

# **Vojtova metoda pro nedonošené děti z pohledu rodičů**

Tereza Eliášová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Eliášová**  
Osobní číslo: **H12673**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Vojtova metoda pro nedonošené děti z pohledu rodičů**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury a zpracování rešerše.**  
**Stanovení a formulace cílů práce.**  
**Volba výzkumné metody a výběr vhodné skupiny respondentů.**  
**Realizace výzkumného šetření.**  
**Zpracování, hodnocení a interpretace získaných dat.**  
**Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DITTRICHOVÁ, Jaroslava, PAPOUŠEK, Mechthild a Karel PAUL. Chování dítěte raného věku a rodičovská péče. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 188 s. ISBN 80-247-0399-8.

HORNBY G. & L. J. Woodward. Educational Needs Of School-Aged Children Born Very And Extremely Preterm: A review. Educational Psychology Review, 2009. 247. ProQuest database.

JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK. Neonatologie. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 575 s. ISBN 978-80-204-2994-0.

ORTH, Heidi. Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi. 1. vyd. České Budějovice: Kopp, 2009. 216 s. ISBN 978-80-7232-378-4.

SOBOTKOVÁ, Daniela a Jaroslava DITTRICHOVÁ. Narodilo se s problémy, a co bude dál? Vyd. 1. Praha: Triton, 2009. 106 s. ISBN 978-80-7287-141-3.


VOJTA, Václav a Annegret PETERS. Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 2010, 180 s. ISBN 978-80-247-2710-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Kateřina Žárská**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **8. ledna 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **20. května 2016**

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016

  
doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

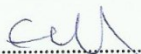
Beru na vědomí, že

- o 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 <sup>1)</sup>;
- o beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- o 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 <sup>2)</sup>;
- o podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- o podle § 60 <sup>3)</sup> 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);
- o 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

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

Ve Zlíně ..... 29.2. 2016 .....



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 nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem 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 se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdaním 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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-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 vzdělávacímu 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). *Odprá-ří-li autor takového díla udělit svolení bez váz-ného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu 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 oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou Vojtovy metody. Je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části je část věnovaná novorozencům, jejich klasifikaci, problematice nedonošených dětí. V další části jsou obsaženy informace o Vojtově metodě, jejím principu, indikaci a diagnostice, ale také stručný přehled věnovaný psychomotorickém vývoji zdravého dítěte. Obsahem druhé části je výzkum kvantitativní, tvořený dotazníkovým šetřením a kvalitativní, který představují rozhovory. Výzkumu se zúčastnili rodiče, kteří na svých dětech aplikovali rehabilitaci doktora Vojty. Cílem je zjištění společných faktorů vyskytujících se u rodičů cvičících Vojtovu metodu a zároveň zaměření se na rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty a rodičů, kteří byli tzv. “pozorovateli“

Klíčová slova: nedonošení novorozenci, Vojtova metoda, psychomotorický vývoj dítěte, reflexní lokomoce

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the matter of Vojta method. The thesis is divided into two parts, the theoretical and practical. The theoretical part concerns the newborns, their classification and the issue of premature infants. The practical part is focused on the Vojta method, its principle, indication and diagnosis. Moreover, the overview of psycho-motor function of health children is being discussed. The practical part also concentrates on quantitative research based on the questionnaire survey and qualitative research according to the interviews. The research were participated by the parents who have been using the rehabilitation of doctor Vojta. The main objective of the thesis is to determine the common factors occurring at the parents using Vojta method and at the same time to concentrate on the differences of perceptions between parents making use of rehabilitation in accordance with doctor Vojta and parents who were just observers.

Key words: premature newborns, Vojta method, psycho-motor, psycho-motor development of a child, reflex locomotion

Ráda bych poděkovala magistře Kateřině Žárské za odborné vedení mé práce, velkou podporu, cenné rady a připomínky. Poděkování dále patří úžasné fyzioterapeutce Martině Kovaříkové, která mi pomohla svým odborným zhodnocením. Další nemalé díky patří mým přátelům a rodině, zejména mojí dceři, která podnítila můj zájem o Vojtovu rehabilitaci.

*Bud' změnou, kterou chceš ve světě vidět.*

*Mahátmá Gándhí*

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

## OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>1 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEK</b> .....                                  | <b>13</b> |
| 1.1 NOVOROZENEK A PÉČE O NĚJ.....                                      | 13        |
| 1.2 KLASIFIKACE NOVOROZENÝCH DĚTÍ .....                                | 14        |
| 1.3 PÉČE O NEDONOŠENÉHO NOVOROZENCE .....                              | 15        |
| 1.3.1 Komplikace po porodu .....                                       | 17        |
| 1.3.2 Propuštění domů.....   | 17        |
| <b>2 VOJTOVA TERAPIE</b> .....   | <b>19</b> |
| 2.1 VOJTŮV PRINCIP .....   | 19        |
| 2.2 MOTORICKÝ VÝVOJ .....  | 20        |
| 2.2.1 První trimenon.....  | 21        |
| 2.2.2 Druhý trimenon .....   | 22        |
| 2.2.3 Třetí trimenon.....  | 22        |
| 2.2.4 Čtvrtý trimenon .....  | 23        |
| 2.3 INDIKACE A DIAGNOSTIKA.....  | 23        |
| <b>3 VOJTOVA METODA U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ Z POHLEDU<br/>RODIČŮ</b> ..... | <b>25</b> |
| 3.1 TERAPIE .....  | 25        |
| 3.1.1 Reflexní lokomoce .....  | 26        |
| 3.1.1.1 Reflexní plazení .....   | 27        |
| 3.1.1.2 Reflexní otáčení .....   | 28        |
| 3.1.1.3 První pozice .....   | 30        |
| 3.2 SPOLUPRÁCE PŘI CVIČENÍ.....  | 30        |
| 3.3 NÁROČNOST PRO DÍTĚ .....   | 31        |
| 3.4 NÁROČNOST PRO RODIČE .....   | 32        |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>4 METODIKA PRÁCE</b> .....  | <b>35</b> |
| 4.1 CÍLE PRÁCE .....   | 35        |
| 4.2 CÍLOVÁ SKUPINA .....   | 36        |
| 4.3 PODMÍNKY VÝZKUMU .....   | 37        |
| <b>5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ</b> .....                                     | <b>38</b> |



|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 5.1      | STÁŘÍ ŽEN V DOBĚ PORODU .....                   | 38        |
| 5.2      | GESTAČNÍ TÝDEN NAROZENÍ DÍTĚTE .....            | 39        |
| 5.3      | VÁHA DÍTĚTE .....                               | 40        |
| 5.4      | PRŮBĚH PORODU .....                             | 41        |
| 5.5      | ZAČÁTEK CVIČENÍ .....                           | 42        |
| 5.6      | ČETNOST CVIČENÍ VOJTOVY METODY .....            | 43        |
| 5.7      | DĚLKA CVIČENÍ VOJTOVY METODY .....              | 44        |
| 5.8      | OBTÍŽE PŘI CVIČENÍ .....                        | 45        |
| 5.9      | PŘEKONÁNÍ PŘEKÁŽEK PŘI CVIČENÍ .....            | 46        |
| 5.10     | INFORMOVANOST O VOJTOVĚ METODĚ .....            | 47        |
|          | KOMENTÁŘ: .....                                 | 47        |
| 5.11     | VNÍMÁNÍ ÚČINNOSTI .....                         | 48        |
| 5.12     | ANAMNÉZA RODIČEK .....                          | 49        |
| 5.13     | CVIČENÍ S DÍTĚTEM .....                         | 50        |
| 5.14     | PRVNÍ POCITY .....                              | 52        |
| 5.15     | POCITY PO PRVNÍM CVIČENÍ .....                  | 53        |
| 5.16     | VNÍMÁNÍ SPOLUPRÁCE .....                        | 55        |
| 5.17     | PRŮBĚH CVIČENÍ DOMA .....                       | 56        |
| 5.18     | NÁROČNOST CVIČENÍ .....                         | 58        |
| 5.19     | VZTAH S DÍTĚTEM .....                           | 59        |
| 5.20     | VNÍMÁNÍ ÚČINNOSTI TERAPIE .....                 | 60        |
| 5.21     | ROZHODNUTÍ .....                                | 61        |
| <b>6</b> | <b>DISKUZE .....</b>                            | <b>62</b> |
| 6.1      | ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT .....                     | 62        |
| 6.2      | DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....                      | 64        |
| 6.3      | POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ .....                        | 65        |
| <b>7</b> | <b>ZÁVĚR .....</b>                              | <b>67</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>          | <b>69</b> |
|          | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b> | <b>72</b> |
|          | <b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>                     | <b>73</b> |
|          | <b>SEZNAM TABULEK .....</b>                     | <b>74</b> |
|          | <b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>                      | <b>75</b> |

## ÚVOD

V rámci své vysokoškolské praxe v perinatologickém centru KNTB Zlín, jsem měla možnost asistovat při příchodu na svět spousty nedonošených dětí na porodním sále. Ve druhém ročníku svého vysokoškolského studia jsem otěhotněla. Porodila jsem holčičku lehce nedonošenou, narozenou ve 35. týdnu. Těhotenství, porod a následná péče o dítě pro mě byly nejlepší praxí. Již v porodnici, den po porodu jsem si začala uvědomovat obrovskou zodpovědnost. Péče o dítě je velmi náročná a jako důsledná prvorodička jsem se snažila všechno dělat správně. Ačkoliv naše děťátko bylo jen lehce nedonošené, řešili jsme zdravotní problémy s trávením, silnou žloutenkou, oboustrannou tříselnou kýlou a srdeční problémy. Ani jsem netušila, jak moc je pro hormonálně nevyrovnanou matku náročné skloubit všechny kontroly, péči o dítě a péči o domácnost. Vojtovu metodu jsme začali cvičit dva měsíce po porodu, kvůli slabé břišní stěně a predilekci. Rehabilitace pro mě byla velmi náročná, jak fyzicky, tak psychicky. Nejtěžší byla časová náročnost a fyzické vyčerpání.

Téma Vojtovy metody je mi velmi blízké a zajímalo mne, jak tuto terapii vnímají ostatní rodiče - její úskalí, její náročnost a účinnost. Také mne zajímalo, co rodičům cvičícím Vojtovu terapii pomáhalo překonávat problémy, jestli cvičili poctivě, atd. Setkala jsem se i s názory, že terapie může narušit vzájemný vztah matky a dítěte a chtěla jsem zjistit více informací o této problematice.

Práce je rozdělena na teoretickou část a část praktickou. V teoretické části jsem charakterizovala novorozence, péči o novorozence, dále jsem se věnovala klasifikaci novorozence, charakteristickou péči o nedonošeného novorozence, komplikace, které obvykle postihují nedonošené děti po porodu a podmínky propuštění nedonošeného novorozence domů. Věnovala jsem se také terapii podle doktora Vojty, jejím principem, v jakých případech je indikovaná a diagnostikovaná. V této části jsem zmínila také správný psychomotorický vývoj, který je nutný k diagnostice rehabilitace. Soustředila jsem se také na důležitost spolupráce při rehabilitaci a náročnost postihující dítě i rodiče. Terapii podle doktora Vojty jsem popsala a názorně zobrazila pomocí obrázků.

Svou bakalářskou práci bych doporučila jako studijní materiál pro budoucí porodní asistentky, studentky a také pro rodiče, kteří hledají informace o cvičení Vojtovy metody pro nedonošené děti.

Praktická část navazuje na problematiku zmiňovanou v teoretické části práce. Rozdělila jsem ji do dvou částí. První tvoří dotazníkové šetření a druhou polostrukturované rozhovory. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 102 respondentů, kteří cvičili se svými dětmi rehabilitaci podle doktora Vojty. Rozhovory mi poskytlo 10 párů, kteří měli doma nedonošené dítě, se kterým cvičení absolvovali.

Hlavním cílem práce je zjistit společné faktory vyskytující se u rodičů cvičících Vojtovu metodu a zároveň se zaměřuji na rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili podle Vojtovy metody.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 NEDONOŠENÝ NOVOROZENEC

Péči o novorozené děti se zabývá medicínský obor neonatologie, který zprostředkovává komplexní péči o novorozené dítě, zabezpečuje poporodní adaptaci, ošetřuje komplikace v souvislosti s porodem, pečuje o děti s vrozenými vývojovými vadami a stará se o extrémně nezralé novorozence na hranici životaschopnosti - viability. V České republice existuje 12 perinatologických center. V roce 1994 byly ustanoveny regionální perinatologická centra a síť perinatologických center intermediární péče - péče pro děti nad 1500 g a dle Straňáka (Janota, Straňák, 2015, s. 92) došlo k význačnému zlepšení výsledků. Základem perinatologie je vzájemná mezioborová spolupráce gynekologicko-porodnická a neonatologická. Cílem je zkvalitnění péče o těhotné ženy a jejich děti. (Viz příloha č. 1) (Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2016)

### 1.1 Novorozenec a péče o něj

Fyziologický novorozenec, porozený ve 38. až 42. týdnu gravidity, je po porodu ošetřen porodní asistentkou nebo dětskou sestrou. Patologického nebo nedonošeného novorozence ošetřuje neonatolog nebo pediatr společně s dětskou sestrou. První ošetření zahrnuje zamezení ztrátám tepla, označení dítěte, ošetření pupečníku, změření teploty těla a zvážení, oblečení novorozence, zavedení dokumentace a přiložení k prsu matky. Lékaři také zhodnotí postnatální adaptaci dítěte a prohlédnou ho pro vyloučení vrozených vývojových vad. Poporodní adaptace se vyjadřuje za 1, 5 a 10 minut po porodu tzv. Apgar score. Hodnotí se srdeční akce, dýchání, svalový tonus, reflexní reaktivita, barva kůže. Každý projev se hodnotí 0-2-ma body, po sečtení je nejvyšší AS 10 (viz příloha č.2 ) (Dort, 2013, s. 13, 14). Kudela (2011, s. 260) uvádí, že fyziologický novorozenec má Apgar score 7-10, 4-5 určuje střední depresi a 0-3 mají novorozenci s těžkou porodní asfyxií.

Dvě hodiny po porodu se na porodním sále monitorují vitální funkce dítěte. Straňák (Janota, Straňák, 2015, s. 496) vytyčuje, že hodnoty vitálních funkcí jsou vázané na gestační stáří dítěte. Kudela (2011, s. 261) dodává, že teplota okolí pro nahé novorozené dítě musí být v rozmezí od 32 do 34 ° C, dítěti ihned po porodu klesá prudce teplota - o 0,10 ° C v rektu za 1 minutu. Novorozenec se fyzikálně vyšetřuje posouzením spontánních projevů, charakterem kůže, hlavy, krku, hrudníku, břicha, genitálu, končetin a vyšetřením nervového systému. Mezi spontánní projevy zahrnuje chování při krmení, reakci na manipulování s dítětem, pohybovou aktivitu, režim spánku. (Janota Straňák, 2015, s. 497). Dále se u no-

vorozených dětí provádí povinná screeningová vyšetření pro včasné odhalení vrozených vývojových vad. Podle Lišky (Čech, 2006, s. 166) se provádí vyšetření fenylketonurie, screening kongenitální hypotyreózy, dysplazie kyčelního kloubu, screening vrozené katarakty.

Zdravé novorozené dítě má sací, polykací a hledací reflexy, které jsou sladěné od 32. Až 34. týdne. Vylučování smolky probíhá do 24 hodin po porodu a močení nastupuje do 12-ti hodin po porodu (Janota, Straňák, 2015, s. 497). Liška (Čech, 2006, s. 161) popisuje donošeného jedince jako dítě s průměrnou váhou 3500 g, s růžovou kůží pokrytou vernix caseosa, zralým genitálem, dobře vyvinutou chrupavkou ušního boltce. Novorozenec má dále zřetelné retenční cysty mazových žláz na nose, víčka, nos a záhlaví kryto teleangiektázami, tukový polštář a jemné vlasy.

Strava novorozence může být enterální nebo parenterální. Pro dítě je nejvýhodnější potravou mateřské mléko. (Janota Straňák, 2015, s. 76). Hmotnostní úbytek po porodu dle Dorta (2013, s. 19) nepřevyšuje 10% hmotnosti a vyrovná se do dvou týdnů. Burianová (Janota, Straňák, 2015, s. 74) dodává, že do 4 měsíců věku by měla být váha alespoň zdvojnásobena a do 12. měsíce ztrojnásobena. Dále uvádí, že je třeba suplementovat vitamin D k prevenci rachitidy a K k prevenci hemoragické choroby. (Janota, Straňák, 2015, s. 74-82)

## 1.2 Klasifikace novorozených dětí

Novorozené děti se dle Dorta (2013, s. 7,8) klasifikují podle gestačního věku, porodní hmotnosti a podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku. Straňák (Janota, Straňák, 2015, s. 90) dataci těhotenství stanovuje z hlediska predikce mortality a morbidit jako významnější faktor v porovnání s porodní hmotností. Jako ideální pro dataci gravidity určuje měření temeno-kostrční vzdálenosti embrya v 7. až 9. týdnu gestace.

Dle gestačního věku rozčleňuje Dort novorozence (2013, s. 7,8):

- nedonošené – neonatus prematuritas, rození před 38. týdnem gravidity,
- donošené – neonatus maturus, porození 38. až 42. týden gravidity,
- přenošené - neonatus postmaturitas , rození ve 43. týdnu gravidity a později.

Straňák (Janota, Straňák, 2015, s. 495) rozděluje dále prematuritas na:

- mírnou - děti narozené ve 32. t. g. až ukončeném 36. t. g.,
- střední – novorozenci ve 28 t. g. až ukončeném 31. t. g.,
- těžkou – děti rozené ve 26 t. g. až ukončeném 27. t. g.,
- extrémní – děti rozené pod 26 t. g.

Podle porodní hmotnosti se klasifikují novorozené děti na novorozence:

- s normální porodní hmotností (2500 – 4500 g),
- s nízkou porodní hmotností (pod 2500 g),
- s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500 g),
- s extrémně nízkou porodní hmotností (pod 1000 g),
- obrovské - makrosomické (4500 g a vyšší hmotnost). (Dort, 2013, s. 7, 8)

Členění novorozených dětí podle vztahu porodní hmotnosti a gestačního věku:

- eutrofický - eutrofické děti odpovídají hmotnostně gestačnímu věku,
- hypotrofický – hypotrofické děti jsou pod 5. percentilem hmotnosti pro dokončený gestační týden,
- hypertrofický novorozenec – hypertrofické jsou obvykle nad 95. percentilem hmotnosti pro dokončený gestační týden. (Čech, 2006, s. 161)

### 1.3 Péče o nedonošeného novorozence

Liška (Čech, 2006, s. 161) popisuje nedonošeného novorozence: nízkou porodní hmotností, s pružnými a málo osifikovanými kostmi lebečními, tenkou červenou kůží obvykle pokrytou lanugem, nezralým genitálem, měkkými chrupavkami ušních boltců, s malým množstvím podkožního tuku, na ploškách nohou chybějícím rýhováním. Borek (Borek, Matušková, 2008, s. 354) dodává ještě spleená oční víčka a nepřítomnost prsní žlázy, podle narození v gestačním týdnu. Nevyzrálý novorozenec je porozený před 37. týdnem. Porod by měl být vedený v porodnici s novorozeneckou JIP, pro děti VLBW v perinatologickém centru a pokud možno přepravit dítě ještě v děloze matky. (Dort, 2013, s. b34)

Poporodní péče zahrnuje monitorování fyziologických funkcí, vývoj poporodní adaptace, velmi citlivé zacházení a polohování – soft care, zajištění termoneutrálního prostředí (Dort,

2013, s. b34). Podle popisu Lišky (Čech, 2006, s. 177) je při ošetřování ELBW zásadní správná resuscitace, uložení do inkubátoru, zabezpečení ventilace, zajištění léčby poruch oběhu, zajištění žilních vstupů, monitoraci vnitřního prostředí a vitálních funkcí, zabezpečení výživy. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 54) upřesňuje k poporodní adaptaci důležitost udržení teploty. Ztráta správné teploty je nežádoucí, dítě při nízké teplotě ztrácí sílu pro dýchání a správnou funkci oběhového systému. Proto se nedonošené novorozenci dávají na vyhřevné lůžko, balí do speciálního igelitu nebo vyhřátých plen bez očišťování těla. Normální teplotu u ELBW v axile uvádí Straňák (Janota Straňák, 2015, s. 94,95) v rozmezí 36,5 – 37,5° C. Důležitý je také monitoring dechu, srdeční akce a preduktální SpO<sub>2</sub> senzorem na pravé horní končetině. U většiny nedonošených dětí je nutná oxygenoterapie a podpora oběhové soustavy. (Dort, 2013, s. b34, 93,94,95).

