

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra primární a preprimární pedagogiky

Bakalářská práce

Lenka Černá

Učitelství pro mateřské školy

Hiporehabilitace u dětí předškolního věku a žáků mladšího školního
věku se SVP

Olomouc 2019

vedoucí práce: prof. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 1. 5. 2020

Lenka Černá

Děkuji prof. PaedDr. Milanu Valentovi, Ph.D., za odborné vedení bakalářské práce a poskytování rad.

Dále děkuji všem, kteří se zúčastnili výzkumu, a paní Lence Obořilové za poskytnutí svých praktických poznatků z oblasti hiporehabilitace.

Obsah

1	Teoretické poznatky.....	8
1.1	Animoterapie.....	8
1.1.1	Charakteristika a terminologie animoterapie.....	8
1.1.2	Rozdělení animoterapie podle metody.....	9
1.1.3	Rozdělení animoterapie podle druhu zvířete.....	10
1.2	Hiporehabilitace.....	13
1.2.1	Charakteristika a vymezení pojmů.....	14
1.2.2	Klasifikace hiporehabilitace.....	15
1.2.2.1	Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE).....	15
1.2.2.2	Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP).....	20
1.2.2.3	Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HPP).....	22
1.2.2.4	Parajezdectví.....	23
1.2.3	Hiporehabilitační středisko.....	24
1.2.3.1	Účastníci hiporehabilitace.....	24
1.2.4	Hiporehabilitační kůň.....	25
1.2.4.1	Výběr vhodného koně pro hiporehabilitaci.....	26
1.2.4.2	Příprava koně pro hiporehabilitaci.....	27
1.3	Dítě se SVP.....	28
1.3.1	Vymezení a základní charakteristika pojmu PAS.....	28
1.3.2	Klasifikace PAS.....	29
1.3.2.1	Klasifikace dle MKN-10.....	30
1.3.2.2	Klasifikace dle DSM-5 a ICD-11.....	32
1.3.3	Dítě předškolního a ml. školního věku s PAS.....	33
1.3.4	Autismus v Hiporehabilitaci.....	34
2	Metodika práce.....	35
2.1	Výzkumné otázky.....	35

2.2	Formulované hypotézy	35
2.3	Použité metody	35
2.4	Popis zkoumaného vzorku a průběh výzkumu.....	36
3	Výsledky	37
3.1	Vyhodnocení hypotéz	49

Úvod

Bakalářská práce se zabývá jednou z nejrozšířenějších forem animoterapie, a to hiporehabilitací. Jedná se o léčivé působení koně na člověka a nejdůležitější složkou je zde jejich vzájemná interakce, kontakt a působení. I přesto, že léčebné účinky hiporehabilitace jsou nezpochybnitelné, stále se řadí k alternativním metodám a spousta odborníků ji nedoporučuje, či dokonce zavrhuje. Na druhou stranu se tu najdou i tací, kteří její účinky přeceňují. Z těchto důvodů bych se tomuto tématu chtěla věnovat hlouběji a představit jej jak široké veřejnosti, tak i rodičům, či učitelům, kteří zvažují návštěvu hiporehabilitačního střediska.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě několika důvodů. Jedním z nich je kůň jako takový. Jejich kouzlu, osobnosti, vznešenosti a citlivosti jsem propadla již jako dítě. Momentálně mám v pronájmu klisnu, se kterou se věnuji zejména tzv. přirozené komunikaci, která se často uplatňuje i v přípravě koně a jeho následné práci při hiporehabilitaci. Tato metoda výcviku se snaží napodobovat přirozené chování a komunikaci koní mezi sebou ve stádě.

Dalším důvodem, který bych zde uvedla je můj kladný vztah k dětem, zejména těm předškolního a mladšího školního věku. Proto jsem se mimo jiné rozhodla pro studijní program učitelství pro mateřské školy. V rámci mého studia jsem měla možnost se setkat s několika dětmi s poruchou autistického spektra (dále jen PAS), které byly integrované v běžné mateřské škole. To mě podnítilo k hlubšímu probádání této poruchy. Myslím si, že děti s touto poruchou se v mateřských školách, kam ve svém profesním životě směřuji, vyskytuje spousta, je jich čím dál více a učitelky v běžných MŠ se s ní setkávají častěji, než s ostatními poruchami a postižením.

Při konzultaci zdravotního stavu a způsobů léčby jednoho z dětí, s nimiž jsem se setkala v rámci praxe, mi bylo jeho asistentkou řečeno, že mimo jiné dochází i na hiporehabilitaci, která mu v mnohých směrech pomáhá. Právě tento rozhovor byl jedním z hlavních podnětů mého zájmu o danou problematiku. Přihlásila jsem se jakožto dobrovolník ke sdružení Piafa ve Vyškově, kde hiporehabilitaci provozují a velkou částí jejich klientely jsou právě děti s PAS. Zde jsem působila jako asistent při hiporehabilitacích a asistent na letním příměstském táboře, kde jsem měla možnost být s těmito dětmi v přímém kontaktu a interakci.

Všechny výše zmíněné faktory, vztah ke koním, k dětem a zájem o PAS se v předmětu Hiporehabilitace krásně zrcadí a vytváří tím ideální téma, kterým se chci zabývat. Osobním cílem, kterého pomocí této práce zamýšlím dosáhnout, je další prohloubení znalostí z tématu hiporehabilitace a problematiky PAS. Chtěla bych nahlédnout hlouběji do těchto oblastí a pomocí výzkumu a studia z různých zdrojů si o tomto tématu vytvořit ucelený obraz, který dále mohu demonstrovat nejen zájemcům o hiporehabilitaci, ale i široké veřejnosti.

Hlavním cílem této bakalářské práce je definovat a charakterizovat disciplínu hiporehabilitace a předložit pohled rodičů a učitelů dětí s PAS na její účinky a dopad na běžný život. Dílčími cíly je definovat a charakterizovat pojem animoterapie, pojem hiporehabilitace, její odvětví, účinky a prostředky k realizaci. Vymezit pojem dítě se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen SVP) a dítě předškolního a mladšího školního věku s PAS.

1 Teoretické poznatky

1.1 Animoterapie

Animoterapie se v naší zemi začala utvářet po roce 1989. Díky špatné dostupnosti odborné literatury, nedostatku výzkumů a nejasné terminologii, které tuto disciplínu oslabují, je její vývoj velice pozvolný. (Mojžíšová 2003)

1.1.1 Charakteristika a terminologie animoterapie

Klech (in Müller 2014) uvádí, že v souvislosti se současnou roztržitostí terminologie i díky neexistujícímu českému ekvivalentu k mezinárodně používaným názvům, se v odborné literatuře můžeme setkat s různým pojmenováním animoterapie. Jedná se zejména o názvy animalterapie, zooterapie nebo zoorehabilitace. Někteří autoři vychází z anglosaské terminologie „lечение посредством домашних мазлиček“ což je velice široký pojem. Pod termínem domácí mazlíček si můžeme představit téměř každé zvíře, od kočky, koně, až po hmyzožravce nebo obojživelníky. Záleží na subjektivním pohledu a postoji k danému tvor. Nastávají i takové spekulace, že domácím mazlíčkem se může stát pokojová rostlina pro svého pěstitele. Tato různorodá označení plynou z nejednotnosti a nepřesnosti překladů cizojazyčných názvů a z širokého úhlu, jak na tuto problematiku lze nahlížet. Ze stejného důvodu je obtížné nalézt jednotnou definici tohoto odvětví.

Klech (in Müller 2014, s. 450) se odkazuje například na definici Tvrdé: „Zooterapie je obor speciálního vedení zvířete k pozitivnímu působení na bio-psycho-sociálně-spirituální složky člověka, odborně vedená plně zapadá do ucelené rehabilitace jako součást sociálních služeb, součást vzdělávacího procesu nebo krizové intervence.“

Naopak Freeman (in Velemínský 2007, s. 31) prezentuje definici Mojžíšové: „Zooterapie je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpora zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.“

Jak můžeme z odborné literatury vyčíst, animoterapii lze definovat mnoha způsoby. Dle Jiskrové et. al (2010, s. 10) se jedná o „léčbu pomocí zvířat a zahrnuje péči o ně,

dotýkání, hlazení, kontakt s nimi, komunikaci přes zvíře. Využívá interakce člověka a zvířete k této činnosti speciálně vycvičeného.“

1.1.2 Rozdělení animoterapie podle metody

Jedním z několika dělení animoterapie, dle kterých ji lze dle Freemanové (in Velemínský 2007) lépe pochopit a definovat, je rozdělení podle metody, která je k terapii užita.

➤ Animal Assisted Activities (AAA)

Český ekvivalent anglického názvu by se dal vyjádřit jako činnosti za účasti zvířete. Jedná se tedy o realizaci běžných, nebo speciálně připravených aktivit za přítomnosti zvířete, přičemž ono je buďto pasivní, kdy má pozitivní účinky, byť jen jeho přítomnost, nebo je aktivně zapojeno a klienti se o něj starají, hladí jej, hrají si s ním apod. Nejčastěji se jedná o skupinovou metodu, využívanou v zařízení sociálních služeb, školských zařízení a méně často ve zdravotnických zařízení. Tato metoda animoterapie může mít buďto rezidenční charakter, kdy je zvíře stále přítomné v ústavu, nebo návštěvní charakter, při kterém je zvíře přítomno pouze po určitou dobu. Za hlavní cíl se považuje zvýšení aktivity člověka vlivem interakce se zvířetem. (Freeman in Velemínský 2007, Jiskrová et al. 2010)

➤ Animal Assisted Therapy (AAT)

Freeman (in Velemínský 2007, s. 33) uvádí českou definici této metody jako „cílený kontakt člověka a zvířete, zaměřený na zlepšení psychického nebo fyzického stavu klienta/pacienta.“ Typickým znakem této metody jsou aktivity indikované lékařem a vedené odbornými profesionály v dané oblasti, jedná se tedy o spolupráci animoterapeuta s příslušným odborníkem, nebo o práci animoterapeuta-profesionála. Cíle jsou při této metodě stanovovány odborným lékařem a mají individuální charakter. Animoterapie zde slouží jako podpůrný prostředek ucelené rehabilitace klienta. V oblasti hiporehabilitace se s ní setkáváme při hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (dále jen HTFE), kde kůň simuluje chůzi člověka, který na něm sedí. (Jiskrová et al. 2010)

➤ Animal Assisted Education (AAE)

Název této metody lze volně přeložit jako vzdělávání za pomoci zvířat. Animoterapeut při ní spolupracuje s pedagogem, pedagogickým personálem, vedoucím

zájmových kroužků, psychologem, nebo rodičem, přičemž cíle stanovuje pedagog, či daný odborník. Obecným cílem AAE je využití zvířete, většinou hravou formou, jako motivačního prostředku a k osobnímu rozvoji, ke zvýšení chuti do práce, či zvýšení sebevědomí. Cílovou skupinou jsou zde zejména osoby se specifickými poruchami učení, chování, nebo komunikace. Dále se tato metoda dá využít i při výuce v běžných školách, kde se zvíře používá například k probírání tématu pomoci jedincům s postižením, k budování zodpovědnosti, biologii, vztahu člověka a zvířete apod. (Klech in Müller 2014, Freeman in Velemínský 2007)

➤ **Animal Assisted Crisis Response (AACR)**

Neboli krizová intervence za pomoci zvířat, jejímž hlavním cílem je pomoc klientům, zejména odbouráváním stresu a zlepšením psychického i fyzického stavu, při nenadálých a nestandardních situacích. Klientela se skládá z lidí, kteří prožili nějakou krizovou situaci, nejčastěji se jedná o katastrofy, násilí, evakuace mimo domov, často se ale mezi nimi objevují i pracovníci záchranných týmů a dobrovolníci pomáhající s odstraněním škod. Díky náročnosti AACR by měl animoterapeut disponovat výbornou znalostí z oblasti psychologie, integrovaného systému, a mít za sebou dostatečnou praxi. On i jeho zvíře by mělo být velmi odolné vůči stresu, a schopné pracovat za složitých podmínek. (Freeman in Velemínský 2007)

1.1.3 Rozdělení animoterapie podle druhu zvířete

Dalším významným dělením, který Freemanová (in Velemínský 2007) uvádí, je rozdělení podle druhu zvířete, které je k terapii využíváno. Animoterapii lze chápat v širším slova smyslu jako léčebnou terapii pomocí většiny druhů zvířat, avšak některé druhy jsou pro své specifické vlastnosti vhodnější, a proto jsou využívány častěji než jiné. Následující typy animoterapie se vyskytují nejobvykleji:

➤ **Canisterapie**

Jedná se o animoterapii, ke které je využíván pes, čemuž napovídá už latinské slovo canis obsažené v názvu. Klech (in Müller 2014, s. 456) uvádí definici od Valenty: „Canisterapie je nová forma psychoterapie, při níž dochází k působení psa na člověka. Je důležitá pro rozvoj neverbální komunikace, zlepšuje možnost empatie, odbourává strach, agresivitu, rozvíjí jemnou i hrubou motoriku, koordinaci pohybu. Využívá se u dětí se

smyslovým, tělesným i mentálním postižením, u dětí s epilepsií a dětí s psychickými problémy.“

V širším slova smyslu lze považovat za Canisterapii i případ, kdy rodina chová psa, který se stává jejím členem a zároveň působí terapeuticky. Častější je však pojetí canisterapie v užším smyslu, a to takové, kdy se pes využívá k podpůrné alternativní terapii. Často zde může představovat prostředníka při komunikaci s terapeutem, kde působí zejména jako motivační činitel, usměrňuje nežádoucí projevy, stimuluje, probouzí zájem, aktivitu a zároveň navozuje relaxaci. (Klech in Müller 2014)

Aktivity při canisterapii mohou být zaměřeny na celou škálu cílů. Některým z nich může být rozvoj citových schopností prostřednictvím hlazení, mazlení, komunikace se psem, dále rozvoj rozumových schopností, k čemuž slouží cílená hra, rozšiřování slovní zásoby, patří sem ale také rozvoj pohybových schopností, jemné i hrubé motoriky, házení míčků či relaxace, a její vliv na psychiku a duševní rovnováhu. (Typy canisterapie 2009)

Pro účely Canisterapie je důležitý mimo jiné výběr vhodného psa. Existují rasy, které se svou povahou pro canisterapii nejsou vhodné, a které jsou naopak doporučovány a hojně využívány. Jedná se například o labradorského a zlatého retrívra, německého krátkosrstého ohaře, kokršpaněly, west highland white teriéra, kolie, nebo bigla. Stále však platí, že vhodnost plemene můžeme pouze předpokládat, pro canisterapii je nutné hledat vhodné jedince, nelze se spoléhat pouze na příslušnost k plemeni. K tomu, aby pes složil zkoušky canisterapeutického týmu, musí mít správnou socializaci, výchovu a přípravu k tomu určenou. (Eisertová in Velemínský 2007)

➤ **Felinoterapie**

„Felinoterapie využívá pozitivní interakce mezi člověkem a kočkou k léčbě nebo podpoře zdraví člověka.“ (Hypšová in Velemínský 2007, s. 263) V České republice se těmito terapiemi zabývá spolek nesoucí název Nezávislý chovatelský klub (NCHK), jehož zakladatelka, paní Daniela Hypšová, je zároveň průkopnicí tohoto oboru v našem státě. Ostatní chovatelé na území české republiky působí neorganizovaně. (Klech in Müller 2014)

Felinoterapie se provádí nejčastěji formou návštěvní služby, kdy tým dochází do cílového zařízení, zpříjemňuje tím pobyt klientů a vytváří prostor pro interakci a nové prožitky z ní plynoucí. Návštěvní služba může být realizována několika způsoby, nejčastěji

se setkáváme s tím, že si klient kočku položí na klín, nebo pevnou podložku, hladí si ji, mazlí se a může si i povídat. Zároveň může probíhat i komunikace mezi klientem a chovatelem, nebo lze využít doprovodného programu. Pokud jsou zajištěny správné podmínky, může jít klient s kočkou na procházku v zahradě. Další možností jsou loutkové pohádky s živými zvířaty, což je praktikováno nejčastěji u dětských klientů. (Hypšová in Velemínský 2007)

Cíle felinoterapie jsou rozmanité, mezi základní však můžeme zařadit zmírnění osamělosti, vylepšení komunikace, podpora důvěry a sebedůvěry, ale i snížení nutnosti medikace a analgetik, posílení kognitivních funkcí, nebo zlepšení kvality života, vylepšení životních a fyzických funkcí, snížení stresu a úzkosti, a v neposlední řadě motivace klienta. (Klech in Müller 2014, s. 492)

Felinoterapeutická kočka by měla mít mírnou, vyrovnanou a přítulnou povahu, být dobře socializovaná a zvyklá na kontakt s cizími lidmi i v cizím prostředí. Preferují se vykastrování samci, kteří jsou zvyklí na postroj a mají k dispozici kontrolovaný výběh kvůli zdravotním obtížím. Podmínkou je složení felinoterapeutické zkoušky a naprosté zdraví jedince. (Felinoterapie 2020, Klech in Müller 2014)

➤ **Delfinoterapie**

Delfinoterapie ovlivňuje osoby se zdravotním, sociálním nebo výukovým znevýhodněním prostřednictvím vzájemného kontaktu s delfíny. (Co je delfinoterapie 2020) Tato terapie je v České republice momentálně nedostupná, zejména kvůli exotickému původu delfínů, avšak čeští klienti mají možnost za ní vycestovat do zahraničí, například do Rakouska, Chorvatska, Turecka, Egypta, Bali, nebo na Kanárské ostrovy.

