

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**  
**Zdravotně sociální fakulta**

**HIPOREHABILITACE JAKO NÁSTROJ INTEGRACE**

**Diplomová práce**

**Autorka: Bc. Michaela Doležalová**

**Vedoucí diplomové práce: Doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.**

**2008**

## **Abstrakt**

### **Hiporehabilitation as a Tool of Integration**

One of the possibilities of disabled people integration into the society is rehabilitation. It is a process which helps disabled people to develop and intensify physical, mental and social abilities. One of the parts of the whole system of rehabilitation is also the treatment using horses or so called hiporehabilitation. Thanks to its complex effectivity, it is a unique and irreplaceable therapeutical method.

The aim of this work is to prove how hiporehabilitation helps disabled people integration into the society and how it contributes to social contacts improvement of the users.

To test the hypotheses, a quantitative research method of questioning was used, the technique of a questionnaire. The questionnaire was sent via e-mail to the hiporehabilitation institutions all over the Czech Republic.

The investigation proved that hiporehabilitation of a good quality helps in practising of positive ways of social behavior. It encourages selfconfidence and independence of the client, it teaches him to help other people and to cooperate with them, it cuts down aggressivity, and brings up to responsibility and discipline. Horseriding has a positive influence on the motional system of the client.

The results proved that using a horse brings lots of possibilities for the mutual interaction of the hiporehabilitation users with other persons not only within the rehabilitation group but also within the larger public. In this way it improves their socialisation because the contact with other people is the necessary condition of working out of the socialisation.

The goal of the work was accomplished, all the above mentioned effects lead to the introducing of social rehabilitation and in final consequences they help disabled people integration into the society.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

18. srpna 2008

Michaela Doležalová

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní docentce Adéle Mojžíšové za odborné vedení, konzultace a cenné rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>- 7 -</b>
<b>1. Současný stav</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>1.1 Animoterapie</b> .....	<b>- 8 -</b>
<b>1.2 Hiporehabilitace</b> .....	<b>- 9 -</b>
1.2.1 Základní pojmosloví.....	- 9 -
1.2.2 Krátká charakteristika hlavních hiporehabilitačních přístupů .....	- 10 -
1.2.2.1 Hipoterapie.....	- 10 -
1.2.2.2 Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ).....	- 11 -
1.2.2.3 Sportovní a rekreační ježdění handicapovaných.....	- 12 -
1.2.3 Přínos hiporehabilitace .....	- 14 -
1.2.3.1 Vliv hiporehabilitace na fyzickou stránku klienta .....	- 14 -
1.2.3.2 Vliv hiporehabilitace na psychickou stránku klienta.....	- 15 -
1.2.3.3 Vliv hiporehabilitace na sociální stránku klienta.....	- 16 -
1.2.4 Organizační otázky provádění hiporehabilitace .....	- 18 -
1.2.4.1 Odborný pracovní tým.....	- 18 -
1.2.4.2 Vhodný kůň pro hiporehabilitaci .....	- 19 -
1.2.4.3 Možnosti financování hiporehabilitace .....	- 20 -
1.2.4.4 Bezpečnostní pravidla při provádění hiporehabilitace .....	- 21 -
<b>1.3 Ucelená rehabilitace</b> .....	<b>- 21 -</b>
1.3.1 Volnočasové aktivity zdravotně postižených .....	- 24 -
<b>1.4 Osoby se zdravotním postižením</b> .....	<b>- 25 -</b>
<b>1.5 Význam sportu pro zdravotně postižené</b> .....	<b>- 29 -</b>
1.5.1 Léčebná tělesná výchova .....	- 30 -
1.5.2 Sport zdravotně postižených .....	- 31 -
1.5.3 Sport jako sociální jev .....	- 32 -
<b>1.6 Integrace jako nejvyšší stupeň socializace</b> .....	<b>- 33 -</b>
1.6.1 Socializace .....	- 33 -
1.6.2 Integrace .....	- 38 -
1.6.3 Sociální interakce .....	- 43 -
1.6.3.1 Sociální skupiny.....	- 44 -
1.6.4 Sociální komunikace .....	- 46 -

<b>2. Cíl práce a hypotézy</b> .....	<b>- 49 -</b>
<b>2.1 Cíl práce</b> .....	<b>- 49 -</b>
<b>2.2 Hypotézy</b> .....	<b>- 49 -</b>
<b>3. Metodika</b> .....	<b>- 50 -</b>
<b>3.1. Charakteristika metod a technik sběru dat</b> .....	<b>- 50 -</b>
<b>3.2. Charakteristika výzkumného souboru</b> .....	<b>- 50 -</b>
<b>4. Výsledky</b> .....	<b>- 52 -</b>
<b>4.1 Část A</b> .....	<b>- 52 -</b>
<b>4.2 Část B</b> .....	<b>- 55 -</b>
<b>4.3 Část C</b> .....	<b>- 69 -</b>
<b>5. Diskuse</b> .....	<b>- 84 -</b>
<b>6. Závěr</b> .....	<b>- 95 -</b>
<b>7. Seznam použité literatury</b> .....	<b>- 97 -</b>
<b>8. Klíčová slova</b> .....	<b>- 103 -</b>
<b>9. Přílohy</b> .....	<b>- 104 -</b>

## Úvod

Kůň. Jeden z nejušlechtlejších tvorů na světě. Přítel a pomocník. Symbolizuje sílu, eleganci, volnost a svobodu. Možnost ovládat a pečovat o tak velké a „nеспoutané“ zvíře v člověku vyvolává pocit výjimečnosti. Člověk zjišťuje, že se kůň pro něj může stát kamarádem, který nerozlišuje mezi krásou a ošklivostí, nehodnotí, nemá předsudky a vždy přirozeně reaguje na chování pečovatele.

Léčba pomocí koní neboli hiporehabilitace se mi líbí pro svoji přirozenost, nenásilnost a komplexnost, neboť v sobě nese prvky fyzioterapie, psychoterapie, ale i socioterapie.

Důvodem k napsání diplomové práce na téma hiporehabilitace je můj profesní zájem o tuto terapii. Pracuji totiž v zařízení, kde je hiporehabilitace součástí uceleného systému rehabilitace. Mám tedy možnost sledovat, jak kontakt klientů s koňmi, péče o tato zvířata a jízda na koni má na ně blahodárny vliv. Účinky terapie mohu posoudit i sama z pozice jezdce a ošetřovatele koní, neboť koně jsou mým dlouholetým hobby.

Mnoho prací psaných na téma hiporehabilitace se zaměřuje spíše na účinky léčebného ježdění na fyzickou stránku klienta. Přínos do oblasti psychické a sociální je většinou opomíjen nebo jen okrajově konstatován. Myslím si však, že právě atmosféra, kterou koně, prostředí a lidé kolem nich vytváří, jsou hnacím motorem pro změny ve všech dimenzích osobnosti uživatelů hiporehabilitace.

Proto bych v této práci chtěla vyzdvihnout spíše socioterapeutický vliv hiporehabilitace na klienty, na jejich integraci a sociální interakci prostřednictvím léčby koněm.

V závěru mi dovoluji uvést ještě jeden můj oblíbený a pro tuto práci výstižný citát od fyzioterapeutky Hany Hermannové, která se již léta věnuje hiporehabilitaci.

„Kdo najde cestu ke koni, najde zpět cestu k lidem.“

## 1. Současný stav

### 1.1 Animoterapie

Animoterapie je léčebná metoda využívající působení zvířat na člověka, kdy zvíře je v roli tzv. koterapeuta neboli prostředníka (51).

Terapie je vedena příslušně kvalifikovaným profesionálem, který se zaměřuje na specifitější cíle, např. podporu emočních, kognitivních, sociálních nebo tělesných schopností člověka (28).

Animoterapie vychází z faktu, že některá zvířata mají schopnost stát se partnery lidí. Člověk, ve zvířatech nalézá lidské charakteristiky, a to dokonce ty lepší. Zvíře poskytuje tělesný kontakt, reaguje na chování člověka, a tak ho stimuluje k odezvě. Vztah zvířete k člověku je někdy popisován až jako „nepodmíněná láska“. Nesporné je, že člověk si se zvířetem může vybudovat vztah, který je ekvivalentem vztahů mezilidských (28).

Kontakt se zvířetem prokazatelně zlepšuje psychický i tělesný stav člověka, umožňuje mu lépe zvládat stres, podporuje mezilidské vztahy, pozitivně ovlivňuje režim dne, motivuje člověka k aktivnímu způsobu života, usnadňuje komunikaci, poskytuje vazbu a možnost pečovat o jinou živou bytost (32).

Živé zvíře je důvodem radosti, vítaným tématem k rozhovoru s ostatními lidmi a příležitostí k pohybu a hram (52).

Při využívání zvířat, nejenom k terapii, se snižuje psychická a fyzická náročnost kladená na personál a rodinné příslušníky. Veškeré dění se odpoutává od minulosti do přítomnosti a zaměřuje se na budoucnost. Velmi pozitivní je i skutečnost, že zvířata jsou námětem při arteterapii, modelování, fotografování a další zájmové činnosti (32).

Význam animoterapie v současnosti získává na významu, způsobuje to neustále rostoucí odcizování se člověka přírodě. Následkem toho vzniká nedostatek podnětů a vazeb, se kterými se člověk během svého vývoje setkával. Potřebu a význam těchto vazeb, pro psychický a sociální vývoj člověka, si začínáme v současnosti čím dál více uvědomovat (17).



K animoterapii lze využít různé druhy zvířat, jsou to především psi (canisterapie), kočky (felinoterapie), koně (hiporehabilitace) či drobná domácí zvířata (32).

Dle typu se animoterapie dělí na Animal Assisted Activities, kde je cílem zlepšení kvality života klienta, jeho aktivizace a rozvoj sociálních dovedností. Dále jsou to léčebné programy Animal Assisted Therapy, které mohou provádět pouze odborně vzdělaní terapeuté. Cílem je především zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta. Animal Assisted Education je zaměřená na výchovu a vzdělávání klienta za pomoci zvířat. Krizová intervence za pomoci zvířat, kdy se kontakt zvířete a člověka zaměřuje na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického stavu klienta v krizovém prostředí, se nazývá Animal Assisted Crisis Response (51).

Tyto programy se aplikují buď v podobě návštěvních programů, během kterých zvířata za klienty docházejí, nebo tam, kde je to možné, jsou programy rezidentní. To znamená, že je zvíře v instituci přítomno stále a klienti o něj pečují spolu s personálem (5).

## ***1.2 Hiporehabilitace***

### ***1.2.1 Základní pojmosloví***

Jednou z forem animoterapie je i hiporehabilitace.

Kořenem slov hiporehabilitace a hipoterapie je řecké slovo hippos = kůň. Slovo rehabilitace se skládá z předpony re- znamenající opakovat, znovu a znovu a slovesa habitare, které znamená uschopňovat, tedy rehabilitis = znovu schopný. Slovo terapie pochází z řeckého therapien, které chápeme jako zásah do etiopatogenetické struktury nebo vztahů tak, aby došlo k odstranění symptomů nemoci (17).

Hiporehabilitace je moderní rehabilitační metoda využívající ke svému působení koně. Je to komplexní terapie, která v sobě spojuje prvky fyzio-, psycho-, socioterapie, přičemž pořadí je dáno sledovaným cílem. Pro svou komplexnost je určena pro širokou škálu klientů s fyzickými, psychickými či výchovnými problémy, z čehož vychází rozdělení do jednotlivých forem s odlišnými cíli a metodikami (35).

Toto vymezení převzala Česká hiporehabilitační společnost (ČHS) z německého modelu, který dělí terapeutické ježdění v oblasti lékařství na hipoterapii, v oblasti pedagogiky a psychologie na léčebně pedagogicko-psychologické ježdění, v oblasti sportu na sportovní a rekreační ježdění handicapovaných (25).

### ***1.2.2 Krátká charakteristika hlavních hiporehabilitačních přístupů***

#### ***1.2.2.1 Hipoterapie***

Jedná se o speciální formu fyzioterapie prostřednictvím koně. Pomocí senzomotorických impulsů ze hřbetu koně se cíleně působí na klienty s poruchou hybnosti nebo poruchou držení těla (14).

Pohyb hřbetu koně je ve třech rovinách - vpřed a vzad, nahoru a dolů a do stran. Tento pohyb vytváří složitou biomechaniku pohybu v rehabilitaci dosud nepoznanou a nenahraditelnou (8).

Prvotní je snaha o rehabilitaci ve smyslu fyzikálním. Vychází především z balančních cvičení za použití inhibice (útlumu) a facilitace (usnadnění) pohybu Bobathovou technikou, ale vychází i z neurofyziologického principu Vojtovy metody založené na ontogenezi vývoje motoriky. Pro každého pacienta je nutno stanovit individuální léčebný plán s vyznačeným cílem terapie (25).

Stupeň složitosti se zvyšuje při použití přírodního terénu, kde se stále mění podmínky a pacient musí aktivně reagovat na tyto změny. Jízda na koni působí harmonickým způsobem a pomáhá k vytvoření psychické i fyzické rovnováhy. Tato metoda dává pacientovu životu nový rozměr. Umožňuje mu pohybovat se a přivádí do jeho života zvíře, nového partnera, který je ochotný mu pomáhat a nosit ho na svém hřbetě (8).

Hipoterapie je významnou složkou léčby klientů neurologie, ortopedie a interního lékařství i dalších. Je indikována lékařem v rámci komplexní rehabilitační péče, je prováděna speciálně školenými terapeuti, klient je z hlediska ovládnutí koně pasivní, kůň je veden hipologem v kroku (14).

Rehabilitace je prováděna po lekcích v délce 15 – 20 minut. Délka jedné terapie se řídí zásadně aktuálním stavem klienta. Doporučená rehabilitace probíhá pravidelně 1 – 2x týdně po dobu minimálně 3 měsíců.

Klientům jsou dle diagnózy vybírání koně tzv. „na míru“, zohledňují se parametry a pohyb hřbetu koně a pravidelnosti jeho kroku **(37)**.

V souhrnu tedy hipoterapii charakterizuje: přijetí klienta na podkladě indikace lékařem, přítomnost vyškoleného fyzioterapeuta, rehabilitační plán, metodika zohledňující stupeň vývoje dítěte a jeho klinický stav, včasná aplikace, individuální přístup, pravidelnost, dostatečná intenzita a dlouhodobá aplikace **(11)**.

#### *1.2.2.2 Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ)*

Pouhý kontakt s koněm má nezanedbatelný vliv na psychiku člověka **(50)**.

Jedná se vlastně o psychoterapii a socioterapii prováděnou prostřednictvím koně. Podrobují se mu klienti psychiatrie a děti, které jsou v péči speciálních pedagogů.

Poprvé se LPPJ objevilo ve školství, a to hlavně v tehdejších zvláštních školách, kde se zdůrazňovala pedagogická a psychologická složka působení. Kůň a jízda na něm se ukázala podle pedagogů důležitým činitelem pro získávání nových zážitků, což je důležitým vkladem pro změnu chování dítěte. Dělo se tak na podkladě principu teorie učení a tzv. zážitkové pedagogiky. Později se tato forma rehabilitace začala uplatňovat i v psychiatrických léčebnách a různých sociálních ústavech **(22)**.

Terapie se provádí skupinově, vyžaduje-li to stav klienta, je přístup individuální. Jako terapeutický prvek slouží stáj se svými specifickými zákony, kůň se svými identickými a naprosto nefalšovanými reakcemi a interakce terapeut – kůň klient, klient – kůň – klient. Při vzájemném ovlivňování dvojice jezdec – kůň je dán do chodu proces usměrňování klienta, aniž by terapeut nějak výrazně zasahoval do děje. Kůň je obsazen do role vychovatele, zprostředkovává klientům kontakt s okolím, učí je správnému chování a interpersonální komunikaci **(14)**.

Metodika při LPPJ je velmi pestrá. Velký důraz je kladen především na navázání kontaktu klientů s koňmi a práci ve stáji. Kůň je klienty pozorován, hlazen, ošetřován,

sedlání, klienti na koni cvičí, hrají hry, soutěží, jezdí v terénu... Vyžaduje se maximální samostatnost a spolupráce klientů při plnění úkolů **(14)**.

Kontakt se zvířetem je jednou z lidských potřeb. Kůň je vůči postiženému člověku zdrženlivý, empatický, ohleduplný a trpělivý. LPPJ nám dává dobrou příležitost k působení na duševní život klienta, protože se při něm propojují tělesné a psychické zkušenosti. Aby člověk mohl změnit svoje chování, musí znát svoje tělo, odkud přicházejí podněty do CNS.

LPPJ ovlivňuje u klientů fyziologický a psychický vývoj, formuje rozvoj osobnosti, kladně působí na smyslovou činnost a má silný socioterapeutický vliv **(21)**.

### *1.2.2.3 Sportovní a rekreační ježdění handicapovaných*

Jezdecký sport, ať již na rekreační, nebo výkonnostní úrovni, rozšiřuje sportovní aktivity a zájmy handicapovaných a napomáhá k jejich integraci do společnosti. Cílem je aktivizace a společenské uznání zdravotně postižených **(6)**. Osobám trvale upoutaným na vozík nabízí kůň možnost pohybu v přírodě bez ohledu na překážky, nevidomým propůjčuje oči **(40)**.

Sportovní ježdění handicapovaných je na rozdíl od ostatních metod hiporehabilitace založeno na aktivním ovládnutí koně pacientem. Pacient se s ohledem na svůj handicap za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy učí jezdit na koni a eventuálně se zúčastňuje soutěží. Mnohdy je jízda na koni vzhledem k tomu, že pacient má motorický handicap, jedním z mála možných sportů, jichž se vůbec může zúčastnit **(25)**.

Obvykle touto formou ježdění nezačíná, ale pokračuje v ní až po zvládnutí hipoterapie, jako s kvalitativně vyšším stupněm. Zásadou je, že se jezdcův původní zdravotní stav nesmí zhoršit, proto výcvik musí respektovat možnosti jezdce a při každé nejasnosti je nutná konzultace s fyzioterapeutem. V případě zhoršení zdravotního stavu se jezdec vrací zpět k hipoterapii **(14)**.

Sportovní ježdění handicapovaných může vyvrcholit účastí na jim určených jezdeckých soutěžích. V republice se každý rok koná několik parajezdeckých závodů, z nichž některé jsou integrované, účastní se jich handicapovaní i zdraví sportovci **(32)**

Handicapovaní jezdci si mohou dle svých možností a zájmu zvolit nejvhodnější jezdeckou disciplínu a to paravoltiž, paradrezuru, parawestern či paravozatajství.

Paravoltiž je sportovní disciplína, ve které cvičenec (voltižér) vykonává cvičení akrobatických prvků na neosedlaném koni, vedeném lonžérem na lonži ve voltižním kruhu. Paravoltiž je jednou z mála možností pro naši zdravotně handicapovanou populaci, stát se součástí našeho sportovního dění se zvýšenou zdravotní péčí a zdravotním dozorem. Paravoltiž je shodná v základech s voltiží, ale je přizpůsobená jedinci s handicapem **(6)**.

Paradrezura navazuje na drezuru, kdy jezdec provádí s koněm předem danou úlohu jezdeckých prvků v drezurním obdélníku **(6)**.

Paradrezurních závodů se mohou zúčastnit jen ti handicapovaní sportovci, kteří jsou schopni sami vést koně a předvést s ním drezurní úlohu. Závodníci jsou děleni do kategorií dle svého handicapu národními nebo mezinárodními klasifikátory. Dle stupně postižení jsou rozděleni do čtyř stupňů obtížnosti. První stupeň je kroková úloha, dále klusová drezurní úloha, klusová úloha s malým podílem cvalu a nejvyšší stupeň je cvalová drezurní úloha s velkým podílem cvalu a shromážděním koně. Každý sportovec může soutěžit i ve skupině nižší, než do které byl zařazen, ale v celkovém pořadí je pak hodnocen jen mimo soutěž. Pokud jezdec nemá vlastního koně, může si koně na závod zapůjčit. Zrakově postižený jezdec má možnost během závodu využít pomocníky, kteří stojí u obdélníku a hlasem signalizují polohu jednotlivých písmen **(44)**.

Soutěže jsou vypisovány po celé republice a Mistrovství České republiky je i s mezinárodní účastí **(32)**.

Paradrezura je součástí disciplín spadajících pod Českou jezdeckou federaci a umožňuje jezdcům získat licenci ČJF pro drezuru, což je vnímáno jako dobrý integrační krok **(51)**.

Paradrezura byla v roce 1996 v Atlantě poprvé zařazena mezi paralympijské sporty **(44)**.

Parawestern se začíná v naší republice teprve rozvíjet. U handicapovaných jezdců je však stále více oblíben. Hlavní disciplínou, na kterou se jezdci připravují, je

trail, což je překonávání překážek typu lávky, průjezdu uličkou, otevírání branky, slalom apod. (51).

Jezdectví je jedním z prvních sportů, kde došlo ke sloučení organizací pro parasportovce i sportovce bez handicapu. Podařilo se spojit obě skupiny dohromady jak na závodech, tak v rámci organizačních záležitostí (51).

### ***1.2.3 Přínos hiporehabilitace***

Vliv koně na člověka je mnohostranný a dotýká se ho jako celku. Vždy se jedná o komplexní působení, ať už volíme různé postupy či metody (51).

Biologický vliv je dán působením podnětů z koňského hřbetu, které se přenášejí na jezdce a příznivě ovlivňují jeho zdravotní stav. Pozitivně na psychiku působí zejména prostředí jízdárny, stáje a kontakt s koněm. Sociální vliv je určován zejména možnostmi být v kontaktu s dalšími uživateli a pracovníky hipoterapie (38).

#### ***1.2.3.1 Vliv hiporehabilitace na fyzickou stránku klienta***

Jednou ze základních funkcí živých organismů je lokomoce (pohyb z místa na místo), která umožňuje zabezpečení příjmu potravy, reprodukci druhu apod. Pro člověka je lokomoce základem uspokojení také jeho sociálních potřeb. Absence lokomoce znamená velký problém s důsledky ve sféře sociální, psychické a fyzické (2).

Hlavní předpoklad správné funkce pohybového systému a nepřímo i jiných systémů člověka, je dosažení a udržení optimální postury. Jízda na koni má bezprostřední vliv na posturální funkci pohybového aparátu jezdce (17).

Rytmičtý pohyb na koni procvičuje celé tělo jako funkční celek. Jezdec se musí přizpůsobit pohybu koňského hřbetu (36).

Svaly, které mají tendenci ke ztuhnutí (prsí, bederní, šíjové) se uvolňují a svaly s tendencí k ochabnutí (hýžd'ové, břišní, mezilopatkové) se posilují, to příznivě působí na správné držení těla, jeho vertikalizaci a normalizaci svalového napětí, s následnou možnostmi větší efektivity dalších terapeutických metod, např. cvičení dle Vojty či manželů Bobathových (47).

Rytmičtý pohyb koně napomáhá vytvářet nové pohybové vzorce a přispívá k zastavení patologických pohybových stereotypů, čímž podporuje nácvik správné chůze (38).

Zlepšuje se rovnováha i pohybová koordinace, dochází k mobilizaci páteře a kloubů, zlepšuje se funkce kardiovaskulárního systému, stimulují se dýchací svaly (34).

Toto cvičení lze využít k podpoře tělesného vývoje v každé vývojové fázi dítěte. Nezapomínejme ani na to, že klientům, kteří se nemohou pohybovat, právě koně nabízejí možnost zprostředkovaného pohybu (33).

#### *1.2.3.2 Vliv hiporehabilitace na psychickou stránku klienta*

Jedinečnost spojení jezdce a koně vytváří atmosféru se silným pozitivním emočním nábojem. Dochází k uvolnění psychického napětí a zábran (54).

Kontakt s koněm je pro klienty citově velmi podnětný. Klienti mají zvířata rádi, jsou jim rádi nablízku a tento blízký kontakt s opravdovým zvířetem se pro ně může stát neobyčejně silnou motivací (33).

Hipoterapie je také motivací ke cvičení u pacientů chronicky nemocných. Dochází k nahrazení motivace ke „cvičení“ motivací „směti jezdit na koni“. Hodnota motivace při hipoterapii je tak vysoká, že se těžko dá najít činnost, která by mohla být s jízdou na koni srovnatelná (54).

Prostřednictvím koně lze vytvořit důvěru k terapeutovi i okolí, odbourat úzkosti a strachy. Důvěra roste, pokud mají klienti koně pod kontrolou, a když kůň uposlechne jejich příkazu, prožijí pocit úspěchu z dobře vykonaného úkolu. S ovládním koně se učí ovládat také samy sebe a vyrovnávat se s případným neúspěchem (24).

Přes koně se učí respektovat terapeuta. Pochopí, že naučit se ovládat koně je věcí vůle, po zvládnutí cviku stoupne jejich sebeúcta a sebevědomí (45).

Kůň je emočně neutrální a nemá předsudky na zažitě stereotypy jednání. Stablním chováním je schopen usměrnit nepřiměřené jednání jedince. To je důležité především u handicapovaných s mentálním postižením, kteří jsou okolím často nepochopeni či odmítáni. Kůň reaguje teď a nyní. Reaguje přirozeně v dané situaci bez

ohledu na budoucí důsledky tohoto jednání. Klientovi nastavuje zrcadlo, nutí ho odložit masku přetvářky **(8)**.

Klient v kontaktu s koněm je nucen hledat přiměřené způsoby chování, jelikož kůň reaguje na nepřiměřené podněty, rušivé až agresivní chování širokou škálou komunikace, kterou jasně sděluje, že podnět není přiměřený **(51)**.

U dětí je zážitek kontaktu s koněm cenným zdrojem podnětů, motivujícím k dalšímu trénování rozličných dovedností (pohyblivosti, řeči, jemné motoriky – kreslení, komunikace...). Vždyť děti láká k vývoji a učení zvědavost a touha **(36)**.

Jízda na koni posiluje a zlepšuje intelektové funkce. Klade požadavky na koncentraci, pozornost a rozhodnost při řešení různých situací. Jezdec získává celou řadu nových zkušeností, návyků a prožitků, což obohacuje jeho psychiku **(25)**.

Hiporehabilitace rozvíjí senzomotoriku a psychomotoriku, zlepšuje efektivitu v procesu učení. Jízda na koni navozuje relaxaci, zklidňuje hyperaktivitu **(47)**.

Hipoterapie je zcela jiný postup, než na který jsou nemocní zvyklí, tj. přijímat pasivně „proceduru“ z rukou terapeuta. Zde se musí aktivně účastnit tohoto procesu a aktivně reagovat na vzniklé změny v průběhu procesu **(25)**.

Pokud výše uvedené účinky shrneme, je hlavním cílem léčebně pedagogicko-psychologického ježdění na koni podpora sebedůvěry pacienta prostřednictvím cvičení samostatnosti, obratnosti a odvahy, rozvoj komunikace klienta vůči zvířeti i terapeutovi, tlumení agresivity, výchova k zodpovědnosti a kázni **(35)**.

### *1.2.3.3 Vliv hiporehabilitace na sociální stránku klienta*

Navázání kontaktu se zvířetem je facilitujícím činitelem pro navázání kontaktu s člověkem **(51)**.

Kůň je prostředníkem pro navázání nových kontaktů, vede ke spolupráci s ostatními členy skupiny, vede k sebeotevření a k sebepoznávání, zprostředkovává pocit sounáležitosti a příslušenství ke skupině, zvyšuje prestiž jedince, rozšiřuje sociální dovednosti **(38)**.



Ježdění na koni nabízí možnost vytvoření interakce mezi terapeutem, koněm a klientem. Při hiporehabilitaci je možné na klienty působit, korigovat jejich názory, případně i hovořit o jejich osobních problémech. Při skupinové terapii se pak rozšiřuje tato možnost o interakci mezi jednotlivými členy terapeutické skupiny (21).

Kontakty ve stáji, při sportovních akcích, aktivní účast při přípravě koní a ošetřování koní spolu s jízdou na koni vedou ke zlepšení sociální komunikace a nastartování sociální rehabilitace a v konečném důsledku i zařazení handicapovaného do společnosti (47).

Sociálních účinků hiporehabilitace využíváme zvláště při skupinové práci s klienty. Mezi faktory skupinové terapie řadíme členství ve skupině, emoční podporu, možnost pomáhat jiným, možnost sebeprojevit se, odreagovat se, dostat od ostatních zpětnou vazbu, udělat si náhled na situaci, vyzkoušet si a nacvičit nové jednání, získávat nové informace a sociální dovednosti (51).

