



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Hipoterapie jako léčebná metoda v rámci
uceleného systému rehabilitace dětí se
zdravotním postižením

Vypracovala: Klára Pašková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracovala pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích dne 19. 4. 2022

.....

Poděkování

Velice ráda bych touto cestou poděkovala panu doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za trpělivost, jeho cenné rady a doporučení a za odborné vedení mé bakalářské práce.

Dále děkuji všem zákonným zástupcům, kteří se účastnili výzkumné části mé bakalářské práce a pomohli mi získat všechny potřebné informace a podklady k jejímu vypracování.

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je popsat hipoterapii, která patří mezi významné léčebné metody u osob se zdravotním postižením. Věnuji pozornost tomu, jak ovlivnila a ovlivňuje jejich zdravotní stav a to v souladu s dalšími terapiemi uceleného systému rehabilitace. Práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zaměřuje na různé definice zdravotního postižení a na skupiny osob se zdravotním postižením. Dále stručně vymezuje zooterapii a její rozdělení. Značná část je věnována samotné hipoterapii, která je pro tuto práci stěžejní. Popisuje členy hiporehabilitačního týmu, průběh hipoterapie, možné indikace a kontraindikace, mimo jiné také kritéria, která jsou důležitá pro výběr vhodného koně. Poslední kapitola se zaměřuje na koordinovanou rehabilitaci a její jednotlivé prostředky. V empirické části byli prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů dotazováni zákonní zástupci vybraných dětí. Zjištěné informace o průběhu a přínosu hipoterapie byly sepsány do jednotlivých případových studií. Sesbíraná data z praktické části potvrdila komplexnost a účinnost hipoterapie jako léčebné metody. Tato bakalářská práce může být nápomocná studentům, ale také laické veřejnosti k snadnější orientaci a pochopení hiporehabilitace, následně hipoterapie.

Klíčová slova: zdravotní postižení; zooterapie; hipoterapie; koordinovaná rehabilitace

Abstract

The aim of this bachelor thesis is to describe hippotherapy, which is one of the important treatment methods for people with disabilities. I pay attention to, how it has affected and affects their state of health in accordance with other therapies of a comprehensive rehabilitation system. The work is divided into two parts. The theoretical part focuses on various definitions of disability and groups of people with disabilities. It also briefly defines zootherapy and its division. A significant part is devoted to hippotherapy itself, which is crucial for this work. It describes the members of the hipporehabilitation team, the process of hippotherapy, possible indications and contraindications, among other criteria that are important for choosing a suitable horse. The last chapter describes coordinated rehabilitation and its individual means. In the empirical part, the legal guardian of selected children were interviewed through semi-structured interviews. The information found on the process and benefits of hippotherapy was written into individual case studies. The collected data from the practical part confirmed the complexity and effectiveness of hippotherapy as a treatment method. This bachelor thesis can be helpful to students, but also to the general public to easier orientation and understanding of the field of hipporehabilitation, subsequently hippotherapy.

Keywords: disability; zootherapy; hippotherapy; coordinated rehabilitation

Obsah

ÚVOD	8
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	9
1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení.....	9
1.2 Klasifikace zdravotního postižení	11
1.2.1 Osoby s tělesným postižením	11
1.2.2 Osoby s mentálním postižením.....	13
1.2.3 Osoby s narušenou komunikační schopností	13
1.2.4 Osoby se sluchovým postižením.....	14
1.2.5 Osoby se zrakovým postižením	14
1.2.6 Osoby s poruchami chování.....	15
1.2.7 Osoby s poruchami učení.....	15
1.2.8 Osoby s kombinovaným postižením.....	15
2 ZOOTHERAPIE	17
2.1 Dělení zooterapie	17
2.2 Hiporehabilitace	18
2.2.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii	19
2.2.2 Hipoterapie v pedagogické a sociální praxi.....	19
2.2.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii	20
2.2.4 Parajezdectví.....	20
2.3 Výběr koně pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii	20
2.4 Hiporehabilitační tým.....	21
2.5 Průběh hipoterapie	22
2.6 Indikace a kontraindikace hipoterapie	23
2.7 Účinky hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii.....	24
2.7.1 Přímé účinky	25
2.7.2 Nepřímé účinky.....	25

2.8	Polohy klienta na koni při hipoterapii	26
3	KOORDINOVANÁ PODPORA V RÁMCI UCELENÉHO SYSTÉMU REHABILITACE	30
3.1	Léčebné prostředky rehabilitace	31
3.2	Sociální prostředky rehabilitace	31
3.3	Pedagogické prostředky rehabilitace.....	32
3.4	Pracovní prostředky rehabilitace.....	33
4	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.1	Metodika	34
4.1.1	Případová studie.....	34
4.1.2	Hlubkový rozhovor	34
4.1.3	Zúčastněné pozorování	35
4.2	Popis výzkumného terénu	35
5	CÍL BP	37
6	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A DISKUZE	46
	ZÁVĚR	50
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	55
	SEZNAM PŘÍLOH.....	56

ÚVOD

Již před několika tisíci lety lidé věděli, jak nepostradatelný význam má kůň pro jejich žití a přežití. Důležitost tohoto úžasného stvoření si v naší společnosti uvědomujeme i dnes, i když se možnosti využití koní poněkud změnila a hlavně rozšířily.

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Hipoterapie jako léčebná metoda pro zdravotně postižené v rámci uceleného systému rehabilitace. Jak z názvu vyplývá, v práci se budu primárně zabývat pojmem hipoterapie, která je jedním z oborů hiporehabilitace. Hipoterapie se stává čím dál více rozšířenější a známější léčebnou metodou, která se dostává do povědomí i laické veřejnosti. Zabývá se jí několik zařízení po celé republice a její role v rámci koordinované podpory osob se zdravotním postižením je bezesporu nezastupitelná.

Důvodem výběru tématu hipoterapie byl velký zájem o koně od mého dětství, jež mi vydržel dodnes a také několik hodin strávených v koňském sedle. Již v průběhu vysokoškolského studia mi uvedené téma připadalo velmi zajímavé a bylo mým velkým přáním se v tomto ohledu dozvědět více informací, v nejlepším případě mít možnost se terapie zúčastnit a vidět co nejvíce praktických ukázek.

Teoretická část se soustředí na vymezení pojmů korespondující s již zmíněným tématem. První kapitola se zabývá vymezením pojmu zdravotní postižení a uvedením několika pohledů na tento pojem dle mezinárodních klasifikací, také rozdělením postižení do jednotlivých kategorií podle druhu postižení. V druhé kapitole se zaměřuji na hiporehabilitaci a její dělení, zvláště pak na hipoterapii. Dále na složení hiporehabilitačního týmu, v čem spočívá výběr koně a průběh hipoterapie. Třetí kapitola popisuje koordinovanou rehabilitaci a její prostředky.

Praktická část obsahuje popis vybraného zařízení, resp. výzkumného terénu. Pro výzkumnou část byl využit kvalitativní výzkum. Prostřednictvím pozorování, analýzy dokumentů a rozhovorů s účastníky samotné hipoterapie či jejich zákonnými zástupci byla shromážděna data a informace k naplnění stanovených cílů.

Cílem mé bakalářské práce je pomocí získaných dat a informací, které získám při realizaci svého šetření, zjistit a popsat, jaký má hipoterapie vliv na děti se zdravotním postižením v předškolním a mladším školním věku. Dále, zda je její přínos pozitivní či negativní pro jejich fyzický a psychický stav. A to vše v souvislosti s dalšími terapiemi uceleného systému rehabilitace, které klienti navštěvují.

1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Přístup k osobám se zdravotním postižením se postupně vyvíjel a měnil společně s vývojem naší společnosti. Od absolutního zavrhování či likvidace osob s jakýmkoliv postižením postupně až k respektu, integraci potažmo k inkluzi. Přesto, že naše moderní společnost je v mnohém velmi vyspělá a otevřená nejrůznějším zvláštnostem, i dnes se setkáváme s tím, že zdravotní znevýhodnění vyvolává mezi zdravými jedinci strach, negativní emoce a diskomfort. I přes společností vytvořené a bohužel zakořeněné předsudky a názory, že jsou tito lidé méněcenní, bychom měli osoby se zdravotním postižením vnímat jako nedílnou součást naší společnosti, která má nárok na plnohodnotný život a stejné příležitosti jako zdraví jedinci (Jankovský in Pfeifer, 2014). Přes všechny inovativní myšlenky o přístupech ke zdravotně postiženým, se pravděpodobně i nadále ve společnosti bude do určité míry objevovat ambivalentní postoj k této skupině osob jako projev nejistoty (Slowík, 2016).

1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) vydané Světovou zdravotnickou organizací (WHO) je zdravotní postižení rozděleno do určitých kategorií podle diagnózy, která je zde klíčovým ukazatelem pro rozdělení. V České republice vyšla roku 1994 v platnost 10. revize MKN, nicméně byla již schválena 11. revize, která nahradila tu nynější a to 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. V roce 2001 byla MKN doplněna o Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v originálním anglickém znění International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF, která na postižení nahlíží odlišným způsobem: „...*popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví.*“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2020, str. 14). Zaměřuje se tedy zejména na to, co člověk zvládne vykonávat, nikoliv na omezení, která z postižení vyplývají. Svůj podíl má také faktor prostředí. Zároveň poukazuje na individualitu každého postižení, protože osoby s totožnými problémy mohou mít jiný stupeň funkčních schopností, to platí i v opačném případě (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, 2020). Povinné užívání MKF bylo u nás v roce 2013 zrušeno. Zmíněné klasifikace MKN a MKF se navzájem doplňují, proto je vhodné využívat obě společně.

Podle Jankovského (in Pfeiffer, 2014) je vhodné nahlížet na zdravotní postižení jako na dimenzi, která dává životu nový a zcela jiný rozměr. Hlavním předmětem zájmu je tedy to, co člověk s disabilitou reálně dokáže a jaké nové možnosti se mu v životě otevírají (Jankovský in Pfeiffer, 2014).

Vágnerová (2014, str. 155) vymezuje zdravotní postižení „...jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému.“ Zdůrazňuje ale, že tato ztráta či poškození ovlivňují celou osobnost člověka, jeho vývoj a podílí se i na jeho začlenění do společnosti a dalších aspektech života.

Postižení dále definuje Slowík (2016) jako omezení způsobu a rozsahu schopností pro člověka normálních, které jsou potřebné k provádění různých aktivit.

Etiologii zdravotního postižení lze považovat za multifaktoriální, protože vznik poruchy může zapříčinit souběh několika různých faktorů. Zjišťování příčin vzniku nám pomáhá hlavně nalézání nových možností předcházení, stanovení správné terapie i prognózy. Příčiny lze klasifikovat na exogenní a endogenní. Do vnějších (exogenních) faktorů se řadí prenatální faktory negativně působící na plod do začátku porodu, zejména chemické vlivy (působení léků, užívání psychoaktivních látek, intoxikace), fyzikální vlivy (škodlivé záření, vysoké teploty, úrazy), biologické vlivy (virové a infekční onemocnění) a psychické a sociální vlivy (stres, úzkost). Perinatální faktory jsou rizikové vlivy v průběhu porodu či ihned po narození, jde o poškození plodu (stlačení hlavičky), nedostatek kyslíku (hypoxie, asfyxie), infekce nebo další komplikace. Mezi postnatální faktory neboli ty, které působí na jedince po narození, patří stejné či podobné vlivy jako v období před narozením s tou odlišností, že k poškození nedochází přes matčin organismus. Do vnitřních (endogenních) faktorů se řadí genetické vlivy, jako např. chromozomální aberace, kdy dochází k narušení chromozomální výbavy (nejznámější Downův syndrom, nadbytečnost chromozomu 21. páru) nebo k mutaci genů, ve kterých dochází ke změně genetické informace. Patří sem také dědičné dispozice vznikající většinou vlivem nějakého spouštěče, nebo komplexní snížená obranyschopnost organismu (Fischer et al., 2014; Slowík, 2016).

To, jakým způsobem zasahuje postižení do života jedince je velmi individuální a záleží na dalších aspektech, jako je druh a stupeň postižení, kdy postižení vzniklo, zda byla provedena včasná a kvalitní diagnostika s následnou péčí, ale také na charakterových vlastnostech daného člověka (Slowík, 2016).

1.2 Klasifikace zdravotního postižení

Slowík (2016) popisuje rozdělení zdravotního postižení podle Miloše Sováka, které je stále jednou ze základních koncepcí pro klasifikaci. Rozdělení je následující:

- tělesné postižení
- zrakové postižení
- sluchové postižení
- mentální postižení (popř. psychické poruchy)
- narušená komunikační schopnost
- poruchy chování a sociální deviace
- specifické poruchy učení (také poruchy pozornosti, atd.)
- kombinované postižení

Další skupinou, která je relativně nově spojována se speciální pedagogikou a považují za důležité ji alespoň zmínit, jsou děti, žáci a studenti mimořádně nadaní (Kroupová, 2016). Klasifikace na základě úřadujícího postižení přinesla možnost se individuálně zaměřit na každou skupinu odděleně, aby následující rehabilitace a pomoc byla kvalitněji poskytována. S ohledem na vybrané téma nás nejvíce zajímá skupina osob s tělesným postižením, ale krátce se zmíním o všech kategoriích.

1.2.1 Osoby s tělesným postižením

Vzhledem k tomu, že osoby s tělesným postižením představují většinu klientů hipoterapie, považuji za nezbytné tuto podkapitolu rozvést. Disciplína speciální pedagogiky, která se zabývá rozvojem, výchovou, vzděláním a integrací osob s poruchami hybnosti je somatopedie.