➤ **Animoterapie pomocí dalších zvířecích druhů**

Dalšími odvětvími podle druhu užitého zvířete, které mají svůj speciální název jsou lamaterapie, kde se při terapiích pracuje s lamou, insektoterapie, která využívá hmyzu a ornitoterapie, jež používá k interakci ptactvo. Jak už bylo výše zmíněno, druhů zvířat, které se k animoterapii využívají je spousta, avšak většinou se tato odvětví nazývají opisem, například terapie akvarijními rybičkami. Nejčastěji se setkáváme se skupinami malých domácích zvířat, hospodářských zvířat, volně žijících zvířat, nebo exotických zvířat. (Freeman in Velemínský 2007)

1.2 Hiporehabilitace

Kůň je společníkem člověka již od dob domestikace, vyvíjet se začal asi před 55 miliony let z tehdejších mnohonásobně menších živočichů. První důkazy o spolupráci koně s člověkem jsou patrné již z jeskynních maleb pocházejících asi z roku 3000 před našim letopočtem. Za další doklady lze považovat i různé archeologické nálezy, jako například společné pohřbívání lidí s koňmi. Napříč historií lidstva se kůň stal pro člověka jedním z nejdůležitějších zvířat. Doprovázel jej v nejedné válečné vřavě, umíral po jeho boku na bitevních polích, zoral nesčetné množství půdy, tahal vozy, ať už s těžkým nákladem či kočáry s lidmi. Velice dlouhou dobu byl nejrychlejším a nejsilnějším zvířetem, jaké člověk dokázal domestikovat, tudíž není divu, že dlouhá léta zastával funkci nejvýznamnějšího dopravního prostředku a spousta kultur jej považovala za posvátného. (Klech in Müller 2014, Vízdalová in Velemínský 2007)

Jednoznačně uvést datum, kdy se koně začaly využívat k pomoci lidem s postižením nelze, avšak je doloženo, že první zmínky o pozitivním vlivu jízdy na koni byly nalezeny již v 5. stol. n. l. ve spisech starořeckého lékaře Hippokrata z Kósu. Holý (2005) uvádí, že jedna z prvních historických zmínek o hiporehabilitaci úzce souvisí s územím Slovenska, kde vědomé působení hipoterapie využíval už M. Aurelius podle doporučení Galena. O léčebných účincích jízdy na koni se v obecné rovině začalo proslýchat již od renesance, kdy se mluvilo o gymnastice na koni, která napomáhá nejen ke správnému držení těla, ale i k udržení a znovuzískání zdraví.

Dalšími osobnostmi, prosazujícími léčebnou jízdu na koni, byli i Geraed van Swieten, osobní lékař Marie Terezie, profesor Samuel T. Quellmaz, který se snažil o sestavení přístroje nahrazujícího pohyb koně, nebo později i T. G. Masaryk, který na otázku, proč tak rád jezdí na koni odpověděl: „Protože to je nejrychlejší tělocvik, to se cvičí najednou celé tělo, ruce, nohy, plíce – jen to zkuste!“ (Jiskrová et al. 2007, s. 14)

Počátkem 20. století byl kůň poprvé použit k rehabilitaci Norskou fyzioterapeutkou Elisabet Bodtkerovou, čímž se Norsko začalo označovat za zemi vzniku hiporehabilitace. První hiporehabilitační středisko založila dánská fyzioterapeutka Ulla Harpothová spolu s dánskou drezurní jezdkyňou ochrnutou od kolen dolů, Liz Hartelovou, která se roku 1952 umístila na 2. místě Olympijských her v Helsinkách v Grand Prix drezuře. (Klech in Müller 2014)

Roku 1985 byla v Miláně založená mezinárodní organizace s tehdejším názvem Riding for the Disabled International (RDI), která byla hned o tři roky později přejmenována na The Federation of Riding for the Disabled International (FRDI). Dnes tato organizace, která čítá členy z více než 45 zemí světa nese název Horses in Education and Therapy International (dále jen HETI) Jejím posláním je usnadnit celosvětovou spolupráci mezi organizacemi a jedinci, kteří se účastní na vědecké a vzdělávací činnosti v oblasti hiporehabilitace. (Klech in Müller 2014, Heti federation 2020)

V České republice zajišťuje organizaci hiporehabilitace Česká hiporehabilitační společnost (dále jen ČHS) s mezinárodním názvem The Czech Equine Facilitated Therapy Association (CEFTA) založená v roce 1991, tehdy ještě jako Československá. (Jiskrová et al. 2010) Cílem ČHS je: „uznání hiporehabilitace jako léčebné a pedagogické metody a metody nacházející uplatnění v sociální oblasti. Důležitým úkolem je také podpora odborné a bezpečné hiporehabilitační praxe.“ (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

1.2.1 Charakteristika a vymezení pojmů

Termín hiporehabilitace je nadřazeným pojmem pro všechny aktivity, kde se kůň využívá pro léčebné účely fyzické, psychické, nebo sociální stránky osobnosti. Jeho definice je poměrně obtížná, a to z toho důvodu, že odborníci, ač studií již byla provedena spousta, stále nedokáží postihnout celé spektrum jejích účinků. Kůň člověka ovlivňuje po všech jeho stránkách a v současné době stále nemáme vysvětlení pro vše, co se v lidském těle děje po psychické ani po fyzické stránce. (Vízdalová in Velemínský 2007)

Česká hiporehabilitační společnost (2020) definuje hiporehabilitaci jako „zastřešující a nadřazený název pro všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami.“

Na členské schůzi 9. 11. 2019 přijala ČHS s platností k 1. lednu novou aktualizaci názvosloví v oblasti hiporehabilitace. Jako odůvodnění uvádí fakt, že předchozí terminologie nedosahovala adekvátní profesionality a odbornosti. Vzhledem k tomu, že ČHS usiluje o uznání hiporehabilitace jako léčebné metody, může i tento krok pomoci k pohledu veřejnosti na tyto disciplíny méně laicky a usnadnit prokázání její účinnosti. Tímto krokem chtějí dát najevo, že hiporehabilitaci nemůže provádět každý, kdo vlastní koně, ale je k tomu třeba i příslušných odborníků a koní se speciálním výcvikem.

ČHS na svých stránkách tvrdí: „je totiž moc důležité, aby v názvu zazněla profese odborníka, protože pohyb koňského hřbetu nebo prostředí koně se stává velmi účinnou rehabilitační a výukovou pomůckou/nástrojem pouze v rukách odborníka. Voda, balón, atd. jsou také skvělá rehabilitační média, ale jejich účinky jsou teprve při správném, odborném a vědomém využití.“ (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

1.2.2 Klasifikace hiporehabilitace

Klasifikace v hiporehabilitaci se v průběhu uplynulých pár desítek let často měnila, což má za důsledek nejednotnost v literárních zdrojích. Nejaktuálnější informace lze nalézt na oficiálním webu České hiporehabilitační společnosti (2020). Terminologie prošla vývojem, avšak podstata rozdělení hiporehabilitace zůstává téměř stejná.

ČHS uvádí pojmy, které se v hipoterapii v současné době nepoužívají, mezi nimiž jsou i zastaralé názvy oborů hiporehabilitace, jako léčebně pedagogicko-psychologické ježdění (LPPJ) nebo sportovní ježdění handicapovaných. První ze zmiňovaných pojmů byl používán před rokem 2010 jako obor hipoterapie, jehož obsahem bylo využívání prostředí jezdecké stáje, kontaktu s koněm a vzájemné interakce k pomoci lidem se specifickými potřebami, což je dnes rozděleno do dvou samostatných oborů – hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (dále jen HPSP) a hipoterapie v psychologii a psychiatrii (dále jen HPP). Sportovní ježdění handicapovaných je zastaralý název pro parajezectví. V souvislosti s čerstvými změnami v názvosloví již existuje více pojmů, které pozbyly svého užití, viz následující kapitoly.

1.2.2.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE)

Dříve tato oblast nesla pouze zkrácený název, a to hipoterapie. Jedná se o nejrozšířenější oblast hiporehabilitace.

ČHS definuje HTFE odborněji a detailněji, uvádí, že je to „fyzioterapeutická metoda využívající jako léčebný prostředek speciálně připraveného koně v kroku, konkrétně pohyb jeho hřbetu. Tento pohyb je střídavý, rytmický a cyklicky se opakující. Nabízí multisenzorickou aferentní stimulaci, která přímo ovlivňuje motorické chování klienta aktivací všech řídicích úrovní CNS. Výsledkem je komplexní facilitace reparačních procesů jedince, a to jak na úrovni neurofyziologické, tak psychomotorické, a v neposlední řadě i na úrovni sociální. Nadstandardní variabilita využitých poloh, při respektování

posturálních schopností klienta, ovlivní jeho posturu, hrubou i jemnou motoriku a vegetativní funkce.“ (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

Zjednodušená definice, kterou uvádí Klech (in Müller, 2014, s. 462) říká, že „je to metoda fyzioterapie využívající přirozenou mechaniku pohybu koně v kroku a pohybových impulzů při něm vznikajících k programování motorického vzoru pohybu do CNS klienta, prostřednictvím balanční plochy, která je tvořena koňským hřbetem.“

➤ **Klientela HTFE**

Klientelou v tomto odvětví hiporehabilitace jsou lidé s poruchou pohybu, která byla způsobena postižením centra v mozku, kde pohyb vzniká, nebo byla zapříčiněna důsledkem vnějšího zásahu. Nedostatky vyvolané svalovým napětím, které není v mezích normálu díky nerovnoměrnému zatížení svalů a kloubů a nespoluprací v rámci pravo-levého, či předozadního propojení, jsou kompenzovány odchylkami držení těla a špatnou posturou tak, aby tělo i přes nepříznivý stav dosáhlo rovnováhy pohybu, který však v této situaci není fyziologický. (Jiskrová et al. 2010)

Klienti, kteří docházejí na HTFE musejí projít individuálním posouzením v rámci vstupního vyšetření fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem. Pokud je zajištěn terapeut – specialista na rannou péči, pak lze aplikovat HTFE již od věku 2 měsíců. HTFE nemůže proběhnout, pokud se u klienta objeví, nebo se později projeví nepřekonatelný strach z koně, alergie na koňskou srst a prostředí nebo jakékoli akutní zdravotní stavy a otevřené rány. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

➤ **Působení HTFE**

Hipoterapie se v první řadě zaměřuje na ovlivnění postury klienta. Účinky Hiporehabilitace lze dle Jiskrové et al. (2007, s. 82) rozdělit na přímé a nepřímé. Nepřímé faktory odpovídají psychickým účinkům na klienta, zatímco přímé se mohou dělit na fyziologické, do kterých spadá vliv na CNS a na biomechanické, které ovlivňují myoskeletální systém.

Kůň jde při pohybu v kroku tzv. trojdimenzionálním pohybem – pohyby nahoru, do stran i dopředu a dozadu jsou prováděny najednou. Tím je pro klienta vytvořena nestabilní podložka, na kterou, aby se udržel, musí adekvátně reagovat svými pohyby. Tímto působením, díky podobnosti stereotypů chůze člověka a koně, vzniká simulace lidské chůze,

kteřá stimuluje centrum pohybu v CNS, kde se tyto pohyby fixují. Orgány, které nepoužíváme zakřňují, proto je rehabilitace prostřednictvím koňského hřbetu pro osoby s poruchami chůze důležitá. HTFE lze použít i jako prevenci při degeneraci či přerušeni nervových drah řídících pohyb, a tím oddálit jejich negativní dopad na klienta. (Vízdalová in Velemínský 2007, Česká hiporehabilitační společnost 2020)

Pokud zohledníme fakt, že se doposud neobjevila žádná jiná rehabilitační pomůcka kromě koňského hřbetu, která by po dobu terapie stimulovala v CNS pohyb chůze člověka, a přihlédneme-li ke kladným účinkům zvířat a přírody na psychiku člověka, máme zde všestrannou a účinnou metodu rehabilitace, která většinou probíhá za nadšené spolupráce klienta. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

➤ **Polohy klienta při HTFE**

Aby HTFE byla účinná, musí fyzioterapeut nebo ergoterapeut zhodnotit jaký je stav klienta, a tomu přizpůsobit polohu, ve které bude terapie probíhat. Kdyby došlo k nadměrnému množství impulzů, které organismus musí zpracovat, může nastat přehlcení systému a ten v takové situaci vypne. Tento stav je také využitelný, například v případě těžkých elastiků, ale u většiny klientů je nežádoucí. Terapeut proto musí zvolit polohu klienta s ohledem na zralost jeho posturální motoriky, aby měl stabilní podpěrnou bázi pro pohyb, který bude zpracovávat a k zmíněnému přehlcení nedošlo. Může přitom využít různých pomůcek, jako například balóny, polštáře, opěrky apod. Terapeut při HTFE upozorňuje klienta na chyby držení těla, případně se snaží jinými způsoby upravit klientův sed tak, aby byl optimální. Při zlepšení, či zhoršení stavu klienta v průběhu HTFE může dojít ke změně polohy, ve které je vykonávána. (Vízdalová in Velemínský 2007, Jiskrová et al. 2010)

Při HTFE se využívá sedu rovnovážného, ne silového, jako je tomu u jezdeckví. Klient každým pohybem ztrácí a opět znovunalézá svou rovnováhu, čímž si tento proces fixuje. Čím je jezdec pružnější, tím umožňuje koni lepší nalézání rovnováhy a plynulejší jízdu. Zároveň platí, že jezdcova rovnováha souvisí s jeho polohou těžiště. Pokud je těžiště nízko, balancování je pro klienta jednodušší, a naopak. Proto se při terapii využívá několik poloh na koni v závislosti na možnostech klienta. (Jiskrová et al. 2010)

Nejprimitivnější poloha na koni využívaná k HTFE je poloha primárního vzpřímení. Klient leží na koňském hřbetě na břiše a je orientován proti směru jízdy. Leh může být buďto

s oporou na předloktí, nebo s horními končetinami svěřenými podél těla koně a hlavou vytočenou na stranu. Dolní končetiny jsou v obou případech volně svěřené. HTFE v této poloze je jediným případem, kdy klient nemusí používat bezpečnostní helmu, protože by působila patologické držení hlavy. Při praktikování polohy primárního vzpřímení je důležitý výběr koně, který by měl mít širší hřbet s plochou zádí, což zajistí stabilnější oporu. Tato poloha je nejhojněji využívána v HTFE při ranné péči, nebo u klientů, kteří dosahují pouze úrovně primárního vzpřímení. V některých příznivějších případech může být takto vykonávaná terapie podnětem ke vzpřimování. (Česká hiporehabilitační společnost 2020, Jiskrová et al. 2010)

Poloha, která v posloupnosti od nejstabilnější po nejméně stabilní následuje, je opačný sed. Klient sedí na hřbetu koně proti směru jízdy s oporou o dlaně, přičemž se při únavě klienta stále nabízí vrácení do polohy primárního vzpřímení. Terapeut musí dobře rozpoznat případné vyčerpání, které se může projevit a nabídnout prostor k odpočinku. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

Nejnáročnější, ale i nejčastěji využívanou polohou je samostatný sed. Klient sedí na koňském hřbetě obkročmo ve směru jízdy a drží se madel, overballu, má oporu o polštář, nebo je bez opory. Při HTFE se nevyužívá klasického jezdeckého sedu, nýbrž tzv. balančního sedu, kterého je dosaženo v ideálním případě. Klienti však většinou vlivem svého postižení balančního sedu nedosahují, a proto se mu snaží v rámci svých individuálních možností a s ohledem na míru jejich postižení alespoň co nejvíce přiblížit. Předpokladem praktikování této polohy je dostatečné vzpřímení a postačující zpevnění horní poloviny těla. Pokud klient tyto předpoklady nesplňuje, může se při terapii využít asistovaný sed. U tohoto typu sedu, jak již název napovídá, sedí na koni i terapeut, který podporuje klienta při udržení polohy stimulující pohyb. Terapeut sedí za klientem, čímž má možnost sledovat tonizaci či relaxaci svalových skupin a stav klienta. Pro koně je nejnáročnější polohou právě asistovaný sed, kdy dochází ke změně těžiště a nerovnoměrnému zatížení. (Česká hiporehabilitační společnost 2020, Jiskrová et al. 2010)

„Před a po hipoterapii se využívá relaxačních poloh, kdy dochází k uvolnění svalového napětí. Po sesednutí i sundání dítěte z koně je terapeutem nebo asistentem drženo v „klubíčku-vajíčku“. Tato poloha napomáhá ke správnému doznění impulzů z právě proběhlé terapie.“ (Velemínský in Müller 2014, s. 469)

➤ Průběh jednotky HTFE

V průběhu jednotky HTFE je důležité dbát na obecné způsoby práce, které terapii zkvalitňují a činí ji vhodnou rehabilitační metodou. Vízdalová (in Velemínský) uvádí obecné principy, které je nutno dodržet. Prvním z nich je nutnost zachování klidné atmosféry, a to za jakýchkoli okolností, což má na klienta zásadní psychický vliv. Pro účinnost HTFE je důležitá teplota, která musí být přiměřená, v opačném případě by nenastal požadovaný efekt terapie. Z tohoto důvodu mají ve většině hiporehabilitačních střediscích k dispozici venkovní i vnitřní jízdárnu. Dále je vhodné uvést i výše zmiňovanou volbu polohy klienta, a s tím související výběr koně a vhodných pomůcek, které jsou k terapii využity. Terapeut by měl s klientem komunikovat jasnými prostředky, hlasem, znakovým jazykem, dohodnutými signály apod. Zároveň musí hlídat, aby docházelo ke správnému přenosu pohybu na klienta, aby pohyb postupoval tělem, jak má, a nepřetržovaly zatížené svaly, špatné držení těla nebo prkenná záda. Neméně důležitým faktorem je přiměřená délka terapie, kterou by terapeut měl odhadnout dle stavu klienta. Není na místě, aby se délka odvíjela pouze od zaplacených minut.

