

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky s celoškolskou působností

Vendula Štefková

VI. ročník - kombinované studium

Obor: Pedagogika - správní činnost

KUŇ JAKO TERAPEUTICKÝ PROSTŘEDEK

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PaedDr. Jindřich Kuja

OLOMOUC 2009

*... a pak jsem se dotkl
jeho hebkých nozder
a velké, hluboké, jiskrné oči
mě pohladily chápavým pohledem.
ucítil jsem v jeho hřívě
rozkvetlou louku plnou slunce
a pochopil jsem, že On je ten lék,
co jsem tak dlouho marně hledal...*

... můj přítel kůň.

(Motto projektu Kůň jako lék)

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně
a vyznačila jsem veškeré použité prameny a literaturu.

Olomouc 13. 3. 2009

Děkuji v první řadě PaedDr. Jindřichu Kujovi za obětavost při konzultacích a za poskytnuté informace a materiály. Děkuji také své rodině a přátelům za technickou pomoc a podporu.

OBSAH

I Úvod.....	8
II Teoretická část.....	10
1 Pojem hiporehabilitace.....	10
2 Členění hiporehabilitace	11
2.1 Hipoterapie	11
2.2 Léčebně pedagogicko- psychologické ježdění	12
2.3 Jezdecký sport handicapovaných.....	13
2.3.1 Paradrezúra	13
2.3.2 Paravoltiž	15
3 Organizace hiporehabilitace v ČR.....	17
4 Kůň pro léčebné jízdy	20
4.1 Kůň jako prostředek terapie.....	20
4.2 Kritéria pro výběr koně	22
4.2.1 Temperament	23
4.2.2 Charakter.....	25
4.2.3 Adaptace na rušivé prostředí.....	26
4.2.4 Psychická odolnost.....	27
4.3 Příprava koně.....	28
4.4 Vybavení a bezpečnost.....	30
5 Okruh klientů terapie s důrazem na LPPJ	31
5.1 Lehká mozková dysfunkce a specifické vývojové poruchy učení.....	31
5.2 Léčba pomocí koně jako součást terapie psychiatrických pacientů	32
5.2.1 Schizofrenie	32
5.2.2 Maniodepresivita, maniomelancholie	34
5.2.3 Různé typy neuróz.....	34
5.2.4 Psychopatie	35
5.2.5 Mentální anorexie a bulimie	36
5.2.6 Závislost (drogy, alkohol, hrací automaty).....	37
5.2.7 Sexuální deviace.....	38

5.2.8	Autismus - autistický syndrom	39
5.3	Klienti s mentální retardací	40
5.4	Využití ježdění u klientů se smyslovým postižením.....	43
5.4.1	Zrakové postižení	43
5.4.1.1	Refrakční vady	43
5.4.1.2	Barvoslepost	44
5.4.1.3	Šeroslepost	45
5.4.1.4	Tupozrakost (amblyopie)	45
5.4.1.5	Výpadky, zúžení zorného pole	46
5.4.1.6	Šilhavost.....	46
5.4.1.7	Slabozrakost	47
5.4.1.8	Slepota	47
5.4.2	Sluchové postižení.....	49
5.4.2.1	Úplná ztráta sluchu	49
5.4.2.2	Částečná ztráta sluchu (nedoslýchavost)	50
5.5	Využití ježdění u klientů s epilepsií.....	51
6	Pracovníci v oblasti terapie	53
6.1	Odborník indikující terapii	53
6.2	Terapeut.....	53
6.3	Hipolog.....	54
7	Realizace terapie.....	56
7.1	Seznámení klienta s prostředím	56
7.2	Průběh terapeutické jednotky s důrazem na LPPJ	57
7.2.1	Seznamování se s koněm.....	58
7.2.2	Příprava koně	58
7.2.3	Průběh jízd	59
7.2.4	Hodnocení terapie	62
7.3	Charakteristika hodin	63
II	Výzkumná část.....	65
1	Stanovení cíle výzkumu a jeho charakteristika	65
2	Dílčí úkoly výzkumu	65
3	Hypotézy	66

4	Metody a organizace výzkumu.....	66
5	Charakteristika souboru respondentů.....	67
6	Vyhodnocení získaných dat	68
1	Identifikační údaje	69
2	Reakce klientů na jízdy	74
3	Platnost hypotéz.....	81
IV	Závěr	83
	Použitá literatura	85
VI	Příloha.....	87
	ANOTACE	88

I Úvod

Téma koní a terapie jsem si pro svou diplomovou práci vybrala z několika důvodů. Jednak mou snad celoživotní zálibou jsou koně a vše, co s nimi souvisí. Rozhodla jsem se studovat školu s pedagogicko sociálním zaměřením, abych v budoucnu mohla pomáhat potřebným. Během studia jsem se rozhodla propojit své vědomosti hipologické a znalosti ze školy. A právě terapeutické ježdění na koni svou povahou umožňuje sloučení těchto dvou složek. Samozřejmě tyto mé dovednosti nejsou pro provozování léčebných jízd kompetentní, mohou ale sloužit jako jakýsi "odrazový můstek".

Svou práci jsem chtěla upozornit na alternativní formu terapie.

Teoretická část práce je rozdělena do sedmi kapitol. V první kapitole se věnuji objasnění pojmu hiporehabilitace. To znamená původ slova a jeho hlavní zájmy.

Druhá kapitola je věnována členění hiporehabilitace, které slouží k orientaci v oboru. Je dobré si uvědomit, že hiporehabilitace má své tři odvětví, ty ale nejsou striktně vymezeny. Dochází tak k jejich prolínání.

Problematicke organizace hiporehabilitace v naší republice je věnována kapitola třetí. V další, čtvrté kapitole jsem se zaměřila na problematiku koně pro potřeby léčebných jízd. Jsou zde rozebrány požadavky na koně při výběru a také nároky na něj kladené při výcviku. Neméně důležitou je pasáž o problematice bezpečnosti při provozování terapie.

Nejširší je kapitola pátá. Zde jsem se zaměřila na okruh klientů pro jízdy. Cílem bylo poukázat na to, že paleta je opravdu bohatá a že tato alternativní forma terapie má co nabídnout klientům s různorodými diagnózami a problémy. Není snad třeba dodávat, že právě klienti jsou středem zájmu terapie.

V předposlední, tedy šesté kapitole se zmiňuji o pracovnících v oboru a nárocích, které jsou s touto prací spojené. Je nutné si uvědomit, že se jedná o práci týmovou, kde se neupřednostňuje žádný z členů týmu. Každý má své místo a je v kontaktu s ostatními.

Sedmá kapitola slouží jako příklad toho, jak by měly vypadat terapeutické hodiny v praxi. Je to samozřejmě teorie a realita nemusí být její přesnou kopií.

Poznatky z teoretické části jsem využila pro následnou výzkumnou část. Jako metodu výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření. Toto šetření je zaměřeno na zjištění a ověření skutečného vlivu léčebného ježdění na koni na stav klientů.

II Teoretická část

1 Pojem hiporehabilitace

Hiporehabilitace zahrnuje léčebné působení koně na člověka a to jak po stránce fyzické tak i psychické. Jedná se o slovo řeckého původu hippos - kůň. Druhá část výrazu rehabilitace - je kombinované využití medicínských, sociálních, pracovních a výchovných prostředků pro nácvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkčních schopností. Rehabilitace obsahuje prostředky směřující ke zmírnění a omezení dopadu handicapu na život jedince a poskytuje cestu k sociální integraci. V literatuře je hiporehabilitace často označována jako léčebné ježdění, i když už samotný kontakt člověka s tímto zvířetem působí jako určitá forma léčby. Z toho vyplývá, že hiporehabilitace je komplexní terapie. Spojuje v sobě prvky fyzio-, psycho- i socioterapie, přičemž jednotlivé zaměření je dáno postižením pacienta.

Díky své komplexnosti je vhodná pro velký okruh klientů s fyzickými, psychickými či výchovnými problémy. Od těchto problémů se odvíjí jednotlivé formy hiporehabilitace, kterým je věnována další kapitola.

Středem zájmu této rehabilitace je vždy klient ne kůň, což bylo zaměřováno při zavádění tohoto nového prvku v naší republice. Je třeba podtrhnout, že kůň je prostředek a ne účel terapie. Dříve bylo léčebné ježdění chápáno jako záchrana koní v moderní společnosti, čímž pravý cíl – léčba klientů ustoupil do pozadí.

2 Členění hiporehabilitace

Tato kapitola je věnována rozdělení oboru hiporehabilitace. Mnoho lidí si pod pojmem hiporehabilitace představí ježdění na koni tělesně handicapovaných klientů nebo klientů s bolestmi zad. Není se ani čemu divit, jelikož léčebnému působení koně na klienta je v médiích věnována velmi malá pozornost a když už se tato problematika publikuje, většinou jsou propagovány právě ony jízdy zaměřené na zlepšení fyzické stránky klienta.

Členění hiporehabilitace se přebírá podle Mezinárodní federace ježdění handicapovaných (FRDI). Česká republika se inspiroje podle vzoru, který od FRDI převzalo Německo. V Německu jej pak propracoval Dr. Kluwer. Jedná se o dělení, kde se jednotlivé složky prolínají, obory nemají přesné hranice.

Členění:

2.1 Hipoterapie

Jedná se jednu z forem fyzioterapie, v tomto případě fyzioterapie pomocí koně. Podstatou této terapie je využití přirozeného pohybu zvířete, kterému se klient přizpůsobuje.

Hipoterapie je prováděna u klientů neurologie, ortopedie, interního lékařství. Hlavními skupinami onemocnění jsou dětská mozková obrna, různé formy skolióz, roztroušená mozkomíšní skleróza. Je to individuální terapie, to znamená, že pro každého klienta je nutno stanovit individuální plán s vyznačeným cílem a také i v praxi je prováděna individuálně.

Koně vede zkušený hipolog a vyškolený terapeut koriguje vybraného klienta. Při této formě terapie, ostatně jako při všech, je kladen důraz na odbornost. Hipoterapie je metodicky náročná a vysoce riziková, protože neodborně prováděná vede k tvorbě a fixaci patologické hybnosti a tím

je zmařen cíl léčby. Délka jedné terapeutické jednotky je přibližně 20 minut, ale může se samozřejmě individuálně lišit. Při hipoterapii se ze všech chodů koně nejvíce využívá krok.

Aby bylo dosaženo vyvolání pozitivního efektu měla by být terapie prováděna minimálně 2-3 měsíce s intenzitou 2-3x týdně a to po dobu 30 - 40 minut.

2.2 Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění

Tento způsob práce se využívá zejména u psychiatrických pacientů, pacientů s poruchami chování, neurotickými obtížemi a klientů s mentální retardací a další klienti v péči speciálních pedagogů. Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (dále jen LPPJ) je formou zooterapie a socioterapie.

Jako terapeutický prvek zde působí nejen kůň, ale i celé prostředí, týkající se koní, se svou neopakovatelnou atmosférou. Kdo někdy byl "u koní" jistě rozumí. Tak proč nevyužít tohoto jedinečného prostředí, které se samo nabízí, k zařazení do terapeutického procesu? Proto každá hodina LPPJ by měla zahrnovat nejen jízdu samotnou, ale i veškeré činnosti související s péčí o koně. Tato problematika je podrobně rozebrána v kapitole 7.2 věnované průběhu léčebné jednotky LPPJ.

Tento okruh léčebného ježdění byl doposud zastíněn mnohem známější hipoterapií. V poslední době již snad vejde více do podvědomí veřejnosti díky školicím kurzům pro provozovatele a uživatele LPPJ viz. kapitola 6 o pracovnících v okruhu LPPJ.

2.3 Jezdecký sport handicapovaných

Cílem tohoto odvětví hiporehabilitace je integrace zdravotně handicapovaných občanů do společnosti. Ježdění se může omezit na jízdy rekreační nebo naopak vyvrcholit účastí handicapovaných sportovců na jim určených soutěžích

Handicapovaný jezdec pod dohledem vyškoleného cvičitele jezdeckví absolvuje některou z jezdeckých disciplín, kterou mu dovoluje míra jeho postižení. Cvičitel musí mít na paměti, že jezdcův původní zdravotní stav se nesmí zhoršit. Proto při výcviku musí být brány v respekt možnosti jezdce a dojde-li k nejasnostem, je nutná konzultace s fyzioterapeutem. Jelikož jezdecký sport handicapovaných je zaměřen na integraci, mělo by se na handicapovaného sportovce pohlížet jako na normální sportovce jen s tím rozdílem, že jejich sport má speciálně upravovaná pravidla. Úsilí, píle, překonávání sebe sama, radost z úspěchu, smutek z prohry - to vše zůstává stejné jak ve sportu zdravých tak i ve sportu handicapovaných.

Sportu handicapovaných nemusí předcházet hipoterapie, kde je jezdec při jízdě pasivní tzn., že koně neovládá, pouze přijímá impulzy z koňského hřbetu. Avšak při sportovním nebo rekreačním ježdění se již stává jezdcem a učí se aktivnímu ovládání koně. Tento druh sportu je pro mnohé tělesně postižené jedním z mála, jichž se mohou zúčastnit. Naskýtá se možnost pohybu na čtyřech zdravých končetinách.

2.3.1 Paradrezúra

Paradrezúra je jedním ze dvou u nás provozovaných jezdeckých sportů pro osoby se zdravotním handicapem. I když se rehabilitace pomocí koně v naší republice provozuje již několik let, sportovní odvětví je velmi mladou kategorií. Vždyť první jezdecké závody handicapovaných jezdců se konaly až v roce 1998.

Ačkoliv se jedná o mladé odvětví sportu, paradrezúra se rychle rozvíjí. Na rozdíl od klasické drezúry však handicapovaný sportovec nemá k dispozici všechny pomůcky k vedení koně jako zdravý sportovec. Například má-li amputované dolní končetiny, zbývají mu k vedení pouze ruce a v nich jako pomůcka dlouhý bič na pobízení v místech, kde zdravý jezdec působí pomocí tlaku holení. U jezdců ochrnutých na polovinu těla je složitější udržet rovnováhu a vyváženost mezi pobídkami levou a pravou polovinou těla tak, aby se kůň nevlínil a pohyboval se rovně.

Aby mohl být handicapovaný sportovec zařazen do parasoutěží, je třeba, aby byl oklasifikován. Klasifikaci provádějí vyškolení klasifikátoři, kteří prošli školením vyslanců FRDI. Jednotlivé kategorie sportovců jsou uspořádány tak, aby soutěžili ve skupině vždy jezdci podobného handicapu a jejich šance na vítězství tak byly vyrovnány. Školením je zaručena vysoká odbornost rozhodčích v parasoutěžích.

Kategorie na základě postižení jsou následující:

- I. Kategorie- zahrnuje úlohy v kroku
- II. Kategorie- úlohy v klusu
- III. Kategorie- úlohy v lehkém cvalu
- IV. Kategorie- úlohy zahrnující náročnou cvalovou práci

V praxi při konání parasoutěží jsou jezdci rozdělováni do skupin podle tzv. klasifikátorů, což jsou fyzioterapeuti nebo lékaři. Tito odborníci hodnotí jednotlivá postižení podle klasifikačního schématu a snaží se, aby soupeření bylo maximálně objektivní.

Narozdíl od klasické drezúry, kde je povoleno používání pouze sedla drezúrního, v paradrezúře se můžeme setkat s různými typy sedel jako jsou speciálně upravována sedla turistická, westernová a jiná. Sedla jsou dále

upravována podle postižení jezdce a mohou mít upravené třmeny, někteří sportovci jezdí i bez nich. Úprava otěží je také povolena.

Jako další specifikum paradrezúrních závodů je přítomnost pomocníků ve výrazném oblečení, jestliže se na kolbišti objeví zřetelně postižený jezdec. Tito pomocníci stojí při stranách drezúrního obdélníku nebo v jeho rozích a udávají závodníkovi směr.

2.3.2 Paravoltiž

Paravoltižní ježdění obsahuje cvičení na koni a to pouze v kroku. Cvičenci pak cvičí jako jednotlivci nebo ve skupině. Na koni provádí cviky, které tvoří sestavu.

V paravoltiži se cvičenci dělí do dvou kategorií - LH a TH, což znamená lehký a těžký handicap. Protože cvičení na koni je hlavně záležitostí fyzické kondice a dovednosti, do lehkého handicapu jsou zařazováni spíše klienti s mentálními poruchami, do těžkého pak klienti s fyzickým handicapem. Takovéto dělení není však univerzální i do těžkého handicapu mohou být zařazeni sportovci s mentálním postižením.

Při paravoltižních soutěžích, stejně jako při klasické voltiži, můžeme vidět cvičení jednotlivců i párů. Ve většině případů, s ohledem na handicap, jsou cviky prováděny v kroku.

Narozdíl od paradrezúry, v paravoltiži nedochází k úpravě jezdeckých potřeb. Voltižní pás s madly a poduška jsou shodné s voltižním sportem zdravých i handicapovaných sportovců.

Stejně jako u paradrezúry cviky jsou hodnoceny objektivními a speciálně vyškolenými rozhodčími.