Tělesné postižení lze charakterizovat jako dočasné nebo trvalé potíže v tělesných předpokladech člověka. Jde o poruchy pohybového a nosného aparátu, ale hlavně o poškození nervového systému s následkem poruchy motoriky (Jankovský, 2006). Milichovský (2010) zdůrazňuje, že mezi osoby s tělesným postižením se také řadí jedinci s degenerativní, metabolickou či jinou poruchou. Jedince pak toto postižení omezuje ve všech oblastech osobnosti a to kognitivní, psychické, sociální i fyziologické (Pipeková, 2006).

Etiologie tělesného postižení může být primární, kdy dochází přímo k postižení nervové soustavy, resp. poškození korových a podkorových oblastí, nervových drah a zakončení,

nebo k postižení motorického aparátu, kam spadají odchylky vývoje končetin, amputace nebo svalové atrofie. Je-li etiologie sekundární, jde o druhotný následek jiné poruchy (Fischer et al., 2014).

Vlivem nápadnosti tělesného postižení dochází u těchto osob k ovlivnění psychiky. Svůj podíl na tom má také to, zda se jedná o postižení vrozené či získané, poněvadž osoby s vrozeným postižením se dokážou se svým handicapem vyrovnat lépe, než osoby s postižením získaným v průběhu života vlivem úrazu či nemoci (Fischer et al., 2014).

Do této skupiny postižení patří centrální obrny, při kterých dochází k poškození CNS. Obrna může být částečná (paréza) nebo úplná (plegie). Podle toho, jaká část těla je postižena se dále dělí na monoparézu (postižení jedné končetiny), paraparézu (postižení dolních končetin), triparézu (postižení tří končetin), hemiparéza (postižení levé nebo pravé poloviny těla) nebo kvadruparézu (postižení všech čtyř končetin). Stejná pojmenování se používají také u plegie – paraplegie, kvadruplegie atd. (Jankovský in Pfeifer, 2014). Nejčtenějším tělesným postižením je dětská mozková obrna (DMO) nebo také infantilní cerebrální paréza (ICP). Příčiny DMO jsou pre-, peri- a post- natální. Toto onemocnění se vyznačuje také širokou škálou symptomů. Obvyklá klasifikace rozděluje DMO na formu spastickou, která se dále člení podle lokalizace převládajícího postižení na diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou, a formu nespastickou, mezi které patří forma hypotonická (svalová slabost) a dyskinetická (neovladatelné mimovolní pohyby). K dětské mozkové obrně jsou přidružena další postižení, nejčastěji epilepsie, mentální retardace či vady řeči (Slowík, 2016). Mezi tělesná postižení se dále řadí neuromuskulární a svalová onemocnění, při kterých dochází k poškození svalového vlákna, resp. k jeho degeneraci. Za nejpočetnější svalové onemocnění se považuje Duchennova svalová dystrofie, která postihuje pouze mužské pohlaví, objevuje se kolem 2. roku života a má letální průběh. Za ní se řadí spinální muskulární atrofie (SMA) typ I. až IV., přičemž I. typ je nejzávažnější. Do somatických postižení dále spadají deformity lebky, mikrocefalie – menší obvod hlavičky a makrocefalie – větší obvod hlavičky. Příkladem makrocefalie je hydrocefalus, který vzniká na základě hromadění míšního moku v mozkových komorách. Onemocnění patřící do této skupiny se nazývá meningomyelokéla, při kterém dochází k výhřezu plen míšních i míchy a u páteře se vytvoří boule a často ji doprovází hydrocefalus. Dále sem spadají poškození mozku po nemoci anebo úrazu - otřes mozku, zhmoždění, krvácení. Poslední skupinou poruch jsou ortopedická

postižení, do kterých patří deformace páteře – skolióza, hyperkyfóza, vrozené vady končetin – amélie, mikromelie, fokomelie. (Jankovský in Pfeiffer, 2014).

1.2.2 Osoby s mentálním postižením

Rozvojem, výchovou a vzděláváním osob s intelektovým postižením se zabývá speciálně pedagogická disciplína nesoucí název psychopedie. Fischer et al. (2014) definuje mentální retardaci jako vrozené postižení rozumových schopností a kognitivních funkcí. Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení (AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) nahrazuje dřívější stigmatizující pojem „mental retardation“ za pojem „intellectual disability“ neboli intelektové postižení, které je charakterizováno: „...omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování, které pokrývá mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností.“ (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, ©2022, <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>). Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) rozděluje v Mezinárodní klasifikaci nemocí mentální postižení do následujících stupňů – lehká mentální retardace (IQ 69-50), středně těžká mentální retardace (IQ 49-35), těžká mentální retardace (IQ 34-20), hluboká mentální retardace (IQ 19 a méně), dále také jiná mentální retardace (zde jsou přidružené další postižení a určení stupně MR je proto obtížné) a nespecifikovaná mentální retardace (mentální retardace je prokázána, ale osobu nelze zařadit do výše zmíněných stupňů MR) (MKN-10, ©2019).

1.2.3 Osoby s narušenou komunikační schopností

Mluvená řeč je nejužívanějším dorozumívacím prostředkem ve společnosti a při její poruše se ztěžuje naše schopnost komunikace. Nicméně je důležité si říci, že narušenou komunikační schopnost není dobré omezovat pouze na vadu řeči, ale týká se také psané podoby jazyka, neverbální komunikace a neobvyklého přenosu informací (Slowík, 2016). Klenková (2006, str. 54) mluví o narušení komunikační schopnosti u jednotlivce: „...tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu závěru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.“ Prevencí, péčí, výchovou a vzděláváním jedinců s vadami řeči se zabývá speciálně-pedagogická disciplína logopedie.

1.2.4 Osoby se sluchovým postižením

Vědní disciplína zabývající se výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se sluchovým postižením se nazývá surdopedie. Sluch úzce souvisí s řečí a tím pádem i s komunikací, proto až do roku 1983 byla spojena s logopedií (viz výše). Jak jsem již zmínila, sluch je velice důležitý pro rozvoj komunikace a jakékoliv postižení tohoto smyslu nám vytváří komunikační bariéru a ztěžuje jedinci začleňování do společnosti (Slowík, 2016). Dokazuje to také citát Heleny Kellerové, známé spisovatelky, která ztratila sluch i zrak: „*Slepotu odděluje člověka od věcí - hluchota od lidí.*“ (Databazeknih.cz, © 2022, <https://www.databazeknih.cz/citaty/helen-keller-38038>). Sluchové vady se dělí podle typu na - převodní, percepční a smíšené, dále podle stupně sluchové ztráty na – nedoslýchaví (lehce, středně, středně těžce, těžce), neslyšící a ohluchlí. Dalším rozdělením je také podle doby vzniku – vrozené a získané a v poslední řadě podle etiologie na – orgánové a funkční postižení (Slowík, 2016).

1.2.5 Osoby se zrakovým postižením

Zrak patří k jednomu z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Pomáhá lidem při získávání informací, orientaci v prostoru a komunikaci. Za osobu se zrakovým postižením se považuje osoba, která i po běžné optimální nápravě (brýle, chirurgický zákrok) má nadále přetrvávající potíže s každodenními činnostmi, orientací a získáváním informací. V tomto případě se diagnostikuje zraková vada různého stupně (Slowík, 2016). Klasifikace zrakového postižení není v různých oborech zcela jednotná, speciálně pedagogický pohled se liší od pohledu medicínského. Klasifikace zrakového postižení podle WHO rozděluje zrakové postižení do pěti skupin, kdy číslo před lomítkem udává diagnostickou vzdálenost a číslo za lomítkem udává vzdálenost, ze které by měl člověk za optimálních podmínek písmo přečíst. Klasifikace je následující:

- Střední slabozrakost – maximum menší než 6/18, minimum rovné či lepší než 6/60,
- silná slabozrakost – maximum menší než 6/60, minimum rovné či lepší než 3/60,
- těžce slabý zrak – maximum menší než 3/60, minimum rovné či lepší než 1/60,
- praktická nevidomost – nejlepší možná korekce ostrosti 1/60, omezení zorného pole do 5 stupňů,

- úplná nevidomost – naprostá ztráta světlocitu či zachování světlocitu s nesprávnou projekcí světla (Slowík, 2016).

Speciální pedagogika rozděluje osoby se zrakovým postižením z hlediska využití snížených možností zrakových schopností na: osoby slabozraké, se zbytky zraku, nevidomé, s poruchami binokulárního vidění, barvoslepé, s kombinovaným postižením atd. (Michalík et al., 2011). Při klasifikování zrakového postižení je důležité zvážit všechny různé pohledy, aby došlo ke komplexnímu posouzení (Slowík, 2016). Disciplína speciální zabývající se výchovou, vzděláváním a integrací osob s postižením zraku má název oftalmopedie.

1.2.6 Osoby s poruchami chování

Poruchy chování lze definovat jako problém jedince adaptovat se v sociálním prostředí, nerespektování přirozených autorit a také porušování obecně daných společenských pravidel a norem (Slowík, 2016). Nezužuje se pouze na osoby s poruchami chování, ale také na osoby s poruchami emocí nebo rizikem jejich vzniku (Vojtková in Pipeková, 2006). Speciálně pedagogická disciplína zabývající se jedinci s těmito poruchami je etopedie. Projevy poruch chování mají velké rozpětí. U dospívajících se jedná nejvíce o lhaní, krádeže, záškoláctví, útěky, šikanu, patologické závislosti (alkoholismus) nebo např. sexuální deviace (Slowík, 2016).

1.2.7 Osoby s poruchami učení

Slowík (2016, str. 126) pojem poruchy učení vysvětluje: „...*souhrnným označením různorodých skupin poruch, které se projevují nejčastěji obtížemi při nabytí a užívání zejména tzv. školních dovedností (učení, psaní, počítání atd.) u jedinců s alespoň průměrnou úrovní intelektu.*“ Nejčastěji se setkáme s následující klasifikací, a to podle postižení školních dovedností: dyslexie (specifická vývojová porucha čtení), dysgrafie (specifická porucha psaní), dysortografie (specifická porucha pravopisu), dyspraxie (specifická porucha obratnosti), dysmúzie (specifická porucha, která postihuje vnímání hudby), dyskalkulie (specifická porucha matematických schopností) a dyspinxie (specifická porucha kreslení) (Slowík, 2016).

1.2.8 Osoby s kombinovaným postižením

Jedná se osoby, které mají kombinaci dvou a více postiženích. U těchto postižení nelze vytvořit jednotný klasifikační systém z důvodu různorodosti této skupiny. Často se kombinace více postižení projevuje formou syndromů, resp. skupinou několika

příznaků, jako např. – nejznámější Downův syndrom, nebo také Turnerův syndrom, Patauův syndrom aj. V podstatě je možný vznik kombinací všech vad, ale některé se objevují častěji jako např. kombinace mentálního a tělesného postižení, dále také hluchoslepota nebo různé kombinace s poruchami chování (Slowík, 2016).

2 ZOOTERAPIE

S vývojem a modernizací lidské společnosti jde ruku v ruce také rozvoj poznatků a informací v nejrůznějších oborech. Taktéž v tomto odvětví lze zaznamenat posun kupředu. Zooterapie nebo animoterapie se čím dál více těší pozornosti a oblíbenosti také laické veřejnosti. Jedná se o aktivity, ve kterých jsou využívány zvířata a jejich léčebné účinky na člověka (Jankovský, 2006). Většina lidí chová doma nějaké zvíře a vnímá ho jako plnohodnotného člena domácnosti, věnuje mu svůj čas, péči a dává najevo svou náklonnost. Ne nadarmo se tedy v anglosaské literatuře užívá pojmenování „léčení prostřednictvím domácích miláčků“ (Nerandžič, 2006).

V následujících kapitolách popíšete dělení zooterapie a dále se podrobněji rozepíšete o hiporehabilitaci potažmo hipoterapii, která je předmětem bakalářské práce.

2.1 Dělení zooterapie

Zooterapie jakožto rozsáhlý pojem lze rozdělovat podle různých kritérií. Klech (in Müller, 2014) uvádí členění podle Michaely Freemanové (in Velimský a kol., 2007), které se v naší literatuře využívá a poskytuje souhrnné dělení zooterapie:

1. kritérium – jaké zvíře je využíváno: Canisterapie (při terapii je využíván pes), felinoterapie (využívání kočky), hipoterehabilitace (využívání koní), lamaterapie (využití lamy) nebo ornitoterapie (využívání ptactva). Další využívání zvířat k léčebným účelům nemá jednoslovné pojmenování, je vyjádřeno opsáním jako např. terapie s malými domácími zvířaty atd.

2. kritérium – zaměření zooterapie: **AAA** – Aktivity za pomoci zvířat (anglický název Animal Assisted Activities); **AAT** – terapie za pomoci zvířat (anglický název Animal-Assisted Therapy); **AAE** – vzdělávání za pomoci zvířat (anglický název Animal-Assisted Education); **AACR** – krizová intervence za pomoci zvířat (anglický název Animal-Assisted Crisis Response) nebo spojení zmíněných.

3. kritérium – jaká je forma: Zda jde o návštěvní program, jednorázovou aktivitu nebo pobytový program.

Podle frekventantů zooterapie

4. kritérium – jak se pracuje: Buď individuální práce, nebo se jedná o kooperaci více zooterapeutických týmů.

Podle pracovníků týmu

5. kritérium – struktura pracovníků týmu: Jestliže v terapii figuruje zvíře + zooterapeut + klient či zvíře + zooterapeut + klient + další pomocný personál.

