

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

LUCIE BUKÁČKOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: speciální pedagogika pro druhý stupeň základních škol a střední školy –
výtvarná tvorba se zaměřením na vzdělávání

**VLIV HIPOREHABILITACE NA PSYCHOMOTORICKÝ VÝVOJ DĚTÍ
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová

OLOMOUC 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 30. 3. 2009

.....

Za cenné rady a odborné vedení děkuji vedoucí práce Mgr. Petře Jurkovičové. Mé poděkování patří také paní Arnoštce Ježkové za poskytnuté informace a všem, kteří mi vyšli v této práci vstříc.

Obsah:

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 6 |
| 1 HIPOREHABILITACE | 7 |
| 1.1 Hiporehabilitace jako součást zooterapie | 8 |
| 1.2 Historie léčebného ježdění na koni | 10 |
| 1.2.1 Hiporahabilitace v ČR | 12 |
| 1.3 Hiporahabilitace a její tým | 13 |
| 1.4 Základní okruhy hiporehabilitace | 15 |
| 1.4.1 Hipoterapie | 16 |
| 1.4.2 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění | 19 |
| 1.4.3 Sportovní ježdění handicapovaných - parajezdectví | 21 |
| 1.5 Indikace a kontraindikace v hipoterapii | 24 |
| 1.6 Nejčastější chyby při léčebném ježdění na koni | 25 |
| 2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ | 27 |
| 2.1 Mentální retardace | 28 |
| 2.1.1 Klasifikace a specifika jednotlivých stupňů mentální retardace | 29 |
| 2.1.2 Specifika dětí s mentálním postižením | 31 |
| 2.2 Nejčastější přidružená postižení | 32 |
| 2.3 Psychomotorika | 34 |
| 2.4 Specifika motoriky dětí s mentálním postižením | 35 |
| 2.5 Hiporehabilitace u dětí s mentálním postižením | 36 |
| 3 PRAKTICKÁ ČÁST | 38 |
| 3.1 Vymezení problému | 38 |
| 3.1.1 Cíl šetření | 38 |
| 3.1.2 Metody šetření | 38 |
| 3.2 Případové studie | 38 |
| 3.3 Závěr a doporučení pro praxi | 43 |

| | |
|----------------------------------|-----------|
| ZÁVĚR | 44 |
| POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE | 46 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 49 |

ÚVOD

Pro svoji bakalářskou práci jsem si vybrala téma hiporehabilitace z toho důvodu, že jsem se koním krátký čas věnovala. Proto mě zaujala myšlenka pomoci lidem (v kontextu této práce dětem s mentálním postižením) prostřednictvím koně.

Přes veškeré moderní přístroje, rehabilitační prostředky a různé nové poznatky, se stále častěji využívá působení zvířat k navrácení osob do každodenního života. Zvířata byla již dříve, ať už vědomě či nevědomě, spjatá s léčbou různých nemocí a všelijakých neduhů. Jedná se tedy o interakci zvířete s člověkem. Psa, kočky, koně a mnohých jiných zvířat.

Kůň provází lidstvo již několik tisíc let, nejen jako pomocník v zemědělství, dopravě, sportu ale i v léčbě. Léčba s pomocí koně se nazývá hiporehabilitace. Hiporehabilitace je v celém léčebném komplexu nynější doby jednou z nejvšestrannějších terapií s účastí zvířete. Hiporehabilitace zasahuje do pedagogiky, psychologie, zdravotnictví i sociologie.

Cílem této práce je seznámit čtenáře s problematikou hiporehabilitace, s jejími podmínkami a možnostmi zejména u dětí s mentálním postižením. Přesto, že je hiporehabilitace v současné době celkem využívanou terapií, je na našem trhu literatury stále skromně zastoupena. Proto by bylo dobré, kdyby se tato práce stala „pomocníkem“ nejen rodičům dětí s mentálním postižením, laické veřejnosti ale i všem, kteří se chtějí hiporehabilitací jakkoli zabývat.

1 HIPOREHABILITACE

Hiporehabilitace je zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením. Je to metoda, která využívá komplexní působení koně na člověka.¹

Slovo hiporehabilitace je složené z řeckého slova *hippos* – kůň a latinského slova *rehabilitace*, což je složeno ze dvou částí – předpony *re*, která znamená opakovat a slovesa *habilitare*, která znamená uschopňovat. Rehabilis proto znamená znovu schopný.² Jedná se tedy o léčebné ježdění (vození) na koni.

Hiporehabilitace je vhodnou léčebnou metodou pro široký okruh pacientů, při níž nerozhoduje jejich věk ani stupeň tělesného či mentálního postižení. Přes možný strach a respekt ke koni může přinejmenším každému působit radost.³

Dle Hollého a Hornáčka⁴ kůň může:

- „léčit v pravém slova smyslu;
- při léčbě asistovat;
- sloužit jako prostředek k zapojení pacienta do léčby;
- pomáhat v rehabilitaci, resocializaci i socializaci.“

„Léčba koněm je komplexní. Působí jak na fyzickou, tak i na psychickou a sociální stránku objektu našeho působení.“⁵

V této oblasti dochází velmi často k nejednotnému chápání pojmů v oblasti léčebného ježdění na koni. Prolíná se s pojmem hipoterapie a je těžké je vymezit. Hollý a Hornáček uvádí, že: „...při využití koně k léčebným nebo rehabilitačním účelům jde vždy o komplexní působení a jakékoli dělení se provádí vždy z hlediska převažující aktivity a úhlu pohledu.“⁶

Terminologie je v této oblasti velmi rozsáhlá, nepřesná a způsobuje nedorozumění. Tento problém se neobjevuje jen v České republice ale na celém

¹ Ježková, 2009

² Hollý, Hornáček, 2005

³ Kolektiv autorů, 1996

⁴ 2005, s. 16

⁵ tamtéž, s. 138

⁶ tamtéž, s. 16

světě. Velkým problémem bývá překlad z a do cizího jazyka, který není jednoznačný.⁷

Hiporehabilitací jako zastřešujícím termínem aktivit léčebného ježdění na koni rozumíme proces, který primárně umožňuje obnovení ztracené funkce, snižuje újmy způsobené onemocněním, nebo umožňuje handicapovanému jedinci lépe se se svým handicapem vyrovnat.⁸

Hiporehabilitace se dělí:

- **hipoterapie** – vychází z fyzioterapie – medicíny (Bobathovy a Vojtovy metody), klient je při ovládní koně zcela pasivní;⁹ hipoterapií chápeme cílené využití práce s koněm, vození se na koni a ježdění;¹⁰
- **léčebné pedagogicko-psychologické ježdění** (dále jen LPPJ) – spadá do oblasti pedagogiky a psychologie, má velký vliv na psychiku člověka;¹¹
- **parajezdeckví** – jedná se o sportovní oblast, kdy klient koně aktivně ovládá.¹²

1.1 Hiporahabilitace jako součást zooterapie

Hiporehabilitace je jednou ze základních terapií s účastí zvířete. Jako zastřešující pojem terapií s účastí zvířete se nejčastěji uvádí Zooterapie.

Zooterapie (také animoterapie, či animal terapie) je pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Zvíře se stává prostředníkem, tzv. koterapeutem, mezi klientem a terapeutem.¹³

Koterapeutem v zooterapii může být nejen velké zvíře jako kůň nebo domestikovaná zvířata – pes, kočka, ale i ptáci, hmyz či delfín.¹⁴

⁷ Lantelme in kol. autorů, 2008

⁸ Hollý, Hornáček, 2005

⁹ Kulichová, 1995

¹⁰ Hollý, Hornáček, 2005

¹¹ Kulichová, 1995

¹² tamtéž

¹³ Freeman in Velemínský, 2007

¹⁴ Nerandžič, 2006

Je známo, že pouhá přítomnost zvířete snižuje u lidí krevní tlak, uvolňuje duševní napětí a zmírňuje stres. Také víme, že pomocí kontaktu se zvířaty, která jsou k těmto úkonům vycvičená, lze pozitivně ovlivnit prožitky a chování člověka, zejména mentálně a tělesně postiženého.¹⁵

Podle Freemana můžeme zooterapii blíže specifikovat podle následujících deseti základních kritérií¹⁶:

- **Zvířecí druh** – kůň (hiporehabilitace), pes (canisterapie), kočka (felinoterapie), drobná domácí zvířata, hospodářská zvířata, exotická zvířata nebo jejich kombinace
- **Metoda zooterapie**
 - **AAA** (Animal Assisted Activities) Aktivita za pomoci zvířat. „Přirozený kontakt člověka a zvířete zaměřený na zlepšení kvality života klienta nebo přirozený rozvoj jeho sociálních dovedností. Hlavním cílem AAA je obecná aktivizace klienta.“¹⁷
 - **AAT** (Animal Assisted Therapy) Terapie za pomoci zvířat. „Cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. Hlavním cílem této zooterapie je podpora procesu léčby nebo rehabilitace.“¹⁸
 - **AAE** (Animal Assisted Education) Vzdělávání za pomoci zvířat. „Přirozený nebo cílený kontakt člověka a zvířete zaměřený na rozšíření nebo zlepšení výchovy, vzdělávání nebo sociálních dovedností klienta. Hlavním cílem je přirozené zvýšení motivace k učení a osobnímu rozvoji.“¹⁹
 - **AACR** (Animal Assisted Crisis Response) Krizová intervence za pomoci zvířat. „Přirozený kontakt zvířete a člověka, který se ocitl v krizovém prostředí, zaměřený na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. Hlavním cílem AACR je podpora procesu stabilizace situace.“²⁰

¹⁵ Vítková, 2008

¹⁶ Freeman in Velemínský, 2007

¹⁷ tamtéž, s. 32

¹⁸ tamtéž, s. 33

¹⁹ tamtéž, s. 34

²⁰ tamtéž, s. 35

- **Forma zooterapie** – Formami rozumíme návštěvní program, jednání se o jednorázové aktivity nebo pravidelný pobyt klienta v prostředí, kde se zooterapie provozuje. Zvíře může být i majetkem klienta, za předpokladu speciálního výcviku zodpovědných osob (personálu).
- **Způsob práce** – Zooterapii může provozovat jeden terapeutický tým či několik týmů.
- **Složení pracovní jednotky** – Při zooterapii je nutné složení: zvíře, zooterapeut a klient, ale mohou být přítomni i další pomocníci.
- **Počet zvířat** – Zooterapii lze provádět s jedním i více zvířaty.
- **Počet klientů** – Může se jednat o individuální terapii či skupinovou terapii.
- **Analýza cílové skupiny** – Skupina se rozděluje zejména dle věku, pohlaví a diagnózy.
- **Analýza zdravotního stavu** – Je nezbytné znát klientův zdravotní stav (zdravý, zdravotně postižený, trpící akutní nemocí, umírající apod.).
- **Analýza sociálních vazeb a dynamiky prostředí** – Zjišťují se všechny vazby ať už z rodinného či azylového prostředí (typ, dynamika atd.).

