

Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou

Ivana Trnavská

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetrovatelství

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Ivana TRNAVSKÁ**

Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou.**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část:

Stručný pohled na život prof. MUDr. Václava Vojty

Popis Vojtovy metody

Přehled diagnóz vhodných k terapii Vojtovou metodou

Dětská mozková obrna -- využití rehabilitační metody podle Vojty v terapii

Využití Vojtovy metody v praxi

Praktická část:

Vymezit cíle průzkumu bakalářské práce.

Stanovit hypotézy pro daný průzkum a metody získání dat .

Vyhodnotit získané informace, závěry aplikovat na hypotézy.

Navrhnout řešení zjištěných negativních jevů .

Nabídnout možnost využití průzkumu v praxi.

Praxeologické opatření

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

VOJTA,V. Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Včasná diagnóza a terapie.

Praha: Grada a Avicium, 1993. 384s. ISBN 80-85424-98-3.

LESNÝ,I. Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa. Praha: Avicium, 1985. 236s. ISBN 08-088-85.

HALADOVÁ, E. Léčebná tělesná výchova -- cvičení. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 135s. ISBN 80-7013-236-1.

TROJAN,S., DRUGA,R., PFEIFFER,J., VOTAVA,J. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada, 2005. 240s. ISBN 80-247-1296-2.

VOJTA,V. Vojtův princip.Svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze. Praha: Grada, 1995. 181s. ISBN 80-7169-004-X.

PFEIFFER,J., Neurologie v rehabilitaci. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 978-80-247-1135-5.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Vlasta Martinková

Ústav ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

4. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. června 2010

Ve Zlíně dne 4. února 2010



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Jitka Laholová
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako autor.

Ve Zlíně
A. G. J. C. K.

.....
Tomáš Bata

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b
Zveřejňování závěrečných prací:*

(1) Vysoká škola nevídelečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalitativních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané nechažecem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3;*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo.*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího praveku jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněným zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výšce výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak rodina spolupracuje při provádění rehabilitační léčby Vojtovou metodou. V teoretické části se zabývám Vojtovou metodou, jejími principy, uplatněním v praxi a diagnózou dětské mozkové obrny, při níž se hojně využívá léčebná rehabilitace dle Vojty. V praktické části se zabývám tím, kdo se z rodiny nejvíce zapojuje do rehabilitace, co jim dělá největší potíže, jak zvládají cvičení a jestli dodržují pokyny rehabilitačních pracovníků.

Klíčová slova: reflexní lokomoce, Vojtova metoda, rehabilitační léčba, reakce, dětská mozková obrna

ABSTRACT

The matter of this labour is to find out how family works during practising rehabilitative healing by Vojta method. In theoretical part I consider Vojta method, its principles, its use in practises and diagnose of child cerebral palsy where healing by Vojta method is often used. In practicing part I consider what members from the family participate the most, what are the biggest difficulties for them, how they manage habilitation and if they follow the instructions of rehabilitative workers

Keywords: reflective locomotion, Vojta method, rehabilitative healing, reaction, child cerebralpalsy

Chtěla bych poděkovat paní Mgr. Vlastě Martínkové za trpělivost, cenné rady a připomínky při vedení mé bakalářské práce a za velmi dobrou spolupráci. Také bych ráda poděkovala stacionáři na Nivách ve Zlíně, rehabilitačnímu oddělení nemocnice Šternberk a všem respondentům, kteří mi ochotně vyplnili dotazníky.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STRUČNÝ ŽIVOTOPIS PROF. MUDR. VÁCLAVA VOJTY	12
2 VOJTOVA METODA	13
2.1 VÝVOJOVÁ KINEZIOLOGIE – ONTOGENETICKÝ VÝVOJ ČLOVĚKA	13
2.2 DIAGNOSTIKA	14
2.2.1 Primitivní reflexologie	15
2.2.2 Polohové reakce	16
Vojtova reakce	16
Trakční zkouška (test posazování).....	17
Reakce dle Peipera a Isberta	18
Vertikální vis dle Collisové	19
Horizontální závěs dle Collisové	20
Landauova reakce	20
Závěs v podpaží	21
2.3 TERAPIE DLE VOJTY	22
2.3.1 Reflexní plazení	22
Výchozí nastavení pro reflexní plazení.....	22
Vybavovací zóny.....	23
Průběh reflexního plazení	24
2.3.2 Reflexní otáčení	25
První fáze reflexního otáčení	25
Druhá fáze reflexního otáčení	26
2.4 VYUŽITÍ VOJTOVY METODY V PRAXI	27
2.4.1 Diagnózy vhodné k terapii Vojtovou metodou	28
2.4.2 Kontraindikace rehabilitace Vojtovou metodou	28
3 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)	30
3.1 ETIOLOGIE	30
3.1.1 Prenatální činitelé.....	30
3.1.2 Rizikové faktory během porodu	30
3.1.3 Poporodní rizikové faktory.....	31
3.2 MOTORICKÉ PORUCHY U DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	31
3.2.1 Spastické formy	31
Diparetická forma	31
Kvadruparetická forma	32
Hemiparetická forma	32
Oboustranná hemiparetická forma.....	32
3.2.2 Dyskinetická forma	33
3.2.3 Hypotonická forma.....	33

3.3	PŘIDRUŽENÉ PROBLÉMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY.....	33
3.4	TERAPIE DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	35
II	PRAKTICKÁ ČÁST	36
4	VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA.....	37
4.1	CÍLE VÝZKUMU A HYPOTÉZY	37
4.2	METODIKA VÝZKUMU.....	38
4.2.1	Charakteristika zkoumaného vzorku.....	38
4.2.2	Metody práce	38
4.2.3	Popis výzkumu	39
4.2.4	Charakteristika položek.....	39
4.2.5	Organizace šetření	40
4.2.6	Zpracování získaných dat.....	40
4.3	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	41
4.4	DISKUZE.....	61
	ZÁVĚR	64
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	67
	SEZNAM OBRÁZKŮ: OBRÁZEK LETÁKU	68
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Vojtova metoda je v dnešní rehabilitační péči nezastupitelnou metodou, která pomohla nejen spoustě dětí k normálnímu vývoji, ale také postiženým dětem alespoň částečně k lepšímu životu. Téma spolupráce rodiny při rehabilitační péči Vojtovou metodou jsem si vybrala z důvodu, že jsem se s ní setkala ve svém okolí, kdy dítěti pomohla, aby se mohlo normálně vyvíjet, ale také jsem se bohužel setkala s rodinou, která tuto metodu podcenila, nevěnovala se jí a jejich postižené dítě se špatně vyvíjí a nemůže chodit. Právě proto mě zajímalo, jak rodiny přistupují k rehabilitační péči a jestli jsou ochotny obětovat svůj čas a pohodlí pro své dítě. Zda-li k tomu přistupují odpovědně, nebo to přenechávají jen na rehabilitačním pracovníkovi, a pokud to nechávají jen na něm, tak jaké důvody je odrazují od cvičení s dítětem. Vojtova metoda se také aplikuje u dospělých, kde, jak z vlastní zkušenosti vím, rodina není zapojována, ale to je u každého onemocnění jiné. A proto jsem se zaměřila na spolupráci rodiny při cvičení s dítětem, kde je rodina zapojena vždy. Toto téma bylo pro mě zajímavé nejen z odborného hlediska, ale také jako pro budoucí matku.

V teoretické části se zabývám reflexologií, která nám ukáže odchylky ve vývoji dítěte, které nás přivádí ke cvičení Vojtovy metody, dále se zabývám jejími hlavními principy a prováděním. Jako příklad onemocnění, při kterém se Vojtova metoda používá, jsem si vybrala dětskou mozkovou obrnu, která je také rozpracována v teoretické části. V praktické části bych chtěla zjistit, jak se rodina zapojuje do rehabilitační péče a co jim činí největší potíže. Jako metodu výzkumu jsem si vybrala dotazníkové šetření, spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou.

„Já jsem to nevyalezl, já jsem to jenom našel.“,

(prof. Václav Vojta)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STRUČNÝ ŽIVOTOPIS PROF. MUDR. VÁCLAVA VOJTY

Profesor Václav Vojta se narodil 12.7.1917 v Mokrosukách v jižních Čechách. V roce 1938 nastoupil na Univerzitu Karlovu, kde začal studovat medicínu, kterou kvůli válce dokončil až v roce 1948. Po skončení studia se začal specializovat v oboru neurologie a dětské neurologie. Od roku 1948 až do roku 1956 byl asistentem profesora Hennera na neurologické klinice UK. V roce 1956 se stal vedoucím oddělení dětské neurologie na IV. klinice lékařské fakulty UK, kde působil až do roku 1961. V tomto roce nastoupil na dětskou neurologii ve Fakultní poliklinice v Praze. Od roku 1954 pracoval také v lázních Železnice, a to s dětmi po dětské mozkové obrně a začal objevovat a zkoumat některé hybné vzory, což vedlo ke vzniku reflexní lokomoce. Metoda reflexní lokomoce se samozřejmě utvářela, proměňovala a doplňovala postupně a její vývoj ještě stále není ukončen. V roce 1968 profesor Vojta emigroval do Německa, kde nastoupil na ortopedicko kliniku v Kolíně u prof. Imhausera. Tam nadále pokračoval ve vývoji své metody a zůstával v kontaktu s paní Marcelou Klemovou. Ta stála u vzniku Vojtovy reflexní lokomoce v Železnici a během jeho emigrace v česku vyučovala cvičení Vojtovy metody. Vojta ji také informoval o poznacích, které do metody postupně přinesl. V roce 1975 se stal vedoucím rehabilitačního oddělení a zástupcem prof. Hellbruggeho v dětském centru v Mnichově. V roce 1995 oficiálně ukončil lékařskou službu, ale i přesto zůstal aktivním a nadále působil v dětském centru až do své smrti 12.9.2000. Profesor Václav Vojta dostal řadu ocenění a akademických titulů. Například titul profesor obdržel v roce 1986 na univerzitě v Soulu v Jižní Korei. [13, 15, 16]

2 VOJTOVA METODA

Vojtova metoda je diagnostický a terapeutický systém, který je velmi důležitou součástí při léčbě motorických postižení. Znalost vývojové kineziologie je nezbytná pro diagnostiku a léčbu motoricky ohrožených dětí. Důležitá je včasná diagnostika hybné poruchy, ale také zahájení cílené rehabilitace Vojtovou metodou. To vše vede k minimalizaci hybného postižení dítěte. Jejím základem je fakt, že v centrálním nervovém systému jsou geneticky zakódované motorické vzory a jsou v něm uloženy tzv. holograficky. [10]

Vojtův systém můžeme rozdělit na tři základní kapitoly:

1. vývojová kineziologie – ontogenetický vývoj člověka
2. diagnostika
3. terapie

2.1 Vývojová kineziologie – ontogenetický vývoj člověka

Ontogenetický vývoj člověka je jeho vývoj od vzniku zárodku až do jeho smrti. Název ontogeneze pochází z řeckého slova onto – bytí, poznání. Ontogenetický vývoj motoriky člověka je geneticky předurčen, probíhá automaticky a je to pokračování intrauterinního vývoje. Důležité u motorické ontogeneze je motivace dítěte. Při motivaci dítěte se automaticky objevují jisté svalové souhry, schopnost se motoricky projevit a něčeho dosáhnout. Ontogeneze motoriky je charakterizována vývojovými stupni. Každý stupeň je obsažen ve vyšším vývojovém stupni a tyto poznatky dokazuje kineziologická analýza těchto globálních motorických vzorů. Motorický ontogenetický vývoj probíhá stále od narození a končí dosažením vzpřímené chůze. Za vzpřímenou chůzi považujeme schopnost dítěte z vlastní vůle někam dojít, nikoli první kroky dítěte. V ideálním vývoji se jako první objeví samostatný stoj a až poté první kroky. Vývojová kineziologie se zabývá motorickým vývojem dítěte a dává nám pravidla k rozpoznání správné hybnosti dítěte. Seznamuje nás nejen s přesným postavením každého stupně motorického vývoje, ale hlavně s mechanismem každého motorického vývojového vzoru, který je charakteristický pro určitý věk dítěte. Díky tomu zjišťujeme, jak vznikají svalové souhry a jak spolu jednotlivé souhry souvisejí. Na podkladě těchto informací je možné kvalitativně zhodnotit, na jakém vývojovém stupni se dítě nachází. Kineziologie není přínosná jen v rehabilitaci v pediatrii, ale má své nena-

hraditelné místo i v rehabilitaci dospělých. Při využívání kineziologie u dospělých hodnotíme držení osových orgánů (hlava, trup a pánev) a podle způsobu pohybu jsou pak odborníci schopni určit, z jakého vývojového období si neseme nedostatky. Znalost vývojové kineziologie je pro rehabilitační pracovníky nezbytná. [10]

2.2 Diagnostika

Vojtova diagnostika je zaměřená na zjištění stádia motorického vývoje a odhalení případných hybných poruch ve velmi raném věku dítěte. Lékař se musí dobře vyznat ve vývojové kineziologii, aby správně pochopil a ohodnotil polohové testy, primitivní reflexologii a stanovil správnou diagnózu a terapii. Vývojová kineziologie, sedm polohových reakcí a dynamika primitivních reflexů jsou základem Vojtovy diagnostiky. Diagnostika hybné poruchy spočívá v hodnocení tří parametrů:

1. posturální aktivita: aktivní spontánní držení a hybnost v polohách - leh na zádech a břiše, v sedu, ve stoje a při chůzi
2. primitivní reflexologie
3. posturální reaktivita: sedm polohových reflexů

Hodnocení nálezů není vůbec jednoduché. Jsou nezbytné dobré teoretické vědomosti o dané problematice, ale hlavně velké praktické zkušenosti s těmito vyšetřeními a s jejich hodnocením. Je nutné být dostatečně kritický, zvláště při zvažování terapie, jejich cílů a možností. Brzká diagnostika hybné poruchy je velmi důležitá, neboť hraje roli v jejím dalším motorickém vývoji. Při zjištění hybné poruchy a ohrožení motorického vývoje je potřeba zahájit ihned rehabilitační léčbu. V čím nižším věku je porucha zjištěna, tím lépe, neboť plasticita CNS je v raném věku největší. Pokud dítě nemá k dispozici normální motoriku, začne automaticky používat náhradní motorické projevy. Při použití náhradní motoriky se začíná viditelně objevovat motorické postižení, které většinou rozpozná už i laik. Největším rizikem je, že častým používáním náhradní motoriky se začne fixovat a již nebude možné, aby se rozvinula normální motorika. Náhradní motorika se nejvíce rozvíjí v prvním trimenonu, ve druhém se již začíná fixovat. Proto je důležitá včasná diagnostika a léčba. Ta vede buď k úplnému odstranění hybné poruchy, nebo k její minimalizaci. [8, 10]

2.2.1 Primitivní reflexologie

Funkční jednotkou nervové soustavy je reflex. Reflex je odpověď organismu na dráždění čidel, která je zprostředkována nervstvem. Primitivní reflexy jsou reflexy nepodmíněné. Jsou organizované na nižší úrovni. Hodnotíme u nich trvání a intenzitu, ale také jejich přítomnost, či nepřítomnost v jednotlivých fázích vývoje. Primitivní reflexy jsou vybavitelné pouze v raných fázích vývoje nebo když není centrální nervový systém vyzrálý. Při jejich vyšetřování dbáme na to, aby bylo dítě v klidu a vyšetřující měl teplé ruce, neboť tyto faktory mohou zkreslit výsledek vyšetření. Nejčastěji vyšetřovanými reflexy jsou: [11, 14]

Mooroův reflex – je to tzv. objímací reflex, kdy dítě leží na zádech a pod sebou má podložku. Pokud touto podložkou trhneme, tak dojde k abdukci horních končetin, přičemž jsou prsty rozevřené.

Sací reflex – dítěti se podráždí okolí úst a dítě začne provádět sací pohyby. Vyskytuje se od narození do 4. měsíce života.

Rooting reflex – je to tzv. hledací reflex, kdy dítěti dráždíme okolí úst a to otáčí hlavu daným směrem.

Babkinův reflex – dítě uložíme na záda a stiskneme mu obě dlaně, čímž dojde k otevření úst. Tento reflex se vyskytuje od narození do 4. měsíce.

Galantův reflex – dítě leží na břiše, prstem přejedeme po jedné straně páteře, k níž se dítě otočí. Mizí mezi 3. až 5. měsícem života.

Úchopový reflex – dítěti vložíme do dlaně náš prst a dítě ho sevře. Sevření je dosti pevné. Avšak úmyslného úchopu je dítě schopno až od 5. měsíce. Úchopový reflex také pozorujeme na nohou. Dotkneme se dítěte na chodidle pod prsty a to je flektuje.

Akustickofaciální reflex – při prudkém akustickém podnětu, např. tlesknutí, dítě mrkne. Vyskytuje se do 10. dne života.

Zkřížený extenční reflex – dítě leží na zádech a my mu ohýbáme jednu dolní končetinu a ona reflexně natahuje druhou. Vyskytuje se od narození do 6. týdne.

