

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Dominika Mazurová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví, B0915P360009

Dominika Mazurová

Studijní obor: Ergoterapie

**MODERNÍ PŘÍSTUPY A JEJICH VÝZNAM K PODPOŘE
MOTORICKÝCH FUNKCÍ U DĚTÍ DO 3 LET Z POHLEDU
ERGOTERAPEUTA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

PLZEŇ 2024

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Dominika MAZUROVÁ**
Osobní číslo: **Z21B0060P**
Studijní program: **B0915P360009 Ergoterapie**
Téma práce: **Moderní přístupy a jejich význam k podpoře motorických funkcí u dětí do 3 let z pohledu ergoterapeuta**
Zadávací katedra: **Katedra rehabilitačních oborů**

Zásady pro vypracování

Zpracovat rešerši a uvést teoretická východiska kvalifikační práce.
Stanovit výzkumný cíl kvalifikační práce.
Zpracovat teoreticko-empirickou/ teoretickou rešeršní kvalifikační práci dle požadavků FZS.
Popsat metodiku kvalifikační práce.
Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
Dodržet citační normu (ISO) a jednotný citační styl v celé kvalifikační práci.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- KOLÁŘ, Pavel a Renata ČERVENKOVÁ. *Labyrint pohybu*. Vydání druhé. Praha: Vyšehrad, 2021. Rozhovory (Vyšehrad). ISBN 978-80-7601-533-3.
- Sieglinde, Martin. 2006. Teaching Motor Skills to Children with Cerebral Palsy and Similar Movement Disorders: A Guide for Parents and Professionals. s.l. : Proving Pr, 2006. 9781633379015.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KAČÍRKOVÁ, Michaela a Zuzana RYBOVÁ. *Pohybový vývoj dítěte s láskou a respektem: fyzioterapeutky dětem*. Praha: Euromedia Group, 2022. Esence. ISBN 978-80-242-8004-2.
- SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra. *Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty*. Olomouc: RL-CORPUS, s.r.o, 2017. ISBN 978-80-270-2292-2.
- VOLEMANOVÁ, Marja. *Přetrvávající primární reflexy: opomíjený faktor problémů učení a chování*. 2. rozšířené vydání. Statenice: INVTS, 2019. ISBN 978-80-907369-0-0.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Ilona Zahradnická**
Katedra rehabilitačních oborů

Datum zadání bakalářské práce: **20. května 2023**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2024**


Ing. Jan Beránek, MBA
děkan


Mgr. et Mgr. Václav Beránek, Ph.D., MBA
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2024

Čestné prohlášení:

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

V Plzni dne 31.3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Dominika Mazurová

Katedra: Katedra fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Moderní přístupy a jejich význam k podpoře motorických funkcí u dětí do 3 let z pohledu ergoterapeuta

Vedoucí práce: PhDr. Ilona Zahradnická

Počet stran – číslované:

Počet stran – nečíslované:

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 50

Klíčová slova: psychomotorický vývoj, handling, patologické odchylky, léčebné metody, pomůcky formující vývoj, ergoterapie

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá problematikou psychomotorického vývoje a pomůckami formující tento vývoj u dětí s patologickými odchylkami do 3 let z pohledu ergoterapie. V teoretické části jsou představeny základní vývojové milníky motorického vývoje, dále pak možné patologické odchylky u dětí. Součástí teorie je též handling, léčebné metody využívané v dětské rehabilitaci a správné pomůcky. V neposlední řadě je zde popsán i úvod do dětské rehabilitace, ergoterapeutická intervence v problematice dětí ale také je zde popsána i edukace rodičů.

V praktické části jsou popsány hlavní a vedlejší cíle, důkladná metodologie práce, ale také jsou zde popsány 2 metody výzkumu, které byly použity. První metodou bylo dotazníkové šetření a druhou metodou byla analýza dat zdravotnické dokumentace. Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit význam handlingu a využití pomůcek formující psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta. Vedlejším cílem práce bylo vyhotovení materiálu, který poslouží jako edukační materiál pro rodiče, který dále pomůže k lepší orientaci v této aktuální problematice. V závěru práce jsou popsány a vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření a analýzy dat zdravotnické dokumentace. Výsledky těchto dvou zkoumání jsou podstatné pro výzkumné otázky a následnou diskuzi.

Abstract

Surname and name: Dominika Mazurová

Department: Department of Physiotherapy and Occupational Therapy

Title of thesis: Modern approaches and their relevance to motor function support in children under 3 years of age from the perspective of an occupational therapist

Consultant: PhDr. Ilona Zahradnická

Number of pages – numbered:

Number of pages – unnumbered:

Number of appendices: 3

Number of literature items used: 50

Keywords: psychomotor development, handling, pathological deviations, therapeutic methods, developmental aids, occupational therapy

Summary: The bachelor thesis deals with the issue of psychomotor development and aids forming this development in children with pathological deviations up to 3 years of age from the perspective of occupational therapy. In the theoretical part, the basic developmental milestones of motor development are presented, as well as possible pathological deviations in children. The theory also includes handling, therapeutic methods used in children's rehabilitation and proper aids. Last but not least, an introduction to paediatric rehabilitation, occupational therapy intervention in children's problems is described, but also the education of parents is described.

The practical part describes the main and secondary objectives, the thorough methodology of the thesis, but it also describes the 2 research methods that were used. The first method was a questionnaire survey and the second method was the analysis of medical records data. The main aim of this bachelor thesis is to present the importance of handling and the use of aids shaping the psychomotor development of children with pathological deviations from the perspective of an occupational therapist. A secondary aim of the thesis was to produce material that will serve as educational material for parents, which will further help to better understand this topical issue. In the conclusion of the thesis, the results of the questionnaire survey and the analysis of medical records data are described and evaluated.

The results of these two investigations are relevant to the research questions and subsequent discussion.

PŘEDMLUVA

Tato bakalářská práce byla napsána za účelem zkoumání vlivu handlingu a pomůcek podporujících psychomotorický vývoj do tří let u dětí s patologickými odchylkami. Při přípravě praktické části bylo nutné vymezení směru výzkumu práce, aby mohl být jasně zvolen cíl práce. Důvodem, proč byla tato práce sepsána, je především častější intervence ergoterapeuta u kojenců i batolat včetně spolupráce s jejich rodiči. Cílem této bakalářské práce je přiblížit význam handlingu a využití pomůcek formující psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta.

Poděkování:

Děkuji PhDr. Iloně Zahradnické za odborné vedení práce, poskytování užitečných rad a materiálních podkladů, ale také za spolupráci ve výzkumném šetření. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Doležalové Ph.D., Bc. Marii Langové a Bc. Michaelae Kačírkové za tvorbu online kurzů a webinářů, ze kterých byly načerpávány teoretické znalosti k tomuto tématu.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	12
SEZNAM TABULEK	13
SEZNAM ZKRATEK	14
ÚVOD.....	15
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ	16
1.1 Motorický vývoj dítěte	16
1.2 Vývojová kineziologie dítěte	17
1.2.1 Rozdělení dětského věku	17
1.2.2 Novorozenec	18
1.2.3 Období čtvrtého až šestého týdne	19
1.2.4 Období osmi týdnů	20
1.2.5 Období tří měsíců	20
1.2.6 Období čtyř až pěti měsíců	21
1.2.7 Období šesti měsíců	22
1.2.8 Období sedmi až devíti měsíců.....	23
1.2.9 Období deseti až dvanácti měsíců	24
1.3 Batole – milníky batolecího období.....	24
1.3.1 Druhý rok života.....	25
1.3.2 Třetí rok života	25
2 ODCHYLKY VE VÝVOJI.....	27
2.1 Centrální koordinační porucha	27
2.2 Predilekce	28
2.3 Plagiocefalie	28
2.4 Diastáza břišních svalů a reflux	29
2.5 Nově vznikající vývojová odchylka	29
3 HANDLING JAKO PŘÍSTUP	31
3.1 Význam handlingu.....	31
3.2 Zásady handlingu.....	32
3.3 Polohování.....	33
4 LÉČEBNÉ METODY PODPORUJÍCÍ MOTORIKU	35
5 POMŮCKY FORMUJÍCÍ VÝVOJ DÍTĚTE	36

5.1	Šátkování a nošení dětí	36
5.1.1	Volba nosítka nebo šátku.....	37
5.2	Dětské kočárky	37
5.3	Dětské autosedačky	38
5.4	Nevhodné pomůcky	39
6	ROLE ERGOTERAPEUTA VE VÝVOJI DÍTĚTE	40
6.1	Ergoterapeutická intervence	40
6.2	Edukace rodičů	41
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
7	CÍL A ÚKOLY PRÁCE	42
7.1	Hlavní a vedlejší cíl práce	42
7.2	Úkoly práce.....	42
8	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	43
8.1	Hlavní výzkumné otázky	43
8.2	Vedlejší výzkumné otázky.....	43
9	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	44
10	METODIKA PRÁCE	45
11	VÝSLEDKY DOTAZNÍKU	47
12	VÝSLEDKY ANALÝZY DAT	72
13	DISKUZE	74
13.1	Limitace a úskalí práce	78
	ZÁVĚR.....	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM PŘÍLOH	84
	PŘÍLOHY	85

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Dítě s KISS syndromem, Kačírková 2022	30
Obrázek 2 Dítě v poloze „klokánek“, Kačírková a Rybová 2022	33
Obrázek 3 Věk respondentů (n=53).....	47
Obrázek 4 Počet dětí (n=53)	48
Obrázek 5 Pohlaví dítěte (n=53).....	49
Obrázek 6 Stáří dítěte (n=53)	50
Obrázek 7 Správná manipulace s kojencem (n=53)	51
Obrázek 8 Důvod rehabilitace (n=53)	52
Obrázek 9 Odchylky vývoje (n=53)	53
Obrázek 10 Podpora motorického vývoje (n=162)	54
Obrázek 11 Manipulace rodič (n=116).....	56
Obrázek 12 Typ kočárků (n=53)	57
Obrázek 13 Parametry kočárku (n=121)	58
Obrázek 14 Kritéria výběru autosedačky (n=185)	59
Obrázek 15 Využití autosedačky (n=75)	60
Obrázek 16 Specializovaná centra (n=53).....	61
Obrázek 17 Značky kočárků a autosedaček (n=53).....	62
Obrázek 18 Konkrétní značka kočárku a autosedačky (n=108).....	63
Obrázek 19 Nošení dětí (n=72)	64
Obrázek 20 Průměrný čas nošení dětí (n=53)	65
Obrázek 21 Šátkování (n=53).....	66
Obrázek 22 Hračky (n=128)	67
Obrázek 23 Jiné metody léčení (n=53).....	68
Obrázek 24 Konkrétní metoda léčení (n=3)	69
Obrázek 25 Léčebné metody pro podporu vertikalizace (n=53)	70
Obrázek 26 Konkrétní léčebné metody pro podporu vertikalizace (n=8)	71
Obrázek 27 Handling – analýza dat (n=58).....	72

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentů (n=53)	47
Tabulka 2 Počet dětí (n=53)	48
Tabulka 3 Pohlaví dítěte (n=53)	49
Tabulka 4 Stáří dítěte (n=53).....	50
Tabulka 5 Správná manipulace s kojencem (n=53).....	51
Tabulka 6 Důvod rehabilitace (n=53).....	52
Tabulka 7 Odchylky vývoje (n=53).....	53
Tabulka 8 Podpora motorického vývoje (n=162).....	54
Tabulka 9 Manipulace rodič (n=116)	56
Tabulka 10 Typ kočárků (n=53).....	57
Tabulka 11 Parametry kočárku (n=121).....	58
Tabulka 12 Kritéria výběru autosedačky (n=185).....	59
Tabulka 13 Využití autosedačky (n=75)	60
Tabulka 14 Specializovaná centra (n=53)	61
Tabulka 15 Značky kočárků a autosedaček (n=53).....	62
Tabulka 16 Konkrétní značka kočárku a autosedačky (n=108)	63
Tabulka 17 Nošení dětí (n=72).....	64
Tabulka 18 Průměrný čas nošení dětí (n=53).....	65
Tabulka 19 Šátkování (n=53)	66
Tabulka 20 Hračky (n=128)	67
Tabulka 21 Jiné metody léčení (n=53)	68
Tabulka 22 Konkrétní metoda léčení (n=3).....	69
Tabulka 23 Léčebné metody pro podporu vertikalizace(n=53).....	70
Tabulka 24 Konkrétní léčebné metody pro podporu vertikalizace(n=8).....	71
Tabulka 25 Handling – analýza dat (n=58)	72

SEZNAM ZKRATEK

ADL..... Activities of daily living

AOTA..... American Occupational Therapy Association – Americká
asociace ergoterapeutů

Cca..... circa

CKP Centrální koordinační porucha

CNS Centrální nervová soustava

Č. číslo

DF..... Deformační plagiocéfalie

DKK..... Dolní končetiny

HKK..... Horní končetiny

MEH Mediální epikodyl humeru

Např. například

Tzv. takzvaně

ÚVOD

Psychomotorický vývoj je nedílnou součástí vývoje jednice a velmi záleží na dobrém základu, který si dítě osvojí do jednoho roku. V dnešní době se stále více klade důraz na podporu optimálního psychomotorického vývoje dětí s odchylkami. Jedním z klíčových prvků této podpory je správný handling a využití vhodných pomůcek, které mohou výrazně ovlivnit celkový rozvoj dítěte. Tato problematika je nesporně důležitá jak pro odborníky, tak pro rodiče samotné, protože správný přístup a péče může zásadně ovlivnit budoucí život dítěte.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit význam handlingu a využití pomůcek, které formují psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta. Současně se práce zaměřuje na vytvoření brožury, která má za cíl usnadnit rodičům orientaci v této aktuální problematice. Práce se rovněž zabývá konkrétními výzkumnými otázkami, které se zaměřují na preference rodičů při výběru pomůcek, správnost provedení handlingu v rámci denního režimu dítěte, a hledání vhodných léčebných metod pro podporu vertikalizace.

Výsledky výzkumu poskytnou užitečné informace pro rodiče, a mohou sloužit jako podklad pro další výzkum. Celkovým cílem je tedy přispět k lepšímu porozumění a efektivní podpoře psychomotorického vývoje dětí s patologickými odchylkami, což je klíčovým faktorem pro jejich další motorický vývoj a kvalitu života.

TEORETICKÁ ČÁST

„Pohyb je plynulý, přiměřený, variabilní, je krásný. Odpovídá emoci, kterou vyjadřuje. Je smysluplný, účinný a srozumitelný. Je osobitým výrazem osobnosti človíčka“ (Lewitová, 2018).

1 PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ

Psychomotorický vývoj se týká emočního, kognitivního a sociálního vývoje, dále vývoje řeči, především také rozvoje jemné a hrubé motoriky. Od narození dítěte se jeho psychické fungování a motorické dovednosti neustále vyvíjejí. Některé mechanismy a reflexy jsou vrozené, jiné jsou rozvíjeny v průběhu života jako reakce na stimuly z okolního prostředí (Vacušková et al., 2003).

V rámci přirozeného motorického vývoje by děti měly být schopny do jednoho roku věku samostatně stát v prostoru, zvládnout pinzetový úchop a vyslovit alespoň dvě smysluplná slova. Z psychologických hledisek by si děti měly vytvořit dostatečnou citovou vazbu k rodičům a důvěru k nejbližší rodině, také se orientovat v domácím prostředí a reagovat na výzvu imitací gesta. Osvojení těchto dovedností se však může lišit u jednotlivých dětí. Rozdíly jsou způsobeny osobností dítěte a jeho povahou, ale také množstvím a přiměřeností podnětů a podmínek, které byly nabízeny k rozvoji. Odlišně se také projevují děti se zdravotním problémem nebo poruchami CNS (Kiedroňová, 2010).

Včasná detekce těchto rozdílů a drobných abnormalit může velmi zřetelně ovlivnit míru patologických projevů nemoci. Obzvláště v prvních dvanácti měsících života mohou i drobné vývojové odchylky vést k psychomotorickým poruchám, pokud dojde k pozdnímu rozpoznání (Vacušková et al., 2003).

1.1 Motorický vývoj dítěte

„Motorický vývoj je charakterizován jako změna motorického chování v čase. My všichni, děti, dospívající i dospělí, jsme zapojeni do celoživotního procesu učení, jak se pohybovat v našem neustále se měnícím prostředí“ (Palaščáková Špringrová, 2018, s. 10).

Motorický vývoj začíná probíhat již v prostředí plodové vody v děloze matky. I v tomto embryonálním období může docházet k asymetrii některých částí těla – nejčastěji se jedná o asymetrii hlavičky a chodidel. Uložení dítěte v děloze hraje významnou roli v následném motorickém vývoji. Do motorického vývoje řadíme především i určité

pohybové vzory, kterými by si mělo projít a osvojit si každé dítě v rámci vývojových milníků do jednoho roku. Tyto pohybové vzory se mohou u dětí projevovat s určitým časovým zpožděním a s rozdílností v délce osvojení. Je nutné si uvědomit, že každé dítě má vlastní tempo pohybových strategií, které je ovlivňováno odlišným prostředím, odlišnými podmínkami a sociálními kontakty. Pokud je dítě mentálně zdravé, má zdravé smysly a neporušenou CNS – probíhá vývoj zcela automaticky. Přesto je nezbytně nutné, aby dítě absolvovalo všechny pohybové vzory pro zdravý a symetrický vývoj, k jehož hodnocení bychom měli vždy přistupovat zvláště individuálně (Kiedroňová, 2010; Palaščáková Špringrová, 2018).

1.2 Vývojová kineziologie dítěte

Vývojová kineziologie zkoumá motorickou ontogenezi dítěte a poskytuje jasná pravidla k odhalení ideální hybnosti dítěte. Poskytuje přesné strukturální znázornění jednotlivých fází motorického vývoje. Každý motorický vzor má svůj kineziologický obsah, který charakterizuje určitý věk dítěte. Postupně tedy začíná být zřejmý vznik svalové souhry a jejich vzájemná souvislost. Na základě těchto znalostí jsme pak schopni určit kvalitativní motorický vývojový stupeň dítěte, jinak řečeno, odhadnout zralost CNS (Skaličová-Kováčiková, 2023).

Skaličová – Kováčiková ve své knize zmiňuje, že: „znalost vývojové kineziologie je přínosem nejen pro rehabilitaci pohybových poruch v pediatrii, ale má své nezastupitelné místo i v rehabilitaci dospělých“ (Skaličová-Kováčiková, 2023, s. 13). Tímto tvrzením se řídí mnoho terapeutů v rehabilitaci i v praxi, ba dokonce znalost vývojové kineziologie vnímají jako nesmírný přínos.

1.2.1 Rozdělení dětského věku

Prvním obdobím je novorozenecké – rozumíme jím časové období od narození do dvacátého osmého dne života nebo též do čtvrtého týdne života dítěte. Následuje období kojenecké, do kterého řadíme časové rozmezí od dvacátého devátého dne života do prvních narozenin dítěte. Posledním obdobím, které je nutno vymezit pro pochopení této práce – je věk, kdy se dítě stává batoletem, hovoříme o časové ose od prvních narozenin do tří let (Kačírková a Rybová, 2022).

1.2.2 Novorozenec

V novorozeneckém období dítě zaujímá asymetrickou polohu v aktivním bdělém stavu – tělo je ukloněno do oblouku a hlava otočená do strany. Pro novorozenecké období je typické, že hlava bývá otočená k jedné straně – nastává predilekce držení hlavy. Novorozenec v poloze na bříše má těžiště v oblasti pupku a sternu. V tomto stádiu nemá dítě žádnou opěrnou plochu, jelikož nevyužívá žádné opěrné body, proto zde hovoříme o tom, že má dítě jakousi úložnou plochu. Hlava novorozence v poloze na bříše je v extenzi, úklonu a rotaci. Tělo novorozence je na straně záhlaví blíž k podložce a na straně tváře je více od podložky. Pro HKK i DKK je typické flekční postavení. Hlavu má novorozenec níže než pánev – pod tím si představme, že hlava je na podložce a DKK jsou podsunuty pod břichem, mezi stehny je svírán úhel cca 90° a díky tomu je pánev zvedaná nad podložku. HKK jsou v lokti pokrčené, paže jsou zapažené (směřují dozadu), lokty jsou mírně zdvižené nad podložkou a prsty i palce jsou zaťaté v pěst (Skaličková-Kováčiková, 2017; Kolář et al., 2020; Skaličková-Kováčiková, 2023).

V poloze na zádech pozorujeme stejné asymetrické postavení jako v poloze na bříše, novorozenec je nestabilní, jelikož není vyvinuta opěrná база. Hovoříme zde o holokinetické motorické hybnosti, která je spojena s Moro reflexem, který bude rozebírán blíže v dalších kapitolách. Postavení hlavy je následované postavením páteře, přičemž hlava je otočená, ukloněná i zakloněná. Predilekční držení hlavy (hlava otočená k jedné straně) je do šestého týdne fyziologické. V této poloze musí být novorozenec schopen hlavu otáčet na obě strany, aby mohl probíhat správný motorický vývoj. Trup je ukloněn v rovině frontální a pánev je ventrálně klopená. Novorozenec v této poloze neleží na celé ploše zad, kdy jsou obě lopatky v kontaktu s podložkou. Celé tělo je vždy nakloněno k jedné straně. Dále se v tomto období setkáváme s flekčním držením na všech končetinách. V novorozeneckém stádiu dítě nemá optickou fixaci ani v jedné z popisovaných poloh, má více vyvinutý čich a orientuje se hlavně pomocí něj (Skaličková-Kováčiková, 2017; Kolář et al., 2020; Skaličková-Kováčiková, 2023).

Novorozenec musí vyvinout velké množství energie na adaptaci, vyrovnání se s působením gravitace, ale zároveň musí zvládnout velmi složité fyziologické děje jako je např. dýchání, trávení a vylučování. S adaptací a dosáhnutím jeho potřeb novorozenci napomáhají vrozené reflexy, které s uzráváním CNS postupně ustupují. Reflexy buď vymizí úplně či jiné zase přetrvávají a pohyb dítěte je vědomější, cílenější a rozmanitější (Kačírková a Rybová, 2022).

1.2.3 Období čtvrtého až šestého týdne

V rozmezí tohoto vývojového stádia je držení těla stále velmi nejisté, ale 50 % -75 % dětí fixuje očima daný předmět (Orth, 2017). Kolem čtyř týdnů se u dítěte projeví znatelné povolání v kyčelních a kolenních kloubech – především se snížilo napětí v ischiokrurálních svalech, dále svalové napětí u m. iliopsoas a m. rectus femoris. S tímto snížením na dolních končetinách je spjaté i snížení svalového napětí na HKK – kdy povolila flexe v lokti, ale hlavně extenze v paži. V poloze na břiše loketní kloub výrazně klesl k podložce. A začínají se tvořit ideální podmínky pro aktivaci jiných segmentů a svalových skupin. Můžeme v tomto období zaznamenat i první pokusy o motorické vyjádření optického kontaktu v modelu „šermíře“, který se stává prvopočátkem tvorby opěrné baze (Skaličková-Kováčiková, 2017).

Dítě v průběhu šestého týdne začne očima kontaktovat a sledovat matku. Dítě též zvládne zvednout hlavu od podložky a podívá se před sebe. Tělo dítěte začne v šesti týdnech zaujímat stabilní polohu na zádech, která je pro něj výhodná při pozorování předmětu – tuto polohu nazýváme vzorem „šermíře“. Jedná se o aktivní model, který je spojen s optickou fixací – horní končetina na straně tváře je upažená a v zevní rotaci a v loketním kloubu je mírně pokrčená a dolní končetina stejné strany je natažená více. Na straně záhlavní tedy opačné je horní končetina více pokrčená v loketním kloubu, to jistě platí pro končetinu dolní je v kolenním kloubu více skrčená (Skaličková-Kováčiková, 2023).

Poloha šermíře připomíná patologický vzor – asymetrických tonických šíjových reflexů, která s touto polohou není totožná, jelikož se liší kineziologickým obsahem a je zcela důležité si tuto rozdílnost uvědomit při pozorování dítěte (Kolář et al., 2020).

Vývojová fáze mezi čtvrtým a šestým týdnem života dítěte přináší kromě šermíře i další jiné charakteristické znaky. Mezi ně patří především postupné odeznívání primitivních reflexů, přičemž se do popředí dostávají vyšší úrovně řízení CNS. Dále se objevují rovnovážné mechanismy, které synchronně zapojují antagonistické svalové skupiny – hovoříme tedy o koaktivaci (Orth, 2017; Kolář et al., 2020).

Rodiče mohou být zaskočeni dovednostmi dítěte, jelikož se dočkají prvního vědomého úsměvu od svého potomka, též hovoříme o sociálním úsměvu, který velmi silně ovlivní a posílí vztah rodiče a dítěte (Kačírková a Rybová, 2022).