6. kritérium – kvantum zvířat: Využívání při terapii jednoho nebo více zvířat.

7. kritérium – kvantum klientů: Zda se jedná o individuální či o terapii pro více klientů.

Podle okruhu klientů zooterapie

8. kritérium – pro koho je terapie určena: Cílové skupiny pro terapii členíme hlavně podle věku, důležitou roli hraje také diagnóza a vzdělání.

Podle zdravotního stavu

9. kritérium – jaký je zdravotní stav: Toto kritérium záleží na tom, zda je klient zdravý, dočasně nemocný nebo je jeho nemoc dlouhodobá. Jestli se řadí do skupiny osob se zdravotním postižením atd.

Dle sociálního prostředí a vazeb

10. kritérium – V jaké sociální skupině se nachází: Žije sám, v rodině, v ústavu či zařízení, apod.

2.2 Hiporehabilitace

Termín hiporehabilitace je složeninou řeckého slova hippos znamenající kůň a rehabilitace, odvozené ze středověkého latinského slova rehabilitatio, definováno jako obnovení. Lze tedy říci, že jde o jakoukoliv formu terapie, ve které je hlavním figurujícím členem kůň a jejichž cílem je obnova poškozených funkcí. V oblasti hiporehabilitace u nás v České republice hraje významnou roli Česká hiporehabilitační společnost, z. s. (ČHS), založená roku 1991, jejíž hlavní cíl je zkvalitňovat život osobám se zdravotním postižením, pomáhat jim s integrací do společnosti, se vzděláváním apod. Společnost také sdružuje několik desítek středisek provádějících hiporehabilitaci. Na svém webu (Česká hiporehabilitační společnost, 2020) uvádí od 1. ledna 2020 změny v terminologii a rozděluje hiporehabilitaci na čtyři obory. Těmi jsou:

- hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE) - dřívější název pouze Hipoterapie,

- hiporehabilitace v pedagogice a sociální praxi (HPSP) - dřívější název Aktivity s využitím koní,
- hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP) - dřívější název Psychoterapie pomocí koní,
- parajezdeckví (<https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/>).

Všechny obory pro správnou a kvalitní realizaci vyžadují odborně kvalifikovaný personál. Pro naše účely je nejdůležitější první ze zmíněných oborů a to tedy hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, ale vnímám jako důležité a také zajímavé alespoň stručně popsat všechny ze zmíněných oborů.

2.2.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

Jak jsem již zmiňovala výše, pro naše účely je tato forma hiporehabilitace právě tou nejdůležitější. Jde o fyzioterapeutickou metodu, kde základním léčebným prvkem je pohyb koně v kroku, při němž na klienta působí jeho pohybové impulsy. Tento obor hiporehabilitace se orientuje zejména na osoby s pohybovým postižením. U klientů je možné hipoterapii využívat již ve velmi brzkém věku, cca od 3 měsíců (Bicková, 2020). Při hipoterapii je nutné brát ohled na možnosti klienta vyplývající z jeho postižení. Pohybující se koňský hřbet stimuluje dle potřeb napolohovaného klienta a aktivuje řídicí úroveň centrální nervové soustavy. Hipoterapie má také vliv na jemnou i hrubou motoriku, držení těla klienta, koordinaci pohybů a uvolnění spasticity (Česká hiporehabilitační společnost, 2020, <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/htfe/>).

Základem pro hipoterapii je pohyb koně, který se uskutečňuje třemi směry a to – nahoru a dolů, vpravo a vlevo, vpřed a vzad, resp. je trojrozměrný. Tím se ze hřbetu koně stává pohybující balanční plocha, které se klient musí přizpůsobit. Prostřednictvím zmíněných pohybů koně se stimuluje pánev a trup, jako tomu dochází přirozeně při chůzi člověka (Klech in Müller, 2014).

2.2.2 Hipoterapie v pedagogické a sociální praxi

Předmětem této disciplíny je kontakt s koněm jako pomoc k motivaci a aktivizaci osob se zdravotním znevýhodněním nebo osob v nelehké životní situaci. Svou roli mají také stáje a výběhy, skupinová kooperace, péče o koně, ale i samotné ježdění na koni. Tento typ hiporehabilitace je určen pro širokou škálu osob jako např. pro osoby s problémy v chování, s poruchami učení, ale také pro seniory i osoby zdravé. Mezi cíle patří

rozvíjení sociálních kompetencí, pomoc před vyloučením ze společnosti, zlepšení psychického i fyzického stavu či pozitivní vliv na chování hlavně v oblasti sebekontroly (Česká hiporehabilitační společnost, 2020, <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hpsp/>).

2.2.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii

Jak lze z názvu odvodit, tento obor je určen pro osoby s duševním onemocněním nebo psychickými problémy. Hlavním zájmem je zmírnění (v nejlepším případě odstranění) psychických obtíží a pomoc při zvládnutí těžkých životních situací. Využívá k tomu interakci s koněm a péči o jeho potřeby, prostředí stájí a další (Česká hiporehabilitační společnost, 2020, <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/http/>).

2.2.4 Parajezdectví

Parajezdectví lze vysvětlit jako jízdu na koních osob se zdravotním postižením. Probíhá na dvou úrovních a to buď závodní, nebo rekreační. Do parajezdectví se řadí několik disciplín jako je paradrezura, paravoltiž, parawestern, paraparkur, paravozatajství a hry Special Olympics. Pro zajištění nejvyšší bezpečnosti je k těmto disciplínám potřeba kůň, který je speciálně trénovaný a vybraný trenérem. Trenér zároveň musí být informovaný o zdravotním stavu svých jezdců (Česká hiporehabilitační společnost, 2020, <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/parajezdectvi/>). Parajezdectví je ve světě považováno za vážený sport a jedná se vůbec o první sportovní disciplínu, ve které mohou společně soutěžit lidé s postižením a lidé zdraví (Bicková, 2020).

2.3 Výběr koně pro hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii

Pro výběr vhodného koně neexistují žádné univerzální návody. Nelze určit jediné plemeno jako vyhovující a způsobilé. Aby byl výběr terapeutického koně kvalitní, podílí se na něm všichni členové týmu (Hermannová in Nerandžič, 2016). Výběr koně také podléhá rehabilitačnímu plánu a stanoveným cílům pro daného klienta (Bicková, 2020).

Bicková a kolektiv autorů (2020) uvádí mechanismus koňského kroku a přiměřený temperament jako klíčové aspekty pro výběr. Dále popisuje čtyři základní kritéria, která jsou rozhodující pro výběr koně v oboru hipoterapie v ergoterapii a fyzioterapii:

- tělesný rámec – jde o výšku a délku koně, která odpovídá stáří, váze a výšce klienta, důležitý je také pro zajištění bezpečnosti;

- šířka koňského hřbetu – koňský hřbet v podstatě slouží jako terapeutický nástroj a vytváří balanční plochu, proto širší hřbet je vhodnější spíše pro polohy v lehu, pro klienty s vyšší hmotností nebo s horší stabilitou, naopak užší hřbet ulehčuje sezení klientům spastickým a je lepší pro malé děti;
- kvalita kroku koně – důležitý je čistý krok s rytmickým a správným střídáním končetin pro určitý chod;
- délka kroku, frekvence, akce – kůň s prostorným pomalým krokem a nízkou akcí vytváří pomalé impulzy hřbetu, kdy dominuje rotační lokomoční složka, naopak málo prostorný rychlejší krok s vysokou akcí zprostředkovává výraznější impulzy a pomáhá při vertikalizaci klienta.

Podle Hermannové (2014) je také důležité, aby charakterové vlastnosti koně nebyly poznamenány hrubým zacházením a nevhodným výcvikem člověka.

2.4 Hiporehabilitační tým

Klíčovou podmínkou pro kvalitní a úspěšné fungování hipoterapie je spolupráce mezi všemi členy interdisciplinárního týmu. Nedílnou součástí jsou vztahy založené na důvěře, harmonii a souhře (Klech in Müller, 2014).

Prvním, u koho hipoterapie začíná, je specializovaný lékař, který vybírá vhodné klienty a hipoterapii indikuje. Jedná se hlavně o neurologa, resp. dětského neurologa či rehabilitačního lékaře (Jankovský, 2006). Lékař ví, jaký je zdravotní stav klienta, vylučuje případně kontraindikace. Stanovuje cíle terapie a provádí kontrolu jejího působení. Jako při každém výběru léčebného postupu, i zde je nutné, aby lékař rozpoznal všechny individuální potřeby klienta. Při hipoterapii jako takové není nutné, aby byl lékař přítomen, většinou má pozici externisty (Klech in Müller, 2014).

Cvičitel odpovídá za kvalitní a správný výcvik koně. Jeho kvalifikací je splnění jezdeckého výcviku a trenérského kurzu. Doporučováno je také proškolení v hipoterapii (Nerandžič, 2006). Cvičitel je odpovědný za klidné a poslušné chování koně při průběhu terapie (Klech in Müller, 2014). Při podezření na jakýkoliv problém ze strany koně, je důležité, aby cvičitel upozornil přítomné odborníky a klienta v tomto případě z koně sundali dolů (Velemínský, 2007). Cvičitel koní může být zároveň také vodičem. Způsoby, kterými se vedení koně realizuje, jsou dva - vedení koně u hlavy a na dvou dlouhých lonžích zezadu koně (Klech in Müller, 2014).

Hlavním členem celého týmu, terapeutem, je samotný hiporehabilitační kůň (Klech in Müller, 2014). Ten musí úspěšně zvládnout „Specializační zkoušku ČHS pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace“ a získá licenci pro daný obor hiporehabilitace (Bicková, 2020).

Specialisté, kteří hipoterapii provádí, bývají převážně fyzioterapeuti nebo ergoterapeuti. K výkonu terapie je nutné mít dokončené specializované odborné vzdělání na akreditované škole a alespoň tři roky trvající praxi na oddělení, pod vedením a dozorem odborníka (Nerandžič, 2006). Česká rehabilitační společnost (2020) na svém webu uvádí absolvování specializačního kurzu: „*Příprava pro speciální činnost rehabilitačních pracovníků v metodice rehabilitace*“ nebo „*Hiporehabilitace*“ pod vedením Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brno. Nebo absolvovat kurz „*Hipoterapie*“ či „*Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii*“ České hiporehabilitační společnosti (<https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/pozadavky-na-vzdelani-terapeuta-a-instruktora/>). Pro každého klienta dle jeho individuálních potřeb volí vhodného koně a klientovi zakládá kartu do dokumentace. Hlavním úkolem lidských terapeutů je kontrola správného pohybu klienta na koňském hřbetu a v případě potřeby provést změny k zajištění co nejkvalitnějšího působení terapie. O každé terapii vede záznam, který se přikládá k dokumentaci (Klech in Müller, 2014).

Dalším členem hiporehabilitačního týmu je proškolený pomocník či asistent, který pomáhá s naplněním cílů a při hiporehabilitační jednotce jistí klienta před možným pádem (Klech in Müller, 2014).

Jak jsem již zmiňovala na začátku této podkapitoly, tím nejdůležitějším je vzájemná spolupráce všech členů týmu. Lékař společně s terapeuty hned na začátku stanovují cíle, a to jak krátkodobé tak i dlouhodobé. Také provádějí kontroly a hodnocení léčby. O všem vedou zmíněnou zdravotnickou dokumentaci (Hermannová, Münichová, & Nerandžič, 2014).

2.5 Průběh hipoterapie

Klech v knize Müllera (2014) cituje průběh hipoterapie podle Alexandry Vosátkové následovně:

- příchod klienta;
- pozdrav, kontrola zdravotního stavu, nasazení přílby;

- posazení na koně (uskutečněné nejčastěji z rampy);
- samotná terapie;
- sesednutí z koně a rozloučení;
- sundání přilby, zápis záznamu;
- odchod z jízdárny.

Po příchodu klienta následuje přivítání s koněm pohlazením či pozdravením. Když je provedena zběžná kontrola zdravotního stavu klienta, nasadí se přilba, která musí odpovídat bezpečnostním pravidlům. Poté se může přejít k nasednutí na koně většinou ze speciální rampy (Klech in Müller, 2014). Etapa hipoterapie, ve které dochází k přímému setkání klienta s koněm za úmyslem dosáhnout stanovených cílů, se nazývá hiporehabilitační jednotka (HJ). Hiporehabilitační jednotka je délka trvání této individuální interakce, zpravidla se jedná o několik minut, maximálně však minut třicet. Délka a četnost terapie vychází z individuálních potřeb klienta, z jeho typu a míry postižení a jeho aktuálního zdravotního stavu (Bicková, 2020). Samotná terapie (jednotka) začíná kontrolou a případnou úpravou sedu nebo dané polohy. Terapie se uskutečňuje v kroku, na jezdecké dečce, která je připevněna podbřišníkem s madly. Klient na koni je pasivní, aktivuje ho pohybující se hřbet koně. Po skončení hiporehabilitační jednotky klient sesedá pomocí speciální rampy, odejímá přilbu a opět se pohlazením či pozdravením loučí s koněm (Klech in Müller, 2014).

Hipoterapie se realizuje v hiporehabilitačním středisku, které disponuje venkovní jízdárnou, v optimálním případě také jízdárnou zakrytou. Venkovní terapie je nicméně určitě lepší volbou, protože na člověka působí různé vlivy venkovního prostředí (Klech in Müller, 2014).

