

PRŮVODCE CVIČENÍM VM2G

PRO RODIČE KOJENCŮ



Bc. Marie Horáčková-Jíchová
Mgr. Václav Krucký



PRŮVODCE CVIČENÍM VM2G PRO RODIČE KOJENCŮ

Velké poděkování patří Dr. V. Vojtovi, který objevil, prozkoumal a dopodrobna popsal základní principy reflexní lokomoce, na kterých dále stavíme. Děkujeme také všem maminkám, které nám poskytly cenné připomínky a sdílely své nápady pro zlepšení a zjednodušení postupů terapie VM2G. Dále děkujeme všem, kdo se podíleli na přípravě této brožury a na vývoji metody jako takové.

„Maminka má vždycky pravdu“

Sdílení názorů a zkušeností s diagnostikou a terapií VM2G považujeme za důležitou součást zlepšování tohoto způsobu léčby. Dr. Václav Vojta měl ve své ordinaci vyvěšené heslo: „Maminka má vždycky pravdu“. A právě také díky této otevřenosti se Vojtova metodika stále vyvíjí, zdokonaluje, a také se rozšiřují možnosti jejího využívání.

Napadá-li vás v této oblasti cokoli, na co byste se chtěli zeptat, podělit se o svoji zkušenost, či něco prodiskutovat, pak neváhejte a pište.

PRŮVODCE CVIČENÍM VM2G PRO RODIČE KOJENCŮ

Bc. Marie Horáčková-Jíchová
Mgr. Václav Krucký

1. vydání / 2021

Grafická úprava a ilustrace: Markéta Kunst

www.rehabilitace.org



Vydalo nakladatelství SVR – společnost pro vývojovou rehabilitaci
Dvořákova 468
363 01 Ostrov

ISBN 978-80-906760-6-0

OBSAH

1. Co je Vojtova metoda 2. generace – VM2G	str. 1
2. Rozdíl mezi VM a VM2G	str. 4
3. První návštěva	str. 7
• Jak probíhá první vyšetření?	
• Zjištění diagnózy a možné prognózy vývoje	
• Centrální koordinační porucha	
• Kde zvědaví rodiče najdou další informace?	
4. První cvičení doma	str. 13
5. Jak cvičení zpříjemnit sobě i dítěti	str. 14
6. Otázky před další návštěvou fyzioterapie	str. 16
7. Nejčastější otázky rodičů	str. 18
8. Jednotlivé polohy při cvičení	str. 25
• Základní poloha cvičení na zádech: Reflexní otáčení I (RO I)	
• Základní poloha cvičení na boku: Reflexní otáčení II (RO II)	
• Základní poloha cvičení na břiše: Reflexní plazení (RP)	
9. Spouštěvé zóny aneb kam s míčky?	str. 30
10. Rozvíjení jednotlivých poloh	str. 33
• Poloha na zádech: RO I	
• Podpůrné polohy: RO I	
• Nadstavbové polohy: RO I	
• Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu: RO I	
• Poloha na boku: RO II	
• Nadstavbové polohy: RO II	
• Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu: RO II	
• Poloha na břiše: RP	
• Nadstavbové polohy Reflexního plazení: (RP)	
• Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu: RP	
11. Pomůcky používané pro terapii VM2G	str. 41
12. Tabulka normálního motorického vývoje	str. 44
13. Deníček cvičení	str. 45
14. Mýty a fakta o miminkách: textový a obrazový opravník obecně oblíbených omylů	str. 49

PRŮVODCE CVIČENÍM VM2G PRO RODIČE KOJENCŮ

Od svého dětského lékaře jste dostali poukaz FT s tím, že máte se svým miminkem cvičit.

Co Vás teď čeká?

Tento průvodce Vám usnadní každodenní cvičení praktickými tipy, tabulkami, fotkami, videi a příběhy rodičů, kteří už si takovou terapií prošli před Vámi (a přežili to :))

Je pochopitelné, že budete mít spoustu otázek, a je to dobře. V tomto průvodci najdete odpovědi na nejčastější otázky. Kromě toho zde najdete místo i na své vlastní dotazy. Neexistuje hloupá otázka! Nemoudrá jsou jen nevyřčená očekávání.

Dozvíte se, co je základem Vojtovy metodiky a jaká zlepšení přináší Vojtova metodika 2. generace, jak probíhá vyšetření, na co se terapeut zaměřuje a na co se vás bude ptát.

Dostanete mnoha rodiči prověřené tipy, jak si cvičení ulehčit a zpříjemnit, i informace o tom, co Vaše dítě prožívá.

V neposlední řadě zde najdete fotografie i popis jednotlivých cvičebních poloh i s tabulkami, kam si sami zapíšete, jaké polohy a zóny právě používáte v terapii – bude to tedy Váš personalizovaný plán i přehled o tom, co jste již zvládli.



1. Co je Vojtova metoda 2. generace – VM2G

Vojtova metoda 2. generace vychází z metodiky, kterou v 60. letech minulého století vyvinul dětský neurolog prof. MUDr. Václav Vojta. Přibyly v ní však pomůcky, které zvyšují intenzitu reflexního cvičení a zároveň zvyšují komfort pacienta. Především je zde kladen důraz na cvičení prováděné doma.

Jak funguje Vojtova metodika 2. generace?

V 50. letech minulého století objevil MUDr. V. Vojta obecné zákonitosti pohybového vývoje dítěte od narození až do doby jeho samostatné chůze. Studoval tyto zákonitosti za účelem nalezení rehabilitační metodiky vhodné pro děti, které byly postiženy poruchou pohybového aparátu, nejčastěji po dětských mozkových obrnách.

Věděl, že normální pohybový vývoj má své zákonitosti, jimiž musí projít každé zdravé dítě. Jelikož však byl geniálním pozorovatelem i skvělým neurologem, zjistil, že i pohybově postižení jedinci prošli vývojem, jehož výsledkem jsou tzv. patologické pohybové stereotypy. Normální pohybové stereotypy si neseme v rámci genetické výbavy s sebou do dospělosti. Také patologické vzorce pohybu jsou „skrytě nesený“ v paměťových stopách.

Stavy poruchy pohybového aparátu jak během vývoje, tak v dospělosti umožňují spuštění patologického stereotypu. Lze říci, že fyziologické (tj. zdravé) pohybové stereotypy jsou pro mozek cosi jako „operační program“ základů pohybu (otáčení, vzpřimování, chůze a úchop).

Můžeme je přirovnat k operačním programům počítače – třeba Windows; pokud toto nefunguje, nebude možné spustit ani žádné „speciální aplikace“ pohybu. Tento vývojově mladší a také fragilnější „operační program pro zdravé základní pohyby“ může být někde narušen, například mozkovou mrtvicí či operovaným kloubem. V tom případě použije mozek vývojově starší operační program (můžeme jej přirovnat k programu DOS). Ten však zná jen patologické pohybové stereotypy.

Tento primitivní „DOS“ není schopen buď vůbec spouštět „nastavbové aplikace pohybových programů“ (např. skok, tanec, hra na klavír a jiné získané a naučené pohybové dovednosti), nebo je spouští různě pokřivené a chybné, což je na výsledném pohybu hned vidět.

Cílem každé rehabilitace je vlastně návrat do vývojově mladších „Windowsů“ a tím opětovné umožnění ideálního držení těla a také spuštění složitých pohybových aplikací ve zcela normální podobě.

To geniální, co Dr. V. Vojta objevil, je, že v mozku je již od narození cosi jako „záložní opravný program“, kterým nás příroda vybavila. Tato schopnost se dá obecně přiřadit k ostatním takzvaným samoopravným mechanismům těla, jako je například zhojení zlomené kosti či porušené pokožky.

Pro normální a zdárný průběh hojivého procesu je zapotřebí splnit praxí ověřené podmínky, např. fixace kostních fragmentů, klid, nezatěžování. Také pro „nastartování“ a zdárný průběh léčby poruchy pohybového aparátu za pomoci onoho záložního programu je nutné splnit určité, dosud poznané a praxí ověřené, podmínky.

Chtěli bychom zdůraznit, že současný stav poznání v této oblasti je asi na úrovni souputníků madam Curie, když s úžasem pozorovali na prvních rentgenových snímcích hojící se fraktury.

V praxi je ověřeno, že ke spuštění opravného programu je nutno uvést tělo do předem definované polohy a stimulací některých z řady „spoušťových reflexních zón“ na těle vyvolat reflexní (vůlí neřízený) pohyb.

Můžeme rozlišit dva typy těchto pohybů: reflexní plazení a reflexní otáčení, které se postupem času rozrostly o několik modifikací. Prakticky vzato se jedná o pohyb izometrický, asi jako kdybychom skutečný pohyb „zmrazili“ v určité fázi. Tak je dosahováno daleko větší účinnosti díky časovému a prostorovému součtu podnětů, které jdou zpět do mozku.

Opravný program je právě díky této zpětné vazbě schopen „doplňovat do mozkových Windows“ chybějící, narušené nebo poškozené „soubory a knihovny“ za účelem zprovoznění „základních operačních programů pro pohyb“ v maximální možné míře. Ty jsou nutné pro fyziologické pohybové stereotypy a tím následně umožňují spuštění nadstavbových a složitých „aplikačních programů“ pohybu.

Léčebná metoda byla po svém tvůrci nazvána „Vojtova“ a začala se s velkým úspěchem užívat i u malých dětí, které byly ohroženy poruchou pohybového vývoje. Díky neuvěřitelné plasticitě mozku je tento **opravný program schopen nápravy i velkého pohybového postižení.**

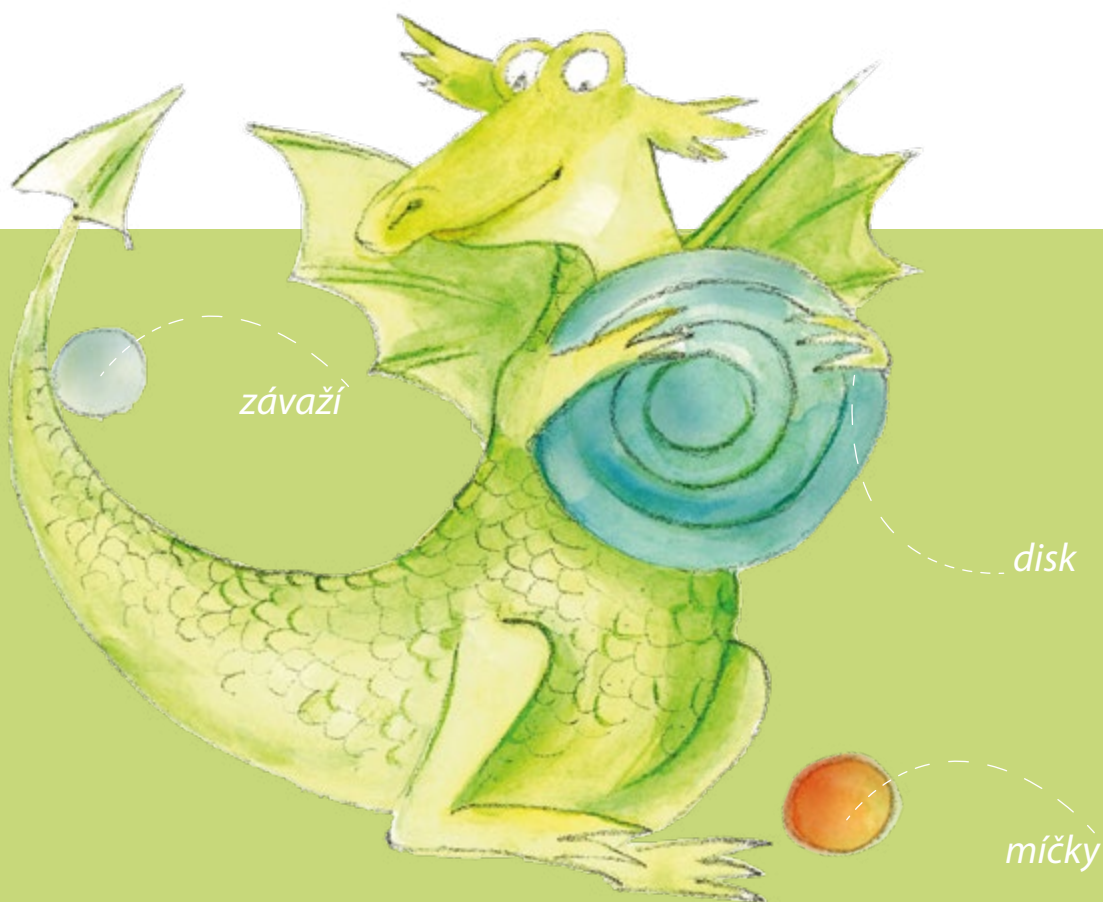
Při návštěvách v ordinaci terapeut zhodnotí motorický vývoj miminka pomocí polohových testů a sledování spontánní motoriky. Terapeut stanoví, jak se s dítětem bude cvičit. Cviky Vám ukáže a dohlédne na to, abyste je prováděli správně.