1.2.4 Období osmi týdnů

Zdravé dítě je schopné vyjádřit aktuální postoj ke své matce živou mimikou a grimasami. Ve věku osmi týdnů je optická fixace rozvinuta u 100 % dětí a poznávají svou matku, pokud se nejedná o poruchu zraku. Celková motorika tohoto stádia je mnohem variabilnější. Hlava je schopna symetricky rotovat k oběma stranám a při tomto pohybu se zapojují i lehké pohyby trupu v laterální rovině. Obě lopatky jsou posunuty kaudálním směrem, jsou stejně zatíženy a dítě je postupně využívá v opoře o podložku. Za významný motorický mezník je považován posun HKK do sagitální roviny – dítěti tedy směřují HKK do prostoru před něj – dopředu a nedotýkají se podložky. Ruce dítěte už nejsou sevřené v pěst a palec není schovaný v dlani, doba sevřených rukou ustupuje a jsou stále déle pootevřené. Dítě v osmi týdnech začíná být velmi schopné a přibližně v tomto období objevuje své ruce a hraje si s nimi – v tomto případě souhru rukou nazýváme jako kontakt prsty-prsty. Dítě je na počátku učení se a poznávání svého tělesného schématu, když je vyrušeno okolním vjemem činnost ukončí, ale znovu se k ní navrátí. DKK jsou lehce flektované v kolenních kloubech a paty jsou v kontaktu s podložkou, volně položené (Skaličová-Kováčiková, 2023; Skaličková-Kováčiková, 2017; Kačírková a Rybová, 2022).

S již zmiňovanou optickou fixací je spojena snaha dosáhnout či uchopit vše celým tělem, především když spatří někoho nad sebou, obzvláště matku. Jedná se široké rozpažení HKK a napíná DKK – jako by chtělo matku obejmout. Hovoříme o jevu zvaném fyziologická dystonie, jelikož dítě nemá v této vývojové fázi diferenciovanou funkci horních končetin, ale i tak se snaží něco zachytit např. matku (Vojta, 2000; Skaličová-Kováčiková, 2023).

1.2.5 Období tří měsíců

Třetí měsíc udává konec prvního trimenonu. Dítě se naučilo cíleně používat své tělo, začíná motorická diferenciací a formují se motorické vzorce (Orth, 2017). Tento měsíc je chápán jako velmi významný pohybový milník v posuzování psychomotorického vývoje. Pohybové dovednosti získané v této vývojové fázi jsou považované za stavební kámen vývoje postury a pohybu miminka (Kačírková a Rybová, 2022).

U dítěte v období třech měsíců se snižuje svalový tonus k normě, držení těla je symetričtější a ubývá flekční držení. Tvoří se stabilní opěrná báze v poloze na zádech. Hlava i oči mají v tomto období schopnost rotace – pozorujeme segmentální pohyby očí do stran až 30°. Miminko je v poloze na zádech schopné krátce zvednout a udržet DKK nad

podložkou, a to ve flexi 90° v kyčelním a kolenním kloubu. HKK spojuje před tělem, prohlíží si je a hraje si s nimi. Tělo je zajištěno ve všech třech rovinách (Volemanová, 2020; Skaličková-Kováčiková, 2017).

Dítě udrží hlavu zvednutou a může jí rotovat volně do stran, pohyb se odehrává ve střední rovině s oporou o distální část předloktí s otevřenými dlaněmi a palci v addukci a přitom má volně natažené DKK v zevní rotaci a pánev se dotýká svou spodní částí. Na konci tohoto měsíce dojde k uzrání a dítě je schopno „pást koníčky“ – jedná se o polohu, kdy je dítě vzepřené o celé předloktí (opora o MEH- mediální epikondyly humeru), paže předsouvá a opora je na stydké sponě (symfýze) a hlava je zvednutá mimo opěrnou bázi. Tato poloha je též známá jako 1. vzpřímení, které by nemělo opomenout žádné zdravé dítě. Na konci 3. měsíce by mělo být dítě schopno rozevřít dlaně a uchopovat hračky a předměty před sebou (Palaščáková Špringrová, 2018; Volemanová, 2020; Skaličková-Kováčiková, 2023).

Dítě ve 3 měsících vloženou hračku uchopuje velmi silně, vkládá si ji do úst a také ji sleduje hlavně pohybem očí, než aby za ní otočilo hlavu. Chování miminka je teď mnohem živější, pozorujeme sociální úsměv (Hellbrüge et al., 2010).

Miminko si velmi rádo hraje v této fázi s rukama a pozorujeme u něj souhru ruka-ruka, ručky ochutnává a s nimi i všechny předměty kolem něj. S rozvojem souhry ruka-ruka je spjatá i souhra oko-ruka, kdy při hře s rukama je miminko pečlivě pozoruje. Touto hrou miminko výrazně podpoří propojení mozkových hemisfér a následně také rozvoj senzoriky ruky (Kačírková a Rybová, 2022).

1.2.6 Období čtyř až pěti měsíců

Čtyřměsíční dítě má zcela vytvořenou koordinaci noha-noha. Nohy se vzájemně dotýkají prsty a vzniká tak asociovaný úchop DKK. Dítě je v poloze na zádech schopné dosáhnout si na úroveň třísel (Kolář et al., 2020).

Stejně tak v poloze na zádech dítě reaguje na nabízenou hračku tím, že jí uchopí. Hračku vždy uchopuje stranou od středové linie. Pokud bychom vedli hračku ke středové linii, dítě okamžitě vede ruku za hračkou. V případě že středovou linii překročíme, dítě vymění ruce a uchopí hračku druhou rukou. Poprvé se objevuje laterální úchop, ruka je v unární dukci. Jedná se o první izolovaný pohyb HKK, ve které hraje klíčovou roli zevní rotace lopatky. Laterální úchop je spojen s rozvojem stereognozie v oblasti hypothenaru (Skaličková-Kováčiková, 2017).

V poloze na břicho se rovněž opěrná báze mění, a nyní má trojúhelníkový tvar. Opora je v oblasti lopatky, spina iliaca anterior na ipsilaterální straně a na straně kontralaterální v oblasti epicondylus medialis femoris. Hlava a HK jsou drženy proti gravitaci. Při uchopování hračky v poloze na břicho můžeme poprvé uvidět zkřížený vzor (Kolář et al., 2020).

Miminko mnohem více si všímá hraček a má větší snahu jich docílit. Hračky si častěji dává do úst. Tato činnost bude provázet dítě po dobu dalších měsíců. Není to ovšem náhodná forma, ale vědomý pohyb. Sociální chování se stále prohlubuje. Pokud se na dítě smějí rodiče nebo sourozenci, dítě se mnohem hlasitěji projevuje svou radost (Hellbrüge et al., 2010).

V 5 měsících se změnila tendence dosáhnout až do oblasti přes středovou linii. Zatímco ještě na počátku druhého trimenomu dosáhlo dítě pohybem paže do 60°, nyní se rozsah pohybu zvětšil. Tento pohyb má za následek, že je dítě schopno uchopující paží zvětšit rozsah pohybu, tím pádem se uchopující HK odlehčí v oblasti lopatky, a naopak protilehlá lopatka se zatíží. V tomto schématu se již změnila opěrná báze. Nyní má tvar trojúhelníku. Zatížení je v oblasti lopatky, ipsilaterálně pánev a oblast bederní krajiny. V okamžiku, kdy dítě dosáhne hračky, se s ní vrací do polohy, která je pro něj stabilní, aby si s hračkou mohl pohrát. K tomu je ovšem důležité izolované PRO a SUP. Dítě si vkládá hračku z jedné ruky do druhé a zároveň vše pozoruje. DKK směřují neustále nad podložku a obě se vzájemně dotýkají, prsty jsou ve flexi (Skaličková-Kováčiková, 2017; Skaličková-Kováčiková 2023).

1.2.7 Období šesti měsíců

V šestém měsíci věku přichází dítě k druhému vzpřímení. Vzpřimování vzniká opět v poloze na břicho, jako ve při prvním vzpřimování a nově se dítě opírá o dlaně a lokty jsou v extenzi. Opěrná báze tvoří tvar obdélníku. Tato poloha nám udává informaci o tom, že se schopností držet roztažené prsty, se začíná velmi silně rozvíjet i propriorecepce, která je důležitá pro vnímání body schématu v prostoru. Pokud jsou ruce zcela otevřené, je to známka rozvinuté páteře v celé své délce. Dalším vývojovým bodem je přetáčení ze zad na břicho. K tomu, aby došlo k přetočení je nutné propojení mozkových hemisfér. Pokud cílíme na otočení dítěte, musíme mu v blízkosti nechat hračku, která probudí jeho zvědavost. Celý proces přetočení na břicho začíná očním kontaktem. Nejprve se hlava otočí na stranu, poté následuje přesahující ruka. Hlava se zvedá nad podložku a zároveň se nakloní dopředu ve směru otáčení. Postupem času a trénováním se pohyb zdokonalí a dítě bude schopné proces otáčení zastavit (Hartz et al., 2019).

1.2.8 Období sedmi až devíti měsíců

Období těchto měsíců nazýváme třetím trimenonem ve vývoji dítěte. Tento trimenon je specifický zájmem dítěte o pohyb ve vertikální poloze. Dítě se připravuje na postupné lezení po čtyřech. Využívat přetočení z břicha na záda při snaze uchopenou hračku lépe zkoumat. Ze stejného důvodu bude dále využívat sed (Skaličková-Kováčiková, 2017).

Dítě je v tomto trimenonu zvědavé na prostor, který se nachází nad jeho ním. V 7. měsíci je přechod z opory na rukou dále na kolenou. Tato dovednost většinou dítě přiměje k pohybu, při kterém přesouvá váhu mezi horními a dolními končetinami. Tato fáze hybného vzorce je pouze dočasná a měla by vymizet po 2-3 týdnech (Orth, 2017).

Plazení a lezení je významné pro toto období. Plazení je druhý pohyb vpřed, první bylo přetočení se ze zad na břicho. Schopnost pohybovat se z jednoho konce místnosti na druhý je dovedností zdravého dítěte. Hybný vzor se vyvinul z opory o jedno předloktí, které jsme mohli spatřit už v období 4,5 měsíce. Celý pohyb začíná v symetrické opoře o předloktí, kdy předsune jedno předloktí, opře se a tělo posune. Těžiště těla se přesouvá k opěrnému bodu, kterým je loket. DKK nejsou nijak zapojeny, a dítě je za sebou spíše volně táhne. Ideálním vzorem plazení je střídání paží při pohybu dopředu. Fáze lezení bývá u dítěte většinou tři měsíce (Hartz et al., 2019).

V počátku třetího trimenonu je dítě schopné cíleně uchopit předmět současně oběma rukama. Pokud se jedná o prohlížení, v obou rukách ho přetáčí. Předmět mu už nepadá z rukou tolik, jako v předešlých měsících. Zhruba kolem 9. měsíce věku si hraje a nechává padat předměty na zem cíleně. (Hellbrüge et al., 2010).

1.2.9 Období deseti až dvanácti měsíců

Dítě rozvíjí a zdokonaluje své získané schopnosti. Stává se tak tělesně i duševně uzráte, což je nezbytné pro počátek prvních kroků (Kiedroňová, 2010). Kojenec se zvládne postavit, následně obchází nábytek, a to s oporou o HKK. Když je dítě dostatečně sebejisté uvolní horní končetiny a pokusí se o první samostatnou chůzi (Kačírková a Rybová, 2022).

Když dítě zachytí kolem sebe předmět, na který nemůže dosáhnout, zkouší po něm sáhnout jednou rukou a tu druhou využívá k opoře. Dále se musí tělo opřít o jednu dolní končetinu, a to zpravidla na straně uchopující ruky a druhou dolní končetinu vytočí směrem ven a opře se o chodidlo. Pokud se chce dítě dostat do vzpřímené polohy na chodidlech, musí přitom umět se vytažovat na horních končetinách (Orth, 2017).

Provede první kroky, spíše úkroky stranou ve stoji s oporou o obě HKK, jinými slovy zvládne chůze ve vertikále. Tímhle způsobem dítě obchází nábytek poměrně dlouho, aby získalo jistotu a vykročilo do volného prostoru samo.(Kiedroňová,2010; Kačírková a Rybová, 2022).

Definitivně se formuje funkce ruky z opěrné na úchopovou. Jemnou motorikou dvanáctého měsíce je klešťový úchop, kdy je předmět uchopován mezi flektovaný palec a ukazovák (Kiedroňová, 2010, Kováčiková 2023).

1.3 Batole – milníky batolecího období

Dle vývojové terminologie zahrnuje batolecí věk druhý i třetí rok života. Batole je individualita a je ovlivňované různými vlivy. Každé dítě má odlišné podmínky k rozvoji, jiné genetické predispozice, tělesnou konstituci, ale také odlišný temperament (Lazzari, 2013). Jedná se velmi krásné a rozmanité období dítěte, rády pomáhají svým rodičům s prací v domácnosti a tím rozvíjí své schopnosti. V tomto období mohou rodiče pozorovat nejvíce rozdílů mezi dítětem a jeho vrstevníky. Proto nemá význam dítě příliš zkoumat či rozdělovat jeho vývoj do tabulek. Pokud byl vývoj dítěte do 1 roku stabilní a dítě nepřeskočilo důležité vývojové milníky, není se čeho obávat, jelikož zvládne i další dovednosti jen v jiném časovém rozmezí (Kačírková a Rybová, 2022).

Batolecí léta jsou neodmyslitelnou součástí vývoje, formuje se chování dítěte, objevuje stále nové věci, zvyká si na určité hranice, rituály a průběh denního režimu, který mu rodiče ukazují. Děti v tomto období lpí na stanoveném režimu a mají smysl pro pořádek – v rámci probíhání aktivit, času spánku či způsobu oblékání. Děti často mají v batolecím období silné preference a využívá výraz „já“. Batolata ke všem aktivitám potřebují dostatečný čas, aby si aktivitu osvojila, ale jsou schopná a velmi snadno zvládají nové aktivity. Jeho pohyby jsou stále koordinovanější a propracovanější (Davies a Uzodike, 2021).

1.3.1 Druhý rok života

Časové vymezení druhého roku je od 12. měsíce do 24. měsíce. Významnou událostí kolem 12.-18. měsíce bývá chůze, dítě se postupně rozchází a objevuje schopnost samo se postavit a udržet se v prostoru. Vyrovnává balanc a chodí o široké bázi a bojuje se stabilitou. Do schodů a ze schodů leze po čtyřech nebo s oporou rodiče, postupně se rozejde do schodů stylem „krok sun krok“ tedy jedna noha se přidá k druhé noze. Dítě se snaží rozběhnout, běhá stále, zkoumá zastavení, otočení a běh nazpět. Vcelku jistě jde ze sedu do stoje, ale je stále nejisté a sedá si na bobek. Velmi rádo batole leze do výšek a umí vylézat i slézat z vyvýšeného nábytku. Jedna ruka začíná být postupně po prvním roce šikvnější a dominantnější a dále dítě zkouší uchopovat lžiči, hrneček s pitím. Samo se nenají, zvládne se ale napít z hrnečku. Dítě v rámci hry zvládne postavit 2-6 kostek na sebe a dále také začne projevovat zájem o malování, kdy tužku uchopuje do pěsti a maluje čáry po papíře (Lazzari, 2013; Kačírková a Rybová, 2022).

1.3.2 Třetí rok života

Vymezení 3. roku je od 24. měsíce do 36. měsíce. Mezi druhým a třetím rokem života má dítě větší předpoklady pro učení se nových cílených pohybů, je to velmi silně ovlivněno touhou dítěte poznávat. Dítě v tomto mezidobí zvyšuje svou stabilitu a posturální kontrolu. Kolem třetího roku vymizí u dítěte hyperlordóza a vyklenuté břicho, oproti novorozeneckému držení dítě umí zaujmout novou antagonistickou polohu – vzpřímený stoj ve vertikále. Stoj je postupně vzpřímenější a dítě zvládne být déle v podřepu. Schopnost dítěte napodobovat svoje okolí je typická pro toto období. Je nezbytně nutné, aby této schopnosti využívali nejen terapeuti, ale především rodiče dětí (Kolář et al., 2020).

Ve 3 letech dítě dokonale běhá, postupně si vštípí i chůzi po špičkách, udrží rovnováhu na jedné noze a učí se skákat. Po schodech chodí bipedálně nahoru i dolů, střídá

levou a pravou nohu. Na konci 3. roku umí obsluhovat nenáročné pomůcky, které mu nesmírně zpestří vývoj a pohyb venku v přírodě – jako je tříkolka, odrážedlo či šlapací autíčko. Batole tím trénuje stabilitu a urychlí to přesuny. Koncem třetího roku dítě rádo věnuje pozornost kreslení a čmárání, rádo se samo krmí a pije z hrnečku. Dále by se mělo zvládnout obléct a svléct a velké úsilí věnuje i knoflíkům (Kiedroňová, 2010; Lazzari, 2013; Kačírková a Rybová, 2022). Pro období mezi 2. a 3. rokem života je důležité objevování a rozvíjení motoriky, ale především hra a různé aktivity, které nám formují batole tím správným směrem, nechat dítěti volnost a dostatečný prostor je prvním krokem. Dítě musí mít skvěle zvládnutou hrubou i jemnou motoriku, jelikož jedna bez druhé nemůže správně fungovat (Nejedlá, 2024).

2 ODCHYLKY VE VÝVOJI

Pokud jsou pozorovány odchylky v psychomotorickém vývoji dítěte, předpokládáme že stále přetrvávají primární reflexy. Celé to souvisí s postupným vyráním CNS a také s vymizením primárních reflexů do 3,5 měsíce po narození (Volemanová, 2020).

Rizikem vzniku vývojové odchylky může být i předčasný či opožděný porod, ovšem to může být i porod náročný a dlouhý. Ohrožení fyziologického vývoje představuje genetika i vrozené vývojové vady, ale také nevhodná manipulace a stimulace dítěte (Kiedroňová, 2010; Kačírková a Rybová, 2022).

2.1 Centrální koordinační porucha

Pokud se dítě nerozvíjí, tak jak by mělo, čím dál častěji se rodiče i terapeuti setkávají s pojmem centrální koordinační porucha, též CKP. Tento odborný termín poukazuje na vývojový deficit, ale neoznačuje neurologické postižení (Skaličková -Kováčiková 2017; Kačírková a Rybová, 2022,).

Dítě, projevující se abnormálními modely v rámci samovolného motorického chování, je zařazeno do skupiny dětí s CKP. Jednoznačně u těchto dětí pozorujeme poruchu řízení polohy těla, která pramení z aktuální lability centrální nervové soustavy. Pokud hovoříme i labilním stavu, jedná se o stav, který lze změnit a nemusí být patologický. Vždy je nutná včasná diagnostika a okamžitá indikace pro rehabilitaci. CKP je rozdělena do čtyř stupňů podle množství nesprávných pohybových modelů dítěte. Zjištění poruchy na úrovni 1. a 2. stupně CKP je dítě indikováno ke sledování a kontrole. Děti s těmito stupni CKP je kolem 95 %. Díky pozorování a včasné terapii je možné zabránit patologii a navrátit stálost motorickému vývoji. Nález na úrovni 3. a 4. stupně je významným ukazatel pro okamžitou rehabilitaci. Procento dětí s tímto vážným stupněm CKP je mnohonásobně nižší a činí pouhých 5 % všech poruch (Skaličková-Kováčiková, 2017; Kolář et al., 2020; Skaličková-Kováčiková, 2023).

Pokud nejsou pohybové modely dítěte ideální, musíme se zaměřit na velmi kvalitní terapii a rehabilitaci. Po celou dobu rehabilitace je nezbytné si uvědomit, že pracujeme i plasticitou mozku. Přičemž se může stát, že se z 3. a 4. stupně CKP vyvine dětská mozková obrna (Vojta,1993; Dyrhonová et al., 2017).

2.2 Predilekce

Pokud dítě preferuje jednu stranu při otáčení hlavy, může se jednat o první příznak predilekce hlavy, diagnóza je známá také pod názvem šikmý krk. Příčinou vzniku predilekce hlavy je poranění měkkých tkání v oblasti šíje – může se jednat o těžký porod, nebo jen o nesprávnou manipulaci s kojencem. Predilekce je v normě do čtyř týdnů (Skaličová-Kováčiková 2017; Kačírková a Rybová, 2022).

Kolář uvádí že: „*Predilekční držení je fyziologické do 6. týdne, ale nesmí být fixované*“ (Kolář et al., 2021, s. 38).

Predilekce je také estetickým problémem, který rodiče chtějí řešit, ale neuvědomují si často dopad na držení těla a nerovnováhu segmentů. Děti s neřešenou predilekcí jsou do budoucna vystavené hrozbě vadného držení těla či skolióze (Kačírková a Rybová, 2022).

Rodiče dětí s predilekcí, by si měli uvědomit, že zacházení s těmito dětmi musí být ještě jemnější a citlivější. Při nošení těchto dětí je nutné střídat strany, to samé platí i při krmení. Polohovat děti, aby byly co nejvíce rovnoměrné a také dodržovat zásady správného handlingu (Kačírková a Rybová, 2022).

2.3 Plagiocefalie

Zjednodušeně řečeno plagiocefalie je polohová deformita hlavy. Příčinou asymetrické deformace lebky mohou být předčasně spojené kraniální švy nebo se jedná o polohovou či funkční příčinu (Captier et al., 2003; Zemánek, 2018).

Deformační plagiocefalie (DF) bývá způsobena působením tlaku na lebku, u dítěte nacházejícího se v jedné poloze. DF vzniká také nedostatečnou pohyblivostí hlavy miminka, hlava je otočená na jednu stranu a pasivní pohyb je omezený. Plagiocefalii ovlivňují mnohé rizikové faktory, mezi ně řadíme porod císařským řezem, věk matky nad 35 let a mužské pohlaví dítěte. Dítě se s touto vadou již narodí a je přítomná rotace hlavy na jednu stranu, vlivem zkrácení svalů, které se podílejí na úklonu hlavy (Hutchison et al., 2012). Nebo se vada projeví po porodu následkem nevhodné jednostranné pozice dítěte (Hájek et al., 2014).

Děti s DP mají opožděný psychomotorický vývoj, projevují se méně aktivně a mají proměnlivý svalový tonus. (7) Často je tato vada odsouzena odborníky jako pouhý estetický defekt, ale obličejová asymetrie může způsobovat logopedické vady a také nerovnoměrné rozložení váhy těla (Zemánek, 2018).

2.4 Diastáza břišních svalů a reflux

Diastáza břišních svalů je u novorozenců a kojenců poměrně častá a objevuje se s pupeční kýlou u jednoho z šesti narozených dětí. Diastázou břišních svalů je nazývaný stav, ve kterém dochází k rozšíření obvyklé vzdálenosti mezi svaly mm. recti abdominis. V rámci tělesného schématu dochází k zásadnímu zapojení břišní svaloviny především v průběhu 1. trimenonu (Machačová a Kutín, 2018; Dylevský, 2012; Vojta a Schweizer, 2009).

Funkce bránice je velmi úzce spojena s nedostatečnou funkcí břišních svalů, takové děti často zvrací, mají bolesti břicha a trpí refluxem. Dítě trpící refluxem často ublinkává po nakrmení, mohou se dostavit problémy s příjmem potravy, proto se doporučuje miminkům zahustit stravu a podpořit ideální funkci břišních svalů rehabilitací (Kačírková a Rybová, 2022; Běhalová, 2022).

2.5 Nově vznikající vývojová odchylka

Je velký rozdíl mezi prospívajícími dětmi, které jsou spokojené, usměvavé a uvolněné a dětmi, které se nazývají „dráždivé“. Tyto děti se často projevují úplným opakem, jsou plačtivé, nespokojené, neklidné při kojení a také špatně spící. U dráždivých dětí přetrvávají primitivní reflexy. Dráždivé dítě ve všech polohách zaklání hlavičku. HKK protlačují do podložky a neumí v žádné poloze zaujmout klidovou symetrickou polohu. Toto dítě rodiči odmítá polohu klubíčka probíhá se do luku, to se děje v důsledku dráždění CNS. Projevy dráždivých dětí jsou často provokované nesprávnou manipulací a zacházením, často se rodiče ocitají v jakém si začarovaném kruhu. Úkolem rodiče je poskytovat miminku značnou oporu celého těla, aby se uvolnilo a zároveň se snížil svalový tonus a vymizely holokinetické reakce. Dráždivost dětí postupně odezní, ale rodiče musejí být velmi trpěliví a dodržovat zásady vhodné manipulace (Schreierová, 2015; Schrierová, 2018).

Samotný porod znamená pro dítě stresovou a náročnou situaci, kvůli namáhavému porodu mohou vznikat určité blokády kloubů. Tyto blokády značně ovlivňují kvalitu života dítěte, ale hlavně psychomotorický vývoj. Proto se dnes mnohokrát rodiče i terapeuti setkávají s novým termínem dráždivé dítě nebo také KISS syndrom (Barvenčíková, 2022).

KISS syndrom (Kinematic Imbalance due to Suboccipital Stress) – jedná se o symetrickou poruchu způsobenou deformitou hlavových kloubů. Jednoduše řečeno jde o blokádu v oblasti krčních obratlů, zejména o atlasu – blokáda prvního krčního obratle. KISS syndrom v současné době není oficiální diagnózou. Syndrom může vzniknout v průběhu

těhotenství, během porodu – atypické uložení dítěte v děloze, císařský řez či přílišný tlak na břicho od porodní asistentky nebo zaseknutí v porodních cestách, to vše jsou rizika pro vznik KISS syndromu. Odborníci stále zkoumají informace týkající se tohoto syndromu, jelikož takových dětí stále přibývá. Podílí se na tom i časté zásahy do samovolného porodu, ale také existuje mnoho nevhodných pomůcek, které podporují polohu, kde má miminko hlavu výš než pánev (Kačírková, 2022a; Kačírková, 2022b).

