

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDÍÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

LUCIE VŠETEČKOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Fyzioterapie, B0915P360008

Lucie Všecková

**VOJTOVA REFLEXNÍ LOKOMOCE V TERAPII DĚTÍ S
CENTRÁLNÍ KOORDINAČNÍ PORUCHOU – ADHERENCE
RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ K DODRŽOVÁNÍ
DOPORUČENÝCH POSTUPŮ**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Eliška Vybíralová

PLZEŇ 2023

Zde se nachází zadání práce – vygenerované IS STAG.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2023

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Lucie Všetečková

Katedra: Rehabilitačních oborů

Název práce: Vojtova reflexní lokomoce v terapii dětí s centrální koordinační poruchou – adherence rodinných příslušníků k dodržování doporučených postupů

Vedoucí práce: Mgr. Eliška Vybíralová

Počet stran – číslované: 57

Počet stran – nečíslované: 85

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: Vojtova reflexní lokomoce, centrální koordinační porucha, adherence, psychomotorický vývoj, pláč dítěte

Souhrn: Tato bakalářská práce pojednává o adherenci rodinných příslušníků při terapii pomocí Vojtovy reflexní lokomoce u dětí s centrální koordinační poruchou. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část, přičemž teoretická část práce se zabývá mj. centrální koordinační poruchou, zejména jejím popisem, dělením a diagnostikou, a dále psychomotorickým vývojem dítěte do jednoho roku života. Dále teoretická část rozebírá také Vojtovu metodu, její účinnost a samozřejmě indikace a kontraindikace. Poslední kapitulu teoretické části jsem věnovala psychologickým aspektům, tedy adherenci, a psychologickému pohledu na dítě kojeneckého věku. Praktická část práce poté obsahuje přehled jednotlivých 542 odpovědí respondentů z dotazníkového šetření ve formě přehledných grafů. V rámci své praktické části práce rovněž dále rozebírá způsob vyhodnocení získaných dat ve formě datové analýzy se zapojením kontingenčních tabulek a dochází k závěru, že klíčovým aspektem pro adherenci rodičů je aspekt sociální, tedy vztah s terapeutem a podpora od partnera.

Abstract

Surname and name: Lucie Všeťčková

Department: Department of Rehabilitation sciences

Title of thesis: Vojta's reflex locomotion in the therapy of children with central coordination disorder - compliance of family members with the recommended procedures

Consultant: Mgr. Eliška Vybíralová

Number of pages – numbered: 57

Number of pages – unnumbered: 85

Number of appendices: 1

Number of literature items used: 42

Keywords: Vojta's reflex locomotion, central coordination disorder, adherence, psychomotor development, infant crying

Summary:

This bachelor thesis deals with the topic of adherence of family members in Vojta's reflex locomotion therapy in children with central coordination disorder. The thesis is divided into a theoretical and a practical part, the theoretical part of the thesis deals, among others, with the central coordination disorder, especially its description, division and diagnosis, as well as the psychomotor development of the child up to one year of age. The theoretical part discusses the Vojta method, its effectiveness and, of course, indications and contraindications. The last chapter of the theoretical part is devoted to psychological aspects, i.e. adherence, and the psychological view of an infant child. The practical part of the thesis then contains a summary of each of the 542 answers of the respondents from the questionnaire survey in the form of graphs. Within its practical part, the thesis also further discusses the method of evaluating the data obtained in the form of data analysis involving contingency tables and concludes that the key aspect for parental

adherence is the social aspect, i.e. the relationship with the therapist and support from the partner.

Předmluva

Tato práce obecně pojednává o Vojtově metodě, což je jedna z nejpoužívanějších metod v oblasti dětské fyzioterapie. O její historii, účinnosti či indikacích a kontraindikacích již bylo napsáno a zkoumáno mnohé, nicméně dosud neexistuje žádná ucelená literatura, která by se věnovala tomu, jakým způsobem může být ovlivněno faktické dodržování metody a jejích cvičebních postupů ze strany pacientů, resp. rodičů dětských pacientů. Tato práce si tudíž klade za cíl toto informační vakuum zmírnit a věnovat se právě aspektům, které ovlivňují či neovlivňují adherenci ke cvičení Vojtovy metody, a to konkrétně adherenci rodičů dětských pacientů s centrální koordinační poruchou.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce, Mgr. Elišce Vybíralové, za její trpělivost, odborné vedení práce, poskytování cenných rad a rovněž poskytnutí příležitostí ke sběru odpovědí v rámci dotazníkového šetření mezi rodiči dětí s centrální koordinační poruchou.

OBSAH

OBSAH.....	9
SEZNAM OBRÁZKŮ	11
SEZNAM TABULEK.....	12
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 CENTRÁLNÍ KOORDINAČNÍ PORUCHA.....	16
1.1 Dělení.....	17
1.2 Diagnostika	17
1.2.1 Polohové reakce.....	18
2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ.....	20
2.1 Novorozenecké období.....	20
2.2 Období čtyř až šesti týdnů	21
2.3 Tři měsíce	22
2.4 Čtyři až šest měsíců	22
2.5 Sedmý a osmý měsíc	24
2.6 Devátý až dvanáctý měsíc.....	24
3 VOJTŮV PRINCIP, REFLEXNÍ LOKOMOCE	26
3.1 Profesor Václav Vojta	26
3.2 Principy Vojtovy metody	27
3.3 Terapie Vojtovou metodou	29
3.4 Účinnost Vojtovy metody	29
3.5 Indikace a kontraindikace	31
4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY.....	34
4.1 Adherence.....	34
4.2 Adherence fyzioterapeutů a rodičů	34

4.3	Křik a pláč dítěte.....	35
4.4	Psychologie kojeneckého věku.....	36
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
5	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	38
5.1	Úkoly práce:	38
6	HYPOTÉZY PRÁCE:	39
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
8	METODIKA PRÁCE	42
9	VÝSLEDKY/ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	44
10	VÝSLEDKY HYPOTÉZ.....	60
	DISKUZE.....	64
	ZÁVĚR	69
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	71
	SEZNAM PŘÍLOH	76

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Graf věku respondentů	40
Obrázek 2: Graf nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů	41
Obrázek 3: Graf věku dítěte respondentů v momentě započetí terapie Vojtovou metodou	44
Obrázek 4: Graf počtu dětí respondentů	45
Obrázek 5: Graf pocitu odrazování od terapie	46
Obrázek 6: Graf počtu cvičících dní v týdnu	47
Obrázek 7: Graf častosti cvičení během dne	48
Obrázek 8: Graf souladu cvičení s doporučením terapeuta	49
Obrázek 9: Graf rozhodujících aspektů při výběru terapeuta	49
Obrázek 10: Graf důvěřování respondenta v terapeuta	50
Obrázek 11: Graf působení pláče na respondenta	51
Obrázek 12: Graf schopnosti zklidnění dítěte bezprostředně po terapii	52
Obrázek 13: Graf vysvětlení pláče	53
Obrázek 14: Graf zlepšení režimu	54
Obrázek 15: Graf výskytu zapomenutí techniky provádění terapie	55
Obrázek 16: Graf způsobu řešení zapomenutí terapie	56
Obrázek 17: Graf stresu během cvičení	57
Obrázek 18: Graf smyslu terapie ve cvičení	58

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: CKP – kvalitativní hodnocení, indikace k terapii	19
Tabulka 2: Čtyřpolní kontingenční tabulka k první hypotéze	60
Tabulka 3: Čtyřpolní kontingenční tabulka k druhé hypotéze	61
Tabulka 4: Čtyřpolní kontingenční tabulka k třetí hypotéze	62
Tabulka 5: Čtyřpolní kontingenční tabulka k čtvrté hypotéze	62
Tabulka 6: Čtyřpolní kontingenční tabulka k šesté hypotéze	63

SEZNAM ZKRATEK

CKP	Centrální koordinační porucha
CNS	Centrální nervový systém
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MCD	Minor coordination dysfunction

ÚVOD

V dnešní moderní době již víme, jakým způsobem léčit velkou část nejčastějších fyzických onemocnění. Medicína zaznamenala za posledních několik desetiletí obrovský posun kupředu v identifikaci a léčbě široké škály onemocnění, díky čemuž dokázalo lidstvo vyvinout účinnou léčbu i na nemoci, které byly v minulosti mnohdy smrtelné či invalidizující.

Avšak jednou z největších výzev spojených se současnou moderní léčbou těchto nemocí je zajištění adherence pacientů k doporučeným léčebným postupům. Tento problém je pak zvláštního zřetele hodný zejména v případech, které zahrnují léčbu dětí, jelikož ty samy ještě dodržovat doporučené léčebné postupy nemohou, a klíčovou roli v jejich léčbě tak hrají zpravidla jejich rodiče.

Tato práce si klade za cíl zkoumat problematiku adherence u rodičů dětí s centrální koordinační poruchou při terapii Vojtovou metodou, přičemž za tímto účelem je rozdělena do dvou nejvýznamnějších částí, a to části teoretické obsahující čtyři kapitoly a posléze části praktické věnující se vyhodnocení dat získaných v rámci dotazníkového šetření od rodičů dětí s centrální koordinační poruchou cvičících dle Vojtovy metody v kontextu s hypotézami práce.

Teoretická část práce se bude podrobně věnovat několika klíčovým pojmům souvisejícím s tématem práce. Začne představením centrální koordinační poruchy a posléze blíže popíše Vojtovu reflexní lokomoci. Důležitým tématem v této části práce bude také psychomotorický vývoj u kojenců popisující rozvoj motorických dovedností a psychických procesů v tomto raném věku. Na závěr teoretické části budou rozvedeny také související psychologické aspekty jako jsou samotná koncepce adherence a křik a pláč dítěte. Účelem teoretické části práce tedy bude zejména nabídnout ucelený pohled na klíčové otázky související s tématem práce a tvořící teoretická východiska pro následnou praktickou část.

Praktická část práce se poté za pomoci dat získaných v rámci dotazníkového šetření pokusí identifikovat faktory, které mohou ovlivnit dodržování doporučených léčebných postupů ze strany rodičů. Mezi faktory, s nimiž počítají hypotézy práce a jež lze na první pohled vnímat jako určité potenciální překážky, resp. faktory, které

mohou negativně ovlivňovat adherenci rodiče, patří například pláč dítěte během terapie, ale také nejvyšší dosažené vzdělání rodičů, počet dětí v rodině, podpora partnerů cvičícího rodiče, iniciace terapie ze strany rodiče či důvěra ve fyzioterapeuta.

Potvrzením či vyvrácením jednotlivých hypotéz vyhodnocením získaných dat dojde tato práce k závěrům ohledně toho, které faktory z těch výše uvedených skutečně ovlivňují adherenci rodičů dětí s centrální koordinační poruchou k terapii Vojtovou metodou, což může současně představovat také významný přínos pro praxi a může rovněž pomoci lépe porozumět tomuto problému.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CENTRÁLNÍ KOORDINAČNÍ PORUCHA

Centrální koordinační poruchu (CKP) můžeme popsat jako klinickou jednotku dětí, které ještě nezačaly chodit a jejichž motorický vývoj považujeme za abnormální, tedy shledáme u něj odchylky od vývojové kineziologie, jejímž rozvojem se zabýval profesor Vojta. (Kolář, 2009) Stěžejní u tohoto funkčního problému je včasná diagnostika a zahájení terapie, neboť v případě nezachycení problému včas hrozí habituace náhradních pohybových vzorců. (Falta, 2014)

Pohybové vzorce mají podíl na formování morfologického vývoje a vlivem toho pak dochází k ovlivnění muskuloskeletálního systému. Tímto způsobem dochází ke změnám u řady kloubů, dopad zaznamenáváme v úhlu anteverze krčku femuru, kolodyafyzálním úhlu, tibiální pateo úhlu, u bérců v rotaci, nožní klenbě, jak v příčné, tak podélné, v postavení klíčních kostí v horizontále. Dopad pozorujeme také ve vývoji torze klíčních kostí a v neposlední řadě ho můžeme zaznamenat při pohledu na křivku páteře. Pokud se výše zmíněné oblasti nenachází ve fyziologickém nastavení, tvoří špatný základ budoucímu pohybu, což později u dětí školního věku může vyústit ve vadné držení těla. (Falta, 2014)

Studie Zounkové a Hladíkové, která byla zaměřená na zkoumání souvislosti vadného držení těla dětí s odchylkami ve vývoji dětí do čtyř měsíců, potvrdila, že přítomnost hyperabdukce kyčelních kloubů, trvalé anteverzní držení pánve, fixované asymetrické držení trupu a protrakce ramen objevené v pátém týdnu života dítěte vytvářejí riziko přítomnosti odchylky dětského vadného držení těla. Lépe dopadl výsledek odchylek držení hlavy, tedy tak, že u predilekce, redilekce ani u inklinace hlavy se nepotvrdilo ovlivnění u pozdějšího dětského vadného držení těla. (Zounková, Hladíková, 2012)

Když se na centrální koordinační poruchu podíváme z neurofyziologického hlediska, u dětí s centrální koordinační poruchou genetický program řízení motoriky existuje, nicméně je v různé míře narušeno centrální nervové spojení, a tedy i

spojení se svaly, tím je narušená motorika a následkem toho dítě není schopno reagovat odpovídajícím způsobem na okolní stimuly, které za běžných okolností vyvolají zájem a upoutají pozornost dítěte. (Falta, 2014)

1.1 Dělení

Centrální koordinační poruchu dle vyšetření dělíme na čtyři stupně. První stupeň je velmi lehká centrální koordinační porucha, druhý stupeň označujeme za lehkou centrální koordinační poruchu, třetím stupněm rozumíme centrální koordinační poruchu středně těžkou a čtvrtý stupeň lze považovat za těžkou centrální koordinační poruchu. (Skaličková, 2017) Dnes je již zřejmé, že s ideálním modelem posturální reaktivity disponuje 70 % dětí. (Kolářová, 2007) Zároveň první dva stupně představují přibližně 95 % všech poruch. Tyto první dva stupně současně dle profesora Vojty nejsou indikované k terapii, ale pouze ke kontrole. Třetí a čtvrtý stupeň centrální koordinační poruchy představuje pouze 5 % ze všech výskytů této poruchy, přičemž tyto stupně jsou již indikovány k okamžité léčbě. V případě neustávající asymetrie je také doporučeno zahájit bezprostředně terapii. (Skaličková, 2017)

1.2 Diagnostika

Diagnostika centrální koordinační poruchy se podle profesora Vojty skládá z několika částí, a to vývojové kineziologie, sedmi polohových reakcí a dynamiky primitivních reflexů. Zde je důležité uvést, že vyšetření by měl provádět erudovaný lékař v této problematice. Znalost kineziologického vývoje slouží především k určení, v jaké fázi vývoje se jedinec nachází a jak je tudíž zralý jeho centrální nervový systém. Tato znalost je důležitá nejen pro dětské pacienty, nýbrž i pro dospělé. Tyto nedostatky mohou postupem věku vyvolat bolesti zad, případně horší obtíže. (Vojta, 2010)

U hodnocení kineziologického vývoje je důležité posuzovat nejen kvantitu, např. zda se dítě zvládne otočit ze zad na břicho, ale také jakým způsobem daný pohyb provádí, zda při otáčení zapojuje pouze horní, či dolní končetinu, nebo zda začíná pohyb otočením hlavy. (Kolář, 2009) Polohové reakce zjišťují stav nervové soustavy a odhalují případné patologie jedince. Toto vyšetření se provádí pomocí

změny polohy dítěte a následným pozorováním jeho reakce, přičemž jednotlivé polohy jsou přesně stanoveny a hodnoceny standardizovaným způsobem. (Skaličková, 2017) Díky tomu zjistíme získanou úroveň vývoje dítěte. Mezi výhody pohybových reakcí patří možnost toto vyšetření provádět již u novorozence a toto vyšetření patří mezi běžná screeningová vyšetření u dětí v kojeneckém věku. (Orth, 2012).

1.2.1 Polohové reakce

Posturální reaktivitu vyšetřujeme za pomoci sedmi polohových reakcí, které nazýváme: Vojtova reakce, Trakční zkouška, Landauova reakce, Axilární vis, Vertikála dle Collisové, Zkouška dle Peipera a Isberta a horizontální závěs dle Collisové. Jedna z polohových reakcí se nazývá Vojtova reakce. Vyšetřuje se sklopením dítěte z vertikální polohy zády k terapeutovi do horizontální polohy, přičemž zde sledujeme reakci končetin. Při trakční zkoušce vycházíme z polohy dítěte na zádech s hlavou ve středním postavení a vyšetření provádíme tahem za distální část předloktí do 45°. Terapeutův palec se nachází v dlani dítěte, ostatní prsty terapeuta se nesmí dotýkat hřbetu ruky dítěte. Sledujeme reakci hlavy, trupu a dolních končetin. (Kolářová, 2007; Skaličková 2017)

U vyšetření Landauovy reakce dítě držíme pod břichem na dlani v závěsu, striktně zachováváme horizontální polohu těla, s hlavou ve středním postavení. Sledujeme extenzi osového orgánu a reakci končetin. Axilární vis vyšetřujeme držením dítěte ve vertikální poloze zády k terapeutovi. Sledujeme reakci dolních končetin. (Kolářová, 2007; Skaličková 2017)

Vertikála dle Collisové se vyšetřuje z polohy na zádech náhlým zvednutím dítěte do vertikály hlavou dolů. Sledujeme dolní končetinu, která volně visí. Zkoušku dle Peipera a Isberta dále vyšetříme z polohy na zádech, či břiše (dle věku dítěte), uchopíme dítě v oblasti stehen a následně ho zvedneme do vertikály, hlavou dolů. Sledujeme reakci osového orgánu a končetin. (Kolářová, 2007; Skaličková 2017)

Poslední polohová reakce, tedy horizontální závěs dle Collisové, provedeme tím, že uchopíme stejnostranné končetiny dítěti ležícího na zádech a náhle ho

zvedneme do horizontály. Sledujeme reakci opačných končetin ležících na stejné straně. (Kolářová, 2007; Skaličková 2017)

Dle počtu abnormálních polohových reakcí můžeme určit stupeň centrální koordinační poruchy. (Kolářová, 2007) Pro lepší přehled jsem zde vložila tabulku, kterou vytvořil profesor Vojta.

Tabulka 1: CKP – kvalitativní hodnocení, indikace k terapii

Tabulka 1. Centrální koordinační porucha. Kvantitativní hodnocení. Indikace k terapii. Vojta, 1991					
% dětí	Počet abnormálních polohových reakcí	Spontánní normalizace	Možná patologie	Centrální koordinační porucha	Indikace k léčbě reflexní lokomocí
0,50%	7	10%	90%	těžká	vždy
3-5%	6	45%	55%	středně těžká	vždy
25%	1/34-5	75%	25%	lehká	u asymetrie
	2/3 1-3	90%	10%	velmi lehká	jen kontrola
70%	0	100%	0%	normální nález	0

Zdroj: (Kolářová, 2007)

Také je v této tabulce uvedena statistická pravděpodobnost onemocnění dětskou mozkovou obrnou, kdy je nezbytné začít terapii a s jakou frekvencí jsou potřeba kontroly. Pokud při hodnocení polohových reakcí přijdeme na to, že jsou bez abnormalit, znamená to, že je diagnóza dětské mozkové obrny vyloučena. (Kolářová, 2007) Pokud je dítě během vyšetření neklidné, měli bychom počítat s tím, že to ovlivní výsledek vyšetření, tedy zhorší ho. (Skaličková 2017) Porucha trvající do batolecího období a předškolního věku nazýváme lehkou mozkovou dysfunkcí (LMD), také se používá označení nešikovné děti, anglické zdroje používají minor coordination dysfunction (MCD). (Kolář, 2009)

2 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ

Psychomotorický vývoj dítěte do jednoho roku můžeme rozdělit na několik období, přičemž prvním z nich je období prenatální, které trvá v zásadě od početí do narození. Krátce před, během a rovněž krátce po porodu probíhá období perinatální následováno obdobím novorozeneckým, které trvá od porodu do čtyř až šesti týdnů stáří dítěte. Dále pokračuje kojenecké období, a to do konce jednoho roku.