Hlavní kus práce je ale na Vás – pořízení pomůcek a každodenní cvičení, které povede ke zlepšení stavu Vašeho dítěte.

2. Rozdíl mezi VM a VM2G

Terapie kojenců klasickou Vojtovou metodikou

- Dítě cvičí nahé, je třeba vždy zajistit dostatečný tepelný komfort
- Vychází z **biomechanického a anatomického konceptu viděného ve 2D**
- Využívá jen rovinné plochy stolu bez dalších pomůcek
- **Stimulace je prováděna na dvou reflexních zónách**
- U většiny pacientů využívá všechny stimulační reflexní polohy, tedy **pozici na zádech, na boku a na břiše**
- Intenzitu stimulace je možné **zvyšovat či snižovat prakticky jen délkou terapie**
- Psychologické práci s kojencem se nevěnuje a je zaměřena hlavně na realizaci vlastního **reflexního cvičení**
- Nevyužívá žádné další stimulační, labilizační, stabilizační či adhezivní pomůcky
- Nevyužívá vliv gravitace, směrů spádnic nakloněných rovin, ani kombinace příčně-podélných náklonů ložné plochy lůžka
- Nevyužívá důsledně možností průběžné neuro-kineziologické diagnostiky ani zpětné vyhodnocování záznamů výsledků této diagnostiky
- **Diagnostika kojenců se přenechává pediatrům a dětským neurologům**



Terapie kojenců pomocí VM2G

- Vychází z **biomechanického a anatomického konceptu viděného ve 3D**
- Dítě může cvičit oblečené, v plínce i bodýčku
- Důsledně **využívá biomechanického konceptu svalových**
- **smyček**
- Využívá pro praktickou terapii plochy stolu s náklonem v příčné a podélné ose a množství dalších pomůcek, včetně dětského náklonného lůžka,
- je rodičům zapůjčováno či prodáváno pro domácí cvičení
- Stimulace je prováděna na celé řadě reflexních zón, kterých může být současně použito až dvacet dva
- U většiny pacientů kojeneckého věku si lze vystačit využitím polohy reflexního cvičení na zádech, která je pro kojence velmi komfortní; cvičení na boku a na břicho se využívá jen cca v 10 % případů
- Při terapii kojenců metodikou VM2G se nevyužívají hlavové zóny, jejichž stimulace jsou pro děti nepříjemné (tyto zóny jsou využívány zcela vzácně, např. u kojenců postižených parézou obličejových svalů)
- **Intenzitu reflexní stimulace lze zvyšovat i snižovat celou řadou technik:**
 - postupným náklonem ložné plochy dětského náklonného lůžka
 - postupným přidáváním stimulačních míčků na reflexní body
 - přidáváním drobných zátěží na končetiny a možností jejich akrálního posunu
 - využití labilních opor za pomoci nafukovacích disků a míčků pro opěrné body těla i končetin
 - používání adhezivních podložek významně zlepšuje cílení reflexu a rovněž snadno a účinně brání nežádoucím pohybům kojence

Vojtova metodika prováděná u kojenců klasickým způsobem v sobě nese riziko možnosti vyvolání reflexní odpovědi, která bude patologická. Z tohoto důvodu je nezbytné, aby její provádění bylo velmi korektní.

Výše uvedené faktory mají ve svém důsledku nižší terapeutickou účinnost, ta se projevuje v omezení terapeutických výsledků u kojenců, kteří jsou ohroženi nejvyšším stupněm centrální koordinační poruchy, a zvláště u kojenců s vrozenými vývojovými defekty centrální nervové soustavy. Vývoj těchto dětí se z velké většiny začne ubírat do některého směru dětské mozkové obrny a s ní související psychomotorické retardace.



- použitím stimulačního oblečku - pro případy těžkých centrálních koordinačních poruch a prokázaných vývojových defektů CNS, které zásadním způsobem ohrožují budoucí psychomotorický vývoj kojenců. Jeho pomocí lze spouštět terapeutický reflex s mimořádnou intenzitou, kterou můžeme dle potřeby elektronicky regulovat.

Kombinací výše uvedených stimulačních technik se daří precizně variovat provádění stimulační terapie kojenců a tak tuto léčbu přizpůsobovat aktuálnímu stavu a vývojovému stupni kojence a možnostem a fyzickým dispozicím rodičů, kteří s dětmi cvičí.

Vlastní **délka jednotlivé prováděné terapeutické stimulace nemusí být, díky využití stimulačních technik, příliš prodlužována**, a tak se přispívá ke komfortu dítěte i rodiče, který s ním cvičí. Celkové ukončení terapie se doporučuje až po **úplném završení základního motorického vývoje**. Tím je získána jistota, že budoucí řízení automatiky držení těla dítěte a jeho základní hybné stereotypy budou zcela v pořádku. Do budoucna se tak předchází vzniku pohybových poruch hrubé a jemné motoriky, včetně svalové dyskoordinace.

Psychologické práci s kojencem je v rámci VM2G věnována mimořádná a průběžná pozornost zacílená na jeho **postupné přivyknutí na terapeutickou stimulaci**; stejně tak je poskytována psychologická podpora rodičům dítěte, aby byla zajištěna jejich vysoká motivace k terapii a pomoc k překonání krizových momentů, které proces terapie zákonitě provázejí.

Před vlastním zahájením terapie VM2G je prováděna podrobná vstupní diagnostika kojence a při každé následné kontrole se důsledně dbá na provádění průběžné neuro-kineziologické diagnostiky formou observace spontánní a provokované motoriky, zvláště polohovými testy. Pečlivé sledování stavu CNS kojence je základním předpokladem pro provádění přesné, cílené a adekvátně intenzivní terapie.

Provádění terapie způsobem VM2G u kojenců je bez rizika možnosti vyvolání patologické reflexní odpovědi, funguje totiž podle zákonitosti ON – OFF, tedy buď reflex běží korektně, nebo neběží vůbec.

Souhrn těchto diagnostických a terapeutických činitelů se projevuje ve vysoce úspěšné léčebné účinnosti jak u kojenců ohrožených všemi stupni centrálních koordinačních poruch, tak u kojenců s prokázanými vrozenými vývojovými defekty CNS. Pokud jsou tyto poruchy včas diagnostikovány, pak je terapeutická úspěšnost VM2G prakticky 100 %, a následně tak může zabránit rozvoji dětské mozkové obrny a s ní související psychomotorické retardace.

3. První návštěva

Jak probíhá první vyšetření?

Fyzioterapeut vidí dítě poprvé a v situaci, na kterou není dítě zvyklé. Proto se vás bude ptát na to, jak se dítě chová v domácím prostředí a na další důležité otázky:

- *Jak proběhlo těhotenství a porod?*
- *Jak vypadala poporodní adaptace dítěte?*
- *Otáčí v lehu na zádech hlavičku? Otáčí ji symetricky na obě strany?*
- *Přetáčí se dítě na bok nebo až na břicho? Otáčí se přes obě strany?*
- *Je dítě schopné se přetočit z polohy na břicho zpět na záda? Otáčí se přes obě strany?*
- *Dochází při přetáčení se ze zad na bok k záklonu hlavičky?*
- *Chytá dítě hračky? Umí to oběma rukama?*
- *Prohýbá se dítě do „luku“, když leží na zádech?*
- *Umí se dítě plazit? Plazí se dítě symetricky?*
- *Dostane se dítě již na čtyři?*
- *Umí dítě lézt po čtyřech? Leze vpřed symetricky?*
- *Nakračuje dítě při vzpřimování se u nábytku? Nakračuje oběma nohama?*
- *Obchází dítě nábytek? Nevtačí při obcházení dítě špičky dovnitř?*



Je užitečné promyslet si odpovědi v klidu předem, lépe je sepsat, bude to pro všechny jednodušší a příjemnější. Také natočení videí pohybové aktivity dítěte je velmi praktické.

Vyšetření začíná podobně jako vyšetření u pediatra – dítě svléknete do plínky, terapeut se dívá, jak dítě leží, jak pohybuje končetinami, jestli sleduje hračku, otáčí se, natahuje se po ní a podobně.

Dále terapeut zkouší primitivní reflexy dítěte. Následně provádí polohové testy, které vytvořil prof. Vojta jako test včasné diagnostiky. Ze všech těchto vyšetření je fyzioterapeut schopen poznat, jak se Vaše dítě vyvíjí a následně určit, jaké cvičení je potřeba.



Polohové testy vypadají takto:

1. trimenon			2. trimenon			3. trimenon			4. trimenon				
1. měsíc	2. měsíc	3. měsíc	4. měsíc	5. měsíc	6. měsíc	7. měsíc	8. měsíc	9. měsíc	10. měsíc	11. měsíc	12. měsíc		
Flekční stadium		Extenční stadium		Flekční stadium				Exeční stadium					
0. - 6. týden		7. týden - 3. měsíc		4. - 6. měsíc		7. - 8. měsíc		9. / 10. - 12. měsíc					
													
1. fáze		2. fáze		3. fáze									
0. - 6. týden		7. týden - 4. měsíc		5. - 12. měsíc									
													
1 A. fáze			2 B. fáze			3. fáze							
0. - 3. měsíc			4 - 7. měsíc			od 8. měsíce							
													
1. fáze				2. fáze				3. fáze					
0. - 10. týden				11 - 20. týden				7. / 8. - 9. měsíc				od 9. - 10. měsíce	
													

1. trimenon			2. trimenon			3. trimenon			4. trimenon	
1. měsíc	2. měsíc	3. měsíc	4. měsíc	5. měsíc	6. měsíc	7. měsíc	8. měsíc	9. měsíc	10. - 12. měsíc	
Flekční stadium		Extenční stadium		Flekční stadium		Exeční stadium				
1 A. fáze		1 B. fáze		2. fáze		3. fáze				
0. - 6. týden		7. týden - 3. měsíc		6. měsíc		od 8. - 9. měsíce				
										
1 A. fáze	1 B. fáze		2. fáze		3. fáze	4. fáze				
0. - 6. týden	7. týden - 5. měsíc		4. - 5. / 6. měsíc		7. - 12. měsíc	9. / 10. - 12. / 14. měsíc				
										
1. fáze					2. fáze					
0. - 6. měsíc					od 6. - 7. měsíce					
										

Horizontální poloha podle Collisové

Vertikální vis Peiper + Isbert

Vertikální vis podle Collisové



Pak přijde na řadu samotné cvičení: terapeut Vám ukáže, jak s dítětem cvičit, do jaké jej dát polohy, kam dát jaké míčky, jak dlouho je stlačovat a jakým způsobem. **Ukázku si natočte nebo vyfotťe, doma se Vám to bude hodit.** Cvičení si v ordinaci sami vyzkoušíte. Když Vás napadnou jakékoliv otázky, rovnou se ptejte, ať víte přesně, co máte doma dělat. Pokud Vás otázky napadnou až doma, klidně svému fyzioterapeutovi napište email, nebo si je poznamenejte do svého deníku pro příští návštěvu.

Pro úspěšný průběh terapie je potřeba otevřená komunikace. Když Vám terapeut sestaví plán terapie, je nutné jej dodržovat, aby byly výsledky co nejlepší, a také se dostavily v co nejkratší době.

Pokud z nějakého důvodu cvičební plán nezvládnete dodržovat, terapeutovi to vždy řekněte – bude mít jasnou představu o tom, jak terapie postupuje, a nebude za pomalejším zlepšováním stavu hledat jiné důvody než jen pouhý výpadek ve cvičení.

Zjištění diagnózy a možné prognózy vývoje

Diagnóza napsaná v poukazu FT, kterou Vám lékař napsal do doporučení k rehabilitační péči „poukaz FT“, se značí jen písmenky a čísla dle mezinárodního číselníku diagnóz. Nejčastěji se používají například diagnózy R692 a G98, ale i některé další. R692 – Nedostatek v předpokládaném fyziologickém vývoji kojence G98 – Jiné poruchy nervové soustavy nezařazené jím.

Nejspíš jste je ani nezaznamenali, vůbec to ale nevadí. Jsou to spíš taková „zaklínadla“ než opravdové diagnózy, které by byly definitivním verdiktem o stavu dítěte. Říkají jen to, že jeho vývoj není z nějakého důvodu v pořádku a že je třeba se mu věnovat. Mnohdy na doporučení není diagnóza zapsána žádná. Není tedy potřeba si s tím lámat hlavu.

Stav centrální nervové soustavy (CNS) kojenců lze díky obrovské plasticitě mozku změnit, a to zvláště tím, že je CNS pravidelně a přiměřeně stimulována. Klinické projevy vývoje dítěte se postupně v průběhu jeho zrání mění.

Dr. Václav Vojta označuje stav, kdy v prvním roce života neběží vývoj zcela ideálně, jako stav centrální koordinační poruchy - CKP. Důležitý, zvláště z hlediska prognózy budoucího vývoje, je stupeň CKP. Těchto stupňů je celkem pět, od velmi lehkého až po velmi těžký.

