



Bakalářská práce

Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením

Studijní program:

B0111A190016 Speciální pedagogika

Autor práce:

Ing. Markéta Sojková

Vedoucí práce:

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Liberec 2023



Zadání bakalářské práce

Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením

Jméno a příjmení:

Ing. Markéta Sojková

Osobní číslo:

P20000217

Studijní program:

B0111A190016 Speciální pedagogika

Zadávací katedra:

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Akademický rok:

2021/2022

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Popsat aktivity s využitím koní, včetně hipoterapie, a zjistit jejich vliv na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování.

Při zpracovávání bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucí práce.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

tištěná/elektronická

Jazyk práce:

Čeština

Seznam odborné literatury:

BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

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

MÜLLER, O., a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

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

VALENTA, M. a kol., 2009. *Psychopedie*. 4. aktual. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

Vedoucí práce:

ThDr. Kateřina Brzáková Beksová, Th.D.
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

3. dubna 2022

Předpokládaný termín odevzdání: 28. dubna 2023

L.S.

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

PhDr. Pavel Kliment, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 13. června 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí práce ThDr. Kateřině Brzákové Beksové, Th.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a věnovaný čas, který mi poskytla při zpracování bakalářské práce. Poděkování také patří pečujícím o dítě s mentálním postižením a terapeutům v rámci neziskové organizace, kteří byli ochotni se podělit o své zkušenosti. V neposlední řadě děkuji své rodině a přátelům, kteří mi poskytli zázemí a podporu při studiu a zpracování této práce.

Anotace: Bakalářská práce se zabývá vlivem hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením. Cílem bylo popsat aktivity s využitím koní¹, včetně hipoterapie², a zjistit jejich vliv na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob. Teoretická část obsahuje základní terminologii týkající se hiporehabilitace a vývoje terminologie v tomto oboru, dále je stručně popsáno mentální postižení a terapie vhodné pro osoby s mentálním postižením. Poslední část teoretické části rozebírá odborné termíny, jako jsou emoce, prožívání a chování, emocionalita dětí s mentálním postižením, emoční inteligence a emoční poruchy. Pro dosažení cíle bakalářské práce byly v rámci empirického průzkumu stanoveny 4 průzkumné otázky, na jejichž základě byl vytvořen polostrukturovaný rozhovor s pečujícími o děti s mentálním postižením. Za účelem hlubšího porozumění prožívání dětí s mentálním postižením a pro lepší orientaci v souvislostech vlivu hiporehabilitace na emoce těchto dětí, bylo uskutečněno vlastní pozorování autorky a rozhovory s experty.

Klíčová slova: mentální postižení, emoce, prožívání, chování, emoční inteligence, hiporehabilitace, hipoterapie, aktivity s využitím koní, hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, socializace.

¹ Podle aktuálního názvosloví: hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi, viz kapitola 1.1

² Podle aktuálního názvosloví: hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, viz 1.1

Annotation: The bachelor's thesis deals with the Effect of Equine Assisted Activities and Therapies on the emotions of a child with a mental disability. The aim of the thesis was to describe Equine Facilitated Learning³, including Hippotherapy⁴, and to determine their effect on the child's feelings and behavior from the point of view of caregivers. The theoretical part contains basic terminology related to Equine Assisted Activities and Therapies and the development of terminology in this field, and also briefly describes mental disabilities and therapies suitable for people with mental disabilities. The last part of the theoretical section analyzes terms such as emotions, feelings and behavior, emotionality of children with mental disabilities, emotional intelligence and emotional disorders. In order to achieve the goal of the bachelor's thesis, 4 survey questions were set as part of the empirical survey, based on which a semi-structured interview with caregivers of children with mental disabilities was created. The author's own observation and interviews with experts were carried out in order to gain a deeper understanding of the feelings of children with mental disabilities and for a better orientation in the context of the effect of Equine Assisted Activities and Therapies on the Emotions of these children.

Key words: mental disability, feelings, behavior, emotional intelligence, Equine Assisted of Activities and Therapies, Hippotherapy, Equine Facilitated Learning, Equine Facilitated Learning and Social care, Equine Facilitated Physiotherapy and Occupational Therapy, socialization.

³ According to the current nomenclature: Equine Facilitated Learning and Social care, see chapter 1.1

⁴ According to the current nomenclature: Equine Facilitated Physiotherapy and Occupational Therapy, see chapter 1.1

Obsah

Seznam tabulek	10
Seznam použitých zkratk a symbolů	11
Úvod	12
1 Hiporehabilitace	14
1.1 Vývoj terminologie v České republice	15
1.2 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii	16
1.3 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi	17
1.4 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii	18
1.4.1 Shrnutí rozdílů	19
1.5 Parajezdectví	21
2 Mentální postižení	22
2.1 Prevence	22
2.2 Terapeutické přístupy	23
3 Prožívání a chování	25
3.1 Funkce emocí	26
3.2 Emoční inteligence	28
3.3 Emocionální procesy u dětí s mentálním postižením	29
3.3.1 Emoce u dětí s mentálním postižením	29
3.3.2 Vůle	31
3.3.3 Socializace a adaptace	31
3.4 Poruchy emocí	33
4 Průzkumné šetření	35
4.1 Cíle empirického šetření a stanovení průzkumných otázek	35
4.2 Metody sběru dat	36
4.3 Popis a výběr respondentů	36
4.4 Etické hledisko průzkumu	37

4.5	Průběh pilotní studie	38
4.6	Průběh průzkumného šetření	38
5	Analýza a interpretace výsledků	40
5.1	Zúčastněné pozorování	40
5.1.1	Terapeutické čištění koní	42
5.1.2	Jednotlivé jízdy	43
5.1.3	Individuální terapie	44
5.1.4	Mix terapie	44
5.1.5	Výtvarný program	44
5.1.6	Muzikoterapie.....	45
5.1.7	Závěrečné vyhodnocení.....	45
5.2	Rozhovory s pečujícími	46
5.2.1	Vyhodnocení rozhovorů s pečujícími	55
5.3	Expertní rozhovory	56
5.3.1	Vyhodnocení rozhovorů s experty	59
6	Diskuze	60
6.1	Navrhovaná opatření.....	63
	Závěr.....	65
	Zdroje	67
	Seznam příloh.....	70

Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní údaje o dětech respondentů	46
Tabulka 2: Přehled diagnóz a jejich projevů	47
Tabulka 3: Reakce dětí na koně a hiporehabilitaci celkově	48
Tabulka 4: Očekávání a přínosy hiporehabilitace	51
Tabulka 5: Přehled expertů	57

Seznam použitých zkratek a symbolů

AJ – anglický jazyk

a kol. – a kolektiv

apod. – a podobně

AVK – Aktivity s využitím koní

č. – číslo

ČHS – Česká hiporehabilitační společnost

HPSP – Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi

HTFE – Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

HTP – Hipoterapie v psychologii a psychiatrii

IQ – Inteligenční kvocient

LMR – Lehká mentální retardace

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

MP – Mentální postižení

MR – Mentální retardace

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

např. – například

OSN – Organizace spojených národů

s. – strana

STMR – Středně těžká mentální retardace

TMR – Těžká mentální retardace

Úvod

Bakalářská práce s tématem „Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením“ se zabývá zejména disciplínami, jako jsou aktivity s využitím koní, včetně hipoterapie, které cíleně využívají kontakt a interakci klienta s koněm. Tato interakce slouží jako prostředek k aktivizaci, výchově a vzdělávání lidí nejen se speciálními potřebami. Jak mohou tyto disciplíny hiporehabilitace působit na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením? Jak vnímají tyto změny pečující osoby?

Původním cílem bakalářské práce bylo popsat aktivity s využitím koní, včetně hipoterapie, a zjistit jejich vliv na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob. Avšak při hlubším prostudování aktuálních odborných zdrojů bylo zjištěno, že došlo ke změně názvosloví týkající se hiporehabilitace (viz kapitola 1.1). Pro účely této práce je používána nejnovější terminologie. Za těchto podmínek je cílem bakalářské práce popsat hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, a zjistit jejich vliv na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob. Volba tématu vychází zejména z osobní zkušenosti autorky, která pečuje o dítě s mentálním postižením. V rámci komplexní rehabilitace navštěvují pravidelně intenzivní hiporehabilitační pobyty, proto má autorka snadnější přístup do průzkumného prostředí, i k respondentům.

Bakalářská práce byla systematicky rozdělena do několika částí. Teoretická část nejprve popisuje hiporehabilitaci a její disciplíny, včetně vývoje terminologie. Další kapitola stručně charakterizuje mentální postižení a terapeutické přístupy vhodné u dětí s mentálním postižením. Poslední kapitola teoretické části, obsahuje základní terminologii týkající se emocí, vysvětluje propojenost prožívání a chování s emocemi, specifikuje emoční inteligenci, emoční procesy u dětí s mentálním postižením a poruchy emocí.

Empirická část se již zaměřuje na zjištění vlivu hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob. Hlavní průzkumnou metodou je rozhovor, který byl uskutečněn s pečujícími o děti s mentálním postižením. Doplňkové metody jsou pozorování a rozhovory s experty. Pozorování se zejména zaměřilo na chod neziskové organizace, která hiporehabilitační pobyty organizuje. Tato metoda byla provedena za účelem hlubšího porozumění prožívání dětí s mentálním postižením a pro lepší orientaci v souvislostech vlivu hiporehabilitace na emoce těchto dětí. Dále se uskutečnily rozhovory

s experty, kteří poskytli odborný pohled a své zkušenosti s vlivem hiporehabilitace na emoce dětí s mentálním postižením. Uvedené kvalitativní metody se vzájemně doplňují a jejich analýza vede k odpovědím na průzkumné otázky, které byly vyvozené na základě cíle bakalářské práce.

1 Hiporehabilitace

Kořenem slova hiporehabilitace je řecké hippos, znamenající kůň. Slovo rehabilitace má latinské kořeny a je složeno ze dvou částí, z předpony re znamenající opakovat, znovu a znovu, a slovesa habitace, znamenající uschopňovat. Tedy rehabilitis se překládá jako znovu schopný. Rehabilitace je definovaná svým cílem. Hiporehabilitace je nadřazený pojem, který v sobě obsahuje jednotlivé dílčí obory. Její působení je komplexní, zahrnuje oblast medicíny, psychologie, pedagogiky a sportu (Hollý, Hornáček 2005, s. 16–21).

Podle Koca, Ataseven (2016, s. 247–248) je hiporehabilitace fyzická, pracovní a logopedická terapie, která využívá přirozenou chůzi a pohyb koně k zajištění motorického a smyslového vstupu. Je založená na zlepšení neurologických funkcí a smyslových procesů a používá se u pacientů s tělesnými a duševními poruchami. Hiporehabilitace je léčebná metoda, která má příznivé psychologické, sociální a vzdělávací účinky na mnoho tělesných systémů, např. na sensorický, limbický, vestibulární či zrakový systém.

Klech (2014, s. 457) zmiňuje, že ucelená rehabilitace se promítá v nejdůležitějších oblastech lidského života a skládá se ze tří základních složek. Všechny tyto složky v sobě obsahuje terapeutický kůň.

1. Kůň je motivujícím prostředkem psychosociální složky člověka.
2. Kůň působí na motoriku tím, že usnadňuje základní pohybové vzorce chůze, stimuluje a rytmizuje dechové funkce, ale i úchop.
3. Kůň vytváří předpoklady pro sociální začlenění člověka se specifickými potřebami, hlavně ve společenské a pracovní oblasti.

Bartošová, Ničová (2020, s. 17–35) uvádí, že reakce koní, jejich chování a komunikace, jsou založeny na neustálém vnímání a vyhodnocování informací z vnějšího prostředí. Vnímání koní probíhá prostřednictvím sensorických orgánů. Informace, které kůň takto získá, jsou následně využity při jeho reakci na danou situaci nebo podnět. Koně jsou velmi empatictí, dokážou vnímat emoce a rozpoložení nejen jiných koní, ale i člověka, a nechat se jimi ovlivnit. Do chování a fyziologie koně se tak může promítat např. nervozita, vzrušení nebo strach člověka. Při práci s koněm by měl být člověk velmi vnímavý vůči jeho projevům a celkovému rozpoložení. Jeho nepohodu či pozitivní vyladění je možné vyhodnotit z chování (z jeho pohybové aktivity, z přátelského a zvědavého příchodu k člověku, případně útěk nebo hlasové projevy apod.).

1.1 Vývoj terminologie v České republice

Müller (a kol. 2014, s. 457–458) uvádí, že poté, co v roce 1991 vznikla Česká hiporehabilitační společnost (dále jen ČHS), byla v letech 1992–1994 převzata dobře propracovaná německá terminologie. Jednalo se o rozdělení na **hiporehabilitaci** (v oboru lékařství), **pedagogicko-psychologické ježdění** a **sportovní ježdění handicapovaných**. V průběhu let, kdy byly získávány nové zkušenosti v oboru a také s rozvojem hiporehabilitace, se objevoval tlak na nové názvosloví, protože německá terminologie se zdála nepřesná a matoucí. V dubnu 2009 vznikla tedy nová dohoda o vytvoření oficiálního slovníku. Hlavní změnou bylo rozdělení pedagogicko-psychologického ježdění na:

- **aktivity s využitím koní** (AVK, využívané v pedagogické a sociální sféře),
- **terapii s využitím koní pomocí psychologických prostředků** (psychologická sféra).

Lantelme-Faisant (2021) ve svém článku uvádí, že změněná výstižnější terminologie v roce 2009, je podle vzoru USA.

Nejnovější rozdělení terminologie je možné najít na webových stránkách ČHS (2020), kde je uvedeno, že k 1. 1. 2020 došlo ke změně názvosloví v hiporehabilitaci na:

- **Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)** – dříve hipoterapie,
 - název v anglickém jazyce (dále jen AJ): Equine Facilitated Physiotherapy and Occupational Therapy.
- **Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)** – dříve AVK,
 - název v AJ: Equine Facilitated Learning and Social care
- **Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP)** – dříve psychoterapie pomocí koní,
 - název v AJ: Equine Facilitated Psychiatry and Psychology.
- **Parajezdectví** – dříve sportovní ježdění hendikepovaných (ČHS 2021).

Zmiňovaná nejnovější terminologie se začala diskutovat již v roce 2019, kdy proběhl „Terminology summit“ v USA, kde se tamní asociace snažily najít společný slovník. Na tomto základě bylo Českou hiporehabilitační společností v rámci Evropy organizováno setkání terapeutů, kde došlo ke vzájemné dohodě na novém názvosloví a k vytvoření evropského networkingu (European Equine Facilitated Therapy Network – EEFTN), v rámci kterého probíhá spolupráce na evropské úrovni a dochází ke sdílení dobré praxe. Tato změna vznikla zejména v důsledku potřeby lepší a sjednocené komunikace mezi odborníky i laickou veřejností, ale také v důsledku potřeby zvýšení respektu vůči terapeutům, kteří pracují

s klientem prostřednictvím koně. Kůň je v hiporehabilitaci pouze prostředníkem terapie, hlavní práci odvádí terapeut, a právě z toho důvodu je důležité, aby v oficiálním názvu zazněla profese odborníka, protože pouze pod jeho vedením, může být terapie efektivní (Lantelme-Faisant 2021).

Pro účely bakalářské práce bude využívána nejnovější terminologie, která je platná od 1. 1. 2020.

1.2 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

Hipoterapie jako léčebná metoda je indikována hlavně u diagnóz, jako je například vrozené malformace končetin, anomálie páteře a hrudníku, amputace, dětská mozková obrna, svalové atrofie a dystrofie apod. Kůň je terapeutickým prostředkem díky trojrozměrnému pohybu svého těla. Při pohybu koně dochází k neustálému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který se musí neustále přizpůsobovat pohybu koňského hřbetu. Při aktivní hipoterapii dochází k aktivizaci senzorycké integrace, dochází zde ke sladění hybných a řečových funkcí díky rytmizaci, a k silné emoční motivaci (Pipeková, Vítková 2001, s. 132).

Pojem hipoterapie se skládá z řeckého slova hippos a therapein, které je popsáno jako lékařské ošetření nemoci nebo narušené schopnosti. Hipoterapie je tedy oproti hiporehabilitaci užší, konkrétnější pojem, zaměřující se na terapii, léčbu. Hiporehabilitace je širší pojem, který je zaměřený především socioentricky. Hipoterapie je definována jako *cílené využití práce s koněm, vození se na koni a ježdění (hipických aktivit), ale hlavně multidimenzionálního pohybu koně na zmírnění nebo odstranění příznaků onemocnění hybného aparátu* (Hollý a Hornáček 2005, s. 18–19).

Klíčovou úlohu v rámci hipoterapie zaujímá ovlivnění postury. Pod pojmem postura jsou obsaženy všechny motorické schopnosti člověka, které mají za úkol udržet určitou polohu. Postura ovlivňuje celkový stav lidského organismu. Hipoterapie může působit na posturu buď přímo přes pohybový systém (vliv na centrální nervový systém nebo na myoselektální systém – svaly, klouby, vazy apod.), nebo nepřímo přes jiné systémy (respirační, psychosociální působení na osobnost apod.). Hipoterapie je metoda, která využívá proprioceptivní, taktilní, zrakové a čichové podněty, a také aktivuje podkorové a korové mechanismy, které se podílejí na řízení motoriky (Hollý, Hornáček 2005, s. 28–32).

ČHS (2021) uvádí, že hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (dále jen HTFE) je jedna z technik fyzioterapie a ergoterapie, která může být vedena pouze kvalifikovaným

fyzioterapeutem či ergoterapeutem s kurzem HTFE pod ČHS. Pohyb koňského hřbetu je odborným pracovníkem využíván cíleně jako balanční plocha, která ovlivňuje senzorycké, neuromotorické a kognitivní funkce za účelem zlepšení kvality života klienta.

1.3 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi

Jak již bylo zmíněno ve vývoji terminologie, hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (dále jen HPSP) dříve označována jako aktivity s využitím koní, byla před rokem 2009 spolu s HTP (dříve psychoterapie pomocí koní) součástí jedné disciplíny zvané pedagogicko-psychologické ježdění. Obsahoval jak psychoterapii, tak pedagogickou část, která úzce souvisí se sociální rehabilitací. Tento původní pojem zahrnující výchovné i léčebné prvky je definován jako *využívání práce s koněm, vožení se na koni a ježdění na koni jako pedagogické a psychologické médium k dosažení pozitivních změn v chování dětí a mládeže, nebo ke zmírnění nebo odstranění příznaků duševní choroby či mentálního handicapu* (Hollý, Hornáček 2005, s. 19–20).

Pipeková, Vítková (2001, s. 134) uvádí, že se tento druh ježdění uplatňoval zejména tam, kde vznikla potřeba utvářet interakci pacient – kůň – terapeut nebo interakci mezi pacienty. Cílem pedagogicko-psychologického ježdění byla podpora sebedůvěry pacienta prostřednictvím cvičení odvahy, samostatnosti apod.

HPSP je disciplínou hiporehabilitace, kterou může provádět certifikovaný instruktor HPSP, který využívá cíleně kontakt a interakci s koněm a prostředí určené pro chov koní, jako prostředek k motivaci, aktivizaci a výchově a vzdělávání lidí se speciálními potřebami. *Roli hraje prostředí stájí a výběhů, kde je třeba dodržovat jasná pravidla chování, spolupráce ve skupině, kontakt se zvířaty – jejich hlazení, čištění srsti a česání hřívky, vodění koní a plnění různých úkolů a nakonec i jízda na koni. To všechno jsou neuvěřitelně působivé faktory* (ČHS 2022a). Odborně vedený proces HPSP je zaměřen na konkrétní potřeby klientů. Obecné cíle jsou:

- **rozvoj sociálních schopností a dovedností** (návěky komunikace, schopnosti spolupracovat, prožití pocitu sounáležitosti apod.),
- **snížení rizika sociálního vyloučení** (navázání nových kontaktů, posílení kontaktů v rodině, pomoc při zapojení do běžného života),
- **rozvoj psychické kondice** (rozvoj kognitivních funkcí, posílení sebevědomí, možnost relaxace a odpočinku apod.),

- **pozitivní ovlivnění chování** (zlepšení schopnosti sebekontroly, soběstačnosti),
- **zlepšení zdraví a fyzické kondice** (normalizace svalového napětí, zlepšení pohybové koordinace a rovnováhy),
- **usnadnění edukačních procesů** (zážitková pedagogika – motivační prvek),
- **pozitivní a smysluplné trávení volného času** (ČHS 2022a).