Obrázek 1 Dítě s KISS syndromem



Zdroj: Kačírková, 2022

Komplexní terapie u těchto dětí by měla zahrnovat uvolnění blokad, využití měkkých technik, cvičení, protahování, ale také důslednou edukaci rodičů o domácím cvičení a zacházení s miminkem. Ani známá Vojtova terapie zde není kontraindikací a je využívána (Kačírková, 2022a; Kačírková, 2022b).

3 HANDLING JAKO PŘÍSTUP

Handling je řazen do konceptu manželů Bobathových. Jedná se o terapeutický koncept, jež byl vypracován manželi Bobathovými ve 40. letech 20. století. Základem, který tvoří celou teorii konceptu je mechanismus centrální posturální kontroly. Handling bývá aplikován po celých 24 hodin a je součástí všech běžných denních aktivit. Pro rozvoj pohybové koordinace koncept využívá i mnohé pomůcky jako jsou například různé válce, gymnastické míče či klíny. Berta Botath uvádí že: „*Handling je Léčení – Léčení je Handling*“ (Kolář et al., 2020).

Rodič získá pomocí handlingu zkušenost a jistotu s pohybovou dovedností miminka. Naopak dítě má z pohybu danou zkušenost a z té se učí. Ovšem i v handlingu platí to, že rodič nesmí brzdit aktivitu miminka. Pod pojmem handling si představme zacházení a manipulaci s dítětem během aktivit denního režimu. Handling je aplikován při nošení, pokládání, oblékání, hygieně, ale i při uspávání či uklidnění dítěte. Tímto způsobem v podstatě komunikuje matka se svým miminkem – komunikace se odehrává prostřednictvím dotek (Schreierová, 2018).

V rámci handlingu se můžeme setkat i s kapitolou tzv. respiračního handlingu, kterým rodič či terapeut cíleně podpoří přirozený dechový stereotyp. Respirační handling často využívají fyzioterapeuti u novorozenců a kojenců v rámci dechové hygieny a podpory motoriky dechových svalů (Zounková a Smolíková, 2012; Smolíková, 2017).

3.1 Význam handlingu

Rodič nebo terapeut vyžívá handling při ADL, v rámci celého dne – tím dává dítěti mnoho stimulů prostřednictvím již zmiňovaného doteku. Znalost handlingu a následná aplikace pomůže rodičům pomoci různých úkonech jako je přetáčení dítěte, sprchování a mytí, uklidňování, ale i polohy k navázání sociálních kontaktů s rodinou (Schreierová, 2018).

Význam handlingu je následující – *optimalizuje svalové napětí, umožňuje dítěti samostatně provést zvolenou aktivitu a tím získat zkušenost z pohybu, ale zároveň dodá dítěti tolik dopomoci, kolik potřebuje k provedení činnosti* (Schreierová, 2018, s. 30).

3.2 Zásady handlingu

Je nutné si uvědomit, že handling během celého dne musí vždy probíhat pomalu, klidně, tvořit bezpečné a komfortní prostředí miminku, tak aby nebylo podporované dráždění. Správné provedení handlingu podporuje psychomotorický vývoj a zároveň prohlubuje vnímání a tvorbu body schématu. Důležité je nechat dítěti prostor pro vlastní aktivitu a nadále jej terapeut nebo rodič jen následuje. Handling je veden v tempu dítěte a je opakován. Pracujeme po milimetrech v průběhu pohybu do pozicí, které jsou vždy symetrické, ale vždy se také navracíme do neutrálního postavení. Správná manipulace by měla být s dítětem prováděna od narození dítěte s ohledem na jeho stáří (Zádrapová a Červenková, 2018).

Do handlingu zahrnujeme: polohování, klokánkování, nošení dítěte, zvedání a pokládání dítěte, přetáčení dítěte, převlékání a přebalování dítěte, hru s dítětem, správné polohy při kojení a krmení z láhve, výběr vhodných hraček (Zádrapová a Červenková, 2018, s. 31).

Tělo miminka musí být vždy fixováno v těchto oblastech: hlava, hrudník, záda a pánev. Fixace musí být správně, jinak je průběh pohybu narušen. Po 1. vzpřímení podpora ve formě opory klesá. Plocha opory poskytované rodičem by měla být co největší, aby si miminko rozložilo svou váhu. Neexistuje ovšem ale univerzální pravidlo, jak správně manipulovat s miminkem – je nutné k němu přistupovat individuálně se zdravým rozumem a plně jej respektovat. Jelikož chceme dopřát dítěti rozmanitost a vyváženost, musíme polohy střídat (Schreierová, 2018).

Chování, nošení a pečování by mělo probíhat, tak jak by to bylo nejpříjemnější i rodičům samotným. Při nošení na ruku, by měl rodič mít na paměti průběh psychomotorického vývoje a správně miminko podporovat. Existuje mnoho názvů pro nošení dětí jako například fazolka, tygřík, klokánek či klubíčko. Každá má svou zásadu a vhodnost a podporuje komfort miminka (Kačírková a Rybová, 2022).

Obrázek 2 Dítě v poloze „klokánek“



Obr. 52 • Nošení v poloze „klokánek“

Zdroj: Kačírková a Rybová, 2022

Je nutné, aby si rodič uvědomil a pochopil význam handlingu, Dále se řídil se jeho pravidly a zapojoval jej v rámci denního režimu, ale také, aby jím podporoval správný psychomotorický vývoj a dítě nebrzdil či neomezoval. Handling se v jednotlivých stádiích psychomotorického vývoje liší, a to je nutné mít na paměti. Správným zacházením mu pomůžeme se dostat k jednotlivým pohybovým milníkům vývoje.

3.3 Polohování

„Již v prvních dnech po narození je vhodné miminko pokládat nejen na záda, ale i na břicho i boky“ (Kačírková a Rybová, 2022, s. 78).

Polohování též provází celodenní aktivity. Je to jakýsi způsob prevence proti asymetrii, ale zároveň také podporuje správný motorický vývoj jedince. Proto je kladen důraz na pravidelné střídání poloh na bříšku, na zádech ale i na bocích. Díky polohování vnímá lépe své tělo a prohlubuje svou schopnost aktivity proti gravitaci. Od narození by se mělo miminko polohovat i na bříško, tato poloha u některých rodičů může vyvolat paniku. Ale pro miminko je velmi prospěšná a stimuluje podporu peristaltiky střev, dechovou funkci a s ní spojenou funkci bránice. Ovšem toto polohování potřebuje a vyžaduje monitor dechu (Zádrapová a Červenková, 2018).

Polohu na bříšku dítěti volíme, pokud je dítě bdělé, ale na boky jej napolohujeme i při spánku za pomoci polštáře či hnízdečka. Polohováním můžeme snižovat různá rizika jako je predilekce či oploštění hlavičky. Dále podpoříme tímto různorodým polohováním dosažení motorických milníků pro správné 1. vzpřímení, přetáčení na bříško, šikmý sed, následné lezení po 4 až volný sed i postupnou kvalitní vertikalizace (Kačírková a Rybová, 2022).

- Jak dítě správně držet?
 - pevný, klidný kontakt, který dítěti dopřeje pocit bezpečí
 - umožňujeme dítěti v dané pozici „**být aktivní**“
 - respektujeme jeho vývojový věk (např. jeho schopnost držení hlavy)
 - pozice jsou často střídány

(Zahradnická, 2023)

4 LÉČEBNÉ METODY PODPORUJÍCÍ MOTORIKU

V dnešní době má pojem léčebné způsoby velmi široké pojetí, proto autorka práce vybrala ty nejznámější, které jsou v povědomí rodičů. Mnohdy je rodiče se svými dětmi navštěvují, aby vyřešili daný problém. Některé z nich popisují *Kačírková a Rybová, 2022* v jejich knize v podkapitole „*Metody využívané v dětské fyzioterapii*“, kde si rodiče mohou přečíst a pochopit základní principy daných léčebných metod. Nejčastěji využívanými a zároveň nejznámějšími metodami v dětské rehabilitaci jsou Bobath koncept, též znám jako koncept manželů Bobathových a Vojtova metoda, respektive Vojtova reflexní lokomoce (Kačírková a Rybová, 2022).

Kačírková s Rybovou uvádí ve své publikaci že: „*Obě metody jsou uznávané po celém světě a přináší úspěchy*“ (Kačírková a Rybová, 2022, s. 153).

Mezi další známé a už méně využívané metody patří:

Akrální koaktivační terapie – ACT jde o terapeutický nástroj, pomocí něhož je ovlivněno postupné napřimování páteře. Pomáhá napravit chybné pohybové vzory prostřednictvím vzpěrů do nohou a rukou, konkrétně áker končetin. Pohybové návyky rozvíjí skrze motorické učení. Velmi usilovně se podílí na podpoře motorické dovednosti kojenců, ale také učí rodiče vhodné manipulaci a posiluje jejich vztah. Jednotlivé sestavy metody ACT uplatňují polohy raného motorického vývoje, kterými si prošel každý jedinec. Autorkou této metody je PhDr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D., která začala tuto metodu vyvíjet a zkoumat již v roce 1991 (Palaščíková Špringrová, 2018; ACT Centrum, 2024).

Kraniosakrální terapie je chápána jako jakási manuální metoda, která vyšetřuje, ale zároveň zlepšuje funkci fyziologického tělesného systému. Tento systém též nazývaný jako kraniosakrální tvoří mozkomíšní mok, membrány chránící a obklopující mozek i míchu. Systém se nachází uvnitř *crania*, páteřního kanálu až po *sacrum*. Přičemž v rámci tohoto systému je vyvíjen velmi mírný tlak, jímž jsou blokády odstraňovány. Tato terapeutická metoda, o kterou se zasloužil doktor John E. Upledger, uznává samoléčící mechanismy těla. Tato metoda též pracuje s novorozenci a kojenci a stimuluje jejich tělesnou pohodu (Groot-Landeweer, 2009).

Na konec této kapitoly je nutno podotknout, že pro využívání těchto speciálních metod v praxi, je nezbytné načerpání teoretických znalostí a praktických dovedností prostřednictvím osvědčených a certifikovaných kurzů.

5 POMŮCKY FORMUJÍCÍ VÝVOJ DÍTĚTE

Kačírková s Rybovou píše ve své knize že: „*Od chvíle, kdy rodiče začnou vybírat vybavu pro miminko jsou doslova zahlceni produkty a pomůckami pro děti. Existuje celá řada nezbytností, které mají usnadňovat práci maminkám nebo podporovat rozvoj miminka. Někdy však mohou takové pomůcky přinést více škody než užitku*“ (Kačírková a Rybová, 2022, s. 101).

Maminky by měly mít alespoň základní znalost psychomotorického vývoje a jeho vývojových milníků. Od těchto znalostí se poté odvíjí i výběr vhodných pomůcek. Stejně jako u přístupu k miminku, je i zde nutné použít instinkt a zdravý rozum.

Miminku stačí opravdu málo a platí zde, že někdy méně je více. U výběru pomůcek a vybavy pro dítě by maminky měla zajímat vhodnost k věku, využití, a nejen vzhled či doporučení ostatních maminek. Různé typy pomůcek nefungují stejně na všechny děti, jelikož vývoj každého dítěte je velmi specifický a individuální. A může se stát, že výběr některých pomůcek může brzdit vývoj dítěte (Langová, 2024).

5.1 Šátkování a nošení dětí

V posledních desetiletích se několik vědních disciplín zajímá o historii i současnost nošení dětí na těle rodiče. Etiologové lidský druh řadí mezi „nošence“, proto je pro nás v kontextu evoluce nošení víc než přirozené. Psychologové dokonce tvrdí, že nošení je vrozenou potřebou dítěte, poukazují na prohloubení kontaktu mezi rodičem a dítětem ale zároveň hovoří o tom, že při nošení vzniká vestibulární stimulace. Mnoho výzkumů a studií zkoumá popularitu nošení dětí, ale vždy vycházejí z lidské evoluce. Nošení dětí nabývá popularity a moderní záležitostí je právě nošení dětí v nosítkách či dlouhých šátcích (Pohořálková, 2018).

Počátky vzdělávání v této oblasti jsou již od roku 1998, kdy vznikla v Drážďanech tzv. Trageschule Dresden, která byla první institucí pro vzdělání odbornic na nošení dětí. A od té doby vyškolila tato instituce několik tisíc odborníků po celém světě (Die Trageschule, 2024; Pohořálková, 2018)

Tato tematika rozděluje řadu odborníků a ve společnosti jsou stále různé mýty, jedna skupina je plně nakloněna a druhá skupina se přiklání k tomu, že je nošení nevhodné. Nejjasnější stanovisko k této problematice zastupuje Česká pediatrická společnost (Ryba a Janda, 2018; Schreierová, 2018; Kačírková a Rybová, 2022).

U nošení dětí je považován za optimální hlavně psychický aspekt blízkého kontaktu. Negativní dopady na vývoj páteře, pánve a kyčlí prokázány nebyly. Ovšem k tomu ještě chybí velké odborné studie, aby byl tento dopad vyvrácen. Nejdůležitější je vhodně zvolená pomůcka k nošení. ať už vhodné nosítko nebo správné uvázání šátku (Ryba a Janda, 2018).

5.1.1 Volba nosítka nebo šátku

Prvním krokem je výběr vhodné nosící pomůcky – správné nastavení nosítka a vhodný úvaz šátku. Pro miminka kolem 3.- 5. měsíce je vhodnější šátek, naopak pro starší dítě či batole je nejvhodnější přezkové nosítko. Je mnohem snazší v rámci nastavení na tělo rodiče. Využití nosítek či šátku je velmi individuální, u obou je ale důležité, aby vyhovovalo nosícímu rodiči, ale zároveň plně a dokonale podepřelo miminko. S výběrem těchto nosících pomůcek je vhodné si nechat poradit ve specializovaných prodejnách (Kačírková a Rybová, 2022; Langová, 2024).

Ideální poloha pro nošení je pozice M – kolena jsou výš než zadeček. Důležité je podepření v oblasti podkolení jamek a v oblasti krku, hlavně pokud dítě nedrží hlavu samo. U novorozenců bychom měli dbát v nosítku na zaoblení zad do tvaru C, jelikož je to pro ně přirozená poloha. S postupným napřímením se mění i pozice M. Důležité je vždy nosit dítě čelem k sobě a nenosit jej celý den v nosítku či šátku. Nejvíce účinné, je nošení dětí do 1 roku, ale vyrábí se nosítka až do nějakých 4-5 let (Kačírková a Rybová, 2022; Langová, 2024).

5.2 Dětské kočárky

Kočárek je jednou z prvních položek, které jsou miminku pořizovány. Vhodnému výběru dětského kočárku je nutné věnovat pozornost a ideálně i konzultaci s odborníkem ve specializované prodejně. Mnohdy je upřednostňován design před pohodlím miminka. Při výběru kočárku pracujeme s těmito faktory: kočárek musí mít prostornou korbíčku s rovnou plochou, dále musí mít stabilní konstrukci a být odpružený. Nejznámějším typem kočárku je kočárek hluboký, ve kterém je dítě do doby, než je schopno samostatného, stabilního sedu. Dalším typem kočárku, který je populární mezi rodiči je kočárek sportovní. Tento kočárek umožňuje úpravu sezení čelem k sobě i čelem od sebe, pro dítě to může být zajímavé a pohledem před sebe získává nové podněty (Kačírková a Rybová, 2022; Langová, 2024).

Za nevhodné považujeme kočárky designové, které mají úzkou korbíčku a jsou ve tvaru vajíčka. V takovýchto kočárcích je miminko často značně skrčené a je stále v takovém

polo sede lehu a tím může docházet i ke zkrácení zadních stehenních svalů (Kačírková a Rybová, 2022).

Kočárek si musí rodič vyzkoušet a otestovat na specializované prodejně, je totiž velmi důležité, aby byl vhodně nastavitelný na parametry rodičů, zároveň si rodiče otestují odpružení i stabilitu (Kačírková a Rybová, 2022).

5.3 Dětské autosedačky

Kromě osvěty v oblasti psychomotorického vývoje, přichází odborníci nejvíce z řad dětských fyzioterapeutů i s osvětou v oblasti bezpečnosti dětských autosedaček. Dětská autosedačka je vhodná výhradně pro přepravu. V domácím prostředí v poloze na zádech dítě leží v horizontální poloze, kdežto v autosedačce je dítě více méně v poloze vertikální. Touto polo-hu je zajištěn dobrý přehled. Vždy je v autosedačce nutná opora hlavy, která chrání svaly krku a hlavu před nárazem (Gregora a Dokoupilová, 2016; Langová, 2024).

U autosedaček není kam spěchat, první autosedačkou je tzv. vajíčko, je nutné ji vybírat tak, aby miminku vydržela, co nejdéle. A to z toho důvodu, jelikož se jedná o nejbezpečnější způsob přepravy. Aby miminku autosedačka plně vyhovovala existují novorozenecké vložky. Ale také aby se miminko cítilo příjemně v autosedačce a bylo správně zapásané nesmějí se příliš oblékat do různých teplých kombinéz. Dále mnoho odborníků dbá na směr, ve kterém by mělo miminko být přepravováno – jedná se o protisměr. Dle Crash testů, které testují odolnost a bezpečnost autosedaček je to nejvíce bezpečný způsob pro převoz. Další sedačkou je autosedačka pokračovací, její výběr je velmi složitý. Pro přesun do této sedačky je důležitý sed dítěte, který musí stabilní a samostatný. Tato pokračovací sedačka, pokud je vhodně zvolená může vydržet dítěti až předškolního věku. Výběr vhodné autosedačky je doprovázen mnoha parametry, patří sem váha, výška i věk, ale také typ vozidla. Po-byt v autosedačce by neměl být nikdy příliš dlouhý a měly by jej doprovázet přestávky. Autosedačka je jediná pomůcka, u které je bezpečnost na prvním místě. Je nutné mít na paměti, že autosedačka patří výhradně do auta, není vhodná na dlouhý spánek ani na krmení (Langová 2024).

Mnoho specializovaných center se dnes zaměřuje na vhodný výběr autosedaček i kočárků. Spolupracují s řadou odborníků a poskytují odborné a mnohdy bezplatné konzultace, aby poradili rodičům s výběrem dané pomůcky i s vzhledem k věku dítěte. Rodiče často zajímají různé testy, ergonomie a hodnocení u těchto pomůcek, ale ne vždy je to relevantní aspekt výběru. Při výběru autosedaček i kočárků hraje roli i výběr značek –

mezi nejvíce ob-líbené značky řadíme Cybex a Thule. Rodiče by měli být předem rozhodnutí, zdali chtějí spí-še kočárek do města či do přírody. Posledním zajímavým aspektem u kočárku i sedaček je ten, že není vždy úplně adekvátní mít všechny pomůcky od stejné značky, ale zaměřit se na tu, která se odborně zabývá několik let výrobou autosedaček, a zase jinou volit u kočárku (Langová, 2024)

5.4 Nevhodné pomůcky

Bohužel je dnes na trhu pomůcek i příliš „škodítek“, které zbytečně urychlují motorický vývoj dítěte nebo negativně ovlivňují tělesný segment. Přílišný nátlak a kvantita pomůcek může zásadně ovlivnit vývoj dětí. Je důležité podotknout, že v těchto nevhodných pomůčkách se názory odborníků spíše scházejí a odborné publikace píší hlavně o těchto pomůčkách. Pro příklad Schreierová i Kačírková s Rybovou ve svých knihách, ale i Langová ve svých online kurzech popisují pomůcky tohoto typu za absolutně nevhodné a jednoznačně se shodují v jejich negativním dopadu na motorický vývoj (Schreierová, 2018; Kačírková a Rybová, 2022)

- Visítka – jedná se o neergonomické nosítka, které škodí matce i dítěti
- Houpací lehátka – u této pomůcky platí, že nic se nemá přehánět
- Plazičky – nevhodná a nedoporučovaná pomůcka, škodící vývoji lezení
- Ohrádka – dochází k předčasné vertikalizaci a přeskočení fáze lezení
- Chodítka a hopsadla mezi dveře – absolutně nevhodné pomůcky, které deformují vývoj kyčelního kloubu
- Dále sem patří „nešvary“ vodění za ruce, předčasné pasivní posazování pomocí sedátek a přílišné chytání dítěte

(Schreierová, 2018; Kačírková a Rybová, 2022; Langová, 2024).

6 ROLE ERGOTERAPEUTA VE VÝVOJI DÍTĚTE

Ergoterapie pracuje v mnoha oblastech zdravotnictví a sociálních služeb, na těchto konkrétních pracovištích se ergoterapeuti specializují na různorodé skupiny pacientů. Jednu z rozsáhlejších klientel tvoří dětské pacienti. Ergoterapeut pracující s dětmi poskytuje terapii individuálně nebo skupinově. Důležitou úlohou je vytvoření uvolněné a příjemné atmosféry, která umožní snadnější průběh celé terapie a zároveň celá terapie probíhá v příjemném, barevném a dětském prostředí. Kromě toho může ergoterapeut cíleně mírnit negativní dopady dlouhodobé hospitalizace u dětí. Při dlouhodobé léčbě hraje ergoterapie významnou roli při zajištění celkového prospívání a všestranného rozvoje dítěte. Nezbytně nutnou úlohou ergoterapeuta je spolupráce a komunikace s rodiči, ale především spolupráce s jinými odborníky, kteří se také podílí na léčbě dětského pacienta (Klusoňová, 2011).

Ergoterapeutické intervence dle Americké asociace ergoterapeutů AOTA – ergoterapeutická intervence využívá každodenní činnosti (zaměstnání) k podpoře zdraví, pohody i schopností účastnit se důležitých aktivit v životě. Patří sem všechny smysluplné činnosti, kterých chce člověk dosáhnout, včetně péče o sebe a svou rodinu, práce, dobrovolnictví a mnoho dalších (American Occupational Therapy Association, 2024).

6.1 Ergoterapeutická intervence

Ergoterapeut poměrně krátce, ale intenzivně pracuje i s novorozenci či batolaty. Specializace ergoterapeutů v oblasti pediatrie se díky různým odborným kurzům stále prohlubuje. Ergoterapie u novorozenců a kojenců probíhá především v oblasti handlingu v rámci běžných denních aktivit a snaží se plně využívat přirozenou dětskou aktivitou – kterou je právě hra. Hra je hodnotícím prvkem terapie, proto je aplikována jako prostředek, ale i jako cíl. Role ergoterapeuta je důležitá i v osvojení si denního režimu dítěte, ovšem i jeho rodiče, který se stává nedílnou součástí celé terapie. V rámci terapie je třeba plně respektovat vývojový stupeň dítěte (Jindřichovská Brabencová a Neverišová, 2014; Klusoňová, 2011).

Rehabilitace dětí, jež nemají ukončený motorický vývoj, má jiný průběh, než rehabilitace dospělého jedince. Součástí dítěte, které dochází na rehabilitace, je i jeho matka, která musí být obeznámena s tím, jak správně s dítětem pracovat (Skaličová - Kováčiková, 2023).

Ergoterapeut by se měl při své intervenci zaměřit i na sociální a psychologické aspekty. Mezi tyto aspekty spadá průběh porodu, vztah matky a dítěte, jejich vzájemná spolupráce či psychické rozpoložení matky. Pokud je matka spojená a klidná, tak můžeme očekávat

klidné, spokojené miminko, které nebude v napětí. Nespokojenost a napětí miminka působí negativně na jeho psychomotorický vývoj a může to narušit celý průběh nastávající terapie. (Zahradnická, 2023).

Dílním terapeutickým úkolem je naučit rodiče techniku dané terapie nebo správné manipulace. Terapeuti jsou poté odpovědní, za to že rodiče zvládnou terapii i v rámci domácího prostředí. Domácím terapeutem především u novorozenců bývá spíše matka. Je nutné, aby domácí terapie byla efektivní a správná. Rodiče v průběhu terapií získávají informace postupně a postupně se vše učí, ale je důležité seznámit rodiče i se všemi kroky nastávající rehabilitace. Rodiče si musejí uvědomit i fakt, že děti při terapiích pláčou. Pláč a jeho podoby jsou pro novorozence jakousi formu komunikace. Proto je využíván v rámci terapie klidný hlas, pochvala, ale i čas na uklidnění miminka (Skaličová- Kováčiková, 2023).

6.2 Edukace rodičů

Dostupných možností, jak se dnes mohou rodiče edukovat v oblasti vývoje dítěte je poměrně dost. Informace mohou získávat od různých odborníků, kteří tvoří webináře a online kurzy, kteří se přímo specializují na motorický vývoj a aspekty s ním spojené. Informace mohou rodiče získávat od pediatra, ergoterapeuta či fyzioterapeuta. Existuje velké množství literatury, jež je určena právě zvědavým rodičům a nemluvě o tvorbě blogů, které jsou tvořeny na internetu a sociálních sítích. Tyto platformy velmi usnadňují rodičům orientaci. Je nutné, aby si rodič uvědomil, že množství informací na internetu by mělo být vždy ověřeno z více zdrojů či odborníkem. Ale také je důležité při kontaktu s dětmi využívat instinkt a zdravý rozum (Langová, 2024).