Složitý psychomotorický vývoj dítěte se týká rozvoje jemné i hrubé motoriky, sensoriky, kognitivních funkcí, ale také emočního a sociálního rozvoje. Vývoj každého dítěte probíhá individuálně, je ovlivněn genetickým faktorem, zdravotním stavem i rodinným a sociálním prostředím, proto je důležité ke každému dítěti přistupovat individuálně. (Kopecká, 2011; Vacušková a spol., 2003)

2.1 Novorozenecké období

Novorozenecké období je také nazýváno adaptačním obdobím, vzhledem k přechodu dítěte z tekutého prostředí v matčině děloze do prostředí plynného. Čerstvě narozené dítě je vybaveno množstvím důležitých reflexů určených především k přežití a adaptaci, které jsou shrnuty ve vlastní kapitole. (Cíbochová, 2004, Vacušková a spol., 2003) Novorozenec tráví převážnou část dne spánkem a po zbylý čas u něj dominuje flekční postavení končetin. Pohyb novorozence je holokinetický, tedy kopavý, neplynulý a opakující se, a to jak na dolních, tak na horních končetinách. (Cíbochová, 2004; Kopecká, 2011; Skaličková, 2017)

Novorozenec na zádech je zatím velmi nestabilní a asymetrický ve flekční poloze. Ještě nedokáže udržet hlavu ve středním postavení, proto ji vždy otáčí na jednu stranu, zároveň ji drží v mírném záklonu a úklonu, tomuto držení hlavy novorozence říkáme predilekční, fyziologicky toto období trvá do čtvrtého až šestého týdne. (Kolář, 2009; Skaličková, 2017)

Ruce se nacházejí ve flekčním postavení s ulnární dukcí, palce jsou schované v dlani. Lokty novorozence jsou flektované a předloktí v pronaci. Ramena drží v protrakci a vnitřní rotaci s čímž souvisí nastavení lopatek, které jsou v abdukci

a směřují kraniálně. Dolní končetiny jsou akrálně v dorzální flexi s pronací, kolena v maximální flexi, kyčelní klouby jsou v abdukci, flexi s vnitřní rotací. Zároveň je pánev sklopená ventrálně. (Kolář, 2009; Skaličková, 2017)

V poloze na břiše určuje polohu celého těla postavení hlavy, směrem, kterým se dívá je tělo více od podložky. Stejně jako v poloze na zádech horní i dolní končetiny zaujímají flekční postavení. Oproti postavení pánve je hlava níže v extenzi, úklonu a rotaci, stejně jako v poloze na zádech. Vyšší postavení pánve je způsobeno především stehny, která svírají úhel devadesát stupňů. Kyčelní klouby se zároveň nachází v homogenní flexi, pánev je ve ventrální flexi. Bérce se nacházejí nad podložkou a hlezna drží v dorzální flexi. Kontaktní plocha horní části těla se nachází v oblasti processus xiphoideus a opora o dolní končetiny se nachází převážně na kolenou. (Orth, 2012; Skaličková, 2017)

Horní končetiny se dotýkají podložky radiální stranou zápěstí, předloktí je v pronaci a lokty se nachází nad podložkou, ramena jsou v extenzi a vnitřní rotaci. V tomto období ještě nemůžeme mluvit o opěrné bázi dítěte, používáme tedy termín úložná plocha. Zdravý novorozenec by měl být schopný otočit hlavu na obě strany v rozsahu šedesáti stupňů pomocí šroubovitého pohybu, při jeho provádění se dítě lehce dotýká podložky v oblasti nosu, páteř se nachází v extenzi a dolní končetiny jsou flektovány. Zatížení je na kolenou a distálním konci předloktí. (Orth, 2012; Kolář, 2009; Skaličková, 2017)

2.2 Období čtyř až šesti týdnů

Čtvrtý až šestý týden je významný z pohledu povolení flekčního nastavení dítěte. Uvolnění svalového napětí m. rectus femoris, m. iliopsoas a ischiokrurálních svalů způsobuje uvolnění kyčelních a kolenních kloubů. Na horních končetinách je sníženo napětí u m. biceps brachii a m. triceps brachii capitis longum, což zmenšuje flexi loketního kloubu, ale také extenzi paže, návazně na tento děj se uvolňuje záklon hlavy a ventrální flexe pánve, jak v poloze na zádech, tak na břiše. Okolo čtvrtého týdne také můžeme začít pozorovat postavení šermíře (tj. v poloze na zádech, v postavení typickém pro šermíře, končetiny na jedné straně těla jsou flektovány ve středních kloubech a na druhé, obličejové straně, kde dítě fixuje

pohled jsou v extenzi), což značí začátek tvorby opěrné báze, která je nezbytná pro jakýkoliv fázický pohyb. (Orth, 2012; Skaličková, 2017)

Okolo šestého týdne můžeme pozorovat zapojování zevních rotátorů na horních i dolních končetinách a následnou synergii s adduktory a abduktory, současně se také v synergii zapojuje svalstvo trupu. (Skaličková, 2017)

Poloha na břicho dítěte ve čtvrtém až šestém týdnu se vyznačuje začátkem zvedání hlavy a trupu od podložky, hlava již není držena v záklonu a kontakt těla s podložkou se posunul k horní části břicha, další se nachází na předloktí v distální třetině, stále přetrvává vnitřní rotace ramen, v tento okamžik už můžeme i v poloze na břicho hovořit o opěrné bázi. U dolních končetin se kontakt nachází proximálně na stehnech, bérce se tyčí lehce nad podložkou, končetiny jsou v semiflexi, zevní rotaci v kyčelním kloubu. (Orth, 2012; Skaličková, 2017)

2.3 Tři měsíce

Ve třech měsících opěrná plocha na zádech již sahá od lopatek k pánvi. Dítě už dokáže oběma rukama chytit hračku a následně si ji dát do úst, spolu s tímto pohybem se ve stejný okamžik uchopují i dolní končetiny, kyčelní klouby jdou do flexe, zevní rotace, abdukce, kolena do flexe a chodidla se otáčejí k sobě. Dítě již také zvládá rotaci očí a hlavy v rozsahu třiceti stupňů, bez výrazných pohybů trupu, zároveň zvládá delší oční fixaci. V leže na břicho je dítě schopné se opřít o lokty před sebou a zvednout hlavu. Prsty horních končetin jsou uvolněné a zápěstí je ve středním postavení. Záklon hlavy již vymizel, stejně tak se zmenšuje ventrální flexe pánve, páteř se již napřímila, což je nezbytné pro další pohyb, tedy především pro rotaci. Dolní končetiny leží extendované za trupem s lehkou flexí kolenou. (Cíbochová, 2004; Orth, 2012; Skaličková, 2017)

2.4 Čtyři až šest měsíců

Ve čtvrtém měsíci dítě zvládne asociovaný úchop dolních končetin, tedy kontakt celých chodidel. V tomto období dozrávají kyčelní klouby a zvětšuje se jejich funkce natolik, že se z nich stávají sférické klouby, zvětšuje se rozsah flexe, abdukce a vnitřní i zevní rotace. Také se již rozvíjí laterální úchop, v případě, že nabízíme dítěti hračku do střední linie, natáhne za ní ruku, v momentě, kdy hračka

překročí střední linii, dítě pro ni sáhne druhou rukou z ulnární strany ruky (ulnární způsob). Ve čtyřech a půl měsících již dítě zvládá sledovat očima hračku a sáhnout po ni, i když překročí střední linii (radiální úchop), a zároveň s tím i nazvednout na stejné straně lopatku od podložky. Dolní končetiny jsou při tomto pohybu na podložce a chodidla jsou v již zmíněném asociovaném úchopu. Opěrná báze se nyní rozprostírá mezi lopatkami a pánví, charakteristická tvarem trojúhelníku. Okolo pěti měsíců se již dítě ve snaze něco uchopit dokáže přetočit na bok a zpět. (Orth, 2012; Kolář, 2009; Skaličková, 2017)

V leže na břiše se dítě stává stabilnějším a jeho zájem o hračku sílí. Dítě na straně horní končetiny, která se snaží uchopit hračku, vysune koleno dolní končetiny do strany pro zajištění stability, druhá horní končetina se opírá o loket. Dítě rychle uchopí hračku a vrátí se zpět, nejprve tuto snahu aplikuje v oblasti stejnostranné končetiny, později se dostává i na stranu opačnou. Opěrná báze se nachází mezi mediálními epikondyly a pánví na straně opěrné horní končetiny a kolenem na straně uchopující končetiny. Při snaze získat předmět se pánev poprvé dostává do torze a páteř rotuje kolem opřeného lokte, tedy dítě poprvé využívá tzv. zkřížený vzor. Nabídneme-li dítěti hračku v prostoru střední čáry, nedokáže se ještě rozhodnout, kterou rukou použít pro získání předmětu, což pravděpodobně souvisí s ještě ne plně rozvinutou spoluprací mezi hemisférami. (Cíbochová, 2004; Orth, 2012; Skaličková, 2017)

Koncem šestého měsíce se zesílily břišní svaly a ukončena je i diferenciací břišní stěny. V šestém měsíci také začíná vzor otáčení z polohy na zádech do polohy na břiše. Ještě před tímto si dítě v poloze na zádech začíná dávat za pomoci rukou nohy do úst, tedy tzv. koordinace ruka noha ústa. V poloze na břiše, do které se již dítě zvládne dostat samo a má díky tomu větší rozhled, se již opírá o rozvinuté ruce. Koncem měsíce již zvládá oporu s extendovanými lokty a díky tomu se další opěrné body posouvají na oblast stehén. V této pozici dochází k bilaterálnímu streči m. iliopsoas a m. rectus femoris, vlivem čehož vzniká flexe kyčelních kloubů, což je pro dítě nečekaný následek zvědavosti, snahy dohlédnout co nejdále, z toho důvodu reaguje pohríváním si s těžištěm pohupováním zpředu dozadu. Mezi další

vývoj patří také poznávání svého těla, dítě se zprvu osahává v oblasti břicha, kyčlí, okolo sedmého měsíce uchopuje hlezna a prsty. (Orth, 2012; Skaličková, 2017)

2.5 Sedmý a osmý měsíc

Toto období je charakteristické tím, že se dítě zajímá o lokomoci, tedy poté, co již zvládá pivotování, tj. otáčení na břicho kolem vlastní osy, ale také mu již nedělá problém přetáčení ze zad přes polohu na boku na břicho a z břicha opět přes polohu na boku zpět na záda. Díky tomu, že se již bez problému dostane do polohy na břichu, se dostává do výchozí polohy pro lezení po čtyřech. Poté, co se zvládne zvednout do polohy na čtyřech, začne se tam houpat, v tom zpravidla setrvává dva až tři týdny, aby posílilo svaly a získalo rovnováhu pro pozdější lezení. Z této polohy se již zvládne dostat do šikmého sedu, ten je prozatím ještě nestabilní. Zvládne uchopovat věci mezi dlaň a prsty a začíná zdvojoovat vyslovené slabiky. (Cíbochová, 2004; Kolář, 2009; Skaličková, 2017)

Během osmého měsíce se dítě díky své zvědavosti a potřebě zkoumat hračky dostane do volného sedu tak, aby mělo volné obě ruce k hraní si. Ze šikmého sedu se přes oporu o zevní kondyl femuru dostane i do polohy na čtyřech, na rozdíl od předchozího setkání s touto polohou (v sedmém měsíci) má tato tvar lichoběžníku a dostalo se do ni v diferenciovaném časovém sledu, což vytváří ideální podmínky pro pohyb vpřed, zpravidla dolní končetinou. Také se již v tomto období může objevovat, či objevuje nárok, ten značí, že již brzy se dítě začne vertikalizovat do bipedální polohy. Dítě již zvládá do úchopu zapojit i prsty, které také diferencuje a využívá především ukazováček s palcem. Dítě zvládne udržet láhev, uchopit kuličku, tlouct kostky o sebe, ale také si uchopí kusy jídla a sní je. Stále zdvojuje slabiky. (Cíbochová, 2004; Skaličková, 2017)

2.6 Devátý až dvanáctý měsíc

Dítě se již zvládá posadit z polohy na čtyřech přenesením váhy dozadu, či pomocí šikmého sedu a později i ze stoje, tento způsob bývá ovšem ještě nestabilní. (Cíbochová, 2004) Jakmile se dítě dostane za pomoci lezení k nábytku, na němž je hračka, kterou chce, začne se již v tomto období pro ni natahovat, nejprve jednou rukou, tou se chytí za nábytek, následně přidá druhou, čímž se dostává do

nestabilní pozice, proto jednou nohou nakročí a opře se o chodidlo. Díky tomu získá potřebnou stabilitu k získání hračky. V momentě, kdy se dítě dostane do tzv. pozice rytíře, značí to, že si v brzké době začne skrz tento nárok a oporu o nábytek stoupat.

Později ve stoji zkouší dítě kroky do strany, což dále pokračuje chůzí podél nábytku na jednu i druhou stranu. Horní končetiny se po celou dobu drží nábytku či stěny, následuje chůze okolo nábytku ve frontální rovině, v tento okamžik již stačí se přestat držet nábytku a vydat se do prostoru. Ovšem abychom mohli prohlásit, že dítě umí chodit, tedy samostatně zvládá sociální bipedální lokomoci, musí být schopno zvládnout i nerovný terén, přičemž této úrovně dítě dosáhne teprve okolo patnáctého měsíce. (Skaličková, 2017)

Dítě již každopádně zvládá stavit palec při úchopu do opozice vůči ukazováčku. Opakuje slabiky, žvatlá, zdvojuje slabiky, může již říct své první slovo, také chápe a zvládne provést dětské říčky (jako např. „papá“). (Cíbochová, 2004)

3 VOJTŮV PRINCIP, REFLEXNÍ LOKOMOCE

3.1 Profesor Václav Vojta

Stěží lze podrobněji hovořit o Vojtově reflexní lokomoci, nepředstavím-li alespoň ve stručnosti samotného jejího protagonistu, jehož jméno ostatně nese. Profesor Václav Vojta byl český dětský neurolog aktivně působící po druhé světové válce, a to nejprve na Neurologické klinice Karlovy Univerzity pod vedením profesora Kamila Hennera a posléze v lázních Železnice, kde při práci s dětmi s centrální poruchou hybnosti také začal poprvé vyvíjet systém reflexní lokomoce. (Kolář 2009; Švejnoha, 2013). Svému výzkumu se věnoval i po emigraci roku 1968 do Německa, kde mu bylo nabídnuto místo vědeckého pracovníka od profesora Imhäusera, který působil jako primář na Ortopedické univerzitní klinice v Kolíně nad Rýnem. Také zde měl profesor Vojta příležitost věnovat se i nadále oboru vývoje kineziologie a diagnostiky a vést kurzy jak pro lékaře, tak i fyzioterapeuty. (Internationale Vojta Gesellschaft; Vojta 2010).

V emigraci v Německu profesor Vojta rozvíjel diagnostický a terapeutický systém reflexní lokomoce, roku 1975 zde nastoupil na post vedoucího rehabilitačního oddělení v Dětském centru v Mnichově. Věnoval se zde výukovému programu pro fyzioterapeuty, lékaře a lektory Vojtovy metody. Spolu se svými německými kolegy roku 1984 založil Vojtovu společnost, která je dnes pod názvem Mezinárodní Vojtova společnost činná v mnoha zemích světa a dodnes hraje celosvětově klíčovou roli v oblasti vytváření standardů pro školení lékařů a fyzioterapeutů ve Vojtově metodě. (Internationale Vojta Gesellschaft)

Profesor Vojta zemřel 12. září 2000 v Mnichově ve věku 83 let. Ve stejném roce v říjnu byl prezidentem Václavem Havlem vyznamenán státním vyznamenáním Za zásluhy in memoriam. (Kolář, 2009) Na Klatovsku v rodné obci profesora Vojty byl roku 2019 odhalen jeho pomník. (Sedláková, Svobodová, 2019) Profesor Vojta obdržel během svého života i po něm mnoho cen a akademických titulů, a to nejen v České republice nebo v Německu, ale také různě po světě. Za svůj život kromě samotného objevení Vojtovy metody zvládl publikovat přes stovku

publikací, z nichž některé byly přeloženy do mnoha jazyků. (Skaličková, 2017; Vojta, 2010)

3.2 Principy Vojtovy metody

Profesor Vojta počátkem 50. let 20. století našel, jak sám s oblibou tento proces označuje, během své práce na léčbě dětí s cerebrální parézou novou terapeutickou metodu (Vojta, 2010), kterou popsal následovně: „*Je to nový aktivací systém CNS, který se nazývá Vojtova metoda, založený na vrozených modelech, s nimiž se rodíme, a jsou provozovatelné u člověka od narození až do posledního dechu.*“ (Vojta, 1993)

S pomocí přesně se opakujících stimulací u dětských pacientů v odlišných pozicích těla se mu podařilo podnítit motorickou reakci celého těla, a to nezávisle na vědomí člověka. Touto metodou se profesoru Vojtovi podařilo dosáhnout toho, že dětští pacienti s diagnózou dětské mozkové obrny po absolvování příslušné terapie dokázali podstatně lépe mluvit, a to především díky lepšímu zapojení svalů bránice, ale po čase začali také zapojovat pohyby, svalové skupiny, které zprvu nezvládli aktivovat, napřimovali se a s daleko menšími obtížemi se dokázali postavit a následně též zvládli chodit. (Orth, 2010; Vacek, 2017; Véle, 2006)

Profesor Vojta u této metody pracoval zejména s předpokladem, že program, dle kterého se vyvíjí naše motorika, postupuje v jednotném vzorci, který se vytvářel miliony let. Vrátime-li se přitom o zhruba tři sta milionů let našeho vývoje zpět, dostaneme se do doby, kdy se dávní předci dnešních lidí rozhodli, z jakýchkoliv důvodů, opustit své dosavadní útočiště ve vodách, přesunuli se na souš a začali se pohybovat právě po souši, k čemuž potřebovali poněkud jiný pohybový mechanismus, a tudíž také odlišný způsob zapojení jednotlivých tělesných součástí. (Orth, 2010; Vacek, 2017; Véle, 2006)

Tito naši předci, kteří se přesunuli ze svého dosavadního vodního habitatu na souš, se tedy postupně v průběhu mnoha a mnoha let naučili plazit, k čemuž se jim posléze za další notnou řádku let přizpůsobily i končetiny. Dalším krokem v tomto logickém a přesunem na souš vynuceném vývoji bylo naučit se v případě nutnosti přetočit v rámci sebezáchovy ze zad zpět na břicho. Tyto vývojové programy se

lidstvu za dobu jeho vývoje vyryly do jeho genetické paměti. (Orth, 2010; Vacek, 2017)

Dle profesora Vojty tedy každý člověk díky tomuto programu prochází vývojem od přetočení, přes plazení, lezení až po stoj a chůzi. U pacientů s poruchami CNS či svalové soustavy bez ohledu na původ této poruchy profesor Vojta pomocí pravidelné stimulace tlakových bodů v určitých polohách posílal aferentní signály CNS za cílem reaktivovat, či nahradit nefunkční spoje, čímž aktivoval posturální svalstvo. Tímto způsobem se napřímil osový skelet a aktivovaly se svaly okolo kořenových kloubů. Tím profesor Vojta dosáhl rovněž aktivace opěrných mechanismů a kloub se dostal do biomechanicky ideálního postavení pro pohyb distálního kloubu, např. pro úchop, oporu, ale také pro lezení a chůzi. Tímto postupem se profesor Vojta snažil obnovit pohyb dle výše zmíněných vývojových programů. Cílem terapie Vojtovou metodou jako takové tedy je, aby pacient, povětšinou dítě, neměl ideálně žádná pohybová omezení. (Husárová, 2005; Kolář, 2009; Orth, 2010; Zounková, Smolíková, 2012)

Mezi další očekávané reakce na Vojtovu metodu patří rozvinutí hrudníku, koordinace pohybu očí, polykání a orofaciální oblasti, dále také práce s těžištěm a jeho umístění či zapojení a diferenciaci příčně pruhovaného svalstva. (Véle, 2006)

Dále je potřeba zmínit, že v zásadě nejideálnější stimulací při Vojtově metodě je stimulace proprioreceptorů, protože ty se jen velmi málo unavují. Během terapie se tedy dráždí i interoreceptory a exteroceptory, ty se však účastní jen z menší části. (Husárová, 2005)

Současně bych pro úplnost ještě doplnila, že v době, kdy profesor Vojta vymyslel, či dle svých slov objevil výše popsanou metodu, ještě nebyla světu známa plasticita mozku, která je v této metodě stěžejní. Lidská neznalost těchto principů ovšem samozřejmě nebránila tomu, aby metoda řádně fungovala, neboť ostatně ani lidská neznalost gravitace nikdy nezabránila předmětům, aby nepadaly k zemi.

