvíjí, či nikoli. Zdravý psychomotorický vývoj dítěte je totiž takový základ, od kterého se vše odvíjí počínaje vyšetřením pediatra, neurologa, či jiného odborníka, následná diagnostika i terapie.

V následující kapitole budou obsaženy podkapitoly o prenatálním období, nastíníme porod, zmíníme psychomotorický vývoj v novorozeneckém, kojeneckém i batolecím období. Těmito etapami se budeme zabývat také z toho důvodu, že v důsledku výskytu problému/problémů v některém z těchto období se Vojtova metoda nezdávka doporučuje.

Dalším důvodem, proč je zde vhodné popsat psychomotorický vývoj dítěte je také sdělení K. Kotoulkové (osobní sdělení 5. ledna 2017), která zmínila, že díky znalosti vývojové kineziologie jsme schopni odpovědět na otázku, na jakém vývojovém stupni se dítě nachází. Znalost vývojové kineziologie je přínosem nejen pro rehabilitaci pohybových poruch v pediatrii, ale má své nezastupitelné místo i v rehabilitaci dospělých. Při pohledu na držení osového orgánu (hlava, trup, pánev) dospělého pacienta a na způsob jeho pohybu jsou odborníci schopni určit, z jakého vývojového období problém daného pacienta pochází.

V kapitole o novorozeneckém, kojeneckém i batolecím období se budeme zmiňovat také o paměti. Během rozhovorů s rodiči, kteří své děti léčí Vojtovou metodou, což bude dále rozvedeno ve výzkumné části této bakalářské diplomové práce, se totiž výzkumníci několikrát stalo, že z jejich strany padla otázka, jestli si dítě může tento silný zážitek z cvičení doprovázený stresem a pláčem v budoucnosti pamatovat, proto se nám jeví jako vhodné kapitolu o paměti, přesněji řečeno o explicitní epizodické paměti, zahrnout.



### 3.1 Prenatální období

Jedná se o období mezi početím a narozením dítěte, které obvykle trvá devět měsíců (40 týdnů) a má tři fáze: oplodnění a vytvoření zárodku (první tři týdny), embryonální období, ve kterém jsou vytvořeny základy všech důležitých orgánů (od 4. do 12. týdne) a fetální období, kdy jsou orgány dotvořeny (od 12. týdne do porodu) (Langmeier & Krejčířová, 2006).

*„V prenatálním období se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí samostatný život plodu. Lidský mozek, jehož funkce je základním předpokladem přiměřeného duševního vývoje, se rozvíjí v průběhu celého prenatálního období (a ještě dlouho potom)“ (Vágnerová, 2012, 61).*

Prenatální vývoj má své obecné znaky:

- Ve druhém měsíci se vytváří základ všech svalových skupin. Na konci druhého měsíce lze pozorovat záškuby končetin i hlavy, přestože svaly ještě nejsou napojeny na nervový systém.
- Třetí měsíc prenatálního období je již plod schopen spontánně hýbat horními a dolními končetinami, dokáže se otočit kolem své osy, otáčí hlavu a vraští čelo, je schopen reagovat na podráždění okolo úst a nosu, také pohybuje jazykem a zívá. Na podráždění reaguje sevřením prstů.
- Během čtvrtého měsíce již reaguje na dotyk kdekoliv na pokožce, mění výraz obličeje, otvírá a zavírá ústa. V této době se vytvářejí základní reflexy.
- V pátém měsíci plod vnímá zvuky, především srdce matky, rozlišuje základní chutě a častěji se hýbe. Jsou viditelné rozdíly mezi denními a nočními aktivitami.
- Šestý měsíc se vyznačuje intenzivnějšími pohyby končetin. Plod slyší zvuky jak z vnitřního, tak vnějšího prostředí a reaguje zvýšenou pohybovou aktivitou (např. na nepříjemné a neobvyklé zvuky z vnějšího hlučného prostředí).
- V průběhu sedmého až devátého měsíce se zkvalitňují smyslové percepcce. Dokončuje se rozvoj některých mozkových center. Plod získává zkušenosti a z toho dále odvozuje své preference a na konci je připraven na kvalitativní i kvantitativní změnu v přísunu podnětů, která nastane po narození (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012).

## 3.2 Porod

Pro novorozené dítě znamená příchod na svět kontakt s obrovským množstvím pro něj neznámých podnětů, což pro organismus tak nezralý znamená značnou zátěž, a to i po stránce psychické. Porod je totiž podle některých odborníků nejtěžší, nejdramatičtější a také nejnebezpečnější krok v životě člověka (Říčan, 2014). Názor mnohých porodníků je takový, že stupeň zátěže je možné korigovat způsobem vedení porodu, ošetřením novorozence a prvním kontaktem s matkou. V souvislosti s tímto názorem bývá doporučován takzvaně přirozený či něžný porod, který je šetrný jak k matce, tak i k dítěti. Američtí lékaři M. H. Klaus a J. H. Kennel zmiňují, že pozorují rychlejší adaptaci dítěte i matky v situaci, kdy měla matka jakousi kontrolu nad porodem, takže doporučují, aby byly porody uskutečňovány alespoň za podobných podmínek, které by rodička měla, kdyby rodila doma. Konkrétně by měl porod probíhat v místnosti připomínající obývací pokoj s tlumeným světlem za doprovodu tichých zvuků, zároveň však v přítomnosti odborníků pro případ komplikací. Francouzský porodník Frédéric Leboyer vyžaduje takový porod, který dítěti příchod na svět co nejvíce zjednoduší. Novorozenec je bezprostředně po porodu ještě i s pupeční šňůrou položen na břicho matky a takto mezi nimi probíhá interakce již od začátku nerušeně v těsném kontaktu „kůže na kůži“. Tím jsou položeny dobré základy pro optimální navázání jejich vztahu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

V dalším textu se při vymezení etap vývoje dítěte držíme periodizace dle Langmeiera a Krejčířové (2006), kteří charakterizují novorozenecké období jako dobu prvního měsíce života dítěte, kojenecké období trvá do jednoho roku jeho života a následuje období batolecí, které je stanoveno od jednoho do tří let věku dítěte.

## 3.3 Novorozenecké období

Během novorozeneckého období většinou dítě prospí 16 až 18 hodin denně. Protože je spánek v těchto raných fázích života nejčastějším stavem dítěte a chování v průběhu spánku není jednotné, je důležité věnovat spánku pozornost a porozumět mu (Sobotková & Dittrichová, 2012).

Dnes rozlišujeme 6 základních behaviorálních stavů novorozence, které je nutné vymezit, protože podle toho, v jakém stavu se dítě zrovna nachází, se odvíjí všechny jeho reakce. Tyto stavy tedy dělíme následovně:

1. hluboký spánek charakterizovaný pravidelným dechem, zavřenými očima za přítomnosti jen mírného svalového tonu, bez spontánních pohybů.

2. Lehký spánek, tedy REM fáze spánku, někdy bývá označována také jako paradoxní spánek. Oči jsou zavřené, nebo mohou být pootevřené. Tato fáze spánku je známá tím, že pod víčky můžeme pozorovat rychlé oční pohyby. Dech může být nepravidelný, objevují se záškuby a pohyby. Častá je změna mimiky.

3. Dřímota je stav mezi spánkem a bdělostí, oči jsou buď otevřené nebo pootevřené, objevují se drobné záškuby.

4. Během klidného bdělého stavu jsou oči otevřené, dítě zaměřuje pozornost na poslouchání a pozorování, nízká je úroveň pohybové aktivity.

5. Aktivní bdělý stav poznáme tak, že jsou oči otevřené. Častá je pohybová aktivita doprovázená značnými pohyby končetin, obvykle se můžeme setkat i s hlasovými projevy.

6. Při pláči jsou oči zavřené nebo otevřené. Je doprovázen značnou pohybovou aktivitou s vysokým svalovým napětím a nepravidelným dechem. Tento pláč je náročné utišit (Berk, 1997; Langmeier & Krejčířová, 2006; Vasta, Hait, & Miller, 1999).

Už v novorozeneckém období jsou vyvinuty všechny nepodmíněné reflexy (sací, polykací, úchopový, vyměšovací, hledací apod.) (Uličná, 2013). V poloze na zádech převládá spíše asymetrické rozložení končetin a hlava je trvale pokleslá. Pěsti jsou většinou zaťaty, úchopový reflex je silnější, pokud dítěti vložíme prst do dlaně. V poloze na břicho dítě hlavu přizpůsobivě otáčí do stran a dokáže ji na okamžik zvednout. Novorozenec rozlišuje základní barvy a tvary a upřednostňuje kontrasty a složité tvary. Dítě preferuje sladkou chuť a ženský hlas. Na tichý hlas reaguje uklidněním a stejně tak funguje pochování. Již v prvním týdnu života dítě pozná matku podle čichu (Cíbochová, 2004; Langmeier & Krejčířová, 2006).

### **3.3.1 Psychický vývoj novorozence**

Nervový systém novorozence je jak funkčně, tak anatomicky nezralý a důsledkem toho i lehce zranitelný, proto je při pečování o novorozence potřeba nejen péče fyzické, ale pro zdárný vývoj je také nutné vystřídat co nejvíce silných a prudkých podnětů jako např. světlo, hluk, prudké pohyby apod. Velmi důležité je také podporovat vazbu mezi matkou a dítětem, jednak kojením, jednak neustálou blízkostí matky. Pro zdárný vývoj dítěte je

vhodné vytvářet takové podmínky, aby matka i otec a popřípadě sourozenec/sourozensci mohli budovat vztah s novorozencem co nejdříve (Langmeier & Krejčířová, 2006, 48).

### 3.3.2 Epizodická paměť

Vágnerová (2012) uvádí, že *paměť funguje již v prenatálním období, i když jen na té nejjednodušší úrovni. Po narození funguje hlavně krátkodobá paměť. Ukládání zážitků do dlouhodobé paměti závisí na zrání mozkových center (striatum, mozeček a hypotalamus). Schopnost zpracovat vzpomínky tak, aby je bylo možné později reprodukovat, vyžaduje nepoměrně větší zralost těchto oblastí, než jaká je k dispozici v nejranějším věku dítěte (Vágnerová, 2012, 86).*

## 3.4 Kojenecké období – nejdelší rok

*„Proč nejdelší? Protože za první rok se toho v lidském životě nejvíce přihodí a vývoj je po tělesné i duševní stránce mnohem rychlejší než kdykoli později. Za první rok se změníme více než třeba za pět let od 15 do 20 nebo za dvacet let od 40 do 60 (Řičan, 2014, 75).*

### 3.4.1 Hrubá motorika

Zhruba do tří měsíců převládá u dítěte v poloze v leže asymetrické rozložení končetin s obličejem nasměřovaným dopředu, symetrické rozložení nastává od 4. měsíce. Během 6. měsíce se v této poloze objevuje zvedání hlavy a ramen (Langmeier & Krejčířová, 2006). Diagonální lezení (dítě zkříženě zapojuje horní a dolní končetiny) nastává okolo 8. měsíce a objevuje se po několika týdnech, které batole stráví snahou o nejrůznější pohyby, např. se plazí vpřed a vzad, posunuje se, odráží se nohou, válí sudy apod. S nástupem 9. měsíce se dítě dokáže samo posadit, snaží se postavit a lézt. Samostatná chůze se u každého jedince objevuje individuálně v širokém rozpětí od 9 do 18 měsíců (Thorová, 2015).

### 3.4.2 Jemná motorika

U novorozence jsou ruce nejčastěji zatnuté v pěst, asi ve 2. měsíci dítě začíná uvolňovat palec a kolem 3. měsíce povolují ostatní prsty. Během 5. měsíce se ruka otvírá k volnímu úchopu a od 6. měsíce se palec posunuje do opozice ostatních prstů, ruce začínají spolupracovat a objevuje se volní úchop. Úchop se dále vyvíjí od tzv. dlaňového

úchopu (dítě uchopuje předmět celou dlaní, v další fázi je schopné si předávat předmět z ruky do ruky), kolem 7. měsíce se objevuje tzv. hrabavý úchop (chtěný předmět dítě bez použití palce „nahrabe“ do dlaně). Dalším stádiem vývoje úchopu je tzv. nůžkový úchop (dítě uchopí předmět prostřednictvím palce a ukazováku). Mezi 9. a 12. měsícem se úchop postupně uvolňuje a dítě dokáže předmět záměrně upustit. V tomto období kojeneček začíná uchopovat malé věci díky spolupráci palce a ukazováku postavených v opozici, toto stádium je nazýváno tzv. horní pinzetový (klíšťový) úchop. Na konci kojeneckého období dítě uchopí velmi drobné předměty a často používá ukazovák k exploraci i komunikaci (Thorová, 2015).

### 3.4.3 Řeč

Aby se dítě mohlo naučit řeči, je nezbytné, aby ji od narození vnímalo. Předpokládá se, že děti mají vrozenou schopnost začít vydávat zvuky už od 2. měsíce života (Graig, 1999). V tomto období tedy začíná kojeneček broukat, experimentovat s hlasem a poslouchá svůj zvukový projev. Po 6. měsíci vyslovuje slabiky jako ba a da. Mezi 8. až 9. měsícem začíná žvatlat (tj. *opakování jasně artikulovaných slabik*) a na konci tohoto období ztrácí žvatlání svůj repetitivní charakter. V praxi to znamená, že dítě kombinuje různé slabiky a jeho vyjadřování se začíná podobat mateřštině, má dobrou intonaci a začíná vyslovovat první slova. Od 8 měsíců dokáže říct jedno slovo s významem a ve 12 měsících už jich zvládne až šest. K porozumění jednoduchým slovům v mateřském jazyce dochází dříve, a to okolo 8. až 10. měsíce (Langmeier & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2000).

### 3.4.4 Kognitivní vývoj

Díky asimilaci (organismus si přeměňuje okolní předměty podle sebe sama) a akomodaci (organismus se mění pod tlakem prostředí) dochází ke změnám ve smyslovém vnímání, v motorice i souhře činností (Langmeier & Krejčířová, 2006).

### 3.4.5 Socializace

Prostředkem socializace je sociální učení, tedy učení, ke kterému dochází díky mezilidské komunikaci. Předpokládá se, že pro tento kontakt je dítě vybaveno vrozenými dispozicemi. Vrozená je základní aktivita, která slouží k tomu, aby dítě připoutalo pozornost a podnítilo rodiče k nějaké aktivitě zaměřené právě na něj. Další rozvoj závisí na zkušenosti (Vágnerová, 2000).

Úsměv nebo hlasový projev, který se začíná objevovat od 3. měsíce, se jednoho dne stane součástí chování dítěte díky tomu, že k tomuto chování došlo. Ve 3. měsíci začíná rozeznávat přípravy ke krmení. Od 4. měsíce se usmívá a je schopno vokalizovat na obraz v zrcadle, dotýká se láhve a zvládne ji přidržit. V 5. měsíci se začíná chovat zdrženlivě k cizím osobám. Kolem 6. měsíce se směje, povídá a dokáže sníst z části tuhou stravu. Od 8. měsíce si už drží láhev samo a zvládne sníst např. rohlík. V 10. měsíci spolupracuje při oblékání (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Rodiče reagují na dané chování dítěte, a to je pro něj příjemné. Díky tomu si začne uvědomovat účinky svého chování a začne jej vykonávat uvědoměle. Vrozený základ dítě chrání v případech, kdy se okolí nezajímá o jeho chování, což by mohlo mít nepříznivé následky (Vágnerová, 2000).

### **3.4.6 Epizodická paměť**

*„Epizodická paměť slouží podle Tulviga k uchopování a vybavení si událostí nebo příhod, které jsou prostorově umístěny, časově datovány a subjektivně prožívány“* (Plháková, 2003, 205).

Plháková (2003) dále uvádí, že součástí epizodické paměti je tzv. autobiografická paměť, ve které uchováváme vzpomínky na různé osobní zážitky, jež se odehrály v průběhu našeho života. Tento typ paměti využíváme tehdy, když si chceme vybavit například svůj první den ve škole nebo okolnosti narození mladšího sourozence. Díky této paměti víme, na jaký film jsme se včera dívali nebo co jsme měli k večeři.

Tato forma paměti není v kojeneckém věku rozvinuta a její vytvoření závisí na rozvoji řeči a myšlení, na zralejším způsobu zpracování a vyjadřování zážitků. Vyžaduje i uvědomění si sebe sama jako aktéra určitého dění, přičemž na takové úrovni kojenci nejsou. Jejich raným vzpomínkám chybí časoprostorové zařazení, které je pro zpracování osobních zážitků nezbytné (Vágnerová, 2012).

## **3.5 Batolecí období**

Jedná se o období značného motorického rozvoje spojeného se samostatnou chůzí a cílenou manipulací. Je to doba, ve které dochází k osvojování si mateřského jazyka, k rozšiřování sociálních vztahů, vydělování vlastního Já a sebeuvědomování (Šulová, 2004).

### 3.5.1 Hrubá motorika

Od 12. měsíce života začíná dítě samostatně chodit. Zprvu je chůze nejistá, postupně dochází ke zlepšení, zrychluje krok a v 15. měsících začíná běhat. Také překračuje práh a zvládá terénní nerovnosti. Od 21. měsíce dokáže běhat celkem bez problémů. Samostatnou chůzi po schodech nahoru i dolů je dítě schopno vykonávat od 24 měsíců, v této době také začíná skákat sounož. Ve 30. měsíci se u něj objevuje chůze po špičkách a na chvíli udrží rovnováhu na jedné noze (Langmeier & Krejčířová, 2006).

### 3.5.2 Jemná motorika

Mezi 15.-18. měsícem dítě zvládne postavit komín až ze čtyř kostek, což se nadále vyvíjí do té doby, že ve 36. měsíci po předvedení postaví most. Již po prvním roce se dítě pokouší kreslit, v 15 měsících spontánně čmárá a ve 36 měsících už zvládne nakreslit kruh, a i vertikální a horizontální čáru (Langmeier & Krejčířová, 2006). Koordinace rukou se zlepšuje do té fáze, že na konci třetího roku batole navleče korálky na provázek (Thorová, 2015).

### 3.5.3 Řeč

Od 12. měsíce dítě užívá žargon, tedy bezvýznamné žvatlání, se kterým přestává ve 24. měsíci. V 15. měsících zná batole 10-15 slov. V 18. měsíci dokáže kombinovat 2-3 slova a ve 36 měsících zvládne už i souvětí. Asi v roce a půl dítě pochopí, že každá věc má svůj název a od tohoto okamžiku se značně zrychlí tempo řeči. Každý den se jeho slovník začíná rozrůstat zhruba o dvě nová slova, takže jich ve třech letech umí cca 700-900. Ve dvou letech začíná skloňovat, sestavovat věty, používat osobní zájmena, učí se říkanky a snaží se užívat množné číslo a minulý čas, i když mnohdy nesprávně (Langmeier & Krejčířová, 2006; Říčan, 2014).

### 3.5.4 Kognitivní vývoj

Po prvním roce života dítě začíná s experimentováním a obměňováním svých snah. Zabývá se vším, co je pro něj nové a je velmi zvědavé. Po roce a půl se u dítěte objevuje vhled, což je *náhlé pochopení situace a nalezení prostředku k řešení problému* (Langmeier & Krejčířová, 2006, 78).

### 3.5.5 Emoční vývoj a socializace

Ke zlepšení společenského života dochází u batolete hlavně díky jeho lepší pohyblivosti. Dítě se prochází po bytě, po zahradě a navazuje kontakty se všemi členy domácnosti včetně zvířat. Postupně si ke každému členu rodiny vytvoří vztah podle jeho dosavadní zkušenosti s tímto člověkem. Často je rád středem pozornosti. Objevují se první konflikty, a to v případě, kdy neposlouchá nebo není po jeho vůli. Kolem dvou let si vytvoří rodinnou identitu, což znamená, že začíná chápat členy rodiny jako „svoje“ lidi a odděluje je od ostatních „cizích“ lidí. V tomto období také začíná zřetelněji projevovat svoje city, například křičí, dupe, zmítá sebou. Objevuje se zlostné chování, kdy batole ztuhne a ohýbá páteř směrem dozadu, zrudne mu obličej, rozhazuje rukama a kope kolem sebe. Začíná být také bojovné. Tluče, bije a kouše pečující osobu nebo hází různé předměty jejím směrem. Můžeme pozorovat také city k vrstevníkům, které se objevují ve formě soucitného chování, solidarity, ale i soupeřivosti (Řičan, 2014).

### 3.5.6 Epizodická paměť

Tato forma paměti se v batolecím období teprve začíná rozvíjet. Dospělí pomáhají dětem formulovat jejich vzpomínky tím, že si s nimi o zážitcích vyprávějí. Značný vliv na vytvoření této formy paměti má rozvoj sebepojetí. V tomto věku se vytváří jen nepatrné množství vzpomínek, které jsou navíc značně zkresleny. Příčinou je zřejmě nezralost některých mozkových systémů. Ani autobiografická paměť není v batolecím období příliš rozvinuta. Na konci batolecího období jsou batolata schopna určité zážitky verbálně zformulovat, ale stále je uchováno jen velmi malé množství vzpomínek. Navíc, podmínkou autobiografické paměti je chápat sebe sama jako samostatnou a aktivní bytost, nicméně zmíněné sebepojetí se začíná vyvíjet až na konci druhého roku života dítěte, takže je teprve v počátcích svého rozvoje (Vágnerová, 2012).

### 3.5.7 Dětská amnézie

Jedná se o zvláštní druh amnézie, jež postihuje také explicitní paměť a znamená neschopnost člověka vybavit si vzpomínky na zážitky z prvních tří let života (Plháková, 2003).

Na rozsah dětské amnézie však panují rozdílné názory. Jako první popsal infantilní amnézii Sigmund Freud, který předpokládal, že je *způsobena vytěsněním traumatizujících obsahů z prvních let života do nevědomí. Některé emoční zážitky byly natolik provázeny*



*úzkostí, že nebylo obrannými mechanismy dovoleno, aby se dostaly do vědomí (Freud, 1991, 146-155).*

Šobková & Plháková (1999) tvrdí, že psychoanalýza vychází z předpokladu, že emoční zkušenosti z prvních dvou až tří let života ovlivňují převládající typ nálady v dospělosti.