Hellbrüge popisuje ve své knize, že: „*Když o svoje dítě důsledně pečujete a věnujete se mu, podporujete tím jeho optimální zdravý vývoj. Tato péče rodičů, ale zvláště matek je tak velká, že nepotřebuje žádný specifický plán*“ (Hellbrüge, 2010, s.25).

V návaznosti na předešlou myšlenku musí být zmíněno pouze to, že edukace rodičů a jejich spolupráce v terapii je základním pilířem dětské rehabilitace (Doležalová, 2023).

PRAKTICKÁ ČÁST

7 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

7.1 Hlavní a vedlejší cíl práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je přiblížit význam handlingu a využití pomůcek formující psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta.

Vedlejším cílem práce je vyhotovení materiálu, který poslouží jako edukační materiál/ brožura pro rodiče, který dále pomůže k lepší orientaci v této aktuální problematice.

7.2 Úkoly práce

1. Načerpání teoretických znalostí a praktických dovedností, které se týkají problematiky patologických odchylek, následné dosažení znalostí ve využívání vhodných pomůcek a správné manipulaci s dítětem.
2. Stanovení cíle a výzkumných otázek.
3. Stanovení podmínek pro zařazení vzorku, následuje výběr respondentů.
4. Sestavení vhodného dotazníku a výběr vhodné zdravotnické dokumentace.
5. Zpracování dotazníku a vyhodnocení analýzy dat ze zdravotnické dokumentace.
6. Vytvoření materiálu, který poslouží jako edukační materiál / brožura pro rodiče.
7. Zhodnocení naplnění hlavního a vedlejšího cíle a dále zodpovědět výzkumné otázky.

8 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Výzkumné otázky byly vytvořeny v rámci kvalitativního výzkumu, dle metodiky fakulty zdravotnických studií pro zpracování kvalifikačních prací.

8.1 Hlavní výzkumné otázky

VO 1: Jaké pomůcky nejčastěji rodiče využívají k podpoře motorických funkcí u svých dětí, popřípadě které z pomůcek využívají, ale patří mezi nevhodné?

VO 2: Jaké procento rodičů provádělo správný handling v rámci běžného denního režimu dítěte?

8.2 Vedlejší výzkumné otázky

VO 3: Jaké jsou hlediska výběru vhodného kočárku, autosedačky a jejich příslušenství – do jaké míry tato hlediska ovlivňuje různorodost jednotlivých značek?

VO 4: Které léčebné metody byly nejčastěji indikovány pro podporu vertikalizace u dětí do 3 let?

VO 5: Jak rodiče vnímají šátkování - považují rodiče šátkování pouze za kontroverzní trend?

9 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Sledovaný soubor byl poskládán ze dvou skupin zkoumaných skupin. Obě skupiny měly předem stanovená kritéria, na základě nichž byl proveden výběr vhodných respondentů.

Skupina M

Shrnutí podmínek pro vstup do Skupiny M: rodiče dětí s CKP I. nebo II. stupně, chlapci i dívky přijaté do rehabilitace, děti do 3 let, z Plzně Severu a blízkého okolí.

Pro skupinu M bylo zvoleno dotazníkové šetření – formou elektronického dotazníku, který byl rozeslán rodičům dětí s CKP. Jednalo se hlavně rodiče dětí ze skupiny D a také o rodiče žijící v blízkém okolí Plzně-Severu. Jednalo se hlavně o rodiče ve věku 20-35 let, kdy v průměru měli jedno dítě. Dále byla tvořena z 55 % chlapci a ze 45 % dívkami věku od jednoho měsíce do tří let, z čehož nejpočetnější skupinu tvořily děti ve věku jednoho až dvou let.

Skupina D

Shrnutí podmínek pro vstup do Skupiny D: zdravotnická dokumentace dítěte s CKP I. a II. stupně, určena lékařem, chlapec i dívka navštěvující RHB v Třemošné, úplná zdravotnická dokumentace, ve které byl zmíněn přístup matky v pozitivním i negativním slova smyslu.

Skupina D byla vytvořena z analyzování zdravotnické dokumentace na základně splněných podmínek viz výše. Probandi skupiny D tvořily skupinu 58 zdravotnických karet, kde byl zmíněn alespoň 1x za návštěvu přístup matky. Jednalo se o skupinu, kde opět převažovali chlapci 53 % a dívky tvořily zbylých 47 %.

Autorka původně chtěla rozšířit zkoumaný vzorek v rámci rehabilitačních center, která se zaměřují na děti s CKP i na přístup rodičů v celé České republice, aby předešla zkreslení dat. Ale z důvodu stanovených specifik pro sledované skupiny či časové indispozice rehabilitačních center nebylo možné výzkum rozšířit.

10 METODIKA PRÁCE

Práce byla vypracována formou kvalitativního výzkumu, konkrétně dotazníkovým šetřením a analýzou dat. Předmětem zkoumání tedy byly 2 skupiny – skupina M a skupina D. Pro probandy těchto dvou skupin byly přesně stanovená kritéria (viz výše charakteristika sledovaného souboru). Dotazníkové šetření zkoumalo data týkající se psychomotorického vývoje, pomůcek a léčebných metod, které podporují motorický vývoj dětí do 3 let. Analýzou dat zdravotnické dokumentace byl zjišťován postoj matek k manipulaci a rehabilitaci jejich dítěte, aby vzniklo procentuální rozdělení matek a jejich postoje k motorickému vývoji.

10.1 Dotazníkové šetření

První část výzkumu tvořilo dotazníkové šetření, které bylo vedeno formou anonymních dotazníků. Dotazník byl dostupný pouze v elektronické podobě, byl zpracovaný prostřednictvím platformy Google Forms, zpracovávala jen autorka samostatně. Dotazník byl zvolen z důvodu zjištění nejčastějších pomůcek, názorů na různé nosící prostředky a obecně vnímání psychomotorického vývoje ze strany rodičů. Dotazníkové šetření bylo určeno skupině M, pro respondenty ze skupiny M byl dotazník přístupný až do konce února 2024. Dotazník byl rozeslán cca 70 probandům, jehož návratnost byla poměrně vysoká. Celkem autorka pracovala s 53 dotazníky od skupiny M. Dotazník se skládal z 24 otázek, které byly kombinací otevřených, uzavřených i polouzavřených otázek. V každé části dotazníku, se respondenti zaměřovali na jiný okruh otázek. Celý dotazník sebou nese, ale i to riziko, že je pracováno se subjektivními pocity respondenta. Výsledky dotazníku jsou zpracovány v grafech a tabulkách na následujících stránkách. Celé znění dotazníku je dostupné v příloze A.

10.2 Analýza dat

Druhá část výzkumu probíhala v Ambulantním rehabilitačním centru, v Třemošné, v období přelomu roku 2023 a 2024. Jednalo se tedy o výzkum týkající se rodičů z Plzně-Severu. V období měsíců prosince a ledna byla zpracovávaná analýza zdravotnické dokumentace. K dispozici byl vzorek 108 zdravotnických karet, jež tvořil stále navštěvující děti, ale i ty již nechodící. V důsledku stanovených kritérií bylo vybráno pro hlavní zkoumaný vzorek 58 probandů a zbylých 50 vyřazeno, jako nevyhovující pro specifická kritéria. Pro důkladné sepsání informací ze zdravotnických karet a následně

statistické vyhodnocení byl použit MS Excel. Autorka se hlavně zaměřila na hodnocení přístupu matky k celé rehabilitaci a motorickému vývoji jejího dítěte. Matky byly rozděleny do 4 kategorií, ze kterých vyšel v podstatě pozitivní výsledek týkající se správnosti handlingu během denního režimu dítěte. Cílem analýzy bylo zodpovězení si na výzkumnou otázku týkající se právě handlingu v rámci ADL. Vše je popsáno v tabulce a vyznačeno v grafu, který byl vytvořen právě pro analýzu dat. O probíhajícím výzkumném šetření byli rodiče informováni a byly jim vysvětleny všechny důvody a cíle tvorby této práce. Dále byli informováni o úplné anonymizaci všech dat, jak z dotazníkového šetření, tak z analyzování dat.

Výsledky dotazníkového šetření a analýzy zdravotnické dokumentace byly zpracovány a vyjádřeny prostřednictvím tabulek i grafů, které jsou vyobrazeny níže. A následně jsou rozebírány v diskuzi.

Jelikož vedlejším cílem byla tvorba brožury, která byla tvořena na základě načerpaných informací v průběhu tvorby této kvalifikační práce. Dále byla tvořena jako edukační materiál cílen na rodiče dětí do 3 let. Autorky záměrem je rozšířit brožury do dětských rehabilitačních center, které úzce spolupracují s Katedrou rehabilitačních oborů na FZS ZČU. Brožura a její obsahová stránka je k nahlédnutí v příloze B viz níže.

11 VÝSLEDKY DOTAZNÍKU

Tato sekce praktické části v následujících stránkách bude popisovat výsledky dotazníkového šetření. Elektronický dotazník obsahoval 24 otevřených, polouzavřených i uzavřených odpovědí, které se týkají psychomotorického vývoje, pomůcek, možností nošení dětí a také kočárků a autosedaček..

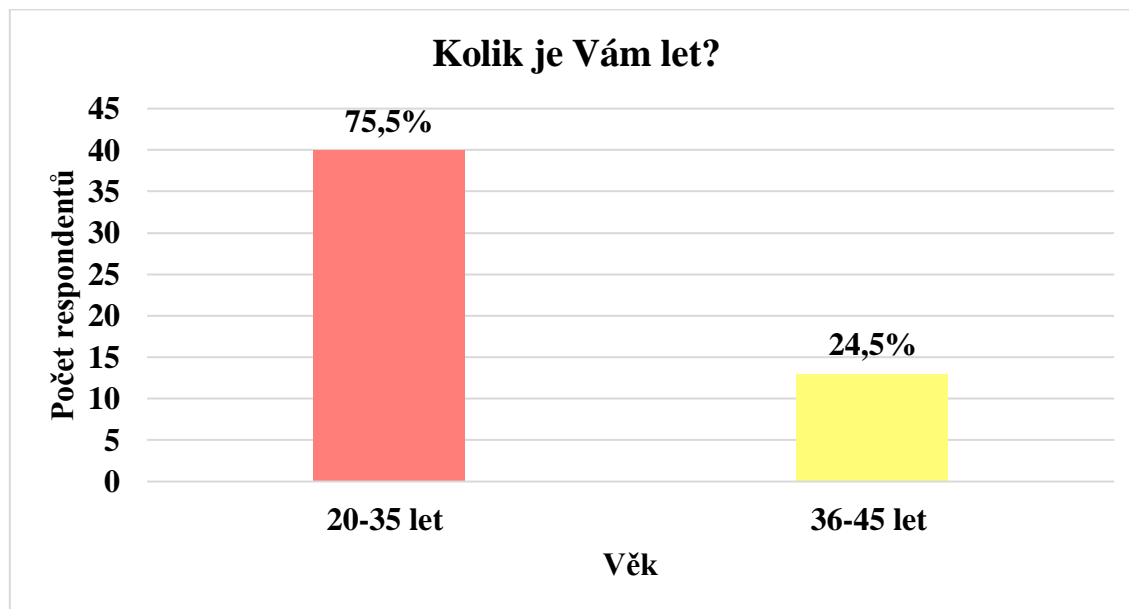
Otázka č.1: „Kolik je Vám let?“

Tabulka 1 Věk respondentů (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
20-35 let	40	75,5 %
36-45 let	13	24,5 %
46 let a více	0	0 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 3 Věk respondentů (n=53)



Zdroj: vlastní

Věk respondentů a respondentek se pohyboval mezi 20-45 lety, přičemž největší zastoupení se 75 % měla skupina ve věku 20-35 let, na kterou je cílené toto téma. Ve 25 % byla zastoupená kategorie 36-45 let.

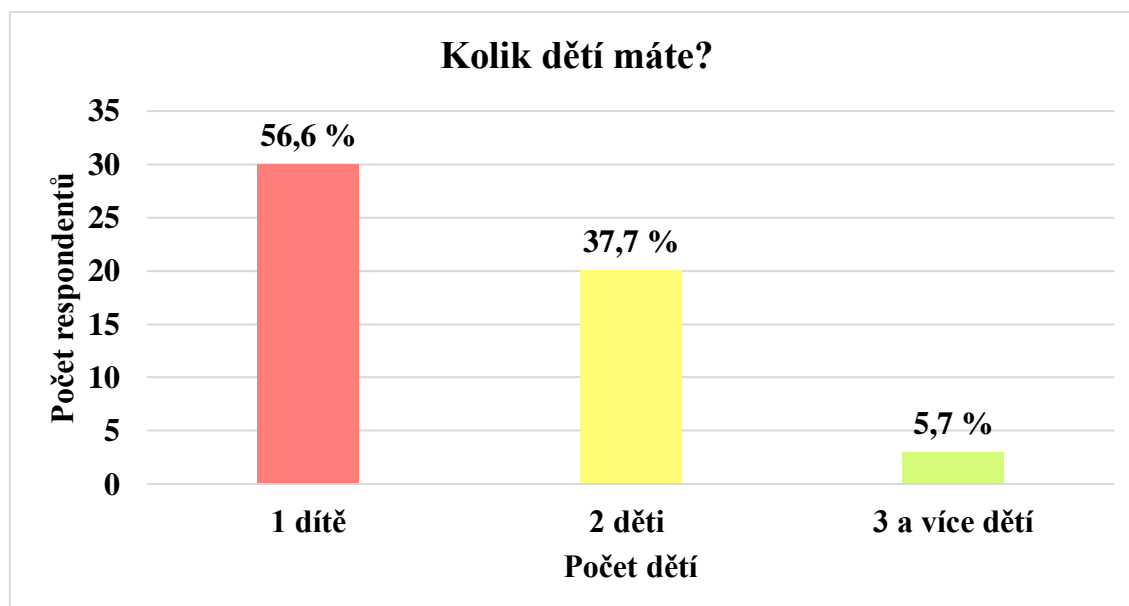
Otázka č. 2: „Kolik máte dětí?“

Tabulka 2 Počet dětí (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
1 dítě	30	56,6 %
2 děti	20	37,7 %
3 a více dětí	3	5,7 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 4 Počet dětí (n=53)



Zdroj: vlastní

Tento graf zkoumal počet dětí u respondentů, nejvíce procent dosáhl u 1 dítěte v zastoupení 57 %, 2 děti s počtem 38 % a nejméně procent mělo zastoupení 3 a více dětí v pouhých 5 %.

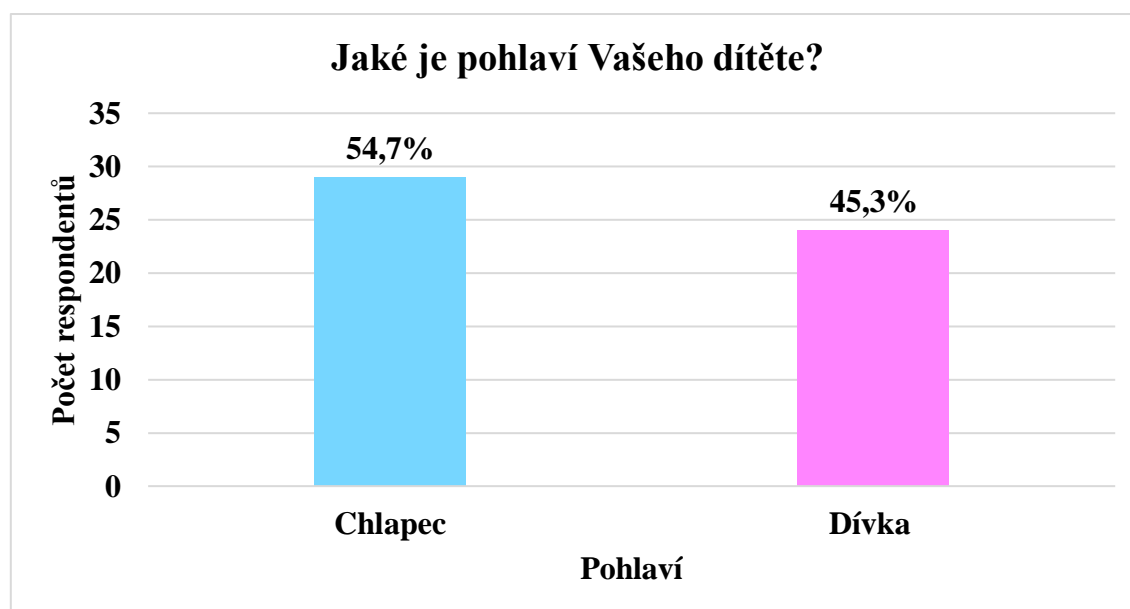
Otázka č. 3: „Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?“

Tabulka 3 Pohlaví dítěte (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Chlapec	29	54,7 %
Dívka	24	45,3 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 5 Pohlaví dítěte (n=53)



Zdroj: vlastní

Tato otázka zkoumala pohlaví dětí, skupinou, která převažovala s počtem 55 % jsou chlapci. Dívek je o něco méně, jejich zastoupení je ve 45 %.

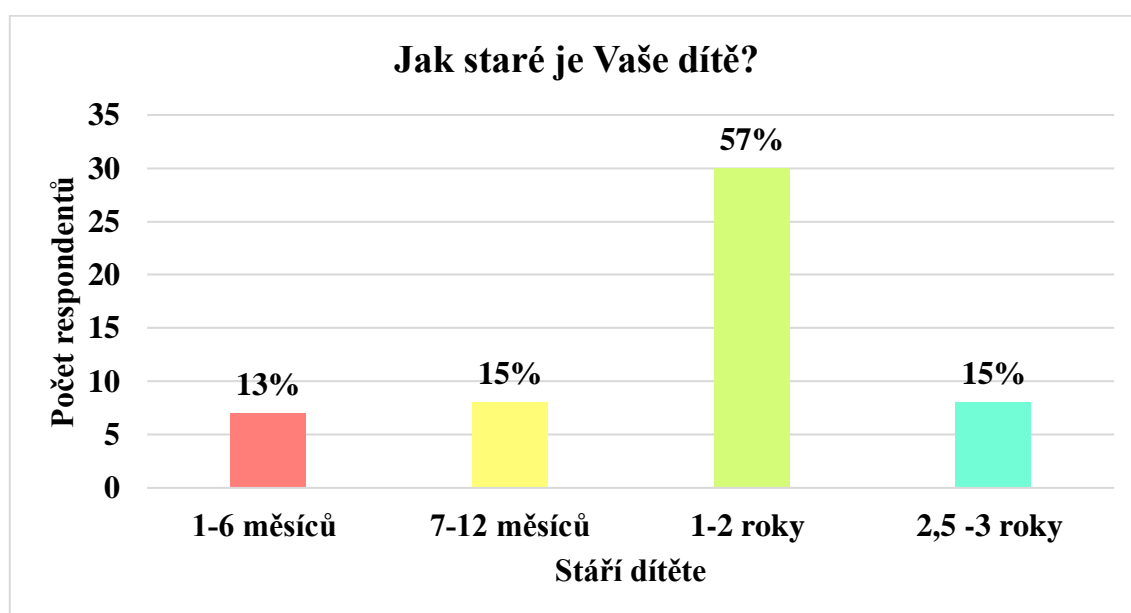
Otázka č. 4: „Jak staré je Vaše dítě?“

Tabulka 4 Stáří dítěte (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
1-6 měsíců	7	13 %
7-12 měsíců	8	15 %
1-2 roky	30	57 %
2,5 -3 roky	8	15 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 6 Stáří dítěte (n=53)



Zdroj: vlastní

Tento graf vyobrazuje stáří dětí, věková kategorie se se pohybovala od 1měsíce až do 3 let. Skupina dětí ve věku 1-2 roky tvoří nejpočetnější skupinu s 57%, dále to byl velmi vy-rovnaný výsledek skupiny 7-12 měsíců a skupiny 2,5- 3 roky – obě kategorie dosáhly počtu 15% o něco méně s 13% skupina ve věku 1-6 měsíců.

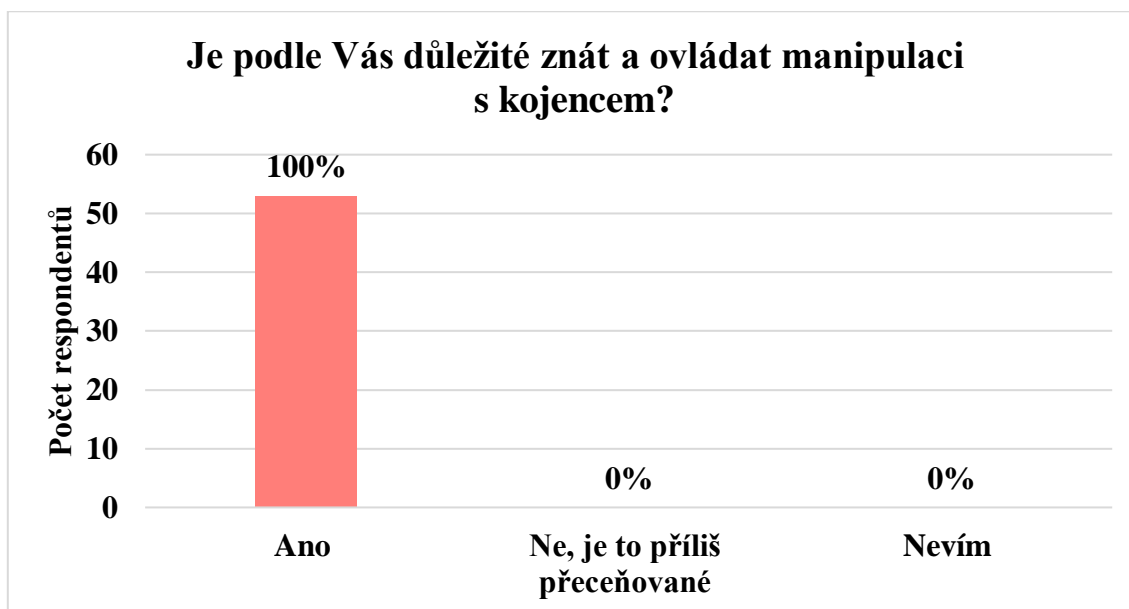
Otázka č. 5: „Je podle Vás důležité znát a ovládat správnou manipulaci s kojencem?“

Tabulka 5 Správná manipulace s kojencem (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Ano	53	100 %
Ne, je to příliš přeceňované	0	0 %
Nevím	0	0 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 7 Správná manipulace s kojencem (n=53)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 5 zkoumala názor respondentů v důležitosti správné manipulace s kojencem. Celkový počet respondentů se jednoznačně shodl na jedné odpovědi. Ve 100 % probandi odpověděli „ano“. Takové zastoupení jednoznačné odpovědi nebylo vůbec očekávané.

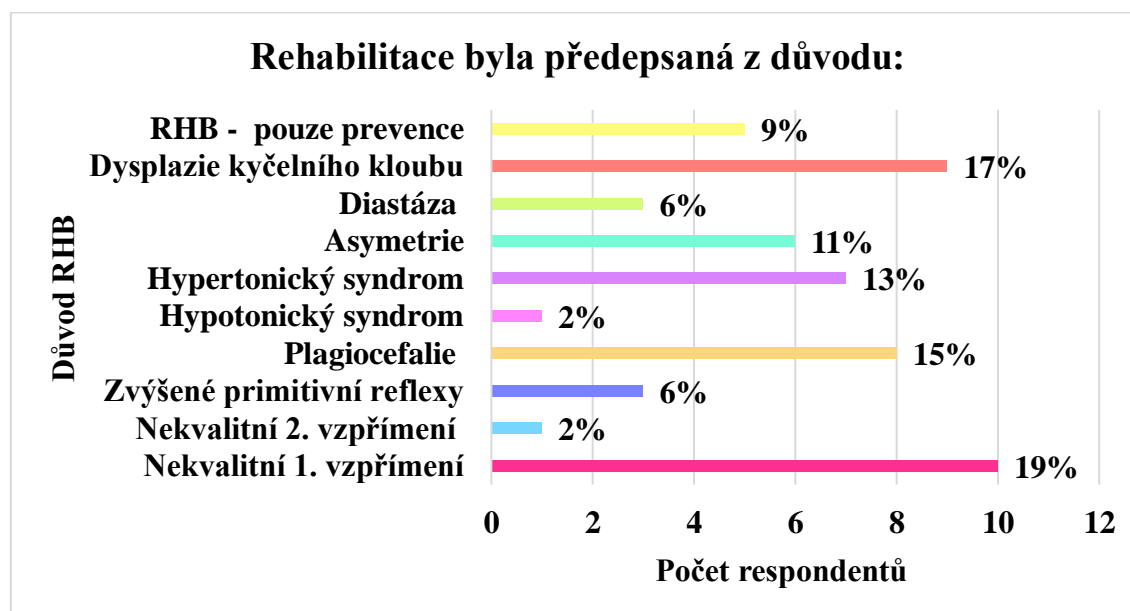
Otázka č. 6: „Rehabilitace byla předepsaná z důvodu:“

Tabulka 6 Důvod rehabilitace (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Nekvalitní 1. vzpřímení	10	19 %
Nekvalitní 2. vzpřímení	1	2 %
Zvýšené primitivní reflexy	3	6 %
Plagiocefalie	8	15 %
Hypotonický syndrom	1	2 %
Hypertonický syndrom	7	13 %
Asymetrie	6	11 %
Diastáza	3	6 %
Dysplazie kyčelního kloubu	9	17 %
RHB - pouze prevence	5	9 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 8 Důvod rehabilitace (n=53)



Zdroj: vlastní

Tento graf zobrazuje nejčastější důvody předepsané rehabilitace u dětí. Až 19 % dětí navštěvovalo rehabilitaci z důvodu nekvalitního 1. vzpřímení, dále 17 % s dysplazií kyčelního kloubu, s plagiocefalií až 15 % dětí, dalším důvodem je také hypertonický syndrom se 13 %, dalším častou příčinou je celková asymetrie v zastoupení 11 %, u 6 % stále přetrvávají primitivní reflexy, též u 6 % se projevila diastáza, v zastoupení 2 % se jednalo o hypotonický syndrom a nekvalitní 2. vzpřímení. Překvapujícím výsledkem byla skupina v zastoupení 9%, která rehabilitaci využívala jen rámci prevence.