Chůzový automatismus – dítě je ve svislé poloze, přidržujeme ho v podpaží a postavíme ho na paty a dítě reflexně začne jakoby kráčet. Vyskytuje se od narození až do 4. týdne. [11, 14]

2.2.2 Polohové reakce

Polohové reakce se od svého uvedení trvale uplatňují v praxi a ve vývojové diagnostice. Máme sedm polohových reakcí:

1. Vojtova reakce
2. trakční zkouška (test posazování)
3. reakce podle Peipera a Isberta
4. vertikální vis podle Collisové
5. horizontální závěs podle Collisové (horizontální reakce)
6. Landauova reakce
7. závěs v podpaží

Tyto reakce jsou vyvolány pasivní změnou polohy. Reakce na změny poloh jsou přesně popsány a standardizovány. Získané polohové reakce se přizpůsobují podle vývojového stupně dítěte a tvoří jednotlivé fáze, které na sebe navazují. Podle těchto reakcí se objektivně zjistí úroveň vývoje dítěte. [8, 11]

Vojtova reakce

Výchozí poloha u této reakce je vertikální závěs, kdy dítě uchopíme za pas zády k sobě a náhle ho překloupíme do horizontální polohy. U dítěte pozorujeme jednotlivé projevy, které závisí na vývojovém stupni.

1. forma projevu: 1.-10. týden

U dítěte pozorujeme na horních končetinách pohyb jako u Moroova reflexu, tedy „objímací“. Na vrchní dolní končetině vidíme flexi v kyčelním a kolením kloubu. Dorsální flexi pozorujeme na hlezenním kloubu, chodidlo je v pronaci a prsty jsou vějířovitě roztažené. Na spodní dolní končetině pozorujeme extenzi, v horním hlezenním kloubu dorsální flexi, supinaci a flexi prstů.

2. forma projevu: 11.-20. týden

U dítěte „objímací“ reflex pomalu ustupuje, paže jsou ale ještě v obdukci a dlaně otevřené. Ke konci tohoto období jsou paže volně flektovány, ale při opakování testu se ještě rozpažení objeví. Dolní končetiny již nejsou drženy rozdílně, ale přecházejí do flexe, prsty ztrácí vějířovité postavení.

3. forma projevu: 5.- konec 6. měsíce

Horní i dolní končetiny jsou již ve volné flexi, dlaně jsou lehce přivřeny nebo otevřeny. Dolní končetiny jsou v dorsální flexi a addukci. Prsty na dolních končetinách jsou ve středním postavení nebo flexi.

4. forma projevu: 7.-9.měsíc

Horní končetiny jsou zpočátku v lehké flexi a poté přechází v mírné předpažení a upažení. Dolní končetiny jsou přednoženy, jsou flektovány v kyčelním kloubu a v kolením kloubu flexe ustoupila. Nohy a prsty jsou ve středním postavení.

5. forma projevu: konec 9. – 14. měsíc

Horní končetiny jsou natažené a v obdukci. Dolní končetiny jsou v dorsální flexi. [8]

Trakční zkouška (test posazování)

Počáteční poloha u této reakce je, že dítě uložíme na záda s hlavou ve středním postavení. Poté stiskneme mezi naším třetím a čtvrtým prstem dolní konec předloktí dítěte. Nesmíme příliš tlačit na předloktí dítěte, abychom neutlumili reflexní úchop rukou, a náš palec vložíme z ulnární strany do dlaně dítěte. Trakční pokus provedeme tak, že dítě pomalu tahem zvedáme do šikmé polohy asi 45 stupňů. U dítěte pozorujeme reakce dle fáze vývoje.

1. fáze: 1.-6. týden

Hlava dítěte bezvládně visí dozadu. Dolní končetiny jsou v perinatálním období flektovány a v mírné abdukci. V pozdější části této fáze je semiflekční držení podobné jako u závěsu v podpaží.

2. fáze: 7.týden – konec 2. trimestru

Objeví se antiflexe hlavy s flexí trupu a dolních končetin. Později dochází k přitažení hlavy, která dosáhne linie trupu. Krk a trup jsou v jedné rovině, dolní končetiny se mírně přitahují k břichu. Na konci této fáze má dítě při trakční zkoušce bradu přitaženou k trupu a stehna jsou přitažena k břichu.

3. fáze: 7.- 9. měsíc

V této fázi postupně ustupuje flekční synergie šíje, trupu i dolních končetin. Hlava se posunuje o dvě třetiny výše než v předchozí. Také se posunulo těžiště na hýždě, o které se opírá a přitahuje se za ruce výše. Flexe končetin ustupuje jako reakce na změnu těžiště a končetiny se zapojují do udržení rovnováhy.

4. fáze: konec 9. – 14. měsíc

Počátkem 10. měsíce hlava zůstává v jedné linii s trupem, dítě se přitahuje. Dochází k flexi v lumbosakrální oblasti. Na dolních končetinách posuzujeme jejich extenzi a abdukci. Ke konci 4. fáze je dítě již schopné se opírat o paty.

U 3. a 4. fáze je důležité, aby dítě bylo klidné a neplakalo, pokud by tomu bylo opačně, test by byl zkreslený. Při neklidu se totiž dítě vzpírá na patách a hlavu zaklání dozadu. [8]

Reakce dle Peipera a Isberta

Počáteční poloha závisí na věku dítěte, neboť do 4.-5. měsíce je to poloha na zádech, u starších je to poloha na břiše s hlavou ve středním postavení. Dítě uchopíme v oblasti kolen a rychle ho za ně zvedneme hlavou dolů. Reakce se hodnotí při zvedání do svislé polohy, protože dítě hned flektuje horní končetiny. Reakci hodnotíme dle fáze vývoje.

1. fáze: 1.týden – konec 3. měsíce

Do 6. týdne můžeme pozorovat na horních končetinách pohyb paží jako u Moroova reflexu, v dalších šesti týdnech se již objeví rozpažení. Šíje je natažená a dolní část trupu je ve flexi.

2. fáze: 4.- 6. měsíc

Dítě má polorozpažené paže a dlaně jsou otevřeny. Šíje a trup jsou symetricky extendované až do torakolumbálního přechodu a v oblasti pánve je naznačena flexe.

3. fáze: 7. – 9.,12. měsíc

Paže dítěte jsou vzpažené a má otevřené dlaně. Šíje a trup jsou v symetrické extenzi až k lumbosakrálnímu přechodu.

4. fáze: asi od 9. měsíce

Dítě se snaží zachytit vyšetřujícího a přitáhnout se. [8]

Vertikální vis dle Collisové

Dítě uložíme na záda, uchopíme ho za kolínko a zvedneme ho do vertikální polohy hlavou dolů. U provedení této reakce nesmíme s dítětem šubnout, jinak se lekne a reaguje křikem. Mladší kojence chytíme za stehno. Reakce se hodnotí v okamžiku zvednutí dle stupně vývoje.

1. fáze: 1.týden – konec 6.,7. měsíce

Volná končetina je flektovaná v kyčelním, kolením a hlezenním kloubu. V prvních 2-3 týdnech může dítě reagovat extenzí volné končetiny, která hned přejde do flexe, je to normální reakce.

2. fáze: od 7. měsíce

Volná dolní končetina je flektována v kyčli, kolení kloub je ve volném extenčním postavení. [8]

Horizontální závěs dle Collisové

Dítě uložíme do polohy na zádech, poté ho uchopíme za paži a dolní končetinu na stejné straně. Zvedneme dítě do horizontální polohy zády k vyšetřujícímu, končetiny musíme jemně stisknout, aby nedošlo k přepětí ramenního kloubu. Reakce hodnotíme dle vývoje stupně.

1. fáze: do 3.měsíce

Do 6.týdne volná horní končetina provede pohyb jako u Moroova reflexu. Od 7. týdne se objevuje upažení s otevřenou dlaní a ve 3. měsíci je již končetina ve volné flexi. Volná dolní končetina je během této fáze ve flexi.

2. fáze: od 4. do konce 6. měsíce

Na volné horní končetině je viditelné flekční držení, lehká pronace předloktí a vyvíjí se vzpěrná funkce. Během této fáze dochází k postupnému otevírání pěsti, začíná od malíčků až postupně dojde k extenzi všech prstů. Dolní končetina je ve flexi.

3. fáze: od 7. do konce 10. měsíce

Volná dolní končetina je abdukována v kyčli. Během 8. měsíce se dolní končetina opře o celou plošku nohy. [8]

Landauova reakce

Dítě uchopíme plochou dlaně pod břichem a zvedneme ho v horizontální poloze. Reakci sledujeme dle stupně vývoje.

1. fáze: 1.-6. týden

Dítě má mírně skloněnou hlavu. Trup, horní a dolní končetiny jsou v mírné flexi.

2. fáze: 7. týden - 3. měsíc

V této fázi dítě začíná zvedat hlavu a vyvíjí se symetrická extenze šíje. Trup je v mírné flexi a končetiny jsou ve volném držení.

3. fáze: 6. měsíc

U dítěte dochází k extenzi trupu až do lumbální oblasti. Dolní končetiny jsou zpočátku v interní flexi a později jsou pravoúhle flektovány. Paže jsou volně flektovány v loktech.

4. fáze: dosažena v 8. měsíci

Paže jsou při této reakci v mírné flexi. Dolní končetiny jsou zprvu v pravoúhlé flexi, poté ustupuje flexe v kolenou a v 8.měsíci jsou již končetiny při této reakci volně extendovány.
[8]

Závěs v podpaží

Dítě uchopíme za pas a zvedneme ho do vertikální polohy zády k vyšetřujícímu. Dítě nesmí viset za ramenní pletenec a také si musíme dát pozor, abychom palci netlačili na m. trapezius, došlo by ke zkreslení výsledku. Reakci hodnotíme dle stupně vývoje.

1. fáze: 1.týden – konec 1. trimestru

Dolní končetiny dítěte jsou v této fázi ve vnitřní flexi.

2. fáze: přechod ze 3. do 4. měsíce – konec 7.měsíce

Dolní končetiny dítěte jsou přitaženy k tělu a flektovány.

3. fáze: od konce 8. měsíce

Dolní končetiny dítěte jsou již ve volné extenzi a nohy jsou v dorzální flexi. [8]

2.3 Terapie dle Vojty

Základem této terapie byly mnohaleté experimentální zkušenosti, které mají svůj počátek v roce 1954, kdy byly objeveny ve vzoru reflexního pohybu vpřed a poté byly klasifikovány. Princip terapie je dráždění spouštěvých zón sloužících k vyvolání automatických lokomočních pohybů. Základem jsou dva pohybové prvky, reflexní plazení a reflexní otáčení, jsou to tzv. globální vzory, neboť se aktivují všechny příčně pruhované svaly v určitých sehraných souvislostech. Centrální nervový systém se těchto vzorců účastní od nejnižších až po své nejvyšší řídicí roviny. Reflexní plazení i reflexní otáčení jsou umělé vzory a jako globální modely se v motorické ontogenezi nevyskytují. Oba vzory mají v terapii své nezaopustitelné místo a nelze je vzájemně nahradit. [8, 9, 11]

2.3.1 Reflexní plazení

Reflexní plazení se skládá ze dvou částí, a to ze vzpřímení a pohybu trupu směrem vpřed. Nezbytná pro vzpřímení trupu je extenze páteře ve všech úsecích. Výchozí poloha je na břiše, kdy je hlava stočená k jedné straně. Podle toho, kam směřuje obličej, nazýváme končetiny obličejovými (čelistními) a na straně druhé končetinami týlními (záhlavními). Dolní končetiny se nachází v mírné zevní rotaci v kyčelních kloubech a kolenních kloubech v mírné flexi. [2, 7]

Výchozí nastavení pro reflexní plazení

Hlava je v krční páteři nastavena ve směru extenze, pootočena o 30 stupňů, takže se opírá o podložku tuberem frontale a dochází k vyhlazení krční lordózy.

Čelistní horní končetina je v ramenním kloubu flektovaná nad 120 stupňů a v abdukci 30 stupňů. V loketním kloubu je ve flexi 45 stupňů a předloktí se opírá volární stranou o podložku.

Záhlavní horní končetina se nachází v ramenním kloubu v pronaci v mírné addukci a v loketním kloubu v mírné flexi. Nebo je v ramenním i loketním kloubu v tzv. nulovém postavení a leží podél trupu.

Záhlavní dolní končetina má stejné postavení jako dolní čelistní končetina. Stehno je v zevní rotaci, abdukci a mediální kondil femuru leží na podložce. Rozdíl mezi končetinami je v pohybové odpovědi.

Čelistní dolní končetina je flektovaná v kyčli 30-40 stupňů, abdukce kyčle 60 stupňů, zevně rotována 40 stupňů a flexe v koleni je 40 stupňů. Hlezenní kloub leží volně na podložce, nárt a prsty na noze nejsou pasivně korigovány.

Vybavovací zóny

Rozeznáváme vybavovací zóny hlavní a vedlejší. U hlavních zón stimulujeme periost a tyto zóny se nachází na končetinách. Vedlejší zóny se nachází v oblasti ramenního a pánevního pletence, stimulujeme periost v kombinaci s protažením určitých svalových skupin. Výjimku tvoří trupová zóna, jejímž prostřednictvím je aktivována autochtonní muskulatura. Máme 9 vybavovacích zón, nebolestivým tlakem na tyto zóny aktivujeme daný reflexní program. Celý program lze vyvolat provokací jedné zóny nebo kombinací více zón. Kombinací více zón dosáhneme rychlejší aktivace. Můžeme také fáze reflexního programu prodloužit tak, že v místě zón nasadíme odpor vznikajícímu pohybu, ale pohybu nebráníme, jen prodlužujeme fáze. Jedná se o tzv. časovou sumaci. Každý program má svou výchozí a konečnou pozici a konečná poloha je výchozí polohou pro druhostranné končetiny.

Hlavní zóny

Čelistní horní končetina

Mediální epikondil humeru – směr tlaku je dorzálně, mediálně vzhledem k trupu. Tlak směřuje do ramenního kloubu a dochází k periostální stimulaci.

Záhlavní horní končetina

Asi 1 cm od processus styloideus radii – směr tlaku je do lokte a ramene a stimulace je periostální.

Čelistní dolní končetina

Mediální epicondil femuru – tlak směřuje do kyčelního kloubu a dochází ke stimulaci proprioceptivní.

Záhlavní dolní končetina

Vnější hrana paty na tuberu calcaneu – tlak směřuje do kolene nebo laterálně ve vztahu k trupu a dochází ke stimulaci proprioceptivního charakteru.

Vedlejší zóny

Čelistní strana pletence ramenního

Mediální hrana lopatky – směr tlaku je laterálně, kraniálně, dorsálně k opěrnému lokti. Dochází k periostální stimulaci a stimulaci protažením m. serratus anterior.

Záhlavní strana pletence ramenního

Akromion – tlak směřuje mezi lopatky a dochází ke stimulaci periostální a stimulací protažením m. pectoralis minor.

Čelistní strana pletence pánevního

Spina iliaca anterior superior – směr tlaku je do kyčle dorzálně, kaudálně a mediálně a stimulace je periostální a stimulace protažením břišní svaloviny a m. quadratus lumborum.

Záhlavní strana pletence pánevního

Aponeuróza m. gluteus medius – tlak směřuje do kolenního kloubu a dochází ke stimulaci přímým drážděním na aponeuróze m. gluteus medius s protažením stimulovaného m. gluteus medius.

Trupová zóna

Spodní část lopatky na hranici m. erector trunci – tlak směřuje do stehna a dochází k mnoha způsobům stimulace, např. periostální v oblasti 7. a 8. žebra a přenesená na kostovertebrální klouby.