Svůj vliv při hiporehabilitaci má práce ve stáji, čištění koní a příprava koně na jízdu jako ergoterapeutické činnosti. Motivující je i snaha vyrovnat se u koní ostatním a možnost vybudovat si stejné postavení jako kterýkoli jiný klient (17).

Kůň zprostředkovává nové zážitky, je prostředkem pro prožití radosti z pohybu, umožňuje smysluplné využití volného času, podílí se na spoluvytváření hodnotového systému a rozvíjení citlivosti k druhému (38).

Hiporehabilitace napomáhá v tréninku dalších pozitivních způsobů sociálního chování, jako je umění pomáhat a nechat si pomoci, začlenění do skupiny a udržování řádu ve skupině a pořadí při cvičení. Na základě zkušenosti s hranicí vlastní výkonnosti se klienti naučí respektovat možnosti jiných lidí. Klienti se učí pozornosti a ohleduplnosti vůči koni, který jako živý tvor potřebuje také odpočinek, učí se projevit poděkování, a to hlavně vůči koni, pohlazením či podáním pamlsku. Mnohdy se přesvědčí, že rada dospělého je míněna jako pomoc (24).

Hiporehabilitace znamená zvýšení hodnoty života pro tělesně postižené. Dítě, které je trvale ochuzováno o všechny podněty, poznatky a zkušenosti normálně se pohybujícího dítěte, zákonitě začíná zaostávat i sociálně (25).

Pokud má dítě vzpřímenou posturu (vsedě či ve stoje), dochází k menším rozdílům v jeho sociální akceptaci. Pozice vzpřímeného sedu se lépe dosáhne jízdou na koni, kde je dítě více motivováno (1).

Zvláště v období dospívání je zapotřebí dodat pacientům sebevědomí ve styku se světem a pocit, že se vyrovnají svým vrstevníkům. To vše lze ovlivnit také stykem s koňmi a zlepšením tělesného stavu (56).

#### ***1.2.4 Organizační otázky provádění hiporehabilitace***

NARHA je severoamerická organizace, která zajišťuje profesionální a etické hipoterapeutické aktivity prostřednictvím vzdělávání, komunikace a výzkumu pro osoby zdravé i s postižením. NARHA byla založena v roce 1969 na podporu terapeutického ježdění ve Spojených státech amerických a Kanadě. Vytváří, jak jednoduché programy pro jednu osobu, tak velká centra s více instruktory i terapeutů. Jako doplnění terapeutické jízdy mohou centra nabídnout další aktivity, jako jsou volné jízdy, voltiž, soutěže a práce ve stáji. NARHA poskytuje akreditaci programům a školení pro instruktory (31).

Garantem hiporehabilitace v České republice je Česká hiporehabilitační společnost (ČHS), která byla založena v roce 1991. Sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, pedagogy i jezdecké instruktory, kteří používají koně k terapeutickým účelům. Sdružuje i pacienty a rodiče handicapovaných dětí. ČHS je členem mezinárodní organizace FRDI (The Federation of Riding for the Disabled International) (8).

##### ***1.2.4.1 Odborný pracovní tým***

Hiporehabilitace vyžaduje spolupráci v interdisciplinárním týmu.

Lékař s atestací fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace (FBLR) indikuje vhodné pacienty, rozhoduje o kontraindikacích, úzce spolupracuje s rehabilitačním pracovníkem a pravidelně klienta během hipoterapie kontroluje. Nemusí se osobně účastnit hipoterapie. Musí však absolvovat kurz hipoterapie. Pro lékaře pořádá každým

rokem IDV PZ Praha (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví) ve spolupráci s ČHS informativní kurz hipoterapie **(13)**.

Hipoterapii provádí fyzioterapeut vyškolený v oboru hipoterapie (školení provádí IDV PZ Brno). Přijímá klienta na základě indikace lékaře příslušného oboru, provede vyšetření s ohledem na hipoterapii a vytvoří rehabilitační plán. Určí metodiku, vybere koně, provede psychickou a fyzickou přípravu klienta a následuje cílená aplikace. Je zodpovědný za bezpečnost při hipoterapii. Odborně vede pomocníka a instruuje hipologa **(13)**.

Úlohou hipologa je připravit koně pro hipoterapii a vést ho během jejího provádění. Spolupracuje s terapeuty **(17)**.

Hipolog musí absolvovat školení pro cvičitele jezdeckví pro handicapované. Tento výcvik se připravuje ve spolupráci s Českou jezdeckou federací (ČJF) a vybraným střediskem ČHS. Samozřejmě již musí být držitelem licence cvičitele nebo trenéra ČJF **(26)**.

Jako pomocníci se mohou uplatnit plnoleté, zodpovědné a poučené osoby bez ohledu na kvalifikaci. Zajišťují především bezpečnost klienta. Terapii nesmí provádět samostatně, ale vždy ve spolupráci s odborným pracovníkem **(12)**.

#### *1.2.4.2 Vhodný kůň pro hiporehabilitaci*

Na koně, který je hlavní "léčebnou pomůckou" při této metodě, jsou kladeny velké nároky, nemůže být proto ledajaký. Na prvním místě by měla být otázka, k čemu chcí koně využít a jaká je skladba klientely. Pro každého pacienta je třeba volit koně individuálně **(43)**.

Od koně se vyžaduje perfektní zdravotní stav, pravidelné a klidné chody s dostatkem kmihu, perfektní charakter, kůň by měl kontakt s člověkem přijímat ochotně a rád, poslušnost při vedení, příjezděnost, samostatnost **(8, 17)**.

Z hlediska rehabilitačního nás zajímá výška koně, kvůli bezpečnému jištění proti pádu, šířka hřbetu, aby koně „obsedly“ také děti, délka kroku a jeho měkkost a plynulost, aby mohl být naplněn základní princip hipoterapie, stimulace kvalitním pohybem. Kůň se vybírá dle klientely, proto nelze říci, které plemeno je vhodné a které

není. Malé děti potřebují středně vysokého koně s úzkým hřbetem, dospělí zase koně, který je unese **(43)**.

Při pedagogicko-psychologickém ježdění mohou být využiti koně, kteří z různých důvodů neobstojí při hipoterapii, i zde však platí, že kůň musí být v takovém zdravotním stavu, aby jeho využívání nečinilo koni stres. Při LPPJ je kůň klientům vybírán podle typu temperamentu. Terapeut potřebuje pro své klienty koně, kteří odlišným způsobem řeší neobvyklé situace, tzn. apatické či hyperaktivní chování klientů, nadměrný hluk, nečekané prudké pohyby, agresí či kladné emoce klientů atd. Vedle značného psychického zatížení je kůň vystaven i velkému fyzickému zatížení, jako je značná hmotnost dospělých klientů, strnulý sed úzkostných osob nebo naopak labilní a značně neklidný sed klientů hyperaktivních **(14)**.

Pro sportovní ježdění handicapovaných jsou nepřijatelné dva extrémy. Přílišná chuť koně jít kupředu nebo lenivost koně. Nesmíme zapomínat na to, že co se z hlediska jezdce zdravého zdá zvládnutelné, neplatí pro jezdce handicapovaného. Handicapovaný jezdec nesmí nebo nemůže být na koni stejně aktivní při pobízení či ovládání koně jako jezdec zdravý. Buď schází svalová síla, nebo je narušena koordinace pohybu, což aktivní řízení koně znesnadňuje **(14)**.

Dobry exteriér a charakter koně je předpokladem, nikoliv zárukou využitelnosti koně, záleží pak na trenérovi koní, zda z něj vychová spolehlivého rehabilitačního koně **(16)**.

Nemůžeme pacienta posadit na koně, který není fyzicky nebo psychicky v pořádku a náležitě příježděný **(8)**.

Hiporehabilitace je pro koně jednostranná zátěž, kterou kompenzujeme pestrými aktivitami, abychom udrželi ochotu, soustředěnost a zájem našich koní o spolupráci.

Unavený kůň nám neposkytuje kvalitní hybné impulzy **(16)**.

#### *1.2.4.3 Možnosti financování hiporehabilitace*

Hiporehabilitace je nákladná záležitost a peníze na její provoz se shánějí velice špatně. Finančních zdrojů na pokrytí nákladů je málo. Jsou to například sponzorské finanční nebo materiálové dary, státní dotace nebo úhrada zdravotními pojišťovnami.

Na hodiny mohou symbolicky přispívat i samotní klienti. Jedním z možných zdrojů jsou služby pro veřejnost **(12)**.

V některých rehabilitačních střediscích, slouží hiporehabilitace jako podpůrná aktivita poskytovaná v rámci služeb Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které si klienti hradí z příspěvku na péči **(40)**.

#### *1.2.4.4 Bezpečnostní pravidla při provádění hiporehabilitace*

Pro hiporehabilitaci platí stejná bezpečnostní pravidla jako v běžné sportovní nebo provozní stáji. Hiporehabilitace musí být organizačně zabezpečena tak, aby se předešlo zranění klientů i koní. Za odborný i bezpečný průběh terapie zodpovídá vždy pouze jedna osoba, většinou fyzioterapeut. Nikdy bychom neměli zapomenout nového adepta seznámit s provozním řádem střediska a podmínkami bezpečnosti pobytu u koní (zákaz kouření, pojištění, očkování proti tetanu, doporučení lékaře, časový harmonogram...) **(50)**.

Koně musí být speciálně vycvičení pro potřeby hipoterapie a nesmí projevovat při terapii nervozitu nebo neposlušnost **(12)**.

O bezpečnosti práce se zvířaty pojednává Věstník MZVŽ z 10. 6. 1986, zvláštní část, článek 1 – Koně.

Výstroj pro koně musí být v bezvadném stavu. Jezdec nosí tričko s dlouhým rukávem, dlouhé kalhoty a pevné boty s hladkou podrážkou. Při každé jízdě je povinná ochranná přilba **(50)**.

Nesmíme zapomínat na to, že zvířata jednají vždy pouze instinktivně a brání se při pocitu ohrožení **(32)**.

### *1.3 Ucelená rehabilitace*

Dle Jankovského (2006) je „rehabilitace plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních. Jejím smyslem a cílem je

pokud možno co nejúplnějši začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života majícího očekávanou kvalitu.“

Pro všechny složky rehabilitace platí, že výsledek léčby závisí do značné míry na motivaci jedince, proto cvičení, o jehož smyslu je motivovaný člověk přesvědčen, má podstatně větší účinek nežli nepravidelné a nepřesné cvičení méně motivovaného **(52)**.

Do systému ucelené rehabilitace řadíme tedy:

Léčebné prostředky rehabilitace, které jsou zaměřeny na odstranění postižení a funkčních poruch a na eliminaci následků zdravotního postižení, včetně jeho sociální dimenze. Můžeme sem zařadit fyzikální terapii, jejímiž metodami jsou různé druhy masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem, magnetoterapie a léčba světlem, léčba teplem (termoterapie) a vodoléčba, kam spadá např. rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň. K léčebným prostředkům dále patří i léčebná tělesná výchova, která je hlavní metodou fyzioterapie, zabývající se pohybovým ústrojím. Má dvě formy, buď jsou to léčebné gymnastické prvky, nebo jde o reflexní motoriku **(18)**.

Při stimulaci motoriky je nutné rehabilitovat zvláště uvědomění si vlastního tělesného schématu, jemnou a hrubou motoriku, motoriku úst a tváří **(49)**.

Výsledkem rehabilitace nemá být pouhé zvětšení rozsahu pohybu kloubu, ale důležité je, zda se člověk sám obslouží, např. obleče či nají, tedy celkové zlepšení kvality života člověka **(51)**.

Mezi další léčebné prostředky ucelené rehabilitace můžeme řadit ergoterapii, která je chápána jako léčba smysluplnou činností, lze říci i léčba pomocí hravých aktivit. Ergoterapie rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života. Dětská ergoterapie sleduje řadu cílů, a to rozvíjení a zlepšování hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace, vizuomotorické koordinace, zlepšení komunikace – usiluje o dosažení maximální samostatnosti dítěte. Ergoterapie má nejenom léčebný efekt, ale také resocializační, v důsledku čehož úzce souvisí nejenom s pracovní rehabilitací, ale také s rehabilitací sociální **(18)**.

Ergoterapie plní úkoly v oblasti reedukace a kompenzace deficitních schopností, zmírňuje motorické poruchy, trénuje kognitivní funkce, stimuluje řeč a myšlení **(49)**.

V psychickém vývoji dítěte má pracovní činnost mnoho pozitivních účinků. Odvádí pozornost od tělesného postižení nebo od nemoci, aktivizuje postiženého užitečným směrem a zamezuje tak úniku od skutečnosti do pasivity a pesimismu. Vyvolává prostřednictvím zajímavého průběhu pracovní činnosti a jejích výsledků kladné emocionální stavy. Přispívá k rozvoji samostatnosti a posiluje zdravé sebevědomí postiženého při dosahování pracovních úspěchů a uznání.

V rozvíjení hybnosti tělesně postiženého jedince mají pracovní činnosti zvláštní význam. Jejich prostřednictvím se dosahuje jednak celkového zlepšení v pohybové oblasti, jednak zlepšení hybnosti postiženého orgánu, tím se rozvíjí lokomoční i manipulační schopnosti **(20)**.

Existuje několik přístupů a metod, které jsou příjemné, přinášejí neobvyklé zážitky a zkušenosti, působí do té míry komplexně, že mohou být použity k různým cílům, významnou složkou jejich působení je ovlivnění emocí a touto cestou i další účinky. Pro osoby se zdravotním postižením se dají tyto metody přizpůsobit a mohou být prostředkem jednak pro vyplnění jejich volného času, ale i pro rozvoj osobnosti

Do této skupiny činností patří např. animoterapie, kam lze zařadit hipoterapii a canisterapii a další specifické terapie, jako je arteterapie (léčba pomocí výtvarných prostředků), muzikoterapie (léčba pomocí hudby) nebo dramaterapie **(52)**.

Do ucelené rehabilitace řadíme dále sociální prostředky rehabilitace. V rámci této rehabilitace by měl být člověk s postižením schopen přijmout své postižení, nemoc, či znevýhodnění a v co největší míře se integrovat do společnosti. Sociální rehabilitace uplatňuje metodu reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). Tato rehabilitace se prolíná s rehabilitací léčebnou, pedagogickou i pracovní. Liší se jen tím, že má celoživotní charakter. Kvalita lidí s postižením je velmi závislá na spokojenosti v rodinném životě, úspěšnost sociální rehabilitace ovlivňuje rehabilitační inženýring i vytváření ekonomických materiálních podmínek pro samostatný život **(18)**.

Pedagogické prostředky rehabilitace představují jednu ze čtyř hlavních složek ucelené rehabilitace. Jedná se o záměrné působení pedagogicko-psychologickými prostředky ve smyslu reedukace, tedy v duchu úsilí obnovení normálního stavu. V tomto procesu jsou využívány metody, prostředky a postupy speciální pedagogiky, a to podle druhu a stupně postižení. Úzce spolupracuje s odbornými disciplínami, zejména medicínou a psychologií. Hlavním úkolem pedagogické rehabilitace je optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených a jejich sociální, pracovní a kulturní integrace **(18)**.

Čtvrtou oblastí ucelené rehabilitace jsou pracovní prostředky rehabilitace. Hlavním smyslem této rehabilitace je uplatnění lidí se zdravotním postižením na trhu práce. Předpokladem je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost nebo jsou práce neschopní. Důležitost pracovní integrace je dána také tím, že práce patří mezi základní potřeby člověka. Patří sem různé rekvalifikace, vytváření chráněných pracovišť a dílen, podporované zaměstnávání nebo povinnost zaměstnávat občany se změněnou pracovní schopností. Další významnou oblastí je využívání volného času, pěstování a rozvíjení zájmových činností **(18)**.

Rehabilitační charakter mohou mít i volnočasové aktivity či sport **(20)**.

### ***1.3.1 Volnočasové aktivity zdravotně postižených***

K všestrannému rozvoji osobnosti tělesně nebo zdravotně postiženého a osvojování vhodného způsobu života z hlediska zdravotního i společenského přispívají významně činnosti ve volném čase **(20)**.

Zájmová činnost prohlubuje a rozšiřuje vědomosti handicapovaných, zdokonaluje jejich dovednosti, poskytuje jim emocionální zážitky a napomáhá k rozvoji jejich aktivity. Zlepšuje předpoklady zdravotně postižených pro profesní přípravu a ukazuje jim možnosti a perspektivu využívání volného času i možnosti společenského zapojení na základě společných zájmů a zájmové činnosti se zdravými lidmi, s jednotlivci i se zájmovými skupinami. Program volného času by měl handicapovaného



dále formovat a vychovávat, pomáhat mu v získávání širší soběstačnosti, rozvíjet jeho tvůrčí schopnosti a pomáhat mu vytvářet společenské vazby (52).

Volnočasové aktivity jsou ovlivněny biologickým zráním a jsou odrazem dosažené úrovně sociálního a mentálního zrání. Zároveň jsou stimulem dalšího zrání jedince. Volný čas chápeme nejen jako prostor pro odpočinek a zábavu, ale také jako prostor pro lidský rozvoj. Práce v něm má mít prožitkový a činnostní charakter. Zájmy mají poskytovat prostor pro získávání sociálních zkušeností, kultivaci emocí a posilování odpovědnosti (23).

Pokud mají lidé s postižením zastávat roli „řadových občanů“, musí jim být umožněno vykonávat všelijaké zájmové a rekreační aktivity (49).

Programy volného času (sport nebo jiná zájmová činnost) jsou součástí ucelené rehabilitace. Ucelená rehabilitace má umožnit osobám se zdravotním postižením kvalitní využívání volného času podle jejich zájmů a možností. Kvalitně využívaný volný čas je prevencí negativních sklonů, tedy pasivity, případně alkoholismu a jiných negativních návyků. Část osob se zdravotním postižením nepracuje a tyto programy naplňují jejich volný čas a vedou je k aktivitě. Motivací pro tuto činnost je také ocenění výsledku prostřednictvím veřejných vystoupení, výstav či soutěží (52).

Musíme však mít na paměti, že postižení se při aktivitách volného času setkávají s řadou bariér a že někteří postižení lidé často potřebují podstatně více času a úsilí k tomu, aby si zajistili základní životní činnosti. Významné je nalézt vlastní aktivní náplň života (52).

#### ***1.4 Osoby se zdravotním postižením***

Abychom mohli definovat poruchu, měli bychom si nejprve definovat normu. Normalita je stav jedince, věci nebo jevu odpovídající té normě, z jejíhož hlediska je normalita posuzována. Hlavním kritériem je tedy pojetí normality, které při posuzování sledujeme. Nejčastějším způsobem hodnocení konkrétního člověka je jeho porovnávání s ostatními jedinci. Prakticky všichni, kdo se z hlediska statistického pojetí vymykají

normě, mají značně ztíženou situaci ve společnosti. Obvykle se u nich vyskytují obtíže s plnou sociální integrací v rámci komunity **(42)**.

Nemoc se projeví nejprve poruchou na úrovni orgánu nebo celého tělesného systému (impairment). Podle rozsahu začne porucha omezovat jedince v jeho činnostech do té míry, že nemůže vykonávat některou ze svých aktivit, čímž se stává disabilním. Porucha a omezení člověka se začnou projevovat v procesu socializace jedince, což osoba pociťuje jako handicap **(18)**.

Je možno říci, že osoba se zdravotním postižením má taková funkční omezení, že to vytváří mimořádné požadavky na její životní podmínky. Péče, kterou následkem postižení potřebuje, přesahuje oblast zdravotní a zasahuje i do oblasti sociální, pracovní či pedagogické **(52)**.

Osoby zdravotně postižené mohou mít různý typ a různý stupeň postižení. Významným hlediskem je očekávaný vývoj v čase, zda se stav do budoucna zlepší, zůstane stacionární nebo se očekává další zhoršení. Dále se může jednat o vrozené či získané postižení. Z hlediska typu postižení rozeznáváme osoby tělesně, smyslově, mentálně postižené nebo jedince s kombinovaným postižením. Dále osoby s vnitřními chorobami, zasahujícími různé útrobní systémy, osoby s psychiatrickou diagnózou, poruchami řeči **(52)**.

Každý postižený člověk je svébytný jedinec a jeho postižení je jen jedním z jeho specifik **(46)**.

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) a její Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se pohled na situaci člověka s vadou, postižením a handicapem zásadně mění. Jde zejména o hodnocení funkčních schopností, a to nejen těch, u kterých dochází v důsledku poruchy ke snížení aktivity určitého člověka v konkrétních činnostech, ale jsou posuzovány též jeho ostatní orgány, funkce a struktury, které jsou neporušené a představují tak zdravou dimenzi organismu. Sleduje se tedy funkce a stav tělesných struktur člověka namísto jejich vad a poruch, sleduje se aktivita daného člověka namísto jeho postižení a omezení, a konečně je také rozhodující jeho možnost účasti na životě společnosti, nikoliv už pouze jeho handicap **(18)**.

Na tom se samozřejmě výrazně podílí faktor prostředí, které dokáže danou situaci významným způsobem ovlivnit, a to jak ve smyslu vytváření bariér, tak i ve smyslu facilitace (42).

Postoje společnosti k lidem se znevýhodněním jsou stále „rozpačité“. Pozůstatkem nedávné minulosti je stále přetrvávající medicinizace postižení. Společnost hledí na postiženého člověka jako na pacienta. Slovo pacient je však neodmyslitelně spojeno s pojmem nemoc, postižení je přitom ne vždy možné ztotožnit s nemocí (42).

Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody. Jestliže je např. člověk s mentálním postižením momentálně v dobrém fyzickém stavu, bez příznaků nemoci, současně je příjemně psychicky rozpoložen, nachází se ve fungujícím rodinném prostředí a kromě toho má v okolí ještě několik dobrých přátel, kteří mu pomáhají uspokojovat jeho emocionální a vztahové potřeby, není žádný důvod považovat takového jedince za nemocného, tedy pacienta (42).

Pacient je totiž vnímán jako ten, kdo se nachází v nežádoucím stavu, a tento stav by se měl snažit změnit, protože významně omezuje jeho možnosti prožívat plnohodnotný život. Řada lidí s trvalým postižením nemůže nikdy naplnit požadavek na změnu „nežádoucího stavu“, i kdyby se snažili sebevíc, přesto jsou schopni a odhodláni prožívat svůj život plnohodnotně a kvalitně (42).

Důležitou roli ve zvládnání a vyrovnávání se se zátěžovou životní situací, kterou postižení přináší, je správné sebehodnocení. Sebedůvěra je vrozenou vlastností osobnosti projevující se ve veškerém chování člověka. Vyrovnávání se se zátěží, tedy i nemocí či postižením, může jedincovu sebedůvěru posílit, je-li zátěž zvládnána, nebo naopak oslabit, je-li zátěž vyšší než síly jedince, pak vzniká komplex méněcennosti. Je to pocit tísně, zahanbení, vzdoru nebo závisti, že člověk nestačí v situaci, kde jiní jsou úspěšnější, a nemůže se jim tedy vyrovnat. U postiženého jde o to, naučit ho realizovat se dle svých možností se zřetelem na jeho postižení (10).

Prostředí, v němž vyrůstají zdravotně postižené děti, se často vyznačuje jednostranností podnětů a celkově nižší stimulací. To se nepříznivě odráží především v rozumovém vývoji dítěte, které si často vytváří nedostatečné nebo zkreslené představy o okolním světě, dítě zaostává i ve schopnostech vyjadřovacích. Je tedy zřejmé, že i

postižené dítě potřebuje přiměřené a vhodné podněty, např. pro rozvoj motoriky nebo rozvoj citových vztahů **(20)**.

V každém případě nutno zdůraznit, že působení postižení na samotného jedince a jeho okolí není jednostranně negativní. Řada lidí chápe postižení jako výzvu k mobilizaci sil a překonání jeho důsledků. Postižení může být i podnětem k přehodnocení celého života, ať už jde o postižení vlastní či osoby blízké. Zvláště v poslední době vytváří společnost specifické podmínky pro osoby se zdravotním postižením, které pozitivně působí na jejich rozvoj **(52)**.

Pojďme si blíže specifikovat osoby s mentálním postižením.

Za mentálně postižené se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Projevuje se zvýšenou závislostí na pečující osobě, infantilností, neurastenickými reakcemi, rigidním chováním, malou přizpůsobivostí, impulsivností, sníženou pamětí, těkavou pozorností či poruchami vizuomotoriky apod. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Mentální postižením vzniká v důsledku organického poškození mozku. Není to nemoc, ale trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku **(48)**.

Mentálně postižení lidé se liší svou hloubkou a mírou emocionalitou. Ve své většině mají podstatně silnější potřebu citového zakotvení, opory a jistoty než jejich vrstevníci. Při řešení problémů vyplývajících z jejich handicapu potřebují častěji pomoc a radu osoby, k níž mají plnou důvěru. Liší se potřebou sociálních kontaktů a mírou své sociální citlivosti. I člověk s mentálním postižením je sociální bytost a stejně jako kdokoli jiný potřebuje sociální kontakty. Důležitým činitelem je u osob s mentálním postižením minimalizace překážek ve vztazích ze strany majoritní společnosti. Tyto překážky mohou mít rozličnou podobu, někdy až podobu stigmatizace, která zbytečně ohrožuje vývoj identity stigmatizovaných **(49)**.

### *1.5 Význam sportu pro zdravotně postižené*

Pohybová činnost je pokládána za přirozenou vlastnost živých organismů. Pohyb je nutný k udržení života, je symptomem aktivity a změny, v tom spočívá jeho naprostý smysl, všechny další jevy jsou provázející (10).

U člověka i u zvířat má pohyb emoční doprovod a složku prožívání, která je daná vztahem mezi objektem a subjektem. Lidský pohyb se nedá redukovat jen na pohyb těla, patří sem i myšlení, cítění a vůle. Lidská motorika stimuluje lidské myšlení, které je někdy chápáno jako „zabstraktnělá“ motorika. Význam pohybu pro člověka je zásadní, jeho prostřednictvím vykonává svou existenci, užívá si život a vyjevuje svou intencionalitu (41).

Pedagogika uvažuje o pohybu jako o základním fenoménu rozvoje člověka. Pohyb má vliv na intelektový rozvoj v raném dětství, rozvoj dovedností a utváření osobnosti v dospívání. Pohyb je jádrem vývoje člověka a má významný vliv na vývoj řeči, kognitivních dovedností a sociálního chování. Tělo je hlavním prostředkem sebevnímání a interakce s okolím. To, jak se vnímáme, hodnotíme, ovlivňuje významným způsobem naše chování a prožívání. Dle Hátlové (2003) umožňuje tělesný prožitek pochopit nejen sebe sama, ale i smysl vlastní existence. Dává prostor pro vytvoření „Já“ a hranic „Já“.

Medicínské vědy akceptují vliv pohybu na somatopsychický stav člověka v celém průběhu života od rozvíjejících podnětů v raném dětství po psychoaktivující účinky pohybu ve stáří. Opomenuty nesmí být ani zdravotní účinky pohybu (10).

Podstatný je význam pohybu při uspokojování vlastních potřeb i při vzájemné interakci. V popředí stojí potřeba zažít něco příjemného, neobvyklého. S pohybem jsou spojeny příjemné prožitky – uvolnění, radost, ale i negativní prožitky, pokud usilujeme o nadměrný výkon – únava až bolest. Nejen příjemné, ale i nepříjemné prožitky spojené s pohybem, mají pro člověka svůj význam, tím, že překoná určitou zátěž, stoupá jeho odolnost (10).

Prostřednictvím cítění vnímáme části svého těla, jeho možnosti pohybu v prostoru a čase. Postupně je tělo vnímáno jako funkční celek. Při pohybu přijímá

člověk kinestetické, rytmické a sociální podněty a zpětně na ně reaguje. K pohybové fixaci je zapotřebí působení dvou energií. Jeden druh energie je tvořen smyslovou projekcí do mozkového kortexu, druhý vzniká aktivací limbického systému. Aktivace pocitového mozku je pro vznik paměťové stopy nutná. Proto musíme při učení vycházet nejen z oblastí racionálních, ale i z oblastí emocionálních, tj. z oblasti limbického systému. Pohyb a emoce jsou vzájemně neoddělitelné (41).