Tým HPSP je tvořen kvalifikovaným instruktorem pro HPSP, asistentem při HPSP a instruktorem jezdeckví pro hiporehabilitaci. Všichni členové jsou pravidelně proškolení a vzděláváni. Nezbytnou součástí týmu je vhodný a speciálně vycvičený hiporehabilitační kůň. Plně kvalifikovaný instruktor (pedagogické, sociální nebo zdravotně-sociální vzdělání s příslušným kurzem pod ČHS či na Masarykově univerzitě v Brně), odpovídá za celkový průběh HPSP, vytváří náplň HPSP a odpovídá za péči a celkový přístup k hiporehabilitačním koním (ČHS 2022a).

1.4 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii

Psychoterapeutickým ježděním se rozumí začlenění práce s koněm, vození se na koni a ježdění na koni (tedy hipických aktivit) jako psychologického média ke zmírnění nebo odstranění příznaků duševního onemocnění, psychologického problému nebo mentálního handicapu (Hollý, Hornáček 2005, s. 147).

Dle Hollého a Hornáčka (2005, s. 146–150) je empiricky prokázáno, že ježděním na koni lze léčit. Prostřednictvím ježdění na koni hipoterapie pomáhá lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce žádoucím směrem. Dá se chápat jako podpůrná psychoterapie, která si klade za cíl:

- redukovat poruchy chování,
- redukovat subjektivní psychické potíže,
- podporovat silné stránky schopností pacienta,
- maximalizovat autonomii pacienta v léčbě,
- dosáhnout maximální nezávislosti na psychické poruše.

ČHS (2022b) uvádí, že tuto disciplínu hiporehabilitace, by měl vykonávat odborný pracovník, který by měl být buď lékařem se specializací v oboru psychiatrie, klinickým psychologem, nebo terapeutem s psychoterapeutickým výcvikem akreditovaným MZ ČR, nebo se může jednat o psychiatrickou sestru se specializačním kurzem. Minimální věk instruktora je 21 let. Terapeut v interakci s koněm působí na různé oblasti psychiky klienta.

Jde o motivační vytváření interakce klient – kůň – terapeut nebo vzájemné interakce mezi klienty. Při HTP se využívá kůň a jeho specifické vlastnosti za účelem ovlivnění duševního stavu klienta a napomáhá tak k vytváření chybějících citových vazeb nebo k úpravě postojů k okolí. K léčbě není využívána jen jízda na koni, ale základem je využití širokého prostředí okolo koně a možností práce s koněm. Je možné využívat různé formy psychoterapie (rodinnou terapii, kognitivně behaviorální přístupy apod.).

1.4.1 Shrnutí rozdílů

Müller (a kol. 2014, s. 471–474) shrnuje rozdíly mezi HPSP a HTP. Hlavním rozdílem je tedy rozdílná oblast působení a působení jiných odborníků. Současně se tyto oblasti velmi úzce prolínají a nelze je striktně oddělit. Zásadní je čas strávený aktivitami péče o koně a jen 20 % času by mělo být věnováno ježdění. HPSP a HTP stimulují 4 základní oblasti jedince, ovlivňování těchto oblastí je komplexní a vzájemně se prolíná.

1. **Tělesná stimulace** – úzce se prolíná s HTFE skrze hlazení koně, čištěním, voděním koně a jízdou na něm. Při aktivitě jsou přirozeně procvičovány pohybové schopnosti klienta, aniž by tušil, že rehabilituje.
2. **Psychická stimulace** – kůň je prostředkem, skrz nějž se odborníci snaží ovlivnit vztahy klienta a jeho emoční či kognitivní stránku. Člověk často naváže lépe vztah se zvířetem než s jiným člověkem, proto je kůň a vztah s ním využíván jako silný motivační prostředek. Klient je při kontaktu s koněm nucen k soustředění, pozornosti, je velmi emočně angažován a jeho chování je neustále konfrontováno s okamžitými reakcemi koně. Práce je upřena na práci s koněm a často se tak vytratí problémový příznak (úzkost, koktavost, stereotypní pohyby apod.).
3. **Sociální stimulace** – terapeut může pomocí koně změnit špatné chování klienta, zejména pak ve skupinové formě práce s koňmi, která má na klienty obrovský vliv. Dále je posilováno zdravé sebevědomí klienta a správné sebehodnocení, dochází ke stimulaci motivace, vůle nebo dochází k formování interpersonálních vztahů ve skupině.
4. **Preventivní stimulace** – zasahuje do všech předchozích bodů. Člověk se během svého života může vždy vrátit k této formě terapie a má tak větší šanci zvládnout adaptaci na podmínky, ve kterých selhal.

Hollý a Hornáček (2005, s. 138–173) uvedli pouze 3 oblasti, které je možné evidovat. Léčba koněm podle nich působí na fyzickou, psychickou a sociální stránku klienta. V rámci **tělesných faktorů** působí facilitační mechanismy skrze senzomotoriku, a proto má účinek

kontaktem koně s člověkem psychologický a sociální rozměr. Výcvik ježdění na koni působí zejména na rozvoj sebevědomí a sebeuvědomění, které zahrnuje navzájem propojené taktilní, propioceptivní a balanční složky. Výsledkem je zlepšení fyzického fondu, zlepšení koordinace pohybů, celkové posilování zdraví nebo propojení mezi tělesným a duševním uvolněním a společně přispívá k psychické pohodě účastníka. **Faktory psychologické a sociální** se prolínají a nesou v sobě komplex vlivů působících na klienta. Při výcviku jízdy na koni dochází mezi koněm a jezdcem k dialogu, který probíhá prvotně skrze vzájemné působení mezi aktéry pomocí naučených podnětů. Pokud je komunikace v pořádku, dochází k vytváření důvěry. *Funguje cestou pregestikulatorního porozumění v oblasti psychomotoriky* (Hollý, Hornáček 2005, s. 139). Kůň je citlivý tvor, který odráží změny emoce klienta. Dává tedy zpětnou vazbu, pomocí které reguluje chování pacienta a jeho afektivitu. Klient se přirozeným způsobem učí zpracovávat důsledky svého chování, aniž by se cítil být potrestán nebo ponížěn. Komunikace mezi koněm a člověkem probíhá na nonverbální úrovni, kdy hlavním cílem je vyjádřit vnitřní stav organismu, vztah k okolí, hodnotit probíhající události a reagovat na vnější podněty. Probíhá cestou optického, akustického, olfaktorického a taktilního systému. Především lidé s poruchou autistického spektra dokážou spíše navázat kontakt se zvířetem než s člověkem. Vztah, který vzniká mezi koněm a jezdcem je jedinečným a silným motivačním činitelem. Klient se potýká s ambivalentními pocity od prvního kontaktu s koněm. Z počátku člověk pociťuje strach, postupně s narůstajícími zkušenostmi strach ustupuje a tužba po jízdě se zvyšuje. Pouto, které vzniká mezi jezdcem a koněm je vysoce motivační a je často viděno v hiporehabilitačních centrech. Když je strach redukován na opatrnost, úzkost se rozplyne a jezdec psychologicky profituje z ježdění, vzniká jedinečné pouto, kdy klient překonává nepříjemnosti spojené se cvičením na koni, s námahou nebo odporem vůči autoritě pedagoga či terapeuta.

Podle Müllera (a kol. 2014, s. 471–474) jsou cíle HPSP a HTP odvozeny od individuálních potřeb klientů. Indikovány jsou např. u dětí s poruchami učení a chování, u osob s vadami řeči, s mentálním postižením, se smyslovými vadami, s autismem nebo u osob duševně nemocných či se závislostmi. Na začátku by měl být sestaven terapeutický plán, kde jsou stanoveny dílčí i celkové cíle.

Ve společnosti člověka kůň zcela odráží jeho nevědomou stránku, funguje jako čisté, právě vyleštěné duševní zrcadlo (Čapková 2017, s. 18).

1.5 Parajezdectví

Parajezdectví, které bylo dříve nazývané sportovní ježdění handicapovaných, popsala Pipeková, Vítková (2001, s. 134), jako aktivitu založenou na aktivním ovládnutí koně klientem a zahrnuje do této složky i rekreační ježdění pro osoby s handicapem či zdravotním oslabením. Klient většinou začíná s HTFE a ježdění na koni na ni navazuje. Je to jeden z mála sportů, které může člověk s tělesným postižením provozovat. Hollý, Hornáček (2005, s. 20) dodávají, že se jedná o rehabilitační aktivitu, která v sobě zahrnuje sociální readaptaci.

Müller (a kol. 2014, s. 475) nazývá tuto část hiporehabilitace již jako parajezdectví a uvádí, že zájemce musí mít lékařské doporučení a musí být vyšetřen fyzioterapeutem, který spolupracuje s trenérem na tvorbě výcvikového plánu. Výcvikový plán je stanovován vždy individuálně s ohledem na možnosti a schopnosti klienta a nezbytný je také výběr vhodného koně a jeho příprava.

ČHS (2021) ve svém oficiálním slovníku popisuje parajezdectví jako obor hiporehabilitace, kdy se jezdec učí aktivně jezdit na koni, voltižním cvikům, vede koně v zápřeži nebo se může zúčastnit sportovních soutěží, s ohledem na svoje postižení a za použití speciálních pomůcek či změněné technice jízdy. Parajezdectví se dělí na několik disciplín: paradrezura, paraparkur, paravoltiž, paravozatajství, parawestern.

2 Mentální postižení

Mentální postižení (dále jen MP) může mít mnoho podob. Existují různé stupně, syndromy a stavy. Pro vyjádření určitého respektu, úcty k člověku s postižením, je důležité používat vhodnou terminologii, která se neustále mění v čase (Bazalová 2014, s. 12–13).

Švarcová (2000, s. 25–26) uvádí, že podstatným znakem MP je trvalost narušení poznávacích činností. MP je trvalý stav, vzniklý v důsledku neodstranitelné nedostatečnosti či poškozením mozku. Dále dodává, že na základě výzkumů a dosavadních zkušeností českého speciálního školství je zřejmé, že i přes zmíněnou trvalost narušení poznávacích funkcí, lze vhodným pedagogickým působením dosáhnout výrazného zlepšení.

Podle Valenty (a kol. 2009, s. 9–13) je pojem MP, spadající do oboru psychopedie, brán jako širší pojetí a mentální retardace (dále jen MR) je jeho součástí. Rozlišujeme druh postižení (F70 – 79 mentální retardace), stupeň postižení a typ postižení. Stupeň MP je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu:

- F70 Lehká mentální retardace (IQ 50–69).
- F71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35–49).
- F72 Těžká mentální retardace (IQ 20–34).
- F73 Hluboká mentální retardace (IQ do 19).

MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) rozlišuje také postižené chování přidáním další číslice za tečku. Jedná se o číslo 0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0), číslo 1 – výrazně postižené chování, které vyžaduje intervenci, číslo 8 – jiná poruchy chování a číslo 9 – bez zmínky o poruchách chování (UZIS 2023).

Bazalová (2014, s. 13) upozorňuje, že pojem MR již nese hanlivý nádech, proto by měl být používán jen v případě, že hovoříme o označení onemocnění podle MKN-10 Světové zdravotnické organizace. Na tomto označení se dohodli odborníci v roce 1959 v Miláně, pro nutnost terminologického sjednocení.

2.1 Prevence

Prevence je zdravotnickou, speciálně pedagogickou, psychologickou a sociálně právní záležitostí, jež se dosahuje osvětou, depistáží (tj. vyhledáváním postižených, narušených či ohrožených jedinců v populaci), poradenskými, diagnostickými, léčebně preventivními a dalšími opatřeními (Valenta a kol. 2009, s. 97).

Prevence je soubor aktivit, jejichž cílem je předcházet vzniku a výskytu nežádoucích jevů (nehody, úrazy, onemocnění), případně snižování jejich možných důsledků. Prevenci je možné rozdělit dle charakteru a zaměření na primární, sekundární a terciární. V rámci bakalářské práce je podstatná zejména **terciární prevence**, která se zaměřuje na snížení dopadu důsledků MP na jedince. Spadá sem veškerá psychopedická péče. Cílem je maximálně možná socializace osob s MP (Valenta a kol. 2009, s. 97–99).

2.2 Terapeutické přístupy

Terapii je možné rozdělit dle charakteru na čtyři základní formy – fyzioterapii, farmakoterapii, chirurgii a psychoterapii. Právě psychoterapie je léčba duševních poruch psychologickými prostředky, například slovem, úpravou prostředí nebo různými nonverbálními prostředky. K dispozici je velké množství psychoterapeutických škol a směrů, např. behaviorální terapie, terapie expresně orientované (muzikoterapie), ale i canisterapie či hipoterapie (Valenta a kol. 2009, s. 15).

Vágnerová (1999, s. 50–53) zmiňuje, že psychoterapie využívá různých psychologických prostředků, jako jsou např. různé způsoby stimulace emocí, vlivu dynamiky skupinových vztahů a interakcí apod. V rámci psychoterapie nastávají změny v oblasti emočního prožívání, rozumového hodnocení, celkového postoje k sobě i ke světu a ke změně v chování. Účinnost psychoterapie je možné měřit nejen různými testovými metodami, ale lze ji posuzovat na základě subjektivního pocitu klienta, názoru terapeuta a dalších osob, které klienta dobře znají.

Valenta a kol. (2009, s. 35) uvádí, že se v populaci vyskytuje cca 3–4 % osob s MP. Výskyt má vzhledem k minulosti rostoucí tendenci, a to zejména díky lepší lékařské péči, lepší diagnostice a evidenci mentálního postižení. Na základě vyšší četnosti obyvatel s mentálním postižením v populaci, byla již v roce 1971 na Valném shromáždění OSN přijata Deklarace práv mentálně postižených osob. Tuto Deklaraci vydala Mezinárodní liga pro osoby s mentálním postižením (dnes Inclusion International), která sdružuje národní společnosti zabývající se péčí o osoby s MP. Spadá sem i naše Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR.

Valenta (a kol. 2009, s. 125–149) popisuje, že terapeutické přístupy jsou odborné a cílené jednání člověka s člověkem, které směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, k jisté prospěšné změně (například v prožívání a chování). Terapeutické přístupy mohou být realizovány buď v rámci terapií (psychoterapie, zooterapie apod.), nebo nepřímo

v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností (v institucionální výchově). Terapie, které se v péči o osoby s MP využívají, jsou především činnostního charakteru a třídí se do následujících základních kategorií: terapie hrou, pracovní terapie, psychomotorické terapie, terapie s účastí zvířete (zooterapie), expresivní terapie (muzikoterapie). V rámci bakalářské práce je podstatná zejména **zooterapie**. Tato skupina zaujímá výjimečné postavení, protože terapeutickým prostředkem je zvíře, nejčastěji jde o koně (hiporehabilitace) či psa (canisterapie). Nejen terapie s koňmi může napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, samostatnosti či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty.

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 114–115) také zmiňují, že dítě s MR může významně těžit z psychoterapie za předpokladu, že je zvolen vhodný terapeutický postup. Právě zapojení do skupiny vrstevníků pomáhá těmto osobám zvyšovat jejich sebevědomí a fungování ve společnosti.

Terapie uplatňované ve speciálněpedagogické péči o osoby s mentálním postižením jsou důležitou a nezaměnitelnou součástí komplexní rehabilitační péče o tyto osoby (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 124).

3 Prožívání a chování

Duševní život člověka tvoří funkční celek, uvědomovaný jako prožívání, jehož cílem je regulace chování (Nakonečný 2012, s. 11).

Emoce spolu s vnímáním jsou primární fází duševního dění. Jde o základní vnitřní reakci na podnět nebo situaci, v níž se utváří vnější odpověď. Tuto odpověď označujeme jako chování. Za psychologické jádro emocí lze považovat cítění, které vystupuje vedle fyziologických procesů jako zvláštní kvalita prožívání. Fyziologické jevy dotvářejí chápání smyslu emocí, ale psychologicky podstatné jsou právě tyto vnitřní děje (zážitky), tedy city. City jsou nositeli smyslu následných vnějších dějů, tj. chování. Pojem emoce tedy *vyjadřuje komplexní fenomén, jehož složky vedle fyziologických změn a určitých způsobů chování tvoří city jako jisté způsoby prožívání situací, do nichž lidé vstupují* (Nakonečný 2012, s. 11). Existují různé pokusy o definice emoce, avšak je tendence od těchto definic upouštět a zaměřovat se spíše na určování podstatných znaků emocí, kterými se liší od jiných psychických jevů (Nakonečný 2012, s. 11–15).

Emoce jsou podle Stuchlíkové (2007, s. 21–45) komplexní jevy. Charakteristickým znakem emocí je jejich velká citlivost na změny ve vnějším a vnitřním prostředí organismu a proměnlivost. Emoce mohou být také vymezeny jako centrální organizující osy osobnosti. Změny chování lidí v určitých situacích jsou nejlépe pochopeny ve vztahu k **emocionálnímu významu** konkrétních situací pro daného člověka, což je velmi komplikovaný proces, kdy je důležité nejen zhodnotit základní informace o situaci, ale jde zejména o jejich interpretaci závislé na aktuálním psychickém stavu hodnotitele. Aktuální psychický stav zahrnuje nejen současné rozpoložení, ale i naši dosavadní emoční zkušenost, kterou utvářely všechny vlivy podílející se na tvorbě individuálních emočních procesů. Jde tedy o minulé, a právě probíhající emocionální procesy. Při interpretaci emocionálního významu hraje velkou roli emocionální intenzita při vrcholném okamžiku situace a její konec. Tradiční přístupy k emocím se dělí na:

- přístupy zaměřené na **emocionální prožívání** (zahrnují odraz našich instinktivních popudů a vnitřních konfliktů, patří sem i obranné mechanismy),
- přístupy zaměřené na **fyziologický aspekt** (zaměřují se na zkoumání periferních fyziologických změn a na zkoumání mozkových procesů při průběhu emocí),
- přístupy zaměřené na **výraz a projevy chování** zahrnují:

- evoluční přístupy zaměřující se na určování rolí emocí a charakteru adaptačních výhod, kterou jednotlivé emoce přinášejí,
- behaviorální přístupy zaměřující se na procesy, kdy se na základě základních vrozených emocí učíme dalším složitějším emocionálním reakcím.

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, 241–242) uvádějí, že emoce jsou složitý pocitový stav, který se skládá z psychické, somatické a behaviorální části, a mají vztah k afektu a náladě. Mezi základní emoce patří hněv, strach, smutek, překvapení, radost a odpor. Emoce pomáhají regulovat prožívání a reagování člověka a vedou k usměrňování jeho aktivity. Některé projevy emocí lze modifikovat (např. smích, pláč), ale vegetativní funkce ovládat nelze. Emoce jsou provázeny projevy, jako je změna krevního tlaku, frekvence tepu, dechové frekvence nebo změnou svalového napětí. Podobně jako Stuchlíková (2007) zmiňují výše uvedení autoři, že emoce obsahují tři složky – **vnitřní zážitek, z vnějšku pozorovatelné chování a fyziologické změny**. City vyjadřují zážitkový rozměr emocí a jsou emočním doprovodem základních vztahů k subjektům, objektům a nejbližšímu okolí. Vyšší city pak vyjadřují vztah k abstraktním pojmům a nejvyšším hodnotám.

Emoce⁵ jsou soubor provázaných, interaktivních a synchronizovaných procesů zahrnujících **subjektivní prožitek jedince, expresivní motorické chování, fyziologické změny, tendence k jednání, kognitivní zhodnocení a regulaci emocí** (Poláčková Šolcová 2018, s. 46–47).

3.1 Funkce emocí

Nejnovější přístupy zaměřující se na funkce emocí se zabývají otázkami, jako např.: proč lidé mají emoce, jak nám emoce mohou pomoci s adaptací nebo jaké přínosy emoce nabízejí. Funkcionální přístup se dívá na emoce jako *na procesy, které mají vztah k prostředí a vedou u jedince ke změnám, které jsou adaptivní. Emoce jsou tedy inteligentním zprostředkovatelem, který zprostředkovává to, co se děje mezi vstupem podnětů z prostředí a výstupem, jímž osobnost na toto prostředí reaguje* (Stuchlíková 2007, s. 86). Funkce emocí

⁵ Definiční rámeček emoce je v současné době neurčitou kategorií, která nemá jediné správné a komplexní vymezení. *U vymezení pojmu emoce se uplatňuje především tzv. definice prototypická, která zdůrazňuje typické charakteristiky emoce, typické komponenty a jevy, které mohou, ale nemusejí být přítomny v emočním procesu či stavu, přičemž jejich přítomnost zvyšuje pravděpodobnost, že daný jev či stav je emocí* (Poláčková Šolcová 2018, s. 46).

nám umožňují pochopit význam role emocí v našem psychickém vývoji, a jak se emocionalita proměňuje v jednotlivých fázích života. Rozdělují se na intrapersonální, sociální a vývojové. V **intrapersonálním** pojetí utvářejí emoce vnitřní stav takovým způsobem, aby jedinec byl schopný co nejvhodněji reagovat na změny v jeho prostředí. **Sociální funkce** emocí spočívá v jejich usměrňování sociálních projevů a interakcí na individuální, dyadické a skupinové úrovni. **Vývojová funkce emocí** spočívá zejména v napomáhání sociálně-kognitivním pokrokům v psychickém vývoji člověka. Podle Stuchlíkové (2007) je věnováno málo pozornosti funkcím emocí v průběhu individuálního vývoje. V každém stádiu vývoje jedince, jsou důležité jiné emoce, které usnadňují postup k vývojovým úkolům v dané etapě života. Kognitivní systém a emoce se vzájemně ovlivňují, což pomáhá dítěti adaptovat se na měnící se požadavky sociálního prostředí (Stuchlíková 2007, s. 85–104).