Průběh reflexního plazení

Začínáme s obličejovou (čelistní) horní končetinou, kde je spouštěcím bodem epikondylus medialis humeri a při tlaku na něj dojde ke stažení v kořenovém svalstvu pletence ramenního. To vede k tomu, že dítě má tendenci se vzepřít o loketní kloub, ten se stává pevným bodem, na nějž se upíná celý pohybový vzorec. Dítě se také snaží přitáhnout trup asymetricky k obličejové straně dopředu a vzhůru. Zdvihá se ramenní pletence do výšky, lopatka jde do strany a nahoru, a tím i celý trup. Tudíž těžiště se zvedá vzhůru a do strany, tomuto souhybu klade fyzioterapeut odpor, aby se svalové stahy uskutečnily izometricky s malým fyzickým efektem. S aktivací čelistního ramenního pletence dochází k aktivaci svalů celého trupu, z nichž je nejdůležitější asymetrická aktivita zádových svalů a otáčení hlavy na druhou stranu. Pohyb pletence ramenního je nejlépe rozpracovaným prvkem ve Vojtově meto-

dě a je nezbytným prvkem pro budoucí správnou motoriku dítěte. Spouštěcí zóna čelistní dolní končetiny je condylus medialis femoris a opěrným bodem je kolenní kloub. Pánevní pletenec se přitahuje ke kyčelnímu kloubu a zvedá se nad podložku. U cvičení na dolní končetině je důležitá aktivace m. tibialis anterior, který bývá slabý, také se dá dobře facilitovat dorsální flexe a supinace, což se projeví klonem nohy, čehož se využívá při léčebné rehabilitaci u dětí s pes equinovarus. Spouštěcí zónou je processus styloideus radii. Při reflexním plazení je záhlavní horní končetina nakračující končetinou a pohyb označujeme jako nakračující. Pohyb záhlavní horní končetiny je označován jako flekční fáze kroku. Spouštěcí zónou u záhlavní dolní končetiny je vnější hrana paty. Vyvívá se u ní opěrná fáze, její pohyb je extenční a z něj vzniká odrazová fáze. . [2, 7, 8, 9, 11, 13]

2.3.2 Reflexní otáčení

Reflexní otáčení bylo definováno později než reflexní plazení. Je stejně jako reflexní plazení reflexem umělým. Je to děj, který má svůj začátek i konec, tedy jeho uspořádání je plynulé. Začíná z polohy na zádech, pokračuje přes polohu na boku až do polohy na břiše. Cílem je dosáhnout lezení po čtyřech. Má vývojovou analogii ve svém globálním vzoru a je viditelné, že stejné dílčí vzory vznikají současně. Zdravé dítě dospěje v ontogenetickém vývoji k této souhře pohybů samo kolem 6. měsíce života. Průběh reflexního otáčení dělíme do dvou fází. První fáze začíná v poloze na zádech a stimulují se u ní hrudní zóny a jako druhá fáze je označován průběh pohybu z polohy na boku. [2, 7, 9, 11]

První fáze reflexního otáčení

Výchozí poloha první fáze

Výchozí polohou je asymetrická poloha na zádech s hlavou otočenou pod úhlem 30 stupňů k jedné straně. Poloviny těla označujeme podle polohy hlavy na čelistní, ta na straně obličeje, a stranu záhlavní. Horní i dolní končetiny leží volně na podložce.

Průběh reflexního otáčení první fáze

Při reflexním otáčení využíváme spouštěcích zón na hrudníku a začínáme u strany, kam je natočená hlava. Hrudní spouštěcí zóny se nachází v průsečíku mamilární linie a bráničního úponu ve výši mezi 5. a 6. žebrem nebo mezi 6. a 7. žebrem. Tlak na hrudní zónu je veden

směrem dolů a mírně dopředu. Při tlaku na hrudní zónu dochází k mnohačetné stimulaci, ta se paprskovitě a vějířovitě šíří přes oblasti míchy a další oblasti centrálního nervového systému. Stimulací hrudní zóny se trup nastaví do středního postavení a dojde k nastavení ramenní a pánevní linie. Osa těla se dostane do extenze, kyčel i koleno jsou v pravoúhlém postavení a opěrný bod se posouvá z pánve do zad, a to do oblasti hrudní páteře. Dolní končetiny jsou drženy ve vzduchu, což je počátek jejich vyváženého držení a start v řízení rovnováhy. Hlava se dostává do symetrického středního postavení a na její rotaci se podílí mm. Scalení. Při otáčení dbáme na to, aby se hlava nedostala do záklonu, tak vyvíjíme odpor proti pohybu v oblasti linea nuchae. První fáze je ukončena, když se změní asymetrická poloha na zádech v polohu symetrickou, pokud nedosáhneme symetrické polohy na zádech, tak další průběh reflexního otáčení bude probíhat patologicky.

Druhá fáze reflexního otáčení

Výchozí polohy

Pacient je uložen na bok tak, že frontální rovina těla je kolmo k podložce. Spodní horní končetina leží v úhlu 90 stupňů k hrudníku, loket je v extenzi nebo flexi a představuje opěrný bod. Svrchní horní končetina leží na trupu a je mírně vnitřně rotována v ramenním kloubu, loket je v extenzi, předloktí v mírné pronaci a zápěstí je ve středním postavení. Spodní dolní končetina je flektovaná v kyčelním a kolenním kloubu pod úhlem 90 stupňů nebo je v kyčli flektovaná pod úhlem 40 stupňů a pata je v linii tuber ossis ischii. Svrchní dolní končetina má stejné postavení jako spodní dolní končetina.

Vybavovací zóny

Svrchní polovina trupu:

- Mediální hrana lopatky na rozhraní střední a spodní třetiny
- Akromion – zevní volný konec hřebene lopatky nad hlavicí kosti pažní (nadpažek)
- Lopata kosti pánevní
- Musculus glutaeus medius – střední sval hýžděový

Končetiny

- mediální epicondylus humeri- vnitřní nadkloubní hrbol
- processus styloideus radii – trnovitý výběžek kosti vřetenní
- laterální epicondylus femoris - vnější hrbol nadkloubní kosti stehenní
- zevní hrana kalkaneu - zevní hrana patní kosti
- mediální epicondylus femoris – střední nadkloubní hrbol kosti stehenní
- hrudní zóna

Průběh druhé fáze reflexního otáčení

Úkolem druhé fáze je docílení chůze po čtyřech. Klademe odpor na vybavovací zóny a to vede k izometrické kontrakci. Odpor klademe tak, že nedojde k posunu těžiště z ramenního a kyčelního kloubu. Avšak na opírající se horní i dolní končetině vznikne svalová souhra, která je nutná pro budoucí chůzi po čtyřech. Na horní končetině je to kontrakce zevních rotátorů, pronace předloktí a dorsální flexe zápěstí. Zevní rotace je rozvíjena ve všech klíčovém kloubech. Svrchní končetiny jsou oproti spodním končetinám o polovinu krokového cyklu opožděny, což znamená, že když spodní končetiny jsou již ve fázi opory, svrchní končetiny jsou teprve ve flekční fázi. [2, 7, 8, 9, 11, 13]

2.4 Využití Vojtovy metody v praxi

Reflexní lokomocí lze léčit všechny hybné postižení jak v neurologii a ortopedii, tak traumatologii. Vojtova metoda totiž pracuje s geneticky zakódovanými globálními vzory a neurofyziologickými principy. Při reflexní lokomoci dochází k fyziologickým nastavením svalů, kloubů, ke koordinaci polykání, žvýkání, pohybu očí atd. Při aplikaci metody musíme znát její reálné hranice a musíme dobře zvážit všechna pro a proti, aby rehabilitace přinesla více užitku než škod. Proto je důležité, aby fyzioterapeuti byli dobře vyškoleni, znali hlavní principy metody a správně ji prováděli. Také rodina se musí podílet na terapii, ač to bývá pro ně velmi náročné jak po stránce psychické, fyzické a časové, tak i finanční a úlohou fyzioterapeuta je rodinu dostatečně motivovat a aktivně zapojovat do rehabilitace. Než začneme s rehabilitací, musí být pacient dobře vyšetřen a podle výsledků vyšetření stanovíme vhodnou léčebnou rehabilitaci. [12, 13]

2.4.1 Diagnózy vhodné k terapii Vojtovou metodou

Děti

- Dětská mozková obrna
- Paréza brachiálního plexu
- Skolióza
- Ortopedické vady hrudníku
- Pes equinovarus
- Rozštěp páteře
- Torikolis
- Jiná neurologická onemocnění

Dospělí

- Cévní mozková příhoda
- Periferní paréza
- Skolióza
- Bolesti související s páteří
- Periartritida
- Jiná neurologická onemocnění

2.4.2 Kontraindikace rehabilitace Vojtovou metodou

Ne vždy je vhodná rehabilitační léčba Vojtovou metodou. Za kontraindikace jsou považovány:

- Těžké mentální stavy s prvky autizmu v chování dítěte
- Po očkování polio 10 dní
- Užívání vysokých dávek kortikoidů
- Zvracení a průjemy
- Onemocnění s tělesnou teplotou nad 38 stupňů Celsia

Ač se lidé domnívají, epilepsie není kontraindikací ke cvičení Vojtovy metody spíše naopak, neboť při cvičení dochází ke snížení počtu záchvatů, nebo dokonce i k jejich úplnému vymizení. [12, 14]

3 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

Dětská mozková obrna se vyskytuje už velmi dlouho. Můžeme se o tom přesvědčit z obrázků již ze starého Egypta, antická literatura popisuje příznaky dětské mozkové obrny u císaře Claudia, avšak dříve se dětská mozková obrna nevyskytovala tak často jako dnes. Za zvýšený výskyt může paradoxně dokonalejší péče o novorozence, navíc se výrazně snížila jejich úmrtnost a je zachráněna spousta dětí, jež by dříve brzy po narození zemřela.

Dětská mozková obrna je postižení mozku vzniklé v intrauterinním období nebo v prvních měsících života, které se projevuje poruchami hybnosti a vývojem hybnosti. Dětská mozková obrna bývá různě těžká. Způsobuje motorické i psychické poruchy.

3.1 Etiologie

Z důvodu nezralosti mozku v raném období je náchylný na poškození. K poškození dochází během těhotenství, při porodu, nebo v době po porodu.

3.1.1 Prenatální činitelé

Nemoci, které prodělala matka, jako jsou infekce v prvním trimestru těhotenství, které mohou vést k fetální encefalitidě. Další nemoci, jenž mohou ohrozit plod, jsou zarděnky, toxoplasmóza, vrozená syfilis, těhotenská nefropatie. Kromě nemocí jsou rizikovými faktory RTG záření, toxické látky, ethylalkohol i některé léky. Také oběhové poruchy jsou důležitou skupinou prenatálních činitelů, kam patří gestózy ke konci těhotenství, které mohou vést až fetální hypoxii. Kromě gestózy je dalším rizikovým faktorem zvýšená hladina thyroxinu v séru matky, která může ovlivnit vývoj hybnosti dítěte. Celá řada těchto faktorů může vést k předčasnému porodu nedonošeného dítěte a nedonošenost je jedním z hlavních činitelů dětské mozkové obrny. To má dva důvody. První je průchod křehké hlavičky porodními cestami a druhý důvod je, že ještě nejsou dokonale vytvořeny biologické funkce. Avšak také přenošenost je rizikovým faktorem, neboť klesá saturace plodu.

3.1.2 Rizikové faktory během porodu

Hlavním rizikovým faktorem jsou abnormální porody. Jsou to především ty, které zhoršují prokrvení mozku, ať už jsou to porody klešťové, pánevním koncem, dlouhé porody, kříšení dítěte po porodu, vícečetné porody, nebo porod nezralého novorozence. Mezi nejzávažnější

porody patří klešťový, který je ale v dnešní době vzácný. Hned po něm je to porod protahovaný. Jeho největší nebezpečí je, když v důsledku rozdílného tlaku v uteru a porodních cestách dojde ke krevní stázi v nitrolebním prostoru, nebo pokud je hlavička dlouho v porodních cestách, dochází k zaškrcování mozkového kmene, mozečku a hemisfér z důvodu dlouhodobého překrývání se lebních kostí přes sebe. Hlavními následky těžkých porodů jsou krvácení a asfyxie. Dítě krvácí do intracerebrálního, intravertikulárního, sub-rachnoideálního prostoru. Tyto stavy vedou k exitu dítěte nebo k velmi těžkým následkům. Asfyxie je jedním z hlavních činitelů dětské mozkové obrny. Avšak i děti křížené delší dobu mohou být zcela normální.

3.1.3 Poporodní rizikové faktory

Nejzávažnějším je novorozenecká žloutenka vzniklá z inkompatibility Rh-faktoru. Tato situace nastává, když má dítě jiný Rh faktor než matka. Pokud dojde k těžké novorozenecké žloutence, u dítěte ještě není vyvinuta hematoencefalitická bariéra, a tak bilirubin přechází do mozku, kde postihuje bazální ganglia. Těžkých novorozeneckých žloutenek vedoucích k poškození mozku je již málo. [3, 4, 5, 6,]

3.2 Motorické poruchy u dětské mozkové obrny

3.2.1 Spastické formy

Diparetická forma

Postižení touto formou jsou novorozenci narození před termínem. Poškození se nejčastěji nachází v mozkovém kmeni. Intelekt bývá většinou bez poškození. Horní končetiny bývají poškozeny jen málo, někdy se na nich objeví zvýšené reflexy. Trup bývá v předklonu a břišní reflexy normální. Postižení se nejčastěji projevuje na dolních končetinách jejich spastickou parézou se zvýšeným svalovým tonem. Zvýšení napínacího reflexu ve flexorech, někdy i na extenzorech, je hlavním příznakem diparetické formy. Hlavním poznávacím rysem diparetické formy je zkrácení adduktorů a flexorů stehien (nohy do X). Další kontrakturou je zkrácení trojhlavého lýtkového svalu a to vede ke vzniku koňské nohy (pes equinus). U této formy bývá porušena chůze v různých stupních, v nejhorších případech

dítě nemůže chodit vůbec, většinou ale chůze vypadá tak, že chodí po špičkách nebo chodí kývavě po špičkách s ohnutými koleny, tzv. lidoopí chůze.

Kvadruparetická forma

Dochází k ní při oboustranném těžším postižení mozkového kmene. Je podobná jako diparetická forma s tím rozdílem, že jsou postiženy i horní končetiny. Tato forma je vzácnější, ale také závažnější než diparetická. U této formy bývá mnohem častější mentální postižení a epileptické záchvaty. Na horních končetinách je addukce v rameni, flexe předloktí, ruky i prstů. Dolní končetiny jsou postiženy jako u diparetické formy.

Hemiparetická forma

Porucha se nachází v mozkových hemisférách. Jsou přítomny psychické změny. Nejvýrazněji je postižena jedna horní končetina. Má typické postavení, je ve flexi v loketním kloubu, v zápěstí, v kloubech metakarpofalangeálních a předloktí je v pronaci. Na druhé horní končetině jsou viditelná pouze drobnější postižení. Na dolní končetině bývá zkrácený lýtkový sval s různým stupněm pes equinus spasticus a pozitivní extenční pyramidové jevy. Dolní končetina bývá méně vyvinutá.

Oboustranná hemiparetická forma

Porucha se nachází v obou hemisférách. Abychom mohli mluvit o oboustranné hemiparézě, musíme prokázat, že se jedná o bilaterální atrofickou lobární sklerózu a to prokážeme pomocí počítačové tomografie. Tato forma má dvojí druh poruchy, a to difúzní lézi mozku a lézi vývojovou (obraz odpovídá staršímu vývojovému stupni). Při těžkých formách oboustranné hemiparézy se objevuje vývojové zastavení, nebo dokonce vývojový regres, ale ten jen ojediněle, neboť se jedná o progresi. Dochází zde k těžkému mentálnímu postižení. Je to těžká forma poškození, dítě obvykle nemůže chodit, avšak ještě více než dolní končetiny bývají postiženy horní končetiny. Při nejtěžších stupních této formy jsou děti úplně nehybné.

3.2.2 Dyskinetická forma

Porucha se nachází v extrapyramidovém systému, a to hlavně postižením bazálních ganglií. K tomuto postižení dochází při rozdílném Rh faktoru dítěte a matky nebo při ischemii bazálních ganglií. Při poškození vznikají extrapyramidové syndromy a ty se projevují:

a) nepotlačitelnými pohyby

b) rigiditou

3.2.3 Hypotonická forma

U této formy dochází k poruše intelektu. Tato forma se projevuje sníženým svalovým tonusem. Dítě s hypotonickou formou poznáme již v prvním roce života, neboť jsou nápadně klidné, pohybově chudé. U dítěte můžeme pozorovat tyto tři příznaky:

1) příznak šálový - paže dítěte můžeme omotat kolem šíje

2) příznak pásovce - dítě lze stočit do klubíčka

3) příznak kružítko - dolní končetiny můžeme ohnout i za hlavu [3, 4, 6]

3.3 Přidružené problémy dětské mozkové obrny

1) příznaky mentálního postižení

Je zpomalen duševní vývoj, nastává i oligofrenie a ta má tři stupně:

1. stupeň – debilita- lehká mentální retardace

2. stupeň – imbecilita – je to středně těžký stupeň slabomyslnosti

3. stupeň – idiotie – nejtěžší stupeň slabomyslnosti

Doporučuje se, aby děti byly v kolektivu, takže při lehčích vadách navštěvují zvláštní školy, a u těžších postiženích se doporučují stacionáře nebo ústavy, např. Jedličkův ústav v Praze. Dochází i k emočním změnám, které jsou podmíněny dlouhodobou nemocností, frustrací, přílišnou ochranou rodičů (overprotected child), nebo na druhou stranu odmítané dítě (rejected child). Nejvýraznější emoční změny vidáme u dyskinetické formy. Krom toho jsou časté i poruchy chování, a to bez ohledu na IQ, a děti bývají špatně vychovatelné a nevládnutelné.

2) epileptické záchvaty

Nejvíce se jich vyskytuje u hypotonické formy, zhruba polovina nemocných, a nejméně u diparetické formy, tam jen kolem jedenácti procent nemocných má epileptické záchvaty.

3) mozečkové příznaky

Vyskytují se jen u malého procenta nemocných u všech forem kromě hypotonické. Avšak hypotonická forma může být předznamenáním symetrického mozečkového postižení.