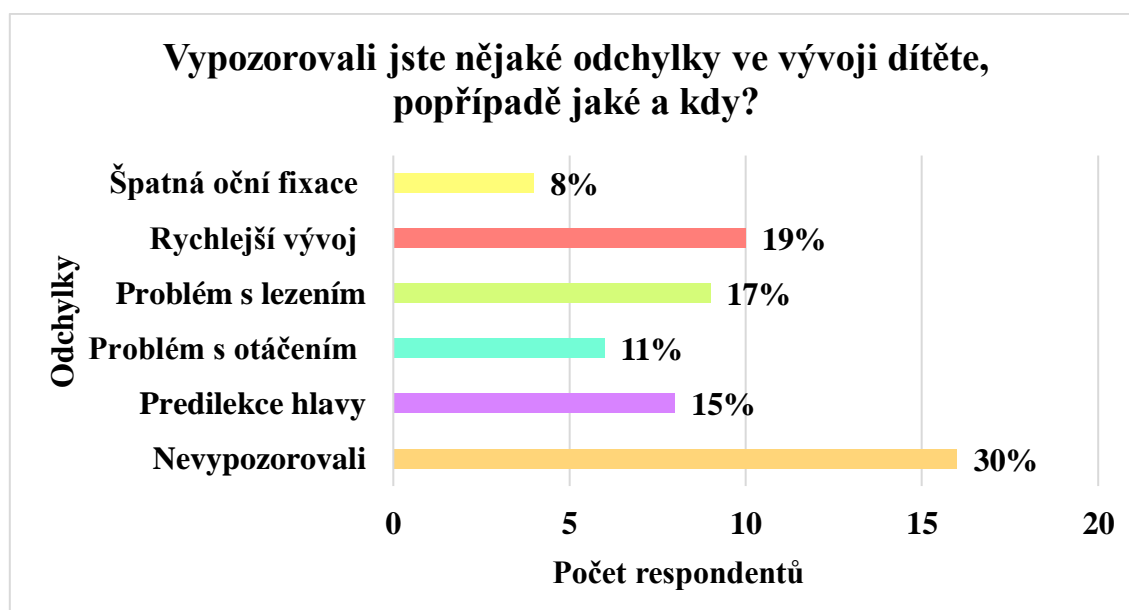
Otázka č. 7: „Vypozorovali jste nějaké odchylky (něco atypického) ve vývoji Vašeho dítěte popřípadě jaké a kdy?“

Tabulka 7 Odchylky vývoje (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Nevypozorovali	16	30 %
Predilekce hlavy	8	15 %
Problém s otáčením	6	11 %
Problém s lezením	9	17 %
Rychlejší vývoj	10	19 %
Špatná oční fixace	4	8 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 9 Odchylky vývoje (n=53)



Zdroj: vlastní

Tato otázka mapovala pozorování odchylek z pohledu rodičů. Až 30 % rodičů odpovědělo, že žádné odchylky nevypozorovali a bylo vše v normě. Ale nejčastěji rodiče vypozorovali až v 19 % rychlejší vývoj, dále problémy s lezením v 17 %, v 15 % predilekci hlavy, dále vypozorovali problémy s otáčením v 11 % a poměrně překvapující byl výsledek 8% týkající se špatné oční fixace.

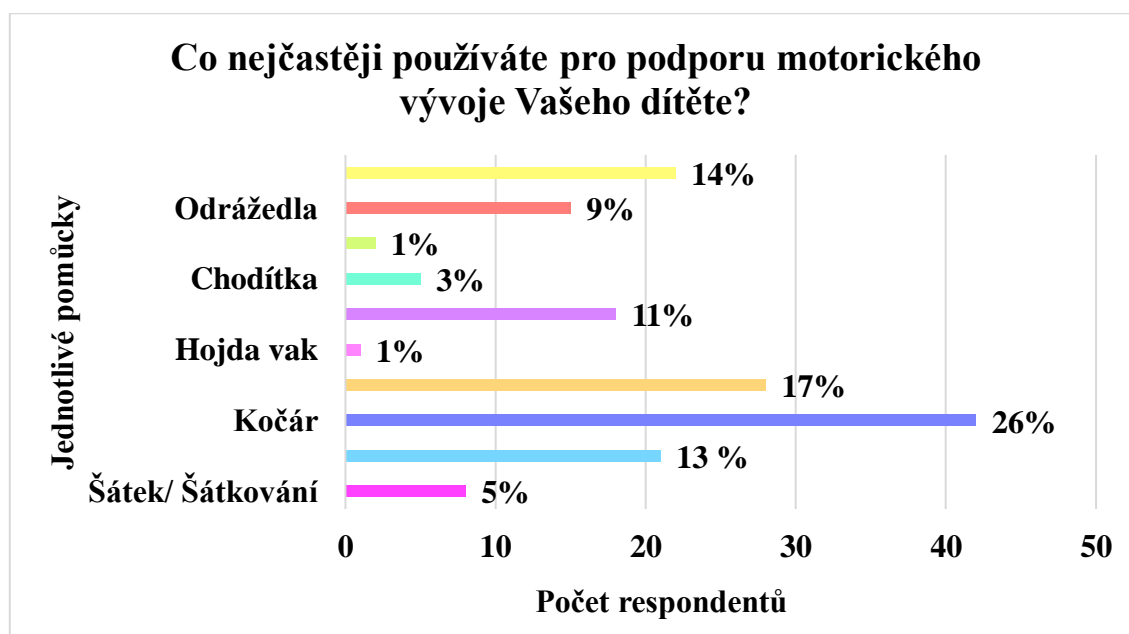
Otázka č. 8: „Co nejčastěji používáte pro podporu motorického vývoje Vašeho dítěte? (více možností)“

Tabulka 8 Podpora motorického vývoje (n=162)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Šátek/ Šátkování	8	5 %
Nosítko/ nošení v nosítku	21	13 %
Kočár	42	26 %
Autosedáčka	28	17 %
Hojda vak	1	1 %
Babybjörn/ houpací lehátko	18	11 %
Chodítka	5	3 %
Hopsadla	2	1 %
Odrážedla	15	9 %
Rady od svého terapeuta	22	14 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 10 Podpora motorického vývoje (n=162)



Zdroj: vlastní

V této otázce týkající se podpory motorického vývoje měli respondenti možnost zaškrtnout více odpovědí z různých typů pomůcek, proto zde pracujeme s větším číslem „n“. Záměrně byly zmíněny vhodné, ale i ty méně vhodné. Největší procentuální zastoupení měl kočárek ve 26 % v 17 % byla zmíněna neméně důležitá autosedáčka, až 14 % se řídí radami od svého terapeuta, následovaly nosící pomůcky ve 13% nosítko a v pouhých 5% šátek. V 11 % bylo zastoupeno houpací lehátko, které je nutné využívat s mírou. Velmi kladně jsou

hodnoceny výsledky u hopsadel 1 %, hojda vaků 1 % a 3 % chodítek, jelikož tyto pomůcky patří mezi ty méně vhodné. Využití odražedel u dětí je 9 %, je to adekvátní výsledek, jelikož i k ním, mají mnozí odborníci výtky.

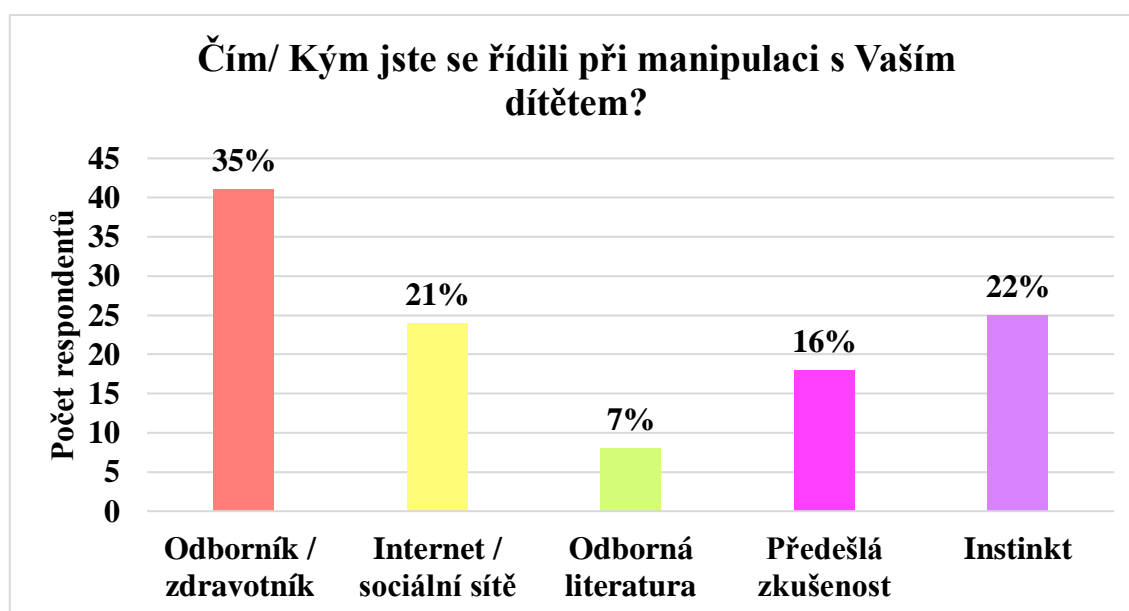
Otázka č. 9: „Čím/ Kým jste se řídili při manipulaci s Vaším dítětem?“

Tabulka 9 Manipulace rodič (n=116)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Odborník / zdravotník	41	35 %
Internet / sociální sítě	24	21 %
Odborná literatura	8	7 %
Předešlá zkušenost	18	16 %
Instinkt	25	22 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 11 Manipulace rodič (n=116)



Zdroj: vlastní

Pro zkoumání v této práci bylo nutné zjistit čím a kým se rodiče řídí při manipulaci s dětmi a toho se právě týkala otázka č.9, kde opět pracujeme s větším číslem „n“. Zde měli opět možnost z vícero odpovědí první příčky grafu získalo zastoupení odborník/zdravotník se 35 %, což je důležité zjištění, že zdravotníci jsou stále na prvním místě. Dále se rodiče řídí při manipulaci instinktem ve 22 %, jejich postoje jsou také ovlivněny i internetem a sociálními sítěmi v počtu 21 %. V 16 % se řídí předešlou zkušeností a v 7 % odbornou literaturou.

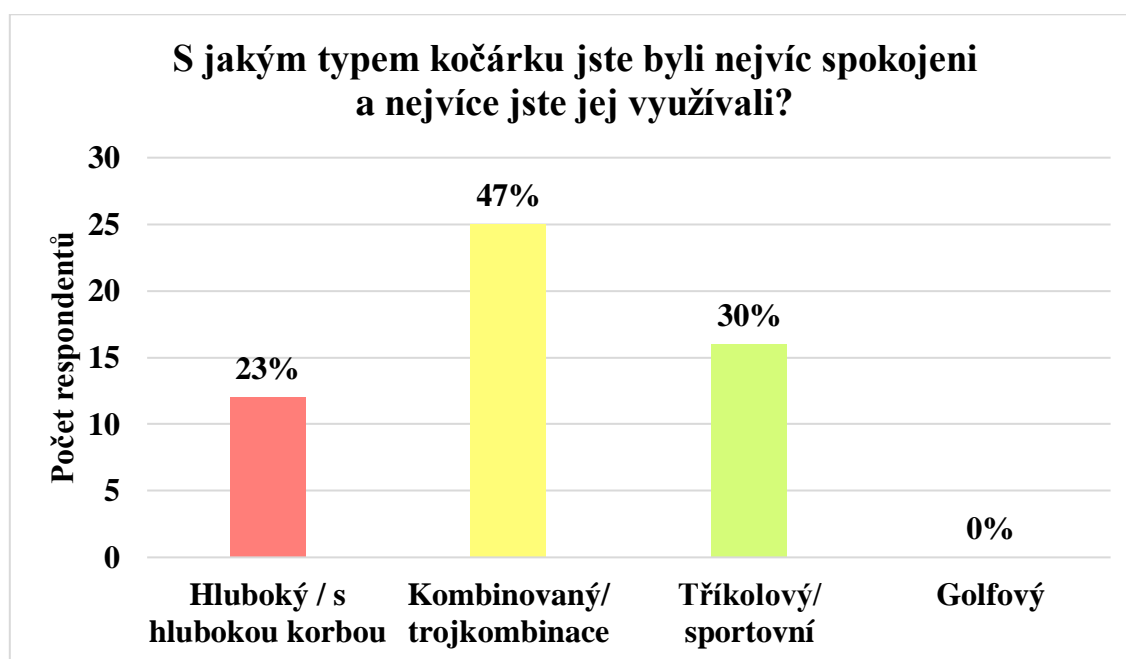
Otázka č. 10: „S jakým typem kočárku jste byli nejvíc spokojeni a nejvíce jste jej využívali?“

Tabulka 10 Typ kočárků (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Hluboký / s hlubokou korbou	12	23 %
Kombinovaný/ trojkombinace	25	47 %
Tříkolový/ sportovní	16	30 %
Golfový	0	0 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 12 Typ kočárků (n=53)



Zdroj: vlastní

Další otázka se zabývala spokojeností rodiče s jednotlivými typy kočárků. Nejvíce rodiče využívají typ kočárku známý jako „trojkombinace“ ve 47 %, dalším je kočárek tříkolový sportovní 30 % a na další příčce je hluboký s hlubokou korbou v zastoupení 23 %. Dle grafu je vidět, že pro golfový kočárek nehlasoval nikdo z respondentů, a to je velmi dobře, jelikož není vhodný.

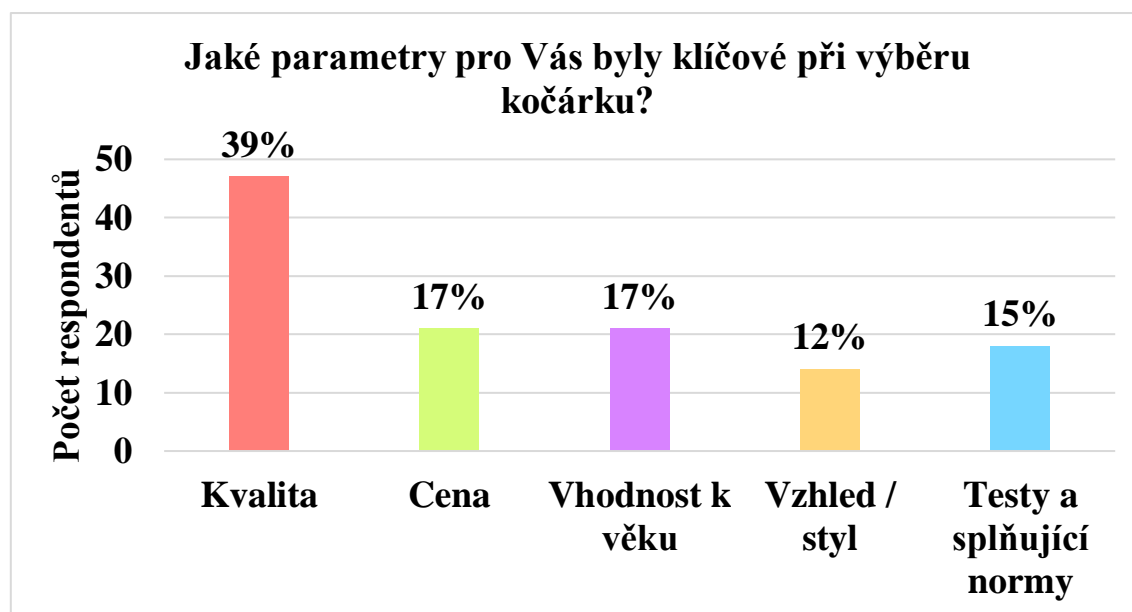
Otázka č. 11: „Jaké parametry pro Vás byly klíčové při výběru kočárku? (více možností)“

Tabulka 11 Parametry kočárku (n=121)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Kvalita	47	39 %
Cena	21	17 %
Vhodnost k věku	21	17 %
Vzhled / styl	14	12 %
Testy a splňující normy	18	15 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 13 Parametry kočárku (n=121)



Zdroj: vlastní

Tato otázka byla zaměřená na klíčové parametry výběru kočárku, opět měli na výběr zaškrtnou více možností, proto pracujeme opět s jiným číslem „n“. Nejvíce zastoupeným parametrem s 39 % je kvalita. Dalším je cena a vhodnost k věku oba tyto parametry získaly 17 % a 15 % rodičů zajímají i různé testy, které ovšem mohou být občas zavádějící. Nejméně volenou variantou byl ve 12 % vzhled a styl kočárku.

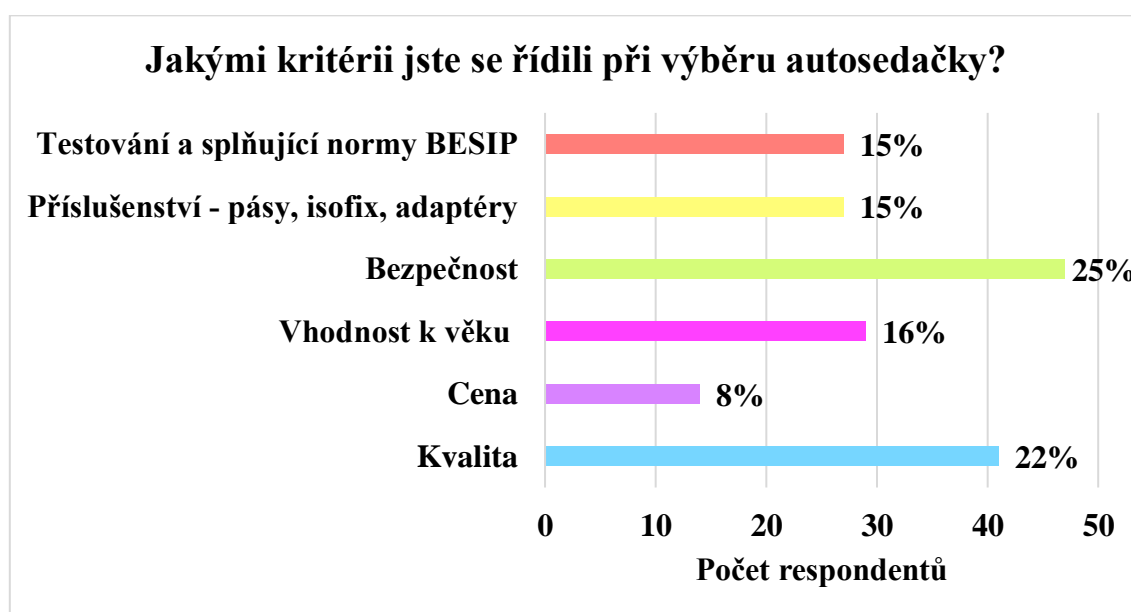
Otázka č. 12: „Jakými kritérii jste se řídili při výběru autosedačky? (více možností)“

Tabulka 12 Kritéria výběru autosedačky (n=185)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Kvalita	41	22 %
Cena	14	8 %
Vhodnost k věku	29	16 %
Bezpečnost	47	25 %
Příslušenství - pásy, isofix, adaptéry	27	15 %
Testování a splňující normy BESIP	27	15 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 14 Kritéria výběru autosedačky (n=185)



Zdroj: vlastní

Další otázka se zaměřila taktéž na kritéria výběru ale u autosedaček, opět měli respondenti možnost výběru více odpovědí, proto pracujeme s jiným číslem „n“. Nejvíce v tomto případě získal aspekt bezpečnosti 25 %, hned dalším byla kvalita 22 %, u 16% zaměření se na vhodnost sedačky. Opět stejné hodnoty jako u předešlého grafu získává testování a splňující normy 15 %, pro rodiče je podstatné i příslušenství 15 %. A nejmenší zastoupení získala cena 8 %, jakmile jde o bezpečnost dětí, cena není ani tak podstatná.

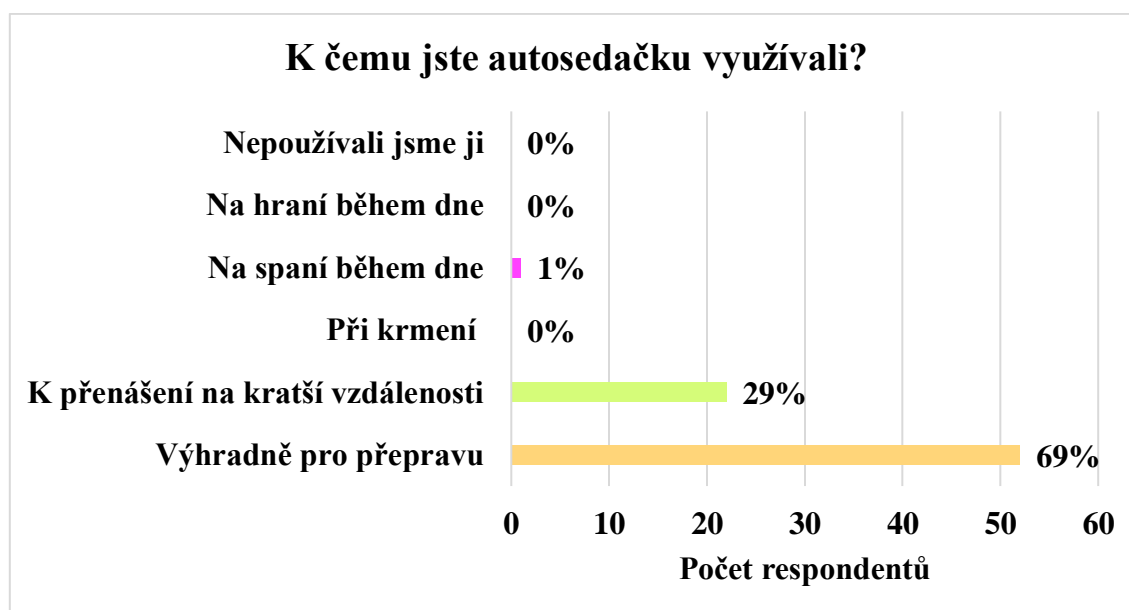
Otázka č. 13: „K čemu jste autosedačku využívali? (více možností)“

Tabulka 13 Využití autosedačky (n=75)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Výhradně pro přepravu	52	69 %
K přenášení na kratší vzdálenosti	22	29 %
Při krmení	0	0 %
Na spaní během dne	1	1 %
Na hraní během dne	0	0 %
Nepoužívali jsme ji	0	0 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 15 Využití autosedačky (n=75)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 13 se věnovala též tématu autosedaček, jen už byla směřovaná na konkrétní využití autosedaček. Opět zde byla možnost více odpovědí, proto počítáme s opět s jiným číslem „n“. Nejvíce je dle grafu autosedačka využívána výhradně pro přepravu 69 % a ve 29 % k přenášení na kratší vzdálenosti, ovšem asi tyto odpovědi nebudou úplně relevantní, jelikož každý rodič donese své dítě na rehabilitaci či k pediatrovi v autosedačce. Spaní během dne je v autosedačce absolutně nevhodné, a proto je dobré, že pouze 1 % volilo tuto odpověď, ovšem lepší by bylo, aby i zde byla 0 procent.