Výživa nedonošeného novorozence bývá většinou parenterální. Podle Burianové (Janota Straňák, 2015, rok, s. 82) by měl nedonošený novorozenec kopírovat růst intrauterinní a v době termínu porodu dosahovat hmotnosti a délky donošeného dítěte. Optimální potravou pro stimulaci imunity, funkce GIT a absorpci živin je mateřské mléko. Pro první dny je významné kolostrum, obsahuje růstové a obranné látky a také je hodně kalorické. Matkám nedonošených dětí se kolostrum tvoří 10-14 dní po porodu. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 70) tvrdí, že ne všechny děti jsou již schopné přijímat mléko, většina středně až extrémně nedonošených svou první potravu dostane z infuzního roztoku. Dále dodává, že složení je vyvážené a na míru dítěti dávkované přes infuzní pumpu přesnou až 0,1 ml za hodinu. Pro některé nedonošené novorozence je nutné MM fortifikovat a to hlavně kvůli nízkému obsahu bílkovin, stopových prvků, vitamínů a minerálů. Enterální výživa u VLBW a ELBW se zahajuje orogastrickou nebo nazogastrickou sondou - pomalý bolus co 3 hodiny. Při dobré toleranci se dávka zvyšuje. Pro stabilizované dítě od 30. týdne gestace je vhodné krmení savičkou nebo stříkačkou. (Janota, Straňák, 2015, s. 82 - 88)

Suplementace vitamínu D a K je nutná kvůli prevenci rachitidy. U většiny nedonošených novorozenců je nutno doplnit železo nebo také kalcium a fosfor, jako prevenci hypomineralizace kostí a rachitidy. (Janota Straňák, 2015, s. 82 - 88). Dokoupilová vysvětluje (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 148), že nedonošeným dětem dojde hladina železa až o tři měsíce dříve než donošeným dětem, proto je obvykle vhodné umělé doplnění.



### 1.3.1 Komplikace po porodu

Pro nedonošeného jedince může být problémem plicní nevyzrálost, která může vést k rozvoji syndromu dechové tísně a mít za následek rozvoj chronické nemoci plic. Podle Straňáka (Janota, Straňák, 2015, s. 90) je hranice viability plodu v Evropě stanovena na dokončený 24. týden, kdy základním faktorem pro viability je vyzrálost plicní tkáně. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 36) dodává, že na hranici 23. - 24. týdne by lékaři měli postupovat dle přání rodičů. Dítě dále ohrožuje oběhová nestabilita a vznik komorového krvácení. Také je pro nedonošeného novorozence závažnou komplikací nekrotizující enterokolitida z hlediska nevyzrálého GIT. Nezralost ledvin zase ohrožuje schopnost vyloučení vody a soli z těla, případně opačný efekt - jejich nadměrné vylučování. Neplně funkční imunitní systém ohrožuje novorozence infekční komplikací. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 59) dodává, že navíc u ELBW bývá v inkubátoru nastavená vysoká vlhkost - až 80%, kvůli tenké kůži ztrácející rychle tekutiny. Avšak vysoká teplota je velmi dobrým místem pro tvorbu bakterií a plísní, které pak dítě ohrožují. Nedonošený novorozenec je ohrožen i retinopatií, toxicita kyslíku při popygenoterapii a nezralá sítnice ji totiž může způsobit. Dále je třeba kontrolovat metabolické problémy – hypoglykémii, hyperbilirubinémii, hypokalcémii. Novorozenec, zejména nedonošený, má velmi málo podkožního tuku a větší tělesný povrch, proto se může rychle přehřát nebo naopak může rychle teplo ztratit a také dochází ke ztrátám tekutin perspirací. (Dort, 2013, s. 33, 34, 35). Většina novorozenců ELBW trpí anemií. K tomu, aby nebylo nutné podávat transfuzi, provádí se pozdní podvaz pupečnicku a milking, redukuje se krevní odběry, suplementuje železo, tvrdí Straňák (Janota, Straňák, 2015, s. 101).

Předčasně narozené děti ohrožuje vysoké riziko kognitivních a behaviorálních obtíží, problémů s učením, zvýšené riziko senzorických deficitů, a někdy může dokonce dojít až k duševním a nervovým postižením – např. lehkou mozkovou dysfunkci, mozkovou obrnu a nebo poruchy intelektu. (Hornby & Woodward, 2009)

### 1.3.2 Propuštění domů

Šaňáková (Janota Straňák, 2015, s. 346) uvádí podmínky, které by měly být splněny před propuštěním nedonošeného novorozence - kardiopulmonální stabilita, dobrý klinický stav, termostabilita, známky zralosti 36. týdne, pravidelný a dostatečný přírůstek, plné přijímání potravy p. o. a dále povinná screeningová vyšetření. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 123) dodává, že dítě musí být bezinfekční. Ze strany rodičů je vyža-

dována spolupráce, nutné je zaučení matky v základní péči o dítě v problematice krmení, medikaci, speciálních pomůcek a zaučení kardiopulmonální resuscitace. Nedonošené děti, ale i fyziologičtí novorozenci vnímají bolest a pamatují si. Neléčená a nedoléčená bolest může způsobit poruchy příjmu potravy, spánku, citové vazby dítěte s matkou a hlavně způsobuje stres. Reagují také však na úzkost a nejisté chování rodičů. (Plevová, Slowik, 2010, s. 147) Nedonošené děti většinou hůře reagují na sociální a smyslové podněty, namáhavěji ovládají své tělo, jsou dráždivé a labilní. (Sobotková, Ditrichová, 2003, s. 12)

Podle Dokoupilové (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 159) většina nedonošených dětí je dispenzarizovaná v rizikových poradnách, neurologických ambulancích, ambulancích ORL, oční ambulanci a rehabilitačním lékařem. Sobotková (Sobotková, Ditrichová, 2003, s. 12, 13) dodává, že u dětí s perinatálními problémy by měla být dispenzarizace i v psychologických poradnách.

## 2 VOJTOVA TERAPIE

Doktor Václav Vojta (1917- 2000) byl neurolog pediater a terapie byla podle něj pojmenována. Vyzoroval u cerebrálních paréz, že při zvláštních výchozích polohách a působením na určité části našeho těla jsou svaly odlišně používány než spontánně. Svaly se podobaly funkcí zdravých svalů. Pohyb, držení a vzpřímení tvoří celek. Vyzoroval, že výsledek jeho snažení vydrží více než hodiny, a že jsou paralely mezi kojenci s cerebrální parézou a zdravými kojenci. Princip vzpřímení byl pro něj evolučním programem. (Orth, 2009, s. 11-14)

### 2.1 Vojtův princip

Vojtova metoda vychází z principu geneticky zakódovaných pohybových vzorců v CNS. Pohybový program se během prvních měsíců spouští u každého člověka individuálně. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 294) Vojta a Petersová (2010, s. 21) dodávají, že do jednoho roku života dítěte je nejen stimulace svalů velmi snadná, ale i reflexní vliv. Dále tvrdí, že celkové výsledky jsou u těchto dětí příznivější díky ještě neustáleným pohybovým vzorům. Pozitivní výsledky Vojtovy metody jsou prokázány i u těžce postižených dětí. (Levitt, 2010)

Princip je pravidlem, které dává základ oblastem motorického vývoje, diagnostiky a terapie. Analýzou, pozorováním a aktivací hybných vzorců se určí, zda jsou hybné programy vhodné a jestli jedinci pomohou. Hybné vzorce jsou kolektivní a doplňující funkce skupin svalů, které vytvářejí cílené pohyby, důležité pro vyjádření schopnosti jedince. (Orth, 2009, s. 15-17).

Ačkoliv pro pohyb vpřed jsou potřeba globální pohybové vzory, CNS si je musí uložit jednotlivě. (Vojta a Petersová, 2010, s. 21) Pohyb se řídí třemi úrovněmi CNS – mícha, mozkový kmen, mozková kůra. Nejnižším hybným stupněm kontroly je mícha, jejíž neuronální obvody předávají stereotypní i automatické hybné vzorce a reflexy. Pro kontrolu držení, cílené pohyby a pohyby uzavřené, pro pohyby HK a centra kontroly hybnosti hlavy a očí je významný mozkový kmen. Mozková kůra zajišťuje vrcholný stupeň kontroly uvědomělých pohybů. Motorický systém dostává dva druhy informací - feedback (z venku) a feedforward (zevnitř) a jejich zpracováním volí vhodný druh reakce. (Orth, 2009, s. 15-17).

Na motorických odpovědích se podílí mozeček, bazální ganglia a další části nervového systému. CNS je zásadní pro hodnocení pohybu a kontrolu postavení. (Frank, Earl, 1990)

Podle Dokoupilové (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 170) Vojtova rehabilitace spočívá v dráždění určitých spouštěvacích míst na končetinách a trupu, které vyvolá svalovou souhru. Mozek v daný okamžik analyzuje informace z celého těla a vypracuje výstupní informace např. pro svaly a smysly. Po změně vstupní informace mozek mění i tu výstupní a díky tomu se daří napravit špatné hybné vzorce. (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 170, 171).

## 2.2 Motorický vývoj

Pro posouzení vhodnosti rehabilitace je nutno znát správný psychomotorický vývoj. Vývoj jedince probíhá kraniokaudálně od necílených pohybů k jemně diferencovaným záměrným. (Orth, 2009, s. 19) Psychický vývoj nelze v raném věku oddělit od vývoje pohybu, proto se nazývá celkově psychomotorický vývoj. (Sobotková, Ditrichová, 2003, s. 14) Motorický vývoj dítěte probíhá nejpozději do 18. měsíce věku. Dokoupilová dodává (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 187), že u nedonošených dětí se bere v potaz korigovaný věk, protože vývoj pohybu začíná po dosažení zralosti. Termín korigovaný věk se datuje od kalendářního věku odečtením doby, o kterou se dítě narodilo dřív. (Sobotková, Ditrichová, 2003, s. 15),

Smyslové vjemy jsou úzce spjaty s motorickými schopnostmi. Skupiny svalů tvoří pro rozdílné požadavky společný hybný vzor, přičemž sval není brán samostatně. Pohyb před a po narození je pro dítě odlišný. Embryo v plodové vodě téměř neovlivňuje gravitace a není potřeba jistota tělesného držení. Po narození již gravitace působí a dítě se musí vyrovnávat s držením těla, které mu chybí. První rok života dítěte se dělí na 4 trimenony – 4 x 3 měsíce. Každý trimenon má specifické vývojové rysy pro pohyb vpřed a vzpřímení. K určení vývojového stádia dítěte jsou sledovány samovolné pohyby. Srovnáním těchto pohybů s pohyby asi polovinou dětí vyvíjejícími se normálně, je pak možné hodnotit kvalitu funkce. (Orth, 2009, s. 31,36,37)

Každé dítě má své tempo vývoje a nemělo by být srovnáváno neodborníky s jinými dětmi. Někteří rodiče pak mají potřebu přetěžovat, což dítěti může jen uškodit. (Špaňhelová, 2003, s. 58) Zhodnocení úrovně vývoje dítěte je základní úlohou obvodního lékaře a pokud

vypozoruje odchylky od normálního vývoje, doporučí dítě dále k odborníkovi. Děti s nízkou porodní hmotností jsou většinou drobné a opožděné ve vývoji. Obvykle na tom mají rodiče také svoji vinu, podněcují duševní vývoj na nižší úrovni než by bylo třeba. (Sobotková, Ditrichová, 2003, s. 12, 13) Dokoupilová (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 187) tvrdí, že pokud se dítě vychyluje od normálního vývoje pohybu, nazýváme výchylku termínem CKP - centrální koordinační porucha. CKP může být příznakem špatného fungování nervového systému. Vývoj se posuzuje v poloze na břiše, na zádech a na boku. (Orth, 2009, s. 31 - 35)

V prvním trimenonu je důležité, dítě často pokládat na břicho ke správnému vzpřimování krční páteře. Druhý trimenon se dítě snaží změnit svou polohu a chytá nožky - kontakt ruka-noha. Třetím trimenonem začíná pro děti období, kdy se snaží pokrčením kolenou v poloze na břichu dostat na čtyři a začít lézt nebo sedět. (Anne Knecht-Boyer, 2004, s. 96)

### 2.2.1 První trimenon

V prvních třech měsících dítěte se tvoří základní hybné vzorce, do 6. týdne se vytrácí primitivní reflexy. V poloze na břichu je vidět flekce kyčlí, pánve a kolen. Od 8. týdne krátce zvedá hlavu s oporou na předloktí, lokty jsou za ramenními klouby. Těžiště je přesunuto z hrudní kosti na nadbřišek. (Orth, 2009, s. 36 - 40) Vojta a Petersová (Vojta, 2010, s. 8) dodávají, že vzniká opěrná báze mezi předloktími nadbřiškem a pupíkem. Koncem třetího měsíce lze pozorovat volné natažení DK díky povolení flekce pánve, vzpřímení ramenního pletence na HK, přičemž lokty jsou postaveny pod ramenními klouby. Opěrná báze je mezi lokty a symfýzou - dítě má symetrickou oporu na loktech. (Orth, 2009, s. 36 - 40)

V poloze na zádech je asi od 6 týdne možno pozorovat tzv. polohu šermíře, kdy se ruka na straně fixovaného předmětu natáhne a druhá ruka se skrčí a sevře v pěst, noha se také pokrčí a vytočí směrem ven. (Orth, 2009, s. 40 - 42) Vojta dále polohu upřesňuje - záda jsou napříměna, opěrný trojúhelník je v rovině musculus trapezius, oči stočeny na stranu. (Vojta, 2010, s. 11) Osmý týden už je dítě schopné udržet hlavu uprostřed a spojit ruce před obličejem. Koncem třech měsíců se zádová plocha stává nosnou a opěrnou. (Orth, 2009, s. 40 - 42)

Podstatou pro vyvíjení řeči jsou Babkinův reflex, sací, rooting a hledací reflexy. V 1. měsíci lze možné slyšet samohlásky- e, a, he, ehe. (Orth, 2009, s. 40 - 42) Kolem druhého mě-

síce si vykládá dítě pro sebe a dokáže opětovat úsměv a ve třetím měsíci už je schopen "komunikace" s další osobou. (Špaňhelová, 2003, s. 55)

### 2.2.2 Druhý trimenon

Kolem čtvrtého měsíce dítě v poloze na zádech sahá jednou rukou na předmět. Zvládá roztáhnout zápěstní klouby při natažených rukou a používá palec v opozici. Pátým až šestým měsícem zvládá úchop předmětu přes střed těla a začíná se točit na břicho. Přejít ze 12TH na 3L se stává spínačem pro rotaci. Při břišní poloze mění vzorec opory symetrické na loktech ke vzorci s oporou na jednom lokti. (Orth, 2009, s. 45, 46)

Po sedmém měsíci se dítě začíná tulenit - střídá oporu na loktech ze strany na stranu a trup vleče za sebou, nohy přitom nepoužívá. Tulení trvá maximálně tři týdny. (Vojta, 2010, s. 27) Do konce druhého trimenonu se vyvíjí nohy k uchopení. Koncem druhého trimenonu jsou ruce připraveny na jemnou motoriku a nohy dítě zvládá chytout rukama a dát do úst, Orth (Orth, 2009, s. 45, 46) to nazývá koordinací ruka - noha a ústa.

Kolem 4. měsíce dítě dává do úst všechno kolem, tvoří hlásky úžinové, výská a tvoří hrdelní hlásky. Zvládá také boční a rotační pohyby spodní čelisti. (Orth, 2009, s. 45, 46) Broukání a hlasitý smích patří obvykle k dalším dovednostem 4 měsíce, výskání a rozeznání tónu hlasu zase 5. měsíce. (Špaňhelová, 2003, s. 57)

### 2.2.3 Třetí trimenon

V tomto trimenonu má dítě k dispozici velikou škálu hybných vzorců ke stavění do vertikály. Kolem sedmého měsíce se dítě tulení - pohybuje se předloktím a nohy za sebou táhne. Sedmý měsíc také obvykle dítě zkouší asi dva týdny přenášení váhy v poloze na čtyřech střídavě z rukou na dolní končetiny. Po dvou až třech týdnech vymizí. (Orth, 2009, s. 48 - 50)

Osmý měsíc obvykle dítě jde do šikmého sedu, což je přechodná poloha pro lezení nebo podélný sed. Dítě začíná lézt po čtyřech přibližně v devátém až desátém měsíci. Typickým rysem pro toto období je také tzv. pinzetový úchop dítěte, který vzniká spojením palce a ukazováku, například při sbírání drobků ze země. (Vojta, 2010, s. 12,13)

V tomto trimenonu se rozvíjí jemná motoriky, žvýkání, vokalizace a dítě zkouší opakovat slabiky. (Vojta, Mozkové, 1993, s. 142) Sedmým měsícem zvládá vytvářet hlásky k, p, t, g a osmým je schopno říct mama, papa. (Orth, 2009, str. 48 -50)

#### 2.2.4 Čtvrtý trimenon

Přechodem ze třetího do čtvrtého trimenonu obvykle dítě začíná sedět, lézt po čtyřech a vstávat, to vše se naučí za dva až tři týdny. Při lezení se zjemňuje motorika ruky a dítě zvládá uchopit předmět špičkou prstů. Opozice palce se dostává až ve třech letech ke všem prstům. Trup se při lezení dobře připravuje k pozdější chůzi, jsou totiž aktivovány diagonální řetězce svalů trupu. Poté se vytáhne horníma končetinama vzhůru, chodí opřené o nábytek tzv. boční chůzí, vstane ze dřepu a poté začne volně chodit. (Orth, 2009, s. 48 - 50)

Vojta a Petersová (Vojta, 2010, s. 14) označují vertiální kvadrupedální chůzí situaci, kdy se dítě pomocí zkříženého modelu postaví anebo když dítě chodí s přidržením kolem nábytku. Samotná chůze bývá zpravidla kolem dvanáctého měsíce. Některé děti však potřebují více času, a to až do 18ti měsíců. Při chůzi ze začátku slouží k bilanci ruce, dítě je zvedá na stranu a působí přitom neohrabaně. (Orth, 2009, s. 48 - 50) Vojta a Peters (Vojta a Petersová, 2010, str. 15) dodávají, že až ve čtyřech letech je možné vzpřímenou chůzi brát jako vyzrálou.