Kvůli plynulému průběhu hiporehabilitace a prevenci úrazů, strachu či jiných nepříjemností s tím spojených, je nutné, dodržovat bezpečnostní pravidla. Jedním ze základních pilířů bezpečnosti při HTFE je kůň, který složil Specializační zkoušku pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace a tým specializovaných odborníků. Míra bezpečnosti se také odvíjí od vybavenosti konkrétního hiporehabilitačního střediska, bezbariérových přístupů, nástupní rampy, pomůcek a výbavy pro klienta i pro koně. V případě, že to situace dovoluje, by měl být klient naočkován proti tetanu a nosit jezdeckou certifikovanou přilbu, a bezpečnostní opasek. Další bezpečnostní doporučení se týkají samotného průběhu jednotky HTFE, a to například minimalizace rušivých podnětů, a to i přesto, že je na ně kůň soustavně připravován. (Česká hiporehabilitační společnost 2020, Vízdalová in Velemínský 2007)

Samotný průběh jednotky HTFE je zahájen příchodem klienta a jeho přivítáním s hiporehabilitačním týmem a se samotným koněm. Přivítání většinou probíhá pohlazením, nebo asistovaným pohlazením a krátkou promluvou. Fyzioterapeut nebo ergoterapeut zhodnotí aktuální stav klienta, podle toho určí, jak bude hiporehabilitace probíhat. Klient si nasadí bezpečnostní pomůcky – helmu, případně bezpečnostní pás a většinou za pomoci speciální rampy na koně nasedne nebo je na koně vysazen. Na stojícím koni a později

při kroku koně terapeut zkontroluje korektnost sedu a případně jej poupraví. Terapie probíhá v kroku, kdy je klient z obou stran jistěn za dolní končetiny terapeutem a asistentem. Koně vede vodič, a to buď u hlavy koně, nebo na dvou dlouhých lonžích zezadu. Je vhodné, aby vodič koně dobře znal kvůli lepší předvídatelnosti. Klient na koně nijak nepůsobí, nechává se jím vést a pouze se mu přizpůsobuje. Po skončení lekce klient sesedne, nebo je sundán z koně. Sejme si přilbu a rozloučí se s koněm i s hiporehabilitačním týmem. Po jeho odchodu terapeut udělá zápis do dokumentace. (Klech in Müller 2014)

1.2.2.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP)

Jedním z oborů hiporehabilitace je HPSP, dříve známá pod názvem aktivity s využitím koní (AVK). Dle České hiporehabilitační společnosti (2020) se jedná o „metodu speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a práce, využívající prostředí určeného pro chov koní a práci s nimi, kontaktu s koněm a interakce s ním jako prostředku k motivaci, aktivizaci, výchově a vzdělávání lidí se zdravotním postižením a specifickými potřebami.“

HPSP se snaží prostřednictvím působení prostředí stájí a výběhů pomáhat lidem se zdravotním znevýhodněním nebo specifickými potřebami. Při pohybu kolem koní je nutné dbát na dodržování pravidel, rozvíjí se zde sociální schopnosti a dovednosti nejen kontaktem se zvířaty, ale i spoluprací ve skupině. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

HPSP i HPP využívají dle Klecha (in Müller 2014) stimulaci čtyř základních oblastí. Tělesná stimulace využívá stejně jako HTFE trojdimenzionálního pohybu koňského hřbetu v kroku, což napomáhá rozvoji pohybových schopností a aktivity klienta. Velkou výhodou hiporehabilitace je nenucenost a přirozená motivace k pohybu. Za stěžejní v HPSP i v HPP se dá považovat psychická stimulace. Odborníci za pomoci koně rozvíjí vztahovou, emoční a kognitivní stránku klienta. Při sociální stimulaci využívá terapeut koně pro změnu chování klienta, které je nepřiměřené. V této oblasti hraje výraznou roli skupinová forma hiporehabilitace, kde se do ní jedinec učí socializovat, přičemž kůň je jeho významnou motivací. Poslední složkou stimulace je stimulace preventivní, která zasahuje do všech předchozích bodů. Je chápána tak, že klient má mnohem větší šanci zařadit se do běžného života za předpokladu, že se mu kůň stal zálibou.

➤ Klientela HPSP

HPSP, jak už z názvu vyplývá, se zabývá oblastí pedagogiky a sociální praxe a klientelou se tudíž stávají lidé, kteří trpí znevýhodněním v některé z těchto oblastí. Je tedy zřejmé, že rozmanitost klientely je značná a každé konkrétní znevýhodnění má svá specifika a vyžaduje jiný přístup. Mezi nejspecifičtější klientelu můžeme zařadit například osoby s mentálním smyslovým, nebo fyzickým znevýhodněním. Zde je nutné dbát na osobnější a individuálnější přístup. HPSP u těchto jedinců napomáhá začlenění do běžného života a působí na všechny oblasti osobnosti.

Mezi další cílové skupiny se řadí lidé s poruchami chování nebo učení, rizikové a znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých či senioři. Zde HPSP působí zejména na socializaci, žádoucí chování a lepší začlenění klienta do sociální sféry života. Není neobvyklé, že se setkáváme s klienty z běžné populace, i pro ty může mít HPSP zásadní význam v oblasti seberozvoje.

Mezi kontraindikace HPSP patří jakékoliv akutní stavy, zásadní ovlivnění člověka omamnými látkami či léky, organické poruchy vědomí, těžká a hluboká mentální retardace, nezvládnuté alergie na zvířecí alergeny, záněty v akutní fázi, nezhojené dekubity, nedostatečně kompenzovaná epilepsie, zjevná nezvládnutá agrese vůči zvířatům a lidem a nezvládnuté fobie. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

➤ **Působení HPSP**

Hlavním aktérem, kromě klienta, je v HPSP kůň. Jeho primárním posláním jsou zde silné motivační účinky na jedince. Hiporehabilitační tým stojí v pozadí a pouze usměrňuje a podněcuje správné chování a práci s koněm. Při HPSP jsou klienti vedeni k sebepoznání a hodnocení svých dovedností a schopností. Prostřednictvím péče o koně a plnění různých úkolů se klienti učí trpělivosti a spolupráci. Kontakt s koněm pro klienty představuje silný emotivní zážitek, který se využívá k pedagogickému působení. Značný vliv lze najít také v posilování pozornosti jedince, která je při práci s koněm nutností. (Jiskrová et al. 2010)

Mezi další aspekty působení HPSP můžeme zařadit ovlivnění chování klienta. K tomuto je nutný správný výběr koně ke konkrétnímu člověku. Díky sice neverbální, ale přímé komunikaci koně klient může reflektovat své nedostatky v chování a snažit se je upravovat, aby u byl u koně úspěšný. Neodmyslitelnou součástí HPSP je rozvoj kognitivních funkcí, ke kterému dochází díky nenásilnému opakování vědomostí, které

se týkají samotného koně a péče o něj, jezdeckého vybavení, vybavení ve stáji, na jízdárně, a v neposlední řadě díky využití her s koňmi. (Jiskrová et al. 2010)

➤ **Průběh jednotky a techniky využívané v HPSP**

Techniky využívané v HPSP můžeme rozdělit do několika hlavních kategorií. Jednou z nich je práce v prostorách stáje, kam můžeme řadit přímý fyzický kontakt s koněm, krmení koní, údržbu výstroje, úklid, výměnu podestýlky, čištění koně, sedláni a uzdění a v neposlední řadě i získávání informací o koních a jejich výstroji. Dále se využívá práce s koněm ze země, kam spadá vodění koně, plnění různých úkolů nebo hry, ve kterých je kůň zapojen. Práce ze země se dá využít jako seznámení klienta s koněm a k odbourávání jeho strachu. Po práci ze země následuje práce ze sedla, kde hraje nejdůležitější roli uvolnění klienta, získání rovnováhy a správného sedu v sedle, nebo na madlech. Nejprve se k tomu využívá jízda v kroku, jakmile si je klient jistější, lze přejít k plnění úkolů, jednoduchých cvikům a hraní her. Pokud klient zvládá práci ze sedla a chce se posunout dál, následuje využití techniky aktivního ježdění nebo cvičení voltiže. Do techniky aktivního ježdění zařazujeme pouze klienty, kteří neohroží bezpečnost lidí, ani koní. Klient se učí ovládat koně samostatně nejdříve v kroku, poté i v klusu a cvalu. Voltiž lze využívat u rozmanitější sorty klientů, ať už klienti s mentálním postižením, s ADHD, či lehkým tělesným handicapem. Nutností je zde dobře vycvičený kůň a trenér se zkušenostmi jak z voltiže, tak z gymnastiky. (Jiskrová et al. 2010)

HPSP může být realizována individuální nebo častěji využívanou skupinovou formou. Tým HPSP může během jednotlivých lekcí střídat činnosti tak, aby na klienta stále působila dostatečná motivace a předešlo se monotónnosti. Pokud je dostatek členů v týmu HPSP, může během jedné lekce probíhat paralelně více činností naráz. Skupina například pracuje ve stáji, zatímco se jednotlivci ze skupiny během lekce vystřídají při práci ze sedla.

1.2.2.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HPP)

Jedná se o jeden z oborů hiporehabilitace, dříve známý pod názvem psychoterapie pomocí koní. Klech (in Müller 2014, s. 471) ji definuje jako „metodu psychoterapie, která k terapii lidí se specifickými potřebami využívá širokou nabídku možností prostředí okolo koně (jezdecké stáje, kontakt s koněm, vzájemné interakce). Je to terapie prostřednictvím koně, kterou zabezpečuje odborně proškolený personál v čele s psychoterapeutem, psychologem, psychiatrem apod.“

Pro svou podobnost dříve spadala HPP a HPSP pod jednu disciplínu s názvem léčebně pedagogicko-psychologické ježdění. Dnes jsou tyto odvětví rozděleny, avšak stále si zachovávají některé společné znaky a navzájem se ve svém působení prolínají. Průběh jednotky i techniky HPP i HPSP jsou totožné, odlišují se zejména oblastí působnosti, klientelou, specializovanými odborníky a mají rozdílné cíle. I v těchto aspektech ale mohou být v některých případech vzájemně prolnuté. (Klech in Müller 2014)

➤ Klientela a působení HPP

Mezi klientelu HPP řadíme osoby s duševní poruchou, nebo onemocněním dle MKN-10, například osoby s organickým duševním onemocněním, poruchami řeči, osobnosti, příjmu potravy, se závislostmi apod. Během HPP by mělo dojít ke zmírnění projevů těchto poruch, nebo k jejich úplnému odstranění. Kůň se zde stává prostředníkem mezi klientem a terapeutem, a zároveň motivací k navázání jejich vzájemné spolupráce. Prostřednictvím koně klient s terapeutem navazuje vztah a buduje důvěru, která je základem pro další terapii. Pro toto působení je zásadní bezpečný průběh HPP, aby nedošlo k ohrožení důvěry. Výrazné působení HPP je vidět i v emocionální rovině, nejvýrazněji pozorovatelné je to u klientů s plochou emotivitou či se sklony k depresím. Klient při interakci s koněm často překonává různé strachy, což vede ke zvyšování jeho sebedůvěry a posilování vědomí o vlastní kompetentnosti. Díky tomu, že kůň vyžaduje neustálou pozornost a soustředěnost, často se u klienta ztrácí problémový příznak dané poruchy, jako například bolesti hlavy, koktavost, úzkosti apod. (Jiskrová et al. 2010)

1.2.2.4 Parajezdectví

Parajezdectví je obor hiporehabilitace, který se zaměřuje na pokročilé ježdění na koni pro osoby s handicapem. Dříve nesl název sportovní ježdění hendikepovaných. Česká hiporehabilitační společnost (2020) definuje parajezdectví takto: „Jezdec se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami se s ohledem na svoje postižení za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy učí aktivně jezdit na koni, voltážním cvikům nebo vede koně v zápřeži, eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží.“

Parajezdectví obsahuje několik disciplín, od soutěží anglického stylu jako je paradrezura, či paraparkur, přes paravoltiž a paravozatajství až k westernovému ježdění, nazývanému parawestern. Všechny tyto disciplíny mají základ stejný, jako v klasických

soutěžích svého typu, avšak jsou speciálně upravené tak, aby je mohli provozovat i jezdci s handicapem. Někteří jedinci se však i přes své postižení dokáží v jezdecktví dostat na takovou úroveň, kdy se účastní běžných soutěží bez upravených podmínek.

1.2.3 Hiporehabilitační středisko

Hiporehabilitační středisko může být součástí zdravotnického zařízení, psychiatrické léčebny, nebo, nejčastěji jako nezisková organizace či fyzická osoba, často působí samostatně. Střediska mohou být buď segregáčního charakteru, která jsou vysoce profesionální, avšak poměrně izolovaná, nebo integračního charakteru, kde se setkávají osoby s postižením se zdravými osobami. Mohou využívat vlastních koní, ale často se setkáváme i s koňmi pro tyto účely zapůjčenými. Financování hiporehabilitačního střediska se nazývá vícezdrojové, což už samo o sobě vypovídá o tom, že je čerpáno z několika různých zdrojů. Nejčastěji se jedná o vlastní zdroje, či zdroje z grantů a sponzorských darů. (Jiskrová et al. 2010, Klech in Müller 2014)

Pro fungování střediska je důležité přizpůsobené zázemí a bezpečnostní pomůcky pro účely hiporehabilitace. K základnímu vybavení patří ohrazená venkovní i vnitřní jízdárna, nástupní rampa, bezbariérový přístup, včetně sociálního zázemí, průjezdné komunikace až ke stáji, parkoviště, místnost s pokojovou teplotou, zázemí pro koně, potřebná výstroj pro koně, jako například madla, sedlo, deky, uzdění, pomůcky pro polohování apod. a v neposlední řadě bezpečnostní prvky pro klienta, jako je jezdecká helma, či bezpečnostní opasek. Důležitou součástí výbavy střediska je i dokumentace klienta, kterou zajišťuje terapeut nebo instruktor. (Klech in Müller 2014, Vízdalová in Velemínský 2007)

1.2.3.1 Účastníci hiporehabilitace

Účastníci hiporehabilitace se v každém odvětví trochu liší, obecně by se ovšem dalo říci, že ve všech disciplínách se skládají z hiporehabilitačního koně, hiporehabilitačního týmu a klientů. Klientele se věnuje již část předchozí kapitoly a hiporehabilitační kůň bude rozebírán v kapitole následující.

➤ **Hiporehabilitační tým**

Pro každou disciplínu hiporehabilitace je určený specializovaný tým lidí, kteří spolupracují a jsou spoluzodpovědní za kvalitní průběh hiporehabilitační jednotky, korektnost užitých prostředků, za vhodné zázemí a podmínky k plnění cílů hiporehabilitace.