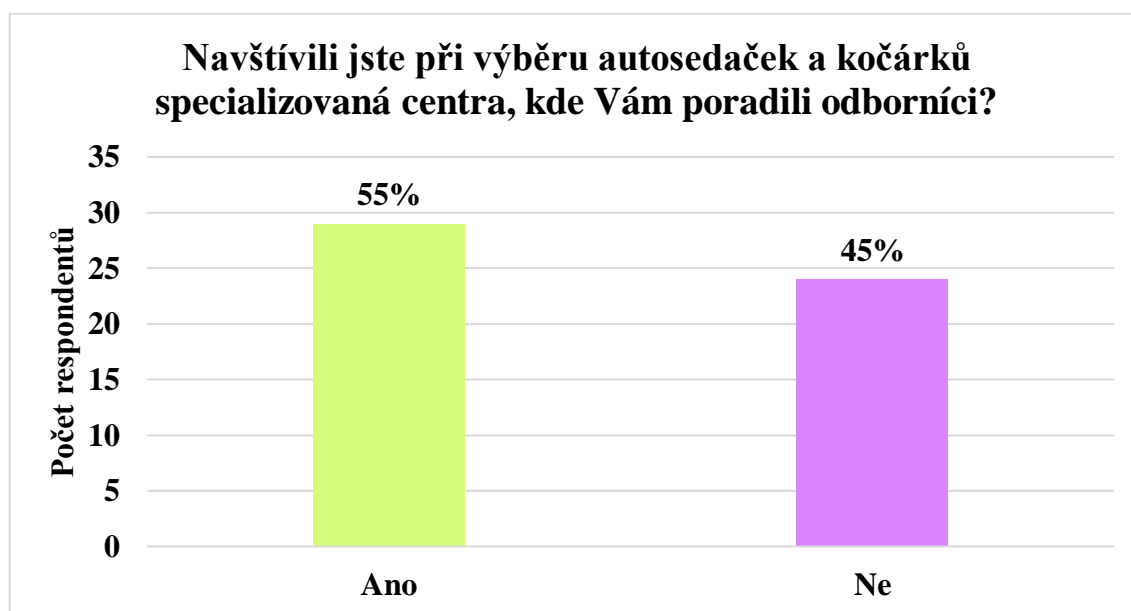
Otázka č. 14: „Navštívili jste při výběru autosedaček a kočárků specializovaná centra, kde Vám poradili odborníci?“

Tabulka 14 Specializovaná centra (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Ano	29	55 %
Ne	24	45 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 16 Specializovaná centra (n=53)



Zdroj: vlastní

Další otázka byla cílená na návštěvu specializovaných center při výběru autosedaček a kočárků, jelikož centra mají k dispozici mnoho proškolených odborníků. Odpovědi na tuto otázku byli skoro vyrovnané 55 % rodičů navštívilo specializované centrum a 45 % jej nenavštívilo. 55 % je kladný hodnotící prvek a zvyšuje to velmi povědomí rodičů v této oblasti.

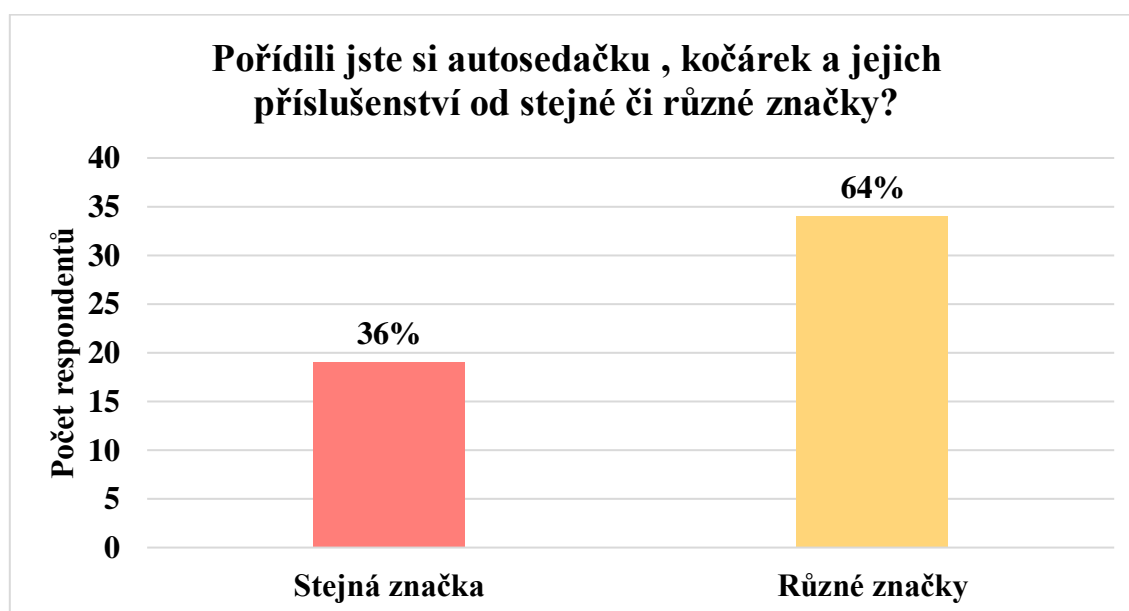
Otázka č. 15: „Pořídili jste si autosedačku, kočárek a jejich příslušenství od stejné či různé značky?“

Tabulka 15 Značky kočárků a autosedaček (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Stejná značka	19	36 %
Různé značky	34	64 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 17 Značky kočárků a autosedaček (n=53)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 15 byla jednou z klíčových pro výzkum, v této otázce bylo zjišťováno, zdali rodiče volili příslušenství stejné značky či od různých značek. Různé značky autosedaček, kočárků i jejich příslušenství volilo 64 % rodičů a značky stejné 36 %. Více bude tento graf rozebírán v následujících částech práce.

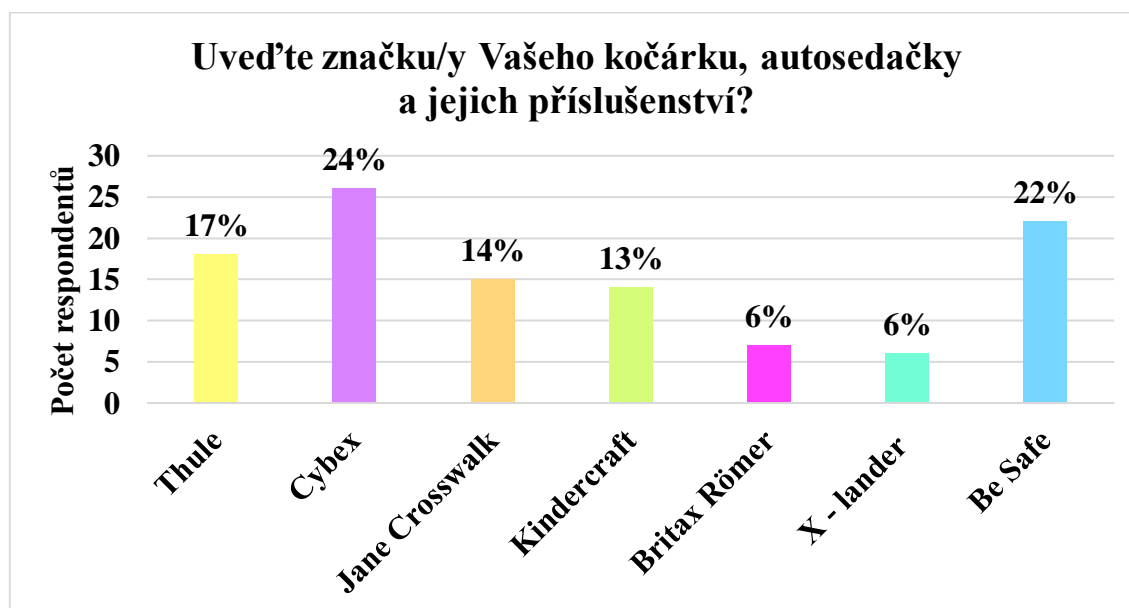
Otázka č. 16: „Uved'te značku/y Vašeho kočárku, autosedačky a jejich příslušenství? (více možností)“

Tabulka 16 Konkrétní značka kočárku a autosedačky (n=108)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Thule	18	17 %
Cybex	26	24 %
Jane Crosswalk	15	14 %
Kindercraft	14	13 %
Britax Römer	7	6 %
X-lander	6	6 %
Be Safe	22	20 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 18 Konkrétní značka kočárku a autosedačky (n=108)



Zdroj: vlastní

V této otázce měli rodiče vypsát jimi využívané značky kočárků i autosedaček, proto zde taktéž je počítáno s jiným číslem „n“. Nejčastěji zmiňovanou značkou je dle očekávání Cybex ve 24 %, dále 22 % získala populární značka vyrábějící autosedačky Be Safe, následuje další oblíbená značka sportovních kočárků Thule v zastoupení 17 %, poté jsou cenově dostupnější značky Jane Crosswalk ve 14 % a Kindercraft ve 13 %. Zastoupení 6 % má značka Britax Römer, která se specializuje i na autosedačky a taktéž 6 % získala značka sportovních kočárků X-lander.

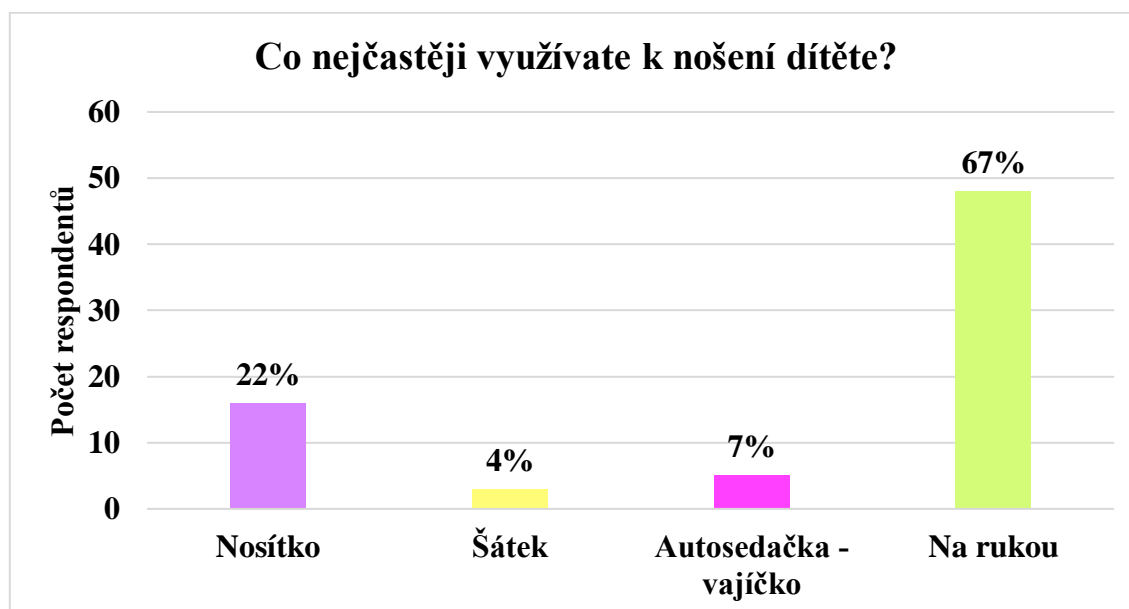
Otázka č. 17: „Co nejčastěji využíváte k nošení dítěte? (více možností)“

Tabulka 17 Nošení dětí (n=72)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Nosítko	16	22 %
Šátek	3	4 %
Autosedačka - vajíčko	5	7 %
Na rukou	48	67 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 19 Nošení dětí (n=72)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 17 se zajímala o nošení dětí, taktéž pracovala s možností více odpovědí, proto jiné číslo „n“. Nošení dětí na rukou preferuje 67 %, což je zvláštní a zavádějící výsledek, nehledě na to, že to má určitý dopad i na záda rodičů. Dále rodiče volí variantu nosítka ve 22 %. Šátek volili pouhá 4 % rodičů a 7 % preferuje nošení ve vajíčku, tedy v autosedačce. Což ovšem nemusí být úplně vhodná varianta vzhledem k vývoji dítěte.

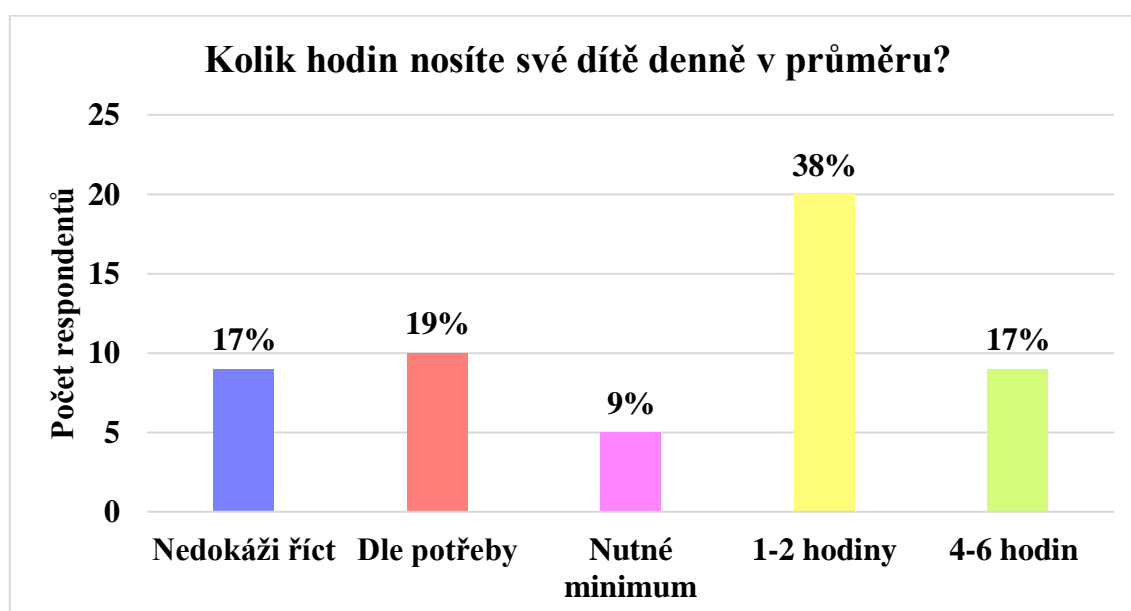
Otázka č. 18: „Kolik hodin nosíte své dítě denně v průměru?“

Tabulka 18 Průměrný čas nošení dětí (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Nedokáží říct	9	17 %
Dle potřeby	10	19 %
Nutné minimum	5	9 %
1-2 hodiny	20	38 %
4-6 hodin	9	17 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 20 Průměrný čas nošení dětí (n=53)



Zdroj: vlastní

Tato otázka úzce souvisí s předešlou otázkou nošení, v této rodiče měli zvolit kolik času zhruba denně nosí své dítě. Nejčastěji se jednalo o 1-2 hodiny ve 38 %, v 19 % rodiče volili variantu, že dle potřeb dítěte. Dále v 17 % se jednalo o 4-6 hodin a také o variantu, že nedokáží říct. A 9 % rodičů volilo nutné minimum pro nošení. Je nutné brát v potaz, že se nošení a jeho čas odvíjí především od vývojového stupně.

Otázka č. 19: „Myslíte si, že je šátkování dětí pouze kontroverzní trend?“

Tabulka 19 Šátkování (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Ano, je to zbytečně složité	0	0 %
Ne, je to velmi účinný způsob	23	43 %
Nevím	30	57 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 21 Šátkování (n=53)



Zdroj: vlastní

Otázka zaměřená na kontroverzní trend nošení dětí je též nezbytnou pro tuto práci. V této otázce byl zjišťován názor rodičů na jeden ze způsobů nošení malých dětí. Největší zastoupení měla odpověď v 57 %, že rodiče nevědí. O něco méně odpovědělo ve 43 %, že šátkování považují za velmi účinný způsob. A je překvapující, že si nikdo z respondentů nemyslí, že se jedná o kontroverzní trend, alespoň dle dotazníkového šetření.

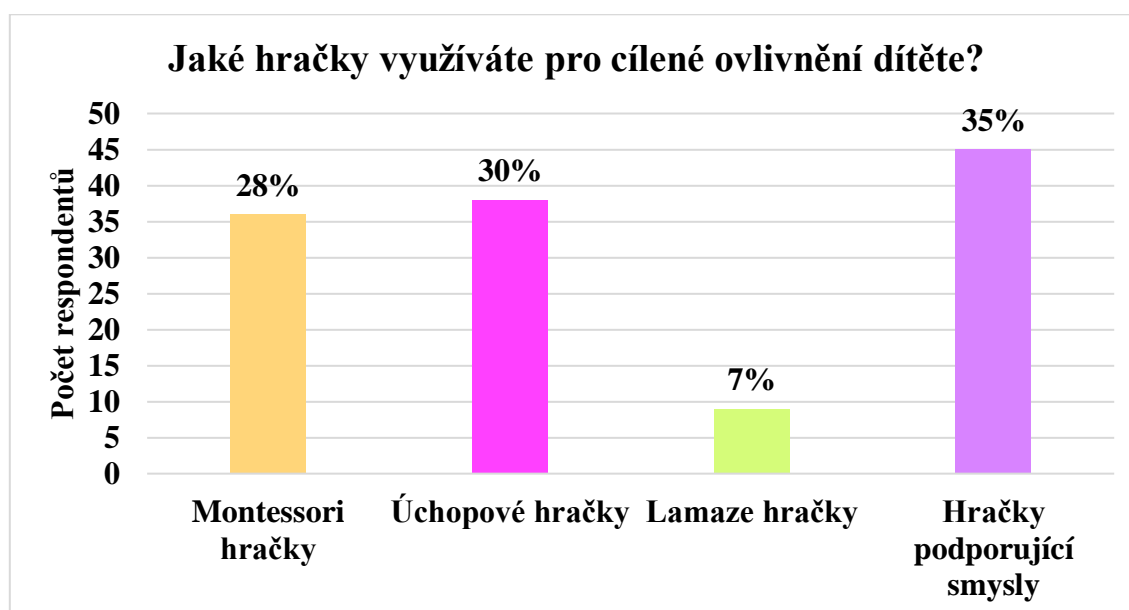
Otázka č. 20: „Jaké hračky využíváte pro cílené ovlivnění dítěte? (více odpovědí)“

Tabulka 20 Hračky (n=128)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Montessori hračky	36	28 %
Úchopové hračky	38	30 %
Lamaze hračky	9	7 %
Hračky podporující smysly	45	35 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 22 Hračky (n=128)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 20 byla rozbírána problematika hraček, respektive bylo zjišťováno, jakými konkrétními hračkami ovlivňovali své děti. Měli zde opět více možností pro označení, proto vycházím z jiného čísla „n“. Zastoupení 35 % měly hračky podporující smysly, tyto hračky mohou způsobit přehlcení dítěte, jelikož dítě příliš stimuluje, ale jsou oblíbené mezi rodiči. Dále byly hračky úchopové 30 % a hračky Montessori 28 %, dalo by se říct, že se jedná o velmi podobné hračky, a proto je jejich zastoupení hodnoceno jako největší. V 7 % byla zastoupená zajímavá kategorie hraček Lamaze.

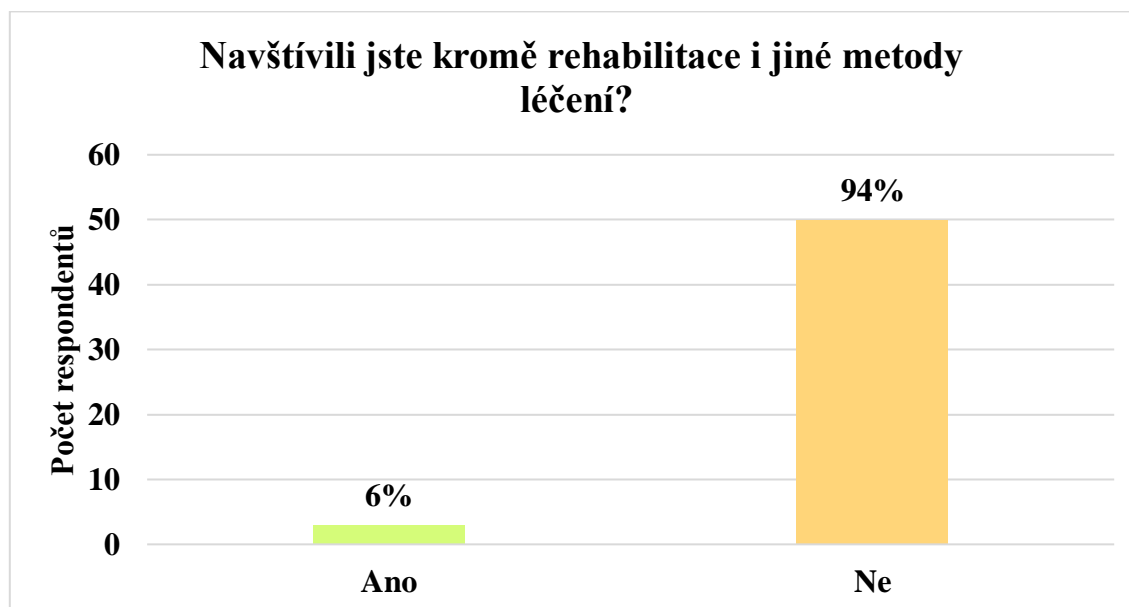
Otázka č. 21: „Navštívili jste kromě rehabilitace i jiné metody léčení?“

Tabulka 21 Jiné metody léčení (n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Ano	3	6 %
Ne	50	94 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 23 Jiné metody léčení (n=53)



Zdroj: vlastní

V otázce č. 21 bylo zjišťováno, zda-li rodiče kromě rehabilitace navštívili i jinou metodu léčení. Tato otázka byla položena, z toho důvodu, že je též důležitá pro tuto práci a rodiče stále zkouší různé metody a jejich alternativy. Ovšem překvapujícím výsledkem bylo, že 94 % respondentů nenavštívilo se svými dětmi jiné léčebné metody, pouhých 6 % je navštívilo. Tyto výsledky nebyly předpokládány ze strany autorky, ale je možné, že rodiče jen netušili, co si pod tím mají představit.

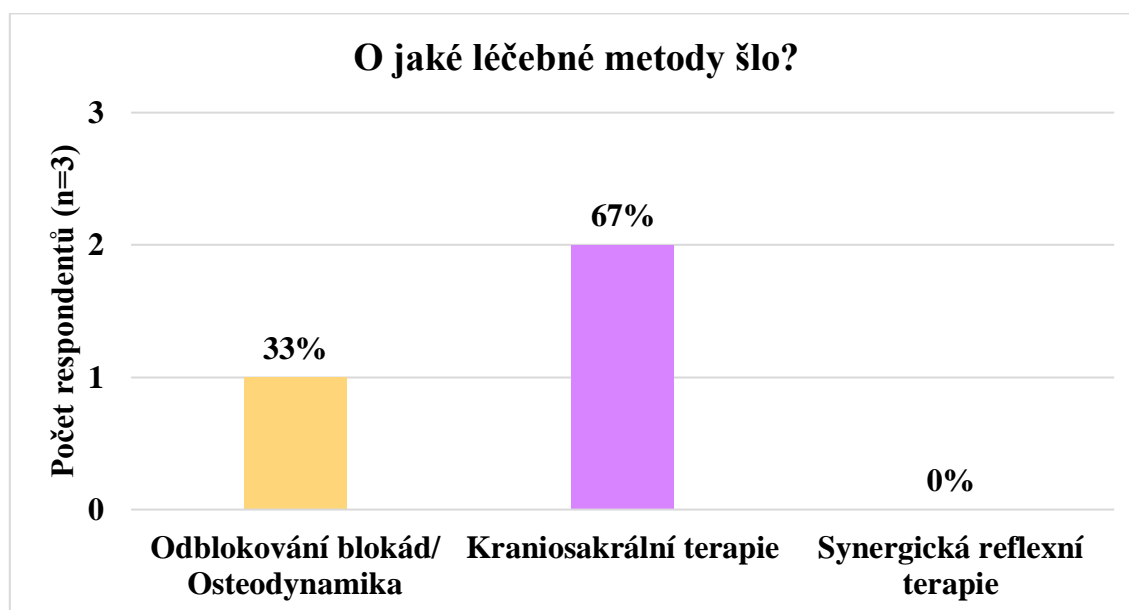
Otázka č. 22: „O jaké léčebné metody šlo?“

Tabulka 22 Konkrétní metoda léčení (n=3)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Odblokování blokád/ Osteodynamika	1	33 %
Kraniosakrální terapie	2	67 %
Synergická reflexní terapie	0	0 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 24 Konkrétní metoda léčení (n=3)



Zdroj: vlastní

Tato otázka je součástí předešlé otázky, pouze 3 respondenti v předešlé otázce odpověděli ANO, proto vycházím z čísla n=3. Rodiče se setkali pouze s metodami jako je kraniosakrální terapie a odblokování blokád, jejichž procentuální zastoupení je u kraniosakrální terapie 67 % a u odblokování blokád 33 %. Je možné, že pochopení předešlé otázky bylo nesprávné a rodiče netušili, co si pod tím představit a rovněž tím byla ovlivněna i tato odpověď.