Centrální koordinační porucha – CKP

Takto označujeme poruchu řízení automatiky držení těla, koordinace pohybů, svalového napětí a kloubní centrace. Není to diagnóza v pravém smyslu slova, ale odráží výsledky polohových reakcí, primitivních reflexů a spontánní motoriky dítěte, takže je možné učinit velmi pravděpodobnou prognózu o budoucím vývoji vyšetřovaného dítěte. CKP vyjadřuje aktuální stav centrální nervové soustavy a při každé návštěvě fyzioterapeuta se její stav postupně mění (pokud dítě cvičí, začne se zlepšit, pokud necvičí, může se naopak i zhoršit).

Podle výsledků vyšetření spontánní a provokované motoriky se CKP dělí na 5 stupňů: velmi lehká, lehká, středně těžká, těžká a těžká s poruchou svalového napětí.



Kde zvědaví rodiče najdou další informace

O klasické Vojtově metodě
i o VM2G existuje několik knih a celá řada odborných článků.

Knihy v češtině:

- VOJTA, Václav. Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-85424-98-3.
- VOJTA, Václav. Vojtův princip. Praha: Grada, 1995 ISBN 80-7169-004-X.
- ORTH, Heidi. Dítě ve Vojtově terapii, příručka pro praxi. KOOP, ISBN 978-80-7232-431-6
- KRUCKÝ, Václav. Vojtova metodika 2. generace. SVR-společnost pro vývojovou rehabilitaci, o. p. s., ISBN 978-80-906760-0-8
- SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra. Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty, RI-Corpus; ISBN 978-80-270229-2-2



Odborné články o Vojtově metodě lze nalézt na:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=vojta+method>

4. První cvičení doma

Cvičení je odpovědnost OBOU RODIČŮ.

Střídejte se, pokud je to alespoň trochu možné. Pokud cvičení dlouhodobě provádí jen jeden člověk, je to pro něj vyčerpávající. Mimoto může nastat problém, pokud jediná osoba, která ví, jak cvičit, onemocní nebo z jiného důvodu nebude k dispozici.

Je vhodné, aby na kontroly chodili oba rodiče, mohou se i střídat. Nebojte se vzít s sebou i prarodiče, tetičky a další spřízněné duše, které Vás mohou při cvičení podpořit či nahradit.

Cvičení se na relativně dlouhou dobu stane nedílnou součástí Vašich dní. Vyplatí se proto si jej usnadnit a zpříjemnit, jak je to jen ve Vašich domácích podmínkách možné.

Tady je pár tipů, jak na to:

- **Najděte si místo, kde budete pravidelně cvičit.** Ideálně takové, abyste po cvičení nemuseli uklízet všechny míčky a prubany, tím si ušetříte trochu času i energie.
- **Pro miminka je důležitá pravidelnost** – stanovte si pravidelné časy, kdy se budete cvičení věnovat.
- **Mějte po ruce oblíbené hračky, hudbu, pohádky, také držáky na telefon nebo tablet.**
- **Zejména pro nejmenší kojence je důležitý tepelný komfort** – zajistěte, aby miminku nebyla zima.
- **Zapisujte si cvičení i další poznámky do tabulky, natáčejte videa spontánního pohybu dítěte, občas i vlastního domácího cvičení.**





Jak se toho nebát?

Jak se toho nebát

Hlavně ze začátku je důležité se cvičení nebát. Pokud si nebudete úplně jistí, jestli cvičíte správně, podívejte se na fotky a videa, napište si své otázky, ať je do příští návštěvy fyzioterapie nezapomenete, a hlavně cvičte. Svému dítěti nemůžete ublížit, když nebudete cvičit úplně dokonale podle návodu – spíš mu neprospějete tím, že cvičení vynecháte.

Pokud si nejste jistí, můžete svoje cvičení popsat, nafotit nebo natočit, poslat mailem a poradit se s terapeutem. Nepřestávejte cvičit. Jak vypadají jednotlivé polohy cvičení a kam se dávají míčky, se dočtete dále. Nicméně je důležité zdůraznit, že terapie je individuální, dávejte tedy pozor, když Vám fyzioterapeut cvičení vysvětluje, případně si to zaznamenejte do této brožury; mohou se vyskytnout odlišnosti od popsaných poloh a postupů.

5. Jak cvičení zpříjemnit sobě i dítěti

Dobře víme, že cvičení není zrovna velká zábava, ani pro dítě, ani pro toho, kdo s ním cvičí několikrát denně, den co den.

Ve spolupráci s rodiči, kteří si cvičením prošli před Vámi, jsme dali dohromady několik vychytávek, které Vám i dětem pomohou terapii vydržet.

Malé děti nemají rády, když se s nimi děje něco, co nemají pod kontrolou. Naštěstí je příroda vybavila velkou vnímavostí k tomu, co jim sdělují jejich rodiče. **Svému dítěti velice pomůžete, když jej ujistíte, že je všechno v pořádku,** že víte, co děláte, že máte situaci pod palcem. Klidně mu to hlasitě říkejte, uklidníte tím sebe a tím se následně uklidní i Vaše dítě.

Děti v prvních šesti měsících věku jsou schopny zaostřit oči na vzdálenost cca 25–30 cm, proto je dobré se k nim naklonit, dívat se jim zblízka do obličeje a mluvit na ně.

Děti mají velmi rády, když jim rodič věnuje svou plnou pozornost, což při cvičení nevyhnutelně nastane. Tím pak vzniká velmi pevné pouto mezi dítětem a rodičem, který s ním pravidelně cvičí; když jsou to oba rodiče, tím lépe.

Děti při cvičení občas pláčou, některé víc, některé skoro vůbec. To je normální, i když pro rodiče nepříjemné. Pomůže, když si uvědomíte, že je cvičení nijak

nebolí, a také, že terapie je pro dítě potřebná – **chvilé pláče a nepohodlí jsou malou daní za pozdější zdravý vývoj a život bez omezení.** Ze zkušenosti víme, že jen děti postižené poruchou mentálního vývoje (např. Downův syndrom) jsou vůči cvičení lhostejné a emočně nereagují. Děti, u kterých probíhá normální psychický vývoj, často mění své nálady, což se může projevovat i při cvičení.

Vyzkoušejte různé techniky držení míčků, Vaše ruce jsou ty, které Vaše miminko mohou „vycvičit“, je potřeba dbát i na vlastní pohodlí.

Odvádění pozornosti

Odvádění pozornosti kojence

Cvičení VM2G je jak náročné, tak i ne moc zábavné, což je vražedná kombinace. Proto je užitečné si jej nějak zpestřit. Při terapii je pro psychický komfort kojence i domácího terapeuta osvědčilo odvádět pozornost dítěte. Velmi dobré je udržovat již zmíněný blízký oční kontakt.

Dále se k odvádění pozornosti od cvičení hodí hudba, videa, audioknížky nebo nekonečné telenovely na telefonu (Esmeralda vydrží na 2,5 roku každodenního cvičení). Hodí se stojan na telefon, abyste jej neustále nelovili pod stolem. Anebo uchycení tzv. „na čelovku“ :-)



Youtube kanal

Ověřené písničky pro nejmenší

(můžete najít také na YouTube kanálu VM2G):

- Píseň pro Báru (Píseň pro Báru Špotákovou – Atlet roku 2012)
- Finská polka (Loituma – leva's polka, levan Polkka good sound)
- Baby Shark
- Fíha tralala – BUM BÁC

Pokud máte k dispozici staršího sourozence cvičeného dítěte, zapojte jej, může cvičící dítko zabavit. Stejně tak pesek, kočička, tetička či babička.

Nedoporučují se však babičky plačtivé, ani neurotičtí dědečkové.

Pomůžou odolní příbuzní, kteří vás podpoří a miminko zabaví.



Ukázka cvičení s hudbou

6. Otázky před další návštěvou fyzioterapie

Pro fyzioterapeuta je důležité vědět, co dítě umí udělat samo od sebe, tedy jaká je úroveň jeho spontánní motoriky.

V ordinaci jednak nebývá dostatek času, a také se dítě v novém prostředí projevuje jinak, než je u něj doma obvyklé. Proto je velmi užitečné, když **písemně zaznamenáte pokroky svého dítěte do deníčku** (viz dále), případně také **nahrajete na video**. Obojí velmi dobře poslouží pro přesnější diagnostiku dalšího vývoje dítěte. A také i Vy sami budete moci pozorovat milníky ve vývoji svého dítěte.



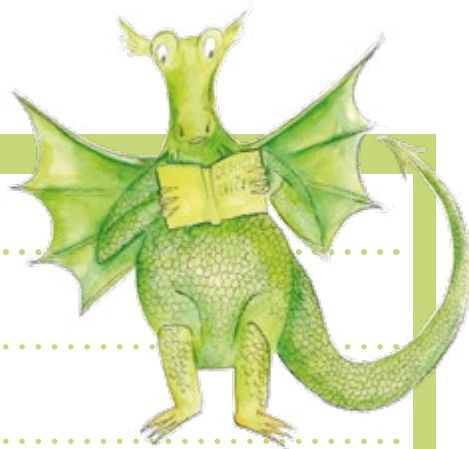
Velmi přínosné pro správné posouzení vývoje je **natočit dítě na video v různých situacích a polohách:**

- v lehu na zádech
- v lehu na břiše
- způsob, jak se otáčí na bok a na břicho a pak zpět na záda
- jakým způsobem si sedá
- jak se plazí
- jak se dostane na čtyři
- jak leze po čtyřech
- jakým způsobem dítě nakračuje při vzpřimování
- jak obchází nábytek
- jak samostatně chodí

V domácím prostředí své dovednosti snadno předvádí. Fyzioterapeut na základě Vašich nahrávek jednoduše posoudí, zda jsou v pořádku, nebo zda dítě využívá nějaké náhradní stereotypy. **Je vhodné natočit dítě i při cvičení, aby terapeut viděl, jak cvičení probíhá v domácím prostředí.**

Tady je místo na Vaše otázky. Zapište si cokoli vás napadne – hloupá otázka neexistuje :)

Vaše otázky



7. Nejčastější otázky rodičů

Co se stane, když nebudu cvičit?

Natakovýtopostojjenutnésepodívatzvíceúhlů.Zhlediskaprávnihojelékařem předepsané rehabilitační cvičení pro dětské pacienty závazné. Je samozřejmě na svobodné vůli rodičů, jaké rehabilitační zařízení zvolí. V případě, že doporučení k rehabilitaci nerespektují, pak je zde nebezpečí, že se mohou v nejhorším případě vystavit postihu za zanedbání povinné péče o dítě.

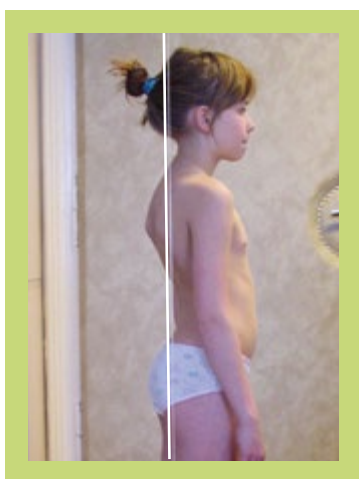
Povinnost rodičů starat se o dítě je ukotvena v občanském zákoníku, kde je v § 858 definována rodičovská odpovědnost, a to takto: „Rodičovská odpovědnost zahrnuje povinnosti a práva rodičů, která spočívají v péči o dítě, zahrnující zejména péči o jeho zdraví, jeho tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj, v ochraně dítěte, v udržování osobního styku s dítětem, v zajišťování jeho výchovy a vzdělání, v určení místa jeho bydliště, v jeho zastupování a spravování jeho jmění; vzniká narozením dítěte a zaniká, jakmile dítě nabude plné svéprávnosti. Trvání a rozsah rodičovské odpovědnosti může změnit jen soud.“ (viz Nový občanský zákoník 89/2012 Sb. 2017. Praha: Verlag Dashöfer, 2017. ISBN 978-80-87963-49-4.)

Tak, strašák je vypuštěn. Nelekejte se ale, vše záleží na domluvě. Budte k nám prosím vždy upřímní, a snažte se dodržovat daná doporučení. My se snažíme pro Vaše dítě udělat to nejlepší a sami dobře víme, že je cvičení časově náročnější. Nechceme ale poslouchat nekonečné výmluvy, sliby a výmysly, a sledovat, jak dítě strádá...

Rodičům kojence je z důvodu ohrožení budoucího psychomotorického vývoje předepsána dlouhodobá rehabilitace dítěte (6-10 měsíců). Stupeň rizika tohoto ohrožení se může pohybovat od relativně malého až po velmi závažné. Pro správné rozlišení tohoto rizika se používá označení CKP, tedy centrální koordinační porucha. Ta může být velmi lehkého, lehkého, středně těžkého a velmi závažného stupně. Těžký stupeň bývá kombinován s poruchou řízení svalového napětí. Určení stupně CKP většinou provádí dětský neurolog a zkušený fyzioterapeut.