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 241–243) uvádí stručný přehled vývoje emočních projevů v určitých etapách lidského vývoje:

- Kojenecký věk – od narození je možné pozorovat pocity libosti a nelibosti, emoční projevy kojence jsou spojeny především s vnitřními stavy (hlad, bolest). Později (cca v 9 měsících) lze pozorovat separační úzkost, projevující se strachem, smutkem.
- Batolecí věk – je možné již pozorovat komplexnější emoční projevy (lásky k bližním, odpor, separační úzkost). Projevy studu a hrdosti přichází kolem 2. roku života dítěte, ve 3 letech poté nastupuje i pocit viny.
- Předškolní věk – zde je již pozorovatelná bohatá škála emočního prožívání (např. částečná schopnost verbalizovat pocit lásky, odmítání, úzkost).
- Mladší školní období – dítě je již schopné separovat se od rodičů a navázat silné emoční vztahy k druhým dospělým. Rozvoj morálního hodnocení, vcítění se.
- Dospívání – dochází k adolescentní separaci a orientaci na vrstevníky.

Lidé se orientují vůči okolnímu světu podle toho, jak věci sami vidí a cítí. Emoce cítíme jako tendenci přiblížit se tomu co hodnotíme jako žádoucí a vzdálit se od toho, co je špatné. To, co je nepodstatné, je emočně korigováno. Tendence v chování souvisí s libostí a nelibostí a závisí na kognitivním hodnocení, to znamená, že to, s čím se setkáváme, hodnotíme ve vztahu k sobě samému. Podstatou hodnocení je paměť, která utváří nové vztahy mezi minulou událostí s jejím afektivním zabarvením a událostí očekávanou. Emoce se tedy mohou měnit na základě změn na kognitivní úrovni, zahrnují tedy poznání Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 243).

Podle Nakonečného (2012, s. 47–49) mají emoce důležitou funkci při psychologické regulaci činnosti jedince. Funkce emocí rozděluje na biologickou a sociální. **Biologická funkce** vychází z evolučního smyslu, tj. adaptace. **Sociální funkce** vyjadřují působení emocí na sociální prostředí a ve společnosti. Sociální i biologické funkce se mohou vzájemně překrývat, protože vznik a vývoj společnosti je pokračováním evoluce. Emoce hrají důležitou roli v dyadických vztazích (rodiče a děti, vychovatel a žák, nadřízený a podřízený atd.), v rovině skupiny (posilují skupinovou soudržnost), v rovině kulturní (emočně relevantní hodnoty pro danou kulturu, které například spoluurčují i normy chování). Vágnerová (2016, s. 274–276) uvádí, že emoce mají informační, regulační a motivační funkci. Emoce tedy poskytují lidem určité informace a ovlivňují zaměření jedince a z toho vyplývající chování.

3.2 Emoční inteligence

Emoční inteligence je součástí sociální inteligence a je definována jako schopnost rozlišovat vlastní a cizí pocity a emoce, a využívat informací ve svém myšlení a jednání. Obsahuje takové emoční vlastnosti, které jsou podstatné pro dosažení úspěchu. Řadí se sem například vcítění, vyjadřování a chápání pocitů, přizpůsobivost, oblíbenost, vytrvalost, laskavost apod. Pokud jedinec dostatečně rozvine svoji emoční inteligenci, je pravděpodobnější, že dosáhne životní spokojenosti a naplnění. Za emoční část mozku je považován limbický systém, který zodpovídá zejména za ovládání emocí a pudů. Emoční paměť je funkcí limbického systému. Součástí limbického systému jsou hipokampus – zde se realizuje emoční učení, a amygdala – centrum ovládání emocí. Mozková kůra se pak podílí na ovládání emocí v souvislosti s řešením problémů, řeči, obraznosti a dalších mentálních procesů. *Emoční inteligence se týká diference emočních projevů, jejich modulace a regulace* (Valenta, Michálík, Lečbých a kol. 2012, s. 244).

Stejně tak Štefková (2023) uvádí, že pro dosažení úspěchu v životě je důležité, rozvíjet nejen inteligenci a akademické znalosti, ale i dovednosti v oblasti emocí a mezilidských vztahů. Emoční inteligence u dětí je kompetence ovládat své impulzy, motivovat se, odkládat potěšení, rozeznávat emoce druhých a vyrovnávat se s životními zlomy. Je ovlivněna temperamentem a interakcemi s rodiči, případně jinými pečujícími osobami. Pečující osoby by měly být průvodcem dětí a ukazovat jim, jak se vyrovnat s nepříjemnými prožitky. Pokud pečující nereagují na emoce dětí, potom jim uvedená zkušenost chybí. K rozvoji emoční inteligence dochází, pokud jsou rodiče tzv. „emoční koučové“. Takoví rodiče vnímají negativní emoce jako součást života, jako příležitost učit své děti vyrovnávat se s nástrahami, se kterými se mohou setkat. Pokud se emoční inteligence u dětí rozvíjí, pak jsou např.

úspěšnější ve škole, dokážou se lépe soustředit, lépe rozumí svým emocím, dokážou se rychleji uklidnit, lépe navazují vztahy apod. Existuje pět oblastí emoční inteligence – **sebeuvědomění** (rozlišení myšlenek, emocí a toho, jak ovlivňují naše volby a činy), **vědomí si druhých** (rozvoj empatie), **sebeřízení** (řízení vlastních emocí tak, aby pomocí nich dosáhli svých cílů), **odpovědné rozhodování** (rozhodovat se tak, aby předvídali následky), **vztahové schopnosti** (odolávání tlaku vrstevníků, zvládání konfliktů).

3.3 Emocionální procesy u dětí s mentálním postižením

Stuchlíková (2007, s. 105) uvádí, že negativní i pozitivní emoce významným způsobem ovlivňují kognitivní procesy. Vliv emocionálních procesů je zprostředkován vztahem k osobním cílům, který tím určuje nejen valenci emočních stavů (pozitivní/negativní) a intenzitu emocí, ale i to, jak bude probíhající emoce ovlivňovat kognitivní procesy. Stejně tak Valenta (a kol. 2009, s. 35–40) upozorňuje, že ve vyučovacím procesu hrají kognitivní funkce významnou roli, ale důležitá jsou i jiná specifika osobnosti žáků, jako je emotivita, úroveň aspirace, vůle apod.

3.3.1 Emoce u dětí s mentálním postižením

Podle Švarcové (2000, s. 42) je emocionalita jednou z nejvýznamnějších oblastí osobnosti. Výrazným způsobem ovlivňuje chování a prožívání osobnosti. Ve většině případů jsou děti s MP emočně nevyspělé, proto by se ve výchově a vzdělávání těchto osob měly volit adekvátní přístupy, respektující tuto skutečnost. Při navazování kontaktu s dítětem s MP je nutné správně odhadnout jeho emoční zralost a mechanismy, které určují jeho chování. Pokud se osoby s MP nacházejí např. v cizím prostředí, s neznámými osobami nebo na ně klademe neúměrně náročné požadavky, může to u nich vyvolat strach a intenzivní reakce až panického rázu s třesem apod. Chování lidí s MP je vedle značné úzkostlivosti, vedeno dvěma výraznými tendencemi – vyhýbání se všemu novému a neznámému, a závislostí na bezprostřední odměně či pochvale. Úroveň sebekontroly je tedy nízká. Z tohoto důvodu je důležité navázat s takovými osobami vztah založený na důvěře, protože jsou pak více ochotné úkol přijmout a splnit ho.

Švarcová (2000, s. 42–45) dále uvádí, že city úzce souvisejí s potřebami a jejich uspokojováním. Pokud jsou potřeby uspokojovány, vyvolává to kladné prožitky a naopak. Pro dítě s MP je charakteristická nezralost osobnosti, která se projevuje různými zvláštnostmi jeho emocionální sféry. **City jsou nedostatečně diferencovány** (jsou na úrovni mladšího dítěte) – pociťují buď spokojenost, nebo nespokojenost, jemné odstíny prožívání u dětí s MP téměř

neexistují. **City bývají neproporcionální k podnětům** – některé děti mohou prožívat vážné životní situace jen povrchně, často měnit nálady nebo naopak silně prožívají nepodstatné situace. **City jsou nedostatečně řízeny intelektem** – děti s MP nedokážou korigovat své city vzhledem k situaci, například nedokážou zvolit jinou adekvátní činnost k uspokojení potřeby než tu, kterou používají běžně, nebo se nedokážou spokojit s jinou věcí (i kdyby byla lepší), která nahrazuje ztracenou či poškozenou věc původní; kvůli nedostatečnému řízení citů intelektem dochází i k opožděnému a obtížnému vytváření morálních citů (svědomí, soucit, pocit odpovědnosti apod.). **Patologické citové projevy** – např. projevy málo ovládané popudlivosti (při únavě nebo oslabení organismu reagují vznětlivým podrážděním i na maličkosti), epizodické poruchy nálad, tj. dysforie (např. u dětí s epilepsií), euforie (povznesená nálada bez zjevné příčiny, která přetrvává i v nepříznivých situacích), apatie (nezájem o jakékoliv činnosti, lhostejnost k lidem, ztráta zájmů).

Pokud děti s MP zažívají pozitivní emoce, zvyšuje to kvalitu jejich života a jejich životní jistoty v mnoha ohledech. Dlouhotrvající převládající prožitky u dítěte s MP se postupně upevňují a vytvářejí rysy jeho povahy (radostnost, veselost, zlostnost, podrážděnost apod.). Z tohoto důvodu je důležité důsledné výchovné vedení, zejména co se týče upevnění vnějších projevů emocí, které se významným způsobem podílí na integraci dítěte s MP. Přestože jsou city lidí s MP na vývojově nižší úrovni, jsou velmi emocionálně založení. Mají rádi své blízké, jsou vnímaví k jejich bolesti a jsou ochotni pomáhat. Pokud se nachází ve vlídném a laskavém prostředí, jsou přátelští a oddaní (Švarcová 2000, s. 44–45).

Podle Valenty (a kol. 2009, s. 35–40) má jedinec s MP menší schopnost ovládat se než intaktní jedinec v jeho věku. Tento fakt souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit nebo přehodnocovat. Jedinec s MP automaticky přenáší své emoce na situace, které umí zvládnout. Z důvodu, že se mnoho situací zvládnout nenaučil, mohou se u něj objevit poruchy citového vývoje s neurotickými (např. enuréza) nebo psychopatickými (např. krádeže) symptomy. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, ale protože je mentální postižení hlavně postižení duševního vývoje, podléhá jedinec s postižením dlouhodobě netlumené intenzitě emocí. Zvláštnosti emocionální sféry člověka s MP:

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální (chybí citové odstíny),
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům (vnímá povrchně s minimálním prožitkem nebo neúměrně silně a interně),
- egocentrické emoce ovlivňují tvorbu hodnot a postojů,

- jedinec snáze podléhá afektu – častější výskyt dysforie (chorobné poruchy nálad) či apatií provázenou lhostejností.

3.3.2 Vůle

Vůle se podle Švarcové (2000, s. 45–46) projevuje uvědomělým a cílevědomým chováním a je také jedním z nejdůležitějších rysů osobnosti. Pro děti s MP je typická abulie, která se vyznačuje nesamostatností, nedostatkem iniciativy, neschopností řídit vlastní jednání a překonávat překážky. Slabá vůle u dětí s MP se nemusí projevit v každé situaci. Pokud dítě po něčem touží a nerozumí slovní argumentaci vychovatele, dokáže si urputně trvat na svém požadavku. Slabost vůle se projevuje v situacích, kdy dítě sice ví, jak má jednat, ale není schopno jednat požadovaným způsobem, respektive nedokáže si odříci něco akutně žádoucího ani v případě, kdy se mu nabízí jiná zajímavější a více žádoucí věc, avšak časově nebo místně vzdálená. U dětí s MP jsou dále charakteristické projevy nezralé osobnosti, jako jsou např. neiniciativnost, neovladatelnost, tvrdohlavost apod. Tyto projevy plynou z nedostatečného rozvoje a hierarchizace duchovních potřeb. Dítě nechápe smysl toho, co je od něj požadováno, protože to neodpovídá jeho momentálním potřebám. Dítě s MP má tendence k impulzivnímu jednání vyvolanému nejrůznějšími podněty z vnějšího prostředí v důsledku nezralé osobnosti, nevyvinutému sebeovládání a rozumovému přepracování vnějších dojmů. Dítě se při svém jednání řídí nejjednoduššími a nejbližšími motivy. Výchova vůle je složitý a dlouhodobý proces, který vyžaduje značné úsilí a trpělivost vychovatele. Bez volního úsilí je nemožné splnit ani nejjednodušší úkol, respektive není možné se rozvíjet.

Valenta (a kol. 2009, s. 35–40) upřesňuje, že specifickým volním projevem je dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle). U lidí s MP je častá zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkost a pasivita. Tito jedinci se také vyznačují specifickou aspirací. Projevem duševního zdraví je stabilita a reálnost aspirace, u lidí s MP je typický výkyv na jednu stranu, buď mají nižší aspiraci (podhodnocování se) nebo vyšší/nereálná aspirace (nadhodnocování se).

3.3.3 Socializace a adaptace

Socializaci lze chápat jako *proces osvojování si potřebného společenského chování či potřebných společenských znalostí a dovedností vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí* (Valenta a kol. 2009, s. 203). Jde o celoživotní proces. Úspěch socializace osob s MP závisí na vnitřních, ale i vnějších faktorech. Mezi vnitřní faktory patří míra deficitů v oblasti kognitivního vývoje, jakožto primární deficit, a sekundární deficity, mezi které se

řadí např. typologické osobnostní zvláštnosti, zvláštnosti vývoje motivační struktury osobnosti nebo výstupy z deprivace a z deficitního učení. Mezi vnější faktory (tzv. „poskytnuté možnosti“) patří sociální a školské integrace a inkluze, a také veškeré společenské podmínky, které umožňují normálně žít a vykonávat různé činnosti. Mezi společenské podmínky může patřit nabídka a kvalita komplexní rehabilitační péče a kulturní rámec společnosti. Pro dosažení maximální socializace osob s MP je nutné např.: podporovat rodiny s členem s MP, zajišťovat náhradní rodinnou či sociální péči, zajišťovat výchovu, vzdělávání a profesní přípravu, umožňovat smysluplné aktivity (např. zájmové) a pracovní uplatnění, umožňovat život v samostatných domácnostech a minimalizovat případné překážky ve vztazích ze strany většinové společnosti (Valenta a kol. 2009, s. 203–205).

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 255–257) uvádí, že pro osoby s MP je typická obtížnější adaptace a opožděný vývoj socializace, což vychází z trvalého postižení rozumových schopností (nedostatečný vývoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení apod.). U lidí s MP dochází k sociální závislosti, protože nemají dostatečnou schopnost učit se na základě své minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým situacím. Člověk s MP není schopen řešit situace jako zdravý jedinec, chová se odlišně a často dochází k poruchám afektivity a chování.

Také podle Švarcové (2000, s. 46–50) je pro dítě s MP daleko obtížnější adaptovat se na podmínky okolního prostředí než pro intaktní dítě. Pro dosažení adaptace využívá dítě s MP kompenzační mechanismy. Pokud jsou zvoleny nevhodné způsoby kompenzace, často vedou ke vzniku špatných návyků. Vytváření návyků je nejefektivnější způsob ovlivňování chování a jednání dítěte s MP. U těchto dětí nestačí použít běžné metody, jako u dětí intaktních (např. napomenutí), protože jsou neefektivní z důvodu slabé spojovací funkce mozkové kůry a nedostatečného verbálního řízení chování. Pokud nechceme, aby si dítě vytvořilo návyk určitého chování, mělo by se zabránit, aby mu zvolené chování přinášelo uspokojení, protože u dětí s MP se vytváří silné spojení mezi činností a prožitkem. Špatný návyk chování je velmi těžké odstranit. Při jeho odstraňování je prvořadě zjistit příčinu, na kterou je třeba působit. Např. pokud se u dítěte objeví kývavé pohyby, není vhodné mu takové chování zakazovat nebo ho trestat. Je vhodné mu oznámit, že se nám to nelíbí, ale efektivnější bude zjistit příčinu chování, což může například být nedostatečný přísun podnětů. Pokud dítě zaujmeme, nežádoucí chování se omezí nebo časem zanikne. Podobně se postupuje v případě agresivního chování. Dítě je důležité izolovat od příčiny, která vyvolává agresi a nechat afekt odeznít. *Pokud se k lidem s mentálním postižením lidé v jejich okolí chovají vlídně a laskavě,*

zpravidla se v jejich chování nevyskytují žádné závažné problémy a postižení lidé se snaží jejich chování napodobovat (Švarcová 2000, s. 50).

Významnou roli v integrační terapii hraje i taktilní a vestibulární systém. K vestibulární stimulaci dochází např. prostřednictvím houpání. Díky vestibulární stimulaci dochází ke zlepšení pozornosti, nálady i chování dětí. Děti si osvojují svět prostřednictvím několika faktorů, mezi které patří optické, akustické a kinestetické vnímání a pohyb. Je důležité, aby i děti s nejhlubší MR, byly začleněny v přirozeném prostředí, v reálném životě, kde mají péči o ně zajišťovat v maximální možné míře rodiče těchto dětí a podílet se tak na jejich stimulaci, rehabilitaci a výchově (Švarcová 2000, s. 98–100).

3.4 Poruchy emocí

Vzhledem k tomu, že emoce jsou odrazem našeho subjektivního vztahu ke světu i k sobě samému, slouží jako prostředek aktuální orientace a regulace chování. Emoce a jejich poruchy je možné diferencovat dle jejich intenzity, délky trvání (afekty a nálady) nebo podle kvality emočního prožitku (Vágnerová 2004, s. 67).

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 244–245) uvádí, že emoce jsou provázeny nejrůznějšími projevy s různou intenzitou v oblasti somaticko-vegetativní, zejména v souvislosti s negativními emočními prožitky (afekty, nálady). *Emotivita je dynamický systém, uplatňující se v tzv. emočním okruhu (hypothalamus, hypofysoadrenální a somatoviscerální systém, thalamus, limbický systém, mozková kůra)* (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 245). Emoční projevy také doprovází projevy neuronální a hormonální, které jsou řízené zejména hypothalamem. Charakter reakcí, převažující druh nálady, její intenzitu a stálost určuje temperament, který je základní emoční dispozicí. Temperament se odvíjí zejména od vrozených dědičných vlastností, ale může být utvářen i vnějšími, psychosociálními a vnitřními faktory. Je součástí osobnostního typu každého člověka.

Typické pro děti s MP jsou poruchy přizpůsobení, emoční poruchy, vysoká úzkost, deprese a emoční labilita. Tyto děti mají zvýšenou citlivost na emoční podněty z okolí a snadněji se u nich rozvíjí úzkostné reakce, které mohou mít charakter fobií. Úzkostným reakcím snadněji podléhají z důvodu nízké frustrační tolerance, při úzkosti dochází k panickým, agresivním či únikovým reakcím, díky kterým se vyrovnávají s frustrační situací. Odchytky v oblasti emocí se odvíjejí od míry opoždění v oblastech kognice, dále jsou determinovány etiologií a povahou postižení. Emoční či afektivní labilita, střídání nálad nebo

oslabení citů se také často vyskytují u dětí s MR. Pokud je MR v kombinaci s poruchami autistického spektra, dochází často i k narušení utváření emočního pouta k rodičům a téměř vždy chybí schopnost empatie (Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012, s. 241–246).

Dle Bazalové (2014, s. 74–77) se v závislosti na poruchách v oblasti emocí může u dětí s MR objevit problémové chování (vztek, agrese, sebezraňování), které má různé důvody. Velmi častým důvodem bývá frustrace z neschopnosti vyjádřit se, sdělit bolest, reakce na stres nebo napětí a úzkost. Problémové chování může být naučené nebo na biologickém základě, což je složitější odstranit. V první řadě by měla být zjištěna a řešena příčina problémového chování (nezaměřovat se pouze na projev nežádoucího chování). Důležité také je zaměřit se i na prostředí, ve kterém dochází k excesům.