Čtvrtým trimenonem dítě přiřazuje slabiky ke konkrétním věcem a asi v jednom roce věku začíná vyslovovat smysluplná slova. (Orth, 2009, s. 50 - 56)

### 2.3 Indikace a diagnostika

Vojtova terapie se diagnostikuje pěti složkami: posouzením stavu vývoje motorické činnosti, vývojového věku motorické činnosti, prognózy pro motorický vývoj, nutností další diagnostiky a terapeutického postupu. Analýzou pohybu se zhodnotí spontánní motorická činnost. V praxi to vypadá tak, že se dítěti ukáže hračka a pokud vzbudí jeho pozornost, využije všech svých motorických prostředků k tomu, aby hračku získalo. Dítě si prvně představí, jak to udělat, a poté dojde i hybnému impulzu. (Orth, 2009, s. 59)

Důležité pro posouzení vrozených hybných programů jsou polohové reakce-odpověď na změnu polohy těla, které lze provádět již na novorozencích. Změna tělesné pozice je prováděna standardizovaným postupem k vyšetření podnětů na receptory (např. hrudní, břišní dutiny a smyslových receptorů) a rovnováhy těla ve vnitřním uchu. (Orth, 2009, s. 60 - 61) Je známo 7 polohových reakcí - trakční, Laudauova, axilární závěs, Vojtovo boční sklopení, horizontální závěs dle Collisové, vertikální závěs podle Peipera a Isberta a v neposlední řadě vertikální závěs dle Collisové. (Viz příloha č.) Důležité k posouzení

stavu dítěte je vyšetření primitivních - prvotních reflexů, které je možno zachytit v konkrétní fázi vývoje. Ztrácí se při napřimování dítěte a řízení tělesného držení. (viz, příloha č.) (Orth, 2009, s. 64, 65)

Vojtova terapie má rozsáhlý okruh využití a je vhodná pro lidi každého věku. Indikace v brzkém věku kojence jsou obvykle pro těžké a středně těžké CKP těla, těžké CKP těla asymetrické lehké, parézy periferní, paraplegie, vrozené myopatie, mozkolebeční traumata, neurogenní a muskulární tortikolis, hydrocefalus a spina bifida, vrozené anomálie vývoje. Dokoupilová dodává (Dokoupilová, Fišárková, Novotná, 2009, s. 170), že pokud je rehabilitace započata do čtvrtého měsíce věku dítěte, dokáže velmi pozitivně ovlivnit psychomotorický vývoj. Další indikace terapie pro raného kojence jsou - dysplazie kyčlí, motorická retardace, syndromy hypotonické, chybné postavení nohy, chyby ve vzpřimování a držení těla. Starším dětem a dospělým je terapie indikovaná v případě kyfózy a skoliózy, myopatií, roztroušené sklerózy, kontraktury kloubů, transversálních syndromů, periferních paréz, získaných syndromů cerebrálních, infantilních paréz cerebrálních a funkčního omezení motoriky. (Orth, 2009, s. 67)

Pro pacienty trpící teplotou nad 38,5 C, pacienty po operaci, do 10-ti dnů po očkování živou vakcínou, u nádorových metastáz, u zánětlivých procesů, průjmových nemocí a u epileptických a cerebrálních záchvatů na počátku léčby je třeba cvičení vynechat. Kontraindikováno mají cvičení lidé trpící autismem a těžkým mentálním postižením, jak udává Vojtova Československá rehabilitační společnost.



### 3 VOJTOVA METODA U NEDONOŠENÝCH DĚTÍ Z POHLEDU RODIČŮ

#### 3.1 Terapie

Na cvičení Vojtovy terapie se podílí dítě, rodič a terapeut. Výběr vhodného cvičícího z rodičů se obvykle určuje podle předpokladu, časových dispozic partnerů. Také by měla s dítětem cvičit jeho nejbližší osoba, při cvičení je důležitý pevný vztah. (Orth, 2009, s. 173)

Účinnost a úspěch terapie určuje intenzita a přesnost cvičení. Fyzioterapeut vytvoří individuální program a cíle terapie spolu s rodičem. Terapie se poté pravidelně přizpůsobuje vývoji pacienta. (IVG, 2016)

Dle Orth (2009, s. 171) je ze strany rodiče velmi důležitý vztah a postoj ke cvičení. Dítě pozná dle polohy hlasu, gestikulace a mimiky, zda rodič své úkony myslí vážně. Pokud však rodič nevěří svému jednání, upozorňuje na to dítě svými tělesnými signály. Pro kvalitní cvičení je důležitá verbální i neverbální komunikace. Většinou snáší rodiče cvičení hůře než dítě. (Orth, 2009, s. 171)

Obvyklou první těžkou překážkou bývá křik dítěte při cvičení, což nelibě nesou rodiče. Pláč je ale důležitým vyjádřením dítěte a obvykle po přivyknutí dítě tak intenzivně nepláče a po cvičení se rychle uklidní. (IVG, 2016). Orth dodává (2009, s. 179), že děti od dvou let při cvičení nepláčou.

Vojtově metodě se obvykle vytýká, že je pro dítě drastická a může vézt k neurotismu. Dítě musí být stimulováno větším tlakem, aby se začalo projevovat, a čím je dítě více postižené, tím musí být tlak silnější. Terapeut pomocí tlaku usměrní svalovou aktivitu, aby se co nejvíce podobala pohybům zdravého dítěte (Trojan, Druga a Votava, 2005, s. 147).

Orth (2009, s. 183) uvádí tři zásady pro snazší aplikaci cvičení - rituály pro zpříjemnění, informace předávané s terapeutem a zjištění progresu dítěte terapií. Příjemné rituály mohou zahrnovat básničku, písničku nebo jinou relaxaci či odměnu po cvičení. Dítěti se totiž lépe cvičí, když ví, že dostane nějakou odměnu. Když vidí rodič, že dítě snáší cvičení lépe, a snaží se s dítětem trávit více času společnou relaxací, vytváří si intimní a vřelé propojení. (Orth, 2009, s. 178, 179, 183)

Hlavně u kojenců je zapotřebí cvičit 4 x denně, mezi jednotlivými cvičeními musí být 2 hodiny volno, nejlépe až 4 hodiny. První ranní cvičení bývá většinou nejtěžší a poslední jde nejlépe, protože je už dítě zaběhlé. Poslední cvičení by mělo být provedeno nejméně hodinu před spaním. Dítě si ve volném čase osvojuje správné spontánní pohybování. Nejčastěji u předčasně narozených dětí je zásadní individuální trvání cvičení. Musí se brát v potaz stav dítěte, tělesná i všeobecná forma. Aktivace pomocí reflexní lokomoce by pro nedonošené děti a novorozence neměla překročit 1-2 minuty, později, po čtyřech týdnech, může délka terapie probíhat až 12 minut. Rodičům pomůže terapeut v plánování cvičební doby. Další zásadou terapie je oboustrannost - je třeba cvičit obě strany těla. (Orth, 2009, s. 71 - 77).

Terapie Vojtovy metody může trvat týdny, měsíce, ale při určitých diagnózách i roky. Je třeba léčebný systém pravidelně přizpůsobovat stavu pacienta. (IVG, 2016)

### 3.1.1 Reflexní lokomoce

Reflexní lokomocí je možné léčit poruchy periferního i centrálního nervového systému, ale i poruchy ve svalovém a kosterním systému. Je to aktivační systém, který můžeme zčásti nalézt v chůzi člověka. Vzory reflexního otáčení a plazení jsou využívány pro kojence již od roku 1960. (Vojta, Petersová, 2010, s. 2,3) Bývá obvykle aplikována u předčasně narozených dětí krátce po porodu. Reflexní lokomoce zahrnuje hybné vzorce: první pozice, reflexní plazení, reflexní otáčení. Tyto hybné vzorce jsou popisovány kineziologií, což je věda o pohybu. V terapii reflexní lokomoce se stimulují receptory, které reagují na protažení svalů a šlach a na kůži tlakové receptory, interoreceptory a trochu i kloubní receptory, pomocí spouštěcí zóny a výchozích poloh. (Orth, 2009, s. 71 - 80).

Reflexní lokomoce se zrealizuje přes výchozí polohu, která je důležitým údajem k objevení správných hybných programů pro CNS. Pro reflexní plazení je to poloha na břichu, pro reflexní otáčení poloha na zádech. Z výchozích poloh a při správné stimulaci určitých míst - spouštěčových zón na končetinách a trupu, může být lokomoce aktivována. Stimulace těchto zón nesmí bolet, protože pak dochází k zamezení toku potřebných informací. Pokud dítě při aktivovaném hybném procesu klade odpor, posiluje motorické odpovědi. (Orth, 2009, s. 71 - 80).

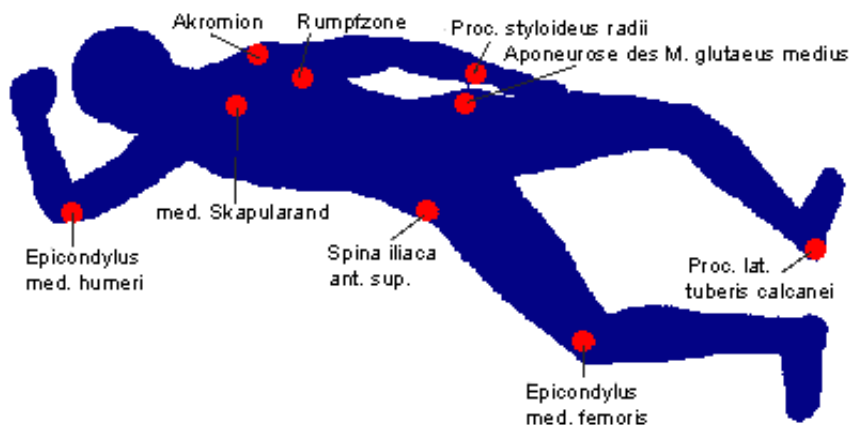
### 3.1.1.1 Reflexní plazení

Reflexní plazení se u člověka nachází jako vloha, nevyskytuje se v rámci spontánní hybnosti. Většinou se označuje jako globální pohyb umělý. Je možné jej podnítit bez postoupení vpřed a reflexně, není pravý pohyb vpřed. (Vojta a Petersová, 2010, s. 27)

Chystá dílčí vzorce pro tulenění, plazení a lezení. Obsahuje základní součásti pohybu vpřed - řízení polohy, vzpřimování proti zemské přitažlivosti, cílené pohyby horních končetin. (IVG, 2016)

Výchozí postavení je na břiše s hlavou na podložce otočenou na bok viz obr. Podle Vojty a Petersové se dále určují končetiny podle rotace hlavy na končetiny čelistní a záhlavní, kdy končetiny čelistní jsou na straně obličeje - na obrázku LHK a DHK a končetiny záhlavní jsou PHK a PDK. (Vojta, Petersová, 2010, s. 35)

Obr. č. 1: Výchozí poloha reflexní plazení



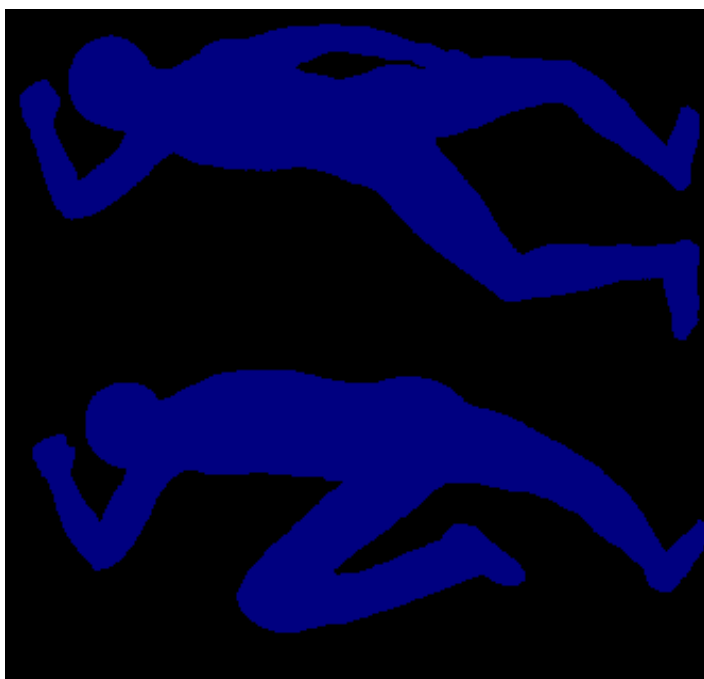
Zdroj [www.vojta.com](http://www.vojta.com)

Na obrázku jsou červenými body znázorněny aktivační body, stimulační zóny. Reflexní plazení u novorozenců je možno zaktivovat skrz jeden aktivační bod, avšak u starších dětí nebo u dospělých je třeba zkombinovat více spouštěcích bodů. (Mezinárodní Vojtova společnost)

Aktivační body se nacházejí na končetinách a dráždí periost – okostici. Stimulační zóny pletenců ramenního a pánevního také stimulují periost, ale zároveň protahují určité svalové skupiny. Body na trupu naopak podněcují autochtou muskulaturu, což je nejhlubší vrstva svalů zádoových. Aktivací stimulační zóny se výchozí poloha stává aktivní a labilní. (Vojta, Petersová, 2010, s. 36)

Pohyb probíhá souběžným pohybem DK pravé a HK levé a naopak - zkřížený vzor. Viz obr. č. 2 dolní končetina a horní končetina protilehlá nesou trup dopředu a podepírají tělo. Proti rotaci hlavy musí terapeut nebo cvičící rodič vynaložit adekvátní odpor, čímž se zaktivují všechny svaly. (IVG, 2016)

Obr. č. 2: Zkřížený vzor



Zdroj [www.vojta.com](http://www.vojta.com)

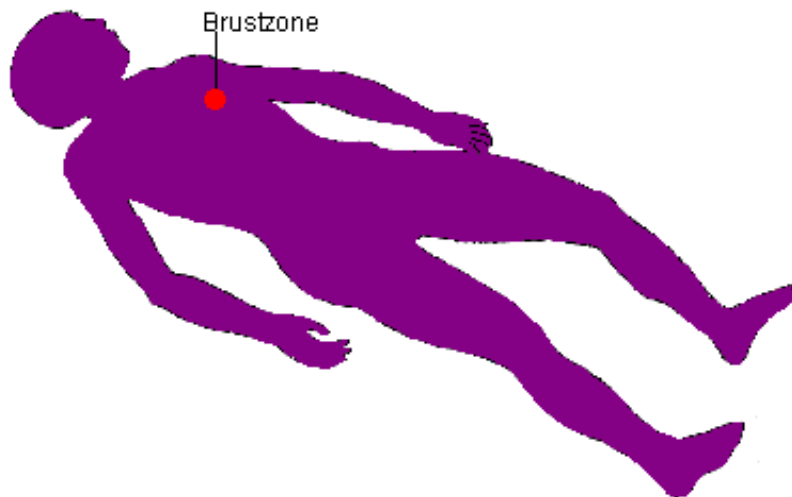
### **3.1.1.2 Reflexní otáčení**

Reflexní otáčení vychází z polohy na zádech přes boční polohu a končí lezením po čtyřech. (Orth, 2009, s. 120) U fyziologického novorozence je možné určitou část pohybu pozorovat spontánně kolem 6. měsíce a díky Vojtově terapii lze pohyb vyvolat u novorozence. (IVG, 2016) Využívají se tři výchozí polohy - poloha na zádech, přechod z polohy na zádech na bok, poloha na boku. Reflexní otáčení však může být spouštěno pouze ze zádové polohy. (Orth, 2009, s. 121) Reflexní otáčení změní nestabilní a asymetrickou polohu na stabilní a dynamickou polohu na zádech tím, že se přenesou váha kraniálně. (Vojta a Petersová, 2010, str. 108)

Reflexní otáčení se používá v různých fázích v poloze na zádech a boku. První fáze začíná v poloze na zádech, HK i DK jsou natažené. Dle Vojty a Petersové (Vojta, Petersová, 2010, str. 108) začíná aktivací spouštěvého bodu na hrudníku. Hrudní zóna je v prostoru

mezi 7. a 8. žebrem, pod bradavkou v mamilární linii se docílí otočení do polohy na bok. Během aktivace bodu brání terapeut otáčení hlavy dítěte. (IVG, 2016)

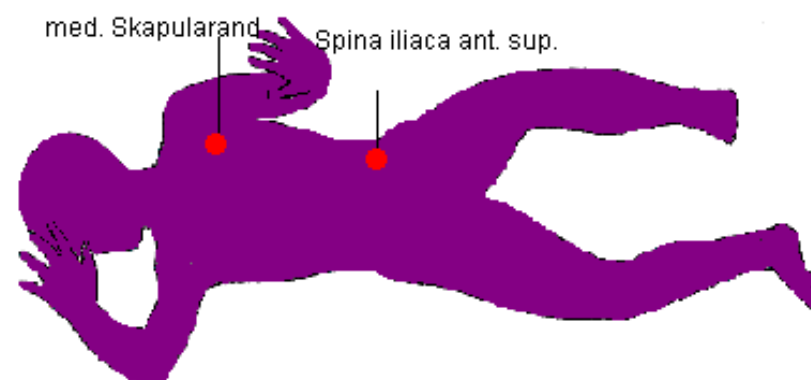
Obr. č. 3: První fáze reflexního otáčení



Zdroj [www.vojta.com](http://www.vojta.com)

Druhá fáze se začíná v poloze na boku. Je většinou použita v návaznosti na aktivovaný pohybový vzorec na zádech. Poloha je labilní. Díky pohybu pletenců pánevního a ramenního proti sobě se zaktivují svaly na přechodu hrudněbederním a svaly trupu. (Orth, 2009, s. 140). Stejnostranná horní a dolní končetina na spodní straně jsou oporou, svaly spodní HK se aktivují od ramene k loktu a poté k ruce až k vytvoření opory o dlaň. (IVG, 2016)

Obr. č. 4: Druhá fáze reflexního otáčení



Zdroj. [www.vojta.com](http://www.vojta.com)

Třetí fáze navazuje na fázi první. Je přechodem mezi koncem otočení v zádové poloze a počátkem otáčení v poloze na boku. Výchozí poloha je velmi labilní. Hřeben kosti kyčelní, bok hrudního koše a část přechodu lopatky k paži jsou kontaktem spodní části těla. (Orth, 2009, s. 149)

### **3.1.1.3 První pozice**

První pozice je počáteční polohou pro vstávání. Celkem je popsáno 6 terapeutických pozic a nejčastěji se využívá první nebo druhá pozice, která má za úkol vyvolat aktivitu svalů, která zvedá trup vzhůru. (Valchářová, 2013)

Výchozí poloha začíná na kolenou, přičemž špičky nohou leží přes okraj stolu a hlava je otočená ke straně. (KM KINEPRO PLUS s.r.o.) Orth (2009, s. 156) upřesňuje, že DK dítěte jsou ohnuty v kyčlích a kolenou, pacient leží na bérkách. Kolena a stehna vyčuhují po stranách hrudníku.

Spoušťové zóny jsou stejné jako zóny v reflexním plazení - na trupu a končetinách. Pro zesílení aktivace svalů se používá navíc hrudní zóna z reflexního otáčení. (Orth, 2009, s. 158)

## **3.2 Spolupráce při cvičení**

Úspěchem terapie je pozitivní přístup, správná a pravidelná cvičení. Spolupráce rodiče s dítětem dle Orth (2009, s. 169) závisí na více okolnostech, jako třeba nasazení cvičícího rodiče, rozsahu hybné poruchy, postoji k výchově a o dalších vlivech okolí na dítě, uvědomělé zacházení s dítětem. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišarová, Novotná, 2009, s. 275) dodává, že péče o nedonošené dítě je velmi individuální a nelze připravit všeobecný manuál pro péči o kojence. Také klade důraz na sebedůvěru rodiče, která je potřebná k této péči.

Prospěšná je důvěra celé rodiny v terapeuta. Pro cvičení s dítětem je třeba maximálně čtyř lidí- terapeut, dítě a rodiče. Terapeut má těžkou pozici, musí mít odborné vzdělání, empatii, schopnost rodiče motivovat k otevření pohybového potenciálu. Orth uvádí šest předpokladů pro spolupráci- upřímnost, spolehlivost, důvěru, úcta k ostatním, převezmutí zodpovědnosti a akceptování rozdílnosti druhého. (Orth, 2009, s. 169, 176). Podle Plevové (Plevová, Slowik, 2010, s. 58) je od terapeuta zapotřebí podání opakovaných a srozumitelných informací, protože dobrá orientace v situaci předurčuje dobré řešení.