Nutno dovysvětlit, že CKP není definitivní diagnóza, ale hodnocení aktuálního stavu vývoje dítěte, neboť závažnost CKP se v průběhu vývoje mění. Jde-li terapie dobře, tak se závažnost CKP postupně snižuje, až se vývoj dítěte zcela normalizuje. To je právě cílem rehabilitačního cvičení. Na druhou stranu je možné, že se vývoj dítěte začne ubírat špatným směrem a původní lehká CKP se postupně zhoršuje. To je riziko, kterému chceme cvičením zabránit.

V případech lehkých a středně těžkých CKP hrozí dítěti riziko vzniku nějaké poruchy držení těla a základních hybných stereotypů (chůze, úchop). Viz obrázky níže:



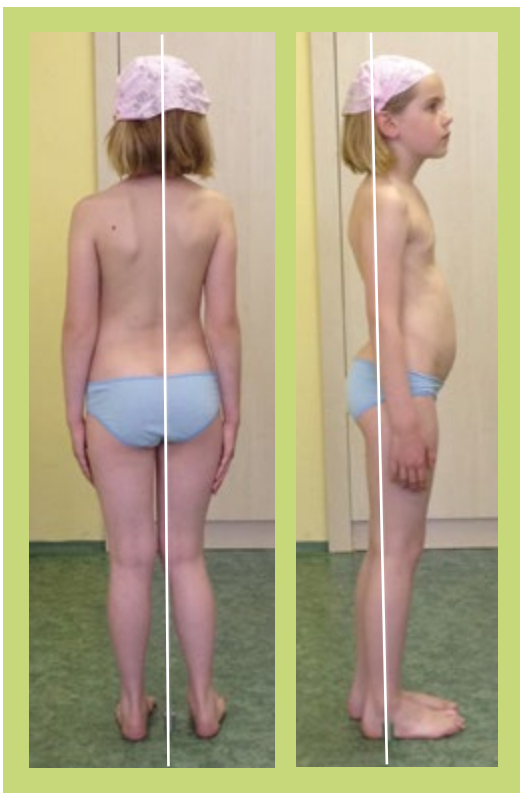
Porucha držení těla, ventrální flexe pánve, hyperlordóza bederní páteře, uvolnění napětí břišní stěny, ventrálně držené pletence ramenní, hlava držena v předsunu.



Porucha držení dolních končetin, oba kolenní klouby ve valgózním postavení („nohy do X“), deviace patních kostí obou nohou.



Porucha automatiky držení levé dolní končetiny v lehu na zádech v relaxovaném stavu, končetina je rotována na vnitřní stranu v kyčelním i hlezenním kloubu.



Celkové porušení držení těla, mediální osa pravé patní kosti, osa kolenního kloubu jdoucí na vnitřní stranu, šikmé postavení pánve a axilární rotace pánevní osy – pravý bok ventrálně stočený, počínající skoliotické držení páteře, hyperlordóza bederní páteře zasahující do spodní hrudní části páteře, rozvolněné napětí břišních svalů, centrální postavení obou pletenců ramenních.



V závažných případech je dítě ohroženo možným rozvojem dětské mozkové obrny. Dobrou intenzivní rehabilitací se dá i těmto poruchám předejít, nebo jejich dopad výrazně zmírnit. Viz příběhy rodičů na:

<https://www.facebook.com/vojtovametoda2generace/>



Existují jistě i případy dětí, u nichž byla zjištěna CKP lehké až středně těžké formy a postupně a spontánně se jejich vývoj normalizoval. Zkrátka si „matka příroda“ nějak sama poradila. Takováto spontánní zlepšení jsou zaznamenána i v jiných oborech medicíny, ale není příliš rozumné a prozíravé spoléhat na náhodu. Možné následky chybného vývoje se v pozdějším věku mnohem hůře a déle napravují, pokud je napravit vůbec lze.

Pokud nebudete cvičit vůbec, nebo příliš málo často, mohou nastat tři varianty:

1. Nestane se nic, problém se časem sám vyřeší/zlepší, ale je to „ruská ruleta“.
2. Problém ve vývoji postupně přestane být zřetelný, ale spíš se jen zamaskuje a může se projevit později, jako např. skoliózy u školních dětí či jiné poruchy držení těla, pohybová neobratnost, dyspraxie (dítě je nešikovné).
3. Problém se bude postupně prohlubovat a následně již nebude možné využít příležitosti k normalizaci vývoje.

Nikdo nedokáže odpovědět na to, co se může stát, když přestanete cvičit. Je ale zbytečné riskovat, že se stav vašeho dítěte zhorší a dospěje k nějaké výrazné patologii.

Než se cviky pořádně naučím, nemůžu dítěti spíše uškodit?

I ne zcela správně prováděné cvičení je velice důležité, pro dítě (tím že si postupně začne zvykat), i pro rodiče, neboť není jiné cesty, jak se cvičení dobře naučit, než tím, že jej budete provádět pořád dokola. Cviky, které nejsou prováděny zcela dokonale, nikterak neškodí.

Je cvičení náročné – zvládne ho jedna osoba?

U malého dítěte do jednoho roku zvládá cvičení bez potíží jedna osoba, pokud se v rodině najde vstřícný příbuzný nebo kamarád, tak samozřejmě pomůže se ve cvičení střídat nebo se podporovat.

V jakých případech raději na pár dní cvičení přerušit (nemoc, očkování...)?

Cvičení je nutné na 3-4 dny přerušit po očkování, pokud nejsou žádné reakce, na 5-7 dní, když vznikne reakce na očkování (teploty, spavost, únava). Při běžných onemocněních (nachlazení, virové onemocnění) je nutné cvičení přerušit, jen pokud trvají teploty a dítě je unavené. Jinak lze cvičit bez omezení.

Za jak dlouho po jídle můžu začít s dítětem cvičit?

Cvičit po jídle dítěte je možné poměrně brzy. U malých, plně kojených dětí do 3 měsíců lze začít cvičit cca po 15-20 minutách, u větších dětí, které mají již tužší stravu, je vhodné počkat spíše 30 min.

Cvičením se zažívání potravy zpomaluje, neboť se větší množství krve dostává do svalů. Vojtova metodika má výrazný vliv na celý zažívací trakt, protože významně normalizuje svalový tonus hladkého svalstva ve stěně žaludku a střev. Tím usnadňuje pohyb potravy v trávicí trubici a následně je také zlepšeno vyprazdňování, včetně vyprazdňování střevních plynů. Ublinkávání malých dětí při začátku cvičení se výše uvedeným vlivem poměrně rychle upraví.

V kolik hodin je nejlépe cvičit naposledy, aby dítě nebylo z celého dne unavené nebo naopak se cvičením nevzpružilo a potom nemělo problém s usínáním?

Praxe ukazuje, že je vhodné, aby poslední cvičení probíhalo ještě před večerním koupáním dítěte, které vede k celkovému uklidnění a předspánkové relaxaci dítěte.

Jak dlouho budu muset se svým dítětem cvičit? Kdy je možné s cvičením skončit?

Cvičení je smysluplné do doby, než se u dítěte zcela normalizuje jeho vývoj. To je samozřejmě individuální, souvisí to s typem a stupněm poruchy. Jak rychle se normalizace dosáhne, je závislé také na době, kdy se s cvičením začalo. Čím dříve se porucha odhalí a následně se zahájí cvičení, tím je normalizace pohybového vývoje rychlejší. Bohužel to platí i naopak: čím později se porucha odhalí a čím později se začne cvičit, tím déle většinou terapie trvá. Zjednodušeně se dá říct, že cvičení probíhá až do té chvíle, kdy si dítě osvojí schopnost správné samostatné chůze.

Jaká je nejvhodnější doba na cvičení? (po jídle, před jídlem...)

Cvičit je vhodné cca 15 až 30 min. po jídle, dle věku dítěte. Velmi důležité je vytvoření denního režimu, kdy se s dítětem bude cvičit pravidelně. Tak se dítě snáze přizpůsobí, vytvoří si návyk a biologický stereotyp. Do určité míry si dítě buduje i jisté psychické očekávání, které mu pomůže cvičení lépe snášet. Pravidelnost je velice důležitým faktorem úspěchu. Pomáhá, když se denní režim cvičení sestaví písemně a dodržuje se jako školní rozvrh hodin.



Může se cvičení negativně projevit na psychice dítěte? Dělá něco, co nechce, co je mu nepříjemné a nepřírozené.

Dosavadní výzkumy prokázaly opak, tj. děti, které byly nucené cvičit Vojtovu metodiku, měly ke svému rodiči, který s ním cvičil, vztah lepší než s tím rodičem, který se cvičení neúčastnil. Proč tomu tak je, není snadné vysvětlit, ale dítě nejspíš ve svém nevědomí vnímá, že mu cvičící rodič nechce ublížit, ale pomoci. A přesto, že se dítě často brání a při cvičení vzpouzí, vytváří se silně pozitivní vztah. Z pohledu jeho nezralého ega má necvičící rodič o něj menší zájem než rodič, který s ním cvičí. V průběhu cvičení a po něm je dítě také často utěšováno, a to se děje hlavně intenzivním tělesným kontaktem, který je pro tvorbu budoucího pozitivního vztahu velice důležitý.

Jaké jsou vedlejší účinky cvičení?

Cvičení Vojtovou metodikou se používá více než 50 let a doposud pozorované vedlejší účinky cvičení byly v zásadě pozitivní. Mimo vlastní zaměření na normalizaci poruch hrubé motoriky se ukazuje prokazatelný pozitivní vliv na vyšší nervové funkce, včetně kognitivních, jako jsou normalizace stereognozie (schopnost identifikovat předmět pouze hmatem), normalizace poruch jemné motoriky (psaní, kresby...), normalizace poruch čtení, normalizace hyperaktivních projevů dětí s poruchami lehké mozkové dysfunkce. Často bývá zaznamenávána normalizace strabismu očí (šilhavost), která je způsobena špatnou koordinací očních svalů.

Mohu dítě dlouhým cvičením přetížit?

Ano, pokud by cvičení probíhalo neúměrně dlouho, pak by jistě vedlo jako každá jiná fyzická námaha k přetížení.

Dítě se u cvičení kroutí – má se narovnávat?

Cvičením se vyvolávají základní pohybové stereotypy – otáčení a plazení. Ty v sobě obsahují i torzní (kroutivou) složku pohybu. Pokud ji tedy vyvoláme, jde o normální děj. Aby ale točení nebylo příliš silné a nerušilo další pohybové komponenty (ohyb, natažení...), je žádoucí provádět cvičení na podložce, která znemožní protáčení těla dítěte. Tedy cvičit bez podložné pleny či deky, ale raději cvičit na protiskluzné podložce.

Pokud nestihneme některý den cvičit tolikrát, máme další den cvičit o to více?

Pokud se ze závažných důvodů počet opakování nepodaří dodržet, je dobré v dalších dnech pokračovat normálně. Nadměrným opakováním by mohlo dojít k přetížení dítěte. Je důležité snažit se optimalizovat organizaci a plánování času tak, aby výpadky ve cvičení byly co možná nejmenší.

Je důležité pořadí cviků nebo je jedno, kterým se začne a kterým skončí? Je jedno, zda se cvičí nejprve levá a potom pravá strana?

Z hlediska očekávání dítěte je vhodné, aby cvičení mělo určitý řád – časový řád v průběhu dne a také řád během vlastního cvičení. V těchto věcech je nezbytné řídit se doporučením terapeuta, který cvičení řídí. Navíc když budete cvičit pokaždé stejně, nebudete muset přemýšlet, kterou stranu jste již odcvičili, a sníží se pravděpodobnost, že na něco zapomenete.

Nevidím žádný pokrok... Má tedy vůbec smysl cvičit dál?

Může to být tím, že s dítětem trávíte hodně času každý den a jeho pokroky nejsou tolik zjevné. Pokud Vám fyzioterapeut doporučil terapii VM2G, měl k tomu nějaký důvod. Fyzioterapeut je schopen odečítat posun v terapii ze spontánní motoriky dítěte, z polohových reakcí a ze zkoušek primitivních reflexů. Pokroky přicházejí postupně; je možné, že bude nějakou dobu trvat, než se dostatečně viditelné změny ukážou, zkuste si všímat i maličkostí.



8. Jednotlivé polohy při cvičení

Cvičení si budete trénovat přímo v ordinaci, ale pokud vám něco vypadlo nebo si třeba jen nejste úplně jistí, následující text popisuje základní polohu, ve které začíná cvičit většina kojenců.

Pokud Vám fyzioterapeut ukazoval jiné polohy, najdete je v dalších kapitolách.