Úkolem členů týmu je zajištění bezpečnosti všech účastněných, na kterou je kladen velký zřetel. Jsou proškolení o požární ochraně a ochraně zdraví při práci.

2.6 Indikace a kontraindikace hipoterapie

Škála nemocí či poruch, při kterých lze hipoterapii indikovat je opravdu rozsáhlá a jen těžko ji přesně a jasně vymezit.

Hipoterapie je nejčastěji indikovaná osobám v oborech neurologie a ortopedie, kteří mají nemoc či poruchu tělesného aparátu. Mezi základní indikace z oblasti neurologie patří dětská mozková obrna, psychomotorická retardace, degenerativní onemocnění CNS, meningokéla nebo meningomyelokéla, spinální muskulární atrofie či

stabilizované nádorové onemocnění NS. Hipoterapie má také význam u osob, které mají problémy s rovnováhou, koordinací pohybů, se sedem, chůzí, držením celého těla, řečí aj. (Hollý & Hornáček, 2005). U indikace z oboru ortopedie jde o různé vady páteře jako např. skolióza, dále chybné držení těla, stavy po úrazech dolních končetin a páteře, artróza kyčelního kloubu. Hipoterapii také indikují lékaři u osob s urogynekologickými problémy, zejména pak u inkontinence a ženské sterility neboli neschopnosti otěhotnět pravidelným nechráněným stykem. Vhodná je také indikace při dýchacích onemocnění nebo získaných kardiovaskulárních onemocnění (Bicková, 2020).

Onemocnění, která jsou důvodem pro kontraindikaci, je hned několik. Kontraindikací v neurologii může být nekompenzovaná epilepsie, hydrocefalus, citlivost kontaktních částí těla s koněm či akutní roztroušená skleróza. V oblasti ortopedie se jedná např. o zvýšenou lomivost kostí, akutní stav po vyhřeznutí plotýnky, vykloubení kyčelních kloubů nebo závažné deformity páteře (Jiskrová, Casková, & Dvořáková, 2010). Hipoterapii nelze realizovat u osob, které mají nezhojené proleženiny na místech, na kterých dochází ke kontaktu s koněm, také u osob, u nichž došlo po realizování hipoterapie ke zhoršení zdravotního stavu (Hollý & Hornáček, 2005). Mezi obecné důvody pro kontraindikaci se řadí strach z koní bez možnosti překonání, nesouhlas s terapií, horečnatá onemocnění, akutní zánětlivé stavy, alergie na koňskou srst a nádorová onemocnění (Klech in Müller, 2014).

2.7 Účinky hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

Hipoterapii lze považovat za velmi komplexní metodu, avšak její působení je individuální, poněvadž respektuje potřeby každého jedince (Klech in Müller, 2014). Hlavním léčebným prostředkem je koňský hřbet, který stimuluje klientovy receptory. Svým působením na centrální nervovou soustavu dochází k aktivaci motorického vývoje, ke zlepšení lokomoce a manipulace a také ke změnám v pohybových vzorcích (Bicková, 2020). Vzhledem ke komplexnosti terapie probíhá třídění vlivů či účinků hipoterapie u autorů různě.

V publikaci Zooterapie v kostce (Bicková, 2020) přehledně autoři uvádí přímé a nepřímé účinky hipoterapie na posturu (držení těla).

2.7.1 Přímé účinky

Za přímé účinky považují takové, ke kterým dochází přes pohybový systém:

- Ovlivnění svalového napětí – k tomu dochází prostřednictvím pohybu koně a působením jeho tělesné teploty na osobu, čímž se ovlivňuje svalový tonus optimálním směrem.
- Uvolnění napětí, předcházení vzniku kontraktur (stažení) – důležitou roli zde hraje správné napolohování klienta a teplota koně.
- Diferenciace (rozlišení) pohybu – dochází k aktivaci zkříženého pohybového vzoru klientova trupu.
- Aktivování mechanismů nutných pro uchopování, chození, vertikalizaci - probíhá výměnou informací v obou směrech mezi CNS a řízenými jednotkami.
- Aktivování systémů pro stabilizaci.
- Zlepšení orientace v prostoru a vestibulární percepce – díky přirozenému pohybu koně, který je trojrozměrný, dochází k podpoře rovnováhy a schopnosti orientovat se v prostoru.
- Působení na několik smyslů – prostřednictvím dotykových, smyslových, proprioceptivních a interoceptivních stimulů.
- Vliv na stabilitu, rovnováhu a koordinaci – zlepšení rovnovážných mechanismů, stability horní části těla a pohybové koordinace.
- Podněcování a znovuoobnovení motorických vzorů – pohybem a vlivem tělesné teploty koně se omezují patologické motorické vzorce, ale polohováním klienta/dítěte na koni se stimulují fyziologické motorické odpovědi.
- Pozitivní ovlivnění percepce vlastního těla – uskutečňuje se prostřednictvím široké nabídky smyslových podnětů, které hipoterapie nabízí (vestibulární, sluchové, citové, dotekové, atd.).

2.7.2 Nepřímé účinky

Účinky, které působí nepřímo přes různé systémy, pak popisují jako nepřímé a těmi jsou:

- Zlepšení paměti – terapie na koni, pobyt ve venkovním prostředí a samotné prožívání celé aktivity působí na limbický systém, který má vliv na paměťové stopy a jejich stabilní tvoření, také ovlivňuje emoce.

- Pozitivní vliv na dýchání – díky pravidelnému pohybu se zlepšuje zdatnost těla a dochází k ovlivnění dýchací soustavy.
- Podpora trávicích mechanismů – prostřednictvím pohybových podnětů, polohy klienta a tepla koně se podporuje peristaltika a proces vyprazdňování.
- Vliv na manipulaci – ovlivnění jemné motoriky u klienta se děje hlavně pomocí aktivit souvisejících s péčí o koně, respektive hlazením, hřebelcováním, atd.
- Vliv na komunikaci – multisenzorické působení podnětů při terapii a citové prožívání zlepšuje neverbální i verbální komunikační schopnosti.

Hollý a Hornáček (2005) uvádějí rozdělení podle faktorů, jež pro hipoterapii jsou:

- specifické (jsou charakteristické pouze pro hipoterapii),
- nespecifické (objevují se i v jiných metodách),
- psychosociální.

Mezi specifické prvky řadí přenos trojrozměrných motorických podnětů koně, pohyb dopředu a dozadu jakožto základ pohybové ontogeneze nebo napodobování chůze ve vertikální poloze jakožto základní motorický vzorec. Nespecifické faktory jsou např. „...*taktilní kožní podněty, vliv tepla, cvičení proti proudu, podpůrné reakce, ochranná reakce proti pádu, labyrintové reflexy, krční a bederní hluboké, facilitace centrálního posturálního vzoru, posturální reflexy, vytahování zkrácených tkání, uvědomování si proprioceptivních vzruchů při emotivním prožívání pohybu na koni...*“ (Hollý & Hornáček, 2005, str. 40). Faktory psychosociální jsou získání a posilování zdravého sebevědomí a sebeuvědomování, které se uskutečňuje už jenom tím, že klient má na svět rozhled shora a uvědomuje si sebe samotného na koni. Mimo jiné také suverénní chování a vysoké sebevědomí lze regulovat, protože kůň, jakožto citlivé zvíře, ihned zareaguje na nepatřičné chování klienta. Hipoterapie pomáhá se získáváním důvěry, kdy se pomalým a přiměřeným tempem klient dostává do kontaktu se zvířetem, hladí si ho, promlouvá k němu a odbourává obavy, stres a úzkost (Hollý & Hornáček, 2005).

2.8 Polohy klienta na koni při hipoterapii

Poloha na koni se pro každého jedince (ať je jím dítě či dospělý) volí individuálně a zohledňuje se zároveň několik aspektů, jako např. zkušenosti členů celého týmu a jeho kvalita, vývojová úroveň klienta, biologický věk klienta, další oslabení klienta, také volba a kvalita výcviku koně, stanovené cíle terapie a další (Klech in Müller, 2014). Kůň svým pohybem pak aktivuje svalový systém klienta. Jednotlivé polohy respektují

momentální stádium vývoje klienta a zprostředkovávají navození motorických reakcí (Hermannová in Základy hipoterapie, 2014).

Jeden z hlavních úkolů, který vyplývá pro terapeuta, resp. fyzioterapeuta či ergoterapeuta, je u klienta postupně vytvářet co nejpříznivější sed (Jiskrová, Casková, & Dvořáková, 2010). Což v praxi znamená aktivní a stabilní sed, kdy ruce přirozeně visí podél těla nebo jsou položeny na stehnech, čímž dochází k nejúčinnějšímu ovlivnění držení těla, resp. postury (Klech in Müller, 2014).

Hermannová (Základy hipoterapie, 2014) charakterizuje následující polohy využívané při hipoterapii následovně:

- **Poloha v lehu na zádech**

V praxi tato poloha vypadá tak, že klient leží uprostřed hřbetu, hlava je položena na bedrech koně, aby krční páteř setrvala v ose. Nohy volně visí nad lopatkami koně a ruce má klient podél svého těla. Do kontaktu s koněm se klient dostává prostřednictvím týlu hlavy a trupu. Je žádoucí tuto pozici aplikovat v případě, že klient nemá strach, poněvadž jde o poměrně nestabilní polohu, která vyžaduje pomalý krok koně. Proto jsou vhodné koně se širším hřbetem, který je důležitý pro stabilní polohu hlavy.

- **Poloha v lehu na břiše**

V této poloze leží hlava opět na bedrech, ale otočená na jednu stranu. Nohy přirozeně směřují dolů, u dětí s vyšším napětím ve svalech spočívají nad lopatkami koně. Ruce by neměly viset dolů, z důvodu možného narážení do slabin koně. Proto je vhodné umístit ruce na bedrech v pokrčené pozici. Kontakt mezi klientem (v tomto případě dítětem) a hřbetem zvířete probíhá pomocí přední části těla. Obecně se poloha vleže považuje za stabilnější a volíme jí u dětí, jejichž vzpřimovací reflexy nejsou aktivovány. Dále ke snížení svalového tonu nebo jako uvolnění a relaxaci u neklidných dětí. I zde je dobré vybírat koně s širokým hřbetem a pomalým krokem.

- **Poloha v lehu s opěrou o předloktí**

Hlava klienta, resp. dítěte směřuje k zadní části koně. Ruce s dlaněmi dolů a předloktí leží podélně k páteři koně, nohy jsou pokrčené. Tato poloha pomáhá dítěti připravit se na stabilní lezení tím, že aktivuje opěrné funkce pletenců ramenních a pánevních. Kontakt s koňským hřbetem se uskutečňuje vnitřní stranou stehen, břichem

a předloktím. Jestliže u dítěte dochází ke křečovitému záklonu hlavy, je důležité vrátit se do polohy v lehu na břicho, protože není ještě zralé na vzpřimování. I v tomto případě je důležitý výběr koně na základě širokého hřbetu a pomalého kroku.

- **Poloha v sedu a kleku s opěrou o dlaně**

Také při této pozici klient, resp. dítě kouká na záď koně a to buď v sedu nebo „polokleku“, rukama se opírá o bedra koně a nezaklání hlavu. Nároky na udržení rovnováhy se zvyšují, aktivně se zapojují klouby kyčelní a ramenní. Záměrem polohy je vzpřímení dítěte do sedu. Také, aby sezení bylo souměrné a nedocházelo k vybočování těla do strany, čemuž pomáhá zabránit opěra o ruce. Mezi vhodné koně pro tuto polohu se řadí opět ty se širším hřbetem a pomalejším krokem.

- **Poloha v sedu s opěrou o madla**

Klient sedí po směru chůze koně. Kontaktními body jsou tentokrát sedací hrboly a vnitřní strany stehen. K udržení stability pomáhá úchop za madla, který ovšem nesmí být křečovitý. Madla pomáhají klientům přizpůsobit se pohybu koně a odbourat úzkost. Pro lepší stabilitu jsou vhodnější koně, kteří mají široký hřbet. U klientů s vyšší spasticitou naopak výběr cílí na koně s úzkým hřbetem pro snadnější objetí koně nohama.

- **Poloha v sedu bez opěry**

Jedná se o nejméně stabilní polohu, která klade velké nároky na rovnováhu. Klient sedí na koni, dotýká se pánví a vnitřní stranou stehen. Hlavními cíli polohy vsedě je posílit svaly potřebné ke správnému a symetrickému držení těla, trénink stability pro budoucí pohyb a stoj, dosáhnout souměrného pohybu nebo vyvolání chůze stimulací funkcí nutných právě pro samotnou chůzi. Výběr koní je již zacílený podle druhu a stupně postižení a specifických potíží. Může se objevit několik chyb jako např. křečovitý sed, nesplynutí pohybu koně a pánve klienta, špatné držení rovnováhy. Pokud dojde k těmto reakcím, vždy je důležité pátrat po tom, proč chyby vznikly, zda špatnou volbou polohy, která neodpovídala vývojové úrovni nebo nevhodným výběrem koně. Nebo také únavou pacienta či strachem.

- **Poloha obráceného sedu**

Oproti předešlé poloze klient sedí v protisměru jízdy, ruce jsou volně položeny na stehnech. Dochází k odlišné stimulaci pánve, tento sed je obtížnější a proto se volí

koně s pomalejším a delším krokem. Smyslem této pozice je zlepšení držení těla a trénink stability, která je v obráceném sedu složitější.

- **Sed s asistencí**

Tato poloha je nejvíce zatěžující pro koně z důvodu účasti dvou osob. Proto se vybírá kůň s dlouhým tělem, aby zprostředkoval dostatek místa pro realizaci. Tato poloha se využívá u nejistých klientů pro překonání strachu nebo u klientů, jejichž stupeň postižení jim neumožňuje samostatné vzpřímení.