V naší republice se jezdecký sport handicapovaných provozuje v podobě těchto dvou disciplín, avšak ve světě se ještě pořádají parasoutěže v zápřahu.

Snad i toto odvětví jezdeckého sportu bude i u nás zařazeno do sportu postižených jezdců. Ale to hlavně záleží na finanční dostupnosti a na počtu nadšených dobrovolníků, kteří mají odvahu začít s něčím novým.

3 Organizace hiporehabilitace v ČR

V českých zemích se kůň k léčbě využíval již od 70. let 20. století. Avšak až rokem 1989 nastalo prudké rozšiřování oboru. Toto bylo důsledkem dvou faktů. Koně přestali být finančně zajištěni a bylo nutné je nějakým způsobem zapojit. Druhým impulzem byl fakt, že se objevili klienti. Ti byli totiž v minulosti izolováni od zbytku "zdravé" populace.

V současné době poptávka převyšuje nabídku. Snad žádná organizace handicapovaných si dnes nedovede představit své akce nebo rehabilitace bez koně. Hiporehabilitace je považována za zvláštní formu jezdeckví. Nositelem odbornosti však není hipolog, ale odborník s hipologickými znalostmi (Hermanová 1998).

Současnost je poznamenána následujícími trendy:

1) *Neúměrný tlak klientů*

Nesprávná publicita vyvolává mezi klienty až hysterii. Do hiporehabilitace často vkládají až nesplnitelné naděje. Organizace, dospělí klienti a rodiče handicapovaných dětí hledají možnosti léčebného ježdění. Profesionální pracoviště bývají plná a tak se bohužel obracejí spíše na amatérská, čímž se dostávají do rizika.

2) *Růst zodpovědnosti*

V poslední době se objevily stacionáře, ústavy, občanská sdružení i jezdecké oddíly, které se k oboru staví zodpovědně a nechávají si školit své odborníky.

3) *Zneužívání oboru*

Roste přímo úměrně s růstem počtu zájemců o hiporehabilitaci. Situace obrovské poptávky zapříčinila vznik středisek, pro které jsou zajímavější peníze klientů než klienti samotní. Poskytované služby kvalitou ani kvantitou neodpovídají ceně.

V naší republice můžeme narazit na několik typů realizace hiporehabilitace:

1) *Specializovaná střediska*

Tyto provádějí hiporehabilitaci jako svou prvořadou činnost. Odborníci, tj. terapeuti i hipologové jsou zaměstnanci takového střediska. Koně, kteří prošli speciálním tréninkem, slouží výhradně pro potřeby terapií. Klienti jsou do střediska dopravováni. Přednost spočívá v profesionalitě a to jak týmu tak i koní. Trénink a využití koní musí být organizován šetrně a citlivě, aby nedošlo k fyzickému i psychickému přetížení koní.

2) *Provozní a sportovní stáje*

Tato forma provozování hiporehabilitace je nejčastější. Uživatelům jsou poskytováni pouze koně. Terapeuti nejsou zaměstnanci stájí, klienti musí mít s sebou terapeuty vlastní. Nevýhodou bývá nižší kvalita a profesionalita koní a absence týmu odborníků. Sportovní a provozní stáje by, s ohledem na svůj charakter, se měly zaměřit na jezdecký sport handicapovaných. Tato oblast totiž vyžaduje speciálně vyškolené trenéry a cvičitele jezdeckví. Dostatečný počet handicapovaných jezdců by pak umožnil pořádání parasoutěží a zajistil by tak popularizaci náročné a záslužné práce trenérů i jezdců.

3) *Zdravotnická zařízení a ústavy sociální péče*

Hiporehabilitace je prováděna přímo v místě zdravotnického nebo sociálního zařízení. Tým odborníků je zaměstnán v zařízení, které koně vlastní nebo si je najímá. Velkou předností je každodenní kontakt terapeutů s klienty, dokonalá znalost jejich zdravotního stavu. To zaručuje včasné a cílené zařazení hiporehabilitace do komplexní léčby.

Professionalita středisek je zaručena členstvím v České hiporehabilitační společnosti (dále jen ČHS).

ČHS byla založena v roce 1991. V roce 1994 bylo její sídlo přemístěno z Luže-Košumberk do Prahy. Jedná se o dobrovolné, nezávislé a nepolitické občanské sdružení. Jeho smyslem je šíření rehabilitace pomocí koně včetně psychoterapeutického přístupu, integrace a sportovní vyžití postižených. ČHS sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, pedagogy i jezdecké instruktory a všechny ty, kteří používají koně v lékařství, pedagogice a sportu. Významnou složku členské základny tvoří pacienti - klienti a rodiče handicapovaných.

Cílem činnosti ČHS je prosazovat a udržovat odborné provádění metody, školit pracovníky, zajišťovat vydávání odborné literatury, sloužit jako informační databáze a zprostředkovat kontakt mezi jednotlivci. Dále navazovat kontakty s příslušnými odbornými organizacemi v České republice i na mezinárodní úrovni, pomáhat při zakládání nových center a při výměně zkušeností mezi centry již fungujícími. Důležitý je rozvoj kontaktů se společnostmi podobného zaměření jako: Česká rehabilitační a fyzioterapeutická společnost, Česká jezdecká federace, FRDI.

4 Kůň pro léčebné jízdy

4.1 Kůň jako prostředek terapie

Kůň je bytost, která je ve svém chování zpravidla poměrně konstantní. Je empatický a ohleduplný, což se projeví například v tom, že zůstane stát, jestliže jezdcí hrozí pád. Ve vztahu k člověku vykazuje jistou zdrženlivost, což je bráno jako výhoda zejména u narušených osob. Kůň se nenabízí (jako například pomáhající osoby), je nutno se o něj ucházet a to podporuje rozvoj sebeprosazování. Jeho reakce nejsou "lidské" - nemstí se a netrestá. Je to zvíře dobrosrdečné a i když dokáže reagovat na špatné zkušenosti a výcvik, přesto reaguje i u osob s narušeným chováním trpělivě.

Velmi důležitou úlohu hraje v lidském životě kontakt. V tomto případě kontakt se zvířetem je samozřejmou lidskou potřebou a zvláště děti ji mají přirozeně rozvinutou, chtějí být milovány. Obzvláště zvířata vytvářejí klima, prostřednictvím něhož se obtížní jedinci nechají "oslovit". Z praxe je známo, že člověk pociťuje z počátku před tímto ušlechtilým tvorem úzkost, později ho obdivuje a nakonec vůči němu cítí lásku. Působení na psychiku, na její složku intelektovou, pozornostní a emotivní probíhá i s intimním tělesným spojením během jízdy na pohybujícím se koni. Jedná se o ideální propojení fyziologických pohybů dvou odlišných těl a dochází tak k jejich pohybové koordinaci a vzájemné harmonii. Již samotná péče o koně, tj. jeho ošetřování, sedláni a další úkony působí k navázání kontaktu, k vzájemnému poznání i odstranění různých skrytých obav. (Anderson 1998)

Kůň je zvíře stádové, domestikované, je proto pochopitelné, že má velmi silnou schopnost navazování vztahů s člověkem. Vzájemná interakce kůň - člověk probíhá v neverbální oblasti. Přítomnost tělesné schopnosti výrazu, gestikulace emocionálního vztahu a jeho opravdovost je rozvíjena ve společném prožívání s koněm. Přímé reakce koně mohou sloužit jako zrcadlo nevědomých duševních vztahů a být tak prožívány. Dochází k odstraňování frustrací,

prožitých nezdarů a může dojít k nástupu náhledu choroby, možnosti změny a posílení na straně osobnosti.

Zásadní roli hraje komunikace. Kůň pohltí člověka celého, udržuje ho v neustálém střehu. Samotná komunikace s koněm je vlastně jakýsi věčný boj dvou osobností, respekt ze silného zvířete nutí člověka najít a prosadit své "já". Vzájemná komunikace a interakce se přetváří v dokonalou harmonii. Člověk se učí porozumět koni, kůň respektuje lidského partnera. Kdo najde cestu ke koni, najde cestu k lidem.

Jaké potřeby jsou uspokojovány ve vztahu se zvířetem:

1.Potřeba stimulace a učení

Zvíře je neustálým zdrojem nových zážitků a zkušeností. Zvíře nedovede mluvit, ale komunikuje neverbálně a to vede k většímu vnímání neverbálních projevů. Tuto zkušenost si pak převádí i do vztahů s lidmi. V přátelství se zvířaty se rozvíjí i empatie. V péči o zvíře se člověk učí chápat pocity a potřeby a i to se opět přenáší do mezilidských vztahů.

2.Potřeba sociálního kontaktu

U nemocných či postižených jedinců je potřeba kontaktu málo uspokojována. Za takovýchto okolností se zvíře stává náhradním prostředkem nebo pomocníkem v uspokojování touhy po sociálním kontaktu. Zvíře může plnit funkci náhradního partnera.

3.Potřeba citové jistoty a bezpečí. Potřeba být někým akceptován

Zvíře může kompenzovat nedostatky mezilidských vztahů, četnost jejich kontaktu a jeho kvalitu. Může také sloužit jako zdroj citové jistoty. Je obranou proti pocitu osamocení. Lidé u zvířat oceňují to, že je berou takové, jací jsou. Neumí kritizovat ani nic vyčítat.

4.2 Kritéria pro výběr koně

Základní kritéria pro výběr koně jsou určovány okruhem klientů. Výběr je závislý na diagnóze a klinických příznacích klienta. Z toho plyne, že určujícím faktorem pro volbu koně je klient. V počátcích terapie byl tento fakt spíše v pozadí a do hiporehabilitace byli zapojováni koně starší, vyřazení ze sportu a tím se okruh léčebných jízd stal "odkladištěm" koní, kteří jinému odvětví jezdeckví nevyhovovali. Tento trend lze označit za jakousi antihiporehabilitaci, protože zařazení takovýchto koní, tj. slabých a nevyhovujících, má negativní vliv na straně klienta.

Specifické požadavky pro výběr koně:

- 1) Složení klientů - věk, hmotnost, diagnóza, zdravotní kondice
- 2) Terapeutický okruh - specializace (hipoterapie, LPPJ, sport)
- 3) Metodika terapie

ad 2) Každý terapeutický okruh má svá specifika a podle toho se také liší požadavky na koně. Kůň se musí přizpůsobit potřebám hiporehabilitace ne naopak, jinak nelze splnit cíl terapie.

Kůň pro hipoterapii:

Největší důraz se klade na kvalitu koně, na jeho zdravotní stav. Kůň musí být stoprocentně zdravý, hlavně jeho končetiny, protože jejich hybnost stimuluje patologickou hybnou odpověď jezdce. Dále kůň musí mít pevný a pružný hřbet. Jeho krok musí být pravidelný, strojový, což je nezbytné hlavně u spastických forem dětské mozkové obrny. Od koně je vyžadována samostatnost, neboť hipoterapie je individuální záležitost. Ochota přistoupit k rampě a trpělivě u ní stát je další podmínkou. Jeho lehká ovladatelnost při vodění, především plynulé vykročení a zastavení je nepostradatelné.

Významná je nelekavost, tj. adaptace na rušivé vlivy z okolí, zejména pak ze strany klientů. Kůň musí být také adaptován na neadekvátní zátěž, což vyžaduje zachování pružnosti hřbetu a absolutní svalové uvolnění pod klienty, kteří trpí poruchou hybnosti anebo patologickým svalovým napětím.

Z toho vyplývá, že hlavním požadavkem na hipoterapeutického koně je jeho fyzická kondice a stavba těla. U koně pro terapii jsou hlavními podmínkami jeho vlastnosti temperamentové a vztah k člověku.

Specifické požadavky na koně pro léčebné jízdy:

4.2.1 Temperament

Vyžaduje se kůň rozdílného temperamentu, jelikož při jízdách se působí na i duševní stránku člověka.

Z biologického hlediska je temperament nervovou složkou konstituce (fyziologická a funkční zdatnost organismu koně v závislosti na jeho anatomické stavbě metabolismu). V podstatě je temperament reakce nervové soustavy koně na podněty vnějšího prostředí. Reakce závisí na stupni dráždivosti nervové soustavy. Podle intenzity této dráždivosti existují dva základní okruhy temperamentu: živý a klidný. Bližším studiem těchto dvou okruhů bylo možné identifikovat typ vyšší nervové činnosti koně - tj. jeho neurotyp. Neurotypy koní se vyhraňují především v tréninku a výcviku koní. Proto je tak důležitý přístup ke koni v průběhu výcviku.

Podobně jako u člověka lze i koně rozdělit do čtyř kategorií:

Sangvinik

Typ silný, vyrovnaný a pohyblivý. Koně tohoto typu se velmi dobře a rychle přizpůsobují výcvikovému prostředí a tréninkové zátěži i jejich změnám. Snášejí trénink velké intenzity, jsou výkonní a udržují si dlouho získanou formu.

Flegmatik

Jedná se o typ silný, vyrovnaný, inertní. Takovýto koně se sice pozvolna, ale přece přizpůsobují tréninkové zátěži. Jsou velmi citliví vůči změnám v tréninkovém programu, ale za to jsou ocenitelní ve stáji, kde jsou při každodenních procesech velmi klidní. Jejich výkonnost je poměrně stabilní. Avšak bohužel (někdy bohudík) při výkonu často reagují méně aktivně.

Cholerik

Zahrnuje typ silný ale nevyrovnaný. Tito koně jsou v tréninku a při výcviku neklidní a často vznětliví. Dobře však snášejí vytrvalostní trénink, který je uklidňuje. Jejich výkonnost je variabilní. V některých případech dovedou překvapit velmi dobrým výkonem, jindy naopak zklamat důvěru - což je pro potřeby hiporehabilitace nepřijatelné.

Melancholik

To je označení pro typ slabý. Melancholičtí koně se obtížně přizpůsobují tréninkovým zátěžím, nesnášejí intenzivní přípravu a jsou náchylní k přetrénování.

Podle těchto temperamentových typů jsou klientům přiřazováni koně na základě jejich povahy, kterou má kůň kompenzovat. V praxi to znamená, že pro klienty s převážně vysokým sebevědomím jsou voleni koně, u kterých se musí prosazovat, a který jim "nedá nic zadarmo". Naopak klientům, kteří trpí nízkým sebevědomím nebo komplexem méněcennosti, jsou nabízeni koně velmi lehce ovladatelní a poddajní.

Projev a typ temperamentu závisí na kondici a zdraví koně. Jako výkonnostní faktor musí být posuzován s ohledem na okruh požadované práce, pro kterou je kůň připravován. V této souvislosti je důležité, aby energie v přípravě byla vynaložena účelně, tj. ve smyslu požadované práce. Při neúčelném využití se pak energie vybíjí naopak proti požadovaným výkonům.

Temperament ovlivňuje do značné míry prostředí, kterému je kůň vystaven, ale samozřejmě záleží i na přístupu personálu. Například nervózní

koně se ve vhodném prostředí a při odborném zacházení zpravidla uklidní. Nevhodným zacházením je možné změnit apatického koně na nervózního. Apatického koně je sice možné naučit poslušnosti, avšak k tomu, aby podal požadovaný výkon je zapotřebí intenzivnějších pomůcek a značné dávky trpělivosti. Platí pravidlo: čím je kůň temperamentnější, tím je náročnější na správné, logické a korektní zacházení. (Misař, Jiskrová 2001)

4.2.2 Charakter

Při výběru koně je nutné se vedle temperamentu zaměřit i na charakter. Za charakter se v tomto případě považuje stupeň spolehlivosti, s jakým se podrobuje kůň vůli člověka při různých druzích činnosti. Sleduje se hlavně:

Charakter ve stáji

To znamená, jaké jsou reakce koně na stájové prostředí, na technologii a režim ve stáji. Vztah koně k ostatním zvířatům ve stáji nebo ve stádě - zejména, jestliže by měl být kůň využíván při skupinových terapiích a hrách.

Charakter ve vztahu k člověku

Jelikož jednou ze součástí terapeutické jednotky je také mimo jiné ošetřování koně (hřebelcování, čištění kopyt, uždění, sedlání...). Klade se velký důraz na ochotu koně spolupracovat a na způsob reakcí.

Charakter k požadovanému výkonu

Jedná se vlastně o míru ochoty vykonávat práci. Vyjadřuje míru energie k vynaložení v zájmu práce a spolehlivosti, s níž je energii ochoten opakovaně vyvinout. Tento charakter nejvýrazněji ovlivňuje výkonnost koně. Nemá žádnou souvislost ani se stavbou těla či s konstitucí. Jedině temperament může mít částečnou souvislost s charakterem pro požadovaný výkon.

4.2.3 Adaptace na rušivé prostředí

Kůň by měl být navyklý na projevy klientů jako jsou hlasité projevy, smích, tleskání apod. Koně by neměli, spíše nesměli být vyvedeni z míry také pohyby, mezi které patří různé cviky nebo nepředvídatelné reakce klientů. Rušivými elementy pro koně jsou dopravní prostředky, psi nebo předměty (balón, tyče využívané při hrách). Vůči těmto faktorům musí být kůň "imunní".