K tomu, aby mohl fyzioterapeut aplikovat Vojtovu metodu na své pacienty, je v České republice zapotřebí absolvovat speciální odborný kurz, který u nás nyní poskytuje pouze společnost LR-Corpus. Aby se fyzioterapeut ovšem mohl vůbec

přihlásit k účasti na tomto kurzu, musí mít za sebou minimálně dva roky praxe, přičemž u kurzu zaměřeného na dětské pacienty musí být tato práce zaměřená převážně na dětské pacienty, a naopak u kurzu zaměřeného na dospělé musí být tato praxe převážně s dospělými. (LR-CORPUS)

3.3 Terapie Vojtovou metodou

Terapie Vojtovou metodou zahrnuje tři terapeutické modely, které lze využít k rehabilitaci pacientů. Mezi tyto tři modely patří reflexní plazení, reflexní otáčení a proces vzpřimování, přičemž u posledního zmiňovaného se v praxi častěji používá termín první pozice. Ani jeden z těchto modelů se ovšem nevyskytuje v běžném motorickém vývoji člověka, proto je Vojtova metoda za účelem dosažení řádných terapeutických výsledků aktivuje v zásadě uměle. (Vojta, 1993)

U prvního zmiňovaného terapeutického modelu Vojtovy metody, tedy reflexního plazení, začíná terapie v poloze na bříše a stimulace pacienta následně vede k plazivému pohybu. V případě druhého zmiňovaného modelu, tj. reflexního otáčení, začíná pacient v poloze na zádech či na boku a dostává se díky stimulaci terapeuta přes polohu na boku až do polohy tzv. na čtyřech. U procesu vzpřimování existuje tzv. 1. - 6. terapeutická pozice, kdy se tělo dostává z horizontály do vertikály, jinými slovy tedy první pozice začíná v kleče s vyčerpanou flexí jak u kolenních, tak u kyčelních kloubů, nohy jsou svěšené z lehátka a trup opřený o stehna, přičemž lehce stočená hlava se opírá o lehátko. Terapeutické pozice na sebe plynule navazují a vedou tělo přes tzv. klek na čtyřech, nárok, vysoký klek, až k poslední terapeutické pozici, při níž se tělo nachází již ve stoji. Nejvyužívanější v terapii jsou ovšem pouze první dvě pozice reflexního plazení. (Kolář, 2009; Vojta, 1993)

3.4 Účinnost Vojtovy metody

Vzhledem k tomu, že Vojtova metoda je již nějakou dobu celosvětově známá, existují už studie zabývající se její účinností, ačkoliv je potřeba připustit, že většina těchto studií byla provedena s poměrně malým počtem probandů. Jednou z těchto studií je práce M. W. Junga, M. Landenbergera, T. Junga, T. Lindenthala a H. Philippi, zaměřená na srovnání účinnosti Vojtovy terapie s neurovývojovou terapií (např. handling a polohování, terapie dle Bobath konceptu). (Jung a spol., 2017)

Studie probíhala tak, že stav u sedmítýdenních kojenců s infantilní posturální asymetrií byl zaznamenán pomocí videokamery umístěnou přesně dva metry nad kojencem, přičemž záznam byl pořízen před a po terapii, a hodnocení záznamů se uskutečnilo pomocí tří zkušených fyzioterapeutů, kteří nebyli obeznámeni s použitou metodou. Skupina kojenců podstupující terapii pomocí Vojtovy metody se skládala z 19 dětí a skupina podstupující neurovývojovou terapii se skládala z 18 dětí. V tomto výzkumu bylo sledování zaměřeno na omezenou rotaci hlavy a zakřivení páteře v poloze na břiše a na zádech. (Jung a spol., 2017)

Výsledek osmítýdenní terapie s pozorováním byl takový, že infantilní posturální asymetrie u sedmítýdenních kojenců v obou skupinách dosáhla klinicky významného zlepšení, Vojtova metoda však byla účinnější. Tento významnější účinek Vojtovy terapie oproti terapii neurovývojové je možné si vysvětlit intenzivnější aktivací svalů a poměrně přesně vedeným stimulacím spouštěvých zón. Naopak v případě neurovývojové terapie se může stát, že svaly, které potřebujeme aktivovat, aktivovány nebudou nebo nebudou aktivovány dostatečně, a to z toho z důvodu, že silnější svaly přeberou práci za ty slabší. (Jung a spol., 2017)

Přes doporučení fyzioterapeutů, aby rodiče se svými dětmi cvičili čtyřikrát denně, výzkumníci díky dotazníkům, které rodiče na pravidelné bázi vyplňovali, zjistili, že rodiče ze skupiny vojtovy terapie cvičí průměrně 2,21krát za den po dobu 10,5 minuty. Vedle toho rodiče cvičící s dítětem neurovývojovou terapii cvičí 2,44krát, po dobu 10,9 minut. Další zajímavostí je fakt, že 34 rodičů z 37, tedy 91,9 % uvedlo, že jejich kojenec po absolvování osmítýdenní terapie pláče méně často či obdobně často jako před absolvováním terapie, a pouze tři rodiče, tedy 8,1 % z celkového počtu rodičů účastnících se studie, zaznamenali častější pláč svého dítěte, přičemž dva z těchto rodičů byli ze skupiny Vojtovy terapie a jeden z rodičů byl neurovývojové skupiny. (Jung a spol., 2017)

Je poměrně obvyklé a standardní, že děti během Vojtovy terapie pláčou, ovšem v této studii naštěstí nenastal moment, kdy by pláč působil na terapii negativně. Lze předpokládat, že pláč kojence v průběhu terapie je spíše projevem neochoty vůči zapojování ochablých svalů než projevem bolesti, čemuž nasvědčuje

i fakt, že se kojeneček po skončení terapie zpravidla rychle zase uklidní. (Jung a spol., 2017)

Zajímavá stránka práce je ovšem i limitace, kde autoři uvádí omezenou dobu terapie, ale z etických důvodů také chybějící skupinu s placebem. Práce ale dále zmiňuje také dvě starší studie, které obě započaly sledování v kojeneckém věku a zabíraly se asymetrií těla a vývoje. Obě tyto studie také pracovaly se dvěma skupinami, kdy jedna skupina docházela na terapie a druhá nikoli. Závěrem těchto studií bylo zjištění, že u neléčených skupin většina obtíží přetrvává. (Boere-Boonekamp a spol., 2001; Philippi a spol., 2006) To naznačuje, že aplikování terapie je lepší než vyčkávání. Dále je také potřeba vzít v potaz fakt, že kojenci s omezenou rotací krční páteře nemají možnost zkoumat prostředí kolem sebe tak, jak bych chtěli, a tím jsou v nevýhodě oproti svým vrstevníkům. V případě neléčení také hrozí fixace skoliózy a další problémy s tím spojené, jako jsou např. bolesti hlavy. (Jung a spol., 2017)

3.5 Indikace a kontraindikace

Terapie dle profesora Vojty se využívá ve všech věkových kategoriích, tedy od neonatologie po geriatrii u široké škály pacientů, a to od neurologických, přes ortopedické a respirační pacienty až po traumatologické či kardiologické pacienty.

Jako příklad neurologických pacientů, kterým můžeme pomoci za využití Vojtovy reflexní lokomoce, lze uvést pacienty trpící degenerativními neurologickými onemocněními, centrální koordinační poruchou všech stupňů, stavy po poranění mozku či míchy, infantilní cerebrální parézou či získanými cerebrálními syndromy. Do výčtu však lze zařadit také pacienty trpícími hypotonickými syndromy různých etiologií jako je Downův syndrom, motorická retardace nebo roztroušená skleróza. (Orth, 2012; LR-CORPUS; Internationale Vojta Gesellschaft)

Ortopedické diagnózy, které se mohou léčit pomocí reflexní lokomoce, jsou například dysplazie kyčelního kloubu, vady nohou a hrudníku, asymetrické držení těla u dětí od novorozeneckého věku až po mladší školní věk, skoliózy, kyfózy a další vertebrogenní onemocnění torticollis, kloubní kontraktury.

Dalšími příklady diagnóz mohou být také pooperační stavy, a to především v oblasti hrudníku a dutiny břišní, dechové obtíže, ale také astma bronchiale, muskulární a neurogenní torticollis, artrogrypfoza, funkční omezení pohybového aparátu. (Orth, 2012; Internationale Vojta Gesellschaft)

Naopak za kontraindikaci pro nasazení Vojtovy metody lze považovat například epilepsii, zánětlivá onemocnění, infekci či teplotu nad 38 °C a dále také metastazující zhoubné nádory, ačkoliv nad jejich kontraindikačním charakterem nepadají mezi odbornou veřejností stoprocentní shoda. Onkologická onemocnění sice lze řadit mezi kontraindikace, a to především z důvodu působení na vegetativní funkce a zvyšování metabolismu, i přesto je však Vojtova metoda v onkologii využívána, a to zejména u neurologických defektů a poruch pohybového aparátu. Je tomu tak především pro její nespornou výhodu spočívající v tom, že na rozdíl od jiných metod se reflexní lokomoce dá použít i u zcela imobilních pacientů. Případná terapie by však měla probíhat s ohledem na aktuální indikace a kontraindikace, a také by neměla po terapii trvat únavu déle než hodinu. (Hradil, Kittlerová–Trávníčková, 2007)

Mezi další kontraindikace lze zařadit například premedikaci před lékařským vyšetřením, léky s vysokým obsahem kortikoidů, specifická lékařská vyšetření nebo zákroky (např. magnetická rezonance, chirurgické a ortopedické zákroky) či konkrétní onemocnění (např. onemocnění srdce). Za kontraindikaci je dále považováno také těhotenství, žaludeční a střevní nevolnosti, těžké mentální stavy a poruchy autistického spektra. (Orth, 2012; LR-CORPUS)

Důvody, pro něž by terapie Vojtovou metodou měla být dočasně pozastavena, uvádí zdroje také stav po očkování, ačkoliv se zde publikace příliš neshodnou na době, na kterou by měla být terapie zanechána, ani na konkrétních očkováních, v jejichž důsledku by se tak mělo stát. Nejčastěji se však uvádí 10 dní po očkování, pokud lékař nedoporučuje jinak. Obezřetní bychom měli být zejména po očkování živými vakcínami a vakcínou proti dětské obrně. (Kolář, 2009; Orth, 2012; LR-CORPUS)

Je ovšem potřeba říci, že dle Koláře (2009) neexistuje absolutní kontraindikace, nýbrž terapeut by měl terapii přizpůsobit potřebám pacienta. Musím říct, že s tímto názorem se ztotožňuji. Terapie Vojtovou metodou není např. rentgenové záření, není to něco, u čeho by bylo možné objektivně a s jistotou prohlásit, že bude mít určité negativní důsledky pro některé osoby či stavy. Výše uvedené kontraindikace by tudíž neměly představovat absolutní zákaz pro terapeuta pracovat s konkrétními pacienty za využití Vojtovy metody, ocitnou-li se tyto pacienti náhodou v jedné z uvedených kategorií. Tyto kategorie by měly sloužit spíše jako určité upozornění terapeuta, že v případě tohoto pacienta bude nezbytné postupovat s maximální obezřetností, neboť mu teoreticky může ublížit něco, co by kterémukoliv jinému (zdravému) pacientovi naopak pomohlo. (Kolář, 2009; Vařeka, 2009)

V této souvislosti je potřeba zdůraznit, že Vojtova metoda není zázračný všelék, jako takřka všechno je přeci jen spojena s určitými riziky. Ostatně každá terapie může představovat určité riziko pro pacienta v podobě možných nežádoucích účinků. Možná rizika by měla být vzata v potaz zejména v samém začátku terapie, kdy se pacient setkává s Vojtovou terapií poprvé. V těchto prvopočátcích je důležité pozorovat, jakým způsobem pacient na terapii zareaguje. Důležité je zejména dávat pozor na barvu okolo úst, zbarvení pleti, zvětšenou intenzitu pocení, teplotu pokožky, dýchání a tep. Také délka a četnost terapií by měla být upravena dle reakce pacienta na terapii. (Orth, 2012)

Závěrem této podkapitoly považuji za vhodné pro úplnost doplnit, že terapie Vojtovou metodou je vhodná pro značně širokou škálu pacientů již od samého narození, a to zejména díky tomu, že není nijak závislá na vědomí člověka. Postiženým jedincům Vojtova metoda poskytuje motorický základ v podobě bipedální lokomoce, díky čemuž tito jedinci mohou rozvinout další funkce pomocí učení, tedy například řeč nebo psaní, ale třeba též různé sportovní aktivity. (Vařeka, 2009)

4 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY

4.1 Adherence

Adherence je jedním z termínů, které se běžně užívají k popsání přístupu pacientů ve vztahu k jejich léčbě, tedy k užívání léků, dodržování dietních opatření, doporučení apod., které obdrželi od lékaře či jiného zdravotnického pracovníka. Za obdobné termíny lze v této souvislosti považovat např. termíny compliance či perzistence. Z těchto tří výše uvedených termínů právě adherence nejvíce dbá na aktivní účasti pacienta v léčebném procesu, kdy jej chápe jako motivovaného spolupracovníka. (Vrablík, 2013)

Adherenci, jejímž nejbližším českým synonymem bude pravděpodobně slovo „dodržování“, Světová zdravotnická organizace definovala jako *„the extent to which a person’s behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider.“* (World Health Organization, 2003) Tedy jako přístup člověka k užívání léků, dodržování diety, provádění změn životního stylu shodující se s doporučeními od poskytovatelů zdravotní péče.

Lze tedy konstatovat, že plně adherentní pacient v zásadě plně přijímá odpovědnost za vlastní zdravotní stav, v maximální možné míře respektuje pokyny a doporučení zdravotníků a aktivně napomáhá ke zlepšení nebo alespoň udržení svého zdravotního stavu.

4.2 Adherence fyzioterapeutů a rodičů

S ohledem na doporučené dávkování terapie, tedy pětiminutové až patnáctiminutové terapie čtyřikrát denně (Skaličková, 2017) je u fyzioterapie pomocí Vojtovy metody adherence mnohem důležitější, ale také náročnější, a ovlivňuje ji mimo jiné také přístup rodičů k výchově dítěte, informovanost rodiče, rozsah motorického deficitu, vůle rodiče i potenciální ovlivnění dalšího vývoje. Klíčovou rolí zde hraje spolupráce rodiče a terapeuta, stěžejní pro funkční spolupráci je aktivní zapojení a přijmutí silných, ale i slabých stránek, jak ze strany rodiče, tak terapeuta.

S rodičovskou láskou přirozeně přichází také strach o dítě a ten sílí, zjistí-li rodič, že vývoj dítěte neprobíhá optimálně. (Orth, 2012)

Komunikace, jakožto důležitý aspekt výše zmíněného vztahu mezi terapeutem a rodičem, probíhá při terapii verbální i nonverbální formou, a to hlavně při instruktáži rodiče k terapii. Při instruktáži terapeut právě kromě slovní instruktáže také vede ruku rodiče, aby měl lepší představu o směru vektoru síly a množství síly pro správnou stimulaci. To je skvělý způsob, jak rodiči dodat jistotu, a tím i odhodlání cvičit. Díky větší jistotě cvičícího je úchop a stimulace pevnější a přesnější, a to vyvolává klid i u dítěte. (Orth, 2012)

4.3 Křik a pláč dítěte

Během prvních týdnů svého života dítě komunikuje především za pomoci pláče, tedy pokud má hlad, strach nebo je unavené či přesycené podněty, jeho reakcí je pláč. Úměrně s ubývajícím spánkem dítěte přibývá během prvních dvou až třech měsíců čas, který dítě propláče. Úbytek tohoto pláče nastává až později, po přibližně dvanácti týdnech věku, když se dítě začíná učit reagovat na podněty i jiným způsobem, jako je dotyk, úsměv, či dumlání. (Lebl a spol., 2003)

„Bojíme se a vyhýbáme se pláči dítěte – ale pláč vždy něco vyjadřuje. Je pozitivní pláč, např. uvolnění po vypětí. Je nátlakový pláč, „já to chci“! Pláči je potřeba rozumět, nejen za každou cenu tišit a odvádět pozornost človíčka jinam. Emoci i pláč se dítě potřebuje naučit zvládnout, uklidnit. Proto je důležité v konkrétní situaci dítě nechat emoci i pláčem projít až do uklidnění. Být u něj, neutěšovat, nerozptylovat, ale trpělivě čekat. Jindy naopak utišit, potěšit.“ (Lewitová, 2018, s.16)

Výše citovaná slova paní Lewitové se vztahují především ke starším dětem, avšak hlavním důvodem, proč jsem zde tuto citaci uvedla, je skutečnost, že v nás obecně pláč dítěte vyvolává negativní emoce, a tak ho také vnímáme. Orth (2012) udává, že křik miminka je přirozená součást terapie Vojtovou metodou. Naopak ticho by v některých případech mohlo být upozorněním na pasivní odpor, a to alespoň u mladších dětí, u těch starších, které si již situaci nechají vysvětlit, tomu tak samozřejmě být nemusí. Orth (2012) dále také uvádí, že většina rodičů, ale i začínajících terapeutů vnímá křik dítěte znepokojivě, až postupem času se jej

naučí snášet lépe a rozlišovat jeho druhy a příčiny. Především je velmi rychle rozeznatelný křik následkem bolesti, hladu, či nepohodlí.