4) poruchy okoohybné

Vyskytují se u všech forem, nejvíce u kvadruparetické, a nejméně u diparetické, ale je jen malý rozdíl ve výskytu mezi nimi. Z okoohybných poruch se vyskytuje hlavně strabismus, ojediněle i nystagmus nebo ptóza.

5) poruchy řeči

Poruchy řeči se vyskytují u dětské mozkové obrny téměř u všech dětí buď v menší, či větší míře. Poruchy řeči jsou velkým problémem, a to hlavně společenským, neboť řeč je nejdůležitější pro komunikaci s okolím. Příčiny poruch řeči u dětské mozkové obrny si můžeme rozdělit do čtyř skupin:

a) poruchy mechanické

b) inervační poruchy

c) druhoznámné poruchy

d) poruchy sekundární

6) poruchy zraku

Jsou dosti časté u všech forem a jsou to poruchy refrakční, nabládnutí sítnice nebo atrofie zrakového nervu.

Mezi další poruchy patří například endokrinologické, vegetativně nervové poruchy, také například odlišná citlivost na léky a zubní změny (zvýšená kazivost). [3]

3.4 Terapie dětské mozkové obrny

Pro zahájení terapie je důležité vyšetření pacienta a stanovení diagnózy. Jedinou úspěšnou konzervativní metodou je rehabilitace. Pro dětskou mozkovou obrnu je typické, že postižení nepokračuje, a při vhodné rehabilitační léčbě, např. Vojtovou metodou, může dojít ke zlepšení stavu. Další terapeutické možnosti jsou magnetoterapie, fototerapie, aplikace laserového paprsku na spouštěcí body, akupunktura, cvičení na míči, plavání, vodoléčba, ergoterapie, muzikoterapie, hipoterapie, canisterapie atd. Vedle rehabilitační léčby je tu také léčba farmakologická, která je doplňková. Nejvíce se využívá antiepileptik, botulotoxinu a k ovlivnění spasticity, vitamínů, sedativ na sklidnění a léků k ovlivnění hormonální činnosti. [3, 4, 6]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU A JEJICH ANALÝZA

4.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cíl 1 – Zjistit, co činí rodině problémy při rehabilitační metodě Václava Vojty u svého dítěte.

K cíli č. 1 se v dotazníku vztahují otázky č. 6, 9, 10.

Cíl 2 – Zjistit, za jak dlouho zvládly rodiny techniku cvičení Vojtovy metody u svého dítěte. H1 - Předpokládám, že rodiny nezvládly techniku cvičení u svého dítěte do tří měsíců.

K cíli č. 2 se v dotazníku vztahují otázky č. 4, 5.

Cíl 3 – Zjistit, zda rodiny dodržují pokyny rehabilitačních pracovníků při cvičení Vojtovy metody.

K cíli č.3 se v dotazníku vztahují otázky č. 11, 12, 13.

Cíl 4 – Zjistit, zda pohlaví, věk a vzdělání závisí na tom, kdo s dítětem cvičí Vojtovu metodu. H 2 – Předpokládám, že cvičení s dítětem nejčastěji provádí ženy ve věku 31 – 35 let se středoškolským vzděláním s maturitou.

K cíli č. 4 se v dotazníku vztahují otázky č. 1, 2, 3, 14

Cíl 5 – Zjistit, zda bylo pro rodiče náročnější zvládnout cvičení s dítětem fyzicky nebo psychicky.

K cíli č. 5 se v dotazníku vztahují otázky č. 7, 8.

Cíl 6– Zjistit, zda byl rodinám poskytnut dostatek srozumitelných informací a kde tyto informace získaly.

K cíli č. 6 se v dotazníku vztahují otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20

Cíl 7 - Zpracování letáčku na podporu Vojtovy metody.

4.2 Metodika výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem použila kvantitativní výzkum, na který jsem použila metodu anonymního dotazníku.

4.2.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Zkoumaný vzorek se skládal z 60 respondentů, z toho 56 žen a 4 mužů, všech věkových kategoriích od 18 let a různých stupňů vzdělání. Při výzkumu jsem zvolila náhodný výběr respondentů ze Zlína a Šternberka. Náhodný výběr musí splňovat, že všechny prvky souboru mají stejnou pravděpodobnost, že budou vybrány. Volbu náhodného výběru jsem provedla mechanickým losováním. Z 96 získaných dotazníků bylo vylosováno 40 dotazníků, které jsem zkoumala.

4.2.2 Metody práce

V této bakalářské práci byla použita metoda anonymního dotazníkového šetření.

Dotazník je jednou z nejrozšířenějších metod kvantitativního výzkumu. Souborem otázek, které jsou předem připraveny na určitém formuláři, získáváme informace od respondentů. Pro získání potřebných informací je nutné, aby dotazník obsahoval všechny podstatné problémy, na něž hledáme odpověď, obsah dotazníku nesmí respondenta odrazovat a formulace otázek musí být srozumitelné a jednoznačné. Dotazníky bývají převážně anonymní. Výhodami dotazníkového šetření je získání dostatečného množství respondentů a rychlé zpracování dat. Nevýhodou dotazníků je, že při neporozumění respondenta či špatné formulaci otázky není možné nic opravit nebo doplnit k upřesnění. Nevýhodou je také nízká návratnost. V dotazníku se nejčastěji objevují otázky uzavřené, otevřené a polouzavřené.

[1]

4.2.3 Popis výzkumu

Pro praktickou část své bakalářské práce jsem si zvolila metodu anonymního dotazníkového šetření a pomocí otázek v něm zjistila, jak rodiny spolupracují při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou. Dotazník je určen pro rodiny, které cvičí Vojtovu metodu. Dotazník se skládá ze 20 položek a místa pro jiná sdělení. Otázky v dotazníku slouží ke stanovení cílů a ověřování hypotéz. Na začátku dotazníku je oslovení respondentů, představení výzkumu, téma šetření a návod k vyplnění. Respondenti označovali svoje odpovědi křížkem. U většiny otázek se označovala pouze jedna odpověď, pokud bylo více možností, byli na to upozorněni. V dotazníku se objevilo několik otevřených otázek, kde měli respondenti doplnit informace. Někteří respondenti neodpovídali na všechny otázky. U otázek byli vždy upozorněni, kdo má odpovědět a kdo ne.

V dotazníku jsem použila tyto druhy otázek:

- uzavřená – dichotomická (položka č. 1, 4, 18)
- uzavřená – polytomická (položka č. 2, 3, 5, 7, 9, 12, 17, 20)
- otevřená (položka č. 6, 8, 10, 16)
- polouzavřená (položka č. 11, 13, 14, 15, 19)

4.2.4 Charakteristika položek

Dotazník obsahuje 20 položek.

Položky č. 1, 2, 3 jsou položky informativní, ve kterých se zjistí pohlaví, věk a nejvyšší dosažené vzdělání.

Položka č. 4, 5 zjišťuje, jak dlouhou dobu trvalo rodinám zvládnutí Vojtovy metody.

Položka č. 6, 7, 8, 9, 10 zjišťuje, co činí a činilo rodinám největší potíže při cvičení.

Položka č. 11, 12, 13 zjišťuje, zda-li rodiče dodržují pokyny rehabilitačních pracovníků.

Položka č. 14 zjišťuje, kdo s dítětem cvičí.

Položka č. 15, 16, 17, 18, 19, 20 zjišťuje množství a srozumitelnost informací o Vojtově metodě a kdo jich nejvíce poskytl

4.2.5 Organizace šetření

Šetření předcházelo sestavení konečné podoby dotazníku, schválení vedoucím práce a pokračovalo následným rozdáním respondentům do dvou rehabilitačních zařízení ve Zlíně a ve Šternberku. Dotazníky jsem rozdala v měsíci dubnu 2010. Celkem jsem rozdala 150 dotazníků a zpět se mi vrátilo 96 dotazníků, ze kterých jsem náhodným výběrem vybrala 60 respondentů.

Vytvoření, rozdání a zpracování dotazníků mi trvalo dva měsíce.

4.2.6 Zpracování získaných dat

Získaná data jsem uspořádala do tabulek a grafů v absolutní a relativní četnosti. Absolutní četnost udává počet respondentů, kteří odpověděli stejně ve stejných otázkách. Relativní četnost udává v procentech, kolik respondentů ze všech připadá na danou odpověď. Ke každé tabulce je zpracován komentář.

4.3 Výsledky výzkumného šetření

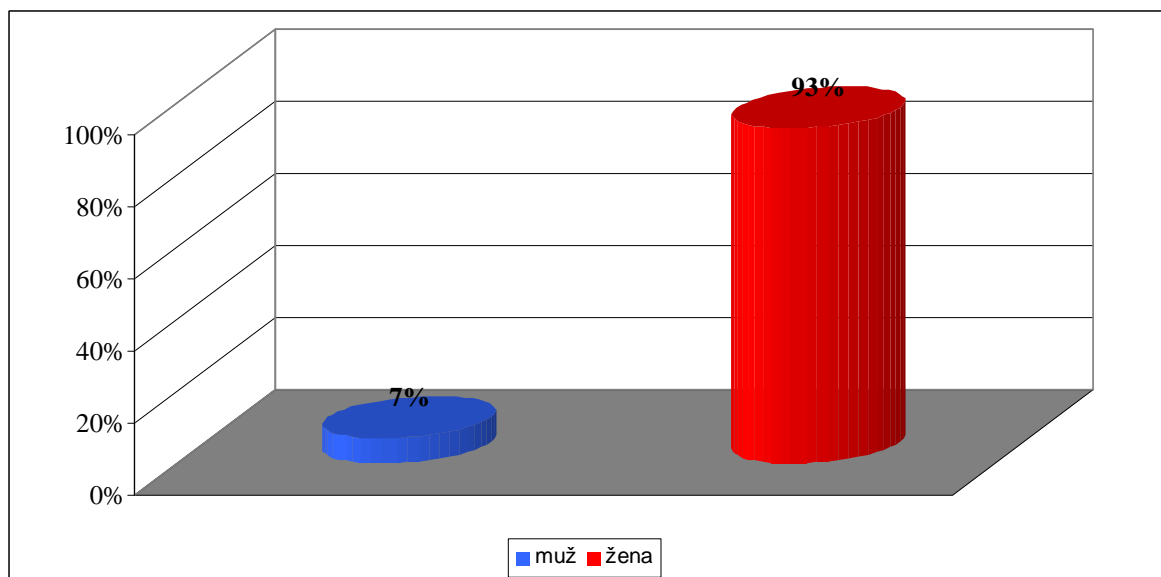
Položka v dotazníku - č. 1

Pohlaví

Tabulka č. 1 Pohlaví respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Muž	4	7%
Žena	56	93%
Celkem	60	100%

Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Položka č. 1 je informační otázka, která nám zjišťuje pohlaví respondentů. Ženy tvoří 93% respondentů, muži jen 7% respondentů.

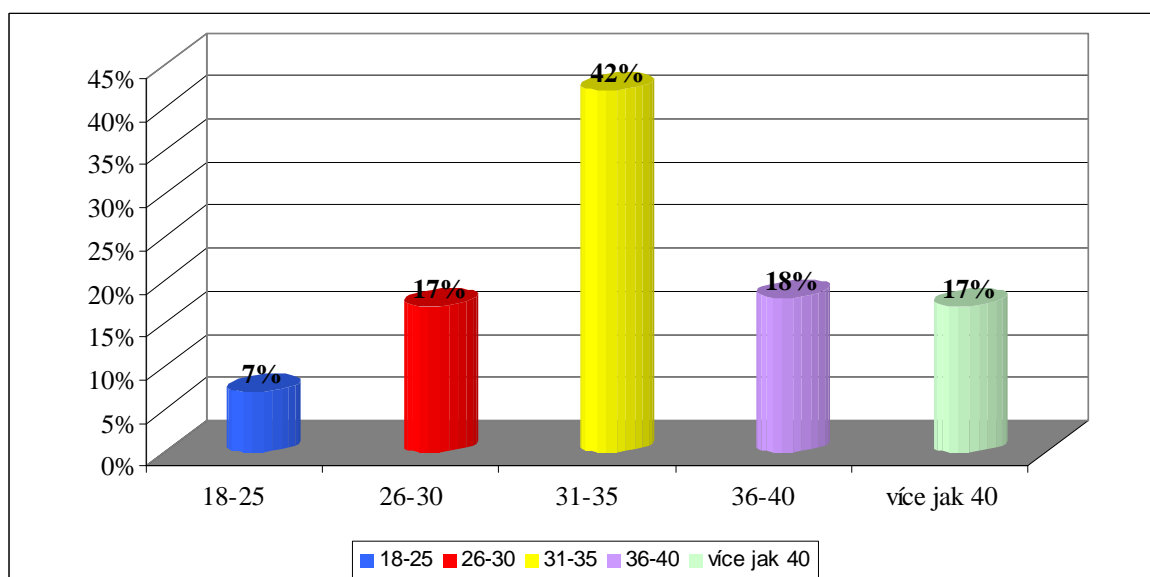
Položka v dotazníku - č. 2

Věk

Tabulka č. 2 Věk respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
18-25	4	7%
26-30	10	17%
31-35	25	42%
36-40	11	18%
více jak 40	10	17%
Celkem	60	100%

Graf č. 2 Věk respondentů



Položka č. 2 je informační otázka, která nám zjišťuje věk respondentů. Nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 31-35 let, která byla zastoupena 25 respondenty (42%). Věková kategorie 36-40 byla zastoupena 11 respondenty (18%), věková kategorie 26-30 deseti respondenty (17%), stejně tak i skupina více jak 40 let. Nejméně zastoupenou skupinou je 18-25, kde byli pouze 4 respondenti.

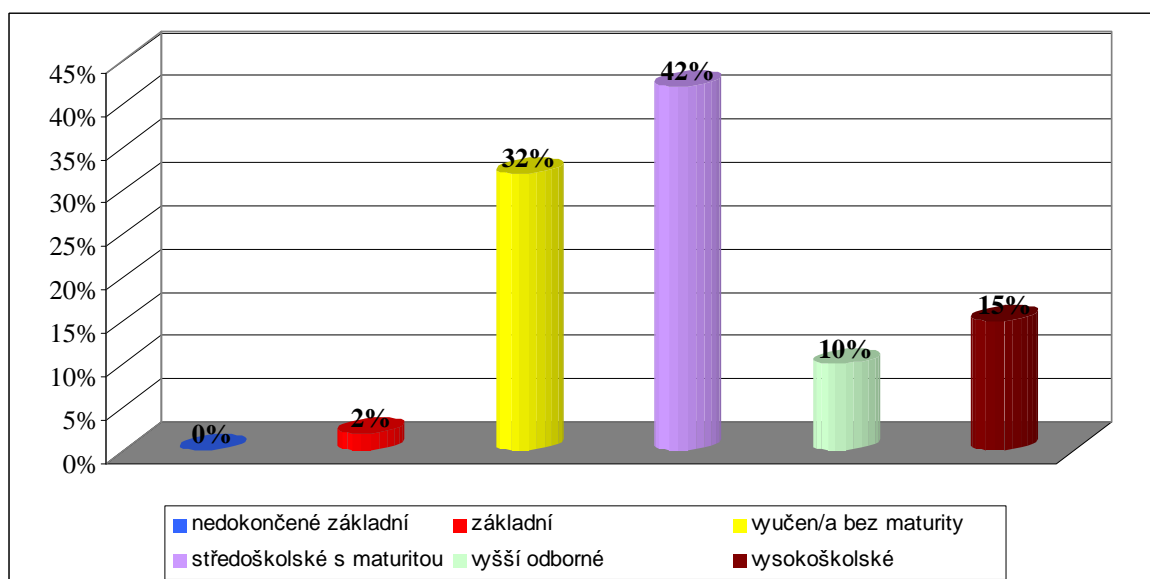
Položka v dotazníku - č. 3

Dosažené nejvyšší vzdělání

Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nedokončené základní	0	0%
Základní	1	2%
Vyučen/a bez maturity	19	32%
Středoškolské s maturitou	25	42%
Vyšší odborné	6	10%
Vysokoškolské	9	15%
Celkem	60	100%

Graf č. 3 Vzdělání respondentů



Z této otázky vyplynulo, že ze 100% respondentů uvádí nejvíce dotazovaných dosažené středoškolské vzdělání s maturitou 25 (42%) respondentů. S nedokončeným základním vzděláním nebyl žádný respondent, základní vzdělání má 1 respondent (2%), vyučení bez maturity má 19 (32%) respondentů, vyšší odborné vzdělání má 6 respondentů (10%) a vysokoškolské 9 (15%) respondentů.