Názor neurologů je takový, že hipokampus není zralý zhruba do jednoho až dvou let po porodu, a tak události, které probíhají v tomto období nemohou být uloženy do paměti a následně ani později vybaveny. Vývojová psychologie tvrdí, že epizodická paměť není schopna fungovat před tím, než se v lidské psychice vytvoří jasně ohraničená psychická struktura neboli sebepojetí. Vývoj sebepojetí je ukončen okolo třetího roku života, kdy dětská amnézie končí. Podle kognitivních psychologů jsou dětské zkušenosti ukládány v preverbální, názorné a citové podobě, zatímco dospělí je ukládají v termínech verbalizovatelných kategorií a schémat. Dětské zážitky jsou tedy kódovány jinak, než je tomu v pozdějších letech života, v důsledku toho tyto dřívější zkušenosti do novějších schémat nezapadnou a dospělý má problém vybavit si vzpomínky z prvních let života (Plháková, 2003).

## 4 VYBRANÉ PORUCHY VÝVOJE V DĚTSKÉM VĚKU

Z důvodu snahy o co největší komplexnost práce, se budeme v této kapitole zabývat problematikou patopsychologie a psychopatologie dítěte do tří let. Mezi prenatální příčiny poruch vývoje v dětském věku patří např. prenatální toxické vlivy, oběhové poruchy, úrazy matky, metabolické poruchy u matky atd. Perinatálními příčinami jsou např. hypoxie, porodní traumata a obtížný a protahovaný porod. Z postnatálních příčin jsou to infekce jako meningitida a encefalitida (Kraus, 2004; Říčan & Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2004).

Dále se budeme zabývat některými nemocemi a zdravotními postiženími, které v důsledku zmíněných příčin nastávají, konkrétně nastíníme problematiku dětské mozkové obrny, epilepsie, sluchového a zrakového postižení, pohybové postižení, mentální retardace a pervazivních vývojových poruch (Vágnerová, 2004).

Vzhledem k rozsahu práce není možné popsat všechny příčiny a případy nemocí a zdravotních postižení, a proto byly vybrány jedny z nejčastějších.

### 4.1 Etiologie

#### 4.1.1 Prenatální toxické vlivy

Působení toxických vlivů (alkohol, drogy, narkotika) nepříznivě ovlivňuje vývoj plodu, může dojít k jeho deformaci, nebo k nitroděložnímu odumření. V důsledku toxického působení se rodí děti s nízkou porodní hmotností, které pomalu nabírají na váze. U těchto dětí se objevují některé abnormální obličejové rysy jako plochý horní ret, ploché tváře nebo úzké štěrby mezi víčky. Důsledkem toxických vlivů dochází u dětí k mentální retardaci, mohou mít nižší IQ, hydrocefalus, Downův syndrom, dětskou mozkovou obrnu, opožděný vývoj reflexů, poruchy motorických schopností, poruchy chůze, mohou být značně neklidné až hyperaktivní apod. (Berkiová, 2008; Stoppardová, 2007; Vašut, 2007)

### 4.1.2 Hypoxie

Prenatální hypoxie znamená přerušeni dodávky kyslíků do tkání a jedná se o jednu z nejčastějších příčin úmrtí, předčasného porodu nebo poškození plodu. Důsledkem tohoto stavu může být například dětská mozková obrna, senzorické poruchy (slepota, hluchota), epilepsie, mentální retardace apod. (Valuchová, 2012).

### 4.1.3 Infekce CNS

*Infekční onemocnění vznikají jako reakce na vstup určitého choroboplodného činitele do organismu a tato onemocnění (meningitida, encefalitida) mají nepříznivý vliv na další vývoj dítěte (Vágnerová, 2004, 123). Jestliže dojde k onemocnění do třech let věku, většinou bývá důsledkem intelektový defekt a ve věku nad tři roky dochází spíše ke změnám osobnosti a chování dítěte. Častými problémy spojenými s infekcí CNS bývají poruchy spánku, hyperaktivita, emoční labilita, poruchy pozornosti a mohou se objevovat agresivní tendence. Jindy dochází naopak k hypoaktivitě. Meningitida je často doprovázena poruchami percepčně-motorické povahy. Encefalitida je doprovázena postižením kognitivních schopností a mnohdy je spojena s poruchou paměti. Čím později je zahájena léčba, tím závažnější jsou důsledky nemoci. Psychické poruchy vzniklé v důsledku těchto infekcí se dělí do tří stádií: akutní, které se projevují jako bezvědomí, nebo deliria, dále několik měsíců po nemoci ve formě percepčně-motorických obtíží, nebo dlouhodobé, projevující se např. poruchami učení (Říčan & Krejčířová, 2006).*

## 4.2 Problematika nemocných a zdravotně postižených

### 4.2.1 Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (DMO) je porucha mozku vedoucí k postižení hybného vývoje, jejíž nejčastějšími příčinami jsou vrozené vývojové vady mozku, nebo jeho poškození v prenatálním, perinatálním či časně postnatálním období. Často ale dochází k tomu, že se příčinu nepodaří určit. Dnes rozlišujeme čtyři základní formy DMO: hypertonicou (spastickou), dyskinetickou (atetoidní), ataktickou (mozečkovou) a hypotonickou (Říčan & Krejčířová, 2006).

DMO zasahuje do vztahového vývoje dítěte už od novorozeneckého období. Na doteky rodičů (chování, mazlení apod.) není schopno reagovat běžným způsobem. Dětem s DMO chybí synchronizace pohybů s řečí dospělého, mají omezenou mimiku, gesta jsou

nezřetelná a opožděn je i vývoj řeči. Vyskytují se u nich potíže s příjmem potravy, zejména s kousáním. DMO je doprovázeno abnormálním svalovým tonem (hypotonie nebo hypertonie). Děti jsou tedy často dráždivé, plačtivé a neklidné, nebo naopak pasivní s nízkou mírou interakce. Dlouhou dobu jsou děti s DMO závislé na rodičích (Říčan & Krejčířová, 2006). K této poruše hybnosti se nezřídka připojuje epilepsie, poruchy citlivosti, smyslu a vnímání. Poruchy učení, komunikace, kognice, chování nebo mentální retardace (Kraus, 2011).

#### **4.2.2 Epilepsie**

Epilepsií trpí asi 1 % populace a může vznikat jako důsledek mozkového nádoru, po úrazu, v důsledku genetického postižení, nebo hypoxie. Jedná se o chronické poškození mozkové tkáně, které se projevuje ve formě záchvatů různého rozsahu. Záchvat typu grand mal je většinou doprovázen pádem na zem, křečemi, následnou amnézií a jedná se o nejtypičtější záchvat u dětí do tří let. Další typy záchvatů jsou například ohraničený záchvat, akinetický záchvat, petit mal, nebo psychomotorický záchvat. Ve 3-5 % nepřetrvává epilepsie až do dospělosti, ale dojde k samoúzdavě. Z psychologického hlediska můžeme diferenciovat různé poruchy vzhledem k časové dimenzi záchvatu. Jsou to krátkodobé poruchy psychiky vázané na záchvat a patří sem větší dráždivost, labilita, náladovost a horší soustředění v době jednoho až dvou dnů před záchvatem, dále v průběhu záchvatu dohází k únavě, vyčerpanosti, ospalosti či amnézii, dezorientaci a může dojít k iluzím i halucinacím. V období po záchvatu dochází opět k dezorientaci, poruchám soustředění, pozornosti, nepřiměřeným reakcím a zpomalenosti (Vágnerová, 2004).

Trvalejší poruchy rozdělujeme podle příčiny vzniku na primární a sekundární. Primární změny jsou vyvolané samotným onemocněním a sekundární změny nastávají v důsledku medikamentózní léčby (Vágnerová, 2004).

Psychické poruchy, které jsou podmíněny epilepsií jsou například výkyvy emočního prožívání, negativní ladění, větší dráždivost, impulzivita, menší pružnost myšlení, poruchy pozornosti a paměti, poruchy řeči, učení apod. Tyto poruchy se různí a objevují se v rozdílné míře (Vágnerová, 2004).

### **4.2.3 Sluchové a zrakové postižení**

Ztráta některého ze smyslů má negativní vliv na vývoj dítěte, jeho sociální zrání a uplatnění se ve společnosti.

Vývoj neslyšícího dítěte je zpočátku stejný jako vývoj dítěte slyšícího. I neslyšící kojeneček si brouká a žvatlá, postupem času to však ustává, protože svůj hlas neslyší (Vágnerová, 2004). Odlišnost dítěte se sluchovým postižením začne být zřejmá v momentě, kdy se snaží komunikovat. V důsledku menšího kontaktu se společností dochází k citové deprivaci dětí se sluchovým postižením. Osobnost jedince závisí na vlastnostech a schopnostech individua, včasnosti rehabilitace, na pomoci od rodičů a také na typu školského zařízení, které dítě navštěvuje. Lidé se sluchovým postižením jsou obvykle ve větším stresu než lidé se zdravými smysly a často prožívají zklamání. Zpravidla mívají v anamnéze vyšší počet perinatálních traumat a mozkových dysfunkcí. Také se u nich častěji vyskytují neurotické příznaky a poruchy chování než u dětí bez smyslového postižení (Říčan & Krejčířová).

Děti se zrakovým postižením mají kvůli nedostatečnému množství zrakových podnětů nižší aktivaci CNS a svoji „hladinu“ aktivace si doplňují prostřednictvím různých pohybů (např. houpání, kývání apod.). Vývoj úchopu a pohybu je obtížný a závislý na vedení, protože zrak má značný účinek na vývoj motoriky. Děti, které jsou nevidomé zpravidla nelezou, posunují se po zadečku, nebo zádech, dalším stupněm je postavení a obcházení nábytku. Úchop začnou zvládat kolem druhého rok života. Doposud není známo, jak bez zraku probíhá vývoj představ a myšlení. Důležitým mezníkem pro rozvoj řeči u zrakově postižených je pochopení stálosti objektů. Tyto děti mají problém s navazováním neverbální komunikace. Mezi 10. až 18. měsícem se objevuje separační úzkost a je u nich prodloužená doba závislosti na pečující osobě (Říčan & Krejčířová, 2006).

### **4.2.4 Pohybové postižení**

Pohybová vada mnohdy vzniká jako projev organického poškození CNS, které se dále může projevovat mentální retardací nebo poruchou aktivity či pozornosti (např. ADHD). Pohybové postižení se promítne do celkového vzhledu dítěte, což přináší určitou psychosociální zátěž (Svoboda, Krejčířová, & Vágnerová, 2015).

Podstatným faktorem vývoje dítěte je rozsah postižení. Pohyb dolních končetin je důležitý pro lokomoci a následné odpoutání ze závislosti na ostatních lidech. Hybnost horních končetin je nutná pro sebeobsluhu a kontakt dítěte s okolím a mimika s hybností mluvidel jsou podmínkou rozvoje komunikace. Tato omezení ovlivňují rozvoj všech psychických funkcí (Svoboda et al., 2015).

V důsledku narušení rozvoje poznávacích procesů (zejména v oblasti jemné a hrubé motoriky) dochází ke generalizovanému opoždění dítěte. K opoždění v psychickém vývoji, které je však dočasné a může se zlepšit, jakmile se pohybové možnosti rozvinou, dochází kvůli nízké stimulaci a kontaktu s prostředím. Dítě s pohybovým postižením reaguje na své rodiče minimálně. V batolecím období není schopno emancipace. Kvůli znemožnění lokomoce se jeví jako málo zvědavé a nezaujaté. V batolecím období je už schopno se od matky odpoutat, bývá to ale obtížný proces. Tyto děti se často projevují negativismem a odmítavými sociálními reakcemi, protože s narůstajícím věkem je pohybová odlišnost dítěte více zřetelná a stigmatizující (Svoboda et al., 2015).

### **4.3 Mentální retardace**

Mentální retardace (MR) je závažné postižení vývoje rozumových schopností, jehož následkem je omezení fungování jedince ve společnosti. Dělíme ji na lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou. Mentální retardace se objevuje komorbiditě s poruchami aktivity, pozornosti a poruchami chování a má vliv na socializaci dítěte, zejména v časném věku (např. děti s MR jsou více zranitelné z důvodu omezené schopnosti přizpůsobit se). U lidí s MR je vyšší výskyt psychických poruch než u běžné populace (Říčan & Krejčířová, 2006).

### **4.4 Pervazivní vývojové poruchy**

Jedná se o vývojovou poruchu, která se promítá zejména do oblasti sociálních vztahů, kdy se dítě vyhýbá kontaktu, nechápe city, přání, nadsázku, vtip, ironii apod. a jeho projevy chování se mohou okolí zdát bizarní a nesrozumitelné. Významným způsobem je narušena také řeč a komunikace. Vyskytuje se opožděný, nebo chybějící rozvoj vyjadřování, zvláštní intonace, malá schopnost neverbální komunikace, mechanické opakování slyšeného (echolálie). Třetí oblastí, do které se tato porucha promítá je neschopnost změny a nutnosti stereotypních vzorců chování (Říčan & Krejčířová, 2006).

Ze zmíněných stavů je možné Vojtovou metodou léčit děti s dětskou mozkovou obrnou a děti s pohybovým postižením. Děti se sluchovým a zrakovým postižením se Vojtovou metodou léčí v případě přidruženého postižení pohybového aparátu. U epilepsie není Vojtův princip přímo kontraindikován, ale může se praktikovat jen pokud je stav dítěte s epilepsií stabilizován. V případě těžké i hluboké mentální retardace a pervazivních vývojových poruch se léčba touto cestou neprovádí.

# 5 KONTAKT MEZI FYZIOTERAPEUTEM, PACIENTEM A RODIČEM

Ve Vojtově terapii by měl být terapeutický tým složen ze tří osob kvůli tomu, že se pacient nikdy nedovede ošetřit sám. Vždy potřebuje někoho, kdo jej aktivuje, a to jak na rehabilitaci fyzioterapeut/terapeut, tak i doma rodič, partner, pacientův blízký (dále jen rodič).

Protože je třetí člen-rodič nepostradatelnou součástí týmu, Orth (2009) doporučuje zaměřit se v rámci týmové spolupráce zaměřit se především na dva aspekty, a to jsou:

- komunikace
- vzájemný vztah a spolupráce

Tuto myšlenku potvrzují i Ptáček & Bartůněk (2011), který uvádí, že u zdravotníků není komunikace pouhou přidanou hodnotou, ale jedná se o schopnost, kterou by měli všichni ve zdravotních profesích oplývat. Komunikace a obecně kontakt lékaře s pacientem do jisté míry predikuje jednak úspěšnost léčby pacienta, jednak má vliv i na některé další faktory, jako doba trvání léčby a náklady vynaložené na její realizaci.

## 5.1 Komunikace

*„Verbální komunikací se rozumí sdělování prostřednictvím slov, řeči. Jde o sdělování obsahů zpráv a informací. Pro srozumitelnost jakéhokoli verbálního sdělení je důležité kontrolovat co chcete říci a jak to říci“* (Špatenková & Králová, 2009, 35).

Neverbální komunikace je komunikace probíhající beze slov. Někdy může až nahradit verbální komunikaci, většinou ji však doprovází. *Neverbální komunikace tedy ilustruje verbální sdělení, podtrhuje je, zesiluje jeho účinek, popřípadě je reguluje* (Špatenková & Králová, 2009, 29).



V rámci Vojtovy terapie je využívána jak verbální, tak neverbální komunikace. Verbální komunikace se využívá pro *vysvětlení a objasnění provádění terapie*, neverbální komunikace je v této terapeutické triádě terapeut-rodíč-pacient podstatnější než ta verbální. Rodič se v rámci neverbální komunikace učí v praxi aplikovat Vojtův princip, kdy terapeut vede jeho ruce za účelem správné stimulace spoušťových zón. Dítě je v rámci neverbální komunikace buď fyzioterapeutem, nebo rodičem uchopováno a polohováno do pozic, ve kterých se aktivují lokomoční vzorce.

Komunikace probíhá na třech základních úrovních:

- kognitivní úroveň (na této úrovni jsou předávány věcné informace)
- emocionální úroveň (řeč těla, poloha hlasu)
- úroveň jednání (praktikování terapie)

Terapeut by se měl pokusit odhadnout, přes kterou z těchto tří úrovní komunikovat s rodičem a přes kterou s dítětem, co předat verbálně a co neverbálně. *Terapeut potřebuje mít jemný cit pro to, aby odhadl matku nebo otce v rozdílných terapeutických situacích a zareagoval odpovídajícím způsobem.* (Orth, 2009, 170).

Vzájemný komunikační vztah by měl být lidsky rovnocenný, ale bývá nevyvážený, protože zdravotník je v pozici odborníka/autority (Andršová, 2012).

## 5.2 Vzájemný vztah a spolupráce

Vzájemné působení mezi terapeutem a rodičem je zásadní, protože má vliv na celý průběh léčení, které může trvat od pár rehabilitací až po několikaleté setkávání. Je tedy vhodné, aby probíhalo hladce už navázání prvního kontaktu. Je nutné vybudovat atmosféru důvěry a získat vzájemné přijetí. Rodiče by měli být o Vojtově metodě poučeni a informováni již od lékaře, který je na rehabilitaci vysílá, mnohdy tomu tak ale není a k terapeutům docházejí rodiče neinformovaní, vystresovaní a nejistí v tom, jestli chtějí Vojtovu metodu praktikovat, nebo ne. V tomto případě hraje velkou roli terapeut a jeho schopnost rodiče do terapie uvést a namotivovat.

## **5.3 Aspekty zlepšující situaci rodiče při ošetřování svého dítěte pomocí Vojtovy metody**

### **5.3.1 Výběr vhodného terapeuta**

To, jak rodič Vojtův princip pojme a jak bude odolný vůči nepříjemnostem, které s sebou léčení nese, závisí zejména na výběru terapeuta. Fyzioterapeut, který prošel certifikovaným kurzem Vojtovy metody má minimálně dvouletou praxi v oboru a má vysokoškolské vzdělání v oboru fyzioterapie. Tento kurz je uznávaný Mezinárodní Vojtovou společností sídlící v Německu, která celosvětově sdružuje fyzioterapeuty, lékaře i vyučující Vojtovy metody. Absolventi kurzu získají mezinárodně platné osvědčení o jeho absolvování. Kurz, který je zaměřen na děti, má 320 ti hodinovou akreditaci. Jednotlivé bloky kurzu obsahují praktickou i teoretickou výuku a pozornost je věnována i psychologii. Po absolvování kurzu by tedy fyzioterapeut měl být schopen kvalitně předat jak praktické, tak teoretické znalosti a zároveň podpořit pacienty i rodiče po psychické stránce, pokud to bude zapotřebí (rl-corpus, nedat.).

### **5.3.2 Terapie by neměla mít negativní účinek na vztah rodiče s dítětem.**

Rodiče zmiňují, že tato společná činnost, která je například doprovázena různými rituály (písni, hrou či povídáním apod.) právě naopak zintenzivnila jejich vztah s dítětem (Orth, 2009).

### **5.3.3 V důsledku terapie by nemělo dojít k odmítnutí rodiče dítětem.**

To, že by dítě odmítlo rodiče z důvodu této rehabilitace, se nestává. Je důležité, aby pocity a jednání rodiče „táhly za jeden provaz“. Díky dotekům rodiče dítě vycítí jeho opravdový postoj k terapii, když je tedy jednání i cítění rodiče v souladu, dítě své rodiče chápe jako osoby, které ho milují a na které se může spolehnout a důvěřovat jim (Orth, 2009).

### **5.3.4 Terapie by neměla bolet.**

Rehabilitace Vojtovou metodou by neměla bolet, protože bolest je kontraindikována, jelikož blokuje přenos informací v CNS. Pro dítě je proces rehabilitace nepříjemný, protože neví, co se s ním děje a v podstatě nesouhlasí s nucenou polohou a tlakem, který na jeho tělo vyvíjí ošetřující osoba (Orth, 2009). Dítě pláče, protože je to

jeho jediná možnost komunikace. Pediatři i fyzioterapeuti pomáhají rodičům s rozpoznáním konkrétního druhu pláče. Je důležité poznat, zdali se jedná o normální pláč (protestní, nesouhlasící), fyziologický pláč (důsledek hladu, žízně apod.), nadměrný pláč způsobený většinou organickou příčinou neboli bolestivý pláč (ušní infekce, zánět slepého střeva apod.), nebo nadměrný pláč způsobený jinými příčinami (např. alergie) (Jovančević, Bolfan-Stošić, & Jovančević, 2014).

### **5.3.5 Rodinní příslušníci se terapie mohou zúčastnit.**

Pokud má rodič problém v tom smyslu, že jej rodina v rehabilitaci dítěte nepodporuje, je doporučováno, aby vzal rodinu na terapii s sebou. Jednotliví členové se budou moct konkrétně zeptat, na co potřebují a zjistit, jak celková rehabilitace probíhá. Tady by opět měl být terapeut schopný rodině poskytnout veškeré možné informace a vyjasnit jejich nejistoty (Orth, 2009).

## 6 PŘEHLED DOSAVADNÍCH STUDIÍ SPOJENÝCH S VOJTOVOU METODOU

Mnoho výzkumů, které by charakteristikou odpovídali tomu našemu, se nám v našem prostředí s využitím námi dostupných zdrojů, nepodařilo dohledat. Představíme tedy výzkumy spojené s Vojtovou metodou.

Sarimksi, Hoffman (1993) uskutečnili výzkum, kterého se účastnilo 25 matek od dětí trpících dětskou mozkovou obrnou, jež své děti ošetřují Vojtovou metodou. Ve druhé kontrolní skupině byly respondentkami matky, které se svými dětmi nemusely podstupovat tento způsob rehabilitace, a tak byly ušetřeny stresu, který s sebou tato technika přináší. Matky vyplňovaly dotazník, jenž zjišťoval temperament jejich dětí, rodičovské postoje a to, jak se vyrovnávají s každodenními problémy. Ukázalo se, že matky podstupující Vojtovu metodu se snaží kompenzovat stres svých dětí tím, že bývají přehnaně protektivní v každodenních problematických situacích.

Další studie došla k závěru, že Vojtova terapie zlepšuje jednak zdravotní stav dítěte, jednak by měla včasná diagnostika a léčba připravit dítě na samostatný život v dospělosti. Díky včasnému zásahu v období školního věku se během léčby věnuje pozornost komunikaci, sebepěči a mobilitě. Pro adolescenty přecházející do dospělosti je totiž nezávislost stěžejní (Barry, 1996).