Zounková a Smolíková (2012) udávají, že pláč ve Vojtově terapii je odezva na zkušenost s novou polohou těla či omezením pohybu. Kojenci s centrální koordinační poruchou mají krom motorických omezení i nekoordinované vegetativní funkce, kupříkladu dýchání, což bývá spjato se stísněným nebo kňouravým křikem, tento hlasový projev může být upozorněním na poruchu řečové motoriky, avšak aktivací spouštěvých zón se povětšinou hlas prohloubí, a to především díky aktivnímu zapojení bránice a pomocných dýchacích svalů. Terapii ovšem ovlivňuje i postoj rodičů, kteří cvičí s dítětem. Nesouhlas a odpor k terapii, kdy rodič neprovádí terapii s plným nasazením, v dítěti vzbouzí pochyby, je z toho zmatené. (Orth, 2012; Zounková, Smolíková, 2012)

Aby rodiče byli schopni dodržovat terapii a cítit se při tom komfortně, může pomoci zavedení denního režimu a vytvoření rituálu. Většina z něj se provádí po terapii na znamení konce, k čemuž se převážně využívá chování, mazlení nebo kojení, nebo pouze předem určené slovo či věta. Po zažití tohoto rituálu je dítě schopné se po terapii rychleji uklidnit. (Orth, 2012)

4.4 Psychologie kojeneckého věku

Porod je pro novorozence drsnou změnou nazývanou také jako porodní trauma. Krom bolesti, která je pravděpodobně srovnatelná s bolestí matky při porodu, dítě zároveň prožívá obrovskou změnu prostředí v poměrně krátké době. Nitroděložní prostředí v plodové vodě, kde se cítí pohodlně, se změní na chaotické prostředí plné různých podnětů jako je světlo, zvuk, vzduch, nehledě na to, že hned zkraje bojuje o první nádech, z toho důvodu je nezbytné, aby novorozenec po porodu prošel fází základních jistot a díky tomu zvládl počáteční úzkost. Tento problém dítě řeší citovým připoutáním k matce, která reaguje mateřskou péčí. Jedná se o vztah vzájemného naladění, kdy matka reaguje odpovídajícím způsobem na projev kojence. Toto chování v kojenci povzbuzuje pocit, že jeho matka je zdrojem pocitu štěstí, což prohlubuje kojencův vztah k matce. V případě, že se takto malému

dítěti nedostaví dostatek náklonosti a mateřské péče, reaguje navrácením se na nižší vývojový stupeň. (Helus, 2011)

Helus (2011) také uvádí několik studií potvrzujících důležitost pečujícího mateřského kontaktu a kojení již od prvních minut po porodu dítěte, uvádí dopady jak na vztah dítěte a matky, ale také na vztahy dítěte v budoucnosti. (Helus, 2011; Vymětal, 2003)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Zjistit, jaká je adherence rodičů dětí s centrální koordinační poruchou k dodržování doporučených postupů/ doporučené terapie.

5.1 Úkoly práce:

- Získat znalosti v oblasti Vojtovy metody a centrální koordinační poruchy
- Stanovit si hypotézy
- Sestavit dotazník
- Získat vhodné respondenty
- Analyzovat odpovědi respondentů, vyhodnotit je a interpretovat
- Napsat diskusi, konfrontovat hypotézy a zhodnotit výsledek

6 HYPOTÉZY PRÁCE:

Pro výzkum této bakalářské práce bylo použito následujících šest hypotéz:

H1: Pokud je iniciátorem terapie sám rodič, má tendenci cvičení dodržovat.

H2: Pokud má rodič dostatečnou podporu ve svém partnerovi, má tendenci cvičení dodržovat.

H3: Vyšší vzdělání rodičů souvisí se zodpovědným přístupem ke cvičení.

H4: Rodiče jediného dítěte mají větší tendenci dodržovat cvičení než rodiče více dětí.

H5: Pláč dítěte odrazuje rodiče od cvičení.

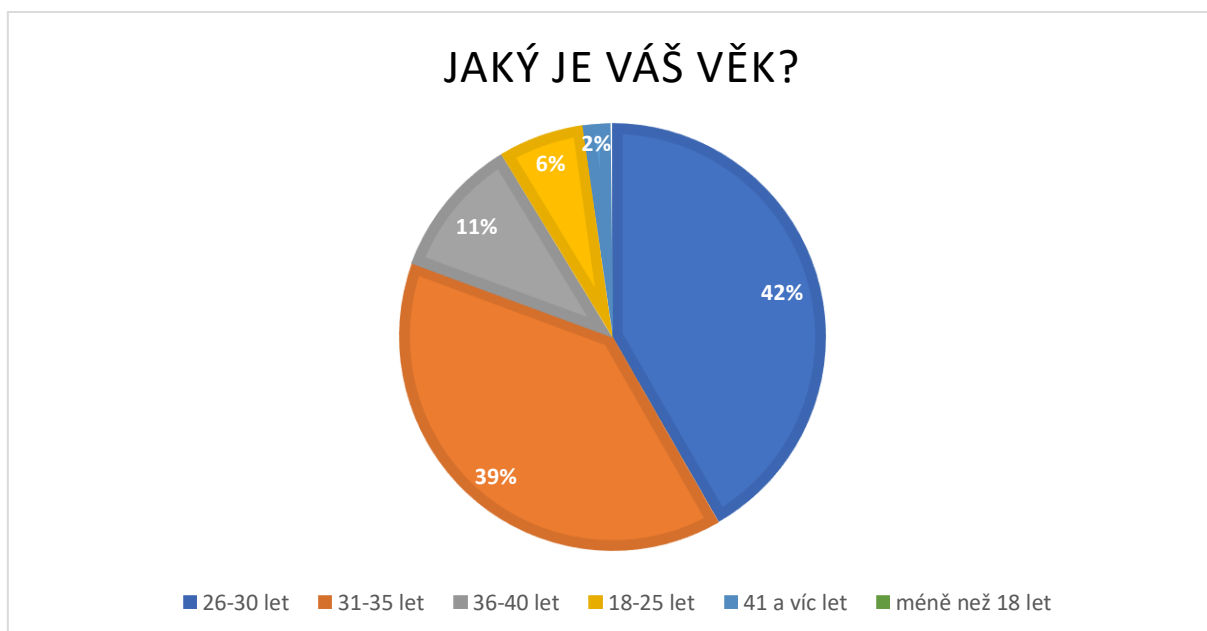
H6: Důvěra v terapeuta má přímý vliv na dodržování terapie ze strany rodičů.

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaná skupina této bakalářské práce se skládá z poměrně velkého počtu respondentů dotazníkového šetření. Těchto respondentů bylo konkrétně 542 a dotazníkového šetření se účastnili z pozice rodičů dětí s centrální koordinační poruchou, které v kojeneckém věku začaly cvičit pomocí Vojtovy metody.

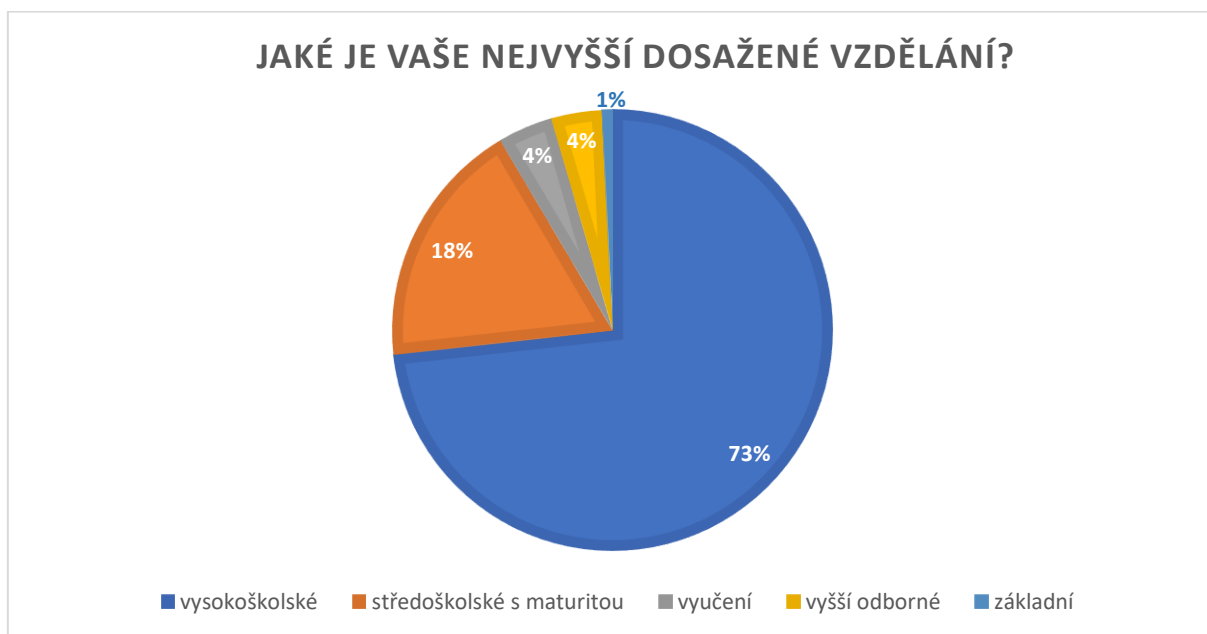
Kvantitativní výzkum této bakalářské práce byl tedy uskutečněn za pomoci dotazníkového šetření, jehož se účastnilo 542 respondentů rekrutujících se z řad rodičů cvičících za pomoci Vojtovy metody se svými dětmi s centrální koordinační poruchou. Respondenti byli osloveni pomocí fyzioterapeutek zabývajících se Vojtovou metodou a prostřednictvím sociálních sítí, všichni respondenti vyplňovali dotazník online. Skupina respondentů se skládala převážně z osob mezi 26 až 35 lety, přičemž převážná většina uvedla jako své nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské.

Obrázek 1: Graf věku respondentů



Zdroj: vlastní

Obrázek 2: Graf nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů



Zdroj: vlastní

8 METODIKA PRÁCE

V této bakalářské práci bylo použito dotazníkové šetření ve formě online dotazníku, který obsahoval 20 hlavních otázek a 4 otázky doplňující (viz příloha A). Tyto otázky se skládaly z 15 uzavřených otázek, 8 polouzavřených otázek a 1 otevřená otázka. Dotazník zahrnoval jak otázky, kde měli respondenti možnost vybrat pouze jednu odpověď, tak i ty, kde mohli zvolit několik odpovědí. Pomocí dat z dotazníkového šetření byly následně vytvořeny grafy a kontingenční tabulky.

K vyhodnocení výše zmíněných hypotéz jsem využila test z matematické statistiky, konkrétně tedy chí-kvadrát testu dobré shody (píšeme χ^2), protože dotazníkovým šetřením jsem získala diskrétní hodnoty proměnných. Chí-kvadrát funguje na základě srovnání rozdílu mezi skutečnými četnostmi.

Nejprve jsem si pomocí sebraných dat sestavila kontingenční tabulku se skutečnými četnostmi a vypočítala si i očekávané četnosti, k čemuž jsem využila tento vzorec:

$$n_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}$$

Následně jsem pomocí získaných dat zjistila hodnotu testového kritéria.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - o_{ij})^2}{o_{ij}}$$

A pomocí hodnot, které mi vyšly, jsem spočítala kritickou hodnotu.

$$K = \left\{ \chi^2 \geq \chi^2_{\frac{\alpha}{(r-1) \cdot (s-1)}} \right\}$$

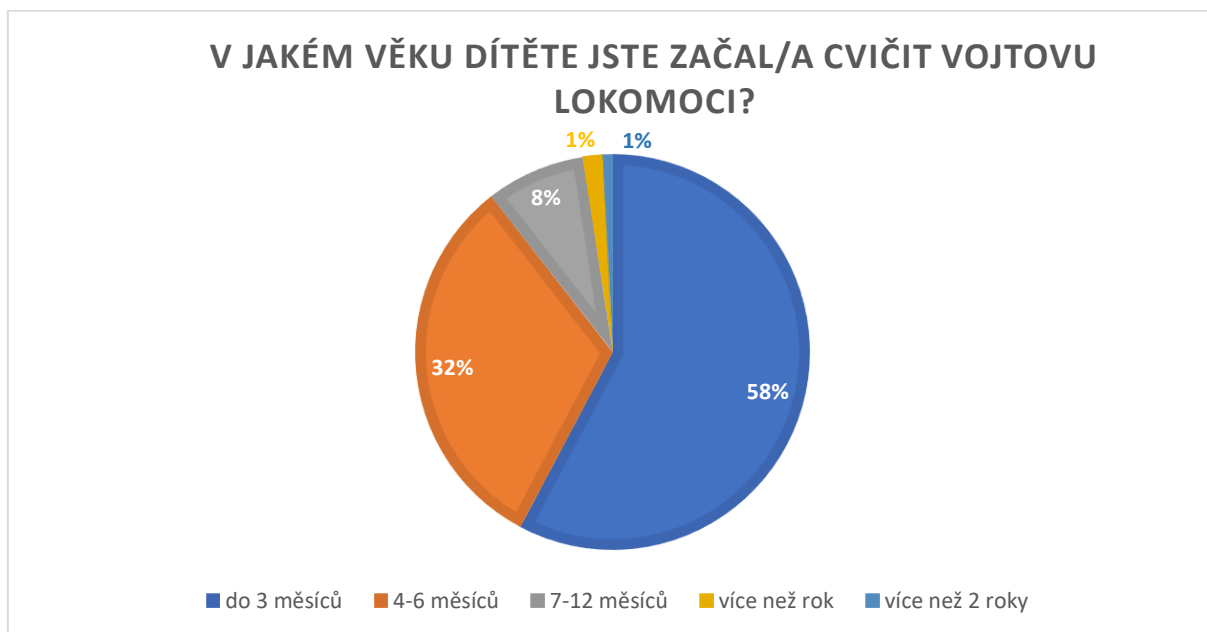
V posledním kroku jsem porovnála testová kritéria s vypočítanou kritickou hodnotou, z čehož jsem zjistila, zda je hypotéza pravdivá, či nikoli, tedy v případě, že je kritérium nižší nežli kritická hodnota, znamená to že na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ se neprokázalo, že sledovaná data na sobě závisí, tedy že nulovou

hypotézu nezamítáme. Pokud je ovšem hodnota kritéria rovná nebo vyšší, než kritická hodnota, znamená to pro nás, že mezi sledovanými daty určitá závislost existuje, tedy nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme H1. U tohoto kroku jsem si mohla zvolit mezi třemi hladinami významnosti, tedy 1 %, 5 % a 10 %, já jsem si určila v praxi nejčastěji využívanou, tedy hladinu významnosti 5 %. V případě mnou zvoleného postupu je dále důležité dodržet určité podmínky ke správnému vyhodnocení, nesmí například nastat situace, kdy by teoretická četnost byla menší nežli 1, a zároveň pouze 20 % teoretických četností smí mít menší hodnotu nežli 5. (Kábrt, 2011)

9 VÝSLEDKY/ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Jedna z prvních otázek dotazníku byla zaměřená na způsob, jakým se rodiče dostali na terapii, přičemž u této otázky mohli zvolit více odpovědí. První možnost byla: Na základě doporučení lékaře. Tato odpověď byla nejčastější, neboť z 542 respondentů, kteří vyplnili dotazník, tuto odpověď zvolilo celkem 341 z nich (63 %). Druhá možnost zněla: Kvůli vlastním pochybnostem o vývoji dítěte. Tuto odpověď zvolilo celkem 224 respondentů (41 %). Třetí možnost uvedená v dotazníku byla: Na doporučení známých. Tuto možnost zvolila 2 % respondentů. Poslední možností bylo vlastní písemné vyjádření, to doplnilo 14 respondentů, kteří uváděli, že buď jsou sami fyzioterapeuty, nebo mají fyzioterapeuta v rodině, popřípadě mezi známými, kamarády.

Obrázek 3: Graf věku dítěte respondentů v momentě započetí terapie Vojtovou metodou

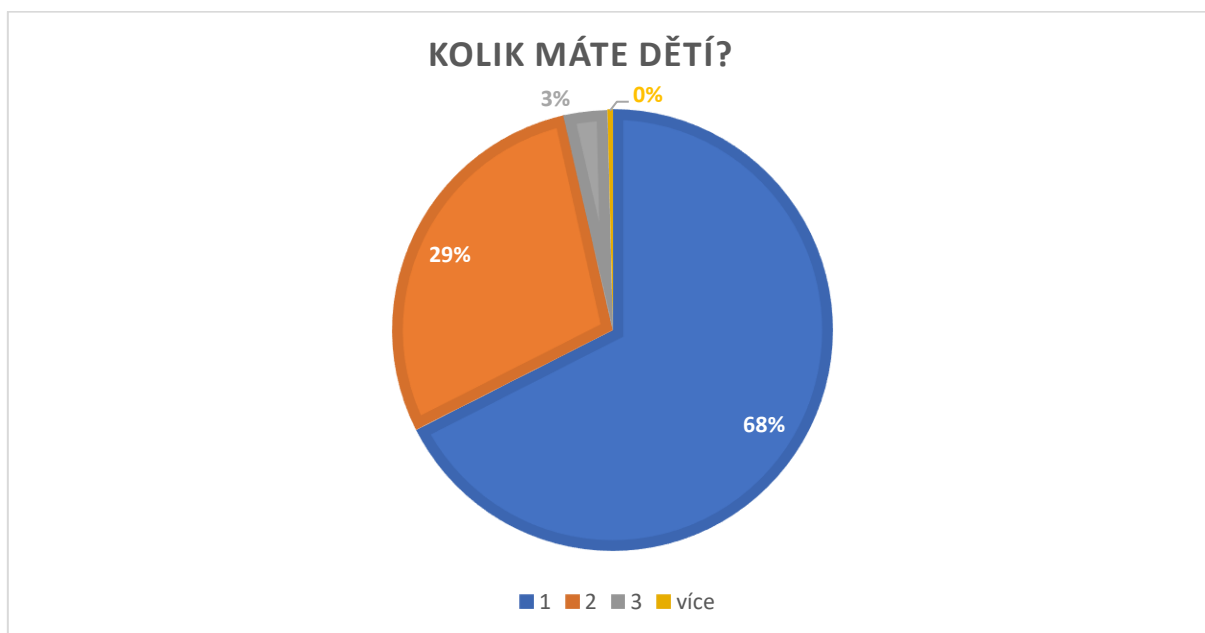


Zdroj: vlastní

Otázka znázorněná ve výše uvedeném grafu představuje procentuální srovnání věku dětí, v němž s nimi rodiče začali cvičit pomocí Vojtovy metody. Nadpoloviční většina dětí tedy zahájila terapii Vojtovou metodou do tří měsíců věku. Další přibližně třetina dětí zahájila terapii Vojtovou metodou do šesti měsíců věku a pouze 10 % rodičů zahájilo terapii se svým dítětem až po půl roce života, z čehož

pouze čtyři rodiče zahájili se svým dítětem terapii Vojtovou metodou až po druhém roce jeho věku.

Obrázek 4: Graf počtu dětí respondentů

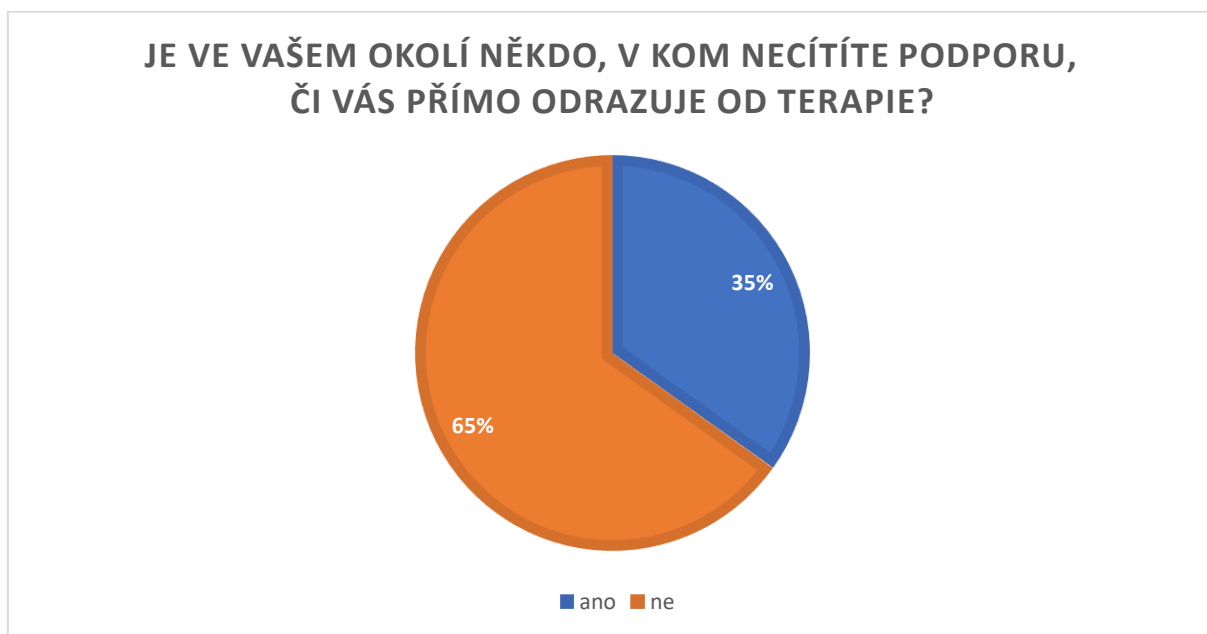


Zdroj: vlastní

Tento výšečový graf je zaměřen na procentuální srovnání počtu dětí respondentů. Téměř 70 % respondentů uvedlo, že má jedno dítě, necelých 30 % respondentů odpovědělo, že má děti dvě, tři děti uvedlo sedmnáct respondentů a pouze dva respondenti uvedli, že mají dětí více.