### ***1.5.1 Léčebná tělesná výchova***

Léčebná tělesná výchova patří do systému ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením. Při jejím provádění se zařazují cviky, které působí reedukačně, kompenzačně a psychorehabilitačně, přispívají ke zmírnění nebo odstranění postižení, k opětovnému rozvoji postižených orgánů, k nácviku náhradních a pomocných činností a ke zlepšení celkového stavu postiženého a jeho společenských vztahů (20).

V léčebné tělesné výchově rozlišujeme složky speciální, ty jsou zaměřeny k přímému ovlivňování průběhu choroby nebo postižení pohybem, působícím na orgánovou a funkční restituci a reedukaci postižených tkání. Dále je to složka kondiční, která slouží k udržování nebo zlepšování celkového tělesného a zdravotního stavu handicapovaného. Složka rekreační neboli zájmová je určena k celkovému psychorehabilitačnímu působení na pacienta po stránce tělesné, duševní, k účelnému využívání volného času a nácviku vhodných tělovýchovných a sportovních činností po ukončení rehabilitační léčby (20).

Cílem zdravotní a léčebné tělesné výchovy je pokud možno osoba s co nejvyšším stupněm tělesné zdatnosti, otužilosti a pohybových dovedností. Dává možnost prožívat radost z pohybu v kolektivu stejně nebo jinak postižených i zdravých cvičenců ve vhodně upraveném prostředí a podmínkách. Tím umožňuje osobám se zdravotním postižením snazší zapojení do pracovního a společenského prostředí a pomáhá jim překonávat obtíže, které vyplývají z jejich postižení (20).

### ***1.5.2 Sport zdravotně postižených***

Význam sportu pro osoby se zdravotním postižením je vícestranný a mohou jej uskutečňovat několikerým způsobem (52).

Je prokázáno, že u zdravotně postižených a u seniorů přispívá sport k pohybové samostatnosti, která je úzce spojena s kvalitou života. Sport znamená přínos emotivní a estetický. Přínos je i v oblasti senzomotorických schopností, vůle a odolnosti (41).

Jde o vyplnění volného času, a to způsobem, při němž se udržuje tělesná kondice, provádí nácvik obratnosti a nových dovedností. Při sportovních aktivitách je možnost pobytu v přírodě i možnost dostat se do společnosti osob s podobnými zájmy a blízkého věku. Ve sportu jsou dosahovány obvykle měřitelné výsledky a sportovec se může srovnávat s ostatními a sledovat svůj výkon a výsledky v průběhu času. Proto je sport obvykle spojen s větší motivací sportujících nežli běžné cvičení. Dle Votavy (2005) je sport nedílnou součástí moderního života a postižený sportovec se touto cestou může přiblížit či vyrovnat zdravým lidem.

Terapie sportem má za cíl zlepšování kondice, nácvik obratnosti a dosahování pozitivního psychologického účinku v průběhu rehabilitačního procesu.

Rekreační sport je aktivita, kterou provádí osoby se zdravotním postižením mimo program léčebné rehabilitace, ať už je provozován individuálně, ve skupině v rehabilitačním ústavu nebo v zájmové organizaci. Rekreační sport působí především jako pozitivní osobní zkušenost, smysluplné vyplnění volného času a k udržení kondice. Rekreační sport mohou postižení pěstovat společně s lidmi bez postižení (52).

Organizovaný soutěžní sport se zpočátku zavedl pro pacienty s válečnými zraněními, hlavně po poranění míchy, a to nejprve jako součást terapie. Postupně byl vytvořen celý systém klasifikací, které rozdělují sportovce do kategorií se zhruba stejným stupněm postižení (52).

Mezinárodní paralympijský výbor (IPC), který vznikl v roce 1992, slučuje mezinárodní sportovní organizace pro zdravotně postižené. Primárním cílem IPC je rozvíjet a podporovat Paralympijské hry, neboť jsou tou nejlepší příležitostí, kde lze prezentovat výkony a výsledky zdravotně postižených sportovců (52).

### ***1.5.3 Sport jako sociální jev***

Studium sportu jako sociálního jevu poskytuje důležité informace jak o sociální struktuře společnosti, tak o jedinci, jeho hodnotové orientaci a místě ve společnosti. Sport má významné místo v hodnotové orientaci zejména mladé generace i dobré postavení mezi činnostmi tvořícími náplň volného času. Sport mimo jiné podporuje vývoj a posílení identity a následně i společenskou integraci. Proto není možné hodnotit sport jen z hlediska jeho účinků na tělesnou stránku, neboť jakákoli pohybová aktivita se týká celé osobnosti a zejména její sociální dimenze (41).

Sport ve svých rozmanitých podobách vytváří řadu příležitostí pro sociální kontakty. Mnoho sportovních odvětví vyžaduje úzký kontakt mezi lidmi a vytváří potřebu sdružovat se do celků nazývaných obecně sociální skupiny a majících ve sportu podobu sportovních oddílů či sportovních družstev. Oblast sounáležitosti, sociální zakotvenosti a integrace nalézá ve sportu řadu příležitostí. Sport je týmový, člověk tu snadno nachází možnosti identifikace. Je příležitostí k sociální komunikaci, k naplnění afiliativních potřeb a dává možnosti bohaté skupinové dynamiky. Sociální funkce sportu může přispívat ke zkvalitnění života jedince (41).

Sport ve své rekreační podobě poskytuje prostor pro skupiny s převahou socio-emocionální soudržnosti, neboť motivace pro takovéto sportování se mimo jiné opírá o emocionální prožitky spojené s členstvím ve skupinách rekreačně sportujících jedinců. V rekreačním sportu se skupiny formují i z jiných než výkonnostních hledisek a uplatňují se i kritéria jako společné zájmy, hodnotová orientace, vzdělání nebo věk. Hodnotová orientace skupin v rekreačním sportu není postavena pouze na upřednostňování úspěchu, ale je obohacena o škálu prožitků plynoucích, jak z vlastní činnosti, tak sociálního a přírodního prostředí, ve kterém je provozována. Rekreační sport obohacuje hodnotovou orientaci jedince o emocionální i sociální dimenzi (41).

Ve sportu se jako mechanismus socializace uplatňuje i hra. Hra prolíná celým životem člověka, její význam pro socializaci je největší v dětství. Hrou v této souvislosti je míněna hra v nejširším slova smyslu jako činnost, která je konána pro tzv. „funkční slast“ vyplývající z podstaty hry samé. V rámci hry a dodržování jejích předem



stanovených pravidel se každý jedinec přizpůsobuje společenským normám, je jimi utvářen v sociální interakci, která je charakteristická pro každou hru (41).

## ***1.6 Integrace jako nejvyšší stupeň socializace***

### ***1.6.1 Socializace***

Socializaci lze chápat jako proces neustálého celkového zespolečňování člověka – jako proces osvojování si potřebného společenského chování vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí. Člověk se v tomto procesu postupně stává sociokulturní bytostí, schopnou chovat se jako člen určité sociální skupiny, orientuje se ve své kultuře a ve svých normách (15).

Dle Řezáče (1998) je socializace souhrn procesů vzájemné interakce mezi společností a jedincem, v nichž společnost působí na jedince tak, aby v sobě svým učním vytvořil vnitřní psychologické předpoklady, nezbytné k participaci ve společnosti současně jako člen společnosti i jako relativně samostatná osoba schopná řídit své jednání a odpovídat za ně.

Socializace je označována nejčastěji jako „zařazování se“, „včleňování“ či „vrůstání“ do společnosti, vyžaduje neustálé navazování, prohlubování, rozšiřování sociálních kontaktů jedince v rámci sociokulturního systému jako předpoklad permanentních změn osobnosti a jejich vztahů k okolí. Za produkt socializace se pak označuje osobnost jedince jako výsledek jeho sociálních zkušeností (39).

Socializace má čtyři dimenze. První dimenzí je společenská identita, do níž jsou zahrnuty zejména hodnoty, normy a sociální techniky, které jsou prezentovány v dané společnosti a které se jedinec učí a přejímá v procesu socializace. Člověk si musí tyto normy osvojit a přijmout je jako závazné. Druhou dimenzi je možno označit jako sebeidentitu, což je chápáno jako sladění požadavků sociálních rolí s osobností jedince (jeho potřebami a zkušenostmi) tak, aby byla zachována individualita jedince, aniž by hrozilo jeho vyloučení ze sociální interakce. Třetí dimenze je chápána jako sebezprosažení reprezentující vyváženost mezi společenskou identitou jedince jeho sebeidentitou. To znamená uchování určité míry nezávislosti na společenském prostředí

a flexibilní užívání společenských norem. Čtvrtá dimenze zdůrazňuje nutnost vazby jedince na jeho sociální okolí, zvládnutí sociálních norem a respektování sociálních vazeb a kooperace **(41)**.

Na základě věku jedince, intenzity a charakteru socializace lze odlišit dvě základní fáze socializačního procesu.

Socializaci primární, v jejímž rámci jde o zprostředkování základních kulturních návyků, hodnot a norem v kruhu rodiny a příbuzných, kde jsou významným faktorem emocionální vazby. Proces dalšího sociálního utváření člověka probíhá v rámci sekundární socializace. Tento proces je zprostředkováván větším počtem různých osob nebo institucí. Prostřednictvím sekundární socializace se předává další sociální vědění. Pod pojem sekundární socializace by bylo možné zahrnout všechny průběžné, vnitřně přijaté drobné změny osobnosti a chování člověka ve společnosti či v nové sociální skupině. Vlastní primární socializaci nemůže člověk příliš ovlivnit, rodinu si nelze vybrat. Naopak v rámci sekundární socializace si lze vybrat školu či zájmové sdružení, které bude jedinec navštěvovat, přátele či své reálné nebo imaginární vzory **(15)**.

Jiné rozdělení předkládá Řezáč (1998). Píše o elementární socializaci, která zahrnuje první rok života dítěte, kdy je dítě naprosto závislé na péči dospělých osob. V prvních šesti měsících života je tzv. sociálně pasivní (reaguje však libě na přítomnost a zájem vychovatelů), v druhé polovině prvního roku se stává sociálně aktivním (navazuje kontakty).

Následuje období rodinné socializace, kdy dítě i nadále setrvává převážně ve společnosti dospělých, k nimž, zejména k matce, získává hlubší náklonnost a cit. Mělo by prožívat pocit lásky a bezpečí, neboť tyto pocity jsou základem pro jeho další pozitivní vývoj. Posledním stadiem dětské socializace je období socializace veřejné, jež nastává asi po čtvrtém roce života dítěte, tedy v době, kdy začíná vyhledávat a potřebovat styk s dětmi stejného věku. V institucionální péči navazuje sociální kontakty s vrstevníky, učitelkou a dalšími lidmi. Ve školním období se sociální kontakty mění v sociální soužití **(39)**.

Na jednotlivé fáze socializace se můžeme podívat podrobněji z hlediska sociálního vývoje dítěte. Ten začíná v okamžiku, kdy dítě vezme na vědomí, že je

jedinečná bytost mající svou vlastní identitu a že není součástí ani matky, ani jiné osoby. Jakmile si dítě uvědomí svou individualitu, může si začít osvojovat dovednosti potřebné pro život ve společenství lidí, které pro něj zpočátku představuje rodina, příbuzní či kamarádi. Děti se musí naučit komunikovat s ostatními, brát ohledy na druhé, dělit se o věci a řídit se všeobecně platnými pravidly mezilidského styku (33).

Člověk se projevuje jako společenský tvor od samého narození. Během několika týdnů se novorozenec začne usmívat, odměnou za úsměv mu je další láskyplná péče. Později si dítě začne uvědomovat, že se některé činnosti opakují. Právě z tohoto očekávání vychází základ pocitu kontroly nad vlastním životem. Dítě si postupně uvědomí, že je svébytná bytost, že není součástí matky. K tomuto poznání dospívá zkoumáním vlastního těla, toho, co umí a jaké to je. Ve stejné době si uvědomí, že lidé a věci nepřestávají existovat, i když je zrovna nevidí. Zjistí, že matka je tady pořád, i když ji nevidí, a že se vrátí (33).

Neméně důležité pro sociální vývoj je střídání, sdílení věcí a ohledy na ostatní, což je styčným bodem sociálních dovedností. Když dítě pochopí, že ze sdílení věcí a ze střídání bude mít prospěch, pomalu začíná na variantu vzájemného půjčování věcí a střídání přistupovat. Dítě si uvědomí, že když teď někomu půjčí hračku, tak on ji pak vrátí, a že se od druhých dětí očekává to samé, co od něho. Tím se naučí jedno z pravidel sociálního kontaktu brání ohledu na druhé (33).

V další vývojové fázi začíná dítě spolupracovat s dospělými, hraje s nimi jednoduché hry. Do společnosti vstupuje napodobováním zvyků a chování těch nejbližších. Poté co dítě jasně pochopí, že je samostatná bytost, začne prosazovat svá přání a testovat, kde jsou hranice správného a přijatelného chování. Dítě poznává svět nejen pozorováním a experimentováním, ale i testováním hranic a ověřováním si pravidel. Dítě si navíc buduje i své vlastní sociální síť. Chce si hrát s dětmi, chce si mezi nimi najít kamarády. Nejdříve si hraje s někým, kdo dělá to samé, co ono. Právě kamarádství přichází až později. I malé dítě pohotově vycítí, v jakém rozpoložení jsou ostatní. Poznává, zda se ten druhý zlobí, zda je smutný, nebo naopak šťastný. Později je schopno dát najevo to, že ví, co druhý prožívá, projevováním soucitu nebo obav. Dítě zkouší napodobovat dospělé, chce dělat to, co oni, a také od nich chce slyšet pochvalu.

Když se okruh jeho známých začne rozrůstat a zjistí, co se v kontaktu s druhými dá dělat, a co je naopak zakázané, naučí se dodržovat pravidla sociálního kontaktu nejen v konkrétních situacích, ale i obecně, a aplikuje je na kontakty s různými lidmi (33).

Vědomé úsilí rodičů či případných dalších osob o ovlivňování výchovy dítěte či jiné osoby je záměrnou socializací. Nezáměrná socializace představuje proces každodenního působení rodičů nebo jiných sociálních modelů v přirozených neformálních situacích tak, že subjekt socializace s tímto sociálním vzorem interaguje nebo ho jen pozoruje, a tím se spontánně učí. Základní socializační činitele jsou tedy rodina, škola, přátelské či zájmové skupiny vrstevníků. Mezi další socializační činitele řadíme ty, které nastupují v pozdějších fázích socializace (15).

Prvním předpokladem složitějších socializačních dějů je schopnost jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí. Adaptace na prostředí vyžaduje, aby jedinec dokázal přijímat podněty z prostředí, přizpůsobovat se podmínkám, které na něho působí. Vztah k prostředí člověk navazuje skrze své aktivity a činnosti (39).

Socializace se uskutečňuje mechanismy sociálního učení, jež lze rozčlenit na mechanismy vnější a vnitřní regulace chování.

Vnější regulace chování představuje zejména sociální posilování, což je upevňování určitého žádaného chování. Podstatou je fakt, že kladně prožívané interakce jsou posilovány, naopak negativně prožívané mají menší pravděpodobnost opakování. Jde v podstatě o mechanismus emočního hodnocení sociální interakce, ve kterém hraje důležitou roli společenský úspěch anebo neúspěch. Vystupuje zde do popředí také úloha odměny a trestu. Odměna posiluje tendenci opakovat a upevnit chování, trest vede ke snaze o nalezení jiných reakcí, které by došly pozitivní odezvy od nejbližšího sociálního okolí (15).

Do vnější regulace chování patří i observační učení, při kterém si jedinec osvojuje způsoby chování a jednání, za něž je sociálně odměňován jeho vzor (41).

Dalším mechanismem sociálního učení je anticipace. Ta představuje dlouhodobá očekávání druhých lidí ohledně chování určitého jedince, která jej usměřují do žádané role. Lze hovořit o objektivním usměřování, kdy rozhodujícím zdrojem posilujícím či

zeslabujícím tendence k opakování určitých vzorců chování je nejbližší sociální okolí, to znamená reakce druhých osob na chování jedince **(41)**.

Etiketizace je často nevědomé ovlivňování chování jedinců jejich dlouhodobým zařazováním k určitému typu lidí, kterému se někdy říká tzv. „nálepkování“ **(41)**.

Do vnitřní regulace chování (autoregulace) lze zařadit buď spontánní nápodobu, která představuje chování naučené na základě nevědomého napodobování osob, s nimiž se jedinec dostává do kontaktu, nebo identifikaci, což je naopak záměrná nápodoba chování určité osoby **(15)**.

Člověk musí v určitých záležitostech přijmout pravidla života ve společnosti, přizpůsobovat se ostatním. Z norem plynou požadavky na jednání, tedy co se „smí, má a musí“ nebo naopak „nemůže a nesmí“ **(23)**.

Při nedodržení těchto pravidel se ozývá naše svědomí, můžeme prožívat pocity viny, tenzi, vnitřní rozladěnost. Právě pocit viny je silným regulativem duševního života člověka a jeho jednání v sociálních situacích **(39)**.

Hlavním motivačním prvkem jednání je společně s potřebami a emocemi také zájem. Úspěch je prvním krůčkem k probuzení zájmu, snažit se navodit při každé činnosti jedince alespoň částečný úspěch či vyhledat u každého činnost, při které může uspět. Hodnotnější je motivace, která vychází z vnitřních podnětů jedince, z jeho zájmů, než motivace vnější, jako např. strach z trestu. Důležité je dávat přednost pozitivní motivaci, před motivací negativní, jež vzniká při očekávání nepříjemnosti. Zájem jedince může navodit i vhodnou profesní orientaci, vztah k některému oboru, zaměření osobnosti dítěte **(20)**.

Častým motivačním podnětem bývá odměna. Člověk pracuje, protože ví, že bude za dobrou práci odměněn. Pokud má odměna sociální charakter (např. pochvala), je vše v pořádku, horší je to s materiální odměnou, jež má své místo spíše u malých dětí, ale ani tam se nesmí stát pravidlem **(20)**.

Celý socializační proces znamená zásadní kvalitativní proměnu člověka. Individuum se mění v osobnost. Člověk si uvědomí svoje „Já“ a také okolní svět. Na základě posuzování sebe sama (sebehodnocení) vytvoří představu o sobě. Stabilita sebehodnocení je projevem duševního zdraví a celkově dobré adjustovanosti.

Sebehodnocení je výsledkem nejen vnitřního ohodnocení se, ale i hodnocení ze sociálního prostředí (33).

Na základě sebehodnocení a hodnocení jinými lidmi si člověk připíše určitou hodnotu (sebeocenění, sebeúcta). Na rozvoji sebeúcty, tedy vytváření si názoru na vlastní cenu a budování sebejistoty, se asi nejvíce podílejí rodiče. Tím, že chválí dítě za snahu, dosažené úspěchy a pokroky namísto vytýkání chyb a nedostatků. Rodiče podporují rozvoj sebeúcty i tím, že dítěti důvěřují, dávají mu prostor potřebný pro jeho další rozvoj, zajišťují mu příležitosti k tomu, aby si vyzkoušelo nové činnosti. V životě dítěte hraje důležitou roli i možnost volby. Umět se rozhodnout je velmi důležitá schopnost, která nám dává pocit kontroly, nezávislosti a samostatnosti (39).

Člověk si postupně vybuduje též představu o svých záměrech, tendencích, životních cílech, plánech (seberealizace) i o svých možnostech (aspirace). Vytvoří si kritéria posuzování sebe, objektů okolního světa a také vztahů, do kterých vstupuje, či které zaujmají jiní lidé (normy, hodnoty, svědomí) (39).

V průběhu společenského života, a to především vřazováním se do aktivit, činností vztahů, si jedinec na základě hodnocení a posuzování objektů sociálního světa vytvoří zároveň i tendenci chovat se k nim určitým stabilním způsobem (postoje). Naučí se chovat přiměřeně podmínkám sociální situace (role). Ukáže a zúročí své individuální dispozice, rozvine svoje osobnostní vlastnosti a schopnosti, vytvoří si nové sociální dovednosti. Utvoří si nové pobídky k činnostem a vztahům (sociální motivy) (39).

Samozřejmě, že naznačené výsledky socializace nelze uspořádat do seznamu na základě rozvrhu průběhu života. Jde spíše o složky téhož celku, jež se vytvářejí ve vzájemné závislosti (39).

### ***1.6.2 Integrace***

Integrace je jev multidisciplinární, týká se otázek filozofických, etických, pedagogických, psychologických, biologických a zdravotnických, ale i ekonomických, politických a legislativních (46).

Integrace je označována jako nejvyšší stupeň socializace člověka. Latinské slovo „integer“ znamená neporušený, úplný, celý, „integralis“ – náležející k celku, nedílný, integrace tedy znamená sjednocování, spojování v nový celek **(18)**.

Sociální integrace je proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti. Je to naprosto přirozený a nenásilný proces a týká se každého člena společnosti, problémy nastávají ve specifických případech osob nebo minoritních skupin, které se od většinové populace výrazně odlišují a nejsou schopny dosahovat přirozeným způsobem vysoké míry socializace. Potom je nezbytné jejich integraci aktivně podporovat a vytvářet pro ni vhodné podmínky **(42)**.

Integrace jedince do společnosti patří k základním podmínkám rozvoje osobnosti. Míra integrace je podmíněna mírou nezávislosti jedince. Nové pojetí WHO definuje handicap ne jako charakteristiku člověka, ale jako něco, co se objeví, jestliže je nepřístupné prostředí konfrontováno s osobou s funkčním poškozením **(19)**.

Pojem integrace je u nás v posledních letech velice populární. Stal se z něj široce uznávaný ideál novodobé sociální práce. Porevoluční změny přinesly kromě jiného i posun v náhledu na lidi se zdravotním postižením. Nejčastěji se objevuje tento pojem v posledních letech v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili nedílnou součást této společnosti **(28)**.

Sociální integraci lze chápat nejen jako začlenění jedince do společnosti, ale i jako naplnění jeho potřeb seberealizace a sebeuspokojení **(18)**.

Jesenský (1995) uvádí, že jednoznačná charakteristika integrace týkající se zdravotně postižených je komplikována tím, že „integrace není jednou daný stav, ale proces dalšího pozitivního i negativního rozvoje jednou dosaženého stavu. Integrace má charakter permanentně otevřeného a měnícího se stavu.“

Integrace proniká do všech oblastí mezilidské interakce. Je vnímána jako proces, jehož dynamika a kvalita je závislá na množství proměnných. Nejde jen o vyrovnávání příležitostí pro handicapované, úspěšnost integrace osob s postižením je do značné míry závislá také na postoji každého člověka, na tom jak je schopen tento proces akceptovat a ztotožnit se s ním **(18)**.

Minoritní skupiny i společenská majorita by se měla snažit rozvíjet společenský systém, který obsahuje součásti hodnot a idejí obou stran. Každý by přitom nacházel své místo ve společnosti a mezi uvedenými skupinami by neexistovala žádná podstatná hranice (42).

Předpokladem pro integraci osob se zdravotním postižením je také vzdělávání a výchova široké veřejnosti k tomu, aby handicapované přijímala, chápala jejich potřeby a oceňovala jejich snahu se integrovat. Nepostižený člověk by měl být v případě potřeby připraven postiženému pomoci a postižení by měli umět vysvětlit, v čem by měla pomoc spočívat (52).

Jedním z nástrojů začleňování handicapovaných do společnosti je rehabilitace. Dle Světové zdravotnické organizace je rehabilitace proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti (52).

U postiženého člověka záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá. Úkolem rehabilitace je, aby byl člověk s postižením schopen přijmout své postižení či znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Tím je dle Jankovského (2006) zachována optimální kvalita jeho života, což vede k jeho životní spokojenosti.

Nejlepší cesta k integraci je poskytnout zdravotně handicapovaným příležitost vést pokud možno samostatný život bez závislosti na jiných. To znamená poskytnout jim takové individuální zdroje a sociální služby umožňující přístup ke stejným sociálním, politickým a kulturním příležitostem jako lidem nepostiženým (55).

Vytvořit možnosti normálně žít a vykonávat nejrůznější činnosti způsobem odpovídajícím roli „řadového občana“ (19).

Integraci některých skupin postižení výrazně podporují rehabilitační, kompenzační a reedukační pomůcky a také odstraňování technických, organizačních a jiných bariér (9).

Integrační proces se může reálně ubírat různými směry závislými na zvoleném přístupu k sociální integraci, které uvádí např. Jesenský (1995):



Asimilační přístup – znevýhodnění je záležitostí konkrétního jedince, jeho sociální integrace závisí na schopnosti přizpůsobit se společenské majoritě, která určuje pravidla soužití.

Adaptační přístup – znevýhodnění je společný problém konkrétních osob a celé společnosti, snahu jedince o sociální integraci podporuje společnost vstřícnými opatřeními, přizpůsobování je vzájemné.

Světová zdravotnická organizace rozděluje integraci na několik integračních stupňů:

1. sociálně integrovaný – postižení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech
2. účast inhibovaná - postižení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení
3. omezená účast – osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postižení negativně ovlivňuje např. manželství, sexuální život apod.
4. zmenšená účast – v důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty, jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy – rodina, domov, pracoviště apod.
5. ochuzené vztahy – jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení
6. redukované vztahy – jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci
7. narušené vztahy – jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny
8. společenská izolovanost – jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost (49)

Podle Michalíka (1999) lze integraci obecně diferencovat na tato dvě základní pojetí:

- integrace širší (tj. integrace občanů se zdravotním postižením do společnosti)
- integrace dílčí (tj. integrace, která řeší specifickou oblast života, např. integrace

v zaměstnání, sportu, volném čase....)

Na cestě integrace je třeba překonat bezpočetné množství bariér, od materiálních a technických, až po bariéry sociální, psychologické, lidské, které stejnou měrou působí na straně postižených i nepostižených a často jim komplikují možnost vzájemného porozumění (20).

Kontakt s nepostiženými vrstevníky může být dětem se zdravotním postižením umožněn při mimoškolních činnostech, na společenských akcích ve školních družinách, při zájmových činnostech (zvláště tam, kde se jejich činnost může prezentovat veřejně) a všude tam, kde děti obvykle navazují své sociální kontakty. Vzájemným dlouhodobým kontaktem se zvyšuje sociální citlivost nepostižených vůči postiženým, kultivují se mezilidské vztahy, učí se spolu komunikovat a zvykají si na jejich přítomnost ve společnosti (46).

U zdravotně postižených jedinců dochází k tomu, že i při dosažení společenské integrace se v průběhu dalšího života objevují problémy související s náročnými životními situacemi, kdy stupeň zapojení těchto jedinců odpovídá adaptaci, vyžadující ohledy a pomoc zdravých lidí. Tělesně postižený člověk je nucen po celý život překonávat nejrůznější překážky, řešit nečekané problémy, přizpůsobovat se novým podmínkám, a to v daleko větší míře než člověk zdravý (20).

Extrémním důsledkem sociálních bariér může být sociální izolace, čímž rozumíme nedostatek nebo úplnou absenci normálních sociálních kontaktů, mezilidských vztahů. Může k ní dojít v důsledku záměrného nedobrovolného vyčlenění jedince nebo sociální skupiny ze společnosti. Záměrná izolace může ale nastat i v důsledku nesympatií a strachu, a to v podobě záměrného nekomunikování, přehlížení ostatními, nezájmu, ignorace či znemožnění vzestupného sociálního pohybu (15).

Zdraví, ať už mentální či tělesné, patří mezi velmi křehké hodnoty a nikdo z lidí neví, kdy překročí pomyslnou hranici mezi světem zdravých a světem postižených. I proto bychom se měli všichni snažit vytvářet takové sociální podmínky, aby tato hranice byla co nejméně zřetelná a co nejsnadněji prostupná v celém společenském životě (46).

### ***1.6.3 Sociální interakce***

Nutnou podmínkou pro uskutečnění socializace jsou sociální interakce a komunikace s druhými lidmi, což znamená, že se člověk socializuje v kontaktu s jinými jedinci. Ti ho usměrňují a poskytují mu záměrně či neúmyslně nové vzorce chování, umožňují nabývání vlastností a dovedností nezbytných pro život ve společnosti (15).

Dle Heřmanové (2006) sociální interakce představuje určitou činnost, jako je výměna způsobů chování nebo hodnot a informací, v níž je vždy jedna strana sociálním podnětem pro chování druhé strany a jejímž důsledkem je vzájemné ovlivnění zúčastněných jedinců, resp. vzájemné uspokojování potřeb. Sociální interakce jsou svázány se sociálními rolami a očekáváními, která z nich vyplývají, regulovány jsou i sociálními normami.