Tato studie se zabývala tím, zdali může mít včasná fyzioterapie negativní vliv na vztah matky a dítěte. Matky léčící své děti Vojtovou metodou byly srovnány s těmi, které využívají koncept manželů Bobathových<sup>7</sup>. Předpokládalo se, že Vojtova metoda vnáší do vztahu mezi matkou a dítětem více stresu než Bobathův koncept. Mezi hlavní ukazatele patřil fyzický a emocionální stres matek a jejich postoje vůči vlastním dětem. Data byla získávána pomocí dotazníku. Výsledky ukázaly, že matky ve Vojtově metodě, jsou vystaveny vyššímu stresu pouze ze začátku terapie. V dalším průběhu se prožívání stresu

---

<sup>7</sup> Metoda manželů Bobathových je dalším fyzioterapeutickým konceptem, který se využívá v mnoha zemích v oblasti léčby psychomotorických poruch u dětí i dospělých (Paci, 2003).

v těchto dvou přístupech neliší (Ludewig, Mähler, 1999). Srovnáním Vojtovy metody s Bobath konceptem se dále zabývali také Józwiak, Sergiusz a Podogrodski (2010).

V roce 2000 Bäckström a Dahlgren provedli kvalitativní výzkum, kterého se účastnilo šest probandů s tělesným postižením. Ti měli za úkol podstupovat denně během čtyř měsíců Vojtovu terapii. Po čtyřech měsících byly s účastníky výzkumu provedeny rozhovory. Dále se postupovalo metodou zakotvené teorie a byly stanoveny následující kategorie: fascinace vlastním tělem, funkční výsledky, nezávislost a „těžko se to vysvětluje“. Závěr je takový, že denní tréninky byly označeny jako obohacující a zajímavé. Účastníci pocítovali zlepšení v relaxaci, dýchání, pohyblivosti, rovnováze, měli větší sílu, zlepšila se jim schopnost chůze a jemná motorika. Dále konstatovali, že je těžké slovy vyjádřit k jakému posunu došlo během ošetřování.

Liu, Pan, Ma (2007) ve své studii zkoumali účinky akupunktury u dětí se spastickou formou mozkové obrny. Sto dětí trpících mozkovou obrnou ve věku od 2 do 7 let bylo náhodně rozděleno do dvou skupin. Kontrolní skupina dětí byla léčena Vojtovou, nebo Bobathovou metodou. Experimentální skupina byla také ošetřována těmito dvěma technikami s tou výjimkou, že po rehabilitaci děti ještě podstoupily akupunkturu. Terapie trvala od 3 do 12 měsíců podle rozsahu postižení jednotlivého dítěte. Experimentální skupina vykazovala větší zlepšení zdravotního stavu. Akupunktura má tedy příznivý vliv na zlepšení kvality života dětí trpících mozkovou obrnou.

Cílem další práce bylo zjistit, jestli existují rozdíly ve vývoji dětí s mentálním nebo tělesným postižením a kvalitou vazby mezi rodičem a dítětem ve vzorku předčasně narozených dětí léčených buď Vojtovou metodou, nebo jiným fyzioterapeutickým konceptem. Věk pro posuzování mentálního i tělesného vývoje byl první 3 měsíce života dětí, dále 6, 12 a 18 měsíců a pro posouzení kvality vazby byly sledovány děti ve věku 15 měsíců. Výsledky ukázaly, že mentální i motorické funkce se lépe rozvíjely u těch kojenců, kteří byli indikováni k Vojtově terapii, ale mezi oběma vzorky nebyl rozdíl v kvalitě vazby (Martínez-Fuentes, Péret-López, De la Nuez, & Díaz-Herrero, 2011).

Tato případová studie prokázala snížení příznaků chronické migrény u 49leté ženy. Během dvanácti týdnů podstupovala Vojtovu terapii a symptomy zaznamenávala do svého deníku. Původně trpěla pacientka migrénou 8 - 10krát za měsíc, migréna trvala až tři dny a pacientka jí přidělovala deset bodů z deseti možných na stupnici bolesti. Po dvanáctitýdenním léčení bylo zaznamenáno subjektivní zlepšení, se snížením frekvence migrény na jednu až dvě za měsíc, jejíž doba trvání byla maximálně dvanáct hodin

a intenzita se na stupnici bolesti snížila na dva body z možných deseti bodů. Závěr je tedy takový, že v tomto případě se prokázalo, že léčba Vojtovou technikou po dobu dvanácti týdnů pomohla snížit symptomy migrény, přesněji trvání, intenzitu a četnost a tento výsledek by mohl být podkladem pro další výzkum (Juehring & Barber, 2011).

Kováčiková (1998) zveřejnila práci pojednávající o problémech nastávajících při práci s dětmi, které jsou postižené a s jejich rodiči. Dle Kováčikové je stěžejní vybudovat v terapeutickém týmu dobrý vztah, kde si jeho účastníci navzájem důvěřují, komunikují o nejistotách a diskutují, když je to potřeba. Dále tvrdí, že dobrý fyzioterapeut zastává i roli psychologa. Ne z toho důvodu, že by chtěl psychologům zasahovat do jejich práce, ale jednoduše proto, že okolnosti každodenních situací vzniklých při jeho práci mu nedávají na výběr.

Výzkum, který se nejvíc podobá tomu našemu, je studie Uličné (2013), která provedla celkově 22 polostrukturovaných interview s rodiči, partnery či dalšími osobami, kteří se svými dětmi, partnery či členy rodiny, mají, nebo měli zkušenost s rehabilitací pomocí Vojtovy metody, dále s fyzioterapeuty i samotnými pacienty. Analýzou dat došla ve své studii k závěru, že Vojtova metoda je ve velké většině vnímaná jako účinná metoda a zejména zpočátku je terapie doprovázena nepříjemnými pocity, obavami a pochybami. Dále popsala faktory, jenž napomáhají úspěšné rehabilitační léčbě, jsou jimi zejména podpora rodiny a blízkých, nová organizace denního režimu a nastolení pravidel. Jako zásadní zmiňuje schopnost navázat vztah v terapeutické situaci založený na důvěře, komunikaci a pochopení.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, VÝZKUMNÉ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě rešerše námi dostupných zdrojů vyplývá, že fyzioterapeutický koncept Vojtovy metody je zkoumanou problematikou zejména v zahraničí. Co se týče České republiky, tak nejvíce se v oblasti výzkumu, zejména z fyzioterapeutického hlediska, angažuje zdravotnické zařízení RL-CORPUS sídlící v Olomouci. Psychologických výzkumů, které by se zabývaly Vojtovou metodou doposud však mnoho není. Z tohoto důvodu jsme se v této bakalářské diplomové práci zaměřili na oblast Vojtovy metody a zejména na situaci rodičů, kteří ošetřující své děti Vojtovou metodou. Poznatky se snažíme doplnit o pohled fyzioterapeutů působících ve Vojtově metodě a výukových terapeutů, kteří zajišťují vzdělávání fyzioterapeutů.

Cílem tohoto výzkumu je tedy pokusit se prozkoumat, porozumět a popsat faktory související s přijutím Vojtovy terapie ze strany rodiče a jejím následném praktikování. Dále je naší snahou zmapovat strategie zvládnání rodičů a vnímání této metody rodiči. Cílem je také postihnout to, jakým způsobem jsou fyzioterapeuti nápomocni rodičům v této terapeutické situaci, jakým způsobem jsou v oblasti podpory rodičů vzdělávání a jejich názor na své vzdělávání. Také nás také zajímá názor výukových terapeutů na vzdělávání fyzioterapeutů v oblasti podpory rodičů. V neposlední řadě se snažíme zjistit, jestli naši respondenti využívají psychologickou pomoc.

Na základě cílů jsme konkrétní výzkumné otázky formulovali následovně:

*Jak rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou, vnímají tuto metodu?*

*Co rodičům nejvíce pomáhá ošetřování zvládat?*

*Jaké konkrétní strategie zvládnání rodiče používají?*

*Jakým způsobem fyzioterapeuti podporují rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou?*

*Jaký je názor fyzioterapeutů na své vzdělání v oblasti podpory rodičů?*



# 8 ZVOLENÝ METODOLOGICKÝ RÁMEC A METODY

## 8.1 Zvolený typ výzkumu

Vzhledem ke snaze poznat problematiku Vojtovy metody do hloubky, zjistit podstatu zkoumaného jevu a odhalit souvislosti jevů, byl zvolen kvalitativní typ výzkumu.

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“* (Greswell, 1998, 12, cit. Hendl, 2016, 46).

Miovský (2006) zmiňuje, že kvalitativní výzkum je založený na využívání principů jedinečnosti, neopakovatelnosti, procesuálnosti, kontextuálnosti a dynamiky. Významnou roli zde hraje i princip reflexivity, což znamená, jak se výzkumník podílí na výzkumném procesu a jaký má tento aspekt dopad na samotné respondenty.

## 8.2 Efekt výzkumníka

Dle Miovského (2006) výzkumník nemůže být nezávislý, protože on sám je v podstatě účastníkem výzkumu. Je součástí psychologických i sociálních vazeb ve výzkumu a s respondenty ho pojí určitý osobní vztah. Klíčová vlastnost pro validitu výzkumu i jeho úspěšnost je autentičnost výzkumníka. Výzkumník je zatížen svými zkušenostmi, znalostmi, názory a předsudky, osobní historií apod. Ve výzkumu je potřeba s tímto fenoménem počítat, rozpoznat jej a následně s ním pracovat, což je nazýváno jako schopnost autoreflexe neboli umění porozumět svým pocitům a názorům a schopnost je oddělit od výzkumníkovy počínání si ve výzkumu, protože v rámci něj by se měl pokusit o objektivní popis reality.

Vzhledem k tomu, že výzkumnice měla v rámci rodiny zkušenost s rehabilitováním Vojtovou metodou, musela před samotnou realizací interview provést autoreflexi. Všechny svoje zkušenosti, znalosti, názory, předsudky i osobní historii vypsala na papír, zorientovala se v nich, odložila je a během rozhovorů se snažila o co nejobektivnější dotazování.

### **8.3 Metody získávání dat**

Mezi základní metody kvalitativního výzkumu patří interview. Termínem interview je označován takový rozhovor, *který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie*. Je prováděno s jednou až třemi osobami a je považováno za nejtěžší a zároveň nejvýhodnější metodu, pomocí níž získáváme kvalitativní data (Miovský, 2006, 156).

Tento typ výzkumu kvalitně nelze provádět bez pozorování a důležitou roli zde hraje i schopnost sebereflexe. Během rozhovoru je stěžejní pracovat s motivací probanda a nutností je také navodit atmosféru důvěry a otevřenosti. Díky tomu je výzkumník schopen se dostat k jádru problému a získat tak validní a bohatší data (Miovský, 2006).

V našem výzkumu bylo konkrétně použito polostrukturované interview, které je nejrozšířenějším typem rozhovoru a tkví ve vytvoření základního schématu, jež je pro výzkumníka stěžejní. Dané schéma potom udává okruhy otázek, na které se výzkumník táže a dle potřeby mění pořadí za účelem maximalizace výtěžnosti interview (Miovský, 2006).

V rámci tohoto výzkumu byly vytvořeny a použity tři typy polostrukturovaného interview podle toho, zda bylo interview vedeno s rodičem (viz příloha č. 5, polostrukturované interview č. 1), fyzioterapeutem (viz příloha č. 5, polostrukturované interview č. 2), nebo výukovým terapeutem (viz příloha č. 5, polostrukturované interview č. 3). Se svolením účastníků byl průběh rozhovoru nahráván na diktafon a mobilní telefon.

### **8.4 Metody zpracování a analýzy dat**

Metoda zpracování a analýzy dat byla provedena prostřednictvím zakotvené teorie, v rámci které, se využívají tři typy kódování, tedy otevřené kódování, axiální kódování a selektivní kódování.

Metodu zakotvené teorie vytvořili sociologové Barney Glasser a Anselm Strauss, jejichž východiska a poznatky se sice lišily, přesto oba ke vzniku zakotvené teorie přispěli stejnou měrou. První knižní vydání vzniklo v roce 1967 (Strauss & Corbinová, 1999). Jedná se pravděpodobně o nejčastěji využívanou metodu v kvalitativním výzkumu. Jejím hlavním cílem je vybudovat teorii jevu, který je zkoumán. Snaží se o vytváření teorie pevně zakotvené v datech, čímž se liší od teorií, které jsou vytvářeny intuitivně (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Zakotvená teorie je tedy induktivně odvozená ze zkoumaného jevu. U zakotvené teorie *nezačínáme teorií, kterou bychom následně ověřovali, spíše začínáme zkoumanou oblastí a necháváme, ať se vynoří to, co je v této oblasti významné* (Strauss & Corbinová, 1999, 14).

Postupy kódování byly následující:

- Otevřené kódování

První stádium probíhalo tak, že přepisy rozhovorů byly neustále pročítány a slovům, větám či odstavcům byla přidělena jména (viz příloha č. 7), která reprezentovala určitou myšlenku, událost, nebo případ. K tomu výzkumníkovi pomáhalo klást si otázky typu: Co to je? Co to reprezentuje? Zmíněným postupem došlo k tomu, že podobným jevům byla přiřazována stejná jména. Takto se vzhledem k vyššímu počtu rozhovorů vynořilo velké množství pojmů, které bylo třeba zredukovat. Redukce se uskutečnila prostřednictvím kategorizace neboli seskupování pojmů, které přísluší témuž jevu. Dále byly určeny subkategorie, které byly řazeny pod kategorie. Během procesu otevřeného kódování docházelo k neustálému porovnávání a přeřazování kategorií a subkategorií. Z důvodu dalšího kódování byly dle sycenosti v rozhovorech stanoveny stěžejní kategorie a subkategorie. Také byly určeny i některé další kategorie a subkategorie, které sice nebyly tak hojně zastoupeny v rozhovorech, ale pro tvorbu uceleného, komplexního příběhu je vhodné je zmínit, protože se jednalo většinou o kategorie zlepšující situaci rodičů v terapii. Po vytvoření kategorií následovalo určování kategorií a jejich dimenzí. K otevřenému kódování byl použit program Microsoft Office Excel 2016 (Strauss & Corbinová, 1999).

- Axiální kódování

Axiální kódování probíhalo tak, že kategorie a subkategorie byly dávány do vztahu podle vzoru paradigmatického modelu, který zahrnuje *podmiňující vlivy, kontext, strategie jednání a interakce a následky* (Strauss & Corbinová, 1999, 70).

Schéma paradigmatického modelu:

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ  
PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F) NÁSLEDKY  
(Strauss & Corbinová, 1999)

- Selektivní kódování

Posledními kroky procesu kódování bylo stanovení jedné centrální kategorie, *což je ústřední jev, kolem kterého se integrují všechny ostatní kategorie*. Poté byl vytvořen příběh, tedy *popisné vyprávění o ústředním jevu výzkumu* a kostra příběhu, která celý příběh konceptualizuje (Strauss & Corbinová, 1999, 86).

## 8.5 Etické problémy a způsob jejich řešení

Před začátkem polostukturovaného interview byli potenciální účastníci výzkumu seznámeni s jeho průběhem, konkrétně s cíli, metodami a postupy, které budou ve výzkumu použity. Dále byli informováni o tom, že výzkum je zcela anonymní a s veškerými údaji bude zacházeno v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů. Také jim bylo sděleno, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a že mají právo kdykoli, bez udání důvodů, přerušit či ukončit svoji účast, popřípadě neudělit souhlas s použitím již získaných údajů. Se dvěma respondenty byl rozhovor veden pomocí aplikace Skype, takže byly informace o výzkumu předávány jen ústně. S 21 probandy, se kterými se výzkumník setkal osobně, byl podepsán informovaný souhlas s účastí ve výzkumu (viz příloha č. 3).

Z důvodu zachování anonymity účastníků, byla jména respondentů nahrazena názvem a číslem. Jména rodičů byla nahrazena názvy Rodič 1 až Rodič 12, fyzioterapeuti byli označeni jako Fyzioterapeut 1 až Fyzioterapeut 7 a výukoví terapeuti jako Výukový terapeut 1 až Výukový terapeut 4.

Zvukové nahrávky byly po doslovném transkriptu do elektronické podoby smazány jak z mobilního telefonu, tak z diktafonu. Elektronické přepisy rozhovorů jsou uloženy v počítači výzkumníka. Počítač je přístupný pouze s heslem, které zná jen výzkumník. Po ukončení výzkumu budou převedeny na datový nosič a zabezpečeny heslem a z počítače budou smazány. Přepsané rozhovory bylo nutné z důvodu pročítání při kódování vytisknout. V psané podobě jsou uzamčeny a po ukončení tohoto výzkumu bude následovat jejich skartace.

## 9 VÝZKUMNÝ SOUBOR A METODA VÝBĚRU VZORKU

Výzkumný soubor je tvořen z 23 probandů. Data jsme získávali prostřednictvím tří skupin respondentů.

A) Dvanáct rodičů, kteří začali své dítě ošetřovat Vojtovou metodou v období od jeho narození do tří let jeho života, kdy doba, která uběhla od ukončení rehabilitace, nebyla delší než 1 rok (dále jen rodiče).

B) Sedm fyzioterapeutů, kteří v oboru Vojtovy metody působí v rozmezí od 15 do 38 let (dále jen fyzioterapeuti/terapeuti).

C) Čtyři výukoví terapeuti, kteří zajišťují vzdělávání fyzioterapeutů nejenom na certifikovaném kurzu Vojtovy metody (dále jen výukoví terapeuti).

Respondenti byli získáváni využitím tří metod výběru, a to metodou samovýběru, metodou příležitostného výběru a metodou sněhové koule.

Metoda samovýběru spočívá dle Miovského (2006) v principu dobrovolnosti respondenta neboli v aktivním projevení zájmu zapojit se do výzkumu. V této výzkumné studii byla metoda samovýběru konkrétně použita tak, že do čekáren pediatrů byl umístěn inzerát o výzkumu. Celkově byli osloveni tři pediatři, kteří s umístěním inzerátu souhlasili a povolili i oslovování potencionálních probandů zdravotní sestrou. Potencionálním účastníkům byl předán kontakt na výzkumnou osobu a oni ji následně mohli kontaktovat telefonicky, nebo emailem. Metodou samovýběru bylo do výzkumu získáno šest rodičů.

Patton (1990, in Miovský, 2006) zmiňuje, že metoda příležitostného výběru je založena na využití příležitosti, které se výzkumníkovi během realizace výzkumu nabízejí k tomu, aby získal účastníky výzkumu. Výzkumník tedy oslovoval své známé a díky této metodě byli získáni dva fyzioterapeuti a dva rodiče. Známí výzkumníka dále oslovovali své známé, což je podstata metody sněhové koule.

Metodou sněhové koule bylo získáno pět fyzioterapeutů, čtyři výukoví lektori a čtyři rodiče a v tomto výzkumu se osvědčila jako nejefektivnější. Tato metoda spočívá v *získávání nových případů na základě procesu postupného nominování dalších osob již známými případy*. V praxi to vypadá tak, že po rozhovoru s probandy, kteří splňují kritéria daného výzkumu, jsou tito probandi požádáni o *nominování dalších osob*, které znají a o nichž vědí, že daná kritéria také splňují a o zprostředkování kontaktu mezi těmito osobami a výzkumníkem. S těmito *kandidáty* je následně provedeno interview a proces se dále opakuje (Miovský, 2003, 19).

Sběr dat trval v období od listopadu 2016 do ledna 2017. Během tohoto období byli potencionální probandi osloveni prostřednictvím emailu, nebo telefonu, nebo sami kontaktovali výzkumníka. Následně bylo domluveno místo, datum a čas schůzky. V případě šesti fyzioterapeutů a třech výukových lektorů se polostrukturované interview uskutečnilo vždy v místě jejich pracoviště. S jedním fyzioterapeutem a jedním výukovým lektorem byl rozhovor uskutečněn pomocí aplikace Skype. S pěti rodiči byl rozhovor veden v kavárně poblíž místa jejich bydliště. Sedm rodičů navštívil výzkumník za účelem rozhovoru přímo u nich doma.

Popsanými metodami se podařilo do souboru získat 12 rodičů. Do vzorku se však nepodařilo získat ani jednoho rodiče, který by rehabilitační léčbu předčasně ukončil, přestože jsme se o to pokusili, nicméně dva tito rodiče spolupráci odmítli. Vzorek je tedy složen z respondentů, kteří měli s metodou spíše pozitivní zkušenost a tím pádem byli více ochotní spolupracovat a o své zkušenosti se podělit.

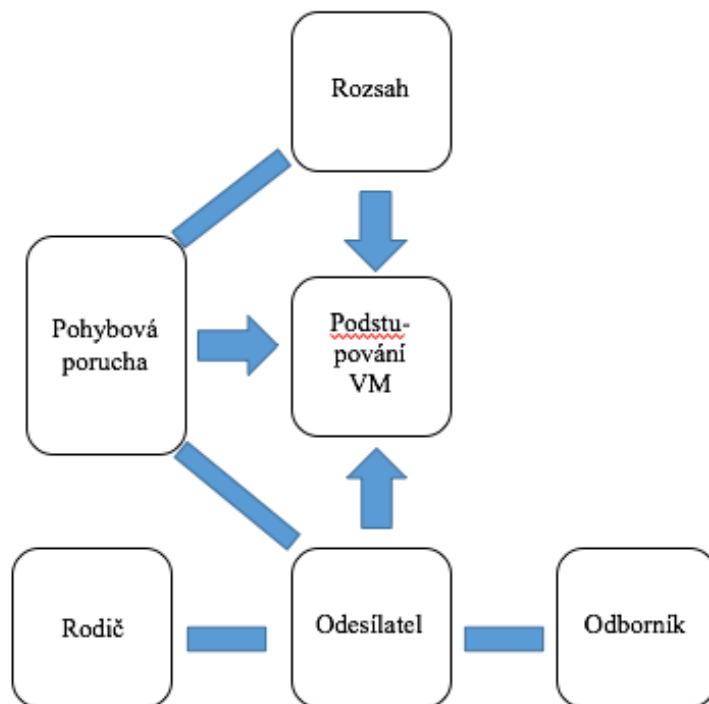
# 10 VÝSLEDKY

## 10.1 Otevřené kódování

Na základě otevřeného kódování byly dle sycenosti stanoveny základní kategorie. Jsou to: *Pohybová porucha, Navázání vztahu v terapeutické triádě terapeut-rodíč-pacient, Rodinné a terapeutické faktory působení, Komunikace, Vnímání terapie, Strategie zvládání, Zlepšení jako hlavní motivace, Využití psychologické pomoci, Pláč dítěte.*

Hlavní kategorie budou napsány velkými písmeny, subkategorie malými. Věty napsané kurzívou představují citace našich respondentů.

Pro lepší orientaci v těch kategoriích a subkategoriích, které se více větví, budou přiloženy obrázky znázorňující návaznosti mezi nimi.



## POHYBOVÁ PORUCHA

Kategorie *Pohybová porucha* je příčina podstoupení Vojtovy metody, kdy značnou roli zde hrají její další dvě subkategorie, konkrétně *Odesílatel* a *Rozsah*.