Dále jsem se v dotazníku za pomoci otázky s možností označit několik odpovědí tázala na lidi, ve kterých mají respondenti, tedy cvičící rodiče, podporu, přičemž 73 % z celkových 542 respondentů uvedlo partnera/ku, 59 % respondentů uvedlo terapeuta/ku, 39 % respondentů uvedlo rodiče, 21 % uvedlo přátele, 9 % uvedlo, že nemá při terapii podporu a patnáct lidí využilo otevřené odpovědi, kde povětšinou uváděli, že jsou fyzioterapeuti, či že mají fyzioterapeuta v rodině, tři respondenti uvedli svou sestru, dva svého bratra.

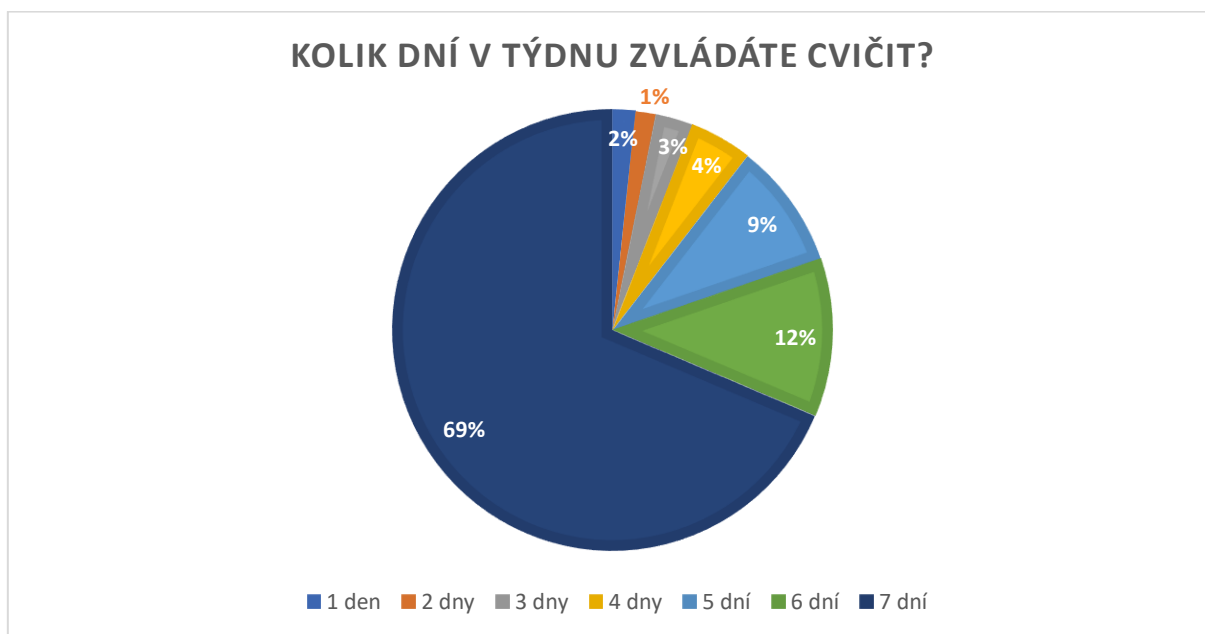
Obrázek 5: Graf pocitu odrazování od terapie



Zdroj: vlastní

Tento graf představuje poměr respondentů, kteří se necítí být podporováni v terapii, nebo je někdo od terapie odrazuje. Celkem 35 %, tedy 189 respondentů uvedlo, že necítí podporu, či jsou odrazováni od terapie.

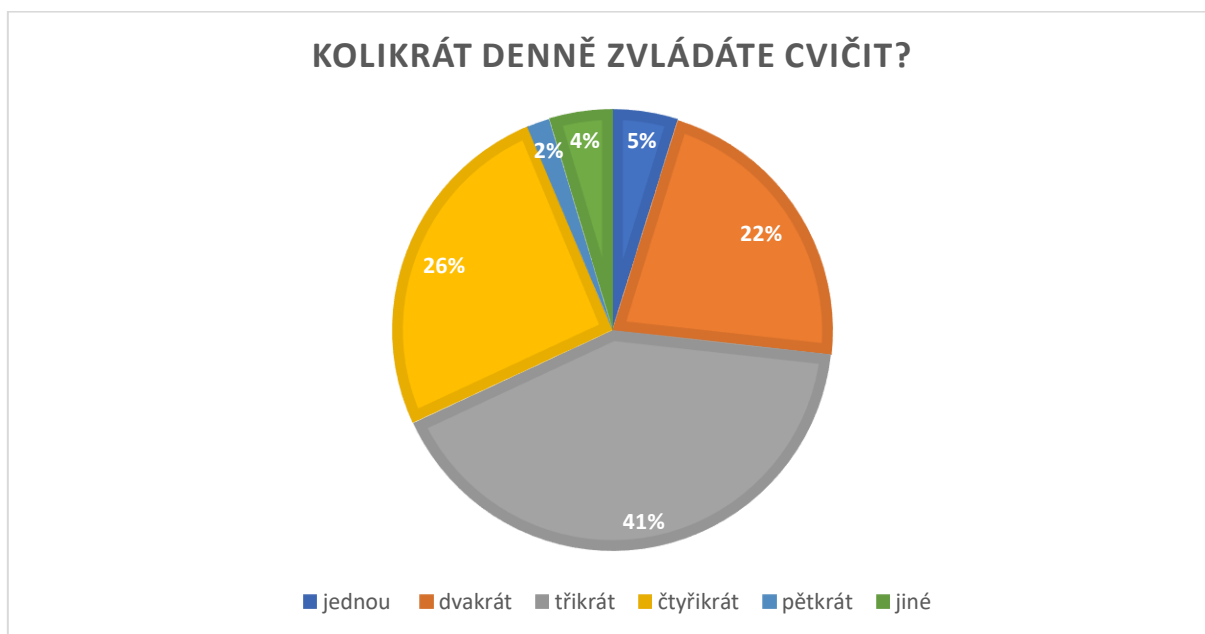
Obrázek 6: Graf počtu cvičících dní v týdnu



Zdroj: vlastní

Další graf znázorňuje procentuální poměr respondentů dle toho, kolik dní v týdnu cvičí Vojtovu metodu se svým dítětem. Téměř 70 % uvedlo, že se svým dítětem cvičí sedm dní v týdnu, dalších 12 % odpovědělo, že cvičí šest dní v týdnu, dalších 9 %, což představuje celkem padesát respondentů, cvičí se svým dítětem pět dní v týdnu, dvacet pět respondentů čtyři dny v týdnu, patnáct respondentů tři dny v týdnu, osm respondentů dva dny v týdnu a devět respondentů cvičí se svým dítětem Vojtovu metodu pouze jeden den v týdnu.

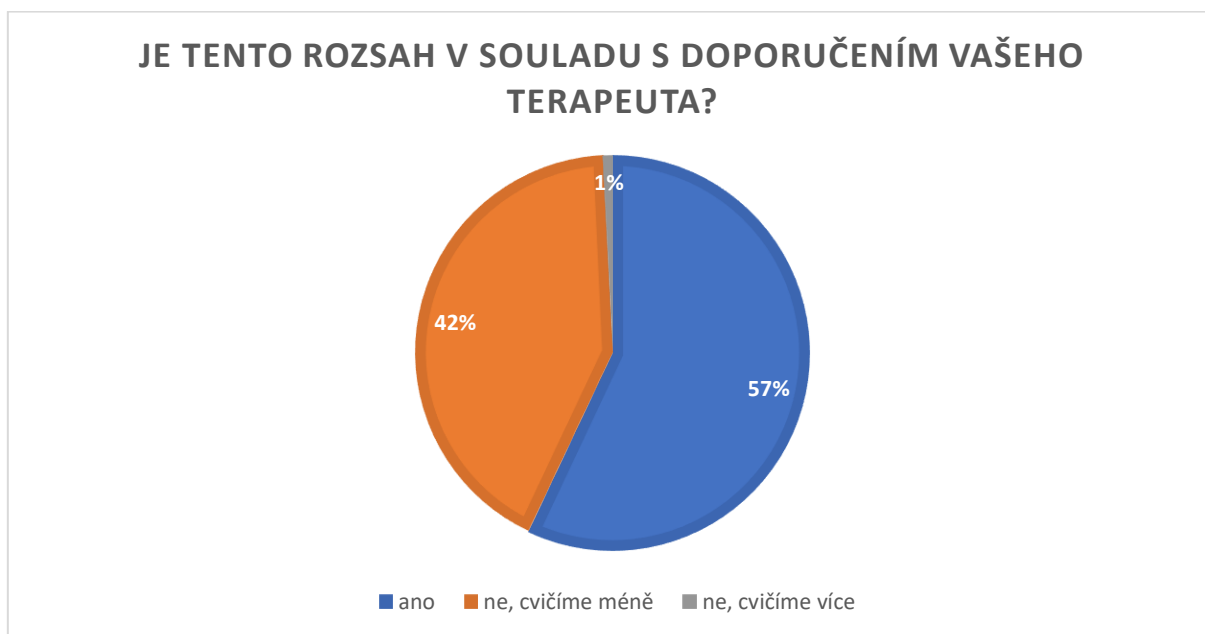
Obrázek 7: Graf častosti cvičení během dne



Zdroj: vlastní

Počet terapií během dne je porovnán výše v grafu, převažuje zde odpověď, že respondenti cvičí třikrát denně, následuje odpověď čtyřikrát denně a v těsném závěsu ji následuje odpověď dvakrát denně. Celkem 5 % respondentů uvedlo jednou denně, 2 % pětikrát denně a 25 respondentů, tedy 4 %, využili kolonku jiné a doplnili zde textovou odpověď, kde uvádí mimo jiné to, že je počet terapií závislý na režimu miminka, tedy že jej uzpůsobují spánku miminka, či cvičí při přebalování, dále také uvádí, že začali častější terapií a po zlepšení stavu dítěte snížili jejich počet.

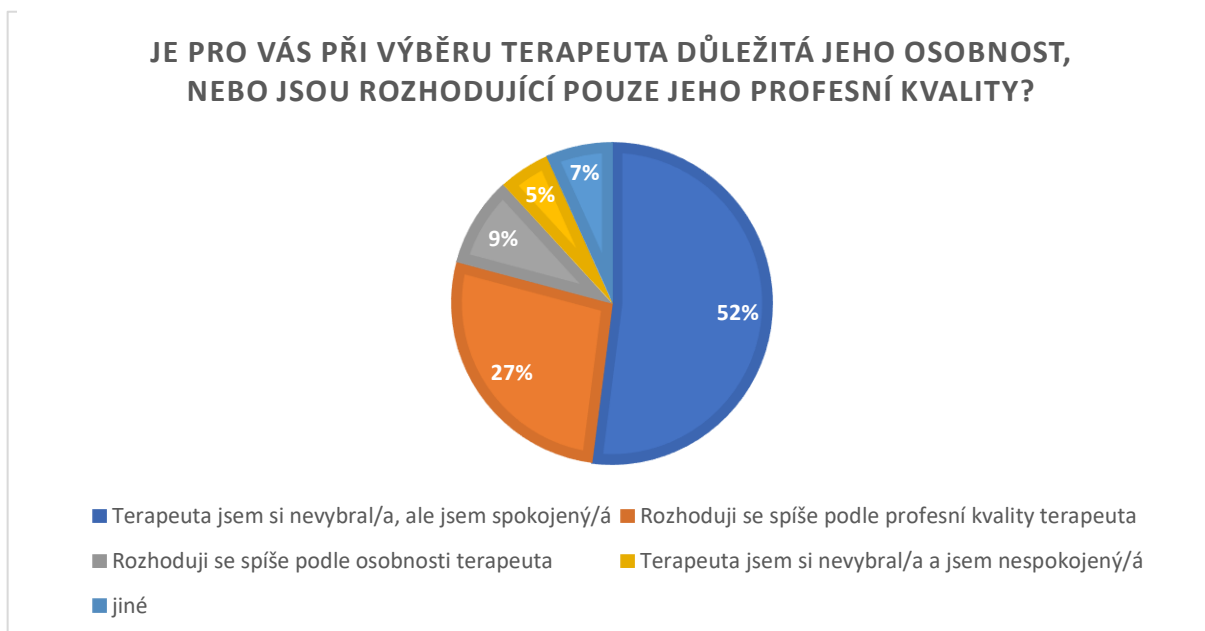
Obrázek 8: Graf souladu cvičení s doporučením terapeuta



Zdroj: vlastní

Dále je procentuálně srovnána korelace frekvence cvičení s doporučením terapeuta. Celkem 309 respondentů, tedy 57 %, zde uvádí, že cvičí dle doporučení terapeuta, 42 % uvádí, že cvičí méně a čtyři respondenti uvedli, že se svým dítětem cvičí více, než jejich terapeut doporučuje.

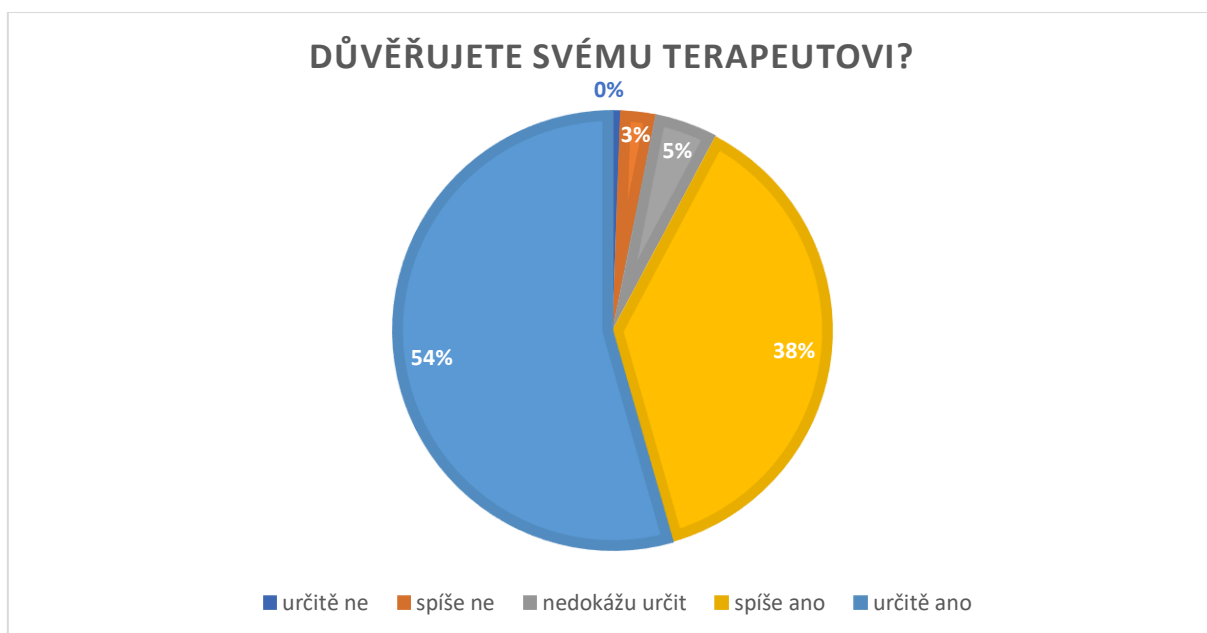
Obrázek 9: Graf rozhodujících aspektů při výběru terapeuta



Zdroj: vlastní

V dalším výšečovém grafu je procentuálně srovnán výběr terapeuta a spokojenost s ním. Celkem 52 % rodičů uvádí, že si terapeuta nevybrali, ale jsou s ním spokojeni, dalších 27 % rodičů se rozhodlo dle profesní kvality, 9 % dle osobnosti terapeuta, 5 % rodičů uvádí, že si terapeuta nevybrali a jsou s ním nespokojeni, a posledních 7 %, tedy 36 respondentů, využilo písemné odpovědi, kde se nejčastěji objevuje opověď, že jim někdo terapeuta doporučil (kamarádka, lékař, laktační poradkyně) či je terapeutem či terapeutkou jejich kamarád nebo kamarádka. Další častou písemnou odpovědí bylo, že vnímají profesní kvality a osobnost terapeuta na stejné úrovni.

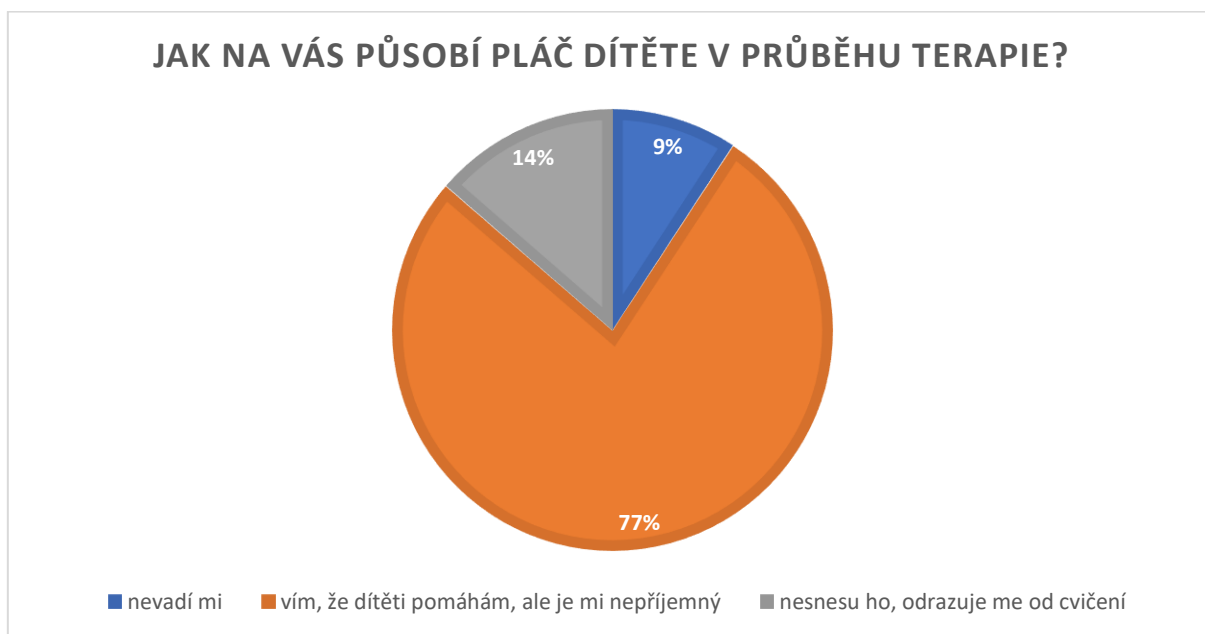
Obrázek 10: Graf důvěřování respondenta v terapeuta



Zdroj: vlastní

S výše uvedeným souvisí také důvěra v terapeuta, která je dle odpovědí respondentů v rámci dotazníkového šetření zhodnocena v tomto grafu. Zde celkem 54 % respondentů na stupnici od určitě nedůvěřuji, přes spíše nedůvěřuji a spíše důvěřuji až po určitě důvěřuji zvolilo určitě ano (důvěřuji), 38 % respondentů se poté rozhodlo pro spíše ano (důvěřuji), dále 5 % respondentů zvolilo možnost, dle které nedokážu určit. Výraznou menšinu představují 3 % respondentů, kteří zvolili možnost spíše ne, a pouze 3 respondenti uvedli určitě ne.