Zásadní pro prospěšné spolupůsobení jsou již první okamžiky při seznamování se rodiny s terapeutem. Pouze 7% důležitosti se připisuje skutečnému obsahu sdělení. Dalších 33 % významu se klade na verbální komunikaci, a to především na zabarvení, jasnost a polohu hlasu, dialekt a hlasovou polohu. Z 60-ti % je však důležitá neverbální komunikace, tedy mimika a výraz obličeje, pohybování, tělesné držení. (Orth, 2009, s. 187)

Terapeut pomáhá rodičům s výběrem vhodného místa, načasováním cvičení, vede ruce v učení výchozích poloh, zodpoví otázky a informuje o nesnázích, které mohou přijít. Rodič by si měl pod vedením terapeutky cviky natrénovat na panence a až poté cvičit s dítětem. Terapeut má respektovat rovnocennost sebe s partnery i dítětem. (Orth 2009, s. 187, 189)

### 3.3 Náročnost pro dítě

Po dítěti je požadováno zvládnání výchozích poloh a aktivace hybných vzorců. Jeho výkonnostní hranice se posunou se stabilizací vegetativních funkcí a plným aktivováním hybných vzorců. (Orth, 2009, s. 173) Proti cvičení se může snažit protestovat, a na cvičícím je to, aby zachoval a dodržel pravidla cvičení. Snaží se například odstrčit cvičícího, nezůstává ležet, nedodrжуje polohu horních končetin,... Dokoupilová doplňuje (Dokoupilová, Fišarová, Novotná, 2009, s. 171), že dítě může reagovat na rehabilitaci pláčem, který však neznamená bolest, ale existuje předpoklad správného působení cvičení na CNS. Podle Mercra (2014) mají obvykle rodiče mylnou představu, že dítěti ubližují, právě kvůli pláči.

Jasnost hlasu, modulace hlasu, pevnost a tón hlasu jsou podstatné signály pro dítě. Kojenec se uklidní při klidném tichém hlubokém hlasu. Dítě musí vnímat také pohyby rukou terapeuta nebo rodiče, které jsou neméně důležité. Vedou pohyb a spouští určité zóny nebo vyvíjejí odpor proti pohybu dítěte. Pokud jsou pohyby jisté, dítě se poddá a cvičení se ubírá správným směrem. Vhodná je partnerská spolupráce s dítětem, čímž je míněno, aby rodič vysvětlil dítěti, že teď při cvičení bude využívat nevhodnou polohu pro dítě, která se však nelíbí ani jemu. Pro dítě je správné vědět, že má rodič stejný pocit, a necítí se v tom samotně. Spolupráce rodiče a dítěte je tím upevněna. Díky Vojtově terapii dochází u dítěte k učení koncentrace a trpělivosti. (Orth, 2009, s. 173, 177, 184, 200).

Výrazným zlomem v dětském životě je dle Špaňhelové (2003, s. 56) doba, kdy poznává své rodiče - kolem sedmého měsíce. Dítě potřebuje pocit jistoty, lásky a bezpečí od nej-

blíže člověka, tvoří si tak tyto pocity ke vztahu k lidem všeobecně. Je to základní přirozená dětská potřeba.

Nezralí novorozenci prožívají po porodu bolest, která obvykle souvisí s diagnostikou a léčbou problémů. Avšak dlouhodobá nebo intenzivní bolest je nežádoucí, protože dítěti může způsobovat komplikace v postnatálním vývoji. (Plevová, Slowik, 2010, s. 149)

### 3.4 Náročnost pro rodiče

Rodič a jak Orth (2009, s. 193) upřesňuje, většinou je to matka, kdo cvičí s dítětem, je podrobována velké zátěži fyzické i psychické. Denně vystavuje své dítě výkonnostní hranici, musí být silná, schopná vedení, musí být oporou pro dítě a přesvědčená vydržet ve svém úsilí. Obvykle musí bojovat s nepochopením ze stran blízkých a jiných osob.

Podle Dittrichové (2004, s. 95) je třeba mezi dítětem a rodičem neustálá komunikace, rodič tak chrání dítě před problémy s emocemi v pozdějším věku. Rodiči naopak pomáhá zpětná reakce dítěte na jeho podněty - úsměv, hlasový radostný projev,... Pozitivní reakce dítěte utvrzuje rodiče v pocitech zdatu a nabíjí je sebevědomím.

Dokoupilová (Dokoupilová, Fišarová, Novotná, 2009, s. 170) radí, aby se do rehabilitace zaučili i otcové, kvůli fyzické a psychické náročnosti, a také proto, aby cvičení nevnímali jako ubližování. Při pocitech zoufalství v péči o nedonošené dítě je pro rodiče vhodná koncentrace na nejmenší pokroky dítěte. Také dodává, že je třeba o pokrocích mluvit s rodinou. (Dokoupilová, Fišarová, Novotná, 2009, s. 21)

Pro rodiče je významný okamžik začlenění dítěte do svého života. První pocity čerstvě po porodu jsou obvykle euforické, radostné a žena cítí blaženost nebo naopak apatii, únavu a spavost. (Špaňhelová, 2003, st. 17, 31, 52) Matky po porodu nedonošeného dítěte však obvykle pociťují nepochopení a samotu. Jeden z nejčastějších pocitů po předčasném porození nedonošence je vina. Velká většina matek však předčasnému porodu nemůže zabránit. Janáčková (Janáčková, Kantor, 2015, s. 67) radí přijmout situaci s tím, že na ní nenese matka vinu, nenechávat emoce uvnitř sebe, hledat podporu a pomoc u partnera a popřípadě vyhledáte odbornou pomoc. Některé matky mohou také v období kojeneckém prožívat silné emoční negace, které vyprovokují maličkosti. Důvod je celkové vyčerpání, věnování se pouze dítěti nebo málo stráveného času s partnerem. Špaňhelová (2003, s. 52) radí, aby matky dokázaly ventilovat svůj vztek a mluvily o něm. Otec prožívá období po porodu svého dítěte podle svojí schopnosti a připravenosti na tuto roli. Čerstvě novorozenecké



období může prožívat silně radostně, je hrdým otcem, novou roli bere jako zázrak, je vděčný své partnerce, ale může mít také obavy ze zvládnutí výchovy, ztráty priority u partnerky. V batolecím období pak někteří zažívají únavu z nedostatečného spánku v noci, starost o finanční zabezpečení rodiny, nedostatek času, ale také pozitivní zkušenosti, jako je například úsměv a radost dítěte, společné hry, žvatlání, pozitivní reakce na dítě. (Špaňhelová, 2003, s. 17 - 53)

Někteří rodiče mohou trpět pocitem, že dítě by mělo cvičit víc, aby všechno rychle dohnaly. Větší zatěžování dítěte však může způsobit dlouhodobé následky. Dokoupilová (Dokoupilová, Fišarová, Novotná, 2009, s. 51) těmto rodičům radí, aby všechno konzultovali se specialisty a chodili na pravidelné prohlídky

Rodiče by se měli zajímat o všechny informace u zdravotníků, kteří se o dítě starají a vybudovat si důvěru v ošetřujícího lékaře, terapeutu a sestru. Pro zvládnutí náročné situace je zásadní nesobeckost, komunikace a osobní vyzrálost. Pomoci s problémy mohou rodiče hledat v organizaci Nedoklubko. (Janáčková, Kantor, 2015, 62 - 67, 152) Důležitá je opora partnerů a role otce, který by podle Špaňhelové (2003, s. 54) měl předávat v rodině citovou stabilitu.

## II. PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 METODIKA PRÁCE

Praktickou část jsem rozdělila do dvou částí.

První část tvoří dotazníkové šetření, které bylo uveřejněno na stránce:

<https://docs.google.com/forms/d/1z51KgJdfmLcKtyN1cnk68Oc4aFal-GavtgBpkmwWjnY/viewform>.

Zvolila jsem použití uzavřených a polo uzavřených otázek. Výhodou dotazníkového šetření je rychlé získání určitého množství respondentů a zároveň rychlé zpracování dat. Nevýhodou dotazníku neporozumění otázce respondentem a chybná formulace otázek (Chrástka, 2007)

Jedenáct otázek mi zodpovědělo 102 respondentů. Tyto respondenty jsem kontaktovala přes různé facebookové stránky o mateřství a dětech a pomocí stránek Neocupu. Výsledky jsem zpracovala do tabulek: Tab. č. 1 až Tab. č. 11, a do grafů: Graf č. 1 až Graf č. 11. Tabulky a grafy jsou doplněny komentářem.

Druhou část tvoří kvalitativní vědecká metoda, která podle Kutnohorské (2009, s. 22) umožňuje poznat širší kontext jevů. Analýza těchto jevů obvykle probíhá ve formě narativní a esejistické.

Provedla jsem polostrukturované rozhovory, které proběhly přes chat na facebooku, nebo e-mailovou cestou. Rozhovory neproběhly osobně kvůli časovému vytížení rodičů a přes internet to pro ně bylo schůdnější. Práce je zaměřena na osobní informace rodičů.

Rozhovor je nejstarší používaný zdroj informací a během rozhovoru je nesmírně důležitá citlivost, umění sociálních dovedností a hlavně vytěžení maxima z rozhovoru. (Kutnohorská, 2009, 39) Nevýhodou kvalitativního přístupu je nižší zobecnitelnost výsledků, horší kvantifikování dat, náročnost na získání dat a jejich analýzu a fakt, že výsledná data mohou být ovlivněna podílem výzkumníka na zkoumaných procesech a jevech (Miovský, 2006)

Výsledky jsem zpracovala do tabulek: Tab. č. 12 – Tab. č. 21 a doplnila komentáři respondentů.

### 4.1 Cíle práce

Hlavním cílem práce je zjistit společné faktory vyskytující se u rodičů cvičících Vojtovu metodu a zároveň se chci zaměřit na rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty.

Pro praktickou část bakalářské práce byly stanoveny tyto cíle:

**Cíl 1:** Zjistit společné rysy pro indikaci Vojtovy metody mají děti.

**Cíl 1 a:** Zjistit co bylo největší překážkou při cvičení pro rodiče.

**Cíl 1 b:** Zjistit, co bylo největší podporou pro rodiče při terapii dr. Vojty.

**Cíl 1 c:** Zjistit informovanost rodičů o problematice rehabilitace.

**Cíl 2:** Zjistit rozdíl vnímání cvičení Vojtovy metody z pohledu rodiče cvičícího a necvičícího Vojtovu metodu.

**Cíl 2 a:** Zjistit kolik % žen cvičilo rehabilitaci se svým dítětem, dětmi.

**Cíl 2 b:** Zjistit, zda terapie ovlivňuje vztah rodiče a dítěte.

**Cíl 2 c:** Zjistit vnímání účinnosti rodičů u terapie.

**Cíl 3:** Na základě uvedených literárních zdrojů přiblížit čtenáři Vojtovu metodu.

**Cíl 4:** Vytvořit plakát.

## 4.2 Cílová skupina

Pro první část výzkumu bylo náhodně vybráno 102 respondentů, kteří měli zkušenost se cvičením svého dítěte podle doktora Vojty. Respondenty jsem označila R.

Pro druhou část praktické práce jsem vybrala 10 párů, kteří také cvičili se svými dětmi rehabilitaci doktora Vojty, a zaměřila se na rozdíly vnímání prožitků rodiče, který cvičil s dítětem a rodiče, který byl tzv. pozorovatelem a s dítětem necvičil. Respondenty jsem označila podle pohlaví: ženy RŽ1- RŽ10, muže RM1- RM10.

### 4.3 Podmínky výzkumu

Respondenty jsem oslovila přes facebookové skupiny věnované mateřství a péči o dítě a přes stránku Neocup. Dva páry, které se mnou spolupracovaly na druhé části výzkumného šetření- polostrukturovaném rozhovoru, znám osobně. Všichni R byli předem informováni o anonymitě výzkumu a cíli praktické práce a zároveň souhlasily se zveřejněním svých odpovědí.

## 5 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

### 5.1 Stáří žen v době porodu

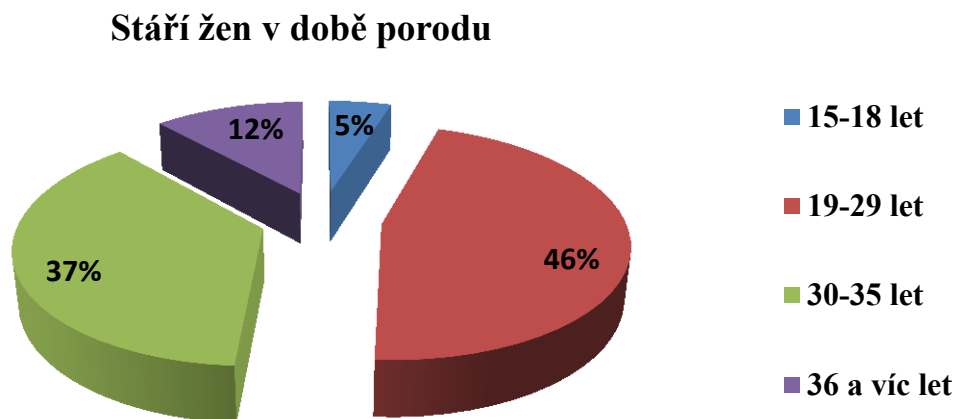
**Otázka:** *Kolik Vám / Vaší ženě bylo let v době porodu Vašeho dítě?*

Tab. č. 1: Stáří žen v době porodu

| Stáří žen | Respondentů | Relativní četnost |
|-----------|-------------|-------------------|
| 15 - 18   | 5           | 4,90 %            |
| 19 - 29   | 47          | 46,10 %           |
| 30 - 35   | 38          | 37,30 %           |
| 36 a víc  | 12          | 11,80 %           |
| celkem    | 102         | 100 %             |

Zdroj: vlastní

Graf č. 1: Stáří žen v době porodu



Komentář:

Z tabulky a grafu můžeme vyčíst, že nejvíce žen se vyskytovalo ve věkovém rozmezí 19 - 29 let a to 46 %. Druhou nejpočetnější skupinu tvořilo 38 žen ve věkovém rozmezí 30-35 let, celkem 37 %. Pouze pět respondentek mělo méně než 18 let, ty tvoří 5 % a dalších dvanáct naopak rodilo ve 36-ti letech a později, což je 12 % z celkového počtu 102 respondentů.

## 5.2 Gestační týden narození dítěte

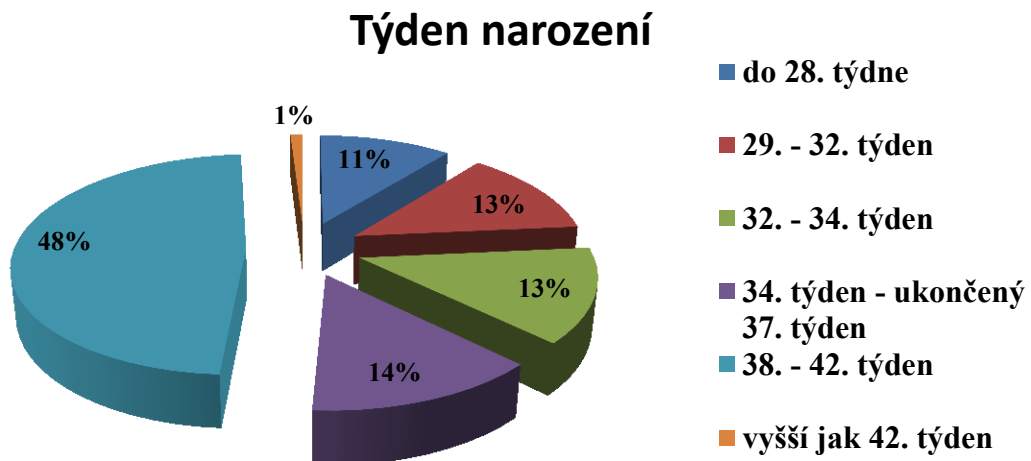
**Otázka:** *Ve kterém týdnu těhotenství se Vaše dítě narodilo?*

Tab. č. 2: Týden narození

| Gestační týden narození        | Respondentů | Četnost |
|--------------------------------|-------------|---------|
| do 28. týdne                   | 11          | 10,80 % |
| 29. - 32. týden                | 13          | 12,80 % |
| 32. - 34. týden                | 14          | 13,70 % |
| 34. týden - ukončený 37. týden | 14          | 13,70 % |
| 38. - 42. týden                | 49          | 48 %    |
| vyšší jak 42. týden            | 1           | 1 %     |
| celkem                         | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 2: Týden narození



Komentář:

Z grafu a tabulky vyplývá, že přibližně 52 respondentek rodilo předčasně, což je 51 % z celku. Pouze jedna, která představuje 1%, porodila své dítě v ukončeném 42. týdnu. Zbylých 49 žen, což tvoří 48 %, rodilo v termínu porodu.

### 5.3 Váha dítěte

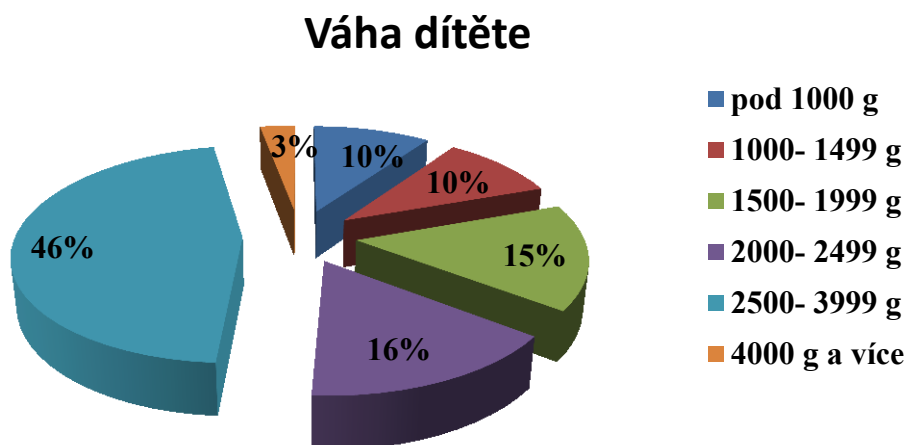
**Otázka:** *Jaká byla váha Vašeho dítěte?*

Tab. č. 3: Váha dítěte

| Váha dítěte   | Respondentů | Četnost |
|---------------|-------------|---------|
| pod 1000 g    | 10          | 9,80 %  |
| 1000- 1499 g  | 10          | 9,80 %  |
| 1500- 1999 g  | 16          | 15,70 % |
| 2000- 2499 g  | 16          | 15,70 % |
| 2500- 3999 g  | 47          | 46,10 % |
| 4000 g a více | 3           | 2,90 %  |
| celkem        | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 3: Váha dítěte



Komentář:

Na otázku týkající se váhy dítěte při narození odpovědělo 47 respondentek, že jejich dítě mělo váhu v rozmezí 2500- 3999 g, to je 46 % z celku. Pouze tři ženy, což jsou přibližně 3 % z celkového počtu, porodily dítě vážící více než 4000 g. U zbylých 52 žen vážilo dítě pod 2000g , to je asi 50 %, a dokonce 10 respondentů uvedlo váhu svého dítěte pod 1000 g, to představuje asi 10 % z celku.