Způsobilst člověka řídit průběh sociální interakce v souladu s vlastními cíli je součástí životních dovedností. Zahrnuje dovednost navazovat vztahy, jasně a srozumitelně komunikovat, dodržovat pravidla slušného chování, vcítit se do druhých, umění vyjednávat, vyjádřit asertivně svůj názor, vyřešit konflikt bez násilí apod. (28).

Pojem interakce vyjadřuje skutečnost, že se mezi lidmi při společné činnosti utvářejí mezilidské vztahy a že na sebe prostřednictvím svých aktivit i chování vzájemně působí, a tím se i ovlivňují. Na interakci tak můžeme nahlížet jako na jev o dvou složkách, jež tvoří společná činnost a vzájemný mezilidský vztah. Mohli bychom také říci, že mezilidská interakce jsou lidé při společné činnosti a jejich vztahy, nebo že to jsou vzájemné vztahy lidí při společné činnosti, anebo to jsou vzájemné vztahy zprostředkované společnou činností. Zvláštnosti obou složek interakce pak spoluurčují povahu sociální interakce (15).

Pokusme se nyní nastínit přehled základních znaků mezilidské interakce. Mezi ně patří vzájemnost, stimulace a ovlivnění.

Jsou-li dva či více jedinců v interakci, pak jakýkoliv projev jednoho je ve vzájemném vztahu k druhému. V interakci se individuální činnost a aktivity mění na součinnost, individuální chování se vřazuje do struktury interpersonálních kontaktů, vzniká vzájemný vztah. Interakce je i proces poznávání druhého a také vlastní sebereflexe (15).

Interakce znamená také neustálou vzájemnou stimulaci, dochází k podněcování aktivit, činností jednoho člověka druhým. Bez neustálé stimulace by vlastně došlo k přerušení nebo až ztrátě kontaktu **(15)**.

Další důležitý znak interakce logicky vyplývá z obou předchozích. Interakce znamená vzájemné ovlivňování. Vzájemný vztah se stává podmínkou efektivity společné činnosti, získává tak hodnotu a sociální smysl **(15)**.

Odlišujeme sociální obsah a věcný obsah interakcí. Pojem sociální obsah označuje vzájemný vztah účastníků a věcný obsah zahrnuje propojení činnosti jedinců. Společná činnost může mít podobu koexistence, při které zúčastnění jedinci směřují ke svým individuálním cílům relativně nezávislými způsoby činností. Samotný fakt, že jsou v „jednom sociálním prostoru“, však znamená vzájemnou inspiraci a ovlivňování **(15)**.

Vyšší stupeň součinnosti je koordinace, která již předpokládá vzájemné sladění podmínek individuálních činností směřujících k individuálním cílům. Ze sociálně-psychologického hlediska to znamená, že vzájemný vztah obou jedinců se stává sociální hodnotou **(15)**.

Kooperací bychom mohli označit jako „společnou cestu ke společnému cíli“. Při vzájemné spolupráci tvoří individuální činnosti integrovaný celek, tzn. společnou sociální aktivitu. Dosahování společného cíle znamená zároveň i prostor pro naplnění osobních cílů a uspokojování individuálních potřeb **(15)**.

Mezi základní typy sociálních interakcí patří kooperace, soutěž, konflikt, konkurence, sociální kontrola, snaha o vytváření určitého dojmu či setkání apod. **(15)**.

### *1.6.3.1 Sociální skupiny*

Život má skupinový charakter, tzn. že do společnosti, v níž žijeme, jsme v procesu socializace zařazování a včleňování prostřednictvím mnoha nejrůznějších sociálních útvarů či skupin. Sociální skupina představuje klíčový spojovací článek mezi člověkem jakožto individuem a společností **(15)**.

Nejobecnější definice sociální skupiny praví, že jde o seskupení dvou a více osob, které mají určitý společný znak, který danou skupinu odlišuje a zároveň ovlivňuje

jednání jejich členů vůči ostatním lidem. Lidé jsou ve skupině ve vzájemné interakci, přičemž každá osoba je ovlivňována ostatními a sama je také ovlivňuje. Na základě vzájemné interakce se vytváří komunikační sítě a interpersonální chování, členové se podílejí se na utváření skupinového klimatu a ovlivňují prožívání skupinového života jednotlivými členy (41).

Dle Nakonečného (1997) vytváří příslušnost ke skupině „vědomí my“, které s „vědomím já“ tvoří základ lidského sociálního chování. Jedinec může ve skupině uspokojovat určité své sociální potřeby, ale zároveň musí přispívat k dosažení skupinových cílů. V dobře fungující skupině si členové navzájem vypomáhají. Výpomoc je projevem jedné z nejuniversálnějších skupinových norem, kterou tvoří solidarita (smysl pro vzájemnou podporu vyplývající z pocitu sounáležitosti).

Ve skupině se na základě vzájemné interakce rozvíjí mezilidské vztahy, které tvoří základ skupinového života. V sociální interakci může jedinec prožít uspokojení ze zvyšování hodnoty svého ega tím, že mu někdo vychází vstříc, obdivuje ho, chválí ho, věnuje mu čas, akceptuje ho nebo mu poskytuje pomoc. Hlavními motivy navazování a udržování vztahů je hledání pomoci a ochrany, potřeba fyzické blízkosti druhé osoby, potřeba být milován, přijímán, potřeba sebeoceny (30).

Sociální skupina má na jedince formativní vliv, podílí se na dotváření sociálních rysů osobnosti, ovlivňuje individuální výkonnost, posiluje sociální identitu jedince a dává mu možnost seberealizovat se (15).

Základním znakem skupin ve vlastním slova smyslu, je ztotožnění se se skupinou, s jejími členy a názory, pocit sounáležitosti se skupinou. Mezi další znaky patří možnost pravidelné přímé interakce mezi členy skupiny (interakce tváří v tvář), existující fungující komunikační sítě mezi členy skupiny, společný zájem, společná činnost (15).

Rozlišujícím znakem mezi malými a velkými skupinami je především hledisko vzájemného kontaktu a ovlivnění. V malých skupinách je vzájemné ovlivnění velmi intenzivní a blízká komunikace je podmínkou jejich fungování (41).

V každé skupině je třeba dodržovat určité normy, které představují určitý systém pravidel, zajišťující co možná nejplynulejší průběh společných činností ve skupině a

nekonfliktní fungování mezilidských vztahů. Vyjadřuje v obecné rovině žádoucí, přijatelné, tolerované, ale i nežádoucí a zavrhané způsoby sociálního chování členů skupiny i skupiny jako celku. Norma obvykle obsahuje též pozitivní a negativní sankce, tj. způsoby, jimiž skupina odměňuje či trestá narušení norem. Skupinové normy se odvíjejí od skupinových cílů a hodnot (39).

Skupinovou atmosféru můžeme charakterizovat pomocí následujících bipolárních kategorií, které jsou jak odrazem stylu řízení, tak i norem, skupinových hodnot a povahy vzájemných interakcí:

- svoboda projevu – konformismus
- podpora – ztížení sebezprosažení
- volnost - omezování ve vzájemných vztazích
- přijetí – odmítání individuálních projevů a aktivit
- citová rezonance – sociální chlad jako dimenze řízení vzájemných kontaktů
- důvěra – nedůvěra k sociálním aktivitám jedince
- přátelství – nepřátelství (39).

Jak bylo uvedeno, atmosféru života a komunikace ve skupině určuje do značné míry styl vedení skupiny. V autoritativně založené skupině převládá nespokojenost, nedůvěra, agresivita mezi členy, obviňování. Vedoucí dává členům rozkazy. V demokraticky založené skupině převládají přátelské vztahy, vřelost, respektování. Členové se zaměřují na kvalitu výkonu. Všichni členové se podílejí na rozhodování, vedou se diskuse. Každý nový cíl je přijímán lépe, jestliže bylo o jeho přijetí rozhodnuto po společné diskuzi celé skupiny a panovala při tomto rozhodování co možná největší shoda mezi členy (30).

#### ***1.6.4 Sociální komunikace***

Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace i enkulturace člověka. Je zřejmé, že sociální komunikace umožňuje lidem se sdružovat, kooperovat, že jde o nezbytnou podmínku všech sociálních interakcí a nezbytný rozměr sociálního života (52).

K tomu, aby člověk dobře obstál jak v přírodním, tak společenském prostředí, neobejde se bez přijímání, zpracovávání a vzájemné výměny informací. Komunikace tak patří nejen k biologickým, ale i základním společenským potřebám jedince, bez uspokojivých komunikativních dovedností je člověk izolován **(49)**.

Dle Vybírala (2000) motivuje člověka ke komunikaci buď potřeba někomu něco sdělit o sobě, podělit se o své zážitky, nebo potřeba kontaktu. Uspokojení ostatních lidských potřeb bezprostředně závisí na naplnění potřeby komunikovat a někam patřit. Člověk musí mít jistotu, že není na světě sám, že někam přináleží a že mu někdo rozumí. Komunikace znamená nejen výměnu informací, ale také výměnu emocionálního obsahu. Je výpovědí o tom, jak člověk interpretuje sebe, jiné lidi a vztahy mezi nimi.

Nejčastější podobou komunikace je kombinace verbálních a neverbálních vyjadřovacích prostředků v rámci mluveného slova, kdy různé prvky nonverbální komunikace doplňují a zpřesňují, rozšiřují, zvýrazňují, potlačují význam pronesených slov **(15)**.

Nonverbální obsah sdělování např. pohledem, výrazem obličeje, gesty, není jen doprovodem verbální komunikace, ale vytváří samostatný zdroj informací **(39)**.

Analýza formy komunikace přináší určitou výpověď o účastnících komunikace. Umožňuje pochopit skutečný komunikační obsah. Můžeme sledovat to, jak lidé komunikují, jaký čas věnují dialogu, jak se na něm podílejí, jakou hodnotu připisují faktu „komunikačního setkání“ atd., to vše se projevuje ve formě komunikace **(39)**.

Položme si otázku, co lze udělat pro to, aby se zvýšila ochota partnera ke komunikaci. Základem úspěšné komunikace je volba adekvátních prostředků dorozumění, tudíž i kompatibilita slovní zásoby. Lze užít jen ty pojmy, které zná náš komunikační partner. Z neverbálních prostředků komunikace je velmi důležitý správný kontakt očima. Pohled do očí je obecně považován za projev intimity kontaktu, za znak upřímnosti. Stejně důležitý je tělesný postoj. Jako projev vstřícnosti a pozornosti se jeví mírné naklonění dopředu ve směru k partnerovi. Prostorové souvislosti lidí v interakci samy o sobě naznačují vzájemný vztah a stávají se tak svébytným druhem informací jak pro nezúčastněného pozorovatele, tak pro samotné účastníky interakce. Toto tzv.

proxemické chování by mělo vyjadřovat, o jaké pojetí vztahu usilujeme, mělo by vyjadřovat míru intimity, kterou od kontaktu očekáváme. Dobře jsou hodnoceny projevy vstřícnosti, jako příkyvování či soustředěný výraz. Ať už je obsahem komunikace cokoli, je třeba, abychom neustále vysílali náznaky, že jsme aktivními účastníky kontaktu, že sdělení, myšlenky i prožitky druhého chápeme, rozumíme jim a akceptujeme je (39).

Opačnou tendencí je neakceptující komunikační chování. Projevuje se různými způsoby „trestání“ partnera, jako je ironizování, kritizování, předhazování nedostatků, odmítání kontaktu, posmívání, předpovídání problémů, potíží, následků, napadání hodnot, ideí či blízkých osob partnera, obviňování, intrikování, pomlouvání, bagatelizace výkonu, projevu, záměrů či vlastností partnera (39).

Způsob komunikace navozuje tzv. komunikační klima. Vstřícné komunikační klima, podpůrné je příznačné vzájemným respektem, otevřeností a snahou o konstruktivní komunikaci. Opakem je defenzivní komunikační klima, které je vlastně projevem boje (39).

Řeč bývá označována za nástroj myšlení, a proto neschopnost dorozumívat se mluvenou nebo psanou řečí je závažnou překážkou v sociálním kontaktu s okolím, ale i ve společenském začlenění a styku. Opožděný nebo narušený vývoj dorozumívacích schopností má za následek poruchy celkového vývoje osobnosti a sociálních vztahů (20).

Uspokojivý průběh komunikativního procesu je podmínkou jak pro výměnu informací, osvojování poznatků a dovedností, společnou činnost, tak i pro uspořádávání mezilidských vztahů. Postižený člověk je často znevýhodněn, neboť si často nemůže vybudovat tak rozsáhlou komunikativní síť jako nepostižený a v rámci ní není vždy schopen přejímat komunikativní úlohy podle aktuálních nároků situace a podle svých vlastních představ a potřeb. Znevýhodnění v oblasti komunikace je někdy způsobeno již tím, že nepostižení nejsou s dorozumívacími zvláštnostmi postiženého obeznámeni a používají při komunikaci s ním nevhodné komunikativní strategie. Podle Jesenského jsou integrační snahy bez zjištění komunikativní kompetence postižených i nepostižených pro vzájemnou komunikaci bezúčelné (19).



## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem práce je prozkoumat proces integrace klientů s handicapem prostřednictvím hiporehabilitace.

### **2.2 Hypotézy**

V souvislosti s cílem práce, na základě prostudované odborné literatury a mé vlastní praktické zkušenosti v oblasti hiporehabilitace, byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza 1: Hiporehabilitace napomáhá v integraci handicapovaných do společnosti.

Hypotéza 2: Hiporehabilitace zlepšuje kvalitu sociálních kontaktů klientů.

### **3. Metodika**

#### ***3.1. Charakteristika metod a technik sběru dat***

Pro účely testování hypotéz a primárního sběru dat byla zvolena výzkumná metoda dotazování, technika dotazníku (viz Příloha 1). Dotazník je soubor otázek, které jsou předem připraveny na formuláři. Výzkumník při vyplňování dotazníku nebývá přítomen. Běžnější užití techniky survey je anonymní forma, která často umožňuje získat spolehlivější informace. Dotazník by měl zahrnovat všechny podstatné problémy, na které hledáme odpověď (7).

Vlastní dotazník tvořil soubor 35 otázek, z toho 19 otázek bylo uzavřených, ty umožňovaly respondentovi zvolit si konkrétní odpověď, 10 otázek polouzavřených, kde zvolenou odpověď respondent mohl doplnit svým vlastním názorem, a 7 otázek otevřených, které dávaly prostor k vlastnímu vyjádření. U polouzavřených a otevřených otázek, bylo třeba po shromáždění odpovědí vypracovat dodatečnou kategorizaci.

Dotazník byl rozdělen na tři části. V části A byly zvoleny otázky týkající se samotného respondenta. V dalším oddíle B se otázky týkaly hiporehabilitačního střediska, terapeutických koní, zaměstnanců zařízení, ale i struktury uživatelů hiporehabilitace. V poslední části C byly otázky zaměřeny na samotný průběh a účinky hiporehabilitace s důrazem na interakci mezi klienty a jejich integraci prostřednictvím hiporehabilitace.

Dotazníky byly distribuovány během června 2008 prostřednictvím e-mailové pošty.

#### ***3.2. Charakteristika výzkumného souboru***

Dotazník byl určen zařízením provádějícím hiporehabilitaci, vyplnit ho měla jedna kompetentní osoba v tomto zařízení. Hiporehabilitační střediska byla vybírána nejprve ze Seznamu hiporehabilitačních zařízení, který je dostupný na internetu (27).

V internetovém seznamu je uvedeno celkem 86 zařízení. U některých zařízení jsem musela uvedené e-mailové adresy aktualizovat nebo najít elektronický kontakt nově, přímo na internetových stránkách konkrétního zařízení. Z internetového seznamu bylo nakonec osloveno 71 zařízení (osob), jež se zabývají hiporehabilitací.

Pomocí vyhledávače Google se mi podařilo dodatečně najít ještě 14 hiporehabilitačních zařízení, jež nebyla uvedena v Seznamu hiporehabilitačních zařízení.

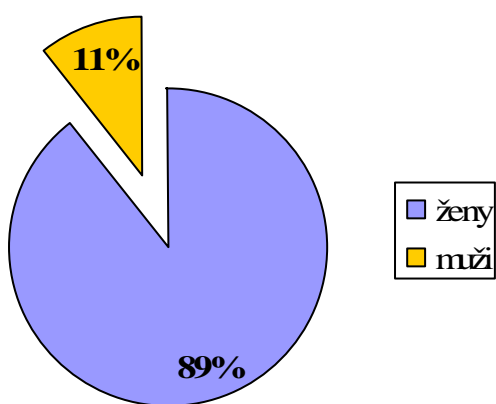
Hiporehabilitačním zařízením bylo tedy odesláno celkem 85 e-mailů s přílohou dotazníku, z toho 8 e-mailů bylo správcem sítě vráceno jako nedoručitelné kvůli nesprávné adrese. Tudíž se k respondentům nakonec dostalo 77 dotazníků. Na žádost o vyplnění dotazníku odpovědělo celkem 42 osob, z toho však 2 respondenti napsali, že pro jejich zařízení není dotazník vhodný a 4 dotazníky nebylo možno pro jejich neúplnost vyhodnotit. Při zpracování výsledků jsem použila jako 100% soubor 36 dotazníků. Návratnost činila 47% (36 vyplněných dotazníků ze 77 doručených).

## 4. Výsledky

### 4.1 Část A

V dotazníkové části A byly uvedeny otázky, které se týkaly samotného respondenta.

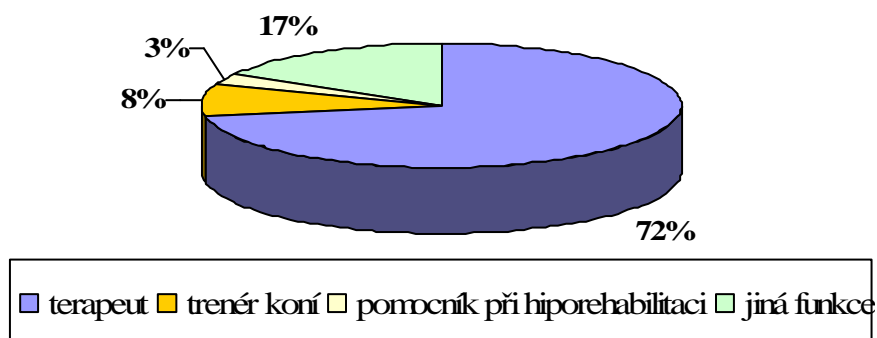
**Graf 1: Struktura respondentů dle pohlaví**



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazníkového šetření se zúčastnilo, z celkového souboru 36 (100%) respondentů, 32 (89%) žen a 4 (11%) muži.

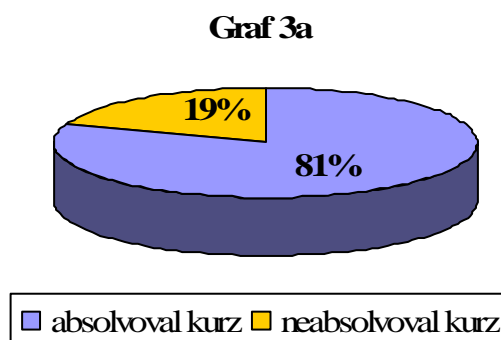
**Graf 2: Funkce respondenta v rámci hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

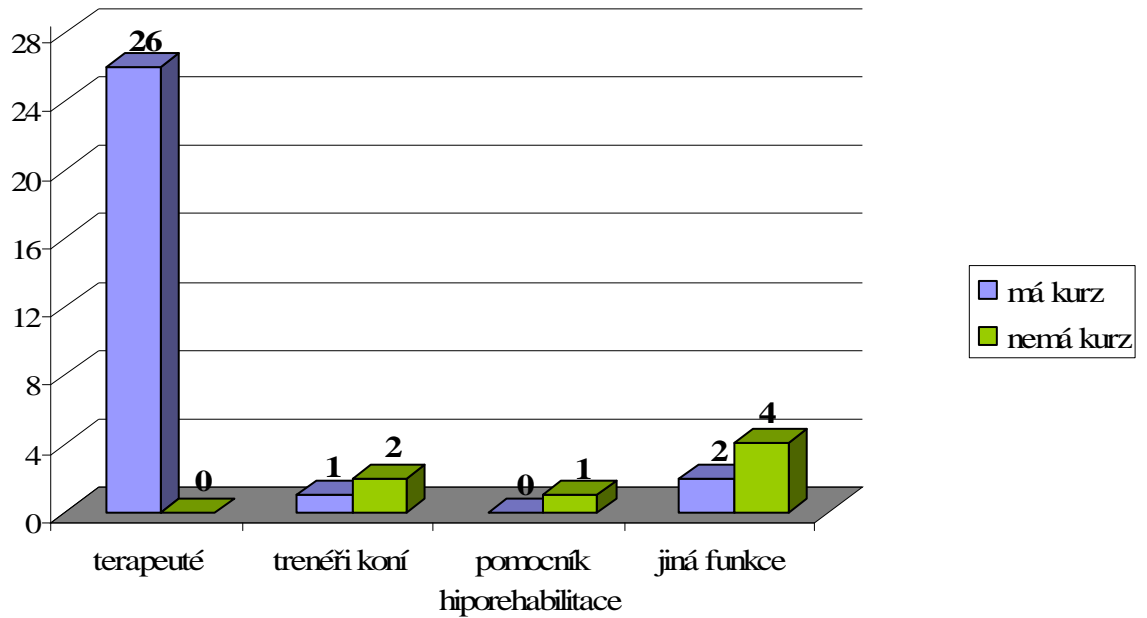
Graf uvádí strukturu zkoumaného souboru dle funkce respondentů, kterou zastávají v rámci hiporehabilitace. 26 (72%) respondentů pracuje jako terapeuté, 6 (17%) respondentů má jinou funkci, a to většinou jako předsedové občanských sdružení či obecně prospěšných společností. Dále 3 (8%) respondenti jsou trenéři koní a pouze 1 (3%) respondent uvedl, že při hiporehabilitaci pomáhá.

**Graf 3: Absolvování vzdělávacího kurzu v oblasti hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 3b**



Zdroj: Vlastní výzkum

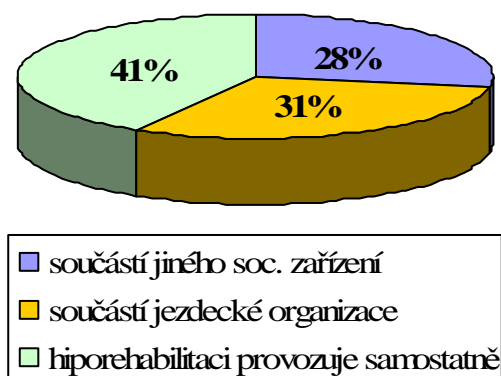
Provedené šetření ukázalo, že vzdělávací kurz v oblasti hiporehabilitace má 29 (81%) respondentů. 7 (18%) osob žádný odborný kurs v oblasti hiporehabilitace neabsolvovalo.

Speciální kurz hiporehabilitace absolvovali ze souboru všichni terapeuté, 1 trenér koní a 2 respondenti zastávající jinou funkci v rámci hiporehabilitace.

## 4.2 Část B

Dotazníkovou část B tvořily otázky, které měly technický či provozní charakter, týkaly se hiporehabilitačního střediska, terapeutických koní, zaměstnanců, ale i struktury uživatelů hiporehabilitace.

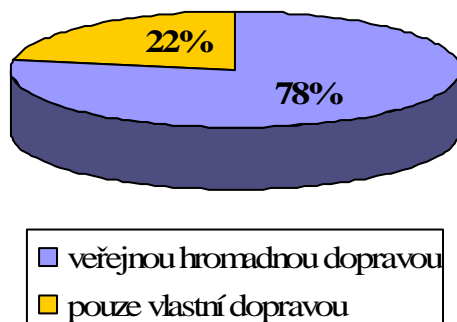
**Graf 4: Forma provozu hiporehabilitačního střediska**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf zaznamenává, že 10 (28%) hiporehabilitačních středisek je součástí jiného zařízení pomáhajícího lidem se specifickými potřebami, 11 (31%) hiporehabilitačních středisek je součástí jezdecké organizace a nejvíce, 15 (41%) středisek, provozuje hiporehabilitaci jako samostatný subjekt.

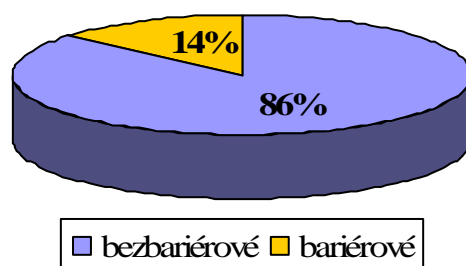
**Graf 5: Dostupnost hiporehabilitačního střediska pro klienty**



Zdroj: Vlastní výzkum

Zde otázka zjišťovala dostupnost hiporehabilitačního střediska pro klienty. Z grafu vyplývá, že většina 28 (78%) hiporehabilitačních areálů je dostupná veřejnou hromadnou dopravou. Do 8 (22%) středisek se klienti dostanou pouze vlastní dopravou, jelikož v blízkosti není zastávka veřejné hromadné dopravy.

**Graf 6: Bezbariérovost hiporehabilitačního střediska**

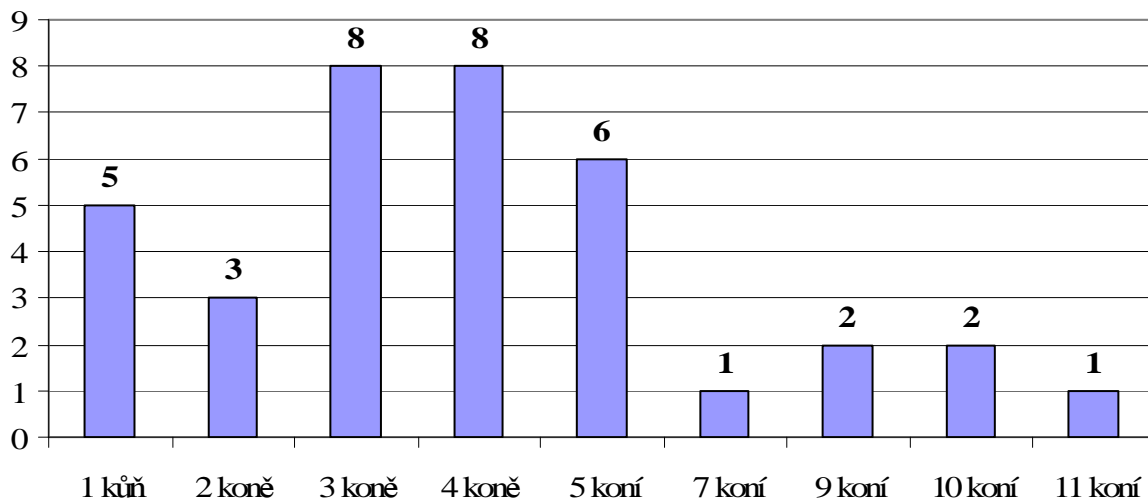


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí odpovědi na otázku, zda je prostředí hiporehabilitačního areálu bezbariérové. Z výsledků lze zaznamenat, že naprostá většina 31 (86%) hiporehabilitačních středisek je pro osoby se specifickými potřebami bezbariérová, jen 5 (14%) areálů je bariérových.



**Graf 7: Počet hiporehabilitačních koní v hiporehabilitačním středisku**

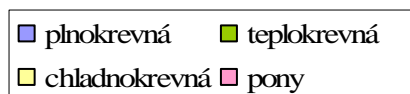
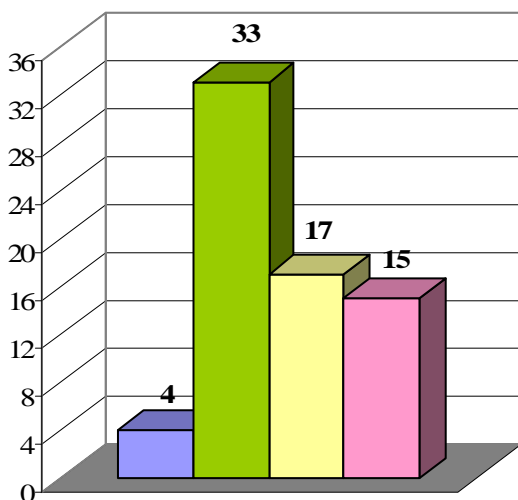


Zdroj: Vlastní výzkum

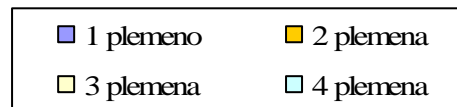
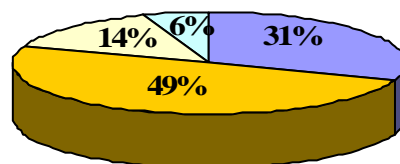
Graf znázorňuje počet koní vhodných k provádění hiporehabilitace v jednotlivých střediscích. 5 středisek vlastní pouze jednoho hiporehabilitačního koně, dva koně k hiporehabilitaci mají 3 střediska, tři a čtyři koně má k dispozici shodně 8 středisek, s pěti koňmi provádí hiporehabilitaci 6 středisek, 1 středisko má sedm koní, devět a deset koní mají shodně dvě střediska a 1 středisko vlastní jedenáct hiporehabilitačních koní.