Základní poloha cvičení na zádech: Reflexní otáčení I (RO I)

Tato poloha se používá nejčastěji. Vystačíme s ní u 80–90 % prováděných terapií VM2G u kojeneckých pacientů.

Základní poloha RO I

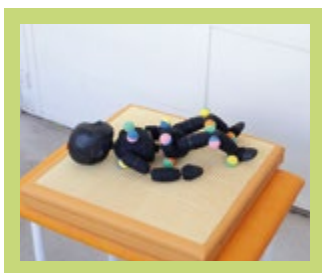
- Dítě leží na zádech na protiskluzné podložce, pánev na kraji lůžka tak, aby míčky na zadečku byly zalehnuté.
- Dolní končetiny jsou mimo oporu lůžka, tedy tak, aby se o nic neopíraly.
- Domácí terapeut stojí z boku, aby se ani o něj dítě nemohlo nohama opírat. Snaží se o navázání očního kontaktu s dítětem cca 20–30 cm nad obličejem dítěte.
- Dítě má v ideálním případě hlavu otočenou k jedné straně, dle toho se pak končetiny označují jako „čelistní“ (na straně obličeje) a „záhlavní“ (na straně zátylku hlavy)
- Záhlavní loket a rameno je opřeno o disk, tak, aby ruka nebyla příliš zapažena. Paže směřuje šikmo do středu disku. Mezi paží a trupem je úhel 90–110 stupňů. Přes měkký „kočičí“ míček tlačíme na loketní zónu.
- Používáme aktiva disk o průměru 30 cm, který je nafouknutý do tvaru čočky, který zajistí ideální postavení ruky.
- Končetina na čelistní straně těla je volně podél těla dítěte.



Reflexní zóny RO I

- **Začínáme se 7 míčky, které umístíme takto:**

- 2 na hýžděvé zóny
 - 2 na zádech pod dolními úhly lopatek
 - 2 na hrudní zóny
 - jeden na zónu loketní.
- Děti jsou při cvičení oblečené do „bodyčka“, případně i do punčocháčů.
 - U nejmenších dětí se používají malé míčky velikosti 4 cm, postupně jak děti rostou se míčky na zádech, hýždích, pánvi a hrudníku vymění za větší (velikost 5, 8 cm).
 - Později přidáváme míčky na obě přední pánevní zóny a na dolní končetiny – na obě kolenní zóny, dále na patní zóny z obou stran, a také na zóny nohy.
- Pokud je to potřeba, přidávají se míčky i na lokty a ruce.
- Míčky vkládáme do elastických pružných rourovitých obinadel (firemní označení PRUBAN), kde dobře drží.
- Pro dobrou fixaci doporučujeme na nohách natáhnout přes obinadla ještě ponožky, zabráníme tak skopávání míčků.



Tlak na reflexní zóny při Reflexním otáčení I:

- Tlačí se na loketní zónu na „záhlavní“ horní končetině (paže a ruka jsou položeny na malém aktiva disku), zóna je kostním výběžku pažní kosti (mediální epikondyl humeru).
- Tlak na hrudní zóně je na „čelistní“ straně hrudníku (pod prsní bradavkou na úrovni konce prsní kosti).
- Tlak na hrudní zóně se někdy kombinuje s tlakem na pánevní zóně na „čelistní“ straně na přední hraně pánevní kosti (spina iliaca anterior superior)



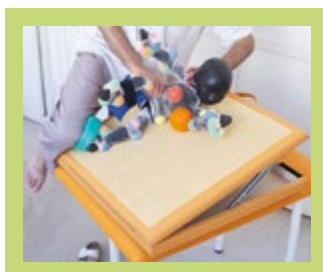
2

Základní poloha cvičení na boku: Reflexní otáčení II (RO II)

Využívá se a následuje až po zvládnutí RO I, nebo když v pozici na zádech vývoj stagnuje, případně je-li stav dítěte diagnostikován jako velmi vážný a je nezbytné začít provádět terapii intenzivně co nejrychleji.

Základní poloha RO II.

- Dítě leží na rovině na boku, zády k terapeutovi na kraji lehátka. Hrudník je nastaven na 90° vůči podložce.
- Na lůžku ležící horní končetina je v 90° ve flexi v rameni a lokti. Svrchní horní končetina jde podél trupu.
- Dolní končetina ležící na lůžku je v natažení nebo mírném pokrčení v koleni a kyčli, svrchní dolní končetina je v 90° flexi v koleni a kyčli.



Reflexní zóny RO II

- **Používáme 8 základních míčků:**
 - 2 míčky na hýždě
 - 2 pod lopatkami
 - 2 hrudní
 - 2 spiny pánve, později přidáváme další míčky.
- Pokud potřebujeme stimulovat svrchní dolní končetinu, můžeme ji dát do nároku, chodidlo je celé opřené o podložku, tlak vedeme přes koleno do chodidla a zároveň do kyčle. Využívané stimulační zóny jsou i na patě opřené nohy.

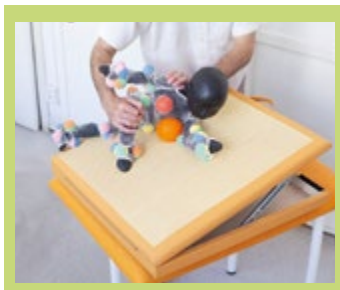


Tlak na reflexní zóny při RO II

Stimulace se provádí tlakem na svrchní pletenec ramenní (včetně lopatky) směrem šikmo dopředu, a za pánev směrem šikmo dozadu.

Nejčastěji používané reflexní zóny při RO II tedy jsou:

- tlak na podlopatkovou zónu na čelistní stranu hrudníku
- tlak na svrchní stranu ramene čelistní strany
- tah za spinu na pánvi na čelistní stranu
- tlak do kolena čelistní strany, který směřuje do kyčle i do opřené chodidla.



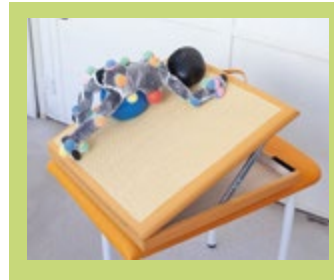


Základní poloha cvičení na břicho: Reflexní Plazení (RP)

Přidává se až po zvládnutí RO II, nebo když vývoj stagnuje.

Základní poloha RP

- Dítě leží na břicho na kraji lehátka, obličej směřuje k opačnému kraji lehátka, terapeut stojí na záhlavní straně
- Do protiskluzné podložky zabalíme trup dítěte včetně záhlavní paže, která jde podél těla. Snahou této paže je provést „nakročení“; aby se tomuto pohybu zabránilo, je nutno celou paži zabalit do protiskluzné podložky společně s trupem.
- Čelistní horní končetina je nastavena do opory, ve flexi 120° v rameni a cca 90° v loketním kloubu.
- Do druhé protiskluzné podložky zabalíme záhlavní nohu, která je v nakročení, chodidlem opřená o lehátko.



Reflexní zóny RP

- Míčky jsou na reflexních zónách na pánevních kostech zepředu, na hýždích, na hrudníku, na čelistním lokti, pod lopatkami, na záhlavním kolenu.
- Později přidáváme míčky na zápěstí a dlaně / paty a nártý končetin nebo používáme stejné množství míčků jako v RO I a RO II u daného pacienta.

Tlak na reflexní zóny při RP

Nejčastěji používané reflexní zóny při RP jsou:

- tlak na loket na čelistní horní končetině
- tlak do patní zóny na noze záhlavní strany
- tah za spinu pánve čelistní strany
- tlak do hýžďové zóny záhlavní strany

9. Spoušťové zóny aneb kam s míčky?

Spoušťové (reflexní) zóny jsou nalezená a klinicky ověřená místa na těle, která se využívají pro spuštění žádaného reflexního pohybu. Skrze tlak, případně tah na reflexní zóny se vyvolá konkrétní pohybová odpověď (automatické lokomoční pohyby). Stimulací konkrétních zón dosáhneme spuštění vždy stejných pohybů, které dopodrobna popsal Dr. Vojta.

Pro lepší ilustraci si představte klasické jednoduché reflexy, které vyťukává neurolog kladívkem: ťuknutí pod koleno vyvolá ve správné pozici nohy vždy stejnou odpověď – noha automaticky vykopne, aniž bychom to mohli vědomě ovlivnit.

Reflexní odpověď na stimulaci VM2G však obsahuje celý globální pohybový vzorec (otáčení a plazení), který je mnohem zásadnější a složitější.

VM2G se od klasické Vojtovy metody liší také tím, že se pro stlačování reflexních bodů využívají místo přímého tlaku prsty měkké molitanové míčky. Tím se stimulace stává příjemnější jak pro dítě, tak také pro toho, kdo stimulaci provádí.

Použití většího počtu zón (míčků) během terapie také umožní spustit reflexní odpovědi rychleji a ve větší intenzitě, tím se cvičení zefektivňuje.

Na následující stránce najdete popis a nákres, kam míčky patří, i tak je ale důležité dostat přesné instrukce nejdříve v ordinaci od vašeho terapeuta.

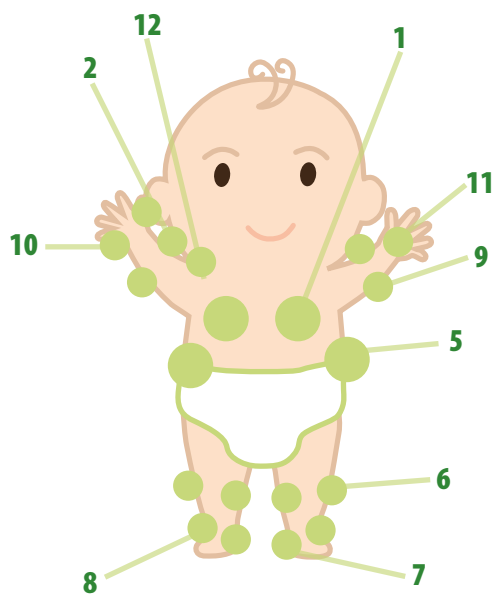


	Kde mačkat stimulační zóny	Jakým směrem tlačit na míčky	Moje zóny	Velikost míčku
1.	Hrudní zóny – pod prsními bradavkami	Směrem do podložky a do středu k páteři		
2.	Loket položený na disku, na svrchní kostěný výběžek	Směrem dolů, loket mírně povytažujeme ven		
3.	Pod dolními úhly lopatek	Stlačují se zalehnutím, prubanem		
4.	Na hýžďových svalech	Stlačují se zalehnutím, plenou, bodýčkem, prubanem		
5.	Na přední stranu pánve na jejích výbězcích, nad třísky	Stimuluje se tlakem za pánevní kost směrem ven a dolů, také prubanem		
6.	Na kolena z boku, na kostěné výběžky	Stlačováno prubany, punčocháči, stahovacími pásy		
7.	Na patní kosti z boku, pod kotníkem	Možno umístit do ponožek, prubanů		
8.	Nárt a ploska nohy, centimetr za prsty	Možno umístit do ponožek, prubanů		
9.	Na lokty z boku, na kostěné výběžky	Stlačováno prubany, pásy		
10.	Na zápěstí z boku, na kostěné výběžky	Stlačováno prubany, možné umístit do rukaviček		
11.	Na dlaň a hřbet ruky, do středu plochy	Stlačováno prubany, možné umístit do rukaviček		
12.	Na vrch ramena, na kostěný výběžek svrchu	Tlak svrchu přímo do ramene (směr od hlavy k nohám)		
13.	Výběžek dolní čelisti na boku tváře	Tlak kolmo na stimulační bod		
14.	Výběžek jařmové kosti pod okem	Tlak kolmo na stimulační bod		
15.	Na spánku vedle oka	Tlak kolmo na stimulační bod		
16.	Pod bradou na okraji kosti	Tlak kolmo na stimulační bod		

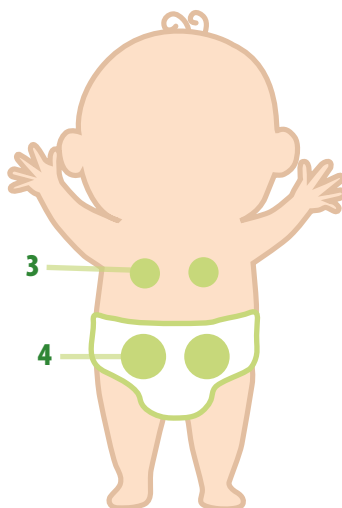




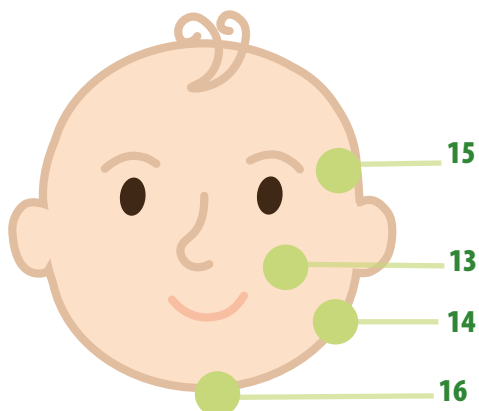
Nákres zepředu:



Nákres zezadu:



Nákres obličeje:



10. Rozvíjení jednotlivých poloh

V předchozích kapitolách jsme se zmiňovali o třech základních polohách VM2G. Nyní popíšeme, jak lze základní polohy upravit, aby se zvýšila efektivita cvičení.