- **Poloha v lehu na krku koně**

Klient sedí ve směru jízdy a rukama objímá krk koně podél lopatek. Pomáhá v přípravě klienta na terapii tím, že aktivuje pánev a vnitřní stranu stehen k budoucímu vzpřímení. Také slouží jako relaxační poloha.

- **Poloha pytel**

Jiskrová, Casková, & Dvořáková (2010) popisují ještě jednu polohu. V publikacích se objevuje také název indián. V praxi vypadá poloha tak, že klient leží na břiše přes koňský hřbet. Tato poloha neumožňuje povzbuzování bipedálního vzoru, čímž se rozumí pohyb dolních končetin, mj. chůze, běh, skok. Přesto poloha indiána umožňuje úlevu v oblasti bederní páteře. Výběr koně pro tento typ polohy se přizpůsobuje velikosti klienta, zejména záleží na adekvátní velikosti a šířce koně.

3 KOORDINOVANÁ PODPORA V RÁMCI UCELENÉHO SYSTÉMU REHABILITACE

Pojem rehabilitace byl hojně využíván již v historii a jeho význam nabývá širokého rozměru. Z výše uvedeného vyplývá, že zdravotní postižení se netýká pouze omezení či narušení specifických funkcí člověka, ale zasahuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho života. Ztěžuje člověku sociální interakci, vzdělávání i hledání zaměstnání. Proto i v tomto odvětví postupně docházelo k novým pohledům na rehabilitaci. Rehabilitací se rozumí snaha o navrácení zdraví do původní kvality (Nerandžič in Hermanová a kol., 2014) Od dřívějšího jednoznačného vnímání rehabilitace pouze jako lékařské činnosti se upustilo vzhledem k tomu, jak rozsáhlá dimenze zdravotní postižení je. V nynější době se tedy na rehabilitaci nahlíží jako na činnost, na které se podílí několik odborníků z různých specializací. Jednoduše jde o mezioborovou neboli interdisciplinární spolupráci zahrnující léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou péči. V tomto případě mluvíme „...o jednotlivých prostředcích rehabilitace.“ (Jankovský in Pfeiffer, 2014, s. 54). V nynější době se užívá pojem ucelená rehabilitace vymezována jako propojený a koordinovaný proces, jehož obsahem je zmírňovat jakékoliv důsledky vyplývající ze zdravotního postižení s následným cílem optimální integrace do společnosti (Kolář, 2009). Definice Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením pro rok 2021-25 popisuje rehabilitaci jako: „...*multidisciplinární obor zabývající se odstraňováním či snižováním progresu nemoci nebo následků úrazu a zmírňováním jejich důsledků prostřednictvím systematického, propojeného a koordinovaného plánování a řízení zdravotnických, sociálních, pracovních, výchovně-vzdělávacích, technologických a dalších nástrojů.*“ (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025, 2020, str. 64). Cílem koordinované rehabilitace je osobám s jakýmkoliv typem a stupněm postižení zajistit účast v nejvyšší možné míře na životě společnosti a dosáhnout největší úrovně nezávislosti (Michalík et al., 2011). Rehabilitace se nevztahuje pouze k osobám, kterým se v důsledku úrazu nebo nemoci změnily životní návyky, ale také těch, jež se s postižením narodily, nebo jej získaly ve velmi raném věku. V tomto kontextu vyhovuje spíše pojem habilitace z latinského slova „habilitas“ = způsobilost, nicméně tento pojem se u nás neujal (Jankovský in Pfeiffer, 2014).

3.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky rehabilitace zahrnují zejména zdravotnickou péči, ale i zde lze vidět jistou interdisciplinarnost. Jesenský (1995) definuje léčebné prostředky jako velmi důležitou součást uceleného systému rehabilitace, jejichž cílem je odstranit zdravotní postižení a funkční omezení a omezit možné následky vyplývající z možných poruch. Do těchto prostředků patří fyzikální terapie, čímž se rozumí např. vodoléčba, léčba teplem, světlem, ultrazvukem či magnetoterapie. Za nedílnou součást léčebných metod se považuje léčebná tělesná výchova zakládající se na tělesném cvičení. Velmi rozšířená a známá je Vojtova metoda reflexní lokomoce, jejíž základ spočívá v reflexním plazení a otáčení. Koncept manželů Bobathových, patřící též do léčebné tělesné výchovy, má své specifické pojmy a spočívá také v důkladném pozorování pohybového vystupování dítěte. Další léčebnou metodou je ergoterapie, definována jako činnostní terapie, zakládající se na smysluplném trávení času během dne, zaměstnávání, zábavě i hře. Terapie uskutečňované prostřednictvím zvířat se nazývá zooterapie. Vzhledem k tomu, že této skupině terapií se věnuje podrobně celá kapitola, nebudu tento poměrně široký pojem více rozvádět. Mezi skupinu terapií přesahujících do dalších oborů se, řadí muzikoterapie (léčba pomocí hudebních aktivit), arteterapie (léčba pomocí výtvarných aktivit) a psychoterapie (léčba pomocí psychologických metod). Do této skupiny prostředků náleží mimo jiné různé chirurgické výkony, nejčastěji úprava šlach, kompenzační pomůcky a v neposlední řadě také medikamentózní léčba (Jankovský in Pfeiffer, 2014).

3.2 Sociální prostředky rehabilitace

Sociální prostředky rehabilitace pomáhají osobám se zdravotním postižením či znevýhodněním zapojit se v nejvyšší možné míře do života společnosti a vést samostatný nezávislý život (Jankovský in Pfeiffer, 2014). Výstižně popisuje sociální rehabilitaci zákon č. 108/2006 Sb. § 70 odst. 1, str. 1274, o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů jako: „...soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“ Aby osoby se zdravotním postižením měly možnost dosáhnout zmíněné soběstačnosti a nezávislosti pomáhá jim

stát prostřednictvím dávek sociálního zabezpečení, výhod a příspěvků pro zdravotně postižené. Rozumí se jimi např. uznání invalidního důchodu, průkazy pro osoby se zdravotním postižením, příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu či zvláštní pomůcku (Jankovský in Pfeiffer, 2014). Významnou roli v sociální rehabilitaci hrají sociální služby, zahrnující sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poradenství poskytuje základní nebo odbornou pomoc. Služby sociální péče nabízí širokou platformu terénních, ambulantních či pobytových služeb, do kterých se řadí osobní asistence, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, denní stacionáře atd. Velmi důležitá sociální služba je raná péče pomáhající rodinám, kterým se narodí dítě se zdravotním postižením, aby se vyrovnali s mimořádně těžkou životní situací. Napomáhá jim posilovat vzájemné rodinné vazby, podporuje vývoj dítěte, vytváření dispozic pro vzdělávání či předcházet sociální exkluzi (Votava, 2003). Služby sociální prevence se snaží předejít sociální exkluzi osobám se zdravotním postižením prostřednictvím např. rané péče, terapeutických dílen či aktivizačních služeb.

3.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Pedagogické prostředky rehabilitace se zaměřují zejména na výchovu a vzdělávání osob se zdravotním postižením. Jankovský (2006) zdůrazňuje velký význam edukace pro začleňování člověka do společnosti. Dále popisuje výchovu a vzdělávání jako nikdy nekončící proces, který je však nejpodstatnější v dětském a dospívajícím věku (Jankovský, 2006). Jak vyplývá z Listiny základních práv a svobod, každá osoba má právo na vzdělání a to i osoby se zdravotním postižením. Jsou zřizována zařízení podle paragrafu 16 odstavce 9 školského zákona, od předškolního vzdělávání až po vyšší odborné vzdělávání, která korespondují s individuálními vzdělávacími potřebami žáků se zdravotním postižením. Avšak neoptimálnější směřování v tomto odvětví je integrace osob s postižením do běžného vzdělávacího proudu, tzv. inkluzivní vzdělávání (Kolář, 2009). V rámci pedagogické rehabilitace je poskytována včasná intervence pro rodiny a děti se speciálními vzdělávacími potřebami, kterou obvykle zajišťují speciálně pedagogická centra. Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout co nejvyššího možného stupně vzdělání pomocí speciálně-pedagogických prostředků. Těmi prostředky jsou: speciálně pedagogická diagnostika, edukace, reedukace, kompenzace a stimulace (Valenta, 2015). Důležitou roli také hraje smysluplné trávení volného času prostřednictvím různých mimoškolních aktivit, které vytvářejí vlohy a nadání osoby se zdravotním postižením (Votava, 2003).

3.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Práce je nedílnou součástí a základní potřebou v životě každého člověka ve společnosti. Zlepšuje kvalitu života po ekonomické, ale i po psychické stránce. Umožňuje nám být finančně nezávislí, uplatňovat nabitě vědomosti a schopnosti. Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením je velkou problematikou, protože řada zaměstnavatelů se domnívá, že jsou tyto osoby nespolehlivé a nezodpovědné. Pedagogickou rehabilitaci popisuje Michalík et al. (2011) jako souvislou činnost směřující k tomu, aby osoba se zdravotním postižením získala nebo si udržela vyhovující zaměstnání na trhu práce. Pracovní politika spadá do aktivní politiky zaměstnanosti k vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením na trhu práce vedoucí k plnému začlenění (Valenta, 2015). Aby byla pracovní rehabilitace stanovena, posuzují se faktické možnosti pracovního začlenění. Důležitá je také spolupráce úřadů práce s pracovními rehabilitačními středisky či s centry léčebné péče. Úřady práce následně s žadatelem o pracovní rehabilitaci vyhotovují individuální plán pracovní rehabilitace obsahující postup směřující k získání zaměstnání a jeho plnění. Může obsahovat následující činnosti: poradenské činnosti, přípravu pro zaměstnání z teoretického i praktického hlediska, rekvalifikační kurzy, vytváření optimálních podmínek pro vykonávání zaměstnání aj. (Kolář, 2009). Součástí pracovní rehabilitace je také začleňování osob se zdravotním postižením do běžného zaměstnání, resp. podporované zaměstnávání. Problematiku zaměstnávání osob se zdravotním postižením se snaží řešit povinnost zaměstnavatelů plnit povinný podíl zaměstnávání osob se zdravotním postižením. To znamená, že zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více, než 25 osob v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu, který činí 4 %. Tato povinnost jde však plnit např. odebráním výrobků od zaměstnanců, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením nebo odváděním peněžní částky do státního rozpočtu. Všechny tyto povinnosti zaměstnavatelů najdeme v zákonu č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v paragrafu 81.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Metodika

Při svém výzkumu jsem použila kvalitativní metodu, která spočívala v hloubkových polo-strukturovaných rozhovorech, analýze příslušné dokumentace a zúčastněném pozorování. Důvodem výběru kvalitativní metody bylo detailnější seznámení a získání informací o průběhu a účincích hipoterapie u jednotlivých respondentů. Pro zpracování mého výzkumného projektu jsem zvolila centrum Arpida v Českých Budějovicích.

Do centra Arpida jsem s žádostí o vypracování výzkumné části přišla v lednu roku 2022. Po výběru vhodných respondentů a souhlasů jejich rodičů na účasti výzkumu jsem nejdříve studovala příslušnou dokumentaci dětí a postupně prováděla potřebné rozhovory. Následně probíhalo samotné pozorování.

V empirické části jsou vypracovány čtyři případové studie dětí v předškolním a mladším školním věku, jejichž podstatou bylo popsat rodinnou a osobní anamnézu dětí, nynější onemocnění, dále průběh a přínos hipoterapie a dalších terapií v rámci koordinované rehabilitace u jednotlivých dětí. Z důvodu zdravotního stavu nebylo možné provádět rozhovory přímo s vybranými respondenty, v tomto případě dětmi předškolního a mladšího školního věku, proto probíhaly s jejich rodiči a odborným personálem.

Východiskem výzkumné části je následná analýza získaných dat a diskuze, která pojednává o tom, jak spolu korespondují poznatky z teoretické a výzkumné části.

4.1.1 Případová studie

Umožňuje podrobné zkoumání jednoho či více případů sloužící k pochopení složitých jevů (Švaříček & Šedová, 2014). Jednotlivé případové studie jsou vypracovány v souladu s etickými zásadami, a proto jsou uvedena anonymní jména.

4.1.2 Hloubkový rozhovor

Švaříček, Šedová (2014) považují v kvalitativním výzkumu právě hloubkový rozhovor za nejvyužívanější techniku k získávání informací a dat. Dále rozhovor definují jako „...*nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek...*“ (Švaříček, Šedová, 2014, s. 159).

Rozhovory vzhledem k časové vytíženosti zákonných zástupců a epidemiologické situaci probíhaly v prostorách centru Arpida, vždy v klidném prostředí. Před uskutečněním samotných rozhovorů jsem si připravila tři hlavní okruhy témat, které se členily na další podtémata. Pro snadnější následující zpracování byly se souhlasem respondentů rozhovory nahrávány na diktafon.

4.1.3 Zúčastněné pozorování

Patří mezi nejtěžší metodu v kvalitativním výzkumu, která probíhá dlouhodobě, systematicky a v prostředí, které je prostředkem zkoumání (Švaříček & Šed'ová, 2014).

Pozorování probíhalo v popsaném výzkumném terénu, viz kapitola 4.3. S ohledem na nepřítomnost krytých prostor pro výkon hipoterapie, probíhalo pozorování od začátku března do půlky dubna, kdy začalo být příznivější počasí. Předmětem pozorování byl průběh hiporehabilitační jednotky, poloha dítěte na koni, viditelné fyzické či psychické změny a chování klienta na koni během terapie.