Jednotliví členové týmu se liší podle požadavků oborů na odborníky. Cvičitel koní pro hiporehabilitaci (dále jen cvičitel), vodič koně (dále jen vodič) a asistent působí ve všech oborech. Cvičitel připravuje koně k účelům hiporehabilitace a v ideálním případě jej vede v průběhu jednotky. Vodičem je většinou cvičitel, nebo jiná proškolená osoba, která během jednotky vede koně. Asistent pomáhá terapeutovi instruktorovi, nebo cvičiteli v průběhu jednotky. Podmínkou je jeho proškolení v dané oblasti. Důležitou součástí hiporehabilitačního týmu je terapeut, nebo instruktor. Terapeut v oblasti HTFE musí mít vzdělání v oboru fyzioterapeut, nebo ergoterapeut a absolutorium jednoho ze specializačních či odborných kurzů. V HPP je terapeutem odborný garant, jímž se může stát buď psychiatr nebo klinický psycholog a vedoucí zdravotnický pracovník hiporehabilitace. Tím může být všeobecná či psychiatrická sestra bez odborného dohledu, nebo zdravotně sociální pracovník, který absolvoval specializační kurz. Instruktorem pro HPSP je osoba s pedagogickým minimem, kurzem asistenta pedagoga, nebo pracovníkem v sociálních službách a zároveň s kurzem léčebně pedagogicko-psychologického ježdění pod MUNI, nebo kurzem aktivit s využitím koní pod ČHS. Při parasportu je členem týmu i cvičitel jezdeckví pro parasport, který musí mít licenci cvičitel jezdeckví pod Českou jezdeckou federací (dále jen ČJF) se speciálním školením nebo kurzem a lonžér, který má splněnou lonžovací zkoušku pod ČJF nebo ČHS. Všichni členové týmu, kromě asistenta a cvičitele parasportu, musí být starší 18 let. (Česká hiporehabilitační společnost 2020)

1.2.4 Hiporehabilitační kůň

Kůň je člověku partnerem již po tisíce let. Využíval jeho sílu a rychlost, kterou oplývá, bez níž by lidstvo pravděpodobně nebylo na dnešní úrovni. S postupným nástupem čím dál vyspělejších technologií využitelnost a potřeba jeho schopností klesala. Po určité době, kdy bylo na koně nahlíženo už spíše jako na společníka pro rekreaci či ke sportu, člověk objevil skryté možnosti jeho využití, a to léčbu dětí a dospělých s mentálním či fyzickým postižením. (Hiporehabilitační kůň 2020)

1.2.4.1 Výběr vhodného koně pro hiporehabilitaci

Tvrzení, že se do hiporehabilitace zařazují koně vyřazení z běžného provozu, staří či nemocní, je mýtus. Kůň působící v hiporehabilitaci musí splňovat vysoké nároky jak na jeho zdraví, exteriérové vlastnosti, pohybové schopnosti, tak i na vhodný charakter. Všechny tyto vlastnosti se posuzují při vykonávání Specializačních zkoušek pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace, bez jejichž splnění kůň nemůže být pro hiporehabilitaci využíván.

Vhodného koně pro hiporehabilitaci není dobré vybírat pouze dle plemenné příslušnosti a také nelze striktně určit, která plemena jsou či nejsou přijatelná. Stejně jako každý člověk, ani každý kůň není stejný a oplývá individuálními vlastnostmi a jedinečnými povahovými rysy. Nejčastěji využívaná plemena, přihlédneme-li i k ekonomické stránce pořízení koně, jsou často jedna z nejrozšířenějších v dané zemi. U nás je to dle ČHS český teplokrevník, slovenský teplokrevník, anglický plnokrevník, starokladrubský kůň, hucul, hafling, merénský kůň, českomoravský belgik, norik, slezský norik, shetlandský pony, velšský pony, český sportovní pony, minihorse atd. Do hiporehabilitace nesmí být, dle Řádu na ochranu zvířat při veřejném vystoupení koní – při hiporehabilitačních činnostech organizovaných Českou hiporehabilitační společností, zařazení hřebci, ale pouze klisny a valaši. (Hiporehabilitační kůň 2020)

Věk koně hraje při výběru také značnou roli. Kůň, který provádí hiporehabilitaci nesmí být kvůli psychické vyzrálosti mladší pěti let. V ideálním případě má cvičitel koně v péči již od hříběte, aby věděl, co prožil a aby jej k tomuto výkonu mohl systematicky připravovat už od útlého věku a případně se učit od staršího koně, který hiporehabilitaci již provádí. Není to ale podmínkou.

Jak už bylo nastíněno, důležitým faktorem při výběru koně je jeho exteriér. Zde se pozornost zaměřuje na správnou mechaniku pohybu, symetrii a dostatečné osvalení. Dále se výběr koně přizpůsobuje také klientele, kdy se kůň vybírá podle kohoutkové výšky, velikosti kohoutku, šířky hřbetu a v neposlední řadě i délky, měkkosti a plynulosti kroku. Požadavky každého klienta by měl znát terapeut či instruktor a dle toho je s cvičitelem konzultovat a vybrat vhodného koně. Charakter je nedílnou součástí koně již od narození, a je člověkem ovlivnitelný ať už dobrým, či špatným směrem. Charakter může také určovat stupeň spolehlivosti v požadovaném výkonu. V hiporehabilitaci je charakter koně jedna

ze stěžejních vlastností, v ideálním případě by měl být vyrovnaný, nebát se cizích předmětů, zvuků, lidí, nechat si sáhnout na jakoukoliv část těla, vyčistit se od klientů, snést okolo sebe pohyb několika lidí včetně klientů, být dobře ovladatelný, přizpůsobit se a reagovat i na nestandardní pobídky a situace, trpělivý při nasedání a sesedání klientů apod. (Klech in Müller 2014)

Jednotlivé disciplíny kladou důraz na jiné vlastnosti koně, a proto se může stát, že kůň nevhodný pro HTFE bude ceněnou součástí HPSP nebo HPP. Při HTFE hraje nejdůležitější roli tělesná stavba koně, jeho dokonalá mechanika pohybu a vyrovnaná povaha. Pro HPSP a HPP není exteriér koně tolik zavádějící, jako jeho povahové rysy. Ty jsou vybírány přesně na míru každému klientovi, proto je dobré mít k dispozici koně s různým temperamentem. Jedincům, kteří jsou sociálně uzavření a stažení bude vyhovovat kůň klidný a ochotný, který jim dopřeje pocit úspěchu a zvýšení sebevědomí. Naopak klientům s přehnaně sebevědomým až agresivním chováním je lepší přidělit temperamentnějšího koně. Při jejich neadekvátním chování pocítí jeho odpor a nelibost, skrze což si uvědomí důsledky jeho činů a vlivem motivace, kterou kůň nabízí, dochází k nápravě.

1.2.4.2 Příprava koně pro hiporehabilitaci

Jednotný návod, jak vycvičit koně pro hiporehabilitaci neexistuje, a to díky již výše zmiňované individualitě každého jedince. Cvičitel by měl mít dostatek zkušeností s výcvikem koní, které mu pomohou při přizpůsobení výcviku každému na míru. Důležitou roli při výchově hraje věk a původ koně. Pokud je kůň mladý, bude příprava trvat sice delší dobu, avšak budou se u něj objevovat zlozvyky, které je nutné odbourávat, v podstatně menší míře nežli u koně, který již nějakým výcvikem prošel. Při zaučování koně v hiporehabilitaci je ideální jej nechat pracovat se zkušenějším koněm ve dvojici, aby si přivykl. Není vhodné tuto fázi příliš uspěchat, čerstvý kůň by mohl získat nechuť a práce by jej v budoucnu nemusela bavit. (Hiporehabilitační kůň 2020)

Cvičitel s koněm vždy nejprve pracuje ze země. To je vhodné k navazování a posilování důvěry a respektu mezi nimi. Obecně platí, že pokud se se kůň naučí daný prvek ze země, ze sedla je jeho učení mnohonásobně snazší. Cvičitel může využívat různých metod, nejznámějšími jsou například horsemanship, partnership, či práce v kruhové ohradě. Pokud kůň již zvládá potřebné prvky ze země a s cvičitelem mají vybudovaný vzájemný

respekt, následuje práce ze sedla, případně práce na dvou lonžích či lonžování. Účel tkví v příjezdění a udržení správné kondice koně. Kromě výše zmíněného je nutné, aby kůň pracoval na činnostech potřebných pro vykonávání hiporehabilitace, jako je například vodění, nasedání u rampy, klidné stání, čištění, uzdění, sedláni, uvazování a v neposlední řadě přípravě na situace, které se mohou během hiporehabilitační jednotky objevit. U některých koní, hlavně chladnokrevníků můžeme ve výcviku využít i záprahu a těžkého tahu. (Hiporehabilitační kůň 2020)

Pro koně je provádění hiporehabilitace náročné jak po fyzické, tak po psychické stránce, proto je důležité, aby jim bylo umožněno tento nátlak ventilovat něčím, co jim činí radost, ať už se jedná o pobyt ve výběhu s ostatními koňmi, pohyb se zdravým jezdcem na jízdárně, či v terénu, drezurní práce pro srovnání nebo jen skoky pro potěchu. Udržování fyzické a psychické rovnováhy koně je při jeho výcviku jedním z nejdůležitějších aspektů.

1.3 Dítě se SVP

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“ (Zákon č. 561/2004 Sb., § 16) Řadí se mezi ně osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním. Jednou ze skupin dětí se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen SVP) jsou i děti s poruchami autistického spektra, kterými se tato práce bude dále zabývat.

1.3.1 Vymezení a základní charakteristika pojmu PAS

Termín poruchy autistického spektra (PAS) je všeobecný název objevující se v novém vydání mezinárodního diagnostického systému ICD-11, který zahrnuje děti s nejširší škálou i mírou symptomů, které odpovídají pervazivním vývojovým poruchám dle desátého vydání mezinárodního diagnostického systému MKN-10. Dle Thorové (2006, s. 60) je termín poruchy autistického spektra „považován za výstižnější, protože specifické deficity a abnormální chování jsou považovány spíše za různorodé než pervazivní.“

Poruchy autistického spektra jsou řazeny mezi nejzávažnější mentální vývojové handicap. „V důsledku vrozeného postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci a symbolické myšlení (fantazii), dochází k tomu, že dítě

nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně. Vnímá, prožívá, a tudíž se i chová jinak“ (Thorová 2006, s. 58)

Výraz pervazivní znamená všepronikající, což naznačuje, že je narušeno několik složek osobnosti. Britská psychiatrická Lorna Wingová v sedmdesátých letech definovala triádu poškození, kam zařadila tři hlavní problémové oblasti osob s PAS. Narušené jsou tedy oblasti sociální interakce, komunikace a představitivosti. První projevy jsou patrné již v ranném věku. K diagnostice je zapotřebí přítomnost několika symptomů z jednotlivých oblastí triády na základě chování dítěte. Jedinou výjimkou je Rettův syndrom, u kterého byl objevený gen, který jej způsobuje, kromě toho nebyl dosud žádný vliv dědičnosti prokázán. U každé osoby mohou poruchy autistického spektra vypadat odlišně, to je ovlivněno nejen stupněm a rozsahem poškození, ale i často se objevujícím přidruženým postižením. Aktuální projevy autismu závisí i na průběhu vývoje a vývinu dítěte. V průběhu růstu se projevy mění v závislosti na aktuálním sociálním prostředí, nejčastěji se setkáváme s ustupujícím, či kolísavým charakterem. (Thorová 2006, Jelínková 2008)

1.3.2 Klasifikace PAS

Někteří laici si pod pojmem PAS mylně představí pouze osoby s Aspergerovým syndromem. Částečně za to může i medializace tohoto syndromu, avšak ani zdaleka tomu není tak. I přesto, že tyto poruchy mají spoustu znaků společných, existují v několika rozdílných podobách a diagnózách.

Pro klasifikaci poruch autistického spektra se ve světě užívají diagnostické systémy dvou organizací. První z nich je Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO), která v roce 2018 uvedla jedenácté vydání Mezinárodní klasifikace nemocí pod anglickým názvem International Classification of Diseases 11th Revision (dále jen ICD-11), jež nabyde platnosti k 1. lednu 2022. Do tohoto data stále platí desáté vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10). Druhou organizací, která vytvořila pátou verzi diagnostického systému s názvem Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (dále jen DSM-5), je Americká psychiatrická asociace v USA. V Evropě se v současné době užívá MKN-10, proto zde bude rozebrána klasifikace dle tohoto systému.

1.3.2.1 Klasifikace dle MKN-10

Klasifikaci poruch autistického spektra v MKN-10 najdeme pod pervazivními vývojovými poruchami v kapitole poruchy psychického vývoje.

➤ **Dětský autismus (F84.0)**

Dětský autismus je nejtypičtější formou poruchy autistického spektra. Proto se často setkáváme s jeho pojmenováním „klasický autismus“, nebo „jádrový autismus“. Jeho diagnostika nastává ve většině případů již před třetím rokem, přičemž dítě musí mít narušeny všechny oblasti z triády. Pro dětský autismus je typická značná variabilita symptomů, přítomnost přidružených symptomů není neobvyklá. Objevují se v různé míře závažnosti. Často se k PAS přidružují i další poruchy, nejtypičtější je mentální retardace, která se objevuje až v 70 % případech. (Ošlejšková 2008, Thorová 2006)

➤ **Atypický autismus (F84.1)**

Atypický autismus je nejsložitěji diagnostikovatelnou pervazivní vývojovou poruchou. Bývá diagnostikován až po třetím roce života, přičemž nejsložitější diagnostika nastává u dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením. (Ošlejšková 2008) Thorová (2006, s. 182) uvádí popis dítěte s atypickým autismem: „Dítě splňuje jen částečně diagnostická kritéria daná pro dětský autismus. Nicméně u dítěte najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, jež mají lidé s autismem, shodují. Lze říci, že atypický autismus je zastřešujícím termínem pro část osob, na které by se hodil vágní diagnostický výrok autistické rysy či sklony.“

➤ **Rettův syndrom (F84.2)**

Tato porucha, zatím diagnostikovaná pouze u dívek, se začíná objevovat až po 24 měsíci života, přičemž do té doby je vývoj dítěte v normě, nebo téměř v normě. Poté nastává období vývojové regrese, která postihuje somatické, motorické i psychické funkce. Nejvýrazněji se projevuje v motorice horních končetin, úst, chůzi, dýchání, ve verbálním projevu, střídání nálad a v sociální interakci. Okolo 3.-4. roku života se projevy stabilizují a mohou se zmírňovat. U 75-85 % případů je rettův syndrom způsoben mutací genu MECP2, který náleží k raménku chromozomu X. U 94 % dívek se během života

vyskytne epilepsie, což je pravděpodobně zapříčiněno jejich malým obvodem hlavy, což je jedním z příznaků rettova syndromu. (Ošlejšková 2008, Thorová 2006)

➤ **Jiná dětská desintegrační porucha (F84.3)**

Tato porucha vniká v pozdějším věku a to mezi 3. a 8. rokem, výjimečně nejpozději do 10. roku života. Jedná se o vzácné onemocnění, které se projevuje obdobně jako dětský autismus, avšak často se závažnějšími dopady na jednice. Rozdíl je v nástupu symptomů, které u jiné desintegrační poruchy přichází až v době, kdy má dítě vyvinuté verbální a do určité míry i kognitivní schopnosti, čímž působí mentálně normálně. V ojedinělých případech se schopnosti nabyté před regresí mohou vrátit. (Ošlejšková 2008)

➤ **Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4)**

Diagnostickými kritérii této poruchy je inteligenční kvocient nižší než 50, přítomnost nejméně dvou symptomů těžké motorické hyperaktivity, alespoň jeden ze znaků opakujícího se stereotypního vzorce chování a činností a minimálně třech znaků dokazujících, že není přítomno sociální narušení autistického typu. (Thorová 2006)

➤ **Aspergerův syndrom (F84.5)**

Pro děti s Aspergerovým syndromem je typický průměrný až nadprůměrný intelekt, z toho vyplývá, že k této poruše nemůže být přidružená mentální retardace. Kromě tohoto jsou jeho příznaky podobné dětskému autismu. Vyskytuje se neohrabanost jemné motoriky a rituální chování, které je ale propracovanější než u ostatních typů autismu. Častým jevem je vynikající paměť, zejména schopnost memorování a předčasná vyspělost. Děti s Aspergerovým syndromem vyhledávají specifické a neobvyklé objekty zájmu, často je jejich zaujetí až fanatické. Poměr výskytu Aspergerova syndromu u chlapců a dívek je 8:1. (Ošlejšková 2008)

➤ **Jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8)**

Dle Thorové (2006) je tato porucha díky nejasně definovaným diagnostickým kritériím obtížně diagnostikovatelná. V praxi se sem zařazují dva typy dětí. Do první skupiny spadají děti, které mají symptomy narušené komunikace, sociální interakce a hry, ale ne v takové míře jako u dětí s autismem či atypickým autismem. Zjednodušeně řečeno vykazují

pouze některé ze symptomů triády a pohybují se na hraně diagnostiky autismu. Druhou skupinou jsou děti s narušenou představivostí. Problémem je zde ve špatném rozeznávání reality od fantazie, což vede také k sekundárním problémům, a to v oblasti komunikace a sociální interakce. Děti s touto poruchou mají doporučenou stejnou metodiku intervence, výchovy a vzdělávání jako děti s autismem.