Kapitoly zahrnuté v teoretické části obsahují nezbytná teoretická východiska, na jejichž základě stojí následující empirická část.

4 Průzkumné šetření

Tématem bakalářské práce je „Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením“, a to především z pohledu pečujících osob. Literatura týkající se hiporehabilitace, mentálního postižení a emocí, je dostupná v dostatečném množství, ať už se jedná o tištěné knihy, odborné články nebo kvalitní online zdroje. **Při hlubší analýze odborné literatury bylo zjištěno, že od 1. 1. 2020 došlo ke změně terminologie týkající se hiporehabilitace. Tato změna je blíže popsána v teoretické části (kapitola 1.1) a v rámci práce je preferována.**

Pro splnění cíle bakalářské práce byl vypracován teoretický základ, který byl rozdělen do tří hlavních kapitol, kde jsou objasněny pojmy, jako je hiporehabilitace, mentální postižení a prožívání a chování spolu s emocemi. Na základě použitých odborných zdrojů se dá předpokládat, že dochází ke značnému vlivu koně, jako prostředníka hiporehabilitace, nejen na emoce dětí s mentálním postižením. Empirická část si klade za cíl, tento fakt podpořit průzkumným šetřením mezi pečujícími, a zjistit tak jejich pohled na vliv aktivit s využitím koní (**dále jen podle nového názvosloví: hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi**), včetně hipoterapie (**dále jen hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii**), na prožívání a chování jejich dětí s MP. Vzhledem k tomu, že pohledy pečujících jsou do jisté míry subjektivně zabarveny, bylo provedeno i průzkumné šetření mezi terapeuty, pracujícími s dětmi prostřednictvím koně, a také bylo provedeno vlastní pozorování autorky.

4.1 Cíle empirického šetření a stanovení průzkumných otázek

Hlavním cílem empirické části bakalářské práce je pomocí kvalitativního průzkumu popsat a objasnit odpovědi na stanovené průzkumné otázky, týkající se vlivu hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob. Dílčím cílem je podpořit popsané odpovědi i vlastním pozorováním autorky práce a odbornými pohledy terapeutů na vliv hiporehabilitace na prožívání a chování dětí s mentálním postižením.

Na základě studia odborných zdrojů, ale i v rámci vlastních zkušeností autorky, byly pro dosažení cíle stanoveny následující průzkumné otázky:

Průzkumná otázka č. 1: Jaké změny v chování dětí s mentálním postižením pečující očekávali v souvislosti s hiporehabilitací?

Průzkumná otázka č. 2: Jaké emoce dítě s mentálním postižením projevuje při kontaktu s koněm z pohledu pečujících osob?

Průzkumná otázka č. 3: Jak dítě s mentálním postižením celkově prožívá hiporehabilitační pobyt a jak se zde chová z pohledu pečujících osob?

Průzkumná otázka č. 4: Jaké změny v prožívání a chování dítěte s mentálním postižením hiporehabilitace reálně přinesla z pohledu pečujících osob?

4.2 Metody sběru dat

Pro objasnění stanovených průzkumných otázek byla vybrána metoda kvalitativního šetření. Kvalitativní výzkumy jsou dle Strausse a Corbinové (1999) výzkumy, týkající se života lidí, příběhů, chování, chodu organizací nebo vzájemných vztahů. V rámci kvalitativního šetření je možné sbírat data prostřednictvím rozhovorů a pozorování (Strauss, Corbinová 1999, s. 10). Tak je tomu i v této bakalářské práci, kdy jsou průzkumné otázky objasňovány prostřednictvím rozhovorů s pečujícími osobami.

Dle Gavory a kol. (2010) umožňuje rozhovor, kromě získání základních informací, proniknout hlouběji do motivů a postojů respondentů, a také podle reakcí respondenta měnit směr rozhovoru. Byl sestaven polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami (viz Příloha č. 2: Základní otázky k rozhovoru s pečujícími), jejichž cílem bylo získat taková data, díky kterým bude možné získat odpovědi na průzkumné otázky. Rozhovor také obsahuje základní otázky o dítěti a jeho diagnóze, a také prostor, kde má respondent možnost se libovolně vyjádřit, případně něco doplnit.

K lepšímu porozumění celé situace, byly zvoleny podpůrné metody – vlastní pozorování autorky a expertní rozhovory, které byly uskutečněny jak písemnou, tak osobní formou. Tyto metody byly zvoleny pouze jako doplňující metoda sběru dat.

4.3 Popis a výběr respondentů

Rozhovory probíhaly v rámci intenzivní (týdenní) hiporehabilitace organizované neziskovou organizací. Respondenti byli vybíráni při osobním pobytu autorky práce na těchto pobytech. Nejprve byla provedena pilotní studie v období od února 2022 do 12. 8. 2022, zejména osobní formou, ale i písemnou. Písemné rozhovory byly provedeny prostřednictvím emailů, které byly získány za pomoci majitelky neziskové organizace. Emailové adresy majitelka poskytla s předchozím souhlasem respondentů. Některé adresy byly získány po osobní domluvě s respondenty, se kterými se autorka setkala na intenzivních kurzech v tomto

centru, a kteří preferovali písemnou formu před osobním rozhovorem. Na základě pilotní studie byly mírně pozměněny otázky a rozhovory se následně uskutečnily pouze osobní formou na 2 intenzivních pobytech **v listopadu 2022 a v lednu 2023. Pro hlavní průzkum bylo získáno celkem 5 respondentů.**

Respondenty jsou pečující osoby, které jsou klienty neziskové organizace. Dotazování byli nejprve seznámeni s tématem bakalářské práce a s osnovou připravených otázek, poté se mohli dobrovolně rozhodnout o účasti na rozhovoru, bez žádného nátlaku a za podmínky dodržení maximální anonymity. Respondenti odpovídali na otázky týkající se svých dětí s MP, poskytli svůj pohled na vliv hiporehabilitace na chování a prožívání jejich dětí. Vzhledem k tomu, že pečujícími osobami matky jsou především matky, je tomu tak i v rámci tohoto průzkumu.

4.4 Etické hledisko průzkumu

Sběr dat probíhal v souladu s etickými zásadami, kdy prioritou bylo zachování důvěrnosti, dodržení zásad ochrany osobních údajů a respondenti byli také informováni o možnosti přístupu k výsledkům průzkumu. V rámci bakalářské práce byla vymazána všechna jména i název neziskové organizace poskytující intenzivní hiporehabilitační pobyty.

Respondentům bylo sděleno, že rozhovor bude nahráván, a byli zároveň ubezpečeni, že jejich odpovědi budou zcela anonymně zpracovány výhradně pro účely této bakalářské práce a nebudou zde uvedena žádná jména ani jiné informace, které by vedly k jejich ztotožnění. Na tomto základě, byli požádáni o souhlas s nahráváním. Nahrávky rozhovorů a jejich doslovný přepis budou uloženy v osobním depozitáři autorky. Respondentům byla také nabídnuta možnost odpovídat písemnou formou, pokud je jim nepohodlné rozhovor nahrávat, této možnosti bylo využito pouze v rámci pilotní studie. Po sdělení výše zmíněných etických zásad, se respondenti mohli sami rozhodnout, zda se budou účastnit rozhovoru a v jaké formě.

Rozhovory probíhaly během intenzivního hiporehabilitačního pobytu, kde byla autorka přítomna z osobních důvodů. Osobní rozhovory byly nahrávány na mobilní zařízení a přepsány v souladu s etickými zásadami. V přepsaném rozhovoru jsou jména nahrazena slovy „syn/dcera“, případně jiná jména jsou nahrazena písmenem „J“, jako „jméno“. Každý respondent je označen písmenem „R“ jako respondent, s číslem pořadí v rozmezí 1–5. Stejně tak expert je označen písmenem „E“ jako expert, s číslem pořadí 1–3.

Díky tomu, že autorka se v prostředí, kde probíhaly rozhovory, pohybuje přirozeně, bylo snadnější získat respondenty, kteří jí důvěřovali více než cizímu člověku. Pečující byli většinou ochotní účastnit se rozhovoru. Dalším benefitem je, že bylo možné více proniknout do fungování celé organizace a pozorování tak probíhalo přirozeně v běžném provozu pořádané akce, a to bez upozornění účastníků⁶.

4.5 Průběh pilotní studie

Zpracovávání empirické části bylo zahájeno již v únoru 2022, kdy se autorka sešla s majitelkou neziskové organizace, která organizuje týdenní hiporehabilitační pobyty, a se kterou téma bakalářské práce konzultovala. Majitelka neziskové organizace poskytla několik odborných zdrojů, které byly využity pro zpracování teoretické části, a také doporučila směr, kterým by bylo vhodné se ubírat. Následně nabídla, že osloví několik rodin a terapeutů, zda by byli ochotni se rozhovorů účastnit. Kontaktovala je prostřednictvím emailu a zájemcům poskytla kontakt na autorku.

V období od února 2022 do konce srpna 2023 byla realizována pilotní studie, kdy rozhovory probíhaly jak osobní formou, tak prostřednictvím emailu. Některé emailové adresy byly získány díky pomoci majitelky (jak je uvedeno výše) a některé po osobní domluvě s respondenty, se kterými se autorka setkala na intenzivních kurzech, a kteří preferovali písemnou formu. Písemná forma rozhovorů byla respondentům nabízena z etického hlediska, aby byl zajištěn maximální pocit pohodlí a anonymity při odpovídání na toto citlivější téma. Odpovídat tak mohli i zájemci, se kterými se autorka osobně nesešla. V rámci pilotní studie bylo vytvořeno několik otázek. Pro pilotní studii bylo získáno celkem 7 respondentů. Na základě jejich odpovědí, byly otázky v rozhovoru mírně upraveny a rozšířeny.

4.6 Průběh průzkumného šetření

Rozhovory, které byly použity do hlavního průzkumného šetření, probíhaly pouze osobní formou v rámci hiporehabilitačních pobytů v listopadu 2022 a v lednu 2023. Bylo uskutečněno celkem 5 rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor začíná základními údaji o dítěti respondenta s volným přechodem k hlavním otázkám. Po získání rozhovoru byl proveden doslovný přepis každého z nich a spolu s audio nahrávkou, uložen v osobním depozitáři autorky. Na základě těchto rozhovorů mohlo dojít k analýze dat průzkumného šetření.

⁶ V rámci metody zúčastněného pozorování, byl vybrán typ skrytého pozorování, kdy aktéři nevěděli, že jsou sledováni. Důvodem bylo sledovat autentické jednání aktérů.

Za účelem hlubšího porozumění prožívání dětí s mentálním postižením a pro lepší orientaci v souvislostech vlivu hiporehabilitace na emoce těchto dětí, byly provedeny doplňkové metody – pozorování a rozhovory s experty. **Jako první autorka v analýze výsledků průzkumu zmiňuje metodu pozorování, protože je důležité, aby byl čtenář lépe orientovaný v chodu celé organizace, která hiporehabilitačním pobyty pořádá, a měl tak možnost lépe pochopit souvislosti, které jsou obsaženy v samotných rozhovorech s pečujícími.** Autorka byla součástí intenzivní hiporehabilitace, na kterou z osobních důvodů jezdí už pátým rokem. Záměrné pozorování probíhalo v období od února 2022 do konce ledna 2023 v rámci 4 intenzivních pobytů. Dále byly provedeny 3 rozhovory s experty, kteří byli v první řadě osloveni prostřednictvím emailu od majitelky neziskové organizace. Na tomto základě se ozvali pouze dva zájemci, přičemž jeden nebyl z časových důvodů uskutečněn. S druhou ochotnou terapeutkou byl rozhovor realizován písemnou formou, protože byla v té době na mateřské dovolené. Dalšího experta autorka získala v listopadu 2022 přímo na hiporehabilitačním pobytu. Rozhovor proběhl osobní formou. Nakonec byla emailem požádána ještě přímo majitelka organizace, která na konci roku 2022 odpověděla písemnou formou.

5 Analýza a interpretace výsledků

Analýza vlivu hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob byla provedena metodou dotazování. Zejména se jednalo o polostrukturované rozhovory s pečujícími (v tomto případě matkami) o děti s mentálním postižením. Celkem bylo provedeno 5 rozhovorů, které se týkaly zejména pohledu matek na to, jaký vliv má hiporehabilitace na prožívání a chování jejich dětí s mentálním postižením.

Pro doplnění byly získány rozhovory od 3 expertů – terapeutů, kteří pracují v rámci neziskové organizace. Pro porozumění chodu hiporehabilitačních pobytů a lepší orientaci čtenáře v souvislostech, které jsou obsaženy v rozhovorech s pečujícími, bylo uskutečněno vlastní pozorování autorky, které je z tohoto důvodu analyzováno jako první.

5.1 Zúčastněné pozorování

Jako první je zmíněna doplňková metoda – pozorování. Autorka byla součástí intenzivní hiporehabilitace, na kterou z osobních důvodů jezdí už pátým rokem. Záměrné pozorování probíhalo v období od února 2022 do konce ledna 2023 v rámci 4 intenzivních pobytů.

Zúčastněné pozorování můžeme definovat jako dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhající aktivity přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, s. 143). Tato metoda přináší jiný typ informací než rozhovor, jde o popis jednání aktérů. Rozhovor oproti tomu zachycuje to, co účastníci říkají a co si myslí. V rámci bakalářské práce byla jako doplňková metoda vybrána právě metoda zúčastněného pozorování, přičemž byl vybrán typ skrytého pozorování, kdy aktéři nevěděli, že jsou sledováni. Důvodem bylo sledovat autentické jednání aktérů (Švaříček, Šed'ová a kol. 2007, s. 142–146).

Pozorování bylo uskutečněno v rámci neziskové organizace, která organizuje týdenní intenzivní hiporehabilitace během celého roku. Na jednotlivé pobyty se rodiny přihlašují vždy na podzim předcházejícího roku. Majitelka, hlavní fyzioterapeutka, doporučí každému klientovi a jeho zákonnému zástupci doporučený počet pobytů, které je vhodné navštívit během roku, s ohledem na zdravotní a psychický stav klienta. Tento počet může a nemusí klient využít. Majitelka také nechává několik volných míst, aby se na pobyty dostali i noví zájemci, zájem o služby organizace je veliký a čekací doba je dlouhá (i v rámci let). Klienti si

mohou vybrat termíny s minimálně 6týdenním rozestupem. Přihlášení je časově dané a získání preferovaných termínů je závislé na brzkém odeslání přihlášky. Nezisková organizace přijímá klienty do 15 let a váhovým limitem cca do 50 kg.

Hiporehabilitace probíhá na farmě v malé vesnici, kde má organizace své zázemí. Mají k dispozici ubytování a stravování, které poskytuje farma. V areálu se také vyskytuje krytá jezdecká hala, venkovní jezdecká plocha, dále zázemí pro fyzioterapii, canisterapii a kanceláře organizace. Apartmány pro klienty jsou ve tvaru „U“ s menším nádvořím uprostřed a nachází se zde i ubytování pro terapeutů, jídelna a herna. Klienti mají vše na dosah, děti s postižením i jejich sourozenci si tak mohou v těchto prostorech hrát. Mají k dispozici houpačky, dětské motorčky, kola, i speciální tříkolky. Klienti hiporehabilitace se mohou volně pohybovat v celém areálu farmy, kam patří klece a výběhy s hospodářskými zvířaty, rybník se šlapadly, hřiště, restaurace, či obchod se suvenýry.

Pobyty probíhají ve stanovených termínech vždy od soboty do pátku. V případě potřeby mohou klienti přijíždět již v odpoledních hodinách v pátek. V sobotu dopoledne probíhá vstupní vyšetření, které je pro efektivní průběh terapie nezbytné. Každý klient dostane předem email s informacemi o čase tohoto vyšetření. Na vyšetření zákonný zástupce klienta informuje terapeutů o aktuálním stavu dítěte, majitelka se vždy zeptá, jestli má nějaký požadavek, na co by bylo potřeba se zaměřit. Terapeutka dítě prohlédne a přečte si nové zprávy od odborných lékařů, které jim zákonný zástupce poskytne. Na základě tohoto vyšetření se vzájemně domluví i s ostatními terapeutů, na co se zaměřit (může se jednat o fyzioterapeutický cíl, ale i o cíl na úrovni emocí nebo socializace). Na základě stanoveného cíle, vyberou terapeuti vhodného koně. Každý kůň se zaměřuje na něco jiného. K dispozici je celkem 7 hiporehabilitačních koní.

Po vstupním vyšetření mají klienti volný režim a kolem 15:30, kdy jsou provedena všechna vstupní vyšetření, vypíše hlavní terapeutka harmonogram jízd na daný den. První den se tedy koná pouze vstupní vyšetření a jedna jízda na koni pro každého klienta. Jízda trvá 20 minut a každé dítě musí mít helmu pro případ úrazu. Výjimku tvoří pouze nejmenší děti a také ty děti, které helmu netolerují z důvodu například smyslových poruch apod. V jednotlivé dny je dodržován stanovený harmonogram (viz Příloha č. 3: Harmonogram intenzivní hiporehabilitace). Jednotlivé terapie jsou blíže popsány v následujících kapitolách.

Je důležité ještě zmínit, že každý večer po muzikoterapii dochází ke schůzce terapeutů, kde se vzájemně informují o průběhu aktivit, spolupráce klientů, případně problémů.

Domlouvají se také, kdo se jakému dítěti bude věnovat při různých aktivitách. Během pobytu hlavní fyzioterapeutka také natáčí jízdy dětí na kameru, aby si na konci pobytu mohli zhodnotit případné změny.

5.1.1 Terapeutické čištění koní

Na čištění koní jsou děti rozděleny na 2 skupinky tak, aby se každému mohl individuálně věnovat jeden terapeut. První den, kdy dochází k této aktivitě, vysvětlí všem dětem hlavní terapeutka pravidla čištění a popíše jednotlivé nástroje, jejich názvy a jak se používají. Děti s postižením doprovází terapeut, sourozenci aktivitu provádějí sami nebo s rodiči (v závislosti na věku/samostatnosti).

Terapeut si přijde pro dítě, které je mu určeno. Dítě odvádí nebo odváží v závislosti na tom, zda má či nemá dítě invalidní vozík, kočár apod. Následující průběh čištění je individuální, vždy se vychází z možností a schopností dítěte.

Příklad čištění koní s dítětem se STMR

Terapeut si přichází pro dítě. Přivítá ho a nasměruje k oblíbenému koni. Chlapec přichází k trupu koně a pokládá na něj ruce i hlavu. Dotýká se tváří jeho srsti, poté k němu čichá a dává mu pusu. Terapeut přihlíží a nechá chlapce přivítat se s koněm. Po chvíli nasměruje chlapce ke krabici s náčiním, které je třeba použít k čištění. Podává mu hřebílko, kterým se kůň začíná čistit. Terapeut ho nandá chlapci na ruku a přistupují k trupu koně. Chlapec ho tím „hladí“ nejprve sám, po chvíli mu terapeut vede ruku a koně točivými pohyby čistí. Následně to zřejmě chlapce přestane bavit, protože se začne prohýbat a hřebílko nechce držet. Terapeut se ho pokouší posadit na nohu a počítá pohyby rukou. Počítání chlapce zaujme, a tak je ochotný ještě malou chvíli pracovat. Poté se ale opět prohýbá a hřebílko zahodí. Terapeut po něm chce, aby hřebílko zvedl a uklidil. Chlapec to po menších protestech uklidí a odchází od koně. Terapeut ho následuje a chvíli chlapce pozoruje, kam se rozhodl jít. Chlapec přešel k jinému koni. Terapeut tentokrát vybral kartáč, se kterým jdou česat ocas koně. Terapeut přistupuje ke koni z boku, kleká si a posazuje si chlapce na nohu. Terapeut drží ocas a chlapec ho češe. Při práci používá terapeut různá citoslovce a uhýbá s ocasem, čemuž se chlapec velmi směje. U této činnosti vydrží dlouho. Poté co česání dokončí, uklidí kartáč a přechází ke psům. Chlapec aktivně používá jen pár slov, ale když přistupuje ke psům, ihned začne říkat jejich jména, i když artikulace není dokonalá. Z intonace se dá slovo rozpoznat. Psy střídavě hladí ve skupince dětí, které si také vybraly k čištění psy. Terapeut mu podává vyčesávací kartáč a chlapec jednoho ze psů češe. Poté se rozhodne odejít pryč

z prostoru, kde se čistí. Terapeut ho následuje a nechává mu volný prostor ve zkoumání. Po chvíli ho směřuje zpět a předává matce, protože čištění končí.