4.2 Popis výzkumného terénu

Arpida, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením poskytuje komplexní koordinovanou podporu v rámci uceleného systému rehabilitace rodičům a dětem, mladistvým a dospělým osobám s tělesným a kombinovaným postižením. Pomoc a podporu uskutečňuje prostřednictvím škol, školských zařízení, sociálních služeb a nestátního zdravotnického zařízení. Arpida jakožto velký komplex nabízí širokou škálu terapií v rámci koordinované podpory, umožňuje vzdělávání osobám s postižením dle jejich potřeb a nabízí aktivizační služby pro mladé dospělé.

S ohledem na zaměření bakalářské práce spatřuji jako stěžejní popsat prostředí, ve kterém probíhá hipoterapie v centru Arpida. Arpida má na realizaci hipoterapie k dispozici ohraničenou venkovní jízďárnu s písčítým povrchem. Nedisponuje žádným krytým prostorem, který by umožňoval hipoterapii provádět také v zimním období, proto v tomto období realizována není. Velmi často terapie probíhá také mimo tyto prostory a to v přírodě, vždy je ale důležité dbát na pevný a jistý povrch. Pokud klienti zvládnou nasednout na koně samostatně, jsou zde připraveny a využívány dvě rampy. Jedna z nich se nachází ze strany jízďárny, pro ty případy, kdy terapie probíhá uvnitř těchto prostor. Druhá je poté u vchodu/východu do koňského areálu, využívaná právě na terapii mimo jízďárnu. Kromě hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii se v Arpidě uskutečňují také další obory hiporehabilitace, a to hiporehabilitace v pedagogice

a sociální praxi a jedna z forem parajeďectví - paravoltiž. V současné době jsou k těmto činnostem využíváni tři koně různých plemen – huculský kůň, český teplokrevník a český chladnokrevník. Výběr koní probíhá za součinnosti cvičitele koní a fyzioterapeuta na základě cílové skupiny. Důležitými aspekty jsou pak výška koně, šířka hřbetu a také jeho krok. Výcvik koní z časového hlediska probíhá vždy individuálně, záleží na povaze a temperamentu jednotlivého zvířete. Výcvik probíhá ze sedla, ale velmi důležitá je také práce ze země, která upevňuje důvěru mezi cvičitelem a koněm.

Základním vybavením pro výkon hipoterapie je jezdecká dečka s podbřišníkem. Velikost a tvar dečky závisí na zvolené poloze klienta, při poloze vleže se používá delší dečka, přes kterou je položena ještě příkrývka či deka kvůli hygieně. Dle individuálních potřeb klientů resp. dětí jsou při hipoterapii využívány další pomůcky, bez kterých v podstatě nelze hipoterapii provádět. Používají se hlavně madla v různých velikostech, která jsou pro šikovější děti, které lépe udrží stabilitu. Míče jsou připevňovány k jezdecké dečce na suchý zip, které jsou pro držení stability asi nejobtížnější. Kvádry se též připevňují suchým zipem a slouží k opření rukou, popř. loktů a většinou je využívají děti, které by již měly sedět, ale ještě samy nesedí. Další pomůckou jsou podpurné klínky, které se v případě, že klient sedí příliš na křížové kosti, umísťují pod klientovy sedací kosti nebo pod stehna zepředu k většímu protáhnutí a roztažení nohou od sebe. Dále se dávají pod kvádr, aby se neházel ze strany na stranu. Mezi využívané pomůcky patří mimo jiné i třmeny, jež jsou upevňovány též suchým zipem k dečce. Využívají se u dětí se zkrácenými Achillovými šlachami, aby došlo k jejich protahování.

Hiporehabilitační jednotka obvykle trvá kolem třiceti minut včetně příchodu, pozdravení koně, nasednutí, napolohování, samotné jízdy, pohlazení koně, sesednutí, nakrmení koně a odchodu. Hipoterapie probíhá u vybraných klientů 1x týdně po dobu tří měsíců od března do května a poté od září do listopadu. Někteří klienti během těchto měsíců mají čtrnáctidenní intenzivní jízdy, při kterých hipoterapie probíhá od pondělí do čtvrtka 1x denně. Během posledních čtrnácti dnů v srpnu, centrum Arpida realizuje týdenní pobyty, které jsou pro klienty velmi intenzivní a každý zúčastněný absolvuje od pondělí do čtvrtka hipoterapii 2x denně, ráno a odpoledne, v pátek už pouze dopoledne.

5 CÍL BP

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zkoumat, jaký vliv a přínos má hipoterapie pro fyzické i psychické zdraví u vybraných klientů, v tomto případě dětí se zdravotním postižením.

Dále byly stanoveny dílčí cíle, které spočívaly ve zjištění polohy dítěte na koni v průběhu hiporehabilitační jednotky, v jaké četnosti je hipoterapie prováděna a jaké další terapie dítě navštěvuje v rámci koordinované rehabilitace.

PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případová studie č. 1

Charakteristika dítěte:

Dívka, 5, 5 roku.

Nynější onemocnění:

Dětská mozková obrna, spastická kvadruparéza s levostrannou převahou, těžká mentální retardace, mikrocefalie, epilepsie kompenzovaná, centrální porucha zraku, zavedený PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie).

Rodinná anamnéza:

Kristýnka se narodila do úplné rodiny. Pochází z dvojčat, ale její bratříček bohužel zemřel půl roku po porodu. Jiného sourozence nemá. Matce je 39 let, kromě péče o dceru pracuje jako účetní. Otcovi je 44, pracuje v automobilovém průmyslu. Jejich zdravotní stav je bez větších komplikací. Společně žijí v rodinném domě nedaleko Českých Budějovic.

Osobní anamnéza:

Kristýnka je z druhého umělého oplodnění. Těhotenství probíhalo bez komplikací až do 24. týdne, v tomto týdnu matka porodila Kristýnku akutním císařským řezem. Ihned byla umístěna do inkubátoru a napojena na úplnou plicní ventilaci. Pár dní po porodu začalo u Kristýnky krvácení do mozku, které je mimo jiné příčinou postižení. Matka s Kristýnkou strávila několik měsíců v nemoci, než mohly odejít domů.

Kristýnka neseďí, nechodí, s ostatními komunikuje pouze pomocí slabik. Ale je velmi vnímavá na mluvenou řeč a dokáže porozumět slyšenému např. při výzvě na ukázání očí, nosu je schopná na sobě dané věci ukázat. Vývojově je zhruba na úrovni půlročního miminka. Kristýnka přijímá výživu přes zavedený PEG, ale plánovaným cílem je naučit Kristýnku přijímat stravu ústy.

Kristýnka je velmi usměvavé, milé a vnímavé děvče. Od tří a půl roku navštěvuje v centru Arpida mateřskou školu. Z počátku měla úzkost a strach při odloučení od matky, ale postupně se na prostředí mateřské školy adaptovala a líbí se jí tam.

Hipoterapie:

Hipoterapii Kristýnce indikoval dětský neurolog s ohledem na celkový zdravotní stav.

Na hipoterapii dochází do Arpidy cca od dvou let. Většinou jezdí na koni s užším rámcem, který není tolik stimulační.

Kristýnka začala terapii v poloze na břiše s hlavou proti směru jízdy. Nejdříve měla z koní velký strach a celou hiporehabilitační jednotku proplakala. Opakovaným absolvováním hipoterapie se tato psychická zátěž polehku odbourávala. Nyní zvládá terapii bez pláče, v poloze vsedě s oporou o kvádr, který je podepřen klínky pro lepší udržení stability. V průběhu hiporehabilitační jednotky se fyzioterapeut snaží Kristýnku stimulovat k napřimění a držení hlavičky ve vzpřímené poloze. V případě velké náročnosti a únavy se během jednotky přesouvá opět do pozice vleže na břiše. Občas fyzioterapeut přesunul Kristýnku do polohy pytel (či indián) pro úplné zrelaxování.

Kristýnka pravidelně absolvuje hipoterapii na jaře a na podzim po dobu čtrnácti dnů, při které se jezdí 1x denně, od pondělí do čtvrtka. Jednou se účastnila týdenního intenzivního pobytu v srpnu, při němž se jezdí od pondělí do pátku 2x denně.

Další terapie:

V rámci koordinované rehabilitace navštěvuje v centru Arpida také 4x týdně fyzioterapii (Vojtova metoda), 1x týdně ergoterapii a 1x týdně logopedii. V rámci docházky do mateřské školy chodí 1x v týdnu do bazénu, ale absolvuje také rehabilitační plavání. Účastní se mimo jiné čtrnáctidenních lázeňských pobytů, jejichž součástí je perličková koupel. Jak matka, tak fyzioterapeut se shodují, že mezi její nejoblíbenější terapie patří jednoznačně bazén a všechny aktivity spojené s vodou.

Matka je přesvědčena, že právě komplexní působení různých terapií uceleného systému rehabilitace má vliv na udržování, ale také zlepšování celkového vývoje a zdravotního stavu dívky.

Případová studie č. 2

Dívka, 4 roky.

Nynější onemocnění:

Paleo a neocerebelární syndrom nejasné etiologie, axiální hypotonie, chůze na širší bázi s občasným pádem, mírné titubace trupu a hlavy.

Rodinná anamnéza:

Alenka se narodila do úplné rodiny. Má dva starší bratry, ve věku sedm a deset let, kteří navštěvují běžnou základní školu. Matce je 37 let, věnuje se domácnosti a péči o dceru, příležitostně chodí uklízet. Otcovi je 33 let, pracuje na plný úvazek. Zdravotní stav obou rodičů je bez výrazných problémů. Výskyt jiného postižení v rodině není. Celá rodina společně bydlí v panelovém domě v Českých Budějovicích.

Osobní anamnéza:

Alenka se narodila ze třetího těhotenství matky, které probíhalo bez komplikací. Porod proběhl pár dní po termínu, byl vyvolávaný a trval několik hodin. Během porodu, ani po něm nenastaly žádné komplikace. Několik dní po narození začala Alenka s matkou cvičit Vojtovu metodu, protože se zdálo, že se otáčí pouze na jednu stranu. Do sedmnácti měsíců probíhalo vše v pořádku. Alenka dobře prosperovala a vývoj probíhal optimálně vzhledem k věku - seděla, ležla po čtyřech, začínala si stoupat. V tomto období si matka a paní fyzioterapeutka všimly náhlého zhoršení v motorických dovednostech, nevysvětlitelných pádů a třesu těla. Matka byla ihned vyslána na neurologii, kde byla Alence stanovena výše uvedená diagnóza. Ani po několika vyšetřeních se nepodařilo zjistit příčinu postižení. Po stanovení diagnózy, zhruba v osmnácti měsících, začala matka s Alenkou docházet 2-3x týdně na fyzioterapii (Bobath koncept) a na individuální muzikoterapii do centra Arpida.

Alenka začala chodit ve třech letech, ale vzhledem k onemocnění byla chůze ataktická a nekoordinovaná. V nynějších čtyřech letech je na úrovni cca tří letého dítěte. Momentálně jde vývoj rychle dopředu, začíná pomalu komunikovat, velmi se zlepšila chůze, také rovnováha a celková koordinace pohybů.

Nyní navštěvuje Mateřskou školu v centru Arpida. Při nástupu do školky ve třech a půl letech byla docházka pouze 2-3x v týdnu, aby se adaptovala na nové prostředí. Od nového roku (září 2021) dochází do školky již pravidelně každý den.

Alenka je velmi usměvavá a dobře naladěná holčička, která má ráda kolektiv dětí a hry s nimi. Pokud by se vše vyvíjelo pozitivním směrem, matka by ráda Alenku integrovala do běžné základní školy.

Hipoterapie:

Hipoterapie byla Alence indikována dětským neurologem a svou první absolvovala v centru Arpida ve dvou a půl letech.

Její první kontakt s koněm byl velmi kladný, ihned se usmívala a byla v dobrém rozpoložení. Alenka začala hipoterapii v poloze v sedu s podpůrným kvádrem, pro lepší udržení stability na koni. Nyní absolvuje hiporehabilitační jednotku pouze s malým madlem, občas se během terapie dokáže madla pustit a rovnováhu udržet bez držení. Hipoterapii má velmi ráda, na koni se usmívá a jízdu si užívá. Z pohledu matky i fyzioterapeutky má hipoterapie na Alenku velký, hlavně pozitivní vliv. Dle matčiny slov terapie z počátku velmi napomohla k tomu, aby Alenka začala chodit. Nyní pomáhá zlepšovat ataktickou chůzi, držení těla a zmenšila se četnost nečekaných pádů.

Již dvakrát Alenka absolvovala týdenní intenzivní hipoterapeutický pobyt v letních měsících, při kterých se jezdí od pondělí do pátku vždy 2x denně. I hned po absolvování prvního pobytu matka vnímala u Alenky změny, a to hlavně ve zpevnění celého těla.

Od září 2021 začala mimo jiné docházet v centru Arpida na kroužek paravoltiž. V zimních měsících probíhal kroužek v tělocvičně, kde děti trénovaly hlavně rovnováhu a stabilitu na různých stabilních plochách, využívaly ortopedické masážní koberce a válce. Zhruba od začátku března probíhá při dobrém počasí kroužek venku, nejdříve na trenažeru a následně se přechází na koně. Ten je veden v kroku na jízdárně a děti na něm cvičí různé cviky jako např. upažení rukou, otáčení trupu, kleknutí na koně.