1.2 Historie léčebného ježdění na koni

Vznik vztahu člověka a koně sahá zhruba do pátého až šestého tisíciletí před našim letopočtem, tedy do mladší doby kamenné, kdy byl kůň zkrocen. Primárně sloužil jako zdroj obživy, poté jako dopravní prostředek a v antickém Řecku a Římě se s koňmi pořádaly sportovní hry.²¹

První zmínky o léčebném využití koně pocházejí od **jihoamerických indiánů**. Ti nechávali osoby v bezvědomí ležet příčně přes koňský hřbet. Při klusu

²¹ Nerandžič, 2006

vznikaly rytmické nárazy na hrudní koš, které působily jako nepřímá srdeční masáž.²²

Starořecký lékař **Hippokrates** (460-370 př. n. l.), otec medicíny, považoval jízdu na koni za velmi přínosnou pro lidské zdraví. Jeho tvrzení bylo ale vyvráceno. První písemné lékařské doporučení k jízdě na koni se dochovalo od **Galena** (2. st. n. l.). O jízdě na koni se ve svých spisech vyjadřoval jako o gymnastickém cvičení. Galenos byl osobním lékařem Marca Aurelia, proto nás nepřekvapuje, že se Aurelius zmínil o léčebném ježdění ve svém stěžejním díle *Hovory k sobě*.²³

Ve středověku se metodou léčebné jízdy na koni výrazněji nezabývali. Usuzujeme tak, protože se nedochovaly žádné zprávy z tohoto období. V novověku je to však jiné. V tomto období se různí autoři, především francouzští, zmiňují o kladném působení koňského pohybu na lidský organismus. Někteří považovali za nejdůležitější tělesné cvičení, jiní vyzdvihovali psychologické působení, přinejmenším jako zdroj radosti.²⁴ I osobní lékař Marie Terezie (18. stol) doporučoval jízdu na koni.

Jedním z nejvýznamnějších artefaktů v této oblasti je první sportovně medicínská učebnice „*Medicina Gymnastica*“ (1750), v níž jsou popsány účinky na tělo i ducha a jízda na koni je označena jako nejdůležitější gymnastické cvičení. O dvaatřicet let později (1782) **J. C. Tissot** ve své knize „*Léčebná a chirurgická gymnastika, neboli výzkum o užitku pohybu*“ poprvé uvádí, že nejdůležitějším chodem koně pro terapii je krok, což platí dodnes. V té samé době německý profesor **Samuel Teodor** zkoumal pohyb jezdce a charakterizoval jej jako trojrozměrný, jež také platí dodnes.²⁵

Po první světové válce byly koně využity k rehabilitaci válečných zranění. První československý prezident **T.G. Masaryk** jezdil aktivně na koni do svých osmdesáti let a jízdu považoval za nejrychlejší tělocvik celého těla. Takto sporadické využití léčebného ježdění na koni se objevovalo i v pozdější době. Přelom nastal v 60. letech 20. století, kdy začaly vznikat organizace zabývající se

²² Nerandžič, 2006

²³ Hollý, Hornáček, 2005

²⁴ Nerandžič, 2006

²⁵ Velemínský, 2007

hipoterapií. Nejen v Evropě ale i v USA. Od vzniku oboru hipoterapie bylo pořádáno již několik kongresů, na kterých se jednalo o výzkumech a přínosech léčebného ježdění na koni.²⁶

Podle Kulichové²⁷ existují v praxi 3 základní modely organizací zabývajících se léčebným ježděním na koni:

- **Organizace zabývající se pouze hipoterapií** – Hipoterapie probíhá pod lékařským dohledem. Nevýhodou je, že zde nedochází k integraci, protože koně nejsou využíváni k práci se zdravými jedinci.
- **Integrační zařízení** – Zařízení pro hipoterapii slouží také jako jezdecký klub či oddíl pro zdravé děti. Tím se tvoří neformální prostředí pro integraci.
- **Oddíly zaměřené výhradně na sport postižených** – Tato zařízení provozují nejrůznější sporty vhodné pro osoby s tělesným postižením. U nás zatím neexistují.

1.2.1 Hiporehabilitace v ČR

Léčebné využití koně má v České republice dlouholetou tradici. RNDr. Otakar Leiský využil koně k léčebnému ježdění jako první. Od roku 1986 byla rehabilitace prostřednictvím koně zařazena do léčebného procesu v Rehabilitačním ústavu v Luži Košumberku. MUDr. Lia Frantalová téhož roku publikovala v časopise Jezdectvo materiály z Milánského kongresu RDI (Riding for the Disabled). Poté se doktorka Frantalová problematice koní a léčebného ježdění začala aktivně věnovat. V roce 1991 vznikla z její iniciativy ve spolupráci s řadou odborníků **Česká hiporehabilitační společnost** (dále jen ČHS).²⁸

ČHS je dobrovolné, nezávislé a nepolitické občanské sdružení. Sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, pedagogy, jezdecké instruktory a všechny, jenž se zabývají problematikou léčebného ježdění na koni. Nejvýznamnějšími členy

²⁶ Kulichová, 1995

²⁷ 1995

²⁸ Nerandžič, 2006

společnosti jsou klienti a jejich rodiče. Cílem ČHS je provozovat odbornou činnost spojenou s léčebným ježděním na koni, školit pracovníky, zajišťovat vydávání odborné literatury, informovat a zprostředkovávat kontakty v této oblasti. Další důležitou činností ČHS je navazovat a udržovat kontakty s příslušnými odbornými organizacemi nejen v České republice ale i v zahraničí.²⁹

1.3 Hiporehabilitace a její tým

Tým hiporehabilitace tvoří odborníci, jejichž spolupráce je nutností pro zajištění správnosti a maximální efektivity této terapie. Avšak nejdůležitějšími „články“ hipoterapie zůstávají klient a kuň.³⁰

Lékař

Měl by znát indikace a kontraindikace léčebného ježdění na koni. Stanovuje cíle a navrhuje délku a celkový plán léčebného ježdění na koni. Jako jediný nemusí být při hiporehabilitaci přítomen.³¹

Fyzioterapeut

Má nejvýznamnější roli, protože hiporehabilitaci provádí a řídí. Kromě vzdělání, základních teoretických znalostí a zvládnutí základů jízdy na koni musí být speciálně vyškolen. Prioritou jeho práce je navodit korektní sed pacienta a podle potřeby jej korigovat. Také se snaží vést klienta k sladění pohybů s koněm. Je zodpovědný za bezpečnost při hiporehabilitaci a měl by umět odborně vést pomocníka.³²

²⁹ <http://www.chs.unas.cz/index.php?strana=spolecnost> (29. 10. 2008)

³⁰ Hollý, Hornáček, 2005

³¹ tamtéž

³² tamtéž

Někdy bývá fyzioterapeut označován jako hipoterapeut, koňský terapeut apod. Tyto termíny by však neměly být používány, protože takovéto profese, vzdělání nebo profesní licence neexistují.³³

Hipolog

Musí být kvalifikovaným učitelem jízdy na koni nebo trenérem. Samozřejmostí je absolvování kurzu hiporehabilitace. Hipolog připravuje koně k hiporehabilitaci a během ní jej vede. Spolupracuje s terapeuty – při hiporehabilitaci podléhá vedoucímu terapeutického týmu, při sportovním ježdění postižených se stává vedoucím týmu on.³⁴

Psycholog, psychiatr, psychoterapeut, speciální a sociální pedagog

Vytvářejí podle potřeby terapeutický plán, spolupracují s jinými odborníky i rodiči klientů a vypracovávají diagnostiku.³⁵

Pomocník

Pomocníkem se může stát pouze dospělá a vedoucím týmu poučená osoba. Jeho úloha spočívá v zabezpečování klienta proti pádu a v pomoci při nasedání a sesedání z koně.³⁶

Klient

Klient – dospělý, dítě – respektuje pokyny členů hiporehabilitačního týmu a k ježdění se dostavuje vždy vhodně oblečen. Nejlépe vyhovuje přiléhavější neklouzavý oděv. Samozřejmostí je použití jezdecké přilby.³⁷

Neopomenutelnou podmínkou přijetí klienta k léčebnému ježdění by mělo být i očkování proti tetanu, což je základní zásadou bezpečnosti práce s koňmi. Očkování je zatím povinné např. v Německu.³⁸

³³ Lantelme, 2008

³⁴ Hollý, Hornáček, 2005

³⁵ tamtéž

³⁶ tamtéž

³⁷ Velemínský, 2007

³⁸ Mařáčková in 2003

Kůň

Při výběru koně se příliš nezabýváme jeho plemenem ale tím, bude-li vyhovovat pro zamýšlený způsob práce. Rozdíl je, zda je kůň vybírán pro hipoterapii, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění nebo sportovní ježdění. Pro léčebné ježdění se nikdy nepoužívají z bezpečnostních důvodů hřebci.³⁹ Vhodný není ani kůň mladší 5 let a bez základního jezdeckého výcviku.⁴⁰

Podíl na výběru koně by měla mít kromě hipologa i rehabilitační sestra (fyzioterapeut). Protože kůň je vybírán klientovi „na míru“, je nutné posouzení jeho exteriéru. Ne z hlediska krásy ale funkčnosti. Nesmí tedy mít viditelné vady, které by znemožňovaly nebo překážely v jeho chůzi. Také se posuzuje výška koně, šířka hřbetu, délka a plynulost kroku. Dalším důležitým hlediskem je temperament koně.⁴¹

Požadavky na hiporehabilitačního koně podle Hermannové:⁴²

- „musí milovat lidi a důvěřovat jim v každé situaci;
- nesmí být lekavý a lechtivý;
- musí být psychicky vyrovnaný;
- mechanika pohybu musí být dokonalá;
- musí trpělivě stát u rampy při nasedání a sesedání klienta;
- musí být ochoten nést dva jezdce najednou;
- musí být lehce ovladatelný – ze sedla i při vodění;
- musí umět být samostatný při práci a nesmí projevovat nervozitu ze samoty.“

1.4 Základní okruhy hiporehabilitace

Hiporehabilitace zasahuje do oblastí fyzioterapie, psychoterapie a socioterapie, proto o ní mluvíme jako o komplexní terapii.