## 5.4 Průběh porodu

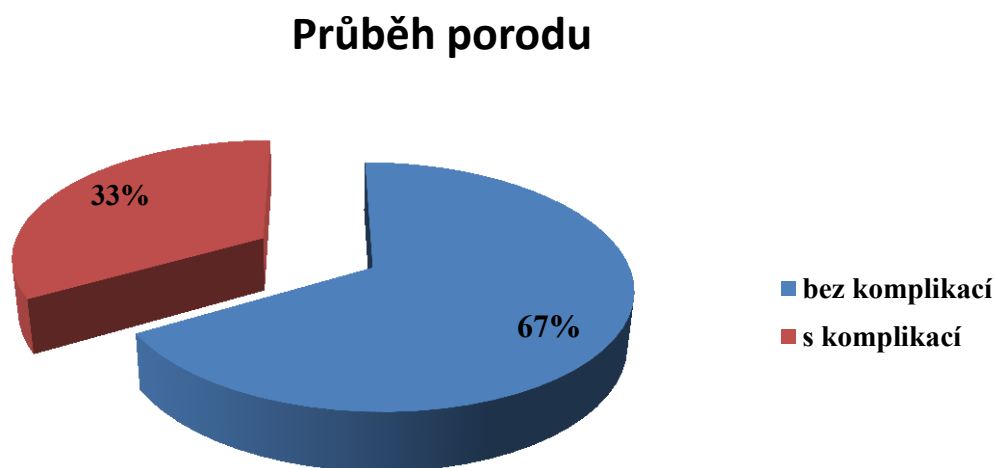
**Otázka:** *Jaký průběh měl porod?*

Tab. č. 4: Průběh porodu

| Průběh porodu  | Respondentů | Četnost |
|----------------|-------------|---------|
| bez komplikací | 68          | 66,70 % |
| s komplikací   | 34          | 33,70 % |
| celkem         | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 4: Průběh porodu



**Komentář:**

Bez komplikací popisuje průběh porodu 68 respondentek, což představuje asi 67 % celkového počtu žen. Zbýlých 34 žen, tj. přibližně 34 %, popisuje komplikace. Mezi nejčastější komplikace většinou uvádějí nepostupující porod spontánní, provedeno SC, preeklampsie, ztráta srdečních ozev, infekce, poporodní krvácení.

## 5.5 Začátek cvičení

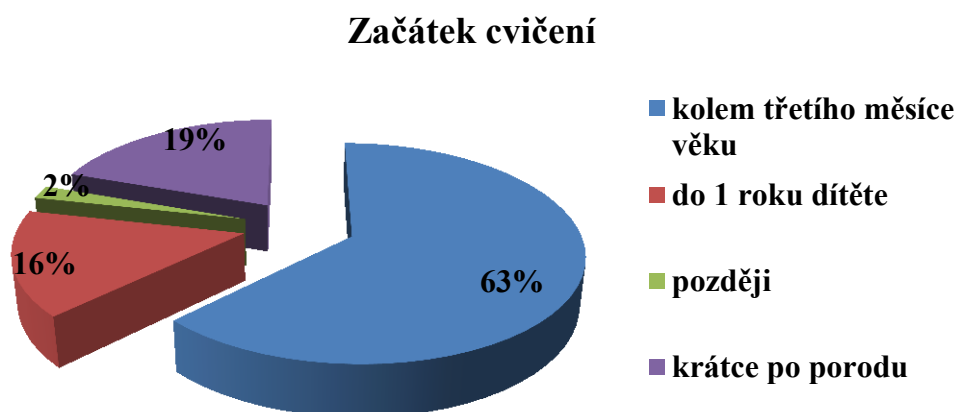
**Otázka:** *Kdy jste začali cvičit podle Vojtovy metody?*

Tab. č. 5: Začátek cvičení

| Začátek cvičení           | Respondentů | Četnost  |
|---------------------------|-------------|----------|
| kolem třetího měsíce věku | 64          | 62, 70 % |
| do 1 roku dítěte          | 16          | 15, 70 % |
| později                   | 2           | 1, 90 %  |
| krátce po porodu          | 20          | 19, 60 % |
| celkem                    | 102         | 100 %    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 5: Začátek cvičení



Komentář:

Z grafu a tabulky vyplývá, že 100 respondentů začalo cvičit do 1 roku dítěte a pouze 2 respondenti později. Pouze 2 R představují asi 2 % z celkového počtu a 100 R přibližně 99 %. Kolem třetího měsíce věku dítěte začalo cvičit podle Vojtovy metody 64 respondentů, kteří tvoří 63 %. Dalších 20 respondentů uvedlo, že začali cvičit krátce po porodu. Ti tvoří asi 20%. Zbýlých 16 respondentů, což je 16 %, začali se cvičením do 1 roku dítěte.

## 5.6 Četnost cvičení Vojtovy metody

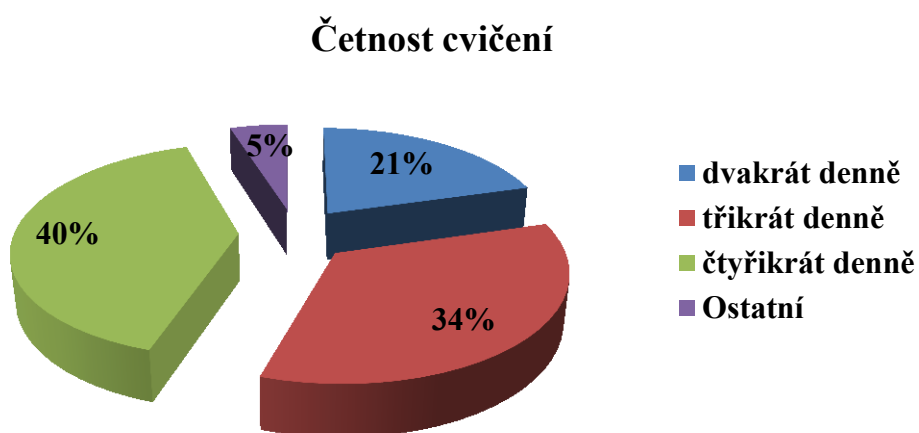
**Otázka:** *Kolikrát denně jste cvičili tento terapeutický systém?*

Tab. č. 6: Četnost cvičení

| Četnost cvičení | Respondentů | Četnost |
|-----------------|-------------|---------|
| dvakrát denně   | 21          | 20,60 % |
| tříkrát denně   | 35          | 34,30 % |
| čtyřikrát denně | 41          | 40,20 % |
| ostatní         | 5           | 4,90 %  |
| celkem          | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 6: Četnost cvičení



Komentář:

Z údajů tabulky a grafu můžeme vyčíst, že nejvíce respondentů, a to 41, cvičilo se svým dítětem čtyřikrát denně. Těchto 41 R představuje 40 % z celkem 102 R. Další početnou skupinou, 35- ti respondentů byli rodiče, kteří cvičili tříkrát denně. Ti představují 34 % z celku. Dvakrát denně cvičilo 21 respondentů, kteří tvoří 20 % z celku. Pouze 5 odpovědí uvádělo jinou četnost cvičení, to představuje 5 % z celkového počtu 102 R.

## 5.7 Délka cvičení Vojtovy metody

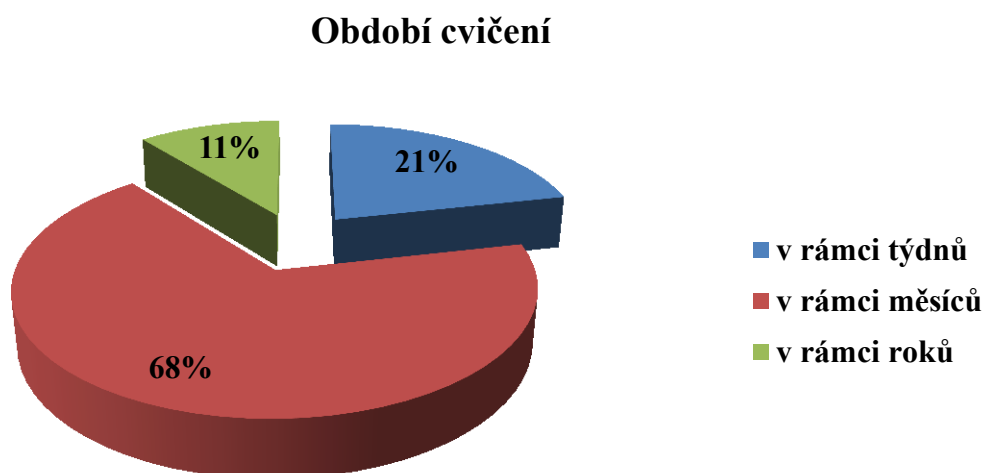
**Otázka:** *Jak dlouho jste cvičili Vojtovu metodu?*

Tab. č. 7: Období cvičení

| Doba cvičení   | Respondentů | Četnost |
|----------------|-------------|---------|
| v rámci týdnů  | 22          | 21,60 % |
| v rámci měsíců | 69          | 67,60 % |
| v rámci roků   | 11          | 10,89 % |
| celkem         | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 7: Období cvičení



Komentář:

Období cvičení podle Vojtovy metody v rámci měsíců uvádí 69, a to nejvíce respondentů. Těchto 69 R tvoří 68 % z celkového počtu. Týdní cvičilo léčebný systém 22 respondentů, kteří tvoří přibližně 22 %. Dokonce roky cvičení označilo 11 dotázaných, kteří jsou v procentuálním zastoupení 11 %.

## 5.8 Obtíže při cvičení

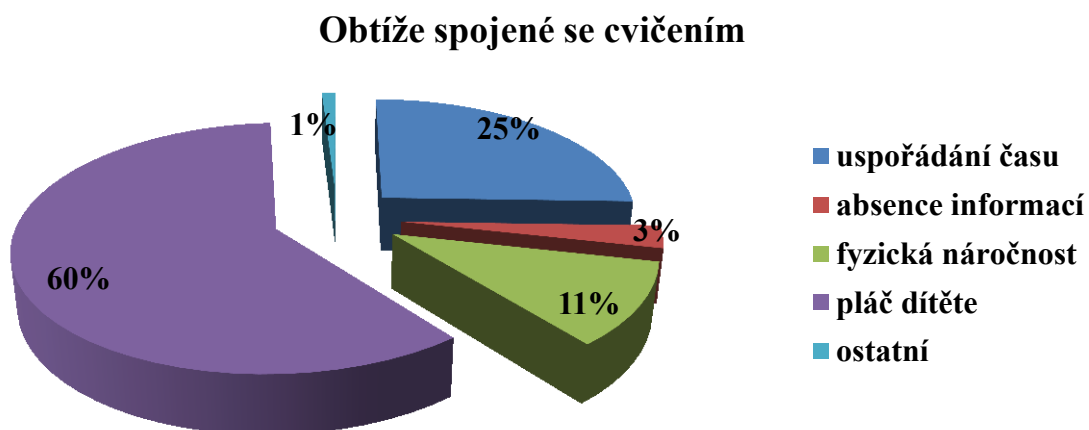
**Otázka:** *Co pro Vás bylo největší překážkou při cvičení?*

Tab. č. 8: Obtíže spojené se cvičením

| Největší překážka | Respondentů | Četnost  |
|-------------------|-------------|----------|
| uspořádání času   | 26          | 25, 50%  |
| absence informací | 3           | 2, 90 %  |
| fyzická náročnost | 11          | 10, 80 % |
| pláč dítěte       | 61          | 59, 80 % |
| ostatní           | 1           | 1 %      |
| celkem            | 102         | 100 %    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 8: Obtíže spojené se cvičením



Komentář:

Mezi nejčastější potíže způsobené cvičením patří pláč dítěte, který označilo 61 dotázaných. Pláč dítěte vadí 60% respondentů. Uspořádání času je další obtíží označenou 26 dotázanými, kteří tvoří asi 25 %. Fyzická náročnost byla překážkou pro 11 R, nedostatkem informací trpěli 3 R a jeden R měl problém s domácím prostředím, které nebylo vhodné. Jediný R tvoří 1%, 3 R tvoří 3 % a 11 R jsou asi 11 % z celkového počtu 102 R.

## 5.9 Překonání překážek při cvičení

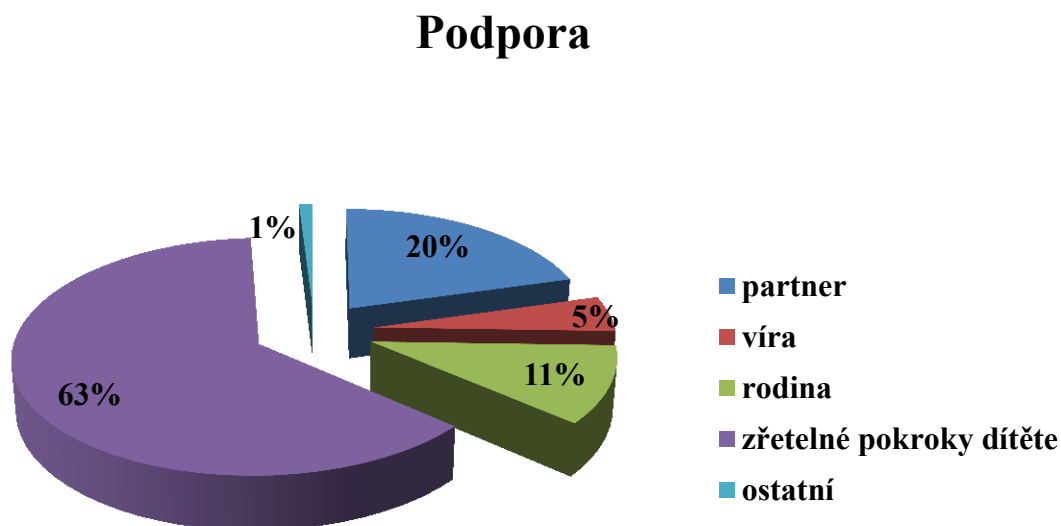
**Otázka:** *Co Vám pomohlo v překonání obtíží?*

Tab. č. 9: Podpora

| Podpora                 | Respondenti | Četnost  |
|-------------------------|-------------|----------|
| partner                 | 21          | 20, 60 % |
| víra                    | 5           | 4, 90 %  |
| rodina                  | 11          | 10, 80 % |
| zřetelné pokroky dítěte | 64          | 62, 70 % |
| ostatní                 | 1           | 1 %      |
| celkem                  | 102         | 100 %    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 9: Podpora



Komentář:

Největší podporou pro 64 dotázaných byly zřetelné pokroky dítěte, což tvoří asi 63 % z celkového počtu. Pro 21 respondentů byl zásadní pro překonání obtíží partner

a dalších 11 rodina. Jedenáct R představuje asi 11 % a dvacet jedna R asi 20 %. Pouze 5 respondentů uvedlo víru a 1 označil jinou pomoc. Pět R představuje 5 % a jeden R 1 % z celku.

## 5.10 Informovanost o Vojtově metodě

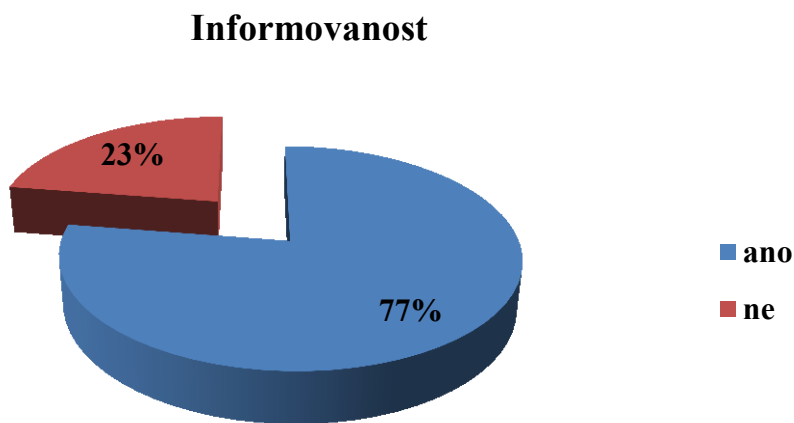
**Otázka:** *Měl/ měla jste dostatek informací ohledně Vojtovy terapie?*

Tab. č. 10: Informovanost

| Dostatek informací | Respondenti | Četnost |
|--------------------|-------------|---------|
| ano                | 79          | 77,50 % |
| ne                 | 23          | 22,50 % |
| celkem             | 102         | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Graf č. 10: Informovanost



Komentář:

Z otázky týkající se informovanosti vyplývá, že 79 respondentek si připadalo dostatečně informováno. Sedmdesát devět R tvoří 77 % z celkového počtu 102 R. Naopak 23 respondentek nemělo dostatek informací, což je vyjádřeno v procentech přibližně 23 %.

### 5.11 Vnímání účinnosti

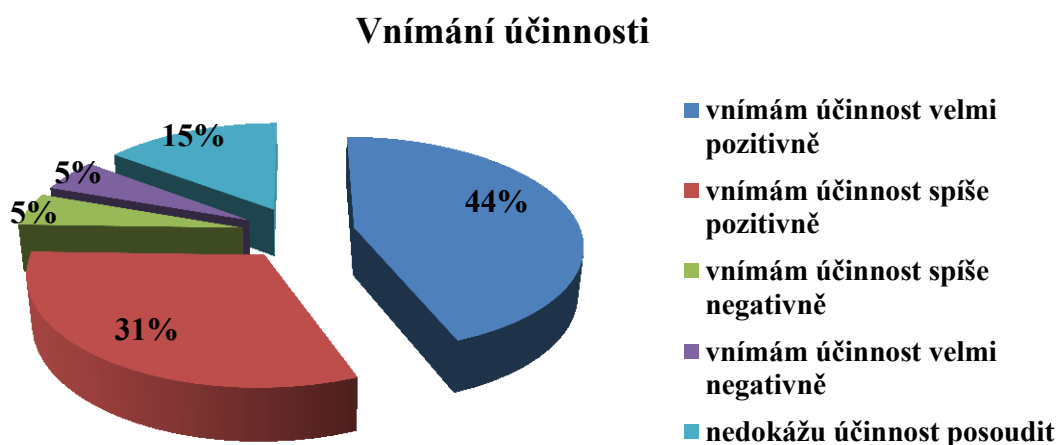
**Otázka:** *Jak vnímáte účinnost Vojtovy terapie u Vašeho dítěte?*

Tab. č. 11: Vnímání účinnosti

| Vnímání účinnosti               | Respondenti | Četnost  |
|---------------------------------|-------------|----------|
| vnímám účinnost velmi pozitivně | 45          | 44, 10 % |
| vnímám účinnost spíše pozitivně | 32          | 31, 40 % |
| vnímám účinnost spíše negativně | 5           | 4, 90 %  |
| vnímám účinnost velmi negativně | 5           | 4, 90 %  |
| nedokážu účinnost posoudit      | 15          | 14, 70 % |
| celkem                          | 102         | 100 %    |

Zdroj: vlastní

Graf č. 11: Vnímání účinnosti



Komentář:

Z tabulky i grafu můžeme vyčíst, že 77 respondentů vnímá účinnost Vojtovy terapie pozitivně. Z toho 45 R vnímá účinnost dokonce velmi pozitivně. Těchto 77 odpovědí tvoří přibližně 75 % z celkových 102 odpovědí a 45 odpovědí tvoří 44 %.



Zbýlých 32 dotázaných, což je 32 % z celku, shledává Vojtovu metodu spíše pozitivně.

Naopak smýšlí 10 respondentů, kteří vnímají negativně účinnost a 5 z nich velmi negativně. Deset respondentů tvoří 10 % a pět respondentů 5 % z celku.

Dalších 15 respondentů si myslí, že nedokáže účinnost posoudit, což je přibližně 15 % z celkového počtu odpovědí.