Obrázek 11: Graf působení pláče na respondenta



Zdroj: vlastní

Jak vnímají respondenti pláč dítěte při terapii je procentuálně zobrazeno výše v grafu, přičemž výrazná většina 77 % dotázaných uvádí, že si uvědomuje, že dítěti pomáhá, ale je mu (rodiči) nepříjemný. Celkem 14 % respondentů uvedlo, že pláč svého dítěte během terapie nesnese a odrazuje je od cvičení, a 9 % respondentů odpovědělo tak, že jim pláč dítěte během terapie nevadí.

Následující otázka se také týkala pláče, tentokrát však jeho charakteru, tedy jak vnímají charakter pláče. Na tento dotaz odpovědělo celkem 83 % respondentů tak, že je terapie dle jejich názoru dítěti nepříjemná, 8 % rodičů si není jisto, 6 %, tedy 33 respondentů, se domnívá, že terapie dítě bolí, a dalších 55 respondentů využilo písemné odpovědi. Respondenti, kteří využili možnosti písemné odpovědi, povětšinou uvádí, že terapie dítě omezuje, nemůže se hýbat, či že se dítěti nechce spolupracovat, další uvádí, že se dítě vzteká. Vybrala jsem zde několik odpovědí od respondentů:

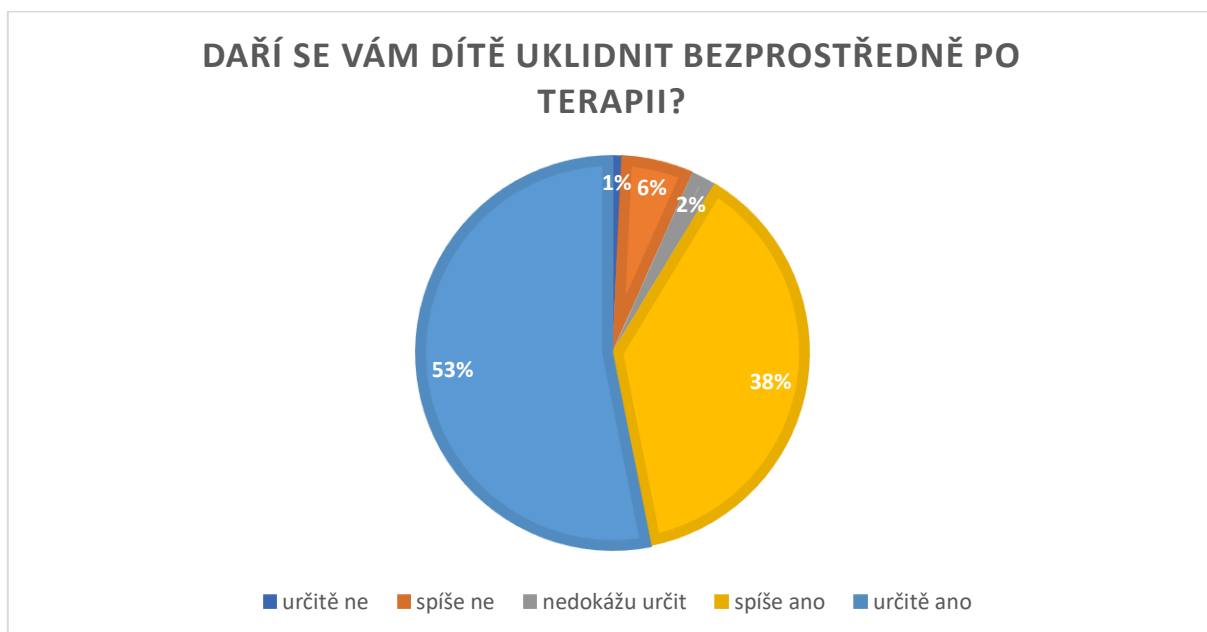
R1: „Dělám něco, co nechce, je to paličák. Jde spíše o souboj vůle, nemyslím si, že ho to bolí.“

R2: „Lékař mě ujistil, že dítě to nebolí, je mu nepříjemná poloha, ve které ho při cvičení fixuji.“

R3: „Nebyl to vyloženě pláč, ale nadávání, které rychle odeznělo.“

R4: „První jsem to brala, jako že ho to bolí, ale pak mi terapeutka vysvětlila, že pláče, protože je to něco nového pro něj.“

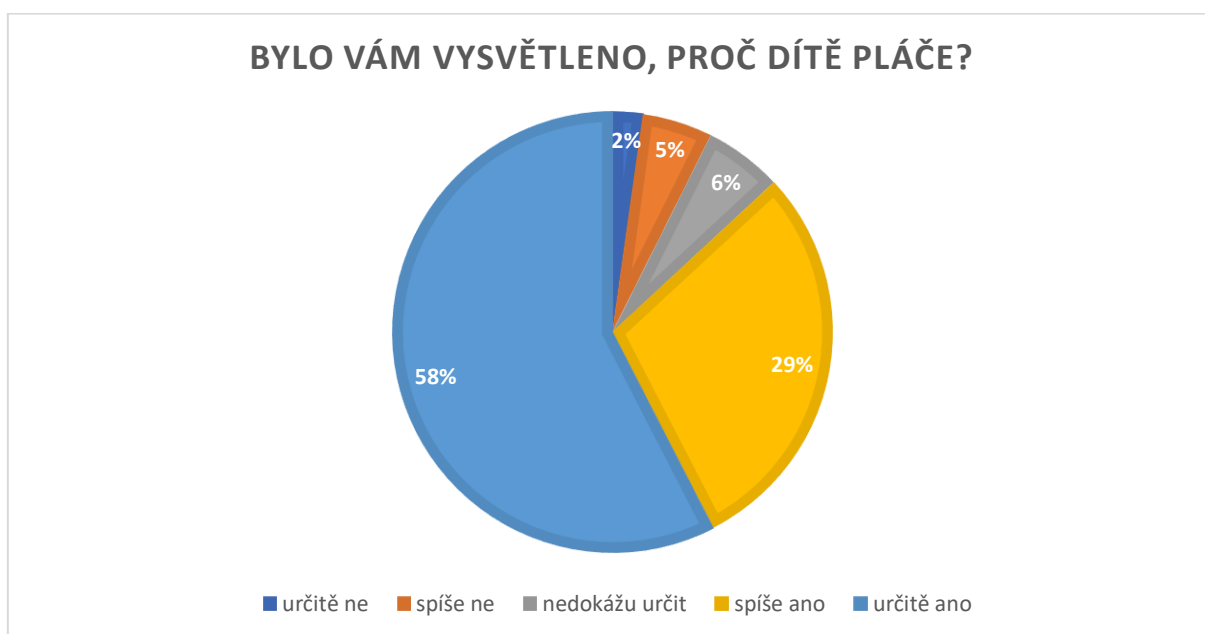
Obrázek 12: Graf schopnosti zklidnění dítěte bezprostředně po terapii



Zdroj: vlastní

Zda se respondentům daří uklidnit dítě bezprostředně po terapii se táže další otázka dotazníkového šetření a jednotlivé odpovědi zobrazuje graf výše, kdy 53 % respondentů na škálovací stupnici od možnosti určitě nedaří, přes spíše nedaří a spíše daří až k odpovědi určitě daří uvádí, že určitě daří, 38 % respondentů se poté kloní k odpovědi spíše daří, 2 % respondentů nedokáží určit, 6 % respondentů odpovídá, že spíše ne (tedy že se jim spíše nedaří dítě bezprostředně po terapii uklidnit) a čtyři respondenti uvedli, že se jim určitě nedaří dítě bezprostředně po terapii uklidnit.

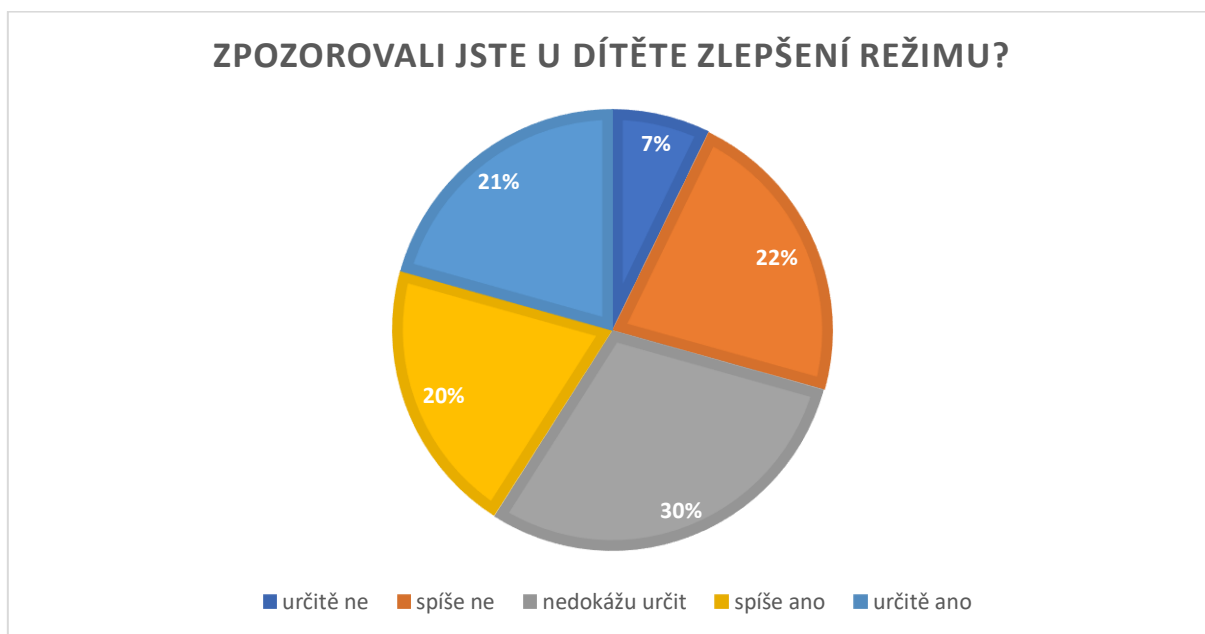
Obrázek 13: Graf vysvětlení pláče



Zdroj: vlastní

Na to, jestli byla respondentům vysvětlena příčina pláče, byl zaměřen další dotaz, přičemž z odpovědí vzešel další graf zobrazený výše. Jak je z grafu snadno patrné, 58 % respondentů na škálovací stupnici (určitě nebylo vysvětleno, po určité bylo vysvětleno, tedy ano) uvedlo určitě ano, 29 % respondentů poté spíše ano, 6 % respondentů nedokáže určit, 5 % uvádí, že spíše ne (tedy že jim nebylo vysvětleno, proč dítě pláče) a 2 % respondentů uvedla, že určitě ne.

Obrázek 14: Graf zlepšení režimu



Zdroj: vlastní

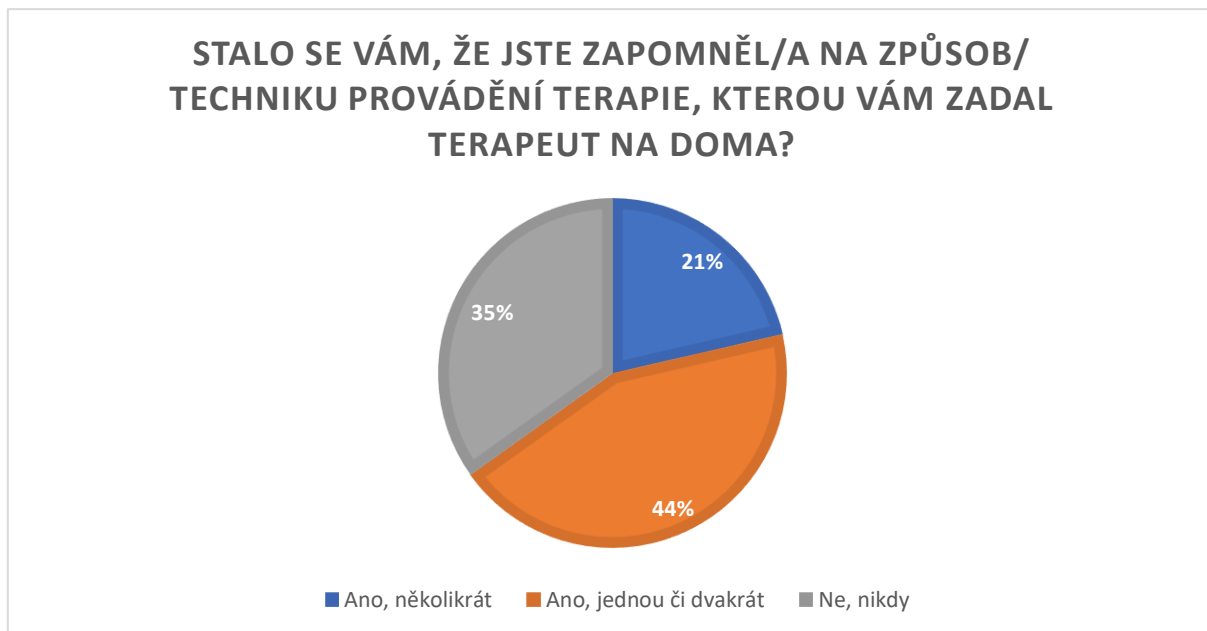
Zdali respondenti zaznamenali vlivem terapie zlepšení režimu, tedy změny spojené s ovlivněním vegetativního systému jako je trávení či spánek, ale vlivem těchto změn i například chuť k jídlu či plačtivost, je procentuálně vyjádřeno v dalším grafu. Nejčastější odpovědí, opět na škálovací stupnici, bylo, že nedokážou určit, to tvořilo 30 % odpovědí. Celkem 22 % respondentů uvedlo, že spíše ne, 21 % určitě ano, 20 % spíše ano a 7 % respondentů uvedlo, že určitě ne.

Navazující nepovinná podotázka se zabývala tím, v čem se režim vlivem cvičení zlepšil, na tuto otázku odpovědělo 253 respondentů, přičemž 27 % z nich zaškrtnulo odpověď, že se zlepšily jiné obtíže (ublinkávání, reflux, koliky, zapařeniny), také 27 % zvolilo odpověď, že se zlepšila kvalita spánku, 26 % odpovídajících respondentů zaškrtnulo odpověď, že se zlepšila pravidelnost denního režimu, 24 % uvedlo že se dítě celkově zklidnilo, 13 % uvedlo, že se zlepšila kvalita spánku, 10 % že dítě lépe jí, 65 respondentů využilo písemné odpovědi, kde respondenti uvádí motorické změny u dítěte, a pouze dva respondenti uvedli odpověď vztahující se ke změnám režimu:

R1: „Ale zhoršil se ekzém + byla někdy viditelná vyrážka po cvičení – vegetativní reakce?“

R2: Hned co jsme začali cvičit, tak přestal mít problém s větry a kolikami. Prostě se dobře u cvičení vyprděl.“

Obrázek 15: Graf výskytu zapomenutí techniky provádění terapie



Zdroj: vlastní

Další graf je znázorněním odpovědí na otázku, zda se respondentům někdy přihodilo, že zapomněli techniku prováděného cvičení, co dostali od terapeuta na doma. Na tento dotaz 44 % respondentů odpovědělo, že se jim to stalo jednou či dvakrát, 35 % respondentů se to dle jejich slov nikdy nestalo, 21 % respondentů připustilo, že se jim to stalo hned několikrát.

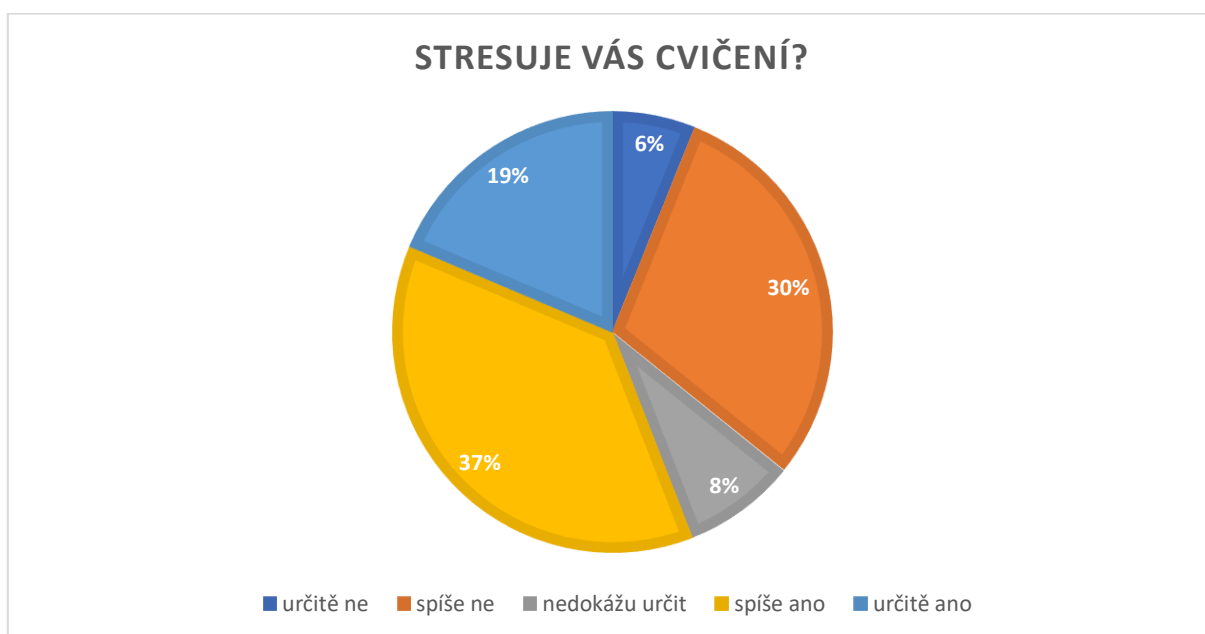
Obrázek 16: Graf způsobu řešení zapomenutí terapie



Zdroj: vlastní

Další otázka přímo navazuje na tu předchozí a zabývá se řešením situace, kdy rodič zapomněl techniku provádění terapie. Řešení výše uvedené otázky je zobrazené v tomto grafu výše, kdy 44 % respondentů uvedlo, že se snažili pokračovat ve cvičení se cviky, které si pamatovali, 38 % respondentů se spojilo s terapeutem za účelem připomenutí cviků, 2 % raději necvičila a 16 % (62 respondentů) využilo písemnou odpověď, kde většina uvedla, že mají terapii nahranou na telefonu, popřípadě se dívají na internet (YouTube, Google).

Obrázek 17: Graf stresu během cvičení



Zdroj: vlastní

Na stres během cvičení byla zaměřena další otázka dotazníku, přičemž jednotlivé odpovědi jsou opět zobrazeny v grafu výše. Zde celkem 37 % respondentů uvedlo na škálovací stupnici, že je cvičení spíše stresuje, 30 % uvedlo, že je spíše nestresuje, 19 % uvedlo určitě ano (stresuje), 8 % nedokáže určit, 6 % určitě ne (nestresuje).