³⁹ Velemínský, 2007

⁴⁰ Zahrádka in Kulichová, 1995

⁴¹ Hermannová in Kulichová, 1995

⁴² in Kulichová, 1995, s. 29

Řadí se mezi facilitační metody, při kterých se snižuje dráždivost motoneuronu⁴³ a zvyšuje dráždivost nervových struktur, čímž se usnadňuje pohyb. Taktilní nebo zrakové podněty ovlivňují postižené funkce a klesí tak cestu správné funkci. Při nedostatku podnětů jsou nervové buňky utlumené, proto když na ně zaměříme co největší množství smyslových podnětů, mohou překročit práh dráždění a vysílat informace dále. Jedná se o cílené využití propioceptivních⁴⁴ podnětů, pro něž byl užíván pojem propioceptivní neuromuskulární facilitace. Dnes jej známe pod pojmem senzomotorická stimulace. Facilitace je podstatou účinnosti celé hiporehabilitace.⁴⁵

Jak je již uvedeno výše, přesné rozdělení a vymezení hiporehabilitace je těžké. V současné době Česká republika přejímá model léčebného ježdění vytvořený v Německu.

1.4.1 Hipoterapie

„Jedná se o formu fyzioterapie, která využívá třídimenzionálního pohybu koňského hřbetu.“⁴⁶

Pohyb jezdcovy pánve se děje ve 3 rovinách současně. Vpřed, do stran a nahoru a dolů. Podobně se pohybuje pánev při lidské chůzi. Pravidelnost a rytmus pohybu koňského hřbetu se přenáší na jezdce. Jezdec se současně přizpůsobuje terénu v kterém se kůň pohybuje, obrátům koně a rychlosti jeho chůze.⁴⁷

Hipoterapie vychází z koncepce především Bobathovy techniky – rozfázování pohybů, Kabatovy facilitace – cvičení proti odporu a Vojtovy reflexní lokomoce – polohování a stimulace určitých bodů na těle.⁴⁸

⁴³ Nový akademický slovník cizích slov (2006, s. 537) vysvětluje motoneuron: „nervová buňka v předních sloupcích míšních končící svými výběžky na svalových vláknech.“

⁴⁴ Hollý, Hornáček (2005, s. 30) uvádí propioceptory jako: „nervová zakončení nervových vláken v kůži, podkoží, v úponech svalů a šlach a v okolí kloubů.“

⁴⁵ Hollý, Hornáček, 2005

⁴⁶ <http://www.chs.unas.cz/index.php?strana=hiporehabilitace> (25. 11. 2008)

⁴⁷ Vosátková, 2001

⁴⁸ Strauß, 2000

MUDr. Zahrádka⁴⁹ uvádí, že: „Hipoterapie je lékařsky indikovaná fyziatrem prováděná rehabilitace pomocí rehabilitačního „přístroje“ koně. Cílem je přizpůsobení (pasivním) kmitům koňského hřbetu. Pacient je pohybem koňského hřbetu manipulován (při sportovní jízdě manipuluje jezdec s koněm). Fyziologická chůze koně zde ovlivňuje patologickou chůzi člověka.“

Podle MUDr. Zahrádky⁵⁰ tvoří podstatu hipoterapie dva neurofyziologické poznatky, ovlivňované rytmickým krokem koně. První důležitá skutečnost je, že: „pohyb vpřed je bází motorického vývoje“ a druhá, že: „chůze ve vzpřímeném držení těla je základní pohybový vzorec člověka, od kterého se odvíjí veškerý pohyb, neboť jedinec má tendenci dělat pohyby těmi svaly, které se zapojují při chůzi, čili má tendenci sklouznout do stereotypu chůze.“ Hipoterapie je tedy jediná metoda, která může poskytnout chůzi odpovídající trénink trupu. Jinými slovy trénuje trup v pohybovém vzorci při nefunkčnosti dolních končetin.

V hipoterapii se nejvíce využívá **kroku koně**, jehož mechanismus chůze příznivě ovlivňuje lidské svaly zapojující se při chůzi člověka. U kroku koně je nutné posuzovat:⁵¹

- *pravidelnost* – rytmické střídání končetin (bez prodlužování či zkracování fází kroku);
- *čistotu* – kůň nesmí vytáčet končetinu zevně ani dovnitř, nesmí se jeho sousední končetiny a přední se zadními končetinami střetávat (mluvíme o strouhání a nestíhání končetin koně);
- *prostornost* – je vzdálenost odrazu a došlapu končetiny neboli délka kroku
- *kadenci* – počet kroků koně za časovou jednotku;
- *kmih* – je energie pohybu, závisí na temperamentu a odrazu zadních končetin koně;
- *ruch* – neboli tempo chodu, rychlost.

Při hipoterapii hraje klíčovou roli **korektní sed**, jež je základním požadavkem nejen pro terapii ale i jakékoli ježdění na koni. Podle Festerlinga se korektní sed uskutečňuje v nejhlubším bodě sedla, přičemž váhu symetricky rozdělíme na obě

⁴⁹ in Kulichová, s. 32

⁵⁰ tamtéž, s. 32, 33

⁵¹ Zahrádka in Kulichová, 1995

sedací kosti, stehna celou plochou leží na postranicích sedla a holeně lícují se zadním okrajem podbřišníku. Paty tvoří nejhlubší bod a špičky jsou lehce vytočeny zevně nahoru. Trup a hlava jsou vzpřímené, ramena nenuceně visí dolů a oči hledí před sebe. Kůň i jezdec se snaží podvědomě svá těžiště udržet v jedné rovině.⁵²

Podmínkou korektního sedu je **postura**, která je hipoterapií ovlivňována. „Postura označuje všechny motorické schopnosti člověka, jejichž cílem je udržení polohy“⁵³ Udržení a dosažení optimální postury je hlavním předpokladem správné funkce pohybového systému.⁵⁴

Hipoterapie působí na posturu:⁵⁵

1) přímo přes pohybový systém:

- a) ovlivňuje řídicí složku – centrální nervový systém (CNS)
- b) výkonové složky (neboli myoskeletální)

2) nepřímo přes jiné systémy

- a) respirační
- b) psychosociální
- c) jiné

V hipoterapii jde tedy o komplexní působení na organismus člověka, avšak dominantní postavení má její působení na centrální nervový systém. V první řadě hipoterapie u jedince vytváří adaptační posturální programy jako reakci na pohyb koně a uvědomování si jeho pohybů. Klienti s koněm navazují kontakt, vznikají zde určité zážitky a komunikační vazba. V druhé řadě se učí klient „vysílat“ signály, na něž má kůň reagovat a akceptovat je. Tento okamžik má pro klienta velký psychologický význam. Tím, že je schopen ovlivňovat své okolí, získává sebevědomí.⁵⁶

Neméně významné je i ovlivnění osobnosti po psychické a sociální stránce. Nejen že se zvyšuje sebevědomí a sebeuvědomění klienta, ale také se

⁵² Zahrádka in Kulichová, 1995

⁵³ Gúth a kol, 2004, in Hollý, Hornáček, 2005, s. 28

⁵⁴ Hollý, Hornáček, 2005

⁵⁵ tamtéž

⁵⁶ Véle, 1995 in Hollý, Hornáček 2005

odbourává strach, úzkost a nedůvěra, které se díky přítomnosti velkého zvířete – koně – mohou v prvních setkáních vyskytnout. Kůň svým obranným chováním reaguje na projevy hyperaktivity a agresivity, čímž se vytváří mezi klientem a koněm určitá pravidla. Při skupinovém ježdění se rozvíjí žádoucí komunikace a kooperace, kdy si klienti navzájem pomáhají a zároveň se učí od druhých pomoc přijímat.⁵⁷

1.4.2 Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění

Pedagogicko-psychologické ježdění zahrnuje způsob jízdy na koni a pouhý kontakt s koněm.⁵⁸

Při tomto způsobu práce je velice přínosné vytváření interakce pacient-kůň-terapeut ale také interakce mezi klienty. Díky koni jako případnému médiu, zařazenému do oblasti pedagogicko-psychologické, se vytváří učební předpoklady aby podpořily pozitivní změny chování, odstranily nebo zmírnily projevy některé duševní poruchy nebo smyslového deficitu.⁵⁹

Klik definuje pedagogicko-psychologické ježdění jako „léčebně pedagogický prostředek prováděný u dětí a mladistvých, odpovídajícím způsobem kvalifikovanými pedagogy.“⁶⁰

Jízda na koni ovlivňuje nejen tělesná postižení a onemocnění ale také má velmi významnou roli u dětí a mladistvých na jejich fyziologický a psychický vývoj. Pozitivně působí na celkový rozvoj osobnosti, na rozvoj smyslové činnosti a v neposlední řadě má silný socioterapeutický vliv.⁶¹

Klik uvádí, že: „Kůň a práce s ním poskytuje velmi účinnou a pro děti atraktivní formu a vztahy člověk – zvíře jsou bází, která nabízí mnohá různá východiska pro pozitivní působení. Na koni nemůže žádný člověk zůstat lhostejným. Již samotná prvá jízda často vyvolává emotivní i jiný další psychický doprovod, nutí jezdce k soustředění, k zostření pozornosti i k připravenosti

⁵⁷ Hollý, Hornáček, 2005

⁵⁸ Kulichová, 1995

⁵⁹ Klik in Kulichová, 1995

⁶⁰ tamtéž, s 88

⁶¹ tamtéž

k reakcím. Vytvářejí se úplně nové tělesné a duševní adaptační mechanismy a nové prožitky.“⁶²

Do léčebného pedagogicko-psychologického ježdění se zařazuje i **psychoterapeutické ježdění**. Pedagogicko-psychologické ježdění a psychoterapeutické ježdění se od sebe liší pouze věkem a diagnostickým zařazením svých klientů. Někteří tyto pojmy od sebe nerozlišují.⁶³