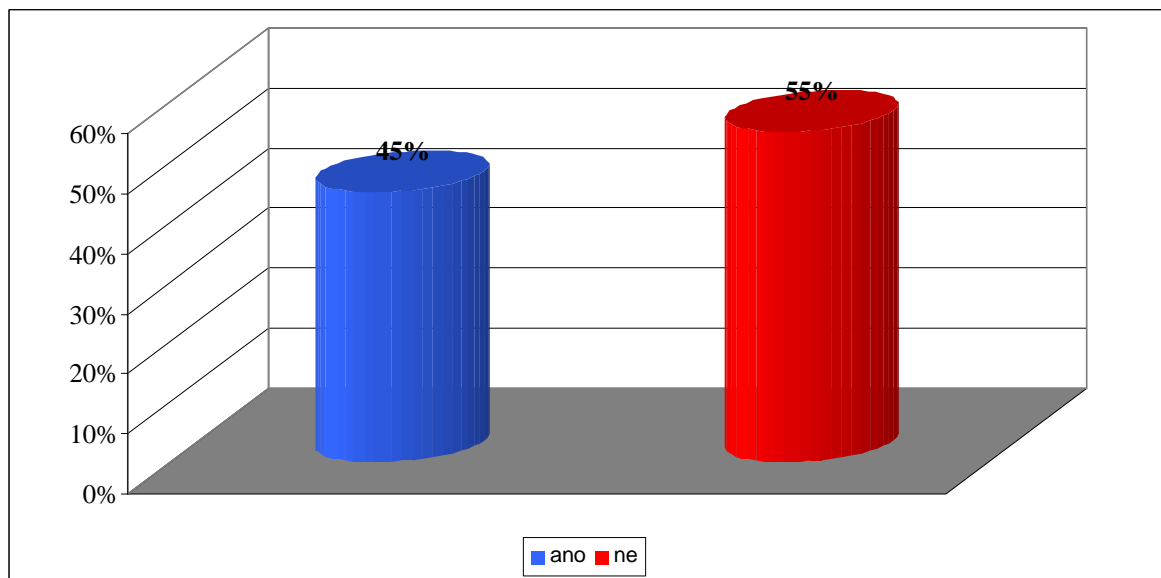
Položka v dotazníku - č. 4

Myslíte si, že tři měsíce je dostatečně dlouhá doba pro zvládnutí Vojtovy metody?

Tabulka č. 4 Zvládnutí Vojtovy metody

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	27	45%
Ne	33	55%
Celkem	60	100%

Graf č. 4 Zvládnutí Vojtovy metody



Z této položky vyplynulo, že 27 respondentů (45%) se domnívá, že tři měsíce jsou dostatečně dlouhou dobou ke zvládnutí Vojtovy metody, 33 respondentů (55%) se domnívá, že je to krátká doba.

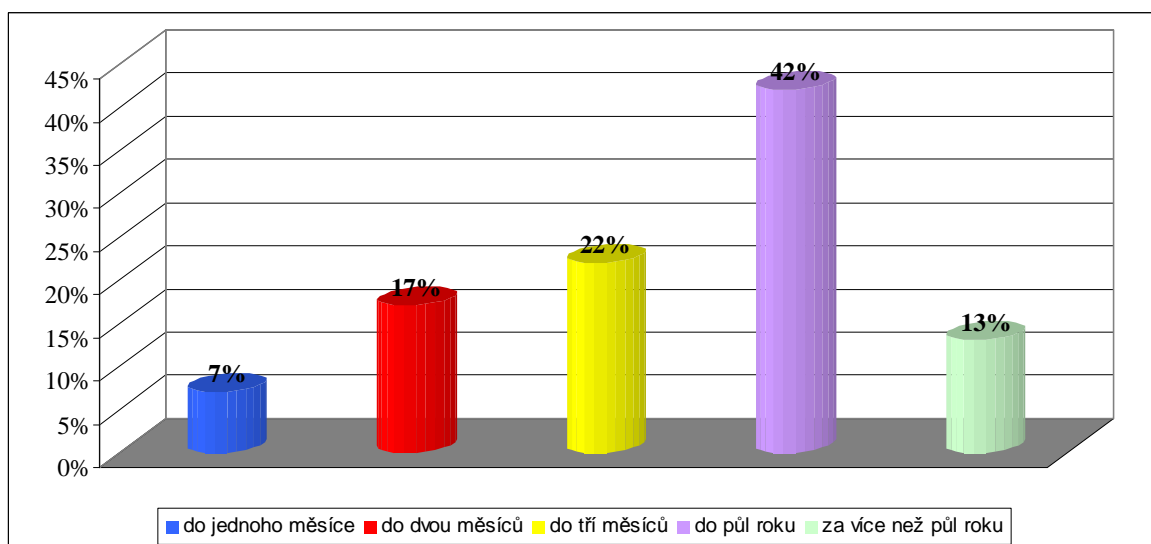
Položka v dotazníku - č. 5

Za jak dlouhou dobu jste zvládl/a cvičení Vojtovy metody?

Tabulka č. 5 Zvládnutí Vojtovy metody

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
do jednoho měsíce	4	7%
do dvou měsíců	10	17%
do tří měsíců	13	22%
do půl roku	25	42%
za více než půl roku	8	13%
Celkem	60	100%

Graf č. 5 Zvládnutí Vojtovy metody



Cílem této položky bylo zjistit, za jak dlouhou dobu rodiče zvládli cvičení Vojtovy metody. Nejvíce respondentů uvádí dobu do půl roku, 25 (42%) respondentů, nejméně respondentů odpovídalo dobu do jednoho měsíce, 4 (7%), do dvou měsíců odpovídalo 10 respondentů (17%), do tří měsíců 13 respondentů (22%), za více než půl roku uvedlo 8 respondentů (13%).

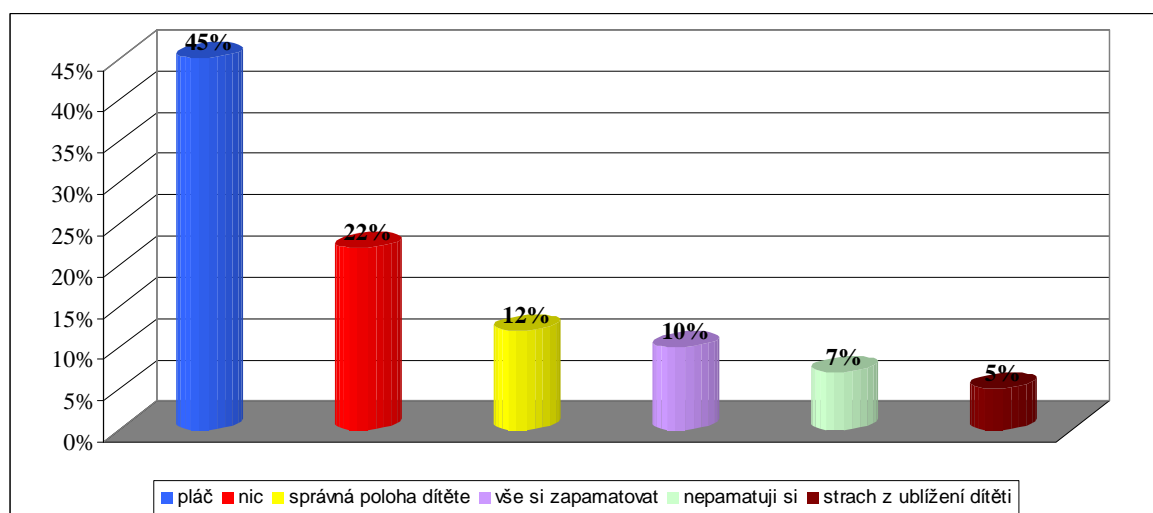
Položka v dotazníku - č. 6

Co bylo pro Vás při prvním cvičení nejnáročnější?

Tabulka č. 6 Nejnáročnější věci při prvním cvičení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pláč dítěte	27	45%
Nic	13	22%
Správná poloha dítěte	7	12%
Vše si zapamatovat	6	10%
Nepamatuji si	4	7%
Strach z ublížení dítěti	3	5%
Celkem	60	100%

Graf č. 6 Nejnáročnější věci při prvním cvičení



Cílem položky bylo zjistit, co činilo respondentům největší potíže při prvním cvičení Vojtovy metody. Nejčastěji respondenti uváděli pláč dítěte, 27 respondentů (45%), jako další uváděli, že jim nic nedělalo potíže, 13 (22%) respondentů, správná poloha dítěte, 7 (12%) respondentů, vše si zapamatovat, 6 (10%) respondentů, někteří si již nepamatují, co jim činilo největší potíže, 4 (7%) respondenti, a nejméně respondentů uvádělo strach z ublížení dítěti, 3 (5%) respondenti.

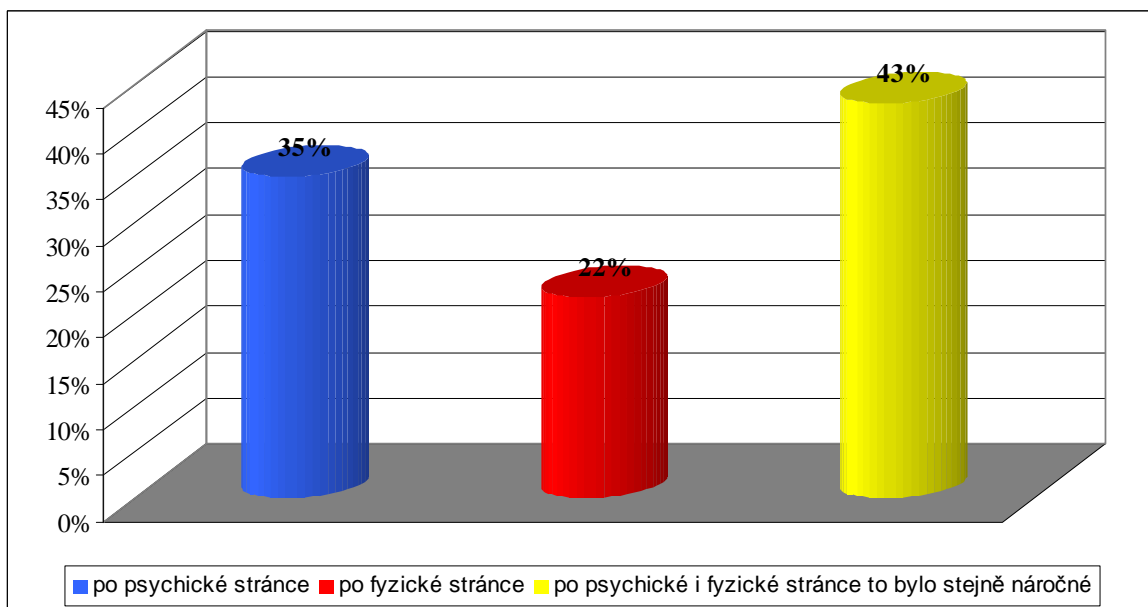
Položka v dotazníku - č. 7

Bylo pro Vás náročnější zvládnout Vojtovu metodu ...

Tabulka č. 7 Zvládání Vojtovy metody

Odpořev'	Absolutní četnost	Relativní četnost
Po psychické stránce	21	35%
Po fyzické stránce	13	22%
Po psychické i fyzické stránce to bylo stejně náročné	26	43%
Celkem	60	100%

Graf č. 7 Zvládání Vojtovy metody



Z této otázky vyplývá, že pro respondenty bylo stejně náročné zvládnout Vojtovu metodu po psychické i fyzické stránce, 26 (43%), 21 (35%) respondentů uvádí, že jim největší problém činila psychická stránka, a nejméně respondentům, 13 (22%), cvičení činilo problémy po fyzické stránce.

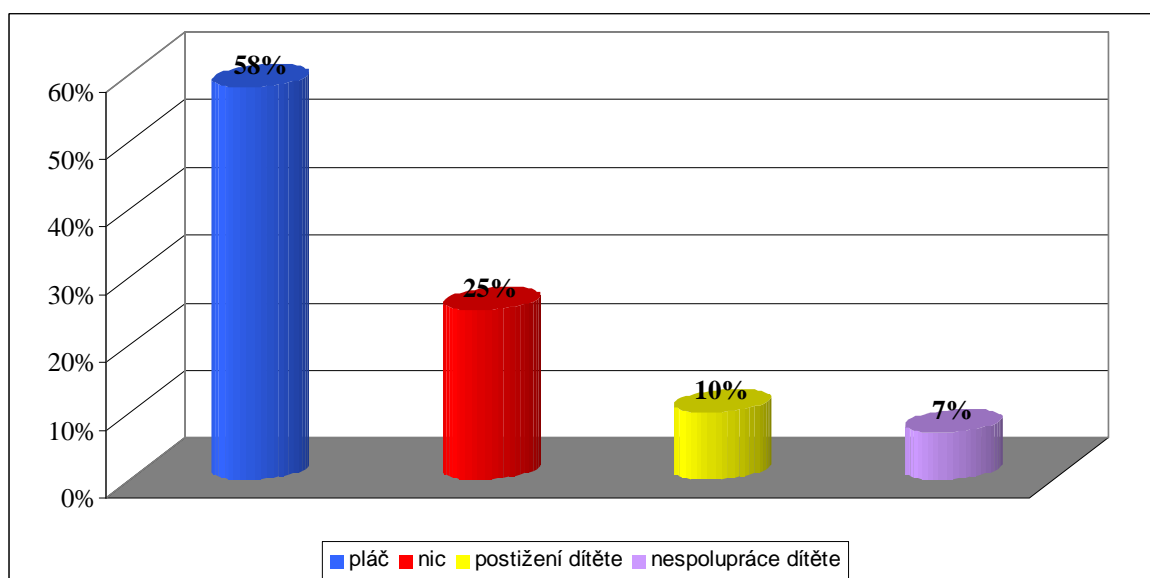
Položka v dotazníku - č. 8

Co Vám činilo největší potíže po psychické nebo fyzické stránce?

Tabulka č. 8 Největší potíže po psychické nebo fyzické stránce

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Pláč dítěte	35	58%
Nic	15	25%
Postižení dítěte	6	10%
Nespolupracování dítěte	4	7%
Celkem	60	100%

Graf č. 8 Největší potíže po psychické nebo fyzické stránce



Cílem položky bylo zjistit, co respondentům činí největší potíže po psychické stránce. Nejvíce respondentů, 35 (58%), uvádí pláč dítěte jako největší problém po psychické stránce, 15 (25%) respondentů uvádí, že jim po psychické stránce nic nečinilo potíže, 6 (10%) respondentů uvádí jako největší problém postižení dítěte a 4 (7%) respondenti uvádí ne spolupracování dítěte při cvičení.

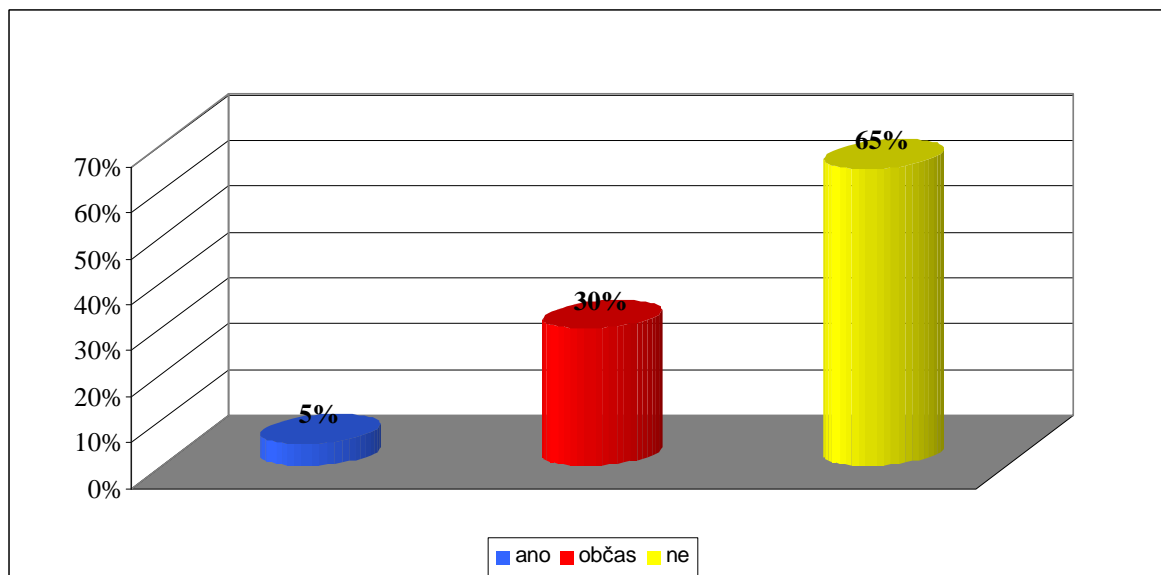
Položka v dotazníku - č. 9

Činí Vám cvičení Vojtovy metody potíže i nyní?

Tabulka č. 9 Potíže při cvičení Vojtovy metody v současnosti

odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
ano	3	5%
občas	18	30%
ne	39	65%
Celkem	60	100%

Graf č. 9 Potíže při cvičení Vojtovy metody v současnosti



Položka č. 9 zjišťovala, zda činní rodičům potíže cvičení Vojtovy metody i nyní. Nejvíce respondentů odpovídalo, že jim již cvičení Vojtovy metody nečiní žádné potíže, 39 (65%). Osmnáct (30%) respondentů tvrdí, že jim cvičení občas dělá potíže, a nejméně respondentů 3 (5%) uvádí, že jim cvičení stále činí potíže.