### Odesílatel

Subkategorie *Odesílatel* byla dále dělena na dvě další subkategorie, podle toho, zda byl odesílatelem *Odborník* (lékař) nebo sám *Rodič*.

Rodič 1: *„Metoda mi byla doporučena v rizikové poradně, kam jsem chodila z důvodu předčasného porodu.“*

Rodič 5: *„Tak já jsem se k tomu dostala tak, že jsme se s dcerou byly na běžné kontrole u pediatra, když byla stará asi tak dva měsíce a naše pediatrička vlastně říkala, že má ochablý krk, takže mi navrhla, že by bylo dobré, začít s nějakým cvičením.“*

Rodič 7: *„Syn už není tolik asymetrický a otáčí hlavu na obě strany. Dřív měl natočenou hlavičku napravo, což mě hodně vyděsilo, proto jsem si také našla kontakt na fyzioterapeutku a začali jsme cvičit.“*

Z názorů probandů našeho vzorku vyvstalo, že povaha odesílatele má významný vliv na další setrvání v terapii. Pro rodiče je totiž podstatné, aby si vadu svého dítěte připouštěli a vnímali ji, potom jim terapie bude připadat opodstatněná a smysluplná, což zároveň funguje jako dobrý prediktor v pokračování v terapii.

Fyzioterapeut 5: *„Samozřejmě záleží, pokud je rodič poslán lékařem, že to dítě je už indikováno k rehabilitaci a nebo rodič přichází sám ze svého popudu, aby zjistil, že dítě je, nebo není k rehabilitaci, protože se mu něco nezdá... a přichází z vlastního zájmu, tak tam je trochu rozdíl, protože pokud rodič přichází sám, tak je aktivně motivován s dítětem pracovat a pokud rodič přichází na doporučení lékaře, tak samozřejmě má velké obavy o to dítě a nemusí být ztotožněn, jestli s tím dítětem chce cvičit.“*



Z rozhovorů vyplývá, že pokud je sám rodič iniciátorem podstupování rehabilitace, nebude mít tendenci rehabilitaci předčasně ukončit. V případě, že odesílá dítě na rehabilitaci odborník, tak rodič se buď s jeho názorem může ztotožnit, nebo se s ním naopak ztotožnit nemusí, a tím pádem se u něj tato tendence předčasného ukončení může objevit pravděpodobněji.

Rodič 10: *„...a lékaři nás hned po porodu poslali na čtrnáct dní rehabilitovat, takže jsem neváhala a Vojtovu metodu začala s dcerou podstupovat.“*

Dále se v našem souboru ukázalo, že na problematiku předčasného ukončení terapie ze strany rodiče má také velký podíl *Rozsah* pohybové poruchy.

#### Rozsah

Zkušenost všech fyzioterapeutů, se kterými bylo v tomto výzkumu vedeno polostrukturované interview je taková, že pokud je pohybová porucha dítěte rozsáhlá (např. dětská mozková obrna) rodič zpravidla rehabilitaci „*ustojí*“ a setrvá v ní s dítětem tak dlouho, jak je to potřeba.

Fyzioterapeut 5: *„...pokud jde o to, aby dítě běhalo a vůbec se na nohy postavilo, tak je ta terapie potřebná...když je to opravdu tak těžký stav, tak to většinou ti rodiče pochopí...“*

Jen jeden z fyzioterapeutů si vybavil případ, kdy rodič s dítětem s diagnostikovanou těžkou pohybovou poruchou rehabilitovat přestal.

Fyzioterapeut 4: *„V hlavě mi utkvěl případ, kdy maminka s dítětem přestala cvičit, že mu nechce ubližovat. To dítě mělo parézu a mě by opravdu zajímalo, jak to s ním po zdravotní stránce dopadlo.“*

Poněkud hůře mohou oproti tomu snášet rehabilitaci ti rodiče, jejichž dítě netrpí závažnou pohybovou poruchou (např. „*pokud má nakloněnou hlavičku*“), které si rodič někdy nemusí ani všimnout. V tomto případě se však stav dítěte, dle názorů fyzioterapeutů může zlepšit, i bez rehabilitace, na druhou stranu nemusí. Tento risk musí mít rodiče na paměti a přebírají za něj odpovědnost.

Většinou to rodiče, jak vyřkl jeden z fyzioterapeutů, jehož výrok dokáže situaci dobře vystihnout, „*dokáží v hlavě zpracovat a zpracují to do té fáze, že to velmi dobře nesou...*“

#### NAVÁZÁNÍ VZTAHU V TERAPEUTICKÉ TRIÁDĚ TERAPEUT-RODIČ-PACIENT

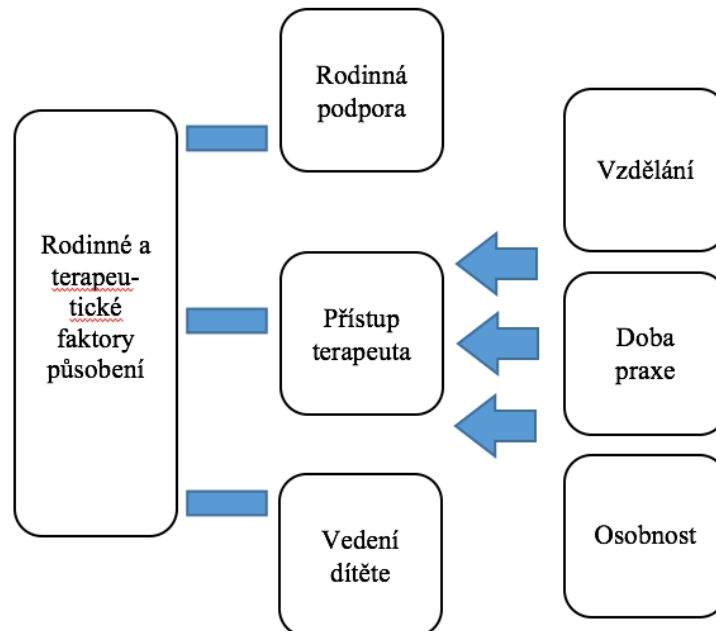
Navázání funkčního vztahu mezi terapeutem, rodičem a pacientem se jeví jako stěžejní předpoklad pro dobrý průběh celé terapie a zmiňovala jej většina účastníků výzkumu jak ze strany fyzioterapeutů, tak ze strany rodičů. Obzvláště důležité je vytvoření fungujícího vztahu založeného na důvěře a komunikaci především u těch případů, kdy se terapie jeví jako „*běh na dlouhou trať*“, protože se může jednat až o několikaletou spolupráci. Díky dobře fungujícímu vztahu se terapie stává příjemnější a umožňuje snadněji dosáhnout kýženého výsledku.

Fyzioterapeut 1: „*Já jsem si po letech praxe vybudovala takový postup... Na první hodině s nimi navážu kontakt a začínáme budovat vztah.*“

Fungující vztah je dle fyzioterapeutů také nutný kvůli tomu, že pokud bude rodič před terapií nebo během ní nervózní, vystresovaný, nejistý, bude se bát apod., tak se tento stav promítne i na dítě, a to následně značně ovlivní terapii.

## RODINNÉ A TERAPEUTICKÉ FAKTORY PŮSOBNÍ

Kategorie *Rodinné a terapeutické faktory působení* zahrnuje subkategorie *Rodinná podpora, Přístup terapeuta a Vedení dítěte*.



### Rodinná podpora

Rodinná podpora se zdá být jedním z dalších podstatných faktorů při zvládnání terapie. Názory rodičů i terapeutů ukázaly, že pro zdárné zvládnání je podpora od rodiny opravdu důležitá, zejména od manžela/manželky, nebo partnera/partnerky a prarodičů.

Rodič 5: „Do toho mi manžel nepomohl... Takže to bylo velmi náročné... Cítala jsem se na dně a vyčerpaná.“

Nepřijetí terapie ze strany blízkých bývá podle fyzioterapeutů jednou z nejčastějších příčin ukončení procesu rehabilitace. Je proto nutné zapojit i ostatní členy rodiny do dané situace, a snažit se, aby pochopili podstatu rehabilitování, popřípadě změnili pohled na tuto problematiku a dokázali rodiče podpořit. Pro některé rodiče je

terapie náročná jak po psychické, tak i fyzické stránce a bez podpory blízkých může být až nezvladatelná.

Fyzioterapeut 5: „...ale ta rodina to nechápe a nechápe to zejména partner nebo prarodiče a pokud prostě není určité široké pochopení v rodině, tak pro toho rodiče to může být docela velký problém a někdy to může určit i to, že ta máma to nevydrží to cvičení, protože rodina na ni tlačí.“

Ukázalo se, že za účelem zlepšení rodinné situace někteří terapeuti nabízejí rodičům možnost přivést nesouhlasící členy rodiny na terapii s sebou a prostřednictvím komunikace se snaží vzniklou situaci řešit a zlepšit ve prospěch rodiče, nebo se snaží instruovat rodiče, jak se členy rodiny, kteří terapii odmítají, komunikovat.

Fyzioterapeut 3: „...je to hodně o psychologickém přístupu k celé rodině.“

Fyzioterapeut 4: „Maminka přijde domů a tam tomu nikdo nerozumí a vidí, že dítě řve a nesouhlasí s tím, a ta maminka nemá jednoduchou situaci. Kdyby sem přišla celá rodina, tak by slyšela všechny informace a dívali by se na to jinak... takže to je další věc, do toho by měla být vztažena celá rodina, a ne vždy se to děje... Stává se mi například, že jsou takoví otcové, kdy máma Vám na rovinu řekne, že to musí zacvičit, než přijde manžel domů, protože to neschvaluje a v tomto případě si pozvu tatínka a snažím se mu to vysvětlit.“

Fyzioterapeut 5: „...je bezvadné, pokud maminka přichází na terapii s tatínkem a nejenom na první terapii... pokud víme, že ta terapie bude běh na dlouhou trať, tak máme dokonce tendenci zapojit otce od rodiny... je potřeba mamince vysvětlit nebo těm rodičům, jak argumentovat nebo co říct, aby si dovedli poradit s tím nepřijetím v rodině.“

Ve výzkumném souboru byli z celkových 12 rodičů dva muži. Oba dva převzali rehabilitaci místo manželky/partnerky, které se těžko vyrovnávaly s neustálým pláčem

dítěte v průběhu cvičení. K rehabilitaci přistoupili i navzdory takovým problémům, jako například to, že ani jeden z nich nebyl na mateřské dovolené, a tak museli terapii, která se provádí několikrát za den, skloubit s prací.

Rodič 12: *„Tak to rozvrhnutí bylo těžší, záleželo na směnách, jestli jsem měl ranní nebo odpolední a podle toho jsem si rozvrhnul to cvičení. Cvičil jsem tak, aby mi to navazovalo v práci a zároveň, abych doma všechno stihl, chtělo to opravdu dobře naplánovat.“*

Rodič 12: *„Tak u nás to bylo tak, že nejdříve cvičila moje žena, ale ona u toho furt brečela a byla z toho hrozně špatná a pak jsme čekali druhé dítě, tak jsem se toho ujal já a už jsem u toho zůstal, protože jsme pak cvičili i s druhým dítětem.“*

Rodič 4: *„Přítelkyně řekla, že tam chodit nebude, že to špatně snáší to trápení miminek, a tak jsem začal s malou cvičit já.“*

V tomto výzkumném souboru se většině rodičů podpory od rodiny dostávalo.

Rodič 1: *„Největší podporu mi poskytuje můj manžel...“*

Rodič 8: *„Největší podporu jsem měla v manželovi a v mojí mamince...“*

#### Přístup terapeuta

Jako nejpodstatnější z hlediska zvládnutí terapie ze strany rodičů vyvstala kategorie *Přístup terapeuta*. Na přístup terapeuta mají velký vliv tři subkategorie, a to jeho *Vzdělání*, *Doba praxe* a *Osobnost*.

## Vzdělání

Přestože se jedná dnes již spíše o výjimky, ještě pořád v České republice působí někteří fyzioterapeuti, kteří neabsolvovali certifikovaný kurz Vojtovy metody, a přesto ji praktikují. Z rozhovorů s fyzioterapeuty i výukovými terapeuty vyvstalo, že pro kvalitní zvládnání práce fyzioterapeuta je absolvování tohoto kurzu nutností. Fyzioterapeuti mohou být do kurzu přijati až po absolvování vysokoškolského vzdělání v oboru fyzioterapie a následné dvouleté praxi, takže nejsou úplně nováčky na poli fyzioterapie. V kurzu se naučí správně Vojtův princip praktikovat a rozšíří si i své teoretické znalosti. V praktických hodinách se mimo jiné vzdělávají i v oblasti přístupu k pacientovi i rodiči a součástí jsou i výukové bloky s psychologem, který jim k počínání si v terapeutické triádě terapeut-rodič-pacient předává další znalosti. Respondentům-fyzioterapeutům se zdá být certifikovaný kurz Vojtovy metody dostatečný. Dále zmiňovali, že si působení ve Vojtově terapii bez absolvovaného kurzu nedokážou představit a vřele ho všem zájemcům doporučují. Z hlediska výukových terapeutů je vzdělávání ve Vojtově metodě také dostatečné. Zajímavý je postřeh jednoho z výukových terapeutů, který si všiml, že fyzioterapeuti v kurzu jsou často překvapeni náročností této techniky.

Výukový terapeut 4: *„Navíc ten Vojtův kurz je prostě náročný, pracujete s dítětem, s rostoucím organismem. Musíte pracovat s lidmi, kteří o tom mají informace. Tomu dítěti, když to budete dělat špatně, můžete zničit život, může ho to poškodit. Takže ten člověk musí mít odpovědnost, musí mít zpětnou vazbu, jestli to dělá dobře a musí vidět, že pracuje dobře v terapii, protože jak říkám, pracujete s dítětem.“*

## Doba praxe

Názor dotázaných fyzioterapeutů je takový, že s délkou praxe a nabývajícimi zkušenostmi se zkvalitňuje přístup každého terapeuta. Navzdory obsáhlosti kurzu se přece jen nejde naučit všechno a mnohé (např. jak reagovat v konfliktních situacích) si terapeut osvojuje takřka „za pochodu“.

Fyzioterapeut 4: *„... když někdo udělá kurz, je to jen takový odrazový můstek, něco jako v autoškole. Uděláte si kurz, ale teď musíte jezdit a jezdit. Takže je pravda, že s tou*

*obrovskou délkou praxe se Vám vyjasňuje spousta věcí a získáváte zkušenosti a z toho potom dále těžíte.“*

Fyzioterapeut 5: *„...a víte, že zbytek života stráví na vozíku a je to těžká psychologická situace, ale musím říct, že na to škola člověka nepřipraví, to se musíte naučit v praxi.“*

Výukový terapeut 3: *„Podle mě se tu psychologii strašně učíte tou praxí.“*

Terapeuti sdělovali, že s dobou praxe se zlepšuje i zvládání techniky samotné. Podle daného pohybového problému konkrétního člověka fyzioterapeut vytváří individuální cvičební program jen pro něj a s přibývajícím praxí se terapeuti zlepšují a postupem času pro ně tvorba programu „na míru“ není tolik náročná.

Od přístupu terapeuta se podle rozhovorů mnohé odvíjí, důležitý je první kontakt v terapeutické triádě, který je zásadní pro vytvoření vztahu a následné zvládání terapie. Na přístupu terapeuta také závisí míra komunikace a následná informovanost rodiče. Všechny tyto kategorie značnou mírou přispívají ke zlepšení situace pro rodiče a jeho bezproblémovým zvládnutím ošetřování dítěte.

#### Vedení dítěte

Z pohledu respondentů je vedení dítěte rodičem i terapeutem další kategorií, která má podstatný vliv na průběh terapie, protože v některých případech může „volnější styl přístupu k dítěti“ až znemožnit rehabilitaci.

Fyzioterapeut 3: *„...setkávám se velice často, že k nám přichází rodiče, kteří navštěvovali jiného terapeuta a cvičili Vojtovu metodu do jednoho roku a od jednoho roku řekl terapeut, že to nemá cenu, budeme cvičit něco jiného, protože Vojta je nezacvičitelný, a ty děcka byly vážně v jednom roce nezacvičitelný, ale po změně přístupu a po pár terapiích to už zase s těmi dětmi bylo zvládnutelné.“*

Rodič 6: *„Třeba jedna maminka mi řekla, že byla v lázních a tam se necvičil Vojta, ale cvičil se Bobath a v těch lázních jí prostě řekli, že už pro ně Vojta není... ale když jsem se jí pak doptala, tak přitom nevěděla důvod, proč to pro ně není.“*

V rehabilitaci mají být dle našich respondentů pevně stanovená pravidla a zásadní je jejich striktní dodržování. Rodiče by dětem neměli „ustupovat“. Vhodné je s dětmi během rehabilitace komunikovat, být klidný a umět dítě za výkon v terapii podle situace pochválit, nebo naopak pokárat, a to i v těch případech, kdy dítě ještě obsahu mluveného slova nerozumí. Probandi zmiňovali, že dítě podle intonace vycítí podstatu rodičova sdělení.

Fyzioterapeut 3: *„Ty děti cvičí kvůli nějakému problému, necvičíme děti, co nemají problém a jestliže mám pohybový problém a moje vlastní tělo mě štve, tak ačkoliv jsem ještě ve věku, kdy se mi to cvičení moc nepozdává, tak po něm se ty děti cítí líp, takže ty děti nemají zásadní problém s tím to akceptovat, jen je nutné je dobře vést.“*

Fyzioterapeut 5: *„... takže to dítě, pokud je dobře vedené a chápe to, že je to určitá práce během dne, kterou má odvézt, tak se s tím ztotožní a není sebemenší problém.“*

Fyzioterapeut 7: *„... narážíme na rodiče, kterým dítě jen trošku kvíkne a už je to problém.... Takže když dítě už od narození nemá žádné hranice a je pořád na rukách nošené a nesmí ani pípnout, tak to je potom v rehabilitaci problematické.“*

## KOMUNIKACE

Komunikace je dle našich respondentů velmi efektivní strategie zvládnání terapie. Z rozhovorů s rodiči vyšlo najevo, že prostřednictvím komunikace jsou schopni terapii přijmout a sžít se s ní. Díky neustálému dotazování se a následnému odpovídání a informacím od odborníků dokážou nabýt jistotu, *„že vědí, co dělají a že to co dělají, je správná věc.“*



Fyzioterapeut 2: *„A ten fyzioterapeut by jim to měl vysvětlit, opravdu sesumírovat solidně na úrovni pro a proti. Jako kdybychom tady na té první návštěvě zkonzultovali i to zlé, na co se musí připravit, ale hlavně vypíchnout to, co tímlepší.“*

Z rozhovorů s našimi respondenty vyplynulo, že pro dobro všech stran by tedy rodič s terapeutem měli fungovat ve vztahu, kde se rodič nebude bát na cokoli zeptat a terapeut by měl zaujímat pozici, kdy ho neobtěžuje na četné otázky rodiče odpovídat a měl by jej dostatečně informovat. Dále by měl být schopen rodiče vyslechnout a adekvátně na něj reagovat, podpořit, pochválit, ale i mu něco vytknout, pokud je to nutné.

Rodič 5: *„Ona je v tomhle výborná, fakt pozitivní člověk, takže tady to mi pomohlo, že ona vás podpoří, řekne, že je to dobře, zhodnotí, jestli je tam nějaký posun a jestli to cvičení přináší to, co přinášet má. Takže tohle to mi prostě pomohlo, bavit se o tom s tím odborníkem a můžete jí potom třeba taky i povyprávět co vás u toho trápí, co u toho cvičení nejde, když třeba něco nejde, zkusí to s Vámi znovu a ona Vám ukáže vše, co potřebujete znovu a znovu. Takže v tomhle tom bych viděla ten přínos, ten kontakt s tím odborníkem.“*

Rodič 11: *„pak mě vždycky dobře vedla paní fyzioterapeutka, jakože říkala, že to dělám dobře a ukazovala a popisovala ty konkrétní pokroky u syna a třeba mě i pochválila, to bylo fajn.“*

Fyzioterapeut 3: *„Strašně záleží na tom, jak zvládnete tu komunikaci s rodinou...“*

## VNÍMÁNÍ TERAPIE

Zejména zpočátku, dle některých našich respondentů, provází terapii pocity strachu, smutku, nejistoty, obav, lítosti, bezmoci apod. Někteří rodiče jsou v počátcích terapie vystaveni velkému stresu a terapii Vojtou nevnímají příliš pozitivně. Jak tvrdili

fyzioterapeuti i někteří rodiče, rehabilitace bývá doprovázena nejenom pláčem dítěte, ale při prvních fázích terapie mnohdy i pláčem samotných maminek.

Fyzioterapeut 2: „... protože tady nemůžu pracovat jak s masem. Jsou to lidi, mají emoce, ženy jsou většinou v šestinedělí, takže mi tu často i pláčou...takže ty první hodiny jsou takové spíše volnější a hodně povídací, aby to ti rodiče pobrali.“

Rodič 10: „, A kdybych měla přímo jmenovat ty pocity, tak to byla určitě bezmoc, lítost, strach, smutek, beznaděj, ale beznaděj v tom smyslu, že jí nemůžu pomoci v tom, aby přestala plakat. Samozřejmě na druhou stranu tam byla taky ta naděje, že jí můžeme spravit tu ruku.“

Rodiče z našeho výzkumu, kteří se s terapií dříve či později ztotožnili a zvládli překonávat problémy v souvislosti s ní, ji vnímají spíše pozitivně, i když většinou až s odstupem času a až s viditelnými zdravotními změnami jejich dítěte. Největší roli zde však hraje již zmíněný přístup terapeuta a komunikace.

Rodič 3: „já to vnímám tak, že je to pro dobro toho miminka, takže mi to nevadí, že dítě pláče. Já si myslím, že je to pro ten budoucí vývoj prostě správně.“

Rodič 4: „Já jsem asi divný, ale tuto metodu vnímám jako super věc.“

Rodič 11: „Tuto metodu teď už vnímám hodně pozitivně, jelikož znám hodně případů, ve kterých cvičení pomohlo. A hlavně s tím mám samozřejmě pozitivní zkušenost já.“

Jeden rodič z našeho souboru vnímá metodu spíše negativně, jako takové „nutné zlo“. Nadále však v terapii s dítětem setrvává z důvodu lepšího se jeho zdravotního stavu a díky podpoře terapeuta i rodiny.