V souvislosti s odolností vůči rušivým podnětům jsou zajímavé americké studie prováděné oddělením zoologických věd na univerzitě v Texasu v roce 1998. Vědci a výzkumní pracovníci zde sledovali a vyhodnocovali reakce koní vystavených rušivým vlivům. Koně (celkem 103, z toho 84 bylo již zařazeno v programu terapeutického ježdění) byly vystaveni několika netypickým a stresujícím faktorům. Přecházelo jim umístění 161 x 58 cm velké lepenky na zem, k níž byl kůň přiveden a byl mu ponechán čas na aklimatizaci. Jakmile kůň klidně stál a nejevil zájem o lepenku (obvykle po jedné minutě), začal samotný test.

Prvním stimulem byla chodící a zvuky vydávající hračka prasátka, která byla umístěna na lepenku. Po dobu 20 vteřin byly sledovány a popisovány reakce koně. Po potřebné době na reakci, následoval test s ucházejícím balónkem. Asistent držel nafouknutý balónek za zády a stál koni po jeho levém nebo pravém boku. Jakmile začal balónek ucházet, začalo se i se sledováním a zapisováním reakcí. Opět po určité době byl kůň vystaven třetímu faktoru a to vystřelovacímu deštníku. Asistent stál asi 1,5 až 2 metry před koněm, držel zavřený deštník na úrovni pasu. Po zmáčknutí deštník vystřelil a otevřel se vůči koni. Deštník zůstal otevřen po dobu 20 vteřin, kdy se sledovalo a zapisovalo chování koně.

Po dobu testování byli koně drženi jedním a tím samým pomocníkem. Jednotlivé reakce se zapisovaly podle schématu:

1 bod - Žádný pohyb nohou, oči mohou být doširoka otevřené, pohyb uší, vydávání zvuků a dívání se okolo.

2 body- Žádný pohyb nohou, stejné reakce jako v bodě předešlém plus pohyb hlavy, trhnutí krkem.

3 body- Již pohyb nohou. 1-4 kroky a reakce jako ve druhém bodě.

4 body- Opět pohyb nohou. 5-12 kroků a reakce jako ve druhém bodě.

5 bodů- Jakýkoliv poskok (2 nebo více nohou současně nad zemí).

Plus pohyb nohou 13 nebo více kroků a reakce jako u druhého bodu.

Jako výsledek se ukázalo, že nejmenší reakce vzbudil test s ucházejícím balónkem a naopak nejnápadnější odezvu způsobil otevírající se deštník.

Některých těchto technik se využívá i v našich podmínkách při výběru koní určených pro léčebné ježdění.

4.2.4 Psychická odolnost

Pozornost je věnována také této problematice. Protože terapie pomocí koně se provozuje jednak jako individuální terapie tak i jako skupinová, kůň musí být "společenský". S tím je spojeno snášení většího pohybu lidí ve stáji i mimo ni, dále pak střídání většího počtu jezdců. Kůň se musí stát součástí týmu.

4.3 Příprava koně

V zásadě platí, že se jedná o velmi dlouhodobý proces, který je náročný jak pro koně tak i pro cvičitele. Vávrová ve svém odborném článku v časopise Jezdectví 1/2001 doporučuje během přípravy koně se řídit následujícími pravidly.

Pravidla:

- A) Příprava se odvíjí od toho, pro jaký účel bude kůň využíván.
- B) Příprava je ovlivněna fyzickými, psychickými jakož i metodickými nároky, které jsou kladeny na koně ze strany klientů i terapeutů.
- C) Příprava je *cílená* pro potřeby zdravotnické a pedagogické.
- D) Příprava sleduje - vypěstování a udržování pevného a pružného dorzálního svalstva
- propracování psychické odolnosti, trpělivosti a nelekavosti
- E) Intenzita tréninku se řídí stavem nervového systému, projevy nervozity
jsou nepřípustné. Také musí být zohledněno fyzické a psychické vyčerpání koně předešlého dne a brát v úvahu zátěž na den nadcházející.
Unavený kůň neposkytuje požadované impulsy.
- F) Hiporehabilitace je pro koně jednostranná zátěž a to může vést k otupění a nervozitě koně (podle typu CNS) a je nutno zátěž kompenzovat. Hiporehabilitační kůň musí přijímat kontakt s člověkem ochotně a rád.

VLASTNÍ PŘÍPRAVA

Příprava vychází z toho, co má už kůň za sebou. Zdali již například absolvoval základní remontní výcvik nebo se jedná o koně mladého, který doposud neprošel žádným typem přípravy. V některých případech musí dojít k drezůře, jestliže má kůň vypěstovány nevhodné návyky jako důsledek špatného zacházení a nesprávného tréninku.

Každého koně je třeba před prací vypohybovat. Tato práce je prováděna na jízdárně nebo v terénu. Platí pravidlo, že práce musí být pro koně příjemná, nikdy ne stresující. Kůň se musí vracet z jízdárny nebo vycházky spokojený. Důležitým faktorem je nespěchat a nic neuspěchat.

Mladí koně bývají plní elánu, to není důvod k obavám, protože denní a systematická příprava koně ukázní a ten začne brzy odlišovat, kdy pracuje se zdravým jezdcem a kdy s postiženým.

Práce v terénu je nenapodobitelná a rozmanitá díky charakteru krajiny. Během ní se střídají chody a kůň se nechává, aby vykročil prostorným ruchem/tempem. V zásadě platí, stejně jako u sportovních koní, že se jezdí dopředu a s kmihem jak v terénu tak i na jízdárně. Na jízdárně je požadována práce školního koně. To znamená, že přechody krok-klus-cval mají být ochotné a výrazné. Zastavení by mělo být klidné a přechod do nového chodu energický. Zařazuje se práce na kruhu ve všech chodech. Postupně se přidává i kavaletová práce, která může obsahovat skokovou gymnastiku se skoky do jednoho metru výšky. Po koni je požadována poslušnost na pomůcky a ovladatelnost.

V hipoterapii se prosazuje práce na dvou lonžích, která je záležitostí individuální. Některými odborníky bývá zdůrazňována výhoda vedení zezadu, kdy je bráněno nechtěnému ohnutí koně, které nastává při vedení koně u hlavy. Jiní poukazují na nevýhodu nepřehlednosti situace kolem koně, jestliže se vodič nachází za zády koně. Např. při LPPJ se využívá jak voltižního ježdění, kdy je kůň veden lonžérem na kruhu, tak i samostatných jízd prováděných klienty (viz. kapitola 7.2 o průběhu jednotky terapie).

4.4 Vybavení a bezpečnost

Kůň by měl být opatřen kompletní uzdečkou včetně nánosníku a otěžemi nebo lonžemi v případě vedení ze zadu. Dále by měl mít pás s madly. Při provozování jízd pokročilejších a samostatnějších klientů je kůň sedlán školním sedlem s bezpečnostními třmeny. Někteří provozovatelé upřednostňují sedla westernová, otázkou je funkce hrušky. Pro lepší stabilitu v sedle lze použít nákrčního řemene, kterého se jezdec může přidržovat. Nesporně důležité je chránit hřbet koně před nárazy a nepravidelnými pohyby handicapovaných jezdců, tato část koňského těla je velmi citlivá. K tomuto účelu se vedle textilní podušky využívá podložka gelová, která výrazně šetří hřbet koně.

V zájmu bezpečnosti musí mít klient vhodný oděv, tj. přiléhavý, nesmekavý, i v teplých dnech jsou nutné dlouhé rukávy a nohavice. Obuv je vhodná bez kovových doplňků, které by mohly poranit koně a měla by mít pružnou podrážku s nízkým podpatkem. Klientovi je před jízdou nasazena tříbodová jezdecká helma k ochraně hlavy.

K základní potřebě pro vybavení patří především rampa pro nasedání a sesedání. Vhodná výška rampy je 90 centimetrů, plošina musí být dostatečně prostorná pro manipulaci s handicapovaným, který je upoután na vozík. Součástí rampy jsou schody nebo nájezd se zábradlím. Nasedání na koně z všelijakých provizorních předmětů (beden, barelů apod.) působí nejen neprofesionálně, ale a to především, klienti jsou vystaveni riziku úrazů, které v některých případech mohou mít patologický dopad.

Prostor, který je využíván k terapeutickému ježdění by měl být na klidném místě, co nejméně rušen a měl by být ohrazen. Mnoho středisek proto sídlí v odlehlých městských částech, které jsou v nerušeném prostředí, ale v dosahu např. městské hromadné dopravy.

5 Okruh klientů terapie s důrazem na LPPJ

5.1 Lehká mozková dysfunkce a specifické vývojové poruchy učení

Lehká mozková dysfunkce (dále jen LMD) postihuje děti nezávisle na jejich inteligenci. LMD se projevuje v podobě určitých poruch chování nebo poruch učení, které vznikají v souvislosti s odchylkami v centrální nervové soustavě. Tyto odchylky pak způsobují možnosti oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, paměti, pozornosti nebo motoriky. Paleta příčin vzniku LMD je široká, mohou být geneticky podmíněny, může se jednat o výsledek biochemických nepravidelností. Jestliže v prenatálním období dojde k poškození mozku, není vznik dysfunkce vyloučen, stejně jako v případě onemocnění prodělaných v průběhu let, která jsou také kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému. Může vznikat i z neznámých příčin. (Langmeier 2000)

Specifické vývojové poruchy učení se vyznačují poruchou v jednom nebo více základních psychických procesech. Postihují chápání nebo užívání mluvené nebo psané řeči. Projevují se poruchami slyšené řeči, myšlení, mluvené řeči, psaní, čtení, pravopisu nebo počítání. Podle těchto jednotlivých oblastí se pak specifické poruchy učení dělí. Někdy takto postižené děti bývají zařazovány do speciálních tříd při základních školách. Poruchy učení vznikající v důsledku porušení zraku, sluchu, motoriky, mentální retardace, emoční poruchy nebo nepříznivých vlivů prostředí se neřadí do specifických vývojových poruch učení.

Základním rysem chování dětí s LMD je chování neodpovídající jejich věku. To znamená, že se chovají jako by byly mnohem mladší, než jsou. Tyto děti bývají často citově labilní, ovládání jejich chování není zcela pod kontrolou, což se projevuje v zlostných reakcích. Velmi často bývají

hyperaktivní nebo naopak hypoaktivní. Jsou nesoustředěné a jeví se jako nemotorné. Všechny tyto charakteristiky se však nemusí objevit u jednotlivých případů.

Při provádění léčebného ježdění je důležité, aby se celý tým obeznámil s problematikou LMD a specifických vývojových poruch učení. Jízda na koni je pro děti novou zkušeností, je lákavá. Při promýšlení jednotlivých hodin musí terapeut mít na paměti, že je důležitá tvorba určitých hranic a vnější kontrola. Pro seznamování a zapamatování si úkolů, je nutné dětem vše klidně vysvětlovat a opakovat, vyplácí se názornost. Cílem jízd by mělo být zařazení jezdce s LMD nebo se specifickou vývojovou poruchou učení do jezdeckví stejně jako zdravé jedince. Cestou k tomuto cíli je trpělivá práce s využitím cviků a výchovných prostředků. Mohou se objevit problémy během čekání, než přijde jezdec na řadu nebo s dělením se o koně. Také může docházet ke zkratkovitému jednání, jestliže se dítě začne nudit. To vše je třeba brát v potaz a být ve střehu nejen během jízd samotných, ale věnovat se dětem i před jízdou a v prolukách mezi jízdami.

5.2 Léčba pomocí koně jako součást terapie psychiatrických pacientů

5.2.1 Schizofrenie

Schizofrenní poruchy patří mezi endogenní. Tudíž jsou charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou. Jasně vědomí a intelektové schopnosti jsou obvykle zachovány. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dodávají normálnímu jedinci pocit

individuality, jednotnosti a autonomie. Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo síleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné představy, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání. Představy mívají často bizarní formu. S nemocným se proto obtížně navazuje kontakt, dále se také uzavírá do sebe a je autistický, odcizuje se okolí. Schizofrenik ztrácí zájem o svůj zevnějšek, záliby. Myšlení lze charakterizovat jako nesouvislé až chaotické a v tomto stavu je těžké se k nemocnému přiblížit a snažit se s ním komunikovat. Terapii je možné navodit až po odeznění akutní fáze choroby a po příslušné léčbě (nejčastěji psychofarmakologické).

V této situaci jsou nastolovány pokusy o navozování kontaktu, o rozbití uzavřenosti a zařazení do léčebných jízd. V tomto okamžiku se kůň stává prostředníkem k navázání vztahu. Nejdříve je však nutné klienty předem psychoterapeuticky připravit, hovořit s nimi a prolamovat zbytky autismu. Je nutné, v některých případech působit na nemocného velmi dlouho a trpělivě a přimět jej, aby se pokusil navazovat slovní a dotykové kontakty s koněm. Navzdory všemu je třeba počítat i s potencionálním nezdarem. Avšak, jestliže se podaří klienta zapojit do jízd, mohou být výsledky překvapující.

Jízdy jsou určeny ke zlepšení:

- vztahu k okolí
- tělesné kondice
- emocionality
- sociálního chování

Schizofrenní pacient častěji navazuje snadněji vztah ke koni než k lidem a prostřednictvím něj si poté vytvoří příznivý postoj k terapeutovi. Terapeutický program bývá rozvržen na osm týdnů od navozování kontaktu s koněm spojeným s jeho ošetřováním až po samotné jízdy. Za přelomové období podle MUDr. Jana Klika je považován stav mezi pátou až šestou hodinou, kdy dochází k aktivnímu samostatnému řízení jízdy pacientem.

Po dobu terapie se zlepšují především symptomy v oblasti úzkosti, deprese, poruch myšlení a hostility. Projevují se také subjektivní projevy spokojenosti.

5.2.2 Maniodepresivita, maniomelancholie

Je také endogenní poruchou a po schizofrenii druhou nejčastější psychózou. Vyznačuje se střídáním dvou fází: manickou a depresivní. Manická fáze je charakteristická chorobně veselou náladou, která však může přerůstat v popudlivost a nevrlost. Je spojena s psychomotorickým neklidem a pobíháním, živou gestikulací a mnohomluvností. Depresivní fáze se naopak vyznačuje patologicky sklíčenou náladou s ranními pessimy a večerní úlevou. Typické pro tuto fázi jsou hypochondrické bludy a sebeobviňování nemocného spojené s nebezpečnými suicidálními sklony. Mezi těmito dvěma fázemi je období plného zdraví.

Stejně jako u šizofrenních poruch je možné pacienta kontaktovat až po odeznění fází. Terapeutické jízdy jsou nabízeny ve formě rekreačního a kondičního ježdění.

Cíle jsou:

- upevnění zdravotního stavu
- pomoci získat pocit vyrovnanosti

5.2.3 Různé typy neuróz

Jedná se o psychogenní poruchy, kde mají vliv stresující situace a nepříjemné psychotraumatické zážitky. Jako projevy se uvádí porucha

adaptačních schopností člověka, tj. porucha schopnosti člověka vyrovnávat se s tíživými životními situacemi. Osobnost člověka je zachována, ale je trýzněna řadou symptomů (duševních i tělesných). Mezi nejčastější neurózy patří: úzkostná neuróza, hysterická neuróza, fobická neuróza, hypochondrická neuróza a neurastenie.

Předem je třeba si vytipovat jednotlivé pacienty a odhadnout jejich momentální naladění. Poté je možné určit program, během kterého si pacient ani neuvědomuje, že je terapeuticky ovlivňován a pozorován. Je totiž plně zahlcen novými pocity spojenými se sblížením se s novým médiem - koněm, který je sám o sobě výraznou osobností. Toho lze velmi dobře využít u chronických klientů, které je velmi nesnadné přimět k jakékoliv aktivitě.

Hlavní body terapie v tomto případě jsou:

- nastolení emotivního vztahu
- postupné odstraňování jednotlivých příznaků
- upevnění fyzického zdraví

5.2.4 Psychopatie

Psychopatie (podle novější terminologie specifické poruchy osobnosti) ve smyslu povahových odchylek může být také zařazena do léčebných jízd. Povahová odchylnost není vlastní duševní nemoc, podle odchylek se také psychopatie dělí. Základ bývá vrozený, ale může být ovlivnitelný ve smyslu kladném i záporném a to jak výchovou tak i prostředím (společností). U dětských pacientů s diagnózou psychopatie je dobré vyčkat, protože jejich duševní a tělesný vývoj není ještě ukončen. Léčebně pedagogické jízdy jsou proto myšleny jako rehabilitační prostředek, který formuje povahové rysy a to zejména u klientů, kde se projevují i nějaké poruchy chování. Mohou dát jejich dalšímu duševnímu a povahovému vývoji nový únosný charakter ve smyslu

preventivní medicíny. V případech dospělých pacientů je možné vyzkoušet pozitivní působení u některých diagnóz. To se uskutečňuje především v období zhoršení projevů, tj. v období dekompenzace. (Langmeier 2000)

5.2.5 Mentální anorexie a bulimie

V obou případech se jedná o poruchy příjmu potravy, které mají psychickou podstatu. Tato porucha se objevuje u mladých, dospívajících dívek a mladých žen (bylo zaznamenáno i pár případů u mladých mužů). Symptomy se projevují v odmítání jídla a ve snižování tělesné hmotnosti, někdy až do extrémních hodnot. Motivace a původy poruchy jsou neobjasněny. Často mívají kořeny v dětství, ve vazbě identity (frustrace ve vztahu k matce).