➤ **Pervazivní porucha nespecifikovaná (F84.9)**

Jedná se o kategorii přechodnou, jež je diagnostikována dětem, které mají symptomy poruch autistického spektra, avšak není možné je zařadit ani do jedné z kategorií. Vývoj dítěte s touto diagnózou je neustále sledován a následně, pokud se objeví specifitější symptomy, zařazen do jiné kategorie autismu, nebo mezi jiné pervazivní vývojové poruchy. (Thorová 2006)

1.3.2.2 Klasifikace dle DSM-5 a ICD-11

ICD-11 je nástupcem MKN-10 a vzhledem k jejímu nabytí platnosti až roku 2022 ještě není přeložena do českého jazyka. Proto jsou zde uvedeny originální anglické názvy s jejich neoficiálním překladem do češtiny. V jedenáctém vydání ICD se již neobjevuje název pervazivní vývojové poruchy, nýbrž poruchy autistického spektra. Tyto poruchy spadají do kapitoly neurodevelopmentální poruchy. Jejich klasifikace dle World Health Organization (2020) vypadá následovně:

- **6A02.0** Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language (porucha autistického spektra bez narušení intelektuálního vývoje a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka)
- **6A02.1** Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with mild or no impairment of functional language (porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a s mírným nebo žádným poškozením funkčního jazyka)
- **6A02.2** Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with impaired functional language (porucha autistického spektra bez narušení intelektuálního vývoje a s narušeným funkčním jazykem)
- **6A02.3** Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with impaired functional language (porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a s narušeným funkčním jazykem)

- **6A02.4** Autism spectrum disorder without disorder of intellectual development and with absence of functional language (porucha autistického spektra bez narušení intelektuálního vývoje a bez funkčního jazyka)
- **6A02.5** Autism spectrum disorder with disorder of intellectual development and with absence of functional language (porucha autistického spektra s poruchou intelektuálního vývoje a bez funkčního jazyka)
- **6A02.Y** Other specified autism spectrum disorder (jiná určená porucha autistického spektra)
- **6A02.Z** Autism spectrum disorder, unspecified (porucha autistického spektra, nespecifikována)

DSM-5 je diagnostický systém Americké psychiatrické asociace vydaný roku 2013, který je nejvíce užívaný v USA. Tento manuál již poruchy autistického spektra na rozdíl od předchozí verze DSM-4 a MKN-10 nerozděluje na jednotlivé diagnózy, ale sjednocuje je do jedné kategorie. Vzhledem k tomu, že poruchy autistického spektra vznikají na základě abnormálního vývoje mozku, jsou zařazeny mezi neurovývojové poruchy.

1.3.3 Dítě předškolního a ml. školního věku s PAS

Mezi čtvrtým a pátým rokem jsou dle Thorové (2006) symptomy poruch autistického spektra nejintenzivnější. Mimo jiné to znamená, že je v tomto období vhodné podstoupit kontrolní vyšetření a stanovit konečnou jasnou diagnózu. Situace, kdy jsou případné odchylky v chování zpozorované až při nástupu mezi vrstevníky do mateřské školy, a rodiče jsou na ně upozorněni až pedagogickým personálem, nejsou neobvyklé. U některých poruch se v období předškolního věku začnou zlepšovat kognitivní funkce a dochází ke znovunabývání dovedností ztracených při dřívějším období regrese. Nejvýrazněji je to pozorovatelné u Aspergerova syndromu, kde se po čtvrtém roce začnou zlepšovat kognitivní funkce, výrazně se rozvine řeč, projevy více odpovídají normě tohoto věku. Nejvýraznější symptomy, které se v tomto věku u dětí s PAS vyskytují je problémové až agresivní chování, obliba rituálů, neobvyklé zájmy, nepřiměřené sociální chování, které u většiny dětí bez přidruženého mentálního postižení ve věku šestého až sedmého roku odpovídá úrovni tří až čtyřletých dětí. Pro děti s PAS je typický specifický vývoj kresby a hry. Nápadným znakem je stereotyp a téměř chybějící kreativita při hře, dítě nedokáže vymýšlet scénáře, staví věci do řad, do určitých vzorců, či je třídí za pomoci určitého klíče. Dovednosti jako je

soustředění a spolupráce, jež jsou důležitým kritériem pro začátek školní docházky jsou u dětí s PAS silně omezené. (Thorová 2006)

Během školního věku jsou symptomy u dětí s PAS na ústupu a celkový stav se zlepšuje, což je ovlivněno nejen včasnou intervencí, ale i charakteristikou tohoto věku jako takového i u běžné populace. Dětem s PAS se začínají vyhraňovat oblasti zájmu, kterým se intenzivně věnují. V tomto období již mluví, snaží se navazovat kontakt, přátelství, dokáží poskytnout útěchu, projevit lítost apod. Z tohoto důvodu je diagnostika dětí mladšího školního věku již mnohem náročnější než v předchozích stupních vývoje.

1.3.4 Autismus v Hiporehabilitaci

Zařazení klientely s PAS do jedné z disciplín hiporehabilitace, není jednoznačné. Dle Jiskrové et al. (2010) jsou jedinci s diagnózou autismus zařazováni do HPP nebo HPSP. Z praxe je ale patrné, že pro osoby s PAS je častěji využívána HTFE. U těchto klientů nelze jednoznačně určit, která z disciplín je pro ně nejvhodnější, volí se zejména na základě individuálních cílů, kterých se chce pomocí hiporehabilitace dosáhnout. To je závislé na jednotlivých potřebách, projevech a případném přidruženém postižení každého jedince. Obecně však platí, že hiporehabilitací u osob s PAS můžeme rozvíjet všechny stránky osobnosti, jak fyzickou, sociální, tak i emocionální.

Problematikou hiporehabilitace u dětí s PAS se v odborné literatuře žádný autor příliš nezabývá. I přesto jsou terapeuti a instruktoři, kteří s těmito dětmi v hiporehabilitaci pracují, svědky jejího pozitivního účinku, bohužel je však nezaznamenávají ve veřejně přístupných dokumentech. Se stručným popisem působení hiporehabilitace na klienty s PAS přichází Jiskrová et. al (2010, s. 111) která uvádí, že „autista se dá oslovit „přes zvíře“, které komunikuje nonverbálně, ale naprosto jednoznačně, dává jasné a srozumitelné signály a často slouží jako prostředník mezi terapeutem a dítětem.“ Vzhledem k neustálé potřebě jistot, kterou děti s PAS potřebují se stává kůň vynikajícím nástrojem k navázání komunikace. Zvířata jednají většinou jasně a přímočaře, koně dokonce převážně neverbálně, jednodušším způsobem nežli lidé, což většině dětí s PAS vyhovuje a tato větší jistota je v komunikaci povzbuzuje. Kůň se jim stává motivací také ve verbálním projevu, pokud dítě chce, aby kůň vykonal určitou činnost, musí s ním komunikovat, volá na něj, slovně ho pobízí a může mu i vyjadřovat emoce. Přítomnost zvířete, vedle kterého dítě s PAS dokáže uvolnit duševní napětí, je pro něj většinou atraktivní, a proto se jim často stává zálibou.

2 Metodika práce

Cílem praktické části bakalářské práce bylo předložit pohled rodičů a učitelů dětí předškolního a mladšího školního věku s PAS, kteří docházejí na hiporehabilitaci (dále jen děti s PAS), na účinky hiporehabilitace a její dopad na běžný život. Tento cíl jsem rozdělila do několika výzkumných otázek, ze kterých jsem následně vypracovala hypotézy, jež jsem ověřila pomocí dotazníkového šetření.

2.1 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: V čem vidí rodiče a učitelé dětí s PAS největší přínos hiporehabilitace pro dítě?

Výzkumná otázka 2: Jak ovlivňuje hiporehabilitace běžný život dětí s PAS a jejich rodin?

2.2 Formulované hypotézy

Hypotéza 1: Největší přínos hiporehabilitace pro děti s PAS je vnímán ve složce emotivní, která úzce souvisí s motivací dítěte, jež má za následek rozvoj i v ostatních oblastech, na které hiporehabilitace působí, a odbourávání nežádoucích projevů.

Hypotéza 2: Hiporehabilitace nezatěžuje rodinu dítěte s PAS natolik, aby to bylo neúnosné a v poměru s jejími účinky na dítě je to přijatelné.

2.3 Použité metody

Ke zjištění dat potřebných k vyhodnocení hypotéz a splnění cíle praktické části bakalářské práce byl použit kvantitativní typ výzkumu – metoda dotazníku.

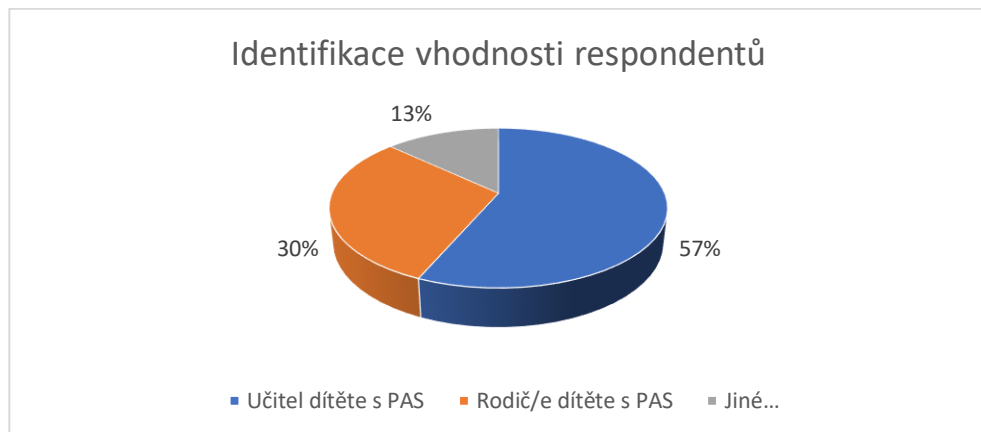
„Jak už název dosvědčuje, slovo „dotazník“ se spojuje s „dotazováním“, s otázkami. Je to způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.“ (Gavora 1996, s. 53) Respondentem se chápe osoba, která vyplňuje dotazník. Pro jednotlivé otázky se v dotazníku může použít i název položky, zejména v případě, kdy otázka není položena formou tázací věty. Podle stupně otevřenosti se rozlišují otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. U uzavřených otázek respondenti vybírají jednu, či více odpovědí z nabídky možností, která je předem formulována na základě předvýzkumu. Výhodou otevřených

otázek je možnost respondenta vyjádřit svůj názor v plném rozsahu bez nutnosti omezení se na výběr alternativní odpovědi. Získáme tím různorodé a často zajímavější názory. Nevýhodou otevřených otázek je jejich náročnost a časová neúspornost při vyplňování ze strany respondentů a složitější proces jejich vyhodnocování, proto se málokdy využívají v celém dotazníku. Vhodným kompromisem mezi těmito typy otázek se jeví polouzavřené otázky, kdy jsou respondentovi nabízeny alternativní odpovědi, avšak pokud mu žádá z uvedených nevyhovuje, má prostor vyjádřit se k položce svévolně. Druhý typ polouzavřených otázek vypadá tak, že jsou respondentovi nabídnuty alternativní odpovědi a následně je na základě výběru některé z nich vyzván svůj názor vysvětlit nebo objasnit. Posledním typem otázek, které se v dotaznících také často využívají, jsou škálované otázky, které poskytují odstupňované hodnocení daného jevu. (Gavora 1996)

2.4 Popis zkoumaného vzorku a průběh výzkumu

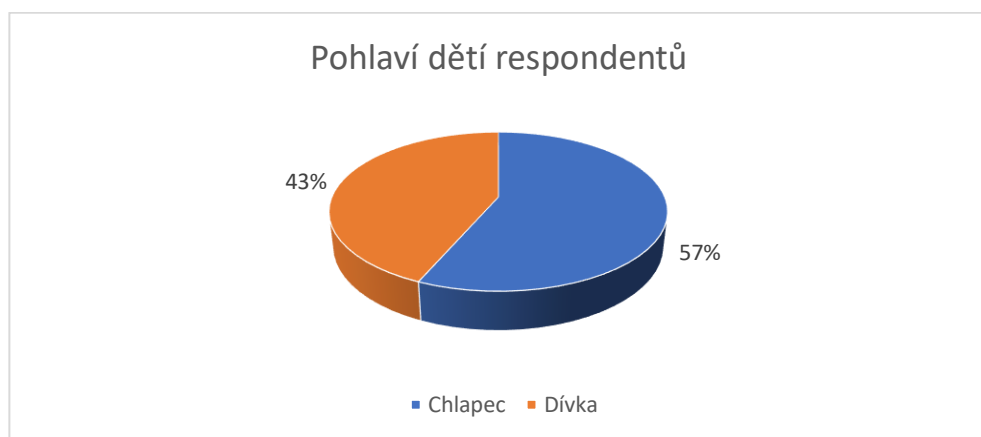
Výzkum probíhal formou online dotazníkového šetření, přičemž data byla sbírána v průběhu jednoho měsíce. Během této doby jsem získala 23 vyplněných dotazníků. Respondenty byli rodiče, učitelé, či jiné osoby podílející se na výchově a vzdělávání dětí s PAS ve věku od 3 do 9 let, které docházejí na hiporehabilitaci. Dotazník se skládal z 22 otázek a celý je k dispozici v příloze č. 1. Průvodní dopis vymezuje, za jakých podmínek se respondenti mohou dotazníkového šetření účastnit a ujišťuje o anonymitě všech odpovědí. Otázky byly zformulovány tak, aby vyplňování nepředstavovalo pro respondenty příliš velkou časovou zátěž. I z toho důvodu jsem volila minimum otevřených otázek, jež byly dobrovolné a více uzavřených, polouzavřených nebo škálových otázek, které již předem definovaly odpovědi.

3 Výsledky



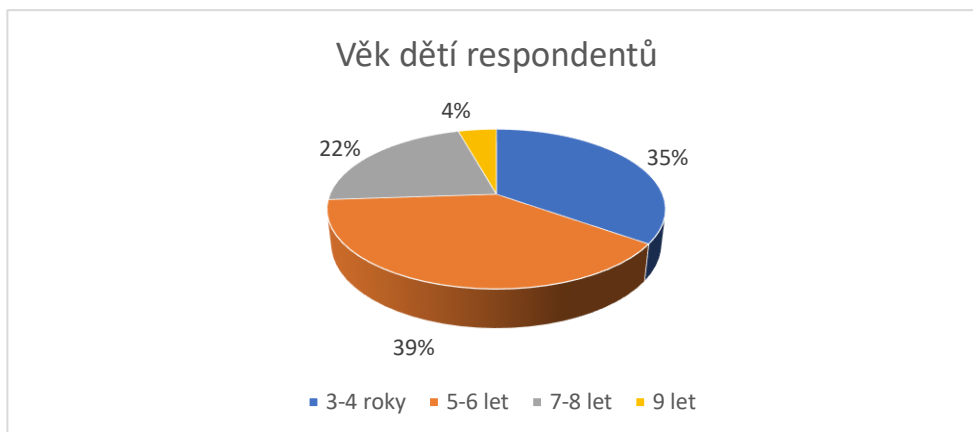
Graf 1. Identifikace vhodnosti respondentů

Interpretace: Více než polovina (57 %) respondentů se skládá z učitelů dětí s PAS. Menší částí (30 %) jsou rodiče dětí s PAS a mezi zbylými 13 % zúčastněných, kteří zvolili možnost jiné se nacházel jeden asistent pedagoga dítěte s PAS a dva respondenti, kteří se identifikovali jako prarodiče dítěte s PAS.



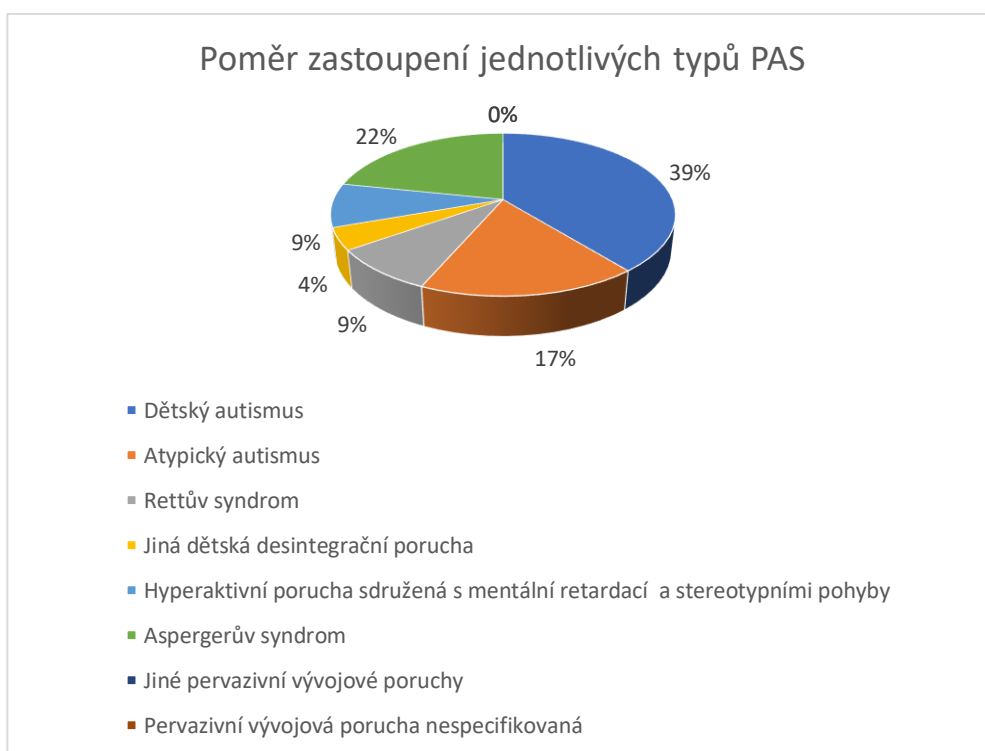
Graf 2. Pohlaví dětí respondentů

Interpretace: Většinou část (57 %) dětí respondentů (dále jen děti) zastupují chlapci, dalších 43 % tvoří dívky. Větší zastoupení mužů mezi dětmi respondentů není překvapující, Thorová (2006) uvádí, že poruchy autistického spektra jsou ve větší míře diagnostikovány chlapcům nežli dívkám.