Rodič 9: *„My cvičíme i Bobatha i Vojtovku a musím říct, že obě dvě techniky vnímám hrozně citlivě. Já se přes ten pláč prostě nějak nemůžu přenést a hrozně se u toho trápí nejenom dcera, ale i já... a slzy v očích, to mám snad pokaždé, když jsme na rehabilitaci... Ale všemi z okolí jsem uklidňována, že dělám dobře, tak pořád na rehabilitace chodíme.“*

## STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ

Rodiče zmiňovali různé strategie zvládání, mezi nejčastěji zmiňované patří zejména komunikace s odborníky, konkrétně konzultace, doptávání se, informovanost, komunikace s rodinou a blízkými. Dále se v odpovědích objevovalo zvyšování svých kompetencí ve formě vzdělávání sebe samé v oblasti Vojtovy metody, naučení se rozpoznání různých druhů pláče, víra v brzké uzdravení, hluboké dýchání, pohled očima dítěte, stanovení si zdraví dítěte jako hlavní priority, reorganizace denního řádu, jeho dobré naplánování a dodržování.

Rodič 1: *„Hodně mi pomohlo prostě o tom mluvit, hlavně s rodinou a taky s kamarádkami, některý si tím dokonce samy prošly, tak mi i radily a potom taky lékaři mě ujišťovali, že selepšíme, a pak to bylo zvládnutelnější.“*

Rodič 2: *„Ať si ten rodič představí, že on je to dítě, který má určitý problém a jeho rodič řekne, ty ten problém budeš mít celý život, protože my tě nenecháme cvičit... V tomto případě totiž rozhoduje o životě někoho, ale nedochází nám důsledky toho našeho rozhodnutí.“*

Rodič 4: *„Ne, že by mě bavilo na dítě mačkat, ale to je fascinující, jak celá ta metoda funguje, jak to tělo začne spolupracovat. Byl jsem tím opravdu fascinovaný, opravdu jsem uvažoval, že bych si začal ten kurz Vojtovy metody dělat.“*

Rodič 8: *„Tak tam toho bylo víc, dozvěděla jsem se mnoho informací, rodina mi byla oporou a i paní rehabilitační. No a potom jsem musela reorganizovat celý den v souladu se cvičením a říkala jsem si, děláš to pro dobro dítěte, musí být zdravé.“*

Rodič 10: *„ Tak všechno konzultuji s fyzioterapeutkou, když si nejsem jistá, hned se ptám nebo hned třeba ukazuji: „dívejte, dělám to takhle, dělám to správně?“*

## ZLEPŠENÍ JAKO HLAVNÍ MOTIVACE

Respondenti sdělovali, že zlepšení je silná motivace ve cvičení pokračovat. Vzhledem k tomu, že při rehabilitaci Vojtovou metodou můžeme v mnohých případech pozorovat zlepšení už po pár minutách aktivace pacienta, tak rodiče mohou hned na první hodině vidět změnu, což jejich slovy působí jako „silný hnací motor“.

Některými fyzioterapeuty i rodiči je tedy doporučováno, pokud rodič není o terapii ještě úplně přesvědčen, jít rehabilitaci alespoň párkrát vyzkoušet a poté se rozhodnout, jestli ji budou podstupovat, či nikoliv. Posun ve zdravotním stavu dítěte už po tak krátké době by mohl rodičům pomoci v rozhodování.

Rodič 10: *„... ať to jdou alespoň zkusit těch pár cvičení a jakmile uvidí ten pokrok, který vlastně nastává opravdu po chvilce, tak si myslím, že je to hodně utvrdí v tom, aby pokračovali.“*

V našem výzkumném souboru došlo u všech dětí k většímu či menšímu zdravotnímu zlepšení.

## VYUŽITÍ PSYCHOLOGICKÉ POMOCI

Ukázalo se, že rodiče nemají tendence vyhledávat psychologickou pomoc. Ti, kteří s rehabilitací nemají problém k tomu samozřejmě nemají důvod, ale ani ti rodiče, kteří se cvičením nějaké problémy mají, ji podle výzkumu nevyhledávají. Z dvanácti rodičů jen jeden zmínil, že navštívil psychologa, ale zároveň dodal, že období začátku rehabilitace

pro něj bylo těžké z více důvodů, a tak byla návštěva zapříčiněna více faktory, nejenom rehabilitací. Někteří rodiče ovšem sdělili, že jistou formu psychologické pomoci jim poskytl jejich terapeut, kterého se nebáli na cokoli zeptat, který s nimi komunikoval tak moc, jak jen to bylo potřeba, kterému se nebáli svěřit, protože je vždy vyslechl, a který je dokázal podpořit a ujistit, že dělají dobrou věc, když to potřebovali.

Rodič 2: *„...paní rehabilitační, byla to taková moje vrba, které jsem se vždy mohla svěřit, a to mi vlastně hrozně pomáhalo.“*

Rodič 10: *„Cvičení jsem nikdy neprobírala s psychologem. Myslím, že to nepotřebuju, protože mým psychologem je v tomto ohledu v podstatě paní terapeutka.“*

Rodič 11: *„Nejvíce mi pomáhal můj přítel ze strany rodiny a potom naše paní fyzioterapeutka, která mě podporovala, bez ní bych to asi nezvládla.“*

Ani u fyzioterapeutů se tendence navštívit psychologa neobjevila. Nad vyhledáním psychologické pomoci nepřemýšleli ani kvůli sobě samým, ani se na psychologa neobrátili z důvodu konzultace a získání nových informací ohledně podpory rodičů a pacientů a přístupu k nim, což však dávali za příčinu svému vzdělání, které je vhodně na různé situace připravilo, nebo praxi, nebo obojímu.

Někteří psychologové z našeho vzorku zmiňovali, že by nové informace z oblasti psychologie uvítali.

Fyzioterapeut 1: *„Tak musím říct, že je to nekonečná studna spolupráce s těmi rodiči... takže tady v tomto se klidně můžou prohlubovat všechny informace, klidně bych uvítala další, to vůbec nepochybují.“*

Jeden z fyzioterapeutů zmínil zajímavou myšlenku, že na začátku své kariéry ještě psychologie „byla taková málo rozvinutá“, takže ho případná konzultace s psychologem ani nenapadla.

Předchozí řádky z kapitoly Využití psychologické pomoci jen podporují názory respondentů, že výběr vhodného terapeuta s dostatečným vzděláním a praxí je opodstatněným krokem.

## PLÁČ DÍTĚTE

Profesionálové z našeho souboru se k problematice pláče dítěte vyjadřovali tak, že v terapeutické situaci je pro rodiče zpravidla na terapii to nejtěžší, překonat pláč dítěte. Dítě ale nepláče proto, že by byla terapie bolestivá, protože terapie ani bolet nesmí. Děti pláčou jednak proto, že terapie je fyzicky náročná a formují se při ní pohyby, které jsou pro něj nezvyklé, a to se jim samozřejmě nelíbí a jednak proto, že tato situace, kdy je svlečené, leží na podložce a terapeut/rodič ho formuje do různých poloh a stimuluje body na jeho těle, je pro něj nepřirozená a vzbuzuje v něm nejistotu. Je dobré se v pláči dítěte zorientovat. Pokud budou rodiče naslouchat, co dítě křikem vyjadřuje, budou moci adekvátně reagovat na jeho stav a budou si při aktivaci jistější, že ji dělají správně.

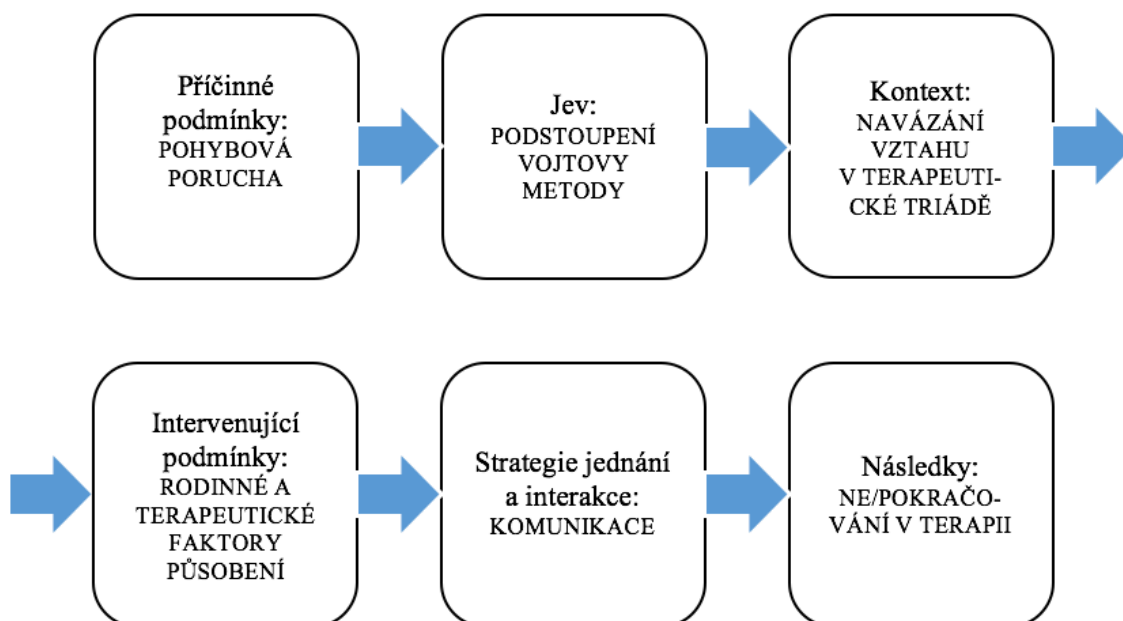
Fyzioterapeut 2: „*To je velmi důležité v naší práci sledovat ten pláč, protože on může být různý, může být hysterický, bolavý, mělký a podle toho se dá taky hodně usoudit.*“

Fyzioterapeut 3: „*...Vojtova metoda nesmí bolet to provedení... což je dost často první věc, kterou ten dotyčný řekne, proč to dítě brečí, ono to bolí, takže prostě nesmí bolet. A to je jedna z věcí, kterou taky v podstatě vtloukáme do hlavy, že musí poslouchat pláč, protože ten pláč toho dítěte má x kvalit a v okamžiku, kdy zaslechnu bolestivý pláč, tak ho musím pustit.*“

Fyzioterapeut 5: „Jsou děti, které vchází s úsměvem a během rehabilitace samozřejmě brečí, ale až odchází, tak nám zamávají a když se jich pak zeptáme, jestli přijdou znovu, tak odpovídají, že ano.“

## 10.2 Axiální kódování

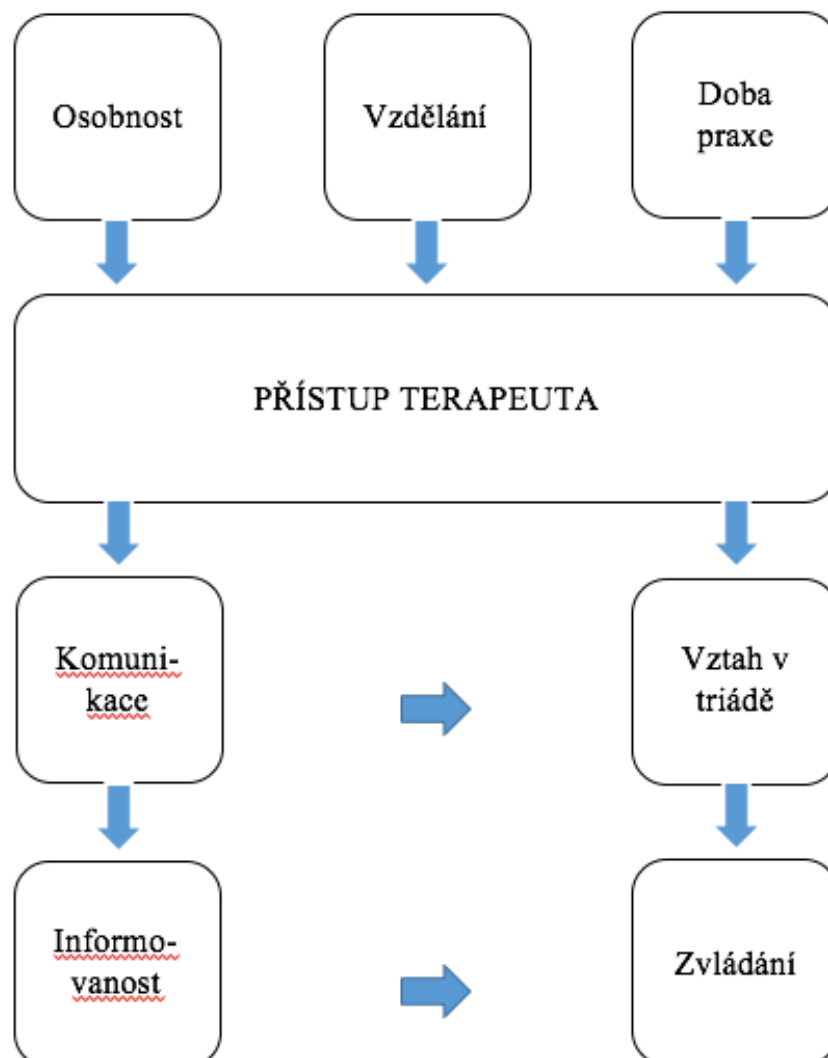
V návaznosti na axiální kódování byl vytvořen paradigmatický model znázorňující vztah mezi kategoriemi. Za jev neboli ústřední myšlenku je považováno *Podstoupení Vojtovy metody*. Příčinnou podmínkou je *Pohybová porucha*, kterou dále vymezují subkategorie *Rozsah* a *Odesílatel*. Kontextem byla označena kategorie *Navázání vztahu v terapeutické triádě terapeut-rodíč-pacient*. Rodinné a terapeutické faktory působení skládající se z *Rodinné podpory*, *Přístupu terapeuta* a *Vedení dítěte* zastupují v paradigmatickém modelu intervenující podmínky. Jako hlavní strategie jednání a interakce, které využívali jak fyzioterapeuti, tak rodiče s cílem zvládnout terapii je označena *Komunikace* a následky jsou potom *Pokračování/Nepokračování v terapii*.



## 10.3 Selektivní kódování

Selektivním kódováním byla vytvořena kostra příběhu:

Zdá se, že hlavní příběh při zvládnání terapie ze strany rodičů ošetřujících své děti Vojtovou metodou tkví v přístupu terapeuta. Z výzkumu vyvstalo, že se jedná o klíčovou kategorii hrající ve zvládnání ošetřování hlavní roli. Přístup terapeuta se zdá být velmi ovlivněn jeho vzděláním, dobou praxe a osobností a tento přístup potom ovlivňuje komunikaci v terapeutické triádě a z komunikace plynoucí informovanost a následné zvládnání terapie. Komunikace má vliv i na vztah v terapeutické triádě. Od přístupu terapeuta se také odvíjí vztah v terapeutické triádě a ten opět ovlivňuje dobré zvládnání terapie ze strany rodiče. Z rozhovorů s dvanácti úspěšnými rodiči i sedmi terapeuty vyplynulo, že pro rodiče je mnohem jednodušší terapii zvládat a s terapií se vyrovnat, pokud má v terapeutovi oporu a člověka, se kterým se může pobavit a poradit, a tak se přístup terapeuta zdá být mimo jiné významným prediktorem pro zvládnutí terapie.





# 11 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

*Jak rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou, vnímají tuto metodu?*

Z odpovědí respondentů v našem vzorku vyplynulo, že rodiče, kteří ošetřují své děti Vojtovou metodou tuto metodu vnímají spíše pozitivně, ale nemusí to tak být od začátku. Mnoho rodičů přichází s obavami a nejistotou, zdali chtějí terapii praktikovat. Když se dozví o terapii více informací, navážou dobrý vztah s terapeutem a v momentě, kdy se situace zdravotního stavu dítěte zlepší, začnou terapii vnímat spíše pozitivně. Všichni rodiče z našeho souboru by tuto metodu doporučili jiným rodičům, pokud by to zdravotní stav jejich dětí vyžadoval. Někteří dokonce zmínili, že tomu tak učinili.

*Co rodičům nejvíce pomáhá ošetřování zvládat?*

Respondenti sdělovali, že na zvládání terapie ze strany rodiče se podílí více faktorů a jsou to hlavně tyto: navázání vztahu v terapeutické triádě terapeut-rodič-pacient, rodinné a terapeutické faktory působení a zlepšení zdravotního stavu jejich dítěte. Ukázalo se, že na zvládání terapie rodiči má největší podíl přístup terapeuta a komunikace. Zejména díky vlídnému přístupu terapeuta a dostatečné komunikaci může být v terapeutické situaci navozena atmosféra důvěry a rodič si může připadat pochopený a v terapii jistý.

*Jaké konkrétní strategie zvládání rodiče používají?*

Rodiče zmiňovali mnohé strategie zvládání, nejčastěji komunikaci s odborníky, rodinou a blízkými, pohled očima dítěte, zvyšování svých kompetencí díky vzdělávání ve Vojtově terapii, rozpoznání různých druhů pláče dítěte, víra v brzké uzdravení, reorganizace denního řádu, jeho plánování a dodržování, stanovení si hlavní priority, kterou je zdraví.

*Jakým způsobem fyzioterapeuti podporují rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou?*

Z výzkumu vyvstalo, že přístup terapeuta a z něho vycházející podpora je nejdůležitějším aspektem v terapii a má značný vliv na následné setrvání v ní. Od přístupu se totiž odvíjí mnohé, zejména komunikace. V tento okamžik je vhodné zmínit, že na přístup terapeuta má vliv mnoho faktorů, jedním z nich je doba jeho praxe, která se u fyzioterapeutů v tomto výzkumném souboru pohybovala v rozmezí od 15 do 38 let. Všichni fyzioterapeuti ve výzkumu tedy již značnou praxi měli. Z výsledků našeho výzkumu se nám jeví, že fyzioterapeuti dokáží kvalitním a efektivním způsobem podpořit rodiče ošetřující své děti Vojtovou metodou. Polostrukturované interview bylo provedeno s dvanácti rodiči a všichni přisuzovali fyzioterapeutovi větší či menší zásluhy na jejich setrvání v terapii a také následném zvládnutí.

*Jaký je názor fyzioterapeutů na své vlastní vzdělávání v oblasti podpory rodičů?*

Názor fyzioterapeutů z našeho souboru, který současně zastávají i výukoví terapeuti, je takový, že pokud fyzioterapeut absolvuje certifikovaný kurz Vojtovy metody, kdy délka dětského kurzu je 320 vyučovacích hodin a do samotného kurzu je možné nastoupit až po absolvování vysokoškolského vzdělání v oboru fyzioterapie a následné dvouleté praxi v této profesi, je vzdělání fyzioterapeutů dostatečné a do praxe přicházejí připraveni. Zároveň však nepopírají, že úplně na vše připravit nelze, a tak se některým věcem naučí až v průběhu vykonávání této profese.

# 12 DISKUZE

## 12.1 Limity práce

Jedním z cílů této práce bylo zjistit, co rodičům ošetřujících své děti Vojtovou metodou nejvíce pomáhá cvičení zvládat a jaké strategie zvládání využívají. Celkově bylo do výzkumu zapojeno dvanáct rodičů, z nichž všichni terapii s dětmi úspěšně prošli, nebo prochází a neplánují její předčasné ukončení. Z pohledu těchto rodičů na danou problematiku došlo k saturaci dat. Do výzkumu se však nepodařilo získat ani jednoho rodiče, který by terapii předčasně ukončil. Výsledky tedy nelze podpořit/vyvrátit, nebo doplnit o názory těch rodičů, kteří v terapii nepokračovali doporučenou dobu. Dva takoví byli osloveni, bohužel však odmítli participovat, pravděpodobně z důvodu negativní zkušenosti s touto terapií. U šesti probandů výzkumnice nevěděla, v jaké ze tří fází (dokončení, pokračování, nebo předčasné ukončení) se rodič nachází. Což dle našeho názoru pomohlo výzkumnici přistupovat nezaopatřeno. Výzkumu se tedy zúčastnili takoví rodiče, kteří mají s metodou spíše pozitivní zkušenost, a tak byli i více ochotní se do něj zapojit. Na druhou stranu se v rámci rozhovoru s fyzioterapeuty (kteří ve Vojtově terapii působí v rozmezí od 15 do 38 let, takže již značnou praxi v tomto oboru mají) podařilo získat jejich názor na problematiku předčasného ukončení ze strany rodiče, takže bylo možné podepřít některé výsledky alespoň názorem fyzioterapeutů.

V průběhu výzkumu došlo k saturaci dat ve všech třech typech rozhovorů. U výukových terapeutů došlo k saturaci u třetího rozhovoru. U fyzioterapeutů se saturace začala jevit až u šestého rozhovoru, proto se výzkumník rozhodl provést rozhovor se sedmi fyzioterapeuty, místo plánovaných šesti. U rodičů se nové informace neobjevovali od osmého rozhovoru, proto bylo nakonec provedeno s rodiči celkově dvanáct rozhovorů, místo plánovaných patnácti. Přesto však nelze vyloučit, že výsledky nejsou limitovány. Je možné, že by zvýšení počtu účastníků mohlo přinést nové informace.

Podle Řiháček et al. (2013) se má analýza pomocí metody zakotvené teorie vytvářet bez předem stanovených kategorií. Tohoto principu se náš výzkum nedržel, jelikož výzkumný soubor musel sestávat z rodičů, kteří ošetřují své děti Vojtovou metodou, za podmínek, že rehabilitace musela být zahájena do tří let věku dítěte a rozhovor s rodičem mohl být provedený maximálně do jednoho roku po ukončení terapie a dále museli být zapojeni fyzioterapeuti praktikující Vojtovu metodu a výukoví terapeuti, kteří zajišťují vzdělávání v oblasti Vojtovy metody. Během výzkumu nedocházelo k opětovnému získávání nových informací od respondentů, jak je to u zakotvené teorie zvykem, a to především z důvodu značné časové vytiženosti probandů.

Podíl mužů a žen ve výzkumném vzorku je 4:19. Rozhovor byl proveden se dvěma rodiči mužského pohlaví, s jedním fyzioterapeutem mužského pohlaví a s jedním výukovým terapeutem mužského pohlaví. Poměr pohlaví tedy nebyl vyrovnaný. Získat vyrovnanější vzorek by se nám podařilo díky většímu počtu mužů ve výzkumu, to se však bohužel nepodařilo. U rodičů zejména proto, že s dětmi převážně cvičí matky, vzhledem k tomu, že jsou s nimi na mateřské dovolené. A u odborníků proto, že podle seznamu certifikovaných fyzioterapeutů z internetových stránek organizace RL-CORPUS, která certifikované kurzy zastřešuje, se v tomto zaměstnání vyskytuje převážné množství žen.