## Graf 8: Zastoupení plemen hiporehabilitačních koní

Graf 8a



Graf 8b

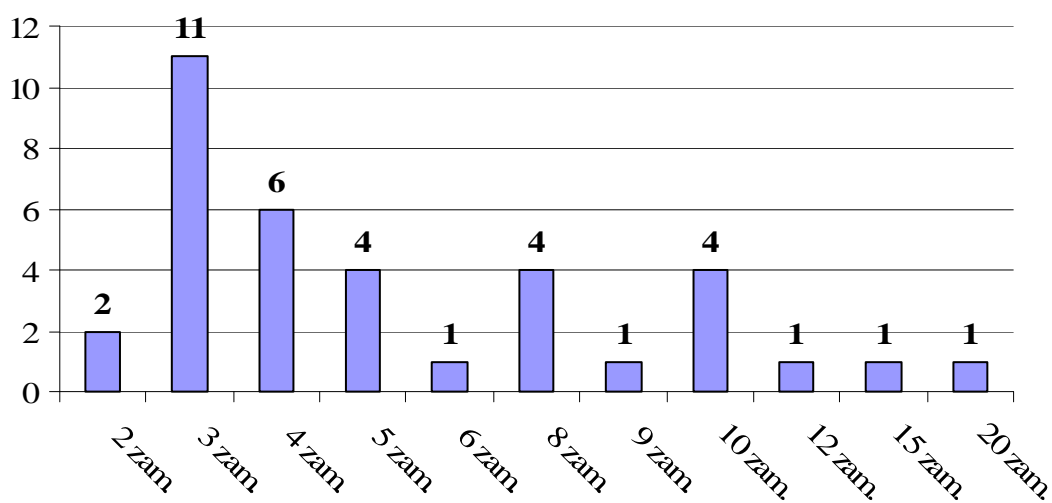


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8a podává informaci o zastoupení plemen hiporehabilitačních koní v jednotlivých střediscích. Z celkového počtu 36 středisek vlastní plnokrevné koně 4 střediska, teplokrevná plemena koní má 33 středisek, 17 středisek využívá k hiporehabilitaci chladnokrevníků a 15 zařízení má k dispozici poníky.

Respondenti ve výběru odpovědí měli možnost označit více plemen koní, které hiporehabilitační zařízení vlastní. Proto graf 8b znázorňuje, že z 36 (100%) hiporehabilitačních středisek vlastní 11 (31%) zařízení jedno plemeno koní, 18 (49%) jich používá dvě plemena, 5 (14%) hiporehabilitačních stájí má k dispozici tři druhy plemen koní a všechna (čtyři) plemena, tj. plnokrevná, teplokrevná, chladnokrevná i pony, mají k provádění hiporehabilitace 2 (6%) střediska.

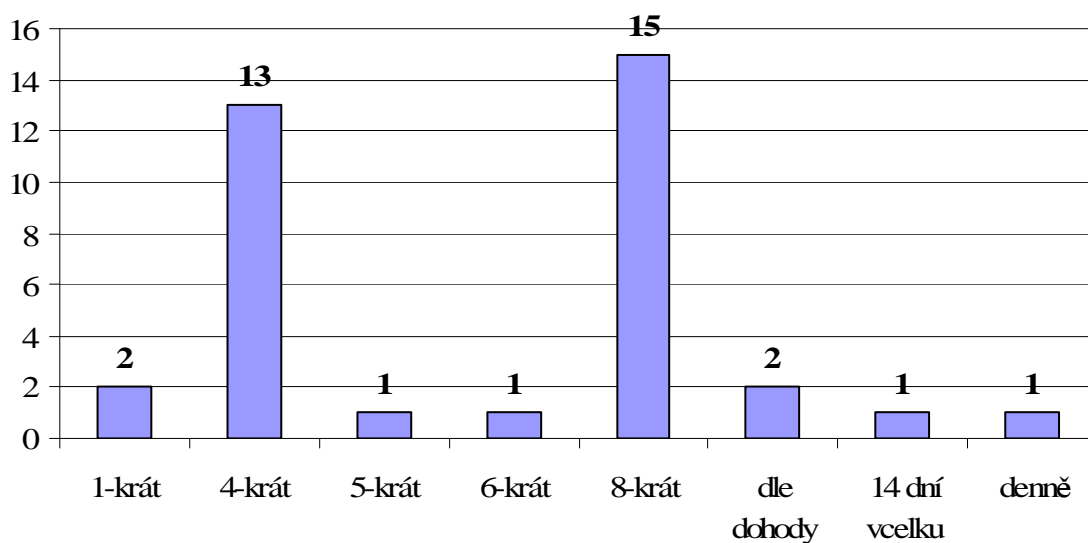
**Graf 9: Počet zaměstnanců pracujících v organizaci v rámci hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, kolik osob je zaměstnáno v organizacích v rámci hiporehabilitace. Po 2 zaměstnancích pracuje ve 2 (6%) hiporehabilitačních zařízeních, 3 osoby pracují v rámci hiporehabilitace v 11 (30%) střediscích, 4 zaměstnance má 6 (16%) hiporehabilitačních stájí, 5 zaměstnanců mají 4 (11%) střediska. V 1 (3%) hiporehabilitační organizaci pracuje 6 zaměstnanců, ve 4 (11%) zařízeních provozujících léčebné ježdění je zaměstnáno 8 pracovníků, opět v 1 (3%) zařízení pracuje 9 zaměstnanců. 10 zaměstnanců mají ve 4 (11%) střediscích. 12, 15 a 20 osob pracuje vždy v 1 (3%) hiporehabilitačním středisku.

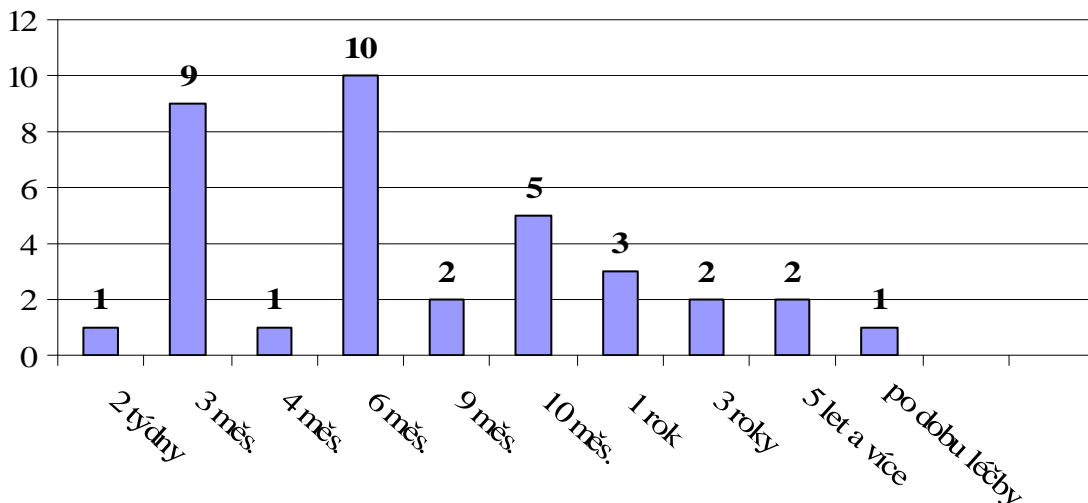
**Graf 10: Počet terapeutických jednotek za měsíc**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf nám podává informaci o počtu terapeutických jednotek, kterých se klienti účastní v průběhu měsíce v jednotlivých zařízeních. Ve 2 (6%) zařízeních se hiporehabilitace klienti účastní 1-krát měsíčně, ve 13 (35%) střediscích se u klientů provádí terapie 4-krát měsíčně, 5-krát a 6-krát za měsíc se hiporehabilitace účastní jednotliví klienti shodně v 1 (3%) zařízení, v 15 (41%) hiporehabilitačních stájích dochází klienti na terapii 8-krát měsíčně, ve 2 (6%) střediscích je určen počet terapeutických jednotek dle dohody, v 1 (3%) zařízení se hiporehabilitace účastní klienti 14 dní vcelku v jednom měsíci a denně dochází uživatelé hiporehabilitace na terapii v 1 (3%) zařízení.

**Graf 11: Délka hiporehabilitačního „turnusu“**

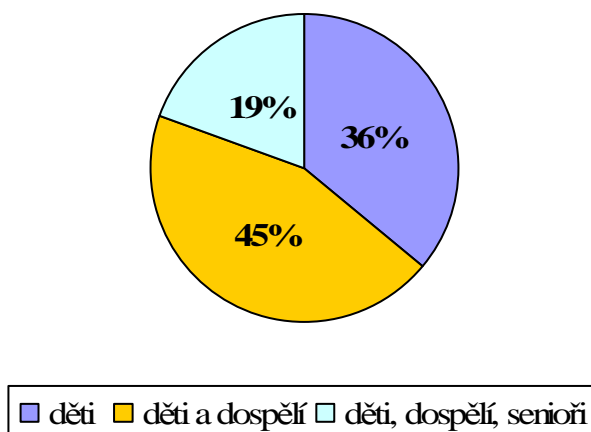


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, jak dlouhý je obvykle pro uživatele terapie hiporehabilitační „turnus“ v jednotlivých střediscích. V 1 (3%) zařízení je délka celé hiporehabilitace 2 týdny, v 9 (24%) střediscích se provádí rehabilitace u jednotlivých klientů celkem 3 měsíce. 4 měsíce se u uživatelů praktikuje léčba koněm v 1 (3%) zařízení, 6 měsíců je hiporehabilitační turnus dlouhý v 9 (27%) střediscích. Ve 2 (6%) zařízeních se provádí hiporehabilitace 9 měsíců, v 5 (14%) střediscích jezdí klienti 10 měsíců. 1 rok dochází znevýhodněné osoby na hiporehabilitaci ve 3 (8%) terapeutických stájích, 3 roky ve 2 (6%) zařízeních a 5 let a více probíhá hiporehabilitace u jednotlivých uživatelů terapie ve 2 (6%) střediscích. V 1 (3%) zařízení se pak provádí hiporehabilitace po dobu léčby klienta.

## Graf 12: Struktura uživatelů hiporehabilitace

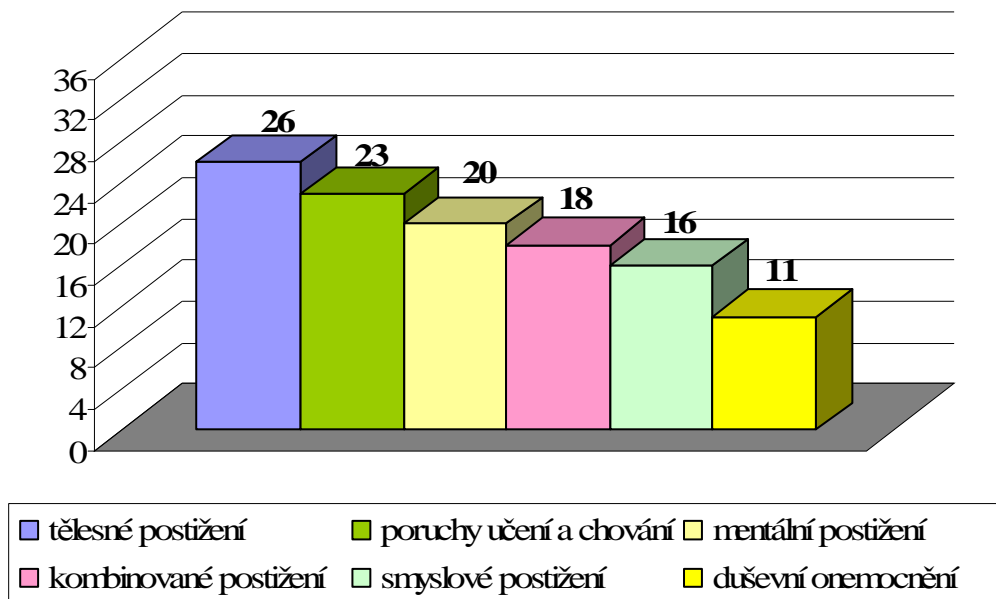
**Graf 12a: Struktura uživatelů hiporehabilitace dle věku**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje složení klientů hiporehabilitace dle věkové skupiny. Ve 13 (36%) zařízeních dochází na hiporehabilitaci pouze děti (tzn. osoby do 18 let), v 16 (45%) zařízeních navštěvují léčbu koněm jak děti, tak dospělí klienti a všechny věkové skupiny (děti, dospělí i senioři – osoby od 60 let) jsou zastoupeny v 7 (19%) hiporehabilitačních střediscích.

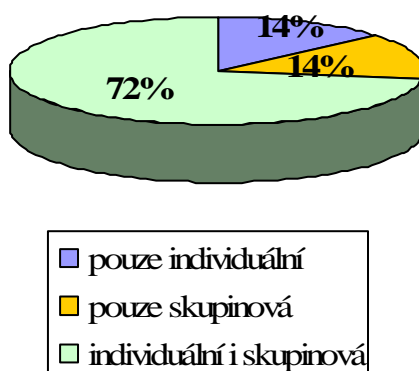
**Graf 12b: Struktura uživatelů hiporehabilitace dle postižení**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf podává informaci o struktuře klientů hiporehabilitace z hlediska jejich postižení. Respondenti mohli uvést více druhů diagnóz dle skladby klientů, kteří na hiporehabilitaci do střediska dochází. Odpovědi na otázku z dotazníku byly kategorizovány. Z výsledků vyplývá, že 26 hiporehabilitačních středisek navštěvují klienti s tělesným postižením (zejména s dětskou mozkovou obrnou, poúrazovými stavy, skoliózami, roztroušenou sklerózou, parkinsonovou chorobou...), do 23 zařízení dochází osoby s poruchami učení a chování (lehkou mozkovou dysfunkcí či specifickými vývojovými poruchami učení, jiné problémy v sociální oblasti...), ve 20 hiporehabilitačních stájích využívají terapii osoby s mentálním postižením (mentální retardací, demencí, Downovým syndromem...), klienti s kombinovaným postižením dochází do 18 středisek, v 16 zařízeních provádí hiporehabilitaci u klientů se zrakovým či sluchovým postižením a do 11 středisek dochází osoby s duševním onemocněním (poruchou osobnosti, neurózami, mentální anorexií, závislostí na návykových látkách...).

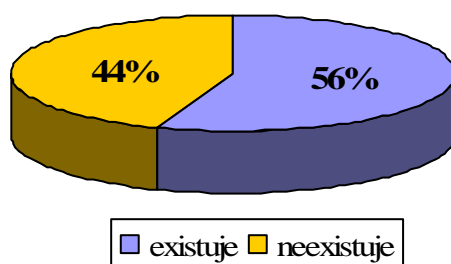
**Graf 13: Forma terapie**



Zdroj: Vlastní výzkum

Výsledky šetření v grafu ukazují, jakou formou se hiporehabilitace v zařízeních provádí. Pouze individuální terapii praktikují v 5 (14%) zařízeních, shodně v 5 (14%) zařízeních probíhá hiporehabilitace pouze skupinově a ve 26 (72%) střediscích je možné účastnit se hiporehabilitace individuálně i skupinově.

**Graf 14: Prostupnost terapií ve smyslu hipoterapie → LPPJ → sportovní (rekreační) ježdění handicapovaných**

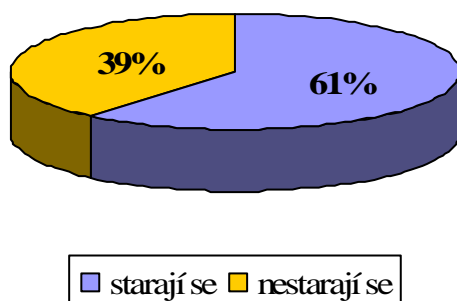


Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu respondenti uvádí, zda v hiporehabilitačním středisku existuje prostupnost jednotlivých druhů hiporehabilitace, a to ve smyslu započítání hipoterapií, možností dále pokračovat v léčebně pedagogicko-psychologickém ježdění a případně se později účastnit i sportovního či rekreačního ježdění handicapovaných. Ve 20 (56%) zařízeních existuje prostupnost mezi jednotlivými druhy hiporehabilitace, v 16 (44%) tato možnost není.



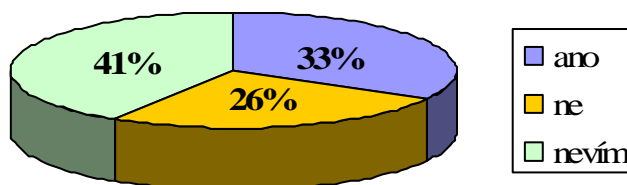
**Graf 15: Možnost klientů starat se o koně i mimo vlastní hiporehabilitaci**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje, že ve 22 (61%) střediscích se mohou klienti starat o koně i mimo vlastní hiporehabilitaci, ve 14 (39%) hiporehabilitačních zařízeních tuto možnost nemají.

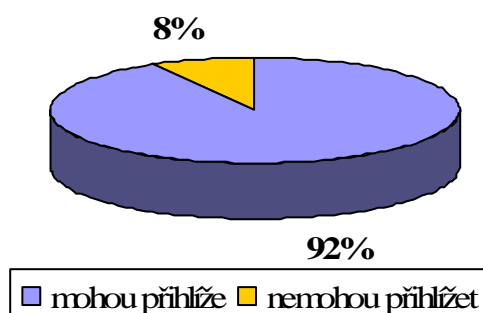
**Graf 16: Jezdí někteří klienti na koni i v jiné jezdecké organizaci**



Zdroj: Vlastní výzkum

Na dotaz, zda někteří klienti pokračují v jízdě na koni v jiné jezdecké organizaci, odpovědělo 13 (33%) respondentů kladně, 10 (26%) uvedlo, že klienti v jiné jezdecké organizaci nejezdí, a 16 (41%) dotazovaných neví, zda uživatelé hiporehabilitace pokračují v jízdě na koni v jiné jezdecké organizaci.

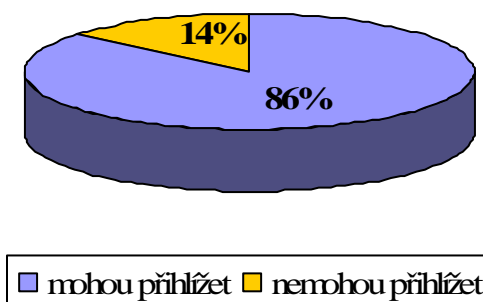
**Graf 17: Možnost rodičů přihlížet hiporehabilitaci**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf zobrazuje, zda mají rodiče klientů možnost přihlížet hiporehabilitačním jízdám. Ve 33 (92%) zařízeních je toto rodičům umožněno, ve 3 (8%) hiporehabilitačních střediscích nemohou rodiče klientů terapiím přihlížet.

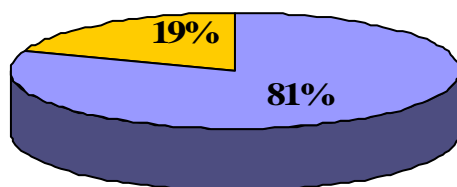
**Graf 18: Možnost širší veřejnosti přihlížet průběhu hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí, že ve 31 (86%) hiporehabilitačních střediscích je umožněno širší veřejnosti (tzn. např. i náhodným kolemjdoucím) přihlížet průběhu hiporehabilitace, v 5 (14%) zařízeních přihlížet hiporehabilitaci širší veřejnost nemůže.

**Graf 19: Jezdí klienti v rámci hiporehabilitace s koňmi ven z hiporehabilitačního areálu**



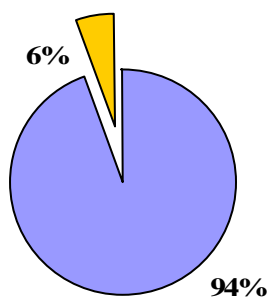
■ jezdí s koňmi ven ■ zůstávají v areálu

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, zda jezdí klienti v jednotlivých střediscích v rámci hiporehabilitace s koňmi ven z hiporehabilitačního areálu. Ven z areálu jezdí při hiporehabilitaci ve 29 (81%) terapeutických jízdárnách, v 7 (19%) zařízeních zůstávají při léčebných jízdách v areálu.

**Graf 20: Spolupráce hiporehabilitačního zařízení s jinými organizacemi**

**Graf 20a**

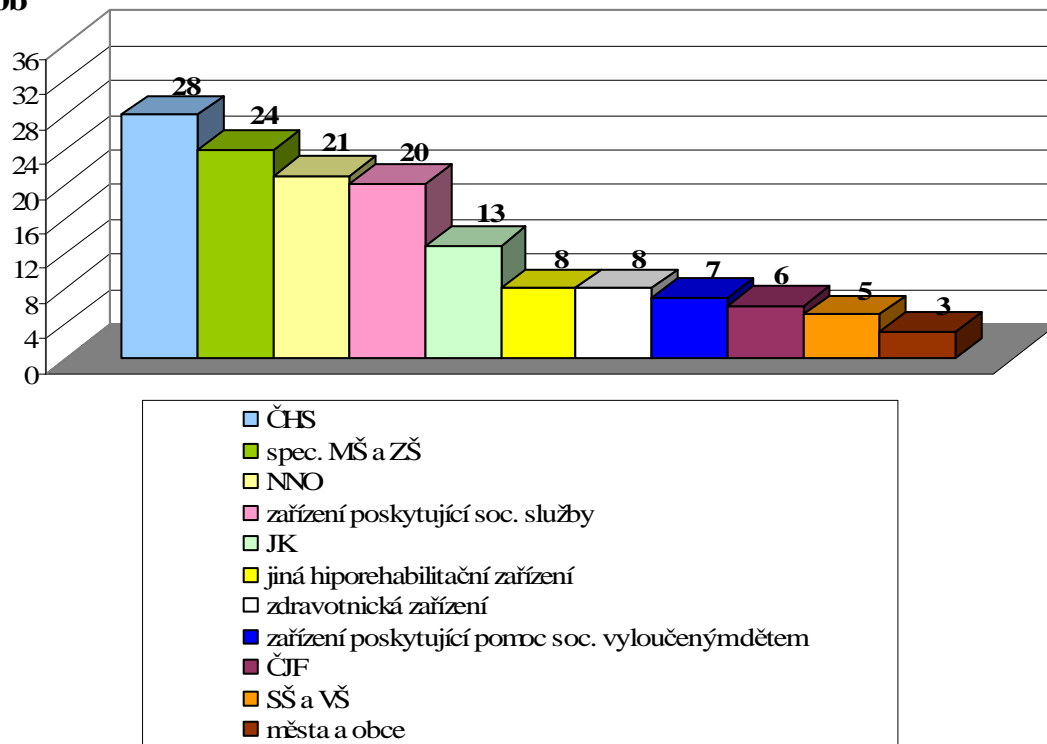


■ spolupracuje ■ nespolupracuje

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí, že 34 (94%) zařízení spolupracuje s jinými organizacemi, 2 (6%) hiporehabilitační střediska s jinými organizacemi nespolupracují.

Graf 20b



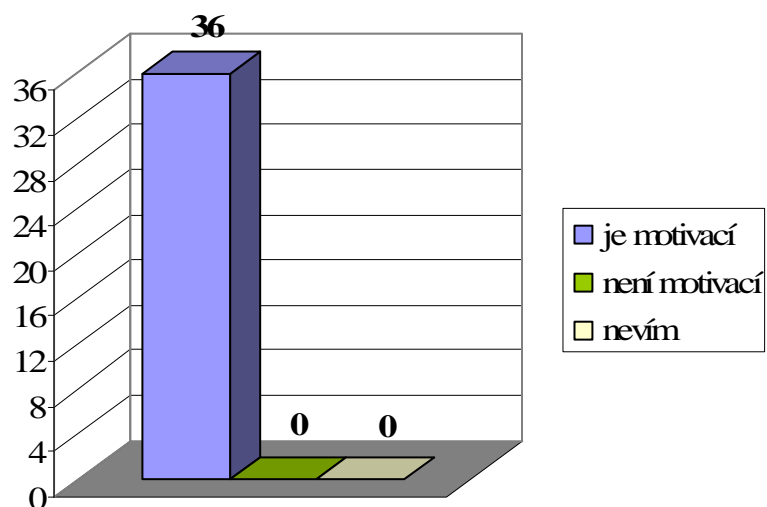
Zdroj: Vlastní výzkum

V tomto grafu jsou uvedeny organizace, se kterými v hiporehabilitačních střediscích spolupracují. Respondenti měli možnost uvést více organizací, jejich odpovědi jsem kategorizovala. Z 36 zařízení jich 28 spolupracuje s Českou hiporehabilitační společností, 24 se speciálními mateřskými a základními školami. 21 středisek spolupracuje s různými nestátními neziskovými organizacemi (různými svazy, asociacemi, občanskými sdruženími či obecně prospěšnými společnostmi), 20 hiporehabilitačních středisek spolupracuje se zařízeními, které poskytují sociální služby (ústavy sociální péče, stacionáře, charita, domovy pro seniory), 13 hiporehabilitačních středisek spolupracuje s jezdeckými kluby. S jinými hiporehabilitačními středisky spolupracuje 8 zařízení, stejný počet zařízení spolupracuje i se zdravotnickými zařízeními. 7 terapeutických středisek spolupracuje se zařízeními, která poskytují pomoc sociálně vyloučeným dětem (dětské domovy, diagnostické ústavy, střediska výchovné péče), 6 jich spolupracuje s Českou jezdeckou federací. Se středními a vysokými školami v rámci exkurzí, praxí a dobrovolné pomoci spolupracuje 5 zařízení, 3 střediska spolupracují s městem či obcí.

### 4.3 Část C

Část C v dotazníku obsahovala otázky, které se ptaly na účinky hiporehabilitace, na její samotný průběh s důrazem na interakční a integrační tendence.

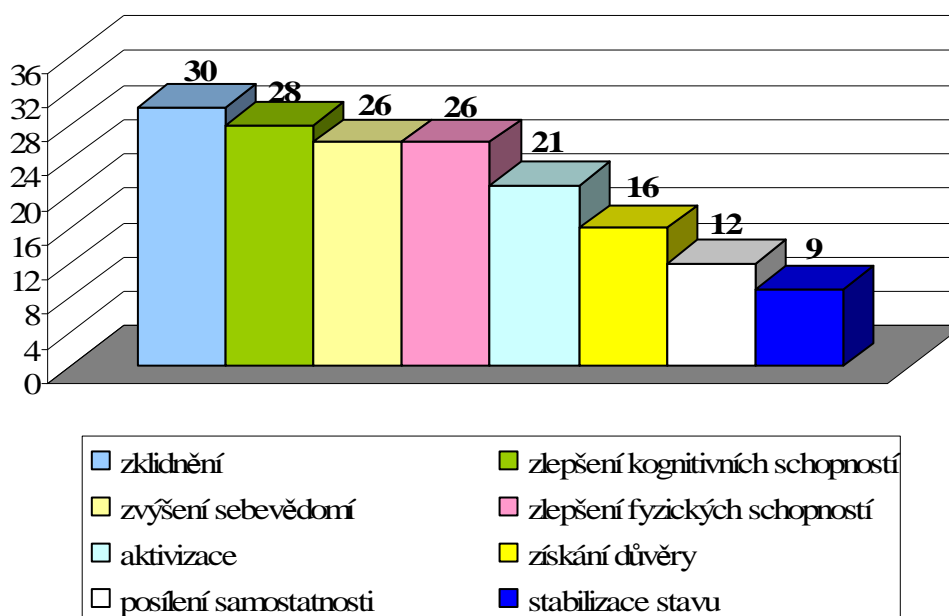
**Graf 21: Motivace koněm**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf poukazuje na to, že všech 36 (100%) respondentů se domnívá, že samotný kůň je pro klienta motivací, při zvládnání určitého úkolu. Žádný respondent ze souboru nevedl, že kůň není pro klienta motivací nebo že neví.