Poloha na zádech: RO I

Jde o základní terapeutickou polohu, kterou je možné modifikovat, a to jak pro zintenzivňování terapie, tak také pro její usnadnění. Usnadnění se používá pro oslabené děti.

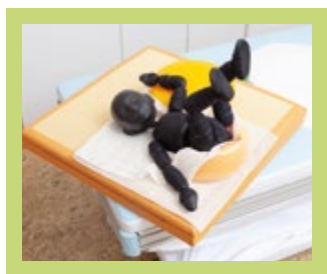


Podpůrné polohy RO I

Tyto polohy používáme, pokud v základní poloze nemůžeme dosáhnout správné reflexní odezvy, tedy v případě, kdy je pro dítě příliš obtížná. Stimulační zóny (umístění míčků) zůstávají stejné.

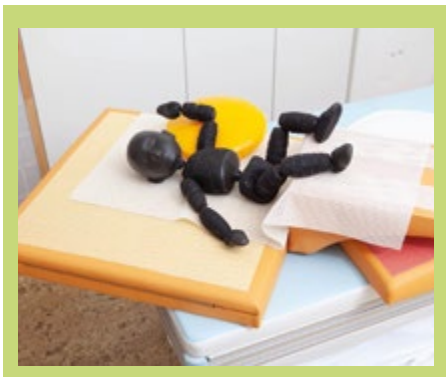
Overball vložený pod pánev jako „hnízdo“

- Overball 25-35 cm, nafouknutý na 1/4, umístíme tak, aby se pánev dítěte skrze míč opírala o podložku a zároveň byla pánev kruhově opřena o vnitřní stěny míče.
- Tím se vytvoří snazší výchozí pozice dolních končetin pro očekávaný pohyb ohnutí pánve a ohnutí dolních končetin směrem vzhůru.
- Pro lepší stabilizaci pánve dáváme na overball protiskluznou podložku, respektive overball vkládáme do protiskluzné podložky tak, aby tato byla zespodu i svrchu míče.
- Pro stabilnější držení dolních končetin někdy používáme lehké ovázání obou kolenních kloubů pružnou gumou, tak aby mezi kolena zůstala mezera nejméně 5 cm.



Vypodložení dolních končetin

- 90° ohnutí v kyčlích a kolenou
- Lýtka a paty jsou položeny na vyvýšené pevné, ale měkké (např. molitanové) podložce
- Používá se velice vzácně, u těžkých svalových hypotonií a těžkých forem CKP (centrální koordinační poruchy)



Náklon dětského lůžka – dolní končetiny jsou výš než hlava

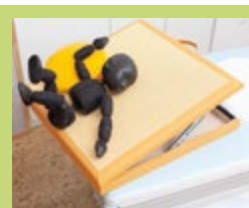
- Náklon lůžka, při kterém jsou dolní končetiny výš než hlava, se využívá vzácně, jen u velmi těžkých vad, např. u dětí, které mají nízké svalové napětí.



Nadstavbové polohy RO I

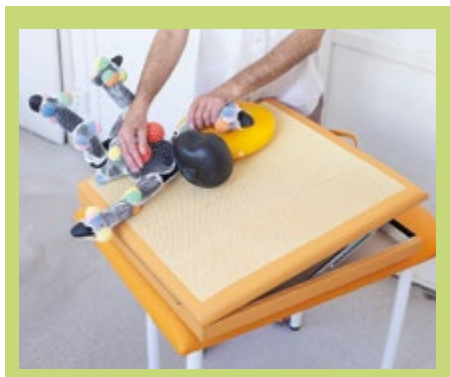
Podélný náklon lůžka – dolní končetiny jsou níž než hlava

- V základní poloze, osa těla jde po spádnicí. Postupně zvyšujeme náklon na speciálním dětském lůžku.



Podélný náklon lůžka – šikmá pozice

- V základní poloze, osa těla jde příčně přes spádnici (diagonálně z rohu na roh lůžka). Záhlavní horní končetina je na vrchním rohu lůžka, obličej směřuje šikmo dolů z kopce. Postupně zvyšujeme náklon lůžka.



Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu RO I

Protiskluzné podložky

- Dítě se položí na protiskluznou podložku, aby se zabránilo smýkání postole
- Do protiskluzu se zabalí overball pod zadečkem dítěte, aby nepadal a dítě na něm lépe drželo

Pásy

- Pro fixaci dítěte na šikmé ploše lůžka
- Přidržování overballů stabilizujících hrudník

Overbally

- Z obou stran trupu za použití fixace pružným pásem
- Umístění napolo vyfouknutých míčů pro labilizaci opěrných ploch, např. pod pánev dítěte





Poloha na boku: RO II

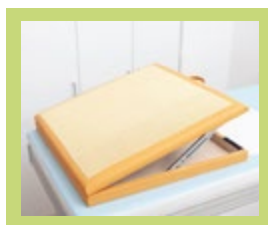
Nadstavbové polohy RO II postupně zvyšují intenzitu reflexu. Podpurné polohy se u RO II nepoužívají.



Nadstavbové polohy RO II

Podélný náklon lůžka

V základní poloze, osa těla jde po spádnicí. Postupně zvyšujeme náklon na speciálním dětském lůžku.



Podélný náklon lůžka – šikmá pozice

Obličej směřuje šikmo dolů z kopce, osa těla jde příčně přes spádnicí (diagonálně z rohu na roh lůžka). Postupně zvyšujeme náklon lůžka.





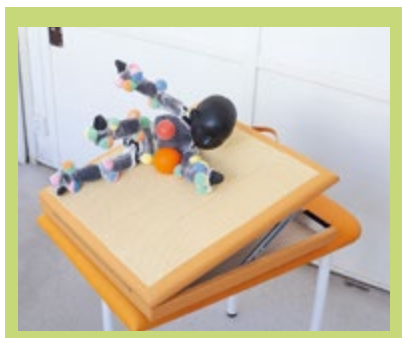
Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu: RO II

Protiskluzné podložky

- U příliš neklidných dětí zabalíme do protiskluzné podložky trup dítěte spolu s nataženou „čelistní“ paží
- Zabalíme nakročenou záhlavní nohu a vytvoříme protiskluzovou „opěrnou botu“

Míček v podpaží „záhlavní“ horní končetiny

- Umístění většího míčku do oblasti podpaží „záhlavní“ strany tak, aby paže zůstala v opěrné flekční poloze 90° vůči hrudníku



Pásy

- Pro fixaci dítěte na šikmé ploše lůžka, s použitím overballů z obou stran hrudníku pro lepší stabilizaci
- Jako opora proti kročné extenzi dolní končetiny
- Přidržování overballů zabráňující nežádoucímu záklonu hlavy



Overbally

- Z obou stran trupu za použití fixace pružným pásem
- Umístění napolo vyfouknutých míčů pro labilizaci opěrných ploch, např. pod pánev dítěte
- Pro fixaci opěrné dolní končetiny
- Napolo vyfouknutý míč daný seshora na patu záhlavní nohy
- Umístění za hlavou dítěte pro zamezení nežádoucího záklonu hlavy, s výhodou používáme větší overbally
- Pro podložení kolene, které reflexně nakračuje vpřed



Poloha na břiše: RP

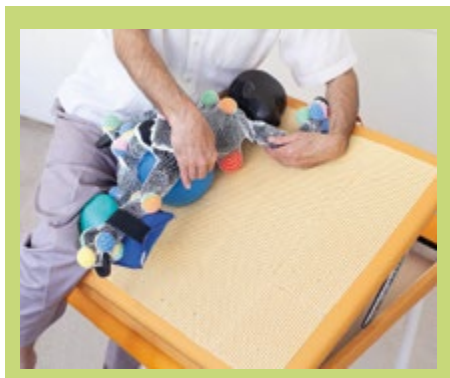
Nadstavbové polohy postupně zvyšují intenzitu reflexu.
Podpurné polohy se při cvičení na břiše nevyužívají.



Nadstavbové polohy Reflexního plazení (RP)

Podélný náklon lůžka

V základní poloze, osa těla jde po spádnicí. Postupně zvyšujeme náklon lůžka.



Podélný náklon lůžka – šikmá pozice

Čelistní strana je výš, osa těla jde příčně přes spádnici diagonálně.
Postupně můžeme zvyšovat náklon lůžka.

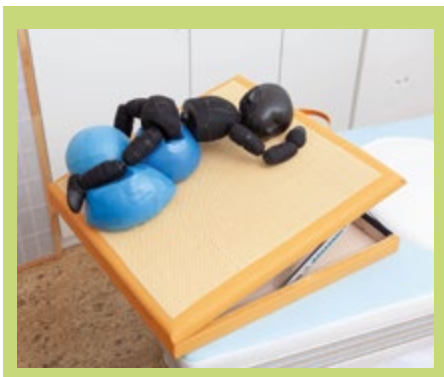


Mechanismy pro zesílení intenzity reflexu RP

Obdobně jako u RO I a RO II, navíc:

Overbally

- Vypodložení pánve – komfortnější a zároveň labilnější poloha pro pánev
- Fixace záhlavní vzpěrné dolní končetiny přes menší overball – stabilnější a jistá opora pro nohu
- Pod čelistní stranu pánve – napomáhá zvednutí pánve
- Pod koleno záhlavní strany – napolo vyfouknutý míč
- Pod čelistní stranu pánve a částečně i nohu čelistní strany – brání v nároku
- Z boku z obou stran hrudníku pro zafixování kojence v poloze



Fixační pásy

- Používáme k bezpečnému a pevnému uchycení dítěte na šikmém lůžku
- Pás brání nežádoucím pohybům dítěte
- Umožňuje provádění stimulace je-li již dítě značně obratné a silné



11. Pomůcky používané pro terapii VM2G

Molitanové míčky velikostí 4 cm, 5,8 cm, 7 cm a 9 cm

- Využíváme pro stimulaci reflexních zón
- Míčky jsou všechny ze stejného molitanu, jsou stejně tvrdé, rozdíl je jen ve velikosti, barva nic neznačí. Výjimkou je míček „kočičí“, který je měkčí.



Elastická trubicová obinadla “PRUBAN” (různých velikostí na končetiny, trup a pánev)

- Využíváme pro uchycení míčků na zónách



Nafukovací disky o průměru 30 cm

- Využívají se jako labilní vypodložení lokte
záhlavní horní končetiny



Nafukovací měkké míče overball, různé velikosti

- Obecně slouží k odstranění únikových pohybů dítěte
- Pro lepší fixaci dítěte na podložce
- Umožňují měkkou stabilizaci opěrných končetin



Dětské závaží na končetiny 125 g a 250 g, nebo 0,5 kg

- Závaží se připínají na končetiny a zatížením zvyšují intenzitu reflexu



Protiskluzné podložky

- Protiskluzné podložky udrží tělo a končetiny dítěte v ideální poloze, aniž by se smýkalo po povrchu stolu



Gumové pásy na končetiny "Theraband"

- Pokud jsou kyčle v hyperabdukci (nožičky jsou hodně od sebe), lehce svážeme kolena gumovým pásem (therabandem), tím celkově zlepšujeme stabilizaci pánve



Elastické pásy

- Zlepšují fixaci dítěte na šikmé ploše lůžka, zlepšují komfort pro cvičícího rodiče
- Dítě může být připoutané k lůžku, aby byla poloha pro cvičení ideální a zároveň usnadňují práci domácího terapeuta



Cvičební obleky s vibračními míčky

- Využívá se k zásadnímu zvýšení intenzity terapeutické účinnosti reflexní stimulace
- Využíváme jej zvláště v případech kojenců závažně ohrožených v psychomotorickém vývoji z důvodů těžké centrální koordinační a tonusové poruchy
- Technologie oblečku umožňuje postupné zapojování vibrací do všech míčků a tím zvyšování intenzity obecně a také cílené zvyšování intenzity v jednotlivých segmentech těla

Dětské vyklápěcí lůžko

- Naklopením ložné plochy dítěte je díky gravitaci reflex intenzivnější



Bavlněné pleny

- Bavlněné pleny umístíme pod obličej dítěte, případně i pod týl hlavy dítěte, aby bylo zabráněno otěru jemné pokožky dítěte o protiskluzné podložky

12. Tabulka normálního motorického vývoje

V přiložené tabulce najdete stručný přehled toho, jak by se miminko mělo během prvního roku normálně vyvíjet. Všechna miminka ale nejsou stejná, některá potřebují více času, jiná zase předbíhají... Nedá se tedy říci, že se dané dovednosti „musí naučit přímo v 8 týdnech, a pokud ne, tak je to špatně“. Tabulka má sloužit spíše pro představu; pokud zjistíte, že nejste „tabulkoví“, nebo se Vám něco ve vývoji dítěte nezdá – nepanikařte! Ještě to nic nemusí znamenat, ale je dobré se poradit s někým, kdo tomu rozumí a zhodnotí celkový stav dítěte.