Je možné, že zdroj zkreslení může být ovlivněn i samotnými respondenty, kteří mohli odpovídat v souladu se sociálně žádoucím chováním a mohli se snažit před výzkumníkem vzbudit dobrý dojem.

Další nepřesností může být také to, že do výzkumu byli zapojeni i ti rodiče, u kterých uplynul maximálně jeden rok od ukončení rehabilitace. Respondenti tedy museli prostřednictvím retrospektivy vzpomínat na situaci rehabilitace, což mohlo vést k nuancím.

Zdroj zkreslení může představovat výzkumnice sama vzhledem k tomu, že má v rámci nejbližší rodiny zkušenost s průběhem terapie. I přes to, že před započítím výzkumu provedla autoreflexi a pokusila se o co největší objektivitu, nemuselo se jí vždy povést být naprosto nestrannou.

## 12.2 Srovnání s jinými výzkumy a poznatky z teoretické části

Mnoho výzkumů, které by se podobaly tomu našemu, se nám v našich podmínkách s využitím námi dostupných zdrojů, nepodařilo dohledat. Nalézáme však shodu mezi některými poznatky zmíněnými v teoretické části a našimi výsledky.

S myšlenku prof. Vojty o včasné diagnostice na níž navázal Meholjić-Fetahović (2005) ve svém výzkumu, ve kterém se Vojtovy závěry potvrdily, koresponduje s názory některých probandů z tohoto výzkumu jak z řad terapeutů, tak z řad rodičů. Silným „hnacím motorem“ v praktikování terapie je pro rodiče možnost pozorování zdravotního zlepšení dítěte, které se při včasné diagnostice dostavuje v mnoha případech už při první terapii, na rozdíl od takových případů, kdy nedošlo k časnému zásahu v podobě terapie a zlepšení zdravotního stavu se může dostavit později a i v daleko menší míře.

Vzhledem k tomu, že někteří rodiče během interview kladli výzkumnici otázku ohledně toho, zdali si dítě může tento subjektivně nepříjemný zážitek z terapie pamatovat, zařadili jsme do třetí kapitoly o psychomotorickém vývoji dítěte do tří let podkapitulu o explicitní epizodické paměti. V souladu s teoretickými poznatky (Freud, 1991; Plháková, 2003; Šobková & Plháková, 1999; Vágnerová, 2012) by si dítě z důvodů (které se různí z pohledu neurologů, kognitivních psychologů, zastánců psychoanalýza apod.), které jsou zmíněny ve 3. kapitole, zážitky z rehabilitace pamatovat nemělo.

Poznatky Orth (2009) zmíněné v 5. kapitole ohledně nutnosti zaměření se v terapeutické triádě na komunikaci a vzájemný vztah a spolupráci korespondují s výsledky našeho výzkumu, kdy se komunikace jeví jako důležitá strategie zvládnání ze strany rodičů a navázání vztahu v terapeutické triádě vyvstalo jako stěžejní předpoklad pro průchod celou terapií. V souladu s našimi výsledky je i tvrzení Ptáčka a Bartůňka (2011), který komunikaci považuje za schopnost, kterou by měl oplývat každý zdravotník, protože do určité míry právě komunikace predikuje úspěšnost pacientovi léčby.

V podkapitole 5.3 v terapeutické části zabývající se některými aspekty zlepšující situaci rodičů, se některé ze zmíněných aspektů shodují s výsledky našeho výzkumu. Je to poznatek Orth (2009) o možnosti rodinných příslušníků zúčastnit se terapie, který je shodný s praktikou (pozvání na rehabilitaci takových rodinných příslušníků, kteří s terapií nesouhlasí), jež využívají někteří fyzioterapeuti z tohoto výzkumu s cílem zlepšit situaci

rodičům.

Také výpovědi fyzioterapeutů o tom, že terapie by neměla bolet se shoduje s poznatky Orth (2009) a Soltherové (2016) opět zmíněné v teoretické části v podkapitole 5.3. V téže části se zabýváme důležitostí absolvování certifikovaného kurzu Vojtovy metody, kterou nabízí zdravotnické zařízení RL-CORPUS a jeho absolvování považuje za nutné, stejně jak fyzioterapeuti, tak i výukoví terapeuti v našem vzorku.

Výzkum z 6. kapitoly teoretické části (Ludewig, Mähler, 1999) zabývající se srovnáním matek ve Vojtově terapii s matkami v Bobathově konceptu, který došel k závěru, že matky ve Vojtově metodě jsou vystaveny vyššímu stresu pouze v začátcích terapie, by mohl souviset s výstupy z rozhovorů s rodiči, u kterých se ukázalo, že terapii vnímají spíše pozitivně, mnohdy však ne hned z jejího počátku, ale až s postupem času, kdy se o metodě dozví více informací a dojde ke zdravotnímu zlepšení jejich dětí.

Práce Kováčikové (1998) pojednávající o důležitosti vytvoření dobrého vztahu v terapeutickém týmu s panující důvěrou a neustálou komunikací, zmíněná opět v 6. kapitole teoretické části, se shoduje s výsledky našeho výzkumu, kdy komunikace a dobrý vztah v terapeutické triádě vyšly jako jedny z nejsycenějších kategorií a byly zasaženy do paradigmatického modelu.

Našemu výzkumu se nejvíce podobá práce Uličné (2013), která ve své studii došla k podobným výsledkům. Jako hlavní faktory, které pomáhají úspěšné léčbě jsou dle jejich výsledků podpora rodiny a blízkých a reorganizace denního režimu. Klade důraz na navázání dobrého vztahu založených na důvěře, komunikaci a pochopení. Ve velké většině je dle jejich výsledků Vojtova metoda vnímaná jako účinná metoda, která je ale zejména zpočátku doprovázena obavami, pochybami a nepříjemnými pocity. Stejně tak byla v našem výzkumu zdůrazňována podpora rodiny, navázání dobrého vztahu v terapeutické situaci a komunikace.

## 12.3 Zasazení dosažených výsledků do širšího kontextu poznatků o daném tématu

Co se týče praktické využitelnosti našich výsledků, tak by tato práce mohla přinést některé nové postřehy a praktické rady rodičům, kteří s dítětem rehabilitují a nachází se ve fázi, kdy nejsou s terapií ztotožnění a neví, jestli v ní pokračovat.

Rodičům, kteří rehabilitování předčasně ukončili, by mohlo být přečtení této práce přínosem v tom, že nabízí pohled těch rodičů, kteří i přes některé překážky v terapii setrvali. Je totiž pravděpodobné, že by odhalili příčiny svého předčasného ukončení, a zároveň i způsob řešení jejich problémů, které k ukončení terapie vedli. To je dáno charakterem této práce, jež si klade za cíl nabídnout pohled na nejčastější úskalí terapie, ale také na jejich úspěšné překonání.

Pro fyzioterapeuty „nováčky“ (tedy ty, kteří čerstvě absolvovali certifikovaný kurz Vojtovy metody) by mohla tato práce pomoci v uvědomění si toho, na jaké aspekty se v rámci práce s rodiči a jejich dětmi zaměřit a na co si dát obzvlášť velký pozor.

U fyzioterapeutů, kteří už se v oboru nějakou dobu „pohybují“ a vykonávají svoji práci takovým způsobem, který koresponduje s poznatky zjištěnými v tomto výzkumu, by se mohlo jednat vlastně o takové potvrzení, že svoji práci dělají v souladu s potřebami rodičů, i když se mnohým fyzioterapeutům od samotných rodičů někdy uznání dostává.

V navazující studii bychom doporučili zaměřit se na rodiče, kteří rehabilitaci předčasně ukončili. Bylo by zajímavé zmapovat příčiny předčasného ukončení terapie a názor těchto rodičů na terapii samotnou. Zjistit, jak jsou tito rodiče o Vojtově metodě informováni, jestli byli před ukončením obeznámeni s možnými důsledky nepokračování v terapii a také zmapovat zdravotní stav jejich dětí. Vzhledem k povaze navrhované studie by bylo opět vhodné použít kvalitativní typ výzkumu.

Další pokračování tohoto výzkumného šetření by se mohlo zaměřit na ty fyzioterapeuty, kteří rehabilitaci Vojtovým principem provádí bez absolvování certifikovaného kurzu. Bylo by obohacující zjistit jejich důvody, proč kurz neabsolvovali, jakým způsobem si tedy tento fyzioterapeutický koncept osvojili, jestli jim jejich vědění připadá dostatečné a zmapovat například efektivitu jejich práce a spokojenost rodičů, kteří

realizují terapii pod jejich vedením. Pro tento navazující výzkum by bylo opět patřičné zvolit kvalitativní typ výzkumného šetření.

Vzhledem k tomu, že náš výzkum je kvalitativní povahy, bylo by žádoucí získaná data ověřit kvantitativně. Na kvantitativních datech by se mohlo zjistit, zdali je vytvořená teorie dostatečně pružná. Dá-li se aplikovat v různých situacích, dle zásad zakotvené teorie.



## 13 ZÁVĚRY

Cílem této práce bylo zejména zmapovat situaci rodičů ve Vojtově metodě. Pokusit se prozkoumat, porozumět a popsat faktory související s přijmutím Vojtovy terapie ze strany rodiče, dále zjistit, jaké strategie zvládnání rodiče používají a jak tuto metodu vnímají. Dalším cílem bylo porozumět tomu, jakým způsobem jsou terapeuti nápomocni rodičům v této fyzioterapeutické situaci, jestli jsou v této oblasti nějakým způsobem vzdělávání a také názor fyzioterapeutů na své vzdělání. V neposlední řadě nás zajímal také pohled výukových terapeutů na vzdělávání fyzioterapeutů.

Na základě získaných údajů lze vyvozovat tyto závěry:

Zvládnání terapie ze strany rodiče, který ošetřuje své dítě, je podmíněno pohybovou poruchou potomka, a to zejména jejím rozsahem. Rodiče dětí s těžkým pohybovým postižením (např. DMO) zpravidla v terapii setrvávají. U rodičů, jejichž dítě netrpí těžkým pohybovým postižením (např. preferování naklonění hlavičky na jednu stranu), se vyskytují častěji tendence k předčasnému ukončení terapie. Na setrvání v terapii má také vliv to, zdali je odesílatelem na rehabilitaci sám rodič, nebo odborník.

Už od prvního kontaktu v terapeutické triádě terapeut-rodič-pacient, by se měli jednotliví členové snažit o bezproblémovou spolupráci. Měla by být navozena atmosféra důvěry, možné nesnáze by se měly řešit společně prostřednictvím komunikace. Takový vztah zjednodušuje situaci všem stranám. Je nutné, aby se rodič cítil v terapeutické situaci dobře, protože pokud tomu tak nebude, nepříjemné pocity se dle terapeutů přenáší na dítě a terapie potom není tak efektivní, jak by být mohla a měla.

Rodinné a terapeutické faktory působení, mezi které se řadí rodinná podpora, vedení dítěte a přístup terapeuta se jeví jako významné aspekty zvládnání terapie, protože při terapii většinou rodič potřebuje podporu rodiny, a když se mu jí nedostává, tak je to jedna z nejčastějších příčin předčasného ukončení terapie. Vedení dítěte by mělo probíhat

podle jasně stanovených pravidel, bez ústupků a smlouvání. Když tomu tak totiž není, značně to znesnadňuje rehabilitační situaci a někdy je až nemožné v terapii za takových okolností pokračovat. Od přístupu fyzioterapeuta se odvíjí mnohé – komunikace, následná informovanost rodiče a zvládnání terapie z rodičovi strany. Přístup terapeuta vyvstal jako nejpodstatnější faktor, na kterém „vše stojí“.

Komunikace je nejužívanější strategie zvládnání rodičů z tohoto výzkumu. I proto je také nutné udržovat vřelý vztah v terapeutické triádě, aby probíhala bezproblémově. Rodiče využívají velké množství strategií zvládnání, je to tedy zejména komunikace s rodinou, blízkými a odborníky, stanovení si hlavní priority jako zdraví, plánování denního režimu a následné dodržování plánu atd.

Rodiče ošetřující své děti Vojtovou metodou vnímají terapii spíše pozitivně, většinou však ne hned z jejího počátku. Vnímání této metody ze strany rodiče je mnohdy podmíněno nastudováním informací ohledně tohoto fyzioterapeutického konceptu a pozorování zlepšení zdravotního stavu dítěte. Všichni rodiče uvedli, že by terapii doporučili, když by to zdravotní stav pacienta vyžadoval.

Jako hlavní motivace terapii zvládnout působí na rodiče právě zlepšení zdravotního stavu dítěte, které většinou lze pozorovat už na první hodině aktivace. Někteří rodiče tedy doporučují, jít v případě nejistoty terapii alespoň zkusit. Vidina tak značné efektivity by rodičům mohla pomoci při rozhodování, zda terapii praktikovat, či nikoliv.

Rodiče ani fyzioterapeuti většinou nemají potřebu vyhledávat psychologickou pomoc. Někteří rodiče zmiňovali, že jim jejich fyzioterapeut v podstatě nahrazuje roli psychologa, když je podporuje, chválí za dobře odvedenou práci a komunikuje s nimi o všech jejich nejistotách, nesnázích, zkrátka o tom, co je potřeba. Ani fyzioterapeuti nemají tendence vyhledávat psychologickou pomoc ať už kvůli sobě, ani s cílem dozvědět se nové informace ohledně přístupu k rodiči a pacientovi. Jejich dostatečné připravenosti přisuzují značnou míru absolvování certifikovaného kurzu Vojtovy metody, který je podle nich i podle výukových terapeutů nezbytný k vykonávání profese fyzioterapeuta v této oblasti.

Dle výukových terapeutů i fyzioterapeutů je po absolvování certifikovaného kurzu Vojtovy metody vzdělání dostatečné, a to i v oblasti podpory rodičů.

Pro rodiče bývá často velmi těžké překonat pláč jejich dítěte. Důležité je mít na paměti, že dítě terapie nebolí. Terapie ani bolet nesmí, protože bolest je kontraindikována.

Dítě pláče, z toho důvodu, že je terapie fyzicky náročná a dochází k formování pro něj nezvyklých pohybů, a také kvůli tomu, že mu situace terapie není příjemná.

# SOUHRN

Téma bakalářské práce bylo zvoleno v důsledku dlouhodobé zkušenosti autorky s Vojtovou metodou. Matka autorky ošetřuje svoji dceru (autorčinu sestru) Vojtovou terapií již dvanáctým rokem. Začaly rehabilitovat bezprostředně po narození, a tak mohla autorka sledovat, jak velkému zdravotnímu zlepšení u její sestry došlo. Zároveň vnímala, jaké nelehké úlohy se musela zhostit její matka, když s dcerou rehabilitovala čtyřikrát denně a současně musela zvládat péči o rodinu i domácnost. Tato životní zkušenost ovlivnila autorku natolik, že se téma Vojtovy metody rozhodla zpracovat jako bakalářskou diplomovou práci.

Teoretická část seznamuje se zakladatelem Vojtovy metody, českým lékařem prof. MUDr. Václavem Vojtou, DrSc., který se specializoval v oblasti neurologie. Reflexní lokomoce dle Vojty začala postupně vznikat v 50. letech 20. století. V roce 1968 Václav Vojta emigroval do Spolkové republiky Německo, a tak byly dále jeho myšlenky rozvíjeny především tam. Po roce 1989 se mohl prof. Vojta vrátit do Prahy, začal tedy pracovat opět i v Čechách. Místem jeho hlavního působení však už napořád zůstal Mnichov, kde roku 2000 zemřel.

Vojtova metoda je diagnostický a terapeutický systém, který se využívá k rehabilitaci neurologických a ortopedických funkčních pohybových poruch v dětském i dospělém věku. V dnešních dnech je rozšířen do velkého množství zemí jako např. Francie, Itálie, Norsko, ale i Argentina, Chile apod.

Díky rehabilitační technice dochází k obnovení, nebo vytvoření pohybových vzorů, které byly zablokovány. Základem této techniky je reflexní lokomoce a její aktivace pomocí spouštěvých zón, které se nacházejí na různých částech těla. Vyvíjením tlaku na spouštěvé zóny může být aktivován lokomoční pohyb. Dva základní pohyby jsou reflexní plazení a reflexní otáčení. Během reflexního plazení leží pacient na břiše a jeho tělo zaujímá přesně stanovenou polohu, terapeut/rodič aktivuje určité spouštěvé zóny a v důsledku toho dochází k vytváření předpokladů pro vzpřímení těla, úchop, chůzi i oporu. Reflexní otáčení začíná v poloze na zádech, přechází v polohu na boku a končí v poloze na čtyřech. Výsledkem aktivace v poloze reflexního otáčení je mimo jiné napřímení páteře.

U diagnostiky Vojtovy metody je kladen důraz zejména na včasnou diagnostiku, protože díky ní lze touto terapií dosáhnout nejefektivnějšího výsledku. Poznatky Vojtova

principu se v dnešní době využívají v dětské neurologii, ortopedii, kardiologii, pediatrii, dále v neurologii a ortopedii dospělých, terapii lze tedy užít jak u dětí, tak i dospělých. V některých případech ji však indikovat nelze, a to např. u hořčnatého nebo zánětlivého onemocnění, u těhotných žen, u lidí trpících některou z pervazivních vývojových poruch nebo lidí s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Dávkování terapie se odvíjí od rozsahu pohybového postižení, počet cvičebních jednotek u novorozenců, kojenců a malých dětí je stanoven na čtyři terapeutické jednotky za den, což je zároveň počet maximálních denních dávek.

Dále je pozornost věnována psychomotorickému vývoji dítěte do tří let, a to hlavně z toho důvodu, že znalost psychomotorického vývoje dítěte je základ, od kterého se vše odvíjí, tedy vyšetření pediatra, neurologa či jiného odborníka, následná diagnostika i realizace Vojtovy terapie. Je tedy popsáno prenatální období, porod, novorozenecké, kojenecké a batolecí období. Pozornost je věnována také paměti, protože se respondenti často během výzkumu dotazovali výzkumnice, zdali si dítě může terapii pamatovat.

Čtvrtá kapitola se zabývá některými příčinami poruch vývoje v dětském věku, konkrétně prenatálními toxickými vlivy, hypoxií plodu a ranými infekty CNS. Dále jsou uvedeny nemoci a zdravotní postižení, které mohou nastat v důsledku zmíněných příčin, tedy dětská mozková obrna, pohybové postižení, smyslové postižení, mentální retardace, epilepsie a pervazivní vývojové poruchy.

Další kapitola se zabývá vztahem v terapeutické triádě terapeut-rodíč-pacient a v rámci spolupráce mezi jednotlivými členy zdůrazňuje vytvoření dobrého vzájemného vztahu a komunikaci. Jedna podkapitola je věnována některým aspektům zlepšující situaci rodičů v terapii, jsou jimi např. výběr vhodného terapeuta, možnost vzít s sebou na terapii členy rodiny, kteří s ní nesouhlasí nebo informace ohledně terapie a bolesti.

V poslední kapitole teoretické části uvádíme přehled dosavadních studií týkajících se problematiky Vojtovy metody. Ze všech zmíněných výzkumů se nejvíce tomu našemu podobá práce Kováčikové (1998) a Uličné (2013), které došly k podobným závěrům, kde zmiňují především dobrý vztah v terapeutické situaci založený na komunikaci.

V rámci empirické části byl vzhledem ke snaze poznat problematiku Vojtovy metody do hloubky proveden kvalitativní typ výzkumu. Výzkum si kladl za cíl prozkoumat, porozumět a popsat faktory související se zvládnutím Vojtovy metody ze strany rodičů, nalézt jejich konkrétní strategie zvládnutí. Zjistit, jak tito rodiče terapii

vnímají. Zmapovat, jakým způsobem terapeuti podporují rodiče, zdali jsou v oblasti podpory nějakým způsobem vzdělávání a dále zahrnout pohled výukových terapeutů na oblast vzdělávání fyzioterapeutů.

Výzkumné otázky byly stanoveny následovně:

*Jak rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou, vnímají tuto metodu?*

*Co rodičům nejvíce pomáhá ošetřování zvládat?*

*Jaké konkrétní strategie zvládání rodiče používají?*

*Jakým způsobem fyzioterapeuti podporují rodiče, kteří své děti ošetřují Vojtovou metodou?*

*Jaký je názor fyzioterapeutů na své vzdělání v oblasti podpory rodičů?*

Byly vytvořeny tři typy polostrukturovaného interview.

A) Pro rodiče, kteří ošetřují/ošetřovali své dítě Vojtovou metodou.

B) Pro fyzioterapeuty, kteří působí v oblasti Vojtovy metody.

C) Pro výukové terapeuti, kteří zprostředkovávají vzdělávání fyzioterapeutů.

Do výzkumu bylo získáno 23 respondentů, konkrétně 12 rodičů, 7 fyzioterapeutů a 4 výukoví terapeuti. Většina rozhovorů byla provedena prostřednictvím osobního setkání, se dvěma respondenty se rozhovor uskutečnil prostřednictvím aplikace Skype.

Analýza a kódování se opírala o principy zakotvené teorie. V rámci metody zakotvené teorie se užívají tři typy kódování, konkrétně otevřené, axiální a selektivní. V souladu s principy zakotvené teorie byly v průběhu otevřeného kódování stanoveny základní kategorie, jejich vlastnosti a dimenze a následně vznikl v rámci axiálního kódování paradigmatický model, který zahrnuje tyto kategorie:

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY = Pohybová porucha → (B) JEV = Podstoupení Vojtovy metody → (C) KONTEXT = Navázání vztahu v terapeutické tirádě terapeut-rodič-pacient → (D) INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY = Rodinné a terapeutické faktory působení → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE = Komunikace → (F) NÁSLEDKY = Ne/Pokračování v terapii

Selektivním kódováním byla stanovena centrální kategorie *Přístup terapeuta* a aplikací centrální kategorie na paradigmatický model vznikla teorie, která je následující:

Hlavní roli při zvládnání terapie ze strany rodičů hraje přístup terapeuta. Přístup terapeuta je ovlivněn jeho vzděláním, dobou praxe a osobností a má vliv na komunikaci a vztah v terapeutické triádě, z čehož plyne následné lepší zvládnání terapie ze strany rodičů. Přístup terapeuta se také zdá být vlivným prediktorem pro zvládnutí terapie.

Práce by mohla být přínosná rodičům, kteří s terapií začínají a není pro ně jednoduché ji zvládnout. Mohla by pomoci rodičům, kteří metodu předčasně ukončili, zjistit příčinu a nalézt způsob řešení jejich problémů. Pro terapeuty, kteří čerstvě absolvovali kurz Vojtovy metody, by mohla poskytnout náhled, čemu v terapeutické triádě věnovat značnou pozornost. U fyzioterapeutů, kteří postupují v terapii v souladu s našimi poznatky by se mohlo jednat o potvrzení, že svoji práci odvádějí v souladu s potřebami rodičů.

