

Univerzita Karlova

Pedagogická fakulta

Katedra preprimární a primární pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vliv Vojtovy metody na vývoj dítěte s tělesným handicapem  
Influence of Vojta therapy on the development of a child with physical  
handicap

Anna Průšová

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice (B7507)

Studijní obor: Učitelství pro mateřské školy

2021

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Vliv Vojtovy metody na vývoj dítěte s tělesným handicapem potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19. 4. 2021

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí PhDr. Haně Sotákové, Ph.D. za její trpělivost a podnětné připomínky. Dále všem rodinám, které mi věřily a vyplnily dotazníky. V neposlední řadě příbramskému rehabilitačnímu týmu z Rehabilitace – Péče s. r. o.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se bude zabývat vlivem fyzioterapie na vývoj dítěte s tělesným handicapem. Zaměřena bude na Vojtovu metodu, na její vznik a charakteristiku, popis cviků a na předpoklady, jež vedou k úspěšnému průběhu terapie. K tomu bude připojena kapitola, týkající se motorického vývoje dítěte do jednoho roku. Vedle toho bude přiblížena i samotná osoba Prof. MUDr. Václava Vojty. Jeho studijní a pracovní cesta. Cílem práce je zjistit, jaký vliv má u dítěte fyzioterapie nejen na vývoj fyzický, ale i psychický. Jaký je vztah rodiny k rehabilitačnímu cvičení. To vše bude zodpovězeno pomocí kvalitativního výzkumu. Metodou dotazníku a rozhovoru. Práce je tedy zaměřena na dva pohledy, z nichž jeden bude pohled rodin, které mají dítě, jež prochází Vojtovou metodou, a ten druhý bude pohled rehabilitační sestry, která je dennodenně v přímé konfrontaci s náročnými cviky a těžkostmi, jež jsou součástí Vojtovy metody.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

fyzioterapie, Václav Vojta, Vojtova metoda, rodina, vztah rodič–dítě

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with the influence of physiotherapy on the development of a child with a physical disability. It focuses on Vojta's method, its origin and characteristics, description of exercises and assumptions that lead to a successful course of therapy. Moreover a chapter on the motor development of a child up to one year will be added. We also introduce Prof. MUDr. Václav Vojta himself, his study and work. The aim of the work is to find out what effect physiotherapy has on a child not only on physical but also mental development. What is the family's approach to rehabilitation routine. All this will be answered through qualitative research. In our research we use questionnaire and interview method. The work is therefore focused on two perspectives, one of which is perspective of families with a child undergoing Vojta's method and the other is perspective of rehabilitation specialist who is daily in direct confrontation with the demanding exercises and difficulties that are part of Vojta's method.

## **KEYWORDS**

physiotherapy, Václav Vojta, Vojta's therapy, family, Parent–child relationship

## Obsah

1. Úvod .....	9
1.1 Prof. MUDr. Václav Vojta – autor metody .....	10
1.2 Studium a profesní kariéra .....	10
2. Vojtova metoda .....	12
2.1 Vznik metody.....	12
2.2 Diagnostika .....	15
2.3 Popis cviků.....	16
2.3.1 Reflexní plazení.....	16
2.3.2 Reflexní otáčení.....	18
2.4 Spolupráce mezi aktéry.....	20
2.4.1 Komunikace během spolupráce.....	20
2.4.2 Motivace .....	21
2.4.3 Vztah a jednání s dítětem.....	21
2.4.4 Terapeutická smlouva.....	22
3. Motorický vývoj a jeho vliv na rozvoj dítěte v raném věku.....	24
3.1 Motorický vývoj v 1. roce života.....	24
3.1.1 Novorozenecké období.....	24
3.1.2 Kojenecké období.....	25
3.2 Význam rozvoje motoriky pro psychomotorický vývoj v raném období.....	28
3.3 Shrnutí.....	31
4. Charakteristika výzkumu .....	33
4.1 Cíle a metody .....	33
4.2 Charakteristika dotazníku .....	33
4.3 Charakteristika rozhovoru.....	33

5. Samotný výzkum .....	34
5.1 Uzavřené otázky .....	34
5.1.1 Výzkumný vzorek .....	34
5.1.2 Začátky a průběh terapie.....	37
5.1.3 Posun ve vývoji .....	38
5.2 Otevřené otázky .....	39
5.2.1 Četnost a časové rozvržení terapií .....	40
5.2.2 Dodržování pravidelnosti .....	40
5.2.3 V čem je Vojtova metoda náročná .....	41
5.2.4 Jak cvičení snáší rodina .....	42
5.2.5 Zkvalitnění rodinného života.....	42
5.2.6 Jaké vnímáte přínosy Vojtovy metody .....	43
6. Diskuze .....	44
7. Závěr.....	47
Seznam použitých informačních zdrojů .....	49
Seznam příloh.....	51





## 1. Úvod

Téma, které v této práci řeším, se týká vlivu fyzioterapie na vývoj dítěte s tělesným handicapem. Metoda, která nás bude celou prací provázet, se nazývá Vojtova a své jméno nese podle profesora Václava Vojty. Ten vymyslel soubor cvičebních technik, které se používají k léčbě poruch pohybového aparátu. Tudíž by se mohlo zdát, že zaměření bude pouze na zlepšování fyzických projevů, svou pozornost jsem ale obrátila i ke stránce psychické. Cílem je zjistit, zda jde posun ve fyzické oblasti ruku v ruce s oblastí psychickou.

Důvod, proč jsem si vybrala zrovna tuto problematiku, je jednoduchý. Otevírá nám dveře k porozumění dítěti a ke změnám, jimiž díky rehabilitaci prochází. Cvičení pro něj totiž může připravit dosud skryté milníky, jež se může pokusit zvládat – první samostatné kroky, bourání komunikační bariéry a ostychu, možnost vstát, narovnat se či získat byť jen nepatrnou samostatnost. Za každým takovým dítětem stojí zpravidla rodina, která je na této Vojtově „horské dráze“ společně s ním. A pokud něco z vlastní zkušenosti vím, tak že procesem rehabilitace prochází celá rodina společně s dítětem. Proto mi přijde velmi důležité toto téma otevřít, i pro lepší pochopení rodičů, kteří jsou úzkostliví, protože jejich dítě prochází něčím, co mu může způsobovat nepohodlí, rodičů, kteří jsou frustrovaní, jelikož přes všechnu snahu a pravidelnost cvičení se žádné zlepšování nedostavuje, či rodičů, kteří jsou prostě a jednoduše unavení.

Proto se ve své práci pokusím přiblížit, kdo byl prof. MUDr. Václav Vojta, jak svou metodu vytvořil, co jí předcházelo a jak se stala celosvětovým pojmem. Představím motorický vývoj dítěte během prvního roku života a vysvětlím, co obnáší cvičení Vojtovy metody, s čím se během něj i po něm můžeme setkat. V neposlední řadě představím odpovědi na dotazníky od několika rodin, které se svými dětmi terapií prochází. Věkový rozptyl dětí je od jednoho roku až po nejstarší čtrnáctileté. Dotazníky budou doplněny o pohled odborníka, k čemuž slouží rozhovor s fyzioterapeutkou s letitou praxí.

To vše by mělo vést ke zjištění, jaký vliv má fyzioterapie na dítě, které prochází Vojtovou metodou. Zda jsou patrné změny v psychické oblasti a jaký vztah má rodina k rehabilitaci. To jsou cíle, k nimž mi mají dopomoci dotazníky pro rodiny dětí procházejících Vojtovou metodou a rozhovor s fyzioterapeutkou.

## **1.1 Prof. MUDr. Václav Vojta – autor metody**

Nebo také ten, který postavil na nohy tisíce dětí po celém světě. Ačkoliv by se mohlo zdát, že číslo je nadsazené, tak opak je pravdou. A toto označení je právem připsáno svému majiteli.

Profesor Václav Vojta se narodil 12. 7. 1917 v Mokrosukách v Čechách a zemřel 12. 9. 2000 v Mnichově v Německu. Jako lékař se zaměřením na dětskou neurologii se zasloužil nejen o rozšíření vědeckých znalostí ve svém oboru, ale také v oboru kineziologie. Díky jeho průlomovým poznatkům a výzkumům se stal autorem metody reflexní lokomoce, známé pod názvem Vojtova metoda. Ačkoliv sám říkal: „Já tu metodiku nevynalezl, já ji jenom našel. Tyto modely byly přede mnou a budou i po mně.“ (Vojta in Lucie Kocourová, 2017) Cesta k uznání profesora a jeho metody v České republice rozhodně nebyla bez potíží a neobešla se bez emigrace do sousedního Německa. Díky jeho výsledkům ale nikdo nemůže popřít, že se opravdu zasloužil o přelom.

## **1.2 Studium a profesní kariéra**

Profesor Václav Vojta studoval medicínu na Karlově Univerzitě v Praze od roku 1937. Promoce se dočkal v roce 1947 a nebylo to z důvodu prodloužení si studijních let, nýbrž kvůli německé okupaci. Po promoci v roce 1948 nastoupil jako asistent u profesora Henera na neurologické klinice Univerzity Karlovy a v této pozici setrval až do roku 1956. Během této doby dokončil neurologickou atestaci a v roce 1957 složil atestační zkoušku. Stal se tak dětským neurologem. Ještě roku 1956 se pak dostal do čela oddělení dětské neurologie IV. kliniky lékařské fakulty. A od roku 1961 vedl fakultní polikliniku dětské neurologie, kde také vedl své kurzy. V témže roce byl jmenován metodickým vedoucím Dětské léčebny DMO v Železnici. (bez autora, in RL-CORPUS s. r. o.)

Profesor Vojta byl na podzim v roce 1968 přizván do Německa jako vědecký pracovník profesorem Imhäuserem, jenž tehdy působil jako primář ortopedické univerzitní kliniky. Díky tomu se Vojtovi naskytla příležitost dále rozpracovávat svůj výzkum a studie v oblasti vývojové kineziologie. Nezůstalo však pouze u toho a profesor Vojta zde také vedl diagnostické kurzy pro lékaře a dále také vzdělávací kurzy pro fyzioterapeuty. Na jaře roku 1975 se profesor Vojta dostal do Dětského centra v Mnichově, kde se stal vedoucím rehabilitačního oddělení.

Po pádu komunistického režimu se Vojta dočkal i své habilitace na Karlově univerzitě v Praze. Z doktora byl habilitován na profesora dětské neurologie a rehabilitace. V roce 1995 ukončil svou lékařskou kariéru. (bez autora, Internationale Vojta Gesellschaft e. V.)

## 2. Vojtova metoda

Je soubor cvičebních technik, které se využívají pro léčbu hybných poruch. Najít ji můžeme také pod názvem metoda reflexní lokomoce, z čehož si možná lépe dokážeme představit, co je jádrem. „Reflex je automatická, bezprostřední a bezděčná odpověď orgánové tkáně na podnět.“ (Vojta a Peters, 2010, s. XIX) Jde o základní funkční prvek nervové soustavy. Slovo reflexní můžeme tedy chápat jako nevědomý. „Lokomoce je automatický, cyklický a reciproční pohyb vpřed, který probíhá podle pravidel. U lidí je dán predispozičně.“ (Vojta a Peters, 2010, s. XVIII) Metoda využívá toho, že v naší centrální nervové soustavě máme geneticky zakódované vrozené reflexní pohybové vzory. Přesněji pro nás, jde o reflexní plazení a reflexní otáčení. Během terapie se ve výchozích pozicích za pomoci manuálních stimulů dráždí body na těle, jež stimulují tělo k daným vrozeným pohybům. Vedle samovolné pohybové aktivity dochází také k dalším fyziologickým projevům jako například: aktivace bránice, hluboké a pravidelné dýchání, upravení tepové frekvence, aktivace břišních svalů, stimulace nervových center apod. Profesor Vojta svou práci popsal takto: „Je to nový aktivační systém centrálního nervového systému, který se nazývá Vojtova metoda, založený na vrozených modelech, s nimiž přicházíte na svět a které jsou provokovatelné u vás až do posledního dechu.“ (Vojta in Lucie Kocourová, 2017)

### 2.1 Vznik metody

Žádná nová metoda se zpravidla neobjeví z čista jasna, jinak tomu nebylo ani u metody profesora Vojty. Té předcházela mnohá pozorování, porovnávání a zkoušení. Kořeny nacházíme právě v již zmíněné léčebně pro zdravotně postižené v Železnici. Zde totiž profesor pečoval o děti a dospívající s cerebrální parézou tj. mozkovou obrnou. Právě zde nalézáme prvotní myšlenky a náhled do problematiky. Vojta si totiž všiml, že u cerebrálních paréz lze prostřednictvím neobvyklých výchozích poloh a cíleného působení na určité tělesné části vyvolat jiné než spontánní používání svalů. Pro spastiky to například znamenalo změnu zvýšeného svalového tonu tj. napětí, které je pro ně typické. Z toho plynulo, že funkce svalů se nápadně podobaly funkcím svalů zdravých. Dalším pozorováním zjistil, že intenzita napětí svalů závisí na situaci, v níž jsou svaly používány.

Př.: Spastik, který obvykle stojí ztuhlý a protažený na špičkách palců, čemuž se říká špičková noha, se v okamžiku, kdy byl požádán, aby se aktivně narovnal proti tlaku působícímu shora

na ramena, bezprostředně a nekontrolovatelně zhroutil do sebe. Ztratil tak naráz veškeré napětí. Odborně se tomuto jevu říká fenomén sklápěcího kapesního nože. (Orth, 2012, s. 11)

Z pozorování tedy vyplývalo, že lze přílišnou ztuhlost, tedy hypertonus, přeměnit v nízkou svalovou ztuhlost, hypotonus. A fenomén střídavého svalového napětí se objevoval i v dalších polohách. Ze všech těchto situací vyplývalo, že příliš vysoké či příliš nízké svalové napětí není lokální, netýká se tedy pouze dolní končetiny, chodidla apod. Jde ale o doprovodný příznak nesprávně řízených svalových funkcí z centrální nervové soustavy. „Svalový tonus se tak jevil závislým na průběhu a držení celého těla; zřejmě mohl být ovlivňován ze vzdálenějších oblastí těla.“ (Orth, 2012, s. 11) To, že na držení a pohyb musíme pohlížet jako na aktivní proces, který tvoří celkový obraz, v němž žádný jednotlivý prvek nepracuje nezávisle na celku, profesor Vojta označoval jako „celotělový vzor“. A to proto, že se na jeho podobě podílí mozek, mícha, periferní nervy a veškeré svalstvo.