5.1.2 Jednotlivé jízdy

Dítě by mělo dorazit na svou jízdu cca 5 minut předem, aby nedocházelo k časovým prodlevám. V případě jízdy uvnitř se musí projít stájemi do jezdecké haly a před otevřením vrat zapískat, aby se koně nelekly. V hale by se měli všichni chovat v rámci možností tiše. Dítě si vezme helmu a čeká, až dojezdí předchozí skupina. Při čekání si rodiče vzájemně povídají nebo vyměňují zkušenosti a děti si spolu hrají, případně mají možnost hladit canisterapeutické psy, kteří jsou přítomni v hale. Většinou jsou dva, někdy i tři, v závislosti na tom, který další terapeut má vhodného psa pro canisterapii. Pes přijíždí s terapeutem.

Poté co skončí předchozí skupina, terapeuti připraví koně (změní sedlo nebo přivedou ze stáje), který je na řadě. Dítě se připraví ke schůdkům, ke kterým si stoupne kůň. Poté co je kůň připraven, může dítě vylézt nahoru a sednout si do sedla. Terapeuti dítě upraví do správného sedu. Děti, které nechodí, vynesou nahoru rodič nebo terapeut, případně ho posadí na koně ze země. Dítě si může koně pohladit. Některé zamávají. Často je v očích dítěte vidět hrdost, nadšení, radost, a v menší míře i strach (z koně, odloučení od rodiče, z nekomfortu). Dítě sedí na koni buď samo, nebo v tandemu s terapeutem, imobilní děti mohou na koni ležet.

Při samotné jízdě doprovází koně vodič koně, fyzioterapeut a v některých případech i další terapeut či rodič. Pokud terapeut přímo nesedí s dítětem na koni, jde vedle koně a dítě drží dle potřeby a cíle terapie. Většinou má ruku na bedrech, aby dítě sedělo rovně, nebo upravuje dětem nohy, aby je měly ve správné pozici a podobně. Každé dítě má také jiné sedlo s madlem nebo bez, dále se můžou přidat různé nástavce na suchý zip, aby případně dítěti bránilo posouvat nohy nebo trup do nesprávné polohy. Některá madla mají našité různé senzorické prvky pro upoutání pozornosti dítěte. Pokud dítě během jízdy vyjadřuje neklid nebo nespolupracuje, vodič koně zastaví, a dítě se upraví do polohy podle potřeby, případně změni směr jízdy. Některým dětem, které mají problém se soustředěním, fyzioterapeuté zpívají nebo říkají říkanky apod.

Jízda trvá 20 minut. Poté kůň zastaví, a dítě se s ním rozloučí pohlazením. Následně mu fyzioterapeut pomůže z koně, rozloučí se s ním a předá jej pečujícímu. Někdy předá pečujícímu i informaci o jízdě, jak dítě spolupracovalo apod.

5.1.3 Individuální terapie

Individuální terapie probíhá 15 minut a mají ji jen ti, co ji nejvíce potřebují. Ne vždy je u každého nezbytná. Individuální terapie může probíhat formou fyzioterapie, masáže, canisterapie, nebo terapie hrou. Také je možné diskutovat s terapeutem o emočním nastavení celé rodiny, kdy se společnou cestou snaží najít cestu k pochopení situace, ve které se dotyčný nachází. Dítě má přidělený čas a terapeuta dle specializace. Na konkrétní terapii se domluví terapeuti v závislosti na stanoveném cíli nebo po dohodě s pečujícími. Individuální terapie se účastní dítě samo nebo s rodičem, záleží na dohodě a preferenci rodiče. Terapeut předává rodiči rady, jak s dítětem pracovat i doma.

5.1.4 Mix terapie

Mix terapie se účastní všechny děti, které jsou schopny alespoň částečně chodit. Občas se naskytne i imobilní dítě, které zvládne kratší chůzi se silnou oporou terapeuta. Takové dítě jde kratší trasou. V rámci mix terapie je v hale připravena překážková dráha. Dráhu připravují terapeuti, pokud je na pobytu více větších aktivních sourozenců, mohou terapeutům pomáhat. Děti jdou maximálně 3x dokola haly přes překážky. První kolo jdou dohromady jak děti s postižením, tak jejich sourozenci. Děti s postižením jdou buď samy, nebo s přiřazeným terapeutem, který je vede dráhou a pomáhá jim překonávat překážky. V druhém kole dostane každé dítě s postižením koně nebo psa a musí dráhu projít znova a vést přitom zvíře. Ve třetím kole jdou se zvířetem, které ještě nevedly. Pokud tedy ve druhém kole jdou se psem, ve třetím kole vedou koně. Sourozenci musí počkat, až mix terapii splní děti, pro které je pobyt určen. Zvíře děti opět vedou samy nebo s terapeutem, někdy vede zvíře i více dětí najedou. Kolik kol zvládnou děti ujít, záleží na jejich možnostech a schopnostech. Některé děti chodit nechtějí, a tak ujdou jen jedno kolo. Pokud nespolupracují, zkusí je terapeut pozitivně motivovat, nebo počkají, než je přejde silná emoce. Poté dítě pokračuje, v některých případech už dítě jít nezvládne, a tak terapii ukončí a může odejít. Terapeuti netlačí děti do chůze silně proti jejich vůli. Z pozorování je vidět, že většina dětí má velkou radost z toho, že mohou vést zvíře, které často některé z nich i v chůzi motivuje. Některé děti čekají, aby mohly vést konkrétní zvíře, které preferují. Po skončení mix terapie uklízí pomůcky terapeuti za pomoci dětí, jejichž stav jim to umožňuje.

5.1.5 Výtvarný program

Výtvarný program je opět dobrovolný a probíhá většinou bez doprovodu rodičů. Toho programu se mohou účastnit všechny děti, které mají zájem bez ohledu na zdravotní omezení. K dispozici jsou terapeuti i vodiči koní, kteří se nyní věnují dětem a dopomáhají jim ve

výtvarné činnosti, kterou vede některý z nich (většinou speciální pedagog, ale i fyzioterapeut). Program probíhá hodinu v herně areálu, kde jsou všichni ubytováni. Pokud to dítě nebaví nebo je rychle hotové, může si hrát s hračkami. V případě nouze jsou k dispozici rodiče, kteří zatím mohou relaxovat. Po skončení programu si rodiče děti v herně vyzvedávají.

5.1.6 Muzikoterapie

Muzikoterapie probíhá každý večer po večeři (kromě dne příjezdu) a trvá cca 30 minut. Účast je dobrovolná, a účastní se jí i rodiče. Muzikoterapie probíhá v herně a poslední večer v teepee stanu u ohně. Vede ji hlavní fyzioterapeutka, která s dětmi zpívá a zpěv doprovází na kytaru. Na začátku se s dětmi přivítá říkankou „Dobrý den“ a následně ji s dětmi i zpívá a přivítají se určitým úkolem, např. dítě, jehož jméno vysloví, musí zatleskat. Následně si řeknou několik básniček a říkanek s ukazováním. Poté rozdá hlavní fyzioterapeutka nástroje a společně zpívají písně, děti si mohou i vyžádat oblíbenou píseň. Zpívají i rodiče a děti přitom rytmizují. Někdy si děti vyberou jakýkoliv nástroj, někdy jim fyzioterapeutka určí např. bubny nebo dřívka a podobně. Na závěr si zazpívají společně ukolébavku a jde se spát. Poslední večer probíhá zpívání podobně v teepee u ohně. Po zpívání se opékají burty. Rodiny i děti si mohou u ohně povídat nebo dál zpívat.

5.1.7 Závěrečné vyhodnocení

Ve čtvrtek a v pátek probíhají závěrečná vyhodnocení s hlavní fyzioterapeutkou. Probíhají buď v rámci poslední individuální terapie, nebo je určen jiný čas. V rámci tohoto vyhodnocení probíhá diskuze mezi hlavní fyzioterapeutkou a rodiči, jak si dítě vedlo během pobytu, zda je vidět nějaký pokrok a jak pracovat s dítětem doma.

5.2 Rozhovory s pečujícími

Stěžejní částí empirického průzkumu jsou rozhovory, které byly provedeny s pečujícími osobami o děti s mentálním postižením. Jednalo se o matky. Každá respondentka je označena písmenem „R“ (jako respondentka) s příslušným číslem pořadí. Pro dosažení stanoveného cíle byly stanoveny 4 průzkumné otázky, na jejichž základě byly vytvořeny otázky do rozhovoru. Přepis rozhovoru je umístěn v příloze (Příloha č. 5: Doslovný přepis rozhovoru s respondentem č. 4).

První část rozhovoru byla zaměřena na osobní otázky týkající se dítěte s mentálním postižením. Jejich souhrn je v následující tabulce č. 1.

Tabulka 1 Základní údaje o dětech respondentů

Respondenti	Stupeň MP dítěte	Věk dítěte	Četnost hiporehabilitace
R1	LMR	7 let	6 let (2x ročně)
R2	STMR	9,5 let	7 let (3x ročně)
R3	STMR	7 let	5 let (3x ročně)
R4	TMR	11 let	8 let (3x ročně)
R5	TMR	5,5 let	3 roky (3x ročně)

Zdroj: Vlastní průzkum

Děti respondentů se nachází ve věku od 5 do 11 let. Do rozhovoru byly zahrnuty děti s lehkým mentálním postižením, i zástupci středně těžkého i těžkého mentálního postižení. Všechny matky odpověděly, že hiporehabilitaci navštěvují již několik let. Z uvedeného vyplývá, že s terapiemi začaly mezi 1–3 rokem dítěte. Tři respondentky (R1, R2 a R4) navštěvovaly nejprve ambulantní jízdy, které organizace poskytovala, a poté se začaly účastnit týdenních pobytů, které nezisková organizace organizuje již pátým rokem.

Dále byla v rozhovoru zjišťována diagnóza dítěte a její projevy v běžném životě, ale i přidružená onemocnění. Respondentky na tuto otázku odpovídaly v rámci otázky číslo 2,

případně se zmínily v rámci rozhovoru u jiných otázek. Název diagnózy uváděly v první otázce. Odpovědi byly zaznamenány a znázorněny v tabulce č. 2.

Tabulka 2: Přehled diagnóz a jejich projevů

Respondenti	Diagnóza dítěte	Projevy diagnózy a přidružená onemocnění dle pečujících
R1	Downův syndrom	Opožděný psychomotorický vývoj Problémy s příjmem potravy Opožděný vývoj řeči
R2	Mutace genu DIRK1A	Opožděný psychomotorický vývoj Porucha příjmu potravy (špatná motorika mluvidel, smyslová citlivost) Epilepsie Symptomatická porucha řeči (nemluví, nerozumí) Nechce používat horní část těla (ruce)
R3	Rubinstein-Taybi syndrom	Částečně chodí (kratší vzdálenosti) Porucha autistického spektra Symptomatická porucha řeči (používá minimum slov, gesta) Zraková vada Problémy s příjmem potravy – smyslová citlivost Stereotypní pohyby, „hučení“
R4	Není hl. diagnóza	Sekundární epilepsie Centrální hypotonie, skolióza Porucha příjmu potravy Symptomatická porucha řeči (Rozumí částečně, nemluví) Zpočátku emoční oploštělost
R5	Dent syndrom	Diabetes mellitus Epilepsie Imobilní – zcela závislé na pečujícím (neobleče se, nenají se) Symptomatická porucha řeči Zkoumá svět přes ruce, vyjadřuje se silným projevem emocí (často plačtivé).

Zdroj: Vlastní průzkum

Z rozhovorů lze odvodit, že většina dětí má již stanovenou hlavní diagnózu, jen R4 uvedla, že se jí zatím nepodařilo stanovit. Jak lze i z definic mentálního postižení odvodit, respondentky uvedly, že jejich děti mají opožděný psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči, ale i poruchu nebo jiné problémy s příjmem potravy. Jejich problémy se prohlubují se zhoršujícím stupněm mentálního postižení. Jedna z respondentek uvedla, že dítě má poruchu autistického spektra. Matky obou dětí se středně těžkým mentálním postižením uvedly, že jejich děti mají vysokou smyslovou citlivost, projevující se nevolí sáhnout na jídlo, uchopovat předměty rukama, zejména jídlo. Citlivost na oblast rukou zmínila i R5: *No ona má právě problém... všechno, jak kdyby komunikuje přes ruce, a ona je hodně citlivá na ty ruce ...*

Další, jedna ze stěžejních částí rozhovoru, se týkala reakcí dětí na koně a celkově na hiporehabilitaci. Matky uváděly, jak děti prožívají kontakt s koněm a jaké emoce při tom projevují. Zaznamenávány byly i odpovědi, jak děti prožívají celkovou hiporehabilitaci, a jak se chovají v průběhu terapií. Tyto dvě otázky jsou spolu úzce propojené, protože při jakémkoliv druhu hiporehabilitace, je dítě vždy v kontaktu s koněm. Odpovědi jsou opět znázorněny v tabulce č. 3.

Tabulka 3: Reakce dětí na koně a hiporehabilitaci celkově

Respondenti	Reakce dítěte na koně	Reakce dítěte na hiporehabilitaci
R1	Dítě je spokojené, uvolněné (během jízdy je schopno usnout), v pohodě.	Baví ho zejména péče o koně, v poslední době se snaží překračovat stanovené hranice.
R2	Poprvé se bálo (výška), poté nadšení, radost.	Radost samo ze sebe, spokojeno, že má rád.
R3	Poprvé obavy (z neznáma), hysterický pláč – poté nadšení, miluje koně.	Těší se, rádo se s koněm mazlí a čichá k němu, zkoumá detaily srsti, zkouší překračovat stanovená pravidla. Motivace k chůzi.
R4	Nebálo se, zcela klidné, zpočátku citová oploštělost, nyní nadšené, šťastné.	I přes náročný program to dítě baví a motivuje k ostatním činnostem.
R5	Každá jízda s pláčem, nyní se začíná lépe.	Terapie většinou s pláčem, citlivost rukou, silný projev emocí, po překročení jistých limitů se dítě rádo koně dotýká.

Z rozhovorů vyplývá, že první reakce dětí s MP na koně se mohou lišit. Dvě z pěti respondentek uvedly, že se dítě koně nebálo, bylo klidné a spokojené. Respondentka R1 uvedla: *No on začal jezdit v roce, takže byl ještě úplně malinkej, miminko, ještě ani nesesedl, a jezdil vleže. Vlastně hlavu měl k ocasu, takže ani vlastně neviděl, a hezky to s ním houpalo, takže se mu to líbilo vždycky. Párkrát tam i usnul na tom koni, takže byl jakoby v pohodě a nikdy vyloženě, že by plakal, že by se ho bál, tak to jsme nikdy neměli.*

Respondentka R4 uvádí podobnou zkušenost: *... Ale koně se nebála, protože jsem si říkala, jak na ně bude reagovat, ale vůbec se ho nebála, bylo to úplně na klid, jízdu si užívala, pravdou je, že ona byla (.) dřív nebyla jakoby, ona byla taková němá panenka, jakože víceméně dřív nevyjadřovala ty emoce. My jsme předtím nevěděli, v těch já nevím, necelých 3 letech, jestli nás vůbec vnímá jako, takže to bylo jako takový... Ale bylo vidět, že ten kůň jako dobrý, a tak teď když se zmíním, že jedeme na koně teď, tak jenom, hmmm rozzářej se oči a hnedka začne pískat a jako hurá, začne na to líp jít a všechno, prostě miluje koně no.*

Respondentky R2 a R3 odpověděly podobně, že se dítě poprvé bálo, ale poté začaly koně milovat. Respondentka R2 uvedla: *Nejdřív při tej úplně první jízdě co si pamatuju, co jsme měli to vyšetření, tak se bál. Vůbec, .. protože to pro něj byla velká vejška, si myslím. A že nebyl si úplně jistej a ukotvenej, ale vlastně po první jízdě byl nadšeněj a absolvoval to vlastně s radostí.*

Podobný zážitek vyprávěla i respondentka R3: *No takže úplně poprvé se vlastně koně bál. Nemyslím si, že se bál přímo toho koně, asi se bál toho neznáma, protože když něco nezná, tak většinou se bojí. Takže když ho poprvé na koně posadili, tak dostal hrozně hysterický záchvat, nechtěl vůbec na tom sedět, začal vlastně různý, (.) jak had se prostě chovat, prostě snažil se z toho sedla vymanit, ale vlastně poprvé jel vlastně v tandemu, takže ho tam přidržela ta terapeutka. A vlastně tu první jízdu prořval, druhou jízdu už jako brečel míň, a potom, jako kdyby prostě seklo, a začal koně úplně milovat. Jakmile viděl koně, tak k němu hned běžel...*

Respondentka R5, která má dítě s TMR a hiporehabilitace navštěvuje nejkratší čas ze všech respondentů, uvedla, že dítě se koně poprvé bálo, brečelo. Podobnou emoci projevuje střídavě doposud, ale jsou dny, kdy zvládne překonat vlastní překážky a strachy, a dokáže si už přítomnost koně již užívat a spokojeně vychutnávat.

Co se týká reakcí dětí s MP na hiporehabilitace, ať už se jedná o čištění koní, mix terapii nebo přímo jízdy, čtyři z pěti respondentek se shodují na tom, že děti s koněm pracují rády. Kůň je pro ně motivačním prostředkem, ale i důvodem být spokojený sám se svou prací. Respondentka R4 uvedla: *Den je náročný, protože je to nabytý. Takže je to hektický, je to honem honem prostě, všechno, aby se to stihlo. Do toho najíst, napít, že jo, což nám trvá dlouho, takže to je náročný, ale prostě ty emoce, to ona je vždycky ráda. Prostě jako krmíme tady (.) budeme čistit „J“, musíš to spat, budeme čistit, tak hnedka no tak jo a přidá jako, jako je to pro ni motivační, prostě. Ty koně ji bavěj, hrozně ráda na nich jezdí, což je ostatně vidět i na většině dětí, že jo, jak tam prostě seděj jak princové nebo princezny (pauza).*

Respondentka R5, vysvětlovala, že dítě má stále jistý problém při práci s koněm, ale s pomocí terapeutů se jí daří ho překonat: *No ona má právě problém (.) všechno jak kdyby komunikuje přes ruce, a ona je hodně citlivá na ty ruce, takže veškerý pohyb, kdy jí vezme za ruku a chce ji vést na toho koníka, tak jí to dělá problém, tak to máme s křikem. Ale když už se to podaří, tak jde vidět, že jí je to příjemné, že jí to nevadí. .. Tady se nám ji podaří vždycky tak jako hezky zklidnit nebo nám, terapeutům. Jo, takže je vidět, že tady je už taková uvolněnější, všechno.*

Dvě respondentky R1 a R3 se shodly na tom, že jejich děti, přestože mají koně rády, zkoušejí hranice, které je nutné nastolit a dodržovat i v tomto prostředí. Dětem je 7 let a při čištění koně chtějí po prvotním pohlazení a pomazlení utéct nebo dělat pouze to, co chtějí ony. I čištění má svá pravidla, které jim terapeuti předávají.

Respondentka R1 zmiňuje: *No tak, jak roste postupně, tak vždy se mu to líbilo to čištění, ale tak už je větší, tak zkouší, co si může dovolit na ty instruktory nebo fyzioterapeuty, který s ním čistěj. Tak záleží s kým čistí, s jakým člověkem a jestli mu sedne, ale poslední dobou jako zkouší, co si může dovolit a jestli jako by se z toho šlo nějak vyvlíknout, ale .. aby jako nemusel plnit ty příkazy. Ale jinak, co je spojený s tím koněm, takový to hlazení různé a vodění za tu uzdu a čištění kopyt a rozčesávání toho ocasu, tak toho jako hrozně baví, akorát ho .. jako snaží se vzpouzet jako těm příkazům, jako co má dělat. Ale to je až poslední dobou, protože už mu je teď kon 7 a je tam prostě nějaký období vzdoru nebo nevim.*

Podobnou zkušenost popsala i respondentka R3, kde se zmínila, že její dítě rádo koně hladí, čichá k němu, zkoumá detaily srsti, ale pokud má pracovat dle příkazů, snaží se utéct. I v tomto případě záleží na tom, jakého provázejícího terapeuta dostanou.

Respondentka R2 také zmínila pocit radosti ze sebe samého, ale i důležitý řád, který přináší dětem pocit jistoty: *Myslím, že to, že má radost sám ze sebe i, že překročil nějakou bariéru co to, co byla pro něj jakoby .. co byla pro něj dřív nepřekonatelná. Ví, že je nějaký řád. To si myslím, že mu taky vyhovuje, že se ty věci opakují, že už ví jakoby, co může kde čekat. Jakoby, když jdeme do haly, co se tam bude dít, když ráno vstává .. , že je to takový rituální už pro něj.* I respondentka R4 s tímto názorem souhlasí: *Ty koně ji bavěj, hrozně ráda na nich jezdí, což je ostatně vidět i na většině dětí, že jo, jak tam prostě seděj, jak princové nebo princezny.*

Poslední a podstatná část otázek se týkala očekávání respondentek od hiporehabilitace a jejich pohled na to, zda tato forma terapie ovlivnila chování a prožívání jejich dětí s mentálním postižením, ale i jejich pohled na to, co jim tato forma terapie přinesla celkově. Pro přehlednost jsou jejich odpovědi opět zaneseny do následující tabulky č. 4. Pod tabulkou jsou výsledky blíže upřesněny.