Úkolem léčebných jízd je navodit emocionální vztahy a vytvoření symbiotické závislosti. Kůň jako velká, teplá bytost s příjemnou srstí se nechá hladit a laskat. Tímto se vytváří komunikace mezi koněm a člověkem nonverbálního charakteru. Kůň nahrazuje chybějící citovou vazbu v rodině. Díky tomuto vztahu dochází k psychickému uvolnění, což je u anorektiček žádoucí, jelikož cítí trvalé napětí v důsledku nedůvěrování světu. Dále dochází ke zlepšení schopnosti se koncentrovat. Ta nastává díky novým signálům optickým, taktilním a akustickým v průběhu jízd. Důležitým prvkem je zvýšení sebehodnocení, odklon od depresivních nálad spolu s pocitem, že tuto silnou a energetickou bytost ovládá a identifikuje se s jeho silou. Kvůli neustálému hledání rovnováhy během jízdy se zvyšuje důvěra a pocit jistoty. Zvyšuje se stupeň odolnosti vůči frustracím, vytvářejí se pocity zodpovědnosti. Jako výsledek zevšeobecnění se nové zkušenosti přenášejí na denní situace mezi lidmi a to v pozitivním smyslu. Jízdy lze uskutečnit jako rodinnou terapii ve formě jízd matek s dcerami. Díky společným jízdám a zážitkům se tak odstraňuje napětí ve vzájemných rodinných vztazích. Kůň umožňuje posilování lásky mezi oběma

5.2.6 Závislost (drogy, alkohol, hrací automaty)

V posledních letech do závislosti upadá více a více lidí mladých i starších. V podstatě lze říci, že závislost může vzniknout na čemkoliv. Mezi nejčastější závislé látky se řadí alkohol, drogy a čím dál více hrací a výherní automaty. Závislosti přinášejí změny v osobnosti, ve vztahu k okolí a v tělesném schématu. Ve vztahu k okolí se odráží v oblasti sociální a ekonomické jako ztráta zaměstnání a tudíž ekonomické ztráty, rozvodovost, nástup kriminality. Zdravotní stav se zhoršuje a člověk závislý bývá více náchylnější k onemocnění, jelikož celý organismus je oslaben. V "lepších" případech závislost na návykových látkách je psychická. Ta je charakterizována přáním, nutkáním mít drogu a užívat ji. V tomto období je závislý člověk ochoten podniknout i nemožné pro získání a užití drogy. Při absenci příjmu se dostavuje úzkost, poklesy nálady, podrážděnost až agrese, v některých okamžicích se jedinec poddává sebevražedným sklonům. V opačných pólech může být člověk apatický a trpí otupělostí. Fyzická závislost se dostavuje při delším zneužívání látky. V této fázi organismus již drogu zahrnul do látkové výměny a přizpůsobil se jí.

Než klienti nastoupí k LPPJ je třeba, aby podstoupili detoxifikační léčbu. O tuto formu terapie mají zájem zvláště muži. Je to způsobeno tím, že práce u koní je mužské mentalitě bližší než jiné typy terapií. I když z počátku mohou trpět obavou z velkého zvířete a z odpovědnosti, po zvládnutí základů jízd se dostavuje pocit zadostiučinění, když je tato bytost poslouchá.

Hlavní úkoly při terapii pomocí koně v případech závislosti:

- usměrnit neukázněnost a špatné sebevědomí klientů
- podporovat spolupráci
- uvědomit si nedostatečnou fyzickou kondici jako důsledek předcházejícího stylu života, snažit se upevnit zdraví

Velký význam mají terapeutické jízdy i po skončení léčby v psychiatrické léčebně. Může mít preventivní charakter, jestliže se klientovi stane zálibou a je mu dána možnost docházet ambulantně.

5.2.7 Sexuální deviace

Za sexuální deviace jsou označovány kvalitativní poruchy sexuálního pudu. Deviantní sexuální chování je chápáno jako jakékoliv sexuální vzrušení, ukájení, kterého je dosaženo jiným způsobem, než sexuální interakcí se souhlasícím objektem, důraz je také kladen na odpovídající věk (Radimský 1993).

Sexuální deviace se dělí na

a) *deviace v objektu*- pedofilie, zoofilie, fetišismus, nekrofilie,

gerontofilie

b) *deviace v aktivitě*- exhibicionismus, voyerství, frotérství (tření),

patologická sexuální agresivita, telefonová

skatologie

Příčiny sexuálních deviací nejsou zcela známy. Rizikovými skupinami jsou osoby sociosexuálně nezralé, trpící psychosexuálním infantilismem, mentálně defektní, trpící alkoholovou závislostí (Radimský 1993).

V léčbě se uplatňuje vedle farmakoterapie (hormonálního rázu) také skupinová psychoterapie, ve specifických případech i chirurgické zákroky.

Do léčebných jízd jsou zařazováni klienti, kteří se podrobují dlouhodobé ochranné léčbě. Úkolem je resocializace klientů, kteří mají za sebou pobyty ve vězení, ty narušují psychiku člověka. Nalezení sebedůvěry a sama sebe, zbavení se pocitu méněcennosti patří k dalším cílům terapie. Klienti zapojení

do jízd si cení upřímných a přirozených reakcí koně a nutí je změnit se, aby je koně přijali. Nezanedbatelné je také zlepšení zdravotního vztahu.

5.2.8 Autismus - autistický syndrom

Jedná se o obtížně léčitelný syndrom. Je to vývojová porucha, která je charakterizována jako přítomnost abnormálního nebo narušeného vývoje a projevuje se do tří let věku. Vyskytuje se kvalitativní narušení vzájemné sociální interakce. Nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací se projevuje v nedostačující odpovědi na emoce jiných lidí nebo nedostačujícím přizpůsobením chování. Dále je uváděno špatné používání sociálních signálů, slabá integrace sociálního, emočního a komunikačního chování. Narušení komunikace je patrné v nedostačujícím používání řeči, relativním nedostatku tvořivosti a fantazie v myšlení. Absence emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí je také typická. Mezi další zevní projevy se řadí omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity. Jestliže je vyžadována změna v běžném průběhu těchto činností, může nastat vůči ní odpor. K autismu se mohou přidružit jiné nespecifické problémy jako strach (různé fobie), poruchy spánku a příjmu potravy, záchvaty vzteku a agrese. Obvyklé bývá i sebepoškozování, zvláště je-li přidružena mentální retardace.

LPPJ je zaměřeno na:

- vytváření schopností k navazování vztahů
- vynětí dětského klienta z jeho uzavřeného světa
- odbourání úzkosti a následné vytvoření důvěry
- navození touhy po dotyku a tělesném kontaktu
- dosažení pohybového souznění a harmonie přijetím pohybového rytmu

koně

- vytvoření zdravých řečových drah a podpora řeči

LPPJ přináší výsledky po dlouhodobé aplikaci. Postupně se odstraňuje úzkost a to hlavně úzkost z dotyku. Při styku s koněm se projevuje přání dětí se ho dotýkat, popleskávat a cítit teplo jeho těla, jeho měkkost. Po vysazení dítěte na koně se výše zmiňované pocity ještě umocní. Dalším krokem je přizpůsobování se a nastolení harmonie v pohybu. Postupně se dítě učí přijímat a reagovat na pohyby koně a brát je jako reálné, řídit sebe sama a kontrolovat se. Důležitým okamžikem je provádění hodin v radostné a důvěrné atmosféře, která podporuje pohotovost k přiměřené řečové komunikaci. Tato aktivita je vzdálena školnímu tlaku a úzkosti, což vede k přesvědčivým výsledkům.

5.3 Klienti s mentální retardací

Příznaky se nejčastěji objevují v oblasti rozumového jako omezení, přerušení nebo zastavení vývoje. Postiženými složkami jsou:

Pozornost

Je bezděčná i úmyslná, avšak je nedostatečně vyvinuta. Zaměřuje se nejvíce na pudové potřeby, popřípadě na životní situace. Navozená pozornost je velmi labilní a krátkodobá, snižena je schopnost koncentrace.

Paměť

Bývá převážně mechanická.

Představivost

Záleží na typu. Nejčastějším typem je zrakový, kdy si jedinci dovedou vybavovat viděné objekty s téměř fotografickou přesností. Sluchový typ

se orientuje podle slyšených vjemů. Pohybový typ se při vybavování představ opírá o pohyby vlastního těla nebo některých jeho částí.

Myšlení

Zůstává na nižším stupni vývoje. Jestliže je vytvořeno, jde o tzv. myšlení konkrétní. U případů lehčích forem mentální retardace je myšlení na stupni zobecňování až jednoduchého abstrahování, nedospěje však k úrovni logického myšlení.

Řeč

Vývoj je úměrný vývoji rozumovému. U nejtěžších forem mentální retardace jsou zvukové projevy jen pudové a afektivní, u středních forem řeč dospěje ke stupni pojmenování a označování konkrétních jevů (osob, předmětů) pomocí významových zvuků. U nejlehčího stupně řeč dospěje k užívání slov a pojmů pomocí zvuků slovních či obsahových.

Citová stránka

Převládají afekty nad emocemi, nejvyšší emocionální city se nevyskytují. Vyskytuje se citová nevyváženost v podobě citové otupělosti nebo naopak afektivní výbušnosti.

Volní stránka

Je ovlivňována spíše afekty než rozumem. Převládá nekritické přijímání podnětů k projevům chování a jednání.

Vedle těchto příznaků se také objevují vývojové anomálie tělesné (anomálie lebky-microcefalus a hydrocefalus, asymetrie obličeje, nízké čelo atd.).

Mentální retardace (MR) se člení podle Sováka na stupně:

Těžká MR

Znamená celkové omezení neuropsychického vývoje a zároveň také i opoždění hybnosti. Pohyby jsou hrubé a nekoordinované. U některých jedinců se vyskytují kývavé pohyby hlavy a trupu. U tohoto stupně nelze očekávat zvládnutí hygieny a sebeobsluhy. Řeč se nevytváří, zachovány jsou pouze

hlasové projevy pudových a afektivních hnutí. Někdy se objevuje sebepoškozování jako trhání vlasů, kousání prstů apod. Ze základních funkcí převládají pudové a vegetativní. Těžce mentálně retardovaný jedinec není vychovatelný ani vzdělavatelný, je tudíž odkázán na péči druhých.

Střední MR

Vyznačuje se omezením neuropsychického vývoje. Dítě začíná velmi pozdě sedět a chodit, pohybově zůstává neobratné. Zvládne hygienu a základní sebeobsluhu, rozeznává osoby z blízkého okolí. Vývoj řeči je opožděný a stejně jako myšlení dospěje na úroveň konkretizační (užívání významových zvuků). Slovník je chudý, vyjadřování je na úrovni jednoslovných vět. Co s týče citové stránky, jedinci jsou nevyrovnaní, labilní, někdy nepřiměřeně afektivně vybuchují. Jsou vychovatelní, je možno vypěstovat návyky a jednoduché dovednosti, nejsou však vzdělavatelní. Jsou nesamostatní, odkázáni na dohled a usměrňování jiných osob.

Lehká MR

V počátcích neuropsychického vývoje je zřejmé určité opoždění a omezení, nedá se však v této době MR s určitostí rozpoznat. Omezení rozumového vývoje i ostatních psychických funkcí se projeví jasněji v předškolním věku a ještě průkazněji po vstupu do základní školy. Dítě takto postižené je vychovatelné i vzdělavatelné v podmínkách, které zaručuje zvláštní škola. Převládá paměť mechanická.

Některá literatura kromě těchto základních stupňů uvádí slaboduchost, která je považována za jakýsi přechod mezi "normálem" a mentální retardací.

Mentální retardace bývá často součástí DMO - dětské mozkové obrny. Je to postižení nezralého mozku. Projevuje se poruchou vývoje hybnosti, přidružují se i smyslové vady a epilepsie (viz níže kapitola 5.4 a 5.5).

5.4 Využití ježdění u klientů se smyslovým postižením

5.4.1 Zrakové postižení

Význam zraku pro člověka je nezpochybnitelný. Zrakem člověk získává 80 až 90 procent informací o okolním světě.

Zrakové postižení tak narušuje:

- kognitivní (poznávací) funkce
- orientaci v prostoru
- samostatný pohyb
- mohou nastat i psychické důsledky (narušení složek osobnosti v oblasti citové, v oblasti charakteru)

Předpokládá se, že při normálním výchovném vedení a odpovídajícím sociálním styku se jádro osobnosti utváří bez jakýchkoliv odchylek. A právě to je jedním z úkolů léčebného ježdění.

Vady zraku mohou být dědičné nebo vrozené, ale také získané (vliv fyzikální, mechanické, infekční choroby, mozkové nádory). Zrakových postižení je celá řada a dají se rozdělit následovně.

5.4.1.1 Refrakční vady

Jsou způsobeny poruchou správného poměru mezi délkou oka a lomivostí jeho zrakové soustavy.

Krátkozrakost (myopie)

Při vnímání vzdáleného objektu se paprsky spojují v oblasti před sítnicí. Následně obraz sledovaného předmětu je neostrý. Takto postižený člověk vidí dobře a ostře předměty blízké. Tato oční vada je upravována brýlemi s rozptylnou čočkou.

Dalekozrakost (hypermetropie)

Tato vada se projevuje neschopností vidět ostře předměty v malé vzdálenosti. V tomto případě se paprsky spojují až za sítnicí, což způsobuje neostrost obrazu. Pomocí jsou brýle se spojnými čočkami.

Astigmatismus

Je způsoben nepravidelným zakřivením rohovky. Výsledkem je opět neostrý obraz, protože jednotlivé pozorované předměty jsou vnímány nestejně ostře. Tato oční vada se vyskytuje v kombinaci s krátkozrakostí či dalekozrakostí. Upravuje se cylindrickými skly, která mají potřebná zakřivení.

Vetchozrakost (presbyopie)

Tato vada zraku je typická pro starší věk. S přibývajícím stupněm presbyopie nevidí takto postižený člověk ani na blízko ani do dálky. Vada se dá upravit brýlemi, která mají spojné čočky. Tyto čočky jsou uzpůsobeny na různé vzdálenosti.

5.4.1.2 Barvoslepost

Barvoslepost nastává při neschopnosti oka rozlišovat určité nebo všechny barvy. Je narušen barvocit. Barvocit je schopnost oka rozlišovat barvy neboli světlo o určité vlnové délce. Při zeslabené schopnosti rozlišovat některé barvy se hovoří o sníženém barvocitu.

Barvoslepost lze dělit:

1) *Podle příčin vzniku*

a) vrozenou

b) získanou - může být podmíněna onemocněním sítnice, zrakové dráhy
nebo zrakového centra

2) *Podle stupně postižení*

a) částečná - je poškozeno vnímání dvou párů kontrastních barev
(obvykle červené a zelené - daltonismu, žluté
a modré)

b) úplná - jedinec takto postižený vidí okolní svět jako černobílý film

5.4.1.3 Šeroslepost

Projevuje se sníženou schopností vidění až po úplnou neschopnost vidět při snížené světelné intenzitě

5.4.1.4 Tupozrakost (amblyopie)

Jedná se o stav, kdy na sítnici jednoho oka vzniká jiný obraz vnímaného předmětu než na sítnici druhého oka. Člověk tak vidí buď ostrý ale zdvojený obraz daného předmětu nebo neostrý ale jednoduchý obraz. Obojí je nepříjemné, jedinec tak volí dvojitě vidění, protože chce vidět ostře. Navíc se naučí potlačovat obraz horšího oka a svou pozornost zaměřuje na obraz méně postiženého oka. Toto oko se tak stane vedoucím a slabší oko se nezapojuje do činnosti a začíná uhýbat. Proto se k nápravě užívá okluzoru (klapka přes oko).

5.4.1.5 Výpadky, zúžení zorného pole

Tyto se mohou vyskytovat samostatně nebo mohou být průvodním znakem neurologického onemocnění. To se odvíjí od toho, že průběh zrakových drah i zrakového centra se nachází v mozkových částech. Výpadky nebo zúžení zrakového pole mohou být způsobeny nádorem, úrazem nebo organickou změnou a změnou funkce oka. Nádor naléhá na optický nerv a poté dochází k postižení zrakové dráhy a objeví se poruchy zorného pole. Dalším projevem bývá pokles zrakové ostrosti a nepravidelně zúžené pole.

Tyto příčiny se dají operativně odstranit. Asi v padesáti procentech případů bývají oční příznaky prvním symptomem roztroušené mozkomíšní sklerózy

5.4.1.6 Šilhavost

Tato porucha zraku je pozorovatelná navenek. Obě oči nehledí rovnoběžně, ale jedno z nich se od svého směru odchyluje. Šilhavost může vznikat jako důsledek tupozrakosti.