Výsledkem tohoto počínání bylo, že u pacientů s vysokým počátečním svalovým napětím docházelo k jeho zřetelnému vyrovnávání, a ačkoliv bylo přechodné, účinky nevymizely ihned, ale mohly trvat i několik hodin. Navíc po vícečetném opakování se některé svalové souhry dokázaly zapsat do spontánní motoriky pacientů, tudíž mohly být dále využívány zcela samostatně.

Další Vojtovo pozorování odhalilo podobnosti mezi vzpřimováním zdravého kojence a dospívajícím jedincem s mozkovou obrnou. Toto zjištění odhalilo, že někteří pacienti se nachází z hlediska rovnovážné motoriky na úrovni vzpřimování kojence. To znamenalo, že jedinci cerebrální paréza znemožňovala, aby se v poloze na břiše opřel o loket a zároveň s tím pohnul hlavou do střední polohy. Dále lze říct, že tato srovnání šla pořizovat podle stupně mozkové obrny i s dalšími vývojovými stádii kojence. Profesor Vojta tedy hledal spojující princip, kterým by se tyto paralely daly vysvětlit. Aby k principu došel, zaměřil se na obecné podmínky ve vývoji motoriky při vzpřimování dítěte. Během pozorování přišel na to, že pokud je motorický vývoj dítěte bezporuchový, a tudíž v něm po vývoji opory horních končetin a úchopu následuje stání a chůze, u dítěte se změní neschopnost provádět cílené pohyby. A právě rozdílné svalové funkce pro cílené pohyby byly a jsou závislé na činnostech, jež poskytují pohybům bezpečnou oporu tj. postura. Držení, vzpřímení a pohyb tedy tvoří jeden celek a ten lze pozorovat pouze ve vzájemné souhře a souvislostech. Dalším

průlomem v cestě k metodě bylo uznání principu vzpřimování za evoluční program. Jde o vývoj, během něhož se zdravé dítě během prvních osmnácti měsíců dokáže postavit a začít volně chodit. Vojtovo zjištění spočívá v tom, že tyto spontánní zakotvené programy jsou u jedinců s organickými poruchami mozku postiženy, ne však zcela. Jde o to, že mozek u cerebrálních paréz se tyto programy snaží co nejlépe realizovat s ohledem na charakter a průběh pohybu. Hybný vzorec svalstva je tedy v porovnání s hybným vzorcem u zdravého jedince omezen, pravidla pro jeho vytvoření ale byla stejná. Dotyčným jsou tedy jeho omezené hybné vzorce brány zcela přirozeně, tudíž jsou stejně jako u zdravých i dostatečně prohlubovány a zakotvovány jako platné tělesné schéma. Pro profesora Vojtu to znamenalo zjištění dalšího kousku skládačky a tedy, že vzpřímení a cílený účelný pohyb jdou ruku v ruce. A že lidé jsou rozvíjeni chutí se pohybovat vpřed k cíli, k jehož dosažení jsou schopni zapojit veškeré prostředky, které jim jsou k dispozici. „Právě dosažená úroveň vzpřímení je tak výsledkem pokračujícího úspěšného snažení o pohyb k cíli.“ (Orth, 2012, s. 12)

Vojtova práce pokračovala dál a on se začal soustředit na analýzu motorických prostředků, které má tělo k dispozici pro vzpřimování a cílený pohyb. Během svého zkoumání přišel na dva základní hybné vzorce, těmi byly otáčení a plazení. Jako podklad mu sloužila práce s pacienty s mozkovou obrnou, u nichž se během manipulace za účelem ovlivnění postavení špičkových nohou objevily právě tyto vzorce. Aktivaci těchto hybných vzorců mělo na svědomí cílené dráždění daných spoušťových bodů. A to v přesně určených výchozích polohách těla. Tím, že se spustily oba průběhy pohybu, tedy plazení a otáčení, bylo možno docílit principu lokomoce. Profesor tedy přišel na to, že v lokomočním komplexu, v otáčení a plazení, se nachází kořeny pro veškeré pohyby, které je člověk schopen vykonávat. V terapii to pak znamenalo, že se nejprve identifikovaly porušené hybné vzorce, které u pacienta vytvářely náhradní motoriku při vzpřimování. A součástí terapie se poté staly i aplikované polohy. Se základním vzorcem lokomoce úzce souvisí i dva druhy pohybu vpřed – reflexní plazení a reflexní otáčení. Vyplynuly ze spontánního motorického vývoje dítěte. Ten probíhá právě z polohy na břicho a na zádech. A díky tomu časem docházelo ke zlepšování definic výchozích poloh a spoušťových bodů.

Výzkum se tedy dostal do fáze, v níž bylo pacientovi možné zpřístupnit nové hybné zkušenosti, jichž do této doby nebyl schopen. A to díky cílenému působení přes výchozí

polohu a spoušťové zóny. Vrozené hybné projevy bylo dokonce možné sledovat i z dalších spoušťových bodů. A to hlavně díky tomu, že účinek se v okamžiku objevuje v přímé svalové odpovědi. Ta byla viditelná a citelná nejen v části těla, na niž bylo působeno, ale také ve znatelně vzdálenější části od místa stimulu. Například pokud byl tlak vyvíjen na patu, svalové napětí vznikalo nejen v dané dolní končetině a na této straně pánve, nýbrž se dalo sledovat i v protilehlé horní končetině. „Spouštěné svalové funkční vzorce bylo možno vždy vyvolat a reprodukovat.“ (Orth, 2012, s. 13)

Až poté co profesor získal dostatečně informací a zkušeností v práci s dospívajícími jedinci postiženými cerebrální parézou, upnul svou pozornost ke kojencům. Jeho hypotéza byla, že lokomoce je vrozená, a tudíž se ji pokusil aktivovat již u novorozenců. Díky stimulaci motoriky bylo možné pozorovat hybné procesy, které se jinak spontánně objevují až později. Tento úkaz potvrzoval jeho hypotézu a měl za následek ranou terapii u kojenců. Ta začíná ještě před funkčním ukotvením náhradních motorických funkcí.

## **2.2 Diagnostika**

Je součástí Vojtova principu a obsahuje 3 složky pozorování. Tou první je pohybová analýza spontánní motoriky, v níž jde o pozorování všech spontánních pohybů dítěte, tedy těch z vlastního podnětu. Tato analýza přispívá k určení vývojového stavu, ve kterém se dítě právě nachází. Patří sem jednak motorika propojená s představami, což se dá ukázat na příkladu dítěte, jež má před sebou spoustu hraček. Ono se ale zaměří pouze na jednu, pro něj atraktivní, a k té se snaží dostat pomocí všech prostředků, jichž dokáže využít. Pokud dítě představu nemá, motorika je pak prázdná, neorientovaná. Takové dítě si pak většinou vystačí se svým tělem či s jednou hračkou. Opakem je dítě, které je zvědavé, chtivé a duševně bystré, jehož možnosti jsou ale omezeny motorickými schopnostmi. A dále sem pak patří analýza pohybu, jejíž pozornost je soustředěna na držení, které vede k pohybu a držení v trupu pro pohyby končetin.

Polohové reakce jsou další složkou diagnostiky. Je jich celkem sedm a již z názvu vyplývá, že jde o polohu a reakci, která se dostaví po změně polohy vyšetřujícím. Souhrnně by se dalo říct, že kojeneček se nachází v dané poloze, která je poté určitým způsobem změněna.

Tato změna vyvolává soubor podnětů, na který reagují svaly, klouby, rovnovážné ústrojí ve vnitřním uchu a v neposlední řadě řídicí úroveň míchy a mozek. Jestliže tyto podněty dokáže centrální nervová soustava zpracovat, dostaví se pak hybná a polohová odpověď. Díky těmto odpovědím se dají určovat vývojové nesrovnalosti a vady zpravidla v centrální nervové soustavě.

V neposlední řadě se vyšetřují primitivní reflexy. A jde o ty naprosto původní, primární odpovědi těla na určité podněty. Důležité u těchto reflexů je to, že je lze vyvolat jen v určitém vývojovém období, po jeho skončení už by vyvolání nemělo být možné, pokud je tedy fyziologický vývoj v pořádku.

## **2.3 Popis cviků**

System cviků a jejich fungování se může zdát velmi složitý. Obsahuje spoustu latinských názvů a dlouhých popisů. Klíčové je to, že se opírá o dva hlavní principy, jež jsou zmiňovány stále dokola. Jsou jimi reflexní plazení a reflexní otáčení. Plazení probíhá v poloze na břicho, zato otáčení je z polohy na zádech a na boku. V obou případech dochází díky stimulaci zón v určitých polohách k aktivaci vrozených pohybových programů. (Vojta a Peters, 2010)  
Popis cviků jsem zpracovala podle knihy Rehabilitace v klinické praxi. (Kolář, 2009)

### **2.3.1 Reflexní plazení**

Jde o vyvolání pohybového programu, který probíhá ve zkříženém vzoru. To znamená, že se současně pohybuje pravá dolní končetina a levá horní končetina a opačně. Tělo je v tu chvíli opřeno o jednu dolní končetinu a protilehlou horní. To způsobí nadlehčení trupu, odlepení od podložky a přípravu pro pohyb vpřed. V popisu cviku se nepoužívá označení pravá či levá končetina, avšak čelistní a záhlavní. To je určeno podle polohy a směřování hlavy. Ta strana, k níž směřuje obličej, je nazývána čelistní či obličejová, od toho se odvíjí čelistní horní končetina a čelistní dolní končetina. Opačná strana je pak nazývána záhlavní.



Tabulka 1. Reflexní plazení

Výchozí poloha	Spoušťová zóna	Pohybová odpověď
- Na břicho s hlavou opřenou o podložku a v mírné rotaci.		- Hlava se otáčí na opačnou stranu proti odporu terapeuta. - Prodloužená osa páteře. - Končetina + pletenec přebírají opěrnou funkci pro trup.
- Čelistní horní končetina je opřena předloktím o podložku. Zápěstí v linii s ramenním a kyčelním kloubem.	- Konec pažní kosti na vnitřní straně. - Vnitřní okraj lopatky směrem k páteři.	- Hlava + trup se posouvají vpřed. - Loket se stává opěrným bodem. - Ruka – rozevření pěsti.  - Objevuje se kročná fáze. - Ohyb v rameni, vytočení předloktí směrem do ohybu lokte. Rozevření ruky.
- Záhlní horní končetina je položena podél trupu. V rameni a lokti nulové postavení. Dlaň směřuje vzhůru.	- Vřetenní kost blízko zápěstí. - Přední strana lopatky. Hřeben se zde rozšiřuje k ramennímu kloubu.	- Pohyb končí zachycením o podložku a přípravou ruky převzít opěrnou funkci. - Otočením hlavy se mění i strana čelistní a záhlní.  - Navození kročné fáze.
- Čelistní dolní končetina je v lehkém ohnutí tj. flexi, zevní rotaci a s abdukci kyčelního kloubu. A lehké ohnutí kolenního kloubu.	- Břišní strana pánve. Horní hrbol lopaty kosti pánevní. - Vnitřní strana kolena, konec stehenní kosti.	- Ohnutí, zevní rotace a abdukce kyčelního kloubu. - Ohnutí v kolenním kloubu. Ohyb kotníku za hřbetem nohy a vytočení hlezna vzhůru za malíkem. - Nakročené koleno je připraveno k nosné funkci.
- Záhlní dolní končetina je v lehké flexi, abdukci a zevní rotaci v kyčelním kloubu.	- Pod hřebenem pánevní kosti. V přechodu střečovitého svalu ve šlachovitý počátek. - Pata nohy, dolní vnější okraj kosti patní.	- Končetina přebírají opěrnou funkci. - Nadlehčení trupu. - Pata se stává opěrným bodem. - Ohyb kotníku a vytočení hlezna vzhůru za palcem. - Pohyb je ukončen odrazem s ohybem prstů.

### 2.3.2 Reflexní otáčení

Jak bylo psáno výše, reflexní otáčení probíhá ze dvou poloh. Tou první je poloha na zádech, v níž se díky dráždění hrudní zóny dosáhne otočení na bok.

Tabulka 2. Reflexní otáčení z polohy na zádech

Výchozí poloha	Spoušťová zóna	Pohybová odpověď
- Na zádech, označení stran podle otočení hlavy.	- Hrudní zóna, mezi 6. a 7. žebrem. - Odpor pohybu při rotaci hlavy.	- Trup a páteř ve středovém nastavení. - Napřímění horní části trupu. - Nastavena je linie pánve a ramene. - Záda se stávají oporou.
- Horní i dolní končetiny leží spontánně podél těla.	- Hrbolek na lopatě pánevní kosti. - Vnitřní strana kolene.	- Prohloubení dechu. - Aktivace bránice a břišních svalů. - Rozevření ruky. - Pokrčení dolních končetin v kyčlích, kolenou a hleznech. Zvednutí nad podložku, směr k břichu, mírná zevní rotace.

Druhá je poloha na boku, ta zpravidla následuje po aktivovaném procesu z polohy na zádech. Během ní vytváří dolní a horní končetiny na spodní straně těla oporu. Díky tomu se tělo sune dopředu a vzhůru. Během tohoto cvičení se neoznačuje strana záhlavní a čelistní, mluví se pouze o straně spodní a svrchní.

Tabulka 3. Reflexní otáčení z polohy na boku

Výchozí poloha	Spoušťová zóna	Pohybová odpověď
- Na boku, hlava a trup v jedné linii – spodní kyčelní a ramenní kloub.	- Svrchní strana hrudního koše. - Mezi 5. a 7. žebrem na svrchní i spodní straně hrudníku.	- Natažení trupu. - Rozšíření žeberních meziprostor. - Vtáhnutí břišní stěny a pupku.
- Spodní boční strana hrudníku je v kontaktu s podložkou.		- Lehké vytočení, přiblížení k podložce. - Ruka se otevírá směrem k opoře od malíkové strany.
- Spodní paže v pravém úhlu k trupu.	- Vnitřní strana lokte.	- Pletenec se roztahuje. - Zvětšuje se odstup mezi ramenními klouby.
- Pletenec ramenní spodní strany.	- Spodní okraj svrchní lopatky. - Vnější konec hřebene lopatky.	- Kontakt mezi podložkou, vnějším okrajem lopatky a horní částí paže. - Zvětšení vzdálenosti horní části paže a hrudního koše.
- Kyčelní a ramenní klouby jsou v postavení nad sebou.	- Hrbolek na lopatě pánevní kosti. - Střední sval hýžd'ový svrchní strany pánve.	- Zvětšuje se vzdálenost mezi hlavou a spodním ramenem.
- Spodní dolní končetina ohnuta v kolenním a kyčelním kloubu – 40 stupňů. Patní kost je v linii s hrbolem sedací kosti, pánví a spodním ramenním kloubem.	- Konec stehna, vnější strana kolene. - Vnější strana paty směrem k hleznu.	- Pohyb k podložce. - V kyčelním kloubu vytočena směrem od těla. - Zvětšení prostoru mezi podbříškem a vnitřní stranou stehna. - Impulz k opěrnému ramennímu kloubu a horní části paže. - Fáze stoje.
- Svrchní horní končetina je u kojenců volná. Jinak je ve vnitřní rotaci, zápěstí a hřbet ruky na pánvi.	- Konec vřetenní kosti.	- Odtazena od těla a rotována ven. - Předloktí v lehkém vytočení. - Nákročná fáze. - Otvírání ruky od malíkové hrany. - Protažení zápěstí.
- Svrchní dolní končetina je v pravém úhlu v kyčli a koleni. A leží na spodní dolní končetině.	- Vnitřní strana kolene, v rozšiřování stehenní kosti.	- Odtazení v kyčli. - Kolenní kloub je stále ohnutý. - Nákročná fáze. - Noha je ve středním nastavení.