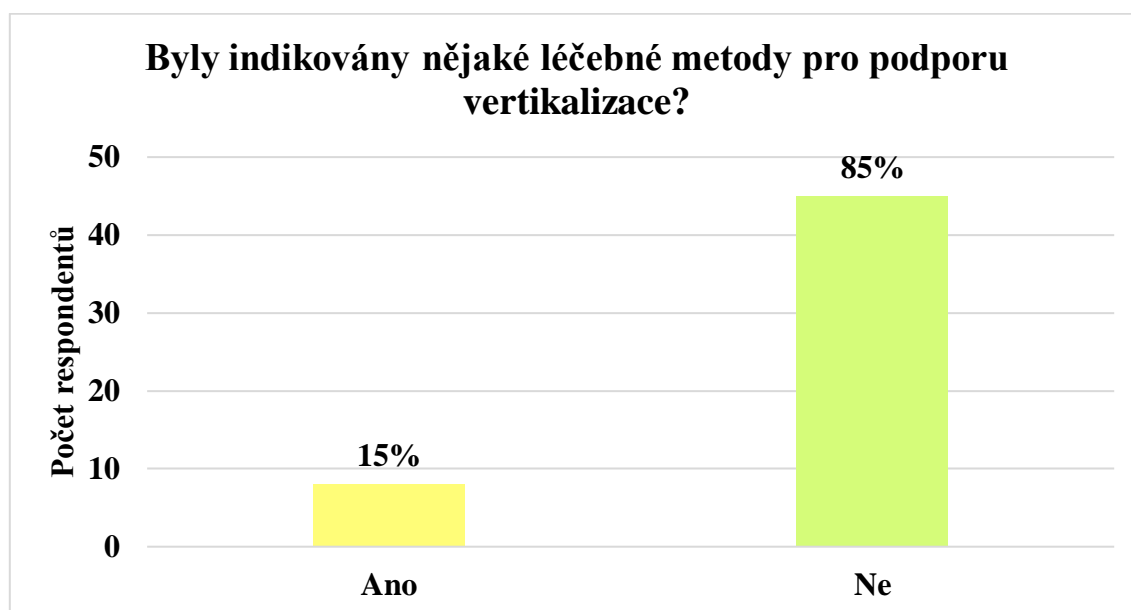
Otázka č. 23: „Byly indikovány nějaké léčebné metody pro podporu vertikalizace?“

Tabulka 23 Léčebné metody pro podporu vertikalizace(n=53)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
Ano	8	15 %
Ne	45	85 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 25 Léčebné metody pro podporu vertikalizace (n=53)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 23 se zajímala o indikaci léčebných metod pro podporu vertikalizace dětí, ovšem opět asi došlo k chybě na straně zadávajícího a respondenti si tuto otázku vyložili jinak. Ovšem výsledky jsou následující 85 % odpovědělo, že nebyly indikovány léčebné metody pro podporu vertikalizace. Pouhých 15 % odpovědělo, že byly indikovány metody pro podporu vertikalizace a tím pochopili i autorčin záměr. Pod těmito metodami si měli představit např. Vojtovu reflexní lokomoci, Bobath koncept a s ním spjatý handling či další jiné.

Otázka č. 24: „Jaké léčebné metody pro podporu vertikalizace byly indikovány?“

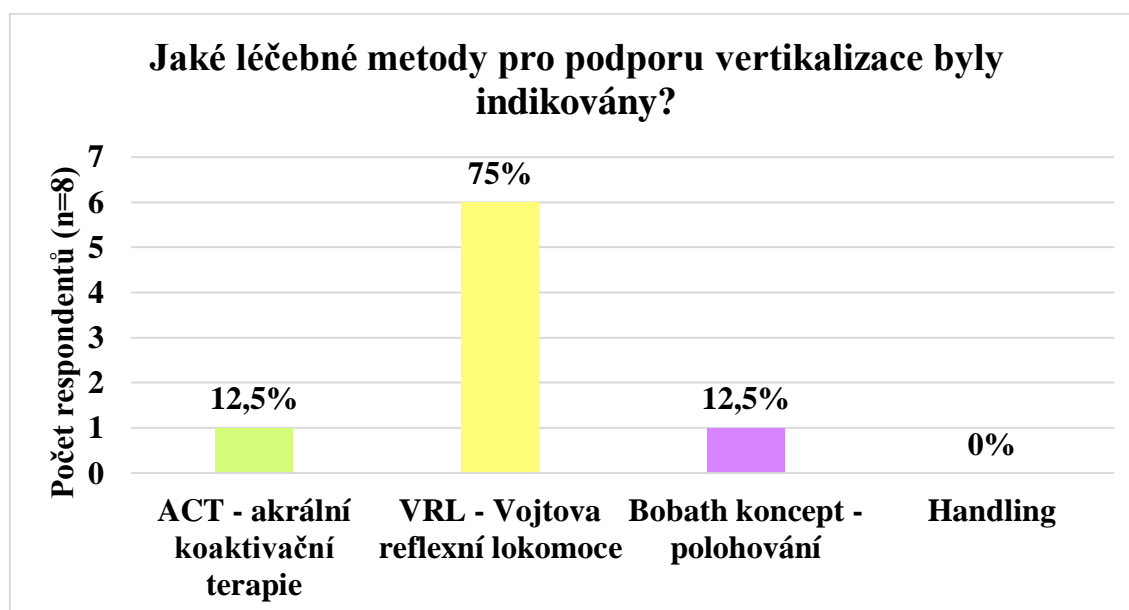
Tabulka 24 Konkrétní léčebné metody pro podporu vertikalizace(n=8)

Odpověď	Počet respondentů	Procentuální vyjádření
ACT - Akrální koaktivační terapie	1	12,5 %
VRL - Vojtova reflexní lokomoce	6	75 %
Bobath koncept - polohování	1	12,5 %
Handling	0	0 %

**pouze 8 respondentů v předešlé otázce odpovědělo ANO, proto vycházím z celku 8*

Zdroj: vlastní

Obrázek 26 Konkrétní léčebné metody pro podporu vertikalizace (n=8)



Zdroj: vlastní

Otázka č. 24 vznikla v návaznosti na otázku č. 23 a velmi spolu souvisejí. Jak bylo zmiňováno výše vycházím z respondentů, kteří v otázce č. 23 odpověděli ANO, proto je vycházeno z čísla n =8. Tyto odpovědi se odvíjí určitě od nevhodného položení předchozí otázky, rodiče opět netušili, co si pod tím představit. Ale v zastoupení 75 % se objevila mezi rodiči nejznámější Vojtova reflexní lokomoce a dále vyšlo stejné procentuální vyjádření 12,5 % u Akrální koaktivační terapie a Bobath konceptu. Udivující byl výsledek 0 % u handlingu.

12 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

Tato sekce praktické části je soustředěna na další metodu zkoumání, kterou je analýza dat ze zdravotnické dokumentace. Jedná se o hodnoty, které zkoumaly druhou hlavní vý-zkumnou otázku. Analýzu dat tvořilo 58 zdravotnických karet, které odpovídaly předem sta-noveným kritériím a tvořili právě zkoumanou skupinu D. Proto je zde počítáno s celkem n=58.

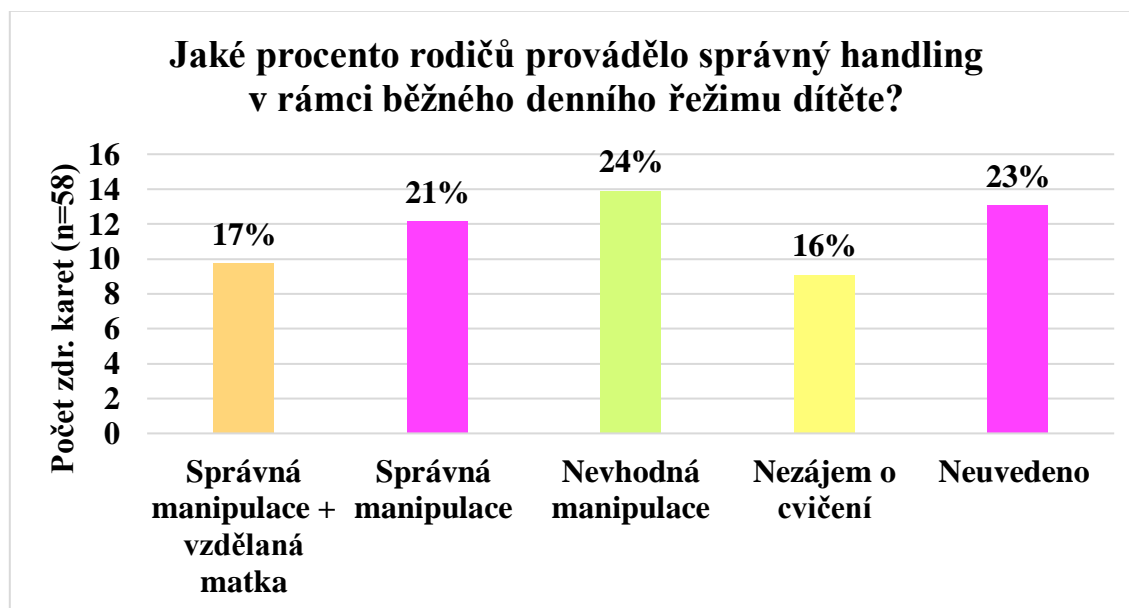
VO 2: Jaké procento rodičů provádělo správný handling v rámci běžného denního režimu dítěte?

Tabulka 25 Handling – analýza dat (n=58)

Postoj matky (n=58)	Počet zdravotnických karet	Procentuální vyjádření
Správná manipulace + vzdělaná matka	10	17 %
Správná manipulace	12	21 %
Nevhodná manipulace	14	24 %
Nezájem o cvičení	9	16 %
Neuvedeno	13	23 %

Zdroj: vlastní

Obrázek 27 Handling – analýza dat (n=58)



Zdroj: vlastní

Interpretace grafu, který vznikl z analýzy dat zdravotnické dokumentace je následující – matky byly určeny do 4 kategorií, které si určila sama autorka práce. Je nutno

podotknout, že ve zdravotnické dokumentaci byly sepsána terapeutem jasná fakta. První kategorii tvořili matky, které prováděly manipulaci dle pokynů terapeuta, ale zároveň moderně a odpovědně přistupovaly k motorickému vývoji svého dítě. Tuto skupinu tvořilo 17 % matek. Druhou kategorií byly matky, které správně manipulovaly dle pokynů terapeuta. Tato skupina byla tvořena 21 %. Třetí skupinou byla skupina matek, které prováděly manipulaci nevhodně, ale snažily se dodržovat pokyny terapeuta. Do této skupiny spadalo 24 % matek. A poslední kategorií byly matky, kteréjevily nezájem o cvičení, projevovaly se laxně, nesprávně manipulovaly s dítětem a pokyny terapeuta byly ignorovány. Tuto skupinu tvořilo poměrně velké procento matek, což bylo 16 %. A také zde byla sekce neuvedeno, u které vycházím z předpokladu, že pokud zde stojí neuvedeno, jedná se též o správnou manipulaci a terapeut neměl důvod k zápisu. Z těchto výsledků je tedy zřejmé, že nejpočetnější skupinou je skupina matek správně manipulujících, jelikož k nim spadá i sekce neuvedeno, dohromady tedy oba růžové sloupce tvoří 44 %.

13 DISKUZE

Hlavním cílem v této bakalářské práci bylo přiblížit význam handlingu a využití pomůcek, formující psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta. Vedlejším cílem bylo vyhotovení brožury, která rodičům usnadní orientaci v této aktuální problematice. Současně pak bylo stanoveno 5 výzkumných otázek, 2 hlavní a 3 vedlejší na které je v rámci zkoumání odpovídáno.

Předmětem výzkumu této bakalářské práce byly 2 zkoumané soubory. Výzkum se tedy v první řadě skládal z dotazníkového šetření, jež tvořila skupina M. V rámci tohoto kvalitativního výzkumu bylo zajištěno 53 probandů, kteří dotazník v elektronické podobě vyplnili. Všechny odpovědi byly shromážděné formou elektronických dotazníků, který vyplnily probandi skupiny M prostřednictvím platformy Google Forms. Prostřednictvím tohoto dotazníkového šetření byly zjištěny odpovědi na 1 hlavní a 3 vedlejší výzkumné otázky. Druhá část výzkumu byla postavena na analýze dat ze zdravotnické dokumentace. K dispozici bylo 108 zdravotnických karet a na základě striktního stanovení pravidel bylo vyřazeno 50 karet. Zbýlých 58 zdravotnických karet tedy tvořilo druhou sledovanou skupinu D. Tato skupina byla podrobně zkoumána a souhrn výsledků tvoří odpověď na 2. hlavní výzkumnou otázku.

Nejdříve budou v rámci této kvalifikační práce rozebírány 2 hlavní výzkumné otázky a poté postupně budou zodpovězeny 3 vedlejší výzkumné otázky.

V této kvalifikační práci byla stanovena první hlavní výzkumná otázka **VO 1:** *Jaké pomůcky nejčastěji rodiče využívají k podpoře motorických funkcí u svých dětí, popřípadě které z pomůcek využívají, ale patří mezi nevhodné?*

Tato výzkumná otázka byla určena z důvodu zjištění nejčastějších pomůcek, které podporují motorický vývoj u dětí a rodiče je využívají. Vlastní výzkum poukazuje na široké spektrum využívaných pomůcek. Záměrně byly ve výběru možných odpovědí i ty méně vhodné pomůcky. Respondenti ze skupiny M měli možnost výběru více odpovědí, největší procentuální zastoupení měl kočárek ve 26 % v 17 % byla zmíněna neméně důležitá autosedačka, až 14 % rodičů se řídí radami od svého terapeuta, následovaly nosící pomůcky ve 13% nosítko a v pouhých 5% šátek. V 11 % bylo zastoupeno houpací lehátko, které je nutné využívat s mírou. Velmi kladně jsou hodnoceny výsledky u hopsadel 1 %, hojda vaků 1 % a 3 % chodítek, jelikož tyto pomůcky patří mezi ty méně vhodné. Využití odrážedel u dětí je 9 %, je to adekvátní výsledek, jelikož i k jejich používání, mají mnozí odborníci výtky.

Využití těchto pomůcek jako nejčastějších potvrzují Kačírková s Rybovou (2022) ale i Schreierová (2018) ve svých publikacích, které jsou cílené přímo na rodiče. Tyto autorky se i přesně shodují v racionálních názorech týkající se nevhodných pomůcek a jejich negativních dopadech na psychomotorický vývoj dětí. Když dojde k porovnání výsledků z dotazníku a faktů, které píší zmiňované autorky, tak můžeme tvrdit, že rodiče nevhodné pomůcky znají a jejich využívání je opravdu minimální.

Druhá hlavní výzkumná otázka, zkoumající správný handling **VO 2: Jaké procento rodičů provádělo správný handling v rámci běžného denního režimu dítěte?**

Druhá hlavní výzkumná otázka byla zkoumána z analýzy zdravotnické dokumentace. Výzkum byl poskládán z 58 možných zdravotnických karet, které měly předem stanovená kritéria. Tyto karty tvořily tedy druhou zkoumanou skupinu D, u které bylo hlavní podmínkou alespoň 1x za návštěvu zmíněn přístup matky k manipulaci a handlingu. Výsledky vlastního výzkumu pracují s následujícími procenty a čtyřmi kategoriemi matek, do kterých byly rozděleny autorkou.

Matky docházející na rehabilitaci, se svým dítětem byly určeny do 4 kategorií. Je nutno podotknout, že ve zdravotnické dokumentaci byly sepsána terapeutem jasná fakta o vývoji dítěte, ale i přístupu matky. První kategorii tvořili matky, které prováděly manipulaci dle pokynů terapeuta, ale zároveň moderně a odpovědně přistupovaly k motorickému vývoji svého dítěte. Tuto skupinu tvořilo 17 % matek. Druhou kategorií byly matky, které správně manipulovaly dle pokynů terapeuta. Tato skupina byla tvořena 21 %. Třetí skupinou byla skupina matek, které prováděly manipulaci nevhodně, ale snažily se dodržovat pokyny terapeuta. Do této skupiny spadalo 24 % matek. A poslední kategorií byly matky, které jevíly nezájem o cvičení, projevovaly se laxně, nesprávně manipulovaly s dítětem a pokyny terapeuta byly ignorovány. Tuto skupinu tvořilo poměrně velké procento matek, což bylo 16 %. A také zde byla sekce neuvedeno, u které vycházím z předpokladu, že pokud zde stojí neuvedeno, jedná se též o správnou manipulaci a terapeut neměl důvod k zápisu. Z těchto výsledků je tedy zřejmé, že nejpočetnější skupinou je skupina matek správně manipulujících, jelikož k nimž spadá i sekce neuvedeno, dohromady tedy oba růžové sloupce v grafu č. 27 tvoří 44 %, tedy celkem 25 matek, které správně provádějí handling. K této skupině ovšem beze sporu patří i skupina matek, která nejen že provádí správně manipulaci, ale také odpovědně a moderně přistupují k motorickému vývoji. Proto, je předpokládán takový výsledek, že po sečtení těchto 2 kategorií a sekce „neuvedeno“ probíhá správně handling u 60 %, tedy u 35 matek i v domácím prostředí v rámci denního režimu dítěte. Tato analýza

tedy v praxi popisuje tvrzení Skaličové- Kováčikové (2023), že matka dochází se svým dítětem na rehabilitaci, aby se naučila správně manipulovat s novorozencem a stala se tzv. domácím terapeutem.

Třetí vedlejší výzkumná otázka se zabývala hledisky výběru kočárků a autosedaček **VO 3: Jaká jsou hlediska výběru vhodného kočárku, autosedačky a jejich příslušenství – do jaké míry tyto hlediska ovlivňuje různorodost jednotlivých značek?**

Tato otázka byla zkoumána opět z dotazníkového šetření pro skupinu M. Ve vlastním výzkumu byly záměrně zvoleny otázky týkající se různorodosti značek, jež vyrábí toto příslušenství, návštěvnosti specializovaných center. Jelikož je toto jsou právě hlediska, které rodič musí zvážit v rámci výběru. Otázka č. 15 byla klíčovou pro výzkum týkající se již zmiňované různorodosti značek. Různé značky autosedaček, kočárků i jejich příslušenství volilo 64 % rodičů a značky stejné 36 %. Tímto chtěla poukázat autorka na to, že jsou rozdíly v tom, že pokud se jedna firma specializuje na danou problematiku jako je třeba bezpečnost autosedaček, je dobré pořídit si autosedačku právě od této firmy, a ne od stejné v rámci trojkombinace – kdy mají rodiče autosedačku, kočárek a příslušenství od stejné značky. S různorodostí je úzce spjata i návštěva specializovaných center při výběru vhodné autosedačky a kočárku, jelikož centra mají k dispozici mnoho proškolených odborníků. Až 55 % rodičů navštívilo specializované centrum a 45 % jej nenavštívilo. Kladným hodnotícím prvkem je výsledek rodičů, kteří navštívili specializovanou prodejnu. Z toho vyplývá i fakt, že povědomí rodičů v této oblasti se zvyšuje.

Kvůli problematice ve výběru autosedaček a kočárků absolvován online kurz u Bc. Marie Langové (2024), která ve svém kurzu pro odborníky a rodiče dopodrobna rozebírá všechny faktory ovlivňující výběr těchto pomůcek a zmiňuje zde, jak velký vliv hraje různorodost značek hlavně u výběru autosedaček. A apeluje na rodiče, aby využívali bezplatné konzultace v těchto centrech, pokud se jedná o bezpečí dětí.

Čtvrtá vedlejší výzkumná otázka v této kvalifikační práci se zabývala léčebnými metodami **VO 4: Které léčebné metody byly nejčastěji indikovány pro podporu vertikalizace u dětí do 3 let?**

Tato výzkumná otázka opět pracovala s výsledky z dotazníkového šetření pro skupinu M. Autorčin záměr zkoumat léčebné metody a jejich indikaci k podpoře vertikalizace byl z její strany původně hodnocen jako dobrý záměr, ovšem došlo ke špatné formulaci otázky, jež způsobila velmi nízkou návratnost odpovědí. Od špatně položené

otázky č. 23 se, odvíjela otázka č. 24 a je předpokládáno, že rodiče kvůli špatné formulaci pochopily otázku v jiném slova smyslu, proto 85 % odpovědělo, že nebyly indikovány léčebné metody pro podporu vertikalizace. Pouhých 15 % odpovědělo, že byly indikovány metody pro podporu vertikalizace a tím pochopili i autorčin záměr. Pod těmito metodami si měli představit např. Vojtovu reflexní lokomoci, Bobath koncept a s ním spjatý handling či další jiné. Proto nemá dále význam rozepisovat tuto výzkumnou otázku, jelikož se autorce nepodařilo ji zodpovědět, dle jejích představ.

Ovšem Kačírková s Rybovou (2022) zmiňují ve své publikaci, že metodami, které přináší celosvětový úspěch a vysokou účinnost jsou právě Vojtova reflexní lokomoce a koncept manželů Bobathových.

Poslední položenou výzkumnou otázkou této kvalifikační práce je vedlejší výzkumná otázka, týkající se nošení dětí **VO 5: Jak rodiče vnímají šátkování - považují rodiče šátkování pouze za kontroverzní trend?**

Jednalo se o otázku rovněž volenou pro skupinu M. Otázka byla konkrétně zaměřená na kontroverznost trendů nošení dětí. Ve vlastním výzkumu byl zjišťován názor rodičů na jeden ze způsobů nošení malých dětí, čímž je šátkování. Největší zastoupení měla odpověď v 57 %, že rodiče nevědí. O něco méně respondentů odpovědělo ve 43 %, že šátkování považují za velmi účinný způsob. A je překvapující, že si nikdo z respondentů nemyslí, že se jedná o kontroverzní trend, alespoň dle dotazníkového šetření. Ale stále převažuje jakási nevědomost v celkových dopadech na nošení dětí v šátku či nosítku.

Tuto problematiku osvětluje Pohořálková (2018) ve své publikaci v časopisu Umění fyzioterapie různými pohledy několika odborníků, ovšem všechny tyto názory jsou zakořeněny v evoluci vývoje člověka. Popisuje zde i disertační práci Evelin Kirkilionis, která dospěla k závěru, že znakem aktivního nošence u lidských dětí, je reflexní pozice nohou a jejich schopnost uchopit nohama bok nosící osoby, podle jejího zkoumání perfektně při nošení dětí zapadne do hlavice jamky kyčelního kloubu, v poloze, která odpovídá abdukci 35°- 45° a flexi 90°- 120° a tlak hlavice je do jamky rovnoměrně rozložen. Mnoho publikací, které se zabývají problematikou nošení dětí se opírají o jasné Stanovisko České pediatrické společnosti (2018), která negativní dopady na vývoj páteře, pánve a kyčlí neprokázala. Ovšem samy dodávají, že k této problematice ještě chybí novodobé odborné studie, aby byl tento dopad 100 % vyvrácen.

13.1 Limitace a úskalí práce

Největší limitaci autorka shledává v množství literatury, jedná se o je poměrně malé množství české, ale i zahraniční literatury. Tato problematika je zpracována spíše do publikací pro rodiče, odborných publikací je také malé množství. Všechny jsou postaveny především na českých i zahraničních publikacích Václava Vojty. V rámci zdrojů existuje i malé množství literatury, zpracovávající problematiku ergoterapie u kojenců a batolat. Jak je již v této práci zmíněno tuto oblast si ergoterapeuti prohlubují formou různých odborných kurzů. Proto autorka absolvovala 5 online kurzů a webinářů, které byly vedeny odborníky, které se specializují na dětský vývoj. V rámci kurzů došlo k ukotvení teoretických znalostí a praktických dovedností v této problematice.

Mnohá úskalí jsou popsána v rámci diskuze. Studie, které se týkají této problematiky jsou příliš staré nebo naopak se čeká na jejich zpracování. Úskalím je vnímán i dotazník pro rodiče, jelikož je postaven na jejich subjektivním názoru, a rodič vždy vidí své dítě v nejlepším světle.

Limitací bylo pochybení autorky ve formulaci otázky, která se zabývala problematikou léčebných metod. Ale jako limitace byla zařazena i přílišná odbornost v použitých otázkách dotazníkového šetření. Díky zpětné vazbě rodičů mohla autorka tuto limitaci zařadit.

Autorka shledává největší limitaci v rozšíření zkoumaného vzorku, jelikož jejím původním záměrem bylo oslovit rehabilitační centra po celé České republice, aby předešla zkreslení dat. Ale z důvodu stanovených kritérií a specifík sledovaného vzorku či časové indispozice pracovišť nebylo možné zkoumaný vzorek rozšířit.

ZÁVĚR

Závěr této kvalifikační práce podtrhuje důležitost porozumění významu handlingu a používání pomůcek pro psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami. Proto je tolik nezbytný edukace rodičů. Výzkumné otázky zkoumaly nejen samotné využití pomůcek rodiči, ale také jejich správné použití a hlediska ovlivňující výběr. Výsledky naznačují širokou škálu využívaných pomůcek, přičemž některé z nich vyžadují opatrný přístup kvůli jejich potenciálním negativním dopadům na vývoj dítěte. Zjištění naznačují také pozitivní trend ve zvyšování povědomí rodičů o správných metodách nošení a orientaci v bezpečnosti autosedaček i kočárků.

Analýza zdravotnické dokumentace ukázala, že většina rodičů provádí handling u svých dětí v souladu s pokyny terapeuta, což je důležité pro optimální podporu psychomotorického vývoje. Ovšem stále existuje prostor pro zlepšení, zejména u rodičů, kteří vykazují laxní chování při manipulaci s dítětem.

Výsledky dotazníku dále poukazují na rozdíly v preferencích rodičů při výběru pomůcek, přičemž je důležité brát v úvahu nejen různorodost značek, ale i konzultace s odborníky při výběru zejména autosedaček. Závěrečná výzkumná otázka reflektuje potřebu novodobého dalšího výzkumu, zejména v oblasti nošení dětí v šátkách či nosítkách.