Dělení:

- 1) *Šilhavost sbíhavá*
- 2) *Šilhavost rozbíhavá*
- 3) *Šilhavost, kdy se oko stáčí vzhůru*
- 4) *Šilhavost, kdy se oko stáčí dolů*

Při šilhavosti jedinec vidí jedním okem méně.

5.4.1.7 Slabozrakost

Slabozrakost je označována jako orgánový defekt. Tento se pak projevuje značným snížením viděním oběma očima. Slabozrakost může být vrozená nebo získaná (záněty, úrazy apod.).

Dělení:

- 1) *Lehká slabozrakost*
- 2) *Středně těžká slabozrakost*
- 3) *Těžká slabozrakost*

Osoby takto postižené používají speciální kukátka nebo lupy.

5.4.1.8 Slepota

Je nejtěžší vadou. Může se projevit na jednom nebo obou očích. Při postižení jednoho oka jedinec není řazen mezi nevidomé. Slepota může být vrozená, kdy v prenatálním období dojde k poškození nebo onemocnění plodu, dítě může být infikováno při porodu. O získané slepotě se mluví v případech, kdy k ní došlo vlivem oční choroby nebo úrazu.

Dělení:

- 1) *Praktická slepota* - stav, při němž poklesává vidění pod stupeň, který je nutný k výkonu povolání. Omezuje jedincův kulturní život a nedovoluje mu zcela volný pohyb v prostoru. Při tomto stupni slepoty je zachován světlocit(nevidomý rozlišuje světlo a tmu). Někteří vnímají stíny, jiní jasné barvy nebo tvary.

2) *Úplná slepota* - Postižený nevnímá světlo ani jedním okem.

Zraková ostrost je zcela porušená.

Význam a průběh LPPJ zrakově postižených

Jízda na koni je přínosem pro získávání lepší rovnováhy a prostorové orientace u klientů se zbytky zraku nebo s jeho úplnou ztrátou. Dalším podstatným faktorem je psychologický vliv z poznání nového zážitku, protože lidé takto postižení se pohybují stále ve známém prostředí. Prostřednictvím hmatu je klientovi dopřán těsný kontakt. Koňská srst je velmi příjemná a teplá, což opět posiluje psychický stav dítěte i dospělého. Je důležité dopřát klientům dostatek času na seznámení se s koňmi v podobě dlouhého hlazení a osahávání. Je bezpodmínečně nutné, aby zde byla využívána zvířata stoprocentně spolehlivá.

Metodika hodin jízdy se odvíjí od zrakového handicapu. Zpočátku je nutné, aby se klient seznámil s prostředím na svých nohou, kdy si důkladně projde a omaká prostor jezdeckého střediska pod dohledem. Aby byla zajištěna jistota handicapovaného jezdce, vyplatí se nacvičení si pohybů jako nasedání, sed a sesedání nejprve na dřevěném koni a teprve poté přejít k jízdě na koni živém. Cviky se však provádějí zpočátku na koni stojícím, poté se přechází do pomalého kroku za přidržování cvičitelem, terapeutem. Postupně s přibývajícím jistotou se jezdec pouští madla a drží se jen jednou rukou. Pozvolna sedí bez držení, má ruce na stehnech. Pro získání prostorové orientace a jistoty se provádějí cílené cviky, např. dotýkání se ocasu nebo uší, objímání krku, dámský sed a mnoho jiných.

Jízda je pouze součástí terapie. Handicapovaný se učí základům péče o koně, učí se koně nasedlat, nauzdit a také základům teoretické znalosti o koních.

Příklad, že jízdu na koni zvládnou i lidé s úplnou ztrátou zraku, je například český král Jan Lucemburský. Ten, coby zcela nevidomý měl

speciálně vycvičeného koně, na kterém vjížděl i do boje. Po svém boku měl druhého koně s jezdcem, který sloužil jako vodič. Po celou dobu jízdy mezi sebou udržovali těsný kontakt.

5.4.2 Sluchové postižení

Sluch u člověka má rozhodující význam pro vytváření a rozvíjení řeči. Sluchová vada má závažné důsledky pro výstavbu a strukturu řeči i osobnosti. Důležitým faktorem je, kdy porucha vznikla a jakého je stupně.

Formy sluchových vad.

5.4.2.1 Úplná ztráta sluchu

- 1) *Hluchoněmota* - dítě se narodí jako neslyšící nebo ztrácí sluch ještě před vývojem řeči a řeč se vůbec nevytvoří.
Dítě ztratí sluch v době, kdy se řeč vyvíjí, ale základní spoje řeči nejsou upevněny.
Tím je období od šesti do sedmi let, řeč do té doby nabytá se ztrácí a pokud se dítěti nedostalo speciálního logopedického ošetření stává se také hluchoněmým.
- 2) *Ohluchlost* - nastává, ztratí-li člověk sluch v době po nabytí a upevnění řeči, tj. po sedmém až osmém roce života.
Řeč už neztrácí, pouze se změní a deformuje se její zevní výraz, protože chybí zpětná sluchová kontrola.

5.4.2.2 Částečná ztráta sluchu (nedoslýchavost)

Jestliže se jedná o vrozenou, dítě se naučí mluvit, ale s velkými překážkami, opožděně a nepřesně. Když je dítě postiženo nedoslýchavostí během vývoje řeči, vývoj se zpomaluje a zevní projevy řeči jsou deformovány podle stupně a typu poruchy.

Typy nedoslýchavostí:

- 1) *Převodní* - je způsobena poruchou ústrojí převodního, např. ucpáním zvukovodu nebo perforací bubínku. Člověk špatně slyší hluboké tóny. Slyší sice málo a slabě, ale stačí ještě rozeznávat zvuky řeči, čili poznávat slova. Jedná se tedy o poruchu kvantitativní.
- 2) *Percepční* - je způsobena poruchou vlastního ústrojí vnímání, příčiny mohou být vrozené i získané, např. po infekčních chorobách, spále, záškrtu. Postiženo je vnímání vyšších tónů, tzn. rozeznávání hlásek. Postižený slyší, ale nerozumí. Jde tedy o poruchu kvalitativní.

Metodika hodin LPPJ

Některé metodiky zahrnuté ve výše zmíněném výcviku zrakově postižených se dají aplikovat i na terapeutické ježdění sluchově handicapovaných. Rozdíl je v tom, že výuka probíhá pomocí zraku. Vše musí opět následovat postupně, tj. seznámení se s prostředím, s koňmi. Vizuální signály musí být jednoduché a postižený jezdec jimi nesmí být zahlcen, aby nebyl zmaten. Tyto signály by neměly přicházet pouze z jedné strany, což vede k chybnému sedu na koni a klient má tendence se naklánět a otáčet na tu stranu, ze které vycházejí signály. Pokud je dítě postiženo úplnou ztrátou sluchu, je dobré mít připravenou tabuli u jízdárny, na níž jsou jasně vyobrazeny pokyny, které souvisí s jízdou na koni. V jiných případech se používá systému speciální posunkové řeč s jízdářskou problematikou. Před samotným

výcvikem je důležité klientům vše vysvětlit za pomoci odborníka ovládajícího klasickou znakovou řeč. Značná pozornost je věnována i přípravě mimo koně

5.5 Využití ježdění u klientů s epilepsií

Jedná se o onemocnění mozku projevující se záchvatovitými stavy. Vznikají náhlou poruchou elektrické činnosti mozku, záchvaty se projevují křečí se ztrátou vědomí a následnou amnézií, tj. ztrátou paměti po čas záchvatu. Záchvaty se obvykle ohlašují zvláštním subjektivním stavem tzv. aurou, při níž je pociťována zvláštní bolest hlavy nebo zvláštní představy. V záchvatu epileptik může nebezpečně upadnout, hrozí zranění, zvláště hlavy. Tyto záchvaty, při nichž člověk upadá do bezvědomí a zmítá sebou, jsou označovány jako velké neboli grand mal. Při malém záchvatu - petit mal se vědomí neztrácí, je jen zúženo. Může se projevit febrilními křečemi nebo vteřinovými záchvaty. Tzv. psychomotorický záchvat je spojen s náhlým zastřením vědomí a s nějakou primitivní činností, v dané situaci nesmyslnou, např. pobíhání po místnosti.

I když v období mezi záchvaty je jedinec bez obtíží, je epilepsie bezpochybně handicapem. Okolí epilepsii nechápe, záchvat může nastat kdykoliv a za jakýchkoliv činností, záchvatovitý stav se jeví jako sociálně obtížný. Proto je nezbytné, aby se jedinci dostalo správného pochopení jak v rodině, ve škole, v zaměstnání tak i ve svém blízkém okolí. V žádném případě by epileptické děti neměly být vylučovány z normálních třídních kolektivů.

Někdy je epilepsie častá u jiných onemocnění, například u dětské mozkové obrny, oligofrenie. Sekundárně se může vyvíjet u osob po úraze hlavy, zánětech a nádorech mozku.

V případě epileptických klientů je cílem LPPJ hlavně psychické povzbuzení. Při terapii je třeba vědět, jak se zachovat při propuknutí záchvatu. Je méně pravděpodobné, že k záchvatu dojde během jízdy, spíše během čekání nebo po jejím skončení. Pokud se však záchvatovitý stav objeví právě během

jízdy, je třeba zachovat klid, nezpánikařit. Je třeba zastavit koně, sundat klienta nebo ho v sedle přidršet, to záleží na typu záchvatu. Je nutné zabránit vzniku jakéhokoliv poranění, hlavně úrazu hlavy. Po odeznění umožnit klientovi čas na oddech a později ho povzbudit, aby pokračoval v tom, co dělal před záchvatem. Lidé trpící epilepsií by se neměli vystavovat přímému slunci bez pokrývky hlavy. V průběhu jízd dále sledujeme stav unavenosti a koncentrace klienta.

Dříve se vyskytující názor, že osoby trpící epilepsií by neměly provozovat jakoukoliv formu sportu, je již naštěstí přežitý. Toto stanovisko by odsouvalo takto nemocné do stavu sociální izolovanosti a nečinnosti, což vede ke zhoršení nemoci.

6 Pracovníci v oblasti terapie

Terapie pomocí koně je bezesporu otázkou týmové práce. Propojuje se zde řada oborů od hipologie, přes fyziologii, kineziologii až po psychiatrii, psychologii, speciální pedagogiku, etopedii atd.

6.1 Odborník indikující terapii

Léčebné ježdění začíná návštěvou příslušného odborníka (neurolog, psychiatr, logoped) nebo v pedagogicko-psychologické poradně či v psychiatrické léčebně. Odborník léčbu doporučí a schválí, ve většině případů jako léčbu doplňkovou (vedle farmakoterapie, psychoterapie). Tady ovšem jeho úloha nekončí, je nutná pravidelná kontrola klienta, aby se potvrdilo zlepšení nebo v horších případech stagnace. Na základě výsledků vyšetření pak doporučí následnou návaznost terapie nebo její ukončení, ale je také možné převedení do jiné kategorie jako například do jezdeckého sportu handicapovaných. Při samotných jízdách není nutná jeho přítomnost, spolupracuje s terapeuty a informuje se o průběhu. Odborník by se měl v oblasti problematiky orientovat a absolvovat některé kurzy, které se stávají v poslední době dostupnějšími.

6.2 Terapeut

Jeho profese se odvíjí od diagnostiky klienta. Samostatně nebo v kombinacích se objevují vady smyslové, mentální retardace, symptomy lehké mozkové dysfunkce, poruchy chování, vady řeči, psychiatrické diagnózy atd. Stěžejní otázkou je, kdo by měl léčebné pedagogicko-psychologické ježdění provádět. S klienty by měli pracovat terapeuti, kteří se jejich specifickými problémy zabývají i mimo hiporehabilitaci.

Řada pedagogů, psychologů, pracovníků v tělesné výchově postižených nebo pracovníků z oborů rekreologie, pedagogiky volného času, sociálních pracovníků, kurátorů a psychoterapeutů se podrobuje vzdělávacím kurzům. Dokladem zájmu o tuto problematiku je zahájení kurzu hiporehabilitace v rámci programu celoživotního vzdělávání. Tento kurz byl otevřen poprvé v listopadu loňského roku a to díky České hiporehabilitační společnosti ve spolupráci s Masarykovou univerzitou Brno, katedrou speciální pedagogiky.

Rozmanitost metodických postupů při jízdách klade na terapeuta vysoké nároky týkající se práce s klienty i s koněm. Musí zvládat práci cvičitele, lonžéra ale hlavně organizátora. Jako organizátor při skupinové terapii musí zvládat skupinu klientů bez kolizí a úrazů, což je zvláště náročné u některých diagnóz. Samozřejmě v některých případech je nutné volit individuální formu léčebných jízd. Během hodin dohlíží na klienty a usměrňuje je nebo stojí v pozadí a aniž by si to klienti uvědomovali korekci provádí kůň.

6.3 Hipolog

Jeho postavení je v týmu náročné a zodpovědné. To je pochopitelné, protože jen správně připravený kůň je předpokladem kvalitního a bezpečného průběhu léčebného procesu. Hipolog ve shodě s terapeuty vybírá vhodný typ koně (viz. kapitola 4.2 kritéria pro výběr koně).

Podle metodických pokynů pak takto vybraného koně připravuje pro terapeutické účely. Během jízd koně vede nebo vedení zajistí zkušeným vodičem. Vodiči by měli být starší 18-ti let a jejich pomocníci by měli dosahovat 15-ti let věku v případě, že jízdy jsou součástí jejich odborné praxe. Protože terapie pomocí koně znamená odlišné využití koně, je nutné, aby si i hipolog doplnil znalosti. V naší republice jsou pozorovatelné dva trendy, jeden přebírá model ze zahraničí, kde odborník přes koně je cvičitel, v našich podmínkách vlastník cvičitelské licence vydané Českou jezdeckou federací.

Druhým modelem je vytváření nových učebních oborů a středních škol se zaměřením jezdec-cvičitel. V posledních letech se projevuje cílený výběr práce hipologa u mladých lidí se zaměřením na léčebné ježdění. Takto proškolený odborník přes hipologii se dobře orientuje v oboru a zná rozdílné metodiky a nároky na koně. Hipolog musí být ochoten podrobit se změně v přístupu k výcviku, stereotypní pojetí může mít negativní dopad.

Všichni členové týmu nesmí postrádat schopnosti empatie. Tím se rozumí umění se vcítit do pozice klientů, znát jejich zdravotní problémy, od kterých se vše odvíjí. Při přístupu ke klientům není třeba zdůrazňovat profesionalitu, amatérismus je jasné nebezpečí. Při spolupráci je důležitý i vzájemný respekt a jednotliví odborníci by měli být ve vzájemné shodě.

7 Realizace terapie

7.1 Seznámení klienta s prostředím

Prostředí kolem koní je místem, které snad odjakživa lidi přitahovalo a zvláště pak děti. Je lákavé svou romantikou, kterou u koní hledají děvčata a chlapci zde zase nacházejí dobrodružství. Přátelství člověka a koně je jistě silné a vzájemně se ovlivňující, proto se ho využívá.

Jistě důležitým okamžikem je první dojem z prostředí. Pro provoz zařízení je nutné brát v úvahu a respektovat potřeby klienta. Neměly by chybět toalety, šatny, dobré je mít klubovnu pro posezení a hodnocení hodin. To vše je individuální podle toho, zda středisko je provozovatelem hiporehabilitace nebo se vše odehrává v nájemných stájích. Samozřejmostí je dobře fungující tým odborníků. Tento tým je vybaven jak skvělými znalostmi a dovednostmi tak i lidskými vlastnostmi jako tolerantnost, laskavost, trpělivost, vstřícnost, entusiasmus a komunikativnost. Tito lidé vítají každého nového příchozího (nejen klienta ale i jeho rodiče nebo doprovod) s nefalšovanou vřelostí. To vše má vliv na to, jaký "obrázek" si o zařízení potencionální zájemci vytvoří. Atmosféra psychické pohody a profesionality je základním požadavkem.

Při provozování jízd samotných je potřeba klienty i doprovod seznámit s celým areálem. Následuje prohlídka stájí a seznámení se s koňmi, se kterými budou pracovat, dále s lidmi, se kterými budou v kontaktu po dobu jízd. Je také objasněna charakteristika výcviku. Důraz na bezpečnost klientů je třeba zvýšit, jelikož handicapovaní (zvláště pak smyslově) nejsou vždy zcela schopni odhadnout míru nebezpečí. Klienty je nutno seznámit s bezpečnostními pravidly, které je třeba dodržovat. Jsou to zásady spojené s pobytem u koní, například dodržování klidu ve stáji, zásady přistupování ke koním, které se provádí jen pod dohledem povolaných osob. Klienti sami by pak měli být pojištěni a očkovaní proti tetanu, což se vyžaduje od všech lidí pohybujících se v tomto prostředí.

Nejen klienti ale i doprovod nebo rodiče jsou obeznámeni se vším, co je spojeno s prováděním terapie pomocí koně. Je jim vysvětleno, co se očekává od jejich svěřenců a zároveň jsou požádáni o pomoc, je-li to nutné, např. při odbourávání počáteční úzkosti z kontaktu s koňmi, obav z nového prostředí a podobně.