## **2.4 Spolupráce mezi aktéry**

Je vedle správného provádění cviků nosným pilířem celé metody. Terapie nemůže probíhat správně, pokud všechny zainteresované strany nespolupracují. To znamená, že pokud se rodiče či jiná osoba starající se o dítě a fyzioterapeut nesnaží o vzájemné porozumění, těžko se jim bude v terapii postupovat.

### **2.4.1 Komunikace během spolupráce**

Komunikace je opěrným bodem celé spolupráce. Během terapie je důležité rodičům neustále vysvětlovat jednotlivé cviky, ozřejmovat jejich význam. Komunikace je nezbytná také pro emocionální podporu, zklidňování dítěte, ubezpečování rodiče apod. Verbální komunikaci doplňuje komunikace neverbální při vedení rodičů. Terapeut/ka se během cvičebních technik nesoustředí pouze na dítě, ale také na to, aby správně vedl/a ruku rodiče.

Ten totiž potřebuje cítit, jakým pohybem a směrem vynaložit ten správný tlak na spoušťové body. To vše buduje charakteristickou neverbální komunikací, která u tohoto výčtu ale nekončí. Do této kategorie počítáme i veškerou manipulaci s dítětem před i po cvičení, a to nejen rodičem, ale právě i terapeutem. Z těchto poznatků si pak můžeme všimnout dynamiky, jež je tvořena mezi dítětem a rodičem, dítětem a terapeutem, rodičem a terapeutem. Komunikace probíhá na 3 úrovních a těmi jsou: kognitivní, emocionální a úroveň jednání. (Orth, 2012, s. 170). Na terapeutovi je poté rozhodnutí, skrze jakou úroveň bude k rodiči, dítěti přistupovat.

U kognitivní úrovně jde hlavně o předávání věcných informací. To znamená, že rodiči jsou předávány ty informace, které jsou důležité pro porozumění a pochopení terapie tak, aby mohla být prováděna doma. Přestože je tato úroveň velmi důležitá a rodiči přináší jakési zpřístupnění a pochopení terapie, často bývá přeceňována a nebere zřetel na emocionální rozpoložení rodiče, což může být kámen úrazu.

Emocionální úroveň dává nahlédnout na pocity, postoje k terapii. Jak už z názvu plyne, jde o emoce, které rodič prožívá během provádění cvičení. A právě tyto emoce se odrážejí i na prožívání dítěte. Obzvlášť pokud cítí, že rodič dělá něco, s čím úplně nesouhlasí či není sžitý. To lze vyzorovat velmi jednoduše jak na chování dítěte, tak na matce či otci.

Dítě reaguje pláčem, křikem, brání se a vzpírá. A ačkoliv můžou být tyto projevy jen jasnou ukázkou nepohodlí, pokud je rodič při cvičení křečovitý, ztuhlý a v celkové tenzi, jeho tělo se snaží něco říct. Častokrát pak stačí, pokud se terapeut zeptá: „Jak se cítíte nebo co cítíte, když cvičíte se svým dítětem?“ (Orth, 2012, s. 171), tato základní otázka dokáže uvolnit napětí a dá rodiči prostor pro to, aby se se svými pocity smířil a vyřkl je nahlas. Což vede k upevnění vztahu a možnému posunu. U rodičů totiž často dochází k ambivalentním pocitům, kdy musí přijmout další roli vedle své dané. Stávají se totiž terapeutem a ne vždy je přijetí jednoduché. Pokud se tak stane, je důležité o tomto dilematu mluvit a snažit se novou roli pochopit a přijmout. Protože obzvlášť matky mohou díky silnému emocionálnímu propojení s dítětem vytvářet pozitivní úlohu terapie.

Na úrovni jednání pak staví realizace terapie. Aby bylo provedení úspěšné a dala se vytvořit jistota pro orientaci a oporu dítěte, je nepostradatelná pevnost základů z emocionální a kognitivní úrovně. Pokud mají tedy rodiče veškeré informace zažité a jsou emocionálně smíření se situací, v níž je potřeba, aby zaujali novou roli, pak teprve je připravena cesta ke správnému provádění terapie.

#### **2.4.2 Motivace**

Je důležitým prvkem pro fungující vztah mezi aktéry a pro průběh cvičení. Je jedním z předpokladů pro to, aby rodiče a terapeut/ka prováděli cvičení co nejlépe. U motivace to znamená, že rodič je stimulován k práci s dítětem pomocí této metody. Přestože je motivace uložena v osobě samotné, lze ji podnítit angažovaností a entuziazmem terapeuta. Co se týče dítěte, lze využít toho, že na terapii je přítomna například pouze matka a má ji tak jen pro sebe. Dále lze využívat pozitivně motivující úkoly. U terapeuta lze předpokládat, že jeho motivací je pomoc, stejně tak jako možnost zkoušet metodu a uplatňovat své poznatky. To, co motivaci podněcuje nejvíce, je touha rodiče rozvinout u dítěte motorické předpoklady, a pokud je jim odměnou úspěch, vše jde směrem vzhůru.

#### **2.4.3 Vztah a jednání s dítětem**

Jak již bylo zmíněno výše, v terapii se uplatňuje jak komunikace verbální, tak neverbální. Pro dítě to znamená, že potřebuje cítit jistotu a důvěru jednak z hlasu, jednak z pohybů a úchopů. Je zcela běžné, že se dítě snaží porušovat hranice a dohody, které jsou pro cvičení

nastavovány. Zkouší tak jistotu, kterou mu terapeut či rodič dá díky vytrvalému opakování a dodržování.

Důležité je pochopení zpětné vazby dítěte. Ta může být kolikrát matoucí, obzvláště u dětí s hybnou poruchou či jiným handicapem. Obzvláště proto, že dítě nemusí být schopno vyjádřit své emoce pomocí klasických vzorců. Například nenatáhne ruce k matce, ačkoliv potřebuje její komfort. Je to způsobeno tím, že tohoto tělesného pohybu není schopno dosáhnout apod. Čeho naopak většina dosahuje velmi lehce, je křik a pláč. Rodiče jsou tak vystavováni velké psychické zátěži, podstatné je ale pochopit, že dítěti není způsobována bolest. Jeho křik je odpovědí na neznámé pohyby a polohy, jichž nebylo nikdy dříve schopno. Nutno zdůraznit, že problém nastává spíše ve chvíli, kdy dítě upadá do stavu pasivního odporu. Tudíž nevytluzuje žádný zvuk a vypne své tělo. U kojenců se zmíněné chování objevuje zřídka, naopak u starších dětí mnohem častěji.

Dalším podstatným faktorem je autentická a lehce zpracovatelná zpětná vazba. To znamená, že dítě by mělo dostávat zpětné hodnocení, které odpovídá jeho práci a výkonu během cvičení. Hodnocení by nemělo být falešné ani za předpokladu, že se cvik bude muset opakovat a situace může vést ke konfliktu. Pokud bude dítě dostávat neodpovídající zpětnou vazbu, znamená to pro něj i nesprávnou tvorbu sebehodnocení. A jisté je, že pokud bude dítěti sdělováno, že je vše v pořádku, ale na obličejí matky bude výraz se svěšenými koutky, rozhodně to v něm může vyvolat vnitřní konflikt.

Pro správné zvládnutí terapie s ohledem na vztah k dítěti mohou dopomoci některé maličkosti, z nichž je cítit důležitost a pozitivita. Mohou to být jednoduchá pravidla, rituály, které probíhají před či po cvičení, také úkoly, díky nimž se dítě dostává do důležité role. Může to být příprava místa pro cvičení, urovnání oblečení apod. Dvěma slovy bychom tyto aktivity pojmenovali – aktivní spolupráce.

#### **2.4.4 Terapeutická smlouva**

Jde o nepsanou smlouvu, souhrn dohod, již spolu uzavírají rodiče, dítě a terapeut. Jedná se v ní o to, že terapeut využívá své znalosti a vedení pro dobro dítěte. Což zahrnuje i předání veškerých informací rodičům tak, aby terapie a korekce mohla být prováděna doma. Pro rodiče a děti platí to, že respektují danou terapii a termíny. Provádějí ji podle individuální dohody v domácím prostředí. Tyto dvě oblasti spadají do vnějšího settingu. A nakonec je

nutností, aby rodiče s dětmi vnitřně souhlasili s rehabilitační cestou a cílem. Tomu se také říká vnitřní setting. Pokud všechny strany souhlasí a jsou schopny dodržovat tuto smlouvu, zpravidla by tak jejich společná cesta měla být bez konfliktů.

### **3. Motorický vývoj a jeho vliv na rozvoj dítěte v raném věku**

#### **3.1 Motorický vývoj v 1. roce života**

Je velmi dynamickým obdobím v životě. Obzvláště představíme-li si proměnu z novorozence, který neudrží hlavu ve vzpřímené pozici, sám se neotočí, nedostane se z bodu A do bodu B, bez matky se nenají, na batole, jež se postaví, dojde si pro hračku a komunikuje i jinak než pouze pláčem. Motorický vývoj se skládá z několika vývojových etap, jež na sebe navazují v dané posloupnosti. Ačkoliv přesné vymezení hranic mezi nimi je jen zřídka naprosto přesné. Podle některých odborníků to ani není možné, jelikož jednotlivé etapy se liší vlastnostmi, úkony i náročností provedení a nic se nevyvíjí stejným tempem. „Vývoj totiž znamená nejen více, ale i jinak.“ (Langmeier a Krejčířová, 2006, s. 23). Proto se v publikacích dočteme, že ne vždy je pohled na rozdělení jednotný. Důležité je totiž uvědomění si, že pro zvládnutí jedné vývojové etapy a přípravy té následující sehrává roli i několik dalších faktorů. Například je nutné brát v potaz prostředí, v němž dítě vyrůstá. Jeho podnětnost a různorodost. Výchovné podmínky a samozřejmě i individuální předpoklady dítěte. V této kapitole bude motorický vývoj sledován podle jednotlivých období lidského života, bude zahrnovat novorozenecké až přelom kojeneckého a batolecího období.

##### **3.1.1 Novorozenecké období**

Trvá přibližně 1 měsíc. Do této chvíle bylo dítě v prostředí téměř bez gravitace, obklopeno plodovou vodou. Opora těla tedy nebyla na prvním místě, pohyb ale ano. Po porodu nastává výměna a do popředí se dostává nutnost získat oporu, což pro novorozence, představuje náročný úkol. Dítě je v tomto období nestabilní, v poloze na zádech se objevuje globální holokinetická hybnost, což zjednodušeně znamená, že kam se otáčí hlava, tam jde i trup. V této etapě jsou zásadní vrozené reflexy, některé z nich jsou důležité pro přežití a orientaci kojence, například jde o: reflex sací a hledací. Do druhé skupiny patří reflexy, které byly pro přežití nutné v předešlých fylogenetických fázích. Dnes jsou využívány hlavně pro kontrolu vývoje mozkových funkcí. Patří sem hlavně motorické reflexy a většina z nich během prvních měsíců odezní, jejich práce je ale nezastupitelná. Jde o Moroův reflex, sloužící k udržování rovnováhy, uchopovací reflex, díky němuž se mláďata mohla chytit a držet matky, reflexní pohyby plazení, chůze apod. (Vlasta a kol., 1995; Fraňková a Klein, 1997).



Během novorozenecké fáze je důležitá adaptace dítěte na nové prostředí, to by mělo být podnětné, aby nedocházelo k podnětovému strádání a k raným deprivacím.

### **3.1.2 Kojenecké období**

Je ohraničeno jedním měsícem až jedním rokem a rozděluje se na takzvané trimenony, což jsou úseky po 3 měsících, pro podrobnější popis jsou využívány přímo týdny. U dítěte v této fázi by mělo za pomoci rodiny, zpravidla to bývá matka, docházet k stimulaci, rozvoji a osvojování základních kompetencí. Pokud je dítě v takto podnětném prostředí, získává základní zkušenosti pro jeho postupné osamostatňování. Tudiž i pro snadný přechod do fáze batolete. Během tohoto období se už také dají ve zvýšené míře pozorovat individuální rozdíly mezi dětmi. (Vágnerová, 2012)

Kolem šestého týdne otáčí kojeneček hlavu za podnětem a objevuje se typická poloha vleže na zádech tzv. šermíř. V ní má kojeneček horní končetinu v zevní rotaci, druhá je volně a směřuje stejným směrem jako obličej dítěte. Opírá se hlavou a pánev, záda nejsou plně zatížena. Při otočení hlavy se celá poloha zrcadlově mění. V poloze na břicho dítě zvedá hlavu, mezi pažemi a trupem je ostrý úhel. Horní končetiny se opírají o obě zápěstí do podložky a těžiště je nad pupkem. Ruce jsou v pěst. Ve chvíli, kdy dítě dokáže zvednout a udržet hlavu po delší časový úsek ve vzpřímené poloze, se mu rozšíří zorné pole i možnosti sluchového vnímání. (Vágnerová, 2012) Důležité je stimulovat dítě a vytvořit dostatečně zajímavé podmínky. Ve chvíli, kdy dítě ztrácí zájem, klesá i snaha o udržení hlavy.

Osmý týden je typický bohatým rozvojem mimiky, ale i fyziologických projevů. Dítě se pomocí nově objevených možností snaží ukázat negativní i pozitivní emoce, pohybem vyjadřuje svůj mentální postoj např.: kopání, což spadá pod globální pohybové vzory. V tuto chvíli se můžou u jedinců s poruchami centrální nervové soustavy objevovat takzvané dystonické ataky. To stručně znamená, že jedinec chce něco vyjádřit, ukázat, ale pro danou poruchu toho není schopen. U kojence se také objevuje osové držení, při němž dokáže na břicho a zádech na krátkou dobu udržet hlavu v ose.