S ohledem na kvalitativní povahu výzkumu by bylo vhodné ověřit pružnost teorie na kvantitativních datech.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada.
- Bar, M., & Chmelová, I. (2011). Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*, 12. Získáno 26.12.2016 z <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1517.pdf>
- Bäckström, B., & Dahlgren, L. (2000). Vojta self-training: Experiences of six neurologically impaired people: A qualitative study. *Physiotherapy*, 86(11), 567-574. doi:10.1016/S0031-9406(05)61361-2
- Barry, M. J. (1996). Physical therapy interventions for patients with movement disorders due to cerebral palsy. *Journal Of Child Neurology*, 11 Suppl 1S51-S60. doi: 10.1177/0883073896011001S08
- Berk, L. E. (1997). *Child development*. Boston: Allyn & Bacon.
- Berkiová, E. (2008). *Psychologicko-medicínské aspekty péče v prenatálním období*. (Bakalářská diplomová práce). Získáno 19. února 2017 z [http://theses.cz/id/74ldic/downloadPraceContent\\_adipIdno\\_10784](http://theses.cz/id/74ldic/downloadPraceContent_adipIdno_10784)
- Cíbochová, R. (2004). Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatr. Pro praxi*, 3, 160-176. Získáno 28.11. 2016 z <http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/07.pdf>
- Československá rehabilitační společnost. (nedat.). *Václav Vojta*. Získáno z <https://www.vojtovaspolecnost.cz/cs/vojtova-metoda>
- Čemusová, J., Pánek, D., & Pavlů, D. (2011). Možnosti propojení aktivního a pasivního přístupu ve fyzioterapii. *Rehabilitation & Physical Medicine / Rehabilitace A Fyzikalni Lekarstvi*, 18(4), 161-166. Získáno 15. února z <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d3a75551-8d2f-48cd-85c3-1ff6b124d40e%40sessionmgr4010&vid=2&hid=4110>
- Dolínková, I. (2010). *Cvičíme s kojenci a batolaty*. Praha: Portál.
- Freud, S. (1993). Tři pojednání k teorii sexuality. Vybrané spisy II.-III. Praha: Avicenum.
- Graig, G. J., & Baucum, D. (1999). *Human development*. New Jersey: Upped



Saddle River.

- Haladová, E. (2007). *Léčebná tělesná výchova. Cvičení*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Internationale Vojsa Gesellschaft e. V. (nedat.). *Vojsův princip*. Získáno z <http://www.vojsa.com/cs/vojsuv-princip/profvvojsa>
- Jovančević, S., Bolfan-Stočić, N., & Jovančević, M. (2014). Differences in the Acoustic Characteristics of the Cries of Infants with Colics and the Cries of Healthy Infants. *Croatian Journal Educational / Hrvatski Casopis Za Odgoj / Obrazovanje, 1667-77*. Získáno 2. března 2017 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=c4e85072-7bb4-4780-ad95-948d37b59f91%40sessionmgr4009&hid=4114>
- Józwiak, S., & Podogrodzki, J. (2010). Application and comparison of NDT-Bobath and Vojsa methods in treatment of selected pathologies of the nervous system in children. *Przegląd Lekarski, 67(1)*, 64-66. Získáno 16. února 2017 z <http://europepmc.org/abstract/med/20509578>
- Juehring, D. D., & Barber, M. R. (2011). A case study utilizing Vojsa/Dynamic Neuromuscular Stabilization therapy to control symptoms of a chronic migraine sufferer. *Journal Of Bodywork & Movement Therapies, 15 (4)*, 538-541. doi: 10.1016/j.jbmt.2011.01.019
- KINEPRO. (nedat.). *Indikace Vojsovy metody*. Získáno z <http://www.kinepro.cz/pro-pacienty/indikace-vojsovy-metody/>
- KINEPRO. (nedat.). *Kontraindikace Vojsovy metody*. Získáno z <http://www.kinepro.cz/pro-pacienty/kontraindikace-vojsovy-metody/>
- Kolář, P. (2010). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- Kováčiková, V. (1998). Kontakt fyzioterapeuta s pacientem. *Rehabilitácia, 31 (3)*, 185-188.
- Kraus, J. (2004). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.

- Kraus, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*, 12(4), 222-224. Získáno 17. března 2017 z <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/02.pdf>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Liu, Z., Pan, P., & Ma, M. (2007). Effects of acupuncture on quality of life in children with spastic cerebral palsy. *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi Zhongguo Zhongxiyi Jiehe Zazhi = Chinese Journal Of Integrated Traditional And Western Medicine*, 27(3), 214-216. Získáno 16. února 2017 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=42c0f54a-0241-41ec-bd3713bdc951b3b9%40sessionmgr4010&hid=4104&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=17432679&db=mdc>
- Ludewig, A., & Mähler, C. (1999). Early Vojta- or Botath- pssiotherapy: what is the effect on mother-child relationship? *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie*, 48(5), 326-339. Získáno 16. února 2017 z <http://europepmc.org/abstract/med/10431564>
- Marešová, E., Joudová, P., & Severa, S. (2011). *Dětská mozková obrna. Možnosti včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén.
- Martínez-Fuentes, M. T., Pérez-López, J., De La Nuez, A. B., & Díaz-Herrero, A. (2011). Terapia Vojta, Desarrollo psicológico, y apego infantil en poblaciones de riesgo biológico. *Acción Psicológica*, 8(2), 87-97. Získáno 15. února 2017 z <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/192/146>
- Meholjić-Fetahović, A. (2005). Importance of early rehabilitation using the Vojta method in symptomatic high risk infants. English abstract. *Medicinski archiv*, 59(4), 224-226. Získáno 15. února 2017 z <http://europepmc.org/abstract/med/16018387>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Miovský, M. ed. (2003). *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Orth, H. (2009). *Dítě ve Vojtově terapii*. České Budějovice: KOPP.
- Paci, M. (2003). Physiotherapy based on the Bobath concept for adults post-stroke hemiplegia: a review of effectiveness studies. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 35(1), 2-7. Získáno 16. února 2017 z

<https://scholar.google.cz/scholar?hl=cs&q=Physiotherapy+based+on+the+Bobath+concept+for+adults+post-stroke+hemiplegia%3A&btnG=>

- Plháčková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- RL-CORPUS. (nedat.). *Vojtův princip*. Získáno z <http://www.rl-corpus.cz/vojtuv-princip/>
- Říčan, P. (2014). *Cesta životem. Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sarimski, K., & Hoffmann, I. W. (1993). Overprotectiveness as a coping reaction in intensive physical therapy. *Zeitschrift Fur Kinder- Und Jugendpsychiatrie*, 21(2), 109-114. Získáno 16. února 2017 z <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=17&sid=c4e85072-7bb4-4780-ad95948d37b59f91%40sessionmgr4009&hid=4114&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=8342332&db=mdc>
- Solterová, A. (2016). *Slzy raného dětství: pláč, vzdor a zlost u dětí do 8 let*. Praha: Triton.
- Strauss, A. L., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.
- Stoppardová, M. (2007). *Těhotenství od početí k porodu*. Praha: Fragment.
- Svoboda, M., Krejčířová, D., & Vágnerová, M. (2015). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
- Šišková, D. (2011). Dětská mozková obrna. *Revision & Assessment Medicine / Revizni A Posudkove Lekarstvi*, 14(4), 127-132. Získáno 17.12. 2016 z <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=33ffa6ab-5a80-4117-9d72-a22e7cd0d2c8%40sessionmgr120&vid=1&hid=112>
- Šobková, D., & Plháčková, A. (1999). Dětská amnézie = Childhood amnesia. *Československá psychologie: Časopis Pro Psychologickou Teorii A Praxi*, 43(1), 51-60.
- Špatenková, N., & Králová, J. (2009). *Základní otázky komunikace: komunikace nejen pro sestry*. Praha: Galén.
- Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.

- Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2001). *Fyzilogie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Uličná, P. (2013). *Vojtova metoda*. (Nepublikovaná magisterská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Valuchová, H. (2012). *Hypoxie plodu-intrapartální monitorace*. (Nepublikovaná bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vasta, R., Haith, M. M., & Miller, S. A. (1999). *Child psychology: the modern science*. New York: Wiley.
- Vašut, K. (2007). *Léčiva v těhotenství: vliv léků a vitamínů na zdravý vývoj plodu*. Brno: Computer press.
- Vojta, V. (1993). *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Grada a Avicenum.
- Vojta, V., & Peters, A. (2010). *Vojtův Princip*. Praha: Grada Publishing.

# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

**Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce**

**Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

**Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

**Příloha č. 4: Základní postavení v terapii**

Obrázek č. 1: Reflexní plazení včetně znázornění devíti aktivačních zón.

Obrázek č. 2: První fáze reflexního otáčení

Obrázek č. 3: Druhá fáze reflexního otáčení

**Příloha č. 5: Polostrukturované interview**

Polostrukturované interview č. 1

Polostrukturované interview č. 2

Polostrukturované interview č. 3

**Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s rodičem**

**Příloha č. 7: Ukázka kódování**

## Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie  
Forma: Prezenční  
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

### Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BEZDĚKOVÁ Pavlína	Žižkova 25, Zábřeh	F150960

#### TÉMA ČESKY:

Vojtova metoda z pohledu rodičů a profesionálů

#### TÉMA ANGLICKY:

The Vojta method through the eyes of the parents and professionals

#### VEDOUcí PRÁCE:

doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D. - PCH

#### ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1) Seznámení s aktualizovaným manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.

2) Studium odborné literatury z oblasti rehabilitace, fyzioterapie, Vojtovy metody, psychoterapie, vývojové psychologie, všeobecného lékařství (s důrazem na pediatrii a neurologii) a alternativního lékařství, psychologii handicapu, psychologii nemocných, osob s postižením, problematiku kvalitativního výzkumu.

3) Zpracování přehledu dosavadních výzkumů, využití e-zdrojů, rešerše relevantní literatury.

4) Rámcová osnova teoretické části:

a. Historie (osobnost Václava Vojty, vznik a vývoj metody)

b. Vojtova metoda (reflexní lokomoce, reflexní plazení, reflexní otáčení, průběh cvičení s rodiči i terapeuti, vzdělávání terapeutů)

c. Diagnostika

d. Psychomotorický vývoj

e. Dosavadní přehled studií spojených s psychologickými aspekty Vojtovy metody

f. Přehled dosavadních psychologických doporučení v rámci učebnic fyzioterapie a textů o Vojtově metodě

5) Konzultace výzkumného projektu s vedoucím BP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:

a. Zjistit, jak rodiče prožívají cvičení, co je pro ně při cvičení s jejich dětmi po psychické stránce nejtěžší a co jim naopak nejvíce pomáhá. Zjistit, jestli se fyzioterapeuti snaží rodiče po psychické stránce podpořit, jestli jsou v této oblasti nějakým způsobem vzděláváni a jejich pohled na to, co rodičům nejvíce pomáhá. Porovnat oba pohledy. V neposlední řadě také zahrnout pohled lektorů fyzioterapeutů. Snaha vytvořit práci, která by mohla být předlohou pro fyzioterapeuty v tom, jak psychicky podpořit rodiče při cvičení.

b. Předpokladem je příležitostný výběr, výběr metodou sněhové koule, získání dat metodou polostrukturovaného interview s rodiči, fyzioterapeuty a a lektory terapeutů. U fyzioterapeutů je zvažována i metoda ohniskové skupiny. c. Předpokladem je získání 6 fyzioterapeutů, 15 rodičů a 4 lektorů fyzioterapeutů.

d. Kvalitativní analýza odpovědí pacientů, fyzioterapeutů a jejich lektorů metodou zakotvené teorie.

#### SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Čemusová, J., Pínek, D., & Pavlů, D. (2011). Možnosti propojení aktivního a pasivního přístupu ve fyzioterapii. Rehabilitace a

fyzikální lékařství, 4, 161-166. Získáno z <http://web.a.ebscohost.com>

Dolinková, I. (2006). Cvičíme s kojenci a batolaty. Praha: Portál.

Kolářová, J., & Hánová, P. (2007). Včasná diagnostika hybných poruch kojenců v prvním trimestru prvního roku života. *Pediatric pro praxi*. Získáno z <http://www.pediatricpropraxi.cz>

Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2006). Vývojová psychologie. Praha: Grada Publishing.

Orth, H. (2009). Dítě ve Vojtově terapii. České Budějovice: KOPP.

Šulová, L. (2010). Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum.

Trojan, S., Druga, R., Pfeiffer, J., & Votava, J. (2005). Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada Publishing.

Uličná, K. (2013). Vojtova metoda. Univerzita Palackého v Olomouci.

Vojta, V., & Peters, A. (2010). Vojtův princip. Praha: Grada Publishing.

Vojta, V. (1993). Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Praha: Grada.

**Podpis studenta:** .....

**Datum:** .....

**Podpis vedoucího práce:** .....

**Datum:** .....



## **Příloha č. 2: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce**

### **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vojtova metoda z pohledu rodičů a profesionálů.

**Autor práce:** Pavlína Bezděková

**Vedoucí práce:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 85 stran 130 762 znaků (včetně mezer)

**Počet příloh:** 7

**Počet titulů použité literatury:** 61

#### **Abstrakt (800–1200 zn.):**

Cílem práce bylo zmapovat problematiku Vojtovy metody z pohledu rodičů ošetřujících své děti Vojtovou metodou, fyzioterapeutů působících v tomto oboru a výukových terapeutů, kteří zprostředkovávají vzdělání fyzioterapeutů. Teoretická část popisuje osobnost prof. Václava Vojty, fyzioterapeutický koncept Vojtovy metody, psychomotorický vývoj zdravého dítěte do tří let věku, patopsychologii a psychopatologii dítěte do tří let věku, kontakt mezi fyzioterapeutem, pacientem a ošetřující osobou a přehled dosavadních studií spojených s Vojtovou metodou. Empirická část byla realizována kvalitativním typem výzkumu a celkově se ho zúčastnilo 23 probandů, konkrétně 12 rodičů ošetřujících své děti Vojtovou metodou, 7 fyzioterapeutů a 4 výukoví terapeuti, se kterými bylo provedeno polostrukturované interview. Analýza probíhala metodou zakotvené teorie. Výsledky odhalily nejefektivnější strategie zvládnání terapie ze strany rodičů, mezi které patří zejména komunikace s odborníky, rodinou a blízkými. Nejdůležitějším faktorem při zvládnání terapie ze strany rodičů se v tomto souboru ukázal být přístup terapeuta.

#### **Klíčová slova:**

Vojtova metoda, Václav Vojta, psychomotorický vývoj, reflexní lokomoce, zakotvená teorie.

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** The Vojta method through the eyes of the parents and professionals

**Author:** Pavlína Bezděková

**Supervisor:** doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 85 pages and 130 762 characters (with spaces)

**Numbers of appendices:** 7

**Number of references:** 61

### **Abstract (800–1200 characters):**

The aim of the bachelor thesis was to explore the issue of Vojta therapy from the perspective of parents who are treating their children with this therapy, from the point of view of the physiotherapists who are working in this field of medicine and the educational therapists who mediate the education to the physiotherapists. The theoretical part describes the personality of prof. Vaclav Vojta, the concept of Vojta therapy from physiotherapist's point of view, psychomotor development of a healthy child who is younger than three years old, pathopsychology and psychopathology of a child younger than three years old. The contact between therapist, patient and caregiver and an overview of existing studies related to Vojta therapy has been described in the thesis too. The method used in the empirical part of the bachelor thesis was the qualitative research. 23 people took part in the semi-structured interview, out of that 12 people were parents treating their children with Vojta therapy, 7 physiotherapists and 4 educational therapists. The analysis was based on the principles of grounded theory. The gained results revealed that the most effective strategy of a therapy managed from the parents' part, especially where a communication with the specialists, the family and the relatives is included. The most important factor of managing the therapy from the parents' side is the complex was proved that the therapist' approach is the most vital.

**Key words:** Vojta method, Václav Vojta, psychomotor development, reflex locomotion, grounded theory.

### **Příloha č. 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

#### **SOUHLAS S ÚČASTÍ VE VÝZKUMU**

Vážení rodiče, fyzioterapeuti, lektoři fyzioterapeutů

Jsem studentka prezenčního bakalářského studia katedry psychologie na FF UP v Olomouci a v rámci zpracování své bakalářské diplomové práce na téma Vojtova metoda z pohledu rodičů a profesionálů provádím výzkumné šetření na zmapování toho, jak rodiče, kteří se svými dětmi cvičí Vojtovu metodu, toto cvičení prožívají, co je pro ně při cvičení po psychické stránce nejtěžší a co jim naopak nejvíce pomáhá. Dále se pokouším zmapovat to, jakým způsobem fyzioterapeuti podporují rodiče po psychické stránce a jestli jsou v této oblasti nějakým způsobem vzdělávání a jejich pohled na to, co rodičům nejvíce pomáhá. V neposlední řadě chci také zahrnout pohled výukových terapeutů.

Obracím se proto na Vás s prosbou o účast na mém výzkumu. Tento výzkum je zcela anonymní a v souladu s platným zákonem o ochraně osobních údajů, zákonem č.101/2000 Sb. Účast ve výzkumu je dobrovolná, máte tedy právo, bez udání důvodů, kdykoli přerušit či ukončit svoji účast, popřípadě neudělit souhlas s použitím již získaných informací. Se všemi Vámi uvedenými údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a nebudou použity k jiným než výzkumným účelům pro výše zmíněnou bakalářskou diplomovou práci.

V případě jakýchkoli Vašich dotazů či nejasností se můžete kdykoliv obrátit na níže uvedené kontaktní údaje. Informace o průběhu výzkumného šetření či výslednou bakalářskou diplomovou práci Vám ráda zpřístupním po předchozí domluvě.

Přikládám Vám zde i doklad potvrzení o studiu.

Děkuji za Váš čas i ochotu, a budu se těšit na vzájemnou spolupráci.

Pavλίna Bezděková

Žižkova 25, Zábřeh

789 01

Email: Pavlina.bezdekova@email.cz

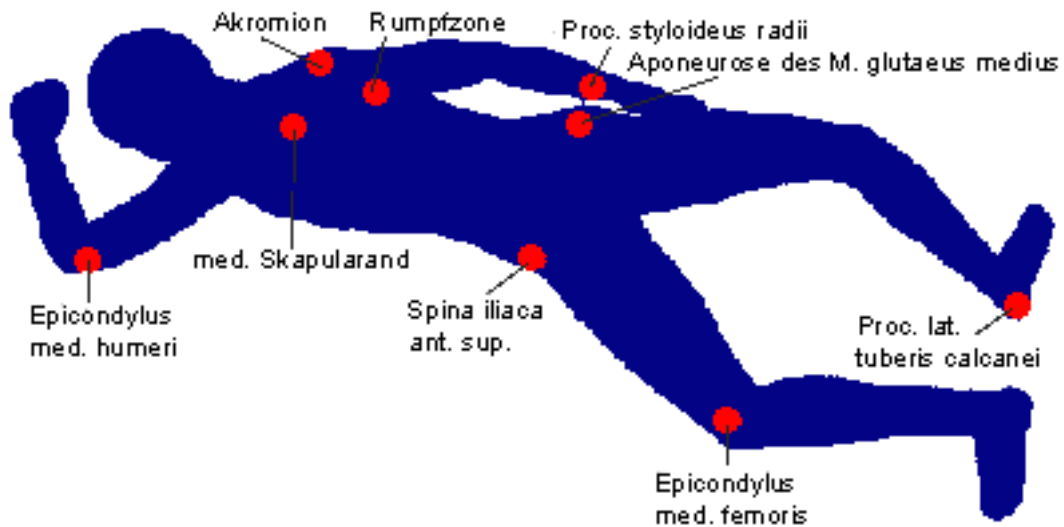
Telefon: +420 722 937 376

V..... dne .....

Podpis .....

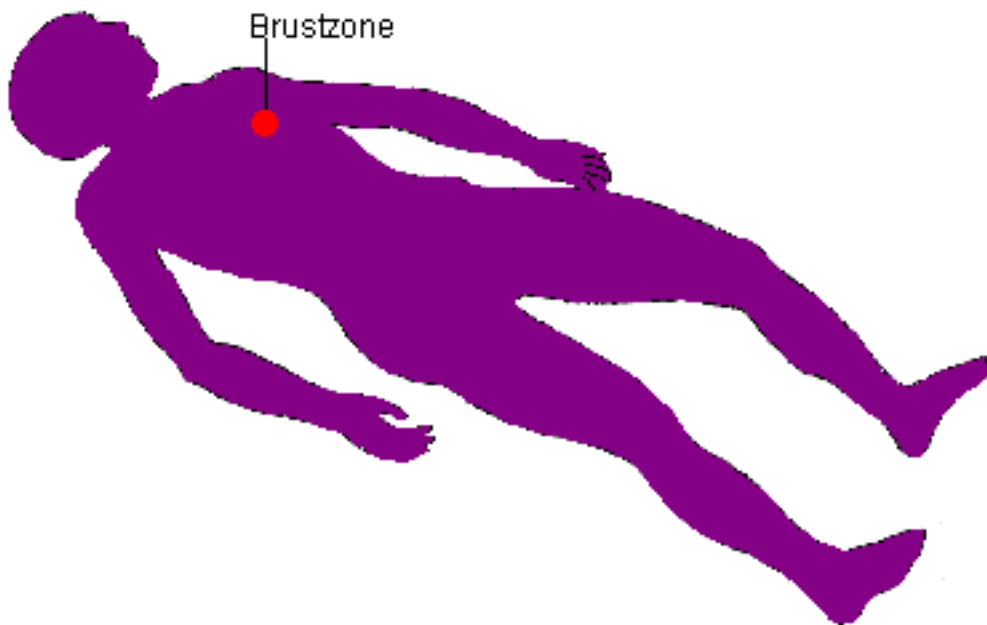
#### Příloha č. 4: Základní postavení v terapii

Obrázek č. 1: Reflexní plazení včetně znázornění devíti aktivačních zón.