7.2 Průběh terapeutické jednotky s důrazem na LPPJ

Podoby průběhu výcviku léčebného ježdění mohou být různé. Mohou být prováděny individuálně, skupinově. Dále hodiny mívají podobu jezdeckého výcviku, kdy se klient učí aktivní jízdě a všemu, co je s tím spojeno. Může být prováděna voltižní forma ježdění, kdy je kůň ovládán vodičem a klient samostatně nebo ve dvojici cvičí na koni. Výcvik je prováděn na jízdárně, atraktivnější jsou však jízdy v terénu. Všechno se zdá kombinovat, záleží na možnostech a diagnóze jednotlivých klientů.

Přihlíží se tedy k těmto ukazatelům:

- tělesné diagnóze
- psychiatrické diagnóze
- charakteru sociálně vybočujícího chování
- vztahu klienta ke kolektivu
- výsledkům prospěchu ve škole
- situaci v rodinném i sociálním prostředí

7.2.1 Seznamování se s koněm

V této fázi je důležité prolomit strach a úzkost z kontaktu s velkým zvířetem. Je dobré, jestliže si klienti přinesou různé pamlsky (chleba, mrkev,...) a nabízí je koním. Při tom na koně mluví a postupně se ho dotýkají, hladí srst a hřívu, popleskávají ho a aniž si to uvědomují, navozují nenásilně taktilní kontakt. Tímto si získávají přátelství koně a on je bude spolehlivě nosit, což je budoucím jezdcům zdůrazňováno, aby se zbavili obavy z jízdy.

V této úvodní fázi je důležité mít koně, který budí důvěru a je navyklý na hlazení. Kůň, který by se po dítěti ohnal, odradí klienta od následných pokusů sblížit se s ním. Jestliže jsou přítomny děti hyperkinetické, musí být přitlumováno jejich prvotní nadšení, které se projevuje prudším plácáním koně. Naopak u úzkostných dětí někdy musí být jejich ruka vedena k prvnímu pohlazení. Tato fáze trvá podle potřeby deset až patnáct minut. Jsou-li klienti ve skupině, je třeba dát prostor a čas, aby každý měl možnost kontaktu.

7.2.2 Příprava koně

Před začátkem práce klienta s koněm, jsou mu objasněna pravidla přístupu ke koni, oslovení, vyhýbání se prudkým pohybům a výkřikům atd. Tato část je neméně důležitou a se všemi ostatními tvoří celek, proto i jí by měla být věnována pozornost. Péče o koně je spojena s čištěním boxu nebo stání, to znamená vyklizení hnoje a znečištěné podestýlky a čisté podestlání. Dále se klient věnuje péči o srst, koně hřebelcuje, češe, čistí kopyta. Tím se ještě více prohlubuje vzájemný vztah. Všechny činnosti jsou vykonávány pod dohledem zodpovědného pracovníka. Aby klient vše pochopil, je mu vše názorně ukázáno a veškeré dotazy jsou jasně zodpovězeny, čímž se také předchází nedorozumění a i nebezpečí úrazu.

Sedlání a uždění předchází popis jednotlivých částí sedla a uzdečky, protože tuto znalost budou jezdci potřebovat při výcviku. Pracovník předvede nasedlání a nauždění koně a poté jsou klienti osloveni o samostatné provedení. Během příštích hodin je vyžadována samostatnost ale i spolupráce ve skupině. Zdůrazňuje se odpovědný přístup k péči o sedlání, který má vliv na zdraví koně i na klidnou jízdu. Velkou výhodou je, jestliže každý kůň má své čištění a své sedlo i uzdečku. Ty pak mohou být barevně sladěny a zároveň odlišeny od ostatních. Pro dítě je snadnější se orientovat, když ví, že má na starost koníka s čištěním v červené brašně, s červeným nánosníkem a čelenkou na uzdečce a s červenými gumami ve třmenech a červenou sedlovou poduškou. Předejde se tak i nežádoucí hádce o pomůcky. To vše je však odvozeno od finančních možností provozovatele.

7.2.3 Průběh jízd

Na pokyn jsou osedlaní a nauždění koně klienty odvedeni. Při tom si nacvičují vodění koní na ruce. Klient se sebekprosazuje tím, že kůň jde tam, kam chce klient. Na povel terapeuta se připraví k nasednutí. Zkontrolují dotažení sedla (foto v příloze č.5), upraví si délku třmenových řemenů, otěže přehodí přes krk koně. Při nasedání se chytne oběma rukama obou rozsoch sedla a pokrčí levou nohu v koleni. Je-li to nutné, terapeut jej uchopí za pravý kotník a pomůže mu do sedla. Důraz se klade na měkké dosednutí, šetří se tak koňský hřbet. Kůň při nasedání musí trpělivě stát. Seseďání z koně je prováděno zánožkou přes hřbet. Je třeba dát pozor, aby jezdec nekopl koně do slabin. Tomu se předejde, když terapeut pomůže klientovu nohu přesunout přes hřbet a pomalu sesouvat na zem.

Po nasednutí jezdci vybídnu koně do kroku. Jak správně pobízet, správně sedět a správně držet otěže, stejně jako základní povely, je objasněno a vysvětleno předem v teoretické přípravě. Všem se jezdci učí postupně. První

hodiny se provádí jen v kroku, kdy si jezdci osvojují správné pobídky, učí se zatáčet a zastavovat. U zcela nezkušených nebo úzkostných dětí, které mají potíže s rovnováhou, se využívá vodiče. Během jízdy se mohou procvičovat následující cviky: správné držení těla, jízda s rukama v týl, jízda s roztaženými pažemi, apod. Podle stupně pokročilosti se přechází k jízdě v klusu. Klusové pasáže je dobré provádět na lonži, to umožní mít jezdce stále pod kontrolou a zamezit případnému pádu. Postupně se od lonže upouští a jezdec se naučí ovládat koně samostatněji i v klusu. Pro zpestření se nabízí jízda přes kavalety. Zamezení stereotypnosti jízdy může být jízda se zavřenýma očima. Jestliže ke konci hodiny jsou jezdci vyčerpaní, jsou vybídnuti k přechodu do relaxačních poloh. Jedná se o uvolněný leh na koni s hlavou na krku a rukama volně položenýma kolem krku koně nebo leh nazad s hlavou ke kořenu ocasu. Někdy je zapotřebí, zvláště u dětí, hlavu přidržovat.

Hry se zařazují cíleně. Některými se zvyšuje jistota v sedle, sledují se reakce jednotlivých jezdců. Spolupráce se dosahuje pomocí provádění cviků na koni ve dvojici. Klienti, kteří mají vůči sobě averzi, jsou donuceni k vzájemné kooperaci (příloha č.6) a jejich vztah se tak zlepšuje. V literatuře se doporučuje házení míče, to však nelze aplikovat na všechny případy (autistický syndrom). Jiné hry jako je například slalom nebo závod, kdy jezdci dojedou na vyznačené místo a seberou předmět ze země, jsou zaměřeny na podporu soutěživosti a "oživení" jezdců. Jiné hry slouží k rozvoji představitivosti, k tomu se užívá vypravování nebo předvádění scének pohádkového obsahu (báje o rytířích, kovbojské příběhy).

Během jízd je důležité neustálé povzbuzování. Zvláště, jestliže se jezdci povede provést požadovaný úkol, výkon nesmí zůstat bez odezvy. Je třeba chválit, oceňovat snahy. Případný nedostatek omluvit a zároveň poukázat na to, že příště půjde vše lépe, aby jezdec neztratil chuť do dalších jízd. Důraz na pochvalu je na místě zvláště u dětí úzkostných a zaražených. Ve skupině mohou být děti, které se jeví jako pohybově méně nadané nebo neobratné. V kolektivu proto musí být jakýkoliv posměch nebo podceňování potlačen již při prvních náznacích.

Jízda v terénu

Nabytí zcela nových pocitů přináší jízda v terénu. Tu je možné s klienty absolvovat po upevnění základů jezdeckého výcviku. Zajisté samostatná jízda v přírodě na koni je skrytou touhou každého dítěte i dospělého. Zároveň je zpestřením terapie. Jízda mimo vyhrazený areál však přináší úskalí (kůň se může leknout, při těsné blízkosti se mohou koně pokopat), proto od pracovníka je žádána zvýšená pozornost. Odměnou však bude nadšení a uvolnění klientů. Jízdou ve volném prostoru si jezdci ověřují to, co získali během hodin na jízdárně.

Jestliže je ve skupině více jezdců než koní, dochází ke střídání, během kterého musí čekat až se dostanou na řadu. V této situaci je potřeba s nimi být neustále v kontaktu, hovořit s nimi, mohou sledovat a komentovat jízdu ostatních. Jízda přináší uvolnění a klienti se stávají komunikativnějšími. Dochází leckdy k samovolnému svěřování, otevřenosti a tím se otvírá prostor pro psychoterapii.

Voltižní forma jízdy

Tato podoba se uplatňuje hlavně v zahraničí. Někteří autoři uvádějí, že je i vhodnější a to z těchto důvodů. Je možné s jezdce udržovat verbální i neverbální kontakt, je možné plynule zařazovat některé další cviky, měnit jízdni polohy i tempo a přitom mít jezdce pod kontrolou. Současně není tato obdoba tak náročná pro pracovníky. Základní pomůckou je voltižní pás s madly, které dodávají pocit jistoty při začátcích. Díky tomu je možné během několika hodin začít cválat (klus se ve voltiži nevyužívá). Cvičením na koni se zapojují veškeré svalové skupiny a jsou zatěžovány rovnoměrně, což má velký přínos pro zdravý tělesný vývoj.

Po skončení jízdy jezdci koně poplácají, pohladí, což je jako odměna za ochotnou práci a zároveň se tak opět upevňuje vzájemná vazba. Po dovedení do stáje jsou koně odužděni, odsedláni, je jim vybráno z kopyt a srst je zbavena hrubší nečistoty. To vše je obstaráno klienty, aby si uvědomovali, že práce nekončí jen sesednutím z koně. V průběhu této práce klienti na koně mluví, mohou jim dát pamlsky jako další způsob odměny. Pokud jejich hodina skončila ke konci dne, je jim dána možnost pomoci při krmení. Posiluje se pocit odpovědnosti za splnění daného úkolu. Pociťování práce do konce také hraje roli.

7.2.4 Hodnocení terapie

Hodnocení následuje po ukončení terapeutické jednotky, tj. po jízdě i práci spojené s péčí o koně. Povaha hodnocení by měla být pozitivní a motivující. Jde o to, aby se klienti na další hodinu těšili. Pokud se někomu během hodiny příliš nedařilo, úkolem terapeuta v tomto případě je povzbudit, motivovat a ujistit ho, že příště se povede určitě lépe.

Stav dítěte nebo dospělého je hodnocen nezávisle lékařem- psychiatrem, psychologem, vychovatelem či učitelem. Odborníci také spolupracují s terapeutem a vzájemně si vyměňují postřehy. Změny v chování bývají pozitivní, avšak v některých případech může chování zůstat beze změny. Slabší efekty bývají u jedinců, kteří si ani během jízd nevytvořili vztah ke zvířatům. To je jedna skupina problematických klientů. Druhou bývají osoby, které nemají žádné citové zázemí.

Délka kurzů je různá, podle typu diagnózy. Nejčastěji probíhají 1-2 krát týdně po dobu 10 - 30 minut během půl roku.

7.3 Charakteristika hodin

Hlavním kritériem je ujasnění si dopředu očekávání klientů nebo jejich rodičů či zástupců. Zda mají určitou představu toho, čeho chtějí dosáhnout a zda je to reálné. Tato vzájemná konfrontace je nezbytně nutná, aby nedocházelo k nedorozumění.

Veškeré plány terapie se odvíjejí od možností a diagnózy klienta. Z toho vyplývá, že každá léčebná jednotka je individuální záležitost a nelze určit plán, který by se dal všeobecně aplikovat. Při tvorbě plánu a cílů terapie je třeba vycházet z individuální povahy jednotlivých klientů. V některých případech se věnuje větší část hodiny péči o koně a práci ve stáji a samotné ježdění je jen jakýmsi doplňkem. V jiných zase naopak valná část jednotky se skládá z jízd a práce okolo koní se odehrává jen okrajově. Také se rozlišuje mezi individuální terapií, terapií skupinovou nebo ve dvojicích. To je také odvozeno od podstaty klienta. Jestliže se jedná o osobu například trpící mentální anorexií nebo osobu závislou na návykových látkách je velmi účinné zařadit formu komplexní rodinné terapie, neboť se jedná o záležitost celé rodiny.

Cíle mohou být formulovány z hlediska krátkodobého nebo dlouhodobého. Jedním z nejdůležitějších dlouhodobých cílů je zlepšení sebevědomí, sebehodnocení a sebepojetí. Zvláště u handicapovaných dětí, které začínají dospívat je podpora zdravého sebepojetí otázkou existence. V časně dospělosti bývá u těchto osob zaznamenáván negativní styl. Negativní události ve svém životě připisují především samy sobě, svým vlastnostem a schopnostem. V terapii je nezbytné se zaměřit na změnu těchto postojů a celkově posílit sebejistotu a sebedůvěru.

Každá hodina má jisté podobnosti jako hodina vyučovací. Na začátku je třeba uvést klienty do všeho, co je s terapií spojeno, tj. popsat charakter hodin. Jestliže je na programu nový prvek, pro seznámení s ním je nejvhodnější volit demonstrativní předvedení. Poté je třeba dopřát klientům čas na jeho fixaci. Při dalších hodinách je na počátku zahrnuto opakování a ujištění se tak, zda je tento prvek správně zafixován. Je samozřejmé, že každé hodině musí

předcházet pečlivá příprava, kterou provádí terapeut. Lekce musí mít řád, improvizaci není poskytnut prostor. Při přípravě by se mělo přihlížet k několika principům:

- zásada úcty ke každému člověku
- zásada opory o kladné rysy osobnosti
- zásada ohledu na věkové a individuální zvláštnosti klientů
- zásada demokratického vztahu mezi účastníky
- zásada názornosti, trpělivosti, cílevědomosti

Tyto zásady by měly být respektovány nejen terapeutem ale i všemi osobami, které jsou do procesu léčebného ježdění zahrnuty.

II Výzkumná část

1 Stanovení cíle výzkumu a jeho charakteristika

Základním cílem výzkumu je zjistit, zda terapeutické ježdění na koni má vliv i na emotivní stránku osobnosti. A to především proto, že o vlivu jízd na fyzickou stránku existuje nyní mnoho poznatků, které byly prokázány a publikovány. Rovněž psychické stránce osob docházejících na hiporehabilitaci se v minulosti věnovala nemalá pozornost. Tudíž vliv hiporehabilitace na tyto oblasti je již dostatečně prozkoumán. A proto jsem se rozhodla prozkoumat a popřípadě upozornit právě o případném vlivu na emotivní a komunikační oblast klientů.

V mé práci se soustředím jak na klienty všech odvětví hiporehabilitace, tj. hipoterapie, LPPJ a sportu handicapovaných. A to z důvodu toho, aby byl vliv prokázán bez ohledu na důvod indikace hiporehabilitace.

2 Dílčí úkoly výzkumu

Úkolem práce je podat změny v profilu klienta tak, jak je vnímá jeho nejbližší okolí, tj. jeho rodina nebo zástupce (vychovatel apod.).

Na základě formulovaného cíle jsem si stanovila následující úkoly:

1. Získat základní údaje o klientovi včetně délky a frekvence jízd
2. Zjistit vliv jízd na emočně komunikační stránku klienta

3 Hypotézy

Hlavní hypotéza

H1 Na emočně komunikační stránku klienta mají hiporehabilitační jízdy vliv, který je i neodborným okolím pozorovatelný

Pracovní hypotézy:

- 1. Léčba pomocí koně prováděná v praxi odpovídá metodice uváděné a doporučované v odborné literatuře**
- 2. Zástupci klientů považují léčebné jízdy za smysluplné**

4 Metody a organizace výzkumu

Po podrobné analýze zkoumaného problému jsou zvoleny následující metody:

1. Rozbor dokumentů, materiálů a literatury, vztahující se k otázkám hiporehabilitačních jízd včetně využití vlastních zkušeností a poznatků. Čehož bylo využito zejména v přípravné fázi výzkumu, jehož cílem bylo získání co nejpřesnější představy o zkoumaném jevu.

2. Metoda dotazníku

Ke splnění cíle jsem zvolila jednu z nejčastějších výzkumných technik a to metodu dotazníkového šetření. K volbě této metody mě vedlo několik faktorů. Hlavním důvodem byl fakt, že dotazník je směřován úzkému okruhu osob. Aby byl výzkum statisticky významný je třeba oslovit velký počet respondentů. Takový počet vhodných respondentů je však rozmístěn po celé republice. Z časového a ekonomického hlediska tak přichází v úvahu právě dotazník rozesílaný klasickou poštou nebo elektronicky. Úkolem dotazníku

je verifikace hypotéz a získání zkušeností respondentů s danou problematikou. Každý dotazník obsahuje úvodní dopis, ve kterém je uveden účel dotazníku. Při konstrukci dotazníku bylo využito ve větší míře uzavřených otázek a také otázek s výběrem možností. Závěr dotazníku je věnován otevřeným otázkám, aby byl poskytnut prostor k volnému vyjádření respondentů.