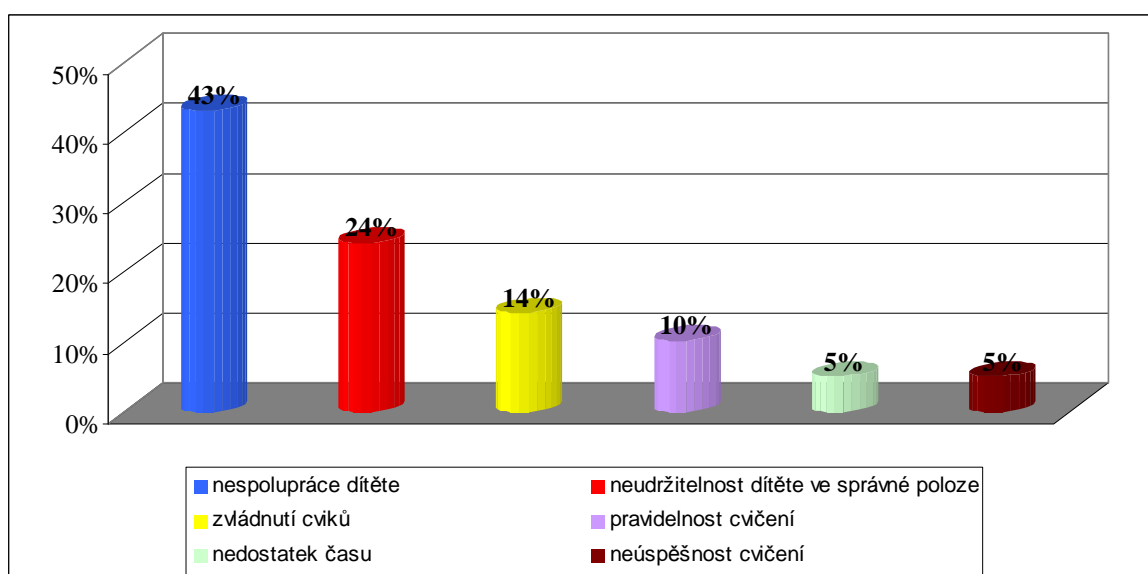
Položka v dotazníku - č. 10

Uveďte prosím, co Vám dělá potíže. (Odpovídáte pouze, zda-li jste v předchozí otázce č. 9 odpověděli ano nebo občas.)

Tabulka č. 10 Co Vám dělá potíže při cvičení v současnosti

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nespolupracování dítěte	9	43%
Neudržitelnost dítěte ve správné poloze	5	24%
Zvládnutí cviků	3	14%
Pravidelnost cvičení	2	10%
Nedostatek času	1	5%
Neúspěšnost cvičení	1	5%
Celkem	21	100%

Graf č. 10 Co Vám dělá potíže při cvičení v současnosti



Cílem položky č. 10 bylo zjistit, co činí respondentům potíže při cvičení Vojtovy metody v současnosti. Největší potíže činí nespolupracování dítěte, a to 9 (43%) respondentům, 5 (24%) respondentům činí potíže udržet dítě ve správné poloze, 3 (14%) respondentům dělá problém zvládnutí cviků, 2 (10%) respondentům dělá potíže pravidelnost cvičení, 1 (5%) respondentovi činí potíže nedostatek času a 1 (5%) respondentovi neúspěšnost cvičení.

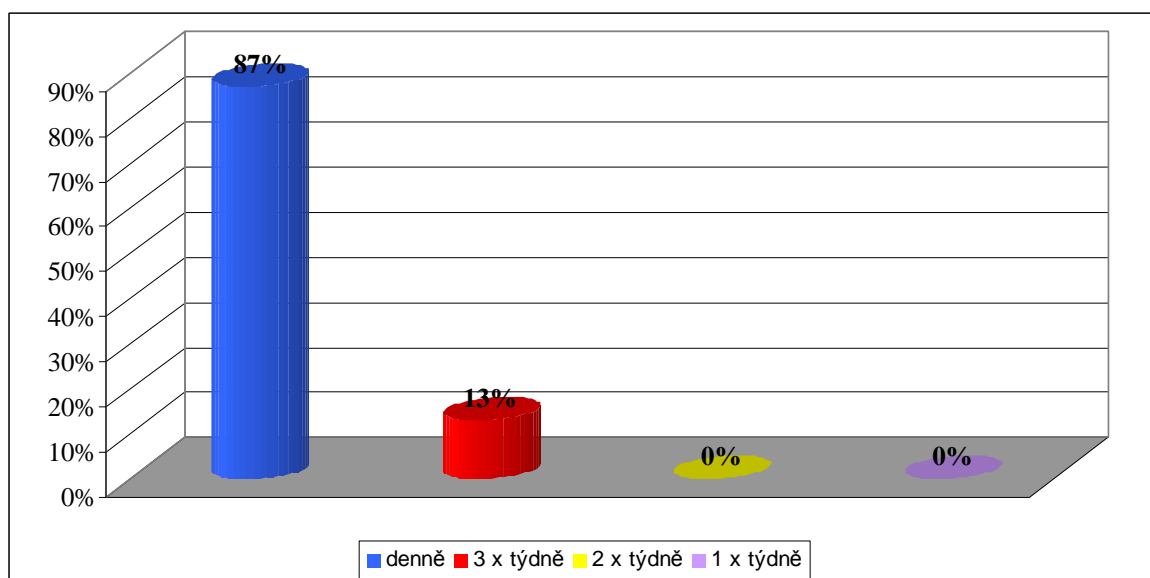
Položka v dotazníku - č. 11

Jak často s dítětem cvičíte? (Pokud denně, napište kolikrát za den.)

Tabulka č. 11 Četnost cvičení s dítětem

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Denně	52	87%
3 x týdně	8	13%
2 x týdně	0	0%
1 x týdně	0	0%
Celkem	60	100%

Graf č. 11 Četnost cvičení s dítětem



Z této položky vyplynulo, že 52 (87%) respondentů s dítětem cvičí denně, a z těchto respondentů nejvíce uvádělo, že cvičí 3 x denně. Osm (13%) respondentů uvádělo, že s dítětem cvičí 3 x týdně. Jiné odpovědi se nevyskytly.

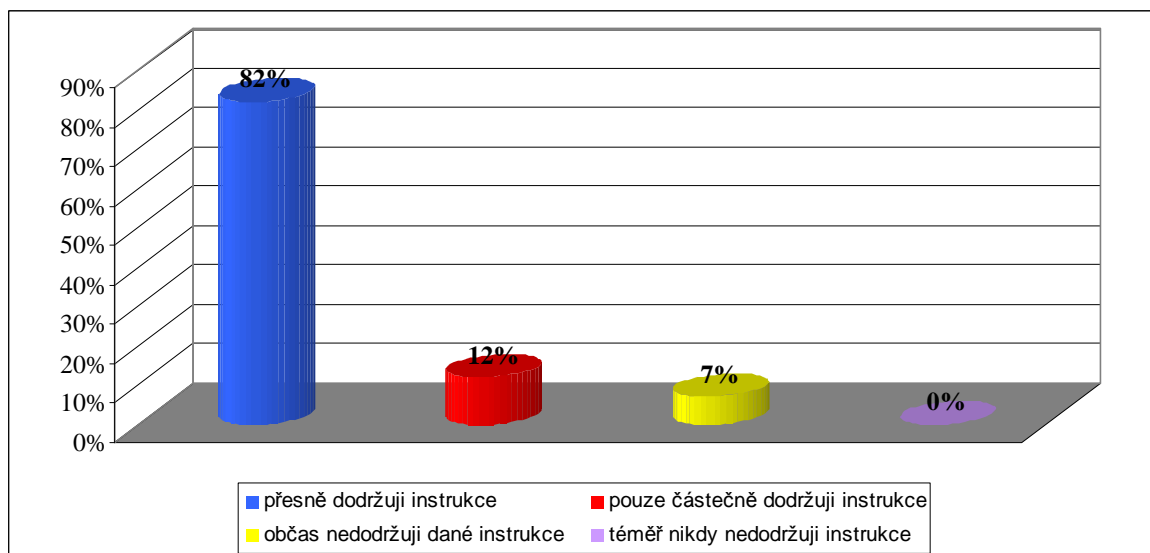
Položka v dotazníku - č. 12

Dodržujete při cvičení s dítětem instrukce rehabilitačního pracovníka?

Tabulka č. 12 Dodržování instrukcí při cvičení

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Přesně dodržuji instrukce	49	82%
Pouze částečně dodržuji instrukce	7	12%
Občas nedodržuji dané instrukce	4	7%
Téměř nikdy nedodržuji instrukce	0	0%
Celkem	60	100%

Graf č.12 Dodržování instrukcí při cvičení



Položka č. 12 zjišťovala, zda respondenti dodržují při cvičení Vojtovy metody instrukce rehabilitačního pracovníka. Čtyřicet devět (82%) respondentů přísně dodržuje instrukce, 7 (12%) respondentů pouze částečně dodržuje instrukce, 4 (7%) respondenti občas nedodržují dané instrukce a žádný z respondentů nevedl možnost téměř nikdy nedodržují instrukce.

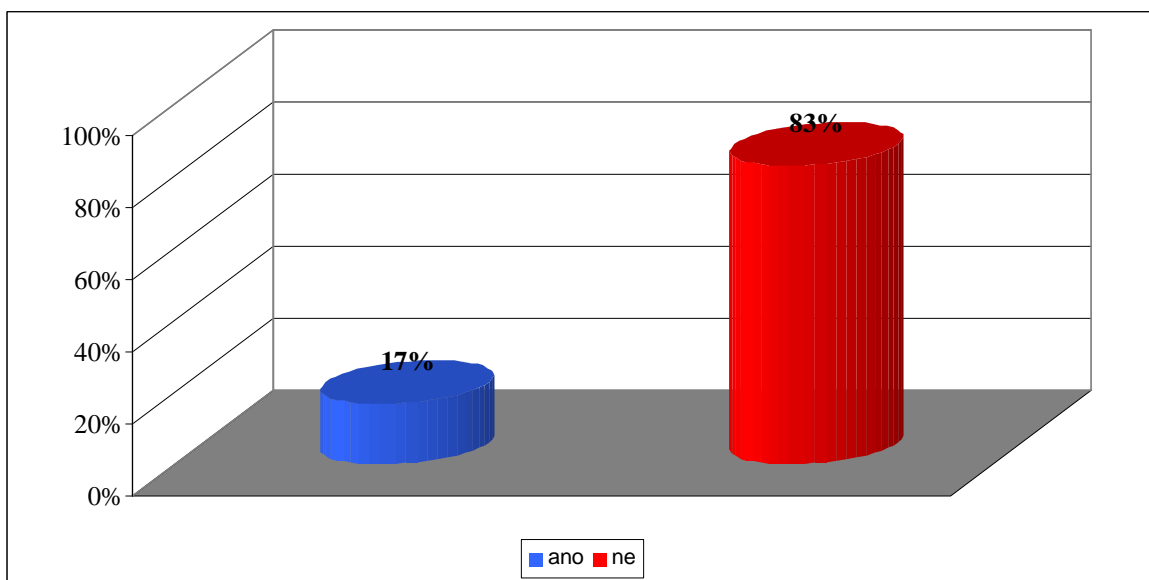
Položka v dotazníku - č. 13

Kará Vás váš rehabilitační pracovník? (Pokud odpovíte ano, napište za co nejčastěji.)

Tabulka č. 13 Nedostatky v rehabilitaci

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	10	17%
Ne	50	83%
Celkem	60	100%

Graf č. 13 Nedostatky v rehabilitaci



Z této otázky vyplynulo, že 50 (83%) respondentů jejich rehabilitační pracovník nekárá, a 10 (17%) respondentů uvádí, že je rehabilitační pracovník někdy kárá, nejčastěji za špatnou polohu dítěte při cvičení

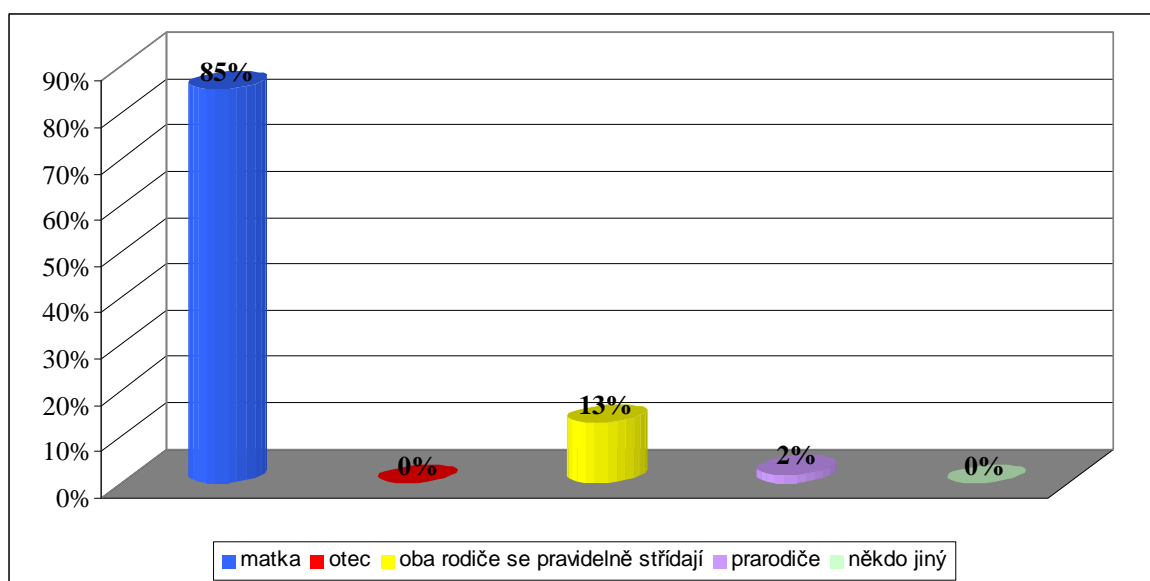
Položka v dotazníku - č. 14

Kdo s dítětem cvičí nejčastěji?

Tabulka č. 14 Respondenti, kteří s dítětem cvičí nejčastěji

Odpoověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Matka	51	85%
Otec	0	0%
Oba rodiče se pravidelně střídají	8	13%
Prarodiče	1	2%
Někdo jiný	0	0%
Celkem	60	100%

Graf č. 14 Respondenti, kteří s dítětem cvičí nejčastěji



Položka č. 14 zjišťovala, kdo s dítětem cvičí nejčastěji. Nejčastěji s dítětem cvičí matky, 51 (85%) respondentů, možnost, že by s dítětem cvičil jen otec, se nevyskytla, stejně tak jako varianta někdo jiný. Možnost, že se oba rodiče pravidelně střídají, uvedlo 8 (13%) respondentů a možnost prarodiče označil 1 (2%) respondent.

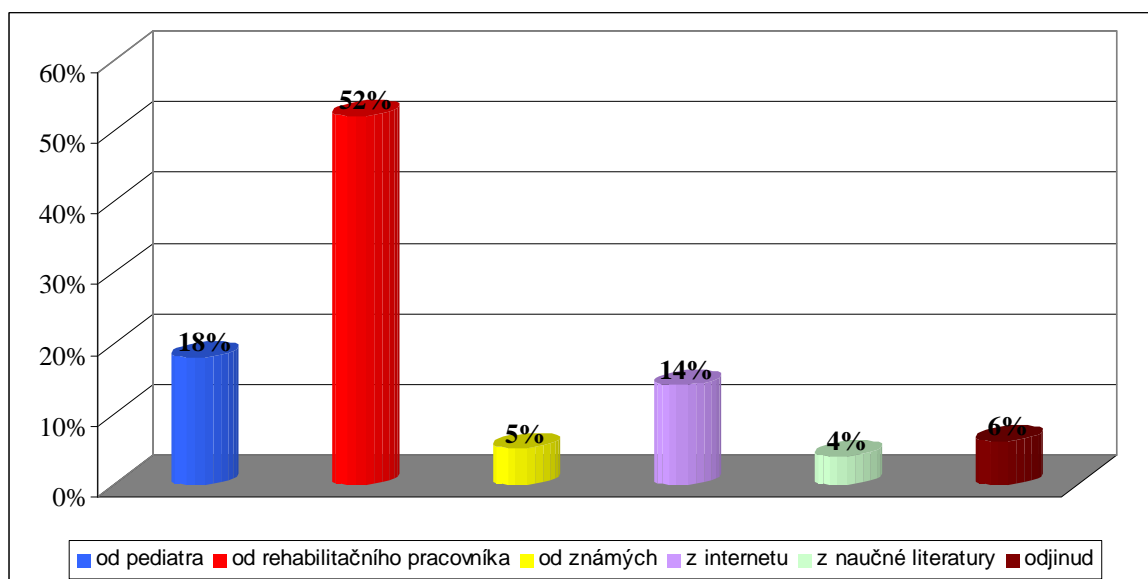
Položka v dotazníku - č. 15

Kde jste získal/a informace o Vojtově metodě? (Možno označit více odpovědí)

Tabulka č. 15 Hledání informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Od pediatra	17	18%
Od rehabilitačního pracovníka	48	52%
Od známých	5	5%
Z internetu	13	14%
Z naučné literatury	4	4%
Odjinud	6	6%
Celkem	93	100%

Graf č. 15 Hledání informací



Položka č. 15 zjišťovala, odkud dotazovaní respondenti získávali informace o Vojtově metodě. Nejvíce respondentů dostalo informace od rehabilitačního pracovníka a nejméně informací z naučné literatury.