Na doplňující otázku mívající na skupinu respondentů, které terapie dle jejich předchozí odpovědi stresuje, odpovědělo 388 respondentů, přičemž konkrétně otázka zkoumala jak respondenti, tedy rodiče, bojují s případným stresem. K tomuto doplňujícímu dotazu 45 % ze 388 odpovídajících respondentů označilo odpověď, že stres v této souvislosti nijak neřeší, 43 % zaškrtnulo, že jim pomáhá rodina, či partner, 18 % se snaží uklidnit svépomocí, například meditací apod., šest respondentů vyhledalo psychologickou pomoc, dva respondenti vyhledali psychiatrickou pomoc a dvacet jedna respondentů zvolili písemnou odpověď, v níž uvádí, že kvůli tomu necvičí pravidelně, nebo že to musí vydržet, či že si zvykli. Několik odpovědí respondentů jsem uvedla níže:

R1: „Stresuje mě omezení aktivit – výlety a podobně, abychom zacvičili. Vše se řídí cvičením.“

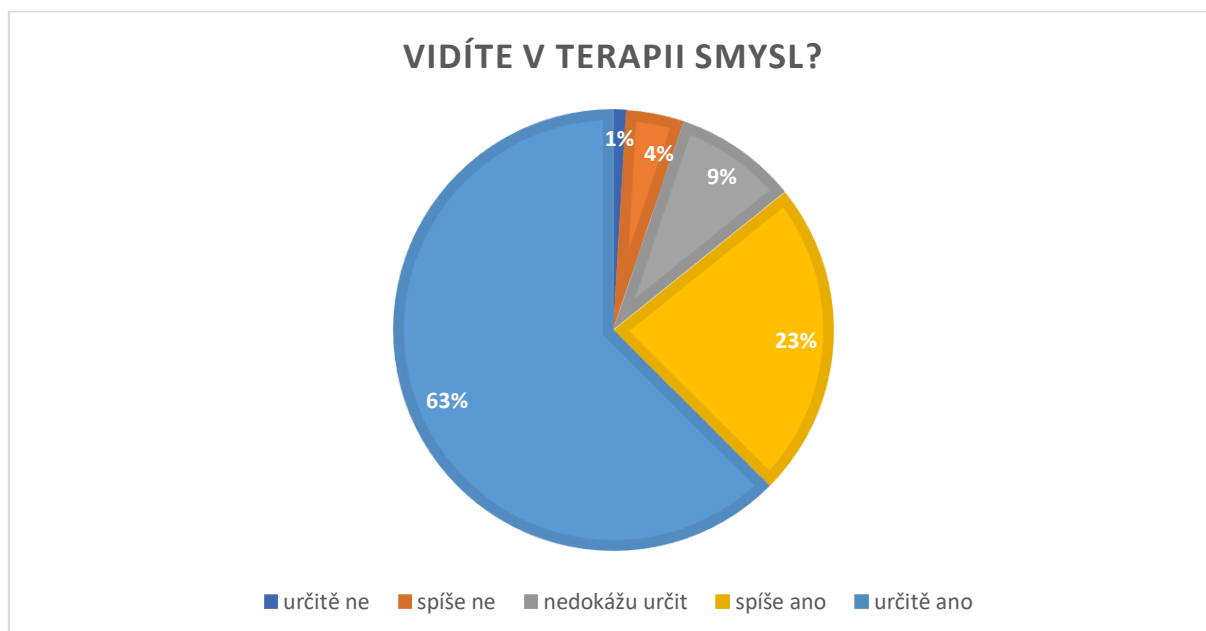
R2: „Prostě vím, že je to pro dobro dítěte a jednou to skončí a musím to teď vydržet.“

R3: „Čokoládou, za první dva roky jsem přibrala 2 kg. Pak jsem se začala uklidňovat sportem a zhubla.“

R4: „S partnerem jsme se ujišťovali, že ji pomáháme a že ona netrpí, jen ji posouvá z komfortní zóny. Vzájemná pomoc s manželem byla ta nej opora.“

R5: „Prvý deň som si vyslovene musela kúpiť fľašu vína a aj som ju vypila. Potom som ti to v sebe zrovnala a povedala si, že je to pre jeho dobro a keď mu to má pomôcť musím vydržať a byť silná a aj za neho.“

Obrázek 18: Graf smyslu terapie ve cvičení



Zdroj: vlastní

Poslední, možná trochu až filosofická otázka dotazníku, byla zaměřená na to, zda respondenti vidí v terapii smysl. Zde 63 % respondentů uvedlo, že určitě ano, 23 % uvedlo spíše ano, 9 % respondentů nedokáže určit, 4 % respondentů uvedla, že spíše ne, a 1 % respondentů určitě ne. Jako doplňující byla v dotazníku uvedena

otevřená otázka týkající se toho, jaký případný smysl respondenti vidí v terapii, na tuto otázku odpovědělo 404 respondentů, já zde uvedu jen několik odpovědí:

R1: „Mám zkušenost u prvního dítěte, že cvičení má smysl, a asi po roce se jeho vývoj srovnal a dnes je to nadprůměrný sportovec.“

R2: „Smysl vidím v tom, že synovi pomáhám v tom, aby neměl v pozdějším věku problémy ve vývoji.“

R3: „Pomáhám svému dítěti žít plnohodnotnější život v budoucnu.“

R4: „Dosáhly jsme s dcerou velkého zlepšení a správného zapojování svalových skupin. Smysl vidím ve správném zakladu do dalšího vývoje a předcházení problémů.“

R5: „Ano, vidím. Vypadá to, že je to bolestivé cvičení, ale opak je pravdou. Nebo aspoň já to tak cítila. Ano, dítě pláče, protože je to nepřírozené, ale když je vidět, jak se zlepšuje, je to ten nejkrásnější pocit.“

R6: „Díky poctivému cvičení, kdy to bylo opravdu nepříjemné, začátky byly těžké, než se najela rutina, nám stačilo cvičit pouze 5 týdnů a dále to již nebylo potřeba. Takže pokud už se do toho člověk dá, tak zatnout zuby, vydržet a cesta nemusí být vždy dlouhá“.

R7: „Jeden z nejlepších způsobů, jak pomoci dceři, které tělíčko brání ve správném psychomotorickém vývoji... Sice miminko pláče, ale ne bolestí... vteřinu po se směje jak sluníčko. Jen je to náročné, že se to děsně vleče – je to běh na dlouhou trať!!!“

R8: „Cvičení pomáhá, posiluje, co příroda či geny nenadělily. Navíc ten posun byl úžasný. Ale musí se cvičit často, aby to bylo vidět. Dcera se stala sebevědomější v pohybu, více ji baví, a to za to stojí.“

R9: „Vidím, že se syn zlepšuje, sice to jde pomalu, ale zlepšuje se. A tím pádem i přes všechn ten pláč a stres to určitě smysl má.“

R10: „Zlepšení hned po prvním týdnu cvičení, správné protažení svalů, prohloubení kontaktu dítěte s matkou, lepší orientace dítěte v režimu dne.“

10 VÝSLEDKY HYPOTÉZ

H1: Pokud je iniciátorem terapie sám rodič, má tendenci cvičení dodržovat.

Předpokladem této hypotézy bylo, že rodič, který vynaloží snahu a je natolik vnitřně motivován, aby se svými pochybnostmi vyhledal pomoc odborníka, bude odhodlanější dodržovat cvičení.

K ověření této hypotézy jsem konfrontovala otázky týkající se dodržování terapie, tedy zda frekvence a rozsah cvičení odpovídá doporučení terapeuta, zde jsem z vyhodnocení vynechala odpovědi respondentů, kteří cvičí častěji, než je doporučení terapeuta, vzhledem zanedbatelnému počtu tří respondentů a nejasnosti, jak by tato skupina měla být vyhodnocena. Druhá otázka, kterou jsem konfrontovala k ověření první hypotézy se týká způsobu, jakým se respondent se svým dítětem dostal na terapii, respektive jsem odpovědi rozdělila do dvou skupin, jednu skupinu tvoří respondenti, kteří se dostali na terapii kvůli vlastním pochybnostem a druhou skupinu tvořili všechny ostatní způsoby.

Tabulka 2: Čtyřpolní kontingenční tabulka k první hypotéze

	Dodržuje	Nedodržuje	Celkem
Rodič	115	75	190
Doporučení	169	138	307
Celkem	284	213	497

Zdroj: vlastní

Po provedení chí-kvadrát testu mi vyšlo, že nulovou hypotézu nezamítáme, mezi skupinami není rozdíl, tj. jestli rodič začal s dítětem cvičit na doporučení nebo z vlastní iniciativy nemá vliv na to, zda cvičení dodržuje. První hypotézu tímto tedy musím zamítnout.

H2: Pokud má rodič dostatečnou podporu ve svém partnerovi, má tendenci cvičení dodržovat.

Druhá hypotéza pracovala s myšlenkou, že pokud cvičícího rodiče bude podporovat jeho partner, bude mít cvičící rodič tendenci dodržovat cvičení. K ověření této hypotézy jsem opět konfrontovala otázku týkající se dodržování terapie s otázkou, v kom mají respondenti podporu při cvičení, zde jsem odpovědi opět rozdělila do dvou skupin, tedy na respondenty, kteří zaškrtnuli že je podporuje partner, a na ty, co zaškrtnuli jiné možnosti.

Tabulka 3: Čtyřpolní kontingenční tabulka k druhé hypotéze

	Dodržuje	Nedodržuje	Celkem
Podporuje	241	156	397
Nepodporuje	68	73	141
Celkem	309	229	538

Zdroj: vlastní

Po provedení chí-kvadrát testu my vyšlo, že nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H1, která říká že zde určitá závislost existuje. Druhou hypotézu tedy mohu potvrdit.

H3: Vyšší vzdělání rodičů souvisí se zodpovědným přístupem ke cvičení.

Třetí hypotéza je založená na předpokladu, že vyšší vzdělání zvyšuje míru kritického myšlení, a tedy by si rodiče, kteří dosáhli vyšší vzdělání, měli lépe uvědomovat rizika spojená s nedodržováním terapeutem doporučené frekvence a rozsahu cvičení. U této hypotézy jsem opět konfrontovala otázku na dodržování terapie, tentokrát s otázkou týkající se vzdělání respondentů. Za vyšší vzdělání jsem pro účely otestování této hypotézy považovala vzdělání vysokoškolské a vyšší odborné.

Tabulka 4: Čtyřpolní kontingenční tabulka k třetí hypotéze

	Dodržuje	Nedodržuje	Celkem
Vyšší vzdělání	241	174	415
Nižší vzdělání	68	55	123
Celkem	309	229	538

Zdroj: vlastní

Po provedení chí-kvadrát testu mi vyšlo, že nulovou hypotézu nezamítáme, mezi skupinami není rozdíl, tj. vyšší vzdělání nemá na přístup k terapii vliv. Třetí hypotézu tímto tedy zamítám.

H4: Rodiče jediného dítěte mají větší tendenci dodržovat cvičení než rodiče více dětí.

U čtvrté hypotézy byl předpoklad, že rodiče jednoho dítěte mají obecně více času a energie nežli rodiče více dětí, a díky tomu budou spíše dodržovat terapeutem doporučené cvičení. Znovu jsem zde využila otázku týkající se dodržování terapie a konfrontovala ji s otázkou na počet dětí respondentů.

Tabulka 5: Čtyřpolní kontingenční tabulka k čtvrté hypotéze

	Dodržuje	Nedodržuje	Celkem
1 dítě	203	161	364
Více dětí	106	68	174
Celkem	309	229	538

Zdroj: vlastní

Po provedení chí-kvadrát testu mi vyšlo, že nulovou hypotézu nezamítáme, mezi skupinami není rozdíl, tj. počet dětí nemá na dodržování cvičení vliv. Čtvrtou hypotézu tímto tedy zamítám.

H5: Pláč dítěte odrazuje rodiče od cvičení.

Pátá hypotéza vznikla s předpokladem, že pláč dítěte uvádí rodiče do stresu, který je následně odrazuje od cvičení. Ověření páté hypotézy vyplývá již přímo

z výsledků dotazníkového šetření, tedy že pláč dítěte odrazuje od cvičení pouze 14 % respondentů, což je 74 hlasů. Pátou hypotézu tímto tedy zamítám.

H6: Důvěra v terapeuta má přímý vliv na dodržování terapie ze strany rodičů.

Šestá hypotéze pracuje s předpokladem, že pokud rodiče důvěřují terapeutovi, mají tendenci dodržovat doporučené cvičení. Pro ověření jsem opět použila otázku dodržování terapie a konfrontovala ji s otázkou, zda respondenti důvěřují svému terapeutovi.

Tabulka 6: Čtyřpolní kontingenční tabulka k šesté hypotéze

	Dodržuje	Nedodržuje	Celkem
Důvěřuje	298	198	496
Nedůvěřuje	11	31	42
Celkem	309	229	538

Zdroj: vlastní

Po provedení chí-kvadrát testu mi vyšlo, že nulovou hypotézu o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu H1, která říká, že zde určitá závislost existuje. Šestou hypotézu mohu tedy potvrdit.

DISKUZE

Cílem této kvalifikační práce bylo zjistit, jaká je adherence rodičů dětí s centrální koordinační poruchou k dodržování doporučených postupů, a to jsem se snažila zjistit pomocí šesti hypotéz.

H1: Pokud je iniciátorem terapie sám rodič, má tendenci cvičení dodržovat.

Předpokladem této hypotézy bylo, že rodič, který vynaloží snahu a je natolik vnitřně motivován, aby vyhledal pomoc s jeho pochybnostmi, bude odhodlanější dodržovat cvičení.

Essery a spol. (2016) zabývající se ve svém výzkumu analýzou studií z oblasti předpovědi adherence u terapie zadané na doma, ve svém výzkumu uvádí, že míra vnitřní motivace koreluje s mírou adherence ve cvičení. Také uvádí, že v případě, že pacient již absolvoval rehabilitaci, během které dodržoval domácí terapii, bude mít takovou tendenci i podruhé, a díky tomu pravděpodobně vzroste i míra vnitřní motivace. V návaznosti na to ve své studii zmiňují souvislost tohoto jevu s teorií sebeurčení, jejíž koncept je založen na trojici základních potřeb, jimiž jsou autonomie, kompetence a sounáležitost. Dle této teorie, pokud člověk získá všechny tři základní potřeby, měl by být vnitřně motivovaný, což by mělo vést k větší produktivitě, a tedy i adherenci, narozdíl od motivace vnější, která je poměrně pomíjivá. (Ruggirello, 2020)

V mé výzkumné skupině se tento jev adherence nepotvrdil, domnívám se, že to může souviset s rozličnou testovací skupinou. Ve výše uvedené studii byla zkoumána skupina dospělých docházejících na fyzioterapii, ovšem má skupina se skládala z rodičů malých dětí. Pokud se na tuto problematiku podíváme z pohledu teorie sebeurčení, tedy zda rodiče pociťují autonomii, kompetentnost a sounáležitost, tak hned první bod je ovlivněn lékařem a terapeutem, kteří stanovují léčbu. Ačkoliv terapeut bude sestavovat jak krátkodobý, tak dlouhodobý cíl za spolupráce rodiče, rodič povětšinou nemá dostatečné znalosti, aby toto rozhodnutí mohl nějak zásadně ovlivnit, což zahrnuje i druhý bod, tedy kompetenci, která je dle mého názoru omezená. A poslední, sounáležitost, která je již na každém rodiči

zvláště, zda osloví např. jiné rodiče v čekárně. Minimálně dva ze tří bodů teorie sounáležitosti jsou dle mě obtížně splnitelné.

H2: Pokud má rodič dostatečnou podporu ve svém partnerovi, má tendenci cvičení dodržovat.

Druhá hypotéza pracovala s myšlenkou, že pokud partner bude podporovat cvičícího rodiče, bude mít cvičící rodič tendenci dodržovat cvičení.

Eliášová (2016) ve své kvalifikační práci na téma Vojtova metoda pro nedonošené děti z pohledu rodičů zjistila, že pro překonání obtíží, které rodiče vnímají ve Vojtově terapii, je pro 21 % respondentů nejdůležitější partner, což je poměrně velký odstup od nejčastější odpovědi se 63 %, podle níž obtíže rodičů pomáhá překonat pokrok dítěte.

Vzhledem k mnou zjištěnému výsledku, tedy že podpora partnera souvisí s dodržováním terapie, bych očekávala vyšší procento odpovědí, že k překonání obtíží pomohl partner, nicméně tento výsledek neznáčí, že zbytek dotazované skupiny necítí od svého partnera podporu. Jelikož respondenti mohli zvolit pouze jednu možnost, přiklonili se nakonec k té, která jim dávala větší smysl, byť to mohli vnímat na přibližně stejné úrovni. Mou hypotézu to proto nikterak nevyvrací.

H3: Vyšší vzdělání rodičů souvisí se zodpovědným přístupem ke cvičení.

Třetí hypotéza je založená na předpokladu, že vyšší vzdělání zvyšuje míru kritického myšlení, a tedy že si více vzdělaní respondenti lépe uvědomují rizika nedodržování terapeutem doporučené frekvence a rozsahu cvičení.

Pozitivní korelaci mezi vzděláním a adherencí objevila pákistánská studie Naqvi a spol. (2020) zaměřující se na vývoj a validitu škály zkoumající adherenci k fyzioterapii u pacientů s muskuloskeletálním onemocněním. V rámci této studie její autoři zjistili, že vzdělaní pacienti jsou lépe informovaní a jsou si tedy vědomi důležitosti léčby. Což je ovšem v rozporu s mým výsledkem, který říká, že mezi vzděláním a adherencí k domácí terapii korelace neexistuje.

Tento výsledek může souviset s rozlišnou výzkumnou skupinou, nicméně roli zde může hrát také fakt, že Pákistán patří mezi rozvojové země, kde jsou do značné míry rozevřené nůžky mezi chudšími a méně vzdělanými, a naopak lépe situovanými a vzdělanějšími vrstvami společnosti. Rozdíl mezi vzdělanými a méně vzdělanými obyvateli je tedy v Pákistánu podstatně výraznější než v České republice. Na základě toho se domnívám, že rozdílné ekonomické i zdravotnické podmínky jsou jedním z důvodů rozdílného výsledku.

H4: Rodiče jediného dítěte mají větší tendenci dodržovat cvičení než rodiče více dětí.

U čtvrté hypotézy byl předpoklad, že rodiče jednoho dítěte mají více času a energie nežli rodiče více dětí, a díky tomu budou spíše dodržovat terapeutem doporučené cvičení. K této hypotéze se mi bohužel nepodařilo najít zdroje zabývající se v dostatečně relevantní míře tímto tématem.

Překvapivým zjištěním je zde pro mě nicméně fakt, že pouze 32 % respondentů má více než jedno dítě, což je možné při určité míře výkladové flexibility interpretovat tím způsobem, že rodiče více dětí nemají dostatek času řešit pochybnosti ve vývoji u dítěte, navštěvovat terapeuta a tím také vyplnit můj dotazník, přičemž se ve zvýšené míře spoléhají pouze na kontrolu praktického lékaře.

H5: Pláč dítěte odrazuje rodiče od cvičení.

Pátá hypotéza vznikla s předpokladem, že pláč dítěte uvádí rodiče do stresu, který je následně odrazuje od cvičení.

Psychická náročnost terapie kvůli pláči pro rodiče je zmiňovaná v některých odborných publikacích (Orth, 2012; Vařeka, 2009; Zounková Smolíková 2012) zabývající se Vojtovou metodou. Což potvrdila práce Eliášové (2016), která ve svém výzkumu mimo jiné zjistila, že největší překážka ve cvičení rodičů dětí cvičících pomocí Vojtovy metody s nedonošenými dětmi je pláč. Nicméně v mé práci se tato hypotéza nepotvrdila, pouze 74 respondentům vadí pláč natolik, aby je odrážoval od cvičení. Přesto pouze 36 % respondentů uvedlo, že je spíše nestresuje, či určitě nestresuje pláč během cvičení. Stres spojený s pláčem u dítěte je tedy u rodičů

většinově přítomný, nicméně dle mého výzkumu převážně většině rodičů nebrání v pokračování v terapii a cvičení s dítětem.