Organizace výzkumu

Pro zajištění co nejpřesnějšího průběhu šetření byly vytyčeny etapy výzkumu, podle kterých zkoumání probíhalo:

- a) zpracování chronologického plánu,
- b) sestavení souboru respondentů,
- c) hlavní výzkum,
- d) příprava údajů pro zpracování,
- e) početní zpracování materiálu,
- f) rozbor zpracovaných výsledků šetření a zpracování závěrů z šetření

5 Charakteristika souboru respondentů

Protože většina klientů podrobujících se terapií jsou buď děti předškolního věku nebo osoby analfabetické, výběrový soubor respondentů byl tvořen rodiči, jejichž děti se účastní hiporehabilitačního ježdění. Další skupinou respondentů byli zástupci klientů, kteří jsou umístěni do speciálních zařízení mimo rodinu jako jsou například ústavy sociální péče a různé stacionáře či rehabilitační střediska. Skupinu respondentů v tomto případě tvořily vychovatelé, fyzioterapeuti a zdravotní sestry.

Jelikož nemám přímý kontakt na rodiče, obrátila jsem se s dotazníky na hiporehabilitační střediska zlínského, olomouckého, jihomoravského,

jihočeského, pardubického kraje a kraje Vysočina, které jsou uvedeny v seznamu ČHS (Česká hiporehabilitační společnost). V dopise jsem střediska požádala o spolupráce a předání dotazníků rodičům. Ve většině případů se mi dostalo kladné odpovědi na mou žádost a dotazníky se vracely vyplněné přímo od rodičů.

V případě druhé skupiny respondentů jsem dotazníky obeslala sociálně zdravotnická zařízení zlínského a olomouckého kraje ze seznamu MPSV (Ministerstva práce a sociálních věcí). Zde byly dotazníky vyplněny zástupci klientů.

V rámci dotazníkového šetření bylo rozesláno 150 dotazníků, z nichž se jich vrátilo 112.

6 Vyhodnocení získaných dat

Po kontrole všech navrácených dotazníků byly získané údaje tříděny – tzn. byly vyčísleny četnosti odpovědí.

Součástí vyhodnocení dotazníků bylo rovněž kvalitativní vyhodnocení volných otázek. Rozbor odpovědí byl proveden obsahovou analýzou.

III VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této části jsou zpracovány vlastní výsledky výzkumu, které jsem rozdělila do dvou oblastí:

I. oblast: identifikační údaje

II.oblast: reakce klientů na jízdy

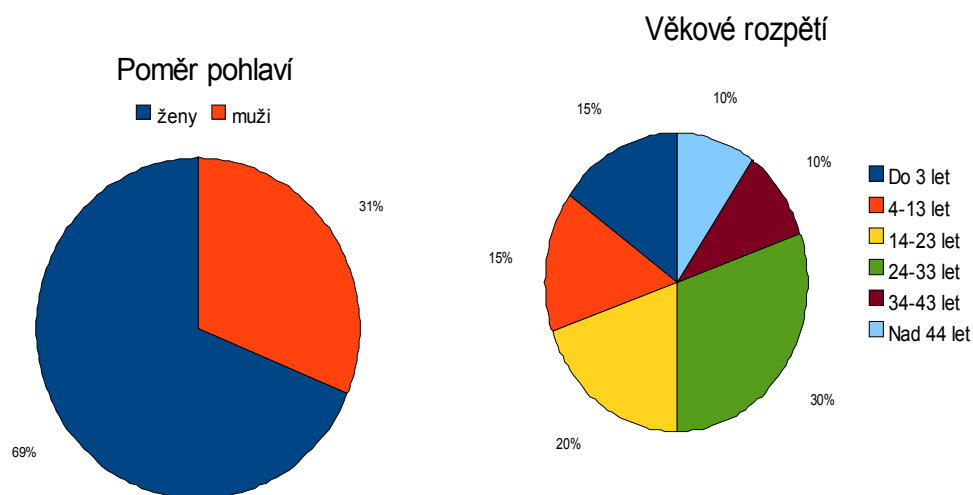
1 Identifikační údaje

Otázka č. 1 a 2: Zjištění základních informací o klientech jako jsou pohlaví a věk.

Cílem těchto otázek bylo zjistit základní statistické údaje o klientech hiporehabilitace. Z celkového počtu 112 sledovaných klientů 69% zaujímají ženy a 31% muži.Co se týká věku, v tomto případě bylo spektrum klientů velmi široké od dětí ve věku 2,5 let až po padesátileté klienty a byl tak prokázán fakt, že léčebné jízdy jsou vhodné pro všechny věkové kategorie. Do nejfrekventovanější kategorie však spadají osoby mladší dospělosti.

Tabulka č. 1:

	pohlaví		věk						
	ženy	muži	Do 3 let	4 – 13 let	14 -23 let	24 - 33 let	34 – 43 let	Nad 44 let	
Absolutní četnost	77	35	17	17	22	34	11	11	
Relativní četnost	69%	31%	15%	15%	20%	30%	10%	10%	



Otázka č. 3 a 4: Třetí otázka se týkala upřesnění, kterému odvětví hiporehabilitace se klient věnuje, tj. Hipoterapii, sportu handicapovaných či LPPJ k utvoření přehledu zastoupení jednotlivých odvětví v rámci celé hiporehabilitace. Z počtů 46,1% klientů hipoterapie, 15,4% klientů jezdeckého sportu handicapovaných a 38,5% klientů LPPJ je zřejmý trend nejčastější indikace hiporehabilitace ve formě hipoterapie. Naopak velmi malé zastoupení má v současné době jezdeckví pro handicapované sportovce.

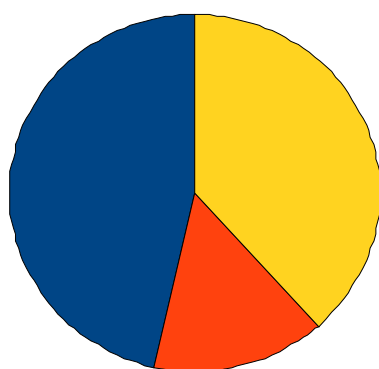
Otázka čtvrtá byla věnována dotazu na to, zda se klient účastní pouze jízdy samotné nebo je zapojen i do péče o koně ať už před jízdou či po ní. Tato otázka je v dotazníku obsažena ke zjištění faktoru kontaktu klienta se zvířetem, protože podle odborných publikací se v praxi doporučuje co nejčastější a nejtěsnější kontakt s koněm pro efektivnější působení terapie. Podle výsledku 76,8% klientů účastnících se pouze jízdy a 23,2% klientů podílejících se i na pracích spojených s péčí o koně vyplývá, že bohužel v praxi se ono doporučení často nevyužívá.

Tabulka č. 2

	hipoterapie	sport handicapovaných	LPPJ	Účast pouze na jízdech	Účast i při péči o koně
Absolutní četnost	52	17	43	86	26
Relativní četnost	46,1%	15,4%	38,5%	76,8%	23,2%

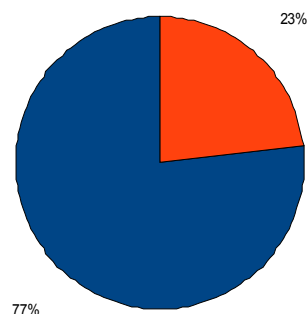
Typ hiporehabilitace klienta

■ hipoterapie ■ sport hand. ■ LPPJ



Účast klienta

■ pouze jízdy ■ rovněž péče

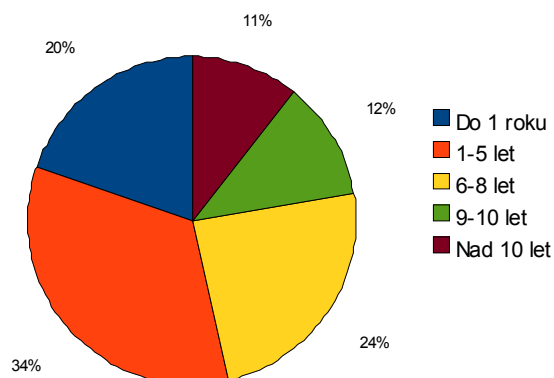


Otázka č.5: Tato otázka se týkala již samotného ježdění a to jak dlouho se již klient ježdění podrobuje. Zde se potvrdila skutečnost, že hiporehabilitace je léčbou, která má být kvůli efektivnosti prováděna průběžně, ne pouze krátkodobě nárazově.

Tabulka č. 3

	Do 1 roku	1-5 let	6-8 let	9-10 let	Nad 10 let
Absolutní četnost	22	38	27	13	12
Relativní četnost	19,6%	33,9%	24,1%	11,6%	10,7%

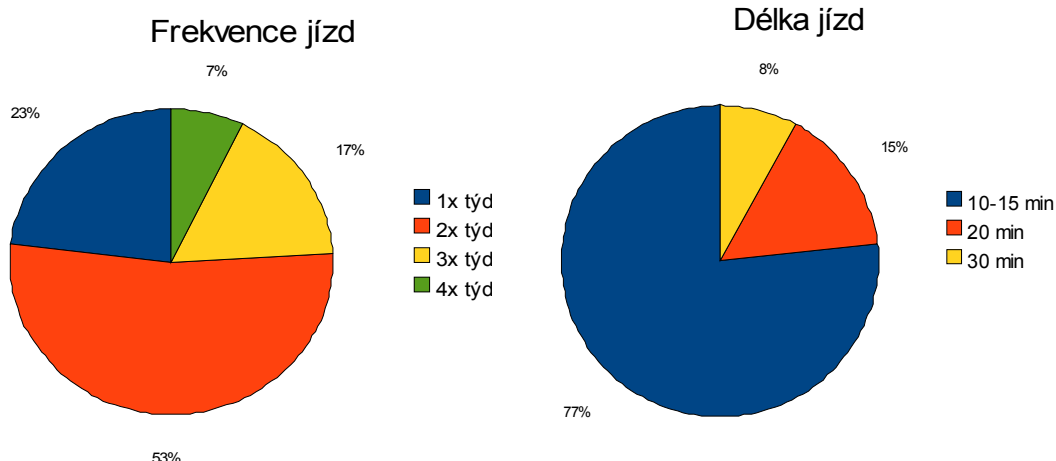
Délka prováděné rehabilitace



Otázky č. 6 a 7: V těchto otázkách byla zjišťována frekvence a délka jízd. Zde se potvrdilo, že pro větší účinnost jízd je doporučováno provádět terapii častěji a v kratších úsecích. Dokladem toho je, že 52,7% klientů dochází na terapii 2x týdně v 78,6% jízdy nepřekračují 15 minut.

Tabulka č. 4

	Frekvence jízd				Délka jízd		
	1x týdně	2x týdně	3x týdně	4x týdně	10-15 min	20 min	30min
Absolutní četnost	26	59	19	8	86	17	9
Relativní četnost	23,2%	52,7%	17%	7,1%	76,8%	15,2%	8%

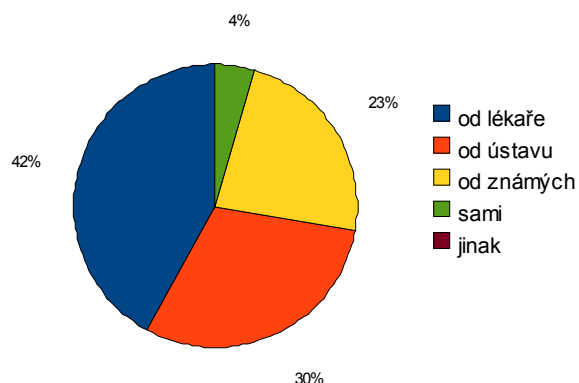


Otázka č. 8: Zjišťující jakým způsobem se rodiče nebo zástupci klientů o možnostech rehabilitace pomocí koně dozvěděli. Podle této otázky je možno vysledovat jakým způsobem se dotyčné osoby informovali a získali přístup k této alternativě léčby. Většina klientů je v péči odborných lékařů nebo jsou v ústavní péči, čemuž odpovídají i počty doporučení 42% a 30,4%. Doporučení známých (23,2%) a vyhledání informací individuálním způsobem (4,4%) odpovídá skupině osob, které jsou v rodinném prostředí. Nízký počet samostatného dopátrání se k dané problematice svědčí o dobré informovanosti jak odborníků ve zdravotně sociálních zařízeních tak i u veřejnosti. Rodiče či zástupci tak nemusí vynakládat čas a energii na zkoumání nabízených možností rehabilitačních forem.

Tabulka č. 5

	doporučení lékaře	doporučení ústavu	doporučení známých	vyhledali sami	jinak
Absolutní četnost	47	34	26	5	0
Relativní četnost	42%	30,4%	23,2%	4,4%	-

Získání informací o hiporehabilitaci



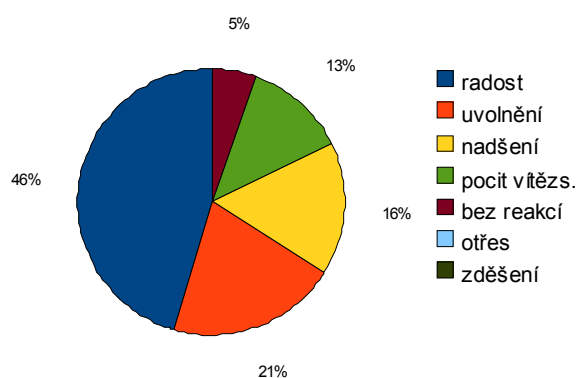
2 Reakce klientů na jízdy

Otázka č. 9: Reakce klientů po první terapeutické jízdě. Tato otázka měla potvrdit příznivý vliv jízd hned od počátku terapie, tj. reakce vyvolané již po premiérové lekci. Výsledek je více než přesvědčivý vzhledem k tomu, že u klientů nebyly pozorovány žádné negativní reakce. Pouze v 6 případech nebylo možno vypořádat jakoukoliv reakci. Jednalo se o děti velmi raného věku (do 3 let). Tři respondenti zde uvedli poznámku, že se jedná o děti autistické, pro který je typická absence emočního chování.

Tabulka č. 6

	radost	uvolnění	nadšení	pocit vítězství	bez reakcí	otřes	zděšení
Absolutní četnost	51	23	18	14	6	0	0
Relativní četnost	45,5%	20,5%	16,1%	12,5%	5,4%	-	-

Reakce klientů po první jízdě

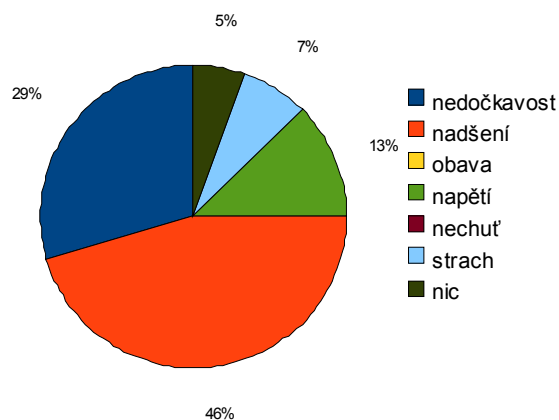


Otázka č. 10: Podobně jako u otázky předchozí je tato věnována reakcím, v tomto případě reakcím před každou novou jízdou.

Tabulka č. 7

	nedočkavost	nadšení	obava	napětí	nechuť	strach	nic
Absolutní četnost	33	51	0	14	0	8	6
Relativní četnost	29,5%	45,5%	-	12,5%	-	7,1%	5,4%

Reakce před novou jízdou

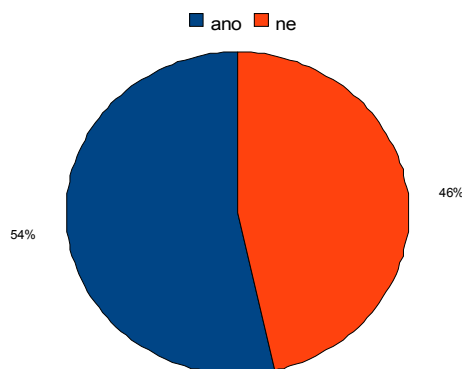


Otázka č. 11: Otázka vylučovací, zda klienti mluví o svých zážitcích z jízd. U této otázky téměř polovina respondentů odpověděla záporně. Někteří uvedli dodatek, že klient je nemluví. Dále do této skupiny patřily velmi malé děti a opět osoby s autismem.