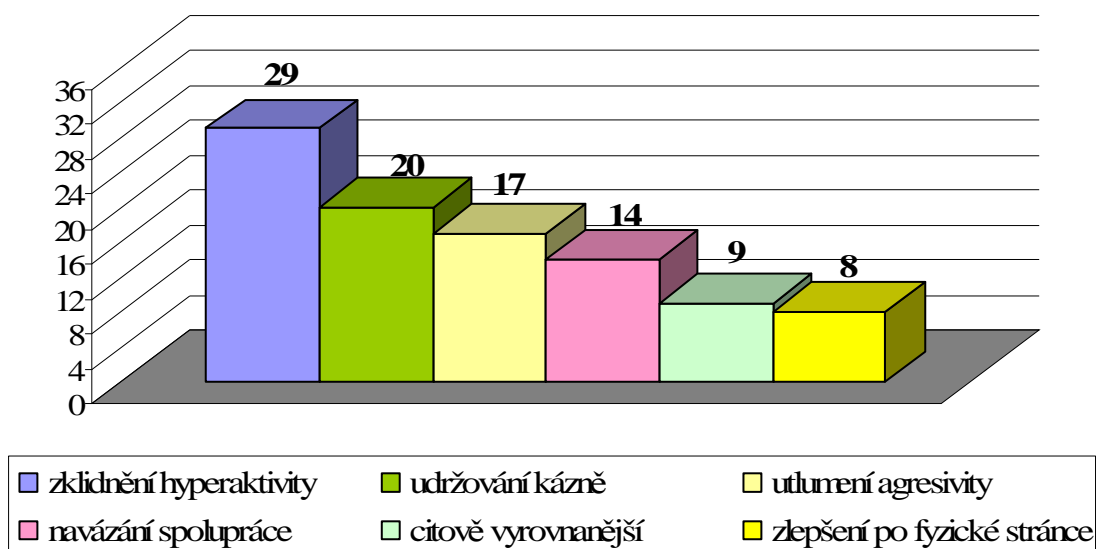
**Graf 22: Změny chování klientů během hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

V této výzkumné otázce měli respondenti porovnat chování klientů na počátku hiporehabilitace a nyní a vypsát změny, které proběhly. Všech 36 (100%) respondentů nějakou změnu v chování klientů zaznamenalo. Výsledné odpovědi byly kategorizovány. Graf ukazuje, že z 36 respondentů jich 30 uvedlo, že se klienti zklidnili (odpoutání se od problémů, nadhled, uvolnění, zlepšení nálady), 28 vidí zlepšení kognitivních schopností (koncentrace, pozornosti, řešení problémů), 26 respondentů pozorovalo u klientů zvýšení sebevědomí (schopnost více se prosadit, odvážnější, „našli svou cenu“, lépe se vyrovnávají se svým handicapem, zvýšení sebehodnocení), opět 26 respondentů vidí zlepšení fyzických schopností uživatelů hiporehabilitace (obratnost, manuální zručnost, pohybová koordinace, uvolnění spasticity, posílení svalů, zlepšení držení těla), 21 respondentů uvedlo aktivizaci klienta (emoční oživení, nový zájem, pracovitost, motivace ke změně), 16 odpovědí poukazovalo na získání důvěry u klienta (zbavení strachu, navození spolupráce, větší otevřenost). Posílení samostatnosti uvedlo 12 respondentů a 9 respondentů odpovědělo, že se u klientů podařilo stabilizovat a udržet jejich stav.

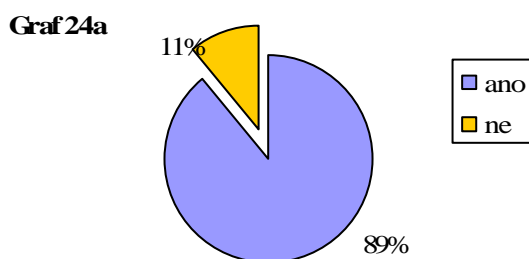
**Graf 23: Nežádoucí rysy projevující se v chování klientů, které se během hiporehabilitace usměrnily**



Zdroj: Vlastní výzkum

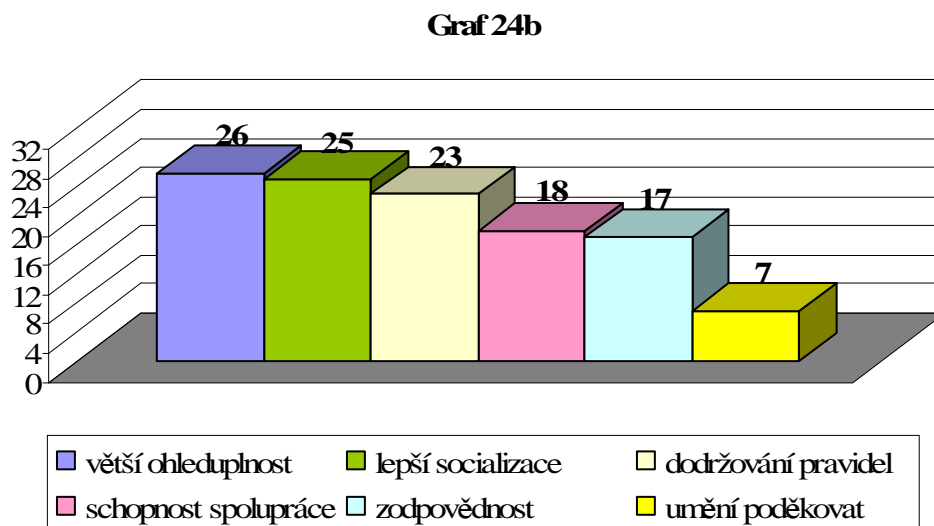
Graf zobrazuje usměrnění nežádoucích rysů chování klientů během hiporehabilitace. Opět všichni respondenti pozorovali určité usměrnění nežádoucích projevů chování klientů během hiporehabilitace. Tato otázka byla otevřená, proto mohli respondenti uvést větší výčet změn. Odpovědi jsou kategorizovány. 29 respondentů uvedlo, že u klientů se během hiporehabilitace zklidnila jejich hyperaktivita (naučili se počkat, až na ně dojde řada, zlepšilo se soustředění na činnost, snížila se jejich zbrkllost), 20 odpovídajících vidí zlepšení v udržování kázně (disciplíny, respektu k autoritám). 17 respondentů pozorovalo u klientů hiporehabilitace utlumení agresivity (vzteklosti, vzdoru, vulgárnosti). Dle 14 respondentů se podařilo navázat spolupráci s klientem, 9 osob odpovědělo, že jsou klienti citově vyrovnanější (méně plačtivý, mají lepší náladu, zmírnilo se sebepoškozování). 8 respondentů pozorovalo usměrnění nežádoucích fyzických projevů (zlepšení chůze, tiků).

## Graf 24: Zlepšení v oblasti základních norem společenského chování klientů



Zdroj: Vlastní výzkum

32 (89%) respondentů pozorovalo u klientů zlepšení v oblasti základních norem společenského chování, 4 (11%) respondenti žádné zlepšení nezaznamenali.



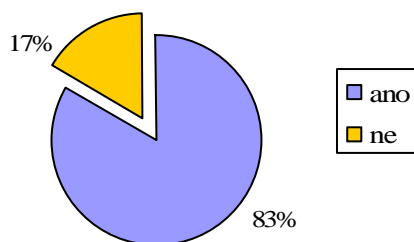
Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka na toto téma byla otevřená, někteří respondenti proto vypsali více možností. Odpovědi byly kategorizovány. Z 32 respondentů, kteří odpověděli kladně na tuto otázku, jich 26 pozoruje, že jsou klienti více ohleduplní (porozumění druhým, tolerantnost vůči druhým), 25 uvedlo zlepšení v oblasti socializace (začlenění do terapeutické skupiny, vytvoření nových vztahů, vztah ke koni a přírodě), 23 respondentů vidí zlepšení v dodržování pravidel klienty (vytvoření hranic, respektu k autoritě, disciplíně, „kůň slouží jako výchovný prostředek“). Zlepšení schopnosti vzájemné spolupráce klientů zaznamenalo 18 dotazovaných osob, posílení zodpovědnosti vypsalo 17 respondentů. 7 dotazovaných uvedlo zlepšení v umění poděkovat.



## Graf 25: Zlepšení v oblasti komunikace

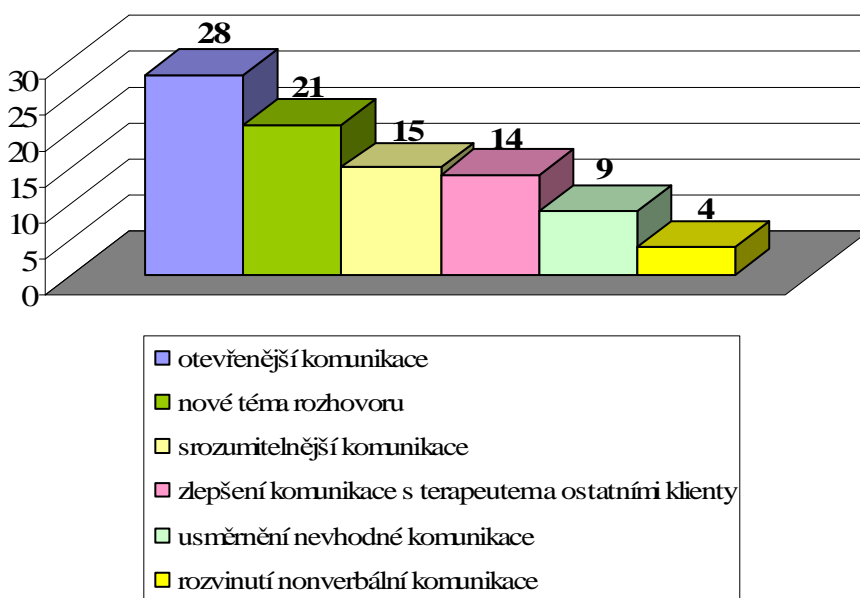
Graf 25a



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda respondenti pozorují u klientů zlepšení v oblasti komunikace, odpovědělo 30 (83%) kladně, 6 (17%) tázaných zaškrtno možnost „ne“.

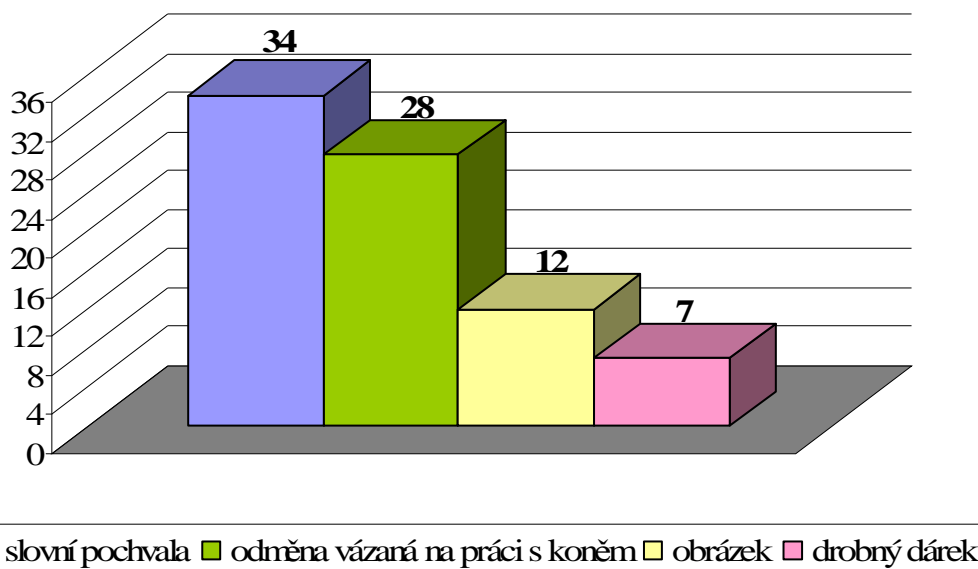
Graf 25b



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 25b poukazuje, jak se zlepšila komunikace klientů během hiporehabilitace. Otázka byla otevřená, respondenti uváděli větší množství odpovědí, které byly poté kategorizovány. 28 respondentů zaznamenalo, že komunikace klientů je otevřenější, 21 jich uvedlo, že klienti mají koně jako nové téma k rozhovoru, 15 odpovědí bylo ve smyslu zlepšení srozumitelnosti komunikace, 14 respondentů pozorovalo zlepšení komunikace s terapeutem a ostatními klienty. Usměrnění nevhodné komunikace klientů zaznamenalo 9 tázaných a 4 respondenti pozorovali rozvinutí nonverbální komunikace.

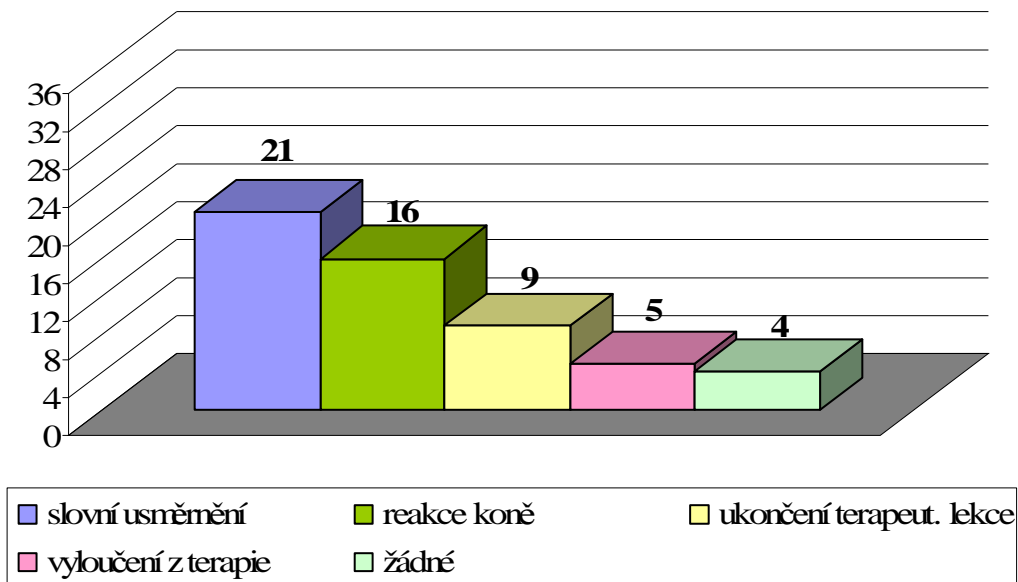
**Graf 26: Odměny, které používají terapeuté během hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje odpovědi na otevřenou otázku, jak odměňují terapeuté klienty za dosažené výkony během hiporehabilitace. Výsledné odpovědi byly kategorizovány. Z 36 respondentů jich 34 odpovědělo, že používají slovní pochvalu, 28 využívá k odměňování samotného koně (výběr oblíbeného koně, prodloužení jízdy, samostatné řízení koně, jízda se sedlem, možnost nakrmit koně, možnost další práce s koněm), 12 respondentů odměňuje klienty obrázkem (diplomem, omalovánkami, samolepkou), 7 respondentů uvedlo, že klientům dávají jako odměnu drobný dárek.

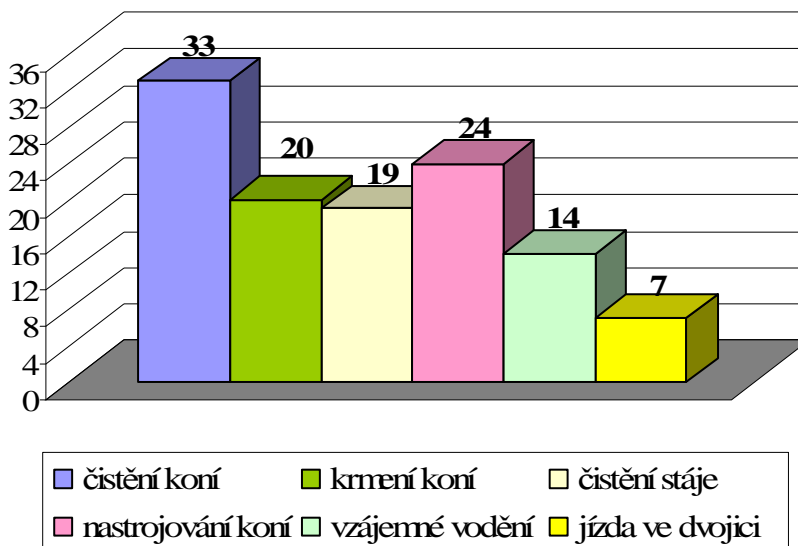
**Graf 27: Sankce za nedodržení pravidel v rámci hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf zobrazuje škálu sankcí, které terapeut používá při nedodržení pravidel během hiporehabilitace. Otázka byla otevřená, někteří respondenti vypsali více možností, proto byly výsledné odpovědi kategorizovány. Z celkového počtu 36 respondentů jich 21 zaznamenalo, že používá slovního usměrnění, 16 tázaných odpovědělo, že k nápravě stačí přirozená reakce koně, 9 terapeutů ukončí terapeutickou lekci, 5 dotazovaných osob volí vyloučení z hiporehabilitace a 4 respondenti uvedli, že žádné sankce nepoužívají.

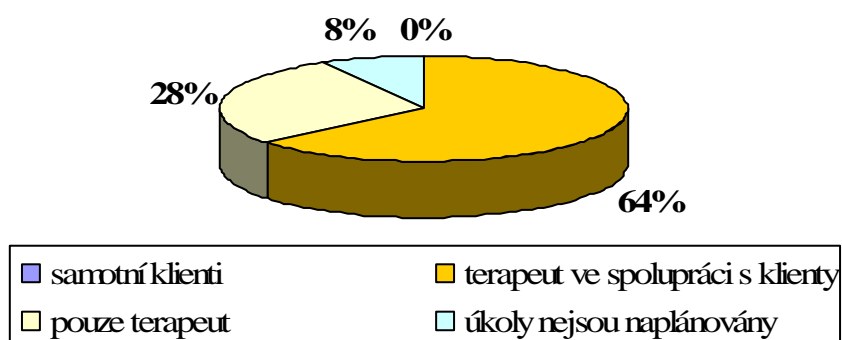
**Graf 28: Klienti si během hiporehabilitace pomáhají v následujících činnostech**



Zdroj: Vlastní výzkum

V dotazníku odpovídali respondenti na otázku, při jakých činnostech si klienti v souvislosti s hiporehabilitací vzájemně pomáhají. Z uvedené škály odpovědí mohli vybrat i více možností. Z grafu vyplývá, že z 36 zařízení si ve 33 střediscích pomáhají klienti hiporehabilitace při čištění koní, ve 20 společně krmí koně, v 19 hiporehabilitačních stájích si uživatelé terapie vzájemně vypomáhají při čištění stáje. Nastrojit koně si klienti pomáhají ve 24 zařízeních, vzájemně vodit se mohou ve 14 hiporehabilitačních střediscích a v 7 jezdí na koni ve dvojici.

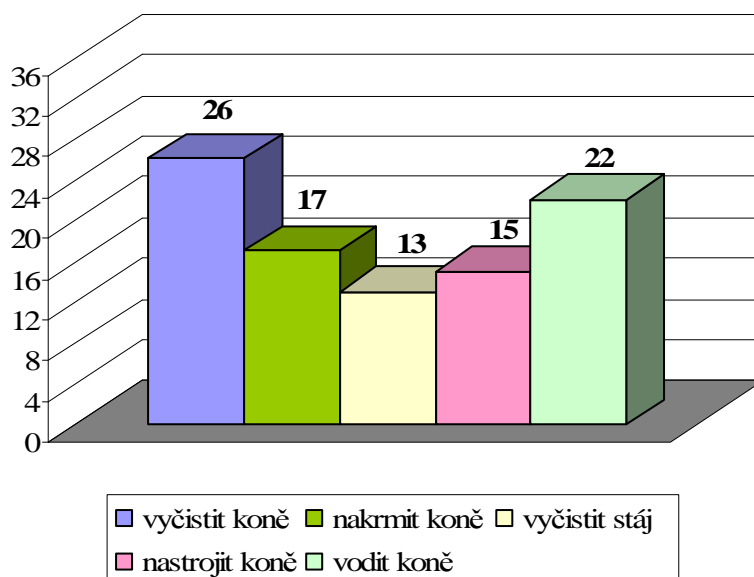
**Graf 29: Kdo rozhoduje o úkolech plněných v rámci hiporehabilitace**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, kdo rozhoduje o úkolech plněných v rámci hiporehabilitace. V žádném zařízení nerozhodují o úkolech samotní klienti, v 64% (23) střediscích se domlouvá o úkolech plněných v rámci hiporehabilitace terapeut společně s klienty, v 28% (10) zařízeních rozhoduje o úkolech v rámci hiporehabilitační lekce pouze terapeut a v 8% (3) hiporehabilitačních stájích nejsou pro terapii úkoly naplánovány.

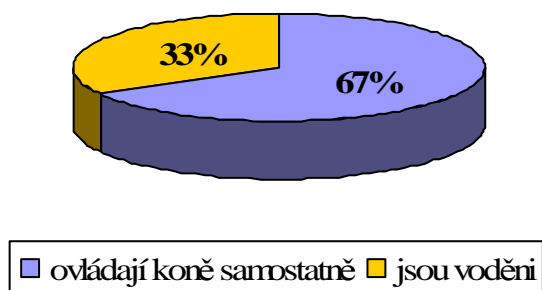
**Graf 30: Úkoly, které zvládnou klienti hiporehabilitace plnit samostatně**



Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce vybírali respondenti úkoly, které zvládnou klienti při hiporehabilitaci plnit samostatně, mohli zvolit i více možností. Z 36 respondentů jich 26 uvedlo, že klienti zvládnou samostatně vyčistit koně, 17 jich uvedlo, že klienti umí samostatně nakrmit koně, ve 13 zařízeních dokážou klienti samostatně vyčistit stáj. Nastrojit koně zvládnou uživatelé hiporehabilitace v 15 stájích. Dle 22 respondentů umí klienti vodit koně samostatně.

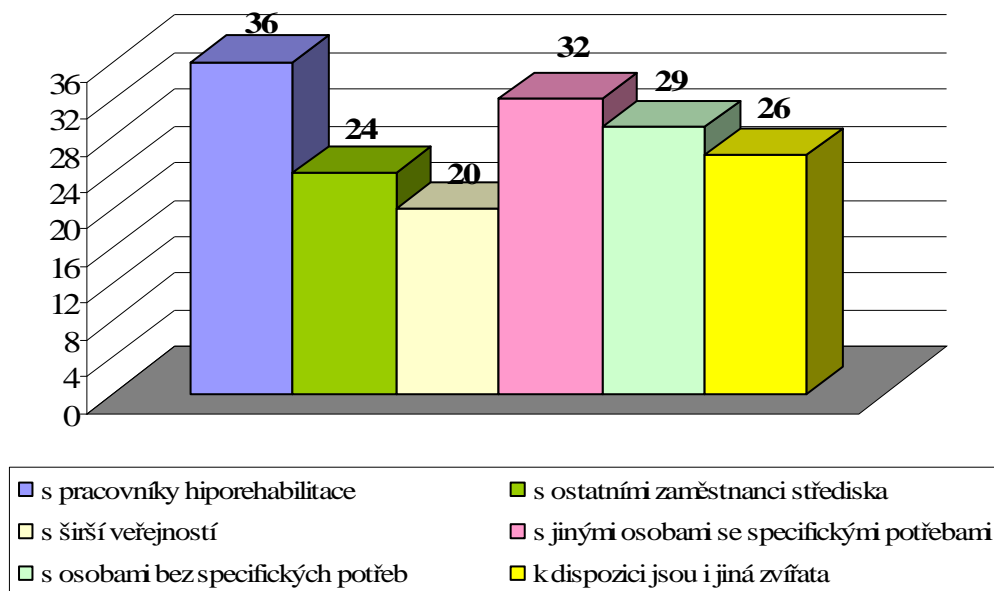
**Graf 31: Učí se klienti ovládat při jízdě koně samostatně**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf uvádí, zda se učí klienti řídit při jízdě koně samostatně. V 67% (24) hiporehabilitačních střediscích se klienti učí ovládat při jízdě koně samostatně, v 33% (12) zařízeních se toto neučí a koně jsou voděni pověřenými osobami.

**Graf 32: Možnosti interakce uživatelů hiporehabilitace**

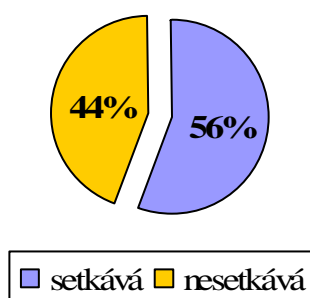


Zdroj: Vlastní výzkum

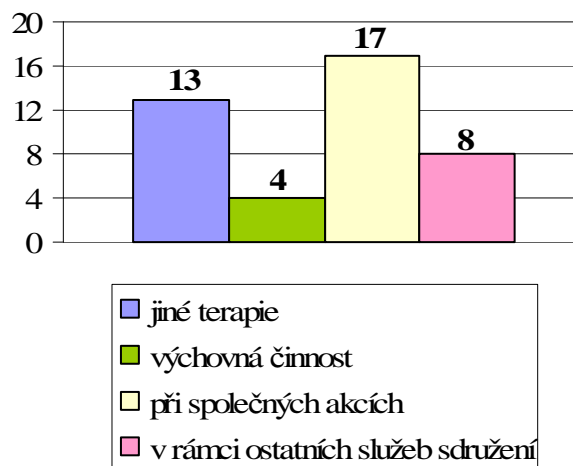
Graf zobrazuje, s kým se dostávají klienti při hiporehabilitaci do interakce. Respondenti měli možnost označit více uvedených odpovědí. Všechny 36 respondentů zaškrtnulo, že klienti se dostávají do interakce s pracovníky hiporehabilitace, 24 jich označilo odpověď, že se klienti setkávají s ostatními zaměstnanci střediska. S širší veřejností se klienti dostávají do interakce ve 20 zařízeních, s jinými osobami se specifickými potřebami se setkávají uživatelé hiporehabilitace v 32 stájích, s lidmi bez specifických potřeb se dostávají do interakce ve 29 střediscích a 26 respondentů uvedlo, že jsou v areálu k dispozici i jiná zvířata než koně.

**Graf 33: Činnosti, při kterých se setkává terapeut s klienty i mimo vlastní hiporehabilitaci**

**Graf 33a**



**Graf 33b**



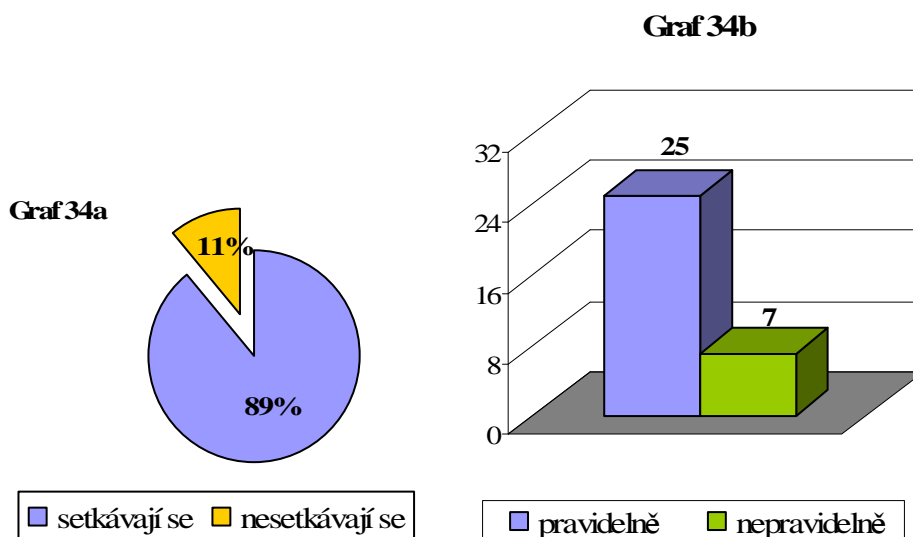
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 33a ukazuje, že ve 20 (56%) střediscích se setkává terapeut s klienty i mimo vlastní hiporehabilitaci, v 16 (44%) zařízeních se s klienty při jiných činnostech neseťkává.