H6: Důvěra v terapeuta má přímý vliv na dodržování terapie ze strany rodičů.

Šestá hypotéze pracuje s předpokladem, že pokud rodiče důvěřují terapeutovi, mají tendenci dodržovat doporučené cvičení.

V tomto kontextu lze zmínit zejména studii Lillo-Navarro a spol. (2019), která si kladla za cíl zjistit adherenci k různým typům domácích cvičení předepsaných rodičům a identifikovat související faktory s rodiči, dětmi a prostředím, a dále také posoudit vliv chování zdravotníků. Tato studie zjistila, že adherence k různým druhům domácí terapie je odlišná. U terapie zaměřené na flexibilitu byla adherence nejvíce determinovaná poskytováním informací o progresu léčby a vysvětlením užitečnosti léčby. Současně rodiče ve skupině s terapií zaměřenou na flexibilitu uváděli za užitečné vysvětlování terapie na dítěti. Vedle toho terapie založená na neuromotorickém vývoji byla spjata s vysvětlováním užitečnosti léčby a poslední skupina, která absolvovala terapii založenou na posturální stabilizaci, byla spjata s dotazováním o dodržování terapie. Avšak i přes rozdíly mezi jednotlivými skupinami se dá říct, že výše zmíněná studie koreluje s mou hypotézou.

Mimo aspekty, které jsem za pomoci hypotéz ověřovala, práce Uličné (2013) o Vojtově metodě uvádí, že rodičům během domácí terapie nejvíce dělaly starost pochybnosti a jejich vlastní nešikovnost, ale byli také nervózní a nejistí. Průšová (2021) zase v práci zabývající se vlivy Vojtovy metody na vývoj dítěte s tělesným postižením, zkoumající skupinu starších dětí, než jsou děti, o kterých pojednává tato práce, uvádí že je na metodě nejnáročnější udržet dítě při terapii ve výchozí poloze a zároveň stimulovat aktivační body.

Vzhledem k tomuto faktu se také domnívám, že adherence rodičů ke cvičení s rostoucím dítětem pravděpodobně klesá, Marešová (2011): *„U dvouletých a tříletých dětí je velmi obtížné aplikovat reflexní terapii. V tomto věku si dítě silně uvědomuje a vytváří svoje ego a nedá se omezovat držením v jedné pozici, což je předpoklad pro reflexní terapii. Cvičení pak spíše vypadá jako zápas doprovázený křikem dítěte. Reflexní terapie v tomto věku může být kritizována psychology jako*

násilný zásah do integrity dítěte.“ (Marešová, 2011, s.38) Autorka tohoto textu dále také uvádí, že dítě musí být pozitivně motivované, čemuž má dopomoci terapeut. Načež Kopecká (2011) uvádí, že by se dítě nemělo do ničeho násilně nutit. Dítěti by se měla dopřát určitá svoboda, ve které by si mělo být vědomo vytyčených „mantinelů“, které by se neměly stanovovat trestáním, ale trpělivým přesvědčováním a respektem.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zejména zjistit a popsat, jaká je obecně adherence rodičů dětí s centrální koordinační poruchou při terapii Vojtovou metodou, a především co ji ovlivňuje, a to v souvislosti se šesti hypotézami, jež byly v této práci postupně představeny.

Samotnému představení těchto hypotéz předcházela teoretická část práce, v níž byly blíže popsány vybrané pojmy a aspekty bezprostředně související s tématem práce, a to sice adherence, centrální koordinační porucha a její dělení a diagnostika, psychomotorický vývoj dítěte do jednoho roku, ale také samotná Vojtova metoda, její účinnost a indikace a kontraindikace. To vše mimo jiné za účelem zajištění lepšího porozumění čtenáře pasážím textu vyhodnocujícím jednotlivé hypotézy.

Pro účely vyhodnocení hypotéz bylo pracováno s daty získanými od rodičů dětí s centrální koordinační poruchou podstupujících aktuálně (tedy v době sběru dat) terapii Vojtovou metodou. Dotazníky distribuované rodičům těchto dětí se zaměřovaly právě na otázku jejich adherence ke cvičení, přičemž jim pokládaly dotazy související s hypotézami, tázaly se tedy zejména na počet dětí, nejvyšší dosažené vzdělání, podporu partnera, důvěru v terapeuta, a kladly také stěžejní otázku, zda je rozsah jimi realizovaného cvičení s dítětem v souladu s doporučením jejich terapeuta.

Po provedení dotazníkového šetření a analýze získaných dat od rodičů dětí s centrální koordinační poruchou podstupujících terapii Vojtovou metodou vyšlo najevo, že adherence rodičů těchto dětí k dodržování doporučených postupů je determinována především psychosociální interakcí, tedy podporou partnera a vztahem s terapeutem.

Naopak se ukázalo, že na dodržování cvičení nemají vliv faktory jako je počet dětí či vzdělání rodiče, a dokonce ani iniciace rodiče k řešení pochybností ve vývoji. Předpoklad, že rodiče vícero dětí budou natolik časově vytíženi, že nebudou mít tolik prostoru věnovat se terapii dítěte, nebo že vzdělanější rodiče budou v dodržování terapie vzornější, se tedy ukázal jako nesprávný. Vyhodnocení získaných dat dále rovněž odhalilo skutečnost, že pláč, který v souvislosti s Vojtovou metodou bývá často vnímán jako velké negativum, rodiče většinou nepovažují za důvod k nedodržování cvičení.

Závěry prezentované v této práci tedy poukazují na značný význam funkční sociální podpory ve smyslu podporujícího prostředí cvičícího rodiče dítěte s centrální koordinační poruchou, kdy prim hrají především partner a fyzioterapeut.

Podpora partnera souvisí s komplexní problematikou partnerského soužití obecně, je nasnadě, že jiné úrovně podpory se dostane rodiči v harmonickém a fungujícím vztahu a jiné úrovně se dostane rodiči ve vztahu nefunkčním až toxickým, hodnocení partnerské podpory při cvičení Vojtovou metodou však samozřejmě překračuje ambice této práce.

Odhlédneme-li tedy od podpory partnera, je to osoba fyzioterapeuta a důvěra v něj, kdo ovlivňuje adherenci rodičů dětí s centrální koordinační poruchou při cvičení Vojtovou metodou, přičemž těchto závěrů by si fyzioterapeuti měli být vědomi. Z tohoto důvodu mám za to, že by bylo velmi přínosné pro praxi, pokud by ve vzdělávání studentů fyzioterapie byla více akcentována otázka toho, jakým způsobem mohou fyzioterapeuti v pozitivním směru ovlivňovat adherenci ke cvičení v případě rodičů dětských pacientů.

Limitací této práce je ovšem skutečnost, že sběr dat byl realizován ve formě dotazníkové šetření, které může být do určité míry nepřesné, a to z vícero důvodů. Jedním z těchto důvodů může být (i podvědomá) snaha respondenta vykreslit se v očích svých i v očích vyhodnocovatele dotazníku v lepším světle, což může vést k tendenčnímu uvádění odpovědí, které se respondentovi zdají být pro něj příznivější. Druhým důvodem pak může být skutečnost, že toto šetření je prováděno jednorázově, a může být tudíž ovlivněno aktuálním subjektivním rozpoložením respondenta, případně i neuvědoměním si určité skutečnosti v okamžiku vyplňování dotazníku. Tato limitace by ovšem v případě dalších výzkumů mohla být překonána longitudinálním dotazníkovým šetřením, v rámci nějž by respondenti odpovídali na upravený set otázek např. každý večer.

Zajímavým dalším výzkumem by však mohl být také výzkum zaměřující se již konkrétněji na ovlivnění adherence rodiče ze strany osoby fyzioterapeuta včetně konkrétních aspektů, které se na tomto ovlivnění adherence podílejí. Takový výzkum by mohl prohloubit chápání toho, jakým způsobem fyzioterapeut adherenci rodiče ovlivňuje, což by mělo do praxe další přínos v podobě toho, že by fyzioterapeuti díky takovým závěrům věděli zcela konkrétně, na co se při komunikaci s rodičem nejvíce zaměřit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CÍBOCHOVÁ, Renata. Psychomotorický vývoj dítěte v prvním roce života. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, (6), 291-297 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200406-0007_Psychomotoricky_vyvoj_ditete_v_prvnim_roce_zivota.php

ELIÁŠOVÁ, Tereza. *Vojtova metoda pro nedonošené děti z pohledu rodičů* [online]. Zlín, 2016 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/2k0tvw/?lang=en>. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Kateřina Žárská.

ESSERY, Rosie, Adam W A GERAGHTY, Sarah KIRBY a Lucy YARDLEY. *Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review* [online]. 2017 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.3109/09638288.2016.1153160

FALTA, Jan. Spolupráce pediatra a rehabilitačního lékaře. *Pediatric pro praxi* [online]. 2014, **15**(3), 152-156 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/03/09.pdf>

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3037-0.

HRADIL, V. a O. KITTLEROVÁ–TRÁVNÍČKOVÁ. Rehabilitace v onkologii. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2007, (4), 135–147 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2007-4/rehabilitace-v-onkologii-1851/download?hl=cs>

HUSÁROVÁ, R. Využitie Vojtovej techniky u dospelých. *Rehabilitácia 3* [online]. 2005, **42**(3), 138-144 [cit. 2023-03-29]. ISSN 0375-0922. Dostupné z: <https://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/3REH2005-m.pdf>

JUNG, Michael Wilhelm, Margarete LANDENBERGER, Tatjana JUNG, Thorsten LINDENTHAL a Heike PHILIPPI. *Vojta therapy and neurodevelopmental treatment in children with infantile postural asymmetry: a randomised controlled trial* [online]. 2017 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.1589/jpts.29.301

KÁBRT, Milan. *Aplikovaná statistik* [online]. Univerzita Hradec Králové, 2011 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/>

KOLÁŘOVÁ, Jaroslava a Petra HÁNOVÁ. Včasná diagnostika hybných poruch kojenců v prvním trimestru prvního roku života. *Pediatric pro praxi* [online]. 2007, 8(5), 264–267 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2007/05/03.pdf>

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 1. díl: Učebnice pro obor sociální činnosti*. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.

LEBL, Jan, Kamil PROVAZNÍK a Ludmila HEJCMANOVÁ. *Preklinická pediatrie*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-207-2.

LEWITOVÁ, Clara. Od novorozence k malému dítěti. *Umění fyzioterapie: novorozenec, kojeneček, batole*. 2018, (6), 5-16. ISSN 2464-6784.

LILLO-NAVARRO, Carmen, Joaquina MONTILLA-HERRADOR, Pilar ESCOLAR-REINA, Silvana L. OLIVEIRA-SOUSA, Jose A. GARCÍA-VIDAL a Francesc MEDINA-MIRAPEIX. *Factors Associated with Parents' Adherence to Different Types of Exercises in Home Programs for Children with Disabilities* [online]. 2019 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.3390/jcm8040456

MAREŠOVÁ, Eva, Pavla JOUDOVÁ a Stanislav SEVERA. *Dětská mozková obrna: možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

NAQVI, Atta Abbas, Mohamed Azmi HASSALI, Syed Baqir Shyum NAQVI, et al. *Development and validation of the General Rehabilitation Adherence Scale (GRAS) in patients attending physical therapy clinics for musculoskeletal disorders* [online]. 2020 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1186/s12891-020-3078-y>

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

PHILIPPI, Heike, Andreas FALDUM, Angela SCHLEUPEN, et al. *Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial* [online]. 2006 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: doi:10.1017/S001216220600003X

PRŮŠOVÁ, Anna. *Vliv Vojtovy metody na vývoj dítěte s tělesným handicapem*. Praha, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce Hana Sotáková.

RUGGIRELLO, Jessica. *Motivace IT specialistů podle sebedeterminační teorie* [online]. Brno, 2020 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fhema/>. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Ondřej Hora.

SEDLÁKOVÁ, Karolína a Michaela SVOBODOVÁ. V Mokrosukách odhalí pomník Václava Vojty. *Český rozhlas Plzeň* [online]. 25. 9. 2019 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://plzen.rozhlas.cz/v-mokrosukach-odhali-pomnik-vaclava-vojty-8080643>

SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra. *Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty*. Olomouc: RL-CORPUS, s.r.o, 2017. ISBN 978-80-270-2292-2.

SVOBODA, Helmut. *Moderní statistika*. Přeložil Jaromír CÍSAŘ. Praha: Svoboda, 1977. ISBN 25 004-77.

ŠVEJNOHA, Josef. Kamil Henner. *Hojení ran* [online]. 2013, 7(4), 23-24 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/hojeni-ran/2013-4/kamil-henner-47724>

ULIČNÁ, Petra. *Vojtova metoda* [online]. Olomouc, 2013 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: https://theses.cz/id/cqhtcw/?zoomy_is=1. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Alena Plháková.

VACEK, Jan. Vojtova reflexní lokomoce pro a proti. *Neurologie pro praxi* [online]. 2017, 18(4), 283–284 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/04/15.pdf>

VACUŠKOVÁ, Miluše, Marie RYŠAVÁ a Milan VACUŠKA. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, 13(5), 43-45 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200301-0013_Psychomotoricky_vyvoj_ditete_a_jeho_sledovani_sestrou.php

VAŘEKA, I. a R. DVOŘÁK. Jak vlastně funguje Vojtova metoda?. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2009, (1), 3-5 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1805-4552.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2009-1/jak-vlastne-funguje-vojtova-metoda-4072>

VÉLE, František. *Kineziologie: přehled klinické kineziologie a patokineziologie pro diagnostiku a terapii poruch pohybové soustavy*. 2., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-837-9.

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

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

VRABLÍK, Michal. Adherence a možnosti jejího ovlivnění. *Medicína pro praxi* [online]. 2013, **10**(11-12), 369–371 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/med/2013/11/03.pdf>

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740-x.

ZOUNKOVÁ, I. a M. HLADÍKOVÁ. Longitudinální sledování pohybových nálezů u dětí s rizikovou anamnézou intrauterinní růstové retardace (IUGR). *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2012, **19**(1), 3–12 [cit. 2023-03-29]. ISSN 1805-4552. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2012-1/longitudinalni-sledovani-pohybovych-nalezu-u-deti-s-rizikovou-anamnezou-intrauterinni-rustove-retardace-iugr-37934>

ZOUNKOVÁ, Irena a Libuše SMOLÍKOVÁ. Následná ambulantní fyzioterapie nezralých dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, **13**(5), 299–303 [cit. 2023-03-29]. ISSN 803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/05/04.pdf>

ZOUNKOVÁ, Irena a Libuše SMOLÍKOVÁ. Následná ambulantní fyzioterapie nezralých dětí. *Pediatric pro praxi* [online]. 2012, **13**(5), 299–303 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201205-0004_Nasledna_ambulantni_fyzioterapie_nezralych_deti.php

Internationale Vojta Gesellschaft e.V. [online]. Siegen [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://www.vojta.com/cs/vojtuv-princip/vojtuv-princip-2>

LR-CORPUS s.r.o. [online]. Olomouc [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <http://www.rl-corporus.cz/vojtuv-princip/>

Umění fyzioterapie: novorozenec, kojeneček, batole. 2018. ISSN 2464-6784.

Václav Vojta očima Marie Šandové. Česko: Česká televize, 1993. Dostupné také z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/874586-gen/293383930010048/>

World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization, 2003. ISBN 92-4-154599-2.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník pro rodiče cvičící s dětmi s centrální koordinační poruchou.....	78-86
--	-------

Příloha A: Dotazník pro rodiče cvičící s dětmi s centrální koordinační poruchou

Vojtova reflexní lokomoce

Vážení respondenti,

jmenuji se Lucie Všetečková, studuji na fakultě zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, obor fyzioterapie. Chtěla bych Vás tímto požádat o pravdivé vyplnění dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce s názvem Vojtova reflexní lokomoce v terapii dětí s centrální koordinační poruchou – adherence rodinných příslušníků k dodržování doporučených postupů. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte s poskytnutím informací do výše zmíněné bakalářské práce.

Mockrát děkuji.

Lucie Všetečková

Jaký je Váš věk? *

- méně než 18 let
- 18–25 let
- 26–30 let
- 31–35 let
- 36–40 let
- 41 a více let

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

- základní
- vyučení
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

V jakém věku dítěte jste začal/a cvičit Vojtovu lokomoci? *

- do 3 měsíců
- 4–6 měsíců
- 7–12 měsíců
- více než 1 rok
- více než 2 roky

Jakým způsobem jste se dostal/a na terapii? *

- Na základě doporučení lékaře
- Kvůli vlastním pochybnostem o vývoji dítěte
- Na doporučení známých
- Jiná...

Kolik máte dětí? *

- 1
- 2
- 3
- více

V kom máte při terapii podporu? *

- partner/ka
- rodiče
- přátelé
- terapeut/ka
- nemám při terapii podporu
- Jiná...

Je ve Vašem okolí někdo, v kom necítíte podporu, či Vás přímo odrazuje od terapie? *

- ano
- ne

Kolik dní v týdnu zvládáte cvičit? *

- 1 den
- 2 dny
- 3 dny
- 4 dny
- 5 dní
- 6 dní
- 7 dní

Kolikrát denně zvládáte cvičit? *

- jednou
- dvakrát
- třikrát
- čtyřikrát
- pětkrát
- Jiná...

Je tento rozsah v souladu s doporučením Vašeho terapeuta? *

- Ano
- Ne, cvičíme méně
- Ne, cvičíme více

Je pro Vás při výběru terapeuta důležitá jeho osobnost, nebo jsou rozhodující pouze jeho profesní kvality? *

- Rozhoduji se spíše podle osobnosti terapeuta
- Rozhoduji se spíše podle profesní kvality terapeuta
- Terapeuta jsem si nevybral/a, ale jsem spokojený/á
- Terapeuta jsem si nevybral/a a jsem nespokojený/á
- Jiná...

Důvěřujete svému terapeutovi? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Jak na Vás působí pláč dítěte v průběhu terapie? *

- Nevadí mi
- Víím, že dítěti pomáhám, ale je mi nepříjemný
- Nesnesu ho, odrazuje mě od cvičení

Jak vnímáte charakter pláče dítěte? *

- Dítě to bolí
- Dítěti je to nepříjemné
- Nejsem si jistá
- Jiná...

Daří se Vám dítě uklidnit bezprostředně po terapii? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Bylo Vám vysvětleno, proč dítě pláče? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Zpozorovali jste u dítěte zlepšení režimu? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Pokud ano, v čem se režim zlepšil?

- Zlepšila se kvalita spánku
- Zlepšila se kvantita spánku
- Dítě lépe jí
- Dítě se celkově zklidnilo
- Zlepšila se pravidelnost denního režimu
- Zlepšily se jiné obtíže (ublinkávání, reflux, koliky, zapařeniny)
- Jiná...

Stalo se Vám, že jste zapomněl/a na způsob/ techniku provádění terapie, kterou Vám zadal terapeut na doma? *

- Ano, několikrát
- Ano, jednou či dvakrát
- Ne, nikdy

Pokud ano, jak jste situaci řešil/a?

- Snažím se pokračovat ve cvičení s cviky, které si pamatuji
- Raději necvičím
- Spojím se s terapeutem za účelem připomenutí cviků
- Jiná...

Stresuje Vás cvičení? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Pokud ano, jak s tím bojujete?

- Snažím se uklidnit svépomocí, meditací apod.
- Vyhledal/a jsem psychologickou pomoc
- Vyhledal/a jsem psychiatrickou pomoc
- Pomáhá mi rodina/ partner
- Stres v této souvislosti nijak neřeším
- Jiná...

Vidíte v terapii smysl? *

- určitě ne
- spíše ne
- nedokážu určit
- spíše ano
- určitě ano

Pokud ano, jaký?

Text dlouhé odpovědi

Zdroj: vlastní