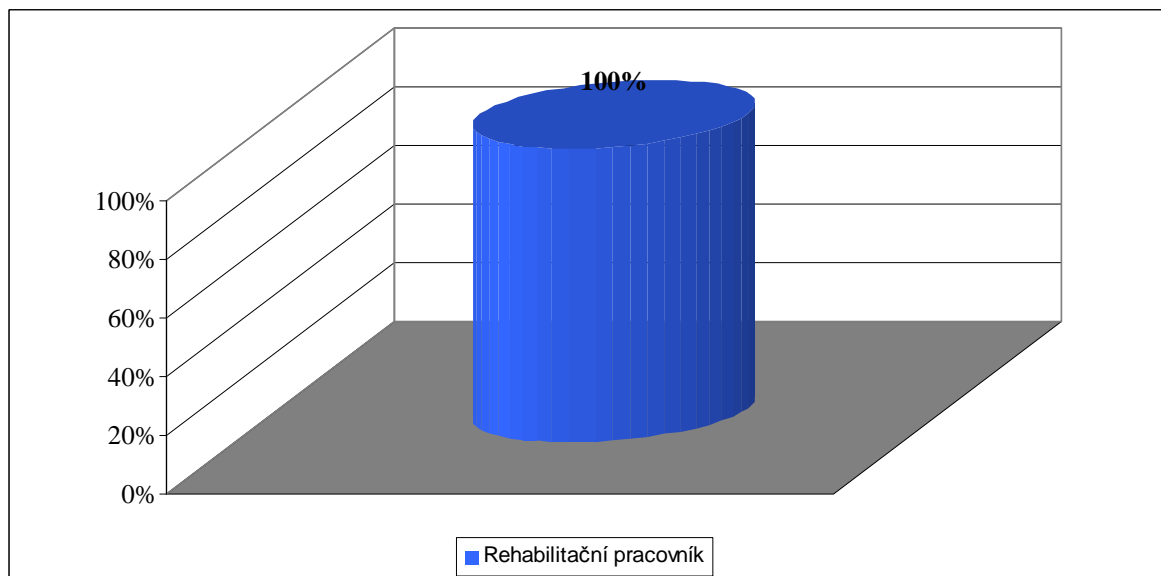
Položka v dotazníku - č. 16

Kdo Vám poskytl nejvíce informací o Vojtově metodě při začátku realizace cvičení u dítěte?

Tabulka č. 16 Informovanost respondentů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Rehabilitační pracovník	60	100%
Celkem	60	100%

Graf č. 16 Informovanost respondentů



Z této otázky vyplynulo, že všem (100%) respondentům poskytl nejvíce informací rehabilitační pracovník.

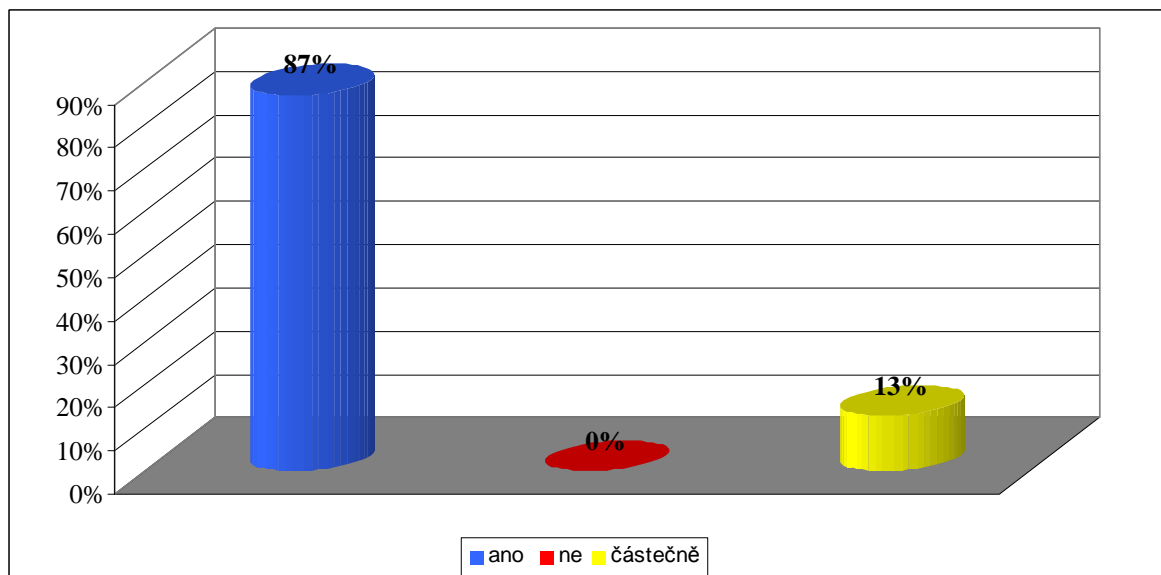
Položka v dotazníku - č. 17

Byly tyto informace dostatečně srozumitelné?

Tabulka č. 17 Srozumitelnost informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	52	87%
Ne	0	0%
Částečně	8	13%
Celkem	60	100%

Graf č. 17 Srozumitelnost informací



Položka č. 17 ukazuje, kolika respondentům byly informace dostatečně srozumitelné. Padesát dva (87%) respondentů udává, že jim byly informace dostatečně srozumitelné a 8 (13%) respondentů udává, že jim informace byly jen částečně srozumitelné, a nikomu z dotazovaných informace nebyly nesrozumitelné.

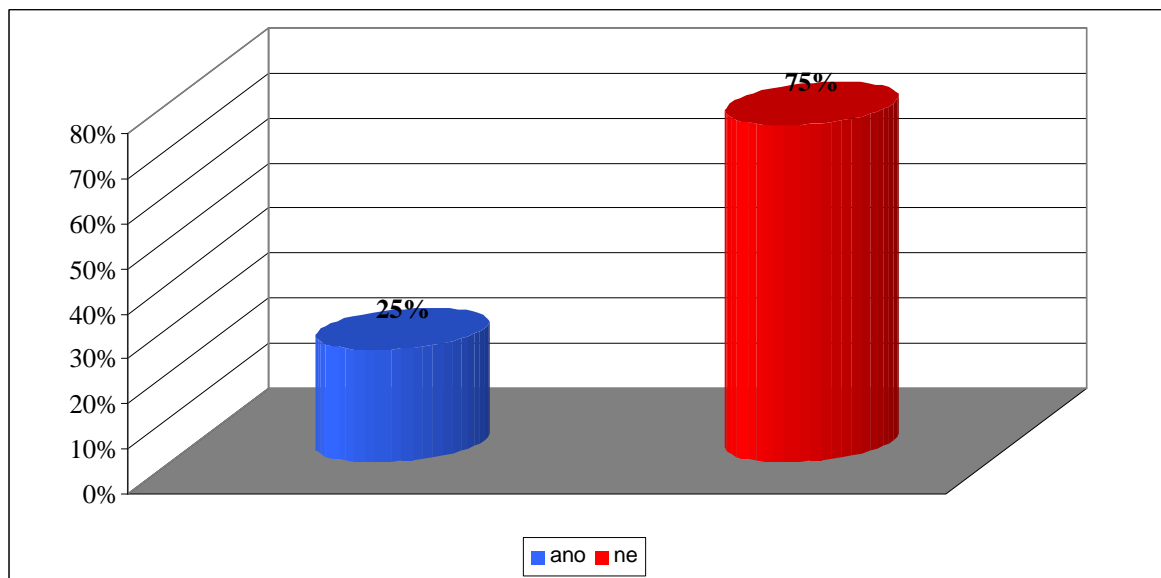
Položka v dotazníku - č. 18

Dostal/a jste od pediatra nebo rehabilitačního pracovníka nějaké informační materiály?

Tabulka č. 18 Informační materiály

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	25%
Ne	45	75%
Celkem	60	100%

Graf č. 18 Informační materiály



Z položky č. 18 vyplývá, že 45 (75%) respondentů nedostalo žádné informační materiály a jen 15 (25%) respondentů obdrželo nějaké informační materiály.

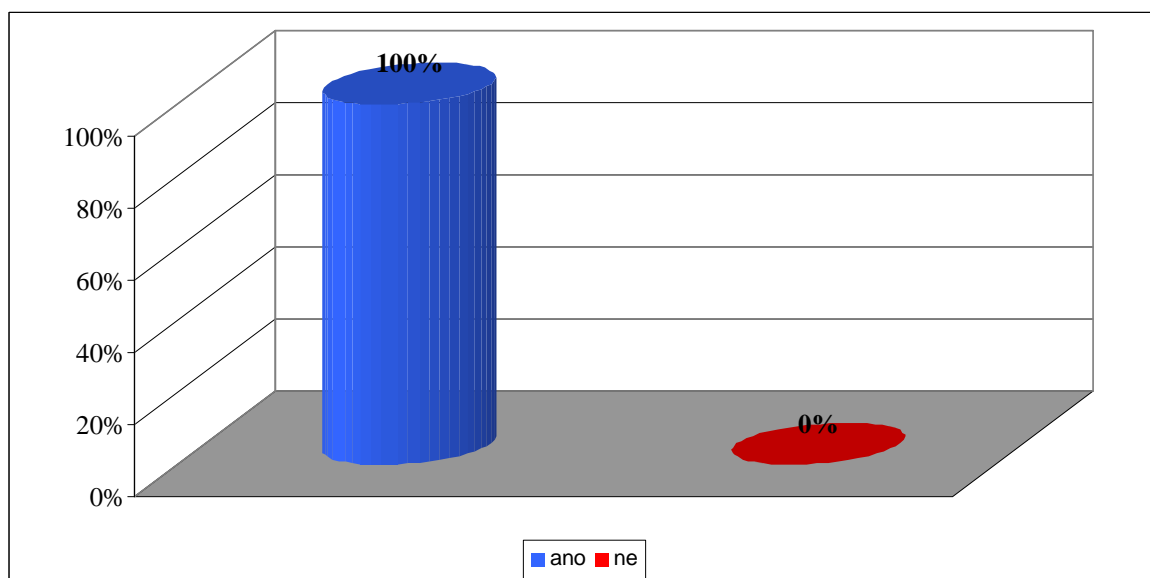
Položka v dotazníku - č. 19

Byly Vám tyto materiály dostatečně srozumitelné? (Odpovídáte pouze, zda-li jste v předěšlé otázce č. 18 označil/a – ano)

Tabulka č. 19 Srozumitelnost informačních materiálů

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	15	100%
Ne	0	0%
Celkem	15	100%

Graf č. 19 Srozumitelnost informačních materiálů



Položka č. 19 zjišťovala, zda-li jsou informační materiály dostatečně srozumitelné. Patnáct (100%) respondentů uvádí, že jim byly tyto informace dostatečně srozumitelné, a nikdo neoznačil možnost, že jim srozumitelné nejsou.

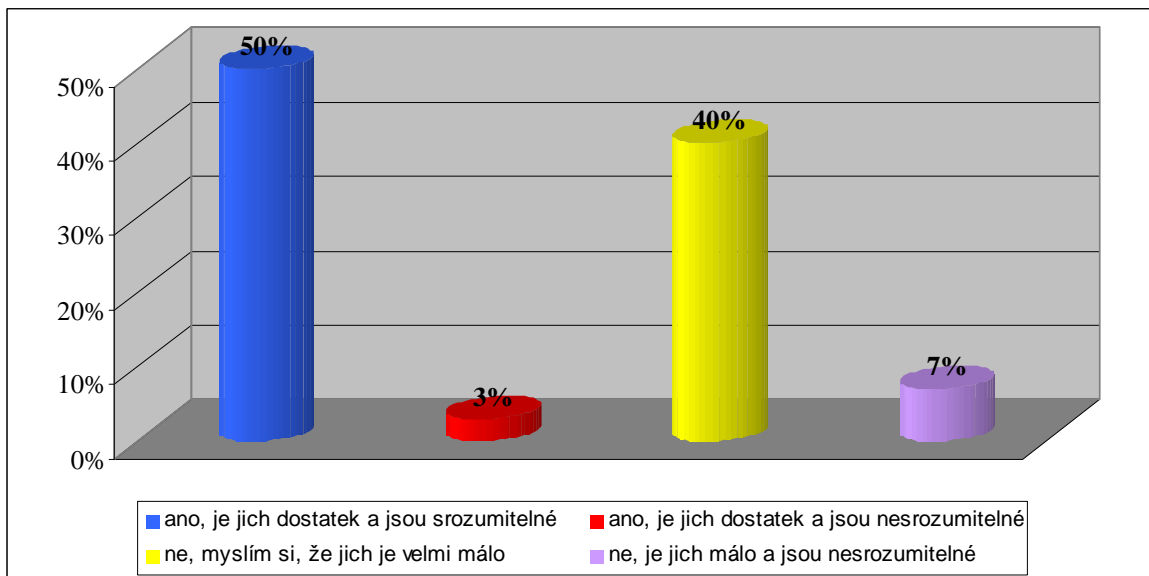
Položka v dotazníku - č. 20

Myslíte si, že je o Vojtově metodě dostatek srozumitelných informačních materiálů?

Tabulka č. 20 Dostatek srozumitelných informací

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano, je jich dostatek a jsou srozumitelné	30	50%
Ano, je jich dostatek a jsou nesrozumitelné	2	3%
Ne, myslím si, že jich je velmi málo	24	40%
Ne, je jich málo a jsou nesrozumitelné	4	7%
Celkem	60	100%

Graf č. 20 Dostatek srozumitelných informací



Položka č. 20 zjišťovala, zda-li je o Vojtově metodě dostatek srozumitelných informačních materiálů. Třicet (50%) respondentů uvádí, že jich je dostatek a jsou srozumitelné, 2 (3%) respondenti uvádí, že jich je dostatek a jsou nesrozumitelné. Dvacet čtyři (40%) respondentů udává, že informačních materiálů je velmi málo. Čtyři (7%) respondenti uvádí, že informačních materiálů je málo a navíc jsou nesrozumitelné.

4.4 Diskuze

Ve výzkumné části své bakalářské práce jsem se zaměřila na zjištění, jak rodina spolupracuje na rehabilitační léčbě Vojtovou metodou. Chtěla jsem zjistit, jak rodina zvládá rehabilitaci Vojtovou metodou. Pro výzkum jsem si zvolila dotazník, který jsme využila pro ověření svých cílů a hypotéz, které jsem si stanovila.

Pro výzkumnou část jsem si stanovila tyto cíle a hypotézy:

Cíl 1 – Zjistit, co činí rodině problémy při rehabilitační metodě Václava Vojty u svého dítěte.

Pro zjištění tohoto cíle bylo v dotazníku využito otázek č. 6, 9 a 10. Z dotazníků vyplynulo, že rodině na počátku rehabilitační léčby činil největší potíže pláč dítěte, 45% respondentů, po překonání začátků většina respondentů neudává žádné potíže, 65%, občasné potíže při cvičení udává 30% a přetrvávající potíže 5% respondentů. Respondenti, kteří udávají občasné a přetrvávající potíže, uvádí jako hlavní potíž při cvičení nespolupracování dítěte, 43% respondentů.

Cíl 2 – Zjistit, za jak dlouho zvládly rodiny techniku cvičení Vojtovy metody u svého dítěte.

Zde jsem předpokládala, že tři měsíce je příliš krátká doba na zvládnutí techniky Vojtovy metody, neboť se postupně přidávají nové cviky. Rehabilitační léčba Vojtovou metodou je dlouhodobá a záleží na každém jedinci, jak rychle ji zvládne. Stanovila jsem si hypotézu:

H1 - Rodiny nezvládly techniku cvičení u svého dítěte do tří měsíců.

Pro ověření této hypotézy bylo v dotazníku využito otázek č. 4 a 5. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že 55% respondentů si myslí, že tři měsíce jsou krátkou dobou na zvládnutí techniky cvičení Vojtovy metody. 42% respondentů uvádí, že techniku cvičení zvládli do půl roku.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Cíl 3 – Zjistit, zda rodiny dodržují pokyny rehabilitačních pracovníků při cvičení Vojtovy metody.