Celkově lze říci, že tato práce přispívá k lepšímu porozumění problematice handlingu a využití pomůcek pro psychomotorický vývoj dětí s patologickými odchylkami. Dále tako práce otevírá otázky stále zvyšující se úrovně vzdělání rodičů díky možnostem této doby.

Pro shrnutí a objasnění problematiky poslouží i brožura vytvořená autorkou této práce, která je cílená na rodiče a měla by být rozšířená i do ambulantních dětských center.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ACT CENTRUM, 2024. *ACT Method / Physiotherapy*. Online. © 2024. Dostupné z: <https://www.act-method.com>. [cit. 2024-03-12].

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2024. *What is occupational therapy?* Online. [2024]. Dostupné z: <https://www.aota.org/about/what-is-ot>. [2024-03-12].

BARVENČÍKOVÁ, Soňa, 2022. *KISS, KIDD SYNDROM – vliv na pohybový projev dítěte*. Online. In: Fyziologie Nožka. 9. 6. 2022. Dostupné z: <https://fyzionozka.cz/kiss-kidd-syndrom-vliv-na-pohybovy-projev-ditete/>. [cit. 2024-02-08].

BĚHALOVÁ, Andrea, 2022. *Provázanost diastázy, predilekce hlavičky a centrální koordinační poruchy*. Online. In: andreabehalova.cz. 26. 11. 2022. Dostupné z: <https://www.andreabehalova.cz/diastaza-predilekce-handling/>. [cit. 2024-03-03].

CAPTIER, Guillaume; LÉBOUCQ, Nadège; CANOVAS, Francois; BONNEL, Francois; et al., 2003. Plagiocephaly: morphometry of skull base asymmetry. *Surgical and Radiologic Anatomy*. Vol. 25, No. 3–4, pp. 226–233.

DAVIES, Simone and UZODIKE, Junnifa, 2021. *The Montessori baby*. London: Workman Publishing. ISBN 978-15-235-1240-9.

DIE TRAGESCHULE, 2024. *Die Trageschule – The Worldwide Network of Babywearing Consultants*. Online. © 2024. Dostupné z: <https://www.trageschule.org/>. [cit. 2024-03-12].

DOLEŽALOVÁ, Kateřina, 2023. *MIMINKO V POHYBU on-line kurz, 11.9.-14.9. 2023*. Online. In: *Zdravě hravě s pohybem*. © 2023. Dostupné z: <https://zdravehravespohybem.cz/miminko-v-pohybu/>. [cit. 2024-03-12].

DOLEŽALOVÁ, Kateřina, 2024. *MIMINKO V ROVNOVÁŽE webinář, 20.2.-23.2. 2024*. Online. In: *Zdravě hravě s pohybem*. © 2024. Dostupné z: <https://zdravehravespohybem.cz>. [cit. 2024-03-12].

DYLEVSKÝ, Ivan, 2012. *Dětský pohybový systém*. Olomouc: Poznání. ISBN 978-80-87419-18-2.

DYRHONOVÁ, Olga; MÁČEK, Miloš; SMOLÍKOVÁ, Libuše a VLČKOVÁ, Blanka, 2017. *Léčebná rehabilitace v pediatrii*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-313-1.

GREGORA, Martin a DOKOUPILOVÁ, Milena, 2016. *Péče o novorozence a kojence*. 4. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5719-3.

GROOT-LANDEWEER, Gert, 2009. *Kraniosakrální terapie: jak se vlastními silami zbavit tělesných blokády*. Olomouc: Fontána. ISBN 978-80-7336-538-7.

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen; MARŠÁL, Karel; BINDER, Tomáš; BLÁHA, Jan; CALDA, Pavel et al., 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HARTZ, Sabine; HÖWER, Ulrike a KIENZLE-MÜLLER, Birgit, 2019. *Miminka v rovnováze: nošení podle poznatků fyzioterapie*. Praha: Iva Gondeková. ISBN 978-80-270-7107-4.

HELLBRÜGE, Theodor; ARCHALOUSOVÁ, Alexandra a ILENČÍKOVÁ, Denisa, 2010. *Prvních 365 dní v životě dítěte*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3457-6.

HUTCHISON, B. Lynne; STEWART, Alistair W.; DE CHALAIN, Tristan a MITCHELL, Edwin A., 2012. Hutchison et al. Serial developmental assessments in infants with deformational plagiocephaly. *Journal of Pediatrics and Child Health*. Vol. 48, No. 3, pp. 274–278.

JINDŘICHOVSKÁ BRABENCOVÁ, Markéta a NEVERIŠOVÁ, Kateřina, 2014. *Základní pojmy a oblasti působení v ergoterapii*. Brno: FSpS MUNI.

KAČÍRKOVÁ, Michaela a RYBOVÁ, Zuzana, 2022. *Pohybový vývoj dítěte s láskou a respektem*. Praha: Esence. ISBN 978-80-242-8004-2.

KAČÍRKOVÁ, Michaela, 2022a. *KISS syndrom 1. část*. Online. In: Dětská fyziomáma. 12. 5. 2022. Dostupné z: https://www.detskafyziomama.cz/blog/kiss-syndrom-1-cast_1424. [cit. 2024-02-02].

KAČÍRKOVÁ, Michaela, 2022b. *KISS syndrom 2. část + seznam zdravotníků*. Online. In: Dětská fyziomáma. 2. 6. 2022. Dostupné z: https://www.detskafyziomama.cz/blog/kiss-syndrom-2-cast-seznam-zdravotniku_1449. [cit. 2024-02-02].

KAČÍRKOVÁ, Michaela, 2024. *Webinář – Jak podpořit lezení po čtyřech, 15.2. 2024*. Online. In: Dětská fyziomáma. © 2024. Dostupné z: <https://www.detskafyziomama.cz>. [cit. 2024-03-17].

KIEDROŇOVÁ, Eva. Rozvíjej se, děťátko--: moderní poznatky o významu správné stimulace kojence v souladu s jeho psychomotorickou vyspělostí. [Praha]: Grada, 2010. Šťastné dítě (Grada). ISBN 978-80-247-3744-7.

KLUSOŇOVÁ, Eva, 2011. *Ergoterapie v praxi*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-535-8.

KOLÁŘ, Pavel a MÁČEK, Miloš et al., 2021. *Základy klinické rehabilitace*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-509-2.

KOLÁŘ, Pavel et al., 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. 2. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-500-9.

LANGOVÁ, Marie, 2024. *2. ročník kongresu Psychomotorický vývoj – aneb všechno souvisí se vším, 5.2.-11.2. 2024*. Online. In: Marielangova.cz. © 2024. Dostupné z: <https://marielangova.cz>. [cit. 2024-03-17].

LAZZARI, Simona. Vývoj dítěte v 1.-3. roce. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3734-8.

LEWITOVÁ, Clara-Maria Helena, 2018. *Umění fyzioterapie*. Roč. 3, č. 6, s. 5–16. ISSN 2464-6784.

MACHAČOVÁ, Eva a KUTÍN, Miroslav, 2018. Diastáza břišních svalů v novorozeneckém a kojeneckém věku. *Umění fyzioterapie*. Roč. 3, č. 6, s. 37–42. ISSN 2464-6784.

NEJEDLÁ, Petra, 2024. *2. online kongres, Vývoj řeči v souvislostech, 11.3.-15.3. 2024*. Online. In: Vyvojreci.cz. © 2024. Dostupné z: <https://vyvojreci.cz> [cit. 2024-03-17].

ORTH, Heidi, 2017. *Das Kind in der Vojta-Therapie*. 3. Auf. Berlin: Urban & Fischer. ISBN 978-3-437-46942-8.

PALAŠČÁKOVÁ ŠPRINGROVÁ, Ingrid, 2018. *Akrální vzpěrná cvičení pro napřímená záda u kojenců a dětí*. 3. vyd. Čelákovice: ACT centrum. ISBN 978-80-906440-8-3.

POHOŘÁLKOVÁ, Anna, 2018. Nošení dětí na těle: pohled z perspektiv několika odborníků. *Umění fyzioterapie*. Roč. 3, č. 6, s. 59–63. ISSN 2464-6784.

RYBA, Luděk a JANDA, Jan, 2018. *Stanovisko České pediatrické společnosti k nošení malých dětí v šátku či závěsu – tzv. „šátkování“ - pro a proti*. Online. In: Nejen pro děti.

22. 8. 2018. Dostupné z: <https://www.nejenprodeti.cz/clanky-novinky/stanovisko-ceske-pediatricke-spolecnosti-k-noseni-deti/>. [cit. 2024-02-07].

SCHREIEROVÁ, Vanda, 2015. *Rovnej proutek, dokud je mladý, a stav kvalitní pevné základy!* Online. In: [Vanickovani.cz](http://www.vanickovani.cz). 3. 1. 2015. Dostupné z: <https://www.vanickovani.cz/spravna-manipulace/>. [cit. 2024-03-03].

SCHREIEROVÁ, Vanda, 2018. *Handling a nošení dětí*. Praha: Vanda Schreierová. ISBN 9788027034918.

SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra, 2023. *Problémy kojenců v motorice, terapie Vojtovou metodou*. Olomouc: RL-CORPUS. ISBN 978-80-11-02947-0.

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

SMOLÍKOVÁ, Libuše, 2017. Respirační handling: moderní fyzioterapie novorozenců a kojenců. *Umění fyzioterapie*. Roč. 2, č. 4, s. 11–19. ISSN 2464-6784.

VACUŠKOVÁ, Miluše; VACUŠKA, Milan a RYŠAVÁ, Marie, 2003. Psychomotorický vývoj dítěte a jeho sledování sestrou. *Pediatric pro praxi*. Č. 1, s. 43–45. ISSN 1213-0494.

VOJTA, Václav a SCHWEIZER, Edith, 2009. *Die Entdeckung der idealen Motorik: Die Entwicklung der angeborenen Bewegungsmuster im ersten Lebensjahr: Kinesiologische und muskuläre Analyse*. München: Richard Pflaum Verlag. ISBN 978-37-905-0966-3.

VOJTA, Václav, 1993. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. Praha: Avicenum. ISBN 80-85424-98-3.

VOJTA, Václav, 2000. *Die zerebralen Bewegungsstörungen im Säuglingsalter: Frühdiagnose und Frühtherapie*. Berlin: Hippokrates. ISBN 978-31-314-0767-2.

VOLEMANOVÁ, Marja, 2020. Primární reflexy a jejich vliv na motoriku a řeč. *Listy klinické logopedie*. Roč. 4, č. 1, s. 37–44. ISSN 2570-6179.

ZÁDRAPOVÁ, Mariana a ČERVENKOVÁ, Danuška, 2018. *Umění fyzioterapie*. Roč. 3, č. 6, s. 27–35. ISSN 2464-6784.

ZAHRADNICKÁ, Ilona, 2023. *Ergoterapie v pediatrii*. [přednáška]. 2023-11-13, ZČU v Plzni.

ZEMÁNEK, Tomáš, 2018. Deformační plagiocefalie z pohledu fyzioterapeuta. *Umění fyzioterapie*. Roč. 3, č. 6, s. 49–57. ISSN 2464-6784.

ZOUNKOVÁ, Irena a SMOLÍKOVÁ, Libuše, 2012. Následná ambulantní fyzioterapie nezralých dětí. *Pediatric pro praxi*. Roč. 13, č. 5, s. 299–303.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – VZOR DOTAZNÍKU MS WORD	85
Příloha B – BROŽURA PRO RODIČE	90
Příloha C – SOUHLAS S VÝKUMNÝM ŠETŘENÍM.....	94

PŘÍLOHY

Příloha A – VZOR DOTAZNÍKU MS WORD

DOTAZNÍK

Dobrý den, vážené respondentky/ respondenti,

jmenuji se Dominika Mazurová a jsem studentkou oboru ergoterapie na Fakultě zdravotnických studií na ZČU v Plzni. Píši bakalářskou práci na téma - Moderní přístupy a jejich význam k podpoře motorických funkcí u dětí do 3 let z pohledu ergoterapeuta. Obracím se na Vás s prosbou vyplnit tento dotazník, který se týká vývoje vašeho dítěte, pomůcek, možností nošení dětí, kočárků a autosedaček. Prosím Vás o pečlivé vyplnění dle Vašich pocitů, názorů a poznatků, se kterými souzníte. Celý dotazník je zcela anonymní a slouží pouze k účelům mého zkoumání a jeho výsledky nebudou nikde zneužity.

Předem Vám moc děkuji za Váš čas a sdílení názorů, jsem ráda, že tato problematika Vám není lhostejná stejně jako mně.

S velkým DÍKEM,

Dominika Mazurová

OTÁZKY DOTAZNÍKU

1. Odkud jste, uveďte kraj?
.....

2. Kolik je Vám let?
 - 20-35 let
 - 36-45 let
 - 46 let a více

3. Kolik máte dětí?
 - 1
 - 2
 - 3 a více

4. Jaké je pohlaví Vašeho dítěte?
 - Chlapec
 - Dívka

5. Jak staré je Vaše dítě?
 - 1-6 měsíců
 - 7-12 měsíců
 - 1-2 roky
 - 2,5 -3 roky

6. Je podle Vás důležité znát a ovládat správnou manipulaci s kojencem?
 - Ano
 - Ne, dnes je to příliš přecenované
 - Nevím

7. Rehabilitace byla z důvodu:
 - Nekvalitní 1. vzpřímení
 - Nekvalitní 2. vzpřímení
 - Zvýšené primitivní reflexy
 - Plagiocefalie
 - Hypotonický syndrom
 - Hypertonický syndrom
 - Asymetrie
 - Diastáza
 - Dysplazie kyčelního kloubu
 - RHB - pouze prevence

8. Vypozorovali jste nějaké odchylky (něco atypického) ve vývoji vašeho dítěte, popřípadě jaké a kdy? Jednoduše je popište, prosím.
.....

9. Co nejčastěji používáte pro podporu motorického vývoje Vašeho dítěte? (více možností)
- Šátek/ Šátkování
 - Nosítko/ nošení v nosítku
 - Kočár
 - Autosedačka
 - Hojda vak
 - Babybjörn/ houpací lehátko
 - Chodítka
 - Hopsadla
 - Odrážedla
 - Rady od svého terapeuta
10. Čím/ Kým jste se řídili při manipulaci s Vaším dítětem? (více možností)
- Odborník / zdravotník
 - Internet / sociální sítě
 - Odborná literatura
 - Především zkušenost
 - Instinkt
11. S jakým typem kočárku jste byli nejvíce spokojeni a nejvíce jste jej využívali?
- Hluboký / s hlubokou korbou
 - Kombinovaný/ trojkombinace
 - Tříkolový/ sportovní
 - Golfový
12. Jaké parametry pro Vás byly klíčové při výběru kočárku? (více možností)
- Kvalita
 - Cena
 - Vhodnost k věku
 - Vzhled / styl
 - Testy a splňující normy
13. Jakými kritérii jste se řídili při výběru autosedačky? (více možností)
- Kvalita
 - Cena
 - Vhodnost k věku
 - Bezpečnost
 - Příslušenství - pásy, isofix, adaptéry
 - Testování a splňující normy BESIP
14. K čemu jste autosedačku využívali? (více možností)
- Výhradně pro představu
 - K přenášení na kratší vzdálenosti
 - Při krmení
 - Na psaní během dne
 - Na hraní během dne
 - Nepoužívali jsme ji

15. Navštívili jste při výběru autosedaček a kočárků specializovaná centra, kde Vám poradili odborníci?
- Ano
 - Ne
16. Pořídili jste si autosedačku, kočárek a jejich příslušenství od stejné či různé značky?
- Stejně značky
 - Různé značky
17. Uveďte značku/y vašeho kočárku, autosedačky a jejich příslušenství?
.....
18. Co nejčastěji využíváte k nošení dítěte?
- Nosítko
 - Šátek
 - Autosedačka - vajíčko
 - Na rukou
19. Kolik hodin nosíte své dítě v průměru denně?
- Nedokáži říct
 - Dle potřeby
 - Nutné minimum
 - 1-2 hodiny
 - 4-6 hodin
20. Myslíte si, že je šátkování dětí pouze kontroverzní trend?
- Ano, je to zbytečně složité
 - Ne, je to velmi účinný způsob
 - Nevím
21. Jaké hračky využíváte pro cílené ovlivnění dítěte?
- Montessori hračky
 - Úchopové hračky
 - Lamaze hračky
 - Hračky podporující smysly
22. Navštívili jste kromě rehabilitace i jiné způsoby léčení?
- Ano
 - Ne
23. O jaké způsoby léčení šlo?
- Odblokování blokády/ Osteodynamika
 - Kraniosakrální terapie
 - Synergická reflexní terapie

24. Byly indikovány nějaké léčebné metody pro podporu vertikalizace?

- Ano
- Ne

25. Jaké léčebné metody pro podporu vertikalizace byly indikovány?

- ACT - akrální koaktivační terapie
- VRL - Vojtova reflexní lokomoce
- Bobath koncept - polohování
- Handling

Příloha B – BROŽURA PRO RODIČE

Moderní přístupy a jejich význam k podpoře motorických funkcí u dětí do 3 let z pohledu ergoterapeuta Dominika Mazurová, FZS ZČU, obor Ergoterapie

Moderní přístupy a jejich význam k podpoře motorických funkcí u dětí do 3 let z pohledu ergoterapeuta Dominika Mazurová, FZS ZČU, obor Ergoterapie

2. ročník kongresu Psychomotorický vývoj – aneb všechno souvisí se vším, 5.2.-11.2. 2024, Bc. Marie Langová; <https://mariclangova.cz> (placený)
MIMINKO V ROVNOVÁŽE webinář, 20.2.-23.2. 2024, Mgr. Kateřina Doležalová, Ph.D.; Zdravé hrané s pohybem; <https://zdravehranespohybem.cz>
KACÍRKOVÁ, Michala a Zuzana RYBOVÁ. Pohybový vývoj dítěte s láskou a respektem: fyzioterapeutický dětem. Praha: Euromedia Group, 2022. Esence. ISBN 978-80-242-8004-2.



Autorkou této brožury je Dominika Mazurová, studentka 3. ročníku oboru Ergoterapie na Západočeské Univerzitě v Plzni. Tato brožura vznikla jako součást její bakalářské práce a je určena rodičům, k tomu, aby si rozšířili povědomí o pomůckách podporující psychomotorický vývoj dítěte.

„Kvalitní zdravý pohyb je smysluplný a srozumitelný. Je osobitým výrazem osobnosti človíčka.“

(Bc. Clara - Marie Helena Lewitová, v postní době 2018 v Klášteře Kinderalm.)



Úvod

Pro každé dítě je nejdůležitější spokojená maminka, potom bude spokojené i miminko. Maminky by měly mít alespoň základní znalost psychomotorického vývoje a jeho vývojových milníků. Od těchto znalostí se poté odvíjí i výběr vhodných pomůcek. Stejně jako u přístupu k miminku, je i zde nutné použít instinkt a zdravý rozum.

Miminku stačí opravdu málo. U výběru pomůcek a vybavy pro dítě by maminka měla zajímat vhodnost k věku, využití a nejen vzhled či doporučení jiných maminek. Různé typy pomůcek nefungují stejně na všechny děti, jelikož vývoj každého dítěte je velmi specifický a individuální. A může se stát, že výběr některých pomůcek může brzdit vývoj dítěte.

vhodné pro:
- rodiče dětí do 3 let
- rodiče zajímající se o psychomotorický vývoj
- rodiče, kteří si chtějí rozšířit vědomosti



Důležité sedmero, moderně přistupující maminky



- * spokojená maminka = spokojené miminko
- * vývoj jedince je velmi specifický a individuální
- * základní znalost psychomotorického vývoje dítěte
- * u pomůcek a hraček platí - „méně je více“

- * nepřehlcovat dítě přílišnými podněty a nechat jej odpočinout od všech stimulů
- * vytvořit dítěti koutek pro odpočinek či hraní si
- * nový podnět či nová poloha = nová perspektiva pro novorozence, kterou si oblíbí a bude ji vyžadovat



Nejvíce rozšířené pomůcky ve vývoji dítěte do 3 let

<https://vivakids.cz/kinder-hop/kinder-hop-rostouci-ergonomicke-nositko-multi-soft-little-herringbone-blue-100-bavlna-zakar>
<https://www.babooa.cz/ergonomicke-noseni/typy-ergonomicckych-nositek/>
<https://activityboard.cz/>



Nosítka a šátky - nosící pomůcky

- pro miminka do 5 měsíců vhodná nosítka šátková, poté nosítka přezková
- pozor na ergonomická nosítka, slovo „ergonomické“ nemusí nic znamenat

Ortopedické puzzle, senzomotorické podložky

- podložky vhodné do každé domácnosti podporují vývoj pohybového aparátu, a motoriku a prokrvení chodidla
- dítě si může na těchto podložkách hrát, lézt či chodit
- kreativní rodič si snadno tuto pomůcku vyrobí z přírodních materiálů



Nejvíce rozšířené pomůcky ve vývoji dítěte do 3 let

<https://www.cernanabile.cz/>
<https://www.spokozka.cz/sety-ortopedickych-podlah-muffik-ortopedicke-podlahy-muffik-d-robecek-cerna-na-bile-set-6ks/>



Kontrastní černobílé kartičky, česká značka - Černá na bílé

- miminka nejlépe vnímají kontrastní barvičky jako je černá, bílá a později se přidává červená

Activity board - interaktivní deska

- rozvíjí logické myšlení, jemnou motoriku a soustředěnost
- zabaví děti od 12 měsíců až do 4 let
- kreativní rodič si tuto pomůcku vyrobí z věcí, které běžně doma nalezne



Nejvíce rozšířené pomůcky ve vývoji dítěte do 3 let Trojúhelník Piklerové a houpačka Spectra Utukutu (Montessori pomůcky)

<https://www.utukutu.cz/montessori-houpacka-spectra-houpacka-spectra-pastelova/>
<https://www.itakaro.cz/jak-spravne-vybrat-trojuhelnik-piklerove>



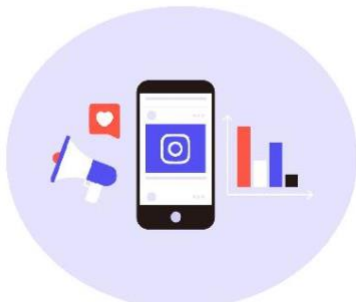
Trojúhelník Piklerové
- je prolézačka ve tvaru písmene A, podporuje stabilitu a pohybovou obratnost

Houpačka Spectra Utukutu

- je dřevěná houpačka a prolézačka snadno využitelná od chvíle, kdy dítě začne lézt po 4
- podpora vestibulárního aparátu a pohybové obratnosti



Šíření osvěty psychomotorického vývoje



Dostupnost vzdělávání pro rodiče v této oblasti je velmi rozšířená. Rodiče se mohou stále více vzdělávat v oblasti psychomotorického vývoje, správného zacházení a výběru pomůcek.

Osvěta v této problematice je šířena na internetu a sociálních sítích, nejvíce tipů a triků mohou rodiče načerpat na těchto instagramových účtech a internetových blozích. Tyto odborníci tvoří i mnoho online kurzů a webinářů pro rodiče i jiné terapeuty.

Bc. Marie Langová - instagramový účet @ocima_detske_fyzioterapeutky
Bc. Michaela Kačírková - instagramový účet @detska_fyzio_mama
Fyziobeskyd - instagramový účet @fyziobeskyd_edu
Mgr. Lucie Ternová - instagramový účet @mamasport.cz
Mgr. Lenka Vojtovič - instagramový účet @kinisi_fyzioterapie
Mgr. Kristýna Šonská - instagramový účet @fyzio4kids
Mgr. Zuzana Rybová - instagramový účet @fyzio_detem
Mgr. Kateřina Doležalová - instagramový účet @doktorka_zdraveho_pohybu
Mgr. Olga Marková - instagramový účet @detsky_ergoterapeut
Bc. Daniel Stříbrný - instagramový účet @danstribrny



Příloha C – SOUHLAS S VÝKUMNÝM ŠETŘENÍM



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Dominika Mazurová
Studijní program/ročník: Ergoterapie, 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření v rámci bakalářské práce v Ambulantním rehabilitačním centru v Třemošné,

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 5.3. 2024

Podpis: 

Žádost pro oslovenou instituci

Vážená paní proděkanka Pavlíková,

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření v Ambulantním rehabilitačním centru, v Třemošné, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Dominiky Mazurové posluchačky bakalářského studijního programu Ergoterapie, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je přiblížit význam handlingu a využití pomůcek, které podporují motorický vývoj dětí s patologickými odchylkami z pohledu ergoterapeuta.

Vedlejším cílem práce je vyhotovení materiálu, který poslouží jako edukační materiál/ brožura pro rodiče, který dále pomůže k lepší orientaci v této aktuální problematice.

Sledovaný soubor tvoří děti do 3 let a jejich matky, docházející na rehabilitaci do Ambulantního rehabilitačního centra v Třemošné z důvodu centrální koordinační poruchy I. a II. stupně.

Sběr dat bude proveden elektronickým nestandardizovaným dotazníkovým šetřením a také analýzou zdravotnické dokumentace.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením PhDr. Ilony Zahradnické.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

v Plzni dne 1.3.2024

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
proděkanka pro pedagogickou činnost
Razítko a podpis zástupce instituce