Tabulka 4: Očekávání a přínosy hiporehabilitace

Respondenti	Očekávání od hiporehabilitace	Přínosy hiporehabilitace	Naplnila se očekávání?
R1	Komplexní zlepšení	Pomohlo ve všech oblastech – rozvoj motoriky, řeči, zlepšení v oblasti konzumace potravin, více společenský (lépe navazuje kontakty). Spokojená celá rodina.	Určitě ano
R2	Chůze, sociální stránku	Celkové posílení těla – více se snaží zapojit ruce, větší zájem o okolí, o to zkusit nové věci, dítě se přestalo bát zvířat, posílení sebevědomí.	Určitě
R3	Rozvoj chůze, komunikace, zlepšení v oblasti výživy	Dítě začalo chodit, celkové zpevnění, lepší spolupráce, zklidnění, sebedůvěra, socializace, šťastný i zbytek rodiny.	Ano, naplnila, nad očekávání
R4	Jakékoliv zlepšení	Celkové zpevnění, zlepšení skoliózy, lepší spolupráce a soustředění, zlepšení v oblasti jídla.	Stoprocentně

		Rodina nadšená.	
R5	Zlepšení celkového stavu, větší pohybová aktivita (alespoň sed), případně rozvoj řeči	Zklidnění přes otevření v emocích a uvolnění deprivace. Je více aktivní, má lepší náladu a lépe spolupracuje. Celkové zpevnění – tendence si sednout.	Jo, určitě

Zdroj: Vlastní průzkum

Na základě rozhovorů lze říci, že klienti očekávali od celkové hiporehabilitace komplexní zlepšení. V první řadě, je pro ně důležité, aby došlo k rozvoji hrubé motoriky či zpevnění celého těla. Dále pak doufali v rozvoj řeči, ve zlepšení v oblasti jídla, ale i například lepší navazování vztahů nejen s dětmi. Například respondentka R5 uvedla: *No, očekávali jsme vlastně zlepšení stavu, vlastně tady je cílem, aby se naučila aspoň sama sedět. No a řeč nevím, jestli se podaří, ale prostě taková ta .. větší aktivita pohybová.* Otázka ohledně očekávání od hiporehabilitace se týkala otázky č. 5, ale většina respondentů uváděla kromě očekávání i přínosy, které doplnili i v rámci otázky č. 9 a 10. Odpovědi, se často prolínaly.

Ohledně přínosů se všechny matky shodly na celkovém zpevnění těla. Také 3 z pěti respondentek (R1 – R3) uvedly, že jejich děti hiporehabilitační pobyt posouvá i v socializaci, lépe navazují vztahy s ostatními dětmi. Koně, psi, ale i ostatní děti jsou pro děti s postižením velmi silným motivačním prostředkem. Kontakt s koněm také podle respondentek jejich dětem přináší zklidnění, sebedůvěru, zlepšení v soustředění, ale i ve spolupráci. Níže jsou úryvky z jejich odpovědí, týkajících se dlouhodobých účinků hiporehabilitace:

R1: ... *Viděli jsme například, že to pomáhá v jídle, že se rozjedl. Po jednom pobytě začal líp jíst i chování se zlepšovalo. Komunikace se po každém .. po každém pobytu se vždy zlepšil jeho mluvení, vyjadřování (...)*

Tak teď kon posledně dobou se vždy zlepšil v té komunikaci, vždycky tak s měsíčním odstupem začíná používat víc slov nebo líp opakuje, je mu víc rozumět, a .. no a ta sociální oblast taky, že je jakoby společenštější, líp navazuje kontakty s ostatními dětmi no.

Nevím .. no prostě, že mu to jako pomáhá ve většině oblastech, i v té motorice, i v tom chování, v té komunikaci, v přijímání potravy, protože se tu ty zvířata i krměj, koně i psi, tak se vlastně i on naučil líp jíst, že mohl tady krmít ty zvířata, protože my doma žádné zvíře nemáme, tak aspoň tady, nějaký krmít a potom se pokaždé zlepšil, že začal jíst víc jídla.

R2: protože on vlastně do 3,5 roku nechodil vůbec, takže to mu dalo vlastně, jako posílilo mu to tělo celkově a vůbec ten kontakt jakoby s okolím, jakoby se zlepšil, potom vlastně co je v kontaktu s těma zvířatama, tak si myslím, že to má velkej vliv pak na tu sociální stránku vůbec...

Jó, má větší zájem, má zájem i zkoušet věci, protože on je takovej konzervativní a jen tak na něco nešáhne, to je spojený vlastně i stou poruchou příjmu potravy, že nechce dávat .. nechce na nic sahat, všeho se bojí...

Určitě, určitě .. I co se týká toho držení těla i toho sociálna, že to, že kdykoliv pak vidíme někde koně, tak má tendenci jakoby za nima jít, stejně tak psů už se vůbec nebojí, dřív měl vlastně poruchu příjmu potravy, tak i šáhnout na jídlo, protože dřív se ty koně krmily vždycky po každé té jízdě, tak to byl pro něj velkej oříšek, to vzít rohlík jako do ruky, tak to bylo jako scifi, tak to se vždycky pak už jakoby zlepšilo. Takže si myslím, že má tendenci už to jídlo brát tak, jakože ho potřebuje a že to není nic, co by mu mohlo ublížit.

Myslím si, že to, že po tej emocionální stránce ho to dokáže jakoby vést, trošku víc a .. i myslím, i pro ten kontakt s okolím, i se sourozenci nebo s cizími lidmi, jakože si myslím, že ty koně jsou takovým vodítkem jako pro něj, jakože ví, že se nemusí bát a přijímá vlastně to, to co mu přijde, jakože to, že dokáže přijmout, jakože se tomu nebrání.

R3: Měl své stereotypní pohyby a oni se ho vždycky snažili jakoby usadit, aby začal vnímat, protože tady to je útěk do toho jeho světa a v poslední době opravdu je vidět, že samozřejmě někdy do toho uteče, ale jinak jakoby vnímá to svoje tělo a toho koně, vlastně ten pohyb.

A co se týká ještě té mixterapie, ta vlastně nám je taky hodně přínosná .. byl to neuvěřitelný boj, aby prostě šel aspoň jedno kolo. Neušel prostě ani to jedno kolo kolem haly, ze začátku prostě fakt šel třeba čtvrtku a pak úplně šel do afektu, takže se to ukončilo. A postupem času opravdu šel jedno kolo, pak zase rok třeba trvalo než to kolo prostě toleroval, pak najednou šel dvě kola a najednou začal chodit už tři a možná by šel i další. A když vlastně chodil už to druhý kolo, tak bylo vidět, že třeba už nechce jít dál, ale když dostane to víře, buď koně, nebo psa, kterýho má rád, tak prostě najednou je ta vidět, jak je pyšnej, jak vlastně rád to zvíře vede a jde dobrovolně, jde prostě s větším odhodláním.

No takže, určitě bych řekla, že se na tý hiporehabilitaci vždycky zklidní. Vždycky ... Může za to .. Myslím si, že nejenom ty koně, ale taky ten pravidelný režim, kterej je tam vlastně striktně danej.

Přínos to mělo tedy v tom, že se naučil čekat, naučil se vlastně poslouchat některé příkazy, ví, že prostě něco musí, vlastně hodně mu to pomohlo v té chůzi, ve zpevnění těla.

Je velmi tvrdohlavý a odmítá dělat vlastně to, co striktně nechce. Odmítá dělat něco, do čeho ho někdo nutí, a proto byla pro nás fyzioterapie hrozně velikánskej boj. .. A proto prostě ta hipoterapie je pro nás úplně nejlepší, protože on ani neví, že cvičí, on neví, že mu to pomáhá. On to všechno dělá rád a dobrovolně, je mezi dětma, které miluje, které ho motivují vlastně k tomu, aby něco dělal, je sociální. .. určitě mu to zvedá sebedůvěru, určitě mu to pomáhá navazovat ty kontakty, takže já si myslím, že on je tu úplně nadšeněj. A já jsem taky, protože vidím, jak je tu spokojenej a i druhěj syn to tu má hrozně rád.

R4: *Tak vždycky jí to srovná tu skoliózu, to je vidět hned, to jako jakmile že jo, u výstupního vyšetření, tak už je to vidět. Jinak ty reakce přesně, dneska nás tady rozštípla, že byla úplně na klid. Furt se s náma pere při oblíkání, že jo a teď tady klídek. Jídlo měla (.), za 40 minut měla snědenou snídani včetně vypitý vody, což je u nás jako „hhh“ top, člověk ji krmí tak třičtvrtě hodiny jedno jídlo až hodinu, takže úplně neskutečné, a ona měla i vodu vypitou, spolupracovala krásně, jako tady ji taky chválili, jak funguje, prostě jako, zklidní jí to jako prostě... no jí to baví, mám z toho radost, a ještě jí to navíc dává zdravotní benefity vlastně, takže je to jako 2 v 1.*

Všechno jí to baví, zklidňuje jí to, má to ráda prostě, tak ji to zklidňuje, bych řekla. Prostě posouvá ji to zase dál, že víc se jako soustředí, víc přemejšlí nad tím, co dělá prostě, protože je to přesně ta záliba, je to prostě (.) jakože to není, jako když ji člověk nutí, jako něco dělej, že jo, ale prostě to dělá s radostí, tak jako to dělá pak jinak.

R5: *Tady se nám ji podaří vždycky tak jako hezky zklidnit nebo nám, terapeutům. Jo (?), takže je vidět, že tady je už taková uvolněnější, všechno. A doma mi přijde, že po tom týdnu, jak to doznívá, tak je úplně supr jo(?). Je víc akčnější, přijde mi, že jak kdyby si fakt chtěla sama sednout jo, takže vidím ty změny k lepšímu.*

když mi „J“ neřekne, tím, že nemluví, tak jako vidím, že jako směje se, že má dobrou náladu, jako jasně někdy brečí, protože už je přetažená, ale myslím si, že z toho všeho, kam chodíme na ergo a na cvičení, tak ta hipoterapie je nejlepší celkově v tom rozvoji.

... řekla bych, že to tu s ní fakt umí a úplně jí to prospívá, takže jsem fakt ráda, že nám to vychází 3x do roka.

Všechny respondentky se jednoznačně shodly, že se jejich očekávání naplnila i nad rámec představ. Respondentky R1 a R4 svou odpověď rozvedly:

R1: *Určitě no, jsme rádi, že můžeme na tu hipošku jezdit a je to celkově jako skvělá dovolená pro celou rodinu. Děti to tam neskutečně baví, od rána do večera jsou tu šťastní s ostatními dětma, obklopení zvířatama. Takže jsme rádi, že můžeme jezdit.*

R3: *Očekávání se tedy naplnila, až na to jídlo. Vlastně to přineslo ještě to, že .. on měl teda vždycky rád děti, ale třeba já nevím, všechny malé děti jezdí na motorkách, takových těch dětských, on vůbec doma na tom nechce jezdit, doted'. Nechce prostě to vůbec používat, ale jakmile jsme tady a vidí ty děti, že na tom rád, tak tu prostě začal na tom jezdit, jo? Takže vlastně .. má tu kamarády, co ho hodně motivují...*

R4: *Stoprocentně, akorát já bych ji na toho koně nejradši přilepila (smích). Ne, ale jako fakt určitě. Vždycky je to hrozně znát, když odsad' přijedeme i tady je to znát. Opravdu je to znát! Stoprocentně se to naplnilo.*

5.2.1 Vyhodnocení rozhovorů s pečujícími

Polostrukturované rozhovory byly uskutečněny s pěti matkami dětí s mentálním postižením, v rámci týdenních hiporehabilitačních pobytů. Děti respondentek mají LMR, STMR i TMR s věkovou hranicí od 5,5 let do 11 let. Dítě s LMR má četnost pobytů během roku nižší než ostatní. Většina dětí má stanovenou hlavní diagnózu, kromě jednoho dítěte s TMR. Všechny děti mají opožděný psychomotorický vývoj, případně ortopedické potíže. Čtyři respondentky uvedly, že dítě má v menší či větší míře poruchu s příjmem potravy. Také se u dětí objevuje opožděný vývoj řeči nebo symptomatické poruchy řeči. Mezi dětmi respondentů je jedno, které má poruchy autistického spektra.

Pečující v první řadě očekávali komplexní zlepšení. Kromě změn v prožívání a chování dětí, čekali také zpevnění celého těla nebo zlepšení hrubé motoriky. Co se týká chování, čekaly matky rozvoj zejména v oblasti socializace, komunikace, ale i v oblasti příjmu potravy. Z uvedeného se dá předpokládat, že hlavní prioritou volby tohoto druhu rehabilitace je spíše fyzioterapeutická záležitost, a změny v oblasti chování jsou sekundárním očekáváním.

Na základě rozhovorů lze říci, že emoce dětí s mentálním postižením jsou v průběhu seznamování koněm různé. Část respondentů uvedla, že dítě hned od začátku cítilo emoce pozitivní, uvedly např.: spokojenost, pohodu, klid, dítě se nebálo, uvolnění (dítě usnulo).

Větší část respondentů naopak uvedla, že první kontakt s koněm byl doprovázen silnými emocemi. Dítě poprvé cítilo strach, úzkost, plakalo. Tyto silné emoce byly ale brzy vystřídány silnými pozitivními emocemi, jako je nadšení, radost, láska, štěstí. U jednoho z těchto dětí, se střídání emocí projevuje každý pobyt. Na začátku pobytu pláče, je neklidné, postupně se však daří dítě zklidnit. Poté si dokáže jízdu užít a být klidné, dle pohledu matky. Co se týká prožívání celkově hiporehabilitačního pobytu, všechny respondentky se shodují na tom, že děti práce s koněm baví, respektive kontakt s koněm, protože některé i přes kladné emoce, které pociťují ke koni, nemají rády příkazy a povinnosti, proto se snaží vymanit z povinností. Dvě respondentky uvedly, že na jejich děti má, kromě koně, vliv i pravidelný režim, který je dodržován celý pobyt. Nejen kůň, ale i kolektiv dětí, je pro děti s mentálním postižením velmi silným motivačním prostředkem. Většina respondentek také uvedla, že si u svých dětí, ale i ostatních, všímají, že když jedou na koni, vedou ho po hale nebo je čistí, jsou na sebe pyšní, spokojení a sebevědomí.

Přínosy hiporehabilitace, které respondentky sledují, jsou následující. Tři respondentky se shodly na tom, že se posílila zejména schopnost dětí s mentálním postižením začlenit se do kolektivu, najít si kamarády, napodobovat jejich chování, ale i posílit své komunikační dovednosti. Respondentky, jejichž děti mají těžké mentální postižení, se shodly na lepší spolupráci jejich dětí, na lepší náladě, ale všimly si i zlepšení v oblasti soustředění. Všechny respondentky se shodly na tom, že jsou jejich děti na intenzivním hiporehabilitačním pobytu klidnější a jejich „pohoda“ pokračuje ještě nějaký čas doma, případně je zklidnění v určitých oblastech trvalé po několika letech terapie. Na základě rozhovorů lze říci, že jak hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, tak hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi přináší dětem s mentálním postižením nevšední volnočasovou aktivitu, která je pro ně zároveň komplexní rehabilitací a přináší jim benefity v různých oblastech. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii jim přináší zejména zpevnění těla, kdy děti dobrovolně a nevědomky rehabilitují v přirozeném prostředí. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi pomáhají dětem socializovat se, posiluje sebevědomí a rozvíjí komunikační dovednosti. V konečném důsledku je kůň, ale i kolektiv dětí, velmi silným motivačním činitelem.

5.3 Expertní rozhovory

Jednou z doplňkových metod bylo uskutečnění expertních rozhovorů. Žádost o rozhovor byl zaslán na jaře 2022 terapeutům pracujícím v neziskové organizaci poskytující hiporehabilitační pobyty, prostřednictvím emailů, které poskytla hlavní fyzioterapeutka, majitelka neziskové organizace. Účastnit se chtěla jen jedna fyzioterapeutka, která byla na

mateřské dovolené (nyní rodičovské dovolené), z tohoto důvodu byl rozhovor uskutečněn písemnou formou. Na podzim 2023 byl uskutečněn osobní rozhovor s terapeutem, zabývajícím se emocemi dětí i jejich rodin. Na konec byl získán ještě jeden písemný rozhovor od hlavní fyzioterapeutky (viz Příloha č. 4: Ukázka písemného rozhovoru s expertem).

Pro přehlednost byla vytvořena tabulka č. 5, kde jsou experti označeni písmenem „E“ (jako expert), s příslušným číslem pořadí. Tabulka obsahuje údaj o formě rozhovoru s daným expertem a také informaci o jeho pozici v rámci neziskové organizace.

Tabulka 5: Přehled expertů

Pořadí expertů	Forma rozhovoru	Pozice v rámci NO
E1	Písemné dotazování	Fyzioterapeutka (nyní RD)
E2	Písemné dotazování	Hlavní fyzioterapeutka
E3	Osobní rozhovor	Terapeut, masér (zabývající se emocemi)

Zdroj: Vlastní průzkum

Expertům byla položena základní otázka, která zní: **Jak podle Vašeho názoru působí hiporehabilitace na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením?**

Následují úryvky z podstatných částí rozhovorů:

E1: ... Podle mého názoru má hiporehabilitace na chování dítěte s mentálním postižením mnoho pozitivních vlivů. Obecně kůň dokáže dítě zaujmout a poskytnout nám terapeutům více času pro vlastní zcela cílenou terapii. Například ve většině případů pozoruji opravdu velký rozdíl mezi první terapeutickou jednotkou v běžné ambulanci a první hiporehabilitační jednotkou. Při hipoterapii dítě bývá zpravidla poprvé zaujato zvířetem a často uklidní svůj motorický neklid a naslouchá terapeutovi, lépe spolupracuje. V ambulanci často zůstává pozornost dítěte u rodiče a terapeut má složitější výchozí pozici pro navázání spolupráce s dítětem. Chování dítěte při hiporehabilitaci pomáhá usměrnit i kůň, který budí respekt svou velikostí, ale i schopností reagovat na chování dítěte. Příklad z praxe: pokud bude mít za úkol projít dítě s koněm na vodítku překážkovou dráhu (cílenou na zlepšení motoriky dítěte), může se stát, že pokud se dítě nebude dostatečně soustředit na plnění úkolu, kůň se zastaví a odmítne s ním dál jít. V tuto chvíli zapůsobí terapeut, který dokáže situaci vyhodnotit a dítěti řekne, co se děje. Dítě se většinou opět začne soustředit na vlastní úkol.

... Pokud je terapie dobře vedená, dítě ani nemusí v činnosti rozpoznat náš terapeutický záměr. A to považuji v terapii dětí za opravdu velmi velmi přínosné.

E2: *Jsem plně přesvědčena, že pokud u dětí nejen s mentálním postižením pozorujeme problematické chování, které není způsobené strukturálně, jedná se pouze o problém v komunikaci. Dětem často chybí porozumění a možnost se vyjádřit, což je pro ně velmi deprivující. Tato deprivace pak způsobuje napětí, kterému děti nerozumí a mají ho potřebu různým způsobem ventilovat.*

Kůň je však schopen dítěti porozumět tak, že odečítá toto napětí a dítěti tak dává konkrétní zpětnou vazbu, což my pozorujeme jako efekt v oblasti chování. Co se týče druhé oblasti, prožívání, je kůň při práci s emocemi nejlepším pomocníkem. Během jízdy na koni dochází k tomu, že dítě doprovází pohyb koně. V těle dítěte se jedná o velmi komplexní a rytmický pohyb, který je mimo jiné i spouštěčem emocí. Z mého pohledu fyzioterapeuta je i proto hipoterapie tak efektivní léčbou, jelikož při učení pohybu vždy dochází k prožitku, ke spuštění různých emocí a to, co se učíme v prožitku, to si i zapamatujeme.

... kůň je s nimi schopen komunikovat pomocí pohybu a emocí. Je schopen odečíst napětí těla a to využít pro komunikaci, ... Pohyb i vnímání se učí více prožitkově než kognitivně, a i proto často pozorujeme velké efekty hiporehabilitační léčby u těchto dětí.