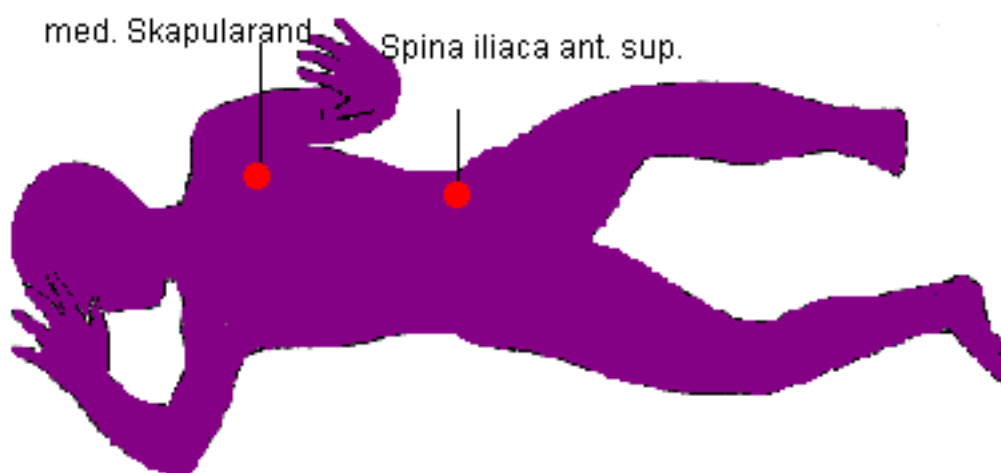
„Obrázek znázorňuje výchozí polohu reflexního plazení a jeho aktivační zóny. Tyto "spoušťové body" spolu s úhlovým nastavením končetin a hlavy aktivují motorický průběh procesu plazení s odpovídajícími svalovými aktivitami“ (vojta, nedat.).

Obrázek č. 2: První fáze reflexního otáčení



(vojta,nedat.)

Obrázek č. 3: Druhá fáze reflexního otáčení



(vojta,nedat.)

## **Příloha č. 5: Polostrukturované interview**

Polostrukturované interview č. 1

### **ROZHOVOR S RODIČI**

1. *Můžete mi popovídat o Vašich zkušenostech s Vojtovou metodou?*
2. *Kdy byla zahájena rehabilitace Vašeho dítěte?*
3. *Jak často s Vaším dítětem cvičíte?*
4. *Jak dlouho s Vaším dítětem cvičíte? (hod.)*
5. *Pomáhá Vám se cvičením někdo z Vašeho okolí?*
6. *Jak vnímáte tuto metodu?*
7. *Hodláte v tomto cvičení nadále pokračovat?*  
*Pokud ne, přecházím k otázce číslo 8 a vynechávám otázku číslo 18. Pokud ano, přecházím k otázce číslo 9.*
8. *Z jakých důvodů jste se rozhodl/a k tomuto kroku?*
9. *Jaké další metody jste zkoušel/a?*
10. *Sledujete nějaké změny ve zdravotním stavu Vašeho dítěte od doby, kdy jste s ním začal/a cvičit?*
11. *Sledujete po psychické stránce nějaké změny u Vašeho dítěte od doby, kdy jste s ním tuto metodu začal/a cvičit?*
12. *Pokuste se popsat, jak se Vaše dítě chová v průběhu cvičení.*
13. *Pokuste se popsat pocity a myšlenky, které Vás v průběhu cvičení doprovází.*
14. *Co Vám na cvičení připadá těžké?*
15. *Co Vám na cvičení připadá naopak snadné?*
16. *Vnímáte nějaké problémy při realizaci cvičení?*  
*Pokud ano, přecházím k otázce číslo 17. Pokud ne, přecházím k otázce číslo 19.*
17. *Jak se tyto problémy snažíte překonat?*
18. *Co Vám pomáhá ve cvičení nepřestávat?*
19. *Kdo Vám poskytuje největší podporu?*
20. *Je něco, co byste na přístupu fyzioterapeuta vyzdvihl/a?*

21. *Je něco, s čím na přístupu fyzioterapeuta naopak nejste úplně spokojený/á? (Pro upřesnění: Například máte dostatek informací o této metodě, o pokrocích Vašeho dítěte atd.?)*
22. *Probíral/a jste někdy cvičení s psychologem?*
23. *Doporučil/a byste tuto metodu jiným rodičům?*
24. *Je něco, co byste mohl/a poradit rodičům, kteří s touto metodou začínají?*
25. *Je něco, co byste mohl/a poradit rodičům, kteří tuto metodu špatně snášejí?*
26. *Co Vám cvičení dalo a vzalo?*
27. *Napadá Vás něco, o čem jsme ještě nemluvili?*
- 

28. *Pohlaví rodiče.*
29. *Věk rodiče.*
30. *Dosažené vzdělání rodiče.*
31. *Věk dítěte.*
32. *Diagnóza dítěte.*

ROZHOVOR S FYZIOTERAPEUTY

1. *Můžete mi krátce popovídat o Vašich zkušenostech s Vojtovou metodou?*
2. *Můžete popsat, jak cvičení Vojtovy metody probíhá?*
3. *Jaká jsou podle Vás pozitiva tohoto cvičení?*
4. *Jaká jsou podle Vás negativa tohoto cvičení?*
5. *Vnímáte u sebe nějaké problém při realizaci cvičení?*
6. *Vnímáte nějaké problémy při realizaci cvičení ze strany dětí?*
7. *Myslíte si, že u dětí dochází v průběhu cvičení k nějakým změnám v chování? (Pro upřesnění: Jestli například můžeme pozorovat známky adaptace na toto cvičení nebo je to právě naopak?)*
8. *Vnímáte nějaké problémy při realizaci cvičení ze strany rodičů?*
9. *Jak podle Vás všeobecně rodiče cvičení po psychické stránce zvládají?*
10. *Víte o nějakých potížích, které rodiče při cvičení mají/cítí?*
11. *Setkal/a jste se někdy s případem, kdy rodič se svým dítětem cvičit přestal?*  
*Pokud ano, přesunu se k otázce číslo 12. Pokud ne, přesunu se k otázce číslo 13.*
12. *Co uváděl/i za důvod?*
13. *Máte nějaké tipy pro rodiče, kteří cvičení špatně snášejí, jak ho co nejlépe zvládat?*
14. *Probíráte s rodiči při jejich návštěvách možná úskalí tohoto cvičení?*  
*Pokud ano, přesunu se k otázce číslo 15. Pokud ne, přesunu se k otázce číslo 17.*
15. *Jak často? (Pro upřesnění: Při první návštěvě? Při každé? Nebo až když rodiče podnítí diskuzi na toto téma?)*
16. *Jak takový rozhovor probíhá?*
17. *Existují nějaká školení, která fyzioterapeuti učí, jak podpořit rodiče, kteří s dětmi cvičí? (Pro upřesnění: Pokud ne celá školení, tak bývá tato problematika vyučována alespoň jako součást nějakého jiného školení?)*  
*Pokud ano, přesunu se k otázce číslo 18. Pokud ne, přesunu se k otázce číslo 21.*
18. *Byl/a jste už někdy na takovém školení?*  
*Pokud ano, přesunu se k otázce číslo 18. Pokud ne, přesunu se k otázce číslo 20.*
19. *Co hlavního jste si z takového školení odnesl/a?*
20. *Je něco, co byste se chtěl/a na takovém školení dozvědět a doposud jste se nedozvěděl/a?*



21. *Probíral/a jste někdy Vaši práci s psychologem? (Pro upřesnění: Ať už kvůli sobě nebo kvůli tomu, abyste se dozvěděl/a, jak rodiče po psychické stránce podpořit).*
22. *Napadá Vás něco, o čem jsme ještě nemluvili?*
- 

23. *Pohlaví fyzioterapeuta.*
24. *Věk fyzioterapeuta.*
25. *Dosažené vzdělání fyzioterapeuta.*
26. *Délka působení v oboru.*
27. *Aktuální pracoviště fyzioterapeuta.*
28. *Dosavadní pracoviště fyzioterapeuta.*

## ROZHOVOR S VÝUKOVÝMI TERAPEUTY

1. *Můžete mi popovídat o Vašich zkušenostech s vyučováním Vojtovy metody?*
  2. *Můžete popsat činnost zařízení, ve kterém pracujete?*
  3. *Můžete popsat, co přesně je náplní Vaší práce?*
  4. *Jaké typy kurzů můžete fyzioterapeutům nabídnout?*
  5. *Když se budeme bavit konkrétně o Vojtově metodě, mají tyto kurzy dostatečnou kapacitu?*
  6. *Jak v dnešní době vnímáte zájem fyzioterapeutů o vzdělávání?*
  7. *Jak v dnešní době vnímáte zájem fyzioterapeutů o vzdělávání v oblasti Vojtovy metody?*
  8. *Setkal/a jste se se školením, které by bylo zaměřeno na to, jak se naučit podporovat rodiče, kteří cvičí Vojtovu metodu se svými dětmi a špatně ji snášejí? (Pro upřesnění: Nebo je tato problematika vyučována alespoň jako součást nějakého jiného školení?)*  
*Pokud ne, přesunu se k otázce číslo 9 a potom k otázce číslo 14. Pokud ano, přesunu se k otázce číslo 10.*
  9. *Myslíte si, že by bylo takovéto školení potřeba uspořádat?*
  10. *Co se na takovém školení probírá?*
  11. *Na jaké faktory podpory se zaměřujete?*
  12. *Myslíte, že jsou tato školení dostatečná? (Pro upřesnění: Proberete problematiku dopodrobna nebo ji nastíníte?)*
  13. *Jaká je časová dotace jednoho takového školení?*
  14. *Pozorujete během Vašeho působení v tomto oboru nějaké změny, které ve školení probíhají?*
  15. *Napadá Vás něco, o čem jsme ještě nemluvili?*
- 

16. *Pohlaví výukového terapeuta.*

17. *Věk výukového terapeuta.*

18. *Dosažené vzdělání výukového terapeuta.*

19. *Typ zařízení aktuálního působení výukového terapeuta.*

*20. Dřívější působitě.*

## Příloha č. 6: Přepis rozhovoru s rodičem

### RODIČ 10

1. Můžete mi popovídat o Vašich zkušenostech s Vojtovou metodou?  
*„Tak moje zkušenost je taková, že já jsem začala se svojí dcerou cvičit Vojtovu metodu z toho důvodu, že při porodu jí přetrhly svaly v levé ruce a lékaři nás hned po porodu poslali na čtrnáct dní rehabilitovat, takže jsem neváhala a Vojtovu metodu začala s dcerou podstupovat, takže jsme hned po porodu zavítaly na rehabilitace, kde jsme začaly rehabilitovat a vlastně cvičíme až do teď a vypadá to, že ještě dlouho budeme.“*
2. Kdy byla zahájena rehabilitace Vašeho dítěte?  
*„V březnu roku 2015.“*
3. Jak často s Vaším dítětem cvičíte?  
*„Do jednoho roku jsme cvičily 4x denně, z toho jednou denně jsme chodily na rehabilitaci cvičit. No a teď cvičíme 4x denně doma a na rehabilitaci jdeme tak jednou za týden.“*
4. Jak dlouho s Vaším dítětem cvičíte? (hod.)  
*„Tak jedno to cvičení trvá asi 10 minut s tím, že u fyzioterapeuta to vždy trvá déle, tam jsme okolo 45 minut.“*
5. Pomáhá Vám se cvičením někdo z Vašeho okolí?  
*„Tak teď už to nepotřebuji, ale ani když jsem vlastně s dcerou cvičila já, tak manžel to nezvládl po psychické stránce, takže ten mi nepomohl, takže asi moc ne bych řekla.“*
6. Jak vnímáte tuto metodu?  
*„Já tuto metodu vnímám jako něco velmi pozitivního. Něco, díky čemu moje dcera dnes může relativně normálně hýbat rukou. Bez této metody by ji měla úplně ochrnutou a zkroucenou a dnes ji normálně zvedne nad hlavu. Jediné, co jí dělá problém, tak příborem musí jíst naopak a nejde jí úplná rotace, ale i tak je to velký pokrok, takže vnímám ji velmi dobře a také jí za hodně vděčím.“*
7. Hodláte v tomto cvičení nadále pokračovat?  
*„Ano, hodlám, dokud to bude paní fyzioterapeutka podporovat, tak moje dcera bude cvičit.“*

8. Jaké další metody jste zkoušel/a?  
*„Žádné.“*
9. Sledujete nějaké změny ve zdravotním stavu Vašeho dítěte od doby, kdy jste s ním začal/a cvičit?  
*„Tak určitě jak už jsem popsala v otázce dříve, tak vnímám velké pokroky, opravdu ta ruka by teď byla ochrnutá a ona vlastně v dnešních dnech zvládá dělat prakticky všechno, má tedy horší ty rotace, ale myslím si, že to jsou taková omezení, se kterými dokáže žít. Navíc jí to dalo i hroznou sílu a ona je opravdu strašně silná, takže sílu a tělesnou kondici jí to opravdu podpořilo a zlepšilo, alespoň já to tak vnímám.“*
10. Sledujete po psychické stránce nějaké změny u Vašeho dítěte od doby, kdy jste s ním tuto metodu začal/a cvičit?  
*„Tak to si myslím, že nepozoruji. Teď už to snáší úplně dobře a vlastně i když byla miminko, tak po psychické stránce jsem tam úplně nějaké změny nepozorovala. Navíc my jsme opravdu cvičily úplně od narození, takže bych ani neměla s čím porovnávat.“*
11. Pokuste se popsat, jak se Vaše dítě chová v průběhu cvičení.  
*„Ze začátku to bylo peklo, malá to nesla velmi špatně. Hrozně plakala, spíš úplně řvala, až jí tělíčko celé zmodralo, a to i na mě působilo hrozně a špatně jsem to snášela. Teď už je to lepší, není to tak hysterický pláč, je to takový protestní, nic tak hrozného, navíc už poznám druh toho pláče.“*
12. Pokuste se popsat pocity a myšlenky, které Vás v průběhu cvičení doprovází.  
*„Tak když to budeme brát k tomu období, kdy vlastně dcera byla miminko, tak pro mě to bylo psychicky opravdu velmi vyčerpávající. Byla jsem úplně na dně, protože jsem měla další dvě děti a měla jsem toho moc, a to cvičení Vám naruší denní režim takovým způsobem, že vlastně mi přijde, že prakticky neděláte nic jiného, než cvičíte. Do toho mi manžel opravdu nepomohl, když jel třeba jeden den místo mě na cvičení, tak mi paní fyzioterapeutka říkala, že je u toho hrozně nervózní a pobíhá kolem stolu, a to dítě to vycítí a celkově to pak limituje tu terapii a že s malou nikdy dobře nezacvičí, když je tam manžel, takže jsem se opravdu snažila jezdit já. Takže to bylo velmi náročné. Cítila jsem se na dně a vyčerpaná. A kdybych měla přímo jmenovat ty pocity, tak to byla určitě bezmoc, lítost, strach, smutek, beznaděj, ale beznaděj v tom smyslu, že jí nemůžu pomoci v tom, aby přestala plakat.“*

*Samozřejmě na druhou stranu tam byla taky ta naděje, že jí můžeme spravit tu ruku, kterou jsme jí třeba po porodu museli přivazovat šátkem k tělu, protože ji opravdu neudržela ani u tělíčka.“*

13. Co Vám na cvičení připadá těžké?

*„Tak zvládnout dobře tu techniku je opravdu těžké, protože vlastně nemáte takovou praxi jako ten fyzioterapeut. Bojím se, že si to dítě například nějak namodeluju špatně, nebo že mačkáte nějak ty body špatně a celkově, jak dítě roste, jak už jsem říkala, tak dcera z toho má opravdu sílu, tak třeba teď je těžké ji udržet v dané pozici a do toho ještě samozřejmě ten pláč, jako to, že jí ten pláč v podstatě způsobujete vy, tak to bylo taky velmi těžké.“*

14. Co Vám na cvičení připadá naopak snadné?

*„Tak asi nic mi nepřípadá snadné.“*

15. Vnímáte nějaké problémy při realizaci cvičení?

*„Ano, při cvičení jsou problémy, jak už jsem říkala správně tu techniku provést a potom opravdu je někdy náročné realizovat to čtyřikrát denně, protože prostě vám to naruší fakt celý rozvrh dne.“*

16. Jak se tyto problémy snažíte překonat?

*„Tak všechno konzultuji s fyzioterapeutkou, když si nejsem jistá, hned se ptám nebo hned třeba ukážete, děláte to takhle, děláte to správně? Nejsem si úplně jistá. No a potom se to taky snažím ten rozvrh jakoby pořádně si to vytyčit ten den, naplánovat a následně dodržovat ten denní plán a režim.“*

17. Co Vám pomáhá ve cvičení nepřestávat?

*„Vidina toho zlepšujícího se zdravotního stavu a hodně právě ta paní fyzioterapeutka. Taky jsem si na to cvičení už celkem zvykla, příjemné to není pořád, ale je to snesitelnější.“*

18. Kdo Vám poskytuje největší podporu?

*„Tak určitě naše paní fyzioterapeutka. Je to člověk, kterého si velmi cením, že mám ve svém životě a vždycky, když si s něčím nevím rady, nejsem si jistá, tak se jí svěřím a vím, že ona mi vždycky pomůže a utvrdí mě v tom, že to, co dělám, je správně a podpoří mě. Vždycky má pro mě vlídné slovo a na druhou stranu musím říct, že je taková rázná v tom cvičení v tom smyslu dodržování toho cvičení a řádu, což se mi taky líbí, že prostě chce, aby se cvičilo tak, jak se má klade na to důraz, ale zároveň umí tak jakoby podpořit a je empatická. A potom taky moji rodiče.“*

19. Je něco, co byste na přístupu fyzioterapeuta vyzdvihl/a?

*„Tak určitě to je všechno to, co jsem zmiňovala v předchozí otázce.“*

20. Je něco, s čím na přístupu fyzioterapeuta naopak nejste úplně spokojený/á? (Pro upřesnění: Například máte dostatek informací o této metodě, o pokrocích Vašeho dítěte atd.?)

*„Tak nic takového opravdu neshledávám. Já musím říct, že jsem stoprocentně spokojená.“*

21. Probíral/a jste někdy cvičení s psychologem?

*„Cvičení jsem nikdy neprobírala s psychologem. Myslím, že to nepotřebuju, protože mým psychologem je v tomto ohledu paní terapeutka. Není to tak, že bych k ní přišla a svěřovala se jí s nějakými problémy, to samozřejmě ne, ale když mám nějaký problém, nejistotu nebo cokoliv ohledně cvičení, tak se s ní o tom hned bavím a vím, že ona mě vyslechne vždy, protože mi sama říkala, jak není rodič v pořádku přeneš se to na to dítě a limituje to cvičení, takže ona to v podstatě i vyžaduje tu neustálou komunikaci a konzultaci. A dokonce na mě už i pozná, když se se mnou něco děje, mi přijde, no spolupracujeme skoro dva roky, takže už mě zná.“*

22. Doporučil/a byste tuto metodu jiným rodičům?

*„Ano, doporučila. Já budu navždycky vděčná za tuto metodu, opravdu když si představím, že vlastně dřív tady ta metoda nebyla, tak je mi úplně líto vlastně těch lidí, kteří se narodili do takové doby, když tady možnost cvičit a opravit různé vady nebyla.“*

23. Je něco, co byste mohl/a poradit rodičům, kteří s touto metodou začínají?

*„Určitě bych poradila, aby si našli za prvé dobrého fyzioterapeuta, protože na tom to celé stojí. To, jak vás dokáže podpořit, jak vás dokáže vést, to je opravdu jedna z nejdůležitějších věcí. Takže najít vhodného fyzioterapeuta, osvědčeného a potom bych taky doporučila, že i když si třeba nejsou jistí, jestli to chtějí s dítětem praktikovat, tak ať to jdou alespoň zkusit těch pár cvičení a jakmile uvidí ten pokrok, který vlastně nastává opravdu po chvílce, tak si myslím, že je to hodně utvrdí v tom, aby pokračovali.“*

24. Je něco, co byste mohl/a poradit rodičům, kteří tuto metodu špatně snášejí?

*„Já jsem tuto metodu, musím říct, také špatně snášela, když to tak nazvu a doporučila bych jim, ať prostě vydrží, zatnou zuby a představí si, že jsou v kůži toho*

*dítěte, a že by určitě chtěli mít například zdravou ruku, nebo by nechtěli mít skoliózu nebo nějaký problém, o kterém by věděli, že se mohl řešit, ale rodiče ho neřešili a teď už je to zanedbané a na terapii je pozdě. A taky ať si uvědomí, co můžou tou terapií získat a co mohou naopak ztratit, když cvičit nebudou.“*

25. Co Vám cvičení dalo a vzalo?

*„Tak určitě mě to stálo spoustu nervů, spoustu času, psychického vypětí, ale dalo mi to zdravější dceru, když to tak řeknu a taky vlastně silnou dceru a dalo mi to skvělého člověka do života, naši fyzioterapeutku, které si hrozně cením a jsem šťastná, že jsem ji mohla poznat.“*

26. Napadá Vás něco, o čem jsme ještě nemluvili?

*„Asi nenapadá.“*

---

27. Pohlaví rodiče. Žena

28. Věk rodiče. 35 let

29. Dosažené vzdělání rodiče. SŠ s maturitou

30. Věk dítěte. 21 měsíců

31. Diagnóza dítěte. Paréza levé ruky



## Příloha č. 7: Ukázka otevřeného kódování

Pohybová porucha, Odesílatel, Včasnost, Rodinná podpora, Vnímání terapie, Pohybová omezení

1. Můžete mi popovídat o Vašich zkušenostech s Vojtovou metodou?

„Tak moje zkušenost je taková, že já jsem začala se svojí dcerou cvičit Vojtovu metodu z toho důvodu, že při porodu jí přetrhly svaly v levé ruce a lékaři nás hned po porodu poslali na čtrnáct dní rehabilitovat, takže jsem neváhala a Vojtovu metodu začala s dcerou podstupovat, takže jsme hned po porodu zavítaly na rehabilitace, kde jsme začaly rehabilitovat a vlastně cvičíme až do teď a vypadá to, že ještě dlouho budeme.“

5. Pomáhá Vám se cvičením někdo z Vašeho okolí?

„Tak teď už to nepotřebuji, ale ani když jsem vlastně s dcerou cvičila já, tak manžel to nezvládl po psychické stránce, takže ten mi nepomohl, takže asi moc ne bych řekla.“

6. Jak vnímáte tuto metodu?

„Já tuto metodu vnímám jako něco velmi pozitivního. Něco, díky čemu moje dcera dnes může relativně normálně hýbat rukou. Bez této metody by ji měla úplně ochrnutou a zkroucenou a dnes ji normálně zvedne nad hlavu. Jediné, co jí dělá problém, tak příborem musí jíst naopak a nejde jí úplná rotace, ale i tak je to velký pokrok, takže vnímám ji velmi dobře a také jí za hodně vděčím.“