## 5.12 Anamnéza rodiček

**1. Otázka:** *Můžete mi prosím popsat průběh Vašeho těhotenství/ těhotenství Vaší ženy a porodu?*

Tab. č. 12: Anamnéza rodiček

| Resp. | Věk ženy při porodu | Pořadí těhotenství | Problémy v těhotenství | Týden porodu | Porod | Komplikace při porodu |
|-------|---------------------|--------------------|------------------------|--------------|-------|-----------------------|
| R1    | 24                  | I.                 | Ne                     | 35. t        | Spont | Ne                    |
| R2    | 28                  | I.                 | Ano                    | 31. t        | SC    | Ne                    |
| R3    | 19                  | I.                 | Ano                    | 34. t        | Spont | Ano                   |
| R4    | 32                  | V.                 | Ne                     | 36. t        | Spont | Ano                   |
| R5    | 31                  | II.                | Ne                     | 29. t        | SC    | Ne                    |
| R6    | 35                  | III.               | Ano                    | 32. t        | Spont | Ne                    |
| R7    | 33                  | I.                 | Ne                     | 32. t        | SC    | Ano                   |
| R8    | 30                  | II.                | Ne                     | 36. t        | Spont | Ne                    |
| R9    | 35                  | III.               | Ano                    | 30. t        | SC    | Ano                   |
| R10   | 33                  | I.                 | Ano                    | 32. t        | SC    | Ano                   |

Zdroj: vlastní

Komentář:

Z tabulky lze vidět věk rodiček pohybující se od 24 do 35-ti let. Pět žen bylo prvorodiček, dvě byly těhotné po druhé, dvě po třetí a jedna dokonce po páté. Pět žen mělo problémové

těhotenství. Mezi problémy uvádí R předčasné kontrakce, problém se srážlivostí krve, krvácení v těhotenství, problém s průtoky pupečníku a zjištěná anemie u dítěte.

Děti, se kterými rodiče cvičili rehabilitaci dr. Vojty, byly porozené předčasně od 29. týdne do 36. týdne. Porody spontánní prožilo 5 žen a 5 žen rodilo císařským řezem. Komplikace při porodu trápily pět žen a dalších pět žen mělo porod bez komplikací. Mezi komplikace uvádí velkou ztrátu krve, velké porodní poranění s celoživotními důsledky, zkažená PV.

Dvě ženy cvičily rehabilitaci s dvojčátky, ostatních osum žen cvičilo s jedním dítětem.

### 5.13 Cvičení s dítětem

#### 2. Otázka:

**Pro RŽ:** *Proč jste se rozhodla cvičit s dítětem právě Vy?*

**Pro RM:** *Proč jste se nerozhodl/ cvičit s dítětem právě Vy?*

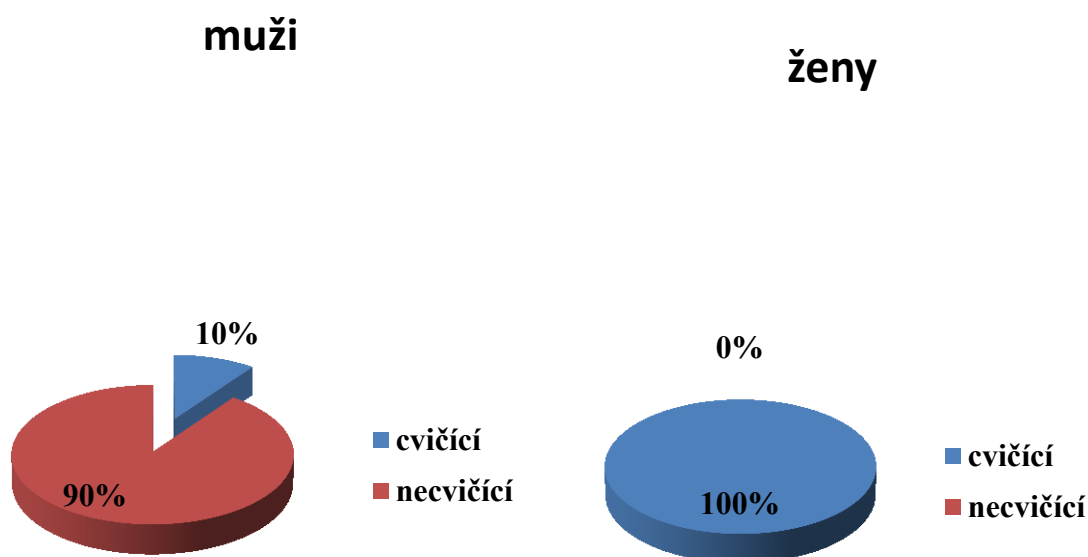
Všech deset respondentů cvičících Vojtovu metodu byly ženy a zároveň jeden muž se střídal se svou manželkou ve cvičení.

Tab. č. 13: Cvičení s dětmi

| R         | ženy | %     | muži | %     |
|-----------|------|-------|------|-------|
| cvičící   | 10   | 100 % | 9    | 90 %  |
| necvičící | 0    | 0 %   | 1    | 10%   |
| celkem    | 10   | 100 % | 10   | 100 % |

Zdroj: vlastní

Graf č. 12: Cvičení s dětmi



Zdroj: vlastní

Devět žen, které tvoří 90 % z celku, cvičilo proto, že partner to z časových důvodů nestíhal. Jediná R2 uvedla, že se s partnerem střídali, tato odpověď tvoří 10 % z celku. Dále jedna R si posteskla, že partner se cvičením nesouhlasil: „ chlap nechtěl, abych cvičila, jen když tam nebude, takže podpora žádná. “

Z deseti mužů pouze jeden cvičil Vojtovu metodu. Tato odpověď tvoří 10 % z celkového počtu deseti odpovědí. Přes den chodil do práce, ale když měl volno, přebíral cvičení, aby ženě pomohl. Ostatní muži odpovídali, že necvičili z časových důvodů, protože nebyli doma a chodili do práce a nenapadlo je podílet se na cvičení. Těchto devět odpovědí tvoří 90 % z celkového počtu.

Jeden R říká : „Já bych na cvičení neměl čas, přes den jsem v práci, navíc manželka je sestřička a víc se v tom vyzná. A taky bych na to asi neměl nervy, kvůli tomu pláči. “

Další uvádí : „Nejsem zaměstnán na klasický osmihodinový úvazek, takže bych nemohl dodržet nutnou pravidelnost cvičení. “

### 5.14 První pocity

**3. Otázka:** *Jaké byly Vaše dojmy, když jste prvně slyšel/ slyšela, že by Vaše dítě mělo cvičit Vojtovu metodu?*

Tab. č. 14: První pocity

| uvedené pocity |                       | RŽ | %    | uvedené pocity    | RM | %    |
|----------------|-----------------------|----|------|-------------------|----|------|
| pozitivní      | hlavně chce pomoci    | 4  | 40 % | očekával to       | 4  | 40 % |
|                | bere to přirozeně     | 2  | 20 % | bere to přirozeně | 3  | 30 % |
|                |                       |    |      |                   |    |      |
| negativní      | vyděšení              | 2  | 20 % | vyděšení          | 3  | 30 % |
|                | obavy, jak to zvládat | 1  | 10 % |                   |    |      |
|                | přemýšlí o odmítnutí  | 1  | 10 % |                   |    |      |
| celkem         |                       | 10 | 100  |                   | 10 | 100  |

Zdroj: vlastní

Z údajů tabulky můžeme zjistit, že u obou skupin- RŽ i RM převládaly pozitivní pocity. U čtyř RŽ převažoval pocit, že potřebují dítěti hlavně pomoci. Jedna R tvrdí: „Brala jsem to přirozeně a byla jsem potěšena, že se mému synovi dostane ještě jiné péče, pomoci neb byl hrozně spastický, už na pohled.“ Tyto RŽ tvoří 40 % z celku.

Čtyři RŽ pociťovaly negativní emoce, jedna dokonce přemýšlela o ignoraci cvičení: „jako musím říct, že se mne to vůbec nelíbilo, ze začátku, přemýšlela jsem i nad možností, jestli vůbec můžu odmítnout toto cvičení. Nakonec to ostalo jen u myšlenek a dále jsem pokračovala v cvičení.“ Čtyři RŽ tvoří 40 % odpovědí a 1 RŽ 10 % z celkového počtu.

Většina mužů brala cvičení přirozeně anebo to očekávala kvůli nedonošenosti dítěte. Jeden RM měl dokonce vlastní zkušenost s rehabilitací: „Sám jsem Vojtovou metodou prošel ve svém dětství, takže jsem nějak zvlášť strach neměl. Mně osobně velice pomohla. Takže jsem věděl, že pomůže i dceři.“ Sedm RM s pozitivními pocity tvoří 70 % z celku.

Tři RM byli prvním dojmem vyděšení: „Byl jsem hlavně překvapený, protože nám říkali, že je neurologicky v pořádku, až manželka mi to doma polopatě vysvětlila. Lekl jsem se, že objevil problém.“ Tři RM tvoří 90 % z celkového počtu odpovědí.

## 5.15 Pocity po prvním cvičení

### 4. Otázka:

**Pro RŽ:** *Jak se změnil Váš pohled na cvičení poprvé, když Vám terapeut cviky ukázal?*

**Pro RM:** *Jak se změnil Váš pohled na cvičení poprvé, když jste cvičení viděl/ viděla?*

Tab. č. 15: Pocity po prvním cvičení

| uvedené pocity                               | RŽ | %     | RM | %     |
|--|----|-------|----|-------|
| křik dítěte                                  | 3  | 23 %  | 4  | 31 %  |
| časová náročnost                             | 2  | 15 %  | 0  | 0 %   |
| obrnění se trpělivostí                       | 2  | 15 %  | 2  | 15 %  |
| obavy ze správnosti cviků                    | 2  | 15 %  | 0  | 0 %   |
| obavy z pokažení vzájemného vztahu s dítětem | 1  | 10 %  | 0  | 0 %   |
| špatné podmínky doma                         | 1  | 10 %  | 0  | 0 %   |
| pozitivní, dělám to pro dítě                 | 1  | 10 %  | 1  | 8 %   |
| nejsem s tím vnitřně smířená                 | 1  | 10 %  | 0  | 0 %   |
| čekal jsem to horší                          | 0  | 0 %   | 6  | 46 %  |
| celkem                                       | 13 | 100 % | 13 | 100 % |

Zdroj: vlastní

Nejčastějším poznatkem, který RŽ uvedly při prvním kontaktu s Vojtovou metodou třikrát, je pláč dítěte. Jedna R říká: „Nejhorší bylo, jak se mi bolestivě kroutil pod rukama, když jsem mu pět krát denně tlačila na žebra, všichni okolo mě utekli.“ Tyti tři ženy tvoří 23 % z celkových třinácti odpovědí.

Dvě ženy dále uvedly, že si uvědomily náročnost denního harmonogramu: „Napřed jsem se lekla, jak to zvládnou cvičit s oběma, ale jelikož jsem o tom už něco věděla, tak jsem se toho nebála.“ Tyto dvě odpovědi tvoří 15 % z celku.

Další dvě respondentky mezi první pocity zařadily obavy ze správnosti provádění cviků a nutnost obrnění se trpělivostí. R tvrdí: „Obrnila jsem se trpělivostí a říkala jsem

si, že pokud to má synovi pomoci, tak to pro něj udělám. Dvě odpovědi tvoří 15 % z celkového počtu odpovědí.

Obavu z pokaženého vzájemného vztahu s dítětem měla jedna matka: „Četla jsem diskuze na internetu, dočetla jsem se, že se může pokazit vztah mezi matkou a dítětem.“ Dále měla tato RŽ špatné podmínky doma: „Domácí podmínky nebyly dobré, bydleli jsme v jednom pokoji u mojeho rodičů, rekonstruovali jsme barák. Nejhorší tchyně, která měla, blbé kecy, co mu dělám. Cvičila jsem na desce od válení těsta, nejhorší bylo, že mně přišlo, že malý pořád řve. Jak řval večer a pak ještě cvičením., chlap mně to večer dával pěkně sežrat.“ Každá z odpovědí tvoří 10 % z celkového počtu.

Nesouhlas se cvičením uvedla jedna R: „Nebyla jsem s tím vnitřně smířená. Vadila mi ta kategorizace. Prostě to neumí, tak se začne s Vojtovkou.“ Odpověď tvoří 10 % z celku.

Naopak jedna R pocívala radost: „Já jsem byla ráda, že můžu Barunce nějak pomoci. Trošku mi vadil, ten pláč, ale časem jsem si zvykla, říkala jsem si, že to dělám pro ni.“ Odpověď jedné RŽ tvoří 10 %.

Po prvním cvičení se většina RM uklidnila, že cvičení není tak drastické, jak slyšeli. Jeden R říká: „Nebyla to taková hrůza, jak všichni strašili.“ Těchto šest odpovědí tvoří 46 %.

Čtyři muži uvádí, že jim vadil pláč dítěte: „Měl jsem strach, že jí manželka snad vykloubí ruce, nebo "utrhne" hlavu a ten křik nebyl příjemný. Vypadalo o, že to malou bolí.“ Tyto čtyři odpovědi tvoří 31 % z celkového počtu patnácti odpovědí.

Další dva respondenti po prvním cvičení si uvědomili, že bude potřeba se hlavně obrnit trpělivostí. Ti to dva RM jsou 15 % z celkového počtu patnácti odpovědí. Pro jednoho byl nejdůležitější fakt, že se cvičí pro zdravé dítěte a samotnému pomohlo cvičení Vojtovy metody zachránit hybnost ruky: „Pokud mi to pracovní doba dovolovala, byl jsem přítomen na každém cvičení. Jediné, co mi způsobovalo úzkost, byl neutuchající pláč dítěte během cvičení. Ten si z vlastního dětství nepamatuji. Jedna odpověď RM je 8 % z celkového počtu.

## 5.16 Vnímání spolupráce

### 5. Otázka

**Pro RŽ:** *Jak jste byla spokojená se svým terapeutem?*

**Pro RM:** *Jak jste vnímal spolupráci s terapeutem?*

Tab. č. 16: Vnímání spolupráce

| vnímání spolupráce      | RŽ | %     | RM | %     |
|-------------------------|----|-------|----|-------|
| spokojena               | 9  | 90 %  | 7  | 70 %  |
| neudělala jsem si názor | 1  | 10 %  | 3  | 30 %  |
| nespokojena             | 0  | 0 %   | 0  | 0 %   |
| celkem                  | 10 | 100 % | 10 | 100 % |

Zdroj: vlastní

Vzájemnou spolupráci s terapeutem většina žen i mužů shledávalo velmi pozitivně. Devět RŽ, tvořící 90 % odpovědí, bylo spokojeno s terapeutem jak ze stránky empatické, tak s edukací o rehabilitaci i s kontrolami. Většina si s terapeutem vytvořila blízký vztah.

Jedna RŽ popisuje spokojenost: „S terapeutem jsme byli spokojeni nadmíru, byl empatický ale důsledný a díky tomu naše děti vykazovaly veliké výsledky v rychlém čase a nemusely jsme tak cvičit nějak dlouho. Na kontroly jsme jezdili každé dva týdny, což bylo d stačující. Informace jsme jinde nečerpaly, vše nám bylo vždy dostatečně vysvětleno.“

„Nějak jsem si na terapeuta nedělala názor. Co jsem chtěla vědět, to mi zodpověděli. Byla to taková ta automatika.“ Tvrdí jedna respondentka, která je 10 % z celkového počtu.

Sedm mužů považuje spolupráci s terapeutem za velmi kladnou. Jeden z nich říká: „V rámci možností jsem absolvoval každou návštěvu terapeuta. Terapeuta jsem důvěřoval, při každé návštěvě byly vidět určité pokroky a to nás hnalo dopředu. Její přístup byl profesionální, milý, lidský a hravý.“ Sedm odpovědí tvoří 70 %.

Tři RM si neudělali názor na terapeuta, protože u něj ještě nebyli: „K terapeutovi jsem se zatím nedostal, ale myslím, že manželka mi to tlumočí dostatečně a hlavně polopatě. Cvičení jsem nechal zcela na manželce.“ Tři odpovědi jsou 30 % z celkového počtu odpovědí.

## 5.17 Průběh cvičení doma

### 6. Otázka

**Pro RŽ:** *Jak se změnily Vaše pocity ze cvičení po “zajetí se” doma?*

**Pro RM:** *Jaký máte pocit, že probíhalo cvičení doma?*

Tab. č. 17: Průběh cvičení doma

| Průběh cvičení doma                          | RŽ | %     | RM | %       |
|--|----|-------|----|---------|
| křik dítěte                                  | 3  | 15 %  | 5  | 33,30 % |
| časová náročnost                             | 1  | 5 %   | 2  | 13,30 % |
| obavy z pokažení vzájemného vztahu s dítětem | 1  | 5 %   | 0  | 0 %     |
| špatné podmínky doma                         | 1  | 5 %   | 0  | 0 %     |
| pozitivní, dělám to pro dítě                 | 1  | 5 %   | 1  | 6,70 %  |
| nejsem s tím vnitřně smířený/smířená         | 1  | 5 %   | 1  | 6,70 %  |
| vyčerpání                                    | 2  | 10 %  | 2  | 13,30 % |
| jistota ve cvičení                           | 2  | 10 %  | 0  | 0 %     |
| nutnost domácího řádu                        | 2  | 10 %  | 2  | 13,30 % |
| pocivé cvičení                               | 3  | 15 %  | 0  | 0 %     |
| odmítnutí dále cvičit                        | 1  | 5 %   | 1  | 6,70 %  |
| dítě odmítá spolupracovat                    | 1  | 5 %   | 1  | 6,70 %  |
| problém s nahotou při cvičení                | 1  | 5 %   | 0  | 0 %     |
| celkem                                       | 20 | 100 % | 15 | 100 %   |

Zdroj: vlastní

Většina RŽ popisuje stejné pocity a poznatky ke cvičení po prvním cvičení i po zajetí se doma. Pozitivní: dělám to pro dítě

K pozitivním poznatkům se v domácím prostředí po čase přidala ještě jistota ve cvičení, kterou popisují dvě R. Tyto dvě R tvoří 10 % z celkových dvaceti odpovědí. Jedna z nich



to komentuje: „Spíše to člověk „dostal do ruk“. Ale cviky se obměňovaly, takže to bylo vždy trochu nové, nestereotypní trochu. “

Mezi spíše pozitivní poznatky ke cvičení patří poctivé cvičení, které tři RŽ řádně dodržovaly a berou to jako velké pozitivum. Tyto tři odpovědi jsou 15 % z celku. Jedna RŽ to popisuje: „Za velký úspěch považuji poctivost a trpělivost na počátku cvičení. Nyní 8 měsíců po porodu již necvičíme-vše se srovnalo. “

Nesnází při prvním a následném cvičení je křik, který vadí 15 % R, třem respondentkám. Časová náročnost, obavy z pokažení vzájemného vztahu s dítětem, špatné podmínky doma a problém s nahotou dítěte při cvičení jsou další problémy, se kterými se R potýkaly. Každá nesnáze byla označena jednou R a jedna odpověď tvoří 5 % z celku

Jedna respondentka se cvičením nebyla vnitřně smířená a se cvičením skončila: „Nakonec to dopadlo tak, že jsme cvičili pořádně tři týdny a při další asi třetí kontrole jsme to prostě vzdali...po těžké a dlouhé rozvaze... rozhodli pro soukromého fyzioterapeuta. „ Každá z odpovědí R představuje 5 % z celku.

Vyčerpání popisují dvě R, tvoří 10 % z celku. Nezbytnost domácího řádu byly nutností pro další dvě R, dalších 10 %. U jedné R se stalo, že dítě odmítalo spolupracovat. „U Terezy se zhoršila v půl roce komunikace, měla období, kdy tak plakala u i RHB, že s ní nešlo cvičit, jak byla zatnutá.

Pozitivum na cvičení viděl jeden RM, jehož odpověď tvoří asi 7 % z celku, u kterého převažoval dobrý pocit, že to dělá pro své dítě.

Pět mužů doma nejvíce trápil křik dítěte při cvičení. Těchto pět odpovědí tvoří 33 % z celkových 15ti odpovědí. Jeden z nich to komentuje: „Partnerka nastavila pravidelnost co se času, místa a podmínek. Cvičení jsem nechával plně v její kompetenci, ale při některých cvicích jsem měl nutkání cviky převzít nebo ukončit. Převážně z důvodu pláče dítěte.

Dva RM udivovala časová náročnost, další dva RM nutnost domácího řádu a poslední dva RM trápilo vyčerpání partnerek. Dvě odpovědi jsou 13 % z celku.