Psychoterapeutické ježdění je podle Hornáčka do jisté míry psychoterapií. Jedná se o psychoterapii podpůrnou ve které hraje terapeut aktivní a direktivní úlohu, ve snaze pomoci pacientům zdokonalit sociální fungování a schopnost vypořádat se s problémy. V ní se klade důraz na zlepšení chování.⁶⁴

Pro pochopení podstaty působení pedagogicko-psychologického ježdění je nutné znát jednotlivé složky tohoto komplexu. Zatím nejkompexnější schéma uvedl v roce 1988 Kluever. Toto schéma vychází z motoriky a lze o něm diskutovat. Přesto zatím neexistuje lepší rozdělení pozitivně působících faktorů.⁶⁵

Pro lepší přehlednost a orientaci Hornáček dělí ve své publikaci pozitivně působící faktory na tělesné, psychologické a sociální. Mezi **tělesnými faktory** je opět nejdůležitější působení třidimenzního pohybu koně a vzájemná rovnováha jezdce a koně. Z **psychologických faktorů**, které jsou doménou psychoterapeutického a pedagogicko psychologického ježdění, spatřuje Hornáček jako nejdůležitější faktor dialog jezdce s koněm. Tento dialog se uskutečňuje při ježdění, kdy dochází k vzájemnému působení jezdce a koně. Z psychologického hlediska je přínosná i možnost jezdit na takto velkém zvířeti a ovládat jej, při nichž má klient pocit moci. Kůň přirozeně reaguje obranně na nepřiměřené podněty, čímž se stává pro klienta korektivní zkušeností. To vše u klienta podporuje motivaci, sebevědomí, aktivitu a přirozeným důsledkem svého chování jej vše učí bez toho, aniž by se cítil potrestán nebo ponížen. V oblasti sociálních faktorů hovoříme nejčastěji o trojúhelníkové interakci mezi terapeutem, koněm a klientem, který je zároveň jezdce. Vzájemné působení

⁶² Klik in Kulichová, 1995, s 88

⁶³ Hollý, Hornáček, 2005

⁶⁴ tamtéž

⁶⁵ tamtéž

chování jedinců ve skupině klienta ovlivňuje. Nejčastěji je vystaven učení se vzájemné pomoci, přijímat pomoc, pomáhat druhým a učení se zodpovědnosti.⁶⁶

Vzájemné propojení sama a psyché je velmi důležité pro změnu chování, přičemž osoba musí znát svoje tělo a odkud přicházejí podněty do centrální nervové soustavy. Nejvíce využívaný smysl lidského těla je *smysl taktilní*. Ten se netýká jen rukou ale celého těla. Proto je podle Klika nutný tzv. dotykový výcvik. Při pedagogicko-psychologickém ježdění hraje významnou roli také *smysl pro rovnováhu*, který podává informace o pohybech a poloze. Smysl pro rovnováhu je předpokladem pro spolupráci obou polovin těla, pro pravolevou orientaci a pro správné reakce např. při změně postavení nebo nárazu. To je důležité při nebezpečí pádu z koně.⁶⁷

V praxi klienti koně při prvním kontaktu oslovují, mluví na něj, mohou mu dát i nějaké pamlsky a hladí jej – navazují taktilní kontakt. Při strachu klienta mu mohou pracovníci pomoci třeba vést ruku při hlazení nebo mu názorně ukázat jak se ke koni chovat aby klient viděl, že není důvod se ho bát. Do pedagogicko-psychologického ježdění se také zařazuje práce ve stáji, úprava a ošetřování koně, které nejsou v praxi tak často realizované.⁶⁸

Sociálním faktorem se stává trojúhelníková interakce mezi terapeutem, koněm a klientem v pozici jezdce. Kůň je i prostředníkem vztahů s vrstevníky či ostatními členy skupiny. Nejčastěji je klient vystavován takovým situacím, při nichž se učí vzájemné pomoci, přijímání pomoci, pomáhání druhým a zodpovědnosti.⁶⁹

1.4.3 Sportovní ježdění handicapovaných – parajezdeckví

Jezdecký sport napomáhá handicapovaným k jejich integraci do společnosti. Kůň nabízí klientům volný pohyb.⁷⁰

⁶⁶ Hollý, Hornáček, 2005

⁶⁷ Klik in Kulichová, 1995

⁶⁸ tamtéž

⁶⁹ Hollý, Hornáček, 2005

⁷⁰ Kol. autorů, 1996

Tato metoda je založena na aktivitě klienta, který sám ovládá koně. Klient má možnost použít při jízdě speciální pomůcky nebo změněné techniky jízdy. Obvykle klient se sportovním ježděním začíná až po absolvování hipoterapie. Ti, kteří se aktivně zabývají tímto způsobem ježdění udržují a zvyšují svoji fyzickou kondici a motivují je k dalšímu cvičení. Parajezdectví, dříve označováno jako sportovní a rekreační ježdění umožňuje fyzicky i psychicky handicapovaným vyrovnat se lépe se svým postižením. Prostřednictvím ježdění se mohou dobře začlenit mezi zdravé vrstevníky.⁷¹

Parajezdectví spojuje osoby s postižením a bez postižení. Je nesporné že parasport činí osobní radost z dosaženého úspěchu sportovců. Dochází také k respektování a vzájemné úctě handicapovaných a jedinců bez postižení.⁷²

Parajezdectví v sobě implikuje několik disciplín. Nejčastěji se jedná o paradrezuru, paravozatajství, paravoltiž a sporadicky parawestern.

- **Paradrezura** – Je nejrozvinutějším odvětvím parajezdectví v České republice.⁷³ „Paradrezura navazuje na drezuru, kdy jezdec provádí s koněm předem danou úlohu v drezurním obdélníku.“⁷⁴ Ve spolupráci s Českou hiporehabilitační společností a s Českým paralympijským výborem se každý rok sjíždějí jezdci nejen z naší republiky ale i okolních států aby spolu soutěžili. Jezdí se úlohy, které jsou povinné a drezura na hudbu – kůr. V paradrezuře mají jezdci možnost používat různé pomůcky, které jsou schváleny. Jedná se o různé můstky na otěže, westernové sedlo, nemusí používat třmeny a další.⁷⁵

V paradrezuře jsou jasně dána mezinárodní pravidla i klasifikace. Nutností je vyšetření každého sportovce a podle jeho zdravotního stavu se určí, v jaké skupině bude soutěžit. Rozlišujeme tyto skupiny:⁷⁶

- „a. - pouze krok;
- I.a – krok s krátkou klusovou reprízou;

⁷¹ Kulichová, 1995

⁷² Véle in Velemínský, 2007

⁷³ tamtéž

⁷⁴ <http://www.chs.unas.cz> (6. 1. 2009)

⁷⁵ Véle in Velemínský, 2007

⁷⁶ tamtéž, s. 230

- II. – klus;
- III. – cval s jednoduššími cviky;
- IV. – cval se složitějšími cviky.“

Paradrezura spadá od roku 2007 pod Českou jezdeckou federaci (ČJF), která umožňuje paradrezurním jezdcům získat licenci ČJF pro drezuru. Již řadu let se v České republice jezdí mezinárodní mistrovství republiky.⁷⁷

- **Paravozatajství** – Paravozatajství není u nás tolik rozšířené aby probíhali klasifikace a závody.⁷⁸
- **Paravoltiž** – „Paravoltiž je sportovní disciplína ve které cvičenec vykonává cvičení akrobatických prvků na neosedlaném koni, vedeném lonžérem na lonži ve voltižním kruhu na levou ruku. Paravoltiž je shodná v základech s voltiží, ale je přizpůsobená handicapovanému jedinci.“⁷⁹

Paravoltiž má v České republice poměrně dlouhou tradici. Od roku 2007 je organizována Českou jezdeckou federací a soutěží se ve třech kategoriích:⁸⁰

- „lehký handicap (lehká mozková dysfunkce, skoliózy aj.);
- mentální handicap;
- tělesný handicap (dětská mozková obrna aj.).“

Stejně jako v paradrezuře je pořádáno v paravoltiži mistrovství republiky. V této disciplíně je integrace velice rozvinutá, protože poměrně často se cvičenci paravoltiže vypracují do takové míry, že přejdou do klasické voltiže a jezdí bez jakýchkoli úlev společně s intaktními jedinci.⁸¹

⁷⁷ Véle in Velemínský, 2007

⁷⁸ Véle in Velemínský, 2007

⁷⁹ <http://www.chs.unas.cz> (6. 1. 2009)

⁸⁰ Véle in Velemínský, 2007, s. 231

⁸¹ tamtéž

- **Parawestern** – Jedná se o zvláštní disciplínu parajezdectví. V České republice se teprve rozvíjí. Zájemců o tuto disciplínu stále přibývá i přesto, že není nikde organizována a nemá vlastní klasifikaci. Nejčastěji provozovaný v parawesternu bývá tzv. trail, při němž se překonávají různé překážky typu můstku, otevírání branky, průjezd uličkou různého tvaru a jiné další. V této disciplíně jsou jasně formulovaná pravidla a je zde kladen důraz na přesnost.⁸²

1.5 Indikace a kontraindikace léčebného ježdění na koni

Před několika desítkami let, kdy byla hiporehabilitace novým oborem bylo velmi mnoho kontraindikací. V posledních letech se však indikační možnosti neustále rozšiřují a kontraindikace se více redukuje. Je nutné se ale vyhnout tendenci, že je hiporehabilitace univerzální lék – všelék. To by vedlo k jejímu zneužívání laickými terapeuty. Někdy se může stát že je hranice mezi indikací a kontraindikací nemá ostré hranice. V takovém případě je důležité zvážit, zda je hiporehabilitace vhodná a musí se posoudit přísně individuálně. Všechny indikace a kontraindikace vycházejí z celkového stavu pacienta a klinických projevů.⁸³

Hlavní indikace léčebného ježdění na koni dle Kulichové:⁸⁴

- „Dětská mozková obrna;
- roztroušená skleróza;
- mozkové a míšní trauma;
- posttraumatická a degenerativní nervová postižení;
- tortikolis spastica;

⁸² Véle in Velemínský, 2007

⁸³ Hollý, Hornáček, 2005

⁸⁴ Kulichová, 1995, s. 38

- lehká mozková dysfunkce;
- hipotonická a hyperkynetické formy a smýšené formy;
- skoliózy;
- svalové dysbalance.“