Myslím si, že rodiny se snaží dodržovat pokyny rehabilitačních pracovníků, mým cílem bylo zjistit, zda je tomu tak skutečně a jak přesně tyto pokyny dodržují. Pro zjištění tohoto cíle byly v dotazníku využity otázky č. 11, 12 a 13. Zjistila jsem, že rodiče většinou přesně dodržují pokyny rehabilitačního pracovníka. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že 82% respondentů přesně dodržuje instrukce rehabilitačního pracovníka. K tomu, zda-li je kárá rehabilitační pracovník, se přiznalo 17%, a to nejčastěji za špatné držení polohy dítěte. Četnost cvičení denně dodržuje 87% respondentů, nejvíce z nich cvičí s dítětem 3 x denně.

Cíl 4 – Zjistit, zda pohlaví, věk a vzdělání závisí na tom, kdo s dítětem cvičí Vojtovu metodu.

Domnívám se, že věk, pohlaví a vzdělání hraje roli při cvičení Vojtovy metody, že ženy se středoškolským vzděláním nad 30 let budou k této metodě přistupovat více odpovědně a budou se dítěti více věnovat. Stanovila jsem si hypotézu:

H 2 – Předpokládám, že cvičení s dítětem nejčastěji provádí ženy ve věku 31 – 35 let se středoškolským vzděláním s maturitou.

Pro zjištění této hypotézy bylo v dotazníku využito položek č. 1, 2, 3 a 14. V dotazníkovém šetření odpovídalo celkem 93 % žen a 7% mužů. Ženy provádí rehabilitaci bez pomoci mužů v 85%. Nejpočetnější skupinou byla věková kategorie 31- 35 let (42% respondentů). 42% respondentů mělo také dosažené středoškolské vzdělání s maturitou.

Zjistila jsem, že nejčastěji se věnují rehabilitaci dítěte ženy ve věku 31 – 35 let se středoškolským vzděláním s maturitou

Hypotéza č. 2 se potvrdila

Cíl 5 – Zjistit, zda bylo pro rodiče náročnější zvládnout cvičení s dítětem fyzicky nebo psychicky.

V dotazníku bylo také zjišťováno, zda-li rodičům činí větší potíže zvládnutí Vojtovy metody fyzicky nebo psychicky a co konkrétně jim dělalo největší potíže. Pro zjištění tohoto cíle bylo v dotazníku využito otázek č. 7 a 8. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že při cvičení Vojtovy metody činí rodině stejné potíže psychická i fyzická stránka - 43% respondentů. Avšak na otázku ,co konkrétně jim činilo potíže odpovědělo 58% respondentů, že pláč dítěte.

Cíl 6– Zjistit, zda byl rodinám poskytnut dostatek srozumitelných informací a kde tyto informace získaly.

Mým cílem proto bylo zjistit, zda rodinám byl poskytnut dostatek informací, od koho tyto informace získaly a zda-li obdržely nějaké informační materiály. Pro zjištění tohoto cíle bylo v dotazníkovém šetření využito otázek č. 15, 16, 17, 18, 19 a 20. Z výsledků dotazníku vyplynulo, že 52% respondentů získalo informace o Vojtově metodě od rehabilitačního pracovníka. Při začátku realizace cvičení 100% respondentům poskytl informace rehabilitační pracovník. Tyto informace byly 87% respondentům dostatečně srozumitelné. Jen 25% respondentů dostalo nějaké informační materiály a ty byly 100% respondentů srozumitelné. 50% respondentů se domnívá, že informačních materiálů je dostatek a jsou srozumitelné.

Cíl 7 - Zpracování letáčku na podporu Vojtovy metody.

Jako praxeologické opatření jsem vytvořila návrh letáčku, který by mohl upozornit rodiče na tuto metodu, její účinky a srozumitelné informace o ní.

ZÁVĚR

Vojtova metoda je diagnostický a terapeutický systém, který je velmi důležitou součástí při léčbě motorických postižení. Má tři základní body: vývojovou kineziologii, diagnostiku a samotnou terapii dle Vojty. Princip terapie je dráždění spoušťových zón sloužících k vyvolání automatických lokomočních pohybů. Základem jsou dva pohybové prvky, reflexní plazení a reflexní otáčení, jsou to tzv. globální vzory, neboť se aktivují všechny příčně pruhované svaly v určitých sehraných souvislostech. Centrální nervový systém se těchto vzorců účastní od nejnižších až po své nejvyšší řídicí roviny. Vojtova metoda odhaluje chyby ve vývoji dítěte a pomáhá jeho správnému vývoji. Využívá se jí nejvíce při rehabilitaci dětí s mozkovou obrnou. Ale aplikuje se i u jiných onemocněních, nejen u dětí, ale i u dospělých.

Pokud se rodiče budou řádně věnovat rehabilitační léčbě dle Vojty, mohou tím pomoci svému dítěti k normálnímu vývoji, nebo alespoň ke zlepšení kvality života. Cílem mé práce bylo zjistit a vyhodnotit, jak rodina spolupracuje při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. V teoretické části jsem se zabývala základními principy Vojtovy metody, využitím metody v praxi a dětskou mozkovou obrnou, u které se nejvíce využívá. V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zjistila, jak se rodina zapojuje do rehabilitace a co jí činí největší potíže. Analýzou jsem zjistila, že se do rehabilitace nejvíce zapojují ženy (matky), které se snaží dodržovat pokyny rehabilitačních pracovníků. Nejvíce odrazující při rehabilitaci je pláč dítěte, který negativně působí na psychiku cvičícího. Nejhorší je začátek, ale důležité je vytrvat v rehabilitaci a uvědomit si, že tím dávají dítěti naději na lepší život.

Bakalářská práce pro mne byla velkým přínosem. Díky ní jsem se dověděla spoustu nových informací a podrobněji jsem se seznámila s touto rehabilitační metodou. Věřím, že se mi tyto znalosti budou hodit v praxi, neboť pracuji jako sestra na traumatologii, kde se této metody může využívat u některých klientů, a nyní jsem schopna jim vysvětlit základní principy a co to bude pro ně obnášet. Informace jsem získávala z odborné literatury a od rehabilitačních pracovníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, ., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vydání. Brno: NCO NZO, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
- [2] HALADOVÁ, E., a kol. *Léčebná tělesná výchova – cvičení*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. 135s. ISBN 80-7013-236-1.
- [3] LESNÝ,I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1985. 236s. ISBN 08-088-85.
- [4] O'CALLAGHAN, CH., STEPHENSON, T. *Pediatric do kapsy*. Praha: Grada, 1995. 418s. ISBN 80-7169-101-1.
- [5] PFEIFFER,J. *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada, 2006. 352s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- [6] SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. 364s. ISBN 80-247-0623-7.
- [7] TROJAN,S., DRUGA,R., PFEIFFER,J., VOTAVA,J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2005. 240s. ISBN 80-247-1296-2.
- [8] VOJTA,V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Včasná diagnóza a terapie*. Praha: Grada a Avicenum, 1993. 384s. ISBN 80-85424-98-3.
- [9] VOJTA,V. *Vojtův princip.Svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze*. Praha: Grada, 1995. 181s. ISBN 80-7169-004-X.

ČASOPISY

- [10] Kovačičová, V. Co je to Vojtova metoda - I.část. *Sestra*, 2000, ročník 10, č.2, s.14.
ISSN 1210-0404
- [11] Kovačičová, V. Co je to Vojtova metoda - II.část. *Sestra*, 2000, ročník 10, č.3, s. 9-10.
ISSN 1210-0404

[12] Kovačičová, V. Co je to Vojtova metoda - závěrečná část. *Sestra*, 2000, ročník 10, č.4, s. 7. ISSN 1210-0404

[13] Vařeka, I. Vojtova reflexní lokomoce a vývojová kineziologie. *Rehabilitácia*, 2000, Ročník 33, č. 4, s. 196-200. ISSN 0375-0922

INTERNETOVÉ ZDROJE

[14] RL- Corpus [online]. [http:// www.rl-corporus.cz/](http://www.rl-corporus.cz/) 10.4.2010

[15] RL-Corpus [online]. http://www.rl-corporus.cz/prof_Vojta.htm/ 8.4.2010

[16] Vojtova společnost [online] <http://www.vojtovaspolecnost.cz/vv.php> 8.4.2010

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

Prof. Profesor

MUDr. Doktor medicíny

DMO Dětská mozková obrna

RTG Rentgen

SEZNAM OBRÁZKŮ: OBRÁZEK LETÁKU

Vojtova Metoda

Darujte svému dítěti kvalitní
život, potom i ono bude mít
důvod k smíchu

Rehabilitační ambulance
kde se provádí Vojtova
metoda najdete
v každém větším městě.

Nemoci u kterých se
využívá Vojtova
metoda:

Dětská mozková obrna
Paréza brachiálního plexu
Skolióza
Ortopedické vady
hrudníku
Pes equinovarus
Rozštěp páteře
Tortikolis



Necvičte Vojtovu
metodu sami nebo
podle přátel, každé
dítě je individuální
a potřebuje něco
jiného. Odborný
dohled je nezbytný.

Informace o Vojtově metodě
Vám poskytne:

- *Pediatr*
- *Rehabilitační pracovník*

Dostatek informací také
najdete na internetu:

www.rl-corpus.cz

www.babyonline.cz

Autor : Trnavská Ivana

Zdroje : RL- Corpus [online]. [http:// www.rl-corpus.cz/](http://www.rl-corpus.cz/) 20.5.2010

Dotazníkové šetření

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk respondentů	41
Tabulka č. 2 Věk respondentů	42
Tabulka č. 3 Vzdělání respondentů	43
Tabulka č. 4 Zvládnutí Vojtovy metody	44
Tabulka č. 5 Zvládnutí Vojtovy metody	45
Tabulka č. 6 Nejnáročnější věci při prvním cvičení	46
Tabulka č. 7 Zvládání Vojtovy metody	47
Tabulka č. 8 Největší potíže po psychické nebo fyzické stránce	48
Tabulka č. 9 Potíže při cvičení Vojtovy metody v současnosti	49
Tabulka č. 10 Co Vám dělá potíže při cvičení v současnosti	50
Tabulka č. 11 Četnost cvičení s dítětem	51
Tabulka č. 12 Dodržování instrukcí při cvičení	52
Tabulka č. 13 Nedostatky v rehabilitaci	53
Tabulka č. 14 Respondenti kteří s dítětem cvičí nejčastěji	54
Tabulka č. 15 Hledání informací	55
Tabulka č. 16 Informovanost respondentů	56
Tabulka č. 17 Srozumitelnost informací	57
Tabulka č. 18 Informační materiály	58
Tabulka č. 19 Srozumitelnost informačních materiálů	59
Tabulka č. 20 Dostatek srozumitelných informací	60

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Věk respondentů	41
Graf č. 2 Věk respondentů	42
Graf č. 3 Vzdělání respondentů	43
Graf č. 4 Zvládnutí Vojtovy metody	44
Graf č. 5 Zvládnutí Vojtovy metody	45
Graf č. 6 Nejnáročnější věci při prvním cvičení	46
Graf č. 7 Zvládání Vojtovy metody	47
Graf č. 8 Největší potíže po psychické nebo fyzické stránce	48
Graf č. 9 Potíže při cvičení Vojtovy metody v současnosti	49
Graf č. 10 Co Vám dělá potíže při cvičení v současnosti	50
Graf č. 11 Četnost cvičení s dítětem	51
Graf č. 12 Dodržování instrukcí při cvičení	52
Graf č. 13 Nedostatky v rehabilitaci	53
Graf č. 14 Respondenti kteří s dítětem cvičí nejčastěji	54
Graf č. 15 Hledání informací	55
Graf č. 16 Informovanost respondentů	56
Graf č. 17 Srozumitelnost informací	57
Graf č. 18 Informační materiály	58
Graf č. 19 Srozumitelnost informačních materiálů	59
Graf č. 20 Dostatek srozumitelných informací	60

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Prof. Václav Vojta

Příloha II: Dotazník

Příloha III : Žádosti o dotazníkové šetření

PŘÍLOHA I: PROF. VÁCLAV VOJTA



PŘÍLOHA II: DOTAZNÍK

Vážení respondenti,

jmenuji se Ivana Trnavská, jsem studentkou 3. ročníku Ošetřovatelství na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, oboru Všeobecná sestra. V rámci zpracování bakalářské práce „**Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou**“ provádím výzkumné šetření. Obracím se proto na Vás s prosbou o pravdivé vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní. Veškeré údaje budou použity jen pro zpracování této bakalářské práce. U otázek vyberte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Svoji odpověď označte křížkem. U některých otázek je volné místo na doplnění odpovědi.

Děkuji za Váš čas který jste dotazníku věnovali

Ivana Trnavská.

1. Pohlaví

- muž
- žena

2. Věk

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

3. Dosažené nejvyšší vzdělání

- nedokončené základní
- základní
- vyučen/a bez maturity
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

4. Myslíte si, že tři měsíce je dostatečně dlouhá doba pro zvládnutí Vojtovy metody?

- ano
- ne

5. Za jak dlouhou dobu jste zvládl/a cvičení Vojtovy metody?

- do jednoho měsíce
- do dvou měsíců
- do tří měsíců
- do půl roku
- za více než půl roku

6. Co bylo pro Vás při prvním cvičení nejnáročnější?

.....
.....

7. Bylo pro Vás náročnější zvládnout Vojtovu metodu

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

8. Napište, co Vám činilo největší potíže po psychické nebo fyzické stránce.

.....
.....

9. Činí Vám cvičení Vojtovy metody potíže i nyní?

- ano
- občas
- ne

10. Uved'te prosím, co Vám dělá potíže (odpovídáte pouze, zdali jste v otázce č.9 odpověděli ano nebo občas).

.....
.....

11. Jak často s dítětem cvičíte?

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

12. Dodržujete při cvičení s dítětem instrukce rehabilitačního pracovníka?

- přesně dodržuji instrukce
- pouze částečně dodržuji instrukce
- občas nedodržuji dané instrukce
- téměř nikdy nedodržuji dané instrukce

13. Kárá Vás váš rehabilitační pracovník?

- ano (*napište, za co nejčastěji*)
- ne

14. Kdo s dítětem cvičí nejčastěji?

- matka
- otec
- oba rodiče se pravidelně střídají
- prarodiče (*napište, který z nich*).....
- někdo jiný (*napište kdo*).....

15. Kde jste získal/a informace o Vojtově metodě? (možno označit více odpovědí)

- od pediatra
- od rehabilitačního pracovníka
- od známých
- z internetu
- z naučné literatury
- odjinud (*napište odkud*)

16. Kdo Vám poskytl nejvíce informací o Vojtově metodě při začátku realizace cvičení u dítěte?

.....

17. Byly tyto informace dostatečně srozumitelné?

- ano
- ne
- částečně

18. Dostal/a jste od pediatra nebo rehabilitačního pracovníka nějaké informační materiály?

- ano
- ne

19. Byly Vám tyto materiály dostatečně srozumitelné? (Odpovídáte pouze, zdali jste v předešlé otázce č.18 označil/a – ano.)

- ano
- ne (napište, co bylo nesrozumitelné)

20. Myslíte si, že je o Vojtově metodě dostatek srozumitelných informačních materiálů?

- ano, je jich dostatek a jsou srozumitelné
- ano, jejich dostatek, ale jsou nesrozumitelné
- ne, myslím si, že jich je velmi málo
- ne, je jich málo a jsou nesrozumitelné

Místo pro jiná sdělení, čemu jste nerozuměl/a a co byste rád/a sdělil/a.

.....
.....
.....
.....

PŘÍLOHA III : ŽÁDOSTI O DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ




ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

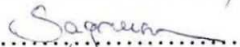
Jméno a příjmení studenta	Ivana Trnavská
Téma bakalářské práce	Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou
Skupina respondentů	Rodiny a příbuzní dětí u kterých je prováděna rehabilitační léčba Vojtovou metodou.
Pracoviště	Rehabilitační stacionář Nivy Zlín Žlabová 1590, Nivy-Zlín 76001

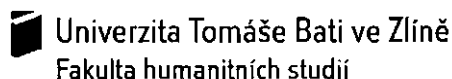
Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 22. 5. 2010


Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství


Rehabilitační stacionář
Žlabová 1590, 760 01 Zlín
IČ 00283924 DIČ CZ00283924


razítko a podpis zástupce zařízení



ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění vyplnění dotazníků na Vašem pracovišti, které níže uvedený student bude realizovat při zpracování bakalářské práce. Bakalářská práce bude realizována v rámci ukončení studia a její součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Ivana Trnavská
Téma bakalářské práce	Spolupráce rodiny při rehabilitační léčbě Vojtovou metodou
Skupina respondentů	Rodiny a příbuzní dětí u kterých je prováděna rehabilitační léčba Vojtovou metodou
Pracoviště	Rehabilitační oddělení, Nemocnice Šternberk o.z Jívavská 20 Šternberk 78501

Ve Zlíně dne 1.4.2010

Mgr. Jitka Laholová
ředitelka Ústavu ošetrovatelství

Středomoravská nemocniční a.s.
NEMOCNICE ŠTERNBERK o.z.
Rehabilitační oddělení
Prim. MUDr. Alice Študlová Marie Nasvetrová

razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail: klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