Dále se na zádech začíná opírat o paty, občas spojí i prsty levé a pravé nohy. Na břicho se hlavní opora přemísťuje k předloktím, též se objevuje spojování prstů na nohou.

Během osmého až dvanáctého týdne se postupně objevuje osová držení těla a končetin, které je podmínkou pro stranovou diferenciaci v druhém trimenonu. Kvalita pohybového a polohového vývoje během tohoto období má velký vliv na kvalitu držení těla v budoucnu. Je tedy velmi důležité věnovat mu pozornost. V poloze na zádech je pro dítě celá plocha zad opěrnou bází. Horní i dolní končetiny se zvedají z podložky, pánev se dostává do osy. Vytváří se základ pro zevní rotaci v kyčlích. Horní končetiny jsou ve vzájemném kontaktu. Jednu ruku si kojenec vkládá do úst. V tomto období se objevuje 1. izolovaný, segmentální pohyb horní končetiny, nastává při bouchání, plácání do hračky a vede k pozdějšímu vývoji úchopu. Proto je důležité nabízet dítěti hračku do té ruky, kterou má v zorném poli. V poloze na břiše se dá mluvit o 1. vzpřimování. Opora těla je o lokty a symfýzu, pánev je v ose a hlava v prodloužení.

V první polovině druhého trimenonu se jak v poloze na zádech, tak na břiše zdokonalují a prodlužují stabilní polohy v ose. Na zádech můžeme u dítěte pozorovat rozvoj laterálního úchopu, při němž se dlaň rozevívá od palce a zavírá od malíku. Ve stabilní poloze na břiše je dítě opřené o lokty a dokáže přenášet váhu z jednoho lokte na druhý, podle toho, kam se dívá. Váha jde na stranu rotace. Důležitá zraková stimulace předměty, které jsou pro dítě zajímavé a provokují snahu. Mezi čtvrtým a pátým měsícem nastává velmi důležitý milník v přípravě na boční přetáčení. (Orth, 2012) V poloze na zádech je totiž kojenec schopen úchopu přes střední čáru. Tedy pravou rukou sahá po hračce na levé straně. Objevuje se taky prohloubenější manipulace, dítě si předmět přendává z jedné ruky do druhé, drží ho oběma rukama před obličejem, prohlíží si ho apod. V poloze na břiše se nově objevuje vzor opory o jeden loket, při níž dítě přenesou váhu na loket, hlavu otočí směrem k předmětu a snaží se k němu napřáhnout volnou horní končetinou. Při zdokonalení poloha zahrnuje nanesení váhy na loket, otočení hlavy ve směru od lokte, sáhnutí volnou rukou po předmětu a oporu o koleno protilehlé k opěrnému lokti. Tato poloha je prvotní impulz ve vývoji lezení.

V druhé polovině druhého trimenonu dochází hlavně ke zdokonalování a přípravě na 1. dítětem iniciovanou změnu polohy těla. Ta nastává kolem šestého měsíce. Předchází jí poloha na zádech, během níž se jedna horní končetina natahuje za hračkou a rameno druhé se dostává do boční polohy. Pánev se ale ještě neotáčí. Tyto pokusy aktivují řetězec šikmého břišního svalstva, který táhne pánev k lokti. Dítě se díky tomu dostává na bok v ose. Spodní

dolní končetina je v této chvíli opěrná a svrchní je v nároku. Celé otočení je dokončeno v 6. měsíci, kdy dozrává i aktivní rotabilita trupu a dítě tedy dokáže rotovat v ose. V šestém měsíci se objevuje i 2. vzpřimování, při němž se dítě opírá o rozevřené dlaně, ruce jsou natažené a hlava vzpřímená. Na zádech je kojeneček schopen uchopit palce u nohou a dát si je do pusy – koordinace ruka – noha – ústa. (Orth, 2012) Opře plosky o sebe a je plně vyvinut kyčelní kloub. Ustupuje reflexivní úchop.

Třetí trimenon je charakteristický nově vytvořeným pinzetovým úchopem, při němž dítě používá ukazováček a palec. Jde o velký milník v jemné motorice. Dále přípravou těla na sezení a také lezení. Oběma pohybům předchází 2 fáze šikmého sedu. 1. fáze šikmého sedu se objevuje kolem sedmého měsíce. A probíhá z polohy na boku. V té chvíli záleží, zda se dítě dotočí na břicho či se opře o loket – zápěstí – bok a směřuje vzhůru. Stabilita je na boku a sed je nízký. V průběhu osmého měsíce se dítě opírá o dlaň – kyčel – koleno. Nastává 2. fáze šikmého sedu, který je oproti předešlému vyšší. V devátém měsíci je dítě schopno podélného sedu se zatížením na sedacích hrbolcích. Pohybu lezení předchází jak šikmý sed, tak několik dalších fází, ačkoliv ne každé dítě si všemi prochází. Stěžejním pohybem je aktivní přetočení ze zad na břicho. Pokud má kojeneček tento pohyb zautomatizovaný, nastává chvíle, kdy se na břicho snaží o pohyb dopředu. V sedmém měsíci se u dítěte objevuje takzvané tulení, tělo je táhnuto horními končetinami a dolní necíleně pomáhají přikopáváním. Mezi sedmým a osmým měsícem se dá mluvit o plazení, během tohoto pohybu dítě střídá současné přitažení pravé horní končetiny a odraz z levé dolní končetiny s přitažením levé horní končetiny a pravé dolní. A okolo osmého měsíce nastává přechod do lezení přes druhou fázi šikmého sedu, kdy se dítě přes stehno dostává na všechny čtyři končetiny. Lezení zraje 3 měsíce, během nichž si dítě osvojuje zákonitost pohybu a nabývá na jistotě a rychlosti. Ustupuje reflexivní úchop na chodidle. Na konci třetího trimenonu, spíše na začátku desátého měsíce se dítě začíná stavět.

Ve čtvrtém trimenonu si je dítě jisté v sedu, horní končetiny má volné ke hře, dolní lehce pokrčené, šíje protažená. Kolem desátého měsíce se dítě staví s oporou. V tuto chvíli je stoj zásluhou horních končetin a hrudníku, dolní končetiny nejsou nosné. Postupně začíná obcházet nábytek. Dáváme si pozor na to, aby se dítě nestavělo přes hranu chodidla. Dítě nestavíme sami, nebereme ho za ruce a nechodíme s ním, nedáváme do chodítka. V tomto

období je velmi důležité nechat dítě dozrát a připravit se na stoj. Při urychlování mohou nastat v budoucnu problémy s postavením nohou do X nebo O, problémy s koleny a kyčlemi. Od jedenáctého měsíce dítě stojí s oporou na celé plošce. Dokáže se držet pouze jednou rukou a druhou si podávat předměty. Kolem dvanáctého měsíce zvládne samostatný stoj bez opory, zkouší první kroky. Dítě bývá vrávoravé, typické je věšákové držení rukou pro vyrovnávání, záda jsou prohnutá, došlapuje tvrdě na celou plošku. (Orth, 2012) Ve vývoji chůze může nastat zpomalení či blokace, pokud nebyly řešeny nedostatky v předešlých obdobích a byly přeneseny až k této fázi.

Pátý trimenon – po prvním roce se dítě stále zlepšuje v chůzi, získává jistotu, dokáže měnit směr a otáčet se. Také vstávání probíhá bez opory a probíhá ze sedu či přes klek.

Pro všechna tato období platí, že návaznost jednotlivých fází není nahodilá. A každá zvládnutá poloha je důležitá pro tu další. Bez správné opory o ruce se dítě bude těžko zvedat, může vznikat frustrace a nelibost. Budou zafixovány chybné vzorce, které budou zpomalovat či znemožňovat další motorický vývoj. Tím pádem dítě uvízne v situaci, kdy bude chtít něco udělat, ale jeho tělo mu to neumožní. Což může nastat i ve chvíli, kdy je poškozena centrální nervová soustava. Proto je velmi důležité dítě rozvíjet správně a trpělivě, vývoj neurychlovat a fáze nepřeskakovat. Navíc je s motorickým vývojem úzce spjat i vývoj psychický. Jejich provázanost se odráží v každé nové poloze, kterou dítě objeví. Při zvednutí hlavy se mu rozšiřuje zorné pole, může se rozhlédnout a získávat další informace o svém okolí. Díky postupnému zlepšování motoriky dokáže lépe komunikovat, má možnost si věci osahat, ochutnat, ukázat na ně a vzít si je. Učí se o svém těle a jeho funkcích. Ve chvíli, kdy začne lézt či se postaví, nabývá samostatnosti. To vše je pro něj nové a rodina by pro něj měla vytvářet podnětné prostředí a podmínky pro bohatý psychický rozvoj.

### **3.2 Význam rozvoje motoriky pro psychomotorický vývoj v raném období**

V předešlé kapitole jsem se zabývala motorickým vývojem, tím, co by mělo zvládat novorozeně, poté kojeneček a jak by měl vývoj ideálně vypadat. V této části budu navazovat na výše popsané informace, zabývat se budu tím, co pro psychomotorický vývoj znamená rozvoj motoriky. Již u novorozence by se měla podporovat a podněcovat motorika. Ačkoliv

bylo toto období dříve bráno jako pasivní, z pozdějších výzkumů vyšlo najevo, že tomu tak není. Během této fáze hrají hlavní roli vrozené reflexy a pohyby. Dítě ještě není schopno udržet hlavu či se otočit, proto tyto pohyby zastupuje rodič. Například v okamžiku, kdy dítě leží horizontálně, dostává se do fáze mírné ospalosti, naopak ve chvíli, kdy je zvednuto do šikmé polohy, narůstá jeho aktivita. (Langmeier a Krejčířová, 2006) Pokud je tedy s dítětem správně manipulováno, dostává se mu nových podnětů, což je obzvlášť u novorozenců, kteří si zpravidla věci nejprve ohledávají pohledem než hmatem, velmi důležité. Ve vývoji to pak znamená, že dítě trénuje svůj zrak, zaostřuje, vnímá nové zvuky, navíc s tělesným kontaktem vzniká pouto a celkové pohodlí. Navíc již u novorozenců můžeme podmiňovat mimickou motoriku, která dále vede ke komunikaci, sociálnímu kontaktu a mimické hře. To, co započne u novorozence, dále pokračuje ke kojenci. Zde nastává několik velkých milníků, opření se o lokty a udržení hlavy ve vzpřímené poloze je jedním z nich. V tu chvíli dítě získává nové vjemy, může se rozhlížet kolem sebe, nekouká do stropu, je v úrovni hraček, které ho dále stimulují k úchopu a trénování opory o jednu ruku. Navíc ve snaze přitáhnout si hračku, rozvíjí potřebný odhad vzdálenosti. Komunikace s okolím je v tuto chvíli na úrovni akční či expresivní, dítě si dává dohromady jednoduché poznatky, například velmi brzy pochopí, že ve chvíli, kdy natáhne ruce k matce, dostane se mu pochování. Postupně se objevuje schopnost sdílení pozornosti, při níž se dítě odkazuje pohledem na předměty jeho zájmu a poté na rodiče, vytváří tak řetězec já – předmět – matka. V tuto chvíli je zpravidla na matce, aby tyto pohledy zachytila a k dítěti se připojila. (Langmeier a Krejčířová, 2006) Tudiž jsou gesta a motorika velmi důležitými prvky v rané komunikaci. Další úrovní je sed, v tuto chvíli se dítě dostává nad své dosavadní možnosti vnímaného. Je výš, než jsou předměty na zemi, má volné obě ruce, může si je tudíž lépe podat a manipulovat s nimi. Manipulací s novými objekty vnímá tvary, různé povrchy, ale i zvuky, vzhledem k tomu, že s předměty dokáže záměrně plácát o podložku či o sebe navzájem. Vzhledem k tomu, že se dítě opět dostalo do vyšší úrovně, dokáže lépe lokalizovat zvuky díky otáčení hlavy. Následkem toho se začíná rozvíjet řeč, která se dostává do fáze žvatlání. V období, kdy se dítě začne aktivně pohybovat, dostává se k předmětům, k nimž do této doby nemělo přístup. Jeho vnímání se tedy opět rozšiřuje, navíc v závislosti na nových poznacích a zkoušení uchopování stále menších předmětů se u dítěte vytváří klíštkový či pinzetový úchop. Během jeho osvojování se tak dětská pozornost odklání od velkých a barevných

předmětů, které byly primární doposud, a v popředí zájmu jsou detaily a malé věci. Dítě dokáže sbírat zrníčka, drobky, korálky, což mu dává příležitost k ochutnávání i toho, co by za jiných okolností nemohlo. Se zlepšením manipulace se zlepšuje i dětské chápání, kojenec cíleně bouchá hračkami o sebe, aby vyluzovaly zvuk, dokáže vyjmout předmět z nádoby, ačkoliv jeho navrácení ještě nezvládá, cíleně vyhazuje hračky a pozoruje jejich pád. Ve chvíli, kdy se dítě začne pohybovat, musí být rodiče velmi ostražití, protože dítě je stále více zvědavé a nově nabyté schopnosti ho mohou dostat do mnohdy nebezpečných situací. S pohybem a objevováním se rozvíjí i řeč. Například: Dítě několikrát vyhodí hračku z kočáru, rodič se pokaždé zastaví a řekne báb. Během dalšího opakování si dítě slovo spojí s pádem a samo se začne pokoušet o vyslovení. Kojenec navíc dokáže porozumět a vykonat jednoduché úkony jako „paci, paci nebo udělej pápá“. Všechny tyto nové schopnosti u dítěte podporují potřebnou nezávislost: pití z láhve, poté z hrnečku, manipulace s jídlem, každá nová zkušenost na sebe naváže řetězec situací, které dítě musí vyřešit. Pokud zůstanu u příkladu pití z hrnečku, dítěti nejprve dopomáhá rodič, reguluje množství tekutiny a také rychlost jejího toku. Ve chvíli, kdy se dítě snaží samo, se většinou polije, tekutinu vdechne a v nejhorším případě dojde k obojemu najednou. To jsou ale cenné zkušenosti, pro dítě to znamená uvědomování si důsledků a předcházení situacím, které pro něj nejsou příjemné. Stimulací motoriky podnětným prostředím narůstá u dítěte zvědavost, od lezení se tedy dostává ke stoju u nábytku. Může to být zapříčiněno touhou po novém rozhledu či nějakým lákadlem, na něž je potřeba dosáhnout. Tak jako tak, od stoje s oporou je to doslova krůček od chůze kolem nábytku a následných prvních kroků. K těm se váže nepřehledné množství nových podnětů a stimulů. Dítě může samo dojít k předmětu jeho zájmu, k rodiči, jinému dítěti. Mluva, která prozatím obsahuje pár jednoduchých slov, se postupně rozrůstá díky tomu, že dítě objevuje nové věci, ukazuje na ně, shání se po nich a snaží se po rodiči opakovat a napodobovat nejen jeho mimické výrazy, ale i výslovnost. Mluvení kolem prvního roku života se skládá z několika slov, kterým ve většině případů rozumí jen rodič tzv. dětský žargon. Často jsou mezi prvními výrazy hlasy zvířat a fyzikální zvuky. (Langmeier a Krejčířová, 2006) Žargon je v tomto věku typický intonací, kterou dítě odposlechlo od dospělých, dále dlouhými promluvami, při nichž dítě expresivně prožívá nějakou situaci, mluví o ní a komunikuje s okolím. V tuto chvíli se ale nedá říct, že by byly promluvy