Graf 3. Věk dětí respondentů

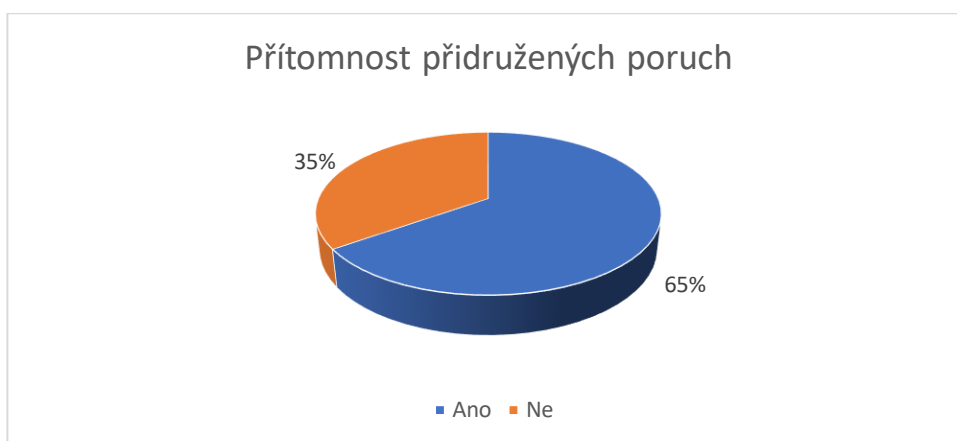
Interpretace: Nejširší zastoupení dětí respondentů (39 %) tvoří děti ve věku 5-6 let a jen o čtyři procenta méně je dětí 3-4 letých. 22 % respondentů uvedlo, že dítě má mezi 7-8 lety a 4 % dětí jsou 9 leté.



Graf 4. Poměr zastoupení jednotlivých typů PAS

Interpretace: Největší poměr zastoupení diagnostikovaných poruch mezi dětmi respondentů měl dětský autismus (39 %), dále s 22 % aspergerův syndrom, kterému se se

17 % blížil atypický autismus. 9 % je zastoupen rettův syndrom a hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby. Zbylá 4 % tvoří děti s jinou dětskou desintegrační poruchou a bez zastoupení jsou jiné pervazivní poruchy a pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná.



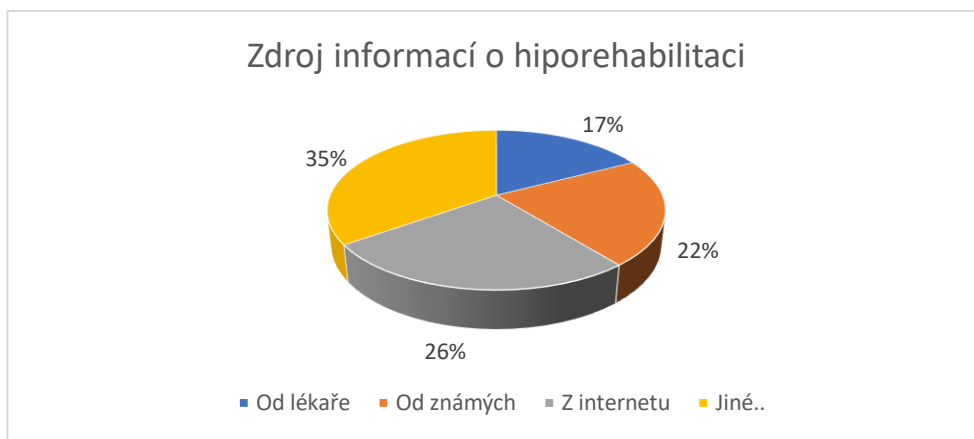
Graf 5. Přítomnost přidružených poruch

Interpretace: Celkem 65 % dětí respondentů má kromě poruch autistického spektra přidruženou i jinou poruchu/poruchy. Zbylých 35 % uvádí přítomnost pouze poruch autistického spektra.

Tabulka 1. Názvy přidružených poruch

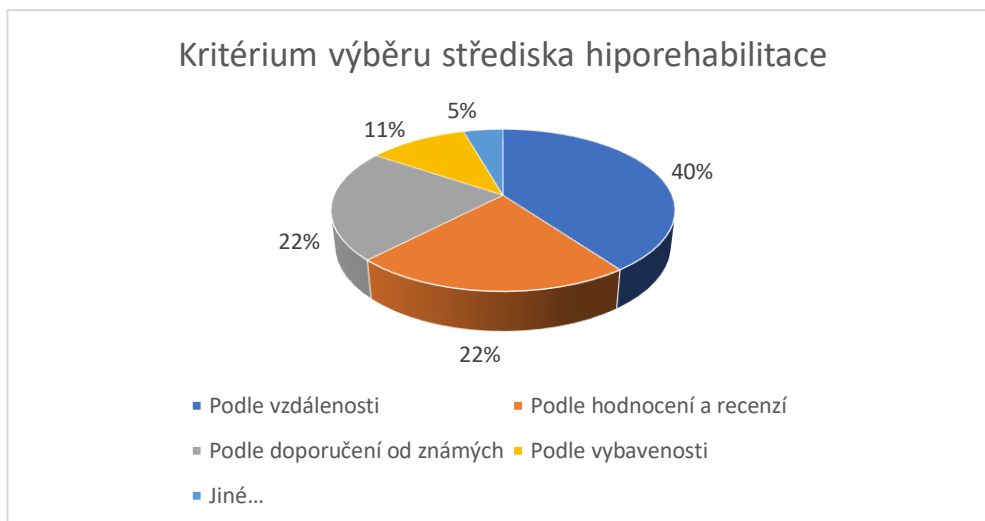
Přidružené nemoci dítěte	Responzí	Podíl
Mentální postižení	7	30,4 %
Lehká mentální retardace	1	4,3 %
Tělesné postižení	2	8,7 %
Hyperaktivita	1	4,3 %
Porucha řeči	1	4,3 %
Epilepsie	1	4,3 %
Svalová atrofie	1	4,3 %
Porucha zraku	1	4,3 %
Nezodpovězeno	8	34,8 %

Interpretace: Na tuto dobrovolnou otázku neodpovědělo 34,8 % respondentů, což značí, že všichni, kteří v předchozí otázce zvolili variantu, že dítě má přidruženou poruchu ji v této položce specifikovali. Největší zastoupení u dětí respondentů mělo mentální postižení 34,7 %, z čehož 30,4 % respondentů jej nespecifikovalo a jeden respondent (4 %) uvedl lehkou mentální retardaci. Dvě děti respondentů (8,7 %) mají diagnostikované tělesné postižení a dále se po 4,3 %, což odpovídá odpovědi jednoho respondenta, objevuje hyperaktivita, porucha řeči, epilepsie, svalová atrofie a porucha zraku.



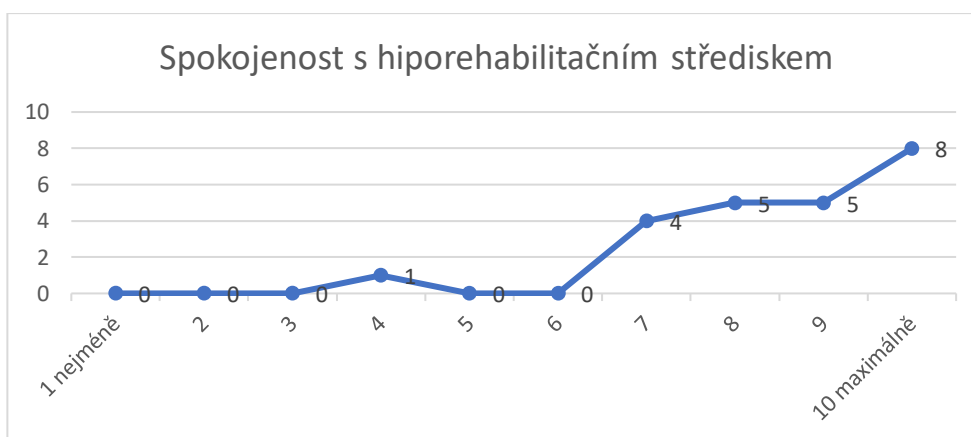
Graf 6. Zdroj informací o hiporehabilitaci

Interpretace: U této otázky respondenti nejčastěji volili vlastní formulované odpovědi (35 %), ve kterých nejčastěji uváděli jako zdroj své informovanosti samostudium, školení, studium na škole, literaturu, a v jednom případě i učitelku MŠ. Dále byl velmi často uváděným zdrojem internet (26 %) a 22 % respondentů se o hiporehabilitaci doslechlo od známých. Nejnižší procento respondentů (17 %) bylo o hiporehabilitaci informováno lékařem.



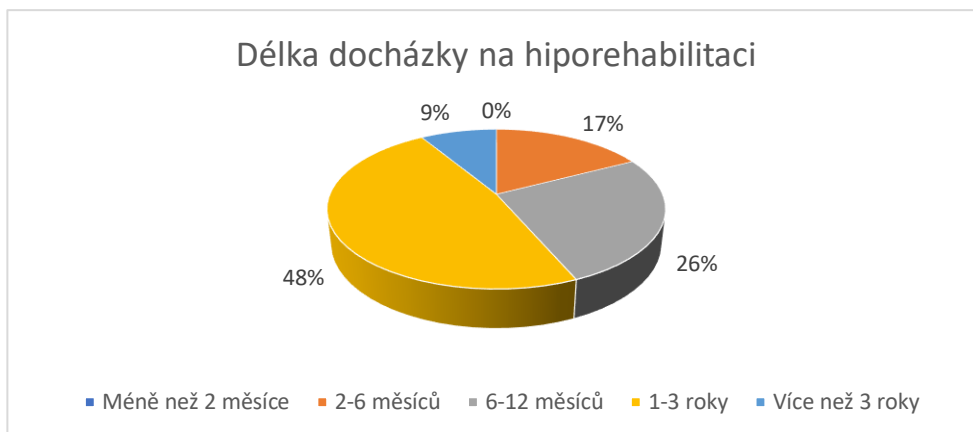
Graf 7. Kritérium výběru střediska hiporehabilitace

Interpretace: Nejdůležitějším kritériem, které hrálo roli při výběru hiporehabilitačního střediska, byla vzdálenost (40 %). 22 % respondentů volilo podle hodnocení a recenzí a stejný počet podle doporučení od známých. 11 % respondentů se řídilo vybaveností střediska a 5 % uvedlo v otevřené odpovědi doporučení od lékaře.



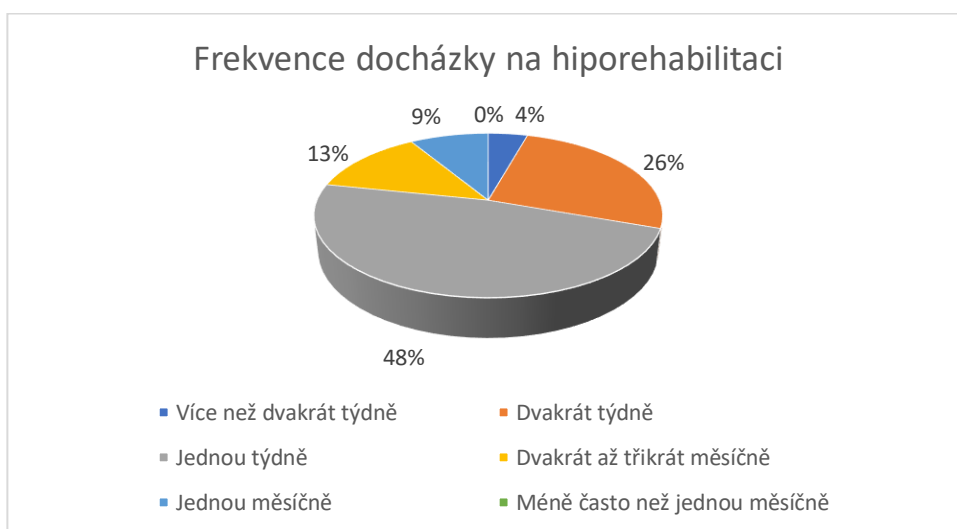
Graf 8. Spokojenost s hiporehabilitačním střediskem

Interpretace: Jak lze z grafu vyčíst, pouze jeden respondent uvedl hodnocení nižší než 7/10 a to 4/10. 7/10 uvedli čtyři respondenti, možnosti 8/10 a 9/10 byly každé zvoleny pěti respondenty. Nejvyšší hodnocení 10/10 udělilo svému středisku hiporehabilitace osm respondentů.



Graf 9. Délka docházky na hiporehabilitaci

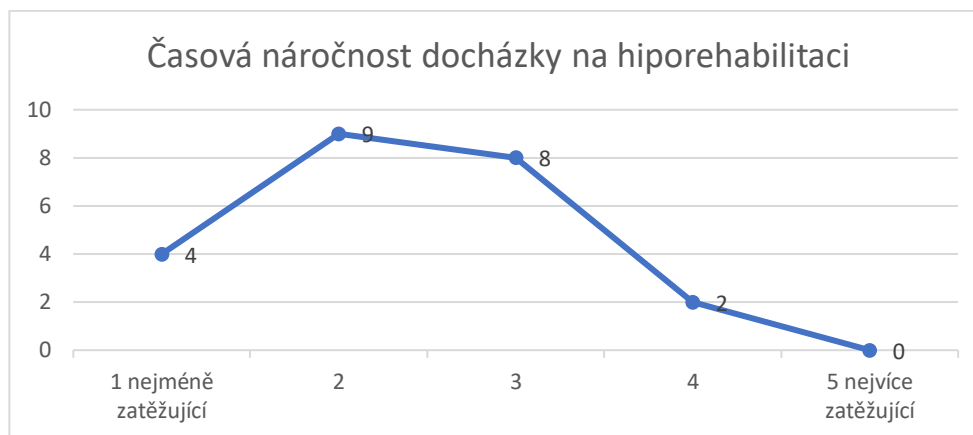
Interpretace: Téměř polovina dětí respondentů (48 %) aktuálně dochází na hiporehabilitaci po dobu jednoho až tří let, 26 % po dobu šesti až dvanácti měsíců a 17 % dva až šest měsíců. Delší docházku, než tři roky uvedlo pouze 9 % respondentů, což přisuzují nízkému průměrnému věku dětí. Částečně i z důvodu, že dotazníkové šetření bylo prováděno během dubna a května, kdy téměř končí školní rok nikdo neuvedl docházku kratší než dva měsíce.



Graf 10. Frekvence docházky na hiporehabilitaci

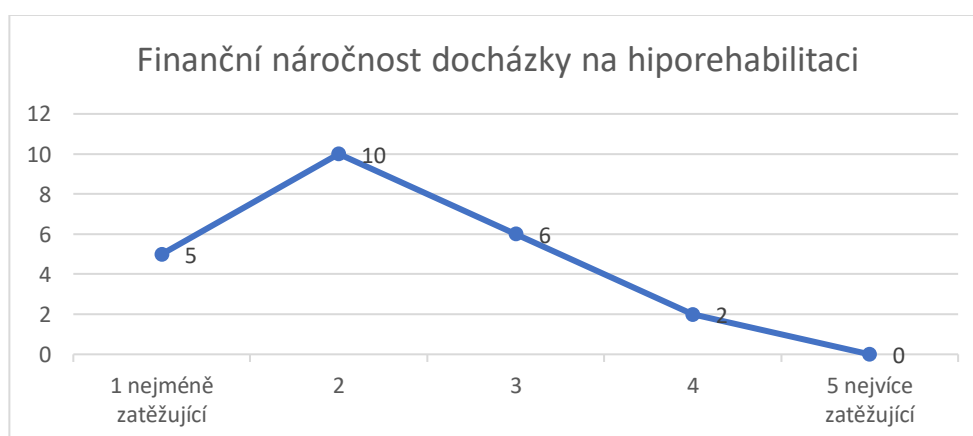
Interpretace: Nejvyužívanější frekvence návštěv hiporehabilitačního střediska je docházka jednou týdně, kterou zvolilo 48 % respondentů. 26 % dětí respondentů dochází na hiporehabilitaci dvakrát týdně, 13 % dvakrát až třikrát měsíčně a 9 % jednou měsíčně. Pouze

4 % respondentů uvedlo docházku více než dvakrát týdně a varianta méně často než jednou měsíčně zůstala bez žádného označení na 0 %.