Hlavní kontraindikace léčebného ježdění na koni dle Kulichové:⁸⁵

- „Veškeré aseptické nekrózy ve floridním stadiu;
- systémová onemocnění;
- spondylolistéza a spondylolýza;
- luxace kyčelních kloubů vyšších stupňů;
- zvýšená lomivost kostí;
- úzkost dítěte a nepřekonatelný odpor ke koni;
- věk dítěte pod 3 roky;
- alergologická onemocnění s alergií na prach, koňskou srst;
- poruchy krvácivosti a srážlivosti;
- oběhová a respirační insuficience, hypertenze III. a IV. stupně;
- těžká myopie, hrozící odchlípení sítnice;
- atlantookcipitální instabilita;
- spina bifida nad L3.“

1.6 Nejčastější chyby při léčebném ježdění na koni

Hollý a Hornáček⁸⁶ popisují nejčastější chyby rehabilitačního pracovníka při vykonávání hiporehabilitace takto:

- rehabilitační pracovník je pasivní;
- nevyžaduje optimální dosažitelný sed;

⁸⁵ Kulichová 1995, s. 39

⁸⁶ 2005

- nepřeruší hiporehabilitaci pro korekci sedu pacienta;
- nepřeruší hiporehabilitaci při prvních známkách únavy nebo vyčerpání pacienta;
- nekoriguje práci hipologa a jiných spolupracovníků při rychlém kroku koně, na který pacient nedokáže reagovat;
- nadměrně fixuje pacienta, čímž omezuje přenos pohybových podnětů;
- připustí nadměrnou kyfotizaci pacienta během hiporehabilitace;
- fixuje pacienta za pánev;
- nedostatečně využívá polohování před a během hiporehabilitace;
- nadměrně nebo nedostatečně zabezpečuje přepadávající hlavu;
- připustí nevhodné, především klouzavé oblečení pacienta, terapeuta nebo pomocníka;
- zapomíná fixovat ramenní kloub při polohování na zádech.

Velemínský⁸⁷ ve své publikaci uvádí obecné chyby při hiporehabilitaci. V mnohém se shoduje s výčtem Hollého a Hornáčka. Tyto chyby uvádí navíc:

- chybná nebo žádná dokumentace;
- nejasná pravidla pro zúčastněné včetně kompetencí;
- chybná nebo žádná příprava koně;
- nekompletní tým.

⁸⁷ 2007

2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení je takové postižení, při němž dochází k **zaostávání vývoje rozumových schopností** a k odlišnému vývoji některých psychických vlastností. V důsledku mentálního postižení dochází také k poruchám v adaptačním chování.⁸⁸

„Příčinou mentální retardace je **organické poškození mozku**, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku.“⁸⁹

Nesmíme zapomenout tedy na jeden důležitý znak mentálního postižení a to na **trvalost** porušení poznávací činnosti.⁹⁰

Někteří autoři uvádějí mentální postižení a mentální retardaci jako synonymum, jiní v nich vidí rozdíl v rozsahu pojmů.⁹¹

- **Mentální postižení** – Vašek definuje mentální postižení jako „střešní pojem užívaný v pedagogické dokumentaci zahrnující a orientačně označující všechny jedince s IQ pod 85.“⁹²

„Z uvedeného vyplývá že mentální postižení má širší rozsah a používáme ho jako zastřešující termín pro snížení inteligence na rozličném etiologickém podkladě.“⁹³

- **Mentální retardace** – Mentální retardace v překladu z latinského originálu znamená zadržování, zaostávání mysli. Dříve byl tento termín ztotožňován s termíny mentální postižení, oligofrenie a mentální deficiencie. Díky Světové zdravotnické organizaci se termín od roku 1959 ujednotil a používá se název mentální retardace.⁹⁴

⁸⁸ Švarcová, 2006

⁸⁹ tamtéž, s. 28

⁹⁰ tamtéž

⁹¹ Kozáková, 2005

⁹² Vašek in Kozáková, 2005, s 17

⁹³ Kozáková, 2005, s 17

⁹⁴ tamtéž

Valenta definuje mentální retardaci jako „vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“⁹⁵

- **Demence** – Jedná se o poruchu inteligence po druhém roce života. Má často progredující charakter s tendencí zhoršovat se. U dětí dávají někteří autoři přednost termínu deteriorace⁹⁶ inteligence než demence. Je to z důvodu rozdílných charakteristik rozložení postižených funkcí a průběhem demence u dětí a demence v dospělosti.⁹⁷
- **Sociálně podmíněné mentální postižení** – Inteligence je snížena v důsledku sociálních faktorů jako je zanedbání ve výchově, nedostatečná stimulace a další. Rozumové schopnosti neodpovídají věku dítěte. Tento stav není trvalý a může se tedy při vhodném výchovném působení změnit. Projevuje se v oblasti vývoje řeči, myšlení, a schopnosti sociální adaptace.⁹⁸

„V případě postižení vzniklého v průběhu předškolního a školního věku je dle MKN-10 možné použít jak diagnózu mentální retardace, tak i demence. Z diferenciativně diagnostického hlediska je také někdy nemožné odlišit (a to zvláště u mladšího dítěte) mentální retardaci od dětské demence (deteriorace).“⁹⁹

2.1 Mentální retardace

Termín mentální retardace je jedním z nejdůležitějších ve spojení s osobami s mentálním postižením a v psychopedii (speciálně pedagogická disciplína

⁹⁵ Valenta, 2007, s. 12

⁹⁶ Nový akademický slovník cizích slov (2006, s. 167) uvádí deterioraci jako: „úbytek, oslabení rozumových schopností, zvláště paměti a logického myšlení.“

⁹⁷ Valenta, 2007

⁹⁸ Kozáková, 2005

⁹⁹ Valenta, 2007, s. 14

zabývající se edukací osob s mentálním postižením). K diagnostikování mentální retardace je zapotřebí kromě stanovení inteligenčního kvocientu také zhodnotit, jestli klient selhává ve většině sociálních očekávání svého prostředí.¹⁰⁰

Mentální retardaci lze klasifikovat podle různých kritérií. Nejčastěji uváděné dělení je podle hloubky postižení, dále pak podle etiologie (příčin), klinických symptomů, vývojových období a stupně inteligence.¹⁰¹

2.1.1 Klasifikace a specifika jednotlivých stupňů mentální retardace

Nejčastěji užívané kritérium hodnocení mentální retardace je založeno na hodnocení úrovně rozumových schopností, která se určuje pomocí inteligenčního kvocientu.¹⁰² Je nutné brát při diagnostikování mentální retardace v úvahu i jiné aspekty. Například praktickou zručnost, míru sociální adaptace a také úroveň socializace.¹⁰³

„Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím.“¹⁰⁴

Konkrétní vymezení inteligence pojmají různí autoři různým způsobem. Také se rozlišují různé druhy inteligence např. abstraktní inteligence, sociální inteligence, emoční inteligence a další.¹⁰⁵

V České republice se nejvíce používá klasifikace mentální retardace stanovená 10. revizí mezinárodní klasifikace nemocí, vydaná Světovou zdravotnickou organizací.¹⁰⁶

Dělení mentální retardace:

- **F 70 Lehká mentální retardace IQ 69 – 50**

Řeč u dětí s lehkou mentální retardací se vyznačuje opožděným vývojem, přesto jsou jedinci schopni užívat řeč v každodenním životě

¹⁰⁰ Valenta, 2007

¹⁰¹ Kozáková, 2005

¹⁰² Pipeková, 2006

¹⁰³ Kozáková, 2005

¹⁰⁴ Švarcová, 2006, s. 32

¹⁰⁵ tamtéž

¹⁰⁶ Pipeková, 2006

účelně. Převážná většina klientů je zcela nezávislá v sebeobsluze i v praktických dovednostech, když je vývoj pomalejší oproti intaktním jedincům.¹⁰⁷

Nejvíce se potíže projevují při teoretické práci ve škole. Velmi přínosné pro děti s lehkou mentální retardací jsou výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků.¹⁰⁸

- **F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49 – 35**

Myšlení a řeč dětí se středně těžkou mentální retardací jsou výrazně omezené. Řeč je jednoduchá a obsahově chudá. Také sebeobsluha a zručnost jsou opožděny a značně oslabeny. Vzdělávací činnost je limitována a často se omezuje na trivium.¹⁰⁹

- **F 72 Těžká mentální retardace IQ 34 – 20**

U dětí s těžkou mentální retardací se setkáváme s výrazným opožděním psychomotorického vývoje. Sebeobsluha je ještě více ztížena v porovnání s dětmi s těžkou mentální retardací, někteří jí nejsou schopni. Řečový vývoj se nejčastěji zastaví na předřečové úrovni.¹¹⁰

- **F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 – níže**

Děti s hlubokou mentální retardací jsou odkázány na trvalou péči a stálý dohled. Velká část jedinců je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Komunikace se uskutečňuje převážně neverbální cestou. Často doplňována výkřiky a grimasami. IQ se nedá přesně změřit, spíše se posuzuje, je-li nižší než 20.¹¹¹

¹⁰⁷ Valenta, 2007

¹⁰⁸ Švarcová, 2006

¹⁰⁹ Valenta, 2007

¹¹⁰ tamtéž

¹¹¹ Švarcová, 2006

- **F 78 Jiná mentální retardace**

Termín jiná mentální retardace se používá tehdy, když určení stupně mentální retardace je nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické postižení. Např. u nevidomých, neslyšících, u osob s autismem a dalších.¹¹²

- **F 79 Nespecifikovaná mentální retardace**

„Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z kategorií.“¹¹³

Mezi průměrným pásmem inteligence (IQ 109 – 90) a lehkou mentální retardací uvádí Wechsler¹¹⁴ podprůměrné pásmo inteligence (IQ 89 – 80) a hraniční pásmo (IQ 79 – 70).