srozumitelné, slova nejsou zřetelná, pro dítě to jsou ale základy pro budoucí učení. Symbolický význam slov dítě chápe až v druhé polovině dvou let, začíná tedy lépe rozumět a využívat slova. V této době jsou velmi patrné individuální rozdíly mezi dětmi. Ze získaných zkušeností si dítě osvojuje nové poznatky o předmětech a začíná je diferenciovat podle jejich vlastností, tudíž kulaté předměty (např. míčky, kuličky) kutálí. Věci, které vyluzují zvuk, dokáže dítě záměrně rozehrát, ať už jde o chrastící hračky, rolničky apod. Rozvojem jemné motoriky se u dítěte stimuluje představivost a fantazie. Zprvu je pro něj tužka či pastelka předmět jako každý jiný, používá ho spíše pro plácání, bouchání o nábytek a první pohyby po papíru jsou velmi nahodilé. Ovšem kolem roku a půl už se cíleně snaží napodobit čáru, jež je předkreslená dospělým, a kolem dvou let je již vidět jeho snaha o dodržení směru čáry a pokusy o kruh. Tyto pokroky pak dále využívá a v další fázi již může kruh znázorňovat matku, otce, rodinu.

Proč je tedy důležitý rozvoj motoriky pro psychomotorický vývoj dítěte? Z výše popsaných příkladů je patrné, že motorika se netýká pouze pohybu, ale že její rozvoj má na svědomí bohatou škálu vlastností a schopností, které se u dítěte projevují. Jaké nedostatky mohou nastat, pokud není dítě dostatečně stimulováno, vidíme nejen v extrémních případech zanedbávání, ale i u rodin, kde na dítě není dostatek času. Takové dítě strádá jak po motorické stránce, tak po psychické. Bez podnětů, které by ho nutily k otáčení, opření se a soustředění, není takový jedinec motivován. Zpožďují se jeho poznávací procesy, komunikace s okolím, ale i jeho obratnost a schopnost pohybu. Na druhou stranu jsou i děti, které přes veškerou snahu a podnětnost rodičů nejeví zájem o okolní svět a jsou v motorice trochu lenivé, takovéto děti se dají popostrčit právě využitím Vojtovy metody. Pro správně postupující psychomotorický vývoj dítěte je důležité, aby byla motorika u dítěte rozvíjena a motivována, v důsledku toho se mu začnou otevírat nevídané možnosti, jejich objevováním se opět stimuluje motorika, která dovede dítě opět o kus dál v jeho samostatnosti, vnímání a komunikaci, což ho podněcuje k dalším motorickým úkonům a takto stále dokola.

### **3.3 Shrnutí**

Jak je tedy v kapitolách možné sledovat – jednak Vojtova metoda, jednak motorický vývoj dítěte jsou komplexní procesy od počátku až do konce. A pokud bychom šli do ještě větší

hloubky, zjistíme, že výše zmíněné informace jsou jen zrnkem písku v poušti. A přesto představují základnu pro vše, co se tvoří dále. Důležité je, že naše tělo má vrozené zakódované hybné vzorce: reflexní plazení a otáčení. Pokud psychomotorický vývoj probíhá bez potíží a není nijak narušen, je těchto hybných vzorců využíváno zcela přirozeně.

Když se však objeví odchylka, porucha hybného aparátu, lze díky souboru cvičení tyto vzorce nově nastartovat. Cvičení obsahuje výchozí polohy a spoušťové body či zóny. Ty se liší podle toho, zda jde o plazení, otáčení z polohy na zádech či z polohy na břiše. Rozmanité jsou nejen cviky a jejich provádění, ale také reakce těla. K správnému cvičení je samozřejmě potřeba i pozitivní klima, které zahrnuje důvěru a souznění mezi rodiči a terapeutem, dítětem a terapeutem, ale také mezi samotnými rodinnými příslušníky. To vše může vést k úspěšnému zvládnutí metody, která pomáhá po celém světě.



## **4. Charakteristika výzkumu**

### **4.1 Cíle a metody**

Cílem zkoumání bylo zjistit, zda a jaký vliv má Vojtova metoda na psychický vývoj dítěte a jaký postoj ke cvičení zaujímá rodina, v níž je dítě, které tímto procesem prochází. Vzhledem k situaci, během níž byl výzkum realizován, byla na prvním místě ochrana zdraví. Proto bylo upuštěno od přímého kontaktu s rodinami a pro zjištění odpovědí byla využita metoda dotazníku. Ten měl nastínit jednak zázemí, z něhož dítě pochází, jednak jeho diagnózu a průběh cvičení. Také vnímané psychické změny ve vývoji dítěte ze strany rodiče ale též vztah rodiny ke cvičení a metodě. Jak jsem již avizovala výše, Vojtova metoda je tvořena několika subjekty zapojených do procesu cvičení. Zajímalo mě tedy i názor odborné strany, a to hlavně na problematiku náročnosti a důslednosti během cvičení. K tomu jsem využila rozhovoru s rehabilitační sestrou. Odpovědi obou stran pak využiji k porovnání a zodpovězení výzkumných otázek, které zní následovně:

1. Jaké pozitivní stránky vidí rodiče ve Vojtově metodě?
2. Vidí rodiče přínosy Vojtovy metody na psychický vývoj dítěte?
3. Ovlivnilo cvičení vztahy v rodině?
4. Vnímají rodiče i negativní stránky či dopady Vojtovy metody?
5. Shodují se názory rodičů a odborníků?

### **4.2 Charakteristika dotazníku**

Dotazník byl zpracován jako kvalitativní. Obsahoval 23 otázek, z nichž 8 bylo otevřených (viz Příloha č. 2). Pro rozmanitost diagnóz a odpovědí bylo vybráno 10 rodin s věkovou hranicí dětí od jednoho roku do čtrnácti let. Respondenti docházejí minimálně jednou týdně na půlhodinové rehabilitační cvičení do stacionáře v Příbrami.

### **4.3 Charakteristika rozhovoru**

Rozhovor směřoval nejen k zodpovězení cíle a výzkumných otázek, ale také k pochopení složitosti a důležitosti cvičení. Názor odborníka ukazuje pohled z druhé strany a dává nám možnost lépe si představit nejen to, jak terapeut vnímá a prožívá svou práci, nýbrž také to, jak dokáže být empatický a chápavý k rodinám, jež terapií prochází. Skládá se z 10 otázek,

jež se přímo dotýkají problematiky obsažené v dotazníku pro rodiče dětí cvičících Vojtovu metodu. Pro porovnání odpovědí rodičů s odpověďmi odborníka budou využívány ústřížky výpovědí fyzioterapeutky. Celý rozhovor lze najít v příloze.

## **5. Samotný výzkum**

Před začátkem výzkumu byl od všech respondentů získán informovaný souhlas. Rodiny jsem oslovovala skrze fyzioterapeutky, s nimiž jsou v každotýdenním kontaktu. Jejich výběr jsem nejprve konzultovala s odbornicemi, jelikož mi šlo o rozmanitost věkových skupin i diagnóz ve výzkumném vzorku. Pro každou rodinu byl jeden dotazník a mohl být vyplňován pouze jedním z rodičů. Nebyla zde žádná preference či omezení, které by nařizovalo, že respondenty mohou být výhradně matky či otcové, přesto se v našem výzkumném vzorku sešly odpovědi pouze od matek. Ale vzhledem k tomu, že dotazník obsahoval i otázky, které se soustředily na celou rodinu, můžeme se domnívat, že do odpovědí byli zapojeni i další rodinní příslušníci. Tím, že byl použit dotazník, nebyl na respondenty vyvíjen žádný časový tlak. Mohl být vyplňován v pro ně příjemných podmínkách, bez jakéhokoliv dohledu, ačkoliv možná právě nulovým dohledem a nemožností se ihned doptat, bylo zapříčiněno, že některé otázky zůstaly přehlédnuty či nebyly dostatečně vyplněny. Pokud taková situace nastala, řešila jsem ji individuálním doplněním.

Výzkumným vzorkem bylo 10 rodin, jež procházejí Vojtovou metodou. Vzhledem k menšímu počtu rodin se výsledky, kterých jsme dosáhly, nedají generalizovat a vztahovat na každou rodinu, která momentálně podstupuje Vojtovu metodu či ji bude podstupovat v budoucnu.

### **5.1 Uzavřené otázky**

Rozčlenila jsem otázky do tří souvisejících oddílů. První z oddílů přibližuje, z jakých rodin se náš vzorek skládá.

#### **5.1.1 Výzkumný vzorek**

Jde většinou o rodiny úplné v poměru k neúplným 8:2, v nichž jsou až na 4 výjimky děti v sourozeneckém vztahu. Mezi nimi pak pouze 2 děti z našeho vzorku zastávají roli starších sourozenců. S péčí pak v 7 případech významně pomáhají další rodinní příslušníci, z nichž

nejvíce hlasů získali prarodiče. Tyto odpovědi ukazují, že málokterá rodina zvládá péči bez jakékoliv pomoci, důvodů může být několik, časová náročnost, která je s terapií spojená může být pro některé rodiny neúnosná. V některých případech nemusí být rodič ani schopen cvičení provozovat sám, proto je nutná pomoc dalšího příslušníka. Například vezmeme-li rodinu 5, ve které jsou 3 sourozenci (dítě, které prochází Vojtovou metodou je z nich nejstarší a má velmi těžkou diagnózu), zde rodiče zvládají péči bez další významné pomoci. Naopak rodina 7 má jedno dítě s lehčí diagnózou, přesto rodinnou pomoc potřebují. To nám ukazuje, jak je každý případ individuální a možnosti rodin různorodé. Orth ve své knize píše o matce, která popisuje několik bodů, jež jsou k ošetřování dítěte nutné. Jde o moc a sílu, přesvědčení a potenciál vydržet a enormní organizační talent. (Orth, 2012, s. 193) Z toho je patrné, že rodič, který je hlavním ošetřujícím dítěte, musí zvládat široké spektrum činností. Podle mého je tedy velmi přínosné, pokud další rodinný příslušník pomůže rodiči či ho v některé oblasti nahradí. Zeptala jsem se na tuto otázku i fyzioterapeutky, která potvrdila, že pomoc nemusí znamenat, že je rodič zastoupen při cvičení, ale že babička pohlídá staršího sourozence, když je čas terapie. V tu chvíli rodiči odpadne jedna starost a může se plně věnovat cvičení.

Tabulka 4. Informace o rodinách

Rodina	Vzdělání rodičů	Počet dětí v rodině	Věk dítěte procházejícího Vojtovou metodou	Diagnóza dítěte	Forma rodiny	Další osoby podílející se na péči
Rodina 1 – Ve vojtově terapii 2 roky (terapie od 2–3 let)	Matka: Středoškolské s maturitou Otec: Vysokoškolské	2	3–4 roky	Břišní diastáza, bederní hyperlordóza, vnitřněrotační postavení dolních končetin, valgozní kolena, kotníky, ploché nohy	Úplná	Prarodiče, teta, strýc
Rodina 2 – Ve VM 1 rok (od 2–3 let)	Matka: Vysokoškolské Otec: Vyučen	1	2–3 roky	Porucha autistického spektra, VDT, nášlap na vnitřní hrany, vtáčení chodidel	Výlučná péče matky	Prarodiče, teta
Rodina 3 – Ve VM několik měsíců (od 0–1 roku)	Matka: Vyšší odborné Otec: Vyšší odborné	2	0–1 rok	Predilekční držení	Úplná	Nikdo
Rodina 4 – Ve VM 1 rok (od 11 let)	Matka: Středoškolské s maturitou Otec: Středoškolské s maturitou	2	10–12 let	Skoliosa páteře	Úplná	Nikdo
Rodina 5 – Ve VM 13 let (od 1 roku)	Matka: Středoškolské s maturitou Otec: Středoškolské s maturitou	3	Více než 12 let	VVV – dysgeneze corpus callosum, DMO, epilepsie	Úplná	Nikdo
Rodina 6 – Ve VM 3 roky (od 2–3 let)	Matka: Vyšší odborné Otec: Vysokoškolské	2	4–6 let	Vadné držení těla, plochonoží	Úplná	Prarodiče
Rodina 7 – Ve VM 2 roky (od 1–2 roku)	Matka: Vysokoškolské Otec: Vysokoškolské	1	2–3 roky	Rozestup přímého svalu břišního, vtáčení špiček – chůze i stoj	Úplná	Prarodiče, teta
Rodina 8 – Ve VM 9 let (od 0–1 roku)	Matka: Středoškolské s maturitou Otec: Středoškolské s maturitou	2	8–10 let	Prader-Willi syndrom	Úplná	Prarodiče, teta, strýc
Rodina 9 – Ve VM 1 rok (od 2–3 let)	Matka: Vyučena Otec: Vyučen	1	2–3 roky	Vadné držení, ploché nohy	Střídavá péče	Prarodiče, nevlastní otec
Rodina 10 – Ve VM několik měsíců (od 0–1 roku)	Matka: Středoškolské s maturitou Otec: Vyšší odborné	1	0–1 rok	Paréza brachiálního plexu	Úplná	Nikdo

V druhém oddílu jsem se soustředila na začátky a průběh terapie. Konkrétně na to, kdo si poprvé u dítěte všiml odchylky od psychomotorického vývoje. Což byl ve čtyřech z deseti odpovědí rodič, v jednom případě jiný rodinný příslušník a ve zbylých pěti to byl lékař. Pokud u dítěte odchylku nezaznamenal odborník, bylo pak diagnostikováno v šedesáti procentech během dvou až tří měsíců, ve 20 procentech během prvního měsíce a v druhých dvaceti procentech déle než za půl roku. Obzvláště poslední výrok je zajímavý, pokud vezmeme v potaz, že včasná diagnóza je velmi důležitým prvkem. Co se týče průběhu, jednak mě zajímalo, kdo terapii s dítětem vykonává, což, jak jsem přepokládala, jsou spíše matky, ačkoliv i zde se objevily 2 případy, v nichž je cvičení rozděleno mezi rodiče rovným dílem. Jako další jsem se dotazovala na projevy a reakce dítěte během cvičení, zda pláče, křičí nebo je klidné a bez větších obtíží terapii zvládá. Zde se ukázalo, že ačkoliv většina dětí na cvičení reaguje pláčem či vztekem, jsou i ty, kterým více méně nevadí či jim přestalo vadit s přibývajícím věkem.