Další terapie:

V rámci uceleného systému rehabilitace dochází 1x týdně na fyzioterapii, která je spojená se senzomotorickou integrací, 1x týdně na skupinovou muzikoterapii, 1x týdně na logopedii, 1x týdně na ergoterapii, 1x týdně do bazénu. Mezi Alenčiny nejoblíbenější terapie patří muzikoterapie a hipoterapie.

Mimo centra Arpida navštěvuje kraniosakrální terapii, která spočívá v přikládání rukou na části těla, a tím dochází k rozprůdění mozkomíšního moku.

Matka je velmi spokojená s provázaností a komplexním působením všech terapií.

Případová studie č. 3

Dívka 4 roky, 2 měsíce.

Nynější onemocnění:

Kvadruspastická forma DMO při těžké VVV mozku (cystická forma schizencefálie levé mozkové hemisféry), hluboká mentální retardace, kompenzovaná epilepsie, subluxace levé kyčle (aplikován botulotoxin, Atlanta dlaha).

Rodinná anamnéza:

Martinka se narodila do úplné rodiny. Matka, 35 let, je zdravá, pracuje na částečný úvazek a stará se o Martinku. Otec, 38 let, také zdravý, pracuje na plný úvazek. Martinka má starší osmiletou sestru navštěvující běžnou základní školu, které v pěti letech byla zjištěna arytmie. Společně bydlí na vesnici v rodinném domě se spoustou zvířat.

Osobní anamnéza:

Těhotenství probíhalo až do 32. týdne bez jakýchkoliv problémů. V tomto týdnu byla na kontrolním ultrazvuku zjištěna vrozená vývojová vada. Porod proběhl císařským řezem ve 39. týdnu těhotenství. Z důvodu zkažené plodové vody byla Martinka několik týdnů na kyslíku, jinak nepotřebovala žádnou speciální péči. Několik dní po narození docházela Martinka s matkou na Vojtovu metodu. Ve čtyřech měsících se u Martinky objevil klonus na nohách. V pěti měsících se následně přidružila epilepsie, která byla ihned kompenzovaná léky. V osmi měsících došlo ke zhoršení epilepsie a byly předepsány další léky. K záchvatům docházelo i 1x za týden, ale postupem času matka vypozorovala, že spouštěčem záchvatů bývá zácpa a díky zjištěné příčině se podařilo četnost záchvatů snížit.

Vzhledem k závažnému kombinovanému postižení více vadami nedochází k optimálnímu vývoji. Martinka se dokáže přetočit na jednu stranu, nesedí, nechodí, verbálně nekomunikuje. V současné době se ale dobře dorozumívá pomocí nonverbální komunikace, zvednutím ruky, mimikou v obličeji. Rozumí tomu, co jí okolí říká a reaguje na to.

Od dubna roku 2021 začala docházet do Mateřské školy v centru Arpida, nejdříve byla docházka 1-2x týdně, aby si Martinka postupně zvykala na nové prostředí. Od září téhož roku dochází již každý den. Ve školce se jí velmi líbí, má ráda společnost dětí. Martinka je velice kontaktní, nejlépe se cítí, když jí někdo neustále drží v náručí. V mateřské

škole tento nepřetržitý blízký kontakt není možný, proto se postupně kompenzuje zátěžovými dekami a polohovatelnými pomůckami, aby měla Martinka stálý pocit blízkosti.

Hipoterapie:

Martinka první hipoterapii absolvovala v jednom roce a čtyřech měsících na základě indikace dětským neurologem.

Vzhledem k tomu, že Martinka s rodinou mají doma několik zvířat a těší se u ní velké oblibě, byl první kontakt s koněm velmi pozitivní a přátelský.

Hipoterapii začala v poloze na břiše proti směru jízdy, avšak v této poloze nebyla spokojená a plakala, proto fyzioterapeutka změnila polohu na sed s pomocným kvádrem, o který se opírá. V této poloze je výrazně šťastnější, ale bohužel nevydrží příliš dlouho udržet kvalitnější sed a začne se hrbít, proto přechází v průběhu hiporehabilitační jednotky opět do polohy na břicho.

Martinka má za sebou již několik hipoterapií. V květnu 2019 absolvovala svou první hipoterapii intenzivních čtrnáct dní, při které se jezdí od pondělí do čtvrtka 1x denně. Na podzim roku 2020 docházela na hipoterapie po dobu tří měsíců 1x týdně. V roce 2021 měla hipoterapii naplánovanou opět na čtrnáct dní, avšak z důvodu špatného počasí bylo jízd méně. Tento rok Martinku čeká v květnu intenzivní čtrnáctidenní hipoterapie.

Dle slov matky i fyzioterapeutky, pomáhá hipoterapie hlavně k uvolnění spasticity, napřímování a udržování zdravotního stavu.

Další terapie:

V rámci centru Arpida dochází 3x týdně na fyzioterapii na Vojtovu metodu a Bobath koncept, kde trénují opory o ruce a také vnímání vlastního těla. Dále má 1x týdně ergoterapii, 1x týdně logopedii a chodí na rehabilitační plavání.

Jednou za čtrnáct dní absolvuje fyzioterapii funkce. Byla také již několikrát na měsíčním pobytu v lázních.

Matka je velmi spokojená s komplexním působením všech terapií, které Martinka navštěvuje.

Případová studie č. 4

Dívka, 7 let.

Nynější onemocnění:

Spinální muskulární atrofie III. typ, hypotonie, velká unavitelnost, zkrácené Achillovy šlachy.

Rodinná anamnéza:

Barunka má úplnou rodinu. Matka s otcem oba pracují na plný úvazek a jsou bez zdravotních komplikací. Společně žijí v panelovém domě v Českých Budějovicích. Barunka má ještě dva starší sourozence, bratrovi je 25 let a sestře 23 let, kteří mají již vlastní domácnosti.

Osobní anamnéza:

Barunka se narodila ze třetího těhotenství matky. Těhotenství probíhalo až do 34. týdnu bez jakýchkoliv komplikací. V tomto týdnu došlo k odtoku plodové vody a matka musela ihned do nemocnice. Byly podány kortikosteroidy, aby se dovyvinuly plíce, poté proběhl porod císařským řezem. Na pár dní byla Barunka umístěna do inkubátoru. Již v porodnici holčička ležela pouze na levé straně, a tak po propuštění z nemocnice začala Barunka s maminkou cvičit Vojtovu metodu, kterou cvičily až do dvou let. Matka měla stále pochybnosti o Barunčině vývoji, který sice nebyl nijak výrazně opožděný, ale dle jejích slov nebyl v pořádku. A tak následovala další vyšetření na neurologii, která ale nic nezjistila. V průběhu let se matka snažila hledat vhodné způsoby cvičení, přihlásila Barunku např. na plavání, ale po půl roce jej zrušily, protože docházelo spíše ke zhoršování zdravotního stavu a výrazné unavitelnosti. V pěti letech si matka všimla, že Barunka nezvládne udělat dřep a skok. Barunka absolvovala sérii dalších vyšetření, ale jediným jasným výsledkem bylo poškození svalů přední strany stehen, lýtek a hýžďových svalů. Až v září roku 2021, v šesti letech, ji na základě genetického vyšetření byla diagnostikována spinální muskulární atrofie III. typu. Nyní má za sebou startovací dávky Spinrázy. Absolvuje také 1x za půl roku testy celkových motorických schopností.

V současné době se objevují problémy v hrubé motorice, Barunka neudělá dřep, neposkočí na nohou, má problémy vyjít schody nebo ujít delší vzdálenosti.

Barunka nyní navštěvuje první třídu základní školy rodinného typu pro mimořádně nadané děti. Je velice šikovná, vyhovuje jí menší počet dětí ve třídě a individuální přístup.

Hipoterapie:

Hipoterapii indikoval dětský neurolog, první terapii absolvovala v pěti letech. První setkání s koněm probíhal s naprostou spokojeností a beze strachu. Hipoterapii absolvovala již od začátku v poloze v sedu. Fyzioterapeut střídá Barunce v průběhu hiporehabilitační jednotky různé pomůcky, jezdí s podpurným kvádrem, s madlem, někdy také bez něj. Občas byly využívány také třmeny, právě kvůli protažení Achillových šlach.

První hipoterapii absolvovala na jaře roku 2020, kdy jezdila od května do června 1x týdně. Stejný rok v srpnu se účastnila intenzivní týdenní hipoterapie, při které jsou terapie 2x denně. V nynějším roce 2022 se v květnu účastní čtrnáctidenní intenzivní hipoterapie.

Od září roku 2021 začala také navštěvovat kroužek paravoltiž.

Další terapie:

V současnosti navštěvuje v rámci dalších terapií v centru Arpida fyzioterapii 1x týdně. A výše zmíněný kroužek paravoltiž. Mimo centrum Arpida chodí znovu na plavání a jízdu na koních. Ráda by se vrátila ke cvičení dětské jógy, která ji velmi bavila a pomáhala k posílení svalů.

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A DISKUZE

Cílem výzkumné části této bakalářské práce na téma Hipoterapie jako léčebná metoda v rámci uceleného systému rehabilitace bylo zjistit, jak hipoterapie probíhá a jaké fyzické a psychické přínosy má u vybraných dětí v předškolním věku. Dále také, jaké další terapie klient navštěvuje a zda právě součinnost všech terapií se podílí na celkové prosperitě dítěte.

Kolektiv autorů (in Bicková, 2020) píše, že hipoterapie může být indikována dětem již od 3 měsíců. Dále, že právě včasný začátek terapie je nejúčinnější, z důvodu dobré neruoplasticity vyvíjející se centrální nervové soustavy. Dochází tak k jejímu příznivému ovlivnění a k rozvoji správných motorických vzorů, které jsou v těchto případech patologické. U všech dotazovaných byla hipoterapie indikována později, nejdříve v jednom roce a čtyřech měsících. Dívce v poslední případové studii dokonce až v pěti letech, z důvodu komplikované a pozdní diagnostiky. V čemž spatřuji velké nevýhody a ztížené možnosti rozvoje.

Kůň, jehož pohyb hřbetu v kroku hraje nejdůležitější roli v hipoterapii, stimuluje sedícího klienta a napomáhá k přetváření patologických pohybových vzorců. Proto je jasné, že právě nejpočetnější klientelou hipoterapie jsou právě osoby s tělesným postižením. Důkazem jsou tomu také děti z výše uvedených případových studií, které svým onemocněním patří do skupiny osob s poruchami hybnosti. Trojrozměrný a rytmický pohyb koně v kroku zejména umožňuje uvolnění svalového tonu a držení těla. V průběhu mého pozorování se toto tvrzení plně potvrdilo. V oblasti postury měly děti při začátku hiporehabilitační jednotky skoliotické nebo shrbené držení těla. Fyzioterapeut dítě k napřimění stimuloval různými hmaty na zádech či cvičením (vytažením k obloze, plácnutím). Když se schylovalo ke konci jednotky, držení těla bylo viditelně lepší. Dítě dokázalo udržet narovnané tělo a s ním také vzpřímenou hlavu. Pozitivní účinky jsem také jednoznačně zpozorovala v uvolnění spasticity u dívek se spastickou dětskou mozkovou obrnou. Z počátku stažené dolní končetiny se během terapie nepatrně uvolňovaly. Svůj podíl má na tom nejen rytmický a opakující se pohyb koně, ale jeho vyšší tělesná teplota, která umožňuje prohřátí svalů. Po několika jízdách v rámci týdenní intenzivní hipoterapie došlo k výraznějšímu uvolnění svalového tonu a tím k dosažení lepších pohybových možností a k podpoře kondice dítěte.

U dívky s mozečkovým syndromem (viz případová studie č. 2), která má ataktickou chůzi a problémy s koordinací pohybů, jsem po hipoterapii viděla zlepšení v chůzi i běhu, pohyby byly více kontrolované a stabilnější. Účinky hipoterapie na koordinaci těla a stabilitu potvrzuje kolektiv autorů v publikaci Zooterapie v kostce (Bicková, 2020).

Hollý a Hornáček (2005) ve své knize píše mimo jiné o psychosociálních účincích hipoterapie na člověka. Zejména vyzdvihuje odbourání psychického napětí a stresu a posilování zdravého sebevědomí. Při mém pozorování byly tyto účinky vyzorovány u všech dětí, které se zúčastnily mého výzkumu. Při příchodu a polohování dítěte na koňský hřbet děti působily nejistým a úzkostným dojmem, pevně v rukou svíraly pomocné madlo či jiné pomůcky a při výzvě k jejich puštění měly velký strach. V průběhu hipoterapie jejich nejistota a napětí opadávaly, děti se na koni usmívaly, občas ho také pohladily a dokázaly jet chvíli i bez držení. Na konci hipoterapie byly děti v mnohem lepším rozpoložení, v některých případech se jim nechtělo z koně slézt. Na konci hiporehabilitační jednotky poté s velkým nadšením koně odměnily jablkem či mrkví, samozřejmě za pomoci fyzioterapeuta z důvodu bezpečnosti. Působení na psychickou stránku jsem spatřila také u dívek se souběžným postižením více vadami. I když z počátku na nich nelze zpozorovat výrazné emoce, na konci terapie působily uvolněnějším a klidnějším dojmem. Dle slov obou matek jsou taktéž doma v lepším psychickém rozpoložení, pozitivní vliv se odráží také na spánku.