13. Deníček cvičení

V deníčku zaškrtněte vždy všechna cvičení, která jste během dne provedli, ať Váš fyzioterapeut ví, jak se věci mají. To je důležité proto, aby bylo možné odhadnout, zda je cvičení dostačující a vývoj postupuje dle očekávání.

Důležité je také zapisovat všechny změny v chování dítěte, jak probíhalo cvičení (dítě bylo nezvykle uplakané, nedalo se nijak zabavit apod.), vše, co je neobvyklé vzhledem k přijímání a vyprazdňování potravy a plynů, co se týká spánku a vše o nově naučených pohybech dítěte (jako pomoc v orientaci v pojmech o pohybech Vašeho dítěte Vám může sloužit tabulka motorického vývoje).

Zkuste si všímat a zapisovat vše, co Vám bude připadat důležité nebo zajímavé, jak pozitivní změny (nová dovednost, méně častěji ublinkává, netrápí ho prdíky), tak i negativní (při cvičení celou dobu pláče, při cvičení vůbec nezvedá nožičky, nechce jíst, má průjmy, teploty...).

Stejně tak můžete zaznamenat i situace, které jsou změnou pro dítě, např. přestáváme kojit, první příkrmy, očkování, první zoubky, větší fyzická zátěž a podobně.

Pro fyzioterapeuta je přínosné, když jsou mu takové informace známe, a přiznejme si – kdo si po dvou týdnech pamatuje, který den mělo dítě prdíky a po kolika dnech se to začalo zlepšovat.



Zde si můžete stáhnout a vytisknout další stránky deníčku.





NÁLADA

VYPRAZDŇOVÁNÍ



OVČENÍ

[illegible]

NALADA

48

14. Mýty a fakta o miminkách: textový a obrazový opravník obecně oblíbených omylů

Z tématu „jak zacházet s kojencem“ se v posledních desetiletích stala úplná věda. Na druhé straně se však vytratil pohled jednak „zdravým selským rozumem“, ale i pohled opřený o skutečné vědecké poznatky.

Vědcem, který celý svůj život zasvětil sledování a léčbě poruch vývoje kojenců, byl Dr. Václav Vojta. Odborných knih, které na téma vývoje a terapie kojenců sepsal, byla celá řada, viz kapitola „Kde zvidaví rodiče najdou další informace“.

Zvláštní pozornost si zaslouží kniha Václav Vojta/Edith Schweizer: Die Entdeckung der idealen Motorik (Objevování ideální motoriky). Zde se velmi detailně rozebírá vývoj dítěte v prvním roce života, včetně důvodů, proč není vhodné zacházet s kojencem jako se „cvičencem, kterého je třeba trénovat a posilovat“.

Ve stručnosti lze doporučení Dr. Vojty shrnout takto: je-li vývoj dítěte zcela fyziologický, pak je třeba dopřát dítěti jak dostatek klidu, tak také podnětů adekvátních k jeho aktuálnímu věku.

Pasení koníčků

„Miminko se musí dávat na břicho nejméně 5x denně!“

Toto doporučení jste od svých pediatriů pravděpodobně také zaslechli, společně s vysvětlením, že poloha na břišku údajně podporuje vývoj svalů na krku a na ramenou, působí jako prevence napjatých krčních svalů a tvarových deformací hlavičky a napomáhá tvorbě svalů potřebných k otáčení, sezení a lezení.

Tvrdí se, že „novorozenci mají velmi slabé, ochablé šíjové a ramenní svalstvo, takže nejsou schopni zvednout a udržet nahoře hlavičku. A právě pro posilování těchto svalů a celkově zdravý psychomotorický vývoj je třeba, abyste miminko často pokládali na břicho. V této poloze dítě objevuje svět z jiného úhlu pohledu, učí se ale zároveň udržovat rovnováhu, trénuje koordinaci pohybů i orientační schopnosti. Dostatečně zpevněné svalstvo šíje a zad je velmi podstatné pro následné vývojové fáze, zejména vzpřimování (správný sed, otáčení, lezení). Poloha na břišku navíc pomáhá předcházet tvarovým deformacím hlavičky“.

Takováto tvrzení rozhodně nevycházejí ze znalostí o vývoji kojence (vývojové kineziologii). Vývoj svalů, včetně jejich správného tonu (svalového napětí), nijak nesouvisí s polohou, v níž se dítě aktuálně nachází, ale je produktem genetického programu. Novorozenci mají fyziologické, geneticky dané, limity svalové koordinace, které jim neumožňují, aby drželi hlavu proti gravitaci.

Nejde tedy o žádnou „svalovou slabost“, kterou je nutno „posilovat, a tak podporovat celkově zdravý psychomotorický vývoj“. Stejně tak vývoj a tvarová konfigurace hlavičky dítěte je dána vývojem mozku, nikoli „tvarováním“ polohou na břiše.

Je-li dítě v poloze, která je pro něj nefyziologická vzhledem k jeho vývojovému stupni, tak je pro něj tato poloha nejen nekomfortní, ale může vyvolávat i bolest.

V oblíbené knize Něžná náruč rodičů se doporučuje „postupně prodlužovat dobu na bříšku tak, aby na konci prvního měsíce trávilo dítě v této poloze celkem až jednu hodinu denně a postupně i déle“.

Pokud se kojeneček, který se ještě sám nedokáže otočit na břicho, ocitne na malou chvíli v poloze na břiše, tak mu to neublíží. Pokud je však nucen v této poloze setrvat desítky minut, pak to zcela jistě dobré není. Vynucení delší doby „pobyту“ v poloze, které je pro něj vývojově nepřiměřená, vyvolává u něj nutnost zapojit náhradní stereotypy motorického řízení. Konkrétně jde o tonické šíjové reflexy, primitivní vzpěrné mechanismy, patologické zvýšení svalového napětí zvláště v oblasti šíjového svalstva a pletenců ramenních, obranné mechanismy proti hyperabdukci v kyčelních kloubech i další náhradní mechanismy řízení motoriky.

Neuvážené provokování těchto náhradních primitivních mechanismů má negativní vliv na průběh fyziologického vývoje. Jsou-li děti zcela zdravé, tak i takovéto zacházení přecházejí bez úhony. Pokud je však motorický vývoj z nějakého důvodu narušen (přidušení při porodu, dlouho přetrvávající novorozenecká žloutenka apod.), pak negativní zasahování do vývoje provokováním primitivní reflexologie může podpořit rozvoj CKP (centrální koordinační poruchy, viz kapitoly výše).



Následky rozvinuté CKP jsou poruchy v automaticce držení těla a v základních pohybových stereotypch, vysvětlení viz výše.

Je nezbytné se na vynucené polohy kojenců v prvních měsících života dívat také z hlediska jejich bezpečnosti, neboť takto polohované děti se vystavují riziku vdechnutí zvratků, které jim může velmi znepríjemnit život.

Představa, že bude-li dítě na břicho již v prvním měsíci života, umožní se mu lepší rozhled, je lichá, neboť schopnost jeho očí zaostřit je doposud velmi omezená.

Také se v návodech na „posilování kojenců“ objevují upozornění, aby při pokusech o zvedání hlavičky bylo děťátko opřené o předloktí (později pak o lokty a dlaně) a těžiště se nacházelo v oblasti pánve. Pokud současně s hlavičkou nadzvedává i zadeček, lehce mu ho přidržíte dlaní u podložky, pomůžete mu tak s lepší stabilitou.

Toto je spíše „návod“, jak ještě výrazněji provokovat primitivní reflexy, zvláště tonické šíjové reflexy. Tím se bude ještě výrazněji zasahovat do fyziologického vývoje. Jiné rady doporučují: Nenechte se odradit pláčem nebo nechutí miminka! „Dítě potřebuje pro svůj zdravý vývoj do jisté míry i nepříjemné podněty. Mírný stres nás všechny, jak známo, posunuje ve vývoji vpřed. Když dítě necháme ležet na zádech, protože se mu to líbí a je od něj klid, ale neposkytneme mu dostatek podnětů ke zdárnému vývoji, začne se opoždovat, což ve finále může skončit nutností rehabilitace, stimulace Vojtovou metodou, aby se dítě vrátilo do svého pohybového vzorce.“

Takováto doporučení jsou zcela mimo zásady jak fyziologického vývoje motoriky, tak i vývoje psychiky kojenců! Představa zvyšování stresu jako „posunu ve vývoji“ je absurdní, neboť již samotný vývoj prvního roku je pro dítě stresující více než dostatečně.

Podobně nesmyslná je představa, že „polohu na bříšku je důležité s miminkem trénovat již od narození. Samozřejmě v prvních měsících miminko dáváme na bříško jen na opravdu krátkou dobu, aby si na polohu postupně zvyklo a naučilo se v ní pracovat.“

Dítě v tomto věku nelze žádným způsobem „trénovat“, ani po něm chtít, aby si na nepříjemnou, nefyziologickou zátěž „zvyklo a naučilo se v ní pracovat.“ Pro kojence je primárně potřeba zajistit fyziologické podmínky nerušeného vývoje. Představa, že kojeneček má možnost cosi „trénovat“ a učit se zvykat v nefyziologických polohách „pracovat“, je nereálná.

Předčasné posazování

v sedítku nebo v kočárku

Dokud se dítě nenaučí sedět samo, představuje pro něj sed zcela nefyziologickou zátěž. Jak už bylo řečeno výše, dítě v tomto věku nelze žádným způsobem „trénovat“, ani po něm chtít, aby si na nepříjemnou, nefyziologickou zátěž „zvyklo a naučilo se v ní pracovat.“



X
Ne

Chození v chodítku a za ruku

Cpát dítě do chodítka je obdobný nesmysl jako nechat dítě, aby „hezky sedělo v sedítku“. Nemá-li dítě zralý nervový systém na řízení samostatného stoje, pak jeho vzpřimovací a rovnovážné reflexy nemají dostatečnou kapacitu pro samostatnou chůzi.



X
Ne

Chodítka nahrazují tento fyziologický nedostatek, který dítěti brání, aby se pustilo do samostatné chůze, neboť na ní ještě není zralé. Nezralý je jak jeho mozek, tak také jeho hybný aparát, který se v chodítku nepřiměřeně zatěžuje. Výsledkem může být nevhodný zásah jak do vývoje kostně-kloubního aparátu, tak také do řídicích mechanismů mozku.

Jaký kočárek

Pro novorozence je vhodný kočárek s rovnou ložnou plochou, kde je dost místa, aby se miminko mohlo přirozeně pohybovat.

Golfky/polohování v kočárku do plného sedu je vhodné využívat až od chvíle, kdy je dítě schopné se samo posadit.



Botičky

„Botičky pro batole musí mít pevný kotníček!“...rozhodně ne

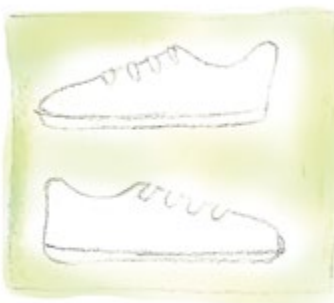
Pevný kotníček slouží pro nohu jako externí opora, drží nohu v jedné pozici a nenutí svaly pracovat, naopak jim v přirozeném pohybu brání.



Barefoot botičky

Doma nebo v kočárku je dobré být naboso nebo nosit měkké capáčky či protiskluzové ponožky. Boty doporučujeme nosit jen na výlety a vycházky. Když dítě zrovna nechodí, můžou se pevnější botičky sundat a vyměnit za ještě měkčí capáčky.

V barefoot botech (nejde o značku, ale o vlastnosti boty) je noha tak trochu jako bosá – svaly nohy se přirozeně zapojují, ale noha je zároveň kryta před vnějšími vlivy nečistot a okolí.

Široké  Stabilita	Tenké  Vnímání	Ohebné  Síla
		
<i>Široké znamená, že vaše prsty mají dostatek prostoru, aby vám poskytly stabilitu, oporu a pohodlí.</i>	<i>Tenké znamená, že chodidla jsou po celé délce v kontaktu se všemi vjemy z povrchu, potřebnými pro obratný pohyb.</i>	<i>Pro maximální pohyb bez omezení.</i>



Ano, nebo ne?

Šátkování, různé typy nosítek, baby-vaky, krosny... Na co si dát pozor?

Nošení dětí na těle se stává opět moderním a pomůcky (šátky, nosítka, babyvaky) představují obrovský business. I přesto se samozřejmě vyskytují různé názory na to, jestli je to vhodné či není.