### **5.1.2 Začátky a průběh terapie**

Stručný popis a charakteristiku jsem tedy sepsala výše. Teď se budu blíže věnovat jednotlivým výpovědím rodičů a porovnáváním odpovědí. Co se týče toho, kdo si všiml odchylky od psychomotorického vývoje, z odpovědí vyplývá, že skoro polovina respondentů zpozorovala nesrovnalost dříve než lékař. Příčinou tohoto zjištění může být fakt, že jsou to zpravidla matky, které tráví nejvíce času s dětmi, a velmi přísně pozorují, co se s nimi děje. Když jsem se o této otázce bavila s fyzioterapeutkami, vyšlo také najevo, že ne každý pediatr dá hned na pocity rodičů. Co se týče následné diagnostiky od lékaře, doba, po níž bylo dítě diagnostikováno například u R3, byla 1 měsíc, v porovnání s R5, kde šlo o více než 6 měsíců, jde o velmi velký rozdíl. Vzhledem k vážnosti diagnózy dítěte z R5 se mohla doba určení diagnózy prodloužit kvůli potřebným vyšetřením, ačkoliv právě tato matka se setkala s počátečním odmítavým postojem pediatra. To mě vede k myšlence, zda by včasnější započetí rehabilitace mohlo vést ke kvalitnějším výsledkům ve vývoji. „V takzvaném období čekání se spokojujeme s představou pouhého opožděného vývoje. Ale právě čekání je za určitých okolností katastrofický problém.“ (Vojta, 1993, str. 33) Podle odpovědí začala polovina dětí se cvičením během prvních patnácti měsíců života, jde o rodiny 3, 5, 8, 10 a 7, zbytek dětí pak začal mezi druhým a třetím rokem života – rodiny

1, 2, 6, 9. Rodina 4 pak začala se cvičením až v 11 letech dítěte. K fyzioterapii samozřejmě patří i projevy dětí během jejího vykonávání, na těch se rodiče shodují. V největším zastoupení je zde vztek, křik a pláč, následuje odmlouvání a viditelné nepohodlí bez dalších projevů, pouze respondentky R4 a R6 zaškrtyly, že dítěti nevadí. Je tedy jasně vidět, že cvičení je namáhavé nejen fyzicky, ale také psychicky.

Třetí skupina otázek byla čistě o vývoji, a to jak fyzickém, tak psychickém. U psychického šlo konkrétně o pozorované zlepšení, pokud tedy nějaké nastalo. K tomu se váže i otevřená otázka, v níž se rodiče konkrétněji rozepsali o jednotlivých situacích. Pro lepší představu jsem připojila jejich výpovědi. U fyzického šlo o dobu, po které rodiče zaznamenali posun, zlepšení u dítěte.

### **5.1.3 Posun ve vývoji**

Pozorovatelné změny v motorickém vývoji nejdříve zaznamenaly respondentky R3, R10, a to po jednom měsíci cvičení, následně R1, R7 po dvou až třech měsících, poté R6, R8 po čtyřech až pěti měsících a nejvíce rodin zaznamenalo posun po půl roce a déle. Vidíme tedy, že některé změny přicházejí pozvolna, jiné naopak velmi brzy, což může souviset s diagnózou, ale i se stále se vyvíjejícím tělem dítěte. Z odpovědí našeho výzkumného vzorku ale vyplývá, že na rozdíl od psychického vývoje je posun v motorickém vývoji u všech dětí patrný. U psychického vývoje jsou totiž odpovědi více rozporuplné, a přestože většina našich rodičů popsala zlepšení v psychickém vývoji, našli se i tací, kteří pokrok, jenž by souvisel se cvičením, nezaznamenali. Což je v souladu i s názorem fyzioterapeutky, podle níž je sice pokrok i v duševním vývoji pozorovatelný, ne vždy je ale jistý, a to hlavně u těžkých diagnóz. To mě přivádí k myšlence, zda mohla nastat situace, v níž se dítě opravdu zlepšuje i v psychickém vývoji, rodič ale tyto posuny nechápe jako důsledky Vojtovy metody. Zapříčiněno to může být tím, že s cvičením se pozornost obrací zpravidla k motorickému vývoji. Dítě je nejednou schopné se otočit, opřít se o ruce, narovnat se apod., což jsou jasné ukázky toho, že cvičení na tělo zabírá. Rodič má před sebou jasný důkaz, protože dítě se dříve nezvládlo opřít o loket a druhou rukou uchopit hračku, díky cvičení to ale zvládá. Důsledkem toho je ale právě rozvoj i v psychickém vývoji, protože dítě má možnost získání nových podnětů, tyto změny už ale rodič může brát jako důsledky vývoje. Podle Vágnerové jde v počátečním období rozvoje poznávacích procesů, především o vývoj

vnímání a manipulace s vnímanými předměty. (Vágnerová, 2012, str. 74) Tudíž aby mohlo dítě předmět vnímat, musí být schopné s ním manipulovat, což nás opět vrací k tomu, že pokud se dítě díky Vojtově metodě dokáže pro hračku natáhnout a osahat si ji, rozvíjí tak i vnímání. Pro srovnání jsem vzala odpovědi dvou rodin z našeho výzkumného vzorku, podle nichž k posunu v psychickém vývoji díky Vojtově metodě nedošlo. Rodina 5 má dítě s těžkou diagnózou a při konzultaci s fyzioterapeutkou jsem se dozvěděla, že právě toto je případ, kdy ke zlepšení v psychickém vývoji dojít nemusí. Naopak u dítěte z rodiny 10, jež má ochrnutou horní končetinu, by mělo docházet i ke stimulaci psychického vývoje právě v důsledku rozhybání končetiny.

*R1: „Dcerka si je jistější nejen v běhání, ale i v malování a vytváření, přestala se stydět, dokáže se vmístit mezi děti na hřišti i v dětské skupině, pomáhat doma. Je určitě sebejistější a šťastnější.“*

*R3: „Tím, že již déle vydrží na bříšku, více pozoruje okolí a tolik nevyžaduje pozornost.“*

*R8: „Syn byl výrazně hypotonický s minimálním zájmem o pohyb a svět kolem, po vytrvalém cvičení se všechno "nakoplo", díky zpevnění a zapojení svalstva došlo k rozhybání a tím i objevování světa a navazování kontaktu s osobami kolem.“*

*R5: „Jestli je to myšleno tak, že by ke změnám docházelo díky cvičení, tak nevnímám.“*

*Fyzioterapeutka: „Určitě ano. Už správná opora o lokty ve třetím měsíci je předpokladem optimálního duševního vývoje. Na to že se miminko dokáže opřít o oba lokty, uvolněně otáčet hlavou na obě strany navazuje schopnost opory o jednu ruku a úchopu hračky rukou druhou. Je to začátek zkříženého pohybového vzorce, který nás doprovází celý život, je nutný pro spolupráci obou mozkových hemisfér a rozvoj jemné motoriky... Takovéto výsledky bohužel nevidíme u těžkých diagnóz, u těch je psychický pokrok spíše minimální.“*

## **5.2 Otevřené otázky**

V této chvíli se dostávám k otevřeným otázkám. Výpovědi rodičů budou srovnávány s názory fyzioterapeutky, podobně jako ve výše uvedené situaci. Celá část bude rozdělena na dva celky, z nichž první bude řešit Vojtovu metodu a její náročnost, dodržování pravidelnosti a vztah rodiny ke cvičení. Druhý celek se bude naopak soustředit na pozitiva metody, a zda zkvalitnila život dítěte a rodiny.

## 5.2.1 Četnost a časové rozvržení terapií

Odpovědi by se daly členit do pomyslných tří sektorů. Do prvního by spadali rodiče, kteří s dětmi docházejí pouze na jedno rehabilitační cvičení týdně, doma již necvičí nebo pouze nepravidelně. Druhý sektor by zahrnoval rodiny, jež docházejí jednou týdně na rehabilitační cvičení a k tomu cvičí jednou týdně doma. A třetí sektor pro tu největší skupinu, navštěvující alespoň jednou týdně rehabilitace a společně s tím cvičící alespoň 3x týdně doma či v dalším zařízení. Podle fyzioterapeutky samozřejmě záleží na diagnóze a její závažnosti, stejně tak na věku, obecně by ale děti v kojeneckém věku měly cvičit několikrát denně, u starších dětí by to mělo být alespoň jednou denně po celý týden.

R1: „1x týdně na rehabilitaci - 30 min., 1x denně doma - 10 min“

R2: „1x týdně na rehabilitaci - 30 min, 4x týdně ve speciální MŠ“

R5: „Do 7 let denně, 7-14 3x týdně, 14-17 2x týdně“

R8: „2x týdně 45 min. na rehabilitaci, 5x týdně 10 min. doma“

R4: „1x týdně na rehabilitaci, 30 min.“

R7: „nepravidelně, zhruba 2x týdně 10 min., v závislosti na náladě syna“

Fyzioterapeutka: „. U dětí do zhruba jednoho roku je nutné cvičit i několikrát denně, u starších úměrně časové flexibilitě rodiny, minimálně jednou denně.“

## 5.2.2 Dodržování pravidelnosti

Pravidelnost a schopnost ji dodržovat je velkou součástí terapií. Skoro všichni naši rodiče napsali, že se jim pravidelnost terapií dodržovat daří, ačkoliv se našla i výjimka. Pokud přihlédneme k odpovědi fyzioterapeutky, zjistíme, že i přes důležitost, či dokonce nutnost dodržování je mnoho rodičů, kteří důslední nejsou. Může to mít mnoho důvodů, k nimž se dostaneme v další otázce, v každém případě bylo řečeno, že majorita rodičů či starších dětí se fyzioterapeutce ve výsledku stejně přizná a poté je důležité ujasnit si další plán postupu.

R1: „Až na výjimky (nemoc, dovolená) se snažíme nevynechávat“

R5: „Daří dobře, pokud zrovna neřadí ve světě pandemie s jejími opatřeními.“

R8: „máme už jasná pravidla, patří to ke každodenní hygieně“



R7: „nejsme příliš důslední“

Fyzioterapeutka: „Při správném cvičení Vojtovou metodou vyvoláme ideální oporu a souhru svalových skupin a jejich spolupráci. Tato reakce je funkční zhruba hodinu, potom postupně vyhasíná. Pravidelným opakováním docílíme zautomatizování správného pohybu a odbourání náhradních pohybových vzorců.“

Fyzioterapeutka: „Velká většina rodičů se ale v případě nezdaru při cvičení přiznává a konzultuje postup, který by doma zvládli... ale i starší děti se přiznávají, že doma zlobí a nechtějí cvičit.“

### 5.2.3 V čem je Vojtova metoda náročná

V odpovědích na tuto otázku panuje naprostá shoda jak mezi samotnými rodiči, tak i mezi nimi a fyzioterapeutkou. Náročnost podle nich spočívá hlavně v přesně předepsané metodice a pravidlech, bez jejichž dodržování je cvičení bezúčelné, dále pak v udržení daných poloh, a to hlavně ve chvíli, kdy se musíte popasovat s dítětem, které se vzpírá, vzteká a odmítá spolupracovat. V jedné z odpovědí byla dokonce zmíněna neproveditelnost metody u dítěte staršího, silnějšího a za předpokladu, že se rozhodne cvičení bojkotovat. Z výpovědí je tedy očividné, že největším problémem je správné provedení a udržení dítěte v dané poloze, což je nejdůležitější věc pro úspěšné cvičení a aktivaci potřebných svalů, zabavení dítěte a odvedení jeho pozornosti, ale i fyzická námaha pro rodiče.

R1: „Náročnost vidím zejména v nutnosti přesného dodržení metodiky a tedy i potřeby pravidelných kontrol a instruktáží na rehabilitaci (manžel je vzhledem k pracovnímu vytížení nemůže absolvovat), v potřebě důsledné pravidelnosti a těžké je i zabavit a úplně neodradit dítě a přesvědčit ho k spolupráci.“

R2: „Nejhorší je udržet nespolupracující dítě v předepsané pozici a čekat na správnou oporu a následné zapojení svalů. Nedařilo se mi odvést synovu pozornost od toho, že ho něco táhne, nebo tlačí.“

R7: „Vojtova metoda je jistě účinná, bohužel není proveditelná u dětí větších a silnějších s jasnou představou o bojkotu, alespoň nám se nedaří cvičit ve chvíli, kdy syn opravdu nechce a je rozhodnut se nedat.“

R5: „Náročné je cvičení na začátku, kdy se cvičí 6x denně - bolesti rukou, dodržování času cvičení a ustát komentáře rodinných příslušníků, kteří o cvičení nic nevědí a berou ho jako trápení dětí :-“

Fyzioterapeutka: „Pro většinu lidí je těžké dokonale napolohovat dítě do předepsané pozice a udržet ho v ní dostatečně dlouho. Očekávaná svalová odpověď nepřichází vždy hned, dítě se někdy brání nejen pláčem, ale i silným vztekem a dokáže bojovat velkou fyzickou silou... není samozřejmostí, že to rodič vydrží a ještě bude pravidelně opakovat.“

#### 5.2.4 Jak cvičení snáší rodina

Z popsaných situací lze vyčíst, že cvičení rodinu ovlivňuje hlavně po psychické stránce. Některé odpovědi sice ukazovaly pozitivní pohled, snahu o zapojení rodiny a navození hravé formy cvičení. Větší část se však zaměřovala spíše na to, že i když vnímají Vojtovu metodu jako velmi účinnou a efektivní formu terapie, ne vždy se jim dostane pomoci od dalších rodinných příslušníků. Také častý pláč dítěte vytváří velmi napjatou atmosféru a rodičům se pak často do cvičení nechce. S těmito situacemi se často setkává i fyzioterapeutka, ačkoliv jsou podle ní situace v rodinách velmi rozmanité, často se jí rodiče svěřují s nejistotou a tlakem, který je díky cvičení na rodinu vyvinutý. V tu chvíli je důležité opravdu naslouchat a snažit se rodiče utvrdit v tom, že dělají správnou věc.