Prokázané jsou účinky také v kognitivní oblasti. U dětí, které byly součástí výzkumu, šlo zejména o řečové schopnosti. Děti se učí koně pobídnout pomocí mlasknutí, šikovnějším slovem „hyjé“. Jelikož hipoterapie probíhá většinou v terénu, děti stimulují vnější vlivy, na které následně reagují. Také promlouvají směrem ke koni, oslovují ho jménem a chválí ho.

Z odpovědí rodičů a odborného personálu vyplynulo, že největší posuny se dostávají po absolvování intenzivní hipoterapie, při kterých se jezdí několikrát v týdnu. Značnou nevýhodou je velké množství uchazečů na tyto pobyty a tím tedy nejistá účast. U Kristýnky (případová studie č. 1) spatřují změnu ve větším zpevnění v pánevní oblasti. Také dochází k již zmíněnému uvolnění spasticity, zlepšení ve vzpřimování a lepšímu zvedání hlavičky. Alence (případová studie č. 2), dle slov matky, napomohla hipoterapie k tomu, aby začala chodit. Viditelná změna je spatřena v lepší koordinaci pohybů, rovnováze, zpevnění svalstva a řečovém rozvoji. Martince (případová studie

č. 3) hipoterapie především pomáhá k uvolnění spasticity, došlo také k lepšímu držení těla a hlavičky. Velký přínos u Barunky (případová studie č. 4) vnímají rodiče i fyzioterapeuti zejména v posílení svalů, hlavně břišních a svalů na nohou. Matka popisovala velkou unavitelnost po prvních dvou dnech intenzivní hipoterapie, ale po jejím odeznění spatřuje velké zlepšení v chůzi, která za běžných okolností probíhá po špičkách a ze široka.

Další vývoj a výhledový cíl hipoterapie u dětí, jež se účastnily mého výzkumu je z pohledu fyzioterapeutů nadále pracovat na zlepšování stávajících potíží a dosahovat optimálního rozvoje. U Kristýnky (případová studie č. 1) se jedná o pokračování v uvolňování spasticity. Cíl je nadále korekce postury, tedy zlepšení držení těla a hlavičky. Cílem, kterého chtějí fyzioterapeuti a rodiče u Alenky (případová studie č. 2) pomocí hipoterapie dosáhnout je správná chůze a posilování svalů pro lepší koordinaci pohybů v prostoru. U Martinky (případová studie č. 3) chtějí fyzioterapeuti dosáhnout snížení svalového tonu a lepšího napřimování a udržení hlavičky. Cíl fyzioterapeutů u Barunky (případová studie č. 4) spočívá ve zlepšení patologické chůze s ohledem na zdravotní stav.

Rodiče velmi dobře hodnotí komplexní a intenzivní působení dalších terapií v rámci koordinované rehabilitace, které jejich děti navštěvují. Jsou přesvědčení, že právě provázanost všech terapií dohromady a dobře fungující odborný tým je klíčem ke správné stimulaci, uspokojení potřeb dětí a jejich optimálnímu vývoji. Těžko se jim však posuzuje, jaká z terapií má na dítě největší vliv.

Celkově byla hipoterapie u všech dotazovaných velmi kladně vnímána a hodnocena. Shodli se, že působení hipoterapie je velmi komplexní, protože stimuluje dítě nejen po fyzické stránce, ale i po stránce kognitivní (řeč, paměť, pozornost) a psychické. Potvrdili také pozitivní vliv na celkový zdravotní stav jejich dětí. Tyto zjištěné informace korespondují s autory, kteří o hipoterapii píší ve svých publikacích (Hermannová, Münichová & Nerandžič, 2014; Müller, 2014; Bicková, 2020). Jedinou nevýhodu spatřují rodiče v nemožnosti realizace hipoterapie i v zimních měsících, tím dochází k větším prodlevám mezi absolvováním hipoterapie.

I přes to, že znám jízdu na koni od mého školního věku a v blízkosti koní jsem strávila nespočet hodin, jsem velice ráda, že jsem prostřednictvím pozorování hipoterapie měla možnost objevit další hodnoty těchto zvířat. Z mého pohledu je hipoterapie velice

významnou a účinnou léčebnou metodou. Myslím, že hipoterapie jednoznačně umožňuje nejen dětem, ale i starším osobám nenásilnou a přirozenou formou posilovat celé tělo, což potvrzuje mimo jiné prohlášení prvního československého prezidenta T. G. Masaryka, který byl vášnivým jezdcem až do svého stáří: „*Je to nejrychlejší tělocvik, to cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce – jen to zkuste...*“ (Nerandžič, 2006, str. 83).

ZÁVĚR

Hipoterapie je v současné době poměrně rozšířenou a účinnou léčebnou metodou zejména pro osoby s poruchami hybnosti. Využívá komplexního působení koňského hřbetu v kroku.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První teoretická část popisuje různé pohledy na zdravotní postižení a uvádí rozdělení osob podle postižených funkcí. Další kapitola je věnována zooterapii a jejímu dělení. Několik kapitol v teoretické části se zaměřuje na hiporehabilitaci, zejména poté na hipoterapii, která je pro tuto práci stěžejní. Kapitoly popisují kritéria pro výběr koně, průběh hipoterapie, dále možné indikace a kontraindikace pro hipoterapii, vyzdvihují důležitost hiporehabilitačního týmu a účinky hipoterapie na člověka. Poslední kapitola pojednává o koordinované podpoře v rámci uceleného systému rehabilitace a jejím jednotlivým prostředkům. Empirická část této práce uvádí metodologii, která byla použita, v tomto případě kvalitativní výzkum a jeho techniky. Dále popisuje prostředí výzkumného terénu, ve kterém probíhalo zúčastněné pozorování. Zjištěné informace jsou následně zpracovány do jednotlivých případových studií. Všechny stanovené hlavní a dílčí cíle, byly v práci naplněny.

Po získání odpovědí od rodičů lze říci, že hipoterapie na klienty působí a ovlivňuje kvalitu jejich zdravotního stavu a vývoje. Z případových studií vyplývá, že má jednoznačně pozitivní vliv na všechny vybrané klienty. Po fyzické stránce došlo u vybraných klientů zejména ke zlepšení hrubé motoriky, postury a k uvolnění spasticity. Pozitivní ovlivnění se ukázalo také v psychice a to v odbourání stresu a úzkosti, posílení sebevědomí a navození celkové spokojenosti. Dále byly zjištěny vlivy na kognitivní oblast, zejména v oblasti rozvoje řeči a komunikace. Žádné nepříznivé působení se neobjevilo. Všichni dotazovaní se shodli, že jsou s hipoterapií velice spokojeni a rádi by nadále pokračovali v jejím absolvování.

Tato práce je určena všem, které zajímá léčebné působení hipoterapie, a chtěli by se o ní dozvědět více informací. Doufám, že jim tato práce pomůže hipoterapii lépe porozumět a prohloubit si znalosti v této oblasti.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BICKOVÁ, Jaroslava, ed., 2020. *Zooterapie v kostce: minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1585-1.
2. ČESKO, 2004. Zákon č. 435 ze dne 23. července 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. ročník 2004, částka 143, číslo 435. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=435/2004&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy
3. ČESKO, 2006. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, číslo 108. Dostupné také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=108/2006&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy ISSN: 1211-1244.
4. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.
5. HERMANNOVÁ, Hana, Dana MÜNICOVÁ a Zoran NERANDŽIČ, 2014. *Základy hipoterapie*. Praha: Profi Press. ISBN 978-80-86726-57-1.
6. HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK, 2005. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex. Kůň v životě člověka. ISBN 80-7225-190-2.
7. JANKOVSKÝ, Jiří. *Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným (motorickým) postižením v duchu uceleného systému rehabilitace*. In: PFEIFFER Jan a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU, 2014. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
8. JANKOVSKÝ, Jiří, 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.
9. JESENSKÝ, Ján, 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7066-941-1.
10. JISKROVÁ, Iva, Vladimíra CASKOVÁ a Tereza DVOŘÁKOVÁ, 2010. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita v Brně. ISBN 978-80-7375-390-0.

11. KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.
12. KOLÁŘ, Pavel, c2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.
13. KROUPOVÁ, Kateřina a kolektiv, 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: Vybrané pojmy*. Praha: Grada. ISBN 78-80-247-5264-8.
14. MICHALÍK, Jan, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.
15. MILICHOVSKÝ, Luboš, 2010. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-7452-001-3.
16. MKF: *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* [online], 2020. 2. české vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-04-01]. ISBN 978-80-7472-187-8. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008317/mkf-cz-002.pdf>
17. MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2020* [online], ©2019. 2. aktualizované vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-04-08]. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>
18. MÜLLER, Oldřich, ed., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
19. *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025: schválený usnesením vlády České republiky ze dne 20. července 2020 č. 761*, 2020. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-255-5.
20. NERANDŽIČ, Zoran, 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata léčí: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros. Albatros Plus. ISBN 80-00-01809-8.
21. PFEIFFER, Jan a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: ZSF JU, 2014. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
22. SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

23. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
24. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN isbn978-80-262-0696-5.
25. VALENTA, Milan, 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.
26. VELEMÍNSKÝ, Miloš, 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. ISBN 978-80-7322-109-6.
27. VOTAVA, Jiří, 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

Elektronické zdroje

28. Defining Criteria for Intellectual Disability, ©2022. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [online]. [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>
29. Helen Keller: Citáty, c2008-2022. In: *DatabazeKnih.cz* [online]. Fiala [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://www.databazeknih.cz/citaty/helen-keller-38038>
30. Hiporehabilitace: Obory hiporehabilitace, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-02-03]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/>
31. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hpsp/>
32. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/htfe/>
33. Hipoterapie v psychiatrii a psychologii, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/http/>
34. Parajezdectví, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-03-30]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/parajezdectvi/>

35. Požadavky na vzdělání terapeutů a instruktorů v hiporehabilitaci, 2020. *Česká hiporehabilitační společnost* [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/pozadavky-na-vzdelani-terapeutu-a-instruktoru/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CNS	centrální nervová soustava
ČHS	Česká hiporehabilitační společnost
DMO	dětská mozková obrna
HJ	hiporehabilitační jednotka
HTFE	Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii
HPSP	Hipoterapie v pedagogice a sociální praxi
HTP	Hipoterapie v psychiatrii a psychologii
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICP	infantilní cerebrální paréza
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MR	mentální retardace
např.	například
NS	nervová soustava
PEG	perkutánní endoskopická gastrostomie
SMA	spinální muskulární atrofie
WHO	World organization of health
z. s.	zapsaný spolek

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Okruhy otázek k polo-strukturovanému rozhovor

Příloha č. 1

Vzor pro informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu¹ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Hipoterapie jako léčebná metoda v rámci uceleného systému rehabilitace dětí se zdravotním postižením.

Řešitel projektu: Klára Pašková, e-mail: paskok01@pf.jcu.cz.

Název pracoviště: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D., e-mail: jjankov@pf.jcu.cz.

Cíl výzkumu: Cílem kvalitativního výzkumu je prostřednictvím rozhovoru s klienty hipoterapie (popř. jejich zákonnými zástupci) a s odborníky z této oblasti zjistit, jaký přínos má pro klienta působení hipoterapie a to v rámci koordinované podpory uceleného systému rehabilitace.

Popis výzkumu: Zkoumaná osoba (popř. zákonný zástupce) souhlasí s účastí na výzkumném projektu výše uvedené bakalářské práce, přesněji na polostrukturovaném rozhovoru. Osoba je informována o tom, že její odpovědi budou zaznamenávány pomocí diktafonu z důvodu kvalitnějšího zpracování. Dále také, že pro ni z této činnosti nevyplývají žádná zdravotní rizika. Zkoumaná osoba (popř. zákonný zástupce) také souhlasí s prostudováním příslušné lékařské a jiné dokumentace. Veškeré osobní údaje a informace vyplývající z rozhovoru či dokumentace budou použity pouze pro účel výzkumného projektu a budou zveřejňovány anonymně. Dotazovaná osoba se do výzkumného projektu zapojuje dobrovolně a má možnost kdykoliv rozhovor ukončit.

.....

datum a podpis řešitele projektu

¹ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí resp. mého dítěte.

Jméno a příjmení účastníka:.....

Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště zákonného zástupce:

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi:.....

Podpis zákonného zástupce:.....

Příloha č. 2

Okruhy otázek k polo-strukturovanému rozhovoru

Zákonný zástupce

1) Otázky k seznámení

- věk dítěte, diagnóza
- rodinná anamnéza - úplná/neúplná rodina, věk matky/otce, zdravotní stav matky/otce, sourozenci, bydlení, zaměstnání
- osobní anamnéza – těhotenství, porod, etiologie postižení, vývoj dítěte, vzdělávání

2) Otázky týkající se hipoterapie

- indikace hipoterapie, začátky hipoterapie
- přínos terapie
- průběh hipoterapeutické jednotky – poloha, chování

3) Otázky týkající se koordinované podpory

- další terapie – četnost
- vliv a přínos terapií na celkový zdravotní stav
- provázanost terapií

Odborný personál – fyzioterapeut

1) Otázky týkající se hipoterapie

- kvalifikační podmínky pro výkon hipoterapie
- počet koní
- průběh hipoterapie – délka, prostředí, personální zastoupení, pomůcky
- začátky hipoterapie u daného dítěte – věk, průběh, poloha
- nynější průběh hipoterapie u daného dítěte – poloha, průběh, pomůcky
- frekvence hipoterapie u daného dítěte
- přínos hipoterapie u daného dítěte

2) Otázky týkající se koordinované podpory

- další terapie v rámci koordinované rehabilitace – jejich frekvence
- komplexní vliv terapií