V grafu 33b jsou odpovědi respondentů na otevřenou otázku při jaké činnosti se terapeut s klienty mimo hiporehabilitaci setkává. Respondenti uváděli více možností, jejich odpovědi byly při vyhodnocení kategorizovány. 13 respondentů z 20 uvedlo, že se terapeuté s klienty hiporehabilitace setkávají při jiné terapii, 4 respondenti napsali, že se terapeuté setkávají s uživateli hiporehabilitace při výchovné činnosti. Na společných akcích se setkávají terapeuté a klienti hiporehabilitace v 17 případech a v rámci ostatních služeb sdružení se vzájemně setkávají v 8 zařízeních.



**Graf 34: Možnost setkávání osob se specifickými potřebami a osoby bez specifických potřeb v rámci hiporehabilitace**

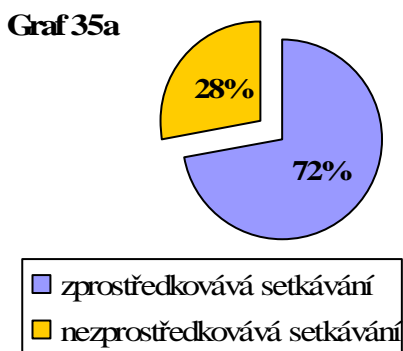


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 34a a 34b uvádí, že v 32 (89%) hiporehabilitačních zařízeních se setkávají při aktivitách v rámci hiporehabilitace společně klienti se znevýhodněním a osoby bez handicapu, z toho ve 25 střediscích jsou tato setkání pravidelná a v 7 zařízeních nepravidelná. Ve 4 (11%) možnost setkávání obou skupin osob není.

Setkávání klientů hiporehabilitace a osob bez specifických potřeb probíhá většinou formou pomoci dobrovolníků, přirozeného setkávání se členy jezdeckého klubu, při společných akcích, při návštěvách lekcí hiporehabilitace rodiči a sourozenci klientů, případně s jinými návštěvami a exkurzemi.

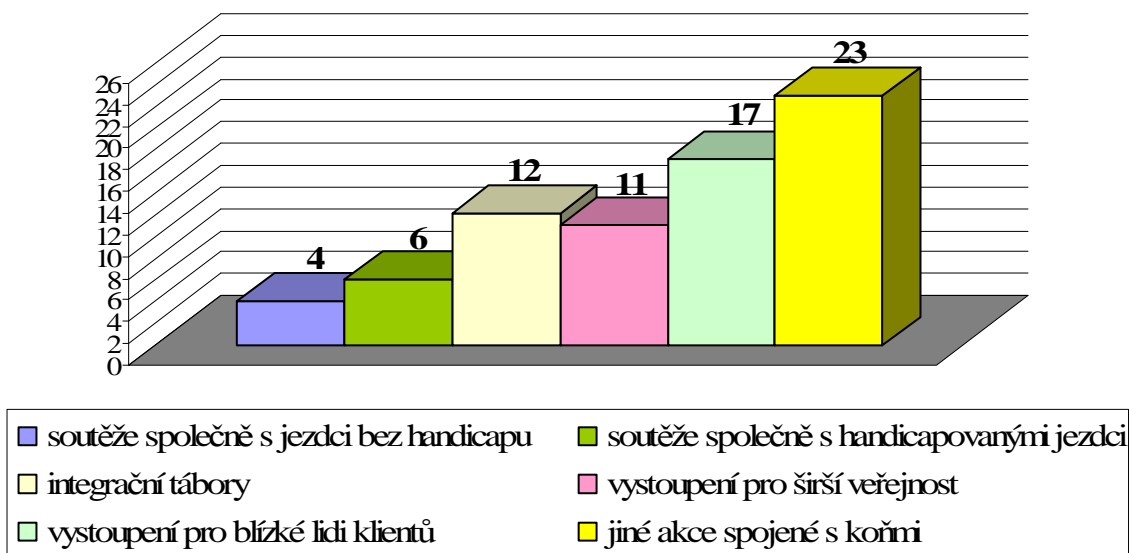
**Graf 35: Forma, kterou zprostředkovává hiporehabilitační organizace setkávání klientů s ostatními lidmi**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf ukazuje, že 26 (72%) hiporehabilitačních středisek zprostředkovává setkávání klientů s ostatními lidmi. V 10 (28%) organizacích tato setkání nezprostředkovávají.

**Graf 35b**



Zdroj: Vlastní výzkum

Pokud respondent uvedl, že hiporehabilitační organizace zprostředkovává setkávání klientů s ostatními lidmi, mohl zaškrtnout několik vypsanych možných odpovědí. Z grafu 35b vyplývá, že ve 4 zařízeních pořádají soutěže jezdců znevýhodněných společně s jezdci bez handicapu, v 6 hiporehabilitačních stájích organizují soutěže společně s jezdci s handicapem. Integrační tábory pořádá nebo se jich účastní 12 zařízení, vystoupení pro širší veřejnost pořádá 11 hiporehabilitačních středisek a vystoupení pro blízké lidi klientů dělá 17 zařízení. Pořádání nebo účast na jiných akcích spojených s koňmi uvedlo 23 respondentů a na otázku specifikace těchto akcí vypsalo široké spektrum odpovědí: Den dětí a koní, Hubertova jízda, dny otevřených dveří, maškarní průvody, Mikulášská, slavení Velikonoc, Vánoc, sv. Martin, vyjížďky s bryčkou, společné výlety, výstavy, sportovně-zábavná odpoledne pro zdravé a handicapované děti a jejich rodiče, rekondiční pobyty rodičů s dětmi, školy v přírodě, putování s koňmi, návštěva koňských závodů, integrovaná volnočasová aktivita, veřejný trénink, soustředění, účast na zahraničních závodech.

## 5. Diskuse

Ve své práci jsem zjišťovala, jak hiporehabilitace napomáhá osobám s handicapem v procesu integrace a jak zlepšuje jejich sociální kontakty. Hypotézy jsem ověřovala prostřednictvím dotazníku, pomocí kterého jsem získala velké množství informací o fungování hiporehabilitace v jednotlivých hiporehabilitačních střediscích.

Dotazník vyplnilo 32 (89%) žen a pouze 4 (11%) muži (graf 1). Je patrné, že v pomáhajících profesích, kterými činnost v oblasti hiporehabilitace bezesporu je, stále převládají ženy.

Nejvíce dotazníků 26 (72%) vyplnili terapeuté, kteří absolvovali vzdělávací kurz v oblasti hiporehabilitace, což zajišťovalo opravdovou kompetentnost a erudovanost podaných informací. 6 (17%) respondentů, z nichž 1/3 měla speciální kurz, udalo jinou funkci, a to většinou jako předsedové občanských sdružení či obecně prospěšných společností. Ve formě nestátních neziskových společností funguje většina hiporehabilitačních středisek. 3 (8%) respondenti uvedli jako svou funkci v rámci rehabilitace trénování koní, z nichž jeden absolvoval odborný hiporehabilitační kurz. 1 (3%) respondent uvedl, že při hiporehabilitaci pomáhá. Celkově absolvovalo vzdělávací kurz v oblasti hiporehabilitace 29 (81%) respondentů, což dokládá velkou odbornost prováděné hiporehabilitace ve střediscích (grafy 2, 3a, 3b). Na kvalitě prováděné hiporehabilitace do značné míry závisí i její výsledky.

Při dotazování na formu provozu hiporehabilitace jsem zjistila, že je mezi jednotlivými formami zhruba stejný poměr (graf 4). Nejvíce 15 (41%) bylo středisek, která provozují hiporehabilitaci samostatně, u těchto zařízení lze předpokládat vysokou odbornost prováděné terapie, neboť veškeré úsilí subjektu se soustřeďuje na naplnění myšlenky hiporehabilitace. 11 (31%) zařízení je součástí jezdecké organizace, u těchto středisek je rozhodně pozitivní, že se klienti většinou přirozeně potkávají se členy jezdeckého klubu, což v nemalé míře přispívá k jejich integraci. 10 (28%) hiporehabilitačních středisek je součástí jiného zařízení pomáhajícího lidem se specifickými potřebami. Zde je třeba vyzdvihnout, že některá zařízení se snaží nabídnout co největší spektrum svých služeb pro klienty a rozšířit je i o dosti finančně

náročnou hiporehabilitaci. Tím se stává terapie koněm součástí systému ucelené rehabilitace osob s handicapem.

Do většiny, tedy 28 (78%), hiporehabilitačních center se klienti dostanou veřejnou hromadnou dopravou (graf 5). Dostupnost služby je pro mnohé klienty dosti důležitým kritériem, neboť někteří nemají možnost dopravit se na místo vlastním dopravním prostředkem. Toto zjištění také předpokládá, že se hiporehabilitace nebude provádět na okraji měst či obcí, stranou od veřejnosti.

Bezbariérovost hiporehabilitačních středisek je vysoká. Celkem 31 (86%) středisek je bezbariérových (graf 6). Bezbariérovost zařízení, které poskytuje službu lidem se specifickými potřebami, je jedním ze základních kritérií. Bezbariérovost prostředí klientům umožňuje volný a samostatný pohyb v areálu, a tím přispívá k trendu odstraňování bariér a integrace zvláště osob s tělesným handicapem.

28 (78%) hiporehabilitačních stájí vlastní tři a více koní (graf 7). Samozřejmě platí, že čím více koní, tím stoupá finanční náročnost hiporehabilitace. Vybrat a vycvičit kvalitního koně pro hiporehabilitaci také není jednoduchý a krátkodobý úkol. Na druhou stranu, aby byla hiporehabilitace prováděna kvalitně, je třeba vybrat klientům koně tzv. „na míru“, tedy dle jejich individuálních potřeb, proto je vhodné, aby mělo hiporehabilitační centrum pro účinnou terapii k dispozici více koní (37). Z grafů 8a a 8b vyplývá, že 11 (31%) hiporehabilitačních stájí využívá k hiporehabilitaci pouze jedno plemeno koní, většina 25 (69%) zařízení má k dispozici dvě a více plemen, což zaručuje větší rozmanitost tělesných proporcí koní i jejich temperamentů, a tudíž vybrání koně přímo pro potřebu klienta. Nejvíce jsou ve (33) střediscích zastoupena teplokrevná plemena, a to jistě pro svoji univerzálnost. V 17 zařízeních mají chladnokrevníky, kteří mohou díky své mohutnosti posloužit i váhově těžším klientům. Pro menší děti a pro první seznámení s koňmi jsou velmi vhodná plemena pony, která pro hiporehabilitaci využívají v 15 zařízeních. Pouze ve 4 stájích jezdí na plnokrevnících, je to možná způsobeno i obavou z bujnějšího temperamentu plnokrevníků a jejich všeobecné citlivosti. Domnívám se však, že po řádném vycvičení koně, lze tato plemena při terapii úspěšně využít a rozšířit tak spektrum „koňských pomocníků“.

Z provozně-technických údajů o hiporehabilitačním středisku mne zajímalo také, kolik zaměstnanců v zařízení pracuje v rámci hiporehabilitace. Každý zaměstnanec je pro zařízení položkou v jeho nákladech. Pro přímé provádění hiporehabilitace je potřeba většinou tří osob – hipologa, který připravuje a řídí koně při hiporehabilitaci, terapeuta, který celou terapeutickou jednotku odborně vede, a pomocníka, který pod supervizí terapeuta pomáhá při léčebných jízdách. Ač je lékař členem interdisciplinárního týmu a má za úkol indikovat klienty k hiporehabilitaci, je většinou externím pracovníkem zařízení (17). Kromě 2 zařízení, která uvedla, že v rámci hiporehabilitace zaměstnává dva pracovníky, zaměstnávají ostatní střediska od 3 do 20 osob (graf 9). Ty jsou rozhodně schopné zajistit kvalitní a bezpečný průběh hiporehabilitace.

Hiporehabilitace by, dle autorů odborné literatury, měla probíhat pravidelně 1 – 2x týdně po dobu minimálně 3 měsíců. Z výsledků šetření je patrné, že ve většině (86%) zkoumaných zařízeních probíhá terapie obvykle 4-krát až 8-krát měsíčně (graf 10). Kromě jednoho zařízení probíhá terapie po dobu 3 měsíců a více. Dokonce ve více než polovině (69%) středisek trvá hiporehabilitační „turnus“ půl roku a více. Někteří klienti dochází na terapii již několik let, předpokládám, že se pro ně stávají koně a jezdeckví „koníčkem“ (graf 11).

Ze struktury uživatelů hiporehabilitace je patrné, že nejvíce jsou pro ni indikovány děti, jelikož jejich vývoj není dokončen a mozek je ještě dostatečně tvárný, aby se terapií účinně ovlivnil. Překvapilo mne, že v 7 (19%) střediscích se hiporehabilitace účastní také senioři, je vidět, že kůň a případně i jízda na něm má blahodárný vliv na člověka v každém věku (graf 12a). Také velké spektrum diagnóz klientů, které respondenti uváděli, poukazuje na jedinečnost a univerzálnost využití koní k léčbě. Že je hiporehabilitace vhodná opravdu pro kterýkoli typ postižení, samozřejmě s výjimkou některých kontraindikací, je patrné i z Přílohy 2. Nejvíce, 26 respondentů, uvedlo, že na terapii dochází klienti s tělesným postižením. U klientů s poruchou hybnosti či držení těla, se nejvíce využívá hipoterapie, což je vlastně speciální forma fyzioterapie prostřednictvím koně (14). U ostatních diagnóz, které zasahují spíše psychickou či sociální dimenzi osobnosti klienta, lze dobře využít jak LPPJ, tak sportovní ježdění handicapovaných (graf 12b).

Sociálních účinků hiporehabilitace lze využít zvláště při skupinové práci s klienty. Sociální skupina představuje spojovací článek mezi člověkem jakožto individuem a společností. Mezi faktory skupinové terapie se řadí členství ve skupině, emoční podpora, možnost pomáhat jiným, možnost sebeprojevit se, odreagovat se, dostat od ostatních zpětnou vazbu, udělat si náhled na situaci, vyzkoušet si a nacvičit nové jednání, získávat nové informace a sociální dovednosti, skupina dává člověku možnost seberealizovat se (51). Kromě 5 (14%) hiporehabilitačních center probíhá hiporehabilitace skupinově (graf 13), což rozšiřuje možnosti interakce klientů s handicapem a zároveň i možnost naučit se v kontaktu s ostatními lidmi přiměřeně jednat.

Terapeutické ježdění se dělí v oblasti lékařství na hipoterapii, v oblasti pedagogiky a psychologie na léčebně pedagogicko-psychologické ježdění, v oblasti sportu na sportovní a rekreační ježdění handicapovaných (25). Každá forma hiporehabilitace se odlišuje metodikou a také sledovaným cílem. Na rozšíření a zkvalitnění sociální interakce a na integraci klientů se zaměřuje spíše LPPJ a sportovní ježdění handicapovaných. Z výsledků vyplynulo, že ve více jak polovině (56%) zařízeních existuje propustnost mezi jednotlivými druhy hiporehabilitace (graf 14). Klient, pro kterého již ztratila hipoterapie smysl a dovoluje mu to zdravotní stav, nemusí s hiporehabilitací skončit, ale může se zařadit do léčebně pedagogicko-psychologického ježdění a později se propracovat i ke sportovnímu či rekreačnímu ježdění.

V šetření mne také zajímalo, zda se klienti neomezují jen na lekce hiporehabilitace, ale zda mají možnost a vyhledávají kontakt s koňmi i mimo vlastní hiporehabilitaci. V 61% zařízeních se mohou klienti o koně starat i mimo vlastní hiporehabilitaci (graf 15). 13 respondentů uvedlo, že někteří klienti pokračují v jízdě na koni i v jiné jezdecké organizaci (graf 16). Toto zjištění ukazuje, že pro některé klienty se koně stávají náplní volného času. Smysluplné využití volného času vede člověka k aktivitě, pomáhá vytvářet společenské vazby a přispívá k všestrannému rozvoji osobnosti (20).

Zjišťovala jsem také, jak je hiporehabilitační zařízení otevřené vůči rodičům a širší veřejnosti, zda mohou tyto skupiny přihlížet průběhu hiporehabilitace. Výsledek byl potěšující, neboť více jak 30 (83%) středisek umožňuje rodičům a veřejnosti přihlížet hiporehabilitaci (grafy 17, 18). Dle Jankovského (2006) je kvalita života lidí s postižením velmi závislá na spokojenosti v rodinném životě. Rodiče vidí při hiporehabilitaci úspěch svých dětí při činnosti, kterou většinou sami nezvládají, a děti se v jejich přítomnosti snaží podat ty nejlepší výkony. Jejich vzájemné vztahy se tím upevňují. Veřejnost může po zhlédnutí hiporehabilitace v pozitivním směru změnit postoj k osobám se znevýhodněním. Úspěšnost integrace osob s postižením je totiž, jak píše Janovský (2006), do značné míry závislá na postoji každého člověka.

Možnost setkávat se s veřejností mají i klienti ve 29 (81%) zařízeních, kteří při hiporehabilitaci jezdí s koňmi ven z hiporehabilitačního areálu (graf 19). Tím se rozšiřují příležitosti k interakci osob „zdravých“ a osob se znevýhodněním. Pro samotného jezdce je vyjíždka do přírody silným zážitkem, plným stimulujících podnětů.

94% hiporehabilitačních zařízení spolupracuje s jinými organizacemi (graf 20a). Nejvíce jich spolupracuje s Českou hiporehabilitační společností, která je určitým garantem kvalitní hiporehabilitace v České republice. Následuje široké spektrum organizací, které pomáhají osobám se specifickými potřebami. Vypovídá to o otevřenosti hiporehabilitačních středisek a o snaze pomoci co nejširšímu spektru klientů s různou diagnózou. 13 hiporehabilitačních center spolupracuje s jezdeckými organizacemi, tudíž je možné, že se zde vzájemně setkávají členové klubu s klienty hiporehabilitace. I spolupráci se studenty středních a vysokých škol v rámci praxí či dobrovolné pomoci lze považovat za krok k integraci uživatelů hiporehabilitace (graf 20b).

Pro všechny složky rehabilitace platí, že výsledek léčby závisí do značné míry na motivaci jedince (52). Hodnotnější je motivace, která vychází z vnitřních podnětů jedince, z jeho zájmů (20). Při hipoterapii dochází k nahrazení motivace ke „cvičení“ motivací „směti jezdit na koni“. Hodnota motivace při hipoterapii je tak vysoká, že se



těžko dá najít činnost, která by mohla být s jízdou na koni srovnatelná (54). Že je kůň pro klienta motivací ke splnění určitého úkolu, potvrdili i všichni respondenti (graf 21).

Změny, které v chování klientů během hiporehabilitace nastaly, jsou pro život osob se znevýhodněním významné (graf 22). Léčba koněm působila na celkové uvolnění a zklidnění klientů, kteří jsou mnohdy vyčerpaní problémy, se kterými se díky svému handicapu potýkají. Kůň je živý tvor a reaguje na vnější podněty, a proto je třeba řešit nastalé situace, to od klientů vyžaduje při terapii neustálé soustředění. Důležitou roli ve zvládnání a vyrovnávání se se zátěžovou životní situací, kterou postižení přináší, je správné sebehodnocení (20). Při kontaktu s koňmi dochází u klientů ke zvýšení sebevědomí, a tudíž i zlepšení sebehodnocení. Respondenti uvedli, že se díky hiporehabilitaci podařilo aktivizovat klienty, vzbudit v nich zájem a motivovat je ke změně. Získání důvěry klientů k rehabilitačnímu procesu jistě pomohlo zlepšit vztah s terapeutem i konečný výsledek terapie. Úspěchem je také posílení samostatnosti u klientů. U osob se specifickými potřebami, které jsou mnohdy závislé na pomoci okolí, je zlepšení samostatnosti krůčkem k jejich integraci. Významný je vliv hiporehabilitace na zlepšení fyzických schopností osob se znevýhodněním, neboť pohyb je jádrem vývoje člověka a má významný vliv na vývoj řeči, kognitivních dovedností a sociálního chování (10). Absence lokomoce znamená velký problém s důsledky ve sféře sociální, psychické a fyzické (2). I „pouhé“ stabilizování stavu handicapovaného přispívá k udržení stávající kvality jeho života.

Při vzájemném ovlivňování dvojice jezdec – kůň je dán do chodu proces usměrňování klienta, aniž by terapeut nějak výrazně zasahoval do děje. Klient v kontaktu s koněm je nucen hledat přiměřené způsoby chování, jelikož kůň reaguje na nepřiměřené podněty, rušivé až agresivní chování, širokou škálou komunikace, kterou jasně sděluje, že podnět není přiměřený (8). Při hiporehabilitaci se podařilo dle všech respondentů usměrnit nežádoucí projevy v chování klientů, a to zvláště ve smyslu zklidnění hyperaktivity, udržování kázně či utlumení agresivity (graf 23).

Pro sociální vývoj člověka je důležité naučit se některým sociálním dovednostem. Dodržovat pravidla slušného chování, umět se vcítit do druhých, umět spolupracovat s ostatními či dodržovat společenské normy. V každé společnosti je třeba

dodržovat určité normy, ze kterých plynou požadavky na jednání člověka, tedy co se „smí, má a musí“ nebo naopak „nemůže a nesmí“. Tyto normy představují systémem pravidel zajišťující nekonfliktní fungování mezilidských vztahů (39).

Většina (32) respondentů pozorovala právě zlepšení v oblasti norem společenského chování klientů (graf 24). Konkrétně se zlepšení projevilo ve větší ohleduplnosti k druhým, dodržování pravidel, schopnosti spolupráce, větší zodpovědnosti, umění poděkovat a celkově lepší socializací (graf 24).

Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace i enkulturace člověka. Je zřejmé, že sociální komunikace umožňuje lidem se sdružovat, kooperovat, že jde o nezbytnou podmínku všech sociálních interakcí a nezbytný rozměr sociálního života (15). Prostředí, lidé a aktivity, které kolem koní probíhají, nutí člověka ke komunikaci jak verbální, tak neverbální.

Při hiporehabilitaci došlo dle postřehů 83 % respondentů k mnohým zlepšením v oblasti komunikace. Klienti byli v komunikaci otevřenější, ochotnější mluvit o svých problémech, ve větší míře komunikovali jak s terapeutem, tak s ostatními členy skupiny, koně se pro uživatele terapie stali novým tématem rozhovoru. Došlo také k usměrnění nevhodné komunikace. Práce s koněm rozvinula u klientů nonverbální komunikaci. Celkově se jejich komunikace stala srozumitelnější (graf 25).

Vnější regulace chování představuje zejména sociální posilování, což je upevňování určitého žádaného chování. Podstatou je fakt, že kladně prožívané interakce jsou posilovány, naopak negativně prožívané mají menší pravděpodobnost opakování. Vystupuje zde do popředí úloha odměny a trestu. Odměna posiluje tendenci opakovat a upevnit chování, trest vede ke snaze o nalezení jiných reakcí, které by došly pozitivní odezvy od nejbližšího sociálního okolí (15).

Z repertoáru odměn a sankcí, které používají terapeuté při hiporehabilitaci, lze vyčíst, že kůň mnohdy vystupuje v roli vychovatele. Samotná možnost práce s koněm se stává pro klienty odměnou, k trestu naopak poslouží právě vyloučení z účasti na hiporehabilitaci. Někdy stačí bezprostřední reakce koně na neadekvátní chování klienta. 4 respondenti dokonce uvedli, že při hiporehabilitaci žádné tresty neužívají, neboť je průběh lekcí bezproblémový (graf 26 a 27).

Atmosféru života a komunikaci ve skupině určuje do značné míry styl vedení skupiny. V autoritativně založené skupině převládá nespokojenost, nedůvěra, agresivita mezi členy, obviňování. Vedoucí dává členům rozkazy. V demokraticky založené skupině převládají přátelské vztahy, vřelost, respektování. Členové se zaměřují na kvalitu výkonu. Všichni členové se podílejí na rozhodování. Každý nový cíl je přijímán lépe, jestliže bylo o jeho přijetí rozhodnuto po společné diskuzi celé skupiny **(30)**. Z průzkumu vyplývá, že ve většině (64%) hiporehabilitačních středisek rozhoduje o úkolech plněných v rámci hiporehabilitace terapeut společně s klienty, což poukazuje na demokratický styl vedení terapeutické skupiny (graf 29).

Metodika při LPPJ je velmi pestrá. Velký důraz je kladen především na navázání kontaktu klientů s koňmi a práci ve stáji. Kůň je klienty hlazen, ošetřován, sedlán, klienti na koni cvičí, soutěží, jezdí do přírody apod. Od klientů se vyžaduje maximální samostatnost a spolupráce při plnění úkolů.

Kooperaci bychom mohli označit jako „společnou cestu ke společnému cíli“. Při vzájemné spolupráci tvoří individuální činnosti integrovaný celek, tzn. společnou sociální aktivitu **(15)**. V dobře fungující skupině si členové navzájem vypomáhají. Výpomoc je projevem jedné z nejuniversálnějších skupinových norem, kterou tvoří solidarita **(30)**.

Hiporehabilitace napomáhá v tréninku pozitivních způsobů sociálního chování, jako je právě umění pomáhat a nechat si pomoci. Vyplývá to z výsledků šetření, které ukazují, že při práci s koňmi si klienti nejvíce pomáhají při jejich čištění a nastrojování, při krmení a čištění stájí, v některých střediscích se klienti vzájemně vodí. Při jízdě na koni ve dvojici je spolupráce jezdců přímo nevyhnutelná (graf 28).

Svůj vliv při hiporehabilitaci má práce ve stáji, čištění koní a příprava koně na jízdu jako ergoterapeutická činnost.

Ergoterapie sleduje řadu cílů, a to rozvíjení a zlepšování hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace či vizuomotorické koordinace, přispívá k rozvoji samostatnosti postiženého **(18)**.

Ve většině hiporehabilitačních zařízeních zvládnou klienti samostatně vyčistit a vodit koně. V polovině stájí umí klienti samostatně nakrmit koně. 15 respondentů

uvedlo, že si klienti sami nastrojí koně a ve 13 střediscích klienti vyčistí sami stáj (graf 30). Myslím si, že míra samostatnosti práce kolem koní závisí zvláště na věku, druhu a stupni postižení jedince.

V 67% hiporehabilitačních zařízeních je klientům umožněno učit se při jízdě ovládat koně samostatně (graf 31). S ovládáním koně se klienti učí ovládat také sami sebe a vyrovnávat se s případným neúspěchem. Pochopí, že naučit se ovládat koně je věcí vůle, po zvládnutí cviku stoupne jejich sebevědomí (45). Naučit se aktivně ovládat koně je součástí metodiky LPPJ a sportovního či rekreačního ježdění handicapovaných. Při hipoterapii je klient na koni pasivní, kůň je vždy veden hipologem.

Sociální vliv hiporehabilitace je určován zejména možnostmi být v kontaktu s dalšími uživateli a pracovníky terapie (38). V hiporehabilitačních centrech mají klienti kromě této možnosti interakce i příležitost setkávat se s osobami bez specifických potřeb, a to ve 29 zařízeních, dále s ostatními zaměstnanci střediska ve 24 organizacích a ve více než polovině zařízeních přicházejí klienti do interakce i s širší veřejností.

Člověk se socializuje v kontaktu s jinými jedinci. Ti ho usměrňují a poskytují mu záměrně či neúmyslně nové vzorce chování, umožňují nabývání vlastností a dovedností nezbytných pro život ve společnosti. Interakce je proces poznávání druhého, dává však také možnost vlastní sebereflexe. Interakce znamená neustálou vzájemnou stimulaci a ovlivňování (15).

Kromě kontaktu s lidmi mají ve 26 hiporehabilitačních centrech možnost interakce s jinými zvířaty, což dále rozšiřuje možnosti působení střediska v oblasti animoterapie.

Za důležité považují také setkávání terapeuta s klienty i mimo vlastní hiporehabilitaci, což se uskutečňuje ve 20 (56%) zařízeních. Společné setkávání vede k bližšímu vzájemnému poznání i v jiných situacích než je hiporehabilitace, terapeut pak může působit cíleněji a efektivněji jak v rámci hiporehabilitace, tak při výchovné, terapeutické činnosti nebo při poskytování jiných služeb v rámci organizace. Při společných akcích jsou setkání více neformální a přispívají k upevnování vztahu.