*R1: „snažíme se o veselý přístup (vymyšlení pohádek, písniček, hádanek), zapojujeme se všichni, bereme to jako jasnou nutnost, která nejde obejít“*

*R5: „Dobře, jsem ráda, že cvičíme.“*

*R2: „Chápu nutnost cvičení, ale sama doma to nezvládám“*

*R7: „většinou špatně, nechce se nám do vyvolávání špatné nálady a ukřivdění“*

*R8: „v současnosti nás neobtěžuje, u batolete nám to bylo líto a do cvičení se nám nechtělo“*

*Fyzioterapeutka: „Miminka nešťastně pláče. Jsou rodiče, kteří pláčou s nimi a zvyšují tak úzkost dítěte. Naopak jiní přistoupí k problému čelem, a i přes viditelné nepohodlí dítěte, se snaží terapii zvládnout pohodově a dítě tak nevystavují většímu stresu, než je nutné... Odlišené bývají i reakce starších sourozenců, někteří si nedají vymluvit, že rodiče miminku neublíží, ale pomáhají mu.“*

*Fyzioterapeutka: „Snažíme se vysvětlovat principy a výsledky cvičení v kontextu s diagnózou, dávat příklady, stále hledat východiska a schůdné způsoby cvičení, podporovat důslednost a výdrž. Důležité je maminkám naslouchat a opravdu poslouchat.“*

#### 5.2.5 Zkvalitnění rodinného života

Z výše popsaných situací se může zdát, že Vojtova metoda není ideálním partnerem rodinného života. Rodiče jsou pod tlakem, mísí se v nich nepříjemné pocity viny, vyvolané dětským pláčem a vztekem s potřebou dítěti pomoci. Zajímalo mě tedy, zda podle nich mělo cvičení i nějaký pozitivní dopad na chod jejich rodiny. A za naše rodiny to bylo jednohlasné ano, ať už jde o možnost lepšího zapojování dítěte do rodinných aktivit či pozitivní dopady díky zlepšování stavu dítěte.

R1: „Ano, u nás například v možnosti zapojení celé rodiny do hromadných venkovních aktivit.“

R5: „Určitě zkvalitnila život našeho dítěte“

R10: „Ano, ručičku již začíná používat“

### **5.2.6 Jaké vnímáte přínosy Vojtovy metody**

Závěrečnou část dotazníku jsem chtěla ponechat na pozitivní vlně, proto mě zajímalo, zda si jsou rodiče z našeho vzorku vědomi i nějakých pozitiv, která se k metodě vážou. A nejspíš podle očekávání se jako největší pozitivum opakoval viditelný pokrok, i když může být ze začátku jen nepatrný, v některých popisech byla dokonce použita i velmi podobná terminologie jako u odbornice, což ukazuje, jak hluboce rodiče metodu znají. U fyzioterapeutky byl jako největší přínos a pozitivum popsán fakt, že metoda umožňuje rozbourat nesprávné pohybové vzorce a nahradit je těmi potřebnými, stejně tak i aktivace svalových skupin a jejich zapojení do pohybu. Dalo by se tedy říct, že se obě strany shodují, protože pokrok, jejž rodiče zmiňují, je zapříčiněn právě popsánymi aspekty, o nichž mluvila fyzioterapeutka.

R1: „Na držení těla a pohybu je to brzy aspoň trochu znát, při vytrvalém cvičení jsou výsledky téměř kouzelné“

R2: „U mého syna neschopného spolupráce a správného aktivního cvičení bych těžko došla k výsledkům srovnatelným s aktivací svalů při Vojtovo metodě. Změnu v chůzi opravdu zřetelně vidím.“

R8: „Aktivací zkříženého pohybu probouzí a nutí pracovat obě mozkové hemisféry, rozhybe tedy tělo i mysl.“

R10: *Nám velice pomohla, bála jsem se, že s ručičkou malý nebude hýbat. Jsem ráda, že jsem pod kontrolou terapeutky.*

*Fyzioterapeutka: „Hlavním přínosem Vojtovy metody je aktivace a cvičení svalových skupin, které děti vědomě neovládají nebo je nezapojují do pohybu... Jednoduše, vstoupíme do náhradního pohybového stereotypu, rozbouráme ho a nahradíme optimálním pohybovým vzorcem.“*

## 6. Diskuze

V této části se budu věnovat výzkumným otázkám, k jejichž zodpovězení mi sloužily dotazníky a rozhovor. Jak jsem psala v charakteristice výzkumu, otázek je celkově pět a odpovědi na ně budu dále porovnávat s odbornou literaturou či dalšími studii. Pokud během porovnání objevím rozpor mezi jednotlivými studii, pokusím se vysvětlit možnosti, proč k tomu došlo. První výzkumná otázka zněla:

*Jaké pozitivní stránky vidí rodiče ve Vojtově metodě?*

Zde do velké míry přímo navazujeme na poslední otázku z dotazníku. Rodiče z našeho výzkumného vzorku se shodují, že jsou podle nich největším přínosem viditelné změny a zlepšování ve vývoji dítěte. Někteří rodiče v souvislosti s vývojem zmiňovali, že měli obavy, zda se jejich dítě bude zlepšovat. Což vysvětluje, proč je právě pozorovatelnost a viditelnost změn pro rodiče zásadním pozitivem ve cvičení. S čímž souhlasí i Bezděková (2017), z jejichž výsledků vyplývá, že vedle pozitivního vztahu s terapeutem je to právě pokrok, který pomáhá rodičům ve zvládnání terapie.

*Vidí rodiče přínosy Vojtovy metody na psychický vývoj dítěte?*

Z našeho výzkumného vzorku si více jak polovina rodičů všimla nějakého posunu v psychickém vývoji dítěte. Mezi nejčastější odpovědi patřilo zlepšení komunikace s okolím, celkové prohloubení zájmu a výraznější zapojování dítěte do dění kolem něj. I podle fyzioterapeutky má metoda vliv na psychický rozvoj dítěte, a to hlavně díky tomu, že pokud se dítě zlepšuje motoricky, otevírají se mu nové možnosti i po psychické stránce. Tudíž v případě, že se tříměsíční kojeneček naučí vzepřít na loktech a dokáže udržet vzpřímeně hlavu, dostává se mu spousta nových vjemů, ať jsou to vjemy sluchové, či zrakové, díky tomu jeho zvědavost roste, jak je ostatně popsáno i ve vývojové psychologii (např. Langmeier a Krejčířová, 2006; Vágnerová, 2012). Pokud dítě v předškolním věku přestane při rychlejší chůzi zakopávat, může se lépe zapojovat do her s vrstevníky a jeho komunikace se tedy bude zlepšovat apod. Motorický vývoj je s psychickým úzce spjat, což potvrzuje i Schubertová (2012), jež ve své práci zjistila, že rodiče, kteří se účastnili jejího výzkumu, používají Vojtovu metodu i v rámci logopedie. Pro jejich děti to pak znamená zlepšení komunikace a snadnější zapojení do kolektivu. Dále psala také o získání samostatnosti

a sebedůvěry. S těmito tvrzeními souhlasí některé odpovědi našich rodičů, v jejichž případě může hrát roli diagnóza dítěte, což ostatně zmiňovala i fyzioterapeutka (viz výše). Podle ní hraje diagnóza velkou roli. Obecně by se ale dalo říct, že lze pozorovat vliv metody i na psychický vývoj dítěte.

#### *Ovlivnilo cvičení vztahy v rodině?*

Z našich odpovědí je patrné, že je Vojtova metoda velkou zátěží pro celou rodinu. Ačkoliv všichni rodiče souhlasí, že jim cvičení zkvalitnilo rodinný život, a to obzvláště v tom, že jsou díky pokrokům schopni se jako rodina účastnit společných aktivit. V některých výpovědích se objevovalo i nepochopení ze strany prarodičů, sourozenců či přátel, což může vnést napětí do rodinné atmosféry. Nehledě na to, že ve více jak polovině případů je terapie čistě na matce. Náročné vztahy mezi rodinnými příslušníky popisuje Orth (2012) v jednom ze svých příkladů. Šlo o matku a její tchyni, s níž bydlela v jednom domě. Vždy když matka začala se svou dcerou cvičit, tchyně přišla a začala ji kritizovat. Byla toho názoru, že cvičení pro dítě není dobré, je proti jeho vůli, tudíž by se s ním cvičit nemělo. Kvůli psychickému vypětí se okamžitě terapie přestala dařit. Po nastavení pravidel a zákazu návštěv v době terapie byly vztahy po určitou dobu velmi chladné. Pokud se rodič nesetkává s oporou v rodině, je důležité, aby mu podporu vyjádřil terapeut. O tom se zmiňuje Bezděková (2017), podle níž je vztah mezi fyzioterapeutem a rodičem jedním z nejdůležitějších, obzvláště co se týče opory. S tím by se dala srovnat i odpověď fyzioterapeutky v našem výzkumném šetření, která uvedla, že naslouchat rodinám je stěžejní.

#### *Vnímají rodiče i negativní stránky či dopady Vojtovy metody?*

Z odpovědí bylo velmi brzy jasné, že rodiče čelí mnoha překážkám, jež z metody plynou. Jako negativní součást Vojtovy metody je pro ně již mnohokrát zmiňovaná psychická zátěž společně s pocity viny. To ve své knize popisuje Orth (2012), podle níž rodič, který s dítětem vykonává metodu, podává velký výkon a musí ukázat sílu, přesvědčení, potenciál vydržet a organizační talent. S posledním bodem souvisí další zmiňovaná těžkost – velmi náročné časové vypětí společně s nutností zvládnout předepsané metodiky a ovládnutí poloh, v nichž musí rodič dítě držet. O těžké metodice a časové vyčerpání mluvila i naše fyzioterapeutka. Oba fakty potvrzuje Vojta (1993), podle něhož je pro osvojení metody důležitý dostatečný čas pro instruktáž rodičů společně s jejich důsledností při cvičení.

### *Shodují se názory rodičů a odborníků?*

Pokud srovnáme názory z našeho výzkumného vzorku, shoda mezi rodiči a fyzioterapeutkou je patrná. Rozdíly jsou spíše v názorech rodičů, tím největším bylo vnímání psychických změn, jež byly zapříčiněny cvičením. Zajímavé na tom bylo, že i fyzioterapeutka byla toho názoru, že ne u všech dětí mohou nastat vývojové změny v psychice. Můžeme tedy konstatovat, že i když někdy docházelo k významným rozdílům v názorech rodičů z našeho vzorku, většina z nich se v mnoha aspektech shodovala s názory, které uváděla oslovená fyzioterapeutka. V porovnání s dalšími rodiči a odborníky byly odpovědi velmi podobné či shodné. Nestalo se, že by se některé výpovědi naprosto odlišovaly či vylučovaly.

## 7. Závěr

Cílem této práce bylo zjištění, zda Vojtova metoda ovlivňuje i psychický vývoj dítěte a jaký vztah k ní mají rodiče. Podle mého názoru se podařilo nalézt odpovědi, ačkoliv dojít k prvnímu cíli a zodpovědět jej nebylo naprosto jednoznačné. Během výzkumu a porovnávání s literaturou navíc vyvstaly další otázky, jež by mohly být předmětem pro budoucí zkoumání.

Zůstaneme-li u ovlivnění psychického vývoje Vojtovou metodou, jeví se mi jako největší úskalí to, že celé cvičení je z velké části zaměřeno pouze na fyzický vývoj a pohyby, jichž je dítě schopno pomocí stimulace, která je cvičením zprostředkovávána. To znamenalo, že jsem se sice dočetla, co fyzicky nastane v poloze na zádech, pokud stlačíme bod v oblasti mezi pátým a šestým žebrem, ale nenásledovalo, co to pro dítě může znamenat v oblasti psychické. Tedy že například díky rozevření dlaně dítě získává nové hmatové vjemy a tím se rozvíjí jeho poznávání, nebo že cvičením obličejových svalů se u dítěte zlepšuje nejen jejich funkce a zapojování, ale hlavně možnost nového způsobu komunikace, jehož nebylo dříve schopno. Podle mě se tyto pokroky v psychickém vývoji nepřičítají metodě kvůli tomu, že obecně je náhled na cvičení více zaměřen na tělo a jeho fyzickou složku bez ohledu na to, zda se bavíme o Vojtově metodě či posilování ve fitness centru. Proto mi v získání odpovědi napomohly jednak dotazníky rodičů z našeho výzkumného vzorku, jednak přečtení dalších prací.

Na základě jejich srovnání lze říci, že dle většiny rodičů je psychický vývoj dítěte ovlivněn cvičením Vojtovy metody, a to hlavně v oblasti komunikace, sociálních vztahů a samostatnosti. Což bylo podloženo i výpovědí naší fyzioterapeutky. V odborné literatuře jsem si vzala knihu s popisem cviků a jednotlivé tělesné odpovědi porovnávala s vývojovou psychologií a psychomotorickým vývojem dítěte. To mi poskytlo přesnější představu o tom, jak propojení funguje, protože pokud dítě není schopno lezení, jeho okruh pro vnímání je velmi omezený, nehledě na to, že je v pohybu závislé na okolí. Pokud se díky cvičení naučí zapojovat správné svaly a začne lézt, může objevovat, získává rozhled i stimulaci pro učení. Během zjišťování dále vyvstala otázka, zda by se dala najít pomyslná hranice mezi tím, kdy cvičení ještě dokáže psychický vývoj stimulovat a ovlivnit, a tím, kdy jde opravdu spíše

o fyzické udržování. Jelikož jak jsem se dozvěděla od fyzioterapeutky, to, zda metoda dokáže pomoci i v psychickém vývoji, velmi záleží na diagnóze, s níž se dítě potýká. Odpověď je ale ano, Vojtova metoda má vliv i na psychický vývoj dítěte.