Do hraničního pásma inteligence (také MR) se mohou řadit děti výchovně a sociálně zanedbané, s lehkou mozkovou dysfunkcí, dětskou mozkovou obrnou, nemocné a fyzicky oslabené apod.¹¹⁵ Většinou v těchto kategoriích nesouvisí snížení rozumových schopností s organickým poškozením mozku.¹¹⁶

2.1.2 Specifika dětí s mentálním postižením

Mentální postižení se projevuje opožděním vývoje tělesného i duševního v závislosti na stupni postižení. Čím je postižení závažnější, tím dříve se ve vývoji dítěte projeví. V období batolete dochází ke kvalitativním změnám psychických projevů v oblasti chování a prožívání. Děti s lehkou mentální retardací jsou opožděny v celkovém vývoji o rok až rok a půl. Děti v pásmu střední a těžké mentální retardace se opoždují výrazněji a jsou závislé na druhé

¹¹² Švarcová, 2006

¹¹³ tamtéž, s. 36

¹¹⁴ tamtéž, s. 33

¹¹⁵ Valenta, 2007

¹¹⁶ Švarcová, 2006

osobě. V předškolním věku je důležité stanovení prognózy vývoje dítěte a zároveň doporučení rodičům, která škola bude pro jejich dítě vhodná.¹¹⁷

Pro další období života je stěžejní zvládnutí znalostí trivia v období školního věku a také zvládnutí sociálních dovedností. V době dospívání, kdy dochází k osamostatnění a odpoutání jedinců od rodiny, zůstávají mentálně postižení závislí na péči rodičů. Čím je těžší stupeň postižení, tím je jedinec na rodinu více vázán. Jejich vztahy k vrstevníkům bývají infantilní a nejsou diferencované.¹¹⁸

2.2 Nejčastější přidružená postižení

U jedinců s mentálním postižením se může souběžně vyskytnout některé další postižení. K mentálnímu postižení v kombinaci s jinou vadou může vést celá řada různorodých faktorů. Ty se mohou prolínat, podmiňovat a spolupůsobit. Příčiny kombinovaného postižení nacházíme v období prenatálním, perinatálním i postnatálním, přičemž v období prenatálním vznikají nejtěžší vícenásobná postižení.¹¹⁹

„Za získanou kombinovanou vadu považujeme takovou vadu, kterou jedinec získá v průběhu života, většinou to bývá v případě, kdy se k jednomu vrozenému postižení v průběhu doby přidruží postižení další např. následkem úrazů, progresí vad, vedlejším působením nádorových onemocnění, virových infekcí nebo i diabetu apod.“¹²⁰

Narušená komunikační schopnost doprovází mentální retardaci velice často. Kozáková¹²¹ uvádí, že narušená komunikační schopnost je nejčastější přidružené poškození z kvalitativní stránky. Narušení vývoje řeči je jedním z příznaků mentální retardace. Nejvíce se jedná o omezený vývoj řeči. Nedostatečná motorická koordinace a omezená fonemická diferenciací mentálně postižených nejčastěji zapříčiňuje **dyslálii, huhňavost a breptavost**.

¹¹⁷ Pipeková, 2006

¹¹⁸ tamtéž

¹¹⁹ Ludíková a kol., 2005

¹²⁰ tamtéž, s. 29

¹²¹ In Ludíková, 2005

Obecně příčiny narušené komunikační schopnosti nacházíme v nedostatečném rozvoji fonemického sluchu, v neobratné artikulaci a v nedostatečné schopnosti porozumění obsahu sdělení.¹²²

Mentální retardace je také velmi často kombinována s **tělesným postižením**. To může být přítomno ve všech kategoriích mentální retardace. Lze obecně říci, že čím je hlubší mentální postižení, tím je více pravděpodobná přítomnost tělesného (somatického) postižení.¹²³ Za nejčastější je považována **dětská mozková obrna**, při níž se na základě poškození mozku objevuje spasticita svalů různého rozsahu. Mohou tak být postiženy jakékoli svaly. Nejvíce jsou však postiženy končetiny, protože v důsledku poškození mozku jsou povely pro pohyb (z mozku do končetin) nedokonalé. Může se objevit jakákoli kombinace vzájemného postižení rukou a nohou.¹²⁴

Mentální postižení bývá také z velké části kombinováno se **zrakovým postižením v různém rozsahu**. Je proto potřeba rozvíjet a využívat kompenzační činitele, kterými jsou ostatní smysly, myšlení, paměť, pozornost a další. Problémy nastávají obecně v oblasti komunikace a prostorové orientace.¹²⁵

Další velkou skupinou postižení, která se vyskytuje s mentální retardací jsou často **jiné duševní poruchy**. Do této velké kategorie jiných duševních poruch spadá **dětský autismus**, který je charakteristický triádou znaků – narušenou sociální interakcí, omezenou schopností komunikace (verbální i neverbální) a stereotypním chováním. Také **hyperkinetické poruchy** se často objevují u dětí s mentálním postižením. Objevují se do pátého roku života dítěte, jejichž hlavním rysem je hyperaktivita a porucha pozornosti (ADHD/ADD syndrom). **Poruchy chování** jsou další skupinou zařazující se do kategorie jiných duševních poruch, které se vyskytují v kombinaci s mentální retardací. Za poruchy chování jsou považovány dlouhodobé a opakující se projevy vzdorovitého a agresivního

¹²² Ludíková a kol., 2005

¹²³ Valenta, 2007

¹²⁴ Kulichová

¹²⁵ Ludíková a kol., 2005

jednání. Rozlišují se poruchy chování ve vztahu k rodině, socializované poruchy chování (dítě nemá konflikt s vrstevníky ale dospělými), nesocializované poruchy chování (narušené chování k vrstevníkům) a poruchy opozičního vzdoru (vzdorovité a provokativní chování bez agrese).¹²⁶

Epilepsie se také často projevuje u jedinců s mentální retardací. Matulay dokonce tvrdí, že nejméně 25% osob s mentální retardací trpí záchvatovitými stavy.¹²⁷ Epilepsie je porucha výboje korových neuronů projevující se změnou vědomí, motorickými příznaky, senzitivními, sensorickými nebo vegetativními příznaky. Tyto příznaky se mohou objevit jednotlivě nebo v různých kombinacích během téhož záchvatu.¹²⁸

Mohou se také u osob s mentálním postižením vyskytnout **poruchy sluchu a jiné**.

„Osoby s kombinovanými vadami tvoří velice širokou a heterogenní skupinu. Vzhledem k variabilitě determinujících faktorů je třeba ke každému jedinci a jemu poskytované formě speciálně pedagogické podpory přistupovat vysoce individuálně. Veškeré působení musí být multifaktoriální.“¹²⁹

2.3 Psychomotorika

Psychomotorikou je obecně označována výchova pohybem. Také ji lze pojmut jako model vývoje osobnosti uskutečňující se prostřednictvím motorických učebních procesů.¹³⁰

Termín psychomotorika a její použití se chápe čtyřmi způsoby:¹³¹

1. jako koncept podpory vývoje;
2. jednota tělesných a duševních procesů;

¹²⁶ Valenta, 2007

¹²⁷ Matulay, in Ludíková a kol., 2005

¹²⁸ Pipeková, 2006

¹²⁹ tamtéž, s. 49

¹³⁰ Gröschke in Pipeková, 2001

¹³¹ Pipeková, 2001

3. výzkum motoriky;
4. vývojově orientovaný pojem.

Teoreticky se psychomotorika skládá z JÁ – kompetence, která spočívá ve zkušenosti s tělem, jeho vnímáním a tělesnými funkcemi. VĚCNÉ – kompetence, díky nimž se vyrovnává jedinec s okolním prostředím ve smyslu zkušenosti s materiálem. A v neposlední řadě SOCIÁLNÍ kompetence, kterou je míněna komunikace a dorozumívací prostředky.¹³²

2.4 Specifika motoriky dětí s mentálním postižením

V motorickém vývoji dětí s mentálním postižením se ve většině případů setkáváme se zaostáváním nebo odchylkami ve srovnání s intaktními dětmi. Nejčastěji jsou v publikacích uváděny motorická neobratnost, motorický infantilismus, zaostávání v motorickém vývoji, zvláště v jemné motorice, dále také nesprávné držení těla, disharmonická chůze, pohybová chudost nebo naopak nadměrná pohyblivost a nadměrné množství neúčelných pohybů. Celkový charakter motoriky ovlivňují somatické zvláštnosti, stupeň mentální retardace a její příčiny.¹³³

Osoby s mentálním postižením jsou nedostatečně pohybově rozvinuté celý svůj život. Veškeré aktivity musíme neustále každý den opakovat a připojovat k nim postupně něco nového. Obecně mají jedinci s mentálním postižením nižší úroveň koordinačních schopností, které se projevují v obratnosti, jemné motorice, kineticko-diferenciačních schopnostech (odhad vzdálenosti, prostorová orientace,...) a při udržování rovnováhy.¹³⁴

Při rozvoji jemné motoriky je nejlepší rozložit činnosti na jednotlivé části a neustále je procvičovat.

Na základních školách speciálních je motorická úroveň vyšší a to převážně díky průpravným cvičením, která by měla předcházet psaní a další úkony. Uvádí

¹³² Irmischer in Pipeková, 2001

¹³³ Kysučan, 1990

¹³⁴ tamtéž

se, že stříhání je jednou z motoricky nejnáročnějších činností. Ve všech činnostech je zpočátku nutné vedení, které se postupně omezuje.¹³⁵

Předpokladem úspěšnosti je přiměřenost a individualita. V rozvoji mentálně postižených hraje významnou roli motivace. Rozhodujícím motivačním faktorem v rozvoji motoriky mentálně postižených dětí je hra. Zábavnou hrou se rozvíjí všechny složky motoriky a tím se přibližují mentálně postižené děti světu zdravých intaktních dětí.¹³⁶

2.5 Hiporehabilitace u dětí s mentálním postižením

Obecně terapie s účastí nějakého zvířete má významné postavení, právě díky živému tvorovi, které má pozitivní vliv nejen na osoby s postižením. Hiporehabilitace je stále častěji zařazována do aktivit dětí s mentálním postižením díky své všestrannosti.