Jeden muž nebyl s rehabilitací ztotožněn, spolu s manželkou přestali cvičit. Dalšího muže trápilo odmítání dítěte spolupracovat. Každá odpověď tvoří 7 % z celkového počtu odpovědí.

## 5.18 Náročnost cvičení

### 7. Otázka: Za jak moc náročné považujete cvičení?

Tab. č. 18: : Náročnost cvičení

| náročnost         | RŽ | %     | RM | %        |
|-------------------|----|-------|----|----------|
| psychická         | 10 | 77 %  | 3  | 27, 30 % |
| fyzická           | 3  | 23 %  | 1  | 9, 10 %  |
| nedokážu posoudit | 0  | 0 %   | 7  | 63, 6 %  |
| celkem            | 13 | 100 % | 11 | 100 %    |

Zdroj: vlastní

Psychická náročnost cvičení nejvíce trápila deset žen. Deset odpovědí tvoří 77 %. Jedna z žen to komentuje: Přišlo mi, že se to Anežce nelíbí. Vše to vypadalo, jakože je to přes sílu a malá u toho ze začátku hodně brečela a bránila se. To mi vadilo.“

Fyzickou náročnost uvádí tři RŽ, což je 23 % z celku. Jedna žena odpověď komentuje slovy: Náročné bylo cvičení jak pro psychické tak po fyzické. Křik stresující velmi, únava kvůli četnosti cvičení, žádný čas pro sebe. Zkorigování času asi nejtěžší věc.

Z deseti žen měly pouze tři chuť cvičení nevzdat a jedna z nich to popisuje: „Myslím si, že s tím každý chtěl seknout, i já, ale vydržela jsem. Někdy jsem vynechala, ale potom jsem si uvědomila, že tím Barču posunu, tak jsem zase cvičila.

Všech osm žen, které cvičily pouze s jedním dítětem, se shodly, že se cvičením od partnera pomoci nechtěly, protože si chtěly dokázat, že to zvládnou. Jedna z nich říká: „Pro mě to bylo velmi těžké období, avšak pomoci jsem z hrdosti od manžela nechtěla. Musela jsme to zvládnout sama sobě. Dvě RŽ s dvojčaty pomoc potřebovaly.

Většina mužů – 7 RM, tvořící 64 % nedokáže náročnost posoudit, protože se do cvičení snažili spíše nezasahovat. Psychickou náročnost udali tři muži. Tyto odpovědi tvoří 27 % .

Fyzickou náročnost shledává pouze 1 RM, což je 9 % z celku. „Cvičení je náročné – a to hodně. Po stránce psychické i fyzické. Jak pro cvičícího, tak dítě. Nese ale ovoce.“ Říká jeden z RM.

Převzít cvičení za partnerku měli pouze dva RM. Všichni R se shodli, že cvičení je hlavně fyzicky náročné pro dítě.

### 5.19 Vztah s dítětem

**8. Otázka:** Myslíte si, že cvičení nějak ovlivnilo vztah Vás a Vašeho dítěte?

Tab. č. 19: Vztah s dítětem

| Vztah s dítětem     | RŽ | %     | RM | %     |
|---------------------|----|-------|----|-------|
| neovlivnilo         | 8  | 80 %  | 9  | 90 %  |
| ovlivnilo pozitivně | 1  | 10 %  | 1  | 10 %  |
| spíše negativně     | 1  | 10 %  | 0  | 0 %   |
| celkem              | 10 | 100 % | 10 | 100 % |

Zdroj: vlastní

Osm matek se shodlo, že cvičení v zásadě neovlivnilo vztah mezi nimi a dětmi. Těchto osm matek tvoří 80 % z celkového počtu. Jedna z nich svou odpověď komentuje: „Dětem jsem se po cvičení stokrát omlouvala a prosila je, ať mě mají rádi, že jim neubližuju schválně, že je to pro ně. Mokrát jsem se bála, že by to mohlo narušit náš vztah, ale naštěstí se tak nestalo. Stávalo se poměrně často, že dítě v pozdější fázi neplakalo.“ Další říká: Nemyslím si, že to nějak ovlivnilo vztah, vždyť byla malinká... Nevím, jak to vnímala, prostě to pro ni bylo nepříjemné. Asi po 2 týdnech přestala plakat, přišlo mi, že se nenažila. Jakoby jí to bylo jedno. To bylo tím, jak jsem se na to dívala já ...

Pozitivní ovlivnění udává respondentka: „Cvičení náš vztah ovlivnilo spíše pozitivně, víc se ke mně tulila, sblížily jsme se.“ Tato R tvoří 10 % z celkového počtu.

Zároveň jedna RŽ má spíše negativní mínění: „dočetla jsem se, že se může pokazit vztah mezi matkou a dítětem. Na RhB mne vysvětlila, že jenom když mne někdo bude předním za to karát. Malý se nikdy netulil, možná je to tím cvičením.“ Tato respondentka tvoří 10 % z celkového počtu odpovídajících žen.

Devět mužů, kteří tvoří 90 % z celku, odpovědělo, že si nemyslí, že by rehabilitace podle doktora Vojty ovlivnila vztah mezi rodičem a dítětem. Jeden z nich tvrdí: „Dcera je ve věku kdy si to vlastně pamatovat nebude, ale i tak si nemyslím, že by ta byl nějaký negativní dopad na vztah.“

Jeden muž se připojuje s odpovědí: „Nemyslím si, že dítě při cvičení trpí, vztah rodiče k dítěti se možná trochu změní ale v pozitivním směru.“ Tento RM tvoří 10 % z celku.

## 5.20 Vnímání účinnosti terapie

### 9. Otázka: *Jak vnímáte účinnost Vojtovy terapie?*

Tab. č. 20: Vnímání účinnosti terapie

| vnímání účinnosti | RŽ | %     | RM | %     |
|-------------------|----|-------|----|-------|
| velmi pozitivně   | 8  | 80 %  | 7  | 70 %  |
| spíše pozitivně   | 2  | 20 %  | 3  | 30 %  |
| celkem            | 10 | 100 % | 10 | 100 % |

Zdroj: vlastní

Na rehabilitační systém doktora Vojty nedá dopustit osm žen a sedm mužů. Osm žen představuje 80 % a sedm mužů 70 % z celku.

Jedna z respondentek velmi pozitivně hodnotících cvičení svoji odpověď komentuje: „Je to perfektní metoda a děkuji za ni. Když vidí fotky chlapce z prvních týdnů po narození a pak po několika týdnech cvičení, je to zázrak.“

Další říká: „Kdybych mohla porovnat syna v případě, kdy cvičil a kdy ne, dokázala bych na tohle odpovědět. Asi to smysl má.“

Respondent hodnotící velmi pozitivně cvičení tvrdí: „Velmi pozitivně. A to z vlastní zkušenosti jako cvičence, tak i z pozice rodiče. V případě, že to bude situace vyžadovat, tuto terapii podstoupíme klidně znovu.“

Spíše pozitivně hodnotí cvičení dvě ženy a jedna z nich říká: „můj celkový názor je že ano hlavně u dětí, které mají problém,ale dávat jim nějaké třeba měsíční pauzy,aby se mohly rozvíjet i samy.od roku u lepších děti bych zvolila třeba bobatha ,sice to bude trvat dýl, ale co, myslím že na děti, které nejdou dle tabulek se moc tlačí.někdy mne teda vadilo,že malý třeba ještě nechodí,ale řekla jsem si no a co však se ještě nachodí.“

Spíše pozitivně cvičení hodnotí tři muži. „Jeden z nich říká: Celkově si myslím, že je metoda dobrá. Není sice pro každého, ale nám pomáhá.“

Dvě ženy hodnotící rehabilitaci spíše pozitivně představují v procentuálním vyjádření 20% a tři muži 30 % celku.

## 5.21 Rozhodnutí

### 10. Otázka: *Rozhodli byste se znovu pro Vojtovu terapii?*

Tab. č. 21: Rozhodnutí

| rozhodnutí | RŽ | %     | RM | %     |
|------------|----|-------|----|-------|
| ano        | 9  | 90 %  | 8  | 80 %  |
| ne         | 1  | 10 %  | 2  | 20 %  |
| celkem     | 10 | 100 % | 10 | 100 % |

Zdroj: vlastní

Podstoupit znovu rehabilitaci podle doktora Vojty by se rozhodlo devět žen a osm mužů.

RŽ to komentuje: „Ano určitě, už jsem i kamarádku upozornila, malá se otáčela na jednu stranu a později chodila po špičkách. Asi bych cvičila zase, člověk má přeci jen pocit, že pro prcka dělá, co může.“

Další RŽ tvrdí: „Ano. Tím myslím, že bych ji znovu podstoupila u mých dětí, které ji už absolvovaly, pokud bych měla další dítě, kterému by bylo doporučeno cvičit, i když by se narodil v termínu, ale doktor by nám ji doporučil, kvůli opožděnému vývoji apod. tak to nemohu odpovědět jednoznačně.“

Osm respondentů by se rozhodlo znovu cvičení podstoupit. Jeden z nich to komentuje: „Cvičení bylo doporučeno lékařem, respektovali jsme ho, výsledky byly pozitivní, příště bychom se rozhodli stejně.“

Další RM říká: „Do cvičení bych šel znovu, ale cvičit bych to s malou nechtěl.“

Respondentka, která na otázku ohledně rozhodnutí se znovu cvičit odpověděla, že by se pro ni nerozhodla, k tomu ještě dodává: „cvičení je jeden z důvodu proč bych nechtěla další dítě, kdybych měla, miň roků.“

Další cvičení podle doktora Vojty odmítají dva RM a jeden z nich to vysvětluje: „Já bych se pro ni, v našem případě, opět nerozhodl. Líbila se mi metoda, kterou jsme zvolili po ukončení této terapie. Byly to cviky vycházející z Vojtovy metody.“

## 6 DISKUZE

Hlavním cílem práce bylo zjistit společné faktory vyskytující se u rodičů cvičících Vojtovu metodu a zároveň zaměření se na rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty. K těmto dvěma hlavním cílům jsme vytvořila podcíle.

### 6.1 Analýza získaných dat

Z polostrukturovaného dotazníku a polostrukturovaných rozhovorů jsem získala data, které jsem zpracovala do tabulek a grafů. Hlavním cílem práce bylo zjistit společné faktory vyskytující se u rodičů cvičících Vojtovu metodu a zároveň zaměření se na rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty.

Zjistila jsem společné faktory u rodičů a dětí, kteří cvičili rehabilitaci podle doktora Vojty: věk ženy v období porodu 19 – 29 let, většina rodičů s dětmi začala se cvičením kolem třetího měsíce věku dítěte, cvičení probíhalo 4 x denně po dobu měsíců, a většina rodičů vnímá účinnost velmi pozitivně.

**Cíl 1:** Zjistit společné faktory vyskytující se u rodičů cvičících Vojtovu metodu.

Společnými rysy pro indikaci zjištěnými z výzkumu jsou: dítě porozené bez komplikací do ukončeného 37. Týdne a s váhou při narození dítěte do 2 500 g.

K cíly 1 byly stanoveny tři podcíle:

**Cíl 1 a:** Zjistit co bylo největší překážkou při cvičení pro rodiče.

Z odpovědí respondentů jsem zjistila, že pláč byl největší překážkou pro 61 rodičů. Těchto 61 respondentů je 61 % odpovědí. Pro ostatní rodiče bylo největším problémem uspořádání času, což označilo 26 dotázaných, kteří tvoří 25 %, fyzickou náročnost udalo 11 respondentů, nedostatkem informací trpěli 3 dotazovaní a jeden respondent měl problém s domácím prostředím, které nebylo vhodné. Jediný R tvoří 1%, 3 R tvoří 3 % a 11 R jsou asi 11 % z celkového počtu 102 respondentů.

**Cíl 1 b:** Zjistit, co bylo největší podporou pro rodiče při terapii dr. Vojty.

Podle odpovědí dotazovaných největší podporou pro 64 dotázaných byly zřetelné pokroky dítěte, které tvoří 63 % z celkového počtu. Pro ostatních 21 respondentů byl zásadní pro překonání obtíží partner a pro dalších 11 rodina. Jedenáct dotazovaných představuje 11 % a 21 respondentů je 20 %. Pouze 5 respondentů uvedlo víru a 1 označil jinou pomoc. Pět odpovědí představuje 5 % a jeden respondent 1 % z celku

**Cíl 1 c:** Zjistit informovanost rodičů o problematice rehabilitace.

Z výsledků otázky týkající se informovanosti vyplývá, že 79 respondentů si připadalo dostatečně informováno. Tyto dotazovaní tvoří 77 % z celkového počtu 102 respondentů. Naopak 23 respondentek nemělo dostatek informací, což je vyjádřeno v procentech 23 %.

**Cíl 2:** Zjistit rozdíly vnímání cvičení Vojtovy metody z pohledu rodiče cvičícího a necvīčícího Vojtovu metodu.

Rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvīčili rehabilitace podle doktora Vojty a rodičů, kteří necvīčili, jsem zjišťovala na základě rozhovorů. Výsledkem je převážně stejné vnímání. Drtivou většinou cvīčících rodičů byly ženy, které shledávaly cvīčení převážně psychicky náročné. Naopak muži většinou nedokázali posoudit náročnost pravděpodobně kvůli absenci při cvīčení. Dalším rozporem v názorech jsou první pocity, které zaplavily respondenty po prvním cvīčení. Ženskou stranu nejvíce trápil křik dítěte, kdežto muži byli připraveni na horší průběh cvīčení. V ostatních názorech byli zajedno. Stejně smýšlení projeví u prvních reakcí, když byla diagnostikována dítěti Vojtova rehabilitace, u vzájemné interakce s terapeutem, při vnímání posunu cvīčení v domácím prostředí, v ovlivňování vztahu rodiče a dítěte při cvīčení, v účinnosti terapie a následným rozhodnutím znovu cvīčit.

K cílům 1 byly stanoveny tři podcíle:

**Cíl 2 a:** Zjistit kolik % žen cvīčilo rehabilitaci se svým dítětem, dětmi.

Všech deset respondentů cvīčících Vojtovu metodu byly ženy (100 %) a zároveň jeden muž se střídal se svou manželkou ve cvīčení. Z deseti mužů pouze jeden cvīčil Vojtovu metodu. Tato odpověď tvoří 10 % z celkového počtu

**Cíl 2 b:** Zjistit, zda terapie ovlivňuje vztah rodiče a dítěte.

Osm matek, které tvoří 80 % z celku, řeklo, že cvīčení neovlivnilo vztah rodiče s dítětem. Pouze jedna žena shledává pozitivní ovlivnění vztahu. Tato R tvoří 10 % z celku. Zároveň jedna respondentka má spíše negativní mínění, tvořící 10 % z celkového počtu odpovídajících žen.

Devět mužů, odpovědělo, že si nemyslí, že by rehabilitace podle doktora Vojty ovlivnila vztah rodiče a dítěte. Ti to muži tvoří 90 % z celku.

Jeden muž si myslí, že se pozitivně ovlivní vztah rodiče a dítěte. Odpověď tvoří 10 % z celku.

**Cíl 2 c:** Zjistit vnímání účinnosti rodičů u terapie.

Na rehabilitační systém doktora Vojty nedá dopustit osm žen a sedm mužů. Osm žen představuje 80 % a sedm mužů 70 % z celku.

**Cíl 3:** Přiblížit Vojtovu metodu.

Cíl je součástí teoretické práce, kde je vojtova metoda stručně popsána.

**Cíl 4:** Vytvořit plakát.

Ze shromážděných informací jsem vytvořila plakát, který radí rodičům, jak úspěšně zvládnout terapii Vojtovou metodou.

Všechny cíle práce byly splněny.

## 6.2 Doporučení pro praxi

Výsledky šetření mohou být přínosem pro budoucí porodní asistentky, porodní asistentky, zdravotní sestry, rehabilitační sestry, pediatry, jejichž práce souvisí s péčí o dítě, ale zároveň bych ji doporučila rodičům, kteří cvičí nebo začínají cvičit s dítětem terapii.

Zdravotnický personál může najít přínos práce v ucelených základních údajích Vojtovy metody a také ve výzkumu.

Rodiče dětí, kterým byla terapie diagnostikovaná v bakalářské práci, mohou v bakalářské práci nalézt základní informace a dokonce i rady a různá doporučení.

Jelikož je pro matky nejvíce stresující pláč dítěte, zdravotnický personál by se mohl zaměřit na důkladnější vysvětlení, proč děti při rehabilitaci křičí. Rodiče by se měl naučit vnímat křik spíše pozitivně a nemyslet na to, že dítěti ubližují. Měli by brát pláč jako jediné vyjádření, které můžou od dítěte čekat. Také by mohli rodiče vědět, že si můžou se svými starostmi kdykoliv s někým promluvit (např. sdružení Nedoklubko je neziskovaná organizace, poskytující pomoc a informace rodinám nedonošených dětí). Starosti by si neměli nechávat pro sebe. Dále by se měli zaměřit na zřetelné pokroky, které dítě posunují kupředu. Dále bych jim doporučila knihu Heidy Orth (2012), která podává ucelený pohled na Vojtovu metodu a je doplněná o fotografie ze cvičení, zakreslení stimulačních zón a také fotkami nesprávného cvičení apod. Dle mého názoru je velmi důležitá spolupráce partnerů a na cvičení by se oba měli nějakým způsobem podílet. Důležitá je emoční vyrovnanost matky, její čas pro sebe samou a vzájemná souhra domácnosti.



Výstupem mé práce je plakát s deseti radami, jak lépe zvládnout domácí rehabilitaci doktora Vojty.

### 6.3 Porovnání výsledků

Podobnou tematikou se zabývala Valchářová (2013) ve své bakalářské práci na téma Vojtova metoda. V praktické části se zabývá tím, jak probíhá léčba Vojtovou metodou v praxi. Z rozhovorů s matkami, kterým byla doporučena Vojtova metoda jako terapie pro jejich děti s různými stupni hybných poruch, zjistila, že 100 % odpovědí uvádí pozitivní vliv na dítě. Dle mého výzkumu na rehabilitační systém doktora Vojty nedá dopustit 80 % žen a 70 % mužů.

Zaměřila se také na spolupráci partnerů, zda cvičily jen matky nebo vypomáhali i otcové. Valchářová (2013) vyšlo, že cvičilo 75 % matek i s partnery a 25 % matek cvičily samy. Moje výsledky představují opačný poměr, kdy žen cvičilo 100 % a pouze 1 muž vypomáhal manželce - 10 %.

Obdobný výsledek nám vyšel u otázky důvodu zahájení Vojtovy terapie. Rehabilitaci začalo cvičit 37,5 % dětí v práci Valchářové a 40 % v mé práci, z důvodu nedonošenosti.

Další podobnou tematikou se zabývala Skřivánková v roce 2015 ve své bakalářské práci na téma Vojtova metoda a její využití u dětí s tělesným postižením v raném věku. Ve své práci se zabývá získáváním informací o využití Vojtovy metody u dětí s tělesným postižením v raném věku. Zkoumala, zda jsou rodiče dostatečně informováni o Vojtově metodě reflexní lokomoce. Výsledkem je 73 % rodičů, kteří odpověděli, že byli dostatečně informováni. Mým výsledkem v práci je, že 77 % rodičů odpovědělo na otázku dostatečné informovanosti obdobně jako u Skřivánkové (2015).