Tabulka č. 8

	ANO	NE
Absolutní četnost	60	52
Relativní četnost	53,6%	46,3%

Klient hovoří o jízdách

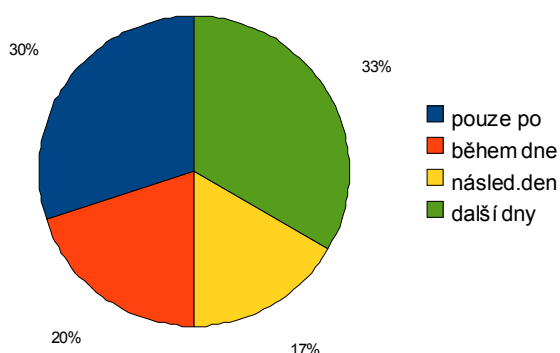


Otázka č. 12: Navazující na předchozí kladně zodpovězenou otázku. Pokud tedy klient sdílí verbálně své zážitky, jak dlouho se tak děje. Bylo zjišťováno, jak intenzivní je pocit z jízdy podle toho, po jaké době ještě klient sděluje své zážitky respondentům. V tomto případě byl výsledný počet odpovědí velmi vyrovnaný. Není možno tedy učinit jednoznačný závěr.

Tabulka č. 9

	Pouze bezprostředně po jízdě	Pouze v průběhu dne jízdy	I následující den	I dny další
Absolutní četnost	18	12	10	20
Relativní četnost	30%	20%	16,7%	33,3%

Klient hovoří o jízdě

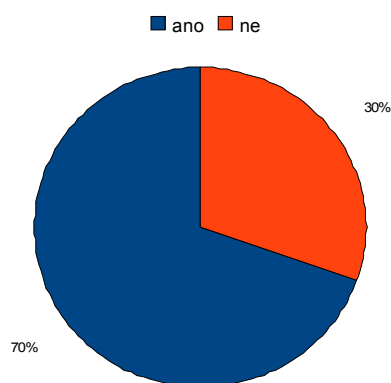


Otázka č. 13: Jednalo se o další vylučovací otázku a to zda od počátku terapie byla u klientů pozorována změna v komunikaci s okolím. Výsledných téměř 70% kladných odpovědí je velmi významným číslem pro důkaz, že terapie pomocí koně má vliv na pozorovatelnou změnu v komunikaci klientů.

Tabulka č. 10

	ANO	NE
Absolutní četnost	78	34
Relativní četnost	69,6%	30,4%

Pozorování změny v komunikaci



Otázka č. 14: Se nabízí a tudíž bezprostředně navazuje na kladnou předchozí odpověď. A to zda je tato změna hodnocena jako změna k lepšímu (jako např. ochota komunikovat a spolupracovat, zapojení se do kolektivních činností apod.). 100% kladný odpovědí je nesporným dokladem o příznivém působení hiporehabilitace na změnu v komunikativním přístupu klientů ke svému okolí.

Tabulka č. 11

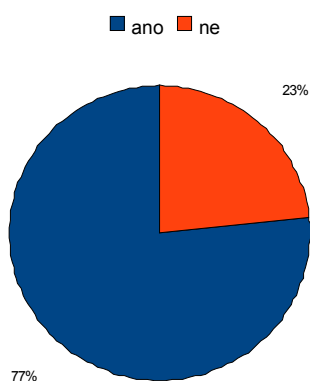
	ANO	NE
Absolutní četnost	78	0
Relativní četnost	100%	-

Otázka č. 15: Poslední vylučovací otázka. Tentokrát týkající se zpozorování změny v psychice klienta. Opět převažující počet (76,8%) kladných odpovědí je argumentem vlivu jízd i na psychickou stránku člověka.

Tabulka č. 12

	ANO	NE
Absolutní četnost	86	26
Relativní četnost	76,8%	23,2%

Pozorování změny v psychice



Otázka č. 16: Navazující na otázku předchozí určená pro kladně odpovídající respondenty. Zde se jednalo o otázku s volnou odpovědí popisující psychické změny. Všichni respondenti uvedli, že se jedná o změnu pozitivní. Z jednotlivých vyjádření vybírám nejčastější popis změn:

„... klient prokazuje zvýšenou aktivitu, ... po jízdě bývá uvolněnější, ...lépe spolupracuje, ... je více vstřícná a jeví ochotu pomáhat, ...více a lépe spolupracuje ...“

Otázka č. 17: Otázka závěrečná, kdy byl ponechán prostor pro volné vyjádření respondentů. Otázka se stávala ze dvou částí. V první části měli respondenti uvést, pokud by byli osloveni, zda by léčebné terapeutické jízdy na koni doporučili. V části druhé měli uvést důvody pro své rozhodnutí. Opravdu mne potěšilo, že všichni dotázaní zodpověděli tuto otázku, protože otázky s volnou odpovědí nepatří v dotaznících mezi populární.

Všichni (112) respondentů uvedlo, že by hiporehabilitaci určitě doporučili všem případným zájemcům. Z jejich důvodů uvádím ty nejčastější:

„ ... je ideální rehabilitace působí nejen na fyzickou zdatnost jedince, ale hlavně na psychiku. “

„ ... kontakt s koněm i s ošetřujícím personálem a rehabilitačním personálem je pro klienta velmi pozitivní ve všech směrech. “

„ ... kontakt s koněm je pro klienta velmi příjemný, je pozitivně přijímán. “

„ ... pro klienta je to vítaná změna v režimu dne. “

„ ... díky sportovnímu ježdění pro hendikepované může klientka naplnit svou touhu po soutěžení. “

„ ... účast velmi motivuje k lepší komunikaci a vstřícnosti k ostatním klientům. “

„ Doporučila bych to všem, co znám a mají malé děti, dítě se sblíží se zvířetem a nemusí pociťovat takový velký strach. “

3 Platnost hypotéz

H1 Na emočně komunikační stránku klienta mají hiporehabilitační jízdy vliv, který je i neodborným okolím pozorovatelný

Na základě provedeného šetření a zjištěných výsledků lze konstatovat, že hypotéza H1 byla potvrzena. Toto tvrzení dokládají rozbor výsledků u otázek č. 9 až 15. U těchto otázek počty kladně a pozitivně hodnotících odpovědí dosahují statisticky významných hodnot. Dotazník byl záměrně určen rodičům a výchovným zástupcům klientů, protože tito lidé sledují děti či klienty jiným pohledem než-li odborníci jako jsou lékaři a fyzioterapeuté. Cílem výzkumu bylo poukázat, že změna v emočně komunikační stránce klienta po absolvování jízd je prokazatelně viditelná i laickým okolím a není k jejímu sledování potřeba medicínských nebo psychických testů.

Pracovní hypotézy:

1. Léčba pomocí koně prováděná v praxi odpovídá metodice uváděné a doporučované v odborné literatuře

K potvrzení nebo vyvrácení této pracovní hypotézy jsou klíčové otázky č. 4 až 7.

Potřeba propojení jízdy s péčí o koně tak, jak je doporučována v literatuře, není podle průzkumu aplikována často. Pouze necelá ¼ klientů postupuje takovou terapií. Při péči o koně dochází u klienta k prohlubování důvěry vůči zvířeti a odbourávání strachu. Na druhou stranu počet klientů, kteří by pociťovali strach je pouze 7% a proto zřejmě není péče o koně do terapie zařazována.

Dále je doporučovaná frekvence terapie 1x nebo 2x týdně. V tomto případě téměř 53% klientů dochází na terapii 1x týdně a 23% klientů 2x týdně, což jsou více než uspokojivá čísla.

Podle druhu diagnózy se délka terapeutické jednotky pohybuje v rozsahu 10-30 minut. Vzhledem k širokému rozpětí není problém tuto podmínku v praxi

splnit. Podle průzkumu většina a to téměř 77% klientů absolvuje jízdy 10 až 15 minutové. Je potěšující, že nikdo ze zkoumaných klientů se nepodrobuje terapii kratší než 10 minut.

Na základě výše uvedených faktů i přes negativní výsledek čtvrté otázky vyplývá skutečnost, že hypotéza 1 je potvrzena. Propojenost doporučované odborné teorie a realné praxe je samozřejmě klíčovým aspektem pro úspěšnost terapie.

2. Zástupci klientů považují léčebné jízdy za smysluplné

Jako základ pro zkoumání této hypotézy je určena otázka závěrečná tj. Otázka č. 17.

Ve všech případech (tj. 100%) respondenti odpověděli, že na základě svých zkušeností by terapii pomocí koně doporučili. Taková odpověď je více než přesvědčivým důkazem spokojenosti respondentů. Z činitele vysoké spokojenosti lze usuzovat, že respondenti vidí v terapii také smysl. Pro tento předpoklad rovněž hovoří druhá část otázky, ve které se dotázaní rozepsali a uvedli své důvody. Podle nich opět není pochyb o názoru respondentů na smysluplnost terapie.

IV Závěr

Během zpracovávání diplomové práce, studiem materiálů, ale hlavně získávání praktických zkušeností jsem mohla více proniknout do problematiky léčebného ježdění. Díky tomu jsem si objasnila některé nejasnosti a také jsem načerpala poznatky nové.

Svou prací jsem chtěla poukázat na jiné odvětví pomocné rehabilitace, ale také do jisté míry formu prevence. Terapie pomocí koně běžně slouží pro potřeby nejen klientů jakkoliv handicapovaných, ale také je nabízena skupinám ohroženým. V dnešním světě techniky a uspěchanosti se lidé začínají obracet k přírodě a hledají tak relaxaci a únik ze stresu. A tady přichází na řadu různé formy animoterapií, ke kterým právě patří hiporehabilitace. Sama na sobě jsem si vyzkoušela, jak příjemné je "utéci" od každodenních povinností a shonu a toulat se krajinou nebo jen parkem spolu se svým čtyřnohým přítelem. Když jsem v minulosti procházela krizovým obdobím byli to koně, kteří mi pomohli zpět na zem. Díky nim jsem nepropadla depresivním myšlenkám a nenechala se strhnout k jiné formě úniku, jak to v dnešní době činí spousta mladých lidí.

Z výsledků ve výzkumné části je evidentní, že tato forma rehabilitace funguje nejen jako rehabilitace tělesná ale také, a co je důležité jako duševní. Díky této vlastnosti se stává hiporehabilitace stále více vyhledávanou. Více než uspokojujivý je fakt, že střediska provádějící tuto terapii, dodržují a provádějí metodiku nabízenou v odborných publikacích. To vše se děje i přesto, že léčba pomocí koně ještě nemá v naší republice dlouholetou tradici a stále si hledá cestu ke klientům.

Léčebné ježdění na koni je cesta, jak hledat a najít sám sebe a tak i cestu k ostatním lidem kolem. Dochází k uvolňování neuvědomovaných pochodů a reakcí, které za jiných podmínek zůstávají skryty.

Ráda bych využila své poznatky, které si hodlám nadále rozšiřovat a doplňovat, v profesi nebo alespoň při provozování aktivit ve volném čase. Tato práce je velmi kreativní, vyžaduje sice spoustu energie a plného nasazení, ale sledováním pokroků v klientově osobnosti dodává energii do dalšího úsilí.

Použitá literatura

1. ANDERSON, K. MARSHA and col.: *Behavioral assesment of horses in therapeutical riding programmes*, Texas: A and M University 1998
2. HERMANOVÁ, H.: *Hiporehabilitace-Odborný tým*, Jezdectví 1998, roč. 46, č. 5, strana 40, ISSN 1210-5406
3. HERMANOVÁ, H.: *Fakta o hiporehabilitaci v ČR*, Jezdectví 1999, roč. 47, č. 5, stana 39, ISSN 1210-5406
4. Kolektiv autorů: *Sborník přednášek z II. semináře o hiporehabilitaci*, 1. vyd. Plzeň:1992, 43 s.
5. KULICHOVÁ, J. a kol.: *Hiporehabilitace*, 1. vyd. Praha:Nadace OF 1995,101 s.
6. LANGMEIER, J. a kol.: *Dětská psychoterapie*, 2.vyd. Praha:Portál 2000, 431 s.
7. MISAŘ, D., JISKROVÁ, I.: *Chov a šlechtění koní*, Brno: MZLU 2001, 1. vyd., 170 s. ISBN 80-7157-510-0
8. NERADŽIČ, Z.: *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vydání. Praha: Albatros. 2006. 160 s. ISBN 80-00-01809-8.
9. RADIMSKÝ, M. a kol.: *Psychiatrie I.*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 1993, 1. vyd., 85 s. ISBN 80-7013-151-9
10. SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*, Praha: SPN 1986, 6. vyd. 231 s.
11. STEJSKALOVÁ, S.: *Paradrezura*, Jezdectví 2001, roč. 49, č. 7, strana 50-51, ISSN 1210-5406

12. TRAIN, A.: *Nejčastější poruchy chování dětí*, Praha: Portál 2001,
1. vyd. 198 s. ISBN 80-7178-503-2
13. VÁVROVÁ, E.: *Příprava koně a pomůcky pro hipoterapii*,
Jezdectví 2000, roč. 48, č. 1, strana 40-41, ISSN 1210-5406
14. VÁVROVÁ, E.: *Vedení koně v hipoterapii*, Jezdectví 2001,
roč. 49, č. 5, strana 44-45, ISSN 1210-5406
15. VELEMÍNSKÝ, M.: *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*.
1. vydání. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s.
ISBN 978-80-7322-109-6.

Internetové zdroje

www.hiporehabilitace.unas.cz

www.americanhippotherapyassociation.org

VI Příloha

1. Dotazník

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Vendula Štefková
Katedra:	KPG
Vedoucí práce:	PaeDr. Jindřich Kuja
Rok obhajoby:	2009
Název práce:	Kůň jako terapeutický prostředek
Název v angličtině:	Horse as a therapeutical aid
Anotace práce:	Práce poukazuje na jednu z pomocných rehabilitačních metod. Důraz je kladen na vliv léčebných jízd na psychickou a emotivní stránku klientů. pÚkolem výzkumné části je ověřit skutečný vliv na klienty v praxi.
Klíčová slova:	Hiporehabilitace, hipoterapie, léčebné jízdy, psychická stránka, emotivní stránka, klient
Anotace v angličtině:	The thesis refers to one of auxiliary rehabilitation techniques. The emphasis is put on the effect of therapeutical riding on clients' mental and emotive aspect. The aim of the research part is to verify the real effect on clients during practise.
Klíčová slova v angličtině:	Hiporehabilitaion, hipotherapy, therapeutical riding, mental aspect, emotive aspect, client
Přílohy vázané v práci:	dotazník
Rozsah práce:	
Jazyk práce:	CZ

Příloha č. 1 – dotazník

Vliv hiporehabilitačních jízd na psychickou stránku klienta

Dotazník určený pro rodiče/vychovatele/zástupce klientů

(* - označte odpovídající možnost)

1. Klient (dítě) je: muž* žena*

2. Věk klienta (dítěte):

3. Hiporehabilitace klienta (dítěte) je zaměřena na:

hipoterapii* sport handicapovaných* léčebné pedagogicko-psychologické ježdění*

4. Klient (dítě) se účastní:

pouze jízd samotných* také péče o koně(čištění, sedláni apod.)*

5. Jak dlouho již klient (dítě) na rehabilitaci dochází?

.....

6. Jak často klient (dítě) dochází na rehabilitaci (1x týdně, 1x za 2 týdny, nepravidelně, atd.)?

.....

7. Jak dlouhá je jednotka-lekce klienta (dítěte)?

.....

8. Jak jste se s klientem (dítětem) k hiporehabilitaci dostali?

na doporučení lékaře* na doporučení ústavu* na doporučení známých*
sám/a jsem vyhledal/a informace*

jinak(vypište):.....

.....

9. Jaká byla reakce klienta (dítěte) po první lekci hiporehabilitace (vyberte jednu možnost):

radost uvolnění nadšení pocit vítězství bez reakcí otřes zděšení

10. Před lekcí klient (dítě) pociťuje (vyberte jednu možnost):

nedočkavost nadšení obavu napětí nechut' strach

11. Mluví s Vámi klient (dítě) o svých zážitcích z jízdy:

ANO* NE*

12. Pokud ANO, kdy (vyberte jednu možnost):

pouze bezprostředně po jízdě pouze v průběhu dne jízdy i následující den i dny další

13. Od té doby, co klient (dítě) dochází na hiporehabilitaci se změnila jeho komunikace s okolím (s rodinou, přáteli, vychovateli, atd.):

ANO* NE*

14. Pokud ANO, jedná se o změnu k lepšímu (ochota komunikace a spolupráce, zapojení se do kolektivních činností, atd.):

ANO* NE*

15. Od té doby, co klient (dítě) dochází na hiporehabilitaci pozorujete změnu v jeho psychickém rozpoložení:

ANO* NE*

16. Pokud ANO, popište prosím tuto změnu (např. dítě se zdá klidnější, vyrovnanější, aktivnější, atd.)

.....

.....

.....

.....

17. Pokud by Vás někdo oslovil, doporučili by jste mu hiporehabilitaci pro jeho dítě (klienta)? A jaké máte pro to důvody?

.....

.....

.....

.....

Děkuji za Vaši spolupráci a čas věnovaný vyplňování tohoto dotazníku. Věřte, že jeho výsledky jsou cenné jak pro mou práci tak i pro vytvoření obrazu pro veřejnost o účincích a spokojenosti s léčebným ježděním na koni.