Graf 11. Časová náročnost docházky na hiporehabilitaci

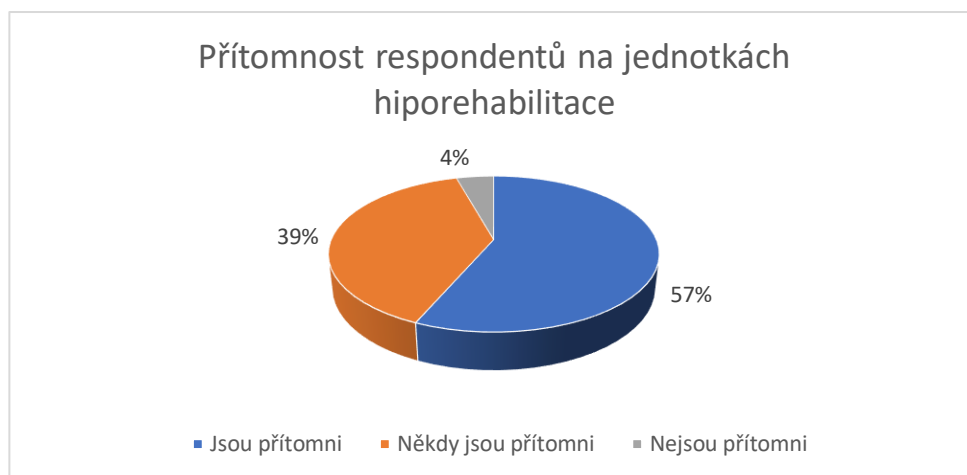
Interpretace: Nejnižší míru časového zatížení (1/5) vlivem docházky na hiporehabilitaci zvolili čtyři respondenti, stupeň zatížení 2/5 zvolilo 9 respondentů. Osm respondentů vnímá zatížení na škále od jedné do pěti jako střední (3/5) a dva respondenti v míře 4/5. Pro žádného respondenta není docházka na hiporehabilitaci natolik časově zatěžující, aby zvolil stupeň 5/5.



Graf 12. Finanční náročnost docházky na hiporehabilitaci

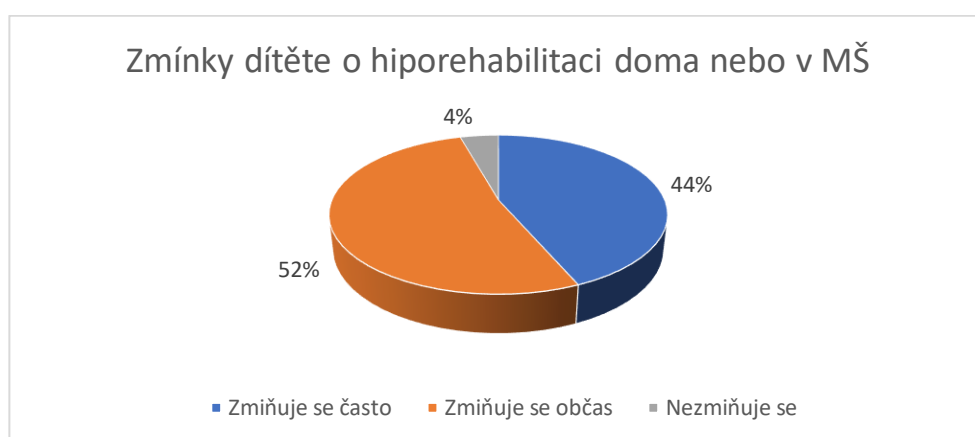
Interpretace: Žádný z respondentů neuvědln míru finančního zatížení 5/5, což demonstruje, že docházka na hiporehabilitaci není ani pro jednoho z nich nepřijatelnou

finanční záležitostí. Nejvíce respondentů (10) uvádí míru zatížení 2/5, šest respondentů ji vnímá jako 3/5 a pět jako 1/5. Pro zbylé dva respondenty představuje míra finančního zatížení stupeň 4/5.



Graf 13. Přítomnost respondentů na jednotkách hiporehabilitace

Interpretace: Více než polovina (57 %) respondentů Bývá na jednotkách hiporehabilitace přítomna a 39 % bývá přítomna pouze někdy. Pouze jeden respondent (4 %) na hiporehabilitaci nebývá přítomen.



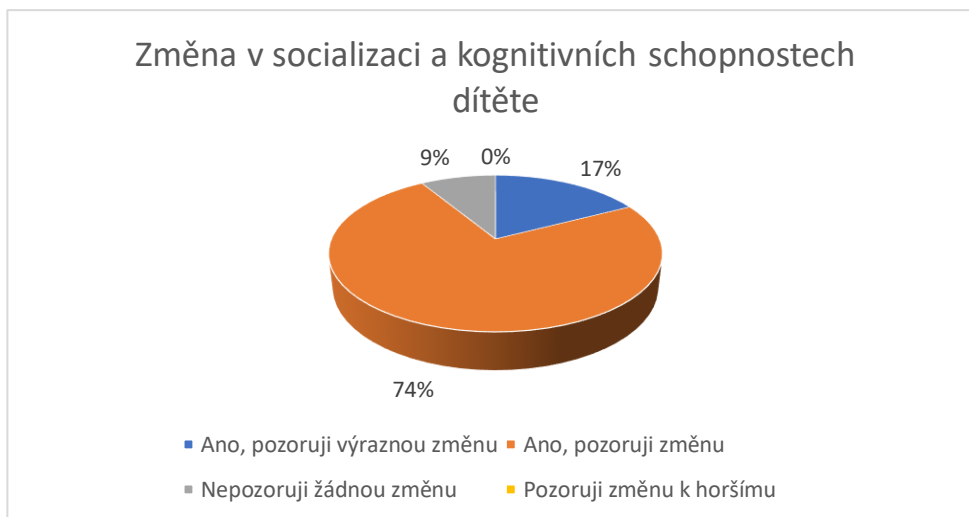
Graf 14. Zmínky dítěte o hiporehabilitaci doma nebo v MŠ

Interpretace: Z grafu lze vyčíst, že 96 % dětí respondentů se doma či v MŠ nějakým způsobem zmiňuje o hiporehabilitaci, z čehož se 44 % zmiňuje často. Pouze 4 % dětí respondentů se o hiporehabilitaci doma nebo v MŠ nezmiňují.

Tabulka 2. Projevy dítěte při první hiporehabilitační jednotce

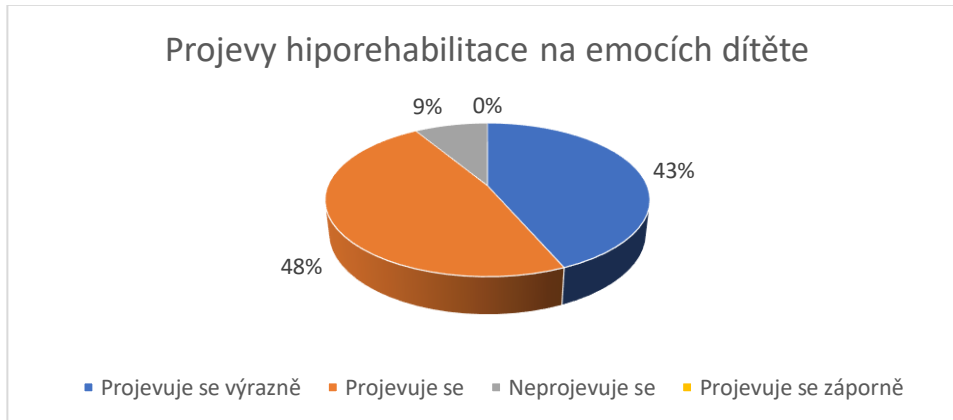
Projevy dítěte	Responzí	Podíl
Bylo bázlivé	3	13 %
Odtazité	1	4,3 %
Nejdříve se bála, postupně ale překonávala strach	1	4,3 %
Bázlivě, ale zaujatě	1	4,3 %
Nejdříve byl nejistý, potom to z něj opadlo a začal jevit přirozený zájem	1	4,3 %
Neprojevovala výrazné emoce ani negativní ani pozitivní, ale po dotázání, jestli se jí to líbilo odvětila, že ano, proto jsme v tom nadále pokračovali	1	4,3 %
Neustále se s koněm mazlila	1	4,3 %
Znal koně z předešlých let, projevoval radost	1	4,3 %
Bylo veselé	1	4,3 %
Nepřítomnost respondentů	2	8,7 %
Nezodpovězeno	10	43,5 %

Interpretace: Z tabulky je patrné, že 7 respondentů (30,4 %) uvedlo negativní postoj dítěte při první jednotce hiporehabilitace, z nichž dva uvádějí již během první jednotky změnu v chování. Jeden respondent (4,3 %) uvedl neutrální chování a tři (13 %) chování pozitivní. 10 respondentů (43,5 %) na dobrovolnou otázku neodpovědělo a 2 respondenti (8,7 %) nebyli na první jednotce hiporehabilitace přítomni.



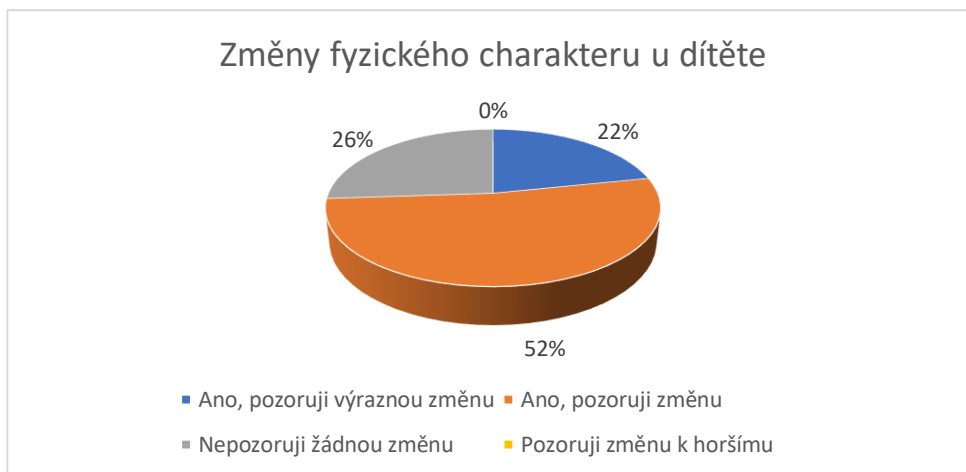
Graf 15. Změna v socializaci a kognitivních schopnostech dítěte

Interpretace: Z grafu můžeme vyčíst, že 91 % respondentů pozoruje na dítěti změnu v socializaci a kognitivních schopnostech, z nichž 17 % pozoruje změnu výraznou. 9 % respondentů v této složce osobnosti dítěte nepozoruje žádnou změnu.



Graf 16. Projevy hiporehabilitace na emocích dítěte

Interpretace: Z šetření je patrné, že 91 % respondentů vnímá, že se hiporehabilitace na dětech projevuje, z toho 43 % pozoruje výrazné projevy. 9 % respondentů nepozoruje žádné projevy na emocích.



Graf 17. Změny fyzického charakteru u dítěte

Interpretace: Vzhledem k tomu, že děti s PAS nemusí mít nutně potíže fyzického charakteru, je tu oproti předešlým složkám větší procento respondentů (26 %), kteří na dětech změnu fyzického charakteru nepozorují. 52 % respondentů pozoruje nějakou změnu a zbylých 22 % pozoruje výraznou změnu v této složce.



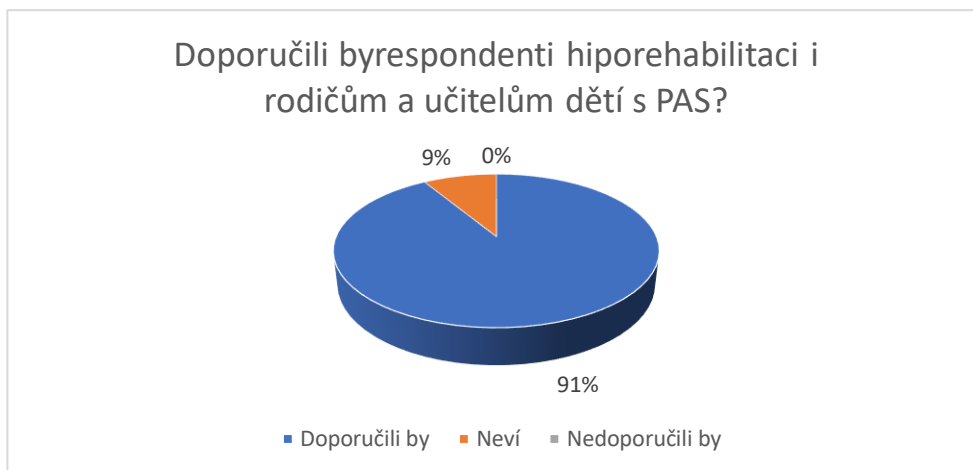
Graf 18. Porovnání vlivu hiporehabilitace na jednotlivé složky osobnosti dítěte

Interpretace: Z grafu lze vyvodit, že respondenti přikládají největší vliv hiporehabilitace (64 %) emocionální složce osobnosti, 25 % vlivu je ve složce sociální a kognitivní a zbylých 11 % vidí v účincích na fyzickou složku osobnosti.

Tabulka 3. Nejvýraznější zpozorovaná změna u dítěte během docházky na hiporehabilitaci

Nastalé změny	Responzí	Podíl
Při lekcích navazuje intenzivnější komunikaci než jindy	1	4,3 %
Snaží se dát najevo i verbálně, co chce s koněm dělat	1	4,3 %
Zlepšení lokomoce a chuť komunikovat	1	4,3 %
Zlepšení držení těla	1	4,3 %
Zmírnění svalové hypertonie	1	4,3 %
Zlepšení koncentrace, orientace v prostoru	1	4,3 %
Uvědomila si, že stereotypní pohyby koni vadí a snaží se je při jízdě kontrolovat	1	4,3 %
Zmírnění autistických projevů	1	4,3 %
Odbourání strachu	1	4,3 %
Nemá strach a projevuje emoce ke koni	1	4,3 %
Projevení radosti z prožitku	1	4,3 %
Získala dovednost, na kterou je pyšná	1	4,3 %
Po lekcích se zdá být vyrovnanější a šťastnější, na lekce se těší	1	4,3 %
Nezodpovězeno	10	43,5 %

Interpretace: Jak je vidět v tabulce, tak 3 respondenti (13 %) pozorují nejvýraznější změnu přímo ve zlepšení komunikace, 4 (17,3 %) uvádí největší změnu ve zlepšení fyzických schopností a 5 respondentů (22 %) ji vidí v projevech a proměnách emocí. Jeden respondent (4,3 %) pozoruje proměnu v kognitivních schopnostech a jeden (4,3 %) v celkovém zmírnění symptomů autismu. Na tuto otázku neodpovědělo 10 respondentů (43,5 %).



Graf 19. Doporučili by respondenti hiporehabilitaci i rodičům a učitelům dětí s PAS?

Interpretace: V grafu lze vidět, že 91 % respondentů by hiporehabilitaci ostatním rodičům nebo učitelům dětí s PAS doporučilo, zbylých 9 % respondentů uvedlo neutrální odpověď a odpověď, že by hiporehabilitaci nedoporučili nezvolil nikdo.

3.1 Vyhodnocení hypotéz

➤ Vyhodnocení hypotézy 1

Hypotéza 1: Největší přínos hiporehabilitace pro děti s PAS je respondenty vnímán ve složce emotivní, která úzce souvisí s motivací dítěte, jež má za následek rozvoj i v ostatních oblastech, na které hiporehabilitace působí, a odbourávání nežádoucích projevů.

K posouzení hypotézy 1 jsem použila otázky č. 17, 18, 19, 20 a 21, jejichž vyhodnocení jsem znázornila v grafech 15, 16, 17, 18 a v tabulce 3. Dle grafu 18, kde rodiče určovali míru vlivu hiporehabilitace na jednotlivé složky osobnosti, je patrné, že největší vliv respondenti spatřují v emocionální sféře. Zároveň v grafu 15 a 17 lze vidět, že většina respondentů vnímá vliv i na sociální, kognitivní a fyzickou složku osobnosti. Z tabulky 3 je také patrné, že respondenti uvádějí nejzásadnější pozorované změny ve všech třech oblastech, na které se hiporehabilitace zaměřuje, avšak stále je nejhojněji zastoupena stránka emotivní. **Hypotéza 1 byla potvrzena.** (graf 15, 16, 17, 18, tabulka 3)

➤ Vyhodnocení hypotézy 2

Hypotéza 2: Hiporehabilitace nezatěžuje rodinu dítěte s PAS natolik, aby to bylo neúnosné a v poměru s jejími účinky na dítě je to přijatelné.