Nejčastějším argumentem proti nošení je obava z předčasné vertikalizace. Musíme si však uvědomit, že děti se nosily odpradáвна (někde se stále nosí) a kočárky se zatím využívají jen velmi krátké období. Důležité je samozřejmě dbát na správné zásady nošení, vybrat správné nosítko, případně správně uvázat šátek, aby byla zátěž pro pohybový aparát dítěte i nosiče optimální.

Celkový přínos nošení je značný – umožní častější kontakt dítěte s rodičem, děti jsou klidnější a méně pláčou, matka může uvařit a uklidit, aniž by dítě vřískalo v postýlce, může být prevencí laktační psychózy a poporodních depresí, kojeneckých kolik a uvádí se, že nošené děti se stávají dříve nezávislými. Je však důležité, aby dítě mělo možnost trávit čas i v jiných polohách, volně na zádech apod., zejména pro spánek v noci.

Dítě je nošením stimulováno, jak možností výhledu do okolí, tak aktivací receptorů v kůži, v kloubech a v rovnovážném aparátu, které odesílají informace do částí mozku, které jsou zodpovědné za řízení hybnosti dítěte. Je tedy dobré vnímat případnou potřebu dítěte odpočívat, pokud by nebylo schopné v nosítku usnout.

Dobře zvolená pomůcka podpírá páteř dítěte a drží nožičky a pánev v pozici anatomicky vhodné pro vývoj kyčlí. U malých dětí je vhodné podpořit držení hlavičky, aby se nezakláněla.



Zvolíte-li pro nošení šátkové úvazy, je dobré se naučit vázat šátek správně. Měl by být vždy na těle uvázan pevně, jinak neudrží dítě ve správné pozici, což může mít neblahý vliv na páteř dítěte.



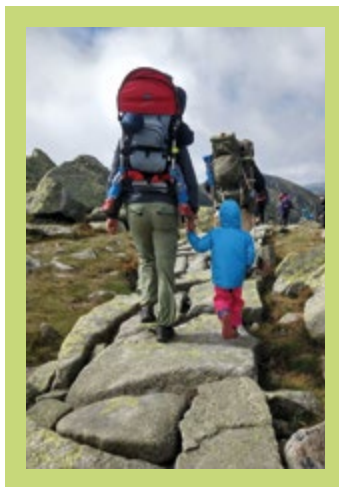
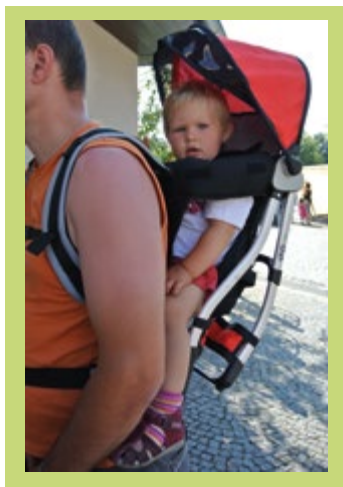
Ano
✓

Baby-vak toto pevné utažení k tělu neumožňuje, je tedy vhodný spíše pro malé děti, které ve vaku tzv. pololeží. Je ale nutné hlídat, aby dítě z vaku nevypadlo. Představuje také větší zátěž pro tělo nosiče.

*Ano,
ale...*

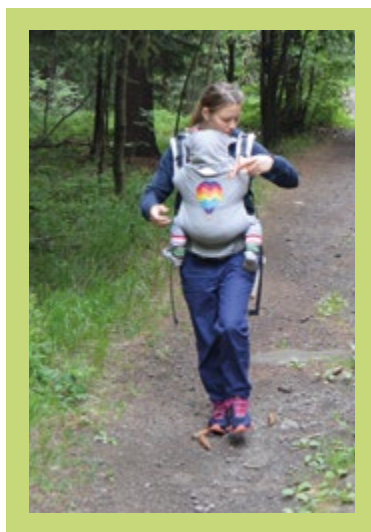
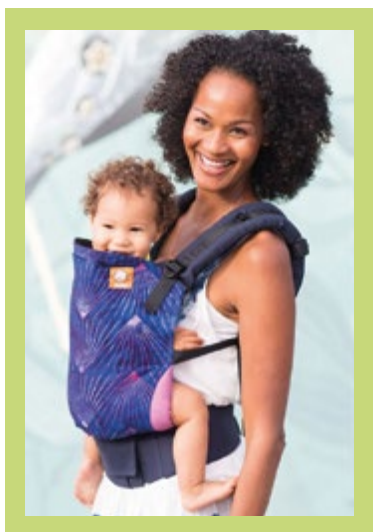


Krosny nejsou vhodné pro děti, které ještě samy neumí sedět, představují totiž zátěž pro meziobratlové ploténky páteře. Vhodné pro výletování se staršími dětmi.



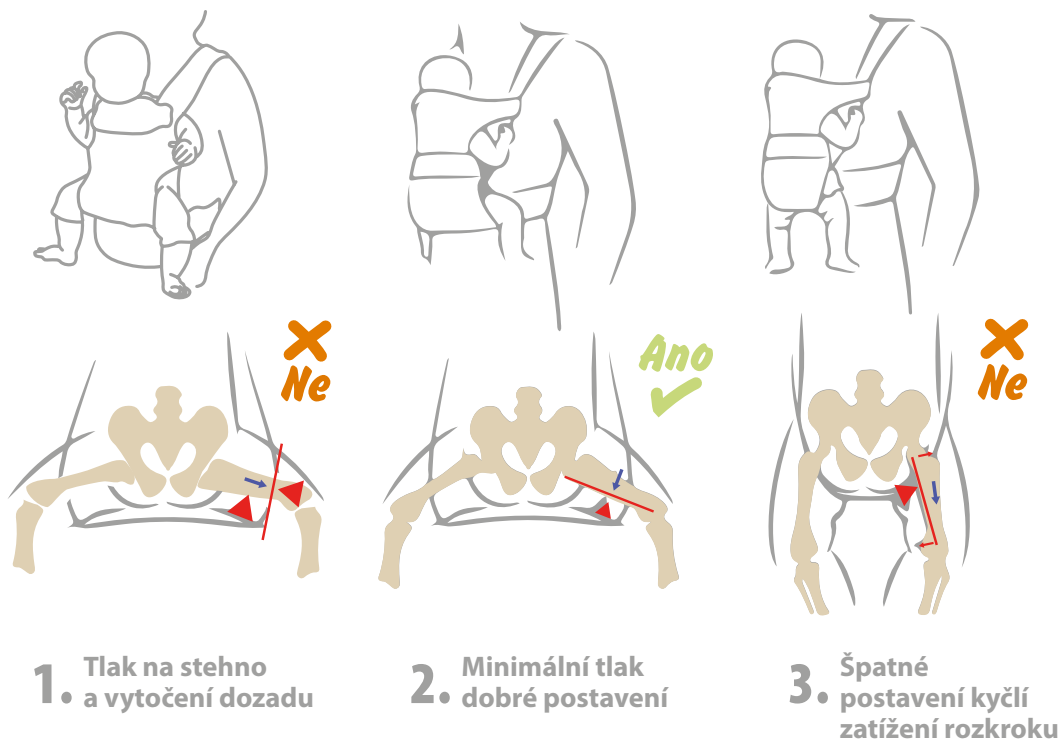
Ano
✓

V nosítku by mělo být dítě posazeno čelem k nosiči, ať už je nesené na zádech či na břiše. Nesení dítěte zády k nosiči není úplně ideální. Správné nosítko poznáte tak, že při posazení nejde váha přes rozkrok (dítě nesmí v nosítku viset), ale přes celý zadeček a kyčle. Nohy by měly být ve tvaru písmene M a zadeček by měl být níž než kolena. Aby bylo nosítko dobře využitelné, mělo by být schopno „růst“ společně s dítětem. Tedy mít možnost nastavení tak, aby okraje posezení byly vždy v podkolenní jamce, aby se nevytvářel zbytečný a nepříjemný tlak na tkáň stehna. Je také důležité, aby dítě v šátku (ani v nosítku) nemělo příliš zakloněnou a nepřírodně vytočenou hlavičku. Když jsou děti zvědavé a chtějí vidět vše důležité, může pak nošení přinést více škody než užitku.



Ano
✓

Způsoby nošení v nosítku vs. zátěž pro kyčelní kloub



Kurzy plavání

Kurzy plavání mohou být pro dítě i matku vhodným relaxačním prvkem. Neměly by však výrazně zasahovat do terapie předepsané Vaším fyzioterapeutem, tzn. určitě není možné nahradit cvičení plaváním.



Pleny - látkové vs. jednorázové

Látkové pleny se dnes opět vrací do módy, využívá je mnoho maminek a na trhu se objevují nejrůznější „vylepšováky“. Jestli je to ekologičtější nebo ekonomičtější, o tom Vám mnoho neřekneme, ale je dobré vědět, na co si dát při přebalování pozor.

Nedá se jasně říci, která plenka je lepší, která je zdravější a tedy vhodnější, je ale nutné zabývat se tím, jak se plenka používá. A zdaleka nejen plenka!

Aby se miminko dobře vyvíjelo, mělo by mít možnost bez omezení pohybovat nohama v kyčlích směrem od sebe (abdukce) a přitáhnout nožky nahoru k bříšku. Jakmile začne dítě chodit, nesmí plenka omezovat pohyb do žádného směru, ani směrem dozadu (extenze). Omezit pohyb může také špatně šité bodýčko (pokud látka končí až na stehýnkách), nebo kalhoty z pevné látky, která drží nohy u sebe. Plenu je tedy nutné zapínat co nejvýše na bříšku, aby se neomezil pohyb v kyčlích, a je úplně jedno, z jakého materiálu plenka je. Toto omezení neškodí ani tak kyčlím, ale celkovému vývoji stabilizačního systému.

V některých poradnách se také dozvíte, že používání látkových plen nahradí doporučené cvičení s kyčlemi díky tzv. širokému balení. Ano, plenky jsou širší než ty jednorázové, pokud se ale kyčle vyvíjí nedostatečně, využívají se k tomu určené pomůcky (např. Pavlíkovy třmínky) nebo cvičení, a látkové plenky nic moc nezmůžou.

Pro látkové plenky platí, že by měly mít jen tolik vrstev, kolik miminko v daném věku potřebuje, aby nebyla vůči tělu příliš objemná. Hlavně také při cvičení VM2G je důležité, aby byla plenka co nejmenší a pohyb nebyl omezen, cvičit je možné i bez plenky.



X
Ne



Plínka dosahuje skoro až ke kolínkům miminka a může tak omezit pohyb dolních končetin.

Kontakty

Web: www.rehabilitace.org

Facebook: Vojtova metoda 2. generace

Instagram: vm2g.official



Mgr. Václav Krucký

+420 777 939 527

krucky.vaclav@volny.cz

Návštěvy

	Datum	Čas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

	Datum	Čas
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÍLKOVÁ, Iva. Mgr. Nošení dětí na těle – šátek, baby-vak nebo krosničku? [online]. 2007. Dostupné z: <https://www.fyzioklinika.cz/clanky-o-zdravi/noseni-deti-na-tele-satek-baby-vak-nebo-krosnicku>

KIEDROŇOVÁ, Eva. Něžná náruč rodičů. Grada, 2005. ISBN 80-247-1210-5.

KIEDROŇOVÁ, Eva. Rozvíjej se, dítěátko: 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.

KRUCKÝ, Václav. Vojtova metodika 2. generace: s videokompendiem. 2. vydání. Ostrov: SVR – společnost pro vývojovou rehabilitaci, 2017. ISBN 978-80-906760-1-5.

KŘIVÁNKOVÁ, Hana a MUDr. Miloš JANSÁ. Správné balení do látkových plen. [online]. 2017. Dostupné z: <https://www.mokoshop.cz/Spravne-balení-do-latkových-plen-b22342.htm>

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

PROCHÁZKOVÁ, Simona. Pokládejte kojence na břicho! Uděláte pro něj to nejlepší, co můžete! [online]. 2018. Dostupné z: <https://supermamy.maminka.cz/clanek/pro-zeny-super-mamy-materstvi-kojenec/539321/pokladejte-kojence-na-brisko-udelate-pro-nej-to-nejlepsi-co-muzete.html>

SKALIČKOVÁ-KOVÁČIKOVÁ, Věra. Diagnostika a fyzioterapie hybných poruch dle Vojty. Olomouc: RL-CORPUS, s.r.o, 2017. ISBN 9788027022922.

VIVOBAREFOOT, www.vivobarefoot.cz/vivobarefoot/jak-funguji-barefoot-bose-boty

VOJTA, Václav a Annegret PETERS. Vojtův princip: svalové souhry v reflexní lokomoci a motorické ontogenezi. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024727103.

VOJTA, Václav a Edith SCHWEIZER. Die Entdeckung der idealen Motorik: Kinesiologische und muskuläre Analyse der angeborenen Bewegungsmuster. German: Pflaum, 2009. ISBN 3790509663.