Co se přístupů rodičů k Vojtově metodě týče, je podle mě velmi důležité říci, že jak rodiny z našeho výzkumného vzorku, tak rodiny z jiných odborných prací vnímají metodu jako velmi účinnou a důležitou. Druhou stranou mince je ale samotné cvičení, které je ze strany rodičů doprovázeno velkou fyzickou, ale hlavně psychickou námahou. Jelikož jsem byla já sama dítětem ve Vojtově metodě, zeptala jsem se své maminky, jak toto období vnímala. Začínala se mnou cvičit po osmém měsíci, do té doby jsem byla vázána tzv. na široko, kvůli špatnému postavení kyčlí, což mi zabraňovalo ve spontánním pohybu. Nemohla jsem se přetáčet a na břicho jsem se nemohla správně opřít, následkem toho jsem byla pohybově pozadu. I ona se shodovala s rodiči, že každodenní cvičení je velmi náročné, obzvláště když vaše dítě nařiká, a vy ho přesto musíte držet v předepsané poloze. I přes tyto těžkosti, vnímá metodu velmi pozitivně. Což se dá říct obecně o rodičích a Vojtově metodě, vztah je to kladný a vděčný, obzvláště díky viditelným výsledkům a zlepšování, avšak je také dost křehký vzhledem k těžkostem, jež musí rodič zvládat.

Celkově práce ukazuje, že Vojtova metoda ovlivňuje fyzický vývoj společně s psychickým. Zároveň jednoznačně ovlivňuje i rodiny, v nichž se nachází dítě v terapii. Proto je důležité je podporovat a naslouchat jim, stejně tak jim pomoci dále rozvíjet dítě, kterému se naskýtají nové vývojové možnosti.



## Seznam použitých informačních zdrojů

BEZDĚKOVÁ, Pavlína. *Vojtova metoda z pohledu rodičů a profesionálů*. Olomouc, 2017. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta filozofická.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRUTÁKOVÁ, Petra. *Vojtova metoda*. Olomouc, 2011. bakalářská práce (Bc.). Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 2., upr. vyd. České Budějovice: Kopp, 2012. ISBN 978-80-7232-431-6.

SCHUBERTOVIÁ, Petra. *Vojtova metoda a její přínos pro integraci jedinců s postižením*. Brno, 2012. Masarykova Univerzita v Brně. Fakulta pedagogická.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.

VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: Včasná diagnóza a terapie*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

VOJTA, Václav; PETERS, Annegret. Slovník. In *Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2710-3.

KOCUROVÁ, Lucie. *Postavil na nohy tisíce dětí po celém světě. Před 100 lety se narodil tvůrce Vojtovy metody*. Dostupné z: [https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/historie/postavil-na-nohy-tisice-deti-po-celem-svete-pred-100-lety-se-narodil-tvurce\\_1707121038\\_ako](https://www.irozhlas.cz/veda-technologie/historie/postavil-na-nohy-tisice-deti-po-celem-svete-pred-100-lety-se-narodil-tvurce_1707121038_ako).

Prof. Václav Vojta. Document Moved [online]. Copyright © Vojta 2021 [cit. 06.02.2021].

Dostupné z: <https://www.vojta.com/cs/vojtuv-princip/profvvojta>

Prof. MUDr. Václav Vojta – Vojtův princip – RL-CORPUS s. r. o. Úvod – RL-CORPUS s.r.o. [online]. Dostupné z: <http://www.rl-corpus.cz/vojtuv-princip/prof-mudr-vaclav-vojta/>

## Seznam příloh

Příloha 1 – Motorický vývoj dítěte v 1. roce

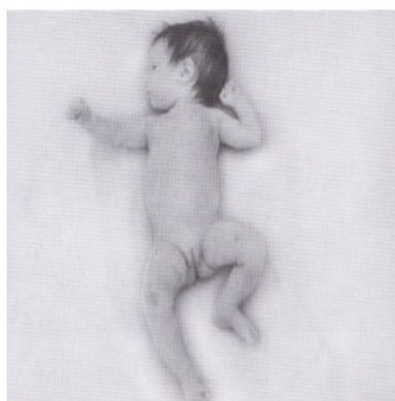
Převzato od KRUTÁKOVÁ, Petra. *Vojtova metoda*. Olomouc, 2011. bakalářská práce (Bc.).  
Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd.



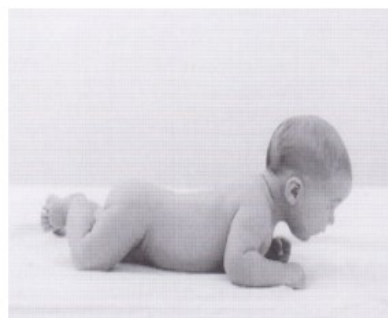
Novorozenec v poloze na zádech



Novorozenec v poloze na břiše



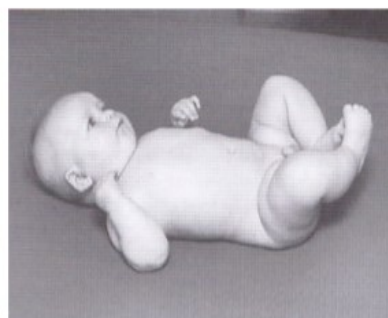
Postavení šermíře (v 6–7 týdnech)



Poloha na břiše v 8 týdnech



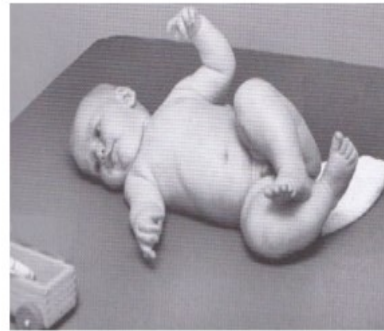
Symetrická poloha na loktech (konec  
3. měsíce)



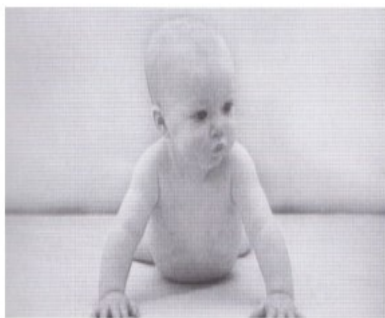
Poloha na zádech ve 3 měsících



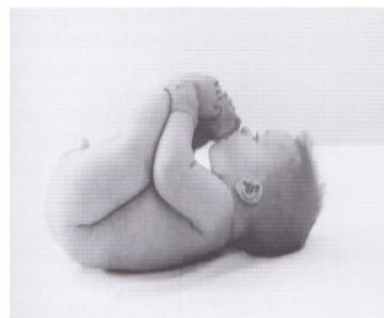
Uchopení jednou rukou a nohama  
(v první polovině 2. trimenonu)



Otočení ze zad na bok (konec 6. měsíce)



Opora na rukou



Koordinace ruka-noha-ústa (konec  
6. měsíce)



Přechod z bočního sedu k lezení (asi  
8. měsíc)



Pinzetový úchop (3. trimenon)



Lezení po čtyřech (3.–4. trimenon)



Sezení (3.–4. trimenon)



Vstávání (3.–4. trimenon)



Chůze úkrokem (3.–4. trimenon)



Otáčení k otevřenému prostoru (3.–4. trimenon)



První kroky

## ROZHOVOR

Cílem rozhovoru je porovnat odpovědi rodičů s pohledem fyzioterapeutky. Skládá se z 10 otázek, které se přímo dotýkají problematiky obsažené v dotazníku pro rodiče dětí cvičících Vojtovu metodu.

### **1. Jak dlouho by podle Vás měla trvat jedna terapie VM, jak často by měla probíhat a jaká bývá celková délka trvání léčby?**

F: Délka terapie není vždy stejná. Záleží na diagnóze, věku, vybavenosti reflexů a schopnosti dítěte spolupracovat popřípadě vydržet. Na rehabilitaci dokážeme cvičit až půl hodiny, v domácích podmínkách to bývá náročnější, většinou do patnácti minut. Jen s velmi závažnými případy se cvičí až 45 minut. Četnost cvičení rovněž závisí na věku a diagnóze. U dětí do zhruba jednoho roku je nutné cvičit i několikrát denně, u starších úměrně časové flexibilitě rodiny, minimálně jednou denně. Celkovou délku trvání léčby nejde většinou dopředu určit. Záleží na tom, jak se daří upravit svalové dysbalance a problémy s nimi spojené. Toto bývá velmi individuální. Závažnost diagnózy zde opět hraje velkou roli.

### **2. Jak je to s pravidelností, hraje zásadní roli pro úspěch terapie?**

F: To jste řekla přesně. Při správném cvičení Vojtovou metodou vyvoláme ideální oporu a souhru svalových skupin a jejich spolupráci. Tato reakce je funkční zhruba hodinu, potom postupně vyhasíná. Pravidelným opakováním docílíme zautomatizování správného pohybu a odbourání náhradních pohybových vzorců. Proto prosíme rodiče, aby například u miminek cvičili až 4x denně.

### **3. Jste tedy jako odbornice schopna poznat, jestli rodiče s dětmi pravidelně cvičí?**

F: U miminek se to pozná, rodiče, kteří necvičí, neumí dítě správně napolohovat a vyvolat očekávanou reakci, dítě se navíc často nezlepšuje. Velká většina rodičů se ale v případě nezdarů při cvičení přiznává a konzultuje postup, který by doma zvládli. U starších dětí se to pozná hůř, zejména proto, že na zlepšení dlouho zaběhnutého stavu se čeká delší dobu, ale i starší děti se přiznávají, že doma zlobí a nechtějí cvičit.

#### **4. Když už jsme u spolupráce s rodiči, máte zpětnou vazbu na to, jak takto zatěžující situaci rodina prožívá?**

F: Opět je to velmi individuální a rozmanité. Miminka nešťastně pláčou. Jsou rodiče, kteří pláčou s nimi a zvyšují tak úzkost dítěte. Naopak jiní přistoupí k problému čelem, a i přes viditelné nepohodlí dítěte se snaží terapii zvládnout pohodově a dítě tak nevystavují většímu stresu, než je nutné. Takové miminko se po cvičení snáz uklidní a celou situaci bere sportovně. V některých rodinách mají maminky podporu prarodičů, jinde je naopak od cvičení zrazují. Odlišné bývají i reakce starších sourozenců, někteří si nedají vymluvit, že rodiče miminku neubližují, ale pomáhají mu. V takových případech je pak situace napjatá. Děti zhruba od 2 let s lehkou diagnózou (vtáčení špiček, břišní diastáza apod.) se často snaží cvičení vyhnout, záleží na kreativitě rodičů a jejich schopnosti dítě zabavit i přes nepříjemnost situace. Úplně jiným případem jsou děti se závažnou diagnózou (těžká forma DMO), kdy dítě nezabavíte, ale musíte udržet navzdory zjevnému nepohodlí a velmi nepříjemnému tahu svalů. Ne všechny rodiny zvládnou takto náročnou až bezvýchodnou situaci.

#### **5. Mluví s Vámi rodiče o svém strachu ze cvičení, z dalšího vývoje dítěte a budoucnosti?**

F: Často. Snažíme se vysvětlovat principy a výsledky cvičení v kontextu s diagnózou, dávat příklady, stále hledat východiska a schůdné způsoby cvičení, podporovat důslednost a výdrž. Důležité je maminkám naslouchat a opravdu poslouchat.

#### **6. Co bývá na Vojtově metodě nejnáročnější?**

F: Pro většinu lidí je těžké dokonale napolohovat dítě do předepsané pozice a udržet ho v ní dostatečně dlouho. Očekávaná svalová odpověď nepřichází vždy hned, dítě se někdy brání nejen pláčem, ale i silným vztekem a dokáže bojovat velkou fyzickou silou. To bývá pro rodiče velmi nepříjemné. Navíc ne každá maminka silnější dítě přepere a udrží. Přidá-li se lítostivý pláč, vzniká velký nápor na psychiku a není samozřejmostí, že to rodič vydrží a ještě bude pravidelně opakovat.

## **7. Zatím jsme mluvily spíše o těžkostech, které provází Vojtovu metodu.**

### **Povyprávějte teď, prosím, o pozitivěch a přínosech.**

F: Hlavním přínosem Vojtovy metody je aktivace a cvičení svalových skupin, které děti vědomě neovládají nebo je nezapojují do pohybu. Pro příklad: Děti, které vtáčejí špičky a zakopávají při rychlejší chůzi, umí v klidu vědomě přitáhnout špičku do optimální polohy, ale při chůzi to nedokážou použít. Po cvičení dochází ke spolupráci svalů celého trupu a na příklad správná aktivace a souhra břišních a pánevních svalů má zásadní vliv na postavení dolní končetiny a tím i na způsob chůze. Výraznější je to u miminek, kde po cvičení můžeme pozorovat změnu v držení celého trupu a v jeho pohybu. Jednoduše, vstoupíme do náhradního pohybového stereotypu, rozbouráme ho a nahradíme optimálním pohybovým vzorcem.

## **8. Mluvíme hodně o motorickém vývoji, pomáhá Vojtova metoda i na vývoj psychický?**

F: Určitě ano. Už správná opora o lokty ve třetím měsíci je předpokladem optimálního duševního vývoje. Na to, že se miminko dokáže opřít o oba lokty, uvolněně otáčet hlavou na obě strany, navazuje schopnost opory o jednu ruku a úchopu hračky rukou druhou. Je to začátek zkříženého pohybového vzorce, který nás doprovází celý život, je nutný pro spolupráci obou mozkových hemisfér a rozvoj jemné motoriky. Pro starší děti znamená úprava pohybu větší obratnost, tudíž se mohou zapojovat do aktivit, ve kterých dříve svým vrstevníkům nestačily, a to pomáhá jejich duševnímu rozvoji. Každý takový pokrok je znát i na rodinné atmosféře a je odměnou za tvrdou práci. Navíc Vojtovka dokáže pracovat i s mimickým svalstvem a umožní tak některým dětem srozumitelnější ovládní výrazu obličeje. Takovéto výsledky bohužel nevidíme u těžkých diagnóz, u těch je psychický pokrok spíše minimální.

## **9. Závěrem bych se ještě ráda zeptala, jaký vztah máte s vašimi malými klienty?**

F: Miminka většinou rychle navracím mamince, která pro ně v tu chvíli představuje bezpečí a jistotu. S většími dětmi si vysvětlíme, proč cvičíme, a pak formou různých druhů rozhovorů úměrných věku odvádím pozornost od cvičení. Terapie většinou



proběhne bez nepříjemností, často se se mnou děti samy domlouvají na další návštěvě, rozhodně nepůsobí traumatizovaně.

### **10. Máte vzkaz pro ty, které takové cvičení čeká?**

F: Nebojte se, s pozitivním, vlídným, ale důsledným přístupem to zvládnete. Každý pokrok, i ten malý, je pro vašeho človíčka nesmírně důležitý a přínosný.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1. Reflexní plazení.....	17
Tabulka 2. Reflexní otáčení z polohy na zádech.....	18
Tabulka 3. Reflexní otáčení z polohy na boku.....	19
Tabulka 4. Informace o rodinách.....	36