Hipoterapii lze využít již u malých dětí s mentálním postižením. Neudrží-li dítě samostatně sed, posadíme si ho na koni čelem k sobě a jeho hlavičku si opřeme hrudí. Až dítě zvládne sed, posadíme si jej čelem ve směru jízdy a snažíme se dopomoc postupně omezovat.¹³⁷

Hipoterapii lze aplikovat zejména u jedinců se středně těžkým mentálním postižením, protože se zde dá předpokládat výskyt dalších přidružených diagnóz, které vyžadují fyzioterapeutickou intervenci, ale zároveň schopnosti absolvovat jízdu na koni jsou zachované.¹³⁸

U jedinců s lehkým mentálním postižením je dobré aplikovat léčebné pedagogicko-psychologické ježdění nebo parajezdecktví, protože je u těchto osob možná potřeba korekce individuálních psychosociálních problémů.¹³⁹

Mentálně postižení lidé mají často pocit vyřazení nejen ze sportovních činností, ale také mohou trpět pocitem selhání a lítosti. Ježdění může tyto pocity

¹³⁵ Kysučan, 1995

¹³⁶ tamtéž

¹³⁷ Valenta, 2007

¹³⁸ tamtéž

¹³⁹ tamtéž

změnit. Může jim dát pocit úspěchu. Vytvořený vztah s koněm nemusí být založený jen na dorozumění řečí.¹⁴⁰

Podmínky práce v hiporehabilitaci s dětmi s mentálním postižením jsou krátké a časté reprízy, strukturované hodiny a jasné a jednoznačné instrukce. Nejčastěji se hiporehabilitace provádí skupinově – skupinová voltiž a skupinové LPPJ.¹⁴¹

Při léčebném ježdění na koni u neurotiků nebo dětí s poruchami chování je nutno strukturu hodiny hiporehabilitace obměňovat.¹⁴²

Někdo by mohl namítnout, že osoby s epilepsií by neměly hiporehabilitaci absolvovat kvůli epileptickým záchvatům. Opak je ale pravdou. Většina záchvatů se objevuje v době nečinnosti, nudy a dřímoty. I když únava, hlad a předráždění mohou záchvat vyprovokovat, je mnohem pravděpodobnější, že jezdec bude mít záchvat v době čekání na jízdu, nebo po jízdě, než během samotné jízdy. Také dítě s epilepsií potřebuje vykonávat něco, co ho povzbudí. Což ježdění a vše s ním spojené mu může poskytnout.¹⁴³

Jestliže chceme léčebným ježděním na koni zlepšit motoriku, musíme působit především na centrální nervovou soustavu, která řídí motoriku. Nejvyšší úroveň motoriky je stav mysli, jež řídí vlastní účel pohybu. Z tohoto hlediska je nezbytné, aby došlo k navázání kontaktu s koněm na úrovni nejen fyzické, ale i na úrovni mentální, která spolurozhoduje o efektivitě použití koně pro terapeutické účely.¹⁴⁴

¹⁴⁰ Kulichová,

¹⁴¹ Hollý, Hornáček, 2005

¹⁴² tamtéž

¹⁴³ Kulichová

¹⁴⁴ Hollý, Hornáček, 2005

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Vymezení problému

Praktická část bakalářské práce je založena na porovnávání vlivu hiporehabilitace v případových studiích s dostupnými informačními zdroji.

Případové studie poskytla paní Arnošta Ježková, místoprezidentka sdružení Os-svítání v Olomouci, která se již dlouhodobě věnuje problematice hiporehabilitace, konkrétně paravoltiže.

3.1.1 Cíl šetření

- Cílem této práce je prokázat kladný vliv hiporehabilitace na psychomotorický vývoj dětí s mentálním postižením.

3.1.2 Metody šetření

- Studium odborných pramenů (literatura, video, internet);
- konzultace s pedagogickými pracovníky;
- konzultace s odborníky zabývající se problematikou hiporehabilitace;
- analýza pedagogické dokumentace.

3.2 Případové studie

Osoba 1 - M.P. (1989)

Diagnóza: Pierre-Robinowův syndrom (kombinovaná vada)

Postižení: nanismus s anomáliemi končetin, mentální retardace

Léky: neužívá

Je v trvalé péči neurologa a psychologa.

Rodinná a osobní anamnéza:

Narodil se jako defektní dítě. Rodiče ho nechali v kojeneckém ústavu v Olomouci. Ve dvou letech byl umístěn v Ústavu sociální péče Kociánka v Brně. Když dovršil pět let, byl svěřen do pěstounské péče, kde žije dodnes.

Nesprávné držení těla. Prodělal čtyři ortopedické operace kloubů horních končetin.

Školní anamnéza:

V první třídě základní školy byl zařazen lékařem na hiporehabilitaci pro zlepšení jeho zdravotního stavu.

Nejprve byl zařazen na terapeutické ježdění a posléze byl zařazen na hodiny léčebně pedagogicko-psychologického ježdění (LPPJ), které po dva roky absolvoval 2x týdně. V současné době je zařazen v rámci hiporehabilitace do jezdeckého sportu - paravoltiže.

Postřehy z terapeutických hodin:

U klienta v současné době nejsou pozorovány větší nedostatky ve správném držení těla. Na hodinách paravoltiže je soustředěný, dokáže celkem pohotově reagovat na připomínky, vnímat a kontrolovat částečně práci svého těla. Do hodin přichází připravený jak po estetické stránce (úprava zevnějšku), tak po stránce psychické. Je pracovitý a při zadávání úkolů pozorný. Projevuje zájem a snahu pro pochopení a zvládnutí úkolů u koní.

Průběh a výsledek terapeutických hodin:

Klient do hodin přichází se zájmem. Začal lépe a více vnímat a kontrolovat práci svého těla. Velice rychle si osvojil terminologii základních prvků probíraných v terapeutických hodinách. Zlepšila se koordinace a více se soustředí na rytmus a tempo pohybu koňského hřbetu. Je sebejistější a vyznačuje z něj spokojenost z jeho vlastní práce a dosažených výsledků.

Osoba 2 - J.P. (1992)

Diagnóza: Perinatální encefalopatie s mentální retardací

Postižení: psychomotorická retardace

Zdravotní oslabení: vadné držení těla, nesoustředěnost

Léky: neužívá

Tato klientka je v trvalé péči neurologa

Rodinná a osobní anamnéza:

Při porodu se jí matka zřekla proto byla následně přijata do kojeneckého ústavu. Od dvou let byla v Dětském domově a v šesti letech byla svěřena do pěstounské péče, kde je dodnes. Pro svůj mentální handicap (IQ v pásmu lehké mentální retardace) navštěvuje základní školu speciální.

Na doporučení psychologa navštěvuje hiporehabilitaci pro handicapované se zaměřením na paravoltiž, kde již dochází pět let. Pomocí motivace koně a cvičení na něm se jí zlepšila paměť, soustředěnost a pohybová koordinace. Tato činnost ji pomáhá zvládat učení a soustředit se na výklad učitele. Také se naučila samostatně řešit jednoduché situace a nést odpovědnost za chování, které vznikají v činnosti při práci s koněm a při cvičení na koni.

Postřehy z terapeutických hodin:

Na terapeutických hodinách má klientka problém se soustředěním, s pozorností. Připomínky vnímá, ale nedokáže na ně pohotově reagovat. Při vysvětlování nových prvků potřebuje více pozornosti a pro jejich pochopení více času. Do hodin přichází se zájmem. Lze u ní pozorovat problémy s rytmickým cítěním.

Průběh a výsledek terapeutických hodin:

Klientka přichází do hodin s velkou chutí a nadšením. Má velkou radost i ze sebemenšího úspěchu, což ji neustále povzbuzuje a dává chuť do další práce.

Je třeba jí věnovat zvýšenou pozornost, aby byla schopna provádět od začátku s ostatními zadané úkoly, má problémy se soustředěním. Pracuje bez jakéhokoli ostychu. Nenechá se odradit případným neúspěchem. Koordinace se mírně zlepšila, pohybu se dostalo více estetiky. Záleží jí na tom, aby provedla jednotlivé úkoly co nejlépe.

Osoba 3 - V.K. (1992)

Diagnóza: DMO, kombinované vady

Postižení: psychomotorická retardace, myopie (krátkozrakost), strabismus (šilhání)

Zdravotní oslabení: vadné držení těla, zvětšená kyfóza, oční vada

Léky: neužívá

Klientka je v trvalé péči neurologa, psychologa a očního lékaře.

Rodinná a osobní anamnéza:

Je jedináček. Narodila se předčasně ve 30. týdnu těhotenství. Při porodu došlo k mírnému poškození hlavičky. Chodit začala ve čtyřech letech. Do šesti let prodělávala rehabilitaci Vojtovou metodou, po té přešla na klasickou rehabilitaci kombinovanou s hipoterapií.

Školní anamnéza:

Základní školní vzdělání absolvovala ve speciální škole. Nyní je v prvním ročníku odborného učiliště, obor zahradnické práce pro handicapované.

Na doporučení lékaře přešla z hipoterapie k jezdeckému sportu (paravoltiž) pod vedením fyzioterapeuta. Pro zlepšení jejího zdravotního stavu, odpovědnosti, pohybové koordinace, správného držení těla jsou jí doporučeny pohybové aktivity.

Postřehy z terapeutických hodin:

Na hodinách je pozorná, soustředěná, velice snaživá. Je stydlivá, má hodně nízké sebevědomí. Sebemenší úspěch i nezdary velice intenzivně prožívá. Při vazbách. Které jsou pro klientku náročnější, projevuje velký zájem a snahu pro pochopení a zvládnutí určitých prvků zařazených do hiporehabilitace. Jako většina klientů má problémy s rytmickým cítěním a dynamikou pohybu.

Průběh a výsledek terapeutických hodin:

Na terapeutických hodinách pracuje se zájmem, je velice snaživá. V důsledku velmi nízkého sebevědomí je nutné ji neustále povzbuzovat k dosažení potřebných výkonů. Potřebuje citlivější přístup i více pozornosti. U klientky došlo k výraznému zlepšení v držení těla. V průběhu hodiny je velice koncentrovaná na svou práci, což přispívá k maximálnímu plnění zadaných úkolů dle jejích možností. Pohotově reaguje na připomínky. Zlepšila se celková pohybová koordinace. Cvičení zaměřená na posílení zádových svalů provádí ve větším rozsahu.

3.3 Závěr a doporučení pro praxi

Během studia odborných materiálů, konzultací s odborníky, kteří se hiporehabilitací zabývali nebo zabývají, se nám potvrdilo, že léčebné ježdění na koni obecně pozitivně působí na děti s mentálním postižením.

Nejen že se jejich fyzická (somatická) složka výrazně zlepšila, ať už při nápravě vadného držení těla, celkovém zlepšení pohybové koordinace či posílení určitých svalů, ale také si pak lépe uvědomovali své pohyby a více je kontrolovali. To vede k tomu, aby klienti krok za krokem zažívali úspěch ze svého snažení při léčebném ježdění na koni. Tyto úspěchy jsou pro ně hnacím motorem k dalším aktivitám spojeným s pocitem úspěchu, tudíž i radosti.