Pro vyhodnocení hypotézy 2 jsem formulovala otázky č. 12, 13 a 22, jejichž výsledky jsou k vidění v grafech 10, 11 a 18. Z grafu 12 i 13 je jasné, že žádný respondent nevnímá finanční, či časové zatížení hiporehabilitací, tak velké, aby na škále od 1 do 5 zvolil nejzatěžující možnost (5/5). Graf 18 znázorňuje, že by valná většina respondentů (91 %) doporučila hiporehabilitaci i ostatním rodičům a učitelům. V této otázce je skrytým způsobem vyhodnocena spokojenost rodičů s hiporehabilitací a jejími účinky. **Hypotéza 2 byla potvrzena.** (graf 10, 11, 18)

Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala hiporehabilitací jakožto alternativní metodou terapie u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního a mladšího školního věku. Konkrétněji jsem se zaměřila na děti s poruchami autistického spektra. Cílem bylo zmapovat pohled rodičů na hiporehabilitaci jakožto možnosti intervence, předložit jejich názor na její účinky a dopady na běžný život.

V rámci teoretické části jsem vymezila pojem animoterapie a detailně popsala její disciplínu hiporehabilitaci. Dále jsem se zaměřila na problematiku dětí s SPV, konkrétně na děti předškolního a mladšího školního věku s poruchou autistického spektra, které jsem charakterizovala a popsala působení hiporehabilitace na tyto děti.

Metodiku práce tvoří dotazníkové šetření zaměřené na rodiče a učitele dětí předškolního a mladšího školního věku s PAS, kteří docházejí na hiporehabilitaci. Stanovila jsem dvě výzkumné otázky, ze kterých vyvstaly dvě hypotézy, jež se po vyhodnocení dotazníkového šetření potvrdily. Na jejich základě jsem tedy dosáhla následujícího zjištění.

Respondenti vnímají největší účinky hiporehabilitace ve složce emocionální. Tento fakt je pochopitelný, vzhledem k tomu, že prostřednictvím emocionální angažovanosti lze dosáhnout přirozené motivace. Tato přirozená motivace následně působí i na ostatní složky osobnosti. Jedná se o vliv hiporehabilitace na složku sociální, kognitivní a fyzickou, ve kterých respondenti rovněž zpozorování účinků potvrzují.

Hiporehabilitace je dle respondentů náročnější časově nežli finančně, stále však není u žádného respondenta natolik zatěžující, aby byla její docházka neúnosná. Zároveň respondenti potvrzují spokojenost se službami hiporehabilitačních středisek i se samotnou hiporehabilitací.

Vzhledem k efektivitě hiporehabilitace jakožto vhodné intervence u dětí s PAS považují za vhodné aplikovat tuto doplňkovou metodu již v jejich raném věku. Zároveň jsem zastáncem názoru, že by se léčba prostřednictvím koně měla stát přirozenou součástí terapeutických programů všech speciálních škol a ostatních zařízení pracujících s klienty s těmito poruchami. Rovněž doufám, že se hiporehabilitace bude stále více dostávat do povědomí veřejnosti a jako významná animoterapeutická disciplína bude přispívat ke zkvalitňování života dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Souhrn

Bakalářská práce se zabývá problematikou hiporehabilitace, jakožto intervencí u dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Zaměřuje se na děti předškolního a mladšího školního věku s poruchou autistického spektra. Jejím cílem bylo definování a charakterizování disciplíny hiporehabilitace a předložení pohledu rodičů a učitelů dětí s PAS na její účinky a dopad na běžný život. Práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány a charakterizovány jednotlivé složky animoterapie, detailně rozebrána hiporehabilitace a její klasifikace a vymezená problematika speciálních vzdělávacích potřeb, a to zejména poruch autistického spektra, včetně dětí předškolního a mladšího školního věku s těmito poruchami. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Respondenty byli rodiče a učitelé dětí od 3 do 9 let s poruchou autistického spektra, kteří využívají hiporehabilitaci. Výsledky výzkumu ukazují, že největší přínos hiporehabilitace pro děti s PAS je respondenty vnímán ve složce emotivní, která úzce souvisí s motivací dítěte, jež má za následek rozvoj i v ostatních oblastech, na které hiporehabilitace působí, a odbourávání nežádoucích projevů. Zároveň bylo potvrzeno, že hiporehabilitace nezatěžuje rodinu dítěte s PAS natolik, aby to bylo neúnosné a v poměru s jejími účinky na dítě je to přijatelné.

Klíčová slova: animoterapie, hiporehabilitace, kůň, dítě předškolního a mladšího školního věku, dítě se speciálními vzdělávacími potřebami (SPV), poruchy autistického spektra (PAS)

Summary

The bachelor thesis deals with the issue of hypotherapy as an intervention for children and pupils with special educational needs. It focuses on preschool and early school children with autism spectrum disorder. Its aim was to acquaint the general public with the discipline of hypotherapy and to present the view of parents and teachers of children with autism spectrum disorders (ASD) on its effects and impact on everyday life. The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part describes and characterizes the various components of animotherapy, detailed hypotherapy and its classification and defined issues of special educational needs, especially autism spectrum disorders, including children of preschool and early school age with these disorders. The practical part consists of quantitative research in the form of a questionnaire survey. The respondents were parents and teachers of children from 3 to 9 years of age with autism spectrum disorder who use hypotherapy. The results of the research show that the greatest benefit of hypotherapy for children with ASD is perceived by respondents in the emotional component, which is closely related to the child's motivation, which results in development in other areas affected by hyporehabilitation and the elimination of adverse events. At the same time, it was confirmed that hyporehabilitation does not burden the family of a child with ASD enough to make it unbearable and, in proportion to its effects on the child, it is acceptable.

Key words: animotherapy, hypotherapy, horse, child of preschool and younger school age, child with special educational needs (SPV), autism spectrum disorders (ASD)

Referenční seznam

Co je delfinoterapie. *Delfinoterapie.cz* [online]. 2020 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <http://www.delfinoterapie.cz/o-delfinoterapii/co-je-delfinoterapie/>

Česká hiporehabilitační společnost [online]. Brno, 2020 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://hiporehabilitace-cr.com/>

Felinoterapie. *Aura canis* [online]. Šternberk: Aura Canis [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.auracanis.cz/index.php/terapie/felinoterapie>

HETI Federation [online]. 2020 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://hetifederation.org/>

Hiporehabilitační kůň [online]. Brno: Česká hiporehabilitační společnost, 2020 [cit. 2020-05-03]. Dostupné z: <https://kone-hiporehabilitace.com/>

HOLLÝ, Karol a Karol HORNÁČEK. *Hipoterapie: léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. Kůň v životě člověka. ISBN 80-7225-190-2.

JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 9788072903832.

JISKROVÁ, Iva, Vladimíra CASKOVÁ a Tereza DVOŘÁKOVÁ. *Hiporehabilitace*. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2010. ISBN 9788073753900.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024741727.

OŠLEJŠKOVÁ, PH.D., MUDr. Hana. Poruchy autistického spektra: poruchy vyvíjejícího se mozku. *Pediatric pro praxi*. 2008, **2008**(9(2)), 80-84.

Pravda o zooterapii: sborník příspěvků z celostátní konference. České Budějovice: Jihočeská univerzita, [200-]-. ISBN 80-7040-608-9.

THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.

Typy canisterapie. *Pomocné tlapky - canisterapie* [online]. Starý Plzenec: pomocné tlapky, 2009, 31. 8. 2009 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/typy-canisterapie-38.html>

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 9788073221096.

World Health Organization [online]. 2020 [cit. 2020-05-13]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Seznam zkratek

AAA – Animal Assisted Activities

AACR – Animal Assisted Crisis Response

AAE – Animal Assisted Education

AAT – Animal Assisted Therapy

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

AVK – aktivity s využitím koní

CEFTA -

ČHS – Česká hiporehabilitační společnost

ČJF – Česká jezdecká federace

DSM-5 – Diagnostický a statistický manuál duševních poruch pátá revize

FRDI – The Federation of Riding for the Disabled International

HETI – Horses in Education and Therapy International

HETI – Horses in Education and Therapy International

HPP – hipoterapie v psychiatrii a psychologii

HPSP – hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi

HTFE – hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii

ICD-11 – International Classification of Diseases 11th Revision

LPPJ – léčebné pedagogicko-psychologické ježdění

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí desátá revize

MUNI – Masarykova univerzita

NCHK – Nezávislý chovatelský klub

PAS – poruchy autistického spektra

RDI – Riding for the Disabled International

SVP – speciální vzdělávací potřeby

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam grafů

Graf 1. Identifikace vhodnosti respondentů

Graf 2. Pohlaví dětí respondentů

Graf 3. Věk dětí respondentů

Graf 4. Poměr zastoupení jednotlivých typů PAS

Graf 5. Přítomnost přidružených poruch

Graf 6. Zdroj informací o hiporehabilitaci

Graf 7. Kritérium výběru střediska hiporehabilitace

Graf 8. Spokojenost s hiporehabilitačním střediskem

Graf 9. Délka docházky na hiporehabilitaci

Graf 10. Frekvence docházky na hiporehabilitaci

Graf 11. Časová náročnost docházky na hiporehabilitaci

Graf 12. Finanční náročnost docházky na hiporehabilitaci

Graf 13. Přítomnost respondentů na jednotkách hiporehabilitace

Graf 14. Zmínky dítěte o hiporehabilitaci doma nebo v MŠ

Graf 15. Změna v socializaci a kognitivních schopnostech dítěte

Graf 16. Projevy hiporehabilitace na emocích dítěte

Graf 17. Změny fyzického charakteru u dítěte

Graf 18. Porovnání vlivu hiporehabilitace na jednotlivé složky osobnosti dítěte

Graf 19. Doporučili by respondenti hiporehabilitaci i rodičům a učitelům dětí s PAS?

Seznam tabulek

Tabulka 1. Názvy přidružených poruch

Tabulka 2. Projevy dítěte při první hiporehabilitační jednotce

Tabulka 3. Nejvýraznější zpozorovaná změna u dítěte během docházky na hiporehabilitaci

Seznam příloh

Příloha 1. Dotazník

Přílohy

Příloha 1. Dotazník

Dobrý den,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci a vypracovávám bakalářskou práci na téma „Hiporehabilitace u dětí předškolního věku a žáků mladšího školního věku se SVP“ kde se zaměřuji především na děti s poruchou autistického spektra.

Pokud jste rodičem, či učitelem dítěte s poruchou autistického spektra ve věku od 3 do 9 let, které navštěvuje hiporehabilitaci (rehabilitace pomocí koní), ráda bych Vás poprosila o vyplnění krátkého dotazníku, který mi pomůže k vypracování bakalářské práce a dokončení studia. V případě, že znáte více dětí, která splňují výše uvedená kritéria, můžete dotazník vyplnit několikrát, vždy s ohledem na konkrétní dítě. Dotazník je zcela anonymní a údaje, které poskytnete budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas a spolupráci.

Lenka Černá

Povinné otázky jsou označeny hvězdičkou

1. Jsem/jsme: *

Vyberte jednu odpověď

- Rodič/e dítěte s poruchou autistického spektra, které dochází na hiporehabilitaci
 - Učitel dítěte s poruchou autistického spektra, které dohází na hiporehabilitaci
 - Jiné...
-

2. Jaké je pohlaví dítěte? *

Vyberte jednu odpověď

- Žena
- Muž

3. Jak staré je dítě? *

Vyberte jednu odpověď

- 3-4 roky
- 5-6 let
- 7-8 let
- 9 let

4. Jakou pervazivní vývojovou poruchu má dítě diagnostikovanou? *

Vyberte jednu odpověď

- Dětský autismus
- Atypický autismus
- Rettův syndrom
- Jiná dětská desintegrační porucha
- Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- Aspergerův syndrom
- Jiné pervazivní vývojové poruchy
- Pervazivní vývojová porucha, NS

5. Má dítě diagnostikované nějaké přidružené poruchy/nemoci? *

Vyberte jednu odpověď

- Ano
- Ne

6. Pokud jste na předchozí otázku odpověděli ano, napište, jaké má dítě diagnostikované přidružené poruchy/nemoci

7. Odkud jste se dozvěděli o možnosti hiporehabilitace a jejím vlivu na děti s poruchou autistického spektra? *

Vyberte jednu odpověď

- Od lékaře
- Od známých
- Z internetu
- Jiné...

8. Podle čeho jste vybírali středisko hiporehabilitace? *

Vyberte jednu až dvě odpovědi

- Podle vzdálenosti
- Podle hodnocení a recenzí
- Podle doporučení od známých
- Podle vybavenosti
- Jiné...

9. Jak jste se střediskem hiporehabilitace, které dítě navštěvuje spokojeni? *

Zakroužkujte počet hvězdiček (10 hvězdiček = naprosto spokojení x 1 hvězdička – naprosto nespokojení)



10. Jak dlouho již dochází dítě na hiporehabilitaci? *

Vyberte jednu odpověď

- méně než 2 měsíce
- 2-6 měsíců
- 6-12 měsíců
- 1-3 roky
- Více než 3 roky

11. Jak často dochází dítě na hiporehabilitaci? *

Vyberte jednu odpověď

- Více než dvakrát týdně
- Dvakrát týdně
- Jednou týdně
- Dvakrát až třikrát měsíčně
- Jednou měsíčně
- Méně často než jednou měsíčně

12. Na škále od jedné do pěti znázorníte, jak moc Vás časově zatěžuje docházení na hiporehabilitaci. *

1 - nejméně zatěžující, 5 - nejvíce zatěžující

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

13. Na škále od jedné do pěti znázorněte, jak moc Vás finančně zatěžuje docházení na hiporehabilitaci. *

1 - nejméně zatěžující, 5 - nejvíce zatěžující

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

14. Jste přítomni při hiporehabilitaci? *

Vyberte jednu odpověď

- Ano
- Někdy
- Ne

15. Mluví, nebo zmiňuje se dítě o koních, lektorech, nebo prostředí ve kterém hiporehabilitace probíhá i doma nebo v mateřské škole *

Vyberte jednu odpověď

- Často
- Občas
- Vůbec

16. Jak se dítě projevilo při první jednotce hiporehabilitace, jak reagovalo na koně a cizí prostředí?

17. Pozorujete u dítěte změnu v socializaci a kognitivních (rozumových) schopnostech vlivem hiporehabilitace? *

Vyberte jednu odpověď

- Ano, pozoruji výraznou změnu
- Ano, pozoruji změnu
- Nepozoruji žádnou změnu
- Pozoruji změnu k horšímu

18. Projevuje se hiporehabilitace na emocích dítěte? *

Vyberte jednu odpověď

- Projevuje se výrazně
- Projevuje se
- Neprojevuje se
- Projevuje se záporně

19. Pozorujete na Vašem dítěti změny fyzického charakteru? *

Vyberte jednu odpověď

- Ano, pozoruji výraznou změnu
- Ano, pozoruji změnu
- Nepozoruji žádnou změnu
- Pozoruji změnu k horšímu

20. Ve které oblasti pozorujete největší vliv hiporehabilitace na dítě? *

Rozdělte 100 bodů mezi jednotlivé oblasti

- **V socializační oblasti**

..... bodů

- **V emocionální oblasti**

..... bodů

- **Ve fyzické oblasti**

..... bodů

21. Napište nejvýraznější změnu/y, které u dítěte pozorujete, ke které/ým přispěla Hiporehabilitace

22. Doporučili byste hiporehabilitaci i ostatním rodičům a učitelům dětí s poruchou autistického spektra? *

Vyberte jednu odpověď

- Ano
- Ne
- Nevím

Anotace práce

Jméno a příjmení:	Lenka Černá
Katedra nebo ústav:	USS
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název závěrečné práce:	Hiporehabilitace u dětí předškolního věku a žáků mladšího školního věku se SPV
Název závěrečné práce v angličtině:	Hippotherapy with preschool children and students in primary school with special educations needs
Anotace závěrečné práce:	Bakalářská práce se zabývá hiporehabilitací jakožto podpůrnou terapií dětí předškolního a mladšího školního věku se speciálními vzdělávacími potřebami, se zaměřením na děti s poruchami autistického spektra. Teoretické poznatky se zaměřují na definici a charakteristiku SPV a PAS i jednotlivých forem animoterapie, s detailnější analýzou hipoterapie. Metodika práce obsahuje kvantitativní formu výzkumu – dotazníkové šetření. Cílem bakalářské práce je definovat a charakterizovat disciplínu hiporehabilitace a předložit pohled rodičů a učitelů dětí s PAS na její účinky a dopad na běžný život.
Klíčová slova:	animoterapie, hiporehabilitace, kůň, dítě předškolního a mladšího školního věku, dítě se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP), poruchy autistického spektra (PAS)
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1. Dotazník
Rozsah práce:	60 stran
Jazyk práce:	Český