E3: *...a samozřejmě to čištění, to čištění tam je spousta věcí, který se dá tomu dítěti předat. Ať už je to kontakt s koněm, ať už je to „navnímání“ toho pohybu když čistí, ať už je to soustředění... a všelijaký ty vjemy i reakce toho koně, když ustupuje nebo když se nakloní, to všechno to dítě vnímá, ty emoce a z toho se to dostává do toho těla, protože to vnímá v tom těle...*

... Na tom koni není vlastně jenom ten pohyb, tam nám jde o to, aby to dítě vlastně splynulo s tím pohybem koně, jo – ne obráceně, ale to dítě s tím koněm. Jde nám o to, aby to dítě vlastně jakoby navnímalo tu energii toho koně a začalo vnímat tenhle pohyb a tu energii v tom těle, jo? Takže někdy je dobře, že se tam plácá, když to tak řeknu, někdy to je proti (...) není to jenom pohyb toho koně, je tam spousta těch věcí: charakteristika koně, to vnímání toho koně, to všechno působí na to, proč vybíráme toho správného koně pro to dítě no.

Doplňková otázka v rámci osobního rozhovoru s E3: **Pozorujete v průběhu let, že se děti na začátku bojí a potom se to změní, ten kůň je ovlivní (...)?**

E3: *Tak určitě, hlavně jsem se na tom i já vyučil. (pauza) Tak jde fakt o to, že čím víc to dítě začne důvěřovat a čím víc začne vnímat to tělo, tím víc ono si jakoby dovolí. A strach je strašně relativní, tam jde ještě o to, z čeho to dítě strach má. Jo? Každý dítě má strach z něčeho jiného, některý má strach z koně, některé z výšky toho zvířete, některý dítě má strach jakoby z toho (.) z tý práce, z tý jízdy. Tam se s tím pak vlastně jakoby pracuje, některý dítě má strach z toho jenom odejít od tý mámy nebo táty. Takže pak se na těchto úrovních pracuje s tím strachem a co si budem říkat, 80% toho je spolupráce těch rodičů no, hlavně tý mámy. To dává hodně. Čím víc si dovolí ta máma a pustí ta máma a udělá jakoby na sobě, o to víc změn je vidět na tom dítěti...*

5.3.1 Vyhodnocení rozhovorů s experty

Na základě výše zmíněných odpovědí lze říci, že se experti shodují na značném vlivu hiporehabilitace na prožívání a chování dětí s mentálním postižením. Kůň zaujímá roli prostředníka, skrz kterého provádí terapeut záměrnou terapii. Jak zmiňuje expert E1, kůň dokáže dítě natolik zaujmout, že si samo ani neuvědomuje, že cíleně rehabilituje. Kůň je také motivačním činitelem, který odráží chování dítěte.

Kůň je schopný komunikovat se svým jezdcem pomocí pohybu a emocí. Když se dítě na hřbetě koně podvolí a plně přizpůsobí pohybu koně, dokáže se otevřít a vypustit různé emoce, spojené s frustrací nebo naopak. Pokud si dítě postupem času začne důvěřovat a začne více vnímat vlastní tělo, je možné dojít k pozitivním výsledkům. Expert E3 se domnívá, že vlastní prožívání i chování pečující osoby, zejména matky, dokáže také velmi ovlivnit výsledky hiporehabilitace. Je známo, že děti vnímají emoční rozpoložení svých nejbližších, stejně tak tomu je v případě dětí s mentálním postižením, které jsou ke svým nejbližším úzce navázány.

Na základě rozhovorů s experty lze říci, že kůň, zejména práce skrze něj, je velmi efektivní metoda komplexní rehabilitace dítěte s mentálním postižením. Vliv hiporehabilitace na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením probíhá přímo skrze koně, který je zrcadlem emocí dítěte a jejich projevů. Jednání koně (jeho pohyby, neverbální komunikace) pomáhá dětem s mentálním postižením otevřít se v emocích a také usměrňuje chování dítěte.

6 Diskuze

Cílem empirické části bylo zjistit, jaký vliv má působení hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících. Stěžejní část empirického průzkumu byla z tohoto důvodu založena na rozhovorech s pečujícími. Celkem bylo uskutečněno 5 rozhovorů s matkami dětí s mentálním postižením. Zastoupeny jsou děti jak s lehkým mentálním postižením, tak děti se středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Jak uvádí Švarcová (2000) i přes trvalost narušení poznávacích funkcí u dětí s mentálním postižením, lze vhodným pedagogickým působením dosáhnout výrazného zlepšení. Pro lepší, ucelené porozumění rozhovorům s pečujícími, bylo provedeno pozorování, při kterém bylo zjišťováno, v jakém režimu fungují týdenní hiporehabilitační pobyty, které jsou organizovány neziskovou organizací. Vágnerová (1999) uvedla, že účinnost terapie lze posuzovat na základě subjektivního pocitu klienta, dalších osob, které ho dobře znají, ale i na základě pohledu terapeuta. Z tohoto důvodu, bylo pro doplnění provedeno ještě průzkumné šetření formou rozhovorů s experty (terapeuty), kteří pracují v rámci neziskové organizace s dětmi s mentálním postižením. Pro dosažení cíle byly stanoveny průzkumné otázky, na které je možné odpovědět na základně výše zmíněných kvalitativních metod.

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012) zmiňují, že dítě s MP může významně těžit z terapie za předpokladu, že je zvolen vhodný terapeutický postup. Na základě pozorování bylo zjištěno, že na začátku hiporehabilitačního pobytu je uskutečněno vstupní vyšetření, kdy je dítě vyšetřeno a terapeuti i pečující konzultují stav dítěte. Následně se dohodnou na cíli, kterého je potřeba v danou chvíli dosáhnout. Na konci pobytu zhodnotí plnění cíle, případně terapeut předá pečujícímu rady, jak s dítětem pracovat v domácím prostředí.

První průzkumná otázka, na kterou bylo třeba odpovědět, se týkala očekávání pečujících od hiporehabilitace před tím, než se jejich děti začaly účastnit. Pod pojmem hiporehabilitace si pravděpodobně většina pečujících představila na začátku zejména hlavně hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii, což vyplývá z rozhovorů, kde všechny pečující matky očekávaly od hiporehabilitace zejména celkové zpevnění těla. Další očekávání se týkala rozvoje v oblasti socializace a komunikace, ale i v oblasti příjmu potravy. Tato očekávání mají podklad i v literatuře. Zlepšení v komunikačních dovednostech zmiňuje např. Koca, Ataseven (2016) nebo Pipeková, Vítková (2001, s. 132), která uvádí, že při hiporehabilitaci dochází k aktivizaci sensorické integrace, dochází ke sladění hybných a řečových funkcí díky rytmizaci a k silné emoční motivaci. Rovněž co se týče socializace, Valenta, Michalík,

Lečbych (a kol. 2012) uvádějí, že právě zapojení do skupiny vrstevníků pomáhá těmto osobám zvyšovat jejich sebevědomí a fungování ve společnosti. V rámci hiporehabilitačních pobytů jsou účastníci ubytováni v těsné blízkosti a mají tak možnost, trávit spolu celý týden, zejména děti. Často jsou přítomni i sourozenci dětí s postižením, a tak se intaktní děti spolu s dětmi s postižením mohou vzájemně ovlivňovat a učit se navazovat kontakt.

Druhá průzkumná otázka hledala odpověď na to, jaké emoce dítěte s mentálním postižením projevuje při kontaktu s koněm z pohledu pečující osoby. Hollý a Hornáček (2005, s. 138–173) uvedli, že se klient potýká s ambivalentními pocity od prvního kontaktu s koněm. Nejprve dítě pocítuje strach, postupně s narůstajícími zkušenostmi strach ustupuje a tužba po jízdě se zvyšuje. Mezi jezdcem a koněm vzniká vysoce motivační pouto. Toto tvrzení bylo na základě empirického průzkumu potvrzeno. Matky popisovaly, různé projevy emocí dětí s MP při kontaktu s koněm, které se mnohdy časem měnily. Dvě respondentky z pěti uvedly, že dítě pocívalo hned od počátku pouze pozitivní emoce – spokojenost, pohodu, klid, radost, nadšení. Druhá část respondentek popisovala, že první kontakt dítěte s koněm byl doprovázen úzkostí, strachem či pláčem. Tyto emoce byly ale po seznámení s koněm a terapií vystřídány opět pozitivními emocemi (radost, láska, štěstí, nadšení). Jedna z respondentek uvedla, že se tento proces střídání emocí objevuje u dítěte každý pobyt. Také experti s tímto tvrzením souhlasí a shodují se, že kůň je schopný komunikovat se svým jezdcem pomocí pohybu a emocí. Když se dítě na hřbetě koně podvolí a plně přizpůsobí pohybu koně, dokáže se otevřít a vypustit různé emoce, spojené s frustrací nebo naopak. Pokud si dítě postupem času začne důvěřovat a začne více vnímat vlastní tělo, je možné dojít k pozitivním výsledkům. Expert „E3“ se domnívá, že vlastní prožívání i chování pečující osoby, zejména matky, dokáže také velmi ovlivnit výsledky hiporehabilitace. Je známo, že děti vnímají emoční rozpoložení svých nejbližších, stejně tak tomu je v případě dětí s mentálním postižením, které jsou ke svým nejbližším úzce navázány.

Třetí průzkumná otázka si kladla za cíl zjistit, jak dítě s mentálním postižením prožívá celkově hiporehabilitační pobyt, jak se zde chová z pohledu pečujících osob. Jak je uvedeno v teoretické části, kde Hollý a Hornáček (2005, s. 146–150) zmínili, že hiporehabilitace pomáhá lidem změnit jejich chování, myšlení a emoce žádoucím směrem, HPSP a HTP jsou úzce provázány. Je zde využívána nejen jízda na koni, ale i široké prostředí okolo koně a práce s koněm. V rámci týdenní hiporehabilitace děti, kromě jízd na koni, mají na starosti čištění koní v hale nebo před ubikací, mix terapii, případně canisterapii v rámci individuálních hodin. Jak uvádí ČHS (2021), dochází tak k vytváření citových vazeb nebo

k úpravě postojů k okolí. Všechny respondentky uvedly, že jejich děti mají rády přítomnost koně a práce s ním je baví. Ovšem dvě respondentky zmínily, že jejich děti nemají rády přímé příkazy, proto se snaží utéct od povinností, které doprovázejí ranní čištění koní. Při této aktivitě dítě snadno rozpozná, že jde o práci/rehabilitaci. Toto může být projevem nezralé osobnosti (např. tvrdohlavost), jak uvedla Švarcová (2000), což je charakteristickým projevem mentálního postižení. Dítě buď nechápe smysl toho, co je od něj požadováno, nebo jsou tyto reakce vyvolány tendencemi k impulzivnímu jednání, kdy se dítě řídí nejjednoduššími a nejbližšími motivy. V případě mix terapie, kde také pracují a rozvíjejí zejména hrubou motoriku, soustředění, spolupráci s dětmi i zvířaty, jde hlavně o zábavu a děti nerozpoznají, že pracují. Stejně tak pokud jde o jízdy. Dvě z respondentek také uvedly, že jejich dětem vyhovuje pravidelný režim, který je dodržován v rámci týdenní hiporehabilitace.

Poslední průzkumná otázka se zabývala tím, jaké změny v prožívání a chování dítěte s mentálním postižením hiporehabilitace reálně přinesla z pohledu pečujících osob. Tvrzení, které uvedla Pipeková, Vítková (2001, s. 134), že cílem HPSP a HTP je podpora sebedůvěry klienta prostřednictvím cvičení odvahy a samostatnosti, potvrzuje tvrzení respondentek, že u svých dětí pozorují, že jsou při práci s koněm sebevědomé a pyšné samy na sebe. Respondentky se také shodují, že kůň, ale i kolektiv dětí, je velmi silným motivačním prostředkem, díky kterému jejich děti s mentálním postižením komplexně rehabilitují, aniž by si uvědomovaly, že pracují. Toto tvrzení potvrzují i experti. Kůň zaujímá roli prostředníka, skrz kterého provádí terapeut záměrnou terapii. Jak zmiňuje expert E1, kůň dokáže dítě natolik zaujmout, že si samo ani neuvědomuje, že cíleně rehabilituje. Kůň je také motivačním činitelem, který odráží chování dítěte. Müller (a kol. 2014, s. 457) zmínili, že ucelená rehabilitace se promítá v nejdůležitějších oblastech lidského života a skládá se ze tří základních složek. Všechny tři v sobě obsahuje terapeutický kůň – je **motivujícím prostředkem; působí na motoriku** tak, že usnadňuje základní pohybové vzorce chůze, stimuluje a rytmitizuje dechové funkce, ale i úchop; a vytváří **předpoklady pro sociální začlenění člověka** se specifickými potřebami. Většina respondentek uvedla, že došlo k rozvoji socializace a komunikačních dovedností. Děti s mentálním postižením posílily své kompetence začlenit se do kolektivu, najít si nové kamarády a napodobovat jejich chování. Respondentky, jejichž děti mají těžké mentální postižení, se také shodly na lepší spolupráci svých dětí, na lepší náladě, ale všimly si i zlepšení v oblasti soustředění. Všechny respondentky se shodly na tom, že jsou jejich děti na intenzivním hiporehabilitačním pobytu

klidnější a jejich „pohoda“ pokračuje ještě nějaký čas doma, případně je zklidnění v určitých oblastech trvalé po několika letech terapie.

Výsledky empirického průzkumu odpovídají obecným cílům HPSP, které uvádí ČHS (2022a). Pečující i experti se shodují, že hiporehabilitace přináší **rozvoj sociální schopností a dovedností** (návlek komunikace, schopnosti spolupracovat, prožití pocitu sounáležitosti apod.); **snížení rizika sociálního vyloučení** (navázání nových kontaktů, posílení kontaktů v rodině, pomoc při zapojení do běžného života); **rozvoj psychické kondice** (rozvoj kognitivních funkcí, posílení sebevědomí, možnost relaxace a odpočinku apod.); **pozitivní ovlivnění chování** (zlepšení schopnosti sebekontroly, soběstačnosti); **zlepšení zdraví a fyzické kondice** (normalizace svalového napětí, zlepšení pohybové koordinace a rovnováhy); **usnadnění edukačních procesů** (zážitková pedagogika – motivační prvek); a **pozitivní a smysluplné trávení volného času**.

6.1 Navrhovaná opatření

Na základě zjištěných dat vyplývajících z empirického průzkumu, je možné konstatovat, že hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, spolu s hipoterapií ve fyzioterapii a ergoterapii, je vhodným terapeutickým prostředkem, kterým lze ovlivnit prožívání a chování dítěte s mentálním postižením. Hiporehabilitace celkově působí na emoce dítěte s mentálním postižením prostřednictvím koně a dochází tak k vlivu na prožívání a chování dítěte, což se projevuje například rozvojem socializace, komunikace, soustředění, ale i ve zklidnění dítěte apod. Na základě výsledků empirického průzkumu, byly navrženy následující opatření:

- **Úhrada hiporehabilitačních pobytů ze zdravotního pojištění** – na základě pozorování bylo zjištěno, že klienti si hradí hiporehabilitační pobyty sami (vlastní zdroje, sponzorské dary, nadace). Hradit se musí jako hiporehabilitace jako celek, tak ubytování, stravování a doprava. Pro některé rodiny je to podle mého názoru velký zásah do rodinného rozpočtu⁷. Proto by mohly, alespoň částečně, hiporehabilitaci hradit zdravotní pojišťovny. Rodinám by tak usnadnily ekonomickou situaci, ale odpadly by jim i starosti s hledáním sponzora/nadace.
- **Rozšíření povědomí o účinnosti hiporehabilitace mezi veřejností i odborníky** – terapeuti, ale i například klienti, by měli šířit osvětu o tomto druhu rehabilitace.

⁷ Částka za intenzivní hiporehabilitaci je 12 500 Kč za týden. Částka za ubytování a stravování za 1 dospělou osobu a 1 dítě je 8 400 Kč za týden. Uvedené ceny jsou platné pro rok 2022–2023.

Podle mého názoru a zkušenosti je i mezi odborníky nevědomost o příznivých účincích hiporehabilitace.

- **Více hiporehabilitačních center či neziskových organizací nabízejících intenzivní pobyty** – toto doporučení je uvedeno na základě zjištění, že je v rámci této neziskové organizace převis poptávky nad nabídkou. Rodiče či jiné pečující osoby by měli mít možnost využívat tuto formu terapie co nejdříve, aby tak byl zajištěn maximální rozvoj jejich dítěte s mentálním postižením. Bylo by vhodné zmírnit podmínky pro založení těchto center a organizací. Souvisí to zejména se zajištěním financování (například dotací), aby nebyl problém se zajištěním provozních a personálních nákladů.
- **Zajištění financování neziskových organizací a hiporehabilitačních středisek**, aby dokázaly zajistit péči o koně a provozní záležitosti.
- **Zařadit hiporehabilitaci jako součást individuálního plánu pro každé dítě nejen s mentálním postižením, ale i jiným.** Hlavně pro děti s poruchou autistického spektra nebo pro děti s kombinovaným postižením. Hiporehabilitace by měla být zařazena v rámci individuálního plánu tak, aby bylo zřejmé, jakou roli hraje v celkovém vývoji dítěte.
- **Zařadit hiporehabilitaci do základních speciálních škol, příp. do základních škol zřízených dle §16, ods. 9** – toto doporučení úzce souvisí s předchozím návrhem. Podle mého názoru by bylo vhodné, aby školy nabízely možnost alespoň ambulantní hiporehabilitace. Případně by pedagogičtí zástupci z těchto škol jezdili s dětmi na hiporehabilitační pobyty v rámci školy v přírodě, ať už s účastí rodičů nebo bez ní. Ambulantní hiporehabilitaci by mohly děti v rámci školní docházky navštěvovat alespoň 1 měsíčně.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá vlivem hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením. Cílem bylo popsat aktivity s využitím koní⁸, včetně hipoterapie⁹, a zjistit jejich vliv na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících. Na základě teoretické části a empirického průzkumu lze říci, že vliv hiporehabilitace na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením z pohledu pečujících osob je značný. Tento fakt je podpořen jak teoretickými východisky, tak výsledky všech kvalitativních metod použitých v rámci empirického průzkumu.

Stěžejní část empirického průzkumu je založena na rozhovorech s pečujícími osobami. Byl zjišťován jejich pohled na to, jak hiporehabilitace ovlivňuje prožívání a chování jejich dětí s mentálním postižením. Uskutečnilo se celkem 5 rozhovorů s pečujícími, jednalo se výhradně o matky dětí s mentálním postižením. Rozhovory proběhly v rámci intenzivních hiporehabilitačních pobytů. Za účelem lepší orientace v chodu neziskové organizace a hlubšího porozumění rozhovorům s pečujícími, bylo provedeno pozorování, které se zaměřovalo zejména na průběh těchto pobytů. Na konec byly uskutečněny expertní rozhovory s terapeuty, kteří pracují s dětmi s mentálním postižením v rámci neziskové organizace pořádající hiporehabilitační pobyty.

Na základě kvalitativního průzkumu lze konstatovat, že hiporehabilitace je komplexní rehabilitací, která je motivujícím prostředkem, působí na motoriku člověka a vytváří předpoklady pro sociální začlenění člověka nejen s mentálním postižením. V rámci hiporehabilitace je na dítě s mentálním postižením působeno terapeutem skrze koně, který odráží jeho emoce a pomáhá mu uvolnit napětí a frustraci. Terapii je také možné využít pro usměrnění nežádoucích projevů chování. Lze tedy říci, že jak hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, tak hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, nabízí dětem s mentálním postižením nevšední volnočasovou aktivitu, která je pro ně zároveň komplexní rehabilitací a přináší jim benefity v různých oblastech. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii jim zajišťuje zejména zpevnění těla, kdy děti dobrovolně a nevědomky rehabilitují v přirozeném prostředí. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi pomáhá dětem socializovat se, posiluje sebevědomí a rozvíjí komunikační dovednosti. V konečném důsledku je kuň, ale i kolektiv dětí, velmi silným motivačním činitelem.

⁸ Podle aktuálního názvosloví: hiporehabilitaci v pedagogické a sociální praxi.

⁹ Podle aktuálního názvosloví: hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii.

Výsledky empirického průzkumu se shodují s teoretickými východisky, uvedenými v první části bakalářské práce. Také odpovědi pečujících osob a expertů spolu korespondují. Díky hiporehabilitaci dochází k rozvoji komunikace, schopnosti spolupráce, k prožití pocitu sounáležitosti, k navazování nových kontaktů a k posilování vztahů v rodině nebo k zapojení se do běžného života. Dále u dětí s mentálním postižením dochází k rozvoji kognitivních funkcí, k posílení sebevědomí a soustředění se. Hiporehabilitace je také formou relaxace. V rámci ovlivnění chování se dá hovořit o vlivu na rozvoj soběstačnosti a na zlepšení schopnosti sebekontroly. V rámci hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii nastává zejména zlepšení pohybové koordinace a rovnováhy, ale i normalizace svalového napětí. V konečném důsledku jde o pozitivní a smysluplné trávení volného času, kdy dochází k učení v přirozeném prostředí skrze prožitek.