Z uvedeného je také patrné, že se klienti na hiporehabilitaci těší a mají o ni zájem. Často klienti potřebují ubezpečovat o správnosti svého chování a jednání a povzbuzovat. Tím stoupá jejich komunikativnost a sebevědomí.

Klienti jsou velice citliví ve všech oblastech svého prožívání. Ať už jsou to úspěchy nebo neúspěchy, oboje působí velmi intenzivně na jejich osobnost. Přes možný počáteční strach a respekt klientů k velkému zvířeti jako je kůň, se jejich vztah mění v přátelský. Koně považují za svého přítele. Mluví s ním a starají se o něj. Klienti ví, co mohou koni donést za pamlsky, neboť o tom většinou bývají informováni během prvních hodin léčebného ježdění.

Svým způsobem klienti zažívají něco, co jim přináší uspokojení, radost a mnohdy pocit úspěchu. Při hiporehabilitaci tedy dochází ve většině případů ke kladnému působení na psychiku klienta a zároveň jim kůň pomáhá ovlivnit jejich tělesnou stránku.

Hiporehabilitace je tedy velice účinnou metodou a využívat ji mohou nejen jedinci s mentálním a tělesným postižením, ale je vhodná pro široký okruh osob s postižením.

ZÁVĚR

Kůň je pro mnohé z nás partnerem, společníkem nebo prostředkem k naplnění našich ambicí a přání. Pole působení koně na jedince s postižením se neustále rozšiřuje. Přesto v současné době existuje minimum dostupné literatury, která by podávala ucelený přehled problematiky hiporehabilitace.

Hiporehabilitace je metoda, která využívá komplexní působení koně na člověka. Působí na fyzickou, psychickou a sociální stránku jedince. Implikuje aktivity v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním postižením. Hiporehabilitace je postavena na spolupráci mnoha profesí. Také vyžaduje úzkou kooperaci klienta, odborníků a koně.

Nesmí se ale léčebné ježdění na koni podceňovat a už vůbec ne přeceňovat. Není všelékem, jen doplňuje jiné využívající metody.

Provádí-li někdo hiporehabilitaci laicky, může klientovi snadno ublížit nebo jeho stav zhoršit. Proto je nutné aby zařízení provozující jakoukoli formu léčebného ježdění na koni zajišťovala odpovídající kvalitu. Protože jedině takto mají klienti příležitost zmírnit své handicap a zkvalitnit svůj dosavadní život.

Díky této práci jsem měla možnost nahlédnout do problematiky léčebného ježdění a utvořit si tak cenný přehled. Při studiu teoretických materiálů o hiporehabilitaci jsem si uvědomila, jaká v této oblasti panuje nejednotnost terminologie. Proto první část bakalářské práce nastiňuje základní informace týkající se hiporehabilitace a jejího dělení do tří okruhů. Důležitým faktem je, že při každé hodině léčebného ježdění musí být přítomni minimálně klient, fyzioterapeut, hipolog, kůň, speciální pedagog a jeden nebo více pomocníků. Lékař jako jediný nemusí být přítomen, ale vykonává nepřímý dohled. Lékař také musí znát indikace a kontraindikace léčebného ježdění na koni.

Druhé části bakalářské práce jsou sepsány obecné informace o mentálním postižení a nezbytném dělení. Mentální postižení se projevuje opožděním tělesného i duševního vývoje v závislosti na stupni postižení. U jedinců s mentálním postižením se může souběžně vyskytnout některé další postižení, k čemuž může vést celá řada různorodých faktorů. Specifické v oblasti motoriky dětí s mentálním postižením je zaostávání nebo odchylky ve srovnání

s intaktními dětmi. Celkový charakter motoriky dětí s mentálním postižením ovlivňují somatické zvláštnosti, stupeň mentální retardace a její příčiny. Lze říci, že tito jedinci bývají nedostatečně pohybově rozvinutí celý svůj život.

Cílem této bakalářské práce bylo prokázat, že hiporehabilitace kladně působí na psychomotorický vývoj dětí s mentálním postižením. Studium odborných pramenů, konzultacemi s odborníky a posuzováním případových studií, se nám podařilo naplnit cíl práce.

Musím konstatovat, že tato práce neobsahuje informace o technických pomůckách ani organizační struktuře při praktickém provádění léčebného ježdění na koni. Toto téma je velice široké proto může být podnětem k dalšímu zpracování.

POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE

Literatura:

PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 1998. ISBN 80.85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

KULICHOVÁ, J. *Hiporehabilitace*. Praha: Tiskárna Dr. Eduard Grégr a syn, 1995. Bez ISBN.

KULICHOVÁ, J. *Průvodce ježděním*. Praha: Česká hiporehabilitační společnost, 1996. Bez ISBN.

KYSUČAN, J. *Psychopedie*. Praha: Univerzita Palackého, 1990. Bez ISBN.

HOLLÝ, K., HORNÁČEK, K. *Hipoterapie*. Ostrava: Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.

LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-564-123-3.

VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- KOL. AUTORU. *Povídání o hipoterapii*. Vyškov: Piafa, 1995. Bez ISBN.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- NERANDŽIČ, Z. *Pravda o zooterapii*. Praha: Jihočeská Univerzita, 2003. ISBN 174-523-62-2.
- STRAUß, I. *Hippotherapie: Neurophysiologische Behandlung mit und auf dem Pferd*. 3. vyd. Stuttgart: Hippokrates, 2000. ISBN 3-7773-1368-8.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- VOSÁTKOVÁ, A. Hipoterapie. In NERANDŽIČ, Z. *Pravda o zooterapii*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2001. ISBN 80-7040-486-8.
- VÍTKOVÁ, S. Zvířata pomáhají postiženým dětem. In SVOBODOVÁ, I. a kol. *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1773-4.
- LANTELME, V. Terminologie v hiporehabilitaci. In SVOBODOVÁ, I. a kol. *Terapie a asistenční aktivity lidí za pomoci zvířat*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2008. ISBN 978-80-213-1773-4.
- KRAUS, J. a kol. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2006. ISBN 80-200-1415-2.
- JEŽKOVÁ, A. Problematika hiporehabilitace. Nepublikovaný rozhovor. 1. 3. 2009.

Internet:

<http://www.chs.unas.cz>

Videokazety:

KYSUČAN, J. Rozvoj motoriky mentálně retardovaných dětí. Olomouc: AVC UP, 1992.

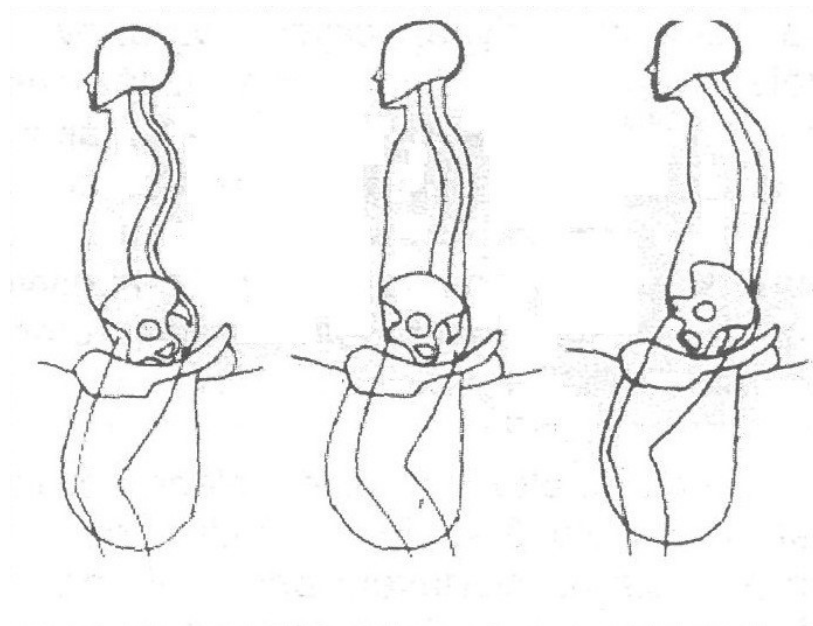
SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Správný sed na koni při léčebném ježdění.

Obrázek č. 1: Správný sed (uprostřed) a nesprávné držení (vlevo a vpravo).

Obrázek č. 2: Pozice terapeuta a pacienta při asistovaném sedu.

Příloha č. 1



Obrázek č. 1: Správný sed (uprostřed) a nesprávné držení (vlevo a vpravo).



Obrázek č. 2: Pozice terapeuta a pacienta při asistovaném sedu.

ANOTACE

| | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| Jméno a příjmení: | Lucie Bukáčková |
| Katedra: | Ústav speciálně pedagogických studií |
| Vedoucí práce: | Mgr. Petra Jurkovičová |
| Rok obhajoby: | 2009 |

| | |
|------------------------------|---|
| Název práce: | Vliv hiporehabilitace na psychomotorický vývoj dětí s mentálním postižením |
| Název v angličtině: | The influence of hipporehabilitation on psychomotor progress of children mentally disturbed |
| Anotace práce: | <p>Bakalářská práce se zabývá vlivem hiporehabilitace na děti s mentálním postižením. Hiporehabilitace nebo-li léčebné ježdění na koni je metoda, která využívá komplexní působení koně na člověka. Tyta metoda se ve speciální pedagogice stále více využívá.</p> <p>Ze studia odborných pramenů a konzultací s osobami, které se léčebnému ježdění na koni věnovali nebo věnují vyplývá, že je hiporehabilitace vhodnou doplňující metodou v oblasti fyzické, psychické i sociální.</p> |
| Klíčová slova: | hiporehabilitace, hipoterapie, léčebné pedagogicko psychologické ježdění, paravoltiž, mentální postižení, mentální retardace, psychomotorika |
| Anotace v angličtině: | <p>The bachelor work deals with the influence of hipporehabilitation on children mentally disturbed. Hipporehabilitation or therapeutic riding is a method which uses the complex influence of the horse on man. The usage of this method has still been rising in special pedagogy.</p> <p>From research of special sources and consultation with</p> |

| | |
|------------------------------------|--|
| | people who are involved in this method is obvious that hipporehabilitation is suitable method in physic, psychic and social areas. |
| Klíčová slova v angličtině: | hipporehabilitation, hippotherapy, therapeutic pedagogical psychological riding, mentally disturbed, mentally retardation, psychomotor |
| Přílohy vázané v práci: | Ilustrace |
| Rozsah práce: | 49 s., 1 s. přílohy |
| Jazyk práce: | český |