Další shodnou tematikou se zabývala Kastnerová v roce 2012 ve své bakalářské práci na téma Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie. V praktické části se zabývá analýzou emocí matek při terapii dítěte dle Vojty. Její práce byla velmi dobře napsaná a stala se pro mě inspirací. Kastnerová (2012) potvrzuje svým výzkumem myšlenky Orth (2012), že interakce mezi matkou a dítětem neoddělitelným a nezastupitelným procesem a emoční postoje matky kopíruje dítě. Proto je při cvičení Vojtovy terapie nesmírně důležitý matčin přístup. Ve výzkumu Kastnerové jsem našla shodná témata s mojí prací:

Na otázku ohledně náročnosti odpovědělo 23% respondentů, že pro ně bylo cvičení náročné po stránce psychické, fyzicky náročné cvičení shledává 33% dotazovaných a 44% re-

spondentů hodnotí náročnost jak fyzickou tak psychickou. V mém výzkumu nejvíce respondentů (respondenti, kteří cvičili s dítětem rehabilitaci) označilo psychickou náročnost. Pro 77 % dotazovaných byla Vojtova metoda náročná psychicky, pro 23 % fyzicky. Respondenti, kteří s dítětem necvičili, z 64 % nedokázali náročnost posoudit a psychickou náročnost udalo 27 % a fyzickou náročnost 9 % dotazovaných.

Největším problémem při provádění terapie shledala Kastnerová (2012) z odpovědí závěr- udržet dítě ve správné poloze, což uvádí 45% respondentů. V mém výzkumu uvedlo 60 % respondentů, že pro ně byl nejobtížnější pláč dítěte. Ve výzkumu Kastnerové (2012) pláč označilo 30% dotazovaných.

## 7 ZÁVĚR

Vojtova metoda je velmi propracovaný diagnostický a terapeutický systém, který se potýká s vysokou úspěšností. Výzkumnou část svého šetření jsem rozdělila na dvě části. První tvoří zjištění společných faktorů vyskytujících se u rodičů cvičících Vojtovu metodu, kterou jsem porovnávala na 102 respondentech v dotazníkovém šetření. Druhou část jsem zaměřila na rozdíly vnímání prožitků deseti rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty a kteří necvičili a byli tzv. pozorovateli.

Dotazníkové šetření i rozhovory pro mě byly dobrou zkušeností. Dotazníkové šetření bylo neosobní, více mě bavila práce s rozhovory. Z výzkumného šetření části dotazníkové jsem zjistila společné faktory u rodičů a dětí, kteří cvičili terapii doktora Vojty: věk ženy v období porodu 19 – 29 let, dítě porozené do ukončeného 37. týdne, váha při narození dítěte do 2 500 g, nekomplikovaný porod. Dále jsem zjistila, že většina rodičů s dětmi začala se cvičením kolem třetího měsíce věku dítěte, cvičení probíhalo 4 x denně po dobu měsíců, největší obtíží byl pro rodiče pláč dítěte, s překonáním obtíží nejvíce cvičícím rodičům pomohly zřetelné pokroky dítěte. Většina rodičů byla dobře informovaná o rehabilitaci a vnímala účinnost velmi pozitivně.

Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů jsem chtěla zjistit rozdíly vnímání prožitků rodičů, kteří cvičili rehabilitace podle doktora Vojty, a rodičů, kteří necvičili. Výsledkem bylo téměř identické vnímání. Stejně posuny myšlenek projeví u prvních reakcí po diagnostice Vojtovy rehabilitace, u vzájemné spolupráce s terapeutem, při vnímání progresu cvičení v domácím prostředí, v ovlivňování vztahu rodiče a dítěte během cvičení, v účinnosti metody a rozhodnutím znovu cvičit rehabilitaci. Všech deset žen se aktivně podílelo na rehabilitaci. Muži spíše nedokázali posoudit náročnost cvičení a ženy shledávaly cvičení převážně psychicky náročné. Rozdílné měli respondenti první pocity, které se jich zmocnily po prvním cvičení. Příslušnice ženského pohlaví nejvíce trápil křik dítěte, kdežto muži byli připraveni na horší průběh cvičení. V ostatních názorech se shodovali. Výpovědi deseti rodičů a 102 respondentů jsem splnila cíl.

Nejvíce mě potěšil ochotný přístup matek, které se podílely na rozhovorech. Ženy se svěřovaly s vysoce osobními věcmi, byly otevřené, vstřícné a své odpovědi značně rozváděly. Spolupráce se ženami byla snazší. Muži se nechovali otevřeně, spíše odpovídali stručně a dalo mi velkou práci se od nich dozvědět odpovědi na mé otázky.

Díky psaní bakalářské práce jsem získala spoustu nových informací o Vojtově metodě, práce mě velmi bavila a ráda bych pokračovala tímto tématem v diplomové práci.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

## KNIHY

1. BOREK Ivo a MATUŠKOVÁ Dana. Fyziologický a patologický novorozenec. In: ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
2. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk a kol., 2006. *Porodnictví*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1313-9.
3. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
4. DITTRICHOVÁ, Jaroslava, PAPOUŠEK, Methild, PAUL, Karel a kol., 2004. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. ISBN 80-247-0399-8
5. DOKOUPILOVÁ, Milena, Barbora FIŠÁRKOVÁ a Lenka NOVOTNÁ. *Narodilo se předčasně: Průvodce péčí o nedonošené děti*. I.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-552-3.
6. DORT, Jiří. *Neonatologie: vybrané kapitoly pro studenty LF*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0790-5.
7. FRANK, J. S., & EARL, M. (1990). Coordination of Posture and Movement. *Physical Therapy*, 70(12), 855-863. Citováno 5. prosince 2015 z <http://ptjournal.apta.org>
8. HORNBY G. & L. J. Woodward. Educational Needs Of School-Aged Children Born Very And Extremely Pretenerm: A review. *Educational Psychology Review*, 2009. 247. ProQuest database.
9. JANÁČKOVÁ, Laura a Lumír KANTOR. *Maličké miminko: praktický průvodce pro rodiče předčasně narozených dětí*. První vydání. Ilustrace Aleš Čuma. V Brně: Grifart, 2015. ISBN 978-80-906185-2-7.
10. JANOTA, Jan a Zbyněk STRAŇÁK. *Neonatologie*. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2994-0.
11. KNECHT-BOYER, Anne. *Hry, zábava a cvičení s miminkem*. Praha: Mladá fronta, 2004. Žijeme s dětmi. ISBN 80-204-1125-9.
12. KUDELA, Milan. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6
13. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2713-4

14. LEVITT, Sophie a 2 WITH CONTRIBUTIONS TO CHAPTERS 1. *Treatment of cerebral palsy and motor delay*. 5th ed. Chichester, West Sussex, U.K: Blackwell Pub, 2010. ISBN 9781118699782.
15. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-80-247-1362-5.
16. MERCER, Jean. *Alternative psychotherapies: evaluating unconventional mental health treatments*. Lanham: Rowman & Littlefield, 2014. ISBN 1442234911.
17. ORTH, Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: příručka pro praxi*. 2., upr. vyd. České Budějovice: Kopp, 2012. ISBN 978-80-7232-431-6.
18. PLEVOVÁ, Ilona, SLOWIK, Regina, 2010 *Komunikace s dětským pacientem*. ISBN 978-80-247-2968-8
19. SOBOTKOVÁ, Daniela, DITTRICHOVÁ, Jaroslava a kol. *Narodilo se s problémy A co bude dál?* ISBN 80-247-0398-X
20. SEDLÁŘOVÁ, Petra a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii přílohy*. ISBN 978-80-247-1613-8
21. ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě: vývoj a výchova od početí do tří let*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2003. Pro rodiče. ISBN 80-247-0552-4.
22. TROJAN, Stanislav, Rastislav DRUGA, Jan PFEIFFER a Jiří VOTAVA., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1296-2.
23. VOJTA, Václav, PETERS, Annegret, 2010. *Překlad 3. Vojtův princip*. ISBN 978-80-247-2710-3
24. VOJTA, Václav. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku: Včasná diagnóza a terapie*. Praha: Grada, 1993. ISBN 80-85424-98-3.

## WEB

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. [online]. ©2015 [cit. 2016-05-2]. Dostupné z: <http://www.vojta.com/cs/>

Seznam pracovišť, 2016. In: *Perinatologie.cz* [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>

Vojtova metoda, 2016. In: *Kinepro.cz* [online]. [cit. 2016-05-10]. Dostupné z: <http://www.kinepro.cz/o-firme/vojtova-metoda/>

## BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

VALCHÁŘOVÁ, Petra. Vojtova metoda [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati. Dostupné z: [http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20719/valch%C3%A1%C5%99ov%C3%A1\\_2013\\_bp.pdf?sequence=1](http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20719/valch%C3%A1%C5%99ov%C3%A1_2013_bp.pdf?sequence=1)

KASTNEROVÁ, Drahomíra. Emoční stavy matek při aplikaci Vojtovy reflexní terapie. Č. Bud., 2012. Bakalářská práce (Bc.). JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Pedagogická fakulta

SKŘIVÁNKOVÁ, Iva. Vojtova metoda a její využití u dětí s tělesným postižením v raném věku. Olomouc, 2015. Bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Pedagogická fakulta.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| AS    | Apgar score                    |
| CNS   | Centrální nervový systém       |
| CKP   | Centrální koordinační porucha  |
| DK    | Dolní končetina                |
| ELBW  | Extrémně nedonošené dítě       |
| GIT   | Gastrointestinální trakt       |
| HK    | Horní končetina                |
| i. m. | Intra muskulárně - do svalu    |
| i. v. | Intra venózně – do žíly        |
| JIP   | Jednotka intenzivní péče       |
| LDK   | Levá dolní končetina           |
| LHK   | Levá horní končetina           |
| MM    | Mateřské mléko                 |
| ORL   | Otorhinolaryngologie           |
| PDK   | Pravá dolní končetina          |
| PHK   | Pravá horní končetina          |
| p. o. | Per os                         |
| t. g. | Termín gravidity               |
| tzv   | Tak zvaně                      |
| VLBW  | Novorozenec s váhou pod 1500 g |
| 12 TH | Dvanáctý hrudní obratel        |
| 3 L   | Třetí bederní obratel          |



**SEZNAM OBRÁZKŮ**

|  |    |
|--|----|
| Obr. č. 1: Výchozí poloha reflexní plazení ..... | 27 |
| Obr. č. 2: Zkřížený vzor .....                   | 28 |
| Obr. č. 3: První fáze reflexního otáčení .....   | 29 |
| Obr. č. 4: Druhá fáze reflexního otáčení .....   | 29 |
|  |    |
| Graf č. 1: Stáří žen v době porodu .....         | 38 |
| Graf č. 2: Týden narození .....                  | 39 |
| Graf č. 3: Váha dítěte .....                     | 40 |
| Graf č. 4: Průběh porodu .....                   | 41 |
| Graf č. 5: Začátek cvičení .....                 | 42 |
| Graf č. 6: Četnost cvičení .....                 | 43 |
| Graf č. 7: Období cvičení .....                  | 44 |
| Graf č. 8: Obtíže spojené se cvičením .....      | 45 |
| Graf č. 9: Podpora .....                         | 46 |
| Graf č. 10: Informovanost .....                  | 47 |
| Graf č. 11: Vnímání účinnosti .....              | 48 |
| Graf č. 12: Cvičení s dětmi .....                | 51 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Tab. č. 1: Stáří žen v době porodu .....    | 38 |
| Tab. č. 2: Týden narození .....             | 39 |
| Tab. č. 3: Váha dítěte .....                | 40 |
| Tab. č. 4: Průběh porodu.....               | 41 |
| Tab. č. 5: Začátek cvičení .....            | 42 |
| Tab. č. 6: Četnost cvičení.....             | 43 |
| Tab. č. 7: Období cvičení.....              | 44 |
| Tab. č. 8: Obtíže spojené se cvičením ..... | 45 |
| Tab. č. 9: Podpora .....                    | 46 |
| Tab. č. 10: Informovanost.....              | 47 |
| Tab. č. 11: Vnímání účinnosti.....          | 48 |
| Tab. č. 12: Anamnéza rodiček .....          | 49 |
| Tab. č. 13: Cvičení s dětmi .....           | 50 |
| Tab. č. 14: První pocity.....               | 52 |
| Tab. č. 15: Pocity po prvním cvičení .....  | 53 |
| Tab. č. 16: Vnímání spolupráce .....        | 55 |
| Tab. č. 17: Průběh cvičení doma.....        | 56 |
| Tab. č. 18: : Náročnost cvičení .....       | 58 |
| Tab. č. 19: Vztah s dítětem .....           | 59 |
| Tab. č. 20: Vnímání účinnosti terapie.....  | 60 |
| Tab. č. 21: Rozhodnutí.....                 | 61 |

**SEZNAM PŘÍLOH**

1. příloha.....Perinatologická centra ČR
2. příloha .....AS
3. příloha.....Suplementace D,K
4. příloha.....Fyziologická období výskytu primitivních reflexů
5. příloha .....Návrh otázek pro rozhovor rodiče, který Vojtovu metodu s dítětem prováděl
6. příloha.....Návrh otázek pro rozhovor rodiče, který Vojtovu metodu s dítětem neprováděl
7. příloha..... Plakát

## **PŘÍLOHA Č. 1: PERINATOLOGICKÁ CENTRA**

|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>Praha 5</b>         | <b>Fakultní nemocnice Motol</b>               |
| <b>Praha2</b>          | <b>Všeobecná fakultní nemocnice</b>           |
| <b>Praha4</b>          | <b>Ústav pro péči o matku a dítě</b>          |
| <b>Most</b>            | <b>Nemocnice most p.o</b>                     |
| <b>Ústí nad Labem</b>  | <b>Masarykova nemocnice v Ústí n. L. p.o.</b> |
| <b>Hradec Králové</b>  | <b>Fakultní nemocnice Motol</b>               |
| <b>ČeskéBudejovice</b> | <b>Nemocnice most p.o</b>                     |
| <b>Plzen</b>           | <b>Fakultní nemocnice</b>                     |
| <b>Brno</b>            | <b>Fakultní nemocnice Brno</b>                |
| <b>Ostrava Poruba</b>  | <b>Fakultní nemocnice s poliklinikou</b>      |
| <b>Olomouc 5</b>       | <b>Fakultní nemocnice</b>                     |
| <b>Zlín</b>            | <b>Batova krajská nemocnice Zlín</b>          |

Zdroj: Seznam pracovišť, 2016. In: *Perinatologie.cz* [online]. [cit. 2016-03-10]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>

## PŘÍLOHA Č. 2: APGAR SCORE

| Tabulka           |                   |                                 |                                       |
|-------------------|-------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| Hodnocení         | 0                 | 1                               | 2                                     |
| Barva kůže        | komplexně lividní | tělo růžové, akra lividní       | komplexně růžová                      |
| Akce srdeční      | nepřítomná        | pod 100/min.                    | nad 100/min.                          |
| Dechová aktivita  | nedýchá           | pomalá, povrchní, nepravidelná  | silný křik, pravidelná                |
| Svalový tonus     | bez flexe, atonie | chabý, malý, odpor vůči extenzi | dobrá flexe, silný odpor vůči extenzi |
| Spontánní hybnost | žádná reakce      | chabá odpověď, grimasa          | výrazná reakce s křikem               |

Zdroj: Apgar skóre, 2012. In: *Zdraví. euro.cz* [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/resuscitace-novorozence-463867>

### **PŘÍLOHA Č. 3: SUPLEMENTACE D, K**

Po 1. týdnu jako prevence rachitidy 1,2 kapky vitamínu D<sub>3</sub> denně. Nad 32. týden gestace se suplementuje 0,5 mg na 1 kg i.m. jednorázově nebo 0,3 mg na 1 kg i.v. jednou za týden a po dosažení plně enterálního stravování 1mg p.o. do 12-ho týdne. Pod 32. týden gestace 0,3 mg na 1 kg i.m.jednorázově nebo 0,2 mg na 1 kg i.v. 1x týdně se doplňuje vitamin K. Až dítě dosáhne plně enterálního příjmu, lze přejít na podání p.o. profylaxi do 12-ti týdnů 1 mg jednou za týden. (Janota, Straňák, 2015, s. 82, 88).

## PŘÍLOHA Č. 4: FYZIOLOGICKÁ OBDOBÍ VÝSKYTU PRIMITIVNÍCH REFLEXŮ

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Babkinův reflex                   | 0- 4 týdny                                   |
| Rooting reflex                    | 0-3 měsíce                                   |
| Sací reflex                       | 0-3 měsíce                                   |
| Fenomén oční bulvy                | 0- 4 týdny                                   |
| Chůzový mechanismus               | 0- 4 týdny                                   |
| Extenční reflexy:                 |  |
| Primitivní vzpěrná reakce HK a DK | 0- 4 týdny                                   |
| Suprapubický reflex               | 0- 4 týdny                                   |
| Zkřížený extenční reflex          | 0- 6 týdnů                                   |
| Patní reflex                      | 0- 4 týdny                                   |
| Reflex kořene ruky                |  |
| Zdvižová reakce                   | 0-4 měsíce                                   |
| Galantův reflex                   | 0-4 měsíce                                   |
| Úchopové reflexy ruky a nohy      | Do vývoje úchopové fce ruky, opěrné fce nohy |
| RAF (reflex akustikofaciální)     | Od 10. dne až do konce života                |
| ROF (reflex optikofaciální)       | Po 3. měsíci                                 |

(Vojta, 1993)

## **PŘÍLOHA Č. 5: NÁVRH OTÁZEK PRO ROZHOVOR RODIČE, KTERÝ VOJTUVU METODU S DÍTĚTEM PROVÁDĚL**

Můžete mi prosím popsat průběh Vašeho těhotenství/ těhotenství Vaší ženy a porodu?

Proč jste se rozhodl/ rozhodla cvičit s dítětem právě Vy?

Jaké byly Vaše dojmy, když jste prvně slyšel/ slyšela, že by Vaše dítě mělo cvičit Vojtovu metodu?

Jak se změnil Váš pohled na cvičení poprvé, když Vám terapeut cviky ukázal?

Jak jste byl/ byla spokojen/ spokojena se svým terapeutem?

Změnily se Vaše pocity ze cvičení po “zajetí se”?

Za jak moc náročné považujete cvičení?

Myslíte si, že cvičení nějak ovlivnilo vztah Vás a Vašeho dítěte?

Jak vnímáte účinnost Vojtovy terapie?

Rozhodli byste se znovu pro Vojtovu terapii?



## **PŘÍLOHA Č. 6: NÁVRH OTÁZEK PRO ROZHOVOR RODIČE, KTERÝ VOJTUVU METODU S DÍTĚTEM NEPROVÁDĚL**

Můžete mi prosím popsat průběh Vašeho těhotenství/ těhotenství Vaší ženy a porodu?

Proč jste se nerozhodl/ nerozhodla cvičit s dítětem právě Vy?

Jaké byly Vaše dojmy, když jste prvně slyšel/ slyšela, že by Vaše dítě mělo cvičit Vojtovu metodu?

Jak se změnil Váš pohled na cvičení poprvé, když jste cvičení viděl/ viděla?

Jak jste vnímal/ vnímala spolupráci s terapeutem?

Jaký průběh mělo podle Vás cvičení doma?

Jak posuzujete náročnost cvičení pro partnera?

Jak vnímáte náročnost cvičení pro dítě?

Myslíte si, že cvičení ovlivňuje vztah rodiče a dítěte?

Jak vnímáte účinnost Vojtovy terapie?

## Jak lépe zvládnout rehabilitaci Vojtovou metodou

1. Vytvořte si pozitivní vztah ke svému terapeutovi
2. Shromážďete si všechny pro Vás důležité informace o cvičení
3. Vytvořte si časový harmonogram dne
4. Pláč dítěte berte jako pozitivum, jako jediné vyjádření dítěte
5. Myslete na to, že cvičením docílíte pokroku nebo napravení
6. Komunikujte s dítětem při cvičení
7. Vytvořte si své rituály, které Vám cvičení zpříjemní
8. Ptejte se a hovořte s terapeutem nebo partnerem o svých obavách
9. Dávejte dítěti najevo lásku
10. Potřebujete podporu od partnera, udělejte si čas pro sebe



Zpracovala: Eliášová Tereza, bce 3. roč. bakalářského studia, oboru Porodní asistentka

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

Foto: Vlastní foto od Silvie Valouskové, kontakt: [www.silvievalouskova.cz](http://www.silvievalouskova.cz)