Potěšující bylo zjištění, že ve 32 (89%) zařízeních mají uživatelé hiporehabilitace možnost setkávat se s osobami bez specifických potřeb, ve 25

střediscích je vzájemné setkávání dokonce pravidelné. Vzájemným dlouhodobým kontaktem se zvyšuje sociální citlivost nepostižených vůči postiženým, kultivují se mezilidské vztahy, učí se spolu komunikovat a zvykají si na přítomnost handicapovaných ve společnosti **(46)**.

Uživatelé hiporehabilitace se v jezdeckých organizacích bezprostředně a přirozeně setkávají se členy jezdeckého oddílu. V některých centrech pomáhají při terapii dobrovolníci, jejich zájem pomáhat osobám s handicapem při hiporehabilitaci dokazuje atraktivitu této služby. Pozitivní je i vzájemné setkávání rodičů a sourozenců klientů při hiporehabilitaci. Všichni si zde mohou vytvořit určitou síť kontaktů osob s podobnými problémy.

Socializace vyžaduje neustálé navazování, prohlubování, rozšiřování sociálních kontaktů jedince v rámci sociokulturního systému **(39)**.

Ve 26 (72%) hiporehabilitačních centrech sami zprostředkovávají setkávání osob v rámci aktivit s koňmi. 10 zařízení se účastní jezdeckých soutěží, 4 z nich dokonce soutěží společně s jezdci bez handicapu. Jízda na koni, neboli jezdeckví, je vlastně druh sportu. Jak píše Votava (2006), mají jedinci se specifickými potřebami při sportovních aktivitách možnost dostat se do společnosti osob s podobnými zájmy a blízkého věku. Ve sportu jsou dosahovány obvykle měřitelné výsledky a sportovec se může srovnávat s ostatními a sledovat svůj výkon v průběhu času. Sport je nedílnou součástí moderního života a postižený sportovec se touto cestou může přiblížit či vyrovnat zdravým lidem.

Jezdeckví je jedním z prvních sportů, kde došlo ke sloučení organizací pro parasportovce i sportovce bez handicapu **(51)**.

11 hiporehabilitačních středisek připravuje vystoupení klientů s koňmi před širší veřejností, 17 zařízení pořádá vystoupení pro blízké lidi klientů. Veřejná vystoupení mohou být motivací a zároveň oceněním pro klienty. Tímto způsobem mohou zařízení prezentovat výsledky své činnosti a „přilákat“ k této formě terapie další zájemce jak z řad klientů, tak dobrovolníků či budoucích provozovatelů hiporehabilitace.

12 hiporehabilitačních center se účastní integračních „koňských“ táborů. Při táborových aktivitách dochází k nenásilnému kontaktu osob znevýhodněných a osob bez handicapu prostřednictvím koní.

Více než polovina zařízení také organizuje jiné akce spojené s koňmi. Z širokého spektra různých akcí vyplývá, že existuje celá škála možností, které koně nabízejí, záleží jen na fantazii terapeutů.

V závěrečném shrnutí této kapitoly bych uvedla, že hiporehabilitace napomáhá v integraci handicapovaných do společnosti i ve zlepšování kvality sociálních kontaktů klientů. A to zvláště otevřeností jednotlivých hiporehabilitačních zařízení vůči veřejnosti a širokým spektrem možností interakce v rámci aktivit s koňmi. Během hiporehabilitace se též daří pozitivně ovlivnit problémové aspekty v chování klientů. Většina středisek nabízí kvalitní hiporehabilitaci s dostatečným provozním zabezpečením, což se kladně projevuje na výsledku terapie.

Mohu konstatovat, že výsledky šetření potvrdily obě hypotézy.

H 1: Hiporehabilitace napomáhá v integraci handicapovaných do společnosti.

H 2: Hiporehabilitace zlepšuje kvalitu sociálních kontaktů klientů.

## 6. Závěr

Dnes již patří hiporehabilitace mezi osvědčené, i když ne zcela běžné a známé prostředky pomoci osobám se specifickými potřebami. Lze tak pozitivně působit zejména na jedince s fyzickým, psychickým, smyslovým či kombinovaným postižením.

Záměrem této práce bylo ukázat, jak hiporehabilitace napomáhá širší i dílčí integraci osob se znevýhodněním a jak přispívá ke zlepšování sociálních kontaktů uživatelů hiporehabilitace.

Stanovené hypotézy byly ověřovány pomocí dotazníku, který byl rozeslán elektronickou poštou jednotlivým hiporehabilitačním zařízením.

Zjistila jsem, že ve většině zařízení se provádí odborně vedená hiporehabilitace s dostatečným provozním zabezpečením, což je předpoklad kvality terapie. Léčba pomocí koně je poskytována širokému spektru klientů z různých organizací, to dokazuje, že hiporehabilitace má opravdu široké pole působnosti.

Šetření ukázalo, že hiporehabilitace napomáhá v tréninku pozitivních způsobů sociálního chování. Podporuje sebedůvěru a samostatnost klienta, rozvíjí jeho komunikaci, učí ho pomáhat a spolupracovat s druhými lidmi, tlumí agresivitu, vychovává k zodpovědnosti a kázni. V neposlední řadě jízda na koni příznivě ovlivňuje pohybový systém klienta.

Výsledky dokázaly, že kůň dává mnoho příležitostí pro vzájemnou interakci klientů hiporehabilitace s ostatními osobami jak v rámci rehabilitační skupiny, tak širší veřejnosti. Tím přispívá k jejich socializaci, neboť kontakt s druhými lidmi je pro uskutečnění socializace nutnou podmínkou.

Cíl práce byl splněn, všechny uvedené účinky vedou k nastartování sociální rehabilitace a v konečném důsledku napomáhají k zařazení osoby s handicapem do společnosti.

Součástí dotazníku, který jsem rozesílala jednotlivým respondentům, byla také závěrečná otázka, zda mají zájem o zaslání výsledků tohoto výzkumu. Je potěšující, že téměř všichni respondenti projevíli zájem o získání výsledků. Doufám tedy, že

výsledky, které jsem vyhodnocením dotazníků získala, budou ku prospěchu ostatním lidem, kteří se hiporehabilitací zabývají.

Ač je hiporehabilitace již vcelku známou a oblíbenou terapií, má mnoho lidí zkreslené představy, co přesně léčba koněm je a jaký přínos od ní mohou očekávat. Měli by si uvědomit, že to není zázračná metoda, která vše vyléčí, na druhé straně však hiporehabilitace přináší mnoho dobrého a jedinečného.

Z těchto důvodů bych chtěla svou práci věnovat také zařízením pečujícím o osoby se specifickými potřebami, kde by byla k dispozici všem, kteří by se o hiporehabilitaci chtěli dozvědět více.



## 7. Seznam použité literatury

1. BELCH, K. Induktivní výchova a koně. *In Hiporehabilitace*. Výroční číslo. ČHS, 1996, s. 3.
2. BERANOVÁ, B., KOVÁČIKOVÁ, V. Využití neuroplasticity v terapii pohybových poruch. *In Rehabilitácia*. Č. 2., 1998, roč. XXXI, s. 78-81. ISSN 0375-0922.
3. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s.
4. BOLDIŠ, P. Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0. Poslední aktualizace 11.11.2004. 16 s.
5. Časopis Planeta zvířat. Hiporehabilitace [on line], [cit. 2008-05-13]. Dostupné z <http://casopis.planetazvirat.cz/070323-hiporehabilitace-1.html>.
6. Česká hiporehabilitační společnost [on line], [cit. 2008-05-05]. Dostupné z <http://chs.unas.cz>.
7. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
8. DRHOVSKÝ, J. O hipoterapii. [on line], [cit. 2008-05-05]. Dostupné z <http://hippo.jinak.cz/>.
9. FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 101 s. ISBN 80-7169-233-6.

10. HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie: pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 257 s. ISBN 80-246-0719-0.
11. HERMANNOVÁ, H. Hipoterapie aplikace u dětí s DMO. *In Jezdeckví*. Č. 12. Praha, 1998, roč. IVL, s. 40. ISSN 1210-5406.
12. HERMANNOVÁ, H. Jak realizovat hiporehabilitaci v praxi I. část. *In Jezdeckví*. Č. 6. Praha 1999, roč. IIII, s. 41. ISSN 1210-5406.
13. HERMANNOVÁ, H. Jak realizovat hiporehabilitaci v praxi II. část. *In Hiporehabilitace*. Č. 3. ČHS, 1999, roč. VI, s. 7.
14. HERMANNOVÁ, H. Rozdělení hiporehabilitace a specifická role koně. *In Jezdeckví*. Č. 2. Praha, 1998, roč. IVL, s. 37. ISSN 1210-5406.
15. HEŘMANOVÁ, E., PATOČKA, J. *Regionální sociologie: sociologie prostoru a prostředí*. 1. vyd. VŠE v Praze Národohospodářská fakulta, 2006. 117 s. ISBN 80-245-1151-7.
16. HNILIČKOVÁ, R., VÝVAROVÁ, V. Výcvik a výběr koně [on line], 2002 - 2008 [cit. 2008-04-26]. Dostupné z <<http://www.os-svitani.cz/priprava.php>>.
17. HOLLÝ, K. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. 1. vyd. Ostrava : Montanex, 2005. 293 s. ISBN 80-7225-190-2.
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

19. JESENSKÝ, J. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.
20. KÁBELE, F., et al. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
21. KLIK, J. Možnosti uplatnění psychoterapeutických principů při hiporehabilitaci. *In Hiporehabilitace*. Č. 3. – 4. ČHS, 1995, roč. II., s. 20 – 22.
22. KLIK, J. Připomínky k názvu „léčebně-pedagogické ježdění a voltizování“. *In Hiporehabilitace*. Č. 1. ČHS, 1996, roč. III., s. 6.
23. KRAUS, B., et al. *Člověk – prostředí – výchova k otázkám sociální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
24. KUBOVÁ, L. Hiporehabilitace jako možnost psychoterapie... *In Hiporehabilitace*. Č. 3. – 4. ČHS, 1995, roč. II., s. 46 – 52.
25. KULICHOVÁ, J., et al. *Hiporehabilitace*. 1. vyd., učební text. Praha : Nadace OF, 1995. 101 s.
26. MAŘÁČKOVÁ, E. Seminář o paravoltiži a léčebně pedagogickém ježdění . *In Hiporehabilitace*. Č. 2. ČHS, 2005, roč. XII, s. 6-7.
27. MAŘÁČKOVÁ, E. Seznam hiporehabilitačních zařízení [on line], [cit. 2008-05-25]. Dostupné z <<http://www.hiporehabilitace.unas.cz/>>.
28. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

29. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého, 1999. 135 s. ISBN 80-7067-981-6.
30. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2.vyd. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-719.
31. NARHA - North American Riding for the Handicapped Association. About NARHA [on line], [cit. 2008-05-05]. Dostupné z <<http://www.narha.org/WhoIsNARHA/About.asp>>.
32. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros, 2006. 159 s. ISBN 80-00-01809-8.
33. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 167 s. ISBN 80-7178-872-4.
34. NOVÁK, P. Hiporehabilitace – léčba pomocí koně [on line], 2006 [cit. 2008-05-06]. Dostupné z <<http://www.sweb.cz/BartovaMiroslava/osph/7-hiporehabilitace.htm>>.
35. Občanské sdružení EPONA. Hiporehabilitace [on line], [cit. 2008-04-28]. Dostupné z <<http://www.hipoterapie.cz/index.html>>.
36. Občanské sdružení Reprok. Hiporehabilitace v „lidštině“ [on line], [cit. 2008-05-06]. Dostupné z <<http://www.liberecko.cz/spolky/reprok/lidstina.htm>>.
37. PATOČKA, P. Klienti OS Svítání [on line], 2002 - 2008 [cit. 2008-04-26]. Dostupné z <<http://os-svitani.cz>>.
38. PRAŽÁKOVÁ, P. *Hipoterapie – informace pro uživatele a veřejnost*. Propagační materiál Občanského sdružení Koník, 2003.

39. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
40. Sdružení „Piafa“ ve Vyškově. Hiporehabilitace [on line], [cit. 2008-04-28]. Dostupné z <http://www.piafa.cz>.
41. SLEPIČKA, P., et al. *Psychologie sportu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 230 s. ISBN 80-246-1290-9.
42. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
43. SMÍŠKOVÁ, Š. Informace o programu hipoterapie pro klienty Neurocentrum Group [on line], [cit. 2008-05-06]. Dostupné z <http://www.neurocentrum.cz/hipoterapie.htm>.
44. Stáj Rozárka, o. s. Hiporehabilitace [on line], [cit. 2008-05-06]. Dostupné z <http://stajrozarka.unas.cz/hiporehabilitace.html>.
45. STEKLÁ, Z. Využití hiporehabilitace v léčbě závislostí. In *Hiporehabilitace*. Výroční číslo. ČHS, 1996, s. 4 – 7.
46. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace – vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s. ISBN 80-7178-821-X.
47. Valdek, o.p.s. Hiporehabilitace a aktivity centra [on line], [cit. 2008-05-05]. Dostupné z <http://www.valdek.cz/hipo.html>.

48. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejř, 1997. 193 s. ISBN 80-902057-9-8.
49. VALENTA, M., MULEROVÁ, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
50. VÁVROVÁ, E., et al. *Povídání o hipoterapii*. Brno : PIAFA Vyškov, 1996. 35 s.
51. VELEMÍNSKÝ, M., et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vydání. České Budějovice: Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
52. VOTAVA, J., et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
53. VYBÍRAL, Z. *Psychologie lidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.
54. VYHNÁLEK, M., KŮRKOVÁ, B. Účinky provádění hipoterapie. *In Hiporehabilitace*. Č. 1. – 2. ČHS, 1995, roč. II., s. 14 – 15.
55. VYSOKAJOVÁ, M. Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN 80-246-0057-9.
56. ZATLOUKALOVÁ, H. Rehabilitace pacienta s degenerativním spastickým onemocněním. *In Hiporehabilitace*. Výroční číslo. ČHS, 1996, s. 11.

## **8. Klíčová slova**

Animoterapie

Hiporehabilitace

Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění

Ucelená rehabilitace

Socializace

Integrace

Sociální interakce

Sociální komunikace

## **9. Přílohy**

Příloha 1 – Vlastní dotazník

Příloha 2 – Indikace a kontraindikace hiporehabilitace

Příloha 3 – Obrazová příloha



## Příloha 1- Vlastní dotazník

*Dobrý den,*

*jmenuji se Michaela Doležalová, jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské university a dovoluji si Vám, jakožto praktikujícím **hiporehabilitačním pracovníkům**, předložit následující dotazník.*

*Jistě se ve své práci téměř denně setkáváte s lidmi se specifickými potřebami, a proto víte, že hlavní snahou celé rehabilitace je co nejúplnější začlenění těchto lidí do společnosti. Chtěla bych ve své diplomové práci zjistit, do jaké míry tomuto procesu napomáhá samotná hiporehabilitace v širokém spektru hiporehabilitačních středisek.*

*Věnujte, prosím, pár minut času k vyplnění tohoto dotazníku (vyhodnocení bude probíhat anonymně) a jeho odeslání na mou e-mailovou adresu. Těm, kteří mi vyplněním a odesláním dotazníku pomohou, samozřejmě zašlu zpracované výsledky. Doufám, že se o tuto problematiku nezajímám sama, a že i pro Vás budou výsledné informace přínosné.*

*Pro potřeby tohoto dotazníku rozumím hiporehabilitací především léčebně pedagogicko-psychologického ježdění a sportovní (či rekreační) ježdění handicapovaných.*

*Ještě si dovolím malou technickou poznámku: dotazník si, prosím, ze svého e-mailu uložte do počítače, následně jej vyplňte a jako přílohu zašlete zpět na mojí e-mailovou adresu.*

*Děkuji Michaela Doležalová*

---

Část A

**1. Jste:**  muž  žena

**2. Jaká je Vaše funkce v rámci hiporehabilitace?**

terapeut  trenér koní  pomocný pracovník hiporehabilitace  
 jiná -

**3. Absolvoval(a) jste speciální kurz k provádění hiporehabilitace?**

ano  ne

## Část B

### 4. Je Vaše hiporehabilitační středisko:

- součástí jiného zařízení pomáhajícího lidem se specifickými potřebami
- součástí jezdecké organizace
- hiporehabilitaci provozuje samostatně

### 5. Hiporehabilitační středisko je pro klienty dostupné:

- veřejnou hromadnou dopravou                       pouze vlastní dopravou

### 6. Je prostředí hiporehabilitačního střediska bezbariérové?

- ano                       ne

### 7. Kolik máte pro hiporehabilitaci k dispozici koní?

Prosím, vypište číslovkou

### 8. Jaká plemena?

- plnokrevná                       teplokrevná                       chladnokrevná                       pony

### 9. Kolik osob pracuje v organizaci v rámci hiporehabilitace ?

Prosím, vypište číslovkou

### 10. Kolikrát měsíčně se klient účastní hiporehabilitace?

Prosím, vypište číslovkou

### 11. Jak dlouhý je většinou hiporehabilitační „turnus“? Prosím, vypište číslovkou

týdnů                      měsíců                      roků

### 12. Jaká je věková struktura klientů hiporehabilitace a druh postižení?

Věk klientů	
Druh(y) postižení (poruchy)	

**13. Jakou formou se hiporehabilitace provádí?**

pouze individuálně       pouze skupinově       individuálně i skupinově

**14. Existuje ve středisku prostupnost ve smyslu hipoterapie → léčebně pedagogicko-psychologické ježdění → sportovní (rekreační) ježdění handicapovaných?**

ano       ne

**15. Starají se klienti o koně i mimo vlastní hiporehabilitaci?**

ano       ne

**16. Pokračují někteří klienti v jízdě na koni v jiné jezdecké organizaci?**

ano       ne       nevím

**17. Mohou hiporehabilitaci přihlížet rodiče klientů?**

ano       ne

**18. Je možné, aby průběhu hiporehabilitace přihlížela i veřejnost?**

ano       ne

**19. Jezdí klienti v rámci hiporehabilitace s koňmi ven z hiporehabilitačního areálu?**

ano       ne

**20. Spolupracuje Vaše zařízení v rámci hiporehabilitace s jinými organizacemi?**

ano - S jakými?

ne

Část C

**21. Je samotný kuň pro klienta motivací k zvládnutí určitého úkolu?**

ano       ne       nevím

**22. Zkuste porovnat chování klientů na počátku zahájení hiporehabilitace a nyní.  
Změnilo se v něčem?**

ano - V čem nejvíce?

ne

**23. Usměrnily se během hiporehabilitace určité nežádoucí rysy projevující se  
v chování klientů?**

ano - Jaké? Prosím, uveďte příklady

ne

**24. Pozorujete u klientů zlepšení v oblasti základních norem společenského  
chování?**

ano - Prosím, uveďte příklady

ne

**25. Pozorujete u klientů zlepšení v oblasti komunikace?**

ano - Prosím, uveďte příklady

ne

**26. Jak odměňujete klienty za dosažené výkony během hiporehabilitace?**

Prosím, uveďte příklady

**27. Jaké používáte sankce za nedodržení pravidel v rámci hiporehabilitace?**

Prosím, uveďte příklady

**28. Při jakých činnostech si klienti v souvislosti s hiporehabilitací vzájemně pomáhají?**

- při čištění koní       při čištění stáje       při nastrojování koní  
 při krmení koní       vzájemně se vodí       jezdí na koni ve dvojici

**29. O úkolech plněných v rámci hiporehabilitace rozhodují:**

- samotní klienti       terapeut ve spolupráci s klienty       pouze terapeut  
 úkoly nejsou předem naplánovány

**30. Jaké úkoly zvládnou klienti plnit samostatně?**

- vyčistit koně       vyčistit stáj       nastrojit koně  
 vodit koně       nakrmit koně

**31. Učí se klienti ovládat při jízdě koně samostatně?**

- ano       ne

**32. S kým se dostávají klienti při hiporehabilitaci do interakce?**

- s pracovníky hiporehabilitace       s jinými dětmi se specifickými potřebami  
 s ostatními zaměstnanci střediska       s dětmi bez specifických potřeb  
 s širší veřejností       k dispozici jsou i jiná zvířata

**33. Setkává se terapeut s klienty i mimo vlastní hiporehabilitaci?**

- ano - Při jaké činnosti?  
 ne

**34. Setkávají se při aktivitách v rámci jednotlivých terapií společně klienti se specifickými potřebami a lidé „zdraví“?**

- ano - (přejděte, prosím, na další otázky)       ne

**Při jakých příležitostech (činnostech) se setkávají?** Prosím vypište:

**Je toto setkávání:**  pravidelné       nepravidelné

**35. Zprostředkováváte vy sami setkávání klientů s ostatními lidmi?**

ano - (přejděte, prosím, na další otázku)       ne

**Jakou formou zprostředkováváte tato setkání?**

- účastníme se soutěží společně s jezdci bez handicapu nebo je pořádáme
- účastníme se soutěží s jinými jezdci se specifickými potřebami nebo je pořádáme
- účastníme se integračních táborů nebo je pořádáme
- pořádáme vystoupení pro širší veřejnost
- pořádáme vystoupení pro blízké lidi klientů
- účastníme se jiných akcí spojených s koňmi - Jakých?

**Máte zájem o zaslání výsledků tohoto výzkumu e-mailem?**

ne       ano

*Děkuji za Váš čas a ochotu, nyní, prosím, zašlete vyplněný dotazník na můj e-mail:*

*[liskall@seznam.cz](mailto:liskall@seznam.cz)*

*nebo na adresu:*

*Michaela Doležalová  
Svatá Trojice 522  
Trhové Sviny  
374 01*

*Přeji mnoho úspěchů a radosti při Vaší terapeutické práci.*

Zdroj: Vlastní výzkum

## Příloha 2

<b>Indikace a kontraindikace hiporehabilitace</b>	
Všechny uvedené indikace a kontraindikace nejsou absolutní. Vždy záleží na daném klientovi, konzultaci mezi lékařem a fyzioterapeutem, na zkušenosti fyzioterapeuta a také na tom, co chceme terapií dosáhnout.	
INDIKACE	KONTRAINDIKACE
<b>NEUROLOGIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dětská mozková obrna</li> <li>• Roztroušená skleróza mozkomíšní</li> <li>• Centrální mozkové příhody</li> <li>• Lumbágo</li> <li>• Spina bifida</li> <li>• Poliomyelitis</li> <li>• Epilepsie</li> <li>• Svalové dystrofie</li> <li>• Mozkové a míšní trauma (3-6 měsíců po úraze bez dlahové osteosyntézy)</li> <li>• Posttraumatická a degenerativní nervová onemocnění ve stabilizovaném stavu</li> <li>• Torticolis spastica</li> <li>• Senzomotorická postižení</li> <li>• ADHD syndrom</li> <li>• Vertebrogenní syndrom bez radikulární symptomatologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neovlivitelná spasticita a hypotonie</li> <li>• Záchvatovitá onemocnění těžkých forem</li> <li>• Hydrocephalus</li> <li>• Hernia meziobratlových disků</li> <li>• Roztroušená skleróza v akutní fázi</li> <li>• Porucha citlivosti v sedací oblasti</li> <li>• Progredující muskulární postižení</li> <li>• Spina bifida nad L3</li> <li>• Voperované kovové dlahy a hřebové synostosis a nekompletní kostní pokrývka hlavy</li> <li>• Akutní vertebrogenní algický syndrom</li> <li>• Kořenový syndrom</li> <li>• Nedostatečně kompenzovaná epilepsie</li> </ul>
<b>ORTOPEDIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skoliózy do 25°-30° dle Cobba</li> <li>• Vadné držení těla</li> <li>• Hyperkyfózy, kyfoskoliózy, hyperlordózy</li> <li>• Degenerativní změny páteře se statickými obtížemi</li> <li>• Svalové dysbalance</li> <li>• Amputace končetin</li> <li>• Chybný vývoj končetin</li> <li>• Následky úrazů končetin a páteře</li> <li>• Polyarthrititis reumatica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skoliózy nad 30° dle Cobba</li> <li>• Fixované hyperkyfózy, hyperlordózy, kyfoskoliózy</li> <li>• Spondylolistéza a spondylolýza nad 1,5 cm posunu těla obratle</li> <li>• Stav po operaci páteře</li> <li>• Těžké formy systémových onemocnění v akutním stadiu (m. Bechtěrev, Juvenilní revmatoidní arthritida)</li> <li>• Klinicky aktivní artritidy</li> <li>• Aseptické kloubní nekrózy v akutním stadiu (m. Perthes, m. Sheurmann)</li> <li>• Luxace kyčelních kloubů vyšších stupňů</li> <li>• Patologické změny dolních končetin bránící sedu</li> <li>• Zvýšená lomivost kostí (osteoporóza, Osteogenesis imperfecta)</li> <li>• Atlantooccipitální instabilita (častá u m. Down)</li> <li>• Pátevní synostózy (pokud je srůst rozsáhlý a brání přízpůsobení pohybu)</li> </ul>

INDIKACE	KONTRAINDIKACE
<b>INTERNÍ LÉKÁŘSTVÍ</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kardiovaskulární onemocnění</li> <li>• Asthma bronchiale</li> <li>• Cystická fibróza</li> <li>• Obezita</li> <li>• Funkční sterilita</li> <li>• Poruchy menstruačního cyklu</li> <li>• Diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekompenzace jednotlivých systémů, orgánů</li> <li>• Závažná onemocnění kardiovaskulárního systému (dysrytmie, karditidy, hypertenze III.s IV. stupně, aneurysma, riziko embolie)</li> <li>• Poruchy krvácivosti a srážlivosti</li> <li>• Respirační a srdeční insuficience</li> <li>• Nestabilní angina pectoris</li> </ul>
<b>CHIRURGIE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pooperační stavy v období hojení</li> </ul>
<b>OFTALMOLOGIE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hrozící odchlípení sítnice</li> <li>• Těžká myopie</li> </ul>
<b>DERMATOLOGIE</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kožní zánětlivé změny</li> <li>• Trofické změny nad varixy</li> </ul>
<b>VŠEOBECNÉ KONTRAINDIKACE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Život ohrožující stavy</li> <li>• Horečnatá onemocnění</li> <li>• Nádorová onemocnění</li> <li>• Terminální stadia progredujících onemocnění</li> <li>• Záněty v akutní fázi</li> <li>• Zhoršení základní diagnózy během terapie</li> <li>• Nesouhlas s léčbou</li> <li>• Nepřekonatelný strach z koně</li> <li>• Nezhojené dekubity</li> <li>• Alergie na srst koně</li> </ul>	
<b>PSYCHIATRIE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autismus</li> <li>• Poruchy chování</li> <li>• Neurózy</li> <li>• Psychózy (schizofrenie, maniodeprese)</li> <li>• Organická poškození mozku (neurologicko-psychiatrická onemocnění)</li> <li>• Návyky a závislosti</li> <li>• Sexuální deviace</li> <li>• Poruchy osobnosti</li> <li>• Psychopatie</li> <li>• Mentální anorexie</li> <li>• ADHD syndrom</li> <li>• Hyperkinetický syndrom</li> <li>• Disharmonický vývoj osobnosti</li> <li>• Psychická deprivace</li> <li>• Mentální retardace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dekompenzované psychózy a neurózy</li> <li>• Sklony klienta k sebepoškození</li> <li>• Farmakoterapie výrazně tlumící pacienta</li> </ul>

Zdroj: 16



Příloha 3 – Obrazová příloha

Zdroj: Vlastní výzkum



← Pro seznámení s koněm a pro děti na vozíku je ideální pony.

Dobře vycvičený kuň může dětem zpestřit vyučování přímo ve třídě. →





Pro děti je vyjížďka bryčkou do přírody velkým zážitkem. Mohou se jí účastnit i děti, pro které je jízda na koni kontraindikací.



Koně lze zapojit téměř do kterékoliv činnosti nebo akce, záleží jen na fantazii terapeuta. Zde nahrazuje kůň Třem králům velblouda. ☺



Náplní lekcí léčebně pedagogicko-psychologického ježdění je i péče o koně.



Při čištění kopyt je již potřeba větší odvaha a zručnost klienta.

Koně mohou být námětem při arteterapii, modelování, fotografování a další zájmové činnosti.



Obrázek s námětem hiporehabilitace nakreslila desetiletá dívka se sluchovým postižením.



Obrázek jako dárek pro hříbě nakreslil dvacetiletý hoch s mentálním postižením.