Hlavním přínosem bakalářské práce je představení hiporehabilitace a jejího vlivu na prožívání a chování dětí s mentálním postižením a sdílení zkušeností pečujících osob i terapeutů. Laická i odborná veřejnost má možnost proniknout do fungování intenzivních hiporehabilitačních pobytů a zjistit, že vliv koně jako prostředníka rehabilitace je značný. Vedle výše zmíněných benefitů v oblasti chování a prožívání, je hiporehabilitace také vhodná aktivita pro celou rodinu s dítětem s mentálním postižením. Rodina může utužovat vztahy a děti zároveň mohou být ve smíšeném kolektivu intaktních dětí i dětí s postižením a učit se tak vzájemnému respektu a toleranci. I pro děti s nejhlubším mentálním postižením je velmi důležité, aby byly začleněny v přirozeném prostředí, v reálném životě, kde jejich péči v maximálně možné míře mohou zajišťovat rodiče a podílet se tak na jejich stimulaci, rehabilitaci a výchově. Právě socializace dětí s mentálním postižením je psychopedickou prioritou. Socializace je ovlivněna nabídkou a kvalitou komplexní rehabilitační péče. Pro dosažení maximální socializace osob s mentálním postižením je nutné podporovat rodiny s dítětem s mentálním postižením, a kromě jiného jim umožňovat smysluplné aktivity. Z tohoto důvodu by bylo vhodné zajistit zejména financování hiporehabilitačních kurzů zdravotními pojišťovnami a finančně podporovat hiporehabilitační centra a neziskové organizace, které organizují hiporehabilitační kurzy. Neméně důležité je šířit osvětu o pozitivních vlivech hiporehabilitace mezi laickou, ale i odbornou veřejností. Někteří odborníci chápou hiporehabilitaci jako doplňkovou metodu rehabilitace, a neuvědomují si, že jde o komplexní přístup, který ovlivňuje člověka zážitkovou formou v mnoha směrech.

Zdroje

BARTOŠOVÁ, J., NIČOVÁ, K., 2020. *Využití teorie učení a biologických poznatků ve výcviku a využití koní* [online]. Vydání první. Praha: Výzkumný ústav živočišné výroby. [vid 12. 4. 2023]. ISBN: 978-80-7403-246-2. Dostupné z: https://webmail.tul.cz/SOGo/so/marketa.sojkova/Mail/0/folderINBOX/1393/2/využití%20teorie%20učení_koně.pdf

BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.

ČAPKOVÁ, K., 2017. Hiporehabilitace a její význam pro člověka s postižením. *Integrace a inkluze ve školní praxi*, roč. 5, č. 2, s. 16–19. ISSN 2336-1212.

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2022a. Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP). In: *Hiporehabilitace-cr* [online]. [vid 1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/hpsp/>

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2022b. Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP). In: *Hiporehabilitace-cr* [online]. [vid 1. 10. 2022]. Dostupné z <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/http/>

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2020. Změny názvosloví v hiporehabilitaci 2019. In: *Hiporehabilitace-cr* [online]. Aktualizováno 1. 1. 2020 [vid 1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/vitejte/o-nas/oficialni-slovník/zmeny-nazvoslovi-v-hiporehabilitaci/>

ČESKÁ HIPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST, 2021. Oficiální slovník české hiporehabilitační společnosti. In: *Hiporehabilitace-cr* [online]. Aktualizováno 12. 1. 2021 [vid 1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/vitejte/o-nas/oficialni-slovník/>

GAVORA, P. aj., 2010. Interview. In: GAVORA, P., aj. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu* [online]. Bratislava: Univerzita Komenského. [vid 1. 10. 2022]. ISBN: 978-80-223-2951-4. Dostupné z: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/index.php/kapitoly/interview.php?id=i14>

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

KOCA, T., T., ATASEVEN, H., 2016. What is hippotherapy? The indications and effectiveness of hippotherapy. *North Clin Istanbul* [online], vol. 2, no. 3, p. 247–252 [vid 3. 2. 2023]. doi: 10.14744/nci.2016.71601. ISSN 2536-4553. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5175116/pdf/NCI-2-247.pdf>

LANTELME-FAISAN, V., 2021. Léčba koňmi po 12 letech: terminologie, rozdělení. In: *EQUICHANNEL.cz* [online]. 9. 6. 2021 [vid 1. 10. 2022]. Dostupné z: <https://equichannel.cz/clanky/hiporehabilitace/lecba-konmi-po-12-letech-terminologie-rozdeleni>

MÜLLER, O, a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.

NAKONEČNÝ, M., 2012. *Emoce*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-614-2.

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

POLÁČKOVÁ ŠOLCOVÁ, I., 2018. *Emoce. Regulace a vývoj průběhu života*. Vydání 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5128-3.

STUHLÍKOVÁ, I., 2007. *Základy psychologie emocí*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-282-9.

STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J., 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

ŠTEFKOVÁ, I., 2023. Emoční inteligence – proč a jak ji rozvíjet. In: *Šance dětem* [online]. Aktualizováno 17. 2. 2023 [vid 10. 4. 2023]. ISSN 1805-8876. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/emocni-inteligence-u-deti-proc-jak-ji-rozvijet>

ŠVARCOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry* [online]. Vyd. 1. Praha: Portál. [vid 6. 3. 2023]. ISBN 978-80-7367-313-0. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kvalitativni-vyzkum-v-pedagogickych-vedach-1180350/#>

UZIS, 2023. F70 – F79 – Mentální retardace. In: *MKN-10 2023* [online]. Aktualizováno 1. 1. 2023 [vid. 12. 4. 2023]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Univerzita Karlova: Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.

VALENTA, M. a kol., 2009. *Psychopedie*. 4. aktual. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-137-1.

VALENTA, M. a kol., 2015. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0937-9.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3829-1.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Upřesnění terminologie mentálního postižení

Příloha č. 2: Základní otázky k rozhovoru s pečujícími

Příloha č. 3: Harmonogram intenzivní hiporehabilitace

Příloha č. 4: Ukázka písemného rozhovoru s expertem

Příloha č. 5: Doslovný přepis rozhovoru s respondentem č. 4

Příloha č. 1: Upřesnění terminologie mentálního postižení

Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 30).

Valenta (a kol. 2009, s. 11–15) definoval MP jako širší pojem, který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85, a je užíván zejména v pedagogickém oboru. MP rozděluje na oligofrenii a demenci. **Oligofrenie (slabomyslnost)**, tzv. primární MP, je MR vrozená či získaná časně (do 2 let života). Rozlišují se 2 typy oligofrenie, jedná se o oligofrenii primární, která je důsledkem dědičných faktorů a pohybuje se většinou v horním pásmu postižení (LMR). Druhým typem je sekundární oligofrenie, která je způsobená orgánovým poškozením mozkové tkáně. Oligofrenie byla považována za stálý stav, který je relativně neměnný, trvalý, chronický a nemá tendenci se zlepšovat či zhoršovat.

Valenta (a kol. 2015, s. 116) uvádí, že termín oligofrenie je dnes již zastaralý a je nahrazen pojmem **mentální retardace**. Oligofrenie se dělila dle hloubky postižení na debilitu, imbecilitu, idiocii a těžkou idiocii. Tyto termíny jsou považovány již za nevhodné.

Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 31).

Valenta, Michalík, Lečbych (a kol. 2012, s. 44) dodává, že je třeba od mentální retardace odlišit stav, kdy dochází ke zpomalování vývoje intelektu z důvodu **nedostatku podnětů emoční povahy** (stav emoční deprivace). Tento stav byl dříve označován jako pseudooligofrenie. Tato porucha je podobná jako u MR, ale důvodem zpomalování vývoje je nedostatek psychosociálních faktorů (rodičovská láska a péče). Je nutné zmínit také poruchy autistického spektra, které je obtížné diferencovat od mentální retardace, mnohdy jsou to přidružené diagnózy.

Příloha č. 2: Základní otázky k rozhovoru s pečujícími

1. Souhlasíte s nahráváním?
2. Kolik je dítěti let a jakou má diagnózu (stupeň mentální retardace)?
3. Jak se mentální postižení nebo samotná diagnóza projevuje v běžném životě?
4. Kolik let a jak často navštěvujete s dítětem hiporehabilitace?
5. Co jste očekávali od této formy hiporehabilitace?
6. Jak Vaše dítě reagovalo poprvé na koně a celkově hiporehabilitaci?
7. Jak Vaše dítě prožívá den na hiporehabilitaci a jaké emoce sledujete při péči o koně či při rozloučení s koněm?
8. Můžete porovnat reakce Vašeho dítěte před a po hiporehabilitaci?
9. Pozorujete nějaké dlouhodobé účinky?
10. Naplnila se Vaše očekávání ohledně přínosu hiporehabilitace?
11. Chtěla byste dodat nějaké postřehy ohledně toho, jaký vliv má hiporehabilitace na chování Vašeho dítěte?

Příloha č. 3: Harmonogram intenzivní hiporehabilitace

- 7:30 snídaně
- 8:30 a 8:50 terapeutické čištění koní (děti jsou rozděleny na 2 skupiny; v letním období dochází k čištění přímo u ubytování, v zimním období a při nepříznivém počasí probíhá v jezdecké hale)
- 9:20 – 10:40 jednotlivé jízdy
- 11:15 – 11:45 individuální terapie
- 11:45 mix terapie
- 12:30 oběd (+ svačina)
- 13:30 výtvarný program
- 14:45 – 15:15 individuální terapie (15 min)
- 16:00 – 17:40 jednotlivé jízdy
- 17:40 krátká jízda pro sourozence
- 18:00 večeře
- 18:45 muzikoterapie

Příloha č. 4: Ukázka písemného rozhovoru s expertem

Vážená paní, vážený pane!

Jsem studentkou Technické univerzity v Liberci, oboru Speciální pedagogika a ve své bakalářské práci se zabývám tématem „Vliv hiporehabilitace na emoce dítěte s mentálním postižením“, kde je hlavním cílem zjistit, jaký vliv má hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi, včetně hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, na prožívání a chování dítěte s mentálním postižením.

Kromě pohledu pečujících osob by mě zajímal i pohled terapeutů, kteří mají zkušenosti s dětmi s mentálním postižením (případně v kombinaci s další diagnózou) v rámci hiporehabilitace. Proto bych Vás chtěla poprosit o odpověď na níže uvedené otázky.

Moc Vám děkuji za Vaši ochotu a čas, který dotazu věnujete. Vaše odpověď poslouží výhradně pro účely této bakalářské práce a bude použita anonymně.

Sojková Markéta

➤ Jak podle Vašeho názoru působí hiporehabilitace na chování a prožívání dítěte s mentálním postižením?

Kůň v tomto procesu sám o sobě přináší do terapie úplně nový impulz. Je to stádové zvíře s velmi vyvinutými instinkty pro přežití ve stádě. Velmi vnímá všechny neverbální signály těla a dokáže sám vyhodnotit, v jakém psychickém rozpoložení se nachází nejen kůň ve stádě, ale i dítě nebo obecně člověk, který s ním jakkoliv manipuluje, nebo se nachází v jeho bezprostředním okolí. Dokáže na to reagovat. Pokud je vycvičen, tak samozřejmě v rámci bezpečnosti terapie. Zkušený terapeut dokáže od koně tyto signály vyhodnotit. Na základě tohoto tvrzení je založena spolupráce mezi terapeutem, dítětem a koněm při hiporehabilitaci.

Podle mého názoru má hiporehabilitace na chování dítěte s mentálním postižením mnoho pozitivních vlivů. Obecně kůň dokáže dítě zaujmout a poskytnout nám terapeutům více času pro vlastní zcela cílenou terapii. Například ve většině případů pozoruji opravdu velký rozdíl mezi první terapeutickou jednotkou v běžné ambulanci a první hiporehabilitační jednotkou. Při hipoterapii dítě bývá zpravidla poprvé zaujato zvířetem a často uklidní svůj motorický neklid a naslouchá terapeutovi, lépe spolupracuje. V ambulanci často zůstává pozornost dítěte u rodiče a terapeut má složitější výchozí pozici pro navázání spolupráce s dítětem. Chování dítěte při hiporehabilitaci pomáhá usměrnit i kůň, který budí respekt svou velikostí,

ale i schopností reagovat na chování dítěte. Příklad z praxe: pokud bude mít za úkol projít dítě s koněm na vodítku překážkovou dráhu (cílenou na zlepšení motoriky dítěte), může se stát, že pokud se dítě nebude dostatečně soustředit na plnění úkolu, kuň se zastaví a odmítne s ním dál jít. V tuto chvíli zapůsobí terapeut, který dokáže situaci vyhodnotit a dítěti řekne, co se děje. Dítě se většinou opět začne soustředit na vlastní úkol.

V rámci chování i prožitku dítěte z terapie hraje velkou roli to, že terapie má nějaký plnohodnotný cíl. Nemyslím nyní cíl náš, ten terapeutický, ale pro dítě má terapie nějaký smysl. Dítě vnímá terapii tak, že ho vyčistí, projde se s ním, projede se na něm, pohladí ho, popřípadě pomůže s jeho krmením atd. Pokud je terapie dobře vedená, dítě ani nemusí v činnosti rozpoznat náš terapeutický záměr. A to považuji v terapii dětí za opravdu velmi velmi přínosné.

➤ Můžete mi prosím krátce popsat, jakou máte zkušenost s dětmi s mentálním postižením v rámci hiporehabilitace?

Působím šest let jako fyzioterapeutka v „neziskové organizaci“. Toto rehabilitační centrum se zaměřuje na děti s tělesným, duševním nebo kombinovaným handicapem ve věku od 3 měsíců po dospělost. Kombinuji tuto pracovní činnost s působením ve své odborné praxi v běžném ambulantním režimu.

Příloha č. 5: Doslovný přepis rozhovoru s respondentem č. 4

- 1. Tak dobrý den, já bych se chtěla na začátek zeptat, jestli souhlasíte s nahráváním?
Všechno bude anonymní a bude to použito jenom kvůli bakalářské práci.**

Dobry den, ano.

- 2. Děkuji. Eh, takže bych se chtěla zeptat na začátek kolik je vlastně dceři let a jakou má diagnózu a stupeň mentálního postižení?**

Bude jí 11 v lednu. Diagnózu (.) my nemáme nic základního. Ona má spousty diagnóz, ale nemá prostě, jak má někdo syndrom, DMOčko, něco (.) my nemáme nic tady z těch základních. Jinak má sekundární epilepsii, psychomotorickou retardaci, centrální hypotonii, poruchu příjmu potravy, ... máme toho mraky. A (.) a (?)

- jsem se chtěla zeptat na stupeň men (pauza)?**

stupeň čtyřka

- ... a jakoby jestli je to lehká, těžká, středně těžká?**

střední, no střední. Počkat, ona je těžká a pak je hluboká, tak těžká.

- 3. Těžká, jojo dobře děkuju. Á jak se vlastně to mentální postižení nebo prostě všechny tyto diagnózy projevují v tom chování v běžném životě?**

No, tak jako ona našťěstí všemu rozumí, ale je takový jako s ní náročný no. Prostě jako není to zdravý dítě no. Prostě jako nemůžu po ní chtít, když jí něco řeknu: udělej to. Jako ona vyhoví, ona jako (.) orientuje se tak, že třeba řeknu: podej mi ten krém nebo podej mi tu rumba kouli. Když chce, tak mi to podá, a jako je v pohodě. Nebo, můžu jí teď srovnat maximálně se synem, kterému je teď 14 měsíců, tak asi tak bych je srovnala, jako že dokážou bejt s tím, že on je ještě šikovnější. Asi tak.

- 4. Dobře děkuji. Kolik let a jak často navštěvujete tady tu hiporehabilitaci?**

Hhm, takže to už bude nějakých (.) skoro 8. Asi tak. A většinou tak 3x ročně no.

5. Dobře, děkuju. A jestli si vzpomenete, co jste na začátku očekávali, vlastně co to přinese?

Tak začátky byly úplně nejlepší, protože tak jako čekali jsme jakýkoliv zlepšení, že jo. To jsme jako (.) to jezdila na koni ještě na ležáka vlastně, protože neseděla, nic. To byla pecka. Já nevím, během já už si nepamatuju přesně tu dobu, ale asi 3 měsíců a už na koni seděla prostě. A okamžitě jsme na to koukali, jako jaká to byla rychlost. Hodně jí to zpevnilo no, ty koně ji strašně zpevňují. A vždycky – ruch – A vlastně ona jak má skoliózu, tak má jedno rameno vysoko a po těch koních se srovná, jakože je to fakt vždycky viditelný rozdíl. Bohužel to netrvá věčně, proto musíme jezdit, že jo, pravidelně. Ale je to super.

6. Tak jo, super. A jak vaše dcera reagovala poprvé vlastně na koně (pauza)

Dobře (smích).

... a celkově vlastně na ten režim tady?

Dobře, tak ono se předtím jezdilo jenom ambulantně prostě na začátku, takže to bylo jenom přijet na koníky, posadit, odjela se jízda a jelo se domu, že jo. Ale koně se nebála, protože jsem si říkala, jak na ně bude reagovat, ale vůbec se ho nebála, bylo to úplně na klid, jízdu si užívala, pravdou je, že ona byla (.) dřív nebyla jakoby, ona byla taková nemá panenka, jakože víceméně dřív nevyjadřovala ty emoce. My jsme předtím nevěděli, v těch já nevím, necelých 3 letech, jestli nás vůbec vnímá jako, takže to bylo jako takový... Ale bylo vidět, že ten kůň jako dobrý, a tak teď když se zmíním, že jedeme na koně teď, tak jenom, hmmm rozzářej se oči a hnedka začne pískat a jako hurá, začne na to líp jíst a všechno, prostě miluje koně no.

7. Tak to je super. A jak prožívá den tady na hipoterapii a jaký emoce třeba má při kontaktu s tím koněm a přitom když se s ním loučí a tak.

Den je náročný, protože je to nabytý. Takže je to hektický, je to honem honem prostě, všechno aby se to stihlo. Do toho najíst, napít, že jo, což nám trvá dlouho, takže to je náročný, ale prostě ty emoce, to ona je vždycky ráda. Prostě jako krmíme tady (.) budeme čistit „J“, musíš to spatřit, budeme čistit, tak hnedka no tak jo a přidá jako, jako je to pro ni motivační, prostě. Ty koně ji bavěj, hrozně ráda na nich jezdí, což je ostatně vidět i na většině dětí, že jo, jak tam prostě seděj jak princové nebo princezny (pauza)

No jasně, no to jo no, „J“ to samý.

Přesně tak.

8. A můžete porovnat reakce vaší dcery před a po hiporehabilitaci, a jestli pozorujete i nějaké dlouhodobé účinky?

Tak vždycky jí to srovná tu skoliózu, to je vidět hned, to jako jakmile že jo, u výstupního vyšetření, tak už je to vidět. Jinak ty reakce přesně, dneska nás tady rozštípla, že byla úplně na klid. Furt se s náma pere při oblíkání, že jo a teď tady klídek. Jídlo měla (.), za 40 minut měla snědenou snídani včetně vypitý vody, což je u nás jako „hhh“ top, člověk ji krmí tak třičtvrtě hodiny jedno jídlo až hodinu, takže úplně neskutečné, a ona měla i vodu vypitou, spolupracovala krásně, jako tady ji taky chválili, jak funguje, prostě jako, zklidní jí to jako prostě... no jí to baví, mám z toho radost, a ještě jí to navíc dává zdravotní benefity vlastně, takže je to jako 2 v 1.

9. Jasně, děkuju. Takže můžete říct, že se vaše očekávání naplnila ohledně toho přínosu?

Stoprocentně, akorát já bych ji na toho koně nejradši přilepila (smích). Ne ale jako fakt určitě, vždycky je to hrozně znát, když odsad' přijedeme i tady je to znát. Opravdu je to znát. Stoprocentně se to naplnilo.

10. Super. Tak a poslední otázka, jestli byste chtěla dodat nějaký postřehy ohledně toho, jaký vliv vlastně má celkově tato hiporehabilitace celkově, ne jenom jízda na koni, ale i prostě to česání a vyčesávání a tak, na chování.

Všechno jí to baví, zklidňuje jí to, má to ráda prostě, tak ji to zklidňuje, bych řekla. Prostě posouvá ji to zase dál, že víc se jako soustředí, víc přemejšlí nad tím, co dělá prostě, protože je to přesně ta záliba, je to prostě (.) jakože to není jako když ji člověk nutí jako něco dělej, že jo, ale prostě to dělá s radostí, tak jako to dělá pak jinak.

Tak jo, tak to je všechno, děkuju moc